

KẾT QUẢ 6 NĂM ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT ROBOT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN: TRIỂN VỌNG VÀ HỘI NHẬP

Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật robot là một xu hướng trong điều trị của Ngoại Tổng quát, Ngoại Tiết niệu và Ngoại Lồng ngực-mạch máu. Phẫu thuật robot lần đầu tiên được thực hiện ở bệnh nhân người lớn tại Việt Nam từ tháng 11/2016.

Mục tiêu: Nhận xét khuynh hướng chọn lựa phẫu thuật robot với hệ thống da Vinci® Si™ trong điều trị bệnh lý Ngoại Tổng quát, Ngoại Tiết niệu và Ngoại Lồng ngực-mạch máu tại bệnh viện Bình Dân trong 06 năm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Số liệu được thu thập từ 11/2016 đến 12/2022 (6 năm). Khuynh hướng được định nghĩa là sự sử dụng phẫu thuật robot trong các bệnh lý mà phẫu thuật nội soi kinh điển đã được chấp nhận là an toàn và hiệu quả. Các nhóm được phân tích theo thời gian để khảo sát sự thay đổi sau khi bệnh viện áp dụng phẫu thuật robot theo từng năm.

Kết quả: Có 1.804 trường hợp (TH) phẫu thuật robot bao gồm 458 TH Ngoại Tổng quát + Ngoại Lồng ngực-mạch máu và 1.346 TH Ngoại Tiết niệu. Sau 6 năm (2016 - 2022), số TH phẫu thuật robot chung tăng 1,67 lần. Độ dốc/năm là 32,8. Trong một số bệnh lý cụ thể, ung thư trực tràng của Ngoại Tổng quát và ung thư tuyến tiền liệt của Ngoại Tiết niệu là có tốc độ tăng nhanh

nhất qua từng năm. Tỷ lệ phẫu thuật robot cho nhóm bệnh lý tại khoang hẹp là 58,2%. Tỷ lệ phẫu thuật robot của nhóm bệnh lý ác tính là 95,4%.

Kết luận: Qua 6 năm thực hiện, phẫu thuật robot tại bệnh viện Bình Dân được áp dụng nhiều nhất trong phẫu thuật vùng chậu và chủ yếu dành cho nhóm bệnh lý ung thư. Xu hướng sử dụng phẫu thuật robot tăng dần trong điều trị phẫu thuật. Phẫu thuật robot có tiềm năng lớn để điều trị các bệnh lý ác tính và lành tính cho người Việt Nam.

Từ khóa: Phẫu thuật robot, cắt trước thấp, phẫu thuật Miles, cắt dạ dày tận gốc, cắt tuyến tiền liệt tận gốc, cắt bàng quang tận gốc, cắt thận tận gốc.

SUMMARY

SIX-YEAR APPLICATION OF ROBOTIC SURGERY IN BINH DAN HOSPITAL: CURRENT PROSPECT AND FUTURE INTERGRATION

Introduction: Robotic surgery is a trend of management in General Surgery, Urology and Thoracic-Vascular Surgery. Since November 2016, the robotic surgery has been initially applied in adult patients for the first time in Viet Nam.

Objectives: To consider the trend in the selection of robotic surgery with the da Vinci® Si™ robot system in General Surgery, Urology and Thoracic-Vascular Surgery at Binh Dan hospital in 06 years.

Materials and Methods: Retrospective cohort study. The data were collected from November 2016 to December 2022 (6 years).

¹ Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Vĩnh Hưng

Email: hungsurgeon2021@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

The trend was defined as the selection of robotic surgery in the pathologies for which traditional laparoscopic surgery was already considered as safe and effective. The groups analyzed by time-series to determine how procedural approaches (open, laparoscopic, robotic) change after Binh Dan hospital launched the robotic surgery program.

Results: There were 1.804 cases of robotic surgery procedures including 458 cases of General Surgery + Thoracic-vascular Surgery and 1.346 cases of Urology. After 6 years (2016-2022), the fold difference of robotic surgery increased 1,67 times. The annual slope is 32,8. Among specific diseases, rectal cancer of General Surgery and prostate cancer of Urology are the fastest growing year by year. The rate using of robotic surgery for procedure in the narrow space was 58,2%. The rate using of robotic surgery in the malignancy diseases was 95,4%.

Conclusions: After 6-year application, at Binh Dan hospital, most of robotic surgery indications were pelvic and malignant diseases. The trend of using robotic surgery is increasing gradually in surgical treatment. Robot surgery is potential to be applied for managing malignant and benign diseases in Vietnam.

Keywords: robotic surgery, low anterior resection (LAR), abdominoperineal resection (APR), radical gastrectomy, radical prostatectomy, radical cystectomy, radical nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật robot (PTRB) là bước tiến cao nhất hiện nay trong kỹ thuật mổ ít xâm hại đã được phổ biến khá rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật lớn ở các nước tiên tiến [1], [2]. PTRB có nhiều lợi thế hơn so với phẫu thuật nội soi (PTNS) truyền thống bao gồm: có

hình ảnh ba chiều (3D), camera có thể phóng đại lên đến 12 lần, các dụng cụ robot có thể gấp, duỗi và xoay giống như bàn tay của phẫu thuật viên tuy nhiên các cánh tay này rất nhỏ và công nghệ chống rung tay chủ động giúp phẫu thuật viên có thể thao tác tốt trong không gian chật hẹp [3]. Từ cuối năm 2016, lần đầu tiên PTRB được thực hiện trên bệnh nhân (BN) người lớn tại Việt Nam. Bài viết này nhằm xác định xu hướng của việc áp dụng PTRB trên 1.804 trường hợp (TH) trong 06 năm được phẫu thuật bằng hệ thống robot daVinci® Si™ thực hiện các trường hợp phẫu thuật Ngoại Tổng quát, Ngoại Tiết niệu và Ngoại Lồng ngực-mạch máu ở người lớn được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân.

Mục tiêu: Nhận xét xu hướng của việc áp dụng PTRB dựa trên các trường hợp BN được mổ bằng Robot da Vinci Si™ do bệnh lý Ngoại Tổng quát, Ngoại Tiết niệu và Ngoại Lồng ngực-mạch máu tại Bệnh viện Bình Dân trong 06 năm (2016 - 2022).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Tất cả các BN được phẫu thuật bằng hệ thống robot da Vinci® Si™ gồm bốn cánh tay.

Dân số nghiên cứu

Tất cả các BN được phẫu thuật bằng hệ thống robot da Vinci® Si™ tại BV Bình Dân trong thời gian từ 01/11/2016 đến 31/12/2022.

Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ hồi cứu

Thời gian lấy mẫu: 01/11/2016–31/12/2022

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân

Biến số nghiên cứu: số lượng TH PTRB, PTNS, phẫu thuật mở chung và số TH PTRB ở từng loại bệnh lý.

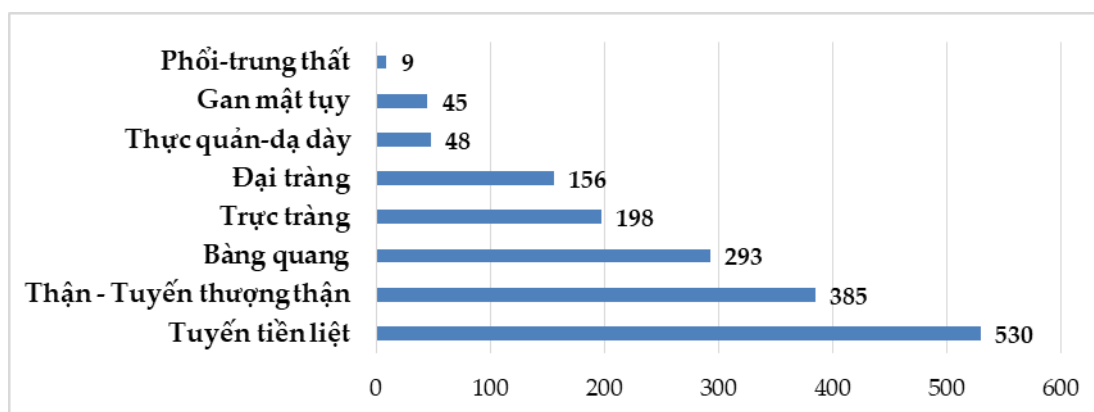
Khuynh hướng được định nghĩa là sự sử dụng phẫu thuật robot trong các bệnh lý mà phẫu thuật nội soi kinh điển đã được chấp nhận là an toàn và hiệu quả. Các nhóm được phân tích theo thời gian để khảo sát sự thay đổi sau khi bệnh viện áp dụng phẫu thuật robot theo từng năm.

Phương pháp thống kê: sử dụng hồi quy tuyến tính để tính độ dốc hàng năm

(annual slope) ($\pm$ khoảng tin cậy 95%), tính tỉ lệ, số lần khác biệt bằng phần mềm R.

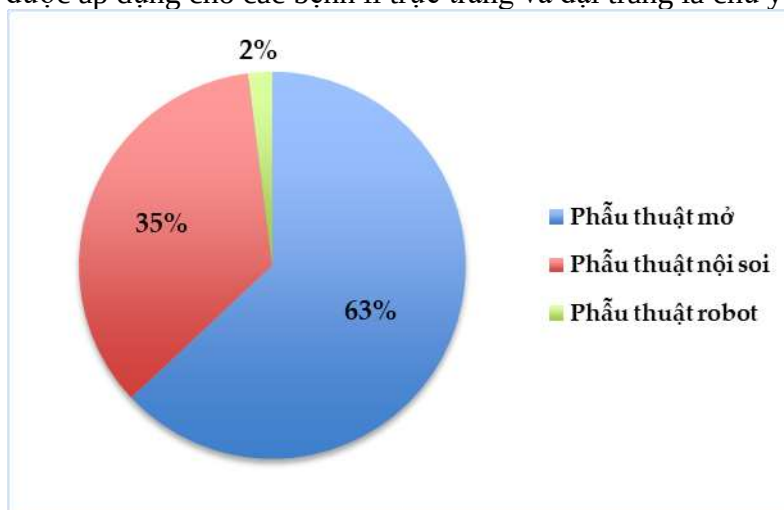
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 06 năm, chúng tôi thu thập thông tin qua hồi cứu hồ sơ bệnh án và dữ liệu của phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Bình Dân của 1.804 TH gồm 458 TH phẫu thuật Ngoại Tổng quát + Ngoại Lồng ngực-mạch máu và 1.346 TH phẫu thuật Tiết niệu được PTRB bao gồm cả phẫu thuật cắt bỏ và phẫu thuật tạo hình tuyến thượng thận.



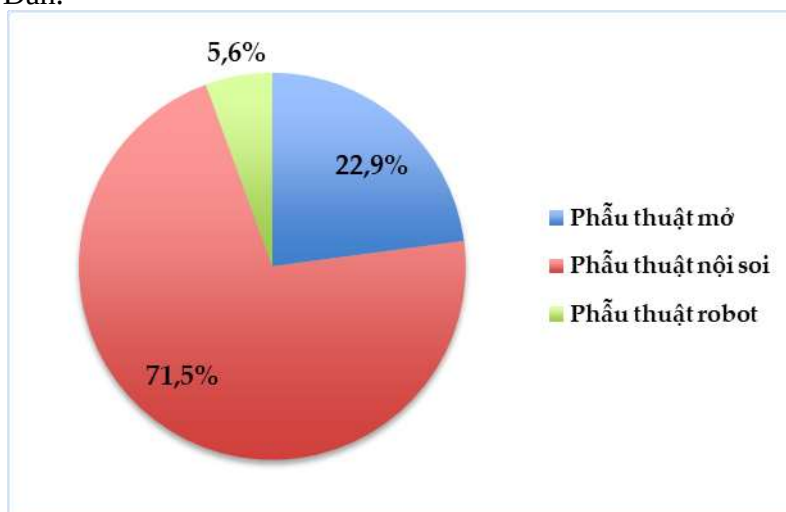
Biểu đồ 1. Số lượng TH PTRB theo cơ quan

Biểu đồ 1 cho thấy PTRB tại bệnh viện Bình Dân tập trung nhiều ở nhóm Ngoại Tiết niệu, trong đó nhiều nhất là PTRB tại các cơ quan tuyến tiền liệt, thận và bàng quang. Về Ngoại Tổng quát, PTRB được áp dụng cho các bệnh lý trực tràng và đại tràng là chủ yếu.



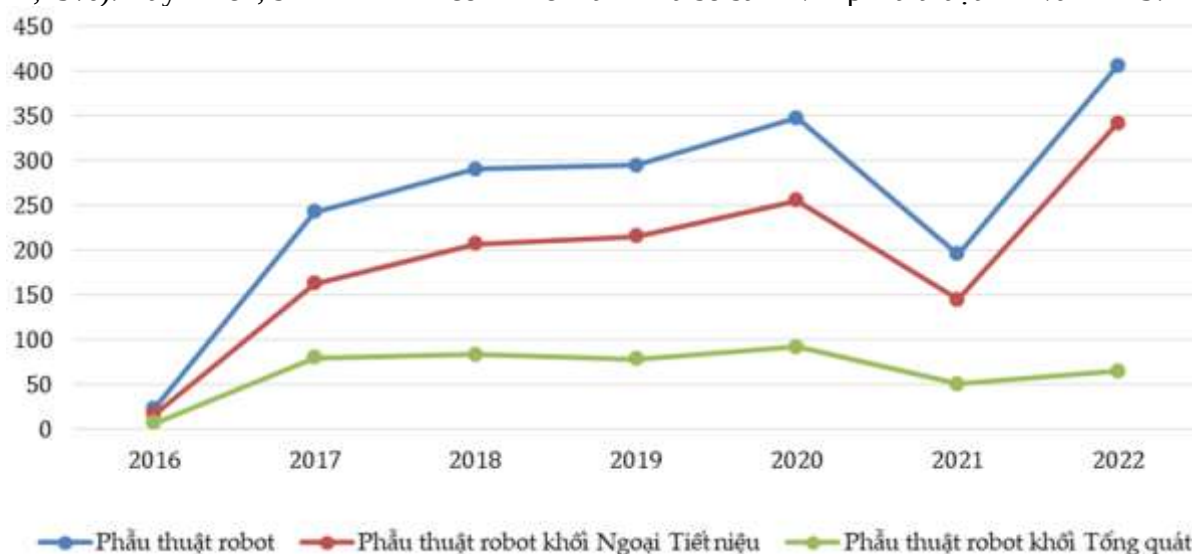
Biểu đồ 2. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân giai đoạn 2016-2022

Sau 6 năm, bệnh viện Bình Dân ghi nhận 39.579 TH mở mở (35%), 72.665 TH PTNS (63%) và 1.804 TH PTRB (2%). Tỷ lệ của các phương pháp phẫu thuật robot, nội soi và mở được thể hiện tại biểu đồ 2. PTRB còn chiếm tỷ lệ khiêm tốn so với tổng số TH phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật của các TH siêu phẫu giai đoạn 2016-2022

Trong giai đoạn 2016-2022, PTRB toàn bộ thực hiện các phẫu thuật siêu phẫu với độ khó cao. PTNS chiếm ưu thế về số lượng phẫu thuật siêu phẫu trong ba loại phẫu thuật (chiếm 71,49%). Tuy nhiên, số TH PTRB còn khiêm tốn nếu so sánh với phẫu thuật mở và PTNS.



Biểu đồ 4. Số lượng TH PTRB giai đoạn 2016-2022

Biểu đồ 4 cho thấy số TH PTRB tăng dần theo năm trong giai đoạn 2016-2022. Riêng năm 2021, đại dịch Covid-19 bùng phát toàn cầu khiến số lượng BN PTRB sụt giảm. Về khối Ngoại Tiết niệu, PTRB phát triển với xu thế tăng dần. Về khối Tổng quát, số lượng TH được thực hiện còn khiêm tốn và xu hướng sẽ tăng dần trong tương lai.

Bảng 1. Số trường hợp PTRB khi mới tiếp nhận (2016) và hiện nay (2022) tại bệnh viện Bình Dân

Số TH phẫu thuật	2017	2022	Số lần khác biệt	Độ dốc/năm (annual slope) [KTC 95%]
Robot chung	243	407	1,67	32,8 [32-33,6]
Ung thư trực tràng	29	35	1,21	1,2 [-2,8-5,2]
Ung thư đại tràng	21	25	1,19	0,8 [-4,1-5,7]
Ung thư tuyến tiền liệt	65	141	2,17	19,2 [18,1-20,3]
Bướu thận	55	89	1,62	6,8 [5,1-8,5]
Ung thư bàng quang	23	67	2,91	8,8 [7,3-10,3]

Qua bảng 1, PTRB phát triển rất nhanh tại bệnh viện Bình Dân. Sau 6 năm (cuối 2016 - 2022), số TH PTRB chung tăng 1,67 lần khi so sánh năm 2022 và năm 2017. Độ dốc/năm của PTRB tăng 32,8 TH qua từng năm. Trong một số bệnh lý cụ thể, ung thư trực tràng của Ngoại Tổng quát và ung thư tuyến tiền liệt của Ngoại Tiết niệu là có tốc độ tăng nhanh nhất qua từng năm.

Cuối năm 2016, PTRB được thực hiện ở 5 loại bệnh lý là ung thư trực tràng, ung thư

đại tràng, ung thư tuyến tiền liệt, bướu thận và sa sinh dục. Tuy nhiên, chỉ sau 3 năm, PTRB đã được thực hiện trên 14 loại bệnh lý khác nhau của Ngoại Tổng quát, Ngoại Lồng ngực-mạch máu và Ngoại Tiết niệu (bảng 2 và bảng 3). Điều này cho thấy tiềm năng phát triển rất lớn của PTRB.

BN phẫu thuật Ngoại Tổng quát

Chúng tôi ghi nhận 458 TH Ngoại Tổng quát được PTRB, phân bố cụ thể như sau:

Bảng 2. Các loại bệnh phẫu thuật bệnh lý Ngoại Tổng quát

Bệnh lý	Số lượng	Tỉ lệ	Loại phẫu thuật
Ung thư trực tràng	198	43,23%	Cắt trước thấp Phẫu thuật Miles
Ung thư đại tràng	156	34,06%	Cắt đại tràng phải Cắt đại tràng trái Cắt đại tràng sigma
Gan-mật-tụy	45	9,83%	Cắt gan do ung thư Cắt tụy do ung thư Phẫu thuật Whipple Cắt nang ống mật chủ Sỏi ống mật chủ
Ung thư thực quản - dạ dày	48	10,48%	Cắt bán phần dạ dày Cắt toàn bộ dạ dày
Lồng ngực	9	2,95%	Cắt thùy phổi U trung thất
Buồng trứng	2	0,44%	Cắt phần phụ

BN phẫu thuật Ngoại Tiết niệu

Chúng tôi ghi nhận 1.346 TH Ngoại Tiết niệu được PTRB, bao gồm:

Bảng 3. Các loại phẫu thuật bệnh lý Ngoại Tiết niệu

Bệnh lý	Số lượng	Tỉ lệ	Loại phẫu thuật
Ung thư tuyến tiền liệt	530	39,38%	Cắt TTL tận gốc
Ung thư bàng quang	293	21,77%	Cắt bàng quang tận gốc + chuyển lưu nước tiểu hồi tràng
Bướu tuyến thượng thận+bệnh lý thận ác tính và lành tính	385	28,60%	Cắt thận tận gốc Cắt thận bán phần Cắt thận mất chức năng Cắt bướu tuyến thượng thận
Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản	55	4,09%	Tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản
Bướu niệu mạc bể thận	54	4,01%	Cắt thận + niệu quản tận gốc
Sa sinh dục	15	1,11%	Treo cổ bàng quang vào mỏm nhô xương cùng
Bướu sau phúc mạc	11	0,82%	Cắt trọn bướu
Bướu cạnh túi tinh	3	0,22%	Cắt trọn bướu

PTRB đặc biệt hữu ích khi áp dụng tại các khoang hẹp như vùng chậu, trong lồng ngực. Các bệnh lý thuộc Ngoại Tổng quát và Ngoại Tiết niệu mà PTRB có thể áp dụng tốt bao gồm:

- Ngoại Tổng quát: ung thư trực tràng, bệnh lý trong lồng ngực.
- Ngoại Tiết niệu: ung thư tuyến tiền liệt, ung thư bàng quang, sa sinh dục, các phẫu thuật tạo hình trong Ngoại Tiết niệu.

Bảng 4. Tỉ lệ trường hợp PTRB điều trị bệnh lý liên quan vùng chậu

Bệnh lý	Có	Không
Ngoại Tổng quát	209 (45,63%)	249 (54,37%)
Ngoại Tiết niệu	841 (62,48%)	505 (37,52%)
Chung	1.050 (58,20%)	754 (41,80%)

Điều trị bệnh lý ác tính của các chuyên ngành Ngoại Tổng quát và Ngoại Tiết niệu là một trong những mục đích ban đầu mà chúng tôi đặt ra khi áp dụng PTRB tại bệnh viện Bình Dân. Sau 6 năm, chúng tôi ghi nhận như sau:

Bảng 5. Tỉ lệ trường hợp PTRB điều trị bệnh lý ác tính và lành tính

Bệnh lý	Ác tính	Lành tính
Ngoại Tổng quát	445 (97,16%)	13 (2,84%)
Ngoại Tiết niệu	1.276(94,80%)	70 (5,20%)
Chung	1.721 (95,40%)	83 (4,60%)

IV. BÀN LUẬN

Xu hướng áp dụng PTRB ngày càng tăng tại các trung tâm phẫu thuật trên thế giới.

PTRB được áp dụng trong nhiều chuyên ngành, phổ biến nhất là Ngoại Tiết niệu, Ngoại Tổng quát và Ngoại Phụ khoa. Tốc độ

tăng trưởng của PTRB theo từng năm là 15%. Toàn nước Mỹ trong 4 năm (2010 - 2013), với hơn 1.400 bệnh viện của 49 bang có PTRB với cơ quan được áp dụng nhiều nhất là tuyến tiền liệt (76%) và ít nhất là đại tràng (2,5%) [4]. Tại 73 bệnh viện ở bang Michigan thuộc Mỹ, tỉ lệ áp dụng phẫu thuật robot tăng dần từ 1,8% (2012) đến 15,1% (2018) [5]. Trong đó, loại phẫu thuật robot có tỉ lệ tăng nhanh nhất là phục hồi thành bẹn (28,8%), cắt trực tràng (26,7%), điều trị trào ngược dạ dày-thực quản (26%) [5]. Tại Việt Nam, PTRB bắt đầu được áp dụng lần đầu tiên tại Viện nhi trung ương. Năm 2016, bệnh viện Bình Dân là bệnh viện đầu tiên thực hiện PTRB trên người lớn [6]. Trong các năm tiếp theo, PTRB được áp dụng tại bệnh viện Chợ Rẫy (2017), bệnh viện Vinmec Hà Nội (2017) và bệnh viện K Hà Nội (2019). Vì vậy, PTRB có xu hướng phát

triển nhanh tại Việt Nam, nhưng vẫn là rất khiêm tốn so với khu vực và thế giới [7]. Tại bệnh viện Bình Dân, tỉ lệ PTRB chiếm khoảng 2% so với tổng các TH phẫu thuật toàn viện. Nguyên nhân do bệnh viện chúng tôi chỉ có một hệ thống PTRB (tối đa 2 ca/ngày) khiến tỉ lệ BN có khả năng tiếp cận phương pháp này chưa nhiều. Về loại bệnh lí được điều trị bằng PTRB, bệnh viện Bình Dân có nét tương đồng khi phẫu thuật cắt trực tràng chiếm tỉ lệ cao trong khối Ngoại Tổng quát và cũng là một trong các loại PTRB có tốc độ tăng nhanh nhất. Theo báo cáo của công ty Intuitive Surgical, đến cuối 2021, PTRB được thực hiện trên 10 triệu TH toàn thế giới. Riêng năm 2021, có hơn 1,5 triệu TH [8]. Hệ thống PTRB da Vinci® có mặt ở toàn bộ các trung tâm y tế lớn tại Mỹ. Về mặt nghiên cứu, hơn 11.000 nghiên cứu được công bố về PTRB.

Bảng 6. Số trường hợp PTRB trên thế giới và bệnh viện Bình Dân

Bệnh lý	1400 BV toàn nước Mỹ (2010 - 2013) [9]	73 BV bang Michigan (2012 - 2018) [5]	BV Yonsei Hàn Quốc (2005-2013) [10]	BV Bình Dân (2016 - 2022)
Tuyến tiền liệt	127.080 (63,8%)		2816 (27%)	530 (29,38%)
Thận	19.429 (9,8%)		527 (5,1%)	385 (21,34%)
Bàng quang	1.514 (0,8%)		600 (6%)	293 (16,24%)
Đại tràng	2.950 (1,48%)	26.695 (15,8%)	770 (7,5%)	156 (8,65%)
Trực tràng	2.887 (1,45%)	1.897 (1,1%)		198 (10,98%)
Phổi	4.224 (2,12%)		149 (1,5%)	9 (0,5%)
Ung thư phức tạp		4.285 (2,5%)		
Tổng	199.076	13.500	10.000	1.804

Qua bảng 6, chúng ta dễ dàng nhận thấy có tỉ lệ PTRB trên các bệnh lí Ngoại Tiết niệu chiếm đa số của hai nhóm. Tuy nhiên, bệnh viện Bình Dân có số lượng phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt và cắt trực tràng bằng robot chiếm tỉ trọng lớn do bệnh viện Bình Dân là

một bệnh viện chuyên khoa về Ngoại Tiết niệu và Ngoại Tổng quát. Do đó, số lượng BN mắc các bệnh lí chuyên khoa này sẽ nhiều hơn hệ thống các bệnh viện đa khoa của Mỹ. Tuy nhiên, theo tác giả Sheetz [5], PTNS truyền thống đã là tiêu chuẩn trong

điều trị nhiều loại bệnh lý, PTRB mới được áp dụng nên chưa có tỉ lệ cao và có khả năng tăng trong tương lai khi có nhiều bằng chứng hơn về lợi ích của PTRB so với các phương pháp phẫu thuật khác. PTRB Đây cũng là triển vọng của phát triển PTRB đặc trưng của bệnh viện Bình Dân với vai trò là bệnh viện chuyên khoa Ngoại hàng đầu của miền nam Việt Nam. Bên cạnh đó, các kỹ thuật tạo hình bàng quang đã được phát triển và ứng dụng nhuần nhuyễn bởi các chuyên gia Ngoại Tiết niệu của bệnh viện qua các thời kì phẫu thuật mở và PTNS truyền thống. PTRB áp dụng ung thư tiền liệt tuyến chứng minh kết quả phục hồi chức năng tình dục sớm do bảo tồn

được thần kinh cương trong khi vẫn nạo vét hạch chậu triệt để được, phục hồi kiểm soát nước tiểu tốt hơn do có thể thực hiện tinh tế kỹ thuật mổ bảo tồn cổ bàng quang, khâu nối cổ bàng quang niệu đạo tốt hơn. Tại Mỹ, tỉ lệ PTRB cắt tuyến tiền liệt chỉ chiếm 5% trong năm 2003. Sau 10 năm, PTRB cắt tuyến tiền liệt chiếm gần 85% các TH cắt tuyến tiền liệt toàn nước Mỹ [11].

Chúng tôi khảo sát sự khác biệt giữa PTRB và PTNS trong hai bệnh lý phổ biến là ung thư trực tràng và ung thư tuyến tiền liệt trong bảng 7 và bảng 8 được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân.

Bảng 7. So sánh PTNS và PTRB trong bệnh lý ung thư trực tràng

	PTNS	PTRB	p
Số trường hợp phẫu thuật	50	50	
Tuổi trung bình	63,16 ± 10,5 (29-81)	60,5 ± 12,6 (27-79)	
Thời gian mổ chung (phút)	229,4 ± 66,790	201,9 ± 51,665	0,028
Thời gian docking (phút)		8,26 ± 4,154	
Thời gian console (phút)		105,58 ± 31,862	
Lượng máu mất trong mổ (ml)	96,63 ± 92,260	74,3 ± 124,478	0,358
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	8,65	7,88	0,233
Số lượng hạch lấy được	8,96 ± 5,236	13,73 ± 4,035	
Dung tích hồng cầu sau mổ 48g	1,58 ± 3,25	1,89 ± 3,04	0,01
Điểm chất lượng cuộc sống (SF-36)	61,37 ± 25,99	78,95 ± 17,55	0,022

Qua bảng 7, nhóm BN ung thư trực tràng được PTRB và PTNS tương đồng về tuổi. Thời gian mổ chung của PTRB ngắn hơn PTNS khoảng 28 phút và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,028$). Lượng máu mất

trong mổ và thời gian nằm viện sau mổ tương đồng giữa hai nhóm. PTRB giúp BN phục hồi sau mổ tốt hơn khi giảm lượng máu mất sau mổ và nâng cao chất lượng cuộc sống sau mổ cho BN.

Bảng 8. So sánh PTNS và PTRB trong bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt

	PTNS	PTRB	p
Số trường hợp phẫu thuật	50	50	
Tuổi trung bình	67,85 ± 7,634 (51-89)	67,13 ± 6,692 (55-82)	
Thời gian mổ chung (phút)	219,50 ± 74,668	171,85 ± 70,202	0,007
Thời gian docking (phút)		12,171 ± 7,441	

Thời gian console (phút)		154,228 ± 68,028	
Lượng máu mất trong mổ (ml)	393,75 ± 264,378	394,50 ± 345,565	0,991
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	6,00 ± 4,126	4,73 ± 2,025	0,085
Điểm số đau sau mổ	3,7 ± 0,992	2,63 ± 0,838	0,001

Qua bảng 8, nhóm BN ung thư tuyến tiền liệt của hai nhóm tương đồng về tuổi. Thời gian mổ chung của PTRB ngắn hơn khoảng 50 phút và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,007$). BN nhóm PTRB ít đau sau mổ hơn so với nhóm PTNS và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Tuy nhiên, lượng máu mất trong mổ và thời gian nằm viện sau mổ không khác biệt giữa hai nhóm.

Trong phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, phẫu thuật viên dễ dàng phẫu tích túi tinh và mặt sau bàng quang, khâu cột tĩnh mạch lưng dương vật dễ hơn, khâu nối niệu đạo-cổ bàng quang tân tạo thuận lợi và nạo hạch chậu bít nhanh hơn so với PTNS ổ bụng hay mổ mở. Trong tạo hình bàng quang trong cơ thể, PTRB cũng tỏ ra ưu thế hơn hẳn PTNS truyền thống.

Bên cạnh đó, tại bệnh viện Bình Dân, PTRB của chuyên ngành Ngoại tổng quát chủ yếu là cắt trực tràng, chiếm 43,23% tổng số các TH PTRB Ngoại Tổng quát. Điều này phù hợp với xu hướng chung trên thế giới. Sheetz và cộng sự [5] ghi nhận PTRB cắt trực tràng tăng 8,6 lần trong 6 năm (2012 - 2018). Ích lợi lớn nhất của PTRB trong điều trị ung thư trực tràng là bảo tồn chức năng niệu-dục và khả năng bóc tách bao mạc treo toàn vẹn đối với ung thư trực tràng giữa-thấp [4], [12], [13]. Phẫu thuật TME là phẫu thuật tiêu chuẩn trong ung thư trực tràng thấp, giúp mang lại những lợi ích tốt nhất về mặt ung thư học. Tuy nhiên, trong một phân tích gộp gần đây so sánh phẫu thuật cắt trực tràng nội soi và mổ mở, tỉ lệ PTNS phải chuyển mổ mở vẫn còn khá cao (0-32,4%). Kết quả này cho thấy rằng PTNS cắt trực tràng vẫn còn là

một kỹ thuật khó về mặt kỹ thuật vì không gian hẹp và phức tạp của vùng chậu. Hệ thống PTRB với nhiều ưu điểm như khả năng quan sát 3 chiều với độ phân giải cao; chế độ khur rung tay giúp tăng tính ổn định; tính cơ động và linh hoạt của các dụng cụ là nền tảng cho phẫu thuật viên có thể thực hiện phẫu thuật TME chính xác và dễ dàng hơn. PTRB phát huy ưu điểm trên BN nam có khung chậu hẹp, BN béo phì hoặc BN đã được hóa trị tân hỗ trợ trong bệnh lý ung thư trực tràng. Nghiên cứu của Anderson [14], vào giai đoạn 2008 - 2009, Mỹ có 368.239 BN được mổ robot, trong đó 95,51% số TH là các thủ thuật tại vùng chậu của hai chuyên ngành Ngoại Tiết niệu và Phụ khoa. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phẫu thuật tại vùng chậu và lồng ngực lần lượt là 45,63% và 62,48% theo chuyên Ngành Ngoại Tổng quát và Ngoại Tiết niệu. Điều này chứng minh các ưu điểm của PTRB so với PTNS truyền thống và phẫu thuật mở trong khoang hẹp bao gồm:

- Camera chất lượng sắc nét, cung cấp tầm nhìn rõ hơn.

- Các cánh tay robot mô phỏng linh hoạt cử động của bàn tay con người, giúp bóc tách, khâu nối tốt hơn.

Các ưu điểm này giúp giảm tỉ lệ chuyển mổ mở, giảm mất máu, giảm thời gian nằm viện, bảo tồn chức năng cơ quan tốt hơn. Đặc biệt, các TH BN có vết mổ cũ vùng bụng được áp dụng PTRB mang lại thành công lớn khi dễ dàng bóc tách, gỡ dính các tạng trong ổ bụng. Wanatabe và cộng sự [15] đã nhận xét thấy PTRB phù hợp áp dụng rộng rãi cho phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, đặc biệt là các bệnh lý ác tính.

Khi mới ra đời, phẫu thuật robot, đặc biệt là thể hệ robot Da Vinci, đầu tiên áp dụng trên là bệnh lý lành tính như phẫu thuật cắt túi mật (1997), phẫu thuật cắt dạ dày giảm béo (1998), phẫu thuật Nissen (1999)... [4]. Tại Mỹ trong giai đoạn 2012-2018, các bệnh lý lành tính thường gặp được điều trị trong PTRB bao gồm cắt túi mật, thoát vị bẹn, thoát vị thành bụng, điều trị trào ngược dạ dày-thực quản [5]. Tam và cộng sự [16] cho thấy PTRB là phương pháp an toàn để điều trị thoát vị bẹn. Với các bệnh lý lành tính khác, Xia và cộng sự [17] kết luận không có sự khác biệt về kết quả trên hai nhóm BN mắc viêm túi thừa đại tràng có biến chứng và không biến chứng được phẫu thuật robot. Moschovas ghi nhận phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt do tăng sinh lành tính là phẫu thuật an toàn và có tính khả thi [18].

Tại bệnh viện Bình Dân, tỉ lệ PTRB cho các bệnh lý lành tính còn thấp (4,6%). Mục đích ban đầu của chúng tôi khi áp dụng PTRB chủ yếu dành cho các bệnh lý ác tính do các ưu điểm của robot đã nêu trên nhằm cải thiện kết quả về phẫu thuật và ung thư học cho BN.

Trong bối cảnh của đại dịch COVID-19 mà thế giới vừa trải qua, PTRB được nhiều nước ưu tiên sử dụng vì nâng cao an toàn cho BN và nhân viên y tế về nhiều khía cạnh. Moawad và cộng sự [19] đưa ra nhiều nhận định khả quan như sau:

- PTRB làm giảm tỉ lệ chuyển mổ mở, tỉ lệ biến chứng, giảm thời gian nằm viện và giảm tần suất BN phải quay lại bệnh viện sau mổ nên giảm nguy cơ lây truyền vi-rút cho BN.

- PTRB làm giảm tỉ lệ nhân viên y tế bị phơi nhiễm với dịch tiết của BN do ít mất máu

- PTRB thực hiện trong điều kiện áp lực ổ bụng thấp (<10mmHg) giúp giảm lây truyền vi-rút.

- PTRB cần ít người phụ mổ, giúp giảm lây truyền giữa nhân viên y tế với nhau.

Công tác đào tạo phẫu thuật viên (PTV) luôn được chú trọng trong quá trình phát triển của PTRB. Hiện nay đã có hơn 33.000 PTV đã được đào tạo trên toàn thế giới, 2.250 PTV được cấp mới giấy chứng nhận mỗi năm. Trước đây, PTV robot Việt Nam sẽ được gửi tới trung tâm huấn luyện đặt tại Hàn Quốc. Tuy nhiên, khi đại dịch COVID-19 xảy ra, giao thông trên toàn thế giới bị hạn chế. Trong khó khăn, bệnh viện chúng tôi đã được cấp phép đào tạo PTV robot cho các bệnh viện tại Việt Nam. Bên cạnh đó, PTV robot của Bình Dân được chọn lựa để chuyển giao kỹ thuật về PTRB cho các bác sĩ tại Philippines trong các năm 2019 - 2023. Vì vậy, PTRB có tiềm năng rất lớn trong tương lai tại bệnh viện Bình Dân nói riêng và tại Việt Nam nói chung.

V. KẾT LUẬN

Qua 6 năm thực hiện, PTRB tại bệnh viện Bình Dân được áp dụng nhiều nhất trong phẫu thuật vùng chậu và chủ yếu dành cho nhóm bệnh lý ung thư với hơn 1.800 TH được thực hiện thành công. Xu hướng của PTRB tăng dần ở bệnh viện Bình Dân. Vì vậy, tiềm năng ứng dụng PTRB rất lớn để điều trị các bệnh lý ác tính và lành tính cho người Việt Nam, và góp phần đưa nền y học Việt Nam hội nhập quốc tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nozawa H. và Watanabe T. (2017). Robotic surgery for rectal cancer. Asian J

- Endosc Surg, 10(4), 364–371.
2. **Du Y., Long Q., Guan B. và cộng sự.** (2018). Robot-Assisted Radical Prostatectomy Is More Beneficial for Prostate Cancer Patients: A System Review and Meta-Analysis. *Med Sci Monit*, 24, 272–287.
 3. **Baik S.H., Lee W.J., Rha K.H. và cộng sự.** (2008). Robotic total mesorectal excision for rectal cancer using four robotic arms. *Surg Endosc*, 22(3), 792–7.
 4. **Leal Ghezzi T. và Campos Corleta O.** (2016). 30 Years of Robotic Surgery. *World J Surg*, 40(10), 2550–2557.
 5. **Sheetz K.H., Clafin J., và Dimick J.B.** (2020). Trends in the Adoption of Robotic Surgery for Common Surgical Procedures. *JAMA Netw Open*, 3(1), e1918911.
 6. **Trần Vĩnh Hưng, Nguyễn Phú Hữu, và Vũ Khương An** (2019). Phẫu thuật Robot tại bệnh viện Bình Dân: Kết quả 20 tháng ứng dụng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 23(3), 309–320.
 7. **Lu H., Han T., Li F. và cộng sự.** (2022). Global trends and hotspots in research of robotic surgery in oncology: A bibliometric and visual analysis from 2002 to 2021. *Front Oncol*, 12(November), 1–18.
 8. **Xue R. và Liu R.** (2022). Statistical analysis of da Vinci procedure volumes of 2021 in mainland China. *Intell Surg*, 4(May 2022), 18–22.
 9. **Fantus R.J., Cohen A., Riedinger C.B. và cộng sự.** (2019). Facility-level analysis of robot utilization across disciplines in the National Cancer Database. *J Robot Surg*, 13(2), 293–299.
 10. **Koh D.H., Jang W.S., Park J.W. và cộng sự.** (2018). Efficacy and safety of robotic procedures performed using the da vinci robotic surgical system at a single institute in Korea: Experience with 10000 cases. *Yonsei Med J*, 59(8), 975–981.
 11. **Appeals 759 F. 3d 1051 - Court of, Circuit 9th,** và 2014 undefined PRS v. Intuitive Surgical, Inc. Google Sch.
 12. **Park S.Y., Choi G.S., Park J.S. và cộng sự.** (2014). Urinary and erectile function in men after total mesorectal excision by laparoscopic or robot-assisted methods for the treatment of rectal cancer: A case-matched comparison. *World J Surg*, 38(7), 1834–1842.
 13. **Huang Y.M., Huang Y.J., và Wei P.L.** (2017). Outcomes of robotic versus laparoscopic surgery for mid and low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation therapy and the effect of learning curve. *Med (United States)*, 96(40).
 14. **Anderson J.E., Chang D.C., Parsons J.K. và cộng sự.** (2012). The first national examination of outcomes and trends in robotic surgery in the United States. *J Am Coll Surg*, 215(1), 107–14; discussion 114–6.
 15. **Watanabe G.** (2014), *Robotic Surgery*, Springer Japan, Tokyo.
 16. **Tam V., Rogers D.E., Al-Abbas A. và cộng sự.** (2019). Robotic Inguinal Hernia Repair: A Large Health System's Experience With the First 300 Cases and Review of the Literature. *J Surg Res*, 235, 98–104.
 17. **Xia J., Paul Olson T.J., và Rosen S.A.** (2019). Robotic-assisted surgery for complicated and non-complicated diverticulitis: a single-surgeon case series. *J Robot Surg*, 13(6), 765–772.
 18. **Moschovas M.C., Timóteo F., Lins L. và cộng sự.** (2021). Robotic surgery techniques to approach benign prostatic hyperplasia disease: A comprehensive literature review and the state of art. *Asian J Urol*, 8(1), 81–88.
 19. **Moawad G.N., Rahman S., Martino M.A. và cộng sự.** (2020). Robotic surgery during the COVID pandemic: why now and why for the future. *J Robot Surg*, 14(6), 917–920.

NGHIÊN CỨU XUẤT HUYẾT SAU MỔ CÁC TẠNG TRONG Ổ BỤNG

Trần Vĩnh Hưng¹, Văn Tàn¹,
Dương Thanh Hải¹ và CS

TÓM TẮT

Mở đầu: Trong những năm từ 2010, chúng tôi thấy xuất huyết sau mổ khá nhiều gây biến chứng và tử vong cao.

Mục tiêu: Xác định xuất huyết sau mổ là bao nhiêu, điều trị như thế nào và kết quả điều trị các bệnh nhân xuất huyết sau mổ các tạng trong ổ bụng nhập Bệnh viện Bình Dân trong 2 năm 2017 đến 2018.

Đối tượng và phương pháp: Là nghiên cứu hồi cứu. Tìm xem trong số mổ các tạng trong ổ bụng năm 2017-2018 có bao nhiêu trường hợp bị xuất huyết, cần phải mổ lại. Xử trí những trường hợp đó như thế nào. Kết quả ra sao.

Kết quả: Trong thời gian từ 2017-2018 có 85 trường hợp phải mổ lại. Trong đó, tỉ lệ nam/nữ 1,30, tuổi trung bình 52 (15-86), nằm viện trung bình thêm 10,85 ngày (1-132 ngày). Gồm có:

Mổ loét dạ dày, tá tràng, thủng, loét, xuất huyết: 17 trường hợp; mổ cắt ruột non, do xoắn, loét, ung thư: 12 trường hợp; mổ cắt đại tràng, trực tràng, ung thư, thủng túi thừa: 11 trường hợp; mổ cắt trĩ, kinh điển và longo 11 trường hợp; mổ cắt gan, đường mật, ung thư, loét mật 10 trường hợp; mổ tụy, cắt tá tụy, viêm tụy hoại tử 6 trường hợp; mổ khác: 17 trường hợp. Tổng số 85 trường hợp.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Văn Tàn

SĐT: 0985575590

Email: duonghai8585@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Bàn luận: Trong một báo cáo năm 2017, trong 2 năm, 2015 đến 2016, chúng tôi nhận được 150 trường hợp xuất huyết nặng phải mổ lại, tổn kém khá nhiều và tử vong, tàn phế khá cao. Bị xuất huyết là do mổ không cẩn thận, cầm máu không kỹ, mổ sai sót kỹ thuật, mổ quá lớn không cần thiết.

Kết luận: Trên đây là đề cập đến những trường hợp xuất huyết nặng, cấp tính phải mổ ngay, còn những trường hợp xuất huyết trung bình và ít cần theo dõi, số trên gấp 5 lần. Với những trường hợp cấp tính phải mổ, vấn đề tổn kém, vấn đề sức khỏe rất quan trọng.

Từ khóa: xuất huyết sau mổ, BV Bình Dân

SUMMARY

STUDY OF BLEEDING IN THE POST OP OF THE VISCERAL ABDOMEN

Background: During the years before 2010, we find high complications and death in the post op bleeding of visceral abdomen.

Objective: Determine the amount of postoperative bleeding, how to treat and the results of treatment of patients with bleeding after surgery of abdominal organs admitted to Binh Dan Hospital in 2 years from 2017 to 2018.

Materials and Methods: It is a retrospective study. In the year 2017-2018, we have 85 cases of bleeding in the post op of visceral abdomen.

Results: We have 85 cases of bleeding. The rate male/female 1,30, average age 52 (15-86), average hospital stay in the post op 10,85 day (1-132 day). Here the follow:

Operation of perforation, stenose, and bleeding of stomach: 17 cases; operation of torsion, stenose and tumor of small intestine 12

cases; operation of tumor and diverticules of colon or rectum 11 cases, operation of classical and Longo method of rectum and anus 11 cases; operation of tumor, stone liver and biliary, 10 cases, operation of tumor and necrose of pancreas 6 cases; and another operations 17 cases. Total number 85 cases.

Dicussion: In the report of 2015 to 2016, we found 150 cases of severe bleeding, must be reoperated. Complications are 20% and death case about 10%. The reasons are: techniques not careful, suture of the vessel is not closed, the technique is false, the operation is not need to exaggerated.

Conclusion: We insist the severe bleeding in the post op, need an operation urgent to stop bleeding immediately. The median bleeding follow up is about 5 time. With the operation in emergency, the question is reanimated with transfusion before and after operation, and in post op at unit ICU.

Keywords: Post op bleeding, Binh Dan hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm từ 2010, chúng tôi thấy xuất huyết sau mổ khá nhiều gây biến chứng và tử vong cao. Trong một báo cáo năm 2017, trong 2 năm, 2015 đến 2016, chúng tôi nhận được 150 trường hợp xuất huyết nặng phải mổ lại, tổn kém, tán phé 20% và tử vong 10%.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Là nghiên cứu hồi cứu. Tìm xem trong số mổ các tạng trong ổ bụng năm 2017-2018 có bao nhiêu trường hợp bị xuất huyết cần phải mổ lại. Xử trí những trường hợp đó như thế nào. Kết quả ra sao.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 2017-2018, xuất huyết sau mổ, phải mổ lại đến 85 trường hợp. Trong đó, tỉ lệ nam/nữ 1,30, tuổi trung bình 52 (15-86), nằm viện trung bình thêm 10,85 ngày (1-132 ngày). Gồm có:

Đầu tiên là mổ hay thủ thuật dạ dày, tá tràng, xuất huyết 17 trường hợp [9,10], tử vong 3 trường hợp. Xuất huyết tiêu hóa 10 trường hợp là những biến chứng thường gặp, có thể nội soi, chính xơ cầm máu, có thể mổ lại nội soi hay mổ mở. Mổ kế hoạch ung thư dạ dày phải cắt bán phần hay toàn phần, bị biến chứng như xuất huyết hoặc cấp tính, hoặc bán cấp, 7 trường hợp phải mổ lại cấp cứu hay theo dõi, hồi sức bằng dịch truyền, máu. Biến chứng và tử vong 1 trường hợp.

Tiếp theo là ruột non hay tá tràng, 12 trường hợp bị xuất huyết [6,7], tử vong 2 trường hợp. Những trường hợp trên, theo dõi thấy không có hơi, bụng chướng, người bệnh bị thiếu máu, Hct xuống thấp, người xanh xao, bạc nhược, cần mổ lại. Mổ thấy miệng nổi chảy máu hay chảy máu không rõ nơi nào, đặc biệt là stress, rất khó biết..

Đại tràng hay trực tràng, 11 trường hợp bị xuất huyết, tử vong 1 trường hợp. Một vài ngày sau mổ thấy cầu ra máu, bụng chướng, Hct xuống, biết là do chảy máu, phải mổ lại. Mổ hoặc cầm máu, hoặc làm hậu môn tạm. do mổ cấp cứu khi bị thủng trong viêm túi ngách hay bị ung thư [8], có trường hợp, khâu rồi dẫn lưu, có trường hợp cắt đoạn đại tràng để hậu môn tạm, hay nối.

Mổ gan-mật 10 trường hợp. Cắt gan ung thư hay do sỏi, ngay sau mổ 1-2 ngày, thấy dấu hiệu thiếu máu, Hct xuống, siêu âm hay CT thấy máu cục ở vết mổ, quanh gan có

dịch máu, phải mổ lại, 5 trường hợp [3,5,10,11], tử vong 2 trường hợp. Đặc biệt thấy dấu hiệu xuất huyết cấp. Đường mật hay túi mật, sau mổ, siêu âm thấy máu đọng quanh cuống gan, tức thời phải mổ lại để cầm máu, 3 trường hợp, tử vong 1 trường hợp. Cắt cơ vòng trong ERCP, trong hậu phẫu thấy chảy máu thường theo dõi, nhưng nếu chảy máu ngày càng nặng thì phải mổ lại 2 trường hợp, không tử vong.

Mổ tri 11 trường hợp. Dầu theo phương pháp kinh điển 7 trường hợp hay Longo 4 trường hợp, đều có thể chảy máu, phải mổ lại, khâu cầm máu, không bị tử vong.

Mổ tụy trong ung thư đoạn cuối đường mật hay đầu tụy. Làm phẫu thuật Whipple, chảy máu tái phát [1,2,4], do không khâu tốt mạch máu và chảy ở mặt cắt tụy, cần mổ lại sớm, khâu kỹ các chỗ chảy máu, 3 trường hợp, tử vong 1 trường hợp. Trong các phẫu thuật xẻ ống tụy lấy sỏi cũng hay chảy máu, cắt đuôi tụy cũng thế, đặc biệt khi có cắt lách 2 trường hợp. Trong viêm tụy hoại tử thường chảy máu nhưng vừa phải, nên theo dõi, đặc biệt khi có hoại tử nhiễm trùng gây viêm phúc mạc thì phải mổ, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu, nhưng có khi phải mổ lại cấp cứu vì chảy máu dữ dội, do tụy hoại tử ăn vào mạch máu, cần khâu, siết chặt với chỉ không tiêu, 1 trường hợp, tử vong.

Ngoài ra, rất nhiều cuộc mổ, cắt hoặc bypass hoặc khâu có thể chảy máu như thoát vị bẹn hay đùi 2 trường hợp, mổ cắt các khối u sau phúc mạc 3 trường hợp, tử vong 1 trường hợp, mổ thận 3 trường hợp, niệu quản 2 trường hợp, mổ dẫn lưu apxe quanh thận 2 trường hợp, mổ apxe cơ nâng đáy chậu 2 trường hợp, mổ ung thư tuyến tiền liệt 2 trường hợp, mổ phình động mạch chủ 2 trường hợp, tử vong 1 trường hợp. Cả thảy là

17 trường hợp, tử vong 2 trường hợp [6,7]... Gây chảy máu thứ phát, cần mổ lại gấp.

Như vậy, xuất huyết là 85 trường hợp, mổ lại hoặc sớm hoặc muộn đã tử vong hết 13 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Trong giao ban buổi sáng, thường gặp những biến chứng, có khi nặng, có khi vừa phải, cần theo dõi, đặc biệt là xuất huyết sau mổ. Mổ lại, sẽ gặp khó, không biết chảy máu ở nơi nào. Gặp may thì có thể thấy chảy máu ở chỗ nối hay chỗ cắt. Không may thì vì nhiều chỗ nối hay khâu, không rõ chỗ nào thì phải mở nhiều chỗ, tìm đúng chỗ chảy máu rồi khâu. Nếu chảy máu khắp nơi trên niêm mạc dạ dày, có thể rối loạn đông máu, hay stress thì thật khó, vậy phải đóng bụng và truyền máu, hay cắt dây 10, nối vị tràng hay cắt gần hết dạ dày. Trong trường hợp ruột non, không rõ chỗ chảy máu, có thể cho nội soi, nhưng lúc đó huyết áp thấp, không thấy chảy máu hay chảy máu loang ra khắp ruột như trường hợp mổ ung thư tuyến tiền liệt, nội soi thấy chỗ chảy máu không rõ, phải cắt gần hết ruột, chấp nhận ngắn ruột nhưng sau đó bị viêm phúc mạc. Ở gan hay đường mật, chỗ chảy máu thật sự không rõ, phải khâu hết những chỗ nghi ngờ, may ra tự hết hay chảy máu tiếp, rồi cứ truyền máu, dần dần bệnh suy gan, hôn mê. Ở đại tràng, trực tràng đã cắt bị chảy máu thì rất may là chảy máu ở đường khâu, chỉ cần mở ra và khâu lại tốt hay để hậu môn nhân tạo, nhưng chảy máu ở phúc mạc sau thì gặp khó, phải khâu từng chỗ, hình x rồi đắp gạc, dẫn lưu. Như vậy, BS phẫu thuật khi mổ một người bệnh lại lo gặp biến chứng, ngoài xí dờ còn xuất huyết. Khi nào cũng lo làm sao cho người bệnh

mình mổ được an toàn cho đến ngày ra viện rồi còn theo dõi cả nhiều tuần mới yên tâm.

Ở đây mổ dạ dày, biến chứng xuất huyết nhiều nhất, lý do thành dạ dày có nhiều máu nuôi, lại ở gần động mạch chủ nên phải khâu buộc thật chặt mới khỏi xuất huyết. Phẫu thuật cắt gan ung thư thường xuất huyết tái phát vì thường khâu không phải chỉ mạch máu mà cả chủ mô gan nên nút khâu buộc không chặt, và lại gan bị xơ nên không tự cầm máu nên mặt cắt thường chảy máu. Trong phẫu thuật Whipple, mô tụy máu nuôi nhiều nên khi cắt đầu tụy, khâu buộc bằng chỉ không tiêu để hơn 10 ngày mô mới lành sẹo. Mổ các u sau phúc mạc ác tính, không biết máu nuôi ở đâu nên khó có thể cầm máu.

Nếu mổ chậm hay không định bệnh rõ, chờ đợi BS mổ ban đầu đến thì huyết áp hạ, bệnh nhân bị sốc, gặp biến chứng, dư chứng như suy đa tạng, nguy cơ không lường trước được. Khoảng 20% và tử vong 9% đã xảy ra [10].

Đó là chưa kể ngày nằm viện, cần truyền máu và dịch, dùng kháng sinh mạnh, kéo dài, có khi phải thở máy và cho chạy thận nhân tạo nhiều ngày.

V. KẾT LUẬN

Như vậy, trong 2 năm, có khoảng hơn 2000 trường hợp mổ lớn, có thể chảy máu nặng sau mổ, tỉ lệ là 85/2000 và tử vong 13/2000. Nếu kể hết những trường hợp xuất huyết sau mổ trung bình, chỉ theo dõi và truyền máu thì số này gấp 5 lần. Do đó phải cẩn thận khi mổ, phải dẫn đo, suy nghĩ là phải làm gì để không gặp hay ít gặp biến chứng, đặc biệt là chảy máu. Nếu thật sự chảy máu sau mổ thì phải hội chẩn với đàn anh có kinh nghiệm và phải bắt tay vào mổ lại ngay thì mới đỡ tốn kém vừa tiền bạc, vừa

sức khỏe cho bệnh nhân, và cứu được người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gouma DJ** (2000): Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy. Risks and the Impact of hospital volume> Annals of Surgery 232(6);786-795.
2. **Lê hữu Phước, Lê văn Cương, Nguyễn cao Cương et al** (2018): KQ PT cắt khối tá-tụy ung thư tại BV Bình Dân. Y học TP HCM, phụ bản 22, số 2, tr 474-482.
3. **Lee TY et al** (2007): Outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. World J Surgery 31:479-482.
4. **Nguyễn cao Cương, Văn Tàn** (2008): Biến chứng PT Whipple. Y học TP HCM 12(1):83-88.
5. **Queiroz** (2013): Arterial embolisation in the treatment of post traumatic hemobilia. Radiol Bras 45(1):63-64
6. **Sagar J, Kumar V, Shah, DK: Meckel diverticulum, a systemic review** (2005). J of the royal society of medicine, 99:501-505.
7. **Sarlieve P, Delabrousse K, Michalakakis D et al: Multidetector and diagnosis of jejunal perforation by a chicken bone** (2004). LBR-BTR 87:294-295.
8. **Simon TL, Alverson DC, AuBuchon J et al: Practice parameter for the use of red blood cell transfusion.** Arch Pathol Lab Med 122:130-138, 1998.
9. **Văn Tàn, Trần Vĩnh Hưng, Dương thanh Hải:** Viêm loét dạ dày, tá tràng: Đặc Điểm, Điều trị và Kết quả (2013); Y học TP HCM, tr 32-34.
10. **Văn Tàn, Trần Vĩnh Hưng, Dương thanh Hải** (2018): NC BC tiêu hóa và gan mật nặng sau mổ tại BV Bình Dân 2015-2016. Y học TP HCM, Phụ bản 22, Số 2. Tr 601-609.
11. **Văn Tàn, Nguyễn cao Cương, Bui mạnh Côn** (2014): NCTB BC cắt gan ung thư. Y học TP HCM tr 93-99.
12. **Lee TY et al** (2007): Outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. World J Surgery 31:479-482.

XOẮN DẠ DÀY CẤP TRONG NGỰC DO THOÁT VỊ HOÀNH HAY YẾU HOÀNH TRÁI: 4 TRƯỜNG HỢP (2019) - XEM LẠI CÁC TRƯỜNG HỢP TƯƠNG TỰ TRÊN LỊCH SỬ Y HỌC THẾ GIỚI

**Trần Vĩnh Hưng¹, Văn Tàn¹, Trần Công Quyền¹,
Phạm Đình Hưng¹ và CS**

TÓM TẮT

Xoắn dạ dày thường hiếm. Trong vòng gần 50 năm, chúng tôi gặp 4 trường hợp xoắn dạ dày mà không định bệnh được, 2 TH trong chương trình sau đại học với các giáo sư Mỹ, 2 trường hợp mới đây. Sau đây là các phức trình:

Bệnh án 1: Bệnh nhân Vũ thị B, 16 tuổi, 070221, huyện Trảng bàng, Tây Ninh, nhập viện ngày 24/11/1974 vì sinh bụng và đau thượng vị dữ dội. Chiều ngày 23, liền sau ăn ới nhưng không mửa được. Bụng sinh rất lẹ ở trên rốn 1 ngày. Sáng hôm sau, nhập viện trong tình trạng sốc nặng. Khám thấy bụng trên sinh và căng tròn, bụng dưới xẹp, sờ đau, không thấy bướu, gõ nghe âm vang. Xquang thấy cơ hoành trái nâng lên cao, có liềm hơi dưới hoành phải, dạ dày căng phồng như cái trống, ống thông dạ dày không xuống được thượng vị. Chiều 24, mới mổ. Vì mổ trễ, bệnh nhân bị sốc nhiễm trùng, do thủng dạ dày nhờ mở chài bít lại, dạ dày bị xoắn 1 vòng theo trục dọc, màu đen, sau khi hút hết dịch và hơi, dạ dày xẹp và khô lỗ thủng, cắt lách bị hoại tử. Bệnh hôn mê và tử vong ngày thứ 2 sau mổ. Đó là trường hợp xoắn dạ dày theo chiều ngang, vì cơ hoành trái yếu, dạ dày lên rất cao. Theo

bệnh sử, bệnh nhân sau khi ăn, khó chịu ở thượng vị hay bị ợ và no hơi nhiều ngày trước đó. Mổ tử thi thấy dạ dày có hơn 2 lít nước màu hồng, dạ dày bị hoại tử xuất huyết, cơ hoành trái đẩy lên cao, vừa mỏng, vừa yếu, phổi trái bị xẹp.

Bệnh án 2: Nam Lê minh Th 44 tuổi, ở Hậu nghĩa, Long an, 08979, Đau bụng dữ dội và sinh bụng vùng thượng vị, nhập viện ngày 9/12/1975. Bệnh nhân bị đau thượng vị thường xuyên 6 tháng nay, nhưng đau dữ dội từ sáng, ới nhưng không mửa được. Khám thấy bụng trên rốn sinh to, sờ đau, không thấy u, giới hạn không rõ, gõ nghe âm vang. Xquang bụng, thấy dạ dày sinh to, dạ dày nằm rất thấp. bệnh nhân được mổ khẩn trong đêm vì định bệnh là nghẹt ruột cao. Mổ thấy dạ dày trương to, quay 1 vòng, sau ra trước, nghịch kim đồng hồ, Xoắn dạ dày theo trục ngang của bờ cong lớn, thành dạ dày ứ máu, hẹp môn vị, thực quản bị kéo xuống thấp, ống NG không xuống được dạ dày. Đại tràng ngang bị đẩy lên cao, không tìm thấy khi vào bụng, tụy và tá tràng được thấy rõ, lách được chuyển ra trước, cắt 1 số dây dính, kéo đại tràng ngang từ dưới gan và cơ hoành về vị trí cũ, dạ dày quay trở lại vị trí bình thường. Cắt dây chằng dạ dày và đại tràng ngang, đẩy đại tràng ngang ra phía sau dạ dày, nối vị tràng trước đại tràng ngang và cắt thần kinh 10. Ở hậu phẫu, trường hợp khỏe dần đến ngày 19/12 thì cho xuất viện.

Bệnh án 3: Nam sanh năm 2001, người hơi gầy, bị thoát vị hoành (không định bệnh trước), nhập viện vì đau bụng phía ngực trái nhiều phải mổ cấp cứu. Chụp hình phổi thấy lồng ngực trái

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Văn Tàn

SĐT: 0985575590

Email: duonghai8585@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

xẹp, có thoát vị lên ngực trái dạ dày và một số quai ruột. Khi mổ đường ngực bụng, thấy dạ dày dẫn lớn, bầm máu, nằm trên ngực trái qua 1 lỗ cơ hoành trái thiếu, không đẩy ống NG xuống dạ dày được, dạ dày không dính cơ hoành và phổi. Cho phổi nở, rán dây dạ dày xuống bụng, không thành, phải hút dạ dày cho xẹp mới đẩy dạ dày xuống bụng được. Khi đó thấy lỗ cơ hoành thiếu là Morgani. Chúng tôi khâu lỗ cơ hoành và đóng ngực bụng.

Bệnh án 4: Nam, sinh 1951, nhập viện vì đa thương do đụng xe, bị thương nhiều nơi, đặc biệt là có vết thương ngực bụng phía trái. Chụp hình phổi thấy thủng cơ hoành trái và dạ dày, lách lên ngực trái. CT thấy rõ cơ hoành bị thủng 1 lỗ nằm ngang, phổi trái xẹp. Vì đau nhiều phải mổ cấp cứu. Mổ ngực bụng thấy dạ dày bị bầm máu và dẫn to, đẩy xuống bụng không được, mặc dầu cho phổi trái nở.

Xuyên thích hút nhiều hơi cho dạ dày cho xẹp mới đẩy xuống bụng được. Là trường hợp xoắn theo chiều ngang. Chúng tôi đóng lỗ cơ hoành rách và đóng ngực bụng.

Như vậy, cả 4 trường hợp, gồm 1 nữ, 3 nam xoắn dạ dày theo 2 cách khác nhau. 3 trường hợp xoắn theo chiều ngang, 1 trường hợp xoắn theo chiều dọc. 2 trường hợp dạ dày xoắn dạ dày trong ngực trái, Trước mổ không định bệnh được nên mổ trễ, chỉ cứu được 3 trường hợp.

Từ khóa: 4 trường hợp xoắn dạ dày, BV Bình Dân, TP HCM

SUMMARY

ACUTE STOMACH TORSION, DUE TO LEFT DIAPHRAGM HERNIA OR WEAK: 4 CASES (2019). A REVIEW OF THE SAME CASES IN THE WORLD LITERATURE

Volvulus of stomach is rare. In the 50 years, we met 4 cases, 2 in the postgraduate program with American professors, 2 in the recent year.

The first, 16 yo was female, there is acute pain of epigastrium, nausea and vomiting of esophagel juice, in 2 days. We operate her in emergency, patient is in subcomatous shock. The stomach is very large and perforated and is closed with omentum under the left diaphragm situated very high. We repair the perforation. Patient died in second day postop. It is mesoaxial torsion. The left diaphragm is weak and the left lung is collapse,

The second 44 yo, male, have a stomach very large with pain in epigastrium and nausea but can not vomiting, It is a mesoaxial torsion. The small curvature is in the diaphragm. We operate him in urgent during the night. The stomach is still living, so we detorse the stomach and we fix the great curvature to the transverse colon.

The thirth is a young man, naissance 2001. Bad general state, admission with svere pain in the abdomen and left thorax. We decide to operate in emergency. Xray of thorax, the left lung is collapse, the stomach and some of intestine anse are in the left thorax. In the thoracoabdominal operation, we see the stomach, big dilatation, red, in the left thorax through a hole of diaphragm, we can't, push it to the abdominal cavity, through the lung is inflated. We must deflate the stomach to collapse, so stomach is in abdomen. We see the diaphragm having a hole, that is a Morgani. We suture the Morgani hole and close the wound..

The fourth is a man, naissance 1951, admission with multiple wounds by traffic accident, particularly a wound of the left thorax. In a thoracoabdominal xray, we find a wound of left diaphragm with stomach and spleen in the left thorax. In a CT we find the diaphragm having a transverse wound, the left lung collapse. In emergency thoracoabdominal operation, we see the stomach being red and big dilatation that we can't push it to the abdomen cavity, while the left

lung is inflate. We must aspirate by collapsing the stomach and then the stomach is in the abdominal cavity. It is the transverse torsion of stomach. We close the diaphragm and thoracoabdominal wound.

Following are the details of 2 recent cases.

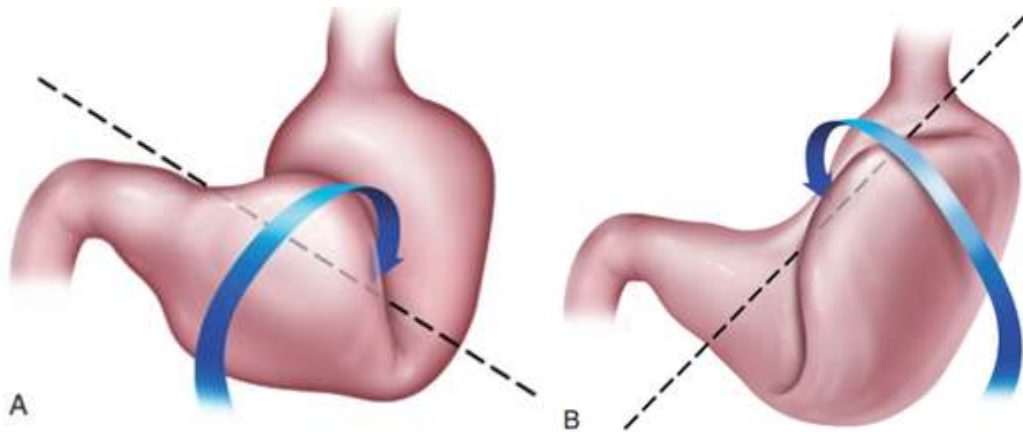
Keywords: *Volvulus of stomach, Binh Dan hospital, HCM city.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn dạ dày phát triển bắt đầu dạ dày di động nhiều và thiếu dính với các bộ phận chung quanh. Bình thường dạ dày di động nhiều để trộn thức ăn.

- Xoắn dạ dày theo chiều dọc là do các dây chằng dẫn và không thể giữ cho dạ dày ở vị trí bình thường được, cơ hoành thủng, hoặc khuyết bẩm sinh. Xoắn dạ dày theo chiều dọc sau chấn thương, là trường hợp cấp tính, cần mổ gấp, tháo xoắn mới cứu được bệnh nhân [7].

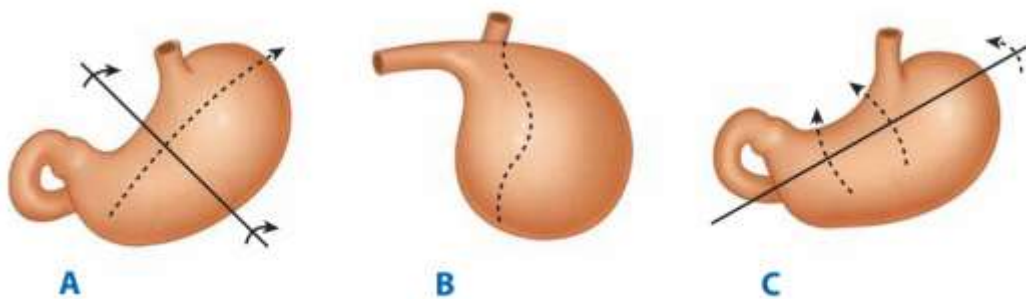
- Xoắn theo chiều ngang, dạ dày nằm dưới cơ hoành, khoảng 10-30%, do dẫn dây chằng, cơ hoành yếu, liệt hoặc thiếu [6,9,11]. Là trường hợp kinh niên, có thể tái phát. Định bệnh nhờ chụp hình dạ dày có cản quang, thấy cơ hoành nằm cao hơn nửa lồng ngực trái. Nếu xoắn gần 180 độ, thì mổ cấp cứu.



Trực nằm nghiêng trái: xoắn theo chiều ngang;

Trực nằm nghiêng phải: xoắn theo chiều đứng

(Theo Textbook of Surgery 2017)



A, B-Xoắn theo chiều ngang

C-Xoắn theo chiều đứng

(Theo Principle of Surgery 2015)

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

2.1. Bệnh án 1: Vũ thị B, 16 tuổi, BA 070221, huyện Trảng bàng, Tây Ninh, NV ngày 24/11/1974 vì sinh bụng và đau thượng vị dữ dội. Chiều ngày 23, liền sau ăn ói nhưng không mửa được. Bụng sinh rất lẹ ở trên rốn 1 ngày.

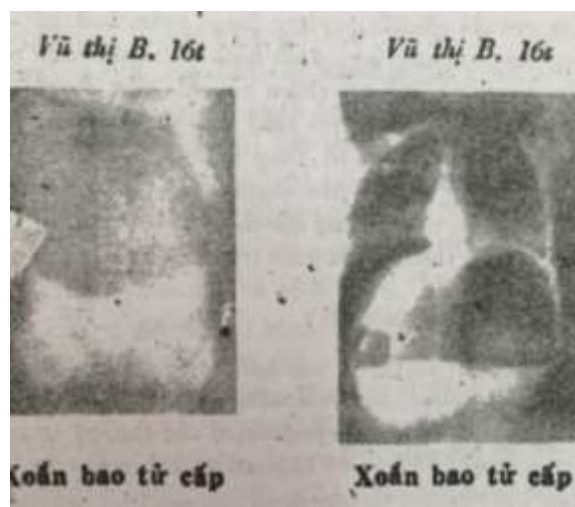
Sáng 25, NV trong tình trạng sốc nặng trong khi bụng trên rốn rất căng.

Lâm sàng: Khám thấy bụng trên sinh và căng tròn, bụng dưới xẹp, sờ đau, không thấy bướu, gõ nghe âm vang. Khó thở dữ dội. Xquang thấy cơ hoành trái nâng lên rất cao, có liềm hơi dưới hoành phải, dạ dày căng phồng như cái trống, ống thông dạ dày không xuống được thượng vị.

Chiều 24 phẫu thuật: Vì mổ trễ, bệnh nhân bị sốc nhiễm trùng, do thủng dạ dày nhờ mở chài bít lại, dạ dày bị xoắn 1 vòng theo trục dọc, màu đen, sau khi hút hết dịch và hơi, dạ dày xẹp và khâu lỗ thủng, cắt lách bị hoại tử. Bệnh hôn mê và tử vong ngày thứ 2 sau mổ.

Đó là trường hợp xoắn dạ dày theo chiều ngang, vì cơ hoành trái yếu, dạ dày lên rất cao. Theo bệnh sử, bệnh nhân sau khi ăn, khó chịu ở thượng vị hay bị ợ và no hơi nhiều ngày trước đó.

Mổ tử thi thấy dạ dày có hơn 2 lít nước màu hồng, dạ dày bị hoại tử xuất huyết, cơ hoành trái đẩy lên cao, vừa mỏng, vừa yếu, phổi trái bị xẹp.



Hình ngực bụng: Vũ thị B 16t, BA 070221

2.2. Bệnh án 2: Lê minh Th 44 tuổi, ở Hậu nghĩa, Long an, BA 08979, Đau bụng dữ dội và sinh bụng vùng thượng vị,

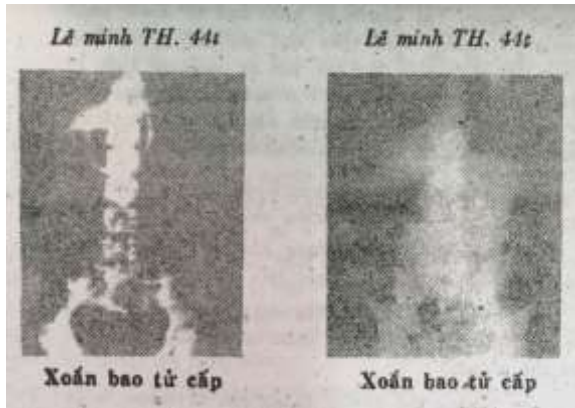
NV ngày 9/12/1975, vì đau thượng vị dữ dội.

Bệnh sử: BN bị đau thượng vị thường xuyên 6 tháng nay, nhưng đau dữ dội từ sáng, ói nhưng không mửa được. Khám thấy bụng trên rốn sinh to, sờ đau, không thấy u, giới hạn không rõ, gõ nghe âm vang. Xquang bụng, thấy dạ dày sinh to.

BN được mổ khẩn trong đêm: vì định bệnh là nghẹt ruột cao. Mổ thấy dạ dày trương to, quay 1 vòng, sau ra trước, nghịch kim đồng hồ, Xoắn dạ dày theo trục ngang của bờ cong lớn, thành dạ dày ứ máu, hẹp môn vị, thực quản bị kéo xuống thấp, ống NG không xuống được dạ dày. Đại tràng ngang bị đẩy lên cao, không tìm thấy khi vào bụng, tụy và tá tràng được thấy rõ, lách được chuyển ra trước,

Phẫu thuật: Cắt 1 số dây dính, kéo đại tràng ngang từ dưới gan và cơ hoành về vị trí cũ, dạ dày quay trở lại vị trí bình thường. Cắt dây chằng dạ dày và đại tràng ngang, đẩy đại tràng ngang ra phía sau dạ dày, nối vị tràng trước đại tràng ngang và cắt thần kinh 10.

Ở hậu phẫu, BN khỏe dần đến ngày 19/12 thì cho XV.



Hình ngực bụng: Lê Minh Th, 44t. BA 08979

2.3. Bệnh án 3: Đặng Đức Th, sinh năm 2001, số BA 2019/01929, nam, quận Tân Bình, TP HCM. N/V 23/1/2019. Lý do N/V: Viêm tụy cấp nặng.

Bệnh sử: Đau thượng vị, chuyển ngực trái. Nôn ói nhiều. Ấn đau thượng vị. Sinh hiệu M 100, HA 130/80, NT 20, cân nặng 50 kg, cao 155 cm. Định bệnh: Viêm tụy cấp nặng (BV Tân Phú chuyển BV 115: Viêm đài bể thận. Điều trị: kháng sinh, giảm đau, chuyển BV Bình Dân).



Hình CT 24/1/019. (Đặng Đức Th. 2001) TV hoành trái, dạ dày và đại tràng lên ngực trái, đẩy khí quản và trung thất qua phải, xẹp phổi trái



Hình phổi 24/1/019: Bóng hơi dạ dày nằm ở phổi trái/ xẹp phổi. Đẩy lệch khí quản, trung thất trái, TV hoành trái bẩm sinh Morgani

WBC; 12,48, neutro 86,4%, RBC 5.04, HGB 14,3, HCT 49%, PLT 285, màu O, RH +, PT 12,9, TCK 36,4. Nước tiểu gần BT, glucose 8,0 mmol/l, amylase 59 u/l, creatinine 64, SGOT: 76, SGPT: 30, mật toàn bộ 14, HbSAg âm tính, HIV âm tính.

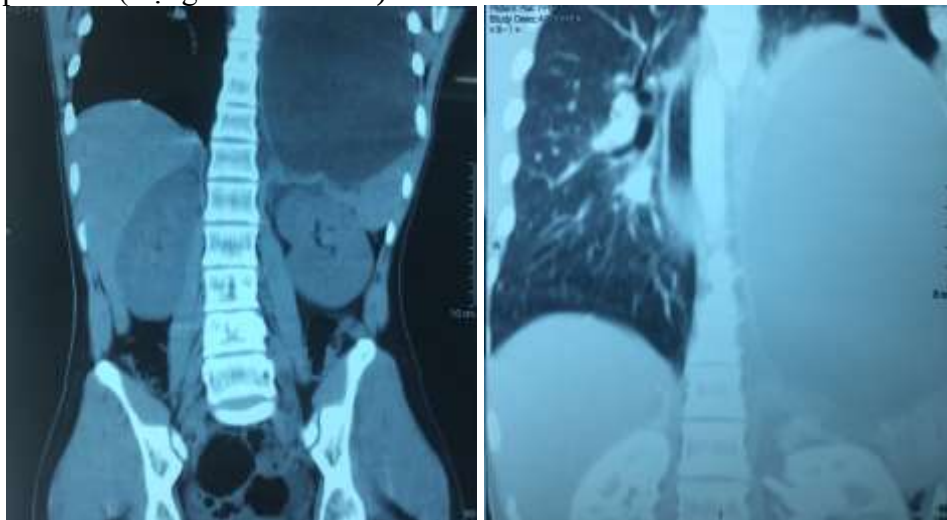


N/S dạ dày (24/1/019: Đặng Đức Th 2001): BS Tạ văn Ngọc Đức

N/S dạ dày: hẹp môn vị hoàn toàn, ống mũi dạ dày không qua được tâm vị, ở 44 cm

SA bụng: Đầu tụy kích thước lớn, tụ dịch lớp mỏng quanh tụy. SA bụng 23/1/019 (BS Hồ Thị Giáng Hương)

Chụp ngực thẳng: mức khí dịch đầy phổi trái, khả năng thoát vị hoành trái, trung thất lệch, xẹp phổi trái (Đặng Đức Th 2001).



CT ngực: không đánh giá được vị trí cơ hoành, dạ dày giãn lớn, tạo mức khí dịch, không dày thành, dạ dày và đại tràng góc lách nằm cao ngang nách trái, theo dõi liệt hoành trái.

Phẫu thuật cấp cứu: Ngày 25/1/2019 vì thoát vị hoành trái bẩm sinh, xoắn dạ dày theo trục dọc. Tình trạng lúc phẫu thuật: M

105, HA 123/70, SPO₂; 98%. NT 18. Đau ngực trái, khó thở, nôn ói nhiều lần. X quang; thoát vị dạ dày, đại tràng vào xoang màng phổi trái, chèn ép trung thất lệch sang phải.

Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản: Huỳnh thị Thi, Hồ tuần Duy

BS Phẫu thuật: GS Văn Tàn

BS Phụ mổ: BS CKII Trần Công Quyền,
BS CKII Nguyễn Bá Minh Nhật.

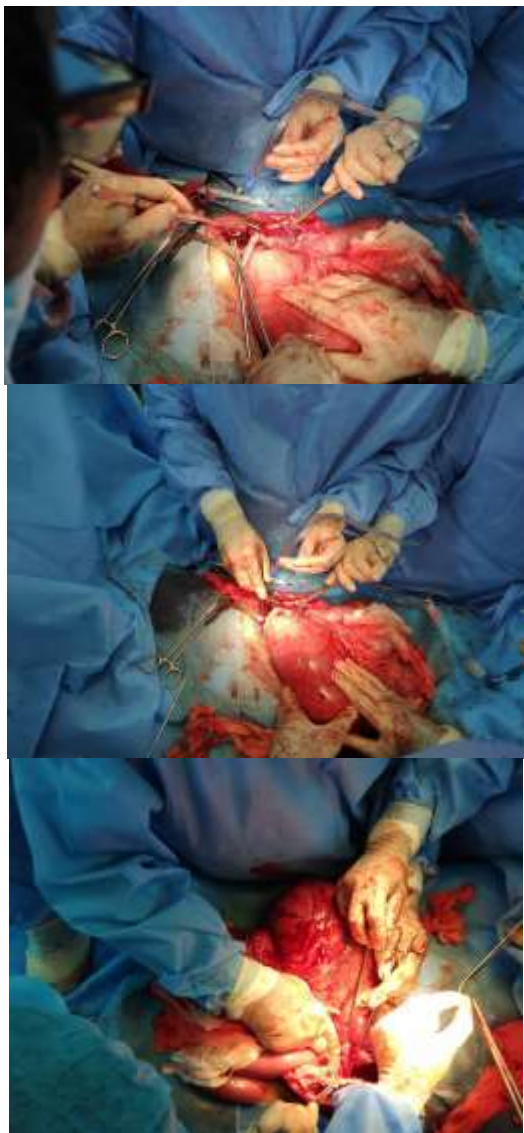
Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, nghiêng phải 30 độ.

Lý do phẫu thuật: Đau ngực, khó thở, nôn ói nhiều lần. X quang+CT có thoát vị hoành. Dạ dày, đại tràng vào ngực trái, chèn ép phổi, trung thất, đẩy sang phải.

Đường rạch da, rạch cơ liên sườn ngực bụng trái, từ khe liên sườn 7 vào đường giữa, trên rốn.

Mô tả sang thương và cơ quan khác: cơ hoành có 1 khe thoát vị ở bờ trái, kích thước 5 x 4 cm, khiến toàn bộ dạ dày nằm trong xoang màng phổi trái, căng to, xoắn 1 vòng theo trục đứng khoảng > 180 độ, gần hoại tử, có cả đại tràng góc lách và lách vài quai ruột non. Có dịch phản ứng trong xoang màng phổi trái, phổi xẹp hoàn toàn không dính với khối thoát vị.

BS gây mê cố đẩy ống mũi dạ dày xuống nhiều lần không đưa ống xuống dạ dày được.



Hút xẹp dạ dày qua kim chọc dò (H1 và H2): Đặng Đức Th.2001

Sở Y Tế Thành Phố Hồ Chí Minh		Mã hồ sơ	: 795.412.980.9771
Bệnh viện Bình Dân		Mã nhập viện	: 29003658
Khoa: Tổng Quát 3		Đặc trưng	: TP.
TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT			
Tên bệnh nhân: Đặng Đức Thuyết		Phân loại: Năm sinh: 2001	
Địa chỉ: 54-41 Phố Thủ Khoa Huân, Phường Phú Thọ Hòa, Quận Tân Phú, Hồ Chí Minh			
Ngày bắt đầu PT: 25/01/2019		Ngày kết thúc PT: 25/01/2019	
Ngày bắt đầu PT: 25/01/2019		Ngày kết thúc PT: 25/01/2019	
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: (Theo dõi tại cơ bệnh T ngay lập tức)			
- Chẩn đoán sau phẫu thuật: (Theo dõi tại cơ bệnh T ngay lập tức)			
- Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật điều trị thoát vị hoành bẩm sinh (Bouchet's)			
Mô phẫu thuật: 1 - PHU325			
Phương pháp vô cảm: MENDQ			
Bác sĩ phẫu thuật: GS. Văn Tiến			
Bác sĩ phẫu thuật: BS. CKII. Trần Công Quyền			
Bác sĩ phẫu thuật: BS. CKII. Nguyễn Bá Minh Nhật			
Bác sĩ tham vấn gây mê: BS. Hoàng Thị Tài			
Điều dưỡng gây mê: Nguyễn Thị Ngọc			
Y tá trung gian: Lê Quốc Hưng			
BS. Nguyễn Thanh Sang			
Bác sĩ gây mê (BS. Hồ Tấn Đạt)			
Tôn Thị Hải Vân			
Thư viện Ngọc Anh			
Lược Đồ Phẫu Thuật / Thủ Thuật			
- Lý do phẫu thuật: Đau ngực, khó thở, nôn ói nhiều lần. X quang + CT có thoát vị dạ dày, đại tràng vào			
đường màng phổi T, chèn ép trung thất trái.			
- Phương pháp vô cảm: Mê nội phế quản.			
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, nghiêng T 30 độ.			
- Đường rạch da, đường vào: Rạch da đường ngực bụng T từ khe liên sườn 7 vào đường giữa trên của rốn.			
- Mô tả sang thương và cơ quan khác: cơ hoành có một khe thoát vị bờ trái, kích thước 5 x 4 cm khiến toàn bộ dạ			
đầy nằm trong xoang màng phổi T, căng to, xoắn 1 vòng ngược chiều kim đồng hồ chưa hoại tử + đại tràng			
góc lách, lách + vài quai ruột non. Nhiều dịch phản ứng trong xoang màng phổi T, phổi T xẹp không dính với			
khối thoát vị.			
- Xử trí: Xả căng cơ hoành T để mở cửa thoát vị, đưa toàn bộ các tạng thoát vị vào lại ổ bụng qua khe đóng			
kẹp chỉnh xương bằng vít để hạn chế dạ dày, mạc đại tràng T nuốt vào ổ bụng. Máy bơm V không cơ hoành			
bằng Phosden 1.8 mất liên tục. Kẹp tạo nước và vá lách vị thông khí.			
- Đặt ống dẫn lưu khí trong xoang màng phổi T. Cắt đứt dây lách.			
- Kiểm tra độ kín và độ vững vị.			
- Khảo sát các tạng còn cơ hoành ngực và thành bụng bằng Varyo 1.8, không da.			
- Lượng máu mất: 300 ml.			
- Dự kiến rút các ống DL: ngày thứ phẫu thuật 3.			
- Sơ cứu - KSHD: không.			
- Các TSB: không.			
- Yếu hương: khô.			
Ngày 25 tháng 01 năm 2019			
Bác sĩ phẫu thuật:			

Xử trí: xẻ cơ hoành trái từ trên xuống tận lỗ thoát vị, thấy môn vị lên sát với lỗ thực quản. Đưa bàn tay lên lồng ngực trái nhiều lần rất khó vì hẹp và chẹt. Sau cùng, nhờ bàn tay nhỏ ôm được dạ dày đẩy xuống bụng được. Gây mê cổ đặt ống mũi dạ dày qua cơ vòng thực quản, nhưng không được. Dùng kim lớn hút bớt khí trong dạ dày.

Lúc đó BS gây mê mới đẩy ống mũi-dạ dày qua thực quản xuống dạ dày được. Đưa các tạng thoát vị xuống bụng. Khâu lỗ hút khí dạ dày. Kiểm tra chỗ nối thực quản và môn vị, thấy môn vị xa hẳn lỗ thực quản và ống thông mũi dạ dày vào lồng dạ dày đến tận môn vị. Dùng chỉ prolene 0 khâu lỗ thoát

vị Morgagni từ đầu dưới lên trên qua đường xẻ tận đầu trên rồi khóa cơ hoành

Dẫn lưu kín xoang màng phổi trái và khâu cố định ống dẫn lưu. Không tạo hình lỗ thực quản.

Kiểm tra gạc và dụng cụ phẫu thuật. Cắt bớt sụn liên sườn 6,7 và đóng đường mổ ngực và bụng bằng vicryl 0, khâu kín da. Lượng máu mất 100 ml. Tiên lượng sẽ tốt. Thời gian phẫu thuật 180 phút. HA ổn định 100/60.

Ở hồi sức; 2 ngày, giúp thở, bạch cầu 13.000. Bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu bình thường. Chuyển Khoa TQ3. Chụp phổi sau mổ 28/2,019: phổi nở tốt, bỏ máy thở.



X quang: Phổi nở tốt, rút bỏ ống dẫn lưu. Hình ảnh sau mổ (Đặng Đức Th 2001)

2.4. Bệnh án 4: Trần Quang K., 68 tuổi, số BA 19.015091, phường Long thành Mỹ, TPHCM, phòng khám cấp cứu, lúc 14h41 ngày 5/07/2019.

Đương sự đi xe honda bị xe tải húc té xuống đường trên lề có con lươn, đập ngực vào con lươn, bên ngoài có tổn thương bầm da dọc theo mạng sườn trái, ngoài ra còn sây

sướt ở thành ngực. Ấn đau ngực, bụng phản ứng đau. Vết thương trán trái 1 cm, sâu 0,2 cm, sây sướt trán trái, tay phải ấn đau, 1/3 trên cẳng chân P ấn đau nẹp cẳng chân phải, khâu các vết thương. Gãy xương sườn 6-7, gãy đầu trên xương chày phải, gãy đầu dưới 2 xương cẳng tay phải. U gan.

Chỉ định CT 32, gan, mật, tụy, dạ dày, tá

tràng, có thuốc cản quang 14h45 ngày 5/7/2019, có hình ảnh tụ dịch quanh cơ thất lưng chậu trái ở đoạn 1/3 trên, tổn thương không đặc hiệu ở đầu và hông trái, có khối u ở gan, hạ phân thùy IV 38x33x34 mm (BS CKI Lê H).

Ngày 6/7/2019, 8h41 chụp CT 32, do Phạm đình H, CKII, khoa ngoại. Cửa sổ trung thất. hình ảnh thoát vị hoành trái, dạ dày chia làm 2 phần, phần cuối giãn to, làm xẹp phổi trái, quai ruột và mạc nối ở đáy phổi trái, đẩy lệnh trung thất và quai động mạch chủ qua phải (BS CKII. Nguyễn Văn B).

Bệnh nhân bị khó thở nặng, ho nhưng hút chỉ ra một ít dịch thực quản. Sonde dạ dày đặt không xuống phần dưới dạ dày vì chỗ xoắn, lồng ngực ngày càng chướng, gõ nghe trong vì hơi, căng dạ dày. Bệnh nhân bị sốc vì khó thở, trung thất bị lệnh qua phải. Tiếng tim rất nhanh, nghe bên phải, mạch quá nhanh lí nhí ở cổ tay, huyết áp kẹt, 2 số gần sát nhau, thông nội khí quản nhưng đặt khó vì bị khí quản cổ lệnh và xoắn.



Hình CT: Dạ dày trong phổi T



2 phần dạ dày: Trần Quang K, 61 tuổi

Phẫu thuật: Phẫu lúc 15h15, ngày 6/7/019.

Trước phẫu thuật: thoát vị hoành trái do chấn thương

Bệnh nhân bị thương, gãy tay phải, chân phải đã bó bột, gãy xương sườn 6-7, chấn thương đầu, đa thương do tai nạn giao thông. U gan phải.

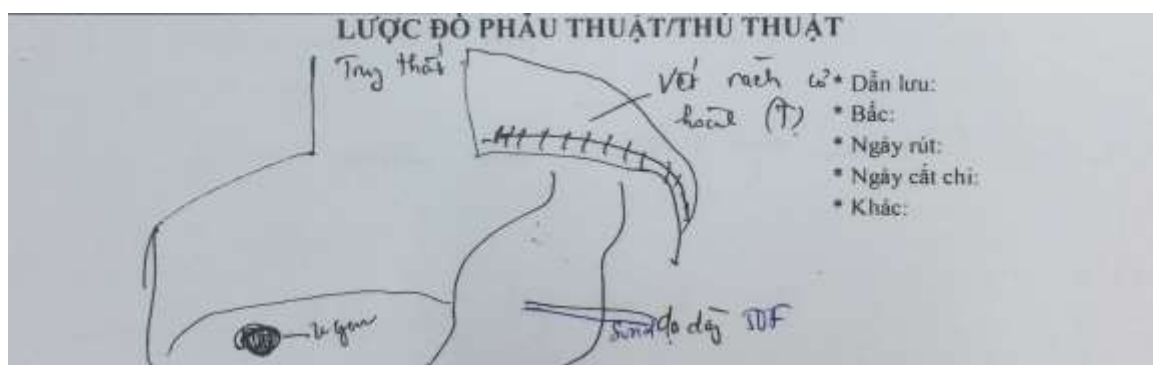
Phương pháp phẫu thuật: điều trị thoát vị hoành. BS phẫu thuật: BS CKII Phạm Đình H, BS Trần Hồng Q. BS gây mê: Trần Công Tr.

Bệnh nhân nằm ngửa: Lồng ngực trái căng phồng, xẻ liên sườn 5-6 vào phổi trái. Cơ hoành trái rách hơn 10 cm, sát chân hoành trái, dùng banh lồng ngực banh lồng ngực ra 2 bên, thấy được đường rách cơ hoành nằm ngang, dạ dày, mạc nối, lách thoát vị qua chỗ cơ hoành rách, xoang màng phổi có ít dịch dò đục. Vì phẫu trường hẹp, nên mổ bụng đường giữa dài 10 cm tiếp cận liên sườn 6-7.

Tiến hành bộc lộ đường rách cơ hoành, thấy dạ dày xoắn làm 2 phần, phần dưới căng nhiều, phần trên không căng. Gây mê có đầy thông không qua được phần dưới dạ dày. BS Phẫu thuật, ban đầu dùng bày tay đưa vào ôm dạ dày nhưng khó vì sợ vỡ dạ dày phù

nề, phải dùng seringue 50 hút, hút được khá nhiều khí và dịch, khi đó, dạ dày bớt căng, Gây mê bơm cho phổi nở và ĐMC-trung thất về vị trí ban đầu. Dạ dày, phù nề do máu ứ đọng. Dùng tay đẩy dạ dày xuống bụng.

Mạch, huyết áp về gần bình thường. Khâu cơ hoành và thành ngực sau khi dẫn lưu màng phổi. Thăm sát ổ bụng, thấy có u gan ở hạ phân thùy 5-8, 3x3 cm cứng, bờ đều. Đóng bụng, sẽ tiến hành mổ u gan sau.



Ở hậu phẫu: bệnh nhân ổn định dần và xuất viện sau 10 ngày, hẹn tái khám sau 1 tuần.

Là xoắn dạ dày theo chiều ngang, chia dạ dày thành 2 phần: phần đầu và phần cuối, phần cuối dẫn to, sonde dạ dày nằm cuộn ở phần đầu. Hình CT và phổi trông rất rõ. Xoắn dạ dày theo chiều ngang thường mãn tính và thường xảy ra vì là xoắn không hoàn toàn.



X quang ngực thẳng sau mổ: Trần Quang K, 61 tuổi

Trong trường hợp này, bị thoát vị hoành vị rách theo chiều dọc và dạ dày leo lên ngực trái rồi xoắn ra trước do di động nên là xoắn cấp tính, nguy cơ hoại tử dạ dày rất cao, do đó cần mổ gấp để cứu dạ dày.

III. BÀN LUẬN

Xoắn theo chiều đứng, 60-70%, do có rách cơ hoành cạnh lỗ TQ, hay bẩm sinh ở góc sườn hoành, như trong trường hợp Bodalech hay Morgani. Trường hợp khác do thoát vị qua lỗ thực quản rộng [6,8]. Định bệnh nhờ chụp hình dạ dày có cản quang hay nội soi dạ dày [6,8]. Là trường hợp cần mổ cấp cứu. Trong TH bị xoắn theo chiều đứng là do các dây chằng dẫn và không thể giữ cho dạ dày ở vị trí bình thường được [7].

Xoắn theo chiều ngang, dạ dày xoắn nằm dưới cơ hoành, khoảng 10-30%, do dẫn dây chằng, hay nằm trên lồng ngực do rách cơ hoành vì chấn thương [6], Thường gặp ở cơ hoành trái yếu [1,6].

Xoắn theo chiều đứng. triệu chứng chính là đau bụng cấp, bụng căng, mửa và xuất huyết. Bắt đầu cấp, nằm không yên và mửa

ít, ống NG không đặt qua được, là tam chứng Borchardt [1,5]. Sau đó, chụp hình bụng thấy dạ dày giãn to trong ngực. Định bệnh nhờ chụp hình dạ dày có cản quang hay nội soi dạ dày, không đây ông thông xuống dạ dày được [2,3].

Xoắn dạ dày theo chiều ngang thì triệu chứng thường không cấp tính, trừ trường hợp bị chấn thương vỡ cơ hoành, bệnh nhân bị đau thượng vị khi dạ dày xoắn nhiều, gần 180 độ. Chụp hình thấy dạ dày giãn lớn. Xoắn dạ dày do thiếu mạc nối lớn và cơ hoành trái yếu. Khi bị xoắn dưới 100 độ thì đau vừa phải và có khi tự hết do tự tháo, và dạ dày bị xoắn tái phát thường xảy ra [4].

Xoắn theo chiều đứng thì mổ cấp cứu, phải hút xẹp dạ dày, dạ dày tự động tháo xoắn và cắt một phần dạ dày, tùy theo tổn thương rồi đưa xuống bụng. Tử vong khoảng 20%, khi dạ dày hoại tử. Khâu lại lỗ rách cơ hoành, khi thực quản ngắn có thể trào ngược, nên phải tạo hình.

Trong trường hợp dạ dày xoắn theo chiều ngang thì chụp hình bụng thấy đại tràng ngang lên cao sát cơ hoành, cơ hoành yếu nằm rất cao, dạ dày giãn to. Đa số trường hợp không cần phải mổ cấp cứu, trừ trường hợp xoắn gần 180 độ hay do chấn thương rách cơ hoành. Khi mổ, hút dạ dày cho xẹp, dạ dày tự tháo xoắn rồi khâu gắn bờ cong lớn vào đại tràng ngang [4,6], khâu làm giảm chỗ yếu của cơ hoành hay khâu chỗ rách cơ hoành.

IV. KẾT LUẬN

Xoắn dạ dày, hầu hết là hội chứng cấp tính. Định bệnh chỉ có thể thấy được trong lúc mổ. Thường thoát vị hoành hay cơ hoành yếu, liệt thì có thể xoắn ruột hoặc hoại tử ruột gây đau ngực bụng dữ dội, còn khó thở thì do tràn khí màng phổi cấp, phổi bị đẩy, lặn trung thất.

Có thể định bệnh được là do tam chứng Borchardt gồm có đau bụng cấp, bụng căng, mửa và xuất huyết. Bắt đầu cấp, nằm không yên và mửa ít, ống NG không đặt qua được. Chụp hình lồng ngực thấy dạ dày giãn to nằm dưới hoành trái, lên cao về phía ngực trái.

Làm sao mà định bệnh được lúc mổ. Dạ dày giãn to, thay đổi hình dạng, không dính với thành ngực hay với cơ hoành. Khi bị thoát vị hoành thì đẩy dạ dày xuống bụng không được. Dạ dày bị bầm tím hay ứ máu. Dạ dày chỉ xuống bụng được khi hút xẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **White RR, Jacobs DO:** Volvulus of the stomach and Small Bowel. In Yeo CJ, Dempsey DT, Klein AS et al [eds]. Shackelford S Surgery of the alimentary tract, ed 6. Philadelphia, 2007, Saunders.
2. **Buchanan J:** Volvulus of stomach. Br J Surg 18:99, 1930.
3. **Kitagawa Y, Dempsey DT:** Benign gastric neoplasms. Gastric Volvulus. P 1090, Schwartz s principle of surgery, 10 edit 2015.
4. **Venon AH, Hunter JG:** Hiatal hernia repair. P1069, Maingot S Abdominal Operations 11 edit, 2007.
5. **Mahvi DM, Krantz SB:** Stomach, Gastric volvulus, p 1223. Sabiston Textbook of Surgery 19 edit, 2012.
6. **Văn Tàn et al (1979):** 2 trường hợp xoắn dạ dày cấp tính, đã mổ tại BVBD, tập san Y học Tổng hội Y học VN năm 1979, SHKHKT BV BD số 4, 1985, tr123-126.
7. **Hector Alejandro, Rodriguez Garcia, Andrew S. Wright, Robert B Yates;** Managing obstructive gastric volvulus: challenges and solutions. Open Access Surgery 2017; 10, 15-24.
8. **Alaa Sedik, Salwa Elbousky:** Acute gastric volvulus: a case report. International Surgery Journal. March 2018. Vol 5, Issue 3, Page 1137.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BƯỚU CHU BÀO PHỔI TRÁI TÁI PHÁT: XEM LẠI CÁC TRƯỜNG HỢP TRONG LỊCH SỬ Y - HỌC THẾ GIỚI (HEMANGIOPERICYTOMA-LIKE FEATURES)

Văn Tàn¹, Văn Hùng Dũng², Đoàn Hùng Dũng,
Dương Thanh Hải và CS

TÓM TẮT

Bướu mạch máu chu bào phổi (Hemangiopericytoma) rất hiếm. Chúng tôi gặp trường hợp đầu tiên. Định bệnh ban đầu là bướu máu lành tính ở phổi, sau mổ cho bệnh nhân về. Hơn 10 năm sau, bướu phổi tái phát, bệnh nhân nhập viện lại.

Bệnh nhân Trần thị Kim H, sinh năm 1970, có chồng và 4 con, làm ruộng ở An thới Đông, huyện Cần Giò, nhập viện ngày 26/9/019 vì bướu phổi trái tái phát. Bệnh nhân có triệu chứng nhức đầu, chóng mặt 2 năm gần đây sau 10 năm mổ phổi tại Bệnh viện Bình Dân (GS Văn Tàn). Khám không thấy gì lạ, ngoài bướu phổi trái. Các xét nghiệm đều bình thường, ngoài ra thiếu máu nhẹ.

Khoa lồng ngực chuẩn bị mổ, ban đầu tính mổ nội soi, không thành vì gây mê, phổi trái không xẹp. 1 tuần sau quyết định mổ lại, lần này mổ mở (GS Văn Tàn). Lúc mổ thấy bướu dính thành ngực và phổi, nên sau khi gỡ dính, bướu vỡ, cắt bỏ bướu. Khâu cầm máu bằng vicryl 000. Đóng ngực và dẫn lưu màng phổi. Sau mổ, diễn tiến bình thường và nằm viện 15 ngày.

Mô bướu:

- Lần đầu sinh thiết qua CT, mô bướu là ung thư không tế bào nhỏ, biệt hóa kém
- Lần mổ. mô bướu là lympho tế bào lớn
- Lần tiếp, sau khi hóa mô miễn dịch thấy bướu mạch chu bào phổi (hemangiopericytoma-like feature)

Chúng tôi có nên hóa trị hay không. Nếu có hóa trị thì chỉ có thể dùng Imatinib.

Từ khóa: Bướu mạch chu bào phổi (hemangiopericytoma-like features)

SUMMARY

A CASE OF RECURRENT HEMANGIOPERICYTOMA OF THE LUNG AND REVIEW OF THE SAME CASES IN THE WORLD LITERATURE

Hemangiopericytoma, of the lung is seldom ever benign or malignant. We meet a hemangiopericytoma firstly in the lung. The diagnosis at that time is vascular tumor, it is benign so no chemotherapy. About over 10 years, the tumor recur, so the patient come back.

Patient Tran thi Kim H, date of naissance 1970, wedding with 4 children, farmer, An thoi Dong, Can Gio district. Admitted 26/9/019, by recurrent tumor of the left lung. Patient has symptom of headache and vertige in 2 recent years after 10 years of lung operation. At Binh Dan hospital, in examination, no is abnormal except the tumor of the inferior left lung. Labo data is normal, except a little anemia.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Viện Tim TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thanh Hải

Email: duonghai8585@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 26/12/2022

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

In the Dpt of Thoracic and mediastinal surgery, firstly, we decide to remove the tumor by thoracostomy, but the left lung is no collapse, the operation is referred. A week after, a left thoracotomy (Pr Van Tan), we see the tumor adhere to the thoracic wall and to the left lung; we remove the fibrous, the tumor break. We remove all of tumor with a partial left inferior lung. The vascular control by vicryl 000. We drain and close the thorax. After operation, patient fill good and discharge 15 days after.

Diagnosis no 1:

- Biopsy with CT, the diagnosis is cancer cell no cytology of small cell, no differenciatiated
- But at opened operation, the diagnosis is lymphocyte with big cell B
- After that, the diagnosis is hemangiopericytoma-like feature of the lung.

We hesite the chemotherapic treatment or not, if chemotherapy, may we use Imatinib.

Keywords: Hemangiopericytoma-like features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu mạch máu chu bào phổi (Hemangiopericytoma) rất hiếm. Chúng tôi gặp đầu tiên trường hợp trên. Định bệnh ban đầu là bướu mạch máu lành, mổ xong, cho bệnh nhân về. Hơn 10 năm sau, bướu tái phát bệnh nhân nhập viện lại.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Trần thị Kim H, 1970, số lưu trữ 2019/24341. Ở An Thới Đông, Cần Giờ, TP HCM. N/v ngày 26/9/2019, vì bướu thùy dưới phổi trái tái phát. Đã mổ cắt bướu phổi trái năm 2009 tại BV BD (GS Tản). BN đã điều trị tại BV Ung bướu, TP HCM 20 ngày, CT phát hiện bướu mạch máu nên chuyển BV Bình Dân.

Bệnh sử: Trong khoảng 2 năm, BN bị chóng mặt, nhức đầu, sụt cân, đau lưng. Chụp CT tại Hòa Hảo, phát hiện bướu ở phổi, dạng mạch máu. BN sanh 4 con, mổ triệt sản năm 30 tuổi.

Ở BV Bình Dân, đã mổ ngực trái, cắt bướu (GS Văn Tản), nằm viện 14 ngày. Giải phẫu bệnh: bướu lành nên cho về, không hóa trị. Từ lúc về đến nay, không triệu chứng. 2 năm gần đây, người hay nóng lạnh, 2 tháng nay, thường bị cảm sốt, không đau ngực.

Nay bướu tái phát ở thùy dưới, trên 10 năm, không đau, chỉ khó chịu ngực bên trái. Khám bệnh huyện Cần Giờ, BS Cần Giờ khuyên lên BV Bình Dân N/V để mổ.

Là phụ nữ vóc dáng vừa phải, ngực trái có sẹo vết mổ qua liên sườn 5-6 dài từ đường ngực trước ra đường ngực sau, có gãy xương sườn 6 do đặt dụng cụ banh ngực. Hồi đó, mổ ngực trái, cắt bướu từng mảnh, lấy sạch, rửa xoang màng phổi, đóng ngực, đặt dẫn lưu. 3 ngày sau mổ rút dẫn lưu, vết mổ lành, phổi nở tốt. 7 ngày sau, cho biết mô bướu lành tính nên không cho hóa trị.



Hình 1: X quang phổi năm 2008

**Hình 2A, MSCT scan**

MSCT: Khối bướu rất lớn ở phổi trái, choán hết lồng ngực trái, Hình 1: khối bướu đẩy trung thất qua phải. Khối bướu đậm độ không đều, có mạch máu lớn gần kề bên trong nên nghĩ là bướu mạch máu (Hemangioma).

Hơn 10 năm, bệnh nhân không có triệu chứng gì về phổi nên không tái khám

2 năm gần đây, người bệnh thấy nhức đầu, chóng mặt và 1 tuần trước, vì khó chịu

**Hình 2B: MSCT Scan**

ngực trái nên đến khám bệnh BV huyện Cần Giò, chụp phổi thấy bướu ở đáy phổi trái, BV Bình Dân. CT 1-32 dây có tiêm thuốc cản quang, thực hiện các lớp cắt liên tục dày 03 mm qua vùng ngực. Vùng đáy phổi trái có tổn thương đậm độ mô D = 17 x 22 mm, tăng quang mạnh sau tiêm cản quang vùng màng phổi đáy phổi trái. Không có tổn thương khác. Theo dõi bướu màng phổi đáy phổi trái (BS Nguyễn chí Phong).

**Hình 3: X quang ngực thẳng và MSCT Scan tái phát ở ngực trái**

Khoa lồng ngực đã cho làm xét nghiệm, không thấy các tổn thương khác, trừ bướu ở dưới thành ngực trái.

Thử máu: Máu B, Hct 37,2%, HGB 11,1 g/dL, Bạch cầu 12,24, PLT 265 K/uL, (9/10.019). Hct 31,8 %, HGB 9,7 g/dl, Sau

mỏ bạch cầu 18,32 K/ul, PLT 313 K/ul (10/10/019).

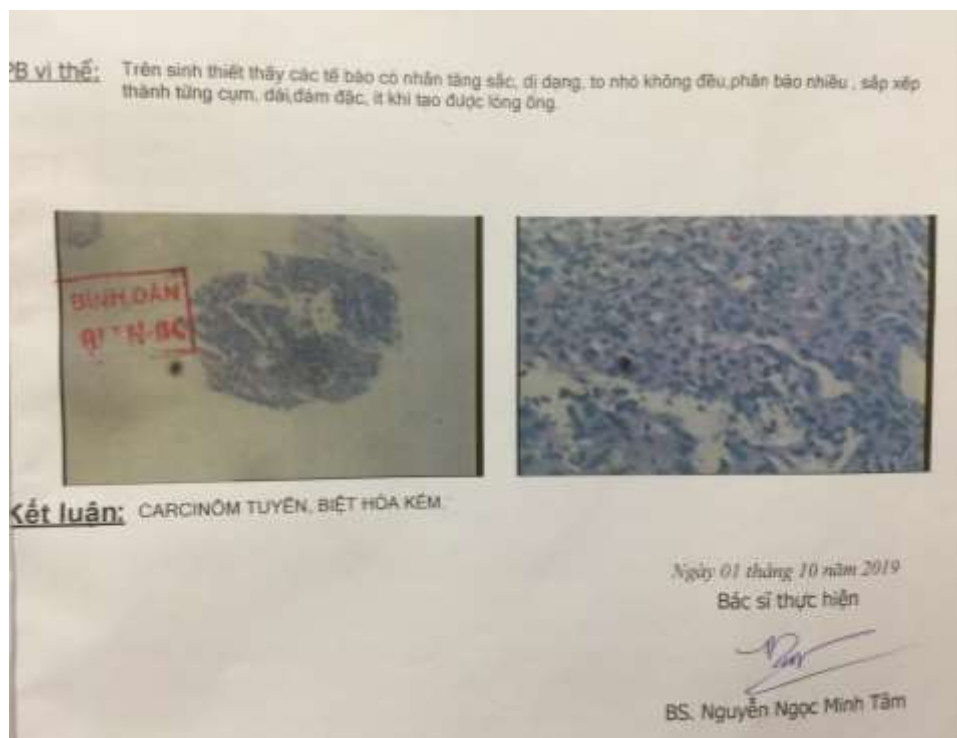
Ion đồ Na⁺ 134, K⁺ 4.1, Cl⁻ 100, Ca⁺⁺ 106 mmol/L.

Nước tiểu: bình thường. Đàm: không thấy trực trùng kháng acid aLcooL (27/9/019). Chức năng phổi: bình thường, SA: bình thường, SA doppler Tim EF 74%.

X quang ngực: Mờ không đồng nhất đáy phổi trái, gãy củ xương sườn 5-6 trái, nghi là u.(7/10/019) (Nguyễn Thành Nhân). ECG Nhịp xoang.

Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT Scan (Đoàn Hùng Dũng)

GPB: Carcinom tuyến biệt hóa kém (BS Nguyễn Ngọc Minh Tâm)



Chuẩn bị mổ.

PP vô cảm: Mê NKQ

GS phẫu thuật: GS Văn Tàn

BS phụ mổ: Th sĩ Nguyễn văn Việt
Thành, Th sĩ Đoàn Hùng Dũng

Gây mê: BS Nguyễn Cao Thúy Hằng +
BS Tôn Thất Hùng

Lý do phẫu thuật: Cắt bướu và 1 phần
thùy dưới phổi trái

Tư thế BN: nằm nghiêng phải 90 độ



Hình: Sẹo mổ ngực

Rạch da: Đường bên dài 12 cm theo đường cũ

Mở khoang liên sườn 5-6, vào ngực. Phổi dính nhiều vào thành ngực và phổi trái.

Xử trí: Gỡ dính phổi vì búi dính chặt vào thành ngực, vỡ búi.

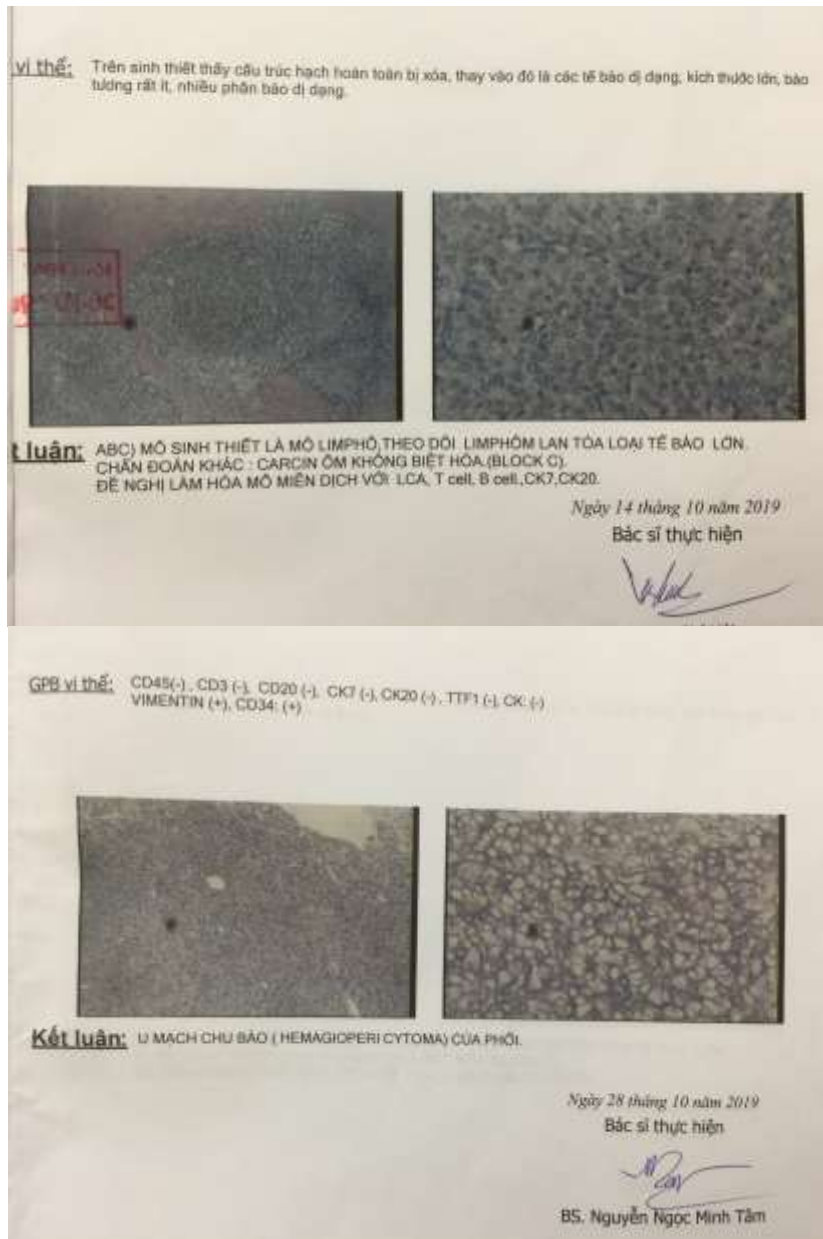
Cắt trọn búi và 1 phần thùy dưới phổi trái. Cầm máu cẩn thận, Khâu bằng vicryl 000. Đặt dẫn lưu. Đóng ngực, khâu da

Thời gian phẫu thuật 100 phút, mất máu 100 ml

Ban đầu mổ nội soi không thành do thông nội khí quản cho xếp phổi trái, phải hoãn mổ. 1 tuần sau, lên lịch mổ lại. Đặt ống NG, chuẩn bị mổ mở vì thành ngực đã mổ lần trước nên phổi dính.

Mô búi: Búi lympho B (BS Nguyễn Ngọc Minh Tâm)

Hóa mô miễn dịch: Búi mạch chu bào của phổi (hemangiopericytoma) (BS Nguyễn Ngọc Minh Tâm)



III. BÀN LUẬN

Bướu mạch chu bào phổi (Hemangiopericytoma) là bướu hiếm, có thể là lành hay ác [1,2]. Trường hợp này sau mổ hơn 10 năm, Cắt bỏ bướu, không hóa trị vì định bệnh mô bướu là hiền. Sau 10 năm bướu tái phát và mổ lại tại BV Bình Dân [2,4], cắt bướu và 1 phần phổi thùy dưới trái. Mô bướu lần đầu là ung thư (sinh thiết qua kim theo CT), lần sau là bướu lympho B tế bào lớn, hóa mô miễn dịch là bướu mạch chu bào phổi (hemangiopericytoma). Vấn đề là sau mổ có hóa trị hay không, cần xem lại mô bướu.

Bướu này có thể có ở tuổi từ mới sanh đến 60, trên lý thuyết, bướu ở đâu có vi quản [7, 11,13,14], rất hiếm. Bướu xuất phát từ mô quanh mạch máu. Tế bào là tế bào cơ trơn thay đổi và có tính co dãn làm dãn nở vi quản. Khi xem lại 197 BN, bướu ở khắp nơi, Stout chứng minh rằng, bướu thường ban đầu ở mô ngoại biên [5,15]. Bướu này phát xuất đầu tiên ở phổi thì thật là hiếm. Nhiều TH không có triệu chứng khi dưới 5 cm đường kính và tìm thấy nhờ chụp hình phổi.

Từ lâm sàng đến hình ảnh, không thể biết là lành hay ác vì tính chất ác không rõ. Sau khi phát hiện 24 TH ở phổi trong lịch sử thế giới với 4 TH riêng của các ông, Meale và cs [16] mới biết bướu không có lâm sàng và hình ảnh khác với các bướu khác. Phẫu thuật với mô bướu mới là điều trị tận gốc.

Stout AF và Murray MR, năm 1942 người đầu tiên nhận thấy khi mổ và định bệnh là hemangiopericytoma, với mô gốc từ tế bào quanh mạch máu Zimmerman. Họ mô tả 9 TH chung quanh mao mạch [15,16], đã nắm được từ 1923.

Ensinger FM, Smith BH [9,7,11,14] chia bướu thành 2 nhóm, nhóm trẻ và nhóm người lớn. Nhóm trẻ thường tìm thấy ở đầu và cổ,

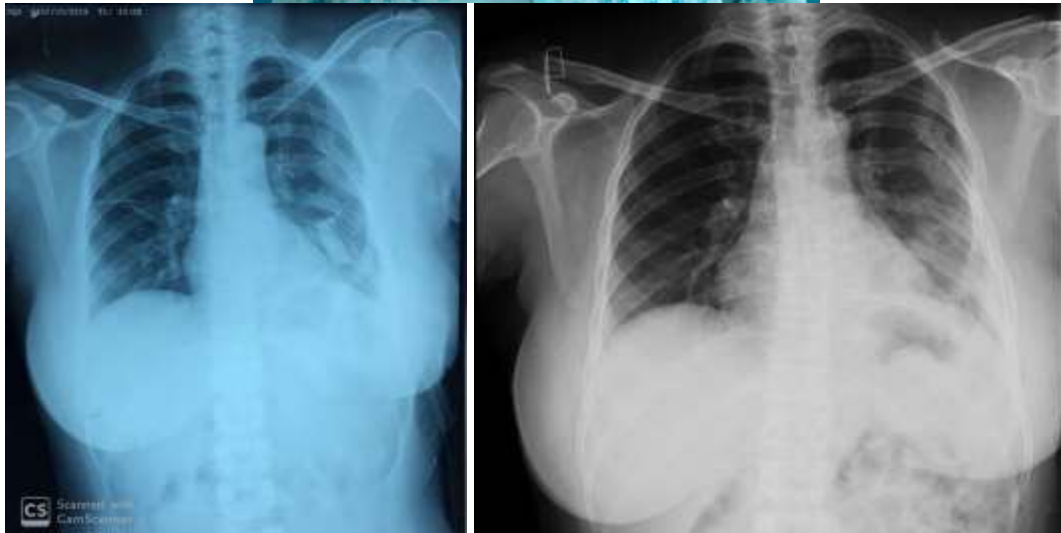
các chi và thân, thường lành tính, ở người già thường ở trong hốc mũi và trong xoang mũi và các nơi khác. Ung thư gặp 1% ở mạch máu và 5% ở các sarcom [14]. Bướu ở phổi rất hiếm, khoảng 145 TH trong y văn từ năm 1954 đến 2007 [4,12,15,18]. Ở phổi thường tuổi 50-60, nam nữ giống nhau. Triệu chứng chính là đau ngực, khó thở, ho và ho ra máu [5]. X quang phổi sẽ thấy bướu, có ít tràn dịch màng phổi. Mô bướu là một nhóm tế bào bao quanh các vi quản. Tế bào thì nhỏ với ít tế bào chất, nhân tròn. Nhuộm bạc thấy tế bào nằm ngoài mạch máu [12]. Căn cứ trên mô bướu, tác giả đã xếp nhóm I, nhóm II và nhóm III trong năm 2016. Nhóm I xem như lành tính vì tế bào không thay đổi; Nhóm III gồm tế bào phát triển cao (> 5 per hpf); nhóm II có tiêu chuẩn anaplastic HPC, gần giống nhóm III. Tuổi TB 42,5 (60 bệnh nhân) [5].

Căn cứ theo WHO, tác giả (thấy nhóm I sau theo dõi 42,9 tháng, không tái phát vì tế bào không sanh mới, không có nhiều tế bào, và không có nhân bất thường [7,8]. Nhóm II, điều trị có 8 tái phát (29,6%), nhóm III cũng có 8 tái phát (61,5%), nhưng không có ý nghĩa trên thống kê. Cũng theo tác giả, tử vong gồm có 1 TH di căn ngoài sọ, 4 TH di căn trong não, 1 TH chảy máu trong não, 1 TH chảy máu ở mô còn sót. Như vậy di căn ngoài sọ 5 TH (12,5%). Guthrie và CS báo cáo di căn ngoài sọ là kết quả của tăng tỉ lệ tử vong [3,10]. Ngoài ra, di căn ngoài sọ của nhóm tác giả tử vong 3 trên 6 bệnh nhân [10]. Di căn sớm nhất của nhóm tác giả là 7 đến 20 năm. Thời kỳ di căn dài nhất là 182,3 tháng. Do đó, nhóm I là không di căn, Nhóm III phát triển di căn rất nhanh. Nhóm II di căn trung bình [17].

Nguồn gốc thật của bướu không biết rõ, có thể bướu từ tế bào mesenchyme kém phân biệt, vấn đề còn tranh cãi [5,7,11].

Riêng TH của chúng tôi có thể thuộc nhóm II vì chúng tôi tìm thấy bướu di căn ở

đáy phổi trái khoảng 8 năm. Về hóa trị, có thể sử dụng imatinib theo (Rosi et al) vì nguyên nhân có thể từ tyrosine,kinase inhibitors [19].



Hình 4: X quang phổi sau mổ và sau mổ 1 tháng

IV. KẾT LUẬN

Bướu có tế bào quanh mạch máu thật khó biết. Chúng tôi ước lượng bà H ở nhóm II. Nhóm II ở phổi di căn chậm cho nên sau 10 năm mới thấy bướu. Thật ra người bệnh cảm

thấy nhức đầu, chóng mặt khoảng 2 năm trước nên chúng tôi nghĩ là sau 8 năm, có thể đã tái phát, di căn và thời kỳ đó bướu còn nhỏ, nên không biết ví lâm sàng khó phân biệt và nhất là không làm CT phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Briselli M, Mark EJ, Dikerson GR:** Solitary fibrous tumor of the pleura, eight new cases and review of 360 cases in the literature. *Cancer* 1981; 47:2678-2689.
2. **Chnaris A, Barberaki N, Efstarhieu A et al:** Primary mediastinal hemangiopericytoma. *World J Surg Oncol* 2006, 4:23.
3. **Damodaran O, Robbins P, Knuckey et al:** Primary intracranial hemangiopericytoma, comparison of survival outcomes and metastatic potential in WHO grade II and III variants. *J Clin Neurosci* 21:1310-1314, 2014
4. **Fujita A, Minase T, Takabatake H et al:** A case of primary malignant hemangiopericytoma of the lung with marked response in combination chemotherapy with cisplatin, ifosfamide and gentamycin 2001; 28:373-376.
5. **Fletcher CDM:** Diagnosis histopathology of tumor. 2nd ed London, UK Churchill Livingstone, 2000:77-80.
6. **Ensinger FM, Smith BH:** Hemangiopericytoma. An analysis of 106 cases. *Hum Pathol* 1976, 7:61-82
7. **Gengler C, Guillon I:** Solitary fibrous tumor and hemangiopericytoma evolution of a concept. *Histopathology* 2006; 48:63-74.
8. **Guthrie BL, Ebersold MJ, Scheithauer BW et al:** Meningeal hemangiopericytoma histopathological feature, treatment, and long-term follow up of 44 cases. *Neurosurgery* 25:514-522, 1989.
9. **Ghose A, Guha G, Kundu R et al:** CNS hemangiopericytoma: a systemic review of 523 patients. *Am J Clin Oncol* 40:223-227, 2017.
10. **Hallen M, Parada LA, Goeunova L et al:** Cytogenetic abnormalities in a hemangiopericytoma of the spleen. *Cancer Genet Cytogenet* 2002;136: 62-65
11. **Hugle WP:** Malignant hemangiopericytoma. A clinical overview and case study. *Clin J Oncol* 2003;7:57-62.
12. **Kaminska I, S-Wojcik E, Kudsinski P et al:** Primary lung hemangiopericytoma: a rare neoplasm with a long course of recurrence over many years. *Pneumonol Alergol Pol* 2001;69: 290-294.
13. **Lee SJ, Kim ST, Park SH et al:** Successful use of pazopanib for treatment of refractory metastatic hemangiopericytoma. Division of Hematology-Oncology, dept of Medicine Samsung, Seoul 135-710, Korea.
14. **Marec-Berard P:** Malignant hemangiopericytoma. Scientific Editor: Pr Thierry Philip, 28 rue Laennec, 69373 Lyon Cedex 8, France.
15. **Radulescu D, Pripon S, Ciuleanu TE, et al:** Malignant primary tumor with hemangiopericytoma-like feature: conventional hemangiopericytoma versus solitary fibrous tumor. *Clinical lung cancer*, vol 8, No 8, 504-508, 2007.
16. **Stout AP and Murray MR:** Hemangiopericytoma a vascular tumor featuring Zimmerman's pericytes. *Ann Surg* 1942, 116:26-32.
17. **Sung KS, Moon JH, Kim EH et al:** Solitary fibrous tumor/hemangiopericytoma. Treatment results based on the 2016 WHO classification. *J Neurosurg*, March 9, 2018..
18. **Van de Rijn M, Lombard CM, Rouse RV:** Expression of CD34 by solitary fibrous tumors of pleura, mediastinum and lung. *Am J Surg Pathol* 1994;18:815-820.
19. **Penal, N, Amela EY, Dacanter G et al:** Solitary fibrous tumor and so-called hemangiopericytoma. Vol 2012, Article ID 690251, 6 pages, doi:10.1155/2012/690251

SO SÁNH PHẪU THUẬT ROBOT VỚI NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN - KẾT QUẢ SỚM

Trần Vĩnh Hưng¹, Nguyễn Phú Hữu¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Pigazzi [5] và cộng sự năm 2006 đã báo cáo trường hợp đầu tiên cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection) với kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) do ung thư trực tràng sử dụng hệ thống phẫu thuật robot da Vinci. Sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng là kỹ thuật mới tại Việt Nam. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng vào tháng 11 năm 2016. Mục đích của nghiên cứu này là so sánh kết quả phẫu thuật ngắn hạn cũng như những biến chứng trong và sau phẫu thuật giữa phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa.

Thiết kế: Nghiên cứu tiền cứu, so sánh ngẫu nhiên được thực hiện trên bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật robot hoặc phẫu thuật nội soi có tái lập lưu thông đường tiêu hóa từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021 tại bệnh viện Bình Dân

Kết quả: Có 90 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm: 45 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trước thấp bằng robot (R-LAR: robotic low anterior resection) và 45 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trước thấp bằng nội soi (L-LAR: laparoscopic low anterior resection). Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về: tuổi tác,

giới tính, BMI, ASA, giai đoạn lâm sàng, số lượng hạch bạch huyết, thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện. Lượng mất máu thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm phẫu thuật robot (21ml) so với nhóm nội soi (36ml) với $p = 0,03$. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,2% trong nhóm L-LAR và 0% trong nhóm R-LAR. Diện cắt vòng quanh (CRM: circumferential resection margin) dương tính trong 13,3% nhóm L-LAR so với 8,9% nhóm L-LAR ($p = 0,24$). Chất lượng bao mạc treo trực tràng (TME) nguyên vẹn 93,3% trong nhóm R-LAR và 91,3% trong nhóm L-LAR ($p = 0,61$). Thời gian nằm viện nhóm R-LAR ngắn hơn nhóm L-LAR (6,8 ngày/7,2 ngày, $p=0,43$). Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ nhóm R-LAR (13,3%) thấp hơn nhóm phẫu thuật nội soi (20%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa tổng kê $p=0,43$.

Kết luận: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng phẫu thuật robot trong điều trị ung thư trực tràng là một phẫu thuật an toàn và khả thi. Kết quả ngắn hạn của phẫu thuật robot đối với ung thư trực tràng tương đương phẫu thuật nội soi ngoại trừ lượng máu mất ở nhóm phẫu thuật robot ít hơn có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: phẫu thuật Robot hỗ trợ, phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng, cắt trước thấp.

SUMMARY

**ROBOTIC VERSUS LAPAROSCOPIC
LOW ANTERIOR RESECTION FOR
RECTAL CANCER AT BINH DAN
HOSPITAL: SHORT- TERM
OUTCOMES**

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Hữu

Email: bsphuhuu2012@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 03/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Background: The first case LAR: Low anterior resection with TME for rectal cancer using robot da Vinci Surgical System that were reported in 2006 by Pigazzi et al [5]. Using robot in rectal cancer surgery is a new technique in Vietnam. Binh Dan hospital has started using robots in rectal cancer surgery since November 2016. The purpose of this study is to compare the short-term operative as well as intraoperative and postoperative complication of robotic-assisted and laparoscopic rectal cancer resections with anastomosis.

Materials and methods: This were a prospective randomized clinical trial conducted on patients with rectal cancer undergoing either robotic-assisted or laparoscopic surgery with anastomosis from December 2019 to December 2021 at Binh Dan hospital.

Results: There were 90 patients include: 45 patients underwent robotic low anterior resection (R-LAR) and 45 patients underwent laparoscopic low anterior resection (L-LAR). No significant differences exist between both groups in terms of age, gender, BMI, ASA, clinical stage, operative time, harvested lymph nodes, the time to flatus passage. Estimated blood loss was significant lower in the robotic (21ml) than in the laparoscopic group (36ml) with $p=0.03$. The open conversion rate was 2,2% in the L-LAR group and 0% in the R-LAR group. Involvement of circumferential resection margin (CRM) was positive in 13,3% in the L-LAR group compare to 8,9% in the R-LAR group ($p=0.24$). Total mesorectal excision (TME) quality was completed in 93,3% in R-LAR and 91.3% in L-LAR ($p=0.61$) and length of hospital stay (R-LAR 6.8 ± 2.1 vs L-LAR 7.2 ± 2.7 , $p=0.43$). The overall postoperative complication rates was insignificant lower in the robotic (13,3%) than in the laparoscopic group (20%) with $p=0.43$.

Conclusion: In our study, using robotic surgery in rectal cancer treatment is a safe and feasible procedure. Short-term outcomes of robotic surgery for rectal cancer were similar to those of laparoscopic surgery except estimated blood loss was significantly lower in the robotic.

Keywords: Robotic-assisted, Laparoscopic, Rectal cancer, Lower anterior resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một ung thư thường gặp của đường tiêu hóa và phẫu thuật là phương pháp điều trị chính yếu hiện nay. Các phương pháp phẫu thuật đã phát triển dần dần từ phương pháp mở (đường mổ lớn) đến các phương pháp xâm lấn tối thiểu. Phẫu thuật nội soi với kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) đã trở thành kỹ thuật tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư trực tràng trong những thập niên gần đây. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi còn tồn tại một khó khăn nhất định trong một số trường hợp không gian hẹp của xương chậu, dụng cụ nội soi giới hạn phạm vi chuyển động, run tay cũng như camera hai chiều (2D) và cần người phụ mổ chuyên nghiệp. Hệ thống robot da Vinci® được sử dụng trong nghiên cứu này có tầm nhìn ba chiều (3D), nâng cao tầm nhìn độ nét cao với lên đến 12 lần phóng đại, các dụng cụ robot có thể gấp, duỗi và xoay giống như bàn tay của phẫu thuật viên tuy nhiên các cánh tay này rất nhỏ có thể thao tác tốt trong không gian chật hẹp của vùng chậu [1],[5]. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng từ tháng 11/2016. Mục đích của nghiên cứu này là so sánh kết quả phẫu thuật ngắn hạn cũng như những biến chứng trong và sau phẫu thuật giữa phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng qua nội soi tiêu hóa và có giải phẫu bệnh trước mổ, được phẫu thuật nội soi dùng hệ thống Robot da Vinci và phẫu thuật nội soi truyền thống tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian (02 năm) từ tháng 12/2019 – tháng 12/2021. Chúng tôi chọn những trường hợp phẫu thuật cắt cắt trước thấp (LAR) với kỹ thuật (TME) có tái tạo lưu thông đường tiêu hóa.

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 8. Đánh giá giai đoạn TNM trước và sau mổ dựa vào: siêu âm qua nội soi trực tràng, MRI chậu căn tử, CT scan ngực + bụng có cản quang.

Nghiên cứu tiền cứu so sánh có nhóm chứng. Nghiên cứu đơn trung tâm (tại bệnh viện Bình Dân). Tất cả phẫu thuật viên trong nhóm nghiên cứu đều phải qua đường cong huấn luyện của phẫu thuật robot trong ung thư đại trực tràng (đã sử dụng hệ thống robot da Vinci phẫu thuật từ 25 trường hợp ung thư đại trực tràng trở lên) và có hơn 10 năm kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi truyền thống điều trị ung thư đại trực tràng.

Những trường hợp ung thư di căn hoặc bệnh lý mãn tính không phẫu thuật được bằng

phẫu thuật nội soi, ung thư gây tắc ruột hoặc phẫu thuật viên chưa qua đường cong huấn luyện đều được loại ra trong nhóm nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân thỏa các tiêu chí nghiên cứu đều so sánh về lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng trong và sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện giữa hai nhóm phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi.

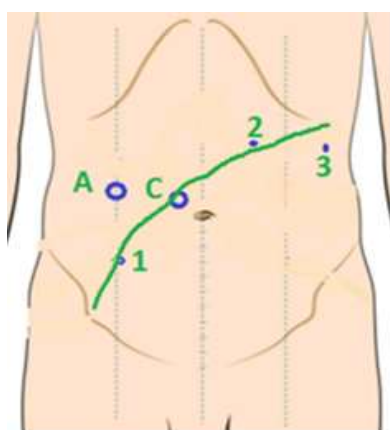
Một số định nghĩa:

- Mổ robot lai (hybrid robotic techniques): là sự phối hợp giữa phẫu thuật robot và phẫu thuật nội soi truyền thống. Phẫu thuật nội soi truyền thống sẽ cắt bỏ mạch mạc treo tràng dưới và di động góc lách. Sau đó, robot sẽ phẫu tích vùng chậu theo tiêu chuẩn TME.

- Mổ robot hoàn toàn (totally robotic techniques): toàn bộ phẫu thuật sẽ được thực hiện bằng robot.

- Mổ robot một lần docking: vị trí robot không thay đổi so với bệnh nhân trong suốt cuộc mổ.
- Mổ robot nhiều lần docking: vị trí robot thay đổi so với bệnh nhân khi làm ở thì đại tràng và thì chậu (thường phải 2 lần setup các cánh tay robot).

- Tất cả những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều mổ robot hoàn toàn và một lần docking.



Hình 1: Vị trí trocars Robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng (C: trocar 12mm cho camera robot; A: trocar 12mm cho phụ mổ; 1,2,3: trocar 8mm cho 3 cánh tay robot tương ứng)

Nguồn: BV Bình Dân - 2021

Quy trình kỹ thuật phẫu thuật robot cắt trước thấp (R-LAR)

Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt thông mũi-dạ dày, đặt thông tiểu
- Chuẩn bị các dụng cụ phẫu thuật, phòng mổ
- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

Tư thế bệnh nhân và vị trí đặt trocar [6]

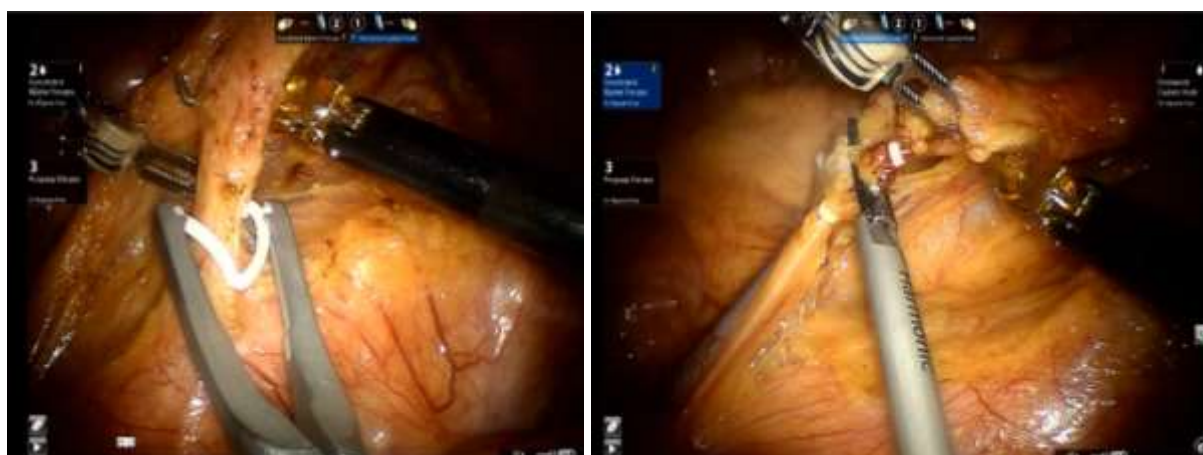
- Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa, hai chân dạng, tư thế sản khoa.
- Bệnh nhân nghiêng phải 30°, hạ thấp đầu 30° và chân cao.
- Bơm hơi ổ bụng bằng kim Veress, áp lực ổ bụng # 12mm Hg
- Vị trí các trocars khác với phẫu thuật nội soi truyền thống và phải được tính toán chính xác vì các cánh tay phía ngoài bệnh nhân khá to, đặt sai vị trí (quá gần hoặc quá xa) các cánh tay sẽ va chạm bên ngoài rất khó trong quá trình phẫu thuật.
- Đặt trocar Excel 12 mm cho camera robot, vị trí trên rốn 2cm, lệch phải bệnh nhân khoảng 2cm, 3 trocars robot (8mm) còn lại đặt theo các vị trí 1, 2, 3, các trocars này đặt tự cách nhau và cách trocar camera khoảng 5-12cm, theo (hình 2.4). Trocars 1, 2,

3 tương ứng với các cánh tay số 1, 2, 3 của robot. Trocar phụ dùng trocar Xcel 12mm, đặt cách trocar 1 và trocar camera khoảng 8-10cm.

Thi bóc tách vùng bụng [6]

- Cánh tay số 1 chúng tôi dùng móc đốt, cánh tay số 2 dùng Forceps điện lưỡng cực Maryland, vừa cầm nắm mô, phẫu tích và đốt mạch máu, tay số 3 dùng Forceps ProGrasp để cầm nắm mô, chúng tôi tiếp cận động mạch mạc treo tràng dưới theo hướng từ trong ra ngoài, bóc tách sát gốc động mạch chủ dưới chỗ xuất phát của động mạch mạc treo tràng dưới, dùng tay số 3 để cầm và vén đại tràng sigma, tay số 1 và số 2 để bóc tách, kẹp hemoclock và cắt động mạch mạc treo tràng dưới sát gốc động mạch chủ bụng (thắt cao) hoặc chừa lại nhánh động mạch đại tràng trái (thắt thấp) tùy từng trường hợp, tiếp đến là kẹp bằng hemoclock và cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Trong quá trình bóc tách bảo vệ đám rối thần kinh hạ vị dưới và niệu quản trái.

- Tiếp đến di động đại tràng sigma, đại tràng xuống bên thành bụng trái, hạ đại tràng góc lách khi cần thiết.

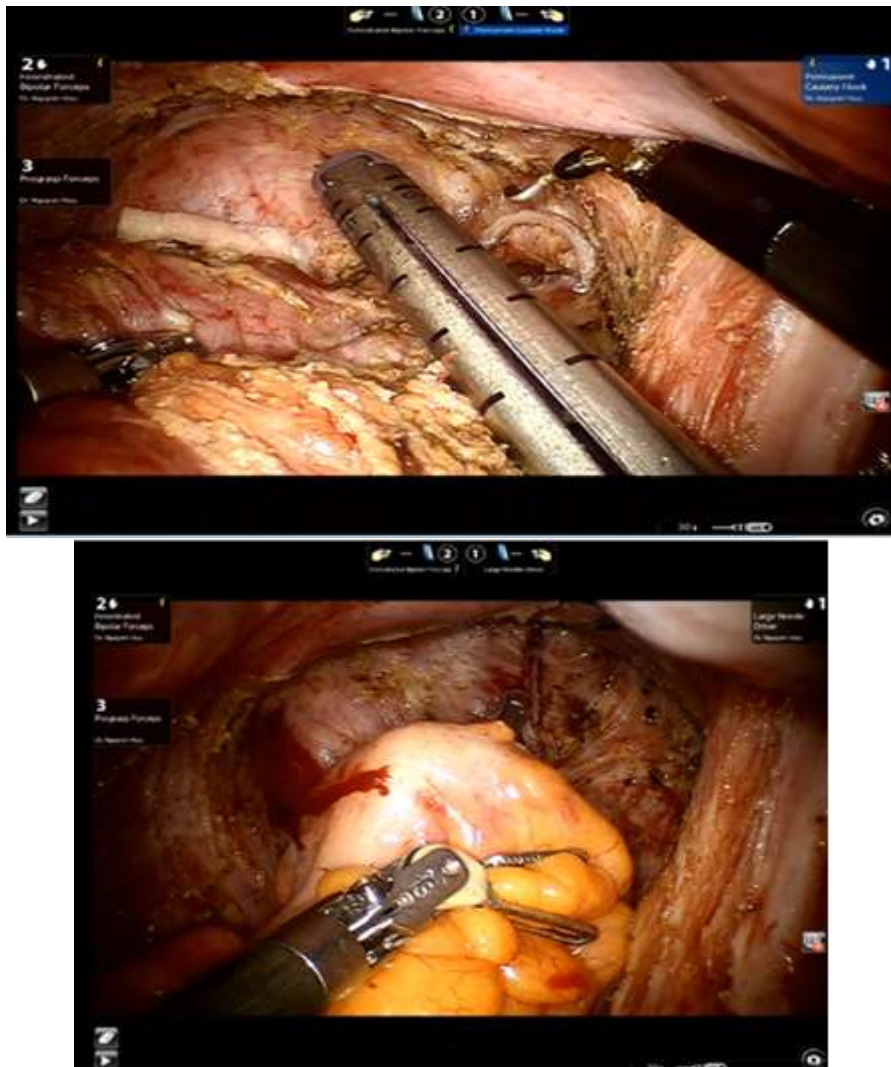


Hình 2: Bóc tách và cắt mạch máu mạc treo tràng dưới - Nguồn: BV Bình Dân 2021

Thì bóc tách vùng chậu [6]

- Tiếp tục bóc tách về phía vùng chậu trước xương thiêng, tay số 3 cầm, nắm và vén trực tràng, tay số 1 và số 2 bóc tách, bóc tách đi vào khoảng vô mạch trước xương thiêng, chú ý niệu quản phải và trái, bảo tồn hai nhánh thần kinh hạ vị phải và trái, bóc tách lấy trọn bao mạc treo trực tràng đến cơ nâng hậu môn.

- Cắt ngang đoạn trực tràng dưới u 2cm bằng stapler nội soi, sau đó nối đại tràng xuống và đoạn trực tràng còn lại bằng stapler vòng, kiểm tra độ kín miệng nối bằng test bơm hơi, một số trường hợp bệnh nhân có hóa trị tân hỗ trợ hoặc bệnh nhân có nguy cơ xì miệng nối cao như: miệng nối cực thấp, bệnh lý tim mạch, béo phì, lớn tuổi, thời gian mổ lâu, chúng tôi chủ động mở hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối và sẽ đóng lại sau 4 tuần.



Hình 3: Cắt ngang trực tràng bằng stapler nội soi và tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng stapler vòng - Nguồn: BV Bình Dân 2021

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh viện Bình Dân triển khai phẫu thuật robot trong ung thư đại trực tràng từ cuối năm 2016, sau khi trải qua đường cong huấn luyện robot bao gồm: Đầu tiên chúng tôi học online trên trang chủ của hệ thống công ty Da Vinci, tiếp đến chúng tôi được học thực tế trên mô hình lắp ráp các dụng cụ vào các cánh tay robot, các bài tập về phẫu thuật trên simulator (trên màn hình 3D giả định sẵn các kỹ năng cần có để chuẩn bị cho tiến hành phẫu thuật thực tế) với các chuyên gia đến từ Singapore. Sau đó chúng tôi sang trung tâm đào tạo robot quốc tế của Da Vinci tại Seoul

(Hàn Quốc) học và lấy chứng chỉ console, chứng chỉ này có giá trị trên toàn thế giới.

Trong 02 năm (12/2019-12/2021) chúng tôi có 45 bệnh nhân ung thư trực tràng cho mỗi nhóm thỏa điều kiện nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu được ghi nhận và so sánh các đặc điểm trước phẫu thuật, trong phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh về mặt ung thư học, các biến chứng xảy ra trong thời gian nằm viện. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Bảng 1: Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu

	Robot (N=45)	Nội soi (N=45)	p
Tuổi	60(27-79)	63(29-81)	0,34
Giới: Nam	29(64,4%)	25(55,5%)	0,62
Nữ	16(35,6%)	20(44,5%)	
BMI (kg/m ²)			0,34
<30	30(66,7%)	38(84,4%)	
≥30	15(33,3%)	7(15,6%)	
Hóa + xạ trước mổ:			0,89
Có	16(35,6%)	15(33,3%)	
Không	29(64,4%)	30(66,7%)	
Thang điểm ASA			0,51
1	24(53,3%)	22(48,9%)	
2	20(44,5%)	22(48,9%)	
3	1(2,2%)	1(2,2%)	

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

	Robot (N=45)	Nội soi (N=45)	p
Thời gian mổ (phút)	180(145-290)	188(130-285)	0,54
Lượng máu mất(ml)	21(10-100)	36(20-150)	0,03
Chuyển mổ mở	0	1(2,2%)	0,83
Số hạch lấy được	16(5-26)	15(6-23)	0,91
Số hạch di căn	2,6(0-15)	2,1(0-17)	0,72
CRM (+)	4(8,9%)	6(13,3%)	0,24

TME hoàn chỉnh	42(93,3%)	41(91,3%)	0,61
Có mở hồi tràng	16(35,6%)	15(33,3%)	0,51
Giai đoạn ung thư			
I	3(6,7%)	2(4,4%)	0.23
II	27(60%)	20(44,4%)	
III	15(33,3%)	23(51,2%)	

Bảng 3: Đặc điểm sau phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

	Robot (N=45)	Nội soi (N=45)	p
Thời gian trung tiện(ngày)	2,3(1-5)	2,5(1-5)	0,91
Thời gian nằm viện(ngày)	6,8(6-12)	7,2(6-15)	0,43
Biến chứng:	6(13,3%)	9(20%)	0,19
1.Nhiễm trùng vết mổ	3(6,7%)	3(6,7%)	
2.Bí tiểu	1(2,2%)	2(4,4%)	
3. Liệt ruột	0	1(2,2%)	
3.Xì miệng nổi	2(4,4%)	3(6,7%)	

IV. BÀN LUẬN

Với những lợi thế của phẫu thuật robot như: các chi tiết trong phẫu trường được thể hiện rõ nét hơn, có độ sâu qua màn hình 3D; người mổ chính tự điều chỉnh camera theo ý mình, dụng cụ mổ linh hoạt tương tự tay người trong một không gian hẹp giúp các thao tác phẫu tích, khâu nối chính xác và tinh tế hơn. Vì vậy, phẫu thuật robot phát huy ưu điểm của mình trên bệnh nhân nam có khung chậu hẹp, bệnh nhân béo phì hoặc bệnh nhân đã được hóa trị tân hỗ trợ trong bệnh lý ung thư trực tràng [1], [6], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng không có sự khác biệt về các đặc điểm: tuổi, giới, chỉ số BMI, hóa + xạ trước mổ, thang điểm ASA giữa nhóm phẫu thuật robot và nhóm phẫu thuật nội soi truyền thống (theo bảng 1). Kết quả này cho thấy đặc điểm dân số trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trên thế

giới [1], [6]

Thời gian mổ robot của ung thư trực tràng thường kéo dài hơn phẫu thuật nội soi truyền thống trong thời gian đầu. Thời gian kéo dài là do sắp xếp dụng cụ, thời gian tính toán đặt các vị trí cánh tay robot, khi quen dần thì thời gian sẽ giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian docking robot (thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu mê đến lúc đặt xong các trocars và bắt đầu phẫu thuật trên bàn điều khiển (console)) những trường hợp đầu tiên thường kéo dài khoảng 30 đến 40 phút do chưa quen với dụng cụ và cách đặt vị trí các trocars, tuy nhiên thời gian này được rút ngắn đáng kể trong khoảng sau 10 trường hợp thường nằm trong khoảng 10-15 phút. Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [7] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng thời gian nhóm mổ robot (21 bệnh nhân - 255 phút) lâu hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (24 bệnh nhân - 164 phút) có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,01$. Tác giả Yong Sok Kim và cộng sự [8] nghiên cứu so sánh phẫu thuật robot (No.33) với phẫu thuật nội soi truyền thống (No.66) trên 99 bệnh nhân ung thư trực tràng có hóa xạ tân hỗ trợ thấy rằng nhóm phẫu thuật robot lâu hơn nhóm phẫu thuật nội soi đáng kể (441/277 phút) với $p < 0,01$, thời gian mổ khá lâu ở cả hai nhóm do tất cả các bệnh nhân của hai nhóm đều có hóa xạ tân hỗ trợ. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian mổ trung bình nhóm robot là 180 phút nhanh nhất là 145 phút và chậm nhất là 290 phút, hơi nhanh hơn so với nhóm phẫu thuật nội soi trung bình 188 phút với nhanh nhất là 130 phút và chậm nhất là 285 phút, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,54$. Thời gian phẫu thuật nhóm robot của chúng tôi nhanh hơn nhóm mổ nội soi 8 phút nhưng không đáng kể bởi vì tất cả phẫu thuật viên của chúng tôi đều qua đường cong học tập của phẫu thuật robot trong ung thư trực tràng (phẫu thuật robot trên 25 trường hợp (TH) ung thư đại trực tràng). Theo nghiên cứu của tác giả Nasir M (2016) [3], đường cong học tập phẫu thuật robot với ung thư trực tràng dao động từ 15 TH phẫu thuật viên sẽ quen với các thao tác dụng cụ robot trong ổ bụng đến 44 TH thì sẽ hoàn toàn làm chủ được công nghệ cũng như khả năng thuần thục để phát huy tối qua hiệu quả của robot trong phẫu thuật.

Nhờ khả năng quan sát tốt cũng như thao tác tinh tế trong không gian chật hẹp ở vùng chậu chậu hẹp của phẫu thuật robot nên lượng máu mất thường ít hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [7] năm 2018 nghiên

cứu so sánh thấy rằng lượng máu mất nhóm mổ robot (21 bệnh nhân – 200ml) ít hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (24 bệnh nhân – 325ml) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo tác giả Matsuyama và cộng sự [2] tại Nhật Bản năm 2021 nghiên cứu so sánh với số lượng lớn bệnh nhân (2843 bệnh nhân cho mỗi nhóm) thấy rằng lượng máu mất nhóm mổ robot (15ml) ít hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (20ml) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm robot lượng máu mất 21ml (10-100) ít hơn nhóm nội soi truyền thống 36ml (20-150) có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$.

Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi trong nhóm robot là không có trường hợp nào, nhóm mổ nội soi có 1 trường hợp chiếm 2,2%, trường hợp này bệnh nhân nam, 70 tuổi, tiền sử đái tháo đường, ung thư trực tràng giữa giai đoạn cT4aN1Mo đã được hóa + xạ trị tân hỗ trợ, trong qua trình phẫu thuật nội soi khung chậu hẹp, bóc tách khó khăn + chảy nhiều máu nên chuyển mổ mở. Theo tác giả David Jayne [1] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì tỷ lệ chuyển mổ mở nhóm mổ robot là 8,1% trong khi nhóm mổ nội soi là 12,2% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,16$. Theo tác giả Matsuyama và cộng sự [2] tại Nhật Bản năm 2021 nghiên cứu so sánh với số lượng lớn bệnh nhân (2843 bệnh nhân cho mỗi nhóm) thấy rằng tỷ lệ chuyển mổ mở nhóm mổ robot 0,7% thấp hơn nhóm mổ nội soi truyền thống 2% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Thời gian nằm viện của chúng tôi nhóm robot 6,8 (6-12) ngày nhanh hơn nhóm nội

soi truyền thống 7,2 (6-15) ngày tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,43$. Theo tác giả David Jayne [1] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì thời gian nằm viện nhóm mổ robot là 8,2 ngày trong khi nhóm mổ nội soi là 8 ngày. Tác giả Yong Sok Kim và cộng sự [8] nghiên cứu so sánh phẫu thuật robot (N=33) với phẫu thuật nội soi truyền thống (N=66) trên 99 bệnh nhân ung thư trực tràng có hóa xạ tân hỗ trợ thấy rằng thời gian nằm viện nhóm phẫu thuật robot nhanh hơn nhóm phẫu thuật nội soi (10,9/13,1 ngày) với $p=0,64$. Tác giả Park EJ, Cho MS [4] và cs (2015) nghiên cứu so sánh 133 bệnh nhân phẫu thuật Robot so với 84 bệnh nhân phẫu thuật nội soi nhận thấy rằng thời gian nhóm phẫu thuật Robot nhanh hơn nhóm phẫu thuật nội soi có ý nghĩa thống kê ($5,86 \pm 1,43$ ngày nhóm Robot so với $6,54 \pm 2,65$ ngày nhóm nội soi với $p=0,035$).

Tỷ lệ biến chứng chung trong nhóm mổ robot là 6(13,3%) bệnh nhân bao gồm 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp bí tiểu và 2 trường hợp xì miệng nối (1 điều trị nội thành công, 1 trường hợp phải mổ lại rã miệng nối làm hậu môn nhân tạo và đóng lại sau 6 tháng), trong khi nhóm mổ nội soi truyền thống là 9(20%) bệnh nhân bao gồm 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 2 trường hợp bí tiểu, 1 trường hợp liệt ruột sau mổ và 3 trường hợp xì miệng nối (1 điều trị nội thành công, 2 trường hợp phải mổ lại rã miệng nối làm hậu môn nhân tạo và đóng lại sau 6 tháng), chúng tôi ghi nhận nhóm mổ robot biến chứng thấp hơn tuy nhiên không

có ý nghĩa thống kê với $p=0,29$. Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [7] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng biến chứng sớm nhóm mổ robot 33,3% (21 bệnh nhân) ít hơn nhóm mổ nội soi truyền thống 37,5% (24 bệnh nhân) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,96$. Tác giả David Jayne [1] và cs (2019) nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm 237 bệnh nhân phẫu thuật Robot so với 234 bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tỷ lệ biến chứng chung nhóm Robot là 15,3% so với 14,8% nhóm phẫu thuật nội soi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,94$, tỷ lệ rò miệng nối nhóm Robot là 3% so với 2,6% nhóm phẫu thuật nội soi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p=0,84$.

Chúng tôi cũng ghi nhận rằng (bảng 2 và bảng 3) không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm phẫu thuật robot và nhóm phẫu thuật nội soi truyền thống về: giai đoạn ung thư sau mổ, tổng số hạch lấy được cũng như số hạch di căn, chất lượng bao mạc treo (TME) cũng như tỷ lệ dương tính diện cắt vòng quanh mạc treo CRM, kết quả này tương tự như nhiều tác giả trên thế giới [1], [2], [4].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng phẫu thuật ung thư trực tràng bằng robot cho thấy an toàn, khả thi và có ưu thế trong không gian chật hẹp vùng chậu, thêm một lựa chọn cho bệnh nhân cũng như phẫu thuật viên. Kết quả ngắn hạn của phẫu thuật robot đối với ung thư trực tràng tương đương phẫu thuật nội soi ngoại trừ lượng máu mất ở nhóm phẫu thuật robot ít hơn có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jayne D., Pigazzi A., Marshall H., et al** (2017). Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer the rolarr randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*, 318(16), pp.1569–1580.
2. **Matsuyama et al** (2021). Outcomes of robot-assisted versus conventional laparoscopic low anterior resection in patients with rectal cancer: propensity-matched analysis of the National Clinical Database in Japan. *BJS Open*, DOI: 10.1093/bjsopen/zrab083.
3. **Nasir M, Ahmed J et al** (2016). Learning Curves in Robotic Rectal Cancer Surgery: A literature Review. *J Min im Invasive Surg Sci*;5(4): e41196.
4. **Park EJ, Cho MS, Baek SJ et al** (2015). Long-term oncologic outcomes of robotic low anterior resection for rectal cancer: a comparative study with laparoscopic surgery. *Ann Surg*, 261, pp.129-137.
5. **Pigazzi A., Ellenhorn J.D.I., et al** (2006). Robotic-assisted laparoscopic low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer. *Surg Endosc*, 20(10), 1521–1525.
6. **Ramos J.R., Miranda A.D., Torres W. et al** (2014). Four-arm single docking full robotic surgery for low rectal cancer: techniques and post-operative outcomes. *J Coloproctology*, 34(2), pp.87–94.
7. **Yasser Debakey et al** (2018). Robotic - Assisted versus Conventional Laparoscopic Approach for Rectal Cancer Surgery, First Egyptian Academic Center Experience, RCT. *Hindawi Minimally Invasive Surgery*, Article ID 5836562, pp1-11.
8. **Yong Sok Kim et al** (2015). Robotic Versus Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer after Preoperative Chemoradiotherapy: Case-Matched Study of Short-Term Outcomes. *pISSN*, pp1-7.

KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT ROBOT CẮT TRƯỚC THẤP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Vĩnh Hưng¹, Nguyễn Phú Hữu¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp ở đường tiêu hóa. Phẫu thuật robot là một lựa chọn mới trong điều trị ung thư trực tràng. Pigazzi [4] và cộng sự là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng bằng robot vào năm 2006. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng từ tháng 11/2016. Mục tiêu của chúng tôi là tìm hiểu tính an toàn, tái phát và tỷ lệ sống còn trong việc sử dụng robot để điều trị ung thư trực tràng.

Thiết kế: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca: 130 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật bằng robot da Vinci thế hệ Si có tái lập lưu thông đường tiêu hóa tại bệnh viện Bình Dân trong (05 năm) từ 12/2016 đến 12/2021.

Kết quả: Tỷ lệ nam: nữ là 2,4. Tuổi trung bình là 61 tuổi (20-85). Phương pháp điều trị: 30 trường hợp (TH) cắt trước, 100 TH cắt trước thấp. Giai đoạn giải phẫu bệnh sau mổ: 5 TH giai đoạn I (3,8%), 65 TH giai đoạn II (50%), 60 TH giai đoạn III (46,2%). Không trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 180 phút. 2 TH biến chứng chảy máu trong lúc phẫu thuật. Số hạch trung bình thu được là $14,6 \pm 5,8$. Sau phẫu thuật có 7 TH nhiễm trùng vết mổ, 1 TH bí tiểu do u xơ tuyến tiền liệt, 1 TH liệt ruột sau mổ kéo dài, 4 TH xì miệng nối được điều trị

nội khoa thành công 2 TH và 2 TH phải mổ lại. Thời gian nằm viện trung bình 7,5 ngày (6-16 ngày). Không có trường hợp nào tái phát tại vị trí các port đặt cánh tay robot. Thời gian theo dõi trung bình 29,3 tháng (12-72 tháng). Tỷ lệ sống còn toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 90,7% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 78,5%.

Kết luận: Phẫu thuật robot trong điều trị ung thư trực tràng là an toàn và khả thi về mặt ung thư học. Chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên với phẫu thuật nội soi truyền thống để chứng minh hiệu quả cũng như những hạn chế của phẫu thuật robot trong ung thư trực tràng.

Từ khóa: ung thư trực tràng, phẫu thuật robot, cắt trước thấp.

SUMMARY

ROBOTIC LOW ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CANCER AT BINH DAN HOSPITAL: LONG - TERM OUTCOMES

Introduction: Rectal cancer is a common malignant disease of the alimentary tract. Pigazzi [4] et al performed a first robotic TME for rectal cancer in 2006. Binh Dan hospital started to use robotics in colorectal cancer surgery from November 2016. Our aim was evaluated the safety, local recurrence and survival of robotic surgery in management of rectal cancer.

Materials and methods: Prospective case series study: 130 rectal cancer cases were operated by robotic da Vinci Surgical System (Si version) and anastomosis in (5 years) from December 2016 to December 2021 at Binh Dan hospital.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Hữu

SĐT: 0918650345

Email: bsphuhuu2012@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 03/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Results: Men/Women ratio: 2,4. Average age: 61 yrs (20-85). Treatment: 30 cases of anterior resection, 100 cases of low anterior resection. Post-operative pathology staging: stage I: 5 cases (3,8%), stage II: 65 cases (50%), stage III: 60 cases (46,2%). The conversion rate was 0%. The median operative time was 180 minutes. The median number of harvested lymph nodes was $14,6 \pm 5,8$. Complications: Intra-operative, there were 2 cases of bleeding. Post-operative, there were: 7 cases of wound infection, 1 case of urine retention, 1 case of paralytic ileus, 4 cases of anastomotic leak with 2 cases were successful internal treatment and 2 cases were reoperated. Average length of stay after the operation is 7,5 days (6-16). No port-site recurrence occurred in any patient. The mean follow-up of 29,3 months; range, 12–72 months. The 3-year overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) rates were 90,7% and 78,5%, respectively.

Conclusion: The use of robotic surgery in rectal cancer treatment is a safe and feasible procedure in oncology. Recently, we have been performing prospective randomized trials with traditional laparoscopy to demonstrate effectiveness as well as limitations of robotic rectal surgery.

Keywords: rectal cancer, robotic surgery, low anterior resection (LAR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một bệnh lí ác tính rất thường gặp của đường tiêu hóa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu của bệnh lí này. Các phương pháp phẫu thuật đã phát triển dần từ phương pháp mổ mở đến các phương pháp xâm lấn tối thiểu. Từ khi phẫu thuật cắt trực tràng qua nội soi đầu tiên được báo cáo vào những năm 1990, nó dần dần được thực hiện tại nhiều trung tâm trên toàn thế giới bởi vì phương pháp này đã được chứng minh là có lợi cho bệnh nhân và an toàn về mặt ung thư học với các kết quả ngắn và dài hạn so với phẫu thuật mổ mở.

Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt trực tràng do ung thư còn tồn tại một khó khăn nhất định trong không gian hẹp của xương chậu do dụng cụ nội soi giới hạn phạm vi chuyển động, dụng cụ nội soi kém linh động trong không gian chật hẹp làm giảm đi khả năng bóc tách các hạch di căn cũng như bảo tồn các đám rối thần kinh hạ vị dưới, sự run tay của phẫu thuật viên chính, camera hai chiều (2D) và cần người phụ mổ chuyên nghiệp. Ngày nay, phẫu thuật robot là một sự chọn lựa mới để điều trị ung thư trực tràng. Hệ thống Robot da Vinci® được sử dụng trong nghiên cứu này có tầm nhìn ba chiều (3D), độ chi tiết được phóng đại lên 12 lần, hệ thống EndoWrist® (hình 3) cung cấp cho phẫu thuật viên có thao tác tự nhiên và một loạt các chuyển động xa lớn hơn so với bàn tay con người, tính khử rung sinh lý của hệ thống robot tỏ ra vô cùng hữu dụng trong không gian chật hẹp của vùng chậu [1],[2].

Pigazzi [4] và cộng sự là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng bằng robot vào năm 2006. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng từ tháng 11/2016. Mục tiêu của chúng tôi là tìm hiểu tính an toàn, tái phát và tỷ lệ sống còn trong việc sử dụng robot để điều trị ung thư trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng qua nội soi đường tiêu hóa và có giải phẫu bệnh trước phẫu thuật là adenocarcinoma, được phẫu thuật dùng hệ thống Robot da Vinci và có tái lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng staper vòng tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian (05 năm) từ tháng 12/2016 – tháng 12/2021.

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 8. Đánh giá giai đoạn TNM trước và sau mổ dựa vào: siêu âm

qua nội soi trực tràng, MRI chậu căn từ, CT scan ngực + bụng có cản quang.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt dọc, mô tả hàng loạt ca.

Những trường hợp ung thư di căn hoặc bệnh lý mãn tính không phẫu thuật được bằng phẫu thuật nội soi, ung thư gây tắc ruột hoặc phẫu thuật viên chưa qua đường cong huấn luyện đều được loại ra trong nhóm nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân thỏa các tiêu chí nghiên cứu đều đưa vào nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng trong và sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện. Ghi nhận số lần tái khám, tái phát bệnh qua triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân tử vong, Tỷ lệ sống sau 3 năm dựa vào phương pháp Kaplan-Meier. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Quy trình kỹ thuật phẫu thuật robot cắt trước thấp (R.LAR-Robotic low anterior resection)

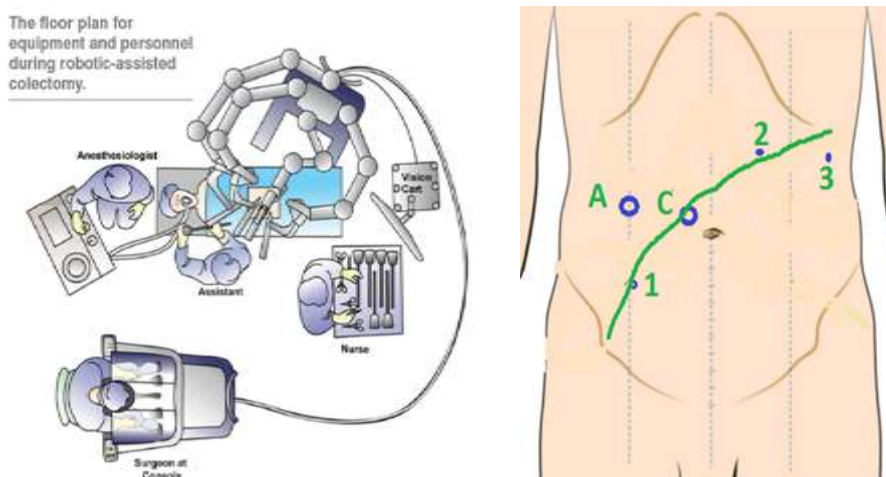
Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt thông mũi-dạ dày, đặt thông tiểu

- Chuẩn bị các dụng cụ phẫu thuật, phòng mổ, sát khuẩn vùng phẫu thuật.

Tư thế bệnh nhân và vị trí đặt trocar [5]

- Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa, hai chân dạng, tư thế sản khoa.
- Bệnh nhân nghiêng phải 30° , hạ thấp đầu 30° và chân cao.
- Bơm hơi ổ bụng bằng kim Veress, áp lực ổ bụng # 10-12mm Hg
- Vị trí các trocars khác với phẫu thuật nội soi truyền thống và phải được tính toán chính xác vì các cánh tay phía ngoài bệnh nhân khá to, đặt sai vị trí (quá gần hoặc quá xa) các cánh tay sẽ va chạm bên ngoài rất khó trong quá trình phẫu thuật.
- Đặt trocar Excel 12 mm cho camera robot, vị trí trên rốn 2cm, lệch phải bệnh nhân khoảng 2cm, 3 trocars robot (8mm) còn lại đặt theo các vị trí 1, 2, 3, các trocars này đặt tự cách nhau và cách trocar camera khoảng 5-12cm, theo. Trocars 1, 2, 3 tương ứng với các cánh tay số 1, 2, 3 của robot. Trocar phụ dùng trocar Xcel 12mm, đặt cách trocar 1 và trocar camera khoảng 8-10cm (hình 1).



Hình 1: Hệ thống Robot da Vinci và cách bố trí phòng mổ trong ung thư trực tràng

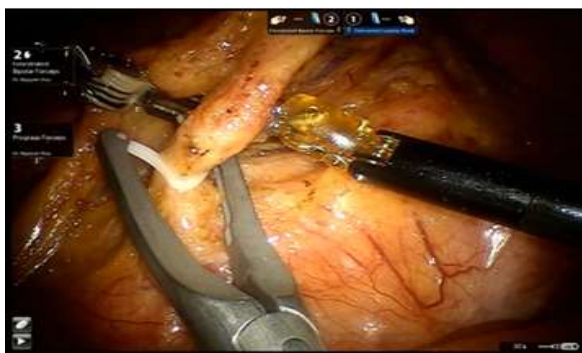
(Nguồn: <https://www.intuitive.com/en/products-and-services/da-vinci>)

Thì bóc tách vùng bụng [5]

- Cánh tay số 1 chúng tôi dùng móc đốt, cánh tay số 2 dùng Forceps điện lưỡng cực Maryland, vừa cầm nắm mô, phẫu tích và đốt mạch máu, tay số 3 dùng Forceps ProGrasp để cầm nắm mô, chúng tôi tiếp cận động mạch mạc treo tràng dưới theo hướng từ trong ra ngoài, bóc tách sát gốc động mạch chủ dưới chỗ xuất phát của động mạch mạc treo tràng dưới, dùng tay số 3 để cầm và vén đại tràng sigma, tay số 1 và số 2 để bóc tách,

kẹp hemoclock và cắt động mạch mạc treo tràng dưới sát gốc động mạch chủ bụng (thắt cao) hoặc chừa lại nhánh động mạch đại tràng trái (thắt thấp) tùy từng trường hợp, tiếp đến là kẹp bằng hemoclock và cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Trong quá trình bóc tách bảo vệ đám rối thần kinh hạ vị dưới và niệu quản trái.

- Tiếp đến di động đại tràng sigma, đại tràng xuống bên thành bụng trái, hạ đại tràng góc lách khi cần thiết.



Hình 2: Bóc tách động mạch mạc treo tràng dưới và bóc tách trước xương thiêng

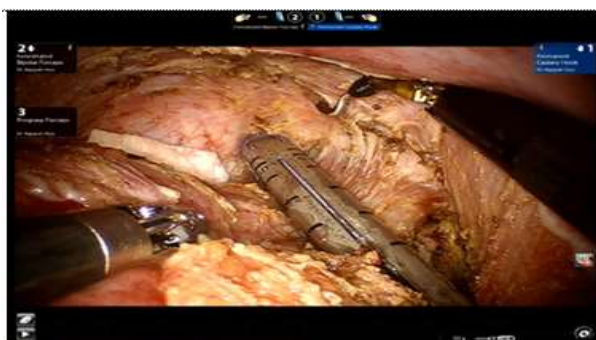
Nguồn: BV Bình Dân 2021

Thì bóc tách vùng chậu [5]

- Tiếp tục bóc tách về phía vùng chậu trước xương thiêng, tay số 3 cầm, nắm và vén trực tràng, tay số 1 và số 2 bóc tách, bóc tách đi vào khoảng vô mạch trước xương thiêng, chú ý niệu quản phải và trái, bảo tồn hai nhánh thần kinh hạ vị phải và trái, bóc

tách lấy trọn bao mạc treo trực tràng đến cơ nâng hậu môn.

- Cắt ngang đoạn trực tràng dưới u 2cm bằng stapler nội soi, sau đó nối đại tràng xuống và đoạn trực tràng còn lại bằng stapler vòng, kiểm tra độ kín miệng nối bằng test bơm hơi.



Hình 3: Cắt ngang trực tràng bằng stapler nội soi và tái tập lưu thông đường tiêu hóa bằng stapler vòng

Nguồn: BV Bình Dân 2021

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 05 năm (12/2016-12/2021) chúng tôi có 130 bệnh nhân ung thư trực tràng phẫu thuật bằng phương pháp Robot có tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng stapler vòng

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu trước phẫu thuật

	n=130
Tuổi	61(20-85)
Giới: Nam	92(70,8%)
Nữ	38(29,2%)
BMI (kg/m ²)	
<30	105(80,8%)
≥30	25(19,2%)
Hóa + xạ trước mổ:	
Có	28(21,5%)
Không	102(78,5%)
Thang điểm ASA	
1	81(62,3%)
2	49(37,7%)
3	0

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật của nhóm nghiên cứu

	n=130
Thời gian mổ (phút)	180(121-290)
Lượng máu mất(ml)	39(5-210)
Chuyển mổ mở	0%
Số hạch lấy được	14,6(6-28)
Số hạch di căn	2,3(0-16)
CRM (+)	4(3,1%)
TME hoàn chỉnh	109(83,8%)
Có mở hồi tràng	40(30,7%)
Giai đoạn ung thư pTNM	
I	5(3,8%)
II	65(50%)
III	60(46,2%)
Phương pháp mổ:	
Cắt trực	30(23%)
Cắt trực thấp	100(77%)

Theo bảng 2 ta thấy thời gian phẫu thuật chung (là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân được gây mê đến lúc hoàn thành cuộc phẫu thuật): $180 \pm 62,6$ phút (nhẹ nhất là 121 phút và chậm nhất là 290 phút).

Thời gian docking (là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu mê đến lúc đặt xong các trocars và bắt đầu phẫu thuật trên bàn điều khiển (console)): 12 ± 10 phút (nhẹ nhất là 6 phút và chậm nhất là 45 phút).

Thời gian phẫu thuật trên Robot (là thời gian phẫu thuật viên chính mổ trên bàn điều khiển): $135,5 \pm 59,2$ phút (nhẹ nhất là 90 phút và chậm nhất là 240 phút).

Có 2 trường hợp chảy máu mạc treo trực tràng trong lúc phẫu thuật, lượng máu mất khoảng 200ml, không truyền máu cũng như không chuyển phương pháp phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm sau phẫu thuật của nhóm nghiên cứu

	n=130
Thời gian trung tiện (ngày)	1,9(1-5)
Thời gian nằm viện (ngày)	7,5(6-16)
Biến chứng: chung	17(13,1%)
1.Chảy máu trong ổ	2(1,5%)
2.Nhiễm trùng vết mổ	7(5,4%)
3.Bí tiểu	1(0,8%)
4.Xì miệng nối	4(3,1%)
5.Liệt ruột	1(0,8%)
6.Viêm phổi	2(1,5%)

Theo bảng 3 chúng tôi có 7 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (chỗ lấy bệnh phẩm, thay băng tại y tế địa phương), 1 trường hợp liệt ruột kéo dài (được mổ thám sát lại loại trừ tắc ruột vào ngày hậu phẫu thứ 5), 1 trường hợp bí tiểu (do bệnh nhân có bướu lành tuyến tiền liệt kèm theo điều trị nội khoa, bệnh nhân tiểu lại được sau 10 ngày và xuất viện). Đặc biệt có 4 trường hợp xì miệng nối phát hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng: mạch nhanh >100lần/phút, sốt từ 38°C

trở lên, ống dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, siêu âm bụng có dịch lượng ít đến vừa, CT Scan có bơm thuốc cản quang tan trong nước vào lòng trực tràng thấy thuốc cản quang thoát vào vùng chậu, 2 TH xì miệng nối được điều trị nội khoa thành công bằng kháng sinh mạnh Imipenem 0,5g, nuôi ăn tĩnh mạch và 2 TH phải mổ lại rã miệng nối, làm hậu môn nhân tạo hố chậu trái, sau đó hóa trị 8 đợt và đã đóng lại hậu môn nhân tạo sau mổ 8 tháng, hiện tại bệnh nhân ổn định.

Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 29,3 tháng, ngắn nhất là 12 tháng và lâu nhất là 72 tháng. Không có trường hợp nào tái phát tại vị trí các port đặt các cánh tay Robot. Chúng tôi có 6 trường hợp tử vong trong đó 5 trường hợp tử vong do ung thư tái phát tại chỗ và di căn gan, di căn phổi, 1 trường hợp tử vong do đột quỵ, thời gian tử vong ca ngắn nhất sau mổ 12 tháng và ca lâu nhất sau mổ là 52 tháng. Tổng số ca chỉ tái phát tại chỗ trong nghiên cứu chúng tôi là 3(2,3%), tái phát tại chỗ + di căn xa 5(3,8%), chỉ có di căn xa 8(6,2%). Tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 90,7% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 78,5%.

IV. BÀN LUẬN

Vai trò của mổ bụng qua nội soi (laparoscopic surgery) đã được chứng minh qua rất nhiều nghiên cứu trong y văn. Tuy nhiên phương pháp này vẫn có hạn chế riêng, nhất là khi mổ vùng chậu do các dụng cụ nội soi đa số thẳng, khó xoay trở trong không gian hẹp. Phẫu thuật viên chính không cảm nhận được về chiều sâu qua màn hình 2D, tay mổ lâu có thể bị rung và họ cần người phụ mổ chuyên nghiệp. Phẫu thuật robot giúp tránh các hạn chế trên. Khi thông qua robot, bác sĩ được nhiều thuận lợi như: các

chi tiết trong phẫu trường được thể hiện sắc nét hơn, có độ sâu qua màn hình 3D; người mổ chính tự điều chỉnh camera theo ý mình, dụng cụ mổ linh hoạt tương tự tay người trong một không gian hẹp giúp các thao tác phẫu tích, khâu nối chính xác và tinh tế hơn. Vì vậy, phẫu thuật robot có thể áp dụng cho nhiều chuyên khoa như Ngoại niệu, Ngoại tiêu hóa và Phụ khoa. Đặc biệt, phẫu thuật robot phát huy ưu điểm của mình trên bệnh nhân nam có khung chậu hẹp, bệnh nhân béo phì hoặc bệnh nhân đã được hóa trị tân hỗ trợ trong bệnh lý ung thư trực tràng [1], [5].

Thời gian mổ robot thường kéo dài hơn so với mổ nội soi ổ bụng. Nguyên nhân là phẫu thuật viên cần thời gian tính toán vị trí các trocar, docking robot vào bệnh nhân và chuẩn bị các dụng cụ chuyên biệt của robot. Khi phẫu thuật viên quen dần với các thao tác này, thời gian mổ giảm rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian docking robot những trường hợp đầu tiên thường kéo dài khoảng 30 đến 40 phút do chưa quen với dụng cụ và cách đặt vị trí các trocars. Tuy nhiên, sau khoảng 10 trường hợp đầu tiên, thời gian này được rút ngắn đáng kể còn khoảng 10-15 phút. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào biến chứng trong phẫu thuật. Theo tác giả Yasser Debaeky và cộng sự [6] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng thời gian nhóm mổ robot (21 bệnh nhân - 255 phút) lâu hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (24 bệnh nhân - 164 phút) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tác giả Yong Sok Kim và cộng sự [7] nghiên cứu so sánh phẫu thuật robot (n=33) với phẫu thuật nội soi truyền thống (n=66) trên 99 bệnh nhân ung thư trực tràng có hóa xạ tân hỗ trợ thấy rằng nhóm phẫu thuật robot lâu hơn nhóm phẫu thuật nội soi đáng kể (441/277 phút) với $p < 0,01$. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian mổ

trung bình là 180 phút nhanh nhất là 121 phút và chậm nhất là 290 phút.

Nhờ khả năng quan sát tốt cũng như thao tác tinh tế trong không gian chật hẹp ở vùng chậu chậu hẹp của phẫu thuật robot nên lượng máu mất thường ít hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Theo tác giả Yasser Debakey và cộng sự [6] năm 2018 nghiên cứu so sánh thấy rằng lượng máu mất nhóm mổ robot (21 bệnh nhân – 200ml) ít hơn nhóm mổ nội soi truyền thống (24 bệnh nhân – 325ml) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2015 tác giả Yong Sok Kim [7] và cs nghiên cứu 99 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 2 nhóm: 33 bệnh nhân ung thư trực tràng với phẫu thuật Robot cắt trực tràng so sánh với 66 bệnh nhân phẫu thuật nội soi, tất cả bệnh nhân sau điều trị tân hỗ trợ với hóa trị + xạ trị trước phẫu thuật nhận thấy lượng máu mất trung bình nhóm phẫu thuật Robot là 232 ± 180 ml trong khi nhóm nội soi là $205 \pm 163,8$ ml, tác giả thấy rằng sự khác biệt về mất máu trong 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,61$. Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất 39ml (5-210) ít hơn tác giả Yong Sok Kim [7] vì các trường hợp của tác giả Hàn Quốc đều có hóa trị + xạ trị tân hỗ trợ nên quá trình phẫu thuật sẽ gặp khó khăn trong việc bóc tách mô ung thư cũng như quá trình cầm máu, do đó mất nhiều máu hơn cho cuộc phẫu thuật.

Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi trong nhóm robot là không có trường hợp nào. Theo tác giả David Jayne [2] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì tỷ lệ chuyển mổ mở nhóm mổ robot là 8,1% trong khi nhóm mổ nội soi là 12,2% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,16$.

Thời gian nằm viện nhóm robot 7,5(6-16) ngày tương đương như các tác giả trên thế giới. Theo tác giả Baek JH [1] và cộng sự năm 2010 nghiên cứu trên 64 bệnh nhân phẫu thuật Robot thì thời gian nằm viện 5 ngày, nhanh nhất 2 ngày và chậm nhất 33 ngày. Theo tác giả David Jayne [2] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì thời gian nằm viện nhóm mổ robot là 8,2 ngày trong khi nhóm mổ nội soi là 8 ngày. Tác giả Yong Sok Kim và cộng sự [7] nghiên cứu so sánh phẫu thuật robot ($n=33$) với phẫu thuật nội soi truyền thống ($n=66$) trên 99 bệnh nhân ung thư trực tràng có hóa xạ tân hỗ trợ thấy rằng thời gian nằm viện nhóm phẫu thuật robot nhanh hơn nhóm phẫu thuật nội soi (10,9/13,1 ngày) nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,64$.

Theo bảng 3 chúng tôi có tỷ lệ biến chứng chung 17(13,1%) bao gồm: 7 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (chỗ lấy bệnh phẩm, thay băng tại y tế địa phương), 1 trường hợp liệt ruột kéo dài (được mổ thám sát lại loại trừ tắc ruột vào ngày hậu phẫu thứ 5), 1 trường hợp bí tiểu (do bệnh nhân có bướu lành tuyến tiền liệt kèm theo điều trị nội khoa, bệnh nhân tiểu lại được sau 10 ngày và xuất viện), 2 trường hợp viêm phổi dùng kháng sinh mạnh + vật lý trị liệu hô hấp và xuất viện sau 15 ngày. Đặc biệt có 4 trường hợp xì miệng nói, 2 TH xì miệng nói được điều trị nội khoa thành công bằng kháng sinh mạnh Imipenem 0,5g, nuôi ăn tĩnh mạch và 2 TH phải mổ lại rã miệng nói, làm hậu môn nhân tạo hố chậu trái, sau đó hóa trị 8 đợt và đã đóng lại hậu môn nhân tạo sau mổ 8 tháng, hiện tại bệnh nhân ổn định. Tác giả David Jayne [2] và cs (2019) nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm 237 bệnh nhân phẫu

thuật Robot so với 234 bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tỷ lệ biến chứng chung nhóm Robot là 15,3% so với 14,8% nhóm phẫu thuật nội soi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,94$, tỷ lệ rò miệng nối nhóm Robot là 3% so với 2,6% nhóm phẫu thuật nội soi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p=0,84$. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2015 tác giả Yong Sok Kim [7] và cs nghiên cứu 99 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 2 nhóm: 33 bệnh nhân ung thư trực tràng với phẫu thuật Robot cắt trực tràng so sánh với 66 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt trực tràng, tất cả bệnh nhân sau điều trị tân hỗ trợ với hóa trị + xạ trị trước phẫu thuật tỷ lệ biến chứng chung nhóm phẫu thuật Robot 45,6% so với 39,4% nhóm phẫu thuật nội soi và tỷ lệ phẫu thuật lại do xì miệng nối ở hai nhóm bằng nhau là 3%.

Một lợi điểm nữa của phẫu thuật robot trong ung thư trực tràng là diện cắt vòng quanh (CRM: circumferential resection margin) thấp hơn so với phẫu thuật nội soi, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với 130 bệnh nhân mổ robot có 4(3,1%) CRM (+) tất cả 4 bệnh nhân này đều hóa xạ sau mổ và có 1 bệnh nhân tái phát tại chỗ sau 6 tháng. Theo tác giả David Jayne [2] năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì tỷ lệ chuyển mổ mở nhóm mổ robot là 8,1% trong khi nhóm mổ nội soi là 12,2%, tỷ lệ CRM (+) nhóm mổ robot là 5,1%, nhóm mổ nội soi là 6,3%.

Theo bảng 2, tổng số hạch trung bình thu được là $14,6 \pm 7,1$, nhiều nhất là 28 hạch, ít nhất là 6 hạch tương đương tác giả Baek JH [1] và cộng sự năm 2010 nghiên cứu trên 64 bệnh nhân phẫu thuật Robot ung thư trực

tràng thì tổng số hạch thu được là 14,5 (3–28).

Thời gian theo dõi của chúng tôi trung bình 29,3 tháng, ngắn nhất là 12 tháng và lâu nhất là 72 tháng. Không có trường hợp nào tái phát tại vị trí các port đặt các cánh tay Robot. Chúng tôi có 6 trường hợp tử vong trong đó 5 trường hợp tử vong do ung thư tái phát tại chỗ và di căn gan, di căn phổi, 1 trường hợp tử vong do đột quy. Tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 90,7% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 78,5%. Tác giả Wenju Chang [8] và cộng sự năm 2020 nghiên cứu trên 1034 bệnh nhân phẫu thuật Robot ung thư trực tràng theo dõi trung bình 34,6 tháng tỷ lệ tái phát tại chỗ 2,3%, tỷ lệ tái phát di căn xa 21,1%, tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 87,2% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 81%. Tác giả Pigazzi A. [4] và cộng sự năm 2010 tổng kết 143 trường hợp ung thư trực tràng mổ robot tại 3 trung tâm lớn ở Ý nhận thấy rằng thời gian theo dõi trung bình 17,4(0,1-52,5), tháng tỷ lệ tái phát 7,7%, tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 97% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 77,6%.

Hạn chế của nghiên cứu này là chưa so sánh trực tiếp với phẫu thuật nội soi truyền thống trong phẫu thuật ung thư trực tràng, thời gian theo dõi ngắn nên các kết quả đưa ra còn hạn chế, chưa có tính thuyết phục cao, chưa đánh giá hết được các giá trị về mặt ung thư học. Chúng tôi đang tiếp tục cập nhật số liệu, theo dõi dài hạn và trong tương lai sẽ báo cáo với số lượng lớn hơn cũng như thời gian theo dõi bệnh nhân dài hơn và so sánh với PTNS truyền thống. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu trên thế giới [4], [7] đều chứng

minh rằng phẫu thuật Robot có lợi thế hơn phẫu thuật nội soi truyền thống trong phẫu thuật ung thư trực tràng về khả năng bóc tách khối u trong vùng chậu chật hẹp, giảm đau sau mổ, giảm tỷ lệ máu mất, về mặt ung thư học dài hạn thì tương đương và một số nghiên cứu cho thấy giảm tỷ lệ tái phát hơn nội soi truyền thống.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ung thư trực tràng bằng robot cho thấy sự an toàn, khả thi và bước đầu mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân với khả năng mổ tốt hơn trong không gian chật hẹp, giảm tỷ lệ biến chứng cũng như phục hồi nhanh sau phẫu thuật, thêm một lựa chọn tốt cho bệnh nhân cũng như phẫu thuật viên. Trong tương lai chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và so sánh với phẫu thuật nội soi về tính an toàn, khả năng nạo vét hạch và kết quả ung thư ngắn hạn cũng như dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baek JH, Pastor C, Pigazzi A.** (2010). "Oncologic Outcomes of Robotic-Assisted Total Mesorectal Excision for the Treatment of Rectal Cancer". *Annals of Surgery*, 251(5), pp.882-886.
2. **Jayne D., Pigazzi A., Marshall H., et al** (2017). Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer the rolarr randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*, 318(16), pp.1569–1580.
3. **Nasir M, Ahmed J et al** (2016). Learning Curves in Robotic Rectal Cancer Surgery: A literature Review. *J Minim Invasive Surg Sci*, 5(4): e41196
4. **Pigazzi A. et al** (2010). Multicentric Study on Robotic Tumor-Specific Mesorectal Excision for the Treatment of Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*, 17(6), pp.1614-1620.
5. **Ramos J.R., Miranda A.D., Torres W. et al** (2014). Four-arm single docking full robotic surgery for low rectal cancer: techniques and post-operative outcomes. *J Coloproctology*, 34(2), pp.87–94.
6. **Yasser Debakey et al** (2018). Robotic - Assisted versus Conventional Laparoscopic Approach for Rectal Cancer Surgery, First Egyptian Academic Center Experience, RCT. *Hindawi Minimally Invasive Surgery*, pp1-11.
7. **Yong Sok Kim et al** (2015). Robotic Versus Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer after Preoperative Chemoradiotherapy: Case-Matched Study of Short-Term Outcomes. *Cancer Res Treat*, pp.1-7.
8. **Wenju Chang et al** (2020). Short-term and long-term outcomes of robotic rectal surgery—from the real word data of 1145 consecutive cases in China. *Surgical Endoscopy*, (34), pp.4079–4088.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN PHỨC TẠP BẰNG LASER

Dương Văn Hải¹, Trần Vĩnh Hưng¹,
Phạm Thanh Việt¹, Phan Lê Anh Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò hậu môn phức tạp là bệnh lý làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tia laser là một trong những phát hiện quan trọng nhất của thế kỷ XX. Trên thế giới cũng đã có nhiều nơi áp dụng phương pháp này trong điều trị rò hậu môn và các nghiên cứu cũng chỉ ra những kết quả quan trọng: ít gây đau, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn, giảm biến chứng đại tiện không tự chủ do tổn thương cơ thắt, giảm biến chứng chảy máu.

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ đóng đường rò và các biến chứng sau phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp bằng laser tại bệnh viện Bình Dân từ 7/2018 – 7/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu này sử dụng thiết kế nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả. Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị rò hậu môn bằng laser trong thời gian từ tháng 07/2018 đến tháng 7/2022 sẽ được thu thập thông tin qua việc hồi cứu hồ sơ.

Kết quả: Có 54 trường hợp được chọn vào mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 26/1. Tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là 30 – 60, độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 39. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy dịch, mủ cạnh hậu môn

chiếm 74,1%. Chiều dài đường rò trung bình 4,14 cm. 90,7% bệnh nhân đau nhẹ sau mổ. Không có trường hợp nào mất tự chủ khi đi cầu. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 1,01 ngày. Kết quả điều trị tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 3 trường hợp tái phát chiếm tỷ lệ 5,56%

Kết luận: Phẫu thuật laser điều trị rò hậu môn phức tạp là 1 phương pháp an toàn và hiệu quả. Ưu điểm của phương pháp này là bệnh nhân ít đau hơn, ít bị các biến chứng nặng như đi cầu không tự chủ, chảy máu sau mổ.

Từ khóa: Rò hậu môn phức tạp, Laser, tái phát, đi cầu mất tự chủ

SUMMARY

FISTULA LASER CLOSURE (FILAC) FOR THE TREATMENT OF COMPLEX ANAL FISTULA: EARLY RESULTS

Background: Complex anal fistula is a disease that greatly affects the quality of life of patients. The laser is one of the most important discoveries of the twentieth century. In the world, there have also been many places applying this method in the treatment of anal fistula and studies have also shown positive results such as: less pain, shorter surgery and hospital stay, and reduced complications. Incontinence due to sphincter damage, reducing bleeding complications. We conducted a study on the topic: "Evaluating early results of complex anal fistula treatment by laser".

Objectives: To study the rate of fistula closure and complications after surgery for

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Hải

SĐT: 0919669192

Email: hai.dv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

complex anal fistula treatment with the laser at Binh Dan hospital from 7/2018 to 7/2022.

Methods: This study used a descriptive cross-sectional retrospective study design. All patients admitted to the hospital for laser anal fistula treatment between July 2018 and July 2022 will be collected through a retrospective record review.

Results: There were 54 cases selected for the study sample. The male/female ratio is 26/1. The most common age of the disease was 30-60 years old, and the average age of the study was 39. The most common symptoms were discharged, pus para-anal accounted for 74.1%. The length of the fistula is 4.14 cm. 90.7% of patients had mild pain after surgery. No case has incontinence. The mean postoperative hospital stay was 1.01 days. Treatment results at 6 months after surgery had 3 recurrence cases, accounting for 5.56%.

Conclusions: Laser surgery for complex anal fistulas is a safe and effective method. The advantage of this method is that the patient has less pain, and fewer serious complications such as facial incontinence, and bleeding.

Keywords: Complex anal fistula, Fistula Laser closure, Recurrence, Incontinence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng. Đây là loại bệnh lý làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh như sinh hoạt, lao động, tâm lý... Bệnh phát sinh từ nhiễm trùng khe tuyến.

Rò hậu môn phức tạp được định nghĩa là khi đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài, rò hậu môn ở phụ nữ với đường rò ở phía trước, đường rò có nhiều nhánh, rò hậu môn tái phát, rò hậu môn có liên quan đến bệnh Crohn, viêm lao và HIV, rò hậu môn thứ phát do điều trị tia xạ tại chỗ, rò hậu môn trên bệnh nhân có tiền sử mất tự chủ hậu môn và rò trực tràng âm đạo.

Nguyên tắc điều trị phẫu thuật là đóng lỗ rò trong, lấy hết đường rò và các nhánh phụ, mở rộng và dẫn lưu đủ các khoang nhiễm trùng.

Tia laser là một trong những phát hiện quan trọng nhất của thế kỷ XX. Từ tia laser đầu tiên được tạo ra vào năm 1960 cho đến nay, với sự phát triển khoa học kỹ thuật, công nghệ laser ngày càng phát triển và được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực đặc biệt trong y học. Laser bán dẫn đã được chứng minh có nhiều lợi thế như: có thể hướng dẫn trực tiếp dòng điện, có hiệu quả cao, có kích thước nhỏ gọn, dễ kết nối với sợi quang, có khả năng tạo dải phát sóng khá rộng, dễ điều chỉnh cường độ, có thể phát tia laser với cường độ hàng trăm kW và dễ ứng dụng trong Y học. Điều trị rò hậu môn bằng laser là một phương pháp mới hiện nay. Năng lượng laser làm co rút của mô xơ và ngăn cản sự diễn tiến của lỗ rò, từ đó sẽ đóng được đường rò. Đây là một kỹ thuật bảo toàn cơ thắt, chủ yếu được chỉ định ở những bệnh nhân có lỗ rò cao hoặc ở những bệnh nhân có cơ thắt yếu nên có nguy cơ tiêu không tự chủ nếu như áp dụng các phương pháp phẫu thuật thông thường rất phù hợp để điều trị các đường rò phức tạp. Trên thế giới cũng đã có nhiều nơi áp dụng phương pháp này trong điều trị rò hậu môn và các nghiên cứu cũng chỉ ra những kết quả quan trọng như: ít gây đau, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn, giảm biến chứng đại tiện không tự chủ do tổn thương cơ thắt, giảm biến chứng chảy máu.

Xuất phát từ những vấn đề trên, tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát tỷ lệ đóng đường rò sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp bằng laser.
2. Khảo sát tỷ lệ biến chứng đau, chảy máu, tiêu không tự chủ sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp bằng laser.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm những bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được điều trị phẫu thuật rò hậu môn bằng laser tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 7 năm 2022. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được điều trị rò hậu môn phức tạp bằng laser ở và có chụp cộng hưởng từ đường rò hậu môn trước mổ.

Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên.

Khi phẫu thuật thấy đường rò xuyên qua 30% cơ thắt ngoài trở lên

Loại trừ lao và Crohn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.3.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ các trường hợp phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp bằng laser

2.4. Phân độ rò hậu môn theo St James

Dựa vào kết quả MRI, phân độ rò hậu môn theo St James có 5 độ:

Độ 1: Rò gian cơ thắt đơn giản.

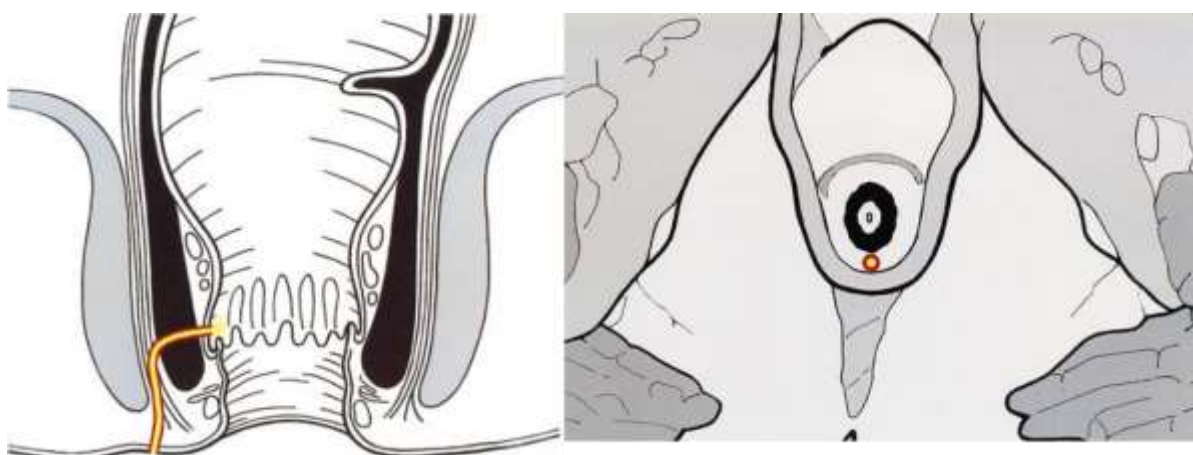
Độ 2: Rò gian cơ thắt với ổ áp-xe hoặc đường rò phụ.

Độ 3: Rò xuyên cơ thắt.

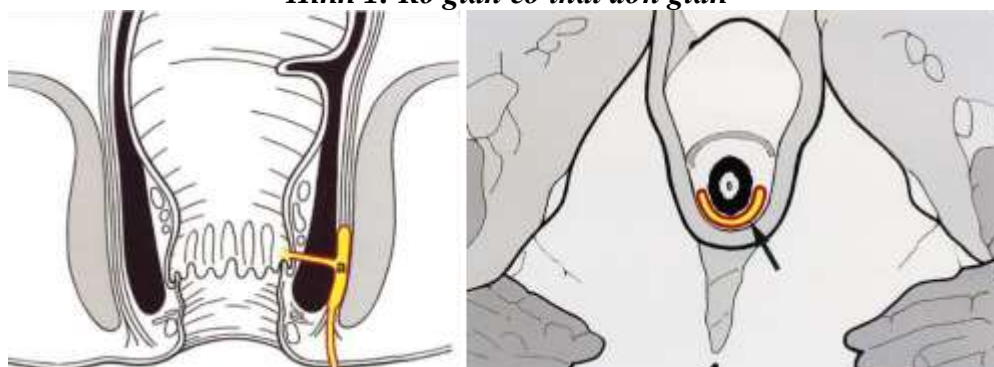
Độ 4: Rò xuyên cơ thắt với ổ áp-xe hoặc đường rò phụ (Đường rò lan lên khoang ngòai trực tràng hoặc khoang ngòai hậu môn).

Độ 5: Rò trên cơ nâng hậu môn hoặc xuyên cơ nâng hậu môn.

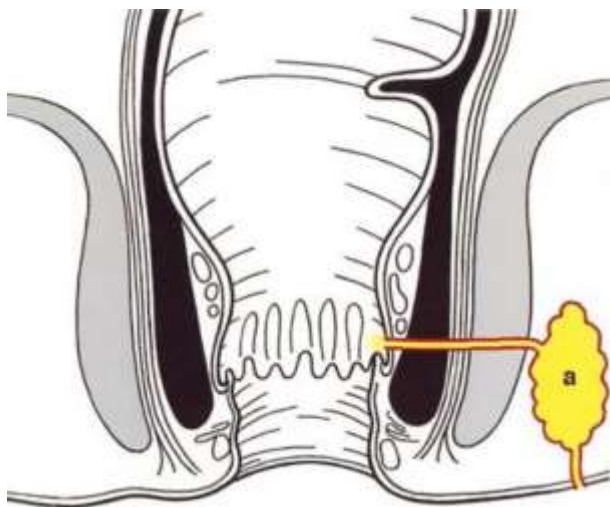
Rò hậu môn phức tạp khi bệnh nhân bị từ độ 3 trở lên



Hình 1: Rò gian cơ thắt đơn giản



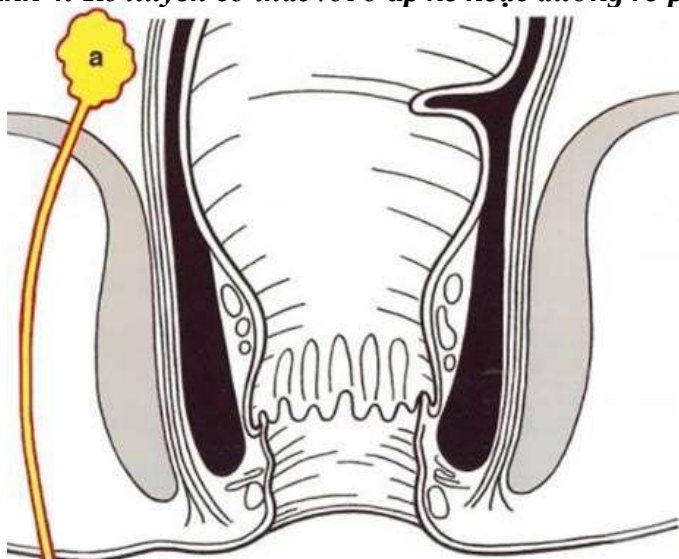
Hình 2: Rò gian cơ thắt với ổ áp xe và đường rò phụ



Hình 3: Rò xuyên cơ thắt



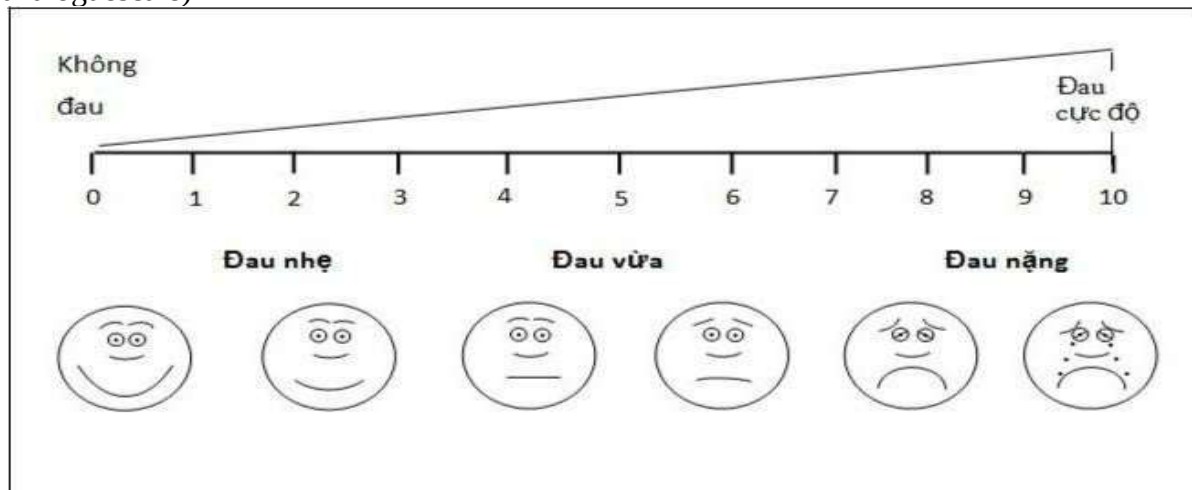
Hình 4: Rò xuyên cơ thắt với ổ áp xe hoặc đường rò phụ



Hình 5: Rò trên cơ nâng hậu môn và xuyên cơ nâng hậu môn

2.5. Đánh giá mức độ đau:

Mức độ đau sau phẫu thuật được ghi nhận theo thang điểm thang điểm VAS (Visual analoguescale)



Hình 6. Thang điểm VAS

Từ 0 – 3 điểm đau mức độ nhẹ: Không cần dùng thêm thuốc giảm đau

Từ 4 – 6 điểm đau mức độ vừa: Dùng thêm thuốc giảm đau đường uống

Từ 7 – 10 điểm đau mức độ nặng: Dùng thêm thuốc giảm đau đường tiêm truyền.

2.6. Đánh giá đi tiêu không tự chủ

Đánh giá tiêu không kiểm soát bằng bảng điểm CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score)

Bảng 1: Đánh giá tiêu không kiểm soát của Cleveland Clinic

Triệu chứng	Hơi	Phân lỏng	Phân chặt	Mang tả
Tần suất				
Thỉnh thoảng	1	4	7	1
Hơn 1 lần/tuần	2	5	8	2
Mỗi ngày	3	6	9	3

CCIS 0 Kiểm soát hoàn hảo.

CCIS 1-7 Kiểm soát tốt.

CCIS 8-14 Mất tự chủ một phần.

CCIS 15-20 Mất tự chủ nặng.

CCIS 21 Hoàn toàn mất tự chủ.

2.6. Phương pháp điều trị

Kỹ thuật triệt đường rò bằng laser – FiLaC:

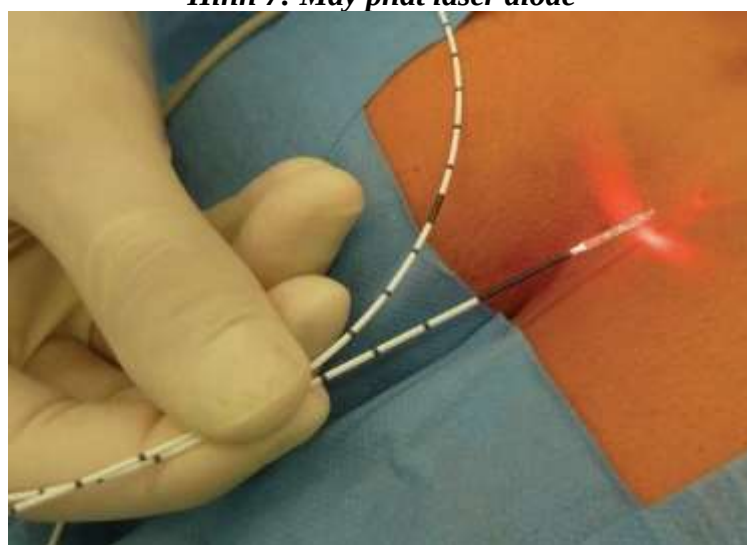
Bệnh nhân được thực tháo trước phẫu thuật bằng Fleet Enema 133ml bơm hậu môn.

Bệnh nhân được gây tê tủy sống và nằm tư thế sản khoa. Một số trường hợp đặc biệt có thể được gây mê toàn diện qua mask thanh quản hoặc nội khí quản.

Trong phương pháp triệt đường rò bằng laser chúng tôi sử dụng laser diode (Biolitec, Đức) với bước sóng 1470nm, công suất laser 10 Watt, chế độ phát tia liên tục.



Hình 7: Máy phát laser diode



Hình 8: Đầu dò laser



Hình 9: Xác định đường rò và luồn sợi laser

Dùng que thăm dò xác định lỗ rò ngoài, lỗ rò trong, đường rò (nhánh chính và các nhánh phụ nếu có) và kích thước cụ thể. Khâu đóng lỗ rò trong (nếu có) bằng chỉ Vicryl 3.0 với mũi chữ X. Luồn đầu dò laser vào đường rò qua lỗ rò ngoài đến lỗ rò trong, phát tia laser đồng thời rút ra từ từ với vận tốc khoảng 1mm/giây cho đến lỗ rò ngoài.

Kỹ thuật điều trị bằng laser trong nghiên cứu của chúng tôi giống với các nghiên cứu của các tác giả khác. Trong tài liệu hướng dẫn của hãng Biolitec để điều trị rò hậu môn theo phương pháp này cũng có đề nghị dùng bước sóng 1470nm và đóng lỗ rò trong bằng cách khâu lỗ rò trong hoặc dùng vật niêm mạc.

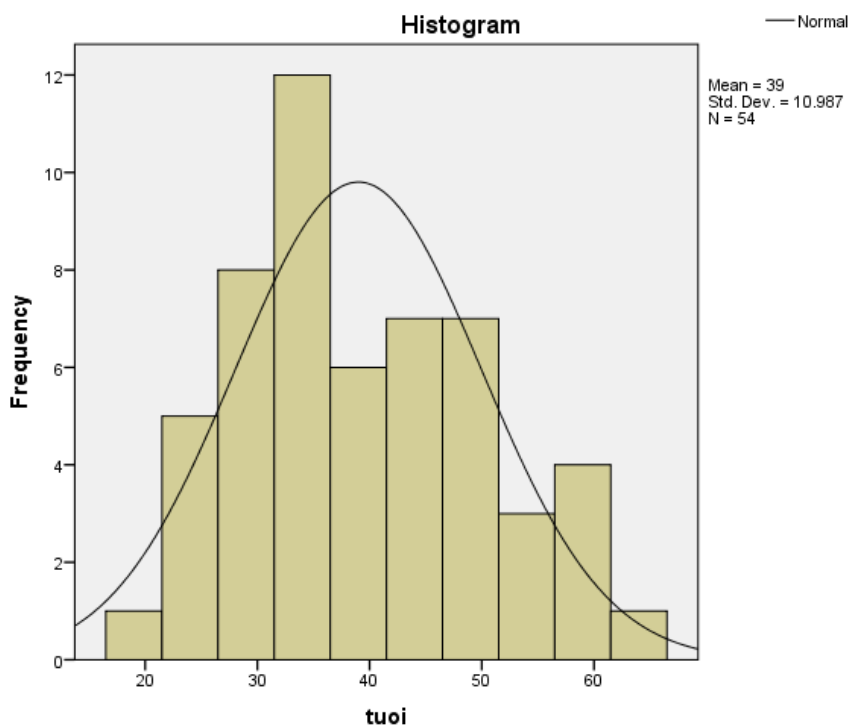
Rò phức tạp thường có nhiều tổn thương phối hợp (mô xơ, ổ nhiễm trùng...), nên có thể phối hợp các phương pháp điều trị khác (cắt, mở một phần đường rò, dẫn lưu khoang gian cơ thắt, dẫn lưu ổ nhiễm trùng).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày tháng 07/2018 đến ngày tháng 07/2022, có 54 trường hợp có đủ tiêu chuẩn chọn bệnh được chọn vào mẫu nghiên cứu này.

3.1. Tuổi

Tuổi trung bình là $39 \pm 10,98$. Tuổi trẻ nhất là 19 tuổi. Tuổi lớn nhất là 63 tuổi. Tuổi trung bình của nữ 48, tuổi trung bình của nam là 38,65.



Biểu đồ 1: Độ tuổi của BN trong nghiên cứu

3.2. Giới tính

Trong tổng số 54 bệnh nhân nghiên cứu, có 2 trường hợp bệnh nhân là nữ giới và 52 trường hợp bệnh nhân là nam giới mắc bệnh rò hậu môn phức tạp. Số bệnh nhân nam mắc bệnh chiếm ưu thế. Tỷ số nam/nữ là 26/1.

Bảng 2: Sự khác biệt giữa tuổi trung bình mắc bệnh theo giới

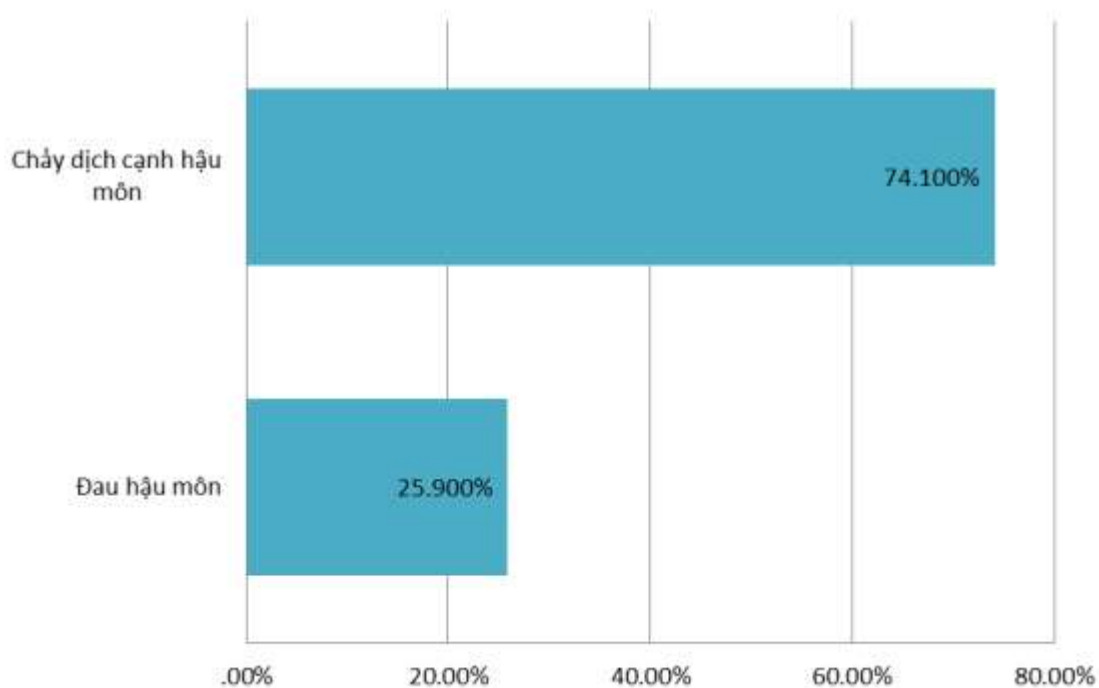
Giới	Số BN	Tuổi trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Nam	52	38,65	11,02	0,24
Nữ	2	48	5,66	

Độ tuổi trung bình mắc bệnh rò hậu môn phức tạp tràng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân nam và nhóm bệnh nhân nữ ($p > 0,05$, phép kiểm Student).

Có 2 trường hợp bệnh nhân là nữ giới và 52 trường hợp bệnh nhân là nam giới mắc bệnh ung thư trực tràng.

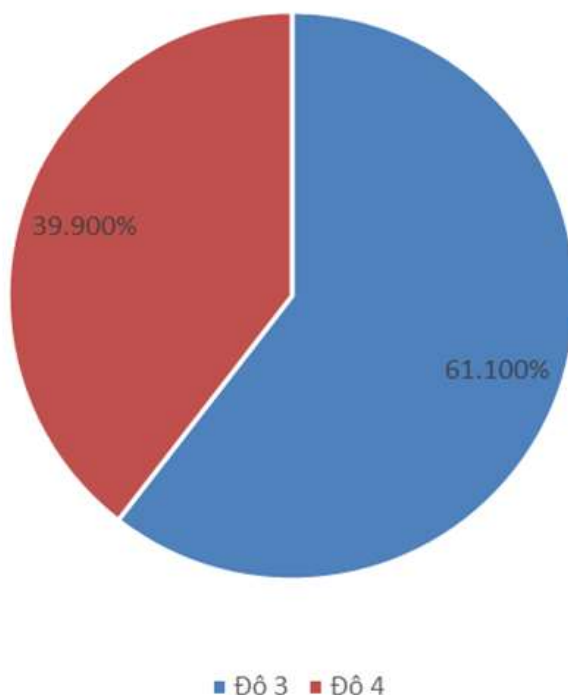
3.3. Triệu chứng

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nhập viện vì 2 triệu chứng chính là đau hậu môn và chảy dịch cạnh hậu môn. Triệu chứng hay gặp nhất là chảy dịch cạnh hậu môn. Triệu chứng này chiếm tỷ lệ 74,1% (40 trường hợp). Triệu chứng đau hậu môn chiếm tỷ lệ 25,9% (14 trường hợp).

**Biểu đồ 2: Triệu chứng nhập viện của BN**

3.4. Phân độ rò hậu môn theo MRI

Tất cả 54 trường hợp được chọn vào nghiên cứu đều được chụp MRI để đánh giá đường rò. Trong số này có 33 trường hợp bị rò hậu môn độ 3 (chiếm tỷ lệ 61,1%) và 21 trường hợp rò hậu môn độ 4 (chiếm tỷ lệ 39,9%).



Biểu đồ 3: Phân độ rò hậu môn theo MRI

3.5. Chiều dài đường rò

Trong nghiên cứu này, chiều dài đường rò trung bình là 4,14 cm. Trong đó đường rò dài nhất là 13cm và đường rò ngắn nhất là 1cm

Khi phẫu thuật ngoài triệt mạch bằng laser chúng tôi có thực hiện thêm các kỹ thuật khác để xử lý triệt để đường rò như: cắt mô xơ lõ rò ngoài, mở rộng lõ rò ngoài, cắt 1 phần đường rò

3.6. Phương pháp phẫu thuật phối hợp với laser

Bảng 2: Các phương pháp phối hợp với laser

Phương pháp	Phân độ St James		Tổng số trường hợp	Tỷ lệ %
	III	IV		
Laser đơn thuần	18 (85,7%)	3 (14,3%)	21	38.9
Laser + Cắt lọc mô xơ lõ rò ngoài	15 (51,7%)	14 (48,3%)	29	53.7
Laser + Cắt mô xơ phần xa đường rò	0	3 (100%)	3	5.6
Laser + mở rộng lõ rò ngoài	0	1 (100%)	1	1.9
Tổng cộng	33	21	54	100

Phương pháp phối hợp thường sử dụng nhất là cắt lọc mô xơ lõ rò ngoài. Ở nhóm bệnh nhân kết hợp laser với cắt lọc mô xơ lõ rò ngoài có 15 trường hợp rò hậu môn độ III (chiếm tỷ lệ 51,7%) và 14 trường hợp rò hậu môn độ IV (chiếm tỷ lệ 48,3%). Ở nhóm này

phân độ III và phân độ IV có tỷ lệ tương đương nhau.

Phương pháp phối hợp laser với mở rộng lõ rò ngoài và với cắt mô xơ phần xa đường rò trong nghiên cứu này chỉ ghi nhận ở BN bị rò hậu môn độ IV.

Với rò hậu môn độ III theo St James chỉ cần phối hợp laser với cắt mô xơ lõ rò ngoài là đủ.

3.7. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình của 54 trường hợp trong nghiên cứu là 26,46 phút. Trong đó trường hợp phẫu thuật nhanh nhất là 10 phút và trường hợp phẫu thuật lâu nhất là 45 phút

3.8. Thời gian sử dụng laser

Thời gian sử dụng laser trong nghiên cứu này trung bình mỗi trường hợp là 81,78 giây. Trong đó thời gian sử dụng laser ngắn nhất là 13,9 giây và thời gian dài nhất là 381,4 giây.

3.9. Đau sau mổ

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được xuất viện vào ngày hậu phẫu 1. Vì vậy biến số đau sau mổ được ghi nhận vào ngày phẫu thuật và ngày hậu phẫu 1.

Vào ngày phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều được sử dụng thuốc giảm đau truyền tĩnh mạch là paracetamol 1g ngay sau khi phẫu thuật. Tất cả 54 bệnh nhân đều được ghi nhận là đau nhẹ không có trường hợp nào đau vừa và đau nặng.

Vào ngày hậu phẫu thứ nhất, tất cả bệnh nhân được chuyển sang giảm đau bằng paracetamol đường uống. Chúng tôi ghi nhận được có 49 trường hợp đau nhẹ (chiếm tỷ lệ 90,74%), 4 trường hợp đau vừa (chiếm tỷ lệ 7,41%) và 1 trường hợp đau nặng (chiếm tỷ lệ 1,85%). Trường hợp đau nặng bệnh nhân được truyền thêm 1 chai paracetamol đường tĩnh mạch và qua ngày hậu phẫu 2 ghi nhận bệnh nhân đau vừa và cho xuất viện.

Bảng 3: Mức độ đau của BN

Mức độ đau	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	49	90,74
Vừa	4	7,41
Nặng	1	1,85

3.10. Biến chứng sớm sau mổ

Trong nghiên cứu này tất cả 54 trường hợp đều không xuất hiện các biến chứng hậu phẫu: đi cầu không tự chủ, chảy máu sau mổ, nhiễm trùng, bí tiểu

Đánh giá biến chứng theo thang điểm Clavien –Dindo thì tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều ở mức độ I (Biến chứng trong hậu phẫu chỉ cần điều trị triệu chứng là giảm đau)

3.11. Thời gian nằm viện

Trong 54 trường hợp của nghiên cứu này chỉ có 1 trường hợp được xuất viện vào ngày hậu phẫu 2 (chiếm tỷ lệ 1,85%). 53 trường hợp còn lại được xuất viện vào ngày hậu phẫu 1 (chiếm tỷ lệ 98,15%). Trường hợp xuất viện vào ngày hậu phẫu 2 do bệnh nhân đau sau mổ mức độ nặng cần dùng thêm giảm đau dạng truyền vào ngày hậu phẫu 1.

3.12. Kết quả điều trị

Bệnh nhân được ghi nhận là tái phát rò hậu môn khi lâm sàng có triệu chứng sưng đau hậu môn, có chảy dịch cạnh hậu môn khi khám lâm sàng và kết quả chụp MRI ghi nhận có đường rò hậu môn.

Tại thời điểm 6 tháng tính từ ngày phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận được có 3 trường hợp bị tái phát triệu chứng chảy dịch cạnh hậu môn (chiếm tỷ lệ 5,56%). 51 trường hợp còn lại đều không tái xuất hiện lại các triệu chứng cũ sau 6 tháng phẫu thuật. Tỷ lệ điều trị thành công của nghiên cứu tính đến thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật là 94,44%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới tính

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39 tuổi. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Donmez với 35,55 tuổi, nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Giamundo là 48 tuổi và nghiên cứu của

Ozturk là 40 tuổi. Bệnh lý rò hậu môn thường gặp ở người trẻ (dưới 60 tuổi).

Trong 54 trường hợp được chọn vào nghiên cứu chỉ có 2 trường hợp là nữ và 52 trường hợp là nam. Tỷ lệ nam/nữ của nghiên cứu là 26/1. Trong các nghiên cứu của các tác giả khác thì tỷ lệ bệnh nhân nam cũng nhiều hơn so với bệnh nhân nữ. Trong nghiên cứu của Wihelm thực hiện năm 2017 tỷ lệ nam nữ 2,3/1. Trong nghiên cứu của tác giả Vũ Tiến Quốc Thái tỷ lệ nam nữ là 3,4/1, với tác giả Võ Đăng Thanh Hiên tỷ lệ là 18/1 và với tác giả Bùi Sỹ Tuấn Anh thì tỷ lệ là 8,3/1.

Đặc điểm về tuổi và giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu khác về bệnh lý rò hậu môn. Bệnh thường gặp ở bệnh nhân nam dưới 60 tuổi.

4.2. Triệu chứng

Trong 54 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 2 triệu chứng chính bệnh nhân than phiền là chảy dịch cạnh hậu môn và đau hậu môn. Trong đó triệu chứng chảy dịch cạnh hậu môn chiếm ưu thế với tỷ lệ 74,1%.

4.3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình của 54 trường hợp trong nghiên cứu là 26,46 phút. Trong đó trường hợp phẫu thuật nhanh nhất là 10 phút và trường hợp phẫu thuật lâu nhất là 45 phút

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật của các nghiên cứu

Tác giả	Thời gian thực hiện phẫu thuật (phút)
Donmez	18,37
Giamundo	20
Lauretta	18,3
Võ Đăng Thanh Hiên	22,71
Chúng tôi	26,46

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của tác giả Giamundo là 20 phút, tác giả Donmez là 18,37, tác giả Lauretta là 18,3. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác có thể do nghiên cứu này chỉ khảo sát trên những bệnh nhân bị rò hậu môn phức tạp nên thời gian phẫu thuật có lâu hơn so với các nghiên cứu khảo sát trên tất cả các trường hợp rò hậu môn (bao gồm cả đơn giản lẫn phức tạp).

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật so với phẫu thuật LIFT

Tác giả	Thời gian thực hiện phẫu thuật (phút)
Trần Thị Tranh	28,83
Vũ Tiến Quốc Thái	38,35
Chúng tôi	26,46

So với nghiên cứu về phẫu thuật LIFT của tác giả Vũ Tiến Quốc Thái và tác giả Trần Thị Tranh thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này có ngắn hơn. Mặc dù sự chênh lệch này không đáng kể

4.4. Thời gian nằm viện

Trong 54 trường hợp của nghiên cứu này chỉ có 1 trường hợp được xuất viện vào ngày hậu phẫu 2 (chiếm tỷ lệ 1,85%). 53 trường hợp còn lại được xuất viện vào ngày hậu phẫu 1 (chiếm tỷ lệ 98,15%). Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là 1.02 ngày.

Bảng 6: Thời gian nằm viện của các nghiên cứu

Tác giả	Thời gian nằm viện (ngày)
Lauretta	1,1
Võ Đăng Thanh Hiên	1,11
Ozturk	1-2
Donmez	1-2
Chúng tôi	1,01

Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lauretta và tác giả Võ Đăng Thanh Hiên với thời gian nằm viện lần lượt là 1,1 ngày và 1,11 ngày. Trong nghiên cứu của Ozturk thời gian nằm viện trung bình là 3 ngày.

Bảng 7: Thời gian nằm viện của các nghiên cứu phẫu thuật khác

Tác giả	Thời gian nằm viện (ngày)
Trần Thị Tranh	3,2
Vũ Tiến Quốc Thái	2,9
Trần Nguyễn Uyên	3,2
Chúng tôi	1,01

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của tác giả Vũ Tiến Quốc Thái là 2,9 ngày, trong nghiên cứu của tác giả Trần Nguyễn Uyên là 3,2 ngày

Thời gian nằm viện của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu về phẫu thuật laser khác và ngắn hơn so với các nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp khác.

4.5. Đau sau phẫu thuật

Vào ngày hậu phẫu 1, chúng tôi ghi nhận được có 49 trường hợp đau nhẹ (chiếm tỷ lệ 90,74%), 4 trường hợp đau vừa (chiếm tỷ lệ 7,41%) và 1 trường hợp đau nặng (chiếm tỷ lệ 1,85%). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với các nghiên cứu về phẫu thuật laser khác của các tác giả trong và ngoài nước Lauretta, Giamundo, Ozturk, Võ Đăng Thanh Hiên. Các nghiên cứu này đều ghi nhận đa số bệnh nhân đau nhẹ và vừa, tỷ lệ đau nhiều chiếm dưới 5% các trường hợp

trong nghiên cứu. Như vậy phương pháp phẫu thuật này gây ít đau đớn cho bệnh nhân

4.6. Biến chứng hậu phẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị các biến chứng: chảy máu, bí tiểu, đi cầu không tự chủ. Trong các nghiên cứu về phẫu thuật laser điều trị rò hậu môn, các tác giả khác cũng nhận thấy các biến chứng này có tỷ lệ rất ít.

4.7. Kết quả điều trị

Bảng 8: Kết quả điều trị của các nghiên cứu

Tác giả	Tỷ lệ thành công (%)
Donmez	88,89
Giamundo	71,1
Võ Đăng Thanh Hiên	89,5
Wihelm	88
Ozturk	82
Chúng tôi	94,4

Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp tái phát. Tại thời điểm này tỷ lệ thành công của phương pháp này là 94,4%. Tỷ lệ thành công của phương pháp này trong các nghiên cứu khác cũng khá cao: Mendez là 88,89%, Giamundo là 71,1%, Võ Đăng Thanh Hiên là 89,5%, Wihelm là 88%, Ozturk là 82%.

V. KẾT LUẬN

Về mục tiêu khảo sát tỷ lệ đóng đường rò sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp bằng laser tại bệnh viện Bình Dân: Phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp bằng laser là phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ thành công trong nghiên cứu là 94,4% (sau 6 tháng theo

dôi). Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phương pháp này có tỷ lệ tái phát thấp là 5,6%. Như vậy phẫu thuật điều trị RHM phức tạp bằng laser là phương pháp điều trị hiệu quả.

Về mục tiêu khảo sát tỷ lệ biến chứng đau, chảy máu, tiêu không tự chủ sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp bằng laser tại bệnh viện Bình Dân: Phương pháp này cũng ít gây ra đau đớn cho bệnh nhân. Đa số bệnh nhân bị đau mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 90,74%. Trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện các biến chứng chảy máu, bí tiểu, nhiễm trùng, đi tiêu mất tự chủ. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng sau phẫu thuật trong các nghiên cứu về điều trị rò hậu môn bằng laser cũng rất thấp. Như vậy đây là phương pháp điều trị ít gây ra biến chứng sau phẫu thuật đặc biệt là biến chứng đi tiêu mất tự chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Nguyễn Đăng Thanh Hiên** (2020), "Nghiên cứu kết quả điều trị rò hậu môn bằng laser", Luận văn bác sĩ nội trú.
2. **Vũ Tiến Quốc Thái** (2014), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt", Luận văn chuyên khoa II.
3. **Trần Nguyễn Uyên** (2022), "Kết quả điều trị rò hậu môn trên cơ nâng, Luận văn thạc sĩ y học
4. **Donmez T., Hatipoglu E.** (2017), "Closure of Fistula Tract with FiLaCTM Laser as a Sphincter Preserving Method in Anal Fistula Treatment", Turk J Colorectal Dis, 27, pp.142-147.
5. **Giamundo P., et al.** (2015), "Fistula-tract Laser Closure (FiLaCTM): long-term results and new operative strategies", Tech Coloproctol, 19 (8), pp.449-453.
6. **Lauretta A., et al.** (2018), "Anal Fistula Laser Closure: the length of fistula is the Achilles' heel", Techniques in Coloproctology, 22, pp. 933–939.
7. **Ozturk E., Gulcu B.** (2014), "Laser ablation of fistula tract: a sphincter- preserving method for treating fistula-in-ano", Dis Colon Rectum, 57, pp.360-364.
8. **Wilhelm A., Fiebig A., Krawczak M.** (2017), "Five years of experience with the FiLaC TM laser for fistula-in-ano managment: long-term follow-up from a single institution", Tech Coloproctol, 21, pp. 269- 276.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP VỚI PHẪU THUẬT MILES CÓ ROBOT HỖ TRỢ

Trần Vĩnh Hưng¹, Hoàng Vĩnh Chúc¹, Nguyễn Phú Hữu¹,
Nguyễn Phúc Minh¹, Bùi Hồng Minh Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp ở đường tiêu hóa. Phẫu thuật robot là một lựa chọn mới trong điều trị ung thư trực tràng. Với sự hỗ trợ của robot, phẫu thuật viên có thể tránh gây tổn thương các thần kinh hạ vị, niệu quản, bó mạch sinh dục và có thể phẫu tích, khâu nối chính xác hơn. Vì vậy, chức năng niệu và sinh dục của bệnh nhân sau mổ được bảo toàn, giúp bệnh nhân có chất lượng sống tốt hơn sau phẫu thuật. Jorge A. Lagares cùng cộng sự đã lần đầu tiên thực hiện phẫu thuật Miles có robot hỗ trợ vào năm 2014(3). Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư trực tràng từ tháng 11/2016.

Mục tiêu: đánh giá kết quả chu phẫu ung thư trực tràng thấp, bệnh nguyên và ung thư học của phẫu thuật Miles có hỗ trợ robot tại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca: 23 trường hợp ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật Miles có hỗ trợ robot tại Bệnh viện Bình Dân từ năm 2016 đến nay.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 2,28. Tuổi trung bình là 64 tuổi (45-81). Triệu chứng trước mổ

chủ yếu là tiêu phân nhầy máu, đau bụng và sụt cân. Nội soi trước mổ và kết quả sau mổ cho thấy u 3,4cm và 2,96cm cách bờ hậu môn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 210 phút trong đó thời gian mổ trên robot trung bình là 175 phút. Biến chứng trong phẫu thuật ghi nhận không có. Sau mổ có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ đều được điều trị nội khoa. Giải phẫu bệnh sau mổ chủ yếu là biệt hóa vừa (13 trường hợp). Thời gian trung tiện và cho ăn lại trung bình 2 ngày, thời gian nằm viện trung bình 8 ngày (7-11 ngày)

Kết luận: Phẫu thuật Miles có robot hỗ trợ trong điều trị ung thư trực tràng thấp là an toàn và khả thi. Phẫu thuật có thể áp dụng rộng rãi cho những bệnh nhân có ung thư trực tràng chưa di căn.

Từ khóa: ung thư trực tràng, phẫu thuật có robot hỗ trợ, phẫu thuật Miles

SUMMARY

ROBOTIC ASSISTED MILES SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL: OUTCOMES OF THREE YEARS APPLICATION

Background: rectal cancer is a common gastrointestinal malignant disease. Robotic surgery is one of the new treatments. By robot, surgeon may avoid damage to pelvic nerves, ureters, gonadal vessels and may dissect and sewing precisely. Therefore, urinary and sexual functions can be preserved, provide a better postoperative quality of life. Jorge A. Lagares et al were first proceeded Miles surgery with robot-

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hồng Minh Hậu

SĐT: 0933024160

Email: drhaubui@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

assisted in 2014. Bình Dân Hospital has started using robot for rectal cancer since 11/2016.

Objective: Our aims are to find out the safety in using robot for rectal cancer, evaluate the operation, etiology and oncology of Miles surgery with robot-assisted at Bình Dân Hospital.

Materials and Method: this is a prospective study: 23 cases of Miles surgery with robot assistant at Bình Dân Hospital since 2016.

Results: male/female ratio was 2.28, mean age of 64 years (45-81). Preoperative symptoms were bloody mucus in stool, abdominal pain and weight loss. Preoperative endoscopic and postoperative results review tumors 3.4cm and 2.96cm from anal verge. Mean operation time was 210 minutes with 175 minutes on robot. There was no complication during operation. There were 2 cases of wound infection which all underwent preserved treatment. Pathology were majority in grad 2 (13 cases). Mean gas and oral feeding time were 2 day, mean hospital stay was 8 days (7-11 days).

Conclusion: Miles surgery with robot assistant in rectal cancer is safe and feasible. The procedure may apply for patients with non-metastasis colon cancer.

Keywords: rectal cancer, surgery with robot-assisted, Miles surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng thấp (UTTT) là một trong những bệnh thường gặp tỉ lệ mắc bệnh này ngày càng có xu hướng tăng, đứng hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa và có tỷ lệ tử vong cao. Điều trị UTTT thấp chủ yếu là phẫu thuật Miles (phẫu thuật cắt bỏ trực tràng và khoét tầng sinh môn lấy hết cơ vòng và mô mỡ xung quanh ống hậu môn). Hiện nay thường áp dụng phẫu thuật cắt nội soi ngã bụng – tầng sinh môn (laparoscopic abdominoperineal resection) kết hợp với kỹ

thuật làm hậu môn nhân tạo ngoài phúc mạc với mục đích làm giảm biến chứng trong và sau mổ và biến chứng của hậu môn nhân tạo về lâu dài cho bệnh nhân mà vẫn tôn trọng các nguyên tắc phẫu thuật ung thư. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng còn tồn tại một khó khăn nhất định trong không gian hẹp của xương chậu do dụng cụ nội soi giới hạn phạm vi chuyển động, sự run tay của phẫu thuật viên chính, camera hai chiều (2D) và cần người phụ mổ chuyên nghiệp. Ngày nay, phẫu thuật robot là một sự chọn lựa mới để điều trị ung thư trực tràng. Hệ thống Robot da Vinci® được sử dụng trong nghiên cứu này có tầm nhìn ba chiều (3D), độ chi tiết được phóng đại lên 10 lần, hệ thống EndoWrist® cung cấp cho phẫu thuật viên có thao tác tự nhiên và một loạt các chuyển động xa lớn hơn so với bàn tay con người. Pigazzi và cộng sự đã lần đầu tiên thực hiện phẫu thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng thấp bằng robot vào năm 2006(2). Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tính an toàn và khả thi của phẫu thuật robot trong điều trị ung thư trực tràng thấp hiện chưa có. Mục đích của chúng tôi là đánh giá kết quả chu phẫu, bệnh nguyên và ung thư học của phẫu thuật Miles có hỗ trợ robot tại bệnh viện Bình Dân. Tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học: dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ phiên bản lần thứ 8 (AJCC)(1).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp bằng giải phẫu bệnh thông qua sinh thiết bằng nội soi tiêu hóa

Dân số nghiên cứu

Tất cả các BN được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp bằng giải phẫu bệnh thông qua sinh thiết bằng nội soi tiêu hóa và được phẫu thuật nội soi ổ bụng bằng hệ thống robot da Vinci® tại BV Bình Dân trong thời gian từ 11/2016 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

U trực tràng thấp được nội soi tiêu hóa (u cách bờ hậu môn $\leq 8\text{cm}$)

U có giải phẫu bệnh trước mổ là carcinôm tuyến.

BN không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi (ASA $\geq$ IV).

U xâm lấn cơ vòng

Vị trí u không thể tiến hành nối ruột đoạn dưới thấp được

Tiêu chuẩn loại trừ

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

BN có hồ sơ không đầy đủ về các yếu tố khảo sát.

BN không tuân thủ chế độ điều trị hoặc không tái khám sau phẫu thuật.

BN có ung thư nguyên phát thứ hai kèm theo.

Tiêu chuẩn đánh giá

Bệnh nhân được phẫu thuật Miles có robot hỗ trợ thành công

Giải phẫu bệnh sau mổ phù hợp với kết quả giải phẫu bệnh trước mổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca

Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Thời gian: 11/2016 – 12/2022

Địa điểm: bệnh viện Bình Dân

Thu thập và xử lý số liệu: thu thập bằng bệnh án và xử lý dữ liệu phần mềm Excel

Một số điểm cần lưu ý khi phẫu thuật ung thư đại trực tràng dùng hệ thống Robot da Vinci:

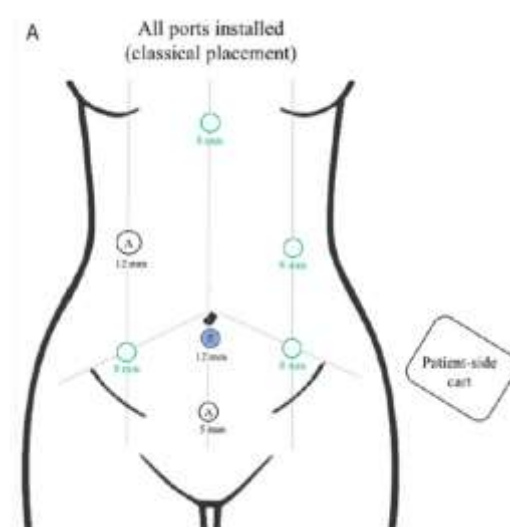
Cách bố trí phòng mổ.

Nguyên tắc đặt vị trí các trocars.

Sau khi docking robot, tư thế bệnh nhân luôn được cố định.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm những trường hợp chống chỉ định mổ nội soi như bướu xâm lấn cơ quan kế cận. Tất cả bệnh nhân được thăm khám và đánh giá bởi phẫu thuật viên và được nội soi và CT Scan, MRI vùng bụng chậu và siêu âm qua nội soi trực tràng để đánh giá mức độ xâm lấn và giai đoạn. Bệnh nhân có u xâm lấn mạc treo trực tràng hoặc có hạch di căn được hóa trị tân hỗ trợ và phẫu trị sau đó.

Phương pháp phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng dùng hệ thống Robot da Vinci tại bệnh viện Bình Dân sau chuẩn bị ruột và sử dụng kháng sinh điều trị. Di động đại tràng và nạo vét hạch được thực hiện bằng robot. Cắt cơ nâng được thực hiện bằng robot trong ổ bụng và ngả tăng sinh môn. Bệnh nhân được đặt nằm tư thế ngửa dạng chân trong suốt quá trình phẫu thuật.



Hình 1 – Vị trí đặt các trocars⁽⁶⁾

Vị trí trocars trong phẫu thuật ung thư trực tràng (C: trocar 12mm cho camera robot; A: trocar 12mm cho phụ mổ; 1,2,3: trocar 8mm cho 3 cánh tay robot tương ứng). Thời gian docking được tính từ lúc bắt đầu di chuyển robot cho tới khi tất cả các dụng cụ được lắp vào robot.

Đánh giá kết quả chính: Đánh giá trong và sau khi phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh.

2.3. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Tp.HCM số 267/ĐHYD-HDDĐ ngày 12/06/2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm có 23 bệnh nhân được phẫu thuật Miles có robot hỗ trợ với các đặc điểm sau đây:

Giới tính

- Có 16 bệnh nhân nam và 7 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 2,28.

Tuổi

- Độ tuổi trung bình là $64,1 \pm 13,2$, cao nhất là 81 tuổi và thấp nhất là 45 tuổi.

- Phân bố tuổi không tuân theo phân phối chuẩn.

Triệu chứng trước mổ

- Triệu chứng gặp nhiều nhất là tiêu chảy máu, ít nhất là chán ăn.

Bảng 9. Các triệu chứng trước mổ

Triệu chứng	Đau bụng	Rối loạn đi cầu	Tiêu chảy máu	Chán ăn	Sụt cân
Tần suất	6	2	14	2	5
Tỉ lệ %	40	13,33	93,33	13,33	33,33

Cận lâm sàng trước mổ

Nội soi trước mổ

+ Có 2 trường hợp u nằm ở ống hậu môn nên được tính vị trí u nằm ngay bờ hậu môn.

+ Vị trí u cách bờ hậu môn trung bình là $3,4 \pm 2\text{cm}$, đa số nằm trong khoảng từ 3-5cm.

+ Nhìn chung các chỉ số Hct, Hb, BMI của bệnh nhân trước mổ nằm trong giới hạn bình thường.

+ Chỉ có 13 bệnh nhân được thực hiện CEA trước mổ, giá trị trung bình là

$7,08 \pm 5,19$ (ng/ml).

+ Chỉ có 12 bệnh nhân được thực hiện CA19.9 trước mổ, có 1 bệnh nhân có kết quả 1200 ng/ml nên làm sai lệch giá trị trung bình của chỉ số này.

Giải phẫu bệnh trước mổ

+ Chủ yếu là biệt hóa vừa với 12 trường hợp (52,17%), kể đến là biệt hóa cao với 6 trường hợp (26,09%) và 5 trường hợp biệt hóa kém (21,74%).

Hình ảnh học

Bảng 10. Phân độ hình ảnh học trước mổ

	T2	T3	T4a	T4b	Di căn hạch
CT	2	2	3	1	2
EUS		1	4	1	5
MRI	1	1	1		4

+ Các trường hợp được thực hiện CT, siêu âm qua nội soi và MRI cũng như giai đoạn của u trực tràng được thể hiện như trên bảng.

+ Vị trí u cách bờ hậu môn sau khi mổ trung bình là $2,96 \pm 1,7\text{cm}$, tương đối chính xác với nội soi trước mổ. Cao nhất là 5cm và thấp nhất là ngay ống hậu môn.

Thời gian mổ và điều trị

Thời gian docking trung bình là $18,33 \pm 10,8$ phút, tuy nhiên thời gian này đã giảm đáng kể do ban đầu chúng tôi chưa quen thực hiện, khi đã thực hiện nhuần nhuyễn thời gian giảm từ 40 phút xuống còn 5 phút.

Thời gian mổ bằng robot trung bình là $175,67 \pm 41,23$ phút, thời gian này cũng giảm nhiều qua quá trình làm quen với robot, nhưng cũng phụ thuộc vào độ phức tạp của phẫu trường cũng như độ di động của bướu. Thời gian mổ trên robot chiếm phần lớn thời gian của cuộc mổ.

GPB sau mổ chủ yếu là biệt hóa vừa với 17 trường hợp, 3 trường hợp biệt hóa tốt và 3 trường hợp biệt hóa kém. Có 23 trường hợp được phân giai đoạn sau mổ trong đó có 19 trường hợp giai đoạn 3 và 4 trường hợp giai đoạn 4. Số hạch lấy được trung bình là 11 ± 7 hạch. Nhiều nhất là 18 và thấp nhất là 2 hạch. Lượng máu mất dao động từ 50 đến 100ml.

Có 2 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, chưa ghi nhận trường hợp có biến chứng về hậu môn nhân tạo. Sau mổ, thời gian bệnh nhân xuất hiện trung tiện trung bình là sau 2 ngày. Bệnh nhân được cho nuôi ăn sớm. Thời gian hậu phẫu trung bình là $8 \pm 1,3$ ngày, lâu nhất là 11 ngày và ngắn nhất là 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng là một trong mười loại ung thư thường gặp nhất ở các nước phát triển, là ung thư gây tử vong đứng hàng thứ hai sau ung thư phổi. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ năm sau ung thư phế quản, ung thư dạ dày, ung thư gan và ung thư vú ở nữ. Phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật và khả năng phẫu thuật triệt căn vẫn chiếm tỷ lệ cao.

Trong suốt thời gian dài, phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi đã thể hiện được hiệu quả trong điều trị ung thư trực tràng thấp qua khá nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên, một số hạn chế vẫn tồn tại ở 2 phương pháp này: tầm hoạt động của dụng cụ nội soi kém linh hoạt, khó xoay trở trong không gian hẹp; chất lượng hình ảnh của màn hình 2D phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm cảm đèn của phẫu thuật viên phụ; khi cuộc mổ kéo dài, phẫu thuật viên chính và phụ đều có thể có tình trạng rung tay,...

Với sự hỗ trợ của robot, các hạn chế trên đã được khắc phục: phẫu thuật viên chính tự điều chỉnh camera theo ý mình; các dụng cụ trong robot có tầm hoạt động linh hoạt hơn, có thể xoay chuẩn được 360o gần như ngón tay người thật, do đó khi đi vào những phẫu trường nhỏ hẹp, cuộc mổ vẫn được tiến hành thuận lợi, các thao tác chính xác, tinh tế hơn,...

So với phẫu thuật nội soi, phẫu thuật qua robot ưu thế hơn nhiều mặt, đặc biệt trong việc nạo hạch. Số hạch phẫu tích ít nhất là 12 hạch, phù hợp với hướng dẫn của National Comprehensive Cancer Network (NCCN)(5).

Bảng 11. Đặc điểm nhóm nghiên cứu so với một số tác giả

	Abdalla và cộng sự⁽⁵⁾	Chúng tôi
Số lượng bệnh nhân	20	15
Tỉ lệ nam/nữ	9/11	11/4
Tuổi	68 (54-82)	64 (51-77)
Tổng thời gian mổ chung (phút)	218 (166-270)	175 (134-216)
Máu mất (ml)	297 (0-717)	50-100
Tỉ lệ biến chứng chung	15%	13,33%
Tổng số hạch phẫu tích	16 (9-23)	11(4-18)
Số hạch di căn	1,9 (0-5)	0,76 (0-7)
Thời gian nằm viện (ngày)	20	8 (7-11)
Tỷ lệ chuyển mổ mở	0%	0%
Positive CRM(+)	20%	0%

Khi mổ qua robot, phẫu thuật viên nhìn các cơ quan giải phẫu rõ hơn mổ qua nội soi, các thao tác của dụng cụ robot tương tự của tay người nhờ vào hệ thống EndoWrist®. Do đó, phẫu thuật viên có thể tránh gây tổn thương các thần kinh hạ vị, niệu quản, bó mạch sinh dục và có thể phẫu tích, khâu nối chính xác hơn. Vì vậy, chức năng niệu và sinh dục của bệnh nhân sau mổ được bảo toàn, giúp bệnh nhân có chất lượng sống tốt hơn sau phẫu thuật(4).

Thời gian mổ robot thường kéo dài hơn so với mổ nội soi ổ bụng. Nguyên nhân là phẫu thuật viên cần thời gian tính toán vị trí các trocar, docking robot vào bệnh nhân và chuẩn bị các dụng cụ chuyên biệt của robot. Khi phẫu thuật viên quen dần với các thao tác này, thời gian mổ giảm rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian docking robot những trường hợp đầu tiên thường kéo dài khoảng 30 đến 40 phút do chưa quen với dụng cụ và cách đặt vị trí các trocars. Tuy nhiên, sau khoảng 10 trường hợp đầu tiên, thời gian này được rút ngắn đáng kể còn khoảng 10-15 phút. Hiện tại, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào biến chứng trong

phẫu thuật, cũng như biến chứng về hậu môn nhân tạo sau mổ. Xét về mặt kinh tế, chi phí cho một trường hợp phẫu thuật có hỗ trợ robot vẫn còn khá cao so với phẫu thuật nội soi do đó cũng ảnh hưởng đến số lượng bệnh trong nghiên cứu. Từ đó, một số các biến chứng trong và sau mổ được ghi nhận trong một vài nghiên cứu trên thế giới thì chưa ghi nhận ở nghiên cứu của chúng. Việt Nam có lượng bệnh nhân ung thư khá lớn, trước khi có robot, các ekip phẫu thuật nội soi đã được thực hiện rất nhiều trường hợp ung thư trực tràng; bên cạnh đó, chúng tôi cũng có cơ hội học hỏi kinh nghiệm thực hành trên robot từ các đơn vị bạn, điều đó cũng có thể lý giải một phần tổng thời gian mổ chung của chúng tôi ngắn hơn so với một số nghiên cứu.

Thời gian bệnh nhân nằm viện sau mổ từ 7 đến 11 ngày, đa số bệnh nhân xuất viện sau mổ 8 ngày. Trong đó, 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ.

Tổng số hạch trung bình lấy được của chúng tôi là 11 hạch, tuy nhiên số hạch có di căn của chúng tôi khá cao so với nhiều nghiên cứu khác; bên cạnh đó, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy, các khối u đa

phần là biệt hoá vừa với 12 trường hợp (52,17%), các trường hợp được phân giai đoạn sau mổ với 20 trường hợp giai đoạn 3 và 3 trường hợp giai đoạn 4. Nhìn chung, đa số bệnh nhân của chúng ta thường đến bệnh viện muộn giai đoạn ung thư ruột, từ đó cũng ít nhiều ảnh hưởng đến tiên lượng sống, khả năng tái phát sau mổ. Hiện tại, chúng tôi

chưa ghi nhận bất kì trường hợp nào tái phát hay di căn ổ bụng, có thể thời gian nghiên cứu của chúng tôi chưa được đủ nhiều, tuy nhiên một vấn đề cũng cần đặt ra cho chúng tôi ở tương lai gần là cần có biện pháp tầm soát và phát hiện ung thư giai đoạn sớm cho người dân.



Hình 2. Bệnh phẩm một trường hợp ung thư trực tràng thấp giai đoạn 3

Một lợi điểm nữa của phẫu thuật robot trong ung thư trực tràng là khả năng chuyển mổ mở cũng như diện cắt vòng quanh (CRM: circumferential resection margin) thấp hơn so với phẫu thuật nội soi, trong nhóm nghiên cứu 23 trường hợp của chúng tôi chưa có trường hợp nào phải chuyển mổ mở cũng như CRM (+) ở các trường hợp khảo sát. Theo David Jayne(2) năm 2017 tổng kết 471 bệnh nhân ung thư trực tràng bao gồm 237 bệnh nhân mổ robot và 234 bệnh nhân mổ nội soi thì tỷ lệ chuyển mổ mở nhóm mổ robot là 8,1% trong khi nhóm mổ nội soi là

12,2%, tỷ lệ CRM (+) nhóm mổ robot là 5,1%, nhóm mổ nội soi là 6,3%.

Khi phẫu thuật dùng hệ thống robot, chúng tôi nhận thấy vị trí các trocars rất quan trọng, phải tính toán chính xác để khi docking xong, các cánh tay robot có thể thao tác dễ dàng mà không va chạm nhau, gây nguy hiểm cho bệnh nhân và dụng cụ. Ngoài ra, tư thế bệnh nhân sẽ không được thay đổi sau khi đã docking robot nên việc tính toán chính xác vị trí trocar sẽ giúp tiết kiệm thời gian thay đổi vị trí của robot, từ đó rút ngắn tổng thời gian mổ chung cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ung thư trực tràng bằng robot cho thấy sự an toàn, khả thi và bước đầu mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân với khả năng mổ tốt hơn trong không gian chật hẹp, thêm một lựa chọn tốt cho bệnh nhân cũng như phẫu thuật viên. Trong tương lai chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và so sánh với phẫu thuật nội soi về tính an toàn, khả năng nạo vét hạch và kết quả ung thư ngắn hạn cũng như dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amin M.B., Edge S.B., Greene F.L., và c.s., btv.** (2017), *AJCC Cancer Staging Manual*, Springer International Publishing, Cham.
2. **Jayne D., Pigazzi A., Marshall H., và c.s.** (2017). Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer the rolarr randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc*, 318(16), 1569–1580.
3. **Jorge A. Lagares-Garcia, Anthony Firilas, Carlos Martinez Parra, Mary Arnold Long, and Raquel Gonzalez Heredia,** (2014), *Robotic Abdominoperineal Resection, Robotic Approaches in the Obese Patient*, 167 – 180.
4. **Nozawa H. và Watanabe T.** (2017). Robotic surgery for rectal cancer. *Asian J Endosc Surg*, 10(4), 364–371. (2017). *NCCN Rectal Cancer*.
5. (2017). *NCCN Rectal Cancer*.
6. **Solafah Abdalla, Alain Valverde, Jean-François Fléjou, Nicolas Goasguen, Olivier Oberlin, Renato Micelli Lupinacci,** (2019). Robotic-assisted abdominoperineal resection: technique, feasibility, and short-term outcomes. *Mini-invasive Surg*, 3:39.

KẾT QUẢ SỚM VÀ TRUNG HẠN CỦA PHƯƠNG PHÁP TRIỆT ĐƯỜNG RÒ BẰNG LASER – FILAC - TRONG ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN

Trần Vĩnh Hưng^{1,2}, Dương Văn Hải^{1,2},
Võ Đăng Thanh Hiền^{1,2}, Vũ Thị Ngọc Hân^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Triệt đường rò bằng laser (FiLaC) là một phương pháp ít xâm lấn, bảo tồn cơ thắt hậu môn, đồng thời phá hủy niêm mạc đường rò và mô xung quanh đường rò bằng năng lượng laser với mức tổn thương tối thiểu, tỉ lệ mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật thấp.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và trung hạn của phương pháp triệt đường rò bằng laser.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, báo cáo hàng loạt ca rò hậu môn được điều trị bằng phương pháp triệt đường rò bằng laser.

Kết quả: Có 65 trường hợp được phẫu thuật triệt đường rò bằng với laser diode, bước sóng 1470 nm. Thời gian phẫu thuật trung vị là 20 phút. Mức độ đau hậu phẫu nhẹ và không đau là 96,9% trong ngày phẫu thuật và 100% trong ngày hậu phẫu 1. Thời gian nằm viện trung bình là 1,25 ngày. Không có biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật. Tỉ lệ tái phát là 9,2%. Thời gian theo dõi tối thiểu là 0,5 tháng, tối đa là 30 tháng.

Kết luận: FiLaC là phương pháp điều trị an toàn, ít xâm lấn, ít đau, thời gian nằm viện ngắn, tỉ lệ đóng đường rò thành công cao.

Từ khóa: Rò hậu môn, Laser.

SUMMARY

FISTULA LASER CLOSURE: THE EARLY AND MID-TERM RESULTS IN ANAL FISTULA TREATMENT

Introduction: Fistula Laser Closure (FiLaC) is a minimal-invasive, sphincter-preserving treatment for anal fistula, as well as destroying fistula epithelium with minor surrounding tissue damage, and a low rate of incontinence after the operation.

Objectives: To investigate the early and mid-term results of FiLaC.

Methods: This was a case series study that included patients with fistula-in-ano treated by FiLaC.

Results: 65 patients underwent FiLaC with a 1470 nm wavelength diode laser. The median operative time was 20 minutes. Postoperative pain at none and minor pain is 96.9% on the operation day and 100% on the day after. The mean hospital stay was 1.25 days. No serious complication was recognized. The recurrence rate is 9.2%. The minimum follow-up was 0.5 months, and the maximum follow-up was 30 months.

Conclusions: FiLaC is safe, and minimally invasive, with mild pain, and short hospitalization, the rate of successful fistula healing is high.

Keywords: FiLaC, Fistula laser Closure LAFT.

¹ĐHYD TPHCM, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Hải

SĐT: 0919669192

Email: haiduong99@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh lý nhiễm trùng dạng mạn tính thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng. Bệnh có các nguyên nhân đặc hiệu và không đặc hiệu, có thể là hậu quả của áp xe quanh hậu môn điều trị không tốt. Triệu chứng thường gặp là tiền sử với những cơn đau ngất quãng và phân hoặc mủ chảy ra từ lỗ ở tầng sinh môn.

Các phương pháp điều trị rò hậu môn như mở đường rò và cột dây thun được tìm thấy trong ghi chép của Hippocrates từ 400 năm trước Công Nguyên (7). Mục đích điều trị rò hậu môn là giải quyết nhiễm trùng và triệt tiêu đường rò, làm đường rò lành lại đồng thời bảo đảm sự toàn vẹn của cơ thắt hậu môn và cơ chế tự chủ của hậu môn. Tuy nhiên việc điều trị rò hậu môn còn lại nhiều thách thức, tỉ lệ để sót lại mô đường rò trong phẫu thuật có thể lên đến 30% mặc dù có nhiều tiến bộ trong kỹ năng và kỹ thuật mổ.

Có nhiều phương pháp điều trị rò hậu môn như là: mở đường rò, cắt đường rò, cột dây thun. Để bảo tồn cơ thắt hậu môn và sự tự chủ của hậu môn còn có các phương pháp như: thắt đường rò, dùng nút chặn, keo fibrin, điều trị đường rò bằng năng lượng điện với sự hỗ trợ của nội soi đường rò. Triệt đường rò bằng laser – FiLaC - là một trong các phương pháp phát triển theo xu hướng đó.

Việc sử dụng laser để điều trị rò hậu môn ban đầu được Wilhelm mô tả vào năm 2011 (9). Kỹ thuật bảo tồn cơ vòng mới lạ này sử dụng năng lượng laser phá hủy niêm mạc đường rò cũng như mô hạt còn sót lại của đường rò - thường là nguyên nhân gây tái phát hay thất bại điều trị - dựa vào khả năng xuyên thấu khoảng 2-3mm khi sử dụng laser diode với bước sóng 1470 nm. Từ đó, nhiều nghiên cứu khác trên thế giới về phương

pháp này được thực hiện cho kết quả khả quan.

Năm 2011, Wilhelm đã ứng dụng laser trong điều trị rò hậu môn, có đóng lỗ rò trong, trên 11 trường hợp, bước sóng laser là 1470nm, 13 watt. Thời gian theo dõi trung bình là 7,4 tháng. 81,8% trường hợp đóng đường rò thành công kì đầu. Chỉ có 1 trường hợp mất tự chủ hậu môn và không có biến chứng nào khác (9).

Năm 2013, Giamundo thực hiện phương pháp triệt đường rò bằng laser trong điều trị rò hậu môn nhưng không đóng lỗ rò trong trên 35 trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình là 20 phút. Không có tai biến trong quá trình phẫu thuật. Thời gian theo dõi trung bình là 20 tháng. Đường rò đóng thành công kì đầu đạt 71,4%, có 23% trường hợp thất bại và 2 trường hợp tái phát vào thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. Không có trường hợp đi tiêu mất tự chủ nào sau phẫu thuật (3).

Năm 2014, Giamundo thực hiện một nghiên cứu hồi cứu trên 45 trường hợp được điều trị rò bằng laser. Thời gian theo dõi trung bình là 30 tháng. Đóng đường rò thành công kì đầu đạt 71,1%, thời gian đóng trung bình là 5 tuần. Có 13 trường hợp thất bại, trong đó 11 trường hợp (85%) thất bại sớm (bệnh nhân có triệu chứng sót đường rò). Không có trường hợp nào đi tiêu mất tự chủ. Đặc biệt, hiệu quả đóng đường rò tốt nhất ở những trường hợp được điều trị trước bằng cột dây thun lỏng (19/24, 79%) (4).

Năm 2015, Wilhelm thực hiện nghiên cứu phân tích 117 trường hợp với thời gian theo dõi trung bình là 25,4 tháng. Bệnh nhân được điều trị rò bằng phương pháp triệt đường rò bằng laser có đóng lỗ rò trong. Không có trường hợp nào ghi nhận đi tiêu mất tự chủ. Són nhầy và hơi được ghi nhận ở

2 trường hợp (1,7%), và áp-xe trĩ ở 1 trường hợp (0,8%). Tỷ lệ đóng đường rò khi đầu nhìn chung là 64,1%, 63,5% đối với nhóm rò hậu môn do nhiễm trùng khe tuyến và 69,2% ở nhóm rò hậu môn ở bệnh cảnh Crohn. Có 31 trong 42 trường hợp thất bại điều trị được điều trị phẫu thuật lần hai bởi một trong các phương pháp: FiLaC, cắt đường rò và mở đường rò. Có các trường hợp đóng được đường rò thì hai, tổng kết tỷ lệ đóng đường rò chung vào cuối thời kỳ theo dõi là 88%, 85,5% ở nhóm rò hậu môn do nhiễm trùng khe tuyến và 92,3% trong nhóm rò hậu môn trong bệnh cảnh Crohn. Nghiên cứu cũng ghi nhận các yếu tố tuổi, giới, bệnh Crohn, số lần phẫu thuật điều trị rò hậu môn trước đó và phương pháp dùng để đóng lỗ rò trong không ảnh hưởng đến quá trình đóng của đường rò (10).

Ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về phương pháp điều trị mới này. Nay chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp triệt đường rò bằng laser – FiLaC với mục tiêu như sau:

Mục tiêu cụ thể:

- Đánh giá hiệu quả làm triệt tiêu đường rò của phương pháp FiLaC.
- Khảo sát thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, mức độ đau sau phẫu thuật và các tai biến, biến chứng của phương pháp triệt đường rò bằng laser.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, báo cáo hàng loạt ca.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định rò hậu môn bởi lâm sàng và siêu âm qua nội soi hậu môn trực tràng và/hoặc MRI ở bệnh viện Bình Dân.

- Bệnh nhân đồng ý điều trị bằng phương pháp triệt đường rò bằng laser.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Rò có viêm và/hoặc áp-xe.
- Bệnh Crohn.
- Bệnh nhân trốn viện, không theo dõi được.

Các biến số

Các biến số liên quan đặc điểm của mẫu nghiên cứu: biến định tính: giới tính (nhận các giá trị: nam, nữ); biến danh định: phân loại bệnh (phân loại St James theo MRI trước phẫu thuật: I, II, III, IV,V; phân loại Parks sau phẫu thuật, nhận các giá trị: rò gian cơ thắt, rò xuyên cơ thắt, rò trên cơ thắt, rò ngoài cơ thắt); biến định lượng: tuổi (tính theo năm, tại thời điểm thực hiện phẫu thuật), thời gian theo dõi (đơn vị tính: tháng, tính từ thời điểm thực hiện phẫu thuật).

Phương pháp vô cảm: biến danh định, nhận các giá trị: gây tê tùy sống, mê mask thanh quản, mê nội khí quản.

Thời gian phẫu thuật: biến định lượng, đơn vị tính: phút, không tính thời gian thực hiện thủ thuật vô cảm.

Mức độ đau hậu phẫu: biến danh định, nhận các giá trị: không đau, đau nhẹ, đau vừa, đau nặng. Mức độ đau hậu phẫu được ghi nhận chủ yếu vào ngày phẫu thuật và ngày hậu phẫu thứ nhất để so sánh, nếu cần thiết sẽ ghi nhận thêm những ngày hậu phẫu sau.

Khả năng tự chủ của hậu môn: biến danh định, nhận các giá trị là các mức độ mất tự chủ của hậu môn dựa trên thang điểm Jorge và Wexner (bảng 1): không (0 điểm), nhẹ (1-4 điểm), vừa (5-9 điểm), nặng (>10 điểm), được đánh giá vào thời điểm nhập viện và cuối thời gian theo dõi.

Bảng 1: Thang điểm Jorge và Wexner (5)

	Không	Hiếm khi <1 lần/tháng	Thỉnh thoảng < 1 lần/tuần, ≥ 1 lần/tháng	Thường xuyên < 1 lần/ngày, ≥ 1 lần/tháng	Liên tục ≥ 1 lần/ngày
Phân rã	0	1	2	3	4
Dịch	0	1	2	3	4
Hơi	0	1	2	3	4
Dùng miếng lót	0	1	2	3	4
Thay đổi lối sống	0	1	2	3	4

Ghi nhận các biến chứng trong và sau mổ: chảy máu, bí tiểu, nhiễm trùng vết mổ, mất tự chủ hậu môn... và tái phát: các biến số được ghi nhận riêng, là biến định tính, nhận các giá trị: có, không.

Số ngày nằm viện được tính từ ngày phẫu thuật, để không bị ảnh hưởng bởi các bệnh nhân phải nhập viện sớm để điều trị các tình trạng bệnh lý cần để chuẩn bị phẫu thuật như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, thiếu máu nặng không cần can thiệp cấp cứu...

Sự triệt tiêu đường rò: biến định tính, nhận các giá trị: có hay không sự biến mất của đường rò dựa vào sự biến mất triệu chứng chảy dịch hay phân qua lỗ rò ngoài, có thể dùng cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh để hỗ trợ, đánh giá vào thời điểm tái khám và cuối thời gian theo dõi.

2.3. Kỹ thuật thực hiện

Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật

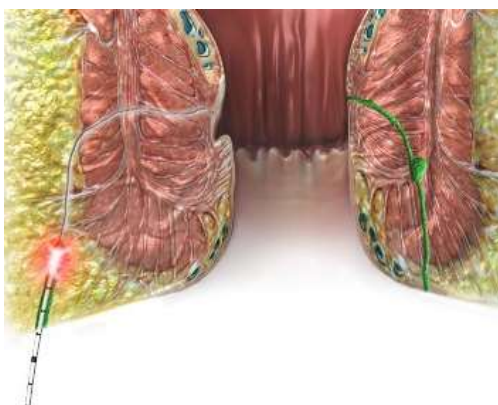
Bệnh nhân được khám lâm sàng và làm xét nghiệm như nội soi hậu môn trực tràng, siêu âm qua nội soi hậu môn trực tràng và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) vùng chậu để chẩn đoán xác định bệnh. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật được làm thêm xét nghiệm tiền phẫu thường quy. Bệnh nhân

thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu được đưa vào mẫu nghiên cứu. Phương pháp phẫu thuật do bệnh nhân chọn sau khi được tư vấn về các phương pháp.

Bệnh nhân không có bệnh kết hợp nhập viện vào ngày phẫu thuật. Bệnh nhân được thực hiện tháo tháo trước mổ bằng Fleet Enema 133 ml. Kháng sinh dự phòng (cephalosporine thế hệ 2) được tiêm tĩnh mạch lúc dẫn đầu gây tê. Bệnh nhân được gây tê tùy sống hoặc gây mê toàn diện qua mask thanh quản hoặc nội khí quản và nằm tư thế sản khoa.

FiLaC

Trong phương pháp phẫu thuật, chúng tôi sử dụng máy phát tia laser bán dẫn với độ dài sóng 1470 nm, công suất laser là 10W (Biolitec, Đức). Dùng que thăm dò xác định lỗ rò ngoài, lỗ rò trong, đường rò và các nhánh với kích thước cụ thể. Khâu đóng lỗ rò trong (nếu có) bằng chỉ Vicryl 3.0. Luồn đầu dò laser vào đường rò qua lỗ rò ngoài đến lỗ rò trong, xác định chiều dài đường rò dựa vào vạch chia trên dây dẫn laser, phát tia laser và dùng đầu laser kiểm tra sự đóng lại của đường rò trên từng đoạn nhỏ, thực hiện thao tác lặp lại cho đến lỗ rò ngoài. Kỹ thuật này do nhóm nghiên cứu thực hiện.



Hình 1: Kỹ thuật thực hiện FiLaC

(Nguồn: Biolitec biomedical technology GmbH, Đức)

Chăm sóc hậu phẫu

Việc dùng thuốc giảm đau hậu phẫu được điều chỉnh linh động tùy theo mức độ đau của bệnh nhân đánh giá dựa trên thang điểm VAS (không đau: VAS = 0, đau nhẹ: VAS = 1-3, đau vừa: VAS = 4-6, đau nặng: VAS = 7-10). Có thể bổ sung những thuốc khác tùy bệnh lý kèm theo và tình trạng bệnh của bệnh nhân.

Bệnh nhân có thể xuất viện khi không đau hoặc đau ít và không biến chứng.

Bệnh nhân được tái khám sau phẫu thuật 2 tuần, 1 tháng để đánh giá các biến chứng và kết quả phẫu thuật. Bệnh nhân được dặn tái khám bất kỳ lúc nào khi có vấn đề.

2.4. Phân tích thống kê

Các biến số định lượng được diễn tả bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến số định tính được mô tả bằng tỉ lệ. So sánh 2 giá trị trung bình bằng phép kiểm t, kiểm định các tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương, $p < 0,05$ xem như có giá trị thống kê.

2.5. Ý đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Tp.HCM số /ĐHYD-HĐĐĐ ngày / /

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6 năm 2017 đến tháng 12 năm 2019, chúng tôi đã thực hiện triệt đường rò bằng laser trên 65 trường hợp rò hậu môn.

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

Tuổi trung vị: 40 tuổi (15 – 72 tuổi).

Phân bố giới tính: 59 nam, 6 nữ.

Thời gian bệnh trung bình: $1,27 \pm 1,88$ năm (khảo sát được trên 59/65 trường hợp).

Tiền căn có phẫu thuật điều trị rò hậu môn bằng kỹ thuật khác FiLaC: 8 trường hợp, chiếm 12,3%.

Tỉ lệ bệnh nhân có thực hiện MRI trước phẫu thuật: 43,1% (28 trường hợp).

Bảng 2: Phân loại St James

Phân loại St James	Số trường hợp	Tỉ lệ %
I	15	53,6
II	4	14,3
III	2	7,1
IV	0	0
V	7	25
Tổng	28	100

Thời gian theo dõi trung bình: 9,17 tháng (0,5-30).

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tùy sống (62 trường hợp chiếm 95,4%), còn lại được gây mê qua mask thanh quản (3 trường hợp chiếm 4,6%), không có trường hợp phải gây mê qua nội khí quản.

Thời gian phẫu thuật trung vị: 20 phút (10 – 45 phút).

Có 7 trường hợp đặt seton lỏng trước khi thực hiện triệt đường rò bằng laser chiếm 10,8%, do đường rò rộng, nhiều dịch mủ.

Chiều dài đường rò điều trị bằng laser trung bình: $4,21 \pm 2,50$ cm (1 – 12 cm), có 7 trường hợp thực hiện thêm cắt bỏ mô xơ quanh lỗ rò ngoài hoặc mở rộng đường rò ở

vị trí có nhiều mô hoại tử. Lỗ rò trong được tìm thấy ở 25 trường hợp, chiếm 38,46%.

Năng lượng laser trung bình: $1113,43 \pm 841,30$ J (206 – 4172 J).

Năng lượng laser/mm đường rò trung bình: $28,63 \pm 20,00$ J/mm (6,60 - 103,53 J/mm).

Bảng 3: Mức độ đau hậu phẫu

Mức độ đau hậu phẫu	Ngày phẫu thuật	Ngày hậu phẫu 1
Không đau	3 (4,6%)	0 (0%)
Đau ít	60 (92,3%)	65 (100%)
Đau vừa	0 (0%)	0 (0%)
Đau nặng	2 (3,1%)	0 (0%)

Mức độ đau không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong nhóm có hay không thực hiện can thiệp thêm ($p = 0,453$).

Biến chứng hậu phẫu: có 1 trường hợp bí tiểu chiếm tỉ lệ 1,54%.

Thời gian nằm viện trung bình: $1,25 \pm 0,66$ ngày (1 - 4 ngày). Tỉ lệ bệnh nhân có thời gian nằm viện 1 ngày là 84,6% (55 trường hợp).

Có 6 trường hợp rò tái phát chiếm 9,2%, trong đó có 4 trường hợp được thực hiện FiLaC lần 2 và 1 trường hợp cắt mô xơ đường rò, 1 trường hợp chưa phẫu thuật lại (do bệnh nhân đang làm việc ở nước ngoài).

Bảng 4: Tỉ lệ tái phát và phân loại Parks

Phân loại Parks	Số trường hợp	Tỉ lệ tái phát
Rò gian cơ thắt	36 (55,4%)	8,3%
Rò xuyên cơ thắt	14 (21,5%)	14,3%
Rò trên cơ thắt	0 (0%)	0%
Rò ngoài cơ thắt	15 (23,1%)	6,7%
Tổng	65 (100%)	

Tỉ lệ tái phát ở các trường hợp rò xuyên cơ thắt cao hơn ở nhóm rò gian cơ thắt và rò ngoài cơ thắt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,723$).

Bảng 5: Khả năng tự chủ hậu môn sau phẫu thuật

Mức độ mất tự chủ hậu môn	Tỉ lệ
Không (0 điểm)	100%
Nhẹ (1-4 điểm)	0%
Vừa (5-9 điểm)	0%
Nặng (>10 điểm)	0%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật FiLaC được thực hiện với phương pháp vô cảm là gây tê tùy sống là chủ yếu, giống với các tác giả khác như: Donmez, Giamundo, Lauretta (2), (4), (6). Trong nghiên cứu của Ozturk, tất cả các bệnh nhân được gây mê qua mask thanh quản, nhưng theo Ozturk, FiLaC có thể được thực hiện với gây tê vùng.

Thời gian phẫu thuật ngắn, tương đương với các tác giả khác.

Bảng 6: Thời gian phẫu thuật

Tác giả	Thời gian phẫu thuật
Donmez ⁽²⁾	$18,37 \pm 5,27$ phút
Giamundo ⁽⁴⁾	20 phút (6-35 phút)
Lauretta ⁽⁶⁾	$18,3 \pm 7,9$ phút
Chúng tôi	20 phút (10 – 45 phút)

Ở những trường hợp còn dịch mủ hoặc mô hoại tử trong đường rò nhiều, đường rò rộng, chúng tôi đặt seton lỏng trước, thời gian đặt seton lỏng thường là 1 tháng. Nên dẫn lưu dịch mủ tốt trước khi thực hiện FiLaC, do khả năng xuyên thấu của laser diode sử dụng là 2 – 3 mm, không áp dụng được cho đường rò quá rộng. Đối với đường rò có một phần còn mô hoại tử nhiều, chúng tôi mở rộng phần đường rò này và vẫn áp dụng kỹ thuật FiLaC với phần đường rò còn lại nếu đường rò gọn. Trong nghiên cứu của Lauretta tỉ lệ thành công ở nhóm có đặt seton lỏng trước khi thực hiện FiLaC cao hơn nhóm còn lại (34,6% và 25%) nhưng không có ý nghĩa thống kê, thời gian đặt seton lỏng

trung bình là $5,1 \pm 4,4$ tháng (6). Giamundo, năm 2014, nhận thấy hiệu quả đóng đường rò tốt nhất ở những trường hợp được điều trị trước bằng cột dây thun lỏng (19/24, 79% so với tỉ lệ đóng đường rò chung là 71,1%)(3).

Chiều dài đường rò được thực hiện FiLaC trung bình là $4,21 \pm 2,50$ cm (1 – 12 cm). Có những đường rò khá dài (12 cm) được điều trị với laser bởi đường kính đầu phát tia và dây dẫn laser nhỏ, dây dẫn có khả năng uốn cong nên có thể luồn vào tận cùng của đường rò và phát tia laser. Chúng tôi thực hiện MRI vùng hậu môn trực tràng và siêu âm qua nội soi trực tràng trước mổ để khảo sát nhánh chính và các nhánh phụ nhằm giảm thiểu sót nhánh phụ của đường rò. Lauretta đã so sánh chiều dài đường rò trung bình của 2 nhóm thành công và thất bại, sau đó chọn mốc 30 mm để so sánh và nhận thấy nhóm có đường rò ngắn hơn 30 mm có tỉ lệ thành công cao hơn nhóm có đường rò dài hơn 30 mm (58,3% và 16,6%, $p = 0,018$) (6).

Về mức độ đau hậu phẫu, các trường hợp đau ít và không đau chiếm 96,9% vào ngày phẫu thuật và 100% vào ngày hậu phẫu thứ nhất. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Giamundo với đánh giá mức độ đau trung vị là 3/10 (4), Lauretta ghi nhận 1 trường hợp đau dữ dội chiếm 3,33% (VAS lớn nhất là 9), kéo dài trong 1 tháng (6), Ozturk ghi nhận không có bệnh nhân nào cần phải sử dụng opiates(8). Nhìn chung, phương pháp FiLaC ít gây đau hậu phẫu.

Thời gian nằm viện ngắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $1,25 \pm 0,66$ ngày (1 - 4 ngày). Kết quả này tương đương với Lauretta (1,1 ngày) (6). Ozturk: tất cả bệnh nhân được ra viện sau 1 hoặc 2 ngày (8).

Bảng 7: Tỉ lệ đóng đường rò (thành công) sau FiLaC

Tác giả	Tỉ lệ đóng đường rò sau FiLaC
Donmez (N = 27) (2)	88,89%
Giamundo (N = 45) (4)	71,1%
Wilhelm (N = 117) (10)	64,1%
Lauretta (N = 30) (6)	33,3%
Ozturk (N = 50) (8)	82%
Chúng tôi (N = 65)	91,8%

Về kết quả làm triệt tiêu đường rò, chúng tôi ghi nhận có 6 trường hợp tái phát chiếm 9,2%, 3 trường hợp rò lại sau 5 tháng, 2 trường hợp rò lại sau 6 tháng, 1 trường hợp xuất hiện triệu chứng sung đau tại 1 điểm giữa đường rò vào thời điểm 1 tháng. Trong đó có 4 trường hợp được thực hiện FiLaC lần 2 và 1 trường hợp cắt mô xơ đường rò, trường hợp sung đau tại 1 điểm giữa đường rò chưa thực hiện kiểm tra và can thiệp lại (do bệnh nhân đang làm việc ở nước ngoài). Vậy tỉ lệ thành công tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 91,8. Tỉ lệ đóng đường rò thành công kì đầu khác nhau giữa các tác giả (bảng 6). Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố phân loại Parks không là yếu tố tiên lượng tái phát

Ghi nhận biến chứng hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận chỉ có 1 trường hợp bí tiểu chiếm tỉ lệ 1,54%. Trường hợp này được đặt thông niệu đạo lưu vào ngày phẫu thuật và rút thông tiểu vào ngày hôm sau. Biến chứng và tỉ lệ của chúng ghi nhận được khác nhau giữa các tác giả: Donmez: không tai biến trong mổ(2), Giamundo: không có tai biến trong mổ, cảm giác đau và khó chịu tạm thời 18%, chảy máu mức độ vừa 6% (4), Wilhelm: 1 trường hợp áp xe muộn chiếm 0,8% (10), Lauretta: 2 trường hợp sốt 1 ngày, 1 trường hợp chảy máu mức độ vừa tự hết, 1 trường hợp đau nặng kéo dài 1 tháng (6).

Bảng 8: Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn

Tác giả	Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn	Thời gian theo dõi
Wilhelm (N = 117) ⁽¹⁰⁾	1,7%	25,4 tháng (6-60)
Giamundo (N = 45) ⁽⁴⁾	0%	30 tháng (6-46)
Chúng tôi (N = 65)	0%	9,17 tháng (0,5-30)

Đặc biệt, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào rối loạn tự chủ hậu môn (0%). Tương tự, tác giả Giamundo cũng ghi nhận không có sự thay đổi về khả năng tự chủ của hậu môn sau phẫu thuật (4). Tác giả Wilhelm ghi nhận không có són phân, có són nhầy và hơi (10). Đây là mục đích của nhiều phương pháp can thiệp điều trị rò hậu môn muốn hướng tới, khả năng bảo tồn cơ thắt hậu môn tối đa, mà biểu hiện lâm sàng là khả năng tự chủ của hậu môn sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đóng đường rò thành công kì đầu là 91,8%.

Thời gian phẫu thuật ngắn (20 phút), thời gian nằm viện ngắn (1,25 ngày), mức độ đau sau phẫu thuật thấp (không đau và đau ít chiếm 96,9% trong ngày phẫu thuật và 100% trong ngày hậu phẫu thứ nhất).

Không có tai biến trong phẫu thuật, không có biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật (biến chứng bí tiểu chiếm 1,54%), không có trường hợp mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chand M, Tozer Ph, Cohen Rc** (2017). Is FiLaC the answer for more complex perianal fistula?. TechColoproctol, 21:253-255.

2. **Donmez T, Hatipoglu E** (2017). Closure of Fistula Tract with FiLaCTM Laser as a Sphincter Preserving Method in Anal Fistula Treatment. Turk J Colorectal Dis, 27:142-147.
3. **Giamundo P, Geraci M, Tibaldi L, Valente M** (2014). Closure of fistula-in-ano with laser – FiLaCTM: an effective novel sphincter-saving procedure for complex disease. Colorectal Disease, 16(2):110-115.
4. **Giamundo P, Esercizio L, Geraci M Et Al** (2015). Fistula-tract Laser Closure (FiLaCTM): long-term results and new operative strategies. Tech Coloproctol, 19(8):449-453.
5. **Jorge Jm, Wexner Sd** (1993). Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum, 36(1):77-97.
6. **Lauretta A, Falco N, Stocco E, Bellomo R, Infantino A** (2018). Anal Fistula Laser Closure: the length of fistula is the Achilles' heel. Tech Coloproctol, 22(12):933-939.
7. **Malik Ai, Nelson RI** (2008). Surgical management of anal fistulae: a systematic review. Colorectal Dis, 10:420-430.
8. **Ozturk E, Gulcu B** (2014). Laser ablation of fistula tract: a sphincter-preserving method for treating fistula-in-ano. Dis Colon Rectum, 57:360-364.
9. **Wilhelm A** (2011). A new technique for sphincter-preserving anal fistula repair using a novel radial emitting laser probe. Tech Coloproctol, 15:445-449.
10. **Wilhelm A, Fiebig A, Krawczak M** (2017). Five years of experience with the FiLaC TM laser for fistula-in-ano management: long-term follow-up from a single institution. Tech Coloproctol, 21:269-276.

NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP BỆNH SỢI (FIBROMATOSIS), XEM LẠI CÁC TRƯỜNG HỢP TƯƠNG TỰ TRONG TẠP CHÍ Y HỌC THẾ GIỚI

Văn Tàn¹, Trần Công Quyền¹,
Nguyễn Văn Việt Thành¹ và CS

TÓM TẮT

Là trường hợp rất hiếm gặp. Trong 10 năm, chúng tôi chỉ gặp 3 trường hợp. Đó là 2 thiếu niên, 16 tuổi, học sinh lớp 10, 1 phụ nữ trẻ 29 tuổi đều bị bệnh sợi (Fibromatosis) gặp ở Bệnh viện chúng tôi. Sau đây là tóm lược các bệnh án.

Trường hợp thứ 1: Thiếu niên 16 tuổi, khỏe mạnh, cách 4 tháng, thâm tê chân phải và lớn dần, lại có khối u thành bụng. Chụp CT thấy khối u hố chậu bên phải, khá lớn.

Khám tại Bệnh viện Bình Dân, thấy khối chắc ở thành bụng bên phải. Xem hình CT cũng như vậy, Là khối u sau phúc mạc,

Mổ bụng đường giữa dưới rốn, bóc tách khối u, lấy gần hết đến 90% (BS Quyền). Sau mổ, mô bướu là bệnh sợi (GS Trung). Ngày 10/12/2019, khoa ung bướu thấy u diễn tiến rất nhanh, nên gọi lại cho khoa TQ3. Quyết định mổ lại 14/12/2019 (GS Tàn). Lần này mổ lấy khối u và nối tĩnh mạch trái-phải. Cả khối cân nặng khoảng 1 ký. Kiểm tra bàng quang, niệu đạo, không thấy xì.

Sau mổ lần 2, chân bớt phù và mềm, 12 ngày sau cho bệnh về (25/12/2019), 10 ngày sau (5/01/2020) tái khám và chụp CT vùng chậu. Thấy khối u sót một ít sau xương mu và thành

bụng, không triệu chứng. Cho về, kê đơn thuốc chống viêm và tái khám sau 1 tháng. Cho đi học.

Trường hợp thứ 2: Thiếu niên 15 tuổi, bị khối u ở bẹn phải. Đến khám Bệnh viện Bình Dân thấy chèn ép niệu quản phải gây thận ứ nước độ 2, và chèn ép động mạch chậu ngoài phải ngày 29/9/2011.

Mổ lần 1: Mổ bụng cắt bỏ bướu (GS Tàn), cầm niệu quản vào bàng quang, đặt JJ (GS Chuyên). Xuất viện 28/9/2011. Mô bướu: Kết luận tăng sản sợi lành tính. (Fibromatosis) (22/09/2011: GS Trung).

Lần 2: U hố chậu phải, đã mổ bụng 1 tháng, đặt JJ). Cắt bỏ gần hết khối u, dẫn lưu. Cắt ruột thừa. Cắt ruột non nhiều chỗ rách thanh mạc 28/10/2011, xuất viện 8/11/2011 (GS Tàn, BS Quyền).

Lần 3: bướu tái phát rất lớn, chèn ép động mạch chậu ngoài và niệu quản phải. Mổ lại, cắt bướu, nối động mạch chậu ngoài, nối lại niệu quản-bàng quang.

Bệnh nhân tái khám nhiều lần vì thận ứ nước ngày càng nhiều, cuối cùng, đặt stent kim loại cách đây 4 tháng, thận đã hư nhiều (GS Vinh). Nay bệnh nhân đã đi làm, khỏe, không thấy bướu rõ. Cấp giấy hẹn chụp UIV, có phim thì tái khám. Khám lần đầu đến giờ, bệnh nhân không dùng bất cứ thuốc gì.

Trường hợp thứ 3: Trần thị Mỹ L, phụ nữ trẻ, sanh 1991, bị bệnh từ tháng 8 năm 2017. U thành bụng, mổ ở bệnh viện Triều An, sinh thiết u. Mô bướu là bệnh sợi (fibrosis). 1 tháng sau, u lớn nhanh, chuyển bệnh viện Ung Bướu, không điều trị gì, bệnh nhân về. Hơn 2 năm sau, bệnh

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Quyền

SĐT: 0913169047

Email: quyentrancong@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

nhân bị suy thận cấp. Là bệnh nhân chúng tôi muốn xem lại và nếu đồng ý thì mổ, cắt bỏ khối u. Mô bướu: Là bệnh xơ (fibromatosis).

Bàn luận: Là 3 bệnh, u hố chậu phải, có 1 trường hợp kèm theo thận ứ nước độ 2, chưa có triệu chứng suy thận. Lâm sàng không có bệnh kết hợp như hội chứng Gardner. Xét nghiệm không có gì đặc biệt như IgG4. Mô bướu là bệnh xơ. Điều trị chính là mổ cắt bướu và cắt nối niệu quản và đặt stent để giải áp thận. Không có điều trị gọi là đặc hiệu như ung thư.

Kết luận: Tất cả là khối u sau phúc mạc, ở hố chậu phải. Về điều trị, ngoài phẫu thuật, chúng không dùng thuốc gì đặc hiệu như điều trị ung thư hay chiếu tia. Bệnh nhân được theo dõi đến nay, 2 trường hợp vẫn còn khỏe, 1 đi học và 1 đi làm, 1 phụ nữ thì bị suy thận vì mổ không lấy được khối u.

Từ khóa: Bệnh sợi (Fibromatosis)

SUMMARY

3 CASES OF FIBROMATOSIS, AND REVIEW OF THE SAME CASES IN THE MEDICAL LITERATURE OF THE WORLD

It is very rare. In 10 years, we met 3 cases.

The first case: An adolescent, 16 year old, good general state, about 6 months, paresthesia and bigger of the right thigh. He goes to BD hospital, the doctors examine him and a CT show it is a right pelvic tumor, and permit him to stay in hospital to operate. A retroperitoneal tumor which compresses the iliac vein and superficial nerve with big and hard right thigh. We operate him on 15/10/2019.

Dr Quyền operates and removed about 90% tumor. After operation, The tissue diagnosis is **fibromatosis**. We have to sent him to oncol department to treat.

On 10/12/2019, the tumor increase very fast. Pr Tàn make the preop data and reoperate

14/12/2019. We remove all most tumor and anastomose the left saphene vein to the right one, because the right profound iliac vein is totally obstructed. We have to reexamine the bladder and the bilateral ureter, no wound.

We continue to dissect the left azygos vein and the right vein. We draw the left vein through the retropubic tunnel to the right vein and anastomose them end to end. We close the abdomen and the 2 anterior cutaneous of 2 thighs.

After the second operation, the abdomen and the right thigh decrease edema and soft. 15 days (25/12/2019), patient is out. 5/01/2020, patient come back and a CT of the pelvis. There are small tumor of the retropubis and a small tumor of the abdominal incision, but no symptoms. Prescription: An antiinflammatory drugs, and Calcium, per os.

The second case: An adolescent 15 yo, have tumor at the right iliac region. Admitted at Bình Dân hospital 29/9/2011 with right hydronephritis 2, and compress the superficial iliac artery.

First operation: remove the tumor (Pr Tàn), Implantation of right ureter to bladder, JJ in place (Pr Chuyên). Out of hospital 28/9/2011. Tissue diagnosis: Fibromatosis (22/09/ 2011:Pr Trung).

Second operation: Recurrent tumor, remove the tumor with the terminal ileon 28/10/2011, Out of hospital 8/11/2011 (Pr Tàn, Dr Quyền).

Thirth operation: Tumor increase very fast and compress the iliac artery and right ureter. We operate to remove the tumor and anastomose the iliac artery and the ureter with stent inside.

He reexamine many times because of hydronephrotis due to JJ stent, at last, a metallic stent is insecte 4 month ago, the right kidney is non function (Pr Vinh). Now, good general state, we can't see the tumor. The next UIV is practice, patient re examine.

The thirth case: Trần thị Mỹ L, 1991, Tumor of pelvis since 8 / 2017. Operate at Triều An hospital, only biopsy. Tissue diagnosis fibrosis. One month after, the tumor increase volume, so transfer to Ung Brou hospital, no treatment specifique. Patient out of hospital. Since 2 years. a biopsy trasureteral. The tissue diagnosis: fibromatosis; Transfere to BD hospital because renal failure. The UIV show the left renal atrophy, the right renal hydronephrosis. We place JJ in the right ureter and drainage of the abdomen because big ascite and asphyxis. Re examine 26/12/2019, deliterious state. Patient requirre go back home.

Discussion: So the first case, since 3 months ago, patient has the right thigh bigger than the left and right pelvis tumor. The second case, sine 10 years ago, have had a tumor on the right pelvis which compress the ureter and the superficial artery, The thirth case, since 3 years ago, patient have had a pelvic tumor in the right side which compress the right ureter that the kidney become hydronephrosis and the tumor reccur bigger, with adominal ascite. Any case have Gardner's syndrome. On labo data, there is no IgG4, On tissue diagnosis: mimic fibromatosis (also known as fibromatosis or aggressive fibromatosis or dermoid type fibromatosis).

Conclusion: They are all retroperitoneal, in the right iliac fossa, As treatment until know, besides the surgery, they dont's receive any drugs as anticancereux and radiotherapy, They are still living.

Keywords: 3 cases of fibromatosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Là trường hợp hiếm gặp, trong 10 năm, chúng tôi chỉ gặp 3 trường hợp, nhưng có thể có nhiều hơn, vì ở các nơi khác. Gọi là aggressive fibromatosis, Việt Nam gọi là

bệnh sợi, rất là lạ đối với chúng tôi vì nói là bệnh thì phải có nguyên nhân, có lâm sàng, cận lâm sàng, có định bệnh, có phương pháp điều trị và kết quả. Ở đây, là một vùng xơ hóa, không rõ nguyên nhân, lại nằm rất nhiều chỗ, gây chèn ép, lâm sàng, cận lâm sàng không nhất định, diễn tiến rất bất thường, định bệnh thì không rõ, điều trị thì không có phương pháp, trừ ra mổ, nhưng mổ cũng không hết.

II. BÁO CÁO CÁC TRƯỜNG HỢP

2.1. Trường hợp 1: Hình Vũ Gi, 2004, BA 2019/25626, thị trấn Tri Tôn, huyện Tri Tôn, An Giang. Học trung học, khỏe mạnh. Nhập viện vì đau sưng và tê.

- Khởi đầu hơn 6 tháng, ban đầu bệnh nhân thấy tê đùi phải và sưng dần nhưng không biết có u chèn ép. Ngoài ra không có triệu chứng gì về tiết niệu, về tiêu hóa, chỉ một ít hội chứng thần kinh ngoại biên.

- Đến khám BV Chợ Rẫy lần thứ nhất, chỉ có siêu âm, người ta chỉ cho biết là bệnh mạch máu, lần 2 đến khám lại, người ta cũng làm siêu âm và cũng cho biết là bệnh tĩnh mạch.

- Sau đó đến khám tại BV Bình Dân, ở đây có làm CT thấy có u hạ vị nên chuyển đến khoa TQ3, với định bệnh là u sau phúc mạc, chèn ép tĩnh mạch đùi, chậu phải gây sưng đùi phải.

- Quyết định mổ lần đầu (BS Quyền): Mổ bụng 15/10/2019, chỉ lấy được 1 phần bướu, chân vẫn sưng rồi chuyển khoa ung bướu. Khoa cho bệnh nhân về, tái khám sau 1 tháng. Khi tái khám, thấy khối u diễn tiến rất nhanh. Ngày 11/11/2019, trên vết sẹo, có khối u cứng, khoa cho chụp hình CT, thấy còn bướu nên chuyển lại khoa TQ3. Ở đây, các BS thăm bệnh.

- Nhìn thấy đùi phải lớn hơn đùi trái, khoảng 10/8, sờ thấy cứng vừa phải, không đau, mạch bên 2 bên bình thường, có một số tĩnh mạch nổi, gõ thấy mô đặc, nghe không có âm thổi.

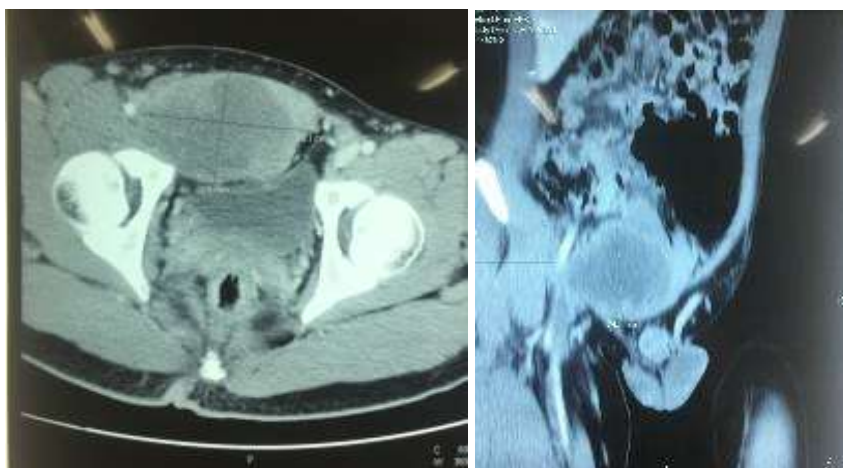
- Khám bụng: ngoài sẹo mổ, giữa dưới rốn, thấy thành bụng bên phải nổi lên dạng khối u, sờ thấy cứng, không đau, giới hạn không rõ, nằm sâu dưới thành bụng từ vùng rốn đến xương mu, không di động, gõ có tiếng mô đặc, nghe không thấy tiếng mạch.

- Xét nghiệm: Gan, thận, tiểu đường ngày 11 tháng 10, 2019: không thấy bất thường. Dấu hiệu bướu ác, không có: CA 19.9 < 2, CEA 0,5, và nhiễm siêu vi B, không có:

HbsAg âm tính. CT máu bình thường; nước tiểu bình thường. Soi đại tràng: Bình thường (11/10/2019). Xquang ngực: Bình thường (10/10/2019).

- SA ngày 21 tháng 10: thận không ứ nước. vùng hạ vị có cấu trúc echo hỗn hợp, thể tích 103x66x69 mm, theo dõi u hạ vị (BS Quỳnh).

- CT bụng ngày 9 tháng 10; thấy khối choán chỗ vùng hạ vị, chủ yếu thành bụng, 111x62x74 mm, không ngấm cản quang, nghỉ nhiều đến khối tụ máu, phân biệt u lành tính. Động mạch không thấy tổn thương (CT A) 9/10/2019 nhưng nhìn kỹ có thể động mạch chậu trong 2 bên đều bị gián đoạn.



Hình vũ Gi: U vùng chậu phải, sau phúc mạc

PT lần thứ nhất, 15/10/2019, cắt khối u 90% (BS Quyền). Cuộc mổ vất vả vì khối u không giới hạn nên chảy máu, mất hơn 2 giờ. Sau mổ, bệnh nhân không thấy bớt.

- Siêu âm ổ bụng, ổ bụng dịch vùng hạ vị 2 bên. 11/11/2019.

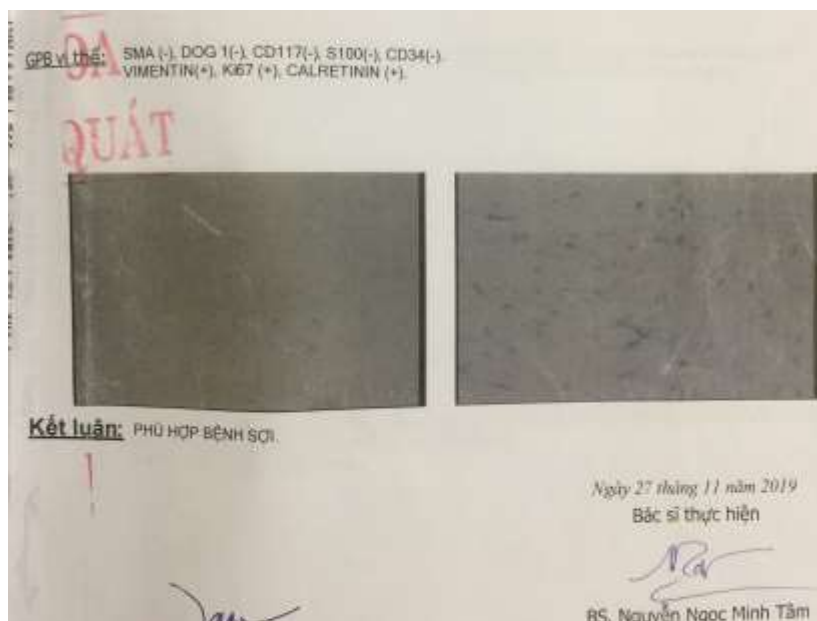
- CT mạch máu 11/11.2019: Động mạch chậu phải một số nhánh bị đứt?, Trong cơ thẳng bụng bên phải, dưới rốn, ngay bờ trên xương mu, có xuất huyết bên trong, chèn ép/xâm lấn tĩnh mạch chậu ngoài, huyết khối hoàn toàn tĩnh mạch chậu ngoài-đùi phải,

thâm nhiễm mô mỡ kèm dày phúc mạc thành lân cận. Nhiều hạch 2 bên (BS Phong).

- Chụp CT ngực không cản quang: 11/11/2019: không tổn thương di căn tiến trên nhu mô phổi 2 bên (BS Phong). Tĩnh mạch, huyết khối tắc không hoàn toàn tĩnh mạch đùi chung phải, đoạn 1/3 trên đến chỗ hợp lưu tĩnh mạch hiển lớn phải, vài hạch vùng bên 2 bên 22/11/2019. GPB: Bệnh sợi (Fibromatosis), (GS Trung). Hóa mô miễn dịch 27/11/2019: Phù hợp bệnh xơ, chưa loại trừ u nguyên bào sợi cơ viêm.

- Siêu âm doppler, tim bình thường (5/12/2019). Siêu âm doppler tĩnh mạch chậu, huyết khối gây tắc hoàn toàn từ tĩnh mạch đùi chung phải đến tĩnh mạch chậu ngoài phải, chậu chung phải, khối choán chỗ vùng thành bụng giữa lệch phải hạ vị, dưới rốn 7 cm đến bờ trên khớp mu, Tồn thương:

68x43x75 mm, đậm độ hỗn hợp, nghi do u hoại tử xuất huyết, khối tụ máu hỗn hợp 9/12/2019 (BS Quang). Siêu âm: tụ dịch, thâm nhiễm mở vùng hố chậu (13/12/2019). Siêu âm tĩnh mạch 14/12/2019) thấy tĩnh mạch chậu phải bị nghẹt hoàn toàn.



Mô bướu, hóa mô miễn dịch Hình vũ Gi: Fibromatosis (GS Trung)

PT lần thứ 2: 14/12/2019; vì u diễn tiến nên quyết định mổ cắt khối u, nối tĩnh mạch để điều trị phù đùi và tê da. Mổ khó vì khối u diễn tiến nên phẫu thuật có thể gây biến chứng (GS Văn Tàn). Vào bụng qua đường mổ cũ mở rộng, rạch da chảy máu nhiều, mô cứng, không thể đi đường thẳng, phải tách phúc mạc gần rốn rồi đi xuống đến xương mu. Gỡ ruột dính mỡ chài. Vì khối u ở 2 bên thành bụng, nhiều nhất bên phải. Quyết định, cắt u từng bên, bóc tách rất khó vì chảy máu nhiều, mô lại cứng nhưng cũng lấy gần hết mô cứng, thành 2 khối, khối thứ ba lớn nhất là sau xương mu, trước bàng quang. Kiểm tra niêu quản và bàng quang, không thấy dò.

Bộc lộ tĩnh mạch phải và trái, cắt ngang các tĩnh mạch nông Azygos trái 12 cm và tĩnh mạch phải dài 10 cm. Làm đường luồn dưới da trước xương mu. Luồn tĩnh mạch trái qua phải rồi nối tĩnh mạch trái và phải. Đóng bụng và da 2 bên đùi. Hậu phẫu: bình thường, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, muốn đi. Qua ngày 3 hậu phẫu cho bệnh nhân đi. Chụp bụng; bình thường 17/12/2019.

Diễn tiến: Đùi phải nhỏ bớt, cầu, tiểu bình thường, XV 23/12/2019. Có thể đi học. 5/01/2020 tái khám và chụp CT vùng chậu. CT thấy khối u sót nhỏ ở sau xương mu và thành bụng, nhưng không có triệu chứng. Vùng trước đùi trái sờ nắn thấy mềm như bình thường. Cho về, kê đơn là thuốc chống viêm và tái khám sau 1 tháng.

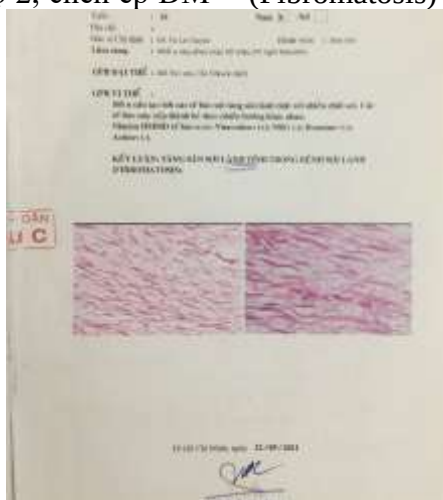


Vết mổ bụng và 2 đùi. Hình Vũ Gi, 2004. BA 2019/25626

2.2. Trường hợp 2: Tạ duy Kh, sinh 1995, 53/4B Bùi thị Xuân, quân TB, TP HCM. NV vì khối u hố chậu phải, chèn ép NQ phải gây thận phải ứ nước độ 2, chèn ép ĐM chậu ngoài phải. NV ngày 29/9/2011. Số BA 211/17500.

Mổ lần 1: Bướu vùng chậu phải, chèn ép NQ phải, gây thận ứ nước độ 2, chèn ép ĐM

chậu ngoài. PT mổ bụng cắt bỏ bướu (GS Tàn), cầm NQ vào BQ theo PP Hutch, đặt JJ. XV 28/9/2011 (GS Chuyên). Mô bướu: Mô u cấu tạo bởi các tế bào sợi tăng sản lành tính với nhiều chất sợi. Các tế bào này xếp thành bó theo nhiều hướng khác nhau. Kết luận tăng sản sợi lành tính, bệnh sợi lành (Fibromatosis) (22/09, 2011: GS Trung).



Tạ Duy Kh, Mô bướu: Hóa mô miễn dịch fibromatosis (GS Trung)

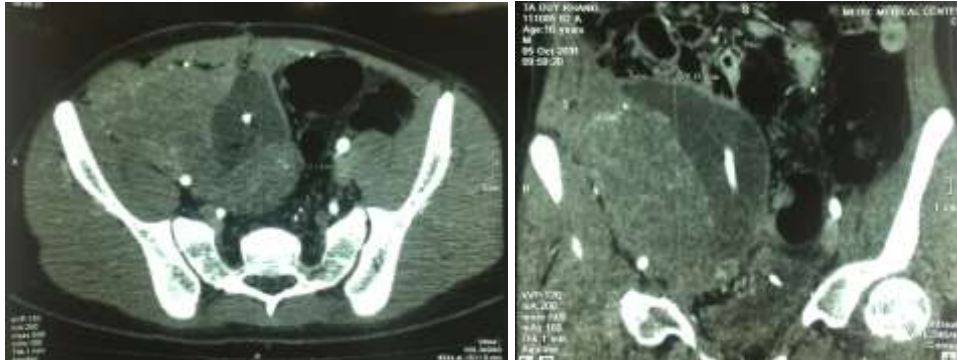
Mổ lần 2: U hố chậu phải, đã mổ bụng 1 tháng, đặt JJ). Mổ bụng, cắt bỏ gần hết khối u, dẫn lưu. Cắt ruột thừa. Cắt ruột non nhiều chỗ rách thanh mạc 28/10/2011, XV 8/11/2011 (GS Tàn, BS Quyền). Lần 3 và 4: Còn JJ niệu quản phải, u sau phúc mạc. Rút JJ. Đặt guide wire lên miệng niệu quản, không được. ngưng thủ thuật. còn JJ

(5/12/2011), XV 8/12/2011 (GS Chuyên). Hẹp NQ phải, bướu vùng chậu phải: Soi BQ: lỗ niệu quản hẹp bít, không thấy đường vào. Ngưng thủ thuật. 21/3/2012-24/3/2012 (GS Chuyên).

Mổ lần 5: U sau phúc mạc vùng hố chậu phải tái phát. 7x7x12 cm, có ổ tụ dịch bên trong kích thước 5,5x5x10 cm, dính thành

bụng, chèn ép manh tràng, bàng quang và động mạch chậu phải, thận phải còn ứ nước độ 2. Đã cầm lại niệu quản phải. PT mổ bụng cắt bỏ khối u, Nối ĐM chậu, Nối NQ-BĐ 6/7/2012, XV 31/7/2012 (GS Văn Tần, BS Quyền, GS Chuyên). Lần 6, 7: Nội soi BG:

rút JJ không được, thận ứ nước độ 2 11/3/2013, XV 13/3/2013 (GS Chuyên). Hẹn NV lại. Bướu vùng chậu P tái phát, chèn ép NQ phải. Soi BQ 21/3/2013, XV 24/3/2013 (GS Chuyên).



Hình 1 và 2



Hình 3 và 4



Khối u lớn tái phát vùng chậu phải,

ĐM chậu ngoài bị chèn ép

Mổ lần 5: U hố chậu phải h.1 và 2; h.3; thận phải ứ nước, h.4: ĐM chậu ngoài bị chèn ép

Lần 7: Đặt stent kim loại cách dây 4 tháng (GS Vinh, phòng khám Medic), thận ứ nước độ 4, đã bớt đau. 7h 15, BN đến tái

khám, dáng khỏe, đi lại bình thường, không thấy bướng, thận phải khá lớn, ứ nước, đã đặt stent kim loại. Cấp giấy hẹn chụp UIV, có phim thì tái khám. BN không dùng bất cứ thuốc gì.



Tạ Duy Kh, 1995. BA: 2011/17500

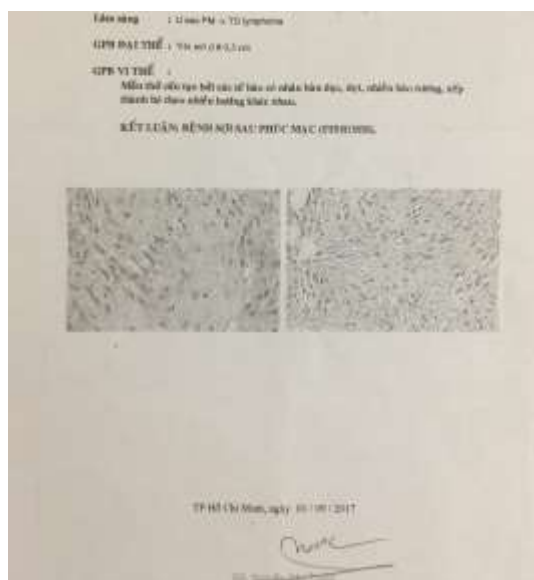
GS Văn Tàn Bệnh nhân: Tạ duy Kh

2.3. Trường hợp 3: Trần thị Mỹ L, phụ nữ, sinh 1991, bị bệnh từ tháng 8 năm 2017. U thành bụng bên phải, mổ ở BV Triều An, chỉ sinh thiết u. Gây tê, rạch da bờ trên khối u. Bóc tách qua cơ chéo bụng ngoài thấy khối u dính vào cơ, giống mô hạch, sinh thiết. Mô bướng là bệnh sợi (fibrosis).

1 tháng sau, u diến tiến, chuyển BV Ung bướu, không điều trị. SA Doppler, dịch ổ bụng (+) tính. chỉ điều trị triệu chứng, thận phải ứ nước độ 2, thận trái teo nhỏ không thấy hạch trong và sau phúc mạc. Vùng

thương vị đến hạ vị, Khối u lớn, tổn thương dạng nang.(30/12/2019, BS Phú).

BN bị suy thận cấp. Chuyển BV Bình Dân, ở đây, đặt JJ niệu quản phải, Dịch ổ bụng lượng nhiều gây khó thở, phải dẫn lưu. Nhập viện lại ngày 26/12/2019, suy kiệt, bụng báng. Bệnh nhân xin về điều trị ở nhà. BN chỉ nằm nghiêng bên phải, tức là bên khối u. Là TH chúng tôi muốn xem lại, coi có thể mổ lấy bướu được không, nếu BN cho phép.



Trần t Mỹ L: Mô bướu: Fibrosis, 1/9/2017 (GS Trung)



Trần t Mỹ L, 1991, BA: 19M 005064. Khối u lớn bụng dưới, Ascite

III. BÀN LUẬN

3.1. Trường hợp 1: Thiếu niên Hình vũ Gi, 16 tuổi, bị khối u hố chậu phải. Đùi phải bị sưng vì khối u chèn ép. N/V là u sau phúc mạc. BS Quyền lên lịch mổ lấy gần hết bướu, chuyển khoa ung bướu để hóa trị nhưng 1 tháng sau, khối u lớn nhanh, chưa hóa trị, chuyển lại khoa TQ3.

GS Tàn, xem bệnh, trước đó, không bị chấn thương. nên quyết định mổ lại. Lần này mổ tuy khó nhưng cương quyết lấy hết bướu [15].

Để phẫu thuật cho bớt phù đùi trái, chúng tôi phải nối tĩnh mạch đùi trái với tĩnh mạch

đùi phải vì nghẹt tĩnh mạch sâu do huyết khối và khối bướu chèn ép (SA Doppler ngày 14/12/2019) và phẫu thuật đã thực hiện [1]. Ở hậu phẫu, 3 ngày đầu, bệnh nhân không được đi, đến ngày thứ ba, chúng tôi cho bệnh nhân tập đi rồi đi bình thường. 15 ngày sau, bệnh nhân xuất viện, hẹn tái khám trong vòng 1 tuần.

Khi tái khám, bệnh nhân khỏe, vết mổ lành sẹo. CT vùng chậu, thấy khối u còn 1 phần nhỏ ở sau xương mu, 1 phần nhỏ khác ở đường mổ bụng, sờ không thấy, bệnh nhân cũng không đau. Cho bệnh nhân về, cấp

thuốc chống viêm, tái khám trong vòng 1 tháng [2].

3.2. Trường hợp 2: Tạ duy Kh, sinh 1995, 53/4B Bùi thị Xuân, quân TB, TP HCM. NV vì khối u hố chậu phải, chèn ép NQ phải gây thận phải ứ nước độ 2, chèn ép ĐM chậu ngoài phải ngày 29/9/2011. Số BA 211/17500. Mổ lớn 3 lần [2]

Lần 1: PT mổ bụng cắt bỏ bướu (GS Tàn) [15], cắm NQ vào BQ, đặt JJ. (GS Chuyên). XV 28/9/2011. Mô bướu: bệnh sợi lành (Fibromatosis) (22/09, 2011: GS Trung).

Lần 2: U hố chậu phải tái phát, Mổ bụng, cắt bỏ gần hết khối u. Cắt ruột thừa. Cắt ruột non vì rách thanh mạc 28/10/2011, XV 8/11/2011 (GS Tàn, BS Quyền) [3].

Lần 5: U sau phúc mạc vùng hố chậu phải tái phát. 7x7x12 cm, có ổ tụ dịch bên trong kích thước 5,5x5x10 cm, dính thành bụng, chèn ép manh tràng, bàng quang và động mạch chậu phải, thận phải còn ứ nước độ 2. Mổ cắt bỏ khối u [15] nối động mạch chậu ngoài phải.

Lần 7: Đặt stent kim loại cách đây 4 tháng (GS Vinh, phòng khám Medic), thận ứ nước độ 4, đã bớt đau.

Bệnh nhân khỏe, đi làm cơ sở Mỹ. 7h 15, BN đến tái khám, đi lại bình thường, không thấy bướu rõ, Thận phải khá lớn, ứ nước, đã đặt stent kim loại. Cấp giấy hẹn chụp UIV, có phim thì tái khám. BN không dùng bất cứ thuốc gì.

3.3. Trường hợp 3: Trần thị Mỹ L, phụ nữ trẻ, sinh 1991, bị bệnh từ tháng 8 năm 2017, u thành bụng, Mổ ở BV Triều An, sinh thiết u ngày 28/8.2017. Mô bướu là bệnh sợi (fibrosis).

1 tháng sau, u tái phát, chuyển BV Ung Bướu, Điều trị triệu chứng [14]. Hơn 2 năm sau, BN bị suy thận cấp vì thận phải ứ nước

do nghẹt niệu quản vì khối u chèn ép. Thận trái teo.

Chuyển BV Bình Dân, khối u ở sau phúc mạc bụng dưới thận, bên phải. Thận T teo, thận P ứ nước, Chúng tôi đặt JJ niệu quản phải, Ngoài ra dịch ổ bụng lượng nhiều gây khó thở, phải dẫn lưu ổ bụng. ST xuyên NQ: Mô bướu: là bệnh xơ (fibrosis),

Nhập viện lại ngày 26/12/2019, suy kiệt, bụng báng. Bệnh nhân xin về, điều trị ở nhà. Khi nằm, BN chỉ nằm nghiêng bên phải, là bên có khối u [5,6]. Là TH chúng tôi muốn xem lại, coi có thể mổ lấy bướu được không, nếu bệnh nhân cho phép.

Bệnh Fibromatosis hiếm, tại sao gọi là aggressive fibromatosis, có thể vì có mô bướu giống như bệnh Desmoid. Đặc biệt sau phẫu thuật [15,16], lấy không hết bướu, tái phát rất nhanh, nhất là ở bên phải, sẽ chèn ép niệu quản phải, gây thận phải ứ nước, nếu không dẫn lưu, thận sẽ suy [17].

Theo Zynger và CS [1], đại học Washington, năm 2018. Thì khối u ở khắp các nơi trong cơ thể [14], là u hiền, tuổi 36-42, đặc biệt ở phụ nữ. Có thể ở bụng, vai, thành ngực và vùng chậu. tái phát tại chỗ 20-30%. Đặc biệt TH 40 tuổi nam, định bệnh đầu tiên là huyết khối tĩnh mạch sâu và phù chân từ từ. Phù chân do huyết khối tĩnh mạch sâu, giống như trường hợp 1 ở Việt Nam. Không điều trị 25% khối u nhỏ dần rồi tự hết,

Theo Meazza và CS [2], ở Ý, với 94 TH, tuổi dưới 21. Năm 2010. Khối u ở khắp nơi: 38 ở chân tay, 31 ở đầu và cổ. 7 BN khối u ở bụng, mà 3 có hội chứng Gardner, tử vong 2 trong 7 ở bụng vì khối u di căn. Hóa trị methotrexate kết hợp vinblastine, gần 50% đáp ứng, Chiếu tia ít sử dụng với người trẻ.

Theo Campara và CS [3,10,14], nam BN 38 tuổi, có khối u sau phúc mạc, năm 2016.

Belgrade, Serbia. thường nghẹt đường niệu và ruột non, thường đi tiểu và cảm thấy áp lực và đau, CT thấy khối u ở trước bàng quang đường kính 7 cm, mổ lấy bỏ khối u. là u fibromatosis [17]. Điều trị là chiếu tia, không tái phát hay u nhỏ dần. Chỉ có ở Belgrade, khối u ở hố chậu phải, diễn tiến giống như TH 2 và 3 ở Việt Nam.

Theo Constantinidou và CS [4] với 39 TH fibromatosis từ năm 1987 đến năm 2009, ngoài PT [15], cần hóa trị Methotrexate/vinblastine và doxorubicin, có kết quả.

Theo Bonvalot và CS [5,13], với 89 BN ở Pháp, chiếu tia một số, số còn lại đợi xem. Theo dõi trung bình 76 tháng. 3 năm, EFS là 49%.

Theo Mendelhall và CS [6,13], Mỹ, năm 2005 thì có thể chiếu tia cho những BN không mổ được hay dùng thuốc cho những TH tái phát nhưng kết quả cả chiếu tia cũng như dùng thuốc chưa rõ.

Theo Batra và Choi và CS [7,13], ở BV Yonsei Đại hàn, từ năm 1990 đến 2015, có 47 TH fibromatosis, được theo dõi trên 12 tháng, trung bình 54 Gy được xử dụng. Phân tích cho thấy một CTV margin ≥ 5 cm và liều xử dụng > 45 Gy thường thuận lợi cho TH tái phát hay không mổ [13].

Theo Lee và CS [8,13], ở Anh BV Royal Marsden 60 BN fibromatosis có 20 tổn thương ở ngoài bụng, 6 ở trong bụng và 3 ở thành bụng, khối u trung bình 6,4 cm, Có 2 loại tổn thương, nông và sâu. Nông thường nhỏ, sâu thường lớn và phát triển nhanh nên gọi là aggressive fibromatosis. Điều trị thì 17 TH phẫu thuật, 2 có hóa xạ hỗ trợ, 11 bệnh nhân không điều trị, một BN chỉ có hóa trị. Trong 13 TH mổ thì 3 tái phát, trong chỉ theo dõi thì 7 không thay đổi, 1 khối u nhỏ bớt và 1 mất dạng. Hầu hết các TH ở nước ngoài đa

số được chiếu tia [7,13], trừ trẻ nhỏ, thấy có hiệu quả, nhất là TH tái phát hay khối không mổ được. Hóa trị chỉ tạm thời, không trừ căn. Như vậy, hiện chưa có phương pháp điều trị, trừ phẫu thuật [15]. Một số trường hợp đều bị xơ hóa sau phúc mạc vùng chậu phải, chèn ép niệu quản phải chèn ép niệu quản vào bàng quang, nếu không bị suy thận [2,3,12, 17].

Bướu Desmoid được biết như fibromatosis hay aggressive fibromatosis hay desmoid type fibromatosis là khối u phát triển tự nhiên ở mô fibroaponevrotique, diễn tiến chậm, không phải ung thư hay tái phát, có thể ở tay chân và ở trong bụng hay ở thành bụng, tỉ lệ 2,4-4,4 phần triệu. Nó có liên hệ với estrgen, đặc biệt là khi dùng thuốc ngừa thai, hay 1 phần có hội chứng gia đình như PAP và hội chứng Gardner, ở phụ nữ trẻ. Diễn tiến chậm, Thường tái phát nhưng không ác tính, Giai đoạn 3, giai đoạn 4, bướu lớn thì mổ để giảm chèn ép. Giai đoạn đầu 1, 2, bướu còn nhỏ < 5 mm đường kính, thì bảo tồn [9,11,16]. Sinh thiết thấy fibromatosis. Điều trị bổ túc gồm chiếu tia hoặc dùng thuốc chống ung thư.

IV. KẾT LUẬN

Như vậy là từ 10 năm nay, có 3 TH mà mô bướu là fibromatosis, 1 trường hợp, 16 tuổi đã mổ 3 lần, được 10 năm, 1 trường hợp là phụ nữ 29 tuổi, được 3 năm chỉ mổ sinh thiết rồi chuyển cho chúng tôi, nay được gần 3 năm, còn sống nhưng suy thận và suy gan, Trường hợp thứ 3, 15 tuổi mổ 2 lần, mới được 3 tháng. Hiện cả 3 vẫn còn sống. (1) đi làm công chức, (2) đang đi học và riêng 1 phụ nữ, nay bị suy thận và suy gan, nằm nhà. Chúng tôi không điều trị gì đặc biệt như chiếu tia hoặc dùng thuốc chống ung thư, chỉ điều trị chống đau và nâng thể trạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zynger D, Crane GM, Gonzalez RS:** Soft tissue, fibroblastic/ myofibroblastic tumors, fibromatosis-desmoid type 10-2019, Univ of Washington.
2. **Campara Z, Spasic A, Aleksic P et al:** An aggressive retroperitoneal fibromatosis. Med arch 2016 apr 70(2): 154-157.
3. **Meazza C, Bisignio G, Grnchi A et al:** Aggressive fibromatosis in children and adolescents. Cancer 1-1-2010.
4. **Constantinidou A, Jones RL, Scurr M et al:** Advanced aggressive fibromatosis: Elective palliation with chemotherapy. july 2010, Sarcoma unit, Royal Marsden hospital, London
5. **Bonvalot S, Eldweny, H, Haddad V et al:** Extraabdominal primary fibromatosis: Aggressive management could be avoided in a subgroup of patients.8-2007. EJSO.
6. **Mendenhall,WM, Zlotecki RA, Morris CG et al:** Aggressive fibromatosis. Am J Clin Oncol 2005;28: 211-215.
7. **Choi SH, Yoon HI, Kim SH et al;** Optimal radiotherapy strategy for primary or reccurent fibromatosis and long term results. PLOS one, 5- 29,2018.
8. **Lee JC,Thomas JM, Phillips S et al:** Aggressive fibromatosis. Dpt of pathol, Royal Marden hospital, London SW3 6JJ, England. A.JR:186. 1-2006.
9. **Gronchi A, Casali PG, Mariani L et al:** Quality of surgery an outcome in extra abdominal aggressive fibromatosis. A series of patients surgically treated at a single institution. Jour of clin Oncol 2003. 7:1390-1397.
10. **Lath C, Khanna PC, Gadewar SB et al:** Inoperable aggressive mesenteric fibromatosis with ureteic fistula. Case report and literature review. Eur J Radiol 2006;59:117-121.
11. **Alman BA, Pajerski ME, Diaz-Cano S et al:** Aggressive fibromatosis (dermoid tumor) is a monoclonal disorder. Diagn Mol Pathol 1997; 6:98-101.
12. **Weiss SW, Goldblum JR, Fibromatosis.** Soft tissue tumors. St Louis. Mosby 2001: 309-346.
13. **O'Dea FL, Wunder J, Bell RS et al:** Preoperative radiation therapy is effective in the treatment of fibromatosis. Clin Orthop 2003;415:19-24.
14. **Zkubitz KM:** Biology and Treatment of Aggressive Fibromatosis or Desmoid Tumor. 2012 Mayo foundation for Medical Education and Research. Mayo Clin Prosc 2017,92(6):947-964
15. **Bertani E, Testori A, Chlappa 1t al:** Reccurence and prognostic factors in patients with aggressive fibromatosis. The role of radical surgery and its limitations.
16. **Turange, RH, Mizell j and Berdgwell B:** Abdominal wall, Umbilicus, Peritoneum, Mesenteriiies, Omentum and retroperitoneum. 20 Edit, 2017, p 1068-1092..
17. **Corradi D, Maestri R, Palmisaro A et al:** Ideopathic retroperitoneal fibrosis: Clinicopathologic features and differential diagnosis. 2007, inernational Society of Nephrology.

NGHIÊN CỨU VIÊM TÚI MẬT CẤP NGƯỜI BỆNH TRÊN 60 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2020

Trần Vĩnh Hưng¹, Văn Tần¹, Nguyễn Bá Minh Nhật¹,
Văn Hùng Dũng¹, và CS

TÓM TẮT

Ở người cả nam lẫn nữ, tỉ lệ bị sỏi mật tăng với tuổi cao, tuy nhiên sự tăng sỏi mật tùy theo chủng tộc. Đau đường mật là nguyên nhân chính gây triệu chứng đau bụng ở người trên 60 tuổi ở Việt Nam và ước lượng có khoảng 1/3 trường hợp người cao tuổi phải mổ bụng. Định bệnh dựa vào khám lâm sàng đau 1/4 bụng trên phải, siêu âm, một số trường hợp làm CT Scan là viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị hầu hết cắt túi mật qua nội soi. Kết quả: 60 trường hợp xuất viện trong 5 ngày, 20 trường hợp xuất viện từ 5 đến 7 ngày, số còn lại xuất viện sau 7 ngày, phần lớn trong số này bị biến chứng, đối với bệnh nhân trong nước Việt Nam: kết quả gần như chúng tôi, đối với bệnh nhân ở Mỹ: xuất viện sớm hơn những trường hợp không bị biến chứng. Kết luận: Trong năm 2020, hầu hết viêm túi mật được cắt bỏ bằng nội soi, là phẫu thuật đơn giản, ít gây biến chứng. chỉ có khoảng 0,5% là bị tổn thương đường mật.

Từ khóa: Viêm túi mật ở người trên 60 tuổi.

SUMMARY

A STUDY INPATIENT OF CHOLECYSTECTOMY OVER 60 YO,

IN THE YEAR 2020, AT BINH DAN HOSPITAL

In almost all populations and both sex, the prevalence of gallstones increases with advancing age, although the magnitude of the increase varies with the race. Biliary tract disease is the most common cause of acute abdominal pain in patients older than 60 years in Viet Nam and accounts for approximately one third of all abdominal surgeries in this age group. Diagnosis is based on clinical examination of right upper quadrant pain, ultrasound, in some cases CT Scan is acute cholecystitis due to stones and most treatment is laparoscopic cholecystectomy. Results: In our patient: discharge from the hospital in 5 days, 5 to 7 days and more than 7 days are 60, 20 and 136 cases, respectively. 75% operated cases have at least one complication. When compare with the patients in Viet Nam: the same results with our patients. The patients in US they discharge very soon in cases without complication. Conclusion: In one year 2020, almost cholecystitis are removal by laparoscopy. It is a safe operation, only about 0.5% have biliary tract injury.

Keywords: cholecystitis over 60 y.o

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở cả 2 giới, tình hình sỏi mật tăng theo tuổi. Bệnh lý đường mật là nguyên nhân đau bụng cấp hàng đầu ở người trên 60 tuổi ở Việt Nam và chiếm gần 1/3 của phẫu thuật các tạng trong ổ bụng [6].

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Minh Nhật
SĐT: 0919181839

Email: minhnhath8966@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị người bị viêm túi mật do sỏi hoặc khác ở người già trên 60 tuổi.

Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu trong vòng 1 năm (2020), đối tượng là người trên 60 tuổi, nhập viện ở khoa phẫu thuật TQ2, Bệnh viện Bình Dân với chẩn đoán viêm túi mật và được phẫu thuật cắt túi mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu gồm 216 trường hợp:

- **Tuổi và phái:** nam có 80, nữ có 136. Tuổi trung bình là 70,4 năm, già nhất 94 (nữ), trẻ nhất là 60.

- **Về lâm sàng, hầu hết bị đau bụng:** 2/3 đau ở ¼ vùng bụng trên phải. Đau cố định ít, khi đau cơn, thường chạy lên vai phải, nhưng tương đối ít gặp hơn ở người trẻ. Hơn ½ có tiền căn đau ở vùng này vài ngày trước nhưng điều trị kháng sinh và giảm đau thì bớt.

- **Định bệnh:** Dùng siêu âm hay CT thấy có sỏi mật, túi mật viêm khá lớn có sỏi và bùn mật bên trong. Có trường hợp túi mật bị teo nhỏ, thành dày ôm lấy cục sỏi. Nhưng hầu hết có phản ứng dịch bên ngoài, có khi lan rộng cả vùng thành khối.

Sờ rất đau, có khi thấy được hình thể túi mật khá lớn, nhưng thường cảm thấy cả khối dính nhau thành quánh. CT thấy túi mật hoại tử hoặc thủng hay viêm cấp hoặc viêm mãn, hoặc apxe hay cả viêm phúc mạc khu trú. Như thế, chúng tôi thấy trên xét nghiệm với bạch cầu cao vừa phải ($< 15.000/mm^3$) và trên hình ảnh CT cho thấy kết quả như sau:

Hoại tử túi mật do sỏi kẹt cổ: 20 trường hợp (TH)

Hoại tử túi mật do sỏi kẹt cổ và thủng: 3 TH

Viêm túi mật do sỏi: 187 TH

Viêm túi mật không do sỏi: 15 TH

Viêm túi mật do polyp: 6 TH

Viêm cơ tuyến túi mật: 4 TH

Bệnh khác của túi mật: 4 TH

Trường hợp ống túi mật dính với ống gan phải (Mirrizi) 3 TH

Ngoài ra, khi khai thác bệnh sử và xét nghiệm, chúng tôi phát hiện các bệnh nền đi kèm và bệnh khác bao gồm:

Tiểu đường	15 TH
Tăng huyết áp	12 TH
Tai biến mạch máu cũ	1 TH
Bệnh mạch vành, đã bắc cầu	1 TH
Quán apxe túi mật	4 TH
Mirizzi	3 TH
Polip túi mật	4 TH
U cơ tuyến túi mật	3 TH
U ác túi mật	2 TH
Viêm hay u dạ dày	3 TH
Viêm tụy cấp hay mãn	3 TH
Sỏi OMC hay gan, phải làm ERCP	5 TH
Xơ gan, còn bù	4 TH
Tất cả	59/216 TH

Chúng tôi còn tìm thấy những bệnh kết hợp khác, đặc biệt ở người nhiều tuổi như lao phổi, hẹp OMC, nang đường mật trong gan, bệnh Cushing, suyễn, thận ứ nước, viêm gan siêu vi...

- Điều trị và kết quả:

Phẫu thuật nội soi ổ bụng: cắt túi mật và dẫn lưu: 198 TH

Phẫu thuật nội soi, cắt túi mật, rửa ổ bụng và dẫn lưu: 22 TH

Phẫu thuật mở: 14 TH

Nội soi – chuyển mở: 4 TH

Nội soi ổ bụng- dẫn lưu: 1 TH

Mở nội soi: 210/216 TH

Như vậy phẫu thuật nội soi 210 trường hợp, chiếm trên 92%

Biến chứng và tử vong cao. Nếu không có tai biến lúc phẫu thuật, biến chứng cũng đã nhiều vì ở người nhiều tuổi, có nhiều bệnh kết hợp. Trong số bệnh nhân mổ, đặc biệt là trong mổ cấp cứu, tỉ lệ biến chứng sớm chiếm hơn 50%, tỉ lệ tử vong sớm < 5%. Trong mổ kế hoạch, tỉ lệ tổn thương đường mật > 1% và tỉ lệ dò mật, tụ mật ở hạ sườn phải hay ¼ trên phải là 7% trong đó cần dẫn lưu trên 5 ngày là 30%. Trong theo dõi, tỉ lệ biến chứng khá cao.

IV. BÀN LUẬN

- **Về định bệnh:** dựa vào lâm sàng, đau ở hạ sườn phải. Có khối u rất đau khi sờ. Phần lớn nhờ siêu âm, thấy túi mật có sỏi, thành viêm dày, có dịch quanh túi mật. Có trường hợp, có dịch mật hoặc mủ, chung quanh túi mật có phản ứng viêm, dịch mật hoặc mủ lan ra khắp cả ¼ trên bụng phải. Khi không rõ, phải làm CT, đa số thấy túi mật lớn, thành dày, hoại tử hoặc thủng, dịch lan tràn khắp vùng hạ sườn phải [6].

- **Về điều trị:** Chuẩn bị bệnh để mổ cắt túi mật nội soi. Sau khi thám sát, thấy, túi mật viêm nhưng phần lớn thực hiện cắt túi mật qua nội soi được. Trong nội soi, chúng tôi dùng phương pháp kinh điển để cắt túi mật, bóc tách cổ túi mật, kẹp mạch máu rồi cắt, sau đó kẹp cổ túi mật và cắt. Trong lúc mổ, luôn để ý đường mật để khỏi phạm. Khi gặp trường hợp Mirrizi (3 TH), chúng tôi phải bóc tách rất cẩn thận, không làm tổn thương đường mật, nhánh phải, sát gan.

Những trường hợp khác như nghi ung thư hay gặp TH khó, không phân biệt được thành phần các tạng, chúng tôi chuyển mổ mở (4 TH). Riêng có 14 trường hợp ngay từ đầu chúng tôi phải phẫu thuật mở, một phần vì thành bụng bệnh nhân có nhiều đường mổ, một phần vì bệnh nhân bị viêm túi mật hoại

tử, mật và mủ lan tràn, lại có nhiều bệnh kết hợp, gây mê khó...

- Về kết quả:

- Bệnh nhân tại BV Bình Dân: tuy khi mổ, phần lớn viêm túi mật đã có biến chứng, nhưng chúng tôi mổ nội soi được và ít gặp biến chứng sau mổ, trừ khi có những bệnh kết hợp.

- Ở trong nước: các bác sĩ mổ như chúng tôi, tuy bệnh nhân đã có biến chứng, nhưng với kinh nghiệm, kết quả cũng tương đương với chúng tôi.

- Ở nước ngoài: như ở Mỹ đã chứng minh [1]. BN lớn tuổi, bị sỏi nhiều là do thành phần đậm đặc trong dịch mật ở túi mật và dịch mật di chuyển chậm, bị ứ đọng, kết quả là mật đọng lại, kết tủa thành sỏi mật cả cholesterol và muối mật.

Về lâm sàng thì, vì tuổi già, cơn đau mật rất thường gặp. Người già đau đường mật đến nhập viện thường có sỏi ống mật chủ (OMC) cần làm ERCP [2]. Đau hạ sườn phải thường chạy lên vai phải. Ngay khi bị đau mật cấp tính, 25% không có đau hạ sườn phải, 1/3 không có bạch cầu cao và 59% không có dấu hiệu phúc mạc ở ¼ bụng trên phải.

Ngày nay, mổ cắt túi mật ở người nhiều tuổi khó thấy bớt nhiều như hàng chục năm trước. Người già mổ cắt túi mật, nằm bệnh viện lâu, tử vong cao và cho xuất viện không sớm. Tiên lượng khó biết.

Viêm túi mật cấp ở người nhiều tuổi cần nội soi, nhưng có tác giả phải đặt dẫn lưu túi mật trước khi mổ cắt bỏ túi mật (25%), Tuy nhiên, tỉ lệ nhập viện lại rất cao và 2 năm còn sống rất xấu ngay cả khi điều trị tốt các bệnh kết hợp [3].

Sỏi OMC tăng làm tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong. Mổ mở, lấy sạch sỏi nhưng làm tăng biến chứng và tử vong nhiều hơn là chỉ

cắt túi mật. Hầu hết các bác sĩ đều đồng ý thám sát OMC khi thấy OMC dẫn trên siêu âm hay thấy bất thường trên gan và tụy qua các thử nghiệm. Phẫu thuật mở cơ vòng Oddi qua ERCP, kết quả tốt gần 90% trường hợp [3,4]. Tuy nhiên tái phát sỏi sẽ nhiều với người già (20% so với 4% ở người trẻ). Nguy cơ tái phát là do dẫn OMC, túi ngách tá tràng, gấp góc OMC và cắt túi mật trước.

Điều trị cắt túi mật qua nội soi sau khi ERCP lấy sỏi OMC mà không gây viêm túi mật là bất thường. Nhiều nghiên cứu có chỉ định cho thấy biến chứng túi mật là 4% đến 24% khi điều trị bằng nội soi lấy sỏi chỉ cắt cơ vòng là 5,8% đến 18%, vì vậy cần cắt túi mật vì bệnh nhân mổ như thế thường đối với người già, suy kiệt, tử vong liên quan đến viêm túi mật cấp đối với nhóm bệnh nhân này có thể là 25%

Vì có dấu hiệu viêm túi mật và có dẫn đường mật, nên phẫu thuật cắt túi mật và thám sát OMC khi thấy dẫn, khi lượng mật trong máu cao và vàng da. Tuy nhiên thám sát OMC cùng một lần với cắt túi mật có thể gây biến chứng và tử vong cao [5,7,8].

Kết luận: Trong năm 2020, hầu hết viêm túi mật cấp ở người trên 60 tuổi đều được mổ cắt túi mật viêm qua nội soi. Là phẫu thuật đơn giản và an toàn, trừ trường hợp apxe hay viêm phúc mạc hay túi mật bất thường. Biến chứng và tử vong khá cao, do định bệnh trẻ và mổ quá triệt để. Riêng về sỏi đường mật, nếu có triệu chứng, đặc biệt là nhiễm trùng thì phải can thiệp bằng ERCP. Nếu không được thì đặt ống thông túi mật rồi sẽ làm ERCP lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kuy S, Sora JA, Roman SA et al:** Age matters. A study of clinical and economic outcomes following cholecystectomy in elderly Americans. *Am J Surg* 2011; 201:789-796
2. **Riall TS, Zhang D, Townsend CM Jr et al:** Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increase morbidity, mortality and cost. *J Am Coll Surg* 2010; 210:668-669.
3. **Yeo H, Indes J, Rosenthal RA:** Surgery in the Geriatric patient. *Textbook of Surgery, Sabiston* 20 edit, 2017. pp 327-359.
4. **Jackson, PG, Evans SRT.** Biliary System. *Textbook of Surgery, Sabiston* 20 edit, 2017. pp 1482-1519.
5. **Vương Thừa Đức, Lê Ngô Khánh Huy.** Kết quả mổ cắt túi mật nội soi do sỏi trên BN lớn tuổi. *Y học TPHCM* 2016, Tập 20, Phụ bản số 1, tr .
6. **Nguyễn Cao Cương, Trần Thiện Hòa, Văn Tấn và CS:** Khảo sát tình hình mắc bệnh sỏi mật ở người trên 50 tuổi tại TPHCM, BV Bình Dân, TT Đào tạo-Bồi dưỡng CB Y Khoa, Trung Tâm Chẩn Đoán Y khoa MEDIC.
7. **Kauvar DS, Brown DV, Brawell AW et al.** Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2005;15(4). pp 379-82.
8. **Perez Lara FJ, de Luna Diaz R, Mereno Ruiz J et al.** Laparoscopic cholecystectomy in patients over 70 yo. Review of 176 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98(1), pp 42-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ RFA KẾT HỢP HÓA TRỊ TRONG U DI CĂN GAN TỪ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Văn Tân¹, Quách Thanh Hưng¹,
Dương Thanh Hải¹ và CS

TÓM TẮT

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp. Khoảng 20-25% bệnh nhân ung thư đại trực tràng khi chẩn đoán di căn gan, chỉ khoảng 20% di căn gan đơn độc hoặc khu trú còn khả năng phẫu thuật. Đối với bệnh không phẫu thuật triệt căn được, hóa trị toàn thân kết hợp can thiệp nhằm kiểm soát tại chỗ u gan di căn đóng vai trò quan trọng. RFA qua da dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật ít xâm lấn và có thể kết hợp với hóa trị trước và sau RFA.

Mục tiêu:

- Đánh giá tỉ lệ đáp ứng, biến chứng và tác dụng phụ của RFA u gan kết hợp với hóa trị ung thư đại trực tràng di căn gan.
- Thời gian sống bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt trường hợp bệnh

Kết quả: Từ tháng 01/2015 đến 8/2019, 37 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan không phẫu thuật triệt căn u gan di căn tại Bệnh viện Bình Dân. Tuổi trung bình 61,37 tuổi. Di căn gan ngay thời điểm chẩn đoán là 24,3%. RFA + hóa trị: 70,3% RFA trước hóa trị và

29,7% sau hóa trị. Tỉ lệ đáp ứng sau 3 tháng: đáp ứng hoàn toàn 10,8%, đáp ứng một phần là 32,4%, bệnh ổn định là 40,5%, bệnh tiến triển là 16,2%. Tỉ lệ đáp ứng sau 6 tháng: đáp ứng hoàn toàn 13,5%, đáp ứng một phần là 43,2%, bệnh ổn định là 32,4%, bệnh tiến triển là 5,4%. Thời gian sống bệnh không tiến triển trung vị là: $11,83 \pm 0,813$ tháng. Thời gian sống còn toàn bộ trung vị: $39,80 \pm 2,259$ tháng. Không ghi nhận tử vong liên quan đến RFA và hóa trị.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy việc kết hợp RFA với hóa trị cải thiện thời gian sống bệnh không tiến triển và hy vọng cải thiện được tỷ lệ sống còn bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan so với chỉ áp dụng một phương pháp đơn thuần.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, di căn gan, RFA, đốt nhiệt sóng cao tần, hóa trị

SUMMARY

EVALUATING THE EFFICIENCY OF RFA PLUS CHEMOTHERAPY OF LIVER METASTASES FROM COLORECTAL CANCER

Colorectal cancer is a common malignancy. Approximately 20-25% of colorectal cancer patients when diagnosed with liver metastases, only about 20% of metastases alone or locally, are likely to have surgery. For non-radical surgery, systemic chemotherapy with interventions to control local metastatic liver tumors is important. Percutaneous RFA under ultrasound guidance is a less invasive technique

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thanh Hải

SĐT: 0985575590

Email: duonghai8585@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

and can be combined with pre- and post-RFA chemotherapy.

Objective:

- Evaluating the response rate, complications and side effects of RFA liver tumor combined with chemotherapy for colorectal cancer metastatic liver.

- Progression-free survival and overall survival

Materials and Methods: Retrospective study, describing a series of cases

Results: From January 2015 to August 2019, 37 patients with colorectal cancer metastatic liver cancer did not have radical surgery for metastatic liver tumor at Binh Dan Hospital. The average age is 61.37 years. Liver metastases at the time of diagnosis were 24.3%. RFA + chemotherapy: 70.3% of RFA before chemotherapy and 29.7% after chemotherapy. Response rate after 3 months: complete response of 10.8%, partial response of 32.4%, stable disease of 40.5%, progressive disease of 16.2%. Response rate after 6 months: complete response 13.5%, partial response was 43.2%, stable disease was 32.4%, progressive disease was 5.4%. The median duration of disease progression was $11,83 \pm 0,813$ months. Median survival time: $39,80 \pm 2,259$ months. No deaths were associated with RFA and chemotherapy.

Conclusion: Preliminary research results show that combining RFA with chemotherapy improves progression-free survival and hopes to improve the survival rate of liver metastatic colorectal cancer patients compared with just one application pure method.

Keywords: colorectal cancer, RFA, chemotherapy, liver metastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp. Khoảng 20-25% bệnh nhân ung

thư đại trực tràng khi chẩn đoán di căn gan, chỉ khoảng 20% di căn gan đơn độc hoặc khu trú còn khả năng phẫu thuật. Đối với bệnh không phẫu thuật triệt căn được, hóa trị toàn thân kết hợp can thiệp tại chỗ u gan di căn đóng vai trò quan trọng giúp kéo dài thời gian sống còn ung thư giai đoạn 4. RFA qua da dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật ít xâm lấn và có thể kết hợp với hóa trị trước và sau RFA.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá tỉ lệ đáp ứng, biến chứng và tác dụng phụ của RFA u gan kết hợp với hóa trị ung thư đại trực tràng di căn gan.

- Thời gian sống bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn

- Ung thư biểu mô tuyến (Carcinom tuyến) đại trực tràng đã phẫu thuật u nguyên phát, di căn gan lúc chẩn đoán và/hoặc theo dõi phát hiện di căn gan.

- Không phát hiện di căn khác ngoài gan trên MSCT Scan ngực và MSCT Scan bụng chậu hoặc MRI chậu hoặc PET CT Scan.

- Có ít hơn 3 u di căn gan, với kích thước lớn nhất 3 cm cho mỗi tổn thương khi thực hiện RFA và tất cả tổn thương có thể thực hiện được RFA.

- RFA u gan được thực hiện trước hóa trị hay sau hóa trị.

- Hóa trị tối thiểu 3 chu kỳ

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổng trạng bệnh nhân (ECOG) > 2

- Có bệnh nội khoa nặng kèm theo (suy tim, tiền căn nhồi máu cơ tim, suy thận mạn độ III trở lên, đái tháo đường đường huyết không ổn định, nhiễm trùng)

- Khối u ở vị trí dễ có tai biến khi tiến hành thủ thuật RFA: sát vòm hoành, túi mật,

rốn gan, sát tim. Khối u xâm lấn tĩnh mạch cửa hay các nhánh tĩnh mạch gan.

2.3. Cỡ mẫu

Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 1/2015 đến tháng 8/2019.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt trường hợp bệnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2015 đến 8/2019, 37 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan không phẫu thuật triệt căn u gan di căn tại Bệnh viện Bình Dân.

3.1. Tuổi và giới tính

Tuổi trung bình $61,37 \pm 13,07$ tuổi.

Giới tính: nam: nữ là 2,36

3.2. Đặc điểm ung thư đại trực tràng di căn

Ung thư đại tràng chiếm tỉ lệ 62,2%, trực tràng là 37,8%. Phẫu thuật cắt u nguyên phát: nội soi chiếm 54,1%, mổ mở chiếm 35,1%, robot hỗ trợ chiếm 10,8%.

Di căn gan ngay thời điểm chẩn đoán là 24,3%.

Giải phẫu bệnh lý: Trong nghiên cứu Carcinom tuyến chiếm 100%

Bảng 3.1. Đặc điểm di căn gan

		Bệnh nhân	Tỉ lệ %
Số lượng u gan	1	33	89,2
	2	3	8,1
	3	1	2,7
	Tổng	37	100
Vị trí u gan	Thùy trái	3	8,1
	Thùy phải	32	86,5
	Hai thùy	2	5,4
	Tổng	37	100
Kích thước u gan	0 - 3 cm	22	59,5
	>3 - 5 cm	15	40,5
	Tổng	37	100

3.3. Chỉ số CEA

Bảng 3.2. Chỉ số sinh hóa CEA

		Bệnh nhân	Tỉ lệ %
CEA khi nhập viện	Bình thường	10	27
	Tăng	27	73
	Tổng	37	100

3.4. Hóa trị hỗ trợ

Bảng 3.3. Hóa trị hỗ trợ sau mổ

		Bệnh nhân	Tỉ lệ %
Hóa trị hỗ trợ	Không hóa trị hỗ trợ	11	29,7
	Capecitabin	3	8,1
	Xelox	23	62,2
	Tổng	37	100

3.5. Đặc điểm về RFA**Bảng 3.4. Số lần RFA**

		Bệnh nhân	Tỉ lệ %
Số lần RFA	1	24	64,9
	2	8	21,6
	3	4	10,8
	4	1	2,7
	Tổng	37	100
Số lần RFA trung bình	1,51 ± 0,8		
RFA trước hay sau hóa trị	RFA trước hóa trị	26	70,3
	RFA sau hóa trị	11	29,7
	Tổng	37	100

Bảng 3.5. Quá trình RFA

	N	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Std.
Kích thước u gan (mm)	37	13	50	28,702	9,089
Tổng thời gian RFA (phút)	37	3	30	11,7568	7,28166
Máu mất (ml)	37	1	15	3,6486	3,08415
Số ngày nằm viện sau RFA	37	1	4	1,0811	0,49320
Ngày giảm đau RFA	37	1	4	1,2973	0,61756

Tai biến và biến chứng: Tất cả 37 trường hợp đều không có tai biến, biến chứng sau RFA.

3.6. Hóa trị:

Số chu kỳ hóa trị bước 1 trung bình $7,64 \pm 1,81$, ít nhất là 3 chu kỳ, nhiều nhất là 12 chu kỳ, bệnh nhân hóa trị 3 chu kỳ, ngưng do vàng da tắc mật do ung thư di căn hạch chèn ép, làm PTBD. Đa số là hóa trị 8 chu kỳ, tỉ lệ 56,8%.

RFA + hóa trị: 70,3% RFA trước hóa trị và 29,7% sau hóa trị.

Bảng 3.6. Độc tính lâm sàng

Độc tính	Số bệnh nhân (%)					Tổng
	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
Mệt mỏi	29 (78,4%)	6 (16,2%)	2 (5,4%)	0	0	37 (100%)
Buồn nôn/ nôn	21 (56,8%)	13 (35,1%)	3 (8,1%)	0	0	
Đau bụng khi hóa trị	30 (81,1%)	7 (18,9%)	0	0	0	
Hội chứng bàn tay bàn	7	25 (67,6%)	5	0	0	

	Số bệnh nhân (%)					Tổng
Độc tính	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
chân	(18,9%)		(13,5%)			
Bệnh lý thần kinh ngoại biên	14 (37,8%)	21 (56,8)	2 (54,4%)	0	0	
Tóc rụng	24 (64,9%)	3 (8,1%)	10 (27%)	0	0	
Tiêu chảy	31 (83,8%)	4 (10,8%)	2 (5,4%)	0	0	
Thoát mạch	36 (97,3%)	1 (2,7%)	0	0	0	

Nhận xét:

Phần lớn là độc tính độ I, II

Không ghi nhận độc tính độ III, IV

Xét về tác dụng phụ II hay gặp bệnh lý thần kinh ngoại biên

Hội chứng bàn tay bàn chân hay gặp độ I

Bảng 3.7. Độc tính huyết học và sinh hóa

	Số bệnh nhân (%)					Tổng
Mức độc tính	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
Giảm bạch cầu hạt	30 (81,1%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)	1 (2,7%)	37 (100%)
Giảm hồng cầu	32 (86,5%)	3 (8,1%)	2 (5,4%)	0	0	
Giảm tiểu cầu	33 (39,2%)	3 (8,1%)	1 (2,7%)	0	0	
Tăng Creatine	31 (83,8%)	6 (16,2%)	0	0	0	
Tăng men gan	16 (43,2%)	16 (43,2%)	5 (13,5%)	0	0	
Tăng Bilirubin	23 (62,2%)	13 (35,1%)	1 (2,7%)	0	0	
Rối loạn điện giải	30 (81,1%)	7 (18,9%)	0	0	0	

Nhận xét:

Chủ yếu là độc tính độ I, II nhưng chiếm tỉ lệ thấp

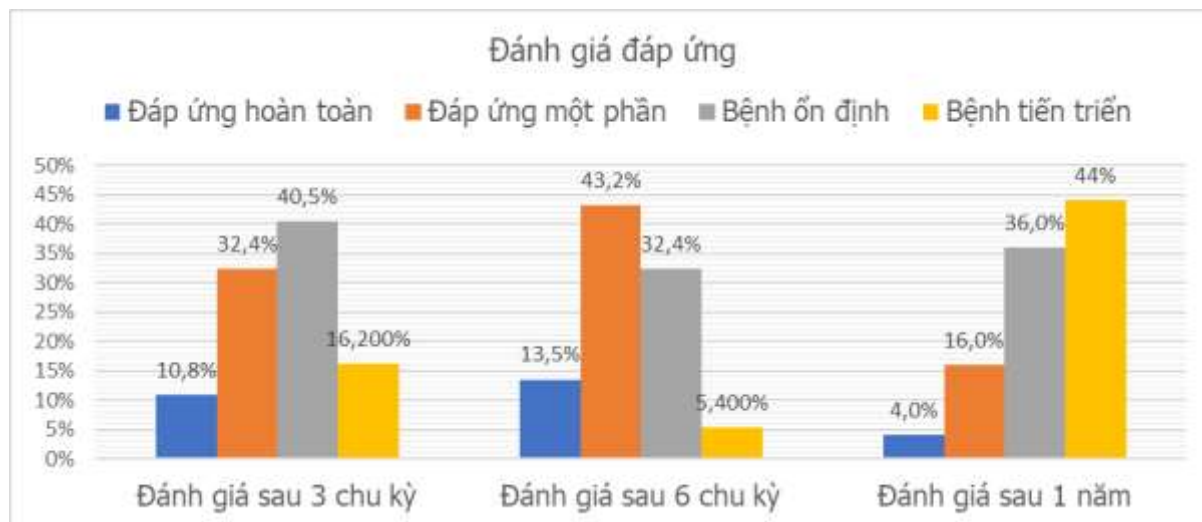
Giảm bạch cầu hạt III, IV là 2 bệnh nhân (5,4%) và 1 bệnh nhân (2,7%)

Tăng men gan hay gặp độ I: 43,2 %

Tăng bilirubin I: 35,1 %

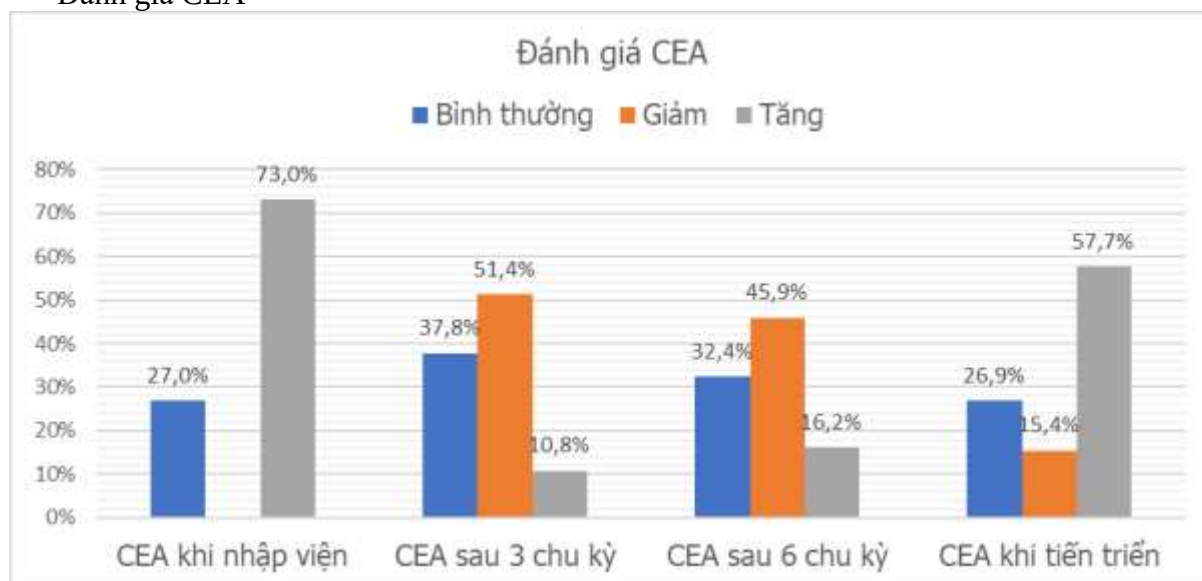
Không ghi nhận tử vong liên quan đến RFA và hóa trị.

3.7. Đánh giá đáp ứng:



Biểu đồ 3.1. Đáp ứng sau 3 chu kỳ, 6 chu kỳ và khi tiến triển

Đánh giá CEA

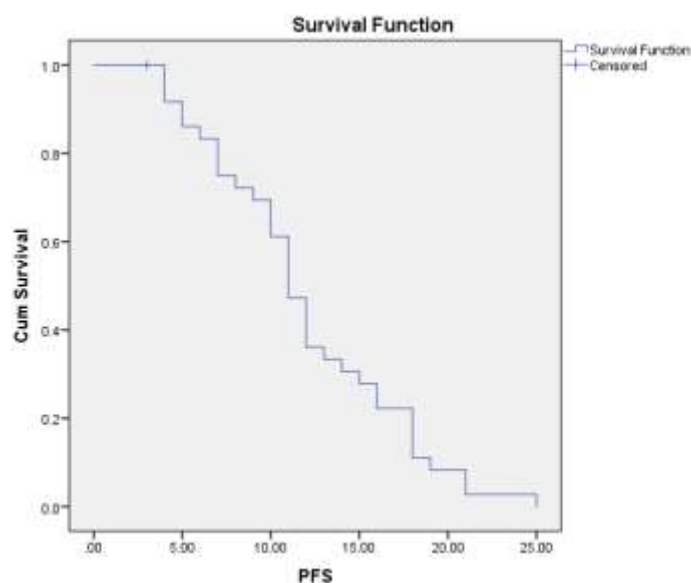


Biểu đồ 3.2. Đánh giá CEA

Tỉ lệ đáp ứng sau 3 tháng: đáp ứng hoàn toàn 10,8%, đáp ứng một phần là 32,4%, bệnh ổn định là 40,5%, bệnh tiến triển là 16,2%. Tỉ lệ đáp ứng sau 6 tháng: đáp ứng hoàn toàn 13,5%, đáp ứng một phần là 43,2%, bệnh ổn định là 32,4%, bệnh tiến triển là 5,4%.

3.8. Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS)

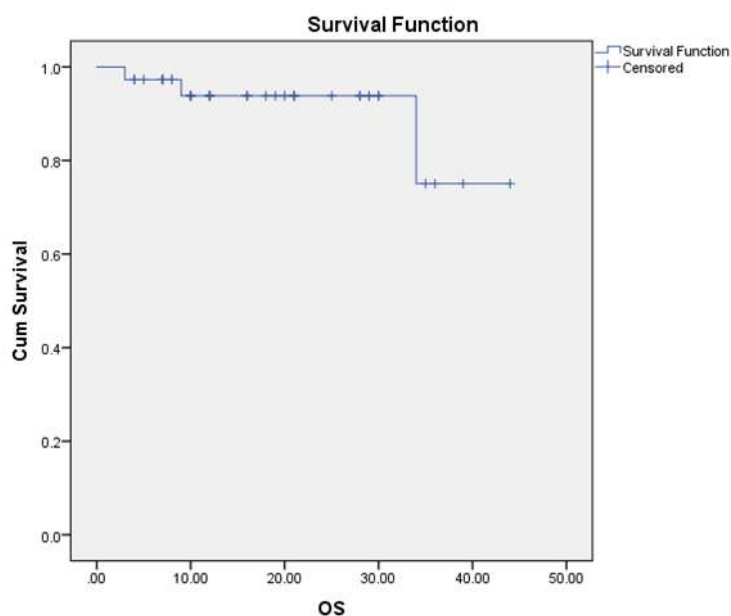
Thời gian sống bệnh không tiến triển trung vị là: $11,83 \pm 0,813$ tháng.



Biểu đồ 3.3. Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS)

3.9. Sống còn toàn bộ (OS)

Thời gian sống còn toàn bộ trung vị: $39,80 \pm 2,259$ tháng.



Biểu đồ 3.1 Sống còn toàn bộ (OS)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới tính

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng, vì tuổi phản ánh quá trình tích lũy với các tác nhân gây ung

thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi: Độ tuổi trung bình $61,37 \pm 13,07$ tuổi.

Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 bệnh nhân nam và 11 nữ, tỉ lệ nam/nữ là 2,36/1. Các nghiên cứu về ung thư

đại trực tràng cho thấy: tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ. Theo SEER 2012 -2016, tỉ lệ nam/nữ là 1,3/1. Chúng tôi cho rằng có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn

4.2. Đặc điểm ung thư đại trực tràng di căn

Đặc điểm hình thái của di căn gan là yếu tố quan trọng nhất để chỉ định phương pháp điều trị phù hợp. Các thông số về u gan sẽ ảnh hưởng đến kết quả đáp ứng cũng như kết quả sống thêm lâu dài, nhất là các thông số về số lượng, vị trí và kích thước u. Trong trường hợp di căn gan còn khu trú, tình trạng toàn thân cho phép thì phẫu thuật cắt gan là phương pháp mang lại hiệu quả cao nhất, cải thiện sống còn toàn bộ và thời gian sống bệnh không tiến triển. Đối với các trường hợp không phẫu thuật, hóa trị toàn thân là điều trị tiêu chuẩn và tùy theo đặc điểm hình thái khối u mà có thể kết hợp với các phương pháp điều trị tại chỗ như RFA, vi sóng, chích ethanol, tắc mạch,...

Theo Eddie K. Abdalla nghiên cứu 358 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan chứng minh cải thiện sống còn ở bệnh nhân không phẫu thuật u gan được [1]. Theo O J Garden, với hiệu quả ngày càng cao của hóa trị toàn thân, kiểm soát u gan di căn từ đại trực tràng bằng hủy u tại chỗ có thể không cần phẫu thuật cắt gan quá xâm lấn [2]. Còn theo tác giả S. Gallinger, cắt gan kết hợp với hóa trị toàn thân vẫn kéo dài sống còn toàn bộ [3]. Theo Liang, nghiên cứu 128 bệnh nhân, so sánh RFA ở hai nhóm 3 cm và 5 cm, RFA hiệu quả ở bệnh nhân có khối u < 3 cm về sống còn ở cả hai mặt tái phát và di căn mới ($p < 0,001$) [4]. Theo tác giả Hyuk Hur, 67 bệnh nhân cắt gan và RFA u di căn gan từ ung thư đại trực tràng, RFA tương tự cắt gan về tái phát và sống còn ở nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan đơn ổ

<3 cm, nhưng không phẫu thuật triệt căn được [5]. Theo Orhan Agcaoglu, nghiên cứu 395 bệnh nhân, lựa chọn RFA hay phẫu thuật cắt u gan di căn phụ thuộc vào đặc điểm của u gan di căn, bệnh nội khoa kèm theo, di căn gan đa ổ, u > 3 cm, CEA > 10 ng/ml là yếu tố tiên lượng độc lập với sống còn toàn bộ [6]. Từ các nghiên cứu trên, phẫu thuật cắt u gan di căn, cải thiện sống còn toàn bộ nhưng giới hạn của phẫu thuật cắt u gan là lựa chọn bệnh nhân, phụ thuộc bởi vị trí, số lượng, kích thước u gan và biến chứng phẫu thuật. Do đó đối với u gan không phẫu thuật được thì các phương pháp hủy u tại chỗ: đốt nhiệt sóng cao tần, vi sóng, hủy u bằng cồn, nút mạch,... cũng chứng minh được hiệu quả hủy u so với phẫu thuật.

Trong 37 bệnh nhân hồi cứu, chúng tôi thực hiện RFA khi kích thước khối u gan phù hợp để đạt được hiệu quả điều trị tối đa của RFA là không quá 3 u, không quá 3 cm mỗi u khi thực hiện RFA, đối với u nhỏ hơn 3 cm, chúng tôi thực hiện hội chẩn bác sĩ gan mật thực hiện RFA trước khi chúng tôi hóa trị toàn thân, những khối u hơn 3 cm chúng tôi hóa trị toàn thân, đánh giá sau mỗi 3 chu kỳ, thực hiện RFA u gan ngay khi thích hợp.

4.3. Đánh giá đáp ứng

Chúng tôi đánh giá đáp ứng chung theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 (chỉ tiêu đánh giá đáp ứng bướu đặc). Trong kỹ thuật RFA, để đạt được hủy u hoàn toàn cần đốt mở rộng xung quanh bờ bướu từ 0,5 - 1 cm ra vùng gan lành xung quanh khối u. Do vậy ở thời gian sớm sau điều trị (1 - 3 tháng), sự giảm số lượng tế bào u được phản ánh thông qua giảm kích thước khối u. Do đó chúng tôi lựa chọn đánh giá đáp ứng khối u sau 3 chu kỳ (hay 3 tháng).

Sau mỗi 3 chu kỳ hóa trị toàn thân, chúng tôi tiến hành đánh giá đáp ứng dựa vào hình

ảnh học, MSCT Scan ngực bụng có cản quang, phần u gan còn lại sau RFA tiếp tục đáp ứng với hóa trị toàn thân, chúng tôi đánh giá theo tiêu chuẩn bướu đặc RECIST 1.1. Sau 3 chu kỳ, chúng tôi ghi nhận, có 10,8% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 32,4% bệnh nhân đáp ứng một phần, 40,5% bệnh ổn định, 16,25% bệnh tiến triển. Sau 6 chu kỳ, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tăng lên 13,5%, đáp ứng một phần tăng lên cao nhất là 43,2%, bệnh ổn định còn 32,4%, bệnh tiến triển giảm còn 5,4%. Như vậy, chúng tôi thấy sau hóa trị và RFA 6 chu kỳ, bệnh nhân nhận được đáp ứng hoàn toàn cao nhất tăng lên từ 10,8% lên 13,8%, và đáp ứng một phần cao nhất tăng từ 32,4% lên 43,2%, sau đó giảm tỉ lệ bệnh ổn định và tiến triển xét về tổng bệnh nhân. Cũng tại thời điểm 3 tháng, chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong do đột quỵ và một bệnh nhân tiến triển di căn hạch chèn ép đường mật làm PTBD giải áp đường mật, sau đó chăm sóc giảm nhẹ, 5 bệnh nhân tiến triển, chúng tôi hóa trị tiếp đến 6 chu kỳ đánh giá lại, có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 2 bệnh nhân đáp ứng 1 phần và 2 bệnh nhân bệnh ổn định. Tại thời điểm sau 6 chu kỳ, chúng tôi ghi nhận có 1 bệnh nhân (5,4%) tiến triển di căn gan 2 thùy, bệnh nhân mất theo dõi sau đó 1 tháng. Như vậy sau 6 chu kỳ, chúng tôi ghi nhận có 1 bệnh nhân tiến triển, là bệnh nhân đáp ứng kém với hóa trị toàn thân. Theo Nguyễn Việt Long nghiên cứu 61 bệnh nhân RFA kết hợp hóa trị toàn thân, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm 6 tháng là 73,5%, nhưng tiến triển 21,4% [7]. Solbiati và cộng sự nghiên cứu 99 bệnh nhân, sau RFA các bệnh nhân được hóa phác đồ Folfox4 hoặc Folfiri. Ở thời điểm 1 tháng sau can thiệp tỉ lệ đáp ứng là 88,1%. Tỉ lệ đáp ứng của nghiên cứu này cao hơn kết quả của chúng tôi [8]. Có thể do nghiên

cứu này lựa chọn các bệnh nhân có kích thước u nhỏ hơn của chúng tôi (0,8 - 4cm). Kích thước u là một yếu tố liên quan chặt chẽ tới đáp ứng và thời gian sống thêm. Theo Jung-Hye Choi nghiên cứu RFA kết hợp với hóa trị cho các bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan với kích thước u 1,7 - 13 cm. Nghiên cứu này lựa chọn bệnh nhân có kích thước u lớn nhất lớn hơn trong nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ đáp ứng là 70,8%. Có sự khác biệt về tỉ lệ đáp ứng, có lẽ do chúng tôi sử dụng cùng lúc nhiều phác đồ, chúng tôi tách biệt ra chi tiết thành từng nhóm đáp ứng, nhưng nếu xét về tiến triển, có lẽ nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn về mặt tiến triển.

Về đáp ứng trên CEA

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 27% bệnh nhân có CEA bình thường khi nhập viện, 73% có CEA tăng khi nhập viện, sau hóa trị 3 chu kỳ, CEA bình thường là 37,8%, giảm là 51,4%, CEA tăng còn 10,8%, sau 6 chu kỳ CEA bình thường 32,4%, giảm 45,9%, tăng là 16,2%. CEA là yếu tố đánh giá đáp ứng điều trị, có giá trị tiên lượng bệnh tái phát, tiến triển, nhưng một mình CEA thì chưa có nhiều ý nghĩa nếu không kết hợp với hình ảnh học. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Long, CEA nhỏ có liên quan đến đáp ứng điều trị.

Kết quả RFA kết hợp với hóa trị toàn thân

Trong điều trị ung thư đại trực tràng di căn gan, một trong những vấn đề đáng quan tâm là tỉ lệ tái phát, tiến triển cao sau điều trị, kể cả đối với phẫu thuật cắt gan là phương pháp tối ưu nhất. Các báo cáo về phẫu thuật cắt gan cho thấy: tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật di căn gan từ ung thư đại trực tràng lên tới 50 - 70% trong vòng 2 năm đầu. Tỉ lệ tái phát sau RFA kết hợp với hóa trị

toàn thân khác nhau trong các báo cáo: tái phát tại chỗ 1,8 - 20,9%, tái phát vị trí mới 2,6 - 66,0%. Theo tác giả Nguyễn Việt Long, có 91,2% bệnh nhân tiến triển, với thời gian tiến triển trung bình là $17,46 \pm 1,55$ tháng, thời gian theo dõi là 23,57 tháng [7]

Kết quả của chúng tôi, có 23 bệnh nhân tiến triển chiếm tỉ lệ 62,2%, trung vị thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) là $11,83 \pm 0,813$ tháng, với thời gian theo dõi trung bình là $18,35 \pm 11,26$ tháng. Trong số 23 bệnh nhân tiến triển, u gan lớn chiếm tỉ lệ 18,9%, di căn gan đa ổ chiếm 35,1%, di căn ngoài gan chiếm 8,1% là di căn phổi, hạch. So với Nguyễn Việt Long, chúng tôi thấy có sự khác biệt có thể do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn, nhưng cũng tương tự như các báo cáo trước đó. Điều này có thể có thể giải thích như sau: ngoài những di căn tại gan được chẩn đoán thì còn các vi di căn mà qua chẩn đoán hình ảnh không thể phát hiện dẫn tới tỷ lệ tái phát vị trí mới cao. Một số trường hợp chúng tôi ghi nhận đáp ứng hoàn toàn trên hình ảnh học, nhưng đây chỉ là hình ảnh gián tiếp, giới hạn của chẩn đoán hình ảnh nên không thể phản ánh chính xác được. Ngay cả sau phẫu thuật di căn gan, kết quả giải phẫu bệnh diện cắt âm tính ở mức độ vi thể, sau đó được hóa trị hỗ trợ thì vẫn còn một tỷ lệ tái phát tại chỗ 2 - 10% sau điều trị 5 năm.

Về tái phát tại vị trí u gan cũ đã RFA, chúng tôi ghi nhận có 7/37 bệnh nhân 18,9%, tiến triển trên u gan cũ, còn 13/37 bệnh nhân (35,1%) di căn gan đa ổ, có thể có u gan cũ. Tiến triển u gan đa ổ thể hiện sự đáp ứng kém với điều trị hóa trị, mặc dù có sự phối hợp đa hóa trị. Theo tác giả Nguyễn Việt Long, tỉ lệ tiến triển u gan mới là 40%. Một nghiên cứu của Boame so sánh RFA đơn thuần và kết hợp RFA với hóa trị, kết quả

cho thấy nhóm kết hợp cho tỷ lệ tái phát thấp hơn, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ dài hơn. Tác giả Tito Livraghi và cộng sự nghiên cứu 88 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được RFA kết hợp với hóa trị toàn thân, trong số 53 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn, có 70% trường hợp có tái phát tại gan, 11% tái phát ngoài gan và 19% tái phát cả tại gan và ngoài gan.

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, chúng tôi có 3 bệnh nhân tử vong chiếm tỉ lệ 8.1%. Một bệnh nhân tử vong do đột quỵ sau 3 chu kỳ, không rõ lý do. Một bệnh nhân tiến triển di căn hạch sau 3 chu kỳ chèn ép gây tắc mật phải làm PTBD giải áp, chúng tôi chăm sóc giảm nhẹ và bệnh nhân tử vong sau đó 2 tháng. Một bệnh nhân tiến triển chúng tôi hóa trị tiếp phác đồ bước 3, RFA u gan di căn khi có chỉ định thêm 3 lần nữa, sau đó tiến triển, chúng tôi chăm sóc giảm nhẹ bệnh nhân tử vong sau 44 tháng từ khi chẩn đoán ung thư đại trực tràng di căn gan.

4.4. Kết quả thời gian sống bệnh không tiến triển, sống còn toàn bộ

Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS)

Đối với ung thư đại trực tràng di căn gan, phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp điều trị tối ưu nhất mang lại kết quả sống thêm lâu dài cho người bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân phù hợp với chỉ định điều trị này thấp do phần lớn các trường hợp được phát hiện bệnh ở giai đoạn di căn đã lan tràn. Chính vì vậy, điều trị hóa trị toàn thân có vai trò quan trọng trong các trường hợp này. RFA ngày càng được ứng dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Việc kết hợp RFA với hóa trị làm tăng thêm thời gian sống, đã được chứng minh qua thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng của Hội ung thư châu Âu. Tuy nhiên, đây mới là nghiên cứu

có so sánh ngẫu nhiên duy nhất cho tới thời điểm hiện nay. Nhiều nghiên cứu không có đối chứng khác cũng cho kết quả về thời gian sống bệnh không tiến triển hết sức khả quan (từ 36 đến 56 tháng) tùy thuộc vào tiêu chuẩn lựa chọn đầu vào của từng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống bệnh không tiến triển gần 1 năm với trung vị là $11,83 \pm 0,813$ tháng. Trong nghiên cứu của Nguyễn Việt Long thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là $14,21 \pm 1,34$ tháng. Theo tác giả Theo Ruers trung vị PFS là 16,8 tháng ở nhóm RFA kết hợp hóa trị và 9,9 tháng ở nhóm chỉ hóa trị trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan. Tác giả Solbiati nghiên cứu trên 117 bệnh nhân với đường kính u lớn nhất 0,9 - 9,6 cm cho kết quả thời gian sống bệnh không tiến triển trung bình là 12 tháng [8]. Nghiên cứu của Joseph Sgouros với kích thước u lớn nhất lên tới 6,5 cm, và được chia làm 2 nhóm. Nhóm RFA trước, sau đó điều trị hóa trị có thời gian sống bệnh không tiến triển trung bình là 13 tháng, trong khi đó nhóm điều trị đa hóa trị trước cho thời gian sống bệnh không tiến triển trung bình 10 tháng. Thời gian sống bệnh không tiến triển của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên, có lẽ do (1) số lượng và kích thước khối u gan của nghiên cứu chúng tôi; (2) bệnh nhân hóa trị trước và sau RFA với nhiều phác đồ; (3) thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn; (4) số lượng mẫu còn ít và hạn chế của nghiên cứu hồi cứu. Theo tác giả Saltz, nghiên cứu NO 16969, PFS của phác đồ Folfox/Xelox trung vị là 8 tháng, khi thêm Bevacizumab vào phác đồ Folfox/Xelox, trung vị PFS lên 9,4 tháng. Trong nghiên cứu ITACA, tác giả A. Passardi, PFS của phác đồ Folfox/Folfiri trung vị PFS là 8,4 tháng, khi thêm Bevacizumab vào phác đồ

Folfox/Folfiri, trung vị PFS lên 9,6 tháng. Nghiên cứu AVF207, tác giả Kabbinar cho kết quả trung vị PFS của phác đồ Capecitabin/ 5FU-LEucovorin kết hợp Bevacizumab là 10,6 tháng, phác đồ Capecitabin/5FU-LEucovorin là 6,2 tháng [7]. Theo tác giả Volker Heinemann, nghiên cứu FIRE-3, trung vị PFS phác đồ Folfiri - Cetuximab là 10,3 tháng. Như vậy trung vị PFS của chúng tôi cao hơn các tác giả do chúng tôi kiểm soát u gan di căn bằng RFA kết hợp hóa trị toàn thân, còn các tác giả chỉ kiểm soát bệnh chỉ bằng hóa trị toàn thân.

Vì vậy can thiệp u gan di căn bằng RFA kết hợp với hóa trị toàn thân một lần nữa cho thấy kết quả khả quan hơn.

Sống còn toàn bộ (OS)

Sống còn toàn bộ là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư. Tất cả các nghiên cứu trên thế giới về ung thư đều lấy sống còn toàn bộ làm tiêu chí chính khi tiến hành nghiên cứu, nhưng thời gian theo dõi rất dài, tốn nhiều thời gian và công sức. Trong nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu nên chỉ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Trung vị thời gian sống còn toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi là $39,8 \pm 2,259$ tháng (Biểu đồ 4.4). Tỷ lệ sống còn toàn bộ ở các thời điểm 6, 12 và 24 tháng lần lượt là 89,2%, 64,9% và 32,4%.

Nếu như trước đây, những bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan không được điều trị gì thì thời gian sống còn toàn bộ khoảng 5 - 13 tháng. Những năm gần đây, nhiều thuốc mới được thử nghiệm lâm sàng và ứng dụng điều trị, đã cải thiện thời gian sống còn bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn lên đến 21,5 tháng. Nhiều nghiên cứu so sánh, đối đầu cho thấy: sống còn toàn bộ ở nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan quá chỉ định phẫu thuật có thể tăng

lên đến 37 - 45 tháng nhờ sự kết hợp giữa điều trị toàn thân và các phương pháp điều trị tại chỗ. Thử nghiệm lâm sàng của Ruers và cộng sự nghiên cứu đã phân chia ngẫu nhiên các bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan không còn chỉ định phẫu thuật thành hai nhóm. Một nhóm điều trị RFA kết hợp hóa trị và một nhóm chỉ điều trị hóa trị đơn thuần với phác đồ tương tự. Kết quả trung vị sống còn toàn bộ của nhóm kết hợp là 45,6 tháng, trong khi đó nhóm hóa trị đơn thuần là 40,5 tháng với $p=0,01$. Kết quả nghiên cứu của Luigi Solbiati trên 117 bệnh nhân cho thời gian sống còn toàn bộ là 36 tháng [8]. Theo tác giả Leonard B. Saltz, trung vị OS của phác đồ Folfox/Xelox là 19 tháng, khi thêm Bevacizumab vào phác đồ Folfox/Xelox, trung vị OS lên 21,3 tháng. Theo tác giả A. Passardi, trung vị OS của phác đồ Folfox/Folfiri là 21,3 tháng, khi thêm Bevacizumab vào phác đồ Folfox/Folfiri, trung vị OS là 20,8 tháng. Theo nghiên cứu của Fairouz Kabbinavar, trung vị OS của phác đồ Capecitabin/5FU-Leucovorin kết hợp Bevacizumab là 20,3 tháng, phác đồ Capecitabin/5FU-Leucovorin là 15,6 tháng. Theo tác giả Volker Heinemann, trung vị OS phác đồ Folfiri - Cetuximab là 31,3 tháng. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Long, sống còn toàn bộ là 36,77 tháng [7]. Thời gian sống còn toàn bộ của chúng tôi tương tự như tác giả Ruers. T và Nguyễn Việt Long, cao hơn nghiên cứu của các tác giả chỉ sử dụng hóa trị đơn thuần.

Như vậy, can thiệp u gan di căn bằng RFA kết hợp với hóa trị toàn thân kéo dài thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy RFA kết hợp với hóa trị toàn thân bước đầu là một phương pháp mang lại

hiệu quả kéo dài về sống còn toàn bộ và thời gian sống bệnh không tiến triển cho các bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan không còn chỉ định phẫu thuật so với y văn về hóa trị đơn thuần. Tuy nhiên, kết quả cũng phụ thuộc vào một số yếu tố trước điều trị. Chúng tôi nhận thấy, cần thiết tiếp tục nghiên cứu về vấn đề này với các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, ngẫu nhiên có đối chứng để chứng minh hiệu quả thực tế của phương pháp này trong điều trị di căn gan từ ung thư đại trực tràng ở nước ta hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 37 bệnh nhân u gan di căn từ ung thư đại trực tràng điều trị bằng phương pháp RFA kết hợp với hóa trị toàn thân tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2015 đến tháng 8/2019, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỉ lệ đáp ứng sau 3 tháng: đáp ứng hoàn toàn 10,8%, đáp ứng một phần là 32,4%, bệnh ổn định là 40,5%, bệnh tiến triển là 16,2%

Tỉ lệ đáp ứng sau 6 tháng: đáp ứng hoàn toàn 13,5%, đáp ứng một phần là 43,2%, bệnh ổn định là 32,4%, bệnh tiến triển là 5,4%

Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là: $11,83 \pm 0,813$ tháng

Thời gian sống còn toàn bộ (OS) trung vị: $39,80 \pm 2,259$ tháng

Tỉ lệ sống còn sau 6 tháng là 89,2%, sau 12 tháng là 64,9%, 24 tháng là 32,4%

Hóa trị duy trì cải thiện thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

RFA + hóa trị: 70,3% RFA trước hóa trị và 29,7% sau hóa trị. RFA trước hay sau hóa trị liên quan không có ý nghĩa thống kê với

thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) và sống còn toàn bộ (OS).

Chưa ghi nhận tai biến biến chứng nặng và tử vong liên quan RFA và hóa trị trong nghiên cứu.

Độc tính mức độ nặng (độ III, IV) liên quan đến hóa trị dưới 10% có thể chấp nhận được.

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy việc kết hợp RFA với hóa trị cải thiện thời gian sống bệnh không tiến triển và hy vọng cải thiện được tỷ lệ sống còn bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan so với chỉ áp dụng một phương pháp đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E. K. Abdalla, J. N. Vauthey, L. M. Ellis, V. Ellis, R. Pollock, K. R. Broglio, K. Hess, S. A. Curley** (2004), Recurrence and outcomes following hepatic resection, radiofrequency ablation, and combined resection/ablation for colorectal liver metastases, *Ann Surg*, 239(6), pp. 818-25; discussion 825-7.
2. **O. J. Garden, M. Rees, G. J. Poston, D. Mirza, M. Saunders, J. Ledermann, J. N. Primrose, R. W. Parks** (2006), Guidelines for resection of colorectal cancer liver metastases, *Gut*, 55 Suppl 3(Suppl 3), pp. iii1-8.
3. **S Gallinger, JJ Biagi, GG Fletcher, C Nhan, L Ruo, RS McLeod** (2013), Liver resection for colorectal cancer metastases, *Current Oncology*, 20(3), pp. e255.
4. **P Liang, BW Dong, XL Yu, DJ Yu, L Feng, YY Gao, Y Wang, QJ Xiao** (2006), Evaluation of long-term therapeutic effects of ultrasound-guided percutaneous microwave ablation of liver metastases, *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 86(12), pp. 806-810.
5. **Hyuk Hur, Yong Taek Ko, Byung Soh Min, Kyung Sik Kim, Jin Sub Choi, Seung Kook Sohn, Chang Hwan Cho, Heung Kyu Ko, Jong Tai Lee, Nam Kyu Kim** (2009), Comparative study of resection and radiofrequency ablation in the treatment of solitary colorectal liver metastases, *The American Journal of Surgery*, 197(6), pp. 728-736.
6. **Orhan Agcaoglu, Shamil Aliyev, Koray Karabulut, Galal El-Gazzaz, Federico Aucejo, Robert Pelley, Allan E Siperstein, Eren Berber** (2013), Complementary use of resection and radiofrequency ablation for the treatment of colorectal liver metastases: an analysis of 395 patients, *World journal of surgery*, 37(6), pp. 1333-1339.
7. **Nguyễn Việt Long, Nguyễn Thanh Ngọc và cs** (2016), Kết quả điều trị ung thư đại trực tràng di căn gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần kết hợp hóa chất toàn thân., *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số số 3, tr. 352-355.
8. **Luigi Solbiati, Muneeb Ahmed, Luca Cova, Tiziana Ierace, Michela Brioschi, S Nahum Goldberg** (2012), Small liver colorectal metastases treated with percutaneous radiofrequency ablation: local response rate and long-term survival with up to 10-year follow-up, *Radiology*, 265(3), pp. 958-968.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ROBOT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI THEO CME

Trần Vĩnh Hưng¹, Nguyễn Phú Hữu¹, Bùi Hồng Minh Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng phải là một trong những loại ung thư đường tiêu hóa thường gặp. Phẫu thuật robot là một lựa chọn mới trong điều trị ung thư đại tràng. Với sự hỗ trợ của robot, phẫu thuật viên có thể tránh gây tổn thương các cơ quan xung quanh: niệu quản, tá tràng; có thể phẫu tích mạch máu tận gốc chi tiết và tinh tế hơn; đặc biệt vấn đề nạo hạch cũng được tiến hành chuẩn xác hơn. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu sử dụng robot trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng từ tháng 11/2016.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật robot trong điều trị ung thư đại tràng phải tại bệnh viện Bình Dân

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca: 42 trường hợp ung thư đại tràng phải được phẫu thuật cắt đại tràng phải có hỗ trợ của robot tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2018 đến năm 2022

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 3:4. Tuổi trung bình là 60 tuổi (32-89). Triệu chứng trước mổ chủ yếu là đau vùng bụng bên phải và sụt cân. Nội soi đại tràng và MSCT bụng có cản quang phát hiện u ở 100% trường hợp. Đa số u nguyên phát xếp hạng T4a. Giai đoạn bệnh đa phần là II và III. 23 trường hợp được cắt đại tràng phải và

19 trường hợp cắt đại tràng phải mở rộng. Thời gian phẫu thuật trung bình là 170 phút. Biến chứng sau mổ chỉ ghi nhận nhiễm trùng vết mổ với 3 trường hợp. Tỷ lệ biến chứng chung là 7,14%. Thời gian trung tiện và cho ăn lại trung bình 3 ngày, thời gian nằm viện trung bình 8 ngày

Kết luận: Phẫu thuật cắt đại tràng phải theo CME có robot hỗ trợ trong điều trị ung thư đại tràng phải là an toàn và khả thi. Phẫu thuật có thể áp dụng rộng rãi cho những bệnh nhân có ung thư đại tràng phải chưa di căn.

Từ khóa: ung thư đại tràng phải, phẫu thuật có robot hỗ trợ, tiêu chuẩn CME

SUMMARY

ROBOTIC ASSISTED RIGHT COLECTOMY AT BINH DAN HOSPITAL: OUTCOMES OF THREE YEARS APPLICATION

Background: Right colon cancer is one of the most common gastrointestinal cancers. Robotic surgery is a new option in the treatment of colon cancer. With the help of the robot, the surgeon can avoid causing damage to the surrounding organs: ureter, duodenum; can dissect blood vessels in more detail and subtlety; especially the problem of lymph node dissection is also carried out more accurately. Binh Dan Hospital started using robots in colorectal cancer surgery from November 2016.

Objective: To determine the success rate of robotic surgery in the treatment of right colon cancer at Binh Dan hospital.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hồng Minh Hậu

SĐT: 0933024160

Email: drhaubui@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 03/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Materials and Methods: A retrospective descriptive study of a series of cases: 42 cases of right colon cancer who underwent robot-assisted right colectomy at Binh Dan hospital from 2018 to 2022.

Result: The male/female ratio is 3:4. The mean age was 60 years (32-89). Preoperative symptoms were mainly right abdominal pain and weight loss. Colonoscopy and contrast-enhanced abdominal MSCT detected tumors in 100% of cases fit. Most primary tumors are rated T4a. The most common stage of the disease is II and III. 23 cases had right colectomy and 19 cases of right extension colectomy. The average surgical time was 170 minutes. Post-operative complications only recorded wound infection with 3 cases. The overall complication rate was 7,14%. Average time of transit and refeeding is 3 days, average hospital stay is 8 days

Conclusion: Robotic-assisted right colectomy according to CME in the treatment of right colon cancer is safe and feasible. Surgery is widely available for patients with non-metastatic right colon cancer.

Keywords: right colon cancer, robot-assisted surgery, CME criteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng phải là một trong những loại ung thư đường tiêu hoá thường gặp. Tuy nhiên, đây cũng là loại ung thư có tiên lượng tốt nếu được phát hiện ở những giai đoạn sớm. Tỷ lệ chữa khỏi bệnh có thể lên đến 90%, thậm chí có bệnh nhân đã có thể sống khoẻ mạnh trên 20 năm kể từ khi phát hiện bệnh và điều trị hiệu quả. Điều trị ung thư đại tràng phải là điều trị đa mô thức: phẫu trị, hoá trị và xạ trị, tuy nhiên phẫu trị

vẫn là phương pháp chủ yếu và khả năng giúp triệt căn vẫn chiếm tỷ lệ cao [1].

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng theo tiêu chuẩn CME đã giúp cải thiện khả năng hồi phục, giảm tỷ lệ tái phát so với các kỹ thuật phẫu thuật mở thông thường, được rất nhiều trung tâm trên thế giới ứng dụng [2]. Phẫu thuật nội soi nhanh chóng trở thành một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu cho ung thư đại tràng. Tuy nhiên, phương pháp này có hạn chế riêng của nó, bao gồm những nguyên nhân chủ quan của phẫu thuật viên (tình trạng sức khoẻ, năng lực, kinh nghiệm, độ rung sinh lý khi cầm đèn nội soi và dụng cụ...), giới hạn tầm hoạt động của các dụng cụ nội soi... [7]. Ngoài ra, vấn đề nạo hạch trong phẫu thuật nội soi cũng là một kỹ thuật đòi hỏi kỹ năng lẫn kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Năm 2003, những trường hợp phẫu thuật đường tiêu hoá có hỗ trợ của robot lần đầu tiên được thực hiện đã cho những kết quả khả thi, ghi nhận những kết quả vượt trội so với phẫu thuật mở truyền thống và phẫu thuật nội soi: giảm tỷ lệ tai biến biến chứng, thời gian nằm viện ngắn hơn, kích thước đường mổ nhỏ hơn,...

Năm 2016, phẫu thuật với sự hỗ trợ của robot lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân nhằm mục tiêu vì lợi ích của người bệnh, là cơ hội để Việt Nam được hưởng những tiến bộ khoa học hiện đại nhất trong chăm sóc y tế. Phẫu thuật robot cũng tạo ra nhiều thách thức mới cho bác sĩ ngoại khoa nhằm ứng dụng những lợi ích mà robot mang lại, tuy nhiên vẫn phải phù hợp với thể

trạng của người Việt Nam. Các nghiên cứu về việc ứng dụng phẫu thuật robot trong điều trị các bệnh ung thư nói chung và ung thư đại tràng phải nói riêng ở Việt Nam vẫn chưa nhiều. Do đó, sự cần thiết để thiết lập một công trình nghiên cứu nhằm đánh giá toàn diện phương pháp phẫu thuật này với câu hỏi nghiên cứu “Robot có vai trò hiệu quả như thế nào trong phẫu thuật ung thư đại tràng phải theo tiêu chuẩn CME?”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải, được chỉ định cắt đại tràng phải theo tiêu chuẩn CME.

Dân số nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải, được chỉ định cắt đại tràng phải theo tiêu chuẩn CME ứng dụng hệ thống robot tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân có nội soi đại tràng phát hiện u đại tràng phải

Giải phẫu bệnh trước mổ là carcinom tuyến

Xếp giai đoạn ung thư trước mổ I – III theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 8

Bệnh nhân không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi (ASA $\geq$ IV)

Bệnh nhân được tư vấn kỹ và đồng ý phẫu thuật robot.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có các biến chứng cấp tính: tắc ruột, thủng.

BN có hồ sơ không đầy đủ về các yếu tố khảo sát.

BN không tuân thủ chế độ điều trị hoặc không tái khám sau phẫu thuật.

BN có ung thư một nơi khác kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Thời gian: 1/2018 – 12/2022

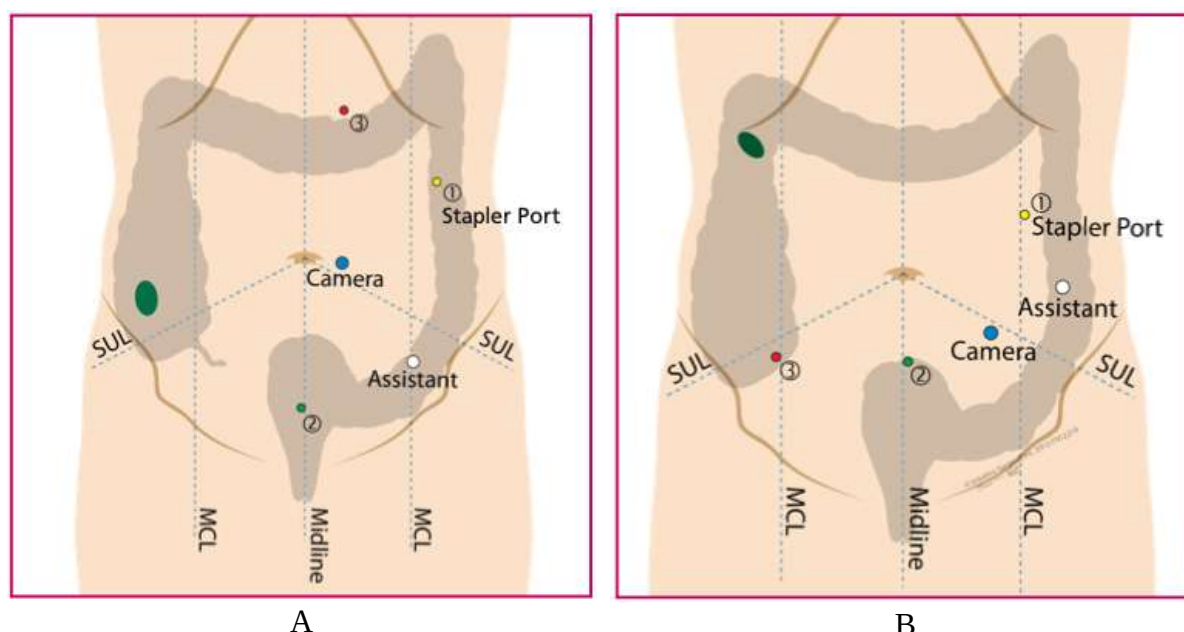
Địa điểm: bệnh viện Bình Dân

Thu thập và xử lý số liệu: thu thập bằng bệnh án và xử lý dữ liệu phần mềm Excel

2.3. Phương pháp phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng hệ thống Robot da Vinci tại bệnh viện Bình Dân sau chuẩn bị ruột và sử dụng kháng sinh dự phòng. Di động đại tràng và nạo vét hạch được thực hiện bằng robot. Việc khâu nối ruột vốn được thực hiện bên ngoài cơ thể sau khi đã cắt thành công đoạn đại tràng có chứa u, dần dần được thay thế bằng việc tiến hành nối bên trong cơ thể trong thì sử dụng robot. Bệnh nhân được đặt nằm tư thế ngửa thẳng chân trong suốt quá trình phẫu thuật.

Vị trí trocars trong phẫu thuật ung thư đại tràng phải. Thời gian docking được tính từ lúc bắt đầu di chuyển robot cho tới khi tất cả các dụng cụ được lắp vào robot.



Hình 1. Vị trí đặt trocar theo khuyến cáo của da Vinci [5]

A – Trường hợp tổn thương nằm ở manh tràng

B – Trường hợp tổn thương nằm ở đại tràng góc gan

2.4. Đánh giá kết quả chính: Đánh giá trong và sau khi phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh.

2.5. Ý đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 4 năm, 42 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng phải theo CME có robot hỗ trợ với các đặc điểm sau đây:

Giới tính

Có 18 bệnh nhân nam và 24 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam : nữ là 3 : 4.

Tuổi

Độ tuổi trung bình là $60,72 \pm 14,08$, cao nhất là 89 tuổi và thấp nhất là 32 tuổi.

Phân bố tuổi không tuân theo phân phối chuẩn.

Triệu chứng trước mổ

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng mẫu nghiên cứu

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng phải	42	100
Ăn uống kém	7	16,67
Sụt cân	5	11,9
Tiêu chảy	6	14,28
Táo bón	6	14,28
Tiêu phân máu	17	40,47

Đau bụng là triệu chứng chiếm ưu thế.

Cận lâm sàng trước mổ

Nhìn chung các chỉ số Hct, Hb, BMI của bệnh nhân trước mổ nằm trong giới hạn bình thường.

Có 5 trường hợp CEA vượt ngưỡng bình thường và 2 trường hợp CA 19.9 vượt ngưỡng bình thường.

Giải phẫu bệnh trước mổ

Chủ yếu là biệt hóa vừa với 30 trường hợp (71,43%), kể đến là biệt hóa cao với 8 trường hợp (19,05%) và 4 trường hợp biệt hóa kém (9,52%).

Hình ảnh học

Phần lớn các bệnh nhân đã có u xâm lấn ra đến bề mặt thanh mạc (T4a) trên hình ảnh MSCT có cản quang.

+ Nội soi trước mổ

Nội soi đại tràng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Manh tràng	8	19,05
Đại tràng phải	15	35,71
Đại tràng góc gan	15	35,71
Đại tràng ngang gần góc gan	4	9,52
Dạng đại thể		
Chồi sùi	36	85,71
Loét	6	14,29
Kích thước u so với lòng đại tràng		
< ½	5	11,9
> ½	37	88,1

Đa số các trường hợp được đánh giá trước phẫu thuật ở giai đoạn II (38,24%) và giai đoạn III (58,82%), phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

Thời gian mổ và điều trị

Thời gian docking trung bình là $6,06 \pm 1,67$ phút.

Thời gian mổ bằng robot trung bình là $95,88 \pm 33,76$ phút, thời gian này cũng giảm

nhieu qua quá trình làm quen với robot, nhưng cũng phụ thuộc vào độ phức tạp của phẫu trường cũng như độ di động của bướu. Thời gian mổ trên robot chiếm phần lớn thời gian của cuộc mổ. Hạch được BSPT phụ lấy trên bệnh phẩm ngay sau trường hợp mổ, được cảm nhận bằng tay. Tổng số hạch lấy được trong mổ là $15,32 \pm 5,13$ hạch, nhiều nhất là 30 hạch, ít nhất là 6 hạch.

Kỹ thuật làm miệng nối	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dụng cụ khâu nối		
Bằng tay	10	23,81
Stapler	32	76,19
Kiểu khâu nối		
Bên – bên	34	100

GPB sau mổ chủ yếu là độ biệt hoá vừa. Tổng số hạch di căn: $0,94 \pm 1,87$ hạch. Trường hợp ghi nhận nhiều hạch di căn nhất có 7 hạch, và ít nhất là không ghi nhận hạch di căn nào. Không ghi nhận bất kì trường hợp nào trong nghiên cứu có tế bào ác tính tại 2 mặt cắt của bệnh phẩm.

Có 3 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ biến chứng chung là 7,14%. Sau mổ, thời gian bệnh nhân xuất hiện trung tiện trung bình là sau 3 ngày. Bệnh nhân được cho nuôi ăn sớm. Thời gian hậu phẫu trung bình là $7,82 \pm 1,14$ ngày, lâu nhất là 11 ngày và ngắn nhất là 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng là một trong mười loại ung thư thường gặp nhất ở các nước phát triển, là nguyên nhân thứ tư gây tử vong ở nam giới và thứ ba ở nữ giới [8]. Điều trị ung thư đại tràng phải là điều trị đa mô thức: phẫu trị, hoá trị và xạ trị, tuy nhiên phẫu trị vẫn là phương pháp chủ yếu và khả năng giúp triệt căn vẫn chiếm tỷ lệ cao [1].

Trong suốt thời gian dài, phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi đã thể hiện được hiệu quả trong điều trị ung thư đại tràng phải qua khá nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên, một số hạn chế vẫn tồn tại ở 2 phương pháp này: tầm hoạt động của dụng cụ nội soi kém linh hoạt, khó xoay trở trong không gian hẹp; chất lượng hình ảnh của màn hình 2D phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm cảm đèn của phẫu thuật viên phụ; khi cuộc mổ kéo dài, phẫu thuật viên chính và phụ đều có thể có tình trạng rung tay,...

Với sự hỗ trợ của robot, các hạn chế trên đã được khắc phục: phẫu thuật viên chính tự

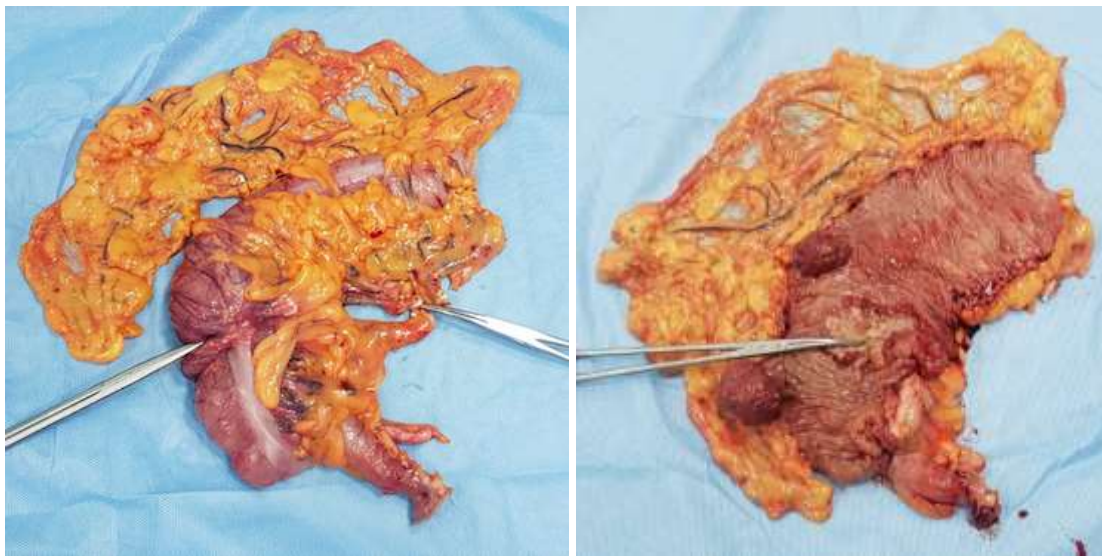
điều chỉnh camera theo ý mình; các dụng cụ trong robot có tầm hoạt động linh hoạt hơn, có thể xoay chuẩn được 360o gần như ngón tay người thật, do đó việc phẫu tích các mạch máu chính được tiến hành sát gốc đúng tiêu chuẩn của kỹ thuật CME, khối u được lấy trọn vẹn hơn, mặt khác việc nạo vét hạch cũng được tiến hành thuận lợi, tinh tế hơn.

Khi mổ qua robot, phẫu thuật viên nhìn các cơ quan giải phẫu rõ hơn mổ qua nội soi, các thao tác của dụng cụ robot tương tự của tay người nhờ vào hệ thống EndoWrist®. Do đó, phẫu thuật viên có thể hạn chế việc gây tổn thương niệu quản, bó mạch sinh dục và có thể phẫu tích, khâu nối ruột chính xác hơn. Vì vậy, chức năng niệu và sinh dục của bệnh nhân sau mổ được bảo toàn, giúp bệnh nhân có chất lượng sống tốt hơn sau phẫu thuật [6].

Thời gian mổ robot thường kéo dài hơn so với mổ nội soi ổ bụng. Nguyên nhân là phẫu thuật viên cần thời gian tính toán vị trí các trocar, docking robot vào bệnh nhân và chuẩn bị các dụng cụ chuyên biệt của robot. Khi phẫu thuật viên quen dần với các thao tác này, thời gian mổ giảm rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian docking robot những trường hợp đầu tiên thường kéo dài khoảng 30 đến 40 phút do chưa quen với dụng cụ và cách đặt vị trí các trocars. Tuy nhiên, sau khoảng 10 trường hợp đầu tiên, thời gian này được rút ngắn đáng kể còn khoảng 5 - 7 phút. Ở nghiên cứu này, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tai biến trong phẫu thuật. Xét về mặt kinh tế, chi phí cho một trường hợp phẫu thuật có hỗ trợ robot vẫn còn khá cao so với phẫu thuật nội soi do đó cũng ảnh hưởng đến số lượng bệnh

trong nghiên cứu. Từ đó, một số các biến chứng trong và sau mổ được ghi nhận trong một vài nghiên cứu trên thế giới thì chưa ghi nhận ở nghiên cứu của chúng. Việt Nam có lượng bệnh nhân ung thư khá lớn, trước khi có robot, các ekip phẫu thuật nội soi đã được

thực hiện rất nhiều trường hợp ung thư đại tràng phải; bên cạnh đó, chúng tôi cũng có cơ hội học hỏi kinh nghiệm thực hành trên robot từ các đơn vị bạn, điều đó cũng có thể lý giải một phần tổng thời gian mổ chung của chúng tôi ngắn hơn so với một số nghiên cứu.



Hình 2. Bệnh phẩm một trường hợp ung thư đại tràng phải giai đoạn 3

Khi phẫu thuật dùng hệ thống robot, chúng tôi nhận thấy vị trí các trocars rất quan trọng, phải tính toán chính xác để khi docking xong, các cánh tay robot có thể thao tác dễ dàng mà không va chạm nhau, gây nguy hiểm cho bệnh nhân và dụng cụ. Đặc biệt, có 2 kiểu thiết lập các trocar robot tùy thuộc vào vị trí của khối u trên đại tràng phải. Tư thế bệnh nhân sẽ không được thay đổi sau khi đã docking robot nên việc tính toán chính xác vị trí trocar sẽ giúp tiết kiệm thời gian thay đổi vị trí của robot, từ đó rút ngắn tổng thời gian mổ chung cho bệnh nhân. Do đó, việc chẩn đoán vị trí u trước mổ đóng vai trò quan trọng.

Thời gian bệnh nhân nằm viện sau mổ từ 7 đến 11 ngày, đa số bệnh nhân xuất viện sau mổ 8 ngày. Trong đó, 3 trường hợp nhiễm

trùng vết mổ. Tổng số hạch trung bình lấy được của chúng tôi là 15 - 16 hạch, tuy nhiên số hạch có di căn của chúng tôi khá ít so với nhiều nghiên cứu khác; bên cạnh đó, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy, các khối u đa phần là biệt hoá vừa với 12 trường hợp (52,17%), các trường hợp được phân giai đoạn sau mổ với 20 trường hợp giai đoạn 2 và 3 trường hợp giai đoạn 3. Với tỷ lệ biến chứng chung là 7,14% (biến chứng chỉ xếp độ 2 theo Clavien – Dindo) và chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát trong giai đoạn sớm sau mổ, tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật robot điều trị ung thư đại tràng phải theo CME chúng tôi tự đánh giá đạt 100%.

Nhìn chung, hơn 70% bệnh nhân của nghiên cứu thường đến bệnh viện muộn giai

đoạn ung thư muộn, từ đó cũng ít nhiều ảnh hưởng đến tiên lượng sống, khả năng tái phát sau mổ. Hiện tại, chúng tôi chưa ghi nhận bất kì trường hợp nào tái phát hay di căn ổ bụng, có thể thời gian nghiên cứu của chúng tôi chưa được đủ nhiều, tuy nhiên một vấn đề cũng cần đặt ra cho chúng tôi ở tương lai gần là cần có biện pháp tầm soát và phát hiện ung thư giai đoạn sớm cho người dân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ung thư đại tràng phải bằng robot cho thấy sự an toàn, khả thi và bước đầu mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân với khả năng mổ tốt hơn trong không gian chật hẹp, thêm một lựa chọn tốt cho bệnh nhân cũng như phẫu thuật viên. Trong tương lai chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và so sánh với phẫu thuật nội soi về tính an toàn, khả năng nạo vét hạch và kết quả ung thư ngắn hạn cũng như dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Long Hiên.** (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Bae S.U., Saklani A.P., Lim D.R. và cộng sự.** (2014). Laparoscopic-Assisted Versus Open Complete Mesocolic Excision and Central Vascular Ligation for Right-Sided Colon Cancer. *Ann Surg Oncol*, 21(7), 2288–2294.
3. **Delaney C.P., Lynch A.C., Senagore A.J. và cộng sự.** (2003). Comparison of robotically performed and traditional laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*, 46(12), 1633–1639.
4. **Hohenberger W., Weber K., Matzel K. và cộng sự.** (2009). Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation – technical notes and outcome. *Colorectal Dis*, 11(4), 354–364.
5. **Jorge Lagares Garcia** (2012). Right Colectomy. *Intuitive Surg*
6. **Nozawa H. và Watanabe T.** (2017). Robotic surgery for rectal cancer. *Asian J Endosc Surg*, 10(4), 364–371. (2017). *NCCN Rectal Cancer*
7. **Park S.Y., Choi G.-S., Park J.S. và cộng sự.** (2012). Robot-assisted Right Colectomy With Lymphadenectomy and Intracorporeal Anastomosis for Colon Cancer: Technical Considerations. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 22(5), 271–276.
8. **Torre L.A., Bray F., Siegel R.L. và cộng sự.** (2015). Global cancer statistics, 2012: Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 65(2), 87–108.

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM VÀ TRUNG HẠN CỦA TẠO HÌNH MÔ TRĨ BẰNG LASER VÀ PHẪU THUẬT LONGO

Dương Văn Hải¹, Phan Lê Anh Minh¹, Vũ Thị Ngọc Hân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong điều trị phẫu thuật bệnh trĩ, xu hướng điều trị hiện nay ưu tiên xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật Longo và tạo hình mô trĩ bằng laser (LHP). Tuy nhiên, hiệu quả điều trị và các biến chứng của hai phương pháp này chưa được so sánh ở Việt Nam. Trong nghiên cứu này chúng tôi so sánh kết quả điều trị sớm và trung hạn của hai phương pháp trên tại bệnh viện Bình Dân.

Mục tiêu: So sánh kết quả trong điều trị sớm và trung hạn bệnh trĩ của phương pháp tạo hình mô trĩ bằng laser so với phẫu thuật Longo.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi sẽ so sánh các đặc điểm dân số và kết cục sớm và trung hạn của hai nhóm phương pháp phẫu thuật. Phương pháp bắt cặp điểm xu hướng (Propensity score matching) được dùng để đánh giá kết quả sớm và trung hạn của hai nhóm bệnh nhân. Phân tích số liệu được thực hiện bằng ngôn ngữ lập trình R phiên bản 4.2.1

Kết quả: Từ năm 2016 đến năm 2022, có 650 bệnh nhân bệnh trĩ được phẫu thuật tại bệnh viện chúng tôi và được theo dõi tiến cứu. Các

bệnh nhân được chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm 325 bệnh nhân, không ngẫu nhiên. Trong đó, 650 trường hợp (TH) được phẫu thuật trong hai nhóm, trong đó có 25 TH biến chứng của nhóm Longo (7,7%) gồm: chảy máu 9 (2,8%), hẹp hậu môn 14 (4,3%), có 2 trường hợp vừa chảy máu và hẹp hậu môn (0,6%). Và 9 TH biến chứng của nhóm LHP (2,8%) gồm: chảy máu 9 TH (2,8%). Điểm đau sau mổ (VAS) của nhóm LHP vào ngày hậu phẫu 1 và 7 đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với điểm đau sau mổ của nhóm Longo. Cả hai phương pháp phẫu thuật đều giúp bệnh nhân giảm triệu chứng có ý nghĩa so với trước mổ. Nhóm Longo có 11 (4,03%) trường hợp tái phát sau 3 tháng và nhóm LHP chưa ghi nhận trường hợp tái phát. Khi áp dụng phân tích bắt cặp điểm xu hướng của hai nhóm, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về tỉ lệ biến chứng và triệu chứng đau sau mổ.

Kết luận: Cả hai phương pháp phẫu thuật Longo và LHP đều giúp bệnh nhân giảm triệu chứng có ý nghĩa so với trước mổ tương đương nhau. Cảm giác đau và tỉ lệ chảy máu sau mổ giữa hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mặt khác, tỉ lệ hẹp hậu môn và tái phát ở nhóm LHP thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Longo.

Từ khóa: Phẫu thuật Longo, tạo hình mô trĩ bằng laser, bệnh trĩ.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Hải

SĐT: 0919669192

Email: haiduong99@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 11/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

SUMMARY

**COMPARISON OF OUTCOMES OF
LASER HEMORRHOIDOPLASTY
VERSUS STAPLER
HEMORRHOIDOPEXY IN
TREATMENT OF HEMORRHOIDS: A
PROSPECTIVE STUDY AT
SPECIALIZED HOSPITAL**

Background: In the surgical treatment of symptomatic hemorrhoids, the current trend prioritizes minimally invasive procedures such as stapler hemorrhoidopexy (Longo procedure) and laser hemorrhoidoplasty (LHP). In the surgical treatment of symptomatic hemorrhoids, the current trend prioritizes minimally invasive procedures such as stapler hemorrhoidopexy (Longo procedure) and laser hemorrhoidoplasty (LHP). However, the treatment outcomes and complications of these two methods have not been compared in Vietnam. In this study, we compared the short and mid-term results of these two methods at Binh Dan hospital.

Objectives: Comparison of early and mid-term outcomes in treating hemorrhoids of laser hemorrhoidoplasty compared with Longo surgery.

Method: Population characteristics and the early and mid-term outcomes will be compared between the two surgical techniques. We also used the Propensity score matching method to analyze the two groups of patients. All the analysis was done using R version 4.2.1

Results: From 2016 to 2022, 650 hemorrhoid patients underwent surgery at our hospital and were followed up prospectively. The patients were divided into 2 groups, with 325 patients in each group. Of those patients, 650 cases were operated on, of which there were 25 complications of the Longo surgery group (7,7%), including bleeding 9 (2,8%), anal stenosis 14 (4,3%) and 2 cases had bleeding and

stenosis (0,6%). And 9 cases of complications of the LHP group (2,8%), including bleeding 9 (2,8%). The postoperative pain score (VAS) of the LHP group on postoperative at days 1 and 7 were not significantly higher than that of the Longo group. Both surgical methods resulted in a significant reduction in symptoms compared to preoperative patients. The Longo surgery group had 11 (4,03%) cases with recurrences after 3 months, and the LHP surgery group had not recorded any recurrences cases. When the propensity score matching method was used, complication rates and postoperation pain were not statistically different between the two groups.

Conclusion: Longo surgery and LHP procedures help patients reduce symptoms significantly compared to before surgery. The pain of the LHP group was not significantly different from the Longo group on days 1 and 7 after surgery. There was a significant difference in the rate of postoperative bleeding. However, the anal stenosis and recurrence rate between the two groups were not statistically significantly different.

Keywords: Longo procedure, stapler hemorrhoidopexy, laser hemorrhoidoplasty, hemorrhoids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là căn bệnh phổ biến trong dân số, gây ra gánh nặng cho người bệnh và tốn kém chi phí cho hệ thống y tế. Trong những năm gần đây, có một phương pháp mới điều trị bệnh trĩ đã được chứng minh hiệu quả qua nhiều nghiên cứu khác nhau cùng với những ưu điểm như: an toàn, hiệu quả, không đau và làm teo búi trĩ bán phần hay toàn phần trong một thời gian ngắn. Phương pháp mổ đó đã được phát minh năm 2008. Plapler H đã xây dựng mô hình thực nghiệm sử dụng laser diode để điều trị trĩ trên khỉ. Sau khi tạo

búi trĩ bằng cách thắt tĩnh mạch trĩ dưới, ông luồn dây laser vào búi trĩ và kích hoạt laser. Các búi trĩ teo lại ngay sau quá trình thực hiện và kết quả kiểm tra lại 10 ngày sau đó ghi nhận các tĩnh mạch bị dần giảm và vùng can thiệp lành tốt. Năng lượng laser không tác động trực tiếp bên trong tĩnh mạch dẫn mà phân bố vào mô xung quanh ở vùng dưới niêm có tác dụng làm teo búi trĩ.[6] Đó là phương pháp tạo hình mô trĩ bằng laser (Laser Hemorrhoidoplasty (LHP))[2]. LHP là biện pháp sử dụng laser diode tác động trực tiếp lên các mô và mạch máu trong búi trĩ. Tia laser làm thoái hóa mô ở lớp dưới niêm, có tác dụng làm co nhỏ các mô và các nhánh động mạch nằm sâu khoảng 5mm ngay tức thì. Các tác động này được giới hạn trong búi trĩ, không tác động lên các phần khác xung quanh ở ống hậu môn [6].

Đã có nhiều nghiên cứu so sánh phương pháp LHP với phương pháp hiện dùng như nghiên cứu của Anshuman Kaushal và cộng sự[7]. Nghiên cứu đã thực hiện trên 50 bệnh nhân trĩ độ II-III được chia thành 2 nhóm điều trị bằng tạo hình mô trĩ bằng laser và phẫu thuật Longo, mỗi nhóm 25 bệnh nhân. Kết quả sau mổ được theo dõi trong 3 tháng và so sánh 2 nhóm với nhau với sự tương đương về hiệu quả và biến chứng giữa hai phương pháp[7]. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào tương tự được thực hiện. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sớm và trung hạn của tạo hình mô trĩ bằng laser và phẫu thuật Longo.

Mục tiêu:

Đánh giá mức độ giảm triệu chứng bệnh trĩ của hai phương pháp dựa trên thang điểm HDSS.

So sánh mức độ đau hậu phẫu của hai phương pháp sau mổ 1 ngày, 7 ngày, 2 tuần và 1 tháng.

So sánh tỉ lệ biến chứng của hai phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu không ngẫu nhiên hoá, phân tích, so sánh hai nhóm.

Mẫu nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trĩ và được điều trị bằng phẫu thuật Longo hoặc tạo hình mô trĩ bằng laser ở bệnh viện Bình Dân Từ năm 2016 đến năm 2022 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Từ năm 2016 đến năm 2022, có 650 bệnh nhân bệnh trĩ được phẫu thuật và theo dõi, chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm 325 bệnh nhân. Chúng tôi thu thập và phân tích các biến số trước, trong và sau phẫu thuật. Phương pháp so sánh điểm xu hướng (Propensity score matching) được dùng để bắt cặp hai nhóm bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

≥ 18 tuổi

Thể trạng tốt (ASA I hoặc II)

Trĩ độ II hoặc độ III (phân loại Goligher)

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh lý viêm ruột (IBD).

Tiền căn có phẫu thuật trĩ, phẫu thuật có nối ruột với trực tràng <3cm.

Hội chứng bế tắc đường ra (ODS) không đáp ứng điều trị nội.

Són phân.

Hẹp hậu môn, ống hậu môn.

Có bệnh lý đi kèm: tại chỗ (nứt, rò hậu môn) hay toàn thể (xơ gan, suy thận...)

Có điều trị kháng đông (tương đối).

Hội chứng ruột kích thích có tiêu chảy hay táo bón nặng.

Bệnh nhân có can thiệp thêm trong mổ, như là: cắt da thừa hậu môn, cắt trĩ ngoại, cắt polype hay u nhú ống hậu môn...

Xử lý số liệu:

Các số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa và nhập vào chương trình quản lý dữ liệu. Sau đó, các số liệu sẽ được xử lý và phân tích trên máy vi tính bằng ngôn ngữ lập trình R phiên bản 4.2.1. Các biến số định lượng được diễn tả bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc số trung vị và bách phân vị, các biến số định tính được mô tả bằng tỉ lệ. So sánh 2 giá trị trung bình bằng phép kiểm t hoặc Mann Whitney, kiểm định các tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher khi phù hợp, $p < 0,05$ xem như có giá trị thống

kê. Phương pháp bắt cặp so sánh điểm xu hướng (Propensity score matching) được áp dụng với phương pháp mô hình hồi qui logistic đa biến, độ rộng là 0.2 của độ lệch chuẩn và ghép cặp không thay thế (1:1).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số học:

Dân số chung trong nghiên cứu có tuổi trung bình là 45,55 tuổi. Lớn nhất là 83 tuổi và trẻ nhất là 18 tuổi. Trong nghiên cứu, có 367 bệnh nhân nam và 283 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu cũng như trong mỗi nhóm theo phương pháp điều trị là 1,3.

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1: So sánh tỉ lệ xuất hiện triệu chứng bệnh giữa hai nhóm bệnh nhân (phép kiểm Chi bình phương)

Phương pháp điều trị	LHP (n=45)	Longo (n=45)	P
Đau	235 (72.3%)	214 (65.8%)	0,075
Ngứa	144 (44.3%)	96 (29.5%)	0,001
Chảy máu khi đi tiêu	176 (54.2%)	209 (64.3%)	0,008
Sa búi trĩ	307 (94.5%)	323 (99.4%)	<0,001
Chảy dịch hậu môn	76 (23.4%)	69 (21.2%)	0,51

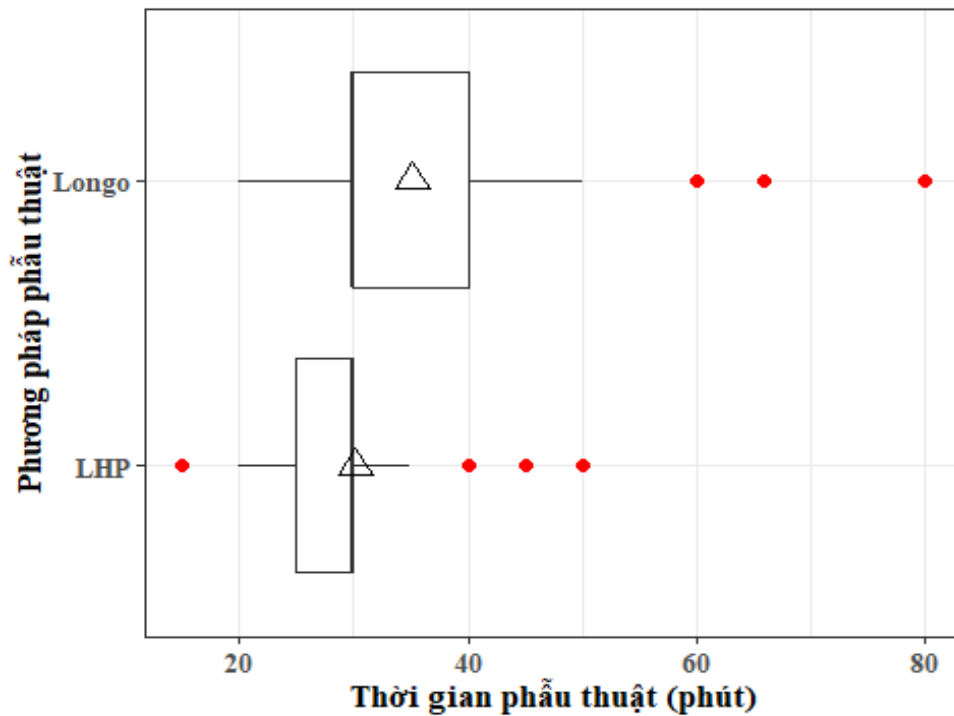
Bảng 2: Phân bố mức độ sa trĩ theo Goligher của hai nhóm bệnh nhân (Phép kiểm chi bình phương)

Phương pháp điều trị	LHP (n=325)	Longo (n=325)	Tổng
Trĩ nội sa độ II	61 (18,8%)	37 (11,4%)	98
Trĩ nội sa độ III	252 (77,5%)	281 (86,5%)	533
Trĩ nội sa độ IV	12 (3,6%)	7 (2,15%)	19
Tổng	325	325	650

Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ sa của mô trĩ giữa hai nhóm bệnh nhân theo phân độ Goligher với nhóm Longo có phân độ thấp hơn có ý nghĩa ($P=0,012$).

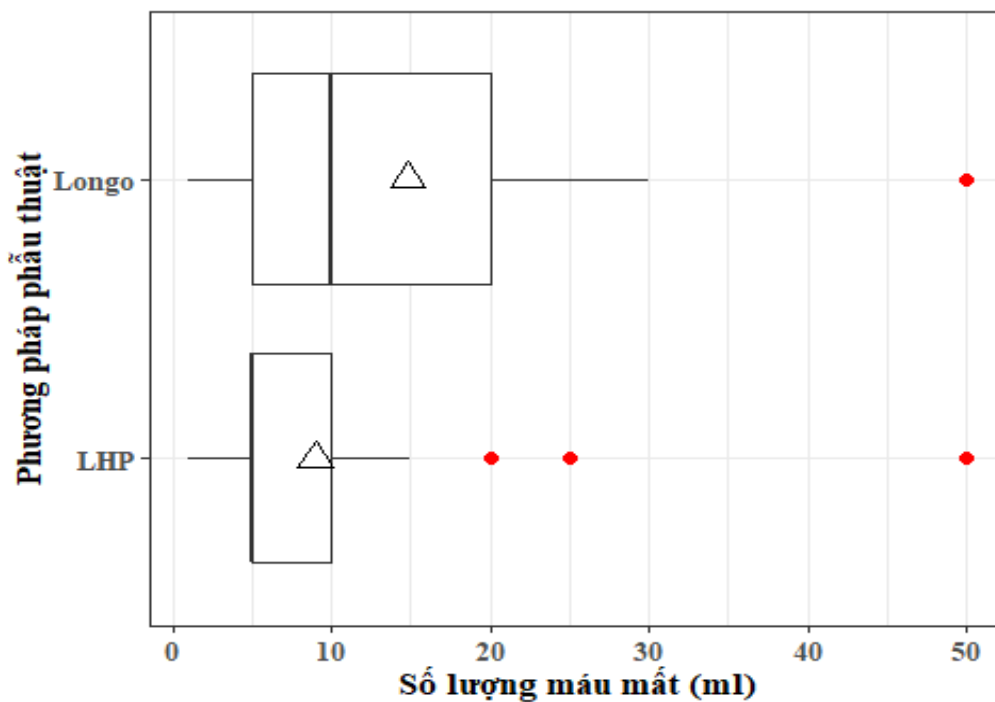
Biến số trong phẫu thuật:

Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật trong đó phẫu thuật Longo có thời gian phẫu thuật dài hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,001$, phép kiểm Mann-Whitney)



Biểu đồ 1: Thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm

Lượng máu mất trong mổ giữa hai phương pháp điều trị cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P=0,001$, phép kiểm Mann-Whitney) với nhóm LHP có lượng máu mất trong mổ ít hơn.



Biểu đồ 2: Lượng máu mất trong mổ giữa hai nhóm

3.3. Kết quả sau mổ:**3.3.1. Đau sau mổ:**

Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số VAS vào thời điểm sau mổ 1 ngày ($P=0,883$) (phép kiểm Mann-Whitney). Chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về

điểm số VAS vào thời điểm sau mổ 7 ngày ($P=0,376$, phép kiểm Mann-Whitney). Mặt khác, vào thời điểm 2 tuần và 1 tháng sau mổ, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số VAS ($P=0,76$, phép kiểm Mann-Whitney)

3.3.2. Mức độ giảm triệu chứng:

Bảng 3: So sánh thang điểm HDSS trước và sau mổ của nhóm Longo (phép kiểm Wilcoxon bắt cặp)

Triệu chứng	Trước mổ	Sau mổ	Giá trị p
Đau	3.00 [0.00;4.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Ngứa hậu môn	0.00 [0.00;1.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Chảy máu hậu môn	2.00 [0.00;4.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Sa trĩ	4.00 [4.00;4.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Chảy dịch hậu môn	0.00 [0.00;0.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
HDSS	9.00 [8.00;12.0]	0.00 [0.00;1.00]	$P < 0,05$

Thang điểm HDSS, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau phẫu thuật Longo ($P < 0,05$, (phép kiểm Wilcoxon bắt cặp). Kết quả này cho thấy phẫu thuật Longo giúp cải thiện triệu chứng bệnh trĩ so với trước mổ.

Bảng 4: So sánh thang điểm HDSS trước và sau mổ của nhóm Laser (phép kiểm Wilcoxon bắt cặp)

Triệu chứng	Trước mổ	Sau mổ	Giá trị p
Đau	4.00 [0.00;4.00]	0.00 [0.00;1.00]	$P < 0,05$
Ngứa hậu môn	0.00 [0.00;2.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Chảy máu hậu môn	1.00 [0.00;4.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Sa trĩ	4.00 [4.00;4.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
Chảy dịch hậu môn	0.00 [0.00;0.00]	0.00 [0.00;0.00]	$P < 0,05$
HDSS	9.00 [8.00;12.0]	0.00 [0.00;1.00]	$P < 0,05$

Khi tổng kết thang điểm HDSS, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau phẫu thuật Laser ($P < 0,05$, phép kiểm Wilcoxon bắt cặp). Kết quả này cho thấy phẫu thuật tạo hình mô trĩ bằng năng lượng Laser giúp giảm triệu chứng bệnh trĩ so với trước mổ.

3.3.3. Biến chứng:

Chúng tôi sử dụng phân độ Clavian-Dindo để phân độ các biến chứng sau mổ. [1]

Bảng 5: Phân độ Clavian-Dindo [1]

Phân độ	Định nghĩa
Độ I	Bất kỳ sai lệch nào so với quá trình hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị bằng thuốc, hoặc can thiệp phẫu thuật, nội soi và X quang. Các phác đồ điều trị được phép là: thuốc chống nôn, hạ sốt, giảm đau, lợi tiểu và điện giải, và vật lý trị liệu. Mức độ này cũng bao gồm nhiễm trùng vết mổ
Độ II	Cần phải điều trị bằng các loại thuốc khác với các loại thuốc được phép đối với các biến chứng cấp độ I. Bao gồm truyền máu và dinh dưỡng toàn phần qua đường tĩnh mạch
Độ III	Yêu cầu can thiệp phẫu thuật, nội soi hoặc X quang
Độ IIIa	Can thiệp không cần gây mê toàn thân
Độ IIIb	Can thiệp cần phải gây mê toàn thân
Độ IV	Biến chứng đe dọa tính mạng (bao gồm biến chứng hệ thần kinh trung ương) cần điều trị tại khoa ICU
Độ IVa	Suy một cơ quan (bao gồm cả lọc máu)
Độ IVb	Suy nhiều cơ quan
Độ V	Bệnh nhân tử vong

Bảng 6: So sánh số ca biến chứng giữa hai nhóm

Phương pháp phẫu thuật	LHP (n=325)	Longo (n=325)	Tổng
Có biến chứng	9	25	34
Không có biến chứng	316	300	616
Tổng	325	325	650

Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xảy ra biến chứng nói chung giữa 2 phương pháp phẫu thuật trong đó nhóm Longo có tỉ lệ xảy ra biến chứng cao hơn ($P=0,05$, phép kiểm chính xác Fisher)

Bảng 7: Phân độ biến chứng giữa hai nhóm theo Clavian-Dindo

Phân độ theo Clavian-Dindo	LHP	Longo
Độ II	9 (100%)	9 (36%)
Độ III	0	16 (64%)

Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ nặng của biến chứng theo Clavian-Dindo của hai nhóm, trong đó nhóm Longo có tỉ lệ biến chứng độ III cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$, Phép kiểm chính xác Fisher).

Theo tiêu chuẩn phân loại hẹp của Milsom[8]

* Dựa theo khẩu kính lỗ hậu môn:

+ Hẹp nhẹ: khó dứt lọt ngón trỏ hoặc van Hill – Ferguson cỡ M.

+ Hẹp trung bình: dứt ngón trỏ hoặc van Hill – Ferguson cỡ M rất khó và chặt.

+ Hẹp nặng: không dứt lọt ngón út hoặc van Hill – Ferguson cỡ S, chỉ khi nong giãn ra mới dứt được.

* Dựa theo vị trí độ cao của thương tổn hẹp hậu môn:

+ Hẹp thấp: chỗ hẹp ở rìa hậu môn cho đến dưới đường lược 0,5cm.

+ Hẹp trung bình: chỗ hẹp từ dưới đường lược 0,5cm đến trên đường lược 0,5cm.

+ Hẹp cao: chỗ hẹp ở trên đường lược 0,5cm trở lên.

+ Hẹp toàn bộ: đoạn hẹp chiếm hết chiều dài ống hậu môn.

* Dựa theo độ rộng của thương tổn:

+ Khu trú.

+ Dạng vòng.

+ Toàn bộ.

Đối với hẹp hậu môn sau cắt trĩ bằng phương pháp Longo thì đây được xem như là

trường hợp hẹp hậu môn cao. Một số tác giả cho rằng đây nên được coi là một tình trạng hẹp trực tràng thấp vì phẫu thuật Longo được thực hiện trên đường lược từ 2 – 4cm tại vị trí thành trực tràng. Từ vị trí hẹp cao và kèm theo hẹp dạng vòng do vòng sơ sọ của vòng kim bấm khiến việc điều trị trở nên rất khó khăn.

Bảng 8: So sánh số ca hẹp hậu môn giữa hai nhóm (Phép kiểm chính xác Fisher)

Phương pháp phẫu thuật	LHP (n=325)	Longo (n=325)	Tổng
Hẹp hậu môn sau mổ	0% (0)	4,9% (16)	16
Không hẹp hậu môn sau mổ	100% (325)	95,1% (309)	634
Tổng	325	325	650

Hẹp hậu môn là tình trạng hậu môn hẹp, không mở hết một cách dễ dàng do lớp biểu mô lát của niêm mạc ống hậu môn bị thay thế bởi tổ chức xơ liên kết tạo thành một vòng sẹo hẹp. Điều này dẫn đến đi cầu khó khăn và đau[5]. Hẹp hậu môn tương đối ít gặp nhưng là một biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng, đặc biệt là sau phẫu thuật trĩ[5].

Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hẹp hậu môn sau mổ

ở nhóm Longo nhiều hơn so với nhóm LHP ($P=0,001$, Phép kiểm chính xác Fisher)

Trong đó, có 2 trường hợp hẹp hậu môn, cả hai trường hợp đều có vị trí hẹp trên đường lược 2cm, độ hẹp không qua vừa 1 ngón tay dạng vòng xơ sẹo cứng. Cả hai đều được phẫu thuật lại để tạo hình ống hậu môn. Các trường hợp còn lại được nong hậu môn tại phòng khám và tại nhà. Tất cả các trường hợp hẹp hậu môn đều được phân độ biến chứng độ III theo Clavian-Dindo.

Bảng 9: So sánh số ca chảy máu sau mổ giữa hai nhóm (Phép kiểm chính xác Fisher)

Phương pháp phẫu thuật	LHP (n=325)	Longo (n=325)	Tổng
Chảy máu sau mổ	2,8% (9)	3,4% (11)	20
Không chảy máu sau mổ	97,1 % (316)	96,6% (314)	630
Tổng	325	325	650

Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ chảy máu sau mổ giữa 2 phương pháp phẫu thuật ($P=0,65$).

Trong nhóm LHP, tất cả các trường hợp chảy máu sau mổ đều được điều trị nội khoa và phân loại biến chứng độ II theo Clavian-Dindo.

Trong nhóm Longo, có 1 trường hợp chảy máu phải phẫu thuật lại cầm máu, phân độ biến chứng độ III. 10 trường hợp được điều trị nội khoa, phân độ biến chứng độ II theo Clavian-Dindo.

3.3.4. Tái phát

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tái phát sau phẫu thuật khi bệnh nhân bị

sa trĩ sau mổ bằng hoặc nặng hơn so với trước khi mổ, được phát hiện qua thăm khám lâm sàng hoặc nội soi trực tràng sau phẫu thuật, thời gian theo dõi là sau phẫu thuật 3 tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận có 11 trường hợp trĩ sa tái phát ở nhóm Longo sau phẫu thuật 3 tháng. Trong nhóm LHP, chúng tôi không ghi nhận trường

hợp nào tái phát sau phẫu thuật 3 tháng. Qua đó ta thấy tỉ lệ tái phát ở nhóm Longo cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm LHP ($P < 0,05$, Phép kiểm chính xác Fisher).

Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận tỉ lệ tái phát của phẫu thuật Longo còn cao và tăng dần theo thời gian[3]

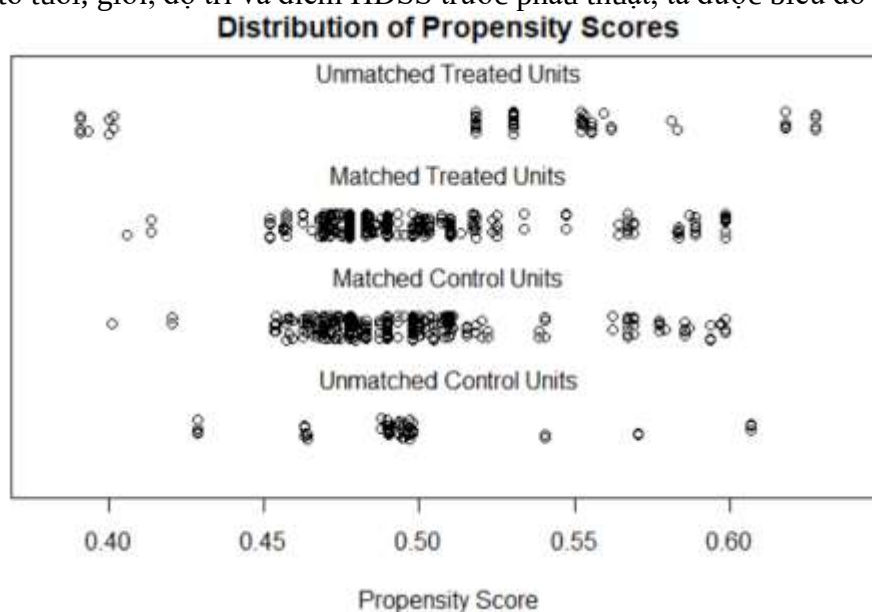
3.3.5. Phân tích biến chứng và tái phát theo phân độ trĩ

Bảng 10: Tỉ lệ biến chứng và tái phát theo phân độ Goligher

	Độ II (n=98)	Độ III (n=533)	Giá trị P
Biến chứng chung	6 (6,1%)	28 (5,3%)	0,73
Chảy máu	4 (4,1%)	16 (3,0%)	0,53
Hẹp hậu môn	2 (2,0%)	14 (2,6%)	0,99
Tái phát	5 (5,1%)	14 (2,6%)	0,20

3.3.6. Kết cục sau khi điều chỉnh PSM

Kết quả so sánh giữa hai nhóm khi chạy bằng PSM phương pháp logistic, có điều chỉnh cho các yếu tố tuổi, giới, độ trĩ và điểm HDSS trước phẫu thuật, ta được biểu đồ phân bố sau.



Biểu đồ 3: Phân bố điểm số khác biệt giữa hai nhóm

Sau khi điều chỉnh, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về tuổi ($p=0.34$), giới ($p=0.99$), độ trĩ ($p=0.93$, Với phép kiểm Chi bình phương) và điểm số hdss ($p=0.78$, với phép kiểm Mann-Whitney) giữa hai nhóm.

Chúng tôi bắt cặp được 546 bệnh nhân với mỗi nhóm 273 bệnh nhân. Kết quả cho thấy thời gian mổ dài hơn ($P < 0,001$) và lượng máu mất trong mổ nhiều hơn ($P < 0,001$) ở nhóm Longo (Với phép kiểm

Mann-Whitney). Tỉ lệ biến chứng ở nhóm Longo cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,011$) và tỉ biến chứng hẹp hậu môn ở

nhóm Longo cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,001$, Phép kiểm chính xác Fisher)

Bảng 11: Tỉ lệ biến chứng và tái phát sau khi bắt cặp

Phương pháp phẫu thuật	LHP (n=273)	Longo (n=273)	Giá trị P
Hẹp hậu môn sau mổ	0% (0)	5,5% (15)	<0,05
Chảy máu sau mổ	3,3% (9)	3,7% (10)	<0,05
Tái phát	0% (0)	4,0% (11)	<0,05

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam với lượng cỡ mẫu lớn, được thực hiện ở trung tâm phẫu thuật hậu môn chuyên sâu. Khi so sánh hai phương pháp mổ, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm dân số và hiệu quả điều trị. Cả hai phương pháp đều giảm có ý nghĩa thống kê các triệu chứng so với trước mổ, bao gồm các triệu chứng đau, ngứa hậu môn, chảy máu hậu môn, sa trĩ và chảy dịch hậu môn.

Khi so sánh với các nghiên cứu nước ngoài tương tự như nghiên cứu của Anshuman Kaushal và cộng sự[7], chúng tôi ghi nhận kết quả tương đương với kết quả giảm triệu chứng bệnh trĩ có ý nghĩa. Nghiên cứu Anshuman Kaushal[7] dùng đầu laser phát laser với bước sóng 1470nm giống với nghiên cứu chúng tôi. Mức năng lượng của Anshuman Kaushal là 13W, phát xung dài 3 giây ngưng 1,2 giây cũng tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi là năng lượng 13-15W mỗi xung dài 3 giây, ngưng 1 giây giữa các xung. Sự khác biệt về dụng cụ dùng ở các nghiên cứu khác nhau không làm ảnh hưởng lên kết quả so sánh giữa hai nhóm. Điều này càng khẳng định hiệu quả tương đương giữa hai phương pháp phẫu thuật trong điều trị trĩ.

Khi so sánh về biến chứng phẫu thuật, nghiên cứu của Anshuman Kaushal và cộng

sự[7] trong so sánh phương pháp LHP và Longo. Tỉ lệ biến chứng chảy máu sau mổ là 8% (4 trường hợp trên tổng 50 trường hợp), cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi là 2,9%. Điều này có thể được giải thích được do nghiên cứu tác giả Anshuman có cỡ mẫu nhỏ nên số liệu chưa đại diện cho sự so sánh giữa hai phương pháp. Mặt khác, phẫu thuật LHP trong nghiên cứu chúng tôi không thấy có biến chứng hẹp, phù hợp với nghiên cứu nước ngoài[4]

Nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu quan sát tiến cứu, có sự tương đồng các yếu tố giữa hai nhóm nghiên cứu. Dù chúng tôi có dùng phương pháp PSM để điều chỉnh cho các yếu tố gây nhiễu giữa hai nhóm nhưng vẫn không thể điều chỉnh cho các yếu tố gây nhiễu chưa được biết đến. Tuy nhiên, với cỡ mẫu lớn và thiết kế nghiên cứu tiến cứu, chúng tôi hi vọng đóng góp được sự so sánh về hiệu quả và biến chứng giữa hai phương pháp phẫu thuật.

Kết luận, nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu thực tế làm ở Việt Nam đầu tiên chứng minh được hiệu quả, so sánh kết cục trung và ngắn hạn giữa hai phương pháp. Chúng tôi đề nghị phương pháp LHP được ứng dụng nhiều hơn trên lâm sàng do tính hiệu quả tương đương với Longo nhưng có tỉ lệ biến chứng hẹp hậu môn và tái phát thấp hơn có ý nghĩa thống kê

Tuy nhiên, đây là một nghiên cứu ở một trung tâm và do đó, nó có những hạn chế khi được áp dụng cho nhiều nhóm bệnh nhân, bác sĩ phẫu thuật và các trung tâm y tế khác. Thế nên cần phải có thêm những nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn trên nhiều nhóm bệnh nhân và bác sĩ phẫu thuật để có kết quả đánh giá khách quan hơn.

Hiện tại, chưa có một hướng dẫn cụ thể trong kỹ thuật thực hiện phương pháp tạo hình mô trĩ bằng laser được đồng thuận. Tùy vào phẫu thuật viên sẽ có sự khác nhau về năng lượng đốt, số lượng và vị trí búi trĩ được đốt, vị trí rạch da để luồn đầu đốt vào trong búi trĩ.

V. KẾT LUẬN

Cả hai phương pháp phẫu thuật Longo và phẫu thuật tạo hình mô trĩ bằng năng lượng Laser đều giúp bệnh nhân giảm triệu chứng có ý nghĩa so với trước mổ.

Cả hai phương pháp phẫu thuật có mức độ đau hậu phẫu không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ở ngày hậu phẫu thứ nhất, 1 tuần, 2 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.

Tuy nhiên, phương pháp LHP giúp giảm có ý nghĩa thống kê biến chứng hẹp và tái phát sau 3 tháng so với phương pháp Longo. Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ giữa hai phương pháp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bolliger, M., et al.** (2018), "Experiences with the standardized classification of surgical complications (Clavien-Dindo) in

general surgery patients", *Eur Surg.* 50(6), pp. 256-261.

2. **Maloku, H., et al.** (2014), "Laser Hemorrhoidoplasty Procedure vs Open Surgical Hemorrhoidectomy: a Trial Comparing 2 Treatments for Hemorrhoids of Third and Fourth Degree", *Acta Inform Med.* 22(6), pp. 365-7.
3. **Schneider, R., Jager, P., and Ommer, A.** (2019), "Long-Term Results After Stapled Hemorrhoidopexy: A 15-Year Follow-Up", *World J Surg.* 43(10), pp. 2536-2543.
4. **Weyand, G., et al.** (2019), "[Laserhemorrhoidoplasty with 1470 nm Diode Laser in the Treatment of Second to Fourth Degree Hemorrhoidal Disease - a Cohort Study with 497 Patients]", *Zentralbl Chir.* 144(4), pp. 355-363.
5. **G, Brisinda, et al.** (2009), "Surgical treatment of anal stenosis", *World J Gastroenterol.* 15(16), pp. 1921-8.
6. **Giamundo, Paolo, et al.** (2011), "Doppler-guided hemorrhoidal laser procedure for the treatment of symptomatic hemorrhoids: experimental background and short-term clinical results of a new mini-invasive treatment". 25(5), pp. 1369-1375.
7. **Kaushal, Anshuman, et al.** (2020), "A Prospective Comparative Study: Stapler Hemorrhoidopexy vs Laser Hemorrhoidoplasty in the Treatment of Hemorrhoids", *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, pp. 10-23.
8. **W, Milsom J. and P, Mazier W.** (1986), "Classification and management of postsurgical anal stenosis", *Surg Gynecol Obstet.* 163(1), pp. 60-4.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT VÙNG RỖN GAN

Trần Vĩnh Hưng¹, Lê Văn Cường¹, Võ Văn Hùng¹,
Lương Thanh Tùng¹, Lê Hữu Phước¹, Nguyễn Tạ Quyết¹,
Võ Thiện Lai¹, Nguyễn Hải Đăng¹, Nguyễn Đức Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư rốn gan (u Klatskin) là bệnh thường gặp, tiên lượng xấu, phẫu thuật triệt để giúp cải thiện thời gian sống bệnh nhân, tuy nhiên đây là một phẫu thuật phức tạp chưa được phổ biến rộng rãi tại Việt Nam. Mục tiêu nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật triệt để điều trị ung thư rốn gan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

Kết quả: từ 08/2016 đến 01/2019 tại bệnh viện Bình Dân, 19 trường hợp phẫu thuật triệt để điều trị ung thư rốn gan. Độ tuổi trung bình $54 \pm 9,3$ tuổi, 11 nam, 8 nữ. Thời gian mổ trung bình 269 ± 61 (170 – 360 phút). Lượng máu mất trung bình 495 ± 363 (100-1000 ml). Tỷ lệ biến chứng 47,4%; 2 TH phẫu thuật lại: 1 TH chảy máu sau mổ (5,3%), 1 TH bung thành bụng (5,3%); 7 TH điều trị bảo tồn: 4 TH rò mật (21,1%), 2 TH tụ dịch (10,5%), 1 TH chảy máu (5,3%). Không có tử vong cho đến thời điểm hiện nay.

Kết luận: Phẫu thuật tương đối an toàn, bước đầu cho thấy cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh.

SUMMARY

THE EARLY RESULTS OF RADICAL RESECTION FOR HILAR CHOLANGIOCARCINOMA

Background: hilar cholangiocarcinoma (Klatskin's tumor) is common, poor prognosis, radical resection help to improve the survival in patients. However, this is a complex surgery and not widely available in Viet Nam. The objective of this study was to evaluate the early results of the radical resection for treatment hilar cholangiocarcinoma.

Methods: prospective study of cases series.

Results: from 08/2016 to 01/2019 at Binh Dan Hospital, a total of 19 cases. The average age is 58, 11 male, 8 female. The mean operative time was 269 ± 61 (170 – 360 minutes). The mean blood loss was 495 ± 363 (100-1000 ml). Complication rate was 47.4%; Two cases were reoperated: 1 postoperative bleeding (5.3%), 1 wound dehiscence (5.3%); Seven cases treated conservatively: 4 bile leakage (21.1%), 2 liquid collection (10.5%), 1 postoperative bleeding (5.3%). No deaths until now.

Conclusion: radical resection is a safe and could improve survival of patients.

Keywords: hilar cholangiocarcinoma, Klatskin's tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật rốn gan chiếm khoảng 60-80% ung thư đường mật, còn được gọi là u Klatskin. Vào giai đoạn phát

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Hùng

SĐT: 0903851378

Email: vovanhungbvbd@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

hiện bệnh, u thường đã xâm lấn nhu mô gan và các cấu trúc lân cận như mạch máu và các cấu trúc bạch huyết. Do bản chất xâm lấn tại chỗ và do vị trí quan trọng của vùng rốn gan, khả năng phẫu thuật điều trị triệt để ít và khó thực hiện. Chỉ có 15-30% trường hợp ung thư đường mật vùng rốn gan có thể cắt bỏ được (8). Phẫu thuật triệt để là phương pháp duy nhất cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân, cắt u vùng rốn gan kết hợp cắt thùy gan mở rộng làm tăng tỉ lệ sống 5 năm của bệnh nhân (5,7,9). Một số nghiên cứu có kết quả sống sau 5 năm 20 - 45%. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng 35 – 50%, phẫu thuật càng lớn càng tăng tỉ lệ tử vong của phẫu thuật, tỉ lệ tử vong nói chung < 10% (8). Nghiên cứu phẫu thuật triệt để điều trị u rốn gan của Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2008 đến tháng 07/2011, 31 bệnh nhân gồm 22 nam (71%), 9 nữ (29%), tai biến trong mổ gồm rách tĩnh mạch cửa 12 TH (38,8%), rách động mạch gan 11TH (35,5%), rò mật sau mổ điều trị bảo tồn thành công 15/16 TH (93,75%), có 4 TH tử vong sau mổ do nhiễm khuẩn huyết và suy gan (3).

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị u vùng rốn gan bằng phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chúng tôi chọn những BN ung thư vùng rốn gan được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2016 đến 01/2019, BN có các tiêu chuẩn sau:

Được chẩn đoán bệnh lý ác tính vùng rốn gan qua chụp cắt lớp điện toán hoặc cộng

hưởng từ mật tụy. Kết quả giải phẫu bệnh sau thủ thuật / phẫu thuật chẩn đoán xác định.

Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt u vùng rốn gan, có hoặc không cắt gan kết hợp.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có nguy cơ phẫu thuật cao: ASA > 3.

Bệnh nhân không đồng ý can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu, hàng loạt trường hợp.

Phương pháp nghiên cứu lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm chung: tuổi, giới, địa dư.

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Phân loại theo Bismuth – Corlette

Phân loại dạng u rốn gan: dạng thâm nhiễm, dạng u, dạng nhú.

Tỉ lệ biến chứng, tử vong.

Phương pháp điều trị

Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật triệt để

Các trường hợp còn phẫu thuật triệt để: Bismuth – Corlette type I,II,III chưa xâm lấn tĩnh mạch cửa chính. Xâm lấn mạch máu 1 bên nhưng có thể cắt bỏ cùng với sang thương nguyên phát không phải là chống chỉ định phẫu thuật triệt để.

Chống chỉ định trên những bệnh nhân đã có di căn xa, bàng bụng. Phần gan còn lại không đảm bảo chức năng gan.

Trang thiết bị, dụng cụ

Bộ dụng cụ đại phẫu, có các kẹp mạch máu.

Siêu âm trong khi mổ.

Dao Harmonic, Ligasure.

X quang đường mật trong khi mổ (khi có giải phẫu bất thường).

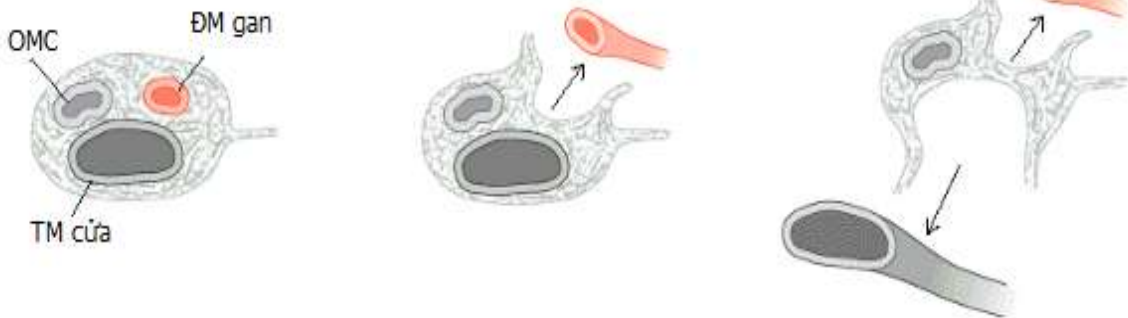
Kỹ thuật cắt u rốn gan triệt để (14)

Các bước tiến hành

Đánh giá tình trạng di căn ổ bụng và các cơ quan trong ổ bụng: Đánh giá tình trạng di căn gan, phúc mạc, các hạch vùng đầu tụy,

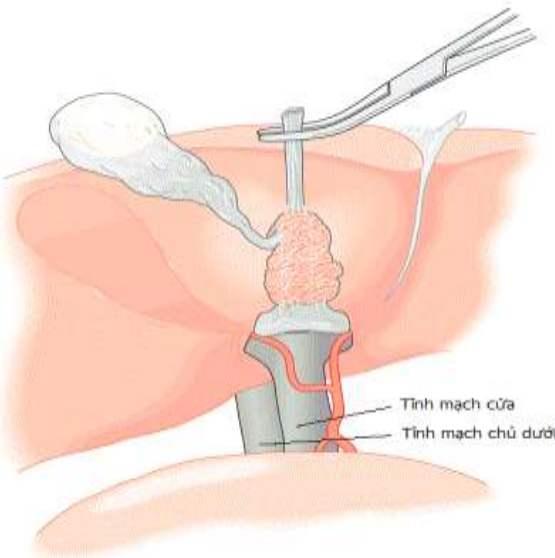
rốn gan... Đánh giá khả năng cắt được bướu rất quan trọng có thể kết hợp siêu âm trong khi mổ.

Tách túi mật khỏi giường túi mật không cắt ĐM và ống túi mật, có thể hút hết dịch mật trong túi mật và sử dụng túi mật để kéo (retractor) bộc lộ đường mật.

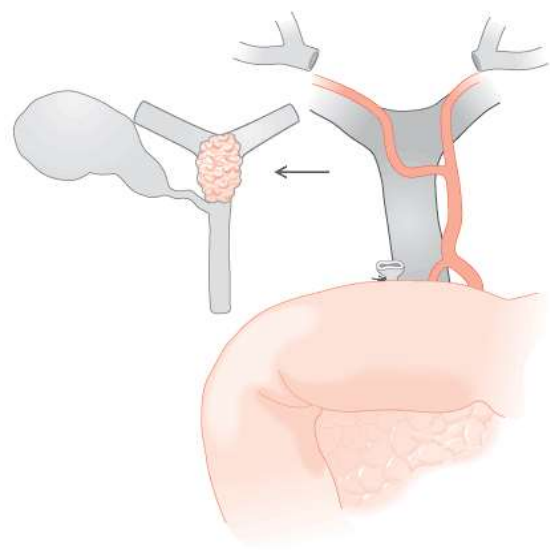


Hình 1. Bóc tách ĐM gan và TMC khỏi OMC

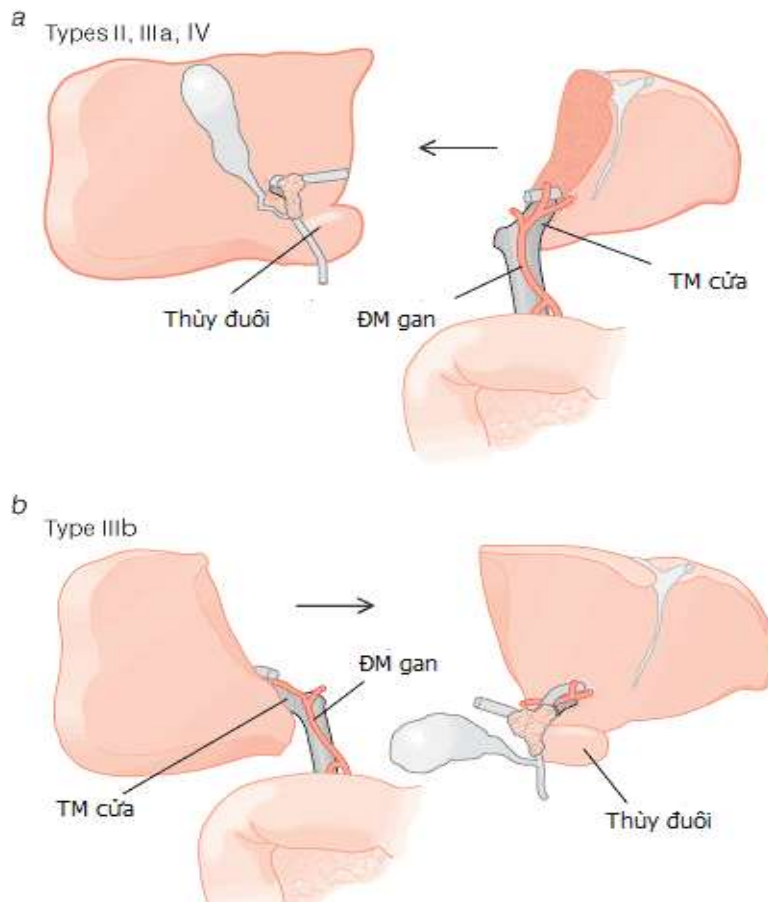
Bóc tách bắt đầu từ phía dưới, ĐM gan chung và TM cửa được bộc lộ từ trên tụy, bóc tách xung quanh 2 mạch máu từ dưới lên trên. Tách ĐM gan về phía T và TM cửa về phía P, chừa lại các mô lân cận OMC.



Hình 2. Cắt ngang OMC, bóc tách ngược lên trên (14)



Hình 3. Cắt 2 ống gan (14)



Hình 4. Cắt gan và u rốn gan (14)

Type I và II: cắt OMC và túi mật, đôi khi cần cắt 1 phần gan thường là thùy đuôi. Type III và IV thường kèm theo cắt gan lớn.

Nạo hạch vùng rốn gan.

Khâu nối: nối đường mật và hồng tràng, đảm bảo đến mô lành (cách u 5-10mm), tạo hình đường mật đủ lớn để nối niêm – niêm.

Sau mổ cần theo dõi chức năng gan, chức năng đông máu đặc biệt trong những trường hợp có cắt gan lớn.

2.3. Đánh giá kết quả của phẫu thuật

Kết quả sớm: tỉ lệ tai biến trong khi mổ, tỉ lệ biến chứng trong vòng 30 ngày sau mổ, tỉ lệ tử vong của phẫu thuật.

Kết quả lâu dài: tỉ lệ biến chứng muộn, tỉ lệ tái phát, thời gian sống sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2016 đến 01/2019, chúng tôi đã thực hiện 19 TH phẫu thuật triệt để điều trị ung thư vùng rốn gan.

Tuổi trung bình $54 \pm 9,3$ tuổi, 11 nam và 8 nữ.

Đặc điểm lâm sàng: bệnh cảnh lâm sàng là vàng da tắc mật, không có trường hợp nào cần can thiệp dẫn lưu đường mật trước mổ. Có 18 TH tăng bilirubin từ 23 – 431 $\mu\text{mol/L}$, và 1 TH chưa có tăng bilirubin 6,4 $\mu\text{mol/L}$. Tăng CA 19-9 trên 11/19 TH (57,9%) từ 277 – 1200 U/mL, còn lại giá trị CA 19-9 từ 18,4 – 51,8 U/mL.

Chẩn đoán hình ảnh trước mổ có 5 TH có xâm lấn gan, 3 TH gan T (1 TH có xâm lấn thùy đuôi), 1 TH gan P, 1 TH HPT 4b. Các trường hợp này được cắt phần gan bị xâm lấn kèm theo.

Phân loại về đại thể: dạng polyp 1 TH, còn lại carcinoma dạng thâm nhiễm (3 TH biệt hóa cao, 2 TH biệt hóa kém, 13 TH biệt hóa vừa).

Bảng 1. Phân loại theo Bismuth – Corlette

Loại	Số TH	Tỉ lệ (%)
I	1	5,3
II	7	36,8
IIIb	7	36,8
IV	4	21,1

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

PP phẫu thuật	Số TH	Tỉ lệ (%)
Cắt u, ống gan chung, OMC, túi mật, nối mật – ruột	8	42,1
Cắt u, ống gan chung, OMC, túi mật, nối mật – ruột + cắt gan T	7	36,8
Cắt u, ống gan chung, OMC, túi mật, nối mật – ruột + cắt gan P	1	5,3
Cắt u, ống gan chung, OMC, túi mật, nối mật – ruột + cắt HPT 4b	3	15,8

Trong 7 TH có cắt gan T, có 1 TH có cắt thùy đuôi kèm theo.

Thời gian mổ trung bình 269±61 (170 – 360 phút).

Thời gian mổ trung bình của cắt u, ống gan chung, OMC, nối mật – ruột là 208 phút (180 – 300 phút), cắt u, ống gan chung, OMC, nối mật – ruột + cắt gan T là 292 phút (210 – 360 phút), cắt u, ống gan chung,

OMC, nối mật – ruột + cắt HPT 4a là 250 phút (240 – 270 phút), cắt u, ống gan chung, OMC, nối mật – ruột + cắt gan P 300 phút.

Lượng máu mất trung bình 495±363 (100-1000 ml), có 2 TH máu mất 1000 ml cần truyền máu trong khi mổ (cắt gan T).

Tai biến trong khi mổ: có 2 TH rách tĩnh mạch cửa, được may cầm máu, không trường hợp nào tổn thương động mạch gan.

Bảng 3. Tỉ lệ biến chứng

Biến chứng	Số TH	Tỉ lệ (%)
Rò mật	4	21,1
Tụ dịch	2	10,5
Chảy máu	2	10,5
Bung vết mổ	1	5,3
Chung	9	47,4

Tỉ lệ biến chứng chung 47,4%, trong đó các trường hợp rò mật tự hết không cần mổ lại. Có 2 TH can thiệp phẫu thuật lại:

Chảy máu: trường hợp này bệnh nhân 60 tuổi, trước mổ có tình trạng rối loạn đông

máu, đã được điều chỉnh rối loạn đông máu trước mổ. Phân loại type II, phương pháp phẫu thuật cắt u, ống gan chung, OMC, túi mật, nối mật – ruột. BN bị chảy máu qua dẫn lưu ngày hậu phẫu thứ 1, khi mổ lại máu

chảy từ chỗ bóc tách vùng rốn gan. Sau phẫu thuật lần 2, BN ổn định và xuất viện sau 13 ngày.

Bụng vết mổ: BN 52 tuổi, phân loại type IIIb, phương pháp phẫu thuật cắt u, ống gan chung, OMC, túi mật, nối mật – ruột + cắt gan T. BN có bệnh lý đái tháo nhạt trước mổ, sau mổ BN rối loạn điện giải, dinh dưỡng kém, thành bụng bị nhiễm trùng và bụng vết mổ hậu phẫu ngày 27, được mổ lại thám sát các miêng nối tốt, đóng bụng bằng chỉ thép.

Không có trường hợp nào tử vong sau phẫu thuật.

Theo dõi

Theo dõi được 12 TH (từ 2 đến 18 tháng), TH theo dõi lâu nhất sống 32 tháng (hiện còn sống), Tử vong 1TH sau 10 tháng (type IIIb, di căn gan T, cắt gan T kết hợp, kết quả giải phẫu bệnh lý R0, carcinoma biệt hóa vừa). Nghiên cứu chưa theo dõi được thời gian sống sau 5 năm.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư rốn gan là bệnh lý thường gặp tại các trung tâm Ngoại khoa tại nước ta. Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp là vàng da tăng dần, sụt cân. Tuổi trung bình theo các nghiên cứu trong và ngoài nước từ 51-61 tuổi, nam nhiều hơn nữ (4,13). Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tương tự. Chẩn đoán bệnh dựa vào siêu âm, chụp cắt lớp vi tính động, chụp cộng hưởng từ mật tụy, các phương tiện này giúp đánh giá cây đường mật, phân loại Bismuth – Corlette, mức độ xâm lấn mạch máu, hạch... Nội soi qua siêu âm và sinh thiết kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học và mô học có độ nhạy 84%, độ đặc hiệu 100%, chẩn đoán được hạch vùng, giai đoạn, khả năng cắt triệt để. Tuy nhiên, sinh thiết kim nhỏ nên thực hiện khi không còn khả

năng cắt triệt để, có ích khi bắt đầu hóa trị (12).

Có nhiều phương pháp điều trị tùy theo giai đoạn bệnh và thể trạng của bệnh nhân. Bệnh nhân bị ung thư đường mật rốn gan không còn khả năng phẫu thuật triệt để có thể được áp dụng các phương pháp điều trị tạm không phẫu thuật như đặt stent qua nội soi mật tụy ngược dòng (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) hoặc dẫn lưu xuyên gan qua da (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD). Cả 2 phương pháp đều có tỉ lệ biến chứng như viêm đường mật, chảy máu, dò mật, hẹp tái phát do nghẽn stent. Đây là bệnh lý có tiên lượng rất xấu, nếu không điều trị, bệnh nhân tử vong do suy gan trong vòng 3 – 6 tháng từ khi có triệu chứng lâm sàng (chung cho tất cả giai đoạn bệnh) (5). Nói chung, nếu u không cắt được, dù kết hợp nhiều phương pháp điều trị, thời gian sống trung bình chỉ 5 – 8 tháng kể từ khi phát bệnh (5). Tại BV Bình Dân, ung thư rốn gan là bệnh lý thường gặp, tất cả các trường hợp trong các nghiên cứu trước đây đều được điều trị tạm bợ, như phẫu thuật thám sát, sinh thiết hóa trị hoặc đặt dẫn lưu xuyên u, dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da ... thời gian sống sau mổ từ 9 – 11 tuần (1,2).

Phẫu thuật triệt để là phương pháp duy nhất cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân, cắt u vùng rốn gan kết hợp cắt thù gan mở rộng làm tăng tỉ lệ sống 5 năm của bệnh nhân. Một số nghiên cứu có kết quả sống sau 5 năm 20 - 45%. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng 35 – 50%, phẫu thuật càng lớn càng tăng tỉ lệ tử vong của phẫu thuật, tỉ lệ tử vong nói chung < 10% (5). Tại bệnh viện Việt Đức, có 14,5% trường hợp ung thư đường mật được mổ triệt để, tử vong sau mổ cao (41,4%). BV Chợ Rẫy (2014), báo cáo

38 TH phẫu thuật triệt để ung thư vùng rốn gan, có tỉ lệ tử vong 10,53% (4). Các tác giả Nhật Bản thực hiện phẫu thuật lớn và triệt để điều trị ung thư đường mật bao gồm cắt toàn bộ đường mật ngoài gan và cắt tá tụy điều trị ung thư rốn gan. Giai đoạn đầu thập niên 1980 có tỉ lệ suy gan và tử vong cao 25%, gần đây nhờ cải tiến kỹ thuật, chọn lựa bệnh nhân, chuẩn bị trước mổ, thuyên tắc tĩnh mạch cửa... tỉ lệ tử vong đã giảm, hiện nay còn 13 – 21%, một số báo cáo không có tử

vong, tỉ lệ sống còn 12 – 64% (6). Chúng tôi đã thực hiện 19 TH với thời gian mổ trung bình 269 phút (170 – 360 phút) tùy loại phẫu thuật. Lượng máu mất trong khi mổ ít, có 2 trường hợp truyền máu trong khi mổ (cắt gan T). Tai biến trong khi mổ: có 2 TH rách tĩnh mạch cửa, được may cầm máu, không trường hợp nào tổn thương động mạch gan. Tỉ lệ biến chứng còn cao 47,4%, có 2 TH phải mổ lại, không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu.

Bảng 4. Tỉ lệ biến chứng của các nghiên cứu

	Biến chứng chung (%)	Biến chứng nặng (%)	Tử vong (%)
BV Srimagrind*(10)	76,6		6,7
Regimbeau JM (13)	61		8,2
Lee SG (11)	43	7	1,7
Đ.H. Liệt (4)	60,3		10,4
Chúng tôi	47,7	10,5	0

* Giai đoạn 2006 – 2012, áp dụng thuyên tắc tĩnh mạch cửa tăng thể tích gan còn lại, tỉ lệ biến chứng sau mổ giảm còn 40,4%, tử vong còn 3% (10).

Các trường hợp cần tăng thể tích gan còn lại là các trường hợp cắt gan P để tránh suy gan sau mổ. Chúng tôi chỉ có 1 trường hợp cắt gan P, trường hợp này có di căn gan P, kết quả sau mổ R0, biệt hóa kém, hiện nay bệnh nhân còn sống (thời gian 9 tháng).

Có 1 một số yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ theo nghiên cứu của Lee SG là di căn hạch và cắt R0, ngoài ra dẫn lưu đường mật trước mổ và

thuyên tắc tĩnh mạch trước mổ sẽ là giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong trên các bệnh nhân được cắt gan lớn (11). Nghiên cứu của Regimbeau JM., kích thước u của tác giả trung bình là 23 mm (8 – 40 mm), u > 30 mm có tiên lượng xấu và có liên quan với thời gian sống < 12 tháng khi phân tích đa biến (13). Chúng tôi đánh giá được mẫu cắt R0 7 trường hợp (các trường hợp gần đây), theo dõi 2-16 tháng). Một trường hợp đã tử vong, trường hợp này type IIIb, có di căn gan T, được cắt gan T kết hợp, kết quả giải phẫu bệnh lý biệt hóa vừa R0, mặc dù có hóa trị sau mổ nhưng bệnh nhân tử vong sau 10 tháng.

Bảng 5. Thời gian sống sau mổ

		1 năm (%)	3 năm (%)	5 năm (%)
BV Srimagrind (10)		33	10	
Regimbeau JM (13)		85	64	53
Lee SG (11)	R0	84,6	50,7	47,3
	R1	69,9	33,3	7,5

Nghiên cứu của BV Srimagrind trong giai đoạn 2006 – 2012, có áp dụng thuyên tắc tĩnh mạch cửa tăng thể tích gan còn lại, thời gian sống trung bình là 16,3 tháng, thời gian sống sau 3 năm và 5 năm là 27,32% và 10,93% (10). Nghiên cứu của Đỗ Hữu Liệt có thời gian sống trung bình 21,38 tháng (3-53 tháng) (4).

V. KẾT LUẬN

Ung thư rốn gan là bệnh lý thường gặp, đa số đến trễ, không còn khả năng phẫu thuật triệt để, hoặc cắt được nhưng chỉ được R1 nên tiên lượng còn rất xấu. Phẫu thuật cắt u và cắt gan là phẫu thuật phức tạp, còn nhiều biến chứng và tử vong nhưng cải thiện thời gian sống tốt hơn so với các phẫu thuật dẫn lưu. Kết quả bước đầu của chúng tôi tương đối tốt và có thể thực hiện nhiều hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Văn Hải, Văn Tàn** (1994), “Điều trị ngoại khoa ung thư đường mật ngoài gan”, Sinh hoạt khoa học kỹ thuật- Bệnh viện Bình Dân 2/1994, tr. 81-100.
2. **Dương Văn Hải, Văn Tàn** (1999), “Đặc điểm lâm sàng và hiệu quả phẫu thuật ung thư đường mật ngoài gan” Báo cáo kết quả khoa học tại hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ 10/ 1999, tr. 70-73.
3. **Đỗ Hữu Liệt, Nguyễn Tấn Cường, Đoàn Tiến Mỹ, Phạm Hữu Thiện Chí, Lê Trường Chiến**, (2012), Phẫu thuật triệt để điều trị u rốn gan: đặc điểm hình thái bệnh học quyết định tiên lượng sống còn, Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 16(1), tr. 17 – 21.
4. **Đỗ Hữu Liệt, Nguyễn Tấn Cường, Đoàn Tiến Mỹ, Phạm Hữu Thiện Chí, Lê Trường Chiến**, (2014), Phẫu thuật triệt để ung thư đường mật vùng rốn gan: 38 trường hợp, Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 18(2), tr. 257 – 265.
5. **Akoad M., Jenkins R.**, (2008), Proximal Biliary Malignancy, Surg Clin North Am, 88, pp. 1409-1428.
6. **Ebata T. et al**, (2014), Review of hepatopancreatoduodenectomy for biliary cancer: an extended radical approach of Japanese origin, J Hepatobiliary Pancreat Sci, 21, pp. 550-555.
7. **Han S.L. et al**, (2009), Diagnosis and Surgical Treatment of Intrahepatic Hepatolithiasis Associated Cholangiocarcinoma, Asian J. Surg; 32(1), pp. 1-6.
8. **Jackson P.G., Evans S.R.T.**, (2012), Biliary system, In: Townsend C.M. Sabiston Textbook of surgery, 19th edition, Saunders, pp. 1476-1214.
9. **Kaltenthaler E.C. et al**, (2006), MRCP compared to diagnostic ERCP for diagnosis when biliary obstruction is suspected: a systematic review, BMC Medical Imaging BMC 6:9 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2342/6/9>).
10. **Khuntikeo N. et al**, (2014), Surgical management of perihilar cholangiocarcinoma: a Khon Kaen experience, J Hepatobiliary Pancreat Sci, 21, pp. 521-524.
11. **Lee S.G. et al** (2010), Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in the new era: the Asan experience, J Hepatobiliary Pancreat Sci, 17, pp. 476–489.
12. **Miyazaki M. et al**, (2015), Clinical practice guidelines for the management of biliary tract cancers 2015: the 2nd English edition, J Hepatobiliary Pancreat Sci, 22, pp. 249–273.
13. **Regimbeau J.M. et al**, (2015), Tumour size over 3 cm predicts poor short-term outcomes after major liver resection for hilar cholangiocarcinoma. By the HC-AFC-2009 group, HPB, 17, pp. 79-86.
14. **Taylor B.R., Langer B.**, (2007), Procedures for Benign and Malignant Biliary Tract Disease, In: ACS Surgery Principle and Practice, 6th edition, Web MD Inc.

TẮC RUỘT NON DO SARCOIDOSIS: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Vĩnh Hưng^{1,2}, Trần Minh Đức¹, Phạm Vĩnh Phú^{1,2},
Nguyễn Phúc Minh¹, Dương Bá Lập¹,
Tôn Thất Hùng¹, Nguyễn Nguyên Đức^{1,2}

TÓM TẮT

Sarcoidosis là bệnh lý rối loạn hệ thống, biểu hiện là những tổn thương dạng u hạt không hoại tử ở một hoặc nhiều cơ quan trong cơ thể. Bệnh sarcoidosis ngoài phổi ít gặp, khoảng 10% tổng số trường hợp. Hầu hết các trường hợp sarcoidosis đường tiêu hóa gặp trên dạ dày, trong khi sarcoidosis ruột non chỉ chiếm vào 0,03% của tất cả các trường hợp sarcoidosis. Sau đây, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 45 tuổi, nhập viện cấp cứu trong bệnh cảnh tắc ruột non do sarcoidosis hồi tràng. Đây là một trong rất ít báo cáo trên thế giới về chủ đề này.

Từ khóa: Sarcoidosis, tắc ruột, phẫu thuật cắt đại tràng phải

SUMMARY

SMALL INTESTINAL SARCOIDOSIS CAUSING INTESTINAL OBSTRUCTION: A RARE CASE REPORT FROM BINH DAN HOSPITAL

Sarcoidosis is a systemic disorder, represented by the formation of non-caseating granulomas throughout the body. Extrapulmonary sarcoidosis is uncommon, around 10% of all cases. Most of the cases of GI

sarcoidosis affect the stomach, while data revealing small bowels participate in only 0,03% of all sarcoidosis cases. Herein we are reporting a very unique case of a 45-year-old female patient, who underwent an emergency situation of acute small bowel obstruction due to isolated ileal sarcoidosis. This is one of the few reports in the world about the topic.

Keywords: Sarcoidosis, bowel obstruction, right hemicolectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoidosis là bệnh hệ thống, biểu hiện là những tổn thương dạng u hạt không hoại tử ở một hoặc nhiều cơ quan trong cơ thể. Phổi là cơ quan biểu hiện bệnh nhiều nhất, chiếm khoảng 90% các trường hợp sarcoidosis, trong khi đó hệ tiêu hóa chỉ chiếm dưới 1%. Hầu hết các trường hợp sarcoidosis đường tiêu hóa ảnh hưởng đến dạ dày, trong khi dữ liệu cho thấy sarcoidosis ruột non chỉ chiếm vào 0,03% của tất cả các trường hợp sarcoidosis^{1,2}.

Thông thường, sarcoidosis hệ tiêu hóa không có triệu chứng. Các triệu chứng được ghi nhận chỉ từ 0,1% đến 0,9%³. Có rất ít báo cáo về sarcoidosis đường tiêu hóa. Trong những báo cáo đó, ruột non là cơ quan ít gặp nhất. Để chẩn đoán, rất khó khi chỉ dựa vào bệnh cảnh lâm sàng, cần phải thực hiện nhiều cận lâm sàng hỗ trợ cũng như loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác.

Sau đây, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp khá độc đáo là một bệnh nhân nữ 45 tuổi đã được cấp cứu trong bệnh cảnh tắc ruột non do sarcoidosis hồi tràng.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại Tổng Quát, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vĩnh Phú

SĐT: 0937462877

Email: phamvinhphu1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 03/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 45 tuổi nhập viện cấp cứu vì đau bụng. Bệnh nhân đau bụng 2 ngày, nôn 5-6 lần mỗi ngày và bí đại tiện trong 3 ngày gần đây. Bệnh nhân tiền căn không ghi nhận bệnh lý đặc biệt, cũng như không bị sụt cân, không ho hay sốt trong vài tháng qua. Hai tuần trước khi nhập viện, bệnh nhân được nội soi kiểm tra do đau quặn bụng và tiêu chảy. Kết quả ghi nhận viêm loét manh tràng nhẹ, ngoài ra không có dấu hiệu gì đặc biệt.

Thời điểm nhập viện, bệnh nhân tỉnh táo, sinh hiệu được ghi nhận:

Mạch: 100 lần/phút, huyết áp: 130/70 mmHg, nhịp thở: 18 lần/phút, SpO₂: 99%/khí trời.

Khám lâm sàng ghi nhận bụng chướng. Âm ruột tăng ở góc phần tư dưới phải. Bụng ấn đau nhẹ quanh rốn. Chụp X-quang bụng không sửa soạn cho thấy ruột non giãn với nhiều mức nước hơi ở nửa bụng trên. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang (MSCT) ngực-bụng-chậu ghi nhận không có dấu hiệu tổn thương phổi nhưng có nhiều quai ruột non giãn với điểm chuyển tiếp ở góc phần tư dưới phải. Các xét nghiệm về máu cho kết quả bình thường.



**Hình 1: CT ngực-bụng-chậu: A: không có tổn thương phổi
B-D: giãn nhiều quai ruột non; C: sang thương ở đoạn cuối hồi tràng**

(Nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

Bệnh nhân được phẫu thuật mở bụng đường giữa để thám sát. Trong mổ ghi nhận dịch bụng lượng vừa, vàng trong. Ruột non dẫn tới gần góc Treitz. Có nhiều sang thương dạng nhiều nốt nhỏ, màu trắng, kích thước khoảng 1-2 mm ở đoạn cuối hồi tràng. Tại vị trí cách van hồi manh tràng khoảng 3cm có một khối u, mật độ chắc, gây hẹp lòng dẫn tới tắc ruột. Không ghi nhận tổn thương khác tại gan, vùng chậu và phần còn lại của ống tiêu hóa. Kíp mổ tiến hành phẫu thuật cắt đại

tràng phải, nối hồi tràng- đại tràng ngang kiểu bên-bên thuận chiều nhu động.

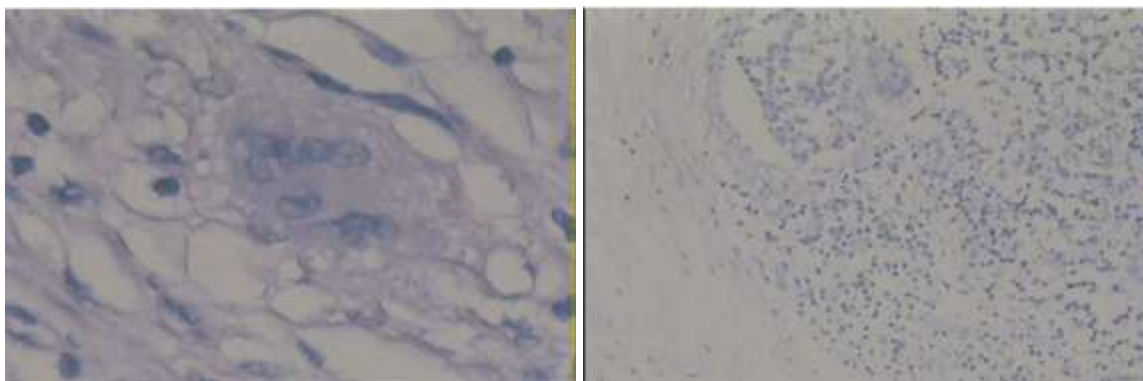
Không có biến chứng trong thời gian hậu phẫu. Bệnh nhân trung tiên lại vào ngày hậu phẫu 2 và xuất viện hậu phẫu ngày 10. Kết quả tái khám vào tuần thứ 2 và tuần thứ 6 sau mổ ghi nhận tình trạng bệnh nhân ổn định, không ghi nhận các bệnh lý đường hô hấp và đường tiêu hóa trên lâm sàng và các cận lâm sàng như X-quang và MSCT ngực-bụng



Hình 2: Các quai ruột non dẫn do tắc đoạn cuối hồi tràng và sang thương sarcoidosis

(Nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

Kiểm tra mô học và xét nghiệm máu loại trừ các nguyên nhân khác gây u hạt trong ổ bụng và phúc mạc như lao, ký sinh trùng, nhiễm nấm và carcinomatosis phúc mạc. Soi dưới kính hiển vi mẫu sinh thiết hồi tràng cho kết quả u hạt không hoại tử. Nhuộm trực khuẩn kháng acid cồn (AFB) cho kết quả âm tính.



Hình 3: Soi dưới kính hiển vi mẫu sinh thiết hồi tràng cho kết quả u hạt không hoại tử
(Nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

III. BÀN LUẬN

Cho đến nay nguyên nhân bệnh sarcoidosis chỉ là giả thuyết. Các tác giả tin rằng các yếu tố di truyền và môi trường có thể dẫn đến bệnh⁴. Sarcoidosis là một bệnh u hạt toàn thân, biểu hiện là các u hạt không hoại tử ở các cơ quan trên cơ thể. Khoảng 90% bệnh nhân được báo cáo có liên quan đến phổi, đây cũng là vị trí phổ biến nhất. Trong khi đó, ống tiêu hóa ít gặp vì nó chỉ chiếm 0,1-1,6% bệnh nhân sarcoidosis. Thậm chí hiếm hơn, bệnh sarcoidosis ruột non đơn độc chỉ 0,03% các trường hợp⁵. Trong bệnh cảnh sarcoidosis ruột non, sarcoidosis tá tràng chiếm tỉ lệ cao, nhưng có thể là do sinh thiết ở vùng khác ít hơn^{6,7}. Hầu hết bệnh lí xảy ra trong độ tuổi 50- 60, và một nửa trong số đó là bệnh đa cơ quan.

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh sarcoidosis ruột non gồm ba yếu tố: bằng chứng mẫu sinh thiết u hạt không hoại tử; lao và nấm cấy âm tính; bằng chứng lâm sàng và mô bệnh học về bệnh sarcoidosis ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan⁶.

Về bệnh sarcoidosis đường tiêu hóa, triệu chứng phổ biến nhất là tiêu chảy không máu kèm đau quặn bụng. Một số ít có xuất huyết tiêu hóa, giống biểu hiện của bệnh Crohn. Đôi khi, các biểu hiện có thể bao gồm thiếu máu tĩnh mạch mạc treo, thiếu máu hồng cầu to và hội chất mất protein ruột^{8,9,10}. Tuy nhiên, trong những tình huống cực kì hiếm, bệnh nhân phải nhập viện trong bệnh cảnh tắc ruột.

Nội soi có thể nhìn thấy các tổn thương dạng nốt dưới niêm mạc. Cần lấy mô bệnh học và các phương pháp soi cấy đặc biệt để chẩn đoán và loại trừ lao và nấm⁶. CT bụng có thể thấy được vài hạch hoặc các nốt gan giúp gợi ý bệnh sarcoidosis ngoài ruột non.

Nội chung, mặc dù hầu hết bệnh nhân có tổn thương các cơ quan, nhưng tiên lượng chung là tốt. Các tác giả tin rằng corticosteroid sẽ là lựa chọn điều trị đầu tay khi có tổn thương chức năng các cơ quan¹¹.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh sarcoidosis đường tiêu hóa đơn độc là rất hiếm, chỉ một vài được báo cáo trên

toàn thế giới. Ở đây, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp rất độc đáo về một bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ đại tràng phải gây ra bởi tắc ruột non do sarcoidosis hồi tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iwai K, Takemura T, Kitaichi M, Kawabata Y, Matsui Y. Pathological studies on sarcoidosis autopsy. II. Early change, mode of progression and death pattern. *Acta Pathol Jpn*. 1993 Jul-Aug;43(7-8):377-85.
2. E. Bargagli, A. Prasse, **Sarcoidosis: a review for the internist**, *Intern Emerg Med* 13 (2018) 325–331, <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1778-6>.
3. Erra P, Crusco's, Nugnes L, et al. Colonic sarcoidosis: Unusual onset of a systemic disease. *World J Gastroenterol*. 2015;21(11):3380–7.
4. A.A. Starshinova, A.M. Malkova, Basantsova, **Sarcoidosis as an autoimmune disease**, *Front. Immunol.* 10 (2020) 2933, <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.02933>.
5. Zakaria, B. Al Share, I. Turk, et al., An uncommon cause of a small bowel obstruction, *Case Rep Gastrointest Med* 2017 (2017), <https://doi.org/10.1155/2017/1628215>, 1628215: 1-4.
6. Ebert EC, Kiersen M, Hagspiel KD. Gastrointestinal and hepatic manifestations of sarcoidosis. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(12):3184.
7. Tham TC, Larkin C. Sarcoidosis of the duodenum presenting as dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 1995 Nov;90(11):2057-8.
8. MacRury SM, McQuaker G, Morton R, Hume R. **Sarcoidosis: association with small bowel disease and folate deficiency**. *J Clin Pathol*. 1992;45(9):823.
9. Schwarzschild W, Myerson RM. Venous insufficiency of the small intestine secondary to sarcoidosis of mesenteric lymph nodes. *Am J Gastroenterol*. 1968 Jul;50(1):69-72.
10. PopovićOS, BrkićS, BojićP, KenićV, JojićN, DjurićV, DjordjevićN. Sarcoidosis and protein losing enteropathy. *Gastroenterology*. 1980 Jan;78(1):119-25.
11. S. Miyoshi, H. Hamada, T. Kadowaki et al., “Comparative evaluation of serum markers in pulmonary sarcoidosis,” *Chest*, vol. 137, no. 6, pp. 1391–1397, 2010.

PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT MỘT PHẦN THẬN CÓ SỰ HỖ TRỢ ROBOT: BÁO CÁO 6 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Phạm Phú Phát¹, Trần Đỗ Hữu Toàn¹,
Đỗ Lệnh Hùng¹, Nguyễn Hoàng Luông¹, Trang Võ Anh Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận có hỗ trợ Robot trong điều trị ung thư tế bào thận tại bệnh viện Bình Dân

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Các bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận nghi ngờ ác tính với đặc điểm tăng độ tương phản trên cận lâm sàng hình ảnh học CT-Scan được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận có hỗ trợ Robot 03/2021 đến 08/2022. Các biến số được ghi nhận bao gồm thông tin lâm sàng lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, kết quả liên quan phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biên phẫu thuật, biến chứng liên quan phẫu thuật.

Kết quả: Có tất cả 06 trường hợp trong nghiên cứu. Kích thước bướu là $4,1 \pm 0,8$ cm. Thời gian mổ trung bình là 152 phút (lâu nhất là 180 phút). Lượng máu mất trung bình là 150ml. Không có trường hợp nào phải truyền máu. Thời gian thiếu máu nóng trung bình là 17 phút (lâu nhất là 25 phút). Có 1 trường hợp rò nước tiểu

được can thiệp đặt thông Double J. Không có trường hợp nào có biến phẫu thuật dương tính.

Kết luận: Phẫu thuật Robot sau phúc mạc cắt một phần thận là an toàn và khả thi. Hướng tiếp cận sau phúc mạc cho thấy một số ưu điểm hơn so với ngã xuyên phúc mạc trong các trường hợp bướu thận có vị trí hoàn toàn mặt sau hay cực trên, bệnh nhân có tiền sử mổ vùng bụng. Quen thuộc với hướng tiếp cận sau phúc mạc giúp có thêm lựa chọn trong phẫu thuật Robot cắt một phần thận.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận có hỗ trợ Robot, ung thư tế bào thận, thời gian thiếu máu nóng

SUMMARY

ROBOT-ASSISTED RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY AT BINH DAN HOSPITAL: A REPORT OF 6 CASES

Objective: To evaluate the results of retroperitoneal robotic partial nephrectomy surgery in treatment of renal masses staged T1 at Binh Dan hospital.

Subjects and research methods:

This is a case series descriptive study. Data were collected on 6 patients with renal masses staged T1, who had undergone retroperitoneal robotic-assisted partial nephrectomy surgery. Demographic, radiological growth patterns of the tumors and intraoperative data were collected.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hữu Toàn
SĐT: 0818696222

Email: toantdh.nhatrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 26/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Post-operative complications and pathological data were also recorded.

Result: The tumor size was 4.1 ± 0.8 cm. The average operating time was 152 min. The average blood loss was 150ml. There were no cases requiring blood transfusion. The mean warm ischemia time (WIT) was 17 min (maximum was 25 min). There was 1 case of urinary leakage needed Double J placement. There were no cases with positive surgical margins.

Conclusion: Retroperitoneal robotic surgery in partial nephrectomy is safe and feasible. The retroperitoneal approach may have some advantages over the transperitoneal in cases of totally posterior or superior renal masses, or in patients with a history of transperitoneal surgery. Being familiar with both retro- and transperitoneal approaches provides more options in robotic partial nephrectomy.

Keywords: robotic-assisted retroperitoneal partial nephrectomy, renal cell carcinoma, warm ischemia time (WIT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt một phần thận đã trở thành điều trị ưu tiên cho bướu thận kích thước nhỏ hơn 7cm [1], [2]. Phẫu thuật nội soi (PTNS) với đặc điểm ít xâm hại (minimally invasive surgery) mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như hồi phục sớm, ít đau, đảm bảo tính thẩm mỹ. Tuy vậy, đôi khi phẫu thuật nội soi kinh điển lại gặp khó khăn trong cắt một phần thận đối với một số bướu lớn, phức tạp (bướu vùng rốn thận, bướu ăn sâu vào hệ thống đài bể thận). Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot với đặc điểm quan sát tốt, cánh tay robot linh hoạt, khéo léo hỗ trợ tốt trong các trường hợp này.

Phẫu thuật Robot trong Tiết niệu được hình thành và phát triển ban đầu theo hướng

tiếp cận trong phúc mạc do cần khoảng không gian rộng cho cánh tay robot. Tuy nhiên, dần dần trong thực tế lâm sàng, chúng tôi nhận thấy có những tình huống mà phẫu thuật robot sau phúc mạc là cần thiết và ưu thế hơn. Đây cũng là xu hướng trên thế giới khi đã có một số báo cáo so sánh hai hướng tiếp cận: trong và sau phúc mạc trong phẫu thuật robot cắt một phần thận [3], [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được phẫu thuật Robot sau phúc mạc cắt một phần thận tại bệnh viện Bình Dân từ 03/2021 đến 08/2022

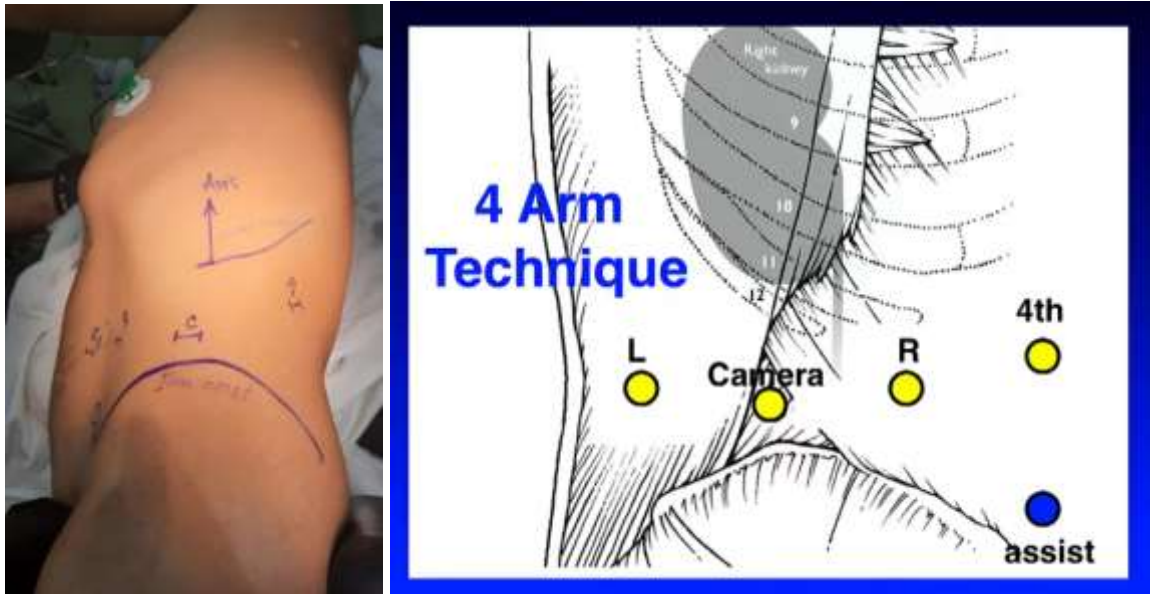
Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) các bệnh nhân được chẩn đoán là bướu thận nghi ngờ ác tính trên chẩn đoán hình ảnh (MSCT/MRI) với đặc điểm tăng độ tương phản. (2) Kích thước bướu nhỏ hơn 7 cm, giai đoạn khu trú, không ghi nhận di căn hạch hay di căn xa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thể trạng quá yếu hoặc có các chống chỉ định phẫu thuật (bệnh lý tim phổi nặng, rối loạn đông máu chưa ổn định,...)

Các bước phẫu thuật Robot cắt một phần thận

- Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng 90° bên dưới hông đối bên được kê cao để làm rộng phẫu trường.

- Vị trí docking Robot: Robot phía đầu bệnh nhân, docking robot theo trục dọc của cơ thể (hình 1), sử dụng 4 cánh tay robot: sơ đồ docking cánh tay robot như hình 2 (lưu ý, khoảng cách giữa các cánh tay robot có thể thu hẹp xuống còn khoảng 5-6 cm là đủ để thao tác thay vì 8 cm do khoảng sau phúc mạc thường hẹp hơn so với ổ bụng)



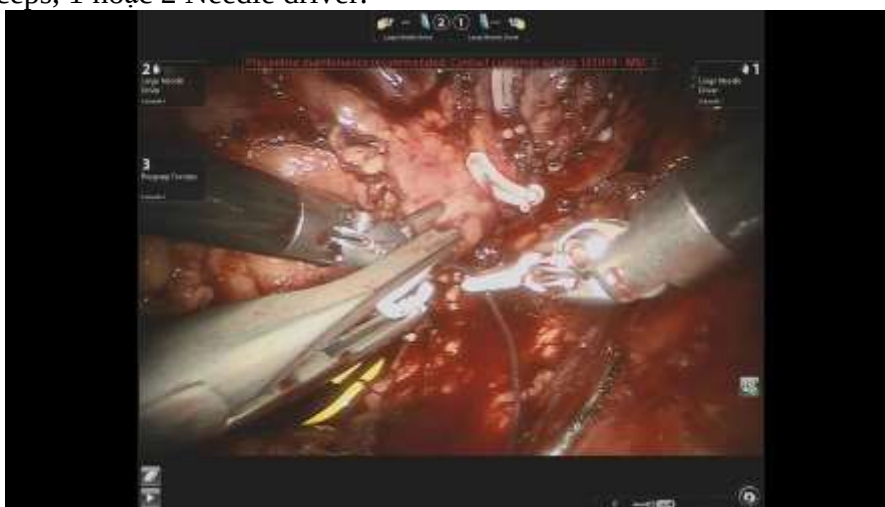
Hình 1 và 2. Sơ đồ docking cánh tay Robot

- Tạo khoang sau phúc mạc. Đưa trocar đầu tiên vào, đặt ống soi vào kiểm tra khoang sau phúc mạc. Thường phải dùng dụng cụ nội soi tiến hành vén thêm phúc mạc ra khỏi thành bụng trước đến vị trí bờ ngoài cơ thẳng bụng để có thể đặt được 4 cánh tay robot sẽ thuận lợi hơn 3 cánh tay robot.

- Tiến hành docking robot: sử dụng camera 0 độ, 1 dụng cụ kéo monopolar Hotshears, 1 dụng cụ bipolar forceps (Maryland hoặc Fenestrated forceps), 1 Prograsp forceps, 1 hoặc 2 Needle driver.

- Các bước tiếp theo tiến hành như PTNS sau phúc mạc kinh điển cắt một phần thận:

- + Bộc lộ và đánh dấu mạch máu rốn thận
- + Bộc lộ bướu rõ ràng
- + Tiến hành đánh dấu đường cắt, kẹp mạch máu thận bằng kẹp bulldog và cắt bướu
- + Khâu phục hồi thận. Tháo kẹp bulldog (có thể tháo kẹp sau khi kết thúc lớp khâu đáy mặt cắt bướu)
- + Kiểm tra cầm máu. Đặt dẫn lưu. Lấy bệnh phẩm.



Hình 3. Hình ảnh thực tế phẫu thuật Robot cắt một phần thận tại BV Bình Dân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 6 trường hợp PT Robot sau phúc mạc cắt một phần thận từ 03/2021 đến 08/2022.

Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình: $52,4 \pm 11,2$. Nam giới chiếm ưu thế hơn với 4/6 TH (chiếm 66,7%)

Triệu chứng phát hiện bướu thường gặp là đau hông (với 5/6 TH). Có 1 TH tình cờ

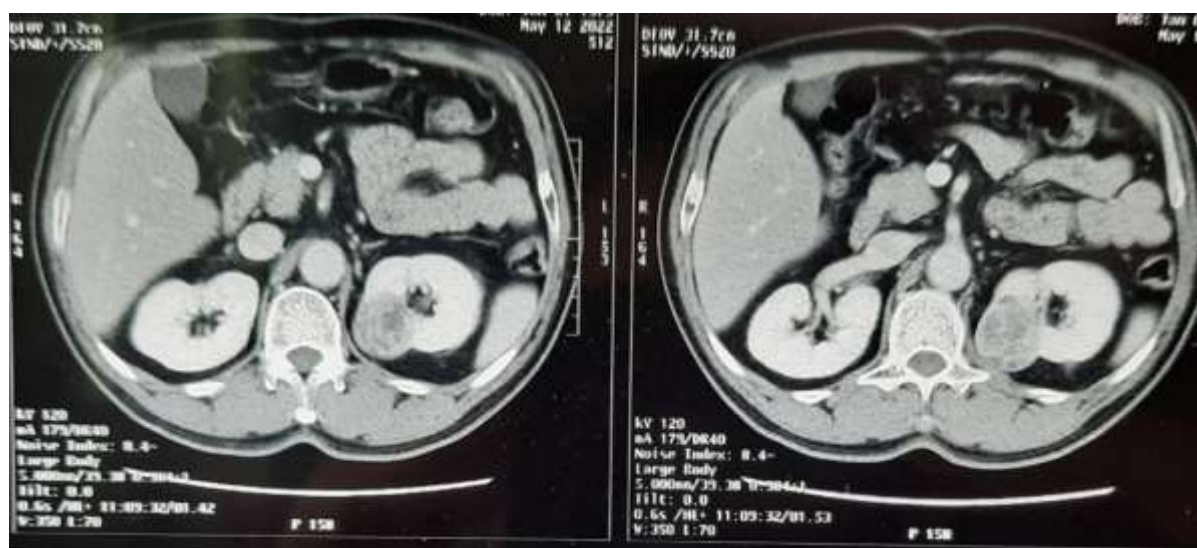
phát hiện bướu qua siêu âm bụng. Không có TH nào có triệu chứng tiểu máu.

Đặc biệt có 2 TH có tiền căn mổ vùng bụng trước đó. Một TH có tiền căn mổ vết thương bụng do bạch khí với sẹo mổ bụng đường giữa dài qua rốn. TH còn lại có tiền căn mổ vùng bụng 5 lần (bao gồm cả PTNS và mổ mổ, sẹo mổ lành xấu)

Kích thước bướu trung bình: $4,1 \pm 0,8$ cm. Nhỏ nhất là 32 mm, lớn nhất là 55 mm.

Bảng 1. Đặc điểm bướu thận trong nghiên cứu

Thận trái/phải	4 TH/2 TH
Vị trí bướu	
Mặt trước	1 TH (16,7%)
Mặt sau	5 TH (83,3%)
Vị trí bướu	
Cực trên	2 TH (33,3%)
Giữa	3 TH (50,0%)
Dưới	1 TH (16,7%)
Bướu vùng rốn thận	2 TH (33,3%)



Hình 4. Hình ảnh CTScan trường hợp bướu vùng rốn thận mặt sau (tiền căn: mổ vết thương bụng)

Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ: Thời gian mổ trung bình là 152 phút; nhanh nhất là 110 phút; lâu nhất là 180 phút

Thời gian thiếu máu nóng (WIT): Thời gian thiếu máu nóng trung bình là 17 phút; lâu nhất là 25 phút; nhanh nhất là 12 phút

Lượng máu mất: ít nhất là 20ml, nhiều nhất là 300ml; trung bình là 150ml. Không có TH nào phải truyền máu trong và sau mổ

Cả 6/6 TH đều cần khâu phục hồi đài bể thận. Không có TH nào phải chuyển mổ mở

Biến chứng phẫu thuật: có 1 TH rò nước tiểu sau mổ, cần can thiệp đặt thông JJ, sau đặt 2 ngày thì dẫn lưu, không tụ dịch và rút dẫn lưu sau tổng cộng 7 ngày. Các TH còn lại không ghi nhận biến chứng.

Thời gian nằm viện hậu phẫu là $3,8 \pm 1,7$ ngày. TH lâu nhất là 7 ngày.



Hình 5. Kết quả phẫu thuật. (a) Sẹo mổ (b) Bệnh phẩm

Kết quả giải phẫu bệnh:

Tất cả 6/6 TH đều là ung thư tế bào thận RCC. Biên phẫu thuật âm tính 100% các TH.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật Robot trong Tiết niệu được hình thành và phát triển ban đầu theo hướng tiếp cận trong phúc mạc do cần khoảng không gian rộng cho cánh tay robot. Trong phẫu thuật Robot cắt một phần thận, ngã tiếp cận trong phúc mạc còn có các ưu điểm như tránh được việc đụng chạm nhiều vào bướu, giảm nguy cơ vỡ bướu đặc biệt là với các bướu có kích thước lớn. vị trí mặt trước của thận [5]. Tuy nhiên, ngã tiếp cận này lại có

hạn chế như đụng chạm ruột, tăng nguy cơ tổn thương ruột, đặc biệt trong các TH bệnh nhân có tiền căn mổ bụng nhiều lần, như trong 2 TH có trong nghiên cứu.

Từ những vấn đề phát sinh trong thực tế lâm sàng như đã nêu trên, cộng với việc phẫu thuật viên dần có kinh nghiệm và kỹ năng tốt trong phẫu thuật robot giúp có thể thao tác thuận lợi với khoảng cách cánh tay robot chỉ cần cách 5-6 cm, chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật robot sau phúc mạc trong cắt một phần thận với một số trường hợp chọn lọc. Kết quả ban đầu khá khả quan và cho thấy nhiều thuận lợi với các bướu thận mặt sau, bướu cực trên, hay bướu hoàn toàn mặt sau vùng

rốn thận như có 2 TH ghi nhận trong nghiên cứu. Hướng tiếp cận cũng có thêm những ưu thế riêng như tiếp cận rốn thận nhanh và trực tiếp, thời gian hồi phục sau mổ sớm [5].

Các kết quả chính trong cắt một phần thận như: thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biên phẫu thuật âm tính là hoàn toàn tương đương giữa ngã tiếp cận trong và sau phúc mạc.

Vì vậy, phẫu thuật Robot sau phúc mạc cắt một phần thận là hoàn toàn an toàn và khả thi. Việc phẫu thuật viên quen thuộc và tự tin với cả 2 hướng tiếp cận phẫu thuật robot ngã trong và sau phúc mạc sẽ mang đến thêm lựa chọn, nhưng điều quan trọng nhất là không có hướng tiếp cận nào là ưu thế tuyệt đối, nên cân nhắc lựa chọn ngã tiếp cận phù hợp trong từng trường hợp cụ thể.

V. KẾT LUẬN

Qua 6 trường hợp phẫu thuật robot cắt một phần thận trong nghiên cứu, chúng tôi nhận được các kết quả khả quan. Đây là một kỹ thuật an toàn và khả thi. Trong một vài trường hợp cụ thể, hướng tiếp cận sau phúc mạc có thể thuận lợi và ưu thế hơn. Điều quan trọng nhất việc là quen thuộc và tự tin với cả hai hướng tiếp cận: trong và sau phúc mạc sẽ giúp phẫu thuật viên có nhiều lựa chọn, mang lại lợi ích trong không ít các trường hợp khi thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AUA Guideline** (2018). Panel Member. Renal mass and localized renal cancer.
2. **Ljungberg B. et al** (2019), “Guidelines on renal cell carcinoma”, European association of urology.
3. **Mittakanti HR, Heulitt G, Li HF, Porter JR.** Transperitoneal vs. retroperitoneal robotic partial nephrectomy: a matched-paired analysis. *World J Urol.* 2020 May;38(5):1093-1099. doi: 10.1007/s00345-019-02903-7. Epub 2019 Aug 16.
4. **Pavan N, Derweesh I, Hampton LJ, White WM, Porter J.** Retroperitoneal Robotic Partial Nephrectomy: Systematic Review and Cumulative Analysis of Comparative Outcomes. *J Endourol.* 2018 Jul;32(7):591-596.
5. **Fan X, Xu K, Lin T, Liu H, Yin Z, Dong W, et al.** Comparison of transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int.* 2013;111:611–621. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11598.x.
6. **Ren T, Liu Y, Zhao X, Ni S, Zhang C, Guo C, et al.** Transperitoneal approach versus retroperitoneal approach: a meta-analysis of laparoscopic partial nephrectomy for renal cell carcinoma. *PLoS ONE.* 2014;9:e91978. doi: 10.1371/journal.pone.0091978.

SO SÁNH PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC CÓ ROBOT HỖ TRỢ VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI TIÊU CHUẨN: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Vũ Lê Chuyên¹, Tăng Kim Hồng²,
Nguyễn Ngọc Châu³, Phạm Phú Phát³, Đỗ Anh Toàn³,
Đỗ Lệnh Hùng³, Nguyễn Tế Kha³, Nguyễn Phúc Minh⁴,
Lê Nguyễn Minh Hoàng³, Trang Võ Anh Vinh³, Trần Đỗ Hữu Toàn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại bệnh viện Bình Dân, cắt tuyến tiền liệt tận gốc đã được thực hiện qua mổ mở (từ 1998), nội soi ổ bụng tiêu chuẩn (LRP) (từ 2004) (2). Từ tháng 11/2016, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ đã được áp dụng tại bệnh viện. Câu hỏi đặt ra: đâu là những thuận lợi / khó khăn cho bác sĩ phẫu thuật / bệnh nhân khi mổ nội soi có robot hỗ trợ so với nội soi ổ bụng (NSOB) trong điều kiện Việt Nam?

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của NSOB có robot hỗ trợ trong điều trị phẫu thuật triệt căn ung thư tuyến tiền liệt khi so sánh với NSOB tiêu chuẩn.

Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu:

Người bệnh nhập bệnh viện Bình Dân với chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú (bướu cT1-T2) hoặc xâm lấn vỏ bao hoặc túi tinh (cT3), được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc bằng nội soi có robot hỗ trợ hay bằng NSOB tiêu chuẩn. Nghiên cứu so sánh tiến cứu không ngẫu nhiên so sánh kết quả ngắn hạn (dưới 1 năm) giữa phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ và NSOB tiêu chuẩn cắt tuyến tiền liệt tận gốc với thời gian lấy mẫu là từ 01/2019 đến 12/2020.

Kết quả: Có 40 bệnh nhân ở mỗi nhóm phẫu thuật. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ hai nhóm không khác biệt về: tuổi, bệnh kết hợp, điểm số ASA, điểm số Gleason, PSA máu, cTNM; hai nhóm có khác biệt về: điểm số IIEF-5 (RARP > LRP), BMI (RARP > LRP), Kích thước tuyến tiền liệt (RARP > LRP). Các biến số quanh phẫu thuật: hai nhóm không khác biệt về: chuyển mổ mở, tỉ lệ thực hiện kỹ thuật bảo tồn cổ bàng quang, lượng máu mất, truyền máu quanh phẫu thuật, tai biến trong mổ; hai nhóm có khác biệt về: tỉ lệ mũi khâu Rocco (RARP > LRP), số trường hợp nạo hạch chậu (RARP > LRP), thời gian mổ (RARP < LRP), bờ biên phẫu thuật dương tính (RARP > LRP), số trường hợp bảo tồn bó mạch-thần kinh cương (RARP < LRP). Sau phẫu thuật 2 nhóm không khác biệt về: điểm số Gleason, pTNM, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ; hai nhóm có khác biệt về: thời gian lưu ống dẫn lưu (RARP < LRP), điểm số

¹Khoa - Bộ môn Thân niệu - Nam khoa, Bệnh viện Bình Dân, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Khoa Niệu, Bệnh viện Bình Dân

⁴Bộ môn Ngoại Tổng quát, ĐHY Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng

SĐT: 0913719346

Email: npchoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

đau sau mổ (RARP < LRP). Theo dõi sau mổ 3 tháng/6 tháng hai nhóm không khác biệt về: biến chứng tiểu không kiểm soát lúc 3 tháng, 6 tháng, số tã dùng trong 24g sau mổ 6 tháng, độ giảm điểm IIEF-5 lúc 3 tháng sau mổ; hai nhóm có khác biệt về biến chứng sau xuất viện < 6 tháng sau mổ (RARP < RLP), có ý nghĩa lâm sàng với LRP có 3 TH biến chứng Clavien III, biến chứng sau mổ sáu tháng – một năm (RARP < RLP) có ý nghĩa lâm sàng với nhóm LRP có 2 TH biến chứng Clavien III, số tã dùng trong 24h lúc 3 tháng sau mổ (RARP < RLP), độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 6 tháng (RARP > LRP), chất lượng cuộc sống 6 tháng sau mổ (nhóm RARP tốt hơn).

Kết luận: Phẫu thuật robot cắt cắt tuyến tiền liệt tận gốc so sánh với nội soi ổ bụng, theo nghiên cứu này, là một kỹ thuật an toàn với ít biến chứng hơn, là kỹ thuật mổ triệt căn hơn với việc cắt bỏ được nhiều hạch chậu hơn, hiệu quả hơn với thời gian mổ ngắn hơn, ít mất máu hơn, thời gian dẫn lưu ngắn hơn, ít đau hơn, chức năng cơ quan bảo tồn tốt hơn về kiểm soát nước tiểu sau mổ. Nó có đường cong học tập ngắn hơn và có chất lượng cuộc sống sau mổ tốt hơn cho bệnh nhân.

Từ khóa: cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ, nội soi ổ bụng cắt tuyến tiền liệt tận gốc, kết quả phẫu thuật, kết quả chức năng.

SUMMARY

COMPARISON OF ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY VERSUS LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: THE BINH DAN EXPERIENCE

Introduction: At Binh Dan hospital, radical prostatectomy (RP) was performed by open surgery (since 1998) (1) and by standard laparoscopy (LRP) (since 2004)(2). Since November 2016, robotics was implemented at

our institution. The question is: what are the advantages / disadvantages for surgeons / patients of robot-assisted radical prostatectomy (RARP) versus laparoscopic radical prostatectomy (LRP) ?

Objectives: To assess the efficiency, safety of robot-assisted radical prostatectomy (RARP) in comparison to laparoscopic radical prostatectomy (LRP) and to recognize the patient group suffering from prostate cancer who are suitable for RARP.

Materials and Methods: The patients admitted to Binh Dan hospital with a diagnosis of localized prostate cancer (cT1-T2) or with invasion of capsule and / or seminal vesicles (cT3) underwent RARP or LRP. Non-randomized prospective comparative study comparing short-term outcomes (less than 1 year) between RARP vs LRP with sampling from January 2019 to December 2020.

Results: There were 40 patients in each group. Patient characteristics before surgery in the two groups did not differ in: age, comorbidities, ASA score, Gleason score, serum PSA, cTNM; The two groups have differences in: the IIEF-5 score (RARP > LRP), BMI (RARP > LRP), Prostate size (RARP > LRP). Perioperative variables: the two groups did not differ in terms of: conversion rate, rate of bladder neck conservation, blood loss, perioperative blood transfusion, intraoperative complications; The two groups had differences in: rate of Rocco stitches (RARP > LRP), number of cases of pelvic lymph node dissection (RARP>LRP), operating time (RARP < LRP), positive surgical margin (RARP > LRP), the number of cases with neurovascular bundle preservation (RARP < LRP). After surgery, the 2 groups did not differ in: Gleason score, pTNM, postoperative complications, postoperative hospital stay; The two groups had differences in: drainage time

(RARP < LRP), postoperative pain score (RARP < LRP). Follow-up after surgery 3 months/6 months, the two groups did not differ in: urinary incontinence at 3 months, 6 months, number of diapers used in 24 hours at 6 months after surgery, IIEF-5 score decrease at 3 months after surgery; The two groups had differences in complications after discharge < 6 months after surgery (RARP < RLP), which were clinically significant in the LRP group with 3 complications of Clavien III, complications after surgery 6 months - 1 year (RARP < RLP) which were was clinically significant in the LRP group with 2 complications of Clavien III, the number of diapers used in 24 hours at 3 months postoperatively (RARP < RLP), the decrease in IIEF-5 score after surgery 6 months (RARP > LRP), the patients' quality of life at 6 months postoperatively (the RARP group was better).

Conclusions: RARP versus LRP, after this study, is a safer procedure with less complications, more radical treatment with more dissected lymph nodes, more effective with with shorter operative time, with trend of less blood loss, shorter drainage time, less pain, better functional outcomes in terms of urinary continence, shorter learning curves and better quality of life after surgery for patients. Two points to be improved are: surgical margins and nerve-sparing technique.

Keywords: robot-assisted radical prostatectomy, laparoscopic radical prostatectomy, perioperative outcomes, functional outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tuyến tiền liệt tận gốc (CTTLTG) vẫn là hòn đá tảng trong phẫu thuật triệt căn ung thư tuyến tiền liệt khu trú. Tại bệnh viện

Bình Dân: CTTLTG được thực hiện bằng mổ mở (từ năm 1998) và bằng phương pháp nội soi ổ bụng tiêu chuẩn (NSOB) (từ năm 2004) (2)

Từ tháng 11 năm 2016, hệ thống robot phẫu thuật daVinci® đã được triển khai tại Bình Dân: CTTLTG có robot hỗ trợ chiếm 50% số ca phẫu thuật robot (52/112 ca) sau 1 năm⁽⁴⁾. Câu hỏi đặt ra: đâu là những thuận lợi / khó khăn đối với phẫu thuật viên/bệnh nhân mổ cắt tuyến tiền liệt tận gốc có sự hỗ trợ của robot khi so sánh với phương pháp NSOB tiêu chuẩn.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt tuyến tiền liệt tận gốc điều trị ung thư tuyến tiền liệt khi so sánh với NSOB tiêu chuẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân: Người bệnh nhập bệnh viện Bình Dân với chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú (bướu cT1-T2) hoặc xâm lấn vỏ bao hoặc túi tinh (cT3), được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc bằng nội soi có robot hỗ trợ (RARP) hay bằng NSOB tiêu chuẩn (LRP).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu so sánh tiền cứu không ngẫu nhiên (prospective nonrandomized comparative study), so sánh kết quả ngắn hạn (dưới 1 năm) giữa phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ và NSOB tiêu chuẩn cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nhằm so sánh 2 tỉ lệ:

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{\Delta^2}$$

p1: Tỷ lệ chuyển mổ mở hay có biến chứng nghiêm trọng trong nhóm LRP

p2: Tỷ lệ chuyển mổ mở hay có biến chứng nghiêm trọng trong nhóm RARP

Và: $p = (p_1 + p_2)/2$

Dựa vào kết quả của các nghiên cứu tương tự của Good(3), Menon(10), với $\alpha = 0,05$, $(1 - \beta) = 0,80$, dùng phần mềm Sức mạnh và Cỡ mẫu, cỡ mẫu được tính toán theo bảng:

Kết quả	Tác giả	Giá trị của nhóm LRP	Giá trị tính toán của nhóm RARP	Cỡ mẫu cho mỗi nhóm (RARP / LRP)
Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sau mổ	Good	p1 = 35%	Sai biệt so với tỷ lệ kiểm soát được nước tiểu sau mổ ở nhóm LRP khoảng 35%	31 bệnh nhân /nhóm
Thời gian mổ	Menon	t1 = 2,3 giờ	Sai biệt so với TB ở nhóm LRP khoảng 2,5 giờ, $\sigma = 4$	41 bệnh nhân / nhóm

Chọn mẫu: Thời gian lấy mẫu: từ 01/2019 đến 12/2020, được thực hiện tuần tự: lấy liên tiếp những người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu.

Bác sĩ phẫu thuật viên: Nhóm mổ NSOB: 2 bác sĩ đã thực hiện hơn 50 ca. Nhóm phẫu thuật robot: 6 bác sĩ (2 đã thực hiện hơn 30 ca, 4 đã thực hiện dưới 30 ca). Phương tiện phẫu thuật: Hệ thống robot phẫu thuật da Vinci SiTM với bốn cánh tay. Kỹ thuật mổ: Nhóm LRP: đường vào ngoài phúc mạc, ngã trước theo Vũ Lê Chuyên và c.s.(2). Nhóm RARP: đường vào trong phúc mạc, ngã trước, theo kỹ thuật mổ gồm 13 bước theo Lee D.I. và cs.(8)

Hậu phẫu: Cho người bệnh ăn uống bình thường sau 24 giờ. Thuốc giảm đau gây nghiện có thể dùng trong 24 giờ đầu nhưng hạn chế, chủ yếu dùng nhóm acetaminophen.

Có thể xuất viện sớm sau mổ 2-3 ngày, bệnh nhân mang thông niệu đạo về và hẹn tái khám vào ngày thứ 8-9 để cắt chỉ và rút thông niệu. Lưu thông niệu đạo 8-10 ngày, có thể chụp bàng quang với thuốc cản quang trước khi rút thông.

Phương tiện đo lường: Bảng câu hỏi IIEF-5 đánh giá chức năng cương, Thang đo điểm đau sau mổ bằng thước trực quan (visual analog scale) (ngày 1, ngày 3 sau mổ), Phân loại Clavien-Dindo đánh giá biến chứng phẫu thuật, Bảng câu hỏi để chẩn đoán tiểu không kiểm soát sau mổ (QUID), Bảng câu hỏi SF-36 đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ.

Thu thập và xử lý số liệu: Chẩn đoán xác định, giai đoạn ung thư→Xét chỉ định phẫu thuật→Phẫu thuật RARP/LRP→Thống kê các biến số→Kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2020: có 40 bệnh nhân ở mỗi nhóm phẫu thuật.

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loại này			Porpiglia F. (11)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Tuổi	67,85 ± 7,634	67,13 ± 6,692	0,653	63,9 ± 6,7	64,7 ± 5,9
Có bệnh kèm theo	29 (72,5%)	27 (67,5%)	0,626		
BMI	22,133	23,848	0,013	26,2 ± 2,5	26,8 ± 2,9
ASA			0,115	2,1 ± 0,5	2,0 ± 0,5
2	37 (92,5%)	31 (77,5%)			
3	3 (7,5%)	9 (22,5%)			
Điểm Gleason	7,05	7,03	0,94		
GS ≤ 6	12/40 (30%)	13/40 (32,5%)		58,3%	41,7%
GS ≥ 7	28/40 (70%)	27/40 (67,5%)		41,7%	58,3%
PSA trung bình	34,64	34,2	0,952	8,3	6,9
Thể tích TTL	35,58	45,81	0,022	37,7 ± 14,1	36,2 ± 12,6

Biến số	Loại này			Qi F. (12)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
≤ cT2	19	15	0,36	81,1%	70,4%
cT3	21	25		18,9	29,6%
cT1	4	3		81,1%	70,4%
cT2a	1	2			
cT2b	2	5			
cT2c	12	5		5,4%	20,4%
cT3a	7	10		9,5%	3,7%
cT3b	14	15			
Hạch trên MRI					
N (-)	37	29			
N (+)	3	0			
Nx	0	11			

Kết quả trong mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loại này			Porpiglia F. (11)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Thời gian (phút)					
Mổ chung	219,5 ± 74,67	171,85 ± 70,2	0,004		
Docking		12,17 ± 7,44			5,5 ± 1,7
Console		154,23 ± 68,03		138,1 ± 29,7	147,6 ± 27,1

Máu mất (mL)	393,75 ±264,37	394,5 ±345,56	0,991	234.1±150.1	202.0 ± 124
Giảm Hb sau mổ (g/dL)	2,08 ± 1,44	1,65 ± 1,33	0,176		
Tỉ lệ truyền máu	7/40 (17,5%)	4/40 (10%)	0,518		
Máu truyền (mL)	78,75 ±185,67	52,5 ± 169,07	0,510		
Chuyển mổ mở	0%	0%			
Tai biến trong mổ	0 (0%)	1/40 (2,5%)	1		
Bảo tồn cổ bàng quang	23/40 (57,5%)	21/40 (52,5%)	0,653		
Bảo tồn TK cương	13/40 (32,5%)	5/40 (12,5%)	0,032	35/60 (58,3%)	35/60(58,3%)
Mũi khâu Rocco	6/40 (15%)	19/40 (47,5%)	0,002		
Nạo hạch chậu	11/40 (27,5%)	24/40 (50%)	0,039		

Kết quả sau mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loạt này			Porpiglia F. (11)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Trung tiện (ngày)	1,43 ± 0.501	2,35 ± 1,272	0,00		
Thời gian rút ODL (ngày)	3,97 ± 2.023	3,00 ± 1,754	0,025		
Nằm viện sau mổ (ngày)	6,00 ± 4,126	4,73 ± 2.025	0,085		
Điểm Gleason	7,34 ± 1,136	7,08 ± 1,01	0,29	6,71 ± 0,75	6,87 ± 0,69
Bờ biên phẫu thuật dương	1/40 (2,5%)	11/40 (27,5%)	0,003	20%	26,6%
≤ pT2	27/40(32,5%)	21/40 (52,5%)	0,07	38/60(63,3%)	38/60(63,3%)
pT3	13/40(67,5%)	19/40 (47,5%)		22/60(36,7%)	22/60(36,7%)
pT1	1	2			
pT2a	7	13			
pT2b	2	4			
pT2c	3	2			
pT3a	9	5			
pT3b	18	14			

Biến số	Loạt này			Qi F. (12)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Hạch vùng trên đại thể dương tính	2/11 (18,18%)	11/24 (45,83%)	0,013	44,6	29,6
Hạch chậu có tế bào ác	0/11	1/24 (4,16%)	1	9,5	5,6

Biến số	Loạt này			Porpiglia F. (11)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Điểm số đau	3,7 ± 0,992	2,63 ± 0,838	0,000		
BC gần sau mổ (Clavien – Dindo)	0	3 (+)	0,241		

0	40/40	37/40			
I	0	2/40		4/60 (6,7%)	7/60 (11,7%)
II	0	1/40		1/60 (1,7%)	1/60 (1,7%)

(+) 3 TH chỉ biến chứng nhẹ, Clavien 1-2, điều trị nội

Biến chứng (BC) sau mổ: RARP so với LRP

Biến số	LRP	RARP	p
BC sau mổ < 6 tháng (Clavien – Dindo)			0,241
0	37	40	
III	3 (+) (7,5%)	0 (0%)	
BC sau mổ 6 tháng – 1 năm (Clavien – Dindo)			0,494
0	38 (95%)	40	
III	2 (++) (5%)	0	

(+) 3 TH có biến chứng hẹp cổ bàng quang ở nhóm LRP (Clavien III) phải nội soi xẻ hẹp

(++) 2 TH có biến chứng ở nhóm LRP (Clavien III): 1 TH hẹp cổ bàng quang phải nội soi xẻ hẹp, 1 TH bướu tái phát xâm lấn 2 niệu quản.

Kết quả chức năng sau mổ: RARP so với LRP

Biến số	Loạt này			Porpiglia F. (11)	
	LRP	RARP	p	LRP	RARP
Điểm số TKKS (QUID) sau mổ 3 tháng	10,33 ± 4,994	8,05 ± 5,510	0,057		
Điểm số TKKS (QUID) sau mổ 6 tháng	5,25 ± 3,564	5,03 ± 5,117	0,820		
Số tã dùng trong 24h sau mổ 3 tháng	1,75 ± 0,899	1,25 ± 0,809	0,011		
Số tã dùng trong 24h sau mổ 6 tháng	0,53 ± 0,679	0,55 ± 0,876	0,887	1,81 ± 0,72 (sau 1 năm)	1,33 ± 0,51 (sau 1 năm)
Độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 3 tháng	4,13 ± 5,140	5,20 ± 7,673	0,464		
Độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 6 tháng	3,73 ± 4,761	8,15 ± 7,113	0,002		

Chất lượng cuộc sống sau mổ 6 tháng (Bảng SF36): RARP so với LRP

	LRP	RARP	p
Chức năng vật lý	80,12	56,00	< 0,001
Giới hạn thể chất	77,29	55,63	0,007
Giới hạn tinh thần	71,83	49,99	0,007
Năng lượng/mệt mỏi	68,27	54,88	< 0,001
Biểu hiện tinh thần	64,89	58,60	0,067
Chức năng xã hội	75,06	70,09	0,231
Mức độ đau	80,94	80,52	0,916

Sức khỏe tổng quát	58,75	34,63	< 0.001
Mức độ thay đổi sức khỏe	45	39	0,207

Nhận xét: RARP có chất lượng cuộc sống tốt hơn LRP trên 5 khía cạnh.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Tuổi; Bệnh kết hợp; Điểm số ASA; Điểm số Gleason; PSA máu; cTNM (nhóm RARP nhiều ung thư xâm lấn hơn LRP nhưng chưa có ý nghĩa thống kê).

Hai nhóm có khác biệt về: Điểm số IIEF-5: RARP > LRP (nhóm RARP ít rối loạn cương hơn); BMI: RARP > LRP; Kích thước tuyến tiền liệt: RARP > LRP.

Các biến số quanh phẫu thuật 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Không có chuyển mổ mở; Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật bảo tồn cổ bàng quang, Lượng máu mất, Giảm Hb sau mổ (RARP < LRP chưa có ý nghĩa), Truyền máu quanh phẫu thuật (RARP < LRP chưa có ý nghĩa), Lượng máu truyền (RARP < LRP chưa có ý nghĩa, Tai biến trong mổ (tuy nhóm RARP có 1 trường hợp chảy máu # 1500 mL, cần truyền máu).

Hai nhóm có khác biệt về: Thực hiện mũi khâu Rocco: RARP > LRP, Số TH nạo hạch chậu: RARP > LRP, Thời gian mổ: RARP < LRP, Bờ biên phẫu thuật dương tính: RARP > LRP, Số TH bảo tồn bó mạch-thần kinh cương: RARP < LRP.

Các biến số sau phẫu thuật 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Điểm số Gleason, pTNM (LRP có nhiều ung thư xâm lấn hơn RARP, không có ý nghĩa thống kê, trái ngược với trước mổ); Biến chứng sau mổ (tuy nhóm RARP có 3 TH biến chứng Clavien 1-2, không khác biệt có ý nghĩa);

Thời gian nằm viện sau mổ (RARP < LRP chưa có ý nghĩa). Thời gian nằm viện sau mổ ít có ý nghĩa ở Việt Nam vì bệnh nhân thường muốn ra viện sau khi cắt chỉ và rút hết các ống thông.

Hai nhóm có khác biệt về: Thời gian lưu ống dẫn lưu: RARP < LRP, Điểm đau sau mổ: RARP < LRP.

Theo dõi sau mổ: 3 tháng / 6 tháng, 2 nhóm RARP so với LRP

Hai nhóm không khác biệt về: Biến chứng tiểu không kiểm soát (TKKS) (Bảng câu hỏi QUID) 3 tháng sau mổ (RARP < LRP không có ý nghĩa); Biến chứng TKKS (Bảng câu hỏi QUID) 6 tháng sau mổ (RARP < LRP không có ý nghĩa), Số tã dùng trong 24g, sau mổ 6 tháng; Độ giảm điểm IIEF-5 lúc 3 tháng sau mổ (RARP > LRP không có ý nghĩa).

Hai nhóm có khác biệt về: Biến chứng sau xuất viện < 6 tháng sau mổ: RARP < LRP, có ý nghĩa lâm sàng với LRP có 3 TH biến chứng Clavien III. Biến chứng sau mổ 6 tháng - 1 năm: RARP < LRP, có ý nghĩa lâm sàng với nhóm LRP có 2 TH biến chứng Clavien III; Số tã dùng trong 24h lúc 3 tháng sau mổ: RARP < LRP; Độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 6 tháng: RARP > LRP; Chất lượng cuộc sống (Bảng câu hỏi SF36): 3 và 6 tháng sau mổ: nhóm RARP tốt hơn.

Nhận xét về độ an toàn, tính hiệu quả của nhóm RARP so với LRP

Độ an toàn

Nhóm RARP có những điểm đạt như: Máu mất: RARP có chiều hướng < LRP, tuy chưa có ý nghĩa thống kê nhưng tuyến tiền liệt của nhóm RARP lớn hơn, Thời gian mổ:

RARP < LRP; Biến chứng sau mổ ít, 2 nhóm không khác biệt tuy nhóm RARP có 3 TH có biến chứng Clavien 1-2, không cần can thiệp lại; Đau sau mổ: RARP < LRP; Biến chứng sau mổ 3 tháng, 6 tháng: RARP < LRP, có ý nghĩa lâm sàng vì các trường hợp biến chứng của nhóm LPN đều cần can thiệp lại (Clavien III).

Điểm chưa đạt của nhóm RARP: Không

Tính hiệu quả

Nhóm RARP có những điểm đạt như: Không có chuyển mổ mở tuy nhóm này còn trong giai đoạn hoàn thành đường cong học tập và có thể rút ra là đường cong học tập của RARP ngắn hơn. Nhóm RARP thực hiện kỹ thuật mổ bảo tồn chức năng đường tiểu dưới bàng (bảo tồn cổ bàng quang) hoặc nhiều hơn LRP (mũi khâu Rocco). Nạo hạch chậu: RARP > LRP, cho thấy ưu thế của công nghệ màn hình HD-3D và Endowrist® của hệ thống robot. Nhóm RARP rút ống dẫn lưu sớm hơn phản ánh mũi khâu nối cổ bàng quang niệu đạo tốt hơn. Kiểm soát nước tiểu sau mổ: RARP phục hồi kiểm soát nước tiểu nhanh hơn có thể do mũi khâu Rocco (tuy 2 nhóm tương đương sau 6 tháng). Chất lượng

cuộc sống sau mổ: nhóm RARP có chất lượng tốt hơn LRP.

Điểm chưa đạt của nhóm RARP gồm: Bờ biên phẫu thuật dương tính: nhóm RARP cao hơn LRP (nhóm RARP còn đang hoàn thành đường cong học tập, có thể tích bướu lớn hơn), Bảo tồn chức năng cương sau mổ của nhóm RARP < LRP ở cả 3 tháng (chưa có ý nghĩa) và 6 tháng sau mổ (có ý nghĩa). Có thể lý giải ở đây như sau: (1) Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh cương ở nhóm RARP (12,5%) thấp hơn LRP (32,5%) ($p=0,032$). (2) Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật này ở nhóm RARP thấp có thể là do yếu tố cT3 ở nhóm này cao hơn nhóm LRP (tuy chưa có ý nghĩa thống kê) và yếu tố đường cong học tập chưa hoàn thành. (3) Xem xét hai phân nhóm RARP có bảo tồn thần kinh cương và LRP có bảo tồn thần kinh cương thấy độ giảm điểm IIEF-5 sau mổ 3 tháng theo thứ tự là: 7,4 so với 5,92 ($p=0,691$) và sau mổ 6 tháng là 6,6 so với 5,53 ($p=0,766$), chưa có ý nghĩa thống kê.

Tham khảo y văn: hầu hết các tác giả nước ngoài khi so sánh RARP với LRP đều nhận thấy những ưu điểm / ưu thế của RARP.

Tác giả	Thiết kế NC	KQ so sánh	Kết quả không khác biệt	Ưu thế của RARP
Willis D.L. (15)	So sánh	Kết quả quanh PT, ung thư học, chức năng	Kết quả chức năng đường tiểu sau mổ	Phục hồi chức năng tình dục sớm hơn
Anastasios D. (1)	RCT	Kết quả CN cương, tỉ lệ BC, kiểm soát nước tiểu, ung thư học	Kết quả quanh PT, ung thư học, kiểm soát nước tiểu sau mổ.	Phục hồi chức năng cương tốt hơn
Porpiglia F. (11)	RCT	Kết quả chức năng, quanh PT, ung thư học. Mục tiêu chính: kiểm soát nước tiểu 3 tháng sau mổ	Kết quả quanh phẫu thuật và GPB, tỉ lệ biến chứng, PSA	Kết quả tốt hơn về phục hồi kiểm soát nước tiểu và chức năng cương
Qi F. (12)	NC hồi cứu	Kết quả quanh PT, GPB	Kết quả quanh PT và GPB, ngoại trừ RARP	-

Tác giả	Thiết kế NC	KQ so sánh	Kết quả không khác biệt	Ưu thế của RARP
			có thời gian mổ lâu hơn	
Sujenthiran A. (13)	NC đoàn hệ trên dân số	Tần suất biến chứng đường tiểu nặng trong vòng 2 năm sau mổ		Nguy cơ bị BC đường tiểu nặng thấp nhất
Lee S.H. (9)	Tổng quan hệ thống và Phân tích tổng hợp	Kết quả quanh PT, chức năng và ung thư học		Tỉ lệ BC thấp hơn, chức năng cương tốt hơn, kiểm soát nước tiểu cao hơn, giảm tái phát sinh hóa
Johnson I. (5)	NC lâm sàng tiền cứu	Kết quả ung thư học, tỉ lệ biến chứng	Tỉ lệ biến chứng toàn bộ	Ít biến chứng nặng, ít can thiệp lại
Trabulsi E.J. (14)	Tổng quan hồi cứu	Kết quả phẫu thuật, GPB, chức năng		Kết quả PT, ung thư học, và chức năng tốt hơn

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật RARP so với LRP, theo nghiên cứu này, là phẫu thuật an toàn hơn với ít biến chứng hơn, triệt để hơn vì nạo hạch chậu nhiều hơn, hiệu quả hơn với thời gian mổ ngắn hơn, xu hướng ít mất máu hơn, thời gian dẫn lưu ngắn hơn, ít đau hơn, có kết quả chức năng kiểm soát nước tiểu tốt hơn, có đường cong học tập ngắn hơn, chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau mổ tốt hơn. Hai điểm cần cải thiện là biên phẫu thuật và kỹ thuật bảo tồn bó mạch-thần kinh cương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anastasios D, Asimakopoulos AD, Pereira Fraga CT, Annino F, Pasqualetti P, Calado A.A., Mugnier C. Randomized comparison between laparoscopic and robot-assisted nerve-sparing radical prostatectomy. J Sex Med. 2011 May;8(5): 1503-12.
2. Vũ Lê Chuyên. Những kinh nghiệm bước đầu nhân 4 trường hợp cắt tiền liệt tuyến toàn phần qua ngã nội soi ngoài phúc mạc tại bệnh viện Bình dân, Y học Việt nam, 313,176-180, 2005.
3. Good DW, Stewart Grant D. et al. A Critical Analysis of the Learning Curve and Postlearning Curve Outcomes of Two Experience-and Volume-Matched Surgeons for Laparoscopic and Robot-Assisted Radical Prostatectomy (2015): J EndoUrol. Aug;29(8):939-47.
4. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng. Robotic Surgery: Changing Concept in Urological Malignancy Management. East Asia Society of Endourology, 2018, Kyoto, Japan.
5. Johnson I, Ottosson F, Diep LM, Berg RE, Hoff J-R, Wessel N., EriL M, Berge V. Switching from laparoscopic radical prostatectomy to robot assisted laparoscopic prostatectomy: comparing oncological outcomes and complications. Scand J Urol. 2018 Apr;52(2):116-121.

6. **Koutlidis N, Mourey E, Champigneulle J, Mangin P, Cormier L.** Robot-assisted or pure laparoscopic nerve-sparing radical prostatectomy: What is the optimal procedure for the surgical margins? A single center experience. *Int J Urol.* 2012 Dec;19(12):1076-81.
7. **Ku JY, Lee CH, Lee JZ, Ha HK.** Comparison of functional outcomes between laparoscopic radical prostatectomy and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a propensity score-matched comparison study. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2017.
8. **Lee DI.** Transperitoneal Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: Anterior Approach. *Atlas of Robotic Urologic Surgery.* © Springer International Publishing Switzerland, 2017.
9. **Lee SH, Seo HJ, Lee NR, Son SK, Kim DK, Rha KH.** (2017), Robot-assisted radical prostatectomy has lower biochemical recurrence than laparoscopic radical prostatectomy: Systematic review and meta-analysis. *Investig Clin Urol.*; 58, pp.152-163.
10. **Menon M, Tewari A, Baize B, et al.** (2002), Prospective comparison of radical retropubic prostatectomy and robot-assisted anatomic prostatectomy: the Vattikuti Urology Institute experience, *Urology* 60, pp.864–868.
11. **Porpiglia F, Morra I, Lucci Chiarissi M, Manfredi M, Mele F, Grande S, Ragni F, Poggio M, Fiori C.** (2013), Randomised controlled trial comparing laparoscopic and robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*, Apr;63(4), pp.606-14.
12. **Qi F, Wang S, Xu H, Gao Y, Cheng G, Hua L.** A comparison of perioperative outcome between robot-assisted and laparoscopic radical prostatectomy: experience of a single institution . *Int Braz J Urol.* 2019; 45:695-702
13. **Sujenthiran A, Nossiter J, Parry M, Charman SC, Aggarwal A, Payne H, Dasgupta P, Clarke NW, Jan van der Meulen and Cathcart P.** National cohort study comparing severe medium-term urinary complications after robot-assisted vs laparoscopic vs retropubic open radical prostatectomy. *BJU Int* 2018;121:445–452.
14. **Trabulsi EJ, Zola JC, Gomella LG, Lallas CD.** Transition from pure laparoscopic to robotic-assisted radical prostatectomy: a single surgeon institutional evolution. *Urol Oncol.* 2010 Jan-Feb;28(1):81-5.
15. **Willis DL, Gonzalgo ML, Brotzman M, Feng Z, Trock B, Su LM.** Comparison of outcomes between pure laparoscopic vs robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a study of comparative effectiveness based upon validated quality of life outcomes. *BJU Int.* 2012 Mar ;109(6):898-905.

TỶ LỆ SẠCH SỎI VÀ DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN CỦA CÁC MẢNH SỎI SAU PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA

Nguyễn Ngọc Châu¹, Hồ Xuân Tuấn¹, Trịnh Nguyên Bách¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da (PCNL) và đánh giá diễn tiến, những biến cố xảy ra liên quan đến những mảnh sỏi sót sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn được 72 trường hợp PCNL từ tháng 5/2022 đến tháng 8/2022 tại bệnh viện Bình Dân. Theo dõi sau phẫu thuật tại thời điểm 4 tuần và 12 tuần, xem xét các yếu tố: sạch sỏi, diễn tiến của mảnh sỏi sót.

Kết quả: Trong 72 trường hợp phẫu thuật tán sỏi thận qua da, tỉ lệ sạch sỏi trên màn huỳnh quang là 65 trường hợp, chiếm 90%. Không còn sỏi trên cả KUB và siêu âm là 46/72 trường hợp (64%). Trong 19 trường hợp sỏi sót trên KUB, vị trí sỏi sót đa số ở đài dưới: 58%, đài giữa 1% và đài trên 37%. Các trường hợp sỏi sót từ 4mm trở xuống, không có trường hợp nào cần can thiệp trong thời gian 12 tuần sau mổ. Với sỏi sót từ 4mm trở lên, có 5 trường hợp cần can thiệp bổ sung (26%).

Kết luận: Sót sỏi sau PCNL là khó tránh khỏi, tuy nhiên chỉ định can thiệp ngoại khoa mảnh sỏi sót là rất hạn chế. Cần theo dõi định kỳ những trường hợp sỏi sót lớn hơn 4mm.

Từ khóa: phẫu thuật tán sỏi qua da, sạch sỏi.

SUMMARY

STONE FREE RATE AND NATURAL HISTORY OF RESIDUAL STONE FRAGMENTS AFTER PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY

Objective: To analyze stone free rate and natural history of residual stone fragments after percutaneous nephrolithotomy (PCNL).

Methods: A case series study, 72 cases of PCNL from 5/2022 to 8/2022. Following up after discharge: stone free, natural history of residual stone fragments.

Results: Among 72 cases of PCNL, there are 65/72 patients stone free on fluoroscopy screen (90%). At 4 weeks postoperative, the rate of stone free on KUB and ultrasound was 46/72 cases (64%). In 19 cases of residual stones on the KUB, the majority of residual stones were located in the lower calyx (58%). None of residual stones of 4mm or less required intervention after 12 weeks. With stones from 4mm or more, 5 cases requiring additional intervention (26%).

Conclusions: Residual stone fragments after PCNL is unavoidable, however, indications for surgical intervention of residual stones are very limited. It is necessary to periodically monitor the cases of residual stones larger than 4mm.

Keywords: percutaneous nephrolithotomy, residual stone fragments, stone free.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Châu

SĐT: 0903858423

Email: chaunguyentk2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tán sỏi thận qua da (PCNL) đã là tiêu chuẩn vàng trong điều trị sỏi thận. Hầu hết các loại sỏi thận, từ sỏi bể thận, sỏi đài thận không thể tiếp cận được bằng tán sỏi qua da (ESWL) hoặc nội soi thận ngược dòng tán sỏi (RIRS), cho đến sỏi thận nhiều vị trí và sỏi san hô, phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da hiện nay ở bệnh viện Bình Dân đã gần như thay thế thành công phẫu thuật mở trong điều trị sỏi thận.

Thành công của nội soi tán sỏi thận qua da là lấy hết được tất cả sỏi trong các đài bể thận để ngăn ngừa các vấn đề có thể xảy ra do mảnh sỏi còn sót lại sau phẫu thuật như các triệu chứng do bế tắc, nhiễm khuẩn niệu.

Tuy nhiên trong quá trình phẫu thuật tán sỏi thận qua da với hỗ trợ của màn huỳnh quang (Carm), việc xác định sạch sỏi hoàn toàn đôi khi còn khó khăn, quá trình theo dõi tái khám bác sĩ sẽ phải đối mặt với tình huống sót sỏi, và việc xử trí tại thời điểm đó có thể tương đối bối rối. Chính vì thế, chúng tôi làm nghiên cứu “Tỷ lệ sạch sỏi và diễn tiến tự nhiên của các mảnh sỏi sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da tại bệnh viện Bình Dân” để đánh giá tỷ lệ sạch sỏi sau nội soi tán sỏi thận qua da, đánh giá diễn tiến, những biến cố xảy ra liên quan đến những mảnh sỏi sót sau phẫu thuật giúp chúng tôi có thể tiên lượng được các biến cố có thể xảy ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn được 72 trường hợp phẫu thuật lấy sỏi qua da từ tháng 5/2022 đến tháng 8/2022 tại bệnh viện Bình Dân.

Sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da, kiểm tra ngay sau kết thúc phẫu thuật ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi dưới C arm. Tại thời điểm tái khám là 4 tuần, 12 tuần và ghi nhận các thông số: tỉ lệ sạch sỏi, tỉ lệ còn sỏi <4mm và >4mm trên KUB, siêu âm; Tỉ lệ bệnh nhân còn sỏi trên 4mm; Tỉ lệ bệnh nhân có biến cố liên quan đến sót sỏi: đau, ứ nước thận, thận ứ nước nhiễm khuẩn và thời gian từ lúc làm PCNL đến lúc có biến cố; Tỉ lệ bệnh nhân cần can thiệp bổ sung: tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi tán sỏi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 72 trường hợp can thiệp PCNL chúng tôi theo dõi được, ghi nhận các thông số sau: không còn sỏi khi kiểm tra dưới màn hình huỳnh quang ngay sau kết thúc phẫu thuật là 65/72 bệnh nhân (90,3%), còn sỏi là 7/72 trường hợp (9,7%).

Tại thời điểm tái khám sau 4 tuần: Không còn sỏi trên siêu âm và KUB: 46/72 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 64%. Có 14 bệnh nhân còn sỏi trên 8mm.

Bảng 1: Tỷ lệ sạch sỏi, sót sỏi tại thời điểm sau can thiệp 4 tuần.

	Tỷ lệ sạch sỏi	Tỷ lệ sót sỏi ≤4mm	Tỷ lệ sót sỏi >4mm
Siêu âm	49/72(68%)	4/72(6%)	19/72(26%)
KUB	53/72(74%)	1/72(1%)	18/72(25%)

Ghi nhận vị trí sỏi sót đa phần là đài dưới của thận

Bảng 2: Phân bố của sỏi sót trong thận tại thời điểm sau phẫu thuật 4 tuần

Vị trí sỏi sót trên KUB	Đài trên	Đài giữa	Đài dưới	Đài giữa + dưới
	0	1/19(5%)	11/19(58%)	7/19(37%)

Diễn tiến tự nhiên sau 12 tuần với nhóm sỏi <4mm: không có trường hợp nào cần can thiệp lại.

Diễn tiến tự nhiên sau 12 tuần với nhóm >4mm: 1 trường hợp nội soi tán sỏi niệu quản do sỏi rơi xuống niệu quản không ra được, 4 trường hợp tán sỏi thận ngoài cơ thể.

Bảng 3: Tỷ lệ các trường hợp sỏi còn sót phải can thiệp bổ sung.

Can thiệp bổ sung	Sỏi <=4mm	Sỏi >4mm
Sau 4 tuần	0%	0%
Sau 12 tuần	0%	5/19(26%)

IV. BÀN LUẬN

Định nghĩa sạch sỏi và tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu:

PCNL là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, được chỉ định với sỏi có kích thước lớn hơn 20mm và sỏi thận phức tạp, mục tiêu của PCNL là sạch sỏi. Mảnh sỏi tồn lưu có thể lớn lên, gây ra nhiễm khuẩn và tắc nghẽn. Mảnh sỏi 4mm trở xuống qua quan sát không gây ra triệu chứng có ý nghĩa, nên chúng tôi phân làm 3 nhóm: sạch sỏi, sỏi<=4mm, sỏi>4mm. Trong nhiều nghiên cứu sỏi sót dưới 4mm sau tán sỏi ngoài cơ thể, được xem là sỏi sót không quan trọng trên lâm sàng vì chúng có tỷ lệ rất thấp đòi hỏi phải can thiệp lại tuy nhiên điều này điều này vẫn còn nhiều tranh cãi do những triệu chứng và biến chứng mà chúng gây ra. Tuy nhiên báo cáo của Ben Chew (2016) cho thấy 38% bệnh nhân có sỏi sót trên 4mm sau tán sỏi niệu quản cần can thiệp bổ sung và 16,9% can thiệp bổ sung cho nhóm bệnh nhân có sỏi sót 4mm hay nhỏ hơn [4,6].

Cho đến hiện tại chưa có định nghĩa chính xác về sạch sỏi sau nội soi tán sỏi thận qua da. Tỷ lệ sạch sỏi trong các nghiên cứu thay đổi từ 42% cho đến 90%, tùy thuộc vào tiêu chuẩn sạch sỏi : sạch sỏi dưới kiểm tra của C arm, hay KUB hay siêu âm hay MSCT; thời điểm thực hiện kiểm tra, kích thước sỏi còn lại 1mm hay 4mm, hay sạch sỏi hoàn toàn. Nhiều nghiên cứu về sạch sỏi

và sỏi sót sau nội soi tán sỏi thận qua da chọn giá trị “cut off” của sỏi sót là 4mm để đánh giá tỷ lệ sạch sỏi, sự lớn lên, sự di chuyển tự nhiên và tỷ lệ cần can thiệp bổ sung [4,6,7].

Trong phẫu thuật, dưới màn huỳnh quang, chúng tôi ghi nhận 65/72 (90,3%) các trường hợp sạch sỏi, tuy nhiên tại thời điểm tái khám vào tuần thứ 4, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ sạch sỏi thật sự, không ghi nhận sỏi trên siêu âm và KUB là 74%, cho thấy hạn chế nhất định của C-arm. Mặc dù vậy, bệnh nhân trong nghiên cứu không được chụp MSCT sau phẫu thuật, nên chúng tôi có thể bỏ sót các trường hợp sỏi sót nhỏ <=4mm, nếu có MSCT chúng tôi tin rằng tỉ lệ sạch sỏi sẽ thấp hơn 74%. Nghiên cứu của tác giả Anthony(2018) và cộng sự báo cáo tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu 658 bệnh nhân sau PCNL là 55% với CT-KUB ngày thứ nhất sau phẫu thuật, kết quả này là kết quả sạch sỏi thật sự, chính xác nhất (true stone free). Trong khi nghiên cứu của Altunrende và cộng sự (2011) báo cáo tỷ lệ thành công sau PCNL là 74,5% dựa trên đánh giá kết quả CT-KUB sau phẫu thuật. Nghiên cứu này theo dõi 110 bệnh nhân có những mảnh sỏi sau phẫu thuật, tại thời điểm 3 tháng có 38 bệnh nhân (8,8%) còn sỏi sót theo tiêu chuẩn [1,2,3].

Các biến cố xảy ra liên quan đến sỏi sót và tỷ lệ can thiệp lại:

Trong quá trình theo dõi tái khám, nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp sỏi >4mm trong số 19 trường hợp còn sỏi sau PCNL, cần can thiệp nội soi tán sỏi niệu quản và tán sỏi thận ngoài cơ thể, chiếm tỉ lệ 7%. Đây là những trường hợp sỏi tồn lưu gây ra triệu chứng đau và có tắc nghẽn, nên có chỉ định can thiệp. Các trường hợp còn lại theo dõi sau 12 tuần, không có trường hợp nào cần can thiệp ngoại khoa.

Có một số trường hợp sỏi sót lớn hơn 8mm, theo dõi 12 tuần không thấy triệu chứng, không ghi nhận các biến cố và không có trường hợp cần can thiệp ngoại khoa. Có thể thời gian theo dõi 12 tuần của chúng tôi còn ngắn nên chưa kết luận được những trường hợp này. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Olvera- Posada (2016) và cộng sự báo cáo 44 trường hợp sỏi sót sau PCNL, sỏi sót có lớn lên nhưng không liên quan kích thước sỏi sót sau phẫu thuật. Và báo cáo của Anthony S. Emmott năm 2018 trong nghiên cứu cỡ mẫu 658 bệnh nhân, cho thấy sỏi lớn hơn 4mm thì không có xu hướng lớn lên và di chuyển; 16,9% bệnh nhân có sỏi sót nhỏ hơn 4mm thì cần can thiệp bổ sung và trong thời gian theo dõi 2 năm sau PCNL chỉ 23,4% sỏi sót nhỏ hơn 4mm di chuyển theo đường tổng xuất nước tiểu [3,7].

Cũng liên quan vấn đề này Ganpule, Desai (2009) và cộng sự báo cho rằng bệnh nhân có phẫu thuật trước thì sỏi sót có tỷ lệ di chuyển ra khỏi thận rất thấp do những sẹo trong thận, sỏi bị chôn (embedded) vào trong nhu mô hoặc do giải phẫu của thận đã bị biến đổi do phẫu thuật [5].

V. KẾT LUẬN

Sót sỏi sau PCNL là khó tránh khỏi, tỷ lệ sạch sỏi trên KUB và siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi là 64%. Trong thời gian

theo dõi 12 tuần, tỷ lệ cần phải can thiệp bổ sung là 7%, sỏi sót cần can thiệp bổ sung có kích thước lớn hơn 4mm. Không có trường hợp sỏi nhỏ hơn 4mm cần can thiệp bổ sung. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi diễn tiến của sỏi sót để đánh giá trong thời gian dài hơn sau nội soi tán sỏi thận qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Altunrende F, Tefekli A, Stein RJ, et al** (2011). Clinically insignificant residual fragments after PCNL: Medium- term follow-up. J Endourology, Vol 25, p. 941-945.
2. **Amihay Nevo, Ronen Holland, et al** (2018). How reliable is the intraoperative assessment of residual fragments during pcnl, a prospective study. Endo Journal June 2018,p 471-475.
3. **Anthony S. Emmott et al** (2018), Complication and re-intervention rates, and natural history of residual stone fragments after percutaneous nephrolithotomy, Journal of endourology, Vol 32, No 1, P 28-32.
4. **Chew BH, Brotherhood HL, Sur RL, et al.** Natural history, complication and re-intervention rates of asymptomatic residual stone fragments after ureteroscopy: a report from EDGE research consortium. J Urol 2016 Vol 195, p.982-986.
5. **Ganpule A, Desai M** (2009). Fate of residual stones after PCNL : A critical analysis. J Endourol, Vol 23, p. 399-403.
6. **Khaitan A, Guta NP, Hemal AK, et al.** Post-ESWL, clinically insignificant residual stones: Reality or myth ? Urology 2002: Vol 59, p. 20-24.
7. **Olvera Posada, Raman JD, Bagrodia A, Gupta A, et al** (2009), Natural history of residual fragments following PCNL. J Urol. Vol 181. p.1163-1168.
8. **Osman MM, Alfano Y, Kamp S, et al** (2005), 5 year follow-up of patients with clinically insignificant residual fragments after extracorporeal shockwave lithotripsy. Eur Urol Vol 47, p.860-864.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN ÍT XÂM LẤN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Ngọc Châu¹, Hoàng Thiên Phúc¹, Phùng Thanh Vũ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị sỏi niệu bằng những kỹ thuật ngày càng ít xâm lấn là xu hướng phát triển của y khoa nói chung cũng như của chuyên ngành ngoại tiết tiết niệu nói riêng. Mỗi phương pháp có một vai trò và ưu điểm nhất định trong phác đồ điều trị sỏi niệu. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả chung của các phương pháp can thiệp ít xâm lấn để điều trị sỏi thận tại Bệnh Viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi trích xuất dữ liệu của bệnh nhân mà nhóm nghiên cứu theo dõi được, đến khám và điều trị sỏi tiết niệu tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2014 đến 12/2022, bằng các phương pháp can thiệp ít xâm lấn, bao gồm: tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi mềm tán sỏi thận, phẫu thuật nội soi lấy sỏi, tán sỏi thận qua da tiêu chuẩn, tán sỏi thận qua da với bộ dụng cụ nhỏ- mini perc, tán sỏi thận qua da với bộ dụng cụ cực nhỏ- micro perc.

Kết quả:

Đánh giá kết quả trên 1000 trường hợp tán sỏi thận ngoài cơ thể(ESWL), kích thước sỏi 10-20 mm, tỷ lệ sạch sỏi sau lần tán thứ nhất, lần thứ hai và lần thứ ba lần lượt là 76%, 87% và 92%. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung 1% các biến chứng bao gồm đau quặn thận phải dùng thuốc,

tiểu máu đại thể, nhiễm trùng niệu phải nhập viện, tổn thương chủ mô thận ghi nhận trên hình ảnh CT scanner.

Có 167 trường hợp lấy sỏi qua da với đường hầm vào thận nhỏ. Kích thước sỏi trung bình là 22,6 mm, tỷ lệ sạch sỏi trên màn hình huỳnh quang sau phẫu thuật là 90,3%. Lượng máu mất tính theo hemoglobin trong máu thay đổi từ 0,8-1,54 g/dl. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung của phương pháp này trung bình 6,3%. Sau 4 tuần, tỉ lệ sạch sỏi trên KUB là chiếm 74%. Không còn sỏi trên cả KUB và siêu âm là 64%. Trong các trường hợp sỏi sót trên KUB, vị trí sỏi sót đa số ở đài dưới 58%, đài giữa 1% và đài trên 37%. Các trường hợp sỏi sót từ 4 mm trở xuống, không có trường hợp nào cần can thiệp trong thời gian 12 tuần sau mổ. Với sỏi sót từ 4 mm trở lên, tỷ lệ cần can thiệp bổ sung là 26%. Chúng tôi mới bắt đầu thực hiện trong thời gian gần đây kỹ thuật lấy sỏi qua da với đường hầm vào thận cực nhỏ (ultra-mini PCNL), bước đầu ghi nhận kết quả rất khả quan về tỷ lệ sạch sỏi, mức độ xâm lấn thận, giảm lượng máu mất, giảm đau sau mổ, thời gian rút các ống dẫn lưu khá sớm.

Trong nghiên cứu có 106 trường hợp nội soi mềm tán sỏi thận, với kích thước sỏi trung bình là 10,75 mm (6-22 mm), 96 bệnh nhân có sỏi đài dưới là. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ trung bình 52-54%, tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng ghi nhận trên phim KUB và siêu âm là 72-75%. Ghi nhận tai biến, biến chứng như nhiễm trùng niệu, nhiễm trùng huyết, tiểu máu đại thể, đau sau mổ phải dùng thuốc với tỷ lệ chung toàn bộ là 8,75%.

Kết luận: Kỹ thuật ít xâm lấn giải quyết sỏi thận đã trở thành thường quy với kết quả ngắn

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Châu

SĐT: 0903858423

Email: chaunguyentk2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 06/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

hạn và lâu dài rất tốt đáp ứng mục tiêu điều trị sỏi thận, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

SUMMARY

MINI-INVASIVE TREATMENT FOR RENAL STONE AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: generally evaluating the results of minimally invasive treatment for renal stone at Binh Dan hospital.

Materials and methods: We extracted records from the Binh Dan Hospital database for all patients with renal stone undergoing minimally invasive techniques: ESWL, RIRS, PCNL, mini PCNL, Ultramini PCNL between January 2014 and June 2016. The outcome and efficacy of each method was evaluated.

Results: Evaluating the efficacy of more than 1000 ESWL cases, kidney stone size 10-20 mm, successful rate at the first, second and third time are 76%, 87% and 92%, complication less than 1%. There are 167 cases of miniPCNL, with stone size 15-25 mm, stone free rate on fluoroscopy was 90,3%, it was 74% on KUB and ultrasound 4 weeks postoperation. The decrease of hemoglobin 0,8-1,54g/dl. Complication rate 6,3%, there is one death because of urosepsis shock. To retrograde intra renal surgery for stone, there are 106 patients underwent RIRS, renal stone size 6-22mm, 96 lower pole stones, stone free rate was 52-54% on fluoroscopy and it was 72-75% after 3 months on KUB and ultrasound, non severe complication rate, such as: urinary tract infection, hematuria, painful...

Conclusion: Satisfactory outcomes can be achieved with multi minimal invasive techniques in treating renal stone at Binh Dan hospital, currently a routine, effective and efficacious

treatment option with good short-term and long-term results in quality of life.

Keywords: ESWL, RIRS, mini PCNL, micro PCNL, Ultra mini PCNL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

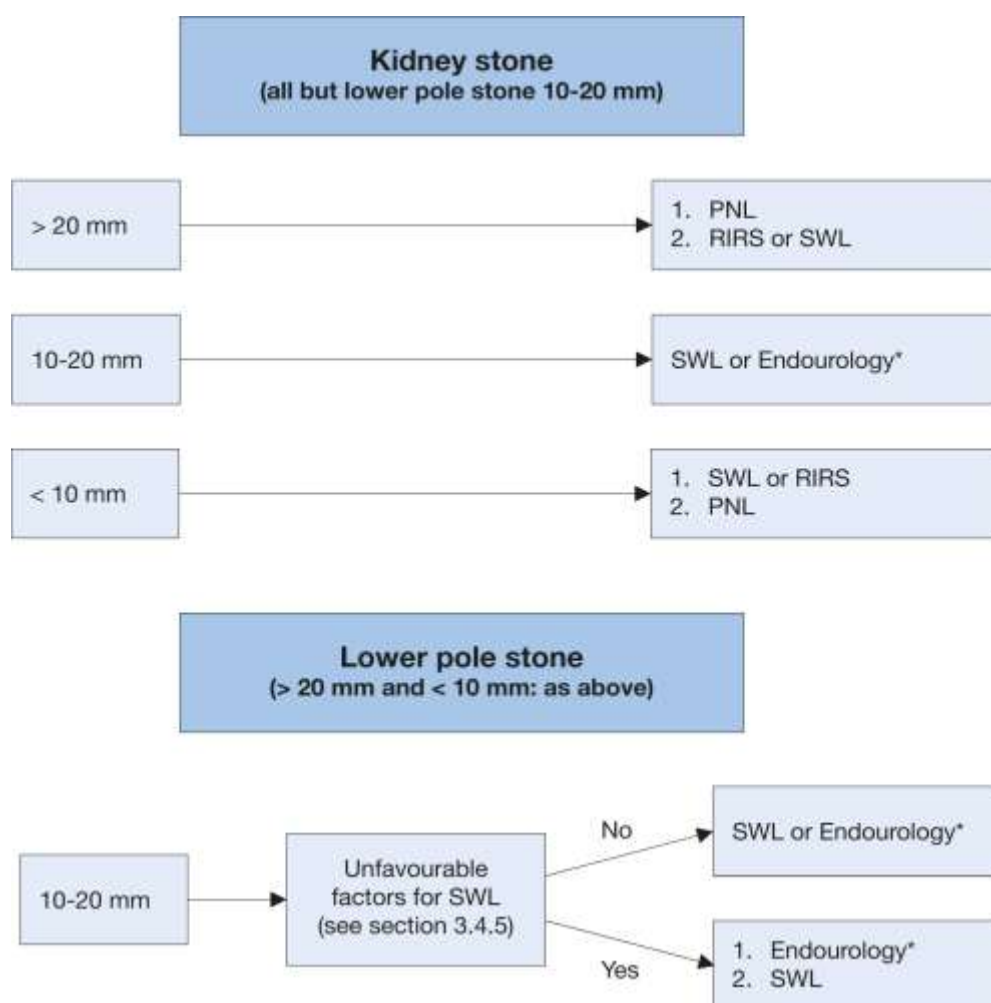
Sỏi niệu là bệnh lý rất thường gặp ở nước ta. Số lượng bệnh nhân sỏi đường tiết niệu chiếm tỷ lệ 40% trên tổng số bệnh nhân đến khám vì bệnh lý tiết niệu tại bệnh viện Bình Dân, cho nên việc rà soát và phát triển các kỹ thuật giải quyết sỏi là cần thiết.

Theo guideline điều trị sỏi niệu của Hiệp Hội Niệu Khoa Hoa Kỳ, Hiệp Hội Niệu khoa Châu Á, châu Âu các phương pháp điều trị sỏi niệu trong phác đồ điều trị đi từ những phương pháp ít xâm lấn cho đến xâm lấn nhiều hơn và cuối cùng mới là mổ mở [6].

Điều trị sỏi niệu bằng những kỹ thuật ngày càng ít xâm lấn là xu hướng phát triển của y khoa nói chung cũng như của chuyên ngành ngoại tiết niệu nói riêng, phù hợp với xu hướng chung của thế giới, đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân. Mỗi phương pháp có một vai trò và ưu điểm nhất định trong phác đồ điều trị sỏi niệu [6][9].

Để đáp ứng yêu cầu của bệnh nhân ngày càng cao, bệnh viện Bình Dân chúng tôi đã trang bị gần như đầy đủ các phương tiện điều trị sỏi niệu cũng như đã thực hiện các phương pháp này với số liệu ngày càng tăng dần và thực hiện các nghiên cứu trong mỗi phương pháp đủ sức thuyết phục.

Theo phác đồ điều trị sỏi của hội tiết niệu châu Âu và Mỹ năm 2015, tùy theo vị trí của sỏi thận, kích thước của sỏi trong các đài thận, tùy theo tính chất, độ cứng của sỏi độ Hounsfield trên CT scanner, các yếu tố bất lợi trên từng bệnh nhân, chúng ta sẽ có các phương pháp can thiệp đi từ ít xâm lấn đến xâm lấn hơn.



Hình 1: Phác đồ điều trị sỏi theo Guideline của Hội Tiết niệu châu Âu 2022

Bệnh viện Bình Dân chúng tôi đã trang bị gần như đầy đủ các phương tiện điều trị sỏi niệu ít xâm lấn, cũng như đã thực hiện các phương pháp này với số liệu ngày càng tăng dần và thực hiện các nghiên cứu trong mỗi phương pháp với số liệu đủ sức thuyết phục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi trích xuất dữ liệu từ bệnh nhân đến khám và điều trị sỏi tiết niệu tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2014 đến 12/2022 mà nhóm nghiên cứu theo dõi được, bằng các phương pháp can thiệp ít xâm lấn như: tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi ống mềm tán sỏi thận, phẫu thuật nội soi lấy sỏi, tán sỏi thận

qua da tiêu chuẩn, tán sỏi thận qua da với bộ dụng cụ nhỏ- mini perc, tán sỏi thận qua da với bộ dụng cụ cực nhỏ- micro perc.

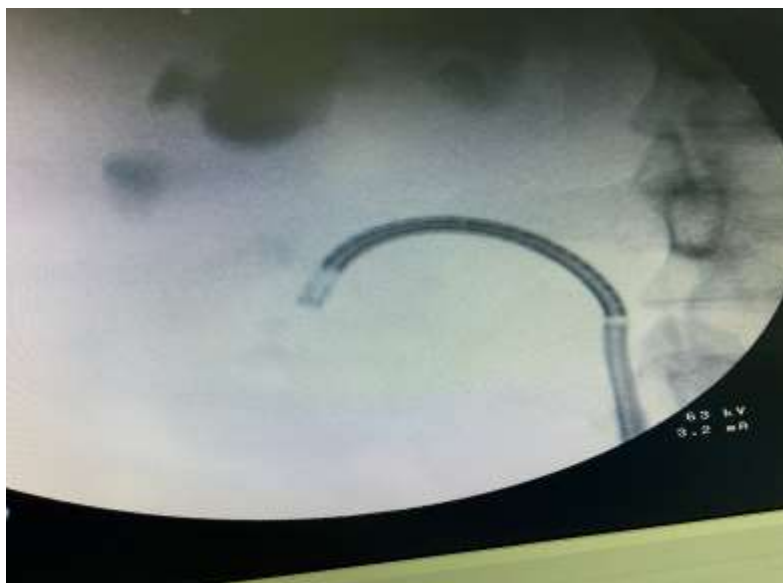
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trung bình mỗi ngày chúng tôi thực hiện khoảng 15-25 trường hợp tán sỏi ngoài cơ thể. Đánh giá kết quả trên 1000 trường hợp tán sỏi thận ngoài cơ thể (ESWL), kích thước sỏi 10- 20 mm, tỷ lệ sạch sỏi sau lần tán thứ nhất, lần thứ hai và lần thứ ba lần lượt là 76%, 87% và 92%. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung 1%, các biến chứng bao gồm đau quặn thận phải dùng thuốc, tiểu máu đại thể, nhiễm trùng niệu phải nhập viện, tổn thương

chủ mô thận ghi nhận trên hình ảnh CT scanner.

Chúng tôi thu thập được dữ liệu của 106 trường hợp nội soi mềm tán sỏi thận, với kích thước sỏi trung bình là 10,75 mm (6-22 mm), có 96 bệnh nhân có sỏi đài dưới. Tỷ lệ

sạch sỏi sau mổ trung bình 52-54%, tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng 72-75%. Ghi nhận tai biến biến chứng như nhiễm trùng niệu, nhiễm trùng huyết, tiểu máu đại thể, đau nhiều sau mổ với tỷ lệ chung tổng cộng là 8,75%.



Hình 2: Nội soi mềm tán sỏi thận

Với phương pháp tán sỏi thận qua da, chúng tôi thực hiện 3 kỹ thuật với mức độ xâm lấn giảm dần: nội soi tán sỏi thận qua da tiêu chuẩn, tán sỏi thận qua da với đường hầm nhỏ, tán sỏi thận qua da với đường hầm siêu nhỏ.

Tại Bệnh Viện Bình Dân, cho đến thời điểm hiện tại ngoài số lượng lớn bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật PCNL tiêu chuẩn từ những năm 1990, chúng tôi đã thực hiện nội soi tán sỏi thận qua da với đường hầm và bộ nong nhỏ cho hơn 167 trường hợp. Kích thước sỏi trung bình là 22,6 mm. Lượng máu mất tính theo hemoglobin trong máu thay đổi từ 0,8-1,54g/dl. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung của phương pháp này trung bình 6,3%. tỉ lệ sạch sỏi trên màn huỳnh quang ngay sau phẫu thuật là 90,3%. Sau 4 tuần tỷ lệ sạch sỏi trên KUB là 74%, không còn sỏi

trên cả KUB và siêu âm là 64%. Trong các trường hợp sỏi sỏi trên KUB, vị trí sỏi sỏi đa số ở đài dưới: 58%, đài giữa 1% và đài trên 37%. Các trường hợp sỏi sỏi từ 4 mm trở xuống, không có trường hợp nào cần can thiệp trong thời gian 12 tuần sau mổ. Với sỏi sỏi từ 4 mm trở lên, tỷ lệ cần can thiệp bổ sung là 26%.

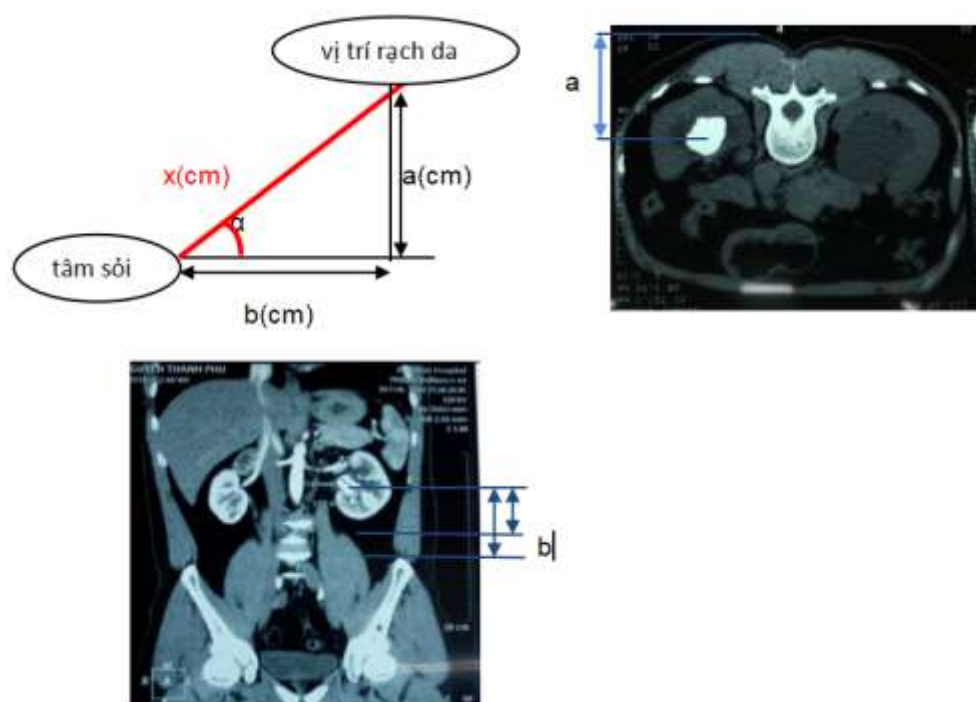
IV. BÀN LUẬN

Phương pháp nội soi mềm tán sỏi thận là một kỹ thuật ít xâm lấn, không gây tổn thương chủ mô thận, tuy nhiên trang thiết bị soi mềm khá đắt tiền, chi phí cho phẫu thuật cao, mỗi ống soi mềm chỉ có thể sử dụng cho khoảng 20-35 bệnh nhân, tỷ lệ tiếp cận sỏi, tỷ lệ sạch sỏi sau mổ còn hạn chế là một kỹ thuật nhiều hứa hẹn trong thời gian tới khi

trang thiết bị nội soi mềm ngày càng được cải tiến.

Đối với kỹ thuật này chúng tôi ghi nhận một số điểm cần lưu ý khi thực hiện phẫu thuật như sau: góc của trục bể thận đài thận

dưới, đường kính cổ đài thận, chiều dài của đài thận có sỏi, cách sử dụng và bảo quản ống soi mềm vừa bảo đảm vô trùng vừa sử dụng được lâu dài giúp giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.[2][3][7][8].



Hình 3: Cách tính độ dài kim chọc dò thận dựa vào MSCT

Đối với phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da

Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da tiêu chuẩn trong điều trị sỏi thận ngày càng phổ biến và thay thế dần phẫu thuật mổ mở lấy sỏi. Riêng về kỹ thuật này ngày càng có nhiều cải tiến để giảm thiểu hơn nữa mức độ xâm lấn, mức độ tổn thương nhu mô thận. Từ những năm 1980, lấy sỏi qua da tiêu chuẩn với đường hầm vào thận từ 24-32 F là điều trị tiêu chuẩn đối với sỏi thận kích thước >20 mm. Sau đó kỹ thuật này ngày càng cải tiến dần, đường hầm vào thận ngày càng nhỏ dần 24F giảm xuống 18F, 16F rồi 8F và siêu nhỏ

từ 6F trở xuống. Nhiều nghiên cứu so sánh kết quả giữa hai phương pháp nội soi mềm tán sỏi với nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ báo cáo tỷ lệ tai biến biến chứng như nhiễm khuẩn niệu, chảy máu, hội chứng đáp ứng viêm sau mổ giữa hai phương pháp khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sạch sỏi chung của nội soi tán sỏi thận qua da cao hơn nội soi mềm tán sỏi khoảng 10%. Và ưu tiên chọn nội soi mềm tán sỏi cho những trường hợp thận độc nhất vì tính an toàn cao hơn. [1][2][7][8]

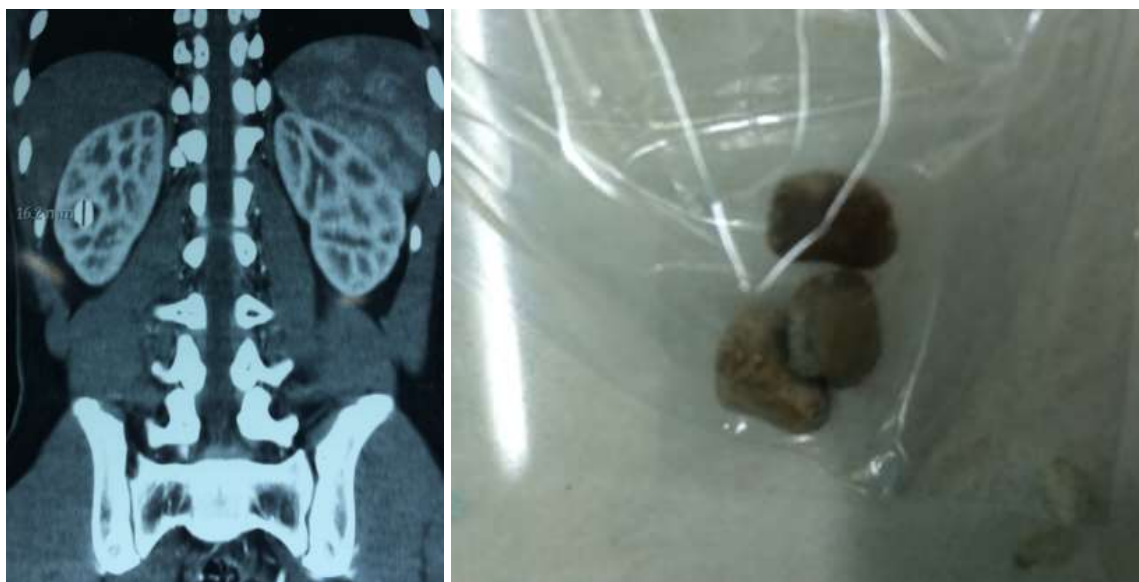
Có 3 kỹ thuật, hiệu ứng mà theo chúng tôi có thể giúp tăng tỷ lệ thành công, giảm

thời gian phẫu thuật, tăng tỷ lệ sạch sỏi sau mổ trong lấy sỏi qua da: xác định vị trí sỏi trước phẫu thuật bằng MSCT giúp tăng độ chính xác khi chọc vào thận hoặc chọc vào vị trí sỏi nhất là đối với những trường hợp thận ứ nước nhẹ, sỏi trong túi thừa, sỏi trong đài thận kính; hiệu ứng whirlpool trong lấy sỏi; điều chỉnh mức năng lượng và tần số của laser khi tán sỏi.

Mỗi phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn có ưu điểm và hạn chế nhất định trong phác đồ điều trị sỏi thận, việc kết hợp nhiều phương pháp ít xâm để giải quyết sỏi thận giúp tăng tỷ lệ thành công, tỷ lệ sạch sỏi, đáp ứng yêu cầu điều trị. Trong việc tiếp cận các

phương pháp theo quy trình từ ít xâm lấn đến xâm lấn nhiều hơn. Chẳng hạn: tán sỏi ngoài cơ thể thường được chọn lựa đầu tiên, nếu thất bại chúng ta có thể chuyển sang nội soi mềm tán sỏi thận, micro PCNL rồi mini PCNL, sau cùng là PCNL tiêu chuẩn.[4][5][9]

Một ví dụ khác có những vị trí sỏi mà RIRS không thể tiếp cận được: sỏi chủ mô, sỏi trong nang, sỏi trong đài thận không thông bể thận, hoặc lượng sỏi nhiều mà một phương pháp không thể giải quyết triệt để được, trong những trường hợp này có thể phối hợp 2-3 phương pháp để giải quyết cho bệnh nhân.



Hình 4: Sỏi thận nằm trong chủ mô, giải quyết bằng nội soi tán sỏi thận qua da

V. KẾT LUẬN

Điều trị sỏi thận bằng các phương pháp ít xâm lấn ngày càng đóng vai trò quan trọng trong niệu khoa, đáp ứng yêu cầu của bệnh nhân ngày càng cao. Việc phối hợp nhiều phương pháp ít xâm lấn làm gia tăng tỷ lệ thành công trong điều trị sỏi thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Ngọc Châu và cộng sự (2016), “Bước đầu đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp tán sỏi qua da bằng máy miniperc LUT”, Y Học TPHCM, tập 20(2), tr 126-130.
2. Atis K et al (2013), “Retrograde intra renal surgery for the treatment of renal stones in

- patients with a solitary kidney”, the journal of Urol,(82): 290-294.
3. **Phan Trường Bảo** (2015), “Nghiên cứu vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi đường tiết niệu trên”, Luận án tiến sĩ y học.
 4. **Eisenberger F et al** (1994), “Indication for multimodal stone therapy”, Stone Therapy in Urology, p7-23.
 5. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự** (2016), “Đánh giá kết quả của phương pháp tán sỏi thận qua da bằng máy soi thận nhỏ”, Y Học TP HCM, tập 20(2), tr 110-113.
 6. **Knoll T, Petrik A, Sarica K**(2015), Guidelines on Urolithiasis, European Association of Urology(EAU).
 7. **Knoll T, Jessen JP, Honeck P, Wendt Norrdahl G** (2011), “Flexible ureterorenoscopy versus minaturized PNL for solitary renal calculi of 10-30mm size”, Word J Urol, 29:755-9.
 8. **Schoenthaler M, Wilhelm K, Hein S** (2015), “ Ultra mini PCNL versus flexible ureteroscopy: a matched analysis of treatment costs in patients with renal stone 10-20 mm”, World J Urol, 38: 55-8.
 9. **Vũ Văn Ty** (2000), “Điều trị sỏi niệu bằng những phương pháp ít xâm lấn”, Tóm lược những công trình nghiên cứu khoa học và cải tiến kỹ thuật 10 năm tại Bệnh Viện Bình Dân, tr. 151.

QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN KỸ THUẬT TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ TRÊN PHỤ NỮ

Đào Quang Oánh¹, Văn Thành Trung¹

TÓM TẮT

Chỉ định tạo hình bàng quang thay thế là phương thức chọn lựa sau cắt bàng quang, trong đó bàng quang trực vị được ưu tiên chọn vì cho chất lượng sống tốt sau phẫu thuật. Để có thể thực hiện bàng quang trực vị trên nữ giới, điều cốt yếu là phải giữ lại được niệu đạo. Nhiều nghiên cứu về giải phẫu và sinh lý học trên niệu đạo nữ cho thấy đoạn niệu đạo tối thiểu cần bảo tồn là phải đủ 2/3 niệu đạo ngoài, đồng thời với sự toàn vẹn của hệ thống cơ vòng ngoài cùng hệ thần kinh chi phối. Điều kiện để bảo tồn niệu đạo là không có bướu tại cổ bàng quang. Hơn nữa, tùy vào đặc điểm của bướu bàng quang và sự mong muốn của bệnh nhân, có thể thực hiện bảo tồn thêm một phần hay toàn phần cơ quan sinh dục (đặc biệt đối với bệnh nhân tuổi còn trẻ và còn muốn duy trì đời sống tình dục). Những tùy biến về kỹ thuật này giúp phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên phụ nữ trở thành khả thi và đạt được kết quả chức năng không thua kém so với nam giới.

SUMMARY

THE PROCESS OF TECHNIQUE DEVELOPMENT ON ORTHOTOPIC BLADDER RECONSTRUCTION IN WOMEN

Orthotopic bladder reconstruction is the best option after radical cystectomy by the advantages

for good quality of life. To be able to perform this surgery on women, it is essential to retain the urethra. Numerous studies of anatomy and physiology in the female urethra show that the minimum segment of urethra to be preserved is 2/3 of the external urethra and the integrity of the rhabdomyo-sphincter with its intrinsic nerve. The condition for preserving the urethra is that there is no presence of tumor at the bladder neck. Moreover, depending on the stage and grade of the bladder tumor as well as the requirements of the patient, it is possible to preserve partially or even totally the genital organ (especially in young and sexually active patient). These technical modifications make orthotopic bladder reconstruction in women feasible with functional results comparable to those in men.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là ung thư phổ biến của hệ tiết niệu, đứng hạng thứ tư ở nam giới và thứ chín ở phụ nữ. Trước đây, tỷ lệ ung thư bàng quang ở nam giới cao gấp 2-4 lần so với phụ nữ, tuy vậy, thống kê trong những năm gần đây cho thấy tỷ lệ bệnh ở phụ nữ lại tăng nhanh hơn so với nam giới (tỷ lệ tăng khoảng 37% ở nữ và 16% ở nam) và thời gian sống còn ở nữ cũng ngắn hơn so với nam. Một trong các nguyên nhân chính là bệnh thường được phát hiện trễ ở bệnh nhân nữ (9).

Nghiên cứu tại Hoa Kỳ và Châu Âu đưa ra những yếu tố nguy cơ cao như nghiện thuốc lá, tắt kinh sớm, chủng tộc (gốc Châu Phi)... Tuy nhiên các thống kê cũng cho thấy

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Oánh

SĐT: 0902410255

Email: daoquangoanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 27/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

khi phát hiện có triệu chứng “tiểu máu”, người thầy thuốc đầu tiên mà các bệnh nhân nữ thường chọn để khám tư vấn là BS sản phụ khoa. Về các bệnh lý ác tính, BS sản phụ khoa lại thường chú ý nhiều đến bệnh lý của hệ sinh dục như ung thư cổ tử cung, ung thư vú... mà ít nghĩ đến ung thư bàng quang. Đối diện với triệu chứng “tiểu máu” họ lại hướng chẩn đoán sang một bệnh lý hay gặp trên phụ nữ là viêm nhiễm đường niệu dưới. Thêm nữa, phòng khám sản phụ khoa thường không trang bị dụng cụ soi bàng quang, xét nghiệm quan trọng nhất giúp chẩn đoán ung thư bàng quang giai đoạn sớm... Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nữ mất khoảng 9 tháng từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán ung thư, do đó, đa số trường hợp phát hiện trễ, dẫn tới tỷ lệ cắt bàng quang cùng tỷ lệ tử vong ở nữ cao hơn nam (31% so với 26%) (9).

Trong giai đoạn khởi đầu của kỹ thuật tạo hình bàng quang, khi phải cắt bàng quang trên bệnh nhân nữ, phẫu thuật thay thế bàng quang bằng một túi chứa có van chuyển lưu ra da có kiểm soát (thường được gọi là “túi chuyển lưu” hoặc đơn giản hơn là “túi”) được lựa chọn vì lo ngại vấn đề ung thư tái phát ở niệu đạo (nếu bảo tồn niệu đạo) và tiểu không kiểm soát sau mổ (vì niệu đạo nữ quá ngắn so với nam giới).

Phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị là lựa chọn tối ưu sau khi cắt bàng quang tận gốc do ung thư. Bàng quang trực vị nối vào niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua đường tự nhiên và là phương thức chuyển lưu nước tiểu mang đến chất lượng cuộc sống sau mổ tốt nhất.

Sau thời gian áp dụng phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên nam giới và đạt được nhiều thành công nhất định. Từ những kinh nghiệm tích lũy được trên bệnh nhân nam,

cùng nhiều thay đổi về kỹ thuật; đồng thời, nhiều nghiên cứu trên bệnh nhân nữ với mục tiêu có thể bảo tồn niệu đạo, cơ quan sinh dục, bó mạch-thần kinh góp phần tạo điều kiện để phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trở thành khả thi. Kỹ thuật tạo hình bàng quang trực vị được áp dụng và phổ biến dần trên bệnh nhân nữ. Nội dung sau đây trình bày về quá trình thay đổi này.

II. CÁC TÙY BIẾN VỀ KỸ THUẬT CẮT BÀNG QUANG TRÊN NỮ GIỚI

Cắt bàng quang tận gốc ở nữ giới được thực hiện tương đương với đoạn chậu trước, gồm cắt bỏ: toàn bộ bàng quang (+ mô mỡ quanh bàng quang và lớp phúc mạc tại chóp bàng quang), niệu đạo, 1/3 thành trước trên âm đạo, tử cung, hai tai vòi và buồng trứng; kèm nạo vét hạch chậu 2 bên. Nếu thực hiện đúng như vậy thì không thể tạo hình bàng quang thay thế nối với niệu đạo được. Muốn phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân nữ thành khả thi, phải có thay đổi trong kỹ thuật cắt bàng quang tận gốc để tối thiểu có thể giữ lại được niệu đạo. Phải chứng minh trong những trường hợp nào thì có thể bảo tồn niệu đạo, bảo tồn một phần hoặc toàn phần cơ quan sinh dục, bảo tồn thần kinh mà không ảnh hưởng xấu đến dự hậu về mặt ung thư. Các thay đổi này được gọi là tùy biến trong kỹ thuật cắt bàng quang tận gốc trên nữ giới.

2.1. Bảo tồn niệu đạo

Từ năm 1956, Ashworth sử dụng phương tiện nội soi bàng quang để đánh giá tình trạng xâm lấn niệu đạo của 293 bệnh nhân ung thư bàng quang và nhận thấy tỷ lệ bướu niệu đạo ở bệnh nhân nữ là 1,4% thấp hơn so với ở bệnh nhân nam là 4,1%.

Theo Stenzl (1995) nghiên cứu trên 356 bệnh nhân nữ ung thư bàng quang thì tỉ lệ

bướu ở niệu đạo chỉ có 7 trường hợp và chiếm tỷ lệ 2%. Tác giả cũng ghi nhận rằng nhóm bệnh nhân ở giai đoạn từ T2 đến T3N0M0 thì tỷ lệ bướu ở niệu đạo chỉ có 1% (18).

Nghiên cứu của Stein (1995) về mặt giải phẫu bệnh ở 67 trường hợp cắt bàng quang do ung thư tế bào chuyển tiếp ở bệnh nhân nữ, chú trọng đánh giá sự liên quan giữa vị trí bướu ở cổ bàng quang và sự xâm lấn đến niệu đạo. Tác giả ghi nhận những trường hợp không có bướu tại cổ bàng quang thì cũng không có bướu ở niệu đạo (16).

Đến năm 1998, Stein đã khảo sát 71 trường hợp bệnh nhân nữ bị ung thư bàng quang tế bào chuyển tiếp đã ghi nhận có 14% xâm lấn cổ bàng quang và chỉ có 7% xâm lấn đến niệu đạo. Trong đó, một lần nữa tác giả cũng nhận định đối với những trường hợp không có bướu ở cổ bàng quang thì cũng không có bướu ở niệu đạo (17).

Như vậy, có thể nhận thấy rằng ung thư niệu đạo rất hiếm gặp và khi không có ung thư tại cổ bàng quang thì gần như không có ung thư tại niệu đạo.

Điều này được lý giải là do niêm mạc niệu đạo ở nữ giới chủ yếu là tế bào vảy, chỉ một số ít là tế bào chuyển tiếp. Hơn nữa, ở những người lớn tuổi, tế bào vảy dị sản sẽ phát triển và phủ lên toàn bộ niệu đạo, cổ bàng quang và thậm chí cả vùng tam giác bàng quang. Trong khi đó thì hơn 90% ung thư bàng quang là từ tế bào chuyển tiếp nên ít khả năng xâm lấn xuống niệu đạo so với ở bệnh nhân nam.

Các tác giả Stein (2002), Anastasiadis (2008) khảo sát trên tổng số 88 và 96 trường hợp bệnh nhân nữ bị ung thư bàng quang được cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị cho thấy không có trường hợp nào tái phát ở niệu đạo. Ali-el-Dein với

145 bệnh nhân nữ, thời gian theo dõi trung bình 17 tháng, chỉ có 2 trường hợp tái phát tại niệu đạo (1.4%) (2,3).

Stenzl (2010) tổng hợp kết quả của nhiều nghiên cứu với tổng số 230 bệnh nhân nữ sau cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị cho thấy tỷ lệ tái phát ở niệu đạo là 1,4 - 4,3% với thời gian theo dõi trung bình 36-50 tháng (20).

Như vậy hầu hết các tác giả đều ghi nhận tỉ lệ xâm lấn xuống niệu đạo của ung thư bàng quang ở phụ nữ là rất thấp và liên quan trực tiếp với tình trạng bướu ở vùng cổ bàng quang. Do đó, những trường hợp bướu chưa xâm lấn đến vùng cổ bàng quang thì việc bảo tồn niệu đạo trong lúc cắt bàng quang là an toàn về mặt ung thư. Đây là một trong những cơ sở để các tác giả thực hiện bảo tồn niệu đạo khi cắt bàng quang do ung thư và tiến hành tạo hình bàng quang trực vị ở phụ nữ.

2.2. Bảo tồn cơ quan sinh dục

Số phận của cơ quan sinh dục nữ trong cắt bàng quang tận gốc chuẩn bao gồm cắt bỏ tử cung cùng buồng trứng, vòi trứng, và 1/3 thành trước trên âm đạo. Tuy nhiên đối với những bệnh nhân còn nhu cầu hoạt động tình dục, mong muốn sẽ được mang thai và sinh đẻ và có nguyện vọng tạo hình bàng quang trực vị, thì việc bảo tồn cơ quan sinh dục khi cắt bàng quang là vấn đề cần được cân nhắc. Trong những điều kiện nào thì có thể bảo tồn được một hay toàn phần cơ quan sinh dục mà không ảnh hưởng xấu đến dự hậu về mặt ung bướu là câu hỏi cần giải đáp.

Chang và cộng sự (2002) đã nghiên cứu về mặt giải phẫu bệnh lý sự liên quan của tử cung và phần phụ trên 68 trường hợp cắt bàng quang tận gốc do ung thư từ năm 1994 đến năm 2000, và nhận thấy chỉ có 5% các trường hợp bướu có liên quan đến tử cung, và không có trường hợp nào liên quan đến

phần phụ. Tác giả cũng ghi nhận ở tất cả các trường hợp liên quan này bướu đã xâm lấn ra ngoài thành bàng quang (8).

Ali-El-Dein nêu vấn đề: có luôn luôn bắt buộc phải cắt tử cung và phần phụ? (2) Nghiên cứu của tác giả (2004) về tỷ lệ liên quan đến cơ quan sinh dục trên 609 trường hợp cắt bàng quang tận gốc do ung thư ở phụ nữ, kết quả cũng cho thấy chỉ có 2,6% trường hợp có liên quan đến tử cung, buồng trứng và âm đạo. Khi phân tích chi tiết hơn, tác giả nhận thấy bướu thuộc nhóm ung thư tế bào vảy có tỉ lệ xâm lấn thấp hơn nhóm ung thư tế bào chuyển tiếp (1,8% so với 7,1%), bướu có độ biệt hóa kém (grade 3) có tỉ lệ xâm lấn cao hơn biệt hóa trung bình và tốt (grade 2 và grade 1) (7,6% so với 1,7% và 1,2%). Tác giả cho rằng bảo tồn cơ quan sinh dục khi cắt bàng quang do ung thư ở giai đoạn còn khu trú với độ biệt hóa trung bình – tốt là an toàn về mặt kiểm soát ung thư (2).

Từ những kết quả trên, tác giả này đề nghị bảo tồn một phần hoặc toàn bộ cơ quan sinh dục đối những trường hợp ung thư còn khu trú. Trong nghiên cứu trên 15 bệnh nhân nữ trẻ còn hoạt động tình dục với ung thư

bàng quang giai đoạn < T2bN0M0, được cắt bàng quang bảo tồn “tử cung, hai buồng trứng, âm đạo” và tạo hình bàng quang trực vị, thời gian theo dõi 70 tháng: không có trường hợp nào tái phát tại chỗ, hoạt động tình dục trở lại sau 6 tuần, hai trường hợp có thai sau đó, kết quả chức năng đi tiểu rất tốt: 100% tiểu kiểm soát ban ngày, 92% tiểu kiểm soát ban đêm (3).

Nghiên cứu của Mohamed Wishahi, 71 trường hợp cắt bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân nữ ung thư bàng quang, trong đó có 26 trường hợp bảo tồn tử cung, hai buồng trứng, âm đạo, thời gian theo dõi 5-15 năm, ghi nhận: không có trường hợp nào tái phát vùng chậu, tỷ lệ bệnh nhân phải đặt thông tiểu sạch cách quãng ở nhóm bảo tồn cơ quan sinh dục chỉ 7,8%, thấp hơn nhiều so với nhóm không bảo tồn cơ quan sinh dục 28,88% (21).

Cùng với những nhận trên, Lee CT (2005) tổng kết và đề nghị những tùy biến bảo tồn cơ quan sinh dục đối với những trường hợp có chỉ định tạo hình bàng quang trực vị như sau (14):

Bảng 1. Tùy biến bảo tồn cơ quan sinh dục

Chỉ định	Cắt bỏ	Bảo tồn
≤T2, bướu đơn độc, tuổi trẻ, còn muốn sinh con	Bàng quang	Niệu đạo, âm đạo, tử cung, buồng trứng
≤T2, đã có con và không muốn sinh con thêm, còn muốn sinh hoạt tình dục	Bàng quang, tử cung	Niệu đạo, âm đạo, tử cung, buồng trứng
≥T3, buồng trứng còn tốt, chưa mãn kinh Không quan trọng đời sống tình dục	Bàng quang, tử cung, 1 phần âm đạo	Niệu đạo, buồng trứng
≥T3, đã mãn kinh	Bàng quang, tử cung, buồng trứng, 1 phần âm đạo	Niệu đạo

Việc bảo tồn cơ quan sinh dục có những lợi ích cụ thể như sau:

Giảm nguy cơ rò bàng quang - âm đạo.

Duy trì sự nâng đỡ ở vùng chậu do ít phải bóc tách mô xung quanh âm đạo.

Ngăn ngừa việc sa bàng quang tân tạo ra phía sau, làm giảm sự gấp góc bàng quang niệu đạo, nhờ đó làm giảm khả năng bí tiểu hoặc tồn lưu nước tiểu sau mổ.

Duy trì được chiều dài và chiều rộng âm đạo giúp cho hoạt động tình dục hiệu quả.

2.3. Bảo tồn thần kinh

Bảo tồn thần kinh đóng góp một vai trò quan trọng trong kiểm soát nước tiểu sau phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị, đặc biệt trên nữ giới. Có nhiều tác giả như Hautmann và Studer chủ trương cần thiết phải bảo tồn thần kinh trên cả 2 giới trong phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị.

Trước đây có quan điểm cho rằng niệu đạo nữ ngắn hơn so với nam giới và do chưa hiểu rõ cấu trúc giải phẫu, thần kinh chi phối hoạt động cơ vòng vân niệu đạo nữ nên e ngại vấn đề kiểm soát nước tiểu sau tạo hình bàng quang trực vị ở phụ nữ (1,12).

Sau đó, một số tác giả đã áp dụng nhiều kỹ thuật phân tích vi phẫu, mô bệnh học, và hình ảnh CT scanner ba chiều để xác định cấu trúc giải phẫu – sinh lý các cơ vòng niệu đạo ở phụ nữ và chứng minh: mặc dù chiều dài niệu đạo nữ tuy ngắn nhưng vẫn có thể sử dụng trong phẫu thuật bàng quang thay thế như trên nam giới (21).

Hệ thống cơ vòng niệu đạo ở phụ nữ bao gồm cơ vòng trơn và cơ vòng vân:

- Cơ vòng trơn chủ yếu ở đoạn niệu đạo gần, được chi phối bởi các dây thần kinh tự động. Các dây thần kinh này xuất phát từ đám rối chậu đi đến cổ bàng quang và thành bên âm đạo, do đó thường bị cắt đi trong phẫu thuật cắt bàng quang tân gốc.

- Cơ vòng vân chủ yếu ở đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới niệu đạo, được chi phối bởi các dây thần kinh bản thể mà cụ thể là thần kinh âm hộ. Dây thần kinh này bắt nguồn từ rễ thần kinh đốt sống cùng S2-S4, đi dưới cân mạc nội chậu và liên quan rất gần với cuống mạch máu bàng quang dưới do đó cũng rất dễ bị tổn thương khi cắt bàng quang.

Các dây thần kinh nằm sát cạnh, đi chung với các huyết quản trong cùng một bó gọi là “bó mạch - thần kinh”. Vì vậy, kỹ thuật bảo tồn thần kinh trong lúc mổ về thực tế là bảo tồn cả “bó mạch - thần kinh” và có nhiều tác giả đề nghị các tiêu chuẩn cần tuân thủ – trong phẫu thuật mổ mở và phẫu thuật nội soi ổ bụng – để tránh tổn thương “bó mạch - thần kinh”.

Lee CT đề nghị kỹ thuật sau: khi cắt bàng quang cần bóc tách cẩn thận ở thành bên âm đạo, không xẻ mạc nội chậu nhằm tránh tổn thương thần kinh âm hộ, thần kinh tự động và không cắt dây chằng mu – niệu đạo nhằm bảo tồn cơ vòng vân niệu đạo. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc kiểm soát nước tiểu sau khi tạo hình bàng quang trực vị (14).

Nghiên cứu của Stenzl và cộng sự (2001), trên 101 bệnh nhân nữ được cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị, nhận thấy rằng ở những trường hợp có bảo tồn thần kinh thì tỷ lệ phải đặt thông tiểu cách quãng chỉ 9%, trong khi đó nhóm không bảo tồn thần kinh tỷ lệ phải thông tiểu lên đến 72% (19). Các tác giả cho rằng bảo tồn thần kinh tự động chi phối cho cơ vòng trơn niệu đạo giúp hạn chế tình trạng phải tự đặt thông tiểu cách quãng sau mổ.

III. KẾT QUẢ MỘT SỐ NGHIÊN CỨU TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ TRÊN NỮ GIỚI

Từ năm 1986, Hautmann và de Petriconi bắt đầu áp dụng phẫu thuật tạo hình bàng

quang trực vị trên bệnh nhân nữ. Sau gần 10 năm theo dõi, không có trường hợp nào tái phát tại niệu đạo (12).

Nhiều nghiên cứu tiếp theo đã cho thấy ung thư bàng quang ở phụ nữ có tỷ lệ xâm lấn và tỷ lệ tái phát ở niệu đạo cũng rất thấp. Do đó việc bảo tồn niệu đạo sau khi cắt bàng quang tận gốc là khá an toàn về mặt ung thư. Hơn nữa việc bảo tồn cơ vòng vân niệu đạo và bảo tồn bó mạch thần kinh trong lúc cắt bàng quang đã giúp cải thiện tình trạng kiểm soát nước tiểu sau tạo hình. Nhờ giải quyết được hai vấn đề trên, phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị ở phụ nữ dần dần được phổ biến. Một số tác giả tiên phong trong phẫu thuật này và báo cáo kết quả với số lượng ban đầu còn khiêm tốn.

Cancrini và cộng sự (1995): thực hiện trên 7 bệnh nhân và tất cả đều kiểm soát

được nước tiểu ban ngày và 5 bệnh nhân kiểm soát được nước tiểu ban đêm (7). Tác giả Hautmann và cộng sự (1996): có 8/13 bệnh nhân kiểm soát nước tiểu bình thường, 1 bệnh nhân bí tiểu phải tự thông tiểu sạch cách quãng, 4 bệnh nhân tự đặt thông tiểu cách quãng do nước tiểu tồn lưu nhiều, 2 bệnh nhân rò bàng quang – âm đạo (12). Aboseif và cộng sự (1998): khảo sát trên 10 bệnh nhân và theo dõi sau 6 tháng, kết quả cho thấy có 7 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 70%) đi tiểu kiểm soát hoàn toàn, 1 bệnh nhân phải tự đặt thông tiểu cách quãng (1).

Từ năm 2000, các nghiên cứu về phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân nữ được thực hiện với số lượng bệnh nhân nhiều hơn, đa số cho kết quả về chức năng đi tiểu chấp nhận được, không khác biệt nhiều so với tạo hình trên nam giới.

Bảng 2. Kết quả các nghiên cứu bàng quang trực vị ở nữ

Tác giả	Số bệnh nhân	Thời gian theo dõi (tháng)	Tuổi trung bình	Tiểu có kiểm soát (%)		Đặt thông tiểu cách quãng (%)
				Ban ngày	Ban đêm	
Stenzl, 2001 (19)	102	26	59	82	72	12
Granberg, 2008 (11)	59	29	62	90	57	35
Ali-el-Dein, 2008 (3)	192	51	54	92	72	16
Stein, 2009 (17)	56	103	66	77	66	61
Jentzmik, 2012 (13)	131	56	61	82.4	75.9	58
Anderson, 2012 (4)	49	37	60	57	45	31
Bartsch, 2014 (5)	56	63	64	30	35	62

Một số tác giả đã chủ động kết hợp thêm treo cổ bàng quang theo phương pháp Marshall-Marchetti trong lúc mổ, Schettini và cộng sự phẫu thuật tái tạo vùng sàn chậu cùng lúc tạo hình bàng quang để phòng ngừa tiểu không kiểm soát.

Sau thời gian áp dụng phẫu thuật tạo hình bàng quang trên bệnh nhân nữ của nhiều tác giả với số lượng bệnh nhân tương đối ít, năm

2011 Gakis và Stenzl đã tổng hợp kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát nước tiểu vào ban ngày là khoảng 82 – 96%, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát nước tiểu ban đêm là khoảng 57 – 72%, tỷ lệ bệnh nhân phải đặt thông tiểu cách quãng là khoảng 4 – 25%, tái phát ở niệu đạo sau 5 năm dưới 1% (10).

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân nữ chưa được áp dụng rộng rãi trước đây do còn lo ngại về vấn đề tái phát ung thư ở niệu đạo và tiểu không kiểm soát sau mổ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ tái phát niệu đạo rất thấp đối với những trường hợp ung thư bàng quang chưa xâm lấn đến cổ bàng quang. Việc giữ lại niệu đạo, tiêu chí cơ bản để tạo hình bàng quang trực vị là điều khả thi trong nhiều trường hợp. Việc cắt bỏ cùng lúc cơ quan sinh dục cũng không luôn luôn bắt buộc. Thêm nữa các nghiên cứu về giải phẫu – sinh lý học niệu đạo nữ cũng cho thấy nếu bảo tồn tối thiểu được cơ vòng ngoài của niệu đạo cùng với hệ thần kinh chi phối thì sẽ giúp cải thiện hơn nữa tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sau khi tạo hình bàng quang trực vị. Nhiều công trình đã cho thấy kết quả về mặt chức năng của bàng quang trực vị ở nữ giới so sánh không thua kém với tỷ lệ trên nam giới.

Phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên phụ nữ nên được ưu tiên chọn lựa khi có yêu cầu. Chỉ định bảo tồn niệu đạo, một phần hay toàn phần cơ quan sinh dục đã có các tiêu chí cụ thể, cần cân nhắc và tuân thủ để không vi phạm nguyên tắc của phẫu thuật cắt bỏ trong ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aboseif SR, Borirakchanyavat S, Lue TF, Carroll PR** (1998). Continence mechanism of the ileal neobladder in women: a urodynamics study. *World J Urol* 16(6): 400-404.
2. **Ali-El-Dein B, Abdel-Latif M, Mosbah A, Eraky I, Shaaban A, Taha N, Ghoneim M** (2004). Secondary malignant involvement of gynecologic organs in radical cystectomy specimens in women: Is it mandatory to remove these organs routinely? *J Urol* 172: 885-890.
3. **Ali-el-Dein B, Shaaban AA, Abu-Eideh RH** (2008). Surgical complications following radical cystectomy and orthotopic neobladders in women. *J Urol* 180(1): 206-210.
4. **Anderson CB, Cookson MS, Chang SS** (2012). Voiding function in women with orthotopic neobladder urinary diversion. *J Urol* 188(1): 200-204.
5. **Bartsch G, Daneshmand S, Skinner EC** (2014). Urinary functional outcomes in female neobladder patients. *World J Urol* 32(1): 221-228.
6. **Bhatta Dhar N, Kessler TM, Mills RD, Burkhard F, Studer UE** (2007). Nerve-sparing radical cystectomy and orthotopic bladder replacement in female patients. *Eur Urol* 52: 1006-1014.
7. **Cancrini A, Carli PD, Fatahi F, Pompeo V, Cantiani R, Heland MV, Rowland RG** (1995). Orthotopic ileal neobladder in female patients after radical cystectomy: 2 years experience. *J Urol*, 153(3): 956-958.
8. **Chang SS, Cole E, Smith JA, Cookson MS** (2002). Pathological finding of gynecologic organ obtained at female radical cystectomy. *J Urol* 168:147-150.
9. **Datta GD, Neville B, Datta NS, Earle C** (2006). Gender disparities in bladder cancer survival: an assessment of socio-demographic factors. *AACR Meeting Abstracts*: B38
10. **Gakis G, Stenzl A** (2011). Radical cystectomy and neobladder in the female. *Eur Urol Rev*, 6(1): 33-36.
11. **Granberg CF, Boorjian SA, Crispen PL, Tollefson MK, Farmer SA, Frank I, Blute**

- ML** (2008). Functional and oncological outcomes after orthotopic neobladder reconstruction in women. *BJU Int* 102(11): 1551-1555.
12. **Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG** (2011). 25 years of experience with 1,000 neobladders: long-term complications. *J Urol* 185: 2207-2212.
 13. **Jentzmik F, Schrader AJ, de Petriconi R** (2012). The ileal neobladder in female patients with bladder cancer: long-term clinical, functional, and oncological outcome. *World J Urol* 30(6): 733-739.
 14. **Lee CT, Montie JE** (2005), "Orthotopic bladder replacement in women", *Urinary diversion*, Taylor and Francis, pp. 337-352.
 15. **Shariat SF, Sfakianos JP, Droller MJ, Karakiewicz PI, Meryn S, Bocher BH** (2009). "The effect of age and gender on bladder cancer: a critical review of the literature", *BJU Int* 105: 300-308.
 16. **Stein JP, Cote RJ, Freeman JA, Esrig D, Elmajian DA, Groshen S, et al.** (1995). Indications for lower urinary tract reconstruction in women after cystectomy for bladder cancer: a pathological review of female cystectomy specimens. *J Urol* 154:1329-1333.
 17. **Stein JP, Penson DF, Lee C** (2009). Long-term oncological outcomes in women undergoing radical cystectomy and orthotopic diversion for bladder cancer. *J Urol* 181(5): 2052-2058.
 18. **Stenzl A, Draxl H, Posch B, Colleselli K, Falk M, Bartsch G** (1995). The risk of urethral tumors in female bladder cancer: can the urethra be used for orthotopic reconstruction of the lower urinary tract? *J Urol* 153(3):950-955.
 19. **Stenzl A, Jarolim L, Coloby P, Golia S, Bartsch G, Babjuk M, Kakizoe T, Robertson C** (2001). Urethra-sparing cystectomy and orthotopic urinary diversion in women with malignant pelvic tumors. *Cancer* 92(7):1864-1871.
 20. **Stenzl A, Sherif H, Kuczyk M** (2010). Radical cystectomy with orthotopic neobladder for invasive bladder cancer: A critical analysis of long term oncological, functional and quality of life results. *Int Braz J Urol* 36(5): 537-547.
 21. **Wishahi M, Ismail MA, Elganzoury H, Elkholy A, Nour HH, Zayed AS, Eldahshan S** (2019). Genital - sparing cystectomy versus standard urethral-sparing cystectomy followed with orthotopic neobladder in women with bladder cancer: incidence and causes of hypercontinence with an ultrastructure study of urethral smooth muscles. *Open Access Maced J Med Sci* 7(6): 978-981.

ỨC CHẾ PARP TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT: BƯỚC TIẾN MỚI VÀ THỬ THÁCH

Ngô Xuân Thái^{1,2}, Phạm Đức Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Ức chế Poly ADP-ribose polymerase (PARPi) là một trong những thuốc nhắm trúng đích được phát triển để điều trị cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) bị khiếm khuyết gene tái tổ hợp tương đồng (HRR). Ngày càng nhiều bằng chứng khẳng định vai trò của PARPi trong điều trị UTTTL. Olaparib và Rucaparib đã được FDA công nhận điều trị cho bệnh nhân UTTTL có mang đột biến gen HRR. Một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của PARPi vẫn đang được tiếp tục trong, đơn trị liệu cũng như phối hợp với kháng androgen, hóa trị hay xạ trị trên những bệnh nhân có kiểu hình đột biến HRR khác nhau.

Chúng tôi khảo sát các bài báo về ứng dụng PARPi trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt trong y văn và tổng kết lại hiệu quả cũng như những khó khăn của liệu pháp PARPi hiện nay.

Từ khóa: Ức chế PARP, tái tổ hợp tương đồng, ung thư tuyến tiền liệt, tổ hợp gene gây chết.

SUMMARY

THE ROLE OF PARP INHIBITORS IN PROSTATE CANCER: RECENT ADVANCES AND CHALLENGES

Poly ADP-ribose polymerase inhibitor (PARPi) is a sort of targeted therapy developed for homologous recombination repair (HRR)-defective prostate cancer. There is an increase in evidence in treatment of PARPi for patients with prostate cancer, especially HRR defective tumors. Olaparib and Rucaparib are approved by FDA for patients with or without HRR mutation prostate cancer. Tremendous on-going studies evaluating the effectiveness and safety of different PARPis in monotherapy or in combination have been carried out and updated the results continuously.

A narrative review was performed in medical literature regarding research of PARPi in prostate cancer. We reviewed and summarized the evidence available, focusing on studies evaluating the roles of PARPi in therapeutic outcomes and current challenges in prostate cancer.

Keywords: PARPi, HRR, Prostate cancer, synthetic lethality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) vẫn đang là ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư ở nam giới[1]. Đối với UTTTL giai đoạn di căn, mặc dù đã có nhiều phương pháp điều trị và nhiều thế hệ thuốc mới được sử dụng nhưng sau một thời gian,

¹Bộ môn Tiết Niệu Học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Minh

SĐT: 0937392789

Email: phamducminh159@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

phần lớn bệnh nhân đều tiến triển bệnh hoặc chuyển qua giai đoạn đề kháng với thuốc đang điều trị. Do đó, tỉ lệ bệnh tật và tỉ lệ tử vong trong nhóm này vẫn còn rất cao[1].

Trong khi tín hiệu tế bào liên quan đến thụ thể Androgen đóng một vai trò trung tâm trong sự phát triển và tiến triển ung thư thì gần đây, những nghiên cứu về bộ gene (genomics) cho thấy con đường đáp ứng với sự phá hủy DNA (DNA-damage response, DDR) có một vai trò nhất định trong một tỉ lệ lớn bệnh nhân UTTTL tiến triển, ảnh hưởng tiêu cực đến tiên lượng của bệnh nhân. Liệu pháp ức chế men poly (adenosine diphosphate-ribose) polymerase (PARP)-1 gần đây cho thấy mang lại giá trị nhất định trên nhóm bệnh nhân này [2]. Bài viết bàn luận về những hiểu biết và chứng cứ hiện tại cho thấy vai trò của thuốc ức chế PARP trong điều trị UTTTL cũng như những giới hạn và khó khăn mà liệu pháp này cần phải chứng minh trong tương lai sắp tới.

II. GENE SỬA CHỮA TÁI TỔ HỢP TƯƠNG ĐỒNG (HRR)

Sửa chữa DNA

Tế bào bình thường có cơ chế duy trì sự ổn định DNA giúp bảo tồn vật chất di truyền và ngăn ngừa quá trình sinh ung. Những điểm đứt gãy trên chuỗi đơn DNA (Single-strand breaks, SSBs) do đột biến mất, chèn hay bất tương hợp nucleotide sẽ được điều chỉnh lại nhờ các cơ chế: sửa chữa loại cặp base (base excision repair, BER), sửa chữa loại nucleotide (nucleotide excision repair, NER) và sửa chữa bất tương hợp (mismatch repair, MMR). Những cơ chế này lại được hoạt hóa bởi yếu tố điều hòa là poly ADP-ribose polymerase (PARP), là một ADP-ribose transferase góp phần chiêu mộ các

protein BER và NER vào điểm đột biến gây đứt gãy sợi đơn DNA.

PARP là họ protein bao gồm 17 loại protein khác nhau, trong đó PARP-1 và PARP-2 liên quan đến quá trình sửa chữa DNA. PARP-1 với chức năng là một cảm biến nhận diện và được kích hoạt bởi sự tổn thương của DNA, hình thành chuỗi PAR hoạt động như một “sân ga” để các yếu tố sửa chữa DNA đến gắn vào. Sau khi PARP-1 gắn vào sợi DNA bị đứt gãy, nó sẽ chuyển đổi hình dạng để tạo ra quá trình poly-ADP ribose hóa (PARylation), xúc tác sự polymer hóa các đơn vị ADP ribose từ các phân tử NAD⁺ và chiêu mộ các protein sửa chữa chuỗi đơn DNA như BER và NER. Khi phức hợp sửa chữa đã được gắn vào SSB, PARP-1 sẽ rời khỏi DNA.

Khi hoạt động PARP bị khiếm khuyết, SSB sẽ không được chỉnh sửa. Sau quá trình nhân đôi DNA, SSBs sẽ trở thành điểm đứt gãy trên chuỗi đôi (Double-strand breaks, DSBs) và nó cần phải chỉnh sửa lại. Ba cơ chế chính giúp chỉnh sửa DSBs bao gồm: nối đầu tận không tương đồng (non-homologous end joining, NHEJ), nối đầu tận qua trung gian vi mô (microhomology-mediated end joining, MMEJ) và sửa chữa tái tổ hợp tương đồng (Homologous recombination repair, HRR), trong đó HRR là cơ chế giúp bảo tồn nhất, có độ chính xác cao tránh mất thông tin di truyền khi cơ chế dựa vào khuôn mẫu của cặp nhiễm sắc thể chị em.

Sửa chữa tái tổ hợp tương đồng

Khi đứt gãy DNA trên sợi đôi xảy ra, protein kinase là ATM sẽ được chiêu mộ và hoạt hóa. Thông qua CHK2, ATM hoạt hóa dòng thác phosphoryl hóa của một số cơ chất, trong đó có BRCA1. BRCA1 chiêu mộ PALB2 gắn với BRCA2 và RAD51. Phức hợp này dịch chuyển đoạn DNA bị đứt gãy

tới DNA không bị tổn thương tương ứng của nhiễm sắc thể thứ 2 để phục hồi lại DNA. Ngoài ra, BRCA1 còn được hoạt hóa bởi con đường FANC và BRIP1.

Khiếm khuyết sửa chữa tái tổ hợp tương đồng trong ung thư tuyến tiền liệt

Trong UTTTL nguyên phát, thay đổi gene sửa chữa DNA chiếm tỉ lệ khoảng 19%, bao gồm các gene BRCA2, BRCA1, CDK12, ATM, FANCD2 và RAD51. Trong đó, tỉ lệ BRCA2 bất hoạt là 3% và ATM là 4%, khi đột biến xảy ra cả trên tế bào sinh dục và sinh dưỡng. Những loại đột biến khác là dị hợp tử nên ý nghĩa chức năng không rõ ràng. Trong UTTTL giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC), khoảng 90% mang ít nhất một thay đổi về mặt phân tử hoạt động, trong đó thay đổi trên con đường thụ thể androgen là thường gặp nhất, chiếm 71%[3]. Khoảng 27% trường hợp mCRPC có đột biến trên tế bào sinh dục hoặc sinh dưỡng các gene BRCA2, BRCA1, ATM hay CHEK2. Tuy nhiên, một gene luôn tồn tại 2 bản sao trong một tế bào, do đó ở thể dị hợp tử về đột biến gene ức chế bướu thì bản sao bình thường đủ để giữ cho tế bào hoạt động bình thường, hay nói khác hơn đột biến gene ức chế bướu thường là đột biến lặn. Một người nhận allele đột biến gene ức chế bướu từ cha mẹ, người này sẽ ở trạng thái dị hợp tử vì đa phần phôi đồng hợp tử sẽ chết trong giai đoạn rất sớm, không xuất hiện trong quần thể, và người này có nguy cơ ung thư di truyền cao hơn. Trên những người này, nếu hiện tượng mất tính dị hợp tử xảy ra dẫn đến tế bào mang kiểu hình lặn, tức là kiểu hình đột biến và khi đột biến gene ức chế bướu được biểu hiện, tế bào sẽ chuyển dạng thành ung thư. Đây là giả thuyết “two-hit” của Knudson. Tất cả các gene HRR đều là gene ức chế bướu và đòi hỏi cả 2 allele đều bị bất

hoạt trong tế bào bướu mới gây ra hậu quả mất khả năng biểu hiện protein hoàn toàn. Bởi vậy, khi một loại bướu chỉ có một thay đổi trên tế bào sinh dục mà không có những đột biến trên allele khác như đột biến tế bào sinh dưỡng hoặc mất tính dị hợp tử (Loss of heterozygosity, LOH), HRR vẫn hoạt động và không được xem là nguyên nhân gây ung thư. Tỉ lệ đột biến cả tế bào sinh dục và sinh dưỡng của các gene HRR trong UTTTL là BRCA2 12-18%, ATM 3-6%, CHEK2 2-5% và BRCA1 khoảng 2%. Trên bệnh nhân mCRPC thì tỉ lệ đột biến gene HRR trên tế bào sinh dục là 11-16%, trong đó đột biến BRCA2 khoảng 3%, ATM và BRCA1 lần lượt là 2% và 1% và hơn 90% số trường hợp đột biến có liên quan đến mất tính dị hợp tử[4,5]. Những đột biến BRCA2/1, ATM trên tế bào sinh dục đều có tiên lượng xấu hơn, ví dụ như nguy cơ tử vong cao gấp 20 lần nếu có đột biến BRCA2, trong khi cho đến nay những đột biến trên tế bào sinh dưỡng lại không cho thấy liên quan đến tiên lượng bệnh[2,6].

III. ỨC CHẾ MEN POLY ADP-RIBOSE POLYMERASE (PARPi)

Cơ chế tác động PARPi

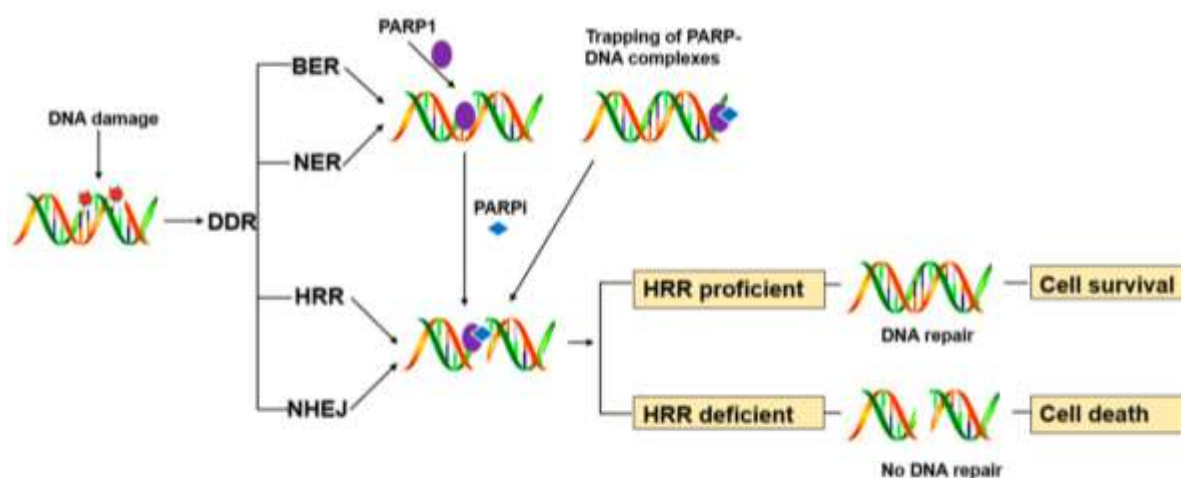
Ức chế PARP (PARPi) là loại thuốc uống nhắm trúng đích có tác dụng gần cạnh tranh vào vị trí NAD⁺ của phân tử PARP1 và PARP2 dẫn đến ức chế quá trình xúc tác polymer hóa các phân tử ADP ribose. Hậu quả của nó là không chiều mộ được các BER và NER để sửa chữa những SSBs. Những SSBs này sẽ trở thành DSBs sau quá trình nhân đôi. Khi tế bào mất đi cơ chế sửa chữa tái tổ hợp tương đồng như trong trường hợp đột biến gene HRR thì các đứt gãy DNA không được sửa chữa làm gia tăng sự mất ổn định của bộ gene gây ra sự chết tế bào. Hiện

tượng này được gọi là “tổ hợp gây chết” (Synthetic Lethality) (Hình 1).

Ngoài ra, ức chế PARP còn có tác dụng bẫy enzyme PARP trên đoạn DNA. Nó gắn với phân tử PARP1 và PARP2 tại điểm đứt gãy DNA, phức hợp này ngăn chặn các replisome tại chạc 3 khiến không thể nhân đôi DNA. Hiệu ứng này mang tác hại nặng nề hơn cả những SSBs vì nó chỉ được sửa chữa bằng cơ chế thông qua HRR. Thêm vào đó, BRCA1, BRCA2 và PALB2 không những liên quan đến cơ chế sửa chữa HRR mà còn giúp ổn định chạc 3 nhân đôi DNA, do đó phức hợp bẫy PARPi có tác động độc tính với những tế bào khiếm khuyết sửa chữa HRR, nhất là khiếm khuyết trên BRCA1, BRCA2 và PALB2.

Gần đây, người ta còn tìm ra cơ chế thứ 3 của PARPi. DSBs chủ yếu được sửa chữa

theo cơ chế HRR trong pha S và G2 khi cặp nhiễm sắc tử chị em (sister chromatids) đã hiện diện. Với những tế bào khiếm khuyết cơ chế HRR, tế bào phải tự sửa chữa theo cơ chế khác là nối đầu tận không tương đồng (non-homologous end joining, NHEJ), nối đầu tận qua trung gian vi mô (microhomology-mediated end joining, MMEJ) hay nối đầu tận thay thế (Alt-EJ). Những con đường này lại phụ thuộc vào PARP1 và polymerase ion phiên mã (translational ion polymerase, POLQ) vì muốn chiêu mộ POLQ hiệu quả đòi hỏi phải có PARP1. Do đó, ngăn chặn PARP1 hay POLQ đều có thể chặn con đường sửa chữa này dẫn đến sự chết tế bào bước có khiếm khuyết cơ chế HRR.



Hình 1: Sơ đồ cơ chế tổ hợp gene gây chết (synthetic lethality)[7]

IV. ĐIỀU TRỊ PARPI TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Đơn trị liệu

Dựa vào cơ chế phân tử và dữ liệu tiền lâm sàng, PARPi được phát triển đầu tiên như là một tác nhân điều trị đơn độc cho mCRPC.

Olaparib

Đây là thuốc đầu tiên được giới thiệu sau khi đạt được kết quả hứa hẹn trong nghiên cứu TOPARP-A với 49 bệnh nhân mCRPC với đột biến gene DDR trên ra cả dòng sinh dục và sinh dưỡng. Tỷ lệ đáp ứng chung (composite response rate, CRR) là 32%, với

định nghĩa đáp ứng là giảm PSA, giảm khối lượng bướu hạch quan hoặc giảm tế bào bướu trong máu tuần hoàn (circulating tumor cell, CTC). Đặc biệt trên nhóm đột biến gene HRR có tỉ lệ đáp ứng lên tới 88% so với 6% ở nhóm không có đột biến này[8]. Ngoài ra, olaparib cũng cho thấy có khả năng dung nạp tốt, những tác dụng ngoại ý thường gặp nhất là thiếu máu (20%), mệt mỏi (12%), giảm bạch cầu hạt (6%)[8]. Tiếp theo đó, nghiên cứu TOPARP-B được tiến hành để đánh giá mức độ đáp ứng theo liều của olaparib trên 592 bệnh nhân mCRPC đã từng được hóa trị, trong đó 192 bệnh nhân (27%) có đột biến gene HRR. Tỉ lệ đáp ứng là 54,3% với nhóm điều trị 400mg 2 lần/ngày so với 39,1% với nhóm điều trị 300mg 2 lần/ngày. Tuy nhiên với liều 400mg dẫn đến tỉ lệ độc tính cao hơn, số lượng bệnh nhân phải giảm liều cao gấp 3 lần liều 300mg. Phân tích dưới nhóm cho thấy tỉ lệ đáp ứng trên nhóm bệnh nhân đột biến BRCA1/2 là 83,3% và PALB2 là 57,1%[9]. Nghiên cứu TOPARP đã đưa ra chứng cứ khẳng định olaparib có hiệu quả trên bệnh nhân mCRPC đột biến HRR, và dường như đáp ứng tốt hơn trên tế bào đột biến BRCA1,2 hơn là ATM và CDK12.

Tiếp theo đó, nghiên cứu pha 3 PROfound được thiết kế để so sánh olaparib với kháng androgen thế hệ mới trên bệnh nhân mCRPC tiến triển sau khi sử dụng abiraterone hoặc enzalutamide. Những bệnh nhân đã được hóa trị nhóm taxane trước đó cũng được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn những bệnh nhân có thay đổi ít nhất 1 trong 15 gene HRR (một hoặc cả 2 allele): BRCA1, BRCA2, ATM, BRIP1, BARD1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D và RAD54L. Bệnh nhân đột biến BRCA1, BRCA2 hoặc ATM được

đưa vào nhóm A, bệnh nhân đột biến 1 trong 12 gene còn lại đưa vào nhóm B. Sau khi sàng lọc, 778 bệnh nhân (28%) được phân ngẫu nhiên với tỉ lệ 2:1 điều trị với olaparib 300mg, 2 lần/ngày hoặc điều trị kháng androgen theo lựa chọn của bác sĩ (enzalutamide hoặc abiraterone). Kết quả cho thấy thời gian sống không tiến triển trên hình ảnh (rPFS) học của nhóm A dài hơn nhóm B (7,4 tháng so với 3,6 tháng, HR:0,34). Thời gian sống còn chung của những bệnh nhân điều trị olaparib trong nhóm A tốt hơn những bệnh nhân điều trị với kháng androgen (19,1 tháng so với 14,7 tháng, HR:0,69, 95% CI 0.50–0.97, P=0.0175). Những bệnh nhân trong nhóm chứng khi có tiến triển được chuyển qua dùng olaparib (81%) cho thấy HR: 0,42 (95% CI 0.19–0.91). Không có sự khác biệt khi chuyển sang điều trị Olaparib trên bệnh nhân nhóm B[10].

Nghiên cứu PROfound là nghiên cứu đầu tiên chứng minh được olaparib giúp cải thiện tỉ lệ sống còn chung trên bệnh nhân mCRPC đột biến BRCA1, BRCA2 hay ATM, ngay cả khi ban đầu điều trị với kháng androgen sau đó được chuyển sang olaparib. Ngoài ra, olaparib còn cải thiện đáng kể triệu chứng đau (HR 0,44, 95% CI 0.22–0.91, P=0.0192) cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống so với điều trị kháng androgen thế hệ mới[10].

Niraparib

Đây là một thuốc ức chế PARP 1/2 với khả năng bắt và gây độc tế bào cao hơn olaparib. Nghiên cứu pha II GALAHAD vẫn đang được tiến hành để đánh giá hiệu quả của niraparib (liều 300mg/ngày) trên bệnh nhân mCRPC khiếm khuyết HRR tiến triển sau khi điều trị taxan và kháng androgen thế hệ mới. Trong nghiên cứu này, khiếm khuyết HRR được định nghĩa là có sự thay đổi trên cả 2 allele của gene BRCA1/2, ATM,

FANCA, PALB2, CHEK2, BRIP1, hoặc HDAC2, được xác định bằng xét nghiệm trên mô bướu hoặc huyết tương. Báo cáo ban đầu với 81 bệnh nhân (46 đột biến BRCA và 35 đột biến không phải BRCA) cho thấy tỉ lệ đáp ứng khách quan (objective response rate, ORR) là 41% trong nhóm đột biến BRCA so với 9% trong nhóm đột biến không phải BRCA, tỉ lệ đáp ứng chung là 63% so với 17%. Thời gian sống còn không tiến triển (PFS) và sống còn chung (OS) trong nhóm BRCA là 8,2 tháng và 12,6 tháng, trong nhóm không BRCA là 5,3 tháng và 14 tháng[11]. Tác dụng ngoại ý thường gặp là biến chứng trên hệ huyết học như thiếu máu (29%), giảm tiểu cầu (15%), giảm bạch cầu hạt (7%), những biến chứng này có thể kiểm soát được bằng cách giảm liều hoặc tạm ngưng thuốc[11].

Rucaparib

Rucaparib có hiệu quả bẫy PARP và gây độc tương đương với olaparib. Nghiên cứu nền tảng là nghiên cứu pha II TRITON-2, sử dụng rucaparib 600mg 2 lần/ngày trên bệnh nhân mCRPC đột biến một hoặc hai allele gene HRR dòng tế bào sinh dục hoặc sinh dưỡng (BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK2, FANCA, NBN, PALB2, RAD51, RAD51B, RAD51C, RAD51D, hoặc RAD54L). Những bệnh nhân tiến triển sau điều trị với một hoặc hai kháng androgene thế hệ mới và hóa trị với nhóm taxane. Đột biến được xác định dựa trên xét nghiệm huyết tương hoặc mô bướu. Trong 115 bệnh nhân (44 trường hợp dòng sinh dục, 71 trường hợp dòng sinh dưỡng), tỉ lệ đáp ứng khách quan là 43,5%, không có sự khác biệt giữa đột biến trên 2 dòng tế bào sinh dục và sinh dưỡng. Tỉ lệ đáp ứng PSA là 54,8%, dường như đáp ứng ít hơn trên nhóm đột biến BRCA1 (15,4%) hoặc đột biến chỉ

trên một allele (11,1%) so với đột biến BRCA2 (59,8%) hoặc đột biến trên cả 2 allele (75%)[12]. Trong 78 trường hợp đột biến không phải BRCA, tỉ lệ đáp ứng PSA lần lượt là 4,1%, 6,7% và 16,7% với đột biến ATM, CDK12 và CHEK2. Tỉ lệ đáp ứng khách quan trên nhóm bệnh nhân ATM là 10%, CDK12 là 0% và CHEK2 là 11%[13].

Một lần nữa, những kết quả này cho thấy BRCA1,2 và PALB2 là những đích ngắm có lợi ích trong khi ATM, CDK12 và CHEK2 có lẽ ít liên quan trực tiếp hơn, còn những gene HRR khác cần phải nghiên cứu thêm.

Nghiên cứu pha III TRITON-3 đang được tiến hành để so sánh rucaparib với abiraterone, enzalutamide hoặc hóa trị docetaxel (lựa chọn bác sĩ) cho những bệnh nhân mCRPC tiến triển sau khi đã dùng một loại kháng androgen thế hệ mới nhưng chưa từng hóa trị và có đột biến mất BRCA1/2 hoặc ATM.

Talazoparib

Đây là thuốc có tác dụng bẫy PARP mạnh nhất, gấp 20-200 lần những PARPi khác. Nghiên cứu pha II TALAPRO-1 đang tiến hành đánh giá hiệu quả của talazoparib 1mg/ngày trên bệnh nhân mCRPC có biến đổi trên một hoặc hai allele của gene HRR, đã từng được hóa trị với taxane và tối thiểu một loại kháng androgene thế hệ mới. Những phân tích ban đầu trên 113 bệnh nhân dùng thuốc với 75 bệnh nhân được đánh giá cho thấy tỉ lệ đáp ứng khách quan trên nhóm BRCA, PALB2 và ATM lần lượt là 43,9%, 33,3% và 11,8%. Không có sự đáp ứng nào trên những đột biến HRR khác[14]. Tác dụng ngoại ý thường gặp hơn so với các PARPi khác như thiếu máu 42,5%, nôn ói 32,7%[14].

Với những bằng chứng đáng thuyết phục hiện có, PARPi đang trở thành một lựa chọn

để điều trị mCRPC. Đột biến BRCA1/2 là yếu tố tiên lượng cho sự đáp ứng cũng như là ứng cử viên tốt nhất cho điều trị PARPi, bất kể đột biến trên dòng sinh dục hay sinh dưỡng. Bất hoạt cả 2 allele cũng có trở thành một yếu tố quan trọng khi hầu hết trường hợp đáp ứng đều nằm trong nhóm này.

V. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP

PARPi với kháng androgen thế hệ mới

Thụ thể androgen có chức năng điều hòa hoạt động phiên mã của gene sửa chữa và thuốc kháng androgen thế hệ mới gây ra sự điều hòa hướng xuống của gene sửa chữa DNA. Ngoài ra, PARP1 còn có vai trò khởi động chức năng thụ thể androgen và điều trị triệt androgen hoặc với enzalutamide có thể gây ra tình trạng “BRCAness”, tình trạng bất thường sửa chữa DNA liên quan đến gene tái tổ hợp tương đồng BRCA, dẫn đến nhạy cảm với thuốc PARPi[15]. Dựa trên kết quả này, Clarke đã tiến hành nghiên cứu pha II, mù đôi, ngẫu nhiên đánh giá sự phối hợp olaparib với abiraterone trên 142 bệnh nhân mCRPC đã được hóa trị với docetaxel [16]. Trong đó chỉ khoảng 15% trường hợp được xác định chắc chắn hoặc nghi ngờ đột biến HRR, 25% bệnh nhân có HRR bình thường, 61% chỉ xác định HRR bình thường trên mẫu máu chứ không xác định được trên mẫu mô bướu. Kết quả cho thấy cải thiện thời gian sống còn không tiến triển trên hình ảnh học (rPFS) có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (13,8 tháng so với 8,2 tháng, $p=0,034$). Tuy nhiên, tỉ lệ độc tính của phác đồ kết hợp khá cao, biến cố mức 3 trở lên chiếm 54%, cao hơn so với nhóm chứng là 28%. Nghiên cứu cho thấy tác dụng hiệp đồng giữa kháng androgen thế hệ mới (abiraterone) và PARPi (olaparib), ngay cả khi không có đột biến HRR, điều này cũng

có thêm giả thuyết kháng androgen thế hệ mới gây ra tình trạng BRCAness trong UTTTL. Thế nhưng, tỉ lệ độc tính cao, đặc biệt là biến cố tim mạch (10%) được quan sát thấy trên nhóm kết hợp dẫn đến tử vong trong 3% trường hợp. Do đó, sự kết hợp này phải thật cẩn trọng trên những bệnh nhân có bệnh sử tim mạch.

Dựa trên những kết quả này, nhiều nghiên cứu pha III đang được tiến hành. Nghiên cứu PROpel so sánh hiệu quả kết hợp abiraterone và olaparib với abiraterone và giả được trên 796 bệnh nhân mCRPC mới phát hiện như là phương pháp lựa chọn đầu tay, bất kể tình trạng đột biến HRR, được xác định bằng xét nghiệm DNA máu tuần toàn[17]. Những phân tích đầu tiên cho thấy kết hợp abiraterone và olaparib làm giảm 34% rPFS (HR = 0.66, 95% CI 0.54-0.81; $P < 0.0001$), cải thiện thời gian sống rPFS trung vị khoảng 8,2 tháng (24,8 tháng so với 16,6 tháng). Phân tích dưới nhóm cho thấy rPFS cải thiện đáng kể ở cả nhóm có đột biến HRR (HR 0.54, 95% CI 0.36–0.79) và nhóm không đột biến HRR (HR 0.76, 95% CI 0.59–0.97), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, điều này cho thấy những bệnh nhân có đột biến HRR đạt được nhiều lợi ích hơn khi phối hợp abiraterone và olaparib. Về mặt biến cố bất lợi, sự kết hợp này cũng dẫn đến tỉ lệ biến cố mức độ 3 trở lên là 47% so với 38% trong nhóm chứng, tỉ lệ ngưng điều trị olaparib cao hơn giả được, 13,8% so với 7,8%[17].

Nghiên cứu pha III, mù đôi ngẫu nhiên so sánh kết hợp abiraterone và niraparib với abiraterone đơn thuần trên bệnh nhân mCRPC (MAGTITUDE) và mCSPC (AMPLITUDE) cũng đang được tiến hành. Đến tháng 2/2022, nghiên cứu MAGNITUDE báo cáo những phân tích đầu

tiên trên 423 bệnh nhân (dự kiến tuyển chọn 1000 bệnh nhân) cho thấy nhóm điều trị với niraparib và abiraterone làm giảm rPFS đến 47% (HR 0.53, 95% CI 0.36–0.79) so với nhóm điều trị abiraterone và giả dược với thời gian sống trung vị là 16,6 tháng so với 10,9 tháng. Phân tích dưới nhóm cho thấy điều trị kết hợp này chưa mang lại lợi ích cho những bệnh nhân không có đột biến HRR[18]. Ngoài ra, những nghiên cứu trên những loại PARPi khác cũng đang được tiến hành như enzalutamide và rucaparib (CASPAR) hay enzalutamide và talazoparib (TALAPRO-2).

PARPi với liệu pháp miễn dịch

Một số nghiên cứu tiền lâm sàng cung cấp cơ sở lý luận cho việc sử dụng liệu pháp miễn dịch trong UTTTL. Biểu hiện PD-L1 gia tăng từ giai đoạn khu trú cho đến tiến triển xa và thường biểu hiện trên tế bào trình diện kháng nguyên trên bệnh nhân UTTTL kháng cắt tinh hoàn đã được điều trị với enzalutamide. Điều này ủng hộ cho giả thuyết một trong những con đường tiến triển của UTTTL là thoát khỏi hệ thống miễn dịch.

Nghiên cứu gần đây cho thấy PARPi hoạt động như một tác nhân điều hòa miễn dịch trên bệnh nhân đột biến sửa chữa DNA. PARPi gây ra sự tích tụ mảnh vỡ DNA trên màng tế bào, hoạt hóa con đường cGAS/STING, kích thích hệ miễn dịch tự nhiên điều hòa thông qua interferon. Interferon (IFN) gây ra biểu hiện PD-L1 làm giới hạn đáp ứng miễn dịch gây độc tế bào, điều mà có thể khắc phục bằng cách chặn PD-L1. Nghiên cứu KEYNOTE-199 đánh giá hiệu quả của pembrolizumab trên bệnh nhân mCRPC tái phát sau khi điều trị docetaxel cho thấy việc khiếm khuyết gene sửa chữa DNA có thể là một chỉ dấu cho sự đáp ứng với liệu pháp miễn dịch. Dựa vào

kết quả này, một số nghiên cứu kết hợp liệu pháp miễn dịch và PARPi đã và đang được tiến hành. Nghiên cứu pha II trên bệnh nhân mCRPC tiến triển sau khi đã điều trị kháng androgen thế hệ mới, bắt kể tình trạng đột biến HRR với durvalumab và olaparib. Trong đó, 9 bệnh nhân (53%) có giảm PSA hơn 50%, 4/13 (30,8%) bệnh nhân được đánh giá RECIST có đáp ứng khách quan. Trong 9 bệnh nhân giảm PSA có 6 bệnh nhân đột biến BRCA2 trên cả 2 allele. Tỷ lệ đáp ứng trên PSA là 100% (6/6) trên bệnh nhân đột biến 2 allele so với 3/11 (27%) trên nhóm không có đột biến trên cả 2 allele[19]. Kết quả sơ bộ này cho thấy dường như hiệu quả chỉ đạt trên nhóm có đột biến BRCA2, do đó có lẽ tác dụng mang lại là từ olaparib chứ không có hiệu quả hỗ trợ nào từ durvalumab.

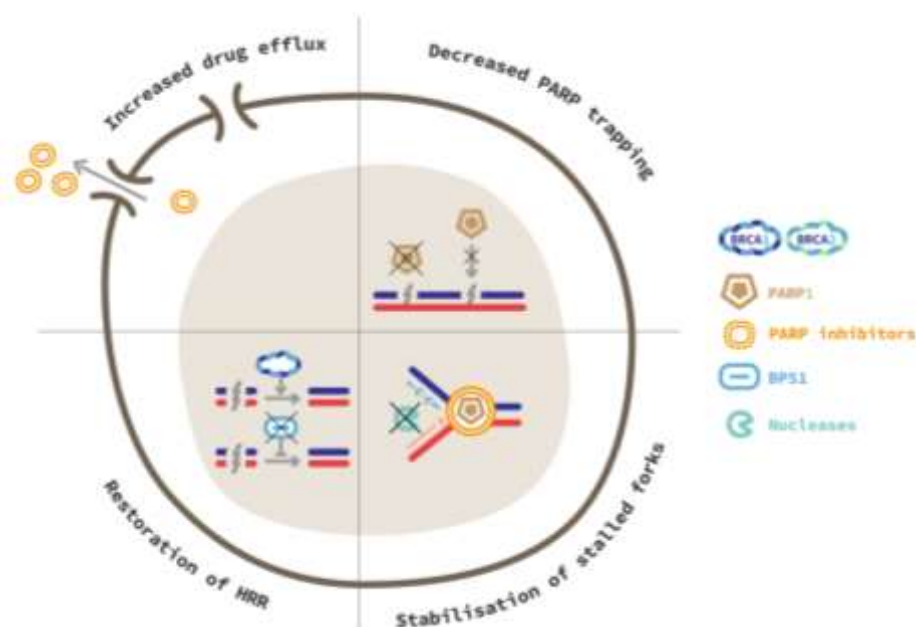
Nghiên cứu pha Ib/II KEYNOTE-365 trên 41 bệnh nhân mCRPC điều trị olaparib và pembrolizumab. Không có trường hợp nào có đột biến HRR. Tỷ lệ đáp ứng chung (CRR) khá thấp, 15%, tương đương với nhóm không đột biến HRR trong nghiên cứu TOPARP-A là 6% nhưng với tỷ lệ độc tính cao hơn nhiều. Một nghiên cứu pha III khác cũng đang tiến hành, KEYLINK-010, kết hợp liệu pháp miễn dịch với PAPRI cho bệnh nhân mCRPC đã hóa trị docetaxel và một loại kháng androgen thế hệ mới. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu pha II kết hợp liệu pháp miễn dịch với nhiều loại PARPi như olaparib, niraparib or rucaparib cũng đang được thực hiện.

Cơ chế đề kháng PARPi

Cơ chế đề kháng PARPi là do sự chọn lựa dòng tế bào sau rất nhiều biến đổi về mặt di truyền làm thay đổi tổ hợp gene gây chết (Hình 2). Thứ nhất, tế bào có lại khả năng sửa chữa tái tổ hợp tương đồng là do đột biến đảo ngược của BRCA1/2 hay phổ biến hơn

là đột biến phục hồi lại khung đọc mã của những gene này. Mất chức năng đối vận của BRCA1 như đột biến mất biểu hiện P53BP1 cũng có thể làm phục hồi HRR. Đột biến đảo ngược BRCA2 cũng được quan sát thấy trên bệnh nhân được điều trị với olaparib và talazoparib. Cơ chế thứ hai là do sự hấp thu lại nội bào có thể làm giảm sự điều hòa hướng lên của gene bơm P-glycoprotein là ABCB1. Thứ ba là đột biến của PARP1 ngăn chặn quá trình bẫy PARP dẫn đến đề kháng với PARPi. Thứ tư là mất những loại protein liên quan đến sự chiêu mộ những enzyme cắt

nucleotide lên chạc 3 sao mã bị đình trệ trong tế bào thiếu BRCA1/2 như TET2, EZH2, PTIP, SLFN11, SMARCL1. Điều này giúp bảo vệ những DNA mới thành lập không bị cắt và thoái giáng. Cuối cùng, những yếu tố liên quan đến vi môi trường cũng đóng vai trò nhất định. Sự biểu hiện của yếu tố tăng trưởng như TGF β R trên tế bào ác tính được hoạt hóa bởi TGF- β 1 từ tủy xương có thể thúc đẩy quá trình sửa lỗi trên chuỗi đôi DNA, do đó có thể dẫn đến sự đề kháng PARPi[7,20].



Hình 2: Cơ chế đề kháng PARPi[20]

VI. KẾT LUẬN

Ức chế PARPi đã mở đường cho ngành y học chính xác trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt, được theo sau bởi thuốc nhắm trúng đích con đường PI3k-AKT-mTOR. Hiện nay, olaparib và rucaparib đã được chấp thuận và được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân mCRPC mặc dù vẫn còn sự khác nhau trong chỉ định. Thông qua nghiên cứu

PROfound, FDA đã cho phép sử dụng olaparib với liều 300mg 2 lần/ngày cho tất cả các đột biến gene HRR (ngoại trừ PP2R2A). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chỉ chứng minh được hiệu quả trong nhóm A vì vậy khuyến cáo của Châu Âu EMEA lại chỉ giới hạn trong đột biến BRCA1/2 (không tính ATM) bất kể trên dòng tế bào sinh dưỡng hay sinh dục. Điều này cho thấy vẫn còn cần

nhiều bằng chứng hơn để xác định được PARPi thực sự hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nào, ví dụ như đột biến gene HRR nào, trên một allele hay cả hai allele, hiện diện trong tế bào sinh dục hay sinh dưỡng. Do đó, việc xác định những yếu tố mang tính tiên lượng này bằng phương pháp gì cũng là vấn đề đang được đặt ra, giải trình tự gene hay hóa mô miễn dịch, trên mẫu mô bướu hay máu tuần hoàn. Cuối cùng, những cơ chế đề kháng với PARPi cũng đã được ghi nhận và nó thực sự là một thử thách lớn đòi hỏi chúng ta phải tiếp tục đi tìm những phương thức mới, những công thức phối hợp để tối đa hóa hiệu quả đồng thời tối thiểu những độc tính của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49.
2. **Castro E, Goh C, Olmos D, Saunders E, Leongamornlert D, Tymrakiewicz M, et al.** Germline BRCA mutations are associated with higher risk of nodal involvement, distant metastasis, and poor survival outcomes in prostate cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2013;31(14):1748-57.
3. **Robinson D, Van Allen EM, Wu YM, Schultz N, Lonigro RJ, Mosquera JM, et al.** Integrative clinical genomics of advanced prostate cancer. *Cell*. 2015;161(5):1215-28.
4. **Abida W, Armenia J, Gopalan A, Brennan R, Walsh M, Barron D, et al.** Prospective Genomic Profiling of Prostate Cancer Across Disease States Reveals Germline and Somatic Alterations That May Affect Clinical Decision Making. *JCO precision oncology*. 2017;2017.
5. **Pritchard CC, Mateo J, Walsh MF, De Sarkar N, Abida W, Beltran H, et al.** Inherited DNA-Repair Gene Mutations in Men with Metastatic Prostate Cancer. *The New England journal of medicine*. 2016;375(5):443-53.
6. **Na R, Zheng SL, Han M, Yu H, Jiang D, Shah S, et al.** Germline Mutations in ATM and BRCA1/2 Distinguish Risk for Lethal and Indolent Prostate Cancer and are Associated with Early Age at Death. *European urology*. 2017;71(5):740-7.
7. **Xia M, Guo Z, Hu Z.** The Role of PARP Inhibitors in the Treatment of Prostate Cancer: Recent Advances in Clinical Trials. *Biomolecules*. 2021;11(5).
8. **Mateo J, Carreira S, Sandhu S, Miranda S, Mossop H, Perez-Lopez R, et al.** DNA-Repair Defects and Olaparib in Metastatic Prostate Cancer. 2015;373(18):1697-708.
9. **Mateo J, Porta N, Bianchini D, McGovern U, Elliott T, Jones R, et al.** Olaparib in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer with DNA repair gene aberrations (TOPARP-B): a multicentre, open-label, randomised, phase 2 trial. *The Lancet Oncology*. 2020;21(1):162-74.
10. **Hussain M, Mateo J, Fizazi K, Saad F, Shore N, Sandhu S, et al.** Survival with Olaparib in Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(24):2345-57.
11. **Smith MR, Sandhu SK, Kelly WK, Scher HI, Efstathiou E, Lara PN, et al.** Pre-specified interim analysis of GALAHAD: A phase II study of niraparib in patients (pts) with metastatic castration-resistant prostate

- cancer (mCRPC) and biallelic DNA-repair gene defects (DRD). *Annals of Oncology*. 2019;30:v884-v5.
12. **Abida W, Patnaik A, Campbell D, Shapiro J, Bryce AH, McDermott R, et al.** Rucaparib in Men With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Harboring a BRCA1 or BRCA2 Gene Alteration. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2020;38(32):3763-72.
 13. **Abida W, Campbell D, Patnaik A, Shapiro JD, Sautois B, Vogelzang NJ, et al.** Non-BRCA DNA Damage Repair Gene Alterations and Response to the PARP Inhibitor Rucaparib in Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer: Analysis From the Phase II TRITON2 Study. *Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer Research*. 2020;26(11):2487-96.
 14. **Bono JSD, Mehra N, Higano CS, Saad F, Buttiglieri C, Oort IMv, et al.** TALAPRO-1: Phase II study of talazoparib (TALA) in patients (pts) with DNA damage repair alterations (DDRM) and metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC). 2021;39(6_suppl):93-.
 15. **Li L, Karanika S, Yang G, Wang J, Park S, Broom BM, et al.** Androgen receptor inhibitor-induced "BRCAness" and PARP inhibition are synthetically lethal for castration-resistant prostate cancer. *Science signaling*. 2017;10(480).
 16. **Clarke N, Wiechno P, Alekseev B, Sala N, Jones R, Kocak I, et al.** Olaparib combined with abiraterone in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *The Lancet Oncology*. 2018;19(7):975-86.
 17. **Saad F, Armstrong AJ, Thiery-Vuillemin A, Oya M, Loredi E, Procopio G, et al.** PROpel: Phase III trial of olaparib (ola) and abiraterone (abi) versus placebo (pbo) and abi as first-line (1L) therapy for patients (pts) with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC). *Journal of Clinical Oncology*. 2022;40(6_suppl):11-.
 18. **Chi KN, Rathkopf DE, Smith MR, Efstathiou E, Attard G, Olmos D, et al.** Phase 3 MAGNITUDE study: First results of niraparib (NIRA) with abiraterone acetate and prednisone (AAP) as first-line therapy in patients (pts) with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) with and without homologous recombination repair (HRR) gene alterations. *Journal of Clinical Oncology*. 2022;40(6_suppl):12-.
 19. **Karzai F, VanderWeele D, Madan RA, Owens H, Cordes LM, Hankin A, et al.** Activity of durvalumab plus olaparib in metastatic castration-resistant prostate cancer in men with and without DNA damage repair mutations. *Journal for immunotherapy of cancer*. 2018;6(1):141.
 20. **Teyssonneau D, Margot H, Cabart M, Anonnay M, Sargos P, Vuong N-S, et al.** Prostate cancer and PARP inhibitors: progress and challenges. *Journal of Hematology & Oncology*. 2021;14(1):51.

ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG TRONG SINH THIẾT U PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CHỤP ĐIỆN TOÁN CẮT LỚP

Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}, Trần Công Quyền¹, Hồ Huỳnh Long¹,
Lý Bảo Duy¹, Vũ Hoàng Minh Tín¹, Trần Minh Thiện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá yếu tố tiên lượng biến chứng trong sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp (MSCT) tại Bệnh viện Bình Dân 2021-2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. 83 bệnh nhân được sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp (MSCT) tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Tỷ lệ nam: nữ là 2:1. 100% tổn thương ngoại biên, u nằm sâu nhất cách bờ trong ngực 42,00 mm. Kích thước u trung bình là 33,56 ± 17,57 mm. 100% BN lấy đủ mẫu đọc giải phẫu bệnh, cho kết quả trước và sau mổ 100% phù hợp chẩn đoán giải phẫu bệnh, trong đó ung thư phổi 63,86%. Tỷ lệ biến chứng sớm sau thủ thuật 12%, Tràn khí màng phổi trung bình 2,4%, tụ máu nhu mô mức độ nhiều 9,6%. Xác định được các yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng: độ sâu của u, số lần đâm kim, kích thước u. Nghiên cứu chúng tôi rút ra các yếu tố nguy cơ có khả năng

gây biến chứng là u kích thước dưới 24,14 mm, khoảng cách từ bờ trong thành ngực đến u lớn hơn 7,5 mm, tiền sử đâm kim lấy mẫu nhiều hơn 3 lần.

Kết luận: Nghiên cứu chúng tôi cho sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp đạt kết quả tốt trong chẩn đoán bệnh lý, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, xác định được các yếu tố nguy cơ và tiên lượng tai biến biến chứng.

Từ khóa: sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp, ung thư phổi, tai biến biến chứng thủ thuật.

SUMMARY

COMPUTER TOMOGRAPHY-GUIDED LUNG BIOPSY: EVALUATION OF PREDICTED PROCEDURE-RELATED COMPLICATIONS FACTORS IN BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate factors predicting the potential occurrence of procedure-related complications in patients undergoing computed tomography-guided lung biopsy.

Subject and method: retrospective description. 83 patients had undergone computed tomography-guided lung biopsy in The Thoracic and Thyroid department, Binh Dan Hospital from 2021 to 2022.

Result: The gender ratio was 2:1; 100 percent of the lesion was peripheral, and the deepest lesion was 42 mm. The average lesion size was 33.56 ± 17.57 mm. All patients in our

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại Khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lý Bảo Duy

SĐT: 0933060070

Email: bslybaoduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

study provided enough tissue for histopathology examination, and the re-op and post-op results were consistent with the pathological diagnosis, which was lung cancer in 63.86 percent of cases. The rate of procedure-related complications was 12%; pneumothorax occurred in 2.4% of patients, and the massive parenchymal hemorrhage rate was 9.6%. The following variables—lesion size, lesion depth, and number of punctured fissures—were risk factors for procedure-related complications. In our study, the risk factors for complications were lesion size less than 24,14 mm, lesion depth greater than 7,5 mm, and the number of punctured fissures greater than three.

Conclusion: The computed tomography-guided lung biopsy was a straightforward procedure with few complications. The potential occurrence of procedure-related complications in patients undergoing computed tomography-guided lung biopsy could be mild and predictable.

Keywords: Computed tomography-guided lung biopsy, procedure-related complications, non-small cell lung cancer, lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương phổi dạng nốt hoặc u rất thường gặp trên lâm sàng, tỉ lệ ác tính có thể lên đến 77%, thường gặp nhất là ung thư phổi nguyên phát, chiếm 50% . Xác định bản chất của những tổn thương này đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị. Tiêu chuẩn vàng để xác định và phân loại bệnh lý lành hay ác tính là kết quả giải phẫu bệnh lý được lấy trực tiếp từ tổn thương. Có nhiều phương pháp lấy mẫu khác nhau, mỗi phương pháp sẽ có ưu và nhược điểm riêng, tùy thuộc vào vị trí, kích thước của tổn thương, bệnh lý đi kèm của bệnh nhân và điều kiện của cơ sở y tế. Điều kiện hàng đầu là phải chọn phương

pháp hiệu quả cao nhất và giảm tối đa nguy cơ xảy ra tai biến biến chứng của bệnh nhân (BN). Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp là một công cụ thỏa đầy đủ 2 yêu tố đó: hiệu quả cao độ nhạy độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán và tính ít xâm hại của phương pháp. Đây là một kỹ thuật chẩn đoán tương đối mới tại Việt Nam, trong những năm gần đây, đã có vài tài liệu báo cáo về kỹ thuật này với các chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật tiến hành chỉ tập trung chủ yếu sinh thiết các tổn thương phổi dạng u ở sát thành ngực, kích thước to > 3cm [1] nhưng các tài liệu nghiên cứu về tai biến, biến chứng của thủ thuật còn khá ít. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ tai biến biến chứng của thủ thuật, xác định mối liên quan các yếu tố liên quan đến thủ thuật: độ sâu u, kích thước và số lần đâm kim với tràn khí màng phổi, tụ máu nhu mô và biến chứng sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

83 bệnh nhân được sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp (MSCT) tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bức cổ, BV Bình Dân từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả bệnh nhân có tổn thương tại phổi dạng nốt hay u kích thước 10mm trở lên phát hiện trên phim X Quang phổi, MSCT ngực hoặc MRI ngực; có chỉ định sinh thiết tổn thương và được tiến hành sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp bởi cùng một ê kíp Bác sĩ phẫu thuật tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bức cổ,

BV Bình Dân từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân được sinh thiết u ở 2 bên phổi hay 2 u cùng một bên phổi cùng một thủ thuật hay BN có các tổn thương khác đi kèm như tràn dịch màng phổi..

Bệnh nhân được tiến hành sinh thiết bởi một ê kíp Bác sĩ Phẫu thuật khác.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

*** Khảo sát đặc điểm của nhóm bệnh lý phổi sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp**

Nhóm nghiên cứu chúng tôi có 83 bệnh nhân (BN) có tổn thương phổi được tham gia nghiên cứu chưa có kết quả giải phẫu bệnh xác định, với 45 BN được chẩn đoán là nốt phổi và 38 BN u phổi xác định trên hình ảnh học.

Tỉ lệ nam : nữ là 2:1. Ghi nhận có 16 BN có tiền căn hóa hay xạ điều trị các bệnh lý ung thư trước đó (19,27%) nhiều nhất là ung thư từ đường tiêu hóa. 8 BN có tiền căn điều trị lao phổi trước đó (9,7%).

83 tổn thương nằm phân bố đều ở tất cả phân thùy của phổi, nhiều nhất nằm ở thùy trên phổi phải: 27 BN (32,5%). 100% tổn thương đều nằm ở vùng ngoài biên, với khoảng cách xa nhất từ u cho đến bờ trong lồng ngực là 42,00 mm. Kích thước tổn thương trung bình là $33,53 \pm 17,57$ mm, lớn nhất là 87,00 mm, nhỏ nhất là 9,00 mm. Adriano Massimiliano Priola ở Đại Học Turin (Italy) [4] trong 4 năm tiến hành sinh thiết cắt bằng kim 124 trường hợp tổn thương của phổi và trung thất rút ra kết luận

với các tổn thương nằm sâu cách thành ngực xa ≥ 4 cm và đường kính tổn thương $\leq 1,3$ cm chỉ đạt được chẩn đoán chính xác 62%, ngược lại u nằm cách bờ trong thành ngực ít hơn 4cm và kích thước lớn hơn 13mm cho tỉ lệ chẩn đoán đúng lên đến 92%. Tuy nhiên, kích thước và độ sâu của sang thương ảnh hưởng cũng sẽ ảnh hưởng đến nguy cơ tai biến biến chứng thủ thuật và sẽ được trình bày trong phần sau.

100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi lấy đủ mẫu để chẩn đoán giải phẫu bệnh và được thể hiện trong bảng sau

Bảng 12. Giải phẫu bệnh sinh thiết

	Số BN	Tỉ lệ %
Mô viêm mạn	14	16,9
Lao phổi	14	16,9
Ung thư phổi nguyên phát	42	48,2
Ung thư phổi thứ phát	13	22,6
Tổng	83	100%

Trong số đó có 38 BN được phẫu thuật (45,8%) và ghi nhận giải phẫu bệnh sau mổ:

Bảng 13. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

	Số BN	Tỉ lệ %
Lao phổi	8	9,6
Ung thư phổi nguyên phát	24	28,9
Ung thư phổi thứ phát	6	7,2
Tổng	38	45,8%

Sinh thiết u phổi đóng vai trò quan trọng trong việc xác định bản chất của tổn thương từ đó đưa ra hướng quyết định và điều trị. Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp đã được báo cáo độ nhạy từ 82-99%, độ đặc hiệu 86-100% và giá trị chẩn đoán chính xác ung thư lên đến 97% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi khi đối chiếu giữa kết quả GPB khi sinh thiết xuyên thành ngực là phù hợp mô học với kết quả giải phẫu bệnh sau cùng sau phẫu thuật ở 38 BN được tiến hành phẫu thuật (đạt độ

chính xác 100%) tuy nhiên xác định chính xác độ nhạy và độ đặc hiệu của thủ thuật cần phải tiến hành các nghiên cứu thêm.

*** Xác định được tỉ lệ tai biến, biến chứng sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp**

Tỉ lệ biến chứng sau thủ thuật được thể hiện trong bảng sau:

	Số BN	Tỉ lệ %
Không	58	69,9
Nhẹ	23	27,7
Trung bình	2	2,4
Tổng	31	100,0

Bảng 14. Tỉ lệ biến chứng sau thủ thuật

	Số BN	Tỉ lệ %
Không	34	41,0
Type I	14	16,9
Type II mức độ thấp	27	32,5
Type II mức độ cao	8	9,6
Tổng	31	100,0

Không ghi nhận bất kì trường hợp tràn máu màng phổi cũng như thuyên tắc khí sau thủ thuật.

Tỉ lệ biến chứng sớm sau thủ thuật: tụ máu nhu mô và/hoặc tràn khí màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi 12% (10 BN).

Tác giả Michele Anzidei và cộng sự đã xác định các yếu tố nguy cơ của sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp: tràn khí màng phổi sau sinh thiết (TKMP) và tụ máu nhu mô mức độ nhiều (Type II mức độ cao) (TTNM) liên quan đến kích thước của u, số lần đâm kim và độ sâu của u trong lòng ngực khi sinh thiết [7].

Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng với biến chứng sớm:

Khảo sát sự ảnh hưởng của các yếu tố tiên lượng: kích thước u, độ sâu u, số lần đâm kim lấy mẫu với biến chứng sớm của

thủ thuật. Chúng tôi sử dụng đường cong ROC và phát hiện được rằng kích thước u, độ sâu u, số lần đâm kim lấy mẫu có liên quan với biến chứng sớm của thủ thuật với ROC trong từng trường hợp có giá trị lần lượt là 71,8%, 73,6% 83,9%. Xác định được giá trị ngưỡng sẽ xảy ra biến chứng: đối với kích thước u là 29,79 mm, độ sâu u là 9,5 mm và số lần đâm kim lấy mẫu là 3,5 lần.

U kích thước nhỏ hơn 29,79 mm (44 BN) và lớn hơn 29,79 mm (39 BN) với nguy cơ xảy ra biến chứng sớm: có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,12$ và $OR = 9,77$; suy ra kích thước nhỏ hơn 29,79 mm là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng sớm sau sinh thiết.

Độ sâu u nhỏ hơn (47 BN) và lớn hơn 9,5 mm (36 BN) với nguy cơ xảy ra biến chứng sớm: có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$ và $OR = 0,065$, suy ra u nằm sâu hơn 9,5 mm là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng sớm sau sinh thiết.

Số lần đâm kim lấy mẫu ít hơn bằng 3 lần (51 BN) và nhiều hơn 3 lần (32 BN) với nguy cơ xảy ra biến chứng sớm: có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $OR = 0,051$, suy ra số lần đâm kim lấy mẫu nhiều hơn 3 lần là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng sớm sau sinh thiết.

Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng với biến chứng tràn khí màng phổi:

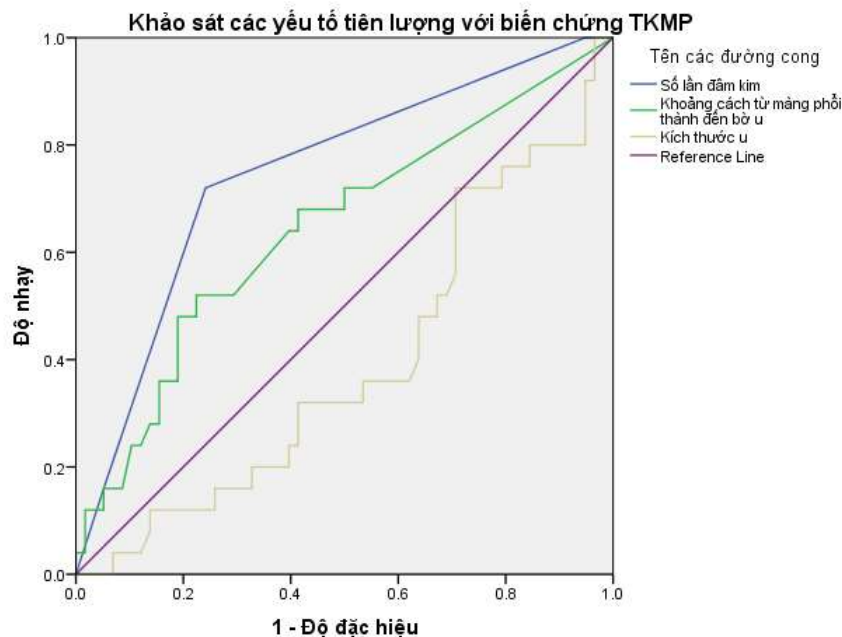
Khả năng chẩn đoán bệnh gia tăng theo số lần sinh thiết, đi kèm tăng tỉ lệ biến chứng Số lần đâm kim ảnh hưởng trực tiếp đến biến chứng tràn khí màng phổi, như nghiên cứu của tác giả Carol Wu và cộng sự [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng đường cong ROC khảo sát giữa các yếu tố tiên lượng và biến chứng tràn khí màng phổi:

Có mối liên hệ số lần đâm kim và TKMP với ROC = 74,7% với $p < 0,01$ và ngưỡng cắt là 3,5 lần. Sau đó, khảo sát 2 nhóm đâm kim lấy mẫu ít hơn bằng 3 lần (51 BN) và nhiều hơn 3 lần (32 BN) với nguy cơ xảy ra biến chứng TKMP: có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và OR = 0,124. Từ đó kết luận được số lần đâm kim lấy mẫu nhiều

hơn 3 lần là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng TKMP sau sinh thiết. Do đó chúng tôi đề nghị số lần đâm kim lấy mẫu là 3 lần nhằm giảm nguy cơ TKMP.

Không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa độ sâu của u và kích thước u với TKMP.



Các nghiên cứu có liên quan đã chỉ ra rằng các tổn thương nhỏ hơn và nhu mô sâu hơn và số lượng xuyên màng phổi nhiều hơn khi tiến hành sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT Scan sẽ gây ra tràn khí màng phổi nhiều hơn, và hầu hết các yếu tố nguy cơ nói trên đều phù hợp với các nghiên cứu trước đây nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ thể hiện rõ ở số lần đâm kim lấy mẫu [3],

Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng với tụ máu nhu mô sau sinh thiết:

Dựa vào các biểu đồ phân tích đường cong ROC chúng tôi khảo sát được mối liên hệ giữa biến chứng tụ máu nhu mô với các

yếu tố tiên lượng: kích thước u, độ sâu u, số lần đâm kim lấy mẫu với ROC lần lượt là 72,4%, 74,8%, 78,6%. Xác định được giá trị ngưỡng sẽ xảy ra biến chứng: đối với kích thước u là 24,14 mm, độ sâu u là 7,5 mm và số lần đâm kim lấy mẫu là 3,5 lần.

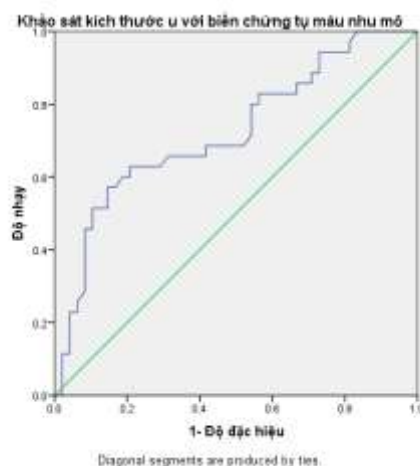
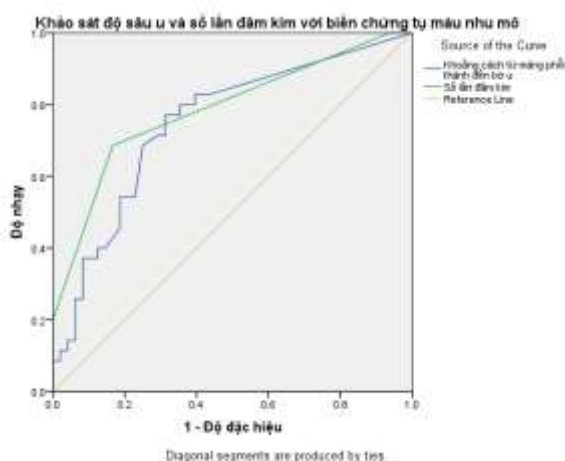
- U kích thước nhỏ hơn (27 BN) và lớn hơn 24,14 mm (56 BN) với nguy cơ xảy ra biến chứng sớm: có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$ và OR = 7,81; suy ra kích thước nhỏ hơn 24,14 mm là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng tụ máu nhu mô sau sinh thiết.

- Độ sâu u nhỏ hơn (41 BN) và lớn hơn 7,5 mm (42 BN) với nguy cơ xảy ra biến chứng sớm: có khác biệt có ý nghĩa thống kê

với $p < 0,01$ và $OR = 0,135$, suy ra u nằm sâu hơn 7,5 mm là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng tụ máu nhu mô sau sinh thiết.

- Số lần đâm kim lấy mẫu ít hơn bằng 3 lần (51 BN) và nhiều hơn 3 lần (32 BN) với

nguy cơ xảy ra biến chứng sớm: có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $OR = 0,092$, suy ra số lần đâm kim lấy mẫu nhiều hơn 3 lần là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng tụ máu nhu mô sau sinh thiết



Tỉ lệ tụ máu nhu mô trong các nghiên cứu của tác giả Nour-Eldin A nghiên cứu trên 650 BN cũng cho kết quả tương tự, tỉ lệ tụ máu nhu mô là 19,6% và khuyến cáo khoảng cách tối đa ít gây biến chứng nhất là 20 mm [8]. Phân tích của tác giả M. Anzidei xác định yếu tố nguy cơ liên quan đến tụ máu xuất huyết trong nhu mô sau sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT Scan là độ sâu của u, nghiên cứu chúng tôi cũng cho một kết quả tương tự [2]. Trong nghiên cứu phân tích đa trung tâm của tác giả S.Yoon và cộng sự, tác giả đã xác định các yếu tố nguy cơ cho biến chứng chảy máu sau sinh là: các tổn thương nhỏ hơn 2 cm, u nằm sâu trong nhu mô, đó cũng là yếu tố nguy cơ dẫn đến ho ra máu sau sinh thiết điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [6]

Tất cả các BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chụp Xquang phổi kiểm tra sau 3 giờ thủ thuật và theo dõi sát về lâm

sàng và không ghi nhận bất kì trường hợp biến chứng muộn sau thủ thuật.

IV. KẾT LUẬN

Tai biến sớm xảy ra khi thủ thuật của nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 12%, nhìn chung là các biến chứng nhẹ chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, không cần can thiệp. Tràn khí màng phổi trung bình 2,4%, tụ máu nhu mô mức độ nhiều 9,6%. Xác định được các yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng: khoảng cách của u đến bờ trong thành ngực, số lần đâm kim, kích thước u.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng u kích thước trên 24,14 mm, khoảng cách từ bờ trong thành ngực đến u nhỏ hơn 7,5 mm, tiến trình đâm kim lấy mẫu nhiều nhất 3 lần sẽ cho kết quả tốt nhất, giảm tỉ lệ tai biến biến chứng: tràn máu màng phổi, tụ máu nhu mô sau thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đồng Đức Hưng**, (2014), "Nghiên cứu phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán tổn thương phổi", Luận án Tiến sĩ Y học.
2. **M. Anzidei, B. Sacconi, F. Fraioli, L. Saba, et al**, (2015), "Development of a prediction model and risk score for procedure-related complications in patients undergoing percutaneous computed tomography-guided lung biopsy", *Eur J Cardiothorac Surg*, 48 (1), pp. e1-6.
3. **W. H. Lim, C. M. Park, S. H. Yoon, H. J. Lim, et al**, (2018), "Time-dependent analysis of incidence, risk factors and clinical significance of pneumothorax after percutaneous lung biopsy", *Eur Radiol*, 28 (3), pp. 1328-1337.
4. **A. M. Priola, S. M. Priola, A. Cataldi, M. Di Franco, et al**, (2010), "Diagnostic accuracy and complication rate of CT-guided fine needle aspiration biopsy of lung lesions: a study based on the experience of the cytopathologist", *Acta Radiol*, 51 (5), pp. 527-533.
5. **Ronald S. Winokur, Bradley B. Pua, Brian W. Sullivan, David C. Madoff**, (2013), "Percutaneous lung biopsy: technique, efficacy, and complications", *Seminars in interventional radiology*, 30 (2), pp. 121-127.
6. **S. H. Yoon, C. M. Park, K. H. Lee, K. Y. Lim, et al**, (2019), "Analysis of Complications of Percutaneous Transthoracic Needle Biopsy Using CT-Guidance Modalities In a Multicenter Cohort of 10568 Biopsies", *Korean J Radiol*, 20 (2), pp. 323-331.
7. **Michele Anzidei, Beatrice Sacconi, Francesco Fraioli, Luca Saba, et al**, (2015), "Development of a prediction model and risk score for procedure-related complications in patients undergoing percutaneous computed tomography-guided lung biopsy", *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 48 (1), pp. e1-e6.
8. **Carol C. Wu, Michael M. Maher, Jo-Anne O. Shepard**, (2011), "Complications of CT-Guided Percutaneous Needle Biopsy of the Chest: Prevention and Management", *American Journal of Roentgenology*, 196 (6), pp. W678-W682.

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN DO UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Vương Thừa Đức¹, Võ Văn Hùng¹, Lương Thanh Tùng¹,
Nguyễn Thanh Biên¹, Lê Hữu Phước¹, Võ Thiện Lai¹,
Nguyễn Tạ Quyết¹, Nguyễn Đức Tuấn Anh¹, Phạm Vinh Quang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, ung thư gan còn phổ biến ở châu Á trong đó có Việt Nam. Phẫu thuật cắt bỏ phần gan chứa u được xem là phương pháp điều trị triệt để, an toàn và hạn chế tái phát.

Mục tiêu: nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng của phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 189 TH u gan được cắt gan trong thời gian từ 01/01/2014 đến 30/05/2019 tại bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: tổng cộng 189 trường hợp cắt gan. Độ tuổi trung bình 55 tuổi, tỉ lệ nam /nữ 2:1. Tỉ lệ VGSV là 81%, VGSV B 60,8%, VGSV C 16,9%, cả hai là 3,2%. Kích thước u ≥ 5 cm chiếm tỷ lệ lớn (76,7%). Thời gian mổ trung bình 140 phút. Lượng máu mất trung bình $465,56 \pm 343,97$ ml, tỷ lệ truyền máu trong mổ chiếm 21,7%. Tỉ lệ biến chứng 20,6%, 10 TH suy gan (5,3%), 15 TH tràn dịch màng phổi (7,9%), 9 TH báng bụng (4,8%), 5 TH tụ dịch (2,7%), 2 TH chảy máu sau mổ (1,1%), 2 TH viêm phổi (1,1%), tất cả được điều trị bảo tồn. Không có tử vong. Một số yếu tố nguy cơ như Child B, tiểu

cầu $<100K/\mu L$, cắt gan ≥ 3 hạ phân thùy, máu mất ≥ 1000 ml.

Kết luận: Phẫu thuật cắt gan phương pháp điều trị an toàn, triệt để, cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh.

Từ khóa: cắt gan, cuống bao Glisson.

SUMMARY

RESEARCH OF COMPLICATIONS AFTER HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Introduction: hepatocellular carcinoma is common in Asia, including Vietnam. Liver resection is considered as a method of radical treatment, safe and low recurrence.

Objective: evaluating the complications of the liver resection and clinical and subclinical characteristics of hepatocellular carcinoma.

Materials and methods: retrospective study of 189 cases underwent liver resection from 01/01/2014 to 05/30/2019 at Binh Dan Hospital.

Results: A total of 189 cases. The average age is 55, the rate male/female is 2:1. The rate of virus hepatitis 81%, B 60.8%, C 16.9% and both 3.2%. Dimension of tumour ≥ 5 cm was 76.7%. The mean operative time was 140 minutes. The mean blood loss was 465.56 ± 343.97 ml, blood transfusions rate in operating 21.7%. Complication rate was 20.6%, 10 liver failure (5.3%), 15 pulmonary effusion (7.9%), 9 ascites (4.8%), 5 liquid collection (2.7%), 2 postoperative bleeding (1.1%), 2 pneumonia (1.1%), and all treated conservatively. No deaths.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Hùng

SĐT: 0903851378

Email: vovanhungbvbd@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 19/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Some risk factors of complications: Child B, platelet < 100 K/UL, hepatectomy ≥ 3 segments, blood loss ≥ 1000 ml.

Conclusion: liver resection is a safe, radical, method, could improve survival of patients.

Keywords: hepatectomy, liver resection, glissonean pedicle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát với 90% là ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một bệnh ác tính rất phổ biến, theo Globocan 2018, chiếm 4,7% số trường hợp ung thư mới mắc ở 36 bệnh ung thư thường gặp trên 185 quốc gia và lãnh thổ. Số trường hợp tử vong do ung thư gan năm 2018 chiếm 8,2% số trường hợp chết do ung thư. Ung thư gan xếp thứ 6 về tỉ lệ mắc mới và xếp thứ 4 về tỉ lệ tử vong. Ước tính khoảng 75 - 85% trường hợp ung thư gan nguyên phát thuộc vùng Đông Á, Đông Nam Á, vùng hạ Sahara, châu Phi.

Các triệu chứng lâm sàng của ung thư gan nói chung cũng như UTBMTBG giai đoạn đầu thường khá kín đáo, không đặc hiệu khiến người bệnh ít quan tâm dẫn đến việc phát hiện bệnh thường ở giai đoạn muộn, nên hiệu quả điều trị kém và tiên lượng rất xấu. Hiện nay, cùng với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và các chương trình tầm soát ung thư gan ở đối tượng nguy cơ cao. Tỉ lệ BN được chẩn đoán sớm tăng lên, cơ hội được phẫu thuật cắt gan cũng như chữa bệnh và giảm tỉ lệ tái phát cao hơn. Tuy nhiên hầu hết BN UTBMTBG phát triển trên nền viêm gan siêu vi mạn tính, chức năng gan kém nên việc phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan lớn, tiềm ẩn nhiều biến chứng (BC). Tỉ lệ BC thay đổi từ 15,17 - 38,41% (6,10) như: chảy máu, rò mật, tu dịch, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, tràn

dịch màng phổi, báng bụng, suy gan,... và tử vong.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô tế bào gan.

Xác định tỉ lệ các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dân số nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Bình Dân giai đoạn từ tháng 01/01/2014 đến 30/05/2019, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gan.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được mổ mở cắt gan do ung thư có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gan.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được mổ UTBMTBG tái phát. Bệnh nhân có bệnh lý ung thư khác đi kèm.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Các biến số trong nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, địa dư.

Các đặc điểm lâm sàng: Thể trạng, triệu chứng (cơ năng, thực thể, biến chứng), tiền sử, bệnh lý kèm theo.

Các cận lâm sàng đánh giá tình trạng tắc mật, chức năng gan thận, tim mạch, hô hấp, nội tiết, thể trạng dinh dưỡng, huyết học...

Đánh giá chức năng gan dựa vào phân độ Child.

Đặc điểm u, vị trí kích thước, đánh giá TMN dựa vào chẩn đoán hình ảnh.

Chụp cắt lớp vi tính đánh giá u và các cấu trúc mạch máu xung quanh, khi cần có thể kết hợp cộng hưởng từ. Thể tích gan còn lại.

Đối với cắt gan lớn (≥ 3 hạ phân thùy): Phẫu thuật an toàn nếu FRL/TLV $> 25-40\%$, đối với gan bình thường nếu FRL/TLV $< 20\%-30\%$ cần làm thuyên tắc tĩnh mạch cửa trước mổ để làm tăng thể tích gan. Đối với gan xơ nếu FRL/TLV $< 40\%$ sẽ có nguy cơ biến chứng cao.

$\%FLR = (\text{functioning residual liver volume} \times 100) / (\text{total liver volume} - \text{tumour volume})$

Các đặc điểm trong khi mổ.

Tai biến và biến chứng, tử vong. Mức độ nghiêm trọng của BC sau mổ trong nhóm nghiên cứu được phân loại dựa theo bảng phân loại của Clavien – Dindo.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán suy gan sau mổ của hội nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật gan (International Study Group of Liver Surgery – ISGLS).

Kỹ thuật: cắt gan theo 2 phương pháp Takasaki và Tôn Thất Tùng



Hình 1. Đường mổ chữ J BN: Ng Văn G.



Hình 2. Đường mổ Mercedes BN: Ng Văn V
Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu từ nghiên cứu được xử lý trên phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên sự chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức Trong Nghiên Cứu Y Sinh Học Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 324/ ĐHYD – HĐĐĐ.

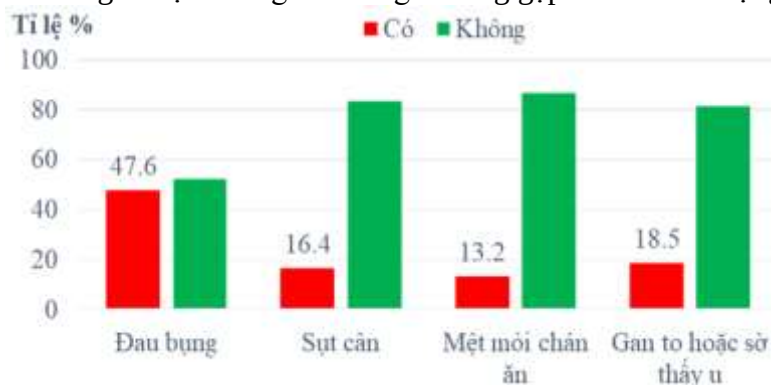
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả hồi cứu từ 01/01/2014 – 30/05/2019 chúng tôi thu được 189 trường hợp (TH), tuổi trung bình là $55,0 \pm 12,4$, lớn nhất 79, nhỏ nhất 26, phần lớn (90%) BN trên 40 tuổi, tỉ lệ nam:nữ là 2:1 (nam 126 TH, nữ 63 TH). BMI trung bình là $21,7 \pm 2,4$, hầu hết (82,5%) BN có BMI trong giới hạn bình thường, 12,7% BN có BMI > 25 . BN có điểm ASA II và ASA III chiếm 97,4%.

Bảng 1. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	N	%
Đau bụng	90	47,6
Tình cờ phát hiện	36	19,0
Tầm soát định kỳ ở bệnh nhân VGSV	63	33,4
Tổng cộng	189	100,0

Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng 47,6%.

**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng****Cận lâm sàng**

Tình trạng viêm gan siêu vi (VGSV): Tỷ lệ VGSV là 81%, VGSV B 60,8%, VGSV C 16,9%, cả hai là 3,2%.

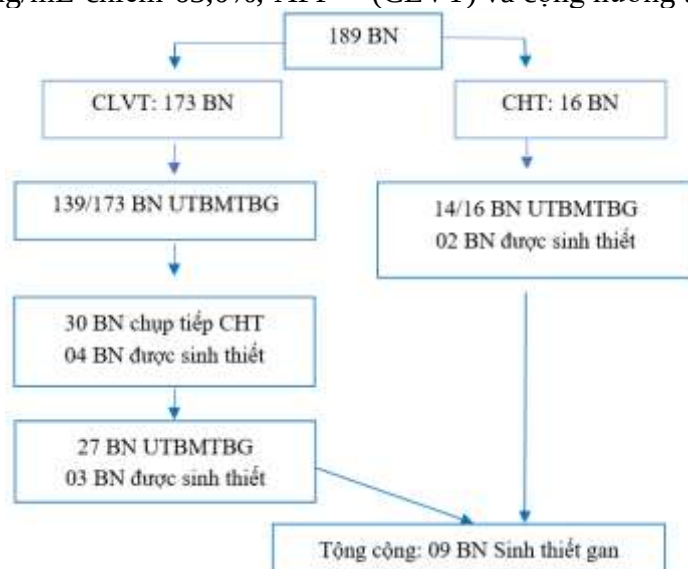
Phân độ xơ gan theo Child – Pugh: Phần lớn BN Child A (88,4%), Child B 11,6%.

Nồng độ Alpha fetoprotein máu: Nhóm BN có AFP <400 ng/mL chiếm 63,0%, AFP

< 200 ng/mL chiếm 52,4%, nhóm BN AFP < 20 ng/mL chiếm 39,7%.

Đặc điểm trên siêu âm khối u gan: Siêu âm cho độ nhạy 60,8%, phần lớn khối u gan có bờ rõ ràng (92,5%), giàu mạch máu (93,1%), giảm âm (54,1%).

Đặc điểm trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT)

**Sơ đồ 1. Mô tả quá trình khảo sát CLVT và CHT, sinh thiết gan trên 189 BN**

Có 180 TH (95,2 %) u gan có tính chất bất thuốc tương phản điển hình trên phim chụp CLVT và hoặc CHT. CLVT và CHT có độ nhạy 80,4% và 87,5%, kết hợp CHT và CLVT cho độ nhạy là 90,0%.

Số lượng và vị trí khối u: Tỷ lệ BN 1 khối u đơn độc chiếm tỷ lệ 71,4%, u kèm tổn thương quanh u nằm trong phần gan dự kiến cắt 28,6%. Khối u gan phân bố chủ yếu ở gan phải 67,2%, gan trái 32,8%.

Kích thước u gan

Bảng 2. Kích thước u gan

Nhóm kích thước u (cm)	Số BN	Tỷ lệ %
<5	44	23,3
5 - <10	108	57,1
≥10	37	19,6
Tổng cộng	189	100

Khối u kích thước ≥5 cm chiếm tỷ lệ lớn (76,7%).

Mức độ biệt hóa của u gan: Phần lớn BN UTBMTBG gan có mức độ biệt hóa vừa 65,1%, độ biệt hóa kém chiếm 23,3%.

Xét nghiệm huyết học và Prothrombin: BN có số lượng hồng cầu, tiểu cầu và

hemoglobin trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao 95,2%, 92,1% và 87,3%. Tỷ lệ% Prothrombin >70% chiếm tỷ lệ 92,1%.

Đặc điểm phẫu thuật

Phương pháp cắt gan

Bảng 3. Tỷ lệ các phương pháp cắt gan

Phương pháp cắt gan	Số BN	Tỷ lệ %
Cắt gan theo Tôn Thất Tùng	108	57,1
Tỷ lệ % biến chứng	24,1% (26/108 BN)	
Cắt gan theo Takasaki	81	42,9
Tỷ lệ biến chứng	16,1% (13/81 BN)	
Tổng	189	100

Phần lớn BN được phẫu thuật cắt nhỏ (73,5%), cắt gan lớn chiếm 27,5%.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình: $140,93 \pm 40,97$ phút (60 - 280 phút), phần lớn (92,6%) BN có thời gian phẫu thuật < 200 phút.

Thể tích máu mất trong mổ: Thể tích máu mất trung bình là $465,56 \pm 343,97$ ml. Số trường hợp máu mất >500 ml chiếm 33,9%, ≥1000 ml chiếm 14,8%.

Thể tích máu truyền trong mổ: tỷ lệ BN cần truyền máu trong mổ là 21,7%, đa số BN được truyền 350 -500ml.

Biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do UTBMTBG

Tỷ lệ BC chung sau phẫu thuật cắt gan là 20,6%. Nhóm có 1 BC chiếm 16,4%, nhóm có 2 BC chiếm 2,7%, Nhóm 3 BC chiếm 2,1%. Tỷ lệ suy gan sau mổ là 5,3%, tràn dịch màng phổi 7,9%, báng bụng là 4,8%, nhiễm trùng vết mổ là 3,2%, áp xe tồn lưu 2,7%, rò mật là 2,1%, chảy máu sau mổ là 1,1%, viêm phổi là 1,1%.

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Nhóm		Số BN	Tỷ lệ %
Không biến chứng		150	79,4
Biến chứng		39	20,6
Một biến chứng	Tràn dịch màng phổi	8	4,8
	Rò mật	4	2,1
	Nhiễm trùng vết mổ	5	2,7
	Báng bụng	6	3,2
	Suy gan	5	2,7
	Tụ dịch nhiễm trùng	2	1,1
Hai biến chứng	Nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch màng phổi	1	0,5
	Tụ dịch nhiễm trùng, tràn dịch màng phổi	1	0,5
	Suy gan, báng bụng	3	1,6
Ba biến chứng	Tràn dịch màng phổi, chảy máu, tụ dịch nhiễm trùng	2	1,1
	Suy gan, tràn dịch màng phổi, viêm phổi	2	1,1
Tổng		39	100

Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo: Phần lớn BC sau cắt gan do UTBMTBG ở mức độ nhẹ độ I, II chiếm 61,5%, độ IIIa 25,6%, độ IVa 12,8%, không có tử vong.

Các yếu tố liên quan biến chứng

Phân tích đơn biến yếu tố nguy cơ BC sau phẫu thuật cắt gan: chúng tôi nhận thấy một số yếu tố nguy cơ biến chứng chung sau phẫu thuật giới tính, tuổi ≥ 60 , BMI ≥ 25 , tỷ lệ % PT < 70 , AFP ≥ 400 ng/ml, truyền máu ≥ 700 ml, phương pháp cắt gan không là yếu tố nguy cơ BC sau cắt gan; điểm ASA ≥ 3 , Child B, tiểu cầu < 100 K/ μ L, albumin máu < 35 g/L, kích thước u ≥ 10 cm, máu mất ≥ 1000 ml, thời gian mổ ≥ 200 phút, cắt gan ≥ 3 HPT là các yếu tố nguy cơ BC sau cắt gan.

Một số yếu tố nguy cơ suy gan: Tuổi ≥ 60 , máu mất > 1000 ml, cắt ≥ 3 HPT, kích thước u > 10 cm, là yếu tố nguy cơ BC suy gan sau cắt gan. Truyền máu ≥ 700 ml, thời gian mổ ≥ 200 phút, giới tính, ASA ≥ 3 , tỷ lệ

% PT < 70 , albumin máu < 35 g/L, tiểu cầu < 100 K/ μ L, Child B không là yếu tố nguy cơ suy gan sau cắt gan trong nghiên cứu này.

Một số yếu tố nguy cơ tràn dịch màng phổi: Tuổi > 60 , Child B, kích thước u ≥ 10 cm, thời gian phẫu thuật ≥ 180 phút, truyền máu ≥ 700 ml, albumin máu < 35 g/L không là yếu tố nguy cơ TDMP sau cắt gan. Máu mất ≥ 1000 ml, cắt ≥ 3 HPT gan, tiểu cầu < 100 K/ μ L là các yếu tố nguy cơ TDMP sau cắt gan.

Một số yếu tố nguy cơ báng bụng: Tuổi > 60 , ASA ≥ 3 , Child B, Albumin máu < 35 g/L, tiểu cầu trước mổ < 100 K/ μ L, thời gian mổ ≥ 180 phút không là yếu tố nguy cơ báng bụng sau cắt gan. Cắt gan ≥ 3 HPT, kích thước u ≥ 10 cm, máu mất ≥ 1000 ml là yếu tố nguy cơ báng bụng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư.

Phân tích đa biến yếu tố nguy cơ độc lập BC sau phẫu thuật cắt gan

Phân tích đa biến cho thấy Child B, tiểu cầu $<100\text{K}/\mu\text{L}$, cắt gan ≥ 3 HPT, máu mất $\geq 1000\text{ml}$ là các yếu tố độc lập nguy cơ BC sau cắt gan do ung thư.

Phân tích đa biến cho thấy chỉ có cắt gan ≥ 3 HPT là các yếu tố nguy cơ suy gan sau cắt gan.

Phân tích đa biến cho thấy: tiểu cầu $< 100\text{K}/\mu\text{L}$, máu mất $\geq 1000\text{ml}$, cắt gan ≥ 3 HPT là các yếu tố nguy cơ độc lập TDMP sau cắt gan.

Phân tích đa biến cho thấy chỉ yếu tố cắt gan ≥ 3 HPT là yếu tố nguy cơ độc lập bàng bụng sau cắt gan.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình $55,03 \pm 12,39$, tuổi thấp nhất là 26, cao nhất là 79. Trong đó có 65,1% là BN trên 50 tuổi. Tại Việt Nam theo một số nghiên cứu gần đây của các tác giả cho thấy độ tuổi mắc bệnh phổ biến là 52- 54(6,8).

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới chiếm đa số (66,7%) so với nữ giới (33,3%), tỉ lệ nam/nữ là 2/1. Schwartz và cộng sự (2018)(9) nhận xét nam giới có nguy cơ mắc UTBMTBG cao hơn phụ nữ. Hiện nay, mặc dù chưa có những hiểu biết đầy đủ về sự khác biệt của tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ, nhưng nhiều tác giả cho rằng ở nam giới tình trạng VGSV, tiếp xúc với độc tố môi trường, sử dụng rượu thường cao hơn nữ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ VGSV là 81%, trong đó VGSV B là 60,8%, VGSV C là 16,9%, VGSV B và C là 3,2%. Hầu hết kết quả các nghiên cứu trong

và ngoài nước đã khẳng định VGSV mạn tính là yếu tố nguy cơ chính của UTBMTBG. Nghiên cứu của các tác giả cho thấy 80 - 90% trường hợp UTBMTBG có liên quan đến virus viêm gan B, C.

Ung thư gan giai đoạn sớm thường ít có triệu chứng lâm sàng, nếu có thì thường không rõ ràng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 52,4% BN không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Trần Công Duy Long tỉ lệ này là 67,86%(6).

Lý do BN đến khám chủ yếu là đau bụng 47,6%, tầm soát định kỳ 33,3%, tình cờ phát hiện u gan vì khám bệnh lý khác chiếm 19%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Công Duy Long (2013)(6), lý do đến khám vì đau bụng chiếm 32%, tầm soát định kỳ là ở BN viêm gan siêu vi là 40%, tình cờ phát hiện 28%.

Trong 189 BN trong nghiên cứu, chúng tôi phân tầng lượng AFP theo các giá trị bình thường và ngưỡng chẩn đoán UTBMTBG để phân tích. Kết quả nghiên cứu ghi nhận 39,7% BN có AFP bình thường ($< 20\text{ng/ml}$), 47,6% BN có lượng AFP tăng cao trên 200ng/ml , 37,0 % BN có lượng AFP cao trên 400ng/ml .

Trong nghiên cứu của chúng tôi số BN child A là 88,4% (167 BN), Child B là 11,6% (22 BN), những BN child B được cắt gan ở mức 1 - 2 HPT. Cắt gan hạn chế ở BN Child B được nhiều trung tâm thực hiện với kết quả thay đổi. Theo Văn Tàn và cộng sự (2014)(10) nghiên cứu 151 BN, trong đó, Child B 22 BN nhận thấy cắt gan ở BN Child B có tỉ lệ biến chứng cao.

Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ xác định chính xác vị trí khối u, kích thước, số lượng u và các tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng như hạch ổ bụng, huyết khối tĩnh mạch, dịch ổ bụng... đối với những BN dự kiến cắt gan lớn có thể dựng hình đo thể tích gan trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 173/189 được chụp CLVT, kết quả giải phẫu sau mổ bệnh phù hợp với chẩn đoán CLVT ở 139 BN. Như vậy CLVT có độ nhạy 80,4%. Có 16 BN được chụp CHT tại các phòng khám hoặc các bệnh viện khác

chuyển đến 14/16 BN kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với CHT. Theo đó, độ nhạy của CHT ở nghiên cứu này là 87,5%, cao hơn so với CLVT. Có 30/34 BN không xác định được bản chất u trên CLVT được chụp CHT kết quả xác định chẩn đoán được 27/30 BN. Có 9 BN được sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm, trong đó 5 trường hợp không được xác định chẩn đoán sau khi chụp cả CLVT và CHT.

Biến chứng sau phẫu thuật cắt gan

Bảng 5. Tỷ lệ BC sau phẫu thuật

Tác giả	Số BN	% biến chứng	% tử vong
Trần Công Duy Long (2013)(6)	112	15,17	0
Văn Tần (2014)(10)	151	38,41	3
Akira Kenjo (2014)(1)	7732	32,1	4
Enio Campos AMICO (2016)(2)	84	37,5	6,8
Nguyễn Đình Song Huy (2017)(3)	57	8,7	0
Nguyễn Đức Thuận (2019)(11)	246	8,4	0
Chúng tôi (2019)	189	20,63	0

Cắt gan là một phẫu thuật lớn đặc biệt là cắt gan lớn, cắt gan trên nền bệnh lý tiềm ẩn nhiều BC cũng tỉ lệ tử vong. Tỷ lệ BC sau mổ của chúng tôi trong giới hạn tỉ lệ BC sau cắt gan ung thư được ghi nhận trong những năm gần đây là 8,5 - 38,4%, tỉ lệ tử vong là 0 - 6,8%(2,10,11). Sự khác nhau về tỉ lệ BC và tử vong của từng nghiên cứu chịu tác động của các yếu tố như hoàn cảnh phẫu thuật, chức năng gan BN, kinh nghiệm phẫu thuật viên, gây mê hồi sức, sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật hỗ trợ ở từng đơn vị.

Suy gan: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ suy gan sau mổ là 5,29% (10 BN). Trong 10 trường hợp suy gan sau mổ bao gồm 04 trường hợp cắt 4 HPT, 04 trường

hợp cắt 3 HPT, và 02 trường hợp cắt 2 HPT. Những BN suy gan trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cả ở giai đoạn A, B, C theo ISGLS.

Tràn dịch màng phổi: Tràn dịch màng phổi là một BC rất thường gặp sau phẫu thuật cắt gan đặc biệt là các trường hợp cắt gan lớn. Phần lớn trường hợp tuy không nghiêm trọng nhưng có thể gây khó thở do xẹp phổi, viêm phổi và kéo dài thời gian hồi phục sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ TDMP là 7,94% (15/189 BN). Một số nghiên cứu của các tác giả về TDMP sau cắt gan ung thư: Cinzia Nobili và cộng sự (2012)(7) trong một nghiên cứu ở 555 BN do ung thư ghi nhận tỉ lệ TDMP sau

cắt gan là 40,5%. Phân tích đa biến xác định 4 yếu tố nguy cơ độc lập TDMP là: thời gian mổ ≥ 360 phút, hóa trị hỗ trợ, đường mổ dưới sườn hai bên. Theo Tsai K. Y và cộng sự (2018)(12) nghiên cứu trên 363 BN được cắt gan do ung thư ghi nhận TDMP chiếm tỉ lệ 20,94%. Phân tích đa biến cho thấy tuổi > 60 , chỉ BMI cao, hen suyễn, nghiện thuốc lá nặng, phẫu thuật đường tiêu hóa kết hợp và truyền máu trong mổ được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập TDMP sau mổ.

Bảng bụng: Bảng bụng là một BC thường gặp sau phẫu thuật cắt gan với tỉ lệ 6,4 - 19,2%(4,5,13). Kết quả NC của chúng tôi thấy tỉ lệ bảng bụng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư là 4,8% (9/189 BN). Phân tích đa biến cho thấy cắt gan ≥ 3 HPT là yếu tố nguy cơ độc lập bảng bụng sau cắt gan.

Đặc điểm bảng bụng sau cắt gan ở một số nghiên cứu: Ishizawa và cộng sự (2009)(4) nghiên cứu trên 203 BN được cắt gan do ung thư, tỉ lệ xuất hiện bảng bụng sau cắt gan do ung thư là 15%. Phân tích đa biến cho thấy mất máu trong mổ >1000 mL, số lượng tiểu cầu trước mổ < 100 K/ μ L là các yếu tố nguy cơ độc lập bảng bụng cắt gan ung thư.

Phương pháp cắt gan: Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai phương pháp cắt gan được khảo sát là cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng và cắt gan theo Takasaki. Theo đó, 108 BN (57,1%) BN được cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng, 81 BN (42,9%) được cắt gan theo Takasaki. Tỉ lệ BC tương ứng ở 2 phương pháp là 24,07% (26/108 BN) và 16,05% (13/81 BN), tỉ lệ BC ở 2 phương pháp cắt gan cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,24$). Tuy vậy, kết quả những nghiên cứu gần đây

cho thấy cắt gan với kỹ thuật chọn lọc cuống gan cho tỉ lệ BC sau phẫu thuật rất thấp. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thuận (2019)(10) trong nghiên cứu cắt gan với kỹ thuật kiểm soát cuống gan theo Takasaki trên 246 BN UTBMTBG tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh tỉ lệ BC chỉ 8,4%, hầu hết là các biến chứng nhẹ, không có tử vong sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 189 trường hợp phẫu thuật cắt gan do UTBMTBG tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2014 đến 30/05/2019 chúng tôi rút ra kết luận như sau:

Ung thư biểu mô tế bào gan thường gặp ở nam giới trên 40 tuổi, có VSGSV B, C. Triệu chứng thường gặp là đau bụng, lý do BN đến khám thường gặp là đau bụng và tầm soát định kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có tử vong, tỉ lệ BC chung là 20,63%. Hai phương pháp cắt gan có kết quả phẫu thuật tương đương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akira Kenjo MD P, PhD H, MD M, et al (2014), "Risk Stratification of 7,732 Hepatectomy Cases in 2011 from the National Clinical Database for Japan", Journal of the American College of Surgeons, 218 (3), pp. 412-422.
2. Enio Campos AMICO, José Roberto ALVES, Samir Assi JOÃO, et al (2016), "Immediate complications after 88 hepatectomies Brazilian consecutive series", ABCD Arq Bras Cir Dig, 29 (3), pp. 180 - 184.
3. Nguyễn Đình Song Huy, Phan Minh Trí, Dương Huỳnh Thiện (2017), "Kết quả phẫu

- thuật điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 21 (2), Tr. 206 - 211.
4. **Ishizawa T, Hasegawa K, Kokudo N, et al** (2009), "Risk Factors and Management of Ascites After Liver Resection to Treat Hepatocellular Carcinoma", JAMA Surgery, 144 (1), pp. 46-51.
 5. **Itoh S, Uchiyama H, Ikeda Y, et al** (2017), "Post-hepatectomy Refractory Ascites in Cirrhotic Patients with Hepatocellular Carcinoma: Risk Factor Analysis to Overcome this Problematic Complication", Anticancer Res, 37 (3), pp. 1381-1385.
 6. **Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận, Lê Tiến Đạt, cộng sự** (2013), "Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tế bào gan", Y học Tp HCM, 17 (1), Tr. 54 -63.
 7. **Nobili C, Marzano E, Oussoultzoglou E, et al** (2012), "Multivariate analysis of risk factors for pulmonary complications after hepatic resection", Ann Surg, 255 (3), pp. 540-550.
 8. **Vũ Văn Quang** (2018), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108", Luận án tiến sỹ y học, Viện nghiên cứu y dược lâm sàng 108, Hà Nội.
 9. **Schwartz J.M., R.L.** C Epidemiology and etiologic associations of hepatocellular carcinoma, 2018.
 10. **Văn Tản, Nguyễn Cao Cường, Bùi Mạnh Côn** (2014), "Nguyên cứu tai và biến chứng cắt gan ung thư", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18 (1), Tr. 93 - 99.
 11. **Nguyễn Đức Thuận** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu tích cuống glisson theo kỹ thuật takasaki trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
 12. **Tsai K Y, Chen H A, Wang W Y, Huang M T** (2018), "Risk Factors Analysis of Postoperative Pleural Effusion after Liver Resection", Digestive Surgery,
 13. **Yoshikawa T, Nomi T, Hokuto D, et al** (2017), "Risk Factors for Postoperative Ascites in Patients Undergoing Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma", World J Surg, 41 (8), pp. 2095-2100

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DI CĂN PHỔI TỪ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Công Quyền², Nguyễn Văn Việt Thành¹, Hồ Huỳnh Long²,
Lý Bảo Duy², Vũ Hoàng Minh Tín², Trần Minh Thiện²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị bệnh lý Ung thư phổi di căn từ Ung thư đại trực tràng

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. 12 bệnh nhân được Phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị bệnh lý Ung thư di căn phổi (UTDCP) từ Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình: $62,67 \pm 8,15$ tuổi. Nam: nữ : 5:1. Ung thư nguyên phát nhiều nhất từ Ung thư trực tràng chiếm 75% (9/12 BN). Thời gian sống không bệnh trung bình (DFI): $34,23 \pm 16,72$ tháng, 10 BN (83,3%) có DFI bằng hoặc nhiều hơn 24 tháng, 2 BN (16,7%) ít hơn 24 tháng. 100% BN đều thỏa chỉ định điều trị phẫu thuật. Có 10/12 (83%) BN di căn phổi đơn ổ được PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi di căn, 2/12 (17%) BN di căn phổi 2 vị trí cùng ở thùy giữa và dưới phổi (P) được tiến hành PTNS hoàn toàn

cắt thùy giữa và dưới phổi (P). Thời gian phẫu thuật: $168,33 \pm 20,04$ phút. Lượng máu mất trung bình: $124,17 \pm 53,34$ ml. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng nhẹ sau mổ là 8,3%: viêm phổi hậu phẫu. Không có biến chứng nặng, tử vong. Mức độ đau sau mổ thấp. Thời gian nằm viện: $6,92 \pm 1,39$ ngày. Kết quả điều trị sau 1 tháng tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi thứ phát từ ung thư đại trực tràng an toàn về mặt kỹ thuật và ung thư học, ít biến chứng, kết quả sớm tốt: hồi phục nhanh, ít đau sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi toàn bộ, ung thư phổi thứ phát từ ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF TOTAL THORACOSCOPIC IN PULMONARY METASTASECTOMY FROM COLORECTAL CANCER IN BINH DAN HOSPITAL

Objective: Access early outcomes of total thoracoscopic in pulmonary metastasectomy from colorectal cancer.

Subject and method: retrospective description. 12 patients had performed total thoracoscopic in pulmonary metastasectomy from colorectal cancer in Thoracic and Thyroid department, Binh Dan Hospital from 2017 to 2022

Result: Average age: $62,67 \pm 8,15$ years old. Male: female ratio: 5: 1. Rectal cancer is the

¹Bộ môn Ngoại Khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc

²Khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

most common type of primary cancer, accounting for 75% of cases (9 of 12 patients). The interval between resection of the primary tumor and the diagnosis of lung metastasis (the "disease-free interval" or "DFI") was ≥ 24 months in 10 patients (83.3%) and was < 24 months in 2 patients (16.7%). The mean disease-free time was 35 months. 10 patients who had only one pulmonary metastasis underwent total thoracoscopic lobectomy, and 2/12 (17%) patients who were diagnosed with having more than one metastasis (two metastases in the lower and middle lobes) underwent laparoscopic total lobectomy of the right upper and lower lobes. The average duration of an operation is $168,33 \pm 20,04$ minutes. The average blood loss is $124,17 \pm 53,34$ ml. No major intraoperative complications were recorded. Postoperative mild complications occurred in 8.3% of cases: postoperative pneumonia. There were no serious complications or deaths. The average length of a hospital stay is $6,92 \pm 1,39$ days. Good treatment results with low postoperative pain.

Conclusion: Total thoracoscopic lobectomy for pulmonary metastasectomy is safe in technique and oncology, with few complications and good early results: rapid recovery and less pain after surgery.

Keywords: Total thoracoscopic lobectomy, pulmonary metastasectomy, pulmonary metastasectomy from colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi thứ phát (UTPTP) hay ung thư di căn phổi (UTDCP) là thường gặp, 30% ở các ung thư tiến triển. Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư di căn đến phổi nhiều nhất. 1.360.000 trường hợp mắc mới mỗi năm - 10–30% ghi nhận tiến triển di căn đến phổi [8]. Điều trị

UTDCP là đa mô thức: hóa – xạ – phẫu, nhưng phẫu thuật (PT) vẫn đóng vai trò quyết định đối với các trường hợp còn chỉ định phẫu thuật [2]. Phẫu thuật điều trị UTDCP cải thiện tiên lượng, tỉ lệ sống còn 5 năm [9]. Bệnh nhân UTDCP từ UTĐTT được phẫu thuật tiên lượng sống tốt hơn, tỷ lệ sống 5 năm sau PT lên đến 46,7% so với không mổ - chỉ là 3,9% [3], [7], [8]. Phẫu thuật nội soi (VATS) là lựa chọn hàng đầu cho phẫu thuật điều trị ung thư phổi nói chung và UTDCP đặc biệt là UTDCP từ UTĐTT [3], [8], [9]: Hiệu quả tốt về mặt ung thư học, an toàn và kết quả sớm tốt hơn so với mổ mở. Nhiều nghiên cứu về UTDCP từ UTĐTT, về hiệu quả của PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT vẫn đang triển khai. Hiện tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT. Bệnh viện Bình Dân là BV Ngoại khoa hạng I với các chuyên khoa sâu về Ngoại Lồng ngực và Tiêu hóa và bệnh cảnh UTDCP từ UTĐTT là thường gặp. Do tính mới và cấp thiết đòi hỏi phải có nghiên cứu đánh giá về PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT: an toàn và hiệu quả PTNS trong điều trị. Do đó nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu:

- *Đặc điểm bệnh lý UTDCP từ UTĐTT được PTNS cắt phổi tại Bệnh viện Bình Dân*

- *Đánh giá độ an toàn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT*

- *Đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu**

12 bệnh nhân được PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị bệnh lý Ung thư phổi thứ phát từ ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 01/2017 đến tháng 11/2022

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

BN có tiền căn mắc Ung thư nguyên phát từ đại trực tràng di căn phổi

BN thỏa Chỉ định điều trị ngoại khoa ung thư di căn phổi

BN được chỉ định PTNS cắt phổi điều trị ung thư di căn phổi từ ung thư đại trực tràng.

BN có kết quả Mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư di căn phổi xuất phát từ ung thư đại trực tràng đã được chẩn đoán trước đó

BN có hồ sơ, bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

BN sau PTNS cắt thùy phổi điều trị có kết quả MBH là ung thư phổi nguyên phát hay bệnh lý khác của phổi.

BN có ung thư nguyên phát di căn vị trí khác ngoài phổi.

BN ung thư thứ phát tái phát tại phổi được can thiệp phẫu thuật lại.

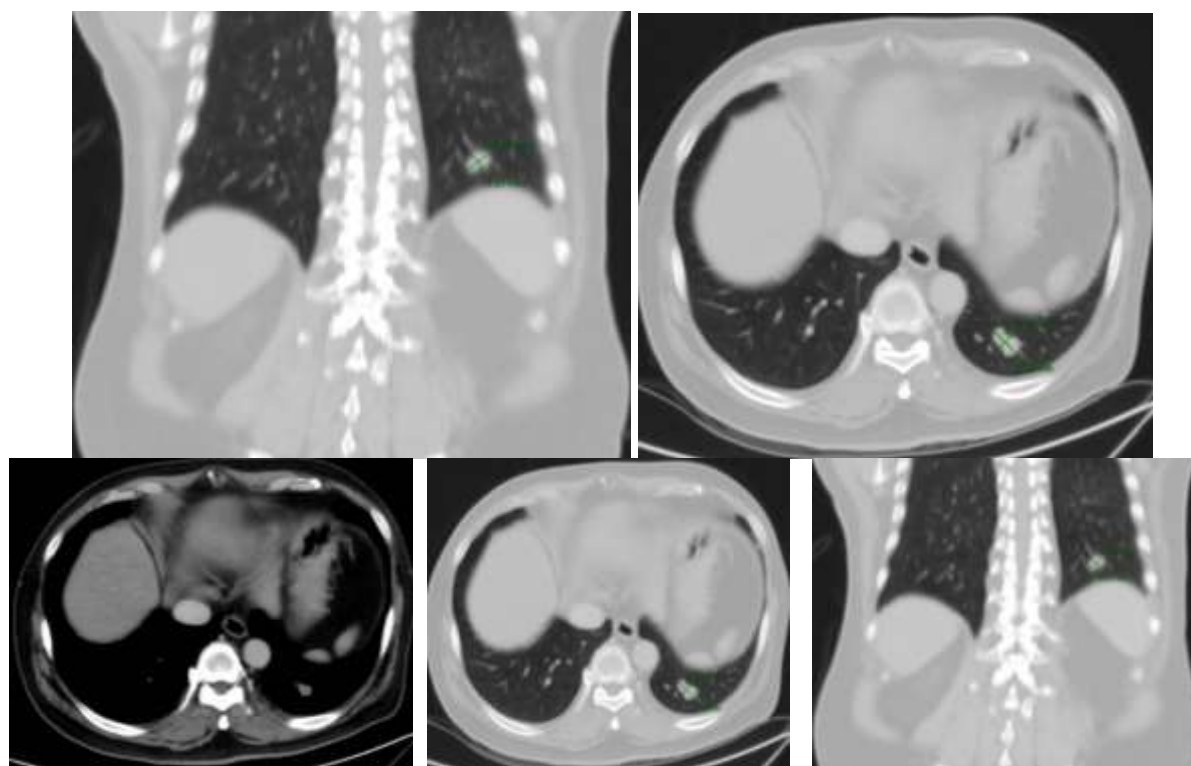
Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**➤ Đặc điểm bệnh lý UTDCP từ****UTĐTT được PTNS cắt phổi**

Độ tuổi trung bình: $62,67 \pm 8,15$ tuổi. Lớn tuổi nhất: 77 tuổi, nhỏ nhất: 49 tuổi. Nam giới: 83,3% (10 BN), gấp 5 lần BN nữ. 16,7% (2 BN) 83,3% BN có hút thuốc, trung bình: $13,20 \pm 4,10$ gói.năm. 100% BN (12 BN) phát hiện khi tái khám sau hóa trị Ung thư đại trực tràng, 16,7%.

Tiền căn bệnh lý nội khoa: Đái tháo đường 2 (16,73%), Bệnh thiếu máu cơ tim – tiền căn nhồi máu cơ tim (16,7%), Tăng huyết áp (25%).

Tiền căn Ung thư từ đại trực tràng BN ghi nhận: Ung thư đại tràng (P) trong 2 trường hợp (16,7%) ; Ung thư đại tràng (T) gặp trong 1 trường hợp (8,3%); Ung thư trực tràng chiếm tỉ lệ nhiều nhất: 9 BN chiếm tỉ lệ 75%. Các BN đều đã được phẫu thuật và hóa đủ 8 chu kỳ sau phẫu thuật, ghi nhận Khoảng sống không bệnh (Disease-free interval - DFI) trung bình là $34,23 \pm 16,72$ tháng, với DFI nhiều nhất là 60 tháng và ít nhất là 12 tháng. 10 BN (83,3%) có thời gian sống không bệnh bằng hoặc nhiều hơn 24 tháng, 2 BN (16,7%) có thời gian sống không bệnh ít hơn 24 tháng. Thời gian sống không bệnh càng dài thì tiên lượng bệnh sau phẫu thuật điều trị ung thư phổi thứ phát càng gia tăng (thường trên 24 tháng) [6], [8]. Yokoyama và cộng sự đã xác định DFI ngắn (ít hơn 24 tháng) và di căn hạch chặng 2 (N2) của tổn thương ung thư đại tràng trực ban đầu là yếu tố nguy cơ tái phát sau khi cắt tổn thương di căn tại phổi, nhưng không phải là yếu tố nguy cơ sống sót chung.



Hình 3. Tổn thương nghi thứ phát thùy dưới phổi trái BN. N.Đ.H

(nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

Xác định đường kính lớn nhất của khối u trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng $35,50 \pm 11,87$ mm. 100% tổn thương được thấy trên Xquang phổi và khi khảo sát CTScan u nằm ở các vị trí được thể hiện trong bảng sau.

Vị trí	Số BN	Tỉ lệ %
U thùy trên phổi (P)	3	25
U thùy giữa phổi (P)	2	16,7
U thùy dưới phổi (P)	4	33,3
U thùy trên phổi (T)	2	16,7
U thùy dưới phổi (T)	1	8,3
Tổng	12	100%

100% BN được soi phế quản và sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của MSCCT. Giải phẫu bệnh lý (GPB) trước mổ là Carcinoma tuyến, chiếm tỉ lệ 100%. 4 bệnh nhân (33,3% BN) có sự gia tăng nồng độ CEA trong máu ($> 5\text{ng/ml}$). Nồng độ CEA gia tăng tương đương) với đường kích của tổn thương di căn có ý thống kê ($p = 0,02$), gợi ý có sự tiến triển của ung thư nguyên phát từ đường tiêu hóa. Hiện một số nghiên

cứu đã đưa CEA trở thành yếu tố tiên lượng trước phẫu thuật trong điều trị UTPCD từ UTĐTT [6], [8].

Chỉ định phẫu thuật nội soi cắt phổi điều trị UTPCD từ UTĐTT

100% BN được thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu (Siêu âm tim, ECG, đo chức năng hô hấp), tầm soát lại ung thư nguyên phát (Soi đại tràng, chụp điện toán cắt lớp bụng chậu) và tầm soát di căn khác (Chụp điện

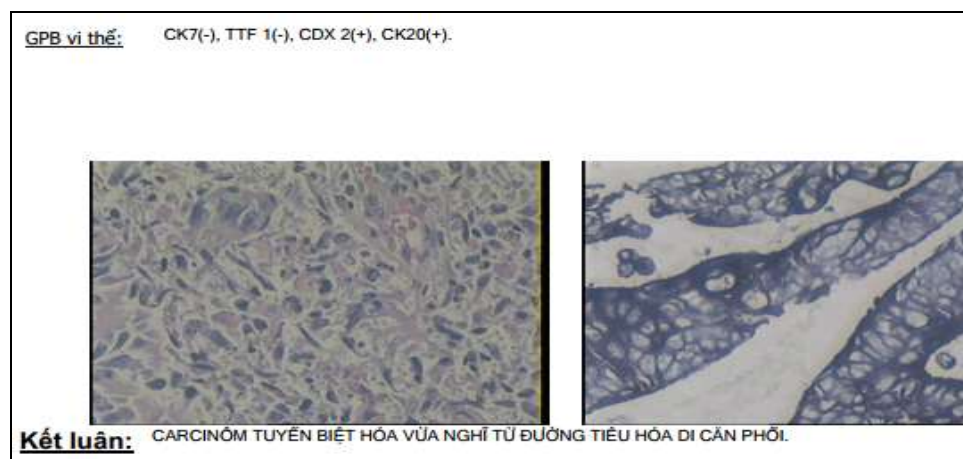
toán cắt lớp ngực và sọ não..) nhằm đánh giá lại giai đoạn.

Thực hiện phân loại TNM đối với UTDCP từ UTĐTT của tác giả M. Migliore [11] trước phẫu thuật: 100% BN ở giai đoạn Ung thư nguyên phát được kiểm soát, xếp giai đoạn T1. Tất cả 12 bệnh nhân đều ở giai đoạn không phát hiện hạch di căn hoặc chỉ di căn các hạch trong phổi, xếp loại N0 hoặc N1. 100% BN ghi nhận chỉ có 1 tổn thương di căn ở phổi, xếp giai đoạn M1 (1 tổn thương di căn). Việc xếp giai đoạn TNM cho thấy các BN đều giai đoạn khu trú trong lồng ngực và có thể phẫu thuật để cắt bỏ được.

Tất cả BN đều được hội chẩn Khoa Ung bướu và Ngoại Tiêu hóa của Bệnh viện Bình Dân, được xác định không có biện pháp hữu ích hơn ngoài phẫu thuật cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT và thể hiện đầy đủ trong hồ sơ bệnh án.

100% BN được khám Nội khoa và Gây mê Hồi sức trước mổ, dựa trên các xét nghiệm tiền phẫu, kết luận thỏa điều kiện tiến hành PTNS cắt thùy phổi.

Những điều này cho thấy: 100% BN trong nghiên cứu được chỉ định phẫu thuật cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT là phù hợp [6], [12].



Hình 4. Kết quả GPB và HMMD BN. N.Đ.H. sau PT

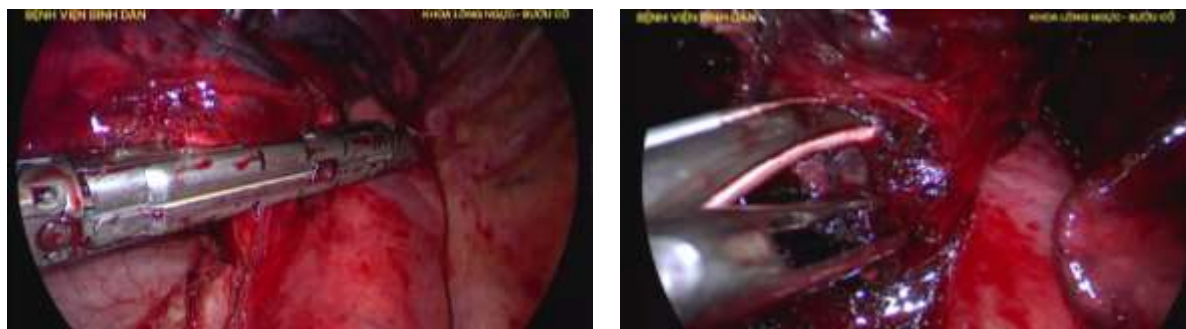
(nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

Kết quả Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: 100% kết quả Carcinom tuyến biệt hóa. 100% hóa mô miễn dịch ghi nhận: TTF1(-), CK 7(-), CK20(+) và CDX2 (+): Ung thư biểu mô tuyến từ đường tiêu hóa. Chứng minh đây là UTDCP từ UTĐTT.

➤ **Đánh giá độ an toàn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT**

100% BN được tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn - ETS cắt thùy phổi chứa u. Không ghi nhận trường hợp nào chuyển mổ mở. Trong số BN của chúng tôi có ghi nhận 10 trường hợp PTNS hoàn toàn cắt một thùy

phổi di căn và 2 BN (16,7%) có u xâm lấn dính vào thùy dưới và giữa phổi (P) nên được tiến hành PTNS hoàn toàn cắt 2 thùy dưới và giữa phổi (P). Lấy hạch chằng N2 sinh thiết được tiến hành ở 8 BN (66,7%), kết quả sau mổ ghi nhận là các hạch đều không có tế bào ác tính. Vậy, toàn bộ BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều chưa ghi nhận di căn đến nhóm hạch bạch huyết trung thất. Điều này là yếu tố tiên lượng tốt cho BN sau phẫu thuật do di căn hạch bạch huyết trung thất làm tỉ lệ sống 5 năm giảm từ 24,7 - 50% xuống còn 0 - 24% [6], [8].



Hình 5. Hình ảnh PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi và nạo hạch, BN.N.Đ.H

(Nguồn BV Bình Dân)

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là $168,33 \pm 20,04$ ml. Kết quả tương đồng với nghiên cứu điều trị ngoại khoa Ung thư phổi thứ phát của nhóm tác giả Nguyễn Hoàng Bình (2018) thời gian mổ trung bình là 3,69 giờ [1]. Lượng máu mất trong nghiên cứu trung bình là $124,17 \pm 53,34$ ml, tương tự như trong nghiên cứu của các tác giả A. Rodríguez-Fuster hay Rotolo [4], [5]. Máu mất càng nhiều ảnh hưởng đến các vấn đề biến chứng trong và sau phẫu thuật: suy chức năng cơ quan hay biến cố tim mạch. Thời gian phẫu thuật càng dài BN càng chịu nhiều nguy cơ của cuộc mổ và gây mê, xẹp phổi sau mổ, ứ đọng đàm nhớt gây viêm phổi, suy hô hấp và thở máy kéo dài sau mổ, tăng nguy cơ tử vong hậu phẫu. Qua đó lượng máu mất ít và thời gian phẫu thuật ngắn là yếu tố giúp cho đánh giá sự an toàn, tính khả thi phương pháp PTNS hoàn toàn điều trị UTDCP từ UTĐTT [10].

Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận được có 1 trường hợp viêm phổi hậu phẫu (8,3%). Bệnh nhân bị sốt vào ngày thứ 1 sau mổ, điều trị nội khoa ổn định, không xảy ra suy hô hấp hay can thiệp thở máy, BN xuất viện về vào ngày thứ 10 hậu phẫu sau điều trị. Tác giả A. Rodríguez-Fuster cũng ghi nhận các biến chứng tương tự về tim mạch và hô hấp lên đến 15% BN được phẫu thuật cắt phổi trong số 532 BN được phẫu thuật điều trị

UTDCP từ UTĐTT [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng tác giả Rotolo và cộng sự ghi nhận tỉ lệ viêm phổi sau mổ, vào khoảng 8%, thường xảy ra ở các BN có bệnh lý phổi nền trước đó, đái tháo đường type II..[5].

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng xì dò khí, tràn khí màng phổi, chảy máu sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ.. Tác giả A. Rodríguez-Fuster nghiên cứu trên 532 BN được PTNS cắt phổi ghi nhận số biến chứng tim mạch và phổi có thể lên đến 15,6% như rung nhĩ – 1,7%, xì dò khí kéo dài ($\pm$ mổ lại) – 3,4%, xẹp phổi – 2,4%, hội chứng suy hô hấp cấp ARDS - 1%..[4]

➤ **Đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT**

Dẫn lưu màng phổi (DLMP) lưu lâu gây các biến chứng như viêm phổi, nhiễm trùng chân ống dẫn lưu, đau mạn tính. PTNS hoàn toàn mang lại ưu điểm đó so với mổ mở hay VATS kết hợp đường mở ngực nhỏ. DLMP rút sớm hơn so với mổ mở hay VATS cắt phổi như trong nghiên cứu của tác giả Rotolo [5]. Trung bình DLMP rút sau $3,67 \pm 0,67$ ngày. Thời gian hậu phẫu được rút ngắn trung bình $6,92 \pm 1,39$ ngày. Trong nghiên cứu của tác giả Rotolo, DLMP sẽ được rút sau 5 ngày, thời gian nằm viện trung bình là

7,2 ngày, ít hơn so với nhóm mổ mở là 9,6 ngày [5].

Mức độ đau sau phẫu thuật: Chúng tôi dùng thang điểm VAS đánh giá đau sau phẫu thuật: PTNS có điểm đau VAS ít hơn, thời gian sử dụng thuốc giảm đau ít hơn. Mức độ đau trung bình vào ngày hậu phẫu 1 ở mức $3,75 \pm 0,75/10$. Mức độ đau trung bình khi BN xuất viện ở mức $0,92 \pm 0,67/10$. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Rotolo khi so sánh với nhóm mổ mở [5]. PTNS xoang mang phổi can thiệp tối thiểu, ít xâm lấn, thời gian ngắn, các tai biến biến chứng thấp hơn, giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh.. do đó PTNS có những ưu điểm hơn so với thực hiện qua mở ngực trong việc bảo tồn chức năng phổi, kiểm soát đau và dung nạp hóa trị sau phẫu thuật qua đó PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT cải thiện tỉ lệ sống còn của bệnh nhân ung thư phổi thứ phát được phẫu thuật [2], [10].

Kết quả sớm sau phẫu thuật 1 tháng:

Nghiên cứu chúng tôi đánh giá kết quả sớm của BN 1 tháng sau phẫu thuật: các triệu chứng cơ năng khi BN được xuất viện về nhà theo bảng phân loại mức độ biến chứng, tử vong của Clavien và Anthony Yim [13]. Kết quả sớm 1 tháng ghi nhận 100% kết quả mức độ tốt: BN không có các biến chứng hoặc nhẹ không đáng kể kèm với đó không có các triệu chứng bất thường về cơ năng, BN có thể sinh hoạt bình thường.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy PTNS điều trị bệnh lý UTDCP từ UTĐTT mang lại kết quả tốt, ít biến chứng nặng và không tử vong, kết quả này tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác như M. Zellweger, M. Cheang, hay T. Treasure [7], [8], [9].

Chúng tôi tiếp tục theo dõi lâu dài hơn 6 tháng được 10 bệnh nhân, dài nhất là 17

tháng. 2 bệnh nhân không liên lạc được sau 1 tháng. Ghi nhận 1 bệnh nhân di căn não sau 3 tháng. Các bệnh nhân còn lại đều hóa trị đầy đủ 8 chu kỳ và còn sống đến nay.

IV. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình: $62,67 \pm 8,15$ tuổi. Nam:nữ : 5:1. Ung thư nguyên phát chủ yếu từ ung thư trực tràng chiếm 75% (9/12 BN). Thời gian sống không bệnh trung bình: $34,23 \pm 16,72$ tháng.

100% BN đều thỏa chỉ định điều trị UTDCP từ UTĐTT. 100% BN trong nghiên cứu được tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn - ETS cắt thùy phổi chứa u. Có 10/12 (83%) BN di căn phổi đơn ổ được PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi di căn. Thời gian mổ trung bình là $168,33 \pm 20,04$ phút. Lượng máu mất trung bình: $124,17 \pm 53,34$ ml. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng nhẹ sau mổ là 8,3%: viêm phổi hậu phẫu. Không có biến chứng nặng, tử vong.

Mức độ đau sau mổ thấp, xuất viện BN không còn đau sau mổ. Thời gian lưu DLMP: $3,67 \pm 0,67$ ngày. Thời gian nằm viện hậu phẫu: $6,92 \pm 1,39$ ngày. Kết quả điều trị sau 1 tháng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hữu Vĩnh Nguyễn Hoàng Bình, Châu Phú Thi, Phạm Thanh Việt, Trần Thị Kim Phụng, Nguyễn Thị Hảo, Phan Thị Kim Yến**, (2018), "Chỉ định và điều trị ngoại khoa ung thư phổi thứ phát tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Y Học TP Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 22 (Số 5), pp. 132-136.
2. **F. P. Cheung, N. Z. Alam, G. M. Wright**, (2019), "The Past, Present and Future of Pulmonary Metastasectomy: A Review Article", Ann Thorac Cardiovasc Surg, 25 (3), pp. 129-141.

3. **H. Ogawa, T. Yajima, M. Sohda, K. Shirabe, et al**, (2021), "Role of surgical resection and its alternative local therapy for pulmonary metastasis of colorectal cancer", *Ann Gastroenterol Surg*, 5 (6), pp. 747-753.
4. **A. Rodríguez-Fuster, J. Belda-Sanchis, R. Aguiló, R. Embun, et al**, (2014), "Morbidity and mortality in a large series of surgical patients with pulmonary metastases of colorectal carcinoma: a prospective multicentre Spanish study (GECMP-CCR-SEPAR)", *Eur J Cardiothorac Surg*, 45 (4), pp. 671-676.
5. **N. Rotolo, L. De Monte, A. Imperatori, L. Dominioni**, (2007), "Pulmonary resections of single metastases from colorectal cancer", *Surg Oncol*, 16 Suppl 1 pp. S141-144.
6. **M. Sudarshan, S. C. Murthy**, (2020), "Current Indications for Pulmonary Metastasectomy", *Surg Oncol Clin N Am*, 29 (4), pp. 673-683.
7. **T. Treasure, V. Farewell, F. Macbeth, T. Batchelor, et al**, (2021), "The Pulmonary Metastasectomy in Colorectal Cancer cohort study: Analysis of case selection, risk factors and survival in a prospective observational study of 512 patients", *Colorectal Dis*, 23 (7), pp. 1793-1803.
8. **M. Zellweger, E. Abdelnour-Berchtold, T. Krueger, H. B. Ris, et al**, (2018), "Surgical treatment of pulmonary metastasis in colorectal cancer patients: Current practice and results", *Crit Rev Oncol Hematol*, 127 pp. 105-116.
9. **MY Cheang, P Herle, N Pradhan, P Antippa**, (2015), "Video-assisted thoracoscopic surgery versus open thoracotomy for pulmonary metastasectomy: a systematic review", *ANZ Journal of Surgery*, 85 (6), pp. 408-413.
10. **D. Meng, L. Fu, L. Wang, Y. Dai, et al**, (2015), "Video-assisted thoracoscopic surgery versus open thoracotomy in pulmonary metastasectomy: a meta-analysis of observational studies", *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 22 (2), pp. 200-206.
11. **M Migliore, M Gonzalez**, (2021), "TNM classification for lung metastases", *Video-Assisted Thoracic Surgery*, 6 pp.
12. **National Comprehensive Cancer Network**. NCCN guidelines for colon cancer, Version 1.2022, 2022.
13. **Anthony P. C. Yim, Kai-ming Ko, Chan-chung Ma, Wing-shun Chau, et al**, (1996), "Thoracoscopic Lobectomy for Benign Diseases", *CHEST*, 109 (2), pp. 554-556.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA U LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}, Trần Công Quyền¹, Hồ Huỳnh Long¹,
Lý Bảo Duy¹, Trần Minh Thiện¹, Vũ Hoàng Minh Tín¹

TÓM TẮT

Tổng quan - mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm trong Phẫu thuật nội soi hoàn toàn điều trị Lao phổi tại Bệnh viện Bình Dân

Đối tượng - Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu cắt ngang, 36 BN phẫu thuật nội soi (PTNS) lồng ngực cắt một thùy phổi hoặc một phần thùy phổi chứa u tại Bệnh viện Bình Dân từ 3/2017 đến 9/2022.

Kết quả: Nam giới:72,5% (26/36), tuổi trung bình: 58 ± 9 tuổi. Tiền căn lao phổi cũ (41,6%), triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, đa số là tình cờ phát hiện, BK đàm âm tính 100%. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính ngực: u chiếm 97,1%, tổn thương dạng hang đi kèm chiếm 72,2%, đa số tổn thương ở vùng cao của phổi (66,6% thùy trên, 11,2% thùy giữa, 8,3% phân thùy S6 thùy dưới). Ghi nhận tổn thương: có viêm rõ, có tổn thương vệ tinh, có vôi hóa trung tâm và khoảng trống trong u. Kết quả sớm sau PTNS ngực: Không trường hợp tử vong, không trường hợp phải phẫu thuật lần 2, thời gian phẫu thuật trung bình cắt một thùy phổi: 161 ± 31 phút hoặc một phần phổi

chứa u: 105 ± 28 phút, lượng máu mất trung bình: 100 ± 44 ml, thời gian rút ống dẫn lưu màng phổi là $77,5 \pm 10,4$ giờ, thời gian nằm viện $7,5 \pm 0,8$ ngày, biến chứng xẹp phổi sau mổ 2,7%, viêm phổi hậu phẫu 8,3%, thờ máy kéo dài 2,7%, tràn khí dưới da 8,3%.

Kết luận: Kết quả CT-scan ngực có giá trị cao trong chẩn đoán tổn thương u lao phổi. Kết quả sớm sau PTNS lồng ngực cắt một thùy phổi hoặc một phần thùy phổi chứa u có kết quả sớm cao, khỏi bệnh, thời gian hậu phẫu ngắn, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi toàn bộ, u lao phổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL, PARACLINICAL AND EARLY RESULTS IN THE SURGICAL TREATMENT OF TUBERCULOMA IN BINH DAN HOSPITAL

Introduction: Tuberculosis (TB) is one of the oldest diseases causing disease in humans, and the main causative agent is *M. tuberculosis*. In Vietnam, the TB incidence is high (100–299/100,000 people), and it is also one of the countries with the highest burden of MDR-TB. Tuberculosis of the lung is a benign tumor in the lung, but the diagnosis is still difficult; it is difficult to distinguish from malignancies in the lung, and medical treatment shows a high rate of non-response to drugs, so surgical treatment is recommended.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại Khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Minh Tín

SĐT: 0977290503

Email: vutin24@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 11/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Subjects - Study design: 36 cases of total thoracoscopic lobectomy or segmentectomy, the post-operative pathology results were tuberculosis lesions. Using a retrospective study at Binh Dan hospital from March 2017 to September 2022.

Main results: The proportion of men accounted for 72.5% (26/36), the average age was 58 ± 9 years. Past history of pulmonary tuberculosis (41,6%), clinical symptoms are poor, most of them are unintentionally discovered lung lesions, sputum smear testing for TB is 100% negative, chest computed tomography (CT-scan) showed tumor pattern accounted for 97,1%, accompanying cavernous lesions accounted for 72,2%, most of the lesions were in the high areas of the lung (66,6% upper lobe, 11,2% middle lobe, 8,3% S6-segment lower lobe), noted recognition of lesions: with clear borders, satellite lesions, central calcified nodules, voids in the tumor. Early results after thoracotomy: No deaths, no second surgery, average surgical time to lobectomy of the lung was 161 ± 31 minutes or 105 ± 28 minutes when performed segmentectomy. Blood loss during surgery was 100 ± 44 ml, time to remove pleural tube was $77,5 \pm 10,4$ hours, hospital stay was $7,5 \pm 0,8$ days, postoperative atelectasis complication 2,7%, postoperative pneumonia surgery 8,3%, mechanical ventilation lasting 2,7%, subcutaneous pneumothorax 8,3%.

Conclusion: Tuberculoma lesions through chest CT have a high value in the diagnosis. Early results after total thoracoscopic lobectomy showed that the treatment is highly effective, cured, reduced postoperative time, and low postoperative complication rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một trong các bệnh lâu đời nhất được ghi nhận gây bệnh cho con người.

Tác nhân gây bệnh thuộc họ Mycobacteria, phổ biến nhất là M. Tuberculosis. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) năm 2020, toàn cầu có hơn 10 triệu ca nhiễm lao mới (85% là lao phổi), khoảng 1,3 triệu người tử vong 9. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc lao cao (100 - 299/100.000 dân) 1. U lao phổi chiếm khoảng 25% số khối u lành tính ở phổi 2. Về lâm sàng, các triệu chứng u lao không rầm rộ, không điển hình. Hình ảnh học u lao phổi khó phân biệt với các khối u khác trong lồng ngực, chính vì vậy, việc hiểu rõ đặc điểm hình thái u lao phổi qua Xquang ngực thẳng, CT scan ngực, sinh thiết xuyên thành ngực xác định bản chất khối u, sẽ giúp ích trong chẩn đoán u lao phổi. Ngày nay, phương pháp điều trị chính u lao phổi là nội khoa, nhưng tỷ lệ không đáp ứng thuốc cao. Hơn nữa, tỷ lệ kháng thuốc lao ngày càng nhiều. Báo cáo của WHO năm 2015, Việt Nam đứng thứ 12 trong 22 nước có số ca mắc bệnh lao cao nhất thế giới, đứng thứ 14 trong 27 nước có gánh nặng lao đa kháng trên toàn cầu¹. Chính vì vậy, điều trị ngoại khoa u lao phổi được lựa chọn.

Tại Bệnh viện Bình Dân, đã tiến hành can thiệp điều trị ngoại khoa u lao phổi, nhưng chưa có nghiên cứu nào tổng hợp hay đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa u lao. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm trong điều trị ngoại khoa u lao phổi.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán u lao phổi.

Đánh giá kết quả điều trị sớm trong điều trị ngoại khoa u lao phổi bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 36 bệnh nhân u lao phổi được điều trị ngoại khoa tại Khoa Ngoại lồng Ngực - Bướu Cổ bệnh viện Bình Dân từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2022 có giải phẫu bệnh sau mổ là sang thương viêm lao.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang.

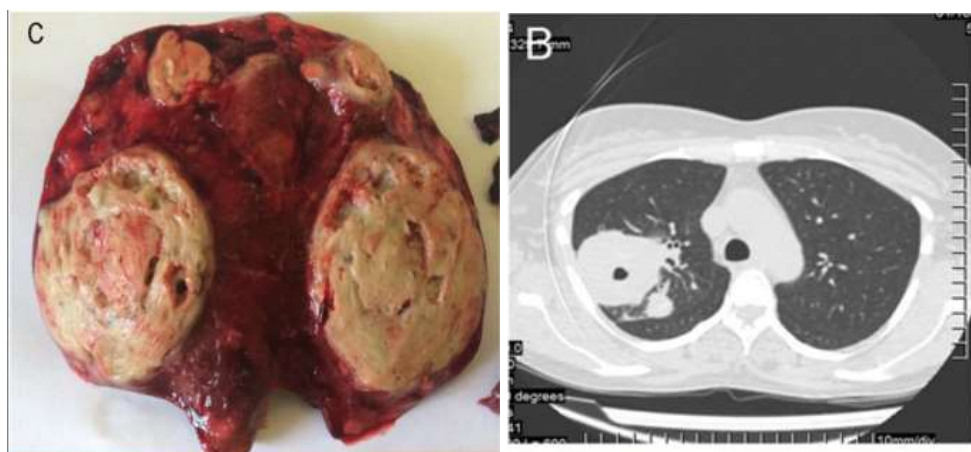
Thu thập và xử lý số liệu: phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

TÓM TẮT TỔNG QUAN

U lao phổi là thể lâm sàng đặc biệt của lao phổi: tổn thương đông đặc của lao

nguyên phát tiến triển và ngưng từng đợt, xảy ra trong lao nguyên phát hoặc lao tái phát. U lao thường nằm trên thương tổn lao phổi cũ, đã thay đổi cấu trúc phổi như xơ hoá co kéo, vôi hoá hoặc lao xơ tạo hang. Bản chất của u lao là khối hoại tử bã đậu được tổ chức hoá thành vỏ bọc xung quanh.

Tổn thương u lao phổi thường hình tròn hay ovan, có ranh giới rõ ràng, có hoặc không sự tồn tại của vi khuẩn lao. U lao phổi bao gồm u lao ổn định và u lao không ổn định.



Hình 1. U lao ổn định

- U lao ổn định là những khối u lao được tổ chức chủ yếu là mô sợi và mô tế bào.



Hình 2. U lao không ổn định

- U lao không ổn định là những khối u lao chứa thành phần là mô tế bào và các tổ chức lao như tế bào khổng lồ Langhans, chất bã đậu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tuổi trung bình: 58 ± 9 tuổi, khoảng tuổi thường gặp 50-69 tuổi, lớn hơn so với các tác giả khác. Về tỉ lệ: Nam/nữ = 2,6/1. Triệu chứng lâm sàng: thường gặp nhất là đau ngực (38,9%), ho khan (30,6%), ho đàm trắng trong (16,7%). Chỉ có 5/36 (13,9%) ca phát hiện tình cờ, tỉ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài, điều này cho thấy việc chăm sóc sức khỏe định kỳ của người bệnh ở nước ta còn thấp. Tiền căn lao phổi cũ: 15 ca (41,6%), đã từng được điều trị thuốc kháng lao 6 tháng.

Chức năng hô hấp: tiến hành 100% BN: 27 ca (75%) bình thường, 9 ca (25%) có giới hạn thông khí hạn chế nhẹ hoặc tắc nghẽn và không chống chỉ định phẫu thuật.

Chẩn đoán

Phương tiện chẩn đoán vi trùng

Soi BK trong đàm 2 lần: 36 (100%) ca và soi BK trong dịch chải rửa phế quản: 13 (36%) ca, 100% âm tính, cho thấy các u lao đã ổn định. Không có trường hợp nào cấy đàm.

Tìm BK trong các dịch tiết (đàm, dịch chải rửa phế quản...) là tiêu chuẩn vàng để xác định lao phổi, tuy nhiên tỷ lệ dương tính BK trong đàm thấp từ 40- 60% và bị phụ thuộc nhiều yếu tố như quy cách lấy đàm, thời điểm lấy, bệnh nhân khạc nhổ có đàm không, số lượng vi trùng có trong đàm.

Phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Xquang ngực thẳng: 36/ 36 Ca được chụp X quang ngực thẳng, phát hiện tổn thương.

Bảng 1: Đặc điểm u lao Xquang ngực thẳng

Đặc điểm	Số ca	Tỷ lệ (%)
Vị trí tổn thương		
Vùng cao	28	77,8
Vùng thấp	8	22,2
Lan tỏa	0	
Kết luận		
Theo dõi viêm phổi thùy	8	22,2
Theo dõi sang thương lao	3	8,3
Theo dõi u	16	44,4
Xơ phổi	4	11,1
Không kết luận	14	38,9

Xquang phổi thẳng là phương tiện đầu tay, quan trọng trong chẩn đoán lao phổi, nhưng còn nhiều hạn chế vì bị che lấp thương tổn hay chồng ảnh, khó phân biệt với các tổn thương ác tính ở phổi. Nghiên cứu cho thấy chỉ 3/36 (8,3%) ca theo dõi sang thương lao phổi. Vị trí u lao trong nghiên cứu tập trung chủ yếu ở vùng cao ($\frac{1}{2}$ trên của phế trường) chiếm 77,8%.

Bảng 2: Đặc điểm u lao trên chụp cắt lớp điện toán (CT-scan) ngực

Đặc điểm	Số ca	Tỷ lệ
Vị trí		
Thùy trên phổi phải hoặc trái	24	66,6
Thùy giữa phổi phải	4	11,1
Thùy dưới phổi phải hoặc trái	8 (S6: 3)	22,2 (8,3)
Kích thước u (mm)		
Trung bình: 31 ±13		
Dạng sang thương		
Dạng nốt	3	8,3
Dạng u	33	91,7
Dạng thâm nhiễm	0	0
Xơ hóa	30	83,3
Dạng hang	0	0
Dạng vôi hóa	27	75
Dấu hiệu tổn thương		
Sang thương giới hạn rõ	35	97,2
Sang thương vệ tinh	30	83,3
Khoảng trống trong u	26	72,2
Vôi hóa trong u	27	75

CT-scan ngực có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn Xquang ngực thẳng, phát hiện những tổn thương căn bản do lao gây ra tốt hơn như sang thương dạng nốt, thâm nhiễm, dạng hang, đánh giá được mức độ lan rộng của các tổn thương. Tuy nhiên, vẫn khó phân biệt giữa u lao và ung thư phổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí u lao chiếm đa số là ở vùng cao của phổi chiếm 86% (thùy trên phổi phải và trái 66,6%, thùy giữa phổi phải 11,1 %, S6 thùy

dưới phổi phải và trái 8,3 %). Sang thương thường gặp là dạng u và nốt. Các dấu hiệu gợi ý tổn thương là u lao là sang thương có giới hạn rõ, có các sang thương vệ tinh, có khoảng trống trong u, có vôi hóa trong u. Kết quả này tương đương với nghiên cứu năm 2019 tại Hàn Quốc 6.

Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT-scan ngực: Số ca được sinh thiết xuyên thành: 19/36 (52,7%)

Bảng 3: Kết quả sinh thiết

Kết quả giải phẫu bệnh	Số ca	Tỷ lệ (%)
Mô viêm mạn, không có tế bào ác tính trên mẫu thử	17	89,4
Theo dõi Carcinom tuyến	1	5,3
Sang thương viêm lao	1	5,3

Sinh thiết u xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT-scan ngực được thực hiện với những tổn thương ngoại biên, sát thành ngực, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao với các khối u kích thước lớn hơn 2 cm, biến chứng thấp. Nghiên cứu cho thấy sang thương viêm lao chiếm tỷ lệ thấp chỉ 1/19 (5,3%), tương đương với nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân năm 2021 (sang thương viêm lao chiếm 7%) 2. Tổn thương mô viêm mạn và không thấy tế bào ác tính trên mẫu thử chiếm tỷ lệ

cao 17/19 (89,4%). Có 1/19 (5,3%) ca theo dõi ung thư phổi, cho thấy tỷ lệ chẩn đoán đúng tổn thương lành tính của sinh thiết xuyên thành ngực cao là 94,7% nhưng vẫn có dương tính giả, tương đương với một báo cáo tại Thổ Nhĩ Kỳ năm 2002 về độ nhạy đối với tổn thương ác tính và lành tính lần lượt là 88% và 100%

Phẫu thuật nội soi (PTNS) lồng ngực cắt thùy phổi hoặc một phần thùy phổi chứa u

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật (PT)

Phương pháp: PTNS lồng ngực	Số ca	Tỷ lệ (%)
Cắt thùy phổi	7	19,4
Cắt 1 phần thùy phổi	29	80,6

PTNS cắt thùy phổi hoặc một phần thùy phổi chứa u là phương pháp điều trị triệt để: PTNS cắt 1 phần thùy phổi chứa u chiếm đa số 29/36 (80,6 %) ca, trong đó có 11/36 (30,5%) ca được ứng sinh thiết lạnh, giúp cắt phổi giới hạn hơn giúp bảo tồn chức năng của phổi, rút ngắn được thời gian phẫu thuật.

Nghiên cứu Vũ Anh Hải và cộng sự, giá trị sinh thiết lạnh cho kết quả chẩn đoán cao với độ nhạy và độ đặc hiệu là 97,6% và 100% 3. 7/36 ca được PTNS cắt thùy phổi, trong đó có 4 ca u lớn thùy giữa phổi phải, 1 ca theo dõi ung thư phổi, 2 ca u nằm trung tâm gần rốn phổi, nên tiến hành cắt thùy phổi.

Bảng 5: Ghi nhận lúc phẫu thuật

	PTNS cắt thùy phổi	PTNS cắt 1 phần thùy phổi
Thời gian phẫu thuật (phút)	161 ± 31	105 ± 28
Lượng máu mất trong PT (ml)	67 ± 33	52 ± 37
Chuyển mổ mở	0	0
Dính màng phổi	16/36 ca	

Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất là yếu tố giúp đánh giá sự an toàn, tính khả thi của phương pháp PTNS toàn bộ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung bình của PTNS cắt thùy phổi là 161 phút, lượng máu mất là 67 ml. Thời gian trung bình của PTNS cắt 1 phần thùy phổi chứa u

là 105 phút, lượng máu mất là 52 ml. Kết quả cho thấy tính khả thi và độ an toàn cao của phẫu thuật, thấp hơn một số nghiên cứu về PTNS cắt thùy phổi của McKenna (máu mất 150ml, thời gian phẫu thuật không ghi nhận), Khalid Amed (100ml, 204 phút), Nguyễn Hoàng Bình (90ml, 216 phút).

Bảng 6: Các biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm	Số ca (%)	Mức độ
Viêm phổi	3 (8,3%)	Nhẹ
Tràn khí dưới da	3 (8,3%)	Nhẹ
Xẹp phổi	1 (2,7%)	Nhẹ
Thở máy kéo dài	1 (2,7%)	Nhẹ
Nhiễm trùng vết mổ	0	
Chảy máu sau mổ	0	

Có 3 ca bị viêm phổi sau hậu phẫu ngày 3, bệnh nhân được điều trị kháng sinh 7 ngày, đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. 3 ca tràn khí dưới da, mức độ nhẹ, quanh chân ống dẫn lưu màng phổi, tự giới hạn và không lan rộng. 1 ca (nữ, 80 tuổi) xẹp phổi, thở máy kéo do co thắt phế quản sau mổ, được điều trị nội khoa, hút đàm nhớt và rút nội khí quản sau 72 giờ. Không ghi nhận chảy máu sau mổ, dò khí, nhiễm trùng vết mổ và tử vong sau mổ. Đau sau mổ được ghi nhận ở ngày hậu phẫu 1, đánh giá theo thang điểm VAS ghi nhận ở mức $3 \pm 1/10$, bệnh nhân có thể vận động, sinh hoạt nhẹ nhàng và ăn uống trở lại vào ngày hậu phẫu 2, cho thấy ưu điểm của PTNS lồng ngực toàn bộ.

Thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi (DLMP) trung bình là $77,5 \pm 10,4$ giờ, khi phổi nở tốt, không có các biến chứng hậu phẫu sẽ có chỉ định rút DLMP. Thời gian hậu phẫu (ngày) $7,5 \pm 0,8$ ngắn hơn so với các nghiên cứu về mổ mở cắt phổi. PTNS lồng ngực có ưu điểm so với PT mở ngực hay VATS, giúp rút ngắn thời gian lưu ống DLMP, cũng như rút ngắn thời gian nằm viện hậu phẫu.

Kết quả sớm sau 1 tháng phẫu thuật

Tất cả 36/36 bệnh nhân tái khám sau 1 tháng, các biến chứng diễn ra sau PT kèm theo đó là các triệu chứng cơ năng khi BN được xuất viện về nhà theo bảng phân loại mức độ biến chứng, tử vong của Clavien và Anthony Yim cho kết quả mức độ tốt: BN không có các biến chứng hoặc nhẹ không đáng kể kèm với đó không có các triệu chứng bất thường về cơ năng là 100%. Qua đó cũng ghi nhận đánh giá được phần nào kết quả sớm PTNS điều trị bệnh lý u lao phổi là tốt, ít biến chứng và không tử vong. Theo y văn, kết quả lâu dài của bệnh nhân được điều trị ngoại khoa u lao phổi rất tốt, 90- 96% bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn trong 5 năm theo dõi.

IV. KẾT LUẬN

U lao phổi là một khối u lành tính ở phổi, tuy nhiên dễ chẩn đoán phân biệt với các tổn thương ác tính tại phổi còn gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu cho thấy việc chẩn đoán u lao phổi cần dựa vào một số đặc điểm: có triệu chứng đường hô hấp (ho, đau ngực), tiền căn lao phổi cũ, hình ảnh học trên CT-scan ngực gợi ý (sang thương tập trung chủ yếu ở vùng cao của phổi, dạng nốt hoặc u có viền rõ, kèm tổn thương vệ tinh, có khoảng

trống trong u, vôi hóa trong u), kết quả GPB qua sinh thiết xuyên thành ngực hoặc nội soi phế quản (mô viêm mạn và không thấy tế bào ác tính).

PTNS cắt thùy phổi hoặc một phần thùy phổi chứa u là phương pháp điều trị triệt để, cho kết quả tốt và biến chứng sau mổ thấp, chấp nhận được, cho thấy tính khả thi và an toàn cao. Sinh thiết lạnh nên được dùng để phân biệt tổn thương lành tính hay ác tính trong những trường hợp nghi ngờ lao, giúp định hướng cắt bỏ thương tổn giới hạn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. 2018. Hà Nội.
2. **Đoàn Hùng Dũng, Trương Nguyễn Hoài Linh, Nguyễn Công Minh.** Đánh giá hiệu quả sinh thiết u phổi xuyên thành ngực bằng kim dưới hướng dẫn CTSCAN. 2021. Tạp chí y học lâm sàng- số 74/2021.
3. **Vũ Anh Hải, Phạm Vinh Quang, Mai Văn Viện.** Giá trị sinh thiết tức thì mẫu mô lấy bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán ung thư phổi. 2016. Tạp chí Y-Dược học quân sự số 5- 2016.
4. **C.M.Townsend, B.Mark Evers, R.Daniel Beauchamp, K.L.Mattox.** Sabiston Textbook of Surgery. 2017. Elsevier.
5. **Dmitry Borisovich Giller, Boris Dmitrievich Giller, Galina Vitalievna Giller, Galina Vladimirovna Shcherbakova, Anuar Bahtibaevich Bizhanov, Inga Igorevna Enilenis and Aleksey Aleksandrovich Glotov.** Treatment of pulmonary tuberculosis: past and present. 2017. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 53.
6. **Jong Hun Kim, Min Ja Kim, Soo-Youn Ham.** Clinical characteristics and chest computed tomography findings of smear-positive and smear-negative pulmonary tuberculosis in hospitalized adult patients. 2019. Lawal., Ismaheel.
7. **Zhaohua Xia, Kun Qiao, Jianxing He.** Recent advances in the management of pulmonary tuberculoma with focus on the use of tubeless video-assisted thoracoscopic surgery. 2017. Journal of Thoracic Disease.
8. **WHO.** Global tuberculosis report 2020. 2020. World Health Organization 2020.

XÌ MIỆNG NỐI ĐẠI TRỰC TRÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN KHÁCH QUAN SAU MỔ

Nguyễn Công Minh¹, Dương Bá Lập¹, Lê Nguyên Khôi¹,
Phạm Hiếu Liêm¹, Trần Trí Bảo¹,
Phan Thanh Tuấn¹, Trần Văn Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: XMN là một biến chứng nặng nề, đe dọa sinh mạng bệnh nhân và phẫu thuật viên. Việc chẩn đoán và theo dõi cho đến nay còn thụ động. Các phương tiện nhằm chẩn đoán sớm biến chứng này đang được nghiên cứu, giúp quản lý bệnh nhân tốt hơn và giảm tử vong sau mổ. Chúng tôi nghiên cứu đánh giá tình hình XMN ở các bệnh nhân cắt đại trực tràng, đồng thời đánh giá giá trị của thang điểm mDULK trong chẩn đoán sau mổ biến chứng này.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu từ 01/06/2018 đến 31/05/2019. Cỡ mẫu tối thiểu là 226. Phân tích một số yếu tố liên quan đến biến chứng và giá trị của thang điểm mDULK bằng phần mềm STATA.

Kết quả: 34 bệnh nhân xì miệng nối trong tổng số 261 trường hợp nghiên cứu (13,03%). Miệng nối đại tràng – trực tràng có tỷ lệ xì cao nhất là 20%. Thời gian chẩn đoán sau mổ trung vị là ngày hậu phẫu thứ 5, thời gian trì hoãn chẩn đoán trung vị là 2 ngày. 12 trường hợp XMN được mổ lại, 22 trường hợp điều trị nội khoa. Với

điểm số bằng 3, thang điểm mDULK, thang điểm có độ nhạy 85,29%, độ đặc hiệu 96,92%, giá trị tiên đoán dương 80,56%, giá trị tiên đoán âm 97,78%, tỷ số khả dĩ dương 27,6596. Diện tích dưới đường cong là 0,9624. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến cho thấy thang điểm mDULK có mối tương quan với biến chứng xì miệng nối (kiểm định Hosmer-Lemeshow, $P>0,05$).

Kết luận: XMN vẫn còn là một gánh nặng trong điều trị, cần được đánh giá tích cực hơn. Sử dụng thang điểm mDULK trong quá trình chăm sóc hậu phẫu có thể rút ngắn thời gian chẩn đoán biến chứng này, giúp giảm tử vong sau mổ cho bệnh nhân xì miệng nối đại trực tràng sau mổ.

SUMMARY

COLORECTAL ANASTOMOTIC LEAK AND OBJECTIVE DIAGNOSIS

Background: Colorectal anastomotic leak is life-threatening complication which increase postoperative morbidity and mortality. In order to reduce the large burden from this complication, it is needed to use objective methods which can help to diagnose soon the anastomotic leak. Modified DULK score is one simple method, it can be used daily in order to alarm physicians to the anastomotic leak with significant value. However, it is lack of researchs which demonstrated the value of this score.

Objectives: To determine the exact frequency of colorectal anastomotic leak, the sensitivity, specificity, positive and negative

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trí Bảo

SĐT: 0906667195

Email: trantribaomd@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

predictive value, likelihood ratio of mDULK scores in order to determine the cut-off value.

Methods: A retrospective cohort study is performed with collected data from 01/06/2018 to 31/05/2019 in patients with primary colorectal anastomosis. The estimated sample size is 226. The result is then analyzed with STATA.

Results: 13,03% patients was diagnosed anastomotic leak (34/261). The median time to diagnosis was POD5, median delayed time was 2 days. 12 patients was performed relaparotomy with stomal creation, 22 was treated conservatively. mDULK = 3 is the cut-off value in our center. The area under the curve is 0,9624 so this is a good score system which can be use daily. After logistic regression and multivariate logistic regression, the model of mDULK score was proven to be effective in predicting colorectal anastomotic leak.

Conclusion: Nowadays, colorectal leakage is still a burden which need to be manage soon. Following patients with mDULK is a new way to control postoperative complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

XMN đại trực tràng (ĐTT) là một biến chứng đe dọa tính mạng BN và cũng là biến chứng đáng sợ đối với mỗi phẫu thuật viên tiêu hóa. Tỷ lệ XMN ĐTT rất thay đổi giữa các NC khác nhau. Biến chứng này dẫn đến rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng (DD), nhiễm trùng nặng và tử vong. Sự phát hiện biến chứng XMN hiện còn thụ động và muộn làm tình trạng BN nặng nề. Nghiên cứu (NC) về biến chứng XMN trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng còn hạn chế. Việc chủ động trong chẩn đoán XMN ĐTT sau mổ là cần thiết nhằm hạn chế tối đa những hậu quả bất lợi, từ đó làm giảm tỷ lệ tử vong cho BN. Các thang điểm khách quan để chẩn đoán sớm biến chứng này như thang điểm DULK

nguyên mẫu hay cải tiến cho thấy khả năng tốt trong việc đánh giá sớm biến chứng XMN nhằm đưa ra hướng tầm soát sớm để rút ngắn thời gian trì hoãn chẩn đoán. Tuy nhiên những thang điểm này chưa được áp dụng và nghiên cứu rộng rãi. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá vai trò thang điểm mDULK trong chẩn đoán sớm biến chứng XMN sau mổ

Mục tiêu nghiên cứu:

Tỷ lệ XMN sau mổ.

Mô tả các trường hợp XMN ĐTT sau mổ.

Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, tỷ số khả dĩ của thang điểm mDULK trong chẩn đoán XMN ĐTT sau mổ.

Xác định tương quan giữa thang điểm mDULK với chẩn đoán XMN ĐTT sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: các trường hợp phẫu thuật đại trực tràng có tạo lập miệng nối tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/6/2018 đến 31/5/2019.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn ĐTT có tạo lập MN thì đầu với đầu dưới của MN là đại tràng hoặc trực tràng tại bệnh viện Bình Dân, theo dõi trong 30 ngày hậu phẫu từ 01/06/2018 đến 31/05/2019.

Tiêu chuẩn loại trừ BN không đồng ý cung cấp thông tin, các trường hợp MN hồi tràng - ống hậu môn, MN đại tràng - ống hậu môn, phẫu thuật có tạo lập đồng thời nhiều miệng nối, phẫu thuật do ung thư tái phát.

Phương pháp tiến hành:

Tiến hành khảo sát những BN được phẫu thuật cắt đoạn ĐTT tại bệnh viện Bình Dân.

Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 226 trường hợp. Những BN này được chăm sóc theo quy trình của bệnh viện Bình Dân, sau đó sẽ được NC lại trên hồ sơ bệnh án và bệnh án NC để đưa ra số liệu sơ cấp cho nghiên cứu. Thang điểm mDULK sẽ được tính vào ngày hậu phẫu thứ 3, ngày hậu phẫu thứ 5, hoặc bất cứ thời điểm nào bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ XMN hoặc diễn tiến nặng hơn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định có xì miệng nổi: khi BN được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hay trực tràng, có tạo lập MN kèm theo một trong các tiêu chuẩn sau: XMN được ghi nhận trong lần mổ lại, xì thuốc cản quang ra ngoài ống tiêu hóa từ MN trên chụp MSCT có cản quang trực tràng, nội soi ống tiêu hóa ghi nhận xì miệng nổi.

Phân tích số liệu:

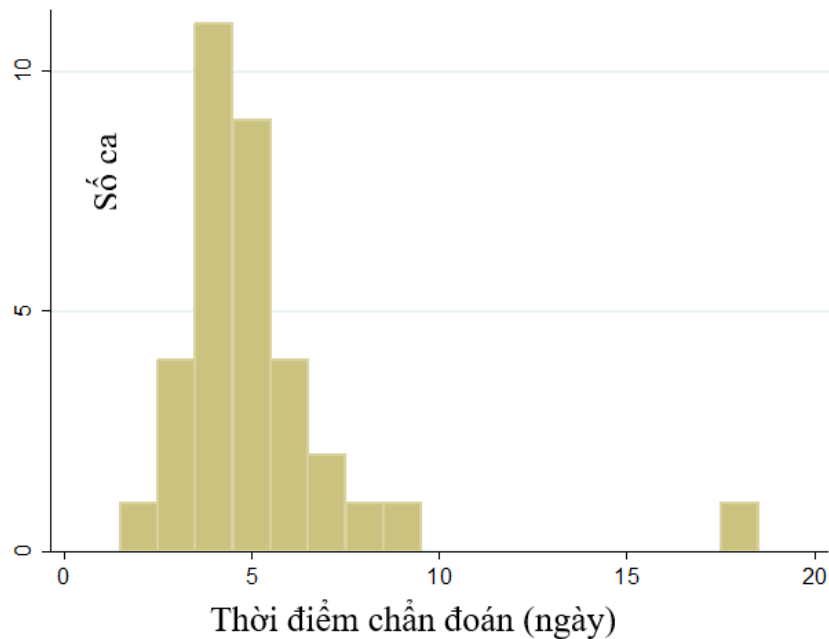
Tất cả thông tin ghi nhận trong quá trình thu thập số liệu sẽ được ghi chép và lưu vào các bảng mẫu rồi lưu vào phần mềm máy tính Excel 2010. Các số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 16. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương và Fisher exact để kiểm định mối liên quan giữa các biến số định tính. Sử dụng phép kiểm t và phép kiểm Mann Whitney U để kiểm định mối liên quan giữa biến số định lượng với biến số định tính. Vẽ đường cong ROC cho điểm số mDULK cao nhất, phân tích diện tích dưới đường cong và điểm cắt đề nghị của thang điểm. Sử dụng phân tích hồi quy tuyến tính đa biến trong xác định tương quan giữa thang điểm mDULK với chẩn đoán biến chứng xì miệng nổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 34 trường hợp XMN trong tổng số 261 trường hợp phẫu thuật đại trực tràng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ XMN của nghiên cứu chúng tôi là 13,03%, trong đó 20 trường hợp XMN là nam. Các trường hợp xì miệng nổi được chẩn đoán từ ngày hậu phẫu thứ 2 đến ngày hậu phẫu thứ 18. Thời điểm trung vị chẩn đoán vào ngày hậu phẫu thứ 5 (P25=4 ngày và P75=6 ngày). Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xì miệng nổi với thành phần cấu tạo miệng nổi ($p=0,004$ – phép kiểm Chi bình phương về tình trạng xì miệng nổi với thành phần cấu tạo miệng nổi). Trong đó, miệng nổi hồi – đại tràng có tỷ lệ xì thấp nhất là 5,77%, tiếp theo là miệng nổi đại tràng – đại tràng (9,09%) và cao nhất là miệng nổi đại – trực tràng với tỷ lệ xì là 20%.

Tính chất dịch dẫn lưu ổ bụng ở những bệnh nhân xì miệng nổi rất thay đổi. Có 15 trường hợp tại thời điểm chẩn đoán XMN, dịch ống dẫn lưu vẫn trong. Có 11 trường hợp ống dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, 7 trường hợp ra dịch đục, 1 trường hợp ra mủ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tính chất dịch dẫn lưu giữa bệnh nhân có và không XMN ($p<0,001$).

Trong các bệnh nhân xì miệng nổi được chụp MSCT, 9 bệnh nhân được chụp do ống dẫn lưu ra dịch phân, 8 trường hợp được chẩn đoán ngay sau lần thăm khám đầu tiên vì tình trạng bệnh nhân diễn biến xấu đi so với ngày trước. Các trường hợp còn lại được chụp MSCT có cản quang trực tràng vì điểm số mDULK từ 3 điểm trở lên.



Biểu đồ 2. Thời điểm chẩn đoán xì miệng nổi

Điều trị các trường hợp xì miệng nổi:

Có 12 bệnh nhân được phẫu thuật lại. 3 trường hợp được cắt lọc và tạo lập miệng nổi mới, 9 trường hợp rã miệng nổi làm hậu môn nhân tạo. 22 trường hợp được điều trị nội khoa với kháng sinh phổ rộng, dinh dưỡng tĩnh mạch. 12 trường hợp trong số đó có ống dẫn lưu hoạt động hiệu quả trong việc dẫn

dịch mủ hoặc phân từ ổ xì miệng nổi ra ngoài. Một trường hợp tử vong trong 34 trường hợp XMN. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mổ lại trong các trường hợp xì thuốc cản quang lan tỏa trên CT scan cao hơn so với nhóm xì khu trú (75% so với 23,08%, $p=0,069$).

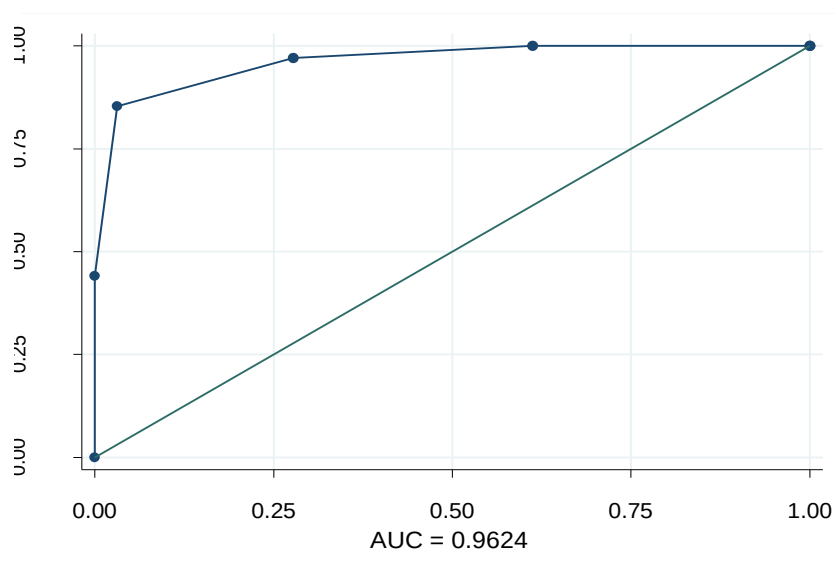


Hình 1. Nội soi tiêu hóa ghi nhận XMN (bên trái) Xì miệng nổi hồi tràng - đại tràng (bên phải) [nguồn: tác giả]

Kết quả thang điểm mDULK trong theo dõi sau phẫu thuật cắt nối đại trực tràng:

Bảng 15. Kết quả thang điểm mDULK với từng điểm số

Điểm mDULK	≥ 1		≥ 2		≥ 3	
	Chúng tôi (%)	M.d. Dulk (%)	Chúng tôi (%)	M.d. Dulk (%)	Chúng tôi (%)	M.d. Dulk (%)
Pse	100	97	97,06	72,7	85,29	19,7
Psp	38,77	56,8	72,25	90,2	96,92	98,6
PPV	19,65	17,2	34,38	40,7	80,56	56,5
NPV	100	99,5	99,39	97,3	97,78	93
LR+	1,633	2,245	3,497	7,418	27,6596	14,071

**Biểu đồ 3. Đường cong ROC của thang điểm mDULK**

Từ các kết quả trên với mỗi giá trị điểm mDULK, chúng tôi vẽ đường cong ROC với trục tung bằng giá trị độ nhạy và trục hoành bằng 1 trừ độ đặc hiệu. Đường cong ROC có xu hướng đi lên sát góc trên bên trái, diện tích dưới đường cong là 0,9624.

Vậy thang điểm mDULK là một phương tiện tốt trong dự báo biến chứng xì miệng nổi đại trực tràng sau mổ.

Với các kết quả của chỉ số Youden, tại điểm cắt bằng 3 có chỉ số Youden lớn nhất là 0,8221 nên chúng tôi lựa chọn điểm cắt tốt nhất cho thang điểm này trong chẩn đoán

biến chứng xì miệng nổi đại trực tràng sau mổ là 3.

Ứng dụng thang điểm mDULK vào chẩn đoán biến chứng XMN sau mổ:

Khi phân tích hồi quy logistic đơn biến, chúng tôi ghi nhận tất cả các tiêu chí của thang điểm mDULK đều có mối tương quan với biến chứng xì miệng nổi ($P < 0,0001$). Chúng tôi đưa 4 tiêu chí của thang điểm mDULK vào mô hình chẩn đoán. Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan hồi quy tuyến tính giữa mô hình này với chẩn đoán biến chứng XMN sau mổ ($p < 0,0001$). Chúng tôi kiểm định lại mô hình thang điểm mDULK

tại lần đánh giá thứ nhất và thứ hai đều cho thấy mô hình phù hợp cho chẩn đoán ($p=0,3$ tại lần khám đầu tiên và $p=0,63$ tại lần khám thứ hai, phép kiểm Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit).

Chúng tôi ghi nhận thời gian trì hoãn chẩn đoán tính từ lúc trình trạng của bệnh nhân đạt từ 3 điểm trở lên cho đến khi được xác lập chẩn đoán. Thời gian trì hoãn chẩn đoán trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 2 ngày ($P_{25}= 0$ ngày và $P_{75}= 2$ ngày). Thời gian trì hoãn chẩn đoán dài nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 15 ngày.

Tại thời điểm chẩn đoán XMN, có 15 trường hợp các ống dẫn lưu ra dịch trong. Trong đó có 2 trường hợp được chẩn đoán XMN qua mổ lại. 13 trường hợp còn lại được chẩn đoán qua MSCT scan ổ bụng có cản quang qua trực tràng.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán XMN:

Bảng 16. Thời gian chẩn đoán XMN theo các nghiên cứu

	Thời gian chẩn đoán	Thời điểm trung vị
Chúng tôi	2 – 18	5
Đỗ Bá Hùng[1]	3 – 13	5
M. d. Dulk[2]	1 – 17	5

Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên quy trình chăm sóc mới, theo đó, những bệnh nhân có nhiều triệu chứng nghi ngờ biến chứng miệng nối sẽ được chụp MSCT có bơm thuốc cản quang tan trong nước qua trực tràng. Nhờ đó, chúng tôi có thể chẩn đoán tích cực và sớm biến chứng này. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian chẩn đoán tương tự với kết quả được báo cáo bởi Dulk và Đỗ Bá Hùng.

Một trường hợp có thời điểm chẩn đoán trễ trong nghiên cứu của chúng tôi là vào

ngày hậu phẫu thứ 18. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp do ung thư trực tràng giữa. Ba ngày hậu phẫu đầu tiên, bệnh nhân đau bụng ít tại vết mổ, ống dẫn lưu ra dịch vàng trong, bệnh nhân có trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 2 và tiêu lỏng vào ngày hậu phẫu thứ 3. Ngày hậu phẫu thứ tư, mạch 73 lần/phút, thở 24 lần/phút, nhiệt độ 37°C , bụng ấn đau kèm phản ứng thành bụng ở hạ vị, ống dẫn lưu ổ bụng ra dịch màu nâu đục, hôi nhiều. Nồng độ CRP $159,14\text{mg/L}$, số lượng bạch cầu 15K/uL . Ngày hậu phẫu thứ 14, ống dẫn lưu ra phân. Bệnh nhân được mổ lại vào ngày hậu phẫu thứ 18. Mổ lại ghi nhận XMN khu trú. Bệnh nhân được rửa miệng nối làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann. Bệnh nhân xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 8 sau lần mổ lại. Khi hồi cứu lại, tại thời điểm ngày hậu phẫu thứ 4, khi thấy tính chất dịch dẫn lưu bất thường, bệnh nhân nên được khảo sát tình trạng miệng nối, đánh giá tình trạng ổ nhiễm trùng nếu có và vai trò của ống dẫn lưu tại thời điểm đó nhằm có những quyết định điều trị tích cực hơn.

Điều trị XMN:

Có 22 trường hợp xì miệng nối được điều trị nội khoa, bao gồm tất cả các trường hợp được điều trị mà không cần phẫu thuật lại. Chúng tôi ghi nhận có 14 trường hợp phải phẫu thuật lại trong thời gian nghiên cứu. Hai trường hợp trong số này được mổ lại không ghi nhận xì miệng nối trong mổ bao gồm một trường hợp chảy máu sau mổ và một trường hợp tắc ruột do thoát vị nội qua lỗ mạc treo. 12 trường hợp được phẫu thuật do biến chứng xì miệng nối.

Ba trong 6 trường hợp xì miệng nối hồi tràng – đại tràng được mổ lại. Trong đó, hai trường hợp được cắt lọc và tạo lập miệng nối mới, một trường hợp được rửa miệng nối và

làm hậu môn nhân tạo. Một trong ba trường hợp xì miệng nối đại tràng – đại tràng cần mổ lại. Có 8 trường hợp trong 25 bệnh nhân xì miệng nối đại tràng – trực tràng được mổ lại trong thời gian hậu phẫu. Một trường hợp xì miệng nối đại tràng – trực tràng được mổ lại cắt lọc và khâu lại miệng nối, dẫn lưu ổ bụng. Các trường hợp xì miệng nối đại tràng – trực tràng còn lại được rửa miệng nối làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann.

Trường hợp tử vong sau điều trị ung thư đại tràng Sigma bằng phẫu thuật nội soi cắt trước nối đại – trực tràng bằng máy khâu nối vòng. Ngày hậu phẫu thứ 3, bệnh nhân thở nhanh nông 26 lần/phút, mạch 96 lần/phút, huyết áp 130/90mmHg, không sốt, ấn đau kèm phản ứng thành bụng vùng hông trái. Ngày hậu phẫu thứ 4, bệnh nhân sốt, thở nhanh nông 32 lần/phút, nhiệt độ 38,5°C, ấn đau khắp bụng kèm cảm ứng phúc mạc, ống dẫn lưu ra dịch vàng trong. Bệnh nhân được hồi sức, sử dụng kháng sinh phổ rộng và phẫu thuật cấp cứu với chẩn đoán theo dõi xì miệng nối. Qua phẫu thuật lại ghi nhận miệng nối xì phân vào ổ bụng khoảng 10ml dịch phân qua lỗ xì khoảng 0,5cm đã khu trú bởi ruột non và mạc nối lớn. Bệnh nhân được rửa miệng nối, làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann và rửa bụng. Sau mổ lại một ngày, tình trạng sốc nặng hơn, không đáp ứng hồi sức, bệnh nhân tử vong.

Như vậy không phải tất cả các trường hợp XMN đều cần phẫu thuật lại. Cần có sự phân độ rõ ràng và nghiên cứu thêm về các phác đồ điều trị XMN

Điểm số mDULK:

Với giá trị điểm cắt của thang điểm mDULK bằng 1, độ nhạy đạt được là 100%, giảm bỏ sót các trường hợp xì miệng nối trong theo dõi. Tuy nhiên giá trị tiên đoán dương thấp 19,65%, có thể làm gia tăng

những đánh giá chưa cần thiết cho bệnh nhân, làm gia tăng chi phí điều trị và tốn thời gian. Giá trị tiên đoán âm của thang điểm với điểm cắt bằng 1 là 100%, LR- của thang điểm bằng 0, giúp có thể loại trừ chắc chắn biến chứng xì miệng nối ở những bệnh nhân 0 điểm.

Với giá trị điểm cắt thang điểm này bằng 3, chúng tôi ghi nhận tổng độ nhạy và độ đặc hiệu hay chỉ số Youden lớn nhất. Từ đó chúng tôi quyết định lựa chọn điểm cắt của thang điểm này bằng 3. Việc lựa chọn này có giá trị cao trong chẩn đoán biến chứng xì miệng nối. LR+ tại giá trị điểm cắt bằng 3 bằng 27,6596. Một phép thử có LR+ trên 10 cho thấy khả năng mắc bệnh cao khi phép thử dương tính. LR- của điểm cắt bằng 3 bằng 0,1517, điều này cho thấy khả năng bệnh nhân không mắc bệnh khi điểm số thấp hơn 3 ở mức trung bình.

Như vậy, lựa chọn điểm cắt bằng 3 vừa đảm bảo chẩn đoán chính xác những bệnh nhân có biến chứng xì miệng nối sau phẫu thuật đại trực tràng, vừa đảm bảo loại trừ tốt các trường hợp không xảy ra biến chứng này trong thời gian hậu phẫu.

Trong thực hành lâm sàng, việc sử dụng tham điểm này có hiệu quả trong dự báo và giúp thay đổi thái độ chẩn đoán xì miệng nối sau phẫu thuật đại trực tràng. Tất cả bệnh nhân có điểm số gia tăng trong thời gian hậu phẫu, có triệu chứng nghi ngờ đều được tích cực chẩn đoán và theo dõi, rút ngắn thời gian trì hoãn chẩn đoán và thay đổi quyết định điều trị thích hợp theo diễn biến lâm sàng. Đồng thời nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào phải nhập viện lại vì xì miệng nối trong thời gian 30 ngày hậu phẫu.

Tại thời điểm chẩn đoán XMN của nghiên cứu chúng tôi, có 15 trường hợp ống

dẫn lưu ra dịch trong, 13 trường hợp trong số này không mổ lại trong quá trình điều trị. Nếu dựa trên những quan điểm trước đây, những trường hợp này chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán xì miệng nối. Như vậy, nhờ kết quả thang điểm mDULK cao, việc tích cực chẩn đoán giúp tránh bỏ sót 38,24% số trường hợp xì miệng nối trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi gặp khó khăn trong việc định lượng nồng độ CRP theo dõi trong quá trình hậu phẫu. Việc thực hiện định lượng thường quy chất chỉ thị viêm này cho đến nay chưa được chấp nhận một cách chính thức, các phác đồ hay quy trình theo dõi bệnh nhân phẫu thuật đại trực tràng nói chung chưa cụ thể và chưa sử dụng CRP trong quy trình. Sau nghiên cứu này, vai trò của định lượng nồng độ CRP sau mổ được khẳng định với vai trò quan trọng trong tầm soát biến chứng xì miệng nối nói riêng và nhiễm trùng sau mổ nói chung. Chúng tôi đề nghị thiết lập và triển khai quy trình cụ thể để chăm sóc bệnh nhân sau mổ đại trực tràng và quản lý miệng nối sau mổ tích cực hơn các quy trình hiện hành tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ XMN là 13,03%

Diễn biến XMN sau mổ bao gồm các triệu chứng của đáp ứng viêm toàn thân, triệu chứng bất thường ổ bụng và các hình ảnh học khảo sát miệng nối như nội soi ghi nhận khuyết miệng nối hay rò thuốc cản quang trên MSCT scan.

Điều trị XMN bao gồm điều trị nội khoa (thay đổi kháng sinh, dinh dưỡng...) kết hợp dẫn lưu hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân

Thang điểm mDULK có diện tích dưới đường cong là 0,9624, thể hiện vai trò tốt trong dự báo biến chứng XMN sau mổ ĐTT. Với điểm cắt bằng 3, thang điểm có độ nhạy 85,29%, độ đặc hiệu 96,92%, giá trị tiên đoán dương 80,56%, giá trị tiên đoán âm 97,78%, tỷ số khả dĩ dương 27,6596.

Mô hình chẩn đoán theo thang điểm mDULK có mối tương quan hồi quy logistic với biến chứng XMN sau mổ.

VI. KIẾN NGHỊ

Tiến hành nghiên cứu phân tích nhằm làm rõ vai trò của thang điểm mDULK trong thực hành lâm sàng; nghiên cứu các phác đồ điều trị XMN cho từng trường hợp cụ thể

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Bá Hùng** (2010), Tình hình xì dò miệng nối đại trực tràng tại bệnh viện Bình Dân, Y học TP. Hồ Chí Minh, số 14.
2. **M. den Dulk, M. J. Witvliet, K. Kortram, P. A. Neijenhuis, I. H. de Hingh, A. F. Engel, C. J. van de Velde, L. M. de Brauw, H. Putter, M. A. Brouwers, và W. H. Steup** (2013), The DULK (Dutch leakage) and modified DULK score compared: actively seek the leak, Colorectal Dis, số 15(9), tr. e528-33.

KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Phú Hữu^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp ở đường tiêu hóa và đứng hàng thứ 5 tại Việt Nam theo Globocan 2020 [1], [8]. Phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng với kỹ thuật cắt trọn bao mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) phát triển từ những năm 1982 bởi tác giả Heald và hiện nay trở thành tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng [1], [2]. Mục tiêu của chúng tôi là đánh giá kết quả ngắn hạn cũng như kết quả lâu dài của phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Bình Dân.

Thiết kế: Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca: 150 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection) theo tiêu chuẩn TME có tái lập lưu thông đường tiêu hóa tại bệnh viện Bình Dân trong (05 năm) từ 09/2016 đến 09/2021.

Kết quả: Tỷ lệ nam: nữ là 2,3. Tuổi trung bình là 60 tuổi (23-84). Giai đoạn giải phẫu bệnh sau mổ: 5 TH giai đoạn I (3,3%), 75 TH giai đoạn II (50%), 70 TH giai đoạn III (46,7%). 02 trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 192 phút. Số hạch trung bình thu được là $12,6 \pm 4,9$. Có 2 TH biến chứng chảy máu trong lúc phẫu thuật. Sau phẫu thuật có 12

TH nhiễm trùng vết mổ, 1 TH bí tiểu do u xơ tuyến tiền liệt, 1 TH liệt ruột sau mổ kéo dài, 5 TH xì miệng nổi được điều trị nội khoa thành công 2 TH và 3 TH phải mổ lại. Thời gian nằm viện trung bình 7,1 ngày (6-17 ngày). Thời gian theo dõi trung bình 31 tháng (15–72 tháng). Tỷ lệ sống còn toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 81,3% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 66,7%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection) theo tiêu chuẩn TME trong điều trị ung thư trực tràng an toàn, khả thi với tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn. Kết quả dài hạn về mặt ung thư học tương đương với phẫu thuật mở, do đó thể triển khai kỹ thuật này tại nhiều trung tâm ngoại khoa trên cả nước.

Từ khóa: ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, cắt trước thấp.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CANCER AT BINH DAN HOSPITAL: LONG - TERM OUTCOMES

Introduction: Colorectal cancer is a common malignant disease of the alimentary tract and ranks 5th in Vietnam according to Globocan 2020. Surgery with Total Mesorectal Excision (TME) was described in 1982 by Heald and nowadays, that is the gold standard in rectal cancer surgery. Our objective is to evaluate the short-term results as well as the long-term results of laparoscopic LAR surgery for rectal cancer at Binh Dan hospital.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Hữu

SĐT: 0918650345

Email: bsphuhuu2012@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Materials and methods: Prospective case series study: 150 cases of rectal cancer underwent laparoscopic (LAR: Low anterior Resection) according to TME criteria and anastomosis in (5 years) from September 2016 to September 2021 at Binh Dan hospital.

Results: Men/Women ratio: 2,3. Average age: 60 yrs (23-84). Post-operative pathology staging: stage I: 5 cases (3,3%), stage II: 75 cases (50%), stage III: 70 cases (46,7%). The conversion rate was 1,3%. The median operative time was 192 minutes. The median number of harvested lymph nodes was $12,6 \pm 4,9$. Complications: Intra-operative, there were 2 cases of bleeding. Post-operative, there were: 12 cases of wound infection, 1 case of urine retention, 1 case of paralytic ileus, 5 cases of anastomotic leak with 2 cases were successful internal treatment and 3 cases were reoperated. Average length of stay after the operation is 7,1 days (6-17). No port-site recurrence occurred in any patient. The mean follow-up of 31 months; range, 15–72 months. The 3-year overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) rates were 81,3% and 66,7%, respectively.

Conclusion: Laparoscopic Low anterior resection (LAR) according to TME criteria in the treatment of rectal cancer is safe and feasible with low complication rate and short hospital stay. The long-term results are oncologically equivalent to open surgery, so that laparoscopic LAR can be deployed in many surgical centers around Vietnam.

Keywords: rectal cancer, laparoscopic surgery, low anterior resection (LAR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính rất thường gặp của đường tiêu hóa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu của

bệnh lý này. Các phương pháp phẫu thuật đã phát triển dần từ phương pháp mổ mở đến các phương pháp xâm lấn tối thiểu. Từ khi phẫu thuật cắt trực tràng qua nội soi đầu tiên được báo cáo vào những năm 1990 trên thế giới, nó dần dần được thực hiện tại nhiều trung tâm trên toàn thế giới bởi vì phương pháp này đã được chứng minh là có lợi cho bệnh nhân và an toàn về mặt ung thư học với các kết quả ngắn và dài hạn so với phẫu thuật mổ mở [6], [2]...

Một số nghiên cứu lớn đánh giá phẫu thuật nội soi trong phẫu thuật ung thư trực tràng bao gồm 4 nghiên cứu: Barcelona, COST (Clinical Outcome of Surgical Therapy), COLOR (Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection), CLASSIC (Conventional vs Laparoscopic-Assisted Surgery in patients with Colorectal Cancer) [6]. Trong các nghiên cứu này, tác giả đã đi sâu đánh giá phương pháp nghiên cứu, độ chính xác, tin cậy trong kết quả của các công trình nghiên cứu đã được lựa chọn và đã đưa ra kết luận về khả năng ứng dụng của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng được thực hiện vào năm 2000 tại TP Hồ Chí Minh. Cùng thời gian đó, kỹ thuật này nhanh chóng được áp dụng tại Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Huế. Trong phẫu thuật nội soi thực hiện cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) với kết quả là an toàn và có nhiều ưu điểm hơn phẫu thuật mở kinh điển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng qua nội soi đường tiêu hóa và có giải phẫu bệnh trước phẫu thuật là adenocarcinoma, chủ yếu là ung thư trực tràng giữa, khối u cách bờ hậu môn từ 5cm-10cm, được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR) theo tiêu chuẩn TME và có tái lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng staper vòng tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian (05 năm) từ tháng 09/2016 – tháng 09/2021.

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 8. Đánh giá giai đoạn TNM trước và sau mổ dựa vào: siêu âm qua nội soi trực tràng, MRI chậu căn tử, CT scan ngực + bụng có cản quang.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt dọc, mô tả hàng loạt ca.

Những trường hợp ung thư di căn hoặc bệnh lý mãn tính không phẫu thuật được bằng phẫu thuật nội soi, ung thư gây tắc ruột hoặc phẫu thuật cấp cứu đều được loại ra trong nhóm nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân thỏa các tiêu chí nghiên cứu đều đưa vào nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng trong và sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện. Ghi nhận số lần tái khám, tái phát bệnh qua triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân tử vong, Tỷ lệ sống sau 3 năm dựa vào phương pháp Kaplan-Meier. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Một số định nghĩa:

Đánh giá chất lượng bao mạc treo (TME) theo tiêu chuẩn ESMO (2018) gồm 3 mức độ (do bác sĩ phẫu thuật hoặc bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá):

- Chất lượng tốt: lấy trọn bao mạc treo trơn láng, không rách bao mạc treo
- Chất lượng trung bình: có rách bao mạc treo mức độ vừa phải, bao mạc treo không còn trơn láng tuy nhiên chưa thấy được thành trực tràng.
- Chất lượng xấu: rách bao mạc treo nham nhở nhiều chỗ và thấy lớp cơ trực tràng hoặc thủng u vào lòng trực tràng.

Đánh giá diện cắt vòng quanh (CRM: circumferential resection margin), theo tiêu chuẩn ESMO (2018) gồm 2 mức độ (do bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá).

CRM (+): Chiều dài xa nhất của khối u đến bờ mạc treo trực tràng $\leq 1\text{mm}$.

CRM (-): Chiều dài xa nhất của khối u đến bờ mạc treo trực tràng $>1\text{mm}$.

Quy trình phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection).

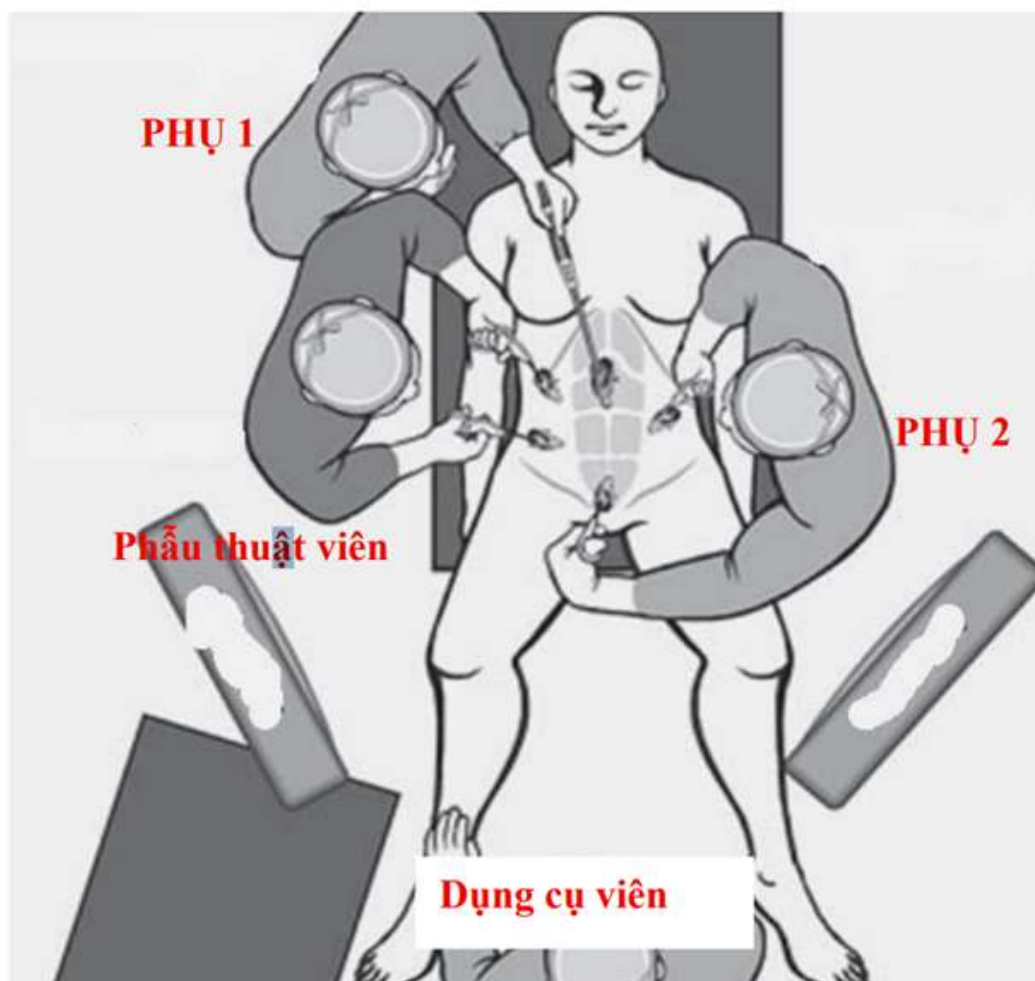
Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt thông mũi-dạ dày, đặt thông tiểu

Chuẩn bị các dụng cụ phẫu thuật, phòng mổ, sát khuẩn vùng phẫu thuật.

Tư thế bệnh nhân và vị trí đặt trocar [2]

Bệnh nhân được đặt tư thế sản khoa, chân phải thấp hơn chân trái, đầu thấp 20 độ và nghiêng phải 15 độ. Phẫu thuật viên đứng ở bên phải, người phụ 1 đứng ở cùng phía với phẫu thuật viên, người phụ 2 đứng đối diện với phẫu thuật viên.



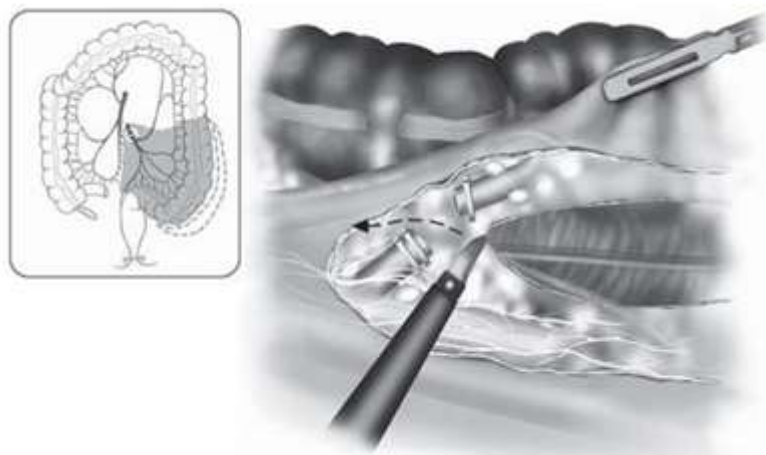
Hình 1: Bố trí phòng mổ trong phẫu thuật cắt trước thấp nội soi, nguồn Masahiko Watanabe (2006) [2].

Vị trí đặt trocar: Trocar 10 mm đặt ở trên hoặc dưới rốn, sau khi đặt trocar này thì bơm hơi vào ổ phúc mạc và tiếp tục đặt các trocar còn lại. Một trocar 5mm được đặt ở hố chậu trái, một trocar 10 -12 mm đặt hố chậu phải cách gai chậu trước trên khoảng 2 - 3 cm và cuối cùng đặt một trocar 5 mm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng bên phải, cách trocar 10 mm khoảng 10 cm. Số lượng trocar còn phụ thuộc vào khả năng phẫu tích của phẫu thuật viên và độ khó của từng bệnh nhân cụ thể.

Thì bóc tách vùng bụng [2]

Tiếp cận theo hướng từ trung tâm (u nhô) ra thành chậu trái. Xác định u nhô, các động mạch sigma, động mạch mạc treo tràng dưới và phẫu tích nhẹ nhàng để bộc lộ động mạch mạc treo tràng dưới bằng dụng cụ phẫu tích sau đó dùng clip, Hemolock để khóa chế và cắt động mạch này, tương tự với tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Trong quá trình bóc tách bảo vệ đám rối thần kinh hạ vị dưới và niệu quản trái.

Tiếp đến di động đại tràng sigma, đại tràng xuống bên thành bụng trái, hạ đại tràng góc lách khi cần thiết.



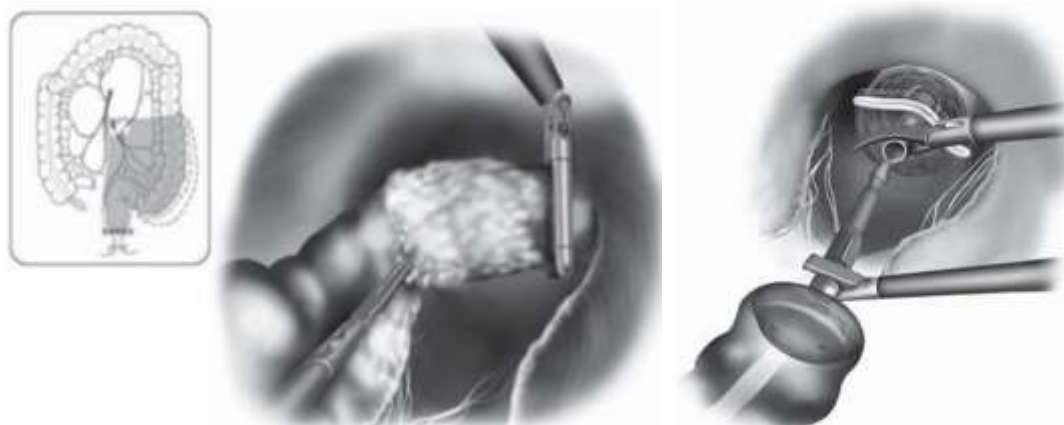
Hình 2: Bóc tách động mạch mạc treo tràng dưới và bóc tách trước xương thiêng
(nguồn Masahiko Watanabe (2006) [2])

Thì bóc tách vùng chậu [2]

Di động đoạn trực tràng vùng chậu. Trực tràng được phẫu tích để làm di động hoàn toàn từ phần trên trực tràng đến tận cơ nâng theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME). Ở mặt sau, khoang mô liên kết lỏng lẻo, phẫu tích vào vùng vô mạch trước xương cùng và sau trực tràng, ôm sát theo độ cong của bao mạc treo trực tràng tránh làm rách bao mạc treo trực tràng đồng thời cũng không làm tổn thương mạc trước xương cùng. Ở hai mặt bên trực tràng thấp có dây

chằng bên chứa những mạch máu của động mạch trực tràng giữa, sử dụng dao cắt đốt siêu âm (harmonic scapel) để cắt cầm máu. Lưu ý cắt dây chằng bên sát về phía trực tràng để tránh tổn thương đám rối chậu nằm ngay phía ngoài của dây chằng bên.

Cắt ngang đoạn trực tràng dưới u ít nhất 2cm bằng stapler nội soi, sau đó nối đại tràng xuống và đoạn trực tràng còn lại bằng stapler vòng, kiểm tra độ kín miệng nối bằng test bơm hơi.



Hình 3: Cắt ngang trực tràng bằng stapler nội soi và tái tập lưu thông đường tiêu hóa bằng stapler vòng - Nguồn Masahiko Watanabe (2006) [2]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 05 năm (09/2016-09/2021) chúng tôi có 150 bệnh nhân ung thư trực tràng phẫu thuật nội soi cắt trước thấp theo tiêu chuẩn (TME) có tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng stapler vòng tại bệnh viện Bình Dân.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu trước phẫu thuật

	n=150
Tuổi	60(23-84)
Giới: Nam	105(70%)
Nữ	45(30%)
BMI (kg/m ²)	
<30	125(83,3%)
>=30	25(16,7%)
Hóa + xạ trước mổ:	
Có	35(23,4%)
Không	115(76,6%)
Thang điểm ASA	
1	87(58%)
2	60(40%)
3	3(2%)

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật của nhóm nghiên cứu

	n=150
Thời gian mổ (phút)	192(121-260)
Lượng máu mất(ml)	56(5-210)
Chuyển mổ mở	2(1,3%)
Số hạch lấy được	12,6(6-24)
Số hạch di căn	2,1(0-16)
CRM (+)	6(4%)
TME hoàn chỉnh	121(80,7%)
Có mở hồi tràng	45(30%)
Giai đoạn ung thư pTNM	
I	5(3,3%)
II	75(50%)
III	70(46,7%)

Theo bảng 2 ta thấy thời gian phẫu thuật chung (là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân được bắt đầu phẫu thuật rạch da đến lúc hoàn thành cuộc phẫu thuật): $192 \pm 22,6$ phút (nhẹ nhất là 126 phút và chậm nhất là 260 phút).

Có 2 trường hợp chảy máu bao mạc treo trực tràng trong lúc phẫu thuật, hai trường hợp này bệnh nhân nam, khung chậu hẹp, chẩn đoán K trực tràng giữa có hóa + xạ trị tân hỗ trợ, lượng máu mất khoảng 200ml, bóc tách khó khăn nên phải chuyển sang phương pháp mổ mở.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với 150 bệnh nhân có 6(4%) CRM (+) tất cả 6 bệnh nhân này đều hóa xạ sau mổ và có 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ sau 9 tháng và 12 tháng.

Bảng 3: Đặc điểm sau phẫu thuật của nhóm nghiên cứu

	n=150
Thời gian trung tiện (ngày)	2,3(1-5)
Thời gian nằm viện (ngày)	7,1(6-17)
Biến chứng: chung	24(16%)
1. Chảy máu trong ổ	2(1,3%)
2. Nhiễm trùng vết mổ	12(8%)
3. Bí tiểu	1(0,7%)
4. Xì miệng nổi	5(3,3%)
5. Liệt ruột	1(0,7%)
6. Viêm phổi	3(2%)

Theo bảng 3 chúng tôi có 12 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (chỗ lấy bệnh phẩm, thay băng tại y tế địa phương), 1 trường hợp liệt ruột kéo dài (được mổ thám sát lại loại trừ tắc ruột vào ngày hậu phẫu thứ 5), 1 trường hợp bí tiểu (do bệnh nhân có bước lành tuyến tiền liệt kèm theo điều trị nội khoa, bệnh nhân tiểu lại được sau 12 ngày và

xuất viện). Đặc biệt có 5 trường hợp xì miệng nổi phát hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng: mạch nhanh >100lần/phút, sốt từ 38°C trở lên, ống dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, siêu âm bụng có dịch lượng ít đến vừa, CT Scan có bơm thuốc cản quang tan trong nước vào lòng trực tràng thấy thuốc cản quang thoát vào vùng chậu, 2 TH xì miệng nổi được điều trị nội khoa thành công bằng kháng sinh mạnh Imipenem 0,5g, nuôi ăn tĩnh mạch và 3 TH phải mổ lại rã miệng nổi, làm hậu môn nhân tạo hố chậu trái, sau đó hóa trị 8 đợt và đã đóng lại hậu môn nhân tạo sau mổ 8 tháng, hiện tại bệnh nhân ổn định.

Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 31 tháng, ngắn nhất là 15 tháng và lâu nhất là 72 tháng. Chúng tôi có 10 trường hợp tử vong trong đó 8 trường hợp tử vong do ung thư tái phát tại chỗ và di căn gan, di căn phổi, 2 trường hợp tử vong do bệnh lý tim mạch và phổi tắc nghẽn mạn tính. Thời gian tử vong ca ngắn nhất sau mổ 9 tháng và ca lâu nhất sau mổ là 56 tháng. Tổng số ca chỉ tái phát tại chỗ trong nghiên cứu chúng tôi là 6(4%), tái phát tại chỗ + di căn xa 7(4,7%), chỉ có di căn xa 10(6,7%). Tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 81,3% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 66,7%.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư trực tràng là một bệnh thường gặp trong ung thư đường tiêu hóa và chiếm một tỷ lệ đáng kể trong ung thư đại-trực tràng, thường gặp ở các bệnh nhân cao tuổi. Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân ung thư trực tràng, chúng tôi thấy tuổi trung bình 60 tuổi, nhỏ nhất 23 tuổi và lớn nhất 84 tuổi và tỷ lệ

nam/nữ là 7/3. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước [1], [3], [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $192 \pm 22,6$ phút (nhỏ nhất là 121 phút và chậm nhất 260 phút). Thời gian phẫu thuật được tính là thời gian bắt đầu rạch da đến khi kết thúc cuộc mổ. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi nhanh hơn tác giả Mario Morino [4] và cộng sự (2003) qua 100 trường hợp cắt trước thấp TME thì thời gian phẫu thuật trung bình 250 phút (110-540), tác giả Yuwen Luo [8] và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 516 trường hợp cắt trước thấp thì thời gian phẫu thuật trung bình 219 phút. Tuy nhiên, tác giả Osman Civil [5] và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 42 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trước thấp thời gian phẫu thuật trung bình $133,2 \pm 38,3$ phút nhanh hơn chúng tôi.

Lượng máu mất trung bình của chúng tôi là 56 ml (ít nhất 5ml và nhiều nhất 210ml). Chúng tôi có 2 trường hợp chảy máu bao mạc treo trực tràng trong lúc phẫu thuật, hai trường hợp này bệnh nhân nam, khung chậu hẹp, chẩn đoán K trực tràng giữa có hóa + xạ trị tân hỗ trợ, lượng máu mất khoảng 200ml, bóc tách khó khăn nên phải chuyển sang phương pháp mổ mở. Theo tác giả Yuwen Luo [8] và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 516 trường hợp cắt trước thấp nội soi thì lượng máu mất trung bình là 73ml, còn tác giả Osman Civil [5] và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 42 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trước thấp nội soi thì lượng máu mất trung bình là 100 ml (10–300). Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi là

1,3%, Tác giả Trần Ngọc Dũng [1] và cộng sự 2014 nghiên cứu 62 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi thì tỷ lệ chuyển mổ mở chiếm 6.5%, trong đó, cả 4 bệnh nhân đều có khối u ở 1/3 dưới trực tràng và ở giai đoạn T4a. Thời gian nằm viện của chúng tôi ngắn hơn tác giả Mario Morino [4] và cộng sự (2003) qua 100 trường hợp cắt trước thấp TME thì thời gian nằm viện trung bình là 12,05 (5–53) ngày.

Theo bảng 3 chúng tôi tỷ lệ biến chứng chung là 16% không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày, trong đó có 12 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (chỗ lấy bệnh phẩm, thay băng tại y tế địa phương), 1 trường hợp liệt ruột kéo dài (được mổ thám sát loại trừ tắc ruột vào ngày hậu phẫu thứ 5), 1 trường hợp bí tiểu (do bệnh nhân có bướu lành tuyến tiền liệt kèm theo điều trị nội khoa, bệnh nhân tiểu lại được sau 12 ngày và xuất viện). Đặc biệt có 5 trường hợp xì miệng nổi phát hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng: mạch nhanh >100lần/phút, sốt từ 38°C trở lên, ống dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, siêu âm bụng có dịch lượng ít đến vừa, CT Scan có bơm thuốc cản quang tan trong nước vào lòng trực tràng thấy thuốc cản quang thoát vào vùng chậu, 2 TH xì miệng nổi được điều trị nội khoa thành công bằng kháng sinh mạnh Imipenem 0,5g, nuôi ăn tĩnh mạch và 3 TH phải mổ lại rẽ miệng nổi, làm hậu môn nhân tạo hố chậu trái, sau đó hóa trị 8 đợt và đã đóng lại hậu môn nhân tạo sau mổ 8 tháng, hiện tại bệnh nhân ổn định. Tác giả Tác giả Trần Ngọc Dũng [1] và cộng sự 2014 nghiên cứu 62 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi thì tỉ lệ các biến

chứng trong và sau mổ lần lượt là: 1(1,6%) tổn thương niệu quản và bán tắc ruột sau mổ, 2(3,2%) chảy máu sau mổ, 4(6,4%) nhiễm trùng vết mổ, 3(4,8%) xì miệng nổi sau mổ, 5(8,1%) bí tiểu sau mổ. Tác giả Mario Morino [4] và cộng sự (2003) qua 100 trường hợp cắt trước thấp TME thì tỷ lệ biến chứng chung trong vòng 30 ngày là 36% và tỷ lệ tử vong là 2%, tỷ lệ xì miệng nổi là 17%. Theo tác giả Yuwen Luo [8] và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 516 trường hợp cắt trước thấp nội soi thì tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 39,7% và tỷ lệ xì miệng nổi là 10,9%. Tác giả Osman Civil [5] và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 42 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trước thấp nội soi thì tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 21,4% và tỷ lệ tử vong là 4,8%.

Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 31 tháng, ngắn nhất là 15 tháng và lâu nhất là 72 tháng. Chúng tôi có 10 trường hợp tử vong trong đó 8 trường hợp tử vong do ung thư tái phát tại chỗ và di căn gan, di căn phổi, 2 trường hợp tử vong do bệnh lý tim mạch và phổi tắc nghẽn mạn tính. Thời gian tử vong ca ngắn nhất sau mổ 9 tháng và ca lâu nhất sau mổ là 56 tháng. Tổng số ca chỉ tái phát tại chỗ trong nghiên cứu chúng tôi là 6(4%), tái phát tại chỗ + di căn xa 7(4,7%), chỉ có di căn xa 10 (6,7%). Tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 81,3% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 3 năm là 66,7%. Tác giả Mario Morino [4] và cộng sự (2003) qua 100 trường hợp cắt trước thấp TME thời gian theo dõi trung bình là 45,7 tháng (12-72 tháng) nhận thấy có 18,5% tỷ vong trong quá trình theo dõi, 8,5% bệnh nhân còn sống

nhưng có di căn xa, tỷ lệ tái phát tại chỗ là 4,2%. Theo tác giả Yuwen Luo [8] và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 516 trường hợp cắt trước thấp nội soi thời gian theo dõi trung bình là 51,3 tháng (6-61 tháng) tỷ lệ tái phát tại chỗ và di căn xa là 8,1%, tỷ lệ tử vong là 39%. Tỷ lệ sống toàn bộ (OS: overall survival) sau 5 năm 69,6% và tỷ lệ sống không bệnh (DFS: disease-free survival) sau 5 năm là 59,6%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection) theo tiêu chuẩn TME trong điều trị ung thư trực tràng an toàn, khả thi với tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn. Kết quả dài hạn về mặt ung thư học tương đương với phẫu thuật mở, do đó thể triển khai kỹ thuật này tại nhiều trung tâm ngoại khoa trên cả nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Dũng, Hà Văn Quyết và cs** (2014). Đánh giá kết quả sớm phương pháp nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. *Y học thực hành* (905), trang 35-40.
2. **Bùi Chí Viêt, Nguyễn Bá Trung, Diệp Bảo Tuấn và cs** (2010). Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý đại trực tràng tại bệnh viện Ung Bướu TP.HCM. *Y Học TP.HCM* 14(4), trang 20-28.
3. **Jianguang JIA, Chengwu PAN et al** (2021). Long-term results of laparoscopic surgery and open surgery for colorectal cancer in Huaihe River Basin of China. *Food Sci. Technol, Campinas*, v42, e54721, pp.1-5.
4. **Mario Morino, MD, Umberto Parini, MD et al** (2003). Laparoscopic Total Mesorectal Excision in a Consecutive Series of 100 Patients. *ANNALS OF SURGERY*, Vol. 237, No. 3, pp.335–342.
5. **Osman Civil, Murat Burç Yazıcıoğlu, Abdullah Güneş** (2019). Short-term outcomes of a single center: Laparoscopic resection of colorectal disease. *Laparosc Endosc Surg Sci*, 26(2), pp.49-54.
6. **Pierre J Guillou, Philip Quirke et al** (2005). “Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial”. *Lancet*, 365, pp.1718–1726.
7. **Watanabe M.** (2006). “Laparoscopic Anterior Resection for Rectal Cancer”. *Laparoscopic Colorectal Surgery*, Springer, 2th Edition, pp. 170-187.
8. **Yuwen Luo, Rongjiang Li et al** (2021). Long-term oncological outcomes of low anterior resection for rectal cancer with and without preservation of the left colic artery: a retrospective cohort study. *BMC Cancer*, 21, pp.1-9.

ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 BẰNG EGFR-TKI THỂ HỆ THỨ 1 TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA/DI CĂN CÓ ĐỘT BIẾN EGFR

Nguyễn Phúc Nguyên¹, Nguyễn Tuấn Khôi²,
Trần Minh Anh Thư¹ và cs

TÓM TẮT

Tổng quan: EGFR TKI là điều trị bước 1 tiêu chuẩn trong ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa/di căn có đột biến EGFR, phổ biến nhất trên lâm sàng hiện nay là EGFR thể hệ 1 (gefitinib, erlotinib)

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tác dụng ngoại ý điều trị bước 1 của EGFR-TKI thể hệ 1 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa/di căn trên lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả những trường hợp ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn tiến xa/di căn, có đột biến gen EGFR Del19 hoặc L858R, điều trị bước 1 với EGFR-TKI erlotinib hoặc gefitinib từ 1/2016 đến 1/2018.

Kết quả: Hồi cứu 62 trường hợp ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn tiến xa/di căn có đột biến Del19 hoặc L858R điều trị với gefitinib hoặc erlotinib tại BV Ung bướu TP.HCM cho thấy tỷ lệ đáp ứng ORR 51,6%, tỷ lệ kiểm soát bệnh DCR 88,7%; trung vị thời gian sống còn bệnh tiến triển mPFS 9,97 tháng; trung vị thời gian đến khi ngừng điều trị mTTD 11,43 tháng;

trung vị thời gian sống còn toàn bộ mOS 15,1 tháng. Gefitinib và erlotinib có hiệu quả tương đương. So với L858R, đột biến EGFR Del19 có trung vị thời gian sống còn toàn bộ dài hơn. Tỷ lệ tác dụng ngoại ý nghiêm trọng 17,7%, thường gặp nhất là tăng men gan.

Kết luận: Gefitinib và erlotinib hiệu quả và dung nạp tốt trong điều trị bước 1 ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR trên lâm sàng. Điều trị bước 2 chưa tối ưu trong nghiên cứu này làm cho trung vị sống còn toàn bộ ngắn hơn trong các nghiên cứu khác.

Từ khóa: EGFR TKI, gefitinib, erlotinib, ung thư phổi không tế bào nhỏ

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF FIRST-GENERATION EGFR-TKIS IN FIRST-LINE TREATMENT OF ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Background: EGFR-TKI is the standard of care in the first-line treatment of advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) with epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation. First-generation TKI, gefitinib or erlotinib, is the most commonly used.

Objective: to evaluate the effectiveness and adverse events of first-generation EGFR-TKIs in advanced NSCLC in the real world.

Materials and methods: We conduct a retrospective study of advanced Vietnamese NSCLC patients harboring EGFR mutation

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Ung bướu TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phúc Nguyên
SĐT: 0937707660

Email: nguyenvphucnguyen.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Del19 or L858R treated first-line with gefitinib or erlotinib.

Results: In Jan 2016 and Jan 2018, 62 advanced EGFRm NSCLC patients treated with gefitinib or erlotinib in Ho Chi Minh City Oncology Hospital were analysed, showing that ORR 51,6%, DCR 88,7%, mPFS 9,97 months, mTTD 11.43 months, and mOS 15,1 months. Gefitinib and erlotinib's effectiveness seem to be comparable. EGFR mutation Del 19 subgroup has numerically longer OS than that of L858R. The rate of SAE was 17,7%, with liver enzymes elevation being the most reported.

Conclusion: Gefitinib and erlotinib are effective and tolerable in the first-line treatment of advanced NSCLC in the real-world setting. Suboptimal subsequent-line therapies in this study cause shorter mOS than others.

Keywords: EGFR TKI, gefitinib, erlotinib, NSCLC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư có tần suất mắc bệnh và tử suất hàng đầu trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018, mỗi năm toàn thế giới có hơn 2 triệu người mới mắc (chiếm 11,6%) và hơn 1,7 triệu người tử vong (chiếm 18,4%). Tại Việt Nam, khoảng 23.667 trường hợp ung thư phổi mới được chẩn đoán (chiếm 15,4%) và khoảng 16.722 người tử vong trong cùng năm (chiếm 18,4%) [1]. Điều này cho thấy ung thư phổi là gánh nặng ung thư toàn cầu cũng như tại Việt Nam.

Khoảng 80% BN ung thư phổi chẩn đoán ở giai đoạn muộn, không thể chữa khỏi [2]. Điều trị giai đoạn muộn chủ yếu là điều trị toàn thân. Trước đây, điều trị ung thư phổi giai đoạn muộn (giai đoạn IIIB-IV hay tái phát, di căn) hoá trị toàn thân là phương pháp điều trị chủ yếu, giúp kéo dài thời gian sống

thêm và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân [3]. Tuy nhiên, thời gian sống thêm vẫn không quá 12 tháng [4].

Thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu mô (EGFR) được biết đến là một đích phân tử quan trọng trong điều trị UTPKTBN. Đột biến gen EGFR được chứng minh có vai trò trong sinh bệnh và dự báo đáp ứng điều trị với các thuốc ức chế thụ thể tyrosin kinase của EGFR. Các đột biến EGFR nhạy thuốc thường gặp nhất là đột biến mất đoạn trên exon 19 (Del19) (khoảng 45%) và đột biến điểm thay thế L858R (khoảng 40%). Tại Việt Nam, erlotinib đã được bắt đầu sử dụng từ năm 2009 trong điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn sau khi thất bại với hoá chất và năm 2011 bắt đầu sử dụng cho điều trị bước 1. Cho đến nay, thuốc ức chế tyrosin kinase (TKI) là điều trị bước 1 tiêu chuẩn trong UTPKTBN có đột biến EGFR nhạy thuốc [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và dung nạp của TKI thế hệ 1 trong điều trị bước 1 trên thực tế lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu mô tả loạt ca những BN ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn tiến xa (IIIB hoặc IV) có đột biến EGFR điều trị với gefitinib hoặc erlotinib từ 1/2016 đến 1/2018 tại BV Ung bướu TP.HCM.

Chọn bệnh: Chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn tiến xa, di căn: giai đoạn IIIB-IV (theo tiêu chuẩn của AJCC 2010) hoặc tái phát, di căn không thể phẫu thuật, xạ trị được; chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, có đột biến gen EGFR tại các exon 19 và 21; tuổi ≥ 18 ; chưa điều trị toàn thân trước đây với hoá chất, thuốc trúng đích khác; BN có thể được phối

hợp xạ trị để kiểm soát bệnh tại chỗ (di căn não, chèn ép tĩnh mạch chủ trên, giảm đau) và điều trị hỗ trợ giảm nhẹ khác (biphosphonate trong trường hợp di căn xương, các thuốc giảm đau, kháng viêm corticosteroid)

Loại trừ: Đột biến gen EGFR khác (không phải exon 19 và 21) hoặc đột biến exon 19 hoặc 21 kết hợp với đột biến khác bằng phương pháp PCR hoặc NGS; điều trị erlotinib hoặc gefitinib kết hợp với hoá chất; mắc ung thư thứ 2; bệnh án không ghi nhận đủ các thông tin cần thiết.

Thuốc EGFR-TKI dùng đường uống, cách xa bữa ăn theo khuyến cáo nhà sản xuất với gefitinib liều 250 mg/ngày, erlotinib liều 150mg/ngày. Khi có tác dụng ngoại ý nghiêm trọng, liều erlotinib giảm còn 100 mg/ngày. Ngưng sử dụng thuốc trong trường hợp tác dụng ngoại ý từ độ 2 trở lên theo CTCAE phiên bản lần 4.03.

Đánh giá đáp ứng khách quan theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 [6]. Khi bệnh tiến triển BN được hội chẩn thay đổi phác đồ điều trị. Theo dõi sống còn đến 30/8/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm BN nghiên cứu

Có 62 BN trong nghiên cứu, trong đó nữ 50%, tuổi nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 80 tuổi, trung vị 59 tuổi, trên 65 tuổi 30,6%, không hút thuốc 79%. Tình trạng hoạt động cơ thể theo ECOG: ECOG 0-1 87,1%, ECOG 2 12,9%. Giai đoạn IV 88,7%. IIIB 8,1%.

Hầu hết BN có triệu chứng lúc chẩn đoán (91,3%), số triệu chứng khởi phát trung bình trên mỗi BN là 1.51, di căn 1 cơ quan 66,1%, di căn trong lồng ngực (phổi, màng phổi)

thường gặp nhất (66,2%); xương là vị trí di căn ngoài lồng ngực thường gặp nhất (41,9%).

Bảng 1: Triệu chứng khởi bệnh

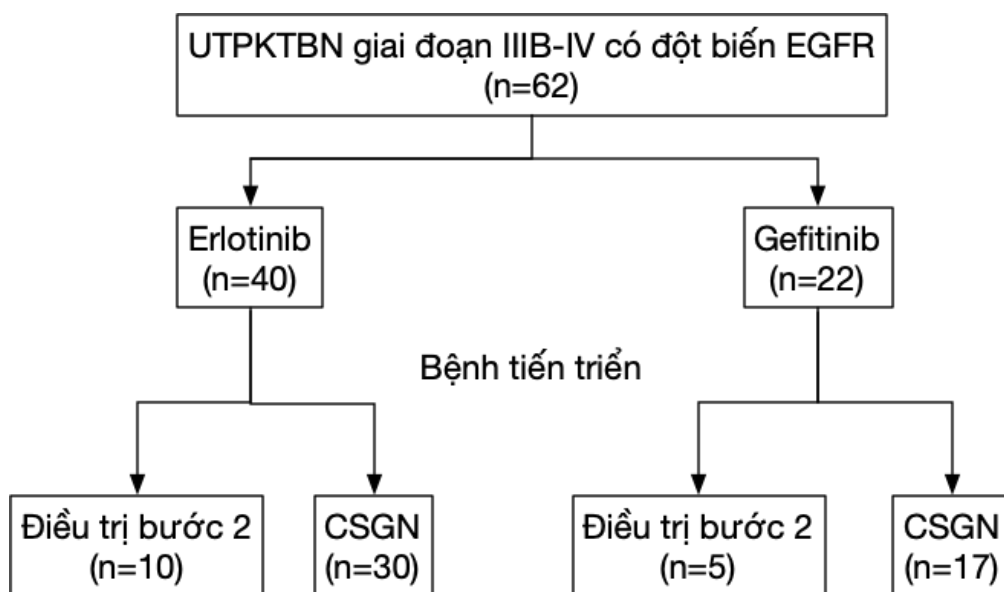
Triệu chứng	Tần suất (%)
Tình cờ (không triệu chứng)	6 (9,7)
Ho khan	24 (38,7)
Đau ngực	25 (40,3)
Khó thở	13 (21,0)
Hạch phì đại	16 (25,8)
Đau đầu	1 (1,6)
Đau xương	5 (8,1)
Khàn tiếng	3 (4,8)
Yếu 2 chi dưới	1 (1,6)
Ho ra máu	1 (1,6)
Sụt cân	5 (8,1)
Số triệu chứng trung bình/BN	1,51

Trung vị thời gian khởi phát đến lúc nhập viện là 2 tháng, 9,7% BN nhập viện trong vòng 1 tháng và 77,4% BN nhập viện trong vòng 3 tháng. Thời gian dài nhất từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện là 12 tháng.

Điều trị với gefitinib chiếm 32,2%; tỷ lệ đột biến EGFR Del19 chiếm 74,1%.

Trong số 62 BN điều trị TKI bước 1, 47 BN không điều trị bước 2 (75,8%). Có 25 BN được xét nghiệm đột biến T790M khi bệnh tiến triển bằng phương pháp sinh thiết lỏng, chiếm 40,3%, trong đó có 3 bệnh nhân có kết quả T790M dương tính, và 1 bệnh nhân điều trị với osimertinib bước 2. Điều trị bước 2 thường sử dụng nhất là phác đồ dựa trên platinum (86,7%), và 1 BN hóa trị đơn chất với vinorelbine (6,7%).

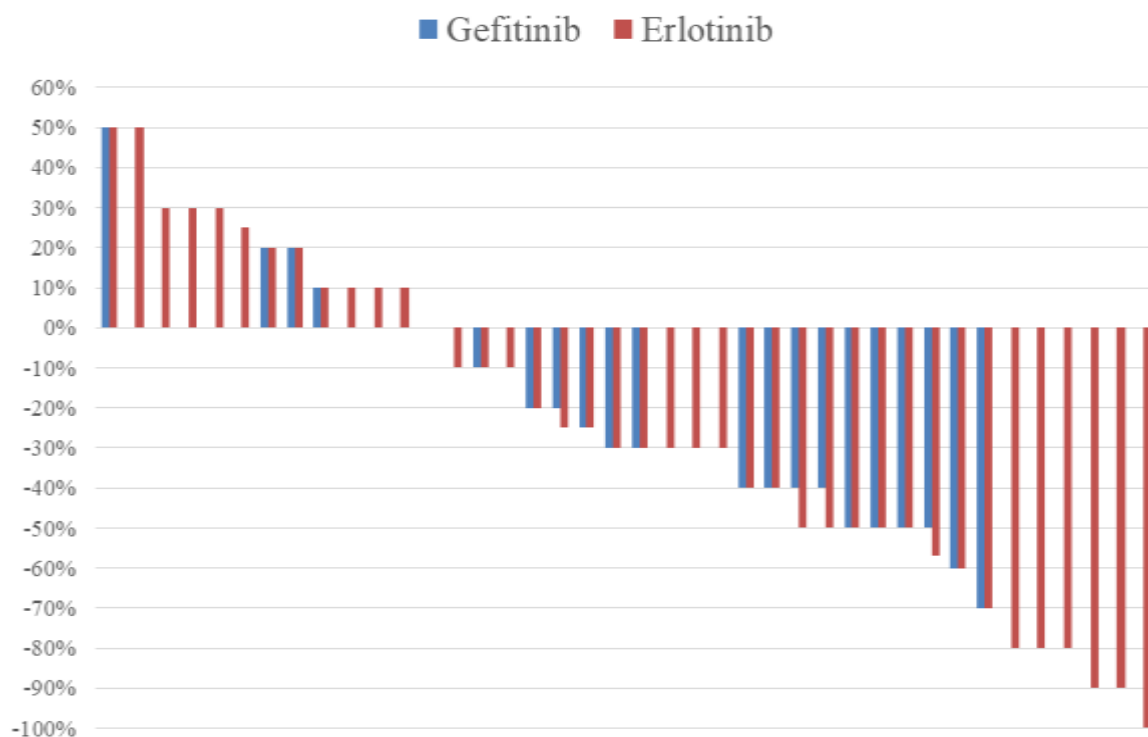
Thời gian theo dõi trung vị 28,8 tháng, trong đó có 6 trường hợp mất theo dõi.



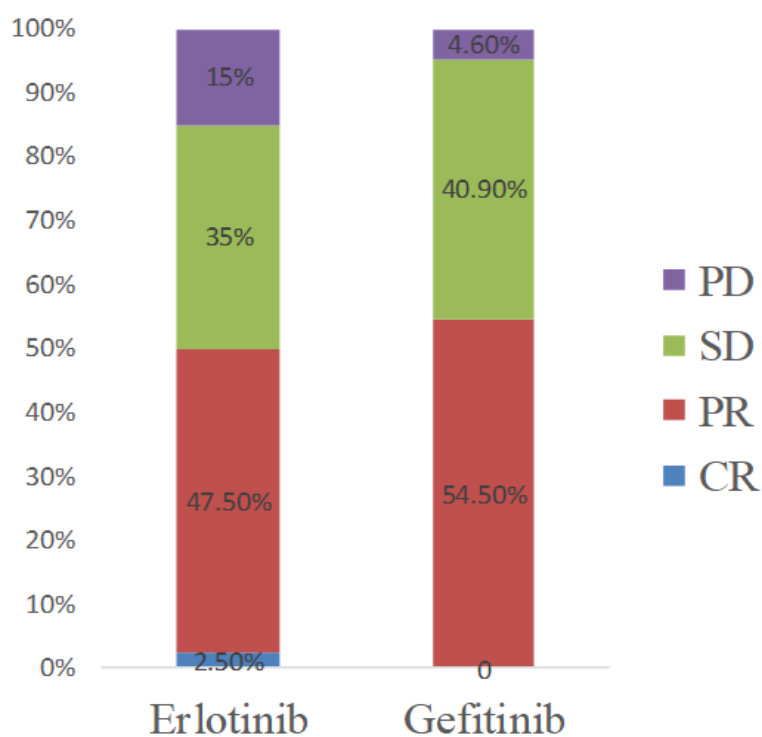
Hình 1: Phân nhóm điều trị theo thuốc nghiên cứu

Kết quả điều trị

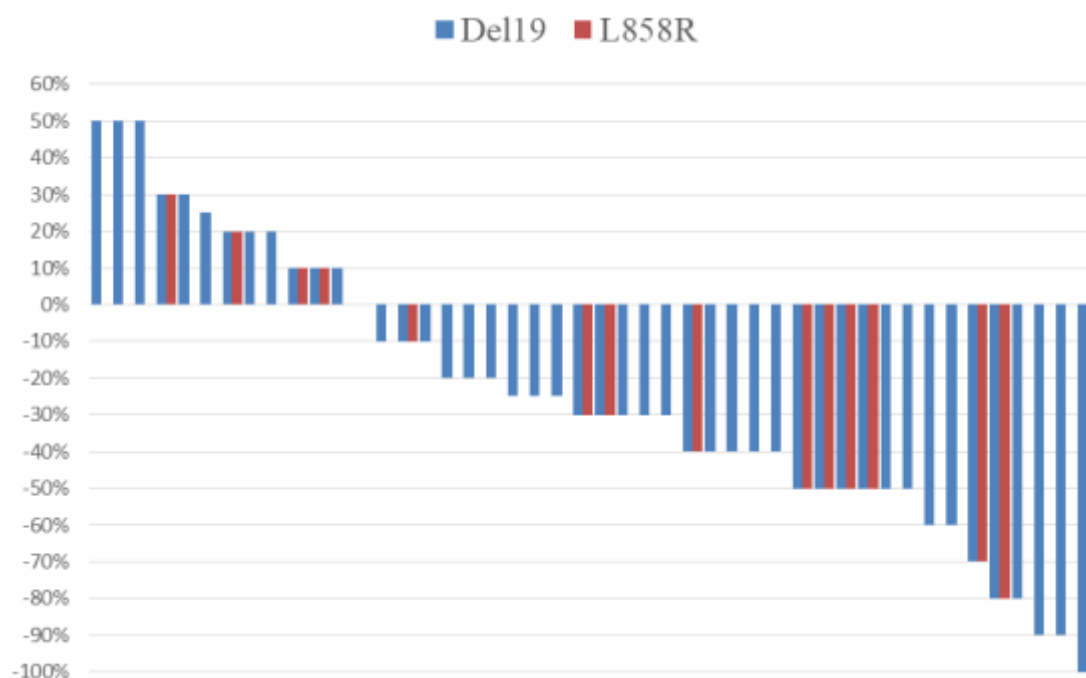
Đáp ứng khách quan



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đáp ứng tối đa trên CLVT



Biểu đồ 2: So sánh tỷ lệ đáp ứng erlotinib và gefitinib



Biểu đồ 3: Tỷ lệ đáp ứng điều trị tối đa trên CLVT theo loại đột biến

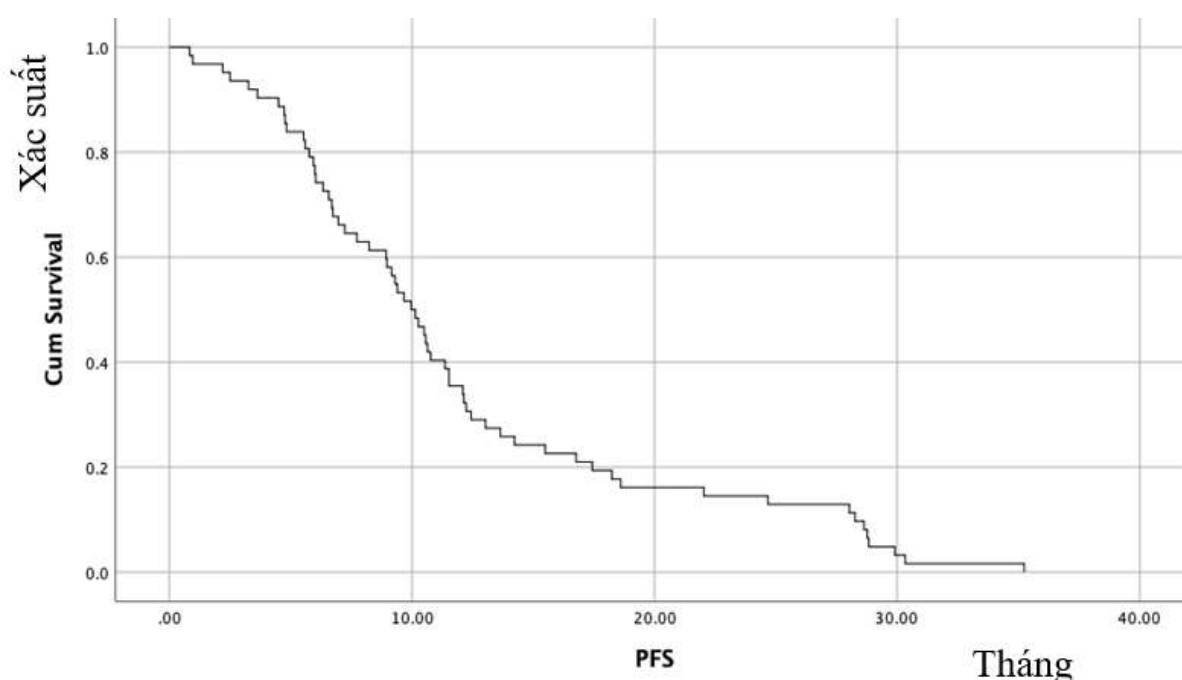
Trong nghiên cứu có 1 BN (1,6%) đạt đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần 31 BN (50%), bệnh ổn định 23 BN (37,1%). BN đáp ứng hoàn toàn ở nhóm điều trị với erlotinib có đột biến EGFR Del19.

Không có mối tương quan giữa tỷ lệ đáp ứng với giai đoạn bệnh ($p=0,80$), giới tính

($p=0,51$), tổng trạng ECOG ($p=0,07$). Hút thuốc có mối tương quan với đáp ứng điều trị ($p=0,03$).

Đánh giá sống còn

Thời gian sống còn bệnh không tiến triển (PFS)



Biểu đồ 4: Tỷ lệ sống còn không bệnh tiến triển

Thời gian sống không bệnh tiến triển trung vị (mPFS) là 9,97 tháng, dài nhất 35,23 tháng, ngắn nhất 0,83 tháng. Nhóm di căn não có PFS 8,3 tháng, di căn gan 7,8 tháng, di căn xương 10,5 tháng.

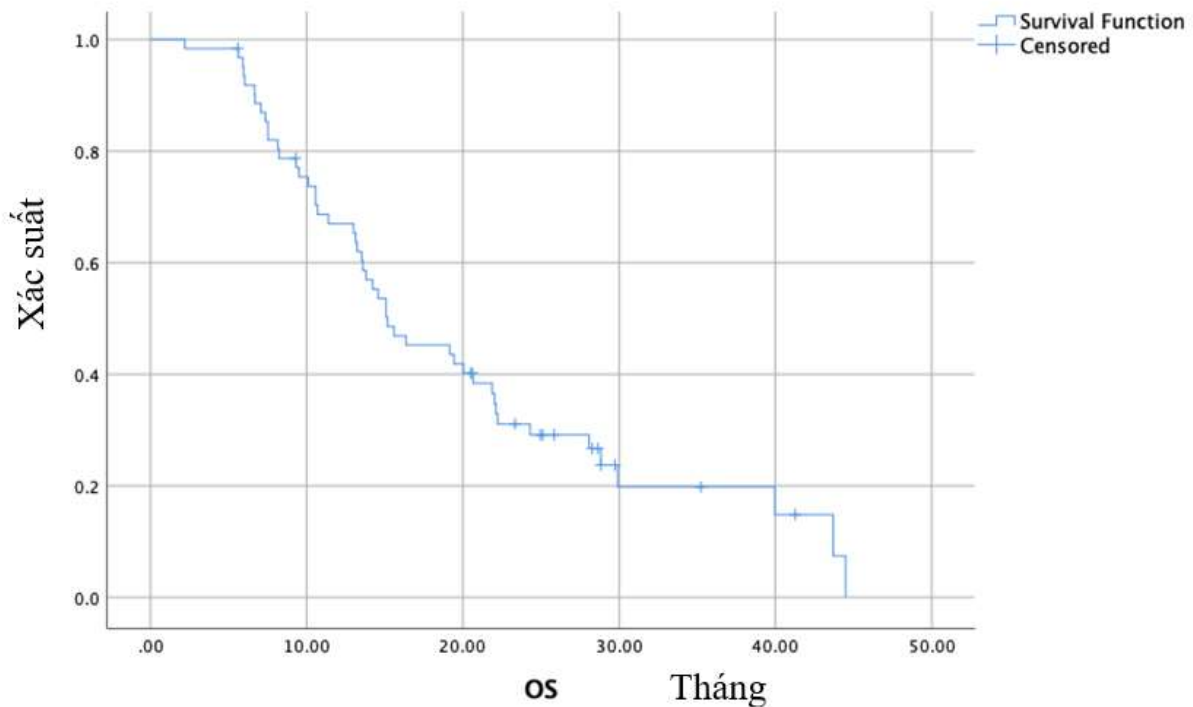
Nhóm điều trị gefitinib có PFS trung vị 10,26 tháng, erlotinib 9,4 tháng, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p=0,51$)

Nhóm đột biến EGFR Del19 có mPFS 9,67 tháng, đột biến L858R 9,97 tháng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p=0,77$)

Thời gian đến khi ngừng điều trị (TTD)

Trung vị thời gian đến khi ngừng điều trị (mTTD) là 11,43 tháng, dài nhất là 37,13 tháng và ngắn nhất là 0,83 tháng; mTTD nhóm erlotinib 10,63 tháng, nhóm gefitinib 12,83 tháng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p=0,29$); nhóm đột biến Del19 10,7 tháng, nhóm đột biến L858R 12,8 tháng, không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm ($p=0,69$).

Thời gian sống còn toàn bộ (OS)



Trung vị thời gian sống còn toàn bộ (mOS) là 15,1 tháng, thay đổi theo vị trí di căn: não 15,1 tháng, xương 19,4 tháng, gan 10,1 tháng.

Nhóm điều trị erlotinib có mOS 13,8 tháng, gefitinib 16,4 tháng, không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p=0,88$)

Nhóm đột biến EGFR Del 19 có mOS 15,2 tháng, đột biến L858R 14,2 tháng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p=0,59$)

Tác dụng ngoại ý

Bảng 2: Tác dụng ngoại ý nghiêm trọng

	Gefitinib n(%)	Erlotinib n(%)	Tổng n(%)
Giảm liều/ngưng điều trị	4 (18,2)	7 (17,5)	11 (17,7)
Không	18 (81,8)	33 (82,5)	51 (82,3)

Tỷ lệ tác dụng ngoại ý cần giảm liều/ngưng điều trị 17,7%, thường gặp nhất là tăng men gan 8,1%, ban da 1,6%, mệt mỏi 1,6%, viêm kết mạc mắt 1,6%, viêm móng 1,6%, viêm miệng 1,6%. Tăng men gan thường gặp hơn ở nhóm điều trị erlotinib (5%) so với gefitinib (13,6%)

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu

Nghiên cứu này bao gồm những BN di căn não và kháng thuốc tiên phát, là nhóm tiên lượng xấu và thường loại trừ trong các thử nghiệm lâm sàng của EGFR-TKI. Tỷ lệ điều trị erlotinib cao có thể một phần do

trong giai đoạn nghiên cứu 2016-2018, erlotinib là thuốc nằm trong chương trình hỗ trợ bệnh nhân ung thư.

Tính hiệu quả

Trong nghiên cứu có 1 BN (1,6%) đạt đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần 31 BN (50%), bệnh ổn định 23 BN (37,1%). Tỷ lệ đáp ứng của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả nước ngoài như Maemondo [7], Zhou [8] và Rosell [9], do nghiên cứu này chúng tôi không loại trừ những bệnh nhân kháng thuốc nguyên phát. Có 14 bệnh nhân (22,5%) có PFS ngắn hơn 6 tháng. Theo định nghĩa của Jackman [10], đây là những BN kháng EGFR TKI thế hệ thứ 1 tiên phát.

Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả của tác giả Yang [11]. Trong đó, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn chiếm 2%, gặp ở nhóm đột biến Del19. Đáp ứng một phần chiếm ưu thế ở cả 2 loại đột biến, chiếm 50% ở mỗi nhóm.

Khảo sát ở 33 BN đáp ứng điều trị, có 1 trường hợp đáp ứng hoàn toàn, có 6 trường hợp có mức độ đáp ứng $\geq 70\%$, chiếm 18%.

Trung vị PFS tương đồng với các nghiên cứu khác, trong khi OS ngắn hơn [7] [12] [9] [11]. Điều này phản ánh hiệu quả của thuốc EGFR-TKI trong điều trị bước 1, trong khi OS còn có thể bị ảnh hưởng bởi các điều trị sau. Chỉ có 24,2% bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bước 2, có 3 bệnh nhân có đột biến T790M thứ phát, nhưng chỉ có 1 BN được điều trị với osimertinib. Đa số các BN chỉ được hóa trị 1-2 chu kỳ platinum. Điều

này cho thấy những BN trong thực tế tại Việt Nam chưa được điều trị tối ưu.

Tính an toàn

Không có tác dụng phụ mới ghi nhận trong nghiên cứu này. Tỷ lệ tác dụng phụ nghiêm trọng cần giảm liều/ngưng thuốc tương đương với các nghiên cứu khác [7] [13] [8] [11]. Gefitinib có tác dụng tăng men gan nhiều hơn, trong khi erlotinib tác dụng phụ trên da niêm thường gặp hơn [11]. Ngưng thuốc TKI và điều trị triệu chứng giúp cải thiện tác dụng phụ trên lâm sàng. Không có trường hợp biến chứng nặng hoặc tử vong liên quan tác dụng phụ của thuốc.

Tính áp dụng

Hiện nay, mặc dù có nhiều thế hệ EGFR-TKI đã được khuyến cáo trong điều trị bước 1 ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR, đặc biệt thế hệ thứ 3 osimertinib đã chứng minh ưu thế vượt trội so với thế hệ 1, các thuốc thế hệ 1 vẫn là chọn lựa vẫn là chọn lựa hiệu quả và kinh tế trên lâm sàng.

Hạn chế nghiên cứu

Một số đáng kể BN ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa được theo dõi điều trị tại khoa mà không đủ dữ liệu nghiên cứu đã không được báo cáo, vì vậy các kết quả về hiệu quả điều trị có thể sẽ bị ảnh hưởng.

V. KẾT LUẬN

EGFR-TKI thế hệ 1 (gefitinib, erlotinib) hiệu quả và dung nạp tốt trong điều trị bước 1 ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR trên thực tế lâm sàng. Điều trị các

bước sau chưa tối ưu ảnh hưởng đến sống còn toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Globocan 2018. 2018 28/10/2020]; Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>.
2. **Âu Thị Nguyệt Diệu và cs.,** Đặc điểm giải phẫu bệnh – lâm sàng của ung thư phổi nguyên phát. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 1999.
3. **Schiller, J.H., et al.,** Comparison of Four Chemotherapy Regimens for Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002. 346(2): p. 92-98.
4. **Socinski, M.A., et al.,** Treatment of stage IV non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 2013. 143(5 Suppl): p. e341S-e368S.
5. **Bộ Y Tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. 2018.
6. **Eisenhauer, E.A., et al.,** New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*, 2009. 45(2): p. 228-47.
7. **Maemondo, M., et al.,** Gefitinib or chemotherapy for non-small-cell lung cancer with mutated EGFR. *N Engl J Med*, 2010. 362(25): p. 2380-8.
8. **Zhou, C., et al.,** Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol*, 2011. 12(8): p. 735-42.
9. **Rosell, R., et al.,** Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*, 2012. 13(3): p. 239-46.
10. **Jackman, D., et al.,** Clinical definition of acquired resistance to epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors in non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, 2010. 28(2): p. 357-60.
11. **Yang, Z., et al.,** Comparison of gefitinib, erlotinib and afatinib in non-small cell lung cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer*, 2017. 140(12): p. 2805-2819.
12. **Zhou, C., et al.,** Final overall survival results from a randomised, phase III study of erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment of EGFR mutation-positive advanced non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802). *Ann Oncol*, 2015. 26(9): p. 1877-1883.
13. **Mitsudomi, T., et al.,** Gefitinib versus cisplatin plus docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer harbouring mutations of the epidermal growth factor receptor (WJTOG3405): an open label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*, 2010. 11(2): p. 121-8.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH KHOEO DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Khánh Đức¹, Văn Hùng Dũng¹, Phạm Thanh Bình¹,
Lý Minh Tùng¹, Nguyễn Hoàng Huy¹

TÓM TẮT

Tổn thương động mạch khoeo rất hiếm và có tỷ lệ cắt cụt chi cao. Tổn thương động mạch khoeo (PAI) đang được điều trị bằng cả phương pháp nội mạch và mổ mở. Tuy nhiên, hiệu quả của điều trị nội mạch đối với tổn thương động mạch khoeo chưa được ghi nhận đầy đủ. Nghiên cứu này nhằm mục đích điều tra các kết quả ngắn hạn của can thiệp nội mạch và mổ mở điều trị tổn thương động mạch khoeo do chấn thương. Mục tiêu: (1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tổn thương động mạch khoeo do chấn thương. (2) Đánh giá kết quả sớm điều trị chấn thương động mạch khoeo do chấn thương bằng phương pháp phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca, từ tháng 08/2016 đến tháng 8/2021, tại BV Bình Dân. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương động mạch khoeo do chấn thương thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và được điều trị bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Kết quả: 44 bệnh nhân, tuổi trung bình là $36,25 \pm 13,5$; nam gấp đôi nữ. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất (84,1%). Lâm sàng thường gặp: Tụ máu, sưng vùng gần gối

(61,1%). Mất mạch ngoại biên (77,3%), gãy xương phối hợp chiếm tỉ lệ 54,5%. Có 23 trường hợp được can thiệp nội mạch, tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật là 60,9%. Có 30 trường hợp được can thiệp mổ mở, trong đó bao gồm 09 trường hợp can thiệp nội mạch thất bại chuyển mổ mở. Biến chứng: chảy máu sau mổ mở (6,8%), chèn ép khoang sau mổ (4,5 %), tắc mạch sau mổ – can thiệp (4,5%), đoạn chi (2,2%). Kết luận: Can thiệp nội mạch dường như là một cách tiếp cận khả thi đối với những bệnh nhân bị tổn thương động mạch khoeo do chấn thương, đặc biệt là trong trường hợp khẩn cấp. Can thiệp nội mạch có thể có hiệu quả trong ngắn hạn. Cần có các nghiên cứu sâu hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của can thiệp nội mạch đối với tổn thương động mạch khoeo do chấn thương.

Từ khóa: PAI (Popliteal Arterial Injuries), can thiệp nội mạch cho chấn thương động mạch khoeo.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND CLINICAL OUTCOME IN PATIENTS AFTER BLUNT POPLITEAL ARTERY INJURY IN BINH DAN HOSPITAL

Popliteal artery injuries are rare. They have high amputation rates. Popliteal artery injury (PAI) is being increasingly treated with an endovascular approach. However, the effectiveness of endovascular treatment for popliteal arterial injury has not been well-documented. This study was aimed to investigate

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Khánh Đức

SĐT: 0906559409

Email: bs.khanhduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

the short-term outcomes of endovascular repair and open repair of traumatic isolated popliteal arterial injury. Research objective: (1) Describe the clinical and laboratory features of traumatic popliteal artery injury. (2) evaluate the short-term outcomes of endovascular repair and open repair of traumatic isolated popliteal arterial injury. Material and method: This is a retrospectively descriptive study. All patients blunt popliteal arterial injuries, came to our hospital for endovascular repair or open repair from August 2016 to August 2021. Results: 44 patients, mean age was 36.25 ± 13.5 ; 29 (65,9 %) males and 15 (34,1%) females. Cause of traffic accident accounted for the highest rate (84.1%). Common clinical features: Hematoma, swelling near the knee (61.1%). Peripheral vascular loss (77.3%), combined fractures accounted for 54.5%. There were 23 case of endovascular intervention, the success rate of the procedure was 60.9% and 30 cases of open surgery, including 09 cases of endovascular intervention that failed. Complications: bleeding after open surgery (6.8%), compression of the space after surgery (4.5%), embolism after surgery - intervention (4.5%), amputation (2.2%). Conclusions: Endovascular repair seems to be a viable approach for patients with blunt popliteal arterial injuries, especially on an emergency basis. Endovascular repair may be effective in the short-term. Further studies are required to evaluate the long-term efficacy of endovascular repair.

Keywords: PAI (Popliteal Arterial Injuries), Endovascular intervention for popliteal artery injuries.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương mạch máu ngoại biên chiếm khoảng 4-6% trong tất cả các trường hợp chấn thương nghiêm trọng. Trong đó, chấn

thương động mạch khoeo chiếm 0,2% trong tất cả các chấn thương. Hiện nay việc chẩn đoán và xử trí tổn thương động mạch khoeo đã có những bước tiến bộ quan trọng. Siêu âm Doppler mạch máu, chụp cắt lớp vi tính động mạch giúp phát hiện sớm các tổn thương động mạch khi chưa có dấu hiệu lâm sàng điển hình. Nhiều kỹ thuật được ứng dụng trong phẫu thuật và mới hơn là can thiệp nội mạch đã mang lại hiệu quả đáng kể trong việc cứu tính mạng bệnh nhân, cứu chi và chức năng chi.

Can thiệp nội mạch trong chấn thương động mạch nói chung có những ưu điểm về mặt lý thuyết so với phương pháp phẫu thuật, bao gồm: thời gian thực hiện ngắn hơn, xâm lấn tối thiểu, thời gian phục hồi nhanh hơn, tỉ lệ tử vong tại bệnh viện thấp hơn và giảm nguy cơ làm tổn thương các cấu trúc lân cận quan trọng. Tuy nhiên, hiện tại thế giới vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về can thiệp nội mạch trong điều trị chấn thương động mạch khoeo. Hầu như chỉ có một số báo cáo ca bệnh và một vài nghiên cứu nhỏ về can thiệp nội mạch trong chấn thương động mạch khoeo, dù kết quả khá khả quan khi cho thấy tỉ lệ thành công của thủ thuật gần như đạt 100%, nhưng cần thêm nhiều nghiên cứu lớn hơn để đánh giá lại tỉ lệ thành công cũng như lợi ích lâu dài của can thiệp nội mạch trong chấn thương động mạch khoeo.

Mặc dù các công trình nghiên cứu về điều trị chấn thương động mạch khoeo khá nhiều trên thế giới, tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về chấn thương động mạch khoeo vẫn còn ít. Phần lớn thường được đề cập chung cùng chấn thương các động mạch ngoại biên khác và hầu hết các nghiên cứu

đều cho thấy tỉ lệ đoạn chi khá cao. Do đó, dựa trên tình hình điều trị chấn thương động mạch khoeo tại bệnh viện Bình Dân và phạm vi nghiên cứu dự kiến, để góp phần mô tả, chia sẻ kinh nghiệm trong việc điều trị chấn thương động mạch khoeo, bao gồm cả biện pháp phẫu thuật và đặc biệt là bằng can thiệp nội mạch, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị tổn thương động mạch khoeo do chấn thương” với mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tổn thương động mạch khoeo do chấn thương và Đánh giá kết quả sớm điều trị chấn thương động mạch khoeo do chấn thương bằng phương pháp phẫu thuật và can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương động mạch khoeo do chấn thương và được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2016 đến tháng 08/2021 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2021, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu hồ sơ, kết quả tái khám và kết quả siêu âm kiểm tra sau 30 ngày hậu phẫu cho 44 bệnh nhân tổn thương động mạch khoeo do chấn thương được điều trị bằng phẫu thuật và can thiệp nội mạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình: $36,25 \pm 13,5$. Tỉ lệ

Nam:Nữ = 1,9:1.

Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất (84,1%).

Lâm sàng: Tụ máu, sưng vùng gần gối (61,1%), mất mạch ngoại biên (77,3%), gãy xương phối hợp chiếm tỉ lệ 54,5%.

Đặc điểm cận lâm sàng

Dấu hiệu trên siêu âm: dấu hiệu giảm lưu lượng chiếm 15,6%, mất tín hiệu dòng chảy được ghi nhận ở 12 trường hợp chiếm tỉ lệ 84,4%.

Chụp CT mạch máu trước mổ được tiến hành trên 43 trường hợp, 100% đều ghi nhận có hình ảnh tắc nghẽn, cắt cụt.

Chiều dài tổn thương ghi nhận trên CTA từ 20 – 126mm, trung bình: $52,82 \pm 22,4$ mm.

Kết quả thực hiện

Phương can thiệp nội mạch:

Có 23 trường hợp được can thiệp nội mạch, tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật 60,9%, 09 trường hợp thất bại chuyển mổ mở.

Thủ thuật nong bóng được tiến hành trên 15 trường hợp can thiệp DSA (65,2%)

Đặt stent động mạch khoeo được tiến hành trên 14 trường hợp (60,8%)

Thời gian can thiệp trung bình: $47,7 \pm 4,6$ phút.

Thời gian nằm viện trung bình: $4,8 \pm 0,7$ ngày.

Phương pháp mổ mở

Tổng cộng: 30 trường hợp mổ mở, trong đó có: 21 trường hợp mổ hở ngay từ đầu, 09 trường hợp can thiệp DSA thất bại chuyển mổ hở.

Chiều dài tổn thương trung bình: $38,67 \pm 19,9$ mm, chiều dài tổn thương ngắn nhất: 15 mm, chiều dài tổn thương dài nhất: 100 mm

Phương pháp phục hồi lưu thông động mạch: nối động mạch tận tận 11 trường hợp chiếm 36,7%, ghép tĩnh mạch chiếm 19 trường hợp chiếm 55%.

Bảng 1: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Can thiệp	Mổ mở	p
Tổng số ca	14 (31,8%)	30 (61,4%)	
Số ca chảy máu		03 (6,8%)	0,307
Số ca chèn ép khoang		02 (4,5%)	0,46
Số ca tắc mạch		02 (4,5%)	0,46
Đoạn chi		01 (2,2%)	0,682

Kết quả sớm sau mổ:

Siêu âm sau phục hồi lưu thông mạch máu được thực hiện trên 44 trường hợp: 42 trường hợp cho kết quả lưu thông tốt (95,5%). 02 trường hợp mất tín hiệu dòng chảy trên siêu âm sau mổ (4,5%), 01 trường hợp mổ lại tái lưu thông mạch máu, 01 trường hợp đoạn chi thì hai.

Đánh giá tưới máu sau mổ có 01 trường hợp đánh giá tưới máu chi sau mổ kém, bệnh nhân bị đoạn chi thì hai.

Kết quả giữ được chi: 43 trường hợp, đoạn chi thì 2 có 01 trường hợp (2,2%).

Theo dõi tái khám:

Có 30 bệnh nhân tái khám, sớm nhất 2 tuần, trễ nhất 03 tháng.

01 bệnh nhân đoạn chi: mồm cụt lành tốt đi chân giả.

29 trường hợp giữ được chi: 23 đi bình thường, 02 tê chân.

IV. BÀN LUẬN

Can thiệp nội mạch

Tỉ lệ can thiệp nội mạch cho chấn thương động mạch ngoại vi ngày càng gia tăng với những kết quả đáng khích lệ dựa trên kinh nghiệm sớm. Tuy nhiên, kinh nghiệm về việc sửa chữa nội mạch đối với chấn thương do chấn thương động mạch khoeo vẫn còn hạn chế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp nội mạch được tiến hành trên 23 ca, thành công về mặt thủ thuật được ghi nhận trên 14 ca, 09 ca can thiệp còn lại chuyển mổ hở, tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật 60,9%, tỉ lệ này khá thấp nếu so với các nghiên cứu khác.

Bảng 2. Tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật

Nghiên cứu	Thành công về mặt thủ thuật (%)
Chuli Jiang [7]	100%
Shan Zhong [5]	100%
Mert Dumantepe [6]	100%
Hồ Khánh Đức	60,9 %

Bảng 3. Lí do chuyển mổ hở của các trường hợp can thiệp nội mạch thất bại

Lí do can thiệp chuyển mổ hở	Số trường hợp	Chỉ can thiệp xuôi chiều	Can thiệp xuôi và ngược chiều
Không đi guidewire qua được vị trí tổn thương	6	4	2
Tổn thương động mạch khoeo bị kẹt vào ổ gãy	2		2
Can thiệp bong bóng thất bại, huyết khối lấp ngả ba	1		2

Bàn luận về lí do giải thích cho tỉ lệ can thiệp thành công về mặt thủ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn những nghiên cứu trước đó, có những nguyên nhân sau đây:

- Trong giai đoạn đầu thực hiện can thiệp nội mạch cho chấn thương động mạch khoeo, không tránh khỏi những thiếu sót, cụ thể có 04 ca chỉ can thiệp xuôi chiều từ động mạch đùi chung không thực hiện can thiệp ngược chiều từ động mạch chày trước hoặc chày sau, đây là một trong những nguyên nhân khiến cho tỉ lệ can thiệp thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao, trong giai đoạn sau chúng tôi khi gặp khó khăn trong việc đi guidewire xuôi chiều, chúng tôi tiến hành can thiệp ngược chiều giúp cải thiện tỉ lệ đi guidewire qua được tổn thương.

- Trong quá trình thực hiện cũng ghi nhận, 01 trường hợp can thiệp thất bại do huyết khối lấp ngả ba trong quá trình bong bóng, việc lựa chọn chiều dài bóng không tương xứng với chiều dài đoạn huyết khối nên khiến cho quá trình bong bóng huyết khối bị ép dẹp trôi ra khỏi phạm vi chiều dài bóng làm thuyên tắc chỗ chia đôi động chày trước và thân chày mác. Kinh nghiệm rút ra để tránh trường hợp này nên cân nhắc chọn chiều dài bóng dài hơn kích thước huyết khối.

- Chiều dài tổn thương trung bình trong nhóm can thiệp nội mạch trong nghiên cứu của chúng tôi $49 \pm 16,5$ mm, chiều dài tổn

thương dài nhất 100mm, chiều dài tổn thương ngắn nhất 18mm, giai đoạn đầu chúng tôi có xu hướng chỉ định rộng ra cho chiều dài tổn thương lớn, cũng là một nguyên nhân làm tăng tỉ lệ can thiệp không thành công, trong khi một số khuyến cáo chỉ thực hiện cho chiều dài tổn thương <20 mm. Kết quả này có thể phần nào giải thích được cho tỉ lệ thất bại cao hơn của chúng tôi trong can thiệp nội mạch, cần thêm nhiều nghiên cứu cũng như kết hợp thêm nhiều khía cạnh để có thể đưa ra khuyến cáo về chiều dài tổn thương có chỉ định can thiệp nội mạch trong tổn thương động mạch khoeo do chấn thương.



Hình 1. Tổn thương động mạch khoeo bị kẹt vào ổ gãy

Nguồn: BN (STT 12), Bệnh viện Bình Dân

Cần lưu ý rằng, trong nghiên cứu này, xem xét những hạn chế của điều trị nội mạch trong việc giải quyết chấn thương đồng thời, những bệnh nhân bị tổn thương tĩnh mạch phối hợp, chấn thương thần kinh và chấn thương hở nhiễm trùng nặng, là những yếu tố nguy cơ của cắt cụt được báo cáo trong y văn, đã bị loại trừ để can thiệp nội mạch. Yếu tố này cũng có thể là một trong những lý do giải thích cho tỷ lệ giữ chi cao trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi đã quan sát thấy sự phục hồi nhanh chóng sau phẫu thuật sau khi điều trị nội mạch các vết thương động mạch khoeo do chấn thương. Thời gian nằm viện trung bình là $4,8 \pm 0,7$ ngày, ngắn hơn so với phẫu thuật mở với thời gian trung bình là $8,4 \pm 2,7$ ngày ($p=0,01$).

Chúng tôi không quan sát thấy các biến chứng liên quan đến thủ thuật và tử vong trong 30 ngày đầu sau can thiệp.

Mổ mở

Phục hồi lưu thông mạch máu

Trong nhóm các trường hợp mổ mở của chúng tôi có 36,7% trường hợp được nối động mạch, 63,3% ghép mạch, tất cả đều được ghép bằng tĩnh mạch hiển lớn của chi đối bên. Tỷ lệ đoạn chi thì hai trong nhóm ghép mạch, trong nghiên cứu của chúng tôi, là 3,3% và nhóm nối động mạch tận – tận là 0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,63$.

Tác giả khác cũng có tỷ lệ đoạn chi trong nhóm ghép mạch cao hơn so với nối mạch, nhưng không thấy sự liên quan với đoạn chi.

Phẫu thuật nối động mạch trực tiếp có kết quả tốt hơn so với phẫu thuật ghép mạch, tuy nhiên tỷ lệ đoạn chi cao trong nhóm ghép mạch không phải do kỹ thuật mà thường do mức độ nặng của tổn thương ở nhóm này.

Lấy huyết khối trong lòng động mạch

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương dập thành mạch chiếm 76,7% và đứt đôi động mạch khoeo chiếm đến 23,3%, cả hai hình thái tổn thương này đều có nguy cơ hình thành huyết khối tại chỗ, sau đó sẽ dẫn đến sự tạo thành huyết khối thứ phát, huyết khối thứ phát có thể liên tục hay không liên tục với huyết khối tại nơi tổn thương, huyết khối thứ phát không liên tục là một trong những nguy cơ gây nên thất bại sau phục hồi lưu thông động mạch [4].

Do đó, sau khi cắt lọc đoạn động mạch bị tổn thương, trước khi phục hồi lưu thông động mạch, phẫu thuật viên phải dùng ống thông Fogarty để lấy huyết khối đầu xa trong lòng động mạch, ngay cả ở những trường hợp có dòng máu phụt ngược từ đầu xa [4].

Chúng tôi tiến hành trường hợp lấy huyết khối bằng ống thông Fogarty trên cả 30 trường hợp, có 26 trường hợp có huyết khối, tỷ lệ 86,7 %. Vì chúng tôi tiến hành lấy huyết khối trên tất cả các trường hợp mổ mở, nên không kiểm định được sự khác biệt của tỉ lệ đoạn chi giữa nhóm có lấy huyết khối và nhóm không lấy huyết khối.

Tắc mạch sau mổ

Đây là biến chứng sớm nhất có thể gặp sau mổ, tắc động mạch sớm trong vòng 24-48 giờ nguyên nhân thường là do kỹ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường

hợp tắc mạch sau mổ, chiếm 4,5%, cả hai trường hợp đều nằm trong nhóm mổ mở, một trường hợp mổ lại phục hồi lưu thông động mạch, một trường hợp phải đoạn chi thì hai sau đó. Với sự tiến bộ của khoa học, đội ngũ phẫu thuật viên được rèn luyện nhiều hơn, kỹ thuật hoàn chỉnh hơn, chăm sóc theo dõi hậu phẫu tốt hơn, biến chứng tắc mạch và đoạn chi sau tắc mạch càng hiếm gặp hiện nay.

Sử dụng kháng đông sau mổ không phải là phương pháp tốt để ngăn ngừa tắc mạch, khi kỹ thuật khâu nối mạch máu không đảm bảo thì không có lượng thuốc kháng đông nào sau mổ đủ để ngăn tắc mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 bệnh nhân bị tắc mạch đều sử dụng kháng đông sau mổ.

Vì vậy để tránh hậu quả của biến chứng tắc mạch sau mổ, một số tác giả đã nhấn mạnh đến việc chụp động mạch kiểm tra ngay sau khi phục hồi lưu thông động mạch tại bàn mổ, đặc biệt là động mạch khoeo, phải luôn được tiến hành cho bệnh nhân [4].

Đoạn chi sau phục hồi lưu thông động mạch

Tỷ lệ đoạn chi thì hai trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,3%, tỷ lệ đoạn chi này thấp hơn khi so với các tác giả khác: Nguyễn Hoàng Bình trong 112 trường hợp chấn thương động mạch khoeo có tỷ lệ đoạn chi thì 2 là 12,4% [1]. Đặng Văn Dũng có 6,42% bị đoạn chi thì hai trong 78 trường hợp [2].

Trong các trường hợp đoạn chi thì hai:

Sau khi bệnh nhân được mổ mở phục hồi lưu thông động mạch, bệnh nhân tiếp tục hoại tử mô mềm, nhiễm trùng, trong đó có,

diễn tiến đến biến chứng suy thận cấp phải đoạn chi để cứu bệnh nhân.

Tổn thương động mạch đến muôn hay phát hiện muộn, đã xuất hiện hoại tử mô mềm, những cố gắng phẫu thuật giữ chi không hiệu quả, đôi khi gây tổn kém. Vì vậy, việc đánh giá tiên lượng giữ chi bệnh nhân trước mổ rất quan trọng, chỉ định mổ chọn lọc sẽ giúp tránh những trường hợp phục hồi động mạch không cần thiết, tuy nhiên trong những trường hợp đánh giá khó khăn, sau phục hồi động mạch, cần đánh giá, cắt lọc tích cực mô mềm hoại tử, nhiễm trùng trong mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bảo tồn chi trong nhóm can thiệp nội mạch là 100%, tỉ lệ đoạn chi trong nhóm mổ mở là 2,3%, không có sự khác biệt về tỉ lệ đoạn chi giữa nhóm can thiệp nội mạch và nhóm mổ mở với $P=0,682$.

Nghiên cứu của Butler và cộng sự trên 769 trường hợp chấn thương động mạch khoeo, cũng cho kết luận có sự gia tăng tỉ lệ đoạn chi trong nhóm mổ mở so với nhóm can thiệp nội mạch nhưng sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $P=0,196$ [3].

Nghiên cứu của Tze-Woei Tan và cộng sự trên 1388 bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo, với tỉ lệ đoạn chi trong nhóm mổ mở là 19,1% cao hơn tỉ lệ này trong nhóm can thiệp nội mạch (13,4%), tuy nhiên sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê $P=0,25$ [8].

V. KẾT LUẬN

Bên cạnh mổ mở, can thiệp nội mạch

đường như là một cách tiếp cận khả thi đối với những bệnh nhân bị tổn thương động mạch khoeo do chấn thương, đặc biệt là trong trường hợp khẩn cấp. Can thiệp nội mạch có thể có hiệu quả trong ngắn hạn. Cần có các nghiên cứu sâu hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của can thiệp nội mạch đối với tổn thương động mạch khoeo do chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bình**, Nghiên cứu yếu tố tiên lượng trong chấn thương động mạch khoeo, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Tp. Hồ Chí Minh, (2001), tr. 50
2. **Đặng Văn Dũng**, Nghiên cứu chẩn đoán sớm chấn thương động mạch khoeo, Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Tp Hồ Chí Minh, (2009), tr.61.
3. **William J Butler và các cộng sự**, "Outcomes for popliteal artery injury repair after discharge: A large-scale population-based analysis", Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 86(2), (2019), tr. 173-180.
4. **S Weimann và các cộng sự**, "Civilian popliteal artery trauma", The Journal of cardiovascular surgery. 28(2), (1987), tr. 145-151.
5. **Shan Zhong và các cộng sự**, "Endovascular repair of blunt popliteal arterial injuries", Korean journal of radiology. 17(5), (2016), tr. 789-796.
6. **Mert Dumantepe, Murat Okten và Hasan Karabulut**, "Endovascular Stent Graft Repair of Traumatic Popliteal Artery Injuries", European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 58(6), (2019), tr. e477.
7. **Chuli Jiang và các cộng sự**, "Four-year outcomes following endovascular repair in patients with traumatic isolated popliteal artery injuries", Journal of Vascular Surgery. 73(6), (2021), tr. 2064-2070.
8. **Tze-Woei Tan, Francesca D Armstrong và Wayne W Zhang**, "Review of surgical treatment of popliteal artery injury: outcomes of open vs endovascular repair", Vasc Dis Manag. 13(8), (2016), tr. E176-E182.

KẾT QUẢ SỚM HỦY U BẰNG VI SÓNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Võ Thiện Lai¹, Võ Văn Hùng¹, Hồ Trung Dũng¹,
Phạm Vinh Quang¹, Đậu Xuân Bình¹

TÓM TẮT

Mở đầu: UTBMTBG là ung thư phổ biến thứ bảy và gây tử vong thứ sáu trong các trường hợp tử vong do ung thư. Hủy u bằng vi sóng bước đầu được ứng dụng tại BV Bình Dân điều trị UTBMTBG. Đánh giá hiệu quả điều trị và sự an toàn của phương pháp hủy u bằng vi sóng (MWA) để điều trị UTBMTBG.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu thực hiện ở khoa Gan Mật Tụy Bệnh viện Bình Dân, 54 bệnh nhân UTBMTBG (63 u: đường kính trung bình $24,5 \pm 10,2\text{mm}$, 10mm - 50mm) được điều trị bằng MWA. Tỷ lệ hủy u hoàn toàn, tái phát tại chỗ, xuất hiện khối u mới trong gan, các yếu tố liên quan tái phát được ghi nhận.

Kết quả: Không có tai biến, biến chứng nặng. Hủy u hoàn toàn sau 1 lần đốt là 82,9%, sau 2 lần đốt là 91,7%. Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 9,5% trong 3 tháng và 14,46% sau 6 tháng. Các yếu tố: vị trí u khó, đường kính u trên 3cm, có sự liên quan có ý nghĩ thông kê với tái phát tại chỗ.

Kết luận: MWA an toàn và cho kết quả hủy u tại chỗ rất tốt

SUMMARY

EARLY RESULTS BY MICROWAVE ABLATION IN TREATMENT HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Background: Hepatocellular carcinoma is the seventh most common cancer and the sixth leading cause of death out of all cancer. Microwave ablation was initially applied at Binh Dan Hospital to treat HCC. Evaluation of the therapeutic effect and safety of microwave tumor ablation (MWA) for the treatment of HCC.

Methods: A retrospective study was performed at the Hepatobiliary and Pancreatic Department of Binh Dan Hospital, 54 patients with HCC (63 tumors: mean diameter $24.5 \pm 10.2\text{mm}$, 10mm - 50mm) were treated with MWA. The rate of complete tumor destruction, local recurrence, appearance of new tumors in the liver, the number of interventions per tumor were recorded.

Results: There were no serious complications. Technical effectiveness was achieved is 82.9% after the first MWA, and 91.7% after second MWA. The local recurrence rate was 9.5% at 3 months and 14.46% after 6 months. Factors: difficult tumor location, tumor diameter over 3cm, statistically significant association with local recurrence.

Conclusion: Medwave MWA is safe and efficient. This method showed the excelent locally detroying effectiveness on the treatment of HCCs.

¹ Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Trung Dũng

SĐT: 0937707988

Email: bshotrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), hay ung thư gan nguyên phát có tần suất mắc bệnh khá cao. Trên thế giới, UTBMTBG là loại ung thư được chẩn đoán đứng hàng thứ năm và là ung thư gây tử vong đứng hàng thứ hai ở nam giới trưởng thành, là loại ung thư phổ biến hàng thứ bảy và gây tử vong xếp hàng thứ sáu ở nữ. Bên cạnh phẫu thuật cắt gan và ghép gan, các phương pháp phá hủy khối u tại chỗ cũng được xem là phương pháp điều trị triệt để đối với các khối u kích thước nhỏ. MWA bước đầu được triển khai thí điểm tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 6 năm 2019 nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn trong thực tế ở Việt Nam. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định bệnh nhân điều trị bằng MWA.*
2. *Xác định hiệu quả của MWA qua tỷ lệ hủy u và tỷ lệ tái phát trong 6 tháng và các yếu tố liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh án có chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan, được điều trị MWA.

Tiêu chuẩn chọn u đưa vào nghiên cứu:

Tồn thương đơn u $\leq 5\text{cm}$ hoặc tối đa 3 khối u và khối u lớn nhất có kích thước $\leq 3\text{cm}$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Những hồ sơ bệnh án không có đủ thông tin của đợt điều trị, không tiếp cận được thông tin tái khám của BN, không có kết quả

MSCT đánh giá hủy u ở lần tái khám sau 1 tháng đầu.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh

Phương tiện nghiên cứu

Sử dụng máy The Solero Microwave Tissue Ablation: Là hệ thống MWA sử dụng tần số 2.45 Ghz với khả năng gây hoại tử u với đường kính lên đến 5cm chỉ trong 6 phút. Hệ thống có thể sử dụng kim với các độ dài thay đổi 14cm, 19cm, và 29 cm.

Tiến hành

Bệnh nhân được chẩn đoán theo hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ (AASLD) với chẩn đoán hình ảnh học động (CT hay MRI với chất tương phản) cho thấy hình ảnh sự tăng quang mạnh ở thì động mạch và sự thoát thuốc nhanh ở thì tĩnh mạch muộn. Những trường hợp không điển hình được chẩn đoán qua sinh thiết gan. Các nghiên cứu mới cho thấy AFP có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp trong tầm soát cũng như chẩn đoán UTBMTBG.

Bệnh nhân được nhịn ăn ít nhất 4 giờ trước thủ thuật. Bệnh nhân được an thần, tiền mê với Midazolam và Fentanyl. Thở oxy qua ống thông mũi hay mặt nạ. Sát khuẩn da tại chỗ. Siêu âm lựa chọn vị trí trên da để đi vào khối u. Gây tê dọc đường đi của kim. Dưới hướng dẫn của siêu âm, điện cực 15-G được đưa vào sang thương đích. Nguồn điện cung cấp được bắt đầu ở 60W, kích hoạt trong 2 phút. Một bơm nước nối với điện cực để đưa nước muối lạnh và vì thế duy trì được nhiệt độ điện cực.

Để đạt thành công tối đa và giảm thiểu nhiều nhất có thể sự tái phát u tại chỗ cần thiết có 1 vòng từ 0,5-1cm của nhu mô gan bình thường bao quanh khối u bị hủy. Sau khi hủy u, máy thực hiện 1 chu trình đốt lui kim với nhiệt độ thấp hơn khoảng 70-800C

để đảm bảo không gây gieo rắc tế bào và cầm máu. BN có nhiều khối u sẽ được thực hiện hủy từng u bằng vi sóng, và mỗi u có thể được đốt bằng một hay nhiều lần cho đến khi u được hủy hoàn toàn và tạo được vùng mô hoại tử từ 0,5 – 1cm quanh u.

Ghi nhận các triệu chứng trong quá trình đốt và hậu phẫu. Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 01 tháng để đánh giá kết quả điều trị qua phim MSCT có cản quang và xét nghiệm AFP. Nếu u hủy không hoàn toàn sẽ chỉ định MWA tăng cường.

U đáp ứng hoàn toàn với điều trị không hiện diện bất kỳ sự tăng quang nào trong thì động mạch thể hiện u còn sót tại vị trí đốt nhiệt trên film MSCT-scan bụng quy ước 1 tháng sau làm thủ thuật. U đáp ứng không

hoàn toàn là có sự tăng quang trong thì động mạch tại vùng u được đốt nhiệt trước đó trên film MSCT-scan bụng thể hiện u còn sót sau đốt nhiệt. U tái phát hay u tiến triển tại chỗ là khối u xuất hiện bên trong hay ngoại vi vị trí sang thương được đốt nhiệt trước đó trên phim CT bụng mà trước đó đã có bằng chứng u đáp ứng hoàn toàn sau lần đốt nhiệt đầu tiên trên phim CT. Sang thương mới là những khối u mới xuất hiện ở những vùng nhu mô gan tách biệt với phần gan đã được đốt nhiệt trước đó. U ổn định là khối u đáp ứng hoàn toàn sau điều trị với MWA và giữ nguyên tình trạng ổn định, không có hình ảnh u tái phát hay u tiến triển mới. Di căn xa là những khối u tái phát ở ngoài gan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Thông số	Giá trị	Ghi chú
Tuổi	60,9 ± 11,7	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Giới	42/12	Nam/Nữ
Bệnh căn	30/17/2/5	HBV/HCV/HBV+HCV/ Khác
ALT	50,1 ± 41,5	Trung bình ± độ lệch chuẩn
AST	55,1 ± 48,2	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Bilirubin	21,2 ± 17,8	Trung bình ± độ lệch chuẩn
PT	12,2 ± 1,1	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Child-Pugh	44/10	A/B
AFP	245,1 ± 468,9 17/21/7/9	Trung bình ± độ lệch chuẩn <10/10-200/200-400/>400

Số lượng bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu: 54 bệnh nhân

Bảng 2: Đặc điểm khối u

Thông số	Giá trị	Ghi chú
Kích thước (cm)	24,5 ± 10,2 33/18/12	Trung bình ± độ lệch chuẩn <20/20<u<30/30<u<50
Số lượng u	45/9	1u/2u
Vị trí	48/15	Gan P/Gan T
Gần cơ hoành	5	9,3% (tỉ lệ)
Gần TM cửa P	1	1,9% (tỉ lệ)
Gần dạ dày	1	1,9% (tỉ lệ)

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng trong khi làm MWA

Triệu chứng trong khi làm MWA	Tỉ lệ (%)
Đau HSP	68,5%
Khó thở	3,7%
Bứt rứt	31,5%
Triệu chứng sau khi làm MWA 1 ngày	
Đau HSP	53,7%
Đau vai phải	33,3%
Sốt	11,1%

Bảng 4: Biến chứng của MWA

Biến chứng sớm trong 30 ngày đầu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Tổn thương da	2	3,7%
Biến chứng muộn		
Cảm giác đau kéo dài	1	1,8%
Tổng số	3	5,5%

Bảng 5: Phá hủy u hoàn toàn sau MWA

Phá hủy u hoàn toàn	Số u được phá hủy hoàn toàn	Tỉ lệ
Sau 1 lần MWA	58/70	82,9%
Sau 2 lần MWA	11/12	91,7%

Bảng 6: Tái phát tại chỗ

Số u	Tỉ lệ	Thời gian tái phát tại chỗ (tháng)	Xử trí
6	9,52%	3	MWA
5	7,93%	6	MWA

Bảng 7: Xuất hiện u mới tại gan

Số u	Tỉ lệ	Thời gian xuất hiện u mới tại gan	Xử trí
7	11.1%	Sau lần đốt 1	MWA

Bảng 8: Liên quan giữa đường kính u và tái phát tại chỗ

Đường kính u	Tái phát tại chỗ(n=11)	Không tái phát tại chỗ(n=43)	P
Trung bình ± độ lệch chuẩn	31,3 ± 13,9	23,7 ± 8,9	0,03 (ttest)

Bảng 9: Liên quan giữa nồng độ AFP trước phẫu thuật và tái phát tại chỗ

AFP	Tái phát tại chỗ (n=11)	Không tái phát tại chỗ (n=43)	P
Trung bình ± độ lệch chuẩn	380,3 ± 657	210,6 ± 410,6	0,84 (Mann-Whitney U)

Bảng 10: Liên quan giữa chức năng gan theo Child Pugh và tái phát

	Tái phát tại chỗ (n=11)	Không tái phát tại chỗ (n=43)	OR (KTC 95%)	p
Child B	1	9	0,4 (0,04 – 3,6)	0,67 (Fisher)
Child A	10	34		

Bảng 11: Liên quan số lượng u và tái phát

	Tái phát tại chỗ (n=11)	Không tái phát tại chỗ (n=43)	P
Bệnh nhân có 1 u (n=45)	9	36	0,594 (Fisher)
Bệnh nhân có 2 u (n=9)	2	7	

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm khối u**

Trong 54 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, đa số các u nằm ở gan phải với 48 u (76,2 %); 15 u nằm ở gan trái (23,8%). Tần suất nhiều nhất là ở HPT VIII: 16 u (25,3%); 14 u HPT VI (22,2%); ít gặp hơn ở HPT IV, VII, V, II và ít nhất là HPT I với 1 u.

Giai đoạn bệnh

Đa số bệnh nhân có chức năng gan Child A, 44 trường hợp, chiếm 81,5%, 10 trường hợp Child B, chiếm 18,5% và không có trường hợp Child C nào. Hầu hết bệnh nhân được chỉ định MWA có ung thư ở giai đoạn rất sớm và giai đoạn sớm.

Triệu chứng lâm sàng trong khi MWA

Chúng tôi ghi nhận các triệu chứng trong quá trình thực hiện gồm đau HSP 68,5%, khó thở 3,7% và bứt rứt 31,5%. Các triệu chứng này được ghi nhận trong các trường hợp dùng mức năng lượng vi sóng cao, như trên 100w, hoặc thời gian đốt kéo dài trên 3 phút, những trường hợp u ở gần bề mặt gan hoặc gần các mạch máu lớn.

Triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Thời gian nằm viện hậu phẫu 1-2 ngày, trung bình $1,9 \pm 0,5$, lượng máu mất không đáng kể. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có các biến chứng nặng như của một cuộc phẫu thuật cắt u gan như: dò mật, bàng quang cần điều trị, dò động tĩnh mạch, tràn dịch màng phổi cần can thiệp, áp xe gan tại vị trí u bị đốt, đau kéo dài.... MWA cho thấy ưu thế vượt trội so với phẫu thuật cắt gan.

Trong mẫu nghiên cứu có 53,7% trường hợp có đau HSP ở ngày hậu phẫu 1. Có 33,3 % có triệu chứng đau ở vai phải, và 6 bệnh nhân có sốt khoảng 38 độ, đáp ứng với thuốc hạ sốt.

Biến chứng

Chúng tôi không ghi nhận các tai biến biến chứng nặng. Có 2 trường hợp bệnh nhân có bóng da tại vị trí đâm kim, chiếm tỷ lệ 3,7%. 1 Trường hợp bệnh nhân than phiền đau âm ỷ HSP sau MWA, chiếm 1,8%.

Biến chứng tràn dịch màng phổi sau can thiệp hủy u gan qua da có thường gặp trong trường hợp u nằm cao, gần cơ hoành. Các biến chứng bóng da thành bụng, và tụ máu bao gan liên quan đến kỹ thuật đốt lui kim.

Hủy u hoàn toàn

Hầu hết các nghiên cứu hiện nay đều đánh giá hiệu quả phá hủy sau 1 tháng làm MWA. Awad M.M. và cộng sự quan sát kích thước khối u sau đốt 14, 28 ngày nhận thấy khối u co nhỏ dần theo thời gian. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ sau đốt vi sóng: vùng phá hủy là vùng giảm đậm độ trên ở tất cả các thì chụp phim. Vùng giảm đậm độ này thường đồng nhất. Tuy nhiên, có thể xuất hiện vùng tăng sáng ngoại vi lành tính, có thể tồn tại đến 6 tháng sau đốt vi sóng. Vùng sáng đồng nhất bao quanh vùng đốt này thường dày 1-2 mm, cá biệt có thể đến 5 mm. Cần phân biệt với vùng phá hủy còn sót. Đây là vùng tăng sáng dạng nốt, rải rác ở ngoại vi.

Tỷ lệ u phá hủy hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 lần đốt là 82.9%. Tỷ

lệ u phá hủy hoàn toàn sau 2 lần đốt là 91,7%. Đặc điểm những u này có đường kính trung bình $2,37 \pm 0,89$ mm, dưới 3cm, mức AFP trung bình trước can thiệp $210,6 \pm 410,6$ ng/ml.

Tái phát tại chỗ

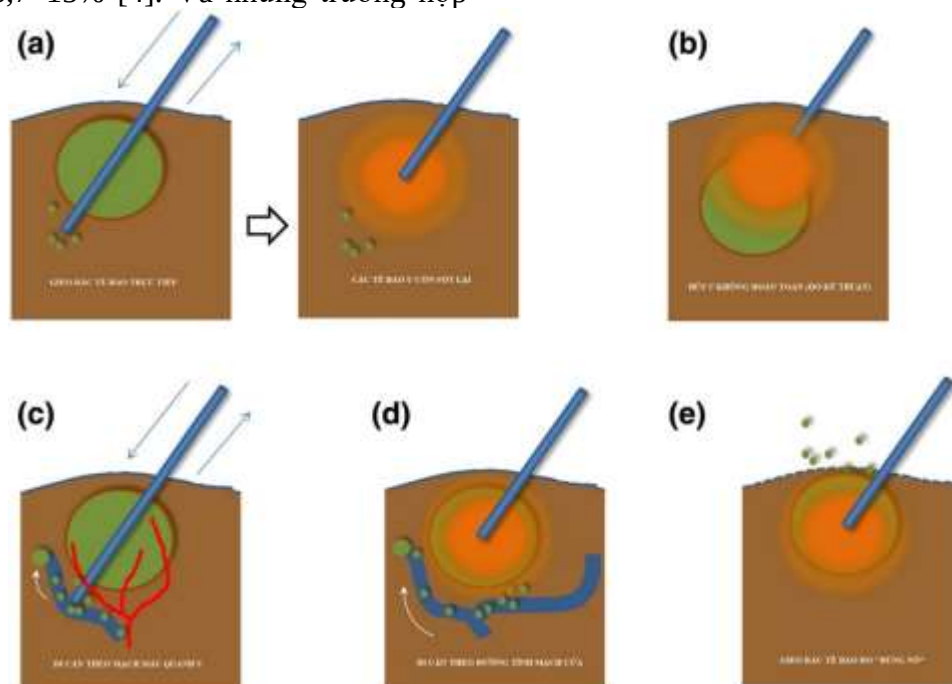
Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, trong 63 u được can thiệp MWA lần đầu có 11 u tái phát tại chỗ trong 6 tháng chiếm tỷ lệ 17,46%.

Huang Z. và cộng sự nghiên cứu sự tiến triển của khối u sau điều trị MWA trên 340 bệnh nhân với tổn thương đơn u ≤ 5 cm, thời gian theo dõi trung bình 25,6 tháng ghi nhận 4 hình thái tái phát sau MWA bao gồm: tái phát tại chỗ (LTP) 6,2% (21/340), tái phát xa trong gan (IDR) 29,1% (98/340), tái phát ngoài gan (EDR) 3,2% (11/340) và nhân mạnh hình thái u bùng phát tại cùng hạ phân thùy (AIR) 7,9% (27/340) thường xảy ra sau 1 thời gian can thiệp MWA. Tuy nhiên, sự xuất hiện của AIR vẫn tương đối hiếm, vào khoảng 3,7–15% [4]. Và những trường hợp

tái phát sớm sẽ dẫn đến tiên lượng kém hơn. Huang Z. kết luận: tuổi cao, bùng phát u mới trong cùng hạ phân thùy (AIR) và di căn xa ngoài gan là yếu tố tiên lượng xấu cho tiên lượng sống còn của bệnh nhân.

Chúng tôi dùng siêu âm hai chiều. Ưu điểm của đốt vi sóng dưới hướng dẫn siêu âm là có thể đưa kim vào khối u từ mọi vị trí, giá thành rẻ, quá trình đốt có thể quan sát với thời gian thật. MWA thực hiện với chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ ít phổ biến hơn.

Tuy vậy, trong quá trình phá hủy dưới hướng dẫn siêu âm, các vi bóng khí tạo thành từ hơi nước và các sản phẩm tế bào khác. Các vi bóng khí tạo thành đám mây phản âm dày tạm thời, bao phủ vùng đã phá hủy. Các đám mây khí hình thành trong quá trình đốt dẫn tới khó phân biệt vùng đã đốt và vùng chưa đốt, khó quan sát và thay đổi vị trí kim. Điều này góp phần làm tăng nguy cơ hủy u không hoàn toàn do lỗi kỹ thuật.



Hình 1: Các cơ chế gieo rắc tế bào dẫn đến tái phát sau hủy u bằng nhiệt

Xuất hiện u gan mới

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân phải hủy u lần 2 chiếm tỷ lệ 25,9%, gồm 7 u tái phát tại hạ phân thùy khác.

Các sang thương mới trong gan dường như không bị ảnh hưởng bởi biên độ hủy mô của MWA lần trước. Chúng tôi quan sát 1 trường hợp đường kính u 20 mm ở HPT IV, vị trí thuận lợi, với rìa hủy u tốt, vẫn ghi nhận một u mới ở HPT VII đường kính 18mm sau 3 tháng theo dõi. Một yếu tố nguy cơ quan trọng là sự di căn vi thể xung quanh khối u

Tái phát và đường kính u

Trung bình đường kính u của những trường hợp tái phát tại chỗ là $31,3 \pm 13,9$ mm; còn của những trường hợp không có tái phát là $23,7 \pm 8,9$ mm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$ với phép kiểm t).

Nghiên cứu của chúng tôi sau 2 lần đốt đạt tỷ lệ hủy u hoàn toàn trên 90%, tương tự các nghiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên tỷ lệ hủy u lần 1 thấp hơn vài nghiên cứu khác 82,9%. Lu M.D. và cộng sự nhận thấy điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có kích thước ≤ 3 cm bằng đốt vi sóng tỉ lệ phá hủy hoàn toàn đạt 98,6% cao hơn khi điều trị khối u > 3 cm, tỉ lệ này chỉ 83,3% ($P=0,01$).

Trong nghiên cứu này, đường kính u lớn nhất của chúng tôi là 5cm và đường kính trung bình các trường hợp ghi nhận tái phát là $3,13 \pm 1,39$ cm. Điều này cho thấy tỷ lệ 82,9% cũng tương đương các nghiên cứu có u gan > 3 cm trên thế giới.

Tái phát và nồng độ AFP trước can thiệp

Trung bình nồng độ AFP của những trường hợp tái phát tại chỗ là $380,3 \pm 657$ ng/ml; còn của những trường hợp không có tái phát là $210,6 \pm 410,6$ ng/ml.; có sự khác biệt trên lâm sàng. Nhưng không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,84$ với phép kiểm Mann-Whitney U).

Tái phát và Child- Pugh score

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ u tái phát tại chỗ giữa 2 phân nhóm child A (1 bệnh nhân tái phát trên tổng số 9 bệnh nhân) và child B (10 bệnh nhân tái phát trên tổng số 34 bệnh nhân) OR (KTC 95%) 0,4 (0,04 – 3,6) ($p=0,67$ với phép kiểm Fisher). Không có sự liên quan giữa phân loại Child-Pugh với tái phát.

Tái phát và số lượng u

Chúng tôi nghi ngờ những trường hợp bệnh nhân đốt 2 u trong một lần điều trị có thể dẫn đến nguy cơ tái phát. Do đâm kim nhiều lần, khí vào ổ bụng trong các lần đâm kim có thể dẫn đến xáo ảnh, dẫn đến đánh giá vị trí u kém hoặc xác định rìa đốt an toàn khó khăn. Chúng tôi khảo sát tương quan các trường hợp tái phát tại chỗ với số lượng u ghi nhận:

Tỉ lệ tái phát tại chỗ ở những bệnh nhân có 1 u là 20% (9/45). Tỉ lệ tái phát tại chỗ ở những bệnh nhân có 2 u là 28,6% (2/7).

Như vậy, việc can thiệp nhiều u trong 1 lần đốt không dẫn đến tỷ lệ tái phát cao hơn. Việc đốt nhiều khối u, lên đến 3 u trong 1 lần đốt là an toàn. Trong nghiên cứu này chúng tôi không có trường hợp nào đốt từ 3 u trở lên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 BN với 63 u được MWA, chúng tôi kết luận về đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của MWA như sau:

Mẫu nghiên cứu 63 u: đường kính trung bình $24,5 \pm 10,2$ mm, nhỏ nhất 10mm, lớn nhất 50mm.

Hủy u hoàn toàn sau 1 lần đốt là 82,9 %, sau 2 lần đốt là 91,7 %.

Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 9,5 % trong 3 tháng và 14,46 % sau 6 tháng.

Tỷ lệ tai biến biến chứng 5,5%..

Các yếu tố liên quan đến tái phát: vị trí u khó, đường kính u trên 3cm , có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với tái phát tại chỗ. Nồng độ AFP cao (trung bình $380,3 \pm 657$ ng/ml).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **An C., Cheng Z., Yu X. et al.** (2020), "Ultrasound-guided percutaneous microwave ablation of hepatocellular carcinoma in challenging locations: oncologic outcomes and advanced assistive technology, *International Journal of Hyperthermia*, 37:1, pp 89-100.
2. **Feng H., Yang C., Xu F.,** (2021), "Therapeutic efficacy of microwave coagulation versus liver resection for hepatocellular carcinoma within the Milan criteria: A propensity score matching analysis.", *European Journal of Surgical Oncology*.
3. **Han J. , Fan Y., Wang K.,** (2020), "Radiofrequency ablation versus microwave ablation for early stage hepatocellular carcinoma A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis.", *Medicine* ;99:43(e22703).
4. **Huang Z., Guo Z., Ni j., et al** (2021), "Four types of tumor progression after microwave ablation of single hepatocellular carcinoma of ≤ 5 cm: incidence, risk factors and clinical significance", *International Journal of Hyperthermia*, 38:1, 1164-1173, DOI: 10.1080/02656736.2021.1962548
5. **Imajo K., Ogawa Y., Yoneda M.** (2020), "A review of conventional and newer generation microwave ablation systems for hepatocellular carcinoma.", *Journal of Medical Ultrasonics* volume 47, pp 265–277.
6. **Soliman AF., Abouelkhair M.,** (2020), "Efficacy and Safety of Microwave Ablation (MWA) for Hepatocellular Carcinoma (HCC) in Difficult Anatomical Sites in Egyptian Patients with Liver Cirrhosis", *Asian Pac J Cancer Prev*, 20 (1), pp 295-301.

PHÌNH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN KHÔNG LỖ VỠ VÀO TĨNH MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN - TỔNG QUAN Y VĂN

Hồ Khánh Đức¹, Lý Minh Tùng¹,
Phạm Thanh Bình², Nguyễn Minh Trung¹

TÓM TẮT

Phình động mạch mạc treo tràng trên (Superior Mesenteric Artery – SMA) do thoái hoá hiếm gặp, chỉ chiếm 5,5% các phình động mạch tạng. Nguy cơ tử vong do huyết khối gây hoại tử ruột và vỡ phình lên đến 40%. Rò SMA vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên (Superior Mesenteric Vein – SMV) do vỡ phình SMA càng hiếm gặp hơn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp phình SMA to vỡ vào SMV chưa thấy ghi nhận trong y văn.

Bệnh nhân nữ 84 tuổi nhập viện cấp cứu vì đau bụng vùng quanh rốn. Khám lâm sàng phát hiện có khối u to cạnh rốn hơi lệch thượng vị bên phải, đập theo nhịp tim. MSCT phát hiện có phình SMA lớn d = 56x61x62mm, rò vào SMV, SMA đoạn xa tắc hoàn toàn do xơ vữa. Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu, mở túi phình, khâu cột các lỗ đổ vào của các nhánh bên và lỗ rò với SMV. Hậu phẫu 2, có đoạn hồi tràng 20cm bị hoại tử, mổ lại cắt đoạn hoại tử nối ruột tận tận. Bệnh nhân xuất viện không biến chứng. Kết quả giải phẫu bệnh vô túi phình là viêm mạn tính – xơ vữa.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Khánh Đức

SĐT: 0906559409

Email: bskhanhduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Phình SMA to và rò SMA-SMV kèm tắc hoàn toàn SMA là những bệnh cực kỳ hiếm gặp và xử lý khó. Hiện tại vẫn chưa có phác đồ thống nhất về chỉ định theo dõi và điều trị. Chúng tôi gặp một trường hợp với đầy đủ các chẩn đoán trên và đã điều trị thành công. Chúng tôi báo cáo trường hợp đặc biệt này và tham khảo y văn thế giới về các trường hợp bệnh cũng như chỉ định điều trị.

SUMMARY

RUPTURE OF A GIANT SUPERIOR MESENTERIC ARTERY ANEURYSM INTO A SUPERIOR MESENTERIC VEIN – LITERATURE REVIEW

Superior mesenteric artery aneurysm (SMAa) are a rare clinical finding and account for 5.5% of all visceral artery aneurysm. They are associated with a high risk of thrombosis and rupture, as well as high morbidity and mortality (up to 40%). Superior mesenteric arteriovenous is also a rare vascular disorder that is easily misdiagnosed. Until now, no specific protocol for management of these patients was followed.

We present a case of a 84 year old female who presented with acute abdominal pain and a pulsatile palpable mass in the right epigastric and peri-umbilical region without other signs or symptoms. A CTA of the abdomen was obtained that revealed a 56x61x62mm aneurysm of SMA. Moreover, this CTA demonstrated the early filling and the huge of the SMV reflected the

SMA-SMV fistular and an obstruction of SMA segment far away from aneurysmal sac. Emergent transperitoneal laparotomy was performed and a giant aneurysm of SMA was excised successfully without arterial reconstruction. The second post-operative day, the patient presented a bowel ischemia signs and needed a 20cm of ileum resection. She had an uneventful recovery. Pathological examination of the surgical specimen revealed degenerative changes in the arterial wall.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch mạc treo tràng trên (Superior Mesenteric Artery – SMA) do thoái hoá khá hiếm gặp, chỉ chiếm 5,5% các phình tạng, nhưng nguy hiểm do nguy cơ bị huyết khối gây thiếu máu nuôi ruột hay vỡ túi phình có thể xảy ra với tỷ lệ tử vong lên đến 40%[11]. Tỷ lệ huyết khối và vỡ túi phình được báo cáo với các số liệu khác nhau bởi nhiều tác giả, do đa số là các báo cáo trường hợp bệnh. Một số tác giả cho rằng nguy cơ vỡ túi phình SMA là hoàn toàn thấp. Bệnh còn hiếm gặp, nhưng ngày nay, nhờ vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp ổ bụng..., tần suất phát hiện bệnh trở nên nhiều hơn[11],[6]. Vì phình SMA ngày càng được phát hiện nhiều hơn, nên một vấn đề quan trọng còn bàn cãi được nêu ra là “lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu?”

Rò SMA vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên (Superior Mesenteric Vein – SMV) là một bất thường mạch máu rất hiếm gặp và rất dễ bị bỏ sót[12]. Nguyên nhân thường là hậu quả của tổn thương SMA sau vết thương

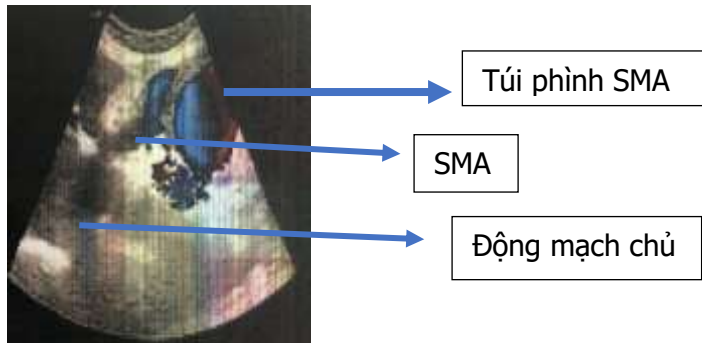
thấu bụng hay sau phẫu thuật cắt nối ruột, khi cột túm mạch máu mạc treo mà không xác định được vị trí chảy máu. Kể từ khi Movitz báo cáo trường hợp đầu tiên năm 1960, chỉ một vài bài báo cáo được đăng trên thế giới. Rò có thể bẩm sinh hay mắc phải. Rò ĐM – TM tạng thường gặp ở ĐM lách hay gan hơn là mạc treo[12]. Chỉ có những báo cáo riêng lẻ về rò sau vết thương bụng và rò thứ phát hình thành sau vỡ túi phình SMA vào TM mạc treo kế cận, tuy nhiên rất hiếm[1].

Nguyên nhân rò do vỡ túi phình SMA vào SMV cực kỳ hiếm gặp. Vì vậy, chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cấp cứu với chẩn đoán trước mổ là phình SMA lớn, tắc đoạn sau phình, vỡ và tạo rò vào SMV. Trường hợp bệnh này chưa thấy được ghi nhận trong y văn thế giới và Việt Nam.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 84 tuổi nhập viện cấp cứu bệnh viện Bình Dân với triệu chứng đau bụng 2 ngày, không kèm theo các triệu chứng của rối loạn tiêu hoá. BN tỉnh, tiếp xúc tốt, thể trạng tốt, không sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định. Mạch: 96 lần/phút, nhiệt độ: 36 độ C, huyết áp 180/60 mmHg, nhịp thở 17 lần/phút, cân nặng 47 kg, cao 155cm. Khám lâm sàng có khối u cạnh rốn, hơi lệch thượng vị bên phải, đập theo nhịp tim.

Siêu âm mạch máu ban đầu cho thấy có khối phình nằm ở vùng thượng vị phía sau dưới vùng thân tụy, kích thước 52x54mm, phổ ĐM, khả năng xuất phát từ SMA.

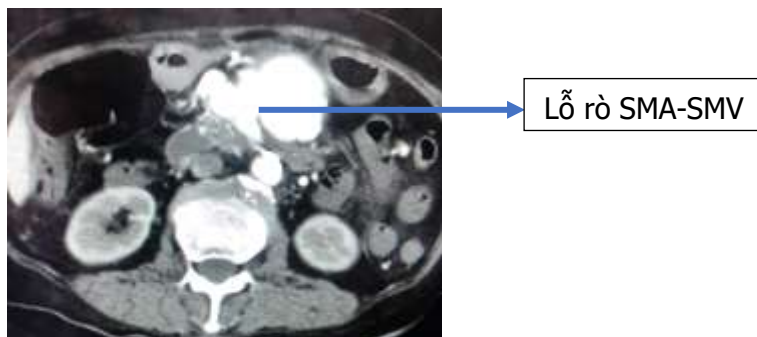
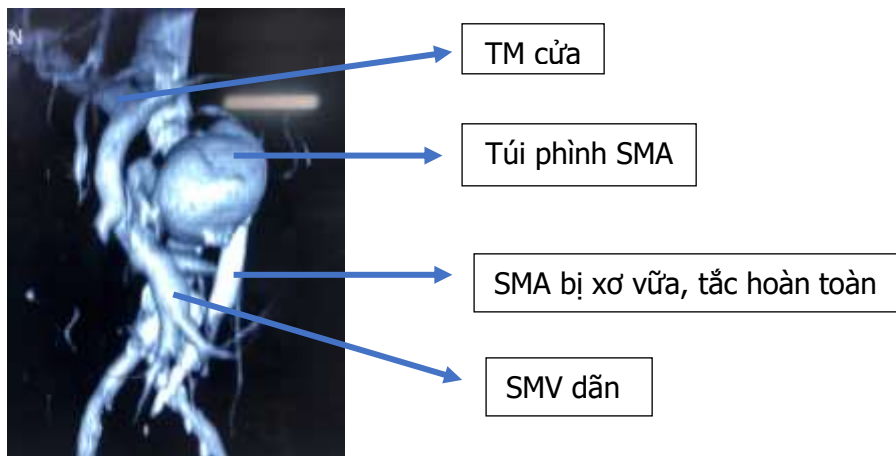


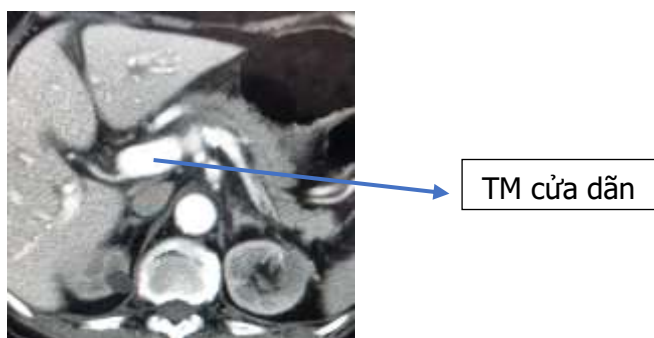
Hình 1: Siêu âm mạch máu ổ bụng

Nguồn: Bệnh viện Bình Dân

BN được cho chụp MSCT mạch máu ổ bụng, hình ảnh cho thấy túi phình SMA lớn $d = 56 \times 61 \times 62 \text{ mm}$, thành xơ vữa, có huyết khối thành, có tách vách, có hình ảnh bắt thuốc cản quang SMV và TM cửa sớm ở thì động mạch. SMV và TM cửa dẫn lớn $d = 16 \text{ mm}$.

Chẩn đoán là rò túi phình SMA vào SMV. Ngoài ra còn cho thấy SMA sau phình bị xơ vữa và tắc hoàn toàn, không thấy hình ảnh thiếu máu nuôi ruột. Ngoài ra có phình khu trú ĐM thân tạng $d = 17 \text{ mm}$, có xơ vữa thành túi phình.

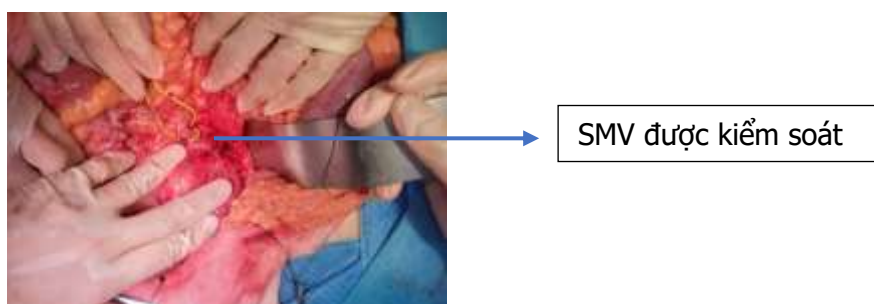
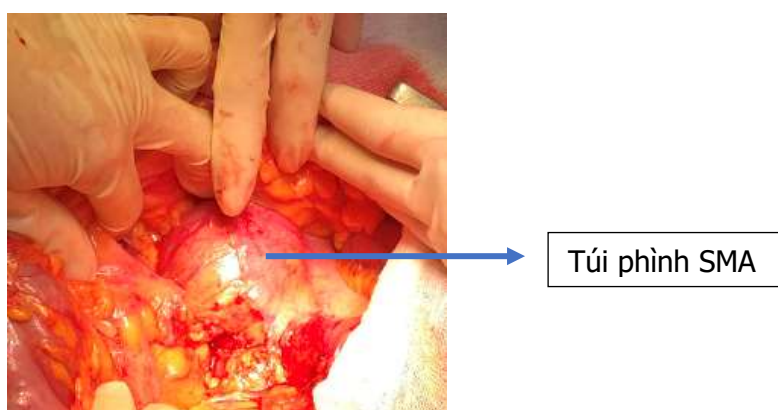




Hình 2: MSCT mạch máu ổ bụng

Nguồn: Bệnh viện Bình Dân

BN được tiến hành mổ cấp cứu. Mê nội khí quản, mở đường giữa bụng trên và dưới rốn vào ổ bụng, túi phình SMA to $d=6\text{cm}$ giống phình ĐMC bụng dưới thận, cách gốc mạc treo 3 cm. SMV dẫn to, sờ thấy có rung miu ngay vị trí SMV dính vào túi phình SMA. Phẫu tích đoạn trên và đoạn dưới chỗ dính vào túi phình SMA của SMV.



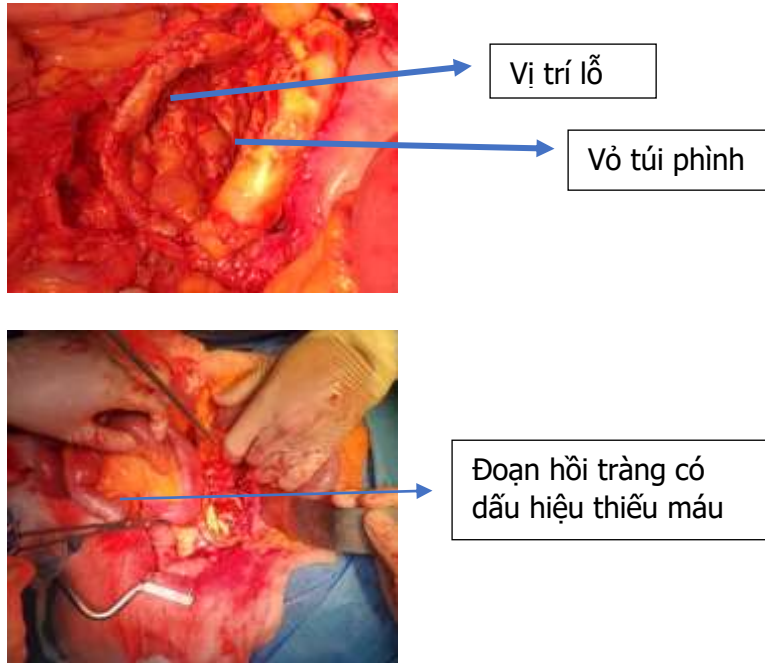
Hình 3: Túi phình SMA to trên lâm sàng

Nguồn: Bệnh viện Bình Dân

Vì đoạn SMA sau phình bị xơ vữa và tắc hoàn toàn nên chúng tôi quyết định không tái tạo SMA. Sau khi kiểm soát cổ túi phình, SMV, chúng tôi mở túi phình. Dòng trào

ngược từ các lỗ phân nhánh của SMA phụt mạnh. Các lỗ này được khâu kín bởi prolene 5.0. Sau khi xác định đúng lỗ rò từ túi phình SMA vào SMV, chúng tôi khâu kín lỗ rò này

từ thành trong của túi phình cũng bằng prolene 5.0 mà không tách rời TM. Sau khâu SMV không chảy máu và không hẹp.



Hình 4: Lỗ rò từ túi phình SMA vào SMV

Nguồn: Bệnh viện Bình Dân

Ban đầu thấy một đoạn hồi tràng màu sắc hơi tái, nghi ngờ có hiện tượng thiếu máu nuôi ruột. Tuy nhiên, sau 30 phút đoạn ruột này hồng hào lại. Ngoài ra, chúng tôi thấy dòng phụt ngược từ các nhánh về túi phình khi mở phình rất tốt, nghĩa là bàng hệ của cung Riolan từ mạc treo tràng dưới tốt. Do đó chúng tôi quyết định không cắt nối ruột, đóng bụng và dẫn lưu vùng hông lưng trái gần sát vỏ túi phình. Hậu phẫu ngày 2, mạch nhanh > 100 lần/phút, huyết áp tụt, dẫn lưu ổ bụng có khoảng 50 ml máu đỏ bầm. Chẩn đoán là hoại tử ruột sau mổ. BN được mở bụng lại. Một đoạn hồi tràng khoảng 20 cm cách gốc hồi manh tràng khoảng 20cm bị hoại tử thủng.



Hình 5: Đoạn hồi tràng bị hoại tử

Nguồn: Bệnh viện Bình Dân

Chúng tôi cắt đoạn ruột này, nối tận tận. Hậu phẫu ổn định và BN xuất viện sau 10

ngày, không có biến chứng. Tái khám sau một tháng không ghi nhận bất thường.

III. BÀN LUẬN

Phình động mạch (ĐM) tạng hiếm gặp trong thực hành lâm sàng, với tần suất từ 0,1 – 2%. Phình ĐM lách và gan chiếm phần lớn trong số này (60% và 20%)[6]. Mặc dù phình SMA chỉ có 5,5% nhưng quan trọng vì tỉ lệ vỡ và tử vong cao (lên đến 40%)[6], [11]. Do tần suất hiếm gặp nên những báo cáo với số liệu lớn không được ghi nhận trong y văn. DeBakey và Cooley mô tả ca phẫu thuật đầu tiên cắt thành công túi phình SMA do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng mà không tái lập lưu thông trên BN nữ trẻ tuổi năm 1953[6]. Nhiều tác giả cố gắng xác định tần suất nguy cơ khả năng vỡ phình, nhưng do bệnh hiếm gặp, với số lượng BN ít nên số liệu về nguy cơ vỡ còn khó xác định. Trong một nghiên cứu hồi cứu của Stone tại một số trung tâm y khoa lớn của Mỹ như Mayo clinic Rochester, Mayo clinic Jacksonwill và Mayo clinic Scottsdale từ 1980 đến 1998, có 306 BN với chẩn đoán là phình thật các ĐM tạng, trong đó chỉ có 21 (7%) được xác nhận là phình SMA. Trong đó, tỷ lệ phình vỡ là 38% (8/21) và tử vong trong số vỡ là 50%. Tuy nhiên, Stone cho rằng tỷ lệ vỡ và tử vong có thể cao hơn do số liệu của ông chủ yếu lấy từ những BN được nhập viện điều trị khi túi phình chưa vỡ[11].

Trong y văn, nguyên nhân nhiễm trùng chiếm phần lớn các trường hợp phình SMA, có báo cáo lên đến 63%, và phần lớn gây ra bởi Non-hemolytic Streptococci, mặc dù có nhiều chủng vi khuẩn khác đã được xác lập[6]. Ngày nay, phần lớn nguyên nhân của phình SMA là do xơ vữa. Số liệu từ Mayo Clinic cho thấy chỉ có 5% túi phình do nhiễm trùng, trong khi đó có 62% phình SMA với

hoá[6], [11]. Những báo cáo mới đây cũng đã khẳng định điều đó. Các nguyên nhân khác cũng đã được đề cập bao gồm bệnh mạch máu collagen, viêm động mạch, chấn thương và loạn sản động mạch, dù với số lượng báo cáo ít[6]. Nghiên cứu của Stone từ 1980 đến 1998 trong 3 trung tâm lớn tại Mỹ cho thấy chỉ có 5% (1/21 BN) được xác định nguyên nhân nguyên phát là do nhiễm Streptococcus. Các nguyên bệnh sinh khác trong nghiên cứu của Stone được xác định là xơ vữa (10%), loạn sản dạng nang lớp áo giữa (10%), rối loạn lớp collagen thành mạch (10%) hoặc viêm động mạch dạng nút (10%). Ngoài ra, các trường hợp còn lại không xác định được yếu tố bệnh sinh[11]. Báo cáo của ông cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu đương thời. Theo Stone, do nhiều yếu tố nguyên bệnh sinh khác nhau được phát hiện, làm cho các báo cáo về tần suất nguy cơ tử vong của nhiều tác giả có sự khác nhau rõ rệt[11]. Sự khác nhau trong các báo cáo về nguy cơ vỡ phình làm quyết định can thiệp ngoại khoa đôi khi khó xác định. Nguyên nhân xơ vữa được cho là yếu tố bệnh sinh gặp nhiều nhất trong các báo cáo gần nhất. Tuy nhiên, nhiều tác giả lại cho rằng xơ vữa được tìm thấy này chỉ là tiến trình thứ phát diễn ra trong túi phình. Một giả thuyết được đưa ra giải thích là do sử dụng thuốc kháng sinh rộng rãi trên thế giới nên có thể phòng ngừa được các nguyên nhân nhiễm trùng gây ra phình SMA. Mặc dù đã giảm 50% các trường hợp nhiễm trùng được mô tả trong y văn, SMA vẫn còn là ĐM tạng bị nhiễm trùng nhiều nhất[9],[6].

Về giới tính, so với các phình ĐM khác, cả hai phái nam và nữ bị phình SMA như nhau, mặc dù có báo cáo cho thấy nam có nguy cơ bị bể túi phình cao hơn. Nghiên cứu của Stone cho thấy nam nhiều hơn nữ, 67%

là nam và 33% là nữ với 88% trường hợp phình vỡ là nam. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,8% (từ 20 -81 tuổi)[9]. Không có độ tuổi điển hình cho thời điểm khởi phát của các túi phình SMA, mà nó phụ thuộc vào nguyên nhân khởi phát của bệnh. Phần lớn các BN bị túi phình nhiễm trùng thường là ở độ tuổi trẻ hơn 50, và những BN bị phình do xơ vữa thường là ở độ tuổi 70 - 80 . Thực tế là bệnh có thể xuất hiện ở tất cả các độ tuổi khi y văn ghi nhận có BN 9 tuổi có hội chứng Ehlers - Danlos bị phình SMA[4]. Trường hợp của chúng tôi được xác định sau phẫu thuật khi gọi thành túi phình làm giải phẫu bệnh là xơ vữa thành mạch, phù hợp với BN tuổi 84.

Vào thập niên 50-60, >90% BN có triệu chứng. Phần lớn các trường hợp có biểu hiện với sốt, đau bụng vùng thượng vị hoặc quanh rốn, khám bụng phát hiện có khối u bụng đập theo nhịp tim và có dấu hiệu nhiễm trùng như là một yếu tố nguyên nhân để chẩn đoán bệnh. Phình nhiễm trùng thường có biểu hiện tam chứng sốt, đau bụng và khối u bụng đập. Khối u bụng hiện diện trong 50% trường hợp[3]. Các biểu hiện cấp tính bao gồm thiếu máu nuôi ruột non do huyết khối và chảy máu dữ dội do vỡ túi phình được mô tả trong 38% trường hợp. Tỷ lệ tử vong sau vỡ túi phình là gần 35%. Các trường hợp này cần mổ bụng cấp cứu[6]. Tuy nhiên gần đây nhiều BN không có triệu chứng được phát hiện tình cờ nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Stone và cộng sự đã báo cáo một nghiên cứu cho thấy 48% BN không có triệu chứng, chỉ có 14% có triệu chứng đau bụng[11]. Nghiên cứu của Jiang và cộng sự, số liệu thậm chí còn cao hơn, với 70% BN không có triệu chứng[7]. Những phát hiện này cho thấy thực tế rằng, ngày càng nhiều BN được chỉ định chụp cắt lớp điện toán ổ

bụng hơn, giúp phát hiện nhiều trường hợp không triệu chứng lâm sàng hơn. Trong 8 BN bị vỡ phình của Stone, thì 50% có chảy máu nhiều trong ổ bụng và huyết động học không ổn định; 50% có chảy máu nhưng huyết động vẫn ổn định. 2 trường hợp trong 8 BN bị vỡ phình có triệu chứng kết hợp của thiếu máu ruột ngay thời điểm phát hiện. Một BN vỡ phình có biểu hiện của xuất huyết trực tràng.. Có một BN được phát hiện phình SMA khi mổ bụng thám sát do xuất huyết nội[11]. BN của chúng tôi được phát hiện phình SMA từ một năm trước, không triệu chứng, cách nhập viện 2 ngày BN đau bụng vùng thượng vị nhiều và tăng dần. Khám lâm sàng thấy có khối u vùng thượng vị và quanh rốn đập theo nhịp tim giống các BN bị phình ĐM chủ bụng. Tuy nhiên túi phình chưa vỡ vào ổ bụng nên huyết động học của BN vẫn ổn định. Ngoài ra BN không có dấu hiệu viêm phúc mạc của hoại tử ruột dù rằng SMA đoạn xa đã tắc hoàn toàn do xơ vữa.

Nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng để thiết lập chẩn đoán. Chủ yếu dựa vào chụp động mạch cản quang. Nghiên cứu của Stone, Chụp CT scan có cản quang được sử dụng đầu tiên để phát hiện bệnh trong 28% trường hợp, 43% cần thêm phim chụp động mạch cản quang DSA. 62% túi phình SMA có calci hoá, nhưng tất cả các trường hợp phình vỡ đều thuộc nhóm không calci hoá[11]. Một nghiên cứu với 5 BN, cho thấy túi phình thường ở vị trí 5cm đầu của SMA tính từ gốc và có thể hình thoi hay hình túi[9]. Nghiên cứu của Stone, 81% có một túi phình và 19% có hai túi phình. Một trong 4 BN có hai túi phình, bị vỡ (25%). Không có BN nào có huyết khối túi phình ngay từ đầu. Một lớp huyết khối thành túi phình được xác định trong 03 BN (14%) và không có BN nào trong nhóm này bị huyết khối gây tắc hay vỡ

túi phình[11]. Xơ vữa thành mạch đều được ghi nhận trong mỗi trường hợp, nhưng phần lớn đều được cho rằng là diễn tiến thứ phát trong túi phình. Kích thước túi phình không được ghi nhận trong các ca vỡ phình. Các phân tích hồi cứu trong khoảng thời gian dài không ghi nhận chính xác kích thước. Đường kính trung bình của nhóm không vỡ phình là 2.2cm (từ 1-3cm). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các yếu tố bệnh sinh, tính chất túi phình giữa hai nhóm nam và nữ[11]. BN của chúng tôi được siêu âm bụng cấp cứu khi có dấu hiệu đau bụng. Kết quả siêu âm ghi nhận có túi phình ở vị trí phía sau dưới vùng thân tuy, kích thước 52 x 54 mm, khả năng xuất phát từ ĐM mạc treo tràng trên. Như vậy bác sĩ siêu âm cũng chưa có thể kết luận vì túi phình giống phình ĐM chủ bụng. Kết quả chẩn đoán được khẳng định qua chụp cắt lớp điện toán ổ bụng có bơm thuốc cản quang (MSCTA). SMA có túi phình $d = 56 \times 61 \times 62$ mm, thành xơ vữa, có huyết khối thành, cách gốc mạc treo 3cm. Ngoài ra, các bác sĩ đã phát hiện thêm hai yếu tố quan trọng, gần như chưa gặp trong y văn: 1. Xơ vữa làm tắc hoàn toàn đoạn SMA sau túi phình nhưng không có dấu hiệu thiếu máu nuôi ruột; 2. Túi phình đã vỡ vào SMV tạo thành rò ĐM-TM mạc treo tràng trên. Hơn nữa, BN có thêm túi phình ĐM thân tạng $d = 17$ mm. Kích thước túi phình to giống như phình ĐMC bụng, do đó bác sĩ siêu âm không thể kết luận chắc chắn là phình SMA. Khi khám lâm sàng chúng tôi sờ được khối u đập cạnh rốn, to giống phình ĐM chủ bụng. Tuy nhiên, kết quả chụp MSCT mạch máu mới cho kết quả chẩn đoán chính xác cuối cùng.

Can thiệp ngoại khoa phình SMA. Quyết định can thiệp ngoại khoa phình SMA phụ thuộc vào phán đoán và kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Chưa có phác đồ cụ thể

xử trí những BN phình SMA đang được theo dõi. Stone báo cáo 8 BN bị vỡ phình được phẫu thuật và có 3 BN tử vong. Các xử trí bao gồm cột túi phình 6 BN (75%) và một trường hợp nút mạch thành công qua can thiệp nội mạch (12%), và một BN tử vong trước khi hoàn tất thủ thuật. 2 trong 6 BN được cột túi phình tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nhóm phình vỡ là 38%[11]. Tất cả các trường hợp tử vong đều được ghi nhận trong nhóm phình vỡ có huyết động không ổn định. Không có trường hợp tử vong được xác định do nguyên nhân hoại tử ruột. 03 BN được cắt nối ruột khi mổ phình SMA. Tất cả các BN này đều có dấu hiệu thiếu máu ruột ngay lần mổ đầu tiên (sau cột SMA)[11]. Trong nghiên cứu của Stone, can thiệp chương trình được tiến hành trên 8/13 BN (62%) trong nhóm không vỡ phình. Can thiệp trong nhóm này bao gồm cột SMA (50%), 2 nút mạch qua DSA (25%) và 2 đặt ống ghép (25%)[11]. Ống ghép không được sử dụng trong trường hợp có nhiễm trùng. Phẫu thuật cắt ruột ngay lần đầu không cần thiết trong mổ chương trình. 7 trong 8 BN (88%) được phẫu thuật chương trình khi BN có triệu chứng hay ghi nhận có tăng kích thước trong quá trình theo dõi. Không có tử vong sau mổ nhưng có một trường hợp bị nhồi máu cơ tim sau mổ. Tất cả các BN sống sau phẫu thuật đều tốt và không bị phình tái phát trong quá trình theo dõi. Không có BN nào có dấu hiệu thiếu máu nuôi ruột tiến triển sau mổ trong khi theo dõi hậu phẫu. Tuy nhiên không có hình ảnh chẩn đoán ghi nhận cầu nối thông suốt. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 56 tháng (1 - 226 tháng)[11]. Trong phần lớn các báo cáo y văn, cho thấy khi cột SMA cần quan sát sự tưới máu ruột. Tái tạo lưu thông được

khuyến cáo trong các trường hợp phẫu thuật cấp cứu[10],[11],[6].

Trong nghiên cứu của Stone, có 5 BN (24%) được điều trị không phẫu thuật. Quyết định theo dõi ban đầu dựa trên liên quan giữa nguy cơ phẫu thuật và nguy cơ vỡ phình. Phẫu thuật viên đánh giá BN không theo một phác đồ xác định. Kích thước trung bình của phình SMA theo dõi là 1,8cm (1 - 2,4 cm), phần lớn các phình này có kích thước <1,5cm. Các BN này đều được theo dõi bằng siêu âm và CT scan. Không có sự tăng kích thước trong quá trình theo dõi này, cũng như không phát hiện thêm túi phình phụ. Các BN đều sống và không có biến chứng của phình. Thời gian theo dõi trung bình là 67 tháng (2 - 147 tháng)[11].

Chỉ định phẫu thuật phình SMA khi đường kính lớn hơn 2 cm, có triệu chứng và phát triển nhanh. Do bệnh học tự nhiên của phình SMA chưa được hiểu rõ nên còn nhiều bàn cãi trong các chỉ định tuyệt đối[10],[11]. Phẫu thuật mở vẫn còn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phình SMA. Phẫu thuật mở có thể cắt túi phình không cần tái tạo lưu thông mạch hay cột bỏ. Mục tiêu ban đầu của phẫu thuật là loại bỏ túi phình ra khỏi dòng tuần hoàn.

Can thiệp ngoại khoa trên những BN này nên thực hiện có chọn lọc. Một điều chắc chắn rằng khi túi phình vỡ, phẫu thuật phải được thực hiện. Báo cáo của Stone có 8 BN bị vỡ phình, tất cả đều được phẫu thuật. 75% được cột động mạch, trong đó có 3 trường hợp phải cắt nối ruột kèm theo do thiếu máu nuôi ruột. Quan sát tình trạng tưới máu ruột có thể bằng mắt, siêu âm Doppler hay tiêm chất cản quang đường tĩnh mạch trong lúc mổ và mổ thám sát lần hai. Các trường hợp mổ chương trình của Stone đều không phải cắt nối ruột[11].

Các báo cáo trong y văn, bao gồm trường hợp phẫu thuật thành công đầu tiên, khuyến cáo có thể cột SMA với đánh giá sự sống của ruột[8]. Tái tạo lưu thông mạch máu được khuyến cáo nên thực hiện khi có dấu hiệu thiếu máu nuôi ruột trên những BN được phẫu thuật do vỡ phình hoặc có triệu chứng trước mổ cũng như các đánh giá gợi ý thiếu máu mạc treo. Phần lớn các báo cáo đều cho thấy, có tuần hoàn bàng hệ nuôi tạng đủ và cột SMA không cần tái tạo lưu thông là kỹ thuật có thể lựa chọn. Dòng máu tuần hoàn bàng hệ phù hợp có mối tương quan chặt chẽ với vị trí của túi phình, và do đó, kỹ thuật lựa chọn có thể được hướng dẫn bởi sự đánh giá vị trí giải phẫu này[10]. Trong nghiên cứu của Stone, chỉ có 2 BN (25%) khi can thiệp chương trình có tái tạo lưu thông mạch máu kèm theo. Không có BN nào phải can thiệp do thiếu máu nuôi ruột sau khi cột hay làm thuyên tắc. Trong cả hai trường hợp này, bác sĩ phẫu thuật đánh giá trước mổ và trong lúc mổ, cột SMA chưa đủ. Theo Stone, cột động mạch hay làm thuyên tắc sau đó tái tạo lưu thông cho các ca phẫu thuật chương trình là lựa chọn điều trị hợp lý cho các BN không triệu chứng[11].

Can thiệp nút mạch có thể thực hiện trong trường hợp giải phẫu phù hợp đã được báo cáo trong một số nghiên cứu[13],[11]. Kỹ thuật này có thể chọn lựa trong trường hợp vỡ phình nhưng huyết động học ổn định. Giải phẫu phù hợp khi cổ túi phình nhỏ và ở xa gốc SMA. Đánh giá sự sống của ruột bằng cách đánh giá tuần hoàn bàng hệ qua chụp mạch máu cản quang khi catheter thuyên tắc được thực hiện. Đánh giá cẩn thận tình trạng BN sau khi thuyên tắc rất quan trọng nhằm bảo đảm rằng các đoạn ruột vẫn được tưới máu tốt. Stone báo cáo một trường hợp can

thiệt thuyên tắc mạch thành công trên BN vỡ phình và không có tiến triển hoại tử ruột[11].

Trường hợp BN của chúng tôi, do túi phình to, đau nhiều nên được quyết định can thiệp cấp cứu. Trên hình ảnh CT scan, SMA sau phình bị tắc hoàn toàn do xơ vữa nên chúng tôi không có thể can thiệp bằng DSA như đặt stent phủ qua túi phình. Ngoài ra cũng không thể nút mạch vì túi phình to và có thông thương với SMV. Do đó, chúng tôi quyết định can thiệp phẫu thuật mở. Do đoạn SMA sau túi phình bị tắc nên chiến lược của chúng tôi là sẽ cột SMA và các nhánh vào túi phình cũng như khâu lỗ rò vào SMV. Sau khi kiểm soát cổ túi phình, SMA gần gốc ĐM chủ bụng, kiểm soát SMV chúng tôi mở trực tiếp túi phình. Đoạn SMA sau túi phình bị tắc hoàn toàn, và các nhánh bên có dòng phụt ngược tốt. Cổ túi phình và các nhánh vào túi phình đều được khâu cột từ bên trong vách túi phình. Lỗ thông từ túi phình vào SMV cũng được khâu từ bên trong vách túi phình. Tất cả đều được khâu bằng chỉ prolene 5.0. Sau đó chúng tôi đánh giá tình trạng ruột, ban đầu thì thấy có một đoạn hồi tràng hơi tái nhưng sau 30 phút theo dõi tại phẫu trường, các đoạn ruột đều hồng hào lại. Do đó không tiến hành thêm phẫu thuật cắt ruột. Chúng tôi đặt dẫn lưu ngay tại vị trí vách túi phình để theo dõi tình trạng chảy máu cũng như tình trạng dịch bụng khi có thiếu máu nuôi ruột. Hậu phẫu BN ổn định, dẫn lưu ra dịch hồng vàng. Tuy nhiên vào hậu phẫu ngày hai, BN có dấu hiệu viêm phúc mạc, mạch nhanh, huyết áp tụt, dẫn lưu ra dịch màu đỏ sẫm. Chúng tôi chẩn đoán là hoại tử ruột nên chuyển mổ khẩn. Khi mở bụng lại, chúng tôi phát hiện một đoạn hồi tràng cách góc hồi manh tràng 20cm bị hoại tử thủng. Đoạn hoại tử dài gần 20cm và được cắt nối tận tận. Đây cũng là đoạn hồi tràng ban đầu có dấu hiệu

thiếu máu nhưng không rõ và sau đó hồng hào lại. Hậu phẫu BN ổn định và xuất viện sau 10 ngày.

Rò ĐM – TM hiếm khi gặp ở hệ thống cửa. Phần lớn các trường hợp là từ hệ lách – cửa, do vỡ túi phình ĐM lách, hay gan – cửa (hepatoportal) thứ phát sau chọc dò sinh thiết gan qua da. Rò ĐM- TM mạc treo tràng trên (Superior mesenteric Arterial Venous Fistula – SMAVF) là sự thông nối bất thường giữa TM và ĐM mạc treo tràng trên, rất hiếm gặp, phần lớn sau phẫu thuật hay vết thương bụng. Kể từ khi Movitz báo cáo trường hợp đầu tiên năm 1960 sau phẫu thuật cắt ruột non hoại tử, chỉ có một số ít báo cáo trên thế giới. Từ năm 1983 đến năm 1992, chỉ có 38 trường hợp được báo cáo trong y văn. Hơn một phần hai trường hợp là do nguyên nhân y khoa, phần lớn là sau phẫu thuật cắt ruột non. Các nguyên nhân khác như sau vết thương do đạn bắn, vỡ túi phình SMA... cực kỳ hiếm gặp[12],[5]. Phẫu thuật là một trong những nguyên nhân thường gặp của SMAVF. Phần lớn các trường hợp xảy ra sau cắt ruột non, khi cột túm mạc treo, tạo sự thông thương ban đầu của SMA và SMV. Hơn nữa, theo Lee, mạch máu mạc treo dễ tạo đường rò do vị trí giải phẫu đi sát nhau[1]. Cũng có một ít báo cáo các trường hợp Trường hợp của chúng tôi là phình SMA vỡ vào SMV và tạo thành đường rò thông nối. BN này không có tiền căn phẫu thuật bụng hay vết thương thấu bụng. Đây là trường hợp rất hiếm, hầu như không thấy ghi nhận trong y văn.

Rò ĐM - TM của hệ cửa không chỉ làm tăng hậu tải tim và gây suy tim, mà thường gặp hơn là làm tăng áp lực TM cửa với hậu quả là gây xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn TM thực quản và tràn dịch ổ bụng. Tỷ lệ tử vong

của rò ĐM - TM của tuần hoàn mạc treo tràng được báo cáo là vào khoảng 25%[2].

Biểu hiện lâm sàng của rò SMA – SMV thường không điển hình, phụ thuộc vào vị trí và kích thước của lỗ rò. BN có thể không có triệu chứng hoặc đau tức bụng với có hay không tiêu chảy, tăng áp TM cửa, suy gan và thậm chí là xuất huyết tiêu hoá. Một số trường hợp không có biểu hiện lâm sàng trong một thời gian dài rồi đột ngột xuất hiện triệu chứng. Đã có báo cáo khoảng thời gian kéo dài đến 25 năm. BN có thể có triệu chứng đau bụng, tiêu chảy, sụt ký gây ra bởi tình trạng thiếu máu ruột do thông nối. Dòng thông nối lớn sẽ gây ra tăng áp TM cửa, hậu quả làm dẫn TM thực quản, tràn dịch bụng[5]. BN của chúng tôi hầu như không có biểu hiện của các triệu chứng tăng áp lực TM cửa. Các xét nghiệm về chức năng gan đều bình thường. Chụp CT scan thấy hệ thống TM cửa dẫn rộng, SMV cũng dẫn rộng và dòng máu chảy ngược về SMV trong thì động mạch cho phép chẩn đoán rò SMA - SMV.

Cơ chế sinh bệnh học của AVF mạc treo tràng gây ra triệu chứng liên quan đến 3 yếu tố cơ bản sau: (1) Thay đổi huyết động học của hệ cửa: áp lực TM cửa thay đổi phụ thuộc vào dòng chảy TM cửa và kháng lực mạch máu gan. Trong AVF của SMA, sự gia tăng dòng chảy trong SAV làm tăng áp lực TM cửa, hậu quả gây ra tràn dịch màng bụng hay xuất huyết ruột non. Sự tăng dòng chảy trong mạch máu mạc treo phụ thuộc vào kích thước của lỗ dò và sự chênh áp của ĐM – TM. Tăng cung lượng dòng chảy được cơ thể tự bù trừ bằng cách mở các xoang gan, nhằm làm giảm kháng lực hệ mạch máu gan, hạn chế sự bùng lên của tăng áp TM cửa. Tuy vậy, hệ thống bù trừ xoang gan có giới hạn. Tuy nhiên tác dụng ngược trên nhu mô gan

chưa được báo cáo. (2) Thay đổi huyết động học trên hệ ĐM, cũng như các quan sát trên các AVF, biểu hiện của thiếu máu nuôi mạc treo mạn tính gây ra do hội chứng cướp máu. (3) Thay đổi huyết động học hệ thống.

Phình SMA được cho là có liên quan đến rò ĐM - TM[1]. Các trường hợp AVF, do cung lượng máu chảy qua đường rò cao, làm cho cả ĐM và TM đều dẫn , một số trường hợp có thể dẫn khu trú và tạo túi phình. Những trường hợp này chúng tôi quan sát thấy trong AVF các ĐM lớn như ĐM chậu, đùi, khoeo...Tuy nhiên các trường hợp này rò phải xảy ra lâu ngày. BN chúng tôi không ghi nhận các dấu hiệu của tăng áp TM cửa, do đó có thể rò này mới xảy ra nên khả năng này thấp.

Murray và cộng sự đã nghiên cứu cho thấy các túi phình ĐM lách bẩm sinh có thể vỡ vào TM và tạo ra đường rò. Các tác giả thấy rằng các túi phình sẽ vỡ vào sau phúc mạc. May mắn là một số trường hợp các túi phình lách vỡ vào TM lách. Do đó vẫn có khả năng túi phình SMA đã vỡ vào SMV. Giả thuyết này phù hợp vì túi phình to (6cm), BN không có tăng áp TM cửa, như vậy đường rò này mới thành lập. Khi mổ, chúng tôi phần tích được SMV đầu trên và dưới lỗ rò. TM dẫn d=1.7cm. Khi mở túi phình, chúng tôi thấy lỗ rò dài có đường kính khoảng 1.5cm và được khâu mũi liên tục bằng prolene 6.0 từ bên trong vách túi phình. Sau khâu, khẩu kính SMV không hẹp, không bị huyết khối.

IV. KẾT LUẬN

Đây là một trường hợp hiếm gặp trên thế giới, vừa có phình SMA to, vừa có rò SMA - SMV do vỡ túi phình. Ngoài ra, còn có tắc đoạn SMA sau phình do xơ vữa và có phình nhỏ ĐM thân tạng. Y văn thế giới cũng ghi

nhận các trường hợp trên nhưng không có nhiều tổn thương phối hợp trong một BN giống chúng tôi. Trường hợp này đã được xử trí thành công, BN xuất viện ổn định dù phải trải qua hai lần phẫu thuật. Qua tham khảo y văn thế giới về bệnh lý phình SMA và rò SMA - SMV cho ta thấy những kinh nghiệm quý báu trong chẩn đoán và xử lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benedetto J C, Liszewski R F**, (1988), "Superior mesenteric arteriovenous fistula: Case report and literature review", 88 (4), pp. 517-524.
2. **Cekirge S, Özmen M, Akata D, Akhan O, et al**, (1998), "Endovascular treatment of a superior mesenteric arteriovenous fistula by atranshepatic portal venous approach", 171 (5), pp. 1283-1284.
3. **Dasari B V M, Mullan M, Lau L, Loan W, et al**, (2013), "A 6.5-cm pseudoaneurysm of the superior mesenteric artery managed by primary surgical repair", 21 (1), pp. 39-42.
4. **De Leeuw K, Goorhuis J F, Tiellu I F J, Symoens S, et al**, (2012), "Superior mesenteric artery aneurysm in a 9-year-old boy with classical Ehlers-Danlos syndrome", 158A (3), pp. 626-629.
5. **Donell S T, Hudson M J K**, (1988), "Iatrogenic superior mesenteric arteriovenous fistula: Report of a case and review of the literature", Journal of Vascular Surgery, 8 (3), pp. 335-338.
6. **Hogendoorn W, Schlösser F J, Sumpio B E J A**, (2013), "A giant superior mesenteric artery aneurysm mimicking an abdominal aortic aneurysm", 1 (01), pp. 52-56.
7. **Jiang J, Ding X, Su Q, Zhang G, et al**, (2011), "Therapeutic management of superior mesenteric artery aneurysms", Journal of Vascular Surgery, 53 (6), pp. 1619-1624.
8. **Kopatsis A, D'anna J A, Sithian N, Sabido F J T A s**, (1998), "Superior mesenteric artery aneurysm: 45 years later", 64 (3), pp. 263.
9. **Messina L M, Shanley C J**, (1997), "Visceral artery aneurysms", Surgical Clinics of North America, 77 (2), pp. 425-442.
10. **Stanley J C**, (1982), "Abdominal Visceral Aneurysms", Vascular Emergencies, pp. 387-397.
11. **Stone W M, Abbas M, Cherry K J, Fowl R J, et al**, (2002), "Superior mesenteric artery aneurysms: Is presence an indication for intervention?", Journal of Vascular Surgery, 36 (2), pp. 234-237.
12. **Wang C, Zhu X, Guo G-H, Shu X, et al**, (2016), "Superior mesenteric arteriovenous fistula presenting as gastrointestinal bleeding: case report and literature review. Revista Española de Enfermedades Digestivas", 108 pp. 503-507.
13. **Wang S K, Xie J, Motaganahalli R L**, (2018), "Endovascular treatment of an iatrogenic superior mesenteric arteriovenous fistula after Nissen fundoplication", Vessel Plus, 2 pp. 7.

MỘT SỐ KINH NGHIỆM TRONG ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG ỐNG GHEP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Khánh Đức¹, Lý Minh Tùng¹,
Phạm Thanh Bình², Nguyễn Minh Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp đặt ống ghép nội mạch (Endovascular Aneurysm Repair - EVAR) hiện là một trong những phương pháp tối ưu điều trị phình động mạch chủ (ĐMC) bụng. Tuy nhiên, trong quá trình can thiệp có thể gặp một số trường hợp rò nội mạch bởi cấu trúc giải phẫu ĐMC khác nhau trên từng bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm chia sẻ kinh nghiệm giải quyết một số trường hợp đặc biệt trong quá trình điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng phương pháp EVAR; chủ yếu xoay quanh vấn đề rò nội mạch.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định tỉ lệ thành công, tỉ lệ biến chứng sớm sau điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng EVAR. (2) Mô tả kết quả can thiệp một số trường hợp đặc biệt trong quá trình thực hiện EVAR.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca, từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2022, tại BV Bình Dân. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phình ĐMC

bụng dưới thận thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và được điều trị bằng phương pháp EVAR.

Kết quả: 35 bệnh nhân, tuổi trung bình là 70.2 ± 10.3 ; tỉ lệ nam: nữ là 1.7:1. Tất cả các trường hợp đều thành công về mặt kỹ thuật, có 06 trường hợp rò nội mạch loại I và 01 trường hợp rò nội mạch loại IV được phát hiện và xử lý hiệu quả ngay trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình 6.1 ± 3.7 ngày. Theo dõi sau 30 ngày, có 01 trường hợp rò nội mạch loại II và 01 trường hợp rò nội mạch kết hợp (loại II và III); biến chứng tắc mạch chi ghi nhận 01 trường hợp tắc một chân ống ghép và 02 trường hợp huyết khối động mạch đùi nông sau can thiệp. Các biến chứng đều được phát hiện và can thiệp lại trong thời gian nằm viện.

Kết luận: Kết quả theo dõi sau 30 ngày cho thấy EVAR có hiệu quả tốt trong điều trị phình ĐMC bụng dưới thận; đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi mắc nhiều bệnh nền vì kỹ thuật ít xâm lấn, giảm tỉ lệ tử vong, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: EVAR (Endovascular Aneurysm Repair), điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch, phình ĐMC bụng, ống ghép nội mạch, rò nội mạch.

SUMMARY

EXPERIENCES WITH ENDOVASCULAR TREATMENT OF

¹Bệnh viện Bình Dân

²Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Khánh Đức

SĐT: 0906559409

Email: bskhanhduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

INFRA – RENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS

Background EndoVascular Aneurysm Repair (EVAR) is currently one of the most effective procedures to treat the abdominal aortic aneurysm (AAA). However, we may detect some cases of endoleaks due to the different aortic anatomical structure of each patient. Therefore, we performed this study in order to share our experience in the solutions for some cases with EVAR of infra – renal abdominal aortic aneurysms; especially endoleaks.

Aims of the study include (1) evaluating the rate of early success and complications of EVAR intervention and (2) describing the result of intervening some special cases detected during the procedure.

Material and Method This is a retrospectively descriptive study. All patients were diagnosed with infra - renal AAA and received EVAR treatment at our hospital from August 2017 to August 2022.

Results 35 patients, the mean age was 70.2 ± 10.3 years old, male - female ratio was 1.7:1. All cases had been endografted successfully, six case with endoleak type I and one case with endoleak type IV had been recognized and addressed during the procedure. The mean hospitalization days is 6.1 ± 3.7 days. After 30 days of EVAR, one case had detected type II endoleak and the other had been type II combining with type III endoleak. Three patients presented occludent complication: 01 limb thrombosis in abdominal aortic endografts and 02 superficial femoral arterial thrombosis. All of complications had been recognized and reintervened on time during the hospitalization.

Conclusions After 30 days follow up, we can conclude that EVAR procedure is effective for treating of the infrarenal AAA, especially, the elderly with underlying medical conditions because of minimally invasive, reducing death rate and short hospitalization day.

Key words: EVAR (EndoVascular Aneurysm Repair), infra - renal AAA disease treatment by endovascular, AAA, Endograft, Endoleak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (phình ĐMC bụng) là bệnh lý mạch máu nằm trong bệnh cảnh mạch máu toàn thân. Năm 2016, một nghiên cứu tại châu Âu cho thấy bệnh phổ biến ở người lớn tuổi, chiếm tỉ lệ 7% dân số; tần suất mắc bệnh trung bình 4% nam giới và 1% nữ giới trên 65 tuổi. [3] Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Văn Tần, bệnh gặp khoảng 0.85% dân số trên 50 tuổi ở thành phố Hồ Chí Minh, trong đó tỉ lệ nam : nữ tương đương 4:1. [1] Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn giữa can thiệp đặt ống ghép nội mạch (EndoVascular Aneurysm Repair - EVAR) so với phẫu thuật kinh điển như: EVAR1, DREAM, ACE, ... Đến nay, EVAR là một trong những phương pháp tối ưu điều trị phình ĐMC bụng. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng thực hiện thuận lợi bởi cấu trúc giải phẫu ĐMC khác nhau trên từng bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm chia sẻ kinh nghiệm giải quyết một số trường hợp đặc biệt trong quá trình điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng phương pháp EVAR; chủ yếu xoay quanh vấn đề xử trí rò nội mạch.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. *Xác định tỉ lệ thành công, tỉ lệ biến chứng sớm sau điều trị phình ĐMC bụng dưới thận bằng EVAR.*
2. *Mô tả kết quả can thiệp một số trường hợp đặc biệt trong quá trình thực hiện EVAR.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phình ĐMC bụng và được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2022 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2017 đến tháng 08/2022, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu hồ sơ, khám và chụp cắt lớp vi tính kiểm tra sau 30 ngày đầu hậu phẫu cho 35 bệnh nhân phình ĐMC bụng dưới thận điều trị bằng EVAR.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình ĐMC bụng dưới thận bằng CTA hoặc MRA, có hoặc chưa có biến chứng vỡ.

Có thể có phình động mạch chậu kèm theo hoặc không.

Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp EVAR.

Có hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có phình ĐMC ngực, động mạch thân tạng hay động mạch mạc treo tràng trên, phình ĐMC trên thận kèm theo.

Có hẹp hoặc tắc động mạch chậu đùi ở cả hai bên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Phương pháp đặt ống ghép nội mạch:**

26 trường hợp đặt ống ghép ĐMC – chậu 2 bên (tỉ lệ 74.3%), 07 trường hợp đặt ống ghép thẳng ĐMC đơn thuần, 02 trường hợp đặt ống ghép ĐMC – chậu 1 bên kèm cầu nối đùi – đùi.

Thời gian can thiệp trung bình: 147.0 ± 81.4 phút.

Lượng máu mất trung bình: 132.2 ± 109.8 ml.

Thời gian nằm viện trung bình: 6.1 ± 3.7 ngày; tối thiểu là 2 ngày, tối đa là 19 ngày.

Kết quả điều trị sớm sau 30 ngày

Thành công về mặt kỹ thuật: Cả 35 trường hợp can thiệp đặt ống ghép nội mạch đều thành công về mặt kỹ thuật. Không có trường hợp bung ống ghép sai vị trí, di lệch hay lấp động mạch thận.

Rò nội mạch ngay sau khi bung ống ghép: có 03 trường hợp rò loại IA, trong đó 02 trường hợp được giải quyết tốt bằng nong bóng và 01 trường hợp cần đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần.

01 trường hợp rò loại IA kết hợp với loại IB từ chân (P), được giải quyết bằng nong bóng đoạn cổ gần và đặt thêm ống ghép phụ vào chân (P) cho kết quả tốt.

Mặt khác, có 01 trường hợp rò loại IB, được nong bóng đầu dưới ống ghép đạt kết quả tốt. Tương tự, 01 trường hợp rò nội mạch loại IB kết hợp với rò loại II được đặt thêm ống ghép phụ vào chân (P) và tiếp tục theo dõi rò loại II.

Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận 01 trường hợp rò nội mạch loại IV từ đầu xa ống ghép, được đặt thêm ống ghép cho kết quả tốt.

Không có trường hợp rò nội mạch loại III, V sau khi bung ống ghép.

Biến chứng rò nội mạch sớm trong 30 ngày hậu phẫu

Tái khám sau 30 ngày, có 01 trường hợp rò nội mạch loại II được phát hiện bằng cắt lớp vi tính. Kích thước túi phình ĐMC không diễn tiến tăng thêm nên bệnh nhân được tiếp tục theo dõi và chụp cắt lớp vi tính lại mỗi 6 tháng.

Tương tự vậy, kết quả chụp cắt lớp vi tính của 01 trường hợp khác chỉ phát hiện rò nội mạch loại II nên được tiếp tục theo dõi. Sau đó, chụp lại cắt lớp vi tính ghi nhận kích thước túi phình tăng, chụp DSA phát hiện rò nội mạch loại III kèm theo đã bị bỏ sót.

Các biến chứng sớm khác

Bảng 1: Các biến chứng sớm sau can thiệp EVAR

Biến chứng sớm	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	0	0
Suy thận cấp	3	8.6
Tắc mạch chi sau can thiệp	3	8.6
Nhiễm trùng vết mổ	1	2.9
Tụ máu vết mổ	4	11.4
Mổ lại cầm máu	1	2.9

IV. BÀN LUẬN

Thời gian can thiệp, lượng máu mất và thời gian nằm viện trung bình giảm đáng kể so với mổ mở; kết quả này phù hợp với báo

cáo của tác giả Yang (2017).^[8] Nhờ can thiệp ít xâm lấn nên bệnh nhân có thể xuất viện sớm sau 2 ngày hậu phẫu. Trường hợp nằm viện kéo dài (19 ngày) do bệnh nhân có suy thận cấp, thận độc nhất kết hợp với nhiễm khuẩn niệu nên được giữ lại bệnh viện để tiếp tục điều trị; sau đó bệnh nhân ổn định, hết suy thận và được cho xuất viện.

Đánh giá kết quả điều trị sớm

Thành công về mặt kỹ thuật khi cả 35 trường hợp can thiệp đặt ống ghép nội mạch đều thành công về mặt kỹ thuật (100%), các biến chứng rò nội mạch xuất hiện ngay trong lúc mổ đã được phát hiện và có biện pháp xử trí đạt hiệu quả.

Rò nội mạch ngay sau khi bung ống ghép

Rò nội mạch phát hiện trong mổ là vấn đề quan trọng trong can thiệp ĐMC. Đáng lo ngại nhất là rò từ đầu gần (IA) hay từ đầu xa (IB) của ống ghép vì có thể làm túi phình diễn tiến vỡ. Trong đa số các trường hợp, nong bóng ống ghép làm tăng diện tiếp xúc giữa ống ghép – ĐMC, từ đó giải quyết khá tốt rò loại I. Nếu nong bóng không hiệu quả, cần đặt thêm các ống ghép nối dài ở đoạn cổ gần hoặc cổ xa.

Trong nghiên cứu này, ngay sau khi bung ống ghép ghi nhận 03 trường hợp rò nội mạch loại IA, trong đó 02 trường hợp được giải quyết tốt bằng nong bóng và 01 trường hợp cần đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần. Trường hợp này, chúng tôi đặt thêm vào ĐM thận thấp một ống ghép để tăng vùng hạ đặt đầu gần (proximal landing zone); sau đó đặt thêm một ống ghép cho đoạn cổ gần (Chimney). Chụp DSA kiểm tra ghi nhận không còn rò nội mạch loại IA (hình 1).

Một trường hợp khác, chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp rò loại IA kết hợp với loại IB từ chân (P), được nong bóng đoạn cổ gần và đặt thêm ống ghép phụ vào chân (P) cho kết quả tốt (hình 2).

Đối với rò nội mạch loại IB, chúng tôi ghi nhận có 02 trường hợp. Trong đó, 01 trường hợp được nong bóng đầu dưới ống ghép cho kết quả tốt. Riêng có 01 trường hợp rò nội mạch loại IB từ ống ghép chân (P) kết hợp rò loại II. Trường hợp này được đặt thêm một ống ghép chông vào ống ghép phụ chân

(P), đồng thời tiếp tục theo dõi rò nội mạch loại II (hình 3).

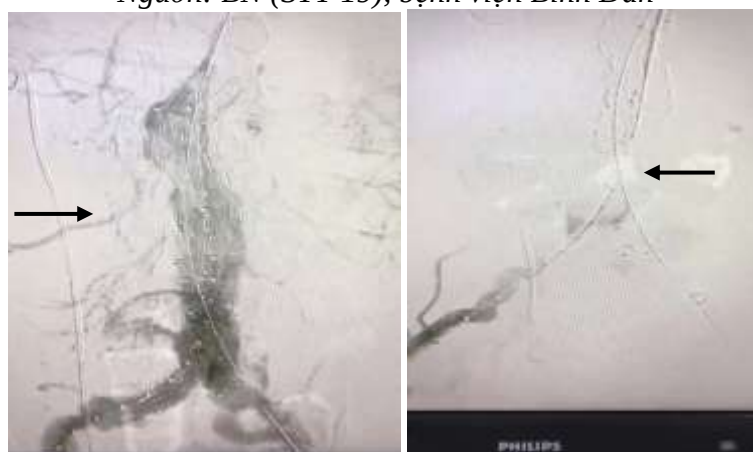
Kết quả theo dõi trong 30 ngày hậu phẫu không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện rò nội mạch loại I tái phát.

Rò nội mạch loại IV là rò từ thân ống ghép, thường xảy ra ngay sau can thiệp. Loại rò này rất ít gặp với các loại ống ghép thế hệ mới hiện nay.^[6] Chúng tôi cũng ghi nhận 01 trường hợp rò nội mạch loại IV từ đầu xa ống ghép. Sau khi đặt thêm ống ghép, chụp DSA kiểm tra cho kết quả tốt (hình 4).



Hình 1: Rò nội mạch loại IA (mũi tên đen) trước và sau Chimney động mạch thận (T)

Nguồn: BN (STT 19), bệnh viện Bình Dân



Hình 2: Rò nội mạch loại IA (hình trái) và loại IB (hình phải)

Nguồn: BN (STT 34), bệnh viện Bình Dân



Hình 3: Rò nội mạch loại IB từ chân (P) (mũi tên đen) trước và sau đặt ống ghép

Nguồn: BN (STT 28), bệnh viện Bình Dân



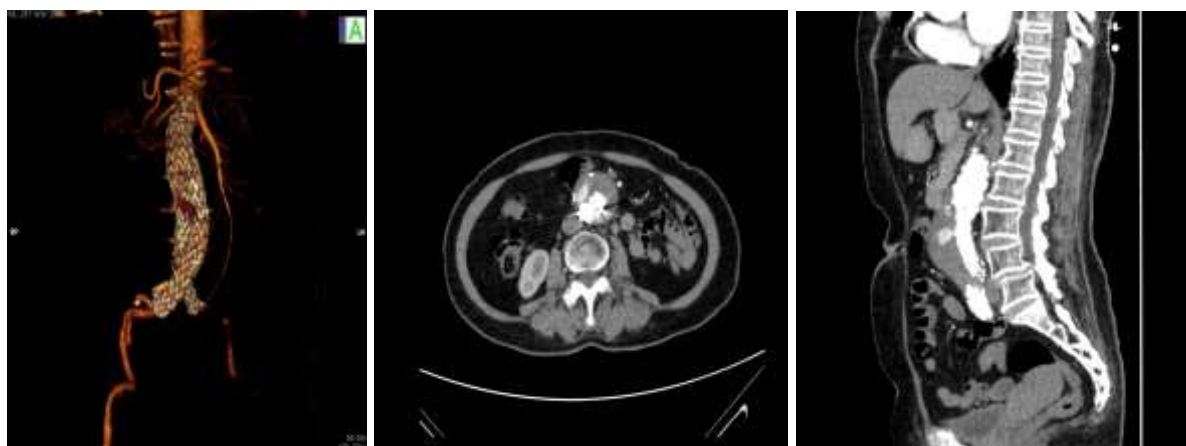
Hình 4: Rò nội mạch loại IV thấm từ mảnh ghép chân (P) (mũi tên đen) khi chụp DSA từ vị trí cổ gần túi phình (hình trái) và tại mảnh ghép chân (P) (hình phải)

Nguồn: BN (STT 35), bệnh viện Bình Dân

Biến chứng rò nội mạch sớm trong 30 ngày hậu phẫu

Trong thời gian nằm viện hậu phẫu, tất cả trường hợp đặt ống ghép nội mạch đều có lâm sàng ổn định, giảm đau bụng. Kết quả siêu âm Doppler ĐMC kiểm tra trước khi xuất viện đều không ghi nhận biến chứng rò nội mạch sớm.

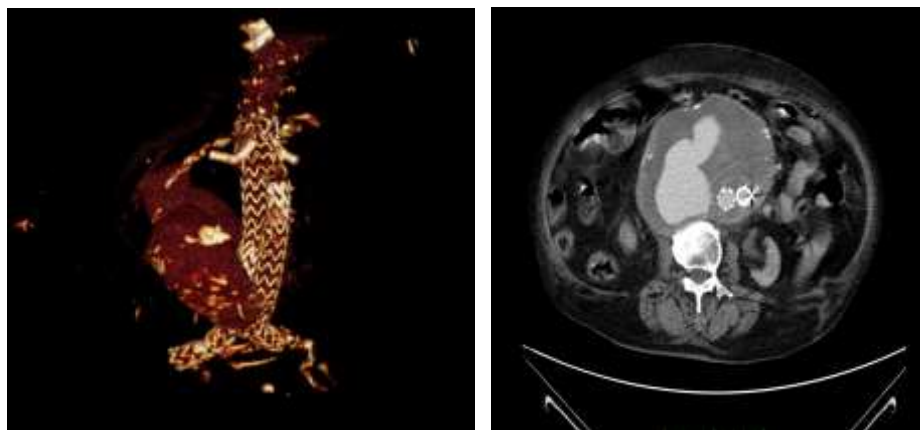
Chụp cắt lớp vi tính có cản quang sau 30 ngày, chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp rò nội mạch loại II từ động mạch mạc treo tràng dưới. Trường hợp này bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, kích thước túi phình không thay đổi so với trước EVAR. Vì vậy chúng tôi quyết định theo dõi tiếp và chụp lại cắt lớp vi tính sau 06 tháng.^[7]



Hình 5: Cắt lớp vi tính trường hợp rò nội mạch loại II từ động mạch mạc treo tràng dưới
Nguồn: BN (STT 24), bệnh viện Bình Dân

Có 01 trường hợp rò nội mạch kết hợp (type II và III). Trường hợp này bệnh nhân cũng được chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán rò nội mạch loại II từ động mạch mạc treo tràng dưới, được tiếp tục theo dõi và chỉ định chụp cắt lớp vi tính mỗi 6 tháng. Kết quả phim chụp sau 06 tháng ghi nhận kích thước túi phình tăng, bệnh nhân có đau bụng. Chúng tôi đã chụp DSA ĐMC cũng chỉ ghi nhận có rò nội mạch loại II. Nhưng sau đó túi phình tiếp tục tăng kích thước và dọa vỡ, chúng tôi đã chụp lại DSA phát hiện có rò nội mạch loại III tại vị trí khớp nối giữa ống ghép chân

trái và thân chính kết hợp rò loại II. Theo đó, bệnh nhân đã được đặt thêm ống ghép thẳng đi qua vị trí rò loại III và tiếp tục theo dõi rò loại II cho kết quả sau tốt. Vấn đề giải quyết rò nội mạch type III cũng đã được nhiều tác giả trên thế giới nhắc đến như: M. Leopardi^[4], Maia L.Eng^[2], G. Maleux^[5]; tuy nhiên mọi khuyến cáo đều hướng đến việc nên chụp DSA khi cắt lớp vi tính phát hiện có rò nội mạch để tránh bỏ sót tổn thương đi kèm.



Hình 6: Cắt lớp vi tính trường hợp rò nội mạc kết hợp (loại II và III)

Nguồn: BN (STT 01), bệnh viện Bình Dân



Hình 7: Hình DSA rò nội mạc loại III trước (trái) và sau (phải) can thiệp

Nguồn: BN (STT 01), bệnh viện Bình Dân

Các biến chứng sớm khác

Trong 35 trường hợp; không có bệnh nhân nào viêm phổi hay suy hô hấp hậu phẫu, cũng như không có trường hợp nào thiếu máu ruột hay di lệch ống ghép. Bệnh nhân được rút nội khí quản sớm và thời gian lưu tại hồi tỉnh ít hơn nhiều so với mổ mở. Từ đó giảm được các biến chứng hậu phẫu.

Có 03 trường hợp suy thận cấp đều có tiền căn bệnh thận mạn. Tuy nhiên, sau đó chức năng thận bệnh nhân có phục hồi và trở về như trước lúc can thiệp.

Cả 03 trường hợp tắc mạch chi sau can thiệp được phát hiện và xử trí kịp thời trong thời gian nằm viện, cho kết quả hậu phẫu tốt:

02 trường hợp tắc động mạch đùi nông do huyết khối sau đặt ống ghép nội mạc được can thiệp lại đặt stent động mạch đùi. Nguyên nhân là do động mạch đùi bị xơ vữa, tổn thương nội mạc khi đi dụng cụ can thiệp

01 trường hợp phẫu thuật làm cầu nối đùi – đùi do tắc chân (T) ống ghép. Nguyên nhân là do chân ống ghép đặt vào động mạch chậu

ngoài bị co rúm, gây huyết khối trong ống ghép.

Tụ máu vết mổ có 04 trường hợp; trong đó 03 trường hợp được điều trị bảo tồn và 01 trường hợp cần mổ lại cầm máu và dẫn lưu vì khối máu tụ nhiễm trùng. Nguyên nhân là do trong quá trình can thiệp, chúng tôi bộc lộ động mạch đùi hai bên để đưa dụng cụ vào cùng với việc sử dụng kháng đông trong và sau mổ nên có khối máu tụ. Các trường hợp này sau khi điều trị bảo tồn hay dẫn lưu khối máu tụ đều ổn định và được cho xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMC bụng là một phương pháp điều trị mới tại nước ta. Kết quả theo dõi ngắn hạn cho thấy EVAR có hiệu quả lâm sàng tốt trong điều trị phình ĐMC bụng dưới thận; đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi mắc nhiều bệnh nền vì ít xâm lấn, giảm tỉ lệ tử vong, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn. Can thiệp nội mạch đang dần chứng tỏ được ưu thế vượt trội, có thể thay thế phẫu thuật kinh điển trong tương lai. Tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn về vấn đề giải quyết rò nội mạch, góp phần cải thiện kết quả điều trị, giảm biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Văn Tàn và cộng sự**, (2008), "Phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận tại TP Hồ Chí Minh: tần suất và các yếu tố nguy cơ mẫu điều tra 4807 người trên 50 tuổi", *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 12 (1), trang 1-8.
2. **Eng M L, Brewer M B, Rowe V L, Weaver F A**, (2015), "Treatment options for late type III endoleaks after endovascular aneurysm

repair", *Ann Vasc Surg*, 29 (3), pp. 594.e595-599.

3. **Gianfagna F, Veronesi G, Bertù L, Tozzi M, et al**, (2016), "Prevalence of abdominal aortic aneurysms and its relation with cardiovascular risk stratification: protocol of the Risk of Cardiovascular diseases and abdominal aortic Aneurysm in Varese (RoCAV) population based study", *BMC Cardiovasc Disord*, 16 (1), pp. 243.
4. **Leopardi M, Salerno A, Scarpelli P, Ventura M**, (2018), "Type III B endoleak leading to aortic rupture after endovascular repair: analysis of errors in follow up and treatment", *CVIR Endovasc*, 1 (1), pp. 9.
5. **Maleux G, Poorteman L, Laenen A, Saint-Lèbes B**, et al, (2017), "Incidence, etiology, and management of type III endoleak after endovascular aortic repair", *J Vasc Surg*, 66 (4), pp. 1056-1064.
6. **Schlösser F J, Gusberg R J, Dardik A, Lin P H**, et al, (2009), "Aneurysm rupture after EVAR: can the ultimate failure be predicted?", *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 37 (1), pp. 15-22.
7. **Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, Allaire E**, et al, (2019), "Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms", *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 57 (1), pp. 8-93.
8. **Yang J H, Kim J W, Choi H C, Park H O**, et al, (2017), "Comparison of Clinical Outcomes between Surgical Repair and Endovascular Stent for the Treatment of Abdominal Aortic Aneurysm", *Vascular specialist international*, 33 (4), pp. 140-145.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI TOÀN BỘ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}, Trần Công Quyền², Hồ Huỳnh Long²,
Lý Bảo Duy², Vũ Hoàng Minh Tín², Trần Minh Thiện²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị bệnh lý Ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. 50 bệnh nhân được PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị bệnh lý Ung thư phổi không tế bào nhỏ tại khoa Ngoại lồng ngực – Bước cổ, BV Bình Dân từ tháng 09/2015 đến tháng 09/2022

Kết quả: Tuổi trung bình: $63 \pm 9,88$ tuổi. Nam: nữ: 1,7:1, lớn tuổi, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ. Thời gian phẫu thuật trung bình 179,9 phút. Lượng máu mất trung bình 130,6 ml. Tai biến chảy máu trong mổ 2%. Biến chứng trung bình là 12%: viêm phổi hậu phẫu và tràn khí. Không có biến chứng nặng, tử vong. Mức độ đau sau mổ thấp. Thời gian nằm viện trung bình 8,6 ngày. Kết quả điều trị tốt: 92%

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ an toàn về mặt kỹ thuật và ung thư học, ít biến chứng, kết quả sớm tốt: hồi phục nhanh, ít đau sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi toàn bộ, ung thư phổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF TOTAL THOROSCOPIC LOBECTOMY IN NON-SMALL LUNG CANCER IN BINH DAN HOSPITAL

Objective: Assess early outcomes of total thoroscopic lobectomy in non-small lung cancer.

Subject and method: retrospective description. 50 patients had performed total thoroscopic lobectomy to treat Non-small cell lung cancer in Thoracic and Thyroid department, Binh Dan Hospital from 2015 to 2022.

Result: Average age: $63,32 \pm 9,88$ years old. Male: female: 1.7: 1, elder, smoking are risk factors. Average operation time was 179.9 minutes. Average blood loss was 130.6 ml. Bleeding complication in surgery was 2%. The average complications was 12 %: postoperative pneumonia and gas leakage. No serious complications or death. Postoperative pain was quite low. The average length of hospital stay were 8.6 days. Good treatment result: 92 %.

Conclusion: total thoroscopic lobectomy in non-small lung cancer is safe and proper treatment, few complications, good early results: rapid recovery, less pain after surgery.

Keywords: endoscopic thoracic surgery, total thoroscopic lobectomy, non-small cell lung cancer, lung cancer.

¹Bộ môn Ngoại Khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại Ung thư thường gặp, gây tử vong cao nhất trên thế giới và ở Việt Nam. Mỗi năm khoảng 1,8 triệu người phát hiện và 1,59 triệu người tử vong do UTP. Tại Việt Nam có hơn 20.000 bệnh nhân (BN) UTP mới phát hiện mỗi năm. Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 75 – 80% số BN UTP. Phát hiện sớm bệnh lý, điều trị kịp thời cải thiện tiên lượng và kéo dài thời gian sống. UTPKTBN điều trị triệt để là phẫu thuật khi UTP ở giai đoạn sớm, tỷ lệ sống còn 5 năm lên đến 40%, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống 5 năm lên đến 50-90%. Tuy nhiên, đa số các phẫu thuật (PT) cắt thùy phổi điều trị bệnh lý phổi cả lành tính và ác tính hiện nay đều thực hiện bằng mổ mở hoặc mổ nội soi kết hợp đường mổ ngực nhỏ. Tại Hoa Kỳ và Anh, trong 10 năm (2000 - 2010), PT cắt thùy phổi có camera hỗ trợ chiếm từ 5 đến 20%. Những năm 2016, phẫu thuật nội soi (PTNS) mới được tiến hành rộng rãi ở các nước phương Tây, Mỹ, Nhật..nhưng hầu hết đều là PTNS lồng ngực kết hợp đường mổ nhỏ làm kênh thao tác VATS [1], [2], [4]. Chưa có nhiều nghiên cứu về kết quả của PTNS hoàn toàn - thorascopic VATS hay ETS (endoscopic thoracic surgery) trong điều trị các bệnh lý lồng ngực nói chung và điều trị UTPKTBN nói riêng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm PTNS cắt thùy phổi điều trị bệnh lý UTPKTBN. Thông qua các mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá sự an toàn và kết quả sớm của PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi trong điều trị bệnh lý UTPKTBN giai đoạn I,II và IIIA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

50 BN được PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị bệnh lý UTPKTBN tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 09/2015 đến tháng 09/2022.

Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: UTP giai đoạn khu trú trong lồng ngực, không di căn (M0); phân loại pTNM I, II, IIIA (T3- 4, N0-1) dựa theo AJCC 8 (2017); Thỏa tiêu chuẩn trên được chỉ định trước PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi (ETS). Phương pháp phẫu thuật là PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi chứa u kèm nạo hạch chằng N1 trong phổi và nạo ít nhất 3 hạch trong trung thất; Kết quả MBH sau mổ là UTPKTBN (carcinoma tế bào tuyến, carcinoma tế bào gai, carcinoma tuyến phế quản, carcinoma tế bào lớn).

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

* Đặc điểm lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình là $63,32 \pm 9,88$ tuổi. Lớn tuổi nhất là: 87 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 43 tuổi tính đến năm được BN phẫu thuật. Nam giới: 62% (31 BN), gấp 1.7 lần số BN nữ. 54% (27 BN) BN có hút thuốc trung bình là $14,33 \pm 4,02$ gói.năm. 64% BN (32 BN) phát hiện tình cờ, 36% BN (18 BN) nhập viện có triệu chứng ho và đau ngực ở nhiều mức độ khác nhau.

Tiền căn bệnh lý nội khoa: Đái tháo đường 2 (16%), bệnh thiếu máu cơ tim – tiền căn nhồi máu cơ tim (14%), tăng huyết áp (30%), suy thận mạn – bệnh lý thận (2%). Tiền căn ngoại khoa BN đã PT: Ung thư túi mật (2,03%), ung thư dạ dày (2,03%), ung thư ống hậu môn (2,03%), ung thư đại trực tràng (23.94%).

Xác định đường kính lớn nhất của khối u trong khoảng 35 ± 13 mm. Vị trí U phổi: U thùy trên phổi (P): 16 BN (32%) và thùy dưới phổi (T): 15 BN (30%), thùy dưới phổi (P): 9 BN (18%), thùy trên phổi (T) và thùy giữa phổi (P) cùng chiếm 10% BN.

Số BN được soi phế quản là 28% và sinh thiết u phổi xuyên thành dưới hướng dẫn của MSCT là 54%. Giải phẫu bệnh lý (GPB) trước mổ: Carcinoma tế bào gai chiếm: 14.8%, carcinoma tế bào tuyến: 59.3%, mô viêm mạn 25.9%. GPB của BN sau phẫu thuật là: Carcinoma tế bào gai: 20%, Carcinoma tuyến: 52%, Carcinoma tuyến phế quản: 28%. Ở nhóm carcinoma tuyến 26 BN ghi nhận kết quả hóa mô miễn dịch của bệnh phẩm là: TTF1(+), CK 7(+), CK20(-) và CDX2 (-) chứng tỏ đây ung thư biểu mô tuyến (UTPBMT) nguyên phát tại phổi.

Liên quan giữa các dấu chỉ ung thư và bệnh lý ở nhóm BN nghiên cứu

36 BN (72%) có nồng độ Cyfra21.1 huyết thanh tăng cao và 15 BN (30 %) có nồng độ CA19.9 tăng cao. 15 BN có nồng độ Cyfra21.1 và CA19.9 huyết thanh cùng tăng. Nồng độ 2 marker ung thư trên tăng gợi ý bệnh lý UTP nguyên phát đặc biệt trong UTP tế bào tuyến và gai. Nồng độ Cyfra21.1 có mối tương quan mang ý nghĩa thống kê với nồng độ CA19.9 cùng với kích thước bướu

trong việc chẩn đoán UTPKTBN đặc biệt là nhóm ung thư biểu mô tuyến, tương tự như nghiên cứu của các tác giả S. Lee, Yuki Sato.

**** Đánh giá sự an toàn của PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi trong điều trị bệnh lý UTP UTPKTBN giai đoạn I,II và IIIA.***

Chỉ định PTNS cắt thùy phổi trong điều trị ung thư và phương pháp phẫu thuật tiến hành trong nghiên cứu

UTPKTBN giai đoạn sớm I, II, IIIA (T3-4 N0-1) chưa di căn hạch trung thất hay dưới khí quản (N2) chỉ định phẫu thuật là chỉ định tuyệt đối [4], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn 50 trường hợp chỉ định mổ đều trong giai đoạn sớm I, II, IIIA (T3-4, N0-1), nhiều nhất giai đoạn IIIA 17 BN (34%), giai đoạn IA, IIB lần lượt là 26%, 24%. Chúng tôi đã tiến hành PTNS hoàn toàn cắt 1 thùy của phổi chứa ung thư thành công ở 98% BN (nhiều nhất ở thùy trên phổi (P) và dưới phổi (T) lần lượt 9 và 8 BN), chỉ duy nhất 1 BN phải chuyển sang mổ mở cắt thùy dưới phổi (P) do chảy máu.

Tác giả N. Stephens [2] ủng hộ PTNS cắt thùy thùy phổi chứa u theo giải phẫu kèm nạo hạch chằng N1 và lấy ít nhất 3 hạch trong trung thất nhằm điều trị UTPKTBN, hồi cứu các trường hợp PTNS hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi đều được tiến hành phương thức trên, GPB sau mổ không ghi nhận toàn bộ BN không di căn hạch N2.

Như vậy đối với nghiên cứu của tôi việc chọn bệnh PTNS hoàn toàn ở nhóm BN giai đoạn I, II, IIIA (T3-4, N0-1) là phù hợp về mặt chỉ định phẫu thuật, về mặt ung thư học trong lựa chọn phương pháp PTNS hoàn toàn để điều trị cho BN UTPKTBN giai đoạn sớm.

Lượng máu mất, thời gian phẫu thuật

Lượng máu mất và thời gian phẫu thuật là yếu tố giúp cho đánh giá sự an toàn, tính khả thi phương pháp PTNS toàn bộ. Máu mất càng nhiều ảnh hưởng đến các vấn đề biến chứng trong và sau phẫu thuật: suy chức năng cơ quan hay biến cố tim mạch. Thời gian phẫu thuật càng dài BN càng chịu nhiều nguy cơ của cuộc mổ và gây mê, xẹp phổi sau mổ, ứ đọng đàm nhớt gây viêm phổi, suy hô hấp và thở máy kéo dài sau mổ, tăng nguy cơ tử vong hậu phẫu.

Lượng máu mất trong nghiên cứu trung bình là 130.6 ml. 1 trường hợp chảy máu trong mổ, lượng máu mất là 500ml; Thời gian phẫu thuật trung bình là 179.9 phút. Tương tự các nghiên cứu của McKenna (máu mất 150ml, thời gian phẫu thuật không ghi nhận), Khalid Amed (100ml, 204 phút), Nguyễn Hoàng Bình (90ml, 216 phút) cho thấy thời gian mổ ít hơn và lượng máu mất tương tự.

Chuyển mổ mở và các biến chứng sau phẫu thuật

Về biến chứng tràn khí màng phổi (TKMP): PTNS hoàn toàn ứng dụng các stapler cắt phù hợp cho riêng nhu mô và phế quản, giảm biến chứng xì do khí từ nhu mô và phế quản sau mổ. Tỷ lệ TKMP trong nghiên cứu của tôi là 6/50 BN chiếm tỷ lệ 12%. Biến chứng xì dò phế quản là 0%. Tác giả Bryan A. Whitson [3] cho thấy tỷ lệ dò khí TKMP sau mổ mở là 15%, dò khí kéo dài là 5%. Kết quả trên là tương đương nhau và nghiên cứu không ghi nhận xì do PQ cần can thiệp lại.

Về biến chứng viêm phổi sau phẫu thuật: Tỷ lệ viêm phổi hậu phẫu hiện nay càng ít

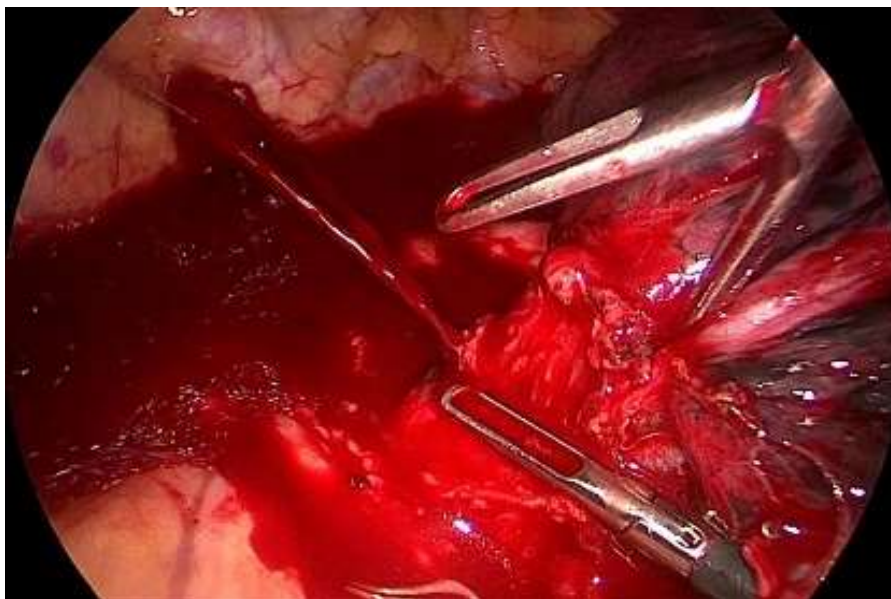
dần, thay đổi từ 0,15-2,9%. Trong nghiên cứu của tôi viêm phổi hậu phẫu gặp ở 6 trường hợp BN (12%), mức độ nhẹ, điều trị nội khoa ổn định, tương tự như tỷ lệ viêm phổi hậu phẫu đối với BN được mổ mở cắt thùy phổi 13,2% điều trị UTPKTBN bởi tác giả Bryan A. Whitson và cs. Nhóm BN này đều ghi nhận có hút thuốc lá trước đó hơn 15 gói.năm phù hợp các yếu tố nguy cơ viêm phổi hậu phẫu bao gồm: chức năng phổi kém, hút thuốc lá, nhiễm trùng hô hấp, bệnh tắc nghẽn hô hấp, BN hơn 75 tuổi, béo phì, đau sau phẫu thuật. [5]

Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng vết mổ cũng như tràn khí dưới da như trong các nghiên cứu về mổ mở hay VATS kèm đường mở ngực nhỏ. Mổ mở hay VATS kèm đường mở ngực nhỏ: đường mở ngực sẽ được tận dụng làm kênh quan sát và thao tác qua đó làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu hay đau mạn tính do tổn thương bó mạch thần kinh liên sườn. Đó là một trong những ưu điểm nổi trội của PTNS hoàn toàn so với đường mở ngực nhỏ trong mổ mở hay VATS.

Tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi thay đổi từ 2-6% . Nghiên cứu của McKenna [7], trên 251 BN được PTNS cắt thùy phổi, có 28 BN chuyển mổ mở 2,5%, do chảy máu khi bóc tách ĐM phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (2%).

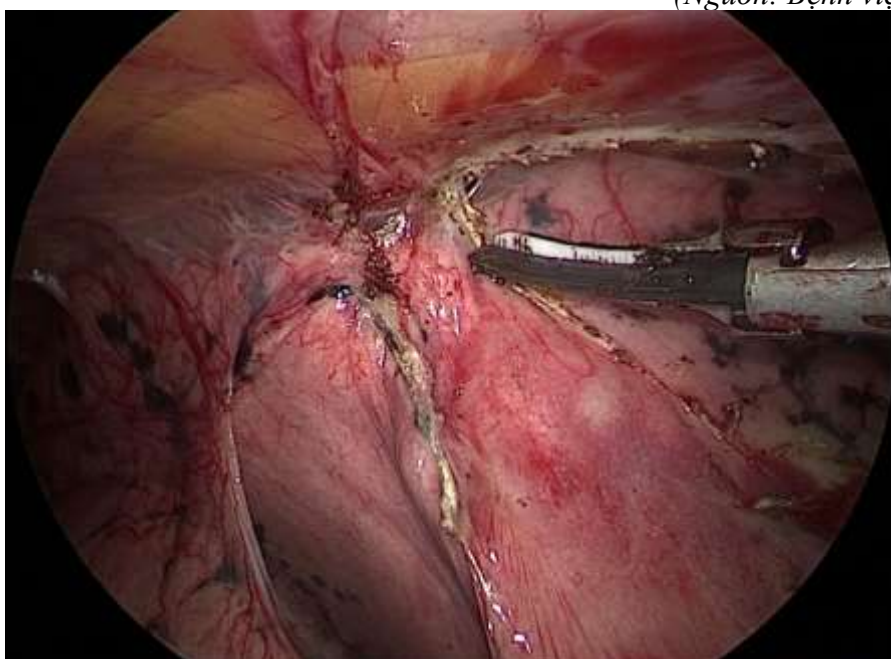
Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ biến chứng PTNS toàn bộ

Tỷ lệ biến chứng TKMP sau mổ ở BN phổi không dính ($5/33 = 15\%$) cao hơn so với nhóm BN có phổi dính ($1/11 = 9.1\%$).



Hình 6. Biến chứng chảy máu trong phẫu thuật

(Nguồn: Bệnh viện Bình Dân)



Hình 7. Phổi dính tự nhiên

(Nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

Tỷ lệ BN có TKMP hậu phẫu ở nhóm rãnh liên thùy không rõ cao hơn ở nhóm BN có rãnh liên thùy rõ (27.3% và 9.1%).

*** Đánh giá kết quả sớm của PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi trong điều trị**

bệnh lý UTP UTPKTBN giai đoạn I,II và IIIA

Thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi, hồi phục sau mổ, xuất viện

Dẫn lưu màng phổi (DLMP) đặt lâu sẽ gây các biến chứng như viêm phổi, nhiễm

trùng chân ống dẫn lưu, đau mạn tính. Phổi nở tốt, không có các biến chứng hậu phẫu điều kiện để rút DLMP. PTNS hoàn toàn mang lại ưu điểm đó so với mổ mở hay VATS kết hợp đường mở ngực nhỏ. DLMP sẽ được rút sớm hơn so với mổ mở hay VATS cắt phổi như trong nghiên cứu của tác giả Bryan A. Whitson và Nicholas Stephens. [2], [3]. Trung bình DLMP sau 5.0 ngày sẽ được rút. Thời gian nằm viện hậu phẫu được rút ngắn trung bình 8.6 ngày.

Mức độ đau sau phẫu thuật và đau khi xuất viện

Tác giả Nicholas Stephens [2] dùng thang điểm VAS đánh giá đau sau phẫu thuật: BN PTNS có điểm đau VAS ít hơn, thời gian sử dụng thuốc giảm đau ít hơn. Mức độ đau trung bình vào ngày hậu phẫu 1 được ghi nhận ở mức $4.00 \pm 1.01/10$. Mức độ đau trung bình khi BN xuất viện được ghi nhận ở mức $0,84 \pm 0,79/10$. Điều này được giải thích là do đường mổ BN nhỏ hơn, không dùng banh sườn nên không tổn thương mô, giảm phản ứng viêm, không có tổn thương xương sườn, khớp ức sườn hay sống sườn. Tổng hợp trong các nghiên cứu cho thấy sự giảm đau sau PTNS so với mổ mở không chỉ trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật mà còn kéo dài đến một năm sau phẫu thuật [2].

Kết quả sớm sau 1 tháng phẫu thuật

Đánh giá về mặt kết quả và an toàn của PTNS, chúng tôi đánh giá kết quả sớm của BN 1 tháng sau phẫu thuật: về các vấn đề biến chứng diễn ra sau mổ 1 tháng kèm theo đó là các triệu chứng cơ năng khi BN được xuất viện về nhà theo bảng phân loại mức độ biến chứng, tử vong của Clavien và Anthony Yim [8] cho kết quả mức độ tốt: BN không có các biến chứng hoặc nhẹ không đáng kể kèm với đó không có các triệu chứng bất thường về cơ năng chiếm đến 36 BN tương

đương 92 % số ca mổ. Qua đó cũng ghi nhận đánh giá được phần nào kết quả sớm PTNS điều trị bệnh lý UTPKTBN là tốt, ít biến chứng và không tử vong.

Về mặt ung thư học: Các trường hợp được PTNS cắt thùy phổi được chọn phương pháp mổ phù hợp ở nhóm BN đúng chỉ định PTNS nên đảm bảo về mặt ung thư học cho phương pháp này. Việc đánh giá tiên lượng sống, tỉ lệ di căn và tái phát ở BN UTP trong nghiên cứu của chúng tôi còn chưa hoàn chỉnh, cần có những nghiên cứu thêm, với số lượng BN nhiều hơn, thời gian theo dõi lâu hơn.

IV. KẾT LUẬN

Tuổi cao và hút thuốc lá là những yếu tố nguy cơ của UTP đặc biệt UTPKTBN. Nồng độ Cyfra21.1 và CA 19.9 huyết thanh tăng cao và có tương quan với nhau. Và tăng tương quan theo kích thước khối u.

PTNS hoàn toàn có thể được tiến hành an toàn ở nhóm bệnh lý Ung thư phổi UTPKTBN giai đoạn sớm I, II, IIIA (T3-4, N0-1) chưa di căn hạch trung thất chặn N2, tỷ lệ biến chứng trung bình là 12 %, không có biến chứng mức độ nặng cũng như tử vong, thời gian phẫu thuật tương đối (trung bình 179.9 phút), lượng máu mất trong PTNS không nhiều (trung bình 130.6 ml). Nguy cơ biến chứng phẫu thuật, nguy cơ chuyển mổ mở khi PTNS cắt thùy phổi tăng lên khi có các yếu tố sau, cần chú ý khi phẫu thuật đó là: rãnh liên thùy không hoàn toàn. Đối với trường hợp phổi dính vẫn có thể tiến hành PTNS được.

PTNS hoàn toàn điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm I, II, IIIA (T3-4, N0-1) mang lại kết quả sớm tốt. BN hồi phục nhanh trung bình 5 ngày sẽ được rút DLMP; thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn trung bình 8.6

ngày nằm viện hậu phẫu. BN ít đau sau phẫu thuật, mức độ đau vào ngày hậu phẫu 1 trung bình là mức 4/10; và ngày xuất viện ghi nhận là 1/10.

Cơ năng và hoạt động của người bệnh được trở lại bình thường trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật, không ghi nhận biến chứng mức độ nặng: mất khả năng lao động, suy chức năng cơ quan hay tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hữu Vĩnh, Nguyễn Văn Khôi**, (2013), "Cắt thùy phổi nội soi – đường mổ và khả năng ứng dụng", Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, 1 (3), pp. 46-50.
2. **N. Stephens, D. Rice, A. Correa, W. Hoffstetter**, (2014), "Thoracoscopic lobectomy is associated with improved short-term and equivalent oncological outcomes compared with open lobectomy for clinical Stage I non-small-cell lung cancer: a propensity-matched analysis of 963 cases†", European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 46 pp. 607–613.
3. **Bryan A. Whitson, Shawn S. Groth, Susan Duval, Scott J Swanson**, (2008), "Surgery for Early-Stage Non-Small Cell Lung Cancer: A Systematic Review of the Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Versus Thoracotomy Approaches to Lobectomy", Ann Thorac Surg 2008, 86 pp.:2008–2018.
4. **F. Al-Shahrabani, D. Vallbohmer, S. Angenendt, W. T. Knoefel**, (2014), "Surgical strategies in the therapy of non-small cell lung cancer", World J Clin Oncol, 5 (4), pp. 595-603.
5. **J. Chikwe, Athanasiou Thanos**, (2007), Complications of cardiothoracic surgery, Surgical complications: Diagnosis and Treatment. Editors Nadey S Hakim, Vassilios E Papalois , 1st, Imperial College Press. London, pp. 245-300.
6. **A. L. McGuire, W. M. Hopman, D. Petsikas, K. Reid**, (2013), "Outcomes: wedge resection versus lobectomy for non-small cell lung cancer at the Cancer Centre of Southeastern Ontario 1998-2009", Can J Surg, 56 (6), pp. E165-170.
7. **R. J McKenna, Mahtabifard Ali , Pickens Allan , usuanco Donato**, (2007), "Fast-Tracking After Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Lobectomy, Segmentectomy, and Pneumonectomy", Ann Thorac Surg, 84 pp. 1663– 1668.
8. **Anthony P. C. Yim, Kai-ming Ko, Chanchung Ma, Wing-shun Chau, et al**, (1996), "Thoracoscopic Lobectomy for Benign Diseases", CHEST, 109 (2), pp. 554-556.

KHIẾM KHUYẾT SỬA CHỮA BẮT CẶP SAI THƯỜNG GẶP TRONG UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG

Nguyễn Trần Uyên Thy¹, Châu Vũ Nguyên²,
Nguyễn Phúc Nguyên¹, Trần Minh Anh Thu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khiếm khuyết sửa chữa bắt cặp sai (dMMR: deficient mismatch repair) giúp tiên lượng và chọn lựa điều trị miễn dịch ở bệnh nhân (BN) ung thư đại-trực tràng (UTĐTT), do đó, góp phần cải thiện sống còn của bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ dMMR trong UTĐTT và các yếu tố lâm sàng và mô bệnh học liên quan đến dMMR.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 154 bệnh nhân UTĐTT tại Khoa Ung Bướu Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2020 đến 31/07/2021, có xét nghiệm hóa mô miễn dịch (HMMD) để xác định dMMR được đưa vào nghiên cứu. Phân tích liên quan đơn biến giữa tuổi, giới tính, tiền căn gia đình, vị trí bướu, giai đoạn bướu, và đặc điểm mô bệnh học của bướu (độ biệt hoá, thành phần tiết nhầy/tế bào nhầy, thâm nhập lympho bào, phản ứng lympho dạng Crohn, và kiểu tăng trưởng tủy) với dMMR. Từ đó dùng hồi quy logistic đa biến để tìm ra yếu tố độc lập liên quan đến dMMR.

Kết quả: Tỷ lệ dMMR là 21,4%, chủ yếu do mất biểu hiện MLH1/PMS2 (45,5%) và PMS2 (33,6%). Qua phân tích đơn biến có sự liên quan

giữa dMMR và vị trí ung thư ở đại tràng phải so ($p=0,001$), bướu biệt hóa kém ($p=0,007$), bướu có thành phần tiết nhầy/tế bào nhầy ($p=0,004$), có thâm nhập lympho bào ($p<0,001$). Trong đó, vị trí bướu ở đại tràng phải [$p=0,01$, odds ratio (95%CI) 3,29 (1,33-8,13)] và thâm nhập lympho bào [$p<0,01$, odds ratio (95% CI) 4,73 (1,87-11,98)] là các biến số độc lập liên quan với tình trạng dMMR trong phân tích đa biến.

Kết luận: dMMR thường gặp ở BN UTĐTT (1 trên 5 BN) và có liên quan với vị trí bướu ở đại tràng phải và có tình trạng thâm nhập tế bào lympho trong mô bướu.

Từ khóa: Khiếm khuyết sửa chữa bắt cặp sai, Ung thư đại - trực tràng, Mô bệnh học, Hóa mô miễn dịch

SUMMARY

MISMATCH REPAIR DEFICIENCY IS COMMON IN COLORECTAL CANCER

Background: Deficient mismatch repair (dMMR) helps to predict and choose immunotherapy on patients with colorectal cancer. Therefore, dMMR contributes to improve patients survival. This study aims to clarify the prevalence and clinicopathologic characteristics of dMMR colorectal cancer in a Viet Nam's hospital.

Methods: From January 2020 to July 2021, 154 patients who have immunohistochemical test for MMR proteins (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) were enrolled in this study. Univariate analysis to identify any correlations between the presence of dMMR and various clinical factors

¹Khoa Ngoại, Bệnh Viện Nhật Tân

²Khoa Ung Bướu, Bệnh Viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Uyên Thy
SĐT: 0918160883

Email: thynguyen168@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

(age, sex, family history, tumor location, stage), histological features (differentiation degree, any mucinous components and/or presence of signet-ring cell, tumor-infiltrating lymphocytes, Crohn's-like lymphocytic reaction, and medullary growth pattern). Then we used multivariate logistic analysis to identify independent factors related to dMMR-colorectal patients.

Results: dMMR was found in 33 patients (21,4%), mostly loss of MLH1/PMS2 (45,5%) and PMS2 (33,6%). There was a association between dMMR and right-sided location of tumor ($p=0,001$), poorly differentiated adenocarcinoma ($p=0,007$), presence of any mucinous components and/or signet-ring cell carcinoma components ($p=0,004$), presence of tumor-infiltrating lymphocytes ($p<0,001$). The results of the multivariate logistic regression analysis revealed right-sided location of tumor [$p=0,01$, odds ratio(95%CI) 3,29 (1,33-8,13)] and presence of tumor-infiltrating lymphocytes [$p<0,01$, odds ratio (95% CI) 4,73 (1,87-11,98)] as independent factors related to the presence of dMMR.

Conclusion: The prevalence of dMMR tumors is common in colorectal cancers in a Viet Nam's hospital, dMMR tumors tends to be associated with right-sided location and presence of tumor-infiltrating lymphocytes.

Keywords: Deficient mismatch repair, Colorectal cancer, Pathology, Immunohistochemical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những nghiên cứu thực hiện ở các nước có nền y học tiên tiến cho thấy việc áp dụng kỹ thuật sinh học phân tử trong chẩn đoán và điều trị đã mang lại những lợi ích nổi bật cho bệnh nhân ung thư. Trong suốt lịch sử gần 20 năm, tình trạng bất ổn định vi vệ tinh (MSI) ban đầu chỉ được sử dụng chủ yếu để tầm

soát bệnh lý ung thư di truyền (hội chứng Lynch), gần đây tình trạng khiếm khuyết sửa chữa bất cặp sai (dMMR) và MSI được nhắc đến nhiều trong các nghiên cứu khắp nơi trên thế giới. Đặc biệt năm 2017, FDA (Cơ quan quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ) đã chấp thuận việc sử dụng Pembrolizumab trong điều trị UTĐTT giai đoạn di căn có tình trạng dMMR/MSI[3]. Tiếp theo năm 2018, ESMO (Hội ung thư học Châu Âu) đưa những khuyến cáo về xét nghiệm đánh giá tình trạng dMMR/MSI để sử dụng liệu pháp miễn dịch trong ung thư[4]. Đầu năm 2020, NCCN (Mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ) đã đưa tình trạng dMMR/MSI vào phác đồ điều trị cập nhật mới nhất của mình. Tình trạng dMMR góp phần nhận ra sớm những bệnh nhân mắc hội chứng Lynch (h/c Lynch), cung cấp giá trị tiên lượng, giá trị dự đoán trong điều trị UTĐTT. Chính vì vậy, xác định tình trạng dMMR góp phần nâng cao chất lượng điều trị, thời gian sống cho bệnh nhân UTĐTT.

Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu để phát hiện tình trạng đột biến các gen MLH1, MSH2 nhằm tầm soát h/c Lynch[5–7], cũng như nghiên cứu về giá trị tiên lượng của tình trạng dMMR trong UTĐT giai đoạn II[8]. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu mang tính tổng quan về tỷ lệ dMMR cũng như sự liên quan giữa dMMR và các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ở bệnh nhân UTĐTT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTĐTT phát hiện lần đầu, điều trị tại khoa Ung Bướu bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2020 – 31/7/2021 và đã có xét nghiệm

hóa mô miễn dịch để chẩn đoán tình trạng dMMR.

Dữ liệu về 10 biến số (đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, tiền căn gia đình, vị trí bướu, giai đoạn bướu, mô bệnh học của bướu: độ biệt hoá, thành phần tiết nhầy/tế bào nhầy, thâm nhập lympho bào, phản ứng lympho dạng Crohn, và kiểu tăng trưởng tủy) được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Vị trí khối bướu chia theo 03 vị trí: Đại tràng phải (từ manh tràng đến đại tràng ngang), Đại tràng trái (gồm đại tràng xuống, đại tràng chậu hông), Trực tràng (từ chỗ nối đại tràng chậu hông đến ống hậu môn). Giai đoạn TMN phân chia theo AJCC 8th.

Xét nghiệm hóa mô miễn dịch

HMMD có giá thành rẻ, phổ biến, có thể giúp sàng lọc khiếm khuyết gen. Tuy nhiên không phải tất cả những đột biến đều làm mất biểu hiện protein, sự phân tích cũng có phần chủ quan.

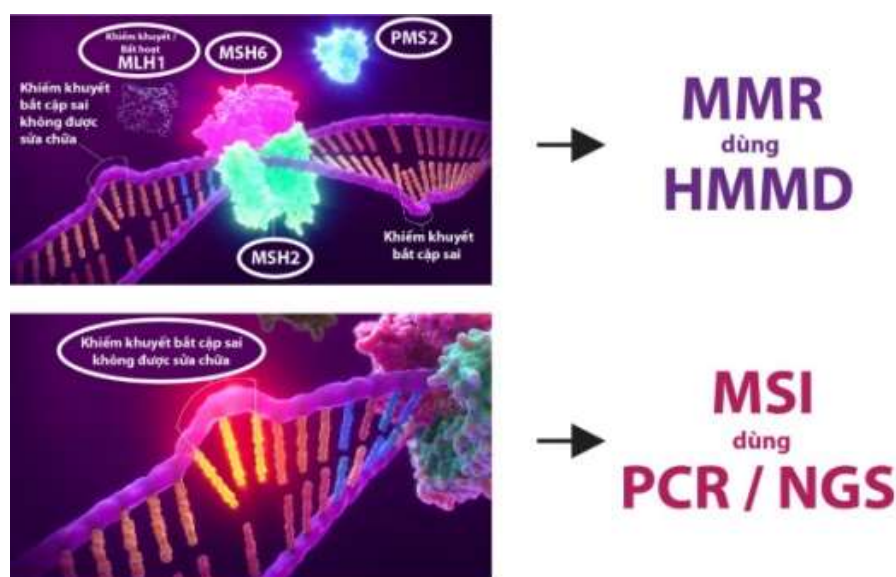
Trong HMMD, nếu tất cả protein đều biểu hiện ở nhân, bướu được xem là ổn định vi vệ tinh (MSS). Mất 1 hoặc 2 protein chỉ ra tình trạng dMMR. MLH1/PMS2 và MSH2/MSH6 hình thành nên những cặp hoạt động, MLH1 và MSH2 cần thiết để ổn định phức hợp nên khi mất MLH1 hoặc MSH2 sẽ kéo theo mất PMS2 hoặc MSH6 (Bảng 2).

Mất biểu hiện protein MLH1/PMS2 do khiếm khuyết MLH1 chiếm tỷ lệ cao nhất trong khiếm khuyết MMR. Tỷ lệ nhỏ mất biểu hiện MLH1 liên quan đến h/c Lynch (do đột biến gen mầm MLH1). Trong khi đó hầu hết mất biểu hiện MLH1 là do tăng methyl hoá vùng khởi động làm im lặng biểu hiện MLH1 (silencing of MLH1 expression). Tăng methyl hoá vùng khởi động MLH1 thường là đặc điểm của bướu CIMP, những bướu này thường chứa đựng đột biến BRAF pV600E.

Bảng 1. Diễn giải kết quả hóa mô miễn dịch và hướng xử trí [1]

MLH1	PMS2	MSH2	MSH6	Diễn giải	Bước tiếp theo
+	+	+	+	pMMR	Không cần
-	-	+	+	dMMR, mất MLH1	Phân tích methyl hóa của promoter MLH1. Nếu không có methyl hóa thì phân tích gen MLH1 và tư vấn di truyền
+	-	+	+	dMMR, mất PMS2	phân tích gen PMS2 và tư vấn di truyền
+	+	-	-	dMMR, mất MSH2	phân tích gen MSH2 và tư vấn di truyền
+	+	+	-	dMMR, mất MSH6	phân tích gen MSH6 và tư vấn di truyền

Dùng HMMD tìm MMR và phân tích ADN tìm MSI là hai kỹ thuật khác nhau, tìm những dấu ấn sinh học khác nhau gây nên bởi tình trạng dMMR (Hình 2). HMMD tìm dMMR có độ nhạy, độ đặc hiệu cao và có mức độ tương đồng cao so với PCR[13].



Hình 1. Cơ chế khác nhau của tình trạng MMR và MS

Xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được trình bày dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn. Đối với biến định tính, so sánh sự khác biệt giữa các nhóm bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm Fisher nếu cỡ mẫu nhỏ hơn 5. Đối với biến định lượng, so sánh sự khác

biệt giữa các nhóm bằng phép kiểm t hoặc Mann-Whitney nếu không có phân phối chuẩn. Dùng hồi quy logistic để phân tích đa biến. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm BN trong nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của BN trong nghiên cứu được trình bày theo Bảng 3.

Bảng 2. Đặc điểm nhóm BN trong nghiên cứu

Đặc điểm	N	%
Giới		
Nam	76	49,4
Nữ	78	50,6
Tuổi (năm)		
≤ 39	11	7,1
40-49	32	20,8
50-59	37	24,0
60-69	45	29,2
≥ 70	29	18,8
Vị trí bướu		

Đặc điểm	N	%
Manh tràng	13	8,4
Đại tràng lên	22	14,3
Đại tràng ngang	25	16,2
Đại tràng xuống	14	9,1
Đại tràng xích-ma	43	27,9
Trực tràng	37	24
Giai đoạn		
I	25	16,2
II	77	50
III	40	26
IV	12	7,8
Độ biệt hóa		
Biệt hóa tốt	13	8,4
Biệt hóa vừa	131	85,1
Biệt hóa kém	10	6,5
Thành phần chế tiết nhầy/tế bào nhầy		
Có	29	18,8
Không	125	81,2
Thấm nhập lymphô bào		
Có	33	21,4
Không	121	78,6
Phản ứng lymphô dạng Crohn		
Có	44	28,6
Không	110	71,4
Kiểu tăng trưởng tủy		
Có	11	7,1
Không	142	92,9
Tình trạng MMR		
dMMR	33	21,4
pMMR	121	78,6

Tỷ lệ dMMR

Có 33 trường hợp dMMR (chiếm 21,4%) và 121 trường hợp pMMR (chiếm 78,6%) trong nhóm nghiên cứu. Số trường hợp pMMR nhiều hơn gấp ba (3,6 lần) số trường hợp dMMR. Trong nhóm dMMR, có bốn kiểu mất biểu hiện protein MMR. Kiểu mất

biểu hiện đồng thời MLH1, PMS2 và mất biểu hiện PMS2 xuất hiện nhiều nhất (chiếm 78,8%). Mất biểu hiện đồng thời MSH2/MSH6 có năm trường hợp (15,2%). Hai trường hợp (6%) mất đồng thời hai protein PMS2/MSH6 (Bảng 4).

Bảng 3. Đặc điểm của các kiểu mất biểu hiện protein MMR

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Độ tuổi trung bình mắc bệnh
Mất biểu hiện MLH1/PMS2	15 (45,5%)	53,47 ± 3,19
Mất biểu hiện MSH2/MSH6	5 (15,2%)	56,20 ± 3,50
Mất biểu hiện PMS2	11 (33,3%)	62,64 ± 3,31
Mất biểu hiện PMS2/MSH6	2 (6%)	39 ± 12

Phân tích đơn biến và đa biến để nhận diện những yếu tố lâm sàng, mô bệnh học liên quan dMMR

Kết quả về liên quan đơn biến giữa các yếu tố lâm sàng, mô bệnh học và tình trạng MMR được trình bày theo Bảng 5.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng MMR với các yếu tố

Đặc điểm	Phân tích đơn biến			Phân tích hồi quy đa biến	
	dMMR (N=33) n (%)	pMMR (N=121) n (%)	Giá trị p	Odds ratio (95% CI)	Giá trị p
Tuổi (năm)					
≤ 39	56,06 ± 12,55 2 (6)	58,89 ± 12,40 9 (7,4)	0,248		
40-49	10 (30,3)	22 (18,2)			
50-59	6 (18,2)	31 (25,6)			
60-69	9 (27,3)	36 (29,8)			
≥ 70	6 (18,2)	23 (19)			
Giới					
Nam	19 (57,6)	57 (47,1)	0,29		
Nữ	14 (42,4)	64 (52,9)			
Tiền căn gia đình mắc ung thư liên quan đến h/c Lynch					
Có	6 (18,2)	12 (9,9)	0,22		
Không	27 (81,8)	109 (90,1)			
Vị trí bướu					
Đại tràng phải	21 (63,6)	39 (32,2)	0,001	3,29 (1,33-8,13)	0,01
Đại tràng trái / trực tràng	12 (36,4)	82 (67,8)			
Giai đoạn					
I/II	25 (75,8)	77 (63,6)	0,19		
III/IV	8 (24,2)	44 (36,4)			
Độ biệt hóa					
Biệt hóa cao/ biệt hóa vừa	27 (81,8) 6 (18,2)	117 (96,7) 4 (3,3)	0,007	0,31 (0,07-1,37)	0,12

	Phân tích đơn biến			Phân tích hồi quy đa biến	
Biệt hóa kém					
Thành phần chế tiết nhầy/ tế bào nhầy			0,004	0,45 (0,17-1,2)	0,11
Có	12 (36,4)	17 (14)			
Không	21 (63,6)	104 (86)			
Thấm nhập lymphô bào			< 0,001	4,73 (1,87-11,98)	< 0,01
Có	15 (45,5)	18 (14,9)			
Không	18 (54,5)	103 (85,1)			
Phản ứng lymphô dạng Crohn			0,12		
Có	13 (39,4)	31 (25,6)			
Không	20 (60,6)	90 (74,4)			
Kiểu tăng trưởng tủy			0,058		
Có	5 (15,2)	6 (5)			
Không	28 (84,8)	115 (95)			

Từ phân tích đơn biến 10 yếu tố lâm sàng và mô bệnh học, chúng tôi tìm ra 4 yếu tố có liên quan tình trạng dMMR là vị trí bướu ($p = 0,001$), độ biệt hóa ($p = 0,007$), thành phần chế tiết nhầy/tế bào nhầy ($p = 0,004$), thấm nhập lympho bào ($p < 0,001$). Chúng tôi dùng hồi quy đa biến để tìm ra yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng dMMR ở những bệnh nhân UTĐTT: Vị trí khối u ở bên P ($p = 0,001$, Odds ratio= 3,29, 1,33-8,13 95% CI), và tình trạng thấm nhập lymphô bào ($p <$

0,001, Odds ratio= 4,73, 1,87-11,98 95% CI), là hai yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng dMMR (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ dMMR

Trong 154 trường hợp UTĐTT được nghiên cứu, có 21,4% trường hợp là dMMR (33 bệnh nhân). Kết quả này cao hơn so với kết quả của một số nghiên cứu có đánh giá tình trạng MMR/MSI (Bảng 6).

Bảng 5. Tỷ lệ dMMR của các nghiên cứu

Tác giả	N	Tỷ lệ
Nghiên cứu này	154	21,4% (dMMR)
Lã Ngọc Thu Nguyễn [8](*)	171	33,9% (dMMR)
Thái Anh Tú [14]	263	29,3 (dMMR)
Lee [15] (Đài Loan)	1603	7,4% (dMMR)
Chen [16] (Trung Quốc)	1238	8,1% (dMMR)
Jover [17] (Tây Ban Nha)	754	8,8% (MSI-H)
Benatti [18] (Ý)	1263	20,3% (MSI-H)

Tác giả	N	Tỷ lệ
Jenkins[11](Mỹ-Canada-Úc)	1098	14,8% (MSI-H)
Steinhagen [19](Mỹ)(**)	198	19,1% (dMMR)

(*): Nghiên cứu trên BN UTĐT giai đoạn II

(**): Nghiên cứu trên BN ≤ 50 tuổi

Nguyên cứu thực hiện tại các nước Châu Âu, Mỹ và Châu Á có kết quả tỷ lệ dMMR/MSI-H khác nhau, từ 7,4-20,3%. Trong nghiên cứu gồm 263 trường hợp ung thư đại trực tràng, tác giả Thái Anh Tú ghi nhận tình trạng dMMR chiếm 29,3% [14]. Tác giả Lê Ngọc Thu Nguyên cho thấy kết quả dMMR trong ung thư đại tràng giai đoạn II là 33,9%[8] cao hơn nguyên cứu này, vì tỷ lệ dMMR thường gặp ở giai đoạn sớm hơn (khoảng 20% ở giai đoạn I và II, 12% ở giai

đoạn III, 4-5% ở giai đoạn IV)[20].

Tỷ lệ dMMR khác nhau giữa các chủng tộc, một nghiên cứu thực hiện tại Malaysia thực hiện gồm 158 trường hợp carcinôm đại trực tràng cho thấy tỷ lệ dMMR ở nhóm người gốc Hoa (6,2%) thấp hơn so với nhóm người Malaysia (15,6%) và gốc Ấn (13,8%)[21]. Đây có thể là nguyên nhân gây khác biệt giữa kết quả của chúng tôi với các nghiên cứu tại châu Âu, Mỹ và Châu Á.

Các kiểu mất biểu hiện protein MMR

Bảng 6. Các kiểu mất biểu hiện protein MMR của các nghiên cứu

Tác giả	Nghiên cứu này (33)	Thái Anh Tú (77)	Lee (118) [15]	Chen (100) [16]	Maraq (29)* [22]	Steinhagen (38)* [19]
Mất biểu hiện MLH1/PMS2	45,5%	48,1%	61%	41%	41,4%	60,5%
Mất biểu hiện MSH2/MSH6	15,2%	24,7%	12,7%	20%	31%	13,2%
Mất biểu hiện PMS2	33,3%	15,6%	15,3%	18%	17,2%	7,9%
Mất biểu hiện MSH6	0%	11,6%	9,3%	11%	3,4%	18,4%
Mất biểu hiện PMS2/MSH6	6%	0%	1,7%	3%	0%	0%
Khác	0%	0%	0%	7%	7%	0%

(*): Nghiên cứu trên BN ≤ 50 tuổi

Có 4 kiểu mất biểu hiện protein MMR trong 33 trường hợp dMMR. Số trường hợp mất đồng thời biểu hiện MLH1, PMS2 là nhiều nhất (45,5%), tương tự ghi nhận của các nghiên cứu khác là không biểu hiện đồng thời hai protein này chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm dMMR, từ 40,0% đến 61% (Bảng 7).

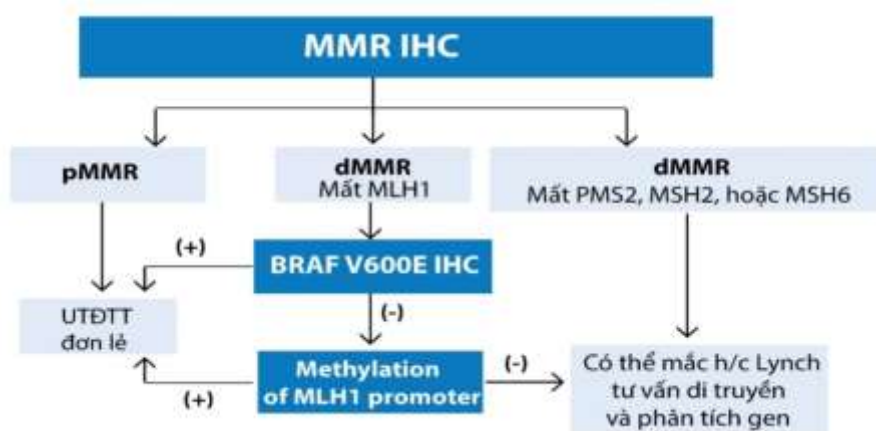
Mất biểu hiện đồng thời MSH2 và MSH6 cũng tương đối phổ biến 15,2% và một số tác giả khác[15,16,22]. Các kiểu mất một protein MMR chúng tôi ghi nhận được cũng gặp trong các nghiên cứu khác, tỷ lệ những kiểu

này dao động đáng kể giữa các trung tâm nhưng từng kiểu đều chiếm dưới 20% [15,16,22].

Nhìn chung, mất đồng thời biểu hiện MLH1, PMS2 và MSH2, MSH6 là hai kiểu thường gặp nhất trong nhóm dMMR (60,7% – 90%). Nghiên cứu này không phản ánh đúng tỷ lệ các kiểu mất biểu hiện protein vì số lượng BN dMMR thấp, do đó chúng tôi không phân tích mối liên quan giữa kiểu mất biểu hiện protein với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học như các tác giả khác.[8,15,16].

Loại protein MMR bị mất biểu hiện trong ung thư đại trực tràng gợi ý các chẩn đoán phân biệt về cơ chế và trình tự các xét nghiệm tiếp theo để xác định những cá nhân thật sự mắc h/c Lynch. Trong ung thư đại trực tràng dMMR, đa số vẫn là ung thư thể đơn lẻ, chỉ khoảng 15% – 20% là thể di truyền (h/c Lynch). Với ung thư đại trực tràng dMMR thể đơn lẻ, hơn 95% có liên quan với tăng methyl hóa vùng MLH1[23] .

Do đó, NCCN khuyến cáo ưu tiên thực hiện các xét nghiệm đánh giá sự tăng methyl hóa MLH1 và/hoặc đột biến BRAF V600E (đều liên quan với ung thư thể đơn lẻ hơn là h/c Lynch) trong các trường hợp mất biểu hiện MLH1. Đối với mất biểu hiện MSH2 cũng như chỉ mất MSH6 hay PMS2, có chỉ định khảo sát gen MMR tương ứng trong tế bào mầm ngay sau đó (Hình 3)[24].



Hình 2. Các bước tầm soát hội chứng Lynch

Phân tích đơn biến và đa biến để nhận diện những yếu tố lâm sàng, mô bệnh học liên quan dMMR

Qua phân tích đơn biến chúng tôi tìm ra 4 đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học liên quan đến tình trạng MMR đó là vị trí bướu, độ biệt hóa, thành phần chế tiết nhầy/tế bào nhầy, thâm nhập lymphô bào. Có một điều nghịch lý là: bướu dMMR/MSI-H có tiên lượng tốt hơn nhưng lại có tỷ lệ biệt hóa kém và chứa thành phần nhầy nhiều hơn bướu pMMR/MSS điều này được giải thích qua nhiều giả thuyết như: Bướu dMMR ít đột biến p53 [25], Thể dị bội là yếu tố tiên lượng tốt trong nhóm dMMR [26], Lymphô bào thâm nhập (TILs) [27].

Chúng tôi phân tích đa biến 4 đặc điểm

này và tìm ra 2 yếu tố độc lập liên quan tình trạng MMR đó là vị trí bướu ($p = 0,01$) và thâm nhập lymphô bào ($p < 0,01$). Qua phân tích đa biến thì tác giả Suzuki và cs đã tìm ra 3 yếu tố độc lập là vị trí ($p = 0,01$), thâm nhập lymphô bào ($p < 0,01$), tiền căn gia đình ($p < 0,01$)[28] . Kết quả của tác giả Suzuki khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 8). Tuy nhiên chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa tiền căn gia đình với tình trạng MMR, có lẽ do tiền căn gia đình liên quan nhiều đến đối tượng nghiên cứu dưới 50 tuổi cũng như liên quan đến h/c Lynch . Tác giả Maraqa và cs cũng tìm ra một số yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng MMR như vị trí ($p = 0,01$), GPB gợi ý MSI ($p = 0,0001$), p53 ($p = 0,0003$)[22].

Bảng 7. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tình trạng MMR

Nghiên cứu	Odds ratio	95% CI	p
Vị trí			
Chúng tôi	3,29	1,33-8,13	0,01
Suzuki[28]	15,9	1,8-143,2	0,01
Jenkins[11]	5,2	3,1-8,6	< 0,001
Độ biệt hóa			
Chúng tôi	0,31	0,07-1,37	0,12
Jenkins[11]	1,8	1,1-3,1	0,02
Thành phần chế tiết nhầy/ tế bào nhầy			
Chúng tôi	0,45	0,17-1,2	0,11
Jenkins[11]	2,9	1,6-5,2	< 0,001
Thấm nhập lymphô bào			
Chúng tôi	4,73	1,87-11,98	< 0,01
Suzuki[28]	17,4	2,5-122,3	< 0,01
Jenkins[11]	8,1	9,9-13,4	< 0,001

Jenkins và cs nghiên cứu trên 1098 bệnh nhân UTĐTT dưới 60 tuổi nhận thấy có 6 yếu tố độc lập từ đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học giúp dự đoán tình trạng MMR là tuổi <50, vị trí bướu bên phải, có chế tiết nhầy, biệt hóa kém, thâm nhập lymphô bào, phản ứng lymphô dạng Crohn. Từ đó đã lập mô hình đa biến để dự đoán[11]. Tương tự Greenson nghiên cứu trên 1649 bệnh nhân UTĐTT bất kể tuổi để tìm yếu tố giải phẫu bệnh dự đoán tình trạng MSI-H, qua phân tích đa biến đã tìm ra 6 yếu tố độc lập dựa trên giải phẫu bệnh bao gồm có >2 TIL/HPF, không hiện diện thành phần hoại tử, có phản ứng dạng Crohn, khối u bên phải, có thành phần nhầy (u nhầy hoặc có thành phần nhầy), biệt hóa tốt hay kém; trong đó đặc điểm >2 TIL/HPF liên quan nhiều nhất tới tình trạng MSI, và tuổi dưới 50 là yếu tố lâm sàng duy nhất có thể dự đoán tình trạng MSI[10].

Hiện nay có nhiều mô hình áp dụng để dự đoán tình trạng dMMR hoặc h/c Lynch trên bệnh nhân UTĐTT được chẩn đoán mới.

Ví dụ mô hình PREMIM, MMRpredict[29] và MMRpro để nhận biết h/c Lynch. Ngoài ra, mô hình MsPath score áp dụng để chẩn đoán tình trạng dMMR trên bệnh nhân UTĐTT, không chỉ tìm ra h/c Lynch mà còn giúp tìm ra UTĐTT dMMR thể đơn lẻ. Lựa chọn mô hình dự đoán thích hợp dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và dân số mục tiêu.

Khi phân tích hồi quy đa biến chúng tôi tìm ra 2 yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng dMMR trên bệnh nhân UTĐTT là vị trí bướu và thâm nhập lymphô bào. Trong 2 yếu tố này, vị trí bên phải của ung thư nguyên phát đã được biết tới là đặc điểm bệnh học của UTĐTT liên quan đến h/c Lynch[30,31]. Yếu tố còn lại là thâm nhập lymphô bào đã được nhắc đến trong bảng Bethesda cải tiến, bảng này được đề xuất để chọn lựa BN để làm XN MSI (ngày nay có thể thay thế bằng HMMD tìm biểu hiện protein MMR), từ đó tìm ra những BN nào cần phải làm XN gen để phát hiện những đột biến của gen MMR. Khuyến cáo đã đề xuất thực hiện XN MSI

trên tất cả những BN mắc UTĐTT trước 50 tuổi, bất kể những đặc điểm bệnh học. Hơn nữa, khuyến cáo cũng nhắc đến những đặc điểm liên quan đến tình trạng dMMR/MSI trên bệnh nhân UTĐTT: thâm nhập tế bào lymphô (TILs), phản ứng dạng Crohn, biệt hoá nhầy hoặc tế bào nhầy, kiểu tăng trưởng tuỷ.

TILs cao cải thiện sống còn độc lập với tình trạng MMR, một số tác giả thấy rằng TILs/MMR tiên lượng tốt hơn các yếu tố nguy cơ cao của NCCN, các đột biến gen (KRAS, BRAF), và mã hóa (CMS 1-4)[33]. Tình trạng dMMR có tiên lượng tốt ở UTĐTT giai đoạn sớm (I,II)[34,35], giá trị tiên lượng giảm dần và không rõ ở giai đoạn III[36,37], và có giá trị tiên lượng xấu ở giai đoạn IV[38,39]. Giả thuyết được chấp nhận nhiều nhất là tình trạng thâm nhập lympho bào ở giai đoạn sớm tạo ra vi môi trường miễn dịch quanh khối bướu, hạn chế sự phát triển của khối bướu; khi khối bướu tiến triển, bắt đầu xuất hiện những chốt chặn miễn dịch ngăn lympho bào tiêu diệt tế bào ung thư.

V. KẾT LUẬN

Đây là một trong những nghiên cứu tổng quan đầu tiên về tình trạng dMMR ở một cơ sở y tế tại Việt Nam, sử dụng xét nghiệm HMMD để phát hiện tỷ lệ dMMR cũng như mối liên quan giữa tình trạng này với các đặc điểm, mô bệnh học ở BN UTĐTT. Tình trạng dMMR khá thường gặp ở BN UTĐTT (1 trên 5 BN), chúng tôi tìm ra hai yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng dMMR là vị trí bướu ở đại tràng phải và có thâm nhập lympho bào trong mô bướu. Chúng tôi tin rằng những kết quả này sẽ có ích để xử trí những bệnh nhân UTĐTT có dMMR trong

thực hành lâm sàng. Tuy nhiên nghiên cứu này dựa trên số lượng nhỏ BN từ một trung tâm duy nhất, kết quả của nghiên cứu cần phải được kiểm chứng bởi những nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Harada S, Morlote D.** Molecular Pathology of Colorectal Cancer. *Adv Anat Pathol.* 2020;27(1):20-26.
2. **In. International Agency for Research on Cancer.** GLOBOCAN 2020 Cancer today. <https://gco.iarc.fr/today/home>
3. **Prasad V, Kaestner V, Mailankody S.** Cancer drugs approved based on biomarkers and not tumor type - FDA approval of pembrolizumab for mismatch repair-deficient solid cancers. *JAMA Oncol.* 2018;4(2):157-158.
4. **Luchini C, Bibeau F, Ligtenberg MJL, et al.** ESMO recommendations on microsatellite instability testing for immunotherapy in cancer, and its relationship with PD-1/PD-L1 expression and tumour mutational burden: A systematic review-based approach. *Ann Oncol.* 2019;30(8):1232-1243.
5. **Anh LTL.** Sàng lọc đột biến gen sửa chữa bắt cặp sai MLH1 liên quan đến ung thư ruột kết không polyp di truyền ở người Việt Nam. Luận án thạc sĩ di truyền học - ĐHQG HN. Published online 2012.
6. **Mai NT.** Phân tích di truyền gen sửa chữa bắt cặp sai MSH2 từ bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Luận án thạc sĩ di truyền học - ĐHQGHN. Published online 2012.
7. **Vân NTH.** Nghiên cứu đột biến gen sửa chữa bắt cặp sai (MMR) liên quan đến ung thư đại trực tràng không polyp di truyền ở người Việt Nam. Đề tài cấp quốc gia - ĐHQGHN. Published online 2013.
8. **Nguyễn LNT.** Vai trò của tình trạng MMR trong tiên lượng ung thư đại tràng giai đoạn

- II. Luận văn bác sĩ nội trú. Published online 2020.
9. **Umar A, Boland CR, Terdiman JP, et al.** Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(4):261-268.
 10. **Greenson JK, Huang SC, Herron C, et al.** Pathologic predictors of microsatellite instability in colorectal cancer. *Am J Surg Pathol.* 2009;33(1):126-133.
 11. **Jenkins MA, Hayashi S, O'Shea AM, et al.** Pathology Features in Bethesda Guidelines Predict Colorectal Cancer Microsatellite Instability: A Population-Based Study. *Gastroenterology.* 2007;133(1):48-56.
 12. **Ghosh P, Tie J, Muranyi A, et al.** Girdin (GIV) expression as a prognostic marker of recurrence in mismatch repair-proficient stage II colon cancer. *Clin Cancer Res.* 2016;22(14):3488-3498.
 13. **Zhang L.** Immunohistochemistry versus microsatellite instability testing for screening colorectal cancer patients at risk for hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome: Part II. The utility of microsatellite instability testing. *J Mol Diagnostics.* 2008;10(4):301-307.
 14. **Tú TA.** Đánh giá sự khiếm khuyết nhóm gen sửa chữa (dMMR) trong ung thư đại trực tràng bằng hóa mô miễn dịch. *Tạp chí Ung Thư Học Việt Nam.* Published online 2019.
 15. **Lee CT, Chow NH, Chen YL, et al.** Clinicopathological features of mismatch repair protein expression patterns in colorectal cancer. *Pathol Res Pract.* 2021;217.
 16. **Chen L, Chen G, Zheng X, Chen Y.** Expression status of four mismatch repair proteins in patients with colorectal cancer: clinical significance in 1238 cases. *Int J Clin Exp Pathol.* Published online 2019.
 17. **Jover R, Zapater P, Castells A, et al.** Mismatch repair status in the prediction of benefit from adjuvant fluorouracil chemotherapy in colorectal cancer. *Gut.* 2006;55(6):848-855.
 18. **Benatti P, Gafà R, Barana D, et al.** Microsatellite instability and colorectal cancer prognosis. *Clin Cancer Res.* 2005;11(23):8332-8340.
 19. **Steinhagen E, Shia J, Markowitz AJ, et al.** Systematic immunohistochemistry screening for lynch syndrome in early age-of-onset colorectal cancer patients undergoing surgical resection. *J Am Coll Surg.* 2012;214(1):61-67.
 20. **Battaglin F, Naseem M, Lenz HJ, Salem ME.** Microsatellite instability in colorectal cancer: Overview of its clinical significance and novel perspectives. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2018;16(11):735-747.
 21. **Cheah PL, Looi LM, Teoh KH, Rahman NA, Wong LX, Tan SY.** Colorectal carcinoma in malaysians: DNA mismatch repair pattern in a multiethnic population. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2014;15(7):3287-3291.
 22. **Maraqqa B, Al-Shbool G, Abu-Shawar O, et al.** Frequency of Mismatch Repair Protein (MMRP) Deficiency among Young Jordanians Diagnosed with Colorectal Carcinoma (CRC). *Gastroenterol Res Pract.* Published online 2020.
 23. **Marginean EC, Melosky B.** Is there a role for programmed death ligand-1 testing and immunotherapy in colorectal cancer with microsatellite instability?: Part I-Colorectal Cancer: Microsatellite Instability, Testing, and Clinical Implications. In: *Archives of Pathology and Laboratory Medicine.* Vol 142. *Arch Pathol Lab Med;* 2018:17-25.
 24. **Gupta S, Provenzale D, Llor X, et al.** Genetic/Familial high-risk assessment: Colorectal, version 2.2019 featured updates to the NCCN guidelines. *JNCCN J Natl Compr Cancer Netw.* 2019;17(9):1032-1041.

25. **Anwar S, Frayling IM, Scott NA, Carlson GL.** Systematic review of genetic influences on the prognosis of colorectal cancer. *Br J Surg.* 2004;91(10):1275-1291.
26. **Sinicrope FA, Rego RL, Halling KC, et al.** Prognostic Impact of Microsatellite Instability and DNA Ploidy in Human Colon Carcinoma Patients. *Gastroenterology.* 2006;131(3):729-737.
27. **Guidoboni M, Gafà R, Viel A, et al.** Microsatellite instability and high content of activated cytotoxic lymphocytes identify colon cancer patients with a favorable prognosis. *Am J Pathol.* 2001;159(1):297-304.
28. **Suzuki O, Eguchi H, Chika N, et al.** Prevalence and clinicopathologic/molecular characteristics of mismatch repair-deficient colorectal cancer in the under-50-year-old Japanese population. *Surg Today.* 2017;47(9):1135-1146.
29. **Barnetson RA, Tenesa A, Farrington SM, Nicholl ID, Cetnarskyj Ro, Porteous ME, Campbell H DM.** Identification and survival of carriers of mutations in DNA mismatch-repair genes in colon cancer. *N Engl J Med.* 2006;354(26):2751-2763.
30. **Jass JR.** Hereditary non-polyposis colorectal cancer: The rise and fall of a confusing term. *World J Gastroenterol.* 2006;12(31):4943-4950.
31. **Lynch HT, De la Chapelle A.** Genetic susceptibility to non-polyposis colorectal cancer. *J Med Genet.* 1999;36(11):801-818.
32. **Greenson JK, Bonner JD, Ben-Yzhak O, et al.** Phenotype of microsatellite unstable colorectal carcinomas: Well-differentiated and focally mucinous tumors and the absence of dirty necrosis correlate with microsatellite instability. *Am J Surg Pathol.* 2003;27(5):563-570.
33. **Williams DS, Mouradov D, Jorissen RN, et al.** Lymphocytic response to tumour and deficient DNA mismatch repair identify subtypes of stage II/III colorectal cancer associated with patient outcomes. *Gut.* 2019;68(3):465-474.
34. **Hutchins G, Southward K, Handley K, et al.** Value of mismatch repair, KRAS, and BRAF mutations in predicting recurrence and benefits from chemotherapy in colorectal cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29(10):1261-1270.
35. **Sargent DJ, Shi Q, Yothers G, et al.** Prognostic impact of deficient mismatch repair (dMMR) in 7,803 stage II/III colon cancer (CC) patients (pts): A pooled individual pt data analysis of 17 adjuvant trials in the ACCENT database. *J Clin Oncol.* 2014;32(15_suppl):3507-3507.
36. **Sinicrope FA, Mahoney MR, Smyrk TC, et al.** Prognostic impact of deficient DNA mismatch repair in patients with stage III colon cancer from a randomized trial of FOLFOX-based adjuvant chemotherapy. In: *Journal of Clinical Oncology.* Vol 31. *J Clin Oncol;* 2013:3664-3672.
37. **Roth AD, Delorenzi M, Tejpar S, et al.** Integrated analysis of molecular and clinical prognostic factors in stage II/III colon cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104(21):1635-1646.
38. **Jin Z, Sanhueza CT, Johnson B, et al.** Outcome of Mismatch Repair-Deficient Metastatic Colorectal Cancer: The Mayo Clinic Experience. *Oncologist.* 2018;23(9):1083-1091.
39. **Venderbosch S, Nagtegaal ID, Maughan TS, et al.** Mismatch repair status and BRAF mutation status in metastatic colorectal cancer patients: A pooled analysis of the CAIRO, CAIRO2, COIN, and FOCUS studies. *Clin Cancer Res.* 2014;20(20):5322-5330.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TIÊU HOÁ, GAN MẬT TUY TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2020

Trần Ngọc Thiện¹, Phạm Hữu Đoàn¹, Nguyễn Thị Thanh Thảo¹,
Nguyễn Thị Thuỳ Nga¹, Phạm Thị Xuân Thanh², Nguyễn Thị Kim Co²

TÓM TẮT

Tổng quan

Nhiễm khuẩn ổ bụng là cấp cứu phẫu thuật phổ biến tại đơn vị cấp cứu trên toàn thế giới. Vấn đề quan ngại hiện nay là vi khuẩn đang có xu hướng gia tăng đề kháng kháng sinh. Đánh giá việc sử dụng kháng sinh dự phòng và kháng sinh điều trị trên bệnh nhân phẫu thuật tiêu hoá, gan mật tụy góp phần đưa ra chiến lược sử dụng kháng sinh hiệu quả trong thời gian tới.

Mục tiêu

Khảo sát đặc điểm sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP), kháng sinh điều trị (KSĐT); đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh (KS), xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) và các yếu tố liên quan đến NKVM.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, từ tháng 4/2020 đến tháng 6/2020. Nghiên cứu thực hiện trên 548 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật (PT) tiêu hoá, gan mật tụy tại Bệnh viện Bình Dân. Kết quả chính bao gồm: đặc điểm sử dụng KSDP, tính hợp lý trong sử dụng KSDP (chỉ

định, loại, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng, thời gian dùng), đặc điểm phân tầng nguy cơ bệnh nhân, đặc điểm vi khuẩn, đặc điểm sử dụng kháng sinh kinh nghiệm (KSKN), tính hợp lý trong sử dụng KSKN, tỷ lệ NKVM và các yếu tố liên quan đến NKVM.

Kết quả

333 BN được phân loại PT sạch, sạch – nhiễm và được đánh giá sử dụng KSDP. Betalactam là KSDP phổ biến nhất (chiếm 99,0%). Tính hợp lý trong sử dụng KSDP về chỉ định, loại, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng và thời gian dùng lần lượt là 98,8%, 97,6%, 48,6%, 100%, 86,9% và 99,7%. Tính hợp lý chung tất cả các tiêu chí là 41,4%.

215 BN được phân loại PT nhiễm và được đánh giá sử dụng KSĐT. Phân tầng nhóm I chiếm đa số (74,0%) với tỷ lệ phân tầng đúng là 90,7%. Tỷ lệ cấy vi sinh là 70,2% với E. coli là tác nhân phổ biến nhất (63,2% mẫu cấy dương tính). KSKN đa số là phối hợp KS với loại KS được chỉ định nhiều nhất là cefoperazon-sulbactam+metronidazol (60,5%). Tỷ lệ KSKN chỉ định đúng phân tầng là 81,5%, liều dùng hợp lý đạt 86,7%. Sau khi có kết quả kháng sinh đồ (KSĐ), tỷ lệ hợp lý trong lên thang theo KSĐ, xuống thang theo KSĐ lần lượt là 83,3% và 66,7%. Thời gian điều trị KS trung bình ($\pm$ SD) trong mẫu nghiên cứu (n=195) là $7,3 \pm 3,2$ (ngày) (1-20 ngày).

24 trường hợp NKVM (tỷ lệ NKVM là 4,4%) với 79,2% là NKVM nông. Cấy dịch vết mổ trong 8 trường hợp với E. coli là tác nhân phổ

¹Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn, Bệnh viện Bình Dân

²Khoa Nội soi Niệu, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Thiện
SĐT: 0901556656

Email: tnthienpharm@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 03/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

biến nhất (5/8 trường hợp). Các yếu tố BN không liên quan đến NKVM. Các yếu tố thuộc về PT: thời gian PT trên 120 phút và mổ mở, mổ nội soi chuyển mở làm tăng nguy cơ NKVM. Sử dụng KSDP hợp lý không liên quan đến NKVM.

Kết luận

Ban Quản lý sử dụng KS tại Bệnh viện cần tiếp tục triển khai và tập huấn cho các bác sĩ về Hướng dẫn sử dụng KSDP và KSĐT mới nhằm tối ưu hoá việc sử dụng KS. Tăng cường công tác giám sát nhằm tăng tuân thủ sử dụng KS theo khuyến cáo của bệnh viện. Tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn nhằm giảm thiểu NKVM.

Từ khóa: Kháng sinh, nhiễm khuẩn vết mổ.

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANTIBIOTIC USE ON PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL AND HEPATOBILIARY SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL IN 2020

Overview

Intra-abdominal infections (IAIs) are the common emergency surgery in the emergency rooms around the world. The concerning problem is that bacteria causing IAIs have increased antibiotic resistance. Assessment of antibiotic use on patients with gastrointestinal and hepatobiliary surgery can help to give strategies to use antibiotic effectively in the future.

Objective

Evaluate antibiotic use for prophylaxis and treatment purposes; assess the rational of antibiotic use, determine incidence of the SSIs and factors related to SSIs.

Materials and Methods

Cross-sectional study from April 2020 to June 2020. The study carried on 548 patients with gastrointestinal and hepatobiliary surgery at Binh Dan hospital. Main results included:

prophylactic antibiotic use characteristics, rational use of prophylactic antibiotic (indications, types, dosage, administrations, time to use, duration), risk stratification characteristics, bacteria characteristics, emperic antibiotic use characteristic, rational use of emperic antibiotic, SSIs rate and factors related to SSIs.

Results

333 patients were classified in Clean and Clean-contaminated wound class and were assessed prophylactic antibiotic use. Betalactams was the most common prophylactic antibiotic (99,0%). The rates of rational use of prophylactic antibiotic on indications, types, dosage, administrations, time to use and duration were 98.8%, 97.6%, 48.6%, 100%, 86.9% and 99.7% respectively. The rate of rational use of prophylactic antibiotic on all criterias was 41.4%.

215 patients were classified in Contaminated wound class and were assessed treatment antibiotic use. Class I stratification was the most common (74,0%), the rate of right stratification was 90,7%. The rate of collecting cultures before using antibiotics was 70,2%, E. coli was the most common pathogen (63,2% of positive cultures). The most common emperic antibiotic to be indicated was cefoperazon-sulbactam plus metronidazol (60,5%). The rate of emperic antibiotic that suitable to patient risk stratification was 81.5%, the rate of rational dose of emperic antibiotic was 86.7%. The rate of rational in antimicrobial therapy escalation and de-escalation following antibiogram report were 83.3% and 66.7% respectively. The length of antibiotic use was 7.3 ± 3.2 (day) (1-20 days).

24 patients was reported to have SSI (the rate of SSIs was 4.4%); 79.2% of which was superficial incisional SSI. There were 8 patients to have been collecting surgical site cultures with E. coli was the most common pathogen (5/8

patients). Factors that belong to patients were not related to SSIs. Factors that belong to surgeries: surgeries lasting for more than 120 minutes and open surgery procedures, conversion of laparoscopy to open surgery procedures increased the risk of SSIs. Rational use of prophylactic antibiotics was not related to SSIs.

Conclusions: AMS Committee should implement and train all doctors on Antibiotic Guidelines to optimize antibiotic use. Antibiotic supervision needs to be increased to promote the compliance rate in antibiotic use according to hospital guidelines. Infection control should also be emphasized to lower SSIs.

Keywords: Antibiotics, SSI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là hậu quả không mong muốn thường gặp nhất và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở BN được phẫu thuật trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, NKVM xảy ra ở 5%-10% trong số khoảng 2 triệu BN được PT hàng năm. NKVM là loại nhiễm khuẩn thường gặp nhất,

với số lượng lớn nhất trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện. Khoảng trên 90% NKVM thuộc loại nông và sâu [1]. Để ngăn ngừa NKVM cho BN PT, ngoài việc tăng cường các biện pháp Kiểm soát Nhiễm khuẩn thì sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) hợp lý có vai trò quan trọng.

Nguyên tắc sử dụng KSDP:

KSDP là việc sử dụng KS trước khi xảy ra nhiễm khuẩn nhằm mục đích ngăn ngừa hiện tượng này. KSDP nhằm giảm tần suất nhiễm khuẩn tại vị trí hoặc cơ quan được PT, không dự phòng nhiễm khuẩn toàn thân hoặc vị trí cách xa nơi được PT.

Chỉ định: KSDP được chỉ định cho tất cả các can thiệp PT thuộc PT sạch - nhiễm. Trong PT sạch, liệu pháp KSDP nên áp dụng với một số can thiệp ngoại khoa nặng, có thể ảnh hưởng tới sự sống còn và/hoặc chức năng sống (PT chỉnh hình, PT tim và mạch máu, PT thần kinh, PT nhãn khoa). Tại Bệnh viện Bình Dân, chỉ định sử dụng KSDP được căn cứ theo các tiêu chí sau:

Bảng 1.1. Tiêu chí chỉ định kháng sinh dự phòng đối với phẫu thuật sạch

Yếu tố nguy cơ tổng quát	Yếu tố nguy cơ liên quan đến PT
Tuổi già Suy dinh dưỡng Suy giảm miễn dịch Đái tháo đường Hút thuốc Béo phì Đồng nhiễm khuẩn cùng với 1 cơ quan khác Nằm viện lâu trên vài tuần, đã dùng kháng sinh trong thời kỳ nằm viện, mổ nhiều lần	Phẫu thuật kéo dài > 2 giờ Phẫu thuật bệnh ung thư

Lựa chọn KSDP: KS có phổ tác dụng phù hợp với các chủng vi khuẩn chính thường gây NKVM cũng như tình trạng kháng thuốc tại địa phương, đặc biệt trong từng bệnh viện; ít hoặc không gây tác dụng

phụ hay các phản ứng có hại, độc tính của thuốc càng ít càng tốt. Không sử dụng các KS có nguy cơ gây độc không dự đoán được và có mức độ gây độc nặng không phụ thuộc liều (ví dụ KS nhóm phenicol và sunfamid

gây giảm bạch cầu miễn dịch dị ứng, hội chứng Lyell); không tương tác với các thuốc dùng để gây mê (ví dụ polymyxin, aminosid) và khả năng khuếch tán của KS trong mô tế

bào phải cho phép đạt nồng độ thuốc cao hơn nồng độ ức chế tối thiểu của KS đối với vi khuẩn gây nhiễm.

Bảng 1.2. Khuyến cáo kháng sinh dự phòng đối với các phẫu thuật ngoại tổng quát tại bệnh viện Bình Dân

Loại phẫu thuật	Kháng sinh khuyến cáo sử dụng	Kháng sinh thay thế trong trường hợp dị ứng β -lactam
Ngoại khoa lồng ngực - mạch máu		
Mạch máu	Cefazolin	Clindamycin, vancomycin
Lồng ngực		
Phẫu thuật ngoài tim, bao gồm cắt thùy phổi, cắt bỏ phổi, mở ngực.	Cefazolin, ampicillin-sulbactam, amoxicillin-clavulanat	Clindamycin, vancomycin
Phẫu thuật nội soi lồng ngực, cắt thần kinh giao cảm ngực	Cefazolin, ampicillin-sulbactam, amoxicillin-clavulanat	Clindamycin, vancomycin
Mổ bướu giáp đơn giản, lột bỏ tĩnh mạch nông	Ampicillin-sulbactam, amoxicillin-clavulanat	Clindamycin, vancomycin
Mổ bướu giáp thông hoặc người bệnh có kèm bệnh nội khoa phức tạp	Ampicillin-sulbactam, amoxicillin-clavulanat	
Ngoại khoa tiêu hóa		
Dạ dày-tá tràng		
Các phẫu thuật có vào lòng ống tiêu hóa (phẫu thuật giảm cân, cắt tụy-tá tràng)	Cefazolin	Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin
Phẫu thuật không vào lòng ống tiêu hóa (chống trào ngược, cắt thần kinh phế vị chọn lọc)	Cefazolin	Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin
Đường mật		
Phẫu thuật mở	Cefazolin, cefoxitin, cefotetan, ampicillin-sulbactam	Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin hoặc metronidazol + gentamycin/amikacin
Phẫu thuật nội soi	Cefazolin, ampicillin-sulbactam	Không
Chương trình, nguy cơ thấp		
Chương trình, nguy cơ cao	Cefazolin, cefoxitin, cefotetan, ampicillin-sulbactam	Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin hoặc metronidazol +

Loại phẫu thuật	Kháng sinh khuyến cáo sử dụng	Kháng sinh thay thế trong trường hợp dị ứng β -lactam
		gentamycin/amikacin
Cắt ruột thừa viêm không biến chứng	Cefoxitin, cefotetan, cefazolin + metronidazol	Clindamycin + gentamycin/amikacin hoặc metronidazol + gentamycin/amikacin
Ruột non Không tắc nghẽn	Cefazolin	Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin
Tắc nghẽn	Cefazolin+metronidazol, cefoxitin, cefotetan	Metronidazol + gentamycin/amikacin
Thoát vị (đặt lưới, khâu thoát vị)	Cefazolin	Clindamycin, vancomycin
Phẫu thuật đại-trực tràng	Cefazolin+metronidazol, cefoxitin, cefotetan, ampicillin-sulbactam	Clindamycin + gentamycin/amikacin hoặc metronidazol + gentamycin/amikacin
Thủ thuật nội soi đường tiêu hóa Nong hẹp thực quản	Cefazolin	Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin Clindamycin/vancomycin + gentamycin/amikacin
Tiêm xơ dẫn tĩnh mạch thực quản	Cefotaxim	
Điều trị laser ở đường tiêu hóa trên	Cefazolin	
Mở thông dạ dày ra da (PEG)	Amoxicillin-clavulanat	
Nội soi chụp mật tụy ngược dòng (ERCP)	Ampicillin-sulbactam	

Liều KSDP: Liều KSDP tương đương liều điều trị mạnh nhất của KS đó. Liều KSDP áp dụng tại bệnh viện Bình Dân được tham khảo từ khuyến cáo ASHP (2013) và Bộ Y tế (2015).

Bảng 1.3. Khuyến cáo liều kháng sinh dự phòng áp dụng tại bệnh viện Bình Dân

Kháng sinh	Liều khuyến nghị		Thời gian bán hủy (giờ)
	Người lớn	Trẻ em	
Ampicillin-sulbactam	3 g (ampicillin 2g/sulbactam 1g)	50 mg/kg thành phần ampicillin	0,8–1,3
Ampicillin	2 g	50 mg/kg	1–1,9
Aztreonam	2 g	30 mg/kg	1,3–2,4

Kháng sinh	Liều khuyến nghị		Thời gian bán hủy (giờ)
	Người lớn	Trẻ em	
Cefazolin	2 g 3 g (người có trọng lượng ≥ 120 kg)	30 mg/kg	1,2–2,2
Cefuroxim	1.5 g	30 mg/kg	1–2
Cefotaxim	1 g	50 mg/kg	0,9–1,7
Cefoxitin	2 g	40 mg/kg	0,7–1,1
Cefotetan	2 g	40 mg/kg	2,8–4,6
Ceftriaxon	2 g	50 – 75 mg/kg	5,4–10,9
Ciprofloxacin	400 mg	10 mg/kg	3–7
Clindamycin	900 mg	10 mg/kg	2–4
Ertapenem	1 g	15 mg/kg	3–5
Fluconazol	400 mg	6 mg/kg	30
Gentamicin	5 mg/kg dựa vào trọng lượng cơ thể (liều duy nhất)	2,5 mg/kg dựa vào trọng lượng cơ thể	2–3
Levofloxacin	500 mg	10 mg/kg	6–8
Metronidazol	500 mg	15 mg/kg (trẻ sơ sinh <1200g sử dụng liều duy nhất 7,5 mg/kg)	6–8
Moxifloxacin	400 mg	10 mg/kg	8–15
Piperacilin–tazobactam	3,375 g	80 – 100 mg/kg (tùy vào tuổi và trọng lượng)	0,7–1,2
Vancomycin	15 mg/kg	15 mg/kg	4–8

Đường dùng KSDP: thường lựa chọn đường tĩnh mạch do nhanh đạt nồng độ thuốc trong máu và mô tế bào. Đường uống: chỉ dùng khi chuẩn bị PT trực tràng, đại tràng. Đường tại chỗ: hiệu quả thay đổi theo từng loại PT (trong PT thay khớp, sử dụng chất xi măng tẩm KS).

Thời điểm dùng KSDP: Thời gian sử dụng KSDP nên trong vòng 60 phút trước khi tiến hành PT và gần thời điểm rạch da. Vancomycin và ciprofloxacin cần phải được dùng trước một giờ và hoàn thành việc truyền trước khi bắt đầu rạch da. Clindamycin cần được truyền xong trước 10 - 20 phút. Gentamycin cần được dùng một liều duy nhất 5 mg/kg để tối đa hóa sự thấm vào mô và giảm thiểu độc tính. Nếu người

bệnh lọc máu hoặc $\text{ClCr} < 20$ ml/phút, dùng liều 2 mg/kg. Đối với PT mổ lấy thai, KSDP có thể dùng trước khi rạch da hoặc sau khi kẹp dây rốn để giảm biến chứng nhiễm khuẩn ở mẹ.

Bổ sung liều trong thời gian PT:

Trong PT tim kéo dài hơn 4 giờ, cần bổ sung thêm một liều KS.

Trong trường hợp mất máu với thể tích trên 1500ml ở người lớn, và trên 25ml/kg ở trẻ em, nên bổ sung liều KSDP sau khi bổ sung dịch thay thế.

Một số kết quả nghiên cứu về KSDP: Nghiên cứu của Phạm Thị Kim Huệ thực hiện tại BV Đại học Y Dược TPHCM năm 2016 cho kết quả tỷ lệ hợp lý về liều dùng KSDP, thời điểm dùng KSDP và thời gian

dùng KSDP lần lượt là 46,8%, 91,9% và 54,5%; tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung đạt 5,4% [5]. Tại Bệnh viện Bình Dân, nghiên cứu của Bùi Hồng Ngọc năm 2017 cho kết quả tỷ lệ tuân thủ KSDP chung là 63,8%; tỷ lệ tuân thủ về liều dùng, thời điểm dùng và loại KSDP khá cao (trên 90%); thời gian sử dụng KSDP trung bình là $2,0 \pm 1,2$ (ngày) [2].

Nhiễm khuẩn ổ bụng (NKO) là cấp cứu phẫu thuật phổ biến và được báo cáo là nguyên nhân chính gây tử vong không do chấn thương tại các đơn vị cấp cứu trên toàn thế giới. Vấn đề quan ngại hiện nay chính là tình hình vi khuẩn gây NKO đang có xu hướng gia tăng đề kháng KS và tỷ lệ đề kháng đang ở mức đáng báo động.

Nguyên tắc sử dụng KS điều trị nhiễm khuẩn ổ bụng:

Điều trị NKO theo trình tự: chẩn đoán nhanh → kiểm soát nguồn nhiễm khuẩn sớm → dẫn lưu dịch nhiễm khuẩn, lấy mô hoại tử → điều trị kháng sinh. Tiến hành can thiệp ngoại khoa (nếu cần) để kiểm soát nguồn nhiễm khuẩn, PT dẫn lưu dịch nhiễm khuẩn, lấy mô hoại tử được xem là khía cạnh quan trọng nhất trong điều trị NKO.

Đánh giá nguy cơ: đánh giá nguy cơ gặp phải biến cố có hại là thực hành rất quan trọng để tối ưu hoá lựa chọn kiểm soát nguồn nhiễm và trị liệu kháng sinh. Đánh giá nguy cơ để xác định bệnh nhân NKO mắc phải cộng đồng hay NKO liên quan đến chăm sóc y tế; NKO không biến chứng hay không có biến chứng. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ KS thích hợp.

Phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ: nhằm các mục đích sau:

Lựa chọn kinh nghiệm phù hợp

Không phải tất cả bệnh nhân nhập viện đều nên cho các KS giống nhau.

Phân tầng nguy cơ giúp nhà lâm sàng quyết định bệnh nhân nào cần KS phổ hẹp, phổ rộng hay phổ rộng nhất.

Lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm (KSKN): KSKN để điều trị NKO phải là:

KS phổ rộng.

Bảo đảm bao phủ được tác nhân nghi ngờ dựa vào đánh giá yếu tố nguy cơ.

Dựa trên dữ liệu vi sinh tại chỗ.

Áp dụng 4D: Right Drug (Đúng thuốc), Right Dose (Đúng liều), Optimum Duration (Đúng thời gian) và De-escalation (Đúng cách xuống thang).

Bảng 1.4. Hướng dẫn kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn ổ bụng

PHÂN TẦNG NGUY CƠ TRÊN BỆNH NHÂN		
BN Nhóm I - NK cộng đồng	BN Nhóm II - NK liên quan chăm sóc y tế (lưu ý trực khuẩn gram âm sinh ESBL)	BN Nhóm III - NK bệnh viện (lưu ý Pseudomonas/ Acinetobacter)
Chưa điều trị tại bất kỳ cơ sở y tế nào hoặc chỉ thăm khám/ làm các thủ thuật tối thiểu, hoặc chỉ lưu cấp cứu trong vòng 24h.	Có nhập viện, chăm sóc y tế ngắn hạn (2-5 ngày) và/ hoặc có thủ thuật xâm lấn (đặt catheter, chạy thận nhân tạo, trung phẫu) trong 12 tháng qua (hoặc đại phẫu đã qua 12 tháng)	Nhập viện nhiều lần, nằm viện kéo dài (≥ 5 ngày) và/ hoặc có đại phẫu, hoặc 2 trung phẫu trở lên (trong 12 tháng qua) Đã có chẩn đoán NK đa kháng, NK sinh ESBL trước đó (trong

Chưa dùng kháng sinh trước đó (trong vòng 3 tháng qua).	Có dùng kháng sinh gần đây (trong vòng 3 tháng qua) BN đến từ viện dưỡng lão, bệnh nhi có bệnh lý hệ niệu đến từ các trung tâm bảo trợ trẻ khuyết tật-mồ côi.	12 tháng qua) Có dùng kháng sinh phổ rộng hoặc dùng nhiều kháng sinh (trong vòng 3 tháng qua).
BỆNH ĐI KÈM/ ĐỘ NẶNG LÂM SÀNG (THANG ĐIỂM, GIÁ TRỊ)		
Người bệnh < 65 tuổi, không có bệnh đi kèm. Không có tiền sử NKO.B. Điểm KARNOFSKY: 80-100. Điểm qSOFA = 0.	Người bệnh ≥ 65 tuổi, có bệnh đi kèm (ĐTĐ, COPD, suy chức năng thận...) NKO.B có biến chứng, tiền sử NKO.B. Điểm KARNOFSKY: 50-70. Điểm qSOFA = 1.	NB có bệnh lý đặc biệt kèm, giảm bạch cầu trung tính, suy giảm miễn dịch nặng... Tiền sử NKO.B có biến chứng, NKO.B tái phát, VPM thì 3... Điểm KARNOFSKY: 10-40. Điểm qSOFA ≥ 2 / Sepsis.
GỬI BỆNH PHẨM SOI TƯỚI, NHUỘM GRAM / NUÔI CẤY VK và LÀM KSD		
ĐIỀU TRỊ KHỞI ĐẦU	ĐIỀU TRỊ KHỞI ĐẦU	ĐIỀU TRỊ KHỞI ĐẦU
Trực khuẩn Gram (-): Ceftriaxon/Ceftazidim/A moxi-clav ± Amikacin/Netilmicin ± Metronidazol Cầu khuẩn Gram (+): Cefurox./Cefoper. ± Amik./Netil.	Trực khuẩn Gram (-) (chiếm > 80%): Ertapenem/Pip-taz/Ticar-clav + Amikacin/Netilmicin Cầu khuẩn Gram (+): Vancomycin	Trực khuẩn Gram (-) (chiếm > 80%): Meropenem/Imipenem/Pip-taz + Amikacin/Netilmicin Cầu khuẩn Gram (+): Vancomycin
SAU KHI CÓ KẾT QUẢ ĐỊNH DANH - KSD		
ĐIỀU TRỊ TIẾP TỤC / TIẾP THEO	ĐIỀU TRỊ TIẾP TỤC / TIẾP THEO	ĐIỀU TRỊ TIẾP TỤC / TIẾP THEO
Tiếp tục điều trị nếu VK nhạy cảm với KS đang dùng hoặc cấy âm tính và lâm sàng tiến triển tốt.	1. Tiếp tục điều trị nếu VK nhạy cảm với KS đang dùng hoặc cấy âm tính và lâm sàng tiến triển tốt. 2. Nếu tác nhân là Enterobacteriaceae sinh ESBL: Ertapenem hoặc BL-BLI đơn trị (tùy kết quả KSD, nhưng hạn chế dùng KS phổ rộng có hoạt tính trên Pseudomonas) 3. Nếu là Enterococcus spp./Staphylococci, cần cân nhắc cấy dịch ổ bụng (± máu) lần 2 để	1. Tiếp tục điều trị nếu VK nhạy cảm với KS đang dùng hoặc cấy âm tính và lâm sàng tiến triển tốt. 2. Nếu tác nhân là Pseudomonas/Acinetobacter nhạy cảm: ưu tiên phối hợp Beta-lactam chống Pseudomonas + Aminoglycoside/ Quinolone chống Pseudomonas trong 5 ngày, duy trì bằng Beta-lactam

	kháng định tác nhân; kết hợp LS – CLS khác và điều trị theo KSD. 3. Nếu là Enterococci/ MR Staphylococci: Vancomycin đơn trị.	đơn trị thêm 5-7 ngày. 3. Nếu là Enterococcus spp.: Vancomycin đơn trị.

Một số kết quả nghiên cứu sử dụng KSDT NKOB: kết quả nghiên cứu tại BV Bình Dân năm 2016 cho thấy phân tầng nguy cơ nhóm I chiếm tỷ lệ cao (78,7%), tỷ lệ kháng sinh kinh nghiệm (KSKN) phù hợp với phân tầng nguy cơ đạt 84,5%, trong các mẫu cấy dịch ổ bụng, E. coli là tác nhân phổ biến nhất (68,3%), số ngày điều trị trung bình là $10,4 \pm 5,5$ ngày; số ngày điều trị KS trung bình là $6,8 \pm 3,5$ ngày [3].

Kết quả một số nghiên cứu về NKVM tại Việt Nam gần đây cho thấy tỷ lệ dao động khoảng 5-6%, với đa phần là NKVM nông và tác nhân gây NKVM phổ biến nhất là E. coli [4] [6].

Bệnh viện Bình Dân là bệnh viện chuyên khoa hạng I tuyến trung ương về PT tổng quát, nội khoa và nam khoa với hơn 10.000 ca PT tổng quát và 13.000 ca PT nội mỗi năm. Bệnh viện đã ban hành Hướng dẫn sử dụng KSDP (2015) và Hướng dẫn sử dụng KSDT (2014). Năm 2019, bệnh viện cập nhật 2 Hướng dẫn này dựa trên kết quả vi sinh từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2019. Tháng 02/2020, bệnh viện đã triển khai đến tất cả các bác sĩ, dược sĩ trong bệnh viện. Công tác giám sát, kiểm tra tuân thủ sử dụng KSDP được áp dụng tại tất cả các khoa lâm sàng để phát hiện những vấn đề còn tồn tại để có những can thiệp kịp thời.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân phẫu thuật tiêu hoá, gan mật tụy tại bệnh viện Bình Dân năm 2020” nhằm khảo sát và đánh giá tình hình sử dụng KS nhằm đưa ra chiến lược sử dụng kháng sinh hiệu quả tại bệnh viện trong thời gian tới.

Mục tiêu đề tài:

1. Khảo sát đặc điểm sử dụng kháng sinh dự phòng (phẫu thuật sạch, sạch nhiễm), kháng sinh điều trị (phẫu thuật nhiễm) và đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh.

2. Khảo sát tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, phân loại nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu cắt ngang mô tả.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 4/2020 đến 6/2020.

Địa điểm: tại các khoa Ngoại tổng quát - bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng nghiên cứu

BN PT tiêu hoá, gan mật tụy tại Bệnh viện Bình Dân từ 4/2020 đến 6/2020.

Cỡ mẫu: Tất cả BN được PT tiêu hoá, gan mật tụy tại các Khoa Ngoại tổng quát.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Tiêu chí chọn vào

BN được PT tiêu hoá, gan mật tụy có mặt tại thời điểm diễn ra nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

BN suy giảm miễn dịch.

BN dưới 18 tuổi.

Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

BN có sử dụng KSDT trong vòng 7 ngày trước PT (đối với PT sạch, sạch nhiễm).

Kiểm soát sai lệch chọn lựa

Chọn đúng đối tượng nghiên cứu căn cứ vào tiêu chí chọn vào và tiêu chí loại ra.

Phương pháp thu thập dữ kiện

Sử dụng phiếu điều tra soạn sẵn để thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án.

Công cụ thu thập dữ kiện

Nghiên cứu sử dụng phiếu điều tra soạn sẵn để tiến hành thu thập thông tin.

Các biến số

Đặc tính mẫu: tuổi, giới tính, ngày nằm viện, khoa điều trị, bệnh kèm theo, phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn, phân loại BMI.

Đặc điểm phẫu thuật: thời gian PT, thời gian nằm viện trước PT, thời gian nằm viện sau PT, mức độ nguy cấp, cơ quan PT, hình thức PT, phân loại vết mổ theo nguy cơ nhiễm khuẩn, điểm ASA.

Kháng sinh và vi sinh: sử dụng KS (loại, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng, thời gian dùng), cấy xét nghiệm, tác nhân phân lập, kháng sinh đồ (KSD).

Nhiễm khuẩn vết mổ: có nhiễm khuẩn, phân loại NKVM.

Phương pháp đánh giá

Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng KSDP và KSĐT theo hướng dẫn sử dụng KS của Bệnh viện Bình Dân năm 2019.

NKVM được chẩn đoán và xác định mức độ theo hướng dẫn của CDC 2015

Phương pháp xử lý dữ liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata.

Sau đó số liệu sẽ được phân tích bằng phần mềm Stata 13 và SPSS 20.0.

Phân tích dữ liệu

Thống kê mô tả

Các biến liên tục được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Các biến phân loại được trình bày bằng tỉ lệ phần trăm. Đặc điểm của BN, PT và tình hình sử dụng KSDP, KSĐT, tình hình NKVM được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %.

Thống kê phân tích

Phép kiểm chi bình phương (χ^2) được dùng để xác định mối liên quan giữa NKVM với các biến số đặc tính của BN, đặc điểm PT và đặc điểm sử dụng KSDP. Nếu trên 20% tổng số các ô có vọng trị nhỏ hơn 5 hoặc 1 ô vọng trị nhỏ hơn 1 thì dùng kiểm định chính xác Fisher để thay thế cho kiểm định χ^2 . Đo lường mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc bằng tỉ số tỉ lệ hiện mắc PR với khoảng tin cậy 95%. Tiêu chí sử dụng để báo cáo mối liên quan này là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc tính mẫu

548 BN PT tiêu hoá, gan mật tuy từ tháng 4/2020 đến tháng 6/2020, độ tuổi trung bình là $51,4 \pm 16,3$ (tuổi) (18-91 tuổi) và nhóm tuổi 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%). BN nữ nhiều hơn BN nam (60,2% so với 39,8%).

Bảng 3.1. Các đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (n=548)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Khoa điều trị		
Ngoại Tiêu hoá	120	21,9
Ngoại Gan mật	178	32,5
Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ	96	17,5
Ngoại Tổng hợp	154	28,1
Bệnh kèm theo		
Tăng huyết áp	133	24,3

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Đái tháo đường	66	12,0
Viêm dạ dày	38	6,9
Bệnh lý gan mật	27	4,9
Khác	46	8,4
BMI (kg/m ²) (n = 545)		22,4 ± 3,4*
Phân loại BMI		
Cân nặng thấp (gầy) (<18,5)	59	10,8
Bình thường (18,5-22,9)	265	48,6
Thừa cân (23-24,9)	107	19,6
Béo phì (≥25)	114	20,9
Thời gian nằm viện (ngày)		9,0 ± 5,7*
Phân nhóm thời gian nằm viện		
<7 ngày	230	42,0
7-14 ngày	219	40,0
≥15 ngày	99	18,0

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

47,8% BN có ít nhất 1 bệnh mắc kèm. Đa số BN có BMI bình thường. Thời gian nằm viện trung bình của BN là 9,0 ngày, trong đó phần lớn BN nằm viện không quá 14 ngày.

Các đặc điểm liên quan đến quá trình phẫu thuật

Bảng 3.2. Các đặc điểm thuộc yếu tố phẫu thuật (n=548)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Phân loại phẫu thuật theo Altemeier		
Sạch	6	1,3
Sạch – Nhiễm	327	59,5
Nhiễm	215	39,2
Điểm ASA		
1 điểm	44	8,0
2 điểm	425	77,6
3 điểm	51	9,3
Không phân loại	28	5,1
Hình thức phẫu thuật		
Nội soi	468	85,4
Mở	66	12,0
Nội soi chuyển mở	14	2,6
Thời gian phẫu thuật (phút)		97,4 ± 65,2
Thời gian nằm viện trước PT		1 (0;6)**
Thời gian nằm viện sau PT		5,9 ± 3,3

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

**Trung vị (tứ phân vị)

Đa số BN được phân loại phẫu thuật sạch – nhiễm (59,5%). Đa số BN có điểm ASA 2 điểm (77,6%) với hình thức PT nội soi là chủ yếu (85,4%). Thời gian PT trung bình 97,4 phút.

Đặc điểm sử dụng KSDP và tính hợp lý của KSDP

333 BN được chỉ định KSDP với 333 lượt sử dụng KSDP, đa số (99,3%) chỉ định loại KSDP đơn lẻ. Betalactam là nhóm sử dụng nhiều nhất (99,0%); cefuroxim và cefoxitin được chỉ định nhiều nhất (lần lượt chiếm 60,6% và 35,1%). Nhóm quinolon có 1 trường hợp sử dụng, chiếm tỷ lệ 0,3%.

Bảng 3.3. Tính hợp lý trong sử dụng KSDP (n=333)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Chỉ định KSDP (n=333)		
Hợp lý	329	98,8
Không hợp lý	4	1,2
Loại KSDP (n=329)		
Hợp lý	321	97,6
Không hợp lý	8	2,4
Đường dùng (n=329)		
Hợp lý	329	100,0
Không hợp lý	0	0
Thời điểm dùng (n=329)		
Hợp lý	286	86,9
Không hợp lý	43	13,1
Thời gian dùng (ngày)		1,1 ± 0,4*
Hợp lý	328	99,7
Không hợp lý	1	0,3
Tính hợp lý tất cả các tiêu chí (n=333)		
Hợp lý	138	41,4
Không hợp lý	195	58,6

**Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Đặc điểm sử dụng KSĐT và tính hợp lý của KSĐT

215 BN PT nhiễm được chỉ định sử dụng KSĐT. 159/215 (74,0%) BN được phân tầng nguy cơ nhóm I. 195/215 (90,5%) BN được phân tầng nguy cơ đúng. 151 HSBA được chỉ định cấy và làm KSĐ với 87/151 mẫu cấy dương tính (57,6%).

Bảng 3.4. Kết quả cấy vi sinh dương tính trong mẫu nghiên cứu (n=87)

Tác nhân	Tần số	Tỷ lệ %
E. coli	55	63,2
K. pneumoniae	13	14,9
Enterobacter cloacae	5	5,7
Enterococcus faecalis	5	5,7
Pseudomonas aeruginosa	4	4,6
Morganella morganii	1	1,2
Proteus mirabilis	1	1,2

Aeromonas hydrophila	1	1,2
Nấm men	2	2,3

E. coli là tác nhân gây nhiễm khuẩn được phân lập nhiều nhất (63,2%). E. coli sinh ESBL có trong 25/55 mẫu cấy (45,5%). Không có mẫu cấy K. pneumoniae sinh ESBL.

153/215 BN được chỉ định kháng sinh kinh nghiệm (KSKN) với chủ yếu là phối hợp cefoperazon/sulbactam+metronidazol (60,5%) và cefoperazon+metronidazol (7,7%).

Tỷ lệ chỉ định KSKN hợp lý theo phân tầng đạt 81,5%, hợp lý về liều dùng KSKN đạt 86,7%. Trong 78 trường hợp có KSD: 80,8% trường hợp giữ nguyên KSKN, 15,4%

lên thang theo KSD và 3,8% xuống thang theo KSD. Tỷ lệ hợp lý trong lên thang, xuống thang và giữ nguyên KS khi có KSD lần lượt là 83,3%, 66,7% và 74,6%. Tính chung tỷ lệ hợp lý là 75,6%.

Thời gian điều trị và thời gian sử dụng kháng sinh

Thời gian điều trị trung bình ($\pm$ SD) (n=195) là $9,7 \pm 4,5$ (ngày) (2-25 ngày).

Thời gian điều trị KS trung bình ($\pm$ SD) (n=195) là $7,3 \pm 3,2$ (ngày) (1-20 ngày).

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM)

Bảng 3.5. Các đặc điểm nhiễm khuẩn vết mổ (n=548)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn vết mổ	24	4,4
Phân loại NKVM		
NKVM nông	19	79,2
NKVM sâu	5	20,8
Kết quả cấy vi sinh (n=24)		
E. coli	5	20,8
Proteus mirabilis	2	8,3
Âm tính	1	4,2
Không cấy	16	66,7

Bảng 3.6. Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan đến bệnh nhân

Đặc tính	NKVM		Giá trị p	PR (CI 95%)
	Có (n=24)	Không (n=524)		
Nhóm tuổi				
<40 tuổi	3 (2,0)	146 (98,0)	0,102	1
40 – 60 tuổi	15 (6,4)	218 (93,6)		3,35 (0,95 – 11,77)
>60 tuổi	6 (3,6)	160 (96,4)		1,83 (0,45 – 7,43)
Giới				
Nam	14 (6,4)	204 (93,6)	0,086	1
Nữ	10 (3,3)	320 (96,7)		2,12 (0,96-4,68)

Phân loại BMI				
Cân nặng thấp (gầy) (<18,5)	6 (10,2)	53 (89,8)	0,163	3,22 (1,10 – 9,43) 1 1,69 (0,47 – 4,87) 0,77 (0,20 – 2,89)
Bình thường (18,5 – 22,9)	9 (3,4)	256 (96,6)		
Thừa cân (23-24,9)	6 (5,6)	101 (94,4)		
Béo phì (≥25)	3 (2,6)	111 (97,4)		
Không phân loại	0 (0,0)	3 (100,0)		

Bảng 3.7. Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan đến phẫu thuật

Đặc tính	NKVM		Giá trị p	PR (CI 95%)
	Có (n=24)	Không (n=524)		
Hình thức PT				
Mổ nội soi	13 (2,9)	455 (97,1)	<0,001	1
Mổ mở	9 (13,7)	57 (86,3)		5,53 (2,26 – 13,50)
Nội soi chuyển mổ mở	2 (16,7)	12 (83,3)		5,83 (1,18 – 28,76)
Phân loại PT theo Altemeier				
Sạch	0 (0,0)	6 (100,0)	0,537	
Sạch – Nhiễm	17 (5,2)	310 (94,8)		
Nhiễm	7 (3,3)	208 (96,7)		
Thời gian phẫu thuật				
< 120 phút	8 (2,2)	364 (97,8)	<0,001	1
≥ 120 phút	16 (10,0)	160 (90,0)		4,23 (1,85 – 9,69)
Điểm ASA				
1 điểm	2 (3,8)	42 (96,2)	0,472	0,56 (0,10 – 3,21)
2 điểm	18 (4,0)	407 (96,0)		0,52 (0,17 – 1,60)
3 điểm	4 (7,8)	47 (92,2)		1
Không phân loại	0	32 (100,0)		

* Kiểm định Fisher

Phân tích mối liên quan về sử dụng KSDP hợp lý và NKVM cho thấy sử dụng KSDP hợp lý không liên quan đến NKVM ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ BN 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với tình hình thực tế tại bệnh viện. Đa phần các BN đều có bệnh lý nền với tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất. 31,7% BN có suy dinh dưỡng

hoặc béo phì, đây cũng là yếu tố nguy cơ của NKVM [1]. 60% BN được phân loại PT sạch và sạch nhiễm. Đa phần BN trong nghiên cứu có điểm ASA thấp (1-2 điểm).

Đa số BN PT sạch, sạch – nhiễm dduwwocj chỉ định KSDP đơn lẻ (99,3%)

với cefuroxim, cefoxitin và ampicillin-sulbactam được chỉ định nhiều nhất (lần lượt 60,6%; 35,1% và 1,5%). Đây cũng là 3 kháng sinh được khuyến cáo trong hướng dẫn sử dụng KS của Bệnh viện, hướng dẫn của Bộ Y tế và ASHP 2013 [7].

Xét theo chỉ định KSDP: tỷ lệ hợp lý trong nghiên cứu đạt 98,8%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Bùi Hồng Ngọc (56,9% và 92,5% trong 2 giai đoạn) [2]. Về loại KSDP: tỷ lệ hợp lý đạt 97,6%, cao hơn nghiên cứu của Bùi Hồng Ngọc (82,9%). Về liều dùng KSDP: tỷ lệ hợp lý đạt 48,6%, tương tự nghiên cứu của tác giả Maria Isabel P. Nabor (39%) và của tác giả Phạm Thị Kim Huệ (46,8%); thấp hơn nghiên cứu của tác giả Bùi Hồng Ngọc (97,9%) [2] [3] [8]. Sự khác biệt trên phần lớn đến từ khuyến cáo liều để đánh giá tính hợp lý. Liều dùng KSDP tại BV Bình Dân được cập nhật theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2016) và ASHP (2013) với liều tăng gấp đôi so với liều KSDP khuyến cáo trước đó [7]. Về đường dùng KSDP: tỷ lệ hợp lý đạt 100%, tương tự nghiên cứu tác giả Bùi Hồng Ngọc (100%) [2]. Về thời điểm dùng KSDP: tỷ lệ hợp lý đạt 86,9%, tương tự nghiên cứu tác giả Bùi Hồng Ngọc (90,3%) và tác giả Phạm Thị Kim Huệ (91,9%) [2] [5]. Về thời gian dùng KSDP: 332/333 HSBA sử dụng kháng sinh dự phòng <72 giờ (99,7%), cao hơn nghiên cứu của Bùi Hồng Ngọc (71,3%) và nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kim Huệ (54,5%) [2] [5].

Tỷ lệ hợp lý tất cả các tiêu chí KSDP là 41,4%, thấp hơn nghiên cứu của Bùi Hồng Ngọc với tỷ lệ hợp lý 46,4% và cao hơn

nghiên cứu của Phạm Thị Kim Huệ (2018) với tỷ lệ 5,4% [2] [5]. Nhìn chung, sự khác biệt về sự tuân thủ sử dụng KSDP có thể đến từ khuyến cáo sử dụng để đánh giá, mô hình bệnh tật của cơ sở y tế được đánh giá.

Đối với KSĐT: 74,0% bệnh nhân PT nhiễm được phân nhóm nguy cơ nhóm I (nhiễm khuẩn cộng đồng), tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng tại Bệnh viện Bình Dân (2017) với tỷ lệ phân nhóm I là 78,7% [3]. Xét tính hợp lý trong phân tầng nguy cơ, có 195 HSBA phân tầng đúng (tỷ lệ 90,7%). 151 HSBA có cấy mẫu vi sinh trước khi sử dụng KS (70,2%), thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng với tỷ lệ cấy mẫu 2 giai đoạn lần lượt là 80,3% và 91,5% ở khối tổng quát [3]. Điều này được giải thích do sự khác biệt về đối tượng bệnh nhân và mô hình bệnh lựa chọn đưa vào khác nhau giữa 2 nghiên cứu. 64/151 mẫu cấy dương tính và định danh vi khuẩn. 2 tác nhân gây nhiễm khuẩn phổ biến nhất là *E. coli* (63,2%) và *K. pneumoniae* (14,9%), tương tự với dữ liệu vi sinh tại Bệnh viện Bình Dân giai đoạn 2018-2019. Vi khuẩn sinh ESBL chỉ gặp ở *E. coli* với 25 mẫu cấy (45,5%).

Chỉ định KSKN trong nghiên cứu chủ yếu là KS phối hợp (tỷ lệ 78,5%) với phối hợp cefoperazon-sulbactam+metronidazol là phổ biến nhất (60,5%). Tỷ lệ KSKN phù hợp với phân tầng nguy cơ là 81,5%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (84,5%) [3]. KSKN được chỉ định hợp lý về liều dùng đạt tỷ lệ 86,7%. Trong 78 trường hợp có KSĐ, đa số các

trường hợp được giữ nguyên KSKN (80,8%), chỉ có 15,4% trường hợp phải lên thang KS và 3,8% phải xuống thang kháng sinh. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng với tỷ lệ lên thang KS theo KSD ở 2 giai đoạn lần lượt là 28,6% và 6,3% mặc dù kết quả 2 giai đoạn này khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3]. Tính hợp lý khi chuyển đổi KS sau khi có KSD chung đạt 75,6% với tỷ lệ hợp lý ở 3 nhóm lên thang, xuống thang và giữ nguyên KSKN lần lượt là 83,3%, 66,7% và 74,6%. Thời gian điều trị KS trung bình ($\pm$ SD) ($n=195$) là $7,3 \pm 3,2$ (ngày) (1-20 ngày), tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng với thời gian điều trị kháng sinh trung bình $6,8 \pm 3,5$ (ngày) [3].

Tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu là 4,4%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ Hùng tại BV Đa khoa Cần Thơ (2012) với tỷ lệ 5,7%; nghiên cứu của tác giả Phạm Hữu Đoàn tại BV Bình Dân (2019) với tỷ lệ 5,4% [4] [6]. Đa số là NKVM nông (79,2%), tương tự nghiên cứu Trần Đỗ Hùng và Phạm Hữu Đoàn với NKVM nông có tỷ lệ lần lượt là 76,9% và 92,2% [4] [6].

8/24 trường hợp cấy vi sinh (tỷ lệ 33,3%) với 1 trường hợp âm tính và 7 trường hợp dương tính. Vi khuẩn phân lập chiếm tỷ lệ cao nhất là *E. coli* với 5/7 mẫu, tương tự nghiên cứu Trần Đỗ Hùng và Phạm Hữu Đoàn với vi khuẩn phổ biến nhất trong dịch vết mổ là *E. coli* [4] [6]. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm NKVM tại Việt Nam hầu hết đều do tác nhân Gram âm gây ra là chủ yếu.

Không có yếu tố nào thuộc về BN có liên quan đến NKVM, kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng; trong khi đó, nghiên cứu của nhóm tác giả Phạm Hữu Đoàn cho thấy BN trên 55 tuổi có tỷ lệ NKVM cao gấp 1,82 lần so với BN dưới 55 tuổi ($p<0,05$) [4] [6].

Thời gian PT trên 120 phút thì tỷ lệ NKVM tăng lên 10,0% ($p = 0,0003$). Mở mở và nội soi chuyển mở làm tăng nguy cơ NKVM lên lần lượt 5,53 và 5,83 lần ($p<0,001$). Các yếu tố thuộc về PT khác không có sự liên quan đến NKVM ($p>0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu Trần Đỗ Hùng với NKVM có liên quan đến phân loại PT theo Altemeier (PT nhiễm có tỷ lệ NKVM cao hơn ý nghĩa so với PT sạch và sạch nhiễm); NKVM cũng liên quan đến điểm ASA (điểm ASA càng cao thì tỷ lệ NKVM càng lớn); trong khi thời gian mổ lại không liên quan đến NKVM [6].

Nghiên cứu của Phạm Hữu Đoàn có kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi với thời gian PT và hình thức PT có liên quan đến NKVM. Thời gian PT từ 120 phút trở lên có nguy cơ NKVM cao gấp 2,37 lần so với thời gian PT dưới 120 phút ($p<0,001$); PT mở mở có nguy cơ NKVM cao gấp 5,73 lần so với PT nội soi [6]. Yếu tố sử dụng KSDP hợp lý không có liên quan có ý nghĩa thống kê với NKVM, điều này có thể giải thích do NKVM bị tác động bởi tổ hợp nhiều yếu tố khác nhau.

Chương trình giám sát tuân thủ sử dụng KS tại bệnh viện Bình Dân

Báo cáo giám sát năm 2020:

KSDP: tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP tăng so với giai đoạn trước đó (2016-2019), cụ thể năm 2020 tỷ lệ tuân thủ đạt 94,15% (tăng 1,33%) so với năm 2019 và liều KSDP trung bình là 1,87 liều KSDP/bệnh nhân. Đối với một số PT sạch: trong năm 2020 khoa Nam học vẫn tuân thủ không chỉ định KSDP trước PT cho các PT sạch như cột tĩnh mạch tĩnh, sinh thiết tinh hoàn và khoa Nội thận tuân thủ 100% KSDP cho PT tạo thông động tĩnh mạch.

Tuy nhiên, có một số vấn đề còn tồn đọng như sử dụng cephalosporin III (cefoperazone/sulbactam) làm KSDP trong các PT đường mật và sinh thiết gan; đối với PT chụp chẩn đoán và can thiệp đặt stent trong bệnh phình động mạch chủ bụng, thời lượng KSDP chưa rõ ràng. Ngoài ra, trong điều trị suy tĩnh mạch chi dưới bằng phương pháp laser hay PT cắt bán phần dương vật trong trường hợp ung thư dương vật, sự cần thiết phải sử dụng KSDP chưa được quy định rõ.

KSĐT: Trong năm 2020, tỷ lệ tuân thủ cấy mẫu vẫn đạt trên 90%, tỷ lệ % thực hiện phân nhóm nguy cơ là 85,18%, cũng như tỷ lệ % tuân thủ phân nhóm đúng chiếm hơn 92%. So với năm 2019, tỷ lệ % tuân thủ sử dụng KSĐT đạt 92,51%, cụ thể tăng 1,9% ở khối Niệu và 7,9% ở khối Tổng quát. Các chỉ số liên quan KSĐT như DDD, DOT và LOT trung bình/ bệnh nhân trong năm 2020 đều có xu hướng giảm mặc dù số lượng bệnh nhân được phân nhóm 2 và 3 (tương ứng với lượng bệnh thuộc phân nhóm nguy cơ nhiễm

vi khuẩn đa kháng) tăng lên. Để đánh giá toàn diện hơn, tổng chi phí kháng sinh đường tiêm được so sánh giữa năm 2019 và 2020, ghi nhận chi phí năm 2020 tăng 4,6% mặc dù số lượng bệnh nhân nội trú giảm (57.551 bệnh và 52.763 bệnh).

Về thay đổi KS trong quá trình điều trị, lưu ý:

Không cần thiết chuyển kháng sinh uống fosfomycin cho bệnh nhân thuộc phân nhóm 1.

Đánh giá sự cần thiết lên thang theo KSĐ khi tình trạng lâm sàng ổn định. Đối với nhóm carbapenem nhóm II, phải ghi rõ lý do và cân nhắc sự phù hợp của việc lên thang.

Một số lưu ý khác trong điều trị như thực hiện liều tải và liều duy trì với thuốc colistin trong điều trị nhiễm khuẩn đa kháng để đảm bảo hiệu quả, cũng như tuân thủ liều điều trị của cefoperazone/sulbactam là mỗi 12 giờ. Khuyến cáo tăng cường thực hiện xuống thang bằng cách sử dụng KS phổ hẹp dựa trên kết quả KSĐ, ngưng kháng sinh kinh nghiệm khi không đủ bằng chứng nhiễm khuẩn hay ngừng phối hợp KS khi không cần thiết.

Ngoài ra, khi sử dụng các thuốc có phổ trên vi khuẩn kỵ khí (như piperacillin/tazobactam, nhóm carbapenem), cân nhắc không phối hợp thêm metronidazol để tránh trùng phổ tác dụng. Với các trường hợp nhiễm khuẩn niệu cấy ra vi khuẩn đa kháng *Pseudomonas aeruginosa* trên BN có PT can thiệp lấy sỏi đường tiết niệu, thời gian điều trị cần được xem xét kỹ càng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tuân thủ sử dụng KSDP và KSĐT theo đúng khuyến cáo bệnh viện là một vấn đề quan trọng trong việc tăng hiệu quả điều trị và làm giảm nguy cơ NKVM.

Cần thực hiện các biện pháp sau để tăng tuân thủ sử dụng KSDP và KSĐT:

Tổ chức tập huấn hướng dẫn sử dụng KS mới (2019) cho các bác sĩ, dược sĩ để tăng tuân thủ sử dụng kháng sinh, tăng đánh giá phân tầng nguy cơ và cấy mẫu vi sinh.

Tăng cường kiểm tra sử dụng KSDP, KSĐT tại các khoa phòng, phản hồi kết quả kiểm tra, giám sát cho các bác sĩ để đưa ra giải pháp can thiệp kịp thời.

Tiến hành nghiên cứu về ảnh hưởng của môi trường (không khí, bề mặt), dụng cụ phẫu thuật và chăm sóc lên NKVM.

Giám sát trường hợp NKVM chặt chẽ hơn theo đúng hướng dẫn của CDC 2015.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2012). Quyết định 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 về Hướng dẫn Phòng ngừa Nhiễm khuẩn vết mổ.
2. **Bùi Hồng Ngọc** (2018). Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh trong sử dụng kháng sinh dự phòng tại các khoa ngoại bệnh viện Bình Dân. Chuyên đề Dược.Y học TP.Hồ Chí Minh, phụ bản 22(1): tr.148-154.
3. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng** (2018). Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị tại một số khoa ngoại bệnh viện Bình Dân sau khi triển khai chương trình quản lý kháng sinh. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở.
4. **Phạm Hữu Đoàn** (2019). Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan trên người bệnh phẫu thuật tại các khoa ngoại tổng quát bệnh viện Bình Dân. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở.
5. **Phạm Thị Kim Huệ, Đặng Nguyễn Doan Trang** (2018). Khảo sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Y học TP Hồ Chí Minh, phụ bản 22(1), tr. 83-88.
6. **Trần Đỗ Hùng, Dương Văn Hoanh** (2013). Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa ngoại bệnh viện đa khoa Cần Thơ, Tạp chí y học thực hành, 869 (5), 131-134
7. **Bratzler Dale W, et al.** (2013), "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", American journal of health-system pharmacy, 70 (3), 195-283.
8. **Nabor, Maria Isabel P. et al.** (2015), Compliance with international guidelines on antibiotic prophylaxis for elective surgeries at a tertiary-level hospital in the Philippines, Healthcare Infection, Volume 20, Issue 3, 145 – 151.

NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI CÁC KHOA NGOẠI TỔNG QUÁT BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Ngọc Thiện¹, Phạm Hữu Đoàn¹, Nguyễn Thị Thanh Thảo¹,
Nguyễn Thị Thuỳ Nga¹, Phạm Thị Xuân Thanh²,
Đặng Thị Minh Trang³, Trần Ngọc Vi Vân¹

TÓM TẮT

Tổng quan

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là biến chứng do phẫu thuật, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến người bệnh, góp phần làm tăng thời gian nằm viện, tăng nguy cơ tử vong, tăng đề kháng kháng sinh và tăng chi phí điều trị. Nguy cơ mắc NKVM phụ thuộc vào mức độ ô nhiễm và sức đề kháng của người bệnh phẫu thuật. Đánh giá tình trạng NKVM, từ đó đưa ra các hướng giải pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn là một yếu tố quan trọng trong lĩnh vực kiểm soát nhiễm khuẩn

Mục tiêu

Xác định tỷ lệ NKVM và phân tích các yếu tố liên quan đến NKVM trên người bệnh sau phẫu thuật tại các khoa ngoại tổng quát, bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, từ tháng 02/2019 đến 05/2019. Nghiên cứu thực hiện trên 947 người bệnh được phẫu thuật và

điều trị tại các khoa Ngoại tổng quát - Bệnh viện Bình Dân. Các biến số ghi nhận gồm: đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật của người bệnh, quá trình phẫu thuật và kết quả phẫu thuật (NKVM).

Kết quả

Tỷ lệ NKVM trên người bệnh phẫu thuật tại các khoa ngoại tổng quát là 5,4%, có mối liên quan giữa nhóm tuổi, tiền căn ngoại khoa, thói quen hút thuốc lá, hình thức và thời gian phẫu thuật với nguy cơ NKVM ($p < 0,05$). Phẫu thuật kéo dài hơn 120 phút làm tăng nguy cơ NKVM lên 2,37 lần và phẫu thuật mổ mở có nguy cơ gây NKVM cao gấp 5,73 lần so với phẫu thuật nội soi.

Kết luận

Nhiễm khuẩn vết mổ là một biến chứng quan trọng trên người bệnh sau phẫu thuật. Áp dụng những giải pháp phòng ngừa NKVM (tắm trước mổ, kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu,...) góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn, tăng hiệu quả của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật, SSI

SUMMARY

SURGICAL SITE INFECTION (SSI) AND RELATED FACTORS IN SURGERY DEPARTMENTS IN BINH DAN HOSPITAL

Overview

Surgical site infection (SSI) is a surgical

¹Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn – Bệnh viện Bình Dân

²Khoa Nội soi Nội – Bệnh viện Bình Dân

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Thiện

SĐT: 0901556656

Email: tnthienpharm@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

complication that seriously affects patients, contributing to increasing hospital stay, increasing the risk of death, increasing antibiotic resistance and increasing costs treatment. The risk of acquiring SSI depends on the degree of pollution and resistance of patient. Assessing the situation of SSI, thereby providing intervention solutions to reduce the infection rate, is an important factor in the field of infection control.

Objectives

To determine the incidence of incision infection and related factors in general surgical departments, Binh Dan Hospital.

Materials and Methods

Cross-sectional studies, from February 2019 to May 2019. The study carried out on 947 patients who were operated and treated at general surgery departments - Binh Dan Hospital. The variables include: demographic characteristics, clinical and subclinical factors before surgery of patients, surgical process and surgical results (surgical site infection).

Results

The incidence of surgical site infection was 5.4%, with correlation between age group, surgical history, smoking habit, form and duration surgery with the risk of surgical site infection ($p < 0.05$). Surgery lasting more than 120 minutes increases the risk of SSI by 2.37 times and the open surgery procedure has a 5.73 times higher risk of surgical site infection than laparoscopic surgery.

Conclusions

Surgical site infection is an important complication in postoperative patients. Application of solutions to prevent surgical site infections (pre-surgical baths, prophylactic antibiotics in surgery, postoperative care, etc.) contributes to reducing the infection rate, increasing the effectiveness of infection control.

Keywords: Surgical site infection, SSI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mỗi năm có hàng trăm triệu người bệnh bị ảnh hưởng bởi nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), gánh nặng do NKBV ở các nước thu nhập thấp và trung bình cao gấp nhiều lần so với nước thu nhập cao. Cứ 10 người bệnh nhận được sự chăm sóc thì có 1 người mắc phải NKBV [8]. Tỷ lệ NKBV dao động từ 5,7% - 19,1% với tỷ lệ chung là 10,1%. Trong đó, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại NKBV chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ hiện mắc từ 1,2 đến 2,36 trên 100 ca phẫu thuật và tỷ lệ chung là 11,8% ở các nước đang phát triển và kém phát triển, ngược lại ở các nước phát triển thì tỷ lệ NKVM thấp hơn dao động từ 1,2% đến 5,2% [8].

Nhiễm khuẩn vết mổ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến người bệnh, nó góp phần làm gia tăng nhanh chóng việc đề kháng kháng sinh. Hơn 50% trường hợp NKVM gây kháng thuốc kháng sinh, tại Châu Phi có đến 20% phụ nữ mổ lấy thai bị NKVM ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc cho con của họ [8]. NKVM làm tăng thời gian nằm viện từ 6,5 – 10 ngày, tăng nguy cơ tử vong từ 4 đến 15 lần và tăng thêm chi phí điều trị [8]. Theo dữ liệu của WHO, tại Hoa Kỳ vào năm 2014, trong số 2.417.933 ca phẫu thuật được thu thập từ 3.654 bệnh viện, có 20.916 ca mắc NKVM và mỗi năm mất đến 10 tỷ USD vì gánh nặng của NKVM. Tại Italia (2009-2011) tỉ lệ NKVM chiếm 2,6% trong số 100 ca được phẫu thuật, 60% ca chẩn đoán NKVM thông qua giám sát sau 30 ngày xuất viện. Tại Úc (2002-2013), tỷ lệ này là 2,8% trong số 81 cơ sở chăm sóc sức khỏe được khảo sát. Ở các nước thu nhập thấp, thu nhập trung bình tỷ lệ NKVM trong các ca phẫu

thuật lấy thai cao với Nigeria 16,2%, 19% từ Kenya, 10,9% từ Tanzania và 9,7% của Việt Nam, trong 2 nghiên cứu của Brazil tỷ lệ NKVM là 9,6% và 23,5% [8].

Tại Việt Nam, theo một số y văn tìm thấy tỷ lệ NKVM chung từ 2,2% đến 14,3%. Sự khác nhau về tỷ lệ nhiễm khuẩn có thể chịu ảnh hưởng từ tính chất của loại phẫu thuật, nhóm bệnh, môi trường, số lượng bệnh, tình trạng sức khỏe, nhân viên y tế...

Nguy cơ mắc NKVM phụ thuộc vào mức độ ô nhiễm và sức đề kháng của người bệnh phẫu thuật. Một số nghiên cứu tại Việt Nam đã ghi nhận một số yếu tố nguy cơ gây NKVM như: tuổi, loại vết mổ, bệnh lao, mổ hở, mổ cấp cứu, thời gian mổ, sử dụng kháng sinh [1] [2] [4] [6].

Bệnh viện Bình Dân là một trong những bệnh viện chuyên khoa hạng I về phẫu thuật tổng quát với hơn 10.000 ca/năm và phẫu thuật niệu khoa hơn 13.000 ca/năm nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng. Tuy nhiên, hiện tại chưa có số liệu về vấn đề này, mà các hoạt động về kiểm soát nhiễm khuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế thì tỷ lệ NKVM cần được giám sát trong đó có NKVM. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá tình trạng NKVM, từ đó đưa ra các hướng giải pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn.

Mục tiêu đề tài:

- Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh sau phẫu thuật tại các khoa Ngoại tổng quát, bệnh viện Bình Dân, năm 2019.

- Phân tích các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh sau phẫu thuật tại các khoa ngoại tổng quát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt

ngang mô tả

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 02/2019 đến 05/2019.

Địa điểm: tại các khoa Ngoại tổng quát - bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được phẫu thuật và điều trị tại các khoa Ngoại tổng quát Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM từ 02/2019 – 05/2019.

Cỡ mẫu

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật và điều trị tại các khoa Ngoại tổng quát.

Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ. Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = C \cdot Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu

d: Sai số biên, lấy d=5% để giảm sai số cho phép

Z: Giá trị của phân phối với xác suất sai lầm loại 1 là $\alpha=0,05$, Z=1,96

p: Ước đoán tỷ lệ (Chọn p = 14,3%, tham khảo tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu của Hoàng Hoa Hải [3])

C: Hệ số nghiên cứu (C=4)

Dự trù mất mẫu 10%, ta được cỡ mẫu tối thiểu là n = 840

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Tiêu chí chọn vào

Người bệnh được phẫu thuật và điều trị tại các Khoa Ngoại tổng quát có mặt tại thời điểm diễn ra nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

Không tìm thấy hồ sơ bệnh án của người bệnh

Kiểm soát sai lệch chọn lựa

Chọn đúng đối tượng nghiên cứu căn cứ vào tiêu chí chọn vào và tiêu chí loại ra.

Phương pháp thu thập dữ kiện

Sử dụng phiếu điều tra soạn sẵn để thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án

Cách thu thập: dựa vào danh sách bệnh nhân được tiến hành điều trị phẫu thuật từ khoa Gây mê Hồi sức 1 và 2, điều tra viên tiếp cận với những hồ sơ bệnh án từ các khoa Ngoại tổng quát để thu thập thông tin, theo dõi các dấu hiệu lâm sàng.

Công cụ thu thập dữ kiện

Nghiên cứu sử dụng phiếu điều tra soạn sẵn để tiến hành thu thập thông tin

Các biến số

Đặc tính mẫu: tuổi, giới tính, nơi sinh sống, ngày nằm viện, khoa điều trị, bệnh kèm theo, tiền căn ngoại khoa, hút thuốc lá, phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn, phân loại BMI

Quá trình phẫu thuật: tắm trước phẫu thuật, thời gian nằm viện trước phẫu thuật, mức độ nguy cấp, cơ quan phẫu thuật, hình thức phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, chiều dài rạch da, phân loại phẫu thuật theo nguy cơ nhiễm khuẩn, điểm ASA, phẫu thuật lần 2

Kháng sinh và vi sinh: sử dụng KSDP, cấy xét nghiệm, vi khuẩn phân lập, sinh ESBL.

Nhiễm khuẩn vết mổ: có NKVM, phân loại NKVM, tình trạng tại vị trí vết mổ, xử trí lâm sàng.

Phương pháp xử lý dữ kiện

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata.

Sau đó số liệu sẽ được phân tích bằng phần mềm Stata 13.

Phân tích dữ kiện**Thống kê mô tả**

Sử dụng tần số, tỉ lệ % để mô tả các biến định tính là: giới tính, dân tộc, tình trạng hôn

nhân, nghề nghiệp, khoa lâm sàng, nhiễm khuẩn lúc vào viện, bệnh kèm theo, vị trí phẫu thuật, loại phẫu thuật hình thức phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, điểm ASA, loại vết mổ, kháng sinh trước mổ, kháng sinh dự phòng, dẫn lưu tại vết mổ.

Sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn để mô tả biến số định lượng phân phối bình thường.

Biến số định lượng phân phối không bình thường: trung vị, khoảng tứ phân vị.

Thống kê phân tích

Phép kiểm chi bình phương (χ^2) được dùng để xác định mối liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ với các biến số đặc tính dân số học, xét nghiệm vi sinh, phẫu thuật (thời gian, loại phẫu thuật, phân loại phẫu thuật, vị trí, kháng sinh dự phòng). Nếu trên 20% tổng số các ô có vọng trị nhỏ hơn 5 hoặc 1 ô vọng trị nhỏ hơn 1 thì dùng kiểm định chính xác Fisher để thay thế cho kiểm định chi bình phương.

Đo lường mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc bằng tỉ số tỉ lệ hiện mắc PR với khoảng tin cậy 95%. Tiêu chí sử dụng để báo cáo mối liên quan này là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc tính mẫu**

Nghiên cứu thực hiện trên 947 người bệnh phẫu thuật tại các khoa Ngoại tổng quát từ tháng 02/2019 đến tháng 05/2019, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50 tuổi và nhóm đối tượng trong độ tuổi >55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43%). Tỷ lệ người bệnh phân bố tương đối đều giữa nam và nữ, sinh sống tại các tỉnh lân cận TP.HCM chiếm 61%.

Bảng 3.1. Các đặc điểm thuộc yếu tố nằm viện (n=947)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Ngày nằm viện	10,4 ± 7,2*	
Khoa điều trị		
Tổng quát 1	210	22,2
Tổng quát 2	270	28,5
Tổng quát 3	214	22,6
Tổng quát 4	253	26,7
Bệnh kèm theo		
Tăng huyết áp	224	23,6
Viêm dạ dày	160	16,9
Đái tháo đường	100	10,6
Viêm gan siêu vi B/C	21	2,2
Khác	101	10,7
Tiền căn ngoại khoa (Có)	361	38,1
Hút thuốc lá (Có)	194	20,5
Phân tầng nguy cơ NK		
Nhóm 1	652	68,9
Nhóm 2	88	9,3
Nhóm 3	5	0,5
Không đề cập/Không phân tầng	202	21,3

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Thời gian nằm viện trung bình là 10,4 ngày và số lượng người bệnh phân bố đều giữa các khoa. 38,1% người bệnh có tiền căn ngoại khoa và 20,5% có hút thuốc lá. Tỷ lệ phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn nhóm 1 chiếm đa số với tỷ lệ 68,9%.

Các đặc điểm liên quan đến quá trình phẫu thuật**Bảng 3.2. Các đặc điểm thuộc yếu tố phẫu thuật (n=947)**

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
BMI	22,3 ± 3,5*	
Phân loại BMI		
Cân nặng thấp (gầy) (<18,5)	134	14,1
Bình thường (18,5 – 22,9)	625	66,0
Thừa cân (≥23)	188	19,9
Tắm trước PT (Có)	445	46,9
Thời điểm tắm		
Tối trước ngày PT	173	38,8
Sáng ngày PT	1	0,2
Tối trước ngày PT và sáng ngày PT	271	61,0
Thời gian nằm viện trước PT		1 (0 – 6)**
Mức độ nguy cấp		

Chương trình	519	54,8
Cấp cứu	428	45,2

*Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn

**Trung vị (tỉ phân vị)

Chỉ số BMI trung bình của mẫu nghiên cứu là 22,3 và tỷ lệ BMI trong ngưỡng bình thường chiếm 65,9%. Có 46,9% người bệnh được tắm trước mổ, thời gian nằm viện trước phẫu thuật có trung vị là 1, 45,2% trường hợp trong nghiên cứu là phẫu thuật cấp cứu.

Bảng 3.2. Các đặc điểm thuộc yếu tố phẫu thuật (n=947) (tt)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Cơ quan PT		
Gan, mật, tụy	348	36,7
Ruột thừa	323	34,1
Manh tràng, đại tràng	114	12,0
Trực tràng	47	5,0
Dạ dày – tá tràng	39	4,1
Ruột non	28	3,0
Cơ quan khác	48	5,1
Hình thức PT		
Mổ nội soi	737	77,8
Mổ mở	180	19,1
Nội soi chuyển mổ mở	30	3,2
Chiều dài rạch da (PT mổ mở) (cm)		15,2 $\pm$ 5,3
Thời gian phẫu thuật (phút)		104 $\pm$ 73,5*
Thời gian phẫu thuật		
< 120 phút	869	91,8
$\geq$ 120 phút	78	8,2
Dẫn lưu (Có)	298	31,5
Phân loại PT theo nguy cơ NK		
Sạch	26	2,8
Sạch – Nhiễm	519	54,8
Nhiễm	344	36,3
Bẩn	1	0,1
Không phân loại	57	6,0
Điểm ASA		
1	82	8,7
2	696	73,5
3	107	11,3
4	5	0,5
Không ghi nhận	57	6,0
Phẫu thuật lần 2	10	1,1

*Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn

Thời gian phẫu thuật trung bình là 104 phút và phẫu thuật nội soi chiếm phần lớn (77,8%). Chiều dài rạch da trung bình đối với phẫu thuật mổ mở là 15,2 cm. Hầu hết là phẫu thuật sạch – nhiễm (54,8%) và nhiễm (36,3%). Điểm ASA 2 chiếm phần lớn với 73,5%.

Các đặc điểm vi sinh

Bảng 3.3. Các đặc điểm thuộc yếu tố vi sinh (n=947)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Cấy xét nghiệm dương tính (Có)	24	2,5
Vi khuẩn phân lập		
E.coli	13	54,1
Enterococcus faecalis	1	4,2
Klebsiella sp.	2	8,3
Pseudomonas aeruginosa	1	4,2
Acinetobacter baumannii	1	4,2
Khác	6	25,0
Kết quả KSD		
ESBL	8	33,3
Đa kháng	12	8,3
Không	14	58,4

Tỷ lệ người bệnh có cấy xét nghiệm từ dịch vết mổ dương tính là 2,5% và E.coli là vi khuẩn được phân lập nhiều nhất (54,1%).

Nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh sau phẫu thuật tại các khoa ngoại tổng quát

Bảng 3.4. Các đặc điểm thuộc yếu tố nhiễm khuẩn vết mổ (n=947)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn vết mổ	51	5,4
Phân loại NKVM		
NKVM nông	47	92,2
NKVM sâu	4	7,8
Tình trạng tại vị trí vết mổ		
Chảy mủ từ dưới lớp da	43	84,3
Chảy mủ từ lớp cơ	4	7,8
Sung	4	7,8
Đỏ	5	9,8
Xử trí trên lâm sàng		
Siêu âm	5	9,8
Điều trị kháng sinh	36	70,6
Thay băng vết mổ	10	19,6

Tỷ lệ NKVM trong mẫu nghiên cứu là 5,4% và hầu hết được phân loại là NKVM nông với 92,2%. Tình trạng tại vị trí vết mổ thường thấy nhất là chảy mủ từ dưới lớp da với 84,3%. Bên cạnh đó có những tình trạng khác như: đỏ (9,8%), chảy mủ từ lớp cơ và sung (7,8%). Cách xử trí trên lâm sàng phổ biến nhất là điều trị kháng sinh (70,6%), thay băng vết mổ (19,6%) và siêu âm (9,8%).

Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ**Bảng 3.5. Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan**

Đặc tính	NKVM		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Có (n=51)	Không (n=896)		
Nhóm tuổi				
<35 tuổi	4 (2,0)	198 (98,0)	0,003*	1
35 – 55 tuổi	16 (4,7)	322 (95,3)		1,82 (1,20 – 2,76)
>55 tuổi	31 (7,6)	376 (92,4)		3,31 (1,44 – 7,61)
Tiền căn ngoại khoa				
Có	30 (8,3)	331 (91,7)	0,002	1,59 (1,25 – 2,03)
Không	21 (3,6)	565 (96,4)		
Hút thuốc lá				
Có	16 (8,2)	178 (91,8)	0,048	1,58 (1,03 – 2,42)
Không	35 (4,6)	718 (95,4)		
Phân tầng nguy cơ NK				
Nhóm 1	33 (5,1)	619 (94,9)	0,839	1
Nhóm 2	4 (4,5)	84 (95,5)		0,90 (0,32 – 1,54)
Nhóm 3	0	5 (100,0)		-
Không đề cập	14 (6,9)	188 (93,1)	0,325	1,37 (0,73 – 2,56)
Phân loại BMI				
Cân nặng thấp (gầy) (<18,5)	7 (5,2)	127 (94,8)	0,778	1,13 (0,49 – 2,57)
Bình thường (18,5 – 24,9)	29 (4,6)	596 (95,4)		1
Thừa cân (≥25)	15 (8,0)	173 (92,0)	0,088	1,72 (0,92 – 3,21)

**Kiểm định khuynh hướng*

Người bệnh trên 55 tuổi có nguy cơ NKVM cao gấp 1,82 lần so với người <55 tuổi (p=0,05). Có tiền căn ngoại khoa hoặc thói quen hút thuốc lá được chứng minh là nguy cơ gây NKVM tại nghiên cứu này,

nhóm người có tiền căn ngoại khoa có nguy cơ NKVM cao gấp 1,59 lần nhóm người không có tiền căn ngoại khoa và thói quen hút thuốc lá làm tăng nguy cơ NKVM lên gấp 1,48 lần.

Bảng 3.6. Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan (tt)

Đặc tính	NKVM		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Có (n=51)	Không (n=896)		
Hình thức PT				
Mổ nội soi	20 (2,7)	717 (97,3)	<0,001	1
Mổ mở	28 (15,6)	152 (84,4)		5,73 (3,23 – 10,17)
Nội soi chuyển mổ mở	3 (10,0)	27 (90,0)		3,69 (1,10 – 12,40)
Thời gian phẫu thuật				
< 120 phút	14 (2,2)	622 (97,8)	<0,001	2,37 (1,95 – 2,88)
≥ 120 phút	37 (11,9)	274 (88,1)		
Dẫn lưu			<0,001	1,34 (1,21 – 1,48)

Có	46 (7,1)	603 (92,9)		
Không	5 (1,7)	293 (98,3)		
Phân loại PT theo nguy cơ NK				
Sạch	1 (3,8)	25 (96,2)		1
Sạch – Nhiễm	21 (4,0)	498 (96,0)	0,960	1,05 (0,14 – 7,82)
Nhiễm	27 (7,8)	317 (92,2)	0,484	2,04 (0,28 – 15,0)
Bẩn	0	1 (100,0)	0,992	0
Không phân loại	2 (3,51)	55 (96,5)	0,940	0,91 (0,08 – 10,06)

* Kiểm định Fisher

Phẫu thuật nội soi ít gây NKVM hơn phẫu thuật mổ mở. Cụ thể trong nghiên cứu, những trường hợp phẫu thuật mổ mở có nguy cơ gây NKVM cao gấp 5,73 lần so với phẫu thuật nội soi ($p < 0,001$) và thời gian phẫu thuật kéo dài hơn 120 phút làm tăng nguy cơ NKVM lên 2,37 lần.

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên 947 người bệnh phẫu thuật tại các khoa Ngoại tổng quát bệnh viện Bình Dân, độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 50 tuổi và nhóm đối tượng trong độ tuổi > 55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Số liệu này phù hợp với tình hình thực tế tại bệnh viện, các bệnh phẫu thuật ngoại tổng quát thường tập trung vào nhóm đối tượng cao tuổi. Tăng huyết áp, viêm dạ dày và đái tháo đường là 3 bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nhất, do các bệnh phẫu thuật ngoại tổng quát tại bệnh viện chủ yếu thường tập trung vào nhóm đối tượng người lớn tuổi. Phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn nhóm 1 chiếm đa số phản ánh mức độ nguy cơ nhiễm khuẩn ra khá thấp.

Theo khuyến cáo của WHO và Bộ Y tế, tắm trước mổ giúp làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện và tăng chất lượng cuộc mổ và nên tắm vào tối trước ngày phẫu thuật và sáng ngày phẫu thuật, tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 46,9% người bệnh được tắm trước mổ, điều này có thể

được giải thích là do 45,2% là phẫu thuật cấp cứu, phẫu thuật cấp cứu thường tiến hành nhanh và có ít thời gian để chuẩn bị đầy đủ như phẫu thuật theo chương trình.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 104 phút và hình thức phẫu thuật nội soi được áp dụng nhiều nhất (77,8%). Tỷ lệ phẫu thuật lần 2 rất thấp, chỉ 1,1%, theo nhóm tác giả Bùi Thị Tú Quyên [6], tỷ lệ phẫu thuật lần 2 phản ánh thực trạng chăm sóc và xử trí vết mổ sau phẫu thuật.

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên người bệnh phẫu thuật tại các khoa ngoại tổng quát bệnh viện Bình Dân là 5,4%. Theo một số y văn tham khảo, tỷ lệ NKVM tại bệnh viện có thể dao động từ 2% đến 15%. Cụ thể tại khoa Ngoại BV (bệnh viện) Chợ Rẫy là 14,3% [3], tỷ lệ NKVM tại bệnh viện Chợ Rẫy tương đối cao, có thể do đây là bệnh viện tuyến cuối, chuyên tiếp nhận những trường hợp bệnh nặng. Tỷ lệ NKVM tại khoa Ngoại BV Đại học Y Dược, Khoa Ngoại Thần kinh BV Nguyễn Tri Phương dưới 3% [7], khoa Gây mê Hồi sức, khoa Ngoại B1, Chấn thương chỉnh hình (CTCH) BV Giao thông vận tải Trung ương 8,3% [2], Ngoại, Sản, CTCH BV tỉnh Ninh Bình và khoa Ngoại, Sản BV tỉnh Sa Đéc là 6,3% [5] [6].

Hầu hết các trường hợp NKVM trong nghiên cứu là nhiễm khuẩn vết mổ nông và tình trạng nhiễm khuẩn thường gặp nhất là

chảy mủ từ dưới lớp da (84,3%). E.coli là vi khuẩn được phân lập nhiều nhất (54,1%). Điều này không khác với các nghiên cứu đã thực hiện tại những bệnh viện khác, tụ cầu vàng và E.coli là 2 tác nhân thường gặp nhất trong các trường hợp NKVM tại Việt Nam [2] [6].

Như phần lớn các y văn khác, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối quan hệ giữa nhóm tuổi với nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, độ tuổi càng cao, nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ càng nhiều. Theo nhóm tác giả Lê Tuyên Hồng Dương [2], điều này có thể được giải thích do nhóm người cao tuổi nên sức đề kháng yếu và sự liền vết thương chậm hơn so với người trẻ.

Phẫu thuật kéo dài hơn 120 phút làm tăng nguy cơ NKVM lên 2,37 lần, do thời gian phơi nhiễm vết thương với môi trường phẫu thuật tăng. Do đó, cần xem xét việc bổ sung thêm liều KSDP khi thời gian phẫu thuật kéo dài trên 4 giờ.

Hình thức phẫu thuật mổ mở có nguy cơ gây nhiễm khuẩn cao gấp 5,73 lần so với phẫu thuật nội soi. Kết quả tương tự đã được chứng minh trong nghiên cứu của nhóm tác giả Bùi Thị Tú Quyên [6], điều này có thể giải thích do phẫu thuật nội soi có mức độ tổn thương ít và diện tích vùng rạch da nhỏ, bên cạnh đó, phẫu thuật mổ ở thường kéo dài thời gian phẫu thuật và đó là một yếu tố nguy cơ của NKVM.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường thực hiện tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại phòng mổ, nâng cao ý thức tuân thủ và phổ biến những biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn trong chăm sóc người bệnh.

Tăng cường giám sát các nguy cơ có thể gây NKVM và đưa ra biện pháp can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Việt Hùng, Phạm Ngọc Trường** (2012) "Tỷ lệ mới mắc và các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn tại một số bệnh viện của Việt Nam, 2009 - 2010". Y học thực hành, 830 (7), tr. 28 - 32.
2. **Lê Tuyên Hồng Dương, Đỗ Ngọc Hiếu, Lưu Thúy Huyền** (2012) "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn trong các loại phẫu thuật tại bệnh viện giao thông vận tải trung ương". Y học thực hành, 9 (841), tr 67 - 71.
3. **Hoàng Hoa Hải, Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Ngọc Bích** (2001) "Tần suất nhiễm khuẩn vết mổ và vấn đề sử dụng kháng sinh tại khoa Ngoại Bệnh viện Chợ Rẫy". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 5 (2)
4. **Nguyễn Việt Hùng** (2010) "Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn vết mổ và tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân phẫu thuật tại một số bệnh viện tỉnh phía Bắc - 2008". Y học thực hành, 705 (2), tr. 48 - 52.
5. **Nguyễn Việt Hùng, Kiều Chí Thành** (2011) "Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ tại các khoa ngoại bệnh viện tỉnh Ninh Bình 2010". Y học thực hành, 4 (795), tr 26 - 28.
6. **Bùi Thị Tú Quyên, Trương Văn Dũng** (2013) "Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa ngoại, sản bệnh viện đa khoa Sa Đéc năm 2012". Y Tế Công Cộng, 27 (27), tr. 54 - 60.
7. **Phạm Thúy Trinh, Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Nguyễn Thị Thanh Nhàn** (2010) "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14 (1)
8. **World Health Organization** (2018) Infection prevention and control, <http://www.who.int/infection-prevention/en/>, accessed on 26 April, 2018.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN GIAI ĐOẠN 2018 - 2022

Lê Thị Bích Nhật², Trần Ngọc Thiện¹, Phạm Hữu Đoàn¹,
Đinh Thị Kim Hiền², Phan Thị Thu Hồng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề

Đề kháng kháng sinh của các dòng vi khuẩn thường gặp là một thách thức lớn cho công tác khám bệnh, chữa bệnh.

Mục tiêu

Xác định tỷ lệ các loại vi khuẩn thường gặp tại Bệnh viện Bình Dân; xác định tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp.

Phương pháp

Mô tả cắt ngang có phân tích. Lấy toàn bộ các mẫu cấy dương tính của Khoa Vi sinh – Bệnh viện Bình Dân từ ngày 01/12/2017 đến ngày 31/5/2022.

Kết quả

Vi khuẩn Gram âm phân lập được có tỷ lệ cao hơn vi khuẩn Gram dương. *E.coli* là tác nhân phổ biến nhất.

E.coli đề kháng >50% đối với ceftazidim, ciprofloxacin; tỷ lệ đề kháng với carbapenem, betalactamin/ức chế betalactamase giảm trong giai đoạn 2018-2022. *Klebsiella pneumoniae* có tỷ lệ đề kháng cao hơn *E. coli*, tỷ lệ đề kháng với carbapenem giảm trong giai đoạn 2018-2022.

Pseudomonas aeruginosa có tỷ lệ đề kháng >40% với hầu hết các kháng sinh, tỷ lệ đề kháng tăng trong giai đoạn 2018-2022. *Acinetobacter baumannii* có tỷ lệ kháng >60% với hầu hết các kháng sinh và tăng trong giai đoạn 2018-2022. Chưa ghi nhận trường hợp kháng colistin.

MRSA có tỷ lệ cao >50% và có xu hướng tăng, chưa ghi nhận trường hợp nào kháng vancomycin. *Enterococcus faecalis* có tỷ lệ kháng với penicillin >20% và ciprofloxacin >40%, tỷ lệ đề kháng vancomycin khoảng 1% và chưa ghi nhận trường hợp nào kháng daptomycin.

Kết luận

Vi khuẩn Gram âm là tác nhân thường gặp nhất trong các mẫu cấy tại bệnh viện. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh đang gia tăng rất nhanh, chỉ còn một số loại kháng sinh hiệu quả cho điều trị.

Từ khoá: đề kháng kháng sinh

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANTIBIOTIC RESISTANCE IN BACTERIAL STRAINS AT BINH DAN HOSPITAL IN THE PERIOD 2018 – 2022

Background

Antibiotic resistance of common bacterial strains is a great challenge for medical diagnosis and treatment.

Objective

Determine the rate of frequently isolated bacteria at Binh Dan Hospital; determine the rate of antibiotic resistance of these bacteria.

Method

¹Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn – Bệnh viện Bình Dân

²Khoa Xét nghiệm – Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Thiện

SĐT: 0901556656

Email: tnthienpharm@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Cross-sectional analysis.

Take all positive cultures of Microbiology Department – Binh Dan Hospital from December 1st 2017 to May 31st 2022.

Results

E. coli has the resistance rate of >50% to ceftazidim and ciprofloxacin >50%; the resistance rate to carbapenem and betalactamin/betalactamase inhibitor decrease in the period 2018-2022. *Klebsiella pneumoniae* has higher resistance rate than *E. coli*, the resistance rate to carbapenem decrease in the period 2018-2022. *Pseudomonas aeruginosa* has the resistance rate of >40% to almost all antibiotics and the rate decrease over the time. *Acinetobacter baumannii* has the resistance rate of >60% to almost all antibiotics and increase over the time. There is no case reported to be resistant to colistin.

MRSA has a high rate of >50% and increase over the time, and there is no case reported to be resistant to vancomycin. *Enterococcus faecalis* has a resistance rate of >20% to penicillin and >40% to ciprofloxacin, the resistance rate to vancomycin is approximately 1% and there is no case reported to be resistant to daptomycin.

Conclusion

Gram-negative bacteria were the most frequently identified bacterial agent in hospital. Antibiotic resistance is growing really fast; there are only some antibiotics essential for treatment.

Keywords: Antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề kháng kháng sinh của các dòng vi khuẩn thường gặp là một thách thức lớn cho công tác khám bệnh, chữa bệnh. Đây là vấn đề rất được quan tâm trong công tác điều trị tại các cơ sở khám bệnh chữa bệnh trên toàn thế giới vì các đặc điểm vi sinh, mức độ đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn thay

đổi theo từng địa phương, từng khu vực, quốc gia, theo từng khoảng thời gian.

Hiểu và nắm rõ tình hình vi sinh và đề kháng kháng sinh tại đơn vị giúp cơ sở y tế xây dựng và triển khai các chương trình Kiểm soát Nhiễm khuẩn, giảm nhiễm khuẩn và ngăn ngừa lây lan mầm bệnh.

Bên cạnh đó, việc hiểu biết về các thông tin này cũng góp phần hỗ trợ cho việc xây dựng và triển khai Chương trình Quản lý sử dụng kháng sinh, góp phần làm giảm sử dụng kháng sinh bất hợp lý, giảm sự đề kháng kháng sinh.

Nhiều chương trình theo dõi kháng sinh đã được tiến hành theo nhiều hình thức, nhiều cấp độ khác nhau, với sự phối hợp của cả Vi sinh, Kiểm soát Nhiễm khuẩn và Dược lâm sàng nhằm đáp ứng việc giám sát đề kháng kháng sinh chuẩn xác và hiệu quả.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ các vi khuẩn thường gặp tại Bệnh viện Bình Dân giai đoạn 2018-2022;*

2. *Đánh giá đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các vi khuẩn gây bệnh đã được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm các loại của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/12/2017 đến 31/5/2022.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

Tiêu chí chọn vào nghiên cứu

Tất cả các mẫu bệnh phẩm cấy dương tính tại Phòng Vi sinh – Khoa Xét nghiệm.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ ngày 01/12/2017 đến hết ngày 31/5/2022.

Địa điểm: Phòng Vi sinh – Khoa Xét nghiệm

Phương pháp thực hiện

Vi khuẩn được cấy trên Môi trường và định danh theo quy trình chuẩn của Phòng Vi sinh – Khoa Xét nghiệm

Kháng sinh đồ được đánh giá bằng kỹ thuật khoanh giấy kháng sinh khuếch tán Kirby – Bauer và cấy trên máy BD Phoenix.

Đọc kết quả dựa trên đường kính vô khuẩn (đơn vị mm) và thông số hiện trên máy. Kết quả nhạy, trung gian và đề kháng dựa trên tiêu chuẩn điểm gãy của Hướng dẫn CLSI mới nhất.

Thu thập – xử lý dữ liệu

Dữ liệu được tích hợp vào phần mềm của Phòng Vi sinh – Khoa Xét nghiệm.

Dữ liệu được xuất ra dưới dạng File Excel, xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**Đặc điểm nhiễm khuẩn****Tổng số mẫu cấy**

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/12/2017 đến 31/5/2022 có tất cả 112.164 mẫu cấy được thực hiện. Cụ thể số mẫu cấy trong năm 2018, 2019, 2020, 2021 và 2022 (6 tháng đầu năm) lần lượt là 28.057, 35.885, 32.679, 19.490 và 16.338.

Bảng 3.1. Tỷ lệ các mẫu bệnh phẩm giai đoạn 2018 – 2022 (%)

Mẫu bệnh phẩm	2018	2019	2020	2021	2022
Nước tiểu	71,14	74,13	73,36	69,05	74,78
Mủ	10,12	8,63	8,12	8,95	8,25
Máu	9,95	8,63	9,28	11,41	9,22
Dịch niệu đạo	0,79	0,59	0,36	0,35	0,48
Đàm	2,67	2,68	2,99	3,36	2,35
Phân	0,25	0,20	0,15	-	-
Khác	5,08	5,14	5,74	6,89	4,92

Bệnh phẩm nước tiểu, mủ và máu là 3 bệnh phẩm chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả 5 năm.

Tỷ lệ của bệnh phẩm nước tiểu tăng trong giai đoạn 2018-2020, giảm trong năm 2021 và tăng trở lại trong năm 2022. Tỷ lệ của bệnh phẩm mủ giảm dần qua các năm. Tỷ lệ bệnh phẩm máu có xu hướng giảm qua các năm. Tỷ lệ của các mẫu bệnh phẩm khác ổn định trong giai đoạn 2018 – 2022.

Tình hình cấy dương tính**Tình hình cấy dương tính chung**

Số mẫu cấy dương tính trong 5 năm 2018, 2019, 2020, 2021 và 2022 (6 tháng đầu năm) lần lượt là 10.050, 11.342, 9.303, 4.917 và 4.003. Tỷ lệ cấy dương tính trong 5 năm 2018, 2019, 2020, 2021 và 2022 (6 tháng đầu năm) lần lượt là 35,82%, 31,61%, 28,47%, 25,23% và 24,50%.

Tình hình cấy dương tính của các mẫu bệnh phẩm

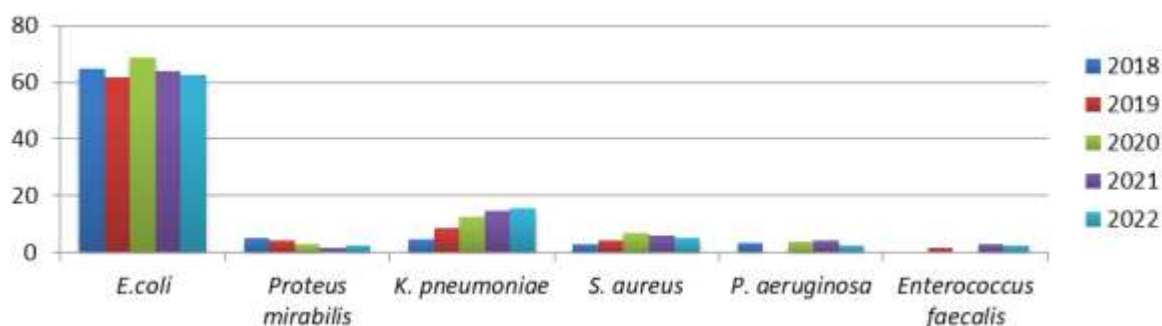
Bảng 3.2. Tỷ lệ cấy dương tính của các mẫu bệnh phẩm giai đoạn 2018 – 2022 (%)

Mẫu bệnh phẩm	2018	2019	2020	2021	2022
Nước tiểu	32,6	27,2	26,1	21,4	21,1
Mủ	63,3	64,3	64,4	57,4	57,5
Máu	18,6	20,1	13,5	11,7	13,7
Dịch niệu đạo	68,8	67,5	25,4	15,9	6,4
Đàm	46,9	46,0	44,9	35,5	35,2
Phân	45,1	31,4	4,1	-	-

Bệnh phẩm mủ có tỷ lệ cấy dương tính cao nhất (>50%). Tỷ lệ cấy dương tính của các mẫu bệnh phẩm có xu hướng giảm qua các năm.

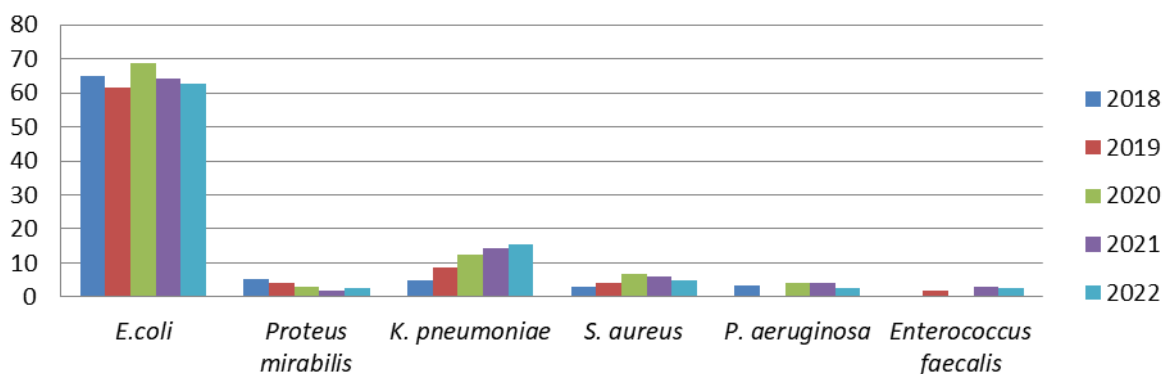
Tác nhân phân lập trong các mẫu bệnh phẩm

Bệnh phẩm nước tiểu

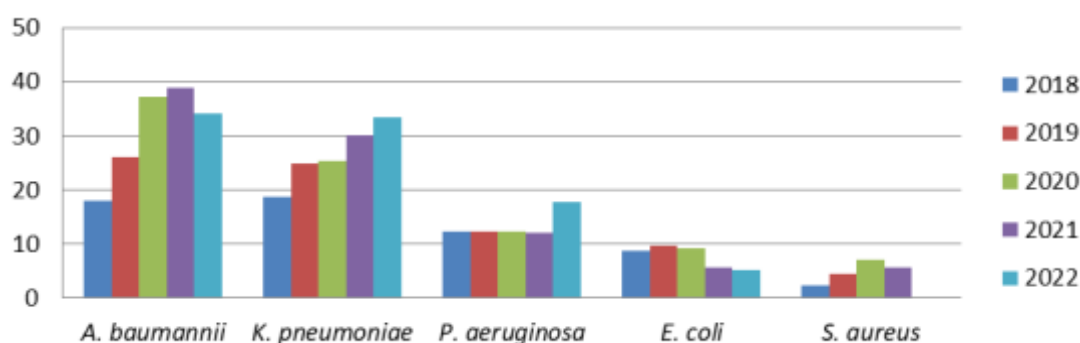
**Hình 1. Các tác nhân phổ biến phân lập được trong bệnh phẩm nước tiểu (%)**

E.coli là tác nhân phổ biến nhất được phân lập trong nước tiểu với tỷ lệ tăng qua các năm. Tiếp đến là P. aeruginosa và K. pneumoniae có xu hướng ổn định qua các năm với tỷ lệ khoảng 10%. Tác nhân gram dương (Enterococcus faecalis) có xu hướng tăng nhẹ trong các năm 2020-2022.

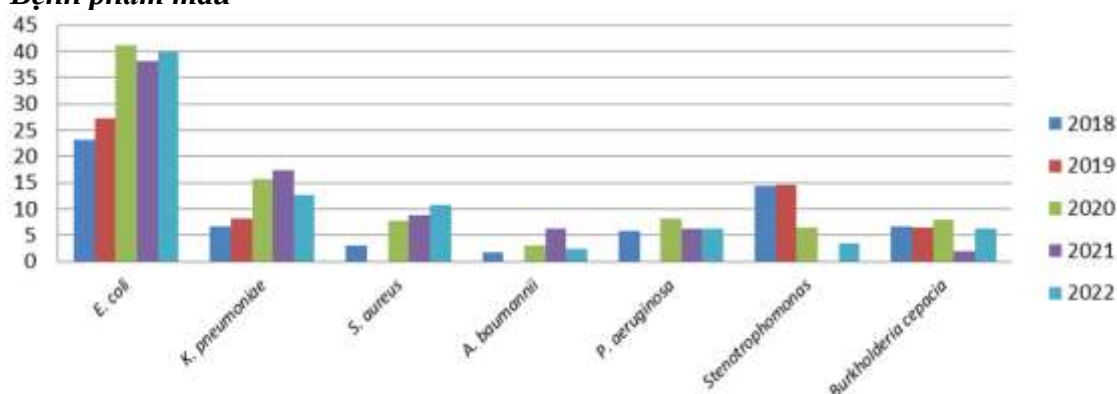
Bệnh phẩm mủ

**Hình 2. Các tác nhân phổ biến phân lập được trong bệnh phẩm mủ (%)**

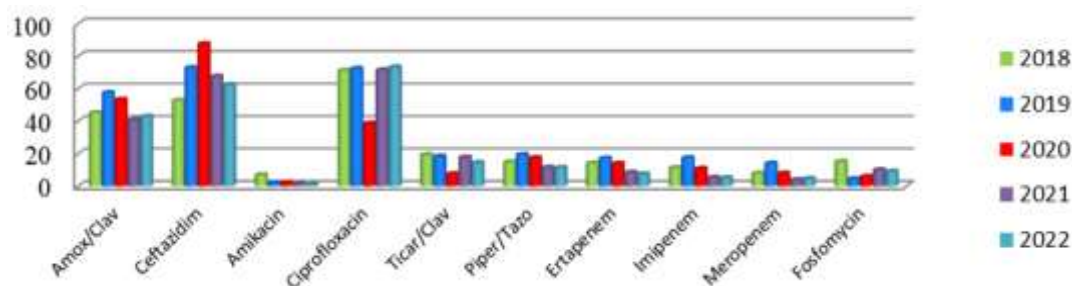
E.coli là tác nhân phân lập được nhiều nhất trong bệnh phẩm mủ và có xu hướng ổn định qua các năm (tỷ lệ khoảng 60%). Tiếp đến là K. pneumoniae với tỷ lệ ngày càng tăng. Tác nhân gram âm khác (Proteus mirabilis, P. aeruginosa) có xu hướng ổn định qua các năm. Tác nhân gram dương (S. aureus và Enterococcus faecalis) có xu hướng ổn định qua các năm.

Bệnh phẩm đàm**Hình 3. Các tác nhân phổ biến phân lập được trong bệnh phẩm đàm (%)**

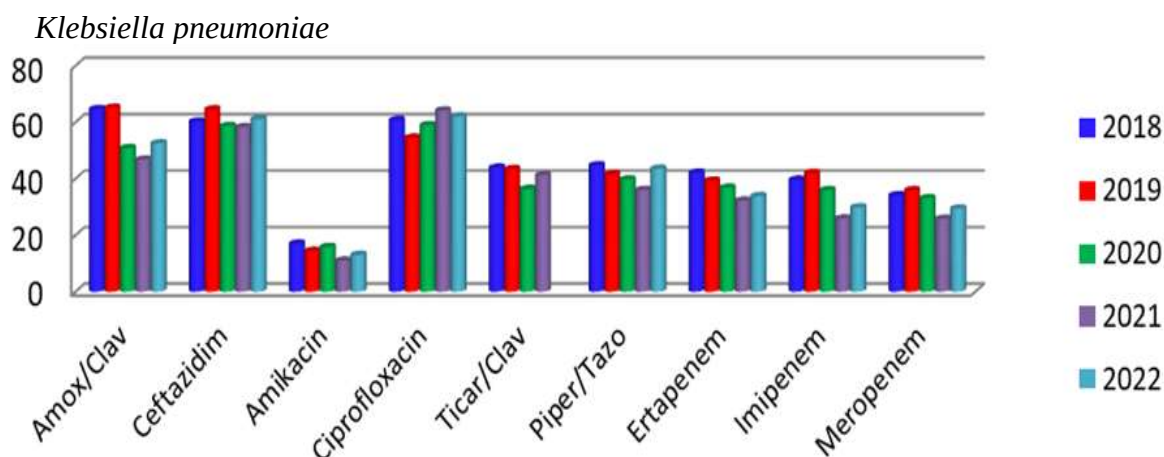
4 tác nhân phân lập được nhiều nhất là 4 vi khuẩn Gram âm thường gây viêm phổi: *Acinetobacter baumannii*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* và *E. coli*. Trong đó, *A. baumannii* có xu hướng giảm, *K. pneumoniae* có xu hướng tăng dần qua các năm, *E. coli* có xu hướng giảm.

Bệnh phẩm máu**Hình 4. Các tác nhân phổ biến phân lập được trong bệnh phẩm máu (%)**

E. coli là tác nhân phân lập được nhiều nhất trong bệnh phẩm máu và có xu hướng tăng qua các năm. Các tác nhân gram âm khác có xu hướng giảm. Có sự gia tăng các tác nhân gram dương (*S. aureus*) và vi khuẩn cơ hội (*Stenotrophomonas*, *Burkholderia cepacia*).

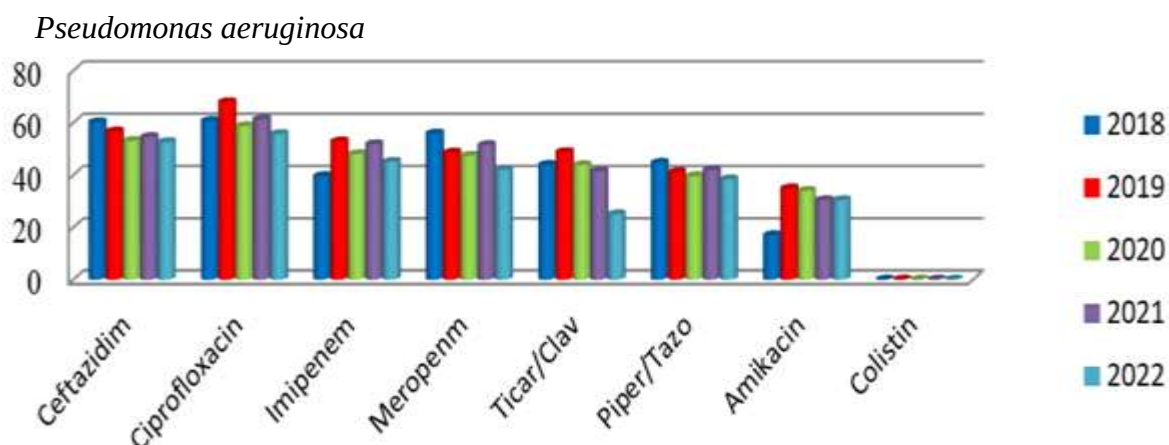
Tình hình đề kháng kháng sinh**Vi khuẩn Gram âm*****E. coli*****Hình 5. Tình hình đề kháng của *E. coli* với các kháng sinh (% kháng)**

E.coli đã kháng trên 50% với cephalosporin thế hệ 3 (ceftazidim), ciprofloxacin. Đối với nhóm betalactamin/ức chế betalactamase, tỷ lệ đề kháng có xu hướng giảm. Đối với nhóm carbapenem, tỷ lệ kháng cũng có xu hướng giảm. Fosfomycin có xu hướng tăng dần qua các năm.



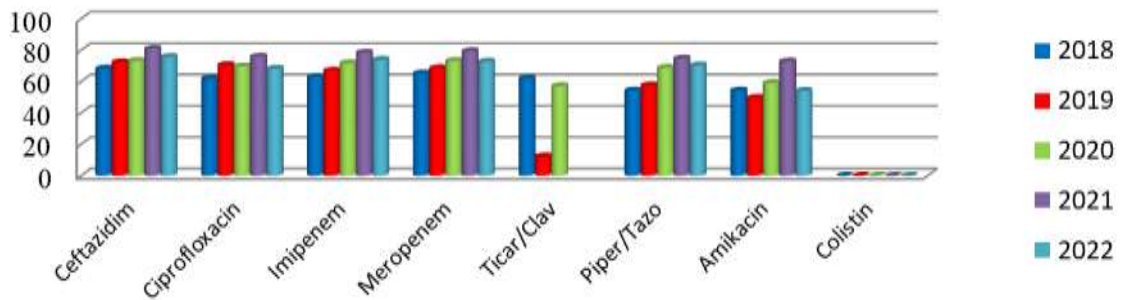
Hình 6. Tình hình đề kháng của *Klebsiella pneumoniae* với các kháng sinh (% kháng)

Cũng giống như *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae* có tỷ lệ đề kháng cao >50% với Cephalosporin thế hệ 3 (ceftazidim) và fluoroquinolon (ciprofloxacin). So sánh với *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* có tỷ lệ đề kháng với tất cả kháng sinh đều cao hơn. Tỷ lệ kháng với nhóm carbapenem khá cao (>30%) và có xu hướng giảm trong giai đoạn 2018-2021 và tăng nhẹ trong năm 2022. Amikacin có tỷ lệ kháng giảm dần qua các năm.



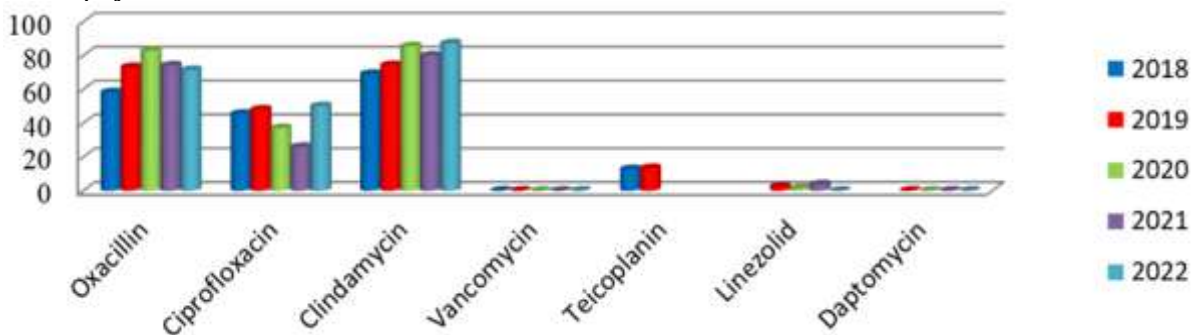
Hình 7. Tình hình đề kháng của *Pseudomonas aeruginosa* với các kháng sinh (% kháng)

Pseudomonas aeruginosa là tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện hàng đầu, có tỷ lệ đề kháng kháng sinh rất cao. Tỷ lệ kháng với các kháng sinh carbapenem, betalactamin/ức chế betalactamase, amikacin có xu hướng giảm. Chưa ghi nhận trường hợp nào kháng với colistin.

Acinetobacter baumannii

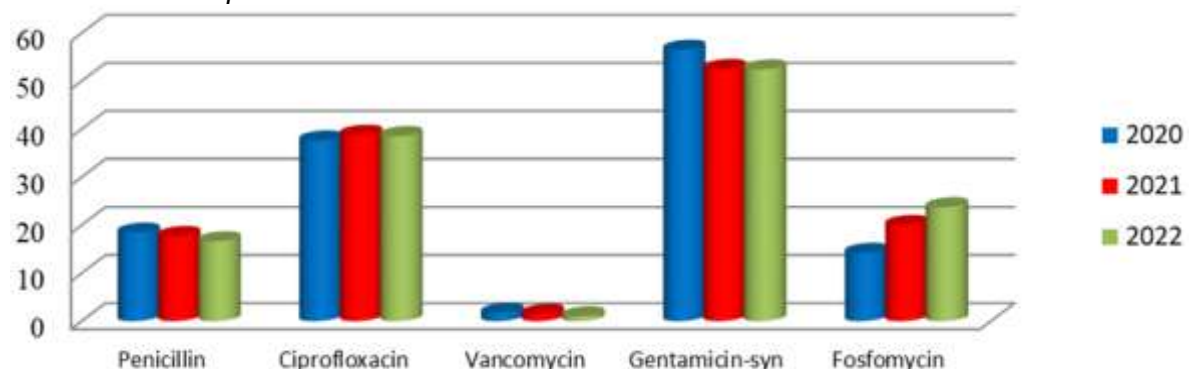
Hình 8. Tình hình đề kháng của *Acinetobacter baumannii* với các kháng sinh (% kháng)

Acinetobacter baumannii có tỷ lệ đề kháng cao >50% với tất cả các kháng sinh (trừ colistin) và tỷ lệ kháng tăng trong giai đoạn 2018-2021, giảm trong giai đoạn 2021-2022. Không ghi nhận trường hợp nào kháng với colistin.

Vi khuẩn Gram dương*Staphylococcus aureus*

Hình 9. Tình hình đề kháng của *Staphylococcus aureus* với các kháng sinh (% kháng)

Tỷ lệ MRSA (tụ cầu vàng kháng methicillin) khá cao trên 50% và có xu hướng tăng. Tỷ lệ kháng với clindamycin có xu hướng tăng qua các năm trong khi tỷ lệ kháng với linezolid có xu hướng giảm. Không ghi nhận trường hợp nào kháng vancomycin và daptomycin.

Enterococcus faecalis

Hình 10. Tình hình đề kháng của *Enterococcus faecalis* với các kháng sinh (% kháng)

Enterococcus spp. bắt đầu được giám sát theo dõi từ năm 2016 và định danh từ năm 2020. Tỷ lệ kháng penicillin khoảng 20%, kháng ciprofloxacin khoảng 40% và có xu hướng ổn định qua các năm. Tỷ lệ kháng với vancomycin và gentamicin-syn có xu hướng giảm trong khi đề kháng fosfomycin có xu hướng tăng.

Vi khuẩn sinh ESBL (Betalactamase phổ rộng)

Bảng 3.3. Tình hình vi khuẩn sinh ESBL

STT	Năm	Tổng số mẫu cấy dương tính	Tổng số mẫu sinh ESBL	Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL (%)
1	2018	10.050	1.322	18,5
2	2019	11.342	3.375	48,5
3	2020	9.303	2.841	30,5
4	2021	4.917	1.518	47,6
5	2022	4.003	1.186	29,6

Số lượng mẫu cấy sinh ESBL tăng trong giai đoạn 2018-2019 và giảm trong giai đoạn 2020-2022. Tỷ lệ cấy vi khuẩn sinh ESBL tăng trong giai đoạn 2018-2019, 2020-2021 và giảm trong giai đoạn 2019-2020, 2021-2022.

IV. BÀN LUẬN

Số mẫu cấy tăng dần theo từng năm, cho thấy xét nghiệm dần trở thành hoạt động thường quy tại bệnh viện. Tỷ lệ cấy dương tính giảm dần, điều này được giải thích do việc cấy xét nghiệm trở thành thường quy hơn ở Bệnh viện, làm số lượng mẫu cấy tăng lên và tỷ lệ cấy dương tính giảm.

Ghi nhận dữ liệu vi khuẩn gram âm chiếm đa số, điều này cũng phù hợp với các dữ liệu vi sinh từ các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Các vi khuẩn gram âm có sự gia tăng đề kháng với các kháng sinh thường dùng tại bệnh viện, ngay cả nhóm carbapenem cũng đã bị đề kháng 20-30%, điều này có thể giải thích do việc gia tăng sử dụng các kháng sinh phổ rộng trong điều trị dẫn đến gia tăng đề kháng.

E. coli vẫn là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất trong tất cả các mẫu bệnh phẩm và có tỷ lệ đề kháng kháng sinh giảm trong giai đoạn 2018-2020. Trong khi đó, *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân phổ biến thứ hai có tính đề kháng kháng sinh cao hơn hẳn *E.*

coli, tuy nhiên, tỷ lệ kháng cũng có xu hướng giảm nhẹ trong giai đoạn 2018-2022.

2 tác nhân thường gây nhiễm khuẩn bệnh viện và có tỷ lệ đề kháng kháng sinh rất cao là *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter baumannii* có xu hướng trái ngược nhau. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* có xu hướng giảm nhẹ trong khi *Acinetobacter baumannii* lại có xu hướng gia tăng. Đặc biệt, tỷ lệ viêm phổi do *Acinetobacter baumannii* ngày càng tăng cùng với tỷ lệ đa kháng cũng ngày càng nhiều.

Chưa ghi nhận trường hợp *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter baumannii* kháng colistin. Tuy nhiên, do colistin thấm mô kém, đặc biệt là mô phổi, vì vậy khi điều trị nhiễm *Acinetobacter baumannii* đa kháng, nên phối hợp colistin với carbapenem [1], [2].

Một vấn đề khác đáng quan ngại là sự gia tăng của các chủng vi khuẩn Gram âm sinh ESBL. Tỷ lệ ESBL tăng đột biến trong năm 2019 có thể được giải thích do các bệnh nhân

chuyển đến từ các bệnh viện khác, đã điều trị kháng sinh trước đó, đồng thời, nhiễm khuẩn cộng đồng cũng có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL giảm trong năm 2020 và tăng trở lại trong năm 2021 có thể được giải thích do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 khi các bệnh nhân nặng, bắt buộc phải nhập viện nên tình trạng bệnh nặng, nhiễm vi khuẩn có đề kháng kháng sinh cao.

Cơ chế sinh ESBL là cơ chế đề kháng quan trọng của họ vi khuẩn đường ruột. Vi khuẩn sinh men ESBL sẽ đề kháng trên lâm sàng với tất cả các cephalosporin thế hệ 3 và cả thế hệ 4 mặc dù trên in vitro chúng vẫn còn nhạy với cephalosporin (khuyến cáo của CLSI 2009) [3]. Theo các khuyến cáo, carbapenem là kháng sinh đầu tay để điều trị các vi khuẩn sinh ESBL; kháng sinh hàng thứ 2 được lựa chọn là phối hợp betalactamin/chất ức chế betalactamase [4], [5].

2 tác nhân gram dương gây nhiễm khuẩn phổ biến nhất là *Staphylococcus aureus* và *Enterococcus faecalis* với tỷ lệ ổn định trong các mẫu bệnh phẩm và có gia tăng trong bệnh phẩm máu. MRSA có xu hướng ngày càng gia tăng và đạt tỷ lệ >60%. *Enterococcus faecalis* có tỷ lệ đề kháng kháng sinh ổn định qua các năm, riêng đề kháng với fosfomycin tăng dần qua các năm.

V. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc cấy mẫu vi sinh ngày càng nhiều, trở thành hoạt động thường quy trong hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện.

Tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Từ đó, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị như sau:

Nâng cao năng lực phòng Vi sinh.

Phát triển vi sinh lâm sàng.

Trà kết quả kháng sinh đồ theo nấc nhạy cảm để hạn chế lạm dụng kháng sinh.

Đẩy mạnh chương trình Quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.

Tăng cường hoạt động Kiểm soát Nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Montero et al.**, Antibiotic combinations for serious infections caused by carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in a mouse pneumonia model. *J Antimicrob Chemother* (2004); 54:1085-1091.
2. **Magarakis LL and Perl TM** (2008), *Acinetobacter baumannii*: Epidemiology, Antimicrobial resistance, and Treatment Options. *Clinical Infectious Diseases* (2008); 46:1254-63.
3. **Clinical and laboratory standards institute** (2008), "Performance standards for antimicrobial disk susceptibility test", M100-S18, Vol.28, No.1, Wayne, PA, USA, 113.
4. **Paterson DL et al** (2010), Antibiotic therapy for *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: Implications of Production of Extended-Spectrum Beta-lactamases, *Clinical Infectious Diseases*; 39:31-7.
5. **Paterson DL and Bonomo RA** (2010), Extended-Spectrum Beta-lactamases: a Clinical Update. *American Society for Microbiology Vol.18, No.4, p. 657-686.*

DỮ LIỆU VI SINH TRONG CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Phạm Hữu Đoàn¹,
Trần Ngọc Thiện¹, Lê Thị Bích Nhật¹,
Đinh Thị Kim Hiền¹, Huỳnh Lê Hạ¹, Nguyễn Hoài Phương¹, Trần Gia Ân¹,
Nguyễn Thị Kim Cơ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dữ liệu vi sinh là bằng chứng trong việc đưa ra các khuyến nghị về việc sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. Xác định các tác nhân chủ yếu và dữ liệu đề kháng kháng sinh của các tác nhân này trong các mẫu bệnh phẩm máu, nước tiểu, đàm, dịch ổ bụng và da – mô mềm.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Lấy toàn bộ các mẫu cấy máu, nước tiểu, đàm, dịch ổ bụng và da – mô mềm dương tính của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bình Dân từ ngày 01/01/2018 đến ngày 30/06/2019.

Kết quả nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 1.944 mẫu cấy. Bệnh phẩm nước tiểu, máu và mủ ổ bụng là bệnh phẩm phổ biến nhất. *E. coli* và *Klebsiella pneumoniae* là 02 vi khuẩn phổ biến nhất trong các mẫu bệnh phẩm.

Vi khuẩn Gram âm gia tăng đề kháng với các kháng sinh trong bệnh viện, kể cả nhóm carbapenem đã kháng từ 20-30%. Có sự gia tăng tỷ lệ các vi khuẩn Gram dương trong các mẫu bệnh phẩm, đặc biệt là *Enterococcus* spp... Các vi

khuẩn Gram dương vẫn còn nhạy tốt với vancomycin.

Cập nhật dữ liệu của fosfomycin đối với *E. coli* trong bệnh phẩm nước tiểu, độ nhạy với fosfomycin cao (94%).

Kết luận: *E. coli* và *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân thường gặp nhất trong các mẫu cấy tại bệnh viện.

Có sự gia tăng đề kháng kháng sinh trong bệnh viện, chỉ còn một số kháng sinh có hiệu quả trong điều trị.

Từ khoá: vi khuẩn Gram âm, đề kháng kháng sinh

SUMMARY

MICROBIOLOGY DATA TO UPDATE ANTIMICROBIAL USE GUIDELINES AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Microbiology data is the evidence to make recommendations about antibiotic use at hospital.

Objective: Determine the common pathogens and resistance data of those in blood, urine, sputum, intraabdominal fluid and skin – soft tissue samples.

Method: Cross-sectional analysis.

Take all positive blood, urine, sputum, intraabdominal fluid and skin – soft tissue cultures of in-patients at Binh Dan Hospital from January 1st 2018 to June 30th 2019.

Results: There were 1.944 samples collected during the study time. Urine, blood and

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Bích Nhật

SĐT: 0909793554

Email: lebichnhat1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 17/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

intraabdominal pus samples are the most common ones. *E. coli* and *Klebsiella pneumoniae* are the two most common bacteria in all samples.

Gram-negative bacteria increased resistance to most antibiotic used at hospital, even carbapenem had the resistance rate of 20-30%. There was an increase of the rate of Gram-positive bacteria in all samples, especially *Enterococcus* spp... Gram-positive bacteria were still sensitive to vancomycin.

Updated data of fosfomycin for *E. coli* in urine samples, the susceptible rate was high (94%).

Summary: *E. coli* and *Klebsiella pneumoniae* were the most frequently identified bacterial agents at Binh Dan Hospital.

There has been an increase of antibiotic resistance at hospital; there are only some antibiotics essential for treatment.

Keywords: Gram-negative bacteria, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh được xem là công cụ hữu hiệu trong cuộc chiến chống lại các bệnh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, việc lạm dụng kháng sinh đã dẫn đến sự gia tăng các chủng vi khuẩn đa đề kháng, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

Mỗi cơ sở y tế có mô hình bệnh tật riêng, đồng thời cũng tồn tại các quần thể vi khuẩn riêng đặc trưng. Do đó, cần thu thập và phân tích dữ liệu vi sinh tại cơ sở y tế của mình để phục vụ cho công tác khám chữa bệnh của riêng từng đơn vị.

Cụ thể, các dữ liệu vi sinh này giúp cơ sở y tế xây dựng và triển khai Hướng dẫn sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện, hỗ trợ công tác giám sát sử dụng kháng sinh và hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc đưa ra các chỉ định điều trị nhiễm khuẩn thích hợp.

Dữ liệu vi sinh là bằng chứng trong việc đưa ra các khuyến nghị về việc sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu:

- *Xác định các tác nhân chủ yếu trong các mẫu bệnh phẩm máu, nước tiểu, đàm, dịch ổ bụng và da – mô mềm.*

- *Xác định dữ liệu đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn trong các mẫu bệnh phẩm máu, nước tiểu, đàm, dịch ổ bụng và da – mô mềm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các vi khuẩn gây bệnh thường gặp đã được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm máu, nước tiểu, đàm, dịch ổ bụng và da – mô mềm của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2018 đến 30/06/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Tiêu chí chọn vào nghiên cứu

Tất cả các mẫu bệnh phẩm cấy máu, nước tiểu, đàm, dịch ổ bụng và da – mô mềm dương tính ở bệnh nhân nhập viện nội trú tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ

Không tiếp cận được hồ sơ bệnh án để thu thập dữ liệu.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ ngày 01/01/2018 đến hết ngày 30/6/2019.

Địa điểm: Kho Hồ sơ Bệnh án – Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp thực hiện

- ✓ Khoa Xét nghiệm cung cấp kết quả cấy vi sinh dương tính từ tháng 01/2018 đến hết tháng 6/2019.

- ✓ Phòng CNTT cung cấp mã hồ sơ dựa trên SID bệnh phẩm

✓ Nhóm nghiên cứu thu thập dữ liệu liên quan đến phân nhóm nguy cơ người bệnh tại kho hồ sơ.

Tiêu chuẩn vi sinh: thực hiện theo chuẩn CLSI 2018 (cập nhật tháng 01/2019).

Thu thập – xử lý dữ liệu

Nhập và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm các tác nhân phân lập được

Tổng số mẫu cấy: Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 1.944 mẫu cấy.

Phân bố mẫu cấy theo mẫu bệnh phẩm

Bảng 3.1. Tỷ lệ các mẫu bệnh phẩm (n=1.944)

Mẫu bệnh phẩm	n	Tỷ lệ %
Nước tiểu	883	45,4
Máu	281	14,5
Mủ ổ bụng	274	14,1
Dịch mật	235	12,1
Đàm	143	7,4
Da – mô mềm	128	6,5

Bệnh phẩm nước tiểu, máu và mủ ổ bụng là bệnh phẩm phổ biến nhất.

Tác nhân phân lập trong các mẫu bệnh phẩm

Bảng 3.2. Tỷ lệ % E. coli và K. pneumoniae trong các mẫu bệnh phẩm

Bệnh phẩm	E. coli	K. pneumoniae
Nước tiểu	50,85%	15,97%
Máu*	33,22%	7,77%
Đàm	16,78%	24,48%
Mật	47,23%	31,49%
Dịch ổ bụng	78,83%	12,77%
Da mô mềm	60,94%	12,50%

* Mẫu máu: *Stenotrophomonas maltophilia* là tác nhân phổ biến thứ hai (18,37%).

E. coli và *Klebsiella pneumoniae* là 02 vi khuẩn phổ biến nhất trong các mẫu bệnh phẩm.

Thông tin thử nghiệm kháng sinh đồ

Kháng sinh đồ:

Không thử nghiệm với cefoperazon/sulbactam

Thử nghiệm rất ít với netilmicin

Thử nghiệm rất ít với ticarcillin/clavulanic

Fosfomycin: chỉ thử nghiệm với *E. coli* và *K. pneumoniae* trong mẫu nước tiểu.

Tình hình vi khuẩn sinh ESBL

Bảng 3.3. Tỷ lệ E. coli (%) và K. pneumoniae (%) sinh ESBL theo phân nhóm

Mẫu	Vi khuẩn	I	II	III
Nước tiểu (n = 290)	E. coli ESBL	53,7%	53,6%	81,8%
	K. pneumoniae ESBL	40,0%	42,9%	75,0%
Máu (n = 35)	E. coli ESBL	31,0%	32,3%	33,3%
	K. pneumoniae ESBL	50%*	18,8%	25%
Đàm	E. coli ESBL	33,3%	46,2%	0

Mẫu	Vi khuẩn	I	II	III
(n = 34)	K. pneumoniae ESBL	21,4%	15,0%	0
Dịch mật (n = 58)	E. coli ESBL	34,5%	33,3%	0
	K. pneumoniae ESBL	21,3%	40,0%	0
Mủ ổ bụng (n = 93)	E. coli ESBL	40,9%	33,3%	0
	K. pneumoniae ESBL	8,0%	40,0%	0
Da mô mềm (n = 50)	E. coli ESBL	56,9%	62,5%	75,0%
	K. pneumoniae ESBL	20,0%	33,3%	0

Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL gia tăng theo phân nhóm.

Bệnh phẩm máu

Bảng 3.4. Dữ liệu vi sinh của bệnh phẩm máu (n=281)

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
E. coli (n=94) (ESBL 32%)	33.2%	Tigecyclin (98%), Amikacin (94%), Meropenem (86%), Imipenem (82%), Pip-taz (81%), Ticar-clav (78%), Ertapenem (74%), Ampic-sul (58%), Amoxi-clav (45%),
Stenotrophomonas maltophilia (n=52)	18.4%	Trimethoprim-Sulfamethoxazol (100%), Levofloxacin (90%), Ceftazidim (32%)
Klebsiella pneumoniae (n=22) (ESBL 23%)	7.8%	Tigecyclin (89%), Amikacin (86%), Pip-taz (77%), Ertapenem (73%), Meropenem (64%), Imipenem (55%)
Burkholderia cepacia (n=22)	7.8%	Trimethoprim-Sulfamethoxazol (100%), Levofloxacin (93%), Ceftazidim (81%)
Pseudomonas oryzae (n=21)	7.4%	Pip-taz (86%), Ceftazidim (81%), Imipenem (80%), Ticar-clav (80%), Amikacin (63%), Meropenem (62%)
CoN Staphylococci (n=17) (MR 65%)	6.0%	Vancomycin (100%), Trimethoprim-Sulfamethoxazol (65%), Clindamycin (59%), Linezolid (59%)
Staphylococcus aureus (n=12) (MR 33%)	4.2%	Vancomycin (92%), Trimethoprim-Sulfamethoxazol (67%), Linezolid (60%)

Số lượng mẫu thu thập năm 2018-2019 nhiều hơn gấp 3 lần năm 2012 (281 so với 91).

E. coli vẫn là tác nhân phân lập phổ biến nhất, sau đó là các tác nhân Gram âm khác

rồi đến tác nhân Gram dương. Điều này khác với dữ liệu vi sinh năm 2012, sau E. coli là CoN Staphylococci, Pseudomonas spp và Staphylococcus aureus.

Độ nhạy của các vi khuẩn *E. coli* với carbapenem có xu hướng giảm, imipenem có độ nhạy thấp hơn meropenem.

Stenotrophomonas maltophilia và *Burkholderia cepacia* có sự gia tăng mẫu

phân lập được, 2 loài vi khuẩn này vẫn còn nhạy với trimethoprim/sulfamethoxazol, levofloxacin và ceftazidim.

Bệnh phẩm dịch ổ bụng

Bảng 3.5. Dữ liệu vi sinh của bệnh phẩm dịch ổ bụng (n=274)

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
<i>E. coli</i> (n=216) (ESBL 41%)	78.9%	Tigecyclin (99%); Amikacin (98%); Ertapenem, Meropenem (82%); Pip-taz (80%); Ciprofloxacin (69%); Imipenem (67%); Levofloxacin (55%); Amoxi/Clav (41%);
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n=35) (ESBL 14%)	12.8%	Tigecyclin (93%), Pip-taz (74%), Ertapenem (66%), Meropenem (64%), Cefotaxim (63%), Cefepim (57%), Ceftriaxon (55%), Imipenem
<i>Enterococcus spp.</i> (n=39)	4.4%	Vancomycin (100%), Doxycyclin (75%), Penicillin (67%), Ciprofloxacin (60%)

E. coli và *Klebsiella pneumoniae* là 2 tác nhân phân lập được nhiều nhất trong bệnh phẩm dịch ổ bụng, tiếp đến là tác nhân Gram dương (*Enterococcus spp.*).

So sánh với dữ liệu vi sinh năm 2012, tỷ lệ ESBL của *E. coli* và *Klebsiella pneumoniae* giảm.

Tỷ lệ nhạy của *E. coli* và *Klebsiella pneumoniae* với carbapenem giảm so với năm 2012, tỷ lệ nhạy với imipenem thấp hơn meropenem.

Enterococcus spp. nhạy tốt với vancomycin và doxycyclin.

Bệnh phẩm nước tiểu

Bảng 3.6. Dữ liệu vi sinh của bệnh phẩm nước tiểu (n=883)

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
<i>E. coli</i> (n= 449) (ESBL 54%)	43.2%	Amikacin (97%); Tigecyclin (94%), Fosfomycin (94%), Nitrofurantoin (87%), Meropenem (78%), Ertapenem (73%), Pip-taz (64%), Imipenem (63%), Levofloxacin (27%), Ampi/Sul (24%), Amox/Clav (19%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n=141) (ESBL 45%)	16.0%	Amikacin (86%), Meropenem (58%), Tigecyclin (58%), Ertapenem (56%), Pip-taz (49%), Imipenem (43%), Levofloxacin (41%),

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
		Ampi/Sul (24%), Amox/Clav (22%)
Enterococcus species (n=113)	12.8%	Vancomycin (98%), Nitrofurantoin (82%), Penicillin (72%), Ciprofloxacin (47%)
Pseudomonas aeruginosa (n=73)	8.3%	Colistin (43) (93%), Amikacin (57%), Imipenem (38%), Meropenem (36%), Pip-taz (33%), Ceftazidim (30%)
Acinetobacter baumannii (n=24)	2.7%	Colistin (100%), Amikacin (57%), Imipenem (44%), Meropenem (44%), Pip-taz (64%)
Staphylococcus aureus (n=14) (MR 71%)	1.6%	Vancomycin (100%), Linezolid (7) (100%), Trimethoprim/Sulfamethoxazol (54%)

So với dữ liệu vi sinh năm 2012, lượng mẫu thu thập tăng nhẹ (883 so với 822). Tỷ lệ vi khuẩn E. coli và K. pneumoniae sinh ESBL tăng hơn so với năm 2012.

Vi khuẩn Gram âm là tác nhân phổ biến hơn vi khuẩn Gram dương. Tác nhân Gram dương Enterococcus spp. tăng lên, chỉ đứng sau E. coli và K. pneumoniae.

Độ nhạy của vi khuẩn Gram âm với carbapenem giảm mạnh, E. coli nhạy vẫn còn 60-80%; Klebsiella pneumoniae chỉ còn 40-60%; riêng Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii chỉ còn 30-40%.

Enterococcus spp. và S. aureus vẫn còn nhạy tốt với vancomycin.

Bệnh phẩm đàm

Bảng 3.7. Dữ liệu vi sinh của bệnh phẩm đàm (n=143)

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
Klebsiella pneumoniae (n=35) (ESBL 17%)	24.5%	Amikacin (82%), Tigecyclin (78%), Colistin (3) (67%), Meropenem (61%), Pip-taz (59%), Imipenem (58%), Ertapenem (57%), Cefepim (49%), Ceftazidim (49%)
E.coli (n=24) (ESBL 33%)	16.8%	Amikacin (100%), Ticar/Clav (12) (75%), Tigecyclin (12) (75%), Ertapenem (67%), Meropenem (67%), Imipenem (61%), Pip-taz
Acinetobacter baumannii (n=19)	13.3%	Colistin (100%), Amikacin (32%), Imipenem (33%), Pip-taz (28%), Levofloxacin (21%), Ciprofloxacin (26%), Meropenem (17%)

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
Pseudomonas aeruginosa (n=16)	11.2%	Colistin (7) (100%), Amikacin (63%), Imipenem (27%), Meropenem (25%), Pip-Tazo (73%), Ciprofloxacin (31%)
Enterococcus species (n=12)	8.4%	Vancomycin (100%), Linezolid (3) (100%), Doxycyclin (9) (89%), Penicillin (67%), Levofloxacin (9) (33%)
Staphylococcus aureus (n=8)	5.6%	Vancomycin (100%), Doxycyclin (5) (100%), Levofloxacin (8) (13%)
Streptococcus pneumonia (n=7)	4.9%	Vancomycin (100%), Ceftriaxon (100%), Cefepim (86%), Levofloxacin (43%)

So với dữ liệu vi sinh năm 2012, lượng mẫu cấy đàm tăng gần gấp 2 lần (143 so với 85).

Tác nhân Gram âm phổ biến hơn tác nhân Gram dương. Klebsiella pneumoniae và E. coli trở thành tác nhân phổ biến nhất trong mẫu đàm.

Tỷ lệ nhạy với kháng sinh rất thấp, ngay cả nhóm carbapenem chỉ còn 20-30%. Vi khuẩn Gram âm còn nhạy tốt với colistin (100%), vi khuẩn Gram dương nhạy tốt với vancomycin (100%).

Bệnh phẩm da – mô mềm

Bảng 3.8. Dữ liệu vi sinh của bệnh phẩm da – mô mềm (n=128)

Vi khuẩn thường gặp	Tỷ lệ %	Độ nhạy KS (%)
E.coli (n=78) (ESBL 59%)	60.9%	Amikacin (97%), Ertapenem (73%), Meropenem (69%), Pip/Tazo (62%), Imipenem (58%), Ciprofloxacin (31%), Amoxi/Clav (26%), Ceftazidim (22%)
Klebsiella pneumoniae (n=16) (ESBL 25%)	12.5%	Amikacin (94%), Pip/Tazo (75%), Levofloxacin (75%), Ertapenem (69%), Meropenem (63%), Imipenem (44%), Ceftazidim (38%), Amoxi/Clav (36%)
Staphylococcus aureus (n=15)	11.7%	Vancomycin (100%), Ciprofloxacin (93%), Linezolid (92%), Levofloxacin (83%), Doxycyclin (82%)
Enterococcus species (n=9)	7.0%	Vancomycin (100%), Doxycyclin (80%)

E. coli và *Klebsiella pneumoniae* là 2 tác nhân phổ biến nhất trong mẫu da và mô mềm với tỷ lệ ESBL cao hơn so với năm 2012; độ nhạy với các kháng sinh đều giảm (kể cả carbapenem), tuy nhiên vẫn còn nhạy tốt với amikacin.

Tiếp đến là 2 tác nhân Gram dương *S. aureus* và *Enterococcus spp.* với độ nhạy vẫn còn tốt với vancomycin.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh phẩm nước tiểu, máu và mủ ổ bụng là bệnh phẩm phổ biến nhất, điều này cũng phù hợp với đặc điểm mô hình bệnh tật của bệnh viện là điều trị ngoại khoa Tiết niệu và Tổng quát.

Dữ liệu vi sinh thu thập trên bệnh nhân nội trú điều trị tại bệnh viện từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2019 cho thấy tình hình chung về nhiễm khuẩn và đề kháng kháng sinh; là cơ sở để xây dựng hướng dẫn cập nhật sử dụng kháng sinh. Nghiên cứu thu thập toàn bộ các mẫu cấy dương tính trên người bệnh (1 người bệnh có thể có nhiều hơn 1 mẫu cấy). Trong thời gian tới, việc phân tích dữ liệu vi sinh sẽ được hướng đến nhóm đối tượng người bệnh chuyên biệt hơn (nhóm người bệnh điều trị tại khoa Hồi sức tích cực & Chống độc và nhóm người bệnh điều trị tại các khoa lâm sàng).

Thông tin thử nghiệm kháng sinh đồ được cập nhật theo tiêu chuẩn CLSI 2018 (cập nhật tháng 01/2019) hỗ trợ việc báo cáo các kháng sinh cần thiết, hạn chế việc lạm dụng kháng sinh.

Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL gia tăng trong từng phân nhóm. Cơ chế sinh ESBL là cơ chế đề kháng quan trọng của Enterobacteriaceae. Vi khuẩn sinh ESBL đề kháng trên lâm sàng với tất cả cephalosporin thế hệ 3 và cả 4 mặc dù trên in vitro vẫn còn nhạy [1]. Theo các khuyến cáo, carbapenem là kháng sinh đầu tay để điều trị các vi khuẩn sinh ESBL; kháng sinh hàng thứ 2 được lựa chọn là phối hợp betalactamin / chất ức chế betalactamase [2],[3].

Bệnh phẩm máu

Có sự gia tăng của tác nhân Gram âm gây nhiễm trùng cơ hội là *Stenotrophomonas maltophilia* và *Burkholderia cepacia*. 2 tác nhân này kháng tự nhiên với imipenem [4], tuy nhiên, vẫn còn nhạy tốt với trimethoprim/sulfamethoxazol, levofloxacin và ceftazidim.

Độ nhạy của các tác nhân Gram âm với imipenem và meropenem giảm nhiều so với dữ liệu vi sinh năm 2012, đặc biệt hiện tại imipenem có độ nhạy thấp hơn meropenem. Điều này có thể giải thích do việc gia tăng sử dụng imipenem trong điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng.

Bệnh phẩm dịch ổ bụng

Dữ liệu vi sinh ghi nhận tỷ lệ *E. coli* và *K. pneumoniae* ESBL có giảm, mức độ đề kháng kháng sinh thấp hơn trong bệnh phẩm máu.

Bệnh phẩm nước tiểu

Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm đề kháng với kháng sinh có sự gia tăng, đặc biệt nhóm carbapenem đã bị đề kháng đến 20-30%. Dữ liệu vi sinh năm 2019 có cập nhật dữ liệu của

fosfomycin, tỷ lệ nhạy với fosfomycin của E. coli vẫn còn cao (94%). Tuy nhiên, fosfomycin nên để dành cho những trường hợp nhiễm khuẩn nặng, không đáp ứng điều trị với các kháng sinh khác.

Bệnh phẩm đàm

Bốn tác nhân hàng đầu cũng là bốn tác nhân thường gây viêm phổi bệnh viện. Bệnh phẩm đàm ghi nhận từ các bệnh nhân nhóm III (Nhiễm khuẩn bệnh viện), do đó, tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao. Tuy nhiên, chưa ghi nhận trường hợp nào kháng với colistin.

Bệnh phẩm da – mô mềm

Nhiễm khuẩn Gram âm là chủ yếu, tỷ lệ đề kháng kháng sinh có xu hướng tăng; bên cạnh đó, nhiễm khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ khoảng gần 20%; tuy nhiên, vi khuẩn gram dương vẫn còn nhạy tốt với vancomycin.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy cập nhật dữ liệu vi sinh liên tục giúp cơ sở y tế nhận định được tình hình bệnh nhiễm khuẩn tại đơn vị, giúp định hướng xây dựng và triển khai Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong bệnh viện một cách hiệu quả.

Tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Từ đó, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị như sau:

- Đẩy mạnh phát triển vi sinh lâm sàng.
- Xây dựng hệ thống giám sát vi sinh và đề kháng kháng sinh thời gian thực (real-time).
- Tăng cường hoạt động Kiểm soát Nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clinical and laboratory standards institute** (2008), “Performance standards for antimicrobial disk susceptibility test”, M100-S18, Vol.28, No.1, Wayne, PA, USA, 113.
2. **Paterson DL et al** (2010), Antibiotic therapy for *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: Implications of Production of Extended-Spectrum Beta-lactamases, *Clinical Infectious Diseases*; 39:31-7.
3. **Paterson DL and Bonomo RA** (2010), Extended-Spectrum Beta-lactamases: a Clinical Update. *American Society for Microbiology* Vol.18, No.4, p. 657-686.
4. **John E. Bennett, Raphael Dolin, Martin J. Blaser. Mandell, Douglas, And Bennett's Principles And Practice Of Infectious Diseases**, 9th Edition. Elsevier, 2015.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ CẮT KHỐI TÁ TỤY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG QUANH BÓNG VATER

Nguyễn Đức Tuấn Anh¹, Vương Thừa Đức¹, Võ Ngọc Bích¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt tá tụy là phẫu thuật khó với nhiều tai biến và biến chứng. Việc thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tá tụy lại càng khó hơn nữa. Nghiên cứu này nhằm xác định sự an toàn, khả thi, và tai biến, biến chứng của PTNS hỗ trợ cắt khối tá tụy.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu báo cáo loạt ca trong thời gian 3 năm tại BV Bình Dân từ 01-01-2019 đến 31-12-2020. Đối tượng nghiên cứu là ung thư vùng quanh bóng Vater có chỉ định cắt tá tụy. Kỹ thuật mổ là PTNS hỗ trợ cắt tá tụy kèm nạo hạch (mở bụng nhỏ để nối mật tụy - ruột và lấy bệnh phẩm). Dữ liệu được tính toán bằng phần mềm SPSS 17. Dùng Chi-square test để so sánh các tỷ lệ và T-test để so sánh hai trung bình.

Kết quả nghiên cứu: Có 40 ca u quanh bóng Vater (18 u Vater, 13 u vùng đầu tụy, 7 u ống mật chủ và 2 u tá tràng) được làm PTNS hỗ trợ cắt tá tụy:

- Tuổi trung bình=56, Nam/nữ=23/17, 15% có BMI>25, 9/40 ca được giải áp đường mật trước khi mổ.

Giai đoạn ung thư: 67,5% giai đoạn I và 27,5% giai đoạn II.

7,5% có viêm dính, 12,5% có tụy xơ chai, 92,5% thấy ống tụy.

Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ t/b=330 phút, không tử vong (0%), không chuyển mổ mở (0%), chỉ có 3 ca phải truyền máu trong và sau khi mổ, 15% rò tụy (2 ca phải mổ lại-tương ứng rò tụy mức độ C).

Kết luận: PTNS hỗ trợ cắt tá tụy là an toàn, khả thi với tỷ lệ tử vong 0% và chuyển mổ mở 0%, rò tụy 15% (mổ lại do rò tụy là 5%).

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC ASSISTED PANCREATODUODENECTOMY IN TREATMENT OF PERIAMPULLARY CANCER

Purpose: Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy (PD) is a difficult and complicated operation. This study is to determine the safety, the possibility and complications of laparoscopic assisted PD.

Method: Prospective case series study in Binh Dan hospital, from Jan. 2019 to Dec. 2020 on patients of periampullary cancers. The technique was: laparoscopic Pancreaticoduodenal resection plus nodal curettage then small abdomen opening for specimen removal and anastomoses.

Results: There were 40 cases of cancers (ampulla: 18, pancreatic head: 13, bile duct: 7, second part of duodenum: 2):

40 patients (23 males, 17 females) with mean age was of 56. 15% (6/40) among them had BMI

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thừa Đức
SĐT: 0903979725

Email: bsvuongduc.1960@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

over 25, and 22,5% patients (9/40) were temporarily bile drained before.

Cancer stages: 11/40 were at stages II, 29/40 were at stages I. In operation, there were: 3 (7,5%) inflammatory adhesions, 5 (12,5%) pancreatic fibroses, 37 (92,5%) visible pancreatic duct.

Operative results: operative time was 330 minutes, no death (0%), no conversion to open surgery (0%), only 3 of them needed transfusions, 6 (15%) pancreatic fistulas (2 of them needed reoperating).

Conclusion: laparoscopic assisted PD is safely and possibly performed with no mortality, no open surgery conversion and only 5% reoperated for complicated pancreatic fistulas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quanh bóng Vater nói chung là bệnh khá thường gặp mà việc điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt khối tá tụy, vốn là một kỹ thuật phức tạp. Ngoài ra, do bệnh nhân thường được phát hiện khi đã có vàng da, suy gan, nên phẫu thuật vẫn có tỷ lệ tai biến - biến chứng còn cao; thậm chí tử vong. Trước đây, phẫu thuật cắt khối tá tụy chủ yếu được thực hiện bằng mổ mở với đường mổ lớn, thời gian hậu phẫu kéo dài do bệnh nhân chậm phục hồi. Hiện nay, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi (PTNS), đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước báo cáo về những kết quả phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy với kết quả tốt[8]. Tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi cũng đã bắt đầu ứng dụng PTNS cắt khối tá tụy trong thời gian vài năm nay. Mặc dù có kinh nghiệm được tích lũy qua nhiều năm thực hiện mổ mở, việc thực hiện PTNS cắt toàn bộ khối tá tụy vẫn là thách thức về mặt kỹ thuật. Việc kiểm soát và xử trí những phức tạp và khó khăn kỹ thuật gặp trong quá trình thực hiện PTNS

(vốn có thể không gặp hoặc ít gặp hơn nếu mổ mở) nhằm tránh các tai biến trong mổ và giảm thiểu các biến chứng sau mổ là những vấn đề còn phải nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này, nhằm vào mục tiêu: Xác định tỷ lệ thành công, tai biến, biến chứng của PTNS hỗ trợ cắt khối tá tụy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân, không phân biệt giới và tuổi, được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh là ung thư quanh bóng Vater (đầu tụy, ống mật chủ, tá tràng, nhú Vater) và được PTNS cắt khối tá tụy được thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân từ 01-01-2019 đến 31-12-2020.

Kỹ thuật thực hiện phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi (với 5 trocar) cắt khối tá tụy, nạo hạch D2 và nối mật-ruột, sau đó mở bụng nhỏ (5-7 cm) để hỗ trợ nối tụy ruột và nối vị tràng.

Xử lý số liệu

Sử dụng SPSS 17 để tính các thông số, sử dụng trung bình và độ lệch chuẩn trình bày các biến định lượng. Trình bày các biến định tính theo tỷ lệ %. Sử dụng: Chi-square test để so sánh các tỷ lệ và T-test để so sánh hai trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2019 đến 12/2020, chúng tôi đã thực hiện PTNS cắt khối tá tụy trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư quanh bóng Vater được xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh trước/sau mổ.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình là 56, trong đó nhóm tuổi trung niên (40-49) chiếm tỷ lệ cao nhất

(47%), sau đó là nhóm tuổi hưu trí (40%), chỉ có 12,5% dưới 40 tuổi.

Giới: Nam (57%), nữ (43%)

BMI: 85% có BMI<25, 15% quá cân với BMI>25

- Tỷ lệ uống rượu cao nhất 27,5%, kể đến là hút thuốc lá (17,5%), tiểu đường (15%)

- Có 9 BN được dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật gồm; 6 BN (15%) vàng da nặng với bilirubin >3,8 mg/dl được giải áp bằng PTBD, 2 BN nhiễm trùng đường mật độ III (theo Tokyo Guidelines) được dẫn lưu và 1 trường hợp đặt stent do rò mật sau cắt túi mật từ bệnh viện khác chuyển đến.

3.2. Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

3.2.1. Lâm sàng:

Đau hạ sườn phải (92,5%), kể đến là vàng da (70%) và ngứa (47,5%), có 25% sờ thấy túi mật.

3.2.2. Huyết học

- Số lượng hồng cầu trung bình 4,4M/uL, số lượng bạch cầu trung bình 8,7 K/uL. Chúng tôi có 2 bệnh nhân có tình trạng thiếu máu nặng do u xâm lấn tá tràng gây xuất huyết rỉ rả, và thiếu máu, cả 2 trường hợp này được chúng tôi nâng tổng trạng và bù máu trước phẫu thuật.

3.2.3. Sinh hoá

Có 6 BN tiểu đường được điều chỉnh đường huyết giảm dưới 9μmol/l trước khi mổ và 9 BN đã được giải áp đường mật do nhiễm trùng và vàng da đậm.

Bảng 1: Đặc điểm về sinh hoá máu

Sinh hoá máu	n = 40	T/b	SD	min	Max
Glucose (mmol/L)	40	6,2	1,6	5,1	18,2
Ure (mmol/L)	40	4,3	2,3	2,2	67,0
Creatinin(mmol/L)	40	70,0	20,7	9,1	115,0
BillirubinTT (μmol/l)	40	86,0	57,8	17,2	407,3
SGOT (U/I)	40	57,4	36,5	34,0	397,7
SGPT (U/I)	40	63,2	41,2	32,6	516,7
Protein (g/l)	40	64,7	58,4	48,3	82,4
Albumin	40	35,8	6,3	28,3	42,3

3.2.4. Chụp cắt lớp vi tính

Bảng 2: Đặc điểm về kết quả CT bụng

Triệu chứng	n = 40	Tỷ lệ
Hạch bụng	18	45%
Dãn Ống mật chủ	35	87,5%
Dãn ống tụy	15	37,5%
Xâm lấn mô xung quanh	7	17,5%

3.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh trong khi mổ:

- Mô tụy mềm là 75%, mô tụy chắc là 15%.

- Có 23 BN (57,5%) có ống tụy dẫn (>3mm) và có 3 BN không thấy rõ ống tụy (7,5%).

- Viêm dính 7,5%, có dịch bụng ít (10%).

- Kích thước u: U < 2cm (78,5%), u >2cm (22,5%).

Bảng 3: Vị trí U

Vị trí U	n=40	Tỷ lệ
U bóng Vater	18	45%
U ống mật chủ	7	17,5%
U đầu tụy	13	32,5%
U tá tràng	2	5%

Độ biệt hoá: Đa số là biệt hoá kém 17/40 (42,5%) và biệt hoá vừa 12/40 (30%), biệt hoá tốt chiếm tỷ lệ thấp 7/40 (17,5%).

Phân độ theo AJCC (2017)

Bảng 4: Đặc điểm về giai đoạn ung thư

Giai đoạn	n = 40	Tỷ lệ
0	2	5%
IA	5	12,5%
IB	22	55%
IIA	4	10%
IIB	7	17,5%
Tổng	40	100%

3.4. Khó khăn trong PTNS cắt khối tá tụy

3.4.1. Chảy máu khi thắt và cắt mạch máu quanh khối tá tụy:

Bảng 5: Chảy máu khi kiểm soát mạch máu lớn

Chảy máu khi thắt mạch máu tá tụy	n = 40	Tỷ lệ
Tĩnh mạch vị mạc nối phải	3	7,5%
Động mạch vị tá	4	10%
Tĩnh mạch Henle hoặc phụ lưu	8	20%
Động mạch thân tụy	3	7,55

Chúng tôi nhận thấy các nhánh sàng và nhánh phụ từ thân Henlé dễ chảy máu nhất (20%), sau đó là động mạch vị tá (10%). Chỉ có 3 ca phải truyền máu (7,5%), không có trường hợp nào chuyển mổ mở cả.

3.4.2. Chảy máu khi cắt tụy

Bảng 6: Chảy máu mặt cắt tụy

Chảy máu khi cắt ngang tụy	n = 40	Tỷ lệ
Chảy máu từ mô tụy	13	32,5%
Chảy máu từ động mạch lưng tụy	33	82,5%

Chúng tôi lưu ý: Dù là cắt bằng dao Harmonic, khi cắt tụy vẫn dễ chảy máu nhất từ các nhánh lưng tụy, nhánh nằm chìm trong mô tụy (82,5%), và chảy từ mô tụy (32,5%).

Tái lập lưu thông tụy - hồng tràng

Tất cả các trường hợp được nối tụy hồng tràng kiểu tận bên, có 37 trường hợp nối ống

tụy hồng tràng kiểu Blumgart và dẫn lưu ra ngoài bằng ống, riêng 3 trường hợp (7,5%) không thấy ống tụy nên chúng tôi phải nối chụp ruột vào móm tụy.

Kết quả phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật, chảy máu trong khi mổ

Thời gian mổ trung bình $330 \pm 27,6$ phút. Có 3 ca chảy máu (7,5%) phải truyền máu trong và sau khi mổ, lượng máu mất trung bình $175 \pm 132\text{ml}$

Các yếu tố như; BMI ($p=0,73$), viêm dính trong ổ bụng ($p=0,25$), xơ hoá tụy ($p=0,81$), không có liên quan ý nghĩa với tai biến phẫu thuật.

Các yếu tố ảnh hưởng phẫu thuật

Bảng 7: Các yếu tố ảnh hưởng đến chảy máu trong khi mổ

Các yếu tố liên quan	Tai biến phẫu thuật					
	n = 40	Có		Không		p
		n	%	n	%	
25<BMI<28	6	1	2,5	5	12,5	0,73
BMI <25	34	6	15	28	70	
Viêm dính	3	0	0	0	0	0,25
Không viêm dính	37	7	18,9	30	75	
Tụy xơ	5	0	0	0	0	0,81
Tụy không xơ	35	7	20	28	70	

3.4.3. Diễn biến sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình $11,3 \pm 3,4$ ngày, thời điểm cho ăn sau mổ $4,7 \pm 1,2$ ngày, thời điểm rút dẫn lưu $8,2 \pm 5,6$ ngày.

Bảng 8: Diễn biến hậu phẫu

Theo dõi sau mổ	n=40	T/ bình	SD	min	Max
Trung tiện (giờ)	40	92,3	27,6	48	144
Ăn đường miệng (ngày)	40	4,7	1,2	1	7
Rút sond NG (ngày)	40	7,3	3,5	1	18
Ngày nằm viện (ngày)	40	11,3	3,3	7	37
Rút dẫn lưu (ngày)	40	8,2	5,6	3	24

3.4.5. Tử vong và tai biến và biến chứng sau mổ

Bảng 9: Tổng kết tai biến - biến chứng chung

Tai biến-Biến chứng	n = 40	Tỷ lệ
Tử vong chu phẫu	0	0%
Tai biến chảy máu khi mổ	3	7,5%
Biến chứng sau mổ	14 (5*)	35%
Chảy máu	3**	7,5%
Rò tụy	6	15%
Chậm làm trổng dạ dày	7	17,5%
Áp xe tồn lưu	1	2,5%
Nhiễm trùng vết mổ	5	12,5%

(*) bị > 2 biến chứng

(**) có 1 ca chảy máu/rò tụy phải mổ lại

- Không có tử vong chu phẫu, không chuyển mổ mở.

- Tai biến chính trong mổ là chảy máu cần truyền máu (7,5%), kiểm soát được.

- Biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ cao (35%), 12,5% trong số đó có >2 biến chứng. Những biến chứng nặng gồm; 3 (7,5%) chảy máu (1/3 ca là xuất huyết tiêu hóa), 6 (15%) rò tụy với 2 ca phải mổ lại do rò tụy (1 do rò tụy gây tụ dịch và 1 do chảy máu thứ phát từ rò tụy)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 56 tuổi (từ 32 đến 75 tuổi), tỷ lệ giới nam cao 1,33 lần nữ. Kết quả này tương đồng với các báo cáo của các tác giả khác [8]

Bệnh lý nền thường gặp là đái tháo đường (15%), được chúng tôi điều chỉnh về chỉ số bình thường trước phẫu thuật.

85% bệnh nhân trong nghiên cứu này có chỉ số khối cơ thể < 25. Ho Kyoung Hwang (2011), với 159 trường hợp cắt khối tá tụy ghi nhận, 28,9% BN có BMI > 25 và 78,9% BN có BMI bình thường, tỷ lệ biến chứng 40% ($p < 0,01$), nguy cơ rò tụy độ B và độ C lần lượt 23,9% và 6,3%[3].

Đặc điểm lâm sàng:

Triệu chứng thường gặp nhất khi bệnh nhân nhập viện là vàng da, đau bụng, túi mật to, sụt cân và ngứa. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Việt Nam khác [8].

Chúng tôi có 9 BN được giải áp mật trước mổ. Theo Narongsak (2021), PTBD không làm tăng tỷ lệ tai biến - biến chứng và nồng độ Billirubin giảm khoảng 70% sau 14 ngày thực hiện thủ thuật. Theo Suk Kyun Honk (2012), PTBD làm giảm chi phí nằm viện và tỷ lệ biến chứng chung của PTBD thấp hơn ERCP (39,3% so với 47,1%). Garet Mo kết luận dẫn lưu đường mật ERCP tăng nguy cơ nhiễm trùng hơn dẫn lưu đường mật qua da PTBD (83% so với 56%, $p = 0,06$), từ đó tăng nguy cơ rò mật ($p = 0,013$) và nguy cơ chảy máu sau mổ ($p = 0,03$).

Đặc điểm kỹ thuật:

*** Giải phóng và di động khối tá tụy**

Khi thực hiện mở mạc nối nhỏ, đánh giá các hạch nhóm 8,9,12,14, thường có viêm dính, chúng tôi không gặp chảy máu từ bó mạch vị phải. Khi thực hiện thủ thuật Kocher tách khối tá, thường có những mạch máu nhỏ gây rỉ máu, chúng tôi chỉ cần chèn gạch và máu tự cầm.

*** Phẫu tích và cắt tận gốc các mạch máu nuôi vùng tá tụy kèm nạo hạch**

Trong quá trình bóc lột tận gốc các mạch máu chính, chúng tôi nạo vét hạch cùng lúc. Nhóm hạch số 8 thường dễ chảy máu, thường do tĩnh mạch vị phải, tĩnh mạch này phía trước động mạch gan chung nằm sau nhóm hạch. Khi nạo hạch vùng này, chúng tôi dùng dao siêu âm để tìm tĩnh mạch vị phải. Khi bị tổn thương, nhánh này nếu nhỏ có thể tự cầm, nếu lớn buộc phải khâu cầm máu. Trong nghiên cứu này, thường bị chảy máu đối với trường hợp nhánh nhỏ (nhánh

lớn được clip trước) và nhân lúc lấy bệnh phẩm, chúng tôi đều khâu tăng cường.

Chúng tôi có 4 trường hợp (10%) bị chảy máu ĐM vị tá tràng trong quá trình phẫu tích, do dính tự nhiên. ĐM này đôi khi chia sớm ra hai nhánh ĐM tá tụy trên và dưới khiến cho đoạn ĐM vị tá trở nên ngắn và dễ bị phạm. Nhánh ĐM tá tụy dưới thường nằm trong mạc treo khối tá tụy, chúng tôi bóc lộ nhánh này càng rõ càng tốt, dùng 2 hemolock 12 để kẹp phía đầu giữ. Trong quá trình xử lý nhánh ĐM này, chúng tôi lấy trọn mỗm mỗc tụy và nhóm hạch 13 và 17.

Chúng tôi có 3 trường hợp chảy máu (7,5%) khi phẫu tích nhánh hồi lưu từ mạc treo đại tràng ngang về tĩnh mạch vị mạc nối phải. Chúng tôi không cắt tĩnh mạch vị mạc nối phải do bảo tồn môn vị.

Việc phẫu tích thân Henle được thực hiện dọc theo cuống mạc treo tràng trên, chúng tôi có 8 trường hợp (20%) bị chảy máu ở vị trí này và các nhánh phụ lưu của nó. Nguyên nhân là do vách thân Henle và các phụ lưu rất mỏng dễ rách, khi kéo khối tá tụy hơi mạnh sẽ làm xẹp, khiến PTV khó thấy rõ ranh giới, một số trường hợp thân Henle ngắn chúng tôi chỉ có thể kẹp 2 clip đầu giữ, đầu còn lại khâu ép vào mô tụy để cầm máu, bên đầu giữ sẽ được khâu tăng cường qua đường mổ nhỏ khi lấy bệnh phẩm.

Các nhánh nhỏ dọc thân TM cửa được clip và cắt bằng dao siêu âm.

Nhánh TM tụy tá trên tương đối dễ thực hiện phẫu tích, do lúc này khối tá tụy đã được cắt lỏng lẻo, chúng tôi không thấy trường hợp nào xâm lấn vào nhánh này.

*** Cắt hang vị, mỗm tụy, động mạch vị tá dưới**

Tất cả trường hợp phẫu thuật đều được bảo tồn môn vị, để phân tá tràng sau môn vị dài khoảng 2cm nhằm đảm bảo việc nối tá hồng tràng. Khi thực hiện kỹ thuật này, chúng tôi vào vùng góc của động mạch vị mạc nối phải, vùng này cấu trúc khá dính, các tĩnh mạch thường xẹp trong quá trình nâng dạ dày, khiến cho phẫu tích dễ bị chảy máu (7,5%). Chúng tôi xử trí bằng clip kẹp hai đầu chỗ chảy, sau đó phẫu tích tiếp đến khi thấy rõ chỗ chia của nhánh tá tụy trên trước ra nhánh vị mạc nối phải, và kẹp bằng hemolock hai đầu (cắt riêng động mạch và tĩnh mạch). Trong quá trình phẫu tích ĐM vị tá trên, chúng tôi kết hợp bóc lộ bờ trên tá tràng và vùng hang vị. Đoạn tá tràng sau môn vị được cắt bằng stapler.

Khi cắt ngang cổ tụy chúng tôi thường dùng dao Harmonic, tuy vậy vẫn thường bị chảy máu (82,5%) từ nhánh tụy lưng và nhánh nhỏ nằm trong mô tụy (32,5%), khi đó chúng tôi clip tạm, sau đó sẽ khâu cầm máu lại khi thực hiện nối tụy - hồng tràng.

Sau khi cắt hồng tràng, đến góc của cuống mạch mạc treo tràng trên, chúng tôi phẫu tích tìm nhánh tá tụy dưới, nhánh này thường nằm sau dưới mỗc tụy, được kẹp bằng hemolock hai đầu và cắt. Những phần mạc mỡ chứa nhóm hạch 14 được bóc bóc lộ động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng trên, thường vùng này chúng tôi bị chảy máu do rách thân Henle và các nhánh sàng đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

*** Nạo vét hạch**

Việc nạo vét hạch được thực hiện cùng thì với phẫu tích động mạch, nhóm hạch thường gây chảy máu nhất là nhóm 8 và 9 do có nhánh tĩnh mạch vị trái thường chạy chéo và chìm trong vùng mô liên kết nhóm số 8

Nhóm hạch 12 được bóc chung với thì cắt túi mật và cắt ngang ống gan chung, chảy máu vùng này thường do tổn thương động mạch túi mật. Vùng này mạch máu phân chia và đi phức tạp, để tránh chảy máu chúng tôi dùng dao Harmonic đi men theo động mạch gan riêng, tìm chỗ phân nhánh gan trái và phải, sau đó lột phần mô mỡ bao quanh động mạch, phần mô mỡ len giữa động động mạch và tĩnh mạch cửa, bóc mô mỡ quanh tĩnh mạch cửa lấy được hết nhóm hạch 12.

*** Tái lập lưu thông tiêu hoá**

- Nói mật ruột

Qua nội soi, miệng nối mật ruột được thực hiện kiểu tận bên, bằng chỉ Vlock 4-0, khâu 1 lớp. Có 3 trường hợp phải tạo hình làm rộng ống gan chung, và nối bằng mũi rời.

- Nói tụy ruột

Miệng nối tụy được thực hiện theo phương pháp nối ống tụy với niêm mạc hồng tràng (Blumgart), nhóm nghiên cứu có 6/40 trường hợp rò tụy, trong đó có 2 ca mức độ C (biến chứng tụ dịch nhiễm trùng và chảy máu do rò tụy cần phẫu thuật lại) cần điều chỉnh quá trình điều trị và 6 ca độ A tự hết trong thời gian hậu phẫu.

Tobias Keck (2016) nghiên cứu so sánh 2 nhóm nối tụy hồng tràng và tụy dạ dày thấy không có khác biệt về rò tụy ở cả hai kỹ thuật (20% so với 22%, $p = 0,617$), cả hai

phương pháp không liên quan đến các biến chứng và tử vong khi theo dõi từ 3-6 tháng ($p=0,093$). Chúng tôi nhận thấy, khi thực hiện nối tụy ống tiêu hoá qua đường mổ nhỏ sẽ khó khăn nếu nối với dạ dày do phẫu trường bị che khuất, khó kiểm soát và thường phải mở thêm mặt trước dạ dày, tạo nên thêm nguy cơ xì rò. Hiromichi Kawaida (2019) cũng đánh giá không có khác biệt về rò tụy giữa nối tụy hồng tràng và tụy dạ dày, miệng nối tụy hồng tràng dễ thực hiện hơn[2]

- Nói vị tràng

Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ thực hiện một kiểu nối tá- hồng tràng tận tận 1 lớp bằng chỉ Vicryl, thực hiện qua vết mổ nhỏ ở đường giữa để lấy bệnh phẩm. Chúng tôi không có trường hợp nào bị rò tiêu hoá, chỉ có 1 trường hợp chảy máu vào ngày hậu phẫu 7 do viêm loét, được nội soi chích cầm máu và 7 trường hợp chậm làm trống dạ dày độ B, điều trị nội có kết quả.

Đánh giá kết quả sớm của PTNS cắt khối tá tụy

*** Kết quả sớm sau mổ**

- Thời gian mổ: Thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu 335 phút, không chậm hơn nhiều so với mổ mở.

- Lượng máu mất: Lượng máu mất trung bình 176ml, ca chảy máu nhiều nhất trong mổ là 800ml, do làm rách thân Henle, ca này đánh giá trong lúc mổ có hội ý với BS Gây mê hồi sức, thấy phẫu thuật nội soi vẫn thực hiện được nên vẫn tiến hành. Sau mổ, bệnh nhân được tiếp tục truyền máu tại khu hồi tỉnh và chuyển về trại sau 2 ngày.

- Thời gian trung tiện, rút sonde NG: Chúng tôi thường yên cầu bệnh nhân cử động sớm, thực hiện nuôi ăn sớm qua đường miệng, và rút sonde NG ngay tại hồi tỉnh mà không đợi phục hồi trung tiện. Kết quả cho thấy, thời gian phục hồi trung tiện khoảng 4 ngày.

- Ống dẫn lưu vẫn được xoay nói thường qui từ ngày hậu phẫu 3, khi nghi ngờ có rò thì ống dẫn lưu sẽ được cố định, và dịch dẫn lưu được cấy và thử Amylase. Những ca rò tụy sinh hoá (độ A) thường ra dịch trắng đục lượng ít, chỉ cần siêu âm bụng theo dõi. Những ca rò có triệu chứng (độ B, C) sẽ được làm thêm CT bụng khi nghi ngờ chảy máu do dịch tụy ăn mòn, viêm phúc mạc, hoặc có nhiễm trùng.

- Thời gian sử dụng kháng sinh: Do là phẫu thuật lớn nên thời gian dùng kháng sinh kéo dài >7 ngày hoặc đến khi ra viện.

- Thời gian nằm viện có ngắn đáng kể so với mổ mở, khoảng 11 ngày.

*** Biến chứng**

Biến chứng chảy máu

Dựa trên kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước: Nguyễn Minh Hải (2,9%)[5], Văn Tân và Nguyễn Cao Cường (3%)[4] Trần Quế Sơn [8]. Biến chứng chảy máu được chia thành hai nhóm: chảy máu sớm xảy ra <24h sau phẫu thuật, và chảy máu muộn xảy ra sau 24h. Chảy máu sau mổ khiến nguy cơ tử vong gấp 6 lần so với không chảy máu[4], tỷ lệ tử vong cao có thể tới 30% [4].

Chúng tôi gặp 3 trường hợp chảy máu, trong đó 1 trường hợp chảy máu vào ngày

hậu phẫu 10, ống dẫn lưu ra máu tươi #200ml, bệnh nhân có mạch dao động dưới 100l/ph, huyết áp tâm thu 90-110 mmHg, Hct giảm khoảng 8% so với lần thử trước đó. Chúng tôi quyết định phẫu thuật kiểm tra, kết quả phát hiện chảy máu là do hoại tử muộn gốc động mạch vị tá, vị trí chảy là phía sau 2 hemolock kẹp động mạch này, có lẽ do quá trình nạo hạch làm tổn thương lớp áo ngoài mạch máu sau đó rò tụy ăn mòn thêm làm thủng mạch máu. Hai trường hợp còn lại được điều trị bảo tồn ổn gồm; một trường hợp chảy máu qua dẫn lưu hạ sườn phải, < 50ml, ống dẫn lưu được nói chậm, bệnh nhân được siêu âm theo dõi trước khi trước mỗi lần nói dẫn lưu và thử công thức máu mỗi ngày cho đến khi ổn định, trường hợp còn lại là chảy máu miệng nói vị tràng, với biểu hiện xuất huyết tiêu hoá trên, đi tiêu phân đen chúng tôi soi dạ dày và chích xơ cầm máu thành công.

Moritz N. Wenthe theo dõi công thức máu trong 72 giờ sau phẫu thuật, nếu giá trị Hemoglobin thấp trong khoảng $6,7 \pm 1,2$ g/dl – $10,6 \pm 1,5$ g/dl , và bệnh nhân đã sử dụng #5 đơn vị hồng cầu lắng thì nên được can thiệp tìm nguyên nhân chảy máu, tác giả chọn nội soi ống mềm trước khi soi ổ bụng kiểm tra [15]

Sapna Puppala đánh giá chảy máu muộn xảy ra sau 24 giờ thường do loét miệng nổi, rò tụy ăn mòn mạch máu, vỡ phình mạch....[6] Tác giả khuyên nên nội soi ổ bụng thám sát, còn chụp cắt lớp vi tính chỉ thực hiện khi tình trạng ổn định, riêng siêu

âm có giá trị kém trong chảy máu cấp, và dễ bỏ sót các giả phình [6]

Biến chứng rò tụy

Tỷ lệ rò tụy: Nguyễn Văn Tuấn (27,3%, 11 ca) [6], Trần Quế Sơn (20%, 30 ca) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 6 ca rò tụy (20%), gồm 4 ca độ A và 2 ca độ C (1 ca chảy máu sau mổ ngày hậu phẫu 6 do rò tụy ăn mòn, 1 ca tụ dịch tụy gây tụ dịch với sốt, mạch 100 l/ph, dịch ổ bụng lượng vừa, Amylase dịch bụng >13000).

Mật độ mô tụy có liên quan đến tai biến rò tụy, mô tụy chắc đảm bảo ít rách khi khâu nối. Trong nghiên cứu này, đa số là mô tụy mềm, nên phải đặt stent dẫn lưu ống tụy ra ngoài để giảm nồng độ dịch tụy trong lòng miệng nối, và theo dõi được lượng dịch tụy, ống dẫn lưu này được rút thường qui khi tái khám vào ngày 14 hậu phẫu. Zhiyong Dong (2016) nhận thấy, không có khác biệt về tỷ lệ rò tụy giữa nhóm có đặt stent dẫn lưu ống tụy so với nhóm không đặt stent. Nhưng khi so sánh trong nhóm đặt stent ngoài và đặt stent trong thì, việc đặt stent ra ngoài có lợi hơn về nguy cơ rò tụy, mổ lại, nhiễm trùng, tụ dịch ổ bụng và chậm làm trống dạ dày[3].

Chúng tôi chọn nối tụy với hồng tràng kiểu ống tụy - niêm mạc ruột vì:

Phù hợp với đường mổ nhỏ trên rốn, thao tác không bị che khuất so với nối tụy dạ dày.

Rất dễ đưa ống dẫn lưu dịch tụy (stent) ra ngoài thành bụng

Moonwhan Kim (2017) thực hiện 151 ca phẫu thuật cắt khối tá tụy, và thực hiện miệng nối tụy hồng tràng kiểu ống tụy - niêm mạc ruột do tỷ lệ rò tụy sau mổ thấp hơn tụy

dạ dày, nhưng không làm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng. Bidhan C Das (2013) [2] chứng minh nối tụy hồng tràng là kỹ thuật an toàn cho miệng nối tái lập lưu thông tiêu hoá của phẫu thuật cắt khối tá tụy. Naokazu Chiba (2016) [2], cũng đồng thuận chọn nối tụy hồng tràng do dễ di động và tiếp cận các bề mặt miệng nối, đảm bảo việc khâu đúng lớp, đủ mũi chỉ, và hạn chế rách mô tụy hoặc tổn thương ống tụy, với 81 trường hợp thì bị rò tụy 27%, trong đó rò độ B là 11%, không có trường hợp độ C.

Biến chứng chậm làm trống dạ dày

- Tỷ lệ chậm làm trống dạ dày: Nguyễn Cao Cương 6,25% (2008) [5], Trần Quế Sơn (8,3%) (2020) [8]. Chậm làm trống dạ dày làm tăng tỷ lệ rò tụy, tụ dịch sau mổ, nhiễm trùng ổ bụng, tăng tỷ lệ mổ lại ($p < 0,001$).

- Để giúp cải thiện triệu chứng và rút ngắn thời gian nằm viện, việc đặt sonde mũi dạ dày, giảm ăn qua đường miệng và dùng các thuốc tăng co bóp đường tiêu hoá là có hiệu quả[8]. Các trường hợp chậm làm trống dạ dày trong nghiên cứu này được đặt sonde mũi-dạ dày, nuôi ăn bằng đường truyền tĩnh mạch và thường phục hồi lưu thông ruột trong vòng 7 ngày, chỉ có một trường hợp được dùng Erythromycin 200mg truyền tĩnh mạch mỗi 6h từ ngày hậu phẫu 3-10 [1]

- Nghiên cứu của Charles J. Yeo và cộng sự (1993) chứng minh Erythromycin giúp cải thiện triệu chứng liệt dạ dày khi cho bệnh nhân uống dung dịch và thức ăn đặc ($p < 0,01$) [1]

- Khi so sánh yếu tố bảo tồn & không bảo tồn môn vị trong phẫu thuật cắt khối tá tụy,

Xianlei Cai (2020) nhận định việc bảo tồn môn vị làm tăng tỷ lệ biến chứng ú trệ dạ dày sau phẫu thuật ($p < 0,05$). Tuy nhiên, Abhishek (2013) thực hiện nghiên cứu với 711 bệnh nhân, đưa ra kết luận rằng, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn môn vị trong phẫu thuật cắt khối tá tụy.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân được PTNS cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2019 đến 12/2020, chúng tôi rút ra được những kết luận sau:

- PTNS hỗ trợ cắt khối tá tụy là an toàn và khả thi không có tử vong và không chuyển mổ mở
- Khó khăn thường gặp trong và sau khi mổ là chảy máu, nhưng hầu như kiểm soát được và chỉ 7,5% phải truyền máu
- Biến chứng chung sau mổ còn cao (5%), riêng tỷ lệ rò tụy là 15% (2/6 trường hợp phải mổ lại do chảy máu và áp xe thứ phát từ rò tụy).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dogeas E, Cameron J L, Wolfgang C L, Hirose K, et al, (2017), "Duodenal and Ampullary Carcinoid Tumors: Size Predicts Necessity for Lymphadenectomy", Journal of Gastrointestinal Surgery, 21 pp. 1262–1269.
2. Hiromichi Kawaida H K, Naohiro Hosomura, Hidetake Amemiya, Jun Itakura, et al, (2019), "Surgical techniques and postoperative management to prevent postoperative pancreatic fistula after pancreatic surgery", World Journal of Gastroenterology, 25 (28), pp. 3722-3737.
3. Hwang H K, Park J S, Park C, Kim J K, et al, (2011), "The Impact of Body Mass Index on Pancreatic Fistula After Pancreaticoduodenectomy in Asian Patients on the Basis of Asia-Pacific Perspective of Body Mass Index", Journal of the Pancreas, 12 (6), pp. 586-592.
4. Nguyễn Cao Cường, Văn Tần, (2008), "Biến chứng phẫu thuật Whipple", Y học TP Hồ Chí Minh", 12 (1), pp. 83-88.
5. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Hồ Sỹ Minh, Đoàn Tiến Mỹ, et al, (2004), "Phẫu thuật cắt khối tá tụy trong bệnh lý đầu tụy và quanh bóng vater tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong 6 năm (1997-2003): 101 trường hợp", Nghiên Cứu Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 8/2004 Phụ bản số 3 pp. 113-118.
6. Nguyễn Văn Tuấn, Mai Văn Đợi, Nguyễn Lê Gia Kiệt, Phạm Văn Năng, (2019), "Báo cáo 11 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư vùng bóng vater", Tạp Chí Y Học Lâm Sàng, 53/2019 pp. 123-126.
7. Olakowski M, Grudzińska E, Mrowiec S, (2020), "Pancreaticojejunostomy—a review of modern techniques", Langenbeck's Archives of Surgery, 205 pp. 13–22.
8. Trần Quế Sơn, Trần Mạnh Hùng, Trần Hiếu Học, (2020), "Biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy", Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học Hà Nội", 125 (1), pp. 73-85.

TẮC RUỘT DO THOÁT VỊ QUA KHE WINSLOW: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Dương Bá Lập¹, Bùi Minh Tín¹,
Nguyễn Nguyễn Đức¹, Tạ Thanh Duy¹

TÓM TẮT

Thoát vị qua khe Winslow chỉ chiếm 0,08% các trường hợp thoát vị và chiếm 8% trong tổng số các trường hợp thoát vị nội. Do khó khăn trong việc chẩn đoán sớm, thoát vị nội thường được phát hiện khi bệnh nhân đã biểu hiện triệu chứng tắc ruột quai kín, ảnh hưởng đến thời điểm phẫu thuật. Điều đó dẫn đến tỉ lệ tử vong lên đến 49%. Để giảm nguy cơ thiếu máu ruột, phẫu thuật mở cấp cứu là phương pháp tiếp cận chính để chẩn đoán và điều trị. Chỉ một số ít trường hợp phẫu thuật nội soi được đề cập trong y văn.

Từ khóa: thoát vị qua khe Winslow, tắc ruột.

SUMMARY

INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY FORAMEN OF WINSLOW HERNIA A CASE REPORT AT BINH DAN HOSPITAL

The foramen of Winslow hernia accounts for 0.08% of all hernias and 8% of all cases of internal hernias. Due to the difficulty in early diagnosis and timely treatment, internal hernias could present at the time of treatment as strangulating closed-loop obstruction and delay in surgical intervention is responsible for a high

mortality rate (49%). Urgent surgery is the appropriate treatment due to the risk of intestinal ischemia; laparotomy is the main form of the approach described. Few cases of laparoscopy are referred to in the literature.

Keywords: foramen of Winslow hernias, bowel obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội là tình trạng các tạng chui vào các lỗ hoặc khe tự nhiên hoặc mắc phải trong khoang phúc mạc⁸. Tắc ruột do thoát vị nội chiếm tỉ lệ 0,2 - 0,9%⁷. Thoát vị qua khe Winslow chỉ chiếm 0,08% các trường hợp thoát vị và chiếm 8% các ca thoát vị nội^{8,3}.

Ruột non là tạng thoát vị thường gặp nhất (63%), sau đó là manh tràng, đại tràng lên (30%) và đại tràng ngang (7%)¹. Các yếu tố nguy cơ bao gồm khe Winslow lớn, đại tràng dài bất thường, đại tràng di động nhiều⁸,... Các triệu chứng lâm sàng mơ hồ gặp dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán. Ước tính chỉ có 10% các trường hợp được chẩn đoán đúng từ trước mổ⁶. Việc chẩn đoán muộn dẫn đến tỷ lệ tử vong cao, ước tính đến 49%⁴.

Có rất ít báo cáo về tắc ruột do thoát vị nội. Trong những bài báo cáo đó, tắc ruột qua khe Winslow cực kỳ hiếm. Sau đây, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp khá độc đáo là một bệnh nhân nam, 32 tuổi nhập cấp cứu bệnh viện Bình Dân trong bệnh cảnh tắc ruột do thoát vị nội qua khe Winslow.

¹Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Tín

SĐT: 0359843886

Email: tintin231192@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/01/2023

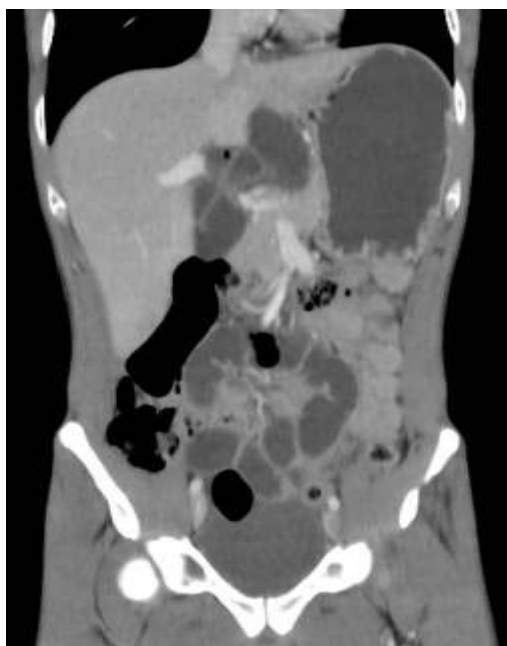
Ngày duyệt bài: 10/03/2023

II. BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 32 tuổi không ghi nhận tiền căn bệnh lý mạn tính, chưa từng phẫu thuật vùng bụng trước đây, nhập cấp cứu vì đau thượng vị giờ thứ 12. Bệnh nhân khai đau quặn cơn tăng dần, kèm buồn nôn, nôn một lần không lẫn máu, cơn đau diễn tiến nặng dần khiến bệnh nhân nhập viện. Vài tháng qua, bệnh nhân không chán ăn, không thay đổi thói quen đi tiêu, tiêu tiểu được.

Tiếp nhận bệnh nhân ở cấp cứu, bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không sốt. Thăm khám lâm sàng ghi nhận bụng mềm, ấn đau thượng vị, không ghi nhận dấu hiệu kích thích phúc mạc.

Điện tâm đồ loại trừ các vấn đề tim mạch cấp cứu. Xét nghiệm men tụy trong giới hạn bình thường và XQ bụng đứng không sửa soạn không ghi nhận có liềm hơi dưới hoành hay mực nước hơi bất thường. Bệnh nhân được chỉ định chụp MSCT bụng chậu có cản quang để tìm nguyên nhân. Trên phim MSCT ghi nhận một quai hồng tràng dẫn 31 mm, ứ dịch với hai điểm chuyển tiếp “hình mỏ chim” tại vùng thượng vị lệch (P), quai hồng tràng này và mạc treo ruột nằm ở vị trí giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới. Bệnh nhân được bồi hoàn dịch, giảm đau và kháng sinh.



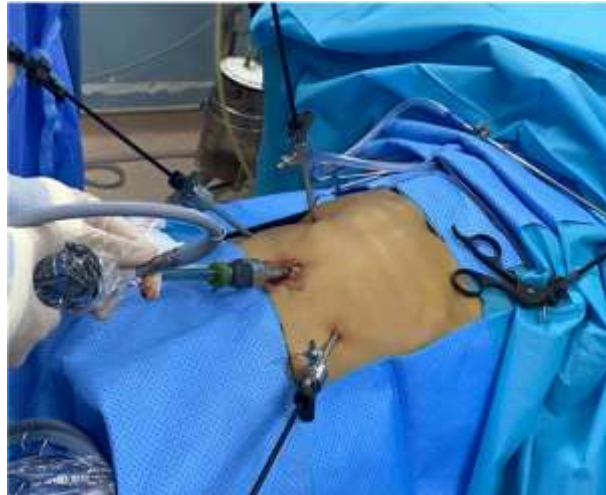
Hình 1: Đoạn hồi tràng dẫn nằm trong túi mạc nối

(mã hồ sơ: 701412190310434)

Bệnh nhân được chẩn đoán Tắc ruột non quai kín nghi thoát vị nội qua khe Winslow và được chỉ định phẫu thuật nội soi cấp cứu thám sát để xác định chẩn đoán.

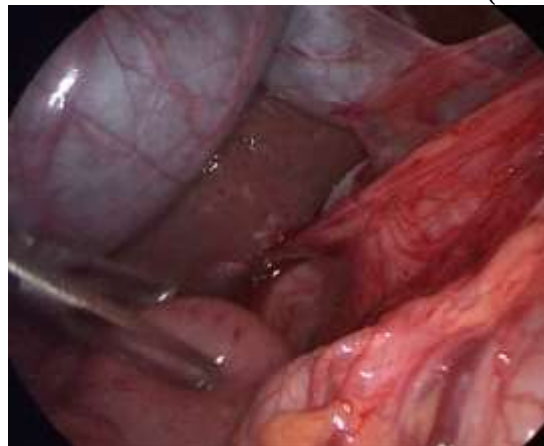
Trong mổ ghi nhận quai hồng tràng thoát vị vào khe Winslow kẹt trong túi mạc nối,

quai ruột chướng nhiều. Tiến hành giải phóng hồng tràng nhẹ nhàng khỏi túi mạc nối. Hồng tràng sau khi bóc tách hồng hào, trơn láng, không có dấu hiệu hoại tử. Khe Winslow được khâu đóng lại bằng chỉ Vloc với mũi khâu liên tục.



Hình 2: Vị trí đặt trocar

(mã hồ sơ: 701412190310434)



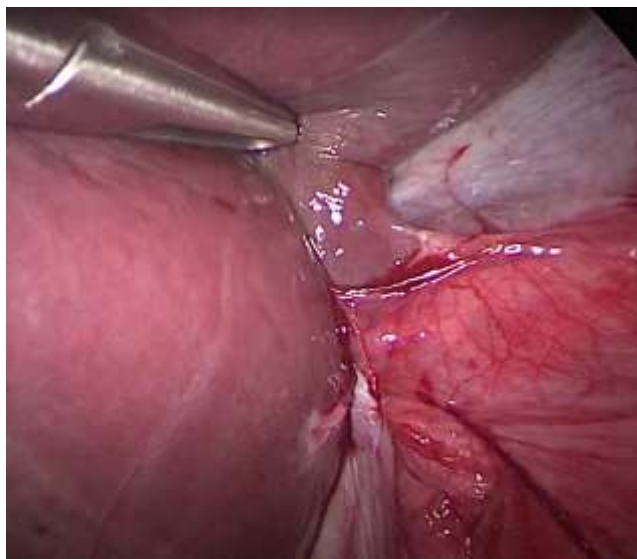
Hình 3: Đoạn hồng tràng thoát vị; A: tạng thoát vị; B: dạ dày

(mã hồ sơ: 701412190310434)



Hình 4: Khe Winslow sau khi giải phóng tạng thoát vị; C: khe Winslow

(mã hồ sơ: 701412190310434)



Hình 5: Khe Winslow sau khi được khâu đóng

Hậu phẫu diễn tiến tốt và chưa ghi nhận biến chứng. Bệnh nhân trung tiện được ngày 1, bắt đầu tập ăn uống đường miệng vào hậu phẫu 2 và được xuất viện sau 7 ngày phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi, hẹn tái khám sau 1 tuần và được chụp MSCT bụng chậu có cản quang sau 1 tháng kiểm tra, chưa ghi nhận biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị qua khe Winslow là rất hiếm do cấu trúc bình thường các tạng ngăn chúng chui qua và áp lực bình thường trong ổ bụng giữ cho khe Winslow luôn trong trạng thái đóng. Nguyên nhân vẫn còn chưa rõ ràng nhưng một số cơ chế được các tác giả ghi nhận: sự di động quá mức của các tạng trong ổ bụng, khe Winslow quá rộng và sự thay đổi bất thường áp lực trong ổ bụng⁵.

Trong hầu hết các trường hợp được báo cáo, bệnh nhân nhập khoa cấp cứu với triệu chứng của tắc ruột hoặc đau đột ngột và dữ dội vùng thượng vị. Các triệu chứng không đặc hiệu khiến việc chẩn đoán trên lâm sàng có thể gặp nhiều khó khăn hoặc thậm chí có thể bỏ sót⁶.

Mức độ hiếm gặp cùng triệu chứng lâm sàng mơ hồ là một thách thức lớn. Một số hiếm trường hợp, một vài bất thường như tăng men tụy gây nhiều khó khăn cho chẩn đoán và điều trị².

Trước khi ra đời CT, chẩn đoán trong mổ là lựa chọn duy nhất để xác định. Ngày nay, CT cho phép thiết lập chẩn đoán và có được kế hoạch điều trị kịp thời¹.

Cuộc tranh luận tiếp tục về việc liệu các biện pháp dự phòng tái phát có hiệu quả như: đóng khe Winslow, cố định tạng thoát vị, hoặc cả hai. Một số phẫu thuật viên cho rằng việc khâu đóng khe Winslow tiềm ẩn nhiều nguy cơ: thuyên tắc tĩnh mạch cửa hay tổn thương tĩnh mạch cửa, động mạch gan, đường mật. Trong khi một số khác ủng hộ việc đóng khe Winslow nhưng cần hết sức thận trọng⁵. Mặc dù xuyên suốt y văn cho thấy mổ mở cấp cứu như một phương pháp điều trị, nhưng gần đây, cách tiếp cận phẫu thuật nội soi được xem như một phương pháp thay thế hiệu quả cho phép xâm lấn tối thiểu nhưng vẫn đạt được hiệu quả điều trị².

V. KẾT LUẬN

Thoát vị khe Winslow gây tắc ruột là một bệnh cảnh cực kỳ hiếm cần được chỉ định phẫu thuật. Chẩn đoán sớm nhờ chụp cắt lớp vi tính giúp điều trị kịp thời trước khi có biến chứng. Phẫu thuật nội soi là một giải pháp thay thế an toàn và hiệu quả cho phẫu thuật mở. Tuy nhiên, có hay không đóng khe Winslow cần nhiều nghiên cứu thêm. Ở đây, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp khá đặc biệt về một bệnh nhân tắc ruột non do thoát vị qua khe Winslow được phẫu thuật giải phóng tạng thoát vị và khâu đóng khe Winslow.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ayoob, F., Michael, R., Chadnick, Z., & Fasanya, C.** (2019). Internal hernia of caecum through the foramen of Winslow. *BMJ Case Reports CP*, 12(7), e228239.
2. **Brandão, P. N., Mesquita, I., Sampaio, M., Martins, P., Daniel, J., & Davide, J.** (2016). Foramen of Winslow hernia: a case report of a minimally invasive approach. *Journal of Surgical Case Reports*, 2016(12), rjw205.
3. **Harnsberger CR, McLemore EC, Broderick RC, Fuchs HF, Yu PT, Berducci M, et al.** Foramen of Winslow hernia: a minimally invasive approach. *Surg Endosc* 2015;29:2385–8.
4. **Moris D, Bokos J, Vailas M, Kakavia K, Spartalis E, Athanasiou A, Schizas D, Vernadakis S** (2017) Renal paratransplant hernia revealed: a review of the literature. *Hernia* 21(3):363–367
5. **Moris, D., Tsilimigras, D. I., Yerokun, B., Seymour, K. A., Guerron, A. D., Fong, P. A., ... & Sudan, R.** (2019). Foramen of Winslow hernia: a review of the literature highlighting the role of laparoscopy. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(10), 2093–2099.
6. **Sikiminywa-Kambale P, Anaye A, Roulet D, Pezzetta E.** Internal hernia through the foramen of Winslow: a diagnosis to consider in moderate epigastric pain. *J Surg Case Rep* 2014;6: rju065.
7. **Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, Kushiro H, Nakanishi M, Kusano M, Munechika H** (2005) CT of internal hernias. *Radiographics* 25(4):997–1015.
8. **Wasef AJ, Forgione P.** Internal Hernias, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 7th edn Philadelphia: Elsevier Saunders; Chapter 75, 953–60.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI THÌ HAI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI CÓ BIẾN CHỨNG TẮC RUỘT

Dương Bá Lập¹, Trần Văn Minh Tuấn²,
Bùi Minh Tín², Nguyễn Vũ Quang¹, Đồng Thanh Thiện²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng trái và trực tràng hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Phẫu thuật nhiều thì với mở hậu môn nhân tạo trên dòng thì một và phẫu thuật nội soi cắt u thì hai có nhiều ưu điểm và được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn.

- Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi thì hai cắt u sau khi đã được mở hậu môn nhân tạo trên dòng trong điều trị ung thư đại tràng trái có biến chứng tắc ruột.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng trái có biến chứng tắc ruột được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2022 theo phương pháp tiếp cận 2 thì.

Kết quả: Từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2022, có 75 bệnh nhân (49 nam, 26 nữ) tắc ruột do ung thư đại tràng trái được nhập viện điều trị theo phương pháp tiếp cận 2 thì. Tuổi trung bình là $60,5 \pm 14,07$. Thời gian phẫu thuật thì hai trung bình là $228,2 \pm 46,3$ phút. Tất cả các trường hợp đều được thực hiện kỹ thuật CME, TME tùy vị

trí u. Số hạch nạo vét được $20,4 \pm 3,7$. Thời gian nằm viện trung bình là $23,45 \pm 4,5$ ngày. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 0%. Tỷ lệ tử vong là 0%. Có 4 trường hợp rò miệng nối (5,3%) được điều trị nội thành công.

Kết luận: Phương pháp tiếp cận 2 thì trong điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng trái an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật về mặt ung thư học. Bệnh nhân mang hậu môn nhân tạo thời gian ngắn và được hưởng những ưu điểm của PTNS.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng, tắc ruột, hậu môn nhân tạo, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF TWO-STAGE SURGERY FOR MALIGNANT LEFT-SIDED COLONIC OBSTRUCTION

Background: Currently, surgical strategy for malignant left-sided colonic obstruction remains controversial. Two stage surgery with first-stage proximal colostomy as bridge to second-stage laparoscopic tumor resection have a lot of advantages and have been being used more and more commonly.

-Objective: The aim of this research is to give an assessment of the early outcomes of the secondary laparoscopic tumor resection after performing a temporary decompressing colostomy in the management of malignant left-sided colonic obstruction.

Objects and method: Prospective observational study. This study includes patients diagnosed with malignant left-sided colonic

¹Dại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Tín

SĐT: 0359843886

Email: tintin231192@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

obstruction and treated with two stage surgery at Binh Dan hospital from 5/2019 to 5/2022.

Result: From 5/2019 to 5/2022, there were 75 admitted patients (49 males, 26 females) diagnosed with malignant left-sided colonic obstruction and treated with two stage surgery. The average age was $60,5 \pm 14,07$. Mean operation time was $228,2 \pm 46,3$ minutes. All cases were performed with CME or TME technique. The average number of harvested noded was $20,4 \pm 3,7$. The average hospital stay time was $23,45 \pm 4,5$. The percentage of conversion to laparotomy was 0%. The postoperative mortality rate was 0%. There were 4 case of anastomotic leakage which was treated successfully conservative treatment.

Conclusion: Two stage surgery to treat malignant left-sided colonic obstruction is safety, with low complicated rate, ensure principle of surgical oncology. Patients only have stoma with short time and benefited the advantage from laparoscopic surgery.

Keywords: colorectal cancer, colonic obstruction, colostomy, laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư. Trên thế giới, xuất độ và tỉ lệ tử vong của ung thư đại trực tràng xếp hàng thứ 5. Tại Việt Nam, có khoảng 32 000 người mắc ung thư đại trực tràng với khoảng 14 000 trường hợp mới mắc mỗi năm, xuất độ đứng thứ 2 ở nữ, thứ 4 ở nam, tỉ lệ tử vong ung thư trực tràng và đại tràng lần lượt xếp thứ 6 và 8 trong các loại ung thư (theo GLOBOCAN 2018).

Tắc ruột là biến chứng thường gặp nhất trong ung thư đại trực tràng, chiếm khoảng 20%(2). Vị trí thường gặp của tắc ruột do

ung thư đại trực tràng là đại tràng sigma, hơn 75% khối u nằm phía sau đại tràng góc lách(3). Bệnh nhân ung thư đại trực tràng thường có dinh dưỡng kém, lớn tuổi, có bệnh nội khoa đi kèm, khi có biến chứng tắc ruột thường có rối loạn điện giải, nhiễm trùng. Tắc ruột làm tăng tai biến và tử vong sau mổ, giảm khả năng phẫu thuật triệt căn và khiến tiên lượng xa xấu đi(3). Do đó có thể nói điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng cụ thể là ung thư đại trực tràng trái là một thách thức mà bác sĩ phẫu thuật thường phải đối mặt. Nếu như tắc ruột do ung thư đại tràng bên phải được đồng thuận phẫu thuật cắt đại tràng phải nối ngay 1 thì thì tiếp cận bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng bên trái vẫn còn nhiều tranh cãi(3,4,8). Có tác giả đề nghị cắt u thì đầu, trong đó có cắt u thì đầu và nối ngay (bao gồm rửa ruột hoặc không rửa ruột trong mổ)(1,3) hoặc cắt u thì đầu và làm hậu môn nhân tạo (phẫu thuật Hartmann)(3). Có tác giả đề nghị cắt u thì hai với thì một giải quyết tình trạng tắc ruột bằng stent (Self-expandable metallic stent SEMS) hoặc bằng hậu môn nhân tạo trên dòng thì đầu sau đó lên chương trình cắt u thì hai. Nhóm bệnh nhân được cắt u thì đầu, làm hậu môn nhân tạo (Phẫu thuật Hartmann) có giảm được biến chứng xì rò. Tuy nhiên chỉ 60% được lập lại lưu thông ruột(3). Đóng hậu môn nhân tạo cũng có tỉ lệ biến chứng và tử vong lần lượt là 5-57% và 0-34%(3). Nhóm bệnh nhân cắt u thì đầu nối ngay bệnh nhân chỉ phải chịu một cuộc mổ. Tuy nhiên biến chứng, tử vong, hiệu quả điều trị ung thư học và tiên lượng dài hạn có xu hướng cao hơn so với cắt u thì hai(7), nguy cơ xì rò miệng nối cao, đặc biệt là trên bệnh nhân dinh dưỡng kém, suy thận mạn, suy giảm miễn dịch(3).

Phẫu thuật cắt u thì hai tỏ ra có nhiều ưu điểm(2). Trong thời gian trì hoãn chờ cắt u thì hai, bệnh nhân có thể được đánh giá toàn diện về mặt ung thư học để tăng cơ hội điều trị triệt căn và tăng khả năng phẫu thuật ít xâm hại giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và thời gian sống còn của bệnh nhân. Stent đại tràng là một lựa chọn có nhiều ưu điểm. Với stent đại tràng, bệnh nhân giải quyết được tình trạng tắc ruột mà vẫn tránh được cuộc mổ cấp cứu. Tuy nhiên vẫn có một tỉ lệ stent làm thủng u, di chuyển stent hay tắc ruột trở lại(9), và giá thành cao. Tại Việt Nam phương pháp này chưa được áp dụng thay vào đó hậu môn nhân tạo thì một và phẫu thuật cắt u thì hai hiện nay là một phương pháp được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được nhập viện bệnh viện Bình Dân vì tắc ruột do ung thư đại tràng trái hoặc trực tràng. Được phẫu thuật thì đầu mở hậu môn nhân tạo trên dòng và được phẫu thuật nội soi cắt u thì hai.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có dấu hiệu viêm phúc mạc, bệnh nhân quá chỉ định phẫu thuật triệt căn, hoặc từ chối phẫu thuật, không được phẫu thuật thì hai.

Thời gian: Thực hiện tại bệnh viện Bình Dân từ 5/2019 đến 5/2022

Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Cỡ mẫu: đây là nghiên cứu mô tả loạt ca, không tính cỡ mẫu

Kỹ thuật

Bệnh nhân tắc ruột được chụp MS CT bụng chậu để chẩn đoán nguyên nhân, vị trí tắc và biến chứng.

Thì một: rạch da trên vị trí dự kiến mở HMNT, mở hậu môn nhân tạo trên chỗ tắc để chuyển lưu phân, có thể dùng nội soi ổ bụng hỗ trợ nếu không chắc chắn về vị trí.

Một tuần sau bệnh nhân được nội soi đại tràng để khảo sát u, sinh thiết chẩn đoán, khảo sát toàn bộ khung đại tràng để xác định sang thương kèm theo có thể có.

Thì hai: PTNS cắt u, lập lại lưu thông ruột, khi phẫu thuật sẽ thực hiện kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) hoặc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) tùy theo vị trí khối u, thất mạch máu tận gốc.

Các dữ liệu phân tích

Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi, giới tính, bệnh kèm theo, ion đồ

Đặc điểm của phẫu thuật

Vị trí HMNT, thời gian làm HMNT, biến chứng HMNT, phương pháp phẫu thuật thì hai, thời gian phẫu thuật thì hai, biến chứng phẫu thuật thì hai, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, số hạch di căn, bờ diện cắt trên dưới, giai đoạn TNM, thời gian nằm viện, thời gian phẫu thuật thì một, thời gian phẫu thuật thì hai, thời gian chờ phẫu thuật thì hai

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

Y đức: Đề tài đã được thông qua y đức số 602/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 17/02/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian gần 3 năm từ 5/2019 đến 5/2022 chúng tôi đã thực hiện mở HMNT và phẫu thuật nội soi thì hai điều trị ung thư đại tràng trái có biến chứng tắc ruột cho 75 trường hợp có độ tuổi trung bình là $60,5 \pm 14,07$, thấp nhất là 26 tuổi, cao nhất là 87 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân (n=75)	
Giới nam-nữ	65,3%-34,7%
Tuổi trung bình thấp nhất-cao nhất	60,5±14,07 (26-87)
Bệnh lý nội khoa đi kèm	
Tăng huyết áp	21,3%
Đái tháo đường	13,3%
Lao phổi cũ	5,3%
Bệnh mạch vành	8%
Rối loạn nước- điện giải	54,7%
Tiền căn phẫu thuật vùng bụng trước đây	8% phẫu thuật 1 lần 1,3% phẫu thuật 2 lần

Tất cả các bệnh nhân đều được nhập cấp cứu với tình trạng đau bụng quặn cơn, bí trung đại tiện, bụng chướng, X quang bụng đứng không sửa soạn ghi nhận mức nước hơi, CT scan bụng ghi nhận u đại tràng trái gây biến chứng tắc ruột, xét nghiệm ghi nhận tình trạng rối loạn nước điện giải (54,7%) và nhiều bệnh lý nội khoa đi kèm.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật thì một mở HMNT

Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật thì một	6,3 ± 2,8 giờ
Vị trí khối u trên chụp cắt lớp vi tính	
Góc lách	22,7%
Đại tràng xuống	18,7%
Đại tràng sigma	42,7%
Trực tràng cao	16%
Vị trí mở HMNT	
Đại tràng ngang	41,3%
Đại tràng sigma	58,7%
Kiểu quai	69,3%
Kiểu Blowhole	30,7%
PTNS làm HMNT	25,3%
Thời gian phẫu thuật thì một	
Mở HMNT tại chỗ	62,8 phút
PTNS mở HMNT	65,6 phút

Vị trí khối u trên chụp cắt lớp vi tính phần lớn ở đại tràng sigma chiếm 42,7%, vị trí mở HMNT dựa trên vị trí u trên CT, phần lớn là mở kiểu quai ở đại tràng sigma, có 25,3% trường hợp được PTNS thám sát để lựa chọn vị trí đưa ra làm HMNT.

Về đặc điểm mổ thì hai có 70 bệnh nhân được nội soi toàn bộ đại tràng trước mổ thì

hai, trong đó có 5 trường hợp được cắt polyp, không có trường hợp nào phát hiện 2 u đồng thời. Có 7 trường hợp được đánh giá lại và hóa trị tân hỗ trợ trước mổ thì hai chiếm 9,3%. Thời gian chờ giữa 2 thì phẫu thuật trung bình là 13,65 ngày. Tất cả các trường hợp đều được thực hiện PTNS, tỉ lệ mổ mở là 0%.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật thì hai cắt u

Đặc điểm	
Loại phẫu thuật thì hai	
Cắt đại tràng trái	44%
Cắt đại tràng sigma	37,3%
Cắt đoạn đại trực tràng	18,7%
Thực hiện miệng nối	
Miệng nối tay	6,7%
Nối máy bên bên	28%
Nối máy vòng tận tận	65,3%
Lượng máu mất	72,3±52,1 ml
Thời gian cắt u thì hai	228,2 ±46,3 (135-330) phút
Thời gian chờ phẫu thuật thì hai	13,65±2,7 (7-20) ngày
Thời gian nằm viện	23,45±4,5(15-29) ngày

Về kết quả phẫu thuật, trong thời gian nằm viện có 8 trường hợp viêm da quanh HMNT (10,7%), 2 trường hợp chảy máu HMNT. Có 4 trường hợp rò miệng nối (5,3%) và 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ đều được điều trị nội thành công. Không có trường hợp nào tử vong ở cả 2 thì phẫu thuật.

Bảng 4. Biến chứng và tử vong

Biến chứng		N	Tỉ lệ
Biến chứng HMNT	Viêm da quanh HMNT	8	10,7%
	Chảy máu HMNT	2	2,7%
	Tụt HMNT	0	0%
	Sa niêm mạc HMNT	0	0%
	Hoại tử HMNT	0	0%
Biến chứng PTNS cắt u thì hai	Nhiễm trùng vết mổ	15	20%
	Chảy máu vết mổ	2	2,7%
	Rò miệng nối	4	5,3%
	Tắc ruột sau mổ	1	1,3%
	Tử vong	0	0%

Số hạch nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối lớn trung bình là 20,4 hạch, số trường hợp có hạch di căn là 23 trường hợp, ung thư chủ yếu ở giai đoạn II và III theo TNM. Tất cả trường hợp đều có diện cắt âm tính.

Bảng 5. Đặc điểm ung thư học

Đặc điểm	
Số hạch nạo vét được	20,4±3,7 hạch
Số trường hợp có hạch di căn	23 trường hợp(30,7%)
Giai đoạn TNM	
Giai đoạn II	69,3%
Giai đoạn III	30,7%
Chiều dài bệnh phẩm	24,5±4,8 cm
Bờ diện cắt trên dưới R0	100%

IV. BÀN LUẬN

Tắc ruột do ung thư đại tràng trái là một bệnh cảnh cấp cứu mà phẫu thuật viên ngoại tổng quát thường phải đối mặt. Có thể thấy trong nghiên cứu, tại thời điểm nhập viện nhiều bệnh nhân lớn tuổi (trên 50% bệnh nhân 60 tuổi trở lên), nhiều bệnh nhân có rối loạn điện giải (54,7%), có bệnh nội khoa tăng huyết áp (21,3%), tim mạch (8%) hay đái tháo đường (13,3%) đi kèm. Những rối loạn này là những yếu tố làm việc điều trị phức tạp và làm tăng nguy cơ tử vong và biến chứng. Mặt khác, trong điều kiện bụng chướng do tắc ruột, khả năng thực hiện phẫu thuật xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật nội soi là điều gần như bất khả thi, nếu được cắt u thì một, hầu hết bệnh nhân sẽ được mổ mở.

Với việc mổ hậu môn nhân tạo thì đầu, bệnh nhân được đưa ra khỏi tình trạng cấp cứu, được điều trị ổn định những rối loạn đi kèm, chuẩn bị về mặt dinh dưỡng, điện giải, nội khoa giúp cuộc mổ sau an toàn và hồi phục nhanh sau mổ. Mổ hậu môn nhân tạo tạm trên dòng có thể được thực hiện bởi phẫu thuật viên ngoại tổng quát mà không cần phải là chuyên gia về đại trực tràng, do đó có thể thực hiện tại tuyến dưới một cách an toàn, sau đó chuyển viện lên tuyến trên chuyên khoa cao hơn để tiếp tục điều trị.

Phẫu thuật nội soi từ lâu đã được chứng minh có nhiều lợi điểm về thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, thời gian hoạt động của ruột sớm hơn và thời gian hồi phục sớm hơn(10). Tuy nhiên, PTNS đại trực tràng cho những bệnh nhân đã từng có phẫu thuật vùng bụng trước đó vẫn là một vấn đề khó khăn bởi phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên. Năm 2013, Masashi Yamamoto và cộng sự đã so sánh hai nhóm PTNS cho các bệnh nhân ung thư đại tràng có và không có phẫu thuật vùng bụng trước đó, tác giả nhận thấy

không có sự khác biệt về kết quả sớm của phẫu thuật cũng như khả năng chuyển mổ mở giữa 2 nhóm. Tác giả kết luận PTNS cắt đại tràng cho những bệnh nhân có phẫu thuật vùng bụng trước đó có thể chấp nhận được và cho kết quả tốt. Trong báo cáo về PTNS cắt u đại tràng sau khi đã mở HMNT trên dòng, Jui-Ho Wang và cộng sự nhận thấy dính trong ổ bụng rất ít, chủ yếu xung quanh HMNT và không làm ảnh hưởng nhiều đến quá trình phẫu thuật. Tương tự như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, khi PTNS thì hai cho bệnh nhân trước đó đã mở HMNT tại chỗ bằng đường mổ nhỏ thì ổ bụng của bệnh nhân dính rất ít, chủ yếu quanh HMNT và việc gỡ dính này không quá khó khăn, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc phẫu thuật và không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở vì dính trong ổ bụng.

Theo Jui-Ho Wang, thời gian tốt nhất cho phẫu thuật cắt u thì hai sau khi mở HMNT là sau 2 tuần vì nếu phẫu thuật sớm thì vùng quanh HMNT vẫn chưa vững chắc và khi bơm hơi có thể làm tụt HMNT vào ổ bụng. Trong báo cáo này chúng tôi thực hiện cắt u thì hai chủ yếu từ ngày thứ 10 đến ngày thứ 14. Chúng tôi nhận thấy các trường hợp mổ sớm hơn 10 ngày, đại tràng trên chỗ tắc vẫn còn giãn to, thành ruột còn phù nề nên việc lựa chọn băng đạn cho miệng nối cần to hơn.

Trong điều kiện đã giải quyết được tình trạng tắc ruột, ruột hết chướng, phù nề tạo thuận lợi cho việc bóc lột phẫu trường nội soi rõ ràng giúp nạo vét hạch đúng chuẩn, thắt mạch máu tận gốc, thực hiện kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME), cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME). Kỹ thuật này với nguyên tắc lấy toàn bộ mạc treo đại tràng hay trực tràng mà không làm vỡ bao mạc treo, giúp giảm tỉ lệ tái phát, cải thiện tỉ lệ sống lâu dài của bệnh nhân(5,6). Kỹ thuật

này sẽ khó thực hiện trong tình trạng tắc ruột. Nạo vét hạch đúng chuẩn giúp giảm tỉ lệ tái phát, giúp xác định đúng giai đoạn bệnh, từ đó có kế hoạch điều trị thích hợp sau mổ, giúp cải thiện tiên lượng của bệnh nhân. Öistämö và cộng sự PTNS thì hai nạo vét hạch được nhiều hơn so với cắt u thì đầu (21 hạch so với 7,1 hạch). Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện kỹ thuật CME hoặc TME tùy theo vị trí u, với số hạch nạo vét được trung bình $20,4 \pm 3,7$ (14-30), số ca có hạch di căn chiếm 30,6%.

Mặc dù có nhiều ưu điểm như đã nêu trên, với phương pháp này bệnh nhân phải chấp nhận nằm viện lâu ngày, trung bình 24 ngày.

V. KẾT LUẬN

Hiện vẫn có nhiều quan điểm khác nhau về điều trị ung thư đại tràng trái có biến chứng tắc ruột. Với những kết quả đã đạt được trong giai đoạn vừa qua tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân có thể thấy phương pháp hậu môn nhân tạo thì một và phẫu thuật nội soi cắt u thì hai là một phương pháp an toàn, tỉ lệ tái biến, biến chứng thấp và khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. K. Awotaret al.** (2017), "Reviewing the Management of Obstructive Left Colon Cancer: Assessing the Feasibility of the One-stage Resection and Anastomosis After Intraoperative Colonic Irrigation", Clin Colorectal Cancer. 16 (2), pp. e89-e103.
2. **N. Chereauet al.** (2013), "Management of malignant left colonic obstruction: is an initial temporary colostomy followed by surgical resection a better option?", Colorectal Dis. 15 (11), pp. e646-653.
3. **R. Fragoet al.** (2014), "Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review", Am J Surg. 207 (1), pp. 127-138.
4. **R. T. Grundmann** (2013), "Primary colon resection or Hartmann's procedure in malignant left-sided large bowel obstruction? The use of stents as a bridge to surgery", World J Gastrointest Surg. 5 (1), pp. 1-4.
5. **R. J. Healdet al.** (1982), "The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence?", Br J Surg. 69 (10), pp. 613-616.
6. **W. Hohenbergeret al.** (2009), "Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome", Colorectal Dis. 11 (4), pp. 354-364; discussion 364-355.
7. **J. K. Jianget al.** (2008), "Primary vs. delayed resection for obstructive left-sided colorectal cancer: impact of surgery on patient outcome", Dis Colon Rectum. 51 (3), pp. 306-311.
8. **Y. M. Leeet al.** (2001), "Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions", J Am Coll Surg. 192 (6), pp. 719-725.
9. **C. K. Minet al.** (2016), "Obstructive Left Colon Cancer Should Be Managed by Using a Subtotal Colectomy Instead of Colonic Stenting", Ann Coloproctol. 32 (6), pp. 215-220.
10. **K. Nishiguchiet al.** (2001), "Comparative evaluation of surgical stress of laparoscopic and open surgeries for colorectal carcinoma", Dis Colon Rectum. 44 (2), pp. 223-230.

KHẢO SÁT TỈ LỆ RỐI LOẠN NHẬN THỨC Ở NGƯỜI BỆNH TRÊN 60 TUỔI SAU PHẪU THUẬT DƯỚI GÂY MÊ TOÀN THÂN

Nguyễn Văn Chinh², Ngô Thị Ngọc Liễu¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Rối loạn nhận thức sau mổ là một vấn đề cần được quan tâm, đặc biệt là người cao tuổi. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát tỉ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh trên 60 tuổi sau phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

Phương pháp: 85 người bệnh từ 60 đến 80 tuổi thực hiện bài kiểm tra đánh giá trạng thái tâm thần kinh tối thiểu (MMSE) tại thời điểm trước ngày phẫu thuật và sau ngày phẫu thuật 2 ngày. Tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ tại thời điểm 2 ngày sau mổ, đánh giá mối liên quan của rối loạn nhận thức sau mổ và một số yếu tố nguy cơ.

Kết quả: Tại thời điểm 2 ngày sau mổ, rối loạn nhận thức sau mổ ở người bệnh 60 - 80 tuổi là 41 (48,2%), mức độ nhẹ chiếm 92,7%, trung bình chiếm 7,3%. Các yếu tố liên quan rối loạn nhận thức sau mổ được tìm thấy gồm: học vấn từ cấp một trở xuống, ASA 3, điểm MMSE trước phẫu thuật thấp, có hạ thân nhiệt trong phẫu thuật.

Kết luận: Rối loạn nhận thức thường xảy ra ở người cao tuổi tại thời điểm 2 ngày sau phẫu thuật.

Từ khóa: Rối loạn nhận thức sau mổ, suy giảm nhận thức, người lớn tuổi, POCD, thang điểm đánh giá trạng thái tâm thần kinh tối thiểu, MMSE.

SUMMARY

SURVEY ON THE RATE OF POSTOPERATION COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS OVER 60 YEARS OLD UNDER GENERAL ANESTHESIA

Background: Postoperative cognitive dysfunction is a significant concern in the elderly. A descriptive cross-sectional study was conducted to survey the prevalence of cognitive impairment in postoperative patients over 60 years of age under general anesthesia.

Method: A total of 85 patients aged 60 to 80 years old performed the Mini-Mental State Exam (MMSE) before surgery and two days post-surgery. This study estimated the prevalence of cognitive dysfunction, thereby evaluating the correlation with its risk factors.

Results: At the point of two days post-operation, out of 85 patients from 60 to 80, the cognitive dysfunction occurred in 41 individuals, accounting for approximately 42.8%, in which the proportion of mild and moderate degree was about 92.7% and 7.3%, respectively. The risk factors associated with postoperative cognitive impairment include primary school education level or less, ASA III, low preoperative MMSE score, and intraoperative hypothermia.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Ngọc Liễu

SĐT: 0969863719

Email: drngoclieu.anes@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 16/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Conclusion: Cognitive dysfunction is common in the elderly after two days post-surgery.

Keywords: Postoperation cognitive dysfunction, cognitive impairment, Mini – Mental State Examination, POCD, MMSE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhận thức sau mổ là một trạng thái với đặc điểm giảm sự tập trung, giảm trí nhớ và lú lẫn có thể xuất hiện từ ngày đầu tiên đến vài tháng sau mổ, hoặc có thể xuất hiện muộn hơn nữa. Rối loạn nhận thức sau mổ xảy ra với tỉ lệ rất cao từ 50 - 70% ở phẫu thuật tim trong tuần đầu và 25 - 41% ở người bệnh sau phẫu thuật ngoài tim[3]. Rối loạn nhận thức sau mổ gây ảnh hưởng đến chất lượng hồi phục sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện, giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí chăm sóc y tế và làm tăng nguy cơ tử vong sau phẫu thuật[8]. Các yếu tố nguy cơ của rối loạn nhận thức gồm: tuổi cao, trình độ học vấn thấp, phân độ ASA cao, có bệnh nền, thiếu máu, truyền máu trong mổ,... Trong đó, tuổi là yếu tố nguy cơ quan trọng, đặc biệt là ở người trên 60 tuổi trải qua phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

Monk và cộng sự ghi nhận tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ ở người bệnh trên 60 tuổi cao hơn các nhóm tuổi thấp hơn[8]. Moller và cộng sự ghi nhận tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ của người bệnh trên 60 tuổi là 25,8%, đồng thời tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn nhận thức và thời gian gây mê, biến chứng sau mổ...[7]. Ở Việt Nam, năm 2016, Trần Ngọc Trung và cộng sự nhận thấy giảm oxy não kéo dài trong mổ có nguy cơ bị rối loạn nhận thức sau mổ cao gấp 3,45 lần so với nhóm không giảm oxy não kéo dài trong

mổ[1]. Năm 2020, Trần Văn Quang đã tìm thấy tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ ở người bệnh 60 - 70 tuổi là 60,8% và hạ thân nhiệt là yếu tố nguy cơ độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ[2].

Rối loạn nhận thức sau mổ gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng, nhưng chưa có phương pháp điều trị hiệu quả, nên cách tốt nhất là phòng ngừa và phát hiện sớm. Tuy nhiên hiện nay nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Cùng với mong muốn hỗ trợ chăm sóc người cao tuổi, đánh giá nguy cơ và thông tin cho người bệnh trước phẫu thuật. Đồng thời giúp bác sĩ lâm sàng có các biện pháp dự phòng và phát hiện sớm rối loạn nhận thức sau mổ nhằm tránh các hậu quả xấu do rối loạn nhận thức gây ra trên nhóm đối tượng này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tỉ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh trên 60 tuổi sau phẫu thuật dưới gây mê toàn thân” để nhằm mục đích trả lời câu hỏi: Tỉ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh trên 60 tuổi sau phẫu thuật dưới gây mê toàn thân là bao nhiêu? Mục tiêu nghiên cứu: Thứ nhất là xác định tỉ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh trên 60 tuổi trải qua phẫu thuật dưới gây mê toàn thân tại thời điểm ngày thứ 2 sau mổ theo thang điểm MMSE. Thứ hai là đánh giá một số yếu tố liên quan rối loạn nhận thức sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

85 người bệnh từ 60 - 80 tuổi có chỉ định phẫu thuật đại trực tràng, dạ dày, túi mật - ống mật chủ chương trình dưới gây mê toàn thân tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 11/2020 - 5/2021, có ASA 1 - 3, có khả năng hiểu và đồng thuận tham gia nghiên cứu, có

khả năng đọc hiểu, nói, viết tiếng Việt, có khả năng nhìn thực hiện thang điểm đánh giá tâm thần kinh tối thiểu MMSE. Tất cả người bệnh đều đồng ý tham gia nghiên cứu, nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức trường ĐHYD TP.HCM số 774 ngày 27 tháng 10 năm 2020. Tiêu chí loại gồm: người bệnh có bất kì khiếm khuyết nào về nhận thức, tại thời điểm đánh giá nhận thức trước phẫu thuật MMSE < 24 điểm, có bất kỳ bệnh lý tâm thần, sa sút trí tuệ, sang, trầm cảm nặng gây ảnh hưởng đến tình trạng nhận thức, người bệnh bị mất ngôn ngữ, yếu tay thuận, khiếm khuyết thị giác hoặc thính giác làm ảnh hưởng đến khả năng thực hiện thang điểm, phẫu thuật lại trong vòng 2 ngày sau phẫu thuật.

Cỡ mẫu:

$$n \geq \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 p(1-p)}{d^2}$$

Theo nghiên cứu của Moller và cộng sự, tỉ lệ rối loạn nhận thức ở người từ 60 tuổi trở lên là 0,258[7]. Dựa vào nghiên cứu này ta có $p = 0,258$. Với $\alpha = 0,05$ thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$. Cỡ mẫu tối thiểu là 74 bệnh nhân.

Biến số kết cục chính: Rối loạn nhận thức sau mổ, mức độ rối loạn nhận thức sau mổ.

Tiến hành: Người bệnh thỏa tiêu chí nhận và không có tiêu chí loại sẽ được thu thập số liệu. Dùng hồi quy logistic đơn biến nhị thức để đánh giá tất cả các yếu tố liên quan đã thu thập. Sau đó, các yếu tố có $p < 0,25$ sẽ được đưa vào hồi quy logistic đa biến nhị thức để tìm yếu tố độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỉ lệ rối loạn nhận thức ở 85 người bệnh từ 60 đến 80 tuổi sau phẫu thuật dưới gây mê toàn thân là 48,2 %, trong đó mức độ nhẹ chiếm đa số và không có mức độ nặng.

Các yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức sau mổ bao gồm: học vấn từ cấp một trở xuống, ASA 3, điểm MMSE trước phẫu thuật thấp và có hạ thân nhiệt trong phẫu thuật

Bảng 1. Tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ (n = 85)

Tên biến	Số người bệnh (Tỉ lệ %)
Rối loạn nhận thức sau mổ	41 (48,2)
Nhẹ	38 (92,7)
Trung bình	3 (7,3)
Nặng	0 (0,0)

Bảng 2. Phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn nhận thức sau mổ (n=85)

Tên biến	Tỉ số odds (Độ tin cậy 95%)	Giá trị p
Tuổi tăng mỗi 5 năm	1,52 (1,03 – 2,30)	0,041*
Giới		
Nam	1,00 (0,55 - 1,81)	1
Nữ	0,86 (0,37 - 2,03)	0,736
Học vấn		

Tên biến	Tỉ số odds (Độ tin cậy 95%)	Giá trị p
Cấp 2	0,29 (0,10 - 0,67)	0,007*
Cấp 1 trở xuống	6,81 (2,45 - 21,38)	0,001*
Cấp 3 trở lên	0	0,993
Loại phẫu thuật		
Túi mật - ống mật chủ	0,87 (0,23 - 3,15)	0,827
Đại trực tràng	0,54 (0,15 - 1,82)	0,322
Dạ dày	1,33 (0,46 - 4,05)	0,594
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ mở	2,50 (0,84 - 9,11)	0,121
Mổ nội soi	0,31 (0,08 - 1,02)	0,066
Chỉ số BMI		
Suy dinh dưỡng	1,25 (0,37 - 4,29)	0,719
Bình thường	0,94 (0,56 - 1,55)	0,796
Thừa cân	0,76 (0,21 - 2,66)	0,673
ASA		
II	0,34 (0,11 - 0,97)	0,051
III	2,17 (0,86 - 6,17)	0,117
Điểm MMSE trước phẫu thuật	0,28 (0,14 - 0,51)	<0,001*
Dùng benzodiazepin	1,33 (0,50 - 3,69)	0,570
Thiếu máu	1,53 (0,65 - 3,64)	0,328
Có phẫu thuật trước đây	2,86 (1,16 - 7,34)	0,025*
Tiền căn		
Tăng huyết áp	2,48 (1,05 - 6,05)	0,041*
Đái tháo đường	1,45 (0,51 - 4,24)	0,485
Thời gian gây mê tăng mỗi 2 giờ	1,40 (0,83 - 2,42)	0,211
Thời gian PT tăng mỗi 2 giờ	1,72 (0,89 - 3,51)	0,116
Hạ huyết áp	3,67 (1,13 - 14,27)	0,040*
Hạ thân nhiệt	10,89 (2,76 - 72,90)	0,003*
Dịch truyền >2000 ml	1,19 (0,61 - 2,34)	0,613
Sử dụng lidocain	1,10 (0,40 - 3,02)	0,857
Thời gian nằm hồi tỉnh	1,45 (0,71 - 3,04)	0,311
Sử dụng opioid sau phẫu thuật	1,94 (0,66 - 6,20)	0,237

Phân tích hồi qui Logistic đơn biến nhị thức (Univariate regression binary logistic)

* p < 0,05

BMI - Body mass index: chỉ số khối cơ thể

PT - phẫu thuật

ASA - American Society of Anaesthesiologists: Hiệp hội Gây mê hồi sức Hoa Kỳ

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn nhận thức sau mổ (n=85)

Tên biến	Tỉ số odds (Độ tin cậy 95%)	Giá trị p
Tuổi tăng mỗi 5 năm	1,09 (0,54 - 2,19)	0,795
Học vấn		
Cấp 1 trở xuống	9,02 (1,86 - 64,49)	0,012*
Cấp 3 trở lên	0	0,994
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ nội soi	0,35 (0,05 - 1,99)	0,252
ASA		
III	9,68 (1,44 - 115,89)	0,036*
Điểm MMSE trước phẫu thuật	0,21 (0,06 - 0,53)	0,003*
Có phẫu thuật trước đây	1,74 (0,34 - 9,64)	0,506
Tiền căn tăng huyết áp	2,63 (0,49 - 16,43)	0,268
Thời gian gây mê tăng mỗi 2 giờ	1,47 (0,27 - 8,74)	0,658
Thời gian PT tăng mỗi 2 giờ	0,73 (0,07 - 7,76)	0,791
Hạ huyết áp	4,39 (0,57 - 56,27)	0,192
Hạ thân nhiệt	16,87 (2,16 - 243,31)	0,016*
Sử dụng opioid sau phẫu thuật	1,42 (0,12 - 17,99)	0,780

Phân tích hồi qui Logistic đa biến nhị thức (Multiple regression binary logistic) *p < 0,05

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ rối loạn nhận thức ở 85 người bệnh từ 60 – 80 tuổi sau phẫu thuật cắt đại trực tràng, túi mật ống mật chủ hoặc dạ dày là 48,2%, đa số là rối loạn nhận thức nhẹ điểm MMSE từ 20 – 23 điểm chiếm 92,7%, mức độ rối loạn nhận thức trung bình có điểm MMSE từ 15 – 20 điểm chiếm 7,3% và không có mức độ nặng.

Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Gotten, Monk[4],[8]. Và tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Johnson, Moller, Trần Ngọc Trung lần lượt là 19,2%; 25,8%; và 17,1%[1],[6],[7]. Sự khác nhau này có thể do: thứ nhất là thời điểm đánh giá thang điểm của tác giả khác với chúng tôi. Hầu hết các

nghiên cứu đánh giá nhận thức vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật hoặc thời điểm xuất viện. Còn chúng tôi đánh giá vào thời điểm ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Thứ hai là nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi lớn hơn. Trần Ngọc Trung nghiên cứu ở nhóm tuổi từ 18 trở lên, Johnson nghiên cứu từ 40 - 60 tuổi. Mà tuổi là một yếu tố nguy cơ quan trọng của rối loạn nhận thức sau mổ đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây.

So với Trần Văn Quang, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ thấp hơn (48,2% so với 60,8%). Điều này được giải thích do Trần Văn Quang ghi nhận thời gian phẫu thuật dài hơn (thời gian phẫu thuật trung bình là 213,7 ± 65,4 phút so với chúng tôi là 171,5 ± 78,6 phút), và tỉ lệ hạ

thân nhiệt cao hơn chúng tôi. Mà tác giả cũng đã tìm thấy hạ thân nhiệt là yếu tố nguy cơ độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ OR = 5,0; KTC 95% (1,5 - 16,7), $p = 0,004$. Tuy nhiên, Trần Văn Quang cũng ghi nhận đa số là rối loạn nhận thức mức độ nhẹ và không có rối loạn nhận thức mức độ nặng, tương tự chúng tôi[2].

Chúng tôi tìm thấy các yếu tố độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ bao gồm: học vấn từ cấp một trở xuống, ASA III trở lên, điểm MMSE trước phẫu thuật thấp, có hạ thân nhiệt trong phẫu thuật.

Về hạ thân nhiệt, chúng tôi ghi nhận: hạ thân nhiệt là yếu tố nguy cơ độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ (OR = 16,87; KTC 95% (2,16 - 243,31), $p = 0,016$). Và nghiên cứu của Trần Văn Quang cũng ghi nhận kết quả tương tự (OR = 5,0; KTC 95% (1,5 - 16,7), $p = 0,004$). Trong nghiên cứu của Gong, khi nghiên cứu tỉ lệ hạ thân nhiệt ở 2 nhóm phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi, tác giả ghi nhận tỉ lệ hạ thân nhiệt lần lượt là 31,2% và 10,5% ($p < 0,05$) và tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ của 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)[5].

Về tình trạng ASA, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: tình trạng ASA cao là yếu tố độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ (OR = 9,68; KTC 95% (1,44 - 115,89), $p = 0,036$). Điều này được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Monk ($p = 0,02$ tại thời điểm 7 ngày). Tuy nhiên, tại thời điểm 3 tháng, Monk không tìm thấy mối tương quan giữa rối loạn nhận thức sau mổ và tình trạng ASA khi phân tích hồi quy đa biến ($p = 0,7982$)[8].

Về điểm MMSE trước phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy: điểm MMSE trước phẫu thuật cao là một yếu tố bảo vệ của rối loạn nhận thức sau mổ OR = 0,21; KTC 95% (0,06 - 0,53), $p = 0,003$. Năm 2020, Nguyễn Văn Vy Hậu khi phân tích đa biến ghi nhận thấy có mối liên quan giữa điểm số thấp của MMSE với tổn thương teo các vùng não ($p < 0,05$) và teo hồi hải mã ($p < 0,001$) cũng như nhồi máu vùng chiến lược ($p < 0,05$), thoái hóa chất trắng ($p < 0,05$) và đa tổn thương ($p < 0,05$) so với nhóm không tổn thương. Mà tổn thương các vùng này của não có liên quan đến rối loạn nhận thức. Tuy nhiên Trần Văn Quang không tìm thấy mối tương quan giữa rối loạn nhận thức sau mổ và điểm MMSE trước phẫu thuật OR = 0,8; KTC 95% (0,6 - 1,0), $p = 0,051$ [2].

Về trình độ học vấn, chúng tôi tìm thấy học vấn thấp là yếu tố độc lập của rối loạn nhận thức. Chúng tôi ghi nhận trình độ học vấn thấp - từ cấp 1 trở xuống - ảnh hưởng đến rối loạn nhận thức sau mổ với OR = 9,02; KTC 95% (1,86 - 64,49), $p = 0,012$. Tương tự, Monk tìm thấy tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ khác nhau giữa 2 nhóm có học vấn khác nhau ($p = 0,013$) và Moller cũng ghi nhận học vấn trên trung học là yếu tố bảo vệ của rối loạn nhận thức sau mổ OR = 0,6; KTC 95% (0,4 - 0,9), $p = 0,002$ [7],[8]. Tuy nhiên, Trần Văn Quang lại không tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn nhận thức sau mổ và trình độ học vấn OR = 1,3; KTC 95% (0,5 - 3,3), $p = 0,615$ [2].

Nghiên cứu của chúng tôi có ưu điểm là đã mở rộng hơn phạm vi độ tuổi đánh giá so với các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam. Giúp có thêm số liệu về rối loạn nhận thức

sau mổ ở người bệnh lớn tuổi. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có rất ít hoặc không có trường hợp nào có tiền căn tai biến mạch máu não, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhồi máu cơ tim cũ, suy tim, không có trường hợp nào truyền máu trong mổ. Do đó, số lượng người bệnh quá ít để tạo nên sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có rối loạn nhận thức sau mổ. Vì vậy, các yếu tố này không được phân tích trong mô hình hồi qui logistic đơn biến và đa biến. Chúng tôi kiến nghị các nghiên cứu sau này cần có cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố này và rối loạn nhận thức sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi tìm thấy tỉ lệ rối loạn nhận thức ở người bệnh từ 60 – 80 tuổi sau phẫu thuật là 48,2%, trong đó rối loạn nhận thức sau mổ mức độ nhẹ chiếm đa số (92,7%), trung bình là 7,3% và không có rối loạn nhận thức mức độ nặng. Các yếu tố độc lập của rối loạn nhận thức sau mổ bao gồm phân loại ASA III, trình độ học vấn từ cấp 1 trở xuống, điểm MMSE trước mổ thấp, hạ thân nhiệt trong mổ. Tỉ lệ rối loạn nhận thức sau mổ trên đối tượng người lớn tuổi chiếm tỉ lệ khá cao nên cần theo dõi, đánh giá chức năng nhận thức sau mổ, để phát hiện sớm rối loạn nhận thức sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Trung, Nguyễn Thị Quý** "Mối tương quan giữa độ bão hòa oxy não đo bằng quang phổ cận hồng ngoại và kết quả sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành". tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20 (1), 2016, tr. 277.
2. **Trần Văn Quang, Lê Văn Chung**. "Khảo sát tỉ lệ rối loạn nhận thức sau phẫu thuật cắt đại trực tràng do ung thư ở người cao tuổi". tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2021.
3. **Evered Lisbeth A, Silbert Brendan S**. "Postoperative cognitive dysfunction and noncardiac surgery". *Anesthesia & Analgesia*, 127 (2), 2018, pp. 496-505.
4. **Goettel Nicolai, Burkhart Christoph S, Rossi Ariane, et al**. "Associations between impaired cerebral blood flow autoregulation, cerebral oxygenation, and biomarkers of brain injury and postoperative cognitive dysfunction in elderly patients after major noncardiac surgery". *Anesthesia & Analgesia*, 124 (3), 2017, pp. 934-942.
5. **Gong Guo-Liang, Liu Bin, Wu Jia-Xuan, et al**. "Postoperative cognitive dysfunction induced by different surgical methods and its risk factors". *The American Surgeon*, 84 (9), 2018 pp. 1531-1537.
6. **Johnson Tim, Monk Terri, Rasmussen Lars S, et al**. "Postoperative cognitive dysfunction in middle-aged patients". *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 96 (6), 2002, pp. 1351-1357.
7. **Moller Jakob T, Cluitmans Pierre, Rasmussen Lars S, et al**. "Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study". *The Lancet*, 351 (9106), 1998, pp. 857-861.
8. **Monk Terri G, Weldon B Craig, Garvan Cyndi W, et al**. "Predictors of cognitive dysfunction after major noncardiac surgery". *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 108 (1), 2008, pp. 18-30.

SO SÁNH THỜI GIAN TỈNH MÊ CỦA DESFLURANE VỚI SEVOFLURANE TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

Phạm Văn Phong¹, Tạ Đức Luận², Nguyễn Thị Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Desflurane là thuốc mê hô hấp có độ tan thấp hơn sevoflurane nên về lý thuyết desflurane có thời gian thức tỉnh và hồi phục ngắn hơn sevoflurane. Người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật thường là người thừa cân, béo phì nên desflurane có thể cho thời gian hồi phục sớm hơn sevoflurane.

Mục tiêu: so sánh thời gian hồi phục của desflurane với sevoflurane trên người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng mù đôi thực hiện trên 70 người bệnh ASA I-II, tuổi từ 18 đến 60 tuổi, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật được phân chia ngẫu nhiên vào hai nhóm desflurane và sevoflurane.

Kết quả: thời gian tỉnh mê, thời gian thực hiện được y lệnh và thời gian định hướng, thời gian đạt điểm Aldrete của nhóm duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane. Điểm Aldrete tại các thời điểm hồi tỉnh, 15 phút, 30 phút, 45 sau nhập hồi tỉnh và điểm Aono không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Kết luận: nhóm desflurane có thời gian hồi phục sớm và tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê tương đương so với nhóm sevoflurane.

Từ khóa: gây mê toàn diện, desflurane, sevoflurane, hồi phục, tỉnh mê, phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

SUMMARY

COMPARE THE EMERGENCE TIME OF DESFLURANE AND SEVOFLURANE IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Background: Desflurane has the lowest solubility of currently available volatile anesthetics and may allow for more rapid emergence and recovery compared with sevoflurane. A large proportion of patients who require a cholecystectomy fall into the overweight, obese categories and may have a more rapid emergence under desflurane-based anaesthetic maintenance.

Objectives: To compare the early recovery profiles of sevoflurane and desflurane in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Patients and methods: A randomised controlled double-blind study. Seventy patients ASA I- II, 18-60 years undergoing laparoscopic cholecystectomy were randomly assigned to receive desflurane or sevoflurane. A blind observer recorded the events during the recovery phase.

Results: The time required for eye opening was significantly shorter in the Desflurane group as compared to the Sevoflurane group. Time to command response, orientation also occurred significantly faster in the Desflurane group. The

¹Bệnh viện Bình Dân

²Khoa Y - Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Phong

SĐT: 0823202989

Email: phamvanphong94@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 16/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Desflurane group achieved a modified Aldrete score of ≥ 9 significantly sooner than the Sevoflurane group. The frequency of adverse effects was not significantly different in either of the groups.

Conclusions: The time required for early recovery from anaesthesia was shorter in the Desflurane group compared to the Sevoflurane group.

Keywords: general anesthesia, desflurane, sevoflurane, recovery, laparoscopic cholecystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc mê hô hấp là loại thuốc thường dùng nhất trong duy trì mê vì dễ dàng trong sử dụng và theo dõi cũng như cách tính toán tác dụng lâm sàng tương ứng với nồng độ cuối kỳ thở ra đáng tin cậy. Sevoflurane và desflurane được cho là thuốc mê hô hấp có hệ số riêng phần máu/khí và hệ số riêng phần mô/ máu thấp đem lại khả năng thay đổi độ mê nhanh, đào thải nhanh hơn, dẫn đến thức tỉnh và hồi phục sớm hơn các thuốc mê hô hấp khác.

Desflurane là thuốc mê có độ tan thấp nhất trong các thuốc mê hô hấp nên về lý thuyết desflurane sẽ thức tỉnh và hồi phục nhanh hơn sevoflurane. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu so sánh sevoflurane và desflurane về thời gian hồi tỉnh và hồi phục đã được thực hiện nhưng kết quả không thống nhất. Fenelli và cộng sự (2006) so sánh thời gian thức tỉnh và hồi tỉnh giữa nhóm sử dụng desflurane-remifentanyl và nhóm sevoflurane-remifentanyl ở những người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nhận thấy rằng thời gian mở mắt, thời gian đáp ứng (siết được tay nghiên cứu viên) và thời gian lưu lại tại hồi tỉnh là ngắn hơn ở nhóm desflurane so với nhóm sevoflurane [4]. Khác với nghiên cứu của Fenelli, Coloma và

cộng sự (2001) nghiên cứu ở người bệnh được phẫu thuật nội soi thắt ống dẫn trứng cho thấy thời gian thức tỉnh, thời gian định hướng được bản thân, không gian, và thời gian đạt được 10 điểm Aldrete không khác nhau giữa 2 nhóm desflurane và sevoflurane [2].

Vì vậy, chúng tôi chọn thực hiện nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật túi mật nội soi dưới gây mê toàn diện qua nội khí quản để so sánh thời gian tỉnh mê giữa hai nhóm duy trì mê bằng Desflurane và Sevoflurane.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sau khi thông qua Hội đồng đạo đức Đại học Y Dược Tp.HCM, được sự chấp thuận của bệnh viện Bình Dân và sự cam kết đồng ý của bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, mù đôi. Nghiên cứu tiến hành trên 70 người bệnh ASA I-II, tuổi từ 18-60, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại bệnh viện Bình Dân và chúng tôi loại khỏi nghiên cứu người có tiền căn dị ứng thuốc, người có bệnh tim mạch, hô hấp, gan, thận, chuyển hóa không ổn định, người có tiền căn bản thân hoặc gia đình tăng thân nhiệt ác tính, phụ nữ có thai và cho con bú. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí được phân ngẫu nhiên vào nhóm D: được duy trì mê bằng desflurane hoặc nhóm S: được duy trì mê bằng sevoflurane.

Tại phòng mổ, người bệnh tham gia nghiên cứu được tiếp nhận, chuẩn bị, theo dõi và gây mê theo phác đồ của bệnh viện Bình Dân bao gồm theo dõi liên tục điện tâm đồ 3 điện cực liên tục, huyết áp động mạch không xâm lấn theo dõi liên tục ngắt quãng mỗi 5 phút, độ bão hòa oxy mạch narry (SpO₂), nồng độ CO₂ cuối thì thở ra (EtCO₂), nồng độ thuốc mê cuối kì thở ra và

độ giãn cơ TOF. Cả 2 nhóm được gây mê toàn diện và đặt nội khí quản bởi bác sĩ gây mê hồi sức.

Người bệnh tham gia nghiên cứu được thở oxy trước khởi mê với lưu lượng khí mới 8 lít/phút (FiO_2 100%) đến khi tỉ lệ oxy trong khí thở ra (EtO_2) đạt trên 89%. Khởi mê bằng tiêm tĩnh mạch chậm lần lượt theo thứ tự gồm 3 mcg/kg fentanyl, propofol 2 mg/kg và rocuronium 0,6 mg/kg. Sau đó tiến hành đặt NKQ khi TOF = 0. Sau khi kiểm tra vị trí nội khí quản tiến hành thông khí cơ học với thể tích thường lưu 6-8ml/kg cân nặng lý tưởng, tần số 12-16 lần/phút, FiO_2 60%, PEEP 5 cmH₂O, lưu lượng khí mới 4l/phút. Người bệnh được được thiết lập sử dụng thuốc mê desflurane và sevoflurane theo nhóm D và S để đạt 1 MAC. Sau khi đạt 1 MAC, duy trì thông khí với lưu lượng khí mới 1 lít/phút và FiO_2 40%. Thời điểm bắt đầu gây mê và rạch da được bác sĩ/điều dưỡng gây mê ghi nhận lại.

Sau khi đóng da, hóa giải giãn cơ và tắt thuốc mê bốc hơi, người bệnh được thông khí với 8l/phút khí mới 100% oxy, thời điểm tắt thuốc mê được bác sĩ/điều dưỡng gây mê ghi nhận lại (T0). Một nghiên cứu viên, không được biết về thuốc mê dùng để duy trì mê, được gọi vào phòng mổ. Khi người bệnh có nhịp tự thở, người bệnh được yêu cầu mở mắt, siết chặt tay và hỏi về tên, năm sinh, địa chỉ nhà, nơi người bệnh đang ở, thời gian hiện tại (“Anh/ chị tên gì?” “Anh/chị sinh năm nào?” “Anh/chị hiện đang ở đâu?” “Hôm nay là ngày mấy?”). Nội khí quản được rút bởi bác sĩ gây mê khi đủ tiêu chuẩn. Điểm Aldrete sửa đổi, điểm Aono, mạch, huyết áp, SpO₂ được theo dõi mỗi 15 phút đến khi người bệnh đạt tiêu chuẩn rời phòng hồi tỉnh.

Các thời điểm người bệnh mở mắt tự nhiên (Tm), thời điểm người bệnh siết được tay nghiên cứu viên (Tyl), thời điểm trả lời được câu hỏi của nghiên cứu viên (Tđh), điểm Aldrete sửa đổi tại các thời điểm nhập hồi tỉnh (T1), 15 phút (T15), 30 phút (T30), 45 phút (T45) sau nhập hồi tỉnh và điểm Aldrete sửa đổi được nghiên cứu viên ghi nhận.

Biến số chính: thời gian tỉnh mê (thời gian mở mắt tự nhiên). Biến số phụ: thời gian thực hiện được y lệnh, thời gian định hướng được, thời gian đạt điểm Aldrete ≥ 9 , điểm Aldrete tại các thời điểm hồi tỉnh, 15 phút, 30 phút, 45 phút sau nhập hồi tỉnh, kích thích sau tỉnh mê (điểm Aono ≥ 3 điểm).

Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê R 3.6.0.

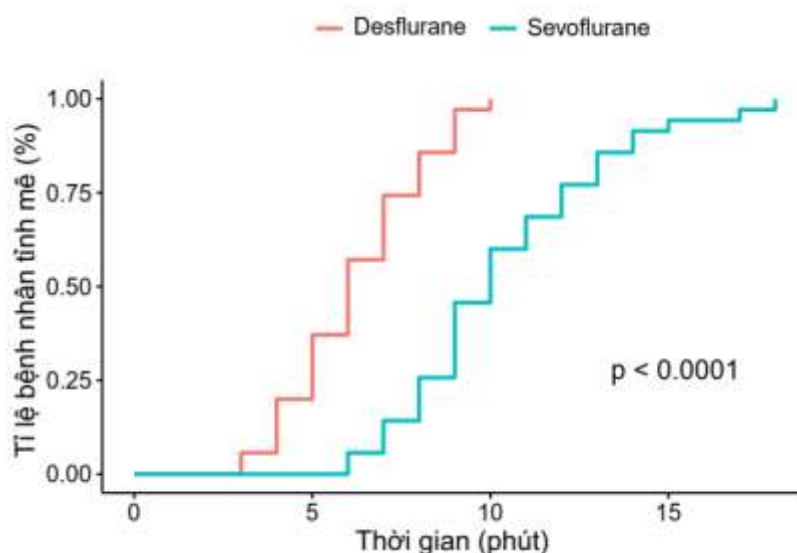
Thống kê mô tả được sử dụng để phân tích các đặc điểm nhân trắc và đặc điểm nền của bệnh nhân. Kiểm tra tính phân phối chuẩn bằng phép kiểm Shapiro-Wilk. Các biến định lượng được trình bày bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($TB \pm \Delta LC$) đối với phân phối chuẩn hoặc trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị đối với phân phối không theo phân phối chuẩn. Các biến định tính sẽ được biểu thị bằng tần số (%). So sánh các đặc điểm mẫu nghiên cứu của hai nhóm như tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể BMI, thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê, thời gian đạt tiêu chuẩn rời khỏi phòng hồi tỉnh, tổng liều thuốc giảm đau fentanyl bằng phép kiểm student (t-test). Thời gian tỉnh mê được mô tả bằng đường cong Kaplan-Meier và phân tích bằng phép kiểm log-rank. So sánh tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê, điểm Aldrete giữa hai nhóm bằng phép kiểm chi bình phương (χ^2). Tất cả khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 17. Đặc điểm chung của 2 nhóm

Biến số		Nhóm D (n = 35)	Nhóm S (n =35)	Giá trị p
Tuổi		48,5 ± 9,4	49,9 ± 12,3	0,58
Giới	Nam	9 (26)	15 (43)	0,13
	Nữ	26 (74)	20 (57)	
Chiều cao (cm)		158,3 ± 5,9	158,5 ± 6,4	0,85
Cân nặng (kg)		59,5 ± 7,8	57,0 ± 8,4	0,2
BMI (kg/m ²)		23,8 ± 2,7	22,6 ± 2,4	0,07
ASA	I	19 (54)	23 (66)	0,33
	II	16 (46)	12 (34)	
Thời gian gây mê (phút)		79,6 ± 20,4	80,7 ± 17,1	0,80
Tổng liều fentanyl (mcg)		230,6 ± 46,5	221,4 ± 44,1	0,40

Sự khác biệt về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, phân độ ASA, thời gian gây mê và tổng lượng fentanyl không có ý nghĩa thống kê.

**Biểu đồ 4. Thời gian tỉnh mê**

Thời gian tỉnh mê trung bình ở nhóm desflurane là 6,2 ± 1,9 phút, ở nhóm sevoflurane là 10,4 ± 2,9 phút. Thời gian tỉnh mê ở nhóm được duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane ($p < 0,001$).

Đối với nhóm được duy trì mê bằng desflurane, sau khi ngưng cung cấp thuốc mê hô hấp, thời gian sớm nhất để người bệnh tỉnh mê là 3 phút. Trong khi đó, đối với

nhóm duy trì mê bằng sevoflurane, thời gian tỉnh mê sớm nhất là 6 phút. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Thời gian tỉnh mê giữa nhóm được duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn so với nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ với phép kiểm log-rank). Như vậy duy trì mê bằng desflurane đã rút ngắn được 41,2% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane.

Bảng 18. Thời gian thực hiện được y lệnh, thời gian định hướng được

Biến số	Nhóm D (N = 35)	Nhóm S (N = 35)	Giá trị p
Thời gian thực hiện y lệnh (phút)	9,3 ± 2,4	13,2 ± 3,5	< 0,001
Thời gian định hướng được (phút)	10,4 ± 2,1	14,7 ± 3,8	< 0,001
Thời gian đạt Aldrete ≥ 9 (phút)	12,7 ± 2,8	17,5 ± 5,2	<0,001

Thời gian thực hiện được y lệnh, thời gian định hướng được, thời gian đạt Aldrete ≥ 9 ở nhóm desflurane ngắn hơn nhóm sevoflurane và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 19. Điểm Aldrete tại các thời điểm

Thời điểm	Điểm Aldrete	Nhóm D (N = 35)	Nhóm S (N = 35)
Nhập hồi tỉnh	≥ 9 điểm	35	35
	<9 điểm	0	0
15 phút sau nhập hồi tỉnh	≥ 9 điểm	35	35
	<9 điểm	0	0
30 phút sau nhập hồi tỉnh	≥ 9 điểm	35	35
	<9 điểm	0	0
45 phút sau nhập hồi tỉnh	≥ 9 điểm	35	35
	<9 điểm	0	0

Tại thời điểm nhập hồi tỉnh tất cả bệnh nhân đều đạt Aldrete ≥ 9 điểm. Khi so sánh về tỉ lệ được Aldrete 10 điểm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở thời điểm nhập hồi tỉnh, nhóm desflurane có xu hướng đạt được 10 điểm nhiều hơn nhóm sevoflurane. 30 phút sau nhập hồi tỉnh, tất cả người bệnh đều đạt Aldrete 10 điểm.

Bảng 20. Tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê

Biến số	Nhóm D (N = 35)	Nhóm S (N = 35)	Giá trị p
Không kích thích	31 (88,6)	32 (91,4)	0,73
Kích thích	4 (11,4)	3 (8,6)	

Sau khi tỉnh mê, số lượng ca kích thích sau tỉnh mê giữa nhóm được duy trì mê bằng desflurane và nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê ở nhóm desflurane là 11,4 % và ở nhóm sevoflurane là 8,6%, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, người bệnh được duy trì mê bằng desflurane tỉnh mê sớm hơn so với người bệnh được duy trì mê bằng sevoflurane và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Duy trì

mê bằng desflurane rút ngắn được 41,2% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với một số nghiên cứu trước đây. Gangakhedkar (2019) tiến hành nghiên cứu trên 60 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm duy trì mê bằng desflurane và sevoflurane, kết quả ghi nhận thời gian mở mắt theo y lệnh ở nhóm desflurane là 6,7 ± 4,0 phút, ngắn hơn ở nhóm sevoflurane là 10,1 ± 5,2 phút (p= 0,008) [5].

Đối với nhóm được duy trì mê bằng desflurane, thời gian tỉnh mê sớm nhất sau ngưng cung cấp thuốc mê hô hấp là 3 phút.

Trong khi đó, thời gian tỉnh mê sớm nhất ở nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane là 6 phút. Sau 6 phút, nhóm được duy trì mê bằng desflurane có 50% trường hợp tỉnh mê. Trong khi đó, ở nhóm sevoflurane, 50% trường hợp tỉnh mê sau 10 phút. Năm 2019, Lương Toàn Hoàng Long thực hiện nghiên cứu trên 60 trường hợp tán sỏi niệu quản nội soi được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm desflurane và sevoflurane với 30 trường hợp mỗi nhóm [1]. Thời gian tỉnh mê trung bình ở nhóm desflurane là $423,7 \pm 59,9$ giây và ở nhóm sevoflurane là $811,8 \pm 139,5$ giây ($p < 0,001$). Các trường hợp được duy trì mê bằng desflurane tỉnh mê sớm hơn so với các trường hợp được duy trì mê bằng sevoflurane và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Duy trì mê bằng desflurane đã rút ngắn được 47,8% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane. Đối với nhóm được duy trì mê bằng desflurane, thời gian sớm nhất để các trường hợp tỉnh mê sau khi ngưng cung cấp thuốc mê hô hấp là 230 giây. Trong khi đó, thời gian này ở nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane là 450 giây. Sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau 422 giây, nhóm được duy trì mê bằng desflurane có 50% trường hợp tỉnh mê. Trong khi đó, ở nhóm sevoflurane, 50% trường hợp tỉnh mê sau 800 giây.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian thực hiện được y lệnh và thời gian định hướng được bản thân, không gian, thời gian ở nhóm duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm sevoflurane. Theo nghiên cứu của De Oliveira (2013) thực hiện trên 80 người bệnh được phẫu thuật phụ khoa cho thấy thời gian thực hiện được y lệnh là 410 giây ở nhóm desflurane và 660 giây đối với nhóm sevoflurane [3]. Nghiên cứu của Nathanson

(1995) cho thấy, thời gian để người bệnh nhận biết tên và ngày sinh lần lượt là $11,2 \pm 5,1$, $11,2 \pm 5,1$ phút ở nhóm desflurane và $9,2 \pm 5,1$ phút, $9,3 \pm 5,1$ phút ở nhóm sevoflurane[6].

Điểm Aldrete ≥ 9 điểm là một trong những tiêu chuẩn để người bệnh được rời khỏi phòng hồi tỉnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, thời gian đạt điểm Aldrete ≥ 9 ở nhóm desflurane là $12,7 \pm 2,8$ phút và $17,5 \pm 5,2$ phút ở nhóm sevoflurane. Theo nghiên cứu của tác giả Gangakhedkar (2019), thời gian đạt Aldrete lớn hơn 8 là $11,1 \pm 4,6$ phút đối với nhóm desflurane và $17,8 \pm 7,0$ phút đối với nhóm sevoflurane. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi[5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Werner (2015) thực hiện trên 66 trường hợp phẫu thuật nội soi bằng quang cho thấy không có sự khác biệt về thời gian đạt điểm Aldrete ≥ 9 giữa nhóm desflurane và nhóm sevoflurane[8]. Như vậy, có thể cần nhiều nghiên cứu hơn về thời gian đạt đủ điểm Aldrete để góp phần so sánh khả năng hồi phục sau tỉnh mê của desflurane so với sevoflurane. Gây mê bằng desflurane có thời gian tỉnh mê nhanh hơn do hệ số hòa tan thấp hơn so với sevoflurane. Gây mê bằng sevoflurane có thời gian tỉnh mê muộn hơn, ngoài lý do trên còn có thể do các yếu tố khác như ảnh hưởng của sản phẩm chuyển hóa của nó.

Tất cả trường hợp đều đạt điểm Aldrete ≥ 9 điểm sau khi nhập hồi tỉnh. Sau 30 phút, tất cả người bệnh đều đạt Aldrete 10 điểm. Như vậy, tất cả người bệnh đều đạt tiêu chuẩn rời khỏi phòng hồi tỉnh sau khi nhập hồi tỉnh dựa trên điểm Aldrete. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, Vallejo (2007) cũng thực hiện nghiên cứu trên 70 trường hợp béo phì phẫu thuật nội soi thu nhỏ dạ dày và ghi nhận

không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh điểm Aldrete tại các thời điểm nhập hồi tỉnh, sau nhập hồi tỉnh 15, 30, 45 phút và thời điểm rời khỏi hồi tỉnh[7].

Số lượng ca kích thích sau tỉnh mê ở nhóm được duy trì mê bằng desflurane là 4 ca (11,4%) và 3 ca ở nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane (8,6%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,73$. Người bệnh kích thích ở cả hai nhóm đều có điểm Aono là 3 điểm (kích thích dù đã trấn an bằng lời nói). Không ghi nhận trường hợp nào ở cả hai nhóm có điểm Aono là 4 điểm (kích động, kích thích, mất định hướng và cần biện pháp kiềm giữ vật lý). Tỷ lệ kích thích sau tỉnh mê trong nghiên cứu của Lương Toàn Hoàng Long giữa 2 nhóm là 3,3% và 13,3% lần lượt ở 2 nhóm desflurane và sevoflurane, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Thời gian tỉnh mê ở nhóm desflurane ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sevoflurane. Việc duy trì mê bằng desflurane đã rút ngắn được 41,2% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane. Thời gian thực hiện được y lệnh và thời gian định hướng được, thời gian đạt tiêu chuẩn rời khỏi phòng hồi tỉnh khi duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn so với sevoflurane. Tỷ lệ kích thích sau tỉnh mê không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm desflurane và nhóm sevoflurane.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Toàn Hoàng Long, "So sánh chất lượng tỉnh mê của desfluran và sevofluran trong tán sỏi niệu quản", Đại học y dược TP. Hồ Chí Minh (2020).
2. Coloma Margarita, Zhou Tianjun, White Paul F., Markowitz Scott D., Forestner John E., "Fast-Tracking After Outpatient Laparoscopy: Reasons for Failure After Propofol, Sevoflurane, and Desflurane Anesthesia". *Anesthesia & Analgesia*, 93 (1), (2001) pp. 112-115.
3. De Oliveira G. S., Jr., Fitzgerald P. C., Ahmad S., Marcus R. J., McCarthy R. J., "Desflurane/fentanyl compared with sevoflurane/fentanyl on awakening and quality of recovery in outpatient surgery using a laryngeal mask airway: a randomized, double-blinded controlled trial". *J Clin Anesth*, 25 (8), (2013) pp. 651-8.
4. Fanelli G., Berti M., Casati A., "Fast-track anaesthesia for laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, multicentre, blind comparison of desflurane-remifentanyl or sevoflurane-remifentanyl". *Eur J Anaesthesiol*, 23 (10), (2006) pp. 861-8.
5. Gangakhedkar G. R., Monteiro J. N., "A prospective randomized double-blind study to compare the early recovery profiles of desflurane and sevoflurane in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy". *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 35 (1), (2019) pp. 53-57.
6. Nathanson M. H., Fredman B., Smith I., White P. F., "Sevoflurane versus desflurane for outpatient anesthesia: a comparison of maintenance and recovery profiles". *Anesth Analg*, 81 (6), (1995) pp. 1186-90.
7. Vallejo M. C., Sah N., Phelps A. L., O'Donnell J., Romeo R. C., "Desflurane versus sevoflurane for laparoscopic gastropasty in morbidly obese patients". *J Clin Anesth*, 19 (1), (2007) pp. 3-8.
8. Werner Joseph G., Castellon-Larios Karina, Thongrong Cattleya, Knudsen Bodo E., Lowery Deborah S., et al., "Desflurane Allows for a Faster Emergence When Compared to Sevoflurane without Affecting the Baseline Cognitive Recovery Time". *Frontiers in medicine*, 2, (2015) pp. 75-75.

HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG RUỘT CỦA LIDOCAIN TRUYỀN TĨNH MẠCH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG

Văn Phước Toàn¹, Trần Đỗ Anh Vũ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc quản lý đau và phục hồi chức năng ruột sau phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng vẫn chưa đạt yêu cầu trong một số trường hợp trên lâm sàng. Opioids được sử dụng để giảm đau có liên quan đến việc làm chậm thời gian phục hồi chức năng ruột. Không phải tất cả trường hợp đều thích hợp và được hưởng lợi từ gây tê ngoài màng cứng. Lidocain, đã được báo cáo trong một số nghiên cứu về chiến lược quản lý đa mô thức nhằm mục đích giảm đau và tăng cường phục hồi chức năng ruột sớm.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của lidocain truyền tĩnh mạch trong việc phục hồi chức năng ruột sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đơn, được thực hiện trên 74 người bệnh phẫu thuật chương trình nội soi cắt đại trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020. Người bệnh được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm lidocain và nhóm chứng. Nhóm lidocain: liều tải 1,5 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm 10 phút trước khởi mê, duy trì trong mổ 2 mg/kg/giờ và tiếp tục duy trì tại phòng hồi tỉnh với liều 1 mg/kg/giờ đến 24 giờ sau mổ. Giảm

đau sau mổ của cả 2 nhóm gồm: morphin do người bệnh tự kiểm soát, paracetamol, nefopam. Mục tiêu chính là so sánh thời gian phục hồi chức năng ruột sau mổ. Mục tiêu phụ là so sánh tổng liều morphin 24 giờ đầu sau mổ.

Kết quả: Thời gian trung tiện lần đầu ở nhóm lidocain $25,9 \pm 6,0$ giờ so với nhóm chứng $33,7 \pm 6,0$ giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Thời gian đại tiện lần đầu ở nhóm lidocain là $39,2 \pm 9,1$ giờ so với nhóm chứng $52,3 \pm 8,9$ giờ, sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Lượng morphin 24 giờ sau mổ ở nhóm lidocain 24 (16 – 31) mg so với nhóm chứng 36 (23- 48) mg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Lidocain làm giảm 33% lượng morphin 24 giờ sau mổ.

Kết luận: Lidocain truyền tĩnh mạch phối hợp trong chiến lược quản lý đa mô thức có tác dụng rút ngắn thời gian phục hồi chức năng ruột, giảm đau tốt, giảm lượng morphin tiêu thụ sau mổ.

Từ khoá: lidocain truyền tĩnh mạch, giảm đau lidocain, phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng.

SUMMARY

EFFECTIVE RECOVERY BOWEL FUNCTION OF LIDOCAIN INFUSION AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

Background: Pain management and intestinal rehabilitation after laparoscopic colorectal surgery remain unsatisfactory in some clinical cases. Opioids used for pain relief have

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Văn Phước Toàn

SĐT: 0902993591

Email: dr.toanvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 16/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

been associated with delayed bowel function recovery time. Not all cases are suitable for and benefit from an epidural. Lidocain, has been reported in several studies on a multimodality management strategy aimed at reducing pain and promoting early intestinal rehabilitation.

Objectives: To evaluate the effectiveness of intravenous lidocain in early restoration of bowel function after laparoscopic colorectal surgery.

Material and Method: This prospective, randomized, single-blind, controlled trial. Seventy four patients who underwent laparoscopic colorectal surgery by general anesthesia at Binh Dan Hospital from December 2019 to May 2020, were randomly assigned to group lidocain or group control. Group lidocain received administered a 1.5 mg/kg bolus slowly for 10 minutes before induction of anesthesia, maintenance in surgery 2 mg/kg/hour and then continue to maintain in PACU 1mg/kg/hour up to 24 hours after surgery. Postoperative pain relief includes paracetamol, nefopam, patient-controlled morphin. Primary outcome was the time of bowel function recovery. Secondary outcome was morphin consumption 24 hours postoperatively.

Results: Time to first flatus passage (lidocain group 25.9 ± 6.0 hours versus control group 33.7 ± 6.0 hours, $p < 0.0001$). The time of first defecation (lidocain group 39.2 ± 9.1 hours versus control group 52.3 ± 8.9 hours, $p < 0.0001$). Lidocain reduces 33% of the morphin 24 hours after surgery patient-controlled analgesia morphin consumption 24 hours postoperatively was significantly reduced in the lidocain group with the control group: 24(16 – 31) mg versus 36(23- 48)mg, respectively, $p = 0.004$.

Conclusions: Intravenous lidocain delivered in a multimodality management strategy has the effect of shortening the recovery time of bowel function, providing good pain relief, and reducing the amount of morphin consumed after surgery.

Keywords: Intravenous lidocain, analgesia of lidocain, laparoscopic colorectal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay opioids vẫn là lựa chọn chính cho giảm đau sau phẫu thuật. Tuy nhiên, việc sử dụng opioids có thể liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật như: suy hô hấp, an thần, buồn nôn và nôn (PONV), liệt ruột và bí tiểu, tăng đau[7]. Do đó, những nghiên cứu gần đây liên tục tìm kiếm các mô thức hỗ trợ để giảm liều opioids và các tác dụng phụ liên quan của chúng nhằm cải thiện khả năng phục hồi của bệnh nhân. Lidocain là một loại thuốc gây tê có đặc tính giảm đau, chống tăng đau và kháng viêm[2],[4]. Những đặc tính này của lidocain bởi nhiều cơ chế, bao gồm cả phong bế kênh natri, ức chế các thụ thể kết hợp với protein G và các thụ thể NMDA[2]. Một số nghiên cứu đã được công bố để đánh giá tác dụng giảm đau của truyền tĩnh mạch quanh phẫu thuật của lidocain. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả của lidocain truyền tĩnh mạch về khả năng phục hồi chức năng ruột và tác dụng giảm đau sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đơn (mù với đối tượng tham gia nghiên cứu).

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh có chỉ định cắt đại trực tràng nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 12-2019 đến tháng 5-2020.

Tiêu chí nhận vào: Người bệnh có chỉ định phẫu thuật chương trình cắt đại trực tràng nội soi. Tình trạng sức khỏe ASA I – ASA III, tuổi đủ 18 – 75, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Cân nặng dưới 45 kg hay trên 100 kg, bệnh nghiêm trọng đường hô hấp, bệnh lý gan (AST, ALT hay bilirubin máu > 2,5 lần giới hạn trên bình thường), suy thận với GFR < 60 ml/phút, nhồi máu cơ tim ≤ 6 tháng, chức năng tâm thu thất trái (EF) < 40%, đối tượng có rối loạn nhịp đã được chẩn đoán hoặc đang điều trị, tiền căn đau mãn tính, tiền căn sử dụng hoặc đang sử dụng chất ma túy, đối tượng bệnh tâm thần, dị ứng với thuốc tê và các thuốc sử dụng trong nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Biến số chính: Thời gian phục hồi chức năng ruột: thời gian trung tiện lần đầu, thời gian đại tiện lần đầu.

Biến số phụ: Tổng liều morphin trung bình trong 24 giờ đầu sau mổ.

Biến số kiểm soát: Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI, phân loại ASA, loại phẫu thuật, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật.

Biến số nền: Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể BMI.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Để ước tính cỡ mẫu, chúng tôi sử dụng công thức kiểm định hai số trung bình của dân số:

$$n \geq \frac{2\sigma_p^2 [Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

σ_p^2 : phương sai gộp.

n: cỡ mẫu nghiên cứu cho mỗi nhóm.

Z: trị số từ phân phối chuẩn.

α : xác suất sai lầm loại I.

β : xác suất sai lầm loại II.

μ_1, μ_2 : trị số trung bình của hai nhóm.

Theo nghiên cứu của tác giả Kaba (2007) [3], thời gian đại tiện lần đầu và khoảng tứ phân vị của nhóm chứng là 51[41; 70]. Nếu cho rằng trung vị tương đương trung bình và độ lệch chuẩn được tính $\sigma_p = \frac{3}{4} (70 - 41) = 21,75$. Với giả thiết rằng lidocain truyền tĩnh mạch rút ngắn 30% thời gian đại tiện lần đầu sau mổ. Thay vào công thức trên, ta tính ra cỡ mẫu mỗi nhóm là $n \geq 33$. Chúng tôi lấy 37 đối tượng cho mỗi nhóm.

Tiến hành nghiên cứu

Nhóm A: nhóm lidocain, nhóm B: nhóm chứng, được chia ngẫu nhiên theo từng block. Chúng tôi chọn tổ hợp 4 và có 6 cách chia tổ hợp 4 với 2 phần tử: 1. AABB, 2. ABAB, 3. ABBA, 4. BAAB, 5. BABA, 6. BBAA. Từ bảng số ngẫu nhiên chúng tôi chọn ra 19 số có 4 chữ số với chữ số hàng đơn vị ứng với số thứ tự của tổ hợp: 5136, 5121, 7651, 4456, 0295, 1652, 0365, 3203, 4474, 9016, 3991, 5722, 4223, 3334, 5451, 7542, 4321, 4535, 3194.

Những đối tượng trong nhóm lidocain: Falipan 2% pha thành 1% với natriclorid 0,9% do nghiên cứu viên hoặc Bác sĩ hoặc Điều dưỡng gây mê phụ trách ca bệnh trực tiếp pha thuốc. Truyền lidocain, liều tải 1,5 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm trong 10 phút

trước khởi mê, liều duy trì qua bơm tiêm điện 2 mg/kg/giờ đến cuối cuộc mổ (đóng xong da bụng) sau đó tiếp tục duy trì tại phòng hồi tỉnh với liều 1 mg/kg/giờ truyền đến tối đa 24 giờ sau mổ.

Tất cả các đối tượng nghiên cứu của 2 nhóm đều được gây mê toàn diện qua ống nội khí quản. Khởi mê với fentanyl 2 mcg/kg, propofol 2 mg/kg và rocuronium 0,6 mg/kg. Cài đặt thở máy chế độ kiểm soát thể tích (VT: 6 – 8 ml/kg, tần số thở: 12 – 14 lần/phút, I/E: 1/2).

Trong mổ, người bệnh được duy trì mê bằng sevofluran, tiêm lặp lại fentanyl liều 1 mcg/kg khi nhịp tim và/hoặc huyết áp tâm thu tăng trên 20% so với chỉ số nền. Trước khi kết thúc cuộc mổ 30 phút, người bệnh được cho paracetamol, nefopam, ondansetron tiêm tĩnh mạch chậm.

Sau mổ tất cả các đối tượng nghiên cứu của 2 nhóm đều chung phác đồ giảm đau:

Paracetamol 1 g truyền tĩnh mạch, 3 liều mỗi 8 giờ, bắt đầu 8 giờ sau liều đầu tiên trong phòng mổ.

Nefopam 20 mg: truyền tĩnh mạch, 3 liều mỗi 8 giờ, bắt đầu 8 giờ sau liều đầu tiên trong phòng mổ. Đối với người bệnh trên 60 tuổi giảm nửa liều nefopam 10 mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ.

Giảm đau do người bệnh kiểm soát (PCA) bằng morphin tĩnh mạch sau khi

người bệnh được rút nội khí quản, tỉnh, hồi phục ý thức với liều bolus 1 mg, thời gian khoá 10 phút, tối đa 30 mg trong 4 giờ.

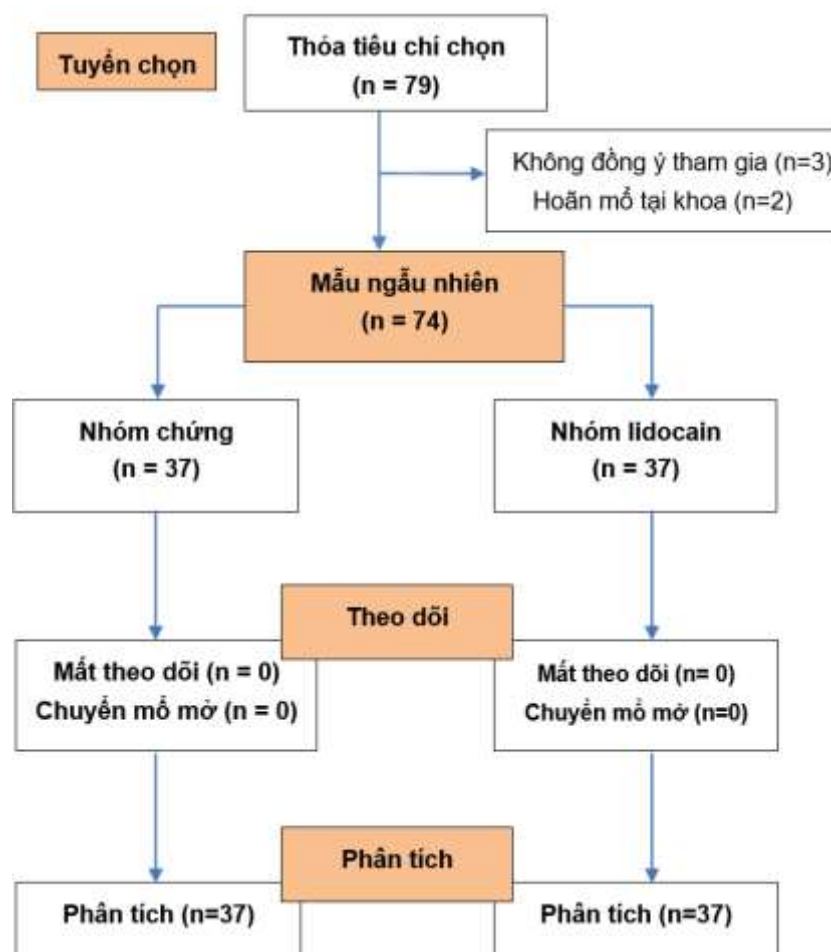
Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê RStudio1.2.1335. Các biến số định lượng được trình bày bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC) đối với phân phối chuẩn hoặc số trung vị với phân phối chuẩn hoặc số trung vị với khoảng tứ phân vị đối với biến không theo phân phối chuẩn. So sánh trung bình tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, các đặc điểm về hiệu quả giảm đau của hai nhóm như trung bình morphin 24 giờ sau mổ, thời gian trung tiện lần đầu, thời gian đại tiện lần đầu bằng phép kiểm student (t-test) hoặc phép kiểm phi tham số Mann – Whitney nếu biến số không theo không theo phân phối chuẩn. Các biến số định tính được biểu thị bằng tỉ lệ phần trăm (%). Tất cả các biến số khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 318/ĐHYD-HĐĐĐ và được chấp thuận lấy mẫu tại Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh.

Lưu đồ nghiên cứu



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 5/2020, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu trên 74 trường hợp phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi dưới gây mê toàn diện tại khoa Gây Mê Hồi Súc Bệnh viện Bình Dân, không có trường hợp nào bị loại khỏi nghiên cứu. Sau đây là kết quả chúng tôi ghi nhận được.

Bảng 1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Nhóm chứng (n = 37)	Nhóm lidocain (n = 37)	Giá trị P
Tuổi*		58,9 ± 11,5	61,9 ± 10,1	0,16
Giới	Nam†	23 (62)	22 (59,5)	
	Nữ†	14 (38)	15 (40,5)	
Chiều cao (cm) *		159,9 ± 8,9	159,2 ± 7,0	0,71
Cân nặng (kg) *		59,6 ± 9,4	56,2 ± 9,3	0,13
BMI (kg/m ²) *		23,2 ± 2,7	22,2 ± 3,6	0,21
ASA (I/II/III)†		0/12/25 (0,32,68)	0/15/22 (0,41,59)	0,69

*Trung bình ± độ lệch chuẩn

†Số đối tượng (%)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, BMI, ASA, giữa nhóm lidocain và nhóm chứng.

Bảng 2. Đặc điểm về loại phẫu thuật, thời gian gây mê và phẫu thuật

Biến số		Nhóm chứng (n=37)	Nhóm lidocain (n=37)	Giá trị P
Loại phẫu thuật	Cắt đại tràng †	34 (92)	33 (89)	
	Cắt trực tràng†	3 (8)	4 (11)	
Thời gian gây mê (phút)*		240,4 ± 66,9	255 ± 83,9	0,29
Thời gian phẫu thuật (phút)*		196,9 ± 66,7	226,2 ± 83,6	0,10

*Trung bình ± độ lệch chuẩn; †Số đối tượng (%)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về loại phẫu thuật, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật giữa nhóm lidocaine và nhóm chứng.

Bảng 3. Thời gian phục hồi chức năng ruột

Biến số	Nhóm chứng (n=37)	Nhóm lidocain (n=37)	Giá trị P
Thời gian trung tiện lần đầu (giờ)*	33,7 ± 6,0	25,9 ± 6,0	< 0,0001
Thời gian đại tiện lần đầu (giờ)*	52,3 ± 8,9	39,2 ± 9,1	< 0,0001

*Trung bình ± độ lệch chuẩn

Thời gian trung tiện lần đầu ở nhóm lidocain là 25,9 ± 6,0 so với nhóm chứng là 33,7 ± 6,0. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Nhóm lidocain giúp rút ngắn 23,1% thời gian trung tiện lần đầu so với nhóm chứng.

Tương tự, nhóm lidocain giúp rút ngắn 25% thời gian đại tiện lần đầu so với nhóm chứng.

Bảng 4. Tổng liều morphin 24 giờ đầu sau mổ

Biến số	Nhóm chứng (n = 37)	Nhóm lidocain (n = 37)	Giá trị P
Tổng liều morphin 24 giờ đầu sau mổ (mg)*	36 (23- 48)	24 (16 – 31)	0,004

*Trung bình ± độ lệch chuẩn

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tổng liều morphin 24 giờ đầu sau mổ giữa nhóm lidocain và nhóm chứng. Cụ thể nhóm lidocain giảm 33% nhu cầu morphin 24 giờ sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là 60 tuổi, gần tương đồng với độ tuổi trong nghiên cứu của các tác giả khác: Kaba, Tikuisis, Wongyingsinn và EunJin Ahn. Cân nặng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 58 kg, chiều cao trung bình là 160 cm. Các nghiên cứu của tác giả nước ngoài có chiều cao trên 170 cm, cân nặng trên 70 kg. Trung bình thời gian gây mê trong nghiên cứu của chúng tôi là 248 phút tương đương với tác giả EunJin Ahn 210 phút, dài hơn 2 tác giả

Kaba 170 phút và Tikuisis 115 phút. Trung bình thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 211 phút tương đương tác giả Wongyingsinn là 217 phút, dài hơn tác giả Tikuisis là 112 phút. So với một số nghiên cứu của các tác giả trong nước thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với một số tác giả: Võ Tấn Long (217 phút), Huỳnh Vĩnh Phúc (201,5 phút). Thời gian gây mê và thời gian phẫu thuật có ảnh hưởng đến mức độ đau và lượng thuốc giảm đau sử dụng sau phẫu thuật. Gagliese và Dahmani tìm ra thời gian phẫu

thuật càng dài, lượng thuốc giảm đau sử dụng sau mổ càng nhiều.

Để đánh giá khả năng phục hồi chức năng ruột, trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng 2 biến số là thời gian trung tiện lần đầu và thời gian đại tiện lần đầu. Thời gian trung tiện lần đầu (giờ) ở nhóm lidocain là $25,9 \pm 6,0$ so với nhóm chứng là $33,7 \pm 6,0$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Thời gian đại tiện lần đầu (giờ) ở nhóm lidocain là $39,2 \pm 9,1$ so với nhóm chứng là $52,3 \pm 8,9$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật (prolonged postoperative ileus: PPOI) đại trực tràng thường không tránh khỏi, làm tăng gánh nặng điều trị bao gồm các biến chứng và tử vong cũng như tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Tỷ lệ mắc PPOI sau phẫu thuật đại trực tràng dao động từ 2-54%, trung bình là 10,3%. PPOI sau phẫu thuật đại trực tràng vẫn còn là vấn đề chưa giải quyết được[5]. Theo lý thuyết không phải bất cứ đoạn nào của ống tiêu hóa cũng phục hồi nhu động giống nhau. Nhu động của ruột non phục hồi sớm nhất là 24 giờ, nhu động của dạ dày là 24 – 48 giờ và cuối cùng là đại tràng 48 – 72 giờ. Chậm phục hồi chức năng ruột được định nghĩa khi thời gian phục hồi chức năng ruột kéo dài hơn 3 ngày sau mổ.

Sử dụng lidocain đường toàn thân có tác dụng phục hồi chức năng ruột sớm sau mổ. Điều này có thể được lý giải bởi nhiều yếu tố[1]. Thứ nhất, lidocain có tác dụng chống tăng đau và giảm nhu cầu opioid sau mổ vì thế mang lại hiệu quả giảm đau, đồng thời giảm tác dụng gây liệt ruột liên quan đến opioids[4]. Thứ hai lidocain có tác dụng trực tiếp kích thích cơ trơn ống tiêu hóa, thứ ba lidocain có tác dụng ngăn chặn các phản xạ thần kinh gây ức chế nhu động ruột và cuối

cùng là tác dụng giảm phản ứng viêm do phẫu thuật qua cơ chế giảm hoạt động của histamin, prostaglandin và kinin. Thời gian phục hồi nhu động ruột trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Elhafz, sớm hơn nghiên cứu của tác giả Tikuisis và kéo dài hơn so với tác giả Kaba. So với những phẫu thuật bụng lớn khác tác giả Koppert, cho thấy các tác động của lidocain toàn thân đối với việc giảm đáng kể tiêu thụ morphin, nhưng điểm đau khi nghỉ và thời gian phục hồi chức năng ruột lại không có sự khác biệt so với nhóm chứng. Điều này có thể giải thích do thời gian duy trì lidocain trong nghiên cứu của tác giả khá ngắn, chỉ đến 60 phút sau đóng da. Trong một nghiên cứu so sánh tác dụng của gây tê ngoài màng cứng và lidocain truyền tĩnh mạch của tác giả Swenson và cộng sự[6]. Tác giả cho thấy rằng cả hai kỹ thuật đều có tác dụng giảm đau và rút ngắn thời gian phục hồi chức năng ruột. Họ đề nghị rằng lidocain toàn thân như là một phương pháp thay thế trong mô hình giảm đau đa mô thức, đặc biệt trên những đối tượng như người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông, những khó khăn về kỹ thuật tiếp cận trực thần kinh, người bệnh từ chối gây tê trực thần kinh. Thời gian trung tiện lần đầu trong nghiên cứu của tác giả ở nhóm gây tê ngoài màng cứng và nhóm lidocain lần lượt là 1,6 so với 2,7 ngày. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,17$). Kết quả này một lần nữa cho chúng ta thấy tác dụng phục hồi chức năng ruột của lidocain đường toàn thân và tác dụng này tương đương với gây tê ngoài màng cứng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lidocain truyền tĩnh mạch có hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật. Lidocain truyền tĩnh mạch làm giảm tổng liều morphin sử dụng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật so với nhóm

chứng. Cụ thể, nhóm lidocain sử dụng trung bình 24(16 – 31)mg, giảm được 33% lượng morphin trong 24 giờ đầu sau mổ so với nhóm chứng 36(23 - 48)mg. Một nghiên cứu của tác giả Wongyingsinn (2011) trên phẫu thuật cắt đại tràng nội soi[8]. Trong nghiên cứu của tác giả, nhóm truyền lidocain với liều 1,5 mg/kg sau đó duy trì trong mổ 2 mg/kg/giờ và duy trì sau mổ 1 mg/kg/giờ đến 48 giờ sau mổ. Kết quả tổng lượng morphin trung bình 24 giờ sau mổ trong nghiên cứu của tác giả là 25,5 mg tương đương với tổng liều morphin trung bình 24 giờ sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi (24 mg). Điều này có thể giải thích sau 24 giờ truyền liên tục, tác dụng của lidocain giảm và ảnh hưởng này có lẽ là do tương tác cạnh tranh giữa lidocain và các chất chuyển hóa của nó mà cả hai đều được chuyển hóa bởi cùng một hệ thống enzym gan.

Cũng như nhiều nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi chưa thể định lượng được nồng độ lidocain trong máu. Về biến số phục hồi chức năng ruột còn mang tính chủ quan của đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Lidocain truyền tĩnh mạch có tác dụng phục hồi chức năng ruột sớm và giảm nhu cầu morphin sau phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grady P, Clark N, Lenahan J, Oudekerk C, Hawkins R, Nezat G, Pellegrini JE.** Effect of intraoperative intravenous lidocaine on postoperative pain and return of bowel function after laparoscopic abdominal gynecologic procedures. *AANA J.* 2012 Aug;80(4):282-8. PMID: 23251997.
2. **Hollmann MW, Durieux ME.** Local anesthetics and the inflammatory response: a new therapeutic indication? *Anesthesiology* 2000 Sep; 93 (3): 858-75
3. **Kaba A, Laurent SR, Detroz BJ, Sessler DI, Durieux ME, Lamy ML, Joris JL.** Intravenous lidocaine infusion facilitates acute rehabilitation after laparoscopic colectomy. *Anesthesiology.* 2007 Jan;106(1):11-8; discussion 5-6. doi: 10.1097/00000542-200701000-00007. PMID: 17197840.
4. **Koppert W, Ostermeier N, Sittl R, et al.** Low-dose lidocaine reduces secondary hyperalgesia by a central mode of action. *Pain* 2000 Mar; 85 (1-2): 217-24
5. **Lluis N., Biondo S., and Surgery E.** Prolonged postoperative ileus after colorectal surgery: still an unresolved problem. *Ann Laparosc Endosc Surg.* 2018; 3(3):15.
6. **Swenson BR, Gottschalk A, Wells LT, Rowlingson JC, Thompson PW, Barclay M, Sawyer RG, Friel CM, Foley E, Durieux ME.** Intravenous lidocaine is as effective as epidural bupivacaine in reducing ileus duration, hospital stay, and pain after open colon resection: a randomized clinical trial. *Reg Anesth Pain Med.* 2010 Jul-Aug;35(4):370-6. doi: 10.1097/AAP.0b013e3181e8d5da. PMID: 20588151.
7. **White PF.** The role of non-opioid analgesic techniques in the management of pain after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2002 Mar; 94 (3): 577-85.
8. **Wongyingsinn M, Baldini G, Charlebois P, Liberman S, Stein B, Carli F.** Intravenous lidocaine versus thoracic epidural analgesia: a randomized controlled trial in patients undergoing laparoscopic colorectal surgery using an enhanced recovery program. *Reg Anesth Pain Med.* 2011 May-Jun;36(3):241-8. doi: 10.1097/AAP.0b013e31820d4362. PMID: 21519309.

HIỆU QUẢ GIẢI GIÃN CƠ SÂU ROCURONIUM BẰNG SUGAMMADEX LIỀU 2 MG/KG PHỐI HỢP NEOSTIGMINE/ATROPINE TRÊN PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT

Trần Văn Ý¹, Phạm Văn Đông², Trần Đỗ Anh Vũ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tồn dư giãn cơ sau giãn cơ sâu cho phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot tăng biến chứng hô hấp hậu phẫu. Sugammadex nửa liều phối hợp với neostigmin/atropin có thể giải giãn cơ sâu rocuronium hiệu quả. Nghiên cứu này so sánh thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ ở nhóm sugammadex nửa liều so với sugammadex đủ liều.

Mục tiêu: So sánh thời gian đạt phục hồi giãn cơ hoàn toàn (TOFR $\geq 0,9$), so sánh tỉ lệ người bệnh có TOFR $< 0,9$ sau 10 phút, tồn dư giãn cơ, tỉ lệ nôn – buồn nôn, co thắt phế quản, tần số tim và HATB sau khi giải giãn cơ sâu giữa nhóm sugammadex 4 mg/kg và nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, mù đơn trên 64 người bệnh có sử dụng giãn cơ sâu trên phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot chia đều 2 nhóm từ 11/2020 – 05/2021.

Kết quả: Thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ ở nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin khác biệt không có ý nghĩa

thống kê so với nhóm sugammadex 4 mg/kg, $p = 0,493$. Tỉ lệ TOFR $< 0,9$ sau 10 phút là 12,5%, không có trường hợp nôn – buồn nôn, tồn dư giãn cơ, co thắt phế quản xảy ra ở nhóm sugammadex 2 mg/kg và không khác biệt so với nhóm còn lại. Tần số tim và HATB ở nhóm sugammadex nửa liều có thay đổi sau giải giãn cơ, tuy nhiên khác biệt không ý nghĩa thống kê so với trước giải giãn cơ và so với nhóm còn lại.

Kết luận: Sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmine/atropine có thể giải giãn cơ sâu rocuronium giảm liều sugammadex nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả giải giãn cơ.

Từ khóa: chức năng thần kinh cơ, giãn cơ sâu, tồn dư giãn cơ, giải giãn cơ sâu

SUMMARY

EFFECT OF REVERSAL OF ROCURONIUM-INDUCED DEEP NEUROMUSCULAR BLOCKADE BY SUGAMMADEX 2 MG/KG COMBINED WITH NEOSTIGMIN/ATROPIN UNDERGOING ROBOT-ASSISTED ENDOSCOPIC SURGERY

Background: Residual neuromuscular relaxants after using deep neuromuscular blockade for Robot-assisted endoscopic surgeries increases postoperative pulmonary complications. Using half-dose sugammadex combined with neostigmin/atropin may reverse rocuronium – induced deep neuromuscular blockade, which still guarantees efficacy of sugammadex in reversal of neuromuscular

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Ý

SĐT: 0989568751

Email: drwany1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

blockade drugs. This study compared time for gaining $\text{TOFR} \geq 0,9$ between half-dose sugammadex group and full-dose sugammadex group.

Objectives: The study compared the time gaining total neuromuscular function recovery ($\text{TOFR} \geq 0,9$), the rate of patients having $\text{TOFR} < 0,9$ after 10 minutes, residual neuromuscular blockade, the rate of patients having postoperative nausea -vomit, bronchospasm, heart rate, mean blood pressure after reversing rocuronium-induced deep neuromuscular blockade between a group of using sugammadex 4 mg/kg and a group of using sugammadex 2 mg/kg combined with neostigmin/atropin.

Patients và Methods: A randomized, single-blinded, clinical trial included 64 patients used deep neuromuscular relaxants undergoing robot-assisted endoscopic surgeries were separated equally into two groups from 11/2020 to 05/2021.

Results: The time gaining $\text{TOFR} \geq 0,9$ in sugammadex 2 mg/kg group was not statistically different from sugammadex 4 mg/kg group, $p=0,493$. The prevalence of $\text{TOFR} < 0,9$ after 10 minutes was 12,5% and there were no postoperative nausea-vomiting, residual neuromuscular blockade, bronchospasm cases occurring in sugammadex 2 mg/kg group and these were not statistically different from sugammadex 4 mg/kg. Heart rate and mean blood pressure in half-dose sugammadex group changed insignificantly before and after reversal time and not statistically different from full-dose group.

Conclusions: Sugammadex 2 mg/kg combined with neostigmin/atropin can reverse rocuronium-induced deep neuromuscular blockade, which saves sugammadex and still guarantees the efficacy of sugammadex in reversal of neuromuscular relaxants.

Keywords: neuromuscular function, deep neuromuscular blockade, residual neuromuscular blockade, and reversal of deep neuromuscular blockade.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật có thể đưa đến nhiều biến chứng về hô hấp và tăng tỉ lệ tử vong. Các thuốc kháng cholinesterase giúp tỉ lệ tồn dư giãn cơ còn 20-40% ở giai đoạn hậu phẫu [3]. Tuy nhiên các thuốc này cho thấy không hiệu quả để giải giãn cơ sâu rocuronium và giảm hiệu suất phòng mổ đáng kể [5].

Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot và giãn cơ sâu là một bước tiến mới của ngoại khoa và gây mê hồi sức, giúp giảm bớt những bất cập của phẫu thuật nội soi truyền thống. Từ năm 2008, sugammadex – một thuốc giải giãn cơ nhóm steroid– có mặt ở nhiều quốc gia, và gần đây đã đưa vào sử dụng trên lâm sàng. Đối với giãn cơ sâu, sugammadex 4 mg/kg được khuyến cáo [1]. Tuy nhiên, giá thành của sugammadex quá cao, là một hạn chế đáng kể khi đưa thuốc này vào sử dụng thường quy ở những bệnh viện trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đặc biệt là những trường hợp cần liều cao sugammadex. Việc kết hợp sugammadex 2 mg/kg và neostigmin như là một chiến lược giải giãn cơ sâu rocuronium tiết kiệm chi phí mà vẫn đảm bảo tính an toàn và hiệu quả khi so sánh với sugammadex đủ liều [2]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Hiệu quả giải giãn cơ sâu rocuronium bằng sugammadex liều 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin trên phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot” với mục đích so sánh thời gian đạt phục hồi giãn cơ hoàn toàn $\text{TOFR} \geq 0,9$ và một số yếu tố liên quan sau khi giải giãn cơ sâu rocuronium ở nhóm dùng

sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin và nhóm dùng sugammadex 4 mg/kg.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, mù đơn

Đối tượng nghiên cứu:

Dân số nghiên cứu: Tất cả người bệnh có chỉ định PTNS dưới gây mê toàn diện có sử dụng và duy trì giãn cơ sâu đến cuối cuộc phẫu thuật.

Dân số chọn mẫu: Tất cả người bệnh được lên chương trình PTNS có hỗ trợ Robot dưới gây mê toàn diện ở Bệnh viện Bình Dân từ tháng 10/2020 đến tháng 05/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: từ 18 tuổi trở lên, ASA I-III, được thực hiện phẫu thuật nội soi hỗ trợ Robot có sử dụng giãn cơ sâu đến cuối cuộc phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại mẫu: chống chỉ định với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu, có suy tim mất bù, xơ gan, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, rối loạn điện giải, sử dụng các thuốc aminoside, magie sulfate, BMI ≥ 30 kg/m², phụ nữ mang thai và cho con bú và không đồng ý tham gia nghiên cứu

Y đức: đề tài được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Bệnh viện Bình Dân theo Quyết định số 1689/QĐ - BVBD với mã số CS/BVBD/20/22 và sự cam kết của người bệnh

Tiến hành nghiên cứu:

Chuẩn bị người bệnh:

Khám tiền mê, đánh giá ASA và giải thích cho người bệnh và kí cam kết tham gia nghiên cứu.

Phân nhóm ngẫu nhiên theo từng block (Permuted Block Randomization) để sắp xếp người bệnh vào 2 nhóm: nhóm N (giải giãn cơ sâu bằng sugammadex 2 mg/kg phối hợp

neostigmin/atropin) và nhóm S (giải giãn cơ sâu bằng sugammadex 4 mg/kg). Dựa vào nghiên cứu Auoad và cộng sự, với giả thiết thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê và tránh mất mẫu nên cỡ mẫu mỗi nhóm là 32 người bệnh [2].

Chuẩn bị dụng cụ: các phương tiện gây mê hồi sức gồm thuốc và trang thiết bị trong đó có máy đo TOF-Watch.

Các bước thực hiện

Người bệnh được gắn các phương tiện theo dõi sinh hiệu và máy TOF-Watch (hãng Organon), được dẫn mê và duy trì mê bằng theo phác đồ của BV Bình Dân và tiến hành quy trình PTNS có hỗ trợ Robot. Rocuronium được dùng để duy trì giãn cơ sâu PTC = 1 – 2 đến cuối cuộc mổ và được ngưng sau khi phẫu thuật viên đã tháo cánh tay Robot và tiến hành đóng bụng. Dự phòng nôn – buồn nôn sau phẫu thuật bằng Ondasetron 4 mg tĩnh mạch chậm cho tất cả các trường hợp. Kết thúc phẫu thuật, tại TOFC = 0, PTC = 1-2, tiêm tĩnh mạch sugammadex 2 mg/kg và 4 mg/kg cho nhóm N và S; và lúc TOFC = 1, tiêm tĩnh mạch atropin 0,015 mg/kg và neostigmin 0,05 mg/kg cho nhóm N. Theo dõi TOF theo chu kì lặp lại của máy cho đến khi TOFR $\geq 0,9$, ghi nhận thời điểm TOFR đạt 0,9 ở mỗi nhóm.

Người bệnh vẫn được gắn máy mê và theo dõi các dấu hiệu lâm sàng, sevoflurane vẫn tiếp tục duy trì với 0,6 – 0,8 MAC cho đến khi đạt TOFR $\geq 0,9$ thì tắt thuốc mê. Rút NKQ khi đủ tiêu chí và chuyển người bệnh qua đơn vị hậu phẫu khi hô hấp và huyết động ổn định. Ghi nhận các biến số nghiên cứu. Tiếp tục mắc các thiết bị theo dõi sinh hiệu và TOF -Watch cho người bệnh ở cả 2 nhóm. Theo dõi TOF ở phút thứ 15, 30, 60

và 120 tại hậu phẫu hoặc ngay khi có dấu hiệu suy hô hấp và giảm cường độ TOF-Watch ở mức 30 mA khi bệnh tỉnh.

Xử lý và phân tích số liệu: các biến số được phân tích bằng phần mềm R studio 1.2.5.001 và được kiểm phân phối chuẩn bằng Shapiro Wilk.

Thông kê mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị, tứ phân vị. Thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ được so sánh tích lũy

bằng kiểm định Log-rank giữa 2 nhóm và được kiểm soát nhiễu bằng phân tích hồi quy đa biến. So sánh các tỉ lệ TOFR $< 0,9$ sau 10 phút, tồn dư giãn cơ, nôn – buồn nôn, co thắt phế quản bằng χ^2 hoặc Fisher chính xác. So sánh sự biến thiên tần số tim và HATB sau khi GGC sử dụng t bắt cặp hoặc Wilcoxon bắt cặp, so sánh giữa 2 nhóm sử dụng ANOVA 2 chiều. Tất cả các biến số khác biệt khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung giữa hai nhóm

Đặc điểm		Nhóm nghiên cứu N (n = 32)	Nhóm chứng S (n = 32)	Trị số p
Tuổi		63,4 $\pm$ 10,1	63,2 $\pm$ 9,7	0,950
Giới	Nam	30 (93,8)	25 (78,1)	0,148
	Nữ	2 (6,2)	7 (21,9)	
Chiều cao (cm)		168,0 $\pm$ 3,9	168,0 $\pm$ 5,9	0,941
Cân nặng (kg)		61,4 $\pm$ 5,6	61,1 $\pm$ 4,9	0,850
BMI (kg/m ²)		21,7 $\pm$ 1,7	21,6 $\pm$ 1,3	0,723

Nhận xét: Đặc điểm chung giữa nhóm dùng sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin tương đương với nhóm sugammadex 4 mg/kg.

Bảng 2: Đặc điểm gây mê – phẫu thuật giữa hai nhóm

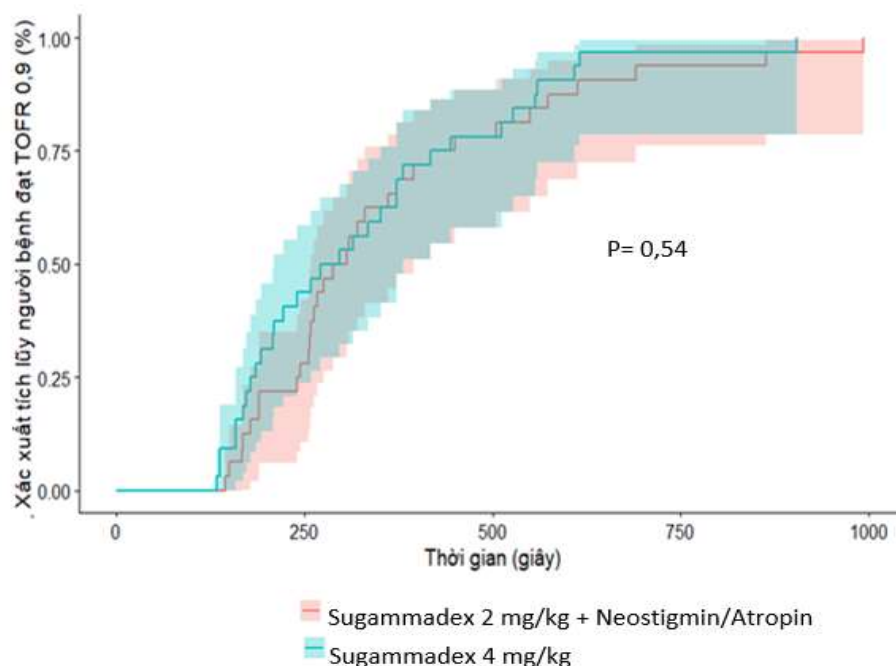
Đặc điểm		Nhóm N (n = 32)	Nhóm S (n = 32)	Trị số p
Phân độ ASA	II	27 (84,4)	24 (75,0)	0,534
	III	5 (15,6)	8 (25,0)	
Hút thuốc lá	Có	7 (21,9)	5 (15,6)	0,523
	Không	25 (78,1)	27 (84,4)	
Thang điểm nguy cơ nôn (APFEL)	1	6 (18,8)	5 (15,6)	0,033
	2	18 (56,2)	26 (81,2)	
	3	8 (25)	1 (3,1)	
	4	0 (0)	0 (0)	
Thời gian gây mê (phút)		307 $\pm$ 105	308 $\pm$ 110	0,969
Thời gian phẫu thuật (phút)		275 $\pm$ 104	275 $\pm$ 111	0,982
Tổng lượng rocuronium (mg)		130 [120 – 140]	125 [110 -142,5]	0,422
Tổng lượng rocuronium (mg/kg)		2,1 [1,9 – 2,5]	2 [1,7 – 2,4]	0,365
Tổng lượng fentanyl (μ g)		665 [500 – 792,5]	650 [500 – 750]	0,4

Nhận xét: Các đặc điểm như phân độ ASA, tỉ lệ người bệnh hút thuốc lá, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, tổng lượng các thuốc dùng rocuronium (mg, mg/kg) và fentanyl ở giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thang điểm các yếu tố nguy cơ nôn (APFEL) giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,033$).

Bảng 3: Thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$

Nhóm	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Khoảng tin cậy 95% sự khác biệt	Trị số p
N	297,0	244,0 – 426,0	-51,0 – 99,0	0,493
S	283,0	183,2 – 424,0		

Nhận xét: Thời gian từ lúc tiêm sugammadex đến lúc đạt TOFR 0,9 ở nhóm nghiên cứu là 297 giây [244 - 426 giây] dài hơn so với nhóm chứng 283 giây [183,2 – 424,0 giây], tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với 95% CI [-51 – 99] ($p = 0,493$).

**Biểu đồ 1: Biểu đồ Kaplan-Meier về thời gian hồi phục TOFR 0,9 ở 2 nhóm**

Nhận xét: Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu ở 2 nhóm đều đạt TOFR $\geq 0,9$ trong 1000 giây đầu sau khi giải giãn cơ. Trong đó, nhóm sugammadex 4 mg/kg phục hồi giãn cơ hoàn toàn nhanh hơn so với nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,54$.

Bảng 4: Các đặc điểm khác về hiệu quả giải giãn cơ giữa hai nhóm

Đặc điểm		Nhóm N (n= 32)	Nhóm S (N= 32)	Trị số p
TOFR < 0,9 sau 10 phút GGC	Có	4 (12,5)	3 (9,4)	0,689
	Không	27 (87,5)	29 (90,6)	
Tồn dư giãn cơ	Có	0 (0)	0 (0)	1,0
	Không	32 (100)	32 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có TOFR < 0,9 sau 10 phút ở nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin là 4 người bệnh (chiếm 12,5%) cao hơn so với nhóm giải giãn cơ sâu đủ liều sugammadex 4 mg/kg với 3 người bệnh (chiếm 9,4%). Tuy nhiên, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,689$. Tất cả người bệnh đều được giải giãn cơ hoàn toàn (TOFR $\geq 0,9$), không có bất kỳ trường hợp tái giãn cơ nào xuất hiện sau khi giải giãn cơ ở cả 2 nhóm.

Bảng 5: Biến thiên tần số tim và huyết áp trung bình giữa hai nhóm

Biến Số	Nhóm	1 phút trước GGC	2 phút sau GGC	5 phút sau GGC	10 phút sau GGC	20 phút sau GGC
Tần số tim	N	79,3±15,8	81,9±14,2*	82,8±17,0	77,9±13,9	78,4±15,0
	S	77,1±14,0	74,1±14,2	74,9±14,5	75,2±13,4	77,1±11,1
HATB	N	78,5±11,4	81,0±13,4	81,1±12,5	79,4±10,3	82,4±11,6
	S	78,1±10,8	78,5±12,8	77,2±11,2	78,8±11,1	80,0±9,4

Nhận xét: Ở 2 nhóm, tần số tim sau khi giải giãn cơ nằm trong giới hạn từ 75 – 85 lần/phút, khác biệt không có ý nghĩa so với trước khi giải giãn cơ. Tần số tim ở nhóm sử dụng neostigmin/atropin cao hơn so với nhóm dùng sugammadex đơn trị ở các thời điểm đánh giá, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,775$

ngoại trừ tại thời điểm 2 phút sau khi giải giãn cơ, tần số tim ở nhóm N cao hơn nhóm S ($p = 0,03$). Tương tự, HATB sau khi GGC nằm trong giới hạn cho phép, và không khác biệt so với trước khi GGC, so sánh giữa 2 nhóm, HATB giữa 2 nhóm có khác biệt ở các thời điểm đánh giá, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,115$).

Bảng 6: Một số tác dụng không mong muốn khác

Tác dụng không mong muốn khác		Nhóm N (n= 32)	Nhóm S (n= 32)	Trị số p
Co thắt phế quản	Có	0 (0)	1 (3,1)	0,628
	Không	32 (100)	31 (96,9)	
Nôn – buồn nôn	Có	0 (0)	0 (0)	1,0
	Không	32 (100)	32 (100)	

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phục hồi giãn cơ giữa 2 nhóm có mật độ phân bố không đồng đều và thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ tương đối nhanh, với nhóm sugammadex nửa liều là 297 giây [244 – 426 giây] và nhóm sugammadex đủ liều là 283 giây [183,2 – 424 giây]. Như vậy, thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ ở nhóm sugammadex 4 mg/kg nhanh hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại với $p = 0,493$. Điều này cho thấy việc giảm nửa liều sugammadex phối hợp với

neostigmin/atropin vẫn GGC sâu nhanh chóng, khác biệt không đáng kể so với dùng sugammadex đủ liều theo khuyến cáo. Dù tỉ lệ người bệnh đạt TOFR $< 0,9$ sau 10 phút vẫn còn ở hai nhóm như ở nhóm sugammadex nửa liều là 4 người bệnh (12,5%) và nhóm sugammadex đủ liều là 3 người bệnh (9,4%) tuy nhiên tất cả người bệnh đều phục hồi hoàn toàn giãn cơ trong 20 phút đầu sau GGC và không có bất kì trường hợp nào tồn dư giãn cơ ở phòng hồi tỉnh. Dựa vào biểu đồ Kaplan – Meier (biểu đồ 1), ở nhóm phối hợp thuốc, khoảng 50%

người bệnh phục hồi hoàn toàn chức năng thần kinh cơ trong vòng 5 phút và gần 88% người bệnh hồi phục trong vòng 10 phút so với 90% người bệnh ở nhóm đơn trị (với $p = 0,54$). Hai nhóm nghiên cứu nhìn chung tương đồng về các đặc điểm nền nhưng không có sự tương đồng về phân loại phẫu thuật. Phân tích hồi quy tuyến tính đã chứng minh phân loại phẫu thuật không liên quan đến thời gian phục hồi giãn cơ giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Sugammadex với các liều lượng thích hợp đều có lợi thế hơn nhiều so với neostigmin trong giải giãn cơ rocuronium dù giãn cơ ở bất cứ mức độ nào. Liều sugammadex 2 mg/kg là không hiệu quả để giải giãn cơ sâu rocuronium. Tuy nhiên, với cơ chế tiếp nối giải giãn cơ sâu của sugammadex và neostigmin, việc giải giãn cơ sâu rocuronium được thực hiện nhanh chóng.

Phân tích hồi quy tuyến tính các yếu tố có thể ảnh hưởng đến thời gian đạt TOFR 0,9 giữa 2 nhóm cho thấy: BMI, thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê có thể ảnh hưởng đến thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ ở nhóm sử dụng sugammadex đủ liều, tuy nhiên không ảnh hưởng đến kết cục này ở nhóm sugammadex nửa liều. Phân tích tương quan cho thấy thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê không ảnh hưởng đến thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ ở nhóm sử dụng sugammadex 4 mg/kg ($p > 0,05$), ngược lại BMI có tương quan nghịch với thời gian đạt TOFR 0,9 ở nhóm sugammadex 4 mg/kg ($p = 0,004$) dù BMI ở 2 nhóm là không khác biệt với nhau

($p > 0,05$). Vì liều sugammadex tính theo cân nặng thực tế nên những người bệnh có BMI càng lớn thì liều dùng sugammadex càng cao, do đó có thể rút ngắn được thời gian phục hồi giãn cơ. Tuy nhiên, điều này chỉ ảnh hưởng đến nhóm sugammadex 4 mg/kg nhưng không ảnh hưởng đến nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin.

Kenvin Jones và cộng sự (2008) đã so sánh hiệu quả GGC sâu tại thời điểm PTC = 1 – 2 giữa nhóm sugammadex 4 mg/kg và nhóm neostigmin 70 μ g/kg và glycopyrrolate 14 μ g/kg cho thấy thời gian đạt TOFR 0,9 ở nhóm sugammadex là 162 giây (126 – 246 giây) và nhanh hơn gấp 17 lần so với nhóm neostigmin/glycopyrrolate. Tác giả cũng cho thấy 97% người bệnh được GGC sâu với sugammadex 4mg/kg đạt TOFR 0,9 trong vòng 5 phút, trong khi đó 73% người bệnh ở nhóm được GGC sâu bằng neostigmin/glycopyrrolate không thể đạt TOFR 0,9 trong vòng 30 – 60 phút, thậm chí 23% người bệnh cần hơn 60 phút. Thời gian đạt TOFR $\geq 0,9$ ở nhóm sugammadex ngắn hơn so với cả 2 nhóm nghiên cứu của chúng tôi, điều này được giải thích là do độ tuổi trung bình thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, MAC của thuốc mê hô hấp sevofluran cuối mổ trong nghiên cứu của tác giả vào lúc hóa giải đã giảm 50% MAC theo tuổi, ngược lại nghiên cứu của chúng tôi MAC vẫn còn đạt 1 vào lúc hóa giải. Sevofluran kéo dài thời gian tác dụng của các thuốc giãn cơ không khử cực bằng nhiều cơ chế khác nhau. Vấn đề giảm phân bố thân

kinh liên quan đến tuổi tác xảy ra ở các thần kinh vận động ở tủy sống và thần kinh ngoại biên góp phần làm teo cơ xương nên thời gian phục hồi chức năng thần kinh cơ cũng sẽ kéo dài hơn [8].

Geldner và cộng sự (2012) ghi nhận thời gian đạt TOFR 0,9 ở nhóm sugammadex 4 mg/kg (PTC 1-2) là 144 giây (95% CI, 126 – 162 giây), gấp 3,4 lần so với nhóm sử dụng neostigmin/atropin (TOFC = 2) với 504 giây (95% CI, 432 – 588 giây). Tác giả cũng cho thấy 94% người bệnh ở nhóm sugammadex đạt TOF 0,9 trong 5 phút, và ở nhóm neostigmin/atropin, chỉ có 20% người bệnh phục hồi giãn cơ trong 5 phút. Thời gian đạt TOFR $\geq$ 0,9 ở nhóm sugammadex 4 mg/kg trong nghiên cứu này nhanh gấp đôi so với nghiên cứu của chúng tôi ở cả 2 nhóm [4]. Điều này được giải thích là do độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với tác giả (63 tuổi so với 51 tuổi), đồng thời thời gian gây mê cũng kéo dài gần gấp đôi so với nghiên cứu của tác giả (300 phút so với 160 phút).

Nghiên cứu của Aouad và cộng sự (2017) so sánh tỉ lệ phần trăm người bệnh đạt TOFR 0,9 trong vòng 5 phút giữa nhóm dùng sugammadex 4 mg/kg và nhóm dùng sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/glycopyrrolate vào cuối cuộc phẫu thuật (PTC 1-2) cho thấy tỉ lệ phục hồi giãn cơ giữa hai nhóm là tương đương nhau; thời gian đạt TOFR 0,9 ở nhóm sugammadex 4 mg/kg là $180,9 \pm 86,9$ giây không khác biệt so với nhóm sugammadex 2 mg/kg là $228,2 \pm 83,9$ giây ($p = 0,06$). Thời gian rút NKQ

giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê, 100% đạt được TOFR 0,9 trong vòng 10 phút và không cần đến liều sugammadex cứu hộ. Như vậy, thời gian phục hồi giãn cơ TOFR 0,9 trong nghiên cứu của Aouad ngắn hơn và tỉ lệ người bệnh đạt TOFR $\geq$ 0,9 trong 10 phút đầu tiên sau giải giãn cơ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sỡ dĩ có sự khác nhau này là do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật kéo dài, độ tuổi cao hơn nhiều và tổng liều rocuronium cũng cao hơn so với tác giả, ASA II – III chiếm đa số, những trường hợp không đạt TOFR 0,9 là người bệnh ASA III, thời gian phẫu thuật kéo dài trên 6 giờ [2].

Neostigmin tác dụng lên thụ thể muscarinic nên gây nhiều tác dụng phụ như nhịp chậm, hạ huyết áp và buồn nôn sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, để hạn chế tác dụng phụ của neostigmin thì atropin 0,015 mg/kg được chỉ định dùng cho người bệnh ngay trước hoặc sau tiêm neostigmin. Tần số tim tại các thời điểm đánh giá ở nhóm có dùng neostigmin/atropin luôn cao hơn so với nhóm dùng sugammadex đơn độc, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ngoại trừ thời điểm 2 phút sau giải giãn cơ với $p = 0,03$. Ngoài ra, so sánh tại mỗi nhóm, tần số tim tại các thời điểm sau giải giãn cơ có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước hóa giải ở cả 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Tương tự, HATB trước và sau khi hóa giải ở nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin luôn cao hơn so với nhóm

sugammadex 4 mg/kg ở các thời điểm đánh giá sau khi hóa giải, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. So sánh trong từng nhóm, HATB vào các thời điểm đánh giá sau giải giãn cơ không khác biệt so với trước giải giãn cơ ở cả 2 nhóm.

Geldner và cộng sự (2012), tần số tim ở nhóm sử dụng neostigmin thấp hơn nhóm dùng sugammadex 4 mg/kg vào thời điểm 5 phút, 10 phút, 30 phút, tuy nhiên ở giai đoạn hậu phẫu thì 2 nhóm có tần số tim khác biệt không có ý nghĩa thống kê [4]. Nghiên cứu của Auoad và cộng sự cho thấy huyết áp tâm thu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm sugammadex 2 mg/kg và nhóm sugammadex 4 mg/kg vào lúc trước hóa giải, 1 phút và 5 phút sau hóa giải; đối với tần số tim, tác giả cho thấy nhóm sử dụng neostigmin/glycopyrrolate có tần số tim 1 phút sau hóa giải cao hơn so với nhóm còn lại, còn lại các thời điểm khác thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê [2].

Min và cộng sự (2014) khảo sát tỉ lệ quá mẫn với sugammadex ở liều 4 mg/kg và 16 mg/kg, tác giả ghi nhận 94/137 người bệnh có biểu hiện quá mẫn với sugammadex, tuy nhiên chỉ có 1 trường hợp được chẩn đoán phản vệ theo Sampson. Trong đó ở nhóm sugammadex 4 mg/kg có 1 trường hợp và nhóm sugammadex 16 mg/kg có 4 trường hợp có biểu hiện co thắt phế quản [7]. Như vậy, liều lượng sugammadex có thể gây quá mẫn 1,8 đến 32 mg/kg và tỉ lệ quá mẫn tăng theo liều lượng sử dụng [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào ở nhóm sugammadex 2 mg/kg phối hợp

neostigmin/atropin nhưng có 1 trường hợp co thắt phế quản ở nhóm sugammadex 4 mg/kg, trường hợp này được đánh giá lâm sàng và xử trí kịp thời. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố có thể ảnh hưởng đến co thắt phế quản sau giải giãn cơ, chúng tôi ghi nhận thuốc lá không liên quan đến kết cục này với $p = 0,15$.

Vấn đề nôn và buồn nôn sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận bất kì trường hợp nôn và buồn nôn nào sau phẫu thuật. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết cục nôn – buồn nôn, chúng tôi không thấy sự ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi, giới, BMI, phân độ ASA, phân loại phẫu thuật, thời gian gây mê cũng như là người bệnh hút thuốc lá với $p > 0,05$. Thang điểm APFEL về nguy cơ nôn – buồn nôn sau phẫu thuật giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng cũng không cho thấy sự ảnh hưởng lên vấn đề nôn – buồn nôn sau phẫu thuật với $p > 0,05$. Có thể giải thích một phần kết quả này là do chúng tôi dự phòng nôn bằng ondasetron 4 mg vào cuối cuộc phẫu thuật cho tất cả các người bệnh. Theo Jones và cộng sự (2008) đánh giá độ an toàn của sugammadex so sánh với neostigmin đã ghi nhận tỉ lệ nôn và buồn nôn sau phẫu thuật là 32,4% ở nhóm sugammadex 4 mg/kg và 31,6% ở nhóm neostigmin/glycopyrrolate, kết quả cho thấy 2 nhóm này không có sự khác biệt [5]. Kết quả này khác với chúng tôi là do tác giả không dự phòng bất cứ thuốc chống nôn nào cho cả 2 nhóm.

V. KẾT LUẬN

Sugammadex 2 mg/kg phối hợp neostigmin/atropin có thể được sử dụng để giải giãn cơ sâu rocuronium sau phẫu thuật nội soi, tiết kiệm sugammadex nhưng vẫn đảm bảo được hiệu quả giải giãn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Quý, Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Ngọc Anh,** Hướng dẫn sử dụng thuốc giãn cơ và hóa giải giãn cơ trong phẫu thuật, Nhà xuất bản Y học TP HCM, 2016.
2. **Aouad Marie T, Waseem S Alfahel, Roland N Kaddoum et al,** "Half dose sugammadex combined with neostigmine is non-inferior to full dose sugammadex for reversal of rocuronium-induced deep neuromuscular blockade: a cost-saving strategy", BMC anesthesiology, 17 (1), 2017, pp. 57.
3. **Brull Sorin J & Aaron F Kopman,** "Current status of neuromuscular reversal and Monitoring Challenges and opportunities", The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 126 (1), 2017, pp. 173-190.
4. **Geldner G, M Niskanen, P Laurila et al,** "A randomised controlled trial comparing sugammadex and neostigmine at different depths of neuromuscular blockade in patients undergoing laparoscopic surgery", Anaesthesia, 67 (9), 2012, pp. 991-998.
5. **Jones R Kevin, James E Caldwell, Sorin J Brull et al,** "Reversal of profound rocuronium-induced blockade with sugammadexa randomized comparison with neostigmine", Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 109 (5), 2008, pp. 816-824.
6. **Menéndez-Ozcoidi L., J. R. Ortiz-Gómez, J. M. Olaguibel-Ribero et al,** "Allergy to low dose sugammadex", Anaesthesia, 66 (3), 2011, pp. 217-9.
7. **Min K. C., P. Bondiskey, V. Schulz et al,** "Hypersensitivity incidence after sugammadex administration in healthy subjects: a randomised controlled trial", Br J Anaesth, 121 (4), 2018, pp. 749-757.
8. **Takagi Shunichi, Osamu Kitajima, Mai Yamamoto et al,** "Potentiation by sevoflurane of rocuronium-induced neuromuscular block is greater in older than younger adult patients: a randomised controlled trial", British Journal of Anaesthesia, 125 (4), 2020, pp. e351-e353.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA TIÊM MORPHINE KHOANG DƯỚI NHỆN SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ ROBOT HỖ TRỢ

Trần Đỗ Anh Vũ¹, Nguyễn Thị Bích Hồng², Cao Phi Loan²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ đã ngày càng trở nên phổ biến do những thuận lợi của phẫu thuật này mang lại. Phẫu thuật này gây ra đau sau mổ từ trung bình đến nhiều, nhất là ngày đầu tiên. Mặc dù đã được dùng để giảm đau trong nhiều loại phẫu thuật nhưng morphine tiêm khoang dưới nhện còn ít sử dụng trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của tiêm morphine vào khoang dưới nhện sau phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ.

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

Phương pháp: 60 bệnh nhân, ASA 2, 3, phẫu thuật chương trình nội soi ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ tại bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 03/2019 đến tháng 06/2020 được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm. Nhóm ITM (n = 30) được kiểm soát đau sau mổ bằng 200 mcg morphine tiêm khoang dưới nhện trước khi gây mê, và morphine PCA tĩnh mạch. Nhóm IV-PCA (n = 30) dùng morphine PCA tĩnh mạch đơn thuần. Các thông

số đánh giá bao gồm: lượng morphine tĩnh mạch trong 24 giờ đầu sau mổ, VAS khi nghỉ và khi ho, các tác dụng không mong muốn suy hô hấp, điểm an thần, ngửa, buồn nôn và nôn.

Kết quả: nhóm ITM tiêu thụ lượng morphine tĩnh mạch qua PCA trong 24 giờ ít hơn nhóm IV-PCA (2 (0-10) mg so với 30 (17-39) mg, p = 0,000), 50% trường hợp hầu như không cần dùng thêm morphine tĩnh mạch. Điểm VAS khi nghỉ và khi ho tại các thời điểm 2, 4, 6, 12, và 24 giờ sau mổ ở nhóm ITM thấp hơn nhóm chứng và đều < 4. Không có bệnh nhân nào ở mức an thần 3 và 4, không có trường hợp nào suy hô hấp, tỉ lệ ngửa, buồn nôn và nôn thấp (nhóm ITM: không ngửa 28/30 (93,33%), ngửa nhẹ 2/30 (6,67%), không buồn nôn và nôn 29/30 (96,67%), buồn nôn và nôn 1/30 (3,33%)), tác dụng không mong muốn không khác nhau ở 2 nhóm.

Kết luận: Tiêm morphine liều 200 mcg vào khoang dưới nhện cho hiệu quả giảm đau tốt với tác dụng không mong muốn không đáng kể trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ.

Từ khóa: morphine khoang dưới nhện, phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ, giảm đau sau mổ

SUMMARY

**THE EFFECT OF INTRATHECAL
MORPHINE FOR POSTOPERATIVE
ANALGESIA FOLLOWING ROBOT-
ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL
PROSTATECTOMY**

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện quốc tế Becamex

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Hồng

SĐT: 0918434322

Email: bhonggmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Background: Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy has been popular because of its advantages. This surgery results in moderate to severe postoperative pain, especially during the first day after operation. Although intrathecal morphine has been used to control postoperative analgesia for many kinds of operations, it is still rarely provided in Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy.

Objective: To evaluate the efficacy and side effects of intrathecal morphine (ITM) to reduce pain after Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy.

Study design: Descriptive Cross-sectional study

Methods: 60 ASA-physical-status 2 and 3 patients, undergoing elective Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy from March 2019 to June 2020 in Binh Dan hospital, Ho Chi Minh city, were randomly assigned into one of two groups. In the ITM group ($n = 30$), postoperative pain was managed using 200 mcg intrathecal morphine, immediately prior to general anesthesia, with intravenous patient-controlled analgesia (IV-PCA). In the IV-PCA group ($n = 30$), only intravenous patient-controlled analgesia was used. Assessment parameters included total consumption of intravenous morphine recorded for 24 h, VAS score at rest and on coughing, side effects: respiratory depression, sedation score, pruritus, postoperative nausea and vomiting.

Results: the ITM group showed less morphine consumption at postoperative 24h than in the IV-PCA group (2 (0-10) mg vs 30 (17-39) mg, $p = 0.000$), 50% patients nearly did not require intravenous morphine. The mean VAS score at rest and on coughing were lower and < 4 at postoperative 2, 4, 6, 12 and 24 h in the ITM group than in the IV-PCA group. No cases experienced in level 3 and 4 of sedation score

and respiratory depression, the incidence of pruritus, nausea and vomiting were low (in the ITM group: no pruritus 28/30 (93.33%), mild pruritus 2/30 (6.67%), no nausea and vomiting 29/30 (96.67%), nausea and vomiting 1/30 (3.33%)), side effects were not different between the two groups.

Conclusions: 200 mcg intrathecal morphine provides good postoperative analgesia with minor side effects during the initiate 24 h postoperative period after Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy.

Keywords: intrathecal Morphine, robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy, postoperative analgesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là một trong những loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới. Có ba loại phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc để điều trị ung thư tuyến tiền liệt, bao gồm phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi truyền thống và phẫu thuật nội soi ổ bụng có robot hỗ trợ. Trong đó, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ là loại phẫu thuật ngày càng phát triển, được thực hiện phổ biến nhất hiện nay trên thế giới, do những ưu điểm của loại phẫu thuật này mang lại như không gian nhìn ba chiều giúp quan sát phẫu trường tốt hơn, khả năng thực hiện được các thao tác phẫu thuật phức tạp, giảm sự run, đường cong học tập ngắn hơn. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ còn làm giảm lượng máu mất, giảm tỉ lệ truyền máu và tỉ lệ tai biến, biến chứng so với phẫu thuật nội soi truyền thống (2). Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua nội soi ổ bụng có robot hỗ trợ gây đau sau mổ gần tương tự như phẫu thuật mở cắt tuyến tiền liệt ở giai đoạn ngay sau mổ (4).

Morphine tiêm vào khoang dưới nhện đã được xác định có nhiều ưu điểm trong kiểm

soát đau chu phẫu, bao gồm cải thiện chất lượng giảm đau và giảm nhu cầu opioid đường toàn thân (3,7). Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu về hiệu quả giảm đau của morphine tiêm vào khoang dưới nhện trong giai đoạn ngay sau mổ cho phẫu thuật nội soi ổ bụng có robot hỗ trợ cắt tuyến tiền liệt. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa ghi nhận báo cáo nào về vấn đề này.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của tiêm morphine vào khoang dưới nhện sau phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt và có chỉ định phẫu thuật chương trình cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua nội soi ổ bụng có robot hỗ trợ tại bệnh viện Bình Dân từ 03/2019 đến 06/2020, phân loại sức khỏe theo ASA II hoặc III, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: rối loạn đông máu, rối loạn tâm thần kinh, rối loạn chức năng thận, không có khả năng sử dụng được máy PCA, tiền căn sử dụng hoặc đang sử dụng chất ma túy, biến chứng nặng liên quan phẫu thuật, không thu thập đủ số lượng nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng

Cỡ mẫu: sử dụng công thức ước tính cỡ

mẫu cho so sánh hai số trung bình $n > \frac{2C}{(\frac{190}{100})^2}$

Theo nghiên cứu của Junyeol Bae và cộng sự năm 2017 (1), lượng morphine tiêu thụ trong 24 giờ sau mổ ở nhóm ITM là 5 (IQR 3-15) so với nhóm chứng là 17 (IQR 11-24), chúng tôi tính ra $n > 23$ trường hợp,

xét tỉ lệ dự phòng, chúng tôi lấy 30 trường hợp cho mỗi nhóm.

- Nhóm IV-PCA (nhóm chứng): Bệnh nhân không tiêm morphine vào khoang dưới nhện.

- Nhóm ITM (nhóm nghiên cứu): Bệnh nhân được tiêm morphine loại không chất bảo quản vào khoang dưới nhện với liều 200 µg, vị trí tiêm tại L3-4 hoặc L4-5 trước khi gây mê.

Chuẩn bị bệnh nhân: Thực hiện khám tiền mê 1 ngày trước mổ để chọn bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Giải thích cho bệnh nhân về phương pháp vô cảm trong mổ, phương pháp giảm đau sau mổ, cung cấp thông tin về việc tiêm thuốc vào khoang dưới nhện trước khi gây mê và giải thích đầy đủ các tai biến, biến chứng có thể xảy ra. Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng máy PCA tự điều khiển và cách sử dụng thước lượng giá mức độ đau sau mổ (sử dụng thước VAS).

Chuẩn bị phương tiện: Phương tiện và dịch truyền, thuốc dùng trong gây mê hồi sức, thuốc tiêm khoang dưới nhện morphine sulfate loại không chất bảo quản (Opiphrine), kim chọc tủy sống, thước đo độ đau VAS, máy bơm tiêm có chức năng PCA.

Các bước thực hiện:

Tất cả bệnh nhân của cả 2 nhóm đều được gây mê toàn diện qua nội khí quản để mổ như nhau. Trước khi gây mê, nhóm ITM được tiêm morphine loại không chất bảo quản vào khoang dưới nhện với liều 200 µg, vị trí tiêm tại L3-4 hoặc L4-5.

Tiến hành giảm đau sau mổ: tất cả bệnh nhân của 2 nhóm đều chung phác đồ giảm đau.

- Paracetamol 1 g/100ml truyền tĩnh mạch cách mỗi 8 giờ, trong thời gian nghiên cứu là 24 giờ sau mổ.

- Khi đã rút ống nội khí quản và thức tỉnh, thực hiện được y lệnh, bệnh nhân được đánh giá mức độ đau theo VAS, tiến hành chuẩn độ morphine và cài đặt PCA.

Cài đặt máy PCA: liều bolus 1 mg cho mỗi lần bấm, thời gian khóa 10 phút, tối đa 0,3 mg/kg trong 4 giờ. Không sử dụng liều nền truyền liên tục. Tại các thời điểm 2, 4, 6, 12 và 24 giờ sau mổ, đánh giá mức độ giảm đau, nếu $VAS \geq 4$, lần lượt điều chỉnh thời gian khóa và liều bolus để đạt được $VAS < 4$. Liều cứu hộ: tiêm mạch chậm 2 mg morphine, được thực hiện khi thời gian khóa đã điều chỉnh tới mức tối thiểu 5 phút và liều bolus tối đa 2,5 mg mà vẫn chưa đạt $VAS < 4$.

Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu

Các chỉ tiêu chung: tuổi, ASA, chiều cao (cm), cân nặng (kg), thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật (phút), lượng fentanyl dùng trong mổ (μ g), thời gian rút nội khí quản (phút), mạch, huyết áp, SpO₂, tần số thở tại các thời điểm sau mổ.

Các chỉ tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau: tổng liều morphine tiêu thụ qua PCA đường tĩnh mạch trong 24 giờ đầu sau mổ (mg), mức độ giảm đau theo thang điểm VAS khi nghỉ và ho tại các thời điểm 2, 4, 6, 12 và 24 giờ sau mổ.

Các chỉ tiêu đánh giá các tác dụng không mong muốn:

- Suy hô hấp: khảo sát các dấu hiệu sau (8): tần số thở < 8 lần/phút, SpO₂ $< 90\%$, PaCO₂ > 50 mmHg

Khí máu động mạch thực hiện ở nhóm ITM: được thực hiện tại thời điểm 0, t0 sau rút nội khí quản và 1 giờ sau đó, t1.

- Thang điểm an thần do opioid POSS: chia làm các mức sau(6): mức 1: thức và tỉnh táo; mức 2: buồn ngủ nhẹ, dễ đánh thức; mức 3: thường xuyên buồn ngủ, có thể đánh thức, xu hướng ngủ trong suốt cuộc trò chuyện; mức 4: ngủ gà, đáp ứng nhẹ hoặc không với kích thích

- Ngứa: được đánh giá bằng 4 mức độ: 0 = không ngứa, 1 = ngứa nhẹ (không cần điều trị thuốc), 2 = ngứa trung bình (cần điều trị thuốc), 3 = ngứa nhiều, cần điều trị bằng naloxone (5)

- Buồn nôn và nôn: biến định tính, đánh giá có hay không có buồn nôn và nôn sau mổ.

- Bí tiểu: không đánh giá do bệnh nhân mổ tuyến tiền liệt đều được đặt thông tiểu trước khi rạch da và lưu trong suốt thời gian nghiên cứu 24 giờ.

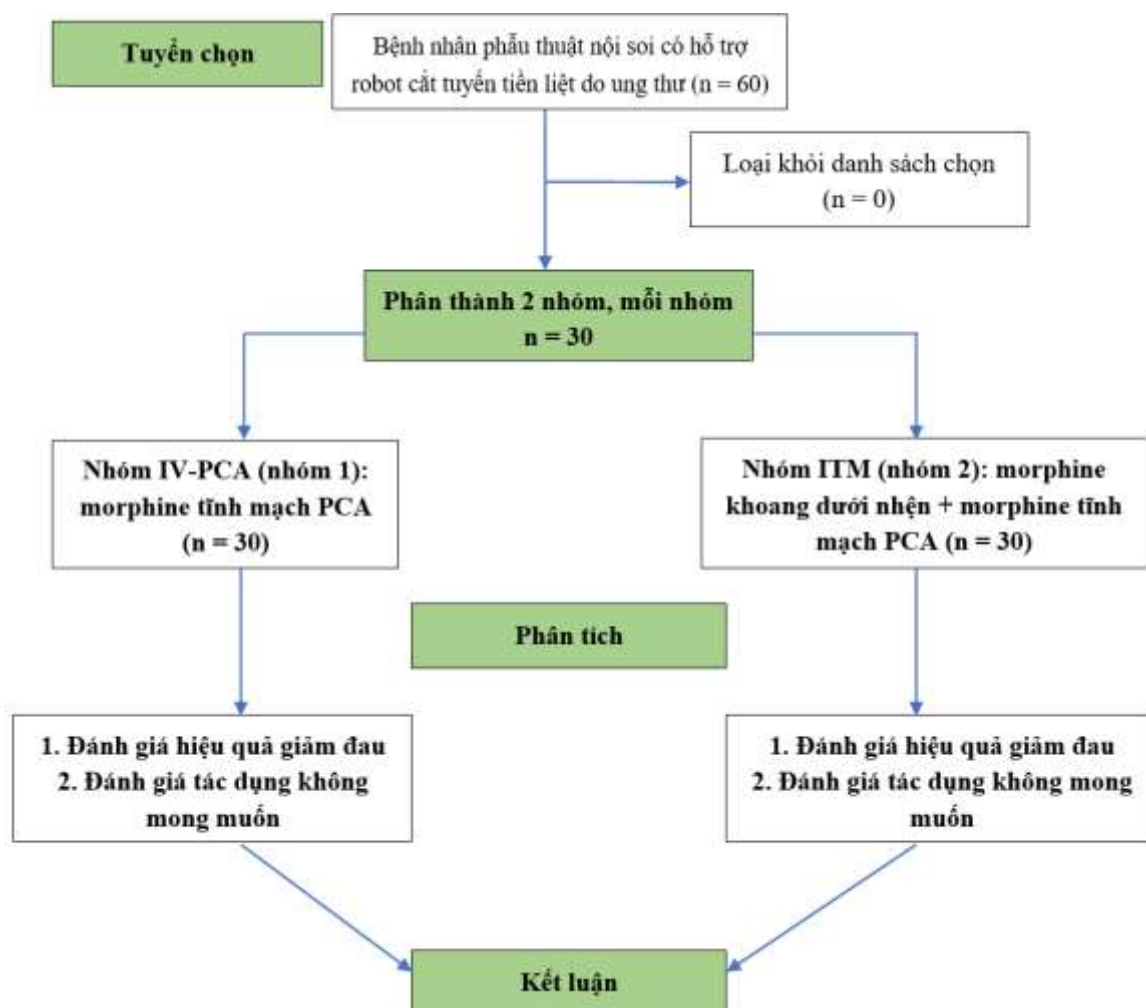
Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Tất cả các số liệu được ghi nhận lại theo mẫu phiếu thu thập số liệu. Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0 for Window.

Các biến số định lượng được trình bày bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC) đối với phân phối chuẩn hoặc trình bày bằng trung vị và tứ phân vị đối với phân phối không chuẩn. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng khoa học Bệnh viện Bình Dân và Hội đồng y đức của Học viện Quân y.

Lưu đồ nghiên cứu



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2019 đến tháng 06/2020 tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi đã thực hiện 60 trường hợp phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt tuyến tiền liệt tận gốc, trong đó 30 trường hợp tiêm morphine khoang dưới nhện và bệnh nhân tự kiểm soát PCA morphine qua đường tĩnh mạch, 30 trường hợp sử dụng morphine PCA bệnh nhân tự kiểm soát qua đường tĩnh mạch

Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm ITM (n = 30)	Nhóm IV-PCA (n = 30)	P
Tuổi *	65,6 ± 6,8 (52-81)	67,1 ± 8,3 (54-88)	0,43
Cân nặng (kg) *	64,5 ± 9,8 (50-85)	61,1 ± 8,8 (37-78)	0,70
Chiều cao (cm) *	165,2 ± 4,8 (158-175)	164,7 ± 5,0 (150-175)	0,16
ASA †	2	25	0,448
	3	5	
Bệnh kèm †	có	25	0,573

Đặc điểm		Nhóm ITM (n = 30)	Nhóm IV-PCA (n = 30)	P
	không	5	3	
Thời gian gây mê (phút)**		245 (217,5-342,5)	350 (240-405)	0,053
Thời gian PT (phút) **		215 (190-312,5)	310 (217,5-365)	0,053
Fentanyl trong mổ (mcg) **		600 (487,5-750)	750 (550-812,5)	0,009
Thời gian rút NKQ (phút) **		20 (20-30)	25 (25-30)	0,71

* TB $\pm$ DLC, ** Trung vị (khoảng tứ phân vị 25 – 75), † Số trường hợp

Hiệu quả giảm đau của tiêm morphine khoang dưới nhện sau phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ

Lượng morphine tiêu thụ qua PCA tĩnh mạch ở hai nhóm

Bảng 2. Lượng morphine (mg) tiêu thụ qua PCA tĩnh mạch ở hai nhóm

Thời điểm sau mổ	Lượng Morphine tiêu thụ qua PCA (mg)		P
	Nhóm ITM (n = 30)**	Nhóm IV-PCA (n = 30)**	
2 giờ	0 (0-1)	6 (4-7,3)	0,000
4 giờ	0 (0-2)	10,5 (6,8-14,6)	0,000
6 giờ	0 (0-3)	12,5 (8,8-18,2)	0,000
12 giờ	1 (0-6)	20,8 (10-26,2)	0,000
24 giờ	2 (0-10)	30 (17-39)	0,000

Không có trường hợp nào sử dụng liều morphine cứu hộ trong cả hai nhóm.

Trong nhóm ITM có 9 bệnh nhân không dùng và 6 bệnh nhân dùng 1 mg morphine trong 24 giờ, nghĩa là có 15 (50%) trường hợp hầu như không cần dùng thêm morphine đường tĩnh mạch, trung vị liều morphine 2 mg trong 24 giờ. Trong nhóm IV-PCA, 1 trường hợp sử dụng ít nhất là 5,3 mg morphine, nhiều nhất là 58 mg morphine, và

có 16 bệnh nhân dùng ≥ 30 mg; trung vị liều morphine 30 mg trong 24 giờ.

Tại thời điểm 2 giờ, tất cả bệnh nhân nhóm IV-PCA đều đã có nhu cầu dùng thêm morphine tĩnh mạch, trong khi ở nhóm ITM tại thời điểm này có 18/30 (60%) bệnh nhân lượng morphine tiêu thụ là 0. Tại thời điểm 6 giờ sau mổ, số trường hợp chưa có nhu cầu morphine tĩnh mạch ở nhóm ITM vẫn còn cao với 16/30 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 53,33%.

VAS tại các thời điểm giữa hai nhóm

Bảng 3. So sánh điểm VAS khi nghỉ giữa hai nhóm

Thời điểm sau mổ	VAS khi nghỉ		P
	Nhóm ITM (n = 30)**	Nhóm IV-PCA (n = 30)**	
2 giờ	3 (2 - 4)	5 (4,75 - 7)	0,000
4 giờ	2,5 (2 - 3)	5 (4 - 5)	0,000
6 giờ	2 (2 - 2)	4 (4 - 5)	0,000
12 giờ	2 (1 - 2,25)	3 (3 - 4)	0,000
24 giờ	1 (1 - 2)	2,5 (2 - 3)	0,000

Bảng 4. So sánh điểm VAS khi ho giữa hai nhóm

Thời điểm sau mổ	VAS khi ho		P
	Nhóm ITM (n = 30)**	Nhóm IV-PCA (n = 30)**	
2 giờ	3,5 (3 - 5)	6 (5,75 - 8)	0,000
4 giờ	3 (2,75 - 4,25)	5,5 (5 - 6)	0,000
6 giờ	3 (2 - 4)	5 (5 - 5,25)	0,000
12 giờ	2,5 (1 - 4)	4 (3 - 4)	0,000
24 giờ	2 (1 - 3)	3 (3 - 3)	0,000

Đánh giá tác dụng không mong muốn của tiêm morphine khoang dưới nhện sau phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ

Suy hô hấp (Tần số thở, SpO₂, PaCO₂): không có trường hợp nào có tần số thở < 8 lần/phút, SpO₂ < 90%. Nhìn chung tần số thở và SpO₂ không khác nhau giữa hai nhóm

Bảng 5. PaCO₂ tại thời điểm sau rút NKQ và 1 giờ sau ở nhóm ITM

Nhóm ITM	PaCO ₂ *
T0-sau rút NKQ (mmHg)	47,5 ± 4,3 (40,1 - 56,7)
T1-sau 1 giờ (mmHg)	44,9 ± 5,1 (36,9 - 55,7)

Có 7 trường hợp ở thời điểm T0 sau rút nội khí quản, và 5 trường hợp ở thời điểm T1 sau 1 giờ rút nội khí quản có PaCO₂ > 50 mmHg.

Mức an thần**Bảng 6. So sánh mức an thần giữa hai nhóm**

Mức độ	Mức an thần		P
	Nhóm ITM (n = 30)	Nhóm IV-PCA (n = 30)	
Mức 1	27 (90%)	29 (96,7%)	0,3
Mức 2	3 (10%)	1 (3,3%)	
Mức 3	0	0	
Mức 4	0	0	

Ngứa**Bảng 7. So sánh tỉ lệ ngứa giữa hai nhóm**

Mức độ	Ngứa		P
	Nhóm ITM (n = 30)	Nhóm IV-PCA (n = 30)	
Không ngứa	28 (93,3%)	30	0,15
Ngứa nhẹ	2 (6,7%)	0	
Ngứa trung bình	0	0	
Ngứa nhiều	0	0	

Buồn nôn và nôn**Bảng 8. So sánh tỉ lệ buồn nôn và nôn giữa hai nhóm**

Mức độ	Buồn nôn và nôn		P
	Nhóm ITM (n = 30)	Nhóm IV-PCA (n = 30)	
Không	29 (96,7%)	29 (96,7%)	1
Có	1 (3,3%)	1 (3,3%)	

Mạch, huyết áp trung bình: không có trường hợp nào mạch nhỏ hơn 50 lần/phút. Mạch và huyết áp trung bình hầu như không khác nhau giữa hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu với $P > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Một nghiên cứu gần đây nhận thấy rằng đau sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt do ung thư có robot hỗ trợ có thể kiểm soát đủ với thuốc giảm đau không steroid và opioids. Do opioids có khả năng làm chậm quá trình hồi phục sau mổ và tăng thời gian nằm viện bởi các tác dụng không mong muốn liên quan, nên thuốc giảm đau không opioids hoặc kỹ thuật giảm đau vùng nên được dùng để giảm đau chủ yếu, và thêm opioids chỉ khi cần thiết. Morphine tiêm khoang dưới nhện không phối hợp thuốc tê được dùng như tiêm một liều đơn, phối hợp với gây mê toàn thân để giảm đau sau các phẫu thuật lớn, với loại morphine không chất bảo quản được phép dùng trong tùy sống với sự chấp thuận của FDA.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng morphine tiêu thụ qua PCA tĩnh mạch trong 24 giờ và tại tất cả các thời điểm 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ và 12 giờ sau mổ ở nhóm tiêm morphine khoang dưới nhện đều thấp hơn đáng kể, có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm PCA tĩnh mạch đơn thuần. Kết quả này tương tự kết quả của tác giả Junyeol Bae và cộng sự(1). Năm 2017, Junyeol Bae và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật chương trình cắt tuyến tiền liệt qua nội soi có hỗ trợ robot, chia làm hai

nhóm. Nhóm ITM được tiêm 300 mcg morphine tùy sống và phối hợp kiểm soát đau đường tĩnh mạch, trong khi 15 bệnh nhân nhóm IV-PCA chỉ dùng morphine PCA kiểm soát đau đường tĩnh mạch.

Trong nhóm ITM của chúng tôi, có 9 bệnh nhân không cần dùng thêm morphine tĩnh mạch và 6 bệnh nhân chỉ dùng thêm 1 mg morphine tĩnh mạch, tổng cộng có 15 bệnh nhân (50%), hầu như không cần thêm thuốc giảm đau trong 24 giờ. Điều này có nghĩa với liều 200 mcg morphine tiêm vào khoang dưới nhện, phối hợp với giảm đau nền paracetamol 1g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ, là đủ để giảm đau tốt trong 24 giờ đầu cho bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc do ung thư có robot hỗ trợ. Trong nhóm này, chỉ có 1 trường hợp cần dùng liều morphine tĩnh mạch đến 21 mg, là liều cao nhất trong nhóm. Điều này có thể lý giải do ngưỡng chịu đau của bệnh nhân kém, nhưng cũng không loại trừ khả năng không đưa đủ lượng morphine vào hết khoang dưới nhện do kỹ thuật tiêm, nghĩa là chưa loại trừ được khả năng tiêm morphine vào khoang dưới nhện thất bại, dẫn đến không đạt được hiệu quả giảm đau tốt như mong muốn. Ngược lại, lượng morphine PCA tĩnh mạch tiêu thụ trong 24 giờ khá nhiều trong nhóm IV-PCA, trong đó có tới 16/30 bệnh nhân cần dùng lượng morphine ≥ 30 mg, đặc biệt cao nhất là 58 mg, để duy trì mức giảm đau $VAS < 4$.

Xét riêng tại thời điểm 2 giờ, tất cả bệnh nhân trong nhóm PCA đều đã bấm PCA, đã có tiêu thụ morphine qua đường tĩnh mạch,

nghĩa là đã có nhu cầu phải dùng thêm giảm đau; trong khi ở nhóm ITM thời điểm này có tới 18/30 (60%) bệnh nhân có lượng tiêu thụ morphine là 0, chưa sử dụng PCA, nghĩa là chưa có nhu cầu giảm đau thêm. Lượng morphine đường tĩnh mạch trung bình ở thời điểm 2 giờ của nhóm IV-PCA là 6 mg, trong khi ở nhóm ITM là 0 mg. Sự khác nhau này giữa hai nhóm chính là do hiệu quả giảm đau của morphine tiêm vào khoang dưới nhện tác động. Sự khác nhau này vẫn còn nhận thấy rõ ở thời điểm 6 giờ sau mổ, với số trường hợp chưa cần morphine đường tĩnh mạch ở nhóm ITM là 16 (53,33%).

VAS khi nghỉ hay khi ho tại tất cả các thời điểm nghiên cứu ở nhóm ITM đều thấp hơn có ý nghĩa khi so với nhóm IV-PCA. Hơn nữa, VAS khi nghỉ và khi ho tại tất cả các thời điểm ở nhóm tiêm morphine khoang dưới nhện đều < 4.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có tần số thở < 8 lần/phút; cũng không có trường hợp nào $SpO_2 < 90\%$, SpO_2 trung bình tại các thời điểm 2, 4, 6, 12 và 24 giờ sau mổ đều > 95%. Giá trị $PaCO_2$ trung bình tại thời điểm ngay sau rút nội khí quản và 1 giờ sau đều < 50 mmHg. Nếu suy hô hấp được xác định dựa vào có cả 3 dấu hiệu nêu trên, thì nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị suy hô hấp. Kết quả này giống kết quả nghiên cứu của tác giả Junyeol Bae, tuy nhiên, Junyeol Bae chọn ngưỡng tiêu chuẩn $PaCO_2$ để xác định suy hô hấp là > 70 mmHg, trong khi nghiên cứu của chúng tôi là > 50 mmHg(1). Tuy nhiên, khi phân tích

riêng cho từng thời điểm lấy khí máu, chúng tôi nhận thấy có một số bệnh nhân bị tăng thán khí nhẹ; cụ thể tại thời điểm ngay sau rút nội khí quản có 7/30 bệnh nhân (23,3%) $PaCO_2$ vượt ngưỡng 50 mmHg, và tại thời điểm 1 giờ sau, $PaCO_2 > 50$ mmHg có 5/30 bệnh nhân (16,7%). Nhưng cần lưu ý đây là giai đoạn ngay sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể còn bị ảnh hưởng bởi tác dụng của các thuốc mê, opioid sử dụng trong mổ. Các trường hợp tăng thán khí của chúng tôi chỉ ở mức độ nhẹ, không cần dùng naloxone hóa giải cũng như không có trường hợp nào đòi hỏi phải can thiệp hỗ trợ hô hấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức an thần của tất cả bệnh nhân đều ở mức 1 và chỉ có vài trường hợp ở mức 2, nghĩa là đều nằm trong 2 mức an thần chấp nhận được trên lâm sàng, không đòi hỏi can thiệp nào khác, và cũng không cần dùng naloxone. Khi so sánh mức độ an thần giữa nhóm tiêm morphine khoang dưới nhện và nhóm IV-PCA thì cũng không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, với $P > 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ngứa ở cả 2 nhóm đều rất thấp, và sự khác nhau về tỉ lệ ngứa giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Nhóm tiêm morphine khoang dưới nhện chỉ có 2 trường hợp ngứa, và cũng ở mức độ nhẹ không cần điều trị gì, không có trường hợp nào ngứa trung bình và ngứa nặng.

Tỉ lệ buồn nôn và nôn sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi không nhiều và cũng không khác nhau ở cả hai nhóm, mỗi nhóm chỉ có 1 trường hợp buồn nôn và nôn

ói. Tỷ lệ buồn nôn và nôn ói sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với trong nghiên cứu của Junyeol Bae (1), có thể do bệnh nhân của chúng tôi được tiêm 4 mg ondansetron vào cuối cuộc mổ.

V. KẾT LUẬN

Tiêm morphine liều 200 mcg vào khoang dưới nhện cho hiệu quả giảm đau tốt trong 24 giờ đầu sau mổ với tác dụng không mong muốn không đáng kể sau phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt có robot hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bae J., Kim H.C., Hong D.M.** Intrathecal morphine for postoperative pain control following robot-assisted prostatectomy: a prospective randomized trial. *Japanese Anesthesia*, 31(4) (2017): 565-571.
2. **Cao L., Qi L., Chen M.** Robot-assisted and laparoscopic vs open radical prostatectomy in clinically localized prostate cancer: perioperative, functional, and oncological outcomes. *Medicine*, 98(22) (2019): 1-10.
3. **Cosgrave D., Conlon N.** Intrathecal Opioids. *ATOTW-Anaesthesia Tutorial of the Week*, 347(2017): 1-6.
4. **Ilic D., et al.** Laparoscopic and robot-assisted vs open radical prostatectomy for the treatment of localized prostate cancer: a Cochrane systematic review. *BJU international*, 121(6) (2018): 845-853.
5. **Koju R.B., B.S.G., Dongol Y.** Prophylactic administration of ondansetron in prevention of intrathecal morphine-induced pruritus and post-operative nausea and vomiting in patients undergoing caesarean section. *BMC Anesthesiology*, 15(18) (2015): 1-6.
6. **Nisbet A.T. et al.** Comparison of selected Sedation scales for reporting Opioid-induced sedation assessment. *Pain Management Nursing*, 10(3) (2009): 154-164.
7. **Samii K., Viars P.** Postoperative spinal Analgesia with Morphine. *British Journal Anaesthesia*, 53(1981): 817-820.
8. **Samuel Ko, Goldstein D.H., VanDenKerkhof E.G.** Definitions of "respiratory depression" with intrathecal morphine postoperative analgesia: a review of the literature. *Canadian Journal of Anesthesia*, 50(7) (2003): 679-688

ĐÁNH GIÁ ĐỘ AN TOÀN CỦA ÁP LỰC BÓNG CHÈN NỘI KHÍ QUẢN GIỮA PHƯƠNG PHÁP BƠM BÓNG BẰNG ỐNG TIÊM VÀ SỬ DỤNG ÁP KẾ

Nguyễn Thị Hồng Nga¹, Cao Phi Loan¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Bóng chèn ống nội khí quản (NKQ) đóng vai trò làm kín đường thở, ngăn chặn sự dò rỉ khí và hít các chất trong hầu họng vào khí quản trong quá trình thông khí. Áp lực bóng chèn NKQ phải được duy trì trong khoảng từ 20- 30cm H₂O để đảm bảo sự thông khí cho người bệnh, ngăn ngừa viêm phổi hít và không ảnh hưởng đến niêm mạc khí quản. Việc đánh giá áp lực bóng chèn NKQ thường được thực hiện bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm (pilot balloon) hoặc đến khi không còn nghe tiếng dò rỉ của khí khi thông khí cho người bệnh.

Mục tiêu: Đánh giá việc bơm bóng NKQ theo phương pháp thông thường là sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm và so sánh với việc sử dụng áp kế chuẩn đo áp lực bóng chèn NKQ.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu quan sát tiền cứu, 204 người bệnh được phẫu thuật chương trình với phương pháp vô cảm chọn lựa là gây mê toàn diện qua ống NKQ. Sau khi đặt NKQ, điều dưỡng gây mê hoặc bác sĩ gây mê sẽ dùng một bơm tiêm bơm bóng NKQ sau đó kiểm tra bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm hoặc đến khi không còn nghe tiếng dò rỉ khí khi thông khí, sau đó áp lực bóng chèn NKQ được đo lại bằng một áp kế

chuẩn, áp lực trong khoảng 20-30cmH₂O được xem là tiêu chuẩn.

Kết quả: tỷ lệ áp lực bóng chèn NKQ vượt giới hạn >30cmH₂O là 67,6%, áp lực bóng chèn NKQ trung bình là 37,5cmH₂O.

Kết luận: Phương pháp đánh giá áp lực bóng chèn NKQ bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm là không đáng tin cậy. Áp kế chuẩn để đo áp lực bóng là phương tiện đơn giản và rẻ tiền nên được sử dụng thường quy.

Từ khóa: bơm bóng chèn, áp lực bóng chèn, ống nội khí quản, gây mê toàn diện, thông khí cơ học

SUMMARY

ENDOTRACHEAL TUBE CUFF PRESSURE APPLICATION DURING GENERAL ANAESTHESIA - INSTRUMENTAL VERSUS CONVENTIONAL METHOD

Background: An ETT with a cuff is generally used for mechanically ventilated patients to prevent gas leakage and pulmonary aspiration. A cuff pressure of 20–30 cm of water is recommended for the prevention of aspiration and ventilator associated pneumonia. In general, in anaesthesia practice ETT cuff pressure is assessed by palpation of cuff or cessation of audible leak around the cuff is the end point for inflation.

Objectives: To evaluate the conventional practice of endotracheal tube (ETT) cuff inflation and pressure measurement as compared to the instrumental method.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Nga
SĐT: 0937777931

Email: nguyenrosenga@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/03/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Methods: Prospective observational study. A total of 204 patients undergoing elective surgery under General Anaesthesia were selected for this study. The ETT cuff was inflated with air by one of the anaesthesia technician. Adequacy of cuff inflation is generally assessed by palpation of the pilot balloon and sometimes readjusted by anaesthetist by inflating just enough to stop an audible leak around the cuff. Cuff pressures were measured using aneroid manometer. ETT cuff pressure of 20–30 cm of water was considered as standard

Results: In 67,7% of the patients, the cuff pressure measurements were above the standard. The mean cuff pressure was 37,5 cm of water

Conclusions: The conventional method for ETT cuff inflation and pressure measuring is unreliable. A routine instrumental cuff pressure, monitoring is suggested.

Keywords: cuff inflation, cuff pressure, endotracheal tube, general anesthesia, mechanical ventilation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chức năng chủ yếu của bóng chèn nội khí quản (NKQ) là để làm kín đường thở, ngăn chặn sự dò rỉ khí và hít các chất có trong hầu vào khí quản trong suốt quá trình thông khí. Việc bơm bóng chèn NKQ quá căng hay bơm không đủ lượng khí đều gây ra những tai biến và để lại những hậu quả nguy hại cho người bệnh. Áp lực bóng không đủ có thể dẫn đến việc hít các chất tiết tích tụ bên trên bóng, có thể gây ra viêm phổi hít, nhiễm trùng phổi. Thường gặp hơn là việc bơm bóng quá căng làm thiếu máu nuôi niêm mạc khí quản, điều này có thể gây ra đau họng, thở rít, khàn tiếng, khạc đàm có lẫn máu sau khi rút nội khí quản [5],[7]. Những nguy cơ tiềm ẩn của việc bơm bóng quá căng còn bao gồm rách khí quản, hoại tử mô gây

sẹo chít hẹp khí quản, tạo đường dò khí quản- thực quản và làm liệt dây thần kinh quặt ngược. Theo khuyến cáo, áp lực bóng chèn NKQ phải được duy trì trong khoảng điều trị lý tưởng là từ 20- 30cm H₂O để đảm bảo sự thông khí cho người bệnh và ngăn chặn những biến chứng nêu trên [4].

Việc đo áp lực bóng chèn NKQ từ trước đến nay không phải thường xuyên được thực hiện do thiếu áp kế. Việc đánh giá áp lực bóng chèn NKQ thường được thực hiện bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm hoặc đến khi không còn nghe tiếng dò rỉ của khí khi thông khí cho người bệnh. Mặt khác để có thể duy trì áp lực bóng chèn NKQ trong khoảng lý tưởng còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tư thế người bệnh, khí CO₂ bơm vào người bệnh trong những phẫu thuật nội soi... Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá độ chính xác của việc kiểm tra áp lực bóng chèn NKQ theo phương pháp bơm bóng bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm so với việc dùng một áp kế chuẩn đo áp lực bóng chèn NKQ. Với mục tiêu nghiên cứu là: đánh giá hiệu quả của việc bơm bóng chèn NKQ theo phương pháp sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm và sử dụng áp kế chuẩn đo áp lực bóng chèn NKQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu quan sát tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người bệnh được phẫu thuật chương trình với phương pháp vô cảm chọn lựa là gây mê toàn diện qua ống NKQ tại Khoa gây mê hồi sức bệnh viện Bình Dân từ tháng 06/2019 đến tháng 12/2019

Tiêu chí nhận vào:

Người bệnh được phẫu thuật chương trình với phương pháp vô cảm chọn lựa là

gây mê toàn diện qua ống NKQ, đồng ý tham gia nghiên cứu. Phân loại ASA I, II, III

Tiêu chí loại trừ:

Người bệnh có nguy cơ đặt NKQ khó hay có tiền sử đặt NKQ khó.

Người bệnh có nguy cơ hít sặc cao (dạ dày đầy, bệnh lý trào ngược dạ dày- thực quản, thai phụ...)

Người bệnh có những bất thường về giải phẫu học ở vùng thanh- khí quản (bệnh lý hay đã được phẫu thuật vùng thanh- khí quản..).

Người bệnh được cấp cứu đặt NKQ.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

204 người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phẫu thuật với phương pháp vô cảm chọn lựa là gây mê toàn diện qua ống nội khí quản, chọn mẫu ngẫu nhiên, mù đơn.

Phương pháp thực hiện:

Tất cả người bệnh được khám tiền mê thường quy. Những người bệnh đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu được chọn vào nhóm nghiên cứu và chia ngẫu nhiên vào các phòng mổ

Các người bệnh phẫu thuật đều được gây mê toàn diện, kiểm soát hô hấp qua ống NKQ, áp dụng kỹ thuật gây mê cân bằng: tiền mê 0,05-0,1mg/kg Midazolam, 0,2-0,6mcg/kg Sufentanil (hoặc 2- 6mcg/kg Fentanyl). Khởi mê: 1-2mg/kg Propofol 1% và 0,5-0,6mg/kg Rocuronium 1%. Duy trì mê bằng thuốc mê hô hấp Sevoflurane với nồng độ tương thích với từng giai đoạn phẫu thuật. Rocuronium và Sufentanil (hoặc Fentanyl) được thêm khi cần thiết. Sau khi đặt NKQ, điều dưỡng gây mê (ĐDGM) hoặc bác sĩ gây mê (BSGM) sẽ dùng một bơm tiêm 10ml bơm bóng NKQ và kiểm tra bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm hoặc đến khi không còn nghe tiếng dò rỉ khí khi thông khí.

Người bơm bóng không biết người bệnh đang nằm trong nhóm nghiên cứu hay không. Một người trong nhóm nghiên cứu sẽ đo lại áp lực bóng chèn NKQ sau khi bơm bóng bằng một áp kế chuẩn (the aneroid manometer (AMBU, Germany) và ghi kết quả vào phiếu thu thập dữ liệu (áp lực bóng sẽ được điều chỉnh lại trong khoảng 22-30cmH₂O khi cần thiết). Người bệnh được rút hay không rút NKQ trong phòng mổ, được theo dõi sau mổ tại phòng hồi tỉnh và cho đến khi về khoa phòng.

Thu thập số liệu: bằng phương pháp quan sát và phỏng vấn.

Xử lý và phân tích số liệu: Các biến số định tính, biến thứ tự sẽ được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (đối với phân phối chuẩn), hoặc trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (đối với phân phối không phải phân phối chuẩn).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 12/2019 chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu trên 204 người bệnh phẫu thuật chương trình được gây mê toàn diện qua NKQ tại Khoa gây mê hồi sức bệnh viện Bình Dân, không có trường hợp nào bị loại khỏi nghiên cứu. Sau đây là kết quả chúng tôi ghi nhận được:

Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình $53,3 \pm 12,5$, cân nặng và chiều cao trung bình lần lượt là $58,3 \pm 10,1$ kg, $159,7 \pm 9,2$ cm. Trong đó chủ yếu là ASA II chiếm tỷ lệ 85,8%. Thời gian gây mê trung bình $147,1 \pm 76,4$ phút, thời gian phẫu thuật trung bình $118 \pm 72,3$ phút.

Bảng 21. Đặc điểm người bệnh của nghiên cứu (N=204)

Tên biến	Số người bệnh (tỷ lệ %)
Tuổi	
Cân nặng(kg)	53,3±13,5*
Chiều cao (cm)	58,3 ±10,1*
ASA	159,7± 9,2*
1	11 (5,4)
2	175 (85,8)
3	18 (8,8)

* Trung bình ± độ lệch chuẩn

Tỷ lệ áp lực bóng chèn NKQ trong giới hạn cho phép (20-30 cmH20) là 30,4%, tỷ lệ vượt giới hạn >30 cmH20 là 67,6%, trong đó nhóm từ 30-50 cmH20 chiếm tỷ lệ 58,8% và nhóm >50 cmH20 chiếm tỷ lệ 8,8% . Tỷ lệ áp lực bóng chèn NKQ dưới mức cho phép là 2%. Áp lực bóng trung bình là 37,5 ± 12,1 cmH20. Áp lực thấp nhất là 10 cmH20, cao nhất là 100 cmH20.

Bảng 2. Tỷ lệ áp lực bóng chèn (N=204)

Áp lực bóng chèn (cmH20)	Số người bệnh	Tỷ lệ %
<20	4	2,0
20-30	62	30,4
30-50	120	58,8
>50	18	8,8

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 204 người bệnh phẫu thuật chương trình được gây mê toàn diện qua nội khí quản tại Khoa gây mê hồi sức bệnh viện Bình Dân, chúng tôi ghi nhận được áp lực bóng chèn NKQ trung bình là 37,5 cmH20 và tỷ lệ áp lực bóng trong giới hạn cho phép (20-30 cmH20) là 30,4%, tỷ lệ áp lực bóng >30 cmH20 là 67,6%, trong đó 30-50 cmH20 chiếm tỷ lệ 58,8% và nhóm >50 cmH20 chiếm tỷ lệ 8,8%. Tỷ lệ áp lực bóng chèn NKQ dưới 20 cmH20 là 2%. Tỷ lệ áp lực bóng chèn NKQ trong giới hạn cho

phép trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả G.K.Kumar 13% [2] , Gillilanda 18,75% [3], Papiya 27% [6]. Áp lực bóng chèn NKQ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 37,5 cmH20 cao hơn so với giới hạn cho phép, thấp hơn so với G.K.Kumar 50,67 cmH20 và Gillianda 47,5 cmH20 và cao hơn của Papiya 35,3 cmH20. Tỷ lệ áp lực bóng chèn NKQ trong giới hạn cho phép trong nghiên cứu của chúng tôi cao có thể là do điều dưỡng và bác sĩ gây mê hồi sức tại bệnh viện chúng tôi đã được tập huấn về bơm áp lực bóng chèn NKQ trước khi nghiên cứu được tiến hành, tuy nhiên tỷ lệ áp lực vượt giới hạn cho phép trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn cao, cho thấy việc đánh giá áp lực bóng chèn theo phương pháp sờ nắn bóng chỉ điểm là không đáng tin cậy. Áp lực tác động lên thành khí quản là một trong những yếu tố quan trọng nhất gây tổn thương khí quản. Áp lực này phụ thuộc vào độ đàn hồi của khí quản và áp lực bên trong của bóng chèn ống nội khí quản. Áp lực bóng chèn NKQ được xem như sự ước lượng tốt cho áp lực tác động lên niêm mạc khí quản [7]. Trong nghiên cứu của Seegobin và van Hasselt trên đối tượng người bệnh được phẫu thuật dưới gây mê toàn diện qua nội khí quản cho thấy khi áp lực bóng chèn trên 30 cmH20 sẽ làm giảm dòng máu qua niêm mạc khí quản và khi áp lực trên 50 cmH20 và trên 15 phút sẽ gây ra tổn thương thiếu máu niêm mạc khí quản [8]. Việc đánh giá áp lực bóng chèn NKQ được thực hiện bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm, và đánh giá theo kinh nghiệm không tương ứng với áp lực của bóng chèn NKQ khi đo bằng áp kế chuẩn[1]. Việc sử dụng áp kế chuẩn giúp đánh giá chính xác áp lực của bóng chèn NKQ từ đó giúp giảm đi các tác dụng không mong muốn của việc

bơm hơi quá mức bóng chèn như đau họng, khàn tiếng, khạc đàm lẫn máu [1]. Trong nghiên cứu của Nagappan và cộng sự trên 292 người bệnh được gây mê toàn diện qua nội khí quản, nhóm người bệnh được điều chỉnh áp lực bóng chèn NKQ dưới 25cmH₂O giảm các biến chứng sau mổ như đau họng, khàn tiếng, ho, so với nhóm được điều chỉnh bằng phương pháp sờ nắn độ căng của bóng, khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [5].

Qua nghiên cứu, chúng tôi khuyến cáo việc bơm và điều chỉnh áp lực bóng chèn NKQ bằng áp kế chuẩn thay cho phương pháp sờ nắn thông thường nhằm ngăn ngừa các biến chứng của bơm hơi bóng chèn quá mức sau phẫu thuật như đau họng, khàn tiếng...

Giới hạn trong nghiên cứu của chúng tôi đó là áp lực của bóng chèn NKQ chỉ đo một lần sau gây mê, không theo dõi trong mổ, cần thêm nghiên cứu về thay đổi áp lực bóng chèn theo thời gian và theo những thay đổi về tư thế của người bệnh trong phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp đánh giá áp lực bóng chèn NKQ bằng cách sờ nắn độ căng của bóng chỉ điểm là không đáng tin cậy. Áp kế chuẩn để đo áp lực bóng chèn NKQ là phương tiện đơn giản và rẻ tiền nên được sử dụng thường quy trong gây mê và các người bệnh được đặt NKQ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christopher Stein et al.**, "Assessment of safe endotracheal tube cuff pressures in emergency care – time for change?", South

African medical journal. 101 (3), (2011), pp. 172-173.

2. **Dr.G.K.Kumar et al.**, "Endotracheal tube cuff pressure application during general anaesthesia - instrumental versus conventional method- a comparative study", Indian journal of applied research. 8 (6), (2018), pp. 63-64.
3. **L Gillilanda* et al.**, "Endotracheal tube cuff pressure in adult patients undergoing general anaesthesia in two Johannesburg academic hospitals", Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia. 21 (3), (2015), pp. 81-84.
4. **Mary Lou Sole et al.**, "Evaluation of an Intervention to Maintain Endotracheal Tube Cuff Pressure Within Therapeutic Range", Am J Crit Care. 20 (2), (2011), pp. 109-118.
5. **Nagappan Ganason et al.**, "Post-operative Sore Throat: Comparing the Monitored Endotracheal Tube Cuff Pressure and Pilot Balloon Palpation Methods", Malays J Med Sci. 26 (5), (2019), pp. 132-138.
6. **Papiya Sengupta et al.**, "Endotracheal tube cuff pressure in three hospitals, and the volume required to produce an appropriate cuff pressure", BMC Anesthesiology. 4 (8), (2004), pp. 1-6.
7. **Pervez Sultan et al.**, "Endotracheal tube cuff pressure monitoring : a review of the evidence", Journal of perioperative practice . 21 (11), (2011), pp. 379-386.
8. **R D Seegobin et al.**, "Endotracheal cuff pressure and tracheal mucosal blood flow: endoscopic study of effects of four large volume cuffs", British Medical Journal. 288, (1984),pp. 965-968.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY SAU HOÁ TRỊ

Dương Bá Lập¹, Nguyễn Phúc Minh¹, Nguyễn Huy Hoàng²,
Nguyễn Vũ Tuấn Anh¹, Lê Quý Nguyên¹, Hoàng Thị Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn chủ yếu vẫn là hóa trị. Thời gian gần đây chiến lược phẫu thuật chuyển đổi áp dụng cho nhóm bệnh nhân này được hứa hẹn mang lại kết quả tốt hơn về sống còn. Tuy nhiên lựa chọn phác đồ hóa trị trước phẫu thuật, chỉ định và thời gian phẫu thuật cũng như hóa trị sau mổ đang còn tranh cãi.

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật cắt dạ dày sau hoá trị áp dụng cho nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn.

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi hồi cứu 15 trường hợp ung thư dạ dày được phẫu thuật cắt dạ dày sau hóa trị tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 01/2017 đến 11/2022. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả loạt ca.

Kết quả: Tuổi trung bình là 62 (57 – 68 tuổi). Nam chiếm 66,7 %, nữ chiếm 33,3%. Bệnh nhân được nội soi dạ dày chẩn đoán với kết quả giải phẫu bệnh Carcinom tuyến, đánh giá giai đoạn dựa trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêu chuẩn căn quang (100%). Các trường hợp trong nghiên cứu được hoá trị trước mổ với số

chu kỳ trung bình là 4 (3 – 8), chụp CLVT đánh giá giai đoạn sau hoá trị ghi nhận 9 trường hợp (60,0 %) có đáp ứng với hoá trị. 5 trường hợp (33,3%) không thay đổi giai đoạn, 1 trường hợp (6,7%) tăng giai đoạn sau hoá trị. Phẫu thuật nội soi thực hiện trên 12 trường hợp (80%), 7 (46,7%) trường hợp cắt phần xa dạ dày, 4 (26,7%) trường hợp cắt gần toàn bộ dạ dày, 3 (20%) trường hợp cắt toàn bộ dạ dày, 1 (5,7%) trường hợp cắt thực quản ngã ngực bụng. Thời gian mổ trung bình là 209 phút (120 – 360 phút). Lượng máu mất trung bình là 74ml (30 – 100ml). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,9 \pm 2,6$ ngày. Không có trường hợp tử vong do phẫu thuật. Có 1 trường hợp chảy máu động mạch vị tá ở ngày hậu phẫu 3, 1 (6,7%) trường hợp xì mồm tá tràng ở ngày hậu phẫu 42, 2 (13,3%) trường hợp viêm phổi sau mổ, 1 (6,7 %) trường hợp hẹp miệng nối thực quản-hồng tràng sau phẫu thuật 5 tháng. Có 13 trường hợp (86,7%) tiếp tục được hoá trị sau phẫu thuật.

Kết luận: Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn được hóa trị sau đó phẫu thuật chuyển đổi cắt dạ dày về mặt kỹ thuật có tính khả thi, về mặt an toàn và sống còn không bệnh cần có thời gian theo dõi lâu hơn và cần số lượng mẫu nhiều hơn mới có thể đánh giá được.

SUMMARY

RESULT OF GASTRECTOMY FOLLOWING UPFRONT CHEMOTHERAPY IN ADVANCED GASTRIC CANCER PATIENTS

Background: Currently, the treatment of advanced gastric cancer with a single incurable

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Hoàng

SĐT: 0327601068

Email: huyhoangijut164@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

factor is chemotherapy. Recently, a conversion surgical applied to this group of patients has shown promise for better survival outcomes. However, the choice of preoperative chemotherapy regimen, indications and duration of surgery as well as postoperative chemotherapy are still controversial.

Objectives: Assess the safety and effectiveness of conversion gastrectomy for advance gastric cancer with with a single incurable factor folow upfront chemotherapy.

Subjectives- Methods: We conducted a retrospective study 15 cases of gastric cancer who were operated on after chemotherapy at Binh Dan Hospital from January 2017 to November 2022. **Methods:** retrospective descriptive case series.

Results: The mean age was 62 (57 – 68 years old). Male accounted for 66,7%, female accounted for 33.3%. The patients were diagnosed by gastroscopy with histopathology results of adenocarcinoma, staging based on CT scan of the chest - abdomen with contrast injection (100%). The cases in the study received preoperative chemotherapy with mean number of cycles were 4 (3 - 8), CT scan to assess the post-chemotherapy period recorded 9 cases (60,0%) with response to chemotherapy, 5 cases (33.3%) did not change the stage, 1 case (6,7%) increased the stage after chemotheray. Laparoscopic surgery was performed in 12 cases (80%), 7 (46,7%) Cases were perform distal gastrectomy, 4 (26,6%) cases subtotal gastrectomy, 3 cases total gastrectomy, 1 case esophagectomy through abdominal and thoracic. The average operative time was 209 minutes (120-360 minutes). The average blood loss was 74ml (30-100ml). The average postoperative hospital stay was $7,9 \pm 2,6$ days. There were no deaths due to surgery. There was 1 case of gastroduodenal artery bleeding on postoperative day 3, 1 case of duodenal leak on

postoperative day 42, 2 cases of postoperative pneumonia, 1 case of postoperative esophageal-jejunal stenosis after 5 months. There were 13 cases (86,7%) continuing chemotherapy after surgery.

Conclusion: In non-curative surgery for patients with advanced gastric cancer, chemotherapy followed by conversion gastrectomy is technically feasible, in terms of cancer-free survival and oncology, the study requires a longer follow-up time and a larger number of samples to evaluate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư dạ dày là ung thư phổ biến đứng hàng thứ 5 ở cả 2 giới và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 do ung thư trên toàn thế giới dẫn đến tăng gánh nặng chăm sóc sức khỏe 6. Ở Việt Nam là vùng dịch tễ của ung thư dạ dày, bệnh nhân ung thư dạ dày hầu hết đến điều trị ở giai đoạn ung thư tiến triển. Phẫu thuật cắt dạ dày là điều trị chính cho ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển⁴. Tuy nhiên đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn vì có di căn phúc mạc, di căn gan, di căn phổi... thì hóa trị là điều trị chính cho nhóm bệnh này. Phẫu thuật giảm nhẹ chỉ được áp dụng đối với những trường hợp có tắc nghẽn hoặc xuất huyết không kiểm soát được^{2,4}.

Gần đây các nghiên cứu chỉ ra rằng, phẫu thuật cắt dạ dày đối với những trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn sau một số phác đồ hóa trị có thể cho kết quả tốt về mặt sống còn. Phẫu thuật cắt dạ dày sau hóa trị kết hợp được quan tâm trong những năm gần đây. Chiến lược điều trị mới mẻ này được gọi là phẫu thuật chuyển đổi cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể

phẫu thuật triệt căn. Phẫu thuật chuyển đổi có thể liên quan cải thiện khả năng sống còn khi phẫu thuật đạt được diện cắt R0. Tuy nhiên lựa chọn phác đồ hóa trị trước phẫu thuật, chỉ định phẫu thuật, thời gian phẫu thuật tối ưu, và hóa trị sau phẫu thuật vẫn còn tranh cãi⁸. Bài viết này của chúng tôi mô tả kết quả ban đầu của phẫu thuật chuyển đổi cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật điều trị triệt căn tại bệnh viện Bình Dân.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả các đặc điểm của nhóm bệnh ung thư dạ dày tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn: đặc điểm dân số, giai đoạn ung thư, yếu tố không thể phẫu thuật triển căn, đặc điểm hóa trị trước phẫu thuật.

2. Mô tả kết quả phẫu thuật sau hóa trị: phương pháp phẫu thuật; tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật, đặc điểm hóa trị sau phẫu thuật

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: không tính cỡ mẫu.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn, được hóa trị điều trị, sau đó phẫu thuật cắt dạ dày.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: những bệnh nhân thỏa những tiêu chuẩn sau đây⁸

Được chẩn đoán có u dạ dày qua nội soi dạ dày thực quản, có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến.

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (chụp CLVT) để đánh giá giai đoạn ung thư dạ dày.

Vị trí u dạ dày là hang vị, thân vị, tâm vị, chỗ nối thực quản tâm vị.

Có bằng chứng chứng minh ung thư dạ dày tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn thông qua hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hoặc qua phẫu thuật thám sát ổ bụng.

Được hóa trị ít nhất 2 chu kỳ trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu cắt dạ dày do thủng u, do u xuất huyết.

Bệnh nhân được phẫu thuật sau hóa trị không phải do có yếu tố không thể phẫu thuật triệt căn.

Bệnh nhân được phẫu thuật sau hóa trị, không cắt được dạ dày, chỉ sinh thiết ổ bụng hoặc phẫu thuật giảm nhẹ: nối vị tràng hay mở hồng tràng nuôi ăn.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân.

Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2017 – 11/2022.

Các định nghĩa:

Ung thư dạ dày tiến triển: là ung thư xâm lấn lớp dưới niêm trở lên (T2) theo hướng dẫn điều trị của hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản⁴.

Các yếu tố không thể phẫu thuật triệt căn: di căn gan, buồng trứng 1 bên hay 2 bên, di căn hạch dọc động mạch chủ, di căn phổi, trung thất, hạch thượng đòn⁸.

Phẫu thuật chuyển đổi: được định nghĩa là phẫu thuật cắt bỏ dạ dày với mục đích đạt được diện cắt R0 đối với những bệnh nhân ung thư dạ dày ban đầu không thể cắt bỏ đáp ứng với hóa trị liệu.

Qui trình điều trị: bệnh nhân sẽ được hóa trị trước phẫu thuật, sau 3 chu kỳ sẽ được chụp cắt lớp vi tính ngực và bụng để đánh giá giai đoạn so với trước hóa trị. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được hóa trị và cũng được chụp CLVT ngực bụng để đánh giá giai đoạn.

Vị trí ung thư dạ dày được xác định thông qua mô tả trong tường trình phẫu thuật đối với bệnh nhân có cắt dạ dày và thông qua nội soi dạ dày đối với bệnh nhân không cắt dạ dày được.

Hạch Bulky: hạch có đường kính ≥ 3 cm hoặc lớn hơn 1 hạch có đường kính $\geq 1,5$ cm7.

Đặc điểm đại thể: được thu thập qua mô tả đại thể của kết quả giải phẫu bệnh bệnh phẩm dạ dày.

Đáp ứng sau hóa trị: khi kết quả chụp CLVT cho thấy kích thước u giảm, kích thước và số lượng hạch giảm.

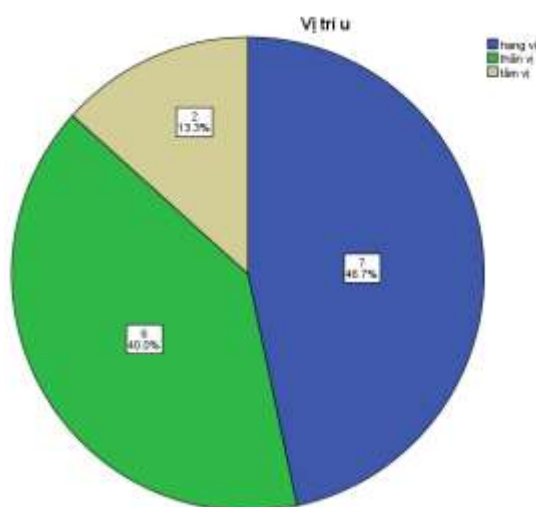
Diện cắt R0: không có tế bào ung thư trên vi thể1

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 17 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Có 1 trường hợp có nhiều nốt di căn phúc mạc, có dịch ổ bụng lượng vừa; 1 trường hợp u xâm nhiễm cứng xâm lấn rốn gan; 2 trường hợp này loại khỏi nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu của nghiên cứu là 15.

Đặc điểm dân số: Tuổi trung vị của nghiên cứu là 62, bách phân vị 25% là 57 tuổi, bách phân vị 75% là 68 tuổi, nam giới chiếm tỉ lệ 66,7 %, nữ giới 33,3 %, tỉ lệ nam/nữ là 2/1

Vị trí ung thư dạ dày: Vị trí ung thư dạ dày chủ yếu ở hang vị và thân vị chiếm tỉ lệ 47,1 % và 41,2%.



Hình 1: Phân bố vị trí ung thư dạ dày

Yếu tố không thể phẫu thuật triệt căn:

Yếu tố	Tần số	Tỉ lệ (%)
Di căn phúc mạc	1	6,7
Di căn hạch cổ	2	13,4
Di căn buồng trứng	1	6,7
Xâm lấn tụy	3	20,0
Di căn phổi, trung thất	2	13,4
Hạch Bulky	6	40,0
Tổng	15	100,0

Đặc điểm phẫu thuật trước hóa trị: Có 1 trường hợp ung thư thân vị được phẫu thuật nội soi thám sát ghi nhận có hạch Bulky, 1 trường hợp ung thư thân vị, di căn hạch cổ được phẫu thuật mở hồng tràng nuôi ăn, trong phẫu thuật ghi nhận u ở thân vị dạng thâm nhiễm lan tỏa.

Đặc điểm hóa trị:

Hóa chất	Số BN	Tỉ lệ (%)
Docetaxel + Oxaliplatin + Biluracil	6	40,0
Paclitaxel + Cabexitabin	3	20,0
Docetaxel + Oxaliplatin	2	13,4
Paclitaxel + Oxaliplatin + Biluracil	1	6,7
Oxaliplatin	1	6,7
Irinotecan	1	6,7
Docetaxel + Oxaliplatin + 5-Fluracil	1	6,7
Tổng	15	100,0

Số chu kì hóa trị có trung vị là 4 (3 - 8) chu kì, ít nhất 3 chu kì, nhiều nhất 16 chu kì. Có 1 bệnh nhân hóa trị với Cabexitabin 12 chu kì sau đó chuyển sang phác đồ (Docetaxel + Oxaliplatin + Biluracil) 3 chu kì.

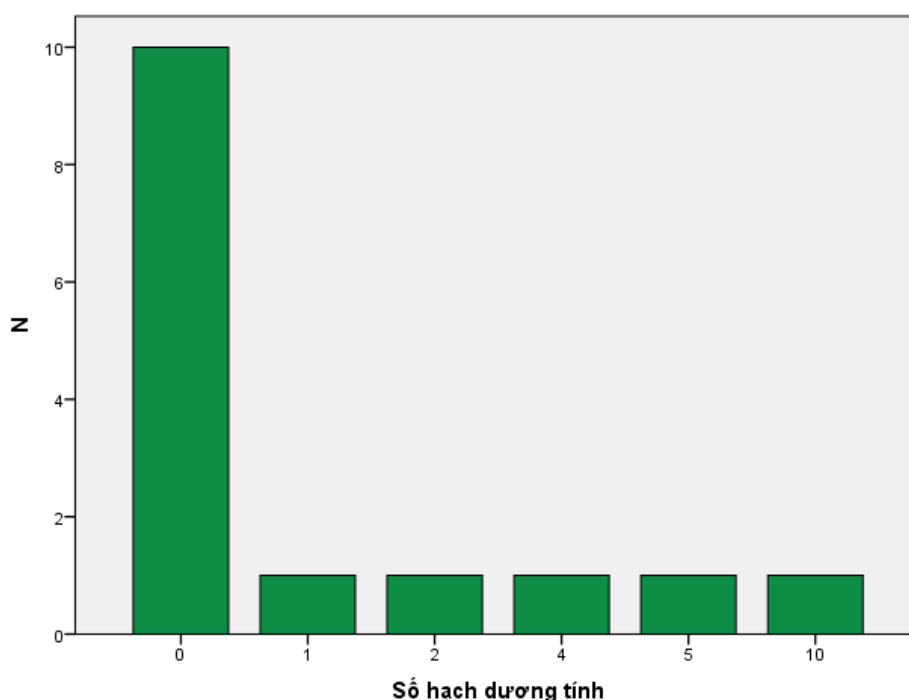
Đánh giá sau hóa trị: Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu sau mỗi

3-4 chu kì để đánh giá. Có 9 trường hợp (60,0 %) có đáp ứng với hoá trị. 5 trường hợp (33,3 %) không thay đổi giai đoạn, 1 trường hợp (6,7 %) tăng giai đoạn sau hoá trị.

Kết quả phẫu thuật: được trình bày theo bảng dưới đây.

		N	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt phần xa dạ dày	7	46,7
	Cắt gần toàn bộ dạ dày	4	26,6
	Cắt toàn bộ dạ dày	3	20
	Cắt thực quản ngã ngực bụng	1	6,7
Tái lập lưu thông	Biroth II	9	60
	Roux-en-Y	6	40
Loại phẫu thuật	PTNS	12	80
	PTNS chuyển mổ hở	4	26,6
	Mổ hở	1	6,7
Thời gian phẫu thuật	209 ± 69 phút		
Lượng máu mất	73,8 ± 30,1 ml		
Diện cắt R0	có	13	86,7
	không	2	13,3
Số hạch nạo vét được	9 (6 – 13) hạch		
Thời gian nằm viện	7,9 ± 2,6 ngày		

Số hạch nạo vét dương tính được trình bày trong biểu đồ dưới đây.



Biểu đồ 5. Số hạch nạo vét dương tính

Đặc điểm đại thể

U dạng chồi sùi có 2 trường hợp kích thước lần lượt là 1 x 2 cm và 4 x 5 cm

U dạng loét có 8 trường hợp trong đó 6 trường hợp có kích thước 1,5 - 2,5 cm, có 1 trường hợp 4,5 cm, 1 trường hợp 6 cm.

U dạng loét thâm nhiễm lan tỏa có 3 trường hợp

Có 2 trường hợp không được mô tả đại thể của bệnh phẩm

Kết quả GPB sau mổ: có 14 BN (93,3 %) có kết quả carcinoma tuyến, 1 BN (6,7 %) có

kết quả loét mạn tính (BN này ung thư thân vị được PTNS cắt phần xa dạ dày + nạo hạch D2).

Biến chứng sớm sau mổ: Không có trường hợp tử vong do phẫu thuật. Có 1 trường hợp (6,7%) chảy máu động mạch vị tá ở ngày hậu phẫu 3, 1 trường hợp (6,7%) xì mồm tá tràng ở ngày hậu phẫu 42, 2 trường hợp (13,3%) viêm phổi sau mổ, 1 trường hợp (6,7%) hẹp miệng nối thực quản-hồng tràng sau phẫu thuật 5 tháng.

Hóa trị sau mổ:

Hóa chất	Số BN	Tỉ lệ (%)
Docetaxel + Oxaliplatin + Biluracil	7	53,8
Oxaliplatin	2	15,4
Paclitaxel + Cabexitabin	1	7,7
Oxaliplatin + Cabexitabin	1	7,7
Docetaxel (x3) → Biluracil (x10)	1	7,7
Paclitaxel (x12) → Irinotecan (x9)	1	7,7
Tổng	13	100,0

Có 13 (86,7 %) bệnh nhân được hóa trị sau mổ, với số chu kỳ trung vị 4 (3 – 10).

Có 1 (7,7%) bệnh nhân được hóa trị với phác đồ Docetaxel+Oxaliplatin+Biluracil 2 chu kỳ chuyển sang Paclitaxel 4 chu kỳ.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính sau hóa trị sau mổ: Tất cả bệnh nhân được chụp CLVT ngực và bụng cho kết quả như sau:

Có 6 bệnh nhân có nốt di căn phổi

1 BN di căn hạch động mạch chủ bụng, hạch mạc treo, hạch bẹn

1 BN di căn hạch động mạch thân tạng, động mạch chủ bụng, buồng trứng

1 BN di căn phúc mạc, có dịch ổ bụng

1 BN di căn buồng trứng

1 BN di căn ổ bụng và bàng quang

1 BN có dày thành miệng nối dạ dày và di căn gan.

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật: thời gian theo dõi sau phẫu thuật có trung vị là 5 tháng, bách phân vị 25% là 2 tháng, 75% là 11 tháng, thời gian ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 26 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 15 trường hợp, chúng tôi nhận thấy phác đồ hóa trị trước và sau phẫu thuật chưa thống nhất về hóa chất điều trị và số chu kỳ. Có lẽ do thời gian nghiên cứu là 5 năm nên có sự thay đổi trong phác đồ hóa trị, cũng như điều kiện thuốc hóa trị của bệnh viện khác nhau tùy thời điểm, đồng thời điều kiện kinh tế của bệnh nhân khác nhau nên phác đồ hóa trị không giống nhau. Phẫu thuật cắt dạ dày sau bao nhiêu chu kỳ hóa trị trong nghiên cứu cũng không đồng nhất. Nghiên cứu của chúng tôi có 10 (66,7%) BN được phẫu thuật sau ≤ 5 chu kỳ. Hiện nay vẫn chưa có khuyến cáo nào về thời điểm tối ưu để cắt dạ dày sau hóa trị.

Về mặt phẫu thuật, do sau hóa trị nên ranh giới giữa mô ung thư và mô lành không rõ ràng nên có 2 trường hợp có kết quả cho diện cắt trên còn tế bào ung thư. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp đặc biệt kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là mô viêm mạn tính. Một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn ở bệnh viện đại học Tokyo của nhóm tác giả H. Ishigami cũng cho thấy tình trạng này. Nghiên cứu này thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày cho 94 bệnh nhân ung thư dạ dày di căn phúc mạc có đáp ứng hóa trị, kết quả phẫu thuật có 61 bệnh nhân (65%) bệnh nhân đạt kết quả diện cắt R0.3 Nghiên cứu của nhóm tác giả Wei Li và cộng sự cũng cho kết quả tương tự với 81 bệnh nhân được phẫu thuật chuyển đổi cắt dạ dày có 52 (64.2%) bệnh nhân đạt diện cắt R0.7. Sau hóa trị nên số lượng hạch nạo vét được ít hơn so với loại phẫu thuật tiêu chuẩn, đồng thời số lượng hạch dương tính cũng rất ít có 10 BN (66,7 %) có 0 hạch dương tính. Điều này cũng được chứng minh qua nghiên cứu của nhóm tác giả Liu và cộng sự năm 2021, so sánh số hạch dương tính nạo vét được qua phẫu thuật nội soi giữa 2 nhóm ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển có hóa trị và không hóa trị, cho kết quả nhóm phẫu thuật sau hóa trị có số hạch dương tính ít hơn nhiều so với nhóm không được hóa trị (1 so với 8 hạch, $P=0,001$).⁵

Về mặt theo dõi sau phẫu thuật: Mặc dù số lượng bệnh nhân của mẫu còn ít, thời gian theo dõi bệnh chưa đồng nhất, chưa có nhóm chứng, nhưng chúng tôi nhận thấy di căn phúc mạc, di căn buồng trứng và di căn phổi là thường gặp ở 8 bệnh nhân (47,1%), điều này nói lên tiên lượng xấu của loại ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển có yếu tố không thể phẫu thuật triệt căn. Để đánh giá hiệu quả về sống còn của chiến lược phẫu thuật chuyển đổi, cần phải có nghiên cứu so sánh

với nhóm hóa trị đơn thuần, cỡ mẫu cần phải lớn hơn. Nghiên cứu của nhóm tác giả Wei Li cho kết quả nhóm phẫu thuật chuyển đổi cho kết quả thời gian sống còn toàn bộ dài hơn so với nhóm chỉ hóa trị đơn thuần (15,9 với 10,9 tháng, $P < 0,01$).⁷ Nghiên cứu của nhóm tác giả H. Ishigami cho kết quả thời gian sống còn trung vị là 12,3 tháng.³

V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển không thể phẫu thuật triệt căn được hóa trị sau đó phẫu thuật chuyển đổi cắt dạ dày về mặt kỹ thuật có tính khả thi, về mặt an toàn và sống còn không bệnh cần có cần số lượng mẫu nhiều hơn thời gian theo dõi lâu hơn và cũng như cần có nhóm chứng so sánh mới có thể đánh giá được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biondi Alberto, Persiani Roberto, Cananzi Ferdinando, et al.** R0 resection in the treatment of gastric cancer: room for improvement. 2010;16(27):3358.
2. **Dittmar Yves, Rauchfuss Falk, Goetz Max, et al.** Non-curative gastric resection for patients with stage 4 gastric cancer—a single center experience and current review of literature. 2012;397(5):745-753.
3. **Ishigami H, Yamaguchi H, Yamashita H, Asakage M, Kitayama J %J** *Annals of Oncology*. Gastrectomy after response to intraperitoneal and systemic chemotherapy for gastric cancer with peritoneal metastasis or positive peritoneal cytology. 2017;28:v225.
4. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2021/01/01 2021;24(1):1-21.
5. **Liu Lihang, Wang Chuandong, Li Feng, et al.** The safety and efficacy of laparoscopic gastrectomy for patients with locally advanced gastric cancer following neoadjuvant chemotherapy. Scientific Reports. 2022/06/20 2022;12(1):10384.
6. **Sung Hyuna, Ferlay Jacques, Siegel Rebecca L, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2021;71(3):209-249.
7. **Xu Wei, Liu Wentao, Wang Lingquan, et al.** Is D2 Lymphadenectomy Alone Suitable for Gastric Cancer With Bulky N2 and/or Para-Aortic Lymph Node Metastases After Preoperative Chemotherapy? 2021:3461.
8. **Zhang Fei, Huang Xuanzhang, Song Yongxi, et al.** Conversion surgery for stage IV gastric cancer. 2019;9:1158.

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI VỚI KỸ THUẬT THỰC HIỆN MIỆNG NỐI BÊN TRONG Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI

Bùi Đức Thịnh¹, Dương Bá Lập¹,
Trần Văn Minh Tuấn¹, Đồng Thanh Thiện¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, ở thì cắt nối trước đây thường được thực hiện bên ngoài cơ thể, gần đây phát triển kỹ thuật cắt nối trong ổ bụng với một số kết quả ban đầu khá tốt.

Mục tiêu: Mô tả các kết quả sớm và hiệu quả về mặt ung thư học của phẫu thuật cắt đại tràng phải với miệng nối thực hiện bên trong ổ bụng điều trị ung thư đại tràng phải.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca ở 108 bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với kỹ thuật thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng tại bệnh viện Bình Dân 1/2019 – 12/2022.

Kết quả: Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật thành công đạt 100%. Không có tai biến trong mổ ở tất cả các trường hợp. Thời gian mổ trung bình $206,81 \pm 46,78$ phút; lượng máu mất trung bình $68,61 \pm 27,89$ ml; thời gian trung tiện được sau mổ trung bình $2,83 \pm 0,97$ ngày; biến chứng sau mổ gồm 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp rò miệng nối hồi – đại tràng ngang, 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Tất cả diện cắt của bệnh phẩm

trong nghiên cứu đều không có tế bào ung thư. Chiều dài trung bình của bệnh phẩm là $30,3 \pm 6,15$ cm, số hạch trung bình nạo vét được là $19,16 \pm 7,11$ hạch và không có trường hợp nào có số hạch ít hơn 12.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải với kỹ thuật thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng cho kết quả sớm sau mổ khá tốt, có tính khả thi và an toàn, đồng thời vẫn đảm bảo yêu cầu về mặt ung thư học trong điều trị ung thư đại tràng phải.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY WITH INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS FOR COLON CANCER

Introduction: Recently, laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis has showed many advantages compare to extracorporeal anastomosis.

Objective: To evaluate early outcomes of laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis.

Materials and methods: Case report, 108 patients underwent laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis at Binh Dan hospital from 1/2019 to 12/2022.

Results: All cases in research had performed successfully intracorporeal anastomosis. There was no complication during operation. Mean operation time was $206,81 \pm 46,78$ minutes.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thịnh

SĐT: 0945316830

Email: ducthinmk2@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Estimated blood loss was 68.61 ± 27.89 ml. Flatus passage time was 2.83 ± 0.97 days. Postoperative complication: 3 cases wound infection, 1 case anastomosis leak, 1 case pneumonia. All cases reached curative resection (R0 resection). Mean length of specimens was 30.3 ± 6.15 cm, the average number of harvested lymph nodes was 19.16 ± 7.11 nodes, at least 12 lymph nodes in single case.

Conclusions: laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis in colon cancer is safe and feasible.

Keywords: laparoscopic colectomy, colon cancer, intracorporeal anastomosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là bệnh thường gặp, đến nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính. Trong vài thập niên gần đây, phẫu thuật nội soi dần đã trở thành kỹ thuật được lựa chọn trong điều trị ung thư đại tràng với nhiều ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn. Trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, ở thì cắt nối trước đây thường được thực hiện bên ngoài cơ thể, gần đây phát triển kỹ thuật cắt nối trong ổ bụng với một số kết quả ban đầu tốt.

Hiện nay, nhiều nghiên cứu trên thế giới về miệng nối hồi đại tràng ngang thực hiện bên trong cơ thể được thực hiện. Tuy vẫn còn chưa thống nhất về các kết luận đưa ra, nhưng một số nghiên cứu báo cáo kết quả rất đáng khích lệ về kết quả sớm của phẫu thuật này như giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, giảm thời gian nằm viện sau mổ mà không làm tăng biến chứng sau phẫu thuật [2], đảm bảo an toàn về mặt ung thư học. Hiện nay, ở nước ta vẫn chưa phổ biến kỹ thuật này, không hẳn vì đây là thách thức đối với phẫu thuật viên, có thể là do thói quen, do sự e

ngại việc vậy bản trong ổ bụng, do chi phí và hơn nữa là việc nối ngoài đối với đại tràng phải khá thuận lợi, vì vậy việc có nhiều nghiên cứu hơn nữa về vấn đề này ở nước ta là cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu báo cáo loạt ca, Bệnh viện Bình Dân từ 06/2019 đến 12/2022

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư đại tràng phải có chỉ định mổ cắt đại tràng nội soi với kỹ thuật thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng. Bệnh nhân nhập viện từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022

Các bước tiến hành thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng

Sau khi dùng máy khâu nối tự động cắt đoạn đại tràng mang u, đoạn hồi tràng còn lại được kéo đến gần đại tràng ngang. Kiểm tra mạc treo ruột non và đại tràng không xoắn, đặt thuận chiều nhu động ruột.

Dùng dao siêu âm tạo lỗ mở nhỏ khoảng 1 cm trên bờ tự do ruột non và đại tràng cách đầu tận hồi tràng 2-3 cm và cắt đầu tận đại tràng ngang 8-10cm. Đặt 2 ngành của máy khâu nối tự động vào lỗ mở tạo sẵn và bấm máy thực hiện miệng nối.

Lỗ mở nhỏ cạnh miệng nối được đóng lại nội soi bằng chỉ V-loc 1 hoặc 2 lớp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng quan: Trong thời gian từ 06/2019 đến 12/2022 nghiên cứu thu thập được tổng cộng 108 trường hợp.

Số lượng bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ cao hơn nam. Tuổi trung bình trong nghiên cứu khoảng 60. Đa số có thể trạng trung bình.

Bảng 22: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Trị số (n= 108)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình	60,69 ± 12,68	
Giới		
Nam	48	44
Nữ	60	56
BMI (kg/m ²)	21,49 ± 3,41 (15,6 – 29,4)	
Vị trí u		
Manh tràng	18	16,7
Đại tràng lên	48	44,4
Đại tràng góc gan	42	38,8

Kết quả trong và sau mổ: Các thông số được trình bày trong bảng 2. Chúng tôi không ghi nhận tai biến tổn thương tạng, tổn thương mạch máu lớn hay tử vong trong mổ. Trong tất cả các trường hợp thực hiện miệng nối trong ổ bụng của chúng tôi, không có trường hợp phải chuyển mổ mở

Bảng 23. Kết quả trong và sau mổ

Thông số	Giá trị
Thời gian mổ (phút)	206,81 ± 46,78
Máu mất (ml)	68,61 ± 27,89
Chuyển mổ mở (số ca)	0
Phục hồi lưu thông ruột sau mổ (ngày)	2,83 ± 0,97
Chiều dài vết mổ (cm)	4,65 ± 1,21
Thời gian nằm viện (ngày)	8,06 ± 3,51
Biến chứng:	
Nhiễm trùng vết mổ	3
Rò miệng nối	1
Viêm phổi	0
Mổ lại	0
Tử vong	0
Kết quả ung thư học	
Số hạch nạo vét được	19,16 ± 7,11 (12 – 42)
Chiều dài bệnh phẩm (cm)	30,3 ± 6,15
Diện cắt trên và dưới R0 (100%)	100

Biến chứng xảy ra khá ít, đa số là các biến chứng nhẹ, có thể điều trị bảo tồn, không cần phải mổ lại trường hợp nào để xử lý biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi hiện tại là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư đại tràng phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn áp dụng tất cả

các bước, kỹ thuật như cắt đại tràng phải nội soi thông thường, chỉ khác biệt ở bước cuối là sử dụng kỹ thuật nối hồi – đại tràng ngang bên trong ổ bụng. Việc cắt đại tràng phải nội

soi với miệng nối thực hiện bên trong ổ bụng được đánh giá là khó hơn đáng kể so với thực hiện miệng nối bên ngoài cơ thể. Tuy nhiên việc cắt đại tràng phải nội soi luôn được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm nên việc thay đổi từ kỹ thuật thực hiện miệng nối bên ngoài ổ bụng thành bên trong ổ bụng (nội soi hoàn toàn) được triển khai khá nhanh và trở thành kỹ thuật thường quy, được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân tại bệnh viện Bình Dân.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi là $206,81 \pm 46,78$ phút, khá tương đồng với nghiên cứu tương tự trong nước của tác giả Đào Văn Cam [1] (kỹ thuật thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng tương tự đối với đại tràng phải và đại tràng trái) và tương đồng với các tác giả nước ngoài Magistro (230 ± 45), Abrisqueta, Blumberg. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của Feroci [3] và các cộng sự, không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật đối với 2 kỹ thuật thực hiện miệng nối bên trong hay ngoài ổ bụng. Việc không kéo dài đáng kể thời gian phẫu thuật là một trong những tiêu chí của việc đánh giá phẫu thuật an toàn, khả thi. Đồng thời, nghiên cứu của Blumberg [4] cũng cho thấy không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa bệnh nhân gầy và bệnh nhân béo phì, đây là một lợi điểm khá lớn vì bình thường việc thực hiện miệng nối bên ngoài cơ thể đối với những người béo phì khá khó khăn và tốn thời gian.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp bị xì miệng nối vào ngày thứ 5 hậu phẫu. Lâm sàng bệnh nhân chướng bụng, sốt cao 39.5o C, bệnh nhân được theo dõi tích cực, xét nghiệm bạch cầu $21k/uL$, CRP $311,74mg/dL$, chụp CT-scan có thuốc cản quang tan trong nước bơm qua lòng trực tràng phát hiện ổ tụ dịch cạnh miệng nối ngấm cản

quang. Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực với kháng sinh bậc ba, dinh dưỡng tĩnh mạch, điều chỉnh rối loạn điện giải, đường huyết, không mổ lại và xuất viện ngày thứ 27 hậu phẫu, đây cũng là trường hợp nằm viện lâu nhất trong nghiên cứu. Miệng nối thực hiện bên trong cơ thể có làm thay đổi tỉ lệ biến chứng xì rò vẫn còn là một vấn đề đang bàn cãi. Các nghiên cứu của Abrisqueta và Milone [5][6] báo cáo cho thấy tỉ lệ xì miệng nối xảy ra ở nhóm thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng không khác biệt so với nhóm thực hiện miệng nối bên ngoài như các phẫu thuật tiêu chuẩn trước đây. Tuy nhiên với một nghiên cứu phân tích tổng hợp ở 4450 bệnh nhân được đánh giá, miệng nối thực hiện bên trong cơ thể có tỉ lệ xì rò (1.3%) ít hơn có ý nghĩa thống kê so với miệng nối ngoài cơ thể (2.9%), $p = 0.003$ [2]. Chúng ta biết rằng một tỉ lệ xì rò miệng nối tiêu hoá là không thể tránh khỏi, vậy quan trọng là cần có một mức độ theo dõi phù hợp để chẩn đoán xì miệng nối sớm trước khi tổng trạng của bệnh nhân xấu đi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, trong đó có trường hợp rò tiêu hoá. Tỉ lệ nhiễm trùng khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được chuẩn bị ruột trước đó một cách thường quy để việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng “sạch” hơn và dễ thao tác hơn, tuy nhiên thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên của Pena-soria[7] cho kết luận việc bỏ sót chuẩn bị ruột không làm tăng thêm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ khi thực hiện miệng nối đại tràng bên trong cơ thể. Phẫu thuật đại trực tràng là một phẫu thuật sạch nhiễm, tự bản thân nó đã là yếu tố nguy cơ cao của nhiễm trùng ổ bụng và nhiễm trùng vùng mổ. Tuy vậy, phẫu thuật nội soi

lại là một trong những nguyên nhân làm giảm đáng kể tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ ở những bệnh nhân này và phẫu thuật xâm lấn tối thiểu như thực hiện miệng nối qua nội soi là xu hướng mới hiện nay, không làm tăng thêm nguy cơ về nhiễm trùng vết mổ, giúp các phẫu thuật viên “an tâm” hơn khi cải tiến kỹ thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp có thời gian trung tiện lâu nhất là 5 ngày, không có trường hợp nào được chẩn đoán liệt ruột sau mổ. Theo hiểu biết của chúng tôi, các nghiên cứu cũng không có bằng chứng cho thấy việc thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng làm giảm liệt ruột hay tắc ruột do dính sau mổ cắt đại tràng phải điều trị UTĐT so với thực hiện miệng nối bên ngoài ổ bụng. Các yếu tố nguy cơ của liệt ruột sau mổ được nhắc đến như tuổi trên 60, có phẫu thuật vùng bụng trước đây hoặc trước mổ có sử dụng các thuốc hướng tâm an thần. Việc cầm nắm ruột nhiều trong lúc mổ cũng là một trong những yếu tố nguy cơ gây liệt ruột sau mổ[8]. Với việc thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng, kỹ thuật này đã hạn chế tối đa việc cầm nắm ruột so với việc thực hiện miệng nối bên ngoài như phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải tiêu chuẩn. Ưu điểm lớn nhất của việc mau chóng phục hồi chức năng ruột sau phẫu thuật đại trực tràng là giảm thời gian nằm viện, giảm gánh nặng chi phí điều trị.

Chiều dài vết mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 4.65 cm, Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài vết mổ lấy bệnh phẩm tương đương với chiều dài bệnh phẩm, trong một số trường hợp thành bụng mỏng, vết rạch da có thể nhỏ hơn 0,5 – 1cm so với kích thước bệnh phẩm. Các báo cáo của các tác giả nước ngoài cho thấy thực sự chiều dài vết mổ lấy bệnh phẩm ở kỹ thuật

thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với kỹ thuật nối ngoài cơ thể [2][8]. Trước đây, đối với những bệnh nhân béo phì, thành bụng dày hay rề mạc treo ngấn, việc mở rộng đường mổ là cần thiết để thực hiện miệng nối bên ngoài ổ bụng. Tuy nhiên, đối với việc miệng nối đã thực hiện bên trong ổ bụng, chiều dài vết mổ không có sự khác biệt ở những người béo phì và người gầy[8].

Số hạch nạo vét được trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 19.16 hạch. Số lượng hạch ít nhất cần được đánh giá ở những bệnh nhân chưa có hoá xạ trị tân hỗ trợ là 12. Điều này cho thấy số lượng hạch được nạo vét trong nghiên cứu là khá an toàn và hiệu quả về mặt ung thư học. Việc nạo vét hạch đúng chỉ định không ảnh hưởng đến việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng. Vì mạc treo ruột non di động nên việc thao tác thực hiện miệng nối nội soi tương đối thuận lợi. Đoạn bệnh phẩm sau khi cắt rời được để vào túi lấy bệnh phẩm, cô lập với các thành phần khác trong ổ bụng để khi thực hiện miệng nối tránh được việc “gieo rắc” tế bào ác tính.

Nghiên cứu của chúng tôi có chiều dài bệnh phẩm trung bình là $30,3 \pm 6,15$. Sự ăn lan theo chiều dài của đại tràng trên 10 cm từ vị trí khối u rất hiếm khi xảy ra (1-4% ở đại tràng phải và 0% đối với đại tràng trái). Chiều dài của bệnh phẩm càng dài thì số lượng hạch nạo vét được càng nhiều cho nên đây cũng là một trong những yếu tố đánh giá và tiên lượng người bệnh. Việc thực hiện miệng nối bên trong hay bên ngoài ổ bụng không ảnh hưởng tới chiều dài của bệnh phẩm lấy được. Tuy nhiên với việc bệnh phẩm dài, mạc treo được lấy rộng rãi, thành

bụng dày, thao tác thực hiện miệng nối nội soi khá thuận lợi.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối được thực hiện trong ổ bụng hiện đang trở thành xu hướng mới trong việc nâng cao chất lượng điều trị đối với bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi với kỹ thuật thực hiện miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư đại tràng phải là phẫu thuật có tính khả thi và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Văn Cam, Lê Huy Lưu, Hàn Thế Cơ và cs, “Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi đại trực tràng có phục hồi lưu thông ruột hoàn toàn trong ổ bụng” Y học Thành phố Hồ Chí Minh, (2019), 23 (1), tr. 207-213
- Emile S. H., Elfeki H., Shalaby M., et al. “Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in minimally invasive right colectomy: an updated systematic review and meta-analysis”, Techniques in Coloproctology, (2019), 23 (11), pp. 1023-1035.
- Feroci F., Lenzi E., Garzi A., et al. “Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis after laparoscopic right hemicolectomy for cancer: A systematic review and meta-analysis”, International Journal of Colorectal Disease, (2013), 28 (9), pp. 1177–1186,.
- Kalff J. C., Schraut W. H., Simmons R. L., and Bauer A. J. “Surgical manipulation of the gut elicits an intestinal muscularis inflammatory response resulting in postsurgical ileus”, Annals of Surgery, (1998), 228 (5), pp. 652-63
- Moghadamyeghaneh Z. et al. “Risk factors for prolonged ileus following colon surgery”, Surgical Endoscopy, (2016), 30 (2), pp.603-609
- Milone M. et al., “Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis. Results from a multicentre comparative study on 512 right-sided colorectal cancers”, Surgical Endoscopy, (2015), 29 (8), pp. 2314-20.
- Pena-Soria M. J., Mayol J. M., Anula R., Arceo-Escolar A., and Fernandez-Repres J. A. “Single-blinded randomized trial of mechanical bowel preparation for colon surgery with primary intraperitoneal anastomosis”, Journal of Gastrointestinal Surgery, (2008), 12 (12), pp. 2103-8.
- Raftopoulos I., Courcoulas A. P., and Blumberg D. “Should completely intracorporeal anastomosis be considered in obese patients who undergo laparoscopic colectomy for benign or malignant disease of the colon?”, Surgery, (2006), 140 (4), pp. 675-82.

TỒN THƯƠNG THẦN KINH VÙNG CHẬU TRONG PHẪU THUẬT CẮT TRỰC TRÀNG: CẦN ĐƯỢC QUAN TÂM ĐÚNG MỨC

Phan Thanh Tuấn¹, Dương Bá Lập¹, Nguyễn Thanh Lâm Phú¹,
Đỗ Ngọc Nghĩa¹, Đồng Thanh Thiện¹

TÓM TẮT

Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật và văn hóa xã hội. Điều trị ung thư trực tràng không chỉ dừng lại ở việc điều trị bệnh mà còn phải đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Quan điểm bảo tồn thần kinh vùng chậu trong phẫu thuật cắt trực tràng đã được đề cập trong thời gian gần đây nhằm nhấn mạnh vai trò của bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu và các rối loạn niệu dục sau phẫu thuật. Vấn đề cốt lõi trong phẫu thuật vẫn là nắm rõ các cấu trúc giải phẫu và phẫu tích đúng mặt phẳng phôi thai học. Bài viết này nhằm giới thiệu về giải phẫu thần kinh tự động vùng chậu, các kỹ thuật trong phẫu tích các vị trí quan trọng và các vị trí dễ tổn thương thần kinh.

SUMMARY

PELVIC NERVE INJURY DURING TOTAL MESORECTAL EXCISION WE NEED TO KNOW

Nowadays, treatment of rectal cancer is not only about treating the disease but also ensuring the quality of life for the patient. Preservation of autonomic nerve (PAN) in proctectomy has been discussed recently to emphasize the role of pelvic autonomic nerve preservation and urogenital dysfunction after surgery. The corner stone factor

in surgery is still understanding the anatomical structures and dissecting the correct embryological plane. This article is intended to introduce pelvic autonomic nerve anatomy, techniques in dissection of important sites and sites of nerve vulnerability.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là loại ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc mới đang dần xuất hiện ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Kết hợp điều trị đa mô thức mà trong đó phẫu thuật vẫn giữ vai trò cốt lõi trong điều trị bệnh. Phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng áp dụng nguyên tắc phẫu tích theo mạc treo trực tràng (TME) được RJ Heald giới thiệu vào năm 1982 được xem là tiêu chuẩn trong phẫu thuật cắt trực tràng cùng với đó là sự ra đời của phẫu thuật nội soi (PTNS) và Robot cùng với các dụng cụ phẫu thuật cũng như các hướng tiếp cận mới giúp cải thiện kết quả phẫu thuật, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện tiên lượng sống cho bệnh nhân. Mục tiêu chính của điều trị vẫn là đạt về mặt ung thư học, tuy nhiên, việc bảo tồn thần kinh vùng chậu cũng cần được quan tâm đúng mức. Tổn thương thần kinh vùng chậu sau phẫu thuật cắt trực tràng là một vấn đề nhức nhối vì ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, từ đó phẫu thuật tiến tới không chỉ hoàn thiện về mặt ung thư học mà còn tránh làm tổn thương các cấu trúc thần kinh của vùng chậu.

Việc di động trực tràng trên hầu như được thực hiện một cách dễ dàng do tương tự

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Tuấn

SĐT: 0919223070

Email: phanthanhtuan@live.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 03/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

với mạc treo đại tràng. Tuy nhiên, vùng trực tràng giữa và thấp do đặc tính giải phẫu là sự dính giữa các mạc và các mặt phẳng không tự tách rời khi phẫu tích yêu cầu phải được phẫu tích bằng dụng cụ. Việc các mặt phẳng không tự tách rời dẫn đến PTV dễ nhận định sai và đi vào sai mặt phẳng phẫu tích. Giới hạn quan sát cấu trúc vùng chậu là một trong những yếu tố gây khó khăn trong việc nhận định. Ngoài ra các yếu tố như khung chậu hẹp, bệnh nhân béo phì với mỡ vùng chậu nhiều và mỡ quanh trực tràng dày, dính vùng chậu sau xạ trị hoặc do ung thư xâm lấn các cấu trúc xung quanh. Việc dính do ung thư xâm lấn đòi hỏi PTV phải phẫu tích rộng ra xung quanh để đạt được diện cắt âm tính cùng với đó là việc nạo hạch chậu bên cũng là một yếu tố nguy cơ cho tổn thương thần kinh vùng chậu.

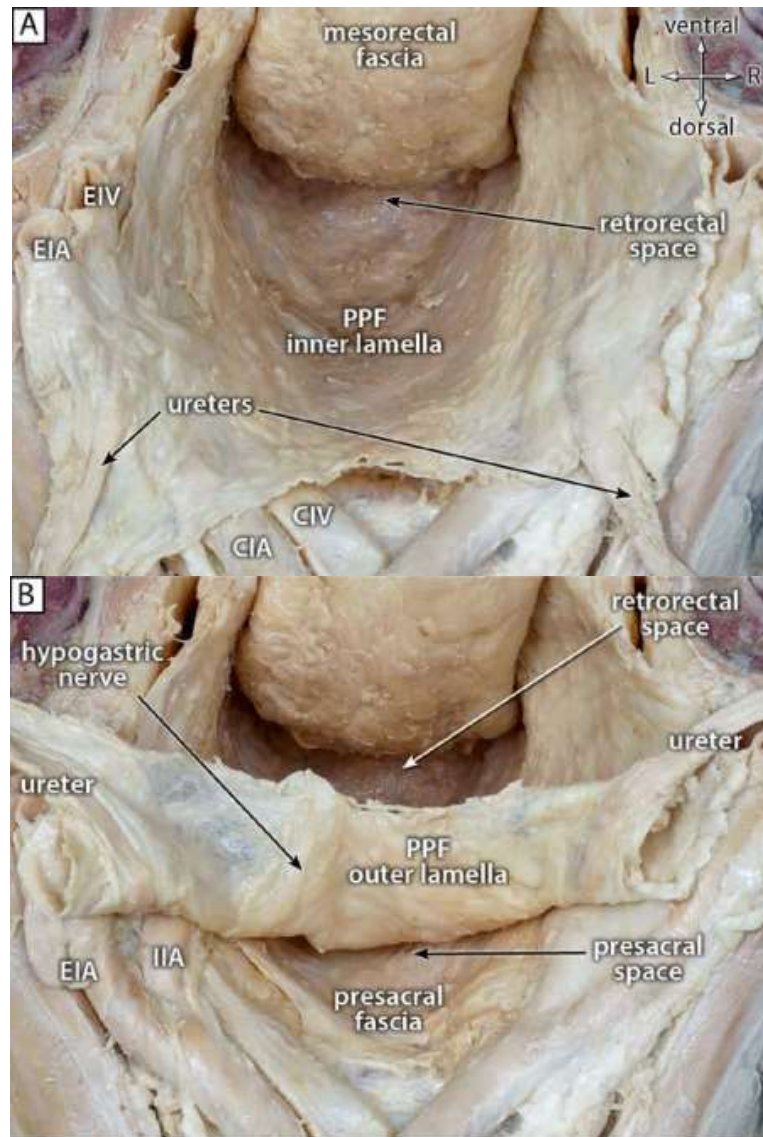
Đã có nhiều báo cáo về tỷ lệ rối loạn chức năng niệu dục sau phẫu thuật cắt trực tràng. Một trong số đó báo cáo tổn thương thần kinh vùng chậu sau phẫu thuật TME gây ra trên 50% các rối loạn đường tiết niệu dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Một nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ rối loạn chức năng đường tiểu là 27% bao gồm các rối loạn về chức năng làm trống bàng quang cũng như là tiểu không kiểm soát [2, 4]. Rối loạn chức năng sinh dục được báo cáo là từ 11 đến 55% sau phẫu thuật TME [2]. Đối với nữ giới, việc giảm khả năng khoái cảm, giao hợp đau và giảm bôi trơn âm đạo có thể là một sự phiền muộn, thậm chí là ở những bệnh nhân lớn tuổi. Nhiều phẫu thuật viên nam không nhận ra sự quan trọng của yếu tố đời sống, đặc biệt là ở những bệnh nhân nữ trẻ tuổi. Đối với nam giới, các rối loạn chức năng thần kinh bao gồm rối loạn cương, không xuất tinh hoặc xuất tinh ngược

dòng. Nghiên cứu của chúng tôi về rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật cắt trực tràng bao gồm 178 TH ghi nhận tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là 10,5%, trong đó có 1,18% các TH rối loạn chức năng khó điều trị và thời gian hồi phục kéo dài [1].

Giải phẫu các mạc vùng chậu

Một trong những yếu tố được cho là nền tảng trong bảo tồn thần kinh vùng chậu là PTV ngoài vấn đề về kỹ thuật phải nắm rõ giải phẫu về các cân mạc và đường đi của thần kinh vùng chậu từ đó mới nhận biết và tránh làm tổn thương khu vực này.

Mạc thành chậu là cấu trúc quan trọng trong phẫu tích phía sau mạc treo trực tràng. Về vi thể mạc thành chậu (PPF) được chia ra thành lá trong (inner layer) và lá ngoài (outer layer), giữa hai lá này chứa mô thần kinh và mạch máu [6]. Lá trong sẽ bao quanh mạc treo trực tràng và tạo thành khoang sau trực tràng hay mặt phẳng “Holy plane”, lá ngoài sẽ bao phủ các cơ quan khác ở phía trước xương cùng. Về mặt đại thể, lá trong mạc thành chậu liên tục với phúc mạc thành ở trên và chứa thần kinh hạ vị và niệu quản [6]. Hướng phẫu tích trong phẫu thuật TME là hướng từ trên xuống dưới và từ trong ra hai bên. Bước đầu tiên trong phẫu tích là bóc tách vào mặt phẳng “Holy plane” giữa mạc treo trực tràng (mesorectal fascia) và mạc thành chậu (parietal pelvis fascia - PPF). Phía sau mạc thành chậu là khoang trước xương cùng và mạc trước xương cùng nơi chứa nhiều mạch máu lớn và đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, việc phẫu tích sai mặt phẳng sẽ dẫn đến tổn thương mạc thành chậu và các cấu trúc liên quan đến nó là niệu quản và thần kinh hạ vị.

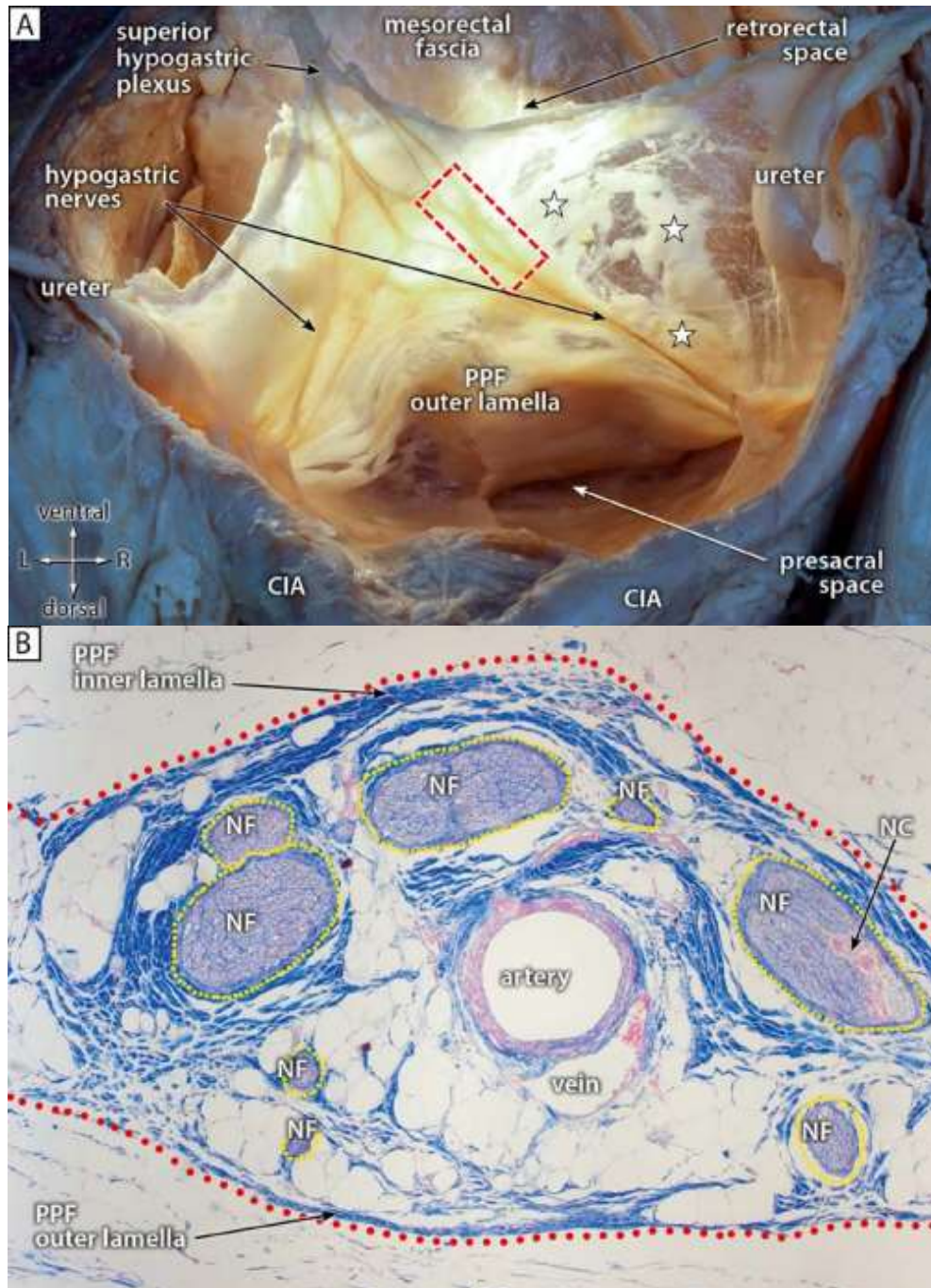


Hình 1. Các mạc giải phẫu vùng chậu

Hình A: khi phẫu tích vào mặt phẳng “Holy plane” giữa mạc treo trực tràng và mạc thành chậu (PPF – Parietal Pelvis Fascia). Hình B: khi phẫu tích vào khoang trước xương cùng phía sau mạc thành chậu, có thể thấy mạc thành chậu chứa dây thần kinh hạ vị và hai niệu quản hai bên. EIA: External Iliac Artery, IIA: Internal Iliac Artery. Nguồn: Sigmar Stelzner [6]

Phía trước, phẫu tích sẽ bắt đầu từ vị trí quặt ngược của lá phúc mạc tách mạc treo trực tràng ra khỏi vách niệu trực tràng (ngăn

cách giữa trực tràng và âm đạo ở nữ và bàng quang ở nam) và đi xuống tới chỗ nối trực tràng ống hậu môn. Khi phẫu tích vách niệu trực tràng ra hai bên thì sẽ thấy vách này sẽ hòa với mạc thành chậu và cấu trúc này liên quan đến bó thần kinh mạch máu (neurovascular bundle). Tam giác tạo bởi vách niệu dục (cân Denonvilier ở nam giới), mạc thành chậu và thành trước bên trực tràng ở cả hai bên là vị trí giới hạn tìm thấy bó thần kinh mạch máu.



Hình 2. Giải phẫu đại thể và vi thể của mạc thành chậu (PPF)

Hình A: mạc thành chậu được chiếu dưới ánh sáng có thể thấy có các sợi thần kinh hạ vị và niệu quản chứa trong đó. Hình chữ nhật nét rời màu đỏ được soi dưới kính hiển vi (Hình B) cho thấy mạc thành chậu chứa mô

thần kinh và mạch máu. Nguồn: Sigmar Stelzner [6]

Giải phẫu hệ TK tự động vùng chậu và chức năng

Các tổn thương thần kinh gây rối loạn niệu dục có thể là do tổn thương thần kinh

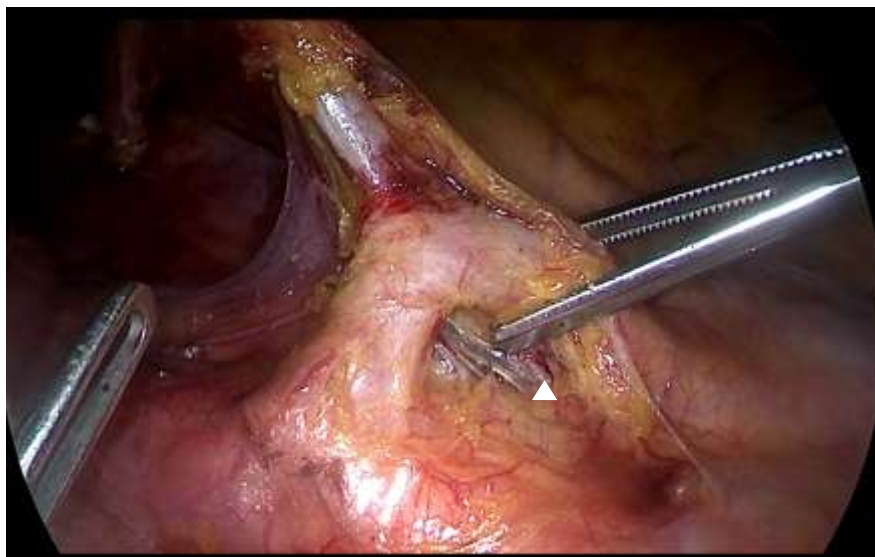
bản thể hoặc tự động ở vùng chậu. Vùng chậu thấp có thể được chia thành hai tầng giải phẫu: một tầng ở trên cơ nâng (chi phối bởi thần kinh tự động) và tầng còn lại dưới cơ nâng (chi phối bởi thần kinh bản thể) [2]. Các đám rối thần kinh tự động bao gồm đám rối hạ vị trên (superior hypogastric plexus) thuộc hệ thống thần kinh giao cảm, đám rối hạ vị dưới (inferior hypogastric plexus) bao gồm cả hệ giao cảm và đối giao cảm, cuối cùng là những thần kinh nội tạng vùng chậu thuộc hệ thống đối giao cảm.

Đám rối thần kinh hạ vị trên phân bố từ đốt sống L5 đến S1, nằm phía trước bên và bên trái động mạch chủ và vị trí chia đôi của động mạch chủ. Đám rối này xuất phát từ hạch thần kinh giao cảm từ T12 đến L2 chi phối việc xuất tinh (Hình 3) đi dọc phía trên ụ nhô và chia đôi thành hai sợi thần kinh hạ vị (Hình 4). Thần kinh hạ vị chạy cách phía trong niệu quản và động mạch chậu trong 2 cm ở cả hai bên theo hướng chéo và dần

chạy ra trước trực tràng và trong mạc thành chậu cùng với niệu quản 2 bên (Hình 1A).

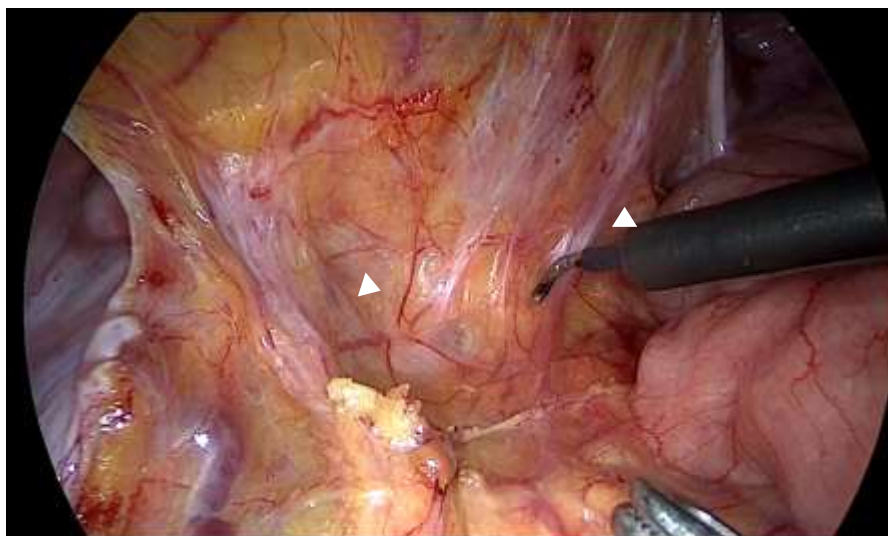
Đám rối hạ vị dưới (Inferior Hypogastric plexus) được nhìn thấy ở vùng trực tràng thấp (Hình 5), khi phẫu tích xuống dưới sàn chậu. Đám rối hạ vị dưới nhận các sợi đối giao cảm vùng chậu từ thân S2 đến S5. Những sợi thần kinh này cũng được che phủ bởi mạc trước xương chậu, xuyên thủng mạc thành chậu qua khoan sau trực tràng và cho các sợi thần kinh vào trực tràng thông qua dây chằng bên. Các sợi thần kinh xuất phát từ đám rối hạ vị dưới chi phối túi tinh, tuyến tiền liệt, bàng quang, cổ tử cung và âm đạo. Những sợi này chi phối hoạt động cương dương vật, khả năng làm trống bàng quang, ham muốn tình dục ở nữ giới và sự làm trơn âm đạo.

Cuối cùng, ở nam giới, vị trí phía trước bên tại hướng 2 giờ và 10 giờ của cân Denonvilier là vị trí của bó thần kinh mạch máu (neurovascular bundle of Walsh) chi phối cho hoạt động cương. (Hình 4)



Hình 3. Hình ảnh đám rối thần kinh hạ vị trên (mũi trên trắng) quanh động mạch mạc treo tràng dưới

“Nguồn: Tác giả”



Hình 4. Thần kinh hạ vị hai bên (mũi tên trắng) khi bóc tách vào mặt phẳng “Holy plane”
“Nguồn: Tác giả”

Liên quan phẫu thuật và vị trí tổn thương

PT TME bao gồm thắt cao động mạch mạc treo tràng dưới, di động mạc treo trực tràng theo mặt phẳng “Holy plane”. Có nhiều cách tiếp cận khác nhau để di động mạc treo đại tràng trái, chúng tôi chọn hướng tiếp cận từ trong ra ngoài và tiếp cận động mạch mạc treo tràng dưới để di động mạc treo đại tràng.

Tổn thương thần kinh tự động trong mổ là nguyên nhân lớn nhất gây ra các rối loạn niệu dục sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Thắt động mạch mạc treo tràng dưới và bóc tách khoang sau trực tràng có thể tổn thương đám rối thượng vị trên và dây thần kinh hạ vị. Phẫu tích dây chằng trực tràng bên và phẫu tích cân Denonvillier có thể tổn thương đám rối hạ vị dưới và các nhánh của nó

Động mạch mạc treo tràng dưới

Trước khi tiếp cận để thắt tận gốc động mạch mạc treo tràng dưới, PTV phải mở lá phúc mạc tại vị trí ụ nhô nơi chia ra của động mạch chủ bụng và cần lưu ý ụ nhô cũng là nơi chia ra của thần kinh hạ vị, việc nắm giữ mô quá nhiều có thể tách thần kinh hạ vị và gây tổn thương sợi thần kinh này. Tại vị trí ụ nhô nơi chuyển giao giữa mạc treo đại tràng Sigma sang mạc treo trực tràng (2cm phía

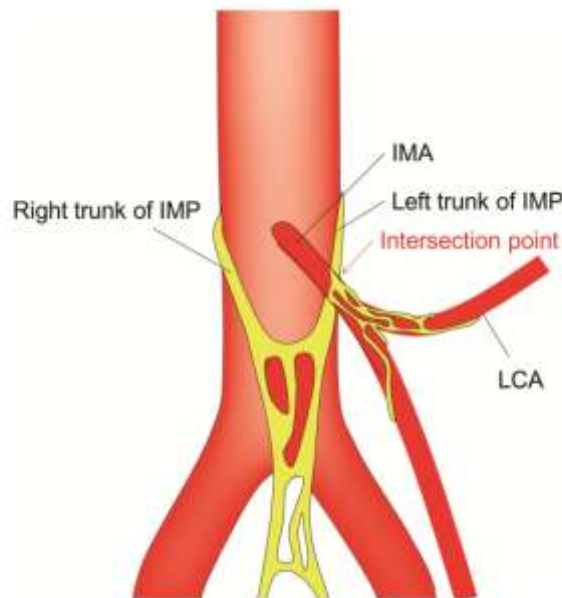
trên ụ nhô) có thể dễ phẫu tích nhằm lớp vào khoang trước xương cùng vào tổn thương các cấu trúc trong mạc thành chậu (thần kinh hạ vị và niệu quản hai bên) [2]. Để tránh tổn thương cần lưu ý phẫu tích ngay phía sau động mạch trực tràng trên và giữ mặt phẳng đó phía trên mạc thành chậu.

Thắt động mạch mạc treo tràng dưới là một vấn đề vẫn còn đang tranh cãi. Có hai trường phái nổi trội lên trong việc thắt động mạch mạc treo tràng dưới là thắt cao và thắt thấp. Việc thắt cao được cho là giúp cho mạc treo đại tràng được nạo hạch tận gốc và di động đại tràng nhiều hơn tuy nhiên lại nguy cơ tổn thương thần kinh [7]. Thắt thấp ít nguy cơ tổn thương thần kinh hơn nhưng nguy cơ bỏ sót hạch số 253 được ghi nhận di căn trong 11% các TH ung thư trực tràng giai đoạn III [5, 9]. Tuy nhiên, trong phẫu thuật TME tiêu chuẩn, thắt động mạch mạc treo tràng dưới tận gốc được ưu tiên do khả năng di động tốt đại tràng để có thể nối xuống vùng chậu.

Một điểm cần lưu ý khi phẫu tích quanh động mạch mạc treo tràng dưới là đám rối hạ vị trên gồm 2 thân là thân phải và thân trái. Thân phải nằm xa động mạch nên không cần chú ý, trong một nghiên cứu về giải phẫu

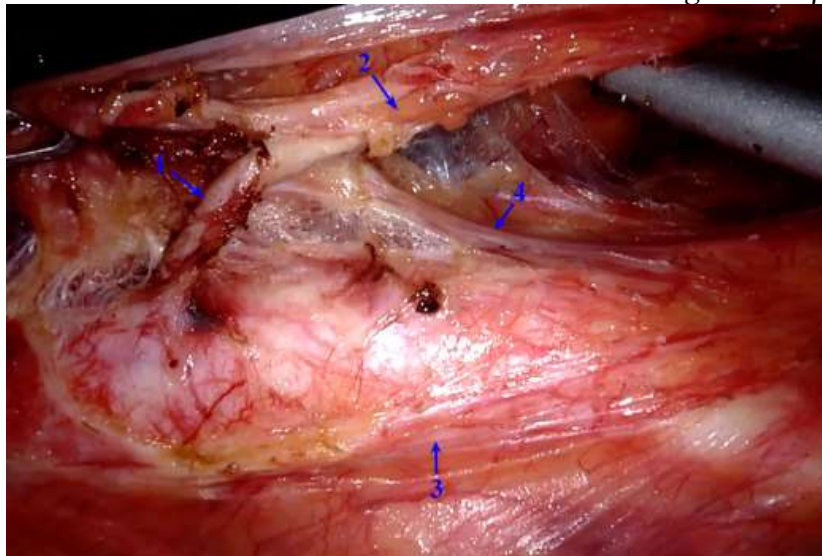
thân trái của đám rối thần kinh này cho thấy thân trái chạy bắt chéo với bao của động mạch mạc treo tràng dưới nên đưa ra khuyến cáo nên bóc tách rộng trên chỗ chia đôi của hai thân về phía động mạch chủ bụng để lấy

trộn hạch số 253[5] [8]. Sau đó, tách bao động mạch mạc treo tràng dưới và hạ thân trái của đám rối thần kinh hạ vị trên và thắt động mạch này cách gốc 1,5-2cm để tránh làm tổn thương thân thần kinh [8].



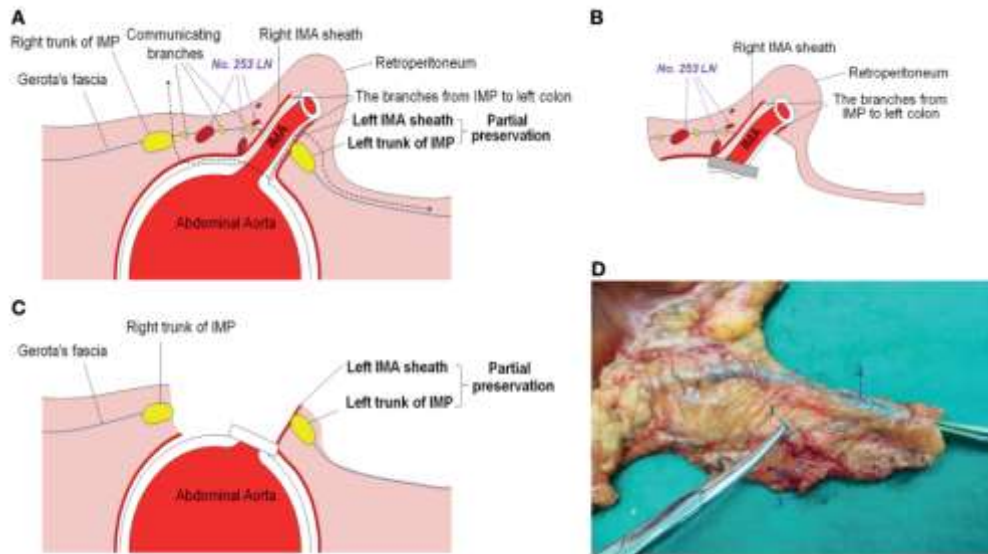
Hình 5. Giải phẫu đám rối hạ vị trên quanh động mạch mạc treo tràng dưới gồm hai thân là thân phải và thân trái

“Nguồn: Zhifang Zheng [9]”



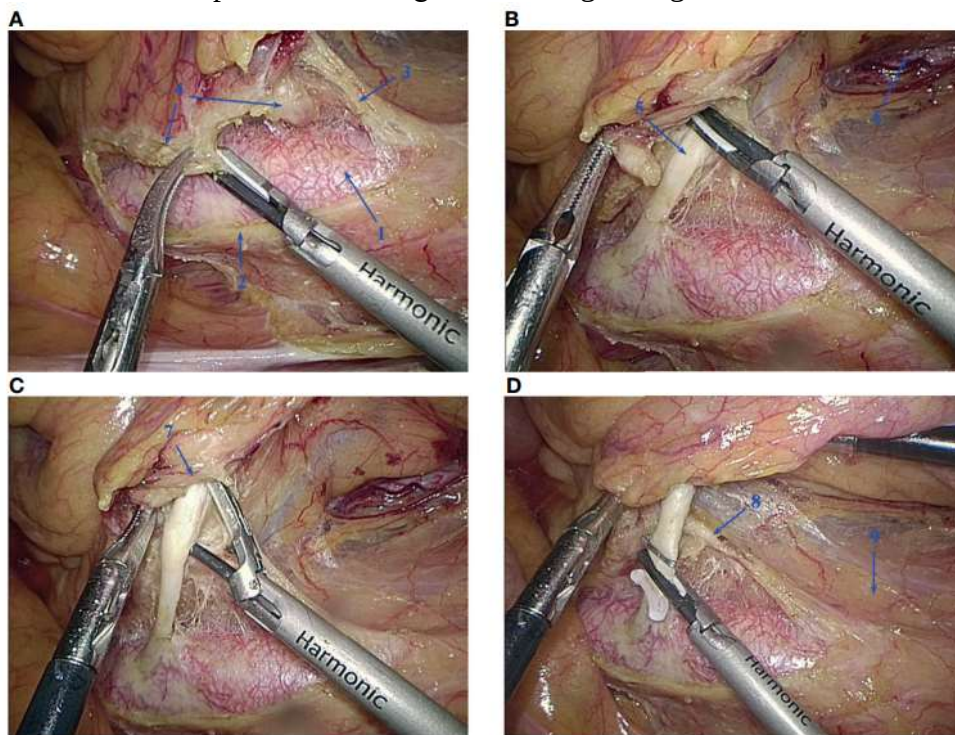
Hình 6. Đám rối hạ vị trên quanh gốc động mạch mạc treo tràng dưới

1. Động mạch mạc treo tràng dưới, 2. Bao ngoài động mạch mạc treo tràng dưới, 3. Thân phải đám rối hạ vị trên, 4. Thân trái đám rối hạ vị trên. “Nguồn: Zhifang Zheng [9]”



Hình 7. Hướng phẫu tích bảo tồn thần kinh quanh gốc động mạch mạc treo tràng dưới

A. Giới hạn phẫu tích quanh gốc động mạch. Hình B. Phần cắt bỏ. Hình C. Phần còn lại. Hình D. Hình ảnh thực tế phần cắt bỏ. “Nguồn: Zhifang Zheng [9]”



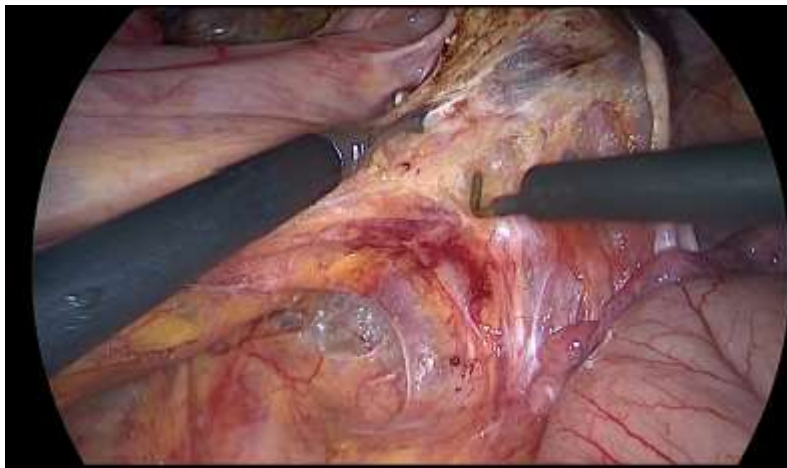
Hình 8. Hình ảnh phẫu tích thực tế quanh gốc động mạch mạc treo tràng dưới

1. Động mạch chủ bụng, 2. Thân phải đám rối hạ vị trên, 3. Thân trái đám rối hạ vị trên, 4. Hạch quanh động mạch, 5. Động mạch mạc treo tràng dưới, 6. Mạc treo đại tràng, 7. Bao ngoài bên phải động mạch mạc treo tràng dưới, 8. Bao ngoài bên trái động mạch mạc treo tràng dưới. “Nguồn: Zhifang Zheng [9]”

Thành chậu bên

Dây chằng bên được cho là nơi dày lên của mô liên kết vùng chậu tại vị trí trước bên của phần trực tràng dưới nếp phúc mạc. Một số tác giả cho rằng dây chằng bên không tồn tại và không thể phân biệt với các cấu trúc khác, thay vào đó, dây chằng này được tạo ra do quá trình phẫu tích của PTV [2, 8]. Dây chằng này có thể hoặc không chứa động mạch

đại tràng giữa. Một số tác giả khác lại cho rằng dây chằng bên là sự kết hợp của các mạc vùng chậu và một phần của đám rối hạ vị dưới nằm trong dây chằng này cho các nhánh vào trực tràng. Dây chằng này được cho là nằm dưới nếp phúc mạc 2 cm và không có hạch nào nằm trong dây chằng này, mọi hạch vùng đều nằm trong mạc treo trực tràng và nằm dọc theo động mạch trực tràng trên.



Hình 9. Dây chằng chậu bên quan sát thấy đám rối hạ vị dưới

Bóc tách thành bên trực tràng được thực hiện tốt nhất là sau khi mặt sau đã đi xa nhất có thể xuống vùng chậu. Với bóc lộ phù hợp, chúng ta sẽ có thể dễ dàng thấy được đường đi của dây thần kinh hạ vị đi sâu vào mạc nội chậu và hợp với đám rối hạ vị dưới. Khi bóc tách thành bên cần chú ý đến cái sợi thần kinh của đám rối hạ vị dưới và khi kẹp động mạch trực tràng giữa cũng nên tránh làm tổn thương những sợi thần kinh này.

Thành trước – Vách niệu trực tràng

Bóc tách đoạn trực tràng dưới nếp phúc mạc khỏi tuyến tiền liệt, túi tinh và âm đạo là vị trí rất dễ gây tổn thương thần kinh. Heald và cs. trong bài báo cáo gốc đã mô tả cân Denonvillier trong phẫu thuật TME tạo thành mặt trước của mạc treo trực tràng [3]. Tuy nhiên, việc phẫu tích rộng ra bên ngoài chỉ được thực hiện khi lo lắng về ung thư xâm lấn ra diện cắt vòng quanh đặc biệt là những

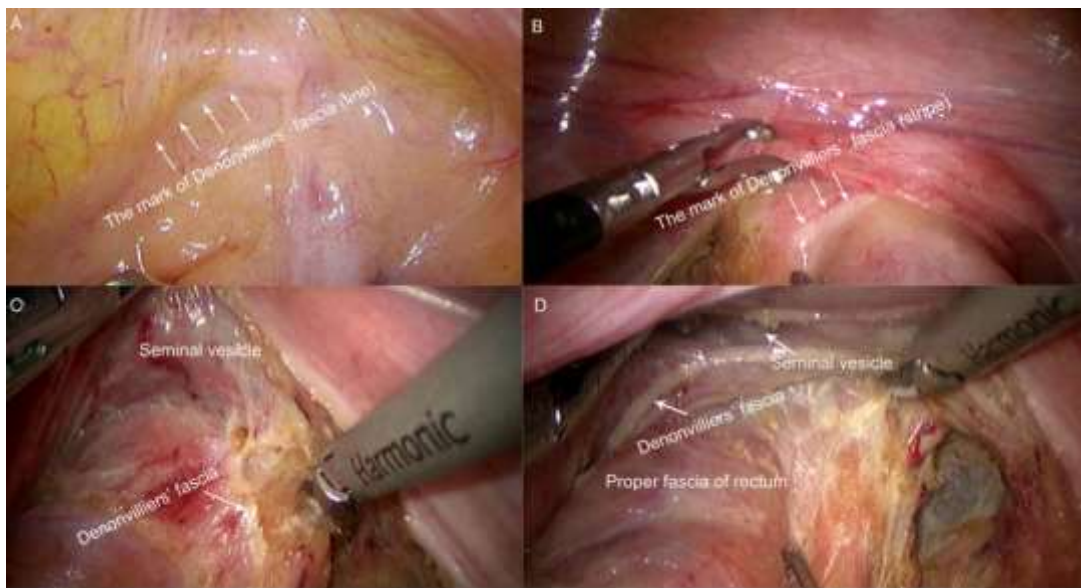
khối u ở mặt trước. Trong một bài báo cáo về mô học cân Denonvillier cho thấy trong cân này có chứa các tế bào thần kinh và thật vậy, cân Denonvillier bao phủ các dây thần kinh đối giao cảm chi phối cho bàng quang, túi tinh và tuyến tiền liệt (bao gồm hai bó thần kinh chạy ở hướng 2 giờ và 10 giờ - Neurovascular bundle) [4, 10]. Nhiều bài báo cáo về việc có nên bảo tồn cân Denonvillier trong phẫu thuật TME, vì việc phẫu tích lấy trọn cân theo lý thuyết của Heald sẽ lấy trọn bao mạc treo [3]. Nếu như bảo tồn cân Denonvillier sẽ nguy cơ tổn thương vào mạc treo trực tràng và ảnh hưởng đến tiên lượng về mặt ung thư của bệnh nhân. Tuy nhiên vẫn còn thiếu những nghiên cứu đủ độ mạnh để khuyến cáo cho vấn đề này.

Xu hướng bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu đi cùng theo đó là bảo tồn cân Denonvillier được áp dụng rộng rãi vì những

“Nguồn: tác giả”

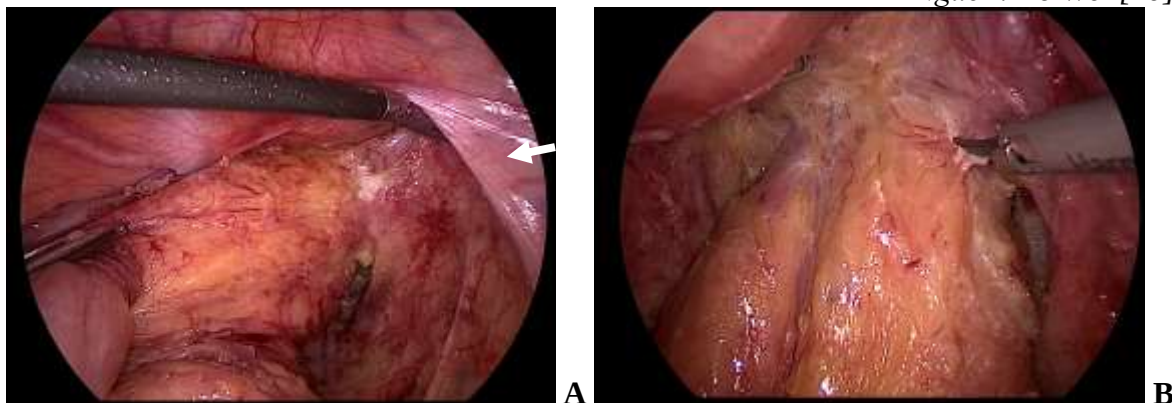
tổn thương thần kinh niệu dục sau PT TME ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Để thực hiện được kỹ thuật này cần phải nhận biết được cân Denonvilier trong mổ. Một nghiên cứu được thực hiện vừa quan sát trên mô học bệnh phẩm lấy được vừa quan sát trong mổ cho thấy thói quen bình thường của các PTV là cắt phúc mạc đi vào mặt trước trực tràng ngay vị trí

cách vị trí thấp nhất của túi cùng Douglas 1 – 1,5cm. Vị trí này sẽ khó tiếp cận được mặt sau cân Denonvilier, nhưng khi quan sát đường trắng dày lên trên nếp phúc mạc làm dấu có thể tìm được đường đi vào tiếp cận cân Denonvilier [4]. Do đó, tiếp cận vào phía trước đường trắng sẽ cắt cân Denonvilier và đi ra phía sau đường trắng sẽ tiếp cận ra phía sau cân Denonvilier.



Hình 10. Dấu hiệu nhận biết cân Denonvilier trong phẫu thuật

“Nguồn: Bo Wei [10]”



Hình 11. A. Vị trí của neurovascular bundle (vòng tròn vàng) ở hướng 2 giờ bên cạnh túi tinh bên phải (mũi tên trắng). B. Cân Denonvilier (đường đứt màu trắng) sau khi phẫu tích đi dưới cân này

“Nguồn: Tác giả.”

Khi bóc tách đến trung tâm cân đáy chậu, cần chú ý đối với vị trí tuyến tiền liệt vì có chứa thần kinh dương vật đóng vai trò quan trọng trong sự cương và phóng tinh. Việc này dễ xảy ra do phẫu tích rộng hoặc sử dụng dụng cụ năng lượng quá mức hay trong thời gian kéo dài lên mặt phẳng phía trước bên.

II. KẾT LUẬN

Tổn thương thần kinh tự động vùng chậu và tác động của nó lên các rối loạn niệu dục sau phẫu thuật là một vấn đề cần được quan tâm đúng mực. Việc hiểu rõ giải phẫu thần kinh vùng chậu và các vị trí dễ tổn thương thần kinh một phần nào đó giúp phẫu thuật viên tránh những tổn thương không cần thiết trong phẫu thuật từ đó vừa đạt được hiệu quả điều trị vừa nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Thanh Tuấn, Nguyễn Anh Dũng, Dương Văn Hải** (2019), "Đánh giá rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu", Luận văn bác sĩ chuyên khoa II.
2. **Chew, M. H. và các cộng sự.** (2016), "Pelvic autonomic nerve preservation in radical rectal cancer surgery: changes in the past 3 decades", *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 4(3), tr. 173-85.
3. **Heald, R. J., Husband, E. M. và Ryall, R. D.** (1982), "The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence?", *Br J Surg*. 69(10), tr. 613-6.
4. **Huang, J. và các cộng sự.** (2020), "Identification of the surgical indication line for the Denonvilliers' fascia and its anatomy in patients with rectal cancer", *Cancer Commun (Lond)*. 40(1), tr. 25-31.
5. **Li, K. và các cộng sự.** (2022), "Significance of Nerve Plane for Inferior Mesenteric Plexus Preservation in Laparoscopic Rectal Cancer Surgery", *Front Oncol*. 12, tr. 853662.
6. **Stelzner, S. và các cộng sự.** (2021), "Perirectal Fascial Anatomy: New Insights Into an Old Problem", *Dis Colon Rectum*. 64(1), tr. 91-102.
7. **Sun, Y. và các cộng sự.** (2021), "High ligation of the inferior mesenteric artery with nerve-sparing in laparoscopic surgery for advanced colorectal cancer", *Tech Coloproctol*. 25(3), tr. 343-344.
8. **Tejedor, P. và các cộng sự.** (2019), "Nerve-Sparing Total Mesorectal Excision and Pelvic Neuroanatomy for Colorectal Surgeons", *Dis Colon Rectum*. 62(12), tr. 1548-1549.
9. **Zheng, Z. và các cộng sự.** (2021), "An Intrathecal Separation Technique for Nerve-Sparing High Ligation of the Inferior Mesenteric Artery in Colorectal Cancer Surgery", *Front Oncol*. 11, tr. 694059.
10. **Wei, Bo và các cộng sự.** (2021), "Effect of Denonvilliers' Fascia Preservation Versus Resection During Laparoscopic Total Mesorectal Excision on Postoperative Urogenital Function of Male Rectal Cancer Patients: Initial Results of Chinese PUF-01 Randomized Clinical Trial", *Annals of Surgery*. 274(6), tr. e473-e480.

KHẢO SÁT YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BỤNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Thanh Phương¹, Nguyễn Thị Xuân Hương¹,
Phạm Ngọc Thơ¹, Tống Thị Minh Thương¹,
Phạm Thanh Mai¹, Bùi Ngọc Thư¹, Cao Thùy Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Viêm phổi bệnh viện là một trong những nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện phổ biến nhất và tỷ lệ tử vong từ 30 – 70% do bệnh lý đi kèm nặng và/hoặc viêm phổi. Vì thở máy là một trong những thủ thuật không thể thiếu trong hồi sức cấp cứu ngoại, đặc biệt trong nhóm phẫu thuật bụng, mặc dù đã cải thiện việc phòng ngừa, điều trị kháng sinh và chăm sóc hỗ trợ nhưng viêm phổi thở máy vẫn là những nguyên nhân chính gây nên viêm phổi bệnh viện và tử vong. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu sau:

Xác định tỷ lệ viêm phổi thở máy và tử vong ở bệnh nhân sau phẫu thuật bụng;

Xác định các yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi thở máy ở bệnh nhân sau phẫu thuật bụng;

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: từ ngày 01/06/2019 đến ngày 1/4/2020 có 105 bệnh thở máy hơn 48 giờ sau phẫu thuật bụng tại SSDB, gồm 48 (45,7%) trường hợp viêm phổi thở máy (đa số là bệnh nhân nam) và 57 (54,3%) trường hợp không viêm

phổi thở máy). Tỷ lệ tử vong nhóm viêm phổi thở máy 43,8%. Tuổi mắc bệnh trung bình: 68,9. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến VAP sau phẫu thuật bụng gồm phẫu thuật cấp cứu, phẫu thuật trên 2 lần, đặt nội khí dài ngày và nằm hồi sức tích cực chống độc trên 5 ngày. Trong đó, chỉ số APACHE II > 21 là yếu tố nguy cơ của viêm phổi thở máy. Tỷ lệ tử vong và OR lần lượt là 5 và 7,2.

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy sau phẫu thuật bụng còn chiếm tỷ lệ cao và làm tăng nguy cơ tử vong. Các bệnh nhân trong nghiên cứu thường có phẫu thuật phức tạp, nhiều bệnh nền đi kèm và đặt nội khí quản dài ngày. Do đó, cần đánh giá tổng thể bệnh nhân khi nhập hồi sức ngoại và kế hoạch điều trị - chăm sóc cụ thể và tuân thủ chặt chẽ những quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn.

SUMMARY

SURVEY OF RISK FACTORS IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN ABDOMINAL SURGERY PATIENTS AT INTENSIVE CARE UNIT (ICU) OF BINH DAN HOSPITAL

Objective: to survey risk factors in ventilator-associated pneumonia (VAP) in abdominal surgery patients at intensive Care Unit (ICU) of Binh Dan hospital.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Phương
SĐT: 0908062067

Email: ngthanhphuong74@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 04/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

To identify the rate of ventilator-associated pneumonia and the rate of mortality in patients after abdominal operation;

To identify the risk factors for ventilator-associated pneumonia in patients after abdominal surgery;

Method: Analytic cross-sectional study.

Results: from 01/06/2019 to 1/4/2020, there were 105 patients (pts) with invasive ventilation more than 48 hours after abdominal operation at ICU, including 48 pts with VAP (45.7%) (mostly male pts), and 57 pts without VAP (54.3%). The mortality rate of VAP pts group was 43.8%. The average age was 68.9. Many risk factors related to VAP after abdominal operation consisted of emergency operation, operation > 2 times, long-term tracheal intubation, hospitalized for more than 5 days in ICU. And, APACHE II Score > 21 is a risk factor of VAP. The mortality rate and OR are 5 and 7.2 respectively.

Conclusion: The rate of VAP after abdominal operation is also high and increases the risk of mortality. The patients in the study often had complicated operation, many comorbidities and long-term intubation. Therefore, it is necessary for the overall evaluation of pts on admission to the surgical resuscitation unit and must have a specific treatment strategy and strict adherence to infection control regulations.

Keywords: pneumonia, ventilator-associated pneumonia (VAP), operation, bacteria, intensive care unit (ICU).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là một trong những nguyên nhân nhiễm khuẩn hàng đầu với tỷ lệ tử vong cao tại các khoa lâm sàng, đặc biệt tại đơn vị hồi sức tích cực chống độc (HSTCCĐ) với tỷ lệ lên đến 20%. Viêm phổi bệnh viện là một trong những

bệnh nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện phổ biến nhất và hầu hết các trường hợp viêm phổi bệnh viện xảy ra ở những bệnh nhân không được thở máy. Tỷ lệ tử vong từ 30 – 70%, nhiều bệnh nhân tử vong do bệnh lý đi kèm nặng và/hoặc do viêm phổi. Tuy nhiên, nguy cơ cao nhất đối với viêm phổi bệnh viện là những bệnh nhân (BN) thở máy, cũng là đối tượng được nghiên cứu đầy đủ nhất. Mặc dù y học đã cải thiện việc phòng ngừa, điều trị kháng sinh và chăm sóc hỗ trợ nhưng viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy (VPTM) vẫn là những nguyên nhân chính gây nên bệnh tật và tử vong.

Trên thế giới cũng như trong nước, có rất nhiều nghiên cứu đã đề cập đến nhiễm khuẩn bệnh viện, chủ yếu là nghiên cứu ở các khoa hồi sức tích cực chống độc nội khoa còn ít có khảo sát tại các khoa hồi sức tích cực chống độc ngoại khoa. Theo Celis R., điều trị phẫu thuật và điều trị tại hồi sức tích cực chống độc có nguy cơ mắc viêm phổi bệnh viện lần lượt gấp 2,4 lần so với điều trị bệnh nội khoa. Theo National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS), tỷ lệ viêm phổi thở máy cao hơn ở nhóm bệnh nhân hồi sức ngoại khoa so với nhóm hồi sức nội khoa. Tại bệnh viện Bình Dân TP Hồ Chí Minh, với chức năng bệnh viện chuyên khoa ngoại tuyến cuối, bệnh viện thường xuyên phải tiếp nhận những trường hợp phẫu thuật nặng, đa dạng, mang tính phức tạp cao. Trong những năm qua, vấn đề viêm phổi thở máy sau phẫu thuật vẫn thường trực và là gánh nặng trong công tác chăm sóc người bệnh của bệnh viện đặc biệt tại khoa hồi sức tích cực chống độc. Xuất phát từ những vấn đề trên, để góp phần vào việc chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa hiệu quả viêm phổi bệnh viện cụ thể hơn là

viêm phổi thở máy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: “Các yếu tố nguy cơ của viêm phổi thở máy ở bệnh nhân sau phẫu thuật bụng.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỷ lệ viêm phổi thở máy và tử vong ở bệnh nhân sau phẫu thuật bụng;

Xác định các yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi thở máy ở bệnh nhân sau phẫu thuật bụng;

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân VPTM theo tiêu chuẩn IDSA/ATS 2016 sau phẫu thuật bụng tại khoa HSTCCĐ bệnh viện Bình Dân từ ngày 01/06/2019 đến ngày 1/4/2020.

Phương pháp chọn mẫu

Tiêu chuẩn nhận bệnh

Tất cả bệnh nhân VPTM theo tiêu chuẩn IDSA/ATS 2016 được nhận vào nghiên cứu từ ngày 01/06/2019 đến ngày 1/4/2020 phải thỏa mãn đồng thời các tiêu chuẩn sau:

Bệnh nhân có phẫu thuật vùng bụng trước khi thở máy.

Thời gian thở máy kéo dài trên 48 giờ.

Thời điểm bắt đầu thở máy bệnh nhân chưa bị viêm phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có PT bụng bị loại ra khỏi nghiên cứu khi đã được xác định:

Bệnh nhân được chuyển bệnh viện khác điều trị trong thời gian còn nằm tại khoa HSTCCĐ.

Chẩn đoán khác: thuyên tắc phổi, xẹp phổi.

Cỡ mẫu

$$N = \frac{1,96^2(1-p)p}{d^2} = \frac{1,96^2(1-0,296)0,296}{0,1^2} = 80$$

Trong đó:

p: bằng 29,6% là tỷ lệ VPBV tại khoa HSTCCĐ bệnh viện Bình Dân năm 2010

d: bằng 0,1 là sai số cho phép.

Phương pháp thu thập số liệu

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Những bệnh nhân nhập khoa HSTCCĐ có thở máy và phẫu thuật bụng trước đó nhưng chưa có biểu hiện viêm phổi trên lâm sàng và X quang phổi được đưa vào danh sách theo dõi trong 48 giờ.

Bước 2: Những bệnh nhân theo dõi trong 48 giờ nếu có một trong các yếu tố sau sẽ bị loại:

Ngưng thở máy và rút nội khí quản trước 48 giờ.

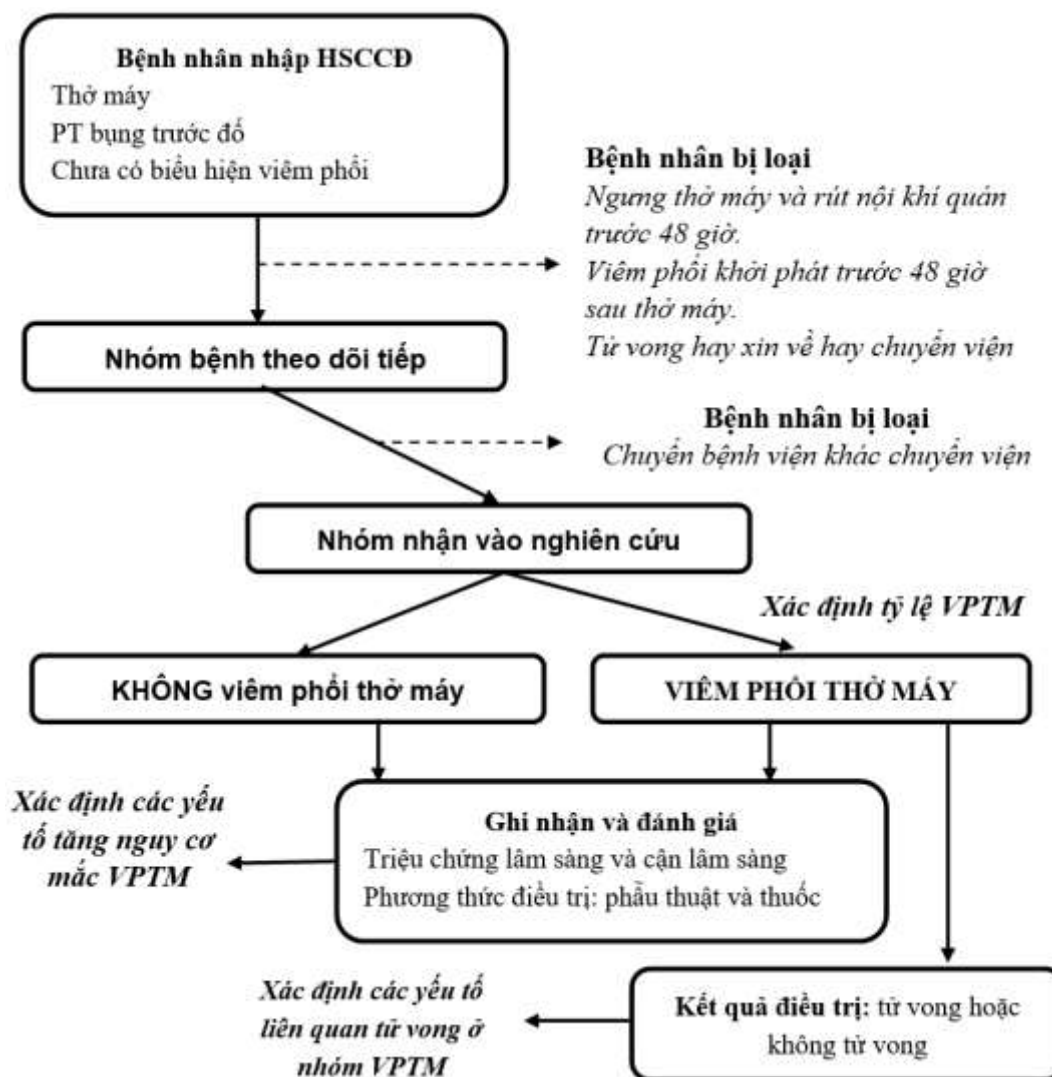
Viêm phổi khởi phát trước 48 giờ sau thở máy.

Tử vong hay xin về hay chuyển viện.

Những bệnh còn lại được tiếp tục theo dõi thu thập theo phiếu số liệu.

Bước 3: Những bệnh nhân nghiên cứu được theo dõi tiếp tục cho đến khi bệnh ổn định được cải thiện khác hoặc bệnh nặng dần tiên lượng tử vong được thân nhân xin về hay tử vong tại khoa HSTCCĐ. Những bệnh nhân theo dõi nhưng được chuyển bệnh viện khác điều trị cũng bị loại khỏi danh sách nghiên cứu.

Bước 4: Số liệu thu thập được từ những bệnh nhân ở bước 3 được nhập và xử lý số liệu.



Sơ đồ 1. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng chương trình thống kê SPSS 20.0.

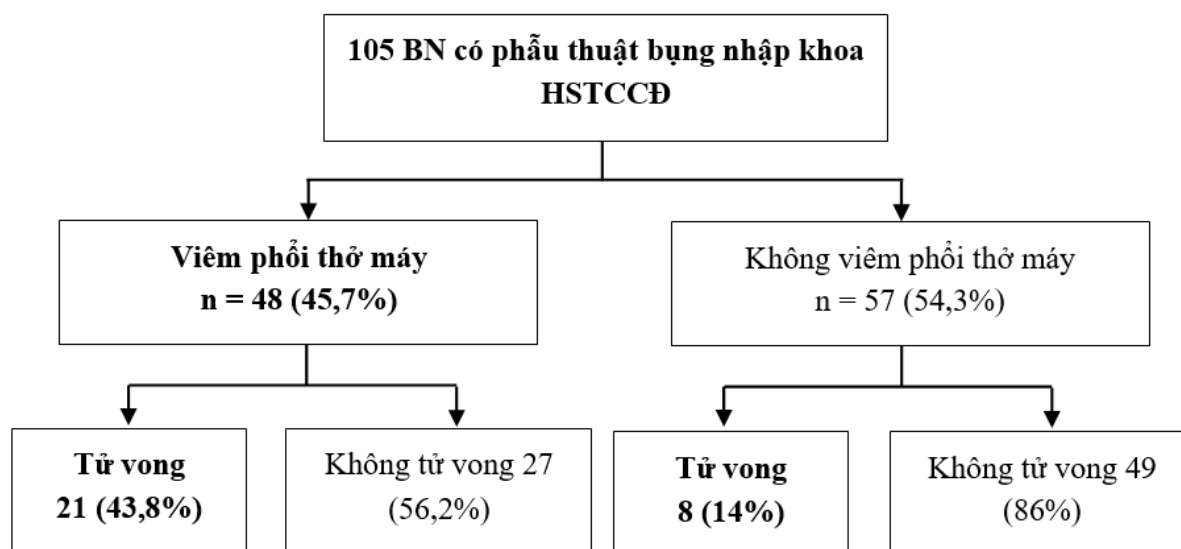
Biến số định tính và không liên tục mô tả bằng tỷ lệ.

Biến số liên tục và định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

Các yếu tố nguy cơ được xác định bởi tỷ số PR, OR, phép kiểm t-test, kiểm định chi bình phương hay Fisher khi thích hợp. Trị số $p \leq 0,05$ được xem là liên quan có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 01/06/2019 đến ngày 1/4/2020, tổng cộng có 105 BN có phẫu thuật bụng tại khoa HSTCCĐ bệnh viện Bình Dân phải thở máy có đủ tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu. Các BN được phân thành hai nhóm viêm phổi thở máy và không viêm phổi thở máy và có kết quả như sau:



Sơ đồ 2. Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Mối liên quan giữa giới tính, lứa tuổi và bệnh lý cơ bản với VPBV

Đặc điểm	Phân bố	VPTM	Không VPTM	p
Giới	Nam	34	37	p>0.05
	Nữ	14	20	
Lứa tuổi (tuổi)	< 40	3	9	P<0.001
	40 - 60	11	18	
	61 - 80	21	25	
	> 80	13	5	
Sau phẫu thuật bụng	Có	48	57	

Nhận xét:

Nam giới chiếm 68% (71/105 ca). Tỷ lệ nam VPTM là 47,9% cao hơn so với nữ 41,2%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Theo NNIS Hoa Kỳ, tần suất mắc VPBV tăng cao ở người lớn tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình ở nhóm VPTM là $68,9 \pm 16,2$, trên 93% đối tượng nghiên cứu tập trung ở độ tuổi ≥ 40 , trên 70% đối tượng nghiên cứu tập trung ở độ tuổi ≥ 60 . Nhóm VPTM có tuổi trung bình là 68,9 tuổi cao hơn nhóm không VPTM 57,2 tuổi và sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả của chúng

tôi cho thấy đa số BN đều lớn tuổi và giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Chung Doo Ryeon và cộng sự (2011) phân tích gộp trên 2554 trường hợp VPBV và VPTM tại Châu Á độ tuổi trung bình là 70 tuổi (trong khoảng 18 – 103 tuổi), Dasgupta ($70,9 \pm 12,51$), Nguyễn Võ Mỹ Hạnh ($67,8 \pm 15,5$), Trần Văn Ngọc ($65,1 \pm 19,2$).

Tỷ lệ BN viêm phổi thở máy chiếm gần 1/2 (45,7%) trên tổng số BN nhập HSTCCD có phẫu thuật bụng.

Đặc điểm lâm sàng liên quan đến viêm phổi thở máy

Bệnh lý nền trước phẫu thuật

Bảng 2. Phân bố bệnh lý cơ bản

Bệnh lý cơ bản	VPTM (n = 48)	Không VPTM (n = 57)	OR (KTC 95%)	p
THA	38 (55,1%)	31 (44,9%)	1,9 (1,1 – 3,5)	0,008*
Suy gan	6 (85,7%)	1 (14,3%)	2 (1,4 – 2,9)	0,028**
Suy tim	1 (100%)	0	-	0,274**
Suy thận	10 (200%)	0	-	< 0,001**
Ung thư	14 (70%)	6 (30%)	1,8 (1,2 – 2,6)	0,015*
BMV	5 (100%)	0	-	0,013**
Lao	9 (47,4%)	10 (52,6%)		0,873**
ĐTĐ	27 (65,8%)	14 (34,2%)	2 (1,3 – 3,0)	0,001*
COPD	11 (91,7%)	1 (8,3%)	2,3 (1,7 – 3,1)	< 0,001**
HIV	2 (4,4%)	0	-	0,108**
≥ 3 bệnh nền	27 (90%)	3 (10%)	3,2 (2,2 – 4,7)	< 0,001**

* kiểm định χ^2 ; ** kiểm định Fisher**Nhận xét**

Các bệnh lý cơ bản thường gặp ở BN nhập HSTCCĐ là THA, ĐTĐ, ung thư, COPD. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có trên 3 nhóm bệnh nền thì sẽ tăng 3,2 lần nguy cơ mắc VPTM khi nhập HSTCCĐ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ BN mắc các bệnh bao gồm: THA,

ĐTĐ, ung thư, COPD, suy gan có nguy cơ bị VPTM cao gấp 2 lần so với những BN không mắc bệnh và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tình trạng chức năng cơ quan**Bảng 3. Phân bố tình trạng chức năng cơ quan**

Chức năng cơ quan	VPTM (n = 48)	Không VPTM (n = 57)	OR (KTC 95%)	p
Suy tim sung huyết	25 (75,8%)	9 (24,2%)	2,4 (1,6 – 3,5)	< 0,001
Suy hô hấp cấp	48 (45,7%)	57 (54,3%)	-	-
Suy thận cấp	15 (91,8%)	1 (6,2%)	2,5 (1,8 – 3,4)	< 0,001
Suy gan cấp	18 (69,2%)	8 (30,8%)	1,8 (1,3 – 2,7)	0,006

Nhận xét

Tỷ lệ BN suy thận ở nhóm VPTM cao hơn gấp 2,5 lần so với nhóm không suy thận. Tương tự, tỷ lệ BN suy gan ở nhóm VPTM cao hơn gấp 1,8 lần so với BN không suy gan. Tỷ lệ BN VPTM mắc suy tim sung huyết có khả năng tử vong cao hơn 2,4 lần. Các mối liên hệ này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tổn thương X Quang phổi

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương X Quang phổi

Đặc điểm tổn thương X Quang phổi lần 1	VPTM	Không VPTM	P
	n (%)	n (%)	
Thâm nhiễm	7 (14,5%)	0	0,003
Không có	41 (85,4%)	57 (100%)	
Tổng	48 (100%)	48 (100%)	

** kiểm định Fisher

Đặc điểm phẫu thuật**Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật**

Đặc điểm		VPTM n (%)	Không VPTM n (%)	OR (KTC 95%)	P
Loại phẫu thuật	Cấp cứu	36 (64,5%)	19 (34,5%)	2,7 (1,6 – 4,6)	<0,001
	Chương trình	12 (24%)	38 (76%)		
Số lần phẫu thuật từ lúc nhập viện đến khi VPTM	≥ 2 lần	25 (91,2%)	1 (3,8%)	3,3 (2,3 – 4,7)	<0,001
	< 2 lần	23 (29,1%)	56 (70,9%)		

Nhận xét

BN phẫu thuật cấp cứu có khả năng mắc VPTM cao gấp 2,7 lần so với nhóm phẫu thuật chương trình. Sự khác biệt giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Theo Wolkewitz (2008), PT cấp cứu và PT chương trình lần lượt làm tăng nguy cơ VPBV là 1,95 lần và 1,59 lần. Do PT cấp cứu BN

thường bệnh nặng và chuẩn bị trước PT không tốt bằng PT chương trình

Tỷ lệ VPTM ở BN được phẫu thuật trên 2 lần là 92,1%. Tỷ lệ BN phẫu thuật trên 2 lần có nguy cơ mắc VPTM cao gấp 3,3 lần so với nhóm phẫu thuật ít hơn. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Thời gian nằm hồi sức tích cực chống độc**Bảng 6. Thời gian nằm HSTCCĐ của bệnh nhân**

Thời gian nằm HSTCCĐ (ngày)	VPTM n (%)	Không VPTM n (%)	OR (KTC 95%)	P
Trung vị	9,2 ± 6,7	5,6 ± 3,7		<0,001
Ngắn nhất	2	2		
Dài nhất	36	19		
Nằm HSTCCĐ ≥ 5 ngày	32 (54,2%)	27 (45,8%)	1,5 (1,1 – 2,5)	0,047
Nằm HSTCCĐ < 5 ngày	16 (34,8%)	30 (65,2%)		

Nhận xét

Thời gian trung vị nằm HSTCCĐ của nhóm VPTM cao hơn so với nhóm không VPTM (9,2 ngày so với 5,6 ngày). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Tỷ lệ BN có thời gian nằm HSTCCĐ trên 5 ngày có nguy cơ mắc VPTM gấp 1,5 lần so với nhóm nằm HSTCCĐ ít hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Phương thức điều trị

Bảng 7. Đặc điểm về phương thức điều trị

Đặc điểm điều trị	VPTM		Không VPTM		OR (KTC 95%)	P
	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)		
Số ngày đặt NKQ	6,1 ± 3,6		3,2 ± 2,5			<0,001
Đặt lại NKQ	27 (96,4%)	21 (27,3%)	1 (3,7%)	56 (72,7%)	3,5 (2,4 – 5,1)	<0,001
Số ngày thở máy	6,0 ± 3,5		3,3 ± 2,9			<0,001
Mở khí quản	21 (91,3%)	27 (32,9%)	2 (8,7%)	55 (67,1%)	2,8 (1,9 – 3,9)	<0,001

Nhận xét

BN mắc VPTM có số ngày đặt nội khí quản nhiều hơn so với nhóm không VPTM (6,1 ngày so với 3,5 ngày). Tăng tỷ lệ mắc VPTM lên gấp 3,5 lần khi BN đặt lại NKQ. Các mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê.

BN mắc VPTM có số ngày thở máy nhiều hơn so với nhóm không VPTM (6 ngày so với 3,3 ngày). Tăng tỷ lệ mắc VPTM lên gấp 2,8 lần khi BN có mở khí quản. Các mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê.

Phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ của viêm phổi thở máy

Bảng 8. Yếu tố nguy cơ độc lập của viêm phổi thở máy

Yếu tố nguy cơ	So sánh giữa 2 nhóm VPTM và không VPTM (N=105)		
	OR	KTC 95%	P
Có trên 3 bệnh nền	8,5	1,8 – 38,6	0,005
Đặt lại NKQ	21	2,3 – 202,3	0,007
APACHE II >21	5	1,6 – 18,5	0,007

Nhận xét

Có trên 3 nhóm bệnh nền, đặt lại NKQ, chỉ số APACHE II >21 là các yếu tố nguy cơ độc lập của VPTM. Nếu bệnh nhân có 3 bệnh nền, đặt lại nội khí quản và có điểm APACHE II > 21 thì tăng nguy cơ mắc VPTM với OR lần lượt là 8,5, 21 và 5 với p < 0,05.

Kết quả điều trị của bệnh nhân tại hồi sức tích cực chống độc

Bảng 9. Kết quả điều trị của bệnh nhân tại HSTCCĐ

Kết quả điều trị	VPTM n (%)	Không VPTM n (%)	OR (KTC 95%)	P
Tử vong (nặng xin về)	21 (43,8%)	8 (14%)	2,0 (1,4 – 2,9)	<0,001
Không tử vong	27 (56,2%)	49 (86%)		
Tổng	48 (100%)	57 (100%)		

Nhận xét

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) đặc biệt là viêm phổi thở máy (VPTM) là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các BN nhập viện bất chấp những tiến bộ về điều trị kháng sinh cũng như phương tiện hỗ trợ chăm sóc hô hấp tốt hơn hiện nay tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt. Theo y văn, tử vong do VPTM gấp 2 – 10 lần so với BN không VPTM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN VPTM là 21 BN, tỷ lệ tử vong trong nhóm VPTM là 43,8% cao hơn nhóm không VPTM là 14%, cao hơn hai lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm VPTM không tử vong 27 BN, hạn chế là số mẫu VPTM còn thấp và chúng tôi chưa theo dõi tiếp các BN không tử vong.

Trong nhóm VPTM các BN của chúng tôi có tỷ lệ tử vong cao đa số là PT có biến chứng, PT trên 2 lần nên tỷ lệ tử vong cao. Theo tác giả Phạm Thị Nga, nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa PT lại và tử vong và tác giả Muravchick S ghi nhận khi PT càng nhiều lần thì càng làm suy thoái BN dẫn đến nhiều biến chứng trong đó có VPBV, Theo Hall JC, biến chứng phổi sau PT bụng làm tăng tần suất, tử suất và tăng thời gian nằm viện. Biến chứng xẹp phổi chiếm khoảng 20% - 69%. Giống như của các tác giả Nguyễn Võ Mỹ Hạnh tỷ lệ tử vong VPBV tại khoa Hô Hấp bệnh viện Chợ Rẫy 43,7%. Trên thực tế khó phân biệt được tỷ lệ tử vong ở BN có VPTM thực sự là do viêm phổi hay do bệnh lý nền, vì phần lớn BN nặng mới cần thở máy.

IV. KIẾN NGHỊ

Các đối tượng trên 60 tuổi cần khám bệnh và tầm soát thường xuyên để phát hiện bệnh nền, bệnh ngoại khoa và cần được chuẩn bị trước mổ tốt hoặc phẫu thuật chương trình để giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong do viêm phổi thở máy.

Thở máy cần cai máy sớm, thở mode CPAP và rút nội khí quản sớm hoặc tăng cường phương pháp thông khí không xâm lấn để hạn chế viêm phổi thở máy.

Đặt lại nội khí quản, mở khí quản khi thật cần thiết và phải có phác đồ.

Hút đờm kén, cấy vi khuẩn theo phương pháp định lượng để có thể đánh giá chính xác hơn phổ vi khuẩn và phổ kháng thuốc để có chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý.

Đánh giá bằng SOFA cho các bệnh nhân nhập khoa hồi sức tích cực chống độc.

Tuân thủ chặt chẽ những quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn khi chăm sóc bệnh nhân thở máy theo bảng kiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Võ Mỹ Hạnh** (2018), Các yếu tố tiên đoán nguy cơ tử vong và đặc điểm vi khuẩn trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại khoa nội hô hấp bệnh viện Chợ Rẫy, Đại học Y Dược TP HCM.
2. **Phạm Thị Nga** (2007), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy hô hấp sau phẫu thuật vùng ngực bụng, Đại học Y Dược TP HCM.
3. **Trần Văn Ngọc, Phạm Thị Ngọc Thảo, Trần Thị Thanh Nga** (2017), "Khảo sát đặc điểm kháng thuốc của *Pseudomonas*

aeruginosa và *Acinetobacter baumannii* gây viêm phổi bệnh viện", *Thời sự y học*, tr. 64 - 69.

4. **Magill S. S., et al** (2018), "Changes in Prevalence of Health Care-Associated Infections in U.S. Hospitals", *N Engl J Med*, 379 (18), pp. 1732-1744.
5. **American journal of respiratory and critical care medicine** (2005), "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", *Am J Respir Crit Care Med*, 171 (4), pp. 388-416.
6. **Rosa Celis, et al** (1988), "Nosocomial pneumonia. A multivariate analysis of risk and prognosis", *CHEST*, 93 (2), pp. 318-24.
7. **Bruce W. Fisher, Sumit R. Majumdar, Finley A. McAlister** (2002), "Predicting pulmonary complications after nonthoracic surgery: a systematic review of blinded studies", *Am J Med*, 112 (3), pp. 219-25.
8. **Andre C. Kalil, et al** (2016), "Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society", *Clin Infect Dis*, 63 (5), pp. e61-e111.
9. **Marc Leone, et al** (2018), "Hospital-acquired pneumonia in ICU", *Anaesth Crit Care Pain Med*, 37 (1), pp. 83-98.
10. **Gerald W. Smetana, Valerie A. Lawrence, John E. Cornell** (2006), "Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians", *Ann Intern Med*, 144 (8), pp. 581-95

ĐẶC ĐIỂM THƯƠNG TỔN VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TÁI PHÁT

Nguyễn Quốc Sơn¹, Trần Hồ¹, Trần Minh Hiếu¹,
Ngô Trần Minh Khôi¹, Ngô Viết Thi¹, Nguyễn Phúc Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là một bệnh phổ biến. Trên thế giới đã có nhiều kỹ thuật mổ của nhiều tác giả khác nhau được áp dụng nhằm mục đích chọn ra được một phương pháp tối ưu mang lại kết quả điều trị tốt nhất, giảm tỷ lệ tái phát. Tuy vậy, tái phát vẫn đã và đang là vấn đề lớn nhất trong điều trị thoát vị bẹn, là thách thức và là vấn đề quan tâm nhiều nhất đối với cả bệnh nhân và phẫu thuật viên.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm lâm sàng và thương tổn trong TVBTP (thoát vị bẹn tái phát). Đánh giá kết quả điều trị TVBTP.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu - mô tả loạt ca bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn tái phát và được mổ lại tại Bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 10 năm 2021.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận có 64 bệnh nhân được chẩn đoán là thoát vị bẹn tái phát. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,7 tuổi. Thời gian từ lúc mổ lần trước đến khi phát hiện tái phát từ 1 tuần đến 29 năm. Tỷ lệ tái phát một lần, hai lần, ba lần là 89,1%; 7,8% và 3,1%. Thoát vị bẹn gián tiếp là chủ yếu (63%). Không

có sự khác biệt về loại thương tổn giữa nhóm dùng mảnh ghép và nhóm không dùng mảnh ghép ($p = 0,6$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng lâu dài sau phẫu thuật TVBTP giữa nhóm phẫu thuật dùng mảnh ghép và nhóm dùng mô tự thân ($p = 0,5$).

Kết luận: Phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát là phẫu thuật an toàn với biến chứng sớm sau mổ thấp và nhẹ, chỉ cần điều trị nội khoa, đa số bệnh nhân có thể xuất viện sớm, tỷ lệ tái phát thấp và đau mạn tính sau mổ thấp.

SUMMARY

LESIONS AND TREATMENT RESULTS OF SURGERY FOR RECURRENT INGUINAL HERNIAS

Background: Inguinal hernia is a common disease. For getting the best result and reducing the recurrence rate, many techniques of inguinal hernia repairs have been invented. However, recurrence rate has been the most important result of inguinal hernia repair, the challenge for surgeon.

Objectives: To determine the clinical characteristics, lesions of recurrent inguinal hernias and estimate the results of surgeries in recurrent inguinal hernias.

Methods: Prospective study in Binh Dan Hospital. All the patients had undergone a surgery of recurrent inguinal hernia between January 2013 and October 2021.

Results: A total of 64 patients who had recurrent inguinal hernia diagnosis. The average age of the study group was 58.7 years old. The

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Sơn

SĐT: 0389963671

Email: nguyenson4390@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 04/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

recurrence time had been from 1 week to 29 years. The rate of recurrence once, twice, three times is 89,1%; 7,8% and 3,1%. Indirect inguinal hernia was predominant (63%). There was no difference in lesion type between the mesh repair group and the non-mesh group ($p = 0,6$). There was no difference in the rate of long-term complications after surgeries of recurrent inguinal hernias between the mesh and non-mesh group ($p = 0,5$).

Conclusion: Surgery of recurrent inguinal hernia is a safe operation with low and mild early postoperative complications, requiring only medical treatment. The recurrence rate, chronic pain, postoperative mortality is low.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một bệnh phổ biến gặp ở mọi lứa tuổi. Phẫu thuật thoát vị bẹn vẫn còn là một vấn đề đang được các nhà Ngoại khoa quan tâm. Trên thế giới đã có nhiều kỹ thuật mổ của nhiều tác giả khác nhau được áp dụng nhằm mục đích chọn ra được một phương pháp tối ưu mang lại kết quả điều trị tốt nhất, giảm tỷ lệ tái phát. Tuy vậy, tái phát vẫn đã và đang là vấn đề lớn nhất trong điều trị thoát vị bẹn, là thách thức và là vấn đề quan tâm nhiều nhất đối với cả bệnh nhân và phẫu thuật viên.

Mổ lại cho những trường hợp tái phát thường khó khăn, nhiều biến chứng và cũng không đạt kết quả cao như mổ lần đầu. Tỷ lệ tái phát sau mổ thoát vị bẹn tái phát theo kỹ thuật kinh điển (dùng mô tự thân) khoảng 16% (sau 1 năm) đến 23% (sau 5 năm). Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào giải phẫu, phương pháp mổ trước đó và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [4].

Qua nhiều năm, tại bệnh viện Bình Dân, bên cạnh phẫu thuật nội soi vốn ít được thực

hiện, chúng tôi vẫn thường phẫu thuật cho TVBTP bằng kỹ thuật mổ mở qua ngã trước và thu được một số kết quả khích lệ.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng và thương tổn trong TVBTP.
2. Đánh giá kết quả điều trị TVBTP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Gồm những bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán thoát vị bẹn tái phát và được phẫu thuật phục hồi lại thành bụng bằng mảnh ghép hoặc không dùng mảnh ghép, phương pháp mổ mở hoặc nội soi tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 10 năm 2021.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ các biến số khảo sát hoặc không liên lạc được trong quá trình theo dõi bệnh.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu - mô tả loạt ca.

Phương pháp thu thập số liệu

Biến số thu thập

Hành chính: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, ngày nhập viện.

Lý do nhập viện.

Tiền sử bệnh, phương pháp mổ, bệnh lý liên quan, BMI.

Lâm sàng: thời gian bệnh, thời gian tái phát.

Phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, đặc điểm thương tổn, phương pháp mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sớm sau mổ, biến chứng lâu dài.

Phương pháp xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hồi cứu trong khoảng thời gian 8 năm từ (1/2013 đến 10/2021) tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thu thập được 64 bệnh nhân với 67 lượt thoát vị được chẩn đoán là thoát vị bẹn tái phát thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi trên 60 gặp nhiều nhất với 32 trường hợp. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $58,7 \pm 16,9$ (nhỏ nhất 27 tuổi, lớn nhất 91 tuổi).

Phân bố theo giới tính

Trong 64 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân là nữ (1,6%), còn lại 63 bệnh nhân là nam (98,4%).

Phân bố theo nghề nghiệp

Nhóm bệnh nhân là công nhân có 24 bệnh nhân chiếm 37,5%, nhóm bệnh nhân làm nông có 11 bệnh nhân chiếm 17,2%, nhóm bệnh nhân làm gia hoặc mất sức lao động có 21 bệnh nhân chiếm 32,8%, nhóm làm việc văn phòng chỉ có 8 bệnh nhân chiếm 12,5%.

Chỉ số khối cơ thể

Bảng 24. Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Chỉ số BMI	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<18,5 (Gầy)	5	7,8
18,5-22,9 (Bình thường)	36	56,2
23-24,9 (thừa cân)	17	26,6
≥ 25 (Béo phì)	6	9,4
Tổng	64	100

Đa số bệnh nhân có chỉ số BMI nằm trong giới hạn bình thường với 36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56,2%.

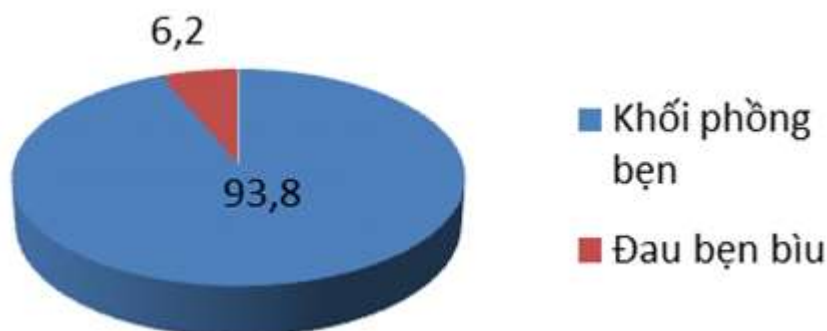
Bệnh lý kèm theo

Bảng 2. Bệnh lý kèm theo

Bệnh lý	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bệnh tim mạch	17	26,5
Bệnh hô hấp	1	1,6
Đái tháo đường	3	4,7
Phì đại tiền liệt tuyến	6	9,4

Bệnh tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất với 17 bệnh nhân chiếm 26,5%. 6 bệnh nhân bị phì đại tiền liệt tuyến chiếm 9,4%. 3 bệnh nhân bị đái tháo đường và 1 bệnh nhân có bệnh hô hấp chiếm 4/7 và 1,6%.

Lý do nhập viện



Biểu đồ 1. Lý do nhập viện

Có 60 bệnh nhân vào viện với triệu chứng khối phòng vùng bẹn chiếm 93,75%.

Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh trung bình là 8,8 tháng (ngắn nhất 1 tháng - dài nhất 150 tháng). Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng chiếm 42,2%. Có 5 trường hợp mắc bệnh > 12 tháng chiếm 7,8%.

Thời gian từ lúc mổ lần trước đến khi phát hiện tái phát

Thời gian ngắn nhất là 1 tháng (1 tuần) và lâu nhất là 29 năm, trung bình là 29,5 tháng.

Số lần tái phát

Có 54 trường hợp đã mổ thoát vị bẹn 1 lần chiếm 89,1%. Có 5 trường hợp đã mổ 2

lần chiếm 7,8%. Số trường hợp đã mổ 3 lần là 2 chiếm 3,1%.

Phương pháp mổ trước đó

Có 52 TH được mổ bằng phương pháp dùng mô tự thân chiếm 77,6%.

8 trường hợp có dùng mảnh ghép trong lần mổ trước đó chiếm 16,4%.

Có 2 trường hợp được mổ nội soi lần trước chiếm tỉ lệ 6%.

Thương tổn trong khi mổ

Chủ yếu là thoát vị bẹn kiểu gián tiếp có 42 trường hợp chiếm 63%. Thoát vị bẹn kiểu trực tiếp có 20 trường hợp chiếm 30%. Thoát vị bẹn hỗn hợp có 5 trường hợp chiếm 7%.

Liên quan giữa phương pháp mổ lần trước và thương tổn trong mổ

Bảng 3. Liên quan giữa phương pháp mổ lần trước và thương tổn trong mổ

PP mổ trước đó \ Thương tổn				
	Trực tiếp	Gián tiếp	Hỗn hợp	Tổng
Mảnh ghép	4	6	1	11
Không mảnh ghép	15	33	4	52
Nội soi	1	3	0	4
Tổng	20	42	5	67

Với 11 trường hợp đã mổ dùng mảnh ghép có 4 TH tái phát dạng trực tiếp, 6 TH tái phát dạng gián tiếp và 1 TH tái phát dạng hỗn hợp.

Với 52 TH đã mổ dùng mô tự thân có 15 TH tái phát dạng trực tiếp, 33 TH tái phát dạng gián tiếp và 4 TH tái phát dạng hỗn hợp.

Với 4TH mổ nội soi trước đó, có 1TH tái phát dạng trực tiếp và 3 TH tái phát dạng gián tiếp.

Không có sự khác biệt về loại thương tổn giữa nhóm dùng mảnh ghép và nhóm không dùng mảnh ghép ($p = 0,6$).

Phương pháp mổ lại**Bảng 4. Phương pháp mổ lại**

Phương pháp mổ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Lichtenstein	28	41,8
Non-lichtenstein (mảnh ghép)	22	32,8
Bassini	15	22,4
Nội soi	2	3
Tổng	67	100

Đa số bệnh nhân được mổ có dùng mảnh ghép với 52 trường hợp (50 TH mổ hở và 2TH mổ nội soi) chiếm 77,6%. Số trường hợp được mổ bằng mô tự thân (Bassini) là 15 chiếm tỉ lệ 22,4%.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình đối với thoát vị bẹn tái phát một bên là $55,4 \pm 21,7$ (30-120) phút, thoát vị bẹn tái phát hai bên là 150 ± 52 (120-210) phút.

Số bệnh nhân đã mổ dùng mảnh ghép có 8/11 BN có thời gian mổ trên 60 phút

36/46 BN mổ dùng mô tự thân trước đó có thời gian mổ dưới 60 phút.

Cả 4 bệnh nhân mổ nội soi trước đó có thời gian mổ dưới 60 phút.

Thời gian mổ giữa nhóm đã mổ dùng mảnh ghép trước đó dài hơn nhóm mổ dùng mô tự thân hoặc nội soi trước đó ($P = 0,04$).

Thời gian nằm viện

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $1,8 \pm 1$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 5 ngày.

Tai biến và biến chứng sớm sau phẫu thuật

Không có trường hợp nào ghi nhận có tai biến trong mổ. Có 6 trường hợp có biến chứng sau mổ: 5 trường hợp tụ dịch sau mổ chiếm 7,8%. 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,5%.

Biến chứng muộn

Chúng tôi theo dõi được 44 bệnh nhân (68,6%) với 46 trường hợp thoát vị bẹn tái phát (trong đó gồm: 33 trường hợp có dùng mảnh ghép và 13 trường hợp dùng mô tự thân) được theo dõi từ 5 tháng đến 8,3 năm (trung bình 5,8 năm). Thời gian theo dõi dưới 2 năm có 6 bệnh nhân chiếm 13,6%.

Thời gian theo dõi trên 2 năm có 38 bệnh nhân chiếm 86,4%. Có 1 trường hợp tái phát lại lần 2 chiếm 2,2%.

Có 5 trường hợp bị đau kéo dài sau mổ chiếm 10,9%. Cả 5 bệnh nhân này đều không có triệu chứng đau trước mổ. Không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng lâu dài nhóm phẫu thuật dùng mảnh ghép và nhóm dùng mô tự thân ($p = 0,5$).

Bảng 5. Phương pháp mổ và biến chứng lâu dài

Biến chứng \ PP mổ	Mảnh ghép	Mô tự thân	Tổng
Bình thường	28	12	40
Đau mạn tính	4	1	5
Tái phát	1	0	1
Tổng	33	13	46

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm thương tổn TVBTP

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $58,7 \pm 16,9$, chiếm tỷ lệ đa số là lứa tuổi trên 60 tuổi với tỷ lệ 50%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Xavier Feliu [7] và Elugbaraonu [5] với tuổi trung bình là $59,6 \pm$

$12,9$ tuổi và $56,1 \pm 17,7$ tuổi cho thấy độ tuổi của chúng tôi cũng tương tự các tác giả trên.

Đa số bệnh nhân là nam giới, chỉ có 1 bệnh nhân là nữ chiếm 1,6%. Một số nghiên cứu về thoát vị bẹn tái phát cũng có kết quả tương tự như nghiên cứu của tác giả Elugbaraonu [5].

Công nhân là nhóm nghề nghiệp có tỉ lệ tái phát cao nhất (chiếm 37,5%). Thấp nhất là nhân viên văn phòng (12,5%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu về thoát vị bẹn tái phát của Elugbaraonu [5].

56,2% trường hợp bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường, bệnh nhân suy dinh dưỡng BMI < 18,5 chiếm 7,8%, trường hợp BMI > 23 (thừa cân và béo phì) chiếm tỷ lệ 35,9%. Điều này được giải thích là do bệnh nhân đa số là người lớn tuổi, làm công nhân và nông dân nên chất lượng bữa ăn không đảm bảo dư thừa năng lượng, như vậy những yếu tố thuận lợi gây thoát vị ở nhóm nghiên cứu này là do yếu cơ thành bụng kèm những bệnh lý làm áp lực ổ bụng gia tăng thường xuyên.

Tương tự thoát vị bẹn lần đầu, lý do vào viện của thoát vị bẹn tái phát thường gặp là triệu chứng xuất hiện khối phồng vùng bẹn bìu với tính chất tăng kích thước khi gắng sức và giảm kích thước hay biến mất khi nghỉ ngơi. Trong một số trường hợp khi khối thoát vị xuất hiện đã lâu thường có tình trạng cảm giác đau nhẹ ở vùng thoát vị kèm theo.

Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 8,8 tháng (ngắn nhất 1 tháng - lâu nhất 150 tháng). Điều này cho thấy xu hướng đến khám bệnh sớm khi có triệu chứng bất thường để được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời ở bệnh nhân còn chưa cao. Hầu hết tất cả các công trình trong nước cũng như trên thế giới đều ghi nhận: thời gian đến điều trị càng muộn rõ ràng sẽ gây nên không ít khó khăn trong khi tiến hành phẫu thuật, chưa nói đến đối với bệnh nhân có thể xảy ra những biến chứng nghiêm trọng như: nghẹt, kẹt, tắc ruột và hoại tử ruột. Những biến chứng này ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng bệnh nhân.

Thời gian tái phát tính từ lần mổ gần nhất dưới 2 năm chiếm tỉ lệ 37,5%, thời gian từ 2 năm đến 5 năm là 29,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sevoniuss (2011) với tỉ lệ tái phát phần lớn xảy ra trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật [7].

So sánh kết quả với một số công trình nghiên cứu của các tác giả khác về phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát như tác giả Ezio Gianetta số bệnh nhân tái phát lần một chiếm 80,1% [5], tác giả Vương Thừa Đức số bệnh nhân mổ tái phát lần một là 86% [4] cho thấy nghiên cứu của chúng tôi về số lần mổ thoát vị bẹn cho kết quả tương tự.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được mổ lần trước bằng phương pháp dùng mô tự thân (77,6%). Tỷ lệ bệnh nhân được mổ dùng mảnh ghép ít hơn nhiều so với bệnh nhân đã được mổ dùng mô tự thân. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy dùng mảnh ghép làm giảm nguy cơ tái phát hơn so với phương pháp dùng mô tự thân.

Theo một số nghiên cứu trên thế giới, dạng tái phát thường gặp nhất sau mổ dùng mô tự thân là loại trực tiếp, vị trí cận xương mu vì tại đây đường khâu bị căng nhiều nhất, nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận đa số tái phát lại là gián tiếp (63%), vốn là vị trí không phải là căng nhất.

Kết quả phẫu thuật TVBTP

Tỉ lệ bệnh nhân được mổ có dùng mảnh ghép và không mảnh ghép lần lượt là 77,6% và 22,4%. Điều này phù hợp với xu hướng phẫu thuật có đặt mảnh ghép giúp giảm tỉ lệ tái phát.

Do đặc điểm vết mổ cũ dính nhiều nên mất thời gian gỡ dính đặc biệt những trường hợp đã đặt mảnh ghép trước đó. Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt giữa thời gian mổ giữa nhóm đã mổ dùng mảnh ghép trước đó

và nhóm mổ dùng mô tự thân hoặc nội soi trước đó ($P = 0,04$).

Mặc dù khi mổ thoát vị bẹn tái phát ngã trước mà đa số bệnh nhân đã được mổ ngã trước thì quá trình bóc tách khó khăn gây sang chấn nhiều dẫn đến sau mổ bị tụ dịch nhiều hơn. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật của chúng tôi không cao hơn so với so với các nghiên cứu về thoát vị bẹn nguyên phát [7]. Tỉ lệ biến chứng lâu dài sau phẫu thuật TVBTP trong nghiên cứu này không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phẫu thuật dùng mảnh ghép và nhóm dùng mô tự thân ($p = 0,5$).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát là phẫu thuật an toàn không có tai biến trong mổ. Biến chứng sớm sau mổ thấp và nhẹ, chỉ cần điều trị nội khoa, đa số bệnh nhân có thể xuất viện sớm. Tỉ lệ tái phát thấp (2,2%) và đau mạn tính sau mổ thấp (10,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Thừa Đức** (2010), "Thoát vị bẹn tái phát: Thương tổn và điều trị", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 14, pp. 127 - 133.
2. **Lê Quốc Phong** (2015), "Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên", Đại học Y dược Huế
3. **Agbakwuru E., Etonyeaku A., Olasehinde O., et al.** (2016), "Recurrent inguinal hernia in Ile-Ife Nigeria: Characteristics and outcome of management", Nigerian Journal of Surgical Sciences, 26 (2), pp. 33-38
4. **Fernandez-Alberti J., Iriarte F., Crocieri R. E., et al.** (2021), "Laparoscopic treatment (reTAPP) for recurrence after laparoscopic inguinal hernia repair", Hernia, 25 (5), pp. 1301-1307.
5. **Gianetta E., Cuneo S., Vitale B., et al.** (2000), "Anterior Tension-Free Repair of Recurrent Inguinal Hernia Under Local Anesthesia: A 7-Year Experience in a Teaching Hospital", Annals of Surgery, 231 (1), pp. 132-132.
6. **Sevonius D., Gunnarsson U., Nordin P., et al.** (2011), "Recurrent groin hernia surgery", Br J Surg, 98 (10), pp. 1489-94.
7. **Xavier Feliu E. J., Xavier Viñas, Enric Macarulla, Josep Ma Abad E. F.-S.** (2004), "Recurrent Inguinal Hernia: A Ten-Year Review", Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques, 14

KẾT QUẢ NỘI SOI GẤP DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN BẢNG ỒNG SOI MỀM

Nguyễn Ngọc Tuấn¹, Nguyễn Phước Thanh Sang¹, Nguyễn Văn Hùng¹,
Tạ Văn Ngọc Đức¹, Lê Trần Đức Tín¹, Nguyễn Khôi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật đường tiêu hóa trên (DVĐTHT) là tình trạng khá thường gặp trong nội soi tiêu hóa cấp cứu. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn của nội soi gấp dị vật bằng ống soi mềm tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả những bệnh nhân bị dị vật tiêu hóa trên nhập viện chẩn đoán bằng nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2020 đến 2022. Dữ liệu thu thập gồm đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng), kết quả nội soi (vị trí, loại dị vật, biến chứng do dị vật, tổn thương do nội soi, kết quả gấp dị vật).

Kết quả: Tổng số 77 bệnh nhân với 79 dị vật được ghi nhận trong 3 năm. Tuổi trung bình là 52,14 tuổi, nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất 90 tuổi và nam (59,7%), nữ (40,3%). Những triệu chứng gồm nuốt nghẹn (3,8%), đau cổ (25,3%), đau ngực (38%), đau thượng vị (15,2%) và không triệu chứng (15,2 %). Dị vật sắc nhọn chiếm đa số (83,5%), trong đó dị vật chiếm nhiều là xương (35,4%), viên thuốc còn vỏ (26,6%), cây tăm (12,7%). Vị trí dị vật thực quản (60,8%), dạ dày

(22,8%), tá tràng (10,1%), hạ hống (5,3%). Tổn thương do dị vật chiếm 64,6%, trong đó sưng niêm hay rách niêm mạc (40,5%) và thủng ống tiêu hóa (21,5%). Nội soi gấp dị vật thành công 94,9% và tổn thương nội soi chủ yếu ở lớp niêm mạc (25,3%). Trong số 9 bệnh nhân có dị vật xuyên thủng thực quản có biến chứng đều được nội soi gấp dị vật thành công gồm viêm trung thất (6 bệnh), tràn khí trung thất (2 bệnh) và abscess trung thất trên (1 bệnh) được kết hợp phẫu thuật dẫn lưu abscess. Tất cả bệnh nhân đều được xuất viện, không có bệnh nhân tử vong.

Kết luận: Gấp dị vật tiêu hóa trên bằng ống soi mềm an toàn và hiệu quả cao. Thủng thực quản do dị vật có thể điều trị bảo tồn thành công sau gấp dị vật nhưng nếu có biến chứng abscess thì phẫu thuật dẫn lưu kết hợp là cần thiết.

Từ khóa: Dị vật tiêu hóa trên, nội soi tiêu hóa, nội soi ống mềm.

SUMMARY

RESULTS OF REMOVING FOREIGN BODIES IN THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT USING THE FLEXIBLE BRONCHOSCOPE

Background: Upper gastrointestinal foreign bodies are fairly common conditions in emergency gastrointestinal endoscopy. We conducted this study to evaluate the effectiveness and safety of endoscopic foreign body removal using the flexible bronchoscope at Binh Dan hospital.

Subjects and methods: Descriptive study for patients with upper gastrointestinal foreign body

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phước Thanh Sang

SĐT: 0393624922

Email: nguyenphuocthanhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 30/12/2022

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

were diagnosed by endoscopy at Binh Dan hospital from 2020 to 2022. Collected data included clinical characteristics (age, gender, symptoms), endoscopic characteristics (location, type of foreign body, complications due to foreign body, damage due to endoscopy, foreign body removal results).

Results: A total of 77 patients with 79 foreign bodies were recorded in 3 years. The mean age was 52.14 years old, the youngest was 21 years old, the oldest was 90 years old and male (59,7%), female (40,3%). Symptoms included choking (3,8%), neck pain (25,3%), chest pain (38%), epigastric pain (15,2%) and no symptoms (15,2%). Sharp foreign bodies accounted for the majority (83,5%), of which foreign bodies accounted for most were bones (35,4%), drug package (26,6%), toothpicks (12,7%). Location of foreign bodies in oesophagus (60,8%), stomach (22,8%), duodenum (10,1%), hypopharynx (5,3%). Injuries due to foreign bodies accounted for 64,6%, of which mucosal scratches or tears (40,5%) and gastrointestinal perforation (21,5%). Endoscopic removal of foreign bodies was successful in 94,9% and endoscopic lesions were mainly in the mucosa (25,3%). The 9 patients with complicated esophageal perforation were successfully removed foreign bodies using the flexible endoscope including mediastinitis (6 cases), pneumomediastinum (2 cases) and superior mediastinal abscess (1 case) combined with surgical drainage. All patients were discharged and no patient died.

Conclusion: The removal of upper gastrointestinal foreign body by the flexible bronchoscope is safe and effective. Esophageal perforation due to a foreign body can be successfully treated conservatively after removal of the foreign body, but if there is an abscess complication, surgical drainage is necessary.

Keywords: Upper gastrointestinal foreign body, gastrointestinal endoscopy, flexible endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa trên (DVĐTHT) là một trong những tình trạng cấp cứu thường gặp tại những chuyên khoa Tai Mũi Họng và Nội Soi Tiêu Hóa (NSTH). Nguyên nhân dị vật đa phần do tai nạn trong ăn uống và sinh hoạt, một số ít bệnh nhân nuốt có chủ ý do bệnh lý tâm thần, nghiện rượu, nghiện thuốc. Tùy hình dạng, kích thước hay chất liệu mà dị vật có thể gây nhiều tổn thương cho đường tiêu hóa như thủng, chảy máu và tử vong do biến chứng.

Sự phát triển nhanh của nội soi ống mềm và cùng các dụng cụ hỗ trợ nên nội soi ống mềm ngày càng được sử dụng nhiều hơn trong gấp dị vật thực quản và cả dị vật nằm sâu dưới dạ dày - tá tràng với tỉ lệ thành công khoảng 92,5-99,5% và tỉ lệ biến chứng khoảng 2,2% chủ yếu là vết rách niêm mạc phát khi gấp dị vật, chảy máu và hiếm khi gây thủng [4-7].

Dị vật đường tiêu hóa trên là một trong những tình trạng thường gặp trong nội soi cấp cứu tại khoa NSTH bệnh viện Bình Dân. Nội soi ống mềm được chúng tôi sử dụng gấp thành công nhiều loại dị vật, trong đó có những dị vật kẹt ở thực quản mà trước đây đa số phải dùng ống soi cứng để gấp hay những dị vật đã gây thủng xuyên thành cũng được gấp dị vật thành công giúp bệnh nhân tránh được cuộc phẫu thuật. Do đó, nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn của kỹ thuật gấp dị vật bằng ống soi mềm chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm:

Xác định tỉ lệ biến chứng đường tiêu hóa do dị vật.

Xác định tỉ lệ nội soi gấp thành công DVĐTHT và tỉ lệ biến chứng liên quan đến nội soi gấp dị vật.

Khảo sát kết quả điều trị những tổn thương xuyên thành ống tiêu hóa do dị vật sau khi gấp dị vật thành công.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được chẩn đoán dị vật tiêu hóa trên nhập viện bệnh viện Bình Dân với các tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: Bệnh nhân nghi ngờ dị vật tiêu hóa được nội soi dạ dày-tá tràng phát hiện dị vật tiêu hóa nằm tại thực quản, dạ dày, hành tá tràng hay tá tràng D2, bệnh nhân đồng ý nội soi gấp dị vật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi, bệnh nhân nghi ngờ nuốt dị vật nhưng nội soi không phát hiện dị vật.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả từ 01/01/2020 đến 30/09/2022.

Những biến số nghiên cứu

Những biến số liên quan đến bệnh nhân: Tuổi, giới, thời gian từ lúc nuốt dị vật (hoặc nghi ngờ nuốt dị vật đến lúc soi), triệu chứng sau nuốt dị vật: Đau cổ, đau ngực, đau thượng vị, sốt...

Những biến số liên quan đến dị vật: Loại dị vật, vị trí dị vật, tổn thương đường tiêu hóa do dị vật (vết loét niêm, vết rách niêm, thủng, loét...), biến chứng ngoài tiêu hóa do dị vật (như viêm trung thất, abscess, tràn khí, tụ dịch, viêm phúc mạc...)

Những biến số liên quan đến kết quả nội soi gấp dị vật: Kết quả nội soi gấp dị vật, biến chứng liên quan nội soi gấp dị vật (vết loét niêm, vết rách, thủng ống tiêu hóa), thời gian nằm viện, kết quả điều trị biến chứng thủng ống tiêu hóa.

Phân tích số liệu

Nhập số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được tổng số 77 bệnh nhân với 79 dị vật đường tiêu hóa trên (DVĐTHT) chẩn đoán bằng nội soi từ 01/2020 đến 09/2022. Trong đó, có một bệnh nhân nuốt 3 dị vật do bệnh trầm cảm nặng.

Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình là 52,14 tuổi, nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất 90 tuổi. Tỉ lệ dị vật ở giới nam (59,7%) cao hơn ở nữ (40,3%).

Trong số các bệnh nhân nội soi chẩn đoán DVĐTHT có 22,1% không biết có nuốt dị vật và đi khám vì các triệu chứng tiêu hóa trên. Những triệu chứng liên quan dị vật vùng cổ ngực chiếm đa số (67,1%) gồm nuốt nghẹn (3,8%), đau cổ (25,3%) và đau ngực (38%), còn lại là đau thượng vị (15,2%) và 15,2 % là không triệu chứng.

Thời điểm từ lúc bệnh nhân nghi ngờ nuốt dị vật hoặc xuất hiện triệu chứng đến lúc nội soi can thiệp ghi nhận đa số được can thiệp trong vòng 24 giờ đầu (50,7%), đặc biệt có 2 bệnh nhân được can thiệp gấp dị vật muộn do bệnh nhân tự trì hoãn không muốn can thiệp (1 bệnh nhân can thiệp sau 2 tháng và 1 bệnh nhân can thiệp sau 4 tháng).

Bảng 25. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi		
Dưới 40 tuổi	19	24,7

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
41-60 tuổi	32	41,6
Trên 60 tuổi	26	33,8
Giới		
Nữ	31	40,3
Nam	46	59,7
Triệu chứng		
Đau cổ	20	25,3
Đau ngực	30	38
Đau thượng vị	12	15,2
Nuốt nghẹn	3	3,8
Không triệu chứng	12	15,2
Thời điểm nội soi can thiệp		
< 6 giờ	31	40,3
7-24 giờ	8	10,4
25-48 giờ	7	9,1
Sau 2-3 ngày	12	15,6
Sau 3-7 ngày	16	20,8
Sau 7 ngày	3	3,9

Đặc điểm liên quan dị vật

Những dị vật bệnh nhân nuốt đa số là dị vật sắc nhọn (83,5%), trong đó dị vật chiếm nhiều là xương (35,4%), viên thuốc còn vỏ (26,6%), cây tăm (12,7%).

DVĐTHT đa số nằm ở thực quản (60,8%), trong đó đoạn thực quản 1/3 trên chiếm tỉ lệ nhiều nhất (36,7%), kế đến là dạ dày chiếm 22,8% (thân vị 8,9% và hang vị 13,9%).

Bảng 26. Đặc điểm liên quan dị vật

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Loại dị vật		
Nhóm 1: Dị vật đầu nhọn hay cạnh sắc nhọn	66	83,5
Xương	28	35,4
Viên thuốc	21	26,6
Cây tăm	10	12,7
Răng giả	4	5,1
Que gỗ nhọn	1	1,3
Thanh kim loại	2	2,5
Nhóm 2: Dị vật hình tròn hay đầu tù	10	12,7
Nắp chai	3	3,8
Nút nhựa	1	1,3
Khối thức ăn	3	3,8
Đồng xu	1	1,3

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Mảnh vải	1	1,3
Miếng nhựa	1	1,3
Nhóm 3: Dị vật dạng dài đầu tù	3	3,8
Que nhựa	2	2,5
Cái muỗng	1	1,3
Vị trí dị vật		
Hạ họng	5	6,3
Thực quản	48	60,8
Dạ dày	18	22,8
Tá tràng	8	10,1
Tổng	79	100

Tổn thương do dị vật chiếm đến 64,6%, trong đó hầu hết xảy ra tại thực quản. Mức độ tổn thương chủ yếu nhẹ khu trú lớp niêm mạc như sưng niêm (8,9%) hay rách niêm mạc (31,6%). Thủng ống tiêu hóa có đến 21,5% số ca, trong đó nhiều nhất là ở thực quản chiếm 12,6%, hang vị và tá tràng chiếm tỉ lệ lần lượt là 3,8% và 5,1%. Loét thành thực quản (2,5%) do dị vật kẹt lâu ngày.

Biến chứng thủng tiêu hóa do dị vật và kết quả điều trị

Trong số 17 bệnh có dị vật xuyên thành (21,5%) thì có 10 bệnh thủng thực quản (12,6%) gồm 6 bệnh viêm trung thất và 2 bệnh tràn khí trung thất, 1 bệnh abscess trung thất trên và 1 bệnh thủng không biến chứng. Số còn lại có 3 bệnh thủng hang vị (3,8%) và 4 bệnh thủng tá tràng (5,1%) nhưng chưa gây biến chứng. Tất cả dị vật gây thủng thực quản đều được gấp thành công bằng nội soi và phẫu thuật kết hợp ở một số bệnh nhân theo bảng bên dưới.

Bảng 27. Điều trị biến chứng thủng thực quản

Xử trí	Biến chứng thủng thực quản		
	Viêm trung thất	Tràn khí trung thất	Abscess trung thất trên
Nội soi thành công	6	2	1
Phẫu thuật kết hợp	2	-	1
Mở DDRD	1	-	-
Mở HTRD	1	-	-
Dẫn lưu cổ	-	-	1
Tổng	6	2	1

(DDRD: dạ dày ra da; HTRA: hồng tràng ra da)

Kết quả nội soi gấp dị vật

Tỉ lệ nội soi gấp dị vật thành công là 94,9% và có 4 bệnh nhân nội soi gấp thất bại được chỉ định phẫu thuật lấy dị vật chiếm

5,1% gồm: dị vật nắp kim loại bị vùi sâu trong thành thực quản, dị vật cây tăm cắm sâu vào thành tá tràng, viên thuốc còn vỏ kẹt

cứng sau môn vị và cái muồng to trong lòng dạ dày.

Phân tích tỉ lệ thành công theo vị trí dị vật, phân nhóm dị vật và từng loại dị vật có kết quả như sau:

Bảng 28. Kết quả nội soi gấp dị vật

Đặc điểm	Thành công		Thất bại	
	n	%	n	%
Vị trí dị vật				
Hạ họng	5	100	0	0
Thực quản	47	97,9	1	2,1
Dạ dày	17	94,4	1	5,6
Tá tràng	6	75	2	25
Phân loại dị vật theo ESGE				
Nhóm 1	64	97	2	3
Nhóm 2	9	90	1	10
Nhóm 3	2	66,7	1	33,3
Loại dị vật				
Xương	28	100	0	0
Viên thuốc	20	95,2	1	4,8
Cây tăm	9	90	1	10
Răng giả	4	100	0	0
Khối thức ăn	3	100	0	0
Que nhựa	2	100	0	0
Nắp chai	2	66,7	1	33,3
Que gỗ	1	100	0	0
Que kim loại	2	100	0	0
Nút nhựa	1	100	0	0
Đồng xu	1	100	0	0
Mảnh nhựa	1	100	0	0
Mảnh vải	1	100	0	0
Cái muồng	0	0	1	100
Tổng	75	94,9	4	5,1

Biến chứng liên quan quá trình nội soi gấp dị vật chiếm 25,3%, tất cả đều là tổn thương nhẹ lớp niêm mạc thành ống tiêu hóa nhu vết xước niêm mạc (22,8%) và vết rách niêm mạc (2,5%) kèm rịn ít máu tự cầm.

Tất cả 77 bệnh nhân đều được xuất viện sau điều trị, không có bệnh nhân nào tử vong. Trong đó, có 49,4% số bệnh được xuất viện ngay sau gấp dị vật, 50,6% số bệnh

được nhập viện theo dõi. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 15 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Dị vật đường tiêu hóa trên (DVĐTHT) là tình trạng thường gặp trong nội soi tiêu hóa cấp cứu tại bệnh viện Bình Dân. DVĐTHT xuất hiện ở cả 2 giới tính và ở bất kỳ lứa tuổi

nào. Nghiên cứu của tôi trên nhóm bệnh nhân trưởng thành ghi nhận tỉ lệ dị vật ở giới nam (59,7%) cao hơn ở nữ (40,3%). Tuổi bệnh nhân mắc dị vật từ 21 tuổi đến 90 tuổi, tuổi trung bình là 52,14 và nhóm tuổi mắc nhiều chủ yếu là nhóm 40-60 tuổi (41,6%), nhóm trên 60 tuổi (33,8%) và dưới 40 tuổi (24,7%). Nghiên cứu Fangfang Yuan và cs ghi nhận tuổi trung bình khoảng 44,3 tuổi, nhóm tuổi 15-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất khoảng 68,9%, kể đến là trên 60 tuổi (23,3%) và dưới 15 tuổi chỉ 7,7% [8].

Trong nhóm nghiên cứu có đến 22,1% bệnh nhân không biết có nuốt dị vật trước đó và khi đi nội soi vì triệu chứng tiêu hóa thì mới được phát hiện dị vật. Những triệu chứng liên quan dị vật gồm: đau cổ (25,3%), đau ngực (38%), nuốt nghẹn (3,8%), đau thượng vị (15,2%) và không triệu chứng (15,2%). Theo ESGE năm 2016, vị trí của triệu chứng thường không liên quan đến vị trí dị vật bị mắc kẹt [3]. Tuy nhiên, triệu chứng gây ra liên quan đến vị trí tổn thương do dị vật gây ra có thể không phải là vị trí dị vật kẹt lại mà là vị trí tổn thương do quá trình dị vật di chuyển gây ra.

Thời điểm từ lúc bệnh nhân nghi ngờ nuốt dị vật hoặc xuất hiện triệu chứng đến lúc nội soi can thiệp đa số trong vòng 24 giờ đầu (50,7%). Trong đó, can thiệp sớm trong vòng 6 giờ đầu (40,3%), 7-24 giờ (10,4%) , 25-48 giờ (22,2%), 48-72 giờ (8,9%) và muộn hơn 3 ngày là 18,2%. Thời điểm nhập viện và can thiệp trong vòng 24 giờ sau nuốt dị vật góp phần làm tăng tỉ lệ nội soi gấp dị vật thành công và giảm tỉ lệ biến chứng, đặc biệt là biến chứng tại thực quản [3]. Nhiều nghiên cứu trong nước và ngoài nước cũng

ghi nhận can thiệp sớm trong vòng 24 giờ với tỉ lệ khá cao. Tác giả Đặng Quốc Thái ghi nhận đến 76,67% [1]. Một nghiên cứu khác của Quing liu cũng cho thấy 45,6% can thiệp trong vòng 6 giờ và 32,2% trong vòng 24 giờ [4]. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một chút vì một số lý do như bệnh nhân ở xa bệnh viện, khám tại bệnh viện khác sau đó chuyển đến bệnh viện Bình Dân hay bệnh nhân không biết đã nuốt dị vật... Đặc biệt, có 2 bệnh nhân biết đã nuốt dị vật đến 2 tháng và 4 tháng nhưng trì hoãn đến bệnh viện can thiệp do vấn đề tâm lý.

Dựa vào hình dạng, ESGE phân loại thành 3 nhóm: nhóm 1 là dị vật có đầu hay cạnh sắc nhọn, nhóm 2 là dị vật hình tròn đầu tù và nhóm 3 là dị vật dạng dài. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận dị vật nhóm 1 chiếm tỉ lệ cao nhất đến 83,5%, nhóm 2 và 3 ít hơn lần lượt là 12,7% và 3,8%. Những loại dị vật chiếm tỉ lệ nhiều nhất là xương 35,4%, viên thuốc còn vỏ 26,6% và cây tăm 12,7%. Cả 3 loại dị vật này cũng chiếm tỉ lệ nhiều nhất tại bệnh viện chúng tôi trong một nghiên cứu trước đây của Đồng Thanh Thiện (xương 47,6%, tăm 17,5%, thuốc còn vỏ 12,7%). Ngoài ra, một số đồng nghiệp tại những bệnh viện khác cũng ghi nhận tỉ lệ dị vật là xương luôn chiếm tỉ lệ cao nhất như theo tác giả Đặng Quốc Thái thì xương cá (46,67%), xương gia cầm (16,67%), viên thuốc (12,22%). Tuy nhiên, một nghiên cứu tại Trung Quốc lại ghi nhận tỉ lệ dị vật xương thấp hơn (xương cá 22%, xương gà vịt 10,49%) và hạt táo lại chiếm tỉ lệ ưu thế 36,72%. Điều này cho thấy, loại dị vật mắc

phải tùy thuộc nhiều vào loại thức ăn của mỗi quốc gia và vùng lãnh thổ.

Vị trí dị vật phát hiện qua nội soi đa số nằm ở thực quản (60,8%), trong đó tại vị trí 1/3 trên thực quản chiếm nhất nhất (36,7%), kế đến là dạ dày (22,8%), tá tràng (10,1%) và hạ hống (6,3%). Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng ghi nhận thực quản và dạ dày là 2 vị trí dị vật được phát nhiều nhất. Nghiên cứu của tác giả Đồng Thanh Thiện khảo sát tại bệnh viện chúng tôi thì trong tổng số 63 bệnh nhân có dị vật đường tiêu hóa trên và dưới thì thực quản (27%), dạ dày (36,5%) và tá tràng (12,7%) [2]. Nghiên cứu của Xin Wang tại Trung Quốc thì thực quản (83,33%), dạ dày (11,76%), hạ hống (2,62%), và tá tràng (2,28%) [5]. Nghiên cứu của Chih Chien Yao ghi nhận DVĐTHT tại các vị trí như hạ hống (8,3%), thực quản (75,7%) Chủ yếu là thực quản trên (44,6%), dạ dày (12,5%), tá tràng (1,2%) và miệng nối (2,3%) [6]. Theo giải phẫu thì thực quản là một ống dài và hẹp, có nhiều vị trí hẹp sinh lý nên khi dị vật đi qua hạ hống thì đa số bị kẹt lại thực quản.

Tổn thương thành ống tiêu hóa do dị vật chủ yếu ở mức độ nhẹ khu trú ở thành ống tiêu hóa như sốt niêm mạc (8,9%), rách niêm mạc (31,6%) hay loét thành thực quản (2,5%). Thủng thành ống tiêu hóa chiếm 21,5% trong đó chủ yếu là thủng thực quản (12,6%) kế đến là hang vị và tá tràng lần lượt là 3,8% và 5,1%. Trong số những bệnh thủng ống tiêu hóa thì chủ yếu biến chứng do thủng thực quản gồm viêm trung thất, tràn khí trung thất và abscess trung thất trên. Những bệnh thủng tại hang vị và tá tràng thì chưa ghi nhận biến chứng. Điều này phù hợp với

kết quả khảo sát thấy tỉ lệ dị vật nằm ở thực quản chiếm tỉ lệ cao nhất và đa số dị vật phát hiện thuộc nhóm có cạnh sắc nhọn nên dễ thủng xuyên thành. Một nghiên cứu tương tự tại Trung Quốc cũng ghi nhận các biến chứng chung là 17,9%, trong đó: Biến chứng nhẹ như sốt niêm mạc (10,2%), rách niêm (1,4%) và biến chứng nặng hơn như loét sâu (2,9%) và thủng (3,4%) [4]. Nghiên cứu của Yoo và cs tại Hàn Quốc ghi nhận biến chứng nặng như loét là 4% và thủng là 3,3% . Ngoài ra, nghiên cứu trên cũng cho thấy một số yếu tố liên quan đến nguy cơ biến chứng như tuổi, dị vật sắc nhọn, dị vật thực quản và thời gian mắc dị vật kéo dài [7].

Tỉ lệ thành công chung khi nội soi gấp dị vật của nghiên cứu chúng tôi là 94,9%. Đây là một tỉ lệ cao và gần tương đồng với một số nghiên cứu (92,5 - 99,5%) [4-8]. Nghiên cứu của Xin Wang cho tỉ lệ thành công cho từng phương pháp vô cảm lần lượt là 92,73% khi soi gây mê và 96,34% khi xịt thuốc tê [5] hay nghiên cứu của Qing Liu cho tỉ lệ thành công đến 99,5% [4] hay của Fangfang Yuan là 92,5% [8]. Tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Đồng Thanh Thiện (76,2%) tại cùng bệnh viện là do sự khác nhau về dân số nghiên cứu [2].

Tỉ lệ thành công phân theo vị trí dị vật lần lượt gồm hạ hống (100%), thực quản (97,9%), dạ dày (94,4%) và tá tràng (75%). Dị vật thực quản chiếm tỉ lệ cao nhất (60,8%) và là vị trí khó gấp dị vật nhất do thực quản hẹp dễ co thắt và dễ biến chứng nhưng vẫn đạt tỉ lệ thành công cao (97,9%). Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu trong nước tại vị trí thực quản là Đặng Quốc Thái

(97,78%) [1]. Dị vật trong dạ dày thì dễ tiếp cận dị vật khi soi nhưng tỉ lệ thành công vẫn thấp hơn thực quản do dị vật kích thước lớn nên dụng cụ bắt dị vật không kéo ra được hay dị vật cắm sâu và cứng vào thành dạ dày nên không kéo ra được. Vị trí dị vật tại tá tràng có tỉ lệ thành công thấp nhất do tá tràng cong và hẹp nên một số dị vật bị kẹt cứng hoặc thủng xuyên thành ở cả 2 đầu dị vật nên không di chuyển được dị vật qua nội soi.

Tỉ lệ thành công theo từng nhóm dị vật theo phân loại của ESGE [3] thì những dị vật nhóm 1 (dị vật cạnh sắc nhọn) chiếm tỉ lệ mắc cao nhất và dễ gây thủng thành tiêu hóa nhất nhưng tỉ lệ gấp thành công cao nhất (97%). Dị vật nhóm 2 (dị vật đầu tù) chỉ thành công 90% và nhóm 3 (dị vật dạng dài) chỉ 66,7%. Tỉ lệ thành công theo từng dị vật thường gặp gồm xương (100%), viên thuốc còn vỏ (95,2%), cây tăm (90%) và răng giả (100%). Điều này cho thấy vai trò tối ưu của nội soi ống mềm trong xử trí dị vật đường tiêu hóa trên.

Những biến chứng do nội soi gấp dị vật chủ yếu là tổn thương nông ở thành ống tiêu hóa (25,3%) như vết loét niêm (22,8%) hay rách niêm mạc (2,5%) kèm rịn ít máu đỏ tự cầm, không có tổn thương thủng thành ống tiêu hóa do nội soi. Tổn thương này do quá trình kéo dị vật qua những đoạn hẹp hay do co thắt gây ra. Tuy nhiên, đây là những tổn thương nhẹ và tự hồi phục, không cần can thiệp ngoại khoa. Do đó, nội soi gấp dị vật bằng ống mềm cho thấy tính an toàn cao. So với tỉ lệ soi ống cứng của Đặng Quốc Thái, tỉ lệ biến chứng loét niêm lên đến 60% và rách cơ 2,22% [1].

Biến chứng xuyên thành ống tiêu hóa do dị vật là biến chứng nguy hiểm và khả năng gây biến chứng ngoài đường tiêu hóa nặng như viêm trung thất, tràn khí trung thất, áp-xe trung thất, viêm phúc mạc,... Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ dị vật xuyên thành ống tiêu hóa khá cao (21,5%), hầu hết tại thực quản (12,6%) còn tại hang vị và tá tràng lần lượt là 3,8% và 5,1%. Biến chứng thủng tiêu hóa do dị vật, chúng tôi ghi nhận viêm trung thất và tràn khí trung thất và áp-xe trung thất. Xuyên thủng tại hang vị và tá tràng thì chưa ghi nhận biến chứng. Tất cả các bệnh nhân có biến chứng trung thất đều được nội soi gấp dị vật thành công kết hợp mở hồng tràng nuôi ăn hay dạ dày ra da hay dẫn lưu abscess và kháng sinh điều trị thì đều ổn định và xuất viện, không có bệnh nhân nào tử vong vì biến chứng. Do đó, những biến chứng trung thất như viêm hay tràn khí do dị vật thì sau nội soi gấp dị vật thành công nếu được điều trị nội khoa và theo dõi tích cực cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, áp-xe trung thất hay rò vào cơ quan lân cận... thì chỉ định phẫu thuật vẫn là cần thiết.

Những bệnh nhân dị vật tiêu hóa sau gấp dị vật thành công và không có biểu hiện nghi ngờ tổn thương thủng tiêu hóa thì đều được xuất viện ngay trong ngày tại khoa Cấp Cứu chiếm 49,4%. Số bệnh còn lại phải nhập viện theo dõi vì có tổn thương xuyên thành ống tiêu hóa, viêm trung thất, tràn khí trung thất hay gấp dị vật thất bại cần phẫu thuật... Thời gian nằm viện dài nhất là 15 ngày và đa số bệnh xuất viện trong vòng 1 tuần (42,9%). Như vậy, đa số bệnh nhân đều nằm viện ngắn hạn dưới 1 tuần nên giảm được chi phí

điều trị nhưng vẫn đảm bảo được theo dõi biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thành ống tiêu hóa do dị vật khá phổ biến nhưng chủ yếu tổn thương khu trú tại thành ống tiêu hóa như vết sưng nề hay vết rách niêm. Thủng ống tiêu hóa và biến chứng liên quan đến thủng chủ yếu ở thực quản gây viêm hay tràn khí trung thất. Nội soi gấp dị vật đường tiêu hóa trên bằng ống soi ống mềm đạt tỉ lệ thành công cao và biến chứng do nội soi thì nhẹ chủ yếu tổn thương nông tự hồi phục. Những bệnh có thủng ống tiêu hóa không tạo abscess, sau nội soi gấp dị vật được điều trị bảo tồn cho kết quả khả quan, nếu có tạo abscess do thủng thì phẫu thuật dẫn lưu là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Quốc Thái, Châu Chiêu Hoa và Dương Hữu Nghi** (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện tai mũi họng Cần Thơ", Tạp chí Y dược học Cần Thơ. Số 11-12, tr. 166-171.
2. **Đồng Thanh Thiện, Phan Quốc Việt và Đỗ Bá Hùng** (2018), "Kết quả điều trị dị vật đường tiêu hóa tại bệnh viện Bình Dân", Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV. Bình Dân năm 2018, Y Học TP. Hồ Chí Minh. Phụ Bản Tập 22, Số 2, tr. 233-239.
3. **Michael Birk, Peter Bauerfeind, Pierre H. Deprez et al** (2016), "Removal of foreign

bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline", Endoscopy. Volume 48, p. 489-496.

4. **Qing Liu, Fei Liu, Huahong Xie et al** (2022), "Emergency Removal of Ingested Foreign Bodies in 586 Adults at a Single Hospital in China According to the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Recommendations: A 10-Year Retrospective Study", Med Sci Monit. Volume 28, p. e936463.
5. **Xin Wang, Shuai Su, Yiming Chen et al** (2021), "The removal of foreign body ingestion in the upper gastrointestinal tract: a retrospective study of 1,182 adult cases", Annals of Translational Medicine. Volume 9, p. 502.
6. **Chih-Chien Yao, I-Ting Wu, Lung-Sheng Lu et al** (2015), "Endoscopic Management of Foreign Bodies in the Upper Gastrointestinal Tract of Adults", BioMed Research International. Volume 2015, p. 1-7.
7. **Dong Ryeol Yoo, Chang Bin Im, Baek Gyu Jun et al** (2021), "Clinical outcomes of endoscopic removal of foreign bodies from the upper gastrointestinal tract", BMC Gastroenterol. Volume 21, p. 385.
8. **Fangfang Yuan, Xiaowei Tang and Wei Gong** (2018), "Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: An analysis of 846 cases in China", Experimental and therapeutic medicine. Volume 15, p. 1257-1262.

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ BỊ BỎ QUÊN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Phước Thanh Sang¹, Lê Thành Hiệp¹, Nguyễn Cao Khang¹

TÓM TẮT

Dị vật đường thở bị bỏ quên ở người trưởng thành là tình trạng khá hiếm gặp hơn so với trẻ em. Khoa Nội Soi bệnh viện Bình Dân đã tình cờ phát hiện 2 trường hợp dị vật đường thở bị bỏ quên được nhập viện vì bệnh lý khác. Bệnh nhân thứ nhất: nhập viện vì viêm tụy cấp được chụp CT scan ngực bụng phát hiện dị vật phế quản trung gian phổi phải. Bệnh sử có hội chứng xâm nhập cách nhập viện 2 năm và sau đó ho khan kéo dài nhưng không phát hiện ra bệnh. Bệnh nhân thứ 2: nhập viện vì đau bụng cấp kèm ho khạc đàm lẫn ít máu 3 tháng. Tiền căn có di chứng tai biến mạch máu não gây ho sặc mỗi khi ăn uống. Chụp CT scan ngực bụng tình cờ phát hiện dị vật phế quản trung gian phổi phải gây tắc gần hoàn toàn kèm đông đặc đáy phổi phải và tràn dịch màng phổi phải. Các bệnh nhân trên đều được nội soi phế quản ống mềm gấp dị vật thành công và xuất viện vài ngày sau đó.

Từ khóa: Dị vật đường thở, hít sặc dị vật, hội chứng xâm nhập

SUMMARY

AIRWAY FOREIGN BODIES WERE FORGOTTEN IN ADULTS: REPORT TWO CASES AT BINH DAN HOSPITAL

Forgotten airway foreign body in adults is relatively less common than in children. The Department of Endoscopy at Binh Dan Hospital accidentally detected 2 cases with forgotten airway foreign bodies admitted to the hospital for other diseases. The first patient hospitalized for acute pancreatitis and underwent a CT scan of the chest - abdomen that detected a foreign body in the medial bronchus of the right lung. His past history had a penetration syndrome about 2 years before admission and then persistent dry cough without detectable disease. The second patient admitted to the hospital because of acute abdominal pain with cough and sputum with little blood for 3 months. The patient had a history of cerebral vascular stroke and coughs frequently when eating or drinking. A CT scan of the chest and abdomen incidentally revealed a foreign body in the right medial bronchus causing near-complete obstruction with consolidation of the right lung base and right pleural effusion. All of the above patients had underwent successful removal of foreign bodies using a flexible bronchoscope and were discharged a few days later.

Keywords: Airway foreign body, foreign aspiration, penetration syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường thở là một trong những cấp cứu hô hấp hay gặp ở trẻ em hơn người trưởng thành. Trẻ em hít phải dị vật do thói quen ngậm đồ vật, đồ ăn, trong khi người trưởng thành thường do tai nạn khi ăn uống đặc biệt khi có kèm bệnh lý yếu liệt cơ vùng

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phước Thanh Sang

SĐT: 0393624922

Email: nguyenvhuocthanhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 26/12/2022

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

hầu họng hay khi lắp ráp các dụng cụ y khoa...

Đa số bệnh nhân sẽ có biểu hiện lâm sàng bằng “hội chứng xâm nhập” ngay sau khi hít phải dị vật, nặng hơn có thể suy hô hấp nên hầu hết bệnh được phát hiện sớm và được gấp kịp thời bằng nội soi phế quản ống mềm với tỉ lệ gấp thành công khá cao khoảng 89,6% - 91,8% [8]. Tuy nhiên, một số bệnh nhân sau khi hít phải dị vật bị các triệu chứng hô hấp nhẹ hơn như ho kéo dài, khô khè, ho đàm... trùng lắp với các bệnh hô hấp thông thường khác. Ngoài ra, một số dị vật không cản quang nên X quang thường qui chỉ phát hiện được khoảng 24,6% [8]. Vì vậy, một số bệnh nhân đã bị bỏ quên dị vật đường thở kéo dài.

Dị vật đường thở ở người lớn bị bỏ quên khá hiếm gặp. Trên thế giới và tại Việt Nam chỉ ghi nhận một số ít báo cáo ca lâm sàng tại một số bệnh viện lớn. Khoa Nội Soi bệnh viện Bình Dân đã nội soi phế quản ống mềm chẩn đoán và gấp thành công 2 bệnh nhân mắc dị vật đường thở bỏ quên hiếm gặp nên báo cáo để chia sẻ kinh nghiệm.

II. BÁO CÁO CA

Ca lâm sàng thứ 1

Bệnh nhân nam 34 tuổi nhập viện vì đau thượng vị

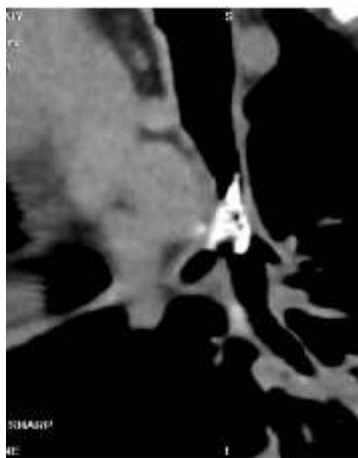
Bệnh sử: Đau thượng vị 5 ngày uống thuốc không giảm nên được chụp CT Scan chẩn đoán viêm tụy cấp kèm dị vật cản quang phế quản trung gian phổi phải nên nhập bệnh viện Bình Dân điều trị.

Tiền căn: Cách nhập viện khoảng 2 năm, bệnh nhân có bị ho sặc khi ăn cháo gà nhưng không khó thở và không biết bị hít sặc xương. Từ đó về sau, bệnh nhân bị ho khan kéo dài, thỉnh thoảng ho khạc đàm. Bệnh nhân đã đi khám nhiều lần vì ho kéo dài, chụp X quang ngực nhưng không thấy dị vật và hình ảnh hai phổi bình thường. Tình trạng ho khan vẫn còn đến lúc nhập viện Bình Dân.

Khám lâm sàng: Bệnh tỉnh táo, sinh hiệu ổn, âm phế bào rõ hai phổi, tiếng rít nhẹ cạnh ức phải khi hít sâu, bụng không chướng, ấn đau nhẹ thượng vị

X quang phổi lúc nhập viện: Hai phổi không thâm nhiễm, không thấy dị vật trên phim X quang.

CT Scan ngực – bụng: Dị vật cản quang nằm ở phế quản trung gian phổi phải. Viêm tụy cấp phù nề



Hình 8. CT Scan ngực với hình dị vật cản quang nằm ở phế quản trung gian phổi phải

Chẩn đoán: Viêm tụy cấp – Dị vật phế quản phổi phải

Xử trí:

Điều trị nội khoa viêm tụy cấp.

Nội soi phế quản qua đường miệng:

Dị vật mảnh xương nằm ở phế quản trung gian phổi phải.

Dùng kèm răng chuột gấp kéo trọn dị vật ra ngoài. Dị vật là mảnh xương ức gà dài # 12mm.

Soi lại kiểm tra ghi nhận: niêm mạc nhánh phế quản trung gian và cựa phế quản thùy giữa phù nề, có nhiều mô hạt, không chảy máu.



Hình 9. (A) Dị vật phế quản trung gian phổi phải khi nội soi. (B) Niêm mạc phế quản phù nề và có mô hạt. (C) Mảnh xương gà dài 12mm

Diễn tiến: Bệnh nhân không khó thở, còn ho khan, đau bụng hết dần và được xuất viện sau 3 ngày. Sau 2 năm, tình trạng ho cải thiện nhưng vẫn còn.

Ca lâm sàng thứ 2

Bệnh nhân nam 67 tuổi nhập viện vì đau hố chậu phải kèm ho đàm kéo dài

Bệnh sử: Vài tháng nay, bệnh nhân ho đàm nhiều, thỉnh thoảng kèm ho ra ít máu. Khoảng 3 ngày nay, đau hố chậu phải nhiều được nhập cấp cứu bệnh viện Bình Dân chẩn đoán viêm túi thừa manh tràng nên được nhập viện điều trị.

Tiền căn: Lao phổi khoảng 20 năm. Đái tháo đường type 2, tăng huyết áp và tai biến

mạch máu não khoảng 13 năm. Bệnh nhân ho sặc nhiều mỗi khi ăn uống từ sau tai biến mạch máu não.

Khám lâm sàng: Bệnh tình táo, mạch huyết áp ổn, không khó thở, ran nổ phổi phải, bụng mềm.

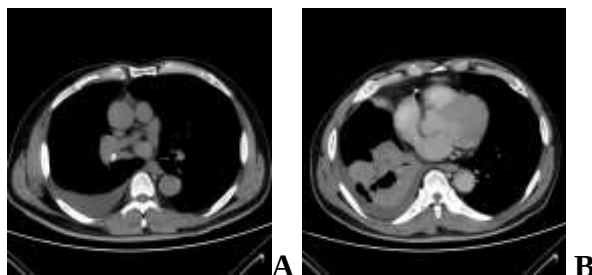
Xét nghiệm: Bạch cầu 13,39 K/ml (Neu 72,1%), BK đàm âm tính.

X quang phổi: Mờ gần 1/2 dưới phổi phải, không thấy dị vật.

CT Scan ngực: Đông đặc đáy phổi trái kèm tràn dịch màng phổi lượng ít. Dị vật cản quang gây tắc gần hoàn toàn phế quản trung gian kèm dày thành phế quản.



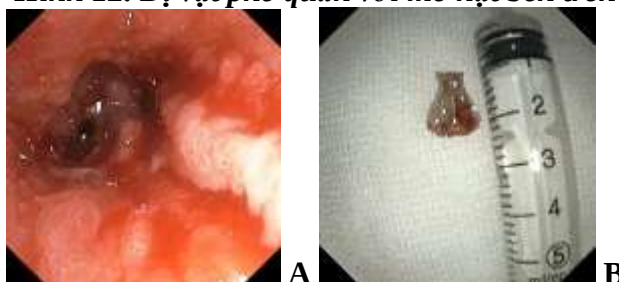
Hình 10. X quang phổi lúc nhập viện: Hình mờ 1/3 dưới phổi phải nghi tràn dịch màng phổi phải lượng trung bình



Hình 11. (A) Dị vật cản quang ở phế quản trung gian phổi phải. (B) đông đặc thùy dưới kèm tràn dịch màng phổi phải



Hình 12. Dị vật phế quản với mô hạt bên trên



Hình 13. (A) Mô hạt gây hẹp các nhánh phế quản bên dưới. (B) Dị vật sau gấp

Xử trí:

Kháng sinh điều trị viêm phổi.

Nội soi phế quản ống mềm qua đường miệng:

Dị vật là mảnh xương nằm ở nhánh phế quản trung gian phổi phải, mô hạt bao gần trọn dị vật và gây tắc gần hoàn toàn phế quản trung gian.

Dùng kèm răng chuột gấp được trọn dị vật ra ngoài. Dị vật là phần xương đốt sống cá dài # 10mm.

Nội soi lại kiểm tra: Niêm mạc phế quản trung gian có nhiều mô hạt và phù nề gây hẹp lòng và ít máu đỏ chảy rỉ rả. Bơm rửa phế quản bằng Adrenalin cầm máu.

Diễn tiến: Không khó thở, bệnh hết đau bụng, bớt ho đàm và xuất viện sau 3 ngày. X quang phổi sau 1 tháng, vẫn còn đông đặc 1/3 dưới phổi phải.

III. BÀN LUẬN

Dị vật đường thở (DVĐT) là tình trạng các vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy dễ gây biến chứng suy hô hấp và tử vong. Dị vật đường thở thường gặp ở trẻ em hơn người trưởng thành do liên quan đến thói quen ngậm dị vật của trẻ em [8].

DVĐT thì thường gặp nhưng DVĐT bị bỏ quên thì khá hiếm gặp đặc biệt ở người trưởng thành. Theo y văn những năm gần

đây trên thế giới và Việt Nam chúng tôi ghi nhận một vài trường hợp được báo cáo như bệnh nhân của chúng tôi. Tác giả Luis Alejandro và cs báo cáo một bệnh nhân nữ 63 tuổi bị vấn đề hô hấp kéo dài trùng lặp với biểu hiện của tiếp xúc kéo dài với pháo hoa nhưng khi chụp X quang phổi và CT scan ngực phát hiện tổn thương đồng đặc 2/3 trên phổi phải. Khi nội soi phế quản ống mềm phát hiện dị vật xương gà ở nhánh phế quản phân thùy B6 phải. Hồi lại tiền căn, bệnh nhân mới nhớ một đợt nuốt nghẹn, ho sặc khi ăn gà cách đó 2 năm [6]. Tác giả Ranjan Sapkota và cs cũng báo cáo một bệnh nhân nam 28 tuổi bị chứng ho kéo dài và hôi miệng gần 12 năm từ sau khi ngậm một thẻ nhựa và vô tình nuốt phải gây nghẹn ở cổ, khàn giọng nhưng không khó thở. Do nghi ngờ nuốt vào đường tiêu hóa nên đã được nội soi dạ dày và chụp X quang ngực nhưng vẫn không phát hiện dị vật. Gần đây có ho ra ít máu nên chụp CT scan phát hiện dị vật, sau đó được nội soi gấp dị vật thành công là một nửa thẻ nhựa kẹt ở khí quản [7]. Tại Việt Nam, tác giả Tăng Ngọc Diệp của bệnh viện Thống Nhất cũng báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 78 tuổi bị dị vật phế quản bỏ quên 09 tháng gây biến chứng viêm mủ phế quản và màng phổi phải, nhiễm trùng huyết nặng. Bệnh nhân đã được gấp dị vật qua ống nội soi phế quản ống mềm kèm dẫn lưu mủ màng phổi. Bệnh nhân ổn định đã xuất viện sau 3 tuần điều trị [2].

Nguyên nhân hít sặc dị vật hầu hết do tai nạn trong ăn uống. Những yếu tố nguy cơ hít sặc dị vật bao gồm những bệnh lý gây yếu liệt cơ hầu họng (tai biến mạch máu não, bệnh thần kinh cơ), rối loạn ý thức, ăn uống tư thế nằm... Bệnh nhân thứ 2 của chúng tôi có yếu tố nguy cơ hít sặc do di chứng

TBMMN. Một số do tai biến y khoa như lắp răng giả, đặt dụng cụ đường thở...

Triệu chứng lâm sàng: có thể từ biểu hiện không có triệu chứng đến cấp cứu đe dọa tính mạng. Bệnh nhân có thể có biểu hiện ho khởi phát cấp tính (58 – 96%), đau ngực, khó thở hoặc ho ra máu cấp tính không rõ nguyên nhân, viêm phổi không giải quyết được và đôi khi là phát hiện tình cờ trên hình ảnh học [4]. Chìa khóa chẩn đoán lâm sàng DVĐT là hội chứng xâm nhập. Tuy nhiên, hội chứng này có thể không có ở 12-25% trường hợp DVĐT [3]. Bệnh nhân thứ nhất biểu hiện chủ yếu là ho kéo dài khoảng 2 năm đến khi phát hiện dị vật giống biểu hiện của viêm phế quản mãn. Bệnh nhân thứ 2 biểu hiện ho kéo dài, thỉnh thoảng ho ra ít máu và đàm, những biểu hiện này trùng lặp với biểu hiện của tai biến mạch máu não làm yếu cơ nuốt nên ho sặc khi ăn uống.

Khám hô hấp: Các triệu chứng có thể thay đổi đáng kể tùy theo vị trí của dị vật trong đường hô hấp. Vị trí dị vật mắc kẹt làm giảm khẩu kính phế quản thông khí nên khi hít thở thường tạo ra tiếng rít khu trú một vị trí một bên phổi như bệnh nhân thứ nhất, trong khi viêm phế quản hay hen thì tiếng rít lan tỏa cả 2 phổi. Tuy nhiên, nếu dị vật gây tắc hoàn toàn thì không khí không đi qua được vị trí tắc nghẽn nên khi nghe phổi sẽ không có tiếng rít, thay vào đó là tiếng rale nổ do viêm phổi hay mất âm phế bào do tràn dịch màng phổi lượng nhiều.

X quang ngực thường qui thường chỉ phát hiện dấu hiệu cản quang của dị vật khoảng 4-24,6% do có đến 80-96% dị vật không cản quang hoặc cản quang kém bị bỏ sót [3, 5]. Nghiên cứu tại Việt Nam ở nhóm trẻ em cho thấy chỉ 15,6% là dị vật cản quang [1]. Ngoài ra, một số biểu hiện gián tiếp khác trên X quang ngực do dị vật gây ra

như: xẹp phổi (15%), đông đặc (19,43%), tràn dịch màng phổi (4%), dẫn phế quản (5%) [4, 5]. Do đó, X quang ngực bình thường không loại trừ được DVĐT.

CT Scan ngực: Độ nhạy của CT trong phát hiện DVĐT phế quản là gần 100% với độ đặc hiệu từ 66,7-100% [3]. CT giúp xác định chính xác vị trí và kích thước DVĐT cũng như đánh giá tổn thương phổi phổi hợp như khí phế thũng, xẹp phổi, viêm phổi, tràn khí màng phổi, giãn phế quản. Cả 2 bệnh nhân tại bệnh viện chúng tôi đều được phát hiện DVĐT bằng CT Scan.

Vị trí phổ biến nhất của DVĐT là cây phế quản bên phải 38,9 – 59,1% [1, 8], đặc biệt là bên phải thùy dưới và phế quản trung gian, do sự thẳng hàng của nhánh phế quản gốc phải với khí quản so với bên trái. Các dị vật ở cả 2 bên chỉ xuất hiện ở một số ít bệnh nhân. Khoảng 25% không thể xác định được dị vật do dị vật bị đẩy ra ngoài tự nhiên, dị vật hữu cơ bị ly giải tự nhiên, hoặc dị vật nhỏ bị vùi vào mô hạt hoặc niêm mạc phù nề.

Biến chứng hô hấp liên quan đến mức độ tắc nghẽn và thời gian tắc nghẽn. Nếu tắc nghẽn thanh khí quản sẽ gây suy hô hấp cấp nặng. Biến chứng muộn hơn của DVĐT hay gặp nhất là viêm phổi (44,1%). Biến chứng này là nguyên nhân nhập viện hàng đầu trong nhóm DVĐT chẩn đoán muộn. Ngoài ra còn có một số biến chứng khác như xẹp phổi, bội nhiễm gây viêm đông đặc, tràn dịch màng phổi phản ứng. Bệnh nhân thứ nhất do dị vật chưa gây tắc hoàn toàn phế quản nên thông khí phổi bình thường và X quang không biểu hiện bất thường. Bệnh nhân thứ 2 có tình trạng tắc gần hoàn toàn phế quản trung gian gây xẹp phổi và bị bội nhiễm nên trên X quang có tràn dịch màng phổi phản ứng và đông đặc phổi trên CT scan ngực. Tương tự, một bệnh nhân lớn tuổi được phát hiện dị vật

phế quản bỏ quên tại bệnh viện Thống Nhất khi đã gây viêm mủ màng phổi và nhiễm trùng huyết [2].

Nội soi phế quản ống mềm đóng vai trò chủ yếu trong chẩn đoán xác định DVĐT do có độ nhạy cảm và độ đặc hiệu rất cao (gần 100%), đồng thời can thiệp gấp dị vật. Tuy nhiên, một số dị vật nằm lâu ngày trong phế quản kích thích tạo mô hạt bao quanh dị vật làm khó khăn trong quá trình gấp dị vật và gây chảy máu. Bệnh nhân số 2, khi nội soi có mô hạt che gần hết bề mặt trên dị vật nên khi gấp gặp khó khăn và gây chảy máu. Cả 2 bệnh nhân sau gấp dị vật đều thấy mô hạt hình thành tại vị trí tắc nghẽn nên làm hẹp một phần phế quản.

Nội soi phế quản ống mềm với kênh sinh thiết lớn đủ để một số loại kèm gấp dị vật đi qua như kèm cá sấu, kèm răng chuột, rọ.. cho tỉ lệ gấp thành công khoảng 89,6% - 91,8% [8] với một số biến chứng tối thiểu bao gồm chảy máu nhẹ, giảm oxy máu, trượt dị vật vào đường tiêu hóa và dị vật rơi vào một đoạn phế quản khác. Nội soi gấp dị vật có thể không thành công trong một số tình huống như dị vật bị kẹt vào mô hạt rộng hoặc mô sẹo quá mức, dị vật lớn không thể nắm chặt bằng kẹp mềm, dị vật với bờ nhẵn, dị vật sắc nhọn ... Nếu nội soi ống mềm gấp thất bại thì nội soi ống cứng là một lựa chọn thay thế.

Dị vật kẹt tại phế quản lâu ngày thường làm tăng sinh mô hạt quá mức hay sẹo hẹp phế quản. Do đó, sau khi gấp dị vật thành công cần kết hợp thêm một đợt điều trị glucocorticoid ngắn (0,5 mg / kg prednisolon giảm dần trong 21 ngày). Nếu không thành công, bệnh nhân sẽ được điều trị bổ sung bằng phương pháp áp lạnh hoặc đốt bằng plasma argon. Nếu sẹo hẹp phế quản có thể nong phế quản bằng bóng [8].

Lý do dị vật bị bỏ quên: Nhiều bệnh nhân có biểu hiện nhẹ của hội chứng xâm nhập nên thường không nhớ lại sự kiện hít sặc và không khai với bác sĩ. Điều này có thể dẫn đến chẩn đoán muộn, đôi khi trong nhiều tháng và lên đến nhiều năm dẫn đến các biến chứng như khí phế thũng tắc nghẽn do cơ chế van một chiều, hẹp phế quản, giãn phế quản sau tắc nghẽn, viêm phổi hoại tử, lỗ rò phế quản phổi và màng phổi... Bệnh nhân thứ nhất có biểu hiện của hội chứng xâm nhập nhưng không nghi ngờ đã hít sặc dị vật nên không khám sớm, đồng thời dị vật không cản quang mạnh trên phim X quang ngực thường qui nên không phát hiện khi khám. Bệnh nhân thứ hai sau tai biến mạch máu não làm bệnh nhân thường xuyên bị sặc khi ăn uống nên không nhận ra bị hít sặc dị vật khi nào.

IV. KẾT LUẬN

Dị vật đường thở bị bỏ quên ở người trưởng thành là tình huống khá ít gặp. Triệu chứng hô hấp do dị vật dễ trùng lặp với một số bệnh lý khác và tỉ lệ phát hiện dị vật bằng X quang phổi thường qui khá thấp nên dễ bị bỏ sót. CT scan và nội soi phế quản ống mềm là phương pháp chẩn đoán xác định cho những bệnh nhân nghi ngờ cao mắc DVĐT. Gặp dị vật bằng nội soi phế quản ống mềm cho thấy tỉ lệ thành công cao và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Chương, Đào Minh Tuấn và Nguyễn Thị Thu Nga** (2021), "Đặc điểm của dị vật đường thở ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí khoa học Đại Học

Quốc Gia Việt Nam (VNU Journal of Science).Tập 5, Phụ bản số 3, tr. 25-31.

2. **Tăng Ngọc Diệp, Trần Văn Sơn và Lê Thị Kim Nhung** (2012), "Nhân một trường hợp dị vật đường thở ở người lớn tuổi bị bỏ qua", Hội nghị khoa học kỹ thuật BV Thống Nhất - Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh. Tập 16, Phụ bản số 1.
3. **Trần Anh Tuấn** (2017), "Dị vật đường thở bỏ quên ở trẻ em: Từ thực tế lâm sàng đến giá trị của các phương pháp thăm dò chẩn đoán ", Tạp chí thời sự y học - chuyên đề hô hấp thực hành. Tháng 10/2017, tr. 78-81.
4. **Bajaj D, Sachdeva A and Deepak D** (2021), "Foreign body aspiration", J Thorac Dis. Volume 13, No 8, p. 5159-5175.
5. **Chik KK, Miu TY and Chan CW** (2009), "Foreign body aspiration in Hongkong Chinese children", Hong Kong Med J Volum 15, p. 6-11.
6. **Rodríguez Hidalgo LA et al.** (2021), "Case report of recurring pneumonia due to unusual foreign body aspiration in the airway", Medwave. Volume 21, No 2 p. e8136.
7. **Sapkota R, Sharma A and Bastola P** (2022), "An unusual tracheal foreign body residing for 15 years: A case report and review of literature", Respiriol Case Rep. Volume 10, No 6 p. e0982.
8. **Inderpaul Singh Sehgal et al.** (2015), "Foreign Body Inhalation in the Adult Population: Experience of 25,998 Bronchoscopies and Systematic Review of the Literature", Respiratory care Volume 60 No10, p. 1438-1448.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP: CAN THIỆP DINH DƯỠNG CÓ HIỆU QUẢ CHO NGƯỜI BỆNH RÒ TIÊU HÓA CUNG LƯỢNG CAO BỊ SUY DINH DƯỠNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Đinh Ngọc Diệp¹, Đào Thị Hảo², Nguyễn Quang Dũng³,
Nguyễn Lê Quỳnh Như⁴, Phạm Trần Thiên Nhân⁴

TÓM TẮT

Rò tiêu hóa hiếm khi xảy ra, chỉ chiếm khoảng 1-2.4% trong tất cả các phẫu thuật bụng, suy dinh dưỡng trên người bệnh rò tiêu hóa chiếm từ 55-90%. Hiệu quả điều trị phụ thuộc rất nhiều yếu tố trong đó có vấn đề dinh dưỡng.

Báo cáo can thiệp dinh dưỡng có hiệu quả cho người bệnh rò tiêu hóa cung lượng cao tại Bệnh viện Bình Dân. Trình bày trường hợp: Bệnh nhân nam, 61 tuổi, chẩn đoán xác định suy dinh dưỡng nặng trên người bệnh rò tiêu hóa cung lượng cao. Kết quả: Ngày thứ 1-3, rò tiêu hóa cung lượng cao khoảng 1000 ml/ngày, suy dinh dưỡng nặng SGA -C, Albumin máu 21 g/l, nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn, bổ sung đa vi chất. Ngày thứ 4-7, Albumin máu 26 g/l, nuôi ăn tĩnh mạch và khởi động nuôi ăn tiêu hóa bằng nước đường, nước ép trái cây. Ngày thứ 8-20, rò tiêu hóa khoảng 500 ml/ngày, Albumin máu 31 g/l, thay đổi chế độ ăn sang cháo, sữa từ ít tới nhiều, từ loãng tới đặc và nuôi ăn tĩnh mạch. Từ ngày thứ 21, tình trạng dinh dưỡng SGA -B, chế độ ăn sang cơm, sữa và giảm nuôi ăn tĩnh mạch. Đến ngày 34, người bệnh ổn định, được ra viện với

các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bình thường, SGA-B, Albumin máu 32 g/l.

Can thiệp dinh dưỡng tích cực theo từng giai đoạn của bệnh ở người bệnh rò tiêu hóa cung lượng cao có kết quả tốt.

Từ khóa: Rò tiêu hóa, phẫu thuật tiêu hóa, nuôi ăn tĩnh mạch, can thiệp dinh dưỡng.

SUMMARY

CASE STUDY: EFFECTIVE NUTRITION INTERVENTION FOR SEVERE MALNUTRITION PATIENTS SUFFERING FROM HIGH OUTPUT ENTEROCUTANEOUS FISTULA AT BINH DAN HOSPITAL

Enter-o-cutaneous (EC) fistula rarely occurs, just about 1-2.4% in all abdominal surgeries, malnutrition rate in patients with EC fistula accounts for 55-90%. The effectiveness of treatment depends on many factors including nutrition intervention.

Report on effective nutrition intervention for severe malnutrition patients suffering from high output EC fistula with at Binh Dan Hospital. Case presentation: Male patient, age 61 years old, confirmed diagnosis of severe malnutrition in the patient with high output EC fistula.

Day 1-3, the patient had high output fistula: 1000 ml per day, severe malnutrition SGA-C, serum albumin concentration 21 g/l, Total Parenteral Nutrition (TPN), and multi-micronutrient supplementation. Day 4-7, serum albumin level 26 g/l, Oral nutrition was restarted with soluble sugar water and fruit juice, parenteral nutrition was still the main source of

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108

³Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Diệp
SĐT: 0916423489

Email: ngocdiep dinh1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/11/2022

Ngày phản biện khoa học: 04/01/2022

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

energy and nutrients. Days 8-20, the output fistula was about 500 ml per day, serum albumin concentration 31 g/l, the diet changed to porridge, milk (from a little to a lot, from thin to solid), and Partial Parenteral Nutrition (PPN). From Day 21, the nutritional status was SGA-B, the diet changed to rice, milk and the proportion of Parenteral Nutrition was reduced. Until day 34, the patient was stable and discharged from hospital with normal clinical and subclinical conditions, the nutritional status was SGA-B, serum albumin concentration 32 g/l.

Positive nutrition intervention for patients suffering from high output enter-o-cutaneous fistula at each stage of the disease has shown effectiveness.

Keywords: Enter-o-cutaneous (EC) fistula, gastrointestinal surgery, parenteral nutrition, nutrition intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò tiêu hóa hiếm xảy ra, chiếm khoảng 1-2,4% trong tất cả các phẫu thuật bụng, suy dinh dưỡng trên người bệnh rò tiêu hóa chiếm từ 55-90% (2, 4, 6). Nguyên tắc điều trị không phẫu thuật của rò tiêu hóa là ngăn ngừa các biến chứng tiếp theo như nhiễm trùng huyết, mất cân bằng điện giải, mất nước và suy dinh dưỡng. Can thiệp dinh dưỡng ở người bệnh rò tiêu hóa đóng vai trò quan trọng trong việc đóng lỗ rò tiêu hóa thành công thông qua việc tăng cường tối đa chất dinh dưỡng giúp đảo ngược quá trình dị hóa của bệnh nhân⁷. Vì vậy việc lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng, theo dõi kịp thời và linh hoạt theo từng giai đoạn diễn tiến cho người bệnh rò tiêu hóa cung lượng cao rất cần thiết.

Nhu cầu dinh dưỡng dành cho người bệnh ngoại khoa

Người bệnh phẫu thuật tiêu hóa lớn được khuyến cáo nuôi dưỡng theo “Hướng dẫn chế

độ ăn bệnh viện” được ban hành kèm theo Quyết định số 2879/QĐ-BYT ngày 10/08/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế, “Dinh dưỡng lâm sàng” của Viện Dinh Dưỡng, và “Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng” (1, 3).

Năng lượng: 20-25 kcal/kg/ngày trong giai đoạn cấp, 30-35 kcal/kg/ngày trong giai đoạn hồi phục.

Protein: 1,5-2,0g/kg/ngày

Lipid: 20-30% tổng năng lượng

Glucid: 50-60% tổng năng lượng

Vì chất dinh dưỡng: cung cấp đầy đủ vitamin (vitamin nhóm B, vitamin A, D, E, K) và các chất khoáng như đồng, sắt, kẽm, Mg...

Nhu cầu dịch:

15-30 tuổi: 40 ml/kg/ngày

31-55 tuổi: 35 ml/kg/ngày

56-65 tuổi: 30 ml/kg/ngày

Từ trên 65 tuổi: 25ml/kg/ngày

Nếu có mất dịch qua các đường khác như rò tiêu hóa (nhu cầu = nước mất qua rò + nước tiểu + nước mất không nhận biết khoảng 500ml).

Nhu cầu dinh dưỡng dành cho người bệnh rò tiêu hóa

Hỗ trợ dinh dưỡng tối ưu cho bệnh nhân rò tiêu hóa giúp giảm tỷ lệ tử vong và tăng khả năng đóng lỗ rò tự nhiên. Những bệnh nhân được cung cấp 1500 – 2000 kcalo/ngày có tỷ lệ tử vong thấp hơn và tỷ lệ đóng lỗ rò cao hơn so với những bệnh nhân nhận được cung cấp < 1000 kcalo /ngày⁸. Hướng dẫn lâm sàng của ASPEN-FELANPE khuyến nghị cung cấp lượng protein ở mức 1,5-2,0 g/kg/ngày cho bệnh nhân rò tiêu hóa, nếu bệnh nhân rò tiêu hóa cung lượng cao có thể cung cấp lên đến 2,5 g/kg/ngày để đạt được cân bằng Nitơ dương, bù lại phần protein đã mất qua lỗ rò⁵.

II. TRÌNH BÀY TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nam, 61 tuổi, nhập viện vì suy kiệt do chảy dịch hông trái, bệnh 1 tháng. Ngày nhập viện 10/04/2018.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Cân nặng 36 kg, chiều cao 1,6 m. BMI: 14 kg/m². Sụt cân 4 kg trong vòng 1 tháng (giảm 10%), thay đổi về khẩu phần ăn, nhịn ăn đường tiêu hóa trong 1 tháng, di chuyển khó khăn chủ yếu nằm tại giường. Giảm lớp mỡ dưới da, giảm khối cơ mức độ nặng, không phù, bụng không báng. SGA-C

Tiền sử: Đã phẫu thuật thủng túi thừa tá tràng D3.

Quá trình bệnh lý: Rò dịch tiêu hóa qua lỗ dẫn lưu tá tràng, lượng dịch rò ra khoảng 1000 ml/ngày màu vàng, vùng da quanh lỗ rò rôm đỏ, lan ra sau lưng, đau rát.

Xét nghiệm máu: Glucose 4,9 mmol/l, urea 7,4 mmol/l, Creatinin 54 umol/l, protein 65 g/l, Albumin 21 g/l, xét nghiệm điện giải đồ trong giới hạn bình thường.

Siêu âm bụng: ít dịch len lõi giữa các quai ruột vùng bụng.

MSCT 1-32: Rò ruột non, khối tụ dịch bụng-hở chậu.

Chẩn đoán: Suy dinh dưỡng nặng trên bệnh nhân rò tiêu hóa cung lượng cao

Can thiệp dinh dưỡng:

Ngày 1-3, người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, bổ sung đa vi chất dinh dưỡng, cân bằng điện giải. Năng lượng nuôi dưỡng tĩnh mạch là 1000 kcal/ngày trong đó protein 34 g, lipid 51 g, glucid 97 g. Lượng dịch rò khoảng 1000 ml/ngày, Albumin máu vào ngày 1 là 21 g/l.

Ngày 4-7, người bệnh bắt đầu ăn đường miệng bằng nước đường, nước ép trái cây (nước cam, nước táo,...), nước cháo đường xay loãng giúp khởi động ruột, năng lượng

đường miệng khoảng 300 kcal/ngày và nuôi ăn tĩnh mạch với mức năng lượng 1000 kcal/ngày như ngày 1-3 kèm theo bổ sung đa vi chất dinh dưỡng. Tổng năng lượng một ngày đạt 1300 kcal/ngày trong đó protein là 40 g. Lượng dịch rò khoảng 700 ml/ngày, Albumin máu vào ngày 7 là 26 g/l.

Ngày 8-20, chế độ ăn đường miệng chuyển sang ăn cháo, uống sữa, chế độ ăn chia thành 6 bữa/ngày, ăn từ lỏng đến đặc, từ ít đến nhiều, năng lượng qua đường miệng đạt được 700-800 kcal/ngày và nuôi ăn tĩnh mạch với mức năng lượng 1000 kcal/ngày như những ngày trước kèm theo bổ sung đa vi chất dinh dưỡng. Tổng năng lượng một ngày đạt 1700-1800 kcal trong đó protein là 70 g. Lượng dịch rò khoảng 500 ml/ngày, Albumin máu vào ngày 20 là 31 g/l.

Kể từ ngày 21, người bệnh ăn ngon miệng, không phù, không báng bụng, lượng rò không đáng kể, vết thương lành tốt. Tình trạng dinh dưỡng SGA-B. Khẩu phần ăn được thay đổi từ cháo sang cơm với mức năng lượng tăng dần 1400-1600 kcal/ngày và mức năng lượng qua nuôi ăn tĩnh mạch giảm còn 600 kcal/ngày. Tổng năng lượng 2000-2200 kcal/ngày trong đó lượng protein là 110 g kèm theo bổ sung đa vi chất dinh dưỡng. Chế độ ăn này được duy trì cho đến khi người bệnh xuất viện. Tình trạng trước xuất viện 1 ngày: bệnh nhân ăn ngon miệng, có cảm giác đói, đại tiện, tiểu tiện bình thường, hết dịch rò, vết thương lành tốt, không phù, không báng bụng, cân nặng 38 kg, tăng 2 kg so với ngày nhập viện. tình trạng dinh dưỡng người bệnh được đánh giá SGA-B, Albumin máu 32 g/l.

Quá trình can thiệp dinh dưỡng theo diễn tiến từng giai đoạn của bệnh được tóm tắt trong bảng 1

Bảng 1: Chế độ nuôi dưỡng người bệnh

	Nuôi ăn đường miệng			Dinh dưỡng tĩnh mạch		Tổng	
	Năng lượng (kcalo)	Protein (g)	Đặc điểm khẩu phần	Năng lượng (kcalo)	Protein (g)	Năng lượng (kcalo)	Protein (g)
Ngày 1-3	0	0	Tạm nhịn	1000	34	1000	34
Ngày 4-7	300	4	Cháo đường xay loãng/ nước ép trái cây: 100ml x 4 – 6 bữa	1000	34	1000	38
Ngày 8-20	700 – 800	36g	Cháo thịt xay 150 – 200ml x 3 cử Sữa đậm thủy phân 100ml x 2 cử	1000	34	1700 – 1800	70
Ngày 21-33	1400 - 1600	60g	Cơm 120g + thịt, cá, trứng 60g x 3 cử Sữa đậm thủy phân 150ml x 2 cử	600	50	2000 – 2200	110
Ngày 34	Xuất viện						

III. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã chủ động đánh giá tình trạng dinh dưỡng và lập kế hoạch can thiệp kịp thời.

Khi người bệnh bị rò tiêu hóa cung lượng cao khoảng 1000 ml/ngày, dịch rò màu vàng, nên nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn, bổ sung đa vi chất dinh dưỡng ở tất cả các giai đoạn can thiệp dinh dưỡng. Thực tế, tại thời điểm này chúng tôi ưu tiên sử dụng nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn, không sử dụng lại dịch đường chấp do có nguy cơ nhiễm khuẩn và kém hấp thu ở bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng.

Khi lượng rò tiêu hóa giảm ở mức trung bình, bệnh nhân có cảm giác thèm ăn, chúng tôi chủ động thay đổi chế độ ăn kết hợp nuôi ăn tĩnh mạch và nuôi ăn tiêu hóa. Chế độ ăn cho người bệnh sẽ thay đổi theo từng giai đoạn của bệnh, phù hợp với nguyên tắc dinh dưỡng, ăn từ lỏng đến đặc, từ ít đến nhiều. Đối với người bệnh suy dinh dưỡng nặng, nên cho ăn từ mức năng lượng thấp để theo

đổi mức độ hấp thu, lượng dịch rò tiêu hóa và hội chứng nuôi ăn lại. Chính vì thế, chúng tôi nuôi theo chế độ khởi động ruột, nâng dần năng lượng khẩu phần ăn theo khuyến nghị. Năng lượng cho người bệnh được tính theo cân nặng chuẩn, cân đối các chất dinh dưỡng cho phù hợp (đặc biệt là protein từ 1,5-2,0 g/kg/ngày, Lipid < 30%). Đạm được chọn có giá trị sinh học cao như trứng, thịt, cá, sữa...

Khi cung lượng rò giảm nhiều, tình trạng toàn thân của bệnh nhân được cải thiện, mức năng lượng khẩu phần ăn được tăng dần đều đến 2000-2200kcal, ưu tiên ăn đường miệng, dinh dưỡng tĩnh mạch được bổ sung để đảm bảo mức năng lượng và lượng đạm đảm bảo 2g/kg/ngày, chủ yếu chọn đạm có nhiều Albumin (như lòng trắng trứng).

Trường hợp lâm sàng của chúng tôi đã cho thấy hiệu quả của việc nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn và tránh nuôi dưỡng tiêu hóa trong thời gian đầu ở bệnh nhân rò tiêu hóa cung

lượng cao. Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn đã được chứng minh là làm giảm tiết dịch đường tiêu hóa từ đó giúp giảm lượng dịch rò, giảm lượng dưỡng chất mất qua lỗ rò. Ngoài ra, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn giúp cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng từ đó cải thiện tiên lượng của bệnh nhân, nó không chỉ đảo ngược trạng thái dị hóa của bệnh nhân rò tiêu hóa mà còn cho phép đường tiêu hóa của người bệnh có thời gian để hồi phục⁷.

IV. KẾT LUẬN

Đối với người bệnh ngoại khoa, đặc biệt là rò tiêu hóa cung lượng cao, việc lập kế hoạch nuôi dưỡng, theo dõi, can thiệp dinh dưỡng kịp thời và linh hoạt theo từng giai đoạn diễn tiến của bệnh là rất cần thiết.

Người bệnh rò tiêu hóa cung lượng cao nên được nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn, bổ sung đa vi chất dinh dưỡng. Khi lượng rò tiêu hóa giảm ở mức trung bình thì bắt đầu nuôi ăn qua đường tiêu hóa năng lượng thấp kết hợp với nuôi ăn tĩnh mạch. Nuôi ăn qua đường tiêu hóa sẽ thay đổi với mức năng lượng tăng dần, có sự cân đối giữa các chất dinh dưỡng, có thể thay đổi theo nhu cầu, khẩu vị, thói quen của người bệnh nhằm đem lại kết quả tích cực. Đối với người bệnh rò tiêu hóa, việc cung cấp đủ năng lượng, protein (đặc biệt là Arginine), dầu cá, bổ sung đa vi chất dinh dưỡng có vai trò quan trọng để điều trị thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dinh dưỡng lâm sàng: Viện Dinh dưỡng, Nhà xuất bản Y học**, 2019, Hà Nội, tr. 320-321, 361-370
2. **Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng: Lưu Ngân Tâm và cs dịch**, 2014, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 510-513
3. **Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện: Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học**, 2016, Hà Nội, tr. 30-31
4. **Fukuchi S, Seeburger J, Parquet G, Roandelli R.** Nutrition support of patient with enterocutaneous fistulas, *Nutr. Clin Pract* 1998; 13: 59-65
5. **Kumpf VJ, de Aguilar-Nascimento JE, Diaz-Pizarro Graf JI, Hall AM, McKeever L, Steiger E, et al..** ASPEN-FELANPE clinical guidelines. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* (2017) 41:104–12. 10.1177/0148607116680792.
6. **Lloyd D, Gabe SM, Winsor AC.** Nutrition and management of enterocutaneous fistulas. *Review Br J Surg* 2006; 93: 1045-55.
7. **Tang QQ, Hong ZW, Ren HJ, Wu L, Wang GF, Gu GS, Chen J, Zheng T, Wu XW, Ren JA, Li JS.** Nutritional Management of Patients With Enterocutaneous Fistulas: Practice and Progression. *Front Nutr.* 2020 Oct 6;7:564379. doi: 10.3389/fnut.2020.564379.
8. **Yanar F, Yanar H.** Nutritional support in patients with gastrointestinal fistula. *Eur J Trauma Emerg Surg.* (2011) 37:227. 10.1007/s00068-011-0105-6

VỠ TÚI MẬT SAU CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Minh Đức¹, Phạm Vĩnh Phú^{1,2}, Trịnh Hoàng Minh Đức^{1,2},
Nguyễn Nguyễn Đức^{1,2}, Nguyễn Thiện Đức¹, Tạ Kế Khánh¹

TÓM TẮT

Vỡ túi mật đơn thuần do chấn thương bụng kín rất hiếm gặp. Đa phần các trường hợp chấn thương bụng kín gây tổn thương các cơ quan khác trong ổ bụng, đặc biệt là các tạng đặc. Các báo cáo trên thế giới cũng ít ghi nhận tình trạng vỡ túi mật đơn thuần sau chấn thương bụng kín. Trong chấn thương bụng kín, vỡ túi mật cũng có thể xảy ra đồng thời với tổn thương của các cơ quan khác, do đó việc kết hợp khám lâm sàng và cận lâm sàng để các ưu thế của cận lâm sàng là rất quan trọng để tiên lượng và tìm hướng xử trí thích hợp.

Nhân một trường hợp vỡ túi mật sau chấn thương bụng kín 17 ngày, được xử trí qua phẫu thuật nội soi ổ bụng, chúng tôi muốn giới thiệu về bệnh cảnh lâm sàng, cận lâm sàng, cách xử trí và lược qua y văn về bệnh cảnh kể trên.

Từ khóa: vỡ túi mật, chấn thương bụng kín, dịch ổ bụng

SUMMARY

ISOLATED TRAUMATIC GALLBLADDER RUPTURE: A CASE REPORT

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vĩnh Phú

SĐT: 0937462877

Email: phamvinhp1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Introduction: Isolated gallbladder rupture after blunt abdominal trauma is rare. Concomitant intra-abdominal pathology makes it a challenge to have an appropriate primary diagnosis. The clinical presentation of gallbladder injury is variable and often non-specific, resulting in delayed diagnosis and treatment.

Case presentation: An 59-year-old male was admitted on the day of 17 after a traffic accident which made him fall on his buttocks. Abdominal bloating with localized tenderness in the right upper quadrant and yellowish sclera was found without any other remarkable symptoms. A CT scan suggested a gallbladder injury with a continuous loss of the gallbladder wall and large abdominal effusion. Laparoscopic cholecystectomy was performed successfully, and no concomitant injury was noted.

Conclusion: Abdominal effusion after a blunt abdominal trauma can be bile fluid that leaks from a ruptured gallbladder. Diagnostic laparoscopy is recommended to explore gallbladder injury and other concomitant injuries. Laparoscopic cholecystectomy is the viable treatment of choice when a diagnosis has been made.

Keywords: gallbladder, isolated gallbladder rupture, blunt abdominal trauma, abdominal effusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi mật là một túi nhỏ hình lê có chức năng lưu trữ và cô đặc mật trước khi chảy vào tá tràng. Nó nằm trong hố túi mật ở mặt tạng của thủy gan phải, được che chắn bởi bờ sườn phải, mạc nối và các quai ruột. Vị trí giải phẫu này của túi mật góp phần làm tỉ lệ chấn thương túi mật trong bệnh cảnh chấn thương bụng kín rất thấp. Theo một số ý kiến, tỉ lệ này chỉ khoảng 1 -2% [1] [2]. Tuy nhiên, tổn thương các cơ quan khác trong ổ bụng hầu như luôn hiện diện trong các trường hợp chấn thương túi mật (> 98%), thường gặp là gan và các mạch máu lớn trong bụng [3] [4]. Vỡ túi mật thường gặp nhất trong tổn thương xuyên thấu và hiện tại còn ít những bài báo cáo về trường hợp vỡ túi mật đơn thuần trong chấn thương bụng kín [5]. Việc chậm trễ trong chẩn đoán vỡ túi mật vẫn thường xảy ra vì các triệu chứng ban đầu rất mơ hồ cho đến khi tình trạng lâm sàng xấu đi do viêm phúc mạc mật [6]. Ngoài ra, việc phát hiện trễ các tổn thương của đường mật ngoài gan còn làm tăng tỉ lệ bệnh tật [4]. Vì vậy phải luôn nghĩ đến tổn thương túi mật khi tiếp cận với một trường hợp đau ¼ trên phải sau chấn thương bụng kín.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 59 tuổi, nhập viện khoa cấp cứu Bệnh viện Bình Dân với tình trạng căng tức bụng nhiều sau tai nạn giao thông 17 ngày trước đó. Cơ chế chấn thương gián tiếp là ngã đập vùng hông xuống đường sau tai nạn, hoàn toàn không bị tác động vào phần bụng.

Tình trạng lúc nhập viện khoa cấp cứu: Bệnh nhân tỉnh táo, da và niêm mạc vàng. Sinh hiệu được ghi nhận:

Mạch: 105 lần/ phút

Huyết áp: 110/70 mmHg

Nhiệt độ: 37 °C

Nhịp thở: 18 lần/ phút

SpO₂: 99%/ Khí trời

Khám bụng ghi nhận bụng báng to, ấn đau nhiều vùng ¼ trên phải, không đề kháng thành bụng, gõ đục khắp bụng. Kíp trực nghi ngờ có tình trạng tổn thương tạng sau chấn thương bụng kín, bệnh nhân được chỉ định một số cận lâm sàng cần thiết.

Kết quả chụp X-quang bụng đứng không sửa soạn không ghi nhận hơi tự do ổ bụng. Siêu âm ghi nhận tình trạng tràn dịch ổ bụng lượng nhiều, theo dõi mất liên tục thành túi mật. Tiến hành chọc hút dịch ổ bụng qua hướng dẫn siêu âm được nhiều dịch vàng xanh (Hình 1). Kết quả tổng phân tích tế bào máu không ghi nhận bất thường. Về các xét nghiệm sinh hoá máu:

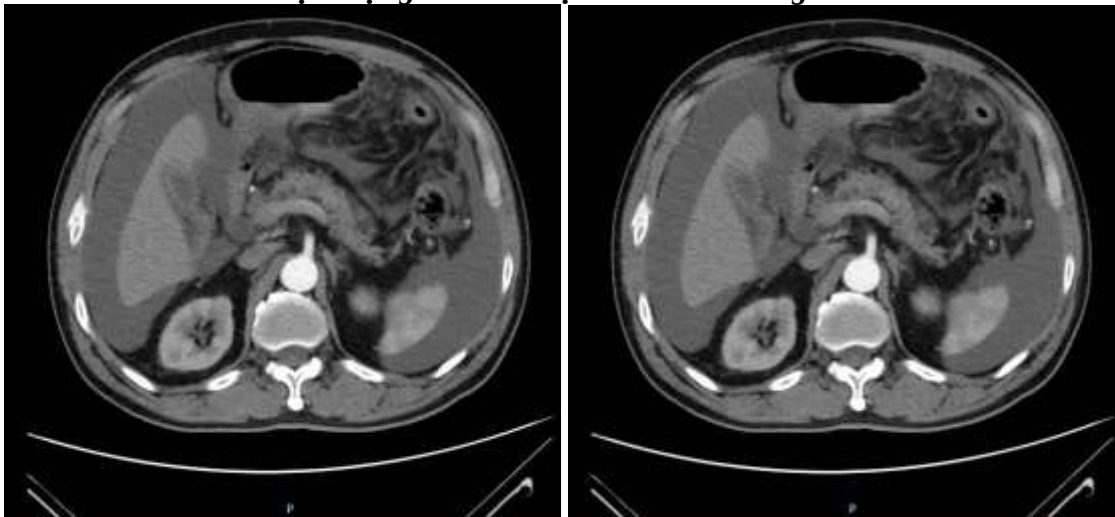
Bilirubin toàn phần: 86 umol/L

Bilirubin trực tiếp: 57.4 umol/L

Kết quả chụp cắt lớp điện toán (MSCT) ổ bụng có cản quang ghi đường mật trong ngoài gan không dẫn, túi mật thành không dày, có đoạn mất liên tục (Hình 2). Bệnh nhân được chẩn đoán tình trạng vỡ túi mật sau chấn thương bụng kín ngày thứ 17. Sau khi hồi sức và chuẩn bị bệnh, bệnh nhân được chuyển phòng mổ để phẫu thuật nội soi thám sát, cắt túi mật.



Hình 14. Dịch bụng sau khi chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm



Hình 15. Hình ảnh mất liên tục thành túi mật, dịch ổ bụng lượng nhiều trên phim MSCT có cản quang

Phẫu thuật nội soi thám sát ổ bụng với 3 trocar (2 trocar 10mm ở rốn và thượng vị, 1 trocar 5mm ở hạ sườn phải), ghi nhận dịch mật vàng xanh đầy ổ bụng, với lượng hút ra khoảng 17 lít. Gan, dạ dày, ruột non, đại tràng và các cơ quan khác không ghi nhận tổn thương. Túi mật vỡ toác với đường kính khoảng 2 cm, tuy nhiên vẫn còn cố định với gan tại giường túi mật (Hình 3). Sau khi hút

dịch mật, kiểm tra thấy đường mật chính không tổn thương, không thấy rò mật từ đường mật. Kíp mổ tiến hành bộc lộ tam giác gan mật, kẹp cắt động mạch túi mật và ống túi. Cắt giường túi mật ra khỏi gan. Kiểm tra cầm máu và rửa sạch lại vùng bụng với dung dịch Natri Clorua 0,9% tới khi nước trong. Ống dẫn lưu ổ bụng kích thước 26 French được đặt dưới gan ra lỗ trocar ở hạ sườn phải.

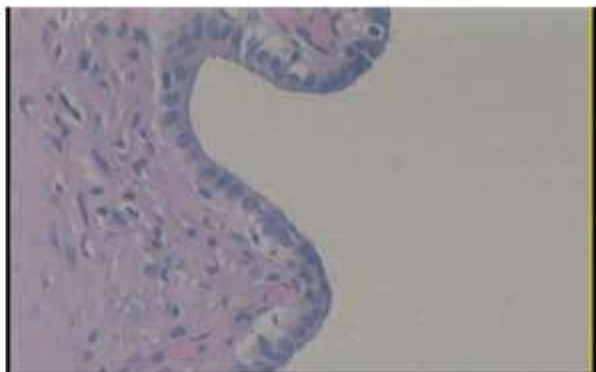
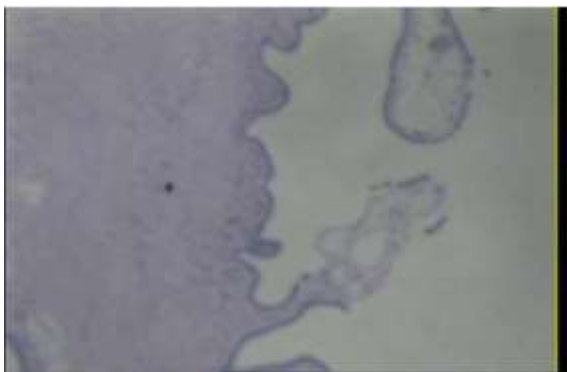


Hình 16. Hình ảnh túi mật vỡ toác mặt trước, dịch mật lan đầy khắp bụng

Giai đoạn hậu phẫu kéo dài 7 ngày không có gì bất thường. Ống dẫn lưu ra khoảng 100ml dịch vàng trong vào ngày hậu phẫu 1, và giảm dần tới hết vào ngày hậu phẫu 3. Bệnh nhân trung đại tiện được vào ngày hậu phẫu thứ hai và xuất viện sau mổ 7 ngày. Bệnh nhân được hẹn tái khám 4 tuần sau phẫu thuật. Tình trạng lâm sàng và các kết

quả cận lâm sàng 4 tuần sau mổ đều bình thường.

Giải phẫu bệnh của phần túi mật ghi nhận tình trạng tăng sinh sợi, thành dày, các tế bào viêm mạn tính như limpho bào, tương bào thâm nhập rải rác, lớp niêm mạc thoái hoá teo đét (Hình 4).



Hình 17. Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận hình ảnh viêm túi mật mạn tính

III. BÀN LUẬN

Tổn thương túi mật trong chấn thương bụng kín hiếm khi xảy ra, tỉ lệ từ 1,9% theo báo cáo của Penn [7], đến 2,1% trong một loạt bệnh nhân được ghi nhận trong bài báo cáo của Soderstrom và cộng sự [2]. Tỉ lệ tổn thương túi mật đơn thuần thậm chí còn ít hơn, như trong báo cáo của Soderstrom chỉ 5 trong số 30 trường hợp chỉ tổn thương đơn thuần mỗi túi mật. Điều này cũng được chỉ ra bởi Wiener và cộng sự [8], chỉ một nửa trường hợp túi mật bị tổn thương đơn thuần không kèm các cơ quan khác.

Phần lớn trường hợp tổn thương túi mật gặp trong tai nạn xe máy [2] [8] [9], té ngã cao và do tác động một lực lớn trực tiếp gặp trong các môn thể thao như đá bóng [10], đồ vật [11] và bóng bầu dục [12]. Cũng có một trường hợp vỡ túi mật được báo cáo do tổn thương gián tiếp khi bị bò tót húc vào bụng [8]. Tuy nhiên cơ chế chấn thương gián tiếp không hề có va đập vào vùng bụng như trong trường hợp này chưa từng được ghi nhận trong các y văn. Lưu ý thêm trong trường hợp này, bệnh nhân đã ăn trước thời điểm gặp tai nạn, do đó không nghĩ đến tình trạng túi mật căng to do nhịn đói. Kết hợp cơ chế chấn thương gián tiếp và việc không có bất kì tổn thương cơ quan khác kèm theo khiến cho đây là một trường hợp lâm sàng đặc biệt để báo cáo.

Việc chậm trễ trong chẩn đoán vỡ túi mật trong trường hợp này cũng không lấy làm lạ. Tổn thương túi mật trong trường hợp túi mật chưa viêm làm chảy dịch mật vô trùng vào ổ bụng. Điều này khiến triệu chứng của một

tình trạng bụng ngoại khoa bộc lộ trễ, có trường hợp phải mất đến 6 tuần mới xuất hiện [1] [8] [9] [10] [11] [12]. Đa số những trường hợp vỡ túi mật được chẩn đoán lúc phẫu thuật, nhưng trong trường hợp của chúng tôi chẩn đoán vỡ túi mật đã được đưa ra sớm trước mổ nhờ vào việc chọc hút dịch ổ bụng kết hợp với hình ảnh học như siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính có cản quang.

Điều trị được khuyến cáo trong trường hợp vỡ túi mật là cắt túi mật. Trong trường hợp ca bệnh này, việc chậm trễ chẩn đoán vỡ túi mật khiến túi mật lúc tiếp cận rất bờ, gây nhiều khó khăn trong việc cắt túi mật. Tuy nhiên, ê kíp đã cố gắng cắt được trọn vẹn túi mật qua nội soi. Thật vậy, phẫu thuật nội soi cắt túi mật đã được ủng hộ là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi trong chẩn đoán và điều trị trường hợp vỡ túi mật do chấn thương.

IV. KẾT LUẬN

Trong chấn thương bụng kín, vỡ túi mật có thể xảy ra đồng thời với các các tổn thương cơ quan khác. Chẩn đoán chấn thương túi mật có thể rất khó khăn, tuy nhiên nhờ áp dụng các phương pháp cận lâm sàng như chọc dò dịch ổ bụng, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện sớm bệnh cảnh này. Cắt túi mật là điều trị được chọn lựa, và phẫu thuật nội soi là phương pháp khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. O, "Blunt gallbladder injuries: presentation of twenty-two cases with review

- of the literature," J Trauma, no. 39, pp. 576-580, 1995.
2. **Soderstrom CA, Maekawa K, DuPriest RW Jr, Cowley RA**, "Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma: an experience and review," Ann Surg, no. 193, pp. 60-66, 1981.
 3. **Ball CG, Dixon E, Kirkpatrick AW, et al**, "A decade of experience with," J Trauma Manag Outcomes, no. 4, 2010.
 4. **Zellweger R, Navsaria PH, Hess F, et al**, "Gall bladder injuries as part of the spectrum of civilian abdominal trauma in South Africa," ANZ Journal of Surgery, no. 75, pp. 559-591, 2005.
 5. **Salzman S, Lutfi R, Fishman D, et al**, "Traumatic rupture of the gallbladder," J Trauma, no. 61, pp. 454-456, 2006.
 6. **Jaggard MK, Johal NS, Choudhry M**, "Blunt abdominal trauma resulting in gallbladder injury: a review with emphasis on pediatrics," J Trauma, no. 70, pp. 1005-1010, 2011.
 7. **P. I**, "Injuries of the gallbladder," Br J Surg, no. 49, p. 636, 1962.
 8. **Wiener I, Watson LC, Wolma FJ**, "Perforation of the gallbladder due to blunt abdominal trauma," Arch surg, no. 117, pp. 805-807, 1982.
 9. **Greenwald G, Stine RJ, Larson RE**, "Perforation of the gallbladder following blunt abdominal trauma," Ann Emerg Med, no. 16, pp. 452-454, 1987.
 10. **Johnson WR, Harris P**, "Isolated gallbladder injury secondary to blunt trauma: case report," Aust N Z J Surg, no. 52, pp. 495-496, 1982.
 11. **Wilton PW, Fulco J, O-Leary J, Lee JT**, "Body slam is no sham," N Engl J Med, no. 313, pp. 188-189, 1985.
 12. **Kohler R, Millin R, Bonner B, Louw A**, "Laparoscopic treatment of an isolated gallbladder rupture following blunt abdominal trauma in a schoolboy rugby player," Br J Sports Med, no. 36, pp. 378-379, 2002.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BAN ĐẦU GIÚP TIỂU KIỂM SOÁT CỦA MŨI TREO BOLLENS TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA ROBOT

Nguyễn Tế Kha¹, Nguyễn Vương Bảo Anh¹,
Nguyễn Tiến Đạt¹, Bùi Quan Thiên Phú¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có Robot hỗ trợ (RARP) đã được nhiều nghiên cứu chứng minh sự an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt. Tuy nhiên, sự hồi phục sớm của bệnh nhân về đi tiểu có kiểm soát vẫn là một thách thức. Các phẫu thuật viên đã và đang áp dụng nhiều phương pháp khác nhau nhằm cải thiện tình trạng tiểu không kiểm soát sau mổ với nhiều kết quả khác nhau. Chúng tôi áp dụng mũi treo Bollens trong RARP và đánh giá hiệu quả ban đầu của nó trong hồi phục sớm tiểu có kiểm soát sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi phân tích hồi cứu các bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có Robot hỗ trợ tại khoa Phẫu thuật Ung bướu tiết niệu, bệnh viện Bình Dân từ tháng 11/2021 tới tháng 11/2022. Các bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm không áp dụng mũi treo (nhóm 1) và nhóm áp dụng mũi treo (nhóm 2). Trước khi nối cổ bàng quang vào niệu đạo,

nhóm 2 được áp dụng mũi treo Bollens (sử dụng chỉ polyglactin 2.0 treo mặt sau mô liên kết của cân cơ thắt vằn niệu đạo vào cung gân của cơ nâng hậu môn hai bên). Tại thời điểm sau rút thông niệu đạo 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, bệnh nhân được đánh giá về tiểu có kiểm soát bằng bảng điểm EPIC (Expanded Prostate Cancer Index Composite) qua điện thoại. Tiểu có kiểm soát được định nghĩa là không sử dụng tã hoặc không són tiểu ban ngày.

Kết quả:

Tỷ lệ bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi thấp 42.5% (17/40), trong đó 9 bệnh nhân thuộc nhóm 1 (nhóm chứng) và 8 bệnh nhân thuộc nhóm 2. Không có sự khác biệt về tuổi tác, BMI, thể tích tuyến tiền liệt và nồng độ PSA huyết thanh giữa 2 nhóm. Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất giữa hai nhóm cũng khác biệt không ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên phân độ ISUP của nhóm 1 cao hơn nhóm 2 ($p < 0.05$). Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh từ pT3 trở lên của nhóm 1 cao hơn hẳn so với nhóm 2 (77.8% so với 12.5%). Tỷ lệ diện cắt còn tế bào ác tính ở nhóm 1 là 66.7% so với 0% ở nhóm 2. 75% bệnh nhân ở nhóm 2 được bảo tồn bó mạch thần kinh 2 bên so với 44.4% ở nhóm 1. Các bệnh nhân nhóm 2 có cải thiện đáng kể mức độ kiểm soát nước tiểu sau rút thông niệu đạo, bao gồm sử dụng ít tã/ngày hơn nhóm 1 ($p < 0.05$). Tỷ lệ tiểu có kiểm soát ở nhóm 2 là 37.5%, 50%, 62.5% và 75% ở 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau rút thông

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vương Bảo Anh

SĐT: 0384100902

Email: nvbanh@outlook.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 26/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

niệu đạo so với 0%, 22.2%, 33.3% và 44.4% tương ứng ở nhóm 1.

Kết luận:

Tuy tỉ lệ tiểu kiểm soát ở nhóm bệnh nhân được thực hiện mũi treo Bollens cao hơn nhóm chứng nhưng do số lượng mẫu nhỏ, tỉ lệ có bảo tồn bó mạch thần kinh cương ở nhóm chứng thấp là các yếu tố gây nhiễu và ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Cần tiếp tục thu thập mẫu để tăng độ mạnh của nghiên cứu cũng như giảm nhiễu cho mẫu nghiên cứu.

Từ khóa: Mũi treo Bollens, Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt có Robot hỗ trợ, tiểu không kiểm soát.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF BOLLENS' SUSPENSION STITCH IN URINARY CONTROL AFTER ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY

Introduction:

Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy (RARP) had been proven to be safe and effective in treatment of prostatic cancer. However, early urinary continent after surgery is still a challenge to overcome. There are many techniques developed and used by surgeons around the world in order to improve urinary control with different results. We apply a suspension stitch developed by Renaud Bollens and analyze its effectiveness in improving early recovery of urinary continent of patients who underwent RARP.

Materials and methods:

We prospectively followed prostate cancer patients who underwent RARP from November 2021 to November 2022 at Uro-oncology

surgical department of Binh Dan Hospital into two groups: group 1 (control) without Bollens' stitch and group 2 (Cases) with Bollens' stitch. In group 2, before the anastomosis, we used a polyglactin 2.0 suture to suspend the posterior urethral rhabdosphincter connective tissue to the arcus tendineus fasciae pelvis, bilaterally. Continent rates were assessed via telephone at 1 week, 1 month, 3 month and 6 month after urethral catheter removal using Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC). Continence was defined as the use of no absorbent pads or no leakage of urine during daytime.

Results:

Patients' response rates were low 42.5% (17/40). Total 17 patients were divided into 2 group: 9 in group 1 and 8 in group 2. There are no differences in patients' demographic, age, BMI, prostate volume and serum PSA between 2 groups. Operating time, estimated blood loss was also similar between groups. However, ISUP grade of group 1 was significantly higher than group 2 ($p < 0.05$). The final pathology T stage of disease was significantly higher in group 1 compared to group 2, with most of the patients in group 1 had pT3 or higher stages (77.8% compared to 12.5% in group 2). Positive surgical margin was much higher in group 1 (66.7%) than group 2 (0%). More notable, 75% of patients in group 2 underwent nerve-sparing prostatectomy compared to 44.4% in group 1. Patients in group 2 exhibited better urinary control than group 1 after removal of urethral catheter, included significant less pad used per day ($p < 0.05$). Continence rates after catheter removal in group 2 were 37.5%, 50%, 62.5% and 75% compared to controls 0%, 22.2%, 33.3% and 44.4% at 1

week, 1, 3, 6 months, respectively after catheter removal.

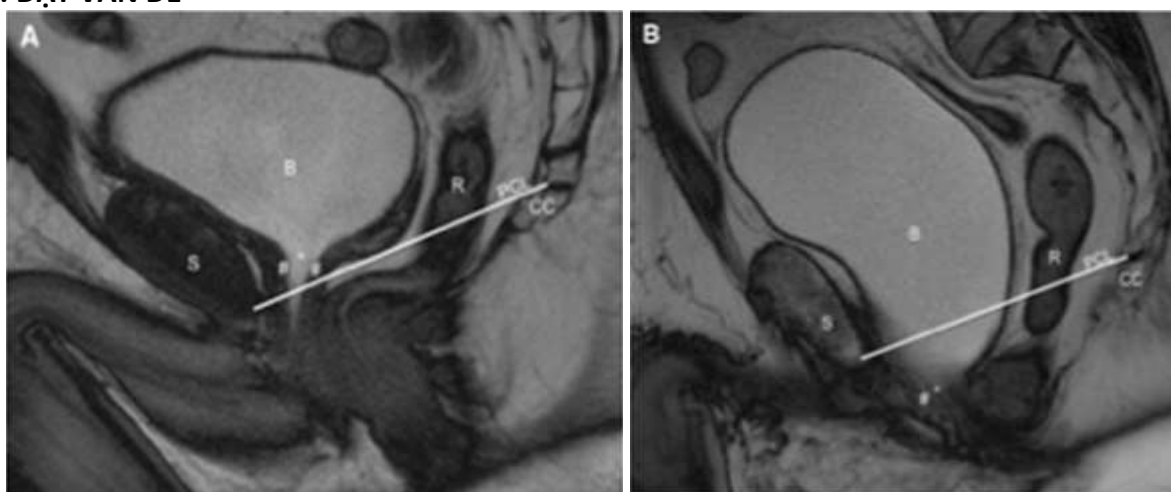
Conclusions:

Although preliminary results showed higher continent rates in patients with Bollens' suspension stitch, the small sample size and the differences in nerve-sparing between two groups

hampered the statistical significance of this study. Nevertheless, this technique showed promising results and by increasing sample size, statistical power of this study will be improved.

Keywords: Bollens' suspension stitch, Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy, urinary incontinent.

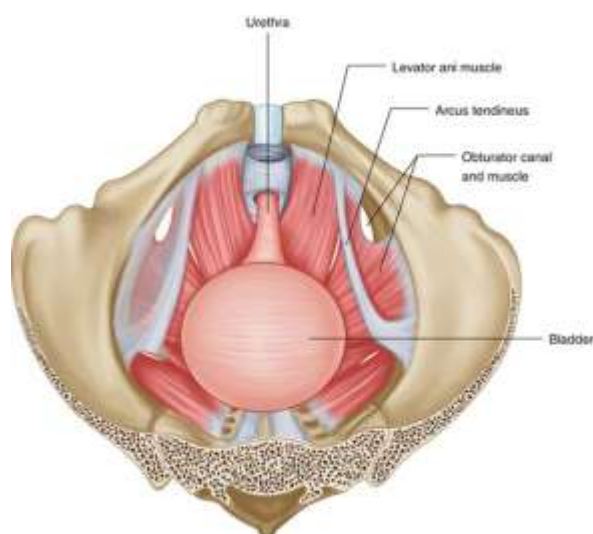
I. ĐẶT VẤN ĐỀ



Hình 1: MRI chậu cho thấy sự khác biệt của vị trí cổ bàng quang và cơ thắt niệu đạo so với mặt phẳng mu-cụt ở bệnh nhân sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc tiểu có kiểm soát (A) và không kiểm soát (B). PCL: pubo-coccygeal line. Nguồn: Soljanik [4].

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc có hỗ trợ của Robot (RALP) là một phẫu thuật đang ngày một phổ biến và lan rộng trên toàn thế giới. Với Robot, phẫu thuật viên được trang bị một công cụ hiện đại và tinh tế, giúp cho phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc được dễ dàng hơn, mang lại chất lượng điều trị tốt hơn cho bệnh nhân so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy

RALP hạn chế máu mất, ít biến chứng hơn, bệnh nhân mau xuất viện hơn [1]. Tuy nhiên, tiểu có kiểm soát sau phẫu thuật vẫn là một thử thách. Tỷ lệ tiểu không kiểm soát sau 1 năm trong đa số các nghiên cứu dao động từ 4 – 31% [2]. Đặc biệt sự kiểm soát tiểu sớm trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, nhất là khi sự kỳ vọng của bệnh nhân đặt vào RALP không hề nhỏ.



Hình 2: Arcus Tendineus Fascia Pelvis - ATFP

Do đó, nhiều phẫu thuật viên đã đề xuất các kỹ thuật mổ khác nhau nhằm cải thiện tình trạng tiểu không kiểm soát trong giai đoạn này, ví dụ như: tái tạo cân cơ mặt sau (Rocco), treo mô cạnh mặt trước niệu đạo vào xương mu (Patel), tái tạo cổ bàng quang, bảo tồn chiều dài niệu đạo, sử dụng mô treo tự thân (autologous sling)...hay kết hợp nhiều kỹ thuật. Phổ biến trong các kỹ thuật này là kỹ thuật mũi khâu Rocco. Mục đích của kỹ thuật này nhằm tái tạo các cấu trúc phía sau của bàng quang, TTL và niệu đạo đã bị phá hủy trong quá trình cắt TTL tận gốc, đưa niệu đạo về vị trí giải phẫu nguyên thủy và giúp ổn định phức hợp cơ thắt vằn niệu đạo [3].

Tuy nhiên, mũi khâu Rocco gồm 2 lớp khá phức tạp và khó thực hiện với nội soi, và có khả năng làm tổn thương bó mạch thần kinh chạy dọc hai bên của niệu đạo. Thêm vào đó, mô cơ thắt phía sau niệu đạo được cố định với phần còn lại của cân Denonvillier vốn khá lỏng lẻo sau quá trình phẫu tích ống dẫn tinh và túi tinh khiến lớp đầu tiên của mũi Rocco không cố định mỏm niệu đạo một

cách chắc chắn. Soljanik và cộng sự năm 2014 miêu tả khác biệt giải phẫu giữa bệnh nhân tiểu có kiểm soát và không kiểm soát sau mổ cắt tuyến tiền liệt một năm bằng MRI chức năng. Nhóm này thấy rằng góc tạo bởi niệu đạo màng và mặt phẳng mu – cùng rộng hơn và cổ bàng quang thấp hơn so với mặt phẳng này ở nhóm tiểu không kiểm soát [4] (hình 1).

Renaud Bollens, một phẫu thuật viên người Bỉ nhiều kinh nghiệm, đã đề xuất treo phần cơ thắt niệu đạo phía sau mỏm niệu đạo và cung gân cơ nâng hậu môn hai bên (hình 2), khắc phục các hạn chế của mũi Rocco. Mũi khâu này dễ thực hiện kể cả với nội soi thông thường, tốn rất ít thời gian và giúp cố định mỏm niệu đạo một cách chắc chắn. Tuy nhiên kỹ thuật này còn mới và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của nó trong cải thiện tiểu có kiểm soát sau phẫu thuật, nhất là đối với RALP. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả ban đầu của mũi khâu Bollens trong phẫu thuật nội soi cắt TTL tận gốc có hỗ trợ của Robot trong việc cải thiện tiểu có kiểm soát của bệnh nhân sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi theo dõi các bệnh nhân cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ bởi một phẫu thuật viên từ tháng 11/2021 tới tháng 11/2022. Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật RARP và tái khám đầy đủ được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi áp dụng mũi khâu Bollens ngẫu nhiên, không có tiêu chuẩn lựa chọn bệnh. Tất cả các bệnh nhân đều không áp dụng tạo hình lớp cân cơ sau niệu đạo (mũi

Rocco). Các đặc điểm dịch tễ học, các biến số tiền phẫu (PSA, thể tích tuyến tiền liệt), tình trạng tiểu không kiểm soát trước phẫu thuật, các biến số trong phẫu thuật (thời gian mổ, lượng máu mất, bảo tồn bó mạch thần kinh cương), giai đoạn bướu theo giải phẫu bệnh, diện cắt và các biến chứng sau mổ được thu thập và được phân thành hai nhóm: nhóm 1 (không áp dụng mũi treo Bollens) và nhóm 2 (áp dụng mũi treo Bollens).



Hình 18: Mũi treo Bollens. Mô liên kết mặt sau cơ thắt vằn niệu đạo được treo vào cung cân cơ nâng hậu môn hai bên (ATFP) bằng vicryl 2.0

Chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi EPIC có cải biên (Expanded Prostate Cancer Index Composite) phần tiết niệu để khảo sát tình trạng đi tiểu của bệnh nhân qua điện thoại sau khi rút thông niệu đạo 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Chúng tôi thay đổi phần thời gian của bảng câu hỏi EPIC từ “4 tuần vừa qua” thành “7 ngày vừa qua” khi khảo sát ở tuần thứ 1 sau rút thông niệu đạo. Điểm số trả lời của bệnh nhân được ghi nhận và lưu trữ bằng SPSS 26. Tiểu có kiểm soát được xác định khi không sử dụng tã hoặc không són nước tiểu ban ngày, được đánh giá qua hai câu hỏi trong phần Tiết niệu của

bảng câu hỏi EPIC: “trong 4 tuần vừa rồi, ông hãy chọn câu trả lời miêu tả tình trạng kiểm soát đi tiểu của ông” và “ông sử dụng bao nhiêu tã/ băng thấm một ngày trong 4 tuần vừa rồi”. Số tuần mà bệnh nhân ghi nhận tiểu có kiểm soát sau rút thông niệu đạo cũng được ghi nhận lại.

Kỹ thuật mổ: Sau khi cắt rời tuyến tiền liệt và cầm máu theo quy trình thông thường, chúng tôi dùng 2 chỉ Vicryl 2.0 khâu lớp mô liên kết của cơ thắt vằn mặt lưng niệu đạo vào cung gân cơ nâng hậu môn hai bên ngang mức cổ bàng quang, treo cố định mặt lưng niệu đạo màng (hình 2). Hai chỉ treo

được làm kiểu nơ trượt, lực căng vừa phải và cân đối hai bên, sao cho mỏm niệu đạo màng được nâng nhẹ lên khỏi đáy chậu và khi đẩy nhẹ vào mỏm niệu đạo màng thấy chắc chắn, không di chuyển. Mục đích của mũi chỉ treo này sao cho miệng nối niệu đạo – bàng quang và phức hợp niệu đạo màng/cơ thắt vẫn không bị đẩy xuống đáy chậu khi tăng áp lực ổ bụng. Miếng nối niệu đạo – bàng quang sau đó được thực hiện như thường lệ với chỉ gai Vlok 3.0 bằng mũi khâu liên tục. Thông niệu đạo bàng quang bằng Foley silicon 18Fr được lưu khoảng 10 ngày và rút khi bệnh nhân tái khám theo hẹn.

Các số liệu thu thập được lưu trữ và phân tích bằng phần mềm SPSS 26 (IBM). Các biến số liên tục và không liên tục được so sánh bằng t-test và Mann-Whitney U test, tương ứng. Các biến định danh được so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc

Fisher. Phân tích hiệu quả tiểu kiểm soát của hai nhóm bằng phương pháp Kaplan – Meier và phép kiểm log-rank. Thống kê có ý nghĩa khi $p \leq 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11/2021 tới tháng 11/2022 có tổng cộng 40 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ, tuy nhiên chỉ có 17 bệnh nhân (tỉ lệ 42.5%) đồng ý tham gia nghiên cứu và trả lời câu hỏi theo bảng đánh giá EPIC. Về tuổi tác, BMI, thể tích tuyến tiền liệt và nồng độ PSA huyết thanh giữa hai nhóm không có sự khác biệt. Tuy nhiên, phân độ mô học ISUP của nhóm không mũi treo Bollens cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có mũi treo Bollens ($p = 0.01$). Các giá trị trung bình và p của các đặc điểm trước mổ được trình bày trong bảng 1.

Bảng 29: Các đặc điểm của bệnh nhân thuộc hai nhóm trong nghiên cứu

Các đặc điểm	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Tuổi	66.4	69.75	0.487
BMI	22.1	21.5	0.588
PSA (ng/mL)	56.55	30.59	0.270
Thể tích tuyến tiền liệt (mL)	35.75	36.92	0.866
ISUP (trung bình)	3.4	1.7	0.011

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm 1 là 202 phút, cao hơn so với nhóm 2 là 148 phút, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.081$). Lượng máu mất giữa hai nhóm cũng không khác biệt có ý nghĩa ($p = 0.106$). Ở bệnh nhân nhóm 1, chỉ

4/9 (44.4%) bệnh nhân được bảo tồn bó mạch thần kinh hai bên; trong khi đó 6/8 (75%) bệnh nhân ở nhóm 2 được bảo tồn bó mạch thần kinh hai bên, tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.201$). Các đặc điểm này được trình bày ở bảng 2.

Bảng 30: Thời gian phẫu thuật trung bình, lượng máu mất và tỉ lệ bảo tồn bó mạch thần kinh

	Nhóm 1 (n=9)	Nhóm 2 (n=8)	p
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	202	148	0.081
Lượng máu mất (mL)	300	118	0.106
Tỉ lệ bảo tồn bó mạch thần kinh	4 (44.4%)	6 (75%)	0.201

Có tới 7/9 (77.8%) bệnh nhân ở nhóm 1 có phân độ pT sau mổ ≥ 3 , trong số đó có 1 bệnh nhân phân độ pT4. Ở nhóm 2, chỉ 1/8 (12.5%) bệnh nhân có phân độ pT3 sau mổ, 7/8 bệnh nhân còn lại thuộc phân độ pT2. Tỷ lệ diện cắt còn tế bào ác tính ở nhóm 1 là 6/9 (66.7%), trong đó có 3 trường hợp diện cắt dương tính do bướu xâm lấn túi tinh hoặc

trực tràng, 3 trường hợp có diện cắt dương tính ở đỉnh tuyến tiền liệt. Trong 3 trường hợp diện cắt âm tính của nhóm 1, 2 trường hợp pT2 và 1 trường hợp pT3. Tất cả các bệnh nhân nhóm 2 đều có diện cắt âm tính. Phân độ pT sau mổ và tỷ lệ diện cắt dương tính được trình bày trong bảng 3.

Bảng 31: Một số đặc điểm sau mổ về giai đoạn bướu, tỉ lệ diện cắt dương tính

Đặc điểm sau mổ		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Giai đoạn pT	pT2	2 (22.2%)	7 (87.5%)	0.026
	pT3	6 (66.7%)	1 (12.5%)	
	pT4	1 (11.1%)	0	
Diện cắt	Âm tính	3 (33.3%)	8 (100%)	0.016
	Dương tính	3 (33.3%)	0	
	Dương tính ở đỉnh	3 (33.3%)	0	

Tất cả các bệnh nhân đều tiểu có kiểm soát trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật ghi nhận có một số điểm khác biệt chủ quan giữa hai nhóm. Tại thời điểm 1 tuần cho đến 1 tháng sau rút thông niệu đạo, các bệnh nhân ở nhóm 2 cho thấy tình trạng són tiểu cải thiện rõ rệt với số lần són tiểu hơn 1 lần/ngày xuống còn khoảng 1 lần/tuần (câu hỏi #1) ($p=0.05$) so với các bệnh nhân nhóm 1. Tại thời điểm 1 tháng sau rút thông niệu đạo, sự

kiểm soát khi đi tiểu của bệnh nhân nhóm 2 qua câu hỏi #4 tốt hơn so với các bệnh nhân nhóm 1 (3.25 điểm so với 2.44 điểm). Lượng tã sử dụng mỗi ngày của các bệnh nhân nhóm 2 thấp hơn đáng kể so với các bệnh nhân nhóm 1 ở tuần thứ 1 ($p=0.02$), tháng thứ 1 ($p < 0.001$) và tháng thứ 3 ($p=0.04$) sau rút thông niệu đạo, tuy nhiên đến tháng thứ 6 số lượng tã sử dụng mỗi ngày khác biệt không ý nghĩa ($p=0.134$) (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 6: Số lượng tã mỗi ngày ở các thời điểm khảo sát của hai nhóm

Tỉ lệ tiểu có kiểm soát ở nhóm 2 là 37.5%, 50%, 62.5% và 75% ở 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau rút thông niệu đạo so với 0%, 22.2%, 33.3% và 44.4% tương ứng ở nhóm 1. Tỉ lệ tiểu có kiểm soát sau 1 tuần rút thông niệu đạo ở nhóm 2 cao

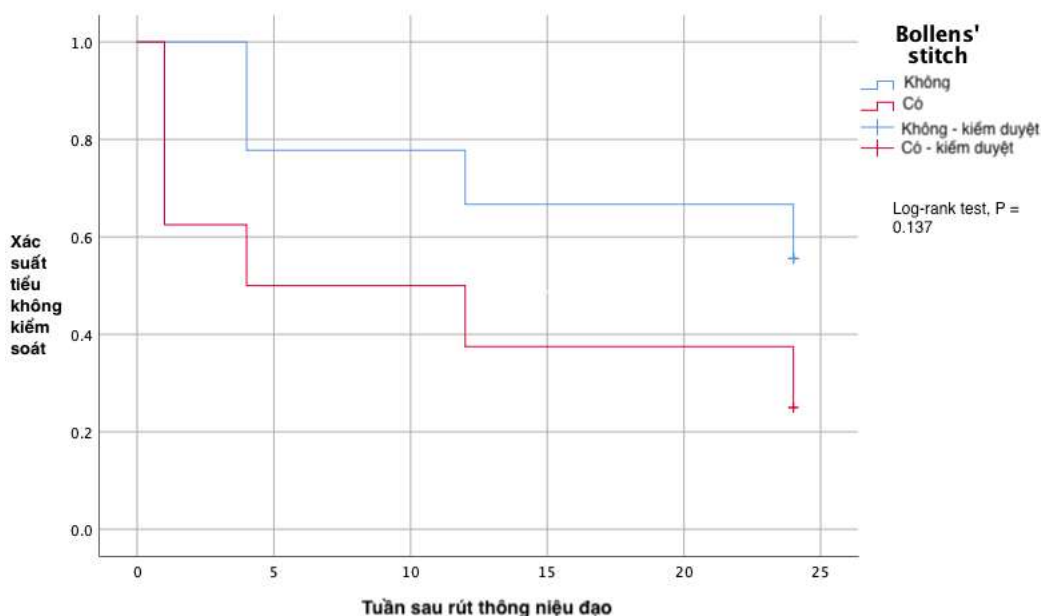
hơn nhóm một có ý nghĩa thống kê ($p=0.043$), tuy nhiên lại không khác biệt có ý nghĩa tại thời điểm 1,3 và 6 tháng sau rút thông niệu đạo (bảng 4). Không có trường hợp nào trong nghiên cứu này bị bí tiểu sau rút thông niệu đạo.

Bảng 32: Tỉ lệ tiểu có kiểm soát sau rút thông niệu đạo của hai nhóm

Thời gian sau rút thông niệu đạo	Nhóm 1 (n=9)	Nhóm 2 (n=8)	p
1 tuần	0 (0%)	3 (37.5%)	0.043
1 tháng	2 (22.2%)	4 (50%)	0.232
3 tháng	3 (33.3%)	5 (62.5%)	0.229
6 tháng	4 (44.4%)	6 (75%)	0.201

Sử dụng phương pháp Kaplan – Meier và phép kiểm log-rank để so sánh thời gian bệnh nhân tiểu có kiểm soát trở lại sau mổ ở hai nhóm, chúng tôi ghi nhận được thời gian hồi phục tiểu có kiểm soát ở bệnh nhân nhóm 2 trung bình là 11.37 tuần, ngắn hơn so với các bệnh nhân nhóm 1 trung bình là 18.22 tuần,

tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (kiểm log-rank; $p=0.137$). Biểu đồ 2 thể hiện đường cong Kaplan-Meier cho thấy tỉ lệ tiểu không kiểm soát của nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 và giảm dần theo thời gian, tuy nhiên sự khác biệt này không ý nghĩa).



Biểu đồ 7: Đường cong Kaplan – Meier thể hiện xác suất tiểu không kiểm soát theo thời gian (tuần) sau RARP giữa hai nhóm không và có áp dụng mũi khâu Bollens

Để phân tích ảnh hưởng của sự kiểm soát khi đi tiểu sau RARP là do mũi khâu Bollens hay do có bảo tồn bó mạch thần kinh (NeuroVascular bundle Preservation - NVP), chúng tôi sử dụng hồi quy tuyến tính đa biến với biến kết cục là số tái sử dụng tại từng thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau rút thông niệu đạo. Tại thời điểm 1 tuần sau rút thông niệu đạo, yếu tố ảnh hưởng đến số lượng tái sử dụng 1 ngày là mũi khâu Bollens,

trong khi đó NVP không ảnh hưởng đến kết cục này. Tại thời điểm 1 tháng sau rút thông niệu đạo, cả mũi khâu Bollens và NVP đều ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến số tái sử dụng mỗi ngày. Tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau rút thông niệu đạo, chỉ NVP có ảnh hưởng đến số tái sử dụng mỗi ngày của bệnh nhân. Bảng 5 thể hiện hệ số B đã chuẩn hoá và giá trị p cho hai yếu tố: mũi khâu Bollens và NVP tại từng thời điểm.

Bảng 33: Hồi quy tuyến tính cho thấy sự ảnh hưởng của mũi khâu Bollens và NVP lên số lượng tái sử dụng một ngày tại các thời điểm khảo sát sau rút thông niệu đạo. (B: hệ số B chuẩn hoá; p: giá trị p)

	Tuần 1 (B; p)	Tháng 1 (B; p)	Tháng 3 (B; p)	Tháng 6 (B; p)
Mũi Bollens	-0.590; 0.007	-0.665; 0.001	-0.344; 0.120	-0.225; 0.332
NVP	-0.305; 0.126	-0.337; 0.048	-0.485; 0.035	-0.496; 0.044

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu sự thay đổi về giải phẫu và chức năng sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc giúp ta hiểu rõ thêm về sự hồi phục tiểu tiện của bệnh nhân. Ficazzola và Nitti nghiên cứu về niệu động học sau cắt tuyến tiền liệt kết luận sự suy giảm chức năng cơ thắt vân niệu đạo là tổn thương chính khiến tiểu không kiểm soát [5]. Gần đây, Soljanik và cộng sự sử dụng MRI sau cắt tuyến tiền liệt cho thấy

những bệnh nhân tiểu không kiểm soát sau cắt tuyến tiền liệt có góc hợp bởi niệu đạo màng và mặt phẳng mu-cụt rộng hơn, cổ bàng quang và cơ thắt niệu đạo ngoài bị đẩy xuống thấp hơn vào đáy chậu [4]. Họ chứng minh lý thuyết này sau đó bằng cách sử dụng băng nâng niệu đạo xuyên hố bịt ở những bệnh nhân này và ghi nhận có sự tương quan giữa tiểu kiểm soát và sự thu hẹp lại của góc niệu đạo màng [6].



Hình 19: Tạo hình mặt sau niệu đạo sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc theo phương pháp Rocco. Nguồn: “Francesco Rocco: Early continence recovery after open radical prostatectomy – video lecture”

Nhiều kỹ thuật mổ đã được ứng dụng nhằm cải thiện tình trạng tiểu có kiểm soát sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Trong đó, kỹ thuật “mũi Rocco” là kỹ thuật được nghiên cứu nhiều nhất và được ứng dụng rộng rãi nhất. Năm 2001, Rocco F và cộng sự [7] miêu tả kỹ thuật tạo hình mặt sau của cơ thắt vân sau cắt tuyến tiền liệt, dựa trên chính những nghiên cứu về cấu trúc giải phẫu của cơ thắt vân [8]. Nguyên bản của kỹ thuật này được Rocco mô tả bao gồm khâu tạo hình hai lớp: lớp đầu là khâu nối mặt sau cơ thắt vân niệu đạo với lớp cân Denonvillier bị cắt, lớp thứ hai là cố định mặt sau thành bàng quang cách cổ bàng quang 1-2cm vào median dorsal raphe, giúp ổn định phức hợp cơ thắt niệu đạo và đưa niệu đạo về vị trí giải phẫu và chức năng nguyên thủy của nó trong đáy chậu (hình 3). Năm 2006, Rocco F báo cáo rằng mũi khâu tạo hình mặt sau cơ thắt niệu đạo (mũi Rocco) giúp hồi phục sớm tiểu kiểm soát sau mổ [9]. Năm 2007, Rocco B và cộng sự mô tả sử dụng mũi Rocco trong tạo hình mặt sau niệu đạo trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt xuyên phúc mạc [10] và đến năm 2011, Coelho và cs [11] mô tả kỹ thuật này trong phẫu thuật robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc dù có chút ít thay đổi so với nguyên bản. Kể từ khi ra đời, mũi Rocco được ứng dụng nhiều bởi các phẫu thuật viên trên khắp thế giới, với kết quả đạt được khác nhau. Một số nghiên cứu hồi cứu và tổng quan y văn cho rằng mũi khâu Rocco giúp cải thiện tiểu có kiểm soát sau mổ trong 90 ngày đầu hậu phẫu, giảm tỉ lệ rò nước tiểu qua miệng nối niệu đạo bàng quang [12,15]. Các khuyến cáo dựa trên các nghiên cứu này bị hạn chế do sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu như: định nghĩa về tiểu có kiểm soát, các cải biến kỹ thuật so với kỹ thuật gốc và cách mổ khác nhau (mổ mở, nội soi,

robot). Thêm vào đó, số lượng mẫu nhỏ trong những nghiên cứu này cũng là yếu điểm đáng kể. Thật vậy, hai nghiên cứu bệnh chứng ngẫu nhiên (RCT) duy nhất trên thế giới về sử dụng mũi Rocco lại cho thấy không có sự khác biệt giữa có hay không tạo hình mặt sau niệu đạo lên sự kiểm soát nước tiểu sớm sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc [13,14]. Theo góc nhìn này, hiện tại vẫn không có bằng chứng đủ mạnh cho thấy mũi Rocco thật sự có hiệu quả trong kiểm soát tiểu tiện sớm sau RARP. Một khảo sát dành cho các phẫu thuật viên trong “Annual Pacific Northwest Urology Robotics Symposium” lần thứ năm của Hội phẫu thuật Robot Bắc Mỹ (NARUS) về sử dụng mũi Rocco trong RARP cho thấy hầu hết các phẫu thuật viên đã bỏ kỹ thuật này hoặc vẫn áp dụng nhưng với mục đích là giúp khâu nối niệu đạo – bàng quang được dễ dàng hơn, không phải để cải thiện tình trạng tiểu không kiểm soát sau mổ.

Kỹ thuật khâu Rocco 2 lớp nguyên bản không phải dễ thực hiện trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Thêm vào đó, Renaud Bollens cho rằng khi cố định một cấu trúc vào một cấu trúc không cố định khác thì hiệu quả ổn định kém. Thay vào đó cần cố định mặt sau niệu đạo vào cấu trúc khác cố định, không di chuyển khi thay đổi tư thế hay tăng áp lực ổ bụng. Chính vì đó ông chọn cung gân cơ nâng hậu môn hai bên (ATFP) để là nơi treo mặt sau niệu đạo. ATFP được sử dụng phổ biến trong phẫu thuật treo sàn chậu ở nữ giới, là một cấu trúc chắc chắn, nằm phía sau so với miệng nối niệu đạo – bàng quang, do đó rất thích hợp để cố định phức hợp cơ thắt niệu đạo. Thêm vào đó, mũi khâu Bollens đơn giản, dễ thực hiện, kể cả cho phẫu thuật nội soi truyền thống.

Nghiên cứu của chúng tôi dựa ứng dụng mũi khâu Bollens vào RARP bước đầu cho thấy kết quả khả quan. Về các đặc điểm dịch tễ học, nồng độ PSA huyết thanh và thể tích tuyến tiền liệt không có sự khác nhau giữa hai nhóm, tuy nhiên phân độ ISUP của sinh thiết tuyến tiền liệt cho thấy nhóm 1 (không áp dụng mũi khâu Bollens) có độ mô học cao hơn so với nhóm 2 (áp dụng mũi Bollens), thể hiện độ ác tính và giai đoạn bệnh của nhóm 1 cao hơn nhóm 2. Chính vì lý do đó, 77.8% bệnh nhân ở nhóm 1 có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ $pT \geq 3$ trong khi ở nhóm 2 tỉ lệ $pT \geq 3$ chỉ chiếm 12.5%. Tỉ lệ bệnh nhân nhóm 1 được bảo tồn bó mạch thần kinh cương thấp hơn so với nhóm 2 (44.4% so với 75%). Tuy tỉ lệ bảo tồn thần kinh cương khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p=0.201$), nhưng đây cũng là một yếu tố gây ảnh hưởng đến sự kiểm soát tiểu tiện sau RARP. Phép kiểm Log-rank mặc dù cho thấy sự kiểm soát tiểu tiện ở hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.137$), nhưng đường Kaplan – Meier cho thấy sự tách biệt về tỉ lệ tiểu không kiểm soát giữa hai nhóm, với nhóm 2 thể hiện sự kiểm soát tiểu tiện tốt hơn nhóm 1. Tuy vậy như đã nêu trên, sự cải thiện này có thể do ảnh hưởng của tỉ lệ bảo tồn thần kinh cương ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1.

Dùng hồi quy tuyến tính đa biến để khảo sát sự ảnh hưởng của mũi khâu Bollens và bảo tồn bó mạch thần kinh cương (NVP) lên sự kiểm soát tiểu tiện thông qua số lượng tã sử dụng mỗi ngày, chúng tôi thấy rằng việc bảo tồn bó mạch thần kinh trong RARP gây ảnh hưởng đến sự kiểm soát khi đi tiểu ở 1, 3 và 6 tháng sau rút thông niệu đạo, nhưng không ảnh hưởng ở thời điểm 1 tuần đầu. Mô hình hồi quy cũng cho thấy mũi Bollens chỉ ảnh hưởng đến sự kiểm soát tiểu tiện ở tuần

thứ 1 và tháng thứ 1 sau rút thông, không ảnh hưởng ở tháng thứ 3 và thứ 6 sau rút thông. Tỉ lệ tiểu có kiểm soát ở nhóm 2 chỉ khác biệt với nhóm 1 ở tuần đầu tiên sau rút thông niệu đạo, các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau rút thông niệu đạo không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Điều này cho thấy mũi khâu Bollens thực sự có ảnh hưởng lên sự kiểm soát tiểu tiện trong thời điểm rất sớm sau mổ, nhưng từ 1 tháng trở về sau, ảnh hưởng này chủ yếu là do bảo tồn bó mạch thần kinh.

Theo hiểu biết của chúng tôi, trên thế giới hiện chỉ có duy nhất một nghiên cứu về ứng dụng mũi khâu Bollen trong RARP của các tác giả người Italy năm 2019 [16]. Nghiên cứu này thực hiện mũi khâu Bollens trên 90 bệnh nhân được RARP cho kết quả 72% bệnh nhân tiểu có kiểm soát tháng đầu sau phẫu thuật. Đáng lưu ý có 10 bệnh nhân (11%) bí tiểu cấp sau rút thông niệu đạo, tuy nhiên 10 bệnh nhân này đều được đặt lại thông niệu đạo dễ dàng mà không cần nhập viện hay soi niệu đạo bàng quang.

Điều đáng tiếc của nghiên cứu này chính là cỡ mẫu quá nhỏ. Việc thu thập số liệu thông qua điện thoại khiến đa số bệnh nhân được RARP (57.5%) không đồng ý tham gia nghiên cứu vì nhiều lý do. Có thể khắc phục điều này bằng cách in sẵn bảng câu hỏi cho bệnh nhân mang về và trả lời vào những thời điểm cần khảo sát. Tuy còn nhiều hạn chế nhưng nghiên cứu này cũng là tiền đề để tiếp tục các nghiên cứu về sau, nhằm tìm ra phương pháp đơn giản và hiệu quả để khắc phụ tiểu không kiểm soát của bệnh nhân sau RARP, giúp tăng chất lượng điều trị và đạt kết quả tốt nhất cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt.

V. KẾT LUẬN

Mũi khâu Bollens, nguyên thủy được mô tả và ứng dụng trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt truyền thống, cho thấy sự an toàn và dễ dàng thực hiện trong RARP. Đây là một phương pháp mới giúp cải thiện tình trạng tiêu không kiểm soát thời gian đầu hậu phẫu, tuy nhiên cần được nghiên cứu thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ficarra V, Cavalleri S, Novara G, Aragona M, Artibani W.** Evidence from robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a systematic review. *Eur Urol* 2007;51:45–56.
2. **Ficarra V, Novara G, Rosen RC, et al.** Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol* 2012;62:405–17.
3. **Rocco F, Carmignani L, Acquati P, et al:** Restoration of posterior aspect of rhabdosphincter shortens continence time after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 2006; 175: 2201–2206.
4. **Soljanik I, Bauer RM, Becker AJ, et al:** Is a wider angle of the membranous urethra associated with incontinence after radical prostatectomy? *World J Urol* 2014; 32: 1375–1383.
5. **Ficazzola MA and Nitti VW:** The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. *J Urol* 1998; 160: 1317–1320.
6. **Soljanik I, Soljanik O, Stief CG, et al:** The extent of changes in the membranous urethra angle is associated with the outcome of retropubic transobturator sling procedure. *Int Urol Nephrol* 2015; 47: 249–255.
7. **Rocco F, Gadda F, Acquati P et al.** Personal research: reconstruction of the urethral striated sphincter. *Arch Ital Urol Androl* 2001; 73: 127–37.
8. **Rocco F, Carmignani L, Acquati P et al.** Early continence recovery after open radical prostatectomy with restoration of the posterior aspect of the rhabdosphincter. *Eur Urol* 2007; 52: 376–83.
9. **Rocco F, Carmignani L, Acquati P et al.** Restoration of posterior aspect of rhabdosphincter shortens continence time after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 2006; 175: 2201–6.
10. **Rocco B, Gregori A, Stener S et al.** Posterior reconstruction of the rhabdosphincter allows a rapid recovery of continence after transperitoneal videolaparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol* 2007; 51: 996–1003.
11. **Coelho RF, Chauhan S, Orvieto MA et al.** Influence of modified posterior reconstruction of the rhabdosphincter on early recovery of continence and anastomotic leakage rates after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol* 2011; 59: 72–80.
12. **Grasso AA, Mistretta FA, Sandri M, et al.** Posterior musculofascial reconstruction after radical prostatectomy: an updated systematic review and a meta-analysis. *BJU Int* 2016;118:20–34.
13. **Joshi N, de Blok W, van Muilekom E, van der Poel H.** Impact of posterior musculofascial reconstruction on early continence after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: results of a prospective parallel group trial. *Eur Urol* 2010;58:84–9.
14. **Sutherland DE, Linder B, Guzman AM, et al.** Posterior rhabdosphincter reconstruction during robotic assisted radical prostatectomy: results from a phase II randomized clinical trial. *J Urol* 2011;185:1262–7.
15. **Rocco B, Cozzi G, Spinelli MG et al.** Posterior musculofascial reconstruction after radical prostatectomy: a systematic review of the literature. *Eur Urol* 2012; 62: 779–90.
16. **Braschetti A, Bollens R, Turbanti A, et al** (2019). The Bollens' stitch: A modified technique for robot-assisted radical prostatectomy. *European Urology Supplements*. 18. e2278.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC CÓ HỖ TRỢ ROBOT: KINH NGHIỆM 20 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI KHOA PHẪU THUẬT UNG BƯỚU TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Tế Kha¹, Nguyễn Thế Tùng¹, Nguyễn Tiến Đạt¹,
Mai Viết Nhật Tân¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh¹, Diêm Đăng Khoa¹,
Nguyễn Vương Bảo Anh¹, Trần Thanh Nhân¹, Bùi Quan Thiên Phú¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Ung thư bàng quang là một trong những bệnh lý ung thư đường tiết niệu thường gặp, xuất độ chung đứng hàng thứ 7 ở nam giới và hàng thứ 11 ở cả 2 giới trong số các bệnh lý ung thư. Cắt bàng quang tận gốc được xem là điều trị tiêu chuẩn đối với những trường hợp ung thư bàng quang xâm lấn cơ còn khu trú và ung thư bàng quang không xâm lấn cơ nguy cơ cao (high-risk). Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot đã được thực hiện tại nhiều trung tâm y khoa lớn trên thế giới, với kết quả về mặt ung thư học là tương đương so với mổ mở nhưng có nhiều ưu thế nhất định. Tại Việt Nam, thực hiện PTNS cắt bàng quang có hỗ trợ Robot chưa được áp dụng rộng rãi, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot tại khoa Phẫu thuật ung bướu tiết niệu bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành phân tích hồi cứu 20 trường

hợp (TH) ung thư bàng quang được thực hiện PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot trong thời gian 2020 - 2022 tại khoa Phẫu thuật ung bướu tiết niệu bệnh viện Bình Dân thông qua những biến số trước, trong và sau phẫu thuật.

Kết quả: Chúng tôi ghi nhận 20 TH trong nghiên cứu là nam giới, tuổi trung vị là 68,5 và 20/20 TH ung thư bàng quang ở giai đoạn xâm lấn cơ. Thời gian phẫu thuật trung vị là 270 phút, trong đó 187,5 phút ngồi Console. Lượng máu mất trung vị là 275 ml và không có trường hợp nào cần truyền máu sau phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện chuyển lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker trong 14/20 TH (chiếm 70%), 2/20 TH bàng quang tân tạo (chiếm 10%) và 4/20 TH mở 2 niệu quản ra da (chiếm 20%). Thời gian nằm viện trung vị là 12,5 ngày, trong đó sau phẫu thuật là 8 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ghi nhận pT2 trong 40,00% và $\geq$ pT3 trong 60,00%, 20/20 TH đều có bờ phẫu thuật âm tính. Sống còn ở thời điểm 30, 90 và 180 ngày sau phẫu thuật đều là 100%.

Kết luận: Kết quả 20 TH đầu tiên phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot tại khoa phẫu thuật ung bướu tiết niệu cho thấy tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật. Đây là cơ sở để chúng tôi tiếp tục triển khai và áp dụng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: ung thư bàng quang, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot

¹Khoa Phẫu thuật Ung bướu Tiết niệu – Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tùng

SĐT: 0972922175

Email: thetungnguyen123@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 27/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

SUMMARY**ROBOTIC – ASSISTED RADICAL CYSTECTOMY: FIRST 20 CASES EXPERIENCES AT DEPARTMENT OF UROLOGIC ONCOLOGY - BINH DAN HOSPITAL**

Background and Objective: Bladder cancer is one of the most common urinary tract cancers; it is 7th most commonly diagnosed cancer in males, whilst it drops to 11th when both genders are considered. Radical cystectomy (RC) represents the standard of care for very-high-risk non-muscle-invasive bladder cancer and non-metastatic, muscle-invasive bladder cancer. At present, robotic – assisted radical cystectomy (RARC) has been performed at many medical centers in the world. RARC is not only has oncological outcomes comparable to open surgery but also has many advantages. In Viet Nam, RARC has not been widely applied, so we conducted this research to evaluate safety and effectiveness of RARC at Urologic Oncology Department of Binh Dan hospital

Materials and Methods: We performed a retrospective analysis of the first prospectively collected 20 patients undergoing RARC in Urologic Oncology Department of Binh Dan hospital from 2020 – 2022.

Results: Overall, 100% were male, and the median age was 68,5 years. 100% had muscle-invasive bladder cancer. The median operative time was 270 min with 187,5 min as console time. Median blood loss was 275 ml and there no case that have blood transfusion. In 70,00% of the cases, we performed Bricker urinary diversion, 10,00% neobladder, and 20,00% ureterostomy. The median length of hospital stay was 12,5 days with 8 days after surgery. The final pathological exam pointed out pT2 in 40.00%, $\geq$ pT3 in 60.00%. 100% had negative

surgical margins. The survival at 30, 90, and 180 days was 100%

Conclusions: Although RARC is challenging and the complications are common, the procedure is safe and feasible when performed by experienced robotic surgeons. We described our results since the first case in Urologic Oncology – Binh Dan hospital and concluded that, during the learning curve, it is possible to reproduce the technique and outcomes of referral centers with similar peri- and postoperative results.

Keywords: bladder cancer, robotic – assisted radical cystectomy (RARC)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một trong những bệnh lý ung thư đường tiết niệu thường gặp, xuất độ chung đứng hàng thứ 7 ở nam giới và hàng thứ 11 ở cả 2 giới trong số các bệnh lý ung thư(1). Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc được xem là điều trị tiêu chuẩn đối với những trường hợp ung thư bàng quang không xâm lấn cơ nguy cơ rất cao và ung thư bàng quang xâm lấn cơ chưa di căn(2). Trước đây, mổ mở cắt bàng quang tận gốc được thực hiện trong phần lớn những trường hợp. Tuy nhiên, phẫu thuật mổ mở vẫn còn trở ngại về tỷ lệ tai biến và tử vong. Trong những năm gần đây, với sự tiến bộ của những phương tiện điều trị ít xâm hại, PTNS nói chung và PTNS có hỗ trợ Robot nói riêng được ứng dụng rộng rãi, trở thành chọn lựa điều trị hàng đầu trong bệnh lý ung thư bàng quang.

Cắt bàng quang tận gốc là một trong những phẫu thuật có độ khó và phức tạp cao nhất của chuyên khoa tiết niệu: vừa bao gồm bước loại bỏ cơ quan ung thư, nạo hạch rộng, vừa phải tái tạo lại cấu trúc đường tiết niệu. PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot và mổ mở có kết quả tương đương về

mặt ung thư học, nhưng PTNS có hỗ trợ Robot có nhiều ưu thế so với mổ mở: phẫu trường 3D, phẫu tích chính xác và thao tác khâu thuật lợi ngay cả với những vùng khó tiếp cận, giảm thiểu lượng máu mất, ít đau vết mổ và giảm lượng thuốc giảm đau phải sử dụng sau phẫu thuật, thời gian hồi phục hậu phẫu ngắn(3). Tuy nhiên, rõ ràng đường cong học tập của PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot là một trong những yếu tố giới hạn để phẫu thuật này được ứng dụng rộng rãi, do đó nhiều trung tâm trên thế giới thì mổ mở vẫn là cách tiếp cận phổ biến.

Hòa cùng với xu thế của thế giới, PTNS có hỗ trợ Robot tại Việt Nam cũng đang phát triển và PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot cũng được áp dụng tại một số trung tâm, tuy nhiên phương pháp này chưa được triển khai rộng rãi. Mục tiêu của nghiên cứu là báo cáo kinh nghiệm qua 20 trường hợp PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot đầu tiên được thực hiện tại khoa phẫu thuật ung bướu tiết niệu – bệnh viện Bình Dân, cho thấy tính an toàn và hiệu quả của việc thực hiện phẫu thuật phức tạp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân ung thư bàng quang được thực hiện PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot tại khoa phẫu thuật ung bướu tiết niệu – bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian từ năm 2020 – 2022.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt trường hợp, hồi cứu.

Cỡ mẫu

Chúng tôi thu thập được 20 TH thỏa tiêu chí chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thực hiện

Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá lâm sàng và hình ảnh học (CT hoặc MRI) để định giai đoạn bệnh và loại trừ di căn hoặc tình trạng chống chỉ định PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot.

Những biến số thu thập bao gồm:

Đánh giá tiền phẫu: tuổi, giới, loại tế bào ung thư bàng quang (kết quả sinh thiết trước đó), tiền căn hóa trị tân hỗ trợ, thời gian từ lúc sinh thiết chẩn đoán cho tới thời điểm phẫu thuật.

Đánh giá quanh phẫu thuật: phương pháp chuyển lưu nước tiểu, thời gian phẫu thuật trung bình (phút), thời gian console (phút), lượng máu mất trung bình (ml)

Biến chứng: báo cáo theo phân loại Clavien-Dindo. Chúng tôi cũng mô tả tỷ lệ phải truyền máu, tỷ lệ phẫu thuật lại, sống còn chung tại thời điểm 30, 90 và 180 ngày sau phẫu thuật.

Đánh giá sau phẫu thuật: kết quả giải phẫu bệnh lý, tình trạng bờ phẫu thuật, số hạch nạo được, tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch, tỷ lệ bệnh nhân phải nhập ICU sau phẫu thuật, thời gian nằm viện, tỷ lệ tái nhập viện.

Quản lý và phân tích số liệu

Nhập và quản lý số liệu bằng Microsoft Excel. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 13.

Kỹ thuật mổ

Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân được chuẩn bị ở tư Trenderlenburg, có đệm silicon ở vùng vai, quanh khớp gối và cố định bệnh nhân trong suốt thời gian phẫu thuật.

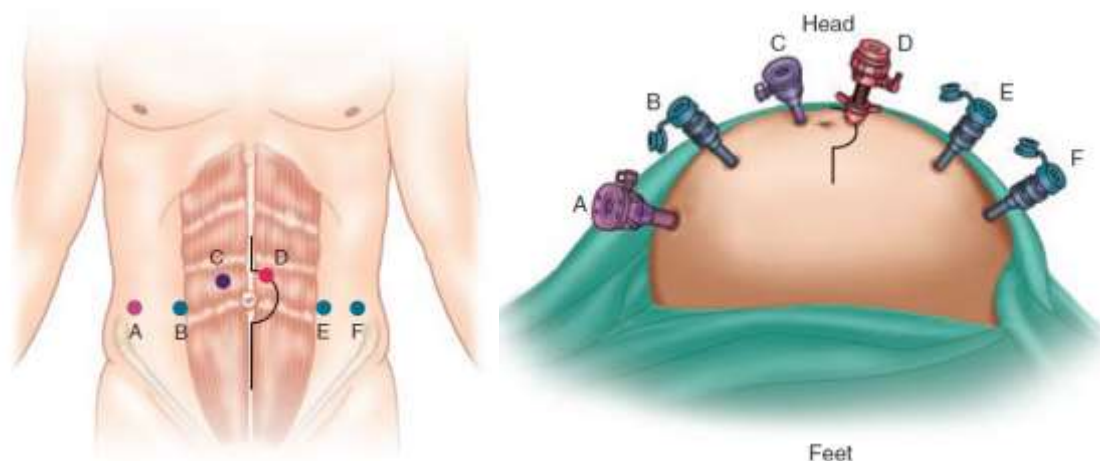
Vị trí đặt trocar và docking

Vị trí đặt trocar được mô tả gồm 6 trocar trong phúc mạc: 4 trocar Robot và 2 trocar cho phẫu thuật viên phụ. Phẫu thuật viên phụ

sử dụng trocar excel 12 mm và 5 mm, đặt phía bên phải bệnh nhân như hình mô tả(4)

Sau khi đặt xong trocar, việc docking được tiến hành, bệnh nhân gấp 30 độ theo tư

thế Trendelenburg, bơm hơi khoang phúc mạc với áp lực ổ bụng từ 10 – 15 mmHg.



Hình 1: Vị trí đặt trocar. A và C: trocar phẫu thuật viên phụ. B và E: trocar tay 1 và tay 2 8mm của robot, D: trocar camera, F: trocar tay 3 robot 8mm

“Nguồn: *Atlas of Robotic Urologic Surgery, 2017*”(4)

Kỹ thuật mổ(4)

Tiến hành đưa dụng cụ phẫu thuật vào phẫu trường dưới quan sát camera. Chúng tôi thường sử dụng dụng cụ đốt lưỡng cực Fenestrated, kéo và Prograsp forceps. Khi cần khâu nối, chúng tôi sử dụng 2 bọt mang kim.

Xẻ phúc mạc thành sau tại vị trí đường cung 2 bên để tìm và phẫu tích niệu quản 2 bên tới sát khúc nối niệu quản – bàng quang. Tiến hành kẹp cắt niệu quản bằng 2 hemolock, đầu xa gửi giải phẫu bệnh lý.

Phẫu tích toàn bộ mặt sau bàng quang khỏi trực tràng, tiến hành bóc lộ khoang bàng quang – trực tràng từ thành sau bàng quang cho tới lớp mỡ trước trực tràng. Ở nam giới tiếp tục phẫu tích túi tinh, ống dẫn tinh 2 bên và mặt sau tuyến tiền liệt cho tới mỏm tuyến tiền liệt.

Sau khi kiểm soát tốt mạch máu, phúc mạc thành trước được mở, phẫu tích dây

chằng rốn và bàng quang rút ra. Tiếp đó xẻ mạc nội chậu 2 bên.

Bộc lộ dorsal vein complex (DVC), tiếp hành khâu, kẹp cắt DVC. Bộc lộ niệu đạo, cắt mỏm niệu đạo → gửi giải phẫu bệnh lý.

Ở nam giới, tiến hành kẹp cánh bên của bàng quang và tuyến tiền liệt bằng hemolock cho tới mạc nội chậu. Ở nữ việc phẫu tích cũng thực hiện tương tự đối với bàng quang. Tiếp đến chúng tôi thực hiện cắt toàn bộ buồng trứng và ống dẫn trứng 2 bên kèm theo thành trước âm đạo. Tiến hành cầm máu kỹ lưỡng. Khâu cầm máu nếu cần thiết.

Nạo hạch chậu 2 bên ở tất cả các trường hợp: vùng nạo hạch từ rãnh bịt cho tới chỗ chia đôi của động mạch chậu. Toàn bộ hạch được đưa vào túi bệnh phẩm.

Niệu quản phía bên trái sau đó sẽ được luân ra sau đại tràng sigmoid để qua tới bên

phải cùng với niệu quản phải để thực hiện thông nối vào túi bricker.

Lấy toàn bộ bệnh phẩm qua đường rạch da giữa bụng, dưới rốn theo trocar camera khoảng 4 – 5 cm. Phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu được tiến hành chuyển lưu bằng túi hồi tràng theo phương pháp bricker (sử dụng đoạn hồi tràng chiều dài 15 – 20 cm). Chúng tôi cắm niệu quản vào túi bricker có đặt thông double J làm nòng.

Cuối cùng đoạn xa của túi bricker được đưa ra da tại vị trí bên phải của rốn. Toàn bộ túi bệnh phẩm được đưa ra ngoài thông qua một đường rạch da giữa bụng.

Tạo hình bàng quang ngoài cơ thể: rạch da dài khoảng 5 cm đi từ rốn cho camera đến rốn, lấy bệnh phẩm bàng quang ra ngoài qua đường rạch này, lấy một đoạn hồi tràng dài 50 cm qua đường rạch này để làm bàng quang tân tạo theo kiểu Hautmann và cắm lại niệu quản vào bàng quang ngoài cơ thể có đặt thông JJ làm nòng. Sau đó, đưa bàng quang hồi tràng vào lại cơ thể và tiếp tục tiến hành khâu nối cổ bàng quang tân tạo với mồm niệu đạo bằng mũi khâu vắt, dùng chỉ V-LocTM 3-0. Mở bàng quang ra da bằng thông Pezzer số 20 Fr.

Chăm sóc hậu phẫu

Giai đoạn hậu phẫu được thực hiện theo ERAS: thông mũi dạ dày, gây mê – tê, nhu động ruột, dinh dưỡng và chăm sóc dẫn lưu bụng(5)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (Bảng 1)

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu về những biến số giới, tuổi, kết quả sinh thiết hoặc cắt đốt nội soi, tiền căn hóa trị tân hỗ trợ, hóa trị nội bàng quang và thời gian từ thời điểm chẩn đoán xác định ung thư tới lúc can thiệp phẫu thuật được mô tả chi tiết trong bảng 1. 20 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều là nam giới, tuổi trung vị là 68,5 tuổi (khoảng tứ phân vị IQR 11,75). Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu không được thực hiện hóa trị tân hỗ trợ, chủ yếu hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật, 20 TH trong nghiên cứu đều có kết quả giải phẫu bệnh lý trước phẫu thuật là carcinoma niệu mạc xâm lấn cơ, thời gian trung vị từ thời điểm chẩn đoán xác định ung thư cho tới thời điểm phẫu thuật là 10 ngày (khoảng tứ phân vị IQR 6).

Kết quả và những biến chứng trong lúc phẫu thuật (Bảng 2)

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật với hệ thống Robot Da Vinci Si. Trong số 20 TH thực hiện phẫu thuật, hầu hết việc chuyển lưu nước tiểu được thực hiện theo phương pháp chuyển lưu Bricker (14/20TH chiếm 70,00%), 2 TH bn trẻ và bú sữa chỉ ở giai đoạn T2 được chuyển lưu theo phương pháp bàng quang trực vị (chiếm 10,00%) và 4 TH có bướu xâm lấn và có hạch đại thể rõ nên được mở niệu quản ra da (chiếm 20,00%) (bảng 2)

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Dữ liệu trước phẫu thuật	n	(%)
Số lượng bệnh nhân	20	
Tuổi trung vị (tuổi) (khoảng tứ phân vị)	68,5 (11,75)	
Giới		
Nam	20	100
Nữ	0	0

Loại tế bào ung thư lúc sinh thiết		
- Carcinoma xâm lấn cơ	20	100
- Carcinoma không xâm lấn cơ tái phát, độ ác cao	0	0
Có hóa trị nội bàng quang	0	0
Hóa trị tân hỗ trợ	0	0
Thời gian từ lúc sinh thiết tới RARC (ngày) (trung vị)	10 (6)	

(RARC: robotic – assisted radical cystectomy: PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot)

Lượng máu mất trung vị là 275 ml và không ghi nhận trường hợp nào phải truyền máu trong lúc thực hiện phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung vị và thời gian ngồi Console trung vị lần lượt là 270 và 187,5 phút.

Bảng 2: Kết quả và những biến chứng trong lúc phẫu thuật

Dữ liệu trong phẫu thuật	n	(%)
Phương pháp chuyển lưu:		
Bricker	14	70,00
Bàng quang tân tạo	2	10,00
Mở niệu quản ra da	4	20,00
Lượng máu mất trung vị (IQR) (ml)	275 (225)	
Truyền máu	0	0
Thời gian phẫu thuật trung vị (IQR) (phút)	270(67,5)	
Thời gian ngồi Console trung vị (IQR) (phút)	187,5 (67,5)	

Kết quả giải phẫu bệnh lý và kết quả sau phẫu thuật (Bảng 3)

20TH sau phẫu thuật đều có kết quả giải phẫu bệnh lý ung thư bàng quang ở giai đoạn xâm lấn cơ, trong đó pT2a-b chiếm 8/20 TH và $\geq$ pT3a chiếm 12/20 TH. Số lượng hạch trung vị ghi nhận lấy được sau phẫu thuật là 4 hạch và có 4/20 TH có di căn hạch, tất cả các bệnh phẩm sau mổ đều có bờ phẫu thuật âm tính. Không ghi nhận trường hợp nào có ung thư tuyến tiền liệt kèm theo Không ghi

nhận trường hợp nào phải nhập ICU sau phẫu thuật.

Thời gian nhập viện trung vị là 12,5 ngày, trong đó thời gian hậu phẫu trung vị là 8 ngày. Ghi nhận 1 TH tái nhập viện do bí tiểu cấp, có 2 TH cần can thiệp ngoại khoa lại sau phẫu thuật 90 ngày (1 TH thận trái ứ nước nhiễm khuẩn do viêm dính tắc ống Bricker, 1 TH bị xì miệng nối niệu quản T và ống Bricker). 20/20 TH tái khám ở thời điểm 30, 90 và 180 ngày hậu phẫu, tình trạng bệnh nhân còn ổn định (bảng 3).

Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh lý và kết quả sau phẫu thuật

Dữ liệu sau phẫu thuật	n	(%)
Giai đoạn pT		
pT0	0	0
pT1	0	0
pTis	0	0
pT2a-b	8	40,00

$\geq pT3a$	12	60,00
Giai đoạn pN		
pNx	0	0
pN0	16	80,00
pN+	4	20,00
Bờ phẫu thuật âm tính	12	100
Số hạch lấy được trung vị (IQR)	4 (3,5)	
Số bệnh nhân có di căn hạch	4	20,00
Nhập ICU sau phẫu thuật	0	0
Có ung thư tuyến tiền liệt kèm theo	0	0
Thời gian nằm viện trung vị (IQR)	12,5 (6,5)	
Thời gian hậu phẫu trung vị (IQR)	8 (4,25)	
Tái nhập viện sau 90 ngày	1	5,00
Tái can thiệp sau 90 ngày	2	10,00
Sống còn sau 30 ngày	20	100
Sống còn sau 90 ngày	20	100
Sống còn sau 180 ngày	20	100

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi được giới thiệu và chấp nhận từ năm 2000, PTNS có hỗ trợ Robot ngày càng được ứng dụng và chỉ định rộng rãi. Trong chuyên khoa Tiết niệu, PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ Robot là phẫu thuật được chỉ định nhiều nhất. PTNS cắt bàng quang tận gốc được triển khai chậm hơn, tuy nhiên cũng đã được áp dụng tại nhiều trung tâm lớn trên thế giới. Nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, phân tích gộp và tổng quan hệ thống so sánh về hiệu quả và tính an toàn của PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot và mổ mở(6),(7), hầu hết đều cho thấy hiệu quả tương đương về mặt ung thư học. Mặc dù vậy, đường cong học tập và chi phí phẫu thuật là những yếu tố giới hạn để triển khai rộng rãi PTNS cắt bàng quang có hỗ trợ Robot. Theo Pruthi và cộng sự(8) thì cần đường cong học tập là 20 TH để đảm bảo tính an toàn và hiệu quả phẫu thuật; mặt khác IRCC cho rằng cần tối thiểu thực hiện 30 TH

PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot để đảm bảo bờ phẫu thuật dương tính dưới 5%. Tại hoàn cảnh thực tế ở bệnh viện Bình Dân, trước khi triển khai thực hiện PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot, nhóm nghiên cứu đã thực hiện nhiều trường hợp PTNS cắt bàng quang tận gốc cổ điển, cũng như học hỏi kinh nghiệm PTNS cắt bàng quang tận gốc với sự hỗ trợ Robot của đàn anh đi trước tại bệnh viện Bình Dân (12), có thể đây là kinh nghiệm để việc thực hiện 20 TH đầu tiên có hỗ trợ Robot với kết quả khả quan và an toàn.

Thời gian phẫu thuật trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 270 phút, trong đó ghi nhận có những trường hợp chỉ mất 210 phút. Tra cứu lại y văn về thời gian phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot tại nhiều trung tâm thay đổi từ 252 – 456 phút, phụ thuộc vào phương pháp chuyển lưu nước tiểu và phương pháp nạo hạch (9-14), theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc

Cầm Hoàng tại bệnh viện Bình Dân 2019 là 297-660 phút (12). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp thực hiện chuyển lưu Bricker và có nạo hạch, do đó thời gian phẫu thuật trung vị là 270 phút với 20 TH đầu tiên là đáng khả quan và là cơ sở cho thấy việc thực hiện phẫu thuật được đảm bảo.

Lượng máu mất trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 275 ml, có 1 TH chỉ mất 100 ml và không ghi nhận trường hợp nào phải truyền máu sau phẫu thuật. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên RAZOR đánh giá trên 350 bệnh nhân thực hiện PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot cho thấy lượng máu mất trung bình là 363ml(10) và theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Cầm Hoàng tại bệnh viện Bình Dân (12) trên 77 bệnh nhân năm 2019 có lượng máu mất trung bình là 387,5ml. Mặc dù cỡ mẫu của chúng tôi còn giới hạn, 20 TH đầu tiên ghi nhận lượng máu mất sau mổ cũng ít hơn so với những trung tâm khác trên thế giới.

Theo Johar và cộng sự, tỷ lệ biến chứng sau 90 ngày của PTNS cắt bàng quang tận gốc khoảng 30%, tuy nhiên phần lớn là Clavien 1 và 2 (khoảng 50%); tỷ lệ tử vong ở ngày 30 và 90 sau phẫu thuật lần lượt là 2 và 5%(14). Còn theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Cầm Hoàng năm 2019 (12) có biến chứng sớm 22/77 TH (28,6%) và biến chứng muộn là 13/77 TH (16,9%). Trong 20 TH thực hiện đầu tiên trong nghiên cứu, chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào phải nhập ICU sau phẫu thuật, 1 TH tái nhập viện trong vòng 90 ngày do bí tiểu cấp và có 2 trường hợp phải can thiệp lại. Trong 2 trường hợp này, 1 trường hợp bị thận trái ứ nước nhiễm khuẩn sau 30 ngày. Trường hợp này đã được xử lý mở thận trái ra da dưới hướng dẫn siêu âm cấp cứu, sau đó được mổ

thăm sát thấy ống Bricker bị dây dính, tắc nghẹt, chúng tôi đã phải cắt bỏ ống Bricker và đưa niệu quản trái ra da. Trong trường hợp này có thể là do bệnh nhân đã mổ cắt thận và niệu quản phải, chỉ còn thận niệu quản trái nên khi cầm vào ống Bricker và ống Bricker hơi dài, do đó dẫn đến ống Bricker dễ di động và viêm dính gây tắc ống Bricker. Và trường hợp 2, bệnh nhân bị viêm phúc mạc do xì miệng nối niệu quản trái và ống bricker, trường hợp này được mổ thăm sát và cắt ống bricker và đưa niệu quản ra da, trường hợp này nghĩ nhiều là do bóc tách niệu quản chưa đủ dài, và bóc tách sạch hết các mô liên kết quanh niệu quản đoạn xa, dẫn đến sau khi cầm niệu quản vào ống bricker thì niệu quản căng và thiếu máu nuôi, hoại tử miệng nối gây xì miệng nối sau mổ. Trong các trường hợp trên, không có trường hợp nào phải nằm ICU. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng là 15% (3/20 TH), tỷ lệ này ít hơn so với các nghiên cứu khác. Tỷ lệ tử vong ở ngày thứ 30, 90 và 180 ngày sau phẫu thuật là 0%. Mặc dù cỡ mẫu hạn chế, nhưng điều này cho thấy tính an toàn và hiệu quả của việc thực hiện PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot tại trung tâm chúng tôi. Tuy nhiên cần theo dõi và đánh giá kỹ lưỡng hơn những kết quả trung hạn và dài hạn, cũng như thực hiện thêm số lượng ca phẫu thuật để cho con số đánh giá chân thực và thuyết phục.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt bàng quang tận gốc có hỗ trợ Robot là xu hướng điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ chưa di căn và ung thư bàng quang không xâm lấn cơ high – grade. Đây là phẫu thuật có độ khó cao nhưng an toàn và có thể áp dụng khả thi bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Chúng tôi báo cáo 20

TH thực hiện đầu tiên tại khoa phẫu thuật ung bướu tiết niệu – bệnh viện Bình Dân cho thấy tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật. Đây là cơ sở để triển khai và áp dụng rộng rãi, tiếp tục theo dõi và đánh giá những kết quả trung và dài hạn của phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J.** (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*, 49: 1374. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23485231>
2. **Witjes J.A., Bruins H.M., Carrión A.** (2022). EAU guideline on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. The European Association of Urology Guideline, 29-31. <https://uroweb.org/guidelines/muscle-invasive-and-metastatic-bladder-cancer>
3. **Sathianathan NJ, Kalapara A, Frydenberg M.** (2019). Robotic assisted radical cystectomy vs open radical cystectomy: systematic review and meta-analysis. *J Urol*, <https://doi.org/10.1016/j.juro.2018.10.006>.
4. **David MG., Padraic O., Gerald JW.** (2017). Robot-Assisted Radical and Partial Cystectomy. In: Li-Ming Su. *Atlas of Robotic Urologic Surgery*, 2nd Edition, pp 230, Springer Nature, Switzerland.
5. **Collins JW.** (2016). Enhanced recovery after robot-assisted radical cystectomy: EAU robotic urology section scientific working group consensus view. *Eur Urol*, 70(4):649–660.
6. **Bochner BH.** (2018). Randomized trial comparing open radical cystectomy and robot-assisted laparoscopic radical cystectomy: oncologic outcomes. *Eur Urol*, 74(4):465–471
7. **Satkunasivam R.** (2019). Robot-assisted radical cystectomy versus open radical cystectomy: a meta-analysis of oncologic, perioperative, and complication-related outcomes. *Eur Urol Oncol*, 2(4):443–447
8. **Pruthi RS, Smith A, Wallen EM.** (2008). Evaluating the learning curve for robot-assisted laparoscopic radical cystectomy. *J Endourol*, 22(11):2469–2474
9. **Bochner BH, Dalbagni G, Sjoberg DD.** (2015). Comparing open radical cystectomy and robot-assisted laparoscopic radical cystectomy: a randomized clinical trial. *Eur Urol*, 67:1042–1050
10. **Parekh D, Gables C.** (2017). A prospective multicenter randomized trial of open versus robotic radical cystectomy (RAZOR). *J Urol* 197:e918
11. **Nix J, Smith A, Kurpad R.** (2010). Prospective randomized trial of robotic versus open radical cystectomy for bladder cancer; peri-operative and pathologic results. *Eur Urol*, 57:196–201
12. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Văn Thành Trung, Vũ Lê Chuyên, Trần Vĩnh Hưng, Nguyễn Ngọc Châu, Lê Trọng Khôi, Đỗ Lệnh Hùng, Phạm Hữu Đoàn, Lê Phong Huy, Mai Viết Nhật Tân** (2019). Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc cho ung thư bàng quang, chuyển lưu nước tiểu: kinh nghiệm tại bệnh viện bình dân. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập số 23, tr.255-264
13. **Parekh DJ, Messer J, Fitzgerald J.** (2013). Perioperative outcomes and oncologic efficacy from a pilot prospective randomized clinical trial of open versus robotic assisted radical cystectomy. *J Urol*, 189:474–479
14. **Khan MS, Gan C, Ahmed K.** (2015). A single-centre early phase randomized controlled three- arm trial of open, robotic and laparoscopic radical cystectomy (CORAL). *Eur Urol*, 69:613–621
15. **Neumaier MF.** (2019). Factors affecting urinary continence and sexual potency recovery after robotic-assisted radical prostatectomy. *Int Braz J Urol*, 45(4):703–712. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2018.0704>

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC TRONG UNG THƯ BÀNG QUANG CÓ HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ: BÁO CÁO 10 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phạm Phú Phát¹, Nguyễn Hoàng Luông¹, Hà Văn Bàng¹,
Nguyễn Phúc Nguyên¹, Dương Hoàng Lâm¹, Trần Đỗ Hữu Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc sau hóa trị tân hỗ trợ trong bệnh lý ung thư bàng quang giai đoạn cT2-4N0-3M0 tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Trong khoảng thời gian từ 12/2020 đến 10/2022, có 10 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào chuyển tiếp bằng giải phẫu bệnh lý; đồng ý được phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và nạo hạch chậu tiêu chuẩn sau 3-4 chu kỳ hóa trị tân hỗ trợ với phác đồ DD-MVAC (Dose – Dense Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, Cisplatin). Các biến số được ghi nhận bao gồm thông tin lâm sàng lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn ung thư TNM trước và sau phẫu thuật, kết quả biên phẫu thuật, biến chứng liên quan phẫu thuật.

Kết quả: Thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu là 30 ngày. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 6,4 ngày (lâu nhất là 12 ngày). Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 30%. Tất cả các trường hợp này đều là biến chứng nhẹ (độ 1-2 theo phân độ Clavien – Dindo); không có

trường hợp nào biến chứng từ độ 3 trở lên. Không có trường hợp nào có biên phẫu thuật dương tính.

Kết luận: Kết quả ban đầu của 10 trường hợp cho thấy phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc trên bệnh nhân đã hóa trị tân hỗ trợ là an toàn và khả thi. Nghiên cứu gợi ý một số ưu điểm của hóa trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật như giảm thể tích, mức độ xâm lấn tại chỗ của bướu; giảm kích thước và số lượng hạch di căn qua đó cải thiện kết quả về mặt ung thư học.

Từ khóa: phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, ung thư bàng quang, hóa trị tân hỗ trợ

SUMMARY

EARLY RESULTS OF RADICAL CYSTECTOMY AFTER NEO-ADJUVANT CHEMOTHERAPY: A REPORT OF 10 CASES

Objective: To evaluate early results of radical cystectomy with neo-adjuvant chemotherapy in bladder cancer stage cT2-4N0-3M0 at Binh Dan hospital.

Subjects and research methods:

This is a case series descriptive study. Data were collected on 10 patients with bladder urothelial carcinoma who had three to four cycles of neo-adjuvant chemotherapy, with DD-MVAC regimen (Dose – Dense Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, Cisplatin), followed by radical cystectomy and standard lymph node dissection, from December 2020 to October 2022, at our institution. Study variables included

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hữu Toàn

SĐT: 0818696222

Email: toantdh.nhatrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

TNM stage of cancer, surgical margins, surgical complications.

Result: The minimum postoperative follow-up period was 30 days. The mean postoperative hospital stay was 6.4 days. The complication rate after surgery is 30%. All of these complications were mild complications (grade 1-2 according to Clavien - Dindo classification); There were no cases of complications from grade 3 or higher. There were no cases with a positive surgical margin.

Conclusion: Radical cystectomy following neoadjuvant chemotherapy is a safe and feasible procedure. The study suggested the potential of neo-adjuvant chemotherapy before surgery to downstage bulky and locally advanced tumors, allowing for a higher likelihood for negative surgical margins.

Keywords: open radical cystectomy, bladder cancer, neo-adjuvant chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết búi bàng quang là bệnh lý ác tính (hay ung thư) chiếm tỉ lệ khoảng 80% [1]. Tại đường tiết niệu, ung thư bàng quang cùng với ung thư tuyến tiền liệt là hai bệnh lý ác tính phổ biến nhất [3], [4].

Tại bệnh viện Bình Dân, số lượng bệnh nhân mới bị ung thư bàng quang đến khám và điều trị thường xuyên ở trên con số 300 trường hợp (TH) mỗi năm [2]. Hiện tại đối với các trường hợp cắt bàng quang tận gốc và chuyển lưu nước tiểu do ung thư, có trường hợp hóa trị hỗ trợ sau mổ, có trường hợp thì khi có kết quả sinh thiết là ung thư, phẫu thuật viên cho bệnh nhân hóa trị tân hỗ trợ 3 - 4 chu kỳ theo phác đồ trước khi cắt bàng quang tận gốc [3].

Theo các nghiên cứu, khoảng 50% bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ sẽ diễn tiến đến ung thư tiến triển hay di căn nếu chỉ

cắt bàng quang đơn thuần. Để cải thiện những kết quả này, hóa trị tân hỗ trợ - NAC: Neoadjuvant chemotherapy - được xem là một giải pháp và áp dụng từ những năm 1980 [5], [6].

Có một số ưu điểm của việc điều trị hóa trị trước khi lên kế hoạch phẫu thuật cho bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ giai đoạn T2-4N0-3M0:

Hóa trị được thực hiện vào thời điểm sớm nhất, khi gánh nặng của bệnh di căn vi thể được cho là thấp.

Khả năng dung nạp hóa trị và tuân thủ điều trị của bệnh nhân được kỳ vọng là tốt hơn trước cắt bàng quang. [4]

Theo NCCN Guidelines 2020 [7], hóa trị tân hỗ trợ được khuyến cáo cho ung thư bàng quang giai đoạn T3-4, hoặc nghi ngờ có di căn hạch và cân nhắc chỉ định cho các trường hợp cT2N0M0.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn ung thư bàng quang xâm lấn cơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn: (1) được chẩn đoán ung thư tế bào chuyển tiếp bàng quang xâm lấn cơ bằng giải phẫu bệnh lý theo tiêu chuẩn của UICC năm 2002; (2) được chẩn đoán giai đoạn bệnh T2-4N0-3M0 trên CTScan; (3) được hóa trị tân hỗ trợ theo phác đồ tại bệnh viện Bình Dân

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân không đồng ý hóa trị toàn thân trước cắt bàng quang tận gốc; (2) Có chống chỉ định của sử dụng thuốc hóa trị, bệnh lý nội khoa chưa ổn định...

Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2020 đến tháng 10/2022

Các bệnh nhân được thu thập và đánh giá các số liệu lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật

Cắt đốt nội soi bướu bàng quang sinh thiết

Thực hiện vào thuốc hóa trị (tại khoa Nội Ung Bướu):

Hiện tại khoa Nội Ung Bướu bệnh viện Bình Dân đang áp dụng hóa trị tân hỗ trợ cho ung thư bàng quang xâm lấn cơ theo phác đồ của NCCN Guidelines Version 3.2020 và phác đồ điều trị các bệnh ung thư của Bộ Y tế năm 2020.

DDMVAC (Dose – Dense Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin và Cisplatin), tiến hành 3-4 chu kỳ cách nhau mỗi 2 tuần một lần.

Cụ thể: Ngày 1: Methotrexate 30mg/m² truyền tĩnh mạch

Ngày 1 hoặc ngày 2: Vinblastine 3mg/m² truyền tĩnh mạch trên 5-10 phút

Ngày 1 hoặc ngày 2: Doxorubicin 30mg/m² truyền tĩnh mạch

Ngày 1 hoặc ngày 2: Cisplatin 70mg/m² truyền tĩnh mạch trên 60 phút

Khảo sát đánh giá sau hóa trị.

Các bệnh nhân hoàn thành đủ phác đồ hóa trị tân hỗ trợ

Chụp lại CTScan so sánh với phim chụp ban đầu (khảo sát sự thay đổi giai đoạn bệnh cTNM, có giảm giai đoạn (downstaging) hay không, tình trạng hạch, xâm lấn vùng chậu và di căn nếu có).

Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc: Thực hiện chuyển lưu nước tiểu: Mở 2 niệu quản ra da, túi chứa nước tiểu hay tạo hình ruột trực vị...

Theo dõi hậu phẫu:

Theo dõi các biến chứng (nếu có) sau mổ và phân loại theo phân loại Clavien – Dindo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 10 trường hợp phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc sau hóa trị tân hỗ trợ tại bệnh viện Bình Dân từ 12/2020 đến 10/2022

Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình: 56,7 (45-72). Nam giới chiếm ưu thế hơn với 9/10 TH (chiếm 90%)

Bướu bàng quang giai đoạn T2: 4/10 TH; giai đoạn T3: 5/10 TH và giai đoạn T4: 1/10 TH

Có 2/10 TH ghi nhận nghi ngờ di căn hạch trên CTScan. Không có TH nào ghi nhận có di căn xa

Bệnh kèm theo: 3/10 TH mắc tăng huyết áp; 1/10 TH Đái tháo đường; 1 TH bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Có 1 TH suy thận do bướu bàng quang xâm lấn 2 niệu quản đã được mở thận ra da 2 bên bằng mono J, chức năng thận phục hồi (eGFR > 60ml/phút)

Đánh giá theo chỉ số ASA: 8 TH ASA2 và 2 TH ASA3

Kết quả tân hóa trị hỗ trợ

10/10 TH đều hoàn thành đủ phác đồ hóa trị tân hỗ trợ với 3 – 4 chu kỳ DDMVAC

Đánh giá lại bằng CTScan:

Về giai đoạn T, đối với 6 TH giai đoạn T3-4, ghi nhận 5/6 TH có “down-staging”: đặc biệt 1 TH giai đoạn T4 xâm lấn mô quanh bàng quang, xâm lấn vách chậu sau hóa trị thì chỉ còn hình ảnh T2 trên CTScan

Cả 2 TH theo dõi di căn hạch trước hóa trị đều không còn hình ảnh hạch nghi ngờ trên hình ảnh chụp lại

Kết quả phẫu thuật

Cả 10/10 TH được mổ mở cắt bàng quang tận gốc + Nạo hạch chậu tiêu chuẩn

Phương pháp chuyển lưu nước tiểu:

Mở 2 niệu quản ra da: 5/10 TH

Chuyển lưu nước tiểu qua ống hồi tràng: 3/10 TH

Tạo hình bàng quang bằng ruột trực vị: 2/10 TH. Cắt niệu quản: 1 TH dùng thông oxy làm nóng đưa ra ngoài cơ thể; 1 TH đặt thông JJ làm nóng

Thời gian mổ trung bình: 210 phút (120 – 330)

Lượng máu mất trung bình: 220 ml (50 – 500). Có 2 TH phải truyền 1 đơn vị hồng cầu lắng sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ: 6,4 ngày (3 - 12)

Giải phẫu bệnh sau mổ

10/10 TH đều là ung thư tế bào chuyển tiếp (TCC): 2 TH bướu chưa xâm lấn cơ

Hạch âm tính trong tất cả các TH. Không TH có biên phẫu thuật dương tính

Biến chứng sau mổ: 3/10 TH

Theo dõi 10/10 TH với thời gian tối thiểu là 30 ngày. Các biến chứng ghi nhận gồm:

Nhiễm trùng vết mổ: 1 TH

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN)/ Mở 2 niệu quản ra da: 1 TH. NKĐTN/ Bàng quang tân tạo: 1 TH. Cả 2 TH này phải nhập viện lại điều trị. Tuy nhiên cả 2 TH đều là NKĐTN không bế tắc nên không cần can thiệp ngoại khoa. Chỉ điều trị kháng sinh truyền tĩnh mạch, thay ống thông, bơm rửa bàng quang tân tạo

IV. BÀN LUẬN

Vai trò của hóa trị tân hỗ trợ trong cắt bàng quang tận gốc

Khoảng 50% các TH bướu bàng quang xâm lấn cơ sẽ không đáp ứng với điều trị đơn thuần là cắt bàng quang tận gốc [3]. Đặc biệt là các TH ung thư giai đoạn T3-4 hoặc di căn hạch. Việc hóa trị tân hỗ trợ ghi nhận các ưu điểm: thể trạng bệnh nhân chưa mổ sẽ đủ sức

để dung nạp 3-4 chu kỳ hóa trị toàn thân; hóa trị tân hỗ trợ có thể làm giảm kích thước bướu, giảm dính hay xâm lấn của bướu hay hạch giúp cuộc mổ diễn tiến dễ dàng, ít mất máu, thuận lợi để tạo hình bàng quang bằng ruột nếu có chỉ định. Điều này thể hiện qua các TH trong nghiên cứu [3], [4]. Cụ thể trong nghiên cứu, 5/6 TH giai đoạn T3-4 có giảm xâm lấn tại chỗ (downstaging), ghi nhận thực tế lúc mổ 1 TH T4 xâm lấn vách chậu trước hóa trị: cắt bàng quang diễn tiến khá thuận lợi, ít dính, mất máu 300ml. TH này đã được chuyển lưu nước tiểu qua ống hồi tràng thành công. Giải phẫu bệnh sau mổ cả 10 TH đều ghi nhận hạch âm tính dù trước đó có 2/10 TH nghi ngờ hạch di căn trên CTScan.

Một hạn chế của hóa trị trước mổ là một số bệnh nhân có thể không hoàn thành phác đồ hóa trị do tác dụng phụ thì sẽ bị chậm trễ mổ cắt bàng quang tận gốc. Tuy nhiên, trong thời gian chúng tôi tiến hành nghiên cứu, cũng là thời điểm bùng phát đại dịch Covid-19 thì hóa trị tân hỗ trợ đã mang đến điều trị phù hợp cho nhiều bệnh nhân trong thời gian chờ phẫu thuật.

Một vấn đề khác mà nhiều phẫu thuật viên quan tâm là liệu hóa trị có làm ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương, tác động đến quá trình hồi phục sau mổ, đặc biệt là các TH có tạo hình bàng quang bằng ruột [2], [8]. Với 10 TH ban đầu, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đây về thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ. Có 3/10 TH ghi nhận biến chứng nhẹ (độ I, II theo phân loại Clavien – Dindo). Không có TH nào phải can thiệp ngoại khoa lại.

Nhận xét về 10 trường hợp cắt bàng quang tận gốc sau hóa trị tân hỗ trợ này

Quá trình cắt bàng quang và nạo hạch chậu diễn ra tương đối nhanh và thuận lợi có thể vì PTV đã có nhiều kinh nghiệm phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc. Lợi ích của hóa trị tân hỗ trợ rõ ràng trong 1 TH ung thư T4 trước hóa trị, sau hóa trị thì bướu giảm giai đoạn còn T2. Cuộc mổ ít dính thuận lợi, chuyển lưu nước tiểu qua hồi tràng ra da, thời gian mổ 220 phút, mất máu 300 ml.

Có 3 phương pháp chuyển lưu nước tiểu trong nghiên cứu: (1) Mở 2 niệu quản ra da; (2) chuyển lưu nước tiểu qua ống hồi tràng; (3) tạo hình bàng quang bằng ruột trực vị

Hạn chế của nghiên cứu còn phần lớn TH (5/10 TH) được mở 2 niệu quản ra da. Có 2 TH có thể giải thích: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không thể mổ kéo dài; TH còn lại là bướu xâm lấn 2 niệu quản nên e ngại tái phát gây hẹp miệng nối cấm niệu quản vào hồi tràng. Một nguyên nhân khác mang tính chủ quan của việc tỉ lệ mở 2 niệu quản ra da còn cao (50% các TH) là PTV còn e ngại hóa trị làm ảnh hưởng quá trình lành thương, gây xì rò miệng nối.

Kết quả mổ chuyển lưu nước tiểu 5/10 TH còn lại khá khả quan. Không có TH nào có biến chứng ruột (tắc ruột, dính ruột;...). Không có rò nước tiểu hay tu dịch sau mổ. Có 1 TH bị NKĐTN/ Bàng quang tân tạo: TH này còn thông JJ 2 bên làm nòng cấm lại niệu quản, nhập viện điều trị kháng sinh và bơm rửa bàng quang tân tạo.

Một kết quả khác cũng cho thấy lợi ích hóa trị tân hỗ trợ. Đó là 2/10 TH giải phẫu bệnh sau mổ ghi nhận bướu chưa xâm lấn cơ, dù trước đó tất cả các TH ung thư đều là từ giai đoạn T2 trở lên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc sau hóa trị tân hỗ trợ là an toàn và khả thi. Lợi ích của hóa trị tân hỗ trợ khá rõ ràng trong các

trường hợp ung thư tiến triển giai đoạn T3-4 khi làm giảm kích thước bướu, mức độ xâm lấn của bướu giúp cuộc mổ thuận lợi. Có thể cân nhắc vai trò đối với ung thư giai đoạn T2. Cần tăng cường chuyển lưu nước tiểu qua ống hồi tràng hoặc tạo hình bàng quang trực vị thay vì chỉ mở 2 niệu quản ra da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Gia Hy**, (1980), Bướu bàng đái, Niệu học, Nhà xuất bản Y học, Tập 1,, pp. 210 – 243.
2. **Đào Quang Oánh** (2009). Khảo sát kết quả tạo hình bàng quang thay thế bằng ruột. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. **Messing EM**, (2016), Urothelial Tumors of the Bladder, Campbell Walsh urology, 11th edition, Chapter 75, pp.
4. **Witjes J A, Bruins H M, Cathomas R, Compérat E M, et al**, (2021), "European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2020 Guidelines", Eur Urol, 79 (1), pp. 82-104.
5. **Dindo D, Demartines N, Clavien P A**, (2004), "Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey", Ann Surg, 240 (2), pp. 205-213.
6. **Porter M P, Kerrigan M C, Donato B M, Ramsey S D**, (2011), "Patterns of use of systemic chemotherapy for Medicare beneficiaries with urothelial bladder cancer", Urol Oncol, 29 (3), pp. 252-258.
7. **Clark P E, Spiess P E, Agarwal N, Bangs R, et al**, (2020), "NCCN Guidelines Insights: Bladder Cancer, Version 2.2020", J Natl Compr Canc Netw, 14 (10), pp. 1213-1224
8. **Arora A, Zugail AS, Pugliesi F, Cathelineau X, et al**. Neoadjuvant chemotherapy does not increase peri-operative morbidity following radical cystectomy. World J Urol. 2022 Jul;40(7):1697-1705.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT PHẦN THẬN ĐIỀU TRỊ BƯỚU THẬN KÍCH THƯỚC LỚN HƠN 4 CM: KẾT QUẢ 41 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phạm Phú Phát¹, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Trang Võ Anh Vinh¹,
Trần Đỗ Hữu Toàn¹, Nguyễn Tuấn Vinh¹, Phan Trường Bảo¹,
Phạm Hữu Đoàn¹, Hoàng Thiên Phúc¹, Lê Trọng Khôi¹,
Lê Nguyễn Minh Hoàng¹, Nguyễn Hoàng Luông¹,
Dương Hoàng Lâm¹, Nguyễn Lê Quý Đông¹, Phan Mạnh Linh¹,
Dương Cao Trí¹, Nguyễn Đại Thanh Sang¹, Võ Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt một phần thận trong điều trị bướu thận kích thước lớn hơn 4cm tại bệnh viện Bình Dân

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Các bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận nghi ngờ ác tính với đặc điểm tăng độ tương phản trên cận lâm sàng hình ảnh học CT-Scan được phẫu thuật nội soi ngả xuyên phúc mạc hoặc sau phúc mạc cắt một phần thận từ 02/2021 đến 10/2022. Các biến số được ghi nhận bao gồm thông tin lâm sàng lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, kết quả liên quan phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biến phẫu thuật, biến chứng liên quan phẫu thuật.

Kết quả: Kích thước bướu là $48,1 \pm 8,2$ mm. Thời gian mổ trung bình là $162,3 \pm 53,8$ phút. Lượng máu mất trung bình là $200,7 \pm 248,1$ ml.

Thời gian thiếu máu nóng trung bình là $20,5 \pm 7,7$ phút. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ có 38/41 trường hợp là ung thư tế bào thận (RCC). 3 trường hợp còn lại là bướu mạch – cơ – mỡ của thận (bướu AML).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt một phần thận đối với bướu thận có kích thước lớn hơn 4cm là thách thức nhưng hoàn toàn khả thi đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm, mang lại lợi ích điều trị bảo tồn được chủ mô thận đồng thời vẫn đảm bảo kết quả về mặt ung thư học

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt một phần thận, ung thư tế bào thận, thời gian thiếu máu nóng

SUMMARY

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR LARGE RENAL MASSES: RESULTS OF 41 CASES AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of laparoscopic partial nephrectomy in treatment of large renal masses at Binh Dan hospital.

Subjects and research methods:

This is a case series descriptive study. Data were collected on 41 patients with renal masses larger than 4 cm, who had undergone laparoscopic partial nephrectomy, from February 2021 to October 2022. Demographic,

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hữu Toàn
SĐT: 0818696222

Email: toantdh.nhatrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 14/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

radiological growth patterns of the tumors and intraoperative data were collected. Post-operative complications and pathological data were also recorded.

Result: Radiological tumor size was $48,1 \pm 8,2$ mm. The average operative time was $162,3 \pm 53,8$ minutes. The mean estimated blood loss was $200,7 \pm 248,1$ ml. Warm ischemia time (WIT) was $20,5 \pm 7,7$ min. The post-operative pathology results showed that 38/41 cases were renal cell cancer (RCC). The remaining 3 cases were angiomyolipoma.

Conclusion: This survey confirms that laparoscopic partial nephrectomy for tumors larger than 4 cm in size is feasible in experienced hands.

Keywords: laparoscopic partial nephrectomy, renal cell carcinoma, warm ischemia time (WIT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu thận là bệnh lý tiết niệu thường gặp với tỷ lệ 90% là adenocarcinoma hay ung thư biểu mô tế bào thận (Renal cell carcinoma: RCC) [1]. Phẫu thuật nội soi cắt một phần thận được mô tả lần đầu bởi tác giả Winfield năm 1993 [2]. Từ đó, cắt một phần thận dần thay thế cắt thận tận gốc trở thành xu hướng và điều trị tiêu chuẩn cho bướu thận giai đoạn khu trú [2], [3].

Trên thế giới, tính đến năm 2010, cắt một phần thận qua ngả nội soi đã được chỉ định rộng rãi cho các bướu thận nhỏ hơn 4cm [4]. Chỉ định có thể chọn lọc cho một số bướu kích thước 4-7 cm tại các trung tâm phẫu thuật tiết niệu có nhiều kinh nghiệm [5]. Năm 2018, Hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) và Hội Nội khoa châu Âu (EAU) vào năm 2019 đã công nhận và khuyến cáo phẫu thuật cắt một phần thận trở thành điều trị ưu tiên cho tất cả bướu thận khu trú, bao gồm giai đoạn T1a và T1b [6], [7].

Tại bệnh viện Bình Dân, với những kinh nghiệm phẫu thuật nội cắt một phần thận cho các bướu thận nhỏ hơn 4 cm, từ năm 2016, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt một phần thận cho một số bướu kích thước 4-7 cm [8]. Đến hiện tại, ở trung tâm chúng tôi, PTNS cắt một phần thận đã dần thay thế cắt thận tận gốc trong điều trị bướu thận giai đoạn T1 (T1a và T1b), với nhiều ê kíp phẫu thuật có thể thực hiện kỹ thuật với tỉ lệ thành công cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt một phần thận điều trị bướu thận tại bệnh viện Bình Dân từ 02/2021 đến 10/2022

Tiêu chuẩn chọn mẫu: thỏa các tiêu chuẩn (1) Được chẩn đoán là bướu thận với đặc điểm nghi ngờ ác tính, tăng độ tương phản bằng CTScan hoặc MRI (2) Kích thước bướu lớn hơn 4cm, bướu còn trong giai đoạn khu trú, chưa xâm lấn vỏ bao thận, không có di căn hạch hoặc di căn xa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thể trạng quá yếu hoặc có các chống chỉ định phẫu thuật (bệnh lý tim phổi nặng, rối loạn đông máu chưa ổn định, ...)

Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2021 đến tháng 10/2022

Các bệnh nhân được thu thập và đánh giá các số liệu lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, các kết quả liên quan phẫu thuật: triệu chứng, chức năng thận trước mổ, thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng (WIT), lượng máu mất, biến phẫu thuật, biến chứng liên quan phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 41 trường hợp bướu thận lớn hơn 4 cm được PTNS cắt một phần thận trong khoảng thời gian nghiên cứu là 21 tháng.

Tuổi trung bình: $53,6 \pm 15,5$. Nhỏ nhất là 22 tuổi. Lớn nhất là 76 tuổi.

Nam giới chiếm ưu thế hơn (24 BN, chiếm 58,5% TH). Nữ giới có 17 BN, chiếm 42,5% các TH.

Bảng 1. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đau hông	27	65,9
Tiểu máu	1	2,4
Phát hiện tình cờ	13	31,7
Tổng	41	100

Bảng 2. Bệnh mạn tính đi kèm

Bệnh mạn tính	Số BN	Tỉ lệ %	Tỉ lệ % giá trị
Tăng huyết áp	15		57,7
Đái tháo đường	10		38,5
Bệnh thận mạn	8		30,8
IIIa	5		19,2
IIIb	3		11,5
Bệnh khác	5		19,2
Tổng	26	63,4	
Không bệnh mạn tính	15	36,6	
Tổng	41	100	

Chức năng thận trước mổ:

Có 40/41 BN được đánh giá chức năng thận bằng xạ hình thận trước mổ

Độ lọc cầu thận trung bình của cả 2 thận là $77,8 \pm 19,2$ ml/phút.

Độ lọc cầu thận trung bình của thận có bướu là: $34,2 \pm 18,6$ ml/phút

Kích thước bướu

Kích thước bướu trung bình: $48,1 \pm 8,2$ mm. Nhỏ nhất là 40 mm, lớn nhất là 70 mm.

Bảng 3. Phân bố kích thước bướu thận của bệnh nhân

Kích thước (mm)	40 - 49	50 - 59	60 - 70	Tổng
Số BN	27	8	6	41
Tỉ lệ %	65,9	19,5	14,6	100

Bảng 4. Đặc điểm bướu thận trong nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân (N)	41
Thận trái/phải	18/23
Vị trí bướu	
Mặt trước	27 TH (65,9%)
Mặt sau	14 TH (34,1%)
Vị trí bướu	

Cực trên	13 TH (31,7%)
Giữa	13 TH (31,7%)
Dưới	15 TH (36,6%)
Tính chất endophytic	
<40%	10 TH (24,4%)
40% - 70%	23 TH (56,1%)
>70%	8 TH (19,5%)

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Tổng số bệnh nhân	41
Trong phúc mạc	15 TH (36,6%)
Sau phúc mạc	26 TH (63,4%)
Chuyển mổ mở	1/41 TH (2,4%)
Kẹp mạch máu thận	
Không	2 TH (4,9%)
Động mạch thận	32 TH (78,1%)
Động và tĩnh mạch thận	9 TH (22%)
Enucleation (pure/hybrid)	38/41 TH (92,7%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	162,3 ± 53,8 (75 – 360)
Mất máu (cc)	200,7 ± 248,1 (20 - 1100)
Thời gian WIT (phút)	20,5 ± 7,7 (0 – 45)
Truyền máu	3/41 (7,3%)
Khâu phục hồi đài bể thận	35/41 (85,4%)
Khâu chủ mô thận	
Mũi rời	7 TH (17,1%)
Liên tục/ Mũi chữ U	34 TH (82,9%)
Thời gian nằm viện (ngày)	5,7 ± 1,6 (3 – 9)

Bảng 6. Thống kê biến chứng phẫu thuật

Biến chứng phẫu thuật	Số BN	Tỉ lệ %
Sốt	2	
Tụ máu/ Tụ dịch	7	
Chảy máu cấp tính	1	
Thuyên tắc mạch	0	
Mổ mở khâu cầm máu	1	
Cắt thận	0	
Rò nước tiểu	2	
Đặt thông JJ	2	
Mổ lại	0	
Tổng	9	22,0
Không biến chứng	32	78,0
Tổng	41	100

Bảng 7. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ	Số BN	Tỉ lệ %
Tế bào sáng	22	92,7
Dạng nhú	10	
Chromophobe	6	
RCC	38	92,7
Biên phẫu thuật âm tính	37/38 TH	
U mạch cơ mỡ (AML)	3	7,3
Tổng	41	100

IV. BÀN LUẬN**Lựa chọn hướng tiếp cận PTNS xuyên phúc mạc hay sau phúc mạc**

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận một số kinh nghiệm trong việc lựa chọn hướng tiếp cận PTNS trong hay sau phúc mạc. Các tính chất bướu như vị trí trước/sau, trên/giữa/dưới, kích thước là các yếu tố chính tác động vào việc lựa chọn hướng tiếp cận.

Chúng tôi nhận thấy: Bướu cực trên, mặt sau, kích thước < 5cm thì hướng PTNS sau phúc mạc có vẻ chiếm ưu thế. Ngược lại, các bướu mặt trước, cực dưới, kích thước > 5cm thì hướng tiếp cận trong phúc mạc lại có thể thuận lợi hơn. Tuy nhiên, việc lựa chọn là không cứng nhắc theo quy tắc cụ thể. Các yếu tố như thói quen, kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như BMI hoặc tiền căn mổ vùng bụng hay vùng hông lưng của BN cũng là các yếu tố tác động đến việc lựa chọn hướng tiếp cận. Mặc dù vậy, việc quen thuộc, thành thạo với cả 2 hướng tiếp cận sẽ giúp PTV tự tin và có nhiều lựa chọn mang lại lợi ích tối ưu cho bệnh nhân.

Các kết quả chính về kết quả phẫu thuật so sánh giữa PTNS trong và sau phúc mạc như thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biên phẫu thuật là tương đương nhau. Tuy nhiên, PTNS sau phúc cho kết quả tốt hơn về thời gian hồi phục và thời gian nằm viện sau mổ [9].

Về kỹ thuật kẹp mạch máu thận

Có 39/41 TH đều được kẹp mạch máu với dụng cụ kẹp bulldog. Hai trường hợp còn lại do bướu thận nằm ở ngoại vi, liên quan tối thiểu với chủ mô thận nên không cần kẹp mạch máu (zèo ischemia)

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, với hướng tiếp cận PTNS sau phúc mạc, chúng tôi nhận thấy với áp lực bơm hơi là 12-15 mmHg là đủ để làm xẹp tĩnh mạch thận. Do đó, PTV chỉ cần kẹp động mạch thận mà không cần kẹp tĩnh mạch trong 26/26 BN (tức là 100% các TH) PTNS sau phúc mạc cắt một phần thận.

Đối với PTNS trong phúc mạc, khi tiếp cận rốn thận sẽ bộc lộ tĩnh mạch thận trước và động mạch thận phía sau tĩnh mạch thận nên PTV tiến hành đánh dấu cả động mạch và tĩnh mạch thận trước khi kiểm soát mạch

máu. Chúng tôi sẽ kẹp động mạch thận trước và sau đó tiến hành cắt bấu; nếu ghi nhận khi cắt bấu chưa kiểm soát chảy máu hiệu quả thì sẽ tiến hành kẹp cả tĩnh mạch thận. Chúng tôi nhận thấy, đối với PTNS trong phúc mạc cắt một phần thận phía bên trái thì đa số TH chỉ cần kiểm soát động mạch thận là hiệu quả. Cần kẹp cả tĩnh mạch thận phải đối với các TH cắt một phần thận phía bên phải; nguyên nhân vì tĩnh mạch thận phải gần tĩnh mạch chủ nên áp lực cao; vì vậy, áp lực ổ bụng khi mổ nội soi không đủ làm xẹp tĩnh mạch.

Về kỹ thuật cắt bấu

Theo xu hướng hiện nay của các trung tâm Tiết niệu trên thế giới, kết quả cắt bấu trong phẫu thuật cắt một phần thận thì một biên phẫu thuật âm tính là đạt yêu cầu về mặt ung thư học. Độ dày của biên phẫu thuật đường như không ảnh hưởng đến khả năng tái phát hay tiến triển của bấu [10].

Đồng thời, các bấu thận giai đoạn T1b (lớn hơn 4 cm) sẽ nằm sát hệ thống mạch máu và đài bể thận. Do đó, việc áp dụng kỹ thuật bóc bấu đối với bấu thận kích thước lớn sẽ giúp giảm biến chứng chảy máu, rò nước tiểu và vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học.

Chỉ có 3/34 BN là áp dụng đơn thuần kỹ thuật cắt bấu (pure resection). Ba trường hợp này là các TH bấu nằm ở 1 cực của thận nên ít khả năng chảy máu do không liên quan mạch máu lớn của thận.

Về kỹ thuật khâu phục hồi thận

Do bấu có kích thước lớn nên phần lớn các TH (35/41 các TH; chiếm 85,4%) cần

khâu phục hồi đài bể thận

Về kỹ thuật khâu phục hồi chủ mô thận có 2 kỹ thuật được áp dụng là mũi khâu liên tục và mũi khâu rời. Trong mẫu nghiên cứu, để tiết kiệm thời gian thiếu máu nóng WIT, chúng tôi chỉ áp dụng mũi khâu rời để khâu khép chủ mô trong các TH đã ngưng kiểm soát động mạch thận. Mũi liên tục áp dụng trong cả 2 TH đã ngưng hoặc còn kẹp động mạch thận.

Hiện nay, các nghiên cứu đã có không cho thấy sự khác biệt về chức năng thận sau mổ giữa 2 kỹ thuật khâu [11]. Nhóm nghiên cứu chờ đợi kết quả so sánh về chức năng thận giữa 2 kỹ thuật khâu trong quá trình theo dõi sau mổ.

Về kết quả phẫu thuật

Thời gian thiếu máu nóng trung bình: $20,5 \pm 7,7$ phút. Có 2 TH không kẹp động mạch thận nên WIT = 0 phút. Đây là 1 TH bấu tương đối đơn giản, kích thước 45mm, cực dưới thận và nằm gần như nhô ra hoàn toàn chủ mô thận.

TH thiếu máu nóng dài nhất là TH bấu vùng rốn thận phức tạp với thời gian mổ kéo dài 360 phút. WIT = 45 phút trong TH này.

Chúng tôi ghi nhận được một số kết quả khả quan về thời gian WIT. 40/41 BN có WIT < 30 phút; trong đó 25 BN (chiếm 62,5% các TH) có WIT < 20 phút; mốc tối ưu trong bảo tồn chức năng thận. 1 TH bấu phức tạp có WIT > 30 phút cần theo dõi và đánh giá thêm về chức năng thận sau mổ. So sánh với một số nghiên cứu tại các trung tâm khác trên thế giới, thời gian WIT của chúng tôi là tương đương [5].

Lượng máu mất trung bình: $200,7 \pm 248,1$ ml. Có các TH gần như không mất máu (20 ml). TH mất máu nhiều nhất là TH bướt thận phức tạp như đã nêu trên với lượng máu mất là 1100 ml. Tuy nhiên, TH này không cần chuyển mổ mở vì mất máu rỉ rả, phẫu trường vẫn rõ ràng và việc khâu phục hồi đài bể thận và chủ mô thận vẫn hiệu quả và không kéo dài.

Có 1 TH phải chuyển mổ mở để khâu cầm máu (không cần cắt thận) vì kiểm soát thiếu một nhánh động mạch thận (mất máu 900ml). 3/41 TH (8,8% các TH) cần truyền hồng cầu lắng trong và sau mổ. Tuy nhiên, không TH nào phải truyền quá 02 đơn vị hồng cầu lắng.

Lượng máu mất và thời gian thiếu máu nóng là 2 yếu tố liên quan nhau trong phẫu thuật cắt một phần thận [12]. Để giảm WIT, nhiều TH trong nghiên cứu được ngưng kiểm soát mạch máu sau khi khâu phục hồi đài bể thận và đáy mật cắt hiệu quả. Chúng tôi cố gắng cân bằng giữa 2 yếu tố này với mục tiêu: giảm WIT tối đa mà không cần truyền máu.

Biên phẫu thuật: Trong 41 BN có 38 TH là ung thư tế bào thận (RCC). 37/38 BN có biên phẫu thuật âm tính. Chỉ có 1/38 TH có biên phẫu thuật dương tính. Đó là TH bướt thận vùng rốn thận phức tạp. Dù vậy, TH này không ghi nhận vỡ vỏ bao bướt trong mổ. Nhóm nghiên cứu vẫn theo dõi sát trường hợp này, đến thời điểm hiện tại là 16 tháng sau phẫu thuật vẫn chưa ghi nhận tái phát.

Biến chứng phẫu thuật

Có 32/41 BN (chiếm 78% các TH) không

ghi nhận biến chứng phẫu thuật. 9/41 BN (chiếm 22,0% các TH) ghi nhận có các biến chứng.

Các biến chứng thường gặp là tụ dịch/tụ máu sau mổ và tất cả đáp ứng điều trị bảo tồn, không cần can thiệp thủ thuật/phẫu thuật. TH biến chứng nặng nhất là chảy máu cấp tính cần chuyển mổ mở khâu cầm máu ngay trong mổ, không cần cắt thận. TH này sau đó theo dõi không biến chứng hậu phẫu như tiểu máu, rò nước tiểu.

Một kết quả khả quan của nhóm nghiên cứu là không TH nào ghi nhận biến chứng tiểu máu, một biến chứng đặc trưng của PTNS cắt một phần thận, có thể do kinh nghiệm PTV và kỹ thuật khâu cầm máu điểm phần đáy bướt hiệu quả. Có 2 TH rò nước tiểu sau mổ, cả TH đều chỉ cần can thiệp nội soi đặt thông JJ, khâu cầm mổ lại và cả 2 TH đều lành sau đặt JJ 2-3 ngày, rút dẫn lưu trước xuất viện.

Nếu phân loại biến chứng theo phân độ Clavien - Dindo thì có 3 TH biến chứng độ III (2 TH độ IIIa và 1 TH độ IIIb) là các TH cần can thiệp điều trị thủ thuật/phẫu thuật; 2 TH độ II và 3 TH độ I. Không có TH biến chứng độ IV hoặc V.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn đang tiếp tục được tiến hành nhằm theo dõi các kết quả về mặt ung thư học sau phẫu thuật nội soi cắt một phần thận. Đồng thời, đây vẫn là một phẫu thuật khó, nhiều thử thách đòi hỏi nhiều kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tuy vậy, tính đến thời điểm hiện tại, các số liệu thực

sự đáng khích lệ, cho thấy PTNS cắt một phần thận là an toàn có tính khả thi cao cho các bướu thận có kích thước lớn hơn 4 cm. Chúng tôi hy vọng trong tương lai, với trang bị và công cụ PTNS ngày càng cải thiện, PTNS cắt một phần thận sẽ được mở rộng cho nhiều trung tâm nhằm đem lại lợi ích điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Flam T. et al** (1998), "Tumeur du rein", *Mémento Urologie*, pp. 236-248.
2. **Winfield H.N. et al** (1993), "Laparoscopic partial nephrectomy: Initial case report for benign disease", *J Endo*, 7(6), pp. 521-526.
3. **Campbell S.C. et al** (2016), "Renal tumor", *Campbell-Walsh Urol*, Chapter 47, 11th ed, Section XII.
4. **Patard J-J, Pantuck AJ, Crepel M et al** (2007) Morbidity and clinical outcome of nephron-sparing surgery in relation to tumour size and indication. *Eur Urol* 52:148–154
5. **Porpiglia F, Fiori C, Piechaud T.** Laparoscopic partial nephrectomy for large renal masses: results of a European survey. *World J Urol*. 2010 Aug;28(4):525-9.
6. **AUA Guideline** (2018). Panel Member. Renal mass and localized renal cancer.
7. **Ljungberg B. et al** (2019), "Guidelines on renal cell carcinoma", *European association of urology*.
8. **Phạm Phú Phát** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi Sau phúc mạc cắt một phần thận trong bướu thận nhỏ. Luận án Tiến sĩ Y học.
9. **Porpiglia F, Mari A, Amparore D, Fiori C, Antonelli A.** RECORD 2 Project. Transperitoneal vs retroperitoneal minimally invasive partial nephrectomy: comparison of perioperative outcomes and functional follow-up in a large multi-institutional cohort (The RECORD 2 Project). *Surg Endosc*. 2021 Aug;35(8):4295-4304.
10. **Hein Van Poppel, Steven Joniau,** How Important Are Surgical Margins in Nephron-Sparing Surgery?, *European Urology Supplements*, Volume 6, Issue 8,2007,Pages 533-539
11. **Bertolo R, Campi R, et. al.** Systematic Review and Pooled Analysis of the Impact of Renorrhaphy Techniques on Renal Functional Outcome After Partial Nephrectomy. *Eur Urol Oncol*. 2019 Sep;2(5):572-575

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI NIỆU QUẢN MỀM DÙNG MỘT LẦN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Châu Quý Thuận², Hoàng Tiến Đạt¹, Ngô Xuân Thái^{1,2},
Thái Minh Sâm^{1,2}, Hoàng Khắc Chuẩn², Thái Kinh Luân^{1,2},
Vũ Đức Huy², Quách Đô La², Nguyễn Duy Điền²,
Nguyễn Trọng Hiền², Nguyễn Thành Tuấn^{1,2},
Nguyễn Hoài Phan², Lê Nho Tình², Đỗ Văn Công²,
Trần Anh Vũ², Lý Hoài Tâm², Phạm Đức Minh^{1,2}, Đinh Lê Quý Văn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng tán sỏi ngược dòng bằng nội soi niệu quản mềm dùng một lần tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt trường hợp từ 10/2020 đến hết tháng 3/2022, có 67 TH sỏi thận được tán sỏi ngược dòng bằng nội soi niệu quản mềm dùng một lần tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu có 67 trường hợp gồm 38 nam (56,7%). Tuổi trung bình $50,75 \pm 14,28$ tuổi (19-82 tuổi). Kích thước sỏi trung bình $14,74 \pm 4,4$ mm (8-30). Kích thước sỏi đài dưới trung bình là $14,41 \pm 3,99$ (8-24mm). Số lượng sỏi trung bình $1,54 \pm 0,88$ viên (1-5). Sỏi thận phải chiếm 32/67 TH (47,8%), sỏi đài dưới 42/51 TH chiếm 62,7%. Góc bể thận-dài dưới trung bình $49,57 \pm 13,9$ độ (25,9-82 độ). Đặt thông double-J trước mổ 38/67 trường hợp

chiếm 56,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình $80,45 \pm 29,59$ phút (30-140 phút). Thời gian nằm viện trung bình $3,6 \pm 2$ ngày (1-14 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ, sau 1 tháng và sau 3 tháng đạt 70,2%; 71,6% và 86,6%. Biến chứng trong mổ ghi nhận 1 TH (1,49%) chảy máu. Biến chứng sau mổ có 9 TH (13,4%) với tiểu máu 6 TH (8,95%), nhiễm khuẩn đường tiết niệu 2 TH (2,9%) và 1 TH (1,49%) choáng nhiễm khuẩn kèm tổn thương hệ thống đài bể thận và không có TH nào tử vong.

Kết luận: Tán sỏi ngược dòng bằng nội soi niệu quản mềm dùng một lần trong điều trị sỏi thận tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ sạch sỏi cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Sỏi đường tiết niệu trên, nội soi niệu quản mềm dùng một lần.

SUMMARY

SINGLE-USE FLEXIBLE URETEROSCOPY LITHOTRIPSY IN TREATMENT OF RENAL STONE AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of upper urinary tract stone treatment with digital single-use flexible ureteroscopy.

Materials and methods: A case series was performed patients with upper urinary tract stone and treated with digital single-use flexible

¹Bộ môn Tiết Niệu Học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tiến Đạt
SĐT: 0353655961

Email: dathoangmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

ureteroscopy and holmium laser lithotripsy at Urology Department of Cho Ray hospital from October 2020 to February 2022.

Results: Sixty-seven patients were identified for intrarenal calculi with 38 males (56,7%). Mean age was $50,75 \pm 14,28$ (range: 19-82). The mean stone size was $14,74 \pm 4,4$ mm (range: 8-30) The mean number of stones per patient was $,54 \pm 0,88$ (range: 1-5). The most frequent stone location was in lower pole stone was 42 (62,7%). 38 patients were prestented (56,7%). The mean surgical time was $72,5 \pm 33,41$ minutes (range: 25-180). The mean hospital stay was $3,7 \pm 2$ days (range: 2-14). The overall stone-free rates after one and two procedures were 64.7% and 92.2%, respectively. The immediate postoperative stone-free rate was 70,2%. The stone-free rate at 1-month and 3-month after surgery were 71,6% and 86,6%, respectively. The overall early postoperative complication rate was 13,4%, including hematuria, urinary tract infection and urosepsis combined collecting system injury

Conclusions: In this study, single-use flexible ureteroscopy is a safe and effective procedure for treatment of renal stones.

Keywords: Upper urinary tract stone, single-use flexible ureteroscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là một trong các bệnh lý tiết niệu có tỉ lệ mắc cao, đặc biệt những nước nằm trong vành đai sỏi và là gánh nặng trong chăm sóc y tế. 1 Theo Hội Tiết Niệu châu Âu (2022), tán sỏi bằng ống nội soi niệu quản mềm, tán sỏi thận qua da và tán sỏi ngoài cơ thể đều là lựa chọn đầu tiên cho sỏi thận ≤ 20 mm. 2 Tán sỏi bằng ống nội soi niệu quản mềm ưu thế hơn tán sỏi ngoài cơ thể với tỉ lệ sạch sỏi theo các nghiên cứu từ 86,8% đến 97%. 3-5 Năm 2015, ống nội soi niệu quản mềm dùng một lần hoàn toàn đầu

tiên được giới thiệu, khắc phục được những nhược điểm của loại máy dùng nhiều lần và cải thiện thao tác trên máy, hiệu quả được chứng minh tương đương với các ống nội soi niệu quản mềm dùng nhiều lần. 6 Nghiên cứu tổng quan hệ thống về hiệu quả của nội soi niệu quản mềm dùng một lần trong điều trị sỏi thận ghi nhận tỉ lệ sạch sỏi toàn bộ là 87% với tỉ lệ biến chứng thấp. 6 Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng tán sỏi ngược dòng bằng nội soi niệu quản (NSNQ) mềm dùng một lần tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận được tán sỏi ngược dòng bằng NSNQM dùng một lần tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2020 đến hết tháng 3/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận có thể kèm sỏi niệu quản cùng bên được tán sỏi ngược dòng bằng nội soi niệu quản mềm dùng một lần tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp thiếu thông tin trong hồ sơ bệnh án.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

Cỡ mẫu

Do nghiên cứu mô tả báo cáo hàng loạt trường hợp nên không cần tính cỡ mẫu.

Phân tích số liệu thống kê

Dùng phần mềm Stata 14.1, nhập và xử lý dữ liệu thống kê. Chọn độ tin cậy với $p < 0,05$.

Phương tiện nghiên cứu:

Dàn máy nội soi tiết niệu Sony & Olympus; máy tán sỏi Laser Raykeen với sợi Laser tán sỏi 272 μm ; ống soi NQ bán cứng Rudolf 7,5/9,5Fr; ống soi NQ mềm dùng một lần Uscope PU3022® 9,5Fr với kênh thao tác 3,6Fr, gập được hai hướng 270 độ; giá đỡ

NQ có kênh hút ClearPetra® đường kính 10/12Fr, chiều dài 36cm hoặc 46cm tùy bệnh nhân; máy bơm nước Storz, dây dẫn đường ura nước PTFE 0,035 inch đầu thẳng, cong và ống thông JJ 6-7Fr, rọ lấy sỏi nitinol 2,4Fr.



Hình 20. Trang thiết bị dụng cụ trong phẫu thuật nội soi quản ống mềm tán sỏi

Đánh giá tình trạng sạch sỏi:

Chụp KUB kiểm tra sau mổ ngày 1, sạch sỏi khi không còn mảnh sỏi ≥ 4 mm.

Sốt sỏi sau mổ: các trường hợp còn sót sỏi ≥ 4 mm trên phim KUB hoặc siêu âm bụng sau mổ.

Đánh giá tai biến-biến chứng:

Biến chứng trong mổ: chảy máu, tổn thương NQ, trầy xước niêm mạc NQ, thủng NQ, tổn thương NQ do nhiệt hoặc cơ học khi tán sỏi, đứt NQ.

Biến chứng sớm sau mổ: thoát nước tiểu ra ngoài hoặc nang giả niệu, tắc NQ do chuỗi sỏi hoặc máu cục, chảy máu, thuyên tắc tĩnh mạch sâu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, choáng nhiễm khuẩn.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Quyết định số 234/HĐĐĐ-ĐHYD được ký ngày 28/02/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 10/2020 đến 3/2022, tại bệnh viện Chợ Rẫy có 67 bệnh nhân được tán sỏi thận ngược dòng bằng ống nội soi niệu quản mềm dùng một lần. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 34. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm (n=23)	Giá trị (n, %)
Tuổi trung bình (năm)	50,75 ± 14,28 (19-82)
BMI trung bình (kg/m ²)	23,32 ± 3,87 (17,4-38,06)
Giới tính	
Nam	38 (56,7%)
Nữ	29 (43,3%)
Tiền căn điều trị sỏi	23 (4,5%)
Nội soi niệu quản tán sỏi	9 (13,4%)
Tán sỏi ngoài cơ thể	5 (7,5%)
Tán sỏi thận qua da	1 (1,5%)
Mở mở lấy sỏi	8 (11,9%)
PT nội soi sau phúc mạc	3 (4,5%)

Bảng 35: Kết quả điều trị

Đặc điểm sỏi	Giá trị
Bên phải n(%)	32 (47,8%)
Số lượng sỏi n(%)	47 (70,2%)
Kích thước sỏi toàn bộ (mm)	14,74 ± 4,4 (8-30)
Kích thước sỏi đài dưới (mm)	14,41 ± 3,99 (8-24)
Số lượng sỏi n(%)	1,54 ± 0,88 (1-5)
Góc bể thận-đài dưới* (độ)	49,57 ± 13,9 (25,9-82)
Thận ứ nước n(%)	34 (50,7)
Vị trí sỏi n(%)	
Bể thận	14 (20,9)
Đài trên	2 (3)
Đài giữa	8 (11,9)
Đài dưới	25 (37,3)
Bể thận và đài giữa	1 (1,5)
Bể thận và đài dưới	10 (14,9)
Đài giữa và đài dưới	7 (10,4)
Sỏi niệu quản kèm theo n(%)	22 (32,8)
Kích thước sỏi niệu quản (mm)	10,27 ± 4,2 (4-20)
Sỏi niệu quản đoạn lưng n(%)	16 (72,7%)

* đối với sỏi thận đài dưới

Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu, có 38 TH (56,7%) được đặt thông JJ trước mổ. Các TH đặt

thông JJ trước mổ có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn nhóm không đặt thông JJ trước mổ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu có

9/67 TH (13,43%) có biến chứng sau mổ, trong đó phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo có 6 TH (8,95%) nhóm I, 2 TH (2,98%) nhóm II và 1 TH (1,49%) nhóm IVa. Không có TH nào tử vong sau mổ.

Có 6 TH (8,95%) tiểu máu sau mổ, được điều trị truyền dịch, cầm máu và tất cả không cần truyền máu. Có 2 TH (2,98%) có nhiễm

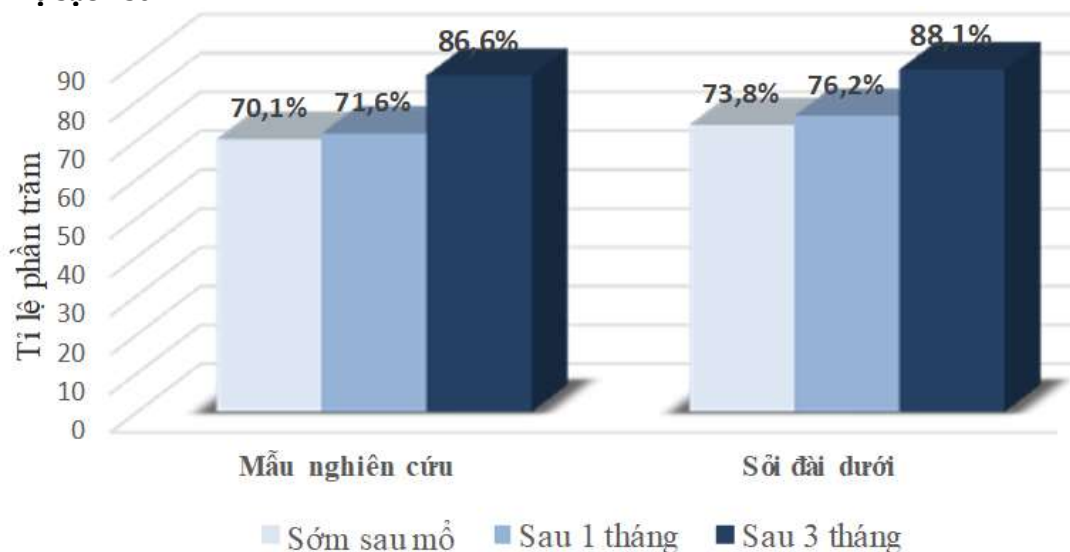
khuẩn đường tiết niệu sau mổ, Clavien-Dindo độ II. Cả hai trường hợp đều được nâng bậc kháng sinh. Có 1 TH (1,49%) tổn thương hệ thống đài bể thận và choáng nhiễm khuẩn, được điều trị hồi sức, vận mạch Noradrenaline, nâng bậc kháng sinh. Sau điều trị, bệnh nhân ổn, xuất viện sau 14 ngày.



Hình 21. Biến chứng tổn thương hệ thống đài bể thận

Bảng 36. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị (n=67)
Đặt thông JJ trước mổ n(%)	38 (56,7%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	80,45 ± 29,59 (30-140)
Đặt giá đỡ niệu quản n(%)	66 (98,5)
Dùng rọ nitinol trong mổ n(%)	16 (23,9)
Thời gian nằm viện (ngày)	3,6 ± 2 (1-14)
Biến chứng trong mổ	
Chảy máu	1 (1,49)
Biến chứng sau mổ	
Tiểu máu	6 (8,95)
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	2 (2,9)
Choáng nhiễm khuẩn và tổn thương hệ thống đài bể thận	1 (1,49)

Tỉ lệ sạch sỏi**Biểu đồ 8. Tỉ lệ sạch sỏi theo thời gian**

Nghiên cứu có 47 TH đạt sạch sỏi sớm sau mổ chiếm tỉ lệ 70,2%. Sau 1 tháng và 3 tháng, tỉ lệ sạch sỏi tăng lên thành 48 TH (71,6%) và 85 TH (86,6%). Đối với sỏi thận đài dưới, tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ, sau 1 tháng và sau 3 tháng lần lượt là 73,8%, 76,2% và 88,1%.

Sau mổ 1 tháng, có 19 TH (28,4%) còn sót sỏi $\geq 4\text{mm}$, trong đó có 5 TH được điều

trị bổ sung lần 2. Có 4 TH (5,9%) trước mổ có sỏi thận $\geq 20\text{mm}$, được tán sỏi bằng ống NSNQM lần 2. Cả 4 TH đều đạt sạch sỏi sau mổ lần 2. Một TH (1,5%) sót sỏi sớm sau mổ và sau mổ 1 tháng ghi nhận sỏi niệu quản đoạn chậu được nội soi niệu quản tán sỏi lần 2. Sau 3 tháng, có 9 TH (13,4%) sót sỏi.

Bảng 37. Tương quan một số yếu tố với tỉ lệ sạch sỏi

Yếu tố	Giá trị p	Phương pháp kiểm định
Tiền căn điều trị sỏi	0,785	Kiểm định chi bình phương
Vị trí sỏi	0,284	Kiểm định chi bình phương
Kích thước sỏi	0,085	Kiểm định chính xác Fisher
Góc bể thận-dài dưới*	0,469	Kiểm định chính xác Fisher
Đặt JJ trước mổ	0,331	Kiểm định chi bình phương
Dùng rọ lấy sỏi	0,526	Kiểm định chính xác Fisher

* đối với sỏi đài dưới

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm sỏi**

Nghiên cứu của chúng tôi có kích thước sỏi trung bình là $14,74 \pm 4,4\text{ mm}$, nhỏ nhất là 8 mm, lớn nhất là 30 mm, trong đó sỏi thận

đài dưới có kích thước trung bình là $14,41 \pm 3,99\text{ mm}$ (8-24 mm). Có 60 TH (88,95%) sỏi kích thước từ 10-20 mm, 4 TH (5,97%) sỏi $> 2\text{cm}$ và số lượng sỏi trung bình là $1,54 \pm 0,88$ viên (1-5 viên). Chúng tôi ghi nhận số lượng

sỏi không liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ, sau 1 và 3 tháng. Báo cáo của Breda và cộng sự (2008) về hiệu quả của tán sỏi bằng ống nội soi niệu quản mềm trong các trường hợp nhiều sỏi cho thấy, kích thước trung bình của 1 viên sỏi là $6,6 \pm 3$ mm (2-15 mm), số lượng sỏi trung bình là $3,1 \pm 1$ viên (2-6 viên) và gánh nặng sỏi hay đường kính tích lũy tối đa của sỏi là 21 ± 6 mm (13-36 mm).⁷ Trong đó, sỏi thận đài dưới và giữa chiếm tỉ lệ cao nhất với 37,3% và 31,05%.⁷ Kết quả sau 1 lần điều trị đạt tỉ lệ sạch sỏi là 64,7% và tăng lên 92,2% sau điều trị bổ sung lần 2 với tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ thấp.

Về tỉ lệ sạch sỏi

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ tăng lên từ 70,2% thành 71,6% sau 1 tháng và 86,6% sau 3 tháng. Tỉ lệ sạch sỏi sau 3 tháng so với sau mổ và sau 1 tháng tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ khoảng 51,7%-74,5% nhưng sau 3 tháng, tỉ lệ sạch sỏi có thể lên đến 75-97,3%.^{7, 8} Đánh giá tình trạng sạch sỏi bằng hình ảnh học ngày đầu hoặc tuần đầu sau mổ có thể dương giả cao do mảnh sỏi vụn có thể tự tổng xuất mà không gây biến cố bất lợi, do đó tuần thứ 4 sau mổ là thời điểm chính xác nhất để đánh giá sỏi sau mổ và đưa ra hướng điều trị bổ sung.² Hội Tiết niệu Châu Âu (2022) đưa ra đồng thuận đối với những trường hợp có mảnh sỏi vụn ≤ 4 mm nên được theo dõi bằng KUB và/hoặc siêu âm

bụng mỗi 6 tháng sau phẫu thuật cho đến 2 năm và chỉ nên chụp CT-scans nếu bệnh nhân có triệu chứng hoặc dự định can thiệp phẫu thuật.²

Về đặt thông JJ trước phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 38 TH được thông JJ trước phẫu thuật chiếm 56,72%, trong đó thận ứ nước nhiễm khuẩn chiếm 44,74%. Đặt JJ trước phẫu thuật 2 tuần theo yêu cầu của phẫu thuật viên có 11 TH (28,95%). Các nguyên nhân còn lại bao gồm cơn đau quặn thận, hẹp niệu quản, sỏi sỏi sau mổ mở lấy sỏi, nội soi tán sỏi và tán sỏi ngoài cơ thể.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối tương quan giữa đặt thông JJ trước mổ và tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ mặc dù tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ, 1 tháng và 3 tháng cao hơn nhóm không đặt thông JJ trước mổ. Tuy nhiên, nghiên cứu lâm sàng toàn cầu về nội soi niệu trên 1622 TH sỏi thận được tán sỏi ngược dòng bằng ống NSNQM cho thấy đặt thông niệu quản trước mổ chỉ có 609 TH (37,8%), trong đó 590 TH là thông JJ và 19 TH được đặt thông niệu quản khác.⁹ Tỉ lệ sạch sỏi ở nhóm có đặt thông niệu quản trước mổ là 79,6% so với nhóm không đặt là 72,9%, có ý nghĩa thống kê.⁹ Theo Chang (2021), đặt thông niệu quản trước mổ có lợi cho cuộc mổ vì giúp làm thẳng và dẫn niệu quản thụ động trước mổ, cải thiện dòng nước tưới rửa qua đó tăng chất lượng hình ảnh, đồng thời làm tăng tỉ lệ tổng xuất sỏi sau mổ.¹⁰

Bảng 38. So sánh tỉ lệ sạch sỏi với các nghiên cứu khác

Nghiên cứu	Số TH	Kích thước sỏi (mm)	Tiêu chuẩn	Tỉ lệ sạch sỏi (%)		
				Sớm sau mổ	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
P.T. Bảo (2016) ⁸	60	$10,7 \pm 3,5$	<4 mm	51,7	61,7	75
P.N. Hùng (2018) ¹¹	78	$17,78 \pm 7,21$	≤ 4 mm	71,79	35,9	74,4
Jin (2019) ¹²	110	$16,4 \pm 3,3$	<3 mm	74,5	91,8	97,3
Chúng tôi (2022)	67	$14,74 \pm 4,4$	<4 mm	70,2	71,6	86,6

Về tỉ lệ biến chứng

Chúng tôi ghi nhận 9 TH (13,43%), trong đó, có 8 TH phân độ Clavien-Dindo I,II. Có 6 TH tiểu máu sau mổ, được điều trị cầm máu, truyền dịch, tất cả đáp ứng, không cần truyền máu sau mổ và 2 TH nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau mổ được điều trị bù dịch, nâng bậc kháng sinh và không có TH nào tử vong. Nghiên cứu của Rosette và cộng sự đánh giá biến chứng sau nội soi niệu quản ngược dòng trên 11885 bệnh nhân ghi nhận biến chứng trong mổ thường gặp nhất chảy máu với 1,4% và thủng niệu quản chiếm 1,0%. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là sốt sau mổ 1,8%, nhiễm khuẩn đường tiết

niệu 1,0% và chảy máu 0,4%.¹³ Nghiên cứu tổng quan y văn của Jenni Lane (2020) đánh giá tương quan giữa thời gian phẫu thuật và kết quả của tán sỏi bằng ống NSNQM trên 23283 BN ghi nhận thời gian mổ kéo dài có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng sau mổ như sốt sau mổ, chảy máu và tổn thương thủng niệu quản, do đó nên hạn chế phẫu thuật quá 90 phút.¹⁴ Các loại ống NSNQM kỹ thuật số có khả năng giúp giảm thời gian phẫu thuật, đặc biệt ống NSNQM dùng một lần được ghi nhận có thời gian phẫu thuật trung bình ít hơn 15 phút so với các loại ống NSNQM dùng nhiều lần.¹⁵

Bảng 39. So sánh tỉ lệ biến chứng với các nghiên cứu khác

Tác giả	Số TH	Tỉ lệ biến chứng sau mổ		
		Tổng cộng (%)	Clavien Dindo độ I, II (%)	Clavien Dindo độ III-V (%)
P.T. Bảo (2016) ⁸	60	16,6	16,6	0
Jean de la Rosette (2014) ¹³	11885	3,5	2,8	0,7
Chúng tôi (2022)	67	13,4	11,9	1,49

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận bằng ống nội soi niệu quản mềm là phương pháp hiệu quả trong các trường hợp có sỏi thận kích thước trung bình (≤ 20 mm), đặc biệt sỏi thận đài dưới còn đối với các TH sỏi > 20 mm có thể cần tán sỏi thì hai để đạt sạch sỏi. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau phẫu thuật có tỉ lệ không cao, tuy nhiên là biến chứng nguy hiểm, cần đặc biệt lưu ý thời gian phẫu thuật cũng như theo dõi sát sau mổ để giảm nguy cơ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Y, Chen Y, Liao B, et al. Epidemiology of urolithiasis in Asia. Asian J Urol. Oct 2018;5(4):205-214. doi:10.1016/j.ajur.2018.08.007
2. Skolarikos A, Neisius A, Petřík A, Somani B, Thomas K, Gambaro G. EAU Guidelines on Urolithiasis. EAU Guidelines Office; 2022.
3. Mi Y, Ren K, Pan H, et al. Flexible ureterorenoscopy (F-URS) with holmium laser versus extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for treatment of renal stone < 2 cm: a meta-analysis. Urolithiasis. Aug 2016;44(4):353-65. doi:10.1007/s00240-015-0832-y
4. Li MM, Yang HM, Liu XM, Qi HG, Weng GB. Retrograde intrarenal surgery vs miniaturized percutaneous nephrolithotomy to treat lower pole renal stones 1.5-2.5 cm in diameter. World J Clin Cases. Dec 6

- 2018;6(15):931-935.
doi:10.12998/wjcc.v6.i15.931
5. **Zeng G, Zhang T, Agrawal M, et al.** Super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) vs retrograde intrarenal surgery for the treatment of 1–2 cm lower-pole renal calculi: an international multicentre randomised controlled trial. *BJU International*. 2018;122(6):1034-1040.
doi:https://doi.org/10.1111/bju.14427
 6. **Davis N, Quinlan M, Browne C, et al.** Single-use flexible ureteropyeloscopy: a systematic review. *World Journal of Urology*. 04/01 2018;36doi:10.1007/s00345-017-2131-4
 7. **Breda A, Ogunyemi O, Leppert JT, Schulam PGJEU.** Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for multiple unilateral intrarenal stones. 2009;55(5):1190-1197.
 8. **Phan Trường Bảo.** Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận. Luận án Tiến sĩ Y học. 2016.
 9. **Assimos D, Crisci A, Culkin D, et al.** Preoperative JJ stent placement in ureteric and renal stone treatment: results from the Clinical Research Office of Endourological Society (CROES) ureteroscopy (URS) Global Study. *BJU Int*. Apr 2016;117(4):648-54. doi:10.1111/bju.13250
 10. **Chang X, Wang Y, Li J, Han Z.** Prestenting versus nonprestenting on the outcomes of flexible ureteroscopy for large upper urinary stones: a systematic review and meta-analysis. *Urologia Internationalis*. 2021;105(7-8):560-567.
 11. **Phạm Ngọc Hùng.** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật nội soi niệu quản ngược dòng điều trị sỏi thận bằng ống soi mềm. Luận án Tiến sĩ Y học. 2018.
 12. **Jin L, Yang B, Zhou Z, Li N.** Comparative Efficacy on Flexible Uteroscopy Lithotripsy and Miniaturized Percutaneous Nephrolithotomy for the Treatment of Medium-Sized Lower-Pole Renal Calculi. 2019;33(11):914-919.
doi:10.1089/end.2019.0504
 13. **de la Rosette J, Denstedt J, Geavlete P, et al.** The clinical research office of the endourological society ureteroscopy global study: indications, complications, and outcomes in 11,885 patients. *J Endourol*. Feb 2014;28(2):131-9.
doi:10.1089/end.2013.0436
 14. **Lane J, Whitehurst L, Hameed BMZ, Tokas T, Somani BK.** Correlation of Operative Time with Outcomes of Uteroscopy and Stone Treatment: a Systematic Review of Literature. *Current urology reports*. Mar 24 2020;21(4):17.
doi:10.1007/s11934-020-0970-9
 15. **Taguchi K, Usawachintachit M, Tzou DT, et al.** Micro-Costing Analysis Demonstrates Comparable Costs for LithoVue Compared to Reusable Flexible Fiberoptic Ureteroscopes. *J Endourol*. Apr 2018;32(4):267-273.
doi:10.1089/end.2017.0523

CÁC YẾU TỐ NGOÀI BÓ MẠCH MÁU THẦN KINH CƯƠNG GIÚP TỐI ƯU HÓA CHỨC NĂNG KIỂM SOÁT NƯỚC TIỂU TRONG PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC

Châu Quý Thuận², Phạm Đức Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc đã có rất nhiều thay đổi đáng kể trong những năm gần đây nhờ vào sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật cũng như sự hiểu biết sâu rộng về các cấu trúc giải phẫu lân cận tuyến tiền liệt. Bảo tồn được các cấu trúc này, bên cạnh giữ được bó mạch thần kinh cương giúp cải thiện về mặt chức năng cho bệnh nhân sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

Từ khóa: Cắt tuyến tiền liệt tận gốc, bảo tồn bó mạch thần kinh cương, cổ bàng quang, cơ thắt niệu đạo, tiểu kiểm soát, rối loạn cương.

SUMMARY

A COMPREHENSIVE REVIEW OF ADJACENT STRUCTURES OF THE PROSTATE BEYOND NEUROVASCULAR BUNDLE RELATED TO PRESERVATION OF CONTINENCE IN RADICAL PROSTATECTOMY

Surgical treatment of prostate cancer has changed dramatically in recent years due to the technical innovations and comprehensive

knowledge of applied anatomy of prostate and its surrounding structures. Preservation of these structures in addition to nerve-sparing procedures results in better postoperative functional outcomes, as well as improved cancer control.

Keywords: prostatectomy, nerve-sparing, bladder neck, urethral sphincter, urinary continence, erectile function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc được xem tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư TTL giai đoạn khu trú. Trong những thập niên gần đây, kỹ thuật cắt TTL tận gốc đã có rất nhiều thay đổi cùng với sự hiểu biết rõ ràng về các cấu trúc giải phẫu liên quan và sự phát triển của các phương tiện phẫu thuật. Ngoài bó mạch thần kinh cương, nhiều yếu tố khác cũng góp phần vào sự cải thiện chức năng kiểm soát nước tiểu và chức năng cương dương nếu được bảo tồn đúng cách. Bài viết nhằm mục đích tóm tắt lại những kỹ thuật giúp bảo tồn những cấu trúc giải phẫu liên quan và những bằng chứng trong y văn hiện tại giúp người phẫu thuật viên có thể tiến hành cắt tuyến tiền liệt tận gốc một cách tối ưu nhất, vừa đảm bảo về mặt ung thư học vừa bảo tồn được chức năng cho bệnh nhân.

Đây chằng và mạch máu liên quan

Đây chằng mu-TTL hay mu-bàng quang

Những sợi cơ xuất phát từ lớp cơ dọc ngoài của bàng quang kéo dài bao phủ mặt trước phần gần của tuyến tiền liệt tạo nên

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Minh

SĐT: 0937392789

Email: phamducminh159@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 30/01/2023

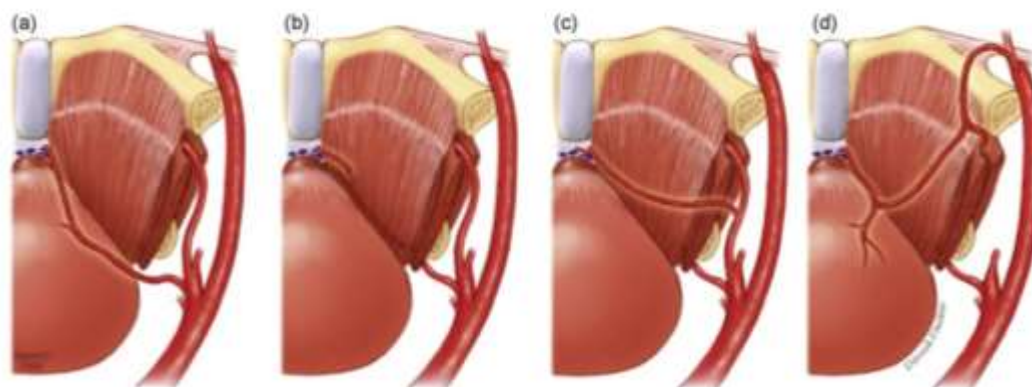
Ngày duyệt bài: 10/03/2023

tầm cơ detrusor (detrusor apron), còn dây chằng mu-TTL hay mu-bàng quang lại xuất phát từ lá tạng của mạc nội chậu 2 bên đến dính chặt vào 1/3 xa TTL bám vào mặt sau xương mu và mặt trước cơ thắt niệu đạo. Vì dây chằng nằm mặt trước TTL nên dễ nhận biết, tuy nhiên khi TTL lớn thì sẽ khó phân biệt hơn. Dây chằng có tác dụng giữ cố định bàng quang, TTL và niệu đạo vào xương mu góp phần vào cơ chế kiểm soát nước tiểu. Một số tác giả đề nghị bảo tồn dây chằng này giúp cải thiện khả năng kiểm soát nước tiểu nhưng bằng chứng còn chưa rõ ràng¹. Thêm vào đó, kỹ thuật giữ lại dây chằng mu-TTL

có thể thực hiện khi cắt TTL qua ngã ngoài phúc mạc hay qua đáy chậu, ngược lại với mổ mở hay tiếp cận qua ngã phúc mạc thì sẽ khó khăn hơn^{2,3}.

Động mạch thẹn phụ

Những động mạch (ĐM) thẹn phụ là những ĐM nông đến hoành chậu đi theo mặt sau xương mu rồi đến dương vật. Nguồn xuất phát có thể từ ĐM chậu trong, chậu ngoài hay ĐM bịt. Những ĐM thẹn phụ cấp máu cho một hoặc cả hai thể hang trong 4 – 75% trường hợp, vì thế bảo tồn những ĐM này có thể cải thiện tỷ lệ rối loạn cương sau cắt TTL tận gốc^{4,5}. (Hình 1)



Hình 22. Biến thể động mạch thẹn phụ 6

(a) ĐM thẹn bên trên cơ nâng, nhánh của ĐM chậu trong, (b) ĐM thẹn phụ vùng móm, nhánh ĐM thẹn dưới cơ nâng, (c) ĐM thẹn phụ từ ĐM bịt, (d) ĐM thẹn phụ từ ĐM chậu ngoài.

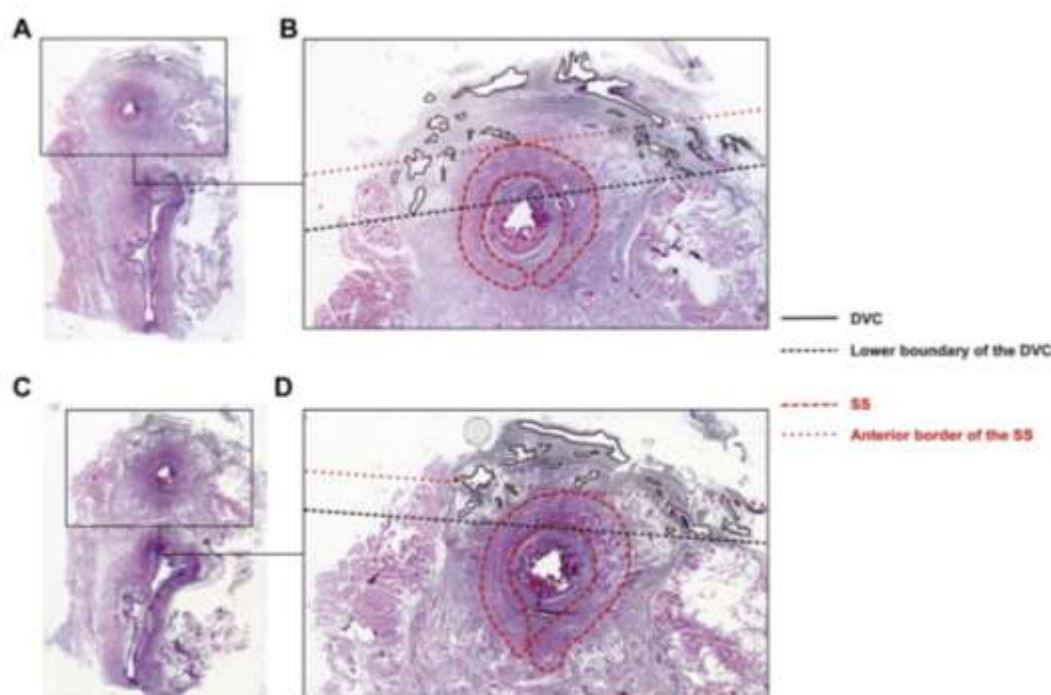
Đám rối mạch máu lưng dương vật

Đám rối tĩnh mạch lưng dương vật (Dorsal Vein complex), hay còn gọi là đám rối Santorini dẫn lưu máu từ những tĩnh mạch dương vật, niệu đạo và tĩnh mạch chậu bên. Bên cạnh đó đám rối còn bao gồm những động mạch nhỏ xuất phát từ ĐM bàng quang dưới, vì thế có thể gọi chính xác hơn là đám rối mạch máu lưng dương vật (Dorsal vascular complex - DVC). Đám rối này nằm

phía mặt bụng của niệu đạo và TTL nên một số tác giả gọi là đám rối mạch máu mặt bụng (Ventral vascular complex). Ở mặt bụng, DVC được bao phủ bởi phần mở rộng của lá tạng mạc nội chậu và tầm detrusor. Tại móm TTL, DVC phân biệt với cơ thắt niệu đạo bởi cân của cơ thắt và được chia ra phần giữa và 2 bên bởi dây chằng mu-TTL. Tại điểm nối giữa TTL – niệu đạo có một mặt phẳng vô mạch giữa TTL và DVC, đây là mốc giải phẫu quan trọng để kiểm soát tốt khi cắt DVC⁷. Khi bộc lộ vị trí này có thể thấy dải mô sợi nằm 2 bên cơ thắt vân đến bám vào lớp trước của cơ thắt, gọi là dây chằng ngoài-TTL Mueller hay trụ Walsh. Vì DVC nằm

chồng lên cơ thắt niệu đạo nên khi cột cắt ngang DVC có thể làm tổn thương cơ thắt làm ảnh hưởng khả năng kiểm soát nước tiểu. Nghiên cứu của Gannzer cho thấy tỷ lệ phần diện tích cắt ngang cơ thắt vân niệu đạo bị DVC bao phủ tại mỏm TTL và cách xa mỏm TTL 5mm lần lượt là 36,7% và

29,9%⁸. Từ kết quả trên cho thấy điểm hạn chế của kỹ thuật khâu cột toàn bộ DVC (en bloc), một phần đáng kể cơ thắt vân niệu đạo có thể bị ảnh hưởng và mất chức năng, vì vậy chỉ nên bóc tách và cột một cách rất chọn lọc. (Hình 2)



Hình 23. Phức hợp mạch máu lưng dương vật và cơ thắt niệu đạo (Tiêu bản cắt ngang vùng mỏm TTL và niệu đạo, nhuộm HE)⁸

(A) Ngang mỏm TTL, (B) Phóng đại hình A, (C) Cách mỏm TTL 5mm về phía xa, (D) Phóng đại hình C. DVC: phức hợp mạch máu lưng dương vật, SS: cơ thắt vân niệu đạo.

Động mạch tuyến tiền liệt

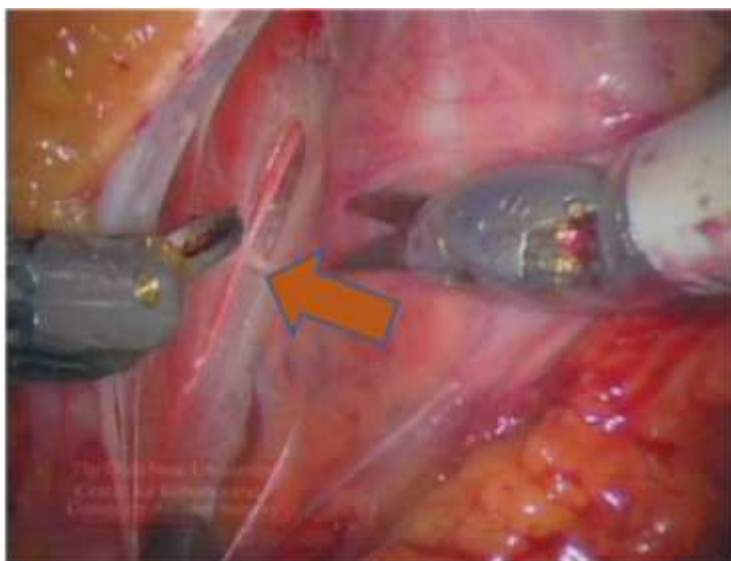
Động mạch thẹn trong là sự tiếp nối của ĐM chậu trong sau khi chia nhánh ĐM bịt, các ĐM bàng quang, ĐM mông trên và dưới. Nguồn xuất phát của ĐM TTL chủ yếu là từ ĐM thẹn trong, sau đó là thân chung mông-thẹn, ít gặp hơn là nhánh ĐM bịt hay ĐM mông dưới. Hầu hết chỉ có một thân chung,

một số trường hợp sẽ có những nhánh nối với đầu tận ĐM thẹn trong, ĐM TTL đối bên hay ĐM bàng quang trên. Sau khi chia các nhánh, ĐM đi ngoằn ngoèo chéo xuống dưới, cho một số nhánh cấp máu mặt sau dưới bàng quang và tận cùng bằng những nhánh đi vào TTL. Trước khi đến vỏ bao TTL, ĐM thường chia làm 2 nhánh chính là cuống ĐM trước bên và cuống ĐM sau bên. Cuống trước bên đi theo một đường cong nông và về phía trước, bao quanh bờ bên đến vùng mỏm TTL cho nhánh xuyên vào vỏ bao TTL ở vị trí 10 giờ và 2 giờ cấp máu cho

vùng trung tâm và vùng chuyển tiếp TTL. Cuống sau bên đi cong về phía sau và sâu hơn bao quanh túi tinh, ống dẫn tinh đến đáy TTL cho nhánh cấp máu ở vị trí 5 giờ và 7 giờ, cấp máu cho hầu hết vùng ngoại vi TTL. Một số trường hợp không có thân chung mà có 2 nhánh ĐM TTL trước-bên và sau-bên riêng biệt. Phân biệt cuống trước bên TTL với ĐM bàng quang không quá khó: ĐM bàng quang đi thẳng hơn, nông hơn và lan tỏa vào thành bàng quang trong khi ĐM TTL lại đi hướng xuống dưới, uốn lượn dạng sóng, phân bố mạch máu dạng hình cầu và theo chu vi phần dưới đáy bàng quang⁹. Bảo tồn cuống mạch trước-bên này có thể giúp cải thiện chức năng cương sau phẫu thuật vì nó cũng cấp máu một phần cho dương vật¹⁰.

Cơ sàn chậu

Phần cơ phía trong nhất của vùng chậu trước là cơ nâng hậu môn, khi gần đến cơ thắt niệu đạo nó đổi tên thành cơ đáy chậu mu và hiện diện ở phần trước trong của cơ nâng hậu môn. Khi cơ cơ đáy chậu mu có ý thức làm kéo niệu đạo và TTL ra trước và lên trên góp phần đóng niệu đạo. Phân bố thần kinh cho cơ này là những sợi của thần kinh chậu dài hay thần kinh cơ nâng hậu môn, chạy dọc trên bề mặt cơ nâng hậu môn ngay bên ngoài cung gân mạc nội chậu. Để giữ được chức năng toàn vẹn của cơ đáy chậu mu và cơ chế ngưng tiểu nhanh (quick-stop mechanism) thì nên bảo tồn được thần kinh này. Thần kinh này có thể bị tổn thương khi mở mạc nội chậu và vén cơ nâng hậu môn ra xa TTL. (Hình 3)



Hình 324. Thần kinh chậu dài hay thần kinh cơ nâng¹¹

Mỡ tuyến tiền liệt và cơ thắt niệu đạo

Có 2 hệ thống cơ thắt niệu đạo riêng biệt: cơ thắt trong niệu đạo ở đầu gần và cơ thắt ngoài niệu đạo ở đầu xa. Có nhiều tác giả cho rằng thuật ngữ cơ thắt trong niệu đạo nên được gọi là cơ thắt bàng quang (vesical sphincter) vì nó hiện diện ở ngang mức với

bàng quang và chức năng là đóng bàng quang lại ở ngang mức này chứ không phải ở mức niệu đạo. Thêm vào đó, cơ thắt trong niệu đạo phân cách bàng quang chứa nước tiểu và phần sinh dục của đường tiết niệu-sinh dục để nó hoạt động chức năng sinh dục (phóng tinh). Trong khi đó, cơ thắt ngoài

niệu đạo lại đóng niệu đạo ở một khoảng cách với bàng quang, do đó nhiều ý kiến cho rằng nên thay thuật ngữ cơ thắt trong và cơ thắt ngoài niệu đạo nên là cơ thắt bàng quang và cơ thắt niệu đạo mà thôi⁶.

Cổ bàng quang

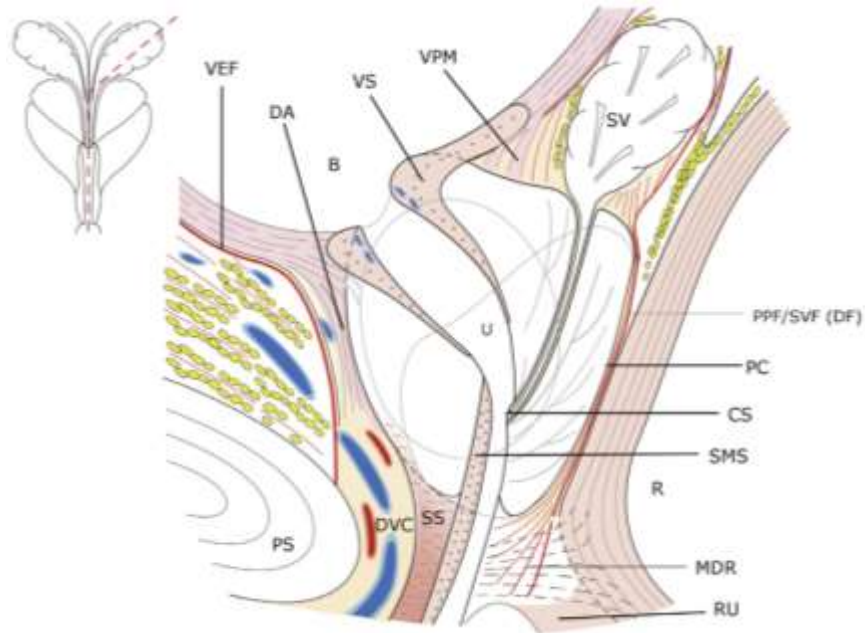
Cổ bàng quang là vùng giải phẫu của đường thoát bàng quang và đường vào của niệu đạo TTL, bao gồm cơ detrusor, cơ thắt bàng quang và những mô lân cận đầu gần TTL. Cơ detrusor cấu tạo bởi 3 lớp cơ trơn: lớp cơ dọc ở trong, cơ vòng ở giữa và lớp cơ dọc ở ngoài cùng. Cơ detrusor dính chặt với vùng cổ bàng quang ở mặt trước và mặt bên tuy nhiên lại không có sợi cơ nào góp phần cấu tạo nên cơ thắt bàng quang. Một số sợi phía trước của lớp cơ dọc ngoài đến bám vào TTL, xương mu ở dây chằng mu-TTL và lớp vỏ ngoài của những sợi này tạo nên tấm cơ detrusor phía trước (anterior detrusor apron). Những sợi cơ lớp dọc ngoài phía sau bao phủ tam giác bàng quang tới vùng cổ bàng quang và đến bám vào mặt sau TTL tạo nên tấm cơ detrusor phía sau (posterior detrusor apron) hay cơ bàng quang-TTL (vesicoprostatic muscle). Những bó cơ này cố định bàng quang vào vách chậu nhưng lại không tham gia vào hệ thống cơ thắt. (Hình 4)

Tam giác bàng quang là vùng trơn láng bắt đầu từ 2 miệng niệu quản hướng về phía trước tới lỗ niệu đạo với những sợi cơ trơn nông ở dưới niêm. Cạnh trên của tam giác được cấu tạo bởi những dải sợi cơ nằm ngang ở dưới niêm là sự kéo dài của cơ trơn niệu quản từ miệng niệu quản bên này đến miệng niệu quản đối bên. Phần chính của tam giác được cấu tạo bởi những sợi cơ thắt bàng quang, là cấu trúc hình elip cấu tạo từ sợi cơ vòng bao quanh chu vi lỗ trong niệu đạo. Cấu trúc cơ thắt bàng quang giúp kiểm soát nước tiểu liên tục cũng như là đóng cổ bàng quang khi xuất tinh để tránh xuất tinh ngược dòng. Những sợi cơ này còn kéo dài xuống phía dưới quanh niệu đạo TTL đến ụ núi. Kỹ

thuật bảo tồn cổ bàng quang (bladder neck-sparing) chính là thực hiện tại vùng giải phẫu này giúp cải thiện chức năng kiểm soát nước tiểu sau mổ. Tuy nhiên, đến hiện nay vẫn còn tranh cãi và chưa có kết luận rõ ràng về hiệu quả của phương pháp bảo tồn cổ bàng quang¹²⁻¹⁴.

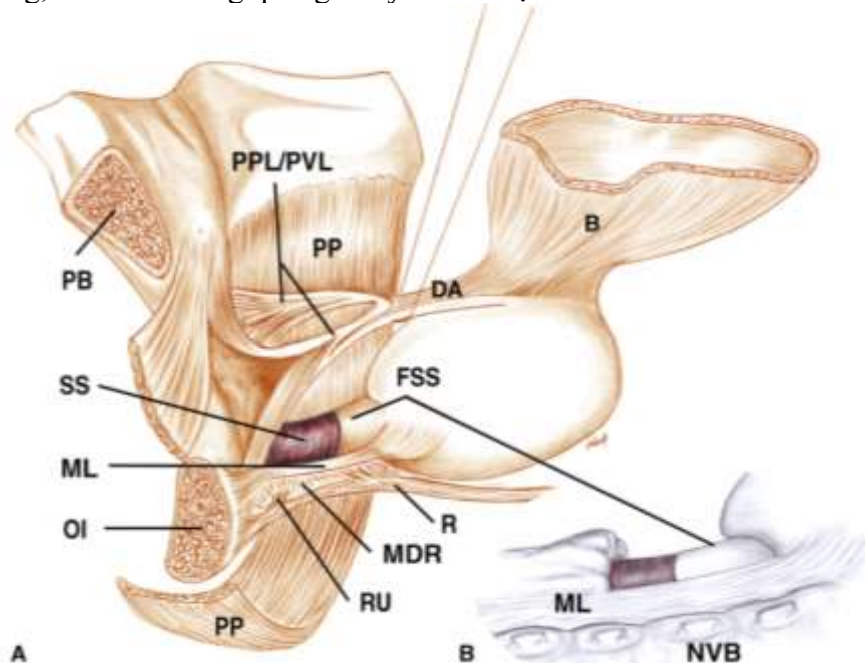
Cơ thắt niệu đạo

Phức hợp cơ thắt niệu đạo nằm ở phía đầu xa của móm TTL, có liên hệ mật thiết nhưng độc lập với cơ nâng hậu môn và do đó cũng độc lập với cơ sàn chậu. Cơ thắt niệu đạo gồm 2 loại cơ. Thứ nhất là lớp cơ trong bao phủ hoàn toàn niệu đạo bao gồm những sợi cơ trơn (lớp dọc bên trong và lớp vòng bên ngoài) và những mô đàn hồi. Những sợi cơ trơn này kéo dài đến ụ núi. Thứ hai là sợi cơ vân ở ngoài có hình dạng omega (hay hình móng ngựa) đi đến vùng móm và mặt trước TTL. Nhiều nghiên cứu cho thấy những sợi cơ này không chỉ ở ngoài TTL mà còn đi vào trong vùng móm TTL vì thế chiều dài chức năng của cơ thắt niệu đạo có thể từ 15-24mm^{6,15}. Phần dày nhất của cơ này ở mặt trước và trước bên và trở nên mỏng hơn về phía mặt sau của niệu đạo. Phần chu vi phía sau mất liên tục do rãnh lưng của trung tâm gân đáy chậu, phần đuôi liên tục với trung tâm gân đáy chậu và phần đầu liên tục với cân sau TTL và túi tinh. Phần cơ đáy chậu-mu của cơ nâng hậu môn hình thành nên dạng hình vòng quanh niệu đạo và tận cùng ở trung tâm gân đáy chậu giữa niệu đạo và bờ trước trực tràng. Sự co thắt chủ ý của cơ đáy chậu-mu và cơ niệu đạo-trực tràng giúp kéo niệu đạo lên trên và về phía trước giúp đóng niệu đạo và ngăn dòng nước tiểu. Hỗ trợ thêm ở 2 bên cho cơ thắt là dây chằng Mueller (dây chằng ngồi-TTL hay trụ Walsh), cấu trúc này có thể tái tạo lại dễ dàng khi nối niệu đạo ở mặt bụng để tránh di lệch niệu đạo. Bao quanh cơ thắt niệu đạo còn có DVC và tấm detrusor ở phía trước và BMTK ở phía sau và sau bên⁶. (Hình 5)



Hình 425. Mặt phẳng dọc giữa qua bàng quang, TTL, niệu đạo và cơ thắt niệu đạo¹¹

B: bàng quang, A: mỏm TTL, CS: lỗ tinh, DA: tâm cơ detrusor, DF: cân Denonviller, DVC: phức hợp mạch máu lưng dương vật, MDR: rãnh lưng giữa, PPF/SVF: cân sau TTL, PC: vỏ bao TTL, PS: xương mu, R: trực tràng, RU: cơ trực tràng niệu đạo, SMS: cơ thắt trong TTL, SS: cơ thắt vân niệu đạo, SV: túi tinh, U: niệu đạo, VEF: lá tạng mạc nội chậu, VS: cơ thắt bàng quang, VPM: cơ bàng quang – tuyến tiền liệt



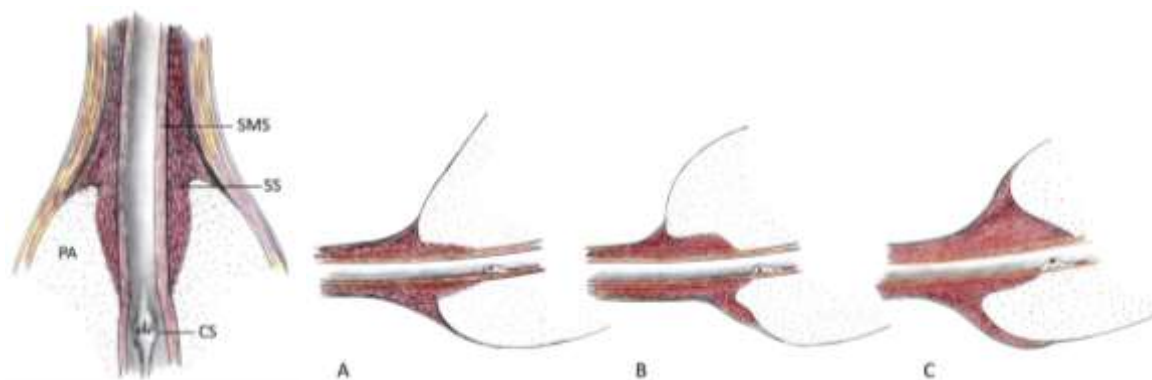
Hình 5. Giải phẫu phức hợp cơ thắt niệu đạo¹⁵

B: bàng quang, DA: tấm cơ detrusor, FSS: cân cơ thắt vân niệu đạo, MDR: rãnh lưng giữa, ML: dây chằng Mueller, NVB: bó mạch thần kinh, OI: ngành ngồi xương chậu, PB: xương mu, PPL: dây chằng mu-TTL, PVL: dây chằng mu-bàng quang, R: trực tràng, SS: cơ thắt vân niệu đạo.

Mỏm tuyến tiền liệt

Hình dạng của mỏm TTL rất khác nhau và nó ảnh hưởng trực tiếp đến hình dạng và chiều dài của cơ thắt niệu đạo bởi vì có thể

có một phần niệu đạo nằm trong vùng mỏm TTL và được che phủ xung quanh bởi nhu mô TTL. Vùng mỏm TTL có thể chổng lên quanh chu vi cơ thắt niệu đạo, đối xứng hai bên, nằm lệch một bên hoặc chỉ phía trước hoặc phía sau hay kết thúc phía trên cơ thắt. Tùy vào mỗi trường hợp cụ thể, khoảng 10 – 40% niệu đạo chức năng bị vùng mỏm TTL che lấp và khi vùng che lấp nhiều có thể gây khó khăn cho việc bảo tồn chiều dài cơ thắt niệu đạo. Hình 6



Hình 6. Hình dạng khác nhau của mỏm TTL¹⁵

CS: lồi tinh, PA: mỏm TTL, SMS: cơ thắt tron TTL, SS: cơ thắt vân niệu đạo

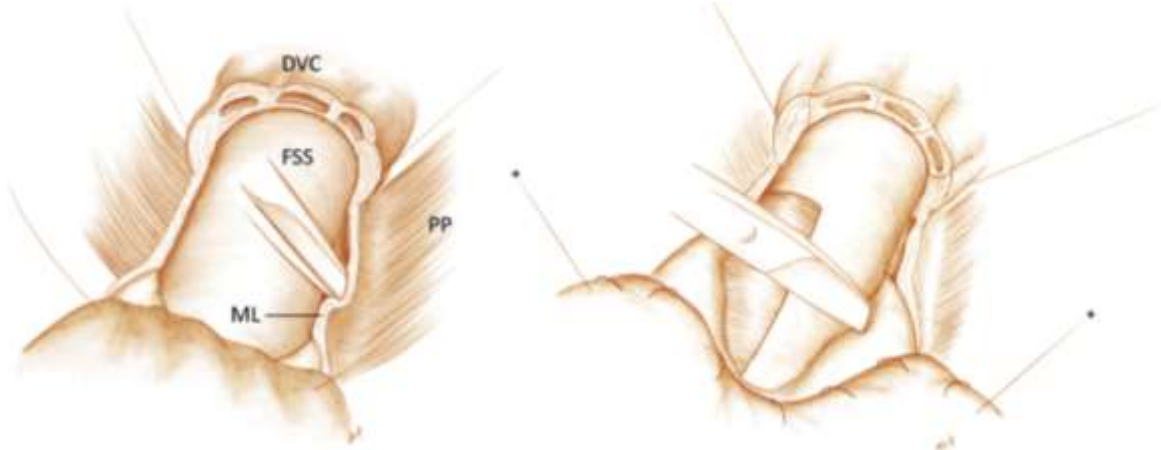
Bảo tồn chiều dài chức năng cơ thắt niệu đạo

Dựa trên giải phẫu về đoạn chiều dài chức năng của cơ thắt niệu đạo mà tác giả Schlomm đã đưa ra phương pháp bảo tồn hoàn toàn chiều dài cơ thắt niệu đạo bằng việc xác định và bóc tách riêng biệt cơ thắt vân và cơ thắt tron của đoạn niệu đạo bị che lấp bởi mỏm TTL cho đến ụ núi. Kỹ thuật này cho phép giữ lại toàn bộ hệ thống cơ thắt niệu đạo bất kể hình dạng của mỏm TTL.

Sau khi mở mạc nội chậu, những cơ nâng hậu môn được vén sang 2 bên, phần cơ

đáy chậu-mu dính chặt với cơ nâng cũng được bóc tách cẩn thận và bảo tồn. Khi bóc tách DVC, phải xác định và bộc lộ rõ khoảng cách giữa DVC và cân của cơ thắt ngoài cũng như lớp mô 2 bên của cơ thắt để khâu cột DVC một cách chọn lọc và tốt nhất là nên giữ lại lớp cân của cơ thắt giúp bảo toàn nguyên vẹn chức năng của cơ thắt niệu đạo. (Hình 7)

Khâu cột phần mỏm TTL theo hình móng ngựa không chỉ hạn chế máu chảy ngược từ phần đầu của DVC xuống mà còn giúp kéo phần mỏm TTL lên trên để bóc tách niệu đạo được dễ dàng.



Hình 7. Bóc tách DVC và cân cơ thắt vân niệu đạo, khâu chọn lọc DVC và mỏm TTL¹⁵

DVC: phức hợp mạch máu lưng dương vật, ML: dây chằng Mueller, FSS: cân cơ thắt vân niệu đạo, PP: cơ chậu-mu

Sau khi bóc tách NVB 2 bên, phần mỏm TTL được kéo lên trên để thấy được bờ trên của cơ thắt vân, dùng đầu kéo đẩy nhẹ về

phía xa để bộc lộ cơ thắt tron là những sợi cơ dọc, màu trắng. Tùy vào hình thái của mỏm TTL mà sau 3 – 10 mm những sợi cơ tron dọc này sẽ dính chặt vào mô TTL quanh niệu đạo, tại điểm nối này niệu đạo được xẻ ở vị trí từ 8 giờ đến 4 giờ. (Hình 8)



Hình 8. Bóc tách và cắt niệu đạo ở mặt bụng¹⁵

FSS: cân cơ thắt vân niệu đạo, SMS: cơ thắt tron TTL, SS: cơ thắt vân niệu đạo, C: ống thông niệu đạo

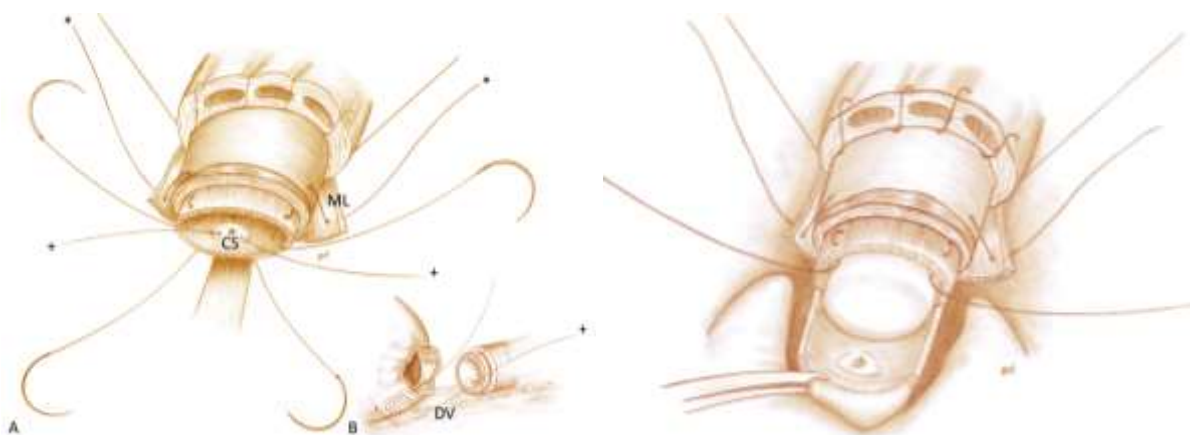
Tiến hành khâu nối niệu đạo mặt bụng và 2 bên. Tại vị trí 11 giờ và 1 giờ đặt mũi khâu đi qua phần xa của dây chằng Mueller đã cắt đi qua lần lượt cơ thắt vân và cơ thắt tron có tác dụng như một cái neo giúp niệu đạo không bị chệch hướng và cũng phục hồi lại được dây chằng Mueller (không khâu vào phần xa DVC để làm neo như một số tác giả

khác). Mũi khâu niệu đạo 2 bên đặt ở vị trí 3 giờ và 9 giờ, cố gắng tránh vị trí 5 giờ và 7 giờ vì một số nhánh thần kinh tạng chậu và đám rối thẹn vào chi phối cho niệu đạo màng ở vị trí này.

Sau khi đặt những mũi khâu mặt bụng và 2 bên, TTL được kéo lên trên bộc lộ mặt dưới lòng niệu đạo và có thể quan sát rõ ụ núi. Tác giả tránh dùng dụng cụ nâng bên dưới niệu đạo ở vị trí 6 giờ để không làm tổn thương cơ thắt. Xẻ mặt dưới niệu đạo phía

trên ụ núi, sau đó bóc tách và cắt lần lượt cơ thắt tron và cơ thắt vân. Để kéo niệu đạo về phía bàng quang, đặt 2 mũi khâu tại vị trí 6

giờ đi qua cân Denonvillier phía trên cơ thắt khoảng 2cm. (Hình 9)



Hình 9. Nguyên tắc khâu nối niệu đạo - bàng quang bảo toàn chiều dài niệu đạo¹⁵

CS: lỗ tinh, DV: cân Denonvillier, ML: dây chằng Mueller

Kết quả của phương pháp này cho thấy tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sớm sau rút thông niệu đạo 1 tuần là 50% và sau 12 tháng là 97%¹⁵. Tuy nhiên, hiện nay bằng chứng hiệu quả của việc cắt niệu đạo phía trên hay dưới ụ núi có khác nhau hay không vẫn chưa rõ ràng nhưng khi bảo tồn được đoạn niệu đạo phía trên ụ núi có nghĩa là bảo tồn được đoạn niệu đạo dài hơn và có lẽ sẽ giúp kiểm soát nước tiểu tốt hơn.

II. KẾT LUẬN

Hiểu biết về giải phẫu vùng ứng dụng trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc giúp người phẫu thuật viên xác định được những cấu trúc quan trọng xung quanh TTL và chức năng của nó. Từ đó, có thể đưa ra và áp dụng những kỹ thuật để bảo tồn những cấu trúc này, đặc biệt trên phương diện cải thiện chức năng kiểm soát nước tiểu và chức năng cương trên người đàn ông sau cắt TTL tận gốc. Phẫu thuật ung thư TTL không phải đều giống nhau ở tất cả bệnh nhân mà ngày

nay, việc cá thể hóa điều trị nói chung cũng như cá thể hóa phẫu thuật nói riêng đang là xu hướng tất yếu cần được quan tâm. Dựa vào hình thái giải phẫu và những dạng biến thể mà người phẫu thuật viên sẽ lựa chọn hay thay đổi những kỹ thuật phù hợp với người bệnh và đặc tính ung thư trên mỗi người bệnh khác nhau để vừa cải thiện chức năng sinh lý và quan trọng hơn là phải đảm bảo an toàn về mặt ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deliveliotis C, Proterogerou V, Alargof E, Varkarakis J. Radical prostatectomy: bladder neck preservation and puboprostatic ligament sparing--effects on continence and positive margins. *Urology*. 2002;60(5):855-858.
2. Budäus L, Isbarn H, Schlomm T, et al. Current technique of open intrafascial nerve-sparing retropubic prostatectomy. *European urology*. 2009;56(2):317-324.
3. Menon M, Shrivastava A, Kaul S, et al. Vattikuti Institute prostatectomy: contemporary technique and analysis of

- results. *European urology*. 2007;51(3):648-657; discussion 657-648.
4. **Polascik TJ, Walsh PC.** Radical retropubic prostatectomy: the influence of accessory pudendal arteries on the recovery of sexual function. *The Journal of urology*. 1995;154(1):150-152.
 5. **Rogers CG, Trock BP, Walsh PC.** Preservation of accessory pudendal arteries during radical retropubic prostatectomy: surgical technique and results. *Urology*. 2004;64(1):148-151.
 6. **Walz J, Burnett AL, Costello AJ, et al.** A Critical Analysis of the Current Knowledge of Surgical Anatomy Related to Optimization of Cancer Control and Preservation of Continence and Erection in Candidates for Radical Prostatectomy. *European urology*. 2010;57(2):179-192.
 7. **Myers RP.** Detrusor apron, associated vascular plexus, and avascular plane: relevance to radical retropubic prostatectomy--anatomic and surgical commentary. *Urology*. 2002;59(4):472-479.
 8. **Ganzer R, Stolzenburg JU, Neuhaus J, Weber F, Burger M, Brundl J.** Is the striated urethral sphincter at risk by standard suture ligation of the dorsal vascular complex in radical prostatectomy? An anatomic study. *Urology*. 2014;84(6):1453-1458.
 9. **Bilhim T, Pisco JM, Rio Tinto H, et al.** Prostatic arterial supply: anatomic and imaging findings relevant for selective arterial embolization. *Journal of vascular and interventional radiology: JVIR*. 2012;23(11):1403-1415.
 10. **Schatloff O, Chauhan S, Sivaraman A, Kameh D, Palmer KJ, Patel VR.** Anatomic grading of nerve sparing during robot-assisted radical prostatectomy. *European urology*. 2012;61(4):796-802.
 11. **Walz J, Epstein JI, Ganzer R, et al.** A Critical Analysis of the Current Knowledge of Surgical Anatomy of the Prostate Related to Optimisation of Cancer Control and Preservation of Continence and Erection in Candidates for Radical Prostatectomy: An Update. *European urology*. 2016;70(2):301-311.
 12. **Nyarangi-Dix JN, Radtke JP, Hadaschik B, Pahernik S, Hohenfellner M.** Impact of Complete Bladder Neck Preservation on Urinary Continence, Quality of Life and Surgical Margins After Radical Prostatectomy: A Randomized, Controlled, Single Blind Trial. *The Journal of urology*. 2013;189(3):891-898.
 13. **Freire MP, Weinberg AC, Lei Y, et al.** Anatomic Bladder Neck Preservation During Robotic-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: Description of Technique and Outcomes. *European urology*. 2009;56(6):972-980.
 14. **Ficarra V, Novara G, Rosen RC, et al.** Systematic Review and Meta-analysis of Studies Reporting Urinary Continence Recovery After Robot-assisted Radical Prostatectomy. *European urology*. 2012;62(3):405-417.
 15. **Schlomm T, Heinzer H, Steuber T, et al.** Full functional-length urethral sphincter preservation during radical prostatectomy. *European urology*. 2011;60(2):320-329.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC BẢO TỒN KHOANG RETZIUS ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT: KẾT QUẢ BAN ĐẦU QUA 10 TRƯỜNG HỢP TẠI VIỆT NAM

Đỗ Anh Toàn^{1,2}, Nguyễn Văn Khoa³,
Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{2,3}, Trần Vĩnh Hưng^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt tiền liệt tuyến tận gốc với sự hỗ trợ của Robot trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến có nhiều thuận lợi hơn các phương pháp khác. Bên cạnh vấn đề đảm bảo nguyên tắc trong điều trị ung thư thì vấn đề tiểu không tự chủ giai đoạn hậu phẫu rất được quan tâm để nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả về mặt ung thư học và sự hồi phục chức năng đi tiểu với kỹ thuật bảo tồn khoang Retzius.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 10 bệnh nhân đầu tiên được điều trị bằng phương pháp nội soi với sự hỗ trợ của robot cắt tiền liệt tuyến tận gốc bảo tồn khoang Retzius (tiếp cận hoàn toàn ngã sau bằng quang) bởi bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm tại Bệnh viện Bình Dân. Đánh giá về mặt chẩn đoán, mặt cắt phẫu thuật và chức năng đi tiểu giai đoạn hậu phẫu

Kết quả: Từ tháng 10/2020 đến 08/2022, 10 bệnh nhân được thực hiện với phương pháp này. Chẩn đoán trước phẫu thuật là giai đoạn cT2bNoMo (PSA: 11,82ng/dl; GC: 6; V: 26g), cT2bNoMo (PSA: 09ng/dl; GC: 8; V: 27,5g), cT2cNoMo (PSA: 9,74ng/dl; GC: 6; V: 63g), cT2bNoMo (PSA: 18,55ng/dl; GC: 6; V: 98g), cT2bNoMo (PSA: 8,44ng/dl; GC: 6; V: 31g), cT2bNoMo (PSA: 4,3ng/dl; GC: 7; V: 21g), cT2bNoMo (PSA: 39,72ng/dl; GC: 6; V: 27g), cT1cNoMo (PSA: 15,48ng/dl; GC: 6; V: 45g), cT1cNoMo (PSA: 18ng/dl; GC: 6; V: 65g) và cT2bNoMo (PSA: 10ng/dl; GC: 6; V: 55g), thời gian phẫu thuật là 245 phút, 250 phút, 300 phút, 285 phút, 255 phút, 240 phút, 270 phút, 360 phút, 360 phút và 180 phút, lượng máu mất 300ml, 600ml, 1200ml, 300ml, 500ml, 200ml, 800ml, 300ml, 300ml và 200ml, kết quả giải phẫu bệnh: 08 trường hợp có rìa diện cắt âm tính, 02 trường hợp có rìa diện cắt niệu đạo dương tính, cả 10 bệnh nhân đều đi tiểu tự chủ sau rút ống thông tiểu ở hậu phẫu ngày thứ 14. Không ghi nhận biến chứng trong và sau mổ.

Kết luận: Phương pháp bảo tồn khoang Retzius là khả thi và mang lại hiệu quả trong vấn đề tiểu tự chủ giai đoạn hậu phẫu.

Từ khóa: phẫu thuật robot cắt tiền liệt tuyến tận gốc, bảo tồn khoang Retzius.

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh Viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn

SĐT: 0983707036

Email: doanhoan2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 15/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

SUMMARY

**RETZIUS-SPARING ROBOT -
ASSISTED RADICAL
PROSTATECTOMY IN TREATMENT
OF PROSTATE CANCER: INNITIAL
RESULTS FROM THE FIRST 10 CASES
IN VIETNAM**

Background: Robot-assisted radical prostatectomy in the treatment of prostate cancer has many advantages over other methods. To ensure principles in cancer treatment, continence recovery in the postoperative period is very interested to improve the quality of life for patients. This study evaluate the results in oncology and continence recovery with retzius sparing.

Method: The first ten patients were treated with retzius sparing robot - assisted radical prostatectomy (RS-RARP) (completely access to the back of the bladder). Evaluation of diagnosis, positive surgical margins (PSMs) and continence recovery in the postoperative period.

Results: From 10/2020 to 08/2022, ten patients were performed with this method. Diagnosis before surgery are cT2bNoMo (PSA: 11,82ng/dl; GC: 6; V: 26g), cT2bNoMo (PSA: 09ng/dl; GC: 8; V: 27,5g), cT2cNoMo (PSA: 9,74ng/dl; GC: 6; V: 63g), cT2bNoMo (PSA: 18,55ng/dl; GC: 6; V: 98g), cT2bNoMo (PSA: 8,44ng/dl; GC: 6; V: 31g), cT2bNoMo (PSA: 4,3ng/dl; GC: 7; V: 21g), cT2bNoMo (PSA: 39,72ng/dl; GC: 6; V: 27g), cT1cNoMo (PSA: 15,48ng/dl; GC: 6; V: 45g), cT1cNoMo (PSA: 18ng/dl; GC: 6; V: 65g), cT2bNoMo (PSA: 10ng/dl; GC: 6; V: 55g), operative time are 245, 250, 300, 285, 255, 240, 270, 360, 360 and 180 minutes. Blood loss 300ml, 600ml, 1200ml, 300ml, 500 ml, 200ml, 800ml, 300ml, 300ml and 200ml. Negative surgical margin: 08 cases,

positive surgical margin: 02 cases, all patients had continence recovery after removing the catheter at day 14 of surgery. No complication during and after surgery.

Conclusion: Retzius sparing is feasible and effective continence recovery in postoperative.

Keywords: Retzius-sparing, Radical prostatectomy, Robotics Functional recovery, Positive surgical margins.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hướng dẫn EAU 2022, có rất nhiều cách tiếp cận để điều trị ung thư tuyến tiền liệt [1]. Cắt tuyến tiền liệt tận gốc vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt tiến triển tại chỗ [2]. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có sự hỗ trợ của robot (RARP) có liên quan đến thời gian nằm viện ngắn hơn, thương tổn mô lành do phẫu thuật nhỏ hơn và ít sử dụng thuốc gây mê hơn.

Kể từ báo cáo đầu tiên RARP năm 2001 [3], đã có nhiều tiến bộ về kỹ thuật và công nghệ. Có nhiều nghiên cứu đã tiến hành và đưa ra kỹ thuật có liên quan đến việc giúp kiểm soát đi tiểu và phục hồi tình dục tốt hơn sau RP. Các kỹ thuật này bao gồm: bảo tồn cổ bàng quang, bó mạch thần kinh và các động mạch thẹn phụ [4], [5], [6].

Vào năm 2010, Galfano và nhóm của ông [7] ở Milan đã phát triển một kỹ thuật mới có tên là kỹ thuật Retzius-sparing (RS) là phương pháp tiếp cận tiền liệt tuyến hoàn toàn qua ngã sau bàng quang, khó khăn hơn về mặt kỹ thuật so với phương pháp phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt để có sự hỗ trợ của robot thông thường (C-RARP).

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm 09 trường hợp được phẫu thuật**

STT Đặc điểm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PSA	11,82	6,74	9,74	18,55	8,44	4.3	39.72	15,48	37,53	10
KT TLT	26	27,5	63	98	31	21	27	45	20	55
Gleason	6(3+3)	8(3+5)	6(3+3)	6(3+3)	6(3+3)	7(3+4)	6(3+3)	6(3+3)	8(4+4)	6
Thời gian	245	250	300	285	255	240	270	360	360	180
Máu mất (ml)	300	600	1200	300	500	200	800	300	300	200
TG nằm viện	5	7	7	6	3	10	13	4	6	5
Rút ODL sau BQ	4	7	5	3	2	6	-	2	-	
Rút ODL Douglas	5	6	5	6	3	6	8	4	5	2
GPB sau mổ	ÂM	ÂM	ÂM	ÂM	ÂM	DUƠNG	DUƠNG	ÂM	ÂM	ÂM
GPB sau mổ	7(4+3)	7(4+3)	7(4+3)	6(3+3)	7(4+3)	7(4+3)	7(4+3)	6(3+3)	8(4+4)	6
Từ ngày HP			2->4	2->5			5->7			
TNM trước mổ	T2bNo Mo	T2bNo Mo	T2cNo Mo	T2bNo Mo	T2bNo Mo	T2bNo Mo	T2bNo Mo	T1cNo Mo	T2bNo Mo	T2bNo Mo
TNM sau mổ	T3bNo Mo	T2cNo Mo	T2cNo Mo	T2bNo Mo	T2bNo Mo	T3aNo Mo	T2bNo Mo	T1cNo Mo	T2bNo Mo	T2bNo Mo
Tiểu kiểm soát	Có	Có	Có	Có	Có	Có	Có	Có	Có	Có

III. BÀN LUẬN**Đảm bảo nguyên tắc trong điều trị ung thư**

Sau phẫu thuật, ung thư tiền liệt tuyến gọi là tái phát khi PSA > 0,2ng/ml [8]. Kết quả giải phẫu bệnh sẽ giúp bác sỹ lâm sàng tiên lượng được khả năng tái phát, dựa vào các điểm sau: ung thư xâm lấn ra vỏ bao, xâm lấn túi tinh, xâm lấn cổ bàng quang. Một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát là kích thước bướu to [9]

Tuy nhiên, vẫn còn một cuộc tranh luận đang diễn ra về tính ưu việt của phương pháp phẫu thuật này so với phương pháp phẫu thuật khác liên quan đến kết quả giải phẫu bệnh rìa mặt cắt (PSM). Một số tác giả báo

cáo kết quả PSM tương tự giữa các phương pháp mổ mở và RARP [10] trong khi, những người khác gặp tỷ lệ PSM cao hơn trong các phương pháp xâm lấn tối thiểu [11]. Trong một nghiên cứu của Jo và cộng sự [12], họ báo cáo 14,48% có kết quả mô ung thư ở vị trí mặt cắt móm tiền liệt tuyến và 18,65% PSM ở các vị trí khác của của bệnh nhân được RARP. Họ cũng tìm thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa giai đoạn ung thư và điểm Gleason với tỷ lệ sống sót không có tái phát và kết quả giải phẫu bệnh ở những bệnh nhân được tìm thấy diện cắt dương tính.

Các ca trong lô nghiên cứu của chúng tôi, có 8/10 TH không ghi nhận mô ung thư ở bề mặt diện cắt, có 2/10 TH có diện cắt dương ở

vị trí mỏm tiền liệt tuyến. 2/10 TH kết quả giải phẫu bệnh sau mổ ghi nhận xâm lấn vỏ bao cũng như túi tinh (MRI trước mổ không ghi nhận). Trong một loạt nghiên cứu của hai tác giả về RS-RARP, một của Galfano và cộng sự [13], và nghiên cứu khác của Santok và cộng sự [14], tương ứng với 200 trường hợp và 294 trường hợp, cho thấy PSM tổng thể lần lượt là 25,5% và 22,7%. Mặt khác, một số tác giả đã công nhận tỷ lệ PSM liên quan đến vị trí phía trước của những bệnh nhân được tiếp cận RS cao hơn một chút so với cách tiếp cận thông thường. Tác giả Lim và cộng sự [15] và Eden và cộng sự [16] tìm thấy 8% so với 0% và 5% so với 0% ở vùng trước của nhóm RS khi so sánh với cách tiếp cận thông thường. Dựa trên những phát hiện trên, một số nhà nghiên cứu đã khuyên không nên sử dụng kỹ thuật RS nếu khối bướu liên quan đến vùng mặt trước. Nhưng có thể cho rằng những phát hiện này có thể liên quan đến đường cong học tập của cách tiếp cận tương đối mới này và hy vọng sẽ được cải thiện theo thời gian như được trình bày trong C-RARP. Tuy nhiên, một số nhà nghiên cứu khác đã không báo cáo những phát hiện tương tự này trong nghiên cứu của họ [17].

Qua 10 TH, chúng tôi ghi nhận những yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả diện cắt phẫu thuật dương tính: kích thước tiền liệt tuyến, giai đoạn ung thư và điểm số Gleason, đa số các trường hợp của chúng tôi đều có kích thước vừa phải, có 6/10 TH thể tích nhỏ hơn 30g, giai đoạn < T2c và điểm Gleason $\leq$ 6. Thuận lợi cho đường cong học tập khi mới bắt đầu áp dụng kỹ thuật này. Thuận lợi của nhóm nghiên cứu là phẫu thuật viên chính có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi

cắt tiền liệt tuyến tận gốc với sự hỗ trợ của Robot với phương pháp truyền thống.

Phục hồi chức năng đi tiểu

Một ưu điểm chính của kỹ thuật RS là nó cho phép thời gian phục hồi đi tiểu nhanh được mô tả trong hầu hết các nghiên cứu liên quan đến RS-RARP. Tất cả 10 TH của chúng tôi đều tiểu tốt không cần dùng thuốc ngay sau rút thông tiểu ở ngày hậu phẫu 14. Có lẽ đây là kết quả trực tiếp do bản chất của cách tiếp cận này, không làm thay đổi nhiều cấu trúc quan trọng ở phía trước của tuyến tiền liệt như dây chằng mu bàng quang, bó mạch thần kinh và đám rối Santorini (DVC) [18]. Tầm quan trọng của các cấu trúc nêu trên đối với sự phục hồi liên tục đã được thảo luận trong nhiều nghiên cứu khác nhau [19], [20], [21].

Trong số ba trường hợp RS thành công đầu tiên được báo cáo bởi Galfano et al [22] có hai bệnh nhân sử dụng một miếng tá (dự phòng) trong 24 giờ đầu tiên sau khi rút ống thông trong khi bệnh nhân thứ ba không cần miếng tá nào cả. Trong một loạt trường hợp khác của kỹ thuật RS với 200 bệnh nhân được phẫu thuật bởi cùng một phẫu thuật viên, sự phục hồi chức năng đi tiểu là 91% trong vòng 7 ngày sau khi rút thông tiểu [23]. Tính đến thời điểm sau phẫu thuật 5-19 tháng, tất cả 10 bệnh nhân tái khám đều tiểu tự chủ và rất hài lòng.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp bảo tồn khoang Retzius trong phẫu thuật nội soi cắt tiền liệt tuyến tận gốc với sự hỗ trợ của Robot là khả thi và mang lại hiệu quả trong vấn đề tiểu tự chủ giai đoạn hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rassweiler J, Sentker L, Seemann O, Hatzinger M, Stock C, Frede T.** Heilbronn laparoscopic radical prostatectomy: technique and results after 100 cases. *European Urology*. 2001;40(1):54–64.
2. **Rassweiler J, Wagner AA, Moazin M, et al.** Anatomic nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy: comparison of retrograde and antegrade techniques. *Urology*. 2006;68(3):587–591.
3. **J. Binder, W. Kramer** Robotically-assisted laparoscopic radical prostatectomy *BJU Int*, 87 (2001), pp. 408-410
4. **M.P. Freire, A.C. Weinberg, Y. Lei, J.R. Soukup, S.R. Lipsitz, S.M. Prasad, et al.** Anatomic bladder neck preservation during robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy: description of technique and outcomes *Eur Urol*, 56 (2009), pp. 972-980
5. **C.G. Rogers, B.P. Trock, P.C. Walsh** Preservation of accessory pudendal arteries during radical retropubic prostatectomy: surgical technique and results *Urology*, 64 (2004), pp. 148-151
6. **S. Kaul, A. Savera, K. Badani, M. Fumo, A. Bhandari, M. Menon** Functional outcomes and oncological efficacy of Vattikuti Institute prostatectomy with Veil of Aphrodite nerve-sparing: an analysis of 154 consecutive patients *BJU Int*, 97 (2006), pp. 467-472
7. **Galfano, A. Ascione, S. Grimaldi, G. Petralia, E. Strada, A.M. Bocciardi.** A new anatomic approach for robot-assisted laparoscopic prostatectomy: a feasibility study for completely intrafascial surgery *Eur Urol*, 58 (2010), pp. 457-461
8. **Heidenreich, P.J. Bastian, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, T. van der Kwast, et al.** EAU guidelines on prostate cancer. Part II: treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. *Eur Urol*, 65 (2014), pp. 467-479
9. **O. Yossepowitch, A. Briganti, J.A. Eastham, J. Epstein, M. Graefen, R. Montironi, et al.** Positive surgical margins after radical prostatectomy: a systematic review and contemporary update. *Eur Urol*, 65 (2014), pp. 303-313
10. **V.R. Patel, R.F. Coelho, B. Rocco, M. Orvieto, A. Sivaraman, K.J. Palmer, et al.** Positive surgical margins after robotic assisted radical prostatectomy: a multi-institutional study. *J Urol*, 186 (2011), pp. 511-516
11. **P. Sooriakumaran, M. John, P. Wiklund, D. Lee, A. Nilsson, A.K. Tewari.** Learning curve for robotic assisted laparoscopic prostatectomy: a multi-institutional study of 3794 patients. *Minerva Urol Nefrol*, 63 (2011), pp. 191-198
12. **J.K. Jo, S.K. Hong, S.S. Byun, H. Zargar, R. Autorino, S.E. Lee.** Positive surgical margin in robot-assisted radical prostatectomy: correlation with pathology findings and risk of biochemical recurrence. *Minerva Urol Nefrol*, 69 (2017), pp. 493-500
13. **Galfano, D. Di Trapani, F. Sozzi, E. Strada, G. Petralia, M. Bramerio, et al.** Beyond the learning curve of the Retzius-sparing approach for robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: oncologic and functional results of the first 200 patients with ≥ 1 year of follow-up. *Eur Urol*, 64 (2013), pp. 974-980
14. **G.D. Santok, A. AbdelRaheem, L.H. Kim, K. Chang, T.G. Lum, B.H. Chung, et al.** Perioperative and short-term outcomes of Retzius-sparing robot-assisted laparoscopic

- radical prostatectomy stratified by gland size. *BJU Int*, 119 (2017), pp. 135-141
15. **S.K. Lim, K.H. Kim, T.Y. Shin, W.K. Han, B.H. Chung, S.J. Hong, et al.** Retzius-sparing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: combining the best of retropubic and perineal approaches. *BJU Int*, 114 (2014), pp. 236-244
 16. **C.G. Eden, D. Moschonas, R. Soares** Urinary continence four weeks following Retzius-sparing robotic radical prostatectomy: the UK experience. *J Clin Urol*, 11 (2017), pp. 15-20
 17. **R. Sayyid, W.G. Simpson, C. Lu, M. Terris, Z. Klaassen, R. Madi** Retzius-sparing robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a safe surgical technique with superior continence outcomes. *J Endourol*, 31 (2017), pp. 1244-1250
 18. **A.D. Asimakopoulos, R. Miano, A. Galfano, A.M. Bocciardi, G. Vespasiani, E. Spera, et al.** Retzius-sparing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: critical appraisal of the anatomic landmarks for a complete intrafascial approach. *Clin Anat*, 28 (2015), pp. 896-902
 19. **S.Y. Kwon, J.N. Lee, H.T. Kim, T.H. Kim, B.W. Kim, G.S. Choi, et al.** Endopelvic fascia preservation during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: does it affect urinary incontinence?. *Scand J Urol*, 48 (2014), pp. 506-512
 20. **V. Ficarra, G. Novara, R.C. Rosen, W. Artibani, P.R. Carroll, A. Costello, et al.** Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*, 62 (2012), pp. 405-417
 21. **J. Walz, A.L. Burnett, A.J. Costello, J.A. Eastham, M. Graefen, B. Guillonneau, et al.** A critical analysis of the current knowledge of surgical anatomy related to optimization of cancer control and preservation of continence and erection in candidates for radical prostatectomy. *Eur Urol*, 57 (2010), pp. 179-192
 22. **Galfano, A. Ascione, S. Grimaldi, G. Petralia, E. Strada, A.M. Bocciardi.** A new anatomic approach for robot-assisted laparoscopic prostatectomy: a feasibility study for completely intrafascial surgery. *Eur Urol*, 58 (2010), pp. 457-461.
 23. **G.D. Santok, A. Abdelahem, L.H. Kim, . Chang, T.G. Lum, B.H. Chung, et al.** Perioperative and short-term outcomes of Retzius-sparing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy stratified by gland size. *BJU Int*, 119 (2017), pp. 135-141

TÍNH AN TOÀN CỦA SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM QUA NGÃ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Đỗ Anh Toàn^{1,2}, Phan Thành Thống¹, Nguyễn Đạo Thuận^{1,2},
Lê Trọng Khôi¹, Nguyễn Ngọc Thái^{1,2}, Trang Võ Anh Vinh¹,
Nguyễn Xuân Chiến¹, Nguyễn Văn Khoa¹, Nguyễn Thái Hoàng¹,
Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Huỳnh Thị Hoàng Oanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh thiết là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt (TTL). Trong đó sinh thiết ngã trực tràng đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn trong 30 năm trở lại đây. Chúng tôi tổng kết 4098 trường hợp (TH) được sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã trực tràng nhằm hướng đến tỷ lệ phát hiện bệnh và các biến chứng sau sinh thiết TTL.

Đối tượng, phương pháp: 4098 trường hợp sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã trực tràng được thực hiện tại đơn vị Can thiệp mạch tiết niệu sinh dục từ 1/2018-6/2022. Tiến hành hồi cứu hồ sơ, thu thập kết quả mô học, đánh giá biến chứng trong tuần đầu tiên sau sinh thiết.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là 71.7 ± 5.3 . Kết quả mô học dương tính trong 1516 TH (37%). Sau sinh thiết có 327 TH (7,98%) số bệnh nhân (BN) có chảy máu hậu môn trực tràng, 492 TH (12%) có tiểu máu đại thể, 2 TH (0,04%) phải nhập viện truyền máu, 127 TH (3,1%) bị bí tiểu sau sinh thiết phải đặt sonde niệu đạo, 163 TH

(3,98%) bị sốt sau sinh thiết, 12 TH (0,3%) nhiễm khuẩn huyết, 1 TH (0,02%) choáng nhiễm khuẩn, 1 TH (0,02%) dị ứng thuốc tê. Không có TH nào tử vong.

Kết luận: Sinh thiết tuyến tiền liệt ngã trực tràng có tính an toàn cao. Các biến chứng có thể kiểm soát bằng cách sàng lọc đối tượng nguy cơ cao, kháng sinh, điều trị ổn định nhiễm khuẩn trước sinh thiết, sát khuẩn kỹ, thận trọng trước sinh thiết, giảm đau tốt, kiểm soát đường đi kim sinh thiết và theo dõi sát bệnh nhân sau sinh thiết.

Từ khóa: Tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt, sinh thiết tuyến tiền liệt

SUMMARY

THE SAFETY OF TRANSRECTAL PROSTATE BIOPSIES AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Biopsy is the gold standard in the diagnosis of prostate cancer. In which, rectal biopsy has become the standard method in the past 30 years. We reviewed more 4098 cases of rectal biopsies to evaluate the detection rate and complication rate of this technique.

Methods: 4098 cases of transrectal prostate biopsies were performed at the Urogenital Interventional Unit under ultrasound guidance in the period 1/2018-6/2022. Conduct a review of records, collect histological results, evaluate complications in the first week after biopsy.

¹Dại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh Viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn

SĐT: 0983707036

Email: doanhoan2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 03/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Results: The mean age werekhuẩn 71.7 ± 5.3 years old. The positive histological results were 1516 cases (37%). After the procedure, 327 cases (7.98%) of patients had anorectal bleeding, 492 cases (12%) had gross hematuria, 2 cases (0.04%) required blood transfusion, 127 cases (3.1%) had urinary retention, 163 cases (3.98 %) had fever after biopsy, 12 cases (0.3%) of sepsis, 1 case (0.02%) of septic shock, 1 case (0.02%) of anaphylaxis with local anesthetic. There were no cases deaths.

Conclusions: Overall, a rectal biopsy is safe and effective. Complications can be prevented by excluding contraindications, screening high-risk factors, prophylactic antibiotics, stabilizing infection, thorough disinfection, good enema and analgesics, good control biopsy needle path and carefully follow up after procedure

Keywords: Prostate, prostate cancer, prostate biosy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một bệnh lý phổ biến ở nam giới lớn tuổi, đứng hàng thứ hai trong các ung thư mới được chẩn đoán với hơn 1.2 triệu ca mắc mới và gây tử vong bình quân 350.000 ca mỗi năm trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, UTTTL đứng hàng thứ 10 trong ung thư ở cả hai giới với hơn 1200 ca mới chẩn đoán và 800 ca tử vong ước tính mỗi năm [2]. Trong chẩn đoán, sinh thiết TTL được xem là tiêu chuẩn vàng vừa xác nhận bệnh vừa là một trong những cơ sở để phân nhóm nguy cơ và lên kế hoạch điều trị. Sinh thiết TTL được báo cáo lần đầu vào năm 1926 bởi Young bằng kỹ thuật mở tầng sinh môn (TSM). Tiếp theo sau đó là sinh thiết qua TSM bằng kim của Ferguson hay qua ngã trực tràng định hướng bằng ngón tay bởi Astraldi [3]. Cho đến nay, kỹ thuật sinh thiết hệ thống phổ biến được sử

dụng là sinh thiết TTL qua ngã trực tràng hoặc TSM dưới hướng dẫn siêu âm bên cạnh kỹ thuật sử dụng cộng hưởng từ hoà ảnh (MRI fusion) định hướng sinh thiết đang được nghiên cứu gần đây.

Theo hướng dẫn lâm sàng của EAU, sinh thiết TTL nên được thực hiện qua ngã TSM vì đi kèm với nguy cơ biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau thủ thuật (Mức độ chứng cứ 1A, mức độ khuyến cáo mạnh) [4]. Tuy nhiên, sinh thiết TTL ngã trực tràng có ưu thế tiến hành nhanh hơn, ít đau khi thực hiện dưới gây tê tại chỗ tiện lợi, quen thuộc với bác sĩ tiết niệu và có lợi ích chi phí, hiệu quả lớn hơn, phù hợp với những nơi mới triển khai sinh thiết TTL [5]. Tại Việt Nam, nhiều trung tâm thực hiện sinh thiết TTL qua ngã trực tràng và đã có những báo cáo về kết quả sinh thiết, tuy nhiên số liệu chưa thật sự đủ lớn [6]. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành hồi cứu về tính an toàn của sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã trực tràng tại bệnh viện Bình Dân nhằm hướng đến tỷ lệ phát hiện bệnh và các biến chứng sau sinh thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn vào:

- Tất cả những bệnh nhân được sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã trực tràng tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2018 - 6/2022 với số lượng mẫu mô là 12 mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Kết quả GPB không rõ lành tính hay ác tính, cần phải nhuộm hóa mô miễn dịch để khẳng định.

- TH không đủ hồ sơ để thu thập số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Các bước tiến hành sinh thiết tại bệnh viện Bình Dân

- Giải thích, tư vấn cho BN về lợi ích và nguy cơ thủ thuật.

- Kiểm tra các xét nghiệm đông cầm máu, tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, PSA, free PSA, MRI TTL.

- Kháng sinh Levofloxacin + Metronidazole trước sinh thiết 90 phút, giảm đau đường uống trước sinh thiết.

- Thụt tháo bằng Fleet enema trước sinh thiết ít nhất 1 giờ.

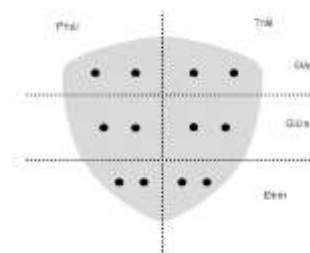
- Nằm nghiêng trái, mắc monitor theo dõi sinh hiệu, thở oxy 3l/phút

- Sát khuẩn trực tràng, trải khăn vô khuẩn

- SA ngã trực tràng xác định vị trí, kích thước và thể tích TTL

- Giảm đau tại chỗ bằng Lidocain 2% vào vị trí quanh vỏ bao hay gần túi tinh

- Dùng súng sinh thiết cỡ 16G dài 25cm, định vị sinh thiết 12 mẫu tiêu chuẩn.



Hình 26: Trang thiết bị và sơ đồ sinh thiết tuyến tiền liệt tại đơn vị của chúng tôi

- Theo dõi sau sinh thiết khoảng 1 giờ về dấu hiệu: đau, tiểu máu ồ ạt, tiêu máu ồ ạt, bí tiểu, sốt, tụt huyết áp, khó thở.

- Xuất viện, hẹn tái khám lấy kết quả, dặn dò dấu hiệu nhập cấp cứu: sốt, tiểu máu ồ ạt, tiêu máu ồ ạt, tụt huyết áp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2022 có 4098 bệnh nhân được sinh thiết TTL tại bệnh viện Bình Dân thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân 71.7 ± 5.3 (bệnh nhân trẻ nhất 32 tuổi, lớn nhất 100 tuổi).

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	< 50	50-59	60-69	70-79	> 79	Tổng
Số lượng	61	410	1446	1279	902	4098
Tỷ lệ (%)	1,5	10	35,3	31,2	22	100

Hầu hết bệnh nhân được sinh thiết TTL tập trung trong khoảng 60-79 tuổi phù hợp với dịch tễ bệnh lý TTL. Đáng chú ý là có đến 1,5% bệnh nhân nhỏ hơn 50 tuổi được sinh thiết TTL, điều này gợi ý cho việc trẻ hóa ở bệnh nhân bị TTL.

Bảng 2: Các biến chứng sau sinh thiết

Biến chứng sau sinh thiết	Tỷ lệ
Chảy máu hậu môn trực tràng	327/4098 (7,98%)
Tiểu máu đại thể	492/4098 (12%)
Phải nhập viện truyền máu	2/4098 (0,04%)
Bí tiểu sau sinh thiết	127/4098 (3,1%)
Sốt sau sinh thiết	163/4098 (3,98%)
Nhiễm khuẩn huyết	12/4098 (0,3%)
Choáng nhiễm khuẩn	1/4098 (0,02%)
Dị ứng thuốc tê	1/4098 (0,02%)
Phối hợp tiền mê để giảm đau khi sinh thiết	27/4098 (0,66%)

Sau thiết TTL bệnh nhân được theo dõi và đánh giá biến chứng ngay sau sinh thiết và tại thời điểm đi lấy kết quả sinh thiết. Đa số các biến chứng sau sinh thiết ở mức độ nhẹ. Cần lưu ý rằng có 12 TH (0,3%) nhiễm khuẩn huyết, 2 TH (0,04%) phải nhập viện truyền máu, 1 TH (0,02%) choáng nhiễm khuẩn, 1 TH (0,02%) dị ứng thuốc tê.

**Hình 27: Hình ảnh thực tế sinh thiết TTL ngã trực tràng tại đơn vị****Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh**

	Tăng sinh lành tính	Ác tính	Tổng
Số lượng	2582	1516	4098
Tỷ lệ (%)	63	37	100

IV. BÀN LUẬN

Sinh thiết TTL là một thủ thuật xâm lấn, luôn tồn tại nguy cơ biến chứng dù tỉ lệ tương đối thấp. Tại Đơn vị Can thiệp mạch tiết niệu sinh dục bệnh viện Bình Dân, mỗi năm có trên 1000 BN được sinh thiết TTL tại

đơn vị. Chúng tôi xin được bàn về một số vấn đề sau:

Vấn đề chảy máu: Với biến chứng tiểu máu, tổng quan y văn của Borghesi trên 85 nghiên cứu ở những quốc gia khác ghi nhận con số dao động từ 2 – 84% có tiểu máu sau

sinh thiết tùy theo kỹ thuật, định nghĩa tiểu máu, thời gian theo dõi, phương pháp thu thập số liệu và có liên quan mật thiết tới kích thước tuyến tiền liệt [7]. Theo thống kê của Namekawa trên 2086 BN sinh thiết TTL ngã TSM cho thấy tỉ lệ tiểu máu lên đến 73.4% và kéo dài bình quân 4.51 ± 2.88 ngày [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 327/4098 (7,98%) chảy máu đại tràng và 492/4098 (12%) BN tiểu máu đại thể ngay sau sinh thiết. Hầu hết các TH này chỉ tiểu máu kéo dài 2-5 ngày rồi tự khỏi. Có 2 TH phải nhập viện truyền máu.

- TH1: Bệnh nhân 65 tuổi, tiền căn khỏe, xét nghiệm tiền phẫu ghi nhận tiểu cầu 55k/ul. Bệnh nhân được khám chuyên khoa nội để đánh giá nguy cơ chảy máu do bệnh lý huyết học. Sau khi hội chẩn BN được phép sinh thiết TTL ngoại trú. Sau khi sinh thiết bệnh nhân tiểu máu, bí tiểu được đặt sonde niệu đạo ra nhiều máu đỏ tươi. BN được nhập viện theo dõi ghi nhận Hct giảm từ 35% xuống 28%. Bệnh nhân được truyền tiểu cầu, truyền máu, ròng nước liên tục và theo dõi sát. Sau 3 ngày bệnh nhân hết tiểu máu và xuất viện sau đó.

- TH2: BN có chỉ định sinh thiết TTL và không thể ngưng clopidogrel do nguy cơ tim mạch cao. Bệnh nhân được nhập viện để sinh thiết, sau sinh thiết BN tiểu máu lượng nhiều, phải truyền 1 đơn vị máu và hội chẩn tim mạch ngưng clopidogrel. Sau 3 ngày tình trạng tiểu máu ổn định. Qua 2 TH chúng ta thấy mặc dù sinh thiết TTL khá an toàn tuy nhiên cần lưu ý những bệnh nhân đang dùng thuốc liên quan đông máu hay BN có tiểu cầu thấp. Những BN này nên được nhập viện để sinh thiết và theo dõi kỹ.

Xuất tinh máu là biến chứng thường gặp được báo cáo trong hầu hết các nghiên cứu ở nước ngoài và dao động từ 1.1 – 93% tùy tác giả [7,8,9]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết BN lớn tuổi, tần suất quan hệ tình dục thấp bên cạnh đó thường có xu hướng kiêng

xuất tinh sau sinh thiết TTL và ngần ngại trao đổi về vấn đề này nên không thể báo cáo chính xác con số.

Vấn đề nhiễm khuẩn: Nhiễm khuẩn huyết là biến chứng đáng sợ và tiềm ẩn nguy cơ tử vong nếu không được phát hiện và can thiệp tích cực sớm. Tỉ lệ biến chứng do nhiễm khuẩn dao động từ 1-17.5% trong khi sepsis được báo cáo khoảng 0.2-1% [7]. TTL to hay viêm có tương quan thuận tới các biến chứng nhiễm khuẩn [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 163/4098 (3,98%) BN sốt sau sinh thiết phải nhập viện điều trị, trong đó có 12/4098 (0,3%) BN nhiễm khuẩn huyết với kết quả cấy máu dương tính, 1/4098 (0,02%) BN bị choáng nhiễm khuẩn. Bệnh nhân choáng nhiễm khuẩn là BN 58 tuổi, tiền căn béo phì, ĐTĐ2. Sau sinh thiết 1 ngày bệnh nhân sốt và tiếp tục thuốc uống ngoại trú mà không nhập viện. Sau đó 1 ngày bệnh nhân vẫn sốt cao nên liên hệ đơn vị sinh thiết và được hướng dẫn đến bệnh viện ngay. Qua TH này chúng ta cần lưu ý những bệnh nhân có cơ địa suy giảm miễn dịch và việc theo dõi sát bệnh nhân sau sinh thiết rất quan trọng để phát hiện và xử lý tai biến nặng.

Vấn đề sử dụng kháng sinh sau sinh thiết: Theo khuyến cáo của Hội Nội khoa Hoa Kỳ, kháng sinh dự phòng nên được chỉ định khi sinh thiết TTL ngã trực tràng với Fluoroquinolone hoặc Cephalosporin thế hệ 2-3 [11]. Quan điểm này tương tự với Hội Nội khoa Châu Âu bên cạnh khuyến cáo thực rửa trực tràng bằng Povidone-iodine khi sinh thiết qua ngã này [4]. Tuy nhiên thực tế tại bệnh viện chúng tôi đa số các bác sĩ sử dụng phối hợp levofloxacin + Metronidazole trong 3 -5 ngày sau sinh thiết. Việc sử dụng kháng sinh khi sinh thiết TTL tại Việt Nam cần được nghiên cứu thêm do chưa có số liệu thực tế tại Việt Nam. Tuy nhiên nhìn chung biến chứng nhiễm khuẩn sau sinh thiết của chúng tôi có vẻ thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.

Vấn đề giảm đau: Đau là một thách thức đối với sinh thiết TTL vì gây khó khăn thậm chí tai biến nếu BN không hợp tác. Kinh nghiệm ở đơn vị của chúng tôi áp dụng gây tê tại chỗ bằng 3 ống Lidocain + 5ml nước cất vào vị trí đỉnh TTL hoặc bên cạnh túi tinh 2 bên cùng với giảm đau đường uống. Hầu hết các TH đều kiểm soát tốt vấn đề đau, chỉ có 27/4098 (0,66%) TH phải phối hợp thêm tiền mê trong quá trình sinh thiết, đa số các TH này là bệnh nhân lớn tuổi, kém hợp tác khi sinh thiết. Bên cạnh đó việc thường quy khám trực tràng bằng ngón tay có bôi gel Xylocain và phối hợp bôi gel này bên ngoài đầu dò, trò chuyện với BN, mở nhạc nhẹ để trấn an BN cũng góp phần kiểm soát đau khi sinh thiết.

Qua 4098 thủ thuật, không TH nào tử vong liên quan đến sinh thiết. Trên thế giới, các TH tử vong phần lớn do nguyên nhân khác không liên quan thủ thuật này [10].

IV. KẾT LUẬN

Sinh thiết TTL qua ngã trực tràng an toàn, hiệu quả với tỉ lệ thấp các biến chứng chủ yếu liên quan đến chảy máu và nhiễm khuẩn. Các biến chứng có thể được hạn chế khi sàng lọc kỹ đối tượng nguy cơ cao, kháng sinh dự phòng, tư vấn cẩn kẽ, sát khuẩn, thắt tháo, giảm đau tốt, kiểm soát đường đi kim sinh thiết trên siêu âm, theo dõi sát bệnh nhân sau sinh thiết. So với sinh thiết TTL ngã TSM, phương pháp này đơn giản, dễ thực hiện, ít đau và ít đòi hỏi phương tiện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rebello Richard J, Christoph Oing, Knudsen Karen E, et al.** (2021). "Prostate cancer (Primer)". *Nature Reviews: Disease Primers*, 7 (1).
2. **Hội Tiết Niệu Thận Học Việt Nam** (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Ung thư tuyến tiền liệt.
3. **Schmeusser Benjamin, Levin Brandon, Lama Daniel, et al.** (2022). "Hundred years of transperineal prostate biopsy". *Therapeutic Advances in Urology*, 14, pp. 17562872221100590.
4. **Mottet Nicolas, van den Bergh Roderick CN, Briers Erik, et al.** (2022). "EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG guidelines on prostate cancer". *European urology*.
5. **Grummet Jeremy, Pepdjonovic Lana, Huang Sean, et al.** (2017). "Transperineal vs. transrectal biopsy in MRI targeting". *Translational andrology and urology*, 6 (3), pp. 368.
6. **Đỗ Anh Toàn Trang Võ Anh Vinh** (ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NGÃ TRỰC TRÀNG NĂM 2018 TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN". *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 23 * Số 3 * 2019*, pp. 270-274.
7. **Borghesi Marco, Ahmed Hashim, Nam Robert, et al.** (2017). "Complications after systematic, random, and image-guided prostate biopsy". *European urology*, 71 (3), pp. 353-365.
8. **Namekawa Takeshi, Fukasawa Satoshi, Komaru Atsushi, et al.** (2015). "Prospective evaluation of the safety of transrectal ultrasound-guided transperineal prostate biopsy based on adverse events". *International journal of clinical oncology*, 20 (6), pp. 1185-1191.
9. **Loeb Stacy, Vellekoop Annelies, Ahmed Hashim U, et al.** (2013). "Systematic review of complications of prostate biopsy". *European urology*, 64 (6), pp. 876-892.
10. **Pinsky P. F., Parnes H. L., Andriole G.** (2014). "Mortality and complications after prostate biopsy in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening (PLCO) trial". *BJU Int*, 113 (2), pp. 254-9.
11. **Lightner Deborah J, Wymer Kevin, Sanchez Joyce, et al.** (2020). "Best practice statement on urologic procedures and antimicrobial prophylaxis". *The Journal of Urology*, 203 (2), pp. 351-356.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC – TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Văn Thành Trung¹, Nguyễn Ngọc Châu¹, Hồ Xuân Tuấn¹,
Trịnh Nguyên Bách¹, Đoàn Thanh Khải¹, Trần Hữu Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng kết kinh nghiệm việc áp dụng phẫu thuật nội soi có hỗ trợ bởi robot (phẫu thuật robot) cắt bàng quang (BQ) tận gốc để điều trị ung thư BQ và tạo hình BQ bằng ruột kiểu trực vị trong cơ thể và ngoài cơ thể tại BV Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca 72 TH phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị từ 6/2018 đến 12/2022 tại Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh, trong đó chia thành 02 nhóm. Nhóm 1: 34 TH tạo hình bàng quang tân tạo ngoài cơ thể và Nhóm 2: 38 TH tạo hình bàng quang trong cơ thể.

Kết quả: Về giới tính, tỉ lệ nam giới chiếm đa số ở cả 2 nhóm bệnh nhân lần lượt là 91,2% và 78,9%, nhóm 2 có tỉ lệ nữ giới nhiều hơn nhóm 1 có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$. Tuổi trung bình lần lượt là 58,12 tuổi và 61,14 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ trung bình (340 phút so với 420 phút, $p<0,001$) và lượng máu mất trung bình (285ml so với 468,4ml, $p<0,001$). Không ghi nhận tai biến

trong mổ và không có TH mổ mở nào ở cả 2 nhóm. Về biến chứng của phẫu thuật, nhiễm khuẩn niệu chiếm 38,2% ở nhóm 1 và 31,5% ở nhóm 2. Biến chứng đường tiêu hóa: liệt ruột: 4/34 TH ở nhóm 1 và 1/38 TH ở nhóm 2, Tắc ruột: 2/34 TH ở nhóm 1 và không có TH ở nhóm 2. 2/34 TH bị xì dò nước tiểu ở nhóm 1 và 1/38 TH ở nhóm 2.

Kết luận: Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị trong điều trị ung thư bàng quang là an toàn và cho kết quả tốt. Việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể bước đầu cho thấy tính khả thi, biến chứng sau mổ có thấp hơn so với tạo hình bàng quang ngoài cơ thể, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê, cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi robot; Cắt bàng quang tận gốc; Tạo hình bàng quang bằng ruột

SUMMARY

RESULTS OF ROBOTIC-ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY AND ORTHOTOPIC URINARY RECONSTRUCTION AT BINH DAN HOSPITAL

Purpose: To evaluate our results of robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy and an orthotopic neobladder reconstruction for treatment of bladder cancer at Binh Dan hospital.

Methods: Retrospective a case series of 72 cases who were performed robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy and orthotopic

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thành Trung

SĐT: 0913984099

Email: bsthanhtrung1512@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 04/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

neobladder reconstruction from 6/2018 to 12/2022 at Binh Dan Hospital in Ho Chi Minh City Minh with 2 group: group 1: 34 cases of extracorporeal orthotopic ileal neobladder and group 2: 38 cases of intracorporeal orthotopic ileal neobladder.

Results: In gender, the men accounted for the majority in both groups was 90.63% and 77.78%, respectively, group 2 had the women more than group 1 with statistical significance. $p = 0.002$. The mean age was 58.12 years old and 61.14 years old, respectively, there was no statistically significant difference. There was a statistically significant difference in mean operative time (340 minutes versus 420 minutes, $p < 0.001$) and mean blood loss (285 ml versus 468,4 ml, $p < 0.001$). There were no intraoperative complications and no open surgery in both groups. Regarding complications of surgery, urinary tract infection accounted for 37.5% in group 1 and 22.2% in group 2. Gastrointestinal complications: paralytic ileus: 4/34 cases in group 1 and 1/38 case in group 2, Intestinal obstruction: 2/34 cases in group 1 and no case in group 2. 2/34 cases had urine leak in group 1 and 1/38 case in group 2

Conclusion: The robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy and formation of an orthotopic neobladder can be applied effectively and safely at Binh Dan Hospital. The intracorporeal orthotopic ileal neobladder has good initial results, postoperative complications are lower than that of the extracorporeal orthotopic ileal neobladder, but there is no statistical significance, it is necessary to have a study with a large number of patients. larger number of patients.

Keywords: Robotic-assisted laparoscopy; Radical cystectomy; Orthotopic neobladder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt bàng quang tận gốc là phương pháp điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ hiệu quả nhất¹. Hiện nay, phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị là lựa chọn tối ưu sau khi cắt bàng quang. Bàng quang thay thế nối vào niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua đường tự nhiên và là phương thức chuyển lưu nước tiểu mang đến chất lượng cuộc sống sau mổ tốt nhất^{2,3}. Cho đến nay, phẫu thuật robot thực hiện được hầu hết các kỹ thuật trong phẫu thuật ngoại niệu và dần trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn cho nhiều bệnh lý niệu khoa. Các nghiên cứu đã cho thấy phẫu thuật robot trong cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị có những ưu điểm hơn so với phẫu thuật nội soi thông thường như: nạo hạch chậu tốt hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, chi phí nằm viện tương đương với PTNS thông thường, thời gian sống còn và thời gian sống không bệnh tương đương nhau⁴. Phẫu thuật robot ngày càng tiến bộ dần và hiện nay, theo xu hướng can thiệp tối thiểu, việc phẫu thuật tạo hình bàng quang tân tạo trực vị được thực hiện hoàn toàn trong cơ thể và cho kết quả tương đương với việc tạo hình bàng quang ngoài cơ thể⁵.

Bệnh viện Bình Dân triển khai phẫu thuật robot từ năm 2016, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật trên nhiều loại phẫu thuật niệu khoa và đạt được những thành công nhất định. Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc đã được áp dụng tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi đã thực hiện các kỹ thuật tạo hình bàng quang ngoài cơ thể và trong cơ thể với hỗ trợ của hệ thống robot và cho kết quả bước đầu khá tốt. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này nhằm tổng kết kinh nghiệm và đánh giá kết quả phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và

tạo hình bàng quang trực vị trong và ngoài cơ thể tại Bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hàng loạt ca 72 TH phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị từ 6/2018 đến 12/2022 tại Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh, trong đó chia thành 02 nhóm:

Nhóm 1: 34 TH phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo ngoài cơ thể

Nhóm 2: 38 TH phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trong cơ thể.

Chỉ định phẫu thuật:

BN được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ và có chỉ định cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang tân tạo có tiêu chuẩn như sau:

T1 nguy cơ cao, T2-4a, N0, M0

Bướu không xâm lấn niệu đạo tiền liệt tuyến ở nam và không xâm lấn cổ bàng quang ở nữ.

Các tiêu chuẩn trên được chẩn đoán trước mổ bằng hình ảnh MRI hoặc CTscan bụng chậu có cản quang và thực hiện cắt đốt nội soi bướu bàng quang.

Quy trình phẫu thuật: Tất cả BN đều được phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc.

BN được gây mê nội khí quản, nằm ngửa.

Chúng tôi tiến hành thiết lập 6 lỗ trocar trong đó có 4 cánh tay robot và 2 kênh thao tác dành cho người phụ mổ. Vị trí các lỗ trocar như sau: 1 trocar 12mm trên rốn 5 cm cho camera, 3 trocar 8mm cho dụng cụ robot, 2 trocar cho người phụ: 1 trocar 12mm, 1 trocar 5mm.



Hình 1: Vị trí các lỗ trocar trong phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc

Chúng tôi thực hiện cắt bàng quang tận gốc qua hệ thống robot: Nam: cắt bàng quang, tuyến tiền liệt, 2 túi tinh. Nữ: cắt bàng quang, tử cung, thành trước âm đạo.

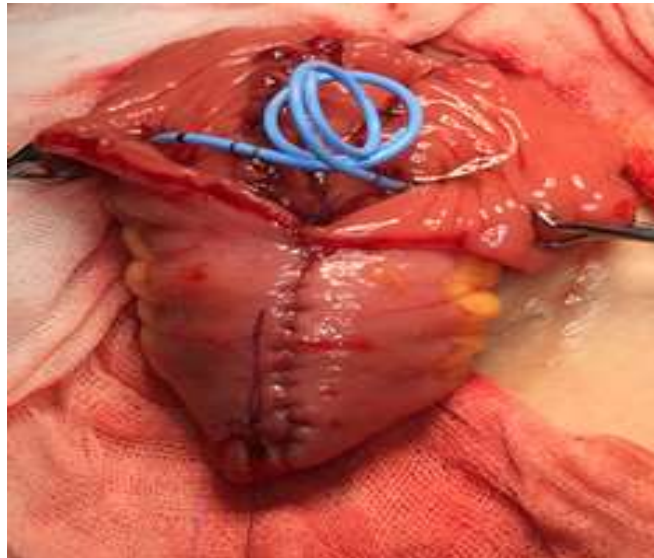
Tất cả các BN đều được nạo hạch chậu bịt

Phương pháp tạo hình bàng quang tân tạo như sau: chọn đoạn hồi tràng cách gốc hồi manh tràng 20cm, đánh dấu.



Hình 2: TẠO HÌNH BÀNG QUANG TÂN TẠO THEO PP

Đối với tạo hình bàng quang ngoài cơ thể: Rạch da đường giữa dưới rốn 6cm, lấy bệnh phẩm ra ngoài. Thực hiện tạo hình bàng quang pp Hautmann ngoài cơ thể, cắm 2 niệu quản vào bàng quang tân tạo. Sau đó đưa bàng quang tân tạo vào ổ bụng và khâu nối với niệu đạo, bằng cánh tay robot.



Hình 3: VỊ TRÍ LỖ VÀO Ổ BỤNG SAU KHI KẾT THÚC

Đối với tạo hình bàng quang trong cơ thể: Đoạn hồi tràng cuối 40 cm được chọn để làm bàng quang tân tạo, xẻ ruột bờ tự do ở điểm giữa của đoạn ruột đã chọn để tạo cổ bàng quang. Khâu nối cổ bàng quang tân tạo vào niệu đạo với chỉ V- loc 3.0. Cắt 2 đầu đoạn ruột và phục hồi lưu thông ruột bằng

stapler. Xẻ bờ tự do ruột và khâu tạo hình bàng quang kiểu heart shape (chữ Y). Cắm lại 2 niệu quản vào bàng quang tân tạo kiểu tận - bên với chỉ monosyn 4.0 có lưu thông JJ 7Fr. Mở bàng quang ra da. Ngoại phúc mạc hóa bàng quang tân tạo.



Hình 4: Tạo hình bàng quang trong cơ thể



Hình 5: Sau mổ tạo hình bàng quang trong cơ thể

Bệnh nhân được thu thập các biến số về lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố trong phẫu thuật như thời gian phẫu thuật, lượng máu mất... Kết quả phẫu thuật được đánh giá qua các yếu tố: thời gian nằm viện, kết quả phẫu thuật, biến chứng. Về chức năng bàng quang tân tạo, chúng tôi đánh giá tỉ lệ tiểu có kiểm soát ban ngày và ban đêm, tỉ lệ đặt thông tiểu cách quãng. Các số liệu được xử lý với phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian từ 6/2018 đến 12/2022, chúng tôi thu nhận được 72 bệnh nhân được phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và

tạo hình bàng quang tân tạo trực vị trong và ngoài cơ thể.

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam giới ở 2 nhóm bệnh nhân lần lượt là 91,2% và 78,9%, nhóm THBQ trong cơ thể có tỉ lệ nữ giới cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm THBQ ngoài cơ thể. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là 58,12 tuổi và 61 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm. Bệnh nhân có chỉ số khối trung bình là $22,3 \pm 3$.

Về đặc điểm phẫu thuật ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ trung bình (340 phút so với 420 phút, $p < 0,001$) và lượng máu mất trung bình (285ml so với 468,4ml, $p < 0,001$). Trong đó chúng tôi

ghi nhận có 1TH truyền máu là do tổn thương động mạch bàng quang, bệnh nhân được cầm máu trong mổ bằng robot không cần mổ mở ở nhóm THBQ ngoài cơ thể. Chúng tôi không ghi nhận tai biến trong mổ và không có TH mổ mở nào.

Sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận không có TH bờ biên (+).

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình tương đương nhau ở 02 nhóm (8,5 ngày so với 7,2) Thời gian lưu thông niệu đạo trung bình là 14 ngày. Rút thông bàng quang ra da:

21 ngày. Rút thông niệu quản: 28 ngày. Chúng tôi có thời gian theo dõi trung bình là 14 tháng (2 – 36).

Về biến chứng của phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ biến chứng hậu phẫu ở 02 nhóm là tương đương nhau

Về chức năng bàng quang tân tạo, chúng tôi ghi nhận kiểm soát nước tiểu ban ngày: 64/72 (88,9%), kiểm soát nước tiểu ban đêm: 58/72 (80,6%) và đặt thông tiểu cách quãng: 6/72 (8,3%)

Bảng 1: Đặc điểm của BN nghiên cứu

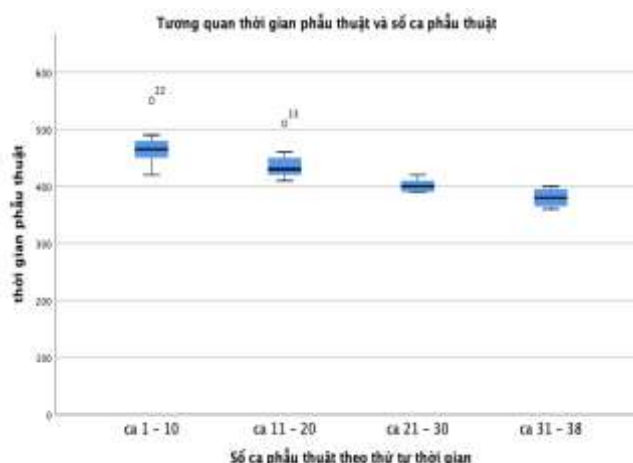
Đặc điểm	Nhóm 1 (n=34) THBQ ngoài cơ thể	Nhóm 2 (n=38) THBQ trong cơ thể	Giá trị p
Giới tính			
Nam	31 (91,2)	30(78,9)	0,02*
Nữ	3 (8,8)	8 (21,1)	
Tuổi trung bình (tuổi)	58,12 tuổi (nhỏ nhất 40, lớn nhất 78)	61,14 tuổi (Nhỏ nhất: 39; lớn nhất 76)	0,073**
Giai đoạn bướu sau mổ			
T1	0 (0)	6 (15,8)	0,031*
T2	25 (73,5)	24 (63,1)	
T3	9 (26,5)	8 (21,1)	
N1	2 (5,9)	3 (7,9)	0,52*
Thời gian phẫu thuật (phút)	340 phút (290 - 460)	420 phút (370 -550)	<0,001**
Thời gian console (phút)	230 phút (180 – 340)	410 phút (360 – 530)	<0,001**
Thời gian tạo hình BQ ngoài cơ thể (phút)	110 phút	-	-
Lượng máu mất (ml)	285 ml (150 – 1200)	468,4 (200 -1000)	<0,001
Thời gian nằm viện sau mổ	8,5 ngày (5 – 15)	7,2 ngày (5 -15)	0,13**
Thời gian lưu thông niệu đạo	14 ngày		
Rút thông bàng quang ra da	21 ngày		
Rút thông niệu quản	28 ngày		

*: chi-square test, **: t-test

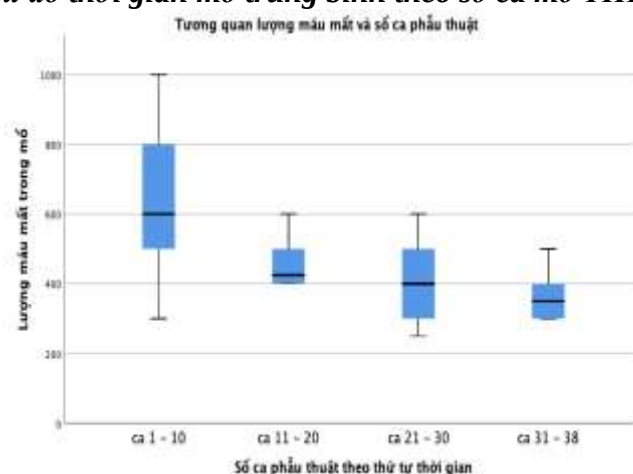
Bảng 2: Đặc điểm biến chứng của phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm biến chứng của phẫu thuật			
Đặc điểm	Nhóm 1 (n=34) THBQ ngoài cơ thể	Nhóm 2 (n=38) THBQ trong cơ thể	Giá trị p*
Nhiễm khuẩn niệu	13 (38,2)	12 (31,5)	P >0,05
Nhiễm trùng vết mổ thành bụng	1 (2,9)	0 (0)	
Biến chứng tiêu hoá			
Liệt ruột	4 (11,7)	2 (5,3)	
Tắc ruột	2 (5,9)	0 (0)	
Xi nước tiểu	2 (5,9)	1(2,6)	
Rò tiêu hoá – bàng quang tân tạo	1 (2,9)	2 (5,3)	
Hẹp niệu quản	3 (8,8)	2 (5,3)	
Ngược dòng bàng quang niệu quản	5 (14,7)	2 (5,3)	
Hẹp cổ bàng quang tân tạo	2 (5,9)	0 (0)	
Rò bàng quang – âm đạo	0 (0)	0 (0)	

*: Fisher test



Biểu đồ 1: Biểu đồ thời gian mổ trung bình theo số ca mổ THBQ trong cơ thể



Biểu đồ 2: Biểu đồ lượng máu mất trung bình theo số ca mổ THBQ trong cơ thể

Từ biểu đồ 1 và 2, chúng tôi nhận thấy việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể có sự tiến bộ dần theo thời gian bằng chứng là rút ngắn được thời gian phẫu thuật và giảm lượng máu mất trong mổ.

IV. BÀN LUẬN

Việc áp dụng phẫu thuật robot có khả thi và hiệu quả hay không?

Phẫu thuật robot cắt bàng quang được thực hiện đầu tiên năm 2003, ngày càng được thực hiện nhiều ở các trung tâm niệu khoa lớn, tăng < 1%, 2004 → 18,5% 2012, gần đây đạt đến 38,7% số TH cắt bàng quang theo IRCC 5.

Năm 2018, tác giả Nguyễn Văn Ân 6 đã báo cáo 12 BN phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang ngoài cơ thể tại Bệnh viện Bình Dân cho thấy kết quả tốt, thời gian phẫu thuật trung bình là 430 phút và lượng máu mất trung bình là 390 ml. Tiếp bước thành công đó, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo ngoài cơ thể cho 34 BN với thời gian phẫu thuật trung bình đã được rút ngắn hơn là 340 phút (rút ngắn được 1h30 phút) và giảm lượng máu mất trung bình còn 285ml. Điều này chứng tỏ phẫu thuật robot áp dụng ngày càng thuần thục và hiệu quả hơn.

Tác giả Hu 5 tiến hành so sánh 439 BN được phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và 7308 BN phẫu thuật mổ mở cho thấy phẫu thuật robot nạo hạch vùng chậu tốt hơn 41,5% BN nạo được hơn 10 hạch so với tỉ lệ 34,9% BN ở nhóm mổ mở (RR: 1.1,

$p=0,003$). Thời gian nằm viện của nhóm phẫu thuật robot ngắn hơn trung bình là 10 ngày so với nhóm mổ mở trung bình là 10.5 ngày ($p=0,004$). Thời gian sống còn trung bình của nhóm phẫu thuật robot tương đương với nhóm mổ mở. Nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc so với mổ mở thông thường.

Về thời gian phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 340 phút. Thời gian phẫu thuật này cũng tương đương với các tác giả khác trên thế giới. Các tai biến và biến chứng sau mổ ở mức chấp nhận được và cũng tương đương các tác giả trên thế giới. Về mặt hiệu quả của bàng quang tân tạo, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tiểu tự chủ là 88,9% ban ngày và 80,6% ban đêm. Trong quá trình phẫu thuật không có TH nào cần chuyển mổ mở và tất cả các TH đều có bờ cắt sạch. Như vậy, việc áp dụng phẫu thuật robot trong điều trị ung thư bàng quang và tạo hình bàng quang tân tạo có hiệu quả và khả thi trong tình hình hiện tại ở Bệnh viện Bình Dân.

Vấn đề tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể

Hiện nay, với xu hướng xâm lấn tối thiểu, việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể trong phẫu thuật robot cắt ung thư bàng quang tận gốc đang được áp dụng ngày càng phổ biến. Một trong những lý do chính là giảm bớt vết mổ mở ở thành bụng, giảm tỉ lệ nhiễm trùng thành bụng và tắc ruột sau mổ.

Chúng tôi nhận thấy với 38 TH được THBQ trong cơ thể, các vấn đề khó khăn

được nhận thấy là:

Việc xác định đoạn ruột được tạo hình bàng quang tân tạo về kích thước, chiều dài trong không gian nội soi là hạn chế và phẫu thuật viên có khuynh hướng sẽ tạo hình bàng quang tân tạo nhỏ hơn so với khi mổ mở.

Việc khâu nối bàng quang tân tạo vào niệu đạo, khâu tạo hình bàng quang và cắm lại niệu quản bàng quang cần có kỹ thuật cao và đường cong học tập lâu.

Sử dụng nhiều stapler cắt nối ruột gây tốn kém.

Qua 38 TH, chúng tôi làm chủ dần kỹ thuật tạo hình bàng quang trong cơ thể với bằng chứng là rút ngắn được thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ (biểu đồ 1 và 2). Các biến chứng sớm hậu phẫu cũng tương đương với nhóm THBQ ngoài cơ thể và có khuynh hướng thấp hơn. Đây là những dấu hiệu đáng khích lệ để chúng tôi tiếp tục triển khai phương pháp này. Tác giả Collins J.W và cs tổng kết kinh nghiệm THBQ trong cơ thể sau cắt bàng quang ung thư bằng robot trên 67 BN (61 nam và 6 nữ) nhận định rằng phẫu thuật này là một phẫu thuật phức tạp, tuy nhiên nếu thực hiện các trung tâm lớn thì sẽ an toàn và hiệu quả tương đương với THBQ ngoài cơ thể. Đường cong học tập được hoàn thiện dần sau mỗi 10 ca phẫu thuật với việc giảm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và tỉ lệ biến chứng sau mổ 4.

Khi so sánh với các tác giả khác trên thế giới, tác giả Gu Q và cs phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và THBQ tân tạo trong cơ thể trên 12 BN nam cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 419 phút, lượng máu

mất trung bình là 400ml. Tỉ lệ biến chứng sau mổ của nghiên cứu là 50%, tỉ lệ nhiễm trùng tiểu là 25%⁸. Tác giả Bianchi R và cs phẫu thuật THBQ trong cơ thể cho 30 BN với thời gian phẫu thuật trung bình là 493 phút, lượng máu mất trung bình 470 ml với tỉ lệ biến chứng sau mổ là 46,7%⁹. Tác giả Biondo tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể với phương pháp Vesuvian cho thấy không tai biến và biến chứng nào cần chuyển mổ mở, thời gian phẫu thuật trung bình là 435 phút và thời gian tạo hình bàng quang tân tạo là 59 phút¹⁰. Qua đó cho thấy thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và các biến chứng sau mổ của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trên thế giới. Như vậy, phẫu thuật tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể với robot có tính khả thi. Thời gian phẫu thuật có thể rút ngắn dần nhờ kinh nghiệm và sự quen tay của phẫu thuật viên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị trong điều trị ung thư bàng quang là an toàn và cho kết quả tốt. Việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể bước đầu cho thấy tính khả thi, biến chứng sau mổ có thấp hơn so với tạo hình bàng quang ngoài cơ thể, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê, cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee CT (2005). Orthotopic bladder replacement in women. Urinary diversion, 337-352

2. **Stenzl A** (2010). Radical cystectomy with orthotopic neobladder for invasive bladder cancer: A critical analysis of long term oncological, functional and quality of life results. *International Braz J Urol*, 36(5): 537 – 547
3. **Gakis G** (2011). Radical cystectomy and neobladder in the female”, *European Urological Review*, 6(1):33 – 36.
4. **Collins J.W** (2014). Robot-assisted radical cystectomy (RARC) with intracorporeal neobladder – what is the effect of the learning curve on outcome?. *BJU Int* , 113: 100–107
5. **Hu JC** (2016) .Perioperative Outcomes, Health Care Costs, and Survival After Robotic-assisted Versus Open Radical Cystectomy: A National Comparative Effectiveness Study. *Eur Urol*.
6. **Nguyễn Văn Ân** (2018). Kết quả sớm phẫu thuật nội soi robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị ngoài cơ thể. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*.
7. **Koie T al** (2019). “Utility of robot-assisted radical cystectomy with intracorporeal urinary diversion for muscle-invasive bladder cancer”, *International journal of urology*, 26, 334 -340.
8. **Gu Q** (2020). Robot-assisted radical cystectomy with totally intracorporeal neobladder diversion: perioperative, oncologic, and functional outcomes. *Transl Androl Urol*, 9(6):2606-2615.
9. **Bianchi R** (2021). Robot-Assisted Intracorporeal Orthotopic Ileal Neobladder: Description of the “Shell” Technique. *J. Clin. Med*, 10: 3601.
10. **Del Biondo D** (2022). The Robotic Intracorporeal Vesuvian Orthotopic Neobladder (VON)—A New Technique for Continent Urinary Diversion: Initial Experience and Description of the Technique. *Appl.Sci*, 12: 11616.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC TẠO HÌNH BÀNG QUANG BẰNG RUỘT HOÀN TOÀN TRONG Ổ BỤNG Ở NỮ

Văn Thành Trung¹, Phạm Hữu Đoàn¹, Trần Hữu Toàn¹,
Trịnh Nguyên Bách¹, Đoàn Thanh Khải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi báo cáo mô tả kỹ thuật phẫu thuật, hiệu quả và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng ở nữ do ung thư bàng quang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: báo cáo mô tả 9 trường hợp bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư bàng quang được tiến hành phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022.

Kết quả: 9 trường hợp bệnh nhân là nữ có độ tuổi trung bình 63 được chẩn đoán ung thư bàng quang cT2N0M0 (6 TH), cT2N1M0 (1 TH), cT3N0M0 (2 TH), thời gian phẫu thuật trung bình 420 phút, lượng máu mất trong mổ 475 ml, thời gian hậu phẫu 6 ngày, có 1 TH nhiễm khuẩn niệu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng là một kỹ thuật an toàn, tiên tiến và hiệu quả. Ở bệnh nhân nữ, có thể tận dụng tối đa ưu thế của robot, với đường mổ nhỏ, bệnh phẩm lấy qua ngã âm đạo.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang, bàng quang tân tạo, cắt bàng quang tận gốc, hoàn toàn trong ổ bụng, nữ.

SUMMARY

PRELIMINARY OUTCOMES ROBOTIC-ASISSTED RADICAL CYSTECTOMY WITH TOTAL INTRACORPOREAL NEOBLADDER IN FEMALE

Purpose: We report describing the surgical technique, efficacy and early outcomes of robotic-asissted radical cystectomy with intracorporeal neobladder in female due to bladder cancer.

Materials and Methods: report 9 cases of female patients diagnosed with bladder cancer who underwent robotic-asissted radical cystectomy with intracorporeal neobladder from April 2020 to December 2022.

Results: 9 cases of female patients with average age of 63, were diagnosed with bladder cancer cT2N0M0 (6), cT2N1M0 (1), cT3N0M0 (2), operative time 420 minutes, Estimated blood loss 475 ml, postoperative time 6 days, 1 case of urinary tract infection.

Conclusions: Robotic-asissted radical cystectomy with intracorporeal neobladder is a safe, effective and advanced technique. In female patients, we can mazimize the advantages of robotic-asissted surgery, with minimal invasive incision and extracting specimen through vagina.

Keywords: robotic-asissted radical cystectomy, neobladder, radical cystectomy, total intracorporeal. female.

I. TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, nạo hạch chậu được xem là phương pháp hiệu quả nhất điều trị ung thư bàng quang xâm lấn

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thành Trung

SĐT: 0913984099

Email: bsthanhtrung1512@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 03/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

cơ. Mặc dù phẫu thuật mở cắt bàng quang vẫn là tiêu chuẩn vàng tại nhiều nơi để điều trị bệnh lý trên, các loại phẫu thuật ít xâm lấn hơn đang dần phổ biến, trong đó có phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot 1,2. Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc được chứng minh là có hiệu quả tương đương với mổ mở về mặt ung thư học, và đạt kết quả tốt hơn về mặt hậu phẫu, giảm mất mát và giảm thời gian nằm viện 1,2.

Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc được thực hiện đầu tiên vào năm 20033. Đến năm 2010, chuyển lưu

nước tiểu bằng đoạn hồi tràng hoàn toàn trong ổ bụng lần đầu tiên được thực hiện qua nội soi có hỗ trợ robot4. Sau gần 2 thập kỷ phát triển, phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng đã được thực hiện tại một số trung tâm y khoa tân tiến trên thế giới 1.

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo 9 trường hợp phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng và lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo.

II. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT VÀ KẾT QUẢ BAN ĐẦU



Hình 1: Vị trí trocar

Trocar camera port: trên rốn 3 cm

Cánh tay robot 1, 2: ngang rốn, bên phải và trái cách đường giữa 8cm.

Cánh tay robot: Cách gai chậu trước trên bên trái 2cm

Hai cánh tay phụ: Hông phải và hạ sườn phải

Bệnh nhân nằm ở tư thế Trendelenburg. Kíp mổ vào khoang phúc mạc với 6 trocar, bao gồm 1 trocar camera port, 3 trocar cánh tay robot, 2 trocar phụ. Docking cánh tay robot monopolar scissors cánh tay số 1, bipolar fenestrated forceps cánh tay số 2,

prograsp forceps cánh tay số 3. Xẻ phúc mạc hai bên tại vị trí bó mạch chậu, bóc lộ và kẹp niệu quản 2 bên. Xẻ phúc mạc tại vị trí túi cùng sau bóc tách bóc lộ kẹp và cắt rời các mạch máu bàng quang và tử cung, cắt toàn bộ bàng quang, tử cung và thành trước âm đạo. Trường hợp bảo tồn tử cung: chỉ cắt bàng quang và thành trước âm đạo. Áp dụng kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh: không xẻ cân mạc nội chậu, không cắt dây chằng mu – niệu đạo. Bệnh phẩm sau đó được lấy qua ngã âm đạo. Khâu lại thành trước âm đạo. Nạo hạch chậu-bịt tiêu chuẩn hai bên.

Chọn một đoạn hồi tràng khoảng 40cm, cách gốc hồi manh tràng 20 cm, có cuốn nuôi tốt để làm bàng quang tân tạo. Xếp đoạn hồi tràng theo V-shaped để làm bàng quang tân tạo. Xẻ ruột ở đỉnh chữ V tạo cổ cổ bàng quang tân tạo. Khâu nối cổ bàng quang tân tạo xuống niệu đạo bằng chỉ Stratafix 3.0, có lưu thông niệu đạo bằng thông Silicon 18Fr. Cắt và khâu phục hồi lưu thông hai đầu hồi

tràng. Đoạn ruột đã chọn: xẻ bờ tự do và khâu tạo hình bàng quang bằng V-lok 3.0. Sau tạo hình, niệu quản 2 bên được cắm lại vào bàng quang tân tạo kiểu tận - bên với chỉ Protisorb 4.0 có lưu thông JJ 6Fr 2 bên làm nòng. Mở bàng quang tân tạo ra da bằng Foley 20Fr. Ngoài phúc mạc hóa bàng quang tân tạo.



Hình 2: Lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo



Hình 3: Bàng quang tân tạo và mở bàng quang ra da

Các biến số trước và sau mổ được trình bày ở bảng 1. Sau mổ cả 9 bệnh nhân đều hồi phục tốt: hông ghi nhận biến chứng ở hậu phẫu. Bệnh nhân được bơm rửa bàng quang mỗi ngày và rút thông niệu đạo sau 2 tuần. Sau 4 tuần, được rút thông mở bàng quang ra da và JJ 2 bên. Tái khám sau 2 tháng: Ghi nhận 1 trường hợp nhiễm khuẩn niệu phải nhập viện phải nhập viện điều trị.

Bảng 1

Biến số (N =9)	Kết quả
Tuổi	63 (55-73)
BMI	24 (21-26)
ASA	2: 7 TH; 3: 2 TH
Tiền căn phẫu thuật	1 TH cắt tử cung do ung thư, 1 trường hợp cắt tử cung do u xơ tử cung
cTNM	6 TH cT2N0M0, 1 TH cT2N1M0, 2 TH cT3N0M0
pTNM	6 TH cT2N0M0, 1 TH cT2N1M0, 2 TH cT3N0M0
Biên phẫu thuật còn tế bào bướu	0
Thời gian mổ (phút)	420 (360-470)
Lượng máu mất (ml)	475 (200-700)
Bảo tồn tử cung và 2 buồng trứng	5 TH
Kiểu tạo hình bang quang tân tạo V shape	9
Trung tiện sau mổ (ngày)	3 (2-5)
Thời gian rút dẫn lưu	5 (4-7)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	6 (5-7)
Biến chứng theo Clavien-Dindo Độ I: nhiễm khuẩn niệu	1

**Hình 4: Bụng bệnh nhân ở hậu phẫu ngày 2****III. BÀN LUẬN**

Trong 9 trường hợp được mô tả chúng tôi ghi nhận những ưu điểm của kỹ thuật này là bệnh phẩm được lấy qua ngã âm đạo, hoàn

toàn không có vết mổ. Thời gian nằm viện 6 ngày (5-7) ngày ngắn hơn các phẫu thuật mở mổ kinh điển của tác giả Văn Thành Trung⁵ là 15 ngày. Thời gian mổ trung bình là 7 giờ,

thời gian rút các ống dẫn lưu là 5 (4-7) ngày, lượng máu mất trung bình 475 ml tương đồng với tác giả Ersin Koseoglu⁶. Có 5 TH được bảo tồn tử cung và phần phụ hai bên để hạn chế xâm lấn cho bệnh nhân được chẩn đoán cT2, đặc biệt là những bệnh nhân có nhu cầu bảo tồn tử cung và 2 phần phụ. Điều này là ưu điểm của phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot khi thực hiện được ở những vùng sâu, bóc tách giữa bàng quang và tử cung, bảo tồn chức năng tình dục là một xu hướng mới được tác giả Gabriele Tuderti⁷ mô tả trên 11 bệnh nhân, những bệnh nhân được thực hiện chủ yếu là độ tuổi trung bình dưới 50, còn sinh hoạt tình dục và cT2. Tuy nhiên thách thức là đảm bảo về mặt ung thư học ở những bướu có khả năng xâm lấn tử cung không rõ ràng trên hình ảnh thì không nên bảo tồn tử cung và phần phụ.

Một ưu thế nữa của phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot là bóc tách tìm niệu đạo nữ ở vùng sau xương mu rõ ràng và dễ dàng hơn mổ mở, chúng tôi bóc tách rõ ràng niệu đạo và kẹp Hem-o-loc sau đó cắt rõ ràng dẫn tới biên phẫu thuật ở niệu đạo an toàn, 9 TH đều có biên phẫu thuật không có tế bào ác tính, tuy nhiên tác giả Ersin Koseoglu⁶ báo cáo có 2/5 TH môm niệu đạo còn tế bào ác tính do giai đoạn bướu pT4. Về khảo sát khả năng kiểm soát nước tiểu sau mổ chúng tôi ghi nhận có 1 TH bị bí tiểu mạn sau đó được xử trí đặt thông niệu đạo 1 lần và sau đó theo dõi không bí tiểu tái phát. Có 1 TH có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên, xếp loại theo Clavien-Dindo độ I được nhập viện điều trị kháng sinh, bơm rửa bàng quang sau đó ổn xuất viện.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột hoàn toàn trong ổ bụng là một phẫu thuật tân tiến, an toàn và hiệu quả, đòi

hỏi kỹ năng rất cao và tận dụng tối đa lợi ích của phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot, có thể lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo không cần rạch da lấy bệnh phẩm giúp bệnh nhân giảm đau, hồi phục nhanh sau mổ, cũng như giúp cho tình trạng kiểm soát nước tiểu sau mổ tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christian S** (2015). Robot-assisted radical cystectomy and intracorporeal neobladder formation: on the way to a standardized procedure. *World journal of surgical oncology*. 13(3). 1-6
2. **Tostivint V** (2019). Orthotopic neobladder reconstruction for bladder cancer: robotic assisted versus open-radical cystectomy for perioperative outcomes, functional results and quality of life. *Science Direct. Elsevier*. 29: 440-448.
3. **Danica M** (2018). Robotic cystectomy. *Urologic clinics or North America. Elsevier*. 45 (2): 183-188.
4. **Omar F** (2015). Current Status of Robotic Assisted Radical Cystectomy With Intracorporeal Ileal Neobladder for Bladder Cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 112: 427-429.
5. **Văn Thành Trung** (2022). Đánh giá kết quả tạo hình bàng quang bằng phương pháp Hautmann ở phụ nữ sau cắt bàng quang tận gốc do ung thư. *Luận văn Tiến sĩ y học*, trang 80-85.
6. **Koseoglu E** (2021) Genitalia Preserving Robotic Radical Cystectomy with Intracorporeal Studer Pouch Formation in the Female: Experience in 5 Cases. *Robot Surg*.8:1-7
7. **Tuderti G** (2020) Sex-Sparing Robot-Assisted Radical Cystectomy with Intracorporeal Padua Ileal Neobladder in Female: Surgical Technique, Perioperative, Oncologic and Functional Outcomes. *J Clin Med*. 9(2): 577.

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC DO UNG THƯ TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ CÓ RÔ BỐT HỖ TRỢ

Phạm Hữu Đoàn¹, Vũ Lê Chuyên²,
Đỗ Vũ Phương³, Dương Đăng Hiếu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc tạo hình trực vị có rô bột hỗ trợ là một phẫu thuật phức tạp, không chỉ liên quan đến đường niệu sinh dục mà còn liên quan đến cả đường tiêu hoá. Chúng tôi mong muốn dùng những thang điểm đánh giá mà quốc tế đang sử dụng để đánh giá tỉ lệ tử vong và biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc do ung thư tạo hình bàng quang trực vị có rô bột hỗ trợ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Theo dõi bệnh nhân phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc do ung thư và tạo hình bàng quang trực vị bằng phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ thời gian từ 11/2020 đến tháng 10/2022 tại bệnh viện Bình Dân. Ghi nhận các biến chứng trong 90 ngày và phân độ theo Clavien – Dindo.

Kết quả: Trong 48 bệnh nhân, có tổng cộng 52 biến chứng sau phẫu thuật xuất hiện trên 23 bệnh nhân (47,9%). Trong đó có 9 (17,3%) biến chứng nặng (độ ≥ 3 , theo CDC) trên 8 bệnh nhân (16,6%). Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột kéo dài là những biến

chứng thường gặp nhất xảy ra lần lượt trên 21 (43,8%), 5 (10,4%), 12 (25,0%) bệnh nhân. Có 3 trường hợp (6,25%) hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang tân tạo, 2 (4,17%) rò bàng quang tân tạo, 1 (2,08%) tắc ruột non. Lượng máu mất trung bình là 335,6ml, thời gian phẫu thuật là 378 phút và thời gian nằm viện trung bình là 6,4 ngày.

Kết luận: Phần lớn các biến chứng là biến chứng nhẹ. Tuy nhiên, tất cả bệnh nhân có bàng quang tân tạo bằng ruột nên được theo dõi lâu dài thường xuyên để phát hiện ung thư tái phát và xác định các biến chứng khác.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc có rô bột hỗ trợ, biến chứng sau mổ, bàng quang tân tạo.

SUMMARY

COMPLICATION OF ROBOT - ASSISTED RADICAL CYSTECTOMY WITH ORTHOTOPIC NEOBLADDER RECONSTRUCTION

Introduction: Robot - assisted radical cystectomy (RARC) with orthotopic neobladder reconstruction is a complex surgery, involving not only the urogenital tract but also the gastrointestinal tract. We prospectively evaluated the 90-day postoperative mortality and morbidity of radical cystectomy by using a standardized reporting methodology.

Methods: A prospective analysis included patients undergoing robot - assisted radical cystectomy with orthotopic neobladder reconstruction from November 2020 through

¹Khoa Niệu nữ - Niệu chức năng, Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Đoàn

SĐT: 0932999468

Email: doanphamhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 27/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

October 2022 at Binh Dan hospital. Postoperative complications within 90 days were recorded and graded according to the modified Clavien–Dindo classification.

Results: In 48 patients, 52 postoperative complications were observed in 23 patients (47.9%). Of these events, 9 (17,3%) were high grade ($\geq$ Grade III) and developed in 8 patients (16.6%). Urinary tract infection, wound complications, and paralytic ileus were common complications that occurred in 21 (43,8%), 5 (10.4%), and 12 (25,0%) patients, respectively. Ureteroenteric stricture was diagnosed in 3 of the 48 patients (6.25%) undergoing intestinal urinary diversion, 2 cases (4.17%) intestinal neobladder fistula, 1 case (2.08%) gastrointestinal-bowel obstruction. Mean intraoperative blood loss was 335.6ml, mean operative time was 378 minutes, mean hospital stay was 6.4d.

Conclusions: The majority of complications are low grade, However, all patients with orthotopic neobladder reconstruction should have regular long-term follow-up for oncological surveillance and to identify complications should they arise.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh lý thường gặp trong các ung thư đường tiết niệu [1]. Trên thế giới, bệnh đứng hàng thứ 2 trong các ung thư đường tiết niệu với tần suất mới mắc là 10,1/100.000 ở nam và 2,5/100.000 ở nữ [2]. Ung thư bàng quang là một mối đe dọa của sức khỏe toàn cầu, với hơn 30.000 trường hợp tử vong mỗi năm.

Cắt bàng quang tận gốc là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Đây là một phẫu thuật

phức tạp, thời gian mổ kéo dài với tỉ lệ biến chứng và tử vong đáng kể. Mổ mở cắt bàng quang tận gốc kiểm soát tốt về mặt ung thư học, tuy nhiên cũng có nhiều khuyết điểm như mất nhiều máu trong mổ, đau sau mổ và thời gian nằm viện kéo dài. Mặc dù mổ mở cắt bàng quang tận gốc là phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất trước đây nhưng những phẫu thuật ít xâm lấn ngày càng phổ biến, được thực hiện ngày càng nhiều trên thế giới với kết quả ngày càng khả quan. Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc với hỗ trợ của rô bốt xuất hiện, ngày càng chứng tỏ tính khả thi trong nhiều nghiên cứu. Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc với hỗ trợ rô bốt được thực hiện nhiều ở các trung tâm lớn trên thế giới, gần đây có thể đạt đến $\frac{1}{4}$ số trường hợp cắt bàng quang [3].

Hiện nay phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị là lựa chọn tối ưu, bàng quang thay thế nối vào niệu đạo giúp bệnh nhân 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 bệnh nhân đến điều trị vì ung thư bàng quang hàng năm khá cao. Bệnh viện Bình Dân đã triển khai phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc với hỗ trợ của rô bốt để điều trị cho người bệnh ung thư bàng quang từ năm 2017[4]. 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 áp dụng phổ biến. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các tai biến-biến chứng quanh phẫu thuật của người bệnh sau cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị trên người bệnh ung

thư bàng quang phẫu thuật nội soi có rô bốt hỗ trợ tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Gồm người bệnh ung thư bàng quang được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng phẫu thuật nội soi có rô bốt hỗ trợ tại bệnh viện Bình Dân.

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

Phương pháp nghiên cứu

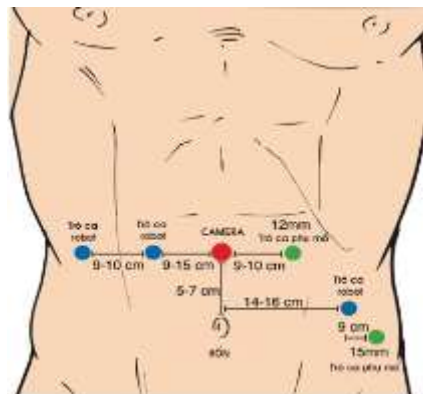
Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

Cách tiến hành nghiên cứu

Thu thập thông tin hành chánh bệnh nhân: năm sinh, giới tính, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh lý kèm theo. Đặc điểm tiền phẫu: tiền sử, tổng trạng bệnh nhân (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 và giải phẫu bệnh, Hemoglobin. Quá trình phẫu thuật: lượng máu mất, số lượng hạch nạo được, thời gian phẫu thuật. 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

Nạo hạch chậu tiêu chuẩn

Chuyển lưu nước tiểu kiểu trực vị bàng quang tân tạo 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, chàm liên 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 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 (tự 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 được thực hiện trên 48 bệnh nhân ung thư bàng quang, trong đó có 43 nam (89,6%), với tuổi trung bình: $61,2 \pm 9,3$

tuổi. Tỷ lệ BN có chỉ số ASA 1-2-3 tương ứng lần lượt là 52% - 41,7% - 6,3%. Hemoglobin trước mổ là $13,2 \pm 1,7$, có 6 bệnh nhân (12,5%) hóa trị tân hỗ trợ trước mổ. Bướu giai đoạn T3 chiếm nhiều nhất (39,6%, n=19), 13 trường hợp (27%) ghi nhận có di căn hạch.

Lượng máu mất trung bình: $335,6 \pm 153\text{ml}$, thời gian phẫu thuật: 378 ± 201 phút, thời gian nằm viện trung bình là $6,4 \pm 2,5$ ngày (5-20).

Bảng 2: Đặc điểm bệnh nhân trước và trong mổ

Biến số	Giá trị
Tuổi	$61,2 \pm 9,3$
Giới tính, n (%)	
Nam	43 (89,6)
Nữ	5 (10,4)
BMI, n (%)	
<18.5	2 (4,2)
18.5–22.9	21 (43,8)
23.0–24.9	20 (41,6)
≥ 25.0	5 (10,4)
Hemoglobin trước mổ	$13,2 \pm 1,7$
Chỉ số ASA, n (%)	
1	25 (52,0)
2	20 (41,7)
3	3 (6,3)

Biến số	Giá trị
Giai đoạn bướu, n (%)	
T1	2 (4,2)
T2	17 (35,4)
T3	19 (39,6)
T4	10 (20,8)
Di căn hạch, n (%)	13 (27,0)
Lượng máu mất, ml	335,6 ± 153
Thời gian phẫu thuật, phút	378 ± 201
Thời gian nằm viện, ngày	6,4 ± 2,5
Diện cắt dương tính, n (%)	2 (4,2)

Tổng cộng 52 biến chứng sau phẫu thuật xuất hiện trên 23 bệnh nhân (47,9%). Trong đó có 9 (30,0%) biến chứng nặng (độ ≥ 3, theo CDC) trên 8 bệnh nhân (16,6%). Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột kéo dài là những biến chứng thường gặp nhất xảy ra lần lượt trên 21 (43,8%), 5 (10,4%), 12 (25,0%) bệnh nhân. Có 9 bệnh nhân (18,75%) gặp nhiều hơn 1 biến chứng.

Trong thời gian 90 ngày sau mổ, có 6 trường hợp phải mổ lại vì 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, 1 trường hợp (2,08%) tắc ruột non. Ngoài ra, có 2 trường hợp hẹp miệng nối niệu quản được đặt sonde double J, 1 trường hợp suy thận cấp do hẹp niệu quản 2 bên phải lọc máu và mổ thận ra da.

Không có trường hợp nào tử vong trong mổ hay trong thời gian hậu phẫu.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy các đặc tính như giới tính, tuổi, chỉ số ASA, lượng máu mất, hoá trị tân hỗ trợ, hoá trị nội bàng quang đều không liên quan đến 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 bệnh nhân
Độ I	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
Độ II	Bán tắc ruột	3	5,8	6,3
	Truyền khối hồng cầu	2	3,8	4,2
Độ IIIa	Hẹp niệu quản, đặt JJ	2	3,8	4,2
Độ IIIb	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
Độ IVa	Suy thận do hẹp niệu quản 2 bên	1	1,9	2,1

	Tổng số	52	100	

IV. BÀN LUẬN

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

Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài trước đây cho thấy tỉ lệ biến chứng gặp trong phẫu thuật nội soi cắt bàng quang có rô bột hỗ trợ rất đa dạng. Al-Daghmin và cộng sự (2014) báo cáo với tỉ lệ biến chứng chung là 77%, trong đó biến chứng nhẹ chiếm 58%, biến chứng nặng là 19% [5]. Theo Yuh (2014) thì tỉ lệ biến chứng chung, biến chứng nhẹ và nặng lần lượt là 85%, 45%, 37% [6]. Nazmy và cộng sự (2014) báo cáo với tỉ lệ biến chứng chung là 77%, trong đó biến chứng nhẹ chiếm 45%, biến chứng nặng là 32% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến chứng sau RARC thấp hơn khá nhiều (47,9%). Tuy nhiên thì biến chứng nhẹ (Clavien-Dindo độ 1 hoặc 2) và nặng (Clavien-Dindo ≥ 3) có tỉ lệ tương tự với các tác giả trên lần lượt là 39,6%, 16,6%.

Rò rỉ nước tiểu là biến chứng phổ biến hơn trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật và cần đặc biệt chú ý tránh biến chứng này khi tạo hình. Một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát tiền cứu cho thấy việc sử dụng

catheter khi cắm lại niệu quản dẫn đến tỷ lệ rò rỉ niệu thấp hơn. Phần lớn các rò rỉ nước tiểu có thể điều trị bảo tồn hiệu quả. Nếu cần thiết, có thể cần dẫn lưu qua da hoặc mở thận hai bên ra da để chuyển lưu nước tiểu. Tỷ lệ rò rỉ nước tiểu trong tạo hình bàng quang trực vị về mặt lý thuyết cao hơn do đường khâu dài hơn so với chuyển lưu bằng ống hồi tràng. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp rò rỉ bàng quang tân tạo, cả 2 trường hợp đều rò ở miệng nối bàng quang tân tạo và niệu đạo, 2 trường hợp đều phẫu thuật lại và cắt bỏ bàng quang tân tạo rồi đưa 2 niệu quản ra da.

Nhiễm trùng là biến chứng sau mổ phổ biến thứ hai. Một đợt ngắn 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 lồng ngực và vận động sớm có thể giúp giảm xẹp phổi và viêm phổi sau này.

Nhiễm khuẩn niệu: Sự hiện diện của bạch cầu và vi khuẩn thường thấy trong cấy nước tiểu của bệnh nhân tạo hình bàng quang trực vị bằng ruột. Điều này do các đoạn ruột được sử dụng để tạo hình bàng quang trực vị dễ bị vi khuẩn xâm nhập. Có đến 78% cấy nước tiểu ở bệnh nhân cắt bàng quang tận gốc tạo hình trực vị dương tính với vi khuẩn. Tuy nhiên, mặc dù đã tìm thấy vi khuẩn, phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng và có dấu hiệu viêm bình thường. Tuy nhiên, người ta

cho rằng 58% bệnh nhân có vi khuẩn niệu không triệu chứng sẽ bị nhiễm trùng tiểu và 18% sẽ bị nhiễm trùng tiểu trong thời gian 5 năm. Trong trường hợp không có các triệu chứng của nhiễm khuẩn tiết niệu, bệnh nhân cắt bàng quang tận gốc tạo hình trực vị có vi khuẩn niệu được khuyến cáo không nên điều trị bằng kháng sinh (để ngăn ngừa kháng thuốc), mặc dù kháng sinh dự phòng có thể có vai trò đối với những người bị nhiễm khuẩn niệu tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 biến chứng nhiễm khuẩn niệu trên tổng số 52 biến chứng, chiếm tỉ lệ cao nhất (40,4%).

Có hai yếu tố chính sau cắt bàng quang tận gốc tạo hình trực vị gây giảm chức năng thận của bệnh nhân: thận ứ nước thứ phát sau hẹp niệu quản và nhiễm trùng do ngược dòng bàng quang niệu quản. Sự ngược dòng bàng quang niệu quản áp lực cao của nước tiểu bị nhiễm trùng có thể gây suy giảm chức năng thận theo thời gian. Tuy nhiên, việc sử dụng các kỹ thuật chống trào ngược trong tạo hình bàng quang trực vị bàng hồi tràng còn gây tranh cãi. Hầu hết các chứng hẹp niệu quản có thể được điều trị nội soi, bằng nong bóng, đặt stent hoặc xẻ rộng niệu quản, trong khi khoảng 1/3 bệnh nhân cần phẫu thuật mở. Nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp hẹp niệu quản sau, 2 trường hợp thực hiện được nội soi đặt sonde JJ, 3 trường hợp không nội soi đặt được JJ nên phải can thiệp lại. Ngoài ra có 1 bệnh nhân suy thận nặng trước thận phải lọc máu, sau đó phải mở 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 xảy ra 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, phẫu thuật bụng hoặc chậu trước đó, ASA >2 và lượng máu mất ước tính là những yếu tố dự báo độc lập của các biến chứng nặng.

Nazmy và các cộng sự ghi nhận chỉ số ASA, Hct trước mổ có liên quan đến biến chứng sau RARC [7]. Nghiên cứu của Yuh thì chỉ ra tuổi, ASA, Hct trước mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ có thể dự đoán được biến chứng sau khi RARC [6]. 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 biến chứng sau RARC [8]. Biết được những yếu tố có thể dẫn đến biến chứng sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc có rô bốt hỗ trợ, phẫu thuật viên nên cẩn thận hơn với những bệnh nhân 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 thiểu 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân nhiều hơn để có những số liệu có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang trực vị có rô bốt hỗ trợ một trong những phẫu thuật nặng nề và nguy hiểm với tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Nhiều biến chứng nặng khác trên phương diện toàn thân (thần kinh, tim mạch, hô hấp, tiêu hoá...) và tại chỗ (nhiễm khuẩn, rò niệu...) đều xuất hiện trong các nghiên cứu gần đây. Một số yếu tố sẽ làm tăng xác suất xảy ra biến chứng như chỉ số ASA trước mổ, tuổi cao và kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu phức tạp như tạo hình bàng quang trực vị. Vì vậy, tất cả bệnh nhân có bàng quang tận tạo bàng ruột nên được theo dõi lâu dài thường xuyên để phát hiện ung thư tái phát và xác định các biến chứng khác.

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. **Garcia M, Jemal A., Ward E.** (2007) "Global Cancer Facts and Figs 2007", American Cancer Society, 24(6), 125-128.
3. **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.

4. **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.
5. **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.
6. **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.
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. **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.

SO SÁNH CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG GIỮA CHUYỂN LƯU NƯỚC TIỂU BẰNG ỐNG HỒI TRÀNG VÀ BẰNG QUANG TÂN TẠO TRỰC VỊ BẰNG HỒI TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CẮT BẰNG QUANG TẬN GỐC

Phạm Hữu Đoàn¹, Vũ Lê Chuyên²,
Đỗ Vũ Phương³, Dương Đăng Hiếu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc (RC) do ung thư đều ghi nhận giảm đáng kể chất lượng cuộc sống liên quan đến vấn đề sức khỏe. Hiện nay vẫn còn rất ít nghiên cứu so sánh kết quả về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân có các phương pháp chuyển lưu nước tiểu khác nhau. Mục tiêu của chúng tôi muốn so sánh chất lượng cuộc sống trên hai nhóm chuyển lưu nước tiểu phổ biến.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc có chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng (IC) và bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB) từ 11/2020 đến tháng 10/2022 tại bệnh viện Bình Dân. Bệnh nhân được khảo sát bằng EORTC QLQ - C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer generic) và EORTC QLQ - BLM30 (bladder cancer-specific instruments) sau mổ 3 tháng

Kết quả: Chúng tôi khảo sát chất lượng cuộc sống 102 bệnh nhân phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc do ung thư, có bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB, N=50) hay chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng (IC, N=52). Bệnh nhân ở nhóm IONB trẻ hơn nhóm IC (độ tuổi trung bình lần lượt là 58 và 65 tuổi, $p < 0,05$). Tại các phân tích đa biến, bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng cho thấy điểm số tốt hơn cho hoạt động cảm xúc (86 so với 78, $p < 0,05$), nhận thức (92 so với 86, $P < 0,001$), táo bón (17 so với 30, $p < 0,001$) và đầy hơi chướng bụng (13 so với 24, $p < 0,001$). Tuy nhiên, chức năng tình dục ở nhóm IONB và IC không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh nhân có bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng có chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe tốt hơn so với nhóm chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng. Chức năng tình dục kết quả ngắn hạn không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

SUMMARY

COMPARISON OF QUALITY OF LIFE AFTER RADICAL CYSTECTOMY: ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER VERSUS ILEAL CONDUIT

Introduction: Patients undergoing radical cystectomy (RC) for bladder cancer experience a substantial reduction in health-related quality of life (HRQOL). There are currently very few studies comparing outcomes on quality of life for

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Đoàn

SĐT: 0932999468

Email: doanphamhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 28/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

different urinary diversion methods. Our objective was to compare two common UD methods in terms of their HRQOL outcomes.

Methods: All women who underwent RC with orthotopic ileal neobladder (IONB) or ileal conduit (IC) for a bladder cancer from November 2020 to October 2022 at Binh Dan hospital. Patients were surveyed with European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) generic (QLQ-C30) and bladder cancer-specific instruments (QLQ-BLM30).

Results: We retrospectively analysed HRQOL in 102 consecutive bladder cancer patients having undergone orthotopic ileal neobladder (IONB, N=50) or ileal conduit (IC, N=52). Patients in the IONB group were significantly younger than those in the IC group (median age: 58 and 65 years, respectively, $p < 0.05$). At multivariate analyses IONB showed better scores for emotional functioning (86 vs 78, $p < 0.05$), cognitive functioning (92 vs 86, $p < 0.001$), constipation (17 vs 30, $p < 0.001$), and abdominal bloating flatulence (13 vs 24, $p < 0.001$). However, sexual function in the IONB and IC groups was not significantly different ($p < 0.05$).

Conclusions: Patients with orthotopic ileal neobladder had a better health-related quality of life than ileal conduit group. Short-term outcome sexual function was not statistically significant between the two groups.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư bàng quang đứng hàng thứ 2 trong các ung thư đường tiết niệu với tần suất mới mắc là 10,1/100.000 ở nam và 2,5/100.000 ở nữ. Cắt bàng quang tận gốc là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ [1]. Đây là một phẫu thuật phức tạp, ngoài thời gian mổ

kéo dài với tỉ lệ biến chứng và tử vong khá cao thì cũng ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Hai loại phương pháp chuyển lưu nước tiểu sau cắt bàng quang tận gốc là chuyển lưu qua ống hồi tràng ra da (IC) và bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB) [1].

Lượng giá chất lượng cuộc sống là sử dụng các bộ câu hỏi (các thang đo) đã được chứng minh có tính giá trị và tính tin cậy để tìm hiểu nhận thức và mức độ hài lòng của một cá nhân về chất lượng cuộc sống của họ, tình trạng sức khỏe hiện tại so với kỳ vọng. Mỗi bộ công cụ được thiết kế gồm nhiều tiêu chí đại diện cho CLCS của bệnh nhân về mặt sức khỏe, ví dụ mức độ đau, khó thở, mất ngủ... Mỗi bộ công cụ có thể đi sâu vào lượng giá một số lĩnh vực chuyên biệt khác nhau, ví dụ trầm cảm, hoạt động chức năng, bệnh nhân ung thư...

Thang đo EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer generic) được dùng phổ biến để đánh giá CLCS của người bệnh ung thư trên thế giới [2]. QLQ-BLM30 (bladder cancer-specific instruments) là một bảng câu hỏi gồm 30 mục được phát triển cho những người bệnh bị ảnh hưởng bởi ung thư bàng quang xâm lấn cơ. QLQ-BLM30 được thiết kế đặc biệt để đánh giá gánh nặng của sự xâm lấn cơ của ung thư bàng quang đối với CLCS [3].

Bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc (RC) do ung thư đều ghi nhận giảm đáng kể chất lượng cuộc sống liên quan đến vấn đề sức khỏe cho dù sử dụng phương pháp chuyển lưu nước tiểu nào. Hiện nay vẫn còn rất ít nghiên cứu so sánh kết quả về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân có các phương pháp chuyển lưu nước tiểu khác nhau. Mục tiêu của chúng tôi muốn so sánh chất lượng

cuộc sống trên hai nhóm chuyển lưu nước tiểu phổ biến là IC và IONB dựa trên bộ câu hỏi EORTC QLQ - C30 và QLQ - BLM30.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Tất cả bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc có chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng (IC) và bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB) tại bệnh viện Bình Dân.

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

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu

Cách tiến hành nghiên cứu

Thu thập thông tin hành chánh bệnh nhân: năm sinh, giới tính, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh lý kèm theo. Đặc điểm tiền phẫu: tiền sử, tổng trạng bệnh nhân (điểm số ASA).

Bệnh nhân được khảo sát 2 bộ câu hỏi là EORTC QLQ - C30 và QLQ - BLM30.

EORTC QLQ - C30

EORTC QLQ-C30 bao gồm bao gồm chín thang đo đa mục: năm thang đo chức năng (thể chất, vai trò, nhận thức, cảm xúc và xã hội), ba thang đo triệu chứng (mệt mỏi, đau, buồn nôn / nôn), thang đo CLCS nói chung và các mục đánh giá mức độ cảm nhận gánh nặng tài chính của bệnh ung thư và các triệu chứng khác mà bệnh nhân ung thư thường xuyên báo cáo, chẳng hạn như táo bón, tiêu chảy, khó thở, chán ăn và rối loạn giấc ngủ. Người bệnh được yêu cầu trả lời các câu hỏi như “Bạn có gặp rắc rối khi đi bộ lâu không?” và “Trong tuần rồi, bạn có cảm thấy buồn nôn không?” bằng cách đánh dấu vào một trong các điểm số từ 1-4 (1 = hoàn toàn không có; 2 = ít; 3 = nhiều; 4 = rất

nhiều). Hầu hết các câu hỏi sử dụng khoảng thời gian "tuần trước". Điểm thô được chuyển đổi thành thang điểm 0–100 với điểm số cao hơn phản ánh mức độ chức năng cao hơn và mức độ gánh nặng triệu chứng cao hơn.

QLQ - BLM30

QLQ-BLM30 là một bảng câu hỏi gồm 30 mục được phát triển cho những người bệnh bị ảnh hưởng bởi ung thư bàng quang xâm lấn cơ. QLQ-BLM30 được thiết kế đặc biệt để đánh giá gánh nặng của sự xâm lấn cơ của ung thư bàng quang đối với CLCS. Công cụ này bao gồm các mục liên quan đến chức năng tiết niệu và sự điều tiết, các triệu chứng đường tiết niệu dưới, các triệu chứng tiêu hóa, các vấn đề liên quan đến hình ảnh cơ thể và tình dục và những lo ngại về tương lai.

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

Chúng tôi khảo sát chất lượng cuộc sống 102 bệnh nhân phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc do ung thư từ 11/2020 đến tháng 10/2022 tại bệnh viện Bình Dân, có bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB, N=50) hay chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng (IC, N=52). Bệnh nhân ở nhóm IONB trẻ hơn nhóm IC (độ tuổi trung bình lần lượt là 58 và 65 tuổi, $p=0,007$) và có chỉ số ASA thấp hơn ($p=0,005$) tại thời điểm phẫu thuật. Ngoài ra, ở cả 2 nhóm không có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến giai đoạn bướu, hoá trị hỗ trợ. (Bảng 1)

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân ở 2 nhóm bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB) và chuyển lưu qua ống hồi tràng ra da (IC)

	IONB (n=50)	IC (n=52)	Giá trị P
Tuổi, số trung vị	58 (47-75)	65 (37-80)	0,007a
BMI, số trung vị	21,1 (18,8-25,7)	22,8 (17,9-27,6)	0,55b
Chỉ số ASA			0,005b
I	20 (40,0%)	3 (5,8%)	
II	27 (54,0%)	39 (75,0%)	
≥III	3 (6,0%)	10 (19,2%)	
Phân độ u (pTNM)			0,1238b
0-I	9 (18,0%)	19 (36,5%)	
II	30 (60,0%)	12 (23,1%)	
III-IV	11 (22,0%)	21 (40,4%)	
Hoá trị hỗ trợ			0,0511b
Không	48 (96,0%)	42 (80,8%)	
Có	2 (4,0%)	10 (19,2%)	

aWilcoxon two sample test, giá trị p so với nhóm IONB. btest Chi bình phương

Khảo sát về chất lượng cuộc sống qua 2 bộ câu hỏi EORTC QLQ - C30 (bảng 2) và QLQ - BLM30 (bảng 3). Nhìn chung, các triệu chứng mệt mỏi, cảm giác đau, mất ngủ, khó thở, rối loạn tiêu hoá và vấn đề về khó khăn tài chính là các biểu hiện do bệnh hoặc xuất hiện trong quá trình điều trị ung thư nói chung gây ra. Tại các phân tích đa biến, bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng cho thấy điểm số tốt hơn về chức năng (biểu đồ 1) hoạt động cảm xúc (86,22 so với 78,84 p <0,05), nhận thức (92,21 so với 86,22; p

<0,001), táo bón (17,1 so với 30,2; p<0,001) và chán ăn (13 so với 24,8; p <0,001).

Ngoài các biểu hiện do bệnh hoặc trong quá trình điều trị ung thư nói chung thì còn có các biểu hiện riêng liên quan đến phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và việc chuyển lưu nước tiểu bằng ruột bao gồm: các vấn đề liên quan đến rối loạn của đường tiết niệu, lo lắng về quá trình điều trị, đầy hơi, suy giảm hình thể và suy giảm tình dục. Tuy nhiên, tất cả các chỉ số ở QLQ - BLM30 cả 2 nhóm IONB và IC không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p >0,05).

Bảng 2: Chất lượng cuộc sống chung của 2 nhóm bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng (IONB) và chuyển lưu qua ống hồi tràng ra da (IC) dựa theo EORTC QLQ-C30

Chỉ số	IONB (n=50)	IC (n=52)	Giá trị p*
Sức khỏe tổng quát	64,82± 24	61,39 ± 25	0,37
Chức năng			
Thể chất	71,72 ± 26	65,31 ± 24	0,47
Hoạt động	71,66 ± 32	76,79 ± 30	0,34
Cảm xúc	86,22 ± 25	78,84 ± 21	0,03

Nhận thức	92,21 ± 21	86,22 ± 25	0,0001
Xã hội	73,87 ± 28	65,74 ± 31	0,26
Triệu chứng			
Mệt mỏi	35,9 ± 28	39,4 ± 25	0,4
Buồn nôn / nôn	9,7 ± 10	6,4 ± 13	0,15
Đau	12,6 ± 22	17,3 ± 25	0,4
Khó thở	12,5 ± 26	21,4 ± 24	0,41
Mất ngủ	35,5 ± 32	28,1 ± 24	0,43
Chán ăn	13,0 ± 22	24,8 ± 15	0,014
Táo bón	17,1 ± 27	30,2 ± 34	0,0000
Tiêu chảy	16,9 ± 10	11,4 ± 16	0,47
Khó khăn kinh tế	49,0 ± 19	52,9 ± 21	0,45

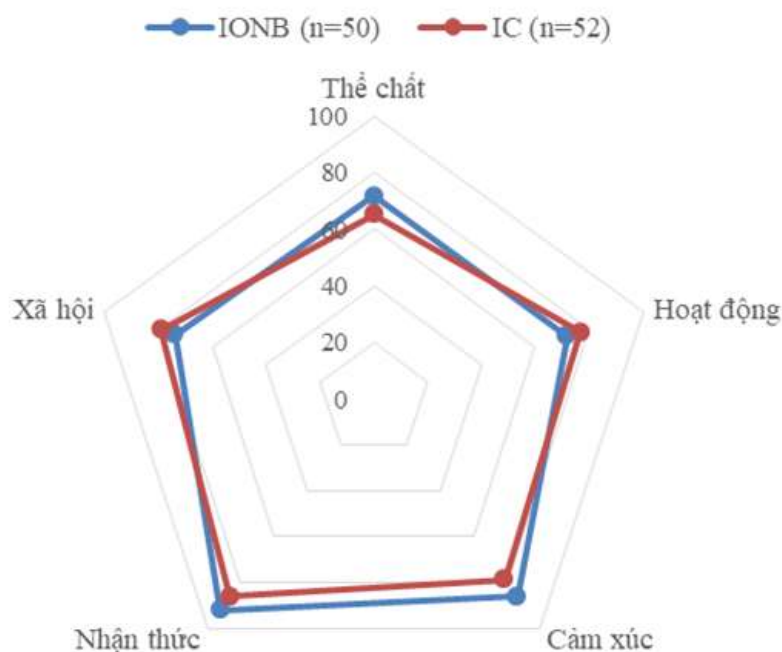
*Sử dụng phép kiểm Wilcoxon two-sample test, giá trị p so với IONB

Bảng 3: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư bàng quang theo QLQ-BLM30.

Chỉ số	IONB (n=50)	IC (n=52)	Giá trị p*
Lo ngại về quá trình điều trị	27,2 ± 22	43,1 ± 30	0,0757
Triệu chứng tiêu hoá, tiết niệu	25,5 ± 25	31,3 ± 28	0,6107
Suy giảm hình thể	34,3 ± 31	38,1 ± 32	0,5444
Suy giảm chức năng tình dục	13,7 ± 13	22,2 ± 24	0,2003

*Sử dụng phép kiểm Wilcoxon two-sample test, giá trị p so với IONB

Các nhóm chức năng sau mổ theo EORTC QLQ-C30



Biểu đồ 1: So sánh chất lượng cuộc sống theo nhóm chức năng sau mổ theo EORTC QLQ-C30

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc có chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng là một phẫu thuật phức tạp, không chỉ liên quan đến đường niệu sinh dục mà còn liên quan đến cả đường tiêu hoá. Ngoài sự phức tạp này, bệnh nhân thường là người cao tuổi và có các bệnh lý nền đi kèm vì thế ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã đánh giá mối liên hệ của 2 phương pháp chuyển lưu nước tiểu phổ biến sau cắt bàng quang tận gốc do ung thư. Bệnh nhân ở nhóm IONB trẻ hơn nhóm IC (độ tuổi trung bình lần lượt là 58 và 65 tuổi, $p = 0,007$) và có chỉ số ASA thấp hơn ($p = 0.005$) tại thời điểm phẫu thuật. Ngoài ra, ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến giai đoạn bướu, hoá trị hỗ trợ.

Chúng tôi thấy rằng phương pháp chuyển lưu nước tiểu trực vị qua hồi tràng mang lại chất lượng cuộc sống liên quan đến vấn đề sức khoẻ tốt hơn ở khía cạnh chức năng nhận thức và cảm xúc cũng như về triệu chứng thì ít gặp vấn đề tiêu hoá hơn. Về mặt thống kê so sánh tiên cứu đoàn hệ giữa các cặp của cả IC và IONB cũng cho thấy lợi thế tốt hơn về chức năng nhận thức và ít vấn đề về ruột hơn. Tuy nhiên sức khoẻ tổng quát giữa 2 nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê do nhiều yếu tố nhiều ảnh hưởng đến như là bệnh lý nặng kèm theo, tuổi tác, giới tính...

Một nghiên cứu của Cerruto (2017) nhằm so sánh các kết quả khác nhau và liên quan

đến chất lượng cuộc sống giữa chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng và bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ - C30 và EORTC QLQ - BLM30 cho kết quả khả quan về hoạt động thể chất, chức năng cảm xúc, chức năng nhận thức, mệt mỏi, khó thở, chán ăn, táo bón và đầy hơi chướng bụng ở người bệnh có bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng. Tại các phân tích đa biến, bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng cho thấy điểm số tốt hơn cho hoạt động cảm xúc (85 so với 79, $P = 0,023$), nhận thức (93 so với 85, $P < 0,001$), táo bón (16 so với 31, $P < 0,001$) và đầy hơi chướng bụng (12 so với 25, $P < 0,001$). Tuy nhiên, các bệnh nhân có bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng có kết quả xấu đi đáng kể về chức năng sinh dục và tiết niệu trong thời gian dài [4].

Tác giả Singh và cộng sự (2014), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ngoài trừ tuổi của 2 nhóm, nhưng không có biến số ở chất lượng cuộc sống là có tương quan tới tuổi. Nghiên cứu khảo sát sau mổ 6, 12 và 18 tháng, chức năng thể chất theo thứ tự ($P < 0.001$, $P < 0.001$ and $P = 0.001$), hoạt động ($P = 0.01$, $P = 0.01$ and $P = 0.003$), xã hội ($P = 0.01$, $P = 0.01$ and $P = 0.01$), sức khoẻ tổng quát ($P < 0.001$, $P < 0.001$ and $P = 0.002$) tốt hơn ở bệnh nhân trong nhóm IONB và khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Áp lực tài chính về điều trị ung thư bàng quang thấp hơn có ý nghĩa

thống kê ở nhóm IONB tại 6, 12 và 18 tháng theo dõi ($P = 0.05$, $P = 0.05$ and $P = 0.005$), điều này có thể giải thích rằng bệnh nhân ở nhóm IONB thích nghi được tốt với bàng quang tân tạo qua thời gian [5].

Về mặt giới tính, tác giả Salvatore Siracusano thực hiện đánh giá chất lượng cuộc sống dài hạn cho người bệnh ung thư bàng quang sau khi cắt bỏ bàng quang tận gốc và chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng đã kết luận nữ giới phải chịu gánh nặng lớn hơn nam giới về chức năng nhận thức cũng như về quan điểm lo lắng về bệnh lý tương lai, nhưng lại thấp hơn về chức năng tình dục. Cụ thể, phụ nữ chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng gặp nhiều vấn đề về chức năng nhận thức hơn nam giới (điểm trung bình $\pm$ ĐLC: $77,3 \pm 27,9$ so với $87,8 \pm 18,6$) cũng như trong quan điểm tương lai ($42,4 \pm 34,4$ so với $21,9 \pm 24,6$); tuy nhiên, nam giới chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng gặp nhiều vấn đề về chức năng tình dục hơn nữ giới ($23,3 \pm 24,5$ so với $7,0 \pm 20,3$) ($p < 0,05$) [6].

Nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống ở phụ nữ bị ung thư bàng quang đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ bàng quang tận gốc và chuyển lưu tiết niệu, nhóm tác giả Mauro Gacci đã thực hiện nghiên cứu đánh giá bằng các thang đo QLQ-C30, QLQ-BLM30 và thang đo Đánh giá chức năng của liệu pháp điều trị ung thư đối với ung thư bàng quang (FACT-BL), đánh giá sự khác biệt về CLCS giữa những phụ nữ không bị tái phát được phẫu thuật mở niệu quản ra da, ống chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng Bricker và bàng

quang tân tạo trực vị bằng ống hồi tràng ở phụ nữ không mắc bệnh được điều trị bằng phương pháp cắt bỏ bàng quang tận gốc. Kết quả cho thấy những phụ nữ được điều trị bằng phương pháp mở niệu quản ra da xác nhận CLCS kém hơn so với những phụ nữ có chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng Bricker hoặc bàng quang tân tạo trực vị bằng ống hồi tràng, chủ yếu là do nhận thức về hình ảnh cơ thể của họ kém hơn [7].

Tuy nhiên, một nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Wenzhou Xing (2022) cho thấy chất lượng cuộc sống của phụ nữ ở nhóm IONB không tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm IC dựa trên bộ câu hỏi EORTC-QLQ-C30 và EORTC-QLQ-BML30 [8].

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau cắt ung thư bàng quang bị ảnh hưởng với nhiều yếu tố, trong đó việc lựa chọn phương pháp chuyển lưu nước tiểu như thế nào cũng ảnh hưởng rất nhiều. Nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phương pháp chuyển lưu nước tiểu trực vị bằng ống hồi tràng có kết quả tốt hơn ở một vài khía cạnh. Qua khảo sát chúng tôi ngoài các triệu chứng tiết niệu, tiêu hoá, thì chức năng tình dục là vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn, một số ít bệnh nhân báo cáo rằng việc quan hệ tình dục của họ cải thiện tốt hơn theo thời gian. Một điểm hạn chế khác của nghiên cứu là chúng tôi đánh giá tốt chức năng đi tiểu của bệnh nhân trước mổ như nhật ký bàng quang hay do thể tích bàng quang vì thế rất khó khăn để đánh giá chức năng đi tiểu của bệnh nhân ở nhóm IONB. Chúng tôi mong muốn có thêm nhiều nghiên

cứu đoàn hệ lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn và phân tích sâu hơn các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân như tuổi tác, giới tính, BMI, giai đoạn bệnh, tiền sử bệnh lý kèm theo, chỉ số ASA, hoá trị hay xạ trị hỗ trợ.

V. KẾT LUẬN

Chuyển lưu qua ống hồi tràng ra da và bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng sau cắt bàng quang tận gốc do ung thư không khác biệt có ý nghĩa thống kê về sức khỏe tổng quát. Nhưng khía cạnh về chức năng như nhận thức và cảm xúc, về triệu chứng tiêu hoá thì nhóm IONB mang lại kết quả tốt hơn IC. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở cả 2 nhóm như tuổi tác, giới tính, BMI, giai đoạn bệnh, tiền sử bệnh lý kèm theo, chỉ số ASA, hoá trị hay xạ trị hỗ trợ, thời gian theo dõi.

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. **Aaronson N. K., Ahmedzai S., Bergman B., Bullinger M., Cull A., Duez N. J., et al.** (1993) “The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology”, *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-76.
3. **Danna B. J., Metcalfe M. J., Wood E. L., Shah J. B.** (2016) “Assessing Symptom Burden in Bladder Cancer: An Overview of

Bladder Cancer Specific Health-Related Quality of Life Instruments”, *Bladder Cancer*, 2(3), 329-340.

4. **Cerruto M. A., D'Elia C., Siracusano S., Saleh O., Gacci M., Cacciamani G., et al.** (2017) “Health-related Quality of Life After Radical Cystectomy: A Cross-sectional Study With Matched-pair Analysis on Ileal Conduit vs Ileal Orthotopic Neobladder Diversion”, *Urology*, 108, 82-89.
5. **Vishwajeet S., Rahul Y., Rahul J., Dheeraj K.** (2014) “Prospective comparison of quality-of-life outcomes between ileal conduit urinary diversion and orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: a statistical model”, *BJU Int*, 113(5), 686-687.
6. **Siracusano S., D'Elia C., Cerruto M. A., Saleh O., Serni S., Gacci M., et al.** (2018) “Quality of Life in Patients with Bladder Cancer Undergoing Ileal Conduit: A Comparison of Women Versus Men”, *In Vivo*, 32(1), 139-143.
7. **Gacci M., Saleh O., Cai T., Gore J. L., D'Elia C., Minervini A., et al.** (2013) “Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors”, *Health Qual Life Outcomes*, 11, 43.
8. **Wenzhou X., Sheng Z., Zhaoliang X., Shaoqiang X., Qian L.,** (2022) “Comparison of Health-Related Quality of Life Between Ileal Conduit Diversion and Orthotopic Neobladder in Women: A Meta-Analysis”, *Frontiers in Oncology, Sec. Genitourinary Oncology*.

TỖN THƯƠNG THẬN CẤP TRONG VIÊM TỤY CẤP

Lê Thị Đan Thùy¹, Lê Thùy Dương¹, Lê Thị Ngọc Diệp¹

TÓM TẮT

Tổn thương thận cấp là một biến chứng thường gặp trong viêm tụy cấp (14-16%), làm tăng tử vong gấp 10 lần. Trong viêm tụy cấp, các tình trạng như giảm oxy máu, tụt huyết áp, nhiễm trùng, tổn thương nội mạc, thay đổi tính thấm mạch máu, hội chứng khoang bụng, phản ứng viêm hệ thống, cơn bão cytokine, thuyên tắc vi mạch, huyết khối, tắc mạch đều góp phần gây tổn thương thận cấp. Nhân một trường hợp bệnh nhân nam 64 tuổi, nhập viện ngày thứ 4, với tình trạng M:98l/phút, HA: 130/80mmHg, phù, đau bụng, tiểu ít, 100ml/24h, độ lọc cầu thận giảm nhanh, bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương thận cấp/viêm tụy cấp và được lọc máu cấp cứu do phù phổi cấp sau nhập viện 1 ngày. Sau khi loại trừ bệnh lý tự miễn, hội chứng tán huyết ure huyết, tình trạng thiếu dịch,... chúng tôi đã sử dụng corticoid sau khi xác định có tình trạng hoại tử ống thận cấp. Độ lọc cầu thận của bệnh nhân cải thiện dần, nước tiểu tăng dần, xuất viện sau 10 ngày. Trong bài viết này, chúng tôi muốn trình bày tổng quan về dịch tễ, cơ chế bệnh sinh nguyên nhân, những xét nghiệm mới nhằm chẩn đoán sớm, hỗ trợ tiên lượng, quản lý điều trị tổn thương thận cấp trong viêm tụy cấp như bù dịch tích cực, corticoid, thay thế thận sớm, ngoại khoa giảm áp khi có hội chứng chèn ép khoang bụng.

Từ khóa: tổn thương thận cấp, corticoid, viêm tụy cấp, tăng áp lực ổ bụng, hội chứng khoang bụng, bù dịch tích cực

SUMMARY

ACUTE KIDNEY INJURY IN ACUTE PANCREATITIS

Acute kidney injury is a common complication of acute pancreatitis (14-16%), 10-fold increase in mortality. In acute pancreatitis, conditions such as hypoxemia, hypotension, infection, endothelial injury, altered vascular permeability, abdominal cavity syndrome, systemic inflammatory response, cytokine storm, microembolism vascular, thrombosis, and embolism caused to acute kidney injury. In a case of a 64-year-old male patient, admitted to the hospital on the 4th day of hospital, with M: 98l/min, blood pressure: 130/80mmHg, edema, abdominal pain, little urine, 100ml/24h, glomerular filtration rate decreased rapidly, the patient was diagnosed with acute kidney injury/acute pancreatitis and received emergency dialysis due to acute pulmonary edema 1 day after admission. After excluding autoimmune disease, hemolytic uremic syndrome, fluid deficiency, abdominal compartment syndrome..., we used corticosteroids after determining acute tubular necrosis. The patient's glomerular filtration rate and the urine volume gradually improved, and the patient was discharged after 10 days. In this article, we want to present an overview of the epidemiology, pathogenesis, etiology, new tests for early diagnosis, prognosis, management and treatment of acute kidney injury in acute pancreatitis such as fluid resuscitation. Aggressive, corticosteroids, renal replacement as

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Đan Thùy

SĐT: 0918336606

Email: bsdanthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

soon as indicated, surgical decompression when there is abdominal compartment syndrome.

Keywords: acute kidney injury, acute pancreatitis, Intra-abdominal hypertension, abdominal compartment syndrome, aggressive hydration

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tụy, là nguyên nhân nhập viện phổ biến trong các bệnh tiêu hóa, là một nguyên nhân chính gây tử vong của bệnh nhân nội trú[39][29]. Hơn 20% viêm tụy cấp trở nặng[29] với biến chứng cơ quan khác như tụt huyết áp, sốc, xuất huyết tiêu hóa, tổn thương thần kinh trung ương, suy hô hấp và tổn thương thận cấp[28] với tỉ lệ tử vong cao 7%-48%[32]. Tổn thương thận cấp là biến chứng chính trong viêm tụy cấp 14-16%[36] có thể làm tăng 10 lần nguy cơ tử vong 74,7%-81% so với 7% ở nhóm viêm tụy không có tổn thương thận[21]. Tuy nhiên, cơ chế tổn thương thận trong viêm tụy cấp phức tạp, vẫn cần tranh luận, việc nắm rõ hơn giúp nhà lâm sàng có cái nhìn toàn diện. Mục đích dự phòng, phát hiện và xử trí sớm tổn thương thận, tăng khả năng phục hồi thận, giảm tỉ lệ tử vong chung[28].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo trường hợp lâm sàng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới thiệu ca lâm sàng:

Bệnh nhân nam 62 tuổi. nôn ói điều trị trước với chẩn đoán viêm tụy cấp, không giảm đau bụng, tiểu khó chuyển bệnh viện Bình Dân.

Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh: sốt li bì, M:76lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, bụng căng, ấn đau thượng vị,

điều trị nội, bù dịch, kháng sinh. Cận lâm sàng: bạch cầu-15.87k/uL, Hct-35,9%, PLT-158K/uL; Ure-19,4, creatinin 415umol/L; amylase máu-237, amylase nước tiểu-935. Siêu âm bụng: nhiều dịch ổ bụng, tụy phản âm kém (D=38mm, thân =29, đuôi-31, thâm nhiễm mỡ và ít dịch quanh tụy); Gan không to bờ đều, cấu trúc đồng nhất, đường mật trong và ngoài gan không dẫn.

Chẩn đoán: tổn thương thận cấp- viêm tụy cấp, tăng huyết áp

Tại khoa nội thận:

24 giờ sau, bệnh nhân tiểu <100ml/24h, khó thở, đau bụng, M:102l/p; huyết áp-160/90mmHg, spO2-89%, phổi ran ẩm, báng bụng. Cận lâm sàng: Cre-645umol/L, toan chuyển hóa- pH-7,29 HCO3--`8,4mmol/L, pCO2-19,5.Xquang phổi: tăng tuần hoàn phổi, phù phổi cấp.

Chẩn đoán: phù phổi cấp- tổn thương thận cấp- tăng huyết áp

Hội chẩn nội thận, lọc máu cấp cứu, xác định lại nguyên nhân tổn thương thận cấp gồm tự miễn, loại trừ thuyên tắc vi mạch huyết khối, hội chứng ure huyết tán huyết... Bệnh nhân tiếp tục suy thận, vô niệu sau 3 ngày.

cận lâm sàng: creatinin máu tăng dần 604-954umol/L, TPTNT: Pro(+) blood(+++). Cận lắng nước tiểu: hồng cầu-2151, trụ nâu, tế bào dạng vảy. BNP:581; test de coomb âm, bilirubin bình thường. Siêu âm tim: thể tích nhĩ P tâm trương>40mm, EF-60%, không rối loạn vận động vùng.

Loại trừ nhiễm trùng: cấy máu –âm tính, Bạch cầu không tăng, Procalcitonin -0,18

Chẩn đoán: hoại tử ống thận cấp – viêm tụy cấp- viêm dạ dày- tăng huyết áp.

Điều trị với: methyprednisolone 32mg mỗi ngày, lọc máu hỗ trợ, cân bằng nước xuất nhập, điện giải, toan, kiềm. Sau điều trị,

bệnh nhân giảm đau bụng, dịch ổ bụng giảm, thể tích nước tiểu phục hồi dần, xuất viện sau 10 ngày với Creatinin - 440 umol/L

Sau xuất viện tái khám mỗi tuần. Sau 1 tháng creatinin -110umol/L

Định nghĩa:

Tổn thương thận cấp là sự giảm nhanh chức năng thận trong vài ngày tới vài tuần, gây ra sự tích tụ các sản phẩm Nitơ trong máu, có hoặc không có sự sụt giảm nước tiểu.

Giai đoạn tổn thương thận cấp theo KDIGO[20]

Đặc điểm lâm sàng	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3
Tăng creatinin máu so với mức nền	1,5 -1,9 lần	2-2.9 lần	Trên 3 lần
HOẶC Creatinin máu tăng hơn mức nền	0.3 mg/dl (26.5umol/L)		trên 0.4 mg/dl (353 umol/L)
Hoặc thể tích nước tiểu	<0.5ml/kg/h trong 6H	<0.5ml/kg/h trong 6h	< 0.3 ml/kg/h trong 24h
			HOẶC Bắt đầu điều trị thay thế thận
			HOẶC Vô niệu trên 24h

Tần suất tổn thương thận cấp

Devani và cộng sự trong báo cáo 3.466.493 bệnh nhân viêm tụy cấp, có 7,9% có tổn thương thận cấp, với tỉ lệ tử vong cao hơn nhóm chứng 8,8% so với 0,7%, $p<0,01$ [12].TRân DD, ghi nhận tổn thương thận cấp thường xuất hiện muộn sau tổn thương cơ quan khác, tỉ lệ là 16%, tỉ lệ chỉ tổn thương thận chỉ chiếm 8,9% [36], [21]

Tổn thương thận cấp là biến chứng thường gặp của bệnh viêm tụy cấp khoảng 14%, tỉ lệ tử vong có thể từ 0% tăng lên 30% theo Khan ZA năm 2014[38],[24],[1]

Yếu tố nguy cơ:

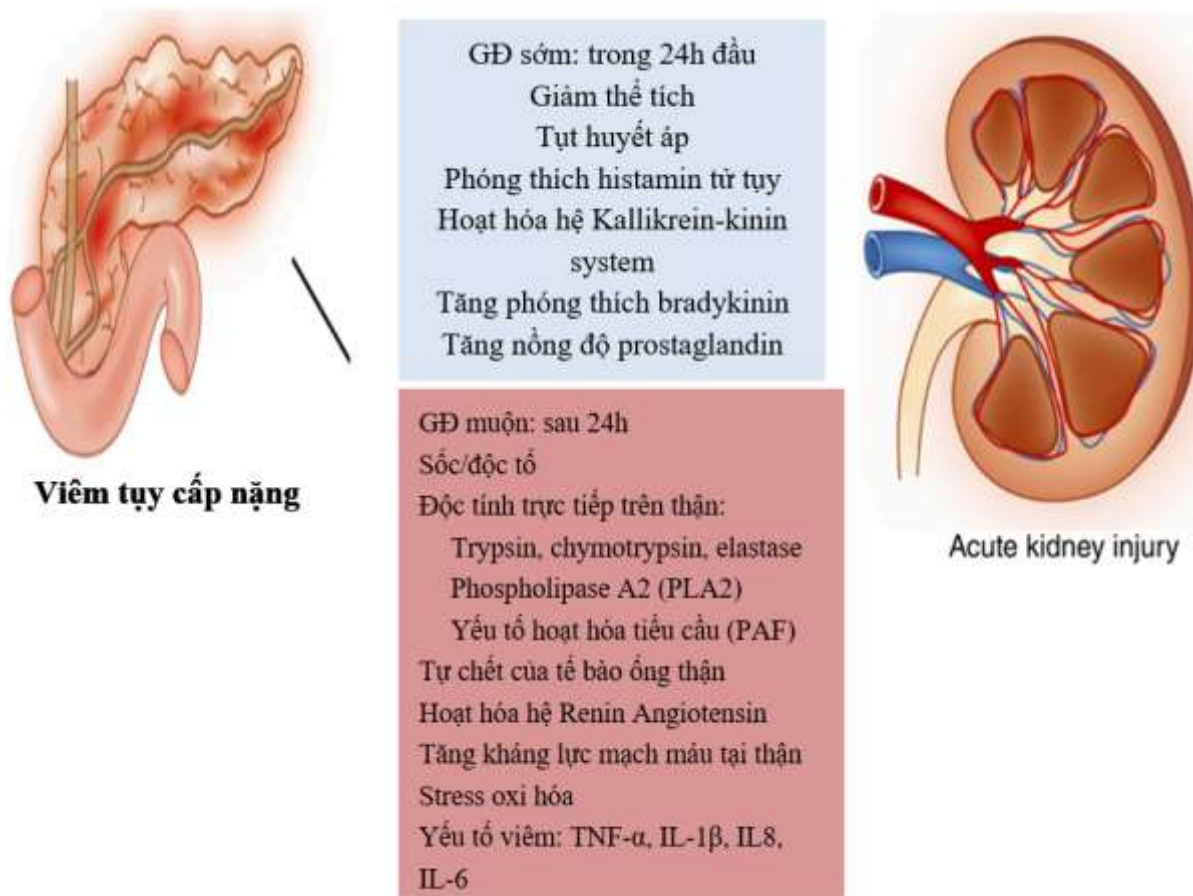
Nhiều nghiên cứu hồi cứu xác định yếu tố nguy cơ(YTNC) tổn thương thận cấp ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Theo Li và cộng sự YTNC gồm: tiền sử bệnh thận, thiếu máu, hội chứng khoang bụng[23]. Devani và cộng sự bổ sung thêm YTNC: lớn tuổi, nam giới, sốc, suy hô hấp, phải nhập hồi sức[12].

Cơ chế bệnh sinh:

Trong viêm tụy cấp, ngoài amylase của mô tụy viêm, còn yếu tố khác góp phần gây tổn thương thận cấp gồm: giảm oxy máu, tổn thương vi tuần hoàn tại thận, giảm tưới máu thận do tăng áp lực ổ bụng và giảm thể tích máu, những nội độc tố và các chất oxy hóa cũng góp phần quan trọng trong sinh bệnh học, gây hoại tử ống thận cấp. Trong một số trường hợp tổn thương thận cấp có thể do những nguyên nhân bệnh miễn dịch hệ thống, hội chứng tán huyết ure huyết, ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, hình 01[29].

Giảm thể tích tuần hoàn:

Là nguyên nhân chính gây ra tổn thương thận cấp giai đoạn sớm. Trong 4 giờ đầu, dù đã bù dịch, bệnh nhân vẫn giảm 40% độ lọc cầu thận và 26% thể tích huyết tương[32], lúc này chưa có tổn thương trên sinh thiết thận, việc bù dịch vẫn đảm bảo độ lọc cầu thận. Tuy nhiên sau 24 giờ, tình trạng suy thận không đáp ứng với bù dịch.



Hình 28. Cơ chế tổn thương thận cấp trong viêm tụy cấp

Độc tố từ mô hoại tử: trypsin, chymotrypsin, bradykinin, histamin, prostaglandin E[22],

Phản ứng viêm hệ thống, và cơn bão cytokine: gây tổn thương nội mạc, tăng tính thấm mao mạch, rối loạn vi tuần hoàn, tăng đông, thuyên tắc vi mạch huyết khối, hóa hướng động bạch cầu, tăng phóng thích phóng thích các gốc oxy hóa tự do[37]

Histamin làm tăng tính thấm thành mạch, giảm thể tích tuần hoàn, tụt huyết áp[31].

Phospholipase A2:

Tình trạng viêm cấp tính, hoại tử tụy và mô xung quanh, chảy máu, thấm nhập các yếu tố viêm tại vùng tổn thương, thoái giáng phospholipid ở ạt, kích thích bạch cầu đơn

nhân và đa nhân, phóng thích một lượng lớn Phospholipase A2 vào tuần hoàn. Năm 1992, Phospholipase A2 lắng đọng nhanh gây tổn tế bào ống thận gần[16], thông qua cơ chế trực tiếp thủy phân tế bào biểu mô ống thận, tiến triển tổn thương thận cấp[39],[16] và gián tiếp : tăng tính thấm mạch máu[34], tăng co mạch, tăng sản xuất Arachidonic Acid, tạo ra nhiều thromboxan A2, tăng các yếu tố hoạt hóa tiểu cầu, kết dính tiểu cầu tạo ra nhiều huyết khối nhỏ và tắc mạch[39],[34].

Mặt khác, các tế bào tụy và thận chết do cả hai cơ chế hoại tử, và sự tự chết tế bào. Sự tự chết tế bào diễn ra tại các cầu thận ở xa,

noi dễ bị tổn thương do thiếu máu, và hoại tử hơn[15]

TNF- α : tác động trực tiếp các tế bào tại ống tụy, cầu thận và khoang ống thận, gây viêm, thiếu máu và hoại tử cả thận và tụy[26]

PAF(Pro-inflammation Phospholipid mediator)- yếu tố tiền viêm dạng phospholipid)

Yếu tố này được tạo ra bởi nhiều tế bào gồm tế bào nội mô, tế bào viêm. PAF có nhiều thụ thể trên bề mặt tiểu cầu và tế bào đơn nhân. PAF gây ảnh hưởng đến tính thấm và huyết động tại thận, gây tiểu đạm và giảm độ lọc cầu thận[41].

Hệ thống bổ thể: (C5)

Sự phóng thích C5 của đại thực bào và bạch cầu trung tính, dẫn đến sự mất cân bằng men protease và hệ thống ngược lại, tiến triển viêm phúc mạc và hoạt hóa các cytokine qua yếu tố trung gian như yếu tố nhân Kappa(NF κ B)[36].

Các cytokine:

Yếu tố tiền viêm gồm yếu tố hoại tử mô, interleukin IL1, IL-6, IL-8, yếu tố hoại tử mô TGF, yếu tố hoạt hóa tiểu cầu(PAF), cùng với yếu tố chống viêm như IL2, IL-10, IL-11 phóng thích cytokine hoạt động. Riêng yếu tố IL1 β , IL-8, IL-6, PAF gây tổn thương tế bào nội mô, huyết khối, phóng thích các gốc oxi hóa tự do, gây hội chứng đáp ứng viêm toàn thân[39].

Nitric oxide: làm tăng các gốc oxi hóa tự do và độc tính trực tiếp tại các ống thận.

Tổn thương mạch máu:

Khi viêm tụy, men protease ở dạng hoạt động phóng thích ồ ạt vào tuần hoàn, gây tổn thương nội mạc mạch máu, dẫn đến tình trạng thoát mạch vào các khoang thứ ba, gây

ra giảm thể tích tuần hoàn, tụt huyết áp, tăng áp lực ổ bụng, tăng kháng lực tuần hoàn thận, tăng đông, lắng đọng fibrin tại cầu thận[21], [12] Tình trạng thoát mạch, khiến cô đặc máu, tăng dung tích hồng cầu, tăng kháng lực vi tuần hoàn thận[12].

Hội chứng khoang bụng-ACS: là biến chứng lớn, liên quan đến tiên lượng của bệnh

Do tăng tính thấm thành mạch, dịch thoát vào ổ bụng làm gia tăng áp lực ổ bụng(IAH) góp phần gây ra hội chứng ACS, dẫn đến giảm tưới máu thận, là nguyên nhân phổ biến gây tổn thương thận cấp[23]. IAH làm giảm dòng máu của động mạch thận và giảm tưới máu vùng tủy thận, giảm chức năng cầu thận và ống thận, giảm thể tích nước tiểu[9],[10].

Việc bảo đảm thể tích tuần hoàn hiệu quả, với tải lượng dịch lớn không giúp ngăn tổn thương thận cấp trong các thực nghiệm. Ở bệnh nhân nặng có tình trạng tổn thương chức năng nội mô, việc quá tải tuần hoàn tăng tính thấm, tăng lượng dịch tại khoang thứ ba, gây ra tình trạng IAH.[21]

Áp lực tưới máu thận (RPP-renal Perfusion Pressure)

Được tính bằng áp lực động mạch trung bình – MAP trừ áp lực trong ổ bụng –IAP. Thiếu niệu và suy giảm chức năng thận chính là dấu hiệu sớm nhất của tình trạng tăng áp ổ bụng[27]. IAP tăng đến 15mmHg gây thiếu niệu và vô niệu khi trên 30 mmHg[10] trong một số nghiên cứu 123 bệnh nhân tại ICU, điểm cắt của IAP trong tổn thương thận theo phân độ RIFLE[11].

Hoạt hóa hệ Renin Angiotensin Aldosterone: (RAA)

Hệ RAA được kích hoạt bởi các men proteolytic, lipase và kinin và các peptide

khác và tình trạng IAH, làm tăng áp lực tĩnh mạch thận, giảm áp lực lọc tại cầu thận[21][12].

Lâm sàng:

Chẩn đoán:

Chẩn đoán viêm tụy dựa trên bệnh sử, xét nghiệm sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh.

Việc luôn tìm kiếm, phát hiện sớm các tổn thương thận cấp cần được lặp lại liên tục, giúp chúng ta cải thiện tiên lượng sống cho tất cả bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.[21]

Cận lâm sàng:

Định lượng Creatinin máu:

Việc xác định tổn thương thận cấp dựa vào tình trạng tăng Creatinin máu và tăng các

sản phẩm azote trong máu, tuy nhiên, thường trễ[7] và Creatinin máu phụ thuộc vào chỉ số cơ của bệnh nhân, khả năng tái hấp thu một phần của ống thận và một số loại thuốc[7]. Do đó các nghiên cứu lâm sàng gần đây tìm một dấu ấn mới, nhằm tiên lượng được tàn suất, chẩn đoán sớm tổn thương thận cấp, khả năng tiên lượng tốt hơn.

Xét nghiệm nước tiểu

Trong nghiên cứu, Bagshaw và cộng sự tiến hành kiểm tra cận lắng và sinh hóa nước tiểu nhằm phân biệt suy thận trước thận và hoại tử ống thận cấp[3]: Natri niệu (Una) và phân suất thanh thải Na (FeNa) phân suất thanh thải ure (FeUre)

Đặc điểm	Suy thận trước thận	Hoại tử ống thận cấp
UNa	≤ 40 mmol/L	>40 mmol/L
FeNa	$\leq 1\%$	$>1\%$
FeUre	$<35\%$	$\geq 35\%$
Cặn lắng	Sạch	Trụ nâu, trụ hyalin, trụ hạt Sự hiện diện các tế bào ống thận
Lưu ý: FeNa không chính xác ở những bệnh nhân đã điều trị lợi tiểu, tiểu Globin kích phát, bệnh thận do cản quang [3]		

Các chất chỉ thị sinh học mới: Có độ nhạy cao hơn xét nghiệm ure, creatinin máu[30],[4]

Chất chỉ thị mới lý tưởng: phải dễ thực hiện, không mắc tiền, độ nhạy cao, gợi ý vị trí tổn thương thận, giúp xác định độ nặng và tiên lượng. Tiềm năng như:

Xét nghiệm sinh hóa máu: NGAL(Neutrophil Gelatin Associated Lipocalin), IL-18, Cystatin C, IL -6[19];

Xét nghiệm sinh hóa nước tiểu: [19]KIM-1(Kidney Injury Molecule -1, pi-GST (pi-glutathion S-transferase), TIMP-2 (Tissue Inhibitor of Metalloproteinases-2),...

Nghiên cứu 2020 của F.Karagoz khảo sát vai trò của các chất chỉ thị sinh học mới, nhận thấy NGAL, IL-6 tăng trong nhóm có tổn thương thận cấp với $p<0,05$ [18]cystatin C và KIM1 nhạy hơn IL-6, IL-18 và NGAL trong chẩn đoán tổn thương thận cấp.

NAGL: là protein khoảng 25k Da, gắn kết với gelatinase từ bạch cầu trung tính, thể hiện sự tổn thương của lớp biểu mô. NAGL cũng tăng trong ngộ độc cisplatin, bệnh thận cản quang[32]

Cystatin C

Chất ức chế phân giải cystein, được phóng thích với mức độ hằng định bởi tất cả

các tế bào có nhân, được thải dưới dạng tự do tại thận, được tái hấp thu hoàn toàn bởi ống lượn gần. Cystatin C được chỉ định trong: sau mổ tim, tổn thương thận do thuốc, tiên lượng khả năng hồi phục của thận ở những bệnh nhân đang thay thế thận:[32], [8]

Ferdi và cộng sự, 2020, ghi nhận cystatin C cao hơn trong nhóm có tổn thương thận cấp ($p<0,01$)[18]. Năm 2018, Chai và cộng sự theo dõi Cystatin ở 237 bệnh nhân, có 18 trường hợp tổn thương thận cấp, với điểm cắt 1.865,g/L, độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 100% [8]

Procalcitonin: có vai trò tiên lượng bệnh[12]

Sinh thiết thận: hiếm khi được đặt ra trong tổn thương thận cấp trong bệnh lý viêm tụy cấp[32]

Tiên lượng:

Tổng quan năm 2019 của Tareq I, bệnh nhân viêm tụy cấp nặng tiên lượng thường rất nghèo nàn, cần điều trị thay thế thận, với tỷ lệ tử vong lên tới 75%.[12]

Nghiên cứu của Trần DD ghi nhận 100% trường hợp tổn thương thận cấp cần thay thế thận đều tử vong[36]

Điều trị:

Gồm: nhập cấp cứu, đảm bảo dấu hiệu sinh tồn, tạm ngưng ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, đặt sonde mũi dạ dày, kháng sinh khi có nhiễm trùng, ngoại khoa khi có chỉ định, kiểm soát tốt các biến chứng của hội chứng khoang bụng, điều trị thay thế thận khi có chỉ định[32], [12].

Điều trị nội khoa

Một số nghiên cứu cắt ngang cho thấy những đánh giá giai đoạn sớm khó tiên lượng chính xác, nên đánh giá lại toàn diện vào thời điểm 48-72h sau nhập viện[32]

Bù dịch:

Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy lợi ích của bù dịch tích cực trong bảo vệ chức năng thận tuy nhiên, một số tác giả khác cho thấy điều này làm tăng nguy cơ tổn thương thận cấp và tử vong, IAH khi tăng thoát mạch vào khoang thứ ba [35].

Việc bù đủ dịch có hiệu quả ngừa tổn thương thận cấp chỉ trong vòng 24h đầu tiên[32],[12]. Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ, khuyến cáo bù dịch tích cực đường tĩnh mạch có lợi ích cao nhất trong 12-24h đầu. Do đó, cần xác định sớm tình trạng thiếu dịch của bệnh nhân như sự tăng dung tích hồng cầu (hematocrit), giảm huyết áp động mạch[35].

Nhiều tác giả ghi nhận khi bù lượng dịch quá lớn làm tăng biến chứng và tử vong. Cụ thể, tác giả Sweden bù trên 4000ml dịch trong 24 giờ tăng biến chứng về hô hấp (66% so với 53%, $p<0,001$) và cần nhập ICU (47% so với 20%, $p<0,001$)[14]. Balog Z và cộng sự nhận thấy trên 7500ml trong 6 giờ là yếu tố nguy cơ độc lập gây ra tăng áp lực ổ bụng[5]

Chúng ta nên lựa chọn loại dịch nào?

Nhiều tác giả báo cáo, dịch nhiều clorid tăng nguy cơ tổn thương thận cấp[12], nồng độ clor trong máu, là yếu tố nguy cơ độc lập của tổn thương thận cấp(OR-1,32, 95%, 1,00 với 1,74, $p=0.04$), có thể do clorid làm giảm

dòng máu tới thận, và phản xạ ngược cầu ống thận[25]

Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ, hiệp hội mật tụy quốc tế và Hoa Kỳ khuyến cáo lựa chọn lactate Ringer[35]. Wu và cộng sự, cho thấy lactate Ringer giảm phản ứng viêm hệ thống nhiều hơn Natriclorua[12]. Khi sử dụng cần chú ý theo dõi nồng độ Kali máu[12]

Kháng sinh: chỉ nên sử dụng khi có biến chứng nhiễm trùng, không nên điều trị dự phòng[17],[2]. Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo khi có dấu hiệu hoại tử trên CT.

Ngoại khoa: hoại tử nhiễm trùng, chảy máu nặng, thủng ruột, hoại tử vô trùng.[32],[12]

Corticoid: hiện vẫn còn đang có nhiều tranh cãi

Một số thực nghiệm trên động vật, cho thấy dexamethasone có vai trò bảo vệ tổn thương đa cơ quan trên chuột, nhưng không có sự khác biệt về tiên lượng sống giữa hai nhóm. Mặc dù vậy, những chỉ số đánh giá tổn thương gan, tụy thận phổi đều thấp hơn ở nhóm sử dụng dexamethasone, $p=0,046$ [40]. Dexamethasone giúp giảm amylase máu, nội độc tố, TNF- α trong máu, giảm phóng thích NF- κ B từ gan và thận, giảm tổn thương tế bào tụy tụy[40].

Hiện nay có nhiều nghiên cứu, cho thấy lợi ích của corticoid ở những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, do corticoid ức chế các yếu tố tiền viêm, giảm mức độ nặng bệnh.

Li-Hua Dong, 2015, trong một phân tích gộp từ 06 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, sử dụng dexamethasone với liều từ 20-

120mg/ngày giúp giảm thời gian nằm viện(giảm 9,47 ngày, $p=0,01$), nhu cầu ngoại khoa (OR-0,35, $p=0,002$), tử suất (OR-0,45, $p=0,03$), nhưng không có sự khác biệt về thang điểm APACHE II giữa hai nhóm. Phương pháp sử dụng corticoid giúp cải thiện dự hậu cho bệnh nhân viêm tụy cấp.[13]

Chất chống oxy hóa: acid ascorbic, alpha tocopherol, beta-carotene, melatonin, carnitine, N Acetyl cystein..

Dinh dưỡng:

Những chứng cứ gần đây cho thấy lợi ích nuôi ăn đường miệng sớm, việc trì hoãn nuôi ăn trên 24h làm tăng nguy cơ hoại tử nhiễm trùng quanh tụy, tổn thương đa cơ quan, viêm tụy hoại tử[35].

Theo dõi sát áp lực ổ bụng

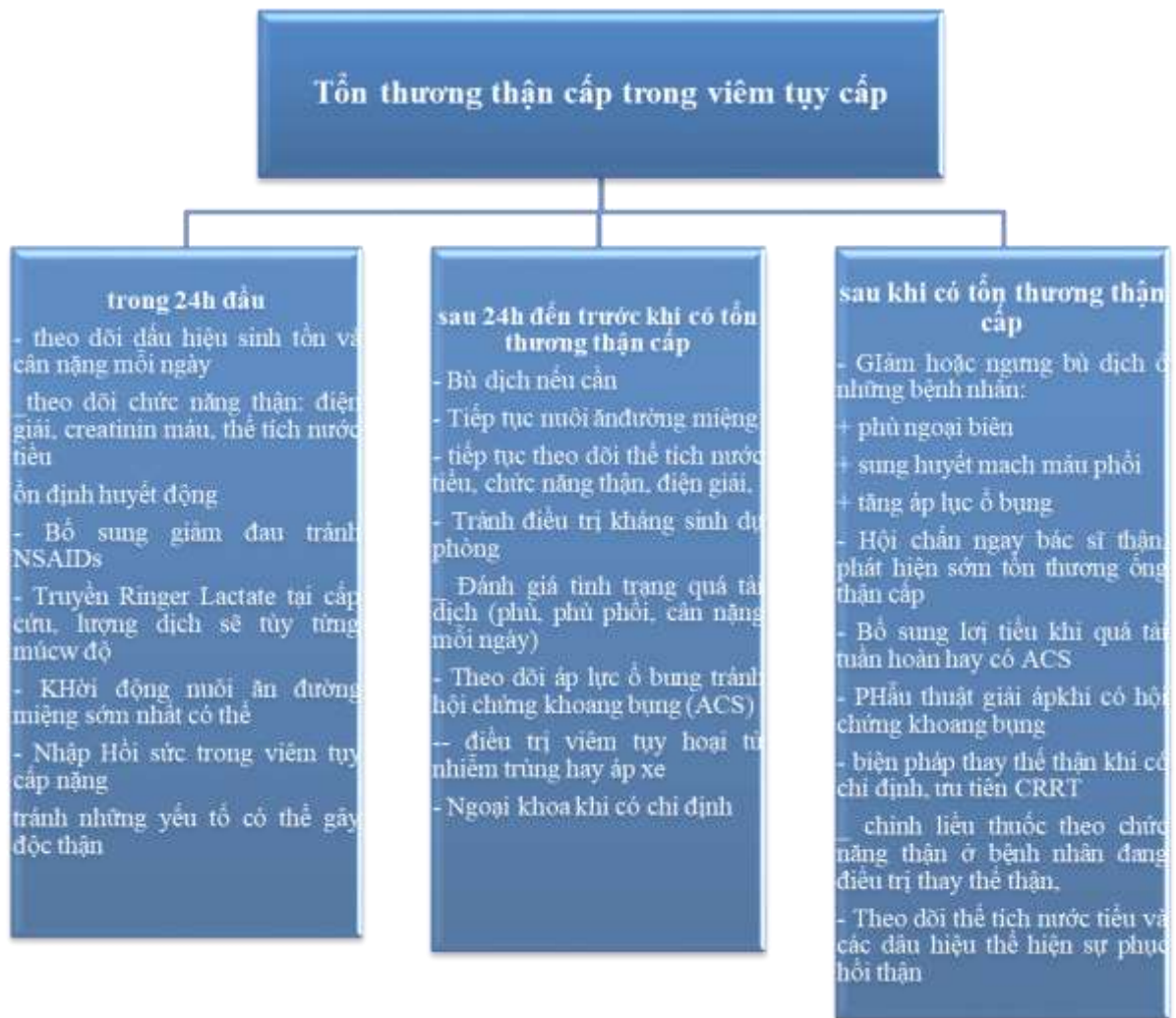
Có thể theo dõi trực tiếp bằng catheter ổ bụng, hay đo gián tiếp qua đo áp lực tại dạ dày và áp lực bàng quang.

Phát hiện sớm hội chứng khoang bụng, dẫn lưu giải áp khi có chỉ định[33]

Điều trị thay thế thận:

Chỉ định cấp cứu: tăng kali nặng, toan chuyển hóa nặng ($pH<7,1$); phù phổi cấp không đáp ứng lợi tiểu,

Barbar SD và cộng sự, trong thử nghiệm lâm sàng phân phối ngẫu nhiên, về tử vong trong 90 ngày, ghi nhận có sự khác nhau giữa hai nhóm khởi trị thay thế thận sớm và trễ[6]. CRRT được khuyến cáo ở các bệnh nhân có huyết động không ổn định, CRRT có ưu điểm làm hạ nồng độ cytokine trong máu, đặc biệt CVVH, có nhiều hiệu quả hơn, tuy nhiên các dữ liệu còn hạn chế[32],[12]



Trong bài tổng quan của mình, Nasarr và Qunibi, phân làm ba giai đoạn quản lý tổn thương thận cấp trong viêm tụy[29]

IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm tụy cấp cần được theo dõi phát hiện sớm tổn thương thận cấp. Việc bù dịch tích cực với Lactate Ringer chỉ hiệu quả giảm nguy cơ tổn thương thận cấp trong 24 giờ đầu. Sau 24 giờ, việc này thường không mang lại hiệu quả, do tình trạng thoát mạch vào khoang thứ ba gia tăng, cần thận trọng các biến chứng phù phổi cấp, hội chứng khoang bụng, tăng nguy cơ tử vong. Quản lý bệnh nhân viêm tụy cấp cần được

chia theo 3 khung thời gian: trong 24 giờ đầu, sau 24 giờ và đến trước khi có tổn thương thận cấp, sau khi có tổn thương thận cấp. Giai đoạn sau tổn thương thận cấp cần cân bằng nước điện giải, hội chẩn khoa nội thận sớm, xác định tình trạng tổn thương tại thận (tổn thương ống thận cấp, tắc mạch huyết khối, bệnh tự miễn...), biến chứng tăng đông, tắc mạch của bệnh nhân. Việc khởi động điều trị thay thế thận thực hiện sớm khi có chỉ định mang đến

nhiều lợi ích hơn cho bệnh nhân. Cần xem xét sử dụng Corticoid khi nghĩ đến viêm ống thận mô kẽ cấp, hoại tử ống thận cấp, hội chứng viêm hệ thống, cơn bão cytokin hứa hẹn nhiều lợi ích giúp hồi phục chức năng thận, và giảm tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Akhter S, Khan Z, Ahmed B, Ahmed F, et al**, (2017), "Complications of acute pancreatitis in tertiary care hospital", *International Journal of Hepatobiliary and Pancreatic Diseases*, 7 pp. 23.
- Anand N, Park J H, Wu B U**, (2012), "Modern management of acute pancreatitis", *Gastroenterol Clin North Am*, 41 (1), pp. 1-8.
- Bagshaw S M, Bellomo R**, (2010), *Urine Abnormalities in Acute Kidney Injury and Sepsis*, pp. 83
- Bagshaw S M, Langenberg C, Haase M, Wan L, et al**, (2007), "Urinary biomarkers in septic acute kidney injury", *Intensive Care Med*, 33 (7), pp. 1285-1296.
- Balogh Z, McKinley B A, Holcomb J B, Miller C C, et al**, (2003), "Both primary and secondary abdominal compartment syndrome can be predicted early and are harbingers of multiple organ failure", *J Trauma*, 54 (5), pp. 848-859; discussion 859-861.
- Barbar S D, Clere-Jehl R, Bourredjem A, et al**, (2018), "Timing of Renal-Replacement Therapy in Patients with Acute Kidney Injury and Sepsis", *New England Journal of Medicine*, 379 (15), pp. 1431-1442.
- Bonventre J V**, (2007), "Diagnosis of acute kidney injury: from classic parameters to new biomarkers", *Contrib Nephrol*, 156 pp. 213-219.
- Chai X, Huang H B, Feng G**, (2018), "Baseline Serum Cystatin C Is a Potential Predictor for Acute Kidney Injury in Patients with Acute Pancreatitis", 2018 pp. 8431219.
- Cheatham M L**, (2009), "Abdominal compartment syndrome: pathophysiology and definitions", *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 17 pp. 10-10.
- Cheatham M L, Malbrain M L N G, Kirkpatrick A, Sugrue M, et al**, (2007), "Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. II. Recommendations", *Intensive Care Medicine*, 33 (6), pp. 951-962.
- Dalfino L, Tullo L, Donadio I, Malcangi V, et al**, (2008), "Intra-abdominal hypertension and acute renal failure in critically ill patients", *Intensive Care Med*, 34 (4), pp. 707-713.
- Devani K, Charilaou P, Radadiya D, Brahmbhatt B, et al**, (2018), "Acute pancreatitis: Trends in outcomes and the role of acute kidney injury in mortality- A propensity-matched analysis", *Pancreatology*, 18 (8), pp. 870-877.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG Ở PHỤ NỮ BẰNG GIÁ ĐỠ BÀNG QUANG QUA LỖ BỊT

Võ Trọng Thanh Phong¹, Trần Trọng Huân¹, Lê Trọng Thiên Long¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Sa bàng quang ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng giữ chắc nội tạng vùng chậu đúng vị trí, khi đó bàng quang bị phồng lên âm đạo. Sa bàng quang ở mức độ nhẹ có thể theo dõi hoặc tập vật lý trị liệu sàn chậu, nhưng khi ở mức độ nặng thường gây ra những triệu chứng như nặng tức vùng hạ vị - tăng sinh môn, nhiễm khuẩn hay viêm loét âm đạo, từ đó cần phải can thiệp phẫu thuật.

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị sa bàng quang ở phụ nữ bằng giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân nữ bị sa bàng quang có các tiêu chuẩn sau: sa bàng quang độ II, độ III hay độ IV theo thang điểm POP-Q, kèm triệu chứng đường tiểu dưới, trong thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019, có chỉ định phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt. Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp.

Kết quả: Từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019, tại bệnh viện Bình Dân có 32 bệnh nhân được phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các yếu tố thuộc tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 62 tuổi (44-79). Có 25 trường hợp (78,1%) sa bàng quang độ III và 7 TH (21,9%) sa bàng quang độ II. Tất cả mẫu nghiên cứu đều có triệu chứng đường tiểu dưới trước mổ. Thời gian trung bình để thực hiện phẫu thuật là 48 phút (30-80). Thành công giải phẫu về độ sa bàng quang sau mổ là 100%. Số tiểu gấp sau mổ 1 tháng ghi nhận có 6 TH (18,8%). Không có trường hợp nào xói mòn âm đạo.

Kết luận: đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị các trường hợp sa bàng quang kèm triệu chứng đường tiểu dưới. Kỹ thuật mổ đơn giản, ít xâm hại, hiệu quả cao mà ít biến chứng và đem lại sự hài lòng cho đa số bệnh nhân.

Từ khóa: sa bàng quang, giá đỡ nhân tạo xuyên lỗ bịt.

SUMMARY

EVALUATION THE TREATMENT RESULTS OF CYSTOCELE IN WOMEN BY TRANSOBTURATOR SUBVESICAL MESH

Objective: Evaluation the treatment results of cystocele in women by transoturator subvesical mesh.

Materials and Methods: The women with cystocele grade II, III, IV (POP-Q) between Feb, 2018 to July, 2019 at Binh Dan hospital. We have used a transvaginal tension-free polypropylene mesh fixed through the obturator foramen. The data was collected prospectively.

Results: To Feb, 2018 to July, 2019 at Binh Dan hospital. There were 25 patients (78,1%)

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Võ Trọng Thanh Phong
SĐT: 0913837267

Email: phong341@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 03/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

with grade III cystocle and 7 patients (21,9%) with grade II cystocele. Means that the age ~ 62 (44 – 79). 32/32 (100 %) associated with avoiding dysfunction before an operation. And it means that operation time was ~ 48 minutes (30 – 80). Means the hospital stay was ~ 3 days (2 – 9). The objective success rate was 100% (32/32). There was no mesh infection or vaginal erosion. 78.1% patients overcame (passed) and avoiding dysfunction (dysuria, stress incontinence). Meanwhile, the 6 patients had a de novo urgency.

Conclusion: Transobturator subvesical mesh is a safe and efficient method for the treatment of severe cystoceles. This procedure is simple, mini-invasive, efficient with low morbidity and good tolerance.

Keywords: cystocele, transoturator subvesical mesh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa bàng quang ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng giữ chắc nội tạng vùng chậu đúng vị trí, khi đó bàng quang bị phồng lên âm đạo. Sa bàng quang ở mức độ nhẹ có thể theo dõi hoặc tập vật lý trị liệu sàn chậu, nhưng khi ở mức độ nặng thường gây ra những triệu chứng như nặng tức vùng hạ vị - tầng sinh môn, nhiễm khuẩn hay viêm loét âm đạo, từ đó cần phải can thiệp phẫu thuật [4], [6], [9].

Năm 1913, phẫu thuật Kelly sửa thành trước âm đạo để điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức và sa bàng quang ra đời và rất phổ biến. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát của kỹ thuật này là tương cao 40% - 60% [7]. Ngày nay, phẫu thuật Kelly ít được sử dụng.

Năm 1996, Julian và nhiều tác giả chuyển sang áp dụng các biện pháp giá đỡ bàng quang để điều trị sa bàng quang ở phụ nữ, và rất nhiều báo cáo, y văn thế giới đã

cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn hẳn phẫu thuật kinh điển [21].

Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt giá đỡ nhân tạo đầu tiên vào năm 2002 [19]. Kể từ giai đoạn này bùng nổ dùng giá đỡ nhân tạo (synthetic mesh) trong điều trị sa tạng chậu.

Năm 2007, De Tyrac báo cáo 63 TH điều trị sa bàng quang bằng giá đỡ qua lỗ bịt với tỉ lệ thành công 89.1% [16].

Hiện tại trên thế giới nhiều tác giả vẫn dùng giá đỡ nhân tạo để điều trị sa bàng quang như: De Tyrac (2015)[17], Sherif(2017)[27], Lucot (2018)[22].

Ở Việt Nam, một số tác giả như: Nguyễn Văn Ân [2], Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Nguyễn Trung Vinh [8],...vẫn đang điều trị sa bàng quang bằng giá đỡ nhân tạo mang đến hiệu quả cao và ít tai biến, biến chứng, và sự hài lòng của người bệnh. Tuy nhiên chỉ định điều trị bệnh lý sa bàng quang ở phụ nữ tại Việt Nam vẫn chưa thống nhất và chưa có tiêu chuẩn chung để đánh giá bệnh nhân trước và sau điều trị. Các nghiên cứu trong nước vẫn chỉ là báo cáo kinh nghiệm bước đầu của các tác giả chỉ dừng lại ở việc đánh giá độ an toàn của phẫu thuật và sự thay đổi cấu trúc giải phẫu của âm đạo sau phẫu thuật mà chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả phục hồi triệu chứng đường tiểu dưới và cấu trúc giải phẫu theo một hệ thống định lượng phổ biến [2],[8]. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích áp dụng Hệ Thống Định Lượng Sa Sàn Chậu (POPQ-Pelvic Organ Prolapsed Quantification system) đánh giá sự thay đổi cấu trúc giải phẫu của bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt. Đây là các thang đo đang được Hội Tự Chủ Quốc Tế (International Continence Society-ICS) sử dụng để đánh giá hiệu quả của các phương

pháp điều trị sa cơ quan đáy chậu (SCQĐC) [10], [13], [20].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Dân số mục tiêu

Các bệnh nhân nữ bị sa bàng quang đến khám tại Bệnh viện Bình Dân

2.2.2. Dân số nghiên cứu

Chọn bệnh nhân nữ bị sa bàng quang trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019) có chỉ định phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang.

2.2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được lên chương trình mổ từ phòng khám ngoại trú hay nội viện, thời gian từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019 có các tiêu chuẩn sau:

Có sa bàng quang độ 2, độ 3 hay độ 4 theo thang điểm POP-Q

Có kèm triệu chứng đường tiểu dưới.

Không kèm sa ngăn giữa và ngăn sau mức độ nặng.

2.2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có những bệnh nặng đi kèm, không thể thực hiện được phẫu thuật:

Nhưng trường hợp đang có viêm nhiễm hoặc bệnh ác tính của vùng âm hộ hay các cơ quan vùng chậu.

Các bệnh lý nội khoa (tim mạch, hô hấp, tiểu đường,...chưa điều chỉnh ổn định; rối loạn đông máu...) khiến cho cuộc mổ có nguy cơ cao.

Những trường hợp có kết hợp sa ngăn giữa hoặc sa ngăn sau mức độ nặng.

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn đánh giá thành công hay thất bại của Weber và cs [29]:

BN được xem là thành công khi độ sa bàng quang sau mổ theo thang điểm POP-Q

< độ 2 và sự cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới.

Bệnh nhân được xem như thất bại khi độ sa bàng quang sau mổ POP-Q $\geq$ độ 2.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp.

2.2.2. Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019

Địa điểm: phòng khám niệu và khoa niệu Bệnh viện Bình Dân, TP.Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019, tại bệnh viện Bình Dân có 32 bệnh nhân được phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $62,00 \pm 8,20$ tuổi, cao nhất 79 tuổi và thấp nhất 44 tuổi.

Nghiên cứu ghi nhận trường hợp đã mãn kinh với 93,8%, có 6,2% trường hợp chưa mãn kinh.

Nghiên cứu ghi nhận có 01 trường hợp (3,1%) tiền căn cắt tử cung, có 3 TH (9,4%) tiền căn điều trị sa bàng quang.

Nghiên cứu ghi nhận có 25 trường hợp (78,1%) sa bàng quang độ III, 7 trường hợp (21,9%) sa bàng quang độ II.

Trước mổ, có 19 trường hợp (59,4%) là khó tiểu, có 10 trường hợp (31,2%) là tiểu không kiểm soát khi gắng sức, không có trường hợp nào són tiểu gấp.

Thời gian trung bình để thực hiện phẫu thuật là 48 phút (30-80).

Lượng máu mất trung bình ghi nhận được là 54 ml (20-100).



Hình 3.1: Vị trí của mảnh ghép nâng thành trước âm đạo khi đặt xuyên lỗ bịt.

(Nguồn: Jack C. W., Joanna M. T.).

Bảng 3.1: Thời gian rút thông tiểu, thời gian nằm viện (n=32)

	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	Cao nhất	Thấp nhất
Thời gian rút thông tiểu (ngày)	1,03 $\pm$ 0,18	2	1
Thời gian nằm viện (ngày)	3,63 $\pm$ 1,54	9	2

Bảng 3.2: Độ sa bàng quang qua các thời điểm đánh giá

	Trước mổ (n=32)	Sau mổ 1 tháng (n=32)	Sau mổ 3 tháng (n=29)	Sau mổ 6 tháng (n=23)	Sau mổ 12 tháng (n=7)	P
Độ 0	0 (0)	5 (15,6)	7 (24,1)	6 (26,1)	0 (0)	<0,001
Độ 1	0 (0)	27 (84,4)	22 (75,9)	17 (73,9)	7 (100)	
Độ 2	7 (12,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Độ 3	25 (78,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Độ 4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Phép kiểm Fisher

Biến chứng trong mổ: có 1 (3,1%) ca thủng âm đạo nhưng được sửa chữa trong lúc mổ.

Bảng 3.3: Biến chứng sau mổ (n=32)

Biến chứng sau mổ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Không	31	96,9
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Đau vùng âm đạo, tầng sinh môn	1	3,1
Lộ mảnh ghép	0	0

Bảng 3.4: Triệu chứng đường tiểu dưới sau mổ

	Trước mổ (n=32)	Sau mổ 1 tháng (n=32)	Sau mổ 3 tháng (n=29)	Sau mổ 6 tháng (n=23)	Sau mổ 12 tháng (n=7)	p
Không	0 (0%)	25 (78,1)	24 (82,8)	22 (95,7)	7 (100)	<0,001
Tiểu khó	19 (59,4%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	10 (31,2%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Đau tức vùng chậu – bàng quang	3 (9,4%)	1 (3,1)	1 (3,4)	0 (0)	0 (0)	
Són tiểu gấp	0 (0%)	6 (18,8)	4 (13,8)	1 (4,3)	0 (0)	

Phép kiểm Fisher

Bảng 3.5: Quan hệ tình dục sau mổ (n=32)

	Số lần	Tỉ lệ (%)
Quan hệ tình dục sau mổ (Có)	6	18,8
Đau do quan hệ tình dục (n=6)		
Đau	1	16,7
Không đau	5	83,3

Bảng 3.6: Đánh giá biến chứng phẫu thuật theo thang điểm Clavien-Dindo

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Độ 1	2	6,2
Độ 2	0	0
Độ 3a	0	0
Độ 3b	0	0
Độ 4a	0	0
Độ 4 b	0	0
Độ 5	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về chỉ định mổ

Trước đây, đa số phẫu thuật viên niệu khoa còn dùng phẫu thuật Kelly kinh điển để điều trị sa bàng quang. Phương pháp Kelly có hiệu quả tức thời đối với một số trường hợp, tuy nhiên theo thời gian, thực tế và y văn đã ghi nhận tỉ lệ tái phát cao, khoảng 40–60%[29].

Chúng ta nên hay không nên sử dụng lưới tổng hợp làm giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt? Trong thập kỷ qua, câu hỏi này là một chủ đề tranh luận thường xuyên và phổ biến.

Theo Aubé (2018), từ lâu sửa chữa mô tự nhiên, hoặc khâu sửa thành trước âm đạo là phương pháp truyền thống để điều trị sa bàng quang và TKKSKGS [12]. Mặc dù dung nạp tốt, nhưng việc sửa chữa mô tự nhiên có nguy cơ tái phát cao 30%. Aubé (2018) đã tiến hành đánh giá hồi cứu 334 bệnh nhân đã phẫu thuật đặt giá đỡ tổng hợp qua âm đạo [12]. Dữ liệu sắp được công bố cho thấy một

số TH sa bàng quang nặng đã được đặt giá đỡ bàng quang trước đó. Tỉ lệ mổ lại do tái phát rất thấp, chỉ có 3,3% sau 3 năm.

Theo xu hướng thế giới, hiện nay chúng tôi áp dụng phương pháp đặt giá đỡ nhân tạo dưới bàng quang qua lỗ bịt để điều trị sa bàng quang kèm triệu chứng đường tiểu dưới.

4.2. Về hiệu quả điều trị

4.2.1. Về hiệu quả điều trị đối với sa bàng quang

Tiêu chuẩn thành công sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thành công của 32 TH là

Sau phẫu thuật 1 tháng độ sa bàng quang theo POP-Q là: 27 TH (84,4%) sa độ 1 và 5 TH (15,6%) sa độ 0. Thời gian theo dõi 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng thì tỉ lệ sa độ 1 về độ 0 tăng lên.

Theo tiêu chuẩn thành công của Weber và cs [29] thì nghiên cứu của chúng tôi đạt hiệu quả 100% trong thời gian ngắn hạn.

Bảng 4.1: Đối chiếu kết quả nghiên cứu phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt với báo cáo khác

Tác giả	Số TH	Thời gian theo dõi (tháng)	Tỉ lệ thành công
Adhoue (2004) [11]	52	27	95
de Tayrac et al, 2006 [15]	63	37	89,1
Fekete (2018) [18]	62	12	96,8
N.V.Ấn [2]	21	12	95,2
Chúng tôi	32	12	100

Tỉ lệ thành công về phục hồi giải phẫu sa bàng quang của chúng tôi cao hơn với nhiều tác giả khác. Phân tích kỹ thấy tỉ lệ thất bại của các tác giả khác rơi vào sa bàng quang độ 4.

4.2.2. Về hiệu quả điều trị triệu chứng đường tiểu dưới:

Số liệu của chúng tôi cho thấy trong 32 TH có:

Tỉ lệ có triệu chứng đường tiểu dưới trước mổ là 100%.

Tỉ lệ cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới sau mổ là 25 TH (78,1%).

Bảng 4.2: Đối chiếu kết quả điều trị triệu chứng đường tiểu dưới chung so với các tác giả khác

Tác giả	Số TH	Tỉ lệ thành công triệu chứng đường tiểu dưới
Moore và Miklos (2009) [23]	77	68%
Adhoue (2004) [11]	52	80%
Fekete (2018) [18]	62	96,8%
N.V.Ấn [2]	21	94,1%
Chúng tôi	32	78,1%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những trường hợp sa bàng quang kèm TKKSKGS, kỹ thuật mổ của chúng tôi có 1 điểm cải biên là phần mép giá đỡ ngay cổ bàng quang đưa ra giữa niệu đạo (mid-urethal Transvaginal Mesh-mTVM), cố định giá đỡ vào cơ niệu đạo bằng 2 mũi chỉ vicryl 2/0. Mục tiêu của kỹ thuật này nhằm tăng hiệu quả điều trị TKKSKGS. Kết quả cho thấy tiểu không kiểm soát khi gắng sức phục hồi 100%.

Theo Fekete (2018), nghiên cứu lâm sàng từ 248 bệnh nhân sa bàng quang độ II, độ III kèm TKKSKGS đã phẫu thuật tại một trung

tâm đại học ở Hungary trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2008 đến tháng 6 năm 2010[18]. Một trăm hai mươi bốn (124) phụ nữ được điều trị bằng khâu thành trước âm đạo (Kelly) và 62 TH được đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt (TVM-Transvaginal Mesh), 62 TH đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt được sửa đổi (mTVM), trong đó giá đỡ nhân tạo được cố định vào giữa niệu đạo bằng hai mũi khâu với mục đích tăng khả năng sửa TKKSKGS. Kết quả điều trị TKKSKGS ở nhóm mTVM là 96,8%, nhóm TVM là 91,9%.

Bảng 4.3: Đối chiếu hiệu quả điều trị TKKSKGS của chúng tôi tương đồng với Fekete (2018)

Tác giả	Tỉ lệ cải thiện TKKSKGS (%)
Fekete (2018) [18]	96
Chúng tôi	100

4.3. Vấn đề kết hợp dùng mesh prolene nâng đỡ dưới bàng quang để điều trị sa bàng quang cùng với nâng đỡ dưới niệu đạo nhằm điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức:

Tabou-Elela kết hợp đặt giá đỡ bàng quang bằng giá đỡ nhân tạo (loại Prolift® có 4 nhánh của hãng Gynecare) kết hợp với phẫu thuật T.O.T trên 20 bệnh nhân ở Ai Cập [28]. Còn Park thì dùng mảnh ghép Prolift® cùng với TVT cho 10 bệnh nhân ở Hàn Quốc [24].

N.V.ÂN chưa có trường hợp kết hợp cả 2 phương pháp như trên [2], mặc dù tác giả đã có nhiều kinh nghiệm về các phẫu thuật TVT và TOT [1][3]. Số liệu của tác giả cho thấy chỉ dùng giá đỡ bàng quang đã giải quyết được 94% các trường hợp TKKSKGS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 TH (31,2%) có TKKSKGS trước mổ, sau mổ 1 tháng, không còn TH nào TKKSKGS, cũng không có trường hợp nào phải kết hợp thêm phẫu thuật T.O.T hay phẫu thuật T.V.T. Chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật mTVM như trên đã mô tả.

Salomon và cs đã phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bít cho 9 TH sa bàng quang kèm TKKSKGS và báo cáo rằng 9 TH đã hết TKKSKGS mà không cần điều trị thêm [26]. David-Montefiore và cs thấy rằng trong số 13 TH sa bàng quang kèm TKKSKGS, sau phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bít, thì 8 TH đã hết TKKSKGS, 5 TH còn lại đã cải thiện TKKSKGS và không cần phẫu thuật thêm [14].

Chúng tôi thấy rằng, không nhất thiết phải kết hợp với phẫu thuật TOT hay TVT ngay từ đầu. Sau phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bít, hơn 90% TH đã hết

TKKSKGS. Nếu cần thiết thì sau 12 tháng có thể phối hợp thêm phẫu thuật T.O.T hay T.V.T.

Kỹ thuật mổ mTVM có thể làm tăng tỉ lệ thành công TKKSKGS [18]

4.4. Về tai biến, biến chứng

Chúng tôi chưa gặp trường hợp nào bị nhiễm khuẩn mảnh ghép hoặc loét âm đạo làm hở mảnh ghép prolene. Trong khi đó Moore & Miklos có 5 trường hợp (6,4%) loét âm đạo (đều là loét nhỏ), 4 phải khâu lại và đều thành công [23]. De Tayrac ghi nhận tỉ lệ loét âm đạo là 8,3%[15].

V. KẾT LUẬN

Sau nghiên cứu 32 trường hợp sa bàng quang độ II và III có kèm triệu chứng đường tiểu dưới được phẫu thuật từ tháng 02/2018 đến tháng 07/2019 tại Bệnh viện Bình Dân, chúng tôi rút ra kết luận sau đây:

1/Thể lâm sàng thường gặp là sa bàng quang kèm triệu chứng đường tiểu dưới: tiểu khó, tiểu gấp, tiểu không kiểm soát khi gắng sức,... khối sa âm đạo và rối loạn tình dục. Khám âm đạo là bước quan trọng, góp phần quyết định phương pháp điều trị sa bàng quang.

Cận lâm sàng là các xét nghiệm thường quy cho một cuộc mổ. Cộng hưởng từ tổng phân có giá trị cao trong chẩn đoán mức độ sa bàng quang, theo dõi trước và sau mổ. Thực tế tại Việt Nam khó đưa vào áp dụng vì chi phí cao và bệnh nhân ít chịu tốn thời gian theo dõi bằng MRI sau mổ.

Niệu động lực học chỉ nên áp dụng trong những trường hợp khó, tái phát hay có bệnh kết hợp.

2/Phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bít để điều trị sa bàng quang có tính hiệu quả:

Tỉ lệ thành công về phục hồi giải phẫu 100% đối với sa bàng quang độ II và III.

Tỉ lệ thành công về triệu chứng đường tiểu dưới là 78,1%.

Tỉ lệ thành công về tiểu không kiểm soát khi gắng sức 100%. Không cần thiết phải kết hợp đặt giá đỡ niệu đạo để điều trị TKKSKGS cùng lúc đặt giá đỡ bàng quang. Kỹ thuật đặt giá đỡ bàng quang sửa đổi (mTVM) làm tăng tỉ lệ thành công TKKSKGS.

Sau mổ đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bít, bệnh nhân sa bàng quang phục hồi khả năng rối loạn tình dục, tuy nhiên còn mang định tính.

3/Tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật đặt giá đỡ bàng quang qua lỗ bít thấp, theo thang điểm Clavien - Dindo 6,2% độ 1.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào xói mòn âm đạo, tuy nhiên cần theo dõi số trường hợp nhiều hơn và lâu hơn.

Ngoài ra chúng tôi còn nhận thấy: hiệu quả về mặt thẩm mỹ cao vì chỉ có 4 sẹo nhỏ (0,5cm) ở 2 bên bẹn và gần như không còn thấy rõ theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Ân** (2006), "Điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ bằng phương pháp băng treo lòng âm đạo TVT". Tạp Chí Y học TPHCM, 10 (1), trang 154-159.
2. **Nguyễn Văn Ân** (2011), Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bít. Tạp chí Y học Thực hành, 718+719, trang 364-369.
3. **Nguyễn Văn Ân** (2014), Kết quả trung hạn điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ bằng phẫu thuật TOT. Tạp Chí Y Học Tp.HCM, 16(3), trang 233-238.
4. **Dương Văn Hải** (2011) Giải phẫu ngoại khoa sàn chậu. Giải phẫu học sau đại học. Nhà Xuất Bản Y Học TP.HCM, tr. 608-623.
5. **Nguyễn Quang Quyền** (2004), Xương khớp chi dưới. Nhà xuất bản Y Học, tr.123-127.
6. **Trần Ngọc Sinh** (2010), Sa cơ quan tiết niệu – sinh dục trong bệnh lý sa cơ quan vùng đáy chậu. Tạp chí y học TP.HCM, 14 (3), tr. 1-11.
7. **Vũ Hồng Thịnh, Đỗ Anh Toàn** (2003), Phẫu thuật sửa thành trước âm đạo trong điều trị sa bàng quang ở phái nữ, tập 7, Chuyên đề Thận Niệu, trang 96-101.
8. **Nguyễn Trung Vinh, Lê Văn Cường** (2012), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngả âm đạo điều trị sa tạng chậu nữ. Tạp chí y học TP HCM, 16 (2) Chuyên đề: Sản phụ khoa - Nhi sơ sinh, tr. 290 -295.
9. **Nguyễn Trung Vinh** (2012), Sàn chậu học. Nhà xuất bản Y Học, tr. 321-352
10. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.** (2003) "The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society". Urology, 61 (1), pp. 37-49.
11. **Adhoute F., Soyeur L., Pariente J.L., Guillou M.Le, Ferriere J.M.** (2004) "Use of transvaginal polypropylene mesh (GyneMesh) for the treatment of pelvic floor disorders in women. Prospective study in 52 patients (in French with English abstract)". Program Urology, 14 (2), pp. 192– 196.
12. **Aubé M., Tu L.M.** (2018) "Current trends and future perspectives in pelvic reconstructive surgery". Women's Health, 14
13. **Bland DR, Earle BB, Vitolins MZ, Burke G** (1999) "Use of the Pelvic Organ Prolapse staging system of the International Continence Society, American Urogynecologic Society, and Society of Gynecologic Surgeons in

- perimenopausal women". *Am J Obstet Gynecol*, 181 (6), pp. 1324-7.
14. **David-Montefiore** (2005) "Treatment of genital prolapse by hammock using porcine skin collagen implant (Pelvicol)". *Urology*, 66 (6), pp. 1314-1318.
 15. **De Tayrac R, Deffieux X., Gervaise A., Chauveaud A., Fernandez H.** (2006) "Long-term anatomical and functional assessment of transvaginal cystocele repair using a tension-free polypropylene mesh". *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 17 (5), pp. 483-488.
 16. **De Tayrac R., Devoldere G., Renaudie J., Villard P., Guilbaud O., Eglin G., et al.** (2007) "Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study.". *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18 (3), pp. 251-6.
 17. **De Tayrac R., Brouziyne M., Priou G., Devoldère G., Marie G., Renaudie J.** (2015) "Transvaginal repair of stage III-IV cystocele using a lightweight mesh: safety and 36-month outcome". *International urogynecology journal*, 26 (8), pp. 1147-1154.
 18. **Fekete Z., Kőrösi S., Pajor L., Bajory Z., Németh G., Kozinszky Z.** (2018) "Does anchoring vaginal mesh increase the potential for correcting stress incontinence?". *BMC Urology*, 18 (1), pp. 53.
 19. **Food, and Drug Association** (2002) Update on serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse: FDA Safety Communication, <https://www.fda.gov/downloads/medicaldevices/safety/alertsandnotices/ucm262760.pdf> 23 May 2017.
 20. **Jack CW, Joanna MT** (2012) "Vaginal and abdominal reconstructive surgery for pelvic organ prolapsed". *Campbell-Walsh Urology* 10th, 72, pp. 2069-2081.
 21. **Julian TM.** (1996) "The efficacy of Marlex mesh in the repair of severe, recurrent vaginal prolapse of the anterior midvaginal wall". *Am J Obstet Gynecol*, 175, pp.1472-5.
 22. **Lucot J.P., Cosson M., Bader G., Debodinance P., Akladios C., Salet-Lizée D., et al.** (2018) "Safety of vaginal mesh surgery versus laparoscopic mesh sacropexy for cystocele repair: results of the prosthetic pelvic floor repair randomized controlled trial". *European Urology*, 74 (2), pp. 167-176.
 23. **Moore R.D., Miklos J.R.** (2009) "Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup". *Adv Urol*, pp. 743831.
 24. **Park HK** (2010) "Initial Experience with Concomitant Prolift™ System and Tension-Free Vaginal Tape Procedures in Patients with Stress Urinary Incontinence and Cystocele". *Int Urogynecol J*, 14, pp.43-47.
 25. **Prolapse P.O.** (2011) "Surgical mesh for treatment of women with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence".
 26. **Salomon J.** (2004) "Treatment of anterior vaginal wall prolapse with porcine skin collagen implant by the transobturator route: preliminary results". *European Urology*, 45 (2), pp.219-225.
 27. **Sherif H., Othman T.S., Eldkhakhany A., Elkady H., Elfallah A.** (2017) "Transobturator four arms mesh in the surgical management of stress urinary incontinence with cystocele". *Turkish Journal of Urology*, 43 (4), pp. 517.
 28. **TAbou-Elela** (2009) "Outcome of Treatment of Anterior Vaginal Wall Prolapse and Stress Urinary Incontinence with Transobturator Tension-Free Vaginal Mesh (Prolift) and Concomitant Tension-Free Vaginal Tape-Obturator". *Hindawi Publishing Corporation Advances in Urology*,
 29. **Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al.** (2001) "The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders". *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 12 (3), pp. 178-86.

PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT TUYẾN THƯỢNG THẬN TƯ THẾ NẪM SẤP

Hoàng Thiên Phúc¹, Phan Mạnh Linh¹, Phạm Phú Phát¹,
Dương Cao Trí¹, Đào Viết Trung¹, Nguyễn Hoàng Việt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tần suất hiện mắc của bướu tuyến thượng thận được phát hiện khoảng 3% ở tuổi trung niên, tăng tới 10% ở người cao tuổi. Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu, tác giả Martin Walz đã trình bày phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp điều trị bướu tuyến thượng thận với một số ưu điểm so với phẫu thuật nội soi trong phúc mạc và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm nghiêng 90°. Các ưu điểm đó bao gồm: tiếp cận nhanh khối bướu và tuyến thượng thận, mau chóng không chế các mạch máu của bướu, ít đụng chạm khi bóc tách khối bướu,....

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp cắt bướu tuyến thượng thận tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Đối tượng được lựa chọn là những bệnh nhân phát hiện bướu tuyến thượng thận có chỉ định phẫu thuật và kích thước bướu < 6 cm, không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cũng như có thai hay đã phẫu thuật khoang sau phúc mạc cùng bên với bướu tuyến thượng thận.

Kết quả: Kết quả phẫu thuật được ghi nhận mỗi bệnh nhân chỉ cắt 1 bên tuyến thượng thận, không có trường hợp nào cắt 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 95,8 phút (55 – 190 phút). Lượng máu mất trung bình trong khoảng thời gian phẫu thuật là 39 ml (10 - 100 ml). Có 2 trường hợp có cơn tăng huyết áp > 170 mmHg. Có 1 trường hợp sốt (5%) được điều trị kháng sinh ổn trước khi xuất viện. Không có biến chứng nặng phải can thiệp lại. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ngày (3-10) ngày.

Kết luận: Qua 20 ca bước đầu của nhóm chúng tôi phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này đối với bướu tuyến thượng thận có kích thước < 6cm.

SUMMARY

PRONE POSITION POSTERIOR RETROPERITONEOSCOPIC FOR ADRENALECTOMY IN THE FIRST 20 CASES

Background: The prevalence of incidental adrenal tumors is about 3% in middle age, increasing to 10% in the elderly. Surgery is the optimal treatment method, author Martin Walz has presented prone retroperitoneal laparoscopic surgery for adrenocortical tumors with a number of advantages compared to intraperitoneal laparoscopic surgery and laparoscopic surgery. retroperitoneal laparoscopic surgery in the 900-sided position.

Objective: To evaluate the initial results of laparoscopic retroperitoneal surgery in the prone

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thiên Phúc

SĐT: 0903754174

Email: bschoangthienphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 03/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

position to remove adrenal tumors at Binh Dan hospital.

Subjects and Methods: Selected subjects were patients with detected adrenal tumors who indicated surgery and tumor size < 6 cm and had no contraindications to laparoscopic surgery as well as pregnancy. or have had retroperitoneal surgery on the same side as the adrenal tumor.

Results: The results of the surgery were recorded in each patient with only one side of the adrenal gland removed, there were no cases of bilateral surgery. The average operative time was 95.8 minutes (55 - 190 minutes). The mean blood loss over the operative period was 39 ml, with a range of 10 - 100 ml. 2 cases had hypertensive crisis > 170 mmHg. There was 1 case of fever (5%) who was treated with antibiotics well before discharge. There haven't been any severe complication. The mean hospital stay was 4.2 days (3-10 days).

Conclusion: Through the first 20 cases of our group, laparoscopic retroperitoneal surgery in the prone position has shown the feasibility and effectiveness of this method for adrenal tumors < 6cm in size.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tần suất hiện mắc của bướu tuyến thượng thận được phát hiện khoảng 3% ở tuổi trung niên, tăng tới 10% ở người cao tuổi [1]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu với những bướu gây ra hội chứng và bệnh lý đi kèm. Tuyến thượng thận nằm trong một khoang nhỏ nằm sâu phía sau phúc mạc, trên thận và sát với cơ hoành, có thể tiếp cận qua hai đường trong phúc mạc và sau phúc mạc. Đường tiếp cận sau phúc mạc ít xâm lấn hơn đường tiếp cận trong phúc

mạc. Năm 1996, tác giả Martin Walz đã trình bày phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp điều trị bướu tuyến thượng thận với một số ưu điểm so với phẫu thuật nội soi trong phúc mạc và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm nghiêng 90° [2]. Kỹ thuật này tiếp cận trực tiếp bướu tuyến thượng thận, giúp phẫu thuật viên có thể phẫu tích rõ cực trên thận, khối bướu tuyến thượng thận và các mạch máu lớn (tĩnh mạch chủ và động mạch chủ). Giúp dễ dàng tiếp cận những trường hợp bướu nằm sâu tĩnh mạch chủ, có thể phẫu thuật đồng thời với tuyến thượng thận hai bên. Tuy nhiên hạn chế của kỹ thuật trên là kích thước bướu lớn hơn 6 cm. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp cắt bướu tuyến thượng thận đã được thực hiện từ lâu trên thế giới nhưng chưa được phổ biến rộng rãi ở Việt Nam. Dựa vào những lợi ích của phương pháp, nay nhóm nghiên cứu chúng tôi đánh giá kết quả bước đầu sử dụng phương pháp này ở 20 bệnh nhân đầu tiên của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

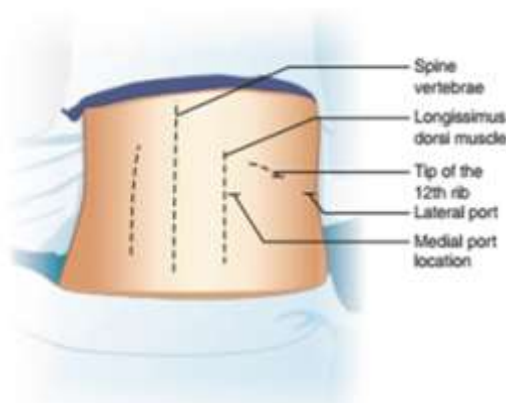
Đối tượng được lựa chọn là những bệnh nhân phát hiện bướu tuyến thượng thận có chỉ định phẫu thuật và kích thước bướu < 6 cm, không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cũng như đang có thai hay đã phẫu thuật khoang sau phúc mạc cùng bên với bướu tuyến thượng thận.

Bệnh nhân sau khi được gây mê bằng nội khí quản và đặt thông niệu đạo lưu sẽ được chuyển sang tư thế nằm sấp với hông và đầu gối được gấp 90°, đầu gối và cổ chân được kê trên nệm.

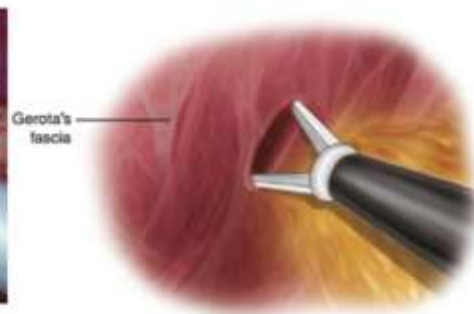
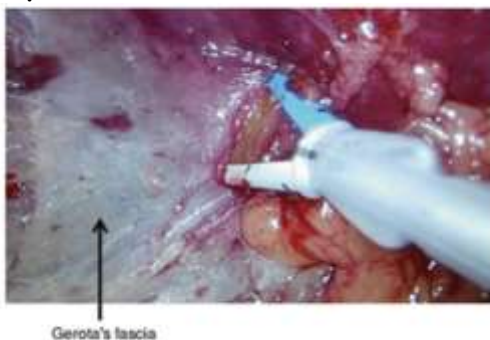


Trocar đầu tiên được đặt ở đầu xương sườn số 12, bơm bóng khoảng 200 – 300 cc tạo khoang sau phúc mạc, trocar tiếp theo đặt ở đường nách sau và trocar cuối đặt ở bờ ngoài cơ dựng sống dưới quan sát trực tiếp

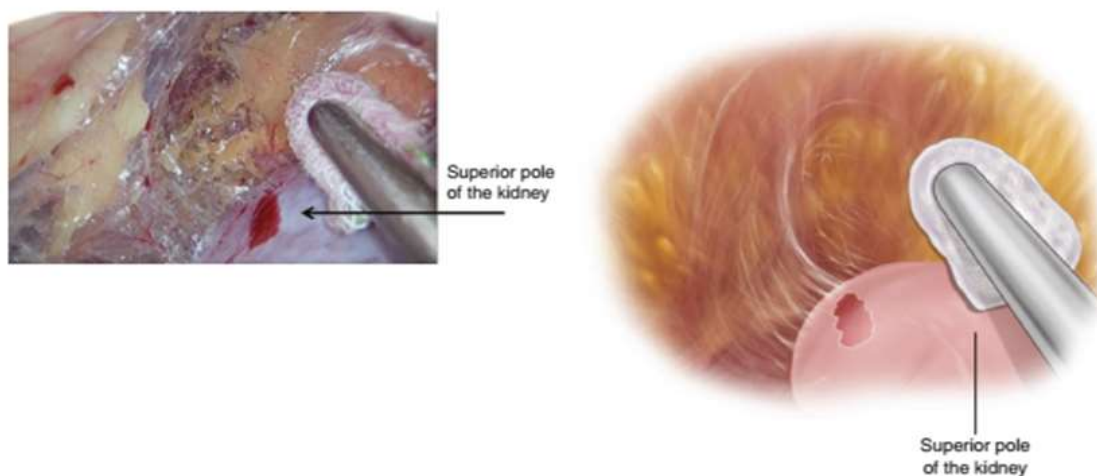
của ống kính nội soi, khoảng cách giữa các trocar khoảng 4 cm để dễ thao tác, Camera sẽ qua trocar ở cơ cạnh sống. Áp lực CO2 có thể duy trì từ 12 – 20 mmHg, sử dụng ống kính 30o.



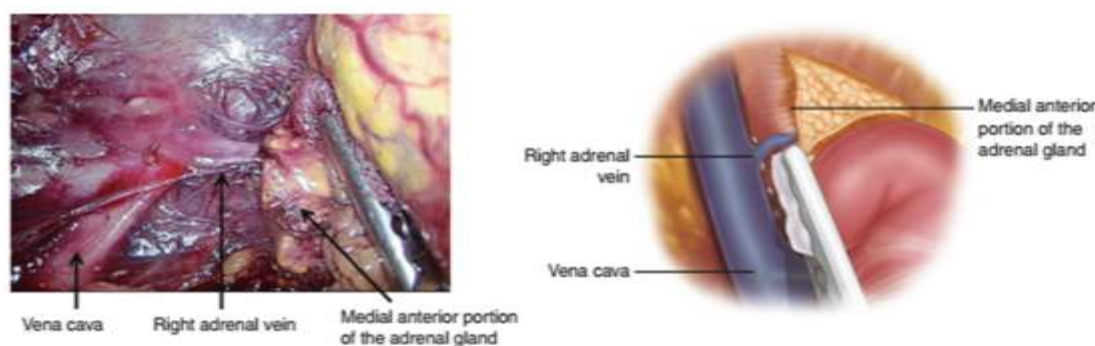
Đầu tiên tiếp cận cân Gerota để vào khoang quanh thận, có thể quan sát thấy bướu tuyến thượng thận.



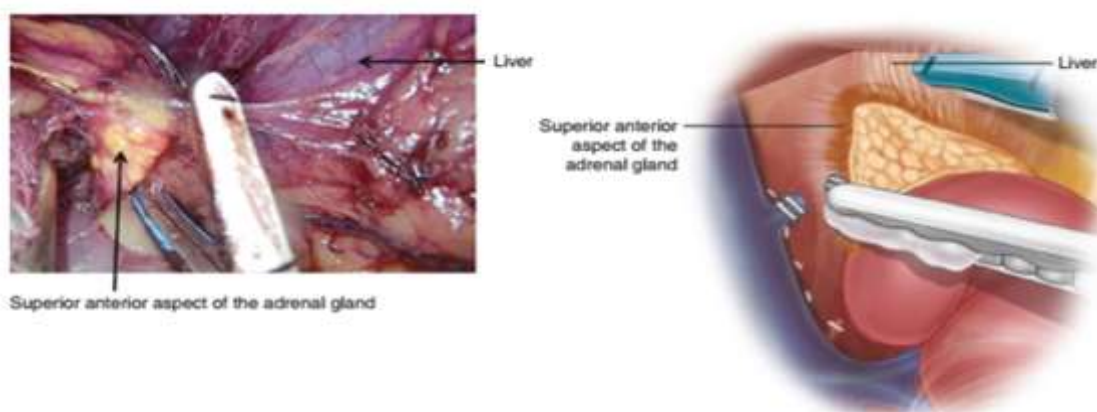
Bóc tách giải phóng cực trên thận trước, đây là mô liên kết lỏng lẻo giữa mặt trên thận và mặt dưới tuyến thượng thận, cần lưu ý mạch máu cực trên của thận có thể xuất hiện. Những mạch máu nhỏ của tuyến thượng thận có thể cầm máu bằng đốt điện, clip, tăng áp lực hoặc chèn gạc trong vài phút.



Bộc lộ và kẹp cắt tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận (sử dụng Clip, Hem – 0 – lock), bên phải tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận sẽ đi vào phía sau của tĩnh mạch chủ dưới, bên trái thì tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận đi ra từ khoảng giữa tuyến thượng thận, nhận nhánh tĩnh mạch hoành dưới đổ về tĩnh mạch thận.



Cuối cùng giải phóng mô liên kết giữa tuyến thượng thận với phúc mạc và cơ hoành để lấy trọn tuyến thượng thận ra ngoài.



Đặt dẫn lưu 22Fr vào khoang trên thận, khâu vết mổ. Kết thúc phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

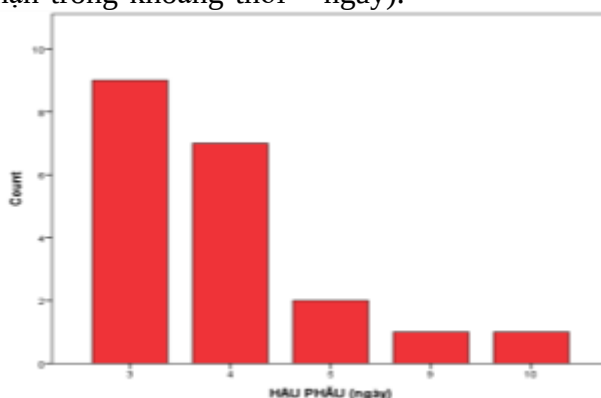
Trong quá trình nghiên cứu, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu tuyến thượng thận tư thế nằm sấp được chúng tôi thực hiện trên 20 bệnh nhân bao gồm 7 nam (35%) và 13 nữ (65%) với độ tuổi dao động từ 25 đến 76 tuổi. Lý do đưa bệnh nhân đến bệnh viện chủ yếu là 3 lý do sau: đau hông 10 trường hợp (50%), 7 trường hợp đi khám tình cờ phát hiện u tuyến thượng thận (35%) và mệt mỏi chiếm 3 trường hợp (15%). Ở 20 bệnh nhân, có 7 bướu bên phải (35%) và 13 bướu bên trái (65%) với kích thước dao động từ 15 - 99 mm với kích thước trung bình là 34,4 mm. Tính chất bướu được ghi nhận trước phẫu thuật phần lớn là bướu adenoma 8 trường hợp (40%) 2 trường hợp là nang tuyến thượng thận (10%), 1 trường hợp nghi carcinoma hoặc metastasis (5%) còn lại 9 trường hợp (45%) không được ghi nhận trước phẫu thuật. Tất cả trường hợp đều được ghi nhận phân loại ASA trước phẫu thuật là độ I hoặc II.

Kết quả phẫu thuật được ghi nhận mỗi bệnh nhân chỉ cắt 1 bên tuyến thượng thận, không có trường hợp nào cắt 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 95,8 phút với khoảng thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 55 phút và dài nhất là 190 phút. Lượng máu mất trung bình được ghi nhận trong khoảng thời

gian phẫu thuật là 39 ml (10 - 100 ml). Chúng tôi không gặp bất kỳ biến chứng nghiêm trọng nào trong quá trình phẫu thuật cũng như không chuyển mổ mở do các lý do khác, tất cả đều được hoàn thành bằng phẫu thuật nội soi. Trong quá trình phẫu thuật có 2 trường hợp có cơn tăng huyết áp > 170 mmHg, 1 trường hợp tăng đến 205 mmHg nhưng sau đó huyết áp được điều chỉnh về mức bình thường và 1 trường hợp có 2 cơn tăng huyết áp lên 190 mmHg nhưng sau đó cũng được điều chỉnh về bình thường. Có 1 trường hợp huyết áp tâm trương giảm thấp hơn 50 mmHg cụ thể là 45 mmHg trong quá trình phẫu thuật nhưng sau đó được điều chỉnh về mức bình thường.

Sau phẫu thuật tất cả các trường hợp đều được hồi tỉnh ổn và chuyển về phòng hậu phẫu theo dõi. Không có trường hợp suy tuyến thượng thận cấp nào được ghi nhận trong quá trình nằm viện. Có 1 trường hợp sốt (5%) được điều trị kháng sinh ổn trước khi xuất viện. Không có bất kỳ trường hợp

có biến chứng nặng phải can thiệp lại. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và thời gian nằm viện dài nhất là 10 ngày (trong đó thời gian hậu phẫu 3-5 ngày chiếm 90%), cũng như thời gian lưu ống dẫn lưu sau phúc mạc là 3,35 ngày (2-5 ngày).



Biểu đồ 1: Số ngày hậu phẫu

Đánh giá mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy có 2 trường hợp ác tính, 1 là carcinoma tuyến vỏ tuyến thượng thận, 1 là bướu sắc bào tuyến thượng thận ác tính xâm lấn vỏ bao.

Sau khi xuất viện việc theo dõi các bệnh nhân có giải phẫu bệnh tuyến thượng thận lành tính được theo dõi bởi các bác sĩ nội tiết. Với 2 bệnh nhân nghi u ác tuyến thượng thận được theo dõi bởi bác sĩ phẫu thuật được kiểm tra sinh hóa máu về bilan tuyến thượng thận và siêu âm mỗi khi tái khám 3 tháng. Trong quá trình tái khám ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân bị suy tuyến thượng thận phải điều trị corticoid.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bỏ tuyến thượng thận được xem là tiêu chuẩn vàng đối với bướu tuyến thượng thận kích thước nhỏ (< 6 cm) [3]. Phẫu thuật nội soi ổ bụng trong phúc mạc được thực hiện đầu tiên vào năm 1992 bởi Garner [4] đã dần được phát triển và thay thế bằng đường mổ sau phúc mạc để tránh tổn thương những tạng nằm trong phúc mạc. Mặc dù không gian thao tác nhỏ và có định hướng khó khăn ban đầu nhưng lâu dần, các bác sĩ tiết niệu đã quen với không gian thao tác và dần dần, phẫu thuật nội soi cắt bỏ bướu tuyến thượng thận sau phúc mạc đã trở thành chọn lựa ưu tiên hơn phẫu thuật ngả bụng trong phúc mạc.

Thao tác ở khoang sau phúc mạc có thể cho chúng ta tiếp cận trực tiếp tuyến thượng thận, nhất là tư thế nằm sấp, số lượng trocar ít hơn, ít nguy cơ tổn thương các tạng trong ổ bụng hơn, khiến cho cuộc phẫu thuật diễn ra

nhẹ nhàng tránh cho bệnh nhân nguy cơ trải qua thời gian gây mê dài.

Có 2 tư thế để có thể tiếp cận khoang sau phúc mạc là nằm nghiêng và nằm sấp, tương đương với 2 đường vào khoang sau phúc mạc là bên và sau. Với tư thế nằm sấp, ta có thể sử dụng áp lực bơm CO₂ cao hơn, có thể lên đến 25 mmHg cho phép quan sát tốt nhất vùng phẫu thuật, cầm máu tốt hơn [5] và rút ngắn thời gian phẫu thuật [6]. Tư thế nằm sấp còn đặc biệt hữu ích với u vùng tủy tuyến thượng thận vì có thể nhanh chóng tiếp cận tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận để cắt nhằm ngăn sự phóng thích catecholamin tránh những biến động về huyết động học trong quá trình bóc tách và cắt tuyến thượng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp có cơn tăng huyết áp cấp tính >170 mmHg nhưng nhanh chóng được điều chỉnh về mức bình thường và tiếp tục cuộc phẫu thuật do nhanh chóng không chế tĩnh mạch trung tâm. Nhưng có duy nhất 1 trường hợp có cơn hạ huyết áp tâm trương dưới 60 mmHg thoáng qua nhưng vẫn chưa tìm được nguyên nhân chính xác, nghĩ nhiều là do nguyên nhân nằm sấp, máu về tim khó khăn ở việc gây mê hồi sức.

Qua 20 ca phẫu thuật đầu tiên của chúng tôi, thời gian trung bình là 95,8 phút là chậm hơn so với 87 phút theo nghiên cứu của Zonca P và cộng sự [7] mặc dù số liệu là thời gian phẫu thuật trên người có BMI > 30 nhưng thời gian vẫn nhanh hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nhưng vẫn nhanh hơn 124 phút của Martin K Walz [2] là nghiên cứu đầu tiên cắt tuyến thượng thận tư thế nằm sấp trên thế giới và xấp xỉ với Arturo Domínguez và cộng sự là 87 phút [4]. Đạt được điều này

có lẽ là do chúng tôi dùng dao đốt Ligasure nên giảm được đáng kể thời gian cầm máu. Lượng máu mất cũng là tối thiểu khi trung bình là 39 ml khi so với Walz là 40ml [2] và với Arturo Domínguez là 50 ml [8]. Và không ghi nhận bất kì trường hợp nào phải truyền máu. Khó khăn của chúng tôi là không có bàn chuyên dụng cũng như phẫu thuật mới chỉ giới hạn ở 20 ca, là phẫu thuật mới khó khăn trong việc tạo khoang thao tác thích hợp khiến chúng tôi chưa rút ngắn thời gian phẫu thuật. Khi giải quyết được những khó khăn nhất thời thì rất có thể rút ngắn thời gian phẫu thuật hơn nữa. Thời gian nằm hậu phẫu sau cắt tuyến thượng thận của chúng tôi từ 3-10 ngày nhưng chủ yếu là từ 3-5 ngày có 18 trường hợp (chiếm 90%) chỉ có 1 trường hợp nằm hậu phẫu 9 ngày và 1 trường hợp 10 ngày (chỉ chiếm 10%). 2 trường hợp được ghi nhận là có nhiễm khuẩn sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch đến khi bệnh nhân ổn hoàn toàn mới xuất viện.

So với phẫu thuật nội soi ổ bụng trong phúc mạc thì phẫu thuật nội soi sau phúc mạc không thể khảo sát cũng như xử trí những thương tổn của phúc mạc kèm theo [9]. Không gian thao tác cũng là vấn đề đối với phẫu thuật nội soi sau phúc mạc và nhất là đối với tư thế nằm sấp, các tác giả đều đồng tình chỉ nên đi đường sau phúc mạc đối với bướu tuyến thượng thận có kích thước < 6 cm. Còn đối với bướu có kích thước > 6 cm (mang nguy cơ ác tính cao với bướu > 5 cm [10]) do những lo ngại về vấn đề bướu ác tính xâm lấn những cơ quan như đại tràng,... thì nên chọn đường tiếp cận khác như phẫu

thuật nội soi đi qua ổ bụng trong phúc mạc hoặc mổ mở để có thể xử trí những thương tổn kèm theo. Đó là lý do chúng tôi chọn những trường hợp có bướu với kích thước < 6 cm để đưa vào nghiên cứu, nhưng phương pháp này vẫn có thể xử trí được những trường hợp bướu lớn hơn 6 cm mà chưa ghi nhận ác tính hay xâm lấn trong hình ảnh học trước phẫu thuật. Chúng tôi có 1 trường hợp tuy bướu > 9 cm nhưng tính chất là nang tuyến thượng thận được xác định từ trước phẫu thuật nên vẫn chọn tư thế nằm sấp để loại bỏ nang, cuộc phẫu thuật diễn ra vẫn thuận lợi.

Bên cạnh đó, có thể có những bước tiến với phương pháp này khi phẫu thuật cắt tuyến thượng thận 2 bên ngả sau phúc mạc mà không cần phải thay đổi tư thế bệnh nhân [11]. Với việc tiếp cận vào mặt sau cực trên của thận chúng tôi ghi nhận có thể kết hợp cắt bướu tuyến thượng thận kết hợp với cắt một phần thận có bướu thận giai đoạn T1 khi bệnh nhân ở tư thế nằm sấp, là vị trí khó khi phẫu thuật bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng hay nằm ngửa. Chúng tôi cũng đã áp dụng tư thế nằm sấp để phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt cả bướu tuyến thượng thận và bướu thận cực trên mặt sau trong cùng 1 cuộc phẫu thuật, ca mổ kết thúc thuận lợi và không có biến chứng hậu phẫu. Chúng tôi cũng phối hợp với khoa Ngoại Gan mật thực hiện 1 trường hợp ung thư gan nguyên phát di căn tuyến thượng thận T, trong đó kết hợp đốt u gan với sóng cao tần và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp cắt trọn thành công tuyến thượng thận với khối bướu di căn 4 cm.

V. KẾT LUẬN

Qua 20 ca bước đầu của nhóm chúng tôi phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thể nằm sấp đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này đối với bướu tuyến thượng thận có kích thước <6cm. Tuy có những khó khăn bước đầu do còn thiếu bàn mổ chuyên dụng và đường cong học tập còn hạn hẹp, nhưng đây là một phương pháp phẫu thuật thuận lợi để giải quyết bướu tuyến thượng thận với các ưu điểm: nhanh chóng tiếp cận khối bướu và tuyến thượng thận, xử lý nhanh chóng các mạch máu của tuyến thượng thận (quan trọng khi can thiệp bướu tủy thượng thận) và có ưu thế khi xử trí kết hợp các thương tổn mặt sau cực trên thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gross M.D., Korobkin M., Bou-Assaly W., et al.** (2010). Incidentally-discovered adrenal masses. *Discov Med*, 9(44), 24–33.
2. **Walz M.K., Peitgen K., Hoermann R., et al.** (1996). Posterior retroperitoneoscopy as a new minimally invasive approach for adrenalectomy: results of 30 adrenalectomies in 27 patients. *World J Surg*, 20(7), 769–774.
3. **Smith C.D., Weber C.J., and Amerson J.R.** (1999). Laparoscopic adrenalectomy: new gold standard. *World J Surg*, 23(4), 389–396.
4. **Gagner M., Lacroix A., and Bolté E.** (1992). Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *The New England journal of medicine*, 327, 1033.
5. **Walz M.K., Peitgen K., Walz M. V, et al.** (2001). Posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy: lessons learned within five years. *World J Surg*, 25(6), 728–734.
6. **Rubinstein M., Gill I.S., Aron M., et al.** (2005). Prospective, randomized comparison of transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy. *J Urol*, 174(2), 442–5; discussion 445.
7. **Zonča P., Bužga M., Ihnát P., et al.** (2015). Retroperitoneoscopic Adrenalectomy in Obese Patients: Is It Suitable?. *Obes Surg*, 25(7), 1203–1208.
8. **Domínguez A., Muñoz-Rodríguez J., Prera Á., et al.** (2021). [Posterior Retroperitoneoscopic adrenalectomy in the prone position. Initial experience.]. *Arch Esp Urol*, 74(9), 859–866.
9. **Gagner M., Lacroix A., Prinz R.A., et al.** (1993). Early experience with laparoscopic approach for adrenalectomy. *Surgery*, 114(6), 1120–1125.
10. **Suzuki K.** (2001). Laparoscopic adrenalectomy: retroperitoneal approach. *Urol Clin North Am*, 28(1), 85–95.
11. **Bonjer H.J., Sorm V., Berends F.J., et al.** (2000). Endoscopic retroperitoneal adrenalectomy: lessons learned from 111 consecutive cases. *Ann Surg*, 232(6), 796–803.

BIẾN CHỨNG KỸ THUẬT TÁN SỎI QUA DA KHÔNG MỞ THẬN RA DA QUA 5 NĂM THỰC HIỆN

Hoàng Thiên Phúc¹, Phan Mạnh Linh¹, Dương Cao Trí¹,
Đào Viết Trung¹, Nguyễn Hoàng Việt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mở thận ra da được xem như một trong các bước của kỹ thuật tán sỏi qua da (Percutaneous nephrolithotomy - PCNL). Tuy nhiên, trong những năm gần đây, kỹ thuật này cũng có nhiều hướng phát triển mới. Một trong những hướng phát triển đó là xu hướng không mở thận ra da trong một số chỉ định cụ thể. Đặc biệt, nguyên tắc chính điều trị sỏi thận trong kỹ thuật nội soi chính là việc tối đa tỷ lệ sỏi lấy được và tối thiểu hóa các bất lợi cho bệnh nhân. Bài báo này chúng tôi muốn đánh giá tỷ lệ biến chứng của kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da bằng máy soi Miniperc PCNL trong 5 năm thực hiện từ 2018 đến 2022 theo thang điểm Clavien Dindo cải biên. Từ đó, khẳng định việc không mở thận ra da trong một số trường hợp là hoàn toàn khả thi.

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ biến chứng của kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da bằng máy soi Miniperc PCNL theo thang điểm Clavien Dindo cải biên.

Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi hồi cứu hồ sơ và gọi điện thoại cho tất cả bệnh nhân đã được thực hiện kỹ thuật tán sỏi qua da bằng đường hầm miniperc và không mở

thận ra da từ năm 2018 tới 2022. Những bệnh nhân trên đảm bảo tiêu chí bao gồm có hồ sơ trước mổ, do chính nhóm chúng tôi thực hiện và liên lạc được qua điện thoại để ghi nhận các biến chứng và phân độ theo thang điểm Clavien Dindo cải biên. Qua đó, chúng tôi ghi nhận lại được tỷ lệ biến chứng khi áp dụng kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da và so sánh với tỷ lệ biến chứng chung của kỹ thuật tán sỏi qua da miniperc.

Kết quả: Chúng tôi thấy có 112 trường hợp không mở thận ra da trong tổng số 272 trường hợp đường hầm nhỏ và 486 tất cả các trường hợp tán sỏi qua da trong 5 năm. Từ đó, tỷ lệ không mở thận ra da thực hiện được trong tổng số các trường hợp đường hầm nhỏ là 40%. Trong 112 trường hợp không mở thận ra da, chúng tôi ghi nhận về giới nam/nữ là 76/36, tuổi trung bình là 49,9 tuổi, bên sỏi phải/trái là 47/65, kích thước sỏi trung bình là 21,03 mm (10-40 mm). Thời gian phẫu thuật trung bình là 75,42 phút, thời gian hậu phẫu trung bình là 3,18 ngày trong đó có 73% bệnh nhân nằm hậu phẫu trong 72 giờ. Tỷ lệ biến chứng ghi nhận có 11 trường hợp, chiếm 9,8% trong đó: 1 trường hợp đau quặn thận, 4 trường hợp sốt sau mổ và 6 trường hợp tiểu máu. Phân độ biến chứng theo Clavien Dindo có: 6 trường hợp độ 1, 3 trường hợp độ 2, 2 trường hợp độ 3, không có độ 4 và 5.

Kết luận: Kỹ thuật tán sỏi qua da miniperc không mở thận ra da sau 5 năm thực hiện cho thấy có độ an toàn tốt trong một số chỉ định cụ thể và có thể ứng dụng thực tế trên lâm sàng mà không ngại làm tăng tỷ lệ biến chứng.

Từ khóa: Sỏi thận, Tán sỏi qua da, Không mở thận ra da.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thiên Phúc

SĐT: 0903754174

Email: bshoangthienphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 03/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

SUMMARY**THE SAFETY OF TUBELESS
MINIPERC PERCUTANEOUS
NEPHROLITHOTOMY**

Background: The performance of a nephrostomy tube has been an essential role at the end of the percutaneous nephrolithotomy (PCNL) procedure. In recent years, the procedure has been modified to lower the morbidity of the procedure by reducing the size of the working sheath, sealing the access tract, or avoiding the nephrostomy tube (tubeless PCNL). The objective of this study is to show the complications of tubeless miniperc PCNL in 5 years. In conclusion, the tubeless miniperc PCNL is safe in selective cases. And then, tubeless miniperc PCNL can be performed more often in Viet Nam.

Objective: Evaluate the complication of tubeless miniperc PCNL by Clavien Dindo score.

Materials and Methods: We performed tubeless miniperc PCNL in patients who have the stone size varied from 10 – 40 mm, operative time less than two hours, no significant perforation, minimal bleeding, and no requirement for a secondary procedure, no abnormal anatomies. We retrospective 112 tubeless miniperc PCNL cases and evaluate the operation time, hospital stay, and complication rates.

Results: We performed tubeless miniperc PCNL in 112 patients. The effectiveness: Stone Free Rate (SFR) of 91.2%, mean operation time (75.42 min), mean postoperation time (72h); The safety: complication rate (9.8%) with 1 renal colic pain patient, 4 fever patients, and 6 hematuria patients. With Clavien – Dindo score: 6 cases level 1, 3 cases level 2, and 2 cases level 3, no case level 4 and 5. Then, we can conclude that tubeless miniperc PCNL is safe in these chosen conditions.

Conclusion: Tubeless miniperc PCNL; can be used in selected patients with no significant residual stones, no significant perforation, minimal bleeding, no requirement for a secondary procedure, and no signs of infection; has light complications and more advantages such as using little analgesia, decreased operation time, and hospital stay.

Keywords: Kidney stone – Percutaneous Nephrolithotomy – Tubeless PCNL-Complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các cột mốc quan trọng trong lịch sử phát triển kỹ thuật PCNL bao gồm: Goodwin và cộng sự mô tả kỹ thuật mở thận ra da năm 1955 [8] và Fernstrom and Johansson và cộng sự mô tả kỹ thuật PCNL lần đầu năm 1976 [7]. Wickham năm 1979 đã mô tả kỹ thuật trên [23], [24] với việc nong dần đường hầm qua da với vô cảm tại chỗ sau một vài ngày rồi lấy sỏi với mê toàn thân bằng máy nội soi bàng quang 30°. Alken sử dụng kỹ thuật này để lấy các sỏi sót sau qua một thông mở thận ra da sau mổ mở [1].

Với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh và kỹ thuật mổ, tỉ lệ thành công của PCNL tăng đáng kể [10], [18]. Năm 1984, Wickham lần đầu mô tả 100 bệnh nhân đầu tiên thực hiện kỹ thuật tán sỏi qua da một thì [25], khi mà quá trình chọc dò, nong hoàn chỉnh bằng các ống nong rồi đặt vỏ Amplatz và đặc biệt dùng máy soi thận chuyên biệt. Qua hơn 2 thập kỷ, PCNL phát triển mạnh mẽ nhờ vào sự phát triển của dụng cụ cũng như kỹ năng mổ của các phẫu thuật viên niệu khoa [9], [13], [15], [20]. Trong những năm gần đây, “Mini percutaneous nephrolithotomy” (Mini PCNL) [4], [11], [12] và “Tubeless PCNL” được thực hiện với mục tiêu làm giảm những bất tiện của kỹ thuật nêu trên.

Mini percutaneous nephrolithotomy: Chan và cộng sự mô tả “Mini PCNL” với máy nội soi thận 13 Fr theo một ống mở thận ra da bằng thông thận 8F với một thông niệu quản 7 Fr [4]. Maheshwari và cộng sự [17] báo cáo việc giảm liều thuốc giảm đau nhờ thay thông pigtail 9 Fr mở thận ra da thay cho ống thông mở thận ra da 28 Fr. Việc sử dụng ống thông nhỏ hơn cũng cho thấy việc dò nước tiểu sau rút thông thận ra da cũng ngắn hơn. Một vài nghiên cứu cũng ủng hộ dùng ống nhỏ cứng mở thận ra da ngăn ngừa sau mổ PCNL để làm giảm bất tiện của PCNL [6], [14], [21]. Tuy nhiên, Mini PCNL cũng có những bất lợi như khó khăn trong việc quan sát vì ống kính nội soi nhỏ và khó khăn trong việc sử dụng các kèm gấp sỏi.

Tubeless percutaneous nephrolithotomy: trước đây, người ta cho rằng thông thận giúp cầm máu, tránh dò nước tiểu quanh thận và dẫn lưu toàn bộ nước tiểu của thận [26]. Tuy nhiên, dựa trên nếu chỉ cần mục đích dẫn lưu nước tiểu từ thận thì một thông niệu quản hoặc một thông double-J là đủ để thay thế thông thận ra da. Ý tưởng về việc không mở thận ra da đã xuất hiện rất sớm trong quá trình phát triển kỹ thuật PCNL. Năm 1984, Wickham [25] đã giới thiệu kết quả 100 bệnh nhân không có dẫn lưu trong hoặc dẫn lưu ngoài tùy vào kết quả cuối từng trường hợp. Các tác giả cũng cho rằng với việc không mở thận ra da, bệnh nhân có thể xuất viện sau 24 giờ mà vẫn an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, Winfield và cộng sự [26] báo cáo hai 2 bệnh nhân với biến chứng do rút thông thận sớm sau khi mổ lấy sỏi đường tiểu trên đơn giản, họ bị mất máu nặng và dò nước tiểu quanh thận phải truyền máu, dẫn lưu trong và kéo dài thời gian nằm viện. Họ khuyến cáo nên mở thận ra da trong 24 đến 48 giờ sau lấy

sỏi, và đã trở thành bước làm thường quy trên toàn thế giới.

Năm 1997, Bellman và đồng nghiệp [2] tiếp tục thử nghiệm việc thay thế với kỹ thuật mở thận ra da thường quy sau lấy sỏi bằng việc dẫn lưu trong bằng thông niệu quản. Thời gian nằm viện, nhu cầu thuốc giảm đau, thời gian quay lại sinh hoạt bình thường và chi phí đều giảm. Candela và cộng sự [3] cho rằng kỹ thuật không mở thận ra da có thể làm giảm chi phí từ 3.750 usd xuống 1.638 usd mỗi trường hợp. Một số nghiên cứu trong những năm gần đây trên thế giới cũng cho rằng kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da thì an toàn, hiệu quả và ít những bất lợi hơn cho bệnh nhân trong một số trường hợp cụ thể [5], [16], [19], [22]. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra rằng chủ yếu là do kỹ thuật bao gồm: quá trình tán sỏi không quá 2 giờ, sạch sỏi không cần can thiệp lần sau, không tổn thương thủng đài bể thận nghiêm trọng, không có bất thường về giải phẫu, không nghi ngờ có nhiễm khuẩn đường tiết niệu và không có chảy máu nhiều trong mổ.

Tại Việt Nam, nhóm nghiên cứu chúng tôi đã báo cáo các trường hợp đầu tiên không mở thận ra da với tán sỏi qua da miniperc năm 2018. Tuy nhiên, mở thận ra da vẫn được xem là một bước trong quy trình kỹ thuật vì lo ngại việc tăng các biến chứng nặng cho bệnh nhân. Với các chứng cứ trên thế giới, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm thống kê lại những biến chứng mà chúng tôi gặp trong 5 năm liên tục để cho thấy có thể lược bỏ việc mở thận ra da mà vẫn an toàn của bệnh nhân. Việc không mở thận ra da trong nghiên cứu này nghĩa là sau mổ bệnh nhân không có thông mở thận ra da và mang thông niệu quản được rút sớm trong ngày hậu phẫu đầu tiên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu*****Dân số mục tiêu***

Bệnh nhân thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ thỏa các điều kiện không mở thận ra da.

Dân số nghiên cứu

Bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ không mở thận ra da điều trị tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tiêu chuẩn không mở thận ra da: bệnh nhân có chỉ định tán sỏi qua da miniperc thỏa các tiêu chuẩn sau mổ: không cần can thiệp lấy sỏi lần sau, không có thủng nghiêm trọng hệ thống đài bể thận, không chảy máu mức độ nhiều, không nghi ngờ có nhiễm khuẩn niệu, không có hẹp đường niệu trên. Nếu thỏa các tiêu chuẩn thì không cần mở thận ra da.

Hồi cứu tất cả hồ sơ và gọi điện cho tất cả bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật này. Bệnh nhân ít nhất mổ xong cách 1 tháng để xem bệnh nhân có hay không có biến chứng và phân độ theo thang điểm Clavien – Dindo.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp hồ sơ không đầy đủ và không liên lạc được với bệnh nhân.

Tiêu chuẩn đánh giá

Bệnh nhân được phân độ biến chứng theo thang điểm Clavien Dindo cải biên.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu hồ sơ và liên lạc bệnh nhân

Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 01/2018 đến hết tháng 11/2022

Địa điểm: tại bệnh viện Bình Dân.

Thu thập và xử lý số liệu: phần mềm SPSS 23.0

Y đức

Nghiên cứu này là hồi cứu hồ sơ và liên lạc bệnh nhân thông qua Hội đồng Y đức bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

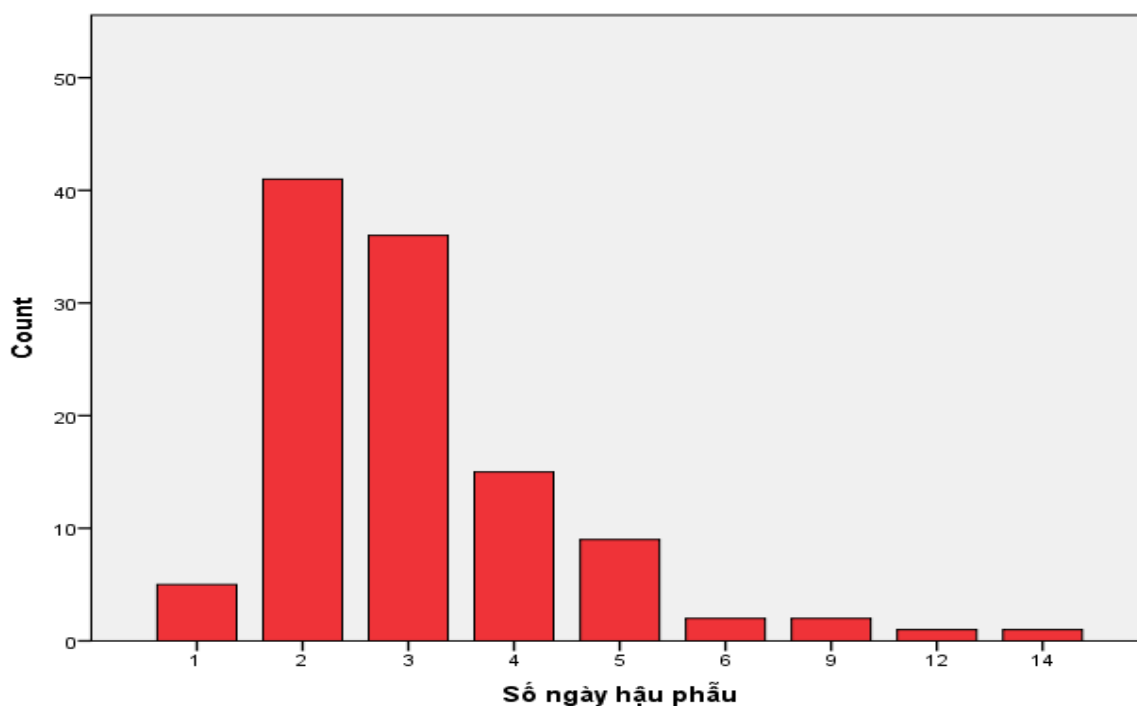
Trong thời gian 5 năm tại bệnh viện Bình Dân, nhóm phẫu thuật đã thực hiện phẫu thuật trên 486 trường hợp tán sỏi qua da. Trong đó, có 272 trường hợp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini PCNL), có 112 trường hợp không mở thận ra da và có 14 trường hợp đi 2-3 đường hầm không mở thận ra da. Chúng tôi ghi nhận được những kết quả như sau:

Về đặc điểm chung của bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận có tổng số 112 bệnh nhân tiến hành kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da chiếm tỷ lệ 40% tất cả các trường hợp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. Trong đó tỉ lệ giới tính nam/nữ là: 76/36. Với độ tuổi trung bình là: 49,9 tuổi (29-79).

Về tỉ lệ bên tiến hành phẫu thuật phải/trái: 47/65 (bệnh nhân). Kích thước sỏi lớn nhất trung bình là: 21,03 mm (10 – 40 mm).

Về thời gian mổ trung bình là: 75,42 phút (30 – 210 phút). Trường hợp ngắn nhất là 30 phút.

Chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ trung bình là: 3,14 ngày. Trong đó, 73% bệnh nhân được xuất viện trong 3 ngày hậu phẫu đầu.



Biểu đồ 1. Phân bố số ngày nằm viện sau mổ

Trong tất cả trường hợp không mở thận ra da: bệnh nhân có thể đi lại từ ngày thứ hậu phẫu thứ 2 và chỉ cần dùng paracetamol 0.5g uống.

Tỷ lệ biến chứng: có 11/112 trường hợp có biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 9,8%, ghi nhận như sau: 1 trường hợp đau quặn thận, 4 trường hợp sốt sau mổ và 6 trường hợp tiểu máu. Theo thang điểm Clavien Dindo cải biên: có 6 trường hợp độ 1 (54,5%), có 3 trường hợp độ 2 (27,3 %), có 2 trường hợp độ 3 (18,2%), không có trường hợp độ 4 và 5.

Tỷ lệ sạch sỏi được ghi nhận là 106 / 112 trường hợp (94,64%).

IV. BÀN LUẬN

Trong 5 năm, số lượng trường hợp tán sỏi qua da miniperc là 272/486 các trường

hợp tán sỏi qua da chiếm 56% số lượng tán sỏi qua da. Việc lựa chọn kích thước đường hầm của chúng tôi chủ yếu dựa vào đường kính lớn nhất của sỏi, độ phức tạp và độ cứng khi tán sỏi. Đường vào thận chúng tôi chọn lựa theo cách thuận tiện nhất để tỷ lệ sạch sỏi cao nhất và phần lớn các trường hợp là vào đài dưới thận. Việc tỷ lệ này không cao là do chúng tôi cũng nhận nhiều trường hợp sỏi kích thước lớn. Do dịch bệnh Covid – 19 kéo dài cũng làm giảm số lượng phẫu thuật của chúng tôi vì có nhiều thời điểm hầu như bệnh viện ngưng phẫu thuật. Số lượng ca mổ trên 100 ca mỗi năm giúp chúng tôi có đủ kinh nghiệm và kiến thức xử trí các trường hợp sỏi khó.

Về tỷ lệ biến chứng của chúng tôi bước đầu cho thấy có 11/112 (9,8%) là không tăng

so với các guideline các hội Nội Khoa lớn. Ví dụ: biến chứng chung của PCNL của Guideline Hội Nội Khoa Châu Âu phiên bản 2022 là 20,85%. Điều này cho thấy không mở thận ra da cũng không làm tăng thêm tỷ lệ biến chứng.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 74,52 phút ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 120 phút. Chúng tôi vẫn dùng tư thế nằm sấp và có 2 thì phẫu thuật. Trong các trường hợp sỏi đài thận đơn giản, chúng tôi chỉ can thiệp nhanh trong 30-45 phút. Trường hợp kéo dài nhất là do máy móc bị lỗi, ngưng tán sỏi chờ máy mới nên thời gian kéo dài, nếu thời gian tán sỏi kéo dài trên 2 giờ chúng tôi thường đặt vấn đề mở thận ra da.

Thời gian nằm viện sau mổ kéo dài là do thủ tục bắt buộc về bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, thời gian hậu phẫu trung bình là 3,14 ngày. Số trường hợp xuất viện sau phẫu thuật trong vòng 72 giờ của nhóm không mở thận ra da là 73%. Phần lớn các trường hợp nằm viện sau mổ chỉ 2-3 ngày, thông thường thời gian kéo dài do người bệnh mong muốn theo dõi kỹ hơn và quy định bảo hiểm y tế. Sau này có nhiều trường hợp có thể quay lại bệnh viện trong vòng 10 phút, chúng tôi mạnh dạn cho xuất viện trong ngày hậu phẫu đầu tiên.

Tất cả các trường hợp chỉ cần dùng paracetamol uống và có thể đi lại từ ngày hậu phẫu thứ hai. Việc đi lại sớm giúp phòng ngừa các biến chứng.

Trong 3 trường hợp biến chứng độ 2, có 1 trường hợp đau quặn thận, 1 trường hợp sốt sau mổ và 1 trường hợp tiểu máu phải nhập viện lại theo dõi. Đối với bệnh nhân đau

quặn thận, đáp ứng tốt với kháng viêm và chẹn alpha 1. Đối với bệnh nhân tiểu máu phải nhập viện thì được dùng các thuốc cầm máu, súc rửa sạch máu cục, chụp CT Scan khảo sát thì động mạch thận, không ghi nhận bất thường. Bệnh nhân xuất viện sau khi theo dõi 5-7 ngày. Đối với bệnh nhân sốt sau mổ, có theo dõi huyết áp thấp nhưng đáp ứng với bù dịch, sau đó bệnh nhân sốt cao có tăng bạch cầu máu, bệnh nhân được lấy sỏi đài trên thận. Tuy nhiên, kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong máu và nước tiểu sau mổ âm tính. Bệnh nhân được dùng kháng sinh đường tĩnh mạch 1 tuần, rút các thông sau mổ khi các xét nghiệm về máu ổn định và xét nghiệm hình ảnh sạch sỏi. Theo nguyện vọng bệnh nhân xin ổn định hoàn toàn nên hậu phẫu kéo dài 12 ngày.

Trong 2 trường hợp biến chứng độ 3, có 1 trường hợp đã xuất viện sau đó tiểu máu đỏ toàn dòng nên nhập viện lại theo dõi, được chụp CT Scan ghi nhận có túi phình động mạch cực dưới khoảng 1 cm nên quyết định tiến hành thuyên tắc mạch thành công. 1 trường hợp bệnh nhân than sốt nhẹ có đau tức hông lưng nên kiểm tra lại thấy khối tụ dịch 9 cm hông lưng nên quyết định chuyển đặt thông JJ. Sau đặt thông ổ tụ dịch tự thu xếp và bệnh nhân được theo dõi, xuất viện và rút thông sau 4 tuần. Sau khi hồi cứu lại hồ sơ ghi nhận niêm mạc niệu quản bể thận phù nề nơi sỏi khám. Từ đó chúng tôi rút kinh nghiệm những trường hợp sỏi khám và niêm mạc khúc nối bể thận niệu quản phù nề chúng tôi cân nhắc đặt thông JJ trong mổ.

Tỷ lệ sạch sỏi được ghi nhận khi kích thước sỏi < 5mm. Với những trường hợp ghi nhận sạch sỏi sau khi soi kiểm tra bằng camera và C-arm đều không ghi nhận sỏi nên chúng tôi quyết định không mở thận ra da. Bệnh nhân được kiểm tra vào hai thời điểm là 1 tháng và 3 tháng sau mổ, chúng tôi siêu âm kiểm tra phát hiện có 6 trường hợp kích thước sỏi > 5 mm.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tán sỏi qua da miniperc không mở thận ra da với ưu thế thời gian mổ ngắn hơn, ít đau, bệnh nhân mau trở lại hoạt động bình thường, xuất viện sớm và tỷ lệ biến chứng không thay đổi. Chúng tôi cho thấy việc không mở thận ra da trong các trường hợp: sạch sỏi không cần can thiệp lấy sỏi lại, không tổn thương đài bể thận nghiêm trọng, không chảy máu nhiều trong mổ, không nghi ngờ nhiễm khuẩn, dù một hay nhiều đường hầm vẫn có thể không mở thận ra da. Tuy nhiên, điều này cũng đòi hỏi nhóm phẫu thuật phải có số lượng ca mổ đủ nhiều, kinh nghiệm phát hiện và xử trí các tình huống khó trong và sau mổ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alken P. H G, Günther R., Marberger M.,** (1981), "Percutaneous stone manipulation", J Urol, 125, pp. 463– 466.
2. **Bellman G.C. D R, Candela J., Gerspach J., Kurtz S., Stout L,** (1997), "Tubeless percutaneous renal surgery", J Urol, 157 pp. 1578– 1582.
3. **Candela J. D R, Gerspach J., Bellman G.C,** (1997), "Tubeless" percutaneous surgery: A new advance in the technique of percutaneous renal surgery", Tech Urol, 3 pp. 6–11.
4. **Chan D.Y. J T W,** (2000), "Mini-percutaneous nephrolithotomy", J Endourol, 14 pp. 269– 273.
5. **Delnay K.M. W R W,** (1998), "Safety and efficacy of tubeless percutaneous nephrolithotomy", World J Urol, 16 pp. 375– 377.
6. **Desai M.R. K R A, Desai M.M., Mhaskar S.S., Wani K.A., Patel S.H., et al,** (2004), "A prospective randomized comparison of type of nephrostomy drainage following percutaneous nephrostolithotomy: Large bore versus small bore versus tubeless", J Urol, 172 pp. 565– 567.
7. **Fernström I J B,** (1976), "Percutaneous pyelolithotomy: A new extraction technique", Scand J Urol Nephrol, 10 pp. 257–259
8. **Goodwin W.E. C W C, Woolf W.,** (1955), "Percutaneous trocar (needle) nephrostomy in hydronephrosis", J Am Med Assoc, 157 pp. 891 – 894
9. **Henriksson C. G K, Grenabo L., Hedelin H., Naucélér J., Pettersson S., et al.,** (1989), "Percutaneous renal and ureteric stone extraction: Report on the first 500 operations", Scand J Urol Nephrol, 23 pp. 291– 297.
10. **J.W S,** (1989), "The role of percutaneous surgery in renal and ureteral stone removal", J Urol, 141 pp. 780–781.
11. **Jackman S.V. D S G, Cadeddu J.A., Bishoff J.T., Kavoussi L.R., Jarrett T.W,** (1998), "The 'mini-perc' technique: A less invasive alternative to percutaneous nephrolithotomy", World J Urol, 16 pp. 371– 374.

12. **Jackman S.V. H S P, Docimo S.G., Peters C.A,** (1997), "Miniaturized access for pediatric percutaneous nephrolithotomy", *J Endourol*, 11 pp. 133.
13. **Jones D.J. R G L, Kellett M.J., Wickham J.E,** (1990), "The changing practice of percutaneous stone surgery: Review of 1000 cases 1981 -1988", *Br J Urol*, 66 pp. 1–5.
14. **Jr W J S,** (2000), "Nephrostomy tube after percutaneous nephrolithotomy: Large-bore or pigtail catheter?", *J Endourol*, 14 pp. 737–738.
15. **Lee W.J. S A D, Cubelli V., Vernace F.M,** (1986), "Percutaneous nephrolithotomy: Analysis of 500 consecutive cases", *Urol Radiol*, 8 pp. 61– 66.
16. **Limb J. B G C,** (2002), "Tubeless percutaneous renal surgery: Review of first 112 patients", *Urology*, 59 pp. 527– 530.
17. **Maheshwari P.N. A M G, Bansal M,** (2000), "Nephrostomy tube after percutaneous nephrolithotomy: Larger bore or pigtail catheter?", *J Endourol*, 14 pp. 735–737.
18. **Miller R.A. P S R, Wickham J.E,** (1984), "Review of accessories for percutaneous renal surgery", *Br J Urol*, 56 pp. 577– 581.
19. **Mouracade P. S R, Lang H., Jacqmin D., Saussine C,** (2007), "Tubeless' percutaneous nephrolithotomy: A series of 37 cases", *Prog Urol*, 17 pp. 1351–1354.
20. **Paul E.M. M R, Lee B.R., Smith A.D,** (2003), "Choosing the ideal nephrostomy tube", *BJU Int*, 92 pp. 672– 677.
21. **Pietrow P.K. A B K, Lallas C.D., Santa-Cruz R.W., Newman G.E., Albala D.M,** (2003), "Pain after percutaneous nephrolithotomy: Impact of nephrostomy tube size", *J Endourol*, 17 pp. 411-414.
22. **Shah H. K A, Sodha H., Kharodawala S., Hegde S., Bansal M,** (2009), "Tubeless percutaneous nephrolithotomy: 3 years of experience with 454 patients", *BJU Int*, 104 pp. 840–846.
23. **Wickham J.E. K M J,** (1981), "Percutaneous nephrolithotomy", *Br J Urol*, 53 pp. 297– 299.
24. **Wickham J.E. K M J,** (1981), "Percutaneous nephrolithotomy", *Br Med J*, 283 pp. 1571– 1572. .
25. **Wickham J.E. M R A, Kellett M.J., Payne S.R.,** (1984), "Percutaneous nephrolithotomy: One stage or two?", *Br J Urol*, 56 pp. 582– 585.
26. **Winfield H.N. W P, Clayman R.V,** (1986), "Percutaneous nephrostolithotomy: Complications of premature nephrostomy tube removal", *J Urol*, 136 pp. 77– 79.

SO SÁNH KỸ THUẬT BẢO TỒN THẦN KINH CƯƠNG BẢO TỒN MẠC NGOÀI TUYẾN TIỀN LIỆT VÀ KỸ THUẬT BẢO TỒN TRUYỀN THỐNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC CÓ HỖ TRỢ ROBOT

Mai Viết Nhật Tân¹, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹,
Nguyễn Tế Kha¹, Phạm Vĩnh Phú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: báo cáo những kinh nghiệm đầu tiên về kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc sử dụng kỹ thuật bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt và kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương truyền thống.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 42 trường hợp bệnh nhân được bảo tồn thần kinh cương trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ robot trong phúc mạc tại bệnh viện Bình Dân từ 12/2019. Sử dụng hệ thống phẫu thuật robot Davinci Si. Trong đó có 22 trường hợp ứng dụng phương pháp bảo tồn thần kinh cương cải biên: hạn chế cắt vùng đỉnh tuyến tiền liệt và bảo tồn tối đa mô xung quanh niệu đạo, phẫu tích trong cân mạc (intrafascia) tại mạc ngoài tuyến tiền liệt, giúp bảo tồn hoàn toàn mạc ngoài tuyến tiền liệt có bó mạch thần kinh cương bên trong. Kỹ thuật này không chạm đến bó mạch thần kinh cương và thần kinh cương hoàn toàn được che phủ bởi mạc ngoài tuyến tiền liệt. 18 trường hợp chúng tôi sử dụng kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương theo phương pháp truyền thống.

Các biến số ghi nhận gồm: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), kích thước tuyến tiền liệt, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA), điểm số Gleason, kết quả giải phẫu bệnh điểm IIEF đánh giá tình trạng cương trước và sau mổ, khả năng kiểm soát nước tiểu sau mổ. Điểm EPIC-26 đánh giá tình trạng cương và kiểm soát nước tiểu sau mổ.

Kết quả: mẫu nghiên cứu gồm có 42 trường hợp, tuổi trung bình bệnh nhân $64,21 \pm 6,68$, tỷ lệ cương sau mổ tại thời điểm 6 tháng 52,3% (22/42), 44,4% (8/18) trên nhóm truyền thống và 58,3% (14/24) ở nhóm cải biên. BN không phục hồi khả năng cương trong nhóm bệnh nhân lớn tuổi (>65 tuổi) và bảo tồn thần kinh cương 1 bên. Khả năng kiểm soát nước tiểu sau mổ 6 tháng là 85,7%, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Trong nhóm còn khả năng cương điểm số IIEF-5 $13 \pm 4,9$ và điểm số EPIC-26 là 59,9/100. Khả năng cương ở nhóm cải biên tốt hơn nhóm truyền thống tại thời điểm 6 tháng sau mổ.

Kết luận: Kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc là phương pháp tiếp cận xâm lấn tối thiểu, an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt khu trú. Trong đó kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương cải biên cho kết quả ban đầu tích cực về khả năng cương và kiểm soát nước tiểu sau mổ. Tuy nhiên cần theo dõi số lượng bệnh nhân nhiều hơn và cần thêm các nghiên cứu về kỹ thuật cải biên này.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Mai Viết Nhật Tân

SĐT: 0938796472

Email: nhatttan2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, mạc ngoài tuyến tiền liệt, trong cân mạc, robot

SUMMARY

COMPARE MODIFIED APICAL DISSECTION AND LATERAL PROSTATIC FASCIA PRESERVATION WITH CONVENTIONAL TECHNIQUE IN ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY

Objective: to present the first data of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy using modified apical dissection, lateral prostatic fascia preservation method, and conventional method in a single center in Vietnam.

Materials and methods: we prospectively analyzed a series of 42 patients diagnosed with prostate cancer since 2019. All of those were treated by DaVinci si system robot-assisted laparoscopic prostatectomy. 24 patients were applied with a modified nerve sparing technique: avoiding significant dissection of the apical complex with maximized preservation of periurethral tissue around the urethral stump and intrafascial dissection inside of the lateral fascia, leaving the lateral tissue including the neurovascular bundle untouched and covered.

Data on perioperative conditions such as TNM staging, MRI results, continence, and potency recovery were collected. Patients were followed up to 12 months to assess the continence as well as erectile function by using IIEF-5 and EPIC -26 questionnaires.

Results: research size is 42 cases. The mean patient age was $64,21 \pm 6,68$ years, no complication was detected. Continence rate (no pad was used) at 6 months after the operation is good 83,3% (35/42 cases). There is no statistical difference between the two groups. The erectile rate at 6 months is 52,3% (22/42 cases). patients

who don't recover potency belong to the old age group and unilateral nerve sparing group. In the potency group after the operation, IIEF-5 at 6 months is 13 4,9, and EPIC-26 erectile score at 6 months is 59,9/100. Erectile function in the modified group is slightly better than conventional group

Conclusion: Nerve sparing in RALP is a minimally invasive approach for patients with carcinoma of the prostate. This procedure is safe and efficient. The modified technique in nerve sparing proves good results in erectile function after the operation. However, it is essential to increase the number of patients and follow up time for effectively evaluated continence and sexual functions in future research

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2000, Abbou và cộng sự thực hiện ca cắt tiền liệt tuyến tận gốc có hỗ trợ robot đầu tiên[1], phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc đã phát triển nhanh chóng. Đường tiếp cận trong phúc mạc được chấp nhận rộng rãi nhất với tỷ lệ biến chứng thấp và kết quả lâu dài về mặt chức năng và ung thư học tốt [15,7]. nhờ sự phát triển của công nghệ robot với khả năng nhìn 3 chiều, những dụng cụ robot linh hoạt đã làm giảm thời gian đường cong học tập đáng kể. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có robot hỗ trợ ngày càng phổ biến và được áp dụng tại các trung tâm tiết niệu lớn trên thế giới. Để nâng cao hiệu quả của phẫu thuật, quan điểm mới đặt ra hai vấn đề liên quan đến chất lượng sống sau mổ là: tiểu không kiểm soát và đời sống tình dục chủ yếu là rối loạn cương (RLC). Mục đích của kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh là để giải quyết hai vấn đề trên. Những nghiên cứu gần đây tại các trung tâm với số lượng BN lớn trên thế giới khẳng định vẫn có thể cải thiện chức năng kiểm soát nước

tiểu và chức năng cương [13]. Với lợi thế của phẫu thuật robot với phẫu trường rõ ràng và động tác linh hoạt trong việc bảo tồn thần kinh cương, trong đó kỹ thuật mổ đóng vai trò là yếu tố có thể thay đổi tác động quan trọng đến chức năng kiểm soát nước tiểu và cương sau mổ [19], nguyên lý bảo tồn thần kinh cương khi phẫu tích là không dùng dao điện khi bảo tồn và hạn chế làm tổn thương đến bó mạch trong lúc phẫu thuật, vì vậy chúng tôi thực hiện báo cáo này để chia sẻ kinh nghiệm những trường hợp đầu tiên bảo tồn thần kinh cương có hỗ trợ bằng robot so sánh 2 phương pháp bảo tồn thần kinh cương bằng phương pháp truyền thống và phương pháp bảo tồn thần kinh cương có bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt lúc này bó mạch thần kinh cương còn nằm trong cân mạc nên hạn chế tối đa việc bị tổn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt có chỉ định cắt tận gốc (ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T1, T2, T3; dự hậu sống còn trên 10 năm) có chức năng cương đạt tổng số IIEF-5 từ 12 điểm trở lên

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu mô tả hàng loạt ca 42 trường hợp ung thư tuyến

tiền liệt có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt trong đó có 18 trường hợp bảo tồn thần kinh cương theo phương pháp truyền thống, 24 trường hợp theo phương pháp cải biên (bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt). Tất cả bệnh nhân đều được khám lâm sàng và chẩn đoán ung thư TLT bằng các xét nghiệm hình ảnh học, sinh hoá, giải phẫu bệnh

Các biến số tiền phẫu: tuổi, BMI, bệnh lý đi kèm, chỉ số PSA, điểm Gleason score, giai đoạn ung thư TNM dựa vào MSCT, MRI và giải phẫu bệnh, kích thước tuyến tiền liệt.

Các biến số trong mổ: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biên phẫu thuật. Biến chứng trong mổ, thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian xuất viện, thời gian rút thông niệu đạo, bảo tồn thần kinh 1 bên hoặc 2 bên (tùy thuộc vào kích thước, vị trí, giai đoạn bước để tiến hành bảo tồn 1 bên hoặc 2 bên)

Các biến số sau mổ

- Giai đoạn ung thư sau phẫu thuật pTNM

- Các biến chứng sau mổ

- Khả năng kiểm soát nước tiểu: có rối loạn đi tiểu hay không?. Bệnh nhân không sử dụng tã sau mổ, hoặc chỉ đôi khi tiểu không kiểm soát do gắng sức được định nghĩa là kiểm soát nước tiểu tốt

Bảng 1: Phân độ rối loạn đi tiểu

Không	Độ 1	Độ 2
Không tã (kiểm soát NT)	1 tã	≥ 2 tã

- Chức năng tình dục: Áp dụng bảng câu hỏi quốc tế về chức năng tình dục (IIEF-5) [16] để đánh giá chức năng cương của bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật, và bảng câu hỏi EPIC-26 chuyên biệt cho BN phẫu thuật cắt TLT đánh giá tình trạng cương sau mổ [4]

Bảng 2: phân độ rối loạn cương theo IIEF-5 (International Index of Erectile Function)

RLC nặng	RLC trung bình	RLC trung bình nhẹ	RLC nhẹ	Không RLC
5 – 7 điểm	8 – 11 điểm	12 – 16 điểm	17 – 21 điểm	22 – 25 điểm

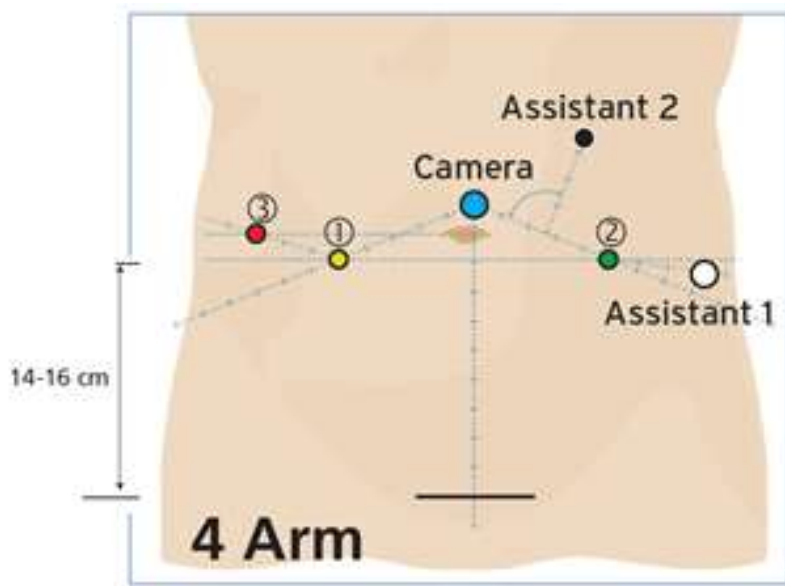
Bảng 3: Đánh giá chức năng cương sau mổ

Tốt	Khá	Trung Bình	Xấu
Giữ nguyên	Giảm 1 bậc	Giảm 2 bậc trừ RLC trung bình nhẹ	Giảm hơn 2 bậc

Kỹ thuật mổ**Phương pháp bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt**

Bệnh nhân nằm ngửa tư thế trendelenburg nghiêng (15-200), vào Trocar rốn 12cm đặt Camera để quan sát ổ bụng trước khi tiến hành các bước tiếp theo. Bơm CO₂ áp lực 12 – 15 mmHg, thêm các Trocar khác, khoảng cách giữa các Trocar 8cm, theo hình minh họa. Tiếp cận phía trước tuyến tiền liệt vào khoang trước bàng quang, xẻ cổ bàng quang, tạo khoang giữa tuyến tiền liệt và trực tràng, mặt phẳng bảo tồn thần kinh cương từ phía sau TLT, giải phóng bó mạch thần kinh cương phía sau, ngoài TLT, tiếp

theo đi ra mặt trước, mở mạc nối chậu từ vùng đáy TLT, chúng tôi tạo khoang phía trong mạc ngoài tuyến tiền liệt, lúc này bó mạch thần kinh cương vẫn được che phủ bởi mạc ngoài TLT. Việc này giúp bảo vệ bó mạch thần kinh cương khỏi tác động của lực căng và chấn thương do dụng cụ phẫu thuật. trong quá trình này vùng đỉnh tuyến tiền liệt và dây chằng mu tuyến tiền liệt cũng được bảo tồn. Khâu tĩnh mạch sâu dương vật, tạo miệng nối giữa cổ bàng quang và niệu đạo. Căn cứ theo phân loại của D' Amico chúng tôi tiến hành nạo hạch chậu ở những bệnh nhân nguy cơ trung bình và nguy cơ cao

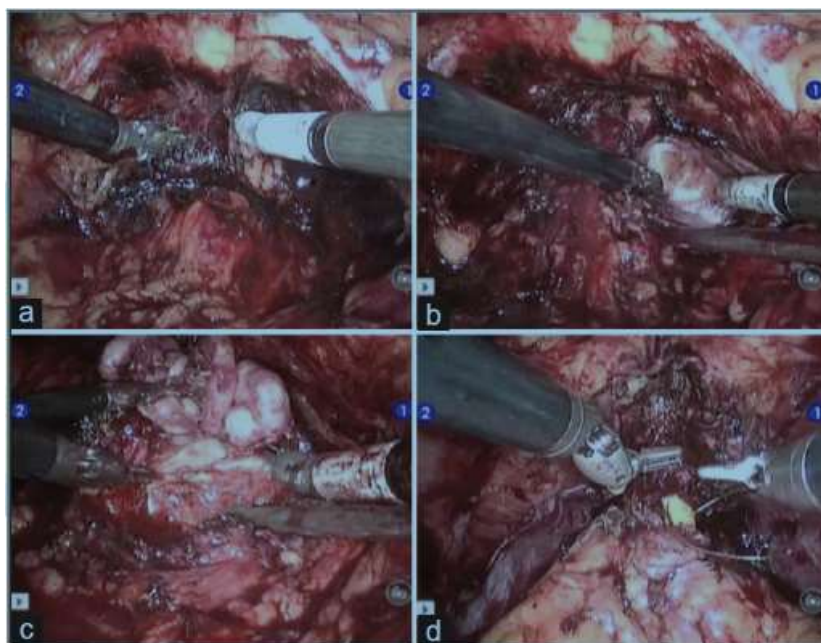
**Hình 1: xanh: camera; vàng, xanh lá, đỏ: các trocar robot; trắng và đen trocar phụ****Phương pháp bảo tồn thần kinh cương truyền thống**

Bệnh nhân nằm ngửa tư thế trendelenburg nghiêng (15-200), vào Trocar rốn 12cm đặt Camera để quan sát ổ bụng

trước khi tiến hành các bước tiếp theo. Bơm CO₂ áp lực 12 – 15 mmHg, thêm các Trocar khác, khoảng cách giữa các Trocar 8cm. Tiếp cận từ phía sau TLT, bóc tách túi tinh và ống dẫn tinh 2 bên. Tạo khoang trước bàng

quang, bóc lộ tĩnh mạch sâu dương vật, xẻ mạc nội chậu, khâu tĩnh mạch sâu, cắt vùng cổ bàng quang trước và sau. Bảo tồn thần kinh cương ngược dòng, chúng tôi mở mạc quanh TLT từ vùng đỉnh TLT và vùng giữa TLT, bóc tách vùng mô phía ngoài TLT bóc lộ vùng vỏ TLT và bó mạch thần kinh cương. Không dùng dao điện trong quá trình này. Tại vùng đỉnh TLT tạo khoang giữa bó mạch thần kinh cương và vỏ TLT, giải phóng bó mạch thần kinh cương từ vùng đỉnh TLT đến cuống TLT. Dùng dụng cụ Maryland để tách

bó mạch thần kinh cương, dùng kéo nhẹ nhàng tách TLT ra khỏi bó mạch thần kinh cương. Dùng kéo cắt lạnh làm mỏng dần vùng cuống TLT, dùng hemolock kẹp và cắt cuống TLT khỏi bó mạch thần kinh cương và giải phóng hoàn toàn tuyến tiền liệt. Việc giải phóng bó mạch thần kinh cương từ vùng đỉnh giúp tránh làm tổn thương bó mạch khi phẫu thuật vùng đỉnh TLT khi cắt khối niệu đạo. Cuối cùng cắt vùng đỉnh TLT khỏi niệu đạo và tạo miệng nối cổ bàng quang và niệu đạo



Hình 2: a khâu đám rối tĩnh mạch sâu, b xẻ mạc nội chậu, c bóc tách mặt sau 2 túi tinh kéo ra trước, d miệng nối bàng quang và niệu đạo

Kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương có hỗ trợ robot dựa vào mặt phẳng cân mạc Trong cân mạc (Intrafascial)

-Phẫu tích giữa vỏ tuyến tiền liệt và mạc quanh TLT. Phương pháp này giúp bảo tồn bó mạch thần kinh cương toàn vẹn nhất nhưng nguy cơ làm tổn thương vỏ bao TLT cao nhất

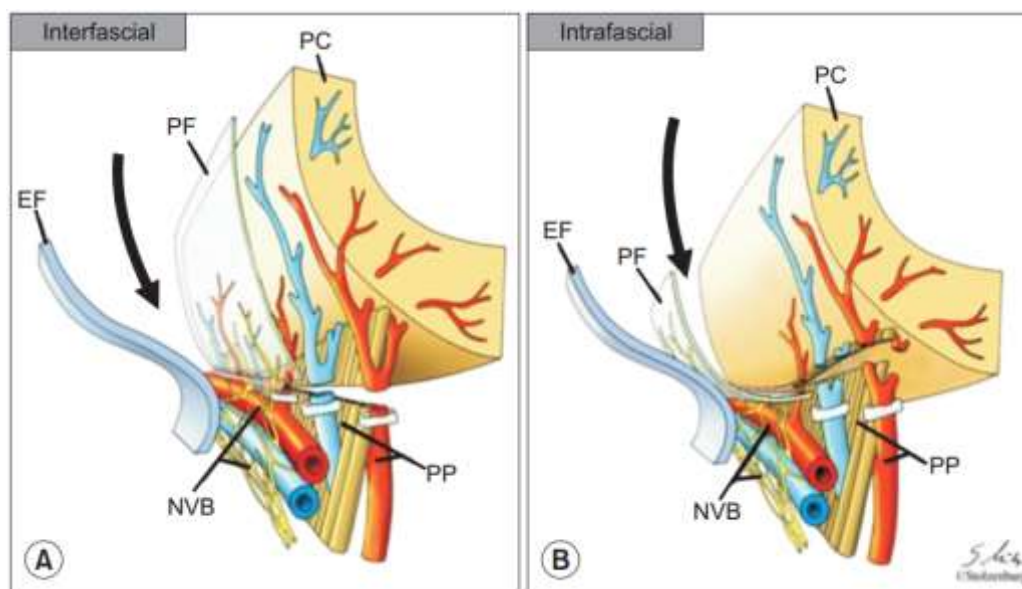
-Tiếp cận phía trước từ vị trí 6 giờ, bác sĩ phẫu thuật dễ dàng tạo mặt phẳng bóc tách hơn do cân Denonviller's dày hơn và chỉ là một lớp tại vị trí này. Với hướng tiếp cận ngoài cao sẽ khó khăn hơn do cân mạc có nhiều lớp ở vị trí sau ngoài TLT [18]

Giữa cân mạc (Interfascial)

-Tạo một bề mặt phẫu tích giữa mạc nội chậu và mạc quanh TLT. Mặt phẳng bóc tách

interfascial ở giữa cân mạc TLT tại vị trí trước ngoài, sau ngoài TLT và vị trí giữa của bó mạch thần kinh cương. Diện bóc tách này

giúp biên phẫu thuật an toàn hơn so với intrafascial [18]



Hình 3. Các kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương A interfascial B intrafascial

PC (prostatic capsula): vỏ TLT, PF (periprostatic fascia): mạc quanh TLT, EF (endopelvis fascia) mạc nội chậu (endopelvis fascia) NVB bó mạch TK cương [8]

Theo dõi: các bệnh nhân được theo dõi trong khoảng thời gian 2 tuần sau phẫu thuật lúc này đã có kết quả giải phẫu bệnh, biên phẫu thuật và bệnh nhân được rút thông niệu đạo trong thời điểm này thời điểm này. Biếm chứng giai đoạn hậu phẫu được phân loại theo hệ thống Clavien-Dindo

Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi mỗi 3 tháng: chỉ số PSA, tình trạng kiểm soát nước tiểu và tình trạng cương

Kiểm soát nước tiểu được định nghĩa là bệnh nhân không sử dụng tã hoặc chỉ đôi khi không kiểm soát khi gắng sức

Tình trạng cương dương sau mổ được định nghĩa là tình trạng dương vật tăng kích

thước và giữ được khả năng cứng. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá mỗi 3 tháng với bảng câu hỏi IIEF-5 và EPIC-26, thăm khám trực tiếp hoặc liên lạc qua điện thoại

Xử lý số liệu: Dữ liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích thống kê bằng phần mềm R 3.6.2. Các biến phân loại được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) và được phân tích bằng cách sử dụng kiểm định Chi-square. Các biến liên tục được hiển thị dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) và được phân tích bằng phép kiểm t. Các mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để phân tích mối liên hệ của một số tham số với khả năng bảo tồn thần kinh cương. Giá trị $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.



Hình 4: Bảo tồn thần kinh truyền thống (trái) và cải biên bảo tồn mạc ngoài TLT (phải)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã thực hiện 42 trường hợp cắt tuyến tiền liệt được hỗ trợ bằng robot áp dụng kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương, nghiên cứu này bao gồm hai nhóm: 18 trường hợp ở nhóm truyền thống và 24 trường hợp ở nhóm cải biên bảo tồn mạc ngoài TLT.

Đặc điểm trước phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình và thời gian điều khiển robot ở nhóm truyền thống ngắn hơn so với nhóm cải biên không có sự khác biệt có ý nghĩa (tương ứng là 247 ± 39 so với 272 ± 45 , $p=0,75$). Tỷ lệ biến chứng không khác nhau giữa hai nhóm, chỉ có 2 trường hợp cần truyền máu sau mổ ở nhóm thông thường và nhóm cải biên (biến chứng này ở mức độ thấp, mức độ I của Clavien)

Đặc điểm bệnh lý và ung thư

Điểm Gleason, tỷ lệ xâm lấn vỏ bao và tỷ lệ biên độ phẫu thuật dương tính (PSM) là tương tự nhau giữa hai nhóm. Tỷ lệ PSM ở nhóm cải biên và nhóm truyền thống lần lượt là 12,5% và 11,1%

Ung thư giai đoạn 2 ($<pT2c$) chiếm 88% (37 bệnh nhân), 5 bệnh nhân ở $pT3a$. tại thời điểm theo dõi trung bình $12 \pm 4,2$ tháng,

không có ai phát triển tái phát sinh hóa sau 6 tháng.

Kết quả chức năng

Tỷ lệ cương 6 tháng sau mổ là 52,3% (22/42). 20 bệnh nhân không phục hồi cương dương thuộc nhóm tuổi già (> 65 tuổi) và bảo tồn bó mạch thần kinh một bên.

Điểm IIEF-5 trước mổ là $18 \pm 5,2$ Điểm IIEF-5 ở bệnh nhân cương tại thời điểm 3 tháng là $10,8 \pm 3,6$; tại thời điểm 6 tháng $13 \pm 4,9$.

Tỷ lệ phục hồi cương so với trước mổ ở nhóm bệnh nhân không rối loạn cương (IIEF-5 22-25đ) cao hơn nhóm có rối loạn cương nhẹ (IIEF-5 17-21) và trung bình nhẹ (IIEF-5 12-16) trên cả phương pháp bảo tồn thần kinh truyền thống và phương pháp cải biên (biểu đồ 1)

Điểm EPIC-26 tại thời điểm 6 tháng ở nhóm này là $59,9 \pm 14,1$. Tỷ lệ cương dương ở nhóm cải biên 6 tháng sau mổ là 58,3% , ở nhóm truyền thống 44,4%

Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sau 6 tháng là 83,3%(35/42). Không có sự khác biệt về tỷ lệ kiểm soát nước tiểu giữa nhóm cải biên và nhóm truyền thống ở thời điểm 6 tháng sau mổ

Bảng 4: Đặc điểm bệnh nhân

Biến số	Nhóm truyền thống (n=18)	Nhóm cải biên (n=24)	Giá trị p
Tuổi	64,4 ± 5,4	64,6 ± 5,5	0,92
BMI	23±3,2	24,1±4,1	0,87
Bệnh lý kèm theo			
ĐTD2	0	0	1
THA	2	3	
cTNM	T2NoMo 15 T3NoMo 3	T2NoMo 22 T3NoMo 2	0,91
PSA	23,5±5,9	26,6±7,2	0,78

Bảng 5: Biến số trong mổ

Biến số	Nhóm truyền thống (n=18)	Nhóm cải biên (n=24)	Giá trị p
Thời gian mổ	247±39	262±45	0,75
Thời gian điều khiển robot	215±27	230±34	0,81
Máu mất	326±35	290±28	0,79
Bảo tồn TK cương			
1 bên	2	1	1
2 bên	16	23	
Kích thước bướu	34±9,8	32±10,2	0,62
pTNM	T2NoMo 15 T3aNoMo 3	T2NoMo 22 T3aNoMo 2	
Pathological GS			
3+3	1	2	
3+4	9	12	
4+3	8	10	
Biên phẫu thuật dương	2/18 (11,1%)	3/24(12,5%)	1
Thời gian nằm viện	7,1±3,2	7±4,2	0,89
Clavien Dindo	1 truyền máu	1 truyền máu 1 tổn thương ruột non	

Bảng 6: Điểm số IIEF-5 và EPIC-26

Thời gian	IIEF-5	EPIC-26 (phần chức năng TD)
3 tháng	10,8±3,6	
6 tháng	13± 4,9	59,9±14,1

Bảng 7: Đặc điểm chức năng sau mổ

	Nhóm truyền thống	Nhóm cải biên	p
Kiểm soát nước tiểu 3 tháng	10/18(55,5%)	15/24(62,5%)	
Kiểm soát nước tiểu 6 tháng	15/18(83,3%)	20/24(83,3%)	1
Khả năng cương 3 tháng	3/18 (16,6%)	7/24 (29,1%)	0,91
Khả năng cương 6 tháng	8/18 (44,4%)	14/24 (58,3%)	0,08

Bảng 8: So sánh khả năng cương trước và sau mổ ở nhóm truyền thống

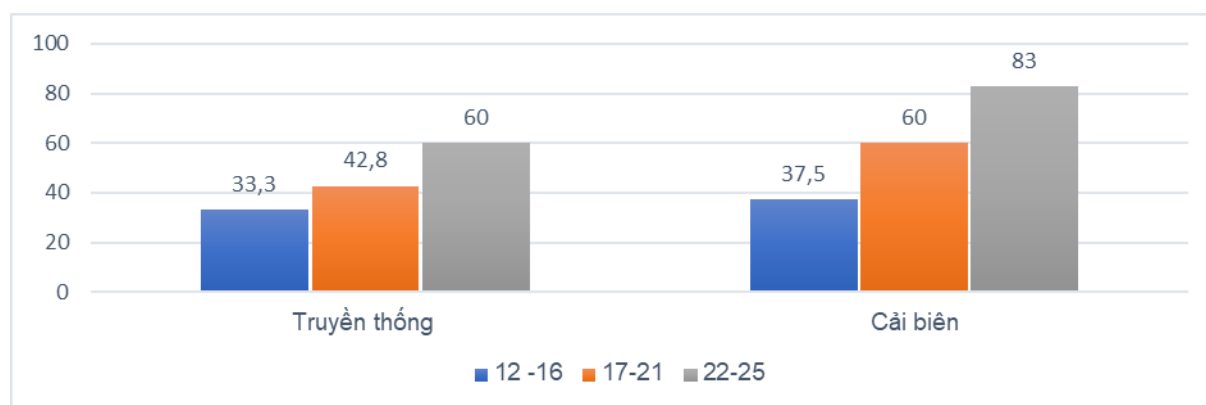
Trước mổ	Sau mổ	Đánh giá
Không RLC 5/18	RLC nhẹ 3/18	Khá
	RLC nặng 2/18	Xấu
RLC nhẹ 7/18	RLC trung bình 3/18	Khá
	RLC nặng 4/18	Xấu
RLC trung bình 6/18	RLC trung bình nhẹ 2/18	Khá
	RLC nặng 3/18	Xấu

Bảng 9: So sánh khả năng cương trước và sau mổ ở nhóm cải biên

Trước mổ	Sau mổ	Đánh giá
Không RLC 6/24	Ko RLC 4/24	Tốt
	RLC nhẹ 1/24	Khá
	RLC nặng 1/24	Xấu
RLC nhẹ 10/24	RLC nhẹ 3/24	Tốt
	RLC trung bình nhẹ 3/24	Khá
	RLC nặng 4/24	Xấu
RLC trung bình-nặng 8/24	RLC trung bình nhẹ 2/24	Tốt
	RLC trung bình 1/24	Khá
	RLC nặng 5/24	Xấu

Bảng 10: Tỷ lệ cương theo từng nhóm bệnh nhân

Điểm IIEF-5 trước mổ	12 -16	17-21	22-25
Nhóm truyền thống	2/6 (33,3%)	3/7(42,8%)	3/5 (60%)
Nhóm cải biên	3/8 (37,5%)	6/10 (60%)	5/6 (83%)

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ cương sau mổ theo nhóm bệnh nhân (dựa vào điểm IIEF-5)**

IV. THẢO LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc đã trở thành phương pháp điều trị ít xâm lấn cho ung thư tuyến tiền liệt, là lựa chọn cho ung

thư còn khu trú. Trong phẫu thuật này, chất lượng cuộc sống dựa trên 2 tiêu chí khả năng kiểm soát nước tiểu và khả năng cương. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ

trợ robot cho hình ảnh ba chiều về cấu trúc giải phẫu với độ phóng đại từ 10 đến 15 lần các cấu trúc xung quanh tuyến tiền liệt như mạch máu, thần kinh, cơ, độ phóng đại hơn nội soi tiêu chuẩn. Trong phẫu thuật khi bác sĩ ngồi điều khiển trên hệ thống máy tính qua các dụng cụ nhỏ ở cổ tay, cánh tay robot mô phỏng các cử động này với phạm vi di chuyển lớn hơn nhiều so với cổ tay con người, giúp tối ưu trong bảo tồn các cấu trúc quan trọng này như bảo tồn bó mạch thần kinh cương.

Tỷ lệ cương sau mổ 22/42 (53,8%) so sánh với một số tác giả trên thế giới tỷ lệ này trong khoảng từ 50 – 82% [10,2,17,9,3]. Sự khác nhau này có thể giải thích do khác nhau trong tiêu chuẩn loại trừ, phương pháp lượng giá, các kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương khác nhau, hướng tiếp cận khác nhau, kinh nghiệm phẫu thuật viên và thời gian theo dõi. Hơn nữa định nghĩa về cương cũng khác nhau qua các nghiên cứu

Đã có nhiều kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương cải biên như bảo tồn khoang retzius, bảo tồn mạc nội chậu [19,5,6,11]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt, bó mạch thần kinh cương được bao phủ nên giúp tối ưu khả năng kiểm soát nước tiểu và khả năng cương sau mổ. Một trong những thử thách của phẫu thuật này là khó khăn trong việc xác định mốc giải phẫu để tại khoang bảo tồn phía ngoài tuyến tiền liệt. Mạch máu tuyến tiền liệt được chọn làm mốc giải phẫu để tạo khoang bảo tồn [14]. Vì bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt nên không thấy bó mạch thần kinh cương trong phẫu trường.

Khả năng phục hồi cương sau mổ trên nhóm bệnh nhân có chức năng cương trước mổ tốt (IIEF-5 22-25) đạt 83% ở phương pháp cải biên bảo tồn mạc ngoài TLT, những

bệnh nhân có điểm IIEF-5 trước mổ càng cao thì khả năng phục hồi cương sau mổ càng cao (biểu đồ 1). Báo cáo này cho thấy kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương cải biên cho khả năng cương sau mổ tốt hơn kỹ thuật truyền thống. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, khả năng cương của nhóm bảo tồn thần kinh cương cải biên là 58,3%, nhóm truyền thống là 44,4% ($p=0.08$) sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê có thể do số mẫu còn hạn chế, 1 nghiên cứu của tác giả Vitul Patel (2020) tại Hoa Kỳ với số mẫu lớn hơn đưa ra kết luận kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương cải biên bảo tồn mạc ngoài tuyến tiền liệt cho kết quả phục hồi khả năng cương tốt hơn so với nhóm truyền thống [12]. Không mở mạc ngoài tuyến tiền liệt giúp tối ưu hoá việc bảo tồn bó mạch thần kinh cương, do hạn chế những sang chấn khi phẫu thuật, điều này về lý thuyết giúp việc phục hồi khả năng cương tốt hơn. Vì vậy cần thiết phải làm thêm nghiên cứu về kỹ thuật cải biên này để đưa ra kết luận chính xác hơn. Trong nghiên cứu này, khả năng kiểm soát nước tiểu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Trong số những bệnh nhân có phục hồi thần kinh cương, chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi IIEF-5 và EPIC-26 để đánh giá khả năng cương. Điểm số IIEF-5 tại thời điểm 6 tháng sau mổ của những bệnh nhân này $13 \pm 4,9$. Đây là điểm số rối loạn cương mức độ nhẹ đến trung bình, tuy nhiên nghiên cứu này tiến hành trên những bệnh nhân là người Đông Nam Á lớn tuổi nơi mà những người này không có nhu cầu cao về tình dục do các yếu tố văn hoá (ông bà chăm sóc cháu, tâm lý người lớn tuổi không cần nhu cầu tình dục), điều này điểm số thấp ở câu hỏi 3,4,5 trong bảng câu hỏi IIEF-5. Chúng tôi cũng sử dụng bảng câu hỏi EPIC-26 chuyên dùng để đánh giá cho bệnh nhân sau mổ ung thư tuyến tiền

liệt. Trong phần lượng giá khả năng cương, bảng câu hỏi này không nhấn mạnh nhiều về khả năng giao hợp, nên điểm số khả năng tình dục trong bảng EPIC-26 của những bệnh nhân này khá tốt (60 ± 14) trên thang điểm 100.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có bảo tồn thần kinh cương cải thiện an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân. Tuy nghiên cứu này cho tỷ lệ bảo tồn tốt hơn phương pháp truyền thống nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Cần thiết tiếp tục nghiên cứu để đưa ra kết luận. Mặc dù khá khó khăn trong việc xác định mốc giải phẫu nhưng với lợi thế của robot sẽ giúp cải thiện đường cong học tập hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbou CC, Hoznek A, Salomon L, Olsson LE, Lobontiu A, Saint AF, Cicco A, Antiphon P, Chopin D** (2001), “Laparoscopic radical prostatectomy with remote controlled robot”. *J Urol* 165:1964–1966
2. **Alemozaffar M, Duclos A, Hevelone ND, Lipsitz SR, Borza T, Yu HY, et al** (2012). “Technical refinement and learning curve for attenuating neurapraxia during robotic-assisted radical prostatectomy to improve sexual function”. *Eur Urol*;61:1222-8.
3. **Đào Quang Oánh, Vũ Văn Ty** (2013). “Hiệu quả của bảo tồn bó mạch thần kinh trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc” *Y Học TP. Hồ Chí Minh* tập 17 phụ bản số 3
4. **David Enstein, Dattatraya Patil, Jonathan Chipman, et al** (2019). “Expanded Prostate Cancer Index Composite-26 (EPIC-26) Online: Validation of an Internet-Based Instrument for Assessment of Health-Related Quality of Life After Treatment for Localized Prostate Cancer” *Urology*. 2019 May;127:53-60.
5. **de Carvalho PA, Barbosa JABA, Guglielmetti GB, et al**. Retrograde release of the neurovascular bundle with preservation of dorsal venous complex during robot-assisted radical prostatectomy: optimizing functional outcomes. *Eur Urol* 2020;77:628—35
6. **Galfano A, Di Trapani D, Sozzi F, et al**. Beyond the learning curve of the Retzius-sparing approach for robot assisted laparoscopic radical prostatectomy: oncologic and functional results of the first 200 patients with 1 year of follow-up. *Eur Urol* 2013;64:974-80.
7. **Guillonneau B, Cathelineau X, Doublet JD, Vallancien G** (2001). “Laparoscopic radical prostatectomy: The lessons learned”. *J Endourol*; 15:441-5.
8. **Hasan Hüseyin Tavukçu, Omer Aytac** (2016). “Nerve-sparing techniques and results in robotassisted radical prostatectomy” *Investig Clin Uro*, 57 Suppl 2:S172-184
9. **Hasan Hüseyin Tavukçu, Omer Aytac** (2016). “Nerve-sparing techniques and results in robotassisted radical prostatectomy” *Investig Clin Uro*, 57 Suppl 2:S172-184
10. **Ko YH, Coelho RF, Sivaraman A, Schatloff O, Chauhan S, Abdul-Muhsin HM, et al** (2013). Retrograde versus antegrade nerve sparing during robot-assisted radical prostatectomy: which is better for achieving early functional recovery? *Eur Urol*; 63:169-77.
11. **Lim SK, Kim KH, Shin TY, et al**. Retzius-sparing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: combining the best of

- retropubic and perineal approaches. *BJU Int* 2014;114:236-44.
12. **Marcio Covas Moschovas a, Seetharam Bhat a, Filcret Fatih Onol a*, Travis Rogers a, Shannon Roofa, Elio Mazzone bcd, Alexandre Mottrie b % Vipul Patel** (2020). “Modified Apical Dissection and Lateral Prostatic Fascia Preservation Improves Early Postoperative Functional Recovery in Robotic-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: Results from a Propensity Score matched Analysis” *Eururo* - 8910
 13. **Nyberg M, Hugosson J, Wiklund P, et al.** Functional and oncologic outcomes between open and robotic radical prostatectomy at 24-month follow-up in the Swedish LAPPRO trial. *Eur Urol Oncol* 2018; 1:353-60.
 14. **Oscar Schatloff, Sanket Chauhan, Vitul R. Patel, et al.** (2011). “Anatomic Grading of nerve sparing during robot-assisted radical prostatectomy”. *European Urology*, 61:796-802
 15. **Patel VR, Sivaraman A, Coelho RF, Chauhan S, Palmer KJ, Orvieto MA, et al** (2011). “Pentafecta: a new concept for reporting outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy”. *Eur Urol*;59:702-7.
 16. **Potdevin L, Ercolani M, Jeong J, Kim IY** (2009). “Functional and oncologic outcomes comparing interfascial and intrafascial nerve sparing in robot-assisted laparoscopic radical prostatectomies”. *J Endourol*;23:1479-84
 17. **Rosen RC, Cappelleri JC, SmithMD, et al** (1999). “Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction”. *Int J Impotence Res*, 11: 319–326.
 18. **Tewari A, Peabody J, Sarle R, Balakrishnan G, Hemal A, Shrivastava A, et al** (2002). “Technique of da Vinci robot-assisted anatomic radical prostatectomy”. *Urology*; 60:569-72
 19. **Zattoni F, Artibani W, Patel V, et al.** Technical innovations to optimize continence recovery after robotic assisted radical prostatectomy. *Minerva Urol Nefrol* 2019;71:324-38.

VAI TRÒ CỦA CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP HÀNH VI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

Huỳnh Đoàn Phương Mai¹, Lê Hoàng Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Các biện pháp can thiệp hành vi đã được chứng minh là một trong những phương pháp điều trị bàng quang tăng hoạt. Biện pháp can thiệp hành vi bao gồm tập nhịn tiểu, tập luyện cơ sàn chậu với phản hồi sinh học, thay đổi chế độ sinh hoạt, hạn chế lượng nước nhập và các chất kích thích. Đây là phương pháp điều trị cơ bản, ít tốn kém, giúp người bệnh không lo lắng về chi phí điều trị. Những năm gần đây đã chứng kiến những bước tiến lớn trong việc cải thiện hiệu quả điều trị bàng quang tăng hoạt bằng thuốc. Vậy vai trò của các biện pháp can thiệp hành vi trong điều trị bàng quang tăng hoạt có còn giữ vai trò quan trọng? Việc hiểu rõ cơ chế của các phương pháp can thiệp hành vi và các chứng cứ khoa học về hiệu quả của chúng sẽ giúp bác sĩ nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: bàng quang tăng hoạt, can thiệp hành vi

SUMMARY

THE ROLE OF BEHAVIORAL THERAPY IN TREATMENT OVERACTIVE BLADDER

¹Khoa Niệu nữ - Niệu chức năng, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Đoàn Phương Mai

SĐT: 0938040665

Email: drhdpmai005@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 02/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Behavioral therapy have been considered as one of the treatments for overactive bladder. Behavioral therapy include urinary retention, pelvic floor muscle training with biofeedback, lifestyle changes, and restriction of fluid and stimulant intake. This is a basic, low-cost treatment method that helps patients not worry about the cost of treatment. Recent years have seen great strides in improving the effectiveness of drug treatment of overactive bladder. So is the role of behavioral therapy in the treatment of overactive bladder still important? Understanding the mechanics of behavioral treatments and the scientific evidence for their effectiveness helps doctors improve patient outcomes.

Keywords: overactive bladder, behavioral therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ “bàng quang tăng hoạt” (BQTH) để chỉ sự rối loạn trong giai đoạn chứa đựng nước tiểu của bàng quang. Tình trạng tăng hoạt bàng quang là do sự co bóp không chủ ý của cơ chóp xuất hiện khi bệnh nhân kiềm chế phản xạ đi tiểu. Abrams và Wein đã định nghĩa bàng quang tăng hoạt (overactive bladder - OAB) như sau: bàng quang tăng hoạt là tình trạng liên quan đến các triệu chứng tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, có hoặc không có triệu chứng tiểu gấp không kiểm soát kèm theo, các triệu chứng này xuất hiện trong tình trạng không có các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc không có các tác nhân chuyển hóa có thể gây nên các triệu chứng trên. Bàng quang tăng hoạt có thể xảy

ra ở mọi người, ở mọi lứa tuổi và có tỷ lệ phổ biến cao ở nhiều quốc gia khác nhau trên thế giới theo các nghiên cứu dịch tễ học. BQTH gây đau khổ cả về thể chất và tâm lý cho người bệnh, có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của họ. Không may là cho đến nay cơ chế bệnh sinh của bàng quang tăng hoạt vẫn chưa được hiểu biết rõ ràng. Vì thế hiện nay trên thế giới vẫn còn rất nhiều những nghiên cứu với mục đích làm tăng hiệu quả điều trị bệnh lý này. Điều trị bàng quang tăng hoạt gồm có 3 bước: các biện pháp can thiệp hành vi, các biện pháp dung thuốc, các biện pháp khi kháng thuốc. Biện pháp can thiệp hành vi bao gồm thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt, lối sống kết hợp tập sàn chậu, tập luyện bàng quang. Các biện pháp can thiệp hành vi được cho là không có tác dụng phụ cũng như không mất chi phí điều trị của bệnh nhân. Một hạn chế đáng kể của phương pháp điều trị này là sự phụ thuộc vào mức độ tham gia tích cực và hợp tác của người bệnh. Hiệu quả điều trị dựa trên khả năng tập luyện và duy trì các bài tập cũng như ý thức thay đổi trong hành vi hàng ngày. Điều này hạn chế tính hữu ích của phương pháp điều trị hành vi ở những bệnh nhân có suy giảm nhận thức hoặc những người không quan tâm đến việc nỗ lực tập luyện theo một chế độ liên tục mỗi ngày. Vì thế với phương pháp điều trị này bác sĩ cần có nhiều thời gian tư vấn để bệnh nhân hiểu rõ vai trò quan trọng cũng như thúc đẩy sự tuân thủ của bệnh nhân liên tục trong quá trình điều trị. Ngày nay với sự phát triển của công nghệ dược phẩm, ngày càng có nhiều thuốc mới ra đời giúp nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý bàng quang tăng hoạt. Vậy vai trò của các biện pháp can thiệp hành vi trong điều trị bàng quang tăng hoạt có còn giữ vai trò quan trọng? Việc hiểu rõ cơ chế của các

phương pháp điều trị hành vi và các chứng cứ khoa học về hiệu quả của chúng giúp bác sĩ nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Trong bài báo cáo này chúng tôi sẽ tổng hợp những nghiên cứu mới nhất về vai trò của liệu pháp hành vi trong điều trị bàng quang tăng hoạt.

II. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Các yếu tố bao gồm: tuổi tác, chỉ số khối cơ thể (BMI), giới tính, trình độ học vấn, đã mang thai, sinh ngã âm đạo, chủng tộc, tình trạng việc làm, mãn kinh, tình trạng hôn nhân, hút thuốc và uống rượu đã được coi là có thể liên quan đến BQTH. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu đã không nhất quán. Một số nghiên cứu cho rằng giới tính nữ là yếu tố nguy cơ độc lập của BQTH vì có sự khác biệt về giải phẫu vùng chậu và thói quen sinh hoạt giữa nam và nữ. Một số tác giả cho rằng những người có trình độ học vấn cao hơn có khả năng theo đuổi các hành vi tăng cường sức khỏe và có thể có lối sống lành mạnh hơn, trong khi những người có trình độ học vấn thấp hơn có thể có tỷ lệ ăn uống kém, tiếp xúc với chất độc cao hơn nên có tỷ lệ mắc bệnh BQTH cao hơn. Nghiên cứu EPICC kết luận những phụ nữ sinh nhiều con và những phụ nữ sinh thường qua ngã âm đạo có nhiều khả năng bị OAB hơn. Palma đã cho rằng phụ nữ chưa sinh con có tỷ lệ mắc oab thấp hơn so với phụ nữ đã sinh con và không có sự khác biệt đáng kể giữa các phương thức sinh nở khác nhau (âm đạo và mổ lấy thai). Nhưng Lukacz thì chứng minh rằng sinh thường làm tăng nguy cơ rối loạn sàn chậu³.

Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa thời kỳ mãn kinh tự nhiên là sự chấm dứt kinh nguyệt vĩnh viễn do mất hoạt động của nang buồng trứng. Suy giảm estrogen dẫn đến teo

niêm mạc đường tiết niệu dưới và suy yếu cơ sàn chậu gây ra các triệu chứng kích thích tiết niệu dưới. Salcedo và Sanchez Borrego đã báo cáo rằng thời kỳ mãn kinh có liên quan đến BQTH, phụ nữ mãn kinh có khả năng mắc OAB cao gấp 3,7 lần so với phụ nữ không mãn kinh. Tuy nhiên sau đó lại có nhiều nghiên cứu đã được phân tích cho thấy rằng không có mối liên quan đáng kể giữa thời kỳ mãn kinh và OAB. Các nghiên cứu bổ sung về chủ đề này với cỡ mẫu lớn hơn nghiên cứu của Salcedo³.

Đến năm 2019, Jingzhen đã công bố một nghiên cứu Meta-analysis, được phân tích riêng lẻ, sử dụng mô hình hiệu ứng cố định hoặc hiệu ứng ngẫu nhiên để ước tính mối liên hệ của 14 yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý BQTH. Kết quả cho thấy tuổi và BMI ở bệnh nhân OAB cao hơn đáng kể so với nhóm chứng không OAB; các SMD gộp chung (95% TCTD) là 0,30 (0,19–0,41) và 0,39 (0,24–0,53), tương ứng ($P < 0,05$). Một mối liên hệ tiêu cực đáng kể đã được tìm thấy giữa tình trạng công việc và OAB; với OR (95% CI) là 0,64 (0,46–0,90; $P < 0,05$). Tuy nhiên, giới tính, trình độ học vấn, số lần sinh con, sinh thường, chủng tộc, mãn kinh, tình trạng hôn nhân, hút thuốc và uống rượu ở bệnh nhân OAB không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không OAB (ORs [95% CIs], 0,95 [0,59–1,55], 1,04 [0,82–1,33], 0,98 [0,56–1,70], 1,66 [0,90–3,07], 0,98 [0,75–1,28], 1,84 [0,23–14,70], 0,97 [0,78–1,19], 0,91 [0,77–1,08] và 0,88 [0,71–1,09], tương ứng; $P > 0,05$). Không có bằng chứng về sự không đồng nhất đáng kể liên quan đến số lần sinh thường, chủng tộc, hút thuốc hoặc uống rượu ($P < 0,05$, $I^2 < 50\%$)³.

Ai cũng biết rằng hút thuốc lá là một căn bệnh khó chữa và vấn đề sức khỏe cộng đồng có thể phòng ngừa được. Rất nhiều nghiên cứu trước đây đã khám phá vai trò của hút thuốc trong BQTH. Tỷ lệ mắc OAB cao hơn khi hút thuốc có thể được giải thích bằng những điều sau đây: (1) hút thuốc nâng cao có nghĩa là nồng độ testosterone và androstenedione trong huyết thanh; (2) hút thuốc lá có tương quan với nội tiết tố kháng estrogen tác dụng lên bàng quang và niệu đạo; và (3) nicotin làm tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm và làm trầm trọng thêm các triệu chứng đường tiết niệu dưới. Tuy nhiên trong nghiên cứu Meta-analysis của Jingzhen, hút thuốc lá được phát hiện là không liên quan đến sự khởi phát của OAB, mặc dù đây là một yếu tố rủi ro quan trọng và có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của nhiều loại rối loạn.

Lạm dụng rượu mãn tính có thể dẫn đến tổn thương mô và rối loạn chức năng của các cơ quan, là một đóng góp đáng kể cho gánh nặng sức khỏe toàn cầu. Một vài nghiên cứu đã đánh giá mối liên quan uống rượu với OAB. Tiêu thụ một lượng rượu cấp hoặc mạn tính đều có thể dẫn đến nồng độ estrogen trong huyết thanh cao hơn và giảm nồng độ androgen. Những thay đổi về hormone này có thể gây ra các triệu chứng tiết niệu theo nhiều cơ chế khác nhau. Ngoài ra, các nghiên cứu trên động vật đã chỉ ra rằng ethanol có thể làm giảm sự co bóp của cơ detrusor và niệu đạo. Tuy nhiên, trong phân tích tổng hợp của Jingzhen, không có mối liên quan đáng kể nào được tìm thấy giữa việc tiêu thụ rượu và OAB.

III. VAI TRÒ CỦA TẬP LUYỆN BÀNG QUANG

Cơ chế bệnh sinh của BQTH vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ và vẫn chưa rõ liệu nguyên nhân của OAB nằm trong các dây thần kinh đến thành bàng quang, trong chính thành bàng quang, hoặc trong các cấu trúc vùng chậu. BQTH là một chẩn đoán dựa trên triệu chứng và một số phương tiện giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác. Trên cơ sở có nhiều cơ chế gây nên bệnh lý OAB, do đó câu hỏi đặt ra là liệu có bất kỳ phương pháp điều trị đơn lẻ nào sẽ mang lại lợi ích tối ưu cho tất cả các bệnh nhân mắc OAB hay không? Dựa trên các chứng cứ khoa học hiện nay đều cho thấy 2 phương pháp điều trị “tập luyện bàng quang” và “thuốc” hoạt động theo các cơ chế khác nhau, có vẻ như chúng có thể có tác dụng phụ trợ lẫn nhau. Tăng tần suất đi tiểu dẫn đến giảm khả năng bàng quang và cuối cùng dẫn đến mất ổn định cơ chóp bàng quang. Trong tập luyện bàng quang, chu kỳ này bị phá vỡ khi bệnh nhân chống lại cảm giác mắc tiểu gấp để trì hoãn việc đi tiểu và dần dần tăng khoảng thời gian đi tiểu. Điều này làm tăng khả năng bàng quang và làm giảm sự mất ổn định của cơ bàng quang. Cơ chế hoạt động của các thuốc antimuscarinic thông qua việc ức chế cạnh tranh thụ thể Muscarinic M3, không cho acetylcholine gắn vào thụ thể M3 do đó ức

chế sự co thắt cơ chóp bàng quang. Vì thế kết hợp tập luyện bàng quang và điều trị bằng thuốc sẽ cải thiện kết quả tốt hơn đơn trị liệu.

Năm 2010, Mattiasson thực hiện nghiên cứu SOLAR ((SOLifenacin Alone and with simplified bladder Re-training - Solifenacin đơn trị và kết hợp tập luyện bàng quang) là một nghiên cứu đa trung tâm, tiền cứu, ngẫu nhiên, có nhóm chứng, ở những bệnh nhân mắc BQTH. Nghiên cứu đã thực hiện tại 81 trung tâm trên 16 quốc gia tại Châu Âu và Úc. Nghiên cứu SOLAR thực hiện trên 643 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên để điều trị bằng solifenacin 5 mg một lần mỗi ngày (ngày) đơn độc (323) hoặc 5 mg mỗi ngày kết hợp với tập luyện bàng quang (320) trong 8 tuần. Vào tuần thứ 8, bệnh nhân ở cả hai nhóm có thể yêu cầu tăng liều solifenacin lên 10 mg mỗi ngày trong 8 tuần còn lại của nghiên cứu. Tiêu chí đánh giá chính về hiệu quả là sự thay đổi so với ban đầu về số lần đi tiểu trung bình/24 giờ, số lần đi tiểu ban đêm, tiểu gấp, tiểu gấp không kiểm soát. Các kết quả khác do bệnh nhân báo cáo cũng được đánh giá, bao gồm nhận thức của bệnh nhân về tình trạng bàng quang, chất lượng cuộc sống, sự hài lòng về phương pháp điều trị và khả năng dung nạp.

Bảng 40: Sự thay đổi triệu chứng bàng quang tăng hoạt tại thời điểm nghiên cứu, sau 8 tuần, sau 16 tuần giữa các nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu SOLAR

	Tăng liều Solifenacin vào tuần thứ 8			
	Không		Có	
	Solifenacin	Solifenacin+ tập bàng quang	Solifenacin	Solifenacin+ tập bàng quang
Cỡ mẫu	176	181	129	116

Số lần tiểu ban ngày/24g				
T0	11.2	11.3	11.9	11.8
T1 (8w)	-2.6	-3.2	-1.5	-2.2
T2 (16w)	-2.6	-3.4	-2.1	-2.7
Số lần tiểu ban đêm/24g				
T0	4.9	4.6	5.4	5.4
T1 (8w)	-2.8	-2.4	-1.4	-1.4
T2 (16w)	-3.0	-2.9	-1.8	-2.1
Số lần són tiểu/24g				
T0	1.5	1.5	1.7	1.5
T1 (8w)	-2.8	-1.0	-0.7	-0.5
T2 (16w)	-3.0	-1.1	-0.9	-0.9
Số lần són tiểu gấp/24g				
T0	0.9	1.0	1.0	0.9
T1 (8w)	-0.6	-0.7	-0.4	-0.4
T2 (16w)	-0.7	-0.8	-0.5	-0.6

Kết quả của nghiên cứu SOLAR nhận thấy Solifenacin được sử dụng một mình có hiệu quả trong việc cải thiện tất cả các triệu chứng BQTH được đánh giá trong nghiên cứu. Tuy nhiên những bệnh nhân được hướng dẫn tập luyện bàng quang kết hợp với solifenacin đã cho thấy sự cải thiện đáng kể hơn nữa về tần suất đi tiểu ở tuần thứ 8 và sự khác biệt này được duy trì đến tuần 16. Việc tập luyện bàng quang kết hợp với solifenacin cũng cải thiện đáng kể mức độ hài lòng với điều trị ở tuần 16 so với nhóm chỉ sử dụng solifenacin. Tuy nhiên, kết quả cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm điều trị ở tuần 16 về mức độ tiểu gấp, tiểu không kiểm soát hoặc các biến số phụ khác được thống kê. Tác dụng phụ phổ biến nhất được báo cáo là khô miệng ở cả hai nhóm điều trị; có một tỷ lệ thấp ngừng điều trị do tác dụng phụ trong toàn bộ nhóm nghiên cứu ⁶.

Kết quả của nghiên cứu SOLAR cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây trong việc đánh giá hiệu quả của việc sử dụng thuốc kháng muscarin kết hợp với tập luyện bàng quang. Năm 2003 Mattiasson và cộng sự đã so sánh hiệu quả của tolterodine 2 mg hai lần mỗi ngày có hoặc không có tập luyện bàng quang ở 505 bệnh nhân mắc OAB, sử dụng thiết kế nghiên cứu tương tự như nghiên cứu SOLAR. Vào cuối nghiên cứu kéo dài 24 tuần, tỷ lệ phần trăm trung bình giảm tần suất đi tiểu khi dùng tolterodine và luyện tập bàng quang lớn hơn so với chỉ dùng tolterodine (33% so với 25%, $P < 0,001$) và cũng có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm đối với biến số phần trăm tăng thể tích nước tiểu trung bình (31% so với 20%, $P < 0,001$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm điều trị trong việc giảm các đợt tiểu gấp, các đợt tiểu không kiểm soát⁵. Năm 2006, Song và cộng sự đã so sánh hiệu quả của việc tập luyện

bằng quang, sử dụng tolterodine 2 mg hai lần mỗi ngày hoặc kết hợp cả hai ở 139 bệnh nhân nữ mắc OAB. Sau 12 tuần, việc giảm tần suất đi tiểu khi điều trị kết hợp lớn hơn đáng kể so với điều trị đơn lẻ ($P < 0,05$), nhưng cũng giống nghiên cứu của Mattiasson và cộng sự, việc luyện tập bằng quang không làm tăng tác dụng của tolterodine đối với tình trạng tiểu gấp⁷.

Chúng ta thường cho rằng tiểu gấp là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng OAB khác bao gồm tiểu nhiều lần, mặc dù mối quan hệ này chưa được chứng minh chặt chẽ. Kết quả của nghiên cứu SOLAR với solifenacin và các nghiên cứu tương tự trước đây với tolterodine cho thấy mối quan hệ giữa mức độ tiểu gấp và tần suất đi tiểu có thể phức tạp hơn, vì sự cải thiện về tần suất đi tiểu được thấy trong quá trình luyện tập bằng quang rõ ràng không phải giảm tương đương tình trạng tiểu gấp.

IV. TẬP SÀN CHẬU VỚI PHẢN HỒI SINH HỌC

Phản hồi sinh học là một hình thức học tập hoặc đào tạo trong đó thông tin về một hoặc nhiều quá trình sinh lý vô thức thông thường của bệnh nhân được cung cấp cho bệnh nhân dưới dạng tín hiệu thị giác, thính giác hoặc xúc giác. Các câu trả lời khách quan được ghi lại trên đa đồ thị để có thể dễ dàng quan sát chúng. Bệnh nhân tập sàn chậu với phản hồi sinh học cần phải có động lực tốt và đủ nhận thức để hiểu và kiên trì luyện tập. Việc tập sàn chậu với phản hồi sinh học gây tốn thời gian cho cả bệnh nhân và bác sĩ, nhưng mang lại lợi ích rõ ràng là tỷ lệ thành công cao và hầu như không có tác dụng phụ. Phản hồi sinh học có thể được sử dụng như

một phương pháp hỗ trợ cho các hình thức điều trị BQTH khác, chẳng hạn như điều trị bằng thuốc và đặc biệt hữu ích ở trẻ em.

Tập sàn chậu liên quan đến sự kéo của các cơ mu trực tràng, cũng như cơ thắt niệu đạo ngoài và cơ thắt hậu môn ngoài. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự co rút của các cơ này dẫn đến việc ức chế sự co thắt của detrusor. Nghiên cứu của Maria cho thấy trước và sau tập sàn chậu, sự cải thiện triệu chứng bằng quang tăng hoạt tính bằng thang điểm OAB-V8 thay đổi có ý nghĩa thống kê, lần lượt là $21,9 \pm 7,2$ và $10 \pm 7,72$. Yuan-Ming cũng kết luận tập sàn chậu giúp cải thiện tốc độ dòng tiểu tối đa và thể tích nước tiểu. Giá trị Qmax trước và sau điều trị lần lượt là 14,4 và 18,4 ($p=0,01$). Thể tích nước tiểu trước và sau điều trị là 229 ml và 332 ml ($p=0,002$)⁴. Trong một nghiên cứu với mục tiêu cụ thể là đánh giá và so sánh tác dụng của oxybutynin, kích thích thần kinh chày và tập sàn chậu trong điều trị tăng hoạt cơ bàng quang, số lần đi tiểu giảm ở cả ba nhóm ($p < 0,05$) sau khi điều trị được đánh giá bằng nhật ký đi tiểu. Tỷ lệ hết tiểu gấp là 63% bệnh nhân trong nhóm điều trị bằng oxybutynin; ở 52% nhóm bệnh nhân kích thích thần kinh chày; và trong 57% bệnh nhân được tập mạnh cơ đáy chậu. Kết quả tương tự giữa các nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,754$). Trong đánh giá chủ quan, tỷ lệ phụ nữ hài lòng sau điều trị ở ba nhóm oxybutynin, kích thích thần kinh chày và tập sàn chậu lần lượt là 77%,

52% và 76%; không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 3 nhóm ($p = 0,142$)¹.

V. KẾT LUẬN

Biện pháp can thiệp hành vi nên là phương pháp điều trị ban đầu cho đại đa số bệnh nhân mắc bàng quang tăng hoạt có kèm tiểu gấp không kiểm soát hoặc không. Chứng cứ khoa học đã được trình bày trong các nghiên cứu ở trên chứng minh một cách thuyết phục biện pháp can thiệp hành vi vẫn còn rất có giá trị trong thời đại phát triển thần tốc của công nghệ được phẩm hiện nay. Mặc dù vậy, để thúc đẩy sự thay đổi hành vi của bệnh nhân cũng như giúp bệnh nhân duy trì tập luyện bàng quang đúng cách luôn là một thử thách đối với các bác sĩ lâm sàng. Chúng ta cần hiểu rõ những lợi ích của phương pháp điều trị này để góp phần tăng hiệu quả điều trị cũng như giảm thiểu chi phí điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arruda RM, Sousa GOD, Castro RDA, et al.** Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2007; 29(9):452-458.
2. **Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, et al.** Pelvic Floor Exercises with Biofeedback for Stress Urinary Incontinence. International Braz J Urol. 2006. 32(4): 462-469.
3. **Jingzhen Z, Xiaoyan H, Xingyou D, et al.** Associations Between Risk Factors and Overactive Bladder: A Meta-analysis. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery 2019;25: 238–246.
4. **Liaw YM, Kuo HC.** Biofeedback Pelvic Floor Muscle Training for Voiding Dysfunction and Overactive Bladder. Incontinence & Pelvic Floor Dysfunction. 2007; 1(1):13-15.
5. **Mattiasson A, Blaakaer J, Høye K, et al.** Simplified bladder training augments the effectiveness of tolterodine in patients with an overactive bladder. BJU International Journal. 2003; 91: 54–60.
6. **Mattiasson A, Masala A, Morton R, et al.** Efficacy of simplified bladder training in patients with overactive bladder receiving a solifenacin flexible-dose regimen: results from a randomized study. BJU International Journal. 2010; 105 (8):1126-1135.
7. **Song C, Park JT, Heo KO, et al.** Effects of bladder training and/or tolterodine in female patients with overactive bladder syndrome: a prospective, randomized study. Journal of Korean Medical Science. 2006; 21(6): 1060–1063.

KỸ THUẬT TÁN SỎI QUA DA NHIỀU ĐƯỜNG HẦM TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN PHỨC TẠP

Nguyễn Hoàng Luông¹, Phạm Phú Phát¹, Đỗ Anh Toàn¹,
Hoàng Thiên Phúc¹, Hà Văn Bàng¹, Phan Mạnh Linh¹,
Dương Cao Trí¹, Võ Hồng Bắc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá, phân tích tính hiệu quả và độ an toàn của phương pháp phẫu thuật tán sỏi qua da nhiều đường hầm trong điều trị sỏi thận phức tạp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi phân tích hồi cứu dữ liệu từ 42 bệnh nhân bị sỏi thận phức tạp được thực hiện phẫu thuật tán sỏi qua da nhiều đường hầm tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2022. Các đặc điểm lâm sàng, quá trình phẫu thuật cũng như các tai biến, biến chứng được ghi nhận và phân tích.

Kết quả: 42 bệnh nhân (29 nam, 13 nữ, trung bình 56 tuổi, từ 28 đến 77) được điều trị. Kích thước sỏi trung bình là 45,74 mm (20 – 128). 35 trường hợp được nong 2 đường hầm và 7 trường hợp nong 3 đường hầm, tổng cộng 91 đường hầm được sử dụng. Biến chứng tụ dịch dưới bao thận là 2 trường hợp, rò nước tiểu là 2 trường hợp và sốt sau mổ 3 trường hợp, không có trường hợp cần phải truyền máu. Tỷ lệ sạch sỏi là 88,1%.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm trong điều trị sỏi thận phức tạp là phương

thức an toàn và hiệu quả với tỉ lệ sạch sỏi cao và các biến chứng ở mức chấp nhận được.

Từ khoá: Sỏi thận phức tạp; tán sỏi qua da; nhiều đường hầm.

SUMMARY

MULTI-TRACT PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (PCNL) FOR COMPLEX RENAL STONE

Background: to evaluate and analyze the efficacy and the safety of multiple tracts PCNL in the management of complex renal calculi.

Patients and Methods: We retrospectively analyzed the data from 42 patients with complex renal stones who underwent multiple tracts PCNL at Binh Dan Hospital during the period from January 2020 to September 2022. Clinical features, operative details as well as complications were recorded and analyzed.

Results: 42 patients (29 men, 13 women, mean age 56 years, range 28 to 77) were treated. The mean stone size was 45,74 mm (20-128). The number of tracts required per case was 2 tracts in 35 and 3 tracts in 7, giving a total of 91 tracts. Complications were fluid accumulation under renal capsule in 2 patients, urinary leakage in 2 and postoperative fever in 3, none of the cases needed a blood transfusion. The total stone-free rate was 88,1%.

Conclusion: PCNL using multiple tracts is a safe and effective modality in the management of complex renal stones with a high stone-free rate and acceptable complications.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông
SĐT: 0949515949

Email: drnguyenhoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Keywords: complex renal stones; PCNL; multiple tracts.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý phổ biến và đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý tiết niệu (1). Điều trị sỏi thận phụ thuộc vào các yếu tố như kích thước sỏi, vị trí, độ phức tạp và yếu tố khác kèm theo của bệnh nhân (2).

Phẫu thuật tán sỏi thận qua da ngày càng phát triển và thay thế phần lớn phẫu thuật mổ mở lấy sỏi thận, đến nay kỹ thuật này được xem là tiêu chuẩn vàng và là lựa chọn đầu tay trong điều trị sỏi thận có kích thước > 20mm cho hầu hết các bệnh nhân (3). Tuy nhiên, đối với các loại sỏi thận phức tạp, sỏi san hô thì tỷ lệ sạch sỏi sau lần đầu tiên thực hiện PCNL dao động từ 49% đến 78% (4). Vì thế người bệnh đôi khi cần phải kết hợp với các thủ thuật, phẫu thuật bổ trợ sau đó như tán sỏi ngoài cơ thể hoặc PCNL lần hai (4).

Báo cáo nghiên cứu của hầu hết các tác giả trên thế giới đều cho rằng PCNL nhiều đường hầm là kỹ thuật an toàn và hiệu quả không chỉ về phương diện điều trị mà còn về kinh tế, dù liên quan đến gia tăng tỷ lệ chảy máu và truyền máu cho bệnh nhân nhưng ở mức có thể chấp nhận được (5,6). Phương pháp này giúp đạt được tỷ lệ sạch sỏi lớn dao động từ 71% đến 95% (4,5). Tại Việt Nam tán sỏi thận qua da ngày càng được triển khai rộng rãi. Tuy nhiên đây vẫn còn là kỹ thuật khó vì hạn chế về trang thiết bị và kỹ thuật mổ. Hơn thế nữa, tán sỏi qua da nhiều đường hầm là một kỹ thuật phức tạp đòi hỏi ở người phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm vì liên quan đến những tai biến, biến chứng.

Trong nghiên cứu này, điểm mấu chốt cuối cùng là đánh giá hiệu quả PCNL nhiều đường hầm trong sỏi thận phức tạp. Điểm mấu chốt thứ hai là đánh giá sự an toàn và tỷ lệ biến chứng của cách tiếp cận này.



Hình ảnh sỏi phức tạp (sỏi nhỏ nằm rải rác ở các đài thận)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị sỏi thận phức tạp khám tại khoa Niệu 2 và Niệu 4 Bệnh viện Bình Dân được thực hiện PCNL nhiều đường hầm từ 01/2020 đến 09/2022.

Đánh giá trước phẫu thuật bao gồm đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm bao gồm công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu + kháng sinh đồ, xét nghiệm chức năng thận và chức năng đông máu, hình ảnh học như X quang ngực thẳng, siêu âm bụng và chụp CT scan hệ niệu không cản quang.

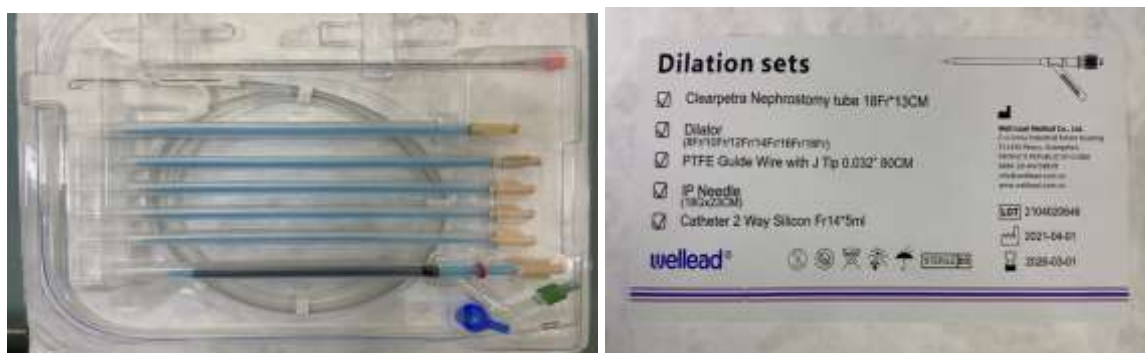
Chi tiết phẫu thuật

Tất cả các phẫu thuật đều được tiến hành dưới gây mê toàn thân. Nội soi bàng quang và đặt ống thông niệu quản được tiến hành, thông qua đó giúp chụp phim bể thận ngược chiều để lên kế hoạch thực hiện việc đâm

kim qua da. Xem xét vị trí và kích thước sỏi rất quan trọng cho việc lựa chọn vị trí tối ưu để đâm kim. Bệnh nhân sau đó được chỉnh lại tư thế nằm sấp.

Đâm kim 18G vào đài thận được xác định từ trước dưới hướng dẫn của C-arm. Vị trí đâm được thực hiện thông qua đường nách sau, với một góc 45-50⁰ so với mặt phẳng nằm ngang hướng đến đài thận. Sau đâm kim thành công nước trong đài bể thận sẽ theo áp lực đẩy ra ngoài, luồn dây dẫn vào đến đài trên hoặc xuống niệu quản với chiều dài thích hợp.

Sau đó dùng bộ nong 16.5F hoặc 18F nong đường hầm, tiến hành đặt Amplat sheath phù hợp rồi đặt máy soi thận. Dùng máy tán sỏi năng lượng laser tán viên sỏi vỡ, tán trong khả năng, không cố gắng nạy hoặc ép Amplatz quá nhiều. Dùng kèm gấp hoặc rọ lấy sỏi vụn.



Hình 2: Bộ nong mini sử dụng 1 lần
(Nguồn: Hình ảnh thực tế từ Bệnh viện Bình Dân)

Đánh giá trong quá trình tán sỏi, nếu còn sỏi ở nhánh đài khác nhưng không thể tiếp cận được thì quyết định tạo đường hầm tiếp theo. Rút máy soi, giữ Amplat sheath.

Xác định vị trí khối sỏi còn sót lại, tiến hành chọc dò đài thận như bước 1 bằng phương pháp đâm trực tiếp vào sỏi, vì giai đoạn này không thể bơm thuốc cản quang để

xác định đài thận. Luồn dây dẫn vào thận và tiến hành nong đường hầm. Thực hiện tương tự đến khi xác nhận sạch sỏi trên C-arm. Đặt thông double J nếu có thủng hoặc tổn thương niêm mạc khúc nối bể thận niệu quản. Đặt thông Foley mở thận ra da 14 - 16Fr, có thể đặt 1 hoặc vài thông thận ra da, bơm bóng 3-5ml vị trí bóng nằm trong bể thận. Các mảnh

sỏi sỏi lại không có triệu chứng, kích thước không đáng kể trên lâm sàng (CIRF).
nhỏ hơn 5 mm là được coi như sỏi sỏi lại



3 đường nong trên màn hình C – arm



2 đường nong trên màn hình C - arm

Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi

Ống dẫn lưu thận ra da được kẹp trong 24 giờ đầu tiên, và được lấy ra vào ngày hậu phẫu thứ ba. Thông niệu quản và niệu đạo thì được rút vào ngày thứ hai. Dấu hiệu sinh tồn và lượng nước tiểu cần được quan sát theo dõi. Công thức máu, chức năng thận được kiểm tra trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

+ BN không đau, không sốt, vết mổ không rò nước tiểu sẽ được rút ống mở thận ra da vào ngày hậu phẫu thứ 3 sau đó cho xuất viện hoặc nằm thêm hậu phẫu tùy vào tình trạng thực tế.

+ Nếu sau kẹp trong vòng 24h BN bị rò nước tiểu, chảy máu hoặc đau hông lưng thì sẽ được đặt thông double J, sau đó kẹp dẫn

lưu thận vào ngày hậu phẫu thứ 4. Nếu BN không đau, không sốt và hết chảy máu sẽ được rút ống mở thận ra da cho xuất viện hoặc nằm thêm hậu phẫu tùy vào tình trạng thực tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

42 trường hợp tán sỏi qua da nhiều đường hầm thỏa mãn các tiêu chí nghiên cứu.

Đặc điểm của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi (năm)	56 + 12,24 (28 – 77)
Giới tính	
Nam (%)	29 (69%)
Nữ (%)	13 (31%)
Vị trí sỏi	
Phải (%)	15 (35,7%)
Trái (%)	27 (64,3%)
Hình dạng sỏi	
Nhiều sỏi	15 (35,7%)
Sỏi bể thận có nhánh	4 (9,5%)
Sỏi bán san hô	5 (11,9%)
Sỏi san hô	17 (40,5%)
Sỏi không lồ	1 (2,4%)
Kích thước sỏi (mm)	45,74 + 21,8 (20 – 128)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2

Bảng 2. Phân tích trong mổ

Số đường chọc dò	
2	35 (83,3%)
3	7 (16,6%)
Vị trí đâm kim theo đài thận	
Trên	10 (11%)
Giữa	36 (39,6%)
Dưới	45 (49,4%)
Vị trí đâm kim theo sườn	
Gian sườn	10 (11%)
Dưới sườn	81 (89%)
Sạch sỏi	
Sạch sỏi	37 (88,1%)
Còn sót sỏi	5 (11,9%)
Đặt thông double J sau tán sỏi	

Có	15 (35,7%)
Không	27 (64,3%)
Thời gian mổ (phút)	100,52 + 17,58 (75 – 150)

Theo dõi hậu phẫu được ghi nhận ở bảng 3

Bảng 3. Theo dõi hậu phẫu

Biến chứng	
Sốt sau mổ	3 (7,1%)
Tụ dịch dưới bao thận	2 (4,8%)
Rò nước tiểu	2 (4,8%)
Thời gian lưu thông thận (ngày)	5,21 + 2,18 (3-12)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	5,51 + 2,24 (3-11)

Biến chứng ghi nhận có 7 trường hợp. Trong đó có 2 trường hợp rò nước tiểu sau cột thông thận, được xử trí đặt thông double J ngược chiều dưới hướng dẫn C-arm, bệnh nhân ổn định. 3 trường hợp sốt sau mổ, bệnh nhân được thực hiện nuôi cấy vi khuẩn + kháng sinh đồ nước tiểu và máu, điều trị kháng sinh phối hợp tĩnh mạch. Sau 3 ngày có kết quả âm tính với nước tiểu và 5 ngày âm tính với máu. Bạch cầu trong máu dần về bình thường. Có 2 trường hợp tụ dịch khoang quanh thận, bệnh nhân đau hông lưng vào ngày hậu phẫu 2, được điều trị kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, bệnh nhân ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay tại Việt Nam các loại sỏi phức tạp vẫn còn là thách thức trong điều trị, năm 2010 tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (7) báo cáo 20 trường hợp sỏi thận khó và phức tạp được thực hiện PCNL với đường vào đài trên bằng kỹ thuật nong đường hầm biến đổi. Năm 2021, tác giả Nguyễn Hoàng Luông cùng cộng sự (8) lần đầu báo cáo kỹ thuật tán sỏi qua da nhiều đường hầm trên sỏi san hô tại BV Bình Dân với kết quả khả quan.

Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên 6 dạng phân loại sỏi phức tạp của Rassweiler. Tuy nhiên trên thực tế thì 6 dạng này có sự trùng lặp về kích cỡ sỏi cũng như vị trí sỏi. Hầu hết sỏi san hô đều có kích thước khá lớn, đặc biệt cá trường hợp sỏi san hô phức tạp với nhiều nhánh lan rộng đến các đài thận thì có kích thước gấp bội so với kích thước > 3 cm của Rassweiler. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi dựa vào hình dạng sỏi để chia thành 5 nhóm gồm có:

- Nhiều sỏi trong các đài thận khác nhau
- Sỏi bể thận có nhánh
- Sỏi bán san hô
- Sỏi san hô toàn bộ
- Sỏi không lồ

Thuật ngữ “sỏi bán san hô” (partial staghorn) được đặt cho sỏi phân nhánh nằm phần lớn nhưng không phải toàn bộ hệ thống thu thập, trong khi đó “sỏi san hô toàn bộ” (complete staghorn) dùng để chỉ sỏi chiếm hầu như tất cả hệ thống thu thập. Sỏi không lồ là một biến thể khác của sỏi san hô, sỏi chiếm toàn bộ hệ thống thu thập kèm theo tình trạng giãn rộng đài bể thận. Nhưng đáng tiếc là chưa có đồng thuận nào rõ ràng về thuật ngữ của sỏi san hô, chẳng hạn như số

đài thận cần thiết để được gọi là sỏi san hô, vì thế thuật ngữ sỏi san hô thường dùng để chỉ bất kì sỏi có nhánh nào chiếm nhiều hơn một phần của hệ thống thu thập, ví dụ sỏi bể thận có một hoặc hai nhánh ở đài thận. Hơn nữa, cụm từ “sỏi bán san hô” hoặc “sỏi san hô toàn bộ” không bao hàm bất kì tiêu chí thể tích cụ thể nào^(11,12).

Với các trường hợp sỏi phức tạp có khối sỏi nằm ở các đài thận khác nhau, việc thao tác xoay, bể góc ống soi thận cứng tiếp cận sỏi chỉ qua một đường hầm rất khó khăn và dễ làm tổn thương nhu mô và lớp niêm mạc gây chảy máu. Các trường hợp trong nghiên cứu ghi nhận đều là sỏi san hô, nhiều nhánh, do các khối sỏi nằm ở vị trí khác nhau, việc xoay và tiếp cận các đài chỉ thông qua 1 đường hầm là khó khăn nên các phẫu thuật viên đã tiếp cận lần lượt các vị trí để tán sạch khối sỏi. Tỷ lệ sạch sỏi (SFR) trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được là 88,1%. Bước đầu cho thấy được tính hiệu quả khá cao của phương pháp tán sỏi qua da nhiều đường hầm. Kết quả này khá tương đương với các nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới.

Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật cũng là phương thức phản ánh hiệu quả của quá trình tán sỏi thận qua da. Hiệu quả này phụ thuộc vào nhiều yếu tố, khách quan lẫn chủ quan. Các yếu tố khách quan như về tính chất của sỏi, phương tiện kỹ thuật được trang bị, hoặc những vấn đề khác liên quan đến bệnh nhân. Bên cạnh đó, các yếu tố chủ quan cũng đồng thời tác động đến như kỹ năng của phẫu thuật viên, sự kỷ lưỡng và thái độ quyết đoán táo bạo trong việc loại bỏ khối sỏi (9).

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được phẫu thuật viên thực hiện bằng

máy soi thận cứng Miniperc của hãng Karl Storz và sử dụng nguồn năng lượng laser Holmium YAG LASER 365micron hãng Sphinx của Đức trong tán sỏi - đây là một trong những nguồn năng lượng tán sỏi hiệu quả và tiên tiến nhất hiện nay.

Nghiên cứu của tác giả Ewalady (5) có kết quả tỷ lệ sạch sỏi khá cao trên 95% sau 2 tuần theo dõi, kết quả này đạt được do trong quá trình tán sỏi phẫu thuật viên sử dụng bộ nong Alkan và đặt Amplatz có kích thước 30 Fr, to hơn Amplatz được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là loại 18 Fr hoặc 21 Fr. Ngoài ra thì trong nghiên cứu này cũng cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước sỏi và số đường hầm tiếp cận cần thiết để thanh thải sỏi hoàn toàn. Điều này tương đồng trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ sạch sỏi có thể đạt cao hơn nếu những bệnh nhân còn sót sỏi được kết hợp với với phẫu thuật hỗ trợ như tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi qua da lần 2. Có thể kể đến các nghiên cứu như của tác giả Singla (10) tỷ lệ sạch sỏi cải thiện từ 70,7% lên 88,9%, của Ewalady (5) từ 93,6% lên 95,8%, của Aron (11) từ 84% lên 94% hoặc của tác giả Zeng (12) từ 72% lên 93% sau phẫu tán sỏi qua da hỗ trợ lần 2 và lên 95% sau tán sỏi ngoài cơ thể.

Thời gian mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, gồm các yếu tố từ bản chất sỏi hoặc cách tiếp cận đài thận có tối ưu hay không và những yếu tố kỹ năng của phẫu thuật viên. Cụ thể có sự khác biệt giữa thời gian mổ trong nghiên cứu được cho là do kích thước, độ cứng của khối sỏi, sỏi càng to, càng cứng thì càng mất nhiều thời gian để tán sỏi, thời

gian chọc dò giữa 2 đường hầm và 3 đường hầm cũng là một yếu tố làm tăng thời gian phẫu thuật. Khi so sánh với tác giả Liatsikos (13) nghiên cứu này có thời gian phẫu thuật gần tương đương. Tuy nhiên khi so sánh với các tác giả như Akman (14) hoặc Taisheng (15) thì có sự chênh lệch tương đối. Đây là kỹ thuật khá mới ở nước ta, chưa được thực hiện nhiều nên có thể gây mất thời gian cho phẫu thuật viên trong việc lựa chọn đài thận tối ưu và những đài thận kế tiếp sau đó. Hiện nay trên thế giới không nhiều nghiên cứu đề cập đến thời gian mổ cho loại phẫu thuật này.

Tán sỏi qua da nhiều đường hầm có tỷ lệ biến chứng cấp là 15% và tỷ lệ truyền máu là 18% (9). Singla và cộng sự cũng quan sát thấy tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ truyền máu tương tự (10). Tỷ lệ biến chứng còn phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm và kỹ năng của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 16,7%. Cụ thể, có 2 trường hợp rò nước tiểu sau cột ống mở thận ra da, được xử trí đặt thông double J ngược chiều dưới hướng dẫn C-arm, bệnh nhân ổn định. Sau đó rút ống mở thận ra da và được xuất viện. Có 3 trường hợp sốt sau mổ, bệnh nhân được thực hiện nuôi cấy vi khuẩn + kháng sinh đồ nước tiểu và máu, điều trị kháng sinh phối hợp tĩnh mạch. Sau 3 ngày có kết quả âm tính với nước tiểu và 5 ngày âm tính với máu. Bạch cầu trong máu dần về bình thường. Lâm sàng ổn định, bệnh nhân được kẹp ống mở thận ra da sau đó rút thông và xuất viện. Có 2 trường hợp tụ dịch khoang quanh thận, bệnh nhân đau hông lưng vào

ngày hậu phẫu 2, được điều trị kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, bệnh nhân ổn định.

Chấn thương đại tràng sau tán sỏi thận qua da là một biến chứng hiếm gặp; trong nghiên cứu của chúng tôi không có tổn thương đại tràng nào. Tác giả Elghoneimy, người đã báo cáo chấn thương đại tràng sau tán sỏi thận qua da trong ba bệnh nhân (0,14%) vào năm 2016, tất cả đều được điều trị bảo tồn (16). Ngoài ra, Ibrahima A và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ tổn thương đại tràng thấp, chỉ 5 bệnh nhân, 3 bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn, 1 bệnh nhân cần mở đại tràng và 1 người chết vì nhiễm trùng huyết (17).

Tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm dù được nghiên cứu và công bố rộng rãi trên thế giới, tuy nhiên với tâm lý vẫn còn e ngại biến chứng thì ngày càng nhiều kỹ thuật kết hợp được ra đời. Trong đó kết hợp sử dụng ống soi thận mềm (flexible nephroscopy) trong quá trình thực hiện tán sỏi qua da đem lại hiệu quả cao trong việc làm sạch sỏi. Nghiên cứu so sánh của tác giả Adnan Gücük (2013) cho thấy tỉ lệ sạch sỏi trong 2 nhóm được thực hiện, 1 nhóm có sử dụng ống soi mềm trong tán sỏi qua da và nhóm còn lại sử dụng ống soi cứng thì ghi nhận tỉ lệ sạch sỏi tương ứng là 92,5% và 70%, ở nhóm đầu tiên thì tỉ lệ chảy máu thấp hơn và ít phải can thiệp bằng phương pháp khác ⁽²²⁾. Hoặc nghiên cứu của tác giả Shuzo Hamamoto cùng cộng sự năm 2013 cho thấy tán sỏi qua da kết hợp với nội soi niệu quản ngược chiều bằng ống soi mềm (flexible ureteroscopy) cho tỷ lệ sạch sỏi là 81,7% trong tổng số 60 bệnh nhân

được thực hiện, với chỉ duy nhất một bệnh nhân biến chứng cần truyền máu ⁽²³⁾.

V. KẾT LUẬN

Nhiều đường hầm giúp làm sạch sỏi thận phức tạp là một cách tiếp cận hợp lý. Phương pháp này làm giảm sự cần thiết của các phẫu thuật phụ trợ sau đó, và tại cùng thời điểm được coi là an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng ở mức chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stoller M L, (2013),** *Urinary Stone Disease*, Smith's General Urology, 18th edition, ed, Vol. Chapter 17, pp. 249 – 278.
2. **Wen C C, Nakada S Y, (2007),** "Treatment selection and outcomes: renal calculi", *Urologic Clinics of North America*, 34 (3), pp. 409-419.
3. **Sabler I M, Katafigiotis I, Gofrit O N, Duvdevani M, (2018),** "Present indications and techniques of percutaneous nephrolithotomy: What the future holds?", *Asian J Urol*, 5 (4), pp. 287-294.
4. **Ganpule A P, Reddy M N K, Sudharsan S, Shah S B, et al, (2020),** "Multitract percutaneous nephrolithotomy in staghorn calculus", *Asian journal of urology*, 7 (2), pp. 94-101.
5. **Elawady H, Mostafa D E, Mahmoud M A, Abuelnaga M, et al, (2018),** "Is multiple tracts percutaneous nephrolithotomy (PCNL) safe modality in management of complex renal stones? A prospective study: Single center experience", *African Journal of Urology*, 24 (4), pp. 308-314.
6. **Ganpule A P, Desai M, (2008),** "Management of the staghorn calculus: multiple-tract versus single-tract percutaneous nephrolithotomy", *Curr Opin Urol*, 18 (2), pp. 220-223.
7. **Võ Phước Khương, (2018),** Đánh giá hiệu quả của phương pháp lấy sỏi thận phức tạp qua da, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
8. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, (2010),** "Lấy sỏi thận qua da: đường vào cực trên thận với kỹ thuật nong đường hầm biến đổi", *Y học TP HCM chuyên đề thận niệu*, tr. 110-112.
9. **Nguyễn Hoàng Luông, Hoàng Thiên Phúc, (2021),** "Tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm trong điều trị sỏi thận phức tạp", *Tạp chí Y dược học*, tr 48-51.
10. **Rassweiler J, Renner C, Eisenberger F, (2000),** "The management of complex renal stones", *BJU international*, 86 (8), pp. 919-928.
11. **Di Silverio F, Gallucci M, Alpi G, (1990),** "Staghorn calculi of the kidney: classification and therapy", *Br J Urol*, 65 (5), pp. 449-452.
12. **Al-Kohlany K M, Shokeir A A, Mosbah A, Mohsen T, et al, (2005),** "Treatment of complete staghorn stones: a prospective randomized comparison of open surgery versus percutaneous nephrolithotomy", *J Urol*, 173 (2), pp. 469-473.
13. **Preminger G M, Assimos D G, Lingeman J E, Nakada S Y, et al, (2005),** "Chapter 1: AUA guideline on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations", *The Journal of urology*, 173 (6), pp. 1991-2000.
14. **Singla M, Srivastava A, Kapoor R, Gupta N, et al, (2008),** "Aggressive approach to staghorn calculi-safety and efficacy of multiple tracts percutaneous nephrolithotomy", *Urology*, 71 (6), pp. 1039-1042.
15. **Aron M, Yadav R, Goel R, Kolla S B, et al, (2005),** "Multi-tract percutaneous nephrolithotomy for large complete staghorn

- calculi", *Urologia internationalis*, 75 (4), pp. 327-332.
16. **Zeng G, Zhao Z, Wan S, Mai Z, et al, (2013)**, "Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for simple and complex renal caliceal stones: a comparative analysis of more than 10,000 cases", *Journal of endourology*, 27 (10), pp. 1203-1208.
 17. **Liatsikos E N, Kapoor R, Lee B, Jabbour M, et al, (2005)**, "Angular Percutaneous Renal Access. Multiple Tracts Through A Single Incision for Staghorn Calculous Treatment in A Single Session", *European Urology*, 48 (5), pp. 832-837.
 18. **Akman T, Sari E, Binbay M, Yuruk E, et al, (2010)**, "Comparison of outcomes after percutaneous nephrolithotomy of staghorn calculi in those with single and multiple accesses", *J Endourol*, 24 (6), pp. 955-960.
 19. **Liang T, Zhao C, Wu G, Tang B, et al, (2017)**, "Multi-tract percutaneous nephrolithotomy combined with EMS lithotripsy for bilateral complex renal stones: our experience", *BMC Urology*, 17 (1), pp. 15.
 20. **Elghoneimy M, Abdel-Rassoul M, Elfayoumy H, Mosharafa A, (2016)**, "Conservative management of colonic injury during percutaneous nephrolithotomy", *African Journal of Urology*, 22 (2), pp. 101-105.
 21. **Ibrahim A, Elsotohi I, Mahjoub S, Elatreisy A, et al, (2017)**, "Factors determining perioperative complications of percutaneous nephrolithotomy: a single center perspective", *African Journal of Urology*, 23 (4), pp. 208 – 213.
 22. **Gücük A, Kemahlı E, Üyetürk U, Tuygun C, et al, (2013)**, "Routine flexible nephroscopy for percutaneous nephrolithotomy for renal stones with low density: a prospective, randomized study", *The Journal of urology*, 190 (1), pp. 144-148.
 23. **Hamamoto S, Yasui T, Okada A, Taguchi K, et al, (2013)**, "Endoscopic Combined Intrarenal Surgery for Large Calculi: Simultaneous Use of Flexible Ureteroscopy and Mini-Percutaneous Nephrolithotomy Overcomes the Disadvantageous of Percutaneous Nephrolithotomy Monotherapy", *Journal of Endourology*, 28 (1), pp. 28-33.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN THƯỢNG THẬN HAI BÊN XUẤT HUYẾT

Nguyễn Hoàng Luân¹, Phạm Phú Phát¹, Hà Văn Bằng¹,
Phan Mạnh Linh¹, Trần Đỗ Hữu Toàn¹, Võ Hồng Bắc¹

TÓM TẮT

Bướu tuyến thượng thận có thể gây ra một số hội chứng tăng tiết tùy thuộc vào vị trí của bướu. Bướu vỏ thượng thận ác tính hay còn gọi là ung thư biểu mô tuyến thượng thận (UTBMTTT) là một bệnh lý hiếm gặp với tiên lượng xấu. Tỷ lệ mắc loại ung thư này được ước tính là 1 trường hợp trên 1,7 triệu và chiếm 0,02% của tất cả các bệnh lý ung thư. Để đồng thời mắc UTBMTTT 2 bên càng hiếm gặp hơn nữa và đặt ra thách thức cho Bác sĩ trong việc đưa ra quyết định liệu có lợi ích khi thực hiện phẫu thuật cho bệnh nhân hay không.

Chúng tôi trình bày về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiến hành phẫu thuật, hậu phẫu và theo dõi 1 bệnh nhân UTBMTTT 2 bên. Bệnh nhân nam, 58 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng 2 bên đột ngột, huyết áp cao, mệt mỏi. Tiền căn cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân có khám cấp cứu do đau bụng, theo dõi bán tắc ruột, bướu tuyến thượng thận xuất huyết cả 2 bên, tuy nhiên bệnh nhân điều trị nội, không đồng ý phẫu thuật. Trong lần nhập viện này, bệnh nhân được chẩn đoán bướu tuyến thượng thận hoại tử xuất huyết, CT scan: bướu tuyến thượng thận phải kích thước 101*105*114 mm, tuyến thượng thận trái

kích thước 84*92*112 mm. Bệnh nhân được mổ mở đường giữa bụng, kết quả giải phẫu bệnh UTBMTTT. Hậu phẫu 14 ngày, bệnh nhân ổn định và xuất viện. Tái khám nhập khoa Ung bướu để điều trị bổ túc.

Từ khóa: UTBMTTT 2 bên, bướu tuyến thượng thận xuất huyết.

SUMMARY

BILATERAL HEMORRHAGIC ADRENOCORTICAL CARCINOMA: A SURGICAL CASE REPORT

Benign or malignant tumors within the adrenal glands can give rise to a number of hypersecretion syndromes dependent on where the tumor is located. Adrenocortical carcinoma is a rare malignancy with a poor prognosis. The incidence of this type is estimated at 1 case per 1.7 million and accounts for 0.02% of all cancers. To have bilateral adrenocortical carcinoma at the same time is even rarer and poses a challenge for surgeons in deciding whether there is a benefit to performing surgery on the patient.

We present the clinical, paraclinical, surgical, postoperative and follow-up characteristics of a patient with bilateral adrenocortical carcinoma. A 58-year-old male patient was admitted to the hospital for sudden bilateral back pain, high blood pressure, and fatigue. One month before admission, the patient went to A&E for abdominal pains, monitored for semi-intestinal obstruction and hemorrhagic adrenal tumors on both sides, but the patient did not agree to

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luân

SĐT: 0949515949

Email: drnguyenhoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 31/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

surgery. In this admission, the patient was diagnosed with hemorrhagic and necrosis adrenal tumors, CT scan: the right adrenal gland tumor size 101*105*114 mm, the left one size 84*92*112 mm. The patient had open surgery with a midline incision and the result of surgery for pathology is adrenocortical carcinoma. After 14 days of surgery, the patient was stable and discharged. Re-examination to the Oncology Department for additional treatment.

Keywords: Bilateral adrenocortical carcinoma, hemorrhagic adrenal tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến thượng thận hai bên là một trường hợp hiếm gặp khác với bướu tuyến thượng thận một bên do sự khác biệt về nguyên nhân cơ bản [1]. Di truyền được công nhận là yếu tố duy nhất đóng vai trò chính trong sự hình thành khối bướu tuyến thượng thận hai bên [1]. Trong một nghiên cứu loạt trường hợp liên quan đến 18 bệnh nhân bướu tuyến thượng thận hai bên, nguyên nhân phổ biến nhất là bướu tủy thượng thận (6 bệnh nhân), tiếp theo là bướu lympho nguyên phát (4 bệnh nhân), bướu vỏ không chế tiết (4 bệnh nhân), bướu di căn (2 bệnh nhân), cường aldosterone nguyên phát (1 bệnh nhân) và hội chứng Cushing (1 bệnh nhân) [2]. Lao thượng thận và ung thư biểu mô vỏ thượng thận cũng được báo cáo là gây ra bướu thượng thận hai bên trong một báo cáo trường hợp khác. Tuy nhiên, số lượng bệnh lao tuyến thượng thận đã giảm mỗi năm [3].

Chẩn đoán ung thư biểu mô vỏ thượng thận có thể rất khó khăn [4]. Chẩn đoán nên dựa trên khám thực thể, xét nghiệm nội tiết, chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học. Khi khám thực thể, các triệu chứng nam hóa như

thiếu sản tuyến vú và mọc râu trên mặt là phổ biến ở bệnh nhi nữ [5]. Khi kiểm tra nội tiết, các bác sĩ lâm sàng nên chú ý đến mức cortisol cơ bản, ACTH, dehydroepiandrosterone sulfate, 17-hydroxyprogesterone, testosterone, androstenedione và estradiol [6]. Các xét nghiệm ức chế dexamethasone và cortisol tự do trong nước tiểu cũng được khuyến nghị làm xét nghiệm bổ sung. Ngày nay, vẫn chưa có một phương pháp chẩn đoán hình ảnh nào có thể mô tả đặc điểm của ung thư biểu mô vỏ thượng thận khu trú. Tuy nhiên, các chuyên gia đã đồng ý rằng nếu một tổn thương ≤ 10 đơn vị Hounsfield trên CT không cản quang được phân loại là lành tính [7]. Khi một tổn thương >10 đơn vị Hounsfield, theo dõi thì thải thuốc cản quang để phân biệt các tổn thương lành tính và ác tính. Quá trình thải thuốc $<50\%$ gợi ý một tổn thương tuyến thượng thận ác tính. Bên cạnh CT-scan, các Bác sĩ lâm sàng còn có thể sử dụng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ để chẩn đoán Ung thư biểu mô vỏ thượng thận [8].

Có một số lựa chọn điều trị hiện tại cho ung thư biểu mô vỏ thượng thận. Tuy nhiên, chỉ có phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn mới được công nhận là phương pháp điều trị hiệu quả và có khả năng chữa khỏi duy nhất. Phẫu thuật cắt bỏ có thể là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận hoặc phẫu thuật mở rộng, bao gồm cắt bỏ thận, cắt bỏ một phần gan hoặc lấy huyết khối tĩnh mạch, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận mở rộng có thể mang lại một số lợi ích cho phẫu thuật viên vì giúp tiếp cận với các chuyên khoa

phẫu thuật liên quan khác [9,10]. Tuy nhiên, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu là cách thường xuyên nhất để tiến hành cắt bỏ tuyến thượng thận. Hóa trị có thể được sử dụng để giảm kích thước khối bướu trước khi phẫu thuật và ngăn ngừa bướu tái phát [1]. Tác nhân phổ biến nhất được sử dụng cho hóa trị liệu trong ung thư biểu mô vỏ thượng thận là mitotane. Tuy nhiên, nó có tỉ lệ đáp ứng thấp và có một số báo cáo cho biết nó có thể gây nhiễm độc gan, suy tuyến thượng thận gây tử vong, chậm phát triển và các triệu chứng thần kinh [11]. Các thuốc khác như fluorouracil và doxorubicin không được khuyến cáo điều trị ung thư vỏ thượng thận vì không hiệu quả. Một nghiên cứu đã báo cáo rằng những bệnh nhân được điều trị bằng các thuốc này đã bị tái phát từ hai đến năm tháng sau khi ngừng thuốc. Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân nên được dùng một liều glucocorticoid theo kinh nghiệm, chủ yếu khi sử dụng mitotane vì mitotane có thể ức chế tổng hợp cortisol [12].

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

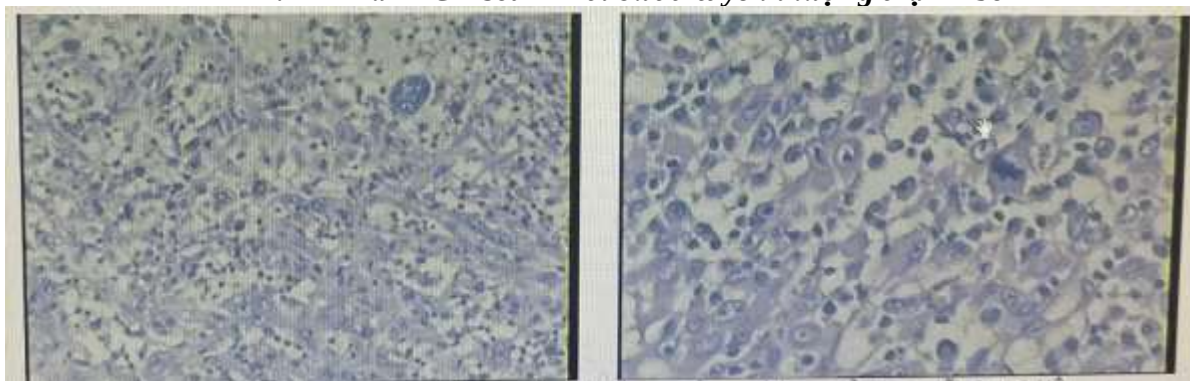
Bệnh nhân nam, 58 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng 2 bên đột ngột, huyết áp cao, mệt mỏi. Tiền căn cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân có đi khám với triệu chứng đau bụng quanh rốn, nôn ói, không trung tiện và đại tiện 1 ngày, xét nghiệm công thức máu WBC 21 k/uL, MSCT bán tắc ruột thấp nghi vị trí hẹp tại đại tràng góc lách, bướu tuyến thượng thận 2 bên lớn kèm xuất huyết trong bướu, cortisol máu ở mức bình thường 339,4 mmol/L (101,2 – 535,7), nồng độ renin đang hoạt động 90,18 uIU/mL (2,8 – 46,1), metanephrine máu tăng 84,1 pg/ml (< 65)

điều trị nội khoa ổn định, bệnh nhân được đề nghị phẫu thuật cắt bỏ bướu tuyến thượng thận 2 bên tuy nhiên bệnh nhân không đồng ý. Trong lần nhập viện này, bệnh nhân được chẩn đoán bướu tuyến thượng thận hoại tử xuất huyết, CT scan (hình 1): tuyến thượng thận phải kích thước 101*105*114 mm hoại tử tạo dịch rải rác trung tâm, tuyến thượng thận trái kích thước 84*92*112 mm, dính nhẹ đuôi tụy, tỉ lệ thải thuốc hoàn toàn khoảng 33%. TSH máu tăng cao 4960 uIU/mL (0,34 – 4,22), cortisol máu bình thường 391,4 nmol/L, cortisol nước tiểu tăng 676,9 nmol/24h (11,8 – 485,6), WBC tăng cao 35,48 k/uL, RBC giảm 2,47 M/uL, Hct giảm 21,8%. Sau khi hội chẩn nội tiết và điều trị các vấn đề nội khoa ổn định.

Bệnh nhân được lên lịch phẫu thuật mở mở, vết rạch da đường giữa bụng xuyên phúc mạc, bóc tách kỹ mặt trong và dưới của bướu bằng dao siêu âm nhằm kiểm soát tốt mạch máu, tuy nhiên khối bướu 2 bên khá dính và xâm lấn có thâm nhiễm xung quanh, khối bướu bên phải xâm lấn vào tĩnh mạch chủ, trong lúc gỡ dính và bóc tách có tổn thương cần khâu lại tĩnh mạch chủ dưới, khối bướu bên trái dính ít vào đuôi tụy. Cuộc phẫu thuật thành công, 2 khối bướu được gửi giải phẫu bệnh ngay sau đó, kết quả giải phẫu bệnh vi thể (hình 2) bướu thượng thận trái và phải cấu trúc bướu gồm nhiều loại tế bào của tuyến thượng thận: xốp bào, đặc bào tăng sản xếp thành chuỗi, đám hoặc dạng ống tuyến, tạo nhú. Thượng mô hình vuông hoặc đa diện, bào tương có nhiều hạt, không bào. Các tế bào bướu có thể không điển hình, có nhân đa dạng. Kết luận: ung thư biểu mô vỏ thượng thận 2 bên. Bệnh nhân hậu phẫu 14 ngày, ổn định, xuất viện và được chuyển sang điều trị bổ túc tại khoa Ung bướu.



Hình 1: Hình ảnh CT-scan khối bướu tuyến thượng thận 2 bên



Hình 2: Kết quả giải phẫu bệnh vi thể

III. BÀN LUẬN

Trường hợp bướu trong nghiên cứu này là rất hiếm. Trong khi hầu hết các khối một bên là lành tính hoặc không có chức năng, thì khối thượng thận hai bên có nhiều khả năng là bệnh di căn, xuất huyết, thâm nhiễm, tăng sản thượng thận bẩm sinh, hội chứng Cushing hoặc ung thư biểu mô tuyến [13]. Ung thư tủy thượng thận hai bên cũng có thể xảy ra, đặc biệt là một phần của hội chứng liên quan đến gia đình. Các loại ung thư nguyên phát có khả năng di căn đến tuyến thượng thận nhất là vú, phổi, đại tràng, thận

và thực quản, mặc dù có các báo cáo trường hợp cho nhiều vị trí nguyên phát khác [14].

Ung thư biểu mô vỏ thượng thận là một bệnh ác tính nội tiết hiếm gặp, thường có tiên lượng không thuận lợi. Tần suất xuất hiện của loại ung thư này gặp cả 2 bên càng hiếm, ít được ghi nhận và báo cáo trong Y văn thế giới. Thông thường phương pháp điều trị dứt điểm đối với bướu thượng thận hai bên là phẫu thuật cắt bỏ cả hai tuyến thượng thận trong hầu hết các trường hợp, ngoại trừ trường hợp bướu tiết aldosterone, các lựa chọn nội khoa có thể là phương pháp ưu tiên.

Trong trường hợp được báo cáo bệnh nhân được thực hiện nhiều xét nghiệm đặc thù như cortisol máu và nước tiểu, metanephrine máu và nước tiểu, nồng độ renin hoạt động ... kết hợp hội chẩn các chuyên khoa như Nội tiết và Gây mê hồi sức điều chỉnh ổn định nội tiết để bệnh nhân có thể thực hiện phẫu thuật. Vai trò của hình ảnh học cũng góp phần vào chẩn đoán và tiên lượng phẫu thuật cho bệnh nhân, đáng chú ý chỉ trong 1 tháng, kích thước của khối bướu tuyến thượng thận tăng lên rất nhanh, gần gấp đôi cho mỗi bên với hoại tử xuất huyết bên trong, cho thấy khả năng phát triển mạnh và tiên lượng bệnh khá xấu và quá trình thải thuốc ghi nhận là 33% phù hợp với đặc điểm của một bướu ác tính.

Đường mổ giữa bụng xuyên phúc mạc là phù hợp với khối bướu lớn 2 bên. Tận dụng ưu điểm của đường mổ giữa bụng khiến cuộc mổ trở nên thuận lợi hơn như phẫu trường rộng rãi, dễ thao tác, thực hiện được với cả 2 bên mà không cần thêm vết mổ hoặc tư thế khác, các mốc giải phẫu quen thuộc. Tuy nhiên, vẫn có những khuyết điểm có thể chấp nhận mà đường mổ giữa bụng xuyên phúc mạc có thể kể đến như nguy cơ rơi vãi tế bào bướu vào phúc mạc, tổn thương ruột, hậu phẫu nguy cơ liệt ruột, vết mổ lớn. Kết hợp với dụng cụ dao siêu âm giúp kiểm soát tốt vấn đề chảy máu trong cuộc mổ. Các nguy cơ trong cuộc mổ như dính cơ quan lân cận hoặc mạch máu cần được kiểm soát để tránh tai biến, biến chứng. Tuy nhiên, rất có thể bệnh nhân đã bỏ lỡ cơ hội để có thể thực hiện phẫu thuật tốt và an toàn hơn khi khối bướu còn nhỏ và chưa xâm lấn.

Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh, bệnh nhân cần được chuyển sang khoa Ung bướu để điều trị bổ túc như hóa trị và bổ sung nội tiết tố.

IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, ung thư biểu mô vỏ thượng thận hai bên là một trường hợp khan hiếm và có thể gây ra vấn đề nghiêm trọng cho bệnh nhân. Do đó, chúng ta không nên bỏ mặc bệnh nhân và cần theo dõi họ chặt chẽ trong một thời gian cụ thể. Ngoài ra, chẩn đoán và can thiệp sớm có thể mang lại kết quả tốt hơn cho bệnh nhân về lâu dài. Phẫu thuật vẫn là một biện pháp quan trọng và cần thiết trong điều trị loại ung thư này. Cần lưu ý đến các vấn đề trong phẫu thuật như đường tiếp cận, bộc lộ, kiểm soát các nguy cơ có thể xảy ra để giúp cuộc mổ an toàn hơn. Chúng tôi nghĩ rằng nên có nghiên cứu về hóa trị liệu cho ung thư biểu mô vỏ thượng thận. Nghiên cứu sâu hơn liên quan đến chủ đề này sẽ là bước đệm quan trọng để hiểu về ung thư biểu mô vỏ thượng thận một cách toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mantiri B J, Sigumonrong Y, (2021), "Bilateral adrenal tumor: A case report and current challenges", International Journal of Surgery Case Reports, 84 pp. 106134.
2. Zhou J, Ye D, Wu M, Zheng F, et al, (2009), "Bilateral adrenal tumor: causes and clinical features in eighteen cases", 41 (3), pp. 547-551.
3. Lomte N, Bandgar T, Khare S, Jadhav S, et al, (2016), "Bilateral adrenal masses: a single-centre experience", 5 (2), pp. 92.

4. **Iyidir O T, Cerit E T, Özkan Ç, Altınova E, et al**, (2016), "Case Report A Case Report of Bilateral Adrenal Sarcomatoid Carcinoma", pp.
5. **Barzon L, Scaroni C, Sonino N, Fallo F, et al**, (1998), "Incidentally discovered adrenal tumors: endocrine and scintigraphic correlates", 83 (1), pp. 55-62.
6. **Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, et al**, (2016), "Management of adrenal incidentalomas: European society of endocrinology clinical practice guideline in collaboration with the European network for the study of adrenal tumors", 175 (2), pp. G1-G34.
7. **Young W F J H, Cancer**, (2011), "Conventional imaging in adrenocortical carcinoma: update and perspectives", 2 (6), pp. 341-347.
8. **Zhang H, Perrier N, Grubbs E, Sircar K, et al**, (2012), "CT features and quantification of the characteristics of adrenocortical carcinomas on unenhanced and contrast-enhanced studies", 67 (1), pp. 38-46.
9. **Barksdale S K, Marincola F M, Jaffe G J T A j o s p**, (1993), "Carcinosarcoma of the adrenal cortex presenting with mineralocorticoid excess", 17 (9), pp. 941-945.
10. **Lenders J W, Eisenhofer G J E, Metabolism**, (2017), "Update on modern management of pheochromocytoma and paraganglioma", 32 (2), pp. 152-161.
11. **Libé R J F i c, biology d**, (2015), "Adrenocortical carcinoma (ACC): diagnosis, prognosis, and treatment", 3 pp. 45.
12. **Agha R A, Franchi T, Sohrabi C, Mathew G, et al**, (2020), "The SCARE 2020 guideline: updating consensus surgical CAse REport (SCARE) guidelines", 84 pp. 226-230.
13. **Angeli A, Osella G, Ali A** (1997), "Adrenal incidentaloma: an overview of clinical and epidemiological data from the National Italian Study Group", 47 (4-6), pp. 279-283.
14. **Lee J E, Evans D B, Hickey R C, Sherman S I, et al**, (1998), "Unknown primary cancer presenting as an adrenal mass: frequency and implications for diagnostic evaluation of adrenal incidentalomas", 124 (6), pp. 1115-1122.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC, KINH NGHIỆM BAN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÌNH DƯƠNG

Dương Thế Anh¹, Thái Hồng Phước¹, Đặng Công Bắc¹,
Đoàn Quang Long¹, Trương Thiên Định¹, Phạm Nguyên Tiến¹,
Phạm Trung Hiếu¹, Võ Đình Phú¹, Trần Duy Phương¹,
Lê Quang Long¹, Nguyễn Hữu Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu bao gồm tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc và trình bày kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi tại Bệnh Viện Bình Dương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022, 07 bệnh nhân bị ung thư bàng quang đã được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc tận gốc (LRC), nạo vét hạch vùng chậu bởi một nhóm bác sĩ khoa ngoại Tiết Niệu – Nam Học, Bệnh Viện Bình Dương. Chúng tôi trình bày dữ liệu bệnh lý lâm sàng, mô tả kỹ thuật phẫu thuật từng bước tại Bệnh Viện Bình Dương và tình trạng hậu phẫu theo dõi 2 tháng sau phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp tiền cứu, mô tả loạt ca.

Kết quả: LRC đã được thực hiện thành công ở 07 bệnh nhân và không có bệnh nhân được chuyển sang mổ mở. Tổng thời gian phẫu thuật trung bình 429 phút; trong đó thời gian trung bình nạo vét hạch chậu 130 phút, thời gian trung bình cắt bàng quang là 103 phút, thời gian chuyển lưu nước tiểu tùy thuộc vào phương pháp chuyển lưu. Lượng máu mất ước tính trung bình

là 203 mL. Thời gian trung bình để phục hồi lưu thông ruột là 29 giờ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 13 ngày. Khi theo dõi trung bình 2 tháng, không có bệnh nhân có biến chứng sớm cũng như không có biến chứng lớn xảy ra.

Kết luận: LRC của chúng tôi tại Bệnh Viện Bình Dương là an toàn, tổng thời gian phẫu thuật có thể chấp nhận được và kết quả theo dõi ngắn hạn rất khả quan.

Từ khóa: ung thư bàng quang, nạo vét hạch chậu, tạo hình bàng quang bằng ruột.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY, INITIAL EXPERIENCE AT BINH DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the initial results includes safety and efficacy of radical cystectomy and present the initial experience from Binh Duong Hospital.

Methods: Prospective and Descriptive Case Series were used in this study. From March 2021 to November 2022, 07 patients with bladder cancer underwent laparoscopic radical cystectomy (LRC) and pelvic lymph node dissection by a team of Doctors from Department of Urology – Andrology at Binh Duong Hospital. We present clinical pathology data, step-by-step surgical techniques description in Binh Duong Hospital and 2 month post-surgery information.

Results: LRC was successfully performed on seven patients and no patient was converted to

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thế Anh

SĐT: 0913556115

Email: bsduongtheanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 02/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

open surgery. Total surgery average time was 429 minutes respectively, in which the average time for dissection of the pelvic lymph nodes lasted 130 minutes, and the average time of cystectomy is 103 minutes. The time of urine diversion depends on the method of diversion. The averagely estimated blood loss was 203ml. The average time to restore intestinal circulation was 29 hours. The mean hospitalization was 13 days. No patients had an early complication and a major complication during 2-month observation.

Conclusion: The LRC at Binh Duong Hospital is feasible and safe. The duration of surgery is tolerable and the short-term follow-up results are satisfactory.

Keywords: bladder cancer, pelvic lymph node dissection, bladder reconstruction by bowel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang chiếm 63.000 ca mắc mới và khoảng 13.000 ca tử vong hàng năm ở Hoa Kỳ, và 357.000 ca mắc với 145.000 ca tử vong hàng năm trên toàn thế giới [12]. Cắt bàng quang tận gốc (RC) với bóc tách hạch vùng chậu (LND) vẫn là phương pháp chính của các nỗ lực điều trị, cùng với việc hóa trị có vai trò bổ sung bên cạnh phẫu thuật. Mục tiêu điều trị của phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc là đảm bảo bờ phẫu thuật âm và LND thích hợp [10]. Những nỗ lực nhằm giảm thiểu tỷ lệ biến chứng của bệnh nhân do RC đã đồng thời với việc áp dụng rộng rãi các kỹ thuật nội soi trong khoa tiết niệu, dẫn đến sự phát triển của LRC, nhanh chóng trở thành một phương pháp điều trị khả thi. Kinh nghiệm đáng kể trên toàn thế giới đã phát triển kỹ thuật này từ các báo cáo trường hợp đơn lẻ ban đầu đến các loạt bài với số liệu nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm và có thời gian theo dõi dài hạn [9,11]. Nghiên cứu này tập trung vào các

tiêu chí lựa chọn bệnh nhân, các khía cạnh kỹ thuật và kết quả sau phẫu thuật.

Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân ung thư bàng quang được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh Viện Bình Dân khoảng 1200 trường hợp, trong đó có 500 trường hợp bệnh mới, tỷ lệ bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ chiếm tỷ lệ 25–30% theo số liệu thống kê năm 2018. Cắt bàng quang tận gốc là chỉ định bắt buộc đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ và là chỉ định cần nhắc trong một số trường hợp khác của ung thư bàng quang [1].

Tại Bình Dương, hàng năm số bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư bàng quang khoảng trên 100 trường hợp, chúng tôi tiến hành quy trình nội soi bàng quang chẩn đoán và sinh thiết cho bệnh nhân. Đối với những trường hợp kết quả giải phẫu bệnh là bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ chúng tôi tiến hành nội soi cắt đốt bướu bàng quang qua ngã niệu đạo và hóa trị tại chỗ, nhưng những trường hợp bướu bàng quang xâm lấn cơ chúng tôi phải chuyển lên tuyến trên để điều trị tiếp cho bệnh nhân.

Chính vì những lý do trên, chúng tôi nhận thấy nhu cầu thiết yếu phải phát triển kỹ thuật này nhằm nâng cao chất lượng điều trị, đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân. Tháng 8 năm 2020, lần đầu tiên chúng tôi thực hiện phương pháp phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc để điều trị cho bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ tại Bệnh Viện Bình Dương.

Mục tiêu: Đề minh họa kỹ thuật, đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và trình bày kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi tại Bệnh Viện Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 4 năm 2022, 05 bệnh nhân bị ung thư bàng quang đã được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc tận gốc (LRC), bóc tách hạch vùng chậu bởi một nhóm bác sĩ

khoa ngoại Tiết Niệu – Nam Học, Bệnh Viện Bình Dương.

Chúng tôi trình bày dữ liệu bệnh lý lâm sàng, mô tả kỹ thuật phẫu thuật từng bước tại Bệnh Viện Bình Dương và tình trạng hậu phẫu theo dõi 2 tháng sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả loạt ca.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bướu bàng quang xâm lấn cơ. Những bệnh nhân có sẹo mổ cũ vùng bụng tùy theo tiền sử cuộc mổ trước đây cùng với kinh nghiệm của phẫu thuật viên đều được chúng tôi cân nhắc cho phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn phần.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: nhiễm trùng ổ bụng, bàng, béo phì, những rối loạn đông máu chưa được điều trị. Những bệnh nhân lớn tuổi có vấn đề của tim mạch, hô hấp nặng, xạ trị vùng chậu trước đó, những bệnh nhân này sẽ được bàn bạc kỹ và thường có xu hướng không chọn phẫu thuật nội soi vì những nguy cơ trên tim mạch cũng như tổn

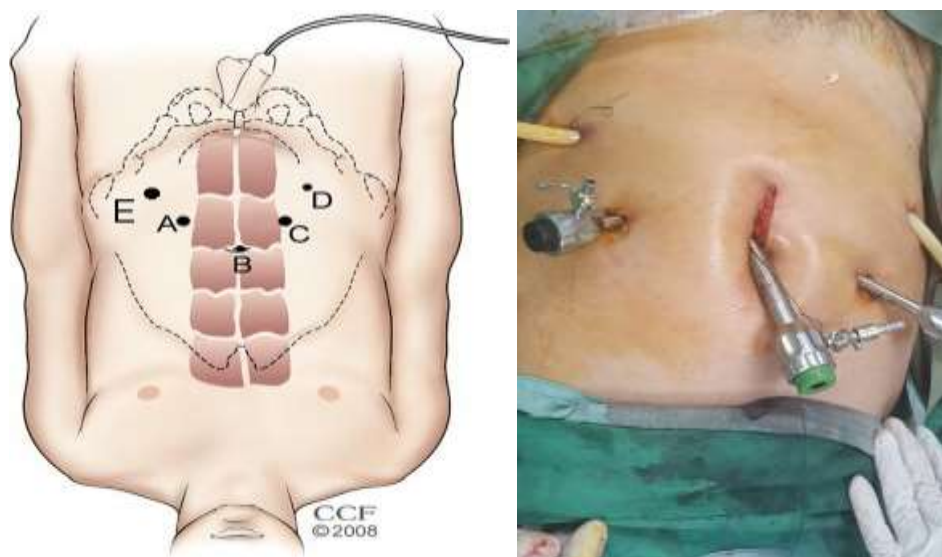
thương trực tràng sẽ tăng cao khi bóc tách bàng quang, tuyến tiền liệt ra khỏi trực tràng.

2.2.3. Các bước thực hiện phẫu thuật:

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Bệnh nhân được làm các xét nghiệm thường quy và chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân trước ngày phẫu thuật.

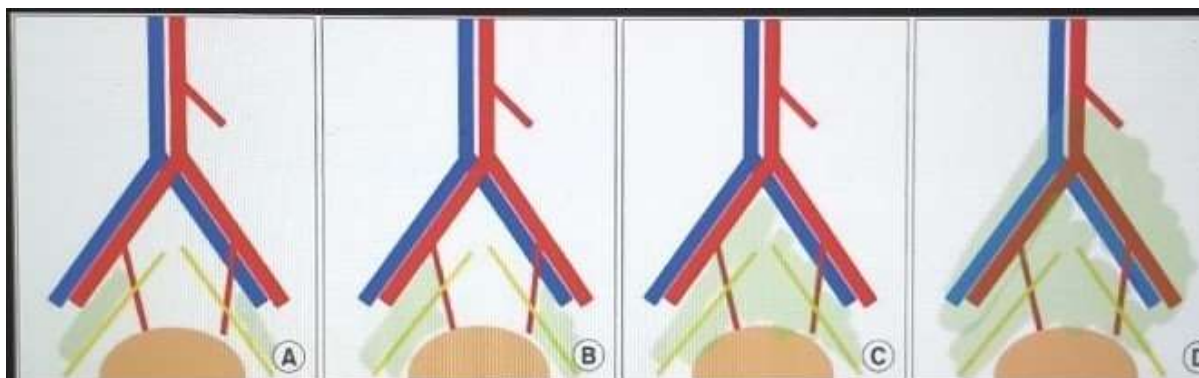
Phương pháp vô cảm và tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản và đặt nằm tư thế sản khoa với đầu thấp 30 độ là cần thiết để dễ dàng tiếp cận tầng sinh môn và cho phần ruột non không bị sa xuống tiểu khung trong quá trình phẫu thuật.

Các vị trí chọn đặt trocar: Chúng tôi chọn vào bụng 5 trocar cho tất cả các ca phẫu thuật trong lô nghiên cứu này. Trocar camera đặt ngay dưới rốn; trocar 2 và 3 được đặt lần lượt bờ ngoài cơ thẳng bụng ngang mức rốn đối xứng 2 bên; trocar 4 và 5 vị trí được chọn là trung điểm của đường thẳng nối trocar 2 hoặc 3 với gai chậu trước trên cùng bên (Hình 1).



Hình 1. Các vị trí đặt trocar trong phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc tại Bệnh Viện Bình Dương

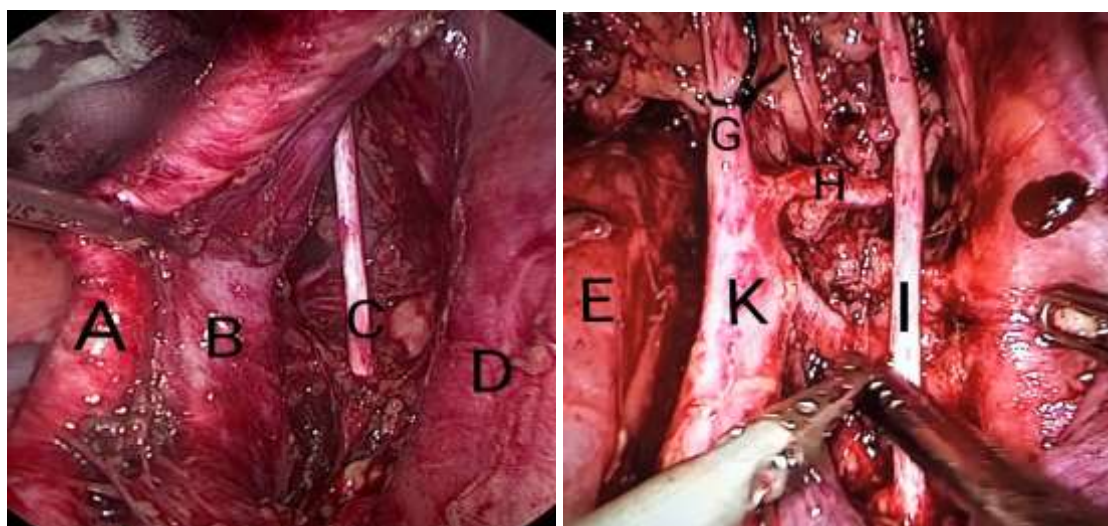
Nạo hạch chậu: Chúng tôi chọn nạo hạch bạch huyết chậu tiêu chuẩn và thực hiện ở tầng đầu tiên của cuộc mổ như một quy trình thường quy cho phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc ở Bệnh Viện Bình Dương (Hình 2).



Hình 2. (A) nạo hạch vùng chậu hạn chế; (B) nạo hạch vùng chậu tiêu chuẩn; (C) nạo hạch vùng chậu mở rộng; (D) nạo hạch vùng chậu siêu mở rộng

Nạo hạch bạch huyết là một phần quan trọng trong thiết kế ca mổ ung thư bàng quang xâm lấn, vậy nên chúng tôi chọn thực hiện lúc kíp mổ đầy đủ nhất về tinh thần cũng như thể lực vì kỹ thuật nạo hạch tiêu chuẩn đòi hỏi sự tỉ mỉ và tập trung cao. Chúng tôi bắt đầu với một đường mở phúc mạc thành bụng ngay vị trí khối cơ thắt lưng chậu, kéo dài từ lỗ bẹn sâu đến góc động mạch chậu chung. Chúng tôi cắt ống dẫn tinh ngang mức bắt chéo bó mạch chậu ngoài

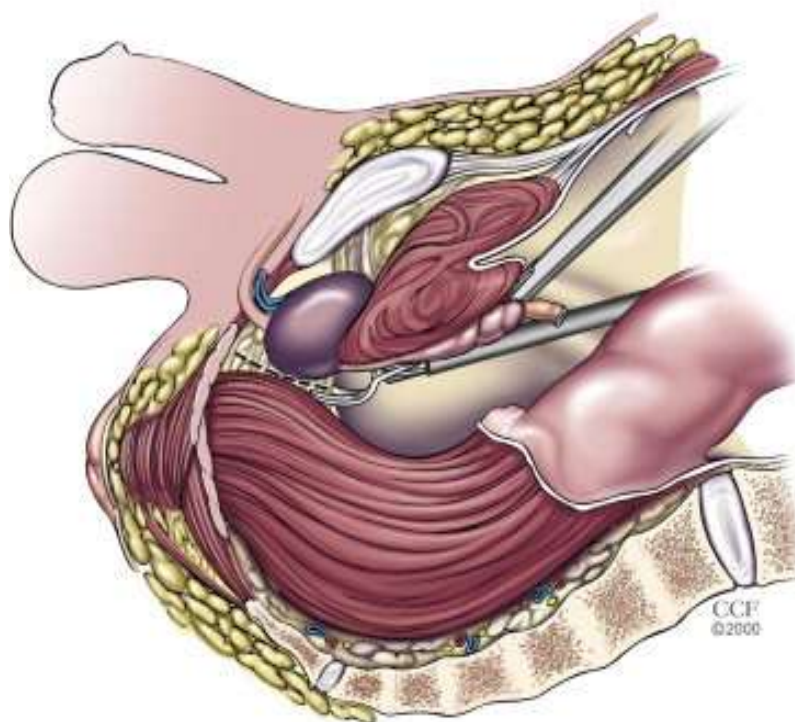
điều này sẽ làm cho phẫu trường trong thì nạo hạch sẽ thuận lợi hơn. Phẫu tích lấy sạch nhóm hạch vùng cơ thắt lưng; bó mạch chậu ngoài, phần đầu bó mạch chậu chung; phẫu tích lấy sạch hạch bịt đến mạc nội chậu; phẫu tích lấy nhóm hạch bó mạch chậu trong và dừng lại ngang mức động mạch rốn. Cột cắt động mạch rốn ở vị trí này. Thực hiện các thao tác tương tự ở phía đối diện [5,6,7,13] (Hình 3).



Hình 3. (A) động mạch chậu ngoài; (B) tĩnh mạch chậu ngoài; (C) thần kinh bịt; (D) cơ thắt lưng chậu; (E) niệu quản; (G) động mạch rốn; (K) động mạch chậu trong; (H) động mạch bịt; (I) thần kinh bịt

Cắt bàng quang tận gốc: Sau khi đã nạo vét hạch 2 bên như mô tả ở trên thì thực tế chúng tôi đã gần như bộc lộ được rõ 2 cánh bàng quang và tiếp cận được đến mạc nội chậu. Do vậy, các bước tiếp theo của cắt bàng quang, chúng tôi bắt đầu từ việc mở phúc mạc túi cùng, thường nên chọn vị trí khoảng 2,5cm so với điểm thấp nhất, vì như vậy chúng tôi có thể dễ dàng phẫu tích vào khoảng trống giữa giới hạn phía trước là hai

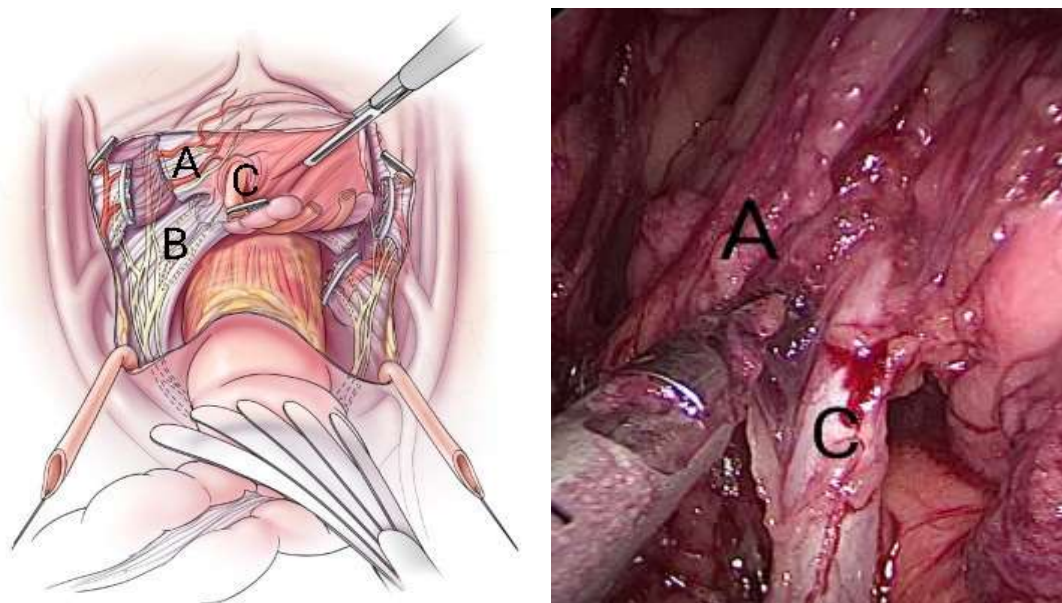
túi tinh, tuyến tiền liệt và phía sau là trực tràng. Khi thấy rõ 2 túi tinh, chúng tôi bóc tách theo mặt sau 2 túi tinh, đảm bảo sự an toàn tuyệt đối cho mặt trước trực tràng tại vị trí này. Sự gắn kết của cân bằng Denonvilliers vào mặt sau của tuyến tiền liệt được xem như một lớp riêng biệt ở đây và cần được phân chia rõ ràng để cho phép tiếp tục bóc tách giữa tuyến tiền liệt và trực tràng đến phần mồm niệu đạo [7,8,11] (Hình 4).



Hình 4. Cân Denonvilliers cần được phân chia rõ ràng để cho phép tiếp tục bóc tách giữa tuyến tiền liệt và trực tràng đến phần mồm niệu đạo

Như vậy, đến lúc này chúng tôi đã có thể phân lập được 2 cánh của bàng quang, tuyến tiền liệt được giới hạn phía ngoài bởi mặt phẳng bóc tách khi nạo hạch bít và phía trong bằng mặt phẳng phẫu tích giữa túi tinh, tuyến tiền liệt và trực tràng. Đến lúc này, chúng tôi

vẫn giữ niệu quản, chưa cắt rời niệu quản và dùng niệu quản như một mặt phẳng để chia cắt cuống mạch bàng quang thành 2 phần với phía ngoài được cho là nhiều mạch máu hơn và phía trong giàu các sợi thần kinh hơn [6,8,9,10](Hình 5)



Hình 5. Cuống bàng quang được niệu quản xuyên qua giữa và phân chia thành 2 phần với (A) nằm ngoài, nhiều mạch máu hơn; (B) nhiều các sợi thần kinh hơn; (C) niệu quản

Chúng tôi thực hiện cắt cuống bàng quang bằng dao Ligasure và không có thực hiện kĩ thuật tiết kiệm thần kinh cường trong các bệnh nhân thuộc nghiên cứu này. Tiếp theo chúng tôi tiến hành mở mạc nội chậu 2 bên để bộc lộ cánh bên tuyến tiền liệt, tiến hành cắt cuống tuyến tiền liệt bằng Ligasure 2 bên cho đến khi tiếp cận được mặt bên niệu đạo là đạt.

Chúng tôi thực hiện mở phúc mạc mặt trước bàng quang, cố gắng để lấy trọn vẹn mô mỡ quanh bàng quang và dây chằng rốn giữa. Lúc này sẽ nhìn thấy dây chằng mu tuyến tiền liệt, cẩn thận cắt dây chằng mu tuyến tiền liệt sẽ lộ ra các tĩnh mạch lưng, chúng tôi xử lí cắt các tĩnh mạch lưng bằng Ligasure, đôi lúc là mũi chỉ khâu tăng cường được sử dụng sau khi các tĩnh mạch đã được cắt hoàn toàn nếu chảy máu không kiểm soát được bằng dụng cụ cắt đốt.

Chúng tôi tiến hành cắt niệu quản ngang mức động mạch rốn và lấy mẫu mép cắt đầu xa để làm giải phẫu bệnh, cắt rời niệu đạo và

cũng tương tự lấy mẫu đầu xa làm giải phẫu bệnh. Lúc này bàng quang hoàn toàn được rời ra, chúng tôi bỏ ngay vào túi bệnh phẩm đã được chuẩn bị trước đó. Sau đó, kiểm tra toàn diện phẫu trường một lần nữa, lấy bệnh phẩm ra ngoài qua một đường rạch nhỏ dưới rốn rời chuyển qua bước tiếp theo - chuyển lưu nước tiểu [2,3,10,11].

Chuyển lưu nước tiểu: Tùy vào từng bệnh nhân cụ thể với đánh giá giai đoạn trước mổ - thể trạng bệnh nhân, chúng tôi sẽ quyết định phương pháp chuyển lưu nước tiểu phù hợp. Những phương pháp chuyển lưu nước tiểu được sử dụng trong các nghiên cứu này bao gồm: 2 ca tạo hình bàng quang bằng ruột phương pháp Hautmann; 1 ca chuyển lưu nước tiểu phương pháp Bricker; 2 ca mở niệu quản ra da. Trong bài này chúng tôi chỉ tập trung mô tả kỹ thuật cắt bàng quang tận gốc và đánh giá kết quả bước đầu, vậy nên phần chuyển lưu nước tiểu chúng tôi chỉ dừng lại ở các phương pháp chuyển lưu được thực hiện mà chưa đi sâu

vào kỹ thuật cũng như đánh giá kết quả phân này.

Ghi nhận các thông số: Tổng thời gian mổ; thời gian nạo hạch chậu; thời gian cắt bàng quang; thời gian chuyển lưu nước tiểu; lượng máu mất trong mổ; thời gian lưu thông ruột; thời gian nằm viện. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: số lượng hạch chậu được nạo, bờ biên phẫu thuật (niệu quản, niệu đạo mô xung quanh bàng quang). Theo dõi bệnh nhân 2 tháng sau phẫu thuật đánh giá các biến chứng sớm của phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 4 năm 2022, 05 bệnh nhân bị ung thư bàng quang

đã được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc (LRC), bóc tách hạch vùng chậu bởi một nhóm bác sĩ khoa ngoại Tiết Niệu – Nam Học, Bệnh Viện Bình Dương.

Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi: Trung bình 64 tuổi, (59-73)

Giới tính: nam 100%

BMI: trung bình 21

ASA: ASA II: 2 bệnh nhân; ASA I: 5 bệnh nhân.

Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ: 01 ca carcinoma, xâm lấn lớp dưới niêm, 01 ca carcinoma, xâm lấn cơ nông bàng quang và 05 ca carcinoma, xâm lấn lớp cơ sâu bàng quang.

Phân giai đoạn TNM trước mổ:

CASE	1	2	3	4	5	6	7
tnm	T1aNxM0	T2bN1M0	T2bNxM0	T2aNxM0	T2aNxM0	T2bN1M0	T2bN0M0

Kết quả phẫu thuật: LRC đã được thực hiện thành công ở 07 bệnh nhân và không có bệnh nhân được chuyển sang mổ mở. Tổng thời gian phẫu thuật trung bình 429 phút; trong đó, thời gian trung bình nạo hạch chậu 130 phút, thời gian trung bình cắt bàng quang là 103 phút, thời gian chuyển lưu nước

tiểu tùy thuộc vào phương pháp chuyển lưu. Lượng máu mất ước tính trung bình là 203 mL. Thời gian trung bình để phục hồi lưu thông ruột là 29 giờ. Khi theo dõi trung bình 2 tháng, không có bệnh nhân có biến chứng sớm cũng như không có biến chứng lớn xảy ra (Bảng 1).

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5	Case 6	Case 7
Tổng thời gian phẫu thuật (phút)	480	460	360	450	420	420	410
Thời gian nạo hạch	150	130	160	100	120	140	110
Thời gian cắt bàng quang (phút)	120	100	90	100	100	120	90
Thời gian chuyển lưu nước tiểu (phút)	210	230	110	250	260	160	210
Lượng máu mất (ml)	300	200	150	220	300	100	150
Thời gian lưu thông ruột (giờ)	12	24	8	48	36	30	48
Thời gian nằm viện (ngày)	13	10	6	22	21	12	8

Kết quả giải phẫu bệnh: Chúng tôi xử lý bệnh phẩm sau mổ và tách riêng từng phần khác nhau: bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh và mô mỡ quanh bàng quang được để chung 1 khối; hai phần riêng biệt cho hai bờ cắt niệu quản hai bên; tương tự 2 phần khác nhau cho hạch nhóm hạch chậu bịt hai bên và

một mẫu cắt mồm niệu đạo. Ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: tất cả đều là carcinoma xâm lấn lớp cơ sâu bàng quang; tất cả các bờ cắt của các ca trong nghiên cứu đều âm tính; trung bình số hạch nạo được là 20 hạch (ít nhất là 16 hạch và nhiều nhất là 24 hạch) (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm	1	2	3	4	5	6	7
Bướu bàng quang	Carcinoma Biệt hóa cao Xâm lấn cơ dưới niêm	Carcinoma Biệt hóa thấp Xâm lấn cơ sâu bàng quang	Carcinoma Biệt hóa thấp Xâm lấn cơ sâu bàng quang	Carcinoma Biệt hóa cao Xâm lấn cơ sâu	Carcinoma Biệt hóa cao Xâm lấn cơ nông	Carcinoma Biệt hóa cao Xâm lấn cơ sâu	Carcinoma Biệt hóa cao Xâm lấn cơ sâu
Hạch dương /tổng hạch nạo.	0/24	4/22	0/18	0/20	0/22	2/16	0/19
Bờ cắt	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính

Theo dõi trung bình 2 tháng, không có bệnh nhân có biến chứng sớm xảy ra, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân sau 2 tháng đều có thể sinh hoạt cá nhân và vận động nhẹ nhàng được.

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về lựa chọn bệnh nhân: Việc lựa chọn bệnh nhân thích hợp là một bước cần thiết để đảm bảo cho cuộc mổ có kết quả khả quan. Ở những bệnh nhân gầy, có khối u sớm hoặc chưa có tiền sử phẫu thuật hay xạ vùng chậu trước đó sẽ được ưu tiên lựa chọn trong giai đoạn mới bắt đầu triển khai kỹ thuật. Cách tiếp cận này sẽ làm tối đa hóa việc học hỏi kinh nghiệm và trưởng thành lên, giảm thiểu được vấn đề thời gian mổ kéo dài, sự chán nản và mệt mỏi của phẫu thuật viên và các tai biến cho bệnh nhân. Tiêu chí chọn bệnh nên được kết hợp giữa yếu tố bệnh nhân và giai đoạn khối u. Khối u cũng là một yếu tố quan trọng trong việc quyết định lựa chọn phẫu thuật, trong giai đoạn đầu lý tưởng nhất chúng ta nên chọn những bệnh nhân có bướu T2a hoặc T2b. Xử lý các khối u lớn cồng kềnh không được khuyến khích, vì khó xử lý các khối u lớn bằng dụng cụ nội soi thông thường với không gian trong khung chậu bị thu hẹp lại và điều này làm cho khó

xử lý các tình huống chảy máu hơn và tăng nguy cơ xảy ra các tai biến khác.

Bàn luận về việc sắp xếp trong cuộc mổ: Mục tiêu điều trị của phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc là đảm bảo bờ phẫu thuật âm và LND thích hợp [10]. Và với mục tiêu đó chúng tôi đứng trước mỗi bệnh nhân đều có một kế hoạch và kịch bản phẫu thuật cụ thể, bên cạnh chuẩn bị bệnh nhân, thì phần chuẩn bị dụng cụ và phẫu thuật viên tốt sẽ làm cho cuộc mổ thuận lợi và kiểm soát tốt hơn. Chúng tôi bắt đầu cuộc mổ bằng nạo hạch tiếp đến là cắt bàng quang và chuyển lưu nước tiểu. Nạo hạch bạch huyết là một phần quan trọng trong thiết kế ca mổ ung thư bàng quang xâm lấn, chọn thực hiện lúc rảnh rỗi đầy đủ nhất về tinh thần cũng như thể lực vì kỹ thuật nạo hạch tiêu chuẩn đòi hỏi sự tỉ mỉ và tập trung cao độ. Mặt khác, việc tuân thủ quy trình nạo hạch tiêu chuẩn khi chúng tôi nạo hạch hố bịt, đồng thời cũng sẽ di động hoàn toàn mặt bên bàng quang ra khỏi vách

chậu và dừng lại ở mạc nội chậu. Khi nạo hạch động mạch chậu trong, chúng tôi di động niệu quản và kết thúc nạo hạch với việc cắt động mạch rốn, thời gian trung bình nạo hạch chậu 130 phút. Từ đó có thể nói rằng, việc nạo hạch tiêu chuẩn đã chuẩn bị tốt thì

bước tiếp theo của cuộc mổ là cắt bàng quang.

Bàn luận về kết quả: tính an toàn và khả thi của phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương khi so sánh kết quả với các tác giả:

	Tác giả	Deyan Anakievski (2017) n=22	Vũ Lê Chuyên (2012) n=10	Pengfei Shao (2011) n=43
Thời gian mổ trung bình	429 (360-480)	300 (180-420)	390 (240-520)	329(280-470)
Lượng máu mất trung bình	203(100-300)	270 (160-500)	450	325(200-1500)
Số lượng hạch chậu trung bình	20,1(16-24)	19,3 (6-36)		31,3(19-53)
Thời gian nằm viện trung bình	13,1(6-22)	7 (5-12)	11,7 (7-28)	

Trong cùng một giai đoạn ban đầu triển khai áp dụng phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc, thời gian mổ trung bình của chúng tôi kéo dài hơn so với các tác giả khác. Điều này có thể lí giải rằng, đối với việc cắt bàng quang tận gốc chúng tôi không có được đủ nền tảng tốt từ kinh nghiệm số ca mổ mổ đáng kể trước khi chuyển qua làm nội soi vậy nên trong từng bước phẫu thuật chủ trương chung của nhóm phẫu thuật là thực hiện chậm và an toàn nhất có thể. Và điều đó thể hiện qua việc lượng máu mất trong cuộc mổ của chúng tôi ít hơn cũng như tổng số hạch chậu được nạo vét tương đương với các tác giả.

Hạn chế của nghiên cứu: Trong một thời gian tương đối dài, những yếu tố khách quan đã làm cho việc triển khai kỹ thuật không liên tục và kết quả số liệu có được tương đối ít và rời rạc. Thời gian theo dõi bệnh nhân để có những đánh giá kết quả sau mổ còn ngắn.

V. KẾT LUẬN

Triển khai LRC là phù hợp nhằm đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho bệnh nhân, đồng thời nhằm đẩy mạnh phát triển những kỹ thuật chuyên sâu để nâng cao chất lượng điều trị.

Thiết kế và bố cục các giai đoạn cuộc mổ khoa học và phù hợp với điều kiện hiện tại của Bệnh Viện Bình Dương.

LRC của chúng tôi tại Bệnh Viện Bình Dương đánh giá kết quả bước đầu là khả thi và an toàn. Thời gian phẫu thuật có thể chấp nhận được và kết quả rất khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Châu, Văn Thành Trung, Hồ Xuân Tuấn, Trịnh Nguyên Bách. Các tiến bộ kỹ thuật tác động đến kết quả phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang bằng ruột

2. **Thái Minh Sâm và cộng sự** (2013). Phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng hồi tràng tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y Dược Học, tr. 176-180.
3. **Vũ Lê Chuyên** (2012). Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang thay thế nối thẳng. Phẫu thuật cắt bàng quang. Nhà xuất bản y học. tr.233 – 250.
4. **Denewer A., Kotb S., Hussein O., El-Maadawy M.** Laparoscopic-assisted cystectomy and lymph node dissection for bladder cancer: initial experience. World J Surgery. 1999; 23 : 608–611.
5. **Finelli A., Gill IS, Desai MM, Moinzadeh A., Magi-Galluzzi C., Kaouk JH.** Laparoscopic expanded iliac lymphadenectomy for bladder cancer. Techniques and initial results. J Urol. 2004; 172 : 1809–1812.
6. **Ghazi A., Zimmermann R., Al-Bodour A., Shefler A., Janetschek G.** Optimization of lymph node dissection in laparoscopic radical cystectomy. Eur Urol. 2010; 57 : 71–78.
7. **Guillotreau J, Gamé X, Mouzin M, Roche JB, Abu Anz S, Doumerc N.** Radical cystectomy in elderly patients with bladder cancer. Feasibility and disease assessment. Prog Urol. 2010; 20 : 204–209.
8. **Haber GP, Campbell SC, Colombo JR, Jr, Fergany AF, Aron M., Kaouk J.** Preoperative outcomes with laparoscopic radical cystectomy: 'laparoscopic alone' and 'open-assisted laparoscopic' approaches. Urology 2007; 70 : 910–915.
9. **Haber GP, Gill IS,** Laparoscopic radical cystectomy for cancer: cancer results up to 5 years. BJU Int.2007; 100 : 137–142.
10. **Herr HW, Faulkner JR, Grossman HB, Natale RB, deVere White R., Sarosdy MF,** Surgical factors influencing bladder cancer outcomes: a report of a collaborative group. J Clin Oncol. 2004; 22 : 2781–2789.
11. **Huang J, Lin T, Liu H, Xu K., Zhang C, Jiang C,** Laparoscopic radical cystectomy with rectovaginal cystectomy for bladder cancer. Oncology results of 171 cases with a mean follow-up of 3 years. Eur Urol.2010; 58 : 442–449.
12. **Parkin DM,** Global burden of urinary bladder cancer. Scand J Urol Nephrol Suppl. 2008; 218 : 12–20.
13. **Shao P., Meng X., Li J., Lv Q., Zhang W., Xu Z.** Laparoscopic enlarged pelvic lymph node dissection in radical cystectomy: technique and clinical results. BJU Int. 2011; 108 : 124–128.

KẾT QUẢ TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ SAU 5 NĂM THỰC HIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÌNH DƯƠNG

Dương Thế Anh¹, Đoàn Quang Long¹, Trương Thiên Định¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện đa khoa (BVĐK) Bình Dương sau 5 năm thực hiện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại BVĐK Bình Dương trong thời gian từ tháng 10/2017 đến 5/2022. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Có 515 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ tại BVĐK Bình Dương từ tháng 10/2017 đến tháng 5/2022. Tuổi trung bình $47,16 \pm 11,88$ (18-82 tuổi). Giới nam 347 (67,38%), nữ 168 (32,62%). BMI $23,01 \pm 2,12$ (17- 30). Kích thước sỏi trung bình $3,17\text{cm} \pm 0,99$ (1,4 - 5,2cm). Mức độ ứ nước trên MSCT: không ứ nước 41 (7,96%); độ I 192 (37,28%); độ II 265 (51,46%); độ III 17 (3,3%). Đường vào thận đài trên 19 (3,69%); đài giữa 97 (18,83%); đài dưới 388 (75,34%); nhiều đường hầm 11 (2,14%). Thời gian mổ trung bình (phút) $71,40 \pm 19,99$ (30-125). Tỷ lệ sạch sỏi: 473/515 (91,84%). Biến chứng: độ 1: 18 (3,5%), độ 2: 5 (0,97%), độ 3A: 3 (0,58%), 3B: 2 (0,38%), 4A:

2 (0,38%). Thời gian nằm viện trung bình (ngày) $4,46 \pm 1,42$ (3-12).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là một phương pháp ít xâm hại, an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ. Tại BVĐK Bình Dương tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là lựa chọn đầu tiên đối với bệnh nhân sỏi thận có chỉ định can thiệp ngoại khoa, hạn chế mổ mở cho bệnh nhân.

Từ khóa: Sỏi thận, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF KIDNEY STONE BY MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AFTER 5 YEARS AT BINH DUONG GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the efficacy and safety of mini percutaneous nephrolithotomy (mini PCNL) in patient with renal stones at Binh Duong general hospital.

Materials and methods: Materials: We reviewed the medical records of the patients with renal stones treated with mini percutaneous nephrolithotomy technique between October 2017 and May 2022. Methods: Prospective study and descriptive study.

Results: We identified a total of 515 patients who underwent Mini PCNL at Binh Duong general hospital between October 2017 and May 2022, having met the inclusion criteria. The mean age of the patients was $47,16 \pm 11,88$ (range 18-82 years), 347 (67,38%) men, 168 (32,62%) women. The mean BMI was $23,01 \pm$

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thế Anh
SĐT: 0913556115
Email: bsduongtheanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 27/12/2022
Ngày phản biện khoa học: 02/02/2023
Ngày duyệt bài: 10/03/2023

2,12 (17- 30). The mean stone burden was 3,17cm $\pm$ 0,99 (1,4 - 5,2cm). Grading systems of hydronephrosis via MSCT: Grade 0 n=41 (7,96%); Grade I n=192 (37,28%); Grade II n=265 (51,46%); Grade III n=17 (3,3%). Upper pole puncture n=19 (3,69%); Mid pole puncture n=97 (18,83%); Lower pole puncture n=388 (75,34%); Multi pole puncture 11 (2,14%). The mean operative time was 71,40 $\pm$ 19,99 (30-125 minutes). Postoperative complete stone clearance rate: 473/515 (91.84%). Complications: grade 1: 18(3.5%), grade 2: 5(0.97%), grade 3A: 3(0.58%), 3B: 2(0.38%) and 4A: 2(0,38%). The mean hospital stay was 4,46 $\pm$ 1,42 (3-12 days).

Conclusions: Mini percutaneous nephrolithotomy is less invasive, safe, effective treatment and good comestic results. At Binh Duong General hospital, mini percutaneous nephrolithotomy is the first choice in the treatment of kidney stones, especially in patients with recurrent stone formation.

Keywords: Kidney stone, Mini percutaneous nephrolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý có tỷ lệ mắc bệnh cao đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý tiết niệu sau nhiễm khuẩn đường tiết niệu và các bệnh lý bề tuyến tiền liệt. Thế kỷ 20, điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu trên thế giới đa phần chỉ là mổ mở. Ngày nay với sự ra đời của các máy tán sỏi, kỹ thuật hình ảnh, các công cụ nội soi ngày càng hoàn thiện,... đã cho chúng ta thêm nhiều lựa chọn về các phương pháp điều trị sỏi niệu. Chỉ định mổ mở thu hẹp dần thay vào đó là các phương pháp điều trị ít xâm lấn: Tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi và tán sỏi qua da (PCNL).

Tán sỏi qua da được xem là phương pháp điều trị sỏi thận hiệu quả và đã được chấp nhận một cách rộng rãi. Mặc dù PCNL có tỷ

lệ sạch sỏi cao tốt tuy nhiên vẫn còn nhiều biến chứng, đặc biệt là chảy máu là biến chứng chính với đường hầm tiêu chuẩn (24 – 30Fr). Năm 1998, Jackman và cs thực hiện thành công bệnh nhân lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (Mini - PCNL) đầu tiên trên bệnh nhân nhi sử dụng bộ nong đường kính 13 Fr. Việc thu nhỏ đường hầm vào thận làm giảm nguy cơ chảy máu, giúp bệnh nhân giảm đau và hồi phục sức lao động sớm hơn.

Tại Việt Nam, lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ cũng đã được phát triển trong nhiều năm gần đây tại các bệnh viện lớn như BV Bình Dân, BV Việt Đức, BV Trung Ương Huế... Tại BV Đa khoa Bình Dương, chúng tôi thực hiện kỹ thuật Mini - PCNL từ đầu năm 2017. Đầu tiên, chúng tôi thực hiện với bộ nong tiêu chuẩn 30Fr, sau đó dùng bộ nong Mini với kích thước từ 16-18Fr. Đến nay đã thực hiện thường quy với tán sỏi qua da đường hầm nhỏ và thu được nhiều kết quả tốt cho điều trị sỏi thận kích thước >20mm. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả, tai biến và biến chứng của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Bình Dương.

Mục tiêu của nghiên cứu:

1. Đánh giá tỷ lệ sạch sỏi của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.
2. Đánh giá tai biến, biến chứng cũng như cách xử trí tai biến, biến chứng của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân chẩn đoán sỏi thận được chỉ định điều trị bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại khoa Ngoại tiết niệu – Nam khoa Bệnh viện Bình Dương

trong thời gian từ tháng 10/2017 đến tháng 05/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Sỏi bể thận đơn thuần, sỏi san hô một phần hoặc toàn bộ, sỏi trong các đài thận và túi thừa đài thận, sỏi khúc nối BT – NQ hoặc sỏi niệu quản đoạn trên đã tán sỏi ngược dòng thất bại, sỏi thận đã tán sỏi ngoài cơ thể không thành công hoặc sỏi tái phát sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhiễm trùng tiểu chưa được điều trị ổn định.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

Chọn đối tượng vào nghiên cứu

Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu được lựa chọn theo trình tự thời gian thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tuân thủ quy trình chẩn đoán và điều trị tại BVĐK Bình Dương. Sau khi được chọn vào nhóm nghiên cứu, thầy thuốc trực tiếp hỏi tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng, làm bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu, chụp CTScan bụng có hoặc không có thuốc cản quang, dựng hình hệ niệu.

Chuẩn bị bệnh nhân phẫu thuật

Chuẩn bị trước mổ như một trường hợp phẫu thuật thường quy, dụng cụ của bộ Mini - PCNL 16 -18 Fr. Dàn máy nội soi tiết niệu, máy siêu âm ổ bụng, máy C-arm. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị dựa trên kháng sinh đồ, hoặc theo kinh nghiệm dựa trên phân tầng nguy cơ bệnh nhân của Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu theo Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam (VUNA) 2018 và 2022. Tư thế bệnh nhân nằm sấp kê gối hỗ trợ hô hấp và gập bàn.

Các thì phẫu thuật

Thì 1: Đặt catheter niệu quản.

Thì 2: Chọc dò và nong đường hầm vào đài thận. Chọc dò dưới hướng dẫn của C-arm, siêu âm hoặc kết hợp cả hai.

Thì 3: Tán sỏi và lấy sỏi thận ra. Ở thì lấy sỏi ra ngoài, chúng tôi có hỗ trợ bơm nước từ sonde niệu quản lên mà không sử dụng kim hay rọ bắt sỏi.

Thì 4: Đặt thông JJ, dẫn lưu thận ra da.

Thu thập số liệu

Hậu phẫu ghi nhận: Tình trạng chảy máu, sốt, đau hông lưng sau mổ.

Xét nghiệm: công thức máu sau 6 giờ. Chụp KUB trước khi rút ống thông mở thận ra da để kiểm tra kết quả sạch sỏi.

Sau 24 giờ, rút ống thông niệu quản và kẹp dẫn lưu thận ra da. Sau 48 giờ, rút ống dẫn lưu thận.

Tái khám sau 01 tháng: chụp KUB, rút thông JJ.

Đánh giá kết quả sạch sỏi: dựa vào nội soi thận, C – arm hoặc siêu âm lúc mổ và chụp X quang KUB sau mổ.

Tiêu chuẩn sạch sỏi: hết sỏi hoặc còn mảnh sỏi < 5mm dựa trên phim KUB sau mổ.

Đánh giá biến chứng theo thang điểm Clavien-Dindo cải biên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 41. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Trung bình
Tuổi	47,16 ± 11,88 (18-82) tuổi
BMI	23,01 ± 2,12 (17- 30)

Độ tuổi trung bình: 47,16 ± 11,88 (18-82) tuổi. BMI: 23,01 ± 2,12 (17- 30). (Bảng 1)

Bảng 2. Đặc điểm giới tính

Giới tính	Số lượng (N=515)
Nam	347 (67,38%)
Nữ	168 (32,62%)

Nam 347 (67,38%), Nữ 168 (32,62%).(Bảng 2)

Bảng 3. Phân loại sỏi theo Boyce và Moores 1976

Phân loại	Số lượng (N=515)
Sỏi đài thận (S0)	54 (10,48%)
Sỏi bể thận (S1, S2,S3)	366 (71,07%)
Sỏi san hô (S4,S5)	95 (18,45%)

Phân loại sỏi theo Boyce và Moore 1976, đa số là sỏi bể thận ở các vị trí S1, S2 và S3 với 366 ca (71,97%), sỏi đài thận đơn thuần (S0) chiếm 54 ca (10,48%) và sỏi san hô (S4, S5) là 95 ca (18,45%). (Bảng 3).

Bảng 4. Đặc điểm bên phẫu thuật

Bên phẫu thuật	Số lượng (N=515)
Phải	287 (55,73%)
Trái	228 (44,27%)

Sỏi bên phải 287 (55,73%) và bên trái là 228 (44,27%). (Bảng 4).

Bảng 5. Mức độ ứ nước thận trên MSCT

Mức độ ứ nước thận	Số lượng (N=515)
Không ứ nước	41 (7,96%)
Độ I	192 (37,28%)
Độ II	265 (51,46%)
Độ III	17 (3,3%)

Đa số các ca có thận ứ nước độ I, II với lần lượt là 192 (37,28%) và 265 (51,46%). 41 (7,96%) ca không ứ nước và 17 (3,3%) có thận ứ nước độ III. (Bảng 5).

Bảng 6. Đường chọc dò vào đài thận

Vị trí chọc dò	Số lượng (N=515)
Đài trên	19 (3,69%)
Đài giữa	97 (18,83%)
Đài dưới	388 (75,34%)
Nhiều đường hầm	11 (2,14%)

Đường chọc dò vào thận chủ yếu đài dưới với 388 ca chiếm 75,34%, có 19 ca (3,69%) đài trên, 97 ca (18,83%) đài dưới và 11 ca nhiều đường hầm (2,14%) (Bảng 6).

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Tỷ lệ
Sạch sỏi	91,84%
Biến chứng	5,83%
Thời gian hậu phẫu trung bình	4,46 ± 1,42 (3-12) ngày
Thời gian phẫu thuật trung bình	71,40 ± 19,99 (30-125).

Tỉ lệ biến chứng chung là 5,83%. Tỉ lệ sạch sỏi là 91,84%. Thời gian hậu phẫu trung bình: 4,46 ± 1,42 (3-12) và thời gian phẫu thuật trung bình là 71,40 ± 19,99 (30-125). (Bảng 7).

Bảng 8. Biến chứng theo thang điểm Clavien- Dindo cải biên 2004

Biến chứng	Số lượng
Độ 1	18
Độ 2	5
Độ 3A	3
Độ 3B	2
Độ 4a	2
Độ 4b	0
Độ 5	0

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật tán sỏi qua da ngày càng được nghiên cứu và phát triển để giảm các biến chứng liên quan đến việc dùng dụng cụ lớn như mất máu, tổn thương đài bể thận hay đau kéo dài sau phẫu thuật. Cho đến nay, các nhà sản xuất thiết bị nội soi trên thế giới đã đưa vào thị trường không chỉ dụng cụ của Mini PCNL, Ultra Mini PCNL mà thậm chí là Micro PCNL với kích thước siêu nhỏ chỉ 4-5Fr.

Bệnh viện đa khoa Bình Dương bắt đầu triển khai tán sỏi qua da từ tháng 1/2017 và mini Perc từ tháng 10/2017 đến nay đã đạt được những kết quả đáng khích lệ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 515 ca thỏa

mãn tiêu chuẩn nghiên cứu với những thông số như kích thước sỏi trung bình/MSCT: $3,17\text{cm} \pm 0,99$ (1,4 - 5,2cm). Thời gian mổ trung bình (phút): $71,40 \pm 19,99$ (30-125). Tỷ

lệ sạch sỏi cao 473/515 (91,84%) và thời gian nằm viện ngắn với $4,46 \pm 1,42$ (3-12) ngày. Các kết quả này nhìn chung tương đương với các tác giả khác (Bảng 9).

Bảng 9. So sánh kết quả với các nghiên cứu khác

Tác giả	Thời gian phẫu thuật	Tỷ lệ sạch sỏi
Faruk Ozgor (2015)	$71,3 \pm 33,5$	77,1%
Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2016)	$77,80 \pm 19,90$	86,4%
S. V. Krishna Reddy (2016)	$83,67 \pm 19,83$	94,0%
Nguyễn Văn Truyện (2017)	$88,49 \pm 25,79$	87,1 %
Hoàng Long (2017)	$71,3 \pm 33,5$	87,4%
Nghiên cứu này	$71,40 \pm 19,99$ (30-125)	91,8 %

Bàn luận về kỹ thuật chọc dò, đường vào thận dài trên 19 (3,69%); dài giữa 97 (18,83%); dài dưới 388 (75,34%); nhiều đường hầm 11 (2,14%). Chúng tôi chọn đường hầm vào thận với một trong các nguyên tắc sau: chọn đài thận ứ nước, chọn trục đài thận - sỏi - khúc nối bể thận niệu quản; mở thêm đường hầm nếu góc tiếp cận giữa máy soi với sỏi là không thuận lợi, tránh ép máy soi gây chảy máu. Chọc dò đài thận chủ yếu dưới dẫn của C-arm, tuy nhiên có những trường hợp khó đặt sonde niệu quản để khảo sát hệ thống đài bể thận, chúng tôi dùng siêu âm để hướng dẫn chọc dò sau đó kết hợp nong đường hầm vào đài thận dưới hướng dẫn C-arm.

Về kỹ thuật tán sỏi, chúng tôi tán sỏi hoàn toàn bằng laser thành những mảnh nhỏ sau đó tìm và lấy mảnh sỏi ra ngoài với sự hỗ trợ bơm nước qua thông niệu quản hoặc dùng bộ amplatz lấy sỏi có hỗ trợ máy hút. Chúng tôi cố gắng kiểm soát áp lực bơm nước để áp lực trong thận khoảng 30 mmHg. Trong nghiên cứu này, thời gian mổ trung bình $71,40 \pm 19,99$ (30-125) phút. Với những

trường hợp sỏi lớn, thời gian tán sỏi kéo dài tiên lượng không thể lấy hết trong một lần, chúng tôi chủ động ngưng phẫu thuật, mở thận ra da và thực hiện tán sỏi lần 2 sau khoảng 3-5 ngày. Chúng tôi giới hạn thời gian phẫu thuật tối đa khoảng 120 phút để giảm thiểu các biến chứng về nhiễm trùng, chảy máu và ảnh hưởng của tư thế bệnh nhân.

Về biến chứng của phương pháp tán sỏi qua da đã được rất nhiều tác giả trong và ngoài nước báo cáo, biến chứng thường gặp là sốt, tiểu máu, tụ dịch sau phúc mạc, cho tới những biến chứng nguy hiểm như thủng đại tràng, thủng màng phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng có 30 bệnh nhân. Trong đó độ 1 có 18 (3,5%) bệnh nhân có triệu chứng đau nhiều vùng hông sau mổ do bị gập ống thông thận hay đau sau khi kẹp ống thông thận 1 ngày sau đó. Bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau, tháo kẹp ống thông thận, theo dõi bệnh nhân ổn định xuất viện. Biến chứng độ 2 có 5 ca, trong đó có 3 ca phải truyền máu trong và sau mổ, các trường hợp này đều là sỏi đài

thận do không có khoảng trống ở đài để nong đặt amplatz nên gây chảy máu. Chúng tôi đã cố gắng tán sỏi để tạo khoảng trống, đẩy amplatz ép cầm máu tạm thời, tán sỏi nhanh và đặt dẫn lưu thận để cầm máu, tiếp tục theo dõi hậu phẫu cho đến khi ổn định huyết động. Các trường hợp này chúng tôi sẽ thực hiện tán sỏi lần 2. Có 2 trường hợp biến chứng độ 2 với biểu hiện nhiễm trùng toàn thân, chúng tôi mở thông thận, hồi sức và sử dụng kháng sinh theo phân tầng nguy cơ bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu theo Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam (VUNA) 2018, 2022 và điều chỉnh theo kết quả cấy máu, cấy nước tiểu bề thận qua ống thông thận. Các trường hợp này sau đó bệnh nhân đáp ứng điều trị và không có ca nào vào tình trạng sốc nhiễm khuẩn.

Có 3 bệnh nhân biến chứng độ 3a trong đó có 3 bệnh nhân xuất hiện cơn đau quặn thận, 2 bệnh được nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản, 1 bệnh nhân do máu cục gây tắc niệu quản, bệnh nhân được nội soi đặt sonde JJ sau đó tiểu máu kéo dài, chúng tôi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên chụp mạch thận kết quả không ghi nhận tổn thương mạch máu. Bệnh nhân được rút sonde JJ, sau đó tiểu trong trở lại. Có 2 trường hợp biến chứng độ 3b với tiểu máu kéo dài, sau khi đã được rút các ống thông, sử dụng thuốc cầm máu không hiệu quả chúng tôi chuyển lên tuyến trên chụp mạch thận kiểm tra và can thiệp mạch sau đó.

Có 2 bệnh nhân biến chứng 4a: bệnh nhân bị thủng đại tràng phải. 1 bệnh nhân có sỏi bề thận, trước mổ có ghi nhận sa thận phải. Phẫu thuật được tiến hành, sử dụng bộ

Mini PCNL. Bệnh nhân tư thế nằm sấp, chúng tôi dùng gối kê bụng ngang mạn sườn để đẩy thận lên cao, có thể vì việc này vô tình làm thận bị xoay theo trục dọc ra ngoài. Hậu phẫu bệnh nhân lên cơn sốt, chúng tôi đã đổi kháng sinh theo hướng nhiễm khuẩn niệu và bắt đầu có nghi ngờ thủng đại tràng. Chụp thuốc cản quang vào ống dẫn lưu thận ra da, ghi nhận hình ảnh thuốc cản quang trong đại tràng. Chúng tôi chọn phẫu thuật nội soi ngã phúc mạc thám sát thấy lỗ thủng đại tràng, tiến hành mở đại tràng ra da ở lỗ thủng kèm nội soi đặt sonde JJ niệu quản phải, dẫn lưu cạnh đại tràng phải. Hậu phẫu bệnh nhân ổn xuất viện tái khám sau 4 tuần miệng đại tràng ra da tự khép, sau 6 tuần lành hoàn toàn, bệnh nhân được rút JJ, chụp Ctscan kiểm tra không có hình ảnh bất thường.

Biến chứng thủng đại tràng là một biến chứng nặng nề. Chúng tôi có 1 bệnh nhân do phát hiện trễ đã để bệnh diễn tiến nặng, nguy cơ nhiễm khuẩn toàn thân. Theo y văn tỉ lệ này dưới 1%, chúng tôi có 2 bệnh nhân chiếm 0,38% đều thực hiện dưới định vị bởi C-arm. So với tác giả Mousavi- Bahar (2011) là 0,3% (2/671). Tác giả Mohammad AZ (2014) trong nghiên cứu 5260 ca từ năm 1995 đến 2013 có 11 ca (0,2%). Các tác giả trên lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn là rút ống dẫn lưu thận ra khỏi đại tràng, đặt JJ niệu quản, nuôi ăn đường tĩnh mạch khoảng 3 ngày. Cả hai trường hợp của chúng tôi do phát hiện trễ để biến chứng nặng, có tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân, bụng đề kháng nên phẫu thuật thám sát và mở đại tràng ra da là chỉ định hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là lựa chọn tốt điều trị sỏi thận kích thước > 2 cm với kết quả đáng khích lệ, thời gian mổ trung bình $71,40 \pm 19,99$ (30-125) phút. Tỷ lệ sạch sỏi cao (91,84%). Biến chứng thấp 5,82% và thời gian nằm viện ngắn $4,46 \pm 1,42$ (3-12) ngày.

Phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là một phương pháp ít xâm hại, an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ. Tại BVĐK Bình Dương tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là lựa chọn đầu tiên đối với bệnh nhân sỏi thận có chỉ định can thiệp ngoại khoa, hạn chế mổ mở cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long và CS** (2017), “Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn bằng siêu âm, lựa chọn tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận”, Tạp chí Y Dược học Huế số đặc biệt tháng 8 năm 2017, tr 304 - 313.
2. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự** (2016). Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận đơn giản. Y Học TP. Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 20 * Số 4 * 2016.
3. **Nguyễn Văn Truyền và cộng sự** (2016). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da qua đường hầm nhỏ vào thận tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 22 * Phụ bản của Số 2 * 2018.
4. **Brain R. Matlaga MD, MPH, Amy E. Krambeck MD** (2020). Percutaneous nephrolithotomy. Campbell Walsh Urology. Saunders Elsevier, 10th edition, pp 9756-9774.
5. **Kreydin EI, Eisner BH** (2013) Risk factors for sepsis after percutaneous renal stone surgery. Nat Rev Urol 10(10):598–605.
6. **Mohammad AZ, Mohammad RD, Behnam S. Mahtaj LG.** Colonic perforation during percutaneous nephrolithotomy: An 18-year experience. Can Urol Assoc. J 2014;8:5-6.
7. **Mousavi-Bahar SH, Mehrabi S, Moslemi MK.** Percutaneous nephrolithotomy complications in 671 consecutive patients: A single-center experience. Urol J. 2011;8:271-6.
8. **Wang Y, Jiang F, Hou Y** (2012) Post-percutaneous nephrolithotomy septic shock and severe hemorrhage: a study of risk factors. Urol Int. 88:307–310.

NỘI SOI QUA DA DƯỜNG HẪM NHỎ TÁN SỎI THẬN SAN HÔ: BÁO CÁO 15 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phan Trường Bảo¹, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Lê Trọng Thiên Long¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ứng dụng nội soi qua da đường hầm nhỏ để tán sỏi thận san hô hiện nay dần thay thế kỹ thuật lấy sỏi thận qua da tiêu chuẩn. Chúng tôi bước đầu báo cáo 15 trường hợp đầu tiên thực hiện vào những tháng cuối năm 2022.

Kết quả: 14 TH có nang một đường hầm và 1 TH được nang 2 đường hầm: vào đài thận dưới và đài thận trên; tỉ lệ sạch sỏi sau mổ đạt 66,7%, có 2 TH (13,3%) phải truyền máu sau mổ và 6 TH (40%) có sốt hậu phẫu, cần phải dùng kháng sinh điều trị truyền tĩnh mạch sau mổ. Tỉ lệ tai biến - biến chứng là 53,3% (7 TH), đánh giá đều thuộc mức độ nhẹ, độ II theo bảng phân độ của Clavien-Dindo.

Kết luận: Lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ đối với sỏi thận san hô có tỉ lệ sạch sỏi hoàn toàn chấp nhận được và có các tai biến- biến chứng thuộc mức độ nhẹ. Do đó, đánh giá bước đầu phương pháp này có tính khả thi và cần được tiến hành với số trường hợp nhiều hơn nữa.

SUMMARY

MINI-INVASIVE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY FOR STAGHORN STONES: THE INITIAL CASES AT BINH DAN HOSPITAL

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Phan Trường Bảo

SĐT: 0913710332

Email: phantruongbao@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Introduction: Using mini-invasive percutaneous nephrolithotomy (MIP) for staghorn renal calculi nowadays going to replace standard percutaneous nephrolithotomy. We report initially MIP approach to treating of 15 cases of staghorn renal stones on the last months of 2022.

Method and results: 14 patients, including a patient had bilateral staghorn calculi. 14 cases were just underwent only one tract and one case get having two tracts into lower pole and upper pole calyces. Overall stone free rate (SFR) is 66,7%, 2 cases (13,3%) having to get postoperative blood transfusion. 6 cases (40%) were suffering high fever, need to receive intravenous antibiotics in the postoperative time. The postsurgical complicated rate is 53,3% (7 cases) with evaluating mild complications, exactly degree II were classified according to the modified Clavien-Dindo system.

Conclusion: MIP to treating staghorn calculi with initial outcome of SFR maybe accepted. The resulpostsurgical complications were evaluated completely mild degree. Therefore, the MIP approach is going to get feasible results and need to continuing with more and more staghorn stones cases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nội soi qua da đường hầm nhỏ (Miniperc) là phương pháp phẫu thuật được áp dụng phổ biến cho các trường hợp sỏi thận có chỉ định mổ tại Bệnh viện Bình Dân. Với tình hình ngành Tiết niệu trong nước hiện tại, chúng tôi chưa thấy có báo cáo khoa học chính thức về đề tài Miniperc điều trị sỏi

san hô. Do đó, nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện đề tài này tại Bệnh viện Bình Dân, là một bệnh viện lớn khu vực phía Nam đầu ngành về Tiết niệu, thu hút một số lượng lớn bệnh nhân (BN) đến điều trị sỏi thận, trong đó có sỏi thận san hô.

Mục tiêu của nghiên cứu của đề tài:

Đánh giá hiệu quả của nội soi qua da đường hầm nhỏ tán sỏi thận san hô bằng laser Holmium: tỉ lệ sạch sỏi kết quả sớm và độ an toàn của phương pháp này (qua tỉ lệ các tai biến biến chứng nặng)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi báo cáo bước đầu áp dụng Miniperc cho 15 trường hợp (TH) đầu tiên tán sỏi thận san hô tại Bệnh viện Bình Dân.

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp tiền cứu, mô tả hàng loạt TH

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 7/2022 đến cuối tháng 11/2022

Trong đó, gồm 11 TH sỏi san hô toàn phần và 4 TH sỏi san hô một phần.

Định nghĩa sỏi san hô toàn phần: sỏi lấp đầy toàn bộ hệ đài-bể thận, hoặc sỏi bể thận và cho nhánh vào ít nhất 2 nhóm đài thận chính.

Sỏi san hô một phần: là sỏi bể thận và sỏi này cho nhánh vào ít nhất 2 đài thận bất kỳ.

15 TH này đều được xác định không có tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên kèm theo. Các tiêu chuẩn đầu vào nghiên cứu, gồm:

- Cấy nước tiểu âm tính,
- Số lượng bạch cầu trong máu ngoại biên <10.000/mm³
- Bạch cầu niệu < 75 /ul

Mỗi BN đều được dùng kháng sinh dự phòng 30 phút trước khi khởi mê, kháng sinh dự phòng được dùng theo kinh nghiệm thuộc phân tầng nhóm 1, và liều gấp đôi liều khởi đầu thông thường, tiêm tĩnh mạch chậm trong 1 lần trước mổ.

Đặt thông niệu quản trước mổ, để bơm thuốc cản quang ngược dòng NQ - bể thận: 12 TH có đặt thông NQ và 3 TH không cần đặt thông do sỏi thận lớn, sỏi nhánh đài thận lớn và khảm chặt, nên chúng tôi chọc dò trực tiếp vào thận dưới C-arm

Tư thế BN nằm sấp khi được chọc dò vào thận: Cả 15 TH

Phương tiện hỗ trợ chọc dò vào thận: nhờ C-arm cho cả 15 TH

Bộ nong tạo đường hầm: Bộ nong nhựa, dùng 1 lần (polytetrafluoroethylene, Microvasive), kích cỡ 18Fr

Giá đỡ vào đường hầm bằng nhựa, theo bộ nong và dùng 1 lần. Trên giá đỡ có tích hợp 1 kênh thoát vụn sỏi/rọ bắt sỏi ra ngoài

Phương tiện tán sỏi: Holmium laser, năng lượng cao 2,5-3 J, dây dẫn laser 550-850nm

Đặt thông JJ xuôi dòng sau mổ: Cho 15 TH

Đặt thông dẫn lưu thận ra da sau mổ: 15 TH

Thời gian mổ: chỉ bắt đầu tính từ khi bắt đầu chọc dò qua da vào thận đến khi đã đặt được thông thận ra da

Tỉ lệ sạch sỏi: chúng tôi thu thập tỉ lệ sạch sỏi tức thì (ngay sau kết thúc cuộc mổ, đục vào màn tăng sáng của C-arm và tỉ lệ sạch sỏi sau 1 tháng, lúc BN tái khám lần đầu

Thông niệu quản được rút bỏ khi BN được đặt thông JJ xuôi dòng

Thời gian nằm viện, đơn vị tính bằng ngày:

Với ngày 0 được tính là ngày phẫu thuật, Ngày hậu phẫu 1: thông niệu đạo được rút bỏ

Ngày ra viện BN có thể được rút/ không rút thông thận ra da

Các tai biến – biến chứng: Theo phân độ của Clavien - Dindo cải biên[1]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện 15 TH sỏi thận san hô cho 14 BN (1 BN có sỏi san hô 2 bên),

gồm 4 TH sỏi san hô một phần và 11 TH sỏi san hô toàn phần

Có 9 BN nam và 5 BN nữ

Tuổi trung bình: 49,4±12,7 (tuổi từ 29-67)

Nong 1 đường hầm: 14 TH

Nong 2 đường hầm: 1 TH

Thời gian mổ trung bình: 64,2± 38,7 (ngắn nhất 45 phút, dài nhất 103 phút)

Các bệnh lý kèm theo:

	Sỏi san hô toàn phần	Sỏi san hô 1 phần
Tăng huyết áp	3	1
Bệnh mạch vành	1	0
Đái tháo đường	1	1
Suy thận	1	0
Không có bệnh nội khoa	5	2
Tổng	11	4

Đường hầm chọc dò đài thận:

	Sỏi san hô toàn phần	Sỏi san hô 1 phần
Đài thận dưới	7	2
Đài thận giữa	4	1
Đài thận trên	1	1

c dò 2 đường hầm: 1 vào đài dưới và 1 chọc vào đài trên

2 TH tạo đường hầm vào đài trên, tiếp cận qua đường chọc dò trên xương sườn 11

5 TH chọc dò đài giữa, tiếp cận qua khoảng trên xương sườn 12

Biến số	Đường chọc dò vào đài thận				Kết quả chung
	Đài dưới	Đài giữa	Đài trên	2 đường hầm	
Số TH	8	5	1	1	15
Sạch sỏi tức thì (%)	6 (75%)	4 (80%)	0	0	10 (66,7%)
Sạch sỏi sau 1 tháng (%)	6 (75%)	4 (80%)	0	0	10 (66,7%)
Thời gian mổ (phút)	50- 80	45- 72	65	103	64,2 ± 38,7
Thời gian nằm viện (ngày)	4-6	4-5	6	8	4,6 ± 2,3

TB -BC	Tạo đường hầm				Kết quả chung
	Đài dưới	Đài giữa	Đài trên	2 đường hầm	
Số TH	8	5	1	1	15
Truyền máu (%)	1 TH (12,5%)	0	0	1 TH	2 (13,3%)
Chảy máu - giảm Hb sau mổ (g/dl)	1,2- 5,3	0,6- 2,3	1,4	5,8	1,9± 1,6
Sốt ≥ 38 độ C (%)	5 TH (62,5%)	1 TH (20%)	0	1 (100%)	6 TH (40%)
Dùng kháng sinh điều trị (%)	5 TH (62,5%)	1 TH (20%)	0	1 (100%)	6 TH (40%)
Không có TB-BC	2 TH (25%)	4 TH (80%)	1 TH (100%)	0	7 TH (46,7%)



Hình 1: Miniperc tán sỏi thận san hô tại Bệnh viện Bình Dân (Nguồn: tác giả cung cấp)

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi bước đầu thực hiện nghiên cứu cho 15 TH đầu tiên, áp dụng kỹ thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ đối với sỏi thận san hô.

Cho đến hiện tại, định nghĩa thế nào là sỏi thận san hô vẫn chưa có sự đồng thuận giữa các Hội và các nhà Tiết niệu học trên thế giới.[2],[3]. Chúng tôi chọn định nghĩa sỏi thận san hô, theo Hội Tiết niệu Hoa kỳ (2005), tại chương I, như sau: sỏi san hô là sỏi có nhánh, chiếm lấp đầy bể thận và một đài thận hoặc lan rộng ra nhiều đài thận. Sỏi san hô toàn phần là khi sỏi lấp đầy hầu hết hệ góp đài-bể thận.[4]. Theo El-Nahas và cs (2012): Sỏi thận san hô là sỏi bể thận có nhánh vào 2 hoặc nhiều hơn các đài thận chính.[5]

Định nghĩa sỏi san hô mới nhất, bao gồm có sỏi san hô toàn phần và một phần, theo Yarimoglu và cs (2021), như sau:[6] sỏi san hô toàn phần: sỏi lấp đầy và chiếm > 80% hệ đài bể- thận. Sỏi san hô một phần là sỏi bể thận và sỏi cho nhánh vào ít nhất 2 đài thận

Nghiên cứu của chúng tôi thống nhất từ ngữ “sỏi thận san hô” để chỉ chung các TH sỏi san hô một phần và sỏi san hô toàn phần. Do đó, số liệu thu thập cho đề tài nghiên cứu này: tính chung số lượng sỏi san hô một phần và san hô toàn phần.

Tiêu chuẩn chọn bệnh đầu vào phải loại trừ nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang diễn tiến, hoặc chưa được điều trị. Trong đó, mẫu nghiên cứu bắt buộc phải có cấy nước tiểu không có vi khuẩn mọc. Tuy vậy, chúng tôi thu thập có 7 TH (46,7%) sốt ≥ 38 độ C trong thời gian BN nằm viện sau mổ. Các TH này đều được cấy nước tiểu và không phân lập được vi khuẩn, BN chỉ có biểu hiện đáp ứng viêm hệ thống, như có thêm mạch nhanh > 90 lần/ phút, BC/máu > 10.000/mm³, CRP tăng (chúng tôi chưa thu thập số liệu CRP và Procalcitonin/ máu thường qui cho mẫu nghiên cứu này). Cả 7 TH này đều được sử dụng kháng sinh điều trị phối hợp trong thời gian nằm viện, gồm 1 loại kháng sinh được phân tầng nhóm I và 1 loại aminoglycoside (chúng tôi chỉ dùng Amikacin, từ 3-5 ngày sau mổ), cả 7 TH này đều đáp ứng tốt với

kháng sinh điều trị tĩnh mạch khi nằm viện và 7 TH này đều được chỉ định kháng sinh uống 7-10 ngày tiếp theo sau xuất viện, với kháng sinh uống cũng thuộc phân tầng nhóm 1, như: Cefuroxim, Amoxicilline+clavulanic acid, hoặc kháng sinh thuộc họ cephalosporine uống thế hệ thứ 3.

Tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu do sỏi thận, vì các đài thận bị tắc nghẽn và ứ nước. Vi khuẩn còn hiện diện ngay trong sỏi, đặc biệt là sỏi struvite, phần lớn sỏi san hô là sỏi struvite. Mặc dù, cấy nước tiểu vô khuẩn trước mổ nhưng khi được tán vỡ sỏi, sẽ có phóng thích vi khuẩn và các độc tố vi khuẩn ra ngoài, làm phức tạp thêm tình trạng nhiễm khuẩn có sẵn, có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu [7]

Về tỉ lệ sạch sỏi tức thì sau mổ và sạch sỏi sau 1 tháng, chỉ đạt 10/15 TH, chiếm 66,7%. Trong 2 TH tạo đường hầm vào đài trên, kết quả không sạch sỏi tức thì và không sạch sỏi sau 1 tháng, cũng cùng kết quả không sạch sỏi sau mổ đối với TH nong 2 đường hầm vào đài trên và đài dưới tán sỏi san hô toàn phần. Blum và cs (2018), báo cáo nong đường hầm vào đài dưới tán sỏi thận san hô có tỉ lệ sạch sỏi là 77,3% so với 68,2% khi vào đài dưới.[8]

Chúng tôi có 2 TH phải truyền máu sau mổ (13,3%) do tụt Hb sau mổ đến hơn 5g/dl, trong khi theo Y văn với nghiên cứu của Michel, Trojan và Rassweller (2007), chảy máu nặng phải truyền máu chiếm 7% các TH được lấy sỏi thận qua da nói chung [9]. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận 6 TH (40%) có sốt sau mổ, phải sử dụng kháng sinh điều trị. Như vậy, có 8 TH (53,3%) được xếp loại

tai biến- biến chứng (TB-BC) độ II theo Clavien-Dindo, như vậy chỉ có 7 TH (46,7%) là không ghi nhận có TB-BC sau mổ.

Khadgi và cs (2020) cho rằng tạo đường hầm vào đài giữa sẽ tiếp cận các vị trí khác của hệ đài bể thận dễ hơn so tiếp cận vào đài dưới, nhất là sỏi thận san hô và sỏi phức tạp. Ngoài ra, khi tiếp cận đường hầm vào đài giữa, làm tụt Hb sau mổ chỉ 0,67g/dl, so với tụt mất 1,36g/dl khi nong vào đài dưới ($p < 0,001$) [10]

Yarimoglu và cs (2021) báo cáo các TH tán sỏi thận san hô, khi nong đường hầm vào đài dưới gây ra 29,8% các TH có TB-BC, so với 38,9% khi nong vào đài giữa [6]. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 6 TH (40%) có TB-BC khi nong đường hầm vào đài dưới và 1 TH (6,7%) nong vào đài thận giữa gây sốt cao sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Miniperc hay nội soi qua da đường hầm nhỏ dần thay thế LSTQD tiêu chuẩn. Hiện tại, qua các báo cáo trên Y văn, Miniperc đã chứng minh vai trò hiệu quả và an toàn của nó khi điều trị sỏi thận san hô.

Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi bước đầu chỉ với 15 TH đầu tiên được nội soi tán sỏi thận san hô, với kỹ thuật nong đường hầm nhỏ. Với kết quả, tỉ lệ sạch sỏi sau mổ sau 1 tháng chỉ đạt 66,7% (10/15 TH) và có đến 8/15 TH (53,3%) có TB-BC sau mổ, nhưng các TB-BC này được xếp loại nhẹ, thuộc độ II theo Clavien-Dindo. Chúng tôi kỳ vọng trong giai đoạn sắp tới, nếu tiếp tục thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, sẽ báo cáo kết quả thuyết phục hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dindo D, Demartines N, Clavien PA** (2004), "Classification of surgery complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey", *Ann. Surg*, 240: pp 205-213.
2. **Ermis O, Somani B, Reeves T, Guven S, Laguna Pes P, Chawla A, Hegde P, De la Rosette J** (2020). Definition, treatment and outcome of residual fragments in staghorn stones. *Asian J of Urol* 7, pp116-121
3. **Mishra S, Bhattu AS, Sabnis RB et al** (2014), "Staghorn classification: Platform for morphometry assessment", *Ind. J. Urol*, 30 (1): pp 80-83.
4. **Preminger GM, Assimos DG, Lingeman JE, Nakada SY, Pearle MS, Wolf JS et al** (2005), "AUA guidelines on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations", *J. Urol*, 173: pp 1991-2000. Reviewed and validity confirmed 2009.
5. **El-Nahas AR, Eraky I, Shokeir AA et al** (2012), "Percutaneous nephrolithotomy for treating staghorn stones: 10 years of experience of a tertiary-care center", *Arab. J. Urol*, 10: pp 324-329
6. **Yarimoglu S, Sahan M, Polat S, Cesur G, Koras O, Degirmenci T.** (2021). Does access location influence outcome of percutaneous nrphrolithotomy in staghorn stones?. *J Coll Physicians Surg Pak* 2021; 31(09),pp 1075-1080
7. **Palacios M, Alcaraz ME, Martinez MG, et al** (2014). Prognostic factors of morbidity in patients undergoing percutaneous nephrolithotomy. *Journal Endourol*; 28,pp1078-1084
8. **Blum KA, Parkhomenko E, Thai J, Tran T, Gupta M.** (2018). A contemporary lower pole approach for complete staghorn calculi: outcomes and efficacy. *World J of Urology* 36, pp 1461-1467
9. **Michel MS, Trojan L, Rassweiler JJ.** (2007). Complications in percutaneous nephrolithotomy. *Eur Urol*; 51,pp 899-906
10. **Khadgi S, El-Nahas AR, Darrad M, Al-Terki A.** (2020). Safety and efficacy of a single middle calyx access (MCA) in mini-PCNL. *Urolithiasis* 48,pp 541-546

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VI PHẪU CỘT TĨNH MẠCH TINH Ở CÁC TRƯỜNG HỢP VÔ SINH THIỂU TINH NẶNG KÈM GIÃN TĨNH MẠCH TINH

Lê Vũ Tân^{1,2}, Phạm Vĩnh Phú^{1,2},
Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự cải thiện các thông số tinh dịch và tỉ lệ mang thai tự nhiên sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh ở nam giới vô sinh thiếu tinh nặng.

Đối tượng và phương pháp: 100 trường hợp được chẩn đoán vô sinh thiếu tinh nặng, đã được phẫu thuật cột tinh mạch tinh từ năm 2019 đến 2021 tại bệnh viện Bình Dân. Bệnh nhân vô tinh hoặc bất thường nhiễm sắc thể được loại ra khỏi nghiên cứu. Nồng độ hormone FSH, LH và testosterone được khảo sát. Tinh dịch đồ được phân tích trước phẫu thuật và mỗi 3 tháng sau phẫu thuật. Tình trạng có thai tự nhiên sẽ được ghi nhận trong suốt 12 tháng nghiên cứu. Hiệu quả về kinh tế được đánh giá và so sánh giữa thụ tinh trong ống nghiệm và phẫu thuật cột tinh mạch tinh.

Kết quả: Sau thời gian phẫu thuật trung bình là 7 tháng, mật độ tinh trùng trung bình tăng từ 2,9 (2 - 5) lên 11 (5 - 17) triệu/ mL ($P < ,05$), và độ di động của tinh trùng trung bình được cải thiện từ 3,5 (3 - 6)% lên 7% (giá trị $p < ,05$). Tổng số tinh trùng di động đã tăng lên 3,01 (1,02

- 5,83) triệu từ giá trị ban đầu là 0,3 (0,16 - 0,83) triệu. 25 trường hợp ghi nhận mang thai tự nhiên, trong đó 8 trường hợp xảy ra trong vòng 6 tháng hậu phẫu. Phân tích chi phí – hiệu quả của thụ tinh trong ống nghiệm và phẫu thuật cột tinh mạch tinh đã chỉ ra rằng phẫu thuật cột tinh mạch tinh có thể là một lựa chọn tốt cho nam giới vô sinh thiếu tinh nặng.

Kết luận: Phẫu thuật cột tinh mạch tinh có thể cải thiện chất lượng tinh trùng và khả năng sinh sản ở nam giới thiếu tinh nặng kèm giãn tĩnh mạch tinh. Phương pháp này nên được thảo luận với các bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng như là một trong những lựa chọn điều trị đầu tiên.

Từ khóa: vô sinh, thiếu tinh nặng, giãn tĩnh mạch tinh, vi phẫu cột tinh mạch tinh, tổng số tinh trùng di động, mang thai tự nhiên.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECT OF VARICOCECTOMY IN INFERTILE MEN WITH SEVERE OLIGOZOOSPERMIA AND VARICOCELE

Objectives: To evaluate improvement in semen parameters and partner spontaneous pregnancies (SP) post microsurgical varicocelectomy in infertile men with severe oligozoospermia (SO)

Materials and Methods: This study included 100 severely oligozoospermic patients who underwent microsurgical varicocelectomy between 2019 and 2021. Men with azoospermia

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Vũ Tân

SĐT: 0918 999 753

Email: levutan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

or abnormal karyotype or Y-chromosome microdeletion were excluded. Serum luteinizing, follicle-stimulating, and testosterone hormones were measured preoperatively. Postoperative semen was analyzed first at 3 months and then every 3 months thereafter. SP was recorded on each visit. Cost-effectiveness for assisted reproductive technologies was calculated using reported costs.

Results: After the mean postoperative observation period of 7 months, the mean sperm concentration increased from 2.9 (2 - 5) to 11 (5 - 17) million/mL ($P < .05$), and the mean sperm motility improved from 3.5 (3 - 6) % to 7 % (p -value $< .05$). Total motile sperm count was increased to 3.01 (1.02 - 5.83) million from the beginning value of 0.3 (0.16 - 0.83) million. 25 men in this study had their wives became pregnant within 1 year of post operation. In which, there were 8 out of 25 pregnancies occurred within six months after surgery. The cost-effectiveness analysis of IVF and varicocelectomy has shown that varicocelectomy may be a better first choice for infertile men even with very low preoperative TMSC.

Conclusions: Varicocelectomy may improve the sperm quality and fertility potential in men with SO, resulting in SP. It should be discussed as a treatment option for patients with SO.

Keywords: severe oligozoospermia, varicocele, varicocelectomy, total motile sperm count, spontaneous pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh là một trong những bệnh lý phổ biến nhất ở nam giới vô sinh và được định nghĩa là sự giãn nở đám rối hình dây leo của tĩnh mạch tinh¹. Tình trạng này xảy ra ở 35% nam giới bị vô sinh nguyên phát và 80% vô sinh thứ phát. Ngoài ra, giãn

tĩnh mạch tinh được ghi nhận khoảng 15% ở nam giới nói chung¹.

Giãn tĩnh mạch tinh có thể dẫn đến tăng nhiệt độ ở bìu, thiếu máu cục bộ mô tinh hoàn và gây stress oxy hóa. Do đó, chức năng tinh hoàn, đặc biệt là chức năng tạo tinh trùng bị ảnh hưởng nghiêm trọng¹.

Nhiều lựa chọn điều trị cho nam giới vô sinh kèm giãn tĩnh mạch tinh bao gồm phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh (có hay không có vi phẫu), phẫu thuật nội soi và can thiệp mạch¹. Đáng chú ý, vi phẫu cột tĩnh mạch tinh được nhiều tác giả ứng dụng do nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật thấp so với các phương pháp khác¹. Ngoài ra, vi phẫu cột tĩnh mạch tinh cải thiện đáng kể 60% các thông số tinh dịch và tỉ lệ có thai tự nhiên được ghi nhận khoảng 40%¹.

Thiếu tinh năng được định nghĩa khi số lượng tinh trùng dưới 5 triệu/ ml và tình trạng này được ghi nhận ở 20% nam giới vô sinh². Trước đây, thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) hoặc bơm tinh trùng vào tử cung (IUI) là lựa chọn duy nhất cho bệnh nhân vô sinh thiếu tinh năng kèm giãn tĩnh mạch tinh. Tuy nhiên, các trường hợp này có thể cải thiện khả năng sinh sản và có cơ hội chọn lựa nhiều kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART) sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh. Cho đến nay, rất ít nghiên cứu đã đánh giá kết quả của phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh ở nam giới bị thiếu tinh năng¹, cũng như tỉ lệ có thai tự nhiên của nhóm bệnh nhân trên. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của vi phẫu cột tĩnh mạch tinh ở nam giới vô sinh thiếu tinh năng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu

Đây là nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng và có đánh giá trước sau, được sự chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Chúng tôi khảo sát trên 100 trường hợp được chẩn đoán vô sinh thiếu tinh năng kèm giãn tĩnh mạch tinh. Tất cả bệnh nhân được vì phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh và theo dõi 12 tháng sau mổ.

2.2. Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn nhận vào được thăm khám nhằm phân độ giãn tĩnh mạch tinh trên lâm sàng và thể tích tinh hoàn. Các thông số về tinh dịch đồ, nồng độ FSH, LH, testosterone, tình trạng vô sinh nguyên phát hay thứ phát, tình trạng sảy thai trước đó và sức khỏe sinh sản của người vợ được ghi nhận. Tất cả các xét nghiệm đều được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân.

“Phiên bản thứ 5 về Xử lý tinh dịch đồ của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO) 2010” được áp dụng để thu thập và phân tích tinh dịch. Tinh dịch thu được bằng cách cho người bệnh thủ dâm, sau khi kiêng quan hệ tình dục từ 3 đến 5 ngày. Mẫu sẽ được phân tích trong vòng 1 giờ sau khi thu thập để xác định tất cả các thông số tinh dịch: Thể tích tinh dịch (ml), mật độ (triệu/ ml), di động (%), không di động (%), và hình thái bình thường (%). Thiếu tinh năng được định nghĩa khi số lượng tinh trùng $< 5 \times 10^6$ /mL trong 2 tinh dịch đồ liên tiếp. Tổng số tinh trùng di động (Total motile sperm count - TMSC) được tính theo công thức sau: Thể tích tinh dịch $\times$ mật độ $\times$ % di động.

Các mẫu máu được thu thập trước 10 giờ sáng. Các hormone được ghi nhận: testosterone (giá trị bình thường: 15,2 - 24,2

nmol/l), LH (giá trị bình thường: 6 - 23 mIU/ml) và FSH (giá trị bình thường: 1,24 - 7,8 mIU/ml).

Tình trạng giãn tĩnh mạch tinh được chẩn đoán bằng cách khám ở tư thế đứng với nhiệt độ phòng là 25°C. Có ba mức độ giãn tĩnh mạch tinh: sờ thấy với nghiệm pháp Valsalva (độ 1); sờ thấy mà không cần dùng nghiệm pháp Valsalva (độ 2) và có thể nhìn thấy ngay ở tư thế đứng (độ 3). Tất cả bệnh nhân được thực hiện siêu âm Doppler bìu để loại trừ các bệnh lý tinh hoàn khác (ví dụ: khối u, viêm mào tinh hoàn) và ghi nhận kích thước của tĩnh mạch.

Những bệnh nhân vô sinh thiếu tinh năng kèm giãn tĩnh mạch tinh, đồng thời người vợ có chức năng sinh sản bình thường được đưa vào nghiên cứu này. Các tiêu chí loại trừ bao gồm: bất thường nhiễm sắc thể, rối loạn nội tiết tố, sử dụng thuốc có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản, tiền sử khối u tinh hoàn, xạ trị, vô tinh hoặc vi mất đoạn AZFa,b,c trên nhiễm sắc thể Y.

Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật ở tư thế nằm ngửa. Thùng tinh được bóc lộ qua vết rạch 2 bên vùng bẹn 2 - 3 cm và được phóng đại từ 10 - 20 lần dưới kính hiển vi. Các tĩnh mạch tinh giãn được thắt bằng chỉ Silk 3.0. Ống dẫn tinh và động mạch tinh hoàn được bảo tồn.

Bệnh nhân được theo dõi mỗi ba tháng, thực hiện các xét nghiệm tinh dịch đồ và các hormone (FSH, LH, Testosterone). Các thông số tinh dịch và kết quả các hormone được so sánh trước và sau phẫu thuật. Tình trạng có thai tự nhiên trên lâm sàng cũng được ghi lại và phân tích qua các lần tái khám.



Hình 1: Vi phẫu cột tĩnh mạch tinh dưới sự hỗ trợ của kính hiển vi

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm R 3.6.2. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) và được phân tích bằng cách sử dụng phép kiểm Chi-bình phương. Các biến định lượng được hiển thị dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) và được phân tích bằng phép kiểm t. Các mô hình hồi quy đơn biến và đa biến được tiến hành để phân tích sự liên quan của các thông số (thời gian vô sinh, vô sinh 1 hay 2...) với phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh. Giá trị $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 minh họa đặc điểm chung của 100 trường hợp được đưa vào nghiên cứu này. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân và vợ của họ lần lượt là 32 (30 - 33) và 28 (26 - 30) tuổi. Thời gian mong con trung bình là 24 (13 - 41) tháng. Có 12 trường hợp (12%) ghi nhận người vợ có tiền sử sảy thai trước đó. Kích thước tinh hoàn trung bình là 10 (8 - 10) cm³. Độ giãn tĩnh mạch tinh cũng được ghi nhận: độ II và III 48 trường hợp (48%) trong mỗi nhóm, trong khi chỉ có 4 (4%) bệnh nhân được chẩn đoán giãn độ I.

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị*
Tuổi bệnh nhân (năm)	32 (30 - 33)
Tuổi của vợ (năm)	28 (26 - 30)
Loại vô sinh	
Nguyên phát	84 (84%)
Thứ phát	16 (16%)
Thời gian vô sinh (tháng)	24 (13 - 41)

Kích thước tinh hoàn (cm ³)	10 (8 - 10)
Mức độ Giãn tĩnh mạch tinh	
Độ I	4 (4%)
Độ II	48 (48%)
Độ III	48 (48%)
Hormone**	
FSH (mIU/mL)	4 (3,17 – 8,51)
LH (mIU/mL)	4,1 (3,61 – 6,00)
Testosterone (nmol/L)	17,47 ± 7,35

* Giá trị được hiển thị dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%); trung bình ± độ lệch chuẩn (khi giá trị là phân bố bình thường) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) (khi giá trị không phân bố chuẩn)

**FSH: Follicle stimulating hormone; LH: Luteinizing hormone

Bảng 2 tóm tắt các thông số tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật. Mật độ tinh trùng, độ di động và TMSC trung bình trước phẫu thuật lần lượt là 2,9 (2 - 5) triệu/ mL, 3,5 (3 - 6) % và 0,3 (0,16 - 0,83) triệu. Sau khi cột tĩnh mạch tinh, mật độ tinh trùng, độ di động

và TMSC cải thiện lần lượt là 11 (5 - 17) triệu/ mL, 7 ± 2,5% và 3,01 (1,02 - 5,83) triệu. Không có biến chứng như tụ máu, nhiễm trùng, tụ dịch hoặc tái phát được ghi nhận. Phép kiểm Wilcoxon bắt cặp cho thấy những thay đổi đáng kể có ý nghĩa thống kê về nồng độ ($P < 0,05$), độ di động của tinh trùng ($P < 0,05$) và TMSC ($P < 0,05$).

Bảng 2 cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ tinh trùng di động không tiến tới, tỉ lệ bất động và hình thái bình thường giữa trước và sau phẫu thuật.

Bảng 2: Thông số tinh dịch trước và sau phẫu thuật

Tham số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Trị số p++
Thể tích (ml)	3,54 ± 1,48	3,79 ± 1,72	0,384
Mật độ (106/ml)	2,9 (2 - 5)	11 (5 - 17)	< 0,05
Tổng số tinh trùng (106/ml)	9 (5,7 – 16,5)	37 (22 - 68)	< 0,05
Tinh trùng di động tiến tới (%)	3,5 (3 - 6)	7 ± 2,5	< 0,05
TMSC+	0,3 (0,16 – 0,83)	3,01 (1,02 – 5,83)	< 0,05
Hình thái bình thường (%)	0 (0 - 1)	1 (1 - 2)	< 0,05
Tinh trùng không tiến tới (%)	10,4 ± 4,27	15,2 ± 2,42	< 0,05
Tinh trùng bất động (%)	84 (80 - 87)	75,24 ± 4,3	< 0,05

+TMSC: tổng số tinh trùng di động

++Phép kiểm Wilcoxon bắt cặp hoặc phép kiểm t bắt cặp

Bảng 3 cho thấy mối liên hệ giữa vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát với thời gian mang thai sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh, được ghi nhận trên 25 trường hợp có thai tự

nhiên sau phẫu thuật. Trong 21 bệnh nhân vô sinh nguyên phát, 8 trường hợp mang thai trong vòng sáu tháng sau phẫu thuật. Trong khi đó, ở nhóm vô sinh thứ phát, cả 4 trường hợp đều mang thai trong vòng 6 tháng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong 2 nhóm trên về thời gian có thai tự nhiên (giá trị $p < 0,05$).

Bảng 3: Loại vô sinh và thời gian mang thai trên 25 trường hợp có thai

Loại vô sinh	Thời gian mang thai sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh		Giá trị p*
	Trong vòng 6 tháng	Hơn 6 tháng	
Vô sinh nguyên phát	8	13	< 0,05
Vô sinh thứ phát	4	0	
Tất cả	12	13	

*Phép kiểm Fisher

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cải thiện các thông số của tinh dịch đồ sau phẫu thuật

Giãn tĩnh mạch tinh là nguyên nhân phổ biến nhất có thể điều chỉnh được trong điều trị vô sinh nam¹. Nghiên cứu của chúng tôi đã báo cáo 100 trường hợp phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh ở bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng. Nhiều thông số tinh dịch đồ cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): tổng số tinh trùng, độ di động, hình thái và TMSC. Các nghiên cứu khác đã chỉ ra kết quả tương tự trên nhóm bệnh nhân này. Enatsu và cộng sự nghiên cứu trên 102 bệnh nhân thiếu tinh nặng từ năm 2000 đến năm 2013, được phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh, với thời gian quan sát sau phẫu thuật trung bình là 8,2 tháng². Mật độ tinh trùng trung bình được cải thiện từ 2,4 lên 11,6 triệu/ mL ($P < 0,001$) và độ di động của tinh trùng tăng từ 32,8% lên 42,2% ($p = 0,0024$). Trong một nghiên cứu khác, Ishikawa và cộng sự đã đánh giá 54 bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng, được phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh và cho thấy sự cải thiện đáng kể mật độ tinh trùng từ 2,3 lên 9,2 triệu/ mL ($p < 0,001$)³. Một nghiên cứu hồi cứu trên 56 bệnh nhân so sánh sự cải thiện mật độ tinh trùng trên những nhóm bệnh nhân khác nhau⁴: mức độ nhẹ tăng từ 16,23 đến 42,42 triệu/ mL, ($p = 0,028$), trung bình tăng từ 7,10 đến 19,38 triệu/ mL, ($p = 0,049$) và thiếu tinh nặng tăng từ 2,26 lên 14,09 triệu/mL, ($p = 0,026$). Một phân tích gộp gần

đây của Majzoub và cộng sự cho thấy sự cải thiện đáng kể trong các thông số tinh dịch ở nhóm bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng được phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh⁵. Các tác giả ghi nhận sự gia tăng đáng kể có ý nghĩa thống kê về số lượng tinh trùng (chênh lệch trung bình [MD] 5,64, 95% CI, 4,195 – 7,090, $p = 0,001$) và độ di động 7,77% ($p = 0,001$) sau phẫu thuật. Qua đó, nghiên cứu kết luận phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh là một lựa chọn điều trị quan trọng cho bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng.

4.2. TMSC và có thai tự nhiên

TMSC là một trong những thông số quan trọng nhất của tinh dịch đồ để quyết định phương pháp điều trị trên bệnh nhân vô sinh nam. Đến nay, nhiều nghiên cứu đã cho thấy vai trò quan trọng của vi phẫu cột tĩnh mạch tinh. Trong một phân tích gộp trên 1241 bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng, được phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh, tỷ lệ mang thai được ghi nhận có cải thiện ($OR = 1,760$)⁵. Tỷ lệ có thai tự nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi là 25%. Trên thế giới, nhiều tác giả cũng kết luận vi phẫu cột tĩnh mạch tinh tăng khả năng có thai ở bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng, với tỷ lệ có thai thay đổi từ 5% đến 37,1%²⁻⁷.

Một nghiên cứu hồi cứu ở những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh với $TMSC < 5$ triệu/ mL, theo dõi kết quả có thai trong 1 năm giữa 2 nhóm phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh ($n = 52$) và ART mà không cần can thiệp

phẫu thuật (n = 36)⁴. Bên cạnh sự gia tăng đáng kể về mặt thống kê các thông số tinh dịch giữa 2 nhóm, tỷ lệ mang thai cao hơn được ghi nhận ở những bệnh nhân phẫu thuật cột tinh mạch tinh (13,4%) so với những trường hợp tiến hành IVF (11,1%)⁴. Masterson và cộng sự đã đánh giá các yếu tố trước phẫu thuật để cải thiện chất lượng tinh dịch theo điều kiện ART: IVF (< 5 triệu), bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) (5 - 9 triệu) và mang thai tự nhiên (> 9 triệu)⁶. Các tác giả nhận thấy những trường hợp có TMSC < 5 triệu/ mL có thể cải thiện TMSC tối đa trong vòng 3 - 6 tháng sau khi cột tinh mạch tinh⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, TMSC trung bình trước phẫu thuật là 0,3 (0,16 - 0,83) triệu tăng lên 3,01 (1,02-5,83) triệu sau phẫu thuật. Điều này cho thấy một sự cải thiện đáng kể của TMSC sau phẫu thuật và những bệnh nhân đã cải thiện TMSC có thể đủ điều kiện cho các lựa chọn kỹ thuật hỗ trợ sinh sản mà trước đây họ không đủ điều kiện. Phẫu thuật cột tinh mạch tinh do đó có thể được xem xét ở nhóm bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng, thay vì chỉ có thể chọn các phương pháp ART như trước đây.

4.3. Tỷ lệ có thai trên nhóm vô sinh nguyên phát và thứ phát

Bảng 3 cho thấy mối liên hệ giữa vô sinh nguyên phát và thứ phát với thời gian mang thai sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh. Chúng tôi ghi nhận tổng cộng 25 trường hợp có thai tự nhiên sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 25%. Cả 4 trường hợp trong nhóm vô sinh thứ phát có thai tự nhiên trong vòng sáu tháng sau phẫu thuật trong khi đó, chỉ có 8 trong số 21 cặp vợ chồng trong nhóm vô sinh nguyên phát có thai tự nhiên trong vòng sáu tháng sau phẫu thuật. Giảm tinh mạch tinh gặp ở 35% nam giới vô sinh nguyên phát và 81% nam giới vô sinh thứ phát¹. Do đó, nghiên cứu của chúng

tôi đã cho thấy một tương lai tươi sáng hơn cho những trường hợp vô sinh thứ phát thiếu tinh nặng, với tỷ lệ có thai tự nhiên cao sau khi phẫu thuật cột tinh mạch tinh và thời gian chờ đợi ngắn hơn đáng kể. Đây cũng là một khía cạnh mới của nghiên cứu này và đưa ra một lựa chọn tốt hơn cho những người đàn ông vô sinh thứ phát muốn có thêm con. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu so sánh cần được tiến hành để củng cố thêm giả thuyết này.

4.4. Chi phí - hiệu quả của phẫu thuật cột tinh mạch tinh

Vấn đề chi phí điều trị cần phải được xem xét ở các trường hợp vô sinh thiếu tinh nặng. Phẫu thuật cột tinh mạch tinh có thể được xem như một lựa chọn bước đầu cho các cặp vợ chồng thiếu tinh nặng. Sau phẫu thuật, họ có khả năng có thai tự nhiên hoặc chọn lựa với phương pháp ít tốn kém hơn như IUI, thay vì IVF¹. Do đó, việc lựa chọn can thiệp phẫu thuật ban đầu trước khi trải qua ART sẽ tiết kiệm hơn¹.

Một phân tích chi phí – hiệu quả giữa IVF và phẫu thuật cột tinh mạch tinh cho thấy phẫu thuật cột tinh mạch tinh có chi phí thấp hơn (10.534 USD) so với thụ tinh ống nghiệm (14.893 USD). Trong một nghiên cứu ở những bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng, sự kết hợp của phẫu thuật cột tinh mạch tinh với IUI cho thấy chi phí thấp hơn cho mỗi lần mang thai so với IVF mà không phẫu thuật (35.924 USD so với 45.795 USD)¹.

Theo Le và cộng sự, chi phí trung bình cho mỗi cặp vợ chồng tiến hành IVF ở Việt Nam là khoảng 4000 USD (nhóm dùng phôi đông lạnh) và 3900 USD (nhóm chuyển phôi trực tiếp)⁸. Chi phí này gấp khoảng 5 lần thu nhập trung bình của một người Việt Nam. Trong khi đó, chi phí để cột tinh mạch tinh chưa đến 1000 USD. Hầu hết các cặp vợ

chồng vô sinh ở Việt Nam không đủ khả năng chi trả cho liệu trình IVF. Do đó, phẫu thuật cột tinh mạch tinh có thể là lựa chọn đầu tiên của nam giới vô sinh thiếu tinh nặng, ngay cả khi giá trị TMSC trước phẫu thuật rất thấp. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu so sánh cần được thực hiện thêm để xác nhận kết quả này.

Nghiên cứu của chúng tôi có cả điểm mạnh và hạn chế. Điểm mạnh bao gồm: các giá trị xét nghiệm của nghiên cứu này được chuẩn hóa cao, thông số chính xác và các chỉ số xét nghiệm được thực hiện trong cùng một phòng xét nghiệm. Ngoài ra, bệnh nhân có bất thường về nhiễm sắc thể được loại ra khỏi nghiên cứu. Đây cũng là một trong những nghiên cứu đầu tiên về vô sinh thiếu tinh nặng tại Việt Nam. Một trong những hạn chế của nghiên cứu này là không có sự so sánh giữa hai nhóm có can thiệp và không can thiệp phẫu thuật. Cần có những nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên và so sánh bắt cặp giữa điều trị vô sinh thiếu tinh nặng bằng phẫu thuật cột tinh mạch tinh và IVF, để có thể củng cố giả thuyết hơn.

V. KẾT LUẬN

Vì phẫu thuật cột tinh mạch tinh nên được đặt ra như một lựa chọn điều trị cho những bệnh nhân vô sinh thiếu tinh nặng kèm giãn tĩnh mạch tinh, do sự cải thiện đáng kể các thông số tinh dịch và tăng khả năng mang thai tự nhiên. Tỷ lệ có thai tự nhiên sau phẫu thuật được ghi nhận là 25%. Nam giới vô sinh thứ phát có tiên lượng tốt sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh. Phẫu thuật cột tinh mạch tinh có thể có lợi hơn các phương pháp thụ tinh nhân tạo về chi phí – hiệu quả trong điều trị vô sinh trên nhóm bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agarwal A, Majzoub A, Parekh N, and Henkel R.** 2020. "A Schematic Overview of the Current Status of Male Infertility Practice." *The world journal of men's health* 38 (3).
2. **Enatsu N, Yamaguchi K, Chiba K, Miyake H, and Fujisawa M.** 2014. "Clinical outcome of microsurgical varicocelectomy in infertile men with severe oligozoospermia." *Urology* 83 (5).
3. **Ishikawa T, Kondo Y, Yamaguchi K, Sakamoto Y, and Fujisawa M.** 2008. "Effect of varicocelectomy on patients with unobstructive azoospermia and severe oligospermia." *BJU international* 101 (2).
4. **Gupta C, Chinchole A, Shah R, Pathak H, Talreja D, and Kayal A.** 2018. "Microscopic varicocelectomy as a treatment option for patients with severe oligospermia." *Investigative and clinical urology* 59 (3).
5. **Majzoub A, ElBardisi H, Covarrubias S, Mak N, Agarwal A, Henkel R, ElSaid S, Al-Malki AH, and Arafa M.** 2021. "Effect of microsurgical varicocelectomy on fertility outcome and treatment plans of patients with severe oligozoospermia: An original report and meta-analysis." *Andrologia* 53 (6).
6. **Masterson TA, Greer AB, and Ramasamy R.** 2019. "Time to improvement in semen parameters after microsurgical varicocelectomy in men with severe oligospermia." *Canadian Urological Association journal* 13 (3).
7. **Almekaty K, Zahran MH, Zoeir A, Minhas S, and Salem K.** 2019. "The role of artery-preserving varicocelectomy in subfertile men with severe oligozoospermia: a randomized controlled study." *Andrology* 7 (2).
8. **Le DK, Vuong LN, Ho TM, Dang VQ, Pham TD, Pham CT, Norman RJ, and Mol BWJ.** 2018. "A cost-effectiveness analysis of freeze-only or fresh embryo transfer in IVF of non-PCOS women." *Human reproduction (Oxford, England)* 33 (10).

KẾT QUẢ BAN ĐẦU TẠO HÌNH MỘT THÌ BẰNG NIÊM MẠC MIỆNG TẠI MẶT LƯNG VÀ MẶT BỤNG TRONG HẸP NIỆU ĐẠO TRƯỚC PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Chung Tấn Tinh¹, Lê Thanh Tuấn¹, Nguyễn Tăng Duy¹,
Nguyễn Hoàng Nam¹, Đỗ Lệnh Hùng¹, Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Chúng tôi giới thiệu phương pháp phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì bằng niêm mạc miệng cùng lúc tại mặt lưng và mặt bụng trong hẹp niệu đạo trước phức tạp với đoạn hẹp dài trên 2 cm có lòng niệu đạo hẹp hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn..

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu mô tả 3 trường hợp (case-series) tạo hình niệu đạo một thì bằng niêm mạc miệng cùng lúc tại mặt lưng và mặt bụng trong hẹp niệu đạo trước phức tạp tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 04/2022 đến tháng 08/2022.

Kết quả: Trong 3 trường hợp nghiên cứu ghi nhận đặc điểm lâm sàng chủ yếu là tiểu khó. Với kết quả ban đầu cả 3 đều tiểu tốt, tình trạng cải thiện đường triệu chứng đường tiểu dưới và mức độ hài lòng sau phẫu thuật: IPSS trung bình 4,3 (3-6), QoL trung bình 1,6 (1-2).

Bàn luận: phương pháp phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì bằng niêm mạc miệng cùng lúc tại mặt lưng và mặt bụng niệu đạo là sự lựa chọn tốt cho những trường hợp hẹp dài đoạn niệu đạo trước với lòng niệu đạo hẹp hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn.

Từ khóa: hẹp niệu đạo trước, tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc miệng cùng lúc tại mặt lưng và mặt bụng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF EARLY RESULT FOR URETHROPLASTY SINGLE- STAGE OPERATION BY VENTRAL AND DORSAL BUCCAL GRAFTING IN COMPLEX ANTERIOR URETHRAL STRICTURE AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: we report the technique urethroplasty single- stage operation by ventral and dorsal buccal grafting in complex anterior urethral stricture that include segments of obliterative or near-obliterative.

Subjects and methods: The study describes a series of cases of urethroplasty single- stage operation by ventral and dorsal buccal grafting in complex anterior urethral stricture at Binh Dan hospital from April 2022 to August 2022.

Results: In three clinical trials, the primary clinical features was dysuria. Most of caces have had the improvement of the lower urinary tract symptoms and the satisfaction after surgery: IPSS 4.3 (3 -6) ; QoL is 1.6 (1-2).

Conclusion: Urethroplasty by single- stage ventral and dorsal buccal grafting appears to be an excellent option for a single-stage repair of long anterior urethral strictures and strictures that include segments of obliterative or near-obliterative disease in selected cases.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Chung Tấn Tinh

SĐT: 0979060302

Email: bstinh87@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Keywords: anterior urethral stricture, double faced buccal graft urethroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hẹp niệu đạo trước, đối với đoạn hẹp dài trên 2 cm phẫu thuật tạo hình niệu đạo thường được sử dụng là mảnh ghép niêm mạc miệng hay vật da có cuống. Có nhiều phương pháp tạo hình niệu đạo bằng mảnh ghép ở mặt lưng hoặc mặt bụng niệu đạo cho kết quả thành công cao.1-7 Tuy nhiên, trong những trường hợp đoạn hẹp niệu đạo dài (hẹp dài hơn 2 cm) thì phẫu thuật cắt nối niệu đạo không được lựa chọn và khi đoạn hẹp dài kèm khẩu kính lòng niệu nhỏ hơn 4Fr thì tạo hình niệu đạo bằng mảnh ghép một mặt không phù hợp vì phần niêm mạc lành của niệu đạo còn quá ít để sử dụng cho phương pháp tạo hình 1 mặt tại mặt lưng hoặc mặt bụng thông thường, trong đó tạo hình cuộn ống tại chỗ để khôi phục lại lòng ống niệu đạo cho tỷ lệ thất bại cao 3 . Vì vậy phương pháp phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì bằng niêm mạc miệng tại mặt lưng và mặt bụng được sử dụng trong trường hợp điều trị hẹp niệu đạo trước với chiều dài đoạn hẹp lớn hơn 2 cm kèm lòng niệu đạo khẩu kính nhỏ hơn 4Fr 3.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân hẹp niệu đạo trước đoạn hẹp dài trên 2 cm với lòng niệu đạo hẹp hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn một thì tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Bệnh nhân được tạo hình niệu đạo trước một thì bằng niêm mạc miệng hai mặt. Hậu phẫu mang thông niệu đạo và thông bàng quang ra da và được đánh giá: 3 tuần sau phẫu thuật: chụp VCUG (Voiding cystourethrogram- Chụp X-quang bàng quang-niệu đạo khi tiểu) kiểm tra.

Quá trình lấy số liệu được thực hiện trong quá trình chẩn đoán, phẫu thuật, hậu phẫu và bệnh nhân tái khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2022 đến tháng 8/2022 có 3 trường hợp được tạo hình niệu đạo trước một thì bằng niêm mạc miệng hai mặt. Chúng tôi rút ra được kết quả như sau:

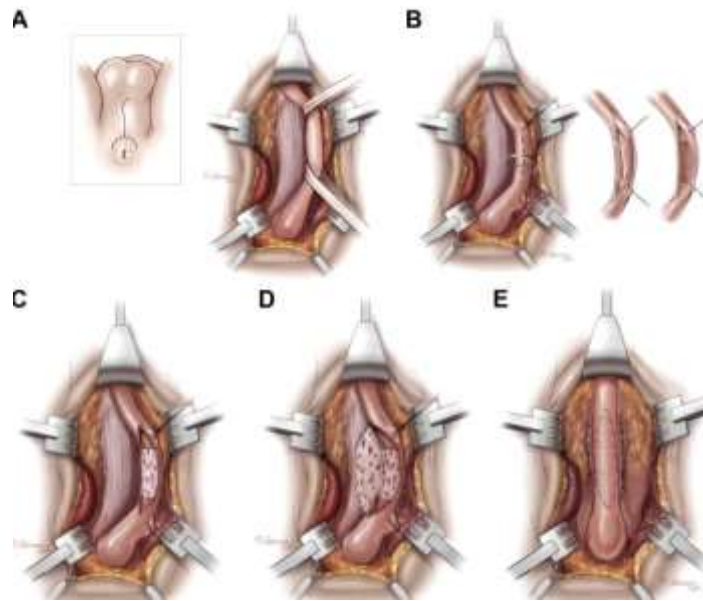
Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là 38,3 tuổi (22-49 tuổi)

Đặc điểm lâm sàng

Tất cả có 3 trường hợp đều ghi nhận vào viện vì tiểu khó.

Nguyên nhân: có 2 trường hợp liên quan yếu tố điều trị chăm sóc y tế (đặt thông niệu đạo kéo dài) chiếm 67%, 1 trường hợp do chấn thương. Thời gian hẹp tới lúc nhập viện trung bình 6 năm (1-12 năm). Trong đó có 1 trường hợp ghi nhận đã nong niệu đạo 7 lần, nội soi xé lạnh 2 lần trong suốt thời gian 12 năm. Tất cả 3 trường hợp đều được mở bàng quang ra da trước đó 3 tháng, và đều có kết quả cấy nước tiểu âm tính trước phẫu thuật.



Hình 1: Hình ảnh mô phỏng phương pháp mổ tạo hình trong nghiên cứu



Hình 2: Hình ảnh Xquang của bệnh nhân N.P.K: phim VCUG (A), phim RUG (B), hình sau mổ VCUG (C)



Hình 3: Hình ảnh trong mổ của bệnh nhân N.V.D

Các yếu tố trong phẫu thuật

Trong lúc phẫu thuật đánh giá vị trí đoạn hẹp thì 3 trường hợp ghi nhận vị trí hẹp nằm ở niệu đạo dương vật nên chúng tôi sử dụng đường rạch da dọc giữa niệu đạo dương vật để phẫu thuật tạo hình niệu đạo.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 240 phút (195-285 phút). Chiều dài đoạn niệu đạo hẹp trung bình là 9.6 cm (7-12cm). Lượng máu mất trung bình 166 ml (100-200 ml).

Diễn tiến hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu là 7 ngày, không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ. Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là 6 ngày (5-7 ngày).

Kết quả mô sau 3 tuần chụp phim VCUg đánh giá: cả 3 trường hợp đều tiểu dễ, có 1 trường hợp ghi nhận có xì nước cản quang và được lưu thông niệu đạo bằng quang 1 tuần, sau đó chụp VCUg đánh giá lại thì vùng mổ lành tốt, bệnh nhân được rút thông niệu đạo và thông bằng quang ra da.

IV. BÀN LUẬN

Cả 3 trường hợp đều có đoạn dài tại niệu đạo dương vật với lòng niệu đạo hẹp gần như hoàn toàn, lựa chọn tạo hình bằng niêm mạc miệng giúp tăng khẩu kính niệu đạo làm rộng rãi thông thoáng đường tiểu cho bệnh nhân, tuy nhiên với lòng niệu đạo hẹp gần như hoàn toàn không thể sử dụng phần niêm mạc của niệu đạo tại chỗ hẹp tạo hình bằng phương pháp ghép niêm mạc miệng tại mặt lưng hoặc mặt bụng đơn thuần. Tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần được điều trị trước phẫu thuật, trong đó thời điểm mổ tạo hình cần cách tối thiểu 3 tháng kể từ lần phẫu thuật cuối cùng của bệnh nhân. Sau phẫu thuật bệnh nhân gần như đi tiểu dễ dàng được kiểm tra bằng phim chụp niệu đạo bằng quang xuôi dòng để đánh giá tình trạng xì rò nước tiểu. Vì nghiên cứu còn trong giai đoạn sớm cần có nhiều thời gian để đánh giá kết

quả được khách quan hơn trong thời gian tới như soi niệu đạo, đo niệu dòng đồ, và khả năng giao hợp của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình niệu đạo trước một thì bằng niêm mạc niệu đạo miệng tại mặt lưng và mặt bụng niệu đạo là một sự lựa chọn tốt cho hẹp niệu đạo trước phức tạp với đoạn hẹp dài và lòng niệu đạo hẹp hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật phụ thuộc vào tình trạng niêm mạc miệng và mảnh ghép đủ chất lượng để ghép vào hai mặt niệu đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbagli G, Selli C, Tosto A, et al.** Dorsal free graft urethroplasty. *J Urol.* 1996;155:123-126.
2. **Gelman, J., & Sohn, W.** (2011). 1-Stage Repair of Obliterative Distal Urethral Strictures With Buccal Graft Urethral Plate Reconstruction and Simultaneous Onlay Penile Skin Flap. *The Journal of Urology*, 186(3), 935-938
3. **Gelman, J., & Siegel, J. A.** (2014). Ventral and Dorsal Buccal Grafting for 1-Stage Repair of Complex Anterior Urethral Strictures. *j.urology*.2014.01.024
4. **Markiewicz MR, Lukose MA, Margarone JE, et al.** The oral mucosa graft: a systematic review. *J Urol.* 2007;178:387-394.
5. **Pansodoro V, Emiliozzi P, Gaffi M, et al.** Buccal mucosa urethroplasty in the treatment of bulbar urethral strictures. *Urology.* 2003;61:1008-1010.
6. **Elliott SP, Metro MJ, McAninch JW.** Long-term followup of the ventrally placed buccal mucosa onlay graft in bulbar urethral reconstruction. *J Urol.* 2003;169:1754-1757.
7. **Barbagli G, Palminteri E, Guazzoni G, et al.** Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal or lateral surface of the urethra: are results affected by the surgical technique? *J Urol.* 2005;174:955-957.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU SAU CẮT ĐỐT NỘI SOI BƯỚU BÀNG QUANG QUA NGẢ NIỆU ĐẠO KHÔNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

Trần Trọng Huân¹, Nguyễn Tuấn Vinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguy cơ nhiễm khuẩn sau thủ thuật, phẫu thuật nội soi đường tiết niệu và việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) là một trong những chủ đề được bàn cãi rất nhiều trong những năm gần đây. So với các phẫu thuật nội soi tiết niệu khác, số liệu về biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) sau phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu bàng quang (CĐNSBBQ) qua ngã niệu đạo, và lợi ích của việc sử dụng KSDP là không nhiều. Do đó, cần phải có một nghiên cứu để đánh giá tình hình NKĐTN sau CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo không sử dụng KSDP nhằm giảm chi phí và hạn chế nguy cơ sinh ra những chủng vi khuẩn kháng thuốc.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo không sử dụng kháng sinh dự phòng.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 32 BN bướu bàng quang, được chỉ định cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu và không sử dụng kháng sinh dự phòng. Tất cả những BN được ghi nhận đặc điểm bướu bàng

quang trong lúc phẫu thuật và tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau phẫu thuật.

Kết quả: Tất cả BN đều có kết quả cấy nước tiểu trước mổ không mọc vi khuẩn, bạch cầu trong nước tiểu âm tính trong 50% TH, phản ứng nitrit âm tính 100%. Đa số TH có dưới 3 bước bàng quang (65,62%), kích thước bướu lớn nhất thường dưới 3 cm (84,38%). Có 2 trường hợp bướu có mô hoại tử trong mẫu nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 6,25%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,5 phút. Kết quả tổng phân tích nước tiểu sau mổ ghi nhận 100% có bạch cầu trong nước tiểu, có 4 TH (12,5%) có phản ứng nitrit trong nước tiểu dương tính. Kết quả cấy nước tiểu sau mổ 48 giờ có 3 TH cấy ra VK, trong đó 1 TH BN có biểu hiện nhiễm khuẩn trên lâm sàng được sử dụng KS theo kháng sinh đồ; 2 TH BN không có triệu chứng lâm sàng, không sử dụng KS điều trị sau mổ.

Kết luận: Đối với các trường hợp không có các yếu tố nguy cơ, biến chứng nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật không sử dụng kháng sinh dự phòng là 0%. Tuy nhiên, tỉ lệ nhiễm khuẩn hậu phẫu trong những trường hợp có yếu tố nguy cơ khá cao, cần phải được kiểm tra lại bằng cỡ mẫu lớn hơn.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, kháng sinh dự phòng, cắt đốt bướu bàng quang qua ngã niệu đạo.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Huân

SĐT: 0835919923

Email: trantronghuan8101991@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 02/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

SUMMARY**ASSESSING EFFICIENCY OF NOT USING ANTIMICROBIAL PROPHYLASIS BEFORE TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR**

Introduction: The administration of antimicrobial prophylaxis for postoperative urinary tract infections following transurethral resection of bladder tumors is controversial. This research is conducted to determine whether omitting antimicrobial prophylaxis (AMP) in TURB is safe in patients undergoing TURB without an indwelling pre-operative catheter/nephrostomy/DJ and a negative pre-operative urinary culture.

Objective: Determine the percentage of urinary tract infections in transurethral resection of bladder tumors without using antimicrobial prophylaxis.

Method and subjects: The study was conducted on 32 patients with diagnosis of bladder tumor and no evidence of urinary tract infection. All patients were undergone transurethral resection of bladder tumors without any kind of antimicrobial prophylaxis. Urine samples were taken for culture before and after the surgery of removing bladder tumor.

Result: In 32 cases, most of the patients had less than 3 tumors in bladder (65,62%), the diameter of the biggest tumors were mostly under 3 cm (84,38%). Average duration of surgery was 26,5 minutes. Urine culture after surgery had been positive in 3 cases. Among those cases, infection had been shown in 1 case with evidences of high temperature, therefore was treated by suitable antimicrobial.

Conclusion: Not using antimicrobial prophylaxis before transurethral resection of bladder tumor is safe and can be considered on patients without risk of infection. However, this

should not be a routine, especially on patients with high risk.

Keywords: Bladder tumor, Antimicrobial prophylaxis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

So với các phẫu thuật nội soi tiết niệu khác, số liệu về biến chứng NKĐTN sau phẫu thuật CĐNSBBQ, và lợi ích của việc sử dụng KSDP là không nhiều. Khác với ý kiến trước đây nên sử dụng KSDP thường quy [6], những nghiên cứu mới nhất bày tỏ sự cân nhắc trong việc sử dụng KSDP đối với phẫu thuật này. Hiệp hội Niệu khoa châu Âu (EAU) khuyến cáo phẫu thuật viên sử dụng KSDP đối với những trường hợp nguy cơ nhiễm khuẩn cao sau phẫu thuật (bướu lớn, nhiều bướu, có nhiều mô hoại tử,...), và có thể cân nhắc việc không sử dụng KS đối với những trường hợp nguy cơ thấp [4]. Báo cáo của Verzotti và cộng sự (2018), hồi cứu trên 223 trường hợp không sử dụng KSDP cho thấy biến chứng NKĐTN sau phẫu thuật xuất hiện ở 6 bệnh nhân (BN), chiếm tỉ lệ 2,7%, và không ghi nhận trường hợp nào nhiễm khuẩn huyết hoặc choáng nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu [22]. Từ đó tác giả khẳng định việc sử dụng KSDP thường quy là không cần thiết bằng một nghiên cứu lớn hơn với 829 BN [23].

Bệnh viện Bình Dân là một trung tâm tiết niệu lớn của Việt Nam và của khu vực với số lượng ca mổ lớn, dự phòng bằng KS cephalosporins thế hệ thứ hai gần như được sử dụng thường quy với những phẫu thuật nội soi tiết niệu nói chung và phẫu thuật CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo nói riêng. Tuy nhiên, theo y văn, NKĐTN hầu hết do vi khuẩn Gram âm với E.coli là tác nhân chính, đã đề kháng rất nhiều với những KS họ cephalosporins [4]. Vậy so với sử dụng

KSDP, liệu việc không sử dụng có làm tăng tỉ lệ NKĐTN sau phẫu thuật CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo?

Do đó, cần phải có một nghiên cứu để đánh giá tình hình NKĐTN của việc không sử dụng KSDP nhằm giảm chi phí và hạn chế nguy cơ sinh ra những chủng vi khuẩn kháng thuốc.

Mục tiêu: *Xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo không sử dụng kháng sinh dự phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

BN được chẩn đoán bướu bàng quang, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu qua ngã niệu đạo tại bệnh viện Bình Dân.

Dân số nghiên cứu

BN được chẩn đoán bướu bàng quang, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu qua ngã niệu đạo tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 04/2020 đến tháng 12/2020.

Cỡ mẫu

Thiết kế của nghiên cứu là tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp nên không cần tính cỡ mẫu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân khám tại bệnh viện Bình Dân, có chẩn đoán bướu bàng quang và được chỉ định cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo.

Kết quả cấy nước tiểu trước mổ không mọc vi khuẩn.

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Có hồ sơ ghi chép đầy đủ số liệu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Những BN có bệnh lý tại đường tiết niệu dưới, được ghi nhận trong tiền căn hoặc trong lần nhập viện này.

Những BN có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có NKĐTN trên cả hai thận.

Những BN đang có ống thông trong đường tiết niệu.

Những BN có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có nhiễm khuẩn tại hệ cơ quan khác của cơ thể.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả tiến cứu 32 BN được chẩn đoán bướu bàng quang, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu qua ngã niệu đạo tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 04/2020 đến tháng 12/2020.

Các trường hợp khám tại bệnh viện Bình Dân được chẩn đoán bướu bàng quang dựa trên hình ảnh nội soi niệu đạo – bàng quang và MSCCT hệ tiết niệu. Những bệnh nhân được chỉ định cắt đốt qua ngã niệu đạo sẽ được cấy nước tiểu trước mổ. Những trường hợp kết quả cấy nước tiểu không mọc vi khuẩn sẽ được tư vấn tham gia nghiên cứu. Ghi nhận những biến số trước, trong và sau phẫu thuật.

Số liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi cấu trúc. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm máy tính SPSS 20.11. Kết quả các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến số định tính trình bày theo tỉ lệ % dưới dạng bảng, biểu đồ bằng phần mềm Microsoft Word 2010 và Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc tính mẫu nghiên cứu (N=32)

Bệnh kèm theo	n (%)
Đái tháo đường	11 (34,38%)
Suy thận mạn	5 (15,63%)
Suy tim	9 (28,13%)
Xơ gan	0 (0%)
Bệnh lý khác	2 (6,25%)

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 63,2; trong đó trẻ nhất là 42 tuổi, già nhất là 83 tuổi. 29/31 (93,55%) BN nhập viện vì tiểu máu, 2 BN nhập viện vì tình cờ phát hiện bướu khi khám sức khỏe định kỳ. Trong số các bệnh lý kèm theo, đái tháo đường type II chiếm đa số (34,38%).

Bảng 2. Sự phân bố đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	n (%)
Bạch cầu trong nước tiểu	
(-)	16 (50)
(+)	11 (34,38)
(++)	4 (12,5)
(+++)	1 (3,13)
Phản ứng nitrit trong nước tiểu	
NEG	32 (100)
POS	0 (0)
Chỉ số bạch cầu máu (WBC)	
< 4 K/uL	0 (0%)
4-10 K/uL	31 (96,87%)
>10 K/uL	1 (3,13%)

Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước mổ ghi nhận đa số không có bạch cầu trong nước tiểu (50%), phản ứng nitrit âm tính 100%. Có 1 TH có kết quả bạch cầu trong nước tiểu (+++) nhưng cấy nước tiểu không mọc vi khuẩn, các kết quả cận lâm sàng khác trong giới hạn bình thường, vẫn đưa vào nghiên cứu.

Chỉ số bạch cầu máu (WBC) trung bình là: 8,87 K/uL. Đa số BN có chỉ số WBC nằm trong khoảng giá trị bình thường 4-10 K/uL (96,87%). 1 TH có chỉ số bạch cầu máu cao (12,35 K/uL).

Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm	n (%)
Số lượng bướu (dựa theo hình ảnh soi BQ)	
≥ 3 bướu	11 (34,38%)
< 3 bướu	21 (65,62%)
Kích thước bướu lớn nhất (dựa theo MSCCT và soi BQ)	
≥ 3 cm	5 (15,62%)
< 3 cm	27 (84,38%)
Mô bướu hoại tử (dựa theo hình ảnh soi BQ)	
Có	2 (6,25%)
Không	30 (93,75%)
Thời gian phẫu thuật	
≥ 30 phút	6 (18,75%)
< 30 phút	28 (81,25%)

Đa số TH có dưới 3 bướu bàng quang (65,62%), kích thước bướu lớn nhất thường dưới 3 cm (84,38%).

Có 2 trường hợp bướu có mô hoại tử trong mẫu nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 6,25%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là: 26,5 phút. Trong đó cuộc mổ ngắn nhất là 10 phút, cuộc mổ dài nhất là 55 phút. Đa số phẫu thuật kéo dài dưới 30 phút (81,25%).

Bảng 4. Đặc điểm ghi nhận hậu phẫu

Đặc điểm	n(%)
Bạch cầu trong nước tiểu (LEU)	
(-)	0 (0%)
(+)	5 (15,63%)
(++)	10 (31,25%)
(+++)	17 (53,13%)
Phản ứng nitrit trong nước tiểu (NIT)	
Neg	28 (87,5%)
Pos	4 (12,5%)
Chỉ số bạch cầu máu (WBC)	
< 4K/uL	0 (0%)
- 10K/uL	21 (65,62%)
> 10K/uL	11 (34,38%)

Kết quả cấy nước tiểu sau mổ 48 giờ: có 3 TH cấy ra VK, trong đó 1 TH BN có biểu

hiện nhiễm khuẩn trên lâm sàng (thân nhiệt trên 38,50C, kéo dài trên 24 giờ) được sử dụng KS theo kháng sinh đồ; 2 TH BN không có triệu chứng lâm sàng, không sử dụng KS điều trị sau mổ.

Bảng 5. Số ngày lưu thông niệu đạo và thời gian hậu phẫu

Đặc điểm	n (%)
Lưu thông niệu đạo	
≤ 2 ngày	25 (78,13%)
> 2 ngày	7 (21,87%)
Số ngày hậu phẫu	
≤ 2 ngày	20 (62,5%)
> 2 ngày	12 (37,5%)

Thời gian lưu thông niệu đạo trung bình là 1,41 ngày; trong đó thời gian lưu thông ngắn nhất là 1 ngày, TH lưu thông lâu nhất là 5 ngày. Đa số TH có thời gian lưu thông niệu đạo không quá 2 ngày sau phẫu thuật (78,13%).

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 2,9 ngày; trong đó thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày, TH nằm viện lâu nhất là 10 ngày. Đa số TH có thời gian nằm viện không quá 2 ngày sau phẫu thuật (62,5%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm mẫu nghiên cứu

BN nhập viện vì đau hông lưng chiếm đa số với 220 TH, chiếm tỉ lệ 72,6%. Ngoài ra, có 4 TH nhập viện Nghiên cứu khảo sát mẫu gồm 32 BN được CDNS bấu bằng quang qua ngả niệu đạo. Tuổi trung bình của mẫu là 63,2 tuổi; thấp hơn so với tuổi trung bình trong NC của Verzotti [22] là 70,3 tuổi và NC của Baten [3] là 72,9 tuổi. Tuổi trung bình của mẫu NC thấp, có thể do cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ đại diện cho dân số chung của bệnh lý này.

Về các bệnh kèm theo, chiếm đa số trong mẫu là ĐTD II (34,38%), tỉ lệ này cao hơn

trong mẫu của các NC khác là 19,28% [22] và 5,8% [3]. Đa số BN nhập viện vì lý do tiểu máu, chỉ 2 TH phát hiện tình cờ sau khi khám sức khỏe định kỳ. Theo EAU, tỉ lệ ĐTD cao là nguy cơ của nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật CDNS bấu bằng quang [4].

Về đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Tất cả BN trong mẫu NC đều được cấy nước tiểu trước mổ và được ghi nhận không có vi khuẩn mọc trong mẫu cấy. Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước mổ có 50% TH không có bạch cầu trong nước tiểu, có 1 TH (3,13%) mẫu nước tiểu có chỉ số LEU (+++). Về chỉ số bạch cầu máu (WBC), 96,87% BN có chỉ số trong giới hạn từ 4-10 K/uL, chỉ có 1 TH có WBC vượt giá trị bình thường (14,86 K/uL). Như vậy, trong mẫu NC, có những TH các CLS như tổng phân tích nước tiểu hay công thức máu nghi ngờ nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu nhưng kết quả cấy nước tiểu không mọc VK vẫn được đưa vào NC, tương đồng với những tiêu chuẩn nhận bệnh trong các NC gần đây của Baten [3] và Verzotti [22], khi các tác giả này cũng không dựa vào những chỉ số LEU, WBC để đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn niệu của BN.

Về đặc điểm trong phẫu thuật

Số lượng bấu trong mỗi TH đa số dưới 3 bấu, hầu hết là bấu nhỏ dưới 3 cm và không có mô hoại tử. Thời gian phẫu thuật trung bình là 26,5 phút; thấp hơn một chút so với mẫu NC của Baten [3] là 29 phút. Theo quan sát của chúng tôi, đa số các TH thời gian mổ kéo dài là do bấu lớn, trong quá trình phẫu thuật chảy máu nhiều kèm tổn thương diện tích lớn mô xung quanh.

EAU [4] dựa vào một phân tích gộp có hệ thống trên 152 BN của Bootsma năm 2018, cho rằng kích thước bấu lớn hay mô hoại tử nên được xem như là những yếu tố

nguy cơ nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật, đã đưa ra khuyến cáo yếu nên sử dụng kháng sinh dự phòng cho BN có những yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn trên.

Đánh giá sau phẫu thuật

Ghi nhận phân tích nước tiểu hậu phẫu cho thấy tất cả các TH đều có bạch cầu trong nước tiểu, 4 TH có phản ứng nitrit dương tính.

Chỉ số bạch cầu máu (WBC) trung bình tăng từ 8,87 K/uL lúc trước mổ lên 10,32 K/uL. Số TH có WBC trên 10 K/uL tăng lên 11 TH.

Kết quả cấy nước tiểu sau mổ có 3 TH cấy ra VK, cả 3 TH này đều có thời gian mổ trên 30 phút; trong đó 2 TH thời gian mổ lâu do bướu lớn, 1 TH do nhiều bướu nhỏ rải rác trong bàng quang. Tuy nhiên, chỉ có 1 TH có biểu hiện nhiễm khuẩn (sốt trên 38,5°C trên 24 giờ) được dùng KS điều trị, 2 TH còn lại không có biểu hiện trên lâm sàng, chỉ số bạch cầu máu sau 48 giờ trong giới hạn bình thường, không sử dụng kháng sinh sau mổ (2 BN này được xuất viện sau mổ 3 ngày).

Như vậy, về triệu chứng sốt sau phẫu thuật, tỉ lệ chung trong NC của chúng tôi là 1/32 TH (3,12%), cao hơn tỉ lệ trong NC của Verzotti [22] là 2,69% và Baten [3] là 1,6%, thấp hơn NC của Rizzo [18] là 4,16%. Trong những TH phẫu thuật kéo dài trên 30 phút, triệu chứng sốt xuất hiện ở 1/6 TH (16,67%), tỉ lệ này cao hơn nhiều so với tỉ lệ theo báo cáo của Verzotti [22] là 2/51 TH (4%), điều này có thể được giải thích là cỡ mẫu (32 so với 223) và số lượng ca mổ kéo dài trên 30 phút (4 so với 51) trong NC của chúng tôi còn thấp. Ngoài ra, khi hồi cứu lại TH xảy ra biến chứng trong NC, chúng tôi ghi nhận BN này có kết hợp thêm những yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu khác theo EAU [4] là bướu có mô hoại tử và tiền căn đái tháo đường type 2.

Thời gian lưu thông niệu đạo và thời gian nằm viện

Trong mẫu NC của chúng tôi, BN được rút thông ND sớm, đa số dưới 2 ngày sau phẫu thuật, trung bình là 1,41 ngày; tương đương với NC của Baten [3] là 1,3 ngày. Tuy nhiên số ngày nằm viện trong NC của chúng tôi lại dài hơn, trung bình là 2,9 ngày; so với 1,4 ngày. Điều này có thể được lý giải là do quyết định của phẫu thuật viên muốn theo dõi BN hậu phẫu lâu hơn sau khi rút thông ND.

V. KẾT LUẬN

Đối với các trường hợp phẫu thuật không có các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu như bướu nhỏ, số lượng dưới 3 bướu và thời gian phẫu thuật không quá 30 phút, biến chứng nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật là 0% dù không sử dụng KS dự phòng. Tuy nhiên, tỉ lệ nhiễm khuẩn hậu phẫu trong những trường hợp có yếu tố nguy cơ khá cao, cần phải được kiểm tra lại bằng NC có cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alsawyid BS. et al** (2013), "Antibiotic prophylaxis for transurethral urological surgery", *Urology Annals*, Apr-June 2013, Vol 5, Issue 2.
2. **Babjuk M. et al** (2017), "European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer", *EAU Guidelines* 2017.
3. **Baten E. et al** (2019), "A prospective, randomized controlled trial regarding antimicrobial prophylaxis in transurethral resection of the bladder tumor (TURB): An interim analysis of the prophylaxis 001-trial", *Eur Urol Suppl* 2019, 18(1), e772.
4. **Bonkat G. et al** (2017), "European Association of Urology Guidelines on Urological Infections", *EAU Guidelines* 2017.
5. **Childs SJ** (1986), "Appropriate surgical prophylaxis in transurethral genitourinary surgery and potential reduction in nosocomial infections", *Urology* ;27:415-20.

6. **Dall’Era MA, Walsh TJ, Krieger JN** (2007), “Infectious complications of urologic surgery” In: Kevin R. Loughlin, editor(s). *Complications of Urologic Surgery and Practice: Diagnosis, Prevention and Management*. New York: Informa; p. 1-16.
7. **Goldwasser B, Bogokowsky B, Nativ O, Sidi AA, Jonas P, Many M** (1983), “Urinary infections following transurethral resection of bladder tumors: Rate and source”, *J Urol* 1983;129:1123-4.
8. **Grabe M** (2001), “Perioperative antibiotic prophylaxis in urology”, *Curr Opin Urol* 2001;11:81-5.
9. **Koch CG, Li L, Hixson E, Tang A, Gordon S, Longworth D, et al** (2013), “Is it time to refine? An exploration and simulation of optimal antibiotic timing in general surgery”, *J Am Coll Surg* 2013;217: 628-35.
10. **Kraklau DM, Wolf JS Jr** (1999), “Review of antibiotic prophylaxis recommendations for office-based urologic procedures”, *Tech Urol* 1999;5:123-8.
11. **Hendrikx AJ, Strijbos WE, de Knijff DW, Kums JJ, Doesburg WH, Lemmens WA** (1999), “Treatment for extended-mid and distal ureteral stones: SWL or ureteroscopy? Results of a multicenter study”, *J Endourol* 1999;13:727-33.
12. **McDonald M, Grabsch E, Marshall C, Forbes A** (1998), “Single-versus multiple-dose antimicrobial prophylaxis for major surgery: a systematic review”, *Aust N Z J Surg* 1998;68:388-96.
13. **Morris MJ, Golovsky D, Guinness MD, Maher PO** (1976), “The value of prophylactic antibiotics in transurethral prostatic resection: A controlled trial, with observations on the origin of postoperative infection”, *Br J Urol* 1976;48:479-84.
14. **Rané A, Cahill D, Saleemi A, Montgomery B, Palfrey E** (2001), “The issue of prophylactic antibiotics prior to flexible cystoscopy”, *Eur Urol* 2001; 39:212-4.
15. **Rao PN, Dube DA, Weightman NC, Oppenheim BA, Morris J** (1991), “Prediction of septicemia following endourological manipulation for stones in the upper urinary tract”, *J Urol* 1991; 146:955-60.
16. **Raz R, Almog D, Elhanan G, Shental J** (1994), “The use of ceftriaxone in the prevention of urinary tract infection in patients undergoing transurethral resection of the prostate (TUR-P)”, *Infection* 1994;22:347-9.
17. **Reuter MA, Reuter HJ** (1998), “The development of the cystoscope”, *J Urol* 1998;159:638-40.
18. **Rizzo M et al** (2019), “Do not use antimicrobial prophylaxis before routine transurethral resection of the bladder tumor”, *Eur Urol Suppl* 2019, 18(1), e50.
19. **Togo Y, Tanaka S, Kanematsu A, Ogawa O, Miyazato M, Saito H, et al** (2013), “Antimicrobial prophylaxis to prevent perioperative infection in urological surgery: a multicenter study”, *J Infect Chemother* 2013;19:1093-101.
20. **Qiang W, Jianchen W, MacDonald R, Monga M, Wilt TJ** (2005) “Antibiotic prophylaxis for transurethral prostatic resection in men with preoperative urine containing less than 100,000 bacteria per ml: A systematic review”, *J Urol* 2005;173:1175-81.
21. **Puppo P, Ricciotti G, Bozzo W, Introini C** (1999), “Primary endoscopic treatment of ureteric calculi”, A review of 378 cases, *Eur Urol* 1999;36:48-52.
22. **Symes JM, Hardy DC, Sutherns K, Blandy JP** (1972), “Factors reducing the rate of infection after trans-urethral surgery”, *Br J Urol* 1972;44:582-6.
23. **Verzotti E. et al** (2018), “Do we really need systematic use of antimicrobial prophylaxis before transurethral resection of bladder tumor?”, *Journal of Endourology*, Volume 34, Issue 2, 198-202.
24. **Yamamoto S. et al** (2016), “Antimicrobial Prophylaxis in Urological Surgery”, *Urogenit Tract Infect* 2016;11(3):77-85.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH THEO KINH NGHIỆM TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DO SỎI NIỆU QUẢN CÓ HỘI CHỨNG ĐÁP ỨNG VIÊM TOÀN THÂN

Trần Trọng Huân¹, Nguyễn Tuấn Vinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) do sỏi niệu quản (NQ) có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) là dạng NKĐTN phức tạp, nguy hiểm. Điều trị kháng sinh (KS) theo kinh nghiệm khi chưa có kháng sinh đồ phối hợp với giải áp đường tiết niệu khẩn cấp là nguyên tắc chính để giảm thiểu lượng vi khuẩn xâm nhập vào máu. Theo các nghiên cứu ghi nhận, các chủng vi khuẩn gây NKĐTN rất đa dạng và xu hướng đề kháng với các loại KS ngày một gia tăng. Từ đó đặt ra yêu cầu cần phải đánh giá hiệu quả của liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm đối với các trường hợp NKĐTN do sỏi NQ, có biểu hiện SIRS cần xử trí cấp cứu.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ phân lập các chủng vi khuẩn trên BN NKĐTN do sỏi NQ; Đánh giá hiệu quả điều trị KS theo kinh nghiệm.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Mô tả 303 BN NKĐTN do sỏi NQ có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, được xử trí cấp cứu giải áp đường tiết niệu và có mẫu cấy nước tiểu trên bề mặt dương tính. Tất cả BN trên được cấy nước tiểu và cấy máu, được điều trị KS kinh nghiệm theo phác đồ của BV. Bình Dân.

Kết quả: Tính chung cho 3 loại bệnh phẩm có 467 mẫu cấy có VK mọc với E. coli 264 (56,5%). BN thuộc phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn nhóm II chiếm đa số 163 (53,8%), nhóm III chiếm tỉ lệ thấp nhất 49 (16,2%). Vi khuẩn sinh ESBL trong nước tiểu trên bề mặt là 47 trường hợp, với nhóm III nhiều nhất 20 (42,6%). Sử dụng KS kinh nghiệm không phù hợp KS đồ 36 trường hợp (11,9%), chủ yếu là những BN thuộc nhóm II. Tỉ lệ BN đáp ứng với điều trị sau 48 giờ ở nhóm sử dụng KS kinh nghiệm phù hợp cao hơn gấp đôi trong khi số ngày hết sốt, số ngày WBC về bình thường và số ngày nằm viện thấp hơn nhóm sử dụng KS không phù hợp.

Kết luận: E. coli là VK gây bệnh nhiều nhất. KS theo kinh nghiệm có phân tầng nguy cơ và giải áp sớm đường tiết niệu bề mặt là phương pháp điều trị hiệu quả trong NKĐTN do sỏi NQ có biểu hiện SIRS.

Từ khóa: Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, sỏi niệu quản.

SUMMARY

ASSESSING THE EFFICIENCY OF EMPIRIC ANTIBIOTIC USING ON URINARY TRACT INFECTION WITH SIRS CAUSED BY OBSTRUCTED URETERAL STONE

Introduction: Empiric antibiotic therapy and urgent decompression are often necessary to prevent further complications in infected hydronephrosis secondary to stone-induced and Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) has been performed. In the fact that

¹Khoa Nội B - Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Huân

SĐT: 0835919923

Email: trantronghuan8101991@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 02/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Urinary tract infection (UTI) has been spreading more and more complicatedly with various types of antibiotic resistance pathogens, determining uropathogens, evaluating empiric antibiotic therapy, which can help physicians more confident to choose suitable antibiotics, are critical, not only in Vietnam but also in the range of region and worldwide.

Objective: Determining UTI pathogens on obstructed kidneys caused by ureteral stones ; Assessing the efficiency of empiric antibiotic therapy.

Method and subjects: The study describing a cross-sectional was conducted on 303 UTI subjects caused by obstructed ureteral stones. All patients were treated by decompressing obstructed urinary tract, empiric antibiotic using based on the patient grouping system. Urine and blood samples were taken for culture before and after the upper urinary tract decompression.

Result: There were total 467 positive samples (urine and blood combined), *E. coli* contributed 264 (56.5%). The number of patients belonging to infection risk group II was the most with 163 patients (53.8%), group III took the third place with 49 patients (16.2%). ESBL pathogens in urine samples taken from renal pelvis took part in 47/303 samples, most from group III with 20 cases (42.6%). Unsuitable empiric antibiotic using was observed in 36 cases (11.9%), most in group II. The percentage of patients responding well to treatment after 48 hours in suitable empiric antibiotic group was 2 times higher than the unsuitable group. Length of fever, high WBC, hospital stay in the suitable group are shorter than those of the unsuitable group.

Conclusion: *E. coli* is the most common pathogen. Urgent decompression of obstructed kidneys and empiric antibiotic therapy based on infection risk grouping system are effective ways

of treatment for UTI caused by obstructed ureteral stones with the performance of SIRS.

Keywords: Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS), ureteral stone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) xảy ra ở mọi lứa tuổi với nhiều hình thái lâm sàng đa dạng(2, 5). NKĐTN do sỏi niệu quản (NQ) là dạng NKĐTN phức tạp, nguy hiểm do có bế tắc đường tiết niệu, có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề cho bệnh nhân với tỉ lệ tử vong cao như nhiễm khuẩn huyết, choáng nhiễm khuẩn(5). Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) là một công cụ đánh giá mức độ nhiễm khuẩn trên lâm sàng, SIRS cùng với bằng chứng NKĐTN được xem như nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu(2). Nếu tình trạng NKĐTN có bế tắc không được điều trị sớm, biểu hiện SIRS ban đầu có khả năng diễn tiến thành nhiễm khuẩn huyết nặng và choáng nhiễm khuẩn rất nhanh, đe dọa đến tính mạng bệnh nhân.

Mục đích điều trị cấp cứu trên những bệnh nhân NKĐTN có biểu hiện SIRS là ngăn chặn lượng vi khuẩn xâm nhập vào máu càng sớm càng tốt. Giải áp đường tiết niệu khẩn cấp và phối hợp điều trị kháng sinh là nguyên tắc chính hướng đến mục tiêu này(4). Kháng sinh (KS) được sử dụng theo kinh nghiệm, chưa có bằng chứng về vi sinh học và kháng sinh đồ. Trong khi đó, các chủng vi khuẩn (VK) gây NKĐTN, đặc biệt là các dạng NKĐTN phức tạp rất đa dạng và xu hướng đề kháng với các loại kháng sinh ngày một gia tăng(3, 6, 9). Từ đó, đặt ra yêu cầu cần phải đánh giá hiệu quả của liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm đối với các trường hợp NKĐTN do sỏi niệu quản, có biểu hiện đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) cần xử trí cấp cứu.

Mục tiêu: *Xác định tỉ lệ phân lập các chủng vi khuẩn trên BN NKĐTN do sỏi NQ; Đánh giá hiệu quả điều trị KS theo kinh nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

BN được chẩn đoán NKĐTN do sỏi niệu quản, được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm có phân tầng nguy cơ tại BV. Bình Dân.

Dân số nghiên cứu

BN được chẩn đoán NKĐTN do sỏi niệu quản, được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm có phân tầng nguy cơ tại BV. Bình Dân từ tháng 10/2017 đến tháng 07/2018.

Cỡ mẫu

Thiết kế của nghiên cứu là mô tả hàng loạt trường hợp nên không cần tính cỡ mẫu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

BN nhập viện cấp cứu tại BV. Bình Dân, được chẩn đoán NKĐTN do sỏi niệu quản và có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), được điều trị kháng sinh kinh nghiệm theo phân tầng nguy cơ.

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Có hồ sơ ghi chép đầy đủ số liệu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Những BN có bệnh lý tại đường tiết niệu dưới, được ghi nhận trong tiền căn hoặc trong lần nhập viện này.

Những BN có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có NKĐTN trên cả hai thận.

Những BN đang có ống thông trong đường tiết niệu.

Những BN có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có nhiễm khuẩn tại hệ cơ quan khác của cơ thể.

Tiêu chuẩn đánh giá

BN sau khi điều trị 48 giờ sẽ được đánh giá lại những tiêu chuẩn của SIRS(2) và so sánh với khi nhập viện.

- Đáp ứng với điều trị: khi tất cả những tiêu chuẩn của SIRS trên BN đều đáp ứng.

- Không đáp ứng với điều trị: khi có ≥ 1 tiêu chuẩn của SIRS trên BN không đáp ứng.

	Đáp ứng	Không đáp ứng
Thân nhiệt	Bình thường	$>38^{\circ}\text{C}$ hoặc $<36^{\circ}\text{C}$
Nhịp thở	16 – 20	> 20
Nhịp tim	≤ 90	> 90
WBC cao	Giảm	Không thay đổi hoặc tăng lên
WBC thấp	$\geq 4000/\text{mm}^3$	$< 4000/\text{mm}^3$

Phương pháp nghiên cứu

Cắt ngang 303 bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu do sỏi niệu quản, có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, được điều trị tại BV. Bình Dân từ 10/2017 đến 07/2018.

Tất cả BN được giải áp đường tiết niệu bế tắc và điều trị KS kinh nghiệm theo phác đồ của BV. Bình Dân.

Mẫu nước tiểu được cấy trước và sau khi phẫu thuật/thủ thuật giải áp, tất cả đều được cấy máu. Thăm khám, phỏng vấn trực tiếp dựa trên bảng câu hỏi cấu trúc. Các kết quả được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

Tần số, tỉ lệ, số trung bình được đo lường bằng phần mềm Stata 10,0.

Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Tp.HCM số 614/ĐHYD-HĐ ngày 28/12/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Sự phân bố đặc điểm dân số của nhóm đối tượng nghiên cứu (N=303)

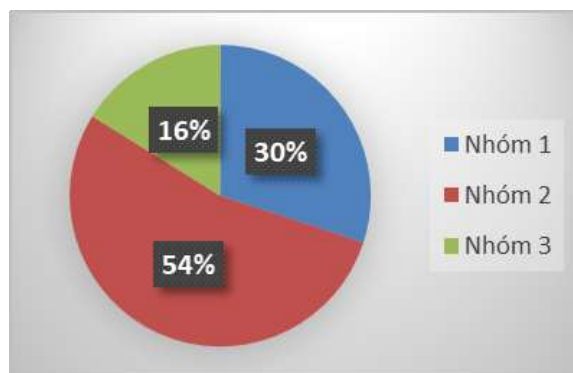
	n (%)
Tuổi	
21-59	226 (74,6)
Giới	
Nữ	184 (60,7)
Khu vực	
TPHCM	124 (40,9)

Hầu hết bệnh nhân tập trung ở lứa tuổi lao động, khu vực sống chủ yếu ở các tỉnh. Nữ chiếm khoảng 2/3 nhóm nghiên cứu.

Bảng 2. Sự phân bố đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng	n (%)
Thân nhiệt	
Sốt > 380C	220 (72,6)
Nhịp thở	
Nhịp thở nhanh > 20 l/p	265 (87,5)
Mạch	
Mạch nhanh > 90 l/p	303 (100)
Cận lâm sàng	
Chỉ số bạch cầu máu	
WBC > 12 K/ μ L	256 (84,5)
Bạch cầu nước tiểu (LEU)	195 (64,4)
Nitrit nước tiểu (NIT)	22 (14,2)
Độ ứ nước thận nhiễm khuẩn	
Độ 1	170 (56,1)
Độ 2, độ 3	133 (43,9)
Tỉ lệ cấy dương tính	
Nước tiểu trên bể tắc	303 (100)
Nước tiểu dưới bể tắc	110 (36,3)
Máu	54 (17,8)

Trong các tiêu chuẩn của SIRS, mạch nhanh > 90 l/p được ghi nhận nhiều nhất. Thận ứ nước độ 1 chiếm 56,1 %. Máu là loại bệnh phẩm có tỉ lệ cấy dương tính thấp nhất trong mẫu nghiên cứu.



Hình 1. Tỉ lệ phân tầng nguy cơ sử dụng KS của nhóm đối tượng nghiên cứu

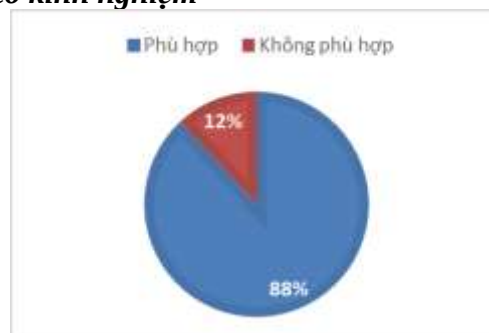
Phân tầng nguy cơ nhóm 2 chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 3. Tỉ lệ các vi khuẩn phân lập được trong 3 môi trường cấy

Cấy vi khuẩn (+)	n (%)
E. coli	264 (56,5)
Pseudomonas aeruginosa	33 (7,1)
Klebsiella pneumoniae	71 (15,2)
Proteus	20 (4,3)
Khác	79 (16,9)
TỔNG	467 (100)
Cấy vi khuẩn ESBL (+)	n (%)
E. coli	58 (8,4)
Klebsiella pneumoniae	22 (2,6)
Khác	5 (3,2)
TỔNG	83 (17,8)

E. coli là vi khuẩn cấy dương tính nhiều nhất trong 3 loại bệnh phẩm nuôi cấy. Vi khuẩn tiết ESBL chiếm khoảng 1/5 mẫu nghiên cứu với tác nhân chính là E. coli và Klebsiella.

Hình 2 và Bảng 4. Sự phù hợp của KS theo kinh nghiệm



Không phù hợp	36 (11,9%)
Nhóm 1	13
Nhóm 2	22
Nhóm 3	1

Có 36 trường hợp không phù hợp giữa KS theo kinh nghiệm và KS đồ, với nhóm 2 là nhóm xảy ra nhiều nhất.

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng điều trị sau 48 giờ

	n (%)
KS phù hợp	
Đáp ứng	245 (91,8)

Không đáp ứng	22 (8,2)
Tổng	267 (100)
KS không phù hợp	n (%)
Đáp ứng	17 (47,2)
Không đáp ứng	19 (52,8)
Tổng	36 (100)

Điều trị KS theo kinh nghiệm phù hợp với KS đồ, tỉ lệ đáp ứng với điều trị sau 48 giờ cao hơn gần gấp đôi so với nhóm điều trị KS theo kinh nghiệm không phù hợp với KS đồ.

Bảng 6. So sánh đáp ứng điều trị

	Kháng sinh ban đầu phù hợp	Kháng sinh ban đầu không phù hợp	Chung cả 2 nhóm
Số ngày hết sốt trung bình	1,1 ngày [1 – 3 ngày]	4,8 ngày [1 – 6 ngày]	1,9 ngày [1 – 6 ngày]
Số ngày hết đau trung bình	1,5 ngày [1 – 4 ngày]	1,2 ngày [1 – 3 ngày]	1,4 ngày [1 – 4 ngày]
Số ngày WBC về bình thường	2,7 ngày [1 – 5 ngày]	7,4 ngày [4 – 9 ngày]	3,3 ngày [1 – 9 ngày]
Số ngày nằm viện trung bình	8,5 ngày [4 – 11 ngày]	13,9 ngày [10 – 16 ngày]	7,5 ngày [4– 16 ngày]

Nhóm được điều trị KS theo kinh nghiệm phù hợp với KS đồ có số ngày hết sốt, số ngày nằm viện và số ngày WBC trở về bình thường thấp hơn so với nhóm sử dụng KS theo kinh nghiệm không phù hợp ($P < 0,05$).

Số ngày hết đau trung bình giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

BN nhập viện vì đau hông lưng chiếm đa số với 220 TH, chiếm tỉ lệ 72,6%. Ngoài ra, có 4 TH nhập viện vì lừ đừ, mệt mỏi sau khi

tự điều trị tại nhà trên 1 tuần bằng giảm đau và KS đường uống không hiệu quả. Với những tiêu chuẩn của SIRS, mạch nhanh > 90 lần/phút là triệu chứng có tỉ lệ cao nhất 100%, tiếp theo là thở nhanh 87,5%, bạch cầu máu tăng cao 84,5% và sốt 53,1%. Các tác giả khác cũng đánh giá rất cao độ nhạy cảm của các dấu hiệu thay đổi WBC, mạch và nhịp thở trong việc chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu(10). Điều này làm nổi bật lên sự quan trọng của việc thăm khám lâm sàng, đặc biệt là mạch và nhịp thở, những dấu hiệu cảnh báo tình trạng nhiễm

khuẩn nặng âm thầm hơn sốt nhưng không hề kém phần quan trọng.

Tất cả mẫu nước tiểu đều được làm tổng phân tích, kết quả 195 TH có bạch cầu, chiếm tỉ lệ 64,4%; 52 TH có phản ứng nitrit dương tính, chiếm tỉ lệ 17,2%. Kết quả bạch cầu không cao có thể do tình trạng bế tắc NQ, nước tiểu nhiễm khuẩn từ thận không xuống được bàng quang. Thận ứ nước độ 1 chiếm đa số với 170/303 TH (56,1%), nhiều nhất trong nghiên cứu là sỏi NQ đoạn chậu với 147 TH chiếm tỉ lệ 47,5%. Độ ứ nước ít làm trương lực cơ bóp của thận sẽ cao, áp lực trong đài bể thận tăng lên, khả năng đẩy VK vào máu nhanh hơn, làm cho tình trạng bệnh nặng hơn.

Về các đặc điểm phân lập vi khuẩn

Nghiên cứu của chúng tôi có 303 mẫu cấy nước tiểu trên bể tắc có VK mọc, các mẫu cấy nước tiểu dưới bể tắc và cấy máu đạt tỉ lệ có VK mọc tương ứng là 36,3% và 17,8%. Trong 467 mẫu cấy có VK mọc, VK gram âm chiếm đa số với 423 mẫu, tỉ lệ 90,6%. Trong nhóm VK gram âm, *E. coli* là VK được tìm thấy nhiều nhất trong các mẫu cấy nước tiểu và máu (56,5%), tiếp theo là *Klebsiella* 9,8%, *Pseudomonas* 7,1%, *Proteus* 4,7%, *Acinetobacter* 1,7%. Trong 44 mẫu cấy có VK gram dương, *Enterococcus* chiếm ưu thế với 39/44 mẫu cấy, 5 TH còn lại là VK *Staphylococcus*. Đối với VK gram âm tiết ESBL 58/264 mẫu cấy *E. coli* tiết ESBL chiếm tỉ lệ 22%, 22/71 mẫu cấy *Klebsiella* tiết ESBL chiếm tỉ lệ 31%.

Đối với tình trạng đề kháng KS, Số liệu báo cáo từ các tác giả trong 2 – 3 năm gần

đây với các môi trường bệnh viện khác nhau đều thống nhất rằng *E. coli* dù có hay không tiết ESBL đều đã kháng hầu hết với các KS nhóm cephalosporins thế hệ 3, 4(6, 7, 8, 9). Trong nghiên cứu này tỉ lệ kháng là trên 60%, các KS nhóm fluoroquinolone có tỉ lệ kháng 50 – 60%. Ngược lại, có độ nhạy cảm cao với KS nhóm carbapenem, aminoglycoside và fosfomycin (> 85%).

Về phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 91/303 BN được phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn nhóm 1 chiếm tỉ lệ 30%, 163/303 BN được phân tầng nhóm 2 chiếm tỉ lệ 53,8%, 49/303 BN được phân tầng nhóm 3 chiếm tỉ lệ 16,2%. Như vậy đa số BN trong nghiên cứu này được phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn nhóm 2, phân tầng nhóm 3 có số BN ít nhất. Tỉ lệ VK tiết ESBL phân theo từng nhóm nguy cơ của nghiên cứu này và các tác giả khác cho thấy một sự tương đồng trong nhóm BN được phân tầng nguy cơ nhóm 2 và nhóm 3 khi tỉ lệ tổng cho 2 nhóm này đều trên 80%, chiếm đa số trong mỗi nghiên cứu. Tuy nhiên, vấn đề cần quan tâm ở đây là 19,1% BN NKĐTN do vi khuẩn tiết ESBL trong nghiên cứu này lại được phân tầng nguy cơ ban đầu là nhóm 1. Hiện tượng VK tiết ESBL xuất hiện với tần số đáng kể trong nhiễm khuẩn cộng đồng đã được phát hiện trên nhiều quần thể BN và báo động từ hơn 10 năm trước với những báo cáo của M.V. Tuấn(9) nhưng vẫn chưa có dấu hiệu “giảm nhiệt” trong nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu này, BN nhập viện được sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều

trị của BV. Bình Dân theo từng nhóm nguy cơ. Đối với những BN được phân tầng nguy cơ nhóm 1, KS thuộc nhóm cephalosporins thế hệ thứ 2, 3 được sử dụng nhiều nhất, những KS này thường được dùng đơn độc hoặc phối hợp với KS nhóm aminoglycoside. Khi BN được phân tầng nhóm 2, KS ưu tiên được sử dụng là ertapenem kết hợp với aminoglycoside, trừ khi có các chống chỉ định trên BN. Đối với những BN được phân tầng nhóm 3, KS đầu tay là imipenem hoặc meropenem phối hợp với KS nhóm aminoglycoside. Số trường hợp KS theo kinh nghiệm phù hợp với kết quả KS đồ là 267/303 chiếm tỉ lệ 88,1%, có 11,9% trường hợp không phù hợp với KS đồ.

Đối với 36 trường hợp không phù hợp giữa KS theo kinh nghiệm và kết quả KS đồ, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm 2 là nhóm BN dễ xảy ra hiện tượng này nhất khi có đến 22/36 TH không phù hợp thuộc nhóm nguy cơ này tức 61,1%. Lý giải cho việc này, chúng tôi nghĩ nguyên nhân là do chưa đánh giá đúng mức độ can thiệp y khoa cho BN ở những lần nhập viện trước. Sai sót này có lẽ khi khai thác bệnh sử, người nhà và bản thân BN do hạn chế về kiến thức chuyên ngành nên cung cấp thông tin không chính xác, gây sai lệch thông tin cho bác sĩ.

Đánh giá đáp ứng với điều trị

Tất cả BN được phẫu thuật cấp cứu giải áp đường tiết niệu. Trong đó, BN được can thiệp tối thiểu bằng một trong hai phương pháp: (1) nội soi bàng quang đặt thông JJ dưới hướng dẫn C – arm với 241 TH, chiếm tỉ lệ 79,2%, (2) dẫn lưu thận qua da bằng

Mono J dưới hướng dẫn siêu âm với 45 TH, chiếm tỉ lệ 14,9%. Sau khi được xử trí cấp cứu, BN được đánh giá đáp ứng với điều trị sau 48 giờ. Sử dụng KS theo kinh nghiệm phù hợp với KS đồ, tỉ lệ BN đáp ứng với điều trị cao hơn so với khi sử dụng KS không phù hợp (91,8% so với 47,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Đặc biệt trong 36 BN KS theo kinh nghiệm không phù hợp với KS đồ, 17/36 TH (tỉ lệ 47,2%) vẫn đáp ứng với điều trị, có lẽ do được phẫu thuật giải áp đường tiết niệu sớm, hạn chế VK xâm nhập thêm vào máu.

Khi so sánh về số ngày hết sốt trung bình, số ngày chỉ số bạch cầu máu trở về bình thường và số ngày nằm viện trung bình đều ghi nhận kết quả như sau: nhóm được điều trị KS theo kinh nghiệm không phù hợp với KS đồ dài hơn nhóm được điều trị phù hợp có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Điều này giúp hạn chế tình trạng lạm dụng KS kéo dài cũng như nguy cơ nhiễm các vi khuẩn đa kháng KS từ môi trường bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu do sỏi niệu quản có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân là tình trạng nhiễm khuẩn nặng. Vi khuẩn gram âm là tác nhân gây bệnh gặp nhiều nhất với tình trạng đề kháng kháng sinh cao. Giải áp đường tiết niệu sớm và kháng sinh theo kinh nghiệm có phân tầng nguy cơ là cần thiết nhằm làm giảm nguy cơ tử vong và đề kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akova M et al** (2012),” Interventional strategies and current clinical experience with carbapenemase – producing gram – negative bacteria”, *Clin Microbiol Infect*, 18(5), pp. 439 – 448.
2. **Anthony JS, Richard SM, David JK** (2016), “Infections of the Urinary tract”, *Cambell – Walsh’s Urology*, 11th edition, Vol 1, Elsevier – Saunders, pp. 237 – 303.
3. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** (2014), Antibiotic resistance threats in the United States 2013, U.S. Department of Health and Human Services, pp. 65 – 67.
4. **Flukes S, Hayne D and et al** (2015), “Retrograde ureteric stent insertion in the management of infected obstructed kidneys”, *BJU Int* 2015, 115(5), pp. 31 – 34.
5. **Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund Johansen TE, Cai T, et al** (2015), “Guidelines on Urological Infections”, *European Association of Urology Guidelines* 2015, pp. 9 – 10, 21 – 26, 26 – 31.
6. **Hsueh PR, Hoban DJ and et al** (2011), “Consensus review of the epidemiology and appropriate antimicrobial therapy of complicated urinary tract infection in Asia – Pacific region”, *Journal of infection*, 63, pp. 114 – 123.
7. **Immamura T, Ohta B and Tanaka E** (2009), “Prognosis of urosepsis patients who are treated by inappropriate initial antimicrobial therapy in the emergency department”, *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), pp. 38 – 39.
8. **Lu PL, Liu YC and et al** (2012), “Epidemiology and antimicrobial susceptibility profiles of Gram - negative bacteria causing urinary tract infections in the Asia - Pacific region: 2009 - 2010 results from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART)”, *Int J Antimicrobial Agents*, 40, pp. 37 – 43.
9. **Mai Văn Tuấn, Nguyễn Thanh Bảo** (2008), “Khảo sát trực trùng Gram âm sinh men beta – lactamase phổ mở rộng phân lập tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12(1), tr. 1 – 7.
10. **Mitsuhiro T** (2014), “Predictors of septic shock in obstructive acute pyelonephritis”, *World Journal of Urology*, 32(3), pp. 803 – 811.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐAU BÌU MẠN TÍNH CÓ CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Lê Anh Tuấn¹, Phạm Văn Hảo¹,
Lê Đình Hiếu¹, Vũ Lê Chuyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau bìu mạn tính là một trong những cơn đau phổ biến nhất của hệ tiết niệu khiến bệnh nhân đến khám và điều trị. Nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Tất cả những bệnh nhân đau bìu mạn tính có chỉ định phẫu thuật tại khoa nam học, bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Kết quả: Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình $24,2 \pm 4,3$, thời gian đau $2,3 \pm 1,6$ năm. Vị trí đau: bìu 41,3% tình hoàn-mào tinh 47,8%, thừng tinh 24,6%, bẹn 15,1%. Nguyên nhân đau: hậu viêm tinh hoàn mào tinh 45,3% chiếm đa số trường hợp. Các nguyên nhân khác: sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh 32,3 %, sau chấn thương 22.6%. Thang điểm đau điểm đau NRS trước mổ $6,8 \pm 2,3$. 13/31 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân Quality of life (QOL) bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6)

$4,6 \pm 4,0$ và $6,75 \pm 1,1$ ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Có 25 (80,6%) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc. Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ là 43,5%, Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm: $3,4 \pm 1,2$ mm. Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình 37,5% bệnh nhân.

Kết luận: Đau bìu mạn tính đa phần xảy ra ở bệnh nhân trẻ với than điểm đau tương đối lớn. Nguyên nhân gây đau bìu mạn tính cũng góp phần ảnh hưởng đến kích thước và chức năng nội tiết tinh hoàn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Vì vậy bệnh lý đau bìu mạn tính cần được quan tâm can thiệp sớm nếu có thể khi ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Từ khóa: đau bìu mạn tính, đặc điểm, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF NEUROGENIC CHRONIC SCROTAL PAIN SYNDROME PATIENT THAT HAVE SURGERY INDICATION AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: Chronic scrotal pain is a common and well recognized urology symptom of young patient presenting to doctor for care. This study was conducted to examine the clinical characteristics of neurogenic chronic scrotal pain syndrome patient that have surgery indication.

Methods: Observation study design. All neurogenic chronic scrotal pain syndrome patient

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

SĐT: 0938489757

Email: tuanledr@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 31/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

that has surgery indication at our andrology department from từ 01/01/2022 đến 31/11/2022

Results: 31 neurogenic chronic scrotal pain patients had surgery indication. Mean age $24,2 \pm 4,3$, mean duration of CSP of 2.3 ± 1.6 years. The location of the pain are: scrotum 41,3%, epididymitis testicular pain 24.6 %, inguinal pain 17.1%. Post Epididymo-orchitis was the most common physical finding (45.3%). Other common findings were post varicocele (32.3%), after genital trauma (22.6%). Mean NRS was $6.8 \pm 2,3$. 13/31 patients had high NRS pain score (7-10). Quality of life (QOL) of medium NRS pain score patient was 4.6 ± 4.0 and 6.75 ± 1.1 for high NRS pain score group. There were 25 (80,6%) men who reported the influence of pain on the daily work. Small Testicles were found in 43,5% men, varicocele vein diameter were $3.4 \pm 1,2$ mm. 37,5% patients had low blood testosterone levels.

Conclusions: Chronic scrotal pain mostly occurs in young patients with relatively large pain scores. Chronic scrotal pain causes also contributes to the reduction of testicular size and testosterone function, affecting quality of life. Therefore, chronic scrotal pain should be treated early if the chronic pain often has a significant negative impact on QOL.

Keywords: Chronic scrotal pain (CSP); characteristics, Quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bìu mạn tính (ĐBMT) là một cơn đau tiết niệu phổ biến và cản trở hoạt động hàng ngày của nam giới. ĐBMT được định nghĩa là cơn đau vùng bìu, từng cơn hoặc liên tục, một bên hoặc hai bên, kéo dài trong hơn 3 tháng gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Định nghĩa của ĐBMT được nêu ra bởi tác giả Davis và cộng sự vào năm 1990 khi tiến hành một

nghiên cứu hồi cứu trên 45 bệnh nhân đến phòng khám với cơn đau tinh hoàn kéo dài ít nhất 3 tháng 3. Định nghĩa trên phù hợp với định nghĩa chung của đau mạn tính (cơn đau thường kéo dài 3–6 tháng).

Hiện tại có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT trên thực tế. Tác giả Ciftci báo cáo rằng ĐBMT chiếm 4,75% lý do đến khám chuyên khoa tiết niệu của tất cả nam giới mỗi năm 2. Tỷ lệ ĐBMT thấp hơn trong một báo cáo ở Thụy Sĩ là 350 đến 400 trường hợp trên 100.000 nam giới từ 25 đến 85 tuổi mỗi năm⁴.

Rất tiếc là cho đến hiện nay vẫn không có phát đồ hướng dẫn điều trị ĐBMT cụ thể mặc dù Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) đã đưa ĐBMT vào một phần trong các hướng dẫn điều trị đau vùng chậu. Điều trị ĐBMT phụ thuộc vào chẩn đoán cụ thể hoặc nguyên nhân. Bệnh nhân cần được hỏi kỹ về bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm (máu và nước tiểu), hình ảnh học và các xét nghiệm cụ thể nhằm phát hiện các dấu hiệu tình trạng viêm và bứu tuyến tiền liệt, tinh hoàn.

Các nghiên cứu và dữ liệu tế học về ĐBMT không nhiều trên thế giới. Một báo cáo tại Bệnh viện Mount Sinai ở Toronto, Canada gồm 131 người đàn ông có ĐBMT cho thấy: 43,5% không rõ nguyên nhân; sau thắt ống dẫn tinh gây đau 20,6%, chấn thương cơ quan sinh dục 12,2%. Và hậu nhiễm trùng tinh hoàn 11,5%¹.

Chẩn đoán nguyên nhân tiềm của ĐBMT khá khó do những thay đổi bệnh học thần kinh có thể xảy ra ở bệnh nhân có cơn đau mạn tính. Trong khi yếu tố khởi đầu kích thích ở bìu có thể là sau phẫu thuật vùng bìu như thắt ống dẫn tinh, chấn thương vùng bìu, viêm tinh hoàn, hoặc các tình trạng khác kích thích thụ thể thần kinh vùng bìu, phức hợp thần kinh vùng chậu được cho là dẫn đến

hoạt động thần kinh ở trung tâm đau ở vỏ não và ngoại biên gây nên ĐBMT8. Những thay đổi thần kinh này có thể vẫn còn ngay cả khi các yếu tố kích thích ban đầu đã biến mất. Những kích thích thần kinh cũng có thể ảnh hưởng đến bên đối diện. Một ĐBMT ở một bên bìn cũng có thể dẫn đến đau mạn tính ở bên đối diện do dây thần kinh từ đám rối thần kinh chậu bắt chéo với đám rối thần kinh chậu bên đối diện, có thể đóng một vai trò trong việc tạo ra một hiệu ứng đau đối bên.

Cũng có rất ít thông tin được công bố về đặc điểm lâm sàng tình trạng của ĐBMT, bao gồm các đặc điểm của cơn đau, các yếu tố làm thay đổi cơn đau (làm trầm trọng thêm hoặc giảm đau), tác động của ĐBMT đối với chất lượng cuộc sống của nam giới, khả năng lao động và khả năng có cuộc sống xã hội bình thường.

Các đặc điểm lâm sàng của ĐBMT rất đa dạng và phức tạp, đồng thời có thể có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của những người bị ảnh hưởng. Các triệu chứng có thể bao gồm đau mạn tính, khó chịu, cảm giác nóng rát, tê, ngứa ran và yếu cơ. Cơn đau thường được mô tả là dữ dội và có thể đi kèm với một số triệu chứng khác, bao gồm mệt mỏi, khó ngủ và cảm xúc đau khổ.

Chẩn đoán ĐBMT có thể là một thách thức, vì không có phương thức kiểm tra hoặc hình ảnh cụ thể nào có thể được sử dụng để xác nhận chẩn đoán. Thay vào đó, chẩn đoán dựa trên sự kết hợp của khám lâm sàng, tiền sử bệnh và xét nghiệm chẩn đoán. Điều trị NCSP cũng phức tạp và có thể bao gồm nhiều phương pháp khác nhau, bao gồm dùng thuốc, vật lý trị liệu và phẫu thuật.

Với thông tin được công bố hạn chế về nguyên nhân và đặc điểm của ĐBMT nên việc đánh giá và điều trị bệnh lý này vẫn

chưa thành một hướng dẫn điều trị cụ thể. Mục tiêu của nghiên cứu này là khảo sát một dân số bệnh nhân với ĐBMT nặng nguyên nhân thần kinh, không đáp ứng điều trị nội để xác định các loại nguyên nhân, tần suất của các nguyên nhân khác nhau, và các loại đặc điểm khác nhau của ĐBMT ở nam giới nhằm góp phần xác định các yếu tố cần cân nhắc khi chỉ định can thiệp ở bệnh nhân đau bìn mạn tính nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, được tiến hành dựa trên dữ liệu cắt ngang của 31 trường hợp đau bìn mạn tính kéo dài hơn 3 tháng không đáp ứng điều trị nội khoa trong hơn 3 tháng liên tiếp hoặc không đồng ý tiếp tục điều trị bảo tồn và được chỉ định can thiệp phẫu thuật. Bệnh nhân được điều trị tại khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán huyết đồ, siêu âm bụng, siêu âm Doppler bìn bìn, tổng phân tích nước tiểu, PSA nhằm loại trừ các bệnh lý khác có thể gây đau bìn như viêm tinh hoàn, bìn tinh hoàn, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm cơ quan sinh dục, giãn tĩnh mạch tĩnh chưa được phẫu thuật. Các bệnh nhân có các triệu chứng đường tiêu hóa hoặc đau vùng cột sống thắt lưng cũng được loại khỏi nghiên cứu.

Bệnh nhân được đánh giá cơn đau bằng thang điểm numeric rating scale (NRS 1-10). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bằng bảng câu hỏi QOL.

Các kiểm định t test và chi square test được dùng để kiểm định các thống kê trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu**

	Đặc điểm
Tuổi	24,2±4,3
Thời gian đau	2.3 ±1.6 năm
Nguyên nhân:	Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh: 32.3 %, Hậu viêm tinh hoàn mào tinh: 45,3% Sau chấn thương: 22.6%
Vị trí đau	Bìu 41,3%, Tinh hoàn-mào tinh 47,8%, Thừng tinh 24,6%, Bẹn 15,1%.
Thang điểm đau NRS trước mổ	6.8 ±2,3
QoL bệnh nhân	Thang điểm đau NRS 1-6: 4.6 ± 4.0 Thang điểm đau NRS 7-10: 6.75 ± 1.1
Tinh hoàn nhỏ	43,5%
Giãn tĩnh mạch tinh	51 %

Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình 24,2±4,3, thời gian đau 2.3 ±1.6 năm.

Nguyên nhân đau được thống kê: Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh 32.3 % là nhiều nhất. Vị trí đau chủ yếu đau ở tinh hoàn-mào tinh 47,8%

Thang điểm đau điểm đau NRS trước mổ 6.8 ±2,3. 13/31 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân QOL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 4.6 ± 4.0 và 6.75 ± 1.1 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Có 25 (80,6 %) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc.

72 % bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL).

Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ hơn chỉ số trung bình trên siêu âm là 43,5% và 51 % bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời. Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm: 3.4±1,2 mm. Giãn tĩnh mạch thừng tinh phổ biến hơn đáng kể ở những bệnh nhân có thời gian triệu chứng dài hơn

chiếm 9/22(38,8%) bệnh nhân đau trên 1 năm.

Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

ĐBMT là một than phiền phổ biến ở nhóm thanh niên và người trung niên. Có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT ở dân số, với nghiên cứu của Cifti về lý do nam giới đến phòng khám tiết niệu báo cáo tỷ lệ mắc bệnh là 4,75% và Strebel báo cáo chỉ ra tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 350–400/100.000 dân 6.

Cũng như các tác giả khác, độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu khá trẻ 24,2±4,3 với thời gian chịu cơn đau tương đối dài 2.3 ±1.6 năm. Bệnh nhân trong nghiên cứu trẻ hơn so với các báo cáo ở phương tây 5, 6 ,8 có thể do đặc điểm phân bố dân số trẻ tại Việt Nam. Những điều trên cho thấy đau ĐBMT ảnh hưởng không chỉ trên sức khỏe bệnh nhân mà còn gián tiếp ảnh hưởng lên hoạt động sống, làm việc và chất lượng sống của bệnh nhân.

Một nghiên cứu cho thấy rằng ĐBMT ảnh hưởng đến 0,8% các chàng trai trẻ.

Trung bình lượt khám là 5,3 lần mỗi năm. Bệnh nhân được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu cũng rất phổ biến và số lượt giới thiệu trung bình là 1,4 mỗi bệnh nhân 6.

Nguyên nhân của ĐBMT ở nam thanh niên được báo cáo trong nghiên cứu này qua bảng 1. Dù đã thực hiện loại các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh chưa phẫu thuật, trong nghiên cứu vẫn ghi nhận 51% bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời với các tổn thương do viêm, chấn thương, hoặc sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thừng tinh ở nam thanh niên bình thường ước tính khoảng 15–20% 8 và tỷ lệ đau ở những người bị giãn tĩnh mạch thừng tinh được ước tính trong khoảng từ 2 đến 10% 5, có nghĩa là tỷ lệ hiện mắc ước tính giãn tĩnh mạch thừng tinh gây đau 0,3–2% ở nam thanh niên bình thường dân số 5. Giãn tĩnh mạch tinh có thể là một trong các yếu tố quan trọng kích thích đồng thời các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bên gây nên đau bìu mạn.

Theo Granitsiotis gần 25% bệnh nhân ĐBMT không có nguyên nhân rõ ràng 7. Điều này thể hiện rõ ở những bệnh nhân vẫn còn đau bìu sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh giãn. Vì vậy có thể cần cân nhắc can thiệp phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch tinh và tiền căn gợi ý có tổn thương kích thích các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bên như viêm tinh hoàn, chấn thương bìu, phẫu thuật.

Trong nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp ĐBMT ở các bệnh nhân được phẫu thuật thất bại dẫn tinh hoặc tái tạo thành bẹn. Có thể do tỷ lệ bệnh nhân thực hiện triệt sản ở Việt Nam không cao so với các nghiên cứu ở các nước phương Tây nên tăng xuất ĐBMT sau phẫu thuật triệt sản không được ghi nhận. Các bệnh nhân ĐBMT sau phẫu thuật tái tạo thành bẹn có xu hướng khám và can thiệp ở chuyên khoa ngoại Tổng quát cũng có thể giải thích kết quả trên.

Việc điều trị ĐBMT phụ thuộc vào nguyên nhân hoặc nguyên nhân được cho là của đau tinh hoàn. Chia khóa để đánh giá thành công là hỏi bệnh sử và khám lâm sàng kết hợp sử dụng sớm siêu âm tinh hoàn và vùng bẹn là phương thức đáng tin cậy nhất. Nghiên cứu ghi nhận thấy rằng ở những bệnh nhân bị đau tinh hoàn lâu hơn 14 ngày, siêu âm phát hiện tổn thương ở 28% bệnh nhân không có dấu hiệu lâm sàng khi khám bao gồm giãn tĩnh mạch thừng tinh, tràn dịch tinh mạc, viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn 4. Vì vậy, cần thực hiện sớm siêu âm tinh hoàn và vùng bẹn cho tất cả bệnh nhân bị ĐBMT nhằm loại trừ các nguyên nhân can thiệp được.

72% bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL) và 25 (80,6 %) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc so với 60% và 31% báo cáo của tác giả 8

ĐBMT đã ảnh hưởng đến hiệu quả công việc của họ. Chất lượng cuộc sống qua câu hỏi QOL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 4.6 ± 4.0 và 6.75 ± 1.1 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Trong khi ngay cả nhóm bệnh nhân nam có cơn đau ít nghiêm trọng hơn cũng ghi nhận tác động tiêu cực trên QOL, cơn đau được báo cáo càng nghiêm trọng, tác động được báo cáo lên QOL càng lớn.

Tỷ lệ bệnh nhân có Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% có thể được giải thích do các nguyên nhân trước đó gây tổn thương chức năng nội tiết của tinh hoàn như viêm tinh hoàn hoặc chấn thương tinh hoàn chiếm tỷ lệ cao trong bệnh sử bệnh nhân. Tuy nhiên cũng không loại trừ sự suy giảm Testosterone ở nam giới trong nghiên cứu xuất phát từ tình trạng trầm cảm của bệnh nhân khi chịu đựng cơn đau kéo dài.

Điều này đã được ghi nhận ở một số nghiên cứu.

ĐBMT là một tình trạng bệnh lý phổ biến. Nhưng đây cũng là một tình trạng mà nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu chịu đựng trong nhiều năm mà không tìm kiếm sự can thiệp tích cực, mặc dù nhiều báo cáo cho thấy rằng cơn đau này đang có tác động tiêu cực về chất lượng cuộc sống (QOL), công việc và tâm trạng của bệnh nhân.

Qua nghiên cứu này có thể gợi ý các bác sĩ lâm sàng xem xét khi đánh giá tình trạng ĐBMT ở nam giới nhất là các bệnh nhân có phẫu thuật hoặc viêm, chấn thương cơ quan sinh dục. Cần cân nhắc hẹn tái khám và đặt câu hỏi trực tiếp về vấn đề này và bệnh nhân có ĐBMT ở bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào nên được đặt câu hỏi về tác động của cơn đau lên cuộc sống, hoạt động nhằm đưa ra hướng hỗ trợ tích cực.

V. KẾT LUẬN

Đau bìu mạn tính đa phần xảy ra ở bệnh nhân trẻ với than điểm đau tương đối lớn. Nguyên nhân gây đau bìu mạn tính cũng góp phần ảnh hưởng đến kích thích và chức năng nội tiết tinh hoàn. Phần lớn những bệnh nhân cho thấy cơn đau có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, tâm trạng và khả năng làm việc. Đa số nam giới có thể không tìm kiếm sự can thiệp và chấp nhận cơn đau trong một thời gian dài. Ngay cả khi cơn đau được ghi nhận là ít nghiêm trọng cũng có thể ảnh hưởng xấu đến cuộc sống của người bệnh. Vì vậy bệnh lý đau bìu mạn tính cần được quan tâm can thiệp sớm nếu có thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aljumaily A, Al-Khazraji H, Gordon A, Lau S, Jarvi KA.** Characteristics and

Etiologies of Chronic Scrotal Pain: A Common but Poorly Understood Condition. *Pain Res Manag.* 2017;2017:3829168.

doi:10.1155/2017/3829168

2. **Ciftci H, Savas M, Yeni E, Verit A, Topal U:** Chronic Orchialgia and Associated Diseases. *Curr Urol* 2010;4:67-70. doi: 10.1159/000253415
3. **Davis BE, Noble MJ, Weigel JW, Foret JD, Mebust WK.** Analysis and management of chronic testicular pain. *J Urol.* 1990;143(5):936-939. doi:10.1016/s0022-5347(17)40143-1
4. **Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Aurilio C, De Nardis L, Pace MC.** Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation. *Pain Res Treat.* 2017;2017:9472925. doi: 10.1155/2017/9472925. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29359045; PMCID: PMC5735788.
5. **Peterson AC, Lance RS, Ruiz HE.** Outcomes of varicocele ligation done for pain. *J Urol.* 1998;159(5):1565-1567. doi:10.1097/00005392-199805000-00043
6. **Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, Muentener M, Praz V, Hauri D.** Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. *Eur Urol.* 2005;47(6):812-816. doi:10.1016/j.eururo.2005.01.003
7. **Valencic M. Re: Granitsiotis P, Kirk D.** Chronic testicular pain: an overview. *Eur Urol* 2004;45:430-6. *Eur Urol.* 2005;47(5):720. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.023
8. **Woolf CJ, Salter MW.** Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science.* 2000 Jun 9;288(5472):1765-9. doi: 10.1126/science.288.5472.1765. PMID: 10846153.

ĐAU BÌU MẠN TÍNH NẶNG DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH VÀ SỰ ẢNH HƯỞNG LÊN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NAM GIỚI

Lê Anh Tuấn¹, Phạm Văn Hảo¹,
Lê Đình Hiếu¹, Vũ Lê Chuyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau bìu mạn tính nặng gây ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động, đời sống của bệnh nhân ở nhiều mặt. Nghiên cứu nhằm khảo sát sự ảnh hưởng của đau bìu mạn tính nguyên nhân thần kinh lên hoạt động tình dục nam giới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Tất cả những bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác, có chỉ định phẫu thuật tại khoa nam học, bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Kết quả: Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng nghi ngờ nguyên nhân thần kinh, không đáp ứng điều trị nội khoa được phẫu thuật. Tuổi trung bình $26,2 \pm 4,3$, thời gian đau $2,3 \pm 1,6$ năm. 51,6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng lên hoạt động tình dục. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (NRS 7-10 điểm) có ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm đau vừa (NRS 0-6 điểm) ($P < 0,05$). Giảm ham muốn chiếm 34,1% (14/41) và suy giảm Testosterone 37,5 % nhóm bệnh nhân. Hoạt động tình dục gây kích thích đau 60,9 % (25/41), xuất tinh gây đau 41,4 % (17/41). Tỷ lệ bệnh nhân rối

loạn cương cao nhóm thang điểm đau cao (7-9 điểm) ($P=0,02$) so với nhóm đau trung bình. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian quan hệ và mức độ đau bìu.

Kết luận: Đau bìu mạn tính mức độ nặng có thể ảnh hưởng rất lớn lên hoạt động tình dục ở nam giới. Cần quan tâm đến các yếu tố tình dục ở bệnh nhân nam đau bìu mạn tính. Các rối loạn tình dục có liên quan đến đau bìu có thể được xem xét áp dụng chỉ định phẫu thuật đau bìu mạn tính.

Từ khóa: Đau bìu mạn tính, rối loạn tình dục

SUMMARY

SEVERE CHRONIC SCROTAL PAIN DUE TO NEUROLOGIC CAUSES AND ITS INFLUENCE ON MALE SEXUAL FUNCTION

Objective: Severe chronic scrotal pain greatly affects normal life activities in many ways. The study aimed to investigate the influence of chronic neurogenic scrotal pain on male sexual function.

Methods: Observation study design. All patients with severe chronic scrotal pain, after excluding other causes, were indicated for surgery at the department of andrology, Bình Dân hospital from January 1, 2022 to November 31, 2022.

Results: There were 31 patients with severe chronic scrotal pain with suspected neurologic cause unresponsive to medical treatment and underwent surgery. Mean age 26.2 ± 4.3 years, duration of pain 2.3 ± 1.6 years. 51.6% (16/31) of

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

SĐT: 0938489757

Email: tuanledr@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 31/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

patients felt scrotal pain affects sexual performance. Patients with severe scrotal pain with high pain scale (NRS 7-10 points) had an effect on erectile function compared with moderate pain group (NRS 0-6 points) ($P<0.05$). Decreased libido accounted for 34.1% (14/41) and decreased Testosterone was 37.5% of the patient group. Sexual activity causes the pain increase in 60.9% (25/41), ejaculation causes pain in 41.4% (17/41). The proportion of patients with erectile dysfunction was high in the high pain score group (7-9 points) ($P=0.02$) compared with the average pain score group. There was no statistically significant difference between the duration of intercourse and the severity of scrotal pain symptom.

Conclusion: Chronic scrotal pain can greatly affect sexual performance in men. More consideration should be given to access sexual fu of male patients with chronic scrotal pain. Sexual disorders associated with scrotal pain may be considered for surgical indications for chronic scrotal pain treatment.

Keywords: Chronic scrotal pain, sexual dysfunction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tại trong y văn có rất ít dữ liệu về tỷ lệ hiện mắc của Đau bìu mạn tính (ĐBMT). Một ước tính từ một nghiên cứu ở Thụy Sĩ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh là 350–400/100.000 ca ĐBMT hằng năm⁷. Tình dục được coi là một khía cạnh quan trọng trong đánh giá chất lượng cuộc sống. Hoạt động tình dục dễ bị gián đoạn, ảnh hưởng bởi bệnh tật và chấn thương. Các cơn đau mạn tính cũng là một trong những nguyên nhân gây rối loạn tình dục.

Các báo cáo cũng ghi nhận các cơn đau mạn tính có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục bệnh nhân, có thể gây thiếu hứng

thú và giảm hoạt động tình dục 2,3. Những bệnh nhân bị ĐBMT còn có thêm một vấn đề khác là cơn đau có thể xuất hiện trong quá trình hoạt động tình dục dẫn đến giảm hứng thú, giảm hoạt động tình dục, tránh thực hiện hành vi quan hệ tình dục⁶.

Ảnh hưởng cụ thể của cơn đau đối với hứng thú và chức năng tình dục rất khó xác định do các tác động có thể là sự tác động trực tiếp lên hoạt động tình dục của bệnh nhân hoặc gián tiếp bởi bệnh lý và mặt tâm lý. Một nguyên nhân khác cũng có khả năng góp phần là việc dùng thuốc giảm đau và thuốc hướng tâm thần được kê đơn điều trị ĐBMT có thể có tác dụng phụ lên hoạt động tình dục. Những vấn đề khó khăn về tình dục cũng có thể xảy ra trước sự khởi đầu của cơn đau như các bất đồng trong mối quan hệ, rối loạn cương... ĐBMT khi đó đóng vai trò thúc đẩy các rối loạn tình dục trở nên nặng nề hơn.

Rối loạn chức năng tình dục làm tăng sự tức giận, thất vọng, trầm cảm. Tất cả yếu tố trên đều gây căng thẳng trên mối quan hệ. Bạn tình nữ của nam giới mắc rối loạn chức năng tình dục và trầm cảm thường có biểu hiện triệu chứng tương tự bệnh nhân nam¹.

Mặc dù công nhận tình dục là một yếu tố rất quan trọng đối với chất lượng cuộc sống (QoL), trên thực tế đời sống tình dục ít được đánh giá trên các bệnh nhân ĐBMT khi đến khám và trong quá trình điều trị. Bất chấp những trở ngại (như sự tế nhị, ít quan tâm) một số nghiên cứu đã được công bố và đều báo cáo tỷ lệ rối loạn tình dục ở bệnh nhân đau bìu mạn tính là một thực tế mà bệnh nhân và bác sĩ điều trị cần phải đối mặt^{4,5}.

Trong một nghiên cứu phỏng vấn 50 người bị đau mạn tính và người vợ/chồng của họ, 78% người bị đau và 84% bạn đời của họ mô tả tình trạng hôn nhân và tình dục

xấu đi, kể cả một số cặp ngưng thực hiện hoạt động quan hệ tình dục. Trong một nghiên cứu sâu hơn về 66 bệnh nhân đã kết hôn có tình trạng đau mạn tính, 2/3 bệnh nhân báo cáo suy giảm hoạt động tình dục và 30% báo cáo mối quan hệ hôn nhân xấu đi¹.

Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tần suất và tầm quan trọng của những thay đổi trong ham muốn và chức năng tình dục ở bệnh nhân ĐBMT nguyên nhân thần kinh, nhất là các bệnh nhân ĐBMT nặng. Các bệnh nhân này thường phải chịu nhiều cơn đau và đã được điều trị bởi nhiều phương pháp trong một thời gian dài. Mục đích của nghiên cứu này là mô tả tác động của ĐBMT nặng với nguyên nhân gợi ý thần kinh lên đời sống tình dục của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên dữ liệu cắt ngang của 31 trường hợp đau bìu mạn tính kéo dài hơn 3 tháng. Bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa trong hơn 3 tháng liên tiếp (với NSAIDs và nhóm bền thành mạch) hoặc không đồng ý tiếp tục điều trị bảo tồn. Các bệnh nhân được loại trừ hàng loạt các nguyên nhân có thể điều trị được. Bệnh nhân được chỉ định can thiệp phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh vi phẫu nhằm điều trị ĐBM tại khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán (huyết đồ, siêu âm

bụng, siêu âm Doppler bẹn bìu, tổng phân tích nước tiểu, PSA) nhằm loại trừ các bệnh lý khác có thể gây đau bìu như viêm tinh hoàn, bướng tinh hoàn, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm cơ quan sinh dục, giãn tĩnh mạch tinh chưa được phẫu thuật.... Các bệnh nhân có các triệu chứng đường tiêu hóa hoặc đau vùng cột sống thắt lưng cũng được loại khỏi nghiên cứu.

Bệnh nhân được đánh giá cơn đau bằng thang điểm đau Numeric Rating Scale (NRS 1-10). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bằng bảng câu hỏi QOL. Đánh giá hoạt động tình dục bằng bảng Sexual health inventory for men: (SHIM) với điểm <21 cho thấy có tình trạng rối loạn tình dục. Bảng câu hỏi ADAM score được đánh giá nhằm phát hiện tình trạng suy sinh dục với bệnh nhân trả lời có ở các câu hỏi 1, 7 hoặc 3 câu hỏi được cho là có dấu hiệu suy sinh dục.

Các kiểm định t test và chi square test được dùng để kiểm định các thống kê trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình $24,2 \pm 4,3$, thời gian đau $2,3 \pm 1,6$ năm. 2 (6,5%) bệnh nhân có thời gian triệu chứng giữa 3 đến 6 tháng, 7 (22,6%) có triệu chứng khoảng thời từ 6 – 12 tháng và 22 (71%) với thời gian triệu chứng trên 1 năm.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

	Đặc điểm
Tuổi	$24,2 \pm 4,3$
Thời gian đau	$2,3 \pm 1,6$ năm
Nguyên nhân:	Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh: 32,3 %, Hậu viêm tinh hoàn mào tinh: 45,3% Sau chấn thương: 22,6%
Thang điểm đau NRS trước mổ	$6,8 \pm 2,3$
QoL bệnh nhân	thang điểm đau NRS 1-6: $4,6 \pm 4,0$ thang điểm đau NRS 7-10: $6,75 \pm 1,1$

Nguyên nhân đau được thống kê: Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh 32.3 %, hậu viêm tinh hoàn mào tinh 45,3%, sau chấn thương 22.6%.

Thang điểm đau điểm đau NRS trước mổ 6.8 ± 2.3 . 13/31 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân QoL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 4.6 ± 4.0 và 6.75 ± 1.1 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10).

Có 58.1% bệnh nhân cảm thấy rằng ĐBMT ngăn cản hoạt động quan hệ tình dục ở nhiều khía cạnh, 51.6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng nhiều lên hoạt động tình dục, 32.2 % (10/31) thấy ảnh hưởng vừa phải, 16.1% (5/31) bệnh nhân không thấy cơn đau ảnh hưởng hoạt động tình dục.

Những bệnh nhân càng đau thì chức năng cương bị ảnh hưởng nhiều. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (7-9 điểm) có ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm thang đau (1-6) ($P < 0.05$: Fisher's exact test). Có 54.8% (17/31) bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi SHIM có thang điểm ≤ 21 cho thấy có tình trạng rối loạn tình dục. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cương cao nhóm thang

điểm đau cao (7-9 điểm) ($P = 0.02$) so với nhóm đau trung bình. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian quan hệ và mức độ đau bìu.

Qua nghiên cứu cho thấy 43% (13/31) có tình trạng giảm ham muốn tình dục khi khảo sát qua bảng câu hỏi ADAM. 76.9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7) có kết quả nghi ngờ suy sinh dục trên thang điểm ADAM so với chỉ 16.7% (3/18) (thang điểm đau > 6) (khác biệt có ý nghĩa, $P < 0.05$: chi squared test). Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% bệnh nhân.

Hoạt động tình dục gây kích thích đau 58.1% (18/31), 76.9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7) thấy cơn đau tăng sau hoạt động tình dục so với chỉ 44.4% (8/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa ghi nhận cơn đau thay đổi (thang điểm đau ≤ 6) ($P < 0.05$: chi squared test). Xuất tinh gây đau 41.9 % (13/31) bệnh nhân. 53.8% (7/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7) thấy cơn đau tăng khi xuất tinh so với 33.3% (6/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa (thang điểm đau ≤ 6) ($P < 0.05$: chi squared test)

Bảng 2: Rối loạn tình dục qua bảng điểm SIM

SIM	NRS 1-6	NRS 7-10
≥ 21	7(38.9%)	10 (76.9%)
< 21	11(61.1%)	3(23.1%)
Tổng	18	13

$P < 0.05$: Fisher's exact test

Bảng 3: Suy sinh dục và giảm ham muốn qua bảng ADAM

ADAM	NRS 1-6	NRS 7-10
Dương	3(9.7%)	10 (76.9%)
Âm	17(10.3%)	3(23.1%)
Tổng	18	13

$P < 0.05$: chi squared test

IV. BÀN LUẬN

Cả ĐBMT và rối loạn chức năng tình dục là bệnh lý phổ biến có sự kết hợp với nhau. ĐBMT được chẩn đoán khi kéo dài hơn 3 tháng. Khi nào cơn đau trở nên mạn tính, tính chất bệnh lý sẽ ngày càng phức tạp và dẫn đến các vấn đề tâm lý xã hội khác nhau, bao gồm ảnh hưởng cả hoạt động sống, tình dục, hôn nhân. Một nghiên cứu của Flor và cộng sự về tác động của cơn đau mạn tính có nguồn gốc khác nhau đối với bạn tình cho thấy rằng 67% bệnh nhân có hôn nhân và mối quan hệ bị ảnh hưởng tiêu cực bởi những cơn đau mạn tính, đồng thời giảm đáng kể sự hài lòng trong hôn nhân⁵.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này có độ tuổi tương đối trẻ, trung bình $24,2 \pm 4,3$ và chịu cơn đau khá lâu 2.3 ± 1.6 năm trước khi được điều trị. Đây là giai đoạn quan trọng trong cuộc sống bệnh nhân, ĐBMT có gây ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, công việc, hoạt động thể chất, tình dục, làm giảm năng suất làm việc và gây gia tăng đáng kể chi phí chăm sóc sức khỏe trực tiếp và gián tiếp. Như trong nhiều bệnh mạn tính khác hội chứng ĐBMT có thể có tác động xã hội đáng kể, vì nó dẫn đến tăng chi phí chăm sóc sức khỏe đáng kể, mất việc làm, thời gian và năng suất lao động

Mối liên quan giữa đau mạn tính nói chung và rối loạn chức năng tình dục đã được công nhận. Tác giả Osborne và Maruta trong nghiên cứu với 50 bệnh nhân đau mạn tính đã kết hôn, 78% bệnh nhân của họ báo cáo bệnh nhân không thể quan hệ (16%) hoặc giảm (62%) trong hoạt động tình dục. Đồng thời 65% bệnh nhân của nghiên cứu trên có tần suất giao hợp ít nhất một lần một tuần (trong 42% tần suất là 2–3 lần một tuần)⁶.

Quá trình điều trị ĐBMT cũng có thể làm giảm khả năng tình dục do tác dụng của các thuốc giảm đau lên hứng thú và chức năng tình dục bệnh nhân. Trong nghiên cứu 51.6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bùi ảnh hưởng nhiều lên hoạt động tình dục, 32.2 % (10/31) thấy ảnh hưởng vừa phải. 60% cảm thấy rằng ĐBMT đã ngăn cản họ quan hệ tình dục bình thường

Trong nghiên cứu 54.8% (17/31) bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi SHIM có bằng chứng về rối loạn tình dục. Nguyên nhân làm giảm ham muốn tình dục và hoạt động tình dục có thể bao gồm cả sự suy nhược của cơ thể từ cơn đau mạn tính, trầm cảm, giảm chất lượng cuộc sống QoL do cả đau đớn và những hạn chế gây ra bởi cơn đau mạn tính trong quá trình hoạt động tình dục. Sự giảm ham muốn này cũng có thể được giải thích bởi những nguyên nhân trước đó gây ra ĐBMT như chấn thương, viêm tinh hoàn. Các tổn thương này có thể gây nên các tổn thương về mặt nội tiết của tinh hoàn. Tình trạng giảm ham muốn chiếm 35.4% (11/31) trong khi so với sự suy giảm Testosterone là 37,5% cho thấy không chỉ về mặt nội tiết, nguyên nhân rối loạn tình dục của bệnh nhân còn có thể có sự góp phần của những rối loạn về mặt lâm lý.

Theo phản hồi của nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu cơn đau bùi đau nặng hơn khi sinh hoạt tình dục. Hoạt động tình dục gây kích thích đau 58.1% (18/31), xuất tinh gây đau 41.9 % (13/31). Có 76.9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng sau hoạt động tình dục so với chỉ 44.4% (8/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa ghi nhận cơn đau thay đổi (thang điểm đau ≤ 6 đ) ($P < 0.05$: chi squared test).

Xuất tinh gây đau 41.9 % (13/31) bệnh nhân. 53.8% (7/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng khi xuất tinh so với 33.3% (6/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa (thang điểm đau ≤ 6đ) ($P < 0.05$: chi squared test)

Ảnh hưởng đến hoạt động tình dục và ham muốn dường như nặng nhất ở nam giới đau nhiều. Bệnh nhân có cường độ đau càng nhiều, mức độ ảnh hưởng của hoạt động tình dục lên cơn đau càng nặng. Và ngược lại, những bệnh nhân ĐBMT có cường độ đau lớn được ghi nhận có tình trạng rối loạn cương cao qua bảng điểm SIM.

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy ĐBMT có tác động tiêu cực đối với chức năng tình dục nam giới. Sự sụt giảm trong chất lượng cuộc sống do các cơn đau mạn tính ở bệnh nhân ĐBMT góp phần hoặc gây ra rối loạn chức năng tình dục như sự giảm ham muốn và rối loạn cương. Vì vậy, có thể cần đánh giá yếu tố tình dục là một trong những chỉ định can thiệp bằng phẫu thuật ở những bệnh nhân ĐBMT ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nam giới.

V. KẾT LUẬN

Đau bìu mạn tính mức độ nặng có thể ảnh hưởng rất lớn lên hoạt động tình dục ở nam giới. Các bệnh nhân có cơn đau càng lớn trên thang điểm đau càng sẽ bị ảnh hưởng nhiều về mặt tình dục. Cần quan tâm đến các yếu tố tình dục ở bệnh nhân nam ĐBMT. Các rối loạn tình dục có liên quan

đến đau bìu có thể được xem xét là một yếu tố cần nhắc trong chỉ định phẫu thuật đau bìu mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ambler N, Williams AC, Hill P, et al.** Sexual difficulties of chronic pain patients. Clin J Pain 2001;17:138-45.).
2. **Anderson RU, Wise D, Sawyer T, et al.** Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis /chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. J Urol 2006;176:1534-8; discussion 1538-9.
3. **Ciftci H, Savas M, Gulum M, et al.** Evaluation of sexual function in men with orchialgia. Arch Sex Behav 2011;40:631-4
4. **Classification of chronic pain.** Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl 1986;3:S1-226.).
5. **Flor H, Turk DC, Scholz OB.** Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. J Psychosom Res 1987;31:63-71
6. **Osborne D, Maruta T.** Sexual adjustment and chronic back pain. Med Aspects Hum Sex 1980;14:94-113
7. **Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, et al.** Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. Eur Urol 2005;47:812-6

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU QUA MẪU NƯỚC TIỂU BỂ THẬN TRONG PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA

Nguyễn Tiến Đạt¹, Ngô Xuân Thái^{1,2}, Đỗ Anh Toàn^{1,3},
Nguyễn Đạo Thuần^{1,3}, Nguyễn Ngọc Thái^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát mẫu nước tiểu bể thận trong lúc phẫu thuật cung cấp nhưng thông tin giá trị về vi khuẩn học, hỗ trợ quá trình điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), giảm thiểu biến chứng nặng như nhiễm khuẩn huyết (NKH) và choáng nhiễm khuẩn (CNK) sau tán sỏi thận qua da (TSTQD).

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ có NKĐTN qua đánh giá mẫu nước tiểu bể thận, chủng vi khuẩn và độ nhạy cảm kháng sinh; xác định tỷ lệ có biến chứng NKH và CNK sau TSTQD.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng cộng 69 mẫu thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tất cả các mẫu đều được tiến hành lấy nước tiểu ở 2 thời điểm lúc chọc dò vào đài bể thận và sau tán sỏi từ 15 – 30 phút. Các mẫu nước tiểu này được đánh giá qua xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, soi tươi – nhuộm gram (STNG), nuôi cấy vi khuẩn và độ nhạy cảm với kháng sinh. Ngoài ra, thu thập những biến số

trước, trong và sau phẫu thuật liên quan đến tình trạng NKĐTN.

Kết quả: Tỷ lệ có NKĐTN qua đánh giá nước tiểu bể thận là 31,88%, trong đó chủ yếu là vi khuẩn gram âm (76.19%). Chủng vi khuẩn phân lập được: E.coli chiếm đa số (46%), kế đến là Enterobacteria cloacee, Proteus mirabillis, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis và vi nấm. Nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp NKH, không ghi nhận biến chứng CNK và tử vong.

Kết luận: STNG và cấy nước tiểu bể thận (CNTBT) có giá trị cao trong đánh giá tình trạng NKĐTN ở những bệnh nhân có chỉ định TSTQD. Chúng tôi khuyến cáo thực hiện thường quy những khảo sát này nhằm giảm thiểu biến chứng NKĐTN, NKH và CNK.

Từ khóa: nhiễm khuẩn đường tiết niệu, tán sỏi thận qua da, soi tươi nhuộm gram nước tiểu bể thận, cấy nước tiểu bể thận

SUMMARY

EVALUATE URINARY TRACT INFECTION BY RENAL PELVIC URINE SAMPLES IN PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

Background: Evaluating renal pelvis urine samples during surgery provides valuable information on bacteriology, supports the treatment of urinary tract infections, minimizes serious complications such as sepsis and septic shock.

Objective: to determine the rate of urinary tract infection in renal pelvic urine samples, the

¹Bộ Môn Tiết Niệu học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đạt

SĐT: 0333178538

Email: nguyentientatdyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

rate of sepsis and septic shock after percutaneous nephrolithotomy. Moreover, to examine the type of isolated bacteria in renal pelvic urine samples and their antibiogram.

Materials and Methods: A total of 69 patients that met the criteria were retrospective studied. All patients were collected renal pelvic urine sample at 2 time points: puncturing and after lithotripsy approximately 15 to 30 minutes. These urine samples were evaluated by urinalysis, gram stain, culture and antibiogram. In addition, pre-, intra-, and post-operative variables related to urinary tract infections were collected

Results: The rate of urinary tract infection in renal pelvic urine samples was 31.88%, in which gram – negative bacteria accounted for 76.19%. The most common bacterial spp. isolated was E.coli (46%), followed by Enterobacteria cloaceae, Proteus mirabilis, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis and fungi. There was one case of sepsis, no septic shock or death recorded in our study.

Conclusions: Gram stain and renal pelvic urine culture are high utility techniques to evaluate urinary tract infection in percutaneous nephrolithotomy. We recommend that these techniques should be used regularly to minimize the rate of urinary tract infection complication, sepsis and septic shock.

Keywords: urinary tract infection, percutaneous nephrolithotomy, renal pelvic urine gram stain, renal pelvic urine culture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là bệnh lý phổ biến đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý tiết niệu, tần suất thường gặp chỉ xếp sau NKĐTN và các bệnh lý về tuyến tiền liệt(1). Với sự phát triển và ứng dụng của khoa học kỹ thuật, chỉ định mổ mở ngày càng thu hẹp lại. Thay vào

đó, TSTQD ngày càng áp dụng rộng rãi và trở thành điều trị tiêu chuẩn đối với những sỏi thận lớn và phức tạp(2). Một trong những trở ngại thường gặp trong chọn lựa phương pháp TSTQD là NKĐTN. Ổn định tình trạng nhiễm khuẩn, đánh giá mẫu nước tiểu sạch giữa dòng trước phẫu thuật là bắt buộc trước khi thực hiện phẫu thuật(2). Tuy nhiên, mẫu nước tiểu sạch giữa dòng có thể không phản ánh chính xác tình trạng vi sinh của nước tiểu do sỏi thận gây bế tắc hoặc trú đóng của vi khuẩn trên sỏi(2),(3). Khảo sát mẫu nước tiểu bề thận trong lúc thực hiện phẫu thuật cung cấp nhưng thông tin giá trị về vi khuẩn học, hỗ trợ trong quá trình điều trị, giảm thiểu biến chứng nặng như NKH và CNK(4). Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên đề tài “Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu qua mẫu nước tiểu bề thận trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán sỏi thận qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: chụp X – quang hệ niệu không chuẩn bị (KUB) hoặc chụp X – quang cắt lớp vi tính (CT – Scan). Các bệnh nhân này được TSTQD bằng đường hầm nhỏ (Miniperc) hoặc đường hầm tiêu chuẩn (Standard PCNL) tại khoa Phẫu thuật sỏi thận chuyên sâu và khoa Niệu B bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật TSTQD:

Sỏi thận san hô, bán san hô, sỏi thận kích thước lớn (> 2 cm), sỏi thận nhiều viên.

Sỏi thận dài dưới > 1cm.

Sỏi thận kèm theo bất thường giải phẫu như: sỏi trong túi thừa đài thận, sỏi thận kèm theo hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, sỏi thận kèm theo hẹp niệu quản Những trường hợp này tán sỏi ngoài cơ thể thường thất bại vì khả năng tống xuất sỏi kém và khả năng tiếp cận điều trị sỏi bằng nội soi ngược chiều cũng gặp khó khăn.

Sỏi thận thất bại với điều trị nội soi ngược chiều hoặc tán sỏi ngoài cơ thể (Sỏi quá cứng có độ Housfield > 1000 HU hoặc quá mềm có độ Housfield < 500 HU, thận có cấu trúc giải phẫu bất thường: cổ đài thận hẹp, góc trục đài thận và bể thận nhọn ...).

Và có kết quả cấy nước tiểu sạch giữa dòng âm tính

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp không đưa vào nghiên cứu bao gồm:

< 18 tuổi.

Không thể lấy được mẫu nước tiểu bề thận qua chọc dò đài bể thận do tình trạng chảy máu hoặc khó kiểm soát trong cuộc phẫu thuật.

Đang mang ống thông niệu quản, double J hoặc đã mở thận ra da.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt trường hợp, hồi cứu.

Cỡ mẫu

Chúng tôi thu thập được 69 trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu và phân tích số liệu

Phương pháp thực hiện

Đánh giá mẫu nước tiểu được thực hiện ở những bệnh nhân có thể lấy được nước tiểu bề thận trong quá trình phẫu thuật TSTQD. Nước tiểu bề thận được lấy ở 2 thời điểm: thời điểm chọc dò vào đài bể thận và thời điểm sau tán sỏi thận từ 15 – 30 phút. 2 mẫu nước tiểu này sẽ được đánh giá tình trạng vi

sinh thông qua xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, STNG và nuôi cấy nước tiểu – xét nghiệm độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành thu thập toàn bộ những biến số nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án liên quan đến đánh giá tiền phẫu, trong lúc phẫu thuật và hậu phẫu.

Quản lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 13 và MS Office 365

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP. HCM số: 313/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 28 tháng 4 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu về những biến số tuổi, giới, BMI và những bệnh lý nền được liệt kê trong bảng 1.

Tỷ lệ NKĐTN qua đánh giá mẫu nước tiểu bề thận

Trong mẫu nước tiểu bề thận tại thời điểm chọc dò vào đài bể thận, có 54/69 trường hợp (TH) có thông số bạch cầu (BC) niệu lớn hơn 10 BC/ μ l (chiếm 78,26%) và có 7/69 TH có thông số nitrite niệu dương tính (chiếm 10,14%). Trong mẫu nước tiểu bề thận tại thời điểm sau tán sỏi 15 – 30 phút, có 51/69 TH có thông số BC niệu lớn hơn 10 BC/ μ l (chiếm 73,91%) và có 4/69 TH có thông số nitrite niệu dương tính (chiếm 5,79%).

STNG có vi khuẩn (VK) trong nước tiểu: 21/69 TH, chiếm tỷ lệ 30,43%. Trong đó kết quả trực trùng gram âm là 16/21 TH (76,19%) và gram dương 4 TH (29,05%), 1 TH vi nấm (4,76%). Ở mẫu nước tiểu thời điểm chọc dò vào đài bể thận, có 19/69 TH

soi tươi – nhuộm gram dương tính (27,54%), trong đó có 14/19 TH VK gram âm (73,68%), 4 TH VK gram dương (21,06%) và 1 TH vi nấm (5,26%). Ở mẫu nước tiểu bề thận sau tán sỏi 15 – 30 phút, có 13/69 TH

soi tươi – nhuộm gram dương tính (18,84%), trong đó có 8/13 TH VK gram âm (61,54%), 4 TH VK gram dương (30,77%) và 1 TH vi nấm (7,69%)

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Các yếu tố	TH (%) / $\bar{X} \pm SD$ (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)
Tuổi	53 $\pm$ 11 (29 – 76)
Giới:	
Nam	47 TH (68%)
Nữ	22 TH (32%)
BMI (Kg/m2)	22.04 $\pm$ 2.87 (14.57 – 28.3)
Tiền căn bệnh lý:	
Tim mạch:	18 TH (26.09%)
Đái tháo đường:	16 TH (23.19%)
Sỏi đường tiết niệu:	29 TH (28.99%)
Bệnh lý hô hấp	5 TH (7.25%)
Bệnh gan:	3 TH (4.35%)
Khác:	18 TH (26.09%)
Bên thực hiện TSTQD:	
Trái	35 TH (50.72%)
Phải	34 TH (49.28%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 13 mẫu bệnh phẩm CNTBT tại thời điểm chọc dò và 7 mẫu CNTBT sau tán sỏi 15 – 30 phút có VK mọc. Ở mẫu nước tiểu bề thận tại thời điểm chọc dò, VK gram âm chiếm 9/13 TH (69,23%), chủ yếu là E. coli chiếm 46%, tiếp theo là Enterobacteria cloaceae chiếm 15%. VK gram dương có 3/13 TH chiếm 23,08% (chủ yếu là Staphylococcus aureus) và ghi nhận 1 mẫu cấy mọc nấm Candida albicans (8%). Ở mẫu nước tiểu bề thận sau tán sỏi, Proteus mirabillis chiếm tỷ lệ cao nhất 3/7 TH (chiếm 42,86%). Kết quả CNTBT tại thời điểm chọc dò và sau tán sỏi 15 – 30 phút tương đồng trong 5 TH, có 7 TH trước cấy nước tiểu tại thời điểm chọc dò bề thận dương tính (4 TH cấy ra E.coli, 2 TH cấy ra

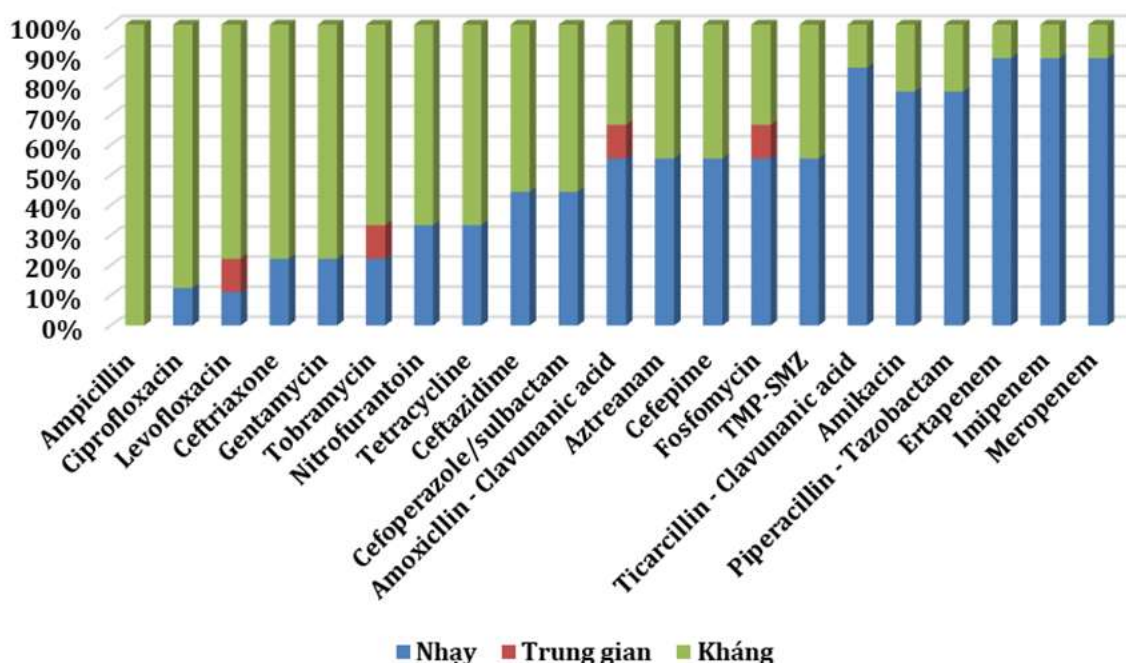
Enterobacteria cloacae, 1 TH cấy ra Staphylococcus aureus) nhưng sau tán sỏi 15 – 30 phút thì âm tính, 2 TH trong đó 1 TH cấy ra E. coli (1 TH) và 1 TH cấy âm tính ở mẫu nước tiểu bề thận lúc chọc dò nhưng sau tán sỏi 15 – 30 phút thì kết quả cấy cả 2 TH đều là Proteus mirabillis. Sự khác biệt giữa kết quả cấy nước tiểu bề thận trước và sau tán sỏi là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$ rất nhỏ $< 0,05$).

Qua đánh giá mẫu nước tiểu bề thận bằng các xét nghiệm TPTNT 10 thông số, STNG và CNTBT, chúng tôi ghi nhận 22/69 TH có NKĐTN, chiếm tỷ lệ 31,88%.

Tỷ lệ đề kháng với kháng sinh nhóm Quinolone rất cao, 8/9 TH kháng với ciprofloxacin, 7/9 TH kháng với levofloxacin. Tỷ lệ đề kháng với kháng sinh

nhóm Cephalosporin cũng khá cao, thậm chí với kháng sinh cefepime (1 cephalosporin thế hệ 4) thì tỷ lệ đề kháng cũng khoảng 50%. Tỷ lệ nhạy cảm với nhóm carbapenem khoảng 80 – 90%. Amikacin, Fosfomycin, TMP - SMZ, Piperacillin và Ticarcillin cũng còn nhạy cảm > 70%. Những kết quả này được thể hiện rõ trong biểu đồ 1.

Vi khuẩn tiết ESBL (Extended – spectrum beta-lactamase): trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có tỷ lệ mẫu cấy là tác nhân sinh tiết ESBL 3/6 mẫu kết quả E. coli, chiếm tỷ lệ 50%. Những mẫu cấy vi khuẩn gram âm khác không ghi nhận sinh men ESBL.



Biểu đồ 1: Phổ kháng khuẩn và đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm

Trong khảo sát những yếu tố liên quan đến NKĐTN qua đánh giá mẫu nước tiểu bề thận, chúng tôi ghi nhận ở những bệnh nhân có thận ứ nước, sỏi san hô hoặc bán san hô, gánh nặng sỏi lớn, độ HU của sỏi lớn, tỷ lệ có NKĐTN và sốt hậu phẫu cao hơn đáng kể (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$). Những yếu tố khác: chỉ số khối cơ thể, tiền căn bệnh lý như tăng huyết áp và đái tháo đường, thời gian phẫu thuật ... không ghi nhận có ảnh hưởng đến tình trạng NKĐTN trong nghiên cứu của chúng tôi. Những kết quả này được trình bày rõ trong bảng 2.

Tỷ lệ NKH và CNK sau TSTQD

NKH từ đường tiết niệu xảy ra trong 1/69 TH, chiếm tỷ lệ 1,45%. Không ghi nhận trường hợp nào có CNK. Không ghi nhận trường hợp nào có tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu về tuổi, giới, tiền căn bệnh lý như tăng huyết áp, đái tháo đường... và bên thực hiện tán sỏi thận qua da trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với những nghiên cứu khác trên thế giới như Neidet Karsiyakali và cộng sự(5), Jingchao Liu và cộng sự(6), Tian Yang và

cộng sự(7). Sự tương đồng với y văn về đặc điểm mẫu nghiên cứu, cho thấy nghiên cứu cũng có tính đại diện. Về đặc điểm của sỏi thận, chúng tôi ghi nhận sỏi san hô hoặc bán san hô, mức độ ứ nước của thận, gánh nặng sỏi lớn, độ HU của sỏi cao là những yếu tố liên quan đến biến chứng sốt và NKĐTN sau TSTQD (sự liên quan có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$). Sỏi san hô có cơ chế hình thành liên quan đến NKĐTN, đặc biệt những tác nhân sinh men urease như *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumonia*(8). Điều này giải thích ở những bệnh nhân sỏi san hô, tỷ lệ sốt và NKĐTN sau TSTQD cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân không phải sỏi san hô. TSTQD trên bệnh nhân có thận ứ

nước có thể thuận lợi trong tiến trình chọc dò đài bể thận để tạo đường hầm, nhưng có thể gặp khó khăn trong quá trình lấy sỏi vụn, ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi, thời gian phẫu thuật(9),(10). Hơn thế nữa, thận ứ nước cũng phần nào phản ánh sỏi thận hoặc bất thường cấu trúc giải phẫu có thể gây tắc nghẽn, điều này dẫn tới cấy nước tiểu sạch giữa dòng không phản ánh chính xác tình trạng vi sinh của nước tiểu bể thận. Gánh nặng sỏi và độ HU của sỏi phản ánh kích thước và mức độ cứng của sỏi, những đặc điểm này có thể dẫn tới quá trình tán sỏi kéo dài, giảm tỷ lệ sạch sỏi và do đó gia tăng biến chứng NKĐTN sau TSTQD(9).

Bảng 2: Những yếu tố ảnh hưởng đến NKĐTN qua khảo sát mẫu nước tiểu bể thận

Yếu tố	N (%)	NKĐTN qua khảo sát nước tiểu bể thận		Giá trị p	Phép kiểm
		Có NKĐTN n (%) / $\bar{X} \pm SD$	Không NKĐTN n (%) / $\bar{X} \pm SD$		
Giới: Nam Nữ	47 (68,12) 22 (31,88)	15 (31,91) 7 (31,82)	32 (68,09) 15 (68,18)	0,994	χ
BMI	22,04 $\pm$ 2,87	21,64 $\pm$ 2,93	22,23 $\pm$ 2,85	0,3640	Man-Whitney
ĐTĐ Có Không	16 (23,19) 53 (76,81)	8 (50) 14 (26,42)	8 (50) 39 (73,58)	0,076	Fisher's exact
Tăng huyết áp Có Không	18 (26,09) 51 (73,91)	6 (33,33) 16 (31,37)	12 (66,67) 35 (68,63)	0,878	χ
Thận ứ nước Có Không	45 (65,22) 24 (34,78)	18 (40) 4 (16,67)	27 (60) 20 (83,33)	0,048	χ
Sỏi san hô hoặc bán san hô Có	17 (24,64)	15 (88,24)	2 (21,76)	0,000	χ

Yếu tố	N (%)	NKĐTN qua khảo sát nước tiểu bề thận		Giá trị p	Phép kiểm
		Có NKĐTN n (%) / $\bar{X} \pm SD$	Không NKĐTN n (%) / $\bar{X} \pm SD$		
Không	52 (75,36)	45 (86,54)	7 (13,46)		
Gánh nặng sỏi	716,77 ± 669,33	1291,50 ± 842,59	447,75 ± 325,94	0,000	Mann-Whitney
Độ HU của sỏi	1182,54 ± 241,72	1343,73 ± 219,10	1107,09 ± 214,97	0,0002	Man-Whitney
Sử dụng kháng sinh KSĐT KDSP	44 (63,79) 25 (36,21)	16 (36,26) 5 (25)	28 (63,76) 20 (75)	0,156	χ
Thời gian phẫu thuật	76,45 ± 24,30	92,5 ± 23,34	68,94 ± 21,06	0,0001	Man-Whitney
Sốt hậu phẫu Có Không	18 (26,09) 51 (73,91)	16 (88,89) 6 (11,76)	2 (11,11) 45 (88,24)	0,000	Fisher's exact
Bạch cầu máu sau phẫu thuật	13,12 ± 4,61 (69)	16,98 ± 4,50 (22)	11,31 ± 3,41 (47)	0,000	Mann - Whitney
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	5,39 ± 2,14	7,50 ± 1,92	4,40 ± 1,39	0,0001	Man-Whitney

Cơ chế mẫu nước tiểu sạch giữa dòng không phản ánh đúng tình trạng vi sinh nước tiểu bề thận là do sự trú đóng của vi khuẩn trên sỏi thận, và khi tán sỏi dưới áp lực nước tưới rửa làm phóng thích vi khuẩn và nội độc tố của chúng vào hệ tuần hoàn(11). Ngoài ra, cấy nước tiểu sạch giữa dòng trước phẫu thuật có thể âm tính giả do sỏi thận gây bế tắc. Nước tiểu bề thận được lấy mẫu khi chọc dò kim vào đài bể thận, do đó được xem là phản ánh chính xác hơn tình trạng vi sinh của nước tiểu. Biến chứng NKĐTN thường xảy ra trong vòng 24 – 48 giờ sau TSTQ(12),(13). Một trong những vấn đề chính gặp phải khi CNTBT và cấy sỏi là cả 2 xét nghiệm đều mất nhiều thời gian. Trên thực tế, cần tối thiểu 48 giờ để có kết quả nếu

mẫu cấy âm tính và tối thiểu 3 – 4 ngày để có kết quả về mức độ nhạy cảm của VK với các loại kháng sinh. Trong khi đó, nếu có tình trạng NKĐTN thì nên khởi động kháng sinh điều trị mà không cần trì hoãn vì bất cứ lý do nào. STNG nước tiểu bề thận là xét nghiệm đơn giản, rẻ tiền và cho kết quả sớm(5). Tùy điều kiện tại cơ sở từng bệnh viện, kết quả STNG có thể trả về sau 30 phút đến vài giờ. Bên cạnh đó, STNG giúp định hướng tác nhân nhiễm khuẩn nếu có: VK gram dương, VK gram âm và vi nấm. Đây là những thông tin quan trọng hỗ trợ chọn lựa kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm trước khi có kết quả cấy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ STNG dương tính ở mẫu nước tiểu lúc chọc

dò và sau tán sỏi 15 – 30 phút lần lượt là 27,54% và 18,84%. Đáng chú ý, ở những bệnh nhân STNG nước tiểu bể thận dương tính, có tỷ lệ sỏi, tăng bạch cầu và thời gian nằm viện kéo dài hơn so với nhóm bệnh nhân có kết quả STNG âm tính ($p < 0,05$). Do đó, chúng tôi tin rằng, kết quả của STNG nước tiểu bể thận có thể cung cấp những thông tin sớm có ý nghĩa hỗ trợ chọn lựa kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm trước khi có kết quả cấy. Cách tiếp cận này có thể là phương pháp giúp ngăn ngừa diễn tiến đến NKH và CNK ở những bệnh nhân có biến chứng NKĐTN sau TSTQD. Chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ STNG dương tính cao hơn ở mẫu nước tiểu ngay thời điểm chọc dò so với mẫu nước tiểu sau tán sỏi 15 – 30 phút. Có đến 8 TH kết quả STNG lúc chọc dò dương tính nhưng sau tán sỏi 15 – 30 phút thì âm tính. Trên thực tế khi tán sỏi, dung dịch tưới rửa làm pha loãng và rửa trôi nhiều vi khuẩn (nếu có tình trạng NKĐTN). Vì vậy, đây có thể là lý do giải thích cho kết quả âm tính sau đó. Tuy nhiên, có 2 kết quả dù STNG thời điểm chọc dò âm tính nhưng sau tán sỏi 15 – 30 phút thì dương tính và tác nhân là VK gram âm. Một số VK trú đóng trên sỏi, chỉ phóng thích khi tán sỏi. Điều này có thể giải thích cho kết quả STNG sau tán sỏi dương tính dù trước đó âm tính. Đây là những trường hợp mà nguy cơ cao NKĐTN tiến triển NKH và CNK. Việc chẩn đoán kịp thời, khởi động kháng sinh điều trị phù hợp, dừng tán sỏi và chỉ mở thận ra da sẽ giúp giảm thiểu những biến chứng này. Chúng tôi khuyến cáo thực hiện STNG nước tiểu bể thận trên những bệnh nhân được chỉ định TSTQD nhằm hỗ trợ đưa ra quyết định sử

dụng kháng sinh điều trị, có/không tán sỏi và chỉ thực hiện chuyển lưu nước tiểu bằng cách mở thận ra da. Từ đó giúp giảm thiểu biến chứng NKĐTN, NKH và CNK sau phẫu thuật. STNG dương tính chính là yếu tố có giá trị tiên đoán sỏi hậu phẫu và biến chứng NKH, CNK sau TSTQD.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá mẫu nước tiểu bể thận bằng soi tươi – nhuộm gram nước tiểu, cấy nước tiểu và tổng phân tích nước tiểu 10 thông số, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có NKĐTN là 22/69 TH (chiếm tỷ lệ 31,88%), trong đó vi khuẩn gram âm chiếm 77,27%, vi khuẩn gram dương chiếm 18,18% và vi nấm chiếm 4,55%. Về tác nhân phân lập được qua mẫu cấy, *E.coli* chiếm đa số trường hợp (chiếm 46,15%), tiếp sau đó là *Enterobacteria cloaceae*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* và *Candida albicans*.

Đánh giá đặc điểm của sỏi: sỏi san hô hoặc bán san hô, mức độ ứ nước của thận, gánh nặng sỏi, độ HU của sỏi và khảo sát nước tiểu bể thận bằng soi tươi – nhuộm gram, cấy nước tiểu bể thận là chiến lược nhằm giảm thiểu biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu và hỗ trợ ra quyết định điều trị kháng sinh đúng thời điểm, hạn chế tiến triển nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stoller Marshall L.** (2013), "Urinary Stone Disease", *Smith's General Urology*, 18. pp. 249 - 278.

2. **C. Türk, A. Neisius, A. Petrik, et al.** (2020), "EAU Guidelines on Urolithiasis". EAU Guidelines 2020, pp. 22-23.
3. **Dogan Hasan Serkan, Guliyev Fuad, Cetinkaya Yesim S, et al.** (2007), "Importance of microbiological evaluation in management of infectious complications following percutaneous nephrolithotomy". International urology and nephrology, 39 (3), pp. 737-742
4. **Mariappan Paramanathan, Smith Gordon, Bariol Simon V, et al.** (2005), "Stone and pelvic urine culture and sensitivity are better than bladder urine as predictors of urosepsis following percutaneous nephrolithotomy: a prospective clinical study". The Journal of urology, 173 (5), pp. 1610-1614.
5. **Karsiyakali Nejd, Yucetas Ugur, Karatas Aysel, et al.** (2020), "Renal pelvis urine Gram stain as a traditional, but new marker in predicting postoperative fever and stone culture positivity in percutaneous nephrolithotomy: an observational, prospective, non-randomized cohort study". World Journal of Urology, pp. 1-12
6. **Liu Jingchao, Zhou Changkuo, Gao Wenjun, et al.** (2019), "Does preoperative urine culture still play a role in predicting post-PCNL SIRS? A retrospective cohort study". Urolithiasis, pp. 1-6.
7. **Yang Tian, Liu Shenghua, Hu Jimeng, et al.** (2017), "The evaluation of risk factors for postoperative infectious complications after percutaneous nephrolithotomy". BioMed Research International, 2017.
8. **Healy Kelly A, Ogan Kenneth** (2007), "Pathophysiology and management of infectious staghorn calculi". Urologic Clinics of North America, 34 (3), pp. 363-374.
9. **Akman Tolga, Binbay Murat, Akcay Muzaffer, et al.** (2011), "Variables that influence operative time during percutaneous nephrolithotomy: an analysis of 1897 cases". Journal of endourology, 25 (8), pp. 1269-1273.
10. **Turna Burak, Nazli Oktay, Demiryoguran Serkan, et al.** (2007), "Percutaneous nephrolithotomy: variables that influence hemorrhage". Urology, 69 (4), pp. 603-607.
11. **Dogan Hasan Serkan, Guliyev Fuad, Cetinkaya Yesim S, et al.** (2007), "Importance of microbiological evaluation in management of infectious complications following percutaneous nephrolithotomy". International urology and nephrology, 39 (3), pp. 737-742.
12. **C. Türk, A. Neisius, A. Petrik, et al.** (2020), "EAU Guidelines on Urolithiasis". EAU Guidelines 2020, pp. 22-23.
13. **Patel Nishant, Shi William, Liss Michael, et al.** (2015), "Multidrug resistant bacteriuria before percutaneous nephrolithotomy predicts for postoperative infectious complications". Journal of endourology, 29 (5), pp. 531-536.
14. **Ramaraju Karunamoorthy, Paranjothi Arun Kumar, Namperumalsamy Dhinakar Babu, et al.** (2016), "Predictors of systemic inflammatory response syndrome following percutaneous nephrolithotomy". Urology annals, 8 (4), pp. 449.

EXTENDED BOARI – FLAP: KỸ THUẬT KHẢ THI XỬ TRÍ ĐỨT RỜI NIỆU QUẢN ĐOẠN DÀI DO NỘI SOI TÁN SỎI NGƯỢC CHIỀU

Nguyễn Tiến Đạt¹, Nguyễn Tế Kha¹, Nguyễn Đạo Thuận²,
Nguyễn Lê Hoàng Anh¹, Nguyễn Vương Bảo Anh¹, Nguyễn Thế Tùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Nội soi tán sỏi ngược chiều là phương pháp điều trị sỏi đường tiết niệu ít xâm hại và được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Đứt rời niệu quản tuy là biến chứng hiếm gặp sau nội soi tán sỏi ngược chiều nhưng để lại hậu quả rất nặng nề và nghiêm trọng. Điều trị biến chứng này là một thách thức đối với bác sĩ tiết niệu. Mục tiêu của nghiên cứu là báo cáo và đánh giá xử trí đứt rời niệu quản đoạn dài tại cả 2 vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và khúc nối niệu quản – bàng quang sau nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: chúng tôi mô tả hồi cứu 2 trường hợp đứt rời niệu quản đoạn dài tại 2 vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và khúc nối niệu quản – bàng quang sau nội soi tán sỏi ngược chiều, được xử trí tạo hình niệu quản theo kỹ thuật tạo vạt Boari nối dài (Extended Boari – flap). Chúng tôi tạo hình niệu quản mới từ vạt bàng quang tạo hình theo phương pháp Boari, kết hợp với kỹ thuật Psoas hitch để đảm bảo đủ chiều dài đoạn niệu quản mới từ bàng quang tới khúc nối bể thận – niệu quản. Trong 2 trường hợp này, một trường hợp

phát hiện tổn thương đứt rời 2 đầu niệu quản ngay trong lúc thực hiện phẫu thuật được chuyển mổ mở ngay sau đó, 1 trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng, được thực hiện phẫu thuật sau 12 giờ kể từ thời điểm ghi nhận thương tổn niệu quản.

Kết quả: Trường hợp phát hiện thương tổn đứt rời niệu quản trái 2 đầu tận ngay trong lúc phẫu thuật được tạo hình niệu quản mới từ vạt bàng quang. Tái khám tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật ghi nhận chủ mô thận trái trên siêu âm và chức năng thận trái bình thường, bệnh nhân được rút thông double J sau đó. Tái khám ở thời điểm 1 năm cho thấy bể thận dẫn độ II, ghi nhận sỏi niệu quản trái, bệnh nhân được nội soi tán sỏi niệu quản và sạch sỏi sau phẫu thuật. Sau 2 năm theo dõi, hiện tại chức năng 2 thận bình thường, tuy nhiên có ghi nhận hình ảnh bể thận trái dẫn và ứ nước độ II, bệnh nhân vẫn được tiếp tục tái khám và theo dõi sát. Một trường hợp khác thương tổn đứt rời 2 đầu niệu quản trái được phát hiện muộn sau phẫu thuật nội soi tán sỏi, chuyển đến trung tâm chúng tôi sau 12 giờ, được thực hiện tạo hình niệu quản với kỹ thuật tương tự. Tái khám ở thời điểm sau 3 tháng ghi nhận chủ mô thận trái và chức năng thận trái bình thường, chúng tôi tiến hành thay double J trái và tiếp tục theo dõi sát tình trạng bệnh nhân.

Kết luận: Những trường hợp đứt rời niệu quản đoạn dài tại 2 vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và khúc nối niệu quản – bàng quang do nội soi niệu quản ngược chiều ở nữ giới, dung tích bàng quang đủ lớn, kỹ thuật tạo vạt Boari nối dài

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đạt

SĐT: 0333178538

Email: nguyentientatdyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

(Extended Boari – Flap) có thể là lựa chọn điều trị khả thi và an toàn.

Từ khóa: đứt rời niệu quản, nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều, tạo vạt Boari nối dài (Extended Boari-Flap)

SUMMARY

EXTENDED BOARI – FLAP: POSSIBILITY, SAFETY AND EFFECTIVENESS METHOD TO MANAGE URETERAL ALVUSION DUE TO RETROGRADE URETEROLITHOTRIPSY

Background and Objective: Retrograde ureterolithotripsy is a minimally invasive surgery in ureteral stone treatment and widely applied in many centers worldwide. Ureteral avulsion is a rare complication but it results in severe consequences. Avulsion in both ends of ureter is extremely rare and there is not a standard treatment for this situation; therefore, it is a big challenge for urologist. We aimed at trying to determine how to manage total avulsion of the ureter off both ends including ureteropelvic junction (UPJ) and ureterovesical junction (UVJ) by presenting our experience in the light of the literature.

Materials and Methods: We performed a retrospective analysis of 2 patients who underwent rigid ureteroscopic procedures for removal of ureteral stones. Total ureteral avulsion on both ends of the ureter (ureteropelvic junction and ureteral vesical junction) was examined, 1 case at immediately intraoperation and 1 case approximately 12 hours after the operation. Extended Boari – flap was performed for both cases.

Results: One patient who was recognized ureteral avulsion immediately intraoperation was followed with 3-month intervals by ultrasonography and abdominal X-ray and it was

determined that kidney parenchyma was normal, the double J was removed after that. At the end of 1 year, the patient had left upper ureteral stones and hydronephrosis. We performed retrograde ureterolithotripsy by laser. Follow up 2 years period, kidney function was normal but the left kidney was still dilated degree II in ultrasound. The other patient was diagnosed ureteral avulsion at 12th hour after surgery and we also had surgery with extended Boari – flap technique. 2 months later, the left renal parenchyma was normal in ultrasound and the renal function was good. We replaced double J for the patient and asked the patient to follow – up carefully.

Conclusion: If bladder capacity is enough to reach ureteropelvic junction, Extended Boari – flap is possibility, safety and effectiveness method to manage ureteral alvusion due to retrograde ureterolithotripsy, especially in female patients.

Keywords: ureteral alvusion, retrograde ureterolithotripsy, extended Boari – flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong kỉ nguyên phát triển vượt bậc của khoa học kĩ thuật, nội soi tiết niệu (Endourology) nói chung và nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều nói riêng ngày càng hoàn thiện và trở thành một trong những can thiệp tiết niệu thực hiện nhiều nhất. Đây là một phương pháp can thiệp ít xâm hại, an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có thể dẫn tới một số biến chứng: lạc đường khi soi máy niệu quản, thủng hoặc đứt rời niệu quản, chảy máu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, hẹp niệu quản... Tần suất gặp những biến chứng thay đổi từ 0.5 – 10% [1-2]. Đứt rời niệu quản là biến chứng trong

phẫu thuật rất nguy hiểm và nghiêm trọng. Một điều may mắn đây là biến chứng hiếm gặp và xảy ra với xuất độ chỉ khoảng 0 – 0.5% [3].

Nhìn chung, tổn thương đứt rời niệu quản thường xảy ra ở một vị trí của niệu quản. Đứt rời niệu quản hai vị trí cực kì hiếm gặp và chính vì vậy không có điều trị tiêu chuẩn cho những tình huống này. Bệnh đồng mắc của bệnh nhân, tình trạng của thận, mức độ nặng của tổn thương niệu quản và kinh nghiệm của phẫu thuật viên là những yếu tố ảnh hưởng tới chọn lựa điều trị. Mục đích của bài báo là xác định xử trí tổn thương đứt rời niệu quản 2 đoạn khúc nối bể thận – niệu quản (UPJ) và khúc nối niệu quản – bàng quang (UVJ) như thế nào dựa trên kinh nghiệm của chúng tôi và phân tích từ y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi mô tả hồi cứu 2 trường hợp đứt rời niệu quản đoạn dài tại 2 vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và khúc nối niệu quản – bàng quang sau nội soi tán sỏi ngược chiều, được xử trí tạo hình niệu quản theo kỹ thuật tạo vạt Boari nối dài (Extended Boari – flap). Chúng tôi tạo hình niệu quản mới từ vạt bàng quang tạo hình theo phương pháp Boari, kết hợp với kỹ thuật Psoas hitch để đảm bảo đủ chiều dài đoạn niệu quản mới từ bàng quang tới khúc nối bể thận – niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập hồi cứu được 2 trường hợp tổn thương đứt rời niệu quản tại 2 vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và khúc nối niệu quản – bàng quang do nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều. Đặc điểm của 2 bệnh nhân được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân và can thiệp được thực hiện

Trường hợp	1	2
Tuổi	62	42
Giới	Nữ	Nữ
Chẩn đoán trước khi thực hiện phẫu thuật	Sỏi niệu quản trái đoạn 1/3 giữa	Sỏi khúc nối bể thận niệu quản trái
Kích thước máy soi niệu quản	9.5 Fr	9.5 Fr
Phương pháp xử lý sau tổn thương	Extended Boari – Flap + Psoas Hitch	Extended Boari – Flap + Psoas Hitch
Thời điểm can thiệp	12 giờ sau tổn thương đứt rời niệu quản	Ngay tại thời điểm phát hiện thương tổn niệu quản
Kết quả theo dõi	Siêu âm ghi nhận hình ảnh chủ mô thận bình thường, ứ nước nhẹ, chức năng thận bình thường	Thận ứ nước cũ độ II không tiến triển thêm sau 2 năm theo dõi, chức năng thận bình thường

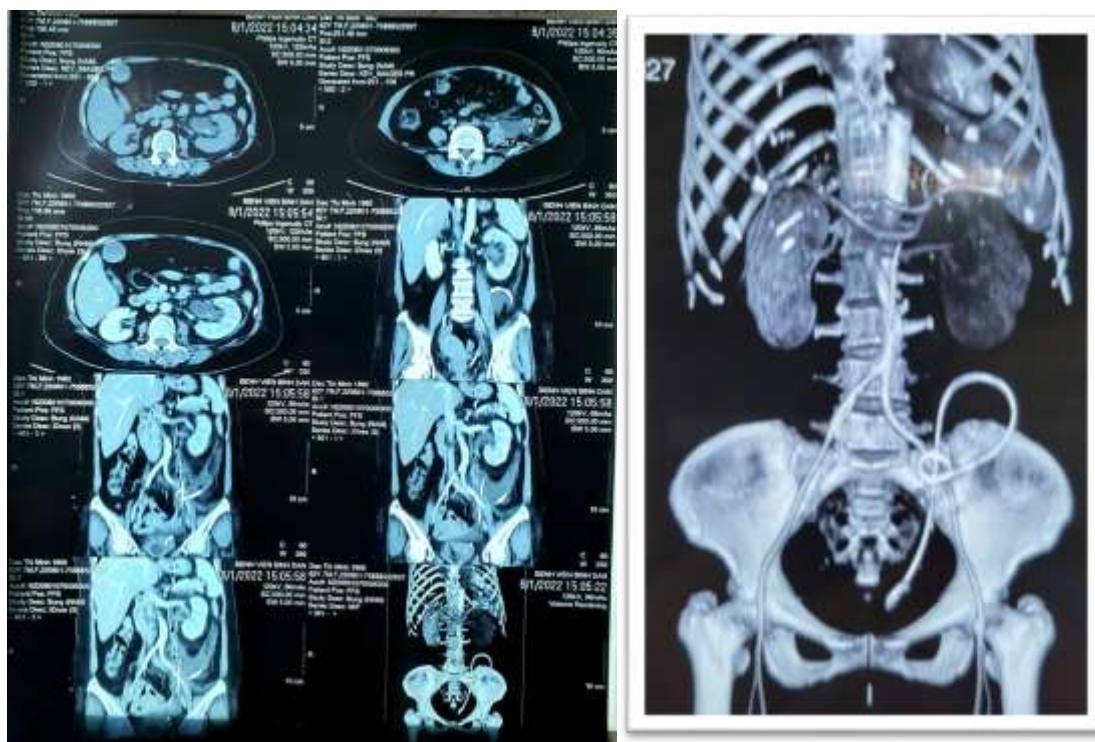
Ca lâm sàng 1:

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng trái khoảng 8 ngày, quặn cơn, mức độ trung bình, lan bụng ¼ dưới trái và mặt trong đùi, không tư thế tăng giảm đau, sốt

không rõ nhiệt độ kèm tiểu nhiều lần, đau khi đi tiểu. Triệu chứng nặng dần nên khám và nhập bệnh viện tuyến tỉnh, được chẩn đoán: nhiễm khuẩn đường tiết niệu – sỏi niệu quản trái, được điều trị nội khoa, kháng sinh. Diễn

tiền triệu chứng cải thiện: hết sốt, giảm đau hông lưng. Bệnh nhân được lên lịch nội soi tán sỏi niệu quản trái sau 7 ngày nội trú. Tường trình phẫu thuật ghi nhận: hẹp niệu quản 1/3 dưới, trên chỗ hẹp có sỏi niệu quản kích thước 7x10 mm, tiến hành tiếp cận tán sỏi thuận lợi. Sau tán sạch và lấy sạch sỏi vụn, tiến hành soi lên tới bể thận để đặt guidewire thì ghi nhận soi máy niệu quản có kháng lực, “có cảm giác” đứt niệu quản tại đoạn hẹp, rút máy soi đặt double J trái khó khăn, ghi nhận lộn niêm mạc niệu quản vào bàng quang. Ngưng phẫu thuật, đặt thông

niệu đạo và chuyển bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi tiếp nhận bệnh nhân sau 12 giờ từ thời điểm phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân tương đối ổn định, đau hông lưng trái nhiều. Kết quả khảo sát cắt lớp vi tính hệ niệu có cản quang cho thấy thận trái ứ nước độ II, tụ máu trong bể thận và niệu quản trái, double J thận trái, đầu trên double J vị trí khoang cạnh thận, mặt sau thận trái, tụ dịch quanh double J trái, lan dọc xuống vùng hố chậu trái, hiện không thoát thuốc cản quang rõ ràng vào ổ tụ dịch này sau 15 phút và 1 giờ 30 phút delay. Hình ảnh MSCT cụ thể ở hình 1



Hình 1: Hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân sau 12 giờ tổn thương niệu quản

Chúng tôi tiến hành nội soi niệu đạo bàng quang thám sát trước để đánh giá thương tổn, ghi nhận máu cục nhiều trong lòng bàng quang, không thấy double J trái trong lòng bàng quang, tại vị trí tương ứng miệng niệu quản trái thấy cấu trúc giống niêm mạc niệu quản lộn vào lòng bàng quang, quyết định chuyển mổ mở thám sát. Rạch da đường

Gibson trái, vào khoang ngoài phúc mạc trái. Phẫu tích bóc lộ niệu quản: ghi nhận niệu quản đứt rời hoàn toàn đoạn 1/3 dưới đoạn sát bàng quang. Đoạn 1/3 trên cũng đứt rời hoàn toàn, mô niệu quản trắng, tím nhẹ. Đoạn niệu quản đứt rời hoàn toàn dài khoảng 22 cm. Tụ máu và dịch khoang ngoài phúc mạc trái nhiều (hình 2).



Hình 2: Hình ảnh niệu quản tổn thương đứt rời hoàn toàn 2 vị trí UPJ và UVJ

Quyết định bỏ đoạn niệu quản đã đứt rời. Phẫu tích và di động bàng quang, tiến hành bơm căng bàng quang 400 ml, xẻ vạt bàng quang, tiến hành lấy vạt bàng quang tạo hình đoạn niệu quản mới (hình 3). Chúng tôi xẻ vạt bàng quang theo đường chéo từ phía bờ

bàng quang đối bên, vạt kích thước 5x8 cm, sau đó xẻ đôi cuộn ống có double J làm nòng để tăng chiều dài của niệu quản mới tạo. Chúng tôi cố định thành sau bàng quang vào cơ Psoas cùng bên theo kỹ thuật Psoas hitch.



Hình 3: Di động bàng quang, bơm căng bàng quang, xẻ vạt bàng quang và tạo hình niệu quản mới

Tiến hành chuyển bệnh nhân qua tư thế nghiêng phải, rạch da đường hông lưng trái cổ điển, qua các lớp cân cơ vào khoang sau phúc mạc. Tiến hành phẫu tích bộc lộ và hạ thận trái tối đa. Xác định vị trí niệu quản đứt

ngay dưới khúc nối bể thận – niệu quản trái. Tiến hành khâu nối niệu quản mới tạo vào bể thận tận – tận, có đặt JJ trái số 7Fr làm nòng. Đặt dẫn lưu khoang sau phúc mạc trái (hình 4)



Hình 4: Hình ảnh niệu quản trái sau tạo hình và khâu nối

Tái khám ở thời điểm sau 3 tháng ghi nhận chủ mô thận trái và chức năng thận trái bình thường, chúng tôi tiến hành thay double J trái và tiếp tục theo dõi sát tình trạng bệnh nhân.

Ca lâm sàng 2:

Bệnh nhân nữ, 42 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng trái. Kết quả cắt lớp vi tính ghi nhận sỏi khúc nối bể thận – niệu quản 7x9x14 mm, thận trái ứ nước độ I (hình 1). Bệnh nhân không có tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu nên được lên lịch nội tán sỏi niệu quản ngược chiều.



Hình 5: Sỏi khúc nối bể thận – niệu quản trái trên cắt lớp vi tính

Trong quá trình soi niệu quản ghi nhận hẹp niệu quản trái đoạn chậu nhiều, soi máy qua chỗ hẹp và tiếp cận được sỏi khúc nối trái. Tiến hành tán sỏi thuận lợi, sau tán tiến hành soi lên bể thận để bắt sỏi vụn, có ghi nhận kháng lực, cảm giác “hụt tay cầm máy soi niệu quản”. Nghi ngờ tổn thương niệu quản đoạn chậu, phẫu thuật viên rút máy soi niệu quản để kiểm tra, tuy nhiên đoạn khúc nối bể thận – niệu quản bị đứt theo máy soi lòi vào lòng bàng quang. Máu làm mờ phẫu trường cùng vị trí miệng niệu quản trái ghi

nhận cấu trúc ống có niêm mạc nghi niệu quản đứt lộn vào lòng bàng quang. Phẫu thuật viên quyết định chuyển mổ mở thám sát thương tổn. Thực hiện đường mổ Gibson trái, vào khoang ngoài phúc mạc, phẫu tích ghi nhận tụ dịch khoang ngoài phúc mạc, cấu trúc dạng ống lộn vào bàng quang, phần đầu còn lại đứt rời nằm ngoài bàng quang, kéo ra được toàn bộ niệu quản đứt rời từ đoạn cắm vào bàng quang lên tới niệu quản lưng khoảng 20 cm, đoạn niệu quản dập nát nhiều, trắng nhạt. Chúng tôi cho rằng khả năng lấy

đoạn niệu quản đứt rời này nối lại thì nguy cơ hoại tử và hẹp cao, do đó chúng tôi thực hiện kỹ thuật tạo hình niệu quản mới tương tự như ca lâm sàng số 1. Sau phẫu thuật tình trạng bệnh nhân ổn định, được rút dẫn lưu sau phúc mạc trái ngày hậu phẫu 4, thông niệu đạo sau 2 tuần tái khám. Tái khám tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật ghi nhận chủ mô thận trái trên siêu âm ứ nước độ I - II và chức năng thận trái bình thường, bệnh nhân được rút thông double J sau đó. Tái khám ở thời điểm 1 năm cho thấy bể thận dẫn độ II, ghi nhận sỏi niệu quản trái, bệnh nhân được nội soi tán sỏi niệu quản và sạch sỏi sau phẫu thuật. Sau 2 năm theo dõi, hiện tại chức năng 2 thận bình thường, tuy nhiên có ghi nhận hình ảnh bể thận trái dẫn và ứ nước độ II, bệnh nhân vẫn được tiếp tục tái khám và theo dõi sát

IV. BÀN LUẬN

Nội soi niệu quản là thủ thuật phổ biến trong chẩn đoán và điều trị những bệnh lý niệu quản và sỏi đường tiết niệu trên. Đây là thủ thuật an toàn và hiệu quả nếu được thực hiện đúng nguyên tắc. Tuy nhiên, thủ thuật này cũng có một vài biến chứng: thủng niệu quản, lạc đường khi soi, chảy máu và hiếm gặp là đứt niệu quản. Ngoài ra còn một số biến chứng sau nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều như nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nang giả niệu và hẹp niệu quản. Tần xuất những biến chứng này thay đổi từ 0.5 – 10% tùy nghiên cứu ghi nhận từ y văn [1-2]. Đứt niệu quản là một biến chứng nghiêm trọng và “thảm khốc” trong nội soi tán sỏi

niệu quản ngược chiều. Điều may mắn đây là biến chứng hiếm gặp, tần suất gặp chỉ khoảng 0 – 0.5% số bệnh nhân được nội soi niệu quản [3]. Không có nhiều bài báo và y văn mô tả và xử lý biến chứng “thảm khốc” này, có thể do tần suất không thường gặp. Tuy nhiên vì mức độ nghiêm trọng, trong quá trình thực hiện nội soi niệu quản, bác sĩ tiết niệu cần cảnh giác và đánh giá khả năng có thể xảy ra biến chứng để có kế hoạch thực hiện phẫu thuật an toàn, giảm thiểu tối đa biến chứng này.

Niệu quản có cấu trúc gồm 3 lớp: niêm mạc, lớp cơ và thanh mạc. Chiều dày của lớp cơ niệu quản có sự khác biệt tùy vị trí của niệu quản: dày ở đoạn sát bàng quang và mỏng dần khi đi dần về khúc nối bể thận – niệu quản [3]. Đặc điểm này khiến cho niệu quản đoạn gần (proximal) dễ dàng thương tổn thủng/đứt niệu quản hơn là đoạn xa (distal). Không giống như lớp cơ, niêm mạc niệu quản có chiều dày tương đối cố định: khoảng 1 – 2 mm ở đoạn nội thành, 4 mm tại đoạn chậu, 5 – 6 mm đoạn lưng và quay lại khoảng 2 – 4 mm đoạn khúc nối bể thận – niệu quản [3]. Như vậy đoạn UPJ có lớp cơ và niệu mạc đều mỏng, điều này khiến cho đây là đoạn niệu quản dễ bị thủng hoặc đứt khi thực hiện phẫu thuật [3].

Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với biến chứng đứt niệu quản là kích thước sỏi lớn, đặc biệt là nếu sỏi khảm dính niệu mạc nhiều hay bị tác động vật lý do đẩy hoặc cọ sát máy soi niệu quản quá mức. Dụng cụ trong quá trình phẫu thuật như rọ (basket) có cấu tạo đầu tận là kim loại cứng cũng cần

được sử dụng và chú ý tác động vật lý ngoài ý muốn. Lớp cơ ở niệu quản đoạn gần thường mỏng và yếu, chính vì vậy việc dùng rọ lõi sỏi ở đoạn niệu quản gần không có kiểm soát làm tăng nguy cơ đứt niệu quản [5]. Đây là một lưu ý quan trọng khi thực hiện nội soi tán sỏi khi sỏi ở vị trí đoạn niệu quản gần đến khúc nối bể thận – niệu quản. Những trường hợp có hẹp niệu quản đoạn chậu, việc cố gắng soi máy lên tới khúc nối UPJ để tiếp cận sỏi cũng là một yếu tố nguy cơ đối với đứt niệu quản đoạn chậu, đặc biệt khi thao tác “thô bạo”, cố gắng dùng lực đẩy lên đoạn UPJ.

Việc xử trí đứt niệu quản 2 vị trí cũng không hề dễ dàng bởi vì phẫu thuật viên phải đưa ra quyết định ngay lập tức, nhận diện và đánh giá thương tổn niệu quản chính xác. Bệnh đồng mắc, tuổi bệnh nhân, bệnh lý hiện diện của thận, vị trí và mức độ tổn thương niệu quản, mong muốn của bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên có thể ảnh hưởng đến chọn lựa điều trị. Theo hướng dẫn của hiệp hội tiết niệu châu Âu 2022, đối với đứt niệu quản đoạn gần, thông nối tận - tận có thể là lựa chọn tốt. Kỹ thuật Boari – flap và Psoas Hitch được khuyến cáo đối với đứt niệu quản 1/3 giữa. Đối với đứt niệu quản đoạn xa, cắm lại niệu quản vào bàng quang được khuyến cáo [5]. Nếu như thương tổn được chẩn đoán ngay trong lúc phẫu thuật, có thể thực hiện dẫn lưu thận qua da và thời điểm điều trị tạo hình niệu quản là khi tình trạng bệnh nhân ổn định [4]. Trường hợp tổn thương đứt niệu quản đoạn dài, những lựa chọn điều trị có thể cân nhắc bao gồm: tạo

hình niệu quản mới bằng đoạn ruột (thường là hồi tràng), ghép thận tự thân, tạo hình niệu quản bằng niêm mạc má, tạo vạt Boari – Flap nối dài kết hợp với kỹ thuật Psoas Hitch (Extended – Boari – Flap) [5]. Đối với tổn thương dài như 2 trường hợp của chúng tôi, những lựa chọn điều trị có thể là dùng đoạn ruột thay thế hoặc ghép thận tự thân, Extended Boari – Flap. Cắt thận cũng được báo cáo như là một lựa chọn điều trị khi tổn thương niệu quản quá dài trong y văn [1], [4]. Dùng ruột thừa làm đoạn niệu quản thay thế cũng được báo cáo như một lựa chọn điều trị đối với thương tổn niệu quản kéo dài trong một số y văn [6].

Có một số ít y văn báo cáo về đứt rời niệu quản 2 vị trí. Ordon và cộng sự báo cáo 3 trường hợp giống trường hợp của chúng tôi và họ gọi những thương tổn này là “the scabbard avulsion”. Nhóm nghiên cứu tiến hành mở thận ra da sau phẫu thuật và cuối cùng tất cả bệnh nhân đều phải cắt thận sau đó [7]. Ge và cộng sự [8] ghi nhận 4 trường hợp đứt rời niệu quản, 2 trong số đó là đứt rời 2 vị trí. Nhóm tác giả này báo cáo 1 bệnh nhân được điều trị bằng ghép thận tự thân và 1 bệnh nhân khác được thông nối niệu quản bể thận tận – tận. Thận của bệnh nhân được ghép thận tự thân bình thường trong quá trình theo dõi tái khám. Bệnh nhân còn lại phải cắt thận sau 25 tháng theo dõi. Trong một bài báo khác, Taie và cộng sự [9] báo cáo 6 trường hợp đứt niệu quản, 5 trong số đó ghi nhận đứt cả UPJ và UVJ. Họ thực hiện cắt thận cho 1 trường hợp, kỹ thuật Boari – flap cho 2 trường hợp, dùng đoạn

ruột thay thế niệu quản cho 1 trường hợp và cấy lại niệu quản cho 1 trường hợp.

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp đứt rời niệu quản 2 vị trí UPJ và UVJ. Chúng tôi không ưu tiên thực hiện tạo hình niệu quản bằng đoạn ruột ngay lập tức bởi vì đây là một phẫu thuật phức tạp, cần chuẩn bị ruột và có thể có một số biến chứng như hẹp miệng thông nối, tắc ruột, rối loạn chuyển hóa và nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Chúng tôi không có nhiều kinh nghiệm trong ghép thận tự thân, đặc biệt trong bối cảnh cấp cứu thì phẫu thuật này không hề khả thi. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện kỹ thuật Extended Boari – flap kết hợp kỹ thuật Psoas hitch bởi vì dung tích bàng quang của bệnh nhân đủ lớn, đoạn niệu quản ở nữ giới cũng ngắn hơn nam giới, thêm vào đó đoạn niệu quản bị đứt 2 vị trí đã “lâu”, hình ảnh đại thể dập nát nhiều, thiếu máu nuôi. 1 trường hợp thực hiện phẫu thuật ngay sau phát hiện thương tổn niệu quản và 1 trường hợp là sau 12 giờ tổn thương niệu quản. Ưu điểm của kỹ thuật extended Boari – flap là phẫu thuật quen thuộc với bác sĩ tiết niệu, đánh giá tự dịch và dẫn lưu kết hợp tạo hình niệu quản mới trong một lần phẫu thuật nếu tình trạng bệnh nhân ổn định.

Về mặt kỹ thuật, chúng tôi tạo vạt bàng quang với kích thước tối đa 8x5 cm để đảm bảo máu nuôi, chúng tôi xẻ đôi vạt bàng quang và cuộn ống tạo niệu quản mới để đạt chiều dài đảm bảo đến bể thận. Để lấy được vạt bàng quang kích thước lớn, chúng tôi tiến hành bơm căng bàng quang để dẫn lớn cơ và niêm mạc bàng quang. Ngoài ra, vạt bàng

quang được xẻ theo đường vát chéo để lấy được vạt dài hơn. Chúng tôi di động toàn bộ thành bên bàng quang đối diện để có thể kéo bàng quang lên cố định ở cơ Psoas, đảm bảo niệu quản mới tạo không bị kéo căng. Khi tiếp cận đánh giá tổn thương niệu quản đoạn gần, chúng tôi cũng thực hiện di động và hạ thận tối đa, từ đó giảm thiểu khoảng cách giữa thận và bàng quang.

Kỹ thuật cố định bàng quang vào cơ Psoas hay gọi là kỹ thuật Psoas hitch. Mặc dù kỹ thuật này có thể dẫn tới một số biến chứng hiếm gặp như tổn thương thần kinh đùi, nó vẫn được sử dụng rộng rãi kết hợp cùng Boari – flap trong điều trị những thương tổn niệu quản đoạn xa [10]. Kỹ thuật Boari – flap hầu hết chỉ định trong những trường hợp tổn thương niệu quản đoạn 1/3 giữa [5]. Tuy nhiên, kỹ thuật Boari – flap và Psoas hitch cũng có thể tạo hình niệu quản đoạn trên kèm cố định thận xuống thấp. Di động thận tối đa cùng với mũi khâu cố định của Psoas hitch giúp chúng tôi thực hiện kỹ thuật extended Boari – flap để tạo đoạn niệu quản từ UPV tới tận khúc nối UPJ trong 2 trường hợp.

Chúng tôi cho rằng lý do dẫn tới đứt rời niệu quản 2 đầu UPJ và UVJ trong 2 trường hợp là liên quan đến niệu quản đoạn xa hẹp trong khi thao tác cố gắng soi lên khúc nối bể thận – niệu quản. Ngoài ra, việc dùng rọ lưới sỏi thiếu kiểm soát cũng có thể góp phần dẫn tới đứt UPJ ở ca lâm sàng thứ 2. Nếu thực hiện đặt stent niệu quản từ 1 – 2 tuần trước phẫu thuật trong 2 trường hợp nhằm mục đích làm rộng niệu quản, chúng tôi nghĩ rằng có thể ngăn ngừa được biến chứng “thảm khốc” này.

Trong quá trình theo dõi, bệnh nhân ở ca lâm sàng thứ hai có ghi nhận còn sỏi niệu quản, bệnh nhân được thực hiện nội soi tán sỏi niệu quản và rút double J sau đó. Hiện tại ghi nhận chức năng thận bình thường, siêu âm thận ứ nước độ II, mức độ ứ nước có cải thiện so với trước thực hiện nội soi tán sỏi niệu quản. Trường hợp lâm sàng thứ hai chúng tôi hiện vẫn còn lưu double J để theo dõi sau 4 tháng phẫu thuật. Hình ảnh siêu âm ghi nhận chủ mô thận bình thường, ứ nước độ I, chức năng thận tốt, chúng tôi tư vấn bệnh nhân kỹ lưỡng về tái khám theo dõi và nguy cơ trong tương lai

V. KẾT LUẬN

Những trường hợp đứt rời niệu quản đoạn dài tại 2 vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và khúc nối niệu quản – bàng quang do nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều, kỹ thuật tạo vạt Boari nối dài (Extended Boari – Flap) có thể là lựa chọn điều trị khả thi và an toàn, đặc biệt ở những bệnh nhân nữ giới, dung tích bàng quang đủ rộng. Cách tiếp cận mới này có thể là giải pháp tại thời điểm ghi nhận biến chứng, cho phép thực hiện tạo hình sau đó nếu cần thiết và bệnh nhân có thời gian để hồi phục. Nếu ghi nhận suy giảm chức năng thận trong thời gian theo dõi, bệnh nhân hoàn toàn có thể can thiệp điều trị khác như tạo hình niệu quản bằng đoạn ruột hay ghép thận tự thân tại những trung tâm có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Awadi K, Kehinde EO, Al-Hunayan A, Al-Khayat A** (2005), “Iatrogenic ureteric injuries: incidence, aetiological factors and the effect of early management on subsequent outcome”, *Int Urol Nephrol* 37:235–241.
2. **Fuganti PE, Pires S, Branco R, Porto J** (2008), “Predictive factors for intraoperative complications in semirigid ureteroscopy: analysis of 1235 ballistic ureterolithotripsies”, *Urology* 72(4):770–774
3. **D’Addessi A, Bassi P** (2011), “Ureterorenoscopy: avoiding and managing the complications”, *Urol Int* 87:251–259
4. **de la Rosette JJ, Skrekas T, Segura JW** (2006), “Handling and prevention of complications in stone basketing”, *Eur Urol* 50(5):991–998
5. **Kitrey N.D., Campos-Juanatey F., Hallscheidt P.** (2022), “Ureteral trauma”, in *EAU guideline on Urological trauma*: 16-17.
6. **Dagash H, Sen S, Chacko J, Karl S, Ghosh D, Parag P, Mackinnon AE** (2008), “The appendix as ureteral substitute: a report of 10 cases”, *J Pediatr Urol* 4(1):14–19
7. **Ordon M, Schuler TD, Honey RJ** (2011), “Ureteral avulsion during contemporary ureteroscopic stone management: “the scabbard avulsion””, *J Endourol* 25(8):1259–1262
8. **Ge C, Li Q, Wang L, Jin F, Li Y, Wan J, Lan W, Liang P** (2011), “Management of complete ureteral avulsion and literature review: a report on four cases”, *J Endourol* 25(2): 323–326
9. **Taie K, Jasemi M, Khazaeli D, Fathollahi A** (2012), “Prevalence and management of complications of ureteroscopy: a seven-year experience with introduction of a new maneuver to prevent ureteral avulsion”, *Urol J* 9(1):356–360
10. **Pinto AC, Macea JR, Pecoraro MT** (2012), “Femoral nerve neuropathy after the psoas hitch procedure”, *Einstein* 10(3): 371–373

GIẢM THIỂU THỜI GIAN THIẾU MÁU NÓNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ROBOT CẮT MỘT PHẦN THẬN

Nguyễn Vương Bảo Anh¹, Nguyễn Tế Kha¹, Mai Viết Nhật Tân¹,
Nguyễn Tiến Đạt¹, Bùi Quan Thiên Phú¹

TÓM TẮT

Các nghiên cứu về phẫu thuật cắt một phần thận bảo tồn nephron trên thế giới cho thấy hai yếu tố lớn ảnh hưởng đến chức năng thận sau phẫu thuật là lượng chủ mô thận còn lại và thời gian thiếu máu nóng thận. Thời gian thiếu máu nóng càng kéo dài, tổn thương thận sau phẫu thuật càng lớn. Ảnh hưởng lên chức năng thận ngắn hạn vẫn được thấy kể cả khi thời gian thiếu máu nóng thận chỉ 20 phút. Đặc biệt trên đối tượng có bệnh thận mãn tính, $\text{ClCr} < 60 \text{ mL/ph}/1.73\text{m}^2$ thì thời gian thiếu máu nóng càng đóng vai trò quan trọng. Sự khó khăn trong kỹ thuật cắt một phần thận nội soi dẫn đến việc ứng dụng của Robot ngày một nhiều. Với nhiều lợi thế như quang trường ba chiều, cử động tinh tế chính xác của EndoWrist, giảm thiểu rung tay..., phẫu thuật cắt một phần thận có Robot hỗ trợ giúp cho loại phẫu thuật phức tạp này trở nên dễ dàng hơn. Tuy nhiên ngoài sự hỗ trợ của Robot, phẫu thuật viên cũng cần phải có kế hoạch cụ thể và chuẩn bị kỹ lưỡng trước khi tiến hành phẫu thuật mới có thể tối ưu hoá được kết quả của cuộc phẫu thuật. Trong bài viết này chúng tôi đề

cập đến một số kỹ thuật và kinh nghiệm về giảm thiểu thời gian thiếu máu nóng thận nói riêng và tối ưu hoá kết quả phẫu thuật nói chung.

Từ khoá: Thời gian thiếu máu nóng, Phẫu thuật nội soi cắt một phần thận, Phẫu thuật Robot cắt một phần thận.

SUMMARY

MINIMIZE RENAL WARM ISCHAEMIA TIME IN ROBOT- ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY

Studies of nephron sparing surgery around the world has shown two major factors affect postoperative renal function are residual parenchymal renal volume and warm ischaemia time (WIT). Extended warm ischemia time is associated with worse renal damage. Also, the effects on short term renal function were still seen after WIT as short as 20 minutes. Especially, WIT has great impact in patient with chronic kidney disease ($\text{ClCr} < 60 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$). The technical difficulty in laparoscopic partial nephrectomy has led to a rapid rise in the utilization of Robot-assisted partial nephrectomy due to several advantages: three dimensional vision, reduction in hand tremor, precise EndoWrist movements. Albeit all these technological advantages, careful planning and meticulous surgical technique are critical for optimum surgical outcome. In this article, we'll discuss current techniques and some of the tips and tricks, which helped to minimize WIT and achieving good results postoperatively.

¹Khoa Phẫu thuật Ung bướu Tiết Niệu - Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vương Bảo Anh

SĐT: 0384100902

Email: nvbanh@outlook.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 31/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Keywords: Warm ischaemia time, Laparoscopic partial nephrectomy, Robot-assisted partial nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phẫu thuật cắt một phần thận là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân có bướu thận giai đoạn T1a (1). Với sự phát triển của kỹ thuật và công nghệ, các bướu thận lớn hơn (T1b) vẫn có thể cân nhắc điều trị bằng cắt một phần thận. Các phẫu thuật xâm lấn tối thiểu như nội soi truyền thống và nội soi có robot hỗ trợ đang ngày một phổ biến tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng, kết quả về mặt ung thư là như nhau giữa mổ mở và mổ nội soi (2), tuy nhiên đường cong học tập dài và sự khó khăn trong kỹ thuật vẫn khiến phẫu thuật nội soi cắt một phần thận (LPN) là một thách thức đối với phẫu thuật viên. Mục tiêu kiểm soát ung thư, trong khi vẫn bảo tồn chức năng thận là thước đo cho sự thành công của cuộc mổ. Bảo tồn chức năng thận là sự phối hợp của ba yếu tố: chất lượng chủ mô thận trước mổ, số lượng chủ mô thận còn lại sau mổ, và sự hồi phục của chủ mô sau khi thiếu máu tạm thời (3).

Thời gian thiếu máu nóng (WIT) là một yếu tố khiến phẫu thuật nội soi cắt một phần thận khó khăn. Một số nghiên cứu cho rằng thời gian thiếu máu nóng tối đa mà vẫn cho phép thận phục hồi hoàn toàn là 30 phút, tuy cũng nhiều sê-ri cho thấy mỗi phút đều có ảnh hưởng cộng dồn lên chức năng thận sau này (6,7). Thêm vào đó, tỉ lệ tổn thương thận cấp hậu phẫu tỉ lệ thuận với thời gian thiếu máu nóng (8). Do đó mỗi phút giây thiếu máu nóng trong phẫu thuật cắt một phần thận đều quan trọng.

Sự khó khăn của phẫu thuật nội soi cắt một phần thận truyền thống và sự xâm lấn của mổ mở đã dẫn đến việc ứng dụng một cách nhanh chóng Robot vào phẫu thuật nội soi cắt một phần thận. Ra đời từ cuối thế kỷ 20, các hệ thống robot phẫu thuật ngày càng hoàn thiện. Với sự ra mắt của hệ thống robot Da Vinci® (Intuitive surgical, Sunnyvale, California) năm 2000, rất nhiều phẫu thuật tiết niệu đã ứng dụng hệ thống robot này. Sự dễ dàng sử dụng và sự linh hoạt của các dụng cụ nội soi khiến hệ thống robot này rất lý tưởng trong phẫu thuật nội soi cắt một phần thận. Trải qua nhiều thế hệ hoàn thiện và nâng cấp, hệ thống robot Da Vinci® đã chứng tỏ là một phương tiện đắc lực giúp phẫu thuật trở nên dễ dàng hơn, khiến phẫu thuật nội soi cắt một phần thận có robot hỗ trợ (RALPN) là phẫu thuật có robot được phát triển nhanh nhất (4). Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả kiểm soát ung thư tương đương giữa RALPN và nội soi truyền thống, tuy nhiên RALPN có đường cong học tập ngắn hơn, thời gian thiếu máu nóng ngắn hơn so với LPN (5).

Tuy nhiên, phẫu thuật cắt một phần thận Robot có nhược điểm là phẫu thuật viên chính phụ thuộc nhiều vào phẫu thuật viên phụ. Ảnh hưởng lên sự thành bại của cuộc mổ có phần rất lớn từ phẫu thuật viên phụ. Tuy vậy ít có nghiên cứu về ảnh hưởng của phẫu thuật viên phụ lên kết cục của cuộc mổ. Reyes và cộng sự (17) trong bài tổng quan về RAPN nhất mạnh có phẫu thuật viên phụ kinh nghiệm là điều thiết yếu, thực hiện các kỹ thuật quan trọng như kẹp cuống thận, vén và hút khi cắt bướu thận, đưa các dụng cụ cần thiết như chỉ và bolster. Một số tác giả chỉ ra rằng, một trong những nhược điểm của RAPN so với LPN là phẫu thuật viên chính

không trực tiếp kiểm soát cuống thận và cần phẫu thuật viên phụ có kinh nghiệm (18).

II. SINH LÝ BỆNH CỦA TỔN THƯƠNG TÁI TƯỚI MÁU THẬN

Tổn thương tái tưới máu thận xảy ra sau khi thận bị đột ngột thiếu máu tạm thời. Tình trạng này dẫn tới đáp ứng viêm và thiếu oxy tới mô, gây ảnh hưởng đến chức năng thận. Sinh lý bệnh của tổn thương tái tưới máu thận vẫn chưa được hiểu hết, dù có một số giả thuyết và cơ chế được cho là có liên quan đến suy thận sau này. Sự hoạt hoá các cơ chế đáp ứng viêm dẫn đến phóng thích chemokine, bao gồm các cytokine như interleukin 6 và TNF α (9). Trong quá trình tái tưới máu, mô thiếu oxy và viêm sản xuất lượng lớn các chất oxy hoá gây thay đổi hoạt động phosphoryl hoá của ti thể, làm giảm sút ATP, tăng nồng độ calci nội bào và tăng mật độ các protease màng tế bào dẫn đến tổn thương tế bào (10).

III. PHÂN LOẠI THIẾU MÁU THẬN

Thông thường, thiếu máu tạm thời đối với thận được chia làm hai loại: thiếu máu nóng và thiếu máu lạnh. Thiếu máu nóng là khi thận bị ngắt tạm thời nguồn cấp máu từ động mạch ở nhiệt độ cơ thể. Nghiên cứu trên chó cho thấy thời gian thiếu máu nóng an toàn là 30 phút, vì giới hạn này cho phép thận phục hồi hoàn toàn về mặt chức năng sau tái tưới máu (11). Laven và cộng sự (12) nghiên cứu trên heo với một thận độc nhất phát hiện rằng thời gian thiếu máu nóng của thận có thể kéo dài tới 90 phút mà chức năng

thận sau này vẫn phục hồi hoàn toàn, dù rằng trong 72 giờ đầu chức năng thận có thể giảm.

Nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian thiếu máu lạnh ưu việt hơn về phục hồi chức năng thận so với thiếu máu nóng (13). Phương pháp hạ nhiệt thận thường sử dụng nhất là dùng nước đá vụn phủ quanh thận sau kẹp cuống thận trong vòng 10 phút. Một nghiên cứu gồm 660 bệnh nhân được mổ mở cắt một phần thận chia thành hai nhóm, một nửa thiếu máu nóng còn một nửa thiếu máu lạnh cho thấy nhóm bệnh nhân thiếu máu lạnh cho dù thời gian thiếu máu dài hơn nhưng chức năng thận sau mổ không khác biệt so với trước mổ (14). Các tác giả kết luận rằng mặc dù yếu tố chính quyết định đến chức năng thận sau mổ là số lượng và chất lượng chủ mô thận còn lại, thời gian thiếu máu và loại thiếu máu nóng hay lạnh vẫn là hai yếu tố quan trọng nhất mà phẫu thuật viên có thể tác động đến.

Chức năng thận sau mổ thông qua nồng độ creatinine huyết thanh và eGFR ở bệnh nhân có thận đối bên bình thường có thể không phản ánh thật sự chức năng thận bị cắt một phần. Một nghiên cứu sử dụng xạ hình thận với technetium 99m mercaptoacetyltriglycine (99mTc-MAG3) trước và sau cắt một phần thận nội soi ở bệnh nhân có thận đối bên bình thường cho thấy tỉ lệ chức năng thận của thận bị cắt một phần (slit renal function) có sự thay đổi đáng kể, từ 48% trước mổ xuống 36.9% ngày hậu phẫu 5 và sau một năm chỉ hồi phục lên 42.8%, thấp hơn đáng kể so với trước mổ. Nghiên cứu này kết luận rằng lượng chủ mô

còn lại và thời gian thiếu máu nóng > 32 phút là các yếu tố quan trọng nhất giúp tiên lượng chức năng thận sau này (15).

IV. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP NHẪM HẠN CHẾ THỜI GIAN THIẾU MÁU NÓNG THẬN

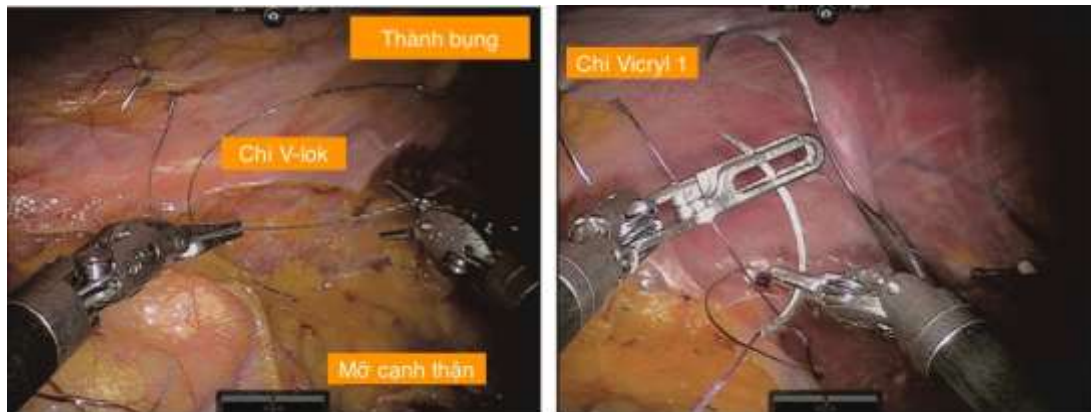
Kỹ thuật mổ FAST-ICP (First Assistant Sparing Technique - Intracorporeal Preparation)

Kỹ thuật hạn chế phụ thuộc phẫu thuật viên phụ (FAST – First Assistant Sparing Technique) được nhóm các phẫu thuật viên thuộc Trung tâm y khoa Đại học Columbia (Columbia University Medical Center, New York, USA) phát triển từ năm 2011 (16). Kỹ thuật này áp dụng chủ yếu một số nguyên tắc bao gồm: chuẩn bị trong – ICP (Intracorporeal preparation), tháo kẹp động mạch thận sớm và có thể không kẹp động mạch thận trong một số trường hợp. Kỹ thuật ICP bao gồm đưa và sắp xếp tất cả các chỉ cần thiết và kẹp bulldog robot Scanlan® trong ổ bụng bệnh nhân trước khi tiến hành kẹp động mạch và cắt bấu, nhằm hạn chế sự phụ thuộc của phẫu thuật viên chính trong các thao tác kẹp/tháo bulldog, đưa và lấy chỉ. Quy trình của FAST được miêu tả như sau: sau khi phẫu tích bộc lộ rõ ràng động mạch và tĩnh mạch thận, một sợi V-lok 3.0 và ba hay bốn sợi Vicryl 0 với Hemolok clip kẹp sẵn ở đuôi chỉ có nơ chặn cách đuôi chỉ 1cm được phẫu thuật viên phụ đưa vào ổ bụng bệnh nhân và gài sẵn lên thành bụng bệnh nhân ở vị trí thuận tiện sao cho đuôi chỉ không che phẫu trường (Hình 1). Điều này giúp phẫu thuật viên chính có thể lấy chỉ tạo

hình thận ngay lập tức sau khi cắt bấu thận xong. Tất cả các chỉ này được sắp xếp cạnh nhau theo thứ tự sử dụng. Sau đó, kẹp bulldog Scanlan được phẫu thuật viên phụ đưa vào ổ bụng và được kẹp sẵn vào mỡ quanh thận cạnh rốn thận. Mỗi bulldog được cột một đoạn chỉ khoảng 5cm ở đuôi để trong trường hợp bị rơi có thể dễ dàng kẹp đuôi chỉ này và lấy bulldog ra ngoài. Lưu ý rằng tất cả chỉ và bulldog được đặt trong tầm di chuyển khoảng 30 độ quang trường của camera nhằm tránh mất định hướng và tốn thời gian tìm kiếm. Kẹp cuống thận được thực hiện bởi tay robot Pro-grasp™. Sau khi khâu tạo hình thận xong, phẫu thuật viên chính tháo kẹp bulldog và lúc này mới cắt chỉ và lấy kim ra ngoài bởi phẫu thuật viên phụ. Với kỹ thuật FAST và ICP, phẫu thuật viên phụ chỉ cần hút, vén nếu cần thiết và kẹp Hemolok sau mỗi mũi khâu khép chủ mô thận. Cần phải kiểm tra kỹ càng các dụng cụ và chỉ khâu cần thiết trước kẹp cuống thận. Từ tháng bảy năm 2011, nhóm phẫu thuật viên tại Trung tâm y khoa Đại học Columbia áp dụng kỹ thuật FAST và ICP trên 18 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt một phần thận có robot hỗ trợ và so sánh với nhóm 26 bệnh nhân được phẫu thuật cắt một phần thận có robot hỗ trợ theo phương pháp tiêu chuẩn. Các đặc tính về dịch tễ học như tuổi, giới tính, chủng tộc, BMI và các đặc tính về phẫu thuật như kích thước bấu, vị trí bấu, điểm nephrometry, giai đoạn cT của bấu, GFR trước mổ, lượng máu mất, biến chứng rò nước tiểu và thời gian nằm viện đều không khác biệt giữa hai nhóm. Nhóm bệnh nhân

được áp dụng FAST và ICP trong RAPN đạt thời gian thiếu máu nóng trung bình khoảng 18 phút so với 23 phút khi dùng kỹ thuật tiêu chuẩn ($p < 0.01$), thời gian phẫu thuật trung bình là 164 phút ở nhóm FAST so với 204 phút ở nhóm tiêu chuẩn ($p = 0.01$). Các đặc tính về giải phẫu bệnh sau mổ như pT, diện

cắt, loại mô học, GFR sau mổ và tỉ lệ tái phát đều không khác biệt giữa hai nhóm. Tác giả nhận thấy chỉ có GFR trước mổ là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê duy nhất với GFR sau mổ trên phân tích đa biến ($p < 0.001$) bất kể có áp dụng FAST và ICP hay không.



Hình 29: Các chỉ khâu được khâu sẵn sàng trên thành bụng trước khi kẹp cuống thận (16)

Mặc dù nghiên cứu không thấy mối liên hệ giữa WIT và GFR sau mổ, có thể giải thích do thời gian thiếu máu nóng của thận ở tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật cắt một phần thận có robot hỗ trợ trong nghiên cứu này đều < 30 phút (trung bình là 21 phút). Tuy nhiên như đã đề cập, thời gian thiếu máu nóng thận tỉ lệ thuận với tỉ lệ tổn thương thận cấp sau mổ nên việc hạn chế tối đa WIT vẫn là một trong những ưu tiên khi thực hiện RAPN. Thêm vào đó, thời gian phẫu thuật được rút ngắn cũng là một ưu điểm đáng kể của FAST và ICP. Việc áp dụng FAST và ICP trong RAPN giúp phẫu thuật viên chính giám sát các bước trong quy trình phẫu thuật do đó tối ưu hoá được cuộc mổ.

Ngoài lợi ích rút ngắn thời gian thiếu máu nóng của thận và thời gian phẫu thuật, FAST và ICP còn mang lại một lợi ích quan trọng là giúp hạn chế sự phụ thuộc của phẫu thuật viên chính vào phẫu thuật viên phụ. Các bước mà phẫu thuật viên phụ phải thực hiện trong RAPN như vén, đưa bulldog kẹp cuống thận và tháo bulldog, làm sạch máu phẫu trường bằng hút nội soi trong quá trình cắt bướu một cách hiệu quả, nhanh chóng đưa và lấy chỉ khâu, và sử dụng thành thạo Hemolok clip trong tạo hình thận là cần thiết ảnh hưởng lớn đến sự thành công của cuộc mổ. FAST-ICP cho phép phẫu thuật viên chính chủ động tối đa một số bước ảnh hưởng đến WIT.

Kẹp động mạch chọn lọc (selective renal clamping)



Hình 30: Vùng mô thận có bướu thận được ngắt cấp máu hiệu quả, thể hiện trên hệ thống Firefly (nguồn: Ronney Abaza, Dublin Methodist Hospital)

Kỹ thuật kẹp động mạch thận chọn lọc có nghĩa là phẫu thuật viên chỉ kẹp một hoặc nhiều nhánh của động mạch thận cấp máu cho một phần thận (vùng bướu thận), các vùng chủ mô thận còn lại vẫn được tưới máu. Về mặt lý thuyết, kẹp động mạch thận chọn lọc giúp phần chủ mô thận không bướu không bị ảnh hưởng bởi thiếu máu tạm thời giúp bảo tồn chức năng thận. Tuy kỹ thuật kẹp động mạch thận chọn lọc là một kỹ thuật khó, với RAPN kỹ thuật này trở nên khả thi hơn. Các tình huống thích hợp kẹp động mạch thận chọn lọc như: bệnh nhân có thận độc nhất, bệnh thận mạn tính kèm theo, nhiều bướu thận trên một thận (do thời gian cắt bướu và tạo hình lâu). Mặc dù vậy, trong một số trường hợp nên tránh sử dụng kẹp động mạch thận chọn lọc: khi phẫu thuật viên còn ít kinh nghiệm trong RAPN và khi phẫu trường sạch ít chảy máu là tối cần thiết. Một số nghiên cứu cho thấy rằng, kẹp động mạch thận chọn lọc có WIT và máu mất nhiều hơn so với kẹp toàn bộ động mạch thận

(19). Nguyên nhân thứ nhất là do một số bướu thận được cấp máu bởi nhiều phân nhánh khác nhau của động mạch thận, thứ hai là do chảy máu tĩnh mạch. Hệ thống động mạch thận là động mạch tận không thông nối với nhau, nhưng hệ tĩnh mạch thận có rất nhiều thông nối. Do đó khi chỉ kẹp động mạch thận chọn lọc, tĩnh mạch thận vùng bướu thận vẫn có máu hồi lưu về từ các nhánh động mạch thận không kẹp. Các bướu thận lớn thường có nhiều nhánh động mạch nuôi bướu; các bướu thận vùng rốn thận thường nằm rất sát các nhánh mạch máu lớn của thận và đài bể thận, phẫu trường cần phải ít chảy máu để hạn chế tổn thương các cấu trúc lân cận này; bướu thận chìm hoàn toàn trong chủ mô thận; bướu thận nghi ngờ xâm lấn mỡ quanh thận hoặc “vỏ bao” bướu với mô lành thận không rõ ràng, cần biên cắt rộng là một số trường hợp không nên kẹp động mạch thận chọn lọc. Để xác định kẹp động mạch chọn lọc có hiệu quả và đủ hay không, phẫu thuật viên có thể sử dụng ICG

hoặc siêu âm Doppler nội soi (BK Medical). Khi kẹp chọn lọc động mạch thận có hiệu quả, vùng thận cần cắt sẽ mất tín hiệu Doppler nếu dùng siêu âm hoặc không sáng xanh lên trên màn ảnh chế độ Firefly nếu dùng ICG (Hình 2). Nên tránh thực hiện kẹp động mạch chọn lọc khi không có ICG hoặc siêu âm Doppler nội soi vì tăng nguy cơ chảy máu và mất định hướng khi cắt bướu thận. Một điểm cần lưu ý là khi thực hiện kẹp động mạch chọn lọc, việc đánh dấu thân chung của động mạch thận bằng lacet mạch máu là cần thiết, trong tình huống chảy máu nhiều khi cắt bướu cần phải kẹp nhánh chính động mạch thận.

Không kẹp cuống thận (off clamp).

Đây là phương pháp không thiếu máu (zero ischaemia) được lựa chọn trong những tình huống thuận lợi như bướu nhỏ, ở vị trí dễ tiếp cận, rời ra khỏi chủ mô nhiều (exophytic) và không sâu vào chủ mô thận. Một nghiên cứu về không kẹp cuống thận trong RAPN so với kẹp cuống thận cho thấy chức năng thận sau mổ tốt hơn, thời gian mổ ngắn hơn ở nhóm không kẹp, tuy lượng máu mất nhiều hơn (20).

Tháo kẹp sớm (early unclamp).

Sau khi kẹp động mạch thận và cắt bướu, phẫu thuật viên sử dụng V-lok 2.0/3.0 khâu đáy diện cắt (đóng kín hệ thống góp nếu cắt phải và khâu cầm máu các điểm chảy máu). Trước khi đóng kín chủ mô thận, kẹp bulldog sẽ được tháo. Kỹ thuật này có hai lợi điểm chính: giúp giảm thời gian thiếu máu nóng của thận và giúp xác định các nhánh động mạch còn chảy máu. Lúc này phẫu thuật viên chính có thể tiến hành khâu tăng cường các vị trí chảy máu, kiểm tra các tổn thương đài thận trước khi tiến hành khép chủ mô thận bằng Vicryl 1 với nút trượt bằng clip Hemolok mà không bị áp lực về WIT. Tháo kẹp sớm cũng giúp hạn chế tình huống diện cắt còn chảy máu nhiều sau khi khép chủ mô thận do cầm máu dưới đáy diện cắt chưa tốt. Một nghiên cứu cho thấy lượng máu mất giữa tháo kẹp sớm và tháo kẹp sau khi tạo hình thận hoàn chỉnh trong RAPN là khác biệt không ý nghĩa thống kê (21). Thời gian thiếu máu nóng trung bình của tác giả này là 16 phút (từ 11 – 25 phút) và lượng máu mất trung bình là 150 mL.

Kỹ thuật cắt bướu (tumor dissection)



Hình 31: Nang thận Bosniak 4 với lớp vỏ dày, rất thích hợp cho bóc bướu (nguồn: Department of Radiology, Milton S. Hershey Medical Center, Penn State University School of Medicine, U.S.A and the Westeinde hospital the Hague, the Netherlands)

Kỹ thuật kinh điển khi cắt một phần thận là cắt bướu thận kèm với 2-3 mm mô thận lành quanh bướu. Tuy nhiên kỹ thuật bóc bướu thận (enucleation) ngày càng được nhiều phẫu thuật viên ưa chuộng, nhất là đối với những bướu thận dạng nang thận Bosniak 3-4 có lớp vỏ bao giả của bướu rất dày (Hình 3), cho phép phẫu thuật viên phẫu tích từ theo lớp vỏ bao giả này, tách bướu ra khỏi chủ mô thận lành. Kỹ thuật này cho phép bảo tồn tối đa chủ mô thận lành, hạn chế chảy máu do có tương đối ít mạch máu giữa lớp vỏ bao bướu và chủ mô thận lành, hạn chế biến cắt còn tế bào ác tính (22). Một số phẫu thuật viên khởi đầu quá trình bóc bướu thận mà không kẹp cuống thận, chỉ khi chảy máu làm hạn chế quan sát mới bắt đầu kẹp động mạch thận. Thêm vào đó, khi bóc bướu đúng lớp giải phẫu, diện bóc bướu tương đối bằng phẳng, khiến quá trình khâu tạo hình cũng đơn giản hơn. Do đó kỹ thuật bóc bướu thận cũng phần nào làm giảm thời gian thiếu máu nóng trong RAPN.

Kỹ thuật tạo hình thận (renography).

Hiện nay có một số tác giả cho rằng, ngoài việc khâu kín hệ thống đài thận và cầm máu, việc khẹp kín chủ mô thận sau cắt bướu có thể không cần thiết. Khâu tạo hình vỏ thận và đốt đáy diện cắt bướu bằng tia argon đã được cho thấy làm giảm lượng nephron và giảm chức năng thận sau mổ (23). Bahler và cộng sự (24) so sánh chức năng thận sau mổ giữa nhóm bệnh nhân RAPN có khâu tạo hình thận và không khâu tạo hình thận nhận thấy phần trăm sụt giảm chức năng thận ở nhóm khâu tạo hình là 15.6-20.4% so với chỉ

3.8-11.5% ở nhóm không khâu tạo hình. Nhóm nghiên cứu này còn chỉ ra rằng, nhóm không khâu tạo hình thận có WIT thấp hơn nhóm khâu tạo hình thận (12 phút so với 20 phút), trong khi không có khác biệt gì về các biến chứng hậu phẫu giữa hai nhóm. Eva Erne và cộng sự sử dụng tấm hỗ trợ cầm máu Veriset™ (Medtronic) đắp lên diện cắt bướu thận mà không cần khâu đáy diện cắt, cho phép giảm WIT xuống trung bình 14.6 phút so với 20.6 phút khi khâu tạo hình truyền thống mà không làm thay đổi tỉ lệ các biến chứng sau mổ 30 và 90 ngày (25).

V. KẾT LUẬN

Kết hợp nhiều phương pháp như FAST-ICP, kẹp động mạch chọn lọc, tháo kẹp sớm, không kẹp cuống thận trong một số trường hợp thuận lợi, bóc bướu cho các bướu dạng nang thận Bosniak 3-4 giúp giảm thiểu thời gian thiếu máu nóng thận. Các kỹ thuật này khả thi đối với phẫu thuật cắt một phần thận robot, kể cả trong phẫu thuật nội soi cắt một phần thận truyền thống cũng có thể áp dụng, mang lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Bensalah K, Canfield S, Dabestani S, Hofmann F, Hora M, et al.** EAU guidelines on renal cell carcinoma: 2014 update. *Eur Urol* 2015;67:913–24.
2. **Hollenbeck BK, Taub DA, Miller DC, et al.** National utilization trends of partial nephrectomy for renal cell carcinoma: A case of underutilization? *Urology* 2006;67:254–259.

3. **Thompson RH, Lane BR, Lohse CM, Leibovich BC, Fergany A, Frank I, et al.** Renal function after partial nephrectomy: effect of warm ischemia relative to quantity and quality of preserved kidney. *Urology* 2012;79:356–60.
4. **Gautam G, Benway BM, Bhayani SB, Zorn KC.** Robot- assisted partial nephrectomy: Current perspectives and future prospects. *Urology* 2009;74:735–740.
5. **Shapiro E, Benway BM, Wang AJ, Bhayani SB.** The role of nephron-sparing robotic surgery in the management of renal malignancy. *Curr Opin Urol* 2009;19:76–80.
6. **Simmons MN, Schreiber MJ, Gill IS.** Surgical renal ischemia: A contemporary overview. *J Urol* 2008;180:19–30.
7. **Thompson RH, Lane BR, Lohse CM, et al.** Every minute counts when the renal hilum is clamped during partial nephrectomy. *Eur Urol* 2010;58:340–345.
8. **Thompson RH, Lane BR, Lohse CM, et al.** Comparison of warm ischemia versus no ischemia during partial nephrectomy on a solitary kidney. *Eur Urol* 2010;58:331–336.
9. **Patel NS, Chatterjee PK, Di Paola R, Mazzone E, Britti D, De Sarro A, et al.** Endogenous interleukin-6 enhances the renal injury, dysfunction, and inflammation caused by ischemia/reperfusion. *J Pharmacol Exp Ther* 2005;312:1170–8.
10. **Paller MS.** The cell biology of reperfusion injury in the kidney. *J Invest Med* 1994;42:632–9.
11. **Ward JP.** Gamma-glutamyl transpeptidase. A sensitive indicator of renal ischaemic injury in experimental animals and renal homograft rejection in man. *Ann R Coll Surg Engl* 1975;57:248–61.
12. **Laven BA, Orvieto MA, Chuang MS, Ritch CR, Murray P, Harland RC, et al.** Renal tolerance to prolonged warm ischemia time in a laparoscopic versus open surgery porcine model. *J Urol* 2004;172:2471–4.
13. **Mir MC, Campbell RA, Sharma N, Remer EM, Simmons MN, Li J, et al.** Parenchymal volume preservation and ischemia during partial nephrectomy: functional and volumetric analysis. *Urology* 2013;82:263–8.
14. **Lane BR, Russo P, Uzzo RG, Hernandez AV, Boorjian SA, Thompson RH, et al.** Comparison of cold and warm ischemia during partial nephrectomy in 660 solitary kidneys reveals predominant role of nonmodifiable factors in determining ultimate renal function. *J Urol* 2011;185:421–7.
15. **Porpiglia F, Renard J, Billia M, Musso F, Volpe A, Burrini R, et al.** Is renal warm ischemia over 30 minutes during laparoscopic partial nephrectomy possible? One-year results of a prospective study. *Eur Urol* 2007;52:1170–8.
16. **Berg WT, Rich CR, Badalato GM, Deibert CM, Wambi CO, Landman J, Benson MC, Badani KK.** The first assistant sparing technique robot-assisted partial nephrectomy decreases warm ischemia time while maintaining good perioperative outcomes. *J Endourol.* 2012 Nov;26(11):1448–53.
17. **Reyes JM, Smaldone MC, Uzzo RG, Viterbo R.** Current status of robot-assisted partial nephrectomy. *Curr Urol Rep* 2012;13:24–37.

18. **San Francisco IF, Sweeney MC, Wagner AA.** Robot-assisted partial nephrectomy: Early unclamping technique. *J Endourol* 2011;25:305–308.
19. **Shao P, Qin C, Yin C, Meng X, Ju X, Li J, et al.** Laparoscopic partial nephrectomy with segmental renal artery clamping: technique and clinical outcomes. *Eur Urol* 2011;59:849–55.
20. **Kaczmarek BF, Tanagho YS, Hillyer SP, Mullins JK, Diaz M, Trinh QD, et al.** Off-clamp robot-assisted partial nephrectomy preserves renal function: a multi-institutional propensity score analysis. *Eur Urol* 2013;64:988–93.
21. **San Francisco IF, Sweeney MC, Wagner AA.** Robot-assisted partial nephrectomy: early unclamping technique. *J Endourol*. 2011 Feb;25(2):305-8.
22. **Longo N, Minervini A, Antonelli A, Bianchi G, Bocciardi AM, Cunico SC, et al.** Simple enucleation versus standard partial nephrectomy for clinical T1 renal masses: perioperative outcomes based on a matched-pair comparison of 396 patients (RECORD project). *Eur J Surg Oncol* 2014;40:762–8.
23. **Shin TY, Komninos C, Kim DW, So KS, Bang KS, Jeong HJ, et al.** A novel mathematical model to predict the severity of postoperative functional reduction before partial nephrectomy: the importance of calculating resected and ischemic volume. *J Urol* 2015;193:423–9.
24. **Bahler CD, Dube HT, Flynn KJ, Garg S, Monn MF, Gutwein LG, et al.** Feasibility of omitting cortical renorrhaphy during robot-assisted partial nephrectomy: a matched analysis. *J Endourol* 2015;29:548–55.
25. **Erne E, Kruck S, Todenhoefer T, Aufderklamm S, Amend B, Bedke J, Stenzl A, Rausch S.** Versatility and clinical effectiveness of a synthetic sealing hemostatic patch as alternative to parenchyma suturing in laparoscopic partial nephrectomy. *Surg Endosc*. 2022 Jan;36(1):663-669.

KỸ THUẬT BẢO TỒN MẠCH MÁU THẦN KINH TRONG PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC

Phạm Đức Minh^{1,2}, Thái Minh Sâm^{1,2}

TÓM TẮT

Kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh cương trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc hiện nay đã có nhiều bước phát triển và định nghĩa mới. Hiểu được giải phẫu của bó mạch thần kinh và các cấu trúc liên quan đóng vai trò thiết yếu trong phẫu thuật nhằm xác định chính xác các mốc giải phẫu quan trọng, từ đó tiến hành các mức độ bảo tồn khác nhau, làm sao vừa đảm bảo an toàn về mặt ung thư học vừa bảo tồn được chức năng cho bệnh nhân. Vì vậy, bài viết dưới đây với mục đích mô tả chi tiết giải phẫu ứng dụng và các kỹ thuật bảo tồn bó mạch thần kinh cương hiện nay.

Từ khóa: Cắt tuyến tiền liệt tận gốc, bảo tồn bó mạch thần kinh cương, tiểu kiểm soát, rối loạn cương.

SUMMARY

NEUROVASCULAR SPARING TECHNIQUES IN RADICAL PROSTATECTOMY

Neurovascular sparing techniques in radical prostatectomy have innovative advances and definitions. Understanding the anatomy of

neurovascular bundle (NVB) and adjacent tissues is imperative to identify surgical landmarks for nerve-sparing which can demonstrate individual variations to balance the cancer control and functional outcomes. Therefore, this review article focuses on applied anatomy of prostate and recent nerve-sparing techniques.

Keywords: prostatectomy, nerve-sparing, neurovascular bundle, urinary continence, erectile function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc hiện nay là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL), nhất là đối với giai đoạn khu trú. Bên cạnh việc đảm bảo về mặt ung thư học, phương pháp phẫu thuật cần phải đạt được những yêu cầu về mặt chức năng, cụ thể là khả năng kiểm soát nước tiểu và chức năng cương, điều này càng quan trọng hơn trên những bệnh nhân trẻ tuổi. Năm 1982, Walsh và Donker đã trình bày giải phẫu vùng của TTL, đưa ra khái niệm bó mạch thần kinh (BMTK) và mô tả sự liên quan của nó với các cấu trúc TTL1. Theo thời gian với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật trong y học, đặc biệt là ứng dụng hệ thống Robot đã giúp nhận định các mốc giải phẫu và thực hiện thao tác chính xác hơn giúp việc bảo tồn thần kinh trong phẫu thuật TTL ngày càng tối ưu hơn, đem lại những lợi ích về mặt chức năng cho bệnh nhân.

Giải phẫu ứng dụng trong phẫu thuật tuyến tiền liệt

Các cân bao quanh tuyến tiền liệt

¹Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Minh

SĐT: 0937392789

Email: phamducminh159@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 31/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Mạc nội chậu

Tuyến tiền liệt được bao phủ bởi mạc nội chậu, gồm có 2 lá: lá thành và lá tạng. Lá thành còn gọi là mạc cơ nâng hậu môn, che phủ cơ nâng hậu môn, lá tạng bao phủ các cơ quan vùng chậu: bàng quang, tuyến tiền liệt và trực tràng. Lá tạng mạc nội chậu dính chặt vào vùng mô cơ sợi phía trước ở thành bụng trên của TTL. Hai lá này dính chặt với nhau ở thành bên bàng quang và TTL, nhìn giống như một đường màu trắng sáng được đặt tên là cung gân của mạc chậu (fascial tendinous arch of the pelvis/arcus tendinous fascia pelvis), kéo dài từ dây chằng mu-TTL đến gai ngồi. Nếu mở mạc nội chậu ngay phía ngoài cung gân, tức là mở lá thành mạc nội chậu (mạc cơ nâng hậu môn) sẽ để lại những sợi cơ trơ trụi và mạc cơ nâng hậu môn sẽ dính vào TTL. Ngược lại, mở mạc nội chậu về phía trong cung gân, tức là mở lá tạng mạc nội chậu thì sẽ bóc tách theo mặt phẳng để lại cơ nâng hậu môn với mạc của nó mà không nhìn thấy sợi cơ và TTL lúc này chỉ có cân quanh TTL bao phủ mà không có mạc cơ nâng hậu môn.

Cân phía trước TTL

Cân quanh tuyến tiền liệt (periprostatic fascia) là những lá cân bao phủ ngoài vỏ bao TTL, gồm nhiều lớp cân riêng biệt và cả những thành phần collagen hay mô mỡ. Có thể chia thành 3 phần theo vị trí: cân phía trước TTL (anterior periprostatic fascia), cân bên TTL (lateral periprostatic fascia), cân phía sau TTL và cân túi tinh (cân Denonvillier). Cân phía trước TTL bao phủ mặt trước TTL từ vị trí 10 giờ đến 2 giờ, che phủ luôn tấm detrusor, đám rối mạch máu lưng dương vật và dính chặt vào phần cơ sợi TTL ở phía trước.

Cân hai bên TTL

Khi mở mạc nội chậu về phía ngoài cung gân mạc chậu, vén cơ nâng hậu môn ra ngoài thì lớp cân ngoài cùng của TTL là mạc cơ nâng hậu môn. Trong hầu hết các trường hợp có thêm một lớp cân ở phía trong, lớp cân này có nhiều lớp gọi là cân tuyến tiền liệt (prostatic fascia). Hai lớp cân gồm mạc cơ nâng hậu môn và cân tuyến tiền liệt tạo nên lớp cân bên của TTL. Cân bên TTL trải dài từ mặt trước đến mặt sau của TTL đến ôm lấy bó mạch thần kinh với lớp cân cơ nâng hậu môn ở ngoài cùng vượt qua BMTK và trở thành cân quanh trực tràng. Lớp cân cơ nâng hậu môn ở phía sau sẽ ngăn cách cơ nâng hậu môn và trực tràng. Trong khi đó, lớp cân tuyến tiền liệt ở trong vượt qua BMTK bao phủ lớp vỏ bao TTL nằm bên dưới. (Hình 1)

Tuy nhiên, cấu trúc giải phẫu giữa vỏ bao TTL và lớp cân TTL phía trong khác nhau ở mỗi người. Nghiên cứu của Kiyoshima cho thấy trong 48% trường hợp lớp cân cơ nâng hậu môn (mạc chậu bên) dính chặt vào vỏ bao TTL. Ngược lại, trong 52% trường hợp còn lại cân cơ nâng hậu môn không dính vào vỏ bao TTL mà giữa cân TTL và vỏ bao TTL có nhiều mô liên kết lỏng lẻo và mô mỡ (areolar tissue)². Trong những trường hợp này BMTK không thể phân biệt như là một cấu trúc riêng biệt mà có dạng lan tỏa trải dài ở mặt bên TTL (spray like formation).

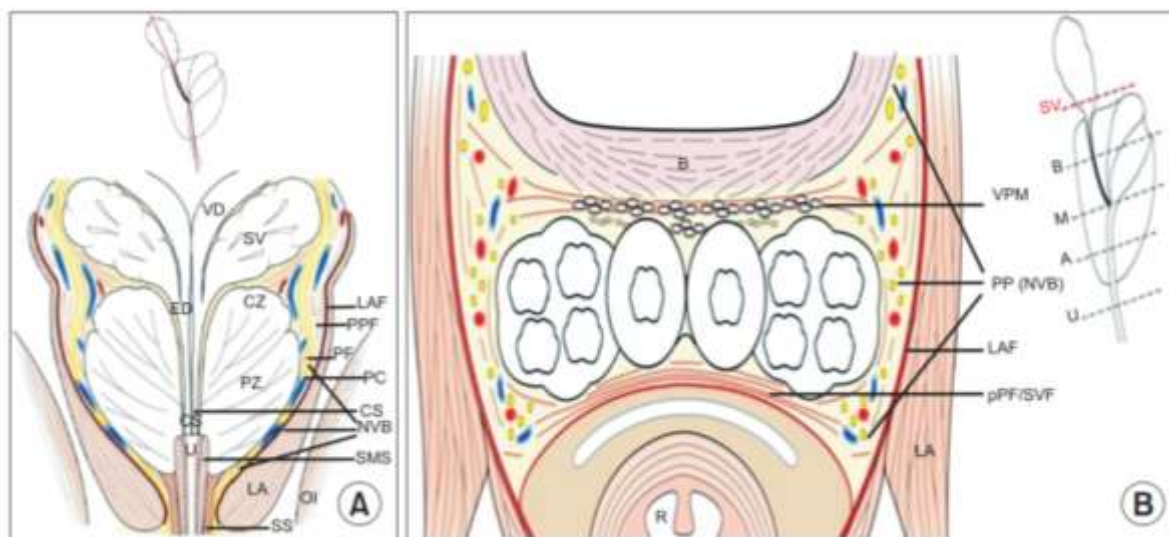
Cân phía sau TTL và túi tinh (Denonvillier's fascia)

Cân Denonvillier bao phủ mặt sau TTL và túi tinh. Một số tác giả cho rằng lớp cân này là sự dính lại của phúc mạc túi cùng bàng quang-trực tràng trong thời kỳ phôi thai, trong khi những tác giả khác lại cho rằng đây là phần phía trước của di tích của 2 lớp phúc mạc đã dính lại. Chính vì do sự dính lại này mà có thể phẫu tích rõ vùng

trước trực tràng, là mặt phẳng giải phẫu giữa cân Denonvillier và cân trực tràng. Những nghiên cứu gần đây cho thấy mặc dù cân sau TTL giống như một cấu trúc dạng màng chắc nhưng thực tế lại là một bó gồm nhiều lá với những nhánh đan xen lại với nhau, những lá cân chủ yếu ở mặt bụng còn mô liên kết lỏng lẻo sắp xếp hỗn loạn lại chủ yếu ở mặt lưng. Cân sau TTL thường dính vào vỏ bao TTL ở gần đáy tuyến và túi tinh, mở rộng sang 2 bên và phân tán vào BMTK. Những sợi thần kinh quanh TTL chạy giữa các lá và dính chặt vào phức hợp lá cân giữa cân sau TTL và vỏ bao TTL³.

Vỏ bao TTL

Tuyến tiền liệt không có vỏ bao thực sự mà đó là lớp mô đệm ngoài cùng của chủ mô tuyến TTL, bao gồm những lớp sợi cơ xoắn đặc lên nhau. Mạch máu và thần kinh đi xuyên qua vỏ bao từ hai thành bên TTL. Vỏ bao TTL thường không xác định rõ ở mặt trước vùng đáy tuyến tại vị trí có tấm cơ detrusor. Thêm vào đó, vỏ bao không rõ ở vùng đáy và mỏm TTL, ở mỏm mô đệm TTL hòa lẫn với các sợi cơ của cơ thắt niệu đạo, còn vùng đáy tuyến lại dính chặt với cơ detrusor của bàng quang.



Hình 1. Giải phẫu vùng TTL⁴

(A) Hình cắt qua TTL, túi tinh, cơ thắt và cấu trúc xung quanh theo mặt phẳng trán, (B) Hình cắt ngang qua đáy túi tinh và bó mạch thần kinh. B: bàng quang, A: mỏm TTL, CS: lồi tinh, CZ: vùng trung tâm, LAF: cân cơ nâng hậu môn, PPF: cân quanh TTL, PC: vỏ bao TTL, ED: ống phóng tinh, LA: cơ nâng hậu môn, PF: cân TTL, PP: đám rối chậu, PPF: cân sau TTL, PZ: vùng ngoại vi, R: trực tràng, SMS: cơ thắt trơn TTL, SS: cơ thắt vân niệu đạo, SV: túi tinh, VD: ống dẫn tinh, VPM: cơ bàng quang – tuyến tiền liệt.

Liên quan giữa các lá cân và bó mạch thần kinh

Bó mạch thần kinh nằm giữa vỏ bao TTL, cân Denonvillier và cân bên TTL và không có thần kinh nằm phía ngoài cân cơ nâng hậu môn hay phía sau cân Denonvillier. Trong đó 2/3 sợi thần kinh nằm ở mặt sau bên và 1/3 nằm ở mặt trước bên TTL. Những lớp cân 2 bên TTL dính vào cân Denonvillier tạo nên ống tam giác bao bọc BMTK với thành trong là cân quanh TTL, thành ngoài là cân chậu bên (cân cơ nâng hậu môn) và

thành sau là lá trước của cân Denonvillier. Ống tam giác này rộng ở vùng đáy tuyến và hẹp lại khi dần về phía mòm TTL5.

Bó mạch thần kinh

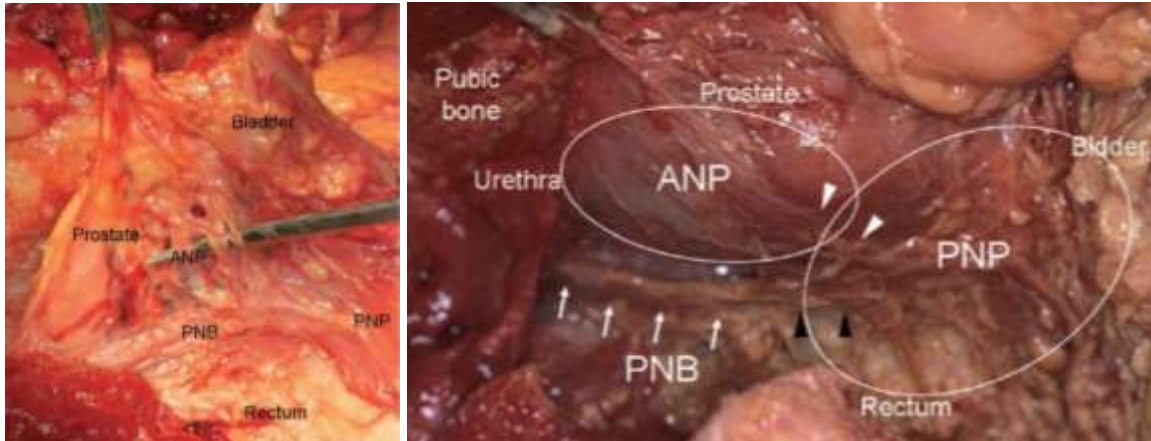
Phân chia bó mạch thần kinh

Đám rối thần kinh hạ vị (inferior hypogastric plexus) hay đám rối chậu (pelvic plexus) chi phối hoạt động cương, phóng tinh và kiểm soát nước tiểu, bao gồm sợi giao cảm từ hạch giao cảm T11-L2 chi phối cho hoạt động phóng tinh, sợi phó giao cảm từ thần kinh tạng chậu và cùng từ các rễ bụng S2-S4 giúp điều hòa sự co giãn mạch máu, gia tăng lượng máu trong quá trình cương. Mạng lưới thần kinh dày đặc này nằm trong một tấm mô mỡ-sợi phẳng, dẹt, đứng dọc giữa bàng quang và trực tràng. Những nhánh chi phối cho đường tiết niệu chạy xuống dưới cạnh ngoài bàng quang và cổ bàng quang. Phần trước của đám rối cho những sợi thần kinh chi phối cho bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh, ống dẫn tinh và hầu hết phần dưới của đám rối cho các sợi thần kinh thể hang chi phối hoạt động cương. Những sợi thần kinh của đám rối chậu lan tỏa dạng lưới bao quanh vùng bên bàng quang, TTL, và túi tinh và một số ít sợi nằm mặt trước các cơ quan này, những sợi này chi phối trực tiếp cho các cơ quan. Những sợi đi xuống chi phối cho thể hang và cơ thắt niệu đạo chủ yếu nằm mặt sau của đám rối, vị trí sau bên nằm rất gần với túi tinh 2 bên. Vì vậy khi bóc tách túi tinh có thể làm tổn thương những thần kinh thể hang này⁴.

Tác giả Tewari lại phân chia bó mạch thần kinh thành 3 vùng: tấm mạch thần kinh trên (Proximal Neurovascular Plate - NVP), bó mạch thần kinh chính (Predominant Neurovascular Bundle - PNB) và những đường dẫn truyền phụ (Accessory Neural Pathways - ANPs). Tấm mạch thần kinh trên

nằm chủ yếu ở thành bên vùng đáy TTL, cổ bàng quang, túi tinh và các nhánh mạch máu bàng quang dưới. Tấm này dày lên ở phần giữa gần với túi tinh, cách túi tinh khoảng 5-10mm, rất dễ bị tổn thương do nhiệt hay do bóc tách vùng sau bên, cuống bên TTL. Bó mạch thần kinh chính nằm trên rãnh sau bên TTL, nằm sát với các cân và cuống bên TTL do đó rất khó nhận biết trong quá trình phẫu thuật. Các đường dẫn truyền phụ nằm ở đầu xa của bó mạch thần kinh chứa những sợi thần kinh vùng mòm TTL và các đường dẫn truyền phụ. Các sợi thần kinh này nằm trong các lớp của cân bên TTL và/hoặc cân cơ nâng hậu môn ở quanh TTL, chủ yếu là vùng trước bên, một số sợi có thể tìm thấy ở bờ sau của tuyến. ANPs có thể bị tổn thương khi bóc tách vùng mòm TTL và khâu nối niệu đạo. (Hình 2)

Hai chiều hướng của bó mạch thần kinh được xác định: một là đi nông trong mặt phẳng các cân quanh TTL, hai là đi sâu trong vỏ bao TTL để chi phối trực tiếp cho TTL. Thực tế rằng tổng số thần kinh trên bề mặt TTL giảm đến 75% từ ngang mức túi tinh đến niệu đạo (50,2mm² còn 13,3mm²) cho thấy vai trò của những sợi thần kinh này ngoài việc chi phối cho thể hang⁶. Nghiên cứu của Alsaid dựa trên hình ảnh tái tạo 3D vùng mòm TTL và niệu đạo cho thấy bó mạch thần kinh chia làm 2 nhóm: thần kinh thể hang (Carvenous nerves) và thần kinh thể xốp (Corpus spongiosum nerves). Những sợi thần kinh thể hang là sự tiếp tục của những sợi trước và bên của TTL đến chi phối cho thể hang, trong khi đó những sợi thần kinh thể xốp là sự tiếp tục của những sợi sau bên TTL đi đến thể xốp. Vì vậy khi phẫu thuật nên bảo tồn những nhánh thần kinh ở mặt trước bên⁷.



Hình 2. Khái niệm 3 vùng của bó mạch thần kinh ⁶

Bó mạch thần kinh và nạo hạch chậu

Đảm rối chậu cho các sợi thần kinh điều hòa hoạt động cương và kiểm soát đi tiểu, vì vậy khi nạo hạch chậu có khả năng sẽ ảnh hưởng đến những sợi thần kinh này. Các nghiên cứu cho thấy nạo hạch tiêu chuẩn giúp chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch nhưng lại có nguy cơ tổn thương thần kinh cương vì phải bóc tách vùng quanh động mạch chậu trong và hướng về thành bàng quang. Khi nạo hạch mở rộng có nguy cơ tổn thương thần kinh tại vị trí xuất phát vì phải bóc tách vùng trước xương cùng cũng như quanh động mạch chậu chung. Nhìn chung, nguy cơ giảm chức năng cương càng cao khi càng mở rộng vùng nạo hạch⁴.

Nhánh trước bên

Phần lớn các sợi thần kinh quanh TTL đều nằm mặt sau bên TTL, tỷ lệ phân bố ở mặt trước bên rất khác nhau. Tại phần giữa TTL, các sợi thần kinh bị phân tán nhiều, ít hơn 2/3 các sợi vẫn nằm ở vùng sau bên trong khi 1/3 số sợi ở vùng trước và trước bên. Ngay tại mỏm TTL, 60% sợi thần kinh ở vùng sau bên và 40% ở vùng trước bên⁷.

Trong một nghiên cứu khác của Clarebrough cho thấy tỷ lệ thần kinh trên bề mặt vùng trước bên gia tăng từ 6% ở đáy tuyến tăng lên 7,6% ở giữa tuyến đến 11,2% ở mỏm TTL, đặc biệt ở vùng mỏm TTL những sợi thần kinh xu hướng đi theo bờ trước bên nhiều hơn⁸.

Vai trò và chức năng của nhánh trước bên TTL vẫn còn đang tranh cãi. Vì hoạt động cương được chi phối bởi thần kinh đối giao cảm nên những sợi thần kinh vùng trước bên có thể cũng góp phần vào chức năng cương tuy nhiên với một tỷ trọng thấp như vậy thì mức độ ảnh hưởng của nó lên toàn bộ chức năng cương thì vẫn là một câu hỏi. Tuy vậy, một số nghiên cứu với cách bảo tồn thần kinh trước bên bằng cách giải phóng mặt trước ở vị trí cao hơn cũng cho thấy cải thiện chức năng cương và kiểm soát nước tiểu⁹. Nhưng hiệu quả này là do kết quả của việc bảo tồn thần kinh trước bên hay do đã bảo tồn được vùng khác, hay do kỹ thuật làm ít sang chấn đến BMTK hơn đến nay vẫn còn chưa rõ ràng. (Hình 3)



Hình 3. Kỹ thuật giải phóng cân cơ nâng ở mặt trước giữa TTL ⁹

Mốc giải phẫu quan trọng và phân độ bảo tồn thần kinh cương

Theo mặt phẳng cân

Đặc tính cấu tạo đa lớp của lớp cân bên TTL cho phép phẫu tích giữa thần kinh và vỏ bao TTL, để lại nhiều hay ít lớp cân cùng với BMTK tùy thuộc vào từng cá thể. Trong trường hợp ít có khả năng xâm lấn ra ngoài vỏ bao TTL có thể bóc tách sát vỏ bao, ngược lại khi nguy cơ xâm lấn ra ngoài nhiều thì mặt phẳng xa vỏ bao hơn sẽ được lựa chọn. Phương pháp tiếp cận này gọi là bảo tồn thần kinh nhiều nhất có thể (incremental nerve sparing). (Hình 4)

Trong cân (Intrafascia)

Mặt phẳng bóc tách sát vỏ bao TTL, để lại cân TTL ở mặt trước bên, sau bên và lá trước cân Denonvillier. Bóc tách theo mặt phẳng này có thể giữ lại toàn bộ bó mạch thần kinh nhưng lại có khả năng phá hủy vỏ bao TTL. Nếu bảo tồn thần kinh xuôi chiều,

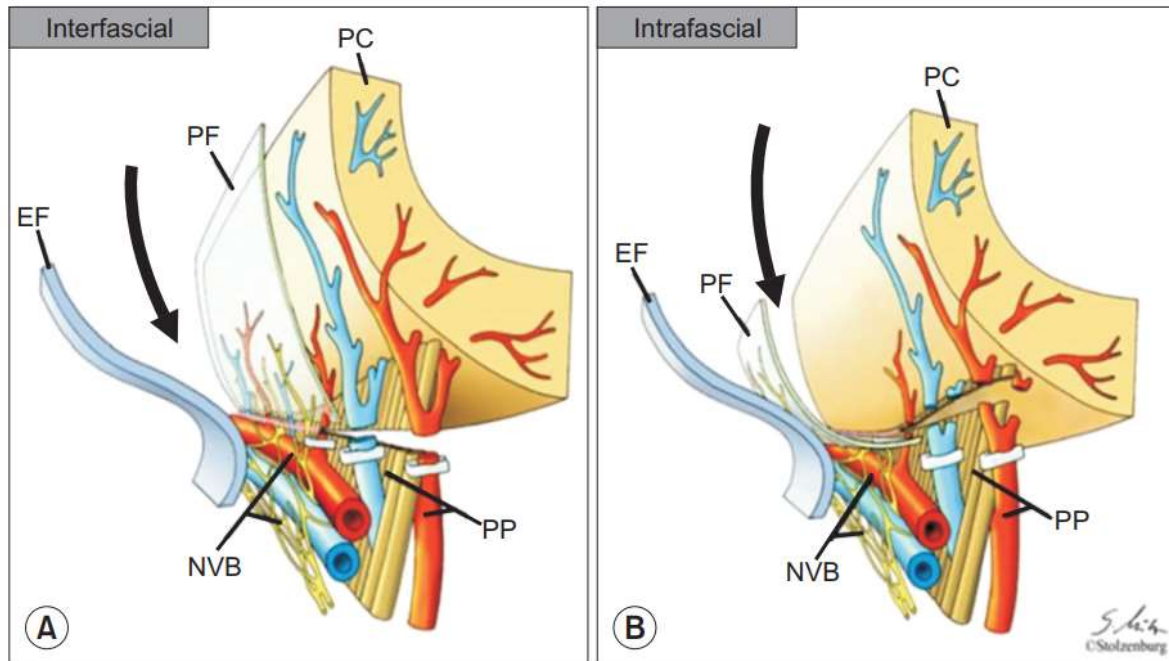
có thể bắt đầu ở vị trí 6 giờ vì mặt sau chỉ có 1 lớp lá trước của cân Denonvillier nên dễ bóc tách hơn. Khi bóc tách sang 2 bên và về phía trước sẽ khó khăn hơn do đặc tính đa lớp của lớp cân bên TTL.

Giữa cân (Interfascia)

Mặt phẳng giữa các lá ở lớp cân bên TTL, bao gồm phương pháp bảo tồn thần kinh nhiều nhất có thể, tức là cắt một phần BMTK. Mặt phẳng bóc tách này đảm bảo mức độ biên phẫu thuật an toàn tốt hơn so với trong cân, tuy nhiên mức độ bảo tồn thần kinh trong kỹ thuật này rất chủ quan.

Ngoài cân (Extrafascia)

Mặt phẳng bóc tách phía ngoài cân cơ nâng và phía sau cân Denonvillier. Kỹ thuật này lấy đi nhiều mô quanh TTL nhất do đó an toàn về mặt ung thư nhất cao nhất nhưng có thể gây rối loạn cương hoàn toàn nếu thực hiện ở cả 2 bên.



Hình 4. Giải đồ 2 mặt phẳng bóc tách bó mạch thần kinh¹⁰

(A) Giữa cân, (B) Trong cân. EF: mạc nội chậu, PF: cân quanh TTL, PC: vỏ bao TTL, PP: cuống bên TTL, NVB: bó mạch thần kinh

Một số thuật ngữ khác về mặt phẳng bóc tách được hội nghị đồng thuận Pasadena đưa ra như bảo tồn thần kinh hoàn toàn, một phần hay tối thiểu lần lượt thay thế cho trong cân, giữa cân và dưới ngoài cân (subextrafascial). Tuy nhiên nên nhớ rằng ước lượng mức độ bảo tồn thần kinh rất chủ quan, đặc biệt là trong mặt phẳng bóc tách giữa cân. Một số nghiên cứu gần đây còn đề nghị chia nhỏ mặt phẳng bóc tách giữa cân thành giữa cân gần và giữa cân xa so với vỏ bao TTL⁴.

Theo hướng tiếp cận

Xuôi chiều (Antegrade)

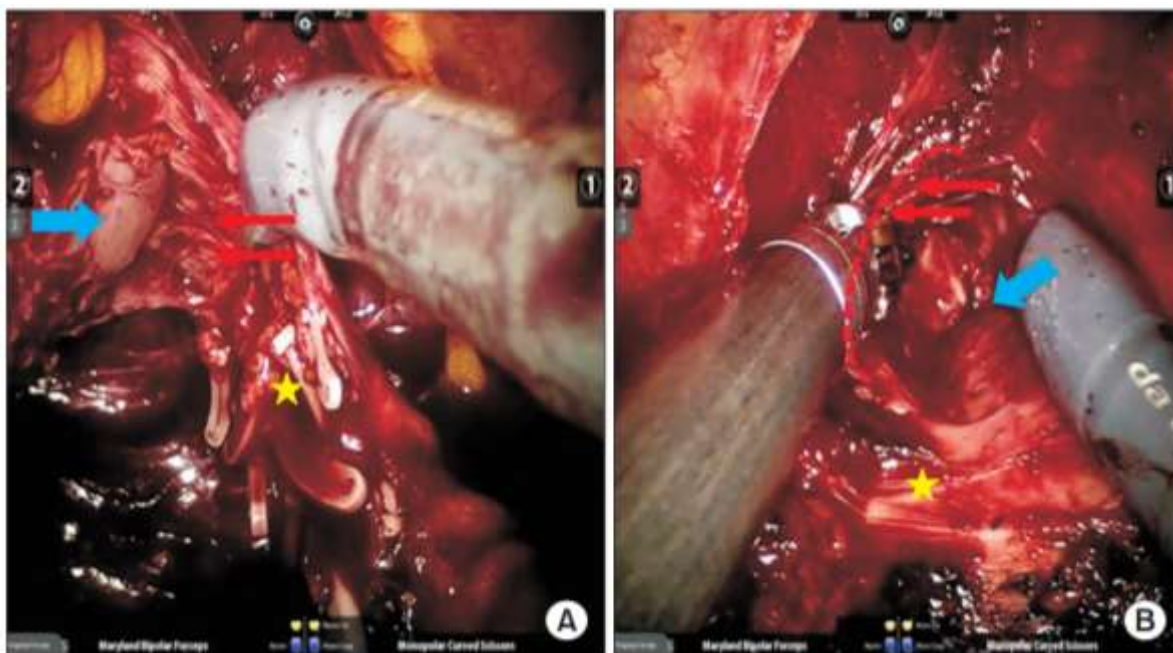
Sau khi bóc tách mặt sau, túi tinh và ống dẫn tinh được nâng lên sẽ dễ dàng quan sát và kiểm soát được 2 cuống bên tại đáy TTL. Kéo TTL sang phía đối bên sẽ giúp bộc lộ rõ cân bên TTL, xác định được BMTK nằm

trong tam giác cân bên TTL, cân Denonvillier và TTL và có thể thực hiện kỹ thuật bảo tồn thần kinh trong cân hoặc giữa cân. (Hình 5)

Ngược chiều (Retrograde)

Sau khi bộc lộ ống dẫn tinh và túi tinh, tiếp tục bóc tách về phía niệu đạo theo mặt phẳng sau túi tinh và kéo TTL sang phía đối diện để bộc lộ cân bên TTL. Mở cân bên TTL tại giữa TTL để bộc lộ BMTK, bóc tách theo mặt phẳng sau cho đến khi giải phóng được BMTK khỏi cuống bên TTL. Sau khi kiểm soát cuống bên tại đáy TTL, tiếp tục bóc tách xuôi chiều về phía mỏm TTL để giải phóng hoàn toàn BMTK. (Hình 5).

Ưu điểm của kỹ thuật ngược chiều là xác định và giải phóng BMTK trước khi kiểm soát cuống bên TTL nhằm tránh tổn thương chèn ép BMTK khi kẹp clip cuống bên TTL. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có đủ bằng chứng xác định kỹ thuật ngược chiều hay xuôi chiều mang lại lợi ích hơn.



Hình 5. Kỹ thuật bóc tách bó mạch thần kinh theo hướng tiếp cận¹⁰

(A) Xuôi chiều (B) Ngược chiều. Dấu sao vàng: cuống bên TTL, mũi tên xanh: vỏ bao TTL, mũi tên và đường đỏ: bó mạch thần kinh.

Theo mốc giải phẫu quan trọng Veil of Aphrodite

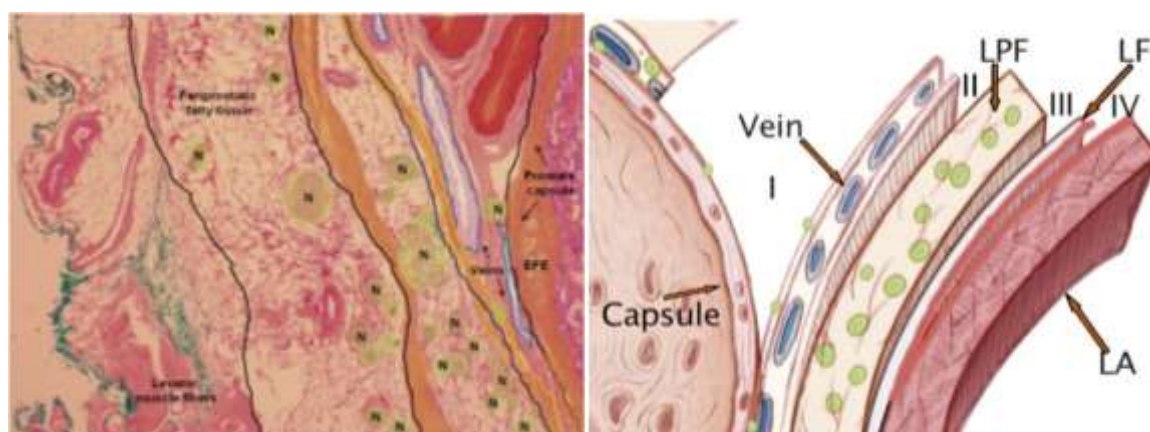
Năm 2006, Kaul báo cáo một kỹ thuật “bức màn của Aphrodite” (Veil of Aphrodite) giúp bảo tồn bó mạch thần kinh bằng cách tạo mặt phẳng bóc tách giữa vỏ bao TTL và lớp cân bên bắt đầu từ vị trí đáy của túi tinh với dao siêu âm, sau đó bóc tách không dùng nhiệt giữa các lớp cân từ vị trí 1 giờ - 5 giờ ở bên phải và 6 giờ - 11 giờ ở bên trái. Sau khi bóc tách xuôi chiều như vậy sẽ tạo ra một “bức màn” mô quanh TTL treo từ dây chằng mu-niệu đạo, được gọi là bức màn của Aphrodite. Tác giả Menon sau này có cải biên kỹ thuật này bằng cách bóc tách mở rộng về phía trước trên những bệnh nhân nguy cơ thấp (super veil technique)¹¹.

Phân loại dựa vào tĩnh mạch TTL

Tewari và cộng sự đưa ra hệ thống phân loại gồm 4 mức độ với mức độ 1 là bảo tồn thần kinh tối đa đến mức 4 là không bảo tồn thần kinh. Tác giả dựa trên mốc giải phẫu quan trọng là tĩnh mạch 2 bên TTL để xác định các mặt phẳng bóc tách tương đương với các mức độ bảo tồn thần kinh. Những bệnh nhân không có hoặc nguy cơ rất thấp xâm lấn ra ngoài TTL được bảo tồn thần kinh ở mức độ 1 với mặt phẳng bóc tách giữa vỏ bao TTL mà tĩnh mạch bên TTL. Bảo tồn mức độ 2 bóc tách ngay lớp ngoài của tĩnh mạch bên TTL để lại lớp cân bên TTL giúp bảo tồn hầu hết những thân chính của nhánh thần kinh và hạch thần kinh trên bệnh nhân có nguy cơ thấp xâm lấn ra ngoài TTL. Mức độ 3, tương đương bảo tồn một phần thần kinh (partial/incremental), bóc tách phía ngoài lớp cân bên TTL, để lại ít lớp mỡ vàng và mô thần kinh. Phương pháp này thực hiện ở những bệnh nhân có nguy cơ trung bình xâm lấn ra ngoài TTL vì nó lấy đi thân chính của các nhánh thần kinh phía trong, chỉ giữ

lại các nhánh phía ngoài. Những bệnh nhân nguy cơ cao xâm lấn ra ngoài TTL được thực hiện mức độ 4 với mặt phẳng bóc tách phía ngoài cân cơ nâng lấy đi gần như toàn bộ bó mạch thần kinh quanh TTL. Kết quả nghiên cứu của Tewari cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa các mức độ trên tỷ lệ bệnh nhân có thể quan hệ tình dục và trở lại chức năng

tình dục bình thường với mức độ 1 là 90,9% - 81,7%, mức độ 2 là 81,4% - 71,3%, mức độ 3 là 73,5% - 66,1% và mức độ 4 là 62% - 54,5%¹². Tác giả Srivastara áp dụng hệ thống phân loại này cho thấy tỷ lệ kiểm soát nước tiểu ở các mức độ 1-4 lần lượt là 72%, 55%, 46% và 44%¹³. (Hình 6)



Hình 6. Các mức độ bảo tồn thần kinh (1-4) theo hệ thống lấy tĩnh mạch làm mốc¹²

N: thần kinh, EPE: xâm lấn ra ngoài TTL

Phân loại dựa vào động mạch TTL

Schatloff và cộng sự lại đưa ra hệ thống phân loại với 5 mức độ, mức độ 5 là bảo tồn thần kinh hoàn toàn và mức độ 1 là không bảo tồn thần kinh. Tác giả dựa vào động mạch của bó mạch thần kinh làm mốc giải phẫu quan trọng để phân biệt các mức độ bảo tồn thần kinh. Động mạch này chạy uốn lượn dọc theo bờ bên TTL phía trong của BMTK như là động mạch TTL hay vỏ bao TTL, thường thấy ở vùng đáy và giữa tuyến và được đặt tên là “động mạch mốc” (landmark artery). Những động mạch này được xác định trong khoảng 73% các trường hợp ở mỗi thùy bên TTL¹⁴. (Hình 7)

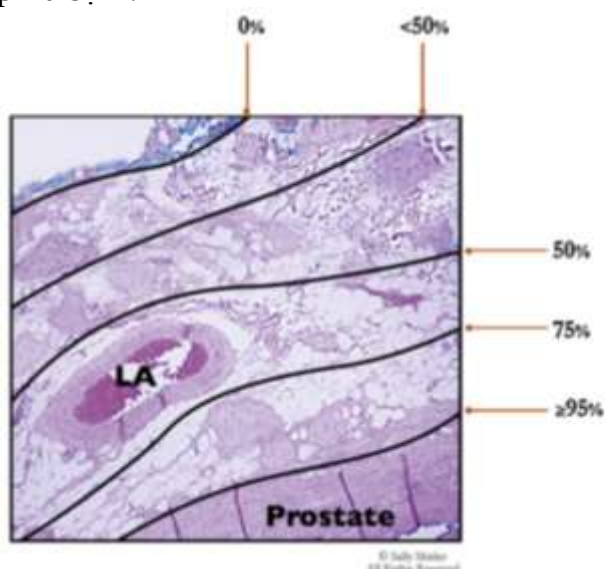
Bảo tồn mức độ 5, bảo tồn hoàn toàn thần kinh cương (>95%), được thực hiện với mặt phẳng bóc tách phía trong động mạch

mốc, phía ngoài vỏ bao TTL ngay tại mô lấp lánh quanh TTL (pearly areolar tissue). Khi phẫu tích theo mặt phẳng này, TTL và BMTK được tách ra dễ dàng, không chảy máu mà không cần dùng dụng cụ sắc nhọn. Nếu thực hiện kỹ thuật đúng mặt phẳng thì trong mổ sẽ thấy bề mặt hồng của TTL, về mặt vi thể chỉ thấy được vỏ bao TTL mà không có mô thần kinh.

Mức độ 4, bảo tồn gần hoàn toàn BMTK (75%), bóc tách bằng dụng cụ sắc nhọn theo mặt phẳng giữa động mạch mốc và vỏ bao TTL cắt qua BMTK, không theo mặt phẳng mô lấp lánh quanh TTL. Trong mổ mặt phẳng được xác định bằng một dải mô mờ trên TTL, không thấy mô màu hồng của TTL và không có động mạch. Về mặt vi thể sẽ một số thành phần thần kinh nhưng không thấy thành phần mạch máu TTL. Với những

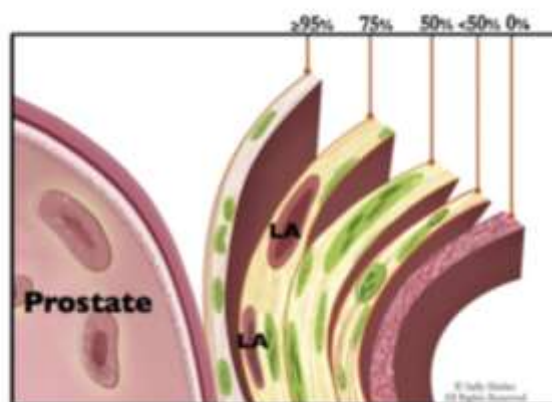
trường hợp nguy cơ thấp xâm lấn ra ngoài TTL thì mức độ này cho phép đảm bảo biên phẫu thuật an toàn.

Mức độ 3 giữ lại khoảng 50% BMTK, sau khi xác định động mạch mốe thì bóc lột đường đi của BMTK bằng cách bóc tách ngược chiều lên đến cuống 2 bên TTL. Mặt phẳng bóc tách được tạo ra chính là bờ bên của động mạch mốe, do đó động mạch sẽ được kẹp cắt tại mức ngang cuống bên TTL. Trong mổ, mặt phẳng đúng được xác định bằng cách thấy dải mô mỡ quanh TTL và động mạch mốe bị kẹp cắt ở đầu gần. Trên tiêu bản vi thể có thể thấy thần kinh và động mạch tại bờ bên trên hầu hết các lát cắt giải phẫu bệnh.



Mức độ 2 giữ lại ít hơn 50% BMTK, khi bóc tách BMTK theo hướng ngược chiều thì mặt phẳng bóc tách cách bờ ngoài động mạch khoảng vài milimet đi theo chu vi TTL. Trong mổ mặt phẳng được xác định khi thấy một dải mỡ dày trên TTL kèm theo động mạch bên trong. Trên vi thể thấy số lượng đáng kể mô thần kinh và động mạch.

Mức độ 1, nghĩa là không bảo tồn BMTK với mặt phẳng bóc tách ngoài cân TTL, BMTK được cắt rộng rãi, kẹp cắt liên tục bên dưới TTL cắt ngang qua BMTK. Trong mổ mặt phẳng được xác định bằng sự hiện diện của cân cơ nâng, còn trên vi thể thấy một lượng lớn mô thần kinh bên ngoài động mạch.



Hình 7. Sơ đồ các mặt phẳng bóc tách theo phân loại của Schatloff¹⁵

LA: động mạch mốe

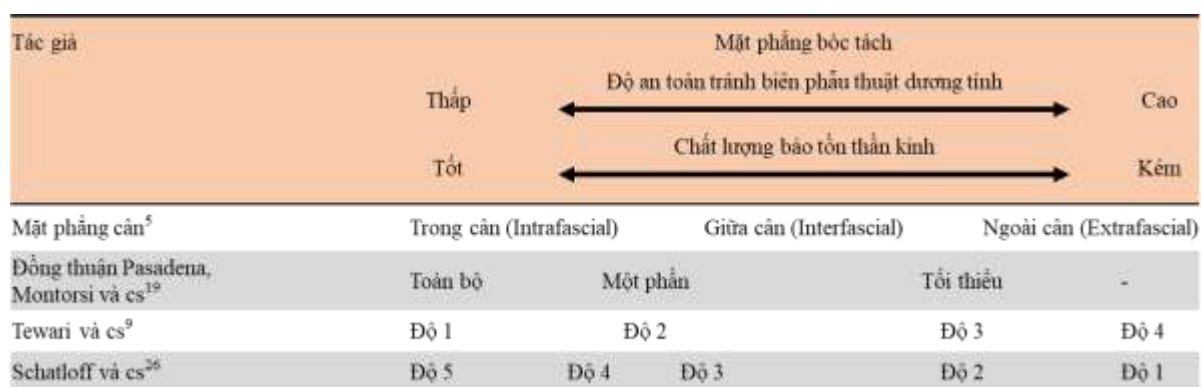
Tác giả cho rằng lấy động mạch làm mốe có ưu điểm hơn so với phương pháp lấy tĩnh mạch làm mốe như của Tewari vì phân bố động mạch quanh TTL thường hằng định ở mặt sau bên TTL hơn so với tĩnh mạch, đặc biệt là tương quan so với thần kinh thể hang. Thêm vào đó, động mạch có tính đàn hồi, có thể kéo, vén trong quá trình bóc tách chứ

không dễ tổn thương và chảy máu như tĩnh mạch nên giữ được phẫu trường rõ ràng để bóc tách đúng mặt phẳng.

Giải phẫu của thần kinh có tính đa dạng đáng kể giữa những cá thể khác nhau, thậm chí trong cùng một người. Các khái niệm được đưa ra để xác định các mặt phẳng bóc tách khác nhau không chỉ với mục đích là bảo tồn BMTK nhiều nhất có thể mà cao hơn

đó là đảm bảo được biên phẫu thuật thật sự an toàn nhất. Bảo tồn BMTK có nghĩa là phải xác định chính xác vị trí và đường đi của thần kinh nhưng điều này lại không thể xác định qua đại thể trong khi phẫu thuật do những đặc tính về mặt vi thể và sự đa dạng trong giải phẫu của BMTK. Do đó, mức độ bảo tồn BMTK trong những hướng tiếp cận trên không thể xác định một cách chắc chắn.

Ngược lại, mức độ mô giữ lại hay lấy đi để đảm bảo biên phẫu thuật an toàn lại có thể kiểm soát tốt trong quá trình phẫu thuật. Chính vì lẽ đó, thuật ngữ “bảo tồn thần kinh nhiều nhất có thể” nên thay bằng “bảo đảm biên phẫu thuật an toàn nhiều nhất có thể” (incremental safety margin) để phản ánh đúng thực chất của các kỹ thuật trên. (Hình 8)



Hình 8. Sơ lược các mặt phẳng bảo tồn bó mạch thần kinh

Kỹ thuật khác

Patel và cộng sự cũng đã sử dụng màng ối người được làm khô để phủ lên BMTK, kết quả ngắn hạn cho thấy cải thiện về chức năng cương và kiểm soát nước tiểu có ý nghĩa. Ngoài ra còn một số tác giả khác khuyến cáo hạn chế dùng dao điện (monopolar, bipolar hay harmonic) vì có thể làm tổn thương thần kinh do nhiệt hoặc không dùng clip để kiểm soát chảy máu khi bóc tách BMTK mà có thể dùng các chất giúp cầm máu thay thế¹⁰.

Hiện nay vẫn chưa có đồng thuận nào về phương pháp hay hệ thống phân loại nào nên được áp dụng, một hệ thống chuẩn cần được rõ ràng và dễ áp dụng hơn. Hơn thế nữa, áp dụng một phương pháp nào trên một bệnh nhân nhất định tùy thuộc vào từng bệnh nhân cũng như đặc điểm ung thư và những vấn đề khác liên quan đến kỹ thuật.

II. KẾT LUẬN

Bảo tồn bó mạch thần kinh cương hiện nay được xem là một trong tiêu chuẩn cần đạt được trong phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Tùy thuộc vào giai đoạn ung thư, vị trí tổn thương ác tính và các cấu trúc liên quan mà phẫu thuật viên có thể đưa ra chiến lược tiếp cận phù hợp cho mỗi cá thể, tối đa hóa việc bảo tồn mạch máu thần kinh, đem lại sự cải thiện về chức năng kiểm soát nước tiểu và chức năng cương mà vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học cho người bệnh sau cắt TTL tận gốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walsh PC, Donker PJ.** Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. The Journal of urology. 1982;128(3):492-497.

2. **Kiyoshima K, Yokomizo A, Yoshida T, et al.** Anatomical features of periprostatic tissue and its surroundings: a histological analysis of 79 radical retropubic prostatectomy specimens. *Japanese journal of clinical oncology*. 2004;34(8):463-468.
3. **Muraoka K, Hinata N, Morizane S, et al.** Site-dependent and interindividual variations in Denonvilliers' fascia: a histological study using donated elderly male cadavers. *BMC urology*. 2015;15:42.
4. **Walz J, Epstein JI, Ganzer R, et al.** A Critical Analysis of the Current Knowledge of Surgical Anatomy of the Prostate Related to Optimisation of Cancer Control and Preservation of Continence and Erection in Candidates for Radical Prostatectomy: An Update. *European urology*. 2016;70(2):301-311.
5. **Kourambas J, Angus DG, Hosking P, Chou ST.** A histological study of Denonvilliers' fascia and its relationship to the neurovascular bundle. *British journal of urology*. 1998;82(3):408-410.
6. **Tewari A, Takenaka A, Mtui E, et al.** The proximal neurovascular plate and the tri-zonal neural architecture around the prostate gland: importance in the athermal robotic technique of nerve-sparing prostatectomy. *BJU international*. 2006;98(2):314-323.
7. **Alsaid B, Bessede T, Diallo D, et al.** Division of Autonomic Nerves Within the Neurovascular Bundles Distally into Corpora Cavernosa and Corpus Spongiosum Components: Immunohistochemical Confirmation with Three-Dimensional Reconstruction. *European urology*. 2011;59(6):902-909.
8. **Clarebrough EE, Challacombe BJ, Briggs C, et al.** Cadaveric Analysis of Periprostatic Nerve Distribution: An Anatomical Basis for High Anterior Release During Radical Prostatectomy? *Journal of Urology*. 2011;185(4):1519-1525.
9. **Nielsen ME, Schaeffer EM, Marschke P, Walsh PC.** High anterior release of the levator fascia improves sexual function following open radical retropubic prostatectomy. *The Journal of urology*. 2008;180(6):2557-2564; discussion 2564.
10. **Tavukcu HH, Aytac O, Atug F.** Nerve-sparing techniques and results in robot-assisted radical prostatectomy. *Investigative and clinical urology*. 2016;57(Suppl 2):S172-s184.
11. **Kaul S, Savera A, Badani K, Fumo M, Bhandari A, Menon M.** Functional outcomes and oncological efficacy of Vattikuti Institute prostatectomy with Veil of Aphrodite nerve-sparing: an analysis of 154 consecutive patients. *BJU international*. 2006;97(3):467-472.
12. **Tewari AK, Srivastava A, Huang MW, et al.** Anatomical grades of nerve sparing: a risk-stratified approach to neural-hammock sparing during robot-assisted radical prostatectomy (RARP). *BJU international*. 2011;108(6b):984-992.
13. **Srivastava A, Chopra S, Pham A, et al.** Effect of a Risk-stratified Grade of Nerve-sparing Technique on Early Return of Continence After Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy. *European urology*. 2013;63(3):438-444.
14. **Patel VR, Schatloff O, Chauhan S, et al.** The Role of the Prostatic Vasculature as a Landmark for Nerve Sparing During Robot-Assisted Radical Prostatectomy. *European urology*. 2012;61(3):571-576.
15. **Schatloff O, Chauhan S, Sivaraman A, Kameh D, Palmer KJ, Patel VR.** Anatomic grading of nerve sparing during robot-assisted radical prostatectomy. *European urology*. 2012;61(4):796-802.

NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH TỒN LƯU SAU HÓA TRỊ Ở BỆNH NHÂN BƯỚU TINH HOÀN

Trần Anh Vũ¹, Hoàng Tiến Đạt¹, Lê Ngọc Thu Nguyên¹,
Phạm Quang Thông², Phạm Hồng Minh³,
Nguyễn Thành Tuấn¹, Châu Quý Thuận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nạo hạch sau phúc mạc là một phương pháp có giá trị trong chẩn đoán và điều trị những trường hợp hạch tồn lưu sau hóa trị ở bệnh nhân bướu tinh hoàn. Đặc biệt phẫu thuật nội soi giúp giảm các biến chứng so với mổ mở.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo hai trường hợp ung thư tinh hoàn dạng nonseminoma giai đoạn II được phẫu thuật nội soi nạo hạch tồn lưu sau hóa trị. Hai bệnh nhân này có hạch với kích thước lớn trên 1cm và dấu ấn sinh học ung thư tinh hoàn trong giới hạn bình thường. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật ở hai bệnh nhân này lần lượt là 330 và 530 phút. Không có bệnh nhân nào phải truyền máu hoặc có các biến chứng trong mổ. Giải phẫu bệnh của 2 trường hợp này lần lượt là: hạch hoại tử và embryonal carcinoma. Ctscan ổ bụng một tháng sau mổ ghi nhận không còn hạch tồn lưu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi nạo hạch tồn lưu sau hóa trị có thể thực hiện được ở những bệnh nhân bướu tinh hoàn. Tuy nhiên, đây là một

kỹ thuật phức tạp, chỉ nên thực hiện ở những bệnh nhân nhất định.

Từ khóa: Nạo hạch tồn lưu, phẫu thuật nội soi nạo hạch sau phúc mạc

SUMMARY

POST-CHEMOTHERAPY LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL LYMPH-NODE DISSECTION IN TESTIS CANCER PATIENTS: TWO CASES REPORT

Background and purpose: Retroperitoneal lymph node dissection (RPLND) is still the most sensitive and specific method for the detection of malignant tumor in testicular carcinoma after chemotherapy. To reduce the morbidity and to improve the acceptance of RPLND, laparoscopy has been introduced.

Methods: Two patients underwent laparoscopic lymph node dissection (LRPLND) after chemotherapy for clinical stage II nonseminomatous testicular cancer. Patients with post-chemotherapy residual masses >1 cm and normalization of tumor markers were considered for the procedure. Results: Operative time ranged from 380 to 510 minutes. No transfusions were required, and no intra- or postoperative complications occurred because of the procedure. Necrotic tissue and embryonal carcinoma were revealed. Computer tomography (Ctscan) has not detected any mass after operation.

Conclusion: Laparoscopic lymph node dissection after chemotherapy is a feasible and

¹Khoa Ngoại thận tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện ung bướu, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Vũ

SĐT: 0916234422

Email: trananhvu32@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

oncologically safe procedure. However, the technique is challenging and should only be performed in selected patients with low residual tumor volume.

Keywords: Retroperitoneal lymph node dissection, laparoscopic lymph node dissection (LRPLND)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tinh hoàn là một trong những bệnh ác tính thường gặp ở nam giới trẻ tuổi (15-35 tuổi)[2]. U tế bào mầm (germ cell tumors) chiếm 95% trong ung thư tinh hoàn và thường được điều trị đa mô thức. Mặc dù đã được kết hợp nhiều phương pháp nhưng vẫn có đến 25-50% ung thư tinh hoàn dạng non seminoma còn tồn tại hạch sau phúc mạc sau khi được phẫu thuật và hoá trị [1]. Do đó nạo hạch sau phúc mạc đóng vai trò quan trọng

Mổ mở nạo hạch sau phúc mạc (RPLND) có tỷ lệ biến chứng là 20% và tỷ lệ tử vong là 0,8% ngay tại các trung tâm có nhiều kinh

nghiệm trong phẫu thuật này[1]. Phẫu thuật nội soi (LRPLND) đã nổi lên như một giải pháp thay thế để giảm tỷ lệ biến chứng của mổ mở. Kỹ thuật này đòi hỏi cần có đường cong học tập lâu dài và chỉ phù hợp cho những bệnh nhân với lượng hạch tồn lưu không quá lớn [2, 3]. Chúng tôi đã đánh giá tính khả thi của việc thực hiện LRPLND ở cả 2 bên cho những bệnh nhân còn hạch tồn lưu sau hoá trị của ung thư tinh hoàn.

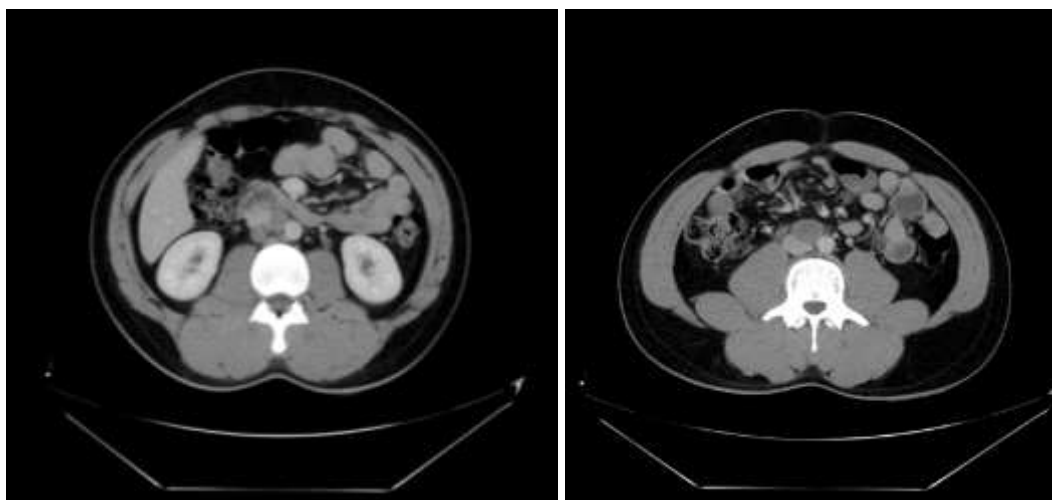
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Hai bệnh nhân chẩn đoán bướu tinh hoàn non seminoma được phẫu thuật cắt tinh hoàn kết hợp hóa trị ba chu kỳ bleomycin, etoposide và cisplatin (BEP). Sau khi hóa trị, các dấu ấn ung thư trở về bình thường nhưng nhiều hạch di căn kích thước trên 1 cm đã được ghi nhận (Hình 1, 2). Chi tiết của hai bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Đặc điểm bệnh nhân	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2
Tuổi	23	28
Tinh hoàn có bướu	Phải	Trái
Giai đoạn trước khi cắt tinh hoàn	T1N2M0 (IIB-S1)	T1N2M0 (IIB-S2)
Giải phẫu bệnh bướu tinh hoàn	U tế bào mầm dạng hỗn hợp (Bướu quái kèm carcinoma tế bào phôi)	U tế bào mầm dạng hỗn hợp
Điều trị ban đầu	Cắt tinh hoàn + Hoá trị Bep 3 chu kỳ	Cắt tinh hoàn + Hoá trị Bep 3 chu kỳ
CTScan bụng sau hoá trị	Hạch rải rác cạnh động mạch chủ bụng, kích thước 1x2 cm	Hạch rải rác dọc động mạch chủ bụng khoảng 3cm
AFP (ng/ml)	4.1	1.5
LDH (U/L)	254	159.4
HCG (ng/ml)	2.3	0.5



Hình 1,2. Hạch rải rác dọc bó mạch chủ bụng trên phim CtScan ở bệnh nhân 1

Phương pháp phẫu thuật

Chuẩn bị bệnh nhân và vị trí Trocar

Bệnh nhân được nằm ở tư thế Trendelenburg. Chúng tôi sử dụng 5 Trocar (3 trocar 12 mm và 2 Trocar 5mm). Một Trocar 12mm được đặt ở đường giữa, trên xương mu 3cm làm kênh thao tác cho camera. Hai Trocar 12mm đặt bờ ngoài cơ thẳng bụng 2 bên, cách Trocar đầu 4 khoát ngón tay về phía đầu và đóng vai trò là 2 kênh thao tác chính. Hai trocar 5mm đặt ở đường nách trước, ngang rốn. Chúng tôi sử dụng 2 Trocar này cho các dụng cụ vén ruột và bộc lộ khoang sau phúc mạc. (Hình 3)

Trình tự phẫu thuật

Đối với bướu nguyên phát bên phải, diện phẫu thuật được giới hạn phía trên bởi tĩnh mạch thận phải, phía dưới là động mạch chậu chung, bờ ngoài là niệu quản phải và phía trong là động mạch chủ bụng. Phúc mạc thành sau sẽ được mở ở ụ nhô xương cùng và kéo dài ra đến manh tràng. Bóc tách nhẹ nhàng theo khung đại tràng cho đến khi thấy rõ mặt sau tá tràng. Tại đây phúc mạc thành sau sẽ được mở rộng và khâu cố định vào thành bụng trước.

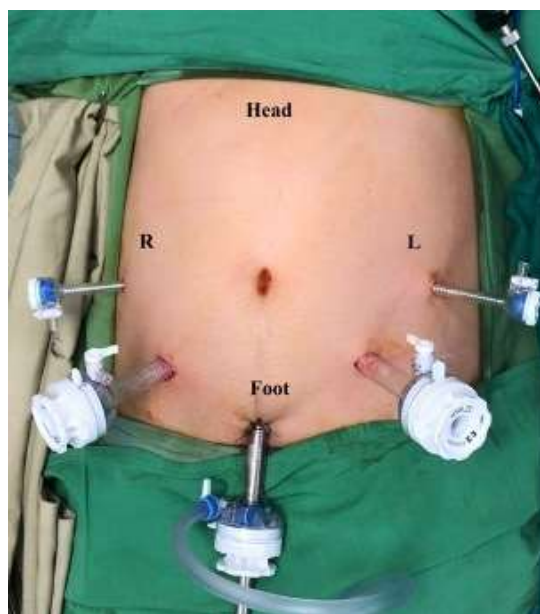
Bộc lộ tĩnh mạch sinh dục đến sát tĩnh mạch chủ dưới, kẹp cắt lấy trọn tĩnh mạch

sinh dục đến lỗ bẹn sâu. Nạo nhóm hạch cạnh bờ phải tĩnh mạch chủ dưới, chú ý tránh dùng các dụng cụ đốt trong giai đoạn này do dễ làm tổn thương niệu quản cũng như đám rối thần kinh giao cảm chạy dọc theo bờ ngoài tĩnh mạch chủ.

Phẫu thuật được tiếp tục bằng việc nạo các nhóm hạch nằm giữa động và tĩnh mạch chủ bụng. Đây có thể xem là vùng “vô mạch” do không có các nhánh mạch máu lớn. Chúng tôi tiến hành lấy trọn các hạch đến sát cơ lưng và mặt trước cơ cạnh sống. Các nhánh mạch máu thắt lưng (nếu có) sẽ được kẹp bằng clip hoặc đốt bằng dao siêu âm. Chỉ polypylene 3.0 luôn được chuẩn bị sẵn sàng trong trường hợp có tổn thương mạch máu lớn

Đối với khoang sau phúc mạc bên trái, giới hạn ngoài của diện phẫu thuật là niệu quản. Bằng cách nâng nhẹ đại tràng sigma về hướng thành bụng, động mạch mạc treo tràng dưới sẽ được xác định dễ dàng. Niệu quản sẽ nằm giữa động mạch mạc treo tràng dưới và động mạch chậu chung trái. Chúng tôi sẽ lấy trọn 3 nhóm hạch: hạch quanh bó mạch chậu chung trái, hạch trước và cạnh động mạch chủ bụng.

Ở bệnh nhân 2, chúng tôi kết hợp phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn tồn lưu 2 bên



Hình 3. Vị trí đặt Trocar

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi không gặp biến chứng nào trong lúc phẫu thuật ở cả hai trường hợp. Máu mất ước tính ở 2 bệnh nhân lần lượt là 50ml và 100ml. Ở bệnh nhân có bướu tinh hoàn nguyên phát bên phải, giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả là carcinoma phôi ở hai trong số các hạch bạch huyết. Kích thước hạch bạch huyết lớn nhất được loại bỏ là 4

cm. Bệnh nhân được chỉ định hoá trị hỗ trợ tiếp tục. Ở bệnh nhân còn lại, tất cả 7 nhóm hạch đều cho kết quả giải phẫu bệnh là hạch viêm hoại tử. Chụp cắt lớp kiểm tra ở các thời điểm 1 và 6 tháng sau mổ đều không phát hiện hạch ổ bụng. Kết quả xét nghiệm AFP, LDH và β HCG trong giới hạn bình thường (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ

Đặc điểm	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2
Phương pháp phẫu thuật	Nạo hạch sau phúc mạc	Nạo hạch sau phúc mạc kèm nạo hạch bẹn
Thời gian phẫu thuật (phút)	330	530 (310 +120)
Biến chứng sau mổ	Không	Không
Lượng máu mất	50ml	100ml
Giải phẫu bệnh hạch	Carcinoma phôi	Hạch viêm hoại tử
Thời gian hậu phẫu (ngày)	4	5
Ctscan sau mổ 1 tháng	Vài hạch cạnh động mạch chủ bụng < 2cm	Không thấy hạch ổ bụng
AFP (ng/ml)	5	1
LDH (U/L)	469	158
β HCG (ng/ml)	< 1.2	0.5

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nạo hạch tồn lưu sau hoá trị ở bệnh nhân ung thư tinh hoàn giúp kéo dài thời gian sống còn cũng như thời gian tiến triển bệnh[3]. Tuy nhiên, mổ mở thật sự là một phẫu thuật khó ngay cả đối với các bác sĩ có nhiều kinh nghiệm. Do đó, phẫu thuật nội soi đã được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn như là một phương pháp thay thế. Tuy nhiên việc kiểm soát các biến chứng, chẳng hạn như chảy máu, tổn thương ruột... đã khiến phẫu thuật này chỉ nên thực hiện ở một số trung tâm xuất sắc trong thủ thuật nội soi.

Các báo cáo về việc sử dụng phẫu thuật nội soi trong nạo hạch tồn lưu ở bệnh nhân ung thư tinh hoàn còn hạn chế. Hầu hết các báo cáo đều là ca lâm sàng. Hiện nay phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot (RRPLND) đã được xem như một lựa chọn thay thế với những ưu điểm vượt trội. Có hai báo cáo mô tả phẫu thuật Robot cho ung thư tinh hoàn NSGCT giai đoạn I, với tổng cộng bốn bệnh nhân trong cả hai báo cáo [4, 5] và báo cáo thứ ba của Annerstedt trên ba bệnh nhân ung thư tinh hoàn giai đoạn II [6]. Tác giả Calestroupat và cộng sự đã nghiên cứu 26 bệnh nhân ung thư tinh hoàn được thực hiện LRLND [7]. 24 trường hợp được thực hiện xuyên phúc mạc và 2 trường hợp được phẫu thuật sau phúc mạc. Cũng trong nghiên cứu này, tác giả đã báo cáo 3 trường hợp tổn thương mạch máu phải chuyển sang mổ mở. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 27 tháng và không có trường hợp nào tái phát [7].

Giới hạn phẫu thuật của RPLND đối với hạch tồn lưu sau hoá trị của ung thư tinh hoàn vẫn là chủ đề còn nhiều tranh luận. Theo kinh điển, ranh giới của phẫu thuật tiêu chuẩn là một khoang đa giác được giới hạn bởi: bờ trên là tĩnh mạch thận, bờ ngoài là 2 niệu quản và bờ dưới là bó mạch chậu hai bên[3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã giới hạn nhỏ lại diện bóc tách. Tác giả Heidenreich nghiên cứu 152 bệnh nhân và chia làm 2 nhóm: nhóm (I) gồm 54 bệnh nhân được nạo hạch tiêu chuẩn 2 bên, nhóm (II) gồm 98 bệnh nhân được nạo hạch giới hạn bên có bướu [8]. Có 7 trường hợp tái phát ngoài diện phẫu thuật trong nhóm (I) và 1 trường hợp tái phát ở nhóm (II). Tác giả kết luận nếu hạch bạch huyết < 5 cm và cùng bên với bướu nguyên phát thì chỉ cần nạo hạch giới hạn khoang sau phúc mạc bên có bướu mà vẫn đảm bảo tính an toàn về mặt ung thư [8]. Khuyến cáo này đặc biệt có giá trị đối với khối bướu tinh hoàn nguyên phát bên trái vì di căn bạch huyết chéo từ trái sang phải trong phúc mạc hiếm khi xảy ra. Tương tự, tác giả Calestroupat và cộng sự phẫu thuật giới hạn cho 26 trường hợp và theo dõi sau 27 tháng không ghi nhận trường hợp tái phát [7]. Trong quá trình phẫu thuật cần hạn chế dùng đốt khi nạo các nhóm hạch cạnh bó mạch chủ để tránh làm tổn thương đám rối thần kinh giao cảm cũng như rò bạch huyết sau phẫu thuật. Ngoài ra cần đặc biệt chú ý khi di động gốc của mạc treo đại tràng nhằm tránh biến chứng thiếu máu hoặc tổn thương ruột.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nạo hạch tồn lưu sau hoá trị ở bệnh nhân bướu tinh hoàn là một quy trình hiệu quả và khả thi. Tuy nhiên, phẫu thuật chỉ nên thực hiện ở những bệnh nhân có lượng hạch di căn nhỏ. Cần thêm nhiều nghiên cứu để đánh giá hiệu quả lâu dài của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mosharafa AA, Foster RS, Leibovich BC, Bihle R, Johnson C, Donohue JP** (2003) Is post-chemotherapy resection of seminomatous factors associated with a higher incidence of acute disease? *J Urol* 169: 2126–2128
2. **Maldonado-Valadez R, Schilling D, Anastasiadis AG, Sturm W, Stenzl A, Corvin S** (2007) Post-chemotherapy post-chemotherapy lymph node dissection in testicular cancer patients. *J Endourol* 21:1501–1504
3. **Gerber GS, Bissada NK, Hulbert JC, Kavoussi LR, Moore RG, KantoV PW, Rukstalis DB** (1994) Laparoscopic retroperitoneal lymph node resection surgery: a multi-institutional analysis. *J Urol* 152: 1188– 1191; discussion 1191–1192
4. **Davol P, Sumfest J, Rukstalis D** (2006) Robotic-assisted Laparo retroperitoneal lymph node dissection. *Urology* 67:199
5. **Williams SB, Lau CS, Josephson DY** (2011) Initial series of robotic assisted endoscopic retroperitoneal lymph node dissection for stage I non-clinical germ cell testicular cancer. *Eur Urol* 60(6):1299–1302
6. **Annerstedt M, Gudjonsson S, Wullt B, Uvelius B** (2008) Robot-as-sisted laparoscopic dissection of retroperitoneal lymph nodes in clinical stage II testicular cancer. *J Robot Surg* 2: 189–191
7. **Calestroupat JP, Sanchez-Salas R, Cathelineau X, Rozet F, Galiano M, Smyth G, Kasraeian A, Barret E, Vallancien G** (2009) Postche- motherapy dissection of retroperitoneal lymph nodes in non-cancerous germ cell tumors. *J Endourol* 23:645–650
8. **Heidenreich A, PWster D, Witthuhn R, Thuer D, Albers P** (2009) Postpartum retroperitoneal lymph node dissection therapy in advanced testicular cancer: radical or modiWed sample resection. *Eur Urol* 55:217–224

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚU MỖ - CƠ - MẠCH THẬN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH CHỌN LỌC VÀ SIÊU CHỌN LỌC TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Khoa¹, Đỗ Anh Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu mỡ - cơ - mạch thận thường lành tính, cấu trúc bao gồm các yếu tố mỡ, mạch máu và cơ trơn. Các triệu chứng thường gặp là tiểu máu hoặc đau vùng hông lưng. Nghiên cứu này báo cáo kết quả nút động mạch chọn lọc trong điều trị bướu mỡ - cơ - mạch thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 06 năm 2022, 56 bệnh nhân được điều trị với phương pháp nút động mạch chọn lọc bởi nhóm bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bình Dân. Nghiên cứu hồi cứu. Xác định các yếu tố: lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm của bướu mỡ - cơ - mạch thận và kết quả điều trị. Kết quả điều trị được đánh giá ở thời điểm trước và can thiệp.

Kết quả: Năm mươi sáu bệnh nhân (53 nữ, 3 nam, tuổi trung bình: 51,7 tuổi; 23 - 70 tuổi) được điều trị với phương pháp nút động mạch chọn lọc. Có các triệu chứng chính: đau hông lưng (94,13%) và tiểu máu (17,86%). Độ đặc hiệu của siêu âm, CT, MRI để chẩn đoán bướu mỡ - cơ - mạch ở thận là 81,32%, 92,86%,

100%. Tình trạng bướu mỡ - cơ - mạch liên quan thể xơ cứng củ có 3 bệnh nhân. Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (nút mạch chọn lọc: 25%; nút mạch siêu chọn lọc: 75%) và 6 bệnh nhân phải trải qua can thiệp lần 2. Không có trường hợp nào có biến chứng lớn, hội chứng sau nút mạch (PES) ở 25 bệnh nhân. Tỷ lệ giảm kích thước bướu mỡ - cơ - mạch thận trung bình là 19,21% sau khi theo dõi trung bình là 10,08 tháng (3 - 56 tháng). Không có thay đổi về chức năng thận sau can thiệp.

Kết luận: Phương pháp nút mạch chọn lọc an toàn và hiệu quả trong điều trị bướu AML thận, đặc biệt trường hợp bướu mỡ - cơ - mạch thận kèm thể xơ cứng củ, tiết kiệm tối ưu nhu mô thận bình thường để duy trì chức năng thận tối đa.

Từ khóa: bướu mỡ - cơ - mạch thận, nút mạch chọn lọc

SUMMARY

THE OUTCOME OF SELECTIVE & SUPER SELECTIVE ARTERIAL EMBOLIZATION ON RENAL ANGIOMYOLIPOMA

Background: Angiomyolipoma (AML) is a benign renal neoplasm composed of fat, vascular, and smooth muscle elements. They may cause hematuria or flank pain. This study reported selective arterial embolization (SAE) in the management of renal AMLs.

Method: From January 2015 to June 2022, 56 patients underwent SAE performed by a experienced surgeon at Binh Dan Hospital were

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khoa

SĐT: 0947582333

Email: bsnguyenvankhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

reviewed. To calculate rate: clinical, subclinical, characteristics of renal AML and results of treatment. Treatment outcomes were assessed at baseline and after the procedure during follow-up.

Results: 56 patients (53 females, 3 males; median age: 51.7 years; range, 23–70 years) who underwent SAE. Overall, 53 AMLs were embolized. There are major symptoms: flank pain (94.13%) and hematuria (17.86%). The specificity of ultrasound, CT, MRI for diagnosing renal AML was 81.32%, 92.86%, 100%. TSC status was confirmed for 3 patients. Technical success rate was 100% (selective embolisation: 25%; super selective embolization: 75%) and 6 patients benefitted from an additional procedure. No major complication, minor post-embolization syndrome (PES) in 25 patients. The mean AML size reduction rate was 19.21% after a mean follow-up was 10.08 months (range, 03–56 months). There was no change in mean creatinine level after SAE.

Conclusion: SAE is a safe and effective technique to manage renal AMLs, especially for TSC patients.

Keywords: Renal tumor; angiomyolipoma (AML); bleeding patient; arterial embolization;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu mỡ cơ mạch thận (AML) là dạng bướu lành tính chiếm 0,3% - 3% các bướu ở

thận [1]. Thành phần của bướu bao gồm mạch máu, tế bào cơ trơn và tế bào mỡ [2], [3]. Hầu hết bướu loại này là không triệu chứng, có tốc độ tăng trưởng chậm và ít gây nguy hiểm [4], thường không cần phải dùng các biện pháp can thiệp để điều trị. Tuy nhiên, một số triệu chứng cần phải chú ý như đau, chảy máu sau phúc mạc hoặc ở đường tiết niệu, có thể nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Khuynh hướng chảy máu liên quan đến thành phần tạo mạch của bướu có thể xuất hiện cấu trúc bất thường và phình mạch hoặc xuất hiện riêng lẻ [5]. Yếu tố nguy cơ chủ yếu là kích thước khối bướu, thành phần mạch máu, và có tình trạng xơ hóa củ [3], [5].

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu 56 trường hợp thỏa với tiêu chuẩn chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu. Trong 56 TH, tuổi trung bình là 51 tuổi, nhỏ nhất là 23 tuổi, lớn nhất là 70 tuổi, độ lệch chuẩn 12,2. Có 56 trường hợp bướu AML thận với kích thước trung bình là 9,12cm, nhỏ nhất là 3,3cm, lớn nhất là 21,8 cm. Qua thời gian theo dõi trung bình 10,08 tháng, kích thước bướu AML thận trung bình 7,52cm, kích thước nhỏ nhất 2cm, lớn nhất 20,5cm.

Tất cả các bệnh nhân AML đều được can thiệp bằng nút mạch chọn lọc

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân (n = 56)

Biến số	Giá trị (%)
Giới	
Nam	3
Nữ	53
Sự hiện diện của bướu	
Bên T	22
Bên P	18
Hai bên	16

Tuổi trung bình (tuổi)	51 (23-70)
Thể xơ cứng củ	3
Triệu chứng lâm sàng	
Đau hông lưng	52
Tiểu ra máu	10
Sờ chạm bướu	09
Thiếu máu	10
Cần truyền máu	2
Kích thước bướu trung bình trước can thiệp (cm)	9,12 (3,3-21,8)
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	10,08

Phát hiện khối bướu bằng các phương tiện cận lâm sàng sau: siêu âm, CT, MRI (Bảng 2)

Bảng 2. Phương tiện hình ảnh học dùng để chẩn đoán bướu

Biến số	Giá trị (%)
Siêu âm bụng	
Khẳng định	45
Nghi ngờ	11
CT	
Khẳng định	52
Nghi ngờ	3
Hai bên	16
MRI	1
Sinh thiết	3

Bệnh nhân đau hông lưng chiếm tỉ lệ cao 94,13%, chiếm ưu thế so với các triệu chứng khác. Bệnh nhân tiểu máu chiếm 17,86%, sờ thấy bướu chiếm 16,07%. Có 3 trường hợp bướu AML thận kèm thể xơ cứng củ chiếm tỉ lệ 5,36%. Có 33 trường hợp có siêu âm bụng tổng quát khẳng định là bướu AML chiếm tỉ lệ 80,49%. Với CT, có 52 TH chiếm tỉ lệ 92,86% khẳng định chẩn đoán AML, 03 trường hợp còn lại theo dõi bướu AML thận, trường hợp này được tiến hành sinh thiết chẩn đoán. Có 1 TH được chẩn đoán bướu AML thận bằng MRI.

Thành công về mặt kỹ thuật đạt 100%, trong đó có 32 trường hợp thành công về mặt siêu chọn lọc động mạch nuôi bướu, sau can thiệp hình ảnh bướu hoàn toàn mất trên màn hình DSA chiếm tỉ lệ 78,05%, còn lại 09

trường hợp sau can thiệp bướu còn một phần nhỏ trên màn hình chiếm 21,95%.

Ở thời điểm ra viện các trường hợp can thiệp về mặt lâm sàng thành công 100%. Ở thời điểm 1 tháng sau ra viện tỉ lệ thành công về mặt lâm sàng đạt 87,50%. Ở thời điểm 3 tháng sau can thiệp, tỉ lệ thành công về mặt lâm sàng đạt tỉ lệ 94,64%.

Có 25 trường hợp có hội chứng sau nút mạch chiếm tỉ lệ 44,64%, 2 trường hợp tụ máu vùng bẹn chiếm 4,88%, 1 trường hợp phải chuyển qua động mạch đùi đối bên tạo kênh thao tác chiếm tỉ lệ 2,44%, 1 trường hợp suy thận chiếm tỉ lệ 2,44%.

Ghi nhận có 4 trường hợp can thiệp lại lần hai vì triệu chứng đau hông lưng, với thời gian theo dõi trung bình 10,08 tháng.

III. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy những bệnh nhân đến với bệnh viện chẩn đoán và điều trị khi có các triệu chứng và triệu chứng gây khó chịu nhiều đến sức khỏe bệnh nhân, điển hình là đau hông lưng và tiểu máu. Theo Oesterling và cộng sự khi bướu AML thận lớn hơn 4 cm có triệu chứng trong khoảng 82 - 94% các trường hợp và 50 - 60% khả năng vỡ gây chảy máu sau phúc mạc và đòi hỏi can thiệp [6], trong hướng dẫn điều trị của hội tiết niệu châu âu năm 2020 cũng thống nhất với nghiên cứu của tác giả Oesterling và cộng sự [7]. Vấn đề thường gặp là đau vùng hông lưng, sờ thấy khối bướu và chứng phình vỡ động mạch tự phát [6]. Có thể sờ thấy khối bướu ở bụng khi khối bướu đã quá lớn. Theo Alan (2012) 87% trường hợp có triệu chứng xuất huyết trong bướu hoặc xuất huyết sau phúc mạc lớn, trong đó xuất huyết sau phúc mạc là biến chứng quan trọng nhất của bướu AML thận chiếm 10% bệnh nhân [8].

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT, MRI có khả năng chẩn đoán chính xác bướu AML thận với tỉ lệ chính xác cao, điều đó đã được đề cập trong hướng dẫn điều trị của hội niệu khoa Châu Âu và sách Campbell Walsh Urology (quyển xuất bản lần thứ 12) [7], [8]. Tuy nhiên trong những trường hợp mô mỡ ít, việc chẩn đoán xác định khó khăn thì vai trò của sinh thiết bướu thể hiện tính quyết định trong hướng điều trị. Hình ảnh những tế bào mỡ của bướu AML rất điển hình trong giải phẫu bệnh, đối với những hợp khó, các nhà giải phẫu bệnh sẽ sử dụng HMB-45 (human melanoma black 45),

là một chất sử dụng để phân biệt bướu AML thận và các bướu khác tại thận [8].

Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa theo Hiệp hội các tiêu chuẩn X quang can thiệp là tình trạng ứ đọng dòng chảy của máu nuôi bướu và sự biến mất hình ảnh của bướu trên màn hình DSA ngay lập tức sau nút mạch [13], [14]. Kỹ thuật nút mạch bao gồm các kỹ thuật chọn lọc và siêu chọn lọc, nút mạch từ các điểm khác nhau đối với động mạch cung cấp máu nuôi bướu [15]. Cơ hội nút mạch thành công được tối ưu hóa bằng cách đảm bảo rằng ống thông phù hợp với giải phẫu của động mạch thận, đặc biệt là cho động mạch nhỏ. Để đạt được điều này, việc đổi ống thông phải đôi khi được thực hiện. Nói chung, các ống thông nhỏ có thể được tiếp cận thông qua các ống thông 5F không kết hợp hoặc kết hợp với các hệ thống đồng trục. Trong nghiên cứu của tôi, việc sử dụng microcatherter là bắt buộc vì lợi điểm của nó mang lại là tối ưu hóa việc đi sâu hơn vào các mạch máu nhỏ, góp phần siêu lọc chọc các mạch máu nuôi bướu, và một lợi điểm nữa là cơ chế chống trào ngược khi bơm các vật liệu nút mạch vào mạch máu. Vấn đề ảnh hưởng đến thành công về mặt kỹ thuật bao gồm cả vấn đề chọn vật liệu nút mạch, sẽ bàn luận tại mục vật liệu nút mạch. Một số nghiên cứu nêu ra việc nút mạch chọn lọc có thể lên kế hoạch thực hiện 2 thì trong trường hợp bướu to được can thiệp dự phòng để tối đa hóa bảo tồn nhu mô thận trong các trường hợp chức năng thận bị suy giảm, điển hình là các trường hợp nhiều bướu AML, bướu AML liên quan thể TSC [16].

Thành công về mặt lâm sàng sẽ đánh giá ở giai đoạn tái khám, việc thất bại về mặt lâm sàng nếu triệu chứng tái xuất hiện hoặc khối bướu tăng kích thước trên 2 cm [17]. Thời gian theo dõi được khuyến cáo là 3 tháng sau can thiệp và mỗi năm một lần nếu không có sự thay đổi kích thước hoặc kích thước bướu được ghi nhận giảm [18]. Bên cạnh vấn đề kích thước của bướu, thì thành phần cấu tạo bướu cũng có vai trò quan trọng quyết định thành công của chỉ định và kết quả [18], ví dụ đối với việc chảy máu do bướu vỡ thì thành phần mạch máu chính là mục tiêu chính. Planché et al. quan sát thấy rằng thành phần mạch máu biến mất nhanh hơn sau khi nút mạch hơn thành phần mỡ và các AMLs ít mỡ đó đã thể hiện một giảm khối lượng lớn hơn sau SAE so với những AML nhiều thành phần mỡ. Trong nghiên cứu của tác giả Bardin, họ đã cân nhắc về thành phần bướu để quyết định nút mạch các bướu AML <4 cm với ít hơn 5% mỡ. Điều đó đưa đến kết quả trong nghiên cứu của tác giả với sự biến mất hoàn toàn của bướu sau nút mạch trên màn hình DSA. Hocquelet et al. [19] xác định tỷ lệ phần trăm chất béo trước SAE là yếu tố dự báo giảm thể tích trong nghiên cứu của họ với việc giảm thể tích đáng kể đối với các AML có ít hơn 50% thành phần mỡ so với những người có hơn 50% thành phần mỡ (84% so với 50%; $P < 0,00001$). Trong phân tích đa biến của họ, mô hình dự đoán tốt nhất cho việc giảm thể tích chỉ bao gồm thành phần mỡ trong cấu tạo bướu ($R^2 = 0,61$; $P < 0,0001$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 94,64% số trường hợp đạt thành công về mặt lâm sàng, bệnh nhân không còn triệu chứng đau hông

lưng và bướu có dấu hiệu nhỏ lại, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Bardin là 96% [18]. Các trường hợp còn lại ghi nhận triệu chứng còn đau vùng hông lưng, ở những trường hợp này đều là những bướu to > 10cm, nên khả năng mất hoàn toàn triệu chứng đau hông lưng là khó. Điểm tích cực ở những trường hợp này là chúng tôi ghi nhận, bướu nhỏ lại so với trước can thiệp, không có trường hợp nào chảy máu ngay sau can thiệp cũng như ở giai đoạn tái khám. Trong các trường hợp của tác giả Bardin, tác giả tiếp tục theo dõi và khi có dấu hiệu tái phát tác giả thực hiện can thiệp lần 2 [18]. Đối với các trường hợp chảy máu cấp do vỡ bướu trong nghiên cứu của chúng tôi, ở thời điểm tái khám 3 tháng chúng tôi không ghi nhận có dấu hiệu tái phát. Mạch máu hoàn toàn không còn nuôi bướu. Chúng tôi thực hiện can thiệp lần 2 cho 4 TH, do bướu to gây triệu chứng đau vùng hông lưng. Trong đó, 1 TH bướu AML 2 bên, 1 TH bướu AML đã mổ hở cắt bướu 1 bên, 1 TH bướu AML liên quan thể TSC, 1 TH bướu có dấu hiệu tăng kích thước so với can thiệp lần đầu. Theo tác giả Chengen Wang, sự thành công lâm sàng được đánh giá là bướu không chảy máu nữa và triệu chứng không nặng hơn trước can thiệp, trong nghiên cứu của tác giả có 48 bệnh nhân được điều trị do bướu vỡ, 31 bệnh nhân được điều trị dự phòng, tỉ lệ thành công lâm sàng là 91% sau khoảng thời gian theo dõi từ 16,8 – 35,9 tháng. Đối với các trường hợp tái phát tác giả thực hiện SAE lần 2, còn đối với các trường hợp bướu AML liên quan thể TSC, tác giả sử dụng Everolimus như trong hướng dẫn của hội tiết niệu châu âu [7]. Tác giả Bardin cũng đồng

quan điểm này [18]. Trong một nghiên cứu của tác giả Duan XH, nghiên cứu trên 25 TH can thiệp nút mạch cấp cứu trong TH bướu AML vỡ gây xuất huyết, tác giả theo dõi trung bình là 50 tháng, tỉ lệ thành công lâm sàng là 23/25 trường hợp, không trường hợp nào phải tái can thiệp nút mạch. Tuy nhiên nghiên cứu cũng ghi nhận 2 trường hợp sau can thiệp 1 tuần, tình trạng chảy máu tái diễn và bệnh nhân này phải thực hiện cắt thận [14]. So với phẫu thuật cắt bướu, SAE ít mất thể tích nhu mô thận, thời gian phục hồi ngắn hơn và thường ít biến chứng hơn. Tuy nhiên, tối đa 5% nút mạch ban đầu có thể yêu cầu lắp lại. Các tổn thương có tỷ lệ tái nút mạch cao hơn và có khả năng cắt bỏ thận bao gồm các tổn thương lớn hơn, tổn thương do áp lực, nhiều tổn thương, tổn thương hai bên và bệnh nhân bị xơ cứng củ có tái phát khối bướu to hơn.

Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào chứng minh tính ưu việt của một vật liệu được sử dụng trong điều trị nút mạch chọn lọc bướu AML [20]. Các vật liệu sử dụng nút mạch, chẳng hạn như PVA (Poly Vinyl Alcohol) hoặc embosphere là dạng các hạt vi cầu, được sử dụng phổ biến nhất trong nút mạch AML, vì chúng có thể đi xa vào các mạch máu nuôi bướu [18]. Việc lựa chọn kích thước của các hạt vi cầu, cũng như loại vật liệu để nút mạch AML là tùy vào bác sĩ lâm sàng, tuy nhiên một số tác giả không sử dụng hạt vi cầu có kích thước nhỏ hơn 150 microns, do có thể gây ra biến chứng nặng nề tại phổi [21]. Chúng tôi chọn hạt vi cầu Embosphere®, kích thước 300-500 µm, sau khi tiến hành bơm vào động mạch nuôi bướu, chúng tôi chụp mạch số hóa xóa nền thận trái

kiểm tra thì hình ảnh bướu AML hoàn toàn mất trên màn hình.

IV. KẾT LUẬN

Nút động mạch thận chọn lọc điều trị bướu AML là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong xử trí chảy máu và phòng ngừa xảy ra biến chứng với những trường hợp bướu có kính thước lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Koo K. C. et al.** (2010), "Trends of presentation and clinical outcome of treated renal angiomyolipoma", *Yonsei medical journal*. 51 (5), pp. 728-734.
2. **Eble J. N.** (2004), "WHO classification of tumours", *Pathology and genetics: tumours of the urinary system and male genital organs*.
3. **Nelson C. P. et al.** (2002), "Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma", *The Journal of urology*. 168 (4), pp. 1315-1325.
4. **Mues A. C. et al.** (2010), "Contemporary experience in the management of angiomyolipoma", *Journal of endourology*. 24 (11), pp. 1883-1886.
5. **Ramon J. et al.** (2009), "Renal angiomyolipoma: long-term results following selective arterial embolization", *European urology*. 55 (5), pp. 1155-1162.
6. **Oesterling J. E. et al.** (1986), "The management of renal angiomyolipoma", *The Journal of urology*. 135 (6), pp. 1121-1124.
7. **Ljungberg B. et al.** (2020), "European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update", *Eur Urol*. 75 (5), pp. 799-810.
8. **Vitaly Margulis M., Jose A. Karam, MD, Surena F. Matin, MD, and Christopher G.**

- Wood, MD** (2020), "Benign Renal Tumors: Angiomyolipoma", Campbell-Walsh Urology – 12th ed.
9. **Northrup H. et al.** (2013), "Tuberous sclerosis complex diagnostic criteria update: recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference". 49 (4), pp. 243-254.
 10. **Krueger D. A. et al.** (2013), "Tuberous sclerosis complex surveillance and management: recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference". 49 (4), pp. 255-265.
 11. **Bissler J. J. et al.** (2017), "Everolimus long-term use in patients with tuberous sclerosis complex: Four-year update of the EXIST-2 study". 12 (8), pp. e0180939.
 12. **Hatano T. et al.** (2018), "Effect of everolimus treatment for regrown renal angiomyolipoma associated with tuberous sclerosis complex after transcatheter arterial embolization". 23 (6), pp. 1134-1139.
 13. **Bishay V. L. et al.** (2010), "Embolization of giant renal angiomyolipomas: technique and results", Journal of Vascular and Interventional Radiology. 21 (1), pp. 67-72.
 14. **Duan X.-H. et al.** (2016), "Urgent transcatheter arterial embolization for the treatment of ruptured renal angiomyolipoma with spontaneous hemorrhage", Acta Radiologica. 57 (11), pp. 1360-1365.
 15. **Murray T. E. et al.** (2015), "Transarterial embolization of angiomyolipoma: a systematic review". 194 (3), pp. 635-639.
 16. **Leong S. et al.** (2010), "Transcatheter embolisation of renal angiomyolipoma". 179 (2), pp. 211-216.
 17. **Kothary N. et al.** (2005), "Renal angiomyolipoma: long-term results after arterial embolization", J Vasc Interv Radiol. 16 (1), pp. 45-50.
 18. **Bardin F. et al.** (2017), "Selective arterial embolization of symptomatic and asymptomatic renal angiomyolipomas: a retrospective study of safety, outcomes and tumor size reduction", Quantitative imaging in medicine and surgery. 7 (1), pp. 8.
 19. **Hodgdon T. et al.** (2015), "Can quantitative CT texture analysis be used to differentiate fat-poor renal angiomyolipoma from renal cell carcinoma on unenhanced CT images?", Radiology. 276 (3), pp. 787-796.
 20. **Flum A. S. et al.** (2016), "Update on the diagnosis and management of renal angiomyolipoma". 195 (4), pp. 834-846.
 21. **Villalta J. D. et al.** (2011), "Selective arterial embolization of angiomyolipomas: a comparison of smaller and larger embolic agents". 186 (3), pp. 921-927.

MỞ MỞ TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN: VỊ TRÍ VÀ VAI TRÒ TRONG KỲ NGUYÊN ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN ÍT XÂM HẠI BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT MỞ LẤY SỎI THẬN PHỨC TẠP

Nguyễn Tiến Đạt¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề

Điều trị sỏi đường tiết niệu có những bước tiến vượt bậc trong khoảng vài thập kỷ qua. Nội soi niệu quản ngược chiều tán sỏi, tán sỏi thận qua da cùng với tán sỏi ngoài cơ thể cho phép điều trị gần như toàn bộ sỏi đường tiết niệu với mức độ ít xâm hại. Tuy nhiên, những trường hợp sỏi phức tạp, khi khả năng thực hiện các phương pháp điều trị ít xâm hại có tỷ lệ thất bại cao hoặc chống chỉ định thì phẫu thuật mở lấy sỏi được cân nhắc chọn lựa. Đặc biệt ở Việt Nam, do đặc điểm về kinh tế và khả năng tái khám theo dõi bệnh, phẫu thuật mở vẫn còn vị trí nhất định trong điều trị sỏi thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: chúng tôi báo cáo một trường hợp sỏi thận phức tạp được thực hiện phẫu thuật mở xẻ chủ mô thận lấy sỏi; từ đó thảo luận và đưa ra một số yếu tố có thể cân nhắc để chọn lựa phương pháp phẫu thuật mở lấy sỏi cho bệnh nhân.

Kết quả: Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, có tiền căn mổ sỏi san hô thận phải cách 2 năm, có tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát nhiều lần.

Kết quả khảo sát cắt lớp vi tính cho thấy sỏi thận san hô hai bên với sỏi thận san hô bên trái rất phức tạp, sỏi nằm lấp đầy tất cả các nhánh của đài thận. Bệnh nhân được phẫu thuật mở, xẻ chủ mô thận lấy sỏi, thời gian thực hiện phẫu thuật 120 phút, lượng máu mất trong mổ là 150 ml, được đặt thông double J trái. Bệnh nhân được rút dẫn thông niệu đạo vào ngày hậu phẫu 4, dẫn lưu cạnh thận vào ngày hậu phẫu 5 và xuất viện ngày hậu phẫu thứ 6. Tái khám sau 4 tuần ghi nhận sạch sỏi thận trái hoàn toàn, bệnh nhân được rút thông double J trái ngay sau đó.

Kết luận: đánh giá đặc điểm của sỏi và những vấn đề đường tiết niệu liên quan đến điều trị sỏi đường tiết niệu, đặc điểm của bệnh nhân rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị. Tán sỏi thận qua da là xu hướng điều trị những sỏi thận lớn và phức tạp, được nhiều hiệp hội tiết niệu lớn trên thế giới khuyến cáo. Tuy nhiên, sỏi san hô quá phức tạp, kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn, nguy cơ thất bại cao với các phương pháp điều trị ít xâm hại thì phẫu thuật mở lấy sỏi có thể là cách tiếp cận an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: sỏi thận san hô, phẫu thuật mở lấy sỏi

SUMMARY

THE ROLE OF OPEN SURGERY IN THE ERA OF MINIMALLY INVASIVE RENAL STONE TREATMENT. A CASE STUDY: OPEN SURGERY STAGHORN RENAL STONE REMOVAL

Background and Objective: Treatment

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đạt

SĐT: 0333178538

Email: nguyentientatdyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

options for kidney stones have evolved considerably over the past several decades. Shock wave lithotripsy, ureteroscopy or percutaneous nephrolithotomy provides the means to treat practically all urinary tract stones with minimal invasion to the patients. However, for complex kidney stones scenarios, such as a branched staghorn stone, an intricate collecting system, with urinary tract infection and a massive stone burden that have contraindication to minimal invasive treatments or lower stone-free rate, open approach may be suitable in selected cases. In addition, the minimal invasive treatments also require unique skillsets, access to instrumentation and relatively high maintenance costs, potentially limiting their use on a global scale, especially in Viet Nam. Therefore, open surgery still has important role in kidney stone treatment.

Materials and Methods: we report a case of complex staghorn stone performed open surgery. After that, we discuss and give some factors that should be considered to choose open approach.

Results: female patient, 35 years old, with right renal stone removal 2 years ago, had recurrent urinary tract infections. The result of CT urology showed bilateral staghorn stone and left staghorn stone was extremely complex. There were a lot of stones that filled all braches of the calyces. We performed open surgery to remove staghorn stone for patient. The operation time was 180 minutes and blood loss was 250 ml. The patient had a urethral catheter removed on 4th post-operative day, pararenal drainage tube on 5th post-operative day and discharged on 6th post-operative day. Three weeks later, the result of KUB showed completely stone-free rate and the double J was taken out after that.

Conclusion: Evaluating the characteristics of stone and patient is extremely important in renal

stone treatment. Open surgery stone removal is a safe and effective approach in selected cases in which the minimally invasive methods fail or are unlikely to be successful.

Keyword: staghorn stone, open surgery stone removal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là một trong những vấn đề rất thường gặp trong chuyên khoa tiết niệu. Trước kỉ nguyên của nội soi tiết niệu, cách tiếp cận điều trị vẫn dựa trên giám sát tích cực và phẫu thuật mở lấy sỏi. Với sự phát triển vượt bậc của những phương tiện nội soi và hình ảnh học, các phương pháp ít xâm hại như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi niệu quản ngược chiều tán sỏi và tán sỏi thận qua da ngày càng chiếm vai trò quan trọng, thu hẹp và thay thế phẫu thuật mở điều trị sỏi đường tiết niệu [1-2]. Phẫu thuật mở lấy sỏi được xem như chỉ còn giữ vai trò “lịch sử”. Tại những trung tâm tiết niệu lớn trên thế giới, phẫu thuật mở lấy sỏi được báo cáo chỉ còn thực hiện với số lượng rất ít, chiếm 1 – 5,4% số trường hợp can thiệp ngoại khoa lấy sỏi chủ động [3]. Tuy nhiên, ở những vành đai dịch tễ sỏi, bác sĩ tiết niệu vẫn phải đối mặt với những trường hợp bệnh nhân có sỏi rất phức tạp. Sự phức tạp thể hiện chính ở sỏi thận có gánh nặng sỏi lớn, sỏi thận san hô với nhiều nhánh đài lấp hết các cấu trúc đài bể thận, bệnh lý xảy ra trên đối tượng bệnh nhân nghèo, không có điều kiện theo dõi sát [3]. Phẫu thuật mở mặc dù là một phương pháp xâm hại nhưng có thể là lựa chọn điều trị ban đầu ở những bệnh nhân này với ưu điểm: tỷ lệ sạch sỏi cao và số lần phải thực hiện can thiệp ít, chi phí điều trị thấp. Chính

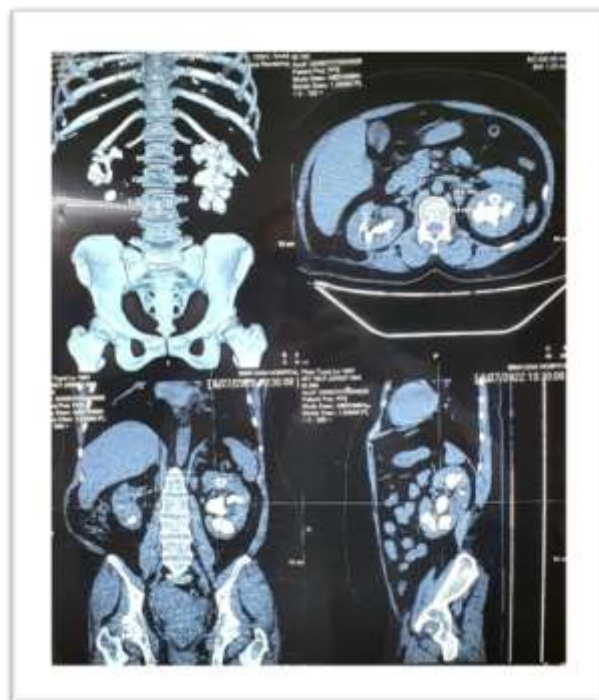
vì vậy, phẫu thuật mở lấy sỏi vẫn còn vai trò nhất định trong kĩ nguyên điều trị sỏi đường tiết niệu ít xâm hại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi mô tả hồi cứu 1 trường hợp bệnh nhân có sỏi thận phức tạp được phẫu thuật mở xẻ chủ mô thận lấy sỏi tại khoa phẫu thuật ung bướu tiết niệu bệnh viện Bình Dân. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng trái khoảng 6 tháng nay. Khoảng 6 tháng nay bệnh nhân thấy đau âm ỉ hông lưng trái, mức độ đau ít, không lan, không sốt kèm theo thỉnh thoảng tiểu nhiều lần, cảm giác đau khi đi tiểu. Bệnh nhân tự mua thuốc uống giảm nên không đi khám. Khoảng 1

tháng nay triệu chứng đau xuất hiện thường xuyên hơn nên đi khám bệnh viện Bình Dân. Về tiền căn, bệnh nhân thường xuyên nhiễm khuẩn đường tiết niệu, tái khám nhiều lần tại bệnh viện tỉnh, đã phẫu thuật mở lấy sỏi thận bên phải cách 2 năm, có thói quen uống nước nhiều 2 – 3 lít nước/ngày. Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân có béo phì, chiều cao 155 cm, cân nặng 75 kg, chỉ số khối cơ thể là $31,22 \text{ kg/m}^2$, có sẹo mổ cũ hông lưng phải khoảng 8 cm, lành tốt, hông lưng trái ấn đau nhẹ.

Xét nghiệm đánh giá tại bệnh viện Bình Dân ghi nhận bệnh nhân có sỏi san hô 2 thận, trong đó sỏi thận san hô bên trái lấp đầy tất cả các đài bể thận trái (hình 1).



Hình 1: sỏi san hô 2 thận trên KUB và cắt lớp vi tính

Xét nghiệm vi sinh và sinh hóa máu ghi nhận tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu niệu trong nước tiểu 500 BC/ μl , nitrite niệu

đương tính, bạch cầu máu và creatinine máu trong giới hạn bình thường

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật mở, bóc chủ mô thận trái lấy sỏi. Rạch da đường hông lưng cổ điển, qua các lớp cân cơ vào khoang sau phúc mạc. Phẫu tích niệu quản lên tới bề thận và bóc lộ toàn bộ thận. Ghi nhận thận trái lớn, chủ mô thận trái tương đối mỏng, sỏi thận phân bố khắp các đài thận có thể sờ được ngay trên bề mặt chủ mô thận. Vì sỏi thận nội xoang và phân bố khắp các nhánh đài thận, chúng tôi quyết định bóc chủ mô

thận để lấy sỏi. Để giảm nguy cơ chảy máu, chúng tôi tiến hành phẫu tích rốn thận để kiểm soát động mạch và tĩnh mạch thận trái. Lần lượt bóc chủ mô thận tại những vị trí đánh giá có thể tiếp cận được nhiều sỏi, chúng tôi lấy được toàn bộ sỏi như hình 2. Thời gian phẫu thuật 180 phút, lượng máu mất 150 ml. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào trong lúc thực hiện cuộc phẫu thuật. Kết quả chụp KUB sau phẫu thuật ghi nhận sạch sỏi thận trái (hình 2)



Hình 2: sỏi thận lấy được và kết quả KUB sau phẫu thuật.

Thời điểm hậu phẫu, bệnh nhân được rút thông niệu đạo ở ngày hậu phẫu 4, rút thông dẫn lưu ở ngày hậu phẫu 5 và xuất viện ngày hậu phẫu thứ 6. Chúng tôi có thực hiện các xét nghiệm đánh giá về chuyển hóa tuyến giáp, tuyến cận giáp và Canxi máu, các kết

quả đều trong giới hạn bình thường. Tái khám sau 4 tuần, chúng tôi rút thông double J, siêu âm đánh giá chủ mô thận trái và chức năng thận trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Trong kỉ nguyên của nội soi tiết niệu, hầu hết bệnh nhân sỏi đường tiết niệu được điều trị bằng tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi niệu quản, nội soi thận và tán sỏi thận qua da. Những kĩ thuật ít xâm hại này được xem là lựa chọn đầu tay trong phần lớn những trường hợp. Phẫu thuật mở lấy sỏi mặc dù xâm hại hơn, những đây vẫn được xem là phương pháp có tỷ lệ thành công cao và tổng số lần can thiệp ít hơn so với những phương tiện ít xâm hại với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được.

Những chỉ định chính đối với phẫu thuật mở lấy sỏi bao gồm: gánh nặng sỏi quá lớn, sỏi thận điều trị thất bại với những phương tiện ít xâm hại khác, sỏi thận với hệ thống đài bể thận quá phức tạp, bệnh nhân có những tình trạng bệnh đồng mắc có chống chỉ định với các phương pháp ít xâm hại [1]. Phẫu thuật mở lấy sỏi cũng được xem là phương pháp điều trị với chi phí điều trị thấp ở những quốc gia đang phát triển, đặc biệt nếu những phương tiện ít xâm hại không được trang bị ở những trung tâm này. Một ưu thế khác của phẫu thuật mở lấy sỏi là chọn lựa thay thế ở những trường hợp nội soi tiết niệu phức tạp hoặc có biến chứng: nội soi niệu quản thất bại, thủng/đứt niệu quản, chảy máu khi thực hiện tán sỏi thận qua da ... Kĩ năng mổ mở cũng được hoàn thiện qua từng ca phẫu thuật, là cơ sở để thực hiện những phẫu thuật mở khác khi cần thiết: phẫu thuật mở lấy sỏi niệu quản, tạo hình niệu quản, cắt thận hoặc cắt một phần thận.

Trong những năm gần đây, nhiều hướng dẫn về điều trị sỏi thận và sỏi niệu quản được đưa ra bởi hiệp hội tiết niệu châu Âu (EAU)

và Hoa Kỳ (AUA). Trong hướng dẫn điều trị của EAU, có đồng thuận rằng những trường hợp sỏi thận phức tạp như sỏi san hô toàn phần/bán phần nên được tiếp cận điều trị ban đầu bằng tán sỏi thận qua da hoặc kết hợp tán sỏi thận qua da và tán sỏi ngoài cơ thể. Tuy nhiên, nếu đánh giá số lần phải can thiệp tán sỏi thận qua da nhiều hoặc khả năng thực hiện tán sỏi thận qua da và những can thiệp nội soi khác không thành công, phẫu thuật mở lấy sỏi có thể được cân nhắc như chọn lựa điều trị ban đầu [1].

Những chỉ định bao gồm [1]:

Sỏi thận quá phức tạp, nhiều nhánh đài với gánh nặng sỏi lớn, sỏi thận thất bại điều trị với tán sỏi ngoài cơ thể và/hoặc tán sỏi thận qua da, các phương pháp can thiệp nội soi tiết niệu khác

Bất thường giải phẫu trong thận: hẹp cổ đài thận, sỏi trong túi thừa đài thận, sỏi thận kèm theo tắc nghẽn hẹp khúc nối bể thận – niệu quản hoặc hẹp niệu quản.

Dị dạng xương, gãy xương, cứng khớp háng và khớp gối không thể kê tư thế

Bệnh nội khoa chống chỉ định những phương pháp can thiệp ít xâm hại

Sỏi thận trên bệnh nhân thận lạc chỗ, tán sỏi thận qua da và tán sỏi ngoài cơ thể không thể định vị và tiếp cận sỏi

Chọn lựa điều trị của bệnh nhân: nguy cơ thất bại với những can thiệp ít xâm hại, hoặc phải can thiệp nhiều lần bằng các phương tiện ít xâm hại, bệnh nhân mong muốn có một giải pháp lấy sỏi trong một lần phẫu thuật.

AUA guideline khuyến cáo rằng phẫu thuật mở lấy sỏi không nên được xem là chọn lựa điều trị đầu tay trong phần lớn các

trường hợp có chỉ định can thiệp lấy sỏi chủ động [4]. AUA cũng khuyến cáo trong điều trị sỏi thận san hô thì phẫu thuật mở không nên được chỉ định là phương pháp can thiệp đầu tay trong điều trị [5], [6]. Chỉ định bao gồm: sỏi thận san hô quá lớn, đặc biệt nếu kèm theo giải phẫu đài bể thận không thuận lợi cho tán sỏi thận qua da, một số bất thường về thể trạng bệnh nhân như béo phì quá mức hoặc dị dạng xương, cứng khớp không thể kê tư thế hay định vị sỏi trên màn huỳnh quang. Những trường hợp này thì phẫu thuật mở lấy sỏi nên được cân nhắc từ đầu [13].

Những quốc gia đang phát triển vùng châu Phi, châu Á, Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam được báo cáo có xuất độ thực hiện lấy sỏi chủ động cao. Nhìn chung, những khu vực này có mật độ dân số cao, 30 – 50% dân số sống trong nghèo đói và tốc độ phát triển kinh tế thấp. Tình trạng dinh dưỡng kém và không đảm bảo về chăm sóc y tế là những vấn đề thường gặp của những vùng lãnh thổ này. Hơn một nửa dân số sống ở vùng nông thôn, với khí hậu nóng ẩm [7]. Vì những tình trạng này, can thiệp ngoại khoa lấy sỏi chủ động chiếm tới 40 – 50% nhưng can thiệp tiết niệu [8]. Vấn đề đặc trưng của những vùng lãnh thổ này là sỏi thận san hô/kích thước lớn, không có triệu chứng và là vấn đề ít được quan tâm. Do đó khi đến thăm khám tại bệnh viện, phần lớn những bệnh nhân này đã kèm theo tình trạng bệnh thận mạn. Giải pháp điều trị liên quan đến tỷ lệ sạch sỏi, chi phí và số lần tái khám, can thiệp được bệnh nhân quan tâm và ưu tiên lựa chọn.

Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp lâm sàng sỏi thận phức tạp khá điển hình. Bệnh nhân

có sỏi san hô thận 2 bên, với sỏi thận san hô bên trái phức tạp, nhiều nhánh lấp đầy hết các đài bể thận. Bệnh nhân kèm theo nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát rất nhiều lần. Bệnh nhân làm nông nghiệp, điều kiện kinh tế tài chính không đủ để thực hiện các phương tiện ít xâm hại. Với đặc điểm của sỏi, việc thực hiện tán sỏi thận qua da có thể phải can thiệp nhiều lần: ổn định tình trạng nhiễm khuẩn, mở thận ra da, thực hiện tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm, nguy cơ chảy máu, sót sỏi ... Với trường hợp phức tạp này, chúng tôi quyết định thực hiện phẫu thuật mở lấy sỏi là chọn lựa điều trị đầu tiên. Tuy nhiên, bệnh nhân đã phẫu thuật mở lấy sỏi thận phải 1 lần và còn sót sỏi đối bên, thực hiện phẫu thuật mở lấy sỏi thận cũng có nhiều nguy cơ về chảy máu, sót sỏi, tổn thương nhiều chủ mô thận ... Chúng tôi có chiến lược phẫu thuật mở lấy sỏi từ đầu, tiếp cận rốn thận và bóc lộ rốn thận trước để kiểm soát chảy máu khi cần thiết. Chúng tôi bóc lộ toàn bộ thận, đánh giá, tìm sỏi bằng tay và dựa trên kết quả cắt lớp điện toán để xác định những vị trí tiếp cận xẻ chủ mô thận để lấy sỏi hiệu quả. Kết quả sạch sỏi hoàn toàn sau 4 tuần tái khám, không ghi nhận biến chứng. Như vậy, đánh giá kỹ lưỡng đặc điểm của sỏi thận, đặc điểm của bệnh nhân và các yếu tố liên quan đến điều trị, từ đó cân nhắc phẫu thuật mở lấy sỏi ở những bệnh nhân phù hợp đem lại hiệu quả điều trị tốt cho bệnh nhân.

Trong một số trường hợp để hạn chế sót sỏi trong lúc thực hiện phẫu thuật, có thể sử dụng siêu âm trực tiếp chủ mô thận. Ngoài ra ở những có sỏi có thể trang bị màn hình huỳnh quang (C-arm), sử dụng chiếu C-arm ngay sau khi kết thúc phẫu thuật có thể hỗ trợ

tránh sỏi. Trường hợp sỏi thận của chúng tôi có thực hiện xẻ chủ mô thận nhiều vị trí để lấy sỏi, tuy nhiên đánh giá các vị trí xẻ, có thông với bể thận, kích thước đường xẻ chủ mô không đáng kể, do đó chúng tôi không thực hiện mổ thận ra da. Khi thực hiện những đường xẻ chủ mô rộng, nhiều vị trí và các đài thận chứa sỏi hạn chế thông nối với bể thận, có thể phải thực hiện mổ thận ra da để dẫn lưu nước tiểu tốt trong thời gian chờ lành chủ mô thận.

V. KẾT LUẬN

Trong những khuyến cáo lâm sàng hiện tại, các phương pháp nội soi tiết niệu ít xâm hại vẫn là chọn lựa ưu tiên so với phẫu thuật mở lấy sỏi trong phần lớn những trường hợp. Tuy nhiên phẫu thuật mở vẫn giữ những vai trò không thể thay thế trong những trường hợp sỏi thận phức tạp, gánh nặng sỏi quá lớn, thất bại hoặc có biến chứng khi điều trị với những phương pháp điều trị ít xâm hại. Những ưu điểm của phẫu thuật mở lấy sỏi: tỷ lệ sạch sỏi cao, số lần phải thực hiện phẫu thuật ít, chi phí điều trị thấp, khả thi ở những trung tâm không đủ trang bị các phương pháp ít xâm hại. Ngoài ra, đây còn là giải pháp trong những điều trị những trường hợp có biến chứng do những can thiệp ít xâm hại.

Đánh giá đặc điểm của sỏi và những vấn đề đường tiết niệu liên quan đến điều trị sỏi đường tiết niệu, đặc điểm của bệnh nhân rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị. Tán sỏi thận qua da là xu hướng điều trị những sỏi thận lớn và phức tạp, được nhiều hiệp hội tiết niệu lớn trên thế giới khuyến cáo. Tuy nhiên, sỏi san hô quá phức tạp, kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn, nguy cơ thất bại

cao với các phương pháp điều trị ít xâm hại thì phẫu thuật mở lấy sỏi có thể là cách tiếp cận an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Skolarikos A., Neisius A., Petřík A., Somani B, et al (2022), “Laparoscopic and open surgery”, In EAU guidelines on Urothiasis, tr. 30.
2. Heers H, Turney BW (2016), “Trends in urological stone disease: a 5-year update of Hospital Episode statistics”, BJU Int.; 118: 785-789.
3. Honeck P, Wendt-Nordahl G, Krombach P, et al (2009), “Does open stone surgery still play a role in the treatment of urolithiasis? Data of a primary urolithiasis center”, J Endourol.; 23: 1209-1212.
4. Assimos D, Krambeck A, Miller NL et al (2016), “Surgical management of stones: American Urological AssPreminger GM, Assimos DG, Lingeman JE, Nakada SY, Pearle JS, Wolf Jr JS (2016) “AUA guideline on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations”, J Urol;173:1991–2000ociation/Endourological Society Guideline”, part II. J Urol; 196: 1161.
6. Preminger GM, Assimos DG, Lingeman JE, Nakada SY, Pearle MS, Wolf JS (2017), “The American Urological Association Staghorn Stones Clinical Guidelines Panel. Report on the management of staghorn calculi”
7. UNDP. Profile of Human Poverty in Human Development. Report (1997), “Oxford University Press”, 137–228.
8. Hussain M, Lal M, Ali B, Naqvi SA, Rizvi SA. Urolithiasis in Sindh (1998), “A single centre experience with review of 10,000 cases”, J Nephrol Urol Transplant,1:10–3.

TẠO HÌNH ÂM VẬT TRÊN BỆNH NHÂN PHÌ ĐẠI ÂM VẬT BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đinh Quốc Đạt¹, Phạm Hữu Đoàn¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phì đại âm vật là một tình trạng bất thường thường liên quan đến tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh; hiếm gặp do vô căn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo một trường hợp.

Kết quả: Chúng tôi báo cáo một trường hợp phì đại âm vật vô căn ở một bệnh nhân nữ trưởng thành. Kết quả xét nghiệm karyotype là 46 XX. Các đặc điểm sinh dục nữ thứ phát khác bình thường. Chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật tạo hình âm vật có bảo tồn thần kinh. Phẫu thuật thành công, bệnh nhân hài lòng về chức năng sau mổ và thẩm mỹ.

Kết luận: Có thể áp dụng phẫu thuật tạo hình âm vật có bảo tồn thần kinh để điều trị phì đại âm vật. Cuộc phẫu thuật không làm giảm độ nhạy cảm của âm vật và chức năng tình dục của bệnh nhân.

Từ khóa: Phì đại âm vật, tạo hình âm vật.

SUMMARY

CLITOROPLASTY IN THE PATIENT CLITOROMEGALY - A CASE REPORT

Introduction: Clitoromegaly is an abnormality condition commonly related to

congenital adrenal hyperplasia; it is rare due to idiopathic.

Materials and methods: Case report.

Results: We report a case of idiopathic clitoromegaly in an adult female patient. The karyotype test result was 46 XX. Other female secondary sexual characteristics were normal. We performed nerve-sparing clitoroplasty. The surgery was successful, the patient was satisfied with the postoperative function and aesthetics.

Conclusions: Nerve-sparing clitoroplasty can be applied to treat clitoromegaly. The surgery did not reduce the sensitivity of the clitoris and the patient's sexual function.

Keywords: Clitoromegaly, clitoroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phì đại âm vật là một bệnh hiếm gặp với âm vật có kích thước lớn. Bệnh có thể được phát hiện từ khi mới sinh hoặc nó có thể xảy ra sau này trong cuộc đời. Bệnh thường gặp nhất trong hội chứng tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh (CAH), nhưng cũng có thể xuất hiện trong các bệnh lý khác, chẳng hạn như hội chứng Fraser, hội chứng buồng trứng đa nang, rối loạn bệnh lý của buồng trứng và tuyến thượng thận, lạm dụng steroid đồng hóa, u nang hoặc u máu của âm vật, hoặc vô căn [4].

Phụ nữ trưởng thành mắc tình trạng phì đại âm vật có thể bị ảnh hưởng nhiều về tâm lý, họ lo lắng về thẩm mỹ, đời sống tình dục, hôn nhân và khả năng sinh con. Phẫu thuật tạo hình âm vật là cần thiết, tuy nhiên, ít có nghiên cứu về bệnh lý này. Ở nghiên cứu

¹Khoa Nội Nữ - Nội Chức Năng, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Quốc Đạt

SĐT: 0987850491

Email: ydsmedecin91@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 06/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

này, chúng tôi trình bày về một trường hợp tạo hình âm vật ở bệnh nhân trưởng thành có tình trạng phì đại âm vật vô căn.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 23 tuổi, đến khám với than phiền chính là âm vật có kích thước lớn, kém thẩm mỹ. Tình trạng này đã có từ khi sinh ra nhưng bệnh nhân và gia đình không điều trị. Bệnh nhân không có kinh, đã kết hôn được 1 năm. Cô ấy rất lo lắng và mất tự tin vì âm vật của mình có kích thước lớn và có thể to ra khi kích thích. Bệnh nhân không có bất thường về chức năng đi tiểu và đại

tiện. Tiền sử tiền sản không có gì nổi bật. Tiền sử gia đình không có dấu hiệu nghi ngờ rối loạn biệt hoá giới tính.

Bệnh nhân có kiểu hình nữ với các đặc điểm sinh dục thứ phát như lông, tóc, tuyến vú phát triển bình thường. Thăm khám sản chậu, ghi nhận âm vật lớn với chiều dài khoảng 3 – 4 cm và khi kích thích tăng lên 5 – 6 cm (Hình). Môi lớn, môi bé và lỗ niệu đạo ngoài bình thường, chiều dài và kích thước âm đạo bình thường. Theo phân độ Prader thuộc type II-III: Xoang niệu đạo - sinh dục hình thùng, lỗ niệu đạo - âm vật sát nhau, âm vật rất to.



Phân tích Karyotype là 46 XX, kết quả của các xét nghiệm thông thường trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm điện giải đồ, FSH, LH, estradiol và androgen trong huyết thanh là bình thường. Siêu âm bụng ghi nhận tử cung nhi hoá, hai buồng trứng bình thường. Cả hai tuyến thượng thận không thấy rõ.

Bệnh nhân được gây tê tuỷ sống, nằm ở tư thế tán sỏi. Giữ âm vật bằng một mối chỉ neo ở đỉnh âm vật. Rạch một đường vòng cung vuông góc với trục âm vật ở gần sát với quy đầu âm vật. Da vùng âm vật được phẫu tích đến mạc Buck và cắt dọc theo trục âm

vật, bóc tách đến gốc mu. Bó mạch thần kinh lưng được bóc tách ra khỏi thể hang nhằm bảo tồn bó mạch thần kinh này. Bóc tách thể hang ra khỏi quy đầu âm vật, làm ngắn âm vật bằng cách cắt bỏ thể hang đến sát gốc mu. Cắt bỏ bớt phần ngoại vi để thu nhỏ kích thước quy đầu âm vật. Mặt bụng của quy đầu sau đó được khâu cố định vào mõm cắt của thể hang ở sát khớp mu. Bao quy đầu được rạch ở đường giữa (vạt Byars), cắt lọc bớt phần da thừa để tạo hình lại môi bé. Bệnh nhân có kích thước âm đạo bình thường nên chúng tôi không tạo hình âm đạo.



Thời gian phẫu thuật 90 phút, lượng máu mất khoảng 50 ml. Ống thông Foley được lưu trong 2 ngày và quá trình hồi phục diễn ra bình thường. Bệnh nhân xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 2. Không có biến chứng được ghi nhận trong suốt quá trình theo dõi.



Sau 6 tháng theo dõi, kết quả về chức năng và thẩm mỹ là tốt. Bệnh nhân hài lòng và không có phàn nàn gì về các rối loạn chức năng sinh dục như giảm khoái cảm, đau hay khó giao hợp, giảm nhạy cảm của âm vật.

III. BÀN LUẬN

Phì đại âm vật là dị tật bẩm sinh của cơ quan sinh dục ngoài với âm vật có kích thước lớn và dài gần giống như dương vật của nam giới. Phì đại âm vật được định nghĩa là số đo chỉ số âm vật (chiều rộng, chiều dài, tính bằng milimét) lớn hơn 15 mm² ở trẻ sơ sinh hoặc trên 21 mm² ở người lớn [6]. Phì đại âm vật có thể được phát hiện khi sinh hoặc một số trường hợp có thể phát hiện ở tuổi trưởng thành. Bệnh thường liên quan nhiều nhất đến hội chứng tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh (CAH) do khiếm khuyết enzyme trong quá trình sinh tổng hợp steroid, ngoài nó có thể do một số bệnh lý khác. Các nguyên nhân gây ra phì đại âm vật có thể được phân loại thành các nhóm như liên quan đến nội tiết, không liên quan đến nội tiết tố, giả phì đại âm vật và vô căn. Trong y văn, cơ chế của phì đại âm vật vô căn vẫn chưa được hiểu rõ. Khi tiếp cận người bệnh, cần khai thác bệnh sử chi tiết, khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm để tìm nguyên nhân của tình trạng này [7].

Trong trường hợp của chúng tôi, biểu hiện lâm sàng chính của bệnh nhân là âm vật lớn với xoang niệu dục hẹp lưu thấp, không có thay đổi các đặc tính sinh dục thứ phát khác. Sự tồn tại của xoang niệu dục gợi ý tình trạng này có nguồn gốc bẩm sinh vì androgen ảnh hưởng đến sự phát triển của hệ sinh dục trong thời kỳ bào thai. Tuy nhiên, bệnh nhân không có các dấu hiệu nam hóa khác và nồng độ androgen huyết thanh thấp nên ít nghĩ CAH là nguyên nhân trong trường hợp này. Tình trạng tăng androgen nội sinh (khối u tuyến sinh dục sản xuất steroid, ung thư biểu mô tuyến thượng thận tiết androgen, khối u tế bào Leydig của buồng trứng...) và ngoại sinh (do thuốc) trong thời kỳ mang thai được báo cáo có thể

gây ra phì đại âm vật [7]. Một số bệnh lý tại chỗ ở âm hộ hoặc âm vật có thể giống như phì đại âm vật (gọi là giả phì đại âm vật) bao gồm các khối u lành tính (u xơ, u cơ trơn, u mạch, u giả lympho, u máu, u cơ, u tế bào hạt và u xơ thần kinh...) và các khối u ác tính (ung thư biểu mô, khối u xoang nội bì, sarcoma, sarcoma cơ vân...) [8]. Tất cả những nguyên nhân đó không được tìm thấy ở trường hợp của chúng tôi, do đó, chúng tôi kết luận rằng nguyên nhân của trường hợp này là vô căn.

Phì đại âm vật tuy không phải là căn bệnh nguy hiểm về tiên lượng sống nhưng lại ảnh hưởng không nhỏ đến người bệnh và gia đình, làm giảm chất lượng cuộc sống của nữ giới. Âm vật nằm ở phần trên của tiền đình âm hộ, có thể làm giảm thẩm mỹ ngay cả trong trường hợp phì đại nhẹ. Vì hình thái của các cơ quan sinh dục ngoài có ý nghĩa quan trọng đối với việc thiết lập bản sắc giới tính ở trẻ sơ sinh và căn bệnh này làm người bệnh mất tự tin, nên bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật tạo hình âm vật.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn cho những trường hợp phì đại âm vật, nhằm mục đích mang lại thẩm mỹ và chức năng tình dục [2]. Hiện nay, vẫn còn nhiều vấn đề tranh cãi, nhất là thời điểm phẫu thuật vì thiếu các dữ liệu về kết quả. Việc điều trị sớm có thể ngăn ngừa tâm lý bối rối cho bệnh nhân, gia đình của họ [3]. Với sự hiểu biết ngày càng tốt hơn về giải phẫu và chức năng, các phẫu thuật đã được phát triển để bảo tồn mô âm vật, đặc biệt là các bó mạch thần kinh nhằm duy trì cảm giác âm vật và khả năng đạt cực khoái. Vì vậy, bảo tồn các thần kinh lưng của âm vật khi phẫu thuật tạo hình âm vật là cần thiết [5]. Về giải phẫu, thần kinh lưng chạy dọc theo theo mặt lưng của âm vật khi cương cứng, có

chức năng quan trọng, chuyển tiếp thông tin cảm giác và áp lực từ thân và quy đầu âm vật. Chúng tôi thực hiện đồng thời tạo hình âm vật và tạo hình môi âm hộ một thì cho bệnh nhân, đây là phẫu thuật tiêu chuẩn đối với trường hợp phì đại âm vật có xoang niệu dục hợp lưu thấp và âm đạo bình thường. Phẫu thuật phải mang lại kết quả về mặt thẩm mỹ và bảo tồn chức năng cho người bệnh [1].

IV. KẾT LUẬN

Đây là báo cáo một trường hợp hiếm gặp ở bệnh nhân nữ có tình trạng phì đại âm vật vô căn kéo dài đến tuổi trưởng thành. Đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng là rất cần thiết để xác định chẩn đoán. Quyết định thực hiện phẫu thuật tạo hình cần xem xét nhiều khía cạnh. Việc lựa chọn kỹ thuật bảo tồn thần kinh trong phẫu thuật tạo hình âm vật để không làm giảm độ nhạy cảm của âm vật là khả thi và có thể bảo tồn chức năng tình dục của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hurwitz RS** (2011), “Feminizing surgery for disorders of sex development: evolution, complications, and outcomes”, *Curr Urol Rep*, 12 (2), pp. 166-172.
2. **Johnson LT, Lara-Torre E, Murchison A, Garcia EM** (2013), “Large epidermal cyst of the clitoris: a novel diagnostic approach to

assist in surgical removal”, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 26 (2), pp. 33-35.

3. **Mandal S, Dhingra K, Gupta P, Khurana N** (2009), “Acquired (idiopathic) intradermal nevus with junctional activity presenting as clitoromegaly in a child: report of a case”, *Eur J Pediatr*, 168 (11), pp. 1405-1407.
4. **Okaneya T, Onishi K, Saze M, Iwakura K, Sakuma H** (2018), “A Case of Clitoral Hypertrophy of Unknown Origin”, *Case Rep Obstet Gynecol*, 2018, pp. 1-3.
5. **Oyama IA, Steinberg AC, Holzberg AS, Maccarone JL** (2004), “Reduction clitoroplasty: a technique for debulking the enlarged clitoris”, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 17 (6), pp. 393-395.
6. **Bruni V, Pontello V, Dei M, Alessandrini M, Li Marzi V, Nicita G** (2009), “Hemangioma of the Clitoris Presenting as Clitoromegaly: A Case Report”, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22 (5), pp.137-138.
7. **Copcu E, Aktas A, Sivrioglu N, Copcu O, Oztan Y** (2004), “Idiopathic isolated clitoromegaly: A report of two cases”, *Reproductive Health*, 1 (1), pp. 4.
8. **Gomes AL, Onofre LS, Leão JQdS, et al** (2013), “Clitoral anomalies not associated with disorders of sex development”, *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 1 (11), pp. 403-405.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA THÀNH SAU ÂM ĐẠO BẰNG MÔ TỰ THÂN

Vũ Anh Tuấn¹, Phạm Hữu Đoàn¹, Lê Nguyễn Minh Hoàng¹,
Huỳnh Đoàn Phương Mai¹, Đinh Quốc Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật điều trị sa tạng chậu qua ngã âm đạo ngày càng phổ biến, với lợi thế đạt hiệu quả điều trị sa cao và có thể điều trị cùng lúc nhiều cơ quan bị sa. Có nhiều kỹ thuật điều trị sa thành sau âm đạo với nhiều ưu điểm và nhược điểm khác nhau. Nghiên cứu này chúng tôi thực hiện phẫu thuật qua ngã âm đạo điều trị sa thành sau bằng mô tự thân và đánh giá kết quả ban đầu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp. Bệnh nhân sa thành sau âm đạo được phẫu thuật điều trị qua ngã âm đạo sử dụng mô tự thân tại bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến 5/2022.

Kết quả: Nghiên cứu có 12 trường hợp (TH). Tuổi trung bình: 62 ± 12 tuổi. Theo dõi sau mổ 12 tháng. Thời gian mổ trung bình là 55 ± 10 phút, thời gian mổ ngắn nhất là 45 phút, dài nhất là 70 phút. Đau sau mổ: 10 TH (83%) có đau nhẹ, 02 TH (17%) có đau trung bình sau mổ, tất cả TH không còn đau sau 6 tuần. Tỷ lệ thành công về phục hồi giải phẫu (dựa trên thang điểm POP-Q) ngay sau mổ và sau 12 tháng là 100%,

cải thiện tốt điểm số đánh giá rối loạn sàn chậu (Pelvic Floor Disability Index -PFDI-20) giữa trước và sau mổ lần lượt là 145 ± 31 điểm và 98 ± 26 điểm. Không có biến chứng xảy ra trong lúc mổ và sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị sa thành sau âm đạo bằng mô tự thân là phương pháp phẫu thuật có tính khả thi và hiệu quả cao, nên tiếp tục thực hiện và đánh giá kết quả với thời gian dài và số liệu lớn hơn.

Từ khóa: Sa thành sau âm đạo, mô tự thân, phẫu thuật qua ngã âm đạo, sa trực tràng.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR POSTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE WITH NATIVE TISSUE

Objective: Transvaginal surgery to treat pelvic organ prolapse is increasingly popular, with the advantage of achieving high prolapse treatment efficiency and being able to treat multiple prolapsed organs at the same time. There are many techniques for treating posterior vaginal wall prolapse with different advantages and disadvantages. In this study, we performed transvaginal surgery to treat posterior wall prolapse with native tissue and evaluated the initial results.

Materials and methods: Prospective study, describing a series of cases. The patient with posterior vaginal wall prolapse was surgically treated through the vagina using native tissue at

¹Khoa Nội nữ - Niệu chức năng, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Tuấn

SĐT: 0986979902

Email: drtuan87@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 23/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Binh Dan hospital between January 2019 and May 2022.

Results: There were 12 cases (TH). The mean age: 62 ± 12 years old. Follow-up after surgery for 12 months. The average surgery time is 55 ± 10 minutes, the shortest operation time is 45 minutes, the longest is 70 minutes. Pain after surgery: 10 cases (83%) had mild pain, 02 cases (17%) had moderate pain, all patients had no pain after 6 weeks. The success rate of anatomical recovery (based on the POP-Q scale) right after surgery and after 12 months is 100%. The score of Pelvic Floor Disability Index (PFDI-20) between before and after surgery was 145 ± 31 points and 98 ± 26 points, a significant improvement in patients' conditions was seen at the 12-month follow-up. No complications occurred during and after surgery.

Conclusion: Surgical treatment of posterior vaginal wall prolapse with native tissue is a feasible and highly effective surgical method, should be continue to perform and evaluate results with long time and larger data.

Keywords: Vaginal posterior wall prolapse, native tissue, transvaginal surgery, rectocele.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng chậu (POP) là một trong những rối loạn chức năng sàn chậu phổ biến nhất, ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của phụ nữ do làm hạn chế các hoạt động thể chất và tâm lý xã hội cũng như chức năng tình dục.

Theo Hiệp hội Niệu- Phụ khoa Quốc tế (IUGA) và Hiệp hội Tiết niệu Quốc tế (ICS), định nghĩa “sa” là liên quan đến tình trạng sụp xuống, trượt hoặc dịch chuyển xuống của một bộ phận của cơ quan. Cơ quan vùng chậu thường dùng để chỉ tử cung và / hoặc các khoang âm đạo khác và các cơ quan lân

cận như niệu đạo, bàng quang, trực tràng hoặc ruột...[2]. Đối với vị trí xảy ra, POP có thể liên quan đến thành trước âm đạo, thành sau âm đạo hoặc đỉnh âm đạo (sa đỉnh). Ngoài ra, trên cùng một người bệnh, POP có thể xảy ra ở một hoặc cùng một lúc nhiều khoang [3].

Điều trị POP là một vấn đề y tế quan trọng, đặc biệt là tại các nước có thu nhập cao do dân số già. Olsen và cộng sự ước tính có khoảng 11% phụ nữ trong độ tuổi từ 70-79 cần thực hiện phẫu thuật để điều trị POP hoặc tiêu không kiểm soát khi gắng sức [6].

Sa thành sau âm đạo là sự thoát vị của trực tràng qua mạc trực tràng âm đạo, do vách trực tràng - âm đạo bị suy yếu tạo khối sa vào âm đạo (túi sa trực tràng). Tuy nhiên, ở mức độ sa thành sau âm đạo ở giai đoạn cao hơn có thể hình thành túi sa ruột non hoặc sa đại tràng Sigma, đặc biệt dễ xảy ra trên người bệnh có cắt tử cung trước đó [2].

Tỷ lệ thực sự của sa trực tràng vẫn chưa được biết, nhưng sa khoang sau âm đạo không có triệu chứng đã được báo cáo ở khoảng 40% phụ nữ đã sinh con [8]. Các yếu tố nguy cơ đối với sự phát triển của sa trực tràng bao gồm tuổi tác, sinh nhiều con, sinh thường, phẫu thuật vùng chậu (bao gồm cắt tầng sinh môn, cắt tử cung hoặc cắt trĩ) và các tình trạng làm tăng áp lực trong ổ bụng một cách mãn tính như bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), béo phì và táo bón.

Trong y văn, có nhiều phương pháp khác nhau để phẫu thuật điều trị sa trực tràng và ruột non đã được mô tả như phẫu thuật qua ngã âm đạo có hoặc không sử dụng phẫu thuật mảnh ghép hoặc lưới, qua ổ bụng hoặc qua hậu môn. Trong đó, phẫu thuật qua ngã

âm đạo thường được ưa thích vì có hiệu quả cao và có thể phẫu thuật điều trị thêm cùng lúc sa các khoang khác của người bệnh.[4]

Qua tham khảo nhiều tài liệu và y văn trên thế giới đã phẫu thuật thành công và có hiệu quả cao [4,8] chúng tôi quyết định triển khai thực hiện kỹ thuật này tại khoa Niệu Nữ- Niệu Chức Năng, bệnh viện Bình Dân và báo cáo đánh giá kết quả ban đầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị sa thành sau qua ngã âm đạo sử dụng mô tự thân tại bệnh viện Bình Dân Thành Phố Hồ Chí Minh

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chỉ định phẫu thuật: sa thành sau âm đạo có độ sa ≥ 2

Bệnh nhân được phẫu thuật và theo dõi tại khoa Niệu Nữ - Niệu Chức Năng, bệnh viện Bình Dân Thành Phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân không theo dõi được kết quả phẫu thuật

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp (case-series).

Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 01/2019 đến tháng 5/2022

Địa điểm: Khoa Niệu Nữ - Niệu Chức Năng, bệnh viện Bình Dân Thành Phố Hồ Chí Minh

Thu thập và xử lý số liệu

Đánh giá trước mổ:

Bệnh nhân được khai thác bệnh sử chi tiết, khám thực thể, khám âm đạo với mỏ vịt, sử dụng thước đo, đánh giá mức độ sa tạng chậu theo thang điểm POP-Q, đánh giá rối loạn chức năng sàn chậu bằng PFDI-20. Làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu cơ bản, chụp MRI defecography, áp lực đồ bàng quang - áp lực niệu dòng, phết tế bào cổ tử cung. Người bệnh được chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy trình thống nhất: nhịn ăn, tắm trước mổ, vệ sinh vùng phẫu thuật. Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

Dụng cụ phẫu thuật:

Bộ dụng cụ phẫu thuật sàn chậu cơ bản.

Phương pháp phẫu thuật:

Bệnh nhân được tê tùy sống, nằm tư thế sản phụ khoa.

Bơm tiêm nước vào thành sau âm đạo để tách giữa mạc âm đạo – trực tràng và thành sau âm đạo. Rạch niêm mạc thành sau âm đạo theo đường giữa từ 1/3 dưới thành sau đến chu cổ tử cung. Bóc tách bóc lộ trọn túi sa trực tràng. Dùng chỉ tan chậm đơn sợi (chỉ Monosyl hoặc PDS 2.0) khâu phục hồi vách trực tràng – âm đạo bằng 5 mũi khâu rời từ chu cổ tử cung vào thân đáy chậu. Cần chú ý trước và sau khi khâu cần thăm khám trực tràng để đảm bảo quá trình bóc tách và khâu không làm tổn thương trực tràng.

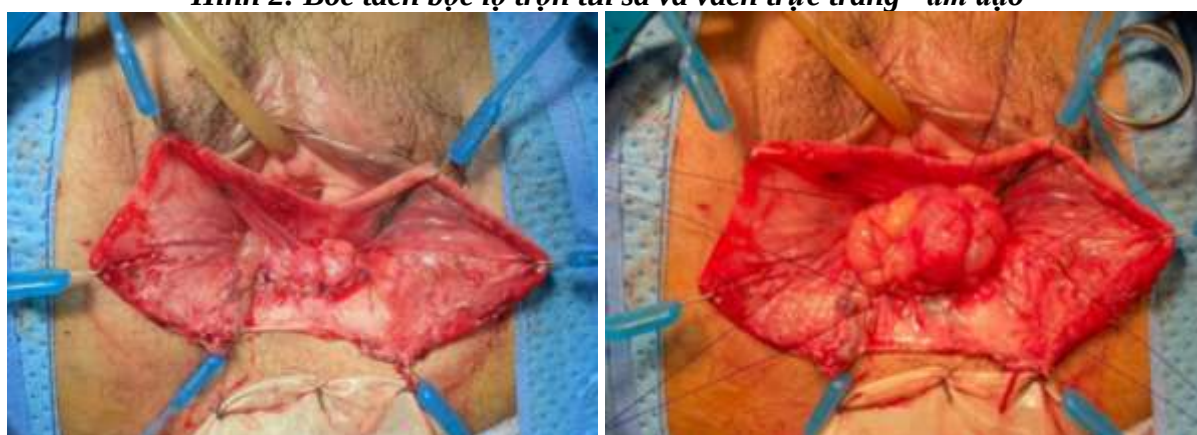
Sau cùng khâu lại niêm mạc âm đạo bằng chỉ vicryl 2.0.



Hình 1: Đánh giá túi sa cùng vị trí khiếm khuyết của vách trực tràng-âm đạo trước mổ



Hình 2: Bóc tách bóc lộ trọn túi sa và vách trực tràng -âm đạo



Hình 3: Khâu phục hồi vách trực tràng-âm đạo



Hình 4: Khâu lại thành sau âm đạo và đánh giá ngay sau mổ

Điều trị và theo dõi sau mổ:

Ngày 1: rút thông tiểu và rút gạc âm đạo.

Ngày 2: theo dõi và chăm sóc hậu phẫu.

Ngày 3: xuất viện.

Tái khám sau 02 tuần, 06 tuần và 12 tháng. Tổng phân tích tế bào máu, tổng phân

tích nước tiểu, siêu âm bụng tổng quát.

Khám lâm sàng và đánh giá: mức độ đau, mức độ sa tạng chậu và thang điểm PDFI-20

sau mỗi lần tái khám. Đánh giá kết quả dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả nghiên cứu (n=12)

Biến số	Kết quả (trung bình)	Khoảng dao động
Tuổi	62±12	50 – 74
BMI	23,4 ± 3,5	20,2 – 27,5
Thời gian phẫu thuật	55 ± 10 phút	45 – 70 phút
Lượng máu mất	42,6 ± 25,3 ml	30 – 70 ml
Thời gian nằm viện	2,5 ngày	2 – 3 ngày
Thời gian theo dõi	12 tháng	
Tỉ lệ thành công về kỹ thuật	100%	
Thành công về phục hồi giải phẫu (thang điểm POP-Q)	100%	

Bảng 2. Kết quả về giải phẫu (n=12)

Biến số	Trước mổ	Sau mổ 6 tuần	Sau mổ 12 tháng
Sa thành sau âm đạo			
Độ 1	0	02 (16,7%)	01 (8,3%)
Độ 2	01 (8,3%)	0	0
Độ 3	09 (75%)	0	0
Độ 4	02 (16,7%)	0	0

Nhận xét: Đánh giá về phương diện phục hồi giải phẫu của tạng chậu bị sa dựa trên thang điểm POP –Q (pelvic organ prolapse quantification) trước mổ và sau mổ. Là thành công khi mức độ sa $\leq$ độ 1. Trong mẫu nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy sự phục hồi là rất tốt, sau mổ 6 tuần có 2 TH còn sa độ 1, sau khoảng 01 năm theo dõi chỉ còn 01 TH có sa độ 1 và không ghi nhận sa tái phát.

Bảng 3. Đau vùng chậu sau mổ: dựa trên thang điểm đau VAS (visual analog scale): (n=12) (theo các mốc thời gian hậu phẫu 1 ngày, 2 tuần và 6 tuần)

	Đau nặng	Đau vừa	Đau nhẹ	Không đau
Sau mổ 1 ngày	0	02 (16,7%)	10 (83,3%)	0
Sau mổ 2 tuần	0	01 (8,3%)	01 (8,3%)	10 (83,3%)
Sau mổ 6 tuần	0	0	00 (%)	12 (100%)

Nhận xét: hầu hết bệnh nhân có đau nhẹ, một số ít có đau mức độ vừa hậu phẫu ngày 1 sau mổ, sau đó mức độ đau giảm dần không đau (91,7%) và đau nhẹ (8,3%) sau 2 tuần. Tất cả hết đau sau 6 tuần theo dõi.

Bảng 4: Các triệu chứng sàn chậu trước và sau mổ (12 tháng)

Triệu chứng	Trước mổ (%)	Sau mổ (%)	Trước mổ (điểm số)	Sau mổ (điểm số)
Khối phòng tại âm đạo	66,7%	8,3%	2.76 ± 1.44	1.11 ± 0.53
Nặng vùng chậu	50,0%	16,7%	2.07 ± 1.41	1.40 ± 0.95
Khó đại tiện	58,3%	16,7%	2.50 ± 1.48	1.60 ± 1.09
Đại tiện không hết	66,7%	25,0%	2.47 ± 1.48	1.60 ± 1.09
Dùng ngón tay đẩy vào khối sa để đại tiện	41,6%	8,3%	1.69 ± 1.23	1.34 ± 0.87

Nhận xét: Các biến số chính của triệu chứng rối loạn sàn chậu của sa thành sau âm đạo cải thiện rõ rệt. Tổng hợp điểm PDFI-20 trước và sau mổ lần lượt là 145 ± 31 điểm và 98 ± 26 điểm.

=> Đây là sự thay đổi về triệu chứng chức năng có ý nghĩa rõ rệt giữa trước và sau mổ.

Có khoảng 50% (06TH) còn quan hệ tình dục. Chúng tôi không đánh giá ảnh hưởng đến chức năng tình dục trong phạm vi nghiên cứu này.

Không có biến chứng xảy ra lúc mổ và theo dõi sau mổ 12 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá các kết quả của phẫu thuật qua ngã âm

đạo thông thường để điều trị sa thành sau âm đạo trên người bệnh có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân. Kỹ thuật này được thực hiện bằng cách phục hồi vách trực tràng – âm đạo có sử dụng mô tự thân của âm đạo.

Hiện nay, có một số kỹ thuật để điều trị sa thành sau âm đạo, nhưng vẫn chưa có sự thống nhất chung về lựa chọn quy trình phẫu thuật tốt nhất [7]. Trong đó, phẫu thuật qua ổ bụng để khâu cố định thành sau âm đạo – thân đáy chậu vào mỏm nhô xương cùng được báo cáo là mặc dù có sự phục hồi về giải phẫu nhưng lại có ảnh hưởng kém với vấn đề đại tiện, với 89% người bệnh báo cáo các triệu chứng dai dẳng như nặng vùng chậu, khó đại tiện, đại tiện không hết [8]

Ngoài ra, do lo ngại về tác dụng phụ của việc sử dụng lưới khi sửa chữa khu vực

thành sau âm đạo như lộ lưới vào trực tràng (là một biến chứng nặng nề và xử lý khó khăn), đau vùng chậu- vùng tầng sinh môn kéo dài sau mổ... Do đó, hiện tại không có sản phẩm lưới phẫu thuật nào để sửa chữa âm đạo POP nói chung, đặc biệt là lưới để điều trị sa thành sau nói riêng được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận để sử dụng tại Hoa Kỳ [7]. Vì vậy, việc tìm kiếm kỹ thuật phẫu thuật được thực hiện qua ngã âm đạo, sử dụng mô tự thân thực sự rất cần thiết.

Trong một bài báo đánh giá về tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật sa thành sau âm đạo, phẫu thuật qua ngã âm đạo để phục hồi vách trực tràng - âm đạo mà không phẫu thuật tạo hình cơ nâng là phẫu thuật được lựa chọn để sửa chữa sa thành sau âm đạo. Trong tổng quan này, các tác giả không tìm thấy sự ủng hộ nào cho việc sử dụng lưới polypropylene hoặc mảnh ghép sinh học [5]

Tương tự, trong bài báo tổng quan của Cochrane về “Phẫu thuật cho phụ nữ bị sa thành sau âm đạo”, các tài liệu y văn cho thấy rằng: phẫu thuật điều trị sa thành sau âm đạo được thực hiện qua ngã âm đạo và hậu môn. Trong đó, phẫu thuật qua ngã âm đạo được coi là một phương pháp hiệu quả hơn trong việc ngăn ngừa tái phát sa ở thành sau âm đạo so với phẫu thuật qua ngã hậu môn. Ngoài ra, nghiên cứu này kết luận rằng có nhiều bằng chứng không ủng hộ việc sử dụng bất kỳ vật liệu mảnh ghép hoặc lưới nào để sửa chữa thành sau âm đạo [1].

Như được trình bày trong phần kết quả của nghiên cứu của chúng tôi, theo cả điểm số của bảng câu hỏi PFDI-20 (kết quả chủ quan) và khám lâm sàng (kết quả khách quan), bệnh nhân cải thiện đáng kể sau 12 tháng theo dõi. Các triệu chứng của sa khoang sau, bao gồm: căng phồng, nặng

vùng chậu, đại tiện bị khó khăn, cảm giác đại tiện không hết, phải dùng tay đẩy khối sa để đại tiện cũng cho thấy những cải thiện tốt ở lần theo dõi 12 tháng sau phẫu thuật. Về triệu chứng đau vùng chậu, tất cả người bệnh không đau sau 6 tuần, đó là một trong những lợi thế của kỹ thuật sử dụng mô tự thân trong điều trị sa thành sau.

Bên cạnh đó, trên người bệnh POP, thường có sa kết hợp nhiều khoang với nhiều cơ quan cùng một lúc. Do đó, phẫu thuật qua ngã âm đạo có lợi thế rất lớn, đó là ngoài điều trị được sa thành sau, có thể kết hợp phẫu thuật điều trị cùng các bệnh lý sa của khoang trước hoặc khoang giữa như: tiểu không kiểm soát khi gắng sức, sa bàng quang, sa tử cung.

Nghiên cứu của chúng tôi có thể có một số lợi thế. Thứ nhất, tất cả người bệnh cùng được thực hiện một kỹ thuật phẫu thuật, nhóm phẫu thuật có kinh nghiệm phẫu thuật sàn chậu. Thứ hai, đây là lần đầu tiên phẫu thuật được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân và kết quả của phẫu thuật được kiểm tra, đánh giá đầy đủ sau 12 tháng theo dõi. Cuối cùng, trong nghiên cứu này về kết quả khách quan và chủ quan của bệnh nhân, kết quả theo dõi trước và sau 12 tháng được phân tích đồng thời. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn có mặt hạn chế là số lượng mẫu nghiên cứu còn ít, thời gian theo dõi chưa lâu (trung - dài hạn), do đó, chúng tôi sẽ theo dõi lâu dài trong những năm tới với số lượng lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị sa thành sau âm đạo bằng mô tự thân tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2019 đến 05/2022 là thành công và rất khả quan, với tỉ lệ về phục hồi giải phẫu là 100%, đau vùng chậu – đau vết mổ ít, cải

thiện tốt triệu chứng rối loạn chức năng sàn chậu, không có tai biến – biến chứng trong lúc mổ và sau mổ. Bên cạnh đó, đây là phương pháp phẫu thuật cũng được các tác giả khác đánh giá khả thi và hiệu quả cao, chúng tôi sẽ tiếp tục thực hiện, ghi nhận kết quả và báo cáo với thời gian theo dõi lâu hơn với số liệu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alex Mowat, Declan Maher, Kaven Baessler, Corina Christmann-Schmid, Nir Haya, Christopher Maher.** Surgery for women with posterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Mar 5;3:CD012975. doi: 10.1002/14651858.CD012975. PubMed PMID: 29502352; PubMed Central PMCID: PMC6494287
2. **Bernard T Haylen, Christopher F Maher, Matthew D Barber, Sérgio Camargo, Vani Dandolu, Alex Digesu, Howard B Goldman, Martin Huser, Alfredo L Milani, Paul A Moran 10, Gabriel N Schaer 11, Mariëlla I J Withagen 12.** An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP) *Int Urogynecol J.* 2016 Apr;27(4):655–84. doi: 10.1007/s00192-016-3003-y. PubMed PMID
3. **Cheryl B Iglesia, Katelyn R Smithling.** Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician.* 2017 Aug 1;96(3):179–185. PubMed PMID: 28762694.
4. **Michele Carlo Schiavi, Ottavia D’Oria, Pierangelo Faiano, Giovanni Prata, Anna Di Pinto, Valentina Sciuga, Vanessa Colagiovanni, Andrea Giannini, Marzio Angelo Zullo 1, Marco Monti, Ludovico Muzii, Pierluigi Benedetti Panici.** Vaginal Native Tissue Repair for Posterior Compartment Prolapse: Long-Term Analysis of Sexual Function and Quality of Life in 151 Patients. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2018 Nov-Dec;24(6):419–423. doi: 10.1097/SPV.0000000000000463. PubMed PMID: 28786873
5. **Mickey Karram, Christopher Maher.** Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013 Nov;24(11):1835–41. doi: 10.1007/s00192-013-2174-z. PubMed PMID: 24142058.
6. **Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL.** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89(4):501–6.
7. **Urogynecologic Surgical Mesh Implants.** 2019. [5/16/2020]. Available from: <https://www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants>.
8. **W. Conan Mustain.** Functional Disorders: Rectocele. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017 Feb;30(1):63–75. doi: 10.1055/s-0036-1593425. doi: 10.1055/s-0036-1593425. PubMed PMID: 28144214; PubMed Central PMCID: PMC65179273.

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA SỰ PHÂN MẢNH DNA TINH TRÙNG VÀ CÁC CHỈ SỐ TINH DỊCH ĐỒ Ở NGƯỜI NAM VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hoàng Thị Thu Hiền¹, Mai Bá Tiến Dũng¹,
Phạm Thị Như Uyên¹, Nguyễn Thành Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Toàn vẹn DNA tinh trùng đóng vai trò quan trọng trong sự thụ tinh và phát triển phôi thai. Sự phân mảnh DNA tinh trùng (SDF) là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh nam. Phân tích tinh dịch đồ thông thường chỉ cung cấp tổng quan về chất lượng tinh trùng nhưng không phản ánh được sự toàn vẹn DNA tinh trùng. Do đó, đánh giá sự phân mảnh DNA tinh trùng bên cạnh tinh dịch đồ sẽ cung cấp đầy đủ hơn thông tin về chất lượng tinh trùng ở người nam vô sinh.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự phân mảnh DNA tinh trùng và mối tương quan với các thông số của tinh dịch đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên bệnh nhân nam vô sinh được đồng thời xét nghiệm tinh dịch đồ và đánh giá sự phân mảnh DNA tinh trùng tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân từ tháng 6/2022 đến tháng 10/2022.

Kết quả: Nghiên cứu thực hiện trên 105 người nam vô sinh. Nghiên cứu ghi nhận phần trăm phân mảnh DNA tinh trùng là $21.12\% \pm 15.08\%$ và có mối tương quan nghịch với mật độ

($R = -0.471$, $p < 0.0001$), độ di động tiến tới ($R = -0.540$, $p < 0.0001$) và hình dạng bình thường của tinh trùng ($R = -0.521$, $p < 0.0001$). Bên cạnh đó nghiên cứu cho thấy SDF cao hơn đáng kể giữa nhóm oligospermia và nhóm có mật độ bình thường (29.7, IQR: 17.3 – 46.6 và 15.8, IQR: 11.2 – 21.7, $p = 0.0002$). Tương tự, SDF ở nhóm teratospermia cao hơn nhóm bình thường về hình dạng (19.5 ± 15.9 và 12.6 ± 9.92 , $p = 0.001$).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa sự phân mảnh DNA với mật độ, độ di động tiến tới và hình dạng bình thường của tinh trùng. Việc kết hợp phân tích tinh dịch đồ cùng với sự phân mảnh DNA tinh trùng giúp đánh giá đầy đủ hơn về chất lượng tinh trùng ở nam giới vô sinh.

Từ khóa: Vô sinh nam, sự phân mảnh DNA tinh trùng, tinh dịch đồ

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SPERM DNA FRAGMENTATION AND SEMEN PARAMETERS IN INFERTILE MEN AT BINH DAN HOSPITAL

Background: It is established that sperm DNA integrity is important in fertilization and embryo development. Sperm DNA fragmentation (SDF) is one of the factors affecting male infertility. Routine semen analysis only provides an overview of sperm quality but does not reflect integrity of sperm DNA. Therefore, the evaluation of sperm DNA integrity, in addition to routine sperm parameters, could add further

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thu Hiền
SĐT: 0387140347

Email: hoangthithuhien223@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 26/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

information on the quality of spermatozoa in infertile men.

Objective: This study aimed to investigate sperm DNA fragmentation and its correlation with semen parameters.

Methods: In this cross-sectional study, 105 infertile male patients were performed semen analysis and sperm DNA fragmentation assay at Department of Andrology, Binh Dan Hospital from June 2022 to October 2022.

Results: The percentage of sperm DNA fragmentation was $21.12\% \pm 15.08\%$. This study determined a significant negative correlation between SDF and sperm concentration ($R = -0.471$, $p < 0.0001$), progressive motility ($R = -0.540$, $p < 0.0001$) and normal morphology ($R = -0.521$, $p < 0.0001$). SDF was significantly higher between oligospermia and normal concentration group (29.7, IQR: 17.3 – 46.6 and 15.8, IQR: 11.2 – 21.7, $p = 0.0002$). Similarly, SDF in teratospermia group was higher than in normal morphology (19.5 ± 15.9 and 12.6 ± 9.92 , $p = 0.001$).

Conclusion: This study determined a significant negative correlation between DNA fragmentation and sperm concentration, progressive motility and normal morphology. Sperm DNA fragmentation assay should be performed along with semen analysis to provide more information about the sperm quality of infertile men.

Keywords: Male infertility, sperm DNA fragmentation, semen analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh ảnh hưởng đến hơn 15% các cặp vợ chồng trên toàn thế giới. Trong đó, vô sinh nam chiếm khoảng 50% các trường hợp bao gồm cả yếu tố do nam giới và yếu tố kết hợp với nữ giới. Phân tích tinh dịch đồ là một trong những khảo sát thường quy để

đánh giá vô sinh nam, tuy nhiên kiểm tra này chỉ phản ánh tổng quan nhưng không đầy đủ về chất lượng tinh trùng. Có khoảng 15% người nam vô sinh nhưng có kết quả tinh dịch đồ bình thường. Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2021, đánh giá sự phân mảnh DNA tinh trùng (SDF) là một trong những xét nghiệm mở rộng trong đánh giá chất lượng tinh trùng. Sự toàn vẹn DNA tinh trùng đóng vai trò quan trọng trong sự thụ tinh cũng như sự phát triển của phôi và thai nhi. Tinh trùng với tỉ lệ phân mảnh DNA cao có liên quan đến giảm khả năng thụ thai, giảm chất lượng phôi và gia tăng tỉ lệ sảy thai. Nhiều nghiên cứu đánh giá mối liên hệ giữa sự phân mảnh DNA tinh trùng và các chỉ số tinh dịch đồ, tuy nhiên kết quả chưa rõ ràng. Một số nghiên cứu ghi nhận có mối liên hệ với mật độ, độ di động, hình dạng, 3,4,7,8 trong khi một số nghiên cứu khác thì không.⁶

Hiện nay có nhiều phương pháp được sử dụng để xác định sự phân mảnh DNA tinh trùng như TUNEL (Terminal transferase dUTP nick end labelling); đánh giá cấu trúc chromatin tinh trùng SCSA (Sperm chromatin structure assay); điện di COMET (Single cell gel electrophoresis) hay phân tán chromatin tinh trùng SCD (Sperm chromatin dispersion),... Trong đó, SCD là phương pháp đơn giản, nhanh chóng, dễ thực hiện và được ghi nhận là có độ nhạy cao trong xác định sự phân mảnh DNA tinh trùng. Nguyên tắc của phương pháp là tinh trùng với DNA còn nguyên vẹn, ít đứt gãy (sau khi bị biến tính DNA và loại protein nhân) sẽ bung đều hình thành vòng nhiễm sắc xung quanh lõi nhân nên tạo quầng halo sau nhuộm.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mục đích của nghiên cứu là khảo sát sự phân mảnh DNA tinh trùng và mối tương quan giữa sự phân mảnh DNA tinh trùng với các thông số của tinh dịch đồ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng**

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 105 người nam được chuẩn đoán vô sinh đến khám tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân từ tháng 6/2022 đến tháng 10/2022. Những người nam vô sinh này được thực hiện đồng thời xét nghiệm tinh dịch đồ và đánh giá sự phân mảnh DNA tinh trùng. Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân không có tinh trùng hoặc mật độ tinh trùng thấp hơn 2 triệu tinh trùng/ml.

Đánh giá tinh dịch đồ

Mẫu tinh dịch được thu nhận khi bệnh nhân kiêng xuất tinh từ 2 – 7 ngày. Sau khi mẫu được ly giải hoàn toàn trong tủ ấm 37°C, tiến hành đánh giá các chỉ số: thể tích, pH, mật độ, độ di động, tỷ lệ sống và hình dạng tinh trùng theo hướng dẫn của WHO phiên bản 2010.

Phân nhóm mật độ và hình dạng tinh trùng dựa trên giá trị tham chiếu của WHO phiên bản 2010. Mẫu có mật độ < 15 triệu tinh trùng/ml thuộc nhóm oligozoospermia (Oligo) và mẫu có hình dạng bình thường < 4% thuộc nhóm teratozoospermia (Terato).

Đánh giá sự phân mảnh DNA tinh trùng

Sự phân mảnh DNA tinh trùng được đánh giá bằng bộ kit Halosperm (Halotech), dựa trên nguyên tắc của phương pháp SCD.

Mẫu tinh dịch được pha loãng về mật độ tối đa 20 triệu tinh trùng/ml. Trộn 50µl dịch vừa pha loãng với ống agar đã được làm tan chảy. Hút 8µl dịch lên lame, đặt lamên và để ở tủ mát 40°C trong 5 phút. Loại bỏ lamên, ngâm lame trong dung dịch acid biến tính 7 phút. Tiếp đến chuyển lame ngâm 20 phút trong dung dịch ly giải. Sau đó rửa lame với nước 5 phút, rửa 700 và 900 lần lượt trong 2 phút. Để lame khô và tiến hành nhuộm Giemsa.

Sử dụng kính hiển vi ở độ phóng đại 40x để đánh giá ít nhất 600 tinh trùng mỗi mẫu. Có 5 loại quầng halo được xác định: halo lớn, halo vừa, halo nhỏ, không halo và thoái hóa. Sự phân mảnh DNA tinh trùng được xác định theo hướng dẫn của nhà sản xuất và phần trăm phân mảnh DNA tinh trùng được tính như sau:

$$SDF (\%) = \frac{\text{Halo nhỏ} + \text{Không halo} + \text{Thoái hóa}}{\text{Tổng số tinh trùng đếm được}} \times 100\%$$

Phân tích thống kê

Nghiên cứu sử dụng phần mềm R (version 4.2.0) để phân tích. Dữ liệu được thể hiện là giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Sử dụng Wilcoxon rank sum test để so sánh tỷ lệ SDF giữa các nhóm và dùng hệ số tương quan Pearson trong đánh giá sự tương quan tỷ lệ SDF và các chỉ số tinh dịch đồ. Sự khác biệt có ý nghĩa tổng kê khi giá trị $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 105 người nam vô sinh trong độ tuổi từ 29 tuổi đến 49 tuổi với độ tuổi trung bình là 34.56 ± 4.76 tuổi. Phần trăm phân mảnh DNA tinh trùng ghi nhận là $21.12\% \pm 15.08\%$. Giá trị trung bình các thông số của tinh dịch đồ được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Giá trị trung bình các thông số của tinh dịch đồ

Yếu tố	Giá trị trung bình
Thể tích (ml)	3.42 ± 1.46
pH	7.57 ± 0.24
Mật độ (triệu tinh trùng/ml)	24.91 ± 13.77
Di động tiến tới – PR (%)	13.78 ± 6.76
Di động không tiến tới – NP (%)	18.73 ± 5.38
Không di động – IP (%)	67.57 ± 11.10
Tỉ lệ sống (%)	36.14 ± 12.66
Hình dạng bình thường (%)	2.41 ± 1.32

Nghiên cứu ghi nhận có mối tương quan nghịch giữa sự phân mảnh DNA tinh trùng với mật độ ($R = -0.471$, $p < 0.0001$), độ di động tiến tới ($R = -0.540$, $p < 0.0001$) và hình dạng bình thường của tinh trùng ($R = -0.521$, $p < 0.0001$) nhưng không ghi nhận có sự tương quan với thể tích và giá trị pH (Bảng 2).

Bảng 2. Sự tương quan giữa SDF và các thông số của tinh dịch đồ

Yếu tố	Hệ số tương quan R	p-value
Thể tích	0.119	0.225
pH	-0.023	0.817
Mật độ (triệu tt/ml)	-0.471	<0.0001
Di động tiến tới – PR (%)	-0.540	<0.0001
Tỉ lệ sống (%)	-0.539	<0.0001
Hình dạng bình thường (%)	-0.521	<0.0001

Nghiên cứu cho thấy phần trăm SDF cao hơn đáng kể giữa nhóm Oligo và nhóm có mật độ bình thường (29.7, IQR: 17.3 – 46.6 và 15.8, IQR: 11.2 – 21.7, $p = 0.0002$). Tương tự, phần trăm SDF ở nhóm Terato cao hơn nhóm bình thường về hình dạng (19.5, IQR: 12.9 – 15.9 và 12.6, IQR: 8.24 – 18.3, $p = 0.001$) (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh SDF giữa các nhóm khác nhau của mật độ và hình dạng tinh trùng

Phân nhóm		N=105	% SDF	p-value
Mật độ	Oligo	24.76%	29.7 (17.3 – 46.6)	0.0002
	Bình thường	75.24%	15.8 (11.2 – 21.7)	
Hình dạng	Terato	78.10%	19.5 (12.9 – 15.9)	0.001
	Bình thường	21.90%	12.6 (8.34 – 18.3)	

IV. BÀN LUẬN

Phân tích tinh dịch đồ thông thường cung cấp thông tin tổng quan về chất lượng tinh trùng nhưng không phản ánh được sự toàn vẹn DNA tinh trùng. Trong khi đó, sự toàn vẹn DNA tinh trùng được ghi nhận là đóng vai trò quan trọng trong sự thụ tinh, sự phát triển của phôi và thai nhi. Sự phân mảnh DNA tinh trùng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh nam. Hiện còn nhiều tranh cãi về mối liên hệ giữa sự phân mảnh DNA tinh trùng và các thông số của tinh dịch đồ khi có nhiều nghiên cứu ghi nhận sự tương quan^{3,4,7,8} nhưng một số nghiên cứu khác lại không.⁶

Nghiên cứu này ghi nhận có mối tương quan nghịch giữa sự phân mảnh DNA tinh trùng với mật độ, độ di động tiến tới và hình dạng bình thường của tinh trùng, tương đồng với nghiên cứu của Velez, 2008.⁸ Bên cạnh đó, nghiên cứu của Acosta Compos, 2021 và Minh Tâm, 2019 chỉ ghi nhận mối tương quan giữa SDF với độ di động tiến tới và hình dạng nhưng không ghi nhận tương quan với mật độ.^{3,7} Một báo cáo khác của Choucair, 2016 lại thể hiện có mối tương quan với mật độ và độ di động tiến tới nhưng không tương quan với hình dạng.⁴ Trái với các nghiên cứu trên, báo cáo của Khalili, 2006 không ghi nhận bất kì sự tương quan nào.⁶

ROS là một trong những nguyên nhân dẫn đến tổn thương DNA tinh trùng,¹ đồng thời sự gia tăng nồng độ ROS gây ra tổn thương cấu trúc sợi trục và làm giảm adenosine triphosphate nội bào dẫn đến làm giảm sự vận động của tinh trùng. Kết quả dẫn đến tinh trùng vừa có tỷ lệ phân mảnh

DNA cao và kém di động. Nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ cho lý luận trên khi ghi nhận có mối tương quan nghịch giữa sự phân mảnh DNA và sự di động tiến tới của tinh trùng ($R = -0.540$, $p < 0.0001$).

Nghiên cứu này cho thấy sự phân mảnh DNA ở nhóm Oligo cao hơn đáng kể so với nhóm có mật độ bình thường. Kết quả này phù hợp với các báo cáo của Choucair, 2016 và Acosta Compos, 2021.^{3,4} Điều này có thể được giải thích bởi giả thuyết liên quan đến sự chết theo chương trình (apoptosis). Apoptosis là quá trình diễn ra thường xuyên giúp kiểm soát sự tăng sinh quá mức của tế bào mầm sinh tinh.¹ Stress oxy hóa cảm ứng sự tổn thương DNA tinh trùng, đồng thời thúc đẩy quá trình apoptosis của tế bào mầm sinh tinh, dẫn đến giảm số lượng tế bào tinh trùng.²

Hình dạng của tinh trùng là một trong những yếu tố quan trọng trong đánh giá chất lượng tinh trùng. Theo báo cáo của Minh Tâm, 2019 cho thấy có mối tương quan giữa sự tổn thương DNA và bất thường về hình dạng đầu tinh trùng.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khác biệt có ý nghĩa về sự phân mảnh DNA tinh trùng ở nhóm Terato và nhóm bình thường về hình dạng. Trong quá trình trưởng thành của tinh trùng kéo dài, sợi DNA sẽ được cắt để giải xoắn, tạo điều kiện cho sự thay thế protein histone bằng protamine. Nếu có khiếm khuyết xảy ra trong giai đoạn này sẽ dẫn đến bất thường sự nén và đóng gói nhân, dẫn đến biến dạng nhân và hình dạng đầu tinh trùng cũng như gia tăng sự đứt gãy DNA tinh trùng.⁵ Một sự lý giải khác có liên quan đến khiếm khuyết của sự apoptosis. Khiếm khuyết trong apoptosis là

một trong những nguyên nhân gây ra phân mảnh DNA tinh trùng.⁵ Đồng thời, do bất thường trong quá trình apoptosis nên những tinh trùng bất thường được đánh dấu loại bỏ vẫn còn tồn tại dẫn đến gia tăng tinh trùng với hình dạng bất thường.

Hạn chế của nghiên cứu này là cỡ mẫu nhỏ (N = 105), chưa thực hiện đồng thời với nhóm chứng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan giữa sự phân mảnh DNA với mật độ, độ di động tiến tới và hình dạng bình thường của tinh trùng. Việc đánh giá thêm sự phân mảnh DNA tinh trùng bên cạnh phân tích tinh dịch đồ sẽ giúp cung cấp đầy đủ thông tin hơn về chất lượng tinh trùng từ đó góp phần hữu ích trong chuẩn đoán và điều trị vô sinh nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agarwal A, Majzoub A, Baskaran S, et al.** Sperm DNA Fragmentation: A New Guideline for Clinicians. *World J Mens Health*, 2020. 38, 412-471
2. **Agarwal A, Saleh RA, Bedaiwy MA** Role of reactive oxygen species in the pathophysiology of human reproduction. *Fertil Steril*, 2003. 79, 829-43
3. **Campos LGA, Requejo LC, Miñano CAR, et al.** Correlation between sperm DNA fragmentation index and semen parameters in 418 men seen at a fertility center. *JBRA Assist Reprod*, 2021. 25, 349-357
4. **Choucair FB, Rachkidi EG, Raad GC, et al.** High level of DNA fragmentation in sperm of Lebanese infertile men using Sperm Chromatin Dispersion test. *Middle East Fertility Society Journal*, 2016. 21, 269-276
5. **Erenpreiss J, Spano M, Erenpreisa J, et al.** Sperm chromatin structure and male fertility: biological and clinical aspects. *Asian J Androl*, 2006. 8, 11-29
6. **Khalili MA, Aghaie-Maybodi F, Anvari M, et al.** Sperm nuclear DNA in ejaculates of fertile and infertile men: correlation with semen parameters. *Urol J*. 2006; 3(3):154-9.
7. **Tam Minh Le, An Nguyen Thi Tam, Tuyet Nguyen Thi Hiep, et al.** Does sperm DNA fragmentation correlate with semen parameters? *Reprod Med Biol*, 2019. 18, 390-396
8. **Velez de la Calle JF, Muller A, Walschaerts M, et al.** Sperm deoxyribonucleic acid fragmentation as assessed by the sperm chromatin dispersion test in assisted reproductive technology programs: results of a large prospective multicenter study. *Fertility and Sterility*, 2008. 90, 1792-1799

TÌNH HÌNH NHIỄM MYCOPLASMA GENITALIUM Ở BỆNH NHÂN NAM ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Thụy Thái Thanh¹, Mai Bá Tiến Dũng¹,
Phạm Văn Hảo¹, Lê Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mycoplasma genitalium (M. genitalium) là một trong những nguyên nhân chính gây viêm niệu đạo không do lậu, không do Chlamydia nhưng lại là một bệnh lây truyền qua đường tình dục ít được biết đến. Nhiễm M. genitalium gây các triệu chứng viêm tiết niệu kéo dài và tái phát cao ở nam giới. Tuy nhiên, dữ liệu về tỷ lệ nhiễm M. genitalium ở nam giới Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu: khảo sát tỷ lệ nhiễm Mycoplasma genitalium ở nam giới đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu trên đối tượng nam giới đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 9/2020 đến tháng 10/2022 có thực hiện xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục bằng phương pháp Multiplex Realtime PCR.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm M. genitalium là 4,55% (203/4462). Nhiễm M. genitalium có triệu chứng thường gặp (tiểu buốt, tiết dịch niệu đạo, ngứa niệu đạo) chiếm tỷ lệ 58,62% (119/203), đồng thời 13,79% (28/203) người nhiễm M. genitalium không xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào. Trong những trường hợp nhiễm M.

genitalium, 84,73% (172/207) bệnh nhân chỉ thực hiện xét nghiệm 1 lần, 15,27% (31/203) bệnh nhân có thực hiện xét nghiệm lại từ 2 lần trở lên với 80,65% (25/31) bệnh nhân vẫn có kết quả dương tính ở lần xét nghiệm thứ 2 và 62,50% (5/8) ở lần xét nghiệm thứ 3 với thời gian nhiễm M. genitalium kéo dài trung bình là 121,92 ngày.

Kết luận: Nhiễm trùng M. genitalium chiếm tỷ lệ cao trong nhóm bệnh viêm niệu đạo không do lậu, không do Chlamydia. Người nhiễm M. genitalium có thể không có bất kỳ triệu chứng nào và thời gian nhiễm trùng có thể kéo dài vài tháng. Cần cân nhắc sử dụng thuốc kháng sinh phù hợp để điều trị bệnh một cách hiệu quả.

Từ khóa: Mycoplasma genitalium, viêm niệu đạo kéo dài, nhiễm trùng lây qua đường tình dục, STIs...

SUMMARY

PREVALENCE OF MYCOPLASMA GENITALIUM INFECTION IN MALE PATIENTS AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Mycoplasma genitalium (M. genitalium) is one of the major causes of non-gonococcal urethritis (NGU), nonchlamydia NGU but an uncommon sexually transmitted infections (STIs) in general population. Infection with M. genitalium causes persistent and highly recurrent urethritis in men. However, data on the prevalence of M. genitalium infection in Vietnamese men are limited.

The aim of this study: estimate the prevalence of M. genitalium infections in men

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thụy Thái Thanh
SĐT: 0962488650

Email: tranthuythaitanh94@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 23/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

who visiting to Department of Andrology at Binh Dan hospital.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on men who came for examination and treatment at Department of Andrology, Binh Dan hospital from September 2020 to October 2022, who were tested for sexually transmitted diseases by Multiplex Realtime PCR method.

Results: The prevalence of *M. genitalium* infection was 4.55% (203/4462). *M. genitalium* infection with common symptoms (dysuria, urethral discharge, urethral itching) accounted for 58.62% (119/203), and 13.79% (28/203) men did not appear any symptoms. Of the cases of *M. genitalium* infection, 84.73% (172/207) patients were tested only once, 15.27% (31/203) patients had 2 or more repeat tests. 80.65% (25/31) the patient remained positive on the 2nd test and 62.50% (5/8) on the 3rd test with average duration of *M. genitalium* infection of 121.92 days.

Conclusion: *M. genitalium* infection accounts for a high proportion in the group of non-gonococcal urethritis (NGU), nonchlamydia. People infected with *M. genitalium* may not have any symptoms and the infection can last several months. It is important to consider the use of appropriate antibiotics to treat effectively.

Keywords: *Mycoplasma genitalium*, persistent urethritis, sexually transmitted infections, STIs...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mycoplasma genitalium là một trong những tác nhân gây viêm niệu đạo ở nam giới, được phát hiện lần đầu tiên vào năm 1981 khi phân lập dịch tiết niệu đạo của hai người đàn ông. Đây là sinh vật nhân sơ nhỏ nhất, kích thước khoảng 0,2 – 0,7µm, có khả năng sao chép độc lập với bộ gen 580 Kb,

mã hóa cho khoảng 500 gen.^{5,8} *M. genitalium* không có thành tế bào, và do đó nhóm kháng sinh nhắm mục tiêu tổng hợp thành tế bào không hiệu quả đối với nhóm vi khuẩn này.^{5,8} *M. genitalium* phát triển cực kỳ chậm, quá trình nuôi cấy có thể mất tới 6 tháng trong những phòng thí nghiệm hiện đại. Vì vậy, để phát hiện kịp thời *M. genitalium*, hiện tại chỉ có thể sử dụng phương pháp NAAT.⁹

M. genitalium chiếm 20-25% các trường hợp viêm niệu đạo không do lậu, không do Chlamydia và 40% các trường hợp viêm niệu đạo dai dẳng hoặc tái phát ở nam giới.⁹ Các triệu chứng thường gặp là tiểu buốt, tiết dịch niệu đạo, ngứa niệu đạo. Tuy nhiên, 15,4% nam giới nhiễm *M. genitalium* mà không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào khiến cho việc phát hiện và điều trị bệnh bị chậm trễ, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe người bệnh.⁴ Việc nhiễm *M. genitalium* đã được chứng minh là tạo điều kiện thuận lợi cho việc lây truyền HIV.

Tại Việt Nam, việc chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cơ bản như nhuộm soi hay nuôi cấy, vốn không thể phát hiện *M. genitalium*. Những nghiên cứu về nhiễm trùng qua đường tình dục và hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế của Việt Nam cũng chủ yếu tập trung vào đối tượng Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum... và gần như không có tài liệu về *M. genitalium*.¹ Để tạo cơ sở dữ liệu ban đầu về *M. genitalium* tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành đề tài “Tình hình nhiễm *Mycoplasma genitalium* ở bệnh nhân nam đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bình Dân”.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân nam đến khám, tư vấn và điều trị tại Bệnh viện Bình Dân có làm xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục bằng phương pháp Multiplex Realtime PCR trong khoảng thời gian từ tháng 9/2020 đến tháng 10/2022 (trừ khoảng thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021 do ảnh hưởng của đại dịch Covid-19).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu.

Các biến số nghiên cứu

Các triệu chứng lâm sàng được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh. Thời gian nhiễm *M. genitalium* dài ngắn được tính bằng số ngày kể từ lần xét nghiệm đầu tiên có kết quả dương tính đến lần xét nghiệm cuối cùng vẫn cho kết quả dương tính.

Xử lý số liệu

Tất cả các dữ liệu, biểu đồ được nhập và xử lý trên phần mềm Excel cho Windows.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Bình Dân. Các thông tin liên quan đến người bệnh được đảm bảo bí mật, kết quả thu được chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu khoa học và giảng dạy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng cộng 4462 trường hợp thực hiện xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục bằng phương pháp Multiplex Realtime PCR. Tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* là 4,55% (203/4462). Tuổi trung bình của những trường hợp nhiễm *M. genitalium* là $30,47 \pm 6,66$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 21 - 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 57,14% (Bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* theo độ tuổi (n = 203)

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 20 tuổi	1	0,49
21 – 30 tuổi	116	57,14
31 – 40 tuổi	68	33,50
41 – 50 tuổi	16	7,88
51 – 60 tuổi	2	0,99

Phần lớn nam giới có triệu chứng điển hình (tiểu buốt, tiết dịch niệu đạo, ngứa niệu đạo) khi nhiễm *M. genitalium*, chiếm tỷ lệ 58,62% (119/203). Có tới 13,79% (28/203) người nhiễm *M. genitalium* mà không xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của người nhiễm *M. genitalium* (n=203)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng thường gặp (tiểu buốt, tiết dịch niệu đạo, ngứa niệu đạo)	119	58,62
Triệu chứng khác*	19	9,36
Không triệu chứng	28	13,79
Không có thông tin**	37	18,23

*Các triệu chứng quy đầu, da dương vật

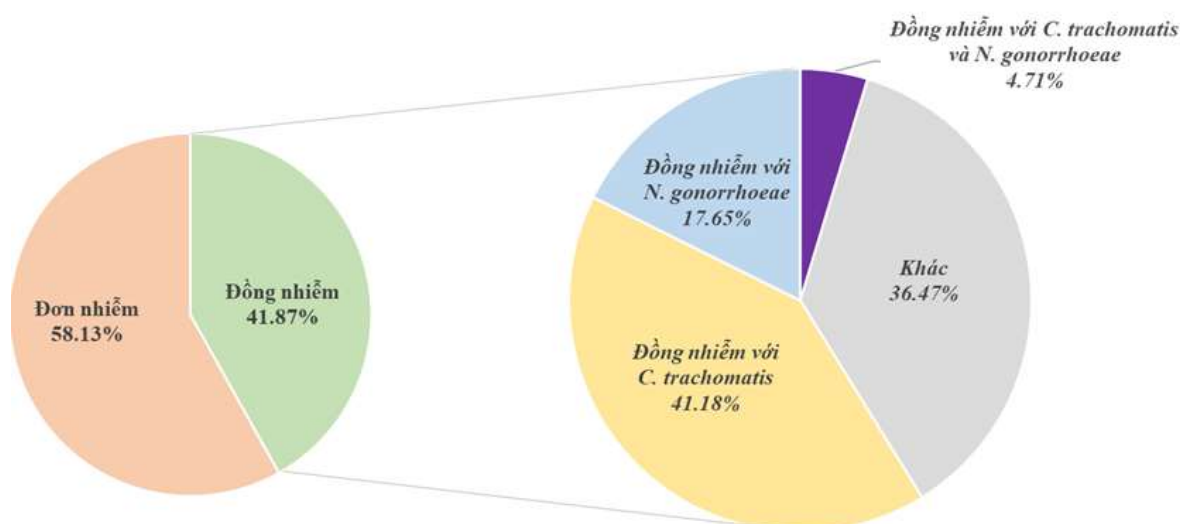
**Những mẫu được chuyển đến phòng xét nghiệm mà không khai thác triệu chứng của bệnh nhân

Trong 203 trường hợp nhiễm *M. genitalium*, có 58,13% (118/203) bệnh nhân

đơn nhiễm *M. genitalium* và 41,87% (85/203) đồng nhiễm với các tác nhân lây truyền qua đường tình dục khác. Đồng nhiễm giữa *M. genitalium* và *C. trachomatis* chiếm tỷ lệ cao nhất 41,18% (35/85), giữa *M. genitalium* và *N. gonorrhoeae* là 17,65%

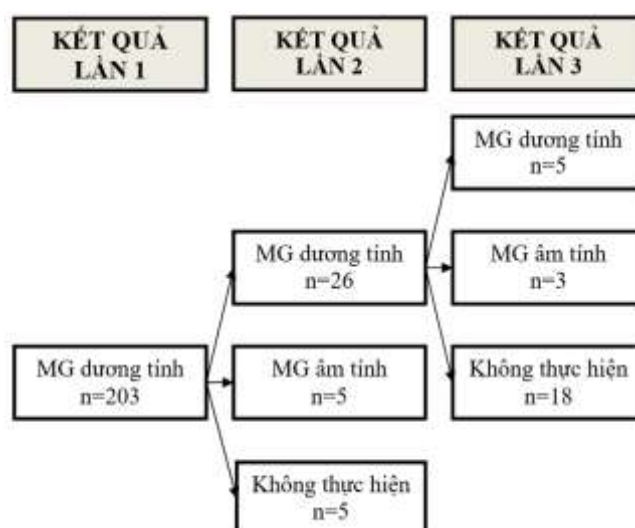
(15/85), đồng nhiễm cả 3 tác nhân *M. genitalium*, *C. trachomatis* và *N. gonorrhoeae* chiếm tỷ lệ thấp 4,71% (4/85). 36,47% (31/85) trường hợp đồng nhiễm với

các tác nhân khác như: Herpes Simplex Virus, *Candida albicans*, *Ureaplasma*, *T. pallidum*...



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đơn nhiễm và đồng nhiễm *M. genitalium*

Có đến 84,73% (172/203) trường hợp dương tính với *M. genitalium* chỉ thực hiện xét nghiệm 1 lần và không thực hiện xét nghiệm lần thứ 2 để kiểm tra lại tình trạng nhiễm khuẩn dai dẳng. Trong số 15,27% (31/203) bệnh nhân có thực hiện lại xét nghiệm, 83,87% (26/31) bệnh nhân vẫn có kết quả dương tính ở lần thứ 2 và 62,50% (5/8) ở lần thứ 3 (Hình 1). Thời gian nhiễm *M. genitalium* dai dẳng trung bình của những bệnh nhân có xét nghiệm từ 2 lần trở lên là 121,92 ngày.



Hình 1. Lưu đồ kết quả giữa các lần xét nghiệm

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số ít các nghiên cứu về tình trạng nhiễm *M. genitalium* tại Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện trên 4462 nam giới trong thời gian từ 9/2020 đến tháng 10/2022. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* là 4.55%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu tổng hợp của Baumann và cộng sự với *M. genitalium* là 3.9% ở các quốc gia đang phát triển.³ Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc được tiến hành tại Đại học Y Hà Nội và nghiên cứu của Getman cùng cộng sự khảo sát trên các phòng khám ở Mỹ, với tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* lần lượt là 15.03% và 17,2%.^{2,4} Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu bao gồm cả những nam giới đến khám tổng quát và những nam giới có nguy cơ cao (quan hệ không an toàn hoặc có những triệu chứng bất thường) cũng phần nào lý giải sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm của chúng tôi có thấp hơn những nghiên cứu được thực hiện tại các cơ sở y tế.

Độ tuổi trung bình của những người nhiễm *M. genitalium* là 30,47 tuổi, trong đó nhóm tuổi 21 - 30 chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,14%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* chủ yếu ở lứa tuổi thanh thiếu niên từ 21 - 30 tuổi, đây là lứa tuổi có đời sống tình dục phong phú.^{2,4}

Phần lớn người nhiễm *M. genitalium* xuất hiện các triệu chứng điển hình như tiểu buốt, tiết dịch niệu đạo, ngứa niệu đạo chiếm tỷ lệ 58,62%. Tuy nhiên, có đến 13,79% người bệnh nhiễm *M. genitalium* mà không

có bất kỳ triệu chứng nào. Những trường hợp nhiễm *M. genitalium* không có triệu chứng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể diễn tiến thành các bệnh lý mạn tính, gây ảnh hưởng tới sức khỏe thể chất và sinh sản.

Trong số những trường hợp nhiễm *M. genitalium*, chỉ có 15,27% bệnh nhân quay trở lại xét nghiệm để kiểm tra tình trạng nhiễm khuẩn. Trong đó, 80,65% bệnh nhân vẫn còn kết quả dương tính với *M. genitalium* ở lần xét nghiệm thứ 2 và 62,50% ở lần thứ 3. Thời gian nhiễm *M. genitalium* dai dẳng trung bình của những bệnh nhân bệnh nhân này 121,92 ngày. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Romano và cộng sự trên những đối tượng nam giới nhiễm *M. genitalium* với thời gian nhiễm bệnh trung bình là 143 ngày.⁷ Tuy nhiên, thời gian nhiễm *M. genitalium* của bệnh nhân trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Oakeshott và cộng sự trên đối tượng sinh viên nữ ở London với thời gian nhiễm kéo dài trong 12 – 21 tháng.⁶

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi góp phần xác định tỷ lệ nhiễm *M. genitalium* (4.55%) ở nam giới Việt Nam là 4,55%, bước đầu ghi nhận tỷ lệ nhiễm không triệu chứng là 13,79% và tỷ lệ nhiễm kéo dài cao (80,6% bệnh nhân vẫn có kết quả dương tính ở lần xét nghiệm thứ 2 và 62,50% ở lần xét nghiệm thứ 3) với thời gian nhiễm kéo dài 121,92 ngày. Từ những kết quả trên, chúng ta cần nhìn nhận lại tính nghiêm trọng của *M. genitalium* trong nhóm bệnh viêm niệu đạo ở nam giới. Tại Việt Nam, vi khuẩn này

cho đến hiện nay vẫn chưa được quan tâm nghiên cứu cũng như chưa được đề cập đến trong Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế. Đề tài đã đóng góp cho y văn Việt Nam các thông tin sơ bộ về nhiễm *M.genitalium*. Các bác sĩ cần cân nhắc việc thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp và sử dụng đúng thuốc kháng sinh để điều trị bệnh một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định số 4568/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục. 2013.
2. **Nguyễn Hoài Bắc, Trần Văn Kiên, Nguyễn Cao Thắng**. Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) ở nam giới tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022; 153(5):32-40.
3. **Baumann L, Cina M, Egli-Gany D, et al.** Prevalence of *Mycoplasma genitalium* in different population groups: systematic review and meta-analysis. Sexually transmitted infections. 2018; 94(4):255-262.
4. **Getman D, Jiang A, O'Donnell M, et al.** *Mycoplasma genitalium* prevalence, coinfection, and macrolide antibiotic resistance frequency in a multicenter clinical study cohort in the United States. Journal of clinical microbiology. 2016; 54(9):2278-2283.
5. **Gnanadurai R, Fifer H.** *Mycoplasma genitalium*: a review. Microbiology. 2020; 166(1):21-29.
6. **Oakeshott P, Aghaizu A, Hay P, et al.** Is *Mycoplasma genitalium* in women the “New Chlamydia?” A community-based prospective cohort study. Clinical Infectious Diseases. 2010; 51(10):1160-1166.
7. **Romano SS, Jensen JS, Lowens MS, et al.** Long duration of asymptomatic *Mycoplasma genitalium* infection after syndromic treatment for nongonococcal urethritis. Clinical Infectious Diseases. 2019; 69(1):113-120.
8. **Sethi S, Singh G, Samanta P, et al.** *Mycoplasma genitalium*: an emerging sexually transmitted pathogen. The Indian journal of medical research. 2012; 136(6):942-955.
9. **Workowski K, Bolan G.** Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Centres for Disease Control and Prevention Recommendation and Report. MMWR. 2015; 64(30):34-9.

BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP VÒNG THẮT DƯƠNG VẬT - BÌU TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2022

Trần Đoàn Thiên Quốc¹, Mai Bá Tiến Dũng¹,
Đặng Quang Tuấn¹, Phạm Văn Hảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vòng thắt dương vật - bìu là một trong những trường hợp cấp cứu hiếm gặp trong Tiết Niệu - Nam Khoa. Khi dương vật bị siết bởi vòng kim loại có thể gây thiếu máu hoàn toàn đầu xa dương vật dẫn đến bị phù nề, nhiễm trùng và hoại tử, gây ra những hậu quả nghiêm trọng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu loạt trường hợp thực hiện tại bệnh viện Bình Dân năm 2022.

Kết quả nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo 4 trường hợp lâm sàng. Trường hợp 1: bệnh nhân nam 40 tuổi đặt 1 đai ốc lục giác vào gốc dương vật. Dương vật bị phù nề, tím đau không lấy ra được nên bệnh nhân đến bệnh viện sau 10 tiếng. Trường hợp 2: bệnh nhân nam 32 tuổi đặt 1 vòng kim loại lớn vào gốc bìu dương vật. Sau đó dương vật bìu sưng bầm tím, bệnh nhân không lấy ra được nên đến nhập viện sau 24 giờ. Trường hợp 3: bệnh nhân nam 60 tuổi, tiền sử bị Alzheimer điều trị không liên tục. Bệnh nhân tự đặt 1 vòng bằng kim loại vào gốc dương vật, than khó tiểu, được người nhà phát hiện và đưa đến bệnh viện. Cả 3 trường hợp đều được phẫu thuật dùng máy khoan cắt cầm tay để cắt lấy dị vật ra.

Sau đó, các trường hợp trên đều phục hồi hoàn toàn chức năng, sinh lý của dương vật và bìu sau tái khám 1 tháng. Trường hợp 4: bệnh nhân nam 39 tuổi bị tâm thần phân liệt 20 năm. Bệnh nhân có thói quen hay dùng các sợi dây quấn quanh các ngón tay, chân. Người nhà phát hiện lần này bệnh nhân quấn dây nhiều vòng quanh dương vật, gây dương vật hoại tử, lở loét. Trường hợp này dương vật bị hoại tử nên quyết định cắt bỏ đoạn dương vật hoại tử, lấy các vòng dây ra.

Bàn luận: Vòng thắt dương vật - bìu được chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Vòng thắt siết làm cản trở dòng chảy của máu và bạch huyết dẫn đến phù nề và thiếu máu cục bộ, gây tổn thương mô dương vật. Nếu bệnh nhân đến trễ có thể gây tổn thương dương vật, bìu và niệu đạo nặng. Một số trường hợp phải cắt bỏ dương vật do hoại tử.

Kết luận: Vòng thắt dương vật - bìu là một cấp cứu Tiết Niệu - Nam Khoa, có thể dẫn đến hoại tử và cần cắt bỏ dương vật. Do vậy, cần nhanh chóng loại bỏ vòng kim loại để bảo tồn chức năng và sinh lý của dương vật - bìu.

Từ khóa: Vòng thắt dương vật, vòng thắt dương vật - bìu

SUMMARY

4 CASES OF PENILE AND SCROTAL STRANGULATION AT BINH DAN HOSPITAL IN 2022

Introduction: Penile strangulation is a rare Urology and Andrology emergency. When the penis is squeezed by the metal ring, it can cause complete ischemia of the distal penis leading to

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đoàn Thiên Quốc

SĐT: 0907802439

Email: quoctran88@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 07/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

edema, infection and necrosis, with serious consequences.

Materials and Methods: This is a case series research conducted at Binh Dan hospital in 2022.

Results: We report 4 clinical cases. Case 1: a 40-year-old male patient placed a metal nut on the penis base. The penis was swollen, painful, and could not be removed, so the patient went to the hospital after 10 hours. Case 2: A 32-year-old male patient placed a large metal ring on the penoscrotal base. After that, the scrotum and penis was swollen and bruised, the patient could not take it out, so he went to the hospital after 24 hours. Case 3: A 60-year-old male patient with a history of Alzheimer's disease and intermittent treatment. The patient put an aluminum ring on the base of the penis, had difficulty urinating. This condition was discovered by his family and he were taken to the hospital after 10 hours. Both 3 cases were operated with a hand drill to remove the foreign body. After 1 month, they fully recovered the function and physiology of the penis and scrotum. Case 4: a 39-year-old patient with a history of schizophrenia for 20 years. Patients always try to put cables around their fingers and feet. This time, his family discovered that he wrapped a lot of wire around the penis, causing infection and gangrene. In this case, the penis is necrotic, so we decided to cut off necrotic penis and take out the loops.

Discussion: Penoscrotal entrapment is diagnosed clinically. The tight ring impedes the flow of blood and lymph, leading to edema and ischemia, and damage to the penile tissue. If the patient came to hospital lately, it can cause severe damage to the penis, scrotum and urethra. In some cases, the penis must be removed due to gangrene.

Conclusion: Penoscrotal entrapment is a Urology - Andrology emergency, which can lead

to gangrene and need to remove the penis. Therefore, we must remove the metal ring quickly to preserve the function and physiology of the penis - scrotum.

Keywords: Penile entrapment, Penoscrotal entrapment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ thời xa xưa, con người có sử dụng một số vòng thắt ở dương vật để tăng cường chức năng tình dục, mục đích để siết dòng chảy của máu từ thể hang, giúp kéo dài thời gian cương cứng. Tuy nhiên, những vòng thắt này có thể bị kẹt lại bộ phận sinh dục nếu để trên 30 phút[2]. Vòng thắt dương vật - bìu là cấp cứu trong Tiết Niệu - Nam Khoa vì những hậu quả lâm sàng nghiêm trọng có thể xảy ra, có thể tử vong nếu không được điều trị[2,7]. Vòng thắt dương vật đã được mô tả qua các nghiên cứu trong y văn và xảy ra ở nhiều nhóm tuổi. Vật liệu thường được sử dụng là kim loại, mặc dù vòng không phải kim loại (ví dụ: tóc, chỉ, dây... thường gặp ở trẻ em) cũng đã được báo cáo, gây ra tổn thương nghiêm trọng hơn vòng kim loại. Vòng thắt dương vật - bìu được sử dụng ít thường xuyên hơn nhưng vẫn có thể gây ra thương tích đáng kể nếu. Việc cắt bỏ vòng khẩn cấp là cần thiết; điều trị chậm trễ có thể dẫn đến phù nề, tổn thương mô, hoại tử và nhiễm trùng nhiễm độc[2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

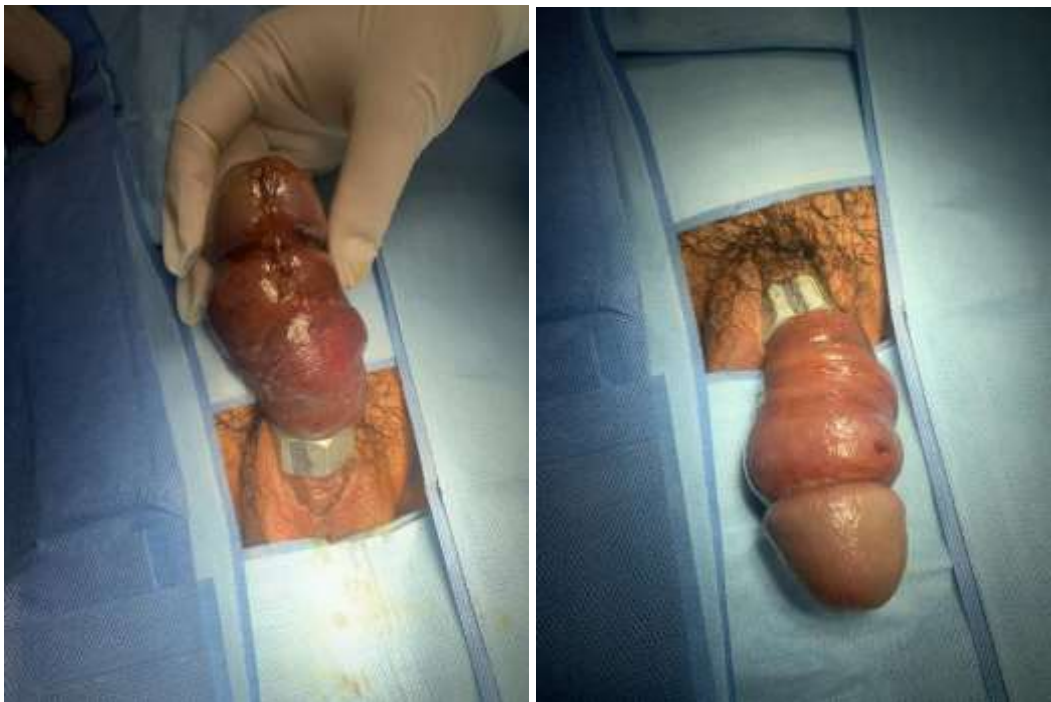
Đây là nghiên cứu loạt trường hợp thực hiện tại bệnh viện Bình Dân năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1: Bệnh nhân nam 40 tuổi đến khoa cấp cứu vì sưng đau dương vật. Cách 10 giờ, bệnh nhân đã đặt 1 đai ốc lục giác vào gốc dương vật. Sau đó dương vật

sung to đau bầm tím, không lấy đai ốc ra được nên đến bệnh viện. Đai ốc có đường kính 2cm, dày 7mm, siết làm dương vật sưng to phù nề, hơi tím, cảm giác vẫn còn, vẫn đi tiểu được. Qua khai thác bệnh sử thì ghi nhận

bệnh nhân đã có vợ và 1 con, chuyện quan hệ tình dục vẫn bình thường, không bị rối loạn. Tuy nhiên, bệnh nhân có tham gia một nhóm kín, hay thử thách nhau làm những việc kỳ lạ và kích thích.



Hình 1: Đai ốc được gắn vào dương vật

Bệnh nhân được nhanh chóng làm các xét nghiệm tiền phẫu và đưa lên phòng mổ. Tại phòng mổ, chúng tôi đã sử dụng máy khoan cắt cầm tay để cắt đai ốc ra. Sau phẫu thuật bệnh nhân bị phỏng da nhẹ, ngoài ra không gặp biến chứng gì khác. Sau 1 tháng, hình dạng và chức năng của dương vật bệnh nhân trở lại hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân đã được hướng dẫn đến khám chuyên khoa Tâm Thần để được đánh giá thêm.



Hình 2: Cắt đai ốc bằng máy khoan cắt cầm tay và hình dạng đai ốc sau khi lấy ra

Trường hợp 2: Bệnh nhân nam 32 tuổi đến khoa cấp cứu vì sưng đau dương vật và bìu. Cách 24 giờ bệnh nhân đặt 1 vòng kim loại vào đến gốc bìu - dương vật để thủ dâm. Sau đó bệnh nhân quên lấy ra, dương vật bìu ngày càng sưng to đau nên đến bệnh viện. Vòng kim loại có đường kính 10cm, chiều

dày 5mm siết ở gốc bìu dương vật gây sưng, bầm tím, không lấy ra được. Cảm giác dương vật và đi tiểu vẫn bình thường. Qua khai thác bệnh sử thì bệnh nhân đã từng vài lần sử dụng các vòng kim loại để thủ dâm, nhưng chỉ có lần này quên không lấy ra nên bị kẹt.



Hình 3: Vòng kim loại bị kẹt ở gốc bìu dương vật

Bệnh nhân được nhanh chóng làm các xét nghiệm tiền phẫu và được đưa lên phòng mổ. Tương tự với trường hợp trên, chúng tôi đã sử dụng máy khoan cắt cầm tay để cắt vòng kim loại. Bệnh nhân được xuất viện sau mổ 2 ngày. Sau 1 tháng, hình dạng và chức năng của dương vật, bìu bệnh nhân trở lại hoàn toàn bình thường, chỉ có phần da gốc dương vật - bìu còn bị loét.



Hình 4: Da gốc dương vật - bìu còn loét khi tái khám sau 1 tháng

Trường hợp 3: Một bệnh nhân nam 60 tuổi, tiền sử Alzheimer điều trị không liên tục, được người thân đưa đến phòng cấp cứu vì tiểu khó. Bệnh nhân khai tiểu khó tăng dần trong vòng 1 tuần, được người thân đưa đi khám ở bệnh viện Đồng Nai, phát hiện có 1 vòng thắt ở dương vật, nên chuyển đến bệnh

viện Bình Dân. Khi hỏi kỹ hơn thì bệnh nhân không nhớ rõ đã đặt vào khi nào và lý do đặt là gì. Khám lâm sàng ghi nhận một vòng thắt bằng kim loại dày khoảng 1cm ở gần gốc, siết dương vật hơi sưng bầm tím, vẫn còn cảm giác và vẫn đi tiểu được.



Hình 5: Vòng thắt kim loại ở gốc dương vật

Bệnh nhân được làm các xét nghiệm để tiến hành phẫu thuật. Tương tự với các trường hợp trên, chúng tôi sử dụng máy khoan cắt cầm tay để cưa lấy vòng kim loại ra. Sau thủ thuật dương vật bệnh nhân hồng hào trở lại. Bệnh nhân được xuất viện ngày hôm sau, và được hướng dẫn khám nội thần kinh điều trị Alzheimer.



Hình 6: Dương vật sau khi cắt bỏ vòng kim loại

Trường hợp 4: Bệnh nhân nam, tiền sử tâm thần phân liệt điều trị không liên tục, được người thân đưa đến bệnh viện vì có nhiều vòng kim loại ở dương vật. Bệnh nhân có thói quen quấn các dây hoặc vòng bằng kim loại vào các ngón tay, ngón chân gây siết chặt và hoại tử. Bệnh nhân có gia đình nhưng hay đi lang thang, lâu lâu mới về nhà 1 lần. Đợt này bệnh nhân than đi tiểu khó,

đau dương vật nên được người nhà phát hiện và đưa đến bệnh viện.

Khi kiểm tra, chúng tôi phát hiện rất nhiều vòng kim loại được quấn xung quanh thân dương vật, gây viêm nhiễm nặng, hoại tử dương vật và rò niệu đạo. Chúng tôi cố gắng dùng kìm kéo để cắt ra nhưng không được vì các vòng quá cứng.



Hình 7: Dương vật hoại tử, nhiễm trùng nặng và rò niệu đạo do có nhiều vòng thắt ở dương vật

Với trường hợp này, chúng tôi đã trao đổi rất nhiều với người nhà - ba của bệnh nhân. Nếu chúng tôi chỉ lấy vòng, mở bàng quang ra da thì không ai chăm sóc cho bệnh nhân, và bệnh nhân vẫn sẽ tiếp tục quấn các vòng kim loại lên dương vật. Cuối cùng, chúng tôi quyết định phải cắt bỏ đoạn dương vật bị hoại tử, tạo hình lại miệng niệu đạo mới cho bệnh nhân.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được tiếp tục điều trị tình trạng nhiễm trùng và xuất viện sau 5 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Vòng thắt dương vật - bừa lần đầu tiên được báo cáo vào năm 1755 bởi Gauthier[5]. Kể từ đó, nhiều trường hợp tương tự đã được báo cáo trong y văn thế giới.

Lý do để bệnh nhân gắn các vòng thắt

vào dương vật rất đa dạng và tùy thuộc vào nhóm tuổi của bệnh nhân. Ở nam giới trung niên và cao tuổi, nguyên nhân hàng đầu là để hỗ trợ hoặc tăng khoái cảm tình dục, trong khi ở nam thanh niên là thủ dâm[8]. Ở trẻ sơ sinh và trẻ em, dị vật thường là một sợi dây, sợi chỉ, hoặc tóc buộc quanh dương vật[4,6,8]. Đôi khi, trong những trại dưỡng lão, những người chăm sóc đã buộc dây vào dương vật cho bệnh nhân hay bị chứng đái dầm.

Tổn thương dương vật có thể gặp từ đơn giản như sưng đau đến loét, hoại tử, rò niệu đạo, hoặc thậm chí hoại thư. Tổn thương và niệu đạo được bao phủ bởi một lớp mô sợi mỏng nên dễ bị ảnh hưởng nhất. Bhat và cộng sự đã phân loại tổn thương thành 5 độ[1]:

Độ I: Phù nề đầu xa dương vật. Không có loét da hoặc tổn thương niệu đạo.

Độ II: Tổn thương da và thể xốp, nhưng không tổn thương niệu đạo. Đầu xa dương vật phù nề và giảm cảm giác.

Độ III: Tổn thương da và niệu đạo nhưng không có lỗ rò niệu đạo. Mất cảm giác đầu xa dương vật.

Độ IV: Đứt rời hoàn toàn thể xốp dẫn đến lỗ rò niệu đạo và co thắt của thể hang làm mất cảm giác đầu xa dương vật.

Độ V: nhiễm độc, hoại tử, cắt đứt hoàn toàn đầu xa dương vật.

2 trường hợp lâm sàng đã miêu tả ở trên: trường hợp 1 là độ I, chỉ có phù nề dương vật; trường hợp 2 là độ II do có loét da. Cả 2 trường hợp không ghi nhận tổn thương thể hang và thể xốp, cảm giác đầu xa dương vật vẫn còn nguyên, đi tiểu vẫn bình thường.

Vòng thắt dương vật - búi là một cấp cứu trong Tiết Niệu - Nam Khoa. Mục tiêu chính là giải phóng dương vật bị thắt để tạo tái lập tuần hoàn. Việc lựa chọn phương pháp phụ thuộc vào vật liệu gây thắt, kích thước, thời gian bị thắt, mức độ chấn thương và tính sẵn có của thiết bị[3]. Mỗi trường hợp cần một cách tiếp cận riêng tùy thuộc vào tình hình và cơ sở vật chất sẵn có. Với những trường hợp giai đoạn 1, bệnh nhân đến sớm thì có thể tê tại chỗ và kéo ra. Một số có thể cần rạch da để thoát lưu dịch viêm để lấy ra. Với những vòng kim loại nhỏ như nhẫn hoặc vòng kim loại mỏng, chúng ta có thể dùng chỉ để luôn kéo ra. Những trường hợp nặng hơn, vòng kim loại lớn không thể áp dụng các phương pháp trên, chúng ta cần đưa lên phòng mổ để dùng máy khoan cắt để cắt các vòng ra. Trường hợp xấu nhất (độ V), dương vật bị hoại tử và có tình trạng nhiễm trùng nặng, nếu không loại bỏ được vòng thắt thì chúng ta có thể phải cắt bỏ dương vật.

Sau khi lấy dị vật, niệu đạo nên được kiểm tra xem xét có tổn thương không. Ở những chấn thương độ I và II, niệu đạo có thể được kiểm tra đơn giản bằng cách đặt ống thông niệu đạo. Nếu không đặt thông

niệu đạo được, có thể dẫn lưu nước tiểu bằng mở bàng quang ra da trước khi cắt bỏ dị vật. Các điều trị khác: giảm đau, kháng sinh và dự phòng uốn ván.

V. KẾT LUẬN

Vòng thắt dương vật - búi là một cấp cứu trong Tiết Niệu - Nam Khoa và hậu quả có thể rất nặng nề. Sự thắt các mạch máu dương vật có thể dẫn đến các mức độ tổn thương khác nhau: từ tắc nghẽn mạch máu nhẹ không đáng kể tự khỏi sau khi giải phóng dương vật đến hoại tử, nhiễm trùng nặng dương vật. Việc chẩn đoán kịp thời và điều trị sớm bởi các bác sĩ Tiết Niệu - Nam Khoa là điều cần thiết để tránh các biến chứng nặng có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhat AL, Kumar A, Mathur SC, Gangwal KC.** Penile strangulation. Br J Urol 1991;68:618–21.
2. **Dawood O, Tabibi S, Fiuk J, et al.** Penile ring entrapment - a true urologic emergency: grading, approach, and management. Urol Ann. 2020, 12:15-18.
3. **Detweiler MB.** Penile incarceration with metal objects—a review of procedure choice based on penile trauma grade. Scand J Urol Nephrol 2001;35:212–7.
4. **Ehrich WMS.** Two unusual penile injuries. J Urol 1929;21:239.
5. **Gauthier M.** Observation d'un étranglement des testicules et de la verge, occasionné par le passage d'un briquet. J Med Chir Pharmacol (Paris) 1755;3:358.
6. **Harrow B.** Strangulation of penis by a hidden thread. JAMA 1967;199:135.
7. **Morentin B, Biritxinaga B, Crespo L:** Penile strangulation: report of a fatal case . Am J Forensic Med Pathol. 2011, 32:344-346.
8. **Pantuck AJ, Kraus SL, Barone JG.** Hair strangulation injury of the penis. Pediatr Emerg Care 1997;13:423–4.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DI TRUYỀN NHIỄM SẮC THỂ BẰNG KỸ THUẬT KARYOTYPING Ở NHÓM NAM GIỚI VÔ SINH BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Võ Thị Kim Ngân¹, Mai Bá Tiến Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Yếu tố di truyền được cho là một trong những nguyên nhân quan trọng gây vô sinh ở nam giới, trong đó bất thường về cấu trúc và số lượng nhiễm sắc thể thường được cho chiếm vai trò chính. Bên cạnh đó nhiều nghiên cứu đã ghi nhận tần suất xuất hiện cao của đa hình NST trong nhóm người vô sinh, tuy nhiên chưa có nhiều dữ liệu được ghi nhận tại Việt Nam.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ bất thường và đa hình NST ở nhóm nam giới vô sinh đến thăm khám tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên nhóm nam giới vô sinh được chỉ định thực hiện đồng thời xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ và tinh dịch đồ tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân từ tháng 06/2022 đến tháng 10/2022.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bất thường NST trong nhóm nam giới vô sinh là 17.5%, trong đó bất thường về số lượng chiếm 12.5%, cấu trúc là 7.5%. Hội chứng Klinefelter chiếm tỷ lệ cao nhất 12.5%. Đa hình NST được ghi nhận với tỷ lệ tương đối cao 50% ở các NST khác nhau như 1, 9, 10, 16, nhóm D/G với đa

hình tăng kích thước vùng dị nhiễm sắc 1qh+ xuất hiện phổ biến nhất.

Kết luận: Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ có vai trò quan trọng trong tham vấn vô sinh nam. Bên cạnh bất thường NST, đa hình NST cũng cần được ghi nhận lại cho đến khi có các nghiên cứu sâu hơn làm rõ vai trò của chúng trong vô sinh.

Từ khóa: bất thường nhiễm sắc thể, đa hình nhiễm sắc thể, vô sinh nam

SUMMARY

CHROMOSOMAL ABNORMALITIES AND POLYMORPHISMS IN INFERTILE MALES AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Genetic factor is an important cause of male infertility, in which chromosomal abnormalities plays as a major role. Besides, many studies have recorded a high frequency of chromosomal polymorphisms in infertile population while limited data has been recorded in Vietnam.

Research objective: Determining the prevalence of chromosomal abnormalities and polymorphism in infertile men visiting the Department of Andrology, Binh Dan hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was performed on infertile men who were assigned to perform chromosomal analysis and semen analysis at the Department of Andrology, Binh Dan Hospital from June 2022 to October 2022.

Results: Chromosome analysis of 40 infertile males showed 17.5% cases carrying chromosomal abnormalities, of which the

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Ngân

SĐT: 0819734560

Email: kimnganqh2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

numerical and structural abnormalities was 12.5% and 7.5%, respectively. Klinefelter syndrome was the most common chromosomal aberration (12.5%). Chromosomal polymorphisms were detected with a high rate of 50% in chromosome 1, 9, 10, 16, group D/G that 1qh+ polymorphism appeared most.

Conclusion: Chromosome analysis plays an important role in male infertility counseling. Besides chromosomal abnormalities, chromosomal polymorphisms should also be noted until further studies clarify their exact role and contribution in infertility.

Keywords: chromosomal abnormalities, chromosomal polymorphism, male infertility

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, các cặp vợ chồng được cho là vô sinh khi không có khả năng thụ thai sau một năm giao hợp không sử dụng biện pháp phòng tránh. Nguyên nhân vô sinh có thể đến từ hai giới, trong đó hơn 30% trường hợp chỉ liên quan đến yếu tố nam giới và con số này tăng lên đến 50% khi có sự kết hợp với yếu tố nữ.¹¹ Trong đó, bất thường di truyền là căn nguyên của ít nhất 15% trường hợp vô sinh ở nam giới.⁸

Kỹ thuật Karyotyping hay phân tích nhiễm sắc thể (NST) đồ là một công cụ đơn giản và hiệu quả trong việc tìm ra nguyên nhân di truyền gây ra thất bại trong sinh sản ở các cặp vợ chồng. Ngoài các bất thường về số lượng và cấu trúc NST được chứng minh là có liên quan đến khả năng sinh sản ở hai giới nói chung và nam giới nói riêng, ngày càng nhiều các nghiên cứu chỉ ra tần suất xuất hiện cao của nhóm đa hình NST ở các nhóm có vấn đề về khả năng sinh sản.^{12,17} Tuy nhiên trong quá trình phân tích, các trường hợp đa hình dễ bị bỏ sót do quá đa dạng về chủng loại và dễ nhầm lẫn với các

đột biến khác.¹ Các nghiên cứu về vấn đề này trên nhóm nam giới vô sinh ở nước ta còn thưa thớt và ít được quan tâm. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tỉ lệ bất thường và đa hình NST ở nhóm nam giới vô sinh đến thăm khám ở bệnh viện Bình Dân, từ đó cung cấp thêm thông tin về đặc điểm di truyền NST của nhóm nam giới vô sinh ở nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 40 nam giới được chẩn đoán vô sinh hoặc có thời gian mong con trên 12 tháng được chỉ định thực hiện đồng thời xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ và tinh dịch đồ tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân từ tháng 06/2022 đến tháng 10/2022.

Tiến hành thu nhận 4 mL máu cho xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ. Nuôi cấy tế bào bạch cầu trong 72 giờ, mẫu sau nuôi cấy được xử lý với colcemid, KCl và carnoy. Xử lý trypsin và nhuộm băng G các mẫu. Chụp hình và phân tích các cụm tế bào ở kỳ giữa theo tiêu chuẩn ISCN 2016.

Các kết quả lâm sàng khác (nếu có) sẽ được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 34.4 ± 5.2 với tuổi cao nhất là 49 và trẻ nhất là 26. Các cặp vợ chồng có thời gian mong con từ 1 – 12 năm. Đa số trường hợp người nam thuộc nhóm vô tinh chiếm 69.23%, tiếp đến là thiếu tinh nặng và thiếu tinh vừa lần lượt chiếm 20.51% và 7.69%, có 1 trường hợp mật độ tinh trùng ở mức bình thường 31 triệu/mL và 1 trường hợp không thu thập được kết quả tinh dịch đồ. Chúng tôi chỉ thu thập được kết quả chỉ số testosterone và FSH 28/40 trường hợp, giá trị trung bình lần lượt

là 13.99 ± 7.80 nmol/L và 19.35 ± 14.47 mIU/mL

Kết quả phân tích nhiễm sắc thể đồ

Trong 40 đối tượng tham gia nghiên cứu có 7 ca (17.5%) mang bất thường NST, trong đó bất thường về số lượng chiếm 12.5%, bất thường cấu trúc là 7.5%. Tất cả các trường hợp bất thường số lượng đều là 47,XXY hội chứng Klinefelter (KS). Bất thường cấu trúc

ghi nhận chủ yếu là trao đổi đoạn trên NST thường, không ghi nhận trường hợp bất thường cấu trúc nào trên NST giới tính. Đặc biệt, phát hiện một trường hợp vừa mang đồng thời cả bất thường cấu trúc và số lượng NST [47,XXY,t(8;15)(q22;q15)]. Bên cạnh đó đa hình NST cũng được phát hiện với tỉ lệ tương đối cao, chiếm 50% đối tượng nghiên cứu (bảng 1).

Bảng 1. Tỉ lệ phân loại NST đồ

Phân loại NST đồ	Số lượng (N=40)	Tỉ lệ (%)
Bình thường	14	35.0
Bất thường	7	17.5
Số lượng	5	12.5
Cấu trúc NST	3	7.5
Đa hình	20	50.0

Các loại đa hình NST và tỉ lệ phân bố

Nhóm nghiên cứu ghi nhận được 6 loại đa hình (Bảng 2). Đa hình 1qh+ có tỉ lệ xuất hiện cao nhất 40%, tiếp theo là đa hình nhóm NST D/G (ps+ và pstk+ ở NST 21 và 22), 16qh+, đa hình đảo đoạn NST 9 (lần lượt 35%, 25% và 10%). Đảo đoạn NST 10 và Yqh+ xuất hiện với tỉ lệ ngang nhau là 5%. Có 20% trường hợp mang 2 đa hình trên các

NST khác nhau. Một trường hợp mang đồng thời bất thường cấu trúc NST và đa hình cũng được phát hiện [45,XY,inv(9)(p11q12),rob(13;14)(q10;q10)] (bảng 2). Chưa ghi nhận trường hợp mang đa hình dị nhiễm sắc 9qh+ và đa hình NST nhóm D (NST 13, 14, 15) trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2. Tỉ lệ các loại đa hình

	Loại đa hình						
	1qh+	Nhóm D/G	16qh+	inv(9)	inv(10)	Yqh+	Đa NST
Số ca	8	7	5	2	1	1	4
Tỉ lệ (%)	40	35	25	10	5	5	20

Mối liên hệ giữa kết quả nhiễm sắc thể đồ và mật độ tinh trùng

Hai trong số sáu trường hợp bất thường NST có mật độ tinh trùng là thiếu tinh nặng (2 triệu tinh trùng/mL) chiếm 33.3% và 4 trường hợp còn lại là vô tinh chiếm 66.6%. Ở nhóm đa hình NST và nhóm bình thường, tỉ lệ của tỉ lệ nam giới vô tinh và thiếu tinh lần lượt là 26.3%, 73.7% và 30.7%, 69.2%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ phân bố vô

tinh, thiếu tinh ở các nhóm khác nhau về kết quả nhiễm sắc thể đồ (bình thường, bất thường và đa hình). Bất thường NST chiếm 14.8% nhóm vô tinh và 18.2% ở nhóm thiếu tinh; đa hình chiếm xấp xỉ 50% ở cả hai nhóm (bảng 3). Ghi nhận một trường hợp người nam 46,XY có mật độ tinh trùng ở mức bình thường (31 triệu/mL) có tiền sử xảy thai tự nhiên.

Bảng 3. Mối liên hệ kết quả NST đồ và mật độ tinh trùng

Kết quả NST đồ	Vô tinh	Thiếu tinh
Bình thường		
46,XY	9	4
Bất thường		
47,XXY	3	-
47,XXY,t(8;15)(q22;q15)	1	-
45,XY,inv(9)(p11q12),rob(13;14)(q10;q10)	-	1
45,XY,dic(5;13)(p15.3;p12)	-	1
Đa hình		
46,XY,1qh+	3	2
46,XY,1qh+,22pstk+	1	2
46,XY,inv(9)(p13q34)	1	-
46,XY,inv(10)(p11.2q21)	1	-
46,XY,16qh+	5	-
46,XY,21pstk+	1	-
46,XY,21ps+,22ps+	1	-
46,XY,22ps+	-	1
46,XY,Yqh+	1	-
Tổng	27	11

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 40 trường hợp vô sinh nam ghi nhận tỉ lệ bất thường NST là 17.50%. Con số này cao hơn so với nghiên cứu của Zhang (2015) 10.55%, Nguyễn Đức Nhựt (2015) 13.6%, Nadaeli (2018) 15.2%, thấp hơn so với nghiên cứu của Sha (2019) 18.91%, Azimi (2012) 32.81%. 2,4,14,18,20 Sự khác biệt này có thể được lý giải thông qua khuynh hướng chọn mẫu tham gia nghiên cứu, bên cạnh đó không thể bỏ qua lý do khác biệt về cỡ mẫu và yếu tố dân tộc. Bất thường số lượng NST phổ biến hơn so với bất thường về cấu trúc (12.5% so với 7.5%), trong đó KS có tỉ lệ phát hiện cao nhất (12.5%). Điều này tương tự với nhiều nghiên cứu đã công bố trước đây. 4,7,14 100%

trường hợp KS là thể thuần 47,XXY không ghi nhận trường hợp nào mang thể khảm, hoặc có nhiều hơn 2 NST X trong cặp giới tính (48,XXXY; 49,XXXXY). 4/5 trường hợp KS có kết quả tinh dịch đồ là vô tinh, một trường hợp không có thông tin. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Nhựt và cộng sự (2015) cũng có cùng phát hiện, tuy nhiên nghiên cứu của Trieu Huynh (2002) chỉ ra 47,XXY đóng góp 0.7% trong nhóm nam giới thiếu tinh nặng.^{2,9} Bất thường cấu trúc xảy ra với tỉ lệ 7.5%, chuyển đoạn là sự kiện tái cấu trúc thường gặp nhất. Hai trên tổng số ba trường hợp bất thường cấu trúc là nam giới thuộc nhóm thiếu tinh nặng, trường hợp còn lại là người nam KS mang chuyển đoạn giữa NST 8 và 15 có kết quả tinh dịch đồ là vô tinh.

Hai mươi trường hợp mang đa hình NST được ghi nhận trong nghiên cứu này, chiếm tỉ lệ 50%. Nghiên cứu của Kate (2014) ghi nhận tỉ lệ đa hình trên nhóm nam giới vô sinh là 16.7%, ở nghiên cứu của Madon (2005) là 28.8%, Videau (2001) là 34.5%, Minocherhomji (2009) là 58.7%.^{10,12,13,16} Sự khác nhau trong tiêu chuẩn đánh giá đa hình NST giữa các phòng thí nghiệm cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỉ lệ phát hiện đa hình khác nhau. Trong phạm vi bài nghiên cứu này, các loại đa hình như: kích thước vùng dị nhiễm sắc (qh), đảo đoạn (inv) và biến đổi vùng vệ tinh của các NST tâm đầu (ps/pstk) được tìm thấy ở các NST 1, 9, 10, 16, 21, 22, Y (bảng 2). Đa hình 1qh+ có tỉ lệ phát hiện cao nhất 40% tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Thị Kim Phụng (2020) 42.7%.¹ Đa hình nhóm NST G (21; 22) chiếm 35%, theo sau là 16qh+ và inv(9) lần lượt 25% và 10%. Đa hình inv(10), Yqh+ có tỉ lệ xuất hiện thấp là 5%, 9qh+ và các đa hình trên các NST nhóm D (13, 14, 15) không được phát hiện. Nghiên cứu của Đoàn Thị Kim Phụng (2020) cho thấy tỉ lệ đa hình trên NST 9 và NST giới tính Y chiếm tỉ lệ cao ở các cặp vợ chồng có tiền sử xảy thai hoặc thai chết lưu, tương tự với nghiên cứu của Angelova (2021) trên các cặp vợ chồng vô sinh không rõ nguyên nhân.^{1,3} Bốn trong số hai mươi trường hợp ghi nhận đa hình trên 2 NST khác nhau với kết quả tinh dịch đồ từ thiểu tinh nặng cho đến vô tinh.

Tỉ lệ bất thường NST trong nhóm vô tinh đạt 14.8% tương đồng với nghiên cứu của Nagvenkar (2005) và Donker (2017) lần lượt là 14.3% và 14.4%, con số này ở nhóm thiểu tinh 18.2%, cao hơn so với với nghiên cứu

Nagvenkar (2005) là 6.5%.^{6,15} Lần lượt là 30% và 36.3% trường hợp vô tinh và thiểu tinh có bộ NST 46,XY bình thường, một trong những lý do có thể kể đến đó là xét nghiệm NST đồ không thể phát hiện các vi mất đoạn chẳng hạn như vi mất đoạn trên NST Y có tác động trực tiếp đến khả năng sản sinh tinh trùng của nam giới.

Đa hình NST từng được xem là bình thường trong một khoảng thời gian dài tuy nhiên ngày càng nhiều nghiên cứu chỉ ra tần suất phát hiện cao ở nhóm có vấn đề về sinh sản so với quần thể chung, tuy nhiên còn nhiều tranh cãi về mối liên hệ giữa chúng.^{12,17,19} Một số giả thuyết về tác động của các đa hình NST khác nhau đến khả năng sinh sản có thể kể đến như:

Đa hình vùng dị nhiễm sắc: đa hình vùng dị nhiễm sắc gây ra sự khác biệt về hình thái giữa các cặp NST chị em từ đó cản trở quá trình tiếp hợp, chậm trễ toàn bộ chu trình phân chia do đó tăng khả năng xuất hiện sai sót trong giảm phân.⁵

Đa hình đảo đoạn qua tâm NST: gây rối loạn quá trình sinh tinh và tạo ra các giao tử không cân bằng. Cũng tương tự như đa hình dị nhiễm sắc, đảo đoạn gây ra hình thái bất thường cho NST làm chậm trễ và thất bại quá trình giảm phân.⁵

Đa hình trên NST tâm đầu: các vệ tinh lớn trên cánh ngắn của NST tâm đầu có thể dẫn đến sự phân chia NST không đúng cách trong giảm phân và hậu quả là mất thai.³

Đa hình trên 2 NST khác nhau: là biến thể hiếm và xu hướng tác động xấu lên quá trình sinh sản.

Hạn chế của nghiên cứu này là cỡ mẫu nhỏ, chưa loại trừ được các trường hợp vô sinh thứ phát.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bất thường NST trong nhóm nam giới vô sinh là 17.5%, trong đó bất thường về số lượng chiếm 12.5%, cấu trúc là 7.5%. Hội chứng Klinefelter chiếm tỷ lệ cao nhất 12.5%. Đa hình NST được ghi nhận với tỷ lệ tương đối cao 50% ở các NST khác nhau như 1, 9, 10, 16, nhóm D/G với đa hình tăng kích thước vùng dị nhiễm sắc 1qh+ xuất hiện phổ biến nhất. Nghiên cứu trên đây một lần nữa nhấn mạnh vai trò của nhiễm sắc thể đồ trong tham vấn vô sinh nam, giúp xác định căn nguyên bệnh, định hướng điều trị và tư vấn di truyền cho các cặp vợ chồng. Bên cạnh bất thường NST, đa hình cũng cần được ghi nhận lại cho đến khi có các nghiên cứu sâu hơn làm rõ vai trò của chúng trong vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Thị Kim Phượng, Phạm Thế Vương, Vũ Thị Hà, et al.** Tính đa hình nhiễm sắc thể ở các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai và thai chết lưu. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020; 134(10):42-48.
2. **Nguyễn Đức Nhựt**, Nghiên cứu bất thường NST và phát hiện mất đoạn AZFabcd ở những nam giới vô tinh và thiếu tinh năng. 2015, Luận văn Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Angelova L, Tsvetkova M, Levkova MJJoIAPSP.** Chromosomal polymorphism in Bulgarian patients with reproductive problems—one genetic centre experience. Journal of IMAB—Annual Proceeding Scientific Papers, 2021. 27, 4133-4138 DOI: 10.5272/jimab.2021274.4133.
4. **Azimi C, Khaleghian M, Farzanfar FJAJoB.** Cytogenetic studies among Iranian infertile men: The first 20-year long-term report. Journal of IMAB 2012. 11, 8973-8978 DOI: 10.5897/AJB12.6500.
5. **Christofolini D, Mafra F, Neto R, et al.** Correlation between chromosomal variants and male infertility in a population of Brazilian infertile men. 2012. 1, 2 DOI: 10.4172/2161-038X.1000105.
6. **Donker RB, Vloeberghs V, Groen H, et al.** Chromosomal abnormalities in 1663 infertile men with azoospermia: the clinical consequences. Hum Reprod, 2017. 32, 2574-2580 DOI: 10.1093/humrep/dex307.
7. **El-Dahtory F, Yahia S, Rasheed RA, et al.** Prevalence and patterns of chromosomal abnormalities among Egyptian patients with infertility: a single institution's 5-year experience. Middle East Fertility Society Journal, 2022. 27, 10 DOI: 10.1186/s43043-022-00101-x.
8. **Ferlin A, Raicu F, Gatta V, et al.** Male infertility: role of genetic background. Reprod Biomed Online, 2007. 14, 734-45 DOI: 10.1016/s1472-6483(10)60677-3.
9. **Huynh T, Mollard R, Trounson. A** Selected genetic factors associated with male infertility. Hum Reprod Update, 2002. 8, 183-98 DOI: 10.1093/humupd/8.2.183.
10. **Kate UV, Pokale YS, Jadhav AM, et al.** Chromosomal aberrations and polymorphic evaluation in males with primary infertility from Indian population. J Clin Diagn Res, 2014. 8, Sc01-6 DOI: 10.7860/jcdr/2014/8644.4933.
11. **Lee SR, Lee TH, Song SH, et al.** Update on genetic screening and treatment for infertile men with genetic disorders in the era of

- assisted reproductive technology. *Clin Exp Reprod Med*, 2021. 48, 283-294 DOI: 10.5653/cerm.2021.04476.
12. **Madon PF, Athalye AS, Parikh FR.** Polymorphic variants on chromosomes probably play a significant role in infertility. *Reprod Biomed Online*, 2005. 11, 726-32 DOI: 10.1016/s1472-6483(10)61691-4.
 13. **Minocherhomji S, Athalye AS, Madon PF, et al.** A case-control study identifying chromosomal polymorphic variations as forms of epigenetic alterations associated with the infertility phenotype. *Fertil Steril*, 2009. 92, 88-95 DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.05.071.
 14. **Nadeali Z, Salehi P, Derakhshan-Horeh M, et al.** Estimating the Risk for Chromosomal Abnormalities and Heteromorphic Variants in Azoospermic and Severe Oligozoospermic Men. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*. 2018; 5(2):101-106.
 15. **Nagvenkar P, Desai K, Hinduja I, et al.** Chromosomal studies in infertile men with oligozoospermia & non-obstructive azoospermia. *Indian J Med Res*. 2005; 122(1):34-42.
 16. **Penna Videau S, Araujo H, Ballesta F, et al.** Chromosomal abnormalities and polymorphisms in infertile men. *Arch Androl*, 2001. 46, 205-10 DOI: 10.1080/01485010151096504.
 17. **Sahin FI, Yilmaz Z, Yuregir OO, et al.** Chromosome heteromorphisms: an impact on infertility. *J Assist Reprod Genet*, 2008. 25, 191-5 DOI: 10.1007/s10815-008-9216-3.
 18. **Sha J, Huang G, Zhang B, et al.** Chromosomal abnormalities and Y chromosome microdeletions in infertile men with azoospermia and oligozoospermia in Eastern China. *J Int Med Res*, 2020. 48, 300060519896712 DOI: 10.1177/0300060519896712.
 19. **Wyandt HE, Wilson GN, Tonk VS,** Clinical Populations, in *Human chromosome variation: heteromorphism, polymorphism and pathogenesis*. 2017, Springer. p. 47-56.
 20. **Zhang M, Fan HT, Zhang QS, et al.** Genetic screening and evaluation for chromosomal abnormalities of infertile males in Jilin Province, China. *Genet Mol Res*, 2015. 14, 16178-84 DOI: 10.4238/2015.December.8.7.

KHẢO SÁT TỶ LỆ NHIỄM CÁC TÁC NHÂN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC Ở BỆNH NHÂN NAM VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Đinh Nguyễn Tấn Hòa¹, Mai Bá Tiến Dũng¹,
Đặng Quang Tuấn¹, Nguyễn Hồ Vĩnh Phước¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vô sinh nam được chứng minh có mối liên hệ với sự nhiễm trùng niệu đạo sinh dục. Các tác nhân lây truyền qua đường tình dục là một trong những nguyên nhân gây nhiễm trùng niệu đạo sinh dục và một số tác nhân này đã được xác định có hiện diện và có ảnh hưởng tới chất lượng tinh dịch.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỷ lệ lây nhiễm các tác nhân lây truyền qua đường tình dục ở bệnh nhân nam vô sinh và xác định mối liên hệ với các thông số tinh dịch đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên bệnh nhân nam vô sinh tới khám tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022 được thực hiện xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục bằng phương pháp Multiplex Realtime PCR và xét nghiệm tinh dịch đồ.

Kết quả: 93 bệnh nhân nam vô sinh được lựa chọn và sáu tác nhân lây truyền qua đường tình dục được ghi nhận, bao gồm: *G. vaginalis*, *U. parvum*, *U. urealyticum*, *C. trachomatis*, *M. hominis*, *N. gonorrhoeae*; trong đó *G. vaginalis*

và nhóm *Ureaplasmas spp.* chiếm tỷ lệ cao nhất (tương ứng với 32.26% và 27.96%). Kết quả đồng nhiễm cho thấy, *G. vaginalis* xuất hiện trong phần lớn các mẫu đồng nhiễm (95.24%) và đồng nhiễm giữa *G. vaginalis* với nhóm *Ureaplasmas spp.* chiếm tỷ lệ cao nhất (80.95%). Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt về độ di động không tiến tới giữa nhóm dương tính và âm tính với *U. urealyticum* (20, IQR: 19.5-22.5 so với 17, IQR:14-20, p-value = 0.015).

Kết luận: Nghiên cứu này chỉ ra tỷ lệ nhiễm cao của *G. vaginalis* và nhóm *ureaplasma* ở bệnh nhân nam vô sinh, gợi ý vai trò của các tác nhân này đối với vô sinh nam.

Từ khóa: vô sinh nam, tinh dịch đồ, *Ureaplasma spp.*, *Gardnerella vaginalis*.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN MALE INFERTILITY AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Male infertility has been associated with urogenital infection. Sexually transmitted infections (STI) are one of the causes of urogenital infection and some of them detected in semen can affect sperm quality.

The aim of the study: investigate the prevalence of STI in male infertility patients and determine the relationship with semen parameters.

Methods: The cross-sectional study was performed on infertile male patients who visited

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Nguyễn Tấn Hòa
SĐT: 0908405458

Email: tanhoa13396@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

the Department of Andrology, Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City from September 2020 to October 2022 and were tested for sexually transmitted diseases by Multiplex Realtime PCR and semen analysis.

Results: 93 infertile male patients were enrolled and six STI identified, including: *G. vaginalis*, *U. parvum*, *U. urealyticum*, *C. trachomatis*, *M. hominis* and *N. gonorrhoeae*; in which *G. vaginalis* and *Ureaplasma* spp. accounting for the highest proportion (32.26% and 27.96%, respectively). Co-infection results showed that *G. vaginalis* appeared in the majority of co-infected samples (95.24%) and co-infection between *G. vaginalis* and *Ureaplasma* spp. accounted for the highest percentage (80.95%). In addition, there was a difference in non-progressive motility between the *U. urealyticum*-positive and *U. urealyticum*-negative groups (20, IQR: 19.5-22.5 vs 17, IQR:14-20, p-value = 0.015).

Conclusion: This study showed a high infection rate of *G. vaginalis* and *Ureaplasma* spp. in male infertility patients, suggesting a role for these agents in male infertility.

Keywords: male infertility, semen analysis, *Ureaplasma* spp., *Gardnerella vaginalis*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới, vô sinh được định nghĩa là một cặp vợ chồng không có khả năng thụ thai sau một năm quan hệ mà không sử dụng biện pháp bảo vệ. Khoảng 15% các cặp vợ chồng bị vô sinh và ước tính khoảng một nửa các trường hợp là do nam giới. Năm 2000, WHO đã công nhận vai trò của nhiễm trùng đường sinh dục trong điều trị vô sinh. Các tác nhân lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted

infections – STI) ở nam giới gây tổn thương đường sinh dục, nhiễm trùng tinh dịch, viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo, viêm mào tinh và viêm tinh hoàn. STI có khả năng bám dính vào tinh trùng, tế bào sinh tinh trùng, tế bào sertoli và gây tổn thương DNA tinh trùng. Do đó, STI đang được xem là một trong những yếu tố tiềm năng có ảnh hưởng tới vô sinh nam.

Một số STI được xác định trong mẫu tinh dịch ở cả nam giới có và không có triệu chứng nhiễm trùng đường niệu, tinh hoàn và tuyến sinh dục như *Chlamydia trachomatis*, nhóm *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma* spp., *Nisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, trùng roi âm đạo *Trichomonas vaginalis* và một số virus như CMV, HSV, HPV, HIV.6 Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm các STI này ở nhóm nam giới vô sinh và nhóm nam giới có khả năng sinh sản chưa rõ ràng và tác động của các STI lên các chỉ số tinh dịch đồ còn nhiều tranh cãi, do chất lượng các nghiên cứu còn hạn chế.⁵ Ngoài ra, tỷ lệ các STI ở nam giới vô sinh có sự khác biệt giữa các khu vực địa lý. Ở châu Á, phần lớn các nghiên cứu về tình trạng nhiễm STI ở nam giới vô sinh được thực hiện ở Trung Quốc, chưa có nhiều dữ liệu về tỷ lệ nhiễm các tác nhân này ở nam giới vô sinh tại Việt Nam.

Các phương pháp xét nghiệm truyền thống trong chẩn đoán nhiễm trùng đường sinh dục tốn nhiều công sức, có độ nhạy thấp, thời gian thực hiện dài và phần lớn chỉ phát hiện đơn tác nhân cũng như khó phát hiện nhiều loài vi sinh vật. Hiện nay, kỹ thuật real-time multiplex PCR cho phép phát hiện

đồng thời nhiều tác nhân gây bệnh một cách nhanh chóng với độ nhạy và độ chính xác cao.

Mục tiêu của nghiên cứu: khảo sát tỷ lệ nhiễm các STI ở bệnh nhân nam vô sinh và xác định mối liên hệ với các chỉ số tình dục, góp phần vào cơ sở dữ liệu ban đầu tại Việt Nam và cho các nghiên cứu tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Cỡ mẫu và loại mẫu thu nhận

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên nam giới được chẩn đoán là vô sinh khi tới khám tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022. Tiến hành thu nhận mẫu nước tiểu đầu dòng cho xét nghiệm phát hiện các tác nhân lây truyền qua đường tình dục và mẫu tinh dịch cho xét nghiệm tinh dịch đồ. Mẫu nước tiểu đầu dòng sau khi thu nhận sẽ được xử lý trong ngày. Mẫu tinh dịch được thu thập bằng cách thủ dâm và xử lý trong vòng 1 giờ sau khi lấy mẫu, được phân tích và đánh giá theo hướng dẫn Tổ chức y tế thế giới (WHO) phiên bản 2010.

Tách chiết DNA và phản ứng real-time multiplex PCR

Mẫu nước tiểu đầu dòng sau xử lý được tách chiết DNA, sử dụng bộ kit

PANAMAXTM Viral DNA/RNA Extraction (Panagene) và thực hiện phản ứng real-time multiplex PCR bằng bộ kit PANA RealTyperTM STD (Panagene) theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Phân tích thống kê

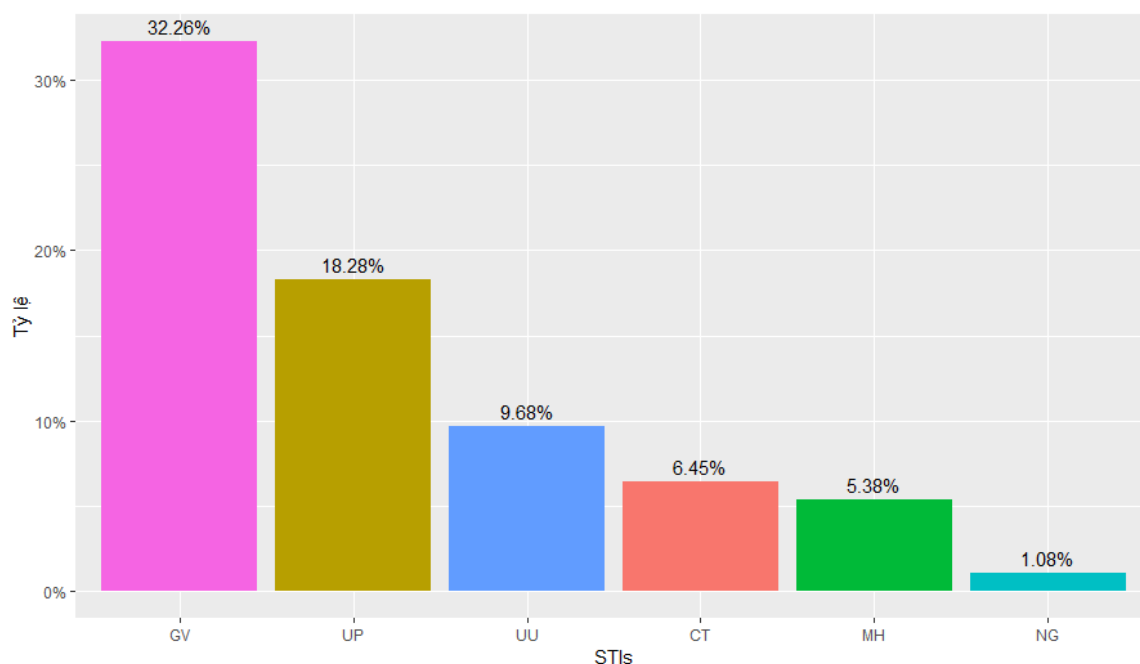
Phân tích thống kê sử dụng phần mềm R, version 4.2.0. Sử dụng kiểm định Chi bình phương và Wilcoxon sum rank để so sánh độ tuổi và các chỉ số tình dục giữa nhóm dương tính và âm tính. Giá trị $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 93 nam giới vô sinh với độ tuổi trung bình là 33.30 ± 5.17 tuổi, trong đó nhóm có tuổi 25-40 chiếm tỷ lệ cao nhất 86.02% (Bảng 1). Tỷ lệ dương tính là 47.31%, trong đó tỷ lệ dương tính với 1, 2 và 3 tác nhân lần lượt là 24.73%, 19.35% và 3.23%. Phát hiện 6 tác nhân STI trong nghiên cứu, lần lượt là *Gardnerella vaginalis* (GV, 32.26%), *Ureaplasma parvum* (UP, 18.28%), *Ureaplasma urealyticum* (UU, 9.68%), *Chlamydia trachomatis* (CT, 6.45%), *Mycoplasma hominis* (MH, 5.38%) và *Nisseria gonorrhoeae* (NG, 1.08%) (Biểu đồ 1).

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm STI ở nam giới vô sinh theo độ tuổi

Nhóm tuổi	Số mẫu (N=93)	Dương tính (N=44)	Âm tính (N=49)	p-value
< 25	4 (4.30%)	3 (3.23%)	1 (1.08%)	0.258
25 - 40	80 (86.02%)	35 (37.63%)	45 (48.39%)	
> 40	9 (9.68%)	6 (6.45%)	3 (3.23%)	



Biểu đồ 1. Tỷ lệ STI ở nam giới vô sinh trong nghiên cứu. GV - *Gardnerella vaginalis*, UP - *Ureaplasma parvum*, UU - *Ureaplasma urealyticum*, CT - *Chlamydia trachomatis*, MH - *Mycoplasma hominis*, NG - *Nisseria gonorrhoeae*

Trong 21 mẫu đồng nhiễm, tác nhân *G. vaginalis* xuất hiện trong hầu hết các trường hợp với tỷ lệ 95.24%; trong đó, đồng nhiễm giữa *G. vaginalis* và nhóm *Ureaplasma* spp. chiếm tỷ lệ cao nhất 80.95% (Bảng 2). Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ di động không tiến tới ở nhóm nhiễm *U. urealyticum* cao hơn so với nhóm không nhiễm (20, IQR: 19.5-22.5 so với 17, IQR:14-20, p-value = 0.015). Không ghi nhận sự khác biệt về các chỉ số tinh dịch đồ ở nhóm dương tính và âm tính với các STI còn lại.

Bảng 2. Tỷ lệ đồng nhiễm STI ở nam giới vô sinh trong nghiên cứu

STI	Tỷ lệ (N=21)
GV+CT	1 (4.76%)
GV+NG	1 (4.76%)
GV+MH	1 (4.76%)
GV+UU	4 (19.05%)

GV+UP	10 (47.62%)
UU+UP	1 (4.76%)
GV+UP+MH	3 (14.29%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận sự hiện diện của 6 STI ở nam giới vô sinh lần lượt là *G. vaginalis* (32.26%), *U. parvum* (18.28%), *U. urealyticum* (9.68%), *C. trachomatis* (6.45%), *M. hominis* (5.38%) và *N. gonorrhoeae* (1.08%). Ngoài trừ *G. vaginalis*, các tác nhân còn lại đã được quan tâm và đề cập trong các báo cáo về ảnh hưởng của STI lên vô sinh nam.^{5,6}

G. vaginalis là một trong những vi khuẩn khu trú ở âm đạo người phụ nữ, có thể gây viêm âm đạo và dẫn đến vô sinh ở nữ. Sự lây nhiễm GV đường niệu sinh dục nam giới thường được cho là kết quả của việc tiếp xúc

với bạn tình nữ; tuy nhiên, GV cũng được ghi nhận ở nam giới có quan hệ đồng tính. Hiện nay, có rất ít nghiên cứu về vai trò của GV ở nam giới vô sinh. Trong nghiên cứu của Fernando Tadeu Andrade-Rocha (2007) khảo sát trên 108 bệnh nhân vô sinh nam ghi nhận 22.2% nhiễm GV,¹ thấp hơn trong nghiên cứu này tỷ lệ nhiễm GV là 32.26%. Bên cạnh đó, cả hai nghiên cứu cũng ghi nhận không có sự khác biệt về đặc điểm tinh trùng giữa nhóm nhiễm và không nhiễm GV ở nam giới vô sinh. Một nghiên cứu khác ghi nhận GV có mối liên hệ với việc tăng độ nhớt của tinh dịch (p-value = 0.03).⁴ Tỷ lệ đồng nhiễm của GV với một số vi khuẩn khác cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao 73.68%⁴ và trong nghiên cứu này là 95.24%. GV có khả năng hình thành màng sinh học, đây có thể là nguyên nhân giải thích tỷ lệ đồng nhiễm cao. Mặc dù GV không ảnh hưởng tới chất lượng tinh trùng, sự hiện diện của nó trong tinh dịch có thể lây nhiễm qua đường sinh dục nữ thông qua giao hợp. Ngoài ra, vi khuẩn này cũng bám vào tế bào biểu mô vảy ở niệu đạo xa, làm tăng nguy cơ lây truyền sang đường sinh dục nữ. Do đó, nam giới nhiễm GV hoặc nam giới có bạn tình nữ nhiễm GV nên được điều trị để tránh tái nhiễm cho bạn tình nữ.

Nhóm ureaplasma (bao gồm UU và UP) là các vi khuẩn hội sinh khu trú ở đường niệu nam và lây nhiễm vào tinh dịch trong quá trình xuất tinh. Tuy nhiên, những vi sinh vật này, có khả năng gây nhiễm trùng niệu sinh dục và vô sinh nam, đặc biệt là UU.⁶ Phần lớn các nghiên cứu về vai trò của nhóm ureaplasma lên vô sinh nam không phân biệt vai trò riêng lẻ của UU và UP.^{3,6} Trong một

nghiên cứu phân tích tổng hợp chỉ ra UU có mối liên hệ với vô sinh nam với tỷ lệ nhiễm UU ở nam giới vô sinh cao hơn so với nhóm người khỏe mạnh (OR: 3.33, 95%CI: 1.02-8.99), tuy nhiên không ghi nhận mối liên hệ với giữa UP và vô sinh nam (OR: 0.91, 95%CI: 0.32-2.61).⁷ Tỷ lệ nhiễm UU và UP ở nam giới vô sinh hoặc nam giới trong cặp vô sinh dao động tương ứng từ 2.00% đến 16.11% và 13.53% đến 29.26%.^{2,8,9} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm UU và UP ghi nhận lần lượt là 9.68% và 18.28%. Một số nghiên cứu không ghi nhận mối liên hệ giữa UU và các biến đổi trong tinh dịch, một số khác báo cáo có sự giảm mật độ tinh trùng, giảm di động và hình dạng.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ di động không tiến tới ở nhóm nhiễm UU cao hơn so với nhóm không nhiễm (20.0, IQR: 19.5-22.5 so với 17.0, IQR:14-20, p-value = 0.015). Một số cơ chế đã được đề xuất cho khả năng gây vô sinh ở nam giới nhiễm *Ureaplasma* spp.: bám trực tiếp vào tinh trùng làm khả năng giảm di động, tạo ra các sản phẩm độc hại làm hỏng màng tinh trùng và gây phân mảnh DNA tinh trùng, các kháng thể chống lại protein UreG của *Ureaplasma* spp. cũng phản ứng với đầu tinh trùng, giảm sự kết hợp hoạt động của P34H và hyaluronidase trong acrosome làm giảm khả năng xâm nhập của tinh trùng vào trứng.³ Mặc dù nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ nhiễm UU ở nam giới vô sinh cao hơn so với nhóm khỏe mạnh, tuy nhiên vai trò và ảnh hưởng của UU lên chất lượng tinh trùng nói riêng và các cơ chế vô sinh nói chung vẫn còn nhiều tranh cãi.

Giới hạn trong nghiên cứu này là cỡ mẫu nhỏ (N=93) và sử dụng mẫu nước tiểu đầu

dòng thay vì tinh dịch để đánh giá tình trạng nhiễm STI. Khoảng thời gian chênh lệch giữa lần lấy mẫu nước tiểu và lấy mẫu tinh dịch là 0.01 ± 1.15 ngày. Nghiên cứu chưa xem xét các tiêu chí loại trừ cần thiết như: các triệu chứng nhiễm trùng đường niệu sinh dục, các bất thường về cơ quan sinh sản (giãn tĩnh mạch thừng tinh, tràn dịch tinh mạc, tinh hoàn ẩn, thoát vị bẹn) và bất thường về nội tiết tố nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm cao của *G. vaginalis* và chủng ureaplasma (gồm *U. parvum* và *U. urealyticum*) và tỷ lệ đồng nhiễm cao ở hai nhóm vi khuẩn này ở nam giới vô sinh. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ di động không tiến tới giữa nhóm dương tính cao hơn nhóm âm tính với *U. urealyticum*. Điều này gợi ra vai trò của các tác nhân này đối với vô sinh nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrade-Rocha FT.** Colonization of *Gardnerella vaginalis* in semen of infertile men: prevalence, influence on sperm characteristics, relationship with leukocyte concentration and clinical significance. *Gynecologic and obstetric investigation*. 2009; 68(2):134-136.
2. **Bai S, Li Y, Hu M-H, et al.** Association of sexually transmitted infection with semen quality in men from couples with primary and secondary infertility. *Asian Journal of Andrology*. 2022; 24(3):317.
3. **Beeton ML, Payne MS, Jones L.** The role of *Ureaplasma* spp. in the development of nongonococcal urethritis and infertility among men. *Clinical Microbiology Reviews*. 2019; 32(4):e00137-18.
4. **Damke E, Kurscheidt FA, Irie MM, et al.** Male partners of infertile couples with seminal positivity for markers of bacterial vaginosis have impaired fertility. *American journal of men's health*. 2018; 12(6):2104-2115.
5. **Fode M, Fusco F, Lipshultz L, et al.** Sexually transmitted disease and male infertility: a systematic review. *European urology focus*. 2016; 2(4):383-393.
6. **Gimenes F, Souza RP, Bento JC, et al.** Male infertility: a public health issue caused by sexually transmitted pathogens. *Nature Reviews Urology*. 2014; 11(12):672-687.
7. **Huang C, Zhu H, Xu K, et al.** Mycoplasma and ureaplasma infection and male infertility: a systematic review and meta-analysis. *Andrology*. 2015; 3(5):809-816.
8. **Pebdeni PH, Saffari F, Mirshekari TR, et al.** Bacteriospermia and its association with seminal fluid parameters and infertility in infertile men, Kerman, Iran: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2022; 20(3):202.
9. **Zhou YH, Ma HX, Shi XX, et al.** *Ureaplasma* spp. in male infertility and its relationship with semen quality and seminal plasma components. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2018; 51(6):778-783.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CHỌC DÒ VÀ NONG ĐÀI BỂ THẬN CỦA SIÊU ÂM CÓ GIÁ ĐỖ TRONG PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ

Bùi Quan Thiên Phú¹, Nguyễn Tuấn Vinh, Nguyễn Tế Kha¹,
Mai Viết Nhật Tân¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh¹, Diễm Đăng Khoa¹,
Nguyễn Thế Tùng¹, Nguyễn Vương Bảo Anh¹,
Nguyễn Tiến Đạt¹, Trần Thanh Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Trong các phương pháp điều trị sỏi thận, tán sỏi qua da (PCNL) là một bước tiến lớn trong điều trị sỏi thận, đặc biệt là những sỏi thận phức tạp. Tuy nhiên tại Việt Nam, phẫu thuật tán sỏi qua da chủ yếu được thực hiện dưới hướng dẫn Xquang, mặc dù nguy cơ có hậu quả của nó là để bệnh nhân, bác sĩ phẫu thuật và nhân viên tham gia cuộc phẫu thuật tiếp xúc với nguy cơ bức xạ. Bên cạnh đó, hướng dẫn của Xquang khi chọc dò bể thận có nhiều hạn chế như: không thể thấy sỏi không cản quang, không thể quan sát được các tạng quanh thận, chỉ chiếu được 2 mặt phẳng thẳng và nghiêng. So với chọc dò đài bể thận dưới hướng dẫn của X-quang, sử dụng siêu âm để hướng dẫn chọc dò là một lựa chọn thay thế với nhiều ưu điểm như: tránh tiếp xúc với sự phơi nhiễm phóng xạ thấy được các hình ảnh quanh thận như nang thận, u sau phúc mạc hay ruột, phổi để tránh bị tổn thương khi chọc. Mặc khác, sinh thiết thận dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ giúp tỉ lệ sinh thiết đầy đủ mô tăng lên, giảm các biến chứng tiểu máu, tăng thời

gian bắt đầu kim trên siêu âm. Tại Việt Nam, thực hiện tán sỏi thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ chưa được áp dụng, do đó với mong muốn làm rõ hơn tính an toàn, hiệu quả và lợi ích của việc lựa chọn siêu âm có giá đỡ để hướng dẫn chọc dò đài bể thận tạo đường hầm khi điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (PCNL).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang 81 trường hợp sỏi thận được thực hiện phương pháp tán sỏi qua da với đường hầm nhỏ (MINIPERC) dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ tại bệnh viện Bình Dân khoa Phẫu thuật ung bướu tiết niệu trong thời gian từ 01/11/2021 đến 01/11/2022.

Kết quả: Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam nữ (2,371/1), tuổi trung bình 51,41; tỉ lệ sỏi thận P/T (50,6/49,4%); Kích thước sỏi trung bình $27,38 \pm 7,432$, (trong đó <20 : 22,20%; $20 \leq 30$: 50,60%; >30 : 27,20%). Độ HU trung bình là: $1150,96 \pm 199,26$ (525-1500) HU. Vị trí sỏi bể thận và đài dưới chiếm đa số 56,7%. Về Guy's stone Score độ I, II, III chiếm lần lượt là: 69,10%; 22,20% và 8,70%. Tỷ lệ chọc dò thành công là 81/81 trường hợp, trong đó số lần chọc dò 1 lần, 2 lần, 3 lần lần lượt là: 69-9-3 trường hợp. Trong kết quả nghiên cứu chỉ có 2 trường hợp phải nong đường hầm lần 2 chiếm 2,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $88,95 \pm 20,22$ phút, thời gian chọc dò trung bình $18,28 \pm 17,69$ giây. Thời gian nong đường hầm trung bình

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quan Thiên Phú
SĐT: 0906827278

Email: bs.buiquanthienphu@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/01/2023

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

13,49 ± 5,19 phút. Độ giảm nồng độ Rbc, Hgb, Hct sau mổ lần lượt là 0,45 ± 0,29 (-0,13 – 1,37) M/uL; 1,10 ± 0,77 (-0,4 – 3,4) g/dL; 4,07 ± 2,58 (-0,15 – 13,6) %. Tỷ lệ biến chứng 9/81 TH chiếm 11,1%.

Kết luận: Kết quả từ 81 trường hợp chọc dò và nong đài bể thận dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại khoa Phẫu thuật ung bướu tiết niệu cho thấy được tính an toàn, hiệu quả, giảm thời gian bức xạ, giảm thời gian đâm kim, tránh tổn thương tạng khác trong quá trình chọc dò và nong. Đây là cơ sở để chúng tôi tiếp tục triển khai và thực hiện dần thay thế cho C-Arm trong điều trị sỏi

Từ khóa: Tán sỏi thận qua da, siêu âm, giá đỡ kim sinh thiết.

SUMMARY

EVALUATION OF THE FUNCTION PERFORMED BY SUPPORTED ULTRASOUND IN MINIPERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY BY NEEDLE HOLDER IN PUNCTURE AND TRACT FORMATION

Background and objective: In the treatment of kidney stones, percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is a big step forward in the treatment of kidney stones, especially complex kidney stones. However, in Vietnam, percutaneous lithotripsy is mainly performed under radiological guidance, despite its inherent risk of exposing the patient, surgeon, and surgical staff to radiation risk. In addition, the X-ray guidelines for pyelonephritis have many limitations such as: not being able to see unenhanced stones, not being able to observe the viscera around the kidney, and only projecting two straight and inclined planes. Compared with X-ray-guided pyelonephritis, using ultrasound to guide the catheterization is an

alternative with many advantages such as: avoiding exposure to radiation exposure to visible images. around the kidney such as renal cyst, retroperitoneal tumor or intestine, lung to avoid injury when puncture. On the other hand, supported ultrasound-guided renal biopsy helps to increase the rate of complete tissue biopsies, reduce hematuria complications, and increase ultrasound needle initiation time. In Vietnam, ultrasound guided percutaneous nephrolithotomy with holder needle has not been applied, so we performed this study to evaluate the safety and effectiveness of percutaneous nephrolithiasis with supported ultrasound guidance.

Materials and Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study of 81 cases of kidney stones who were performed mini-percutaneous nephrolithotomy (MINIPERC) under the guidance of supported ultrasound at Urology Oncology Department, Binh Dan hospital from November 1, 2021 to November 1, 2022.

Results: We recorded the ratio of male to female (2,371/1), average age 51.41; rate of kidney stones P/T (50.6/49.4%); The average stone size was 27.38±7.432, (in which <20: 22.20%; 20<= 30: 50.60%; >30: 27.20%). The average HU was: 1150.96 ± 199.26 (525-1500) HU. Location of Renal pelvis and lower calyx accounted for 56.7%. About Guy's stone Score level I, II, III, respectively: 69.10%; 22.20% and 8.70%. The rate of successful puncture is 81/81 cases, in which the number of puncture times 1 time, 2 times, 3 times respectively is: 69-9-3 cases. In the research results, there were only 2 cases where the second tunneling was required, accounting for 2.5%. The average surgical time was 88.95 ± 20.22 minutes, the average puncture time was 18.28 ± 17.69 seconds. The average tunneling time was 13.49 ± 5.19 minutes. The decrease in Rbc, Hgb, and Hct concentrations

after surgery was 0.45 ± 0.29 ($-0.13 - 1.37$) M/uL, respectively; 1.10 ± 0.77 ($-0.4 - 3.4$) g/dL; 4.07 ± 2.58 ($-0.15 - 13.6$) %. Complication rate 9/81 TH accounted for 11.1%.

Conclusions: Results from 81 cases of ultrasound-guided with needle holder in mini-percutaneous nephrolithotomy at Urology Oncology Department showed that it was safe, effective, reduce radiation time, reduce needle puncture time, avoid other organ damage during puncture and dilation. This is the basis for us to continue to implement and gradually replace C-Arm in stone treatment.

Keywords: Percutaneous renal lithotripsy, ultrasound, biopsy needle holder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường bài xuất là bệnh lý khá phổ biến chiếm 40-60% trong số bệnh lý về đường tiết niệu, chiếm khoảng 2-3% dân số. Theo thống kê, tỉ lệ mắc sỏi tiết niệu tại Việt Nam 2-12% trong đó sỏi thận chiếm đến 40%[3]. Tán sỏi qua da (PCNL) là một bước tiến lớn trong điều trị sỏi thận, đặc biệt là những sỏi thận phức tạp. Trong số các bước của phẫu thuật thì chọc dò đài bể thận có ý nghĩa quyết định sự thành công của phương pháp.

So với chọc dò đài bể thận dưới hướng dẫn của X-quang có nhiều hạn chế như bệnh nhân và phẫu thuật viên tiếp xúc với tia xạ trong suốt quá trình phẫu thuật mặc dù cả bệnh nhân và phẫu thuật viên được trang bị bảo hộ nhưng vẫn có thể ảnh hưởng trong dài hạn, bất kể liều lượng tia xạ. Do đó sử dụng siêu âm để hướng dẫn chọc dò đài bể thận trong tán sỏi qua da là một lựa chọn thay thế với nhiều ưu điểm như: tránh tiếp xúc với sự phơi nhiễm phóng xạ; không cần sử dụng thuốc cản quang cho bệnh nhân; có thể thấy kim chọc dò liên tục trong suốt quá trình

chọc dò; thấy được các hình ảnh quanh thận và các cấu trúc quanh thận như nang thận, u sau phúc mạc hay ruột, phổi để tránh bị tổn thương khi chọc. Theo nghiên cứu Namrata Rao và Abhilash Chandra về sinh thiết thận dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ và không có giá đỡ, Tỉ lệ sinh thiết đầy đủ mô tăng lên từ 84% lên 93,7%, giảm các biến chứng sau sinh thiết 8,4%, tăng thời gian bắt đầu kim trên siêu âm giảm thời gian sinh thiết[9]. Từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn làm rõ hơn tính an toàn, hiệu quả và lợi ích của việc lựa chọn siêu âm có giá đỡ để hướng dẫn chọc dò đài bể thận trong việc tạo đường hầm khi điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (PCNL)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng phương pháp tán sỏi qua da với đường hầm nhỏ (MINIPERC) dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ tại khoa Phẫu thuật ung bướu tiết niệu bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ 01/11/2021 đến 01/11/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tán sỏi thận qua da: Sỏi đài bể thận có kích thước lớn (sỏi đài bể thận có kích thước $\geq 20\text{mm}$). Không có chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể (Hounsfield > 1000 đv), tán sỏi ngoài cơ thể thất bại, sỏi đài dưới khó đào thải sau tán sỏi. Sỏi thận tái phát sau khi đã mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có khung chậu và khung sườn lớn hạn chế không gian thao tác của siêu âm có giá đỡ.

Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, phương pháp thu thập số liệu hồi cứu.

+ Cỡ mẫu

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu

Z (1 - α/2): Hệ số tin cậy. Với ngưỡng tin cậy 95% (α = 0,05) thì Z = 1,96.

p: Tỷ lệ biến chứng nặng trong quá trình nong đường hầm 5,4%.[6]

d: Độ chính xác mong muốn. Dự kiến d = 0,05 (mong muốn kết quả đạt được sai khác so với kết quả thật không quá 5%). [6]

Thay các thông số vào, cỡ mẫu tính được là 78,49.

Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 79 bệnh nhân.

Như vậy, số BN cần nghiên cứu tối thiểu là 79 bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi lấy 81 trường hợp [6].

Cách tiến hành.

+ Dụng cụ

Bộ nong Seplou



Dụng cụ cố định kim

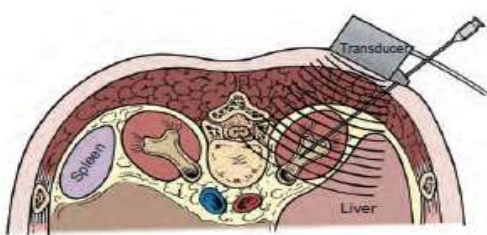


Máy siêu âm Affinity 30

Hình 32. Các dụng cụ phẫu thuật MINI-PERC

Tiến hành phẫu thuật:

Chọc dò đài thận:



Hình 2. Sử dụng đầu dò siêu âm để định hướng chọc dò vào hệ thống đài bể thận

Xác định đài thận cần chọc dò: bơm nước muối sinh lý vào hệ thống đài bể thận qua thông niệu quản. Dùng đầu dò siêu âm xác định đài thận cần chọc dò. Siêu âm xác định khoảng cách từ bề mặt da đến bề mặt da dự định chọc dò, đến đài thận cần chọc kim, đảm bảo không có cơ quan khác trên đường chọc dò (màng phổi, đại tràng...). Xác định

vị trí và đường đi kim từ da tới vị trí chọc dò bằng đường định hướng của máy siêu âm (4 góc A, B, C, D). Vị trí đâm kim: trên đường nách sau, giữa xương sườn XII và mào chậu và bờ ngoài khối cơ lưng theo hướng dẫn của mặt cắt trên siêu âm.

Chọc vào đài thận: theo hướng dẫn siêu âm chọc kim vào đài thận đã xác định, quan sát

trên siêu âm tránh tổn thương các cơ quan khác trên đường đi, hướng kim đi vào đài thận. Khi quan sát thấy kim vào hệ thống đài bể thận trên siêu âm ta rút đuôi kim kiểm tra nếu có nước tiểu chảy ra thì chọc dò vào đài thận thành công và dừng lại. Luồn dây dẫn vào đến đài trên hoặc xuống niệu quản với chiều dài thích hợp. Khi rút kim ra cần đánh dấu và chú ý chiều dài từ da cho đến bể thận để hỗ trợ khi nong với chiều dài amplatz hợp

lý. Tạo đường hầm: Dùng bộ nong nhựa nong tạo đường hầm từ số 6 Fr, sau đó nong với các amplatz kích thước tăng dần đến 18Fr. Đặt máy soi thận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc tính quần thể nghiên cứu

Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu về những biến số tuổi, giới tính, tiền căn, đặc điểm của sỏi được thể hiện ở bảng như sau:

Bảng 42: Các đặc điểm dân số và tính chất sỏi của mẫu nghiên cứu

Các yếu tố	TH (%) / $\bar{X} \pm SD$ (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)
Tuổi	51,41 $\pm$ 12,78 (24 – 85)
Giới	
Nam	57 TH 70,4%
Nữ	24 TH 29,6%
Tiền căn bệnh lý	
THA	10 TH (12,34%)
ĐTĐ	8 TH (10%)
THA và ĐTĐ	6 TH (7,4%)
Mổ lấy sỏi	7 TH (8,6%)
Ngoại tâm thu nhĩ	2 TH (2,4%)
PCNL đối bên	3 TH (3,7%)
Tán sỏi niệu quản	1 TH (1,2%)
Bên thực hiện PCNL	
Trái	40 (49,4%)
Phải	41 (50,6%)
Chỉ số sinh hóa máu trước mổ	
RBC	4,21 $\pm$ 0,58 (M/uL)
Hemoglobin	12,95 $\pm$ 3,83 (g/dL)
Hct	36,3 $\pm$ 4,98 (%)
Creatinin	79,43 $\pm$ 35,24 (mmol/L)
Kích thước sỏi	27,38 $\pm$ 7,432 (11-50)
10 $\leq$ x $\leq$ 20	18 (22,2%)
20 < x $\leq$ 30	41 (50,6%)
x > 30	22 (27,2%)
Diện tích sỏi	433,79 $\pm$ 232,41 mm ² (77,72-1570)
Độ HU	1150,96 $\pm$ 199,26 (525-1500) HU
Vị trí sỏi	

S1(bể thận đơn độc)	33 (40,7%)
S2(đài dưới)	13 (16%)
S3 (đài giữa)	1 (1,2%)
S4(đài trên)	2 (2,5%)
S5(bể thận + đài dưới)	13 (16%)
S6 (bể thận + đài giữa)	2 (2,5%)
S7 (bể thận + đài trên)	0 (0%)
S8 (bể thận + 2 đài)	14 (17,2%)
S9 (bể thận + 3 đài)	3 (3,7%)
Độ ứ nước	
Độ 0	25 (30,9%)
Độ 1	36 (44,4%)
Độ 2	17 (21,0%)
Độ 3	3 (3,7%)
Độ 4	0 (0%)
Phân tính chất sỏi theo GSS	
Độ 1	56 (69,1%)
Độ 2	18 (22,2%)
Độ 3	7 (8,7%)
Độ 4	0 (0%)

Kết quả chọc dò và nong đài bể thận dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ

Sau khi can thiệp 81/81 trường hợp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ chúng tôi ghi nhận các kết quả chọc dò và nong tạo đường hầm như sau:

Bảng 43: Kết quả chọc dò và nong đài bể thận

Kết quả chọc dò	Tỷ lệ
Số lần chọc dò	
1	69 (85,1%)
2	9 (11,2%)
3	3 (3,7%)
Vị trí chọc dò	
Đài dưới	51 (63%)
Đài giữa	18 (22,2%)
Đài dưới 2 lần	5 (6,2%)
Đài giữa 2 lần	4 (4,9%)
Đài dưới 3 lần	1 (1,2%)
Đài dưới → giữa → dưới	1 (1,2%)
Đài dưới → giữa → giữa	1 (1,2%)
Số lần nong vào đài bể thận	
1	79 (97,5%)

Kết quả chọc dò	Tỷ lệ
2	2 (2,5%)
Thời gian phẫu thuật	88,95 ± 20,22 (60-130) phút
Thời gian chọc dò	18,28 ± 17,69 (5-120) giây
Thời gian nong vào đường hầm	13,49 ± 5,19 (5-35) phút
Thời gian Carm	11,70 ± 18,14 giây (0-120) giây
Tỷ lệ các biến chứng	
Sốt hậu phẫu	2 (2,46%)
Chảy máu hậu phẫu	2 (2,46%)
Thủng mắt sau	1 (1,23%)
Tụ dịch cực dưới thận	1 (1,23%)
Tụ dịch quanh thận	3 (3,7%)
Nồng độ RBC, Hgb và Hct giảm sau mổ	
RBC	0,45 ± 0,29 (-0,13 – 1,37) M/uL
Hemoglobin	1,10 ± 0,77 (-0,4 – 3,4) g/dL
Hct	4,07 ± 2,58 (-0,15 – 13,6) %

Số trường hợp chọc dò một lần vào hệ thống đài bể thận là 68 trường hợp, chiếm 84%. Số trường hợp chọc dò ba lần vào hệ thống đài bể thận là 3 trường hợp, chiếm 3,70%. Và thời gian chọc dò vào hệ thống đài bể thận từ 2 lần trở lên như sau:

Bảng 44: Thời gian chọc và nong tạo đường hầm từ 2 lần trở lên

Thời gian chọc dò vào hệ thống đài bể thận dưới hướng dẫn siêu âm (giây)		Thời gian nong tạo đường hầm và đặt amplatz dưới hướng dẫn siêu âm có giá đỡ (phút)	
Số lần chọc dò từ 2 lần	9 lần	Số nong tạo đường hầm và đặt amplatz từ 2 lần	2 lần
Thời gian chọc dò trung bình lần 1	17 giây	Thời gian nong tạo đường hầm và đặt amplatz trung bình lần 1	15 phút
Thời gian chọc dò trung bình lần 2	17 giây	Thời gian nong tạo đường hầm và đặt amplatz trung bình lần 2	15 phút

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá kết quả chung và đặc tính của quần thể

Từ bảng 1, Chúng ta thấy được đặc điểm nghiên cứu về tuổi, giới, bệnh kèm theo, bên phẫu thuật và các đặc điểm về sỏi ở nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới như của của tác giả Song Yan (2013)[11], Thomas Chi (2016)[1], Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng[8], Hoàng Long cùng các cộng sự năm 2017[5], tác giả Vũ Nguyễn Khải Ca cùng các cộng sự năm 2015[10].

Bảng 45: Kết quả đặc điểm dân số so với các nghiên cứu khác

Tên tác giả	Số trường hợp	Các đặc tính của dân số và sỏi (%)									
		Tuổi	Giới	Bên phẫu thuật	Kích thước sỏi	Độ ứ nước		Thời gian chọc dò	Thời gian nông	Thời gian phẫu thuật	Tỷ lệ đặt JJ sau mổ
Song Yan (2013) [11]	679	49±7	M:409 (60.2%) F:270 (39.8%)	L: 365 (51.8%) R: 314 (44.5%) Bilateral:26 (3.7%)	453.86 mm ² (131.63)	None: 69 (9.8%) Mild:191 (27.1%) Moderate:267(37.9%) Severe:178(25.2%)		----	---	66	--
Gama l (2011) [4]	34	29,5 (25-55)	M: 22 F: 12	L: 22 R:12	24 (20-30) mm	None: -- Mild: -- Moderate: 25 Severe 9		---	----	60	Ureteral-catheter:32 (94%) Double-J stent: 2 (6%)
Foo Cheong Ng (2017) [7]	USGA:72 FGA:112	USGA: 55.6±12.0 FGA: 52.6±11.5	M:50 (69.4%) F:22 (30.6%)	USGA-L:34 (47.2%) R:38 (52.8%) FGA-L:57 (50.9%) R:55 (49.1%)	USGA: 28.2±11.9mm FGA: 31.7±13.0mm	USGA None: 16 (22.2%) Mild: 32 (44.4%) Moderate: 13 (18.1%) Severe: 11 (15.3%)	FGA None: 26 (23.2%) Mild: 42 (37.5%) Moderate: 26 (23.2%) Severe: 18 (16.1%)	----	----	USGA: 169±62.6 FGA: 169±60.7	USGA: 2 (2.8%) FGA: 169±60.7 DJ stent: 45 (62.5%) FGA: 4 (3.6%) Pollak: 47 (42.0%) DJ stent: 61 (54.5%)
Sama Zare	250	42.0 ±	M:134	L:119 (47.6%)	42 ± 11 (25-5.3)	None: -- Mild: 58 (23.2%)		15.5±2.3	-----	68	----

Tên tác giả	Số trường hợp	Các đặc tính của dân số và sỏi (%)									
		Tuổi	Giới	Bên phẫu thuật	Kích thước sỏi	Độ ứ nước		Thời gian chọc dò	Thời gian nông	Thời gian phẫu thuật	Tỷ lệ đặt JJ sau mổ
(2017) [12]		13.4	(53.6 %) F:116 (46.4 %)	R:131 (52.4%)	mm	Moderate: 42 (16.8%) Severe: 18 (7.2%)		phút			
Wei Zhu (2017) [13]	FG:14 5 USG: 147 CG :146	FG: 49.6 ± 11.3 USG: 49.9± 10.9 CG: 48.8 ± 11.3	FG: 77/68 USG: 86/61 CG: 88/58	FG: 76/69 USG: 74/73 CG: 88/58	FG: 834.8 ± 730.1 USG: 838.3 ± 578.1 CG: 846.8 ± 690.5	FG	Độ1-Độ2 94(64.8) Độ3-Độ4 51(35.2)	7,2 ± 4,6 Phút	----	60,6	----
						USG	Độ1-Độ2 87(59.2) Độ3-Độ4 60(40.8)				
						CG	Độ1-Độ2 89(61.0) Độ3-Độ4 57(39.0)				
N. P. C. Hoàng (2016) [8]	44	47,2 ± 12,7 (26-72)	M:30 (68,2 %) F:14 (31,8 %)	L: 15 (34,1%) R:28 (63,6 %) Bilateral : 1 (2,3%)	22,6 ± 4,6 (13 - 30)	Độ 0: ----- Độ 1: 20 (45,5%) Độ 2: 18 (40,9%) Độ 3: 6 (13,6%)		----	----	77,8	42/44 (95,5%)
V. N. K. Ca (2015) [10]	30	47,2 ± 12,7	----	----	12,24 mm	-----		----	----	89,8	----
Chúng tôi	81	51,41 ±12,78 (24 – 85)	M:57 (70,4 %) F:24	L:40(49,4) R:41(50,6)	27,38 ± 7,432(11-50mm)	Độ 0: 25 (30,9%) Độ 1: 36 (44,4%) Độ 2: 17 (21,0%) Độ 3: 3 (3,7%)		18,28 ±17,69 giây (5-	13,49 ±5,19 phút	88,95 ±20,2	64/81 (79,01%)

Tên tác giả	Số trường hợp	Các đặc tính của dân số và sỏi (%)								
		Tuổi	Giới	Bên phẫu thuật	Kích thước sỏi	Độ ứ nước	Thời gian chọc dò	Thời gian nông	Thời gian phẫu thuật	Tỷ lệ đặt JJ sau mổ
			(29,6%)		433,79 ± 232,41 (77,72-1570) mm ²		120)			

Bảng 46: Kết quả nông và chọc dò so với các nghiên cứu khác

Bảng 40: Kết quả nông và chọc dò sỏi với các nghiệm của khác																
Tên tác giả	Số trường hợp	Kết quả nông và chọc dò							Số biến chứng và phân độ Clavien cải biên							
		Thời gian chọc dò	Số lần chọc dò	Vị trí chọc dò			Thời gian Carm	Thời gian nông	Nồng độ Hgb giảm	Số trường hợp	I	II	III A	III B	IV A	IV B
Song Yan (2013) [11]	679	---	1 lần: 594 (84.3) 2 lần: 85 (12.0) 3 lần: 26 (3.7)	----			----	----	----	113 (16%)	94	17	1	1	0	0
Gamal (2011) [4]	34	----	1 lần: 32 (93,75) 2 lần: 2 (6,25)	----			----	----	----	7 (20,58%)	5	0	2	0	0	0
Foo Cheong Ng (2017) [7]	USG A: 72 FGA: 112	----	----	Upper pole	USG A 4 (3.6)	FGA 4 (3.6)	----	----	----	31 (43,1%)	13	13	2	3	0	0
				Mid pole	(5.6)	3 (2.7)										
				Lower pole	(8.3)	105 (93.8)										

Tên tác giả	Số trường hợp	Kết quả nong và chọc dò							Số biến chứng và phân độ Clavien cải biên							
		Thời gian chọc dò	Số lần chọc dò	Vị trí chọc dò			Thời gian Carm	Thời gian nong	Nồng độ Hgb giảm	Số trường hợp	I	II	III A	III B	IV A	IV B
				Multiple	(81.9%)	(3)	0 (0)									
Sama Zare (2017) [12]	250	15.5±2.3 phút	----	Lower pole:83 (33.2%) Mid pole:43 (57.2%) Upper pole:24 (9.6%)			----	----	1.9±0.9 gr/dL	40 (16%)	25	6	9	0	0	0
Wei Zhu (2017) [13]	FG:145 USG:147 CG:146	7,2 ± 4,6 phút	FG Multiple: 30 (20.7) US Single: 133 (90.5) Multiple: 14 (9.5) CG Single: 121 (82.9) Multiple: 25 (17.1)	Upper pole Mid pole Lower pole	FG 46 (25.7%) US 74 (41.3%) CG 59 (33.0%)	USG 44 (27.2%) CG 92 (56.8%) CG 39 (21.1%)	FG: 47.5 ± 36.2 CG: 17.9 ± 19.1	FG: 1,45±1,0 USG: 1,29±1,6 CG: 1,31±1,08		17 (11,5%)	7	7	0	1	2	1
N. P. C. Hoàng (2016) [8]	44	----	----	Đài giữa: 9 (20,5%) Đài dưới: 35 (79,5%)			----	----	0,5±0,36 g/dL	2 (4,6%)	2	0	0	0	0	0

Tên tác giả	Số trường hợp	Kết quả nong và chọc dò						Số biến chứng và phân độ Clavien cải biên						
		Thời gian chọc dò	Số lần chọc dò	Vị trí chọc dò	Thời gian Carm	Thời gian nong	Nồng độ Hgb giảm	Số trường hợp	I	II	III A	III B	IV A	IV B
V. N. K. Ca (2015) [10]	30	----	----	----		----	----	2 (6,66 %)	1	2	0	0	0	0
Chúng tôi	81	18,2±17,6giây (5-120)	1 lần: 69 (85,1) 2 lần: 9 (11,2) 3 lần:3 (3.7)	Đài giữa: 18 (22,2%) Đài dưới: 51 (63,0%) Từ 2 lần trở lên: 11 (14.8%)	11,7±18,1 giây	13,49±5,19 phút	1,10±0,77 g/dl	9 (11,1 %)	9	0	0	0	0	0

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện chọc dò đài bể thận hoàn toàn dưới siêu âm có giá đỡ cho 81 trường hợp. Việc điều chỉnh đầu dò để có mặt cắt phù hợp, giúp cho ta có thể hình dung rõ đầu kim trong lúc chọc dò vào đúng đài thận chọn lựa và tránh lạc đường, tránh các biến chứng như: gây thủng tạng quanh thận và tổn thương mạch máu. Theo giả thuyết ông Thomas Chi và Carissa

Chu[2] (2016), có 2 cách chọc dò vào hệ thống đài bể thận dưới hướng dẫn siêu âm:

Dùng đầu dò siêu âm chọn mặt cắt dọc theo trục của thận với kim chọc dò ở đầu trên hoặc đầu dưới của đầu dò.

Dùng đầu dò chọn mặt cắt ngang trục của thận với kim chọc dò đặt ở mặt trước hoặc sau của đầu [1].



Hướng kim trùng hướng siêu âm

Hình 3: Hình ảnh siêu âm trong quá trình chọc dò

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thực hiện tương tự với cách chọc dò thứ 1 của tác giả Thomas Chi. Chúng tôi sử dụng đầu dò siêu âm chọn mặt cắt dọc theo trục của thận với kim chọc dò đầu dưới của đầu dò. Vì vị trí gắn giá đỡ là cố định, hướng kim cố định từ phần dưới của đầu dò, trục của đầu dò siêu âm cùng mặt phẳng với trục của thân kim, nên chúng tôi luôn quan sát được vị trí đầu kim, độ sâu của đầu kim và quan sát được các tạng lân cận trong quá trình di chuyển đầu kim. Tuy nhiên, vì vị trí kim là cố định, góc đâm kim và bề mặt da là góc nghiêng sẽ làm tăng khoảng cách từ vị trí đích đến mặt da, gây khó khăn hơn trong quá trình chọc dò. Thêm vào đó, vì góc đâm kim là cố định theo trục đã có sẵn trên máy siêu âm (đi theo giá đỡ) nên sẽ yêu cầu bác sĩ gây mê cho bệnh nhân tạm ngừng hô hấp trong quá trình đâm kim.

Từ cách chọc dò như trên, chúng tôi có những nhận xét như sau:

Chọc dò theo mặt cắt dọc trục đài thận với kim chọc dò ở mặt sau đầu dò siêu âm: ưu điểm là đầu dò có thể cắt thấy rõ toàn bộ hệ thống đài bể thận, quan sát dễ dàng vị trí đài thận có sỏi, từ đó có thể chọn vị trí đài thận để chọc dò thích hợp, đồng thời với vị trí kim chọc dò ở mặt sau thì kim chọc dò có thể đi thẳng góc vào đài thận với khoảng cách ngắn nhất từ da đến đài bể thận. Tuy nhiên, kim chọc dò sẽ không đi cùng mặt phẳng cắt, do đó sẽ gây khó khăn cho việc quan sát đường đi của kim chọc dò, dễ bị lạc hướng. Vì thế, yêu cầu phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm để điều chỉnh đầu dò liên tục để có thể thấy rõ đầu kim.

Chọc dò theo mặt cắt dọc trục thận với kim chọc dò ở đầu dưới đầu dò siêu âm: ưu điểm tương tự với cách chọc dò trên là có thể quan sát toàn bộ hệ thống đài bể thận cũng như vị trí của sỏi, với kim chọc dò ở đầu dưới đầu dò siêu âm thì kim sẽ nằm trong mặt phẳng cắt, từ đó dễ dàng quan sát được đầu kim khi chọc dò, trường hợp này thích hợp cho chọc dò vào đài dưới. Tuy nhiên, trục kim sẽ tạo góc xiên với bề mặt da, làm tăng khoảng cách từ da đến bể thận, gây khó khăn cho việc nong tạo đường hầm cũng như đặt máy tán sỏi. Mặt khác, khi tán sỏi thận bằng cách này dễ bị vướng xương sườn hay mào chậu, đặc biệt là ở bệnh nhân có khung chậu lớn hoặc chiều cao bệnh nhân thấp.

Trong phẫu thuật tán sỏi qua da dưới hướng dẫn của siêu âm, nong tạo đường hầm là một điều khá khó khăn do nong từ một phần có kiểm soát bởi siêu âm. Sau khi chọc dò thành công, chúng tôi ghi nhận chiều dài từ da đến đầu bể thận trên kim, đó là tương ứng với chiều dài sẽ nong tạo đường hầm vào hệ thống đài bể thận. Và sau khi nong tới chiều dài đánh dấu chúng tôi sẽ kiểm tra xem đầu nong có nằm trong bể thận chưa qua siêu âm hoặc bơm nước vào thông niệu quản xem có nước tiểu ra tốt hay không. Khác với trên CArm, vì khi chiếu CArm thì dễ dàng quan sát dụng cụ nong hơn. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng mấu chốt thành công cho việc nong đó là bộ dụng cụ và cách chọc dò. Chọc dò thẳng góc vào thận và chọn khoảng cách ngắn nhất sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho nong tạo đường hầm. Đặc biệt là bộ dụng cụ hỗ trợ cho sự thành công của nong tạo đường hầm. Bộ dụng cụ với guidewire đầu cong mềm để cài vào hệ thống đài bể thận,

thân guidewire thẳng và cứng giúp giữ thẳng trục trong lúc nong từng dụng cụ nong từ nhỏ đến lớn mà tránh lạc đường. Bên cạnh đó, trên thân kim, các dụng cụ nong và amplatz đều có đánh dấu khoảng cách từng centimet nên giúp chúng ta kiểm soát chiều dài nong bằng chiều dài chọc dò cách dễ dàng. Và một điều không thể thiếu nữa đó chính là kinh nghiệm của thuật viên vừa nong vừa kết hợp với siêu âm để kiểm tra. Kết quả là chúng tôi thực hiện nong 81 trường hợp, thành công lần đầu 79/81 trường hợp (97,50%), hai trường hợp thất bại phải nong lần 2 (2,50%). Một trường hợp sau khi nong tạo đường hầm, đặt amplatz soi vào thì thấy chảy máu đỏ không thấy phễu trường. Nguyên nhân là do khi chọc dò góc quá xiên, nong đường hầm khó khăn và khi nong xong và đặt amplatz bị rách cổ đài thận gây chảy máu. Một trường hợp là do quá trình nong có sử dụng guidewire mềm mà guidewire đã cong không chỉnh thẳng lại được trên C-arm, nên chúng tôi phải chọc dò và nong lại lần 2

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình chọc dò hệ thống đài bể thận là $18,28 \pm 17,69$ giây (5-120), thời gian chọc dò ngắn nhất là 5 giây và dài nhất là 120 giây. Theo tác giả Wei Zhu (2017) có thời gian chọc dò trung bình là $7,2 \pm 4,6$ phút, tác giả Samad Zare (2017) có thời gian chọc dò là 15,5 phút. Thời gian chọc dò đài bể thận của nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn nhiều các tác giả trên. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đa phần chọn chọc dò vào đài dưới và chọc thẳng góc vào đài bể thận từ đài giữa với đường đi có khoảng cách từ da đến bể thận ngắn nhất. Cách chọc dò này tương tự như tác giả Wei Zhu nên thời gian chọc dò không

quá dài. Nguyên nhân thời gian chọc dò trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nhiều so với các nghiên cứu khác là do chúng tôi xác định vị trí chọc dò, đường chọc dò trước khi đâm kim qua da, khi đã xác định chính xác đường đi và vị trí chọc dò chúng tôi sẽ giữ cố định đầu dò siêu âm và chọc kim theo đường đi đã được hướng dẫn bởi giá đỡ, làm rút ngắn thời gian đâm kim, tránh tổn thương chảy máu thận trong quá trình đâm kim. Và có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian đâm kim với mức độ ứ nước, GSS với ($P < 0,05$).

Hạn chế:

Dụng cụ nong: vì quá trình nong dưới hướng dẫn của siêu âm có giá đỡ khá khó khăn, vì thế cần guidewire đủ cứng để ít gãy trong quá trình nong và đầu guidewire đủ mềm để tránh làm tổn thương nhu mô đài bể thận.

Hình ảnh siêu âm sẽ bị hạn chế khi có khí trong đài bể thận. Khi đặt ống thông niệu quản sẽ có khí trong lòng ống thông niệu quản, khi bơm sẽ đẩy khí trong lòng ống vào đài bể thận làm hạn chế quan sát trong quá trình siêu âm. Để khắc phục, chúng tôi sẽ đuổi khí trong lòng ống thông niệu quản trước khi đặt.

Vùng chọc dò: dễ bị vướng xương sườn hay mào chậu, đặc biệt là ở bệnh nhân có khung chậu lớn hoặc chiều cao bệnh nhân thấp.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp Mini-PERC dưới hướng dẫn của siêu âm có giá đỡ là một phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn, tránh phơi nhiễm phóng xạ, thẩm mỹ

Hiệu quả với tỷ lệ thành công đâm kim và chọc dò:

Tỷ lệ đâm kim chọc dò và nong tạo đường hầm thành công 100%

Hiệu quả giúp giảm thời gian đâm kim chọc dò và thời gian nong:

Thời gian đâm kim: trung bình $18,28 \pm 17,69$ giây

Giảm tai biến và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi T. et al.** (2016), "Ultrasound guidance for renal tract access and dilation reduces radiation exposure during percutaneous nephrolithotomy", *Advances in urology*. 2016.
2. **Chu C. et al.** (2016), "Ultrasound-guided renal access for percutaneous nephrolithotomy: a description of three novel ultrasound-guided needle techniques", *Journal of endourology*. 30 (2), pp. 153-158.
3. **Đồng N.** (2020), Việt Nam nằm trong "vùng sỏi thế giới", Công An thành phố Hồ Chí Minh, ngày truy cập.
4. **Gamal W. M. et al.** (2011), "Solo ultrasonography-guided percutaneous nephrolithotomy for single stone pelvis", *Journal of endourology*. 25 (4), pp. 593-596.
5. **Hoàng Long T. Q. H., Nguyễn Đình Liên và các cộng sự** (2017), "Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới sự hướng dẫn bằng siêu âm, lựa chọn tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận", *Tạp chí Y dược học - Trường Đại Học Y Dược Huế, hội nghị Thận học - Niệu khoa Việt Nam*, pp. 304-314.
6. **Khương V. P.** (2018), Đánh giá phương pháp lấy sỏi thận qua da, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
7. **Ng F. C. et al.** (2017), "Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy: advantages and limitations", *Investigative and clinical urology*. 58 (5), pp. 346-352.
8. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng N. T. V., Lê Trọng Khôi, Trần Vĩnh Hưng** (2016), "Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận đơn giản", *Y học TP HCM, Hội nghị thường niên lần thứ XIV hội Niệu – Thận học TP HCM*. 20, pp. 38.
9. **Rao N. S. et al.** (2018), "Needle guides enhance tissue adequacy and safety of ultrasound-guided renal biopsies", *Kidney research and clinical practice*. 37 (1), pp. 41.
10. **Sự V. N. K. C. v. c. c.** (2015), "Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm", *Y học TP. Hồ Chí Minh. tập 19*, pp. 277-281.
11. **Yan S. et al.** (2013), "Percutaneous nephrolithotomy guided solely by ultrasonography: a 5-year study of > 700 cases", *BJU international*. 112 (7), pp. 965-971.
12. **Zare S.** (2017), "Feasibility of Pure Ultrasonography Guided Percutaneous Nephrolithotomy in Flank Position", *Nephro-Urology Monthly*. 9 (3).
13. **Zhu W. et al.** (2017), "A prospective and randomised trial comparing fluoroscopic, total ultrasonographic, and combined guidance for renal access in mini-percutaneous nephrolithotomy", *BJU international*. 119 (4), pp. 612-618.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ XÉT NGHIỆM PHÂN TÍCH CẶN LẮNG NƯỚC TIỂU BẰNG MÁY SYSMEX UF-5000 TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN NGHI NGỜ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU THÔNG QUA VIỆC SO SÁNH VỚI XÉT NGHIỆM TỔNG PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU

**Trang Võ Anh Vinh^{1,2}, Truyen Thiện Tấn Trí Tài³, Trần Ngọc Thuý Uyên¹,
Trần Nguyễn Hạ Uyên¹, Đinh Thị Kim Hiền¹, Lê Thị Bích Nhật¹,
Tư Mẫn Nhi¹, Hồ Đắc Bảo Hân¹, Nguyễn Hoàng Trâm Anh¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề

Tại Việt Nam, quy trình chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) bắt đầu với xét nghiệm Tổng phân tích nước tiểu (TPTNT) để tầm soát và chẩn đoán xác định bằng phương pháp cấy nước tiểu (CNT). Tuy nhiên, quy trình vẫn tồn tại nhiều hạn chế như thời gian cấy lâu (72h) với tỷ lệ âm tính cao, tình trạng viêm không nhiễm (đặc biệt ở bệnh nhân hậu phẫu) gây tốn chi phí điều trị. Vì vậy, cần có một xét nghiệm nhanh chóng và tin cậy để có thể cải thiện vấn đề trên.

Mục tiêu:

Đánh giá độ tin cậy của xét nghiệm Phân tích cặn lắng nước tiểu (PTCLNT) trong việc chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu bằng xét nghiệm số lượng vi khuẩn nước tiểu thông qua máy Sysmex UF-5000 và so sánh với xét nghiệm TPTNT thường quy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu từ tháng 7/2019 đến tháng 6/2022. Bệnh nhân ngoại trú nghi ngờ nhiễm khuẩn đường tiết niệu được làm xét nghiệm TPTNT, PTCLNT và CNT tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: Với giá trị ngưỡng vi khuẩn trong nước tiểu $\geq 10^5$ tế bào/uL, PTCLNT bằng máy Sysmex UF-5000 cho thấy hiệu quả cao trong tầm soát NKĐTN với độ nhạy 90,7%, giá trị tiên đoán âm 92,4%, độ đặc hiệu 47% và giá trị tiên đoán dương 41,7%. So sánh với PTCLNT, TPTNT (Leu(+) và Nitrit(+)) cho thấy ưu thế về độ đặc hiệu 97% nhưng độ nhạy chỉ 42,3%, giá trị tiên đoán âm 80,1%, giá trị tiên đoán dương 85,5%.

Kết luận:

Xét nghiệm PTCLNT bằng máy Sysmex UF-5000 có độ chính xác cao trong việc chẩn đoán loại trừ NKĐTN, giảm số lượng mẫu nước tiểu cần cấy cũng như tránh sử dụng sớm kháng sinh không cần thiết. Tuy nhiên, TPTNT có giá trị hơn PTCLNT trong gợi ý chẩn đoán NKĐTN với độ đặc hiệu cao. Do đó, cần kết hợp xét nghiệm PTCLNT và TPTNT trong quy trình chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Từ khóa: Phân tích cặn lắng nước tiểu, đếm tế bào dòng chảy, tổng phân tích nước tiểu

¹Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh

³Đại học Nam Cần Thơ, TP. Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trang Võ Anh Vinh

SĐT: 0909908115

Email: tranganhvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 01/02/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

SUMMARY

**EVALUATION OF EFFICACY OF THE
SYSMEX UF-5000 URINE
FLUORESCENCE FLOW
CYTOMETRY FOR THE DIAGNOSIS
OF SUSPECTED OF URINARY TRACT
INFECTION BY COMPARING WITH
ROUTINE URINALYSIS**

Background and Objectives

In Viet Nam, the diagnostic algorithm of the patients who are suspected of having urinary tract infection (UTI) begins with a urinalysis (UA) as a screening tool then confirms with a bacterial culture of urine. However, there are many limitations such as growth-time for culture (72h) with a high prevalence of negative results, the phenomenon of non-infectious inflammatory states (especially in postoperative patients cause time-wasting, high medical expenses). For these reasons, a rapid and reliable diagnostic test is required.

Methods

The Sysmex UF-5000 is the newest version of the urine fluorescence flow cytometry analyzer, which is upgraded from UF-1000i. From July 2019 to June 2022, 1937 urine samples of patients who were suspected of UTI were sent to our hospital Department of Laboratory from the Outpatient Department to analyze with UF-5000 flow cytometry, UA, Gram stain, and bacterial culture that was considered as the gold standard.

Results

At the standard cut-off of BACT ≥ 105 cell/uL, the Sysmex UF-5000 screening for UTI showed good results with a high sensitivity (90.7%), a negative predictive value (NPV) of 92.4%, a specificity of 47%, and a positive predictive value (PPV) of 41.7%. The UA (Leu(+) and Nitrit(+)) demonstrates high

specificity (97%), a PPV of 85.1%, a low sensitivity (42.3%), and an NPV of 80.1%.

Conclusions

The new Sysmex UF-5000 flow cytometry has shown an excellent accuracy to rule out UTI, limit the numbers of bacterial cultures and avoid unnecessary early treatment with antibiotics. This test has demonstrated superiority by comparing with urinalysis which is more suitable for suggesting a diagnosis with high specificity and a low sensitivity. Moreover, with a cheap price and speed of 108 samples/hour, this test can improve the diagnostic time and reduce the economic burden. Finally, by combining with urinalysis, it provides new possibilities to create a promising algorithm/diagnostic score that can replace the bacterial culture.

Keywords: Flow cytometry, Urinalysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) hiện đang là một trong những bệnh lý truyền nhiễm phổ biến nhất, gây ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân cũng như tạo gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe cho xã hội. Tại Việt Nam, theo thống kê của Hội Tiết Niệu Thận Học (VUNA), tỷ lệ mắc bệnh là 18/1000(1). Theo các khuyến cáo mới nhất của Bộ Y Tế Việt Nam và Hội Tiết niệu Châu Âu (EAU)(2), chẩn đoán NKĐTN chủ yếu dựa vào lâm sàng và 2 xét nghiệm chính là Tổng phân tích nước tiểu (TPTNT) 10 thông số và Cây nước tiểu (CNT). Tuy nhiên CNT có nhiều hạn chế như thời gian cấy lâu (>72h) và chi phí cao. Do đó, hiện nay chẩn đoán sơ bộ NKĐTN vẫn chủ yếu dựa vào kết quả TPTNT 10 thông số.

Xét nghiệm Phân tích cận lắng nước tiểu (PTCLNT) bằng công nghệ Đếm tế bào dòng chảy (ĐTBDC) là một kỹ thuật dùng để phân tích biểu hiện trên bề mặt tế bào và các phân

từ nội bào nhằm định danh các loại tế bào khác nhau. Với độ nhạy 95% và độ đặc hiệu trên 60%, PTCLNT có hiệu quả cao trong chẩn đoán NKĐTN(2).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu: từ tháng 7/2019 đến hết tháng 6/2022

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ngoại trú được làm xét nghiệm TPTNT, PTCLNT và CNT tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện Bình Dân trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được theo dõi Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (với các triệu chứng như: tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu đau...).

Bệnh nhân được hướng dẫn lấy mẫu nước tiểu giữa dòng đúng cách để tránh ngoại nhiễm.

Bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm TPTNT, PTCLNT và CNT tại khoa Xét nghiệm bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân được chẩn đoán NKĐTN điều trị nội trú

Bệnh nhân đang mang thai.

Bệnh nhân đang đặt thông niệu đạo bàng quang lưu.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án lưu trữ không đầy đủ.

Bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát (Nhiễm khuẩn đường tiết niệu xảy ra với tần suất ≥ 3 lần/năm hoặc ≥ 2 lần/6 tháng)

Bệnh nhân dưới 15 tuổi.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cần để độ nhạy mục tiêu 95% với độ sai lệch 2 xác suất dương thật và âm thật là 5% ($w = 0,05$) và độ tin cậy thống kê 95% ($a = 0,05$), biết tỉ lệ hiện hành NKĐTN

trong dân số Châu Á là 9,8%(**Error! Reference source not found.**) :

$$FP + TN = \frac{Za^2 \times Psp \times (1 - Psp)}{w^2} = \frac{1,96^2 \times 0,95 \times 0,05}{0,05^2} = 73$$

Cỡ mẫu cần thiết để ước tính độ đặc hiệu trên là:

$$\frac{73}{9,8} \times 100 = 744,89 \sim 745$$

Biến số nghiên cứu

Khảo sát đặc điểm chung bệnh nhân

Tuổi, giới tính, chẩn đoán ban đầu

Khảo sát đặc điểm bệnh lý bệnh nhân

Các chỉ số TPTNT (bạch cầu niệu, nitrit), PTCLNT (số lượng vi khuẩn, số lượng bạch cầu niệu) và kết quả CNT (đặc trưng vi khuẩn).

Khảo sát và so sánh giá trị chẩn đoán NKĐTN của xét nghiệm PTCLNT và TPTNT

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương (PPV), giá trị tiên đoán âm (NPV), diện tích dưới đường cong (AUC).

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Bình Dân. Các dữ liệu thu thập trên dữ liệu khám bệnh được bảo mật thông tin cá nhân và không can thiệp vào quá trình chẩn đoán điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ của nhóm nghiên cứu:

Tuổi trung bình 47,01 ($\pm 15,71$)

Giới tính: Nữ 78,52%, Nam 21,48%; về mặt giới tính, nữ chiếm ưu thế.

Chẩn đoán lâm sàng: Viêm bàng quang, bàng quang hỗn loạn thần kinh, nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa rõ vị trí, sỏi thận, rối loạn chức năng bàng quang...

Bảng 1. Đặc trưng cơ bản bệnh nhân*(n = 1937)

Tuổi, trung bình (độ lệch chuẩn), năm	47,01+(15,71)
Giới tính	
Nữ	1521(78,52%)
Nam	416(21,48%)
Chẩn đoán phổ biến nhất	
Viêm bàng quang	1036(53,48%)
Rối loạn chức năng bàng quang	246(12,7%)
Sỏi thận	130(6,71%)
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	106(5,47%)
Phì đại tuyến tiền liệt	45(2,32%)

Đặc điểm bệnh lý của nhóm nghiên cứu

Trong 1937 trường hợp nghiên cứu, có 1639 trường hợp cho kết quả Nitrite âm tính, đạt 84,62% và 298 trường hợp cho kết quả Nitrite dương tính (15,38%). Xét nghiệm nitrit niệu đạt độ đặc hiệu 97% và giá trị tiên đoán dương 85.6% trong việc chẩn đoán

NKĐTN. Mặt khác, có 1239 bệnh nhân cho kết quả bạch cầu niệu dương tính trong TPTNT chiếm 64%. Trong số đó, chỉ có 483 (39%) có kết quả CNT dương tính.

Về kết quả của xét nghiệm PTCLNT, giá trị trung vị của bạch cầu niệu và vi khuẩn niệu lần lượt là 941 và 7698 tế bào/uL.

Bảng 2. Đặc trưng bệnh lý

TPTNT	
LEU	
(-)	698 (36,04%)
(+)	1239 (63,96%)
NIT	
(-)	1639(84,62%)
(+)	298(15,38%)
Phân tích cận lắng nước tiểu bằng flow cytometry	
WBC, trung bình (trung vị,Q1-Q3), cell/mm3	941(50,8-378)
BAC, trung bình (trung vị,Q1-Q3), cell/mm3	7698(305,40-2276)
UTI-Info (Cờ báo Nhiễm khuẩn tiết niệu)	
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	1353(69,85%)
Không nhiễm khuẩn đường tiết niệu	584(30,15%)
BAC-info (Cờ báo vi khuẩn)	
Không xác định vi khuẩn	851 (43,97%)
Có vi khuẩn	1086 (56,07%)
Gram (-)	353 (32,5%)
Gram (+)	582 (53,6%)
Gram (-) & Gram (+)	151 (13,9%)

Cấy nước tiểu	
Không đủ để KL (+)	1367 (66,08%)
KL cấy NT (+)	570 (33,92%)
Gram (-)	487 (85,44%)
Gram (+)	83 (14,56%)

Trong 1937 trường hợp, CNT dương tính trong 570 (33,92%) ca. Trong số đó 487 (85,44%) mẫu cấy ra vi khuẩn Gram âm, 83 (14,56%) mẫu Gram dương. Trong số các vi khuẩn Gram âm, E. Coli chiếm đa số với 357 (73,3%) ca, kế đến lần lượt là các vi khuẩn Klebsiella pneumoniae 54 trường hợp (11,09%), Proteus Mirabilis 28 trường hợp (5,75%) và Pseudomonas Aeruginosa với 21 trường hợp (4,31%). Về các vi khuẩn Gram dương, chiếm đa số là Enterococcus faecalis với 46 trường hợp (55,42%) và Staphylococcus agalactiae với 18 trường hợp (21,69%).

Bảng 3. Đặc trưng vi khuẩn học

Gram (-)	487
Escherichia Coli	357 (73,3%)
Pseudomonas Aeruginosa	21 (4,31%)
Proteus Mirabilis	28 (5,75%)
Klebsiella pneumoniae	54 (11,09%)
Enterobacter	9 (1,85%)
Gram (+)	83
Enterococcus faecalis	46 (55,42%)
Staphylococcus saprophiticus	3 (3,61%)
Staphylococcus aureus	12 (14,46%)
Staphylococcus agalactiae	18 (21,69%)

Mặt khác, trong số 282 bệnh nhân có cả kết quả nitrit và bạch cầu niệu cùng dương tính thì có đến 241 (85,5%) mẫu có kết quả CNT dương. TPTNT có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 42,3% và 97% trong chẩn đoán NKĐTN.

Bảng 4. Tương quan giữa nitrit (+) và bạch cầu (+) trong TPTNT với kết quả CNT

NIT-LEU/CNT	(+)	(-)	Tổng
(+)	241	41	282
(-)	329	1326	1655
Tổng	570	1367	1937
Độ nhạy = 42,3%			
Độ đặc hiệu = 97%			
NPV = 80,1%			
PPV = 85,5%			
p = <<< 0.0001			

Ngoài ra, với ngưỡng vi khuẩn 100 tế bào/uL thì xét nghiệm PTCLNT có độ nhạy 90,7%, độ đặc hiệu 47%, NPV 92,4% và PPV 41,7%.

Bảng 5. Tương quan giữa kết quả PTCLNT với ngưỡng 100 tế bào/uL với kết quả CNT

PTCLNT/CNT	(+)	(-)	Tổng
(+)	517	724	1241
(-)	53	643	696
Tổng	570	1367	1937
Độ nhạy = 90.7% Độ đặc hiệu = 47% NPV = 92.4% PPV = 41.7% p = <<< 0.0001			

Với các ngưỡng cắt về số lượng vi khuẩn khác nhau, xét nghiệm PTCLNT có các giá trị chẩn đoán khác nhau.

Bảng 6. PTCLNT theo các ngưỡng cắt số lượng tế bào vi khuẩn (bac/uL)

STT	Ngưỡng	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu(%)	NPV(%)	PPV (%)
1	50	94	35,8	93,5	37,9
2	100	90,7	47	92,4	41,7
3	200	86,5	57,3	91	45,8
4	500	77,4	69,9	88,1	51,8
5	1000	69,8	80,4	86,5	59,8

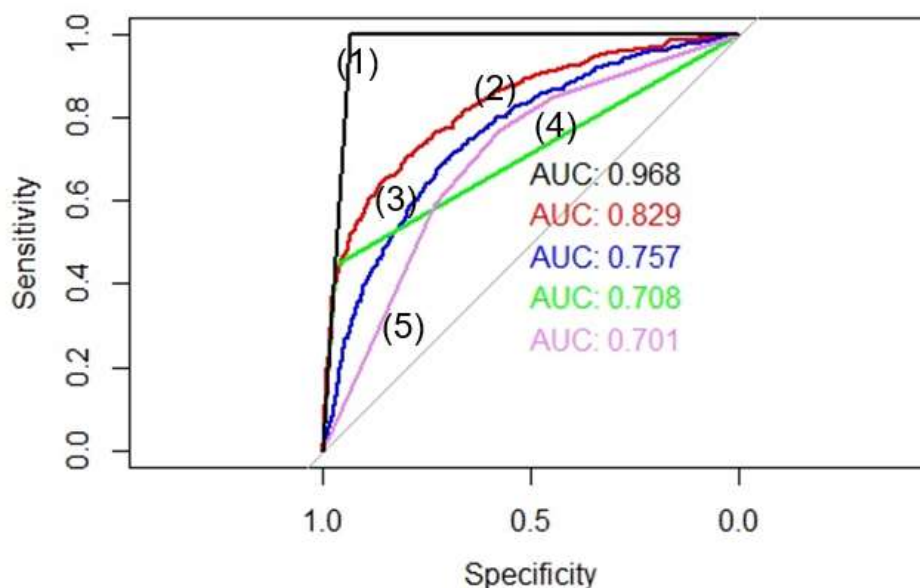
Trong số 226 trường hợp bệnh nhân có kết quả bạch cầu niệu trong TPTNT dương tính nhưng số vi khuẩn trong xét nghiệm PTCLNT nhỏ hơn 100 tế bào/uL thì 204/226 (90.26%) trường hợp cấy nước tiểu âm tính. Chúng tôi ghi nhận đây là những trường hợp viêm không nhiễm được xác định trong các bệnh cảnh người bệnh có hiện diện của quá

trình viêm không do vi khuẩn như: người bệnh còn lưu thông JJ sau nội soi tán sỏi niệu quản, hậu phẫu gần những trường hợp nội soi qua ngã niệu đạo cắt đốt tuyệt tiền liệt, nội soi qua ngã niệu đạo cắt trọn khối bướu bàng quang có/không bơm hóa chất điều trị trong lòng bàng quang.

Bảng 7. Tương quan giữa các trường hợp TPTNT có bạch cầu (+) và vi khuẩn PTCLNT < 100 tế bào/uL với kết quả CNT

Leu TPTNT-PTCLNT Bac<100 /CNT	(+)	(-)	Tổng
(+)	22	204	226
(-)	548	1163	1711
Tổng	570	1367	1937

Nhằm so sánh độ hiệu quả giữa các xét nghiệm trong chẩn đoán NKĐTN, chúng tôi sử dụng đường cong ROC với các giá trị Diện tích dưới đường cong tương ứng (Hình 1). Xét nghiệm PTCLNT có giá trị AUC cao nhất 0,829 chỉ sau nhuộm gram (0,968) trong khi đó bạch cầu niệu đơn thuần có AUC thấp nhất 0,701.



Hình 1. Các đường cong ROC tương ứng với từng xét nghiệm. Kết quả nhuộm gram (1), Số lượng vi khuẩn/PTCLNT (2) – Số lượng bạch cầu/PTCLNT (3) – Nitrit niệu/TPTNT (4) – Bạch cầu niệu/TPTNT (5)

IV. BÀN LUẬN

Liên quan giữa thông số Nitrite (NIT) trong xét nghiệm TPTNT và kết quả CNT cho thấy trong 1367 trường hợp CNT âm tính, có 1324 trường hợp cho kết quả NIT âm tính (độ đặc hiệu 97%) và trong 570 trường hợp CNT dương tính chỉ có 255 trường hợp cho kết quả NIT dương tính (độ nhạy 44,7%). Điều này phản ánh rằng, không phải tất cả vi khuẩn đều có men khử nitrate, hay vi khuẩn cũng cần 1 khoảng thời gian nhất định (trên 4 giờ) tồn lưu trong bàng quang để chuyển hóa nitrate thành nitrite, điều này đã được đề cập đến trong nghiên cứu của Alexandre Gimenes Marques và cộng sự năm 2017(5). Nhìn chung, độ nhạy của chỉ số nitrit trong xét nghiệm TPTNT là thấp với mức độ đặc hiệu của nó. Do đó, xét nghiệm này có thể là một yếu tố dự báo đáng tin cậy về nuôi cấy nước tiểu dương tính.

Đối với xét nghiệm PTCLNT bằng công nghệ ĐTBDC, thông qua nhiều nghiên cứu,

đã được chứng minh là một xét nghiệm tầm soát ban đầu bệnh lý NKĐTN hiệu quả. Trong nghiên cứu này, với giá trị ngưỡng cắt ngang là 100 vi khuẩn/ uL chúng tôi nhận thấy, có 696 trường hợp cho kết quả không NKĐTN, trong đó 643 trường hợp có kết quả CNT âm tính. Xét nghiệm PTCLNT có độ nhạy lên đến 90,7%, giá trị tiên đoán âm 92,4%. Mặt khác, giá trị chẩn đoán của số lượng vi khuẩn niệu trong xét nghiệm PTCLNT tỏ ra vượt trội hơn khi so sánh với các chỉ số khác (số lượng bạch cầu niệu/PTCLNT hay bạch cầu niệu và Nitrite/TPTNT) với AUC 0,829 (Hình 1).

Theo y văn, có một số nghiên cứu chứng tỏ vai trò của xét nghiệm PTCLNT trong tầm soát ban đầu NKĐTN như nghiên cứu của Boonen và cộng sự. Với giá trị ngưỡng cắt ngang (GTNCN) 60 vi khuẩn/uL, ghi nhận độ nhạy của xét nghiệm này lên đến 100% và độ đặc hiệu 60%(7). Barbara Pieretti và cộng sự cũng chứng minh điều tương tự với

GTNCN 65 vi khuẩn/ul và 100 bạch cầu/ul, xét nghiệm có độ nhạy 98,2%, độ đặc hiệu 62,1%. Giá trị tiên đoán âm 98,7%, giá trị tiên đoán dương 53,7%(7). Với máy xét nghiệm thể hệ mới Sysmex UF-5000, Rita De Rosa và cộng sự cho ra kết quả với GTNCN 58 vi khuẩn/uL thì xét nghiệm có độ nhạy 99,4%, độ đặc hiệu 78,2%, giá trị tiên đoán dương 65,4% và giá trị tiên đoán âm 99,7%(3)

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 1937 trường hợp nghi ngờ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, chúng tôi nhận thấy kết quả xét nghiệm PTCLNT có độ chính xác cao trong việc chẩn đoán loại trừ NKĐTN, giảm số lượng mẫu nước tiểu cần cấy cũng như tránh sử dụng sớm kháng sinh không cần thiết. Trong khi đó, TPTNT có giá trị hơn PTCLNT trong gợi ý chẩn đoán NKĐTN với độ đặc hiệu cao cho thấy việc cần kết hợp xét nghiệm PTCLNT và TPTNT trong quy trình chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Với ngưỡng vi khuẩn 100 tế bào/uL thì xét nghiệm PTCLNT khuyến nghị độ nhạy 90,7%, độ đặc hiệu 47%, NPV 92,4% và PPV 41,7% trong chẩn đoán NKĐTN.

Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu sâu rộng hơn nhằm tìm ra quy trình chẩn đoán tối ưu để tận dụng được cả hai xét nghiệm PTCLNT và TPTNT 10 thông số trong quy trình chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam** (2013). Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam, Lời mở đầu. Nhà Xuất bản Y học.
2. **Alexandre Gimenes Marques, André Mario Doi, Jacyr Pasternak, Márcio Dos**

Santos Damascena, Carolina Nunes França, Marinês Dalla Valle Martino (2017). Performance of the Dipstick Screening Test as a Predictor of Negative Urine Culture. Einstein (Sao Paulo), 15: 34-39.

3. **Barbara Pieretti, Pietro Brunati, Beatrice Pini, Carlo Colzani, Pierluigi Congedo, Marco Rocchi, and Riccardo Terramocci**, (2010). Diagnosis of Bacteriuria and Leukocyturia by Automated Flow Cytometry Compared with Urine Culture. Journal of clinical microbiology, Nov, 3990–3996.
4. **EAU Guidelines on Urological Infections** 2018. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2018-large-text.pdf>
5. **Gero Hohlbrugger, Claus Riedl**, (2000). Non-bacterial cystitis. Current Opinion in Urology, 10 (5): 371-380.
6. **Hyun-Sop Choe et al** (2018). Aspects of urinary tract infections and antimicrobial resistance in hospitalized urology patients in Asia: 10-Year results of the Global Prevalence Study of Infections in Urology (GPIU). Journal of Infection and Chemotherapy, 24 (4): 278-283.
7. **K. J. M. Boonen, E. L. Koldewijn, N. L. A. Arents, P. A. M. Raaymakers, V. Scharnhorst**, (2013). Urine Xow cytometry as a primary screening method to exclude urinary tract infections. World J Urol, 31: 547-551.
8. **Rita De Rosa, Shamanta Grosso, Giada Lorenzi, Graziano Bruschetta, Alessandro Camporese**, (2018). Evaluation of the new Sysmex UF-5000 fluorescence flow cytometry analyser for ruling out bacterial urinary tract infection and for prediction of Gram negative bacteria in urine cultures. Clinica Chimica Acta, 484: 171-178.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU SAU ĐẶT THÔNG DOUBLE J TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

Lê Trọng Thiên Long¹, Phan Trường Bảo¹,
Võ Trọng Thanh Phong¹, Trần Trọng Huân¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thông Double J (DJ) được ứng dụng rộng rãi hơn bốn thập kỷ, gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên các bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường tiết niệu trên có lưu thông DJ, xây dựng quy trình rút thông DJ an toàn trên các trường hợp nghi ngờ có nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các bệnh nhân đặt thông DJ sau phẫu thuật lấy sỏi đường tiết niệu trên. Phương pháp nghiên cứu là báo cáo hàng loạt trường hợp.

Kết quả: Tỷ lệ mù niệu, khuẩn niệu và NKĐTN trên các bệnh nhân mang thông DJ lần lượt là 52,9%, 8,4% và 8%. Có nhiều loại vi khuẩn được phân lập gây NKĐTN sau đặt thông DJ, vi khuẩn gram âm chiếm ưu thế, đứng đầu là E. coli. Tỷ lệ khuẩn niệu thấp hơn tỷ lệ mù niệu nhiều lần.

Kết luận: Mù niệu trên bệnh nhân có mang thông DJ có liên quan rất ít đến khuẩn niệu và NKĐTN. Vì vậy, cần cấy nước tiểu để chẩn đoán

xác định, giảm việc sử dụng kháng sinh không cần thiết.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, thông DJ, mù niệu, khuẩn niệu, kháng sinh.

SUMMARY

EVALUATING MANAGEMENT RESULTS OF URINARY TRACT INFECTION AFTER INDWELLING DOUBLE J STENT FOLLOWING UPPER URINARY TRACT STONE LITHOTRIPSY

Background: DJ stent has been widely applicable for more than four decades. DJ stent cause difficulties in diagnostic and treatment of urinary tract infection.

Objectives: Evaluation the results of treatment in urinary tract infection after indwelling double J stent, contribute a safe procedure to withdraw DJ stent in case suspected of UTIs.

Materials and methods: The patient indwelled DJ stent after removing the upper urinary tract stones. This is a case series. The data was collected prospectively and retrospectively.

Results: The pyuria, urinary tract infections and UTIs in patients indwelled DJ stent found in 52.9%, 8.4% and 8% of cases respectively. Of the multiple pathogens identified, Gram negative was the most common, especially E. coli. The bacteriuria is lower than the pyuria approximate 7 times.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Thiên Long
SĐT: 0777768000

Email: thienlongyds10@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2023

Ngày duyệt bài: 10/03/2023

Conclusion: Urinary tract infections in patients with DJ stent have very little relevance to pyuria. Therefore, urine culture is needed for a definitive diagnosis, reducing unnecessary antibiotic use.

Keywords: Urinary tract infection (UTI), DJ stent, pyuria, bacteriuria, antibiotic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống thông niệu quản có vai trò quan trọng trong điều trị hẹp đường tiết niệu trên và phòng ngừa các biến chứng sau mổ, kể cả mổ mở hay phẫu thuật nội soi. Do có chỉ định rộng rãi nên việc đặt ống thông niệu quản trở nên quen thuộc đối với các bác sĩ tiết niệu. Trong đó, ống thông Double J (DJ) là ống thông niệu quản được sử dụng nhiều nhất(3,7).

Tuy được ứng dụng nhiều và đã lâu song ống thông DJ vẫn gây ra các triệu chứng bất lợi cho bệnh nhân sau mổ. Các triệu chứng này liên quan đến thời gian lưu ống là dài hạn hay ngắn hạn và vị trí đầu dưới ống thông trong bàng quang(6). Chúng ta thường nghĩ rằng các thay đổi hay rối loạn liên quan đến ống thông thường hiếm gặp và không đáng lo ngại. Tuy nhiên, vì có sự trùng lặp giữa triệu chứng liên quan đến ống thông DJ với triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), nên trong thực tế lâm sàng, có thể bỏ sót chẩn đoán và xử trí không đúng, không kịp thời đưa đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm thận bể thận cấp, nhiễm khuẩn huyết và thậm chí tử vong(1,2,7). Mặt khác, các triệu chứng khó chịu này gây khó khăn trong chẩn đoán NKĐTN, từ đó làm tăng tỷ lệ sử dụng kháng sinh không cần thiết. Do việc sử dụng ống thông DJ ngày càng tăng lên, tỷ lệ NKĐTN liên quan đến ống thông cũng tăng lên theo(6). Nhiễm khuẩn liên quan đến ống

thông là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện, bên cạnh đó tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc ngày càng tăng lên gây khó khăn trong điều trị(4).

Tại Việt Nam, tỷ lệ đặt ống thông DJ sau điều trị sỏi đường tiết niệu trên là khá cao và hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào về tình trạng NKĐTN trên bệnh nhân có mang thông DJ. Theo quan sát của chúng tôi tại phòng khám và phòng cấp cứu bệnh viện Bình Dân, số lượng bệnh nhân phải tái nhập viện sau rút ống thông DJ là đáng kể, đa phần là do NKĐTN, trong đó một số trường hợp diễn tiến rất nhanh đến tình trạng sốc nhiễm khuẩn, thậm chí tử vong. Bên cạnh đó, vì nghi ngờ có NKĐTN, một tỷ lệ không ít các bệnh nhân phải kéo dài thời gian mang thông DJ cùng với các triệu chứng khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống bản thân và gia đình. Như vậy, việc chẩn đoán và điều trị NKĐTN trên bệnh nhân có mang thông DJ sau mổ sỏi đường tiết niệu trên thì như thế nào? Điều này thúc đẩy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với tên đề tài là: “Đánh giá kết quả điều trị nhiễm khuẩn đường tiết trên bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường tiết niệu trên có lưu thông Double J”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân (BN) có chỉ định đặt ống thông DJ sau điều trị sỏi đường tiết niệu trên tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2019 - 5/2019.

Trên 18 tuổi.

Chỉ định đặt thông DJ sau mổ: thủng, rách niệu quản trong mổ; niệu quản giãn rộng trên 10Fr; phù niệu quản đáng kể do sỏi; thất bại soi niệu quản lên cao do hẹp hoặc dễ chuẩn bị cho lần mổ thứ hai; NKĐTN có bé

tắc; sỏi lớn có nhiều sỏi vụn có khả năng di chuyển xuống; thận độc nhất.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có bằng chứng NKĐTN trước khi đặt thông DJ.

Có sỏi 2 bên

Có bất thường cấu trúc hay chức năng đường tiết niệu khác kèm theo như hẹp niệu quản, niệu quản đôi, ... được chẩn đoán trước, trong mổ.

Những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có nhiễm khuẩn tại hệ cơ quan khác của cơ thể.

Không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả báo cáo hàng loạt trường hợp.

Quy trình nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 2/1/2019 đến tháng 31/5/2019

Phương pháp tiến hành: hồi cứu, thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án

Từ tháng 2/1/2019 đến tháng 31/5/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân có chỉ định lấy sỏi đường tiết niệu trên bằng các

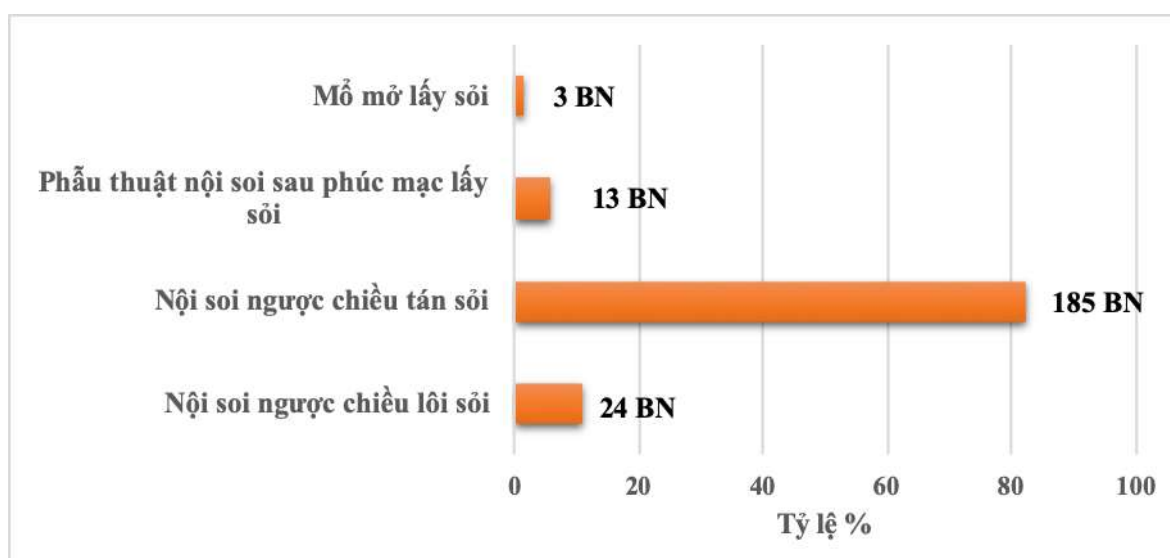
phương pháp: nội soi niệu quản ngược chiều tán sỏi hoặc lôi sỏi, nội soi sau phúc mạc lấy sỏi hay mổ mở được đặt thông DJ sau mổ.

Loại ống thông DJ được sử dụng tại địa điểm nghiên cứu: ống thông DJ 6Fr polyurethane dài 26 cm, không có lớp phủ đặc biệt nào.

Ống thông DJ được rút bằng máy soi bàng quang, chúng tôi ghi nhận vị trí của đầu dưới ống thông trong bàng quang và tình trạng niêm mạc bàng quang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 02/01/2019 đến 31/05/2019 có 268 BN được nhập viện điều trị phẫu thuật lấy sỏi đường tiết niệu trên thỏa tiêu chí chọn mẫu tại Bệnh viện Bình Dân. Trong đó có 3 BN bị loại ra khỏi nghiên cứu vì có khuẩn niệu trên sỏi và 40 BN không thu thập đủ số liệu cần thiết. Chúng tôi tiến hành thống kê và phân tích 225 BN thỏa các tiêu chí chọn bệnh của nghiên cứu và thực hiện đầy đủ các xét nghiệm.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các phương pháp lấy sỏi đường tiết niệu trên trong nghiên cứu

Đặc điểm chung của dân số

Tuổi trung bình của các đối tượng trong mẫu nghiên cứu là $46,5 \pm 11,6$ tuổi, độ tuổi từ 30 – 70 trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,7%. Trong đó tỷ lệ nam : nữ là 1,3.

Chiều cao trung bình là $159,6 \pm 6,8$ cm.

Đặc điểm lâm sàng trước khi đặt DJ

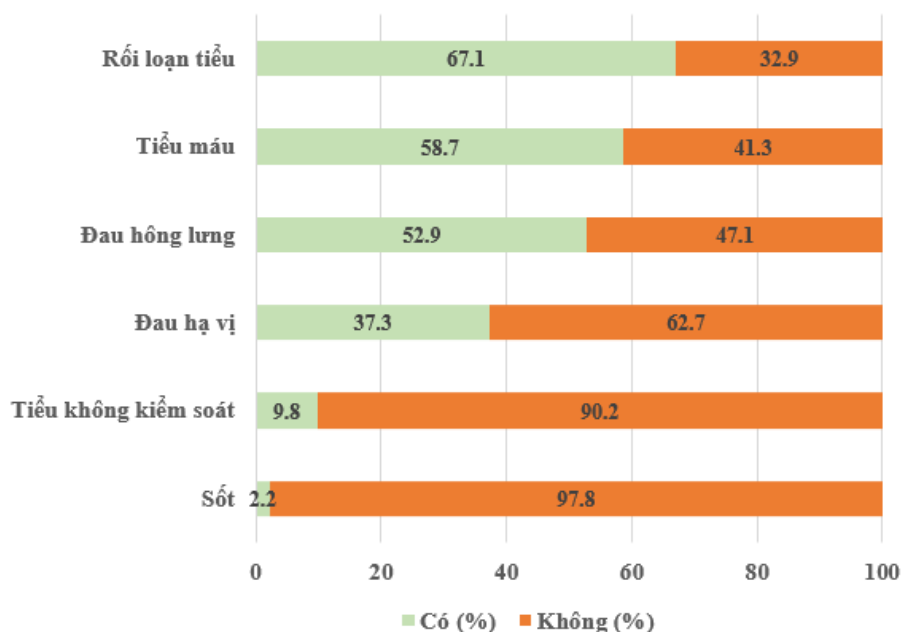
60% đặt DJ bên trái, 40% đặt bên phải.

Kháng sinh dự phòng sử dụng chủ yếu là

Cephalosporin thế hệ II (54,2%) và Amoxicillin/Acid clavulanic (44%).

Tất cả các trường hợp đều được xác định không có NKĐTN trước khi đặt thông DJ bằng xét nghiệm nước tiểu trên sỏi.

Đặc điểm lâm sàng lần tái khám thứ nhất



Biểu đồ 2: Tỷ lệ phân bố các triệu chứng nghi ngờ có NKĐTN khi mang thông DJ

Sự phân bố men esterase bạch cầu 3+ khác nhau theo các khoảng thời gian. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ men esterase bạch cầu 3+ tăng theo thời gian và tăng nhanh sau 14 ngày lưu thông DJ.

Có 16 trường hợp (chiếm tỷ lệ 7,1%) có nitrit dương tính trong nước tiểu ở thời điểm tái khám lần thứ nhất. Có 14 trường hợp (chiếm tỷ lệ 6,2%) vừa có men esterase bạch cầu và nitrit dương tính.

Tỷ lệ mủ niệu tăng dần theo thời gian và tăng nhanh sau ngày thứ 14. Sự khác biệt về tỷ lệ mủ niệu theo thời gian có ý nghĩa thống

kê. Riêng tỷ lệ mủ niệu sau lưu thông DJ từ 15 đến 21 ngày và trên 21 ngày khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,41$).

Có 65 trường hợp soi tươi nước tiểu nhuộm gram thấy vi khuẩn. Tỷ lệ có vi khuẩn gram âm chiếm ưu thế hơn (80% so với 50,8%).

Trong 225 BN, có 196 trường hợp có kết quả cấy âm tính, 29 trường hợp có kết quả bất thường với 8 trường hợp ngoại nhiễm, 2 trường hợp có nấm men và 19 trường hợp có phân lập loại vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Tỷ lệ các chủng vi khuẩn được trình bày theo bảng 1.

Bảng 1: Kết quả cấy nước tiểu lần tái khám 1

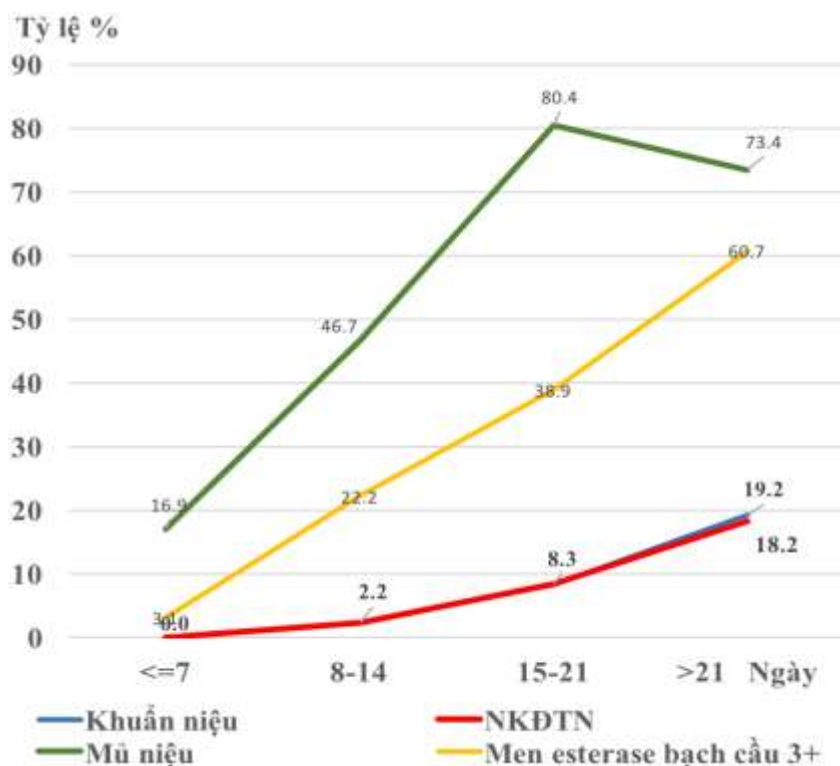
Kết quả cấy	Số BN	Tỷ lệ %
Ecoli	15	6,7
Pseudomonas	2	0,9
Acinetobacter baumannii	1	0,4
Enterococcus	1	0,4
Nấm men	2	0,9
Ngoại nhiễm	8	3,6
Không	196	87,1

Tỷ lệ khuẩn niệu tăng lên theo thời gian, tăng nhanh sau 14 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ mủ niệu, khuẩn niệu, NKĐTN sau đặt thông DJ được trình bày theo bảng 2.

Bảng 2: Tỷ lệ mủ niệu, khuẩn niệu, NKĐTN sau đặt thông DJ

Tình trạng	Số BN	Tỷ lệ %
Âm tính	105	46,7
Mủ niệu	119	52,9
Khuẩn niệu	19	8,4
NKĐTN	18	8,0



Biểu đồ 3. Tỷ lệ men esterase bạch cầu 3+, mủ niệu, khuẩn niệu và NKĐTN theo thời gian mang thông DJ

Có 55 trường hợp (chiếm tỷ lệ 24,4%) được điều trị kháng sinh ở lần tái khám thứ nhất, trước khi có kết quả cấy nước tiểu. Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Fosmycin, với 42 trường hợp (chiếm tỷ lệ 83,6%). Thời gian lưu ống thông càng lâu càng có khả năng sẽ dùng kháng sinh và tỷ lệ dùng kháng sinh tăng nhanh sau ngày thứ 14 ($p < 0,001$).

Các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến quyết định dùng kháng sinh trước khi có kết quả cấy nước tiểu: sốt, men esterase bạch cầu 3+/TPTNT, nitrite dương tính, mủ niệu, soi nước tiểu có vi khuẩn gram âm. Tỷ lệ dùng kháng sinh cao hơn tỷ lệ khuẩn niệu.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mủ niệu, khuẩn niệu và nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau đặt thông DJ

Tỷ lệ mủ niệu trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,1%. Kết quả này phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước khác. Tỷ lệ khuẩn niệu thực sự ít hơn rất nhiều so với các dấu chỉ gợi ý có NKĐTN (tỷ lệ mủ niệu và men esterase bạch cầu trong nước tiểu lần lượt gấp 6,3 và 8,8 lần khuẩn niệu). Trong đa số các trường hợp, khuẩn niệu sẽ gây NKĐTN (94,7%).

Mủ niệu và khuẩn niệu là hai tiêu chí quan trọng trong chẩn đoán NKĐTN, trong đó khuẩn niệu có tỷ lệ thấp hơn, gần hơn và có giá trị xác định có nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Thực vậy, hơn 6 trường hợp có mủ niệu thì mới có 1 trường hợp thực sự có NKĐTN. Trong khi đó, hầu như trường hợp nào có khuẩn niệu thì đều có NKĐTN. Điều này, phù hợp với khuyến cáo trong Hội Nghị khoa Châu Âu khi nhắc rằng, không nên đánh đồng mủ niệu và mức độ mủ niệu với NKĐTN.

Nhìn chung, tỷ lệ mủ niệu, khuẩn niệu, NKĐTN tăng dần theo thời gian, tăng nhanh sau ngày thứ 14. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Paick(13). Hậu quả của tỷ lệ mủ niệu, khuẩn niệu tăng khi lưu thông DJ sau 14 ngày là việc chậm trễ rút thông DJ không cần thiết và dùng kháng sinh quá tay. Như vậy, để giảm tỷ lệ mủ niệu, khuẩn niệu và nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nên lưu ống thông DJ dưới 14 ngày, tương tự khuyến cáo trong Hướng dẫn điều trị của Hội Niệu Khoa Châu Âu 2018.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân lưu ống thông dưới 14 ngày, thậm chí dưới 7 ngày, sau rút ống thông, không có bệnh nhân nào ghi nhận có tình trạng NKĐTN sau rút ống cũng như bất thường nào khiến bệnh nhân phải tái khám. Kết quả này, đóng góp thêm dữ kiện ủng hộ việc nên lưu ống thông ngắn ngày hơn trên các bệnh nhân sạch sỏi và không có bất thường nào khác gây bế tắc đường tiết niệu.

Tỷ lệ vi khuẩn trong NKĐTN trên các bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường tiết niệu trên có lưu thông DJ

Có nhiều chủng vi khuẩn được phân lập, với sự ưu thế của vi khuẩn Gram âm, chỉ có 1 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có khuẩn niệu là Gram dương (Enterococcus). Điều này phù hợp với y văn(3,4,7), chủng vi khuẩn gây NKĐTN chủ yếu là gram âm, nhất là Ecoli. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả khác. Điều này giúp định hướng chọn lựa loại kháng sinh theo kinh nghiệm thích hợp, có phổ tiêu diệt được vi khuẩn Gram âm, trong trường hợp nghi ngờ có NKĐTN mà chưa có kết quả cấy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp nghi ngờ NKĐTN có chỉ định dùng kháng sinh, kháng sinh theo kinh nghiệm được lựa chọn chủ yếu là Fosmycin.

Sau khi kiểm chứng với kết quả kháng sinh đồ, trong 19 trường hợp có khuẩn niệu, chỉ có 1 trường hợp kháng với Fosmycin, được chuyển sang Ampicillin (Unasyn) 7 ngày rồi rút thông DJ.

Tỷ lệ phân lập các chủng vi khuẩn trong nước tiểu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tác giả L.V.Dũng(2) và Hsieh(5) với E.coli là chủng vi khuẩn thường gặp nhất. Mặt khác, kết quả của Shabeena(8) cho thấy chủng vi khuẩn ưu thế là gram dương, Staphylococcus spp. Trong nghiên cứu của Shabeena(8), thời gian lưu ống thông trung bình lên đến 27 ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất là 940 ngày. Điều này được một số tác giả lý giải rằng: trên các ống thông dài hạn, lớp màng sinh học bám trên bề mặt ống thông thuận lợi cho sự phát triển cho các vi khuẩn khác, không phải E. coli, như Staphylococcus spp., Pseudomonas spp., ...

Hướng xử trí mũ niệu, khuẩn niệu và NKĐTN trên BN mang thông DJ

Có 2 quyết định lâm sàng chính trong lần tái khám thứ nhất, đó là rút thông DJ và dùng kháng sinh. Vì có đến 95,1% các trường hợp mang thông DJ than phiền có các triệu chứng khó chịu. Trong đó, chỉ có triệu chứng sốt là khiến bác sĩ lâm sàng nghĩ ngay đến có nhiễm khuẩn và có chỉ định dùng kháng sinh ngay lập tức. 6 triệu chứng còn lại không thể phân định do tác động cơ học của ống thông DJ hay do NKĐTN. Vì vậy cần làm thêm các xét nghiệm giúp chẩn đoán có hay không có NKĐTN chính xác hơn.

Mũ niệu thể hiện đáp ứng viêm của niệu mạc, có thể có hoặc không có vi khuẩn. Chỉ có trường hợp viêm do vi khuẩn (NKĐTN) mới cần dùng kháng sinh và trì hoãn rút thông DJ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khuẩn niệu trong các trường hợp mũ niệu là thấp (15,1%), vì vậy không nên dựa vào

kết quả có mũ niệu mà nghĩ ngay có khuẩn niệu mà dùng kháng sinh. Điều này phù hợp với khuyến cáo của EAU 2018: không nên dùng mũ niệu và mức độ mũ niệu để chỉ định dùng kháng sinh, cấy nước tiểu vẫn là xét nghiệm cần thiết để xác định chẩn đoán khi nghi ngờ có NKĐTN. Như vậy, các trường hợp mũ niệu và bệnh nhân không sốt, nếu nghi ngờ có NKĐTN nên chờ kết quả cấy trước khi quyết định sử dụng kháng sinh.

Khuẩn niệu được chẩn đoán xác định qua cấy nước tiểu, việc soi tươi nhuộm gram nước tiểu giúp gợi ý có khuẩn niệu khi quan sát thấy có vi khuẩn. Tuy nhiên để chẩn đoán có khuẩn niệu, ngoài tiêu chuẩn định tính, còn thỏa tiêu chuẩn định lượng. Giá trị định lượng này tùy thuộc vào đối tượng chẩn đoán, như trong nghiên cứu của chúng tôi, trên các bệnh nhân có thông DJ là lớn hơn 103 cfu/mL. Thực vậy, có đến 65 (28,9%) các bệnh nhân soi thấy vi khuẩn nhưng chỉ 21,5% các trường hợp thực sự thỏa tiêu chuẩn khuẩn niệu. Điều này chứng tỏ, xét nghiệm soi tươi nhuộm Gram vi khuẩn không thể thay thế được xét nghiệm cấy nước tiểu trong việc xác định khuẩn niệu. Không nên dùng kết quả soi nước tiểu làm yếu tố quyết định việc xác định khuẩn niệu và sử dụng kháng sinh, nên chờ kết quả cấy nước tiểu trước khi ra quyết định dùng kháng sinh.

Các trường hợp nước tiểu hoàn toàn âm tính, lâm sàng bệnh nhân không sốt, các triệu chứng đường tiết niệu biểu hiện từ nhẹ đến nặng đều có thể rút thông DJ, không dùng kháng sinh sau khi kiểm tra không còn các nguyên nhân gây bế tắc đường tiết niệu trên. Các bệnh nhân này trong nghiên cứu của chúng tôi sau rút thông DJ, tái khám sau một tuần đều ổn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mũ niệu, khuẩn niệu và NKĐTN trên các bệnh nhân mang thông DJ lần lượt là 52,9%, 8,4% và 8%. Các tình trạng này tăng dần theo thời gian, đặc biệt tăng nhanh sau ngày thứ 14 đặt thông DJ. Có nhiều loại vi khuẩn gây NKĐTN sau đặt thông DJ, Gram âm chiếm ưu thế, đứng đầu là E. coli. Mũ niệu trên bệnh nhân có mang thông DJ có liên quan rất ít đến khuẩn niệu và NKĐTN. Nitrit dương tính là yếu tố gợi ý có giá trị cao trong chẩn đoán NKĐTN trên bệnh nhân mang thông DJ. Nên điều trị khuẩn niệu, NKĐTN trước khi rút thông DJ, để rút thông DJ an toàn hơn và giảm thiểu NKĐTN sau rút thông DJ.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả trên, chúng tôi kiến nghị trên các BN mang thông DJ, khi có nghi ngờ khuẩn niệu, cần thực hiện cấy nước tiểu để xác định chẩn đoán. Trong trường hợp bệnh nhân lâm sàng ổn, không sốt, có thể chờ kết quả cấy nước tiểu trước khi khởi động kháng sinh. Trên các BN có lưu thông DJ sau phẫu thuật lấy sỏi, nếu không có hẹp niệu quản, sỏi sỏi hay nguyên nhân nào gây bế tắc đường tiết niệu trên thì nên lưu ống thông DJ dưới 14 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Châu (2019). Hiệu quả của phương pháp nội soi niệu quản đặt thông JJ trong điều trị nhiễm khuẩn niệu có tắc nghẽn đường niệu trên, Tạp chí Y học.
2. Lương Vũ Dũng (2016). Đánh giá kết quả điều trị kháng sinh dự phòng trong nội soi tán sỏi ngược chiều. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học. Đại học Y Dược TPHCM.
3. Hội Tiết Niệu Thận Học Việt Nam (2013). Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam.
4. Hooton Thomas M., Bradley Suzanne F., Cardenas Diana D., Colgan Richard, Geerlings Suzanne E., et al. (2010). Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. In Clinical Infectious Diseases. 50 (5), pp. 625-663.
5. Hsieh C. H., Yang S. S., Lin C. D., Chang S. J. (2014). Are prophylactic antibiotics necessary in patients with preoperative sterile urine undergoing ureterorenoscopic lithotripsy? BJU Int. 113 (2), pp. 275-80.
6. Joshi HB, Stainthorpe A, MacDonagh RP, Keeley FX, Timoney AG (2003). Indwelling ureteral stents: evaluation of symptoms, quality of life and utility. The Journal of urology. 169 (3), pp. 1065-1069.
7. Paick Sung Hyun, Park Hyoung Keun, Oh Seung-June, Kim Hyeon Hoe (2003). Characteristics of bacterial colonization and urinary tract infection after indwelling of double-J ureteral stent. Urology. 62 (2), pp. 214-217.
8. Shabeena K. S., Bhargava R., Manzoor M. A. P., Mujeeburahiman M. (2018). Characteristics of bacterial colonization after indwelling double-J ureteral stents for different time duration. Urol Ann. 10 (1), pp. 71-75.