

# STUDY ON CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF EARLY RESULTS OF TREATMENT OF NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER AT CAN THO FROM 2021 TO 2023

Bui Hoang Phuc, Tran Hoang Anh\*, Nguyen Tuan Canh, Tran Do Thanh Phong

*Vo Truong Toan University - Tan Phu Thanh, Chau Thanh A, Hau Giang, Vietnam*

Received: 23/03/2024

Revised: 01/04/2024; Accepted: 16/04/2024

## ABSTRACT

**Aim:** (1) Survey of clinical and paraclinical characteristics of non-muscle invasive bladder cancer at Can Tho Central General Hospital in 2021-2023; (2) Evaluate early results of treatment for non-muscle invasive bladder cancer at Can Tho Central General Hospital in 2021-2023.

**Methods:** Descriptive retrospective combined with prospective studies on 45 patients aged 16 years and older with non-muscle invasive bladder cancer treated at Can Tho Central General Hospital from January 2021 to December 2023.

**Results:** Men account for a high proportion of 88.89%. The age group with the highest percentage is the group from 61 - 80 years old, accounting for 62.22%. Symptoms of mild anemia account for 20%. There are 97.78% of ultrasound cases that detect tumors through ultrasound. Tumor size on ultrasound and abdominal CT-Scan are 81.82% similar. Bladder tumors at stage Ta account for 55.56%, with G1 differentiation accounting for 62.22%. Side effects of burning and painful urination accounted for 13.33% and side effects of pain in the lower abdomen accounted for a low rate of 2.22% after adjuvant treatment with Doxorubicin. Surgical results: mostly good results 95.56%, no cases of bad results.

**Conclusion:** Laparoscopic resection of non-muscle invasive bladder tumors through the urethra is a safe method and should be widely applied in Can Tho.

**Keywords:** Non-muscle invasive bladder cancer, endoscopic ablation, adjuvant chemotherapy.

---

\*Corresponding author

Email address: thanh@vttu.edu.vn

Phone number: (+84) 393 302 768

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1056>



# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG THỂ CHƯA XÂM LẤN CƠ TẠI CẦN THƠ GIAI ĐOẠN 2021-2023

Bùi Hoàng Phúc, Trần Hoàng Anh\*, Nguyễn Tuấn Cảnh, Trần Đỗ Thanh Phong

*Trường Đại học Võ Trường Toản - Tân Phú Thạnh, Châu Thành A, Hậu Giang, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 23 tháng 03 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 01 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 16 tháng 04 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2023; (2) Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả, kết hợp tiến cứu trên 45 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên mắc ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 01/2021 đến 12/2023.

**Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ cao 88,89%. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm từ 61 – 80 tuổi chiếm tỉ lệ 62,22%. Triệu chứng thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 20%. Có 97,78% trường hợp siêu âm phát hiện được u qua siêu âm. Kích thước u trên siêu âm và CT-Scan ổ bụng tương đồng 81,82%. Khối u bàng quang ở giai đoạn Ta chiếm 55,56%, độ biệt hoá G1 chiếm 62,22%. Tác dụng phụ tiểu rắt, tiểu buốt chiếm 13,33% và tác dụng phụ đau tức vùng hạ vị chiếm tỉ lệ thấp 2,22% sau khi điều trị hỗ trợ bằng Doxorubicin. Kết quả phẫu thuật: hầu hết cho kết quả tốt 95,56%, không có trường hợp đạt kết quả xấu.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đốt u bàng quang thể chưa xâm lấn cơ qua đường niệu đạo là phương pháp an toàn và nên áp dụng rộng rãi tại Cần Thơ.

**Từ khóa:** Ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ, cắt đốt nội soi, hóa trị hỗ trợ.

---

\*Tác giả liên hệ

Email: thanh@vttu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 393 302 768

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1056>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ là loại ung thư mà thương tổn còn giới hạn ở lớp niêm mạc hay màng đáy, chưa xâm lấn xuống lớp cơ, bao gồm các giai đoạn Ta, Tis, T1. Chẩn đoán ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ dựa vào những triệu chứng cơ năng, thực thể và cận lâm sàng mà trong đó quan trọng nhất là kết quả mô bệnh học. Điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ nhằm các mục đích: Loại bỏ khối u, dự phòng tái phát và phòng chống u phát triển xâm lấn [1]. Phẫu thuật cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo là điều trị chuẩn cho các ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ. Phương pháp này có một vai trò hết sức quan trọng vì có thể lấy trọn tổn thương nhìn thấy được có thể điều trị khỏi bệnh cho bệnh nhân mà bảo tồn được cơ quan cho cơ thể. Mục đích điều trị là lấy đi toàn bộ mô bướu đại thể nhằm làm sạch bướu và định chính xác giai đoạn để có chẩn đoán và tiên lượng điều trị bệnh chính xác. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng phương pháp điều trị này tại địa bàn Thành phố Cần Thơ. Nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ tại Cần Thơ”, với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2023.
2. Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2023.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả kết hợp tiến cứu.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên mắc ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 01/2021 đến 12/2023.

**2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2021 đến 12/2023.

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu.

p: tỉ lệ kết quả sớm sau điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi. Dựa vào nghiên cứu của tác giả Lê Đình Khánh và cộng sự [2] có 93,9% trường hợp đạt kết quả tốt do đó chọn p là 0,939.

d: sai số cho phép, chọn  $d=0,07$ .

Z: trị số từ phân phối chuẩn.

$\alpha$ : mức ý nghĩa, chọn  $\alpha= 0.05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

Từ đó tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 44,9. Với kỳ vọng có kết quả tương tự, chúng tôi cần ít nhất chọn cỡ mẫu là 45.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành thu thập số liệu trên những bệnh nhân thỏa những tiêu chuẩn trên từ lúc bắt đầu nghiên cứu đến khi kết thúc.

### 2.5. Nội dung nghiên cứu

1. *Đặc điểm chung:* Tuổi, giới tính, nghề nghiệp.

2. *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân:* Lý do vào viện, triệu chứng thiếu máu, đặc điểm của u qua siêu âm, đặc điểm của u qua CT-Scan ổ bụng.

3. *Đánh giá kết quả điều trị sớm:* Biểu chứng sau khi phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, tác dụng phụ của điều trị hỗ trợ bằng doxorubicin, đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn Nguyễn Kỳ [3].

- Kết quả tốt:

- Phẫu thuật cắt hết u nhìn thấy được theo đánh giá của phẫu thuật viên.

- Phẫu thuật an toàn, không có tai biến.

- Không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Kết quả khá:

- Phẫu thuật cắt hết u nhìn thấy được theo đánh giá của phẫu thuật viên.

- Có tai biến chảy máu trong phẫu thuật nhưng xử trí được bằng nội soi không phải chuyển phương pháp. Hoặc chảy máu sau phẫu thuật nhưng điều trị được bằng nội khoa.



- Có nhiễm khuẩn đường tiết niệu được điều trị khỏi. nghĩa thống kê 95%.

- Kết quả xấu:

- Không cắt hết u phải chuyển phẫu thuật mở.
- Có tai biến thủng bàng quang hoặc chảy máu trong phẫu thuật phải chuyển phẫu thuật mở.
- Chảy máu sau phẫu thuật không điều trị được bằng nội khoa, phải can thiệp ngoại khoa cầm máu.

## 2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được ghi nhận lại, nhập liệu và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. Sử dụng kiểm định c2 để xác định mối liên quan giữa 2 biến nhị phân với ngưỡng ý

## 2.7. Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

**Bảng 1. Chất thải rắn y tế phát sinh được phân loại ban đầu (n =200)**

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	0	0
	41 - 60	11	28,89
	61 - 80	29	62,22
	> 80	5	8,89
Giới tính	Nam	40	88,89
	Nữ	5	11,11
Nghề nghiệp	Nông dân	28	62,22
	Công nhân	4	8,89
	Nhân viên văn phòng	2	4,44
	Nhóm khác	11	24,44

**Nhận xét:** Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm từ 61 – 80 tuổi chiếm tỉ lệ 62,22%. Nam giới chiếm tỷ lệ cao 88,89%. Nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là

nông dân chiếm tỷ lệ 62,22%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân

**Bảng 2. Lý do vào viện**

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiểu máu	33	73,33
Rối loạn tiểu tiện: tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu khó	7	15,56
Đau hạ vị	2	4,44
Không có triệu chứng: phát hiện tình cờ hoặc khám sức khỏe	3	6,67

**Nhận xét:** Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì lý do tiêu bệnh nhân đi khám kiểm tra sức khỏe và tình cò phát máu chiếm tỷ lệ 73,33%. Có 7 bệnh nhân vào viện vì hiện u chiếm tỷ lệ 6,67%. triệu chứng của đường tiêu như tiêu buốt, tiêu khó. 3

**Bảng 3. Triệu chứng thiếu máu**

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không thiếu máu	36	80
Thiếu máu mức độ nhẹ	9	20
Thiếu máu mức độ trung bình	0	0
Thiếu máu mức độ nặng	0	0

**Nhận xét:** Nghiên cứu ghi nhận có 9 trường hợp bệnh nhân có thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 20%.

**Bảng 4. So sánh kích thước khối u giữa siêu âm và CT-Scan ổ bụng**

Nội dung		Kích thước u qua siêu âm		Tổng
		< 3cm	≥ 3 cm	
Kích thước u qua CT-Scan	< 3cm	32	5	37
	≥ 3 cm	3	4	7
Tổng		35	9	44

**Nhận xét:** Có 97,78% trường hợp siêu âm phát hiện Scan tương đồng 81,82%.

được u qua siêu âm. Kích thước u trên siêu âm và CT-

### 3.3. Đánh giá kết quả điều trị sớm

**Bảng 5. Biến chứng sau khi phẫu thuật**

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng hậu phẫu	2	4,44
Không biến chứng	43	95,56
Chảy máu sau mổ	2	4,44
Nhiễm khuẩn niệu	0	0
Thủng bàng quang	0	0

**Nhận xét:** Hầu hết trong thời gian hậu phẫu, các trường hợp đều không ghi nhận biến chứng, chỉ có 2 trường

hợp ghi nhận chảy máu sau mổ vào ngày hậu phẫu 1 chiếm tỷ lệ 4,44%.



**Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật**

Giải phẫu bệnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn	PTa	25	55,56
	PT1	20	44,44
Độ biệt hóa	G1	28	62,22
	G2	9	20
	G3	8	17,78

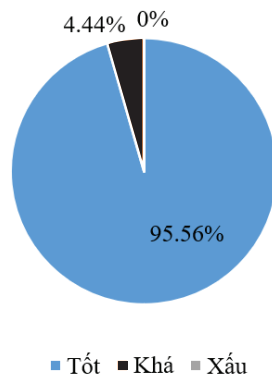
**Nhận xét:** Khối u bàng quang trong nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn Ta chiếm 55,56%. Độ biệt hoá chủ yếu là G1 chiếm 62,22%.

**Bảng 7. Tác dụng phụ của điều trị hỗ trợ bằng Doxorubicin**

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không	38	84,44
Tiểu rắt, tiểu buốt	6	13,33
Đau tức vùng hạ vị	1	2,22

**Nhận xét:** Chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp gặp tác dụng phụ sau khi sử dụng Doxorubicin chiếm tỉ lệ 15,55%. Tác dụng phụ tiểu rắt, tiểu buốt chiếm 13,33%. Tác dụng phụ đau tức vùng hạ vị chiếm tỉ lệ thấp 2,22%.

**Biểu đồ 1. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật**



**Nhận xét:** Phần lớn các trường hợp đều đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 95,56%. Không có trường hợp nào đạt kết quả xấu.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 45 bệnh nhân được

chẩn đoán xác định ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ bàng giải phẫu bệnh với nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm từ 61 – 80 tuổi. Theo Trần Lê Linh Phương và cộng sự (2011) nghiên cứu 89 bệnh nhân ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh có tuổi trung bình là 62 tuổi [4]. Hứa Văn Đức (2015) nghiên cứu 131 bệnh nhân ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong đó tuổi trung bình



là 59,82 tuổi, tuổi thấp nhất là 27 tuổi và tuổi cao nhất là 88 tuổi [5]. Về nhóm tuổi, nhóm từ 61-80 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao, cụ thể chiếm 62,22%. Do đó, theo ý kiến của nhóm nghiên cứu, khi bác sĩ khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư bàng quang, cần tập trung vào thăm khám cho bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi này, đặc biệt là những bệnh nhân có triệu chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỷ lệ cao 88,89%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước và đều cho thấy nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới. Theo Nguyễn Công Tâm (2019), tỉ lệ nam/nữ là 3,88/1 (31/8) [6]. Theo Hà Mạnh Cường (2021), tỉ lệ này là 3,54/1 (46/13) [7]. Theo Lê Đình Khánh (2012), tỉ lệ nam/nữ là 3,71/1 [8]. So với một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, Babjuk. M và cộng sự (2022) thấy tỉ lệ nam/nữ là 4,1/1 [9]. Hai yếu tố chính được nghiên cứu dẫn đến sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 giới là: sự khác nhau về tỉ lệ hút thuốc lá và phơi nhiễm với các tác nhân gây ung thư ở nam và nữ; và sự khác biệt trong các yếu tố sinh học và hormone giữa hai giới.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là nông dân chiếm tỷ lệ 62,22%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Công Tâm (2019) với 61,5% bệnh nhân là nông dân, lao động chân tay [6]. Nghiên cứu của Mai Công Lợi (2014) cũng ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân là nông dân là 51,6% [9]. Phần lớn các bệnh nhân này đều sử dụng các loại hóa chất bảo vệ thực vật trong nông nghiệp và đây có thể là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ bệnh.

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân vào viện chủ yếu vì lý do tiểu máu chiếm tỷ lệ 73,33%. Triệu chứng tiểu máu của bệnh nhân ghi nhận được là tiểu máu toàn bãi, đột ngột và theo từng đợt. Một số bệnh nhân có cả máu đông trong lòng bàng quang nên khi nội soi phải bơm rửa mới có thể khảo sát được u. Ngoài ra, có 15,56% tổng số bệnh nhân vào viện vì tiểu rất, buốt, bệnh nhân không có triệu chứng chiếm 6,67% và 4,44% bệnh nhân có triệu chứng đau hạ vị. So sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ tiểu máu ghi nhận được trong các nghiên cứu của Lê Đình Khánh (2012), Hà Mạnh Cường (2021), Hứa Văn Đức (2015) với tỉ lệ lần lượt là 57,6%, 71,2%, 75,6% [5], [7], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với các nghiên cứu trên, tuy nhiên tỷ lệ thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân (2013)

với tỷ lệ là 84,2% [10]. Trong các nghiên cứu khi so sánh, chúng tôi thấy tiểu máu là lý do chiếm tỉ lệ cao nhất khiến bệnh nhân phải vào viện vì ung thư bàng quang. Khi có triệu chứng tiểu máu toàn bãi, ngoài u bàng quang, một số nguyên nhân khác có thể kể đến như ung thư thận, nhiễm trùng bàng quang. Tiểu máu là dấu hiệu điển hình nhưng không phải là tiêu chuẩn vàng trong việc xác định có phải do ung thư bàng quang hay do các nguyên nhân khác mà cần dựa vào tiêu chuẩn mô bệnh học [6]. Về triệu chứng thực thể, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận triệu chứng nào qua thăm khám và cũng không ghi nhận sốt hay sụt cân trên bệnh nhân. Điều này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu cũng ghi nhận có thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 20% tổng số bệnh nhân. Lý giải cho vấn đề này, chúng tôi nhận định nguyên nhân do bệnh nhân tiểu máu dẫn đến thiếu máu nhẹ.

Siêu âm phát hiện hầu hết các trường hợp có bướu bàng quang chiếm 97,78%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Khánh là 93,9% [2]. Qua đây chúng ta có thể thấy siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán u bàng quang. Kích thước u trên siêu âm và CT-Scan ổ bụng tương đồng 81,82%. Sự chênh lệch này có thể đến từ yếu tố chủ quan trong việc đánh giá kích thước u giữa bác sĩ siêu âm và bác sĩ đọc CT-Scan ổ bụng.

#### **4.3. Đánh giá kết quả điều trị sớm**

Trong thời gian hậu phẫu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp chảy máu sau phẫu thuật vào ngày hậu phẫu thứ nhất chiếm tỉ lệ 4,44%, các bệnh nhân này đều được xử trí nội khoa thành công bằng tiêm thuốc cầm máu, bơm rửa bàng quang, ròng nước. Các trường hợp này có thời gian hậu phẫu dài hơn các bệnh nhân khác. Hà Mạnh Cường (2021) ghi nhận 5/59 bệnh nhân có chảy máu sau phẫu thuật và được xử trí thành công bằng nội khoa [7]. Nguyễn Công Tâm (2019) ghi nhận 4 bệnh nhân có chảy máu trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỉ lệ 10,2% [6]. Không có trường hợp thủng bàng quang. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật.

Theo tác giả Lê Đình Khánh và các cộng sự (2012) ghi nhận 51,5% trường hợp có độ xâm lấn Ta, phần lớn các trường hợp có độ biệt hoá cao G1 chiếm tỉ lệ 54,5% [8]. Hà Mạnh Cường (2021) ghi nhận 52% các trường hợp có độ xâm lấn Ta, 47,5% trường hợp có độ biệt hoá G1 và 25,4% trường hợp có độ biệt hoá G3 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, về mức độ xâm lấn ghi nhận xâm lấn Ta chiếm tỉ lệ 55,56%, xâm lấn T1 chiếm tỉ lệ



44,44%. Đối với mức độ biệt hoá phần lớn các trường hợp có độ biệt hoá G1 chiếm tỉ lệ 62,22%. Như vậy, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp có triệu chứng sau bơm bằng quang bằng Doxorubicin chiếm tỉ lệ 15,56%. Theo tác giả Lê Đình Khánh (2012) ghi nhận 6/29 trường hợp có biểu hiện sau bơm Doxorubicin [8]. Nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) ghi nhận 13,6% trường hợp bệnh nhân có tiêu gút buốt, có đến 9 trường hợp bệnh nhân đau tức vùng hạ vị chiếm tỉ lệ 15,3% và 3,4% trường hợp bệnh nhân có tiêu máu [7]. Tác dụng phụ do sử dụng Doxorubicin bơm vào bàng quang là ở mức chấp nhận được. Bệnh nhân cần được giải thích kĩ càng về nguy cơ có thể xảy ra trước khi sử dụng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỉ lệ 95,56% và đạt kết quả khá chiếm tỉ lệ 4,44%, các trường hợp khá là những bệnh nhân có chảy máu sau mổ vào ngày hậu phẫu 1 và được điều trị thành công bằng nội khoa. Lê Đình Khánh (2012) ghi nhận 93,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt, không có trường hợp có kết quả xấu [8]. Theo tác giả Hà Mạnh Cường (2021) cũng ghi nhận 91,5% bệnh nhân có kết quả tốt và không có trường hợp nào đạt kết quả xấu [7]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tốt cao hơn các nghiên cứu trên do phẫu thuật viên bệnh viện chúng tôi có nhiều kinh nghiệm trong điều trị ung thư bàng quang và quá trình chăm sóc hậu phẫu được y bác sĩ thực hiện chu đáo.

## 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đốt u bàng quang thể chưa xâm lấn cơ qua ngã niệu đạo là phương pháp an toàn và khả thi. Hoá trị tại chỗ sau mổ bằng doxorubicin cho thấy an toàn, dễ thực hiện. Cần áp dụng rộng rãi phương pháp điều trị này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Marko B, Maximilian B, Otakar C et al., European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (Ta, T1, and Carcinoma in Situ), European Urology, 81(1), 2022, pp. 75-91.

- [2] Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng, Đoàn Quốc Huy và cộng sự, Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16(3), 2012, tr. 283-288.
- [3] Nguyễn Kỳ, Góp phần nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u nông ở bàng quang bằng phương pháp cắt nội soi, Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y - Dược, Học viện Quân y, 1993.
- [4] Trần Lê Linh Phương, Nguyễn Minh Quang, Vũ Hồng Thịnh và cộng sự, Điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Đại học Y Dược, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15(1), 2011, tr. 175-178.
- [5] Hứa Văn Đức, Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo, Trường Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên, 2015.
- [6] Nguyễn Công Tâm, Kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Trường Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên, 2019.
- [7] Hà Mạnh Cường, Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại Bệnh viện Việt Đức, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2021.
- [8] Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng, Đoàn Quốc Huy và cộng sự, Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16(3), 2012, tr. 283-288
- [9] Mai Công Lợi, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị u bàng quang thể nông tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2013 - 2014, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ, 2014.
- [10] Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Minh Quang, Nguyễn Ngọc Châu và cộng sự, Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư bàng quang nông bằng cắt đốt qua ngã niệu đạo với Thulium YAG Laser, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 17(3), 2013, tr. 235-240.