

nhóm dự phòng tụt huyết áp bằng ephedrin truyền liên tục trong nghiên cứu của Trần Minh Long, pH = 7,27 khi dùng ephedrin điều trị tụt huyết áp của D.G. Thomas^{7,8}. Như vậy truyền tĩnh mạch noradrenalin liên tục để dự phòng tụt huyết áp trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai là an toàn cho thai nhi, và có pH cao hơn so với dùng ephedrine là thuốc điều trị tụt HA phổ biến nhất hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Hai liều truyền tĩnh mạch noradrenalin 0,05 µg/kg/phút và 0,075 µg/kg/phút có hiệu quả làm giảm sự tụt huyết áp sau gây tê tủy sống trong mổ lấy thai hơn liều 0,025 µg/kg/phút. Liều 0,075 µg/kg/phút có thể gây tăng huyết áp. Không có sự khác biệt về tỉ lệ tần số tim chậm, buồn nôn và nôn, kết quả trên trẻ sơ sinh giữa ba nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kinsella SM, Carvalho B, Dyer RA, et al.** International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesthesia*. 2018;73(1):71-92. doi:10.1111/anae.14080
2. **Ngan Kee WD, Lee SWY, Ng FF, Tan PE, Khaw KS.** Randomized double-blinded comparison of norepinephrine and phenylephrine for maintenance of blood pressure during spinal anesthesia for cesarean delivery. *Anesthesiology*. 2015;122(4):736-745. doi:10.1097/ALN.0000000000000601
3. **Hasanin AM, Amin SM, Agiza NA, et al.** Norepinephrine Infusion for Preventing Postspinal Anesthesia Hypotension during Cesarean Delivery: A Randomized Dose-finding Trial. *Anesthesiology*. 2019;130(1):55-62. doi:10.1097/ALN.0000000000002483
4. **Nguyễn Văn Minh.** Đánh Giá Ảnh Hưởng Lên Huyết Động Đo Bằng EsCCO Của Truyền Dịch Keo so Với Dịch Tinh Thể Cùng Lúc Gây Tê Tủy Sống Để Mổ Lấy Thai. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2020.
5. **Ngan Kee WD, Lee SWY, Ng FF, Khaw KS.** Prophylactic Norepinephrine Infusion for Preventing Hypotension During Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery. *Anesth Analg*. 2018;126(6):1989-1994. doi:10.1213/ANE.0000000000002243
6. **Chen Y, Zou L, Li Z, et al.** Prophylactic norepinephrine infusion for postspinal anesthesia hypotension in patients undergoing cesarean section: A randomized, controlled, dose-finding trial. *Pharmacotherapy*. 2021;41(4):370-378. doi:10.1002/phar.2514
7. **Trần Minh Long.** Nghiên cứu ảnh hưởng trên huyết động của phenylephrin trong xử trí tụt huyết áp khi gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2019.
8. **Thomas DG, Robson SC, Redfern N, Hughes D, Boys RJ.** Randomized trial of bolus phenylephrine or ephedrine for maintenance of arterial pressure during spinal anaesthesia for Caesarean section. *Br J Anaesth*. 1996;76(1):61-65. doi:10.1093/bja/76.1.61

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG CHƯA XÂM LẤN CƠ: KẾT HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI EN-BLOC VÀ BƠM GEMCITABINE NỘI BÀNG QUANG BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Đỗ Duy Tùng¹, Đỗ Xuân Hùng¹, Phạm Thị Ngọc¹,
Hà Tuấn Đông¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹,
Đieu Khắc Kiên¹, Nguyễn Thị Thủy¹, Đào Thị Hải Yến¹

TÓM TẮT

Ung thư bàng quang đứng thứ 11 về tỉ lệ mắc, thứ 13 về tỉ lệ tử vong ở cả hai giới, trong đó 75-85% là ung thư bàng quang không xâm lấn cơ (non muscle invasive bladder cancer – NMIBC). Phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối u (en-bloc resection of bladder tumour – ERBT) trong điều trị ung thư bàng quang không xâm lấn cơ có nhiều ưu điểm như đạt

yêu cầu về giải phẫu bệnh, tỉ lệ sót u thấp, tỉ lệ tái phát thấp hơn so với cắt đốt nội soi tiêu chuẩn (Transurethral resection of bladder tumour). Bơm Gemcitabine nội bàng quang sau phẫu thuật là liệu pháp an toàn giúp giảm nguy cơ tái phát. Trong bài viết này chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 84 tuổi, nhập viện với triệu chứng tiểu máu, tiểu buốt. Bệnh nhân sau đó được nội soi enblock u bàng quang kết hợp hoá chất Gemcitabine nội bàng quang, theo dõi ở tháng thứ 9 chưa thấy dấu hiệu tái phát [1], [4].

Từ khóa: Enblock, ERBT, u bàng quang, gemcitabine

SUMMARY

TREATMENT OF NON-INVASIVE BLADDER CANCER: COMBINATION OF EN- BLOC

¹Trung tâm y tế huyện Phù Ninh, Phú Thọ
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Duy Tùng
Email: dotungdhy@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022
Ngày duyệt bài: 21.12.2022

RESECTION BLADDER TUMOR AND INTRAVESICAL GEMCITABINE : A CASE REPORT

Bladder cancer ranks 11th in incidence and 13th in mortality in both sexes, of which 75-85% is non-muscle invasive bladder cancer (NIMBC). En-bloc resection of bladder tumor (ERBT) in the treatment of bladder cancer without muscle invasion has many advantages such as satisfactory pathology, low tumor survival rate, the recurrence rate is lower than standard endoscopic resection (Transurethral resection of bladder tumor). Gemcitabine intravesical pump after surgery is a safe therapy to reduce the risk of recurrence. In this article, we report the case of an 84 year old male patient, admitted to the hospital with symptoms of hematuria and dysuria. The patient then underwent endoscopy to enblock the bladder tumor combined with intravesical gemcitabine, followed up at the 9 month with no sign of recurrence.

Keywords: Enblock, ERBT, Bladder tumor, gemcitabine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các bệnh nhân ung thư bàng quang mới được chẩn đoán, có 75-85% là ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ. Cắt u bàng quang nội soi và hoá trị nội bàng quang là điều trị chuẩn cho ung thư bàng quang giai đoạn này. Trong nhiều năm qua, phương pháp cắt đốt nội soi u bàng quang qua đường niệu đạo (Transurethral resection of bladder tumor- TURBT) bằng điện đơn cực được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, tuy nhiên phương pháp này có những hạn chế như reo rắc tế bào ung thư, nhiều khi không chọn được mẫu mô đạt chất lượng do bấu đã bị cắt vụn do mô bấu đã bị cắt vụn dẫn đến khó khăn cho việc chẩn đoán giai đoạn bệnh. Nhằm khắc phục những nhược điểm đó, nhiều tác giả đã thực hiện phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối u (en-bloc resection of bladder tummor – ERBT) cho kết quả tốt. Bacille Calmette – Guérin (BCG) được coi là hoá chất nội bàng quang tiêu chuẩn nhằm ngăn ngừa u tái phát sau phẫu thuật. Tuy nhiên Gemcitabine có thể là phương thức thay thế có hiệu quả tương tự với tác dụng phụ ít hơn [1], [3], [7], [8].

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 84 tuổi tiền sử tăng huyết áp, nhập viện tại khoa Ngoại – TTYT Huyện Phù Ninh với triệu chứng tiểu máu, tiểu buốt ngày thứ 3. Khám lâm sàng thấy:

Toàn thân: Bệnh nhân tỉnh, niêm mạc hồng. Mạch 80l/p, HA 120/70mmhg, nhiệt độ 37,2 độ C

Cơ năng: Tiểu buốt, tiểu máu toàn bãi. Không đau bụng.

Thực thể: Bụng mềm. Không có cầu bàng quang. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường

Các kết quả cận lâm sàng chính:

Công thức máu: WBC: 4.9 G/l; NEUT%: 65.3%; HGB: 139.0 G/l; HCT: 42.5 %; PLT: 165 x109/l

Đông máu: Thời gian PT: 81%; Thời gian APTT: 32.6s .

Tổng phân tích nước tiểu: BIL (Bilirubin): Large; KET: 80 mg/dL; SG (Tỷ trọng): 1.01.; BLO (Hồng cầu): Large; PH: 8.5.; PRO (Protein): >=300 mg/dL; UBG (Urobilinogen): 0.2 E.U./dL; LEU (Bạch cầu): Large** LEU/UL

Siêu âm hệ tiết niệu: Hình ảnh máu cục bàng quang, nang hai thận, phì đại tuyến tiền liệt

Cắt lớp vi tính hệ tiết niệu: Hình ảnh máu cục bàng quang, nang hai thận, phì đại tuyến tiền liệt

Chẩn đoán: TD Viêm bàng quang xuất huyết chưa loại trừ u bàng quang.

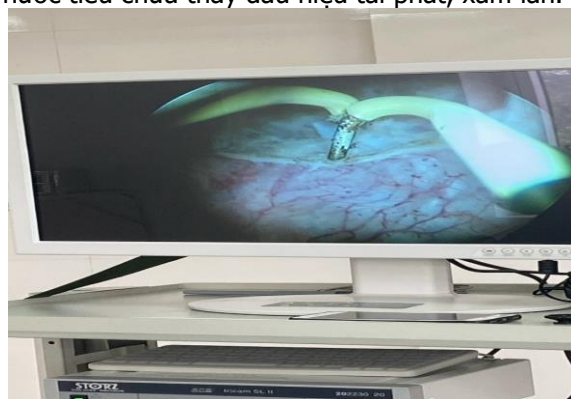
Bệnh nhân được xử trí đặt sonde Foley 03 càn truyền rửa bàng quang, truyền dịch, kháng sinh, cầm máu, nội soi bàng quang chẩn đoán

Trong quá trình soi bàng quang, phát hiện 03 khối u bàng quang, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật enblock bằng dao điện đơn cực.

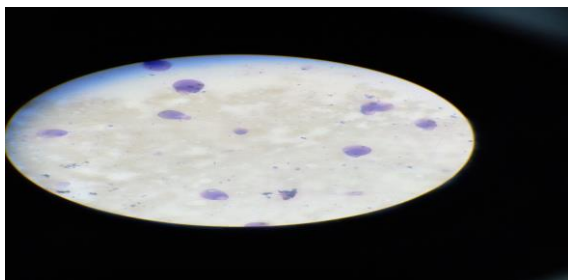
Kết quả giải phẫu bệnh: Carcinoma nú đường niệu, độ thấp, không xâm lấn cơ.

Bệnh nhân được nội soi bàng quang lần 2 (tại bệnh viện tuyến trên) vào tuần thứ 6, kết quả niêm mạc bàng quang lành tốt. không có dấu hiệu u tái phát. Nội soi bàng quang lần 3 vào tuần thứ 10, bơm 2g gemcitabine nội bàng quang. Triệu chứng tiểu buốt giảm dần sau bơm bàng quang 02 tuần.

Bệnh nhân được tái khám vào các tháng 3, 6, 9 sau phẫu thuật, được chụp cộng hưởng từ vùng bụng- tiểu khung có thuốc đối quang từ hoặc Cắt lớp vi tính bụng- tiểu khung có thuốc cản quang; Nội soi bàng quang và tế bào học nước tiểu chưa thấy dấu hiệu tái phát, xâm lấn.



Hình 1: Quá trình thực hiện enblock u bàng quang



Hình 2: Tế bào học nước tiểu (tháng thứ 9)

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi enblock u bàng quang. TURBT cổ điển mâu thuẫn với các nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật ung thư và dẫn đến sự phân tán của nhiều tế bào ung thư. Sự di chuyển của vòng cắt phía trước ảnh hưởng đến sự đánh giá chính xác các lớp của thành bàng quang. Cuối cùng, do sự phân mảnh của mô, không rõ định hướng về "lớp" của bàng quang trong quá trình cắt, mẫu mô thu được thường bị giảm giá trị chẩn đoán. Phẫu thuật nội soi enblock u bàng quang lấy nguyên khối u (tránh rạch xuyên qua u do đó tôn trọng nguyên tắc thông thường của phẫu thuật ung thư). Năng lượng có thể sử dụng laser, điện đơn cực hoặc lưỡng cực [6], [8].

Bệnh nhân của chúng tôi thực hiện bằng điện đơn cực, sử dụng dao dạng xẻ kết hợp cắt đốt điện với bóc tách cơ học nên hạn chế sử dụng dòng điện, quan sát rõ những điểm chảy máu, mẫu mô cắt được ít bị tổn thương do nhiệt. Trong lúc phẫu thuật có thể quan sát rất rõ những thớ cơ bàng quang giúp nhận định được độ sâu cần thiết, do đó đạt được yêu cầu về giải phẫu bệnh là có cơ bàng quang trong mẫu bệnh phẩm. Ngoài ra việc sử dụng dao xẻ bóc tách trước sau đó cắt mô sẽ giúp hạn chế tai biến thủng bàng quang do phản xạ thần kinh bị gây ra.

Theo nghiên cứu của Slawomir Poletajew và cộng sự (2021) sự hiện diện của lớp cơ trong bệnh phẩm ở nhóm ERBT cao hơn nhóm TURBT (91,3% so với 75,5%; $p < 0,001$); số khối u còn sót lại ít hơn ($p = 0,051$); thời gian phẫu thuật và nằm viện ngắn hơn ($p < 0,05$), thời gian sống không tái phát ở thời điểm 3 tháng cao hơn (88,4% so với 80,1%; $p = 0,027$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2021) tại bệnh viện Bình Dân, 100% trường hợp chẩn đoán được bệnh và giai đoạn bệnh ngay lần cắt đốt đầu tiên. Tiêu chí lựa chọn khối u cho ERBT vẫn chưa được xác nhận, tuy nhiên nếu sử dụng năng lượng laser có thể thực hiện kỹ thuật này đối với những khối u có đường kính lên đến 4,5-

5 cm và ở hầu như tất cả các vị trí của bàng quang [1], [6], [8].

Trong quá trình soi bàng quang, chúng tôi phát hiện 03 khối u bàng quang cụ thể: Khối 1x1 cm vị trí đáy bàng quang; khối 0,5x1 cm nằm vùng tam giác bàng quang cạnh niệu quản trái; khối 1,5x1 cm nằm vị trí cạnh niệu quản trái cách xa liên niệu quản khoảng 2 cm. Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật enblock 03 khối u trong thời gian 40 phút. Bệnh nhân hậu phẫu được tưới rửa bàng quang liên tục bằng dung dịch NaCl 0,9% trong 24 giờ.

Hoá trị nội bàng quang với Gemcitabine. Hóa trị nội bàng quang sau phẫu thuật cắt u bàng quang qua đường niệu đạo được khuyến cáo để ngăn ngừa sự tái phát của NMIBC. Nghiên cứu của Maikito Miyake và cộng sự (2021) cho rằng, với cùng 1 lần hóa trị nội bàng quang duy nhất, ERBT vượt trội hơn TURBT về tỉ lệ bệnh nhân sống không tái phát trong vòng 02 năm [5].

BCG được coi là liệu pháp điều trị tiêu chuẩn với hiệu quả cao. Tuy nhiên phần lớn bệnh nhân gặp các tác dụng phụ như viêm bàng quang, các triệu chứng giống cúm hoặc thậm chí mắc lao. Ngoài ra BCG đang thiếu hụt trên toàn cầu do gián đoạn nguồn cung, do đó việc đánh giá toàn diện về hiệu quả của các liệu pháp điều trị nội khoa khác xác định liệu pháp thay thế là rất quan trọng. Theo một nghiên cứu tổng hợp đánh giá 7 loại thuốc được sử dụng: BCG, mitomycin C, interferon, doxorubicin, epirubicin, gemcitabine, thiotepa, BCG và Gemcitabine là 2 lựa chọn tốt nhất để giảm tái phát đối với NMIBC sau phẫu thuật. Theo Rodolfo Hurlle và cộng sự (2020), Gemcitabine nội bàng quang là phương pháp điều trị hữu ích cho những bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với BCG đối với NMIBC. Theo EAU guideline, gemcitabine vượt trội hơn so với đối chứng giả dược (nước muối) với tỉ lệ độc tính thấp đáng kể; ngoài ra việc tưới nước muối liên tục 24 giờ sau phẫu thuật có hiệu quả trong việc ngăn ngừa sự tái phát sớm [2], [3], [4], [7].

Thời điểm chúng tôi thực hiện điều trị ca bệnh, chế phẩm BCG dùng cho điều trị ung thư bàng quang của viện vaxin và sinh phẩm Nha Trang đã ngừng sản xuất. Nhiều bệnh viện đầu ngành, các nhà thuốc lớn được liên hệ nhưng đều không có. Chúng tôi đã gửi bệnh nhân lên bệnh viện tuyến trên, tuy nhiên không được tiếp cận hóa trị. Kết hợp với một số lí do khác quan khác, bệnh nhân quay trở lại tái khám với chúng tôi ở tuần thứ 10 sau phẫu thuật. Sau khi trao

đổi và thống nhất với người nhà bệnh nhân, chúng tôi đã nội soi bàng quang, sử dụng laser holmium đốt tại chỗ các vị trí u đã cắt, sau đó pha 2g Gemcitabine với 100ml NaCl 0,9% lưu trong bàng quang 2 giờ, theo dõi định kỳ và thảo luận về lần bơm tiếp theo. Chúng tôi dự kiến lặp lại lần bơm thứ 2 sau lần thứ nhất 09 tháng. Theo EAU guideline, độ dài và tần suất của các lần nhỏ thuốc hóa trị lặp lại vẫn còn nhiều tranh cãi, tuy nhiên nó không được quá một năm [3].

IV. KẾT LUẬN

Kết hợp giữa ERBT và Gemcitabine nội bàng quang bổ trợ điều trị NMIBC với nhiều ưu điểm trong điều kiện thực tế, chúng tôi kì vọng sẽ giảm nguy cơ tái phát, gia tăng thời gian sống không bệnh. Đây là tiền đề để chúng tôi ứng dụng điều trị cho các bệnh nhân sau. Quá trình theo dõi, kết quả điều trị chúng tôi sẽ có trong những báo cáo sắp tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Thanh Mộng, Trần Trọng Huân (2021), "Ưu điểm phương pháp cắt đốt nội soi lấy nguyên khối bướu bàng quang bằng điện lưỡng cực", Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 25 (1) tr. 195-199.

2. M. Babjuk et al (2020), Non- muscle invasive Bladder cancer (TaT1 and CIS), EAU Guideline, pp. 22-28.
3. Team Editorial (2021), "BCG or Gemcitabine for Bladder Cancer: When Should They Be Used?", Bladdercancer.net.
4. Jun- Lin Lu et al (2020), "Efficacy of intravesical therapies on the prevention of recurrence and progression of non-muscle-invasive bladder cancer: A systematic review and network meta-analysis", Cancer medicine, 9 (21) pp. 7800-7809.
5. Makito Miyake et al (2021), "Fluorescent cystoscopy-assisted en bloc transurethral resection versus conventional transurethral resection in patients with non-muscle invasive bladder cancer: study protocol of a prospective, open-label, randomized control trial (the FLEBER study)", Biomedcentral, pp 136 .
6. Massimiliano Creta et al (2022), "En-bloc Laser Resection of Bladder Tumors: Where Are We Now?", Journal of Clinical Medicine, 11(12) pp. 3463.
7. Rodolfo Hurle et al (2020), "Intravesical gemcitabine as bladder-preserving treatment for BCG unresponsive non-muscle-invasive bladder cancer. Results from a single-arm, open-label study", BJUJ Compass, 1(4) pp. 126-132.
8. Slawomir Poletajew et al (2021), "En-bloc resection of urinary bladder tumour – a prospective controlled multicentre observational study", Video surgery and other miniinvasive techniques, 16(1) pp. 145-150.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHỚP VAI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP KHOANG DƯỚI MÒM CÙNG VAI

Lương Minh Quang¹, Nguyễn Thị Kim Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai. **Đối tượng:** Chúng tôi tiến hành đánh giá trên 30 bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai được phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong năm 2022. **Phương pháp:** tiến cứu, đánh giá trước và sau can thiệp, không có nhóm chứng, đánh giá bệnh nhân tại hai thời điểm: 3 ngày sau phẫu thuật và 1 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58.31 ± 11.7 (năm); với tỉ lệ nữ chiếm ưu thế (56.7%). Hẹp do thoái hóa không do nguyên nhân chấn thương chiếm chủ yếu (67.7%). Bệnh nhân hầu như ở mức độ đau nhẹ (90%) ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật theo

thang điểm đau VAS. Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng đạt kết quả tốt và rất tốt, sự khác biệt về điểm UCLA (thang điểm đánh giá khớp vai của Đại học California Los Angeles). **Kết luận:** Can thiệp phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngay sau phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai giúp bệnh nhân đạt được chức năng khớp vai tốt hoặc rất tốt sau thời gian nghiên cứu là 1 tháng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi khớp vai, Hẹp khoang dưới mòm cùng vai.

SUMMARY

ASSESSMENT THE EFFECT OF REHABILITATION FOR SHOULDER AFTER ARTHROSCOPIC SUBACROMIAL DECOMPRESSION

Objectives: This study aimed to evaluate the results of shoulder rehabilitation after arthroscopic subacromial decompression. **Subjects:** A total of the 30 patients with subacromial impingement syndrome who underwent arthroscopic subacromial decompression at Viet Duc Hospital in 2022. **Methods:** prospective, evaluation before and after the intervention, without a control group. We

¹Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Quang

Email: luongminhquangmda@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 13.12.2022