

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG
ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Minh An¹, Ngô Trung Kiên²

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư bàng quang (UTBQ). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 35 BN UTBQ được khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là $58,7 \pm 8,2$ tuổi; tỷ lệ nam giới/nữ giới là 7,75/1. Lý do chính vào viện: Tiểu máu chiếm 97,1%; thời gian mắc bệnh trung bình là $3,9 \pm 2,5$ tháng; số lượng u trên phim chụp cắt lớp vi tính: 1 u chiếm 77,1%, 2 u chiếm 14,3%, 3 u chiếm 8,6%; kích thước u: < 3 cm chiếm 71,4% và ≥ 3 cm chiếm 28,6%; vị trí u qua soi bàng quang: Thành trước chiếm 20%, thành sau chiếm 8,6%, hai thành bên chiếm 51,4%, rải rác trong bàng quang chiếm 20%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tiểu máu là triệu chứng thường gặp nhất (97,1%), 1 u chiếm tỷ lệ cao nhất (77,1%).

* Từ khóa: Ung thư bàng quang.

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
OF BLADDER CANCER PATIENTS TREATED
AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Summary

Objectives: To study the clinical and paraclinical characteristics of bladder cancer patients. **Subjects and methods:** A retrospective combined with prospective cross-sectional descriptive study on 35 bladder cancer patients treated at Saint Paul General Hospital. **Results:** The average age of patients was 58.7 ± 8.2 years old; the male/female ratio was 7.75/1. The main reason for hospital admission:

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Người phản hồi: Nguyễn Minh An (Dr_minhan413@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 25/9/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 10/10/2022

<https://doi.org/10.56535/jmpm.v47i9.217>

Hematuria was 97.1%; the mean duration of illness was 3.9 ± 2.5 months; the number of tumors on computed tomography: 1 tumor was 77.1%, 2 tumors were 14.3%, 3 tumors was 8.6%; tumor size: < 3 cm was 71.4% and ≥ 3 cm was 31.6%; tumor positions through cystoscopy: Anterior wall was 20%, the posterior wall was 8,6%, lateral walls were 51,4%, scattered in the bladder was 20%. **Conclusion:** The results of the study showed that hematuria is the most common symptom (97.4%), 1 tumor accounted for the highest figure (73.7%).

* *Key words: Bladder cancer.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh lý ác tính thường gặp trong ung thư đường tiết niệu chỉ sau ung thư tiền liệt tuyến. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với độ tuổi thường gặp từ 60 - 70. Tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn nữ giới. Mô học của UTBQ chủ yếu là tủy ung thư tế bào chuyển tiếp (ung thư biểu mô đường niệu) chiếm khoảng 90%. Các khối u bắt nguồn từ lớp niêm mạc bàng quang được bao phủ bởi các tế bào biểu mô chuyển tiếp, phát triển xâm lấn qua các lớp của thành bàng quang xâm lấn tới các tổ chức lân cận [1, 2].

Điều trị UTBQ giai đoạn sớm cơ bản là phẫu thuật cắt bỏ u hoặc cắt bàng quang. Điều trị hỗ trợ bao gồm bơm thuốc nội bàng quang, hóa chất toàn thân, xạ trị tùy thuộc giai đoạn. Đối với UTBQ xâm lấn còn khả năng phẫu thuật, điều trị đa mô thức đã chứng minh vai trò của hóa trị hỗ trợ trước mổ so với phẫu thuật đơn thuần [2, 3, 4].

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là Trung tâm Ngoại khoa lớn của Hà Nội, hằng năm thăm khám và điều trị hàng nghìn BN mắc các bệnh lý tiết niệu nói chung, trong đó có UTBQ. Để có được những thông kê khoa học về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN ung thư bàng quang được khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN UTBQ được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- 35 BN được chẩn đoán xác định UTBQ tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2021 - 01/9/2022.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Mô bệnh học loại ung thư biểu mô đường niệu.
- Có tổn thương đánh giá được trên chẩn đoán hình ảnh và/hoặc nội soi.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu.

* *Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Thời gian: Từ khi có triệu chứng cho đến khi khám chẩn đoán bệnh. Chia theo các nhóm: < 03 tháng, từ 03 - 6 tháng, từ 6 - 12 tháng và > 12 tháng.

- Lý do vào viện: Triệu chứng chính của BN đến khám và nhập viện bao gồm: Tiểu máu, tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu khó, đau hạ vị, đi khám định kỳ, lý do khác.

- Triệu chứng lâm sàng: Ghi nhận tất cả triệu chứng lâm sàng tại thời điểm BN vào viện như: Tiểu máu, tiểu buốt, tiểu khó, đau hạ vị,...

- Đặc điểm tổn thương u: Qua nội soi đánh giá vị trí, số lượng và kích thước, mức độ xâm lấn qua CT-scan hoặc MRI.

+ Đánh giá kích thước u: Kích thước u được đo dựa trên siêu âm và cắt lớp vi tính, kích thước u được chia làm 2 nhóm < 3 cm và \geq 3 cm theo nguy cơ u phát triển xâm lấn. BN nhiều u thì chọn u có kích thước lớn nhất để phân nhóm.

+ Vị trí u: Vị trí u được xác định qua nội soi bàng quang và được chia ra các vị trí u thành trước, u thành sau, u hai bên và u rải rác trong bàng quang.

+ Số lượng u: Được ghi nhận trên siêu âm, cắt lớp vi tính hoặc soi bàng quang. Ghi nhận số lượng BN có 1 u, 2 u và nhiều hơn 2 u.

- Độ thanh thải creatinine (CrCl): Tính dựa trên xét nghiệm creatinine máu, chiều cao, cân nặng và độ tuổi BN (theo công thức Cockcroft-Gault):

+ Mức lọc cầu thận bình thường: CrCl > 60 mL/phút.

+ Mức lọc cầu thận trong khoảng giới hạn: CrCl 40 - < 60 mL/phút.

* *Phân tích và xử lý số liệu:*

- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

- Sử dụng thống kê y học, các số liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn, tính tần số, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

* *Đặc điểm về tuổi, giới tính:*

Tuổi trung bình của BN là $58,7 \pm 8,2$ tuổi, thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. Nhóm tuổi từ 51 - 70 tuổi chiếm đa số 27/35 BN (77,1%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN nam là 31/35 BN (88,6%), nữ 4/35 BN (11,54%). Tỷ lệ nam giới/nữ giới là 7,75/1.

* Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Bảng 1: Lý do vào viện.

Lý do vào viện	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đái máu	34	97,1
Đái buốt	1	2,9
Tổng	35	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy lý do chính của BN UTBQ khi vào viện là đái máu 34/35 BN (97,1%).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đái máu	33	94,3
Đái buốt	12	34,3
Đái khó	6	17,1
Đái rắt	9	25,7
Đau vùng hạ vị	5	14,3

Kết quả nghiên cứu cho thấy có triệu chứng đái máu gặp nhiều nhất (94,3%), đái buốt có 12/35 BN (34,3%).

Bảng 3: Thời gian mắc bệnh.

Thời gian	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 3 tháng	9	25,7
3 - 6 tháng	18	51,4
> 6 tháng	8	22,9
Tổng	35	100

Thời gian mắc bệnh trung bình là $3,5 \pm 2,4$ tháng, ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 8 tháng, trong đó thời gian mắc bệnh khoảng từ 3 - 6 tháng có 18/35 BN (51,4%).

Bảng 4: Số lượng u trên phim chụp cắt lớp vi tính.

Số lượng u	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1 u	27	77,1
2 u	5	14,3
> 2 u	3	8,6
Tổng	35	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số BN có 1 khối u 27/35 (77,1%), có 3 BN có từ 2 khối u trở lên (8,6%).

Bảng 5: Kích thước u bằng quang trên phim chụp cắt lớp vi tính.

Kích thước u	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 3 cm	25	71,4
≥ 3 cm	10	28,6
Tổng	35	100

Nhóm BN có kích thước khối u < 3 cm có 25/35 BN (71,4%) và nhóm ≥ 3 cm có 10 BN (28,6%).

Bảng 6: Vị trí u qua soi bằng quang.

Vị trí u	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Thành trước	7	20,0
Thành sau	3	8,6
Hai thành bên	18	51,4
Rải rác trong bàng quang	7	20,0
Tổng	35	100

Kết quả soi bàng quang cho thấy có 18/35 BN có u ở vị trí thành phải hoặc thành trái (51,4%), có 3/35 BN vị trí u ở thành sau (8,6%).

Bảng 7: Đánh giá mức lọc cầu thận.

Mức độ lọc của thận	Số BN (n)	Tỷ lệ %
CrCl \geq 60 mL/phút	27	77,1
60 mL/phút > CrCl \geq 40 mL/phút	8	22,9
Tổng	35	100

Xét nghiệm đánh giá chức năng thận có 27 BN chức năng thận bình thường (77,1%), có 8/35 BN mức lọc cầu thận ở mức giới hạn 60 mL/phút > CrCl \geq 40 mL/phút (22,9%)

BÀN LUẬN

1. Lý do vào viện

Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy, đái máu là dấu hiệu lâm sàng phổ biến, điển hình và khá đặc hiệu của UTBQ; trong đó, có 80 - 90% BN đái máu đại thể hoặc vi thể. Đái máu thường xuất hiện đột ngột, tự cầm rồi lại tái diễn đợt khác và đây cũng là lý do chính khiến người bệnh đến khám và điều trị [1, 2, 7].

Theo Nguyễn Văn Cường [3], nghiên cứu trên 133 BN UTBQ điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 107 BN có lý do vào viện chính là đái máu (80,5%), đau hạ vị có 9 BN (6,8%) có 14 BN phát hiện bệnh do khám định kỳ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số BN vào viện vì lý do tiểu máu 34/35 BN (97,1%) và 1 BN lý do chính khi vào viện là tiểu buốt (2,9%)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Các tác giả đều cho rằng, đái máu là triệu chứng điển hình và khá đặc hiệu đối với UTBQ, tuy nhiên mặc dù đái máu là triệu chứng điển hình, nhưng việc xác định đái máu do u bàng quang còn phải dựa nhiều tiêu chuẩn khác như siêu âm, soi bàng quang hoặc chụp cắt lớp vi tính...[4, 7, 8].

2. Thời gian phát hiện bệnh

Đối với các bệnh ung thư nói chung và UTBQ nói riêng, việc phát hiện bệnh sớm rất có ý nghĩa trong tiên lượng và điều trị bệnh. Đây là yếu tố quan trọng có liên quan đến giai đoạn bệnh UTBQ nên quyết định sự lựa chọn phương pháp điều trị tạm thời hay phẫu thuật triệt căn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi vào viện khám phát hiện ra bệnh và

điều trị bệnh trung bình là $3,5 \pm 2,4$ tháng. Nhóm BN khám phát hiện bệnh < 3 tháng chiếm 25,7%, nhóm phát hiện bệnh trong khoảng 3 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%), có 8 BN thời gian phát hiện bệnh > 6 tháng (22,9%).

Theo Lê Đình Khánh [4], kết quả nghiên cứu về thời gian mắc bệnh cho thấy 30 BN có thời gian nghi ngờ mắc bệnh < 3 tháng (90,9%), thời gian từ 10 - 15 tháng có 2 BN (6,1%).

3. Đặc điểm khối u trên chẩn đoán hình ảnh

Về phương diện chẩn đoán hình ảnh thì nội soi và sinh thiết rất có giá trị, tuy nhiên chẩn đoán hình ảnh cũng có vai trò không nhỏ, nhất là đánh giá về di căn và mỗi phương pháp chẩn đoán hình ảnh có tính ưu việt riêng.

Chụp cắt lớp vi tính ngoài khả năng phát hiện tổn thương còn có giá trị rất lớn trong đánh giá tổn thương xâm lấn thành và tổ chức mỡ quanh bàng quang. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy được hình ảnh các khối u nguyên phát [7, 8].

* Về số lượng u:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số BN có 1 khối u chiếm 77,1%, có 5 BN có 2 khối u (14,3%) và 3 BN có từ 3 khối u trở lên (8,6%).

Theo Phạm Văn Yên [7], kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có 1 u chiếm 42,2% và BN có > 2 u chiếm 45,6% trong đó nhóm u có kích thước > 5 cm có 73/90 BN (81,1%) và đa số u ở thành hai bên 30/90 BN (33,3%) tiếp đến là u thành sau 21/90 BN (23,3%). Theo nghiên cứu của Lê Đình Khánh [4], kết quả nghiên cứu cho thấy đa số BN có 1 khối u (60,6%).

* Về kích thước u:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kích thước u trung bình trong nghiên cứu là $2,52 \pm 0,8$ cm, nhỏ nhất là 0,9 cm và lớn nhất là 6,5 cm; trong đó, 25/35 BN có khối u < 3 cm (71,4%) và 10 BN có khối u ≥ 3 cm (28,6%).

Theo Phạm Văn Yên [7], kết quả nghiên cứu cho thấy 17/90 BN u có kích thước 3 - 5 cm (18,9%) và 73/90 BN có kích thước khối u > 5 cm (81,1%). Theo Phạm Văn Thuyên [5], kết quả nghiên cứu cho thấy kích thước u thường gặp trong nghiên cứu của tác giả từ 2 - 3 cm (52,3%).

* Về vị trí u:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 7 BN u ở thành trước (20,0%), 3 BN u bàng quang vị trí ở thành sau (8,6%), 18 BN u ở hai thành bên (chiếm 51,4%) và 7 BN u rải các trong bàng quang (20,0%).

Theo Phạm Văn Cường [3], kết quả nghiên cứu cho thấy 18/133 BN có khối u rải rác trong lòng bàng quang (13,6%), khối u thành sau có 61 BN (45,9%). Theo Phạm Văn Thuyên [5], kết quả nghiên cứu cho thấy 46,2% BN có u thành phải bàng quang và 35,4% BN có u bàng quang ở thành trái.

4. Đặc điểm chức năng thận

Xét nghiệm chức năng thận cho thấy có 30/38 BN (78,9%) chức năng thận bình thường với mức lọc cầu thận CrCl ≥ 60 mL/phút và có 8/35 BN (21,1%) có mức lọc cầu thận ở mức giới hạn 60 mL/phút $> CrCl \geq 40$ mL/phút.

Theo Nguyễn Vũ Minh Thiện [6], nghiên cứu 100 BN UTBQ được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy 80 BN có mức lọc cầu thận CrCl ≥ 60 mL/phút (80%), từ 15 - 59 mL/phút có 19 BN (19%).

Matthew D [8], nghiên cứu so sánh hiệu quả liệu pháp hỗ trợ tân sinh cho UTBQ xâm lấn của gemcitabine + cisplatin so với methotrexate, vinblastine, doxorubicin + cisplatin. Kết quả đánh giá chức năng thận cho thấy Calc CrCl trung bình của nhóm GC là 68 mL/phút, nhỏ nhất là 27 và lớn nhất là 199, Calc CrCl trung bình của nhóm MVDC là 90 mL/phút, nhỏ nhất là 36 và lớn nhất là 255 mL/phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,02$.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 35 BN UTBQ được khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn cho thấy: Lý do chính vào viện của BN là đái máu (97,1%), triệu chứng lâm sàng thường gặp là đái máu (94,3%), đái buốt (34,3%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $3,9 \pm 2,5$ tháng. Kích thước u: < 3 cm (71,4%) và ≥ 3 cm (28,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Cường (2018). Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật nội soi điều trị UTBQ nông tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng (2012). 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. Y học Tp. Hồ Chí Minh; 16(3).
3. Phạm Văn Thuyên (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bàng quang bán phần điều trị UTBQ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2010 - 2017. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Vũ Minh Thiện (2020). Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị UTBQ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.

5. Phạm Văn Yên (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng mô bệnh học của UTBQ giai đoạn muộn và kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.

6. Matthew D. Galsky (2013). Gemcitabine, Cisplatin, and Sunitinib for Metastatic Urothelial Carcinoma and as Preoperative Therapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer; 11(2): 175-181.

7. Cora N. Sternberg, Joaquim Bellmunt (2013). Icu-Eau International Consultation On Bladder Cancer 2012: Chemotherapy For Urothelial Carcinoma-Neoadjuvant And Adjuvant Settings. *European Urology*; 63: 58-66.

8. Atreya Dash (2008). A Role For Neoadjuvant Gemcitabine Plus Cisplatin In Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma Of The Bladder. *Cancer 2008*; 113:2471-2477. American Cancer Society.