

LAPAROSCOPY AND DOXORUBICIN INJECTION SURGERY SUPERFICIAL BLADDER CANCER TREATMENT AT YEN BAI PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Vu Duy Tan^{1*}, Nguyen Manh Chien¹, Nguyen Trung Hieu²,
Tran Lan Anh¹, Diem Son¹, Le Manh Hung², Nguyen Huy Hoang³

¹Yen Bai Provincial General Hospital, ²Health service of Yen Bai province, ³VietDuc University Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 20/8/2024 Revised: 17/11/2024 Published: 19/11/2024	This study aims to evaluate the results of laparoscopic tumor resection surgery and Doxorubicin injection to treat superficial bladder cancer at Yen Bai Provincial General Hospital. We performed a retrospective description of 31 patients with superficial bladder cancer who underwent initial endoscopic tumor resection and postoperative Doxorubicin injection between January 2018 and December 2023. The results showed that the average age of the subject group was 58.58 ± 8.9 years old; Men make up the majority (83.9%), women (16.1%), the male/female ratio is 5.2/1. The most common symptom is hematuria in 25/31 patients (80.1%). Preoperative diagnostic ultrasound detected 20/31 patients (64.5%). CT Scanner can detect tumors in 100% of patients. Cystoscopy results showed that the majority of patients had a tumor, 20/31 (64.5%). The average surgical time was 42.7 ± 11.8 minutes. There were 1/31 patients with bleeding complications after surgery (3.2%). Postoperative pathology showed that the invasive stage was mainly T1 in 19/31 patients (61.3%). Evaluation of results when discharged from the hospital was Good 96.8% (30 cases), average 3.2% (1 case). 100% of patients were supplemented with Doxorubicin pump, 20/31 patients (64.5%) complied with treatment. Follow-up recurrence after 1 year was 2/31 patients (6.5%). From there, it was found that treating superficial bladder cancer with laparoscopic tumor resection and Doxorubicin injection is a safe and effective method.
KEYWORDS	
Laparoscopic tumor resection	
Bladder	
Carcinoma	
Pathology	
Chemical pump	

PHẪU THUẬT CẮT U NỘI SOI VÀ BƠM DOXORUBICIN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI

Vũ Duy Tân^{1*}, Nguyễn Mạnh Chiến¹, Nguyễn Trung Hiếu²,
Trần Lan Anh¹, Diễm Sơn¹, Lê Mạnh Hùng², Nguyễn Huy Hoàng³

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái, ²Sở Y tế tỉnh Yên Bái, ³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 20/8/2024 Ngày hoàn thiện: 17/11/2024 Ngày đăng: 19/11/2024	Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt u và bơm Doxorubicin điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái. Chúng tôi thực hiện mô tả hồi cứu với 31 người bệnh ung thư bàng quang nông được nội soi cắt u lần đầu và bơm Doxorubicin sau phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023. Kết quả cho thấy, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là $58,58 \pm 8,9$ tuổi; nam giới chiếm đa số (83,9%), nữ giới (16,1%), tỉ lệ nam/nữ là 5,2/1. Triệu chứng thường gặp nhất là tiểu máu 25/31 (80,1%). Siêu âm chẩn đoán trước mổ phát hiện 20/31 (64,5%). Chụp CT Scanner phát hiện được u ở 100% bệnh nhân. Kết quả nội soi bàng quang, đa số bệnh nhân có một u 20/31 (64,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $42,7 \pm 11,8$ phút. Có 1/31 bệnh nhân biến chứng chảy máu sau mổ (3,2%). Giải phẫu bệnh sau mổ giai đoạn xâm lấn chủ yếu là T1 có 19/31 (61,3%). Đánh giá kết quả khi ra viện: Tốt 96,8% (30 ca), trung bình 3,2% (1 ca). 100% bệnh nhân được hỗ trợ bằng bơm Doxorubicin, có 20/31 (64,5%) tuân thủ điều trị. Theo dõi tái phát sau 1 năm là 2/31 (6,5%). Từ đó thấy rằng điều trị ung thư bàng quang bằng phẫu thuật cắt u nội soi và bơm Doxorubicin là phương pháp an toàn và hiệu quả.
TỪ KHÓA	
Cắt u nội soi	
Bàng quang	
Ung thư biểu mô	
Giải phẫu bệnh	
Bơm hóa chất	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.10982>

* Corresponding author. Email: duytank43a@gmail.com

1. Giới thiệu

Bệnh lý ung thư bàng quang nông (UTBQN) là khối u chưa xâm lấn đến lớp cơ của bàng quang, theo phân loại của giải phẫu bệnh ở giai đoạn Tis, Ta và T1. Khi mới phát hiện đa phần ung thư bàng quang là UTBQN (chiếm 70-75%) và có khoảng 25-30% là xâm lấn cơ bàng quang. Theo các nghiên cứu về 36 loại bệnh ung thư thường gặp, tỉ lệ mắc bệnh của ung thư bàng quang đứng hàng thứ 12 và tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 14. Bệnh gặp nhiều hơn ở Châu Âu, Bắc Phi và Bắc Mỹ; ở Đông nam châu Á có tỉ lệ mắc trung bình gặp ở 4,5% nam giới và 1,3% nữ giới [1]. Theo Lê Ngọc Từ (2006), ở Việt Nam bệnh lý này hay gặp ở người cao tuổi từ 60-75 tuổi, đa phần gặp ở nam giới với tỉ lệ nam/nữ dao động từ 2-8/1 [2]. Chẩn đoán UTBQN căn cứ vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh. Trong đó, phương pháp nội soi bàng quang cung cấp đặc điểm về kích thước, hình dạng, số lượng và kết hợp sinh thiết khối u. Ngoài ra, chụp CT scanner và MRI giúp đánh giá xâm lấn của u tới lớp cơ bàng quang chưa và tình trạng hạch vùng lân cận một cách chi tiết [3], [4].

Hiện nay, phương pháp điều trị UTBQN chủ yếu vẫn là phẫu thuật cắt u nội soi qua đường niệu đạo. Đặc điểm nổi bật của UTBQN là dễ tái phát và xâm lấn [4], [5]. Theo nhiều tác giả, việc bơm hoá chất sau phẫu thuật vào bàng quang giúp làm giảm tỉ lệ tái phát [6]-[8], trong đó việc sử dụng Doxorubicin nội bàng quang sau phẫu thuật theo nhiều nghiên cứu có thể làm giảm tỷ lệ tái phát trong 3 năm lên tới 70% so với phẫu thuật cắt u bàng quang nội soi đơn thuần hoặc sử dụng các loại hoá chất khác [9], [10]. Tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái, phẫu thuật cắt u nội soi và điều trị bổ trợ bằng bơm Doxorubicin nội bàng quang sau phẫu thuật đã được triển khai từ năm 2016 và dần trở thành phẫu thuật thường quy, số lượng ca bệnh phẫu thuật trung bình từ 7-10 ca bệnh/năm. Từ đó đến nay, chưa có đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật, vẫn có trường hợp bệnh nhân tái phát và có người bệnh chưa tuân thủ đúng phác đồ điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Do vậy, để đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật cắt u nội soi và bơm Doxorubicin điều trị UTBQN và giúp đưa ra các khuyến nghị điều trị bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt u nội soi và bơm Doxorubicin nội bàng quang điều trị UTBQN.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

31 bệnh nhân UTBQN đã được phẫu thuật cắt u nội soi và bơm hoá chất Doxorubicin tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBQN, được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang triệt căn lần đầu tiên và được bơm Doxorubicin nội bàng quang điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được phát hiện mắc đồng thời bệnh lý ung thư ở cơ quan khác, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp: Mô tả hồi cứu.
- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Nhóm đặc điểm chung: Tuổi, giới.
- Nhóm đặc điểm lâm sàng: Phân bố lý do vào viện, thời gian từ khi triệu chứng đầu tiên tới lúc chẩn đoán.
- Nhóm đặc điểm cận lâm sàng: Phát hiện được u qua siêu âm và qua chụp CT scanner, đặc điểm nội soi của u.
- Nhóm đặc điểm phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình, các tai biến và biến chứng,

kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

– Đánh giá kết quả: Khi người bệnh được xuất viện theo tác giả Hoàng Long [6], tuân thủ điều trị bổ trợ, theo dõi tái phát sau 1 năm.

+ Kết quả tốt (phẫu thuật cắt được toàn bộ u, không có tái biến và biến chứng).

+ Kết quả trung bình (cắt được hết khối u nhưng có tái biến, biến chứng như chảy máu,... nhưng điều trị khỏi không cần phải chuyển phẫu thuật mở hoặc can thiệp lại).

+ Kết quả xấu (không cắt được hoặc bỏ sót khối u bằng quang, hoặc chuyển phẫu thuật mở, hoặc có tái biến và biến chứng cần phải can thiệp phẫu thuật lại hoặc làm người bệnh tử vong).

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Phân tích số liệu bằng phương pháp thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự thông qua bởi Hội đồng Khoa học và công nghệ mở rộng của Bệnh viện. Thông tin của người bệnh được bảo mật và nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nâng cao kết quả điều trị và chăm sóc cho người bệnh.

3. Kết quả và bàn luận

Qua nghiên cứu 31 người bệnh UTBQN, chúng tôi thu được kết quả: độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $58,58 \pm 8,9$ tuổi, nhỏ tuổi nhất là 43, lớn tuổi nhất là 78 tuổi, nhóm tuổi >60 gặp nhiều nhất chiếm 45,1%. Trong nghiên cứu của Trần Lê Phương Linh (2019), độ tuổi trung bình (TB) là $61 \pm 5,9$ tuổi [7]. Theo tác giả Phạm Hữu Trí (2017), tuổi trung bình là 55,2 tuổi [8]. Theo Hiroshi Furuse và Seiichiro Ozono (2016) báo cáo tuổi TB là $73,9 \pm 8,1$ tuổi [9]. Chúng tôi gặp 14 bệnh nhân > 60 tuổi, nhiều hơn gấp 2,6 lần trong độ tuổi 50 - 60 tuổi. Do vậy, theo chúng tôi đề phát hiện sớm ung thư bàng quang cần tập trung khám sàng lọc cho nhóm đối tượng lớn tuổi (>60 tuổi), khi có triệu chứng đái máu cần thăm khám kỹ và kết hợp nội soi bàng quang để chẩn đoán chính xác. Theo các nghiên cứu mới nhất, tỉ lệ mắc ung thư bàng quang cũng khác nhau theo giới tính. Nam giới thường mắc bệnh nhiều hơn là nữ giới, với tỉ lệ mắc bệnh là 9,5/100 000 dân ở nam so với 3,4/100 000 dân ở nữ giới. Tỉ lệ nam/nữ dao động trong khoảng 2- 4 lần [1], [8], [11]. Trong nghiên cứu này, có 26 bệnh nhân nam và 5 bệnh nhân nữ, với tỉ lệ nam/nữ là 5,2/1. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả trên.

Qua nghiên cứu đặc điểm về phân bố lý do vào viện của nhóm nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Phân bố lý do vào viện

Triệu chứng	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Đi tiểu máu	23	74,2
Đi tiểu buốt, dắt	3	9,6
Bí đái	2	6,5
Đau bụng hạ vị	2	6,5
Phát hiện tình cờ	1	3,2
Tổng	31	100

Từ kết quả ở bảng 1 cho thấy, có 23/31 trường hợp đến khám vì lý do đi tiểu máu (chiếm 74,2%). Ngoài ra, triệu chứng đi tiểu buốt, tiểu rất 9,6%, đau bụng vùng hạ vị 6,5% và chỉ có 3,2% bệnh nhân do khám sức khỏe phát hiện. Theo nghiên cứu của Lê Đình Khánh (2017) gặp 81,9% bệnh nhân đi tiểu máu phải vào viện [10].

Qua thu thập về thời gian từ khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng đầu tiên đến khi người bệnh đến khám và được chẩn đoán tại cơ sở y tế, chúng tôi thu được kết quả trình bày ở bảng 2.

Kết quả ở bảng 2 cho thấy, thời gian đến khám từ khi có biểu hiện của người bệnh trung bình là $1,95 \pm 1,22$ tháng, sớm nhất là 2 tuần, muộn nhất là 5 tháng, có 11 bệnh nhân có thời gian được chẩn đoán bệnh từ 1 đến <3 tháng chiếm đa số (41,9%). Tỉ lệ thời gian từ 1 đến <3 tháng (41,9%)

chiếm đa số trong nhóm người bệnh. Chúng tôi nhận thấy khoảng thời gian người bệnh đến khám bệnh từ khi có biểu hiện trên thay đổi tùy thuộc vào tần suất và mức độ xuất hiện của triệu chứng. Thường thì biểu hiện đi tiểu ra máu sẽ làm người bệnh lo lắng và đến khám hơn là các triệu chứng cơ năng khác. Theo Trần Lê Phương Linh (2019), thời gian đi tiểu máu trung bình là 2,19 tháng [7]. Theo Lê Đình Khánh (2017) chủ yếu gặp thời gian có triệu chứng lâm sàng đến khi vào viện là <3 tháng chiếm 90,9% [10]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả kể trên.

Bảng 2. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi chẩn đoán bệnh

Thời gian	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
< 1 tháng	11	35,5
1 - <3 tháng	13	41,9
≥ 3 tháng	7	22,6
Tổng	31	100
Trung bình (tháng)	1,95 ± 1,22	

Việc chẩn đoán bằng hình ảnh được chúng tôi ghi nhận bằng 2 phương pháp là siêu âm và chụp CT scanner ở bảng 3.

Bảng 3. Phát hiện u trên siêu âm và chụp CT scanner

Phương pháp cận lâm sàng	Phát hiện ra u		Không phát hiện ra u		Tổng (%)
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	
Siêu âm	27	87,1	4	12,9	31 (100%)
Chụp CT scanner	31	100	0	0	31 (100%)

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng siêu âm vẫn là thăm dò thường quy, đơn giản, an toàn và có thể làm nhiều lần. Mặc dù vậy, vẫn có ca bệnh bỏ sót u trên siêu âm, đặc biệt là các trường hợp kèm theo viêm bàng quang, máu cục trong bàng quang hoặc u kích thước quá nhỏ (<5 mm) [5]. Theo Hiroshi Furuse (2016), siêu âm có tỉ lệ độ nhạy đạt nhiều nhất tới 96% [9], [11]. Trong nghiên cứu này, có 04 trường hợp không phát hiện được u, còn 100% BN trong nghiên cứu đều phát hiện u qua chụp CT scanner (Bảng 3). Bên cạnh đó, CT scanner còn giúp chúng ta xác định độ xâm lấn, đánh giá khả năng di căn hạch vùng, di căn gan, đại tràng, xương,...; từ đó cung cấp bằng chứng giúp đưa ra quyết định có sử dụng phẫu thuật nội soi cắt u hay không [4], [5].

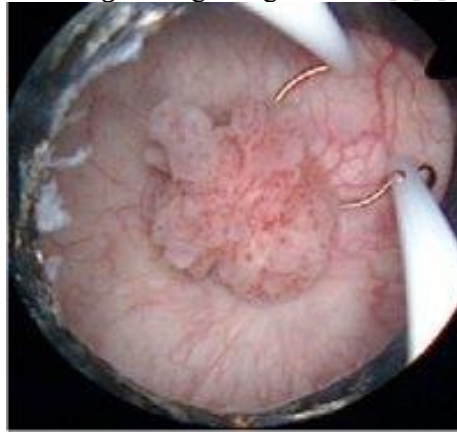
Nội soi vừa là phương pháp chẩn đoán vừa là một bước trong quá trình điều trị, qua nội soi chúng tôi thu thập được các đặc điểm của khối u trong lòng bàng quang về kích thước, vị trí, số lượng và hình dáng được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Các đặc điểm của u qua nội soi bàng quang

	Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Kích thước	< 1 cm	5	16,1
	1 - < 2 cm	12	38,7
	2 - < 3 cm	10	32,3
	≥ 3 cm	4	12,9
	Cổ bàng quang (BQ)	2	6,5
Vị trí	Tam giác cổ BQ – Niệu quản	4	12,9
	Thành bên	12	38,7
	Thành phía trước	3	9,7
	Thành phía sau	4	12,9
	Thành phía trên	1	3,2
Số lượng	Nhiều u rải rác nhiều vị trí	5	16,1
	1 u (đơn độc)	20	64,5
	2 – 3 u	8	25,8
	≥ 3 u	3	9,7
Hình dáng	Cổ cuống	15	48,4
	Không cuống	16	51,6

Theo Lê Đình Khánh (2017), đánh giá nội soi bàng quang có độ chính xác là 95,9%, hình dạng u phổ biến nhất là u có cuống chiếm 50,2% [10]. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Lê Phương

Linh và cộng sự (2019), kích thước $u < 2$ cm chiếm 66,29%, tỉ lệ chỉ có 1 u đơn độc chiếm 69,9% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u kích thước từ 1 đến < 2 cm gặp nhiều nhất 12/31 BN (tỉ lệ 38,7%), u đơn độc chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5% (Hình 1), u ở thành bên bàng quang gặp nhiều nhất chiếm 38,7%, hình dạng u có cuống chiếm 48,4% (Bảng 4). Kết quả này không có sự khác biệt nhiều với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [1], [8].



Hình 1. Hình ảnh phát hiện u bàng quang

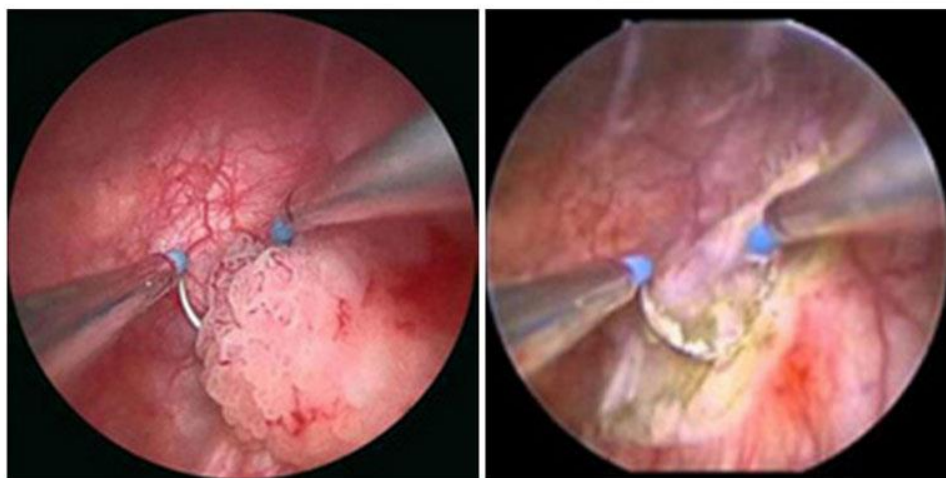
Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật TB là $42,7 \pm 11,8$ (phút), ngắn nhất 20 (phút), lâu nhất 65 (phút). Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Gặp 01 trường hợp biến chứng chảy máu (3,2%).

UTBQ (Ung thư bàng quang) gặp nhiều nhất là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp, tiếp theo là các loại ung thư biểu mô tuyến hoặc vảy, tùy từng khu vực trên thế giới mà có tỉ lệ thay đổi khác nhau [1], [11]. Theo Hiroshi Furuse và Seiichiro Ozono (2016) trong UTBQ, ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp gặp đa số từ 90 - 93%, còn ung thư biểu mô tế bào vảy chỉ chiếm 5%, biểu mô tế bào tuyến từ 2 - 5%. Ung thư biểu mô chuyển tiếp có tiên lượng tốt nhất, tiếp đó đến ung thư biểu mô tế bào tuyến và cuối cùng là ung thư biểu mô vảy tiên lượng xấu nhất. Tiên lượng tỉ lệ sống thêm lần lượt với các loại trên là: ung thư biểu mô chuyển tiếp 40 - 70%, ung thư biểu mô tế bào tuyến là 15 - 35% và ung thư biểu mô tế bào vảy là 15% [9]. Trong nghiên cứu này, kết quả giải phẫu bệnh được trình bày trong bảng 5 cho thấy giai đoạn xâm lấn chủ yếu là T1 có 19 BN chiếm 61,3%, độ biệt hóa chủ yếu là độ 1 (G1), 20 trường hợp chiếm 64,5%. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [6], [7], [9].

Bảng 5. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Độ biệt hóa	Giai đoạn	Ta		Tis		T1		Tổng
		Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	
Độ 1 (G1)		9	29	0	0	11	35,5	64,5
Độ 2 (G2)		1	3,2	0	0	2	6,5	9,7
Độ 3 (G3)		2	6,5	0	0	6	19,3	25,8
Tổng		12	38,7	0	0	19	61,3	100

Chúng tôi đánh giá khi bệnh nhân xuất viện dựa vào kĩ thuật cắt u đảm bảo lấy hết u và xử lý được vùng xung quanh diện cắt như ở hình 2, tỉ lệ tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ: có 30 bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 96,8%, 01 bệnh nhân có chảy máu sau mổ được điều trị khỏi không cần can thiệp lại đánh giá kết quả trung bình (3,2%), không có bệnh nhân nào có kết quả xấu. Theo Hoàng Long (2018), kết quả tốt chiếm tỉ lệ 81,1%, kết quả trung bình 16,1%, kết quả xấu 2,8% [6]. Tỉ lệ đạt kết quả tốt của chúng tôi cao hơn so với tác giả trên, tuy nhiên với số lượng bệnh nhân khiêm tốn và thời gian theo dõi chưa đủ dài có thể là một trong các yếu tố làm tác động tới kết quả đánh giá, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu trong các báo cáo sau này.



Hình 2. Hình ảnh phẫu thuật triệt căn lần đầu, cắt u và đốt diện cắt niêm mạc bàng quang quanh khối u

Kết quả theo dõi cho thấy: 1 năm sau phẫu thuật có 64,5% bệnh nhân tuân thủ điều trị hỗ trợ bơm hoá chất Doxorubicin nội bàng quang đủ liệu trình, ghi nhận 02 bệnh nhân tái phát sau mổ chiếm 6,5% đều thuộc nhóm không tuân thủ điều trị hỗ trợ. Theo Lê Đình Khánh (2017) trên 2 nhóm người bệnh, nhóm 47 bệnh nhân phẫu thuật cắt u nội soi nhưng không điều trị hỗ trợ thì có 48,9% tái phát, thời gian sống chưa tái phát trung bình là 16,8 tháng, ở nhóm 72 bệnh nhân UTBQN nội soi cắt u và bơm BCG sau phẫu thuật có tỉ lệ tái phát chỉ là 15,3%, thời gian sống chưa tái phát trung bình là 25,9 tháng [10]. Theo Hiroshi Furuse và Seiichiro Ozono (2016) nghiên cứu trên 110 bệnh nhân, nhóm bơm Doxorubicin thì có tỉ lệ tái phát là 49,1% trong vòng 4 năm sau phẫu thuật [9]. Theo Hoàng Long (2018) trên 182 trường hợp được nội soi cắt u bàng quang và bơm Mytomycin sau phẫu thuật thì tỉ lệ tái phát là 8% trong vòng 3 năm [6]. Theo chúng tôi, tỉ lệ tái phát sau mổ của người bệnh là một phần do nhận thức chưa tốt về việc khám lại theo hẹn và thực hiện đủ số lần bơm hoá chất hỗ trợ, đặc biệt là các bệnh nhân người cao tuổi, bên cạnh đó công tác theo dõi và quản lý người bệnh còn thiếu sót, chưa tư vấn, giải thích đầy đủ cho tất cả các trường hợp về tầm quan trọng của điều trị hỗ trợ sau mổ.

4. Kết luận

Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 31 người bệnh ung thư bàng quang nông được nội soi cắt u lần đầu và bơm Doxorubicin sau phẫu trong khoảng thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023. Đánh giá kết quả khi ra viện thu được kết quả: Tốt 96,8% (30 ca), trung bình 3,2% (1 ca). 100% BN được hỗ trợ bằng bơm Doxorubicin, có 20/31 BN (64,5%) tuân thủ điều trị. Theo dõi tái phát sau 1 năm là 2/31 BN (6,5%). Từ đó bước đầu cho thấy phẫu thuật cắt u nội soi kết hợp bơm Doxorubicin sau mổ trong điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái là phương pháp có tính an toàn và hiệu quả.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái đã cho phép và hỗ trợ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Xin cảm ơn các quý đồng nghiệp thuộc các chuyên khoa Ngoại, Gây mê hồi sức, Ung bướu và quý bệnh nhân đã phối hợp trong quá trình điều trị và thu thập số liệu. Xin cảm ơn quý bệnh nhân và người nhà đã cung cấp thông tin, đồng ý tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] American Joint Committee on Cancer, *AJCC Cancer staging manual*. Springer, London, England, 2018, pp. 497-505.

-
- [2] N. T. Le, "Bladder cancer," *Surgical Pathology*. Medical Publishing House (in Vietnamese), Hanoi, 2006, pp. 134-139.
- [3] F. Bray, I. S. J. Ferlay, R. L. Siegel, L. A. Torre, and A. Jemal, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries," *A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 68, no. 6, pp. 394-424, 2018.
- [4] H. M. Le, "Research on the value of 64-row computed tomography in diagnosing bladder cancer," *Vietnam Medical Journal*, vol. 345, no. 6, pp. 153-158, 2019.
- [5] H. V. Tran, "Bladder Tumor," *Diagnosis and Treatment Guide 2019*. Medical Publishing House, City Department of Health Ho Chi Minh City (in Vietnamese), 2019, pp. 153-158.
- [6] L. Hoang, "Results of treatment of superficial bladder cancer by transurethral laparoscopic tumor resection combined with Mitomycin C pump," *Practical Medicine*, vol. 857, no. 1, pp. 19-22, 2018.
- [7] L. P. L. Tran, "Evaluating the results of treatment of superficial bladder cancer by transurethral laparoscopic surgery," (in Vietnamese), *Journal of Practical Medicine*, vol. 45, no. 4, pp. 175-178, 2019.
- [8] T. H. Pham, "Epidemiological characteristics of bladder cancer in Thua Thien Hue in the period 2013 – 2016," *Journal of Practical Medicine*, vol. 764, no. 5, pp. 83-85, 2017.
- [9] H. Furuse and S. Ozono, "Transurethral resection of bladder tumour(TURBT) for non-muscle invasive bladder cancer: Basic skills," *The Japanese Urological Association*, vol. 17, no. 4, pp. 698-699, 2016.
- [10] K. D. Le, "Evaluating early results of treating superficial bladder tumors with endoscopic ablation combined with a single dose of Doxorubicin after surgery," (in Vietnamese), *Ho Chi Minh City Medical Journal*, vol. 16, no. 3, pp. 283-288, 2017.
- [11] M. Babjuk and M. Burger, *EAU Guidelines on Non-Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2019*, European Association of Urology, 2019, pp. 1-48.