

Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối điều trị u bàng quang nông tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Results of en-bloc transurethral resection of bladder tumour treatment superficial bladder tumor at 108 Military Central Hospital

Đỗ Ngọc Thế^{1*},
Nguyễn Đức Anh² và Lê Thế Sơn³

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Bệnh viện Y học Hải Quân,
³Đại học Y Dược Hải Phòng

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối trong điều trị u bàng quang nông tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 41 bệnh nhân có u bàng quang nông được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 4/2023 đến 4/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,6 \pm 13,1$. Tỷ lệ nam/ nữ là 7,2/1. 87,8% u bàng quang phát hiện lần đầu, đơn u chiếm 85,4%, u có cuống chiếm 79,5%. 100% phẫu thuật thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, tỷ lệ kích thích thần kinh bịt là 19,5%, không có trường hợp nào gặp tai biến, biến chứng khác. Thời gian phẫu thuật trung bình $21,8 \pm 9,9$ phút, thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình là $1,8 \pm 0,8$ ngày, thời gian nằm viện trung bình $3,2 \pm 1,2$ ngày. Tỷ lệ có cơ trơn bàng quang trong mẫu bệnh phẩm là 63,41%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối là phương pháp an toàn, hiệu quả cho các trường hợp u bàng quang nông; không có tai biến thủng bàng quang, không xảy ra biến chứng sau mổ.

Từ khóa: U bàng quang nông, cắt nguyên khối u bàng quang qua nội soi niệu đạo.

Summary

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the outcomes of transurethral en bloc resection for superficial bladder tumors at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A retrospective and prospective study was conducted on 41 patients with superficial bladder tumors who underwent transurethral en bloc resection at the 108 Military Central Hospital from April 2023 to April 2024. **Result:** The mean age was 61.6 ± 13.1 years. The male-to-female ratio was 7.2:1. 87.8% of bladder tumors were diagnosed for the first time, 85.4% were solitary tumors, and 79.5% had a stalk. 100% of surgeries were successful, with no conversions to open surgery. The incidence of obturator nerve stimulation was 19.5%, and no other major complications were observed. The mean surgical duration was 21.8 ± 9.9 minutes. The average duration of urethral catheter placement was 1.8 ± 0.8 days, and the average hospital stay was 3.2 ± 1.2 days. The presence of smooth muscle in the bladder specimen was found in 63.41% of cases. **Conclusion:** En-bloc transurethral resection of bladder tumor

Ngày nhận bài: 22/01/2025, ngày chấp nhận đăng: 3/3/2025

* Tác giả liên hệ: tietnieu108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

(ERBT) is a safe and effective method for cases of superficial bladder tumors; there were no bladder perforations or postoperative complications.

Keywords: Superficial bladder tumor, en-bloc transurethral resection of bladder tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một tình trạng bệnh lý ác tính đường tiết niệu phổ biến đứng thứ 11 trong các loại ung thư thường gặp trên thế giới và đứng thứ 7 trong các loại ung thư thường gặp ở nam giới. Khoảng 70-80% ung thư bàng quang mới phát hiện là ung thư bàng quang nông¹. Ung thư bàng quang nông hay ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ (non muscle invasive bladder cancer - NMIBC) là loại ung thư mà thương tổn còn giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc màng đáy, chưa xâm lấn xuống lớp cơ, gồm các giai đoạn Ta, Tis, T1. Chẩn đoán ung thư bàng quang nông dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học¹⁻³. Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang (TURBT - Transurethral resection bladder tumor) là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư bàng quang nông¹. Việc cắt bỏ khối u có thể được áp dụng theo hai kỹ thuật: Cắt khối u từng phần (piecemeal/separate resection) hoặc cắt khối u toàn bộ hay cắt khối u nguyên khối (en-bloc resection). Ưu điểm vượt trội của phương pháp EnBloc-TURBT là tính an toàn, hiệu quả và khả năng cung cấp mẫu mô đạt chất lượng, giúp nhà giải phẫu bệnh có thể chẩn đoán chính xác bệnh và giai đoạn bệnh ngay sau lần phẫu thuật đầu tiên, hạn chế được nhiều trường hợp cắt đốt lại lần 2 không đáng có³⁻⁵.

Hiện tại, chưa có nhiều trung tâm thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị u bàng quang nông bằng phương pháp nội soi cắt u bàng quang nguyên khối. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối trong điều trị u bàng quang nông tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 41 bệnh nhân có u bàng quang nông được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 4/2023 đến 4/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang nông và được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối.

Kết quả giai đoạn bệnh với giải phẫu bệnh sau mổ theo AJCC (American Joint Committee of Cancer: Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ) 2017 gồm: TaN0M0, TisN0M0, T1N0M0.

Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u bàng quang nông nhưng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ ung thư xâm lấn lớp cơ.

Các bệnh nhân có u bàng quang nông được phẫu thuật nội soi cắt u kết hợp với một phẫu thuật khác: cắt tuyến tiền liệt, tán sỏi bàng quang,...

Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không đủ các dữ kiện nghiên cứu, không còn tiêu bản sinh thiết hoặc tiêu bản sau mổ, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang loạt ca bệnh, lấy mẫu thuận tiện trong khung thời gian nghiên cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu chính: Tuổi, giới, đặc điểm u (nội soi, điểm VI-RADS), các thông số phẫu thuật nội soi cắt nguyên khối (thời gian, phản xạ thần kinh bị...), kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

Điểm VI-RADS (Vesical Imaging-Reporting and Data System) được xếp loại theo thang điểm từ 1-5, điểm càng cao thì khả năng xâm lấn của khối u càng cao, VI-RADS 1: Rất khó xảy ra xâm lấn cơ; VI-RADS 2: Không có khả năng xâm lấn cơ; VI-RADS 3: Sự hiện diện của sự xâm lấn cơ là không rõ ràng; VI-RADS 4: Có khả năng xâm lấn cơ; VI-RADS 5: Rất có thể đã xâm lấn cơ và ra ngoài bàng quang¹.

Mô tả tóm tắt quy trình phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang nguyên khối (ERBT) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Chuẩn bị: Khám lâm sàng, hoàn thiện đầy đủ các xét nghiệm; sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.

Vô cảm gây mê nội khí quản (u thành bên) hoặc tê tuỷ sống (u các vị trí còn lại); tư thế bệnh nhân là tư thế sản khoa.

Thì 1: Đặt máy cắt đốt nội soi qua niệu đạo Iglesias 2 kênh cỡ 26Fr qua niệu đạo vào bàng quang. Soi bàng quang, xác định các mốc giải phẫu, nhận xét tình trạng bàng quang, các đặc điểm của khối u.

Thì 2: Dùng điện cực nhọn với dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực (tùy thuộc vào trang thiết bị sẵn có), đánh dấu niêm mạc quanh chân u, cách chân u 1cm, sau đó cắt sâu đến lớp cơ, kết hợp bóc tách cơ học với đốt điểm lấy nguyên khối u khỏi thành bàng quang. Ghi nhận hình ảnh lớp cơ và phản xạ thần kinh bịt trong lúc cắt u. Lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học bằng bơm hút thủy tinh Ellik.

Thì 3: Hạ áp lực nước rửa để kiểm tra các điểm chảy máu và đốt cầm máu. Nội soi kiểm tra lại toàn bộ bàng quang xem còn sót u, hay có tổn thương nào khác hay không. Đặt ống thông niệu đạo bằng ống thông Foley 3 chạc, rửa bàng quang liên tục.

Chăm sóc thường quy sau phẫu thuật: Bất động tại giường trong 24 giờ đầu, ăn nhẹ khi BN có trung tiện. Ngâm hoá chất BQ ngay trong 6 giờ đầu (nếu có chỉ định). Rửa BQ liên tục trong 24 giờ đầu; rút ống thông niệu đạo vào ngày thứ 2 sau mổ, hướng dẫn BN tập vận động nhẹ nhàng và có thể cho ra viện. Hẹn BN tái khám, lấy kết quả giải phẫu bệnh, tiếp tục chẩn đoán giai đoạn nếu là ung thư.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật nội soi cắt nguyên khối u bàng quang đã được Hội đồng khoa học Bệnh viện thông qua.

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Bệnh viện thông qua.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình $61,6 \pm 13,1$ tuổi (32 - 81); nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm đa số 41,5%. Nam giới chiếm

đa số (87,8%). Tỷ lệ nam/nữ = 7,2/1. Có 46,3% bệnh nhân vào viện vì đái máu, 36,59% là tình cờ phát hiện u bàng quang khi đi khám sức khỏe.

Bảng 1. Điểm VI-RADS trên phim chụp cộng hưởng từ (n = 41)

Điểm VI-RADS	Số BN	Tỷ lệ %
VI-RADS 1	3	7,3
VI-RADS 2	15	36,6
VI-RADS 3	23	56,1
Tổng	41	100

Nhận xét: Kết quả chụp cộng hưởng từ đa số là VI-RADS 3 và VI-RADS 2 (chiếm 36,6% và 56,1%).

Bảng 2. Số lượng và kích thước u bàng quang qua nội soi chẩn đoán (n = 41)

Số lượng u bàng quang	Số BN	Tỷ lệ %
1 u	35	85,4
2 u	4	9,7
3 u	2	4,9
Tổng	41	100
Kích thước u trung bình (cm)	$1,9 \pm 0,8$ (0,5 - 2,0)	

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp chỉ có 01 u bàng quang, chiếm 85,4%. Kích thước u trung bình là $1,9 \pm 0,8$ cm, lớn nhất là 2,0cm, nhỏ nhất là 0,5cm. Đa số u bàng quang là dạng u có cuống, chiếm 79,5%.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Tổng số 41 bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó 56,66% được vô cảm bằng tê tuỷ sống, 46,34% mê nội khí quản; 31,4% trường hợp sử dụng điện đơn cực, 65,9% sử dụng điện lưỡng cực; 100% cắt u thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Tỷ lệ gặp phản xạ thần kinh bịt là 19,51%, nhưng không có trường hợp nào có biến chứng thủng bàng quang. Đa số các trường hợp có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô đường niệu với tỷ lệ 86,4%. Tỷ lệ có mô cơ bàng quang ở chân u trong mẫu bệnh phẩm là 63,41%.

Bảng 3. Kết quả hậu phẫu

Thời gian	Số BN	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
TG phẫu thuật (phút)	41	$21,8 \pm 9,9$	10	40
TG lưu ống thông (ngày)	41	$1,8 \pm 0,8$	1	5
TG hậu phẫu (ngày)	41	$3,2 \pm 1,2$	2	7

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là $21,8 \pm 9,9$ phút, thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình là $1,8 \pm 0,8$ ngày và thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là $3,2 \pm 1,2$ ngày.

Bảng 4. Mối liên quan giữa phương pháp vô cảm và phản xạ thần kinh bịt

	Phản xạ thần kinh bịt		Tổng	p
	Có	Không		
Vô cảm				
Mê nội khí quản	1	18	19	0,01 (*)
Tê tủy sống	7	15	22	
Tổng	8	33	41	

Nhận xét: Tỷ lệ kích thích thần kinh bịt ở nhóm bệnh nhân được vô cảm bằng mê nội khí quản thấp hơn nhóm bệnh nhân tê tủy sống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,01 < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa phản xạ thần kinh bịt và năng lượng cắt u

	Phản xạ thần kinh bịt		Tổng	p
	Có	Không		
Năng lượng				
Dao đơn cực	5	9	14	0,1*
Dao lưỡng cực	3	24	27	
Tổng	8	33	41	

Nhận xét: Tỷ lệ kích thích thần kinh bịt ở nhóm dùng dao điện lưỡng cực thấp hơn nhóm đơn cực, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,1 > 0,05$).

Bảng 6. So sánh dạng năng lượng cắt u và thời gian phẫu thuật

Năng lượng	Số BN (n = 41)	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	Giá trị p
Dao đơn cực	14	$25,3 \pm 10,2$	0,2 (*)
Dao lưỡng cực	27	$20 \pm 9,5$	

Nhận xét: Nhóm sử dụng dao điện lưỡng cực có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn nhóm sử

dụng dao đơn cực, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,2 > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Theo thống kê của các tác giả nước ngoài, tuổi mắc bệnh trung bình từ 58,5 - 65,8 tuổi theo Balan GX, Zhang J và Zhong C⁵⁻⁷. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình $61,6 \pm 13,1$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi chiếm đa số với 41,5%, nhóm 70 - 79 tuổi chiếm 21,95%. Chúng tôi cũng nhận thấy nam giới chiếm đa số trong nghiên cứu với 36/41 BN tương đương 87,8%, tỷ lệ nam/ nữ = 7,2/1, sự khác biệt này có thể liên quan đến tỷ lệ nam giới hút thuốc lá nhiều hơn nữ giới, mà hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra bệnh ung thư bàng quang nói chung. Tác giả Kammers M.W (2014) theo dõi 718 bệnh nhân sau cắt đốt nội soi ung thư bàng quang không xâm lấn cơ đã kết luận rằng: Những người đã từng hoặc đang hút thuốc lá có thời gian tái phát sớm hơn ($p=0,005$) so với những người không hút thuốc⁸.

Đái máu (chiếm 46,3%) là triệu chứng thường gặp nhất của các bệnh nhân u bàng quang, nổi bật là tình trạng đái máu từng đợt, tự hết sau đó lại tái diễn, có khi đái máu dai dẳng, nhưng bệnh cũng có thể diễn tiến âm thầm mà không có biểu hiện gì, các

bệnh nhân chỉ tình cờ phát hiện khi đi khám sức khỏe (15 BN - 36,59%).

Năm 2018, Hiệp hội Tiết niệu châu Âu đã đề xuất một hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh về bàng quang trên phim cộng hưởng từ được gọi là VI-RADS nhằm dự đoán giai đoạn xâm lấn tại chỗ của khối u bàng quang, được xếp loại theo thang điểm từ 1-5, điểm càng cao thì khả năng xâm lấn của khối u càng cao¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là VI-RADS 3 và VI-RADS 2 (chiếm 36,6% và 56,1%).

Soi bàng quang là tiêu chuẩn vàng để nhìn thấy được bằng mắt các tổn thương u bàng quang. Hiện nay có thể soi bàng quang với ánh sáng dải băng tần hẹp - Narrow Banding Imaging (NBI) hoặc soi bằng ánh sáng huỳnh quang dựa vào Porphyrin cho phép phát hiện khối u tốt hơn, đặc biệt đối với trường hợp soi bằng ánh sáng thường dễ bỏ sót như ung thư tại chỗ (CIS). Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả soi bàng quang hầu hết các trường hợp chỉ có 01 u bàng quang, chiếm 85,4%, Kích thước u trung bình là $1,9 \pm 0,8$ cm (0,5-2,0 cm) đa số u bàng quang là dạng u có cuống, chiếm 79,5%, u có cuống là một điều kiện thuận lợi để các phẫu thuật viên có thể thực hiện kỹ thuật cắt u nguyên khối vì có thể dễ dàng xác định và đánh dấu ranh giới chân u, kích thước u và chân u càng lớn càng gây khó khăn cho các phẫu thuật viên, đối với những u có kích thước quá lớn và ranh giới chân u không rõ ràng thì cắt u từng phần vẫn là lựa chọn an toàn và hiệu quả.

4.2. Đánh giá kết quả

Đối với phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang, bên cạnh việc mục tiêu điều trị (cắt đốt hết (các) khối u quan sát được) cùng với hạn chế thấp nhất tai biến biến chứng, còn có mục tiêu quan trọng không kém là chẩn đoán giai đoạn bệnh (u xâm lấn cơ hay chưa?) thông qua mẫu mô bệnh học.

Một trong những điều các phẫu thuật viên quan tâm nhất là sự kích thích dây thần kinh bì, có thể gây ra biến chứng thủng bàng quang. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 56,66% bệnh nhân được vô cảm bằng tê tủy sống, 46,34% mê nội khí quản. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kích thích thần kinh

bì ở nhóm bệnh nhân được tê tủy sống cao hơn nhóm mê nội khí quản. Điều này là hiển nhiên vì gây mê nội khí quản có sử dụng thuốc giãn cơ nên hạn chế được nguy cơ co rút cơ đột ngột (bó chặt cơ thắt lưng chậu, nhóm cơ khép) khi dây thần kinh bì bị kích thích bởi dòng điện ($p=0,01 < 0,05$).

Có nhiều dạng năng lượng có thể sử dụng để cắt u bàng quang, phổ biến nhất là dao điện (gồm cả điện đơn cực và lưỡng cực), tiếp đó là laser. Đối với năng lượng laser có nhiều ưu điểm như không gây kích thích thần kinh bì, hạn chế thủng bàng quang, thuận lợi trong cắt u bàng quang nguyên khối, tuy nhiên đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và kỹ thuật cao^{2,6,9}; tuy nhiên chúng tôi chưa thực hiện nhiều nên không đưa vào thống kê. Cắt nguyên khối sử dụng dao điện lưỡng cực được ưu tiên lựa chọn, tuy nhiên trong nhiều tình huống thực tiễn không có sự lựa chọn, chúng tôi vẫn sử dụng dao điện đơn cực theo quy ước.

Bản chất kỹ thuật của điện lưỡng cực là sự cải tiến của điện đơn cực về năng lượng sử dụng trong phẫu thuật, nhằm khắc phục những nhược điểm của hệ thống điện đơn cực, góp phần làm giảm tần suất cũng như mức độ của các tai biến - biến chứng, giảm nguy cơ bỏng điện, giảm tỷ lệ kích thích thần kinh, tăng cường khả năng cầm máu trong khi cắt đốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 31,4% trường hợp sử dụng điện đơn cực, 65,9% sử dụng điện lưỡng cực. Tỷ lệ kích thích thần kinh bì ở nhóm dùng dao điện lưỡng cực thấp hơn nhóm đơn cực, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,1 > 0,05$).

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $21,8 \pm 9,9$ phút, thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình là $1,8 \pm 0,8$ ngày và thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là $3,2 \pm 1,2$ ngày. Thời gian phẫu thuật có thể phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước, số lượng u, dạng năng lượng lựa chọn để cắt u và trình độ phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm sử dụng dao điện lưỡng cực có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn nhóm sử dụng dao đơn cực, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,2 > 0,05$).

Bảng 7. So sánh với một số nghiên cứu khác

Tác giả	Năng lượng	TG phẫu thuật (phút)	TG lưu ÔTNĐ (Ngày)	TG hậu phẫu (ngày)	Phản xạ TK bọt	Thủng bàng quang
Zhang K.Y (2017) ¹⁰	Đơn cực	36 ± 11,8	4,25 ± 2,04	4,07 ± 0,57	22%	5%
Zhong C (2010) ⁶	Laser	22,5 ± 8,8	3,36 ± 1,87	5,0 ± 2,12	0%	0%
Ng.V. Ân (2014) ²	Laser	26,2 ± 9,6	1,8 ± 1,4	2,7 ± 1,8	0%	0%
Migliari R (2015) ⁹	Laser	25	1,17	1,97	0%	0%
Zhang J (2018) ⁷	Lưỡng cực	35 ± 14	2	3	0%	0%
Bălan G X (2018) ⁵	Lưỡng cực	13,4	1,9	2,3	4,4%	0%
Ng. T. Mộng (2020) ³	Lưỡng cực	32,2 ± 8,5	2,9 ± 1,4	2,7 ± 1,4	23,4%	0%
Nghiên cứu này (2024)	Đơn cực Lưỡng cực	25,3 ± 10,2 20 ± 9,5	1,8 ± 0,8	3,2 ± 1,2	19,5%	0%

Trong điều trị ung thư bàng quang nông bên cạnh việc cắt được hết u, đảm bảo an toàn, hạn chế tai biến, biến chứng thì lấy được mẫu bệnh phẩm chất lượng để chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh là một yếu tố rất quan trọng. Các phẫu thuật viên thường phải lựa chọn chiến lược cắt phụ thuộc vào vị trí và kích thước u. Đối với những u có kích thước nhỏ, có cuống rõ ràng, lựa chọn cắt u nguyên khối mang lại ưu điểm vượt trội so với phương pháp cắt u quy ước vì hạn chế gieo rắc tế bào ung thư ra xung quanh, làm rơi rớt tế bào ung thư trong lòng bàng quang, không đảm bảo được nguyên tắc phẫu thuật trong ung thư, thu thập được mẫu bệnh phẩm toàn vẹn nguyên khối có u và lớp chân u rõ ràng, thuận lợi cho chẩn đoán chính xác bệnh và giai đoạn bệnh ngay trong lần phẫu thuật đầu tiên. Bên cạnh đó lựa chọn năng lượng điện lưỡng cực so với đơn cực giúp làm giảm tỷ lệ mẫu mô bị hư hỏng do nhiệt. Theo Maurice MJ (2012), phân tích từ nhiều nghiên cứu về cắt đốt nội soi qui ước và đưa ra kết luận: Tỷ lệ cắt u không hết chiếm tỷ lệ 15% đến 75%, chẩn đoán giai đoạn không chính xác (34%-62%), tỷ lệ không có mô cơ chóp bàng quang trong mẫu cắt đốt lên đến 51%, tỷ lệ còn sót u được phát hiện khi cắt đốt lại lần 2 lên đến 70%, đưa đến tỷ lệ tái phát từ 50%-70%¹¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% phẫu thuật thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không xảy ra biến chứng thủng bàng quang, tỷ lệ có mô cơ bàng quang trong mẫu bệnh

phẩm là 63,41%. Mặc dù tỷ lệ này chưa cao như kỳ vọng do đây là kỹ thuật mới triển khai, đang trong quá trình hoàn thiện. Tuy nhiên so với kỹ thuật cắt u quy ước trong các tài liệu tham khảo, tỷ lệ lấy được mẫu bệnh phẩm chất lượng là cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang nguyên khối (ERBT) là phương pháp an toàn, hiệu quả cho các trường hợp u bàng quang nông trong nghiên cứu; không có trường hợp nào tai biến thủng bàng quang, không có biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babjuk M, Burger M, Compérat EM et al (2019) *European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ) - 2019 Update*. Eur Urol 76(5): 639-657. doi:10.1016/j.eururo.2019.08.016.
2. Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Minh Quang (2014) *Đánh giá kết quả điều trị sớm điều trị ung thư bàng quang không xâm lấn cơ bằng cắt đốt qua ngả niệu đạo với laser Tholium YAG*. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh 18(1), tr. 330-335.
3. Nguyễn Thanh Mộng (2020) *Đánh giá kết quả cắt đốt nội soi bằng điện lưỡng cực lấy nguyên khối bướu bàng quang*. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

4. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Thanh Mộng, Trần Trọng Huân (2021) *Ưu điểm của phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 25.
5. Bălan GX, Geavlete PA, Georgescu DA et al (2018) *Bipolar en bloc tumor resection versus standard monopolar TURBT - which is the best way to go in non-invasive bladder cancer?* Rom J Morphol Embryol 59(3): 773-780.
6. Zhong C, Guo S, Tang Y, Xia S (2010) *Clinical observation on 2 micron laser for non-muscle-invasive bladder tumor treatment: single-center experience*. World Journal of Urology 28(2): 157-161.
7. Zhang J, Wang L, Mao S et al (2018) *Transurethral en bloc resection with bipolar button electrode for non-muscle invasive bladder cancer*. International Urology and Nephrology 50(4): 619-623.
8. Kramer MW, Abdelkawi IF, Wolters M et al (2014) *Current evidence for transurethral en bloc resection of non-muscle-invasive bladder cancer*. Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies 23(4): 206-213.
9. Migliari R, Buffardi A, Ghabin H (2015) *Thulium laser endoscopic en bloc enucleation of nonmuscle-invasive bladder cancer*. Journal of Endourology 29(11): 1258-1262.
10. Zhang KY, Xing JC, Li W, Wu Z, Chen B, Bai DY (2017) *A novel transurethral resection technique for superficial bladder tumor: retrograde en bloc resection*. World Journal of Surgical Oncology 15(1): 125.
11. Maurice MJ, Vricella GJ, MacLennan G, Buehner P, Ponsky LE (2012) *Endoscopic snare resection of bladder tumors: Evaluation of an alternative technique for bladder tumor resection*. Journal of Endourology 26(6): 614-617.