

## BIẾN CHỨNG SỚM SAU MỔ CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG: KINH NGHIỆM TRÊN 65 BỆNH NHÂN

Đỗ Ngọc Thế<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nhận xét các biến chứng sớm sau mổ cắt toàn bộ bàng quang và một số yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả trên các bệnh nhân ung thư bàng quang, được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 10/2017 đến 10/2020.

**Kết quả:** 65 bệnh nhân, 61 nam (93,8%) và 4 nữ (6,2%), tuổi trung bình 67,1; lượng máu mất ước tính 435 ml; tỷ lệ truyền máu trước, trong, sau mổ lần lượt là 9,2% - 44,6% và 38,5%. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ 75,4% (biến chứng nặng 10,8%). Có 42 bệnh nhân (64,6%) phải truyền máu trong/sau mổ với trung bình là 2,31 đơn vị khối hồng cầu; 2 bệnh nhân (2,4%) phải mổ lại vì biến chứng tắc ruột sau mổ; 7 bệnh nhân (10,7%) nhập viện lần 2 để điều trị bảo tồn biến chứng trong vòng 90 ngày sau mổ; tử vong 1 bệnh nhân (1,5%).

**Kết luận:** Cắt toàn bộ bàng quang là một trong những phẫu thuật nặng nề và nguy hiểm với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao.

**Từ khóa:** cắt toàn bộ bàng quang, biến chứng sớm sau mổ.

### SUMMARY

#### EARLY POST-OPERATIVE COMPLICATIONS OF RADICAL CYSTECTOMY: EXPERIENCES ON 65 CASES

**Objective:** to evaluate early postoperative complications and some prognostic factors after radical cystectomy.

**Patients and methods:** a descriptive study was performed on patients with bladder cancer treated by radical cystectomy at 108 Military Center Hospital, from October 2017 to October 2020.

**Results:** the retrospective/descriptive study included 65 patient, 61 males (93.8%) and 4 females (6.2%), with 67.1 y-o on average; estimated blood loss was 435ml, the pre-, peri- and post-operative transfusion were 9.2%, 44.6% and 38.5%, respectively. The rate of early postoperative complications was 75.4% with 10.8% of majorities. There were 42 patients (64.4%) who received 2.31 red blood cell packs on average peri- and postoperatively; 2 patients (2.4%) had to be reoperated due to small bowel obstruction; 7 patients (10.7%) readmitted to manage conservatively 90-day postoperative complications; 1 patient died (1.5%)

**Conclusion:** Radical cystectomy is one of the most complex operations with the high rate of morbidity and mortality.

**Keywords:** radical cystectomy, early postoperative complication.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hơn 50 năm qua, phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu nước tiểu là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho những

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Liên hệ tác giả: Đỗ Ngọc Thế.

Email: dongocthe@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25/5/2021

Ngày phản biện: 10/7/2021

Ngày duyệt bài: 31/7/2021

bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ hoặc ung thư bàng quang nông nguy cơ cao.

Cắt toàn bộ bàng quang thường được thực hiện trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi và có nhiều bệnh nền kết hợp. Thời gian mổ kéo dài trung bình từ 4 đến 7 giờ đồng hồ, thời gian điều trị hậu phẫu thường từ 1 đến 3 tuần sau đó. Sự phức tạp của phẫu thuật cùng với các bệnh lý nền phối hợp dẫn tới tỷ lệ biến chứng hiện nay còn ở mức rất cao 29 - 68% và tỷ lệ tử vong 1 - 10% [1], [2].

Những năm gần đây, phương pháp mô tả, phân loại và xử lý tai biến biến chứng trong ngoại khoa nói chung dần dần được thống nhất, trong đó hệ thống phân loại của Clavien-Dindo được áp dụng phổ biến, với thời gian xác định biến chứng sớm đối với cắt toàn bộ bàng quang kéo dài tới 90 ngày sau mổ [1],[3].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các tai biến-biến chứng sớm và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan trên loạt bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang điều trị ung thư bàng

quang tại khoa Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thời gian nghiên cứu từ 10/2017 đến 10/2020.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang, hàng loạt ca bệnh.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu chính:

. Tai biến trong mổ.

. Biến chứng (sớm) sau mổ trong vòng 3 tháng.

. Các yếu tố bệnh nhân liên quan đến tai biến-biến chứng: tuổi, giới, chỉ số ASA, bệnh lý phối hợp, tiền sử.

. Các yếu tố phẫu thuật liên quan đến tai biến-biến chứng: thời gian mổ, kiểu chuyển lưu nước tiểu.

. Tử vong.

- Quy trình phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang:

. Nam giới: cắt bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 túi tinh; nữ giới: cắt bàng quang, tử cung, buồng trứng 2 bên.

. Nạo hạch chậu bịt 2 bên.

. Chuyển lưu nước tiểu: trực tiếp ra da, túi chứa không kiểm soát bằng hồi tràng kiểu Bricker, bàng quang tân tạo từ hồi tràng.

- Sử dụng bảng phân loại tai biến biến chứng theo Clavien-Dindo cho phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang [4].

**Bảng 1. Phân độ tai biến-biến chứng theo Clavien-Dindo cho phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang**

Phân độ	Mô tả
Độ I	Tổn thương thần kinh sinh dục đui Chạm liền vết thương Liệt ruột cơ năng
Độ II	Viêm phổi Rò niệu điều trị nội khoa bảo tồn Mất máu phải truyền máu Nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch

Độ IIIa	Tụ dịch/áp xe, điều trị bằng chọc dẫn lưu qua da Tổn thương niệu quản, đặt stent xuôi dòng
Độ IIIb	Hẹp các miệng nối phải mổ lại Tổn thương trực tràng Tắc ruột non phải can thiệp ngoại khoa
Độ IVa	Suy thận - suy chức năng 1 tạng
Độ IVb	Suy đa tạng

(Nguồn: Myatt A. et al. (2012) [4])

- **Xử lý số liệu:** các số liệu được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn; so sánh 2 số trung bình bằng test t-student với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ ; thống kê sử dụng chương trình SPSS 20.0 for Mac.

- **Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức Bệnh viện TỰ QUỠ 108.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân ung thư bàng quang, trong đó 61 nam (93,8%) và 4 nữ (6,2%), với tuổi trung bình:  $67,1 \pm 9,5$  tuổi (44 – 87). Tỷ lệ BN có chỉ số ASA 1-2-3 tương ứng lần lượt là 50,8% - 40% - 9,2%. Lượng máu mất ước tính là  $435 \pm 183$  ml (50 - 750) với tỷ lệ truyền máu

trước, trong, sau mổ lần lượt là 9,2% - 44,6% và 38,5%. Có 42 bệnh nhân phải truyền máu trong/sau mổ với số đơn vị khối hồng cầu truyền trung bình là  $2,31 \pm 1,1$  đơn vị (1 – 6) (1 đơn vị khối hồng cầu có thể tích 350ml). Ngày điều trị trung bình sau mổ là  $15,7 \pm 9$  ngày (7 – 58).

Có 2 bệnh nhân (2,4%) phải mổ lại vì biến chứng (đều do tắc ruột sau mổ, trong thời gian hậu phẫu); 7 bệnh nhân (10,7%) nhập viện lần 2 để điều trị biến chứng trong vòng 90 ngày sau mổ, điều trị bảo tồn.

Không có trường hợp nào tử vong trong mổ; có 1 bệnh nhân tử vong trong thời gian hậu phẫu do biến chứng (1,5%).

Thời gian theo dõi trung bình tính đến thời điểm nghiên cứu là 17,1 tháng (4,3 – 39,3 tháng) (n = 64) (trừ 1 bệnh nhân tử vong trong thời gian hậu phẫu).

**Bảng 2. Bảng tổng hợp tai biến-biến chứng sớm theo Clavien-Dindo (n = 65)**

Phân độ	Tai biến-biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ % trên tổng số biến chứng	Tỷ lệ % trên tổng số bệnh nhân
Độ I	Nang bạch huyết	2	2,4	3,0
	Nhiễm khuẩn vết mổ	6	7,2	9,2
	Tắc thông niệu quản	1	1,2	1,5
	Sốt nhiễm khuẩn niệu	13	15,7	20
	Liệt ruột cơ năng	1	1,2	1,5
Độ II	Bán tắc ruột	6	7,2	9,2
	Truyền khối hồng cầu	42	50,6	64,6

	Truyền $\geq 4$ đơn vị (*)	5	6,0	7,6
	Rò BQTT ra da	2	2,4	3,0
	Rò miệng nối BQTT-NĐ	1	1,2	1,5
	Viêm phổi	1	1,2	1,5
Độ IIIa	Không có	0	0	0
Độ IIIb	Tắc ruột, can thiệp ngoại khoa	2	2,4	3,0
	Rò trực tràng – âm đạo	1	1,2	1,5
Độ IVa	Nhiễm khuẩn huyết	3	3,6	4,6
	Xuất huyết tiêu hoá	1	1,2	1,5
Độ IVb	Sốc nhiễm khuẩn	1	1,2	1,5
	<b>Tổng số</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	

BQTT – bàng quang tân tạo; NĐ – niệu đạo

(\*): trong tổng số bệnh nhân truyền khối hồng cầu

**Nhận xét:** biến chứng thường gặp nhất là mất máu phải truyền máu (trong và sau mổ) chiếm tỷ lệ tới 50,6%; ngoài ra sốt nhiễm khuẩn niệu, liệt ruột kéo dài, nhiễm khuẩn vết mổ hay gặp hơn trong các biến chứng còn lại với tỷ lệ lần lượt là 15,7% - 8,4% và 7,2%.

**Bảng 3. Bảng phân bố tổng số biến chứng sớm (n = 65)**

Số biến chứng trên 1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số lượng biến chứng	Tỷ lệ %
Không có	16	0	24,6
1 biến chứng	22	22	33,8
2 biến chứng	22	44	33,8
3 biến chứng	3	9	4,6
4 biến chứng	2	8	3,1
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** tỷ lệ 75,4% bệnh nhân xuất hiện biến chứng sớm sau mổ với tổng số 81 biến chứng; số bệnh nhân xuất hiện 1 và 2 biến chứng chiếm tỷ lệ chủ yếu; tần suất xuất hiện biến chứng sớm trên 1 bệnh nhân (tính chung cho cả nhóm) là  $83/65 = 1,28$ .

**Bảng 4. Bảng phân bố biến chứng sớm mức độ nhẹ (n = 65)**

Số biến chứng trên 1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số lượng biến chứng	Tỷ lệ %
Không có	20	0	30,8
1 biến chứng	20	20	30,8
2 biến chứng	21	42	32,3
3 biến chứng	3	9	4,6
4 biến chứng	1	4	1,5
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** số bệnh nhân xuất hiện 1 và 2 biến chứng mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ chủ yếu (33,8% và 30,8%); tần suất xuất hiện biến chứng sớm mức độ nhẹ trên 1 bệnh nhân (tính chung cho cả nhóm) là  $75/65 = 1,15$ ; tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng mức độ nhẹ là 69,2%.

**Bảng 5. Bảng phân bố biến chứng sớm mức độ nặng (n = 65)**

Số biến chứng trên 1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số lượng biến chứng	Tỷ lệ %
Không có	58	0	89,2
1 biến chứng	6	6	9,3
2 biến chứng	1	2	1,5
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** có 6 bệnh nhân xuất hiện 1 biến chứng nặng, 1 bệnh nhân có 2 biến chứng nặng; tần suất xuất hiện biến chứng sớm mức độ nặng trên 1 bệnh nhân (tính chung cho cả nhóm) là  $8/65 = 0,12$ ; tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng nặng là 10,8%.

**Bảng 6. Liên quan giới tính với biến chứng (n = 65)**

Giới	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
Nam	61	$1,23 \pm 0,12$	0,13
Nữ	4	2	

**Nhận xét:** số lượng biến chứng trên một bệnh nhân ở nam (1,23) thấp hơn ở nữ giới (2), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 7. Liên quan tuổi với biến chứng (n = 65)**

Tuổi	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
< 70	40	$1,13 \pm 0,99$	0,11
$\geq 70$	25	$1,52 \pm 0,96$	

**Nhận xét:** tần suất xuất hiện biến chứng ở nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi thấp hơn nhóm bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên.

**Bảng 8. Liên quan ASA với biến chứng (n = 65)**

Chỉ số ASA	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
ASA 1	33	$1,09 \pm 1,04$	0,29
ASA 2	26	$1,5 \pm 0,94$	
ASA 3	6	$1,33 \pm 0,81$	

**Nhận xét:** Chỉ số ASA trước mổ không liên quan đến tần suất xuất hiện biến chứng sau mổ.

**Bảng 9. Liên quan loại chuyển lưu với biến chứng (n = 65)**

Kiểu chuyển lưu	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
Đưa NQ ra da	17	1,06 ± 0,96	0,18
Túi Bricker	31	1,19 ± 0,91	
Tạo hình BQ mới	17	1,65 ± 1,11	

**Nhận xét:** kỹ thuật chuyển lưu càng phức tạp thì tần suất xuất hiện biến chứng sau mổ càng tăng.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Nhận xét các biến chứng sớm sau mổ cắt toàn bộ bàng quang

Cắt toàn bộ bàng quang là phẫu thuật khó đối với phẫu thuật viên và nặng nề cho bệnh nhân; thời gian mổ kéo dài, trường mổ rộng, tiếp cận với các mạch máu lớn và toàn bộ ổ bụng... bên cạnh đó bệnh nhân thường tuổi cao và có bệnh lý nền kết hợp, khiến cho nguy cơ xảy ra các tai biến-biến chứng sau mổ rất cao. Nhiều nghiên cứu gần đây thống kê cho thấy tỷ lệ biến chứng vẫn còn ở 29 – 68% và tỷ lệ tử vong 1 – 10% [1],[2].

Novara và cộng sự (2009) hồi cứu trên 358 bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang cho thấy có 110 bệnh nhân (31%) ngay sau mổ được điều trị ở khu Hồi sức tích cực trong thời gian trung bình 3 ngày (2 – 5 ngày); trong thời gian hậu phẫu, có tới 35 trường hợp (10%) phải mổ lại vì các biến chứng sau mổ; tổng số 231 biến chứng được thống kê xảy ra ở 174 bệnh nhân (49%) với tần suất 0,64 biến chứng/bệnh nhân; tỷ lệ tử vong trong vòng 3 tháng sau mổ là 3% [5].

Schiavina và cộng sự (2013) thống kê trong vòng 3 tháng sau mổ cắt bàng quang trên 404 bệnh nhân, thấy có tổng số 296 biến chứng xảy ra trên 209 bệnh nhân (tỷ lệ 51,7%; xác suất xảy ra biến chứng là 0,73), tỷ lệ tử vong 4,5% [6].

Báo cáo từ Thụy Điển năm 2013 do

Jerlström và cộng sự tổng hợp trên 435 ca mổ cắt toàn bộ bàng quang cho thấy trong vòng 3 tháng sau mổ, tỷ lệ tử vong là 4% (12 bệnh nhân) và tỷ lệ biến chứng chung là 36% (103 bệnh nhân) (chưa tính 51% phải truyền máu trong mổ với trung bình 3 đơn vị/trường hợp) [7].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn cũng như xác suất xảy ra biến chứng cũng cao hơn so với các tác giả được tham khảo (75,4% và 1,28; Bảng 3); tuy nhiên có tỷ lệ tử vong thấp hơn (1,5%).

Theo phân độ Clavien-Dindo, các biến chứng nhẹ bao gồm độ I và II, các biến chứng nặng gồm độ III-IV và V [4],[5],[6].

##### Các biến chứng nặng, tử vong

Novara và cộng sự (2009) thống kê có 231 biến chứng xảy ra ở 174 trường hợp trên tổng số 358 bệnh nhân (49%) nghiên cứu; biến chứng nặng (13%) bao gồm: 27 bệnh nhân (7%) độ 3 (mổ lại do toác cân cơ vết mổ, nang giả niệu, rò nước tiểu), 12 bệnh nhân (3%) độ 4 (nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, mổ lại do rò tiêu hoá) và 11 bệnh nhân (3%) tử vong trong vòng 3 tháng sau mổ (4 bệnh nhân suy đa tạng sau mổ rò tiêu hoá, 5 bệnh nhân nhồi máu cơ tim + nhồi máu phổi, 1 bệnh nhân đột quy não, 1 bệnh nhân ung thư tái phát) [5].

Schiavina và cộng sự (2013) báo cáo tỷ lệ

biến chứng nặng (Clavien-Dindon độ 3 – 5) ở 70 bệnh nhân (17,3%); và 18 bệnh nhân (4,5%) tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ, trong đó 13 bệnh nhân trong vòng tháng đầu tiên (4 trường hợp nhiễm khuẩn huyết, 3 nhồi máu cơ tim, 3 tắc mạch phổi, 2 rò ruột, 1 loạn nhịp tim), 5 bệnh nhân trong 2 tháng tiếp theo (2 trường hợp nhồi máu cơ tim, 2 tắc mạch phổi, 1 bệnh ung thư tiến triển tái phát di căn) [6].

Báo cáo của Jerlström và cộng sự (2013) có 103 bệnh nhân (36%) sau mổ cắt toàn bộ bàng quang xuất hiện biến chứng với 12 bệnh nhân tử vong (4%) trong vòng 90 ngày, trong đó 5 trường hợp tử vong do ung thư, 7 trường hợp do các nguyên nhân khác, do đó tỷ lệ tử vong liên quan đến phẫu thuật còn 2,6%; 53 bệnh nhân (19%) nhập viện lại ít nhất 1 lần trong vòng 90 ngày; 37 bệnh nhân (13% phải mổ lại ít nhất 1 lần để xử trí các biến chứng sau mổ (do: toác vết thương, thoát vị cạnh stoma, thoát vị vết mổ, rò ruột, rò miệng nối niệu quản-ruột, hẹp cổ bàng quang tân tạo...) [7]. Như vậy, tỷ lệ biến chứng nặng (10,8% và tỷ lệ tử vong (1,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả được tham khảo. Trường hợp tử vong của báo cáo này ở ngày thứ 10, nguyên nhân do sốc nhiễm khuẩn sau mổ do rò nước tiểu ra ổ mổ gây nhiễm khuẩn trên bệnh nhân 81 tuổi được mổ cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng kiểu Bricker. Ngoài ra, tỷ lệ tắc ruột (phải can thiệp ngoại khoa) trong nghiên cứu của chúng tôi (3%, cũng thấp hơn đáng kể so với những nghiên cứu được tham khảo ở trên; 2 bệnh nhân này đều được chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng kiểu Bricker và vị trí tắc ở ngay miệng nối lưu thông tiêu hoá. Cũng cần bổ sung thêm chi tiết là trong nhóm bệnh nhân này, chúng tôi thực hiện

100% các trường hợp phục hồi lưu thông tiêu hoá kiểu tận-tận (sau cô lập đoạn hồi tràng để chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker hoặc tạo hình bàng quang).

#### **Các biến chứng nhẹ**

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ truyền máu sau mổ khá cao (38,5%) so với báo cáo của Novara (2009) (15%), tuy nhiên lượng máu mất ước tính thấp hơn 435ml so với 600ml, đồng nghĩa với tỷ lệ truyền máu trong mổ thấp hơn rõ rệt (44,6% so với 67%).

Schiavina (2013) báo cáo lượng máu mất ước tính trung bình là 750ml với tỷ lệ truyền máu là 40,8% (165 trường hợp); tuy nhiên tác giả chỉ tính là biến chứng chảy máu khi bệnh nhân cần được truyền ít nhất 4 đơn vị khối hồng cầu, do đó tỷ lệ biến chứng này chỉ là 6,4% (26 bệnh nhân) [6]. Với cách tính này, tỷ lệ biến chứng chảy máu phải truyền máu của chúng tôi chỉ còn 7,6%. Ngoài ra, Schiavina còn thống kê một số biến chứng nhẹ khác như bán tắc ruột 22 bệnh nhân (5,4%), sốt không rõ nguyên nhân 22 bệnh nhân (5,4%), chảy máu sau mổ 14 bệnh nhân (3,4%), suy thận cấp 8 bệnh nhân (1,9%)... với tổng tỷ lệ các biến chứng nhẹ là 34,4% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp rò miệng nối bàng quang tân tạo với niệu đạo, phát hiện ở ngày thứ 3 khi nước tiểu chảy ra qua dẫn lưu ổ bụng đặt gần với miệng nối, tuy nhiên đã điều trị bảo tồn thành công; ngoài ra 2 trường hợp rò bàng quang tân tạo ra da cũng được điều trị bảo tồn.

Bên cạnh đó, một tỷ lệ đáng kể bán tắc ruột (9,2%) ở 6 bệnh nhân đều được thực hiện chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng (4 trường hợp Bricker, 2 trường hợp tạo hình bàng quang mới); ngoài ra 1 trường hợp liệt

ruột cơ năng kéo dài 8 ngày sau mổ được điều trị bằng Strychnine trên bệnh nhân chuyển lưu trực tiếp niệu quản ra da. Như vậy nếu tính biến chứng về tiêu hoá trên các trường hợp lấy sỏi bàng quang để chuyển lưu nước tiểu (48 trường hợp, tỷ lệ bán tắc ruột và tắc ruột trong nghiên cứu này khá cao (12,5% và 4,2%) so với các nghiên cứu của Novara (12% và 0%) cũng như Schiavina (6,6% và 2,9%) [5], [6]. Tuy cũng có những thống kê có tỷ lệ biến chứng tiêu hoá lên tới 29% [2], nhưng đây là điều chúng tôi cần rút kinh nghiệm trong thời gian tới.

#### 4.2. Một số yếu tố liên quan đến tai biến-biến chứng sớm

Novara và cộng sự (2009) phân tích thấy chỉ số ASA có liên quan rõ rệt với nguy cơ xảy ra biến chứng nặng sau mổ; bên cạnh đó trong nhóm tạo hình bàng quang mới từ sỏi bàng quang, nữ giới có khả năng xảy ra biến chứng nặng cao hơn nam giới [5]. Ngoài ra, Novara cũng đánh giá các yếu tố khác như tuổi, chỉ số BMI trước mổ, giai đoạn T của u, các bệnh mạn tính đi kèm (đái tháo đường, tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim), thời gian mổ, phương pháp chuyển lưu nước tiểu (Bricker, bàng quang trực vị)... nhưng đều không thấy có liên quan đến nguy cơ xảy ra biến chứng sau mổ [5].

Tương tự, phân tích thống kê trong báo cáo của Schiavina (2013) cũng cho thấy chỉ số ASA là yếu tố nguy cơ độc lập dự báo xuất hiện biến chứng sau mổ, tất cả các bệnh nhân tử vong (18 trường hợp, 4,4%) đều có điểm ASA từ 3 đến 4; bên cạnh đó, tuổi  $\geq 75$  cũng liên quan rõ rệt đến nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm sau mổ [6].

Nghiên cứu của Jerlström và CS phân tích thấy thời gian mổ kéo dài trên 318 phút và tuổi cao trên 75 tuổi có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ xuất hiện biến chứng nói chung sau mổ cắt toàn bộ bàng quang [7].

Tuy nhiên, nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy yếu tố về giới, chỉ số ASA không có liên quan đến xác suất xảy ra biến chứng sau mổ (Bảng 6, Bảng 8); tuổi trên 70 và áp dụng kỹ thuật tạo hình bàng quang trực vị đường như có xác suất xuất hiện biến chứng sau mổ cao hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi cho rằng cần tiếp tục theo dõi với số bệnh nhân nhiều hơn để có những số liệu có ý nghĩa thống kê.

#### V. KẾT LUẬN

Cắt toàn bộ bàng quang là một trong những phẫu thuật nặng nề và nguy hiểm với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Biến chứng thường gặp nhất là chảy máu/mất máu phải truyền máu. Nhiều biến chứng nặng khác trên phương diện toàn thân (thần kinh, tim mạch, hô hấp, tiêu hoá...) và tại chỗ (nhiễm khuẩn, rò niệu...) đều xuất hiện trong các nghiên cứu gần đây. Một số yếu tố sẽ làm tăng xác suất xảy ra biến chứng như chỉ số ASA trước mổ, tuổi cao và kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu phức tạp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MCKIERNAN J.M. and ANDERSON C.B. (2018). Complications of Radical Cystectomy and Urinary Diversion. Complications of Urologic Surgery - Diagnosis, Prevention and Management, 5th edition, Elsevier, 433-444.
2. Navai N. and Dinney C.P.N. (2016). Transurethral and Open Surgery for Bladder