

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO CẮT U BÀNG QUANG NÔNG BẰNG DAO ĐIỆN LƯỜNG CỰC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Nguyễn Văn Hương^{1*}, Trương Quang Thắng¹
Hồ Sỹ Thuyết¹, Lô Minh Trí¹, Đặng Quang Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nông.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc 67 người bệnh u bàng quang nông, được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 01/2021 đến 12/2025.

Kết quả: Nhóm người bệnh nghiên cứu có tuổi trung bình $63,7 \pm 12,3$ tuổi; tỉ lệ giới tính nam/nữ là 6,4/1. Trước mổ, gặp đa số người bệnh có triệu chứng tiểu máu (77,6 %); siêu âm, CT-scan và nội soi bàng quang phát hiện có khối u lần lượt là 92,5%, 96,2% và 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình $51,7 \pm 12,3$ phút. Trong phẫu thuật, gặp 17,9% kích thích thần kinh bịt và không có tai biến. Thời gian hậu phẫu trung bình $5,1 \pm 0,8$ ngày. Biến chứng nhiễm khuẩn máu sau mổ 2,9%. Giải phẫu bệnh sau mổ: u lành tính 22,4%; ung thư bàng quang 77,6%; độ xâm lấn Tis: 3,8%; Ta: 73,1%; T1: 23,1%. Kết quả phẫu thuật tốt: 94,0%; khá: 6,0%; không có kết quả xấu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nông là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, cho kết quả cao.

Từ khóa: U bàng quang nông, cắt u bàng quang qua nội soi niệu đạo.

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMORS AT MILITARY HOSPITAL 4, MILITARY REGION 4

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the early outcomes of transurethral resection of bladder tumors (TURBT) at Military Hospital 4.

Subjects and methods: A prospective longitudinal study was conducted on 67 patients with non-muscle invasive bladder tumor who underwent TURBT at Military Hospital 4 from January 2021 to December 2025.

Results: The mean age was 63.7 ± 12.3 years, with a male/female ratio of 6.4/1. Hematuria was the most common symptom (77.6%). Preoperative ultrasound (67 cases) detected tumors in 62 patients (92.5%). Preoperative CT-scan (53 cases) identified tumors in 96.2% of patients, while 2 cases (3.8%) were undetected. Preoperative cystoscopy detected tumors in 100% of patients. The rate of obturator nerve reflex was 17.9%, and no other accidents or complications were recorded. The mean operative time was 51.7-12.3 minutes, and the mean hospital stay was 5.1-0.8 days. Late postoperative infectious complications occurred in 2.9% of cases. Postoperative histopathology showed benign tumors in 21.7% and bladder cancer in 77.6%. The invasion stages were Tis: 3.8%; Ta: 73.1%; T1: 23.1%. Surgical outcomes were rated as Good (94.0%) and Fair (6.0%), with no poor results.

Conclusions: Transurethral resection of bladder tumor is a safe and effective procedure for patients with non-muscle invasive bladder cancer.

Keywords: Non-muscle invasive bladder cancer, transurethral resection of bladder tumor.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Hương, Email: bshuongbvqy4@gmail.com

Ngày nhận bài: 07/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026.

¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U bàng quang (BQ) là bệnh lí thường gặp trong các bệnh lí u đường tiết niệu, với ước tính khoảng 80% trong số này là ác tính. Đây là bệnh lí khó

điều trị và tỉ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng [1], nhất là ở khu vực có tỉ lệ người hút thuốc lá nhiều như Nga hay các nước châu Á. Trong số mắc u BQ, tỉ lệ nam giới lớn gấp 3-4 lần nữ giới, với lứa

tuổi thường mắc bệnh ở cả hai giới là từ 60-70 tuổi [2]. Tại Việt Nam, khoảng hơn 20 năm trước, ung thư BQ đứng vị trí hàng đầu trong ung thư đường tiết niệu; nhưng vài năm gần đây, những tác động của tầm soát và dự phòng bệnh đã mang lại hiệu quả khi ung thư BQ đã xếp sau ung thư tuyến tiền liệt.

Trong nhiều năm qua, phương pháp cắt đốt nội soi u BQ được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, được nhiều nhà niệu khoa lựa chọn. Cho đến nay, theo Hội Niệu khoa châu Âu (2021), phương pháp cắt đốt quy ước và cắt u BQ nguyên khối là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị ung thư BQ không xâm lấn cơ, kể cả các trường hợp tái phát [3].

Tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4), số lượng người bệnh (NB) u BQ đến khám và điều trị ngày càng nhiều. Trong đó, số lượng u BQ nông (u giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc [4]) chiếm đa số và chủ yếu được điều trị bằng cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Góp phần xây dựng dữ liệu tổng kết, đánh giá một cách có hệ thống, nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị u BQ nông tại các bệnh viện tuyến quân khu và tương đương, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u BQ nông.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

67 NB u BQ nông, được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bằng quang bằng dao điện lưỡng cực, tại Khoa Ngoại tổng hợp, BVQY4/QK4, từ tháng 01/2021 đến 12/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB có chẩn đoán sau phẫu thuật là u BQ chưa xâm lấn đến lớp cơ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB có hồ sơ bệnh án không đủ thông tin; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, theo dõi dọc.

- Cơ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (tất cả NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Thực tế, chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu 67 NB đủ tiêu chuẩn.

- Các bước cơ bản quy trình phẫu thuật nội soi cắt u BQ tại BVQY4/QK4:

+ Chuẩn bị trước phẫu thuật đầy đủ, sử dụng kháng sinh dự phòng; vô cảm bằng gây mê nội khí

quản (với u thành bên BQ)/gây tê tủy sống (u BQ các vị trí còn lại); đặt NB ở tư thế sản khoa.

+ Thì 1: đặt máy cắt đốt nội soi (kênh cỡ 26 Fr) qua niệu đạo vào BQ; soi xác định các mốc giải phẫu, đánh giá tình trạng BQ và đặc điểm khối u BQ.

+ Thì 2: dùng dao điện lưỡng cực cắt khối u cho đến lớp cơ; lấy u khỏi thành BQ; ghi nhận hình ảnh lớp cơ và phản xạ thần kinh bịt trong lúc cắt u; lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học bằng bơm hút thủy tinh.

+ Thì 3: kiểm tra chảy máu và cầm máu kỹ; quan sát toàn bộ BQ, đánh giá kết quả cắt u và tổn thương khác nếu có; đặt sonde Foley 3 chạc, rửa BQ liên tục.

+ Chăm sóc sau phẫu thuật: bất động NB tại giường và rửa BQ liên tục trong 24 giờ đầu; cho NB ăn nhẹ khi đã có trung tiện; ngày thứ 2 sau mổ, rút ống thông niệu đạo và hướng dẫn NB tập vận động nhẹ nhàng; so sánh kết quả giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định và hẹn NB tái khám.

- Chỉ tiêu nghiên cứu và căn cứ đánh giá:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, thói quen hút thuốc lá.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng chính; kết quả nội soi, siêu âm, CT-scan BQ trước phẫu thuật; kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

+ Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật; thời gian nằm viện; thời gian hậu phẫu; phản xạ thần kinh bịt trong phẫu thuật; tai biến, biến chứng phẫu thuật.

+ Kết quả sau mổ [5]: tốt (phẫu thuật viên đánh giá đã cắt hết u BQ; phẫu thuật an toàn, không có tai biến hoặc biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu); khá (đánh giá đã cắt hết u BQ; phẫu thuật an toàn, không có tai biến; có biến chứng nhẹ sau phẫu thuật và được điều trị khỏi); xấu (đánh giá không cắt hết tổ chức u hoặc có tai biến lớn, phải chuyển mổ đường trên; có hội chứng nội soi).

- Đạo đức trong nghiên cứu: NB được giải thích rõ, tự nguyện tham gia hoặc rời khỏi nghiên cứu. Nghiên cứu không gây trở ngại cho NB trong quá trình điều trị. Thông tin cá nhân NB được bảo mật và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: thu thập và phân tích theo chương trình SPSS 25.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm NB u BQ nông

Bảng 1 cho thấy, NB phân bố từ 41-92 tuổi, trung bình $63,7 \pm 12,3$ tuổi, nhiều nhất là nhóm tuổi

từ 61-70 (44,8%). Nam giới chiếm đa số (86,6%), tỉ lệ nam/nữ = 6,4/1. Có hút thuốc lá 33 NB (49,2%). Đa số nam giới có hút thuốc (56,8%) cao hơn ở nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm (n = 67)		Giới tính (n, %)		Tổng (n, %)
		Nam giới	Nữ giới	
Độ tuổi	41-50	3 (4,5)	1 (1,5)	4 (6,0)
	51-60	15 (22,4)	2 (3,0)	17 (25,4)
	61-70	26 (38,8)	4 (6,0)	30 (44,8)
	71-80	8 (11,9)	1 (1,5)	9 (13,4)
	> 80	6 (8,9)	1 (1,5)	7 (10,4)
	Tổng	58 (86,6)	9 (13,4)	67 (100)
Hút thuốc lá	Có	33 (56,8)	0	33 (49,2)
	Không	25 (43,2)	9 (100)	34 (50,8)
	p	0,0007		

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Số NB	Tỉ lệ (%)
Lâm sàng (n = 67)	Đái máu	52	77,6
	Đái buốt	11	16,4
	Đau hạ vị	3	4,4
	Không triệu chứng	1	1,6
Siêu âm (n = 67)	Phát hiện u	62	92,5
	Không phát hiện u	5	7,5
Nội soi (n = 67)	Phát hiện u	67	100
	Không phát hiện u	0	0
CT-scan (n = 53)	Phát hiện u	51	96,2
	Không phát hiện u	2	3,8

NB vào viện vì tiểu máu chiếm tỉ lệ cao nhất (77,6%). Có 1 NB (1,6%) không có triệu chứng, nhưng tình cờ phát hiện u BQ khi đi khám tổng quát sức khỏe. Tỉ lệ phát hiện có khối u BQ bằng chẩn đoán hình ảnh lần lượt là siêu âm (92,5%), nội soi (100%), CT-scan (96,2%).

3.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Bảng 3 cho thấy, thời gian phẫu thuật trung bình $51,7 \pm 12,3$ phút, thời gian lưu Foley trung bình $1,9 \pm 0,7$ ngày và thời gian hậu phẫu trung bình $5,1 \pm 0,8$ ngày. Không NB nào có tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ chỉ gặp nhiễm trùng tiết niệu ở 2 NB (2,9%). Đa số NB có kết quả mô bệnh học là ung thư (77,6%), trong đó nhiều nhất là ung thư BQ giai đoạn Ta (73,1%). Kết quả phẫu thuật phần lớn là tốt (94,0%).

Bảng 3. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Đặc điểm khảo sát		Kết quả
Thời gian phẫu thuật* (phút)	Min-Max	40-90
	Trung bình	$51,7 \pm 12,3$
Thời gian lưu Foley* (ngày)	Min-Max	1-4
	Trung bình	$1,9 \pm 0,7$
Thời gian hậu phẫu* (ngày)	Min-Max	4-9
	Trung bình	$5,1 \pm 0,8$
Tai biến trong mổ* (n, %)		0
Nhiễm trùng sau mổ* (n, %)		2 (2,9)
Phản xạ thần kinh bịt* (n, %)	Có	12 (17,9)
	Không	55 (82,1)
Mô bệnh học lành tính* (n, %)		15 (22,4)
Mô bệnh học ung thư* (n, %)		52 (77,6)
Độ xâm lấn ung thư (n = 52) (n, %)	Tis	2 (3,8)
	Ta	38 (73,1)
	T1	12 (23,1)
	Tốt	63 (94,0)
Kết quả điều trị* (n, %)	Khá	4 (6,0)
	Xấu	0

*Đánh giá với mẫu n = 67.

Bảng 4. Mối liên quan giữa phương pháp vô cảm với phản xạ thần kinh bịt trong phẫu thuật

Phương pháp vô cảm	Phản xạ TK bịt		Tổng	p
	Có	Không		
Mê nội khí quản	2	36	38	0,01
Tê tủy sống	10	19	29	
Tổng	12	55	67	

Tỉ lệ kích thích thần kinh bịt ở nhóm NB được vô cảm bằng mê nội khí quản (5,2%) thấp hơn ở nhóm vô cảm bằng gây tê tủy sống (34,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: NB u BQ có tuổi trung bình $63,7 \pm 12,3$ tuổi, đa số từ 61-70 tuổi (44,8%); tỉ lệ nam giới chiếm đa số (86,6%). Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Thirugnanasambandam về u BQ (2017)[4] (tuổi mắc bệnh trung bình là $56,5 \pm 10,4$ tuổi, tỉ lệ nam chiếm 88,0%). Tỉ lệ nam giới mắc u BQ nhiều hơn nữ giới có thể liên quan đến thói quen hút thuốc lá ở nam giới (hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây bệnh ung thư BQ nói chung). Huỳnh Thái Sơn [5] nghiên cứu 62 NB sau cắt đốt nội soi ung thư

BQ không xâm lấn cơ và cho thấy: tỉ lệ có hút thuốc ở NB nam giới là 50%, ở nữ giới là 0% (tương đồng với kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi).

Chúng tôi thấy NB vào viện vì lí do đái máu chiếm tỉ lệ cao nhất (77,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Hà Mạnh Cường [6] (71,2%), Hứa Văn Đức [7] (77,6%), Đỗ Ngọc Thế [8] (43,6%). Đái máu là một dấu hiệu điển hình của ung thư BQ và NB rất dễ nhận biết. Tuy nhiên, đái máu có thể xuất hiện trong nhiều bệnh lí khác, nên đây không phải là tiêu chuẩn tin cậy nhất mà còn phải dựa vào những căn cứ khác, như siêu âm, nội soi BQ và tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học [5].

Soi BQ có thể quan sát được bằng mắt các tổn thương u BQ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 67 NB đều được nội soi BQ trước mổ và đều phát hiện có khối u (trong đó có 5 NB đái máu, nhưng siêu âm không phát hiện khối u). Có thể do khối u nhỏ, bị khối máu đông che khuất. Trong nghiên cứu của Huỳnh Thái Sơn, 100% NB u BQ đều được nội soi BQ trước mổ [5].

Chúng tôi siêu âm trước mổ và phát hiện 92,5% NB có khối u BQ. Điều này cho thấy siêu âm vẫn đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán u BQ; tuy nhiên, vẫn có thể bỏ sót do một số nguyên nhân như chúng tôi đã phân tích ở trên. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Huỳnh Thái Sơn [5] (siêu âm trước mổ phát hiện 77,6% có u và 22,4% không phát hiện được u). Phạm Hữu Tân [10] thấy siêu âm phát hiện 96,7% các trường hợp có u BQ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 53 NB được chụp CT-scan trước mổ; trong đó, phát hiện u BQ ở 51 NB (96,2%) và không phát hiện u ở 2 NB (3,8%). Đây là trường hợp âm tính giả (quan sát trong soi BQ và phẫu thuật, 2 NB này có khối u dạng nhú - CIS). 100% NB chụp CT-scan cũng đều cho thấy hệ tiết niệu bình thường, chưa có tình trạng u xâm lấn các cơ quan lân cận. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Huỳnh Thái Sơn [5] (97,6% NB được CT-scan trước mổ phát hiện có u BQ). Theo nghiên cứu của Hà Mạnh Cường [6], tất cả NB được chụp CT-scan ổ bụng trước phẫu thuật, có 56/59 NB (94,9%) phát hiện có u BQ và 3/59 NB (5,1%) không khẳng định được u (1 NB không thấy dấu hiệu u; 2 NB chỉ có dấu hiệu dày thành BQ 6 mm và 7 mm).

4.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật từ 40-90 phút, trung bình $51,7 \pm 12,3$ phút; thời gian hậu phẫu trung bình $5,1 \pm 0,8$ ngày (có 2 NB nằm

lâu do biến chứng nhiễm trùng sau mổ và đều được điều trị ổn định trước khi ra viện); thời gian lưu Foley $1,9 \pm 0,7$ ngày. Nguyễn Quang Tuyền [9] nghiên cứu trên 85 NB u BQ, thấy thời gian phẫu thuật trung bình $35,27 \pm 19,02$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình 3,47 ngày, có 2 NB (2,4%) nằm viện lâu hơn do biến chứng chảy máu sau mổ. Nghiên cứu của Phạm Hữu Tân [10] thấy thời gian phẫu thuật trung bình $35,22 \pm 13,5$ phút (từ 20-60 phút); thời gian rút sonde tiểu là $3,47 \pm 1,25$ ngày; thời gian hậu phẫu trung bình $4,55 \pm 1,43$ ngày. Như vậy, thời gian phẫu thuật của chúng tôi có lâu hơn 2 tác giả trên, có thể do kinh nghiệm phẫu thuật chưa nhiều và kích thước - vị trí khối u không tương đồng nhau. Còn các chỉ số về thời gian lưu Foley và thời gian hậu phẫu cũng khá tương đồng với các tác giả trên.

Một trong những vấn đề được phẫu thuật viên quan tâm nhất trong phẫu thuật là sự kích thích dây thần kinh bì, vì nó có thể gây ra biến chứng thủng BQ. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỉ lệ kích thích thần kinh bì là 12/67 NB (17,9%). Trong đó, ở nhóm vô cảm bằng gây tê tùy sống (10/29 NB, chiếm 34,5%) cao hơn nhóm vô cảm bằng gây mê nội khí quản (2/38 NB, chiếm 5,2%), khác biệt với $p < 0,05$. Do gây mê nội khí quản có sử dụng thuốc giãn cơ nên hạn chế được nguy cơ co rút cơ đột ngột (bó chậu cơ thất lưng chậu, nhóm cơ khép) khi dây thần kinh bì bị kích thích bởi dòng điện. Tương tự, nghiên cứu của Đỗ Ngọc Thế [8] cho thấy tỉ lệ kích thích thần kinh bì là 8/33 NB (24,2%); trong đó, ở nhóm vô cảm bằng gây mê nội khí quản (1/18 NB, chiếm 5,5%) thấp hơn ở nhóm gây tê tùy sống (7/15 NB, chiếm 46,6%), khác biệt với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Anh [12] dù có tỉ lệ kích thích thần kinh bì (19,5%) tương tự chúng tôi, nhưng lại không có sự khác biệt giữa nhóm gây mê nội khí quản và nhóm gây tê tùy sống.

Phẫu thuật nội soi cắt u BQ có thể gặp các tai biến, biến chứng trong và sau mổ như chảy máu lớn phải truyền máu hoặc chuyển mổ mở khâu cầm máu; tổn thương ổ niệu quản; thủng BQ; nhiễm khuẩn niệu sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu lớn, không trường hợp nào thủng BQ. Tuy nhiên, có 2 NB nhiễm trùng sau mổ, biểu hiện bằng sốt, rét và đều được cấy khuẩn lại nước tiểu (1 trường hợp mọc vi khuẩn *E. coli*). 2 NB này được điều trị kháng sinh phối hợp 3 dòng và ổn định ra viện ngày thứ 8 sau mổ. Trong nghiên cứu của Đỗ Ngọc Thế [8], 100% phẫu thuật không phải chuyển mổ mở, không xảy ra biến chứng thủng BQ hay nhiễm trùng sau mổ. Nghiên cứu của

Huỳnh Thái Sơn [5] không có tái biến trong mổ, chỉ gặp 3,2% nhiễm khuẩn sau mổ. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu đã nêu.

Trong phẫu thuật nội soi cắt u BQ, bên cạnh mục tiêu cắt hết các khối u quan sát được và hạn chế thấp nhất tái biến, biến chứng; một mục tiêu quan trọng không kém là đánh giá giai đoạn bệnh (mức độ xâm lấn) qua mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả mô bệnh học sau mổ thấy đa số là ung thư biểu mô đường niệu (52 NB, chiếm 77,6%; trong đó, độ xâm lấn Tis: 3,8%; Ta: 73,1%; T1: 23,1%); u BQ lành tính ở 15 NB (22,4%). Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Phạm Hữu Tân [10] (u BQ chủ yếu ở giai đoạn Ta: 56,7%), Huỳnh Thái Sơn [5] (phẫu thuật nội soi 62 NB ung thư nông BQ, thấy mô bệnh học sau mổ Tis: 1,6%, Ta: 91,9%, T1: 6,5%).

Phẫu thuật của chúng tôi cho kết quả tốt: 63 NB (94,0%), khá 4 NB (6,0%) và không có kết quả xấu. Trong 4 NB kết quả khá, có 2 NB chảy máu sau mổ được điều trị bằng bơm rửa BQ và tiêm thuốc cầm máu (đều ổn định ra viện) và 2 NB nhiễm trùng sau mổ (đều được điều trị nội khoa ổn định, hết sốt và ra viện). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của Huỳnh Thái Sơn [5] (tốt: 96,8%, khá: 3,2%), Bùi Hoàng Phúc [11] (tốt: 95,5%, khá: 4,5%) và khá quan hơn so với nghiên cứu cắt u BQ nông bằng dao điện đơn cực của Hà Mạnh Cường [6] (tốt: 91,5%, khá: 8,5%, xấu: 0%).

5. KẾT LUẬN

Người bệnh u bàng quang nông điều trị phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 có tuổi trung bình $63,7 \pm 12,3$ tuổi, đa số ở độ tuổi từ 61-70 tuổi (44,8%) và giới tính nam (86,6%). Phần lớn người bệnh vào viện với lý do đái máu (77,6%), có phát hiện u bàng quang trên siêu âm (92,5%), nội soi (100%) và CT-scan (96,2%). Chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật có tỷ lệ cao là ung thư bàng quang (77,6%); trong đó, mức độ xâm lấn Tis: 3,8%; Ta: 73,1%; T1: 23,1%. Trong phẫu thuật, gặp 17,9% có kích thích thần kinh bì; không gặp tái biến, biến chứng. Kết quả phẫu thuật tốt: 94,0%; khá: 6,0% và biến chứng chung sau mổ 5,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelly J.D., Rochester M.A., "Bladder Cancer", *Medical Therapy in Urology Springer*, USA: pp. 1-16, 2010.
2. Wood D.P., "Tumors of the Bladder", *Campbell - Walsh Urology*, 11th edition, ELSEVIER, USA: pp. 2184-2204, 2016.

3. Babjuk M., Burger M., Capoun O., et al., "European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (Ta, T1, and Carcinoma in Situ)", *European Urology*, 2021.
4. Thirugnanasambandam V., Ramanathan J., "Safety and efficacy of bipolar energy for transurethral resection of bladder tumours: A prospective quasi-randomized study", *Turkish Journal of Urology*, 43(2): p. 141, 2017.
5. Huỳnh Thái Sơn, *Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô bàng quang chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt nội soi lưỡng cực qua niệu đạo*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 2023.
6. 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*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
7. Hứa Văn Đức, *Kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo*, Luận văn cao học, Trường Đại học Thái Nguyên, 2015.
8. Đỗ Ngọc Thử, Nguyễn Đức Anh, Lê Thế Sơn, "Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u BQ nguyên khối điều trị u bàng quang nông tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, tập 20, số 2/2025, tr. 49-55, 2025.
9. Nguyễn Quang Tuyền, Phạm Văn Duyệt, "Kết quả sớm phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ 6/2023 - 6/2024", *Tạp chí Khoa học sức khỏe*, tập 3, số 2/2025, tr. 116-122, 2025.
10. Phạm Hữu Tân, Đàm Văn Cương, "Kết quả điều trị ung thư BQ chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, số 63, tr. 23-29, 2023.
11. Bùi Hoàng Phúc, Trần Hoàng Anh, Nguyễn Tuấn Cảnh và CS, "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", *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tập. 65, số. 3, tr. 31-38, 2023.
12. Nguyễn Đức Anh, *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u bàng quang nguyên khối điều trị u nông bàng quang tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Học viện Quân y, 2024. □