

Kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

The initial results of radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder replacement at 108 Military Central Hospital

Đỗ Ngọc Thê, Trần Đức, Trần Đức Dũng,
Nghiêm Trung Hưng, Dương Hồng Quân

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 17 bệnh nhân ung thư bàng quang, được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 3/2018 đến tháng 7/2020. **Kết quả:** 16 nam và 1 nữ, tuổi trung bình 61,9 năm. Thời gian mổ trung bình 327 phút, mất máu trong mổ 447ml, 4 bệnh nhân truyền máu trong mổ (23,5%), 11 bệnh nhân truyền máu sau mổ (64,7%). Ngày nằm điều trị sau mổ trung bình 22 ngày, rút thông niệu đạo sau 18,1 ngày. Biến chứng: Rò bàng quang ra vết mổ 11,7%, rò miệng nối 5,8%, suy thận cấp 11,7%. Khả năng giữ nước tiểu chủ động ban ngày 88,2% - ban đêm 67,4%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng để điều trị ung thư bàng quang là phẫu thuật khó, nhiều tai biến-biến chứng nặng; tuy nhiên đa số bệnh nhân phục hồi tốt, dần thích nghi với bàng quang mới.

Từ khóa: Cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng.

Summary

Objective: To evaluate the initial results of radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution. **Subject and method:** A descriptive study was performed on 17 patients with bladder cancer who underwent radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution with Abol-Enein's technique at 108 Military Central Hospital. **Result:** 16 males and 1 female; mean age 61.9 years. Mean operative time 327 mins, mean blood loss 447ml, intra- operative transfusion 23.5% (4 patients), post-operative transfusion 64.7% (11 patients). Mean hospital stay was 22 days, duration of urethral catheterization was 18.1 days. Post-operative complications: Urine leakage from neobladder was found in 11.7%, anastomosis leakage 5.8%, acute renal failure 11.7%. Daytime continence was in 88.2%, nighttime continence was in 67.4%. **Conclusion:** The initial results of radical cystectomy followed by the ileal orthotopic bladder substitution showed that it is a difficult procedure with severe complications; however most of patients was recovery and gradually adapted to the neobladder.

Keywords: Radical cystectomy, ileal orthotopic bladder replacement.

Ngày nhận bài: 28/9/2020, ngày chấp nhận đăng: 15/10/2020

Người phản hồi: Đỗ Ngọc Thê, Email: dongocthe@yahoo.com - Bệnh viện TWQĐ 108

1. Đặt vấn đề

Ung thư bàng quang nguyên phát phân loại theo tế bào học hay gặp nhất là tế bào chuyển tiếp chiếm 90% [1]. Tại Việt Nam, bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 40 - 70 tuổi (78%), tỷ lệ nam/nữ là 6/1; tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư bàng quang nông là 51 - 79%, ung thư bàng quang xâm lấn cơ từ 25 - 47% [2]. Nghiên cứu của Trần Ngọc Khánh (2015) có tỷ lệ bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ sống sau 5 năm lên tới 63% [3].

Cắt toàn bộ bàng quang kèm theo nạo hạch chậu-bịt 2 bên là phương pháp điều trị cơ bản đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ và một số trường hợp khác như u kích thước lớn, u đa ổ tái phát nguy cơ cao, ung thư tế bào vảy, ung thư biểu mô tuyến.... Sau cắt bàng quang, nước tiểu được chuyển lưu "vĩnh viễn", với nhiều kỹ thuật được hình thành và phát triển hơn 150 năm qua, từ chuyển lưu trực tiếp ra da, chuyển lưu 'nội' cắm niệu quản vào đại tràng, chuyển lưu qua túi chứa không/có kiểm soát và tạo hình bàng quang mới (từ hồi tràng, hồi-manh tràng, đại tràng...). Kỹ thuật tạo hình bàng quang mới mặc dù là khó khăn, nhưng đã đem lại chất lượng sống tốt cho người bệnh, và được các tác giả cân nhắc lựa chọn trước tiên [3], [4], [5]. Mục tiêu của báo cáo này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng (theo kỹ thuật Abol-Enein) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh trên 17 bệnh nhân ung thư bàng quang, được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng (theo kỹ thuật Abol-Enein) tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 3/2018 đến tháng 7/2020.

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng có 2 thì mổ chính

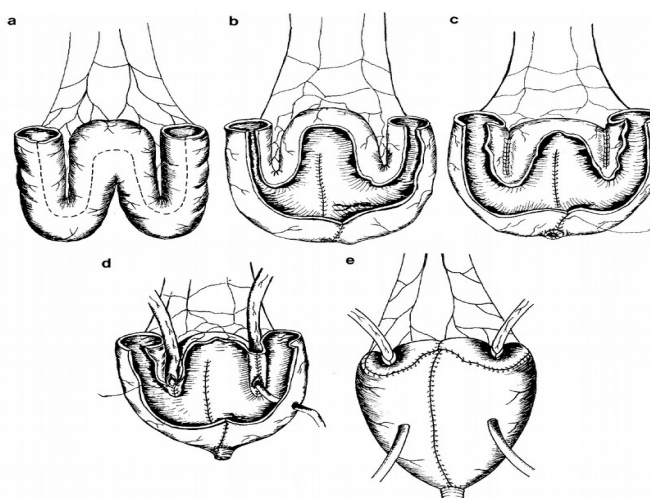
Thì cắt toàn bộ bàng quang:

Cắt bàng quang + tuyến tiền liệt + túi tinh (ở nam); hoặc cắt bàng quang, tử cung, buồng trứng (ở nữ).

Nạo vét hạch chậu-bịt 2 bên: Nhóm hạch quanh bó mạch chậu ngoài, quanh bó mạch chậu trong, và hố bịt.

Thì tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng (theo kỹ thuật Abol-Enein):

Cô lập 1 đoạn hồi tràng có mạch mạc treo nuôi dưỡng, thường bắt đầu cách góc hồi manh tràng 20cm, lấy lên 40 - 45cm; mở dọc bờ tự do, xếp ruột hình chữ W, khâu tạo ngay đường hầm thanh cơ chống trào ngược khi khâu định hình bàng quang ở mặt sau để chuẩn bị cắm niệu quản vào bàng quang mới. Nối trực tiếp niệu quản vào thành ruột với các mũi toàn thể để tạo van chống trào ngược kiểu thành ngoài thanh cơ. Miệng nối niệu đạo với bàng quang mới được thực hiện ở đỉnh chữ W trước khi đóng kín mặt trước bàng quang.



Hình 1. Sơ đồ kỹ thuật tạo hình bàng quang từ hồi tràng (theo Abol-Enein).

(Nguồn: Abol-Enein (1994) [6]).

Các chỉ mục nghiên cứu chính bao gồm:

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, đặc điểm u bàng quang.

Kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ, mất máu trong mổ, khâu nối ống tiêu hoá...

Kết quả chăm sóc và theo dõi sau mổ: Tai biến-biến chứng, so sánh giải phẫu bệnh trước và sau mổ, tái phát sau mổ, niệu động học bàng quang tân tạo...

Số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Gồm 17 bệnh nhân ung thư bàng quang, 16 nam (94,1%) và 1 nữ (5,9%).

Tuổi trung bình: $61,9 \pm 6,4$ (52 - 76 tuổi).

Lý do vào viện: 94,1% tiểu máu toàn bãi không triệu chứng.

Bảng 1. Đặc điểm u bàng quang

Đặc điểm u		Số BN	Tỷ lệ %
U mới/tái phát	U lần đầu	8	47,1
	U tái phát 1 lần	6	35,3
	U tái phát ≥ 2 lần	3	17,6
Soi bàng quang	U đơn độc	5	29,4
	U đa ổ	12	70,6
Giai đoạn T (sau nội soi cắt u)	T ₁ (LVI +)	14	82,4
	T ₂	3	17,6

(T: Tumor - khối u, LVI: Lymphovascular invasion).

3.2. Kết quả phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ

Thời gian mổ chung 327 ± 50 phút (240 - 420), trong đó thì mổ cắt bàng quang và nạo vét hạch là 121 ± 24 phút (90 - 180), thì tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng là 202 ± 47 phút (120 - 275).

Mất máu trong mổ ước tính trung bình $447 \pm 250,1$ ml (50 - 750). Có 4 bệnh nhân được truyền máu trong mổ (23,5%) với lượng khối hồng cầu truyền trung bình 750 ± 348 ml (350 - 1200), 11 bệnh nhân được truyền máu sau mổ (64,7%) có lượng khối hồng cầu truyền trung bình 718 ± 372 ml (350 - 1750), với 3 trường hợp đã có truyền máu trong mổ. Bệnh nhân phải truyền tổng cộng tới 1750ml khối

hồng cầu sau mổ là do xuất huyết tiêu hoá ở ngày thứ 14.

Khâu phục hồi lưu thông ruột non kiểu tận-tận cho 100% các trường hợp; cô lập bàng quang mới ngoài phúc mạc cho 14 bệnh nhân (82,3%), 100% các trường hợp được đặt double J-stent niệu quản khi trồng lại vào bàng quang tân tạo.

Lưu thông tiêu hoá phục hồi sau trung bình $3,2 \pm 1,2$ ngày (1 - 7); dẫn lưu ổ mổ được rút sau 6,6 ngày (4 - 21); thông niệu đạo được rút sau 18,1 ngày; thông double J-stent niệu quản 2 bên được rút sau mổ trung bình 53 ngày (2 trường hợp mổ gần nhất được rút sonde niệu đạo và double J-stent niệu quản 2 bên cùng lúc).

Bảng 2. Một số chỉ số xét nghiệm trước và sau mổ

Xét nghiệm	Trước mổ	Ngày 1 sau mổ	Sau mổ 3 tháng
Hồng cầu (T/L)	$4,9 \pm 0,5$	$4,2 \pm 0,4$	$4,6 \pm 0,5$
Huyết sắc tố (g/L)	$141,9 \pm 24$	$122,9 \pm 14,6$	$136,1 \pm 16$
Bạch cầu (G/L)	$8,2 \pm 2,1$	$15,4 \pm 3$	$8,3 \pm 2$
Ure (mmol/L)	$5,9 \pm 1,4$	$7,5 \pm 2,3$	$6,6 \pm 1,8$
Creatinin (μ mol/L)	$78,5 \pm 15,7$	$103,5 \pm 21$	89 ± 24

Nhận xét: Số lượng hồng cầu và huyết sắc tố ngày thứ nhất sau mổ giảm, tuy nhiên sau 3 tháng các chỉ số huyết học trở về bình thường; nồng độ ure và creatinin không có sự thay đổi trước và sau mổ.

Ngày điều trị trung bình sau mổ: $22,06 \pm 10,5$ ngày (12 - 58).

Giải phẫu bệnh sau mổ:

Loại tế bào: 16/17 (94,1%) bệnh nhân ung thư tế bào biểu mô chuyển đường niệu (transitional cell carcinoma), 1 trường hợp (5,8%) ung thư biểu mô đường niệu biệt hoá vảy (squamous cell carcinoma).

Độ ác tính: 100% độ ác tính cao.

Bảng 1. So sánh giải phẫu bệnh trước và sau mổ

Số BN (tỷ lệ %)		Giai đoạn T		Sau mổ		Tổng
				U nông	U xâm lấn cơ	
Trước mổ	U nông			9 (52,9)	5 (29,4) *	14 (82,4)
	U xâm lấn cơ			0	3 (17,6)	3 (17,6)
Tổng				9 (52,9)	8 (47,1)	17

Nhận xét: Trong số 14 bệnh nhân được chẩn đoán u nông trước mổ, có tới 5 bệnh nhân (29,4%) giai đoạn T sau mổ là u xâm lấn cơ; không có trường hợp nào chẩn đoán quá mức u giai đoạn T trước mổ so với sau mổ.

*: 1 trường hợp u giai đoạn T₁ trên mô bệnh học trước mổ, CT có xâm lấn lỗ niệu quản phải, mô bệnh học sau mổ là T_{4a} (xâm lấn tuyến tiền liệt).

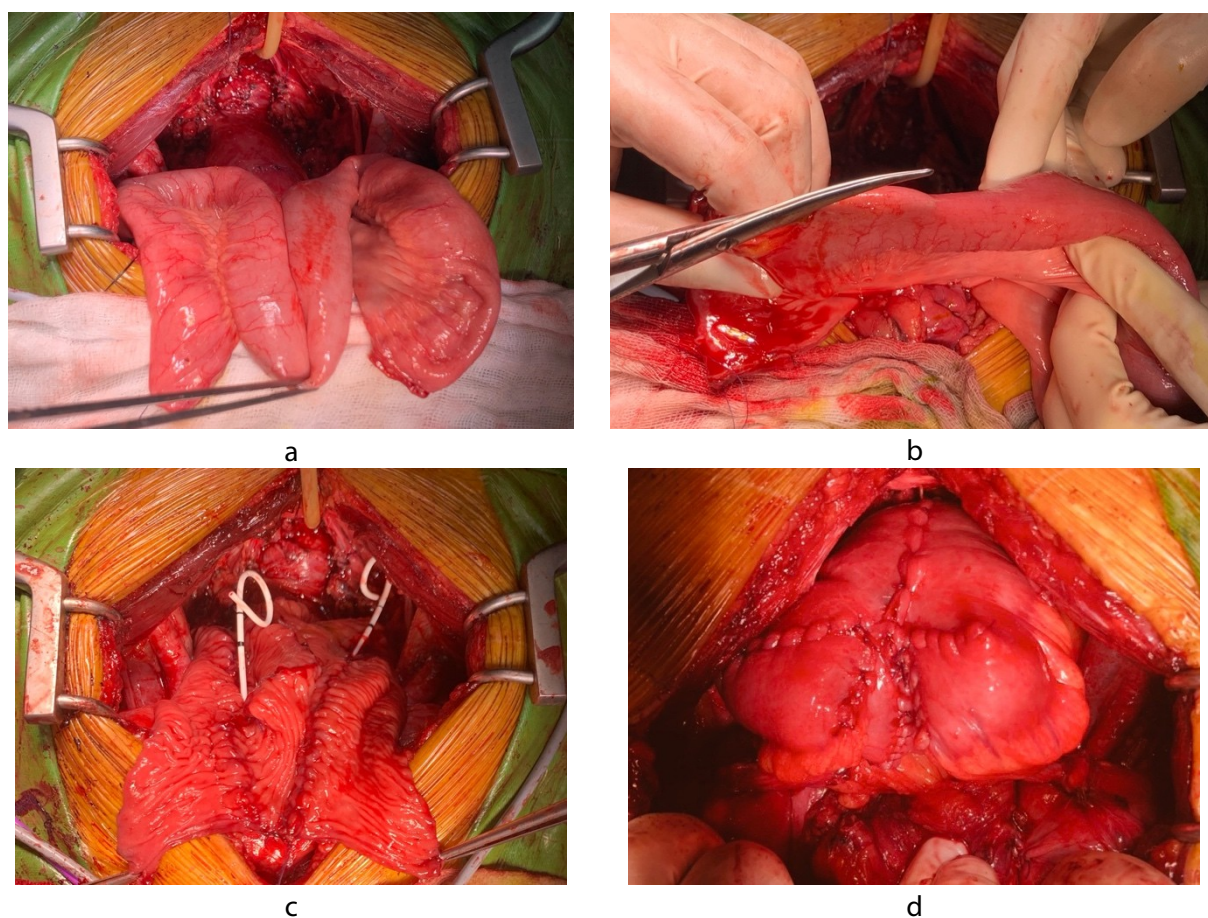
Tai biến trong mổ: 1 trường hợp rách tĩnh mạch chậu ngoài, khâu phục hồi bằng prolene 6/0.

Biến chứng sau mổ

Bảng 2. Biến chứng sau mổ (trong 3 tháng)

Biến chứng	Số lượt BN	Tỷ lệ %
Viêm phúc mạc toàn thể do rò miệng nối bàng quang-niệu đạo	1	5,8
Rò bàng quang ra da (vết mổ)	2	11,7
Suy thận cấp	2	11,7
Bán tắc ruột	4	23,5
Viêm bể thận-thận cấp	7	41,1
Nhiễm khuẩn huyết	3	17,6
Xuất huyết tiêu hoá do loét hành tá tràng	1	5,8
Đột quỵ não	1	5,8

Nhận xét: Các biến chứng sau mổ rất nặng nề, thường gặp nhất là viêm bể thận-thận cấp (41,1%) trong đó có 3 trường hợp nhiễm khuẩn huyết; bán tắc ruột xảy ra ở 4 bệnh nhân (23,5%).



a

b

c

d

Hình 2. Hình ảnh trong mổ thì tạo hình bàng quang mới

a) Đoạn hồi tràng đã được cô lập cùng mạc treo. b) Xẻ ống ruột theo bờ tự do.

c) Mặt sau bàng quang tân tạo đã được trồng 2 niệu quản và khâu kín.

d) Bàng quang tân tạo đã nối với niệu đạo và đóng kín mặt trước.

(Nguồn: BN Lại Khắc A., 62T. Số hồ sơ: 20516510)

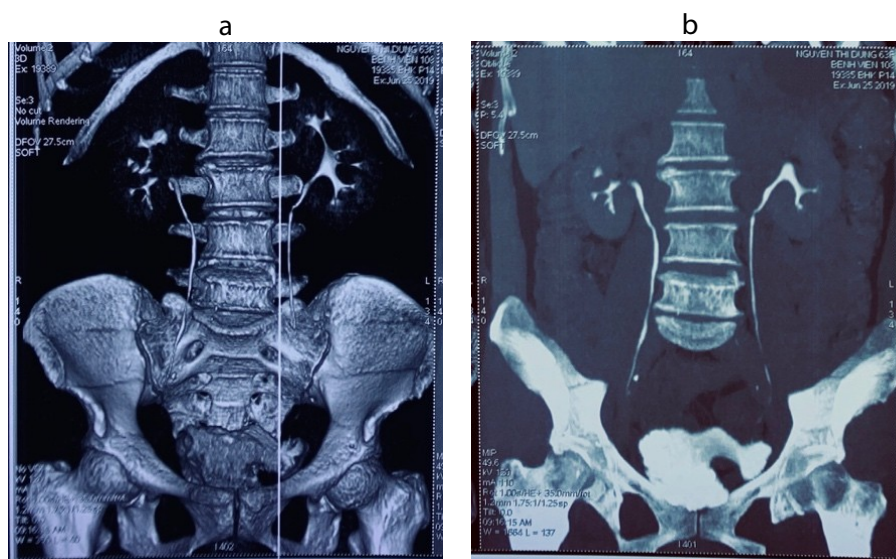
Theo dõi sau mổ

Thời gian theo dõi bệnh nhân trung bình là 11,9 tháng (1,6 - 29,2); có 1 bệnh nhân phát hiện tái phát tại chỗ sau mổ 6 tháng, tử vong ở tháng thứ 15.

Bảng 5. Khả năng kiểm soát đi tiểu

Tình trạng tiểu tiện số BN (tỷ lệ %)		Số tiểu đêm			Tổng
		Không	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	
Số tiểu ban ngày	Không	11 (64,7)	3 (17,6)	1 (5,8)	15 (88,2)
	Thỉnh thoảng	0	1 (5,8)	0	1 (5,8)
	Thường xuyên	0	0	1 (5,8)	1 (5,8)
Tổng		11 (64,7)	4 (23,5)	2 (11,7)	17

Nhận xét: Tỷ lệ giữ nước tiểu chủ động ban ngày 88,2%; 64,7% bệnh nhân tiểu tiện chủ động cả ngày lẫn đêm; 1 bệnh nhân (5,8) tiểu không kiểm soát cả ngày lẫn đêm (đang theo dõi ở tháng thứ 3 sau mổ).



Hình 3. Hình ảnh CT scan sau mổ 5 tháng

a) (Thì bài xuất, thuốc cản quang đổ đầy đường tiết niệu trên) đài bể thận 2 bên không giãn, thuốc lưu thông xuống niệu quản tốt.

b) (Thì bài xuất, thuốc cản quang đổ đầy bàng quang mới) thuốc lưu thông từ niệu quản xuống bàng quang tốt, niệu quản không giãn, vị trí giải phẫu của niệu quản 2 bên không thay đổi; bàng quang ngấm thuốc khá đều.

(Nguồn: BN Nguyễn Thị D., 63T. Số hồ sơ 19626599)

Niệu động học bàng quang tân tạo

Chúng tôi mới thực hiện đo niệu động học bàng quang tân tạo cho 3 bệnh nhân, thời gian theo dõi sau mổ trung bình 14,7 tháng (10 - 17,8):

Lưu lượng nước tiểu tối đa trung bình $Q_{max} = 25,8\text{ml/s}$ (17,5 - 38,6).

Lượng nước tiểu dư trung bình: 42,3ml (27 - 55).

Thể tích bàng quang mới trung bình: 283,6ml (170 - 461).

Áp lực bàng quang ở thì đổ đầy: $27,6\text{cmH}_2\text{O}$ (20 - 33).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm bệnh nhân và chỉ định phẫu thuật

Đối với ung thư tế bào biểu mô đường niệu ở bàng quang, chỉ định cắt toàn bộ bàng quang khi ung thư bàng quang xâm lấn cơ, ung thư chưa xâm lấn cơ nhưng độ ác tính cao và $u \geq 3\text{cm}$ /tái phát/đa ổ [2], [4]. Bên cạnh đó, ung thư bàng quang thể mô học là tế bào biểu mô tuyến hoặc tế bào

biểu mô vảy cũng được khuyến nên cắt toàn bộ bàng quang triệt căn bất kể giai đoạn T.

Cả 17 bệnh nhân trong báo cáo đều có kết quả mô bệnh học trước mổ và có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang kèm nạo hạch chậu bịt 2 bên. Tuy nhiên, có tới 5 bệnh nhân (29,4%) trước mổ u giai đoạn T₁, sau mổ là u đã ở giai đoạn xâm lấn cơ (Bảng 3). Một số tác giả cũng báo cáo sai lệch về chẩn đoán mức độ xâm lấn của u trước mổ so với sau mổ (Bảng 6).

Trần Chí Thanh (2016) chẩn đoán u xâm lấn trước mổ dựa vào giải phẫu bệnh lần mổ trước (9,5% đã mổ mở cắt u/cắt bàng quang bán phần, 45,2% đã nội soi cắt u), hoặc chẩn đoán hình ảnh (chụp CT scan, MRI) cho 43,5% bệnh nhân vào viện lần đầu; tỷ lệ chẩn đoán đúng/quá mức/non mức độ u xâm lấn lần lượt là 50% - 38,1% - 11,9%. Thái Kinh Luân (2019) không nêu rõ căn cứ chẩn đoán u trước mổ. Hai tác giả đều cho thấy có tỷ lệ chẩn đoán “quá mức” mức độ xâm lấn của u: Tỷ lệ u T₁ sau mổ cao hơn trước mổ.

Bảng 6. Chẩn đoán giai đoạn u trước và sau mổ trong một số nghiên cứu

Nghiên cứu	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
	(% trước mổ) / (% sau mổ)			
TN. Khánh, 2015 [3]	0	6,5/6,5	67,7/43,5	25,8/50
TC. Thanh, 2016 [2]	16,7/38,1	47,6/42,8	35,7/16,7	0/2,4
TK. Luân, 2019 [8]	0/33,3	78,8/54,5	21,3/3	0/9,1
Nghiên cứu này	82,4/52,9	17,6/47,1		

Căn cứ để chỉ định cắt toàn bộ bàng quang của nghiên cứu này dựa trên đặc điểm u bàng quang trước mổ, mô bệnh học lấy qua nội soi bàng quang cắt u và chẩn đoán hình ảnh (CT-scan). Kết quả cho thấy không có trường hợp nào chẩn đoán quá mức, mà ngược lại: Tỷ lệ u T₂ trước mổ thấp hơn sau mổ. Cá biệt 1 trường hợp u giai đoạn T₁ trên mô bệnh học trước mổ, CT có xâm lấn ổ niệu quản phải, mô bệnh học sau mổ là T_{4a} (xâm lấn tuyến tiền liệt) (Bảng 3).

4.2. Kết quả phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ

Tạo hình bàng quang mới đã làm tăng chất lượng sống của bệnh nhân so với các kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu ra da: Chuyển lưu trực tiếp, chuyển lưu qua một đoạn ruột hoặc chuyển lưu có bể chứa. Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang mới cần phải đảm bảo các yêu cầu: Bảo vệ đường tiết niệu trên (không trào ngược, áp lực trong bàng quang thấp trong quá trình đổ đầy bàng quang và khi rặn đại, không hẹp miệng nối niệu quản-bàng quang), chức năng giữ nước tiểu và đi tiểu chủ động, đảm bảo chức năng tình dục, giảm tối đa rối loạn chuyển hoá và cuối cùng là có tỷ lệ tai biến biến chứng thấp [4], [5].

Năm 1994, Abol-Enein giới thiệu kỹ thuật tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng được thực hiện trên 12 bệnh nhân [6]. Một đoạn hồi tràng dài 40 -

45cm được cô lập, mở dọc bờ tự do và xếp ruột hình chữ W tương tự như kỹ thuật Hautmann; tuy nhiên 2 niệu quản được trồng lại vào bàng quang mới ở 2 vị trí đối xứng nhau trên 2 góc bên của chữ W với van chống trào ngược kiểu thành thanh cơ, trong khi niệu đạo được nối vào đỉnh chữ W. Do vậy, bàng quang mới có dạng tương đối hình cầu, tương quan vị trí giữa ổ niệu đạo và hai ổ niệu quản gần giống với bàng quang bình thường; điều này cho phép dụng cụ soi bàng quang có thể thăm khám và can thiệp ngược dòng tới đường tiểu trên thuận lợi hơn các phương pháp khác.

Kỹ thuật Abol-Enein cho phép thao tác thực hiện miệng nối niệu quản với bàng quang tân tạo khá dễ dàng trong các tình huống khác nhau kể cả đường kính niệu quản to hay nhỏ. Niệu quản sau khi tạo hình bàng quang vẫn nằm sau phúc mạc. Sau thì tạo hình, cô lập được bàng quang mới và các miệng nối ngoài phúc mạc một cách thuận lợi [7]. So sánh với phương pháp Studer, Hautmann, Le Duc, phương pháp này có ưu điểm ở chỗ không phải tạo đường hầm dưới niêm mạc (van chống trào ngược kiểu thành) sau khi đã tạo hình bàng quang mới, hoặc không tốn khoảng 10 - 18cm ruột để cắm niệu quản trực tiếp vào đoạn ruột này (nếu không làm van chống trào ngược). Với phương pháp Hemi - Kock thì kỹ thuật Abol-Enein không phải làm van chống trào ngược kiểu nút, điều đó vừa tiết kiệm thời gian vừa tiết kiệm được đoạn ruột [7].

Bảng 7. Chỉ tiêu phẫu thuật trong một số nghiên cứu

	Thời gian mổ (phút)	Truyền máu trong mổ	Truyền máu sau mổ	Lưu thông tiêu hoá	Lưu thông niệu đạo	Ngày điều trị sau mổ
TN. Khánh	213	37,1%	-	-	-	-
TC. Thanh	404	50%	23,8%	4,5	19,2	16,5
TK. Luân	376*	-	-	4,2	-	16,6
Nghiên cứu này	327	23,5%	64,7%	3,2	18,1	22

(*: Tác giả tính cho các trường hợp mổ mở, với các trường hợp mổ nội soi ổ bụng thì thời gian kéo dài hơn [8]).

Bảng 7 cho thấy bước đầu kết quả phẫu thuật của khá tốt so với các thống kê trước: Thời gian mổ ngắn hơn (trung bình 327 phút), thời gian phục hồi lưu thông tiêu hoá nhanh hơn; tuy nhiên, thời gian lưu ống thông niệu đạo (18,1 ngày) và ngày nằm viện sau mổ (22 ngày) tương đương nghiên cứu của Trần Ngọc Khánh có thời gian mổ ngắn hơn đáng kể (213 phút), nhưng chúng tôi nhận thấy trong quy trình kỹ thuật của tác giả có bảo tồn tuyến tiền liệt/vỏ xơ tuyến tiền liệt, do vậy không mất thời gian kiểm soát 2 cánh bên và đỉnh tuyến tiền liệt, cũng như việc khâu nối phục hồi lưu thông đường niệu cũng sẽ thuận lợi hơn. Tỷ lệ truyền máu trong mổ của nghiên cứu này thấp hơn, nhưng tỷ lệ truyền máu sau mổ cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác (64,7%).

Bảng 8. Chức năng bàng quang mới đánh giá sau mổ 3 tháng

Nghiên cứu	Thể tích bàng quang mới (ml)	Thể tích nước tiểu dư (ml)	Giữ nước tiểu chủ động ban ngày (%)	Giữ nước tiểu chủ động ban đêm (%)
Abol-Enein [9]	-	-	93,3%	80%
TC. Thanh [2]	266,6	-	92,9%	35,7%
TK. Luân [8]	-	52,1	90%	55%
Patel [10]	-	-	90%	50-80%
Nghiên cứu này	-	-	88,2%	64,7%

Bảng 8 cho thấy sau mổ 3 tháng, chức năng bàng quang mới của bệnh nhân trong nghiên cứu khá tốt; các chỉ số quan trọng đảm bảo chất lượng cuộc sống của người bệnh là khả năng giữ nước tiểu chủ động ban ngày và ban đêm trong thống kê tương đương với các tác giả khác.

Tai biến

Nghiên cứu gặp 1 trường hợp rách tĩnh mạch chậu ngoài trong thì nạo hạch chậu, xử trí khâu lại chỗ tổn thương bằng chỉ prolene 6/0. Trần Ngọc Khánh (2015) không gặp tai biến nào trong mổ [3]. Nghiên cứu của Trần Chí Thanh gặp 2 trường hợp (4,7%) rách tĩnh mạch chậu ngoài, 1 trường hợp (2,3%) sai vị trí niệu quản, 1 trường hợp (2,3%) sai vị trí miệng nối ống tiêu hoá, 1 trường hợp (2,3%) rách tĩnh mạch mạc treo ruột [2]. Báo cáo của Abol-Enein

(2001) và Thái Kinh Luân (2019) ghi nhận không có tai biến trong quá trình phẫu thuật [8], [9].

Biến chứng sớm

Ngược lại với tai biến trong phẫu thuật ít gặp và không quá phức tạp, biến chứng sớm sau mổ của phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang mới bằng ruột rất đa dạng và nặng nề. Nghiên cứu của Abol-Enein (2001) còn có 2 bệnh nhân viêm gan (0,4%), 2 bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá (0,4%), 6 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu (1,3%), 11 bệnh nhân rò nước tiểu (2,4%), 3 bệnh nhân nữ có rò bàng quang mới - âm đạo (3,1% trong tổng số 97 bệnh nhân nữ); Thái Kinh Luân (2019) cũng báo cáo gặp 1/33 bệnh nhân có biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu chân phải (kèm thuyên tắc động mạch phổi).

Nghiên cứu này mặc dù số lượng bệnh nhân còn ít, nhưng chúng tôi thống kê thấy tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ cao hơn nhiều so với các nghiên cứu được tham khảo: Tỷ lệ viêm bể thận-thận cấp lên tới 41,1% (3 bệnh nhân viêm bể thận biến chứng nhiễm khuẩn huyết 17,6%), bán tắc ruột/liệt ruột cơ năng sau mổ 23,5%, suy thận cấp 11,7%; bên cạnh đó 1 bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét hành tá tràng ngày thứ 15 sau mổ, 1 bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể do rò nước tiểu vào ổ bụng miệng nối bàng quang tân tạo-niệu đạo (trường hợp này không khâu đóng phúc mạc), 2 bệnh nhân rò bàng quang tân tạo ra da (qua vết mổ). Tuy nhiên, tất cả đều được điều trị bảo tồn thành công, không trường hợp nào tử vong, không phải can thiệp ngoại khoa để xử trí biến chứng.

Tuy nhiên, bài viết tổng hợp về biến chứng của tạo hình bàng quang trực vị của Patel SG và Cookson MS (2018) cho thấy các biến chứng được đề cập ở trên cũng rất thường gặp; tỷ lệ biến chứng về tiêu hoá trung bình 20% (trong đó tắc ruột khoảng 15%), rò miệng nối niệu đạo-bàng quang tân tạo dao động từ 2,1 - 6,6%, có tới 78% bệnh nhân có ít nhất 1 lần có biểu hiện nhiễm khuẩn niệu hoạt động trong nước tiểu, 50% cấy khuẩn niệu định danh được vi khuẩn, tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu và nhiễm khuẩn huyết trên lâm sàng lần lượt là 38% và 12% [10].

Hạn chế: Do giới hạn của bài báo nên các đặc điểm bệnh nhân trước mổ, kết quả nạo hạch, phân tích sâu về tai biến biến chứng sớm/muộn... chưa được trình bày.

5. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang mới theo Abol-Enein điều trị ung thư bàng quang là phẫu thuật khó, thời gian mổ dài, nhiều biến chứng nặng sau mổ. Tuy nhiên, đại đa số bệnh nhân phục hồi tốt, chức năng đường tiết niệu trên được đảm bảo, bệnh nhân dần thích nghi với bàng quang mới và trở lại cuộc sống bình thường.

Tài liệu tham khảo

1. Wood DP (2016) *Tumors of the bladder*. Campbell-Walsh's Urology 11th Ed, Elsevier 5: 2184-2204.
2. 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*. Trường Đại học Y Hà Nội. Luận án Tiến sĩ Y học.
3. Trần Ngọc Khánh (2015) *Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ bằng phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn, để lại vỏ tuyến tiền liệt và tạo hình bàng quang từ hồi tràng*. Học viện Quân y. Luận án Tiến sĩ Y học.
4. Đào Quang Oánh (2012) *Phẫu thuật tạo hình bàng quang*. Phẫu thuật cắt bàng quang. Nhà xuất bản Y học, tr. 131-188.
5. Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W et al (2014) *Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: Options, patient selection, and outcomes*. BJU Int 113(1): 11-23.
6. Abol-Enein H and Ghoneim MA (1994) *A novel uretero-Ileal reimplantation technique: The serous lined extramural tunnel. A preliminary report*. Journal of Urology 151(5): 1193-1197.
7. Hendry WF (1996) *Bladder replacement by ileocystoplasty after cystectomy for cancer: Comparison of two techniques*. Br J Urol 78(1): 74-79.
8. Thái Kinh Luân, Phạm Đức Minh, Quách Đô La, và cộng sự (2019) *Kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng hồi tràng theo Abol-Enein: báo cáo 33 trường hợp*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 23(3), tr. 102-108.
9. Abol-Enein H and Ghoneim MA (2001) *Functional results of orthotopic ileal neobladder with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients*. J Urol 165(5): 1427-1432.
10. Patel SG and Cookson MS (2018) *Complications of orthotopic neobladder*. Complications of Urologic Surgery - Diagnosis, Prevention and Management, 5th edition, Elsevier: 505-515.