

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



VĂN THÀNH TRUNG

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH BÀN QUANG
BẰNG PHƯƠNG PHÁP HAUTMANN Ở PHỤ NỮ
SAU CẮT BÀN QUANG TẬN GỐC DO UNG THƯ**

Chuyên ngành: Ngoại thận và tiết niệu

Mã số: 62720126

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. HỒ CHÍ MINH – Năm 2021

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: **PGS.TS. NGUYỄN TUẤN VINH**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường
hợp tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt bàng quang tận căn là phương pháp điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ hiệu quả nhất. Hiện nay, phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị là lựa chọn ưu tiên sau khi cắt bàng quang. Bàng quang thay thế nối vào niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua đường tự nhiên và là phương thức chuyển lưu nước tiểu mang đến chất lượng cuộc sống sau mổ tốt nhất. Các báo cáo trên thế giới cho thấy việc tạo hình bàng quang sau phẫu thuật ung thư có nhiều thành công nhất định trên nam giới, tuy nhiên trong các báo cáo số lượng bệnh nhân nữ còn rất ít và không được phân tích sâu. Vì vậy bàng quang tân tạo nối vào niệu đạo vẫn còn là một thách thức trên nữ giới.

Tại bệnh viện Bình Dân, tác giả Vũ Văn Ty và cộng sự đã áp dụng phẫu thuật cắt bàng quang tận căn và tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng do ung thư bàng quang trên phụ nữ và báo cáo 6 trường hợp (2011) với những kinh nghiệm ban đầu cho thấy phẫu thuật này an toàn và đạt kết quả khá khích lệ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với câu hỏi nghiên cứu: **“Kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng phương pháp Hautmann ở phụ nữ sau cắt bàng quang tận căn do ung thư là như thế nào?”**

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá kết quả của phẫu thuật: tỷ lệ các tai biến, biến chứng của phẫu thuật

2. Đánh giá chức năng bàng quang tân tạo sau phẫu thuật:

- Chức năng chứa đựng bàng quang tân tạo: dung tích bàng quang tân tạo, số lần đi tiểu ban ngày và ban đêm, tỷ lệ tiểu kiểm soát ban ngày/ban đêm.

- Chức năng tổng xuất bàng quang tân tạo: tỷ lệ tiểu khó, tiểu không hết.

- Về mặt ung thư bàng quang: Xác định tỷ lệ ung thư tái phát và tỷ lệ sống còn.

CHƯƠNG 1:

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.2. LỊCH SỬ CHUYỂN LƯU NƯỚC TIỂU VÀ TẠO HÌNH BÀN QUANG

Trường hợp chuyển lưu nước tiểu qua ruột đầu tiên do Simon thực hiện năm 1852 trên bàn quang lộn ra ngoài, tác giả khâu nối 2 niệu quản vào đại tràng sigma và sau đó bệnh nhân tử vong vì biến chứng nhiễm trùng.

Năm 1911, Coffey đề nghị một phương pháp chống trào ngược trong cắm niệu quản vào đại tràng sigma. Tuy vậy phẫu thuật này có một tỷ lệ biến chứng cao như hẹp niệu quản tại vị trí cắm, ngược dòng lên niệu quản, viêm thận - bể thận, rối loạn nước - điện giải, xuất hiện bướu ác trên đoạn ruột sử dụng, đồng thời sự kiểm soát nước tiểu chưa được tốt. Do đó kết quả phẫu thuật chưa được bệnh nhân chấp nhận và không được áp dụng rộng rãi.

Sau đó, Kock và Camey là hai tác giả đi tiên phong trong quan điểm loại bỏ hình ống. Năm 1982, tác giả Kock đã tiến hành thực nghiệm trên súc vật và sau đó áp dụng một phương pháp chuyển lưu nước tiểu có kiểm soát bằng cách sử dụng một đoạn hồi tràng dài 70 - 80 cm và chia làm hai phần:

+ Phần dài (khoảng 46 cm), ở đoạn giữa được mở ra ở bờ tự do và khâu lại thành một túi để chứa nước tiểu.

+ Hai phần ngắn hơn (khoảng 17 cm) ở hai đầu, tạo thành hai van chống ngược dòng, một van để nối với hai niệu quản và một van còn lại để mở ra da.

Các tác giả Nguyễn Trinh Cơ, Nguyễn Bửu Triều, Trần Văn Sáng, Nguyễn Mỹ và Lê Sĩ Liên đã công bố trong các năm 1961, 1963, 1972 những kết quả của phẫu thuật tăng dung tích bàng quang và thay thế niệu quản bằng hồi tràng và đại tràng sigma.

Các tác giả Ngô Gia Hy, Đào Đức Hoàn và cộng sự (1963) báo cáo 18 trường hợp dùng mảnh ghép ruột trong phẫu thuật niệu – sinh. Năm 1974 các tác giả trên tổng kết trường hợp chuyển lưu nước tiểu vĩnh viễn. Trong số đó có 29 trường hợp cấy niệu quản vào đại tràng sigma, 2 trường hợp bàng quang hồi tràng cấy vào đại tràng sigma, 1 trường hợp bàng quang trực tràng, 12 trường hợp ống hồi tràng, 3 trường hợp ống đại tràng và 2 trường hợp bàng quang hồi tràng nối vào vỏ bao tuyến tiền liệt. Có 22 trường hợp (chiếm 19,3%) tử vong.

Năm 1994, tại Bệnh viện Bình Dân, các tác giả Vũ Lê Chuyên, Ngô Gia Hy và Nguyễn Văn Hiệp đã thực hiện được 34 trường hợp chuyển lưu quan ống hồi tràng kiểu Bricker với

tỷ lệ tốt và khá là 20 trường hợp (57,14%) và tử vong là 2 trường hợp (8,83%).

Tại bệnh viện tỉnh Khánh Hòa, tác giả Nguyễn Ngọc Hiền (1995) báo cáo 4 trường hợp tạo hình bàng quang theo phương pháp Carney I sau khi cắt bỏ bàng quang toàn phần do ung thư bàng quang. Theo dõi từ 3 đến 6 tháng sau mổ, các bệnh nhân tiểu kiểm soát được ban ngày nhưng vẫn chưa kiểm soát được về đêm và hai thận còn trưởng nước từ độ I đến độ II.

Tại bệnh viện Bình Dân, phẫu thuật tạo hình bàng quang thay thế sử dụng hồi tràng kiểu áp lực thấp được khởi sự từ năm 1993 do các tác giả Phạm Văn Búi và Đào Quang Oánh thực hiện. Sau một số thành công ban đầu trên những bệnh nhân được chọn lựa cẩn thận, phẫu thuật này sau đó được triển khai rộng rãi tại bệnh viện Bình Dân, với nhiều kíp mổ khác nhau, sử dụng nhiều đoạn ruột khác nhau: hồi tràng, hồi - manh tràng, đại tràng phải nhưng số lượng sử dụng hồi tràng vẫn luôn chiếm ưu thế.

Tác giả Nguyễn Văn Ân (2002) sử dụng ruột để mở rộng bàng quang trên bàng quang thần kinh dạng tăng trương lực ở 31 bệnh nhân. Tác giả cũng áp dụng nguyên tắc loại bỏ hình ống với mục đích tăng thể tích và giảm áp lực đồng thời hướng dẫn cách tự đặt thông tiểu sạch cách quãng cho bệnh nhân qua

một van chuyển lưu ra da. Kết quả khả quan, hạn chế được những biến chứng đường tiểu trên.

Nghiên cứu của tác giả Đào Quang Oánh (2009) thực hiện phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng ruột cho tổng số 113 bệnh nhân có chỉ định cắt bàng quang, bao gồm:

- Bàng quang trực vị: 84 bệnh nhân.
- Bàng quang chuyển lưu có kiểm soát: 29 bệnh nhân.

Kết quả cho thấy: thời gian mổ trung bình 5 giờ 55 phút, có một trường hợp tử vong, một trường hợp rách trực tràng trong thì cắt bàng quang, có ba trường hợp phải mổ lại vì tụ dịch hố chậu kéo dài, hở vết mổ. Tác giả kết luận:

+ Phẫu thuật tạo hình thay thế bàng quang có thể thực hiện được trong điều kiện trang thiết bị y tế tại Việt Nam với tỷ lệ tai biến, biến chứng chấp nhận được.

+ Bàng quang mới có thể đảm nhiệm một phần chức năng của bàng quang bình thường, chủ yếu trong thì chứa đựng.

+ Phẫu thuật tạo hình thay thế bàng quang đem lại cho bệnh nhân một cuộc sống có chất lượng tốt hơn.

CHƯƠNG 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Tiền cứu trên lâm sàng, kiểu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân nữ ung thư bàng quang có chỉ định cắt bàng quang tận gốc, có các điều kiện để áp dụng tạo hình bàng quang trực vị bằng ruột:

- + Giai đoạn bướu: cT1 nguy cơ cao, T2-T4a, N0, M0.
- + Vị trí bướu: Bướu không xâm lấn cổ bàng quang hoặc niệu đạo.
- + Không có tình trạng tiểu không kiểm soát.
- + Bệnh nhân có thể trạng trung bình hoặc tốt.
- + Hệ thống tiêu hóa tốt, nhất là đoạn ruột dự định sử dụng.
- + Không có biểu hiện suy thận trước mổ (độ lọc cầu thận > 60).

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không chấp nhận hoặc không có khả năng tự đặt thông tiểu sạch cách quãng (qua niệu đạo).
- Bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật ổ bụng do bệnh lý khác và có tiền căn tắc ruột do dính.
- Bệnh nhân không đồng ý theo dõi định kỳ và làm các xét nghiệm đánh giá sau phẫu thuật.

2.3. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu từ tháng 10 năm 2010 đến tháng 7 năm 2019, tại Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh.

2.4. CỖ MẪU CỦA NGHIÊN CỨU

$$n \geq \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Với sai số $\alpha = 5\%$

$Z_{(1-\alpha/2)}$: trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95%, = 1,96

p: tỷ lệ thành công. Theo tác giả Ali-El-Dien và tác giả Moursy, chúng tôi chọn tỉ lệ tiểu kiểm soát là 90% $\rightarrow p = 90\%$

d: sai số cho phép, $d = 10\%$

n: là cỡ mẫu tối thiểu

Thay thế các trị số trên vào công thức, tính được $n \geq 34,57$.
Do vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 35 bệnh nhân.

2.5.2. Định nghĩa các biến số kết cục

2.5.2.2. Định nghĩa các biến số kết cục

Tiểu không kiểm soát ban đêm và ban ngày: được ghi nhận bằng lời khai của bệnh nhân khi tiểu không tự chủ ban ngày và ban đêm. Bệnh nhân ghi nhận thấm ướt tã lót nhiều từ 2 miếng tã lót trở lên trong ban ngày hoặc ban đêm.

Tiểu không hiệu quả: Ghi nhận qua lời khai của BN: cảm giác tiểu không hết, BN phải tự đặt thông tiểu để dẫn lưu nước tiểu trong bàng quang. Ghi nhận lượng nước tiểu tồn lưu trong bàng quang qua siêu âm thành bụng $> 100\text{ml}$.

Số lần đi tiểu về đêm: ghi nhận qua lời khai của BN: số lần ban đêm BN thức dậy để đi tiểu.

Đánh giá kết quả tạo hình bàng quang: tại thời điểm 6 tháng sau mổ như sau:

Bảng 2.1: Bảng điểm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình
bàn quang

Tiêu chí	Điểm		
	3	2	1
Dung tích bàn quang	300 – 500 ml	100 -299 ml hoặc 501 -700 ml	> 701 ml hoặc < 99 ml
Tồn lưu nước tiểu	Không tồn lưu	Tồn lưu < 100ml	Tồn lưu > 100ml
Chủ động giữ nước tiểu	Chủ động về ngày và đêm	Són nước tiểu ngày hoặc đêm	Són nước tiểu ngày và đêm hoặc bí đái
Số lần đi tiểu về đêm	0-1 lần	2-3 lần	> 3 lần
Biến chứng xa	Không biến chứng xa	Biến chứng: không phải mổ hoặc không ảnh hưởng đến tính mạng	Biến chứng nặng: mổ lại, hoặc ảnh hưởng đến tính mạng
	15	10	5

Tổng số điểm cao nhất là 15, thấp nhất là 5

- Kết quả tốt: 14-15 điểm
- Kết quả khá: 10 – 13 điểm
- Kết quả trung bình: 7 -9 điểm
- Kết quả kém: 5-6 điểm

CHƯƠNG 3:

KẾT QUẢ

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 10 năm 2010 đến tháng 7 năm 2019, tại Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh, chúng tôi ghi nhận được 35 bệnh nhân nữ được phẫu thuật tạo hình bàng quang tân tạo bằng phương pháp Hautmann sau cắt bàng quang tận căn do ung thư bàng quang. Nhóm bệnh nhân có các đặc điểm sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA DÂN SỐ NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học nhóm nghiên cứu

3.1.1.1, *Phân bố theo tuổi*

Đa số ở nhóm tuổi 60-69 tuổi, chiếm 34,3% , 50 – 69 tuổi chiếm 65,7%.

Nhỏ nhất: 29 tuổi, Lớn nhất: 81 tuổi

Trung bình: $58,66 \pm 11,85$ tuổi

3.1.2.6. Phân độ TMN trước phẫu thuật của BN nghiên cứu

Bảng 3.6. Phân độ TNM trước phẫu thuật (N = 35)

cTNM	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
T1N0M0	1	2,9
T2N0M0	27	77,1
T3N0M0	7	20
Tổng	35	100

Nhận xét:

Chủ yếu BN nghiên cứu có giai đoạn trước mổ là T2N0M0 với 27/35 BN, chiếm tỷ lệ 77,1%.

Chiếm tỷ lệ ít nhất là giai đoạn T1N0M0 với 2,9% BN nghiên cứu.

3.1.3. Đặc điểm trong phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình: $368,43 \pm 37,51$ phút, ngắn nhất là 270 phút, dài nhất là 450 phút.

3.1.5. Một số biến chứng sớm sau phẫu thuật

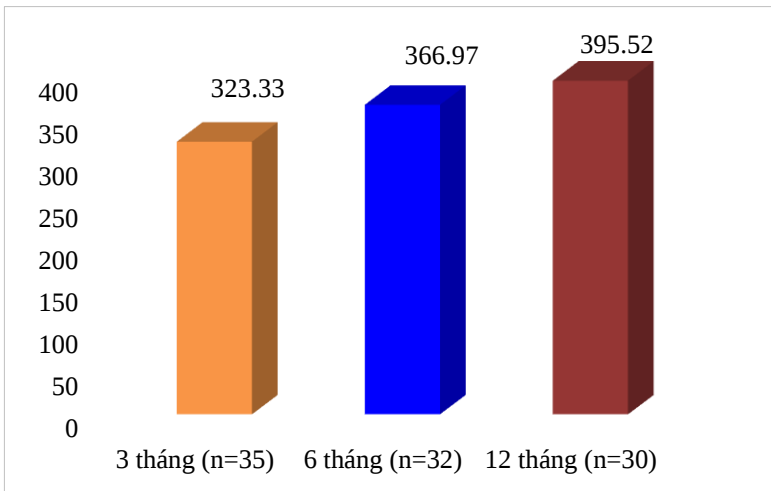
Bảng 3.13: Biến chứng sớm sau phẫu thuật (N = 35)

Biến chứng sớm	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không	29	82,8
Rò nước tiểu	1	2,9
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	3	8,6
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	5,7
Huyết khối TM	2	5,8
Tắc ruột sau mổ	0	0
Tổng	35	100

3.2. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BÀN QUANG

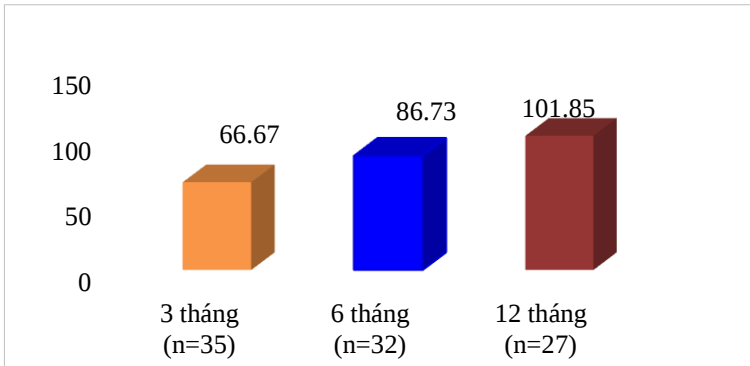
3.2.1. Chức năng chứa đựng của bàn quang tân tạo tại thời điểm 3, 6 và 12 tháng sau phẫu thuật

3.2.1.1. Dung tích bàn quang tân tạo sau phẫu thuật



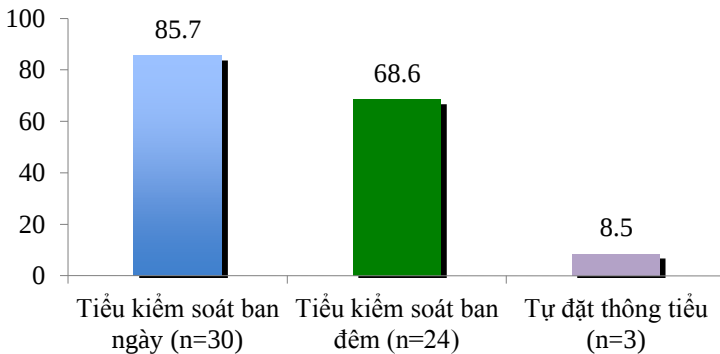
Biểu đồ 3.7 Kết quả dung tích bàn quang trung bình của T3, T6 và T12

3.2.1.2. Thể tích nước tiểu tồn lưu trong bàng quang tân tạo sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.8. Kết quả thể tích nước tiểu tồn lưu trung bình của T3, T6 và T12

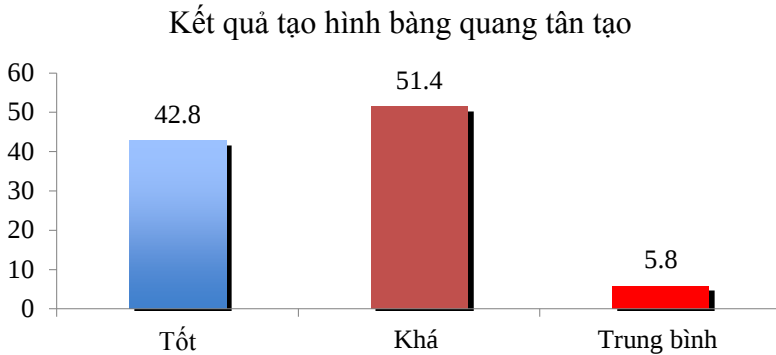
3.2.2. Khả năng kiểm soát nước tiểu tại thời điểm 6 tháng sau mổ



Biểu đồ 3.9: Đánh giá kiểm soát nước tiểu tại thời điểm 6 tháng sau mổ

3.2.4. Đánh giá kết quả tạo hình bàng quang tân tạo

3.2.4.1. Kết quả tạo hình bàng quang tân tạo



Biểu đồ 3.11: Kết quả tạo hình bàng quang tân tạo

3.3. TỶ LỆ SỐNG CÒN SAU MỔ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

3.3.1. Tỷ lệ sống còn sau mổ

Thời gian theo dõi trung bình: $39,71 \pm 24,07$ tháng

Bảng 3.18. Tỷ lệ còn sống của nhóm BN nghiên cứu

Số bệnh nhân	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Còn sống	26	74,3
Tái phát	7	20
Tử vong	9	25,7
Tổng	35	100

CHƯƠNG 4:

BÀN LUẬN

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 10 năm 2010 đến tháng 7 năm 2019 chúng tôi ghi nhận được 35 bệnh nữ bị ung thư bàng quang được phẫu thuật tạo hình bàng quang tân tạo trực vị bằng phương pháp Hautmann tại Bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có các đặc điểm sau:.

4.2. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT

4.2.1. Tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Chúng tôi ghi nhận có 17,2% TH có biến chứng sớm sau mổ, trong đó biến chứng sớm liên quan đến bàng quang tân tạo thường gặp nhất là nhiễm khuẩn niệu chiếm 8,6% TH. Biến chứng rò nước tiểu có 1 TH (chiếm 2,9%). Biến chứng sớm không liên quan đến bàng quang tân tạo là nhiễm trùng vết mổ chiếm 5,7%. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong phẫu thuật. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận không có trường hợp nào cần phải phẫu thuật lại lần 2 để điều trị các biến chứng.

Bảng 4.23: So sánh tai biến và biến chứng sớm
của các nghiên cứu

Biến chứng	Chúng tôi (n=35)	Lee (n=140)	Jentzmik (n=121)	Jensen (n=67)
Biến chứng chung	17,2%	16%	Không ghi nhận	61%
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	8,6%	3,37%	28,3%	22,4%
Rò nước tiểu	2,9%	3,37%	6,7%	6%
Nhiễm trùng vết mổ	5,7%	3,37%	8,3%	9%
Mô lần 2	0%	Không ghi nhận	7,4%	3%

4.3. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT

4.3.1. Đánh giá chức năng chứa đựng của bàng quang tân tạo

Mục tiêu chính của phương pháp tạo hình bàng quang trực vị là tạo thành bàng quang mới thay thế bàng quang đã cắt bỏ có chức năng chứa đựng nước tiểu và bảo tồn được việc kiểm soát đi tiểu, đảm bảo chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Về mặt lâm sàng, bàng quang trực vị phải đáp ứng tiêu chuẩn: thể tích chứa nước tiểu từ 400-500 ml với áp lực thấp và đi tiểu chủ động 4-6 lần trong ngày.

Sau mổ, tất cả BN được hướng dẫn cách tự đặt thông tiểu và cách tập đi tiểu sau khi rút ống thông tiểu: đi tiểu ở tư thế ngồi, chủ động thả lỏng các cơ vòng vùng chậu và kèm theo làm nghiệm pháp Valsava để tổng xuất nước tiểu trong bàng quang tân tạo. BN cũng được hướng dẫn tập co thắt các cơ vùng hội âm và sàn chậu nhằm giữ nước tiểu trong bàng quang, tạo cơ chế tiểu chủ động cho bàng quang tân tạo.

Đánh giá khả năng chứa đựng của bàng quang tân tạo tại thời điểm tháng thứ 6 sau mổ, chúng tôi ghi nhận: Dung tích bàng quang trung bình: $366,97 \pm 49,97$ ml, RUV là: $94,90 \pm 27,06$ ml. Qmax trung bình: $23,57 \pm 8,20$ L/s, thời gian trung bình: $53,50 \pm 23,75$ giây. So sánh dung tích bàng quang trung

bình đo tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng: $323,33 \pm 42,33$ và $366,97 \pm 49,97$ ml, sự tăng dung tích bàng quang sau mổ ở thời điểm 6 tháng so với thời điểm 3 tháng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$ (T-test) với 32/33 BN tăng thể tích so với thời điểm 3 tháng, chiếm tỷ lệ 97%. Chỉ có 1 trường hợp ghi nhận có giảm thể tích so với thời điểm 3 tháng. Tuy nhiên, phần lớn dung tích bàng quang ở cả hai thời điểm nằm trong khoảng 300-500 ml.

4.3.1.1. Vấn đề tiểu có kiểm soát

Một trong những mục tiêu của phẫu thuật tạo hình bàng quang tân tạo trực vị ở nữ là việc kiểm soát đi tiểu sau phẫu thuật. Hiện nay, vẫn chưa có một tiêu chuẩn chung để đánh giá việc tiểu có kiểm soát ở những bệnh nhân có bàng quang trực vị. Một số tác giả đánh giá việc tiểu không kiểm soát qua phương pháp sử dụng tã lót. Các tác giả khác sử dụng phương pháp hỏi trực tiếp bệnh nhân. Một thang điểm đánh giá tình trạng tiểu không kiểm soát ở bàng quang tân tạo trực vị được đề nghị sử dụng để chẩn đoán tiểu không kiểm soát sau mổ là bộ câu hỏi tiểu không kiểm soát quốc tế (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence short form– ICIQ-UI SF).

4.3.3. Chức năng tổng xuất của bàng quang tân tạo

Vấn đề tiêu không hiệu quả

Theo các báo cáo tỷ lệ tồn lưu nước tiểu ở bàng quang tân tạo trực vị là 12-58%.

Bảng 4.26. Tỷ lệ tồn lưu nước tiểu trong bàng quang tân tạo ở các nghiên cứu

Tác giả	Số BN	Tỷ lệ tồn lưu nước tiểu
Ali-El- Dein và cs, 2002	100	16%
Stenzl và cs, 2001	102	12%
Yang và cs, 2011	56	24%
Anderson và cs, 2012	49	31%
Jentzmik và cs, 2012	121	58%
Chúng tôi	35	33,3%

KẾT LUẬN

Qua thời gian nghiên cứu từ 10/2010 đến 7/2019 chúng tôi ghi nhận được 35 bệnh nữ bị ung thư bàng quang được phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng phương pháp Hautmann tại Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh. Chúng tôi có các kết luận sau:

1. Đánh giá kết quả của phẫu thuật

- Biến chứng sớm chiếm tỷ lệ là 17,2%, chủ yếu là biến chứng nhiễm khuẩn niệu chiếm 8,6%, rò nước tiểu chiếm 2,9%.
- Không ghi nhận tử vong hay tai biến trong mổ.
- Biến chứng xa chủ yếu là hẹp miệng nối niệu quản – bàng quang tân tạo chiếm tỷ lệ 8,5%, phát hiện tại thời điểm tháng 6 sau phẫu thuật và 1 TH phải phẫu thuật cầm lại niệu quản bên phải.
- Tử vong của nghiên cứu chiếm 25,7%, tử vong liên quan đến tái phát là 20%, tỷ lệ tái phát tại chỗ hoặc di căn xa là 20%.
- Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn của bệnh nhân có ý nghĩa thống kê bao gồm: BN có ung thư tái

phát ($p=0,012$), BN có hạch N1 trở lên ($p=0,008$), BN có u từ T3 trở lên ($p=0,015$).

- Yếu tố có di căn hạch chậu có liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng ung thư tái phát sau mổ ($p=0,016$)

2. Đánh giá chức năng bàng quang tân tạo:

- Dung tích bàng quang tân tạo thời điểm tháng thứ 6 sau phẫu thuật là $366,97 \pm 49,97$ ml.
- Thể tích nước tiểu tồn lưu tại thời điểm tháng thứ 6 sau phẫu thuật là: $86,73 \pm 33,80$ ml.
- Kết quả đi tiểu có kiểm soát ban ngày là 85,7%.
- Tiểu có kiểm soát ban đêm là 68,6%.
- Ghi nhận có 8,5% TH tiểu không hiệu quả phải đặt thông tiểu cách quãng sạch
- Đa phần các bệnh nhân đi tiểu đêm 1 lần chiếm 45,7%.
- Kết quả tạo hình bàng quang tân tạo tốt chiếm 42,8%, khá chiếm 51,4% và trung bình chiếm 5,8%.

KIẾN NGHỊ

1. Kết quả bước đầu của phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị sau cắt bàng quang tận căn do ung thư bàng quang ở nữ khả quan, phẫu thuật này cần được mạnh dạn áp dụng trong thực tế và cần có các nghiên cứu với số lượng và thời gian theo dõi lâu hơn để chứng minh hiệu quả

2. Cần tiếp tục nghiên cứu về sự phát triển của bàng quang tân tạo trực vị sau 12 tháng để xác định thời điểm chính xác dung tích bàng quang sẽ ổn định

3. Cần nghiên cứu đánh giá về chất lượng cuộc sống, đời sống tình dục sau phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân nữ.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Văn Thành Trung (2019), "Khảo sát niệu động học của bàng quang tân tạo trực vị kiểu Hautmann ở nữ", *Y học thực hành*, Số 10 (1111), tr. 18-22.
2. Văn Thành Trung (2019), "Đánh giá kết quả tạo hình bàng quang tân tạo trực vị bằng phương pháp Hautmann ở nữ", *Y học thực hành*, Số 11 (1115), tr. 11-15.