

Kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Early results of radical cystectomy followed by Bricker's urinary diversion in the treatment of bladder cancer at 108 Military Central Hospital

Đỗ Ngọc Thế^{1*},
Giang Lê Duy² và Trần Thanh Tùng¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker điều trị ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện TƯQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu các bệnh nhân ung thư bàng quang (UTBQ) tiến triển được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 3/2021 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $66,89 \pm 6,44$ tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 7/1; thời gian phẫu thuật trung bình $245,38 \pm 31,43$ phút; thời gian làm chuyển lưu Bricker trung bình $136,63 \pm 21,85$ phút; tỷ lệ mất máu phải truyền máu trong mổ 12,5%; thời gian hậu phẫu trung bình $11,5 \pm 4,56$ ngày; biến chứng sau mổ 22,5%; tỷ lệ tử vong sau 3 tháng là 5%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu nước tiểu Bricker vẫn là một phẫu thuật phức tạp, có nhiều tai biến - biến chứng nặng trong và sau phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư bàng quang, cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker.

Summary

Objective: Early evaluation of the results of radical cystectomy and Bricker's urinary diversion for locally advanced bladder cancer at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Retrospective study of patients with locally advanced bladder cancer (BC) treated with radical cystectomy and Bricker's urinary diversion at 108 Military Central Hospital from March 2021 to May 2024. **Result:** Mean age 66.89 ± 6.44 years old; male/female ratio 7/1; mean operation time 245.38 ± 31.43 minutes; mean Bricker's diversion time 136.63 ± 21.85 minutes; intraoperative blood transfusion rate 12.5%; mean postoperative hospital stay 11.5 ± 4.56 days; postoperative complications 22.5%; mortality rate after 3 months 5%. **Conclusion:** Radical cystectomy followed by Bricker urinary diversion is still a complex surgery with many serious complications during and after surgery.

Keywords: Bladder cancer, radical cystectomy, Bricker's urinary diversion.

Ngày nhận bài: 22/01/2025, ngày chấp nhận đăng: 9/5/2025

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh ác tính của hệ tiết niệu, đứng thứ hai sau ung thư tuyến tiền liệt và là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới^{1,2}. Các Hội Niệu khoa trên thế giới đều thống nhất phân chia UTBQ thành 2 loại là UTBQ không xâm lấn cơ (NIMBC - Noninvasive muscle bladder cancer) và UTBQ xâm lấn cơ (IMBC - Invasive muscle bladder cancer) dựa vào độ xâm lấn của khối u qua các lớp của thành bàng quang (giai đoạn T)². UTBQ tiến triển tại chỗ bao gồm các trường hợp UTBQ có chỉ định phẫu thuật (PT) cắt toàn bộ bàng quang để điều trị triệt căn. Cắt toàn bộ bàng quang (TBBQ) là phương pháp đóng vai trò quan trọng nhất trong điều trị UTBQ tiến triển. Bên cạnh đó phương pháp chuyển lưu nước tiểu sau cắt bàng quang cũng quan trọng không kém vì ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sau này của bệnh nhân. Năm 1950, Eugene M. Bricker lần đầu mô tả kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu qua một quai ruột non sau cắt bàng quang toàn bộ: Cắm 2 niệu quản vào một đoạn hồi tràng biệt lập và mở thông đoạn hồi tràng ra da để dẫn lưu nước tiểu. Đây dần dần được xem là phương pháp chuyển lưu nước tiểu tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư bàng quang sau cắt bàng quang toàn bộ³⁻⁵. Hiện nay ở Việt Nam việc thực hiện kỹ thuật Bricker vẫn chỉ hạn chế ở một số cơ sở y tế lớn và báo cáo đánh giá kết quả của kỹ thuật này chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm sau mổ cắt TBBQ chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker điều trị UTBQ tiến triển, để có những đóng góp nhất định về số liệu cũng như kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 40 trường hợp UTBQ tiến triển có chỉ định phẫu thuật được phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và chuyển lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 03/2021 đến 05/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ (cT1 nguy cơ cao, cT2, cT3, cT4a), được phẫu thuật cắt bàng

quang toàn bộ và chuyển lưu nước tiểu theo kỹ thuật Bricker.

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ bao gồm: Lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, giấy kết quả mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp mà ung thư từ nơi khác di căn đến bàng quang.

Bệnh nhân ung thư bàng quang có đồng mắc ung thư khác kèm theo.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu không đối chứng.

Tóm tắt phương pháp phẫu thuật: BN được mê nội khí quản, mổ mở cắt toàn bộ bàng quang (Nam giới: Cắt bàng quang và tuyến tiền liệt có bảo tồn bó mạch thần kinh cương; Nữ giới: Cắt bàng quang, tử cung và thành trước âm đạo), vét hạch tiêu chuẩn (nạo các nhóm hạch hố bịt, bó mạch chậu trong, bó mạch chậu ngoài); cô lập 1 đoạn 15cm hồi tràng, khâu phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu tận-tận; khâu đóng đầu quai tới, trồng 2 niệu quản vào đoạn ruột cô lập kiểu tận-bên, và đưa đầu quai đi ra hố chậu phải làm miệng chuyển lưu.

Các chỉ tiêu đánh giá chính:

Đặc điểm BN: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, lí do vào viện, giai đoạn bệnh và mô bệnh học.

Kết quả phẫu thuật: Thời gian PT, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, các tai biến/biến chứng của phẫu thuật, diễn biến sau phẫu thuật (thời gian lưu thông tiêu hóa, thời gian rút dẫn lưu ổ mổ, thời gian rút dẫn lưu niệu quản...).

Xử lý thống kê

Thu thập số liệu và tạo bảng số liệu bằng phần mềm Excel.

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu.

Tất cả các thông tin của người bệnh chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân UTBQ tiến triển tại chỗ được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 03/2021 đến 05/2024 chúng tôi rút ra được những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi trung bình của bệnh nhân $66,89 \pm 6,44$ tuổi (56-82), nhóm tuổi từ 61-70 tuổi chiếm đa số (50%); tỷ lệ nam/nữ là 7/1; BMI trung bình $21,96 \pm 3,51$ (16,12-33,2), đa số bệnh nhân vào viện vì đái máu (67,5%), thời gian phát hiện bệnh trung bình $68,98 \pm 131,2$ tháng, 85% số BN được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ trước mỡ.

3.2. Kết quả trong phẫu thuật

Bảng 1. Một số chỉ tiêu phẫu thuật (n = 40)

Chỉ tiêu phẫu thuật		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	Cắt bàng quang + nạo hạch	$108,75 \pm 20,87$ (80 - 180)
	Chuyển lưu nước tiểu	$136,63 \pm 21,85$ (90 - 195)
	Tổng	$245,38 \pm 31,43$ (180 - 310)
Khâu đóng phúc mạc	Có	38/40 BN (95%)
	Không	2/40 BN (5%)
Số lượng hạch vét được	Trái	$10,85 \pm 5,16$
	Phải	$10,80 \pm 4,25$
Sinh thiết lạnh diện cắt*	Âm tính	100%
	Dương tính	0%

* Sinh thiết lạnh diện cắt niệu đạo và 2 niệu quản trong mổ.

Bảng 2. Tai biến trong phẫu thuật (n = 40)

Tai biến	n	Tỷ lệ %
Không có tai biến	35	87,5
Mất máu phải truyền máu	5	12,5
Tổn thương tạng, thần kinh	0	0
Tử vong	0	0
Tổng	40	100

Nhận xét: Không gặp tai biến tổn thương tạng, thần kinh chậu trong mổ; có 12,5% bệnh nhân mất máu phải truyền máu.

Bảng 3. Lượng máu mất, truyền máu trong và sau phẫu thuật (n = 40)

Truyền máu		n	Tỷ lệ %
Truyền máu trong PT	Có	5	12,5
	Không	35	87,5
$\bar{X} \pm SD$ (ml) (Min - Max)		$683,3 \pm 77,9$ (500 - 750)	
Truyền máu sau PT	Có	8	20
	Không	32	80
$\bar{X} \pm SD$ (ml) (Min - Max)		$806,25 \pm 387,7$ (350 - 1400)	
Lượng máu mất trung bình (ml)		$471,25 \pm 222,14$ (200 - 1100)	

Nhận xét: Trong phẫu thuật lượng máu mất trung bình là 471,25ml. Bệnh nhân phải truyền máu trong phẫu thuật chiếm 12,5% với lượng máu truyền trung bình là 683,3ml, truyền máu sau phẫu thuật chiếm 20% với lượng máu truyền trung bình là 806,25ml.

3.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 4. Một số chỉ tiêu sau phẫu thuật (n = 40)

Chỉ tiêu hậu phẫu		Kết quả	
Thời gian hậu phẫu	< 14 ngày	36 BN (90%)	11,5 ± 4,56 (7 - 32)
	14-21 ngày	2 BN (5%)	
	> 21 ngày	2 BN (5%)	
Có nhu động ruột (ngày)		1,78 ± 1,23 (1 - 7)	
Rút dẫn lưu ổ mổ (ngày)		5,93 ± 4,53 (3 - 31)	
Rút dẫn lưu niệu quản (ngày)		18,83 ± 9,24 (3 - 38)	

Bảng 5. Các biến chứng trong thời gian hậu phẫu (n=40)

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %
Không có BC	31	77,5
Có BC	9	22,5
Chảy máu sau mổ	0	0
Rò dịch bạch huyết	3	7,5
Rò nước tiểu	1	2,5
Tắc ruột, bán tắc ruột	1	2,5
Nhiễm trùng vết mổ	2	5
Viêm thận - bể thận	2	5
Tử vong	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật có 9/40 bệnh nhân có biến chứng chiếm 22,5%, biến chứng hay gặp nhất là rò dịch bạch huyết sau mổ chiếm 7,5% và nhiễm trùng vết mổ chiếm 5%.

Bảng 6. Kết quả khám lại sau phẫu thuật 01 tháng (n = 35)

Tái khám sau 01 tháng		n	Tỷ lệ %
Chức năng thận (xét nghiệm máu)	Bình thường	25	71,4
	Giảm	10	27,6
Chụp CT-scan	Không giãn thận - niệu quản	15	42,8
	Giãn thận - niệu quản	20	57,2
Các biến chứng (8 BN)	Viêm thận - bể thận	4	11,4
	Rò miệng nối niệu quản - ruột	2	5,7
	Nang bạch huyết	2	5,7
	Tắc ruột, bán tắc ruột	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân khám lại sau 01 tháng ghi nhận 10/35 bệnh nhân (27,6%) có xét nghiệm chức năng thận giảm. Có 20/35 bệnh nhân chiếm 57,3% bệnh nhân có giãn thận và niệu quản trên CLVT. Sau mổ 01

tháng biến chứng hay gặp nhất là viêm thận - bể thận với 4/35 bệnh nhân chiếm 11,4%, ngoài ra còn gặp các biến chứng như rò niệu quản - ruột (5,7%), nang bạch huyết (5,7%).

Bảng 7. Kết quả khám lại sau phẫu thuật 03 tháng (n = 29)

Tái khám sau 03 tháng		n	Tỷ lệ %
Chức năng thận (Xét nghiệm máu)	Bình thường	22	75,9
	Giảm	7	24,1
CT-scan	Không giãn thận - niệu quản	21	72,4
	Giãn thận - niệu quản	8	27,6
Biến chứng (7 BN)	Viêm thận - bể thận	3	10,3
	Rò miệng nối niệu quản - ruột	0	0
	Hẹp miệng nối niệu quản - ruột	1	3,45
	Hẹp chỗ mở thông ra da	0	0
	Thoát vị chỗ mở thông ra da	0	0
	Tắc ruột, bán tắc ruột	0	0
	Tử vong	2	6,9

Nhận xét: Kết quả khám lại sau 03 tháng thì đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có chức năng thận bình thường 22/29 bệnh nhân (75,9%), có 8/29 bệnh nhân (27,6%) có tình trạng giãn thận - niệu quản. Sau mổ 03 tháng có 2/40 bệnh nhân tử vong chiếm 5%, ngoài ra còn có các biến chứng như viêm thận - bể thận (7,5%), có 1 bệnh nhân hẹp miệng nối niệu quản - ruột (2,5%) và phải mổ lại.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Theo y văn, tuổi trung bình của các bệnh nhân mắc ung thư bàng quang là từ 61-70 tuổi, tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ, triệu chứng hay gặp nhất là đái máu, nghiên cứu này, tuổi trung bình là 66,89, tỷ lệ nam/nữ là 7/1, tỷ lệ giới và lý do vào viện đa số là đái máu (67,5%) cũng tương tự kết quả của nhiều nghiên cứu và các y văn. Nghiên cứu của Mao và cộng sự (2020) có độ tuổi của bệnh nhân nhóm Bricker là $65,8 \pm 7,0$ tuổi⁶. Nghiên cứu của Jalolov O.K (2024) độ tuổi trung bình của nhóm sử dụng kỹ thuật Bricker là 62,1 (46-78) tuổi⁷; tỷ lệ nam/nữ 6,67/1; tác giả Farling K.B (2017) có tới 80% bệnh nhân UTBQ đái máu².

4.2. Kết quả trong mổ

Về kỹ thuật và thời gian mổ

Cắt bàng quang toàn bộ và chuyển lưu nước tiểu theo Bricker là một phẫu thuật lớn đòi hỏi thời gian phẫu thuật kéo dài. Theo Đỗ Anh Tuấn (2020), thời gian phẫu thuật trung bình là $192,25 \pm 33,75$ phút⁵. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là $245,38 \pm 31,43$ phút (Bảng 1), như vậy là thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi cao hơn so với các tác giả trên. Điều này có thể do trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có u xâm lấn tuyến tiền liệt/ túi tinh nên việc phẫu tích bóc tách bàng quang ra khỏi trực tràng khó khăn hơn. Chúng tôi có 5 bệnh nhân chảy máu trong mổ và phải truyền máu trong mổ dẫn tới thời gian phẫu thuật sẽ bị kéo dài hơn.

Thì chuyển lưu nước tiểu có thời gian trung bình là $136,63 \pm 21,85$ phút (Bảng 1). Phần lớn (65%) bệnh nhân có thời gian chuyển lưu nước tiểu dưới 150 phút. Đỗ Anh Tuấn và cộng sự (2020) có thời gian tạo túi chứa nước tiểu kiểu Briker là $59,51 \pm 11,5$ phút ngắn hơn trong nghiên cứu của

chúng tôi. Trong nghiên cứu của Trần Chí Thanh (2016), thời gian tạo hình bàng quang từ ruột trung bình là $217,86 \pm 29,573$ phút, ngắn nhất là 145 phút, dài nhất là 310 phút⁸. Như vậy, có thể thấy nghiên cứu của chúng tôi có thời gian chuyển lưu nước tiểu không dài như các phương pháp khác. Tuy nhiên, để khẳng định sự ưu thế của phương pháp, cần đánh giá thêm về kết quả sau phẫu thuật và tai biến, biến chứng.

Trong kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker cần chọn đoạn hồi tràng có chiều dài phù hợp, cách góc hồi manh tràng khoảng 20cm. Cần đảm bảo đủ dài để có thể đưa được 1 đầu ruột ra da. Chiều dài lý tưởng là 15 - 20cm.

Về sinh thiết lạnh diện cắt trong mổ

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đánh giá diện cắt và 100% bệnh nhân được đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư. Đây cũng là một ưu điểm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và chuyển lưu nước tiểu theo Bricker so với các phẫu thuật tạo hình bàng quang mới, đặc biệt với những khối u xâm lấn lỗ niệu quản 2 bên. Trong trường hợp này phẫu thuật viên có thể phẫu tích và cắt rộng rãi đầu trên niệu quản nên diện cắt niệu quản thường đảm bảo âm tính về phương diện ung thư. Cũng tương tự như diện cắt niệu quản thì diện cắt niệu đạo cũng rộng rãi hơn do không có miệng nối giữa niệu đạo với bàng quang tân tạo nên diện cắt niệu đạo cũng thường đảm bảo không còn tế bào ung thư, đặc biệt lợi thế ở những trường hợp u xâm lấn vào cổ bàng quang, niệu đạo tuyến tiền liệt.

Về số lượng hạch nạo vét và tình trạng di căn hạch

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều được nạo vét hạch tiêu chuẩn với số lượng hạch chậu bịt trái nạo vét được trung bình $10,85 \pm 5,16$ hạch, bên phải trung bình là $10,80 \pm 4,25$ hạch. Kết quả mô bệnh học cho thấy có 7/40 bệnh nhân (17,5%) có tình trạng di căn hạch trong đó có 4 bệnh nhân cho kết quả là pN1 và 3 bệnh nhân cho kết quả là pN2. Theo quan điểm hiện nay tổng số hạch lấy đi được xem như biểu trưng của chất lượng phẫu thuật. Khi số lượng hạch lấy đi là trên 16 thì thời gian sống còn 5 năm không tái phát tăng lên 85% so với

ung thư khứ trú và 53% đối với ung thư di căn hạch¹.

Tai biến trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (12,5%) chảy máu có chỉ định truyền máu trong mổ với lượng máu mất trung bình trong mổ là $471 \pm 222,14$ ml, lượng máu trung bình truyền là $683,3 \pm 77,9$ ml và tối đa là 750ml (3 đơn vị) (Bảng 2, Bảng 3). Máu mất chủ yếu từ các mạch quanh bàng quang đặc biệt là tĩnh mạch mu sâu dương vật và đám rối xương cùng. Nghiên cứu không có bệnh nhân nào tổn thương tạng, thần kinh hay tử vong trong mổ. Theo Herr HW và cộng sự (2002) lượng máu mất trung bình trong mổ là 600ml và lượng máu truyền trung bình là 500ml (2 đơn vị)⁹; theo Nguyễn Trọng Thảo (2020), tỷ lệ tai biến chảy máu trong mổ chiếm 14,3%, với lượng máu truyền trong mổ trung bình là $3,2 \pm 1,5$ đơn vị⁴. Như vậy, tỷ lệ tai biến chảy máu và truyền máu trong mổ của nghiên cứu cũng tương đồng so với kết quả của các nghiên cứu khác. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào tử vong trong mổ, không có bệnh nhân nào có tổn thương thần kinh hay các tạng khác kèm theo (Bảng 2). Khác với kết quả nghiên cứu của Đỗ Anh Tuấn (2020) tỷ lệ tổn thương trực tràng là 3,2%⁵, Nguyễn Trọng Thảo (2020) tỷ lệ tổn thương trực tràng là 2,4%⁴.

4.3. Kết quả sớm của phẫu thuật

Diễn biến hậu phẫu

Đa số dẫn lưu ổ mổ được rút vào ngày thứ 4-5 sau mổ (62,5%), có 4 trường hợp rút dẫn lưu ổ mổ sau 10 ngày (10%) (Bảng 4). Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân đặt dẫn lưu ổ mổ lâu nhất là 31 ngày do có biến chứng rò nước tiểu, kèm theo nhiễm khuẩn vết mổ và viêm thận - bể thận sau mổ. Bệnh nhân này được điều trị bảo tồn và ra viện sau khi rút dẫn lưu 1 ngày. Thời gian có nhu động ruột trở lại dao động từ 1 - 7 ngày, trung bình là $1,78 \pm 1,23$ ngày. Nghiên cứu của Wei và cộng sự (2018) ở nhóm chúng cho thấy thời gian có nhu động ruột trở lại là $30,6 \pm 23,3$ giờ, ngắn hơn trong nghiên cứu của chúng tôi¹⁰. Ngày này có nhiều nghiên cứu trên thế

giới cho thấy bệnh nhân đi lại sớm hơn sau cắt bàng quang để vừa tránh hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu vừa kích thích nhu động ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chưa được áp dụng đi lại sớm hơn thời gian khuyến nghị, cần nghiên cứu làm rõ vấn đề này để đẩy nhanh tốc độ hồi phục. Thời gian rút dẫn lưu niệu quản (sonde double J) trung bình là $18,83 \pm 9,24$ ngày, sớm nhất có nhưng bệnh nhân sau mổ 3 ngày (Bảng 4). Đây là trường hợp đặc biệt trong thời gian nằm viện, sau mổ ngày thứ 3 bệnh nhân thấy khó chịu và đã tự rút dẫn lưu niệu quản. Sau khi bệnh nhân tự rút dẫn lưu niệu quản trong thời gian hậu phẫu chúng tôi chưa can thiệp gì và tiếp tục theo dõi thì thấy nước tiểu vẫn ra đều, bệnh nhân ổn định và sau đó ra viện vào ngày thứ 10 sau mổ. Thời gian đầu chúng tôi dùng sonde plastic đặt nòng niệu quản và sẽ lưu thông trong khoảng thời gian 21 ngày, thời gian sau chúng tôi đã đặt sonde double J vào nòng niệu quản thay cho sonde plastic. Trong nghiên cứu có nhiều trường hợp bệnh nhân khám lại muộn nên thời gian rút dẫn lưu bị kéo dài.

Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu đều ra viện ổn định, không có bệnh nhân nào tử vong hay tình trạng nặng xin về trong thời gian hậu phẫu. Thời gian nằm viện trung bình là $17,45 \pm 5,32$ ngày và thời gian hậu phẫu trung bình là $11,5 \pm 4,56$ ngày, thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 32 ngày có 1 trường hợp do bệnh nhân có rò nước tiểu sau mổ (Bảng 5). Có 36 bệnh nhân (90%) trường hợp có thời gian hậu phẫu dưới 14 ngày và thời gian hậu phẫu từ 14 - 21 ngày và trên 21 ngày lần lượt là 5% và 5%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trọng Thảo (2020) thời gian hậu phẫu trung bình là $13,8 \pm 9,01$ ngày⁴. Thời gian hậu phẫu như vậy là không quá dài, phần nào giúp bệnh nhân và gia đình giảm bớt sự lo lắng cùng với đó là công tác chăm sóc hậu phẫu cũng nhẹ nhàng hơn so với các phẫu thuật có thời gian hậu phẫu dài.

Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 22,5%, trong đó rò dịch bạch huyết chiếm đa số với 7,5%; rò nước tiểu 2,5%. Kết quả nghiên cứu của Wei và cộng sự (2018) biến chứng sớm sau phẫu thuật là

rò nước tiểu 2%, nhiễm trùng đường niệu và tắc ruột với tỷ lệ mỗi biến chứng là 6,9% ở nhóm bệnh nhân chứng¹⁰. Tác giả Mao và cộng sự (2020) cũng cho thấy trong nhóm bệnh nhân thực hiện kỹ thuật Bricker thì tỷ lệ tắc ruột không hoàn toàn là 7,5%⁶. Như vậy chúng ta có thể thấy sau phẫu thuật cắt bàng quang tình trạng nhiễm khuẩn, bán tắc ruột, và rò nước tiểu đáng phải quan tâm đến ở bệnh nhân. Để phòng ngừa biến chứng nhiễm khuẩn trong phẫu thuật Bricker ngoài việc tăng cường công tác vô khuẩn, traudo kỹ thuật mổ và cần phải sử dụng kháng sinh.

Đánh giá chung kết quả hậu phẫu

Trong nghiên cứu có 80% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt. Điều này cho thấy, tuy phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ là phẫu thuật lớn, đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu thường lớn tuổi (đa số > 65 tuổi) nhưng phẫu thuật được tiến hành an toàn và hồi phục của bệnh nhân sau mổ tốt. Đây cũng là một trong các ưu điểm của cắt bàng quang toàn bộ chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker so với cắt bàng quang toàn bộ tạo hình bàng quang tân tạo do thời gian phẫu thuật ngắn, ít tai biến, phù hợp các bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng yếu, có các bệnh phối hợp, giai đoạn lan rộng tại chỗ⁸.

Kết quả tái khám 01 tháng (Bảng 6)

Trong nghiên cứu ghi nhận có 35 bệnh nhân khám lại sau 01 tháng thì có 10/35 bệnh nhân chiếm 27,6% có kết quả chức năng thận giảm, có 20 bệnh nhân (57,2%) có hình ảnh giãn thận - niệu quản trên phim chụp CLVT. Tỷ lệ biến chứng xuất hiện trong khoảng thời gian 01 tháng có 11,4% viêm thận - bể thận, 2,7% có nang bạch huyết và 5,7% rò miệng nối niệu quản ruột. Tỷ lệ bệnh có chức năng thận giảm sau mổ chiếm tỷ lệ cao do trước mổ đã có 6/40 bệnh nhân có chức năng thận giảm và nhiều bệnh khi quay trở lại khám với chúng tôi thì lúc đó mới rút dẫn lưu niệu quản nên ghi nhận nhiều bệnh nhân có tình trạng giãn thận - niệu quản sau khám lại.

Kết quả tái khám 3 tháng (Bảng 7)

Sau tái khám 03 tháng ghi nhận có 29 bệnh nhân trong đó số bệnh nhân có chức năng thận giảm 7/29 bệnh nhân chiếm 24,1%, có giảm đôi chút so với số bệnh nhân tái khám sau 01 tháng. Tại thời

điểm 03 tháng có 8/29 (27,6%) bệnh nhân có giãn thận - niệu quản trên phim chụp CLVT. Trong đó có 1 bệnh nhân hẹp miệng nối niệu quản ruột, bệnh nhân này trong quá trình nằm viện thì sau mổ ngày thứ 3 bệnh nhân đã tự rút dẫn lưu niệu quản ra. Mặc dù trong thời gian nằm viện chưa ghi nhận biến chứng gì khi bệnh nhân tự rút dẫn lưu niệu quản. Nhưng trong khoảng thời gian khám lại sau mổ 3 tháng đã ghi nhận bệnh nhân bị hẹp miệng nối niệu quản - ruột và đã được dẫn lưu thận và sau đó được chỉ định mổ cắm lại niệu quản vào đoạn ruột, sau mổ bệnh nhân ổn định. Cũng ghi nhận 2/40 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 5%, 1 bệnh nhân tại thời điểm khám lại 1 tháng chụp CLVT ổ bụng và lồng ngực kết quả theo dõi ung thư thực quản, về phần tiết niệu ổn định. Thời điểm 3 tháng bệnh nhân nội soi thực quản có sinh thiết thấy thực quản 1/3 dưới có khối u, kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô tế bào vảy sừng hóa xâm nhập, sau đó bệnh nhân mất vì ung thư thực quản. Bệnh nhân còn lại mất tại thời điểm 3 tháng do suy mòn, suy kiệt. Bệnh nhân này ngay từ khi trước mổ đã có chỉ số khối cơ thể tương đối thấp BMI = 18 (kg/m²) kèm theo có tình trạng suy thận do u xâm lấn vào lỗ niệu quản cả 2 bên. Sau mổ tình trạng suy thận của bệnh nhân không cải thiện kèm theo ăn uống kém, suy mòn suy kiệt dần, mặc dù thời gian hậu phẫu chăm sóc lên đến 31 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ. Nghiên cứu tại Bệnh viện TƯQĐ 108 thấy kết quả khả quan, với thời gian chuyển lưu Bricker trung bình 136,63 phút, tỷ lệ mất máu phải truyền máu trong mổ 12,5%; thời gian hậu phẫu trung bình 11,5 ngày; biến chứng sau mổ 22,5%; tỷ lệ tử vong sau 03 tháng là 5%. Kết quả cũng cho thấy đây là phẫu thuật phức tạp, chỉ nên được thực hiện tại các cơ sở chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chuyên VL (2013) *Ung thư bàng quang: Bệnh lý các khối u đường tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học.
2. Farling KB (2017) *Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management*. Nurse Pract 42(3): 26-33.
3. Marina C, Stephen LW, James BA (2011) *Ureteroileal anastomotic strictures after a Bricker ileal conduit: 50 case assessment of the impact of conversion from a slit incision to a "shield shaped" ileotomy*. The Canadian Journal of Urology 18(2):5644-5649.
4. Nguyễn Trọng Thảo (2020) *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015-2019*. Luận văn BSCKII. Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. Đỗ Anh Tuấn (2020) *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ, chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ*. Luận văn BSCKII. Học viện Quân y.
6. Mao W, Xie J, Wu Y et al (2020) *Cost-effectiveness analysis of two kinds of bladder cancer urinary diversion: Studer versus Bricker*. Transl Androl Urol 9(3): 1113-1119.
7. Jalolov OK (2024) *Review of standard and advanced surgical treatments for invasive bladder cancer*. Central Asian Journal of Medical and Natural Science 5(1): 534-544.
8. Trần Chí Thanh (2016) *Nghiên cứu ứng dụng và kết quả tạo hình theo phương pháp Abol - Enein trong điều trị ung thư bàng quang*. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
9. Herr HW, Bochner BH, Dalbagni G, Donat SM, Reuter VE, Bajorin DF (2002) *Impact of the number of lymph nodes retrieved on outcome in patients with muscle invasive bladder cancer*. J Urol 167(3): 1295-1298.
10. Wei C, Wan F, Zhao H, Ma J, Gao Z, Lin C (2018) *Application of enhanced recovery after surgery in patients undergoing radical cystectomy*. J Int Med Res 46(12): 5011-5018.

