

phẫu thuật là loét tỉ đề và nhiễm khuẩn tiết niệu, tỉ lệ tử vong thấp với nguyên nhân chủ yếu là suy hô hấp, viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Kim Trung** (1999), "Điều trị CSC dưới bằng phẫu thuật qua đường cổ trước", Tạp chí Y học Việt Nam, số 6, 7, 8- 1999, Tập 226, tr 59- 62.
2. **Hà Kim Trung** (2001), "Đường cổ trước bên trong phẫu thuật bệnh lý CSC", Tạp chí ngoại khoa, Số 3 - 2001, tập XL VII, Tr 20- 23.
3. **HaorLD Ellis** (2001), "Giải phẫu lâm sàng cột sống và tủy sống", Nguyễn Quang Huy dịch, Nhà xuất bản Y Học, tr 370- 384.
4. **Allyson I., Isidoro Z., Jigar T., Marc A.**, (2006), "Biomechanical evaluation of surgical constructs for stabilization of cervical Tear- drop fractures", The Spine Journal, Vol 6, p 514-523.
5. **Andrew H.M., Casey H.H., Wensheng G., Sherman C.S.**, (2008), "Prevalence of cervical spine injury in trauma", Neurosurg Focus, vol 25, E 10, 2008.
6. **Charles H. Bill II and Vanessa L. Harkins** (2003), "Spinal Cord Injuries", Principles and practice of Emergency Neurology, Handbook for Emergency Physicians. Cambridge University Press 2003, p 268-303.
7. **Christopher P.S., Mark C.N., Alexander V., Jerome M.C** (2000), "Traumatic Injuries of the Adull Upper Cervical Spine", Surgery of Spinal Trauma, Chapter 7, pp 179- 214.
8. **David F. A.**, (2000), "Medical Management and Rehabilitation of the Spine Cord Injured Patient", Surgery of spinal trauma, Chapter 6, pp 157- 178. Injury Extra, Vol 38, pp 317- 319.
9. **Izumi K., Yoshinobu I., Hiroshi A.**, (2000), "Acute cervical cord injury without fracture or dislocation of the spine column", J Neurourg: Spine, Vol 93, pp 15- 20.
10. **Song KJ., Lee KB.**, (2007), "Anterior versus combined anterior and posterior fixation/ fusion in thr treatment of distraction- flexion injury in the lower carvical spine", Journal of Clinical Neuroscience, Vol 15, pp 36- 42.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG MILLER-FISHER BẰNG THAY THỂ HUYẾT TƯƠNG

Nguyễn Văn Cung¹, Nguyễn Công Tấn², Bùi Thị Hương Giang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả của PEX trong điều trị hội chứng Miller-Fisher tại Trung tâm Hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 08/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng theo dõi dọc. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng MFS hoặc hội chứng chồng lấp MFS/GBS có tuổi trung vị là 58 với ưu thế nam giới (63,6%), được thay thế huyết tương với số lần lọc là 5 (thấp nhất 03 lần, nhiều nhất 05 lần). Đa số bệnh nhân không cải thiện cơ lực các cơ vận nhãn sau PEX. Tuy nhiên sau 04 tuần và 08 tuần ra viện, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện hoàn toàn tình trạng liệt vận nhãn lần lượt 59,1% và 86,3%. Với các nhóm cơ chi trên, chi dưới đều cải thiện ngay sau đợt PEX ở bệnh nhân FS/GBS. Điểm Hughes sau liệu trình thay huyết tương có 10 bệnh nhân (45,4%) giảm 1 điểm, có 8 bệnh nhân (36,3%) giảm ≥ 2 điểm và chỉ có 4 bệnh nhân (18,2%) không cải thiện đều thuộc nhóm MFS đơn thuần. **Kết luận:** Bệnh nhân có hội chứng Miller Fisher ngay sau thay huyết tương có tỉ lệ hồi phục vận nhãn hoàn toàn là 22,7 %, quá trình hồi phục sau thay huyết tương tiếp diễn. Sau ra viện 8 tuần 86,4 % bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. Tỷ lệ cải thiện điểm mất khả năng vận

động theo thang điểm Hughes sau đợt thay thể huyết tương lên đến 81,8%. **Từ khóa:** Hội chứng Miller Fisher, thay huyết tương.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF MILLER-FISHER SYNDROME BY PLASMA EXCHANGE

Objective: To evaluate the results of PEX in the treatment of Miller-Fisher Syndrome at the center for critical care medicine of Bach Mai Hospital from 08/2024 to 08/2024. **Methods:** A prospective, uncontrolled interventional longitudinal study. **Results:** A total of 22 patients diagnosed with MFS or overlapping MFS/GBS with a median age of 58, predominantly male (63.6%), underwent plasma exchange with a median of 5 sessions (ranging from 3 to 5 sessions). Most patients showed no improvement in ocular motor muscle strength following PEX. However, 59.1% and 86.3% of patients achieved full recovery from ophthalmoplegia at 4 and 8 weeks post-discharge, respectively. Upper and lower limb muscle strength improved immediately following PEX in FS/GBS patients. After PEX, Hughes scores decreased by 1 point in 10 patients (45.4%), by ≥ 2 points in 8 patients (36.3%), while 4 patients (18.2%)—all from the pure MFS group—showed no improvement. **Conclusion:** The patient has Miller Fisher syndrome, with a complete ophthalmoplegia recovery rate of 22.7% immediately after plasma exchange, and the recovery process continues post-exchange. After 8 weeks of discharge, 86.4% of patients fully recovered. The rate of improvement in disability scores according to the Hughes scale following plasma exchange reaches up to 81.8%.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tấn

Email: tanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

Keywords: Miller Fisher syndrome, plasma exchange.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Miller-Fisher (MFS) là biến thể của hội chứng Guillain-barré (GBS), đặc trưng với sự tiến triển cấp tính của liệt cơ vận nhãn, thất điều và mất phản xạ gân xương.¹ MFS thường khởi phát sau nhiễm trùng trong đó cơ thể sinh ra kháng thể chống lại căn nguyên nhiễm trùng, đồng thời các kháng thể đó cũng tấn công và làm tổn thương myelin và sợi trục của dây và rễ thần kinh. Biểu hiện lâm sàng khác gồm sụp mí, bất thường đồng tử, liệt mặt ... đặc biệt nặng là liệt cơ hô hấp và rối loạn thần kinh tự động, vì thế dẫn đến nhiều biến chứng liên quan đến thở máy và nằm viện dài ngày như loét tỷ đè, viêm phổi liên quan đến thở máy, tắc mạch nhiều nơi do nằm bất động.² Các biện pháp điều trị tích cực làm giảm lượng kháng thể tự miễn trong máu để cải thiện được tình trạng lâm sàng bao gồm: Dùng thuốc ức chế miễn dịch làm giảm sản sinh ra kháng thể, thay huyết tương để loại bỏ kháng thể tự miễn ra khỏi cơ thể. Thay huyết tương là biện pháp lấy bỏ huyết tương của người bị bệnh có chứa kháng thể tự miễn, sau đó bù lại thể tích bằng plasma tươi đông lạnh hoặc albumin 5% giúp cho khả năng vận động của cơ được hồi phục nhanh chóng. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của PEX trong điều trị MFS. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả của thay thể huyết tương điều trị hội chứng Miller - Fisher.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Được chẩn đoán xác định là MFS hoặc hội chứng chông lấp FS/GBS theo tiêu chuẩn của Brighton 2010 và được điều trị bằng thay huyết tương

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định với PEX. Bệnh nhân hoặc người đại diện cho bệnh nhân không đồng ý thực hiện PEX.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 08/2023 đến 08/2024. Tại trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch mai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp không đối chứng, theo dõi dọc

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán MFS hoặc hội chứng chông lấp FS/GBS được điều trị tại trung tâm Hồi sức tích cực,

Bệnh viện Bạch mai từ 08/2023 đến 08/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thu thập các biến số trước PEX, sau mỗi lần PEX, thời điểm ra viện, sau ra viện 04 tuần, 08 tuần tại phòng khám lại hoặc gọi điện có sử dụng videos.
- Tiến hành thay huyết tương theo quy trình Bộ Y tế 2014 và Khuyến cáo Hội Thay huyết tương Hoa Kỳ.
- Thể tích dịch thay thế: $V = (1 - Hct) \times 0.065 \times W(kg)$ hoặc 35- 40 ml/kg/ lần.
- Khoảng cách giữa các lần PEX: mỗi ngày hay cách ngày.
- Số lần PEX tùy theo đáp ứng của bệnh nhân,
- Ngừng PEX khi các dấu hiệu cải thiện hoàn toàn hoặc PEX đủ 05 lần
- Xét nghiệm máu trước, ngay sau, 6 giờ sau mỗi lần PEX công thức máu, đông máu cơ bản, điện giải đồ...

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương đã được Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học và Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu 22 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu, trong đó 17 bệnh nhân chẩn đoán MFS, 5 bệnh nhân chẩn đoán FS/GBS.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1:

Biến số	Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	Tuổi trung vị	58
	Min - Max	17 - 77
Giới	Nam	14 (63,6%)
	Nữ	8 (36,4%)
Thông khí nhân tạo (số bệnh nhân)	Không	13 (59,1%)
	Có	9 (49,1%)
Thời gian thở máy (ngày)	Trung vị	7
	Min - Max	1- 36
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung vị	21
	Min - Max	11 - 76

Nhận xét: Tuổi trung vị trong nghiên cứu là 58 tuổi (thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 77 tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ. Bệnh nhân cần thông khí nhân tạo chiếm tỉ lệ cao. Nhóm bệnh nhân thở máy có thời gian nằm viện dài hơn.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị sau thay

huyết tương**Bảng 2: Thay đổi NIF và Vt ở BN có TKNT**

Thông số	Trước PEX (n=9)	Sau khi PEX (n=9)	p
Vt (ml/kg)	6,0 ± 2,74	7,9 ± 3,72	0,019
NIF(cmH ₂ O)	-18,4 ± 9,90	-27,7 ± 14,26	0,017

Nhận xét: Có 9 bệnh nhân phải đặt ống nội khí quản thở máy, 6 bệnh nhân rút được NKQ, 3 bệnh nhân mở khí quản. Cả Vt, NIF trước và sau PEX đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

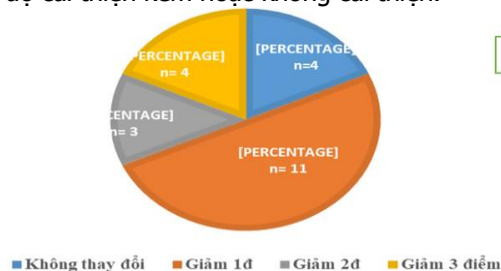
Bảng 3: Thay đổi cơ lực tứ chi theo thang điểm MRC với nhóm FS/GBS

Nhóm cơ	Tổng số BN (n=5)	
	Trước PEX	Ngay sau đợt PEX
Nâng vai và dạng cánh tay	1 1 - 3	3 1 - 5
Gấp/duỗi cẳng tay	1 1 - 4	3 1 - 5
Gấp duỗi cổ tay	1 1 - 4	1 1 - 5
Gấp đùi vào bụng	1 1 - 2	4 1 - 5

Bảng 4: Cải thiện vận động các cơ vận nhãn

Loại cơ	Số bệnh nhân				
	Trước PEX (n=22)		Ngay sau PEX ở BN có liệt		
	Không liệt	Có liệt	Cải thiện hoàn toàn	Cải thiện một phần	Không cải thiện
Cơ thẳng ngoài T	3	19	4	5	10
Cơ thẳng ngoài P	2	20	4	6	10
Cơ chéo trên T	3	19	4	5	10
Cơ chéo trên P	2	20	4	6	10
Cơ thẳng trên P	2	20	6	1	13
Cơ thẳng trong T	2	20	7	3	10
Cơ thẳng trong P	0	22	9	4	9
Cơ thẳng dưới T	8	14	3	2	9
Cơ thẳng dưới P	7	15	4	2	9
Cơ chéo dưới T	3	19	6	3	10
Cơ chéo dưới P	3	19	6	4	9
Cơ nâng mi trên T	0	22	10	4	8
Cơ nâng mi trên P	0	22	10	3	9

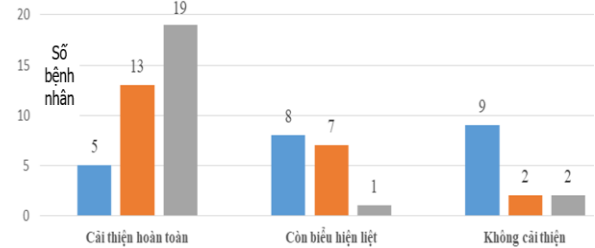
Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mức độ liệt các cơ vận nhãn nặng, ngay sau thay huyết tương mức độ cải thiện kém hoặc không cải thiện.



Gấp/duỗi cẳng chân	1 1 - 2	4 1 - 5
Gấp duỗi cổ chân	2 1 - 4	4 1 - 5

Trung vị, Min - Max

Nhận xét: Các nhóm cơ chi trên và các nhóm cơ chi dưới đều cải thiện cơ lực ngay sau đợt thay huyết tương.

**Biểu đồ 1: Cải thiện liệt vận nhãn các thời điểm sau PEX**

Nhận xét: Ngay sau đợt PEX tỷ lệ bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân cải thiện hoàn toàn thấp. Tại thời điểm sau ra viện 4 tuần, đa số bệnh nhân đã cải thiện mức độ liệt vận nhãn. Tại thời điểm sau ra viện 8 tuần, hầu hết đã hết biểu hiện liệt vận nhãn.

Biểu đồ 3: Cải thiện điểm Hughes ngay sau đợt PEX

Nhận xét: Sau đợt thay huyết tương, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện ≥ 1 điểm là 81,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung vị là 58 tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Mori (2007) với độ tuổi

trung vị là 40 tuổi.³ Bệnh gặp ở mọi độ tuổi với tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất là 77 tuổi, so với nghiên cứu của Mori tuổi nhỏ nhất là 13, tuổi lớn nhất là 78 tuổi. Điều này cho thấy bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là 63,6% và 36,4%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của Mori là 2/1. Điều này cho thấy nam có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn nữ. Tương đồng với tỉ lệ bệnh nhân nam/ nữ mắc GBS trên thế giới.⁴

Trong số 22 bệnh nhân có 09 (40,1%) bệnh nhân cần phải thông khí nhân tạo. Tỷ lệ thông khí nhân tạo ở nhóm bệnh nhân chẩn đoán MFS và FS/GBS lần lượt là 29,4% và 80%. Thời gian thở máy trung vị là 7 ngày, thấp nhất là 1 ngày do bệnh nhân MFS liệt thần kinh sọ gây liệt hầu họng và liệt cơ hoành. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Funakoshi (2008) trên 145 bệnh nhân cho thấy không có bệnh nhân MFS nào cần thông khí nhân tạo, và 24% bệnh nhân FS/GBS cần thông khí nhân tạo.⁵ Sự khác biệt là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại trung tâm hồi sức tích cực, các bệnh nhân mất phản xạ đường thở, suy hô hấp phải thở máy cao hơn.

Thời gian nằm viện trung vị 21 ngày, thấp nhất là 11 ngày, cao nhất là 49 ngày. Nhóm bệnh nhân có thông khí nhân tạo có thời gian nằm viện dài hơn trung vị 26 ngày.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị của đợt PEX. Trong số 09 bệnh nhân thông khí nhân tạo có 06 bệnh nhân rút được ống nội khí quản, 03 bệnh nhân cần mở khí quản. Sự cải thiện chỉ số NIF và Vt trung bình trước và sau thay huyết tương có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ cho thấy thay huyết tương đã làm cải thiện đáng kể cơ lực của nhóm cơ hô hấp ở bệnh nhân liệt cơ hô hấp nặng.

Không giống như GBS các cơ vận nhãn liệt đối xứng hai bên, các bệnh nhân MFS có mức độ liệt vận nhãn của các cơ không đồng đều. Trước thay huyết tương, có 15/22 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,2% có mức độ liệt vận nhãn nặng (-4) cao hơn nghiên cứu của Mori (2012) là 35%.⁶ Ngay sau đợt thay huyết tương, 9/22 bệnh nhân không có bất kỳ cải thiện cơ vận nhãn nào, 13 bệnh nhân có cải thiện vận động ít nhất 1 cơ vận nhãn, 5 trong số đó cải thiện hoàn toàn vận động các cơ vận nhãn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi các triệu chứng khởi phát đến khi có dấu hiệu cải thiện vận nhãn của 13 bệnh nhân trung vị là 9 ngày. Nghiên cứu của Mori (2007), sự cải thiện vận động nhãn cầu ở nhóm thay thể huyết tương trung vị 11,5 ngày (3- 44) kể từ ngày bắt đầu xuất hiện triệu chứng liệt vận nhãn.³ Sự khác biệt này là do có một số bệnh nhân tại thời điểm được lựa chọn nghiên

cứu có thể đã bắt đầu hồi phục vận nhãn. Tại thời điểm 4 tuần sau ra viện, chỉ còn 02 bệnh nhân không có cải thiện vận nhãn, 11 bệnh nhân đã cải thiện hoàn toàn. Tám tuần sau khi ra viện, 02 bệnh nhân trước đó vẫn không cải thiện vận nhãn, hầu hết các bệnh nhân (19/22) đã cải thiện hoàn toàn. Khi so sánh với nghiên cứu của Mori 2007, thời gian hết hoàn toàn triệu chứng liệt vận nhãn trung vị 92 ngày (8 - 466).³ Điều này cho thấy, các cơ vận nhãn hồi phục kém ngay sau đợt thay thể huyết tương. Quá trình hồi phục vẫn tiếp diễn khi kết thúc liệu trình thay huyết tương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5 bệnh nhân có biểu hiện yếu chi cơ lực nhỏ hơn 4/5, ngay sau đợt thay huyết tương cơ lực chi trên và chi dưới của các bệnh nhân có sự cải thiện, chỉ có 1 bệnh nhân không có cải thiện cơ chi trên và chi dưới sau đợt thay huyết tương. Điều này cho thấy tổn thương thần kinh ngoại vi của nhóm bệnh nhân FS/GBS cũng tương tự như các bệnh nhân GBS đơn thuần, cơ chế bệnh sinh tương tự giữa hai thể bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm trước thay thể huyết tương, {Citation} hầu hết các bệnh nhân không thể tự đi lại được, điểm Hughes ở mức 5 điểm có 9 bệnh nhân, mức 4 điểm có 01 bệnh nhân, mức 3 điểm có 08 bệnh nhân và mức 02 điểm có 04 bệnh nhân. Ngay sau đợt PEX, hầu hết các bệnh nhân có cải thiện điểm Hughes (11 bệnh nhân giảm 1 điểm Hughes, 03 bệnh 3 nhân giảm 3 điểm, 03 bệnh nhân giảm 3 điểm, có 04 bệnh nhân không có cải thiện điểm Hughes). Cả 04 bệnh nhân này đều có điểm Hughes ban đầu 3 điểm, không có yếu chi. Tại thời điểm sau ra viện, tiếp tục cải thiện điểm Hughes vì thể hầu hết các bệnh nhân đã có thể tự đi lại độc lập, chỉ có 2 bệnh nhân chưa thể rời giường kể cả có sự giúp đỡ. Hai bệnh nhân này được tiếp tục theo dõi sau ra viện 08 tuần, điểm Hughes vẫn chưa cải thiện. Hai bệnh nhân đều nằm trong nhóm chẩn đoán FS/GBS, phải mở khí quản, chăm sóc tại nhà và còn dấu hiệu yếu chi.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có hội chứng Miller Fisher ngay sau đợt thay huyết tương có tỉ lệ hồi phục vận nhãn hoàn toàn là 22,7%, quá trình hồi phục sau thay huyết tương tiếp diễn. Sau ra viện 8 tuần 86,4 % bệnh nhân hồi phục hoàn toàn.

Bệnh nhân có hội chứng Miller Fisher đơn thuần có tỷ lệ hồi phục vận nhãn kém hơn bệnh nhân phối hợp tổn thương dây thần kinh ngoại vi.

Tỷ lệ cải thiện điểm mất khả năng vận động

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 gặp, 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 suất 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