

Kết quả phẫu thuật chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát sau cắt bàng quang tận gốc tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Surgical outcomes of incontinent urinary diversion after radical cystectomy at Chợ Rẫy Hospital

Thái Kinh Luân^{1,2}, Thái Minh Sâm^{1,2},
Nguyễn Đạo Thuận¹ và Nguyễn Tú Tài¹

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
²Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu này đánh giá kết quả của phương pháp chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát sau cắt bàng quang tận gốc, đặc biệt là sử dụng ống hồi tràng và mở niệu quản ra da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 86 bệnh nhân đã thực hiện phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến 2022. Dữ liệu được thu thập về các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả sau phẫu thuật. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm Stoma-QoL. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung vị là 15 tháng. Biến chứng sớm xảy ra ở 39,5%, trong đó có 3,5% biến chứng nặng. Biến chứng muộn xuất hiện ở 33,7%, chủ yếu là nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Chất lượng cuộc sống, theo thang điểm Stoma-QoL, nhìn chung khá tốt với điểm trung bình là 61,6. Bệnh nhân sử dụng ống hồi tràng có khả năng tự chăm sóc tốt hơn so với nhóm mở niệu quản ra da. **Kết luận:** Các phương pháp chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát, đặc biệt là ống hồi tràng, là lựa chọn thay thế hiệu quả và an toàn cho những bệnh nhân lớn tuổi hoặc có nguy cơ cao, không đủ điều kiện tạo hình bàng quang.

Từ khóa: Ung thư bàng quang, cắt bàng quang tận gốc, chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát, ống hồi tràng, mở niệu quản ra da

Summary

Objective: This study aims to evaluate the outcomes of incontinent urinary diversion after radical cystectomy, specifically using ileal conduit and ureterostomy. **Subject and method:** A retrospective study was conducted on 86 patients who underwent radical cystectomy followed by incontinent urinary diversion at Chợ Rẫy Hospital between 2018 and 2022. Clinical, pathological, and postoperative data were collected. Patient satisfaction and quality of life were assessed using the Stoma-QoL scale. **Result:** The median follow-up period was 15 months. Early complications occurred in 39.5%, with a 3.5% incidence of severe complications. Late complications were observed in 33.7%, with the most common being urinary tract infections. Quality of life, as assessed by the Stoma-QoL, was favorable, with a mean score of 61.6. Patients with ileal conduit demonstrated better self-care abilities compared to those with ureterostomy. **Conclusion:** Incontinent urinary diversion methods, particularly ileal conduit, offer a safe and effective alternative for elderly or high-risk patients who are not suitable candidates for bladder reconstruction.

Keywords: Bladder cancer, radical cystectomy, incontinent urinary diversion, ileal conduit, ureterostomy.

Ngày nhận bài: 23/7/2025, ngày chấp nhận đăng: 12/9/2025

* Tác giả liên hệ: thaikinhluan@ump.edu.vn - Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (BQ) là một bệnh lý ung thư đường tiết niệu phổ biến¹. Cắt bàng quang tận gốc là phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với ung thư BQ xâm lấn cơ và một số trường hợp (TH) không xâm lấn cơ². Tại Việt Nam, ung thư BQ thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, với phần lớn bệnh nhân (BN) là người lớn tuổi và có nguy cơ cao¹. Vì vậy, việc chỉ định cắt BQ tận gốc và lựa chọn phương pháp chuyển lưu nước tiểu (CLNT) phù hợp cho nhóm BN này là một thách thức.

Đối với các BN đủ điều kiện phẫu thuật cắt BQ tận gốc, phương pháp tạo hình BQ trực vị bằng ruột non thường được ưu tiên để mang lại chất lượng cuộc sống (CLCS) tốt nhất. Tuy nhiên, phẫu thuật này đòi hỏi nhiều kinh nghiệm và không phải tất cả BN, đặc biệt là những BN lớn tuổi, nguy cơ cao, đều đáp ứng được. Trong một số TH, việc cố gắng tạo hình BQ có thể kéo dài thời gian phẫu thuật và làm tăng nguy cơ biến chứng. Khi đó, các phương pháp CLNT không kiểm soát như mở niệu quản (NQ) ra da và ống hồi tràng là lựa chọn thay thế.

Cho đến nay, nghiên cứu về các phương pháp CLNT không kiểm soát còn hạn chế so với các phương pháp CLNT có kiểm soát, và phần lớn nghiên cứu chỉ tập trung vào kết quả sớm sau phẫu thuật mà chưa chú trọng đến CLCS của BN. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật CLNT không kiểm soát sau cắt BQ tận gốc, giúp cung cấp thông tin cho các bác sĩ lâm sàng trong việc tư vấn và lựa chọn phương pháp CLNT phù hợp cho BN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được cắt BQ tận gốc có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư BQ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả BN ung thư BQ đã được phẫu thuật cắt BQ tận gốc và CLNT không kiểm soát bao gồm CLNT bằng ống hồi tràng hoặc mở NQ ra da tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN ung thư BQ được cắt BQ tận gốc và tạo hình BQ trực vị.

Các TH ung thư BQ thứ phát, ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên đi kèm cần phải cắt thận NQ tận gốc, các TH không đầy đủ hồ sơ bệnh án và không thể liên lạc được.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả loạt TH.

Cỡ mẫu: Tất cả các TH thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Chúng tôi thu thập thông tin qua phiếu thu thập số liệu về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả mô bệnh học, các tai biến, biến chứng, thời gian phẫu thuật. BN sẽ được chúng tôi sẽ liên hệ qua điện thoại để thu thập thêm một số thông tin cần thiết và được giải thích điền vào phiếu khảo sát mức độ hài lòng và CLCS theo thang điểm Stoma-QoL. Thời gian theo dõi là khoảng thời gian kéo dài BN từ lúc phẫu thuật đến thời điểm kết thúc lấy mẫu (01/07/2023) hoặc thời điểm BN tử vong trong thời gian từ lúc BN phẫu thuật đến thời điểm kết thúc lấy mẫu.

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được nhập thô bằng phần mềm Excel phiên bản 16.22 và được xử lý bằng phần mềm IPSS 16.0. Dữ liệu được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn với các biến số phân phối chuẩn, hoặc dạng trung vị (tứ phân vị 1, tứ phân vị 3) đối với các biến số không phân phối chuẩn.

Phép kiểm được sử dụng bao gồm ANOVA một chiều, chi bình phương, hoặc Fisher tùy TH. Phép kiểm t-test hay Mann-Whitney được sử dụng để so sánh 2 biến định lượng độc lập. Các phép kiểm đều là 2 đuôi và có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM, số 331/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 13/03/2023.

Các tác giả cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến tài chính, học thuật hay cá nhân trong quá trình thực hiện, phân tích và công bố nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2018 -12/2022 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi thu thập được 86 BN thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu với thời gian theo dõi trung vị sau mổ là 15 tháng, thấp nhất là 1 tháng và dài nhất là 66 tháng.

3.1. Đặc điểm chung

Các đặc điểm về dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, TB $\pm$ DLC	67,2 $\pm$ 11,7
Tỷ lệ Nam/nữ	5,6/1
BMI (kg/m ²), TB $\pm$ DLC	21,2 $\pm$ 2,8
Lâm sàng, n (%)	
<i>Tiểu máu</i>	74 (86 ,0)
<i>Nhiễm khuẩn đường tiết niệu</i>	13 (15,1)
<i>Thiếu máu nặng</i>	14 (16,3)
<i>Suy thận cấp</i>	13 (15,1)
Điểm số aCCI $\geq$ 6, n (%)	32 (37,2)
Điểm số ASA $\geq$ III, n (%)	42 (48,8)
Giai đoạn sau mổ (pTNM), n (%)	
<i>Giai đoạn khu trú trong BQ ($\leq$ pT2, pN0)</i>	42 (48,8)
<i>Giai đoạn xâm lấn ra ngoài BQ ($>$ pT2 hoặc $>$ pN0)</i>	44 (51,2)
Bướu lớn $\geq$ 3 cm, n (%)	68 (79,1)
Bướu đa ổ, n (%)	63 (73,3)
Tái phát, n (%)	20 (23,3)
Thận ứ nước trước mổ, n (%)	37 (43,0)
<i>Một bên</i>	20 (23,3)
<i>Hai bên</i>	17 (19,8)
Creatinine huyết thanh trước mổ (mg/dL), TV (TPV1-TPV3)	1,1 (1,0 - 1,4)
eGFR trước mổ (mL/min/1.73 m ² da), TB $\pm$ DLC	61,0 $\pm$ 26,9
Phương pháp CLNT, n (%)	
<i>Ống hồi tràng</i>	34 (39,5)
<i>Mở NQ ra da 1 bên</i>	3 (3,5)
<i>Mở NQ ra da 2 bên</i>	49 (57,0)
Phương pháp phẫu thuật, n (%)	
<i>Mổ mở</i>	86 (100)
<i>Mổ nội soi $\pm$ rô bốt hỗ trợ</i>	0 (0)

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; DLC: Độ lệch chuẩn; TPV: Tứ phân vị

3.2. Kết quả sớm

Tỷ lệ tai biến là 3,5% bao gồm 1 TH tổn thương thần kinh bị, 1 TH tổn thương trực tràng và 1 TH thiếu máu đoạn ruột. Tỷ lệ truyền máu trong mổ là 55,8%. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 39,5%, phần lớn là biến chứng mức độ nhẹ (Clavien-Dindo <III) với 85,3% và không có biến chứng trực tiếp liên quan đến phẫu thuật CLNT như hoại tử, tụt miệng chuyển lưu ra da hay rò miệng nối ruột-ruột hoặc miệng nối NQ-ruột ở nhóm ống hồi tràng, chủ yếu là các biến chứng liên quan đến phẫu thuật lớn trong ổ bụng (Bảng 2).

Tỷ lệ biến chứng sớm nói chung ở nhóm ống hồi tràng cao hơn so với nhóm mở NQ ra da tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê, đặc biệt là các biến chứng liên quan đến tiêu hoá. Nhóm mở NQ ra da có thời gian trung tiện sau phẫu thuật, thời gian rút ống dẫn lưu và thời gian hậu phẫu đều ngắn hơn so với nhóm CLNT bằng ống hồi tràng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ các biến chứng sớm (< 3 tháng)

Biến chứng sớm, n (%)	Tổng (n = 86)	Ống hồi tràng (n = 34)	Mở NQ ra da (n = 52)	p
Thiếu máu phải truyền máu	14 (16,3)	4 (11,8)	10 (19,2)	0,359 ^c
Nhiễm khuẩn vết mổ	13 (15,1)	6 (17,6)	7 (13,5)	0,596 ^c
Liệt ruột kéo dài	10 (11,6)	4 (11,8)	6 (11,5)	1,000 ^c
Sốt sau mổ	3 (3,5)	3 (8,8)	0 (0)	0,058 ^f
Viêm phổi - Suy hô hấp	3 (3,5)	1 (2,9)	2 (3,8)	1,000 ^f
Bán tắc ruột	2 (2,3)	1 (2,9)	1 (1,9)	1,000 ^f
Suy thận cấp	2 (2,3)	0 (0)	2 (3,8)	1,000 ^f
Bụng vết mổ	1 (1,2)*	0 (0)	1 (1,9)*	1,000 ^f
Thủng ruột non	1 (1,2)*	0 (0)	1 (1,9)*	1,000 ^f
Rối loạn tri giác	1 (1,2)	0 (0)	1 (1,9)	1,000 ^f
Tử vong	1 (1,2)	0 (0)	1 (1,9)	1,000 ^f

Ghi chú: Một BN có thể có nhiều hơn 1 biến chứng, tính tỷ lệ biến chứng dựa trên số BN có biến chứng trên tổng số BN; (*) Biến chứng cần phẫu thuật

Phép kiểm: c: Chi bình phương; f: Chính xác Fisher

3.3. Kết quả muộn

Trong thời gian theo dõi trung vị 15 tháng, có 50 biến chứng xảy ra trên 29 BN chiếm tỷ lệ 33,7%. Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN). Có 2 TH hẹp miệng nối NQ - ống hồi tràng, 2 TH hẹp miệng NQ ra da và không có TH nào hẹp miệng ống hồi tràng ra da. Có 7 biến chứng cần phẫu thuật, tuy nhiên chủ yếu là các biến chứng liên quan đến tiêu hoá và tập trung ở nhóm ống hồi tràng (Bảng 3). Kết thúc nghiên cứu có 28 TH tử vong chiếm tỷ lệ 32,6%.

Bảng 3. Tỷ lệ các biến chứng muộn (> 3 tháng)

Biến chứng muộn, n (%)	Tổng (n = 86)	Ống hồi tràng (n = 34)	Mở NQ ra da (n = 52)
Liên quan đường tiết niệu	23 (26,7)	6 (17,6)	17 (32,7)
NKĐTN	19 (22,1)	5 (14,7)	14 (26,9)
Hẹp miệng nối NQ - ống hồi tràng	2 (2,3)*	2 (5,9)*	-
Suy thận cấp	9 (10,5)	2 (5,9)	7 (13,5)
Sỏi thận	1 (1,2)	0 (0)	1 (1,9)
Liên quan miệng chuyển lưu	6 (7,0)	3 (8,8)	3 (5,8)
Thoát vị cạnh miệng chuyển lưu	1 (1,2)	1 (2,9)	0 (0)

Biến chứng muộn, n (%)	Tổng (n = 86)	Ống hồi tràng (n = 34)	Mở NQ ra da (n = 52)
Sa miệng chuyển lưu	1 (1,2)	1 (2,9)	0 (0)
Hẹp miệng chuyển lưu	2 (2,3)*	0 (0)	2 (3,8)*
Viêm da quanh miệng chuyển lưu	2 (2,3)	1 (2,9)	1 (1,9)
Liên quan ống tiêu hóa	5 (5,8)	4 (11,8)	1 (1,9)
Xi miệng nối ruột - ruột	1 (1,2)*	1 (2,9)*	-
Tắc ruột	4 (4,7)**	3 (8,8)*	1 (1,9)
Rò tiêu hóa	1 (1,2)*	1 (2,9)*	0 (0)
Thủng ruột	1 (1,2)*	1 (2,9)*	0 (0)
Thoát vị thành bụng	5 (5,8)	3 (8,8)	2 (3,8)
Toan chuyển hóa	1 (1,2)	1 (2,9)	0 (0)

Ghi chú: Một BN có thể có nhiều hơn 1 biến chứng, tính tỷ lệ biến chứng dựa trên số BN có biến chứng trên tổng số BN

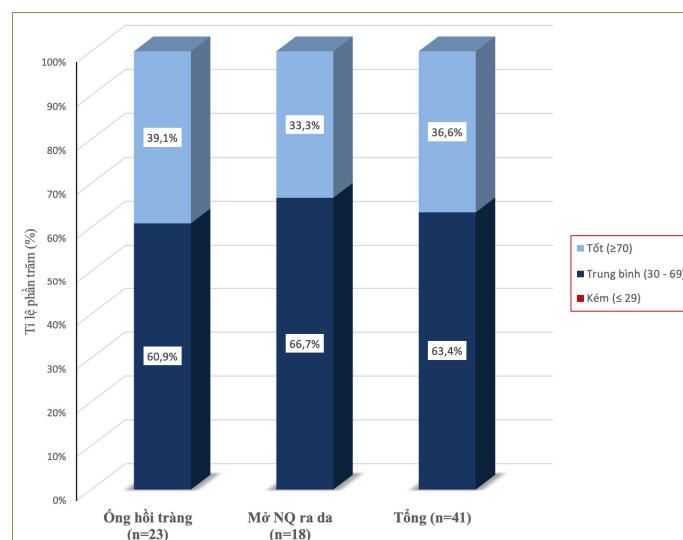
Trong nghiên cứu có một BN tử vong tại thời điểm 1 tháng (thời gian theo dõi <3 tháng); trường hợp này vẫn được mô tả trong bảng số liệu nhưng không được tính vào phân tích "kết quả muộn".

(*) (**) Biến chứng cần phẫu thuật (số lượng tương đương 1 và 2 biến chứng)

Phép kiểm: c: Chi bình phương; f: chính xác Fisher.

3.2. Chất lượng cuộc sống sau mổ

Việc chăm sóc miệng chuyển lưu được thực hiện bởi người thân chăm sóc là chủ yếu, chiếm tỷ lệ gần 1/2 các TH, tỷ lệ này cũng cao tương đương ở hai nhóm ống hồi tràng và mở NQ ra da. Nhóm BN được CLNT bằng ống hồi tràng có khả năng tự chăm sóc hoàn toàn hoặc được hỗ trợ một phần bởi người thân chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm mở NQ ra da và không có TH nào cần phụ thuộc vào nhân viên y tế, ngoài ra 25% số BN có thể tự chăm sóc miệng hồi tràng ra da. Trong khi đó có hơn 1/3 các TH mở NQ ra da cần phải đến các cơ sở y tế hoặc được nhân viên y tế thay ống thông và chăm sóc miệng chuyển lưu tại nhà.



Hình 1. Đánh giá chất lượng cuộc sống dựa vào điểm số Stoma-QoL

Trong số 58 TH còn sống đến thời điểm thực hiện khảo sát, chỉ có 41 TH (70,7%) đồng ý thực hiện

khảo sát CLCS dựa vào thang điểm Stoma-QoL. Điểm số Stoma-QoL trung bình là 61,6 điểm với

khoảng 3/4 các TH được đánh giá là tốt hoặc rất tốt. Nhóm mở NQ ra da có điểm số stoma cao hơn nhóm ống HT tương ứng với thời gian theo dõi trung vị sau PT dài hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư BQ thường được phát hiện ở giai đoạn khá muộn, độ tuổi trung bình lúc chẩn đoán theo thống kê là 73 tuổi, trong đó 3/4 TH > 65 tuổi.¹ Do đó, ngoài yêu cầu phát hiện sớm ung thư BQ, việc điều trị ung thư BQ trên nhóm BN lớn tuổi, nguy cơ cao cũng là một thách thức lớn trên lâm sàng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân sau mổ có giai đoạn bệnh còn khu trú trong bàng quang ($\leq pT2$, $pN0$) chiếm tỷ lệ khá cao với 48,8%. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân này vẫn được lựa chọn phương pháp chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát do nhiều yếu tố khác như tuổi cao, thể trạng kém hoặc nhiều bệnh lý tim phổi đi kèm. Thật vậy, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $67,2 \pm 11,7$, trong đó nhóm BN 70–79 tuổi chiếm gần 1/3 các TH và gần 50% BN được xếp vào nhóm nguy cơ cao theo chỉ số aCCI và ASA. Theo hướng dẫn của hội Nội khoa Châu Âu (EAU) 2025, hiện chưa có khuyến cáo cụ thể về lựa chọn phương pháp chuyển lưu niệu quản sau cắt bàng quang tận gốc.² Do đó, quyết định trên lâm sàng cần được cá thể hoá, dựa trên đặc điểm bệnh nhân và các yếu tố liên quan đến bệnh học ung thư.

Theo nghiên cứu của Shabsigh³, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có thể khác nhau tùy thuộc vào hệ thống báo cáo được sử dụng. Hiện nay, hệ thống phân loại Clavien-Dindo là hệ thống phân loại phù hợp nhất để đánh giá các biến chứng sau phẫu thuật cắt BQ. Do chúng tôi sử dụng hệ thống này, tỷ lệ biến chứng có thể cao hơn so với các tác giả trong nước. Mặc dù vậy, tỷ lệ biến chứng nặng (được phân loại Clavien-Dindo $\geq III$) trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả Hoàng Minh Đức⁴ và Nguyễn Vũ Minh Thiện⁵. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả Longo⁶ và Suzuki⁷. Lý do có thể giải thích là độ tuổi trong nghiên cứu của Longo và Suzuki cao hơn, đặc

biệt nghiên cứu của Longo chỉ thực hiện trên nhóm BN lớn tuổi hơn (> 75 tuổi) và có phân loại ASA $\geq III$.

Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật ở nhóm CLNT bằng ống hồi tràng cao hơn so với nhóm mở NQ ra da. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Các biến chứng sớm chủ yếu liên quan đến phẫu thuật ổ bụng lớn, trong khi biến chứng muộn lại liên quan đến phương pháp CLNT thực hiện và có xu hướng gia tăng theo thời gian theo dõi. Tỷ lệ biến chứng muộn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác với thời gian theo dõi dài hơn. Trong các nhóm phương pháp chuyển lưu, nhóm mở NQ ra da có tỷ lệ biến chứng muộn cao hơn nhóm hồi tràng, mặc dù thời gian theo dõi ở nhóm mở NQ ra da dài gấp 2 lần. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng cần phẫu thuật ở nhóm mở NQ ra da lại thấp hơn đáng kể, điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kuroda³ và Delieliotis⁸. Đặc biệt, các biến chứng cần phẫu thuật liên quan đến tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm ống hồi tràng, cho thấy một sự bất lợi ở phương pháp này. Tuy nhiên, vì số lượng ca biến chứng còn thấp, cần tiếp tục theo dõi trong thời gian dài hơn để đánh giá sự khác biệt một cách chính xác.

Về mặt CLCS, nghiên cứu của Hoàng Minh Đức⁴ cho thấy sau mổ, trong khoảng thời gian từ 1–3 tháng, 100% BN và cả người nhà đều tự chăm sóc và thấy dễ dàng khi thay và chăm sóc túi dãn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự, với khoảng 1/2 số BN có thể tự chăm sóc miệng hồi tràng ra da một cách độc lập hoặc nhờ sự hỗ trợ một phần từ người thân trong một số tình huống khó khăn. Qua đó, có thể thấy rằng phương pháp CLNT bằng ống hồi tràng có phần ưu thế hơn so với phương pháp mở NQ ra da về khía cạnh chăm sóc miệng chuyển lưu sau phẫu thuật khi giúp BN độc lập hơn trong sinh hoạt hàng ngày.

Một số nghiên cứu đã sử dụng thang điểm Stoma-QoL để đánh giá CLCS của BN CLNT không kiểm soát sau cắt BQ tận gốc. Nghiên cứu của Gomez⁹ trên 37 BN sử dụng ống hồi tràng cho thấy 94,6% BN có CLCS tốt, với điểm Stoma-QoL trung

bình là 68,5. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận không có BN nào có CLCS kém, tuy nhiên tỷ lệ kết quả tốt thấp hơn nhiều. Tác giả nhấn mạnh vai trò của điều dưỡng trong việc quản lý, giáo dục và hỗ trợ BN trong việc chăm sóc miệng chuyển lưu là yếu tố góp phần giúp phần lớn BN trong nghiên cứu có kết quả tốt. Việc tư vấn và giáo dục BN nên bắt đầu từ trước phẫu thuật và kéo dài trong suốt thời gian BN nằm viện, thay vì chỉ ở thời điểm tái khám lần đầu như trong thực tế. Chúng tôi nhận thấy rằng việc tạo môi trường kết nối giữa điều dưỡng và BN, cũng như giữa các BN với nhau, là một yếu tố quan trọng giúp nâng cao CLCS của BN sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Fuschi¹⁰ cũng sử dụng thang điểm Stoma-QoL để so sánh CLCS sau phẫu thuật ở hai nhóm BN (ống hồi tràng và mở NQ ra da) và ghi nhận điểm số Stoma-QoL cải thiện sau 6 tháng. Điểm trung bình của hai nhóm tại thời điểm 6 tháng là 63,4 và 63,6, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mặc dù nhóm mở NQ ra da trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm số Stoma-QoL trung bình cao hơn nhóm ống hồi tràng, nhưng tỷ lệ BN có CLCS tốt lại thấp hơn. Lý do có thể giải thích là nhóm BN sử dụng ống hồi tràng chủ yếu được phẫu thuật trong thời gian gần đây, dẫn đến BN chưa quen với việc chăm sóc và xử lý các vấn đề liên quan đến miệng CLNT.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thời gian theo dõi giữa các BN không đồng nhất, điều này ảnh hưởng đến việc đánh giá chính xác các biến chứng muộn sau phẫu thuật. Để có thể so sánh với các nghiên cứu khác và đánh giá tin cậy hơn các biến chứng muộn, cần xác định rõ thời điểm xảy ra biến chứng và phân tích bằng các phương pháp thích hợp như Kaplan–Meier. Mặt khác, CLCS của BN sau phẫu thuật bao gồm nhiều khía cạnh không chỉ về thể chất và tâm lý mà còn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố xã hội, nghề nghiệp, tôn giáo, và có thể thay đổi theo thời gian. Do giới hạn của nghiên cứu và tính chất hồi cứu, chúng tôi chỉ có thể khảo sát một cách khái quát về CLCS của BN sau phẫu thuật. Ngoài ra do cỡ mẫu còn hạn chế, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích đa biến để kiểm soát các yếu tố

nguy cơ như tuổi, ASA, aCCI hay giai đoạn bệnh, vốn có thể ảnh hưởng đáng kể đến kết quả.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 86 bệnh nhân cắt bàng quang tận gốc cho thấy chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát bằng ống hồi tràng và mở niệu quản ra da có tỷ lệ biến chứng sớm 39,5% và muộn 33,7%, chủ yếu mức độ nhẹ theo Clavien-Dindo; chất lượng cuộc sống sau mổ nhìn chung ở mức khả quan. Kết quả này khẳng định đây là những phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả, đặc biệt phù hợp cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh nền không đủ điều kiện tạo hình bàng quang. Các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng thời gian theo dõi để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2018) Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 68(1): 7-30.
2. Witjes JA, Bruins HM, Cathomas R et al (2021) *European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2022 Guidelines*. *Eur Urol* 79(1):82-104.
3. Kuroda M, Maeda O, Saiki S et al (1991) *Incontinent urinary diversion*. *Hinyokika Kyo* 37(12): 1607-1612.
5. Nguyễn Vũ Minh Thiện, Trần Chí Thanh, Đỗ Trường Thành (2021) *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*. *Tạp chí Học Việt Nam* 509(3): 194-201.
3. Shabsigh A, Korets R, Vora KC et al (2009) *Defining Early Morbidity of Radical Cystectomy for Patients with Bladder Cancer Using a Standardized Reporting Methodology*. *Eur Urol* 55(1): 164-176.
4. Hoàng Minh Đức, Hoàng Long, Nguyễn Thanh Long (2012) *Kết quả điều trị cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker trong điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Việt Đức*. *Tạp chí Ngoại Khoa Việt Nam* 63(4): 24-28.
6. Longo N, Imbimbo C, Fusco F et al (2016) *Complications and quality of life in elderly patients with several comorbidities undergoing cutaneous ureterostomy with single stoma or ileal conduit after radical cystectomy*. *BJU Int* 118(4): 521-526.

7. Suzuki K, Hinata N, Inoue T aki, Nakamura I, Nakano Y, Fujisawa M (2020) *Comparison of the Perioperative and Postoperative Outcomes of Ileal Conduit and Cutaneous Ureterostomy: A Propensity Score-Matched Analysis*. Urol Int 104(1-2): 48-54.
8. Deliveliotis C, Papatsoris A, Chrisofos M, Dellis A, Liakouras C, Skolarikos A (2005) *Urinary diversion in high-risk elderly patients: Modified cutaneous ureterostomy or ileal conduit?* Urology 66(2):299-304.
9. Gomez A, Barbera S, Lombraña M, Izquierdo L, Baños C (2014) *Health-related quality of life in patients with urostomies*. J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc 41(3): 254-256.
10. Fuschi A, Al Salhi Y, Sequi MB, et al (2021) *Evaluation of Functional Outcomes and Quality of Life in Elderly Patients (> 75 y.o.) Undergoing Minimally Invasive Radical Cystectomy with Single Stoma Ureterocutaneostomy vs. Bricker Intracorporeal Ileal Conduit Urinary Diversion*. J Clin Med 11(1).