

theo thang điểm Hughes sau đợt thay thế huyết tương lên đến 81,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al Othman B et al.** Update: the Miller Fisher variants of Guillain-Barré syndrome. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2019;30(6):462-466.
2. **Mori M et al.** Clinical features and prognosis of Miller Fisher syndrome. *Neurology*. 2001;56(8):1104-1106.
3. **Mori M et al.** Intravenous immunoglobulin therapy for Miller Fisher syndrome. *Neurology*.

2007;68(14):1144-1146.

4. **Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S.** Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*. 2021;397(10280):1214-1228.
5. **Funakoshi K et al.** Clinical predictors of mechanical ventilation in Fisher/Guillain-Barre overlap syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2009;80(1):60-64.
6. **Mori M, Kuwabara S, Yuki N.** Fisher syndrome: clinical features, immunopathogenesis and management. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2012;12(1):39-51.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ THẬN VÀ NIỆU QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG BÀI XUẤT TIẾT NIỆU TRÊN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Long¹, Nguyễn Đức Minh²,
Nguyễn Hoàng Quân^{1,3}, Lê Huy Bình³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản của bệnh nhân ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại Bệnh viện Việt Đức có thời gian phẫu thuật trung bình là $130,2 \pm 43,8$ phút. Kết quả sớm sau phẫu thuật cho thấy không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ và không bệnh nhân nào phải mổ lại. Có 1,7% bệnh nhân chảy máu sau mổ, 3,4% nhiễm khuẩn vết mổ và 5,1% bệnh nhân bị suy thận. Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là $8,1 \pm 2,3$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản của bệnh nhân ung thư đường bài xuất tiết niệu trên là một phẫu thuật an toàn về ngoại khoa và hiệu quả. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, ung thư đường bài xuất tiết niệu trên, gãy kín, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL LAPAROSCOPIC NEPHROURETERECTOMY FOR UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL CARCINOMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results Total laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary

tract urothelial carcinoma at Viet Duc University Hospital in the period of 2020-2024. **Method:** Retrospective descriptive study. **Results:** Laparoscopic total nephrectomy and ureterectomy for upper urinary tract cancer at Viet Duc University Hospital had an average surgical time of 130.2 ± 43.8 minutes. Early postoperative results showed that no patients died after surgery and no patients required reoperation. 1.7% of patients had postoperative bleeding, 3.4% had surgical site infection and 5.1% had renal failure. The average postoperative treatment time of patients was 8.1 ± 2.3 days. **Conclusion:** Laparoscopic total nephrectomy and ureterectomy in patients with upper urinary tract cancer is a safe and effective surgical procedure.

Keywords: Laparoscopic surgery, Upper tract urothelial carcinoma, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường bài xuất (UTĐBX) tiết niệu trên là những khối u ác tính, phát triển từ tế bào niêm mạc các đài thận, bể thận và niệu quản. Đây là một bệnh hiểm gập, chỉ chiếm từ 5-10% ung thư biểu mô của toàn bộ đường tiết niệu (đài thận, bể thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo), với tần xuất mắc khoảng 1-2 trường hợp/ 100.000 người.² Có nhiều phương pháp điều trị áp dụng cho ung thư đường bài xuất tiết niệu trên, trong đó điều trị ngoại khoa vẫn giữ vai trò chủ đạo. Hiện nay, với sự tiến bộ của kỹ thuật mổ và gây mê hồi sức, điều trị phẫu thuật trong UTĐBX tiết niệu trên ngày càng mang lại hiệu quả tốt và ít biến chứng. Cùng với sự phát triển của chuyên ngành khác, PTNS cũng được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên bao gồm cả phẫu thuật nội soi trong phúc mạc, nội soi sau phúc mạc, phẫu thuật nội soi 3D, phẫu thuật Robot. Với xu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Quân

Email: nhquanngoaitn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

hướng ứng dụng những phẫu thuật điều trị ít xâm lấn trong điều trị các bệnh lý về tiết niệu, PTNS đã được áp dụng trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên với mục đích đem những ưu điểm của PTNS thay thế những bất lợi của phẫu thuật mổ mở kinh điển. Từ nhiều năm qua tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tiếp nhận điều trị và phẫu thuật cho nhiều trường hợp UTĐBX tiết niệu trên và đem lại nhiều kết quả khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản của bệnh nhân ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu dựa trên mẫu bệnh án đã được xây dựng sẵn, kết hợp theo dõi dọc BN sau khi được điều trị phẫu thuật.

- Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024.

Đối tượng nghiên cứu: Những BN được chẩn đoán là ung thư đường bài xuất tiết niệu trên, được mổ cắt thận và niệu quản toàn bộ bằng phương pháp nội soi trong hoặc sau phúc mạc trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ BN không phân biệt tuổi giới có đầy đủ hồ sơ bệnh án, kết quả chụp CLVT được chẩn đoán là UTĐBX tiết niệu trên

+ Được phẫu thuật cắt thận niệu quản toàn bộ qua nội soi trong hoặc sau phúc mạc.

+ Xét nghiệm GPB:

Đại thể: có khối u ở trong đường tiết niệu trên, chưa hoặc đã xâm nhập ra ngoài đường tiết niệu trên.

Vi thể: UTĐBX (thể điển hình-theo quy ước) hoặc thể dị sản dạng biểu bì, hoặc UTĐBX dị sản BM tuyến, hoặc UTĐBX dạng carcinoma sarcomatoid.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u đường tiết niệu trên, nhưng kết quả GPB trả lời không phải là UTĐBX tiết niệu trên.

+ Các BN không đầy đủ hồ sơ bệnh án, kết quả chẩn đoán hình ảnh.

Xử lý và Phân tích số liệu

- Số liệu sau khi khảo sát sẽ được tự động nhập lên hệ thống và quản lý bằng phần mềm Google sheet và Excel.

- Phân tích số liệu sẽ được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

- Thống kê mô tả bao gồm trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn cho biến định lượng, và tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến định tính

Đạo đức nghiên cứu

- Thông tin trong nghiên cứu được sử dụng vào mục đích khoa học chứ không nhằm bất kỳ mục đích nào khác.

- Tôn trọng tính bảo mật thông tin về bệnh tật của người bệnh. Không có bất kỳ nguy cơ, rủi ro gì cho người bệnh trong nghiên cứu này

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=58)

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	43	74,1
	Nữ	15	25,9
Tuổi	<40 tuổi	1	1,7
	40 – 49 tuổi	5	8,6
	50 – 59 tuổi	15	25,9
	60 – 69 tuổi	22	37,9
	≥70 tuổi	15	25,9
	X±SD (min - max)	62,1±9,4	(37-77)
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	7	12,1
	Công nhân, nông dân	9	15,5
	Lao động tự do	22	37,9
	Khác	20	34,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân mắc bệnh có độ tuổi từ 60 – 69 tuổi, chiếm 37,9%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,1 ± 9,4 tuổi.

Tỷ lệ bệnh nhân là lao động tự do chiếm 37,9%, công chức/viên chức chiếm 12,1% và công nhân/nông dân chiếm 15,5%.

Bảng 2: Bệnh sử và Đặc điểm lâm sàng (n=58)

Bệnh sử và Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Thiếu máu	32	55,2
	Đau vùng thắt lưng	14	43,2
	Khám định kỳ	5	8,6
Tiền sử ung thư bàng quang và sỏi đường tiết niệu	Ung thư bàng quang	2	3,9
	Sỏi đường tiết niệu cùng bên	2	3,9
	Phẫu thuật tán sỏi cùng bên	3	5,9
Tiền sử bệnh lý nội khoa	Hút thuốc lá	34	66,7
	Đái tháo đường	8	13,8
	Tăng huyết áp	25	43,1
Triệu chứng	Tiểu máu	32	55,2

Cơ năng của bệnh nhân	Đau thắt lưng	26	44,8
	Sút cân	4	6,9
	Phát hiện tình cờ	5	8,6
Triệu chứng toàn thân và thực thể	Sốt	6	10,3
	Phù chi	1	1,7
	Thiếu máu	12	20,7
	Thận to	7	12,1
Thời gian	≤ 1 tháng	45	77,5

phát hiện bệnh	1 – 6 tháng	8	13,8
	Không rõ	5	8,6

Nhận xét: Tiểu máu đại thể là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 55,2%. Sau đó đến triệu chứng đau thắt lưng chiếm 43,1%. Chỉ có 6,9% bệnh nhân bị sút cân và 8,6% phát hiện tình cờ.

Tỉ lệ BN thiếu máu chiếm 20,7%. Có 12,1% BN thận to, 10,3% BN sốt và 1,7% BN phù chi.

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng (n=58)

Đặc điểm cận lâm sàng			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối u trên CLVT	Đài bể thận		32	55,2
	Niệu quản	Bụng	2	3,4
		Chậu hông	12	20,7
	Bể thận + Niệu quản		9	15,5
	Không xác định được		3	5,2
Dấu hiệu của khối u UTĐBX tiết niệu trên qua CLVT	Khối tỉ trọng có tổ chức đặc trong lòng đường tiết niệu trên, bắt thuốc cản quang		16	27,6
	Dày thành đường tiết niệu trên gây hẹp		42	72,4
	Không thấy khối		0	0,0
Các tổn thương khác trên CLVT	Sỏi đường tiết niệu trên		10	17,2
	Giãn đường tiết niệu ở trên tổn thương		25	43,1
	Thận to		7	12,1
	Di căn		12	20,7
Đánh giá mức độ xâm nhập tại chỗ của các khối ung thư	Khối u xâm lấn ra ngoài đường tiết niệu		27	46,6
	Khối u xâm lấn ra tổ chức liên kết xung quanh		13	22,4
	Khối u xâm lấn ra các cơ quan xung quanh	Thận	6	10,4
		Tuyến thượng thận	3	5,2
		Bàng quang	3	5,2

Nhận xét: Chụp CLVT thấy có 20,7% bệnh nhân giãn đường tiết niệu ở trên tổn thương, 10,3% bị sỏi đường tiết niệu trên và 12,1% bị thận to và 5,2% bệnh nhân có bị di căn. Đa số tổn thương ở dạng dày thành đường tiết niệu trên gây hẹp chiếm 72,4%. Có 27,6% tổn thương dạng khối tỉ trọng có tổ chức đặc trong

lòng đường tiết niệu trên, bắt thuốc cản quang. Có 46,6% bệnh nhân có khối u xâm lấn ra ngoài đường tiết niệu, 22,4% có khối xâm lấn ra tổ chức liên kết xung quanh. Và có 12 BN (20,7%) có khối u xâm lấn ra các cơ quan xung quanh bao gồm: thận (10,4%), tuyến thượng thận (5,2%) và bàng quang (5,2%).

Bảng 4: Đặc điểm phẫu thuật (n=58)

Đặc điểm phẫu thuật			Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Các đường mổ	Nội soi trong phúc mạc		9	15,5	
	Nội soi sau phúc mạc		49	84,5	
Thời gian phẫu thuật	M±SD (Min-max)		130,2 ± 43,8	60 – 310	
Xử trí các tổn thương	Xử trí khối ung thư bằng quang phối hợp	Cắt bàng quang bán phần	1	1,7	
		Cắt bàng quang toàn bộ	2	3,4	
	Xử trí các cơ quan bị khối UT xâm nhập	Cắt tuyến thượng thận	1	1,7	
	Lấy huyết khối tĩnh mạch thận		7	12,1	
	Nạo vét hạch	Có (n=23)	Hạch di căn	8	13,8
			Hạch không di căn	15	25,9
		Không	35	60,3	

Nhận xét: Đa số người bệnh được mổ đường nội soi sau phúc mạc chiếm 84,5%. Và có 15,5% bệnh nhân mổ nội soi trong phúc mạc.

Thời gian phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là 130,2 ± 43,8 phút.

13,8% bệnh nhân được nạo vét hạch di căn, 25,9% BN được nạo vét hạch không di căn và 12,1% bệnh nhân được lấy huyết khối tĩnh mạch thận.

Bảng 5: Kết quả sớm sau phẫu thuật

(n=58)

Kết quả sớm sau phẫu thuật		n (%)	Xử trí	
			Mổ lại	Điều trị nội
Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Chảy máu sau mổ	1(1,7)	0	1
	Nhiễm khuẩn vết mổ	2(3,4)	0	2
	Suy thận	3(5,1)	0	3
	Tử vong sau mổ	0(0,0)	0	0
Thời gian điều trị sau phẫu thuật (ngày)	M ± SD	8,1 ± 2,3		
	Min – Max	5 – 15		

Nhận xét: Trong tổng số các bệnh nhân bị biến chứng sau mổ, không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ và không bệnh nhân nào phải mổ lại. Có 1,7% bệnh nhân chảy máu sau mổ, 3,4% nhiễm khuẩn vết mổ và 5,1% bệnh nhân bị suy thận.

Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là $8,1 \pm 2,3$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Giới tính: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới, chiếm 74,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa với tỉ lệ nam giới là 72,5%.¹ Nghiên cứu của tác giả Mã Hồng Cầu và cộng sự trên 36 bệnh nhân UTĐBX tiết niệu từ 2015 đến 2020 tại BVĐK tỉnh Hà Giang lại cho tỉ lệ nam giới thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ BN Nam giới là 69,4%.² Ung thư đường bài xuất là một bệnh lý tương đối hiếm, ước tính chiếm khoảng 5 - 7% của các khối u thận nói chung và 5 - 10% ung thư biểu mô đường niệu. Bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn so với nữ giới, với tỷ lệ nam/nữ là 2/1.³ Một trong những nguyên nhân có thể giải thích cho việc ung thư đường bài xuất tiết niệu trên thường gặp ở nam hơn so với nữ có thể do sự liên quan mật thiết giữa hút thuốc lá và UTĐBX tiết niệu trên.

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân mắc bệnh có độ tuổi từ 60 – 69 tuổi, chiếm 37,9%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,1 \pm 9,4$ tuổi, trong đó bệnh nhân ít tuổi nhất là 37 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 77 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa với tuổi trung bình của các bệnh nhân là $62,6 \pm 12,35$.¹ Và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Mã Hồng Cầu với tuổi trung bình là $50,47 \pm 15,29$ tuổi.²

4.2. Đặc điểm lâm sàng. UTĐBX tiết niệu trên thường gợi ra sự cân nhắc chẩn đoán dựa trên biểu hiện của các triệu chứng lâm sàng như

tiểu máu và đau hông. Tiểu máu đặc biệt đáng chú ý, xuất hiện ở khoảng 75% các trường hợp mắc UTĐBX tiết niệu trên (mặc dù không chỉ giới hạn ở bệnh ác tính này, do đó có thể góp phần gây ra sự chậm trễ trong chẩn đoán). Các triệu chứng biểu hiện phổ biến khác là đau hông và xuất hiện khối u thắt lưng xảy ra ở lần lượt 20–40% và 10–20% các trường hợp.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiểu máu đại thể là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 55,2%. Sau đó đến triệu chứng đau thắt lưng chiếm 43,1%. Chỉ có 6,9% bệnh nhân bị sút cân và 8,6% phát hiện tình cờ. Đau thắt lưng và đái máu là triệu chứng thường gặp nhất của ung thư đường bài xuất tiết niệu trên. Nguyên nhân ung thư gây chèn ép gây giãn đường bài xuất phía trên hoặc u căng to đè ép vào bể thận, bao thận, hoặc bệnh nhân có sỏi thận-niệu quản kết hợp.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Các đường mổ: Đa số người bệnh được mổ đường nội soi sau phúc mạc chiếm 84,5%. Và có 15,5% bệnh nhân mổ nội soi trong phúc mạc. Với sự tiến bộ của khoa học công nghệ và các dụng cụ nội soi, PTNS dần thay thế mổ mở trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên. PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với mổ như mất máu trong mổ ít, đau sau mổ ít, phục hồi sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ các biến chứng thấp hơn,... PTNS cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên có thể được thực hiện qua đường sau phúc mạc hoặc qua phúc mạc. Đối với các phẫu thuật viên tiết niệu, việc lựa chọn PTNS sau phúc mạc hay qua phúc mạc phụ thuộc chủ yếu vào thói quen cũng như kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên.⁵

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là $130,2 \pm 43,8$ phút. Trong đó thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút và lâu nhất là 310 phút. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa với thời gian phẫu thuật trung bình là $136,4 \pm 28,04$ phút.¹ Thời gian phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc phụ thuộc vào cách thức cắt thận (phẫu thuật nội soi qua phúc mạc, sau phúc mạc, có rô hỗ trợ) và cách thức xử lý đoạn xa niệu quản.

Xử trí các tổn thương: 13,8% bệnh nhân được nạo vét hạch di căn, 25,9% BN được nạo vét hạch không di căn và 12,1% bệnh nhân được lấy huyết khối tĩnh mạch thận. Tỉ lệ nạo vét hạch trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa với 21 bệnh nhân được nạo vét hạch, chiếm 52,5%.¹ Và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Jian-Ye Liu với tỷ lệ bệnh nhân không được nạo vét

hạch lần lượt là 59,6% và 55,8%.⁶ Nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc do ung thư đường bài xuất trên vẫn còn là một vấn đề có nhiều tranh cãi.⁷

Thời gian điều trị sau phẫu thuật: Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là $8,1 \pm 2,3$ ngày, trong đó BN có thời gian điều trị ngắn nhất là 5 ngày và BN có thời gian điều trị lâu nhất là 15 ngày. Kết quả này dài hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa với thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $7,4 \pm 1,92$ ngày.¹ Các nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật nội soi rút ngắn đáng kể thời gian nằm viện của bệnh nhân cắt thận niệu quản tận gốc để điều trị ung thư đường bài xuất trên.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật: Để một phương pháp phẫu thuật được chấp nhận rộng rãi trên toàn thế giới thì tính an toàn của phẫu thuật đó phải được đặt lên hàng đầu. Các biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc để điều trị ung thư đường bài xuất trên hầu hết là các biến chứng độ thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ và không bệnh nhân nào phải mổ lại. Có 1,7% bệnh nhân chảy máu sau mổ, 3,4% nhiễm khuẩn vết mổ và 5,1% bệnh nhân bị suy thận. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa cho thấy 12,5% bị sốt và 7,5% bị nhiễm trùng vết mổ độ I theo phân loại Clavien-Dindo.¹ Nhìn chung nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản để điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên là một phương pháp đảm bảo được tính an toàn trong điều trị ung thư đường bài xuất trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận và niệu quản điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu

trên tại Bệnh viện Việt Đức có thời gian phẫu thuật trung bình là $130,2 \pm 43,8$ phút. Kết quả sớm sau phẫu thuật cho thấy không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ và không bệnh nhân nào phải mổ lại. Có 1,7% bệnh nhân chảy máu sau mổ, 3,4% nhiễm khuẩn vết mổ và 5,1% bệnh nhân bị suy thận. Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là $8,1 \pm 2,3$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Hòa, Trần Trung Thành.** Kết quả nội soi sau phúc mạc điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;524(3):1-4.
2. **Mã Hồng Cầu, Vũ Ngọc Quyết, Lê Nguyên Vũ.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u đường bài xuất tiết niệu trên tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang từ năm 2015 đến 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(1B):334-338.
3. **Shariat SF, Favaretto RL, Gupta A, et al.** Gender differences in radical nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. World J Urol. 2011;29:481-486.
4. **Kolawa A, D'Souza A, Tulpule V.** Overview, Diagnosis, and Perioperative Systemic Therapy of Upper Tract Urothelial Carcinoma. Cancers (Basel). 2023;15(19):4813.
5. **Correia J, Mendes G, et al.** Perioperative and oncological outcomes of laparoscopic and open radical nephroureterectomy for locally advanced upper tract urothelial carcinoma: a single-center cohort study. Cent European J Urol. 2022;75(3):257-264.
6. **Liu JY, Dai YB, Zhou FJ, et al.** Laparoscopic versus open nephroureterectomy to treat localized and/or locally advanced upper tract urothelial carcinoma: oncological outcomes from a multicentre study. BMC Surg. 2017;17(1):8.
7. **Lughezzani G, Jeldres C, Isbarn H, et al.** A critical appraisal of the value of lymph node dissection at nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. Urology. 2010;75(1):118-124.

KẾT QUẢ CỦA TIÊM BOTULINUM TOXIN NHÓM A PHỐI HỢP VỚI VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHỈ DƯỚI Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO

Trần Việt Hà^{1,2}, Lương Tuấn Khanh²

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Hà

Email: vietha.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của tiêm Botulinum toxin nhóm A phối hợp với vận động trị liệu trong phục hồi chức năng chi dưới ở người bệnh đột quỵ não. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là liệt nửa người do đột quỵ não có co cứng chi dưới mức độ vừa hoặc nặng, dùng MAS để đánh giá mức độ co cứng, dùng Tinetti lượng gia thăng bằng và dáng đi, dùng Time up and go (TUGT) để đánh giá khả năng di chuyển và nguy cơ ngã, dùng nghiệm pháp đi bộ 10 mét để đánh giá tốc độ đi bộ, dùng LEFS để đánh giá chức năng chi dưới.