

Tạo hình bàng quang bằng ruột sau cắt bàng quang triệt căn điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ: Kinh nghiệm bước đầu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Orthotopic ileal neo bladder replacement after radical cystectomy: Initial experiences in Thanh Hoa General Hospital

Trương Thanh Tùng, Nguyễn Anh Lương

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu tạo hình bàng quang bằng ruột sau cắt bàng quang triệt căn điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 11 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ được cắt bàng quang triệt căn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 02/2016 đến tháng 04/2017. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, số liệu được thu thập tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,5 năm. Nam giới chiếm 100%. Dung tích bàng quang mới 150ml - 300ml. Nước tiểu tồn dư 50ml - 100ml. Thời gian phẫu thuật 160 phút (không tính thời gian cắt bàng quang triệt căn). Thời gian có trung tiện 4 ngày. Thời gian rút dẫn lưu Redon 7 ngày. Thời gian rút dẫn lưu bàng quang 30 ngày. Lượng máu mất 45ml - 50ml. Không có tai biến trong mổ hay tử vong. Biến chứng: Liệt ruột kéo dài 2 trường hợp; rò nước tiểu qua dẫn lưu Redon 1 trường hợp; sỏi cổ bàng quang 1 trường hợp. Tỷ lệ mức độ hài lòng của người bệnh ở mức hài lòng và tạm được 81,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng ruột theo kiểu Hautmann sau cắt bàng quang triệt căn là một phẫu thuật đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân. Phẫu thuật này có thể thực hiện được ở các bệnh viện tuyến tỉnh, tuy nhiên cần phải có đầy đủ trang thiết bị cũng như phẫu thuật viên có kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu.

Từ khóa: Cắt bàng quang toàn bộ, tạo hình bàng quang bằng ruột.

Summary

Objective: Evaluate initial results of orthotopic ileal neo bladder replacement after radical cystectomy in Thanh Hoa General Hospital. **Subject and method:** Including 11 cases of invades muscle bladder cancer undergone radical cystectomy and replaced by orthotopic ileal neo bladder in Thanh Hoa General Hospital from Feb 2016 to May 2016. Study by descriptive method, data were collected prospectively. **Result:** Average age was 59.5 years. Men make up 100%. The volume of neo bladder 150ml - 300ml. Urine residual 50ml - 100ml. The operative time is 160 minutes (excluding the time for radical cystectomy). The gastrointestinal circulation time 4 days. The Redon

□Ngày nhận bài: 10/11/2017, ngày chấp nhận đăng: 27/11/2017

Người phản hồi: Trương Thanh Tùng, Email: tungtnqy@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

drainage time 7 days. Suprapubic cystostomy time 30 days. Blood loss 45ml - 50ml. No disasters in operating or death. Complications: Late gastrointestinal circulation 2 cases; urine Leakage through Redon drainage 1 case; stone of bladder neck 1 case. The satisfaction rate was 81.8%. *Conclusion:* Orthotopic ileal neo bladder replacement by the Hautmann method after radical cystectomy bring a better quality of life for patients. This surgery can be done at the provincial hospital, but should have full equipment as well as the surgeon must have experience and specialized training.

Keywords: Radical cystectomy, orthotopic ileal neo bladder replacement.

1. Đặt vấn đề

Ung thư bàng quang là bệnh lý thường gặp đứng hàng thứ 2 trong các bệnh lý ung thư hệ tiết niệu. Cho đến nay, điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật phối hợp với hóa - xạ trị. Chỉ định cắt bàng quang triệt căn thường được áp dụng cho những trường hợp u bàng quang đã xâm lấn lớp cơ (T2 trở lên), với tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ từ 25% - 50% [2].

Chuyển lưu nước tiểu sau cắt bàng quang (BQ) triệt căn có thể được thực hiện bằng 2 cách: Không kiểm soát và có kiểm soát. Việc tạo một bàng quang mới (neo bladder) để thay thế và nối trực tiếp xuống niệu đạo đã nâng cao rõ chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật. Năm 1979, Camey là người đi tiên phong trong vấn đề này, ông dùng một đoạn hồi tràng nguyên ống dài 40cm để thay thế bàng quang với điểm giữa đoạn hồi tràng được nối với niệu đạo. Kể từ đó có nhiều phương pháp tạo hình bàng quang mới ra đời như: Studer, Melchior, Abob-Enein, Hautmann... [1], [3], [6], [7], [8].

Tại Việt Nam, phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng ruột đã được một số bệnh viện tuyến trung ương thực hiện như: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Bình Dân, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện 103... [1], [4], [5]. Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh thì đây còn là vấn đề hạn chế. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa áp dụng kỹ

thuật này vào điều trị từ tháng 02 năm 2016. Qua các trường hợp đã phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá bước đầu những ưu điểm, nhược điểm và tính khả thi của phương pháp từ đó rút kinh nghiệm cho những trường hợp tiếp theo.*

2. Đối tượng và phương pháp

Bao gồm 11 trường hợp (TH) được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ (bằng hình ảnh chụp CT scan và kết quả sinh thiết qua nội soi ngược dòng), được cắt bàng quang triệt căn (cắt toàn bộ bàng quang, nạo vét hạch chậu bít 2 bên) và tạo hình bàng quang bằng quai ruột tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 02 năm 2016 đến tháng 04 năm 2017.

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu số liệu. Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật bởi cùng một ekip phẫu thuật viên và được theo dõi ngắn sau xuất viện 3 tháng và 6 tháng. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

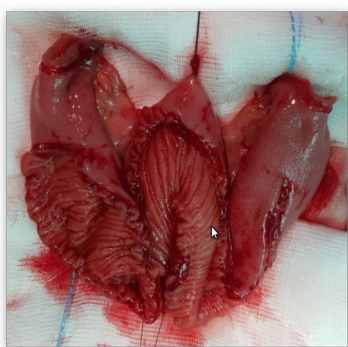
Mô tả kỹ thuật:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày và làm sạch ruột trước mổ. Tư thế bệnh nhân nằm ngửa với 2 chân duỗi thẳng. Sau khi tiến hành cắt bỏ toàn bộ bàng quang và nạo vét hạch chậu bít 2 bên. Chúng tôi tiếp tục phẩu tích mở mạc treo ruột có cắt và buộc kỹ các cung mạch, lấy cô lập một đoạn hồi tràng dài

40cm - 60cm cách góc hồi manh tràng 15cm - 20cm với đủ cung mạch nuôi. 2 đầu ruột còn lại được nối tận tận lập lại lưu thông tiêu hóa.

Bơm rửa sạch đoạn ruột cô lập bằng dung dịch Betadine pha loãng, xẻ ống ruột phía bờ tự do và tạo hình dáng chữ W theo kiểu Hautmann (lưu ý phần đáy chữ W phải đủ dài để kéo đưa được xuống vùng hốc chậu nối với niệu đạo dễ dàng).

Khâu gấp các mép ruột lần thứ nhất. Khâu đóng 2 đầu ruột và nối 2 niệu quản với bàng quang mới kiểu không tạo đường hầm. Khâu gấp tiếp các mép ruột lần thứ hai để tạo hình cầu cho bàng quang mới.



Hình 1. Đoạn ruột xếp theo hình chữ W kiểu Hautmann

Tạo cổ bàng quang mới đủ rộng để nối xuống niệu đạo. Nối cổ bàng quang mới

với niệu đạo bằng 5 - 6 mũi rời chỉ tiêu (có đặt sonde foley niệu đạo làm nòng). Đặt dẫn lưu bàng quang trên mu và đưa đầu 2 catheter niệu quản ra da.

Kiểm tra độ kín của bàng quang mới. Đặt dẫn lưu Redon vào hốc chậu (quanh cổ bàng quang mới). Đóng bụng 2 lớp.

Theo dõi và chăm sóc sau mổ:

Kháng sinh sau mổ dùng nhóm cephalosporin thế hệ 3 kết hợp với nhóm quinolon. Sau mổ 2 - 3 ngày bắt đầu bơm rửa sạch dịch ruột trong bàng quang mới. Sau 2 tuần rút dẫn lưu niệu quản ra da, sonde foley niệu đạo và xuất viện. Sau xuất viện 2 tuần hẹn tái khám và rút dẫn lưu bàng quang trên mu.

Đánh giá kết quả phẫu thuật và các tai biến - biến chứng. Đánh giá chức năng bàng quang mới sau mổ thông qua các chỉ số: Dung tích bàng quang chức năng; thời gian giữa 2 lần đi tiểu; thể tích nước tiểu tồn lưu; dòng nước tiểu; và khả năng kiểm soát đi tiểu. Đánh giá khả năng chống trào ngược thông qua hình ảnh chụp UIV, siêu âm hay chụp CT. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh một cách tương đối theo 4 mức độ (hài lòng, tạm được, không hài lòng, rất buồn). Đánh giá chức năng đi tiểu của bệnh nhân so với lúc chưa bị bệnh một cách tương đối theo 3 mức (< 50%; 50% đến dưới 80%; ≥ 80%).

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Tuổi bệnh nhân

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 50	1	9,1
50 đến dưới 60	5	45,4
60 đến dưới 70	4	36,4
≥ 70	1	9,1
Trung bình (khoảng)	59,5 (49 - 72) năm	
Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %

Nam	11	100
Nữ	0	0

Lứa tuổi hay gặp nhất là 50 - 70 năm, 100% là nam giới.

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Loại mô bệnh học		
Ung thư tế bào chuyển tiếp	10	90,9
Ung thư tế bào vảy	1	9,1
Giai đoạn bệnh		
T2N0M0	8	72,7
T2N1M0	2	18,2
T3N2M0	1	9,1
Độ mô bệnh học		
Biệt hóa cao	4	36,4
Biệt hóa vừa	6	54,5
Biệt hóa kém	1	9,1

1 trường hợp ung thư tế bào chuyển tiếp, độ biệt hóa kém, giai đoạn T3N2M0.

3.2. Đánh giá bàng quang mới

Bảng 3. Đánh giá bàng quang mới

Các chỉ số đánh giá	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Dung tích bàng quang mới				
< 150ml	2	20	0	0
150ml đến dưới 300ml	6	60	6	75
≥ 300ml	2	20	2	25
Tổng	10	100	8	100
Thể tích nước tiểu tồn dư				
< 50ml	4	40	4	50
50ml đến dưới 100ml	4	40	3	37,5
≥ 100ml	2	20	1	12,5
Tổng	10	100	8	100
Khả năng kiểm soát (KS) nước tiểu				
Cả ngày lẫn đêm không KS được	0	0	0	0
Ngày tỉnh thoả, đêm không KS được	2	20	1	12,5

Ngày KS được, đêm tỉnh thoảng	8	80	7	87,5
Tổng	10	100	8	100

Kiểm tra sau 3 tháng được 10 BN, sau 6 tháng được 8 BN. Dung tích bàng quang, thể tích nước tiểu tồn dư và khả năng kiểm soát nước tiểu tại thời điểm sau 6 tháng lần lượt có xu hướng tăng, giảm và cải thiện hơn so với thời điểm 3 tháng.

3.3. Đánh giá một số kết quả

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Một số kết quả	Trung bình	Khoảng
Thời gian mổ (phút)	160	130 - 120
Thời gian có trung tiện (ngày)	4	3,5 - 4,5
Thời gian rút dẫn lưu Redon (ngày)	7	6 - 10
Thời gian rút dẫn lưu BQ (ngày)	30	28 - 35
Tai biến trong mổ	Không có	
Biến chứng gần sau mổ	Liệt ruột kéo dài 2 TH; rò nước tiểu qua dẫn lưu Redon 1 TH	
Biến chứng xa sau mổ	Tạo sỏi bàng quang do nốt chỉ khâu cổ bàng quang 1 TH (sau mổ 6 tháng)	

Không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 5. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hài lòng	4	36,4
Tạm được	5	45,4
Không hài lòng	2	18,2
Rất buồn	0	0
Tổng	11	100

2 trường hợp không hài lòng về kết quả phẫu thuật do không kiểm soát được nước tiểu ban đêm.

Bảng 6. Chức năng đi tiểu so với lúc chưa bị bệnh

Chức năng đi tiểu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
-------------------	--------------	---------

so với lúc chưa bị bệnh	nhân	
< 50%	2	18,2
50% đến dưới 80%	6	54,6
≥ 80%	3	27,2
Tổng	11	100

Chức năng đi tiểu ở mức $\geq 50\%$ so với lúc chưa bị bệnh chiếm chủ yếu.

4. Bàn luận

Vai trò của chuyển lưu nước tiểu (urinary diversion) sau cắt bàng quang triệt căn là hết sức quan trọng. Về mặt yêu cầu sau khi chuyển lưu, nước tiểu phải được lưu thông tốt, không gây ứ trệ hay tắc nghẽn và phải tránh được hiện tượng trào ngược. Về mặt tiện lợi và đem lại chất lượng cuộc sống cho người bệnh thì chuyển

lưu có kiểm soát có nhiều ưu điểm hơn chuyển lưu không kiểm soát. Với chuyển lưu có kiểm soát, tạo hình bàng quang bằng ruột nối trực tiếp với niệu đạo hay bàng quang trực vị (orthotopic bladder) sẽ đem lại cảm giác phục hồi bình thường sau mổ tốt hơn và tránh gây mặc cảm tội lỗi về sau này cho người bệnh. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa bắt đầu thực hiện tạo hình bàng quang bằng ruột nối trực tiếp với niệu đạo từ tháng 02 năm 2016, qua những TH đã thực hiện, chúng tôi có một số bàn luận như sau:

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có các đặc điểm: Lứa tuổi trung bình 59,5 năm (49 - 72); nam giới chiếm 100%; bị ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm 90,9%; độ biệt hóa tế bào ung thư ở mức vừa và cao chiếm 90,9%; khối u ở giai đoạn pT2 chiếm 90,9%; các trường hợp đều được cắt bàng quang toàn bộ, nạo vét hạch chậu bịt 2 bên và tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo kiểu Hautmann. Theo Đào Quang Oánh (2012), mặc dù tạo hình bàng quang bằng ruột nối trực tiếp với niệu đạo là một phẫu thuật lớn nhưng có tỷ lệ tai biến - biến chứng ở mức chấp nhận được, trước đây chủ yếu phẫu thuật được thực hiện trên nam giới, nhưng hiện nay có thể thực hiện được trên cả nam và nữ giới [3]. Theo Mc Dougal (2007), Lee (2014), tạo hình bàng quang bằng đoạn hồi tràng vẫn là một lựa chọn ưu tiên, chỉ định tái tạo bàng quang ngày càng được mở rộng hơn, kể cả trên những bệnh nhân già yếu hay những bệnh nhân đã chuyển lưu không kiểm soát [8], [9].

4.2. Đánh giá bàng quang mới

Chức năng chứa đựng của bàng quang:

Trong tạo hình bàng quang bằng ruột nói chung, dung tích bàng quang mới sẽ đáp ứng chức năng chứa đựng của bàng

quang. Để tạo được bàng quang có đủ dung tích và áp lực thấp thì chúng ta phải áp dụng nguyên tắc mở ống (detubularization). Theo định luật Laplace, với cùng một sự thay đổi thể tích, cơ quan nào có đường kính lớn hơn sẽ thích nghi tốt hơn để giữ áp suất P ổn định [3]. Trong các trường hợp đã thực hiện, chúng tôi áp dụng nguyên tắc mở ống đoạn hồi tràng để tạo hình bàng quang theo kiểu Hautmann (hình W), đây là kiểu tạo hình bàng quang có dung tích lớn nhất và tròn nhất (tính trên cùng một đoạn ruột) [3], [7]. Bàng quang mới chúng tôi tạo được có dung tích từ gần 150ml đến hơn 300ml. Dung tích này phụ thuộc vào chiều dài đoạn hồi tràng được lấy, có 2 trường hợp dung tích bàng quang < 150ml là do đoạn hồi tràng được lấy bị ngắn (khoảng 40cm), tuy nhiên khi lấy đoạn hồi tràng dài hơn (khoảng 60cm) thì dung tích bàng quang sẽ đạt ≥ 300 ml. Đánh giá sau mổ 6 tháng thấy không có trường hợp nào dung tích bàng quang mới < 150ml. Theo Đào Quang Oánh (2012), nếu dung tích bàng quang đạt từ 150ml - 300ml thì thời gian giữa hai lần đi tiểu thường từ 1 - 2 giờ, đây cũng là một mốc cơ bản cần đạt được khi tạo hình bàng quang bằng ruột [3].

Chức năng tổng xuất nước tiểu:

Khả năng kiểm soát nước tiểu và thể tích nước tiểu tồn dư là những biểu hiện quan trọng của chức năng tổng xuất nước tiểu. Khi bàng quang mới được tạo ra với dung tích bé, nhu động của đoạn ruột dùng làm bàng quang vẫn còn, kết hợp với cơ thắt vân niệu đạo yếu thì nước tiểu sẽ bị són ra ngoài, đây là dấu hiệu rõ ràng nhất để đánh giá khả năng kiểm soát nước tiểu sau tạo hình bàng quang trực vị. Lượng nước tiểu tồn dư nhiều thường do dung tích bàng quang mới quá lớn, kết hợp với khả năng phối hợp các cơ vùng bụng, vùng chậu khi tập đi tiểu ở giai đoạn đầu chưa

được tốt, tuy nhiên theo thời gian thì lượng nước tiểu tồn dư sẽ được cải thiện ít đi. Miệng nối bàng quang mới với niệu đạo cũng thường ảnh hưởng đến chức năng tổng xuất nước tiểu, yêu cầu chung của miệng nối bàng quang mới với niệu đạo là phải không gây hẹp cổ bàng quang và kiểm soát được nước tiểu. Niệu đạo phải được kiểm tra trước mổ khẳng định không có di căn hay xâm lấn thì mới có chỉ định nối. Bàng quang mới cũng phải đủ độ dài mạc treo để đưa được xuống hốc chậu. Trong nghiên cứu này, đánh giá khả năng kiểm soát nước tiểu thông qua hiện tượng tiểu són trong ngày. Thấy sau 6 tháng so với 3 tháng thì tỷ lệ không kiểm soát được nước tiểu ban đêm giảm từ 20% xuống còn 12,5%, trong khi tỷ lệ khả năng kiểm soát được nước tiểu cả ngày và đêm tăng từ 80% lên 87,5%. Tỷ lệ lượng nước tiểu tồn dư $\geq 100\text{ml}$ cũng được cải thiện ở thời điểm 6 tháng so với 3 tháng từ 20% xuống còn 12,5%, trong khi tỷ lệ lượng nước tiểu tồn dư $< 50\text{ml}$ cũng tăng từ 40% lên 50%. Theo Hautmann (2006), Đào Quang Oánh (2012), có sự cải thiện theo thời gian về khả năng kiểm soát nước tiểu cũng như lượng nước tiểu tồn dư, đặc biệt tại thời điểm sau mổ tạo hình bàng quang trực vị 6 tháng đến 1 năm [3], [7].

Ảnh hưởng của bàng quang mới với đường tiết niệu trên:

Sự ảnh hưởng này phụ thuộc vào miệng nối niệu quản với bàng quang mới. Có nhiều phương pháp nối niệu quản vào bàng quang mới (ít nhất có 5 kỹ thuật), nhưng nhìn chung các phương pháp đều phải đảm bảo vừa không gây trở ngại dòng nước tiểu từ thận xuống, vừa không có trào ngược bàng quang niệu quản. Đối với bàng quang mới làm từ hồi tràng thì thường được nối với niệu quản theo: Kỹ thuật khâu lộn tay áo; kỹ thuật nối tận bên với đoạn ruột nguyên ống; kỹ thuật LeDuc-Camey; hay

kỹ thuật tạo van bằng đoạn ruột có lồng, các kỹ thuật đều ưu tiên chống tắc nghẽn chít hẹp miệng nối về sau hơn là chống trào ngược [3], [6], [7], [9]. Các trường hợp của chúng tôi đều áp dụng kỹ thuật nối tận bên không tạo đường hầm dưới niêm mạc, kết quả kiểm tra sau 6 tháng cho thấy không có hiện tượng tắc nghẽn miệng nối hay trào ngược niệu quản gây giãn hoặc tăng độ giãn thận ứ niệu.

4.3. Một số kết quả

Qua các trường hợp đã thực hiện, chúng tôi thu được kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình 160 phút (không tính thời gian cắt toàn bộ bàng quang và nạo vét hạch chậu bít 2 bên); thời gian có trung tiện 4 ngày; thời gian rút dẫn lưu Redon 7 ngày; thời gian rút dẫn lưu bàng quang 30 ngày; lượng máu mất trung bình tính riêng cho phẫu thuật tạo hình bàng quang không đáng kể (khoảng 45ml - 50ml); và không có tai biến trong mổ hay tử vong. Biến chứng gần sau mổ có: Liệt ruột kéo dài 2 trường hợp; rò nước tiểu qua dẫn lưu Redon 1 trường hợp. Biến chứng xa sau mổ có: Tạo sỏi cổ bàng quang do nốt chỉ khâu 1 trường hợp. Các trường hợp liệt ruột kéo dài chỉ cần lưu sonde dạ dày và theo dõi. Trường hợp rò nước tiểu qua dẫn lưu Redon phải dùng thêm giảm tiết và nhịn ăn tuyệt đối. Trường hợp tạo sỏi cổ bàng quang phải tiến hành nội soi tán sỏi và lấy sạch nốt chỉ khâu lòi vào cổ bàng quang. Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân thông qua các câu hỏi thấy: Ở mức hài lòng và tạm được là 81,8%; mức không hài lòng chỉ có 18,2%, đây là 2 trường hợp có dung tích bàng quang mới bé nên thời gian đầu việc kiểm soát nước tiểu ban đêm hầu như là không được, tuy nhiên các trường hợp này về sau đều được cải thiện. Đánh giá chức năng đi tiểu thấy tỷ lệ chức năng đi tiểu được $\geq 50\%$ so với lúc chưa bị bệnh đạt 81,8%,

đây có lẽ là một ưu điểm của bàng quang trực vị kiểu Hautmann.

So với các nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên, Đào Quang Oánh, Trần Chí Thanh, Nguyễn Đạo Thuấn, chúng tôi thấy không có sự khác biệt đáng kể [1], [3], [4], [5]. Mặc dù đây mới chỉ là nghiên cứu bước đầu với số liệu ít, nhưng đây cũng là một thành công đối với Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa nói riêng và các bệnh viện tuyến tỉnh nói chung. Về lâu dài, chúng tôi sẽ mạnh dạn chỉ định thực hiện kỹ thuật này thường qui hơn nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị của người bệnh, song song sẽ có những nghiên cứu quy mô hơn để đánh giá một cách chính xác kết quả cũng như theo dõi những biến chứng xa hơn của người bệnh (như: Dung tích bàng quang; thể tích nước tiểu tồn dư; hẹp miệng niệu quản, niệu đạo; nhiễm khuẩn ngược dòng...).

5. Kết luận

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng ruột theo kiểu Hautmann sau cắt bàng quang triệt căn là một phẫu thuật đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân. Phẫu thuật này có thể thực hiện được ở các bệnh viện tuyến tỉnh, tuy nhiên cần phải có đầy đủ trang thiết bị cũng như phẫu thuật viên có kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Lê Chuyên (2012) *Phẫu thuật cắt bàng quang*. NXB Y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Kỳ, Đỗ Trường Thành (2003) *U bàng quang*. Bệnh học tiết niệu, NXB Y học, tr. 471-482.
3. Đào Quang Oánh (2012) *Phẫu thuật tạo hình bàng quang*. Phẫu thuật cắt bàng quang, NXB Y học, tr. 131-229.
4. Trần Chí Thanh (2015) *Kết quả tạo hình bàng quang theo phương pháp Abol-Enein sau cắt bàng quang toàn bộ do ung thư bàng quang tại Bệnh viện Việt Đức*. Kỷ yếu HNKH lần thứ II, VUNA-north, tháng 11, tr. 28-33.
5. Nguyễn Đạo Thuấn và cộng sự (2005) *Kết quả ban đầu phẫu thuật chuyển lưu nước tiểu qua da có kiểm soát bằng túi Indiana*. Kỷ yếu HNKH tháng 8/2005, Hội tiết niệu thận học TP. Hồ Chí Minh.
6. Abol-Enein H et al (2006) *A continent cutaneous ileal neo bladder using the serous-lined extramural valves*. BJU Int (98): 1125-1137.
7. Hautmann RE et al (2006) *Long-term results of standard procedures in urology: The ileal neo bladder*. World J Urol (24): 305-314.
8. Lee RK et al (2014) *Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: Options, patient selection, and outcomes*. BJU Int (113): 11-23.
9. Mc Dougal WS et al (2007) *Use of intestinal segments in urinary diversion*. Campbell-Walsh Urology, SE company, Chapter 80: 2534-2578.