

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHUNG, MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI GIAI ĐOẠN BỆNH

Nguyễn Văn Mão
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Giới thiệu: Các tổn thương dạng u bàng quang thường có xu hướng ác tính, trong đó ung thư biểu mô đường tiết niệu chiếm chủ yếu. Có các yếu tố liên quan đến loại ung thư này, đặc biệt là tuổi, giới và hút thuốc lá. Việc chẩn đoán giai đoạn bệnh cũng như xác định một số yếu tố liên quan với giai đoạn bệnh là rất quan trọng trong điều trị bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm chung tổn thương ung thư bàng quang; Xác định mối liên quan giữa một số đặc điểm chung, độ biệt hóa với giai đoạn bệnh ở bệnh nhân ung thư bàng quang. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 59 trường hợp ung thư bàng quang. Tiến hành làm mô bệnh học sau mổ hoặc sinh thiết để chẩn đoán xác định, phân loại và xác định mối liên quan với giai đoạn bệnh tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2016 đến tháng 03/2017. **Kết quả:** Giới nam mắc bệnh chủ yếu, tỷ lệ nam/nữ: 3,2/1; Tuổi trung bình mắc bệnh là 66,5; Bệnh nhân chủ yếu là nông dân chiếm 54,2%; Tỷ lệ có hút thuốc lá ở bệnh nhân nam giới 61,0%; U lần đầu tiên 64,4%, u tái phát 35,6%. Mô bệnh học và mối liên quan với giai đoạn bệnh cho thấy: Ung thư biểu mô đường tiết niệu chiếm ưu thế 98,3%, ung thư biểu mô vảy chỉ có 1,7%; Độ mô học chủ yếu là ung thư biệt hóa độ cao: độ II (50,9%), độ III (32,2%), còn độ thấp (độ I) chỉ 16,9%; Đa số là u ở giai đoạn xâm lấn (79,7%), u nông chỉ chiếm 20,3%; Có mối liên quan giữa độ biệt hóa và mức độ xâm lấn u; Không có mối liên quan giữa tiền sử mắc u cũng như kích thước u với mức độ xâm lấn u. **Kết luận:** ung thư bàng quang chiếm ưu thế trong các tổn thương dạng u bàng quang và bệnh nhân thường đến ở giai đoạn đã tiến triển (xâm lấn), gặp ở nam cao hơn ở nữ và khoảng 61% bệnh nhân có hút thuốc lá. Có mối liên quan giữa độ biệt hóa và mức độ xâm lấn u; Không có mối liên quan giữa tiền sử mắc u cũng như kích thước u với mức độ xâm lấn u.

Từ khóa: ung thư bàng quang, mô bệnh học, ung thư biểu mô đường tiết niệu, độ biệt hóa, giai đoạn, xâm lấn cơ.

Abstract

SOME GENERAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH THE BLADDER CANCER, HISTOPATHOLOGY AND THE RELATION WITH THE STAGE

Nguyen Van Mao
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: The tumourlike lesions of the bladder highly oriented as malignant tumours in which the urothelial type was predominant. Many factors were related to this disease, especially the age, gender and smoking have been indicated. The diagnosis, staging and the determination of the factor related to the disease stage were important for the treatment. **Objectives:** To describe some general characteristics of patients with the bladder cancer. To determine the relation between some general characteristics of patients with the bladder cancer, histopathological grade and the stage. **Materials, method:** cross - sectional study on 59 cases in Hue University Hospital and Hue Central Hospital from April, 2016 to March, 2017. **Results:** the male patients were dominant with M/F ratio: 3.2/1; the average age was 66,5, most of them were peasants and the smoking male patient was accounting for 61.0%; the tumours appeared for the first time were 64.4%, for the second time or more were 35.6%. Histopathology and the relation with the disease stage showed that: the most frequent type of cancer was urothelial (98.3%), the squamous cell cancer was only 1.7%; histopathologically, the high grade was frequent (83.1%) including the grade 2 (50.9%), grade 3 (32.2%) and

the low grade (grade 1) of only 16.9%; the majority of the tumours were in muscular invasive stage (79.7%) and the superficial ones were lower of only 20.3%; there was the relation between histopathological grade and the invasive stage; otherwise it didn't find any relation between the times of history that patients affected or the tumour size with the stage of bladder cancer in this research. **Conclusion:** majority of the patients came at the late stage (muscular invasive tumour) and the number of bladder cancer in male was higher than in female, about 61% of male patient have been smoking. There was the relation between histopathological grade and the invasive stage; otherwise it didn't find any relation between the times of history that patients affected or the tumour size with the stage of bladder cancer in this research.

Keywords: bladder cancer, histopathology, urothelial carcinoma, differentiation grade, stage, muscular invasion

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là loại ung thư đứng hàng thứ hai sau ung thư tiền liệt tuyến của hệ tiết niệu-sinh dục ở nam giới và là ung thư đứng hàng đầu nếu chỉ tính riêng hệ tiết niệu ở cả nam và nữ [1], [11], [19]. Theo ghi nhận ở trong và ngoài nước, u bàng quang thường có xu hướng ác tính, trong đó phần lớn xuất phát từ biểu mô đường niệu (90%), trước đây còn gọi là ung thư tế bào chuyển tiếp, ngày nay thống nhất dùng từ ung thư biểu mô đường niệu, còn ung thư từ mô liên kết thì ít gặp [3], [14], [17]. Việc chẩn đoán sớm tổn thương, đặc biệt nếu ung thư ở giai đoạn sớm (chưa xâm lấn lớp cơ) thì có thể điều trị bảo tồn và kết quả rất tốt cho bệnh nhân [1], [11], [18]. Do đó, u bàng quang cần được chẩn đoán, điều trị sớm và tích cực. Theo các nghiên cứu ở nước ngoài đặc biệt ở các nước đang phát triển loại ung thư này có liên quan đến một số yếu tố như tuổi, giới, nghề nghiệp, môi trường, đặc biệt là hút thuốc lá và điều này đã cho thấy số ca bệnh ngày càng tăng, trong khi đó chúng có xu hướng chững lại ở các nước phát triển, nơi mà việc kiểm soát môi trường tốt hơn cũng như tỉ lệ hút thuốc lá giảm xuống [1], [19]. Ở Việt Nam, đặc biệt khu vực miền Trung có rất ít báo cáo về bệnh lý này cũng như mối liên quan của một số đặc điểm chung, mô bệnh học với giai đoạn bệnh [1], [2], [5]. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm chung ung thư bàng quang*

2. *Xác định mối liên quan giữa một số đặc điểm chung, độ biệt hóa với giai đoạn bệnh ở bệnh nhân ung thư bàng quang*

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Giới tính

Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo giới

Giới tính	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm %
Nam	45	76,3
Nữ	14	23,7
Tổng	59	100,0

Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới. Tỷ lệ nam/ nữ là 3,2/1.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 59 trường hợp ung thư bàng quang. Tiến hành làm mô bệnh học sau mổ hoặc sinh thiết để đối chiếu chẩn đoán và phân loại, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2016 đến tháng 03/2017.

Kỹ thuật tiến hành: - Khám và ghi nhận các đặc điểm chung như Tuổi và giới tính; Nghề nghiệp liên quan; Tiền sử bản thân (hút thuốc lá, từng mắc và điều trị u BQ).

- Bệnh nhân được chỉ định siêu âm và phát hiện có tổn thương dạng u bàng quang và tiến hành làm mô bệnh học đối với những bệnh nhân được chỉ định nội soi sinh thiết bàng quang hoặc phẫu thuật cắt u.

Những mảnh cắt u được nhuộm theo phương pháp nhuộm H.E. Kết quả được đọc và chẩn đoán như sau:

Phân loại mô bệnh học theo WHO 2004 [14] :

- + Ung thư biểu mô đường tiết niệu
- + Ung thư biểu mô vảy
- + Ung thư biểu mô tuyến
- + Ung thư tế bào nhỏ
- + U lành tính
- + Viêm mãn

Phân độ mô bệnh học theo WHO 1973 [17]:

- + Độ 1 : biệt hóa tốt (thấp)
- + Độ 2: biệt hóa vừa
- + Độ 3: biệt hóa kém (cao)

Phân giai đoạn TNM 2009 theo UICC [20]:

- + Ung thư bàng quang chưa xâm lấn (u nông) : TaNOM0, TisNOM0, T1NOM0.
- + Ung thư bàng quang xâm lấn: > T2NOM0.

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.2. Phân bố bệnh theo tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm %
≤ 40	2	3,4
41-49	4	6,8
50-59	10	16,9
60-69	17	28,8
70-79	17	28,8
≥ 80	9	15,3
Tổng	59	100,0

Nhóm tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là 60 - 79 tuổi (57,6%). Tuổi phát hiện trung bình là 66,5 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 24 tuổi, lớn nhất là 94 tuổi.

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm (%)
Nông dân	32	54,2
Công nhân	3	5,1
Cán bộ	5	8,5
Hưu trí	9	15,3
Khác	10	16,9
Tổng	59	100,0

- U bàng quang gặp ở mọi đối tượng, trong đó đa số là nông dân 54,2%.
- Trong đối tượng nghỉ hưu không có bệnh nhân nào có tiền sử tiếp xúc hóa chất.
- Một số ngành nghề khác như buôn bán, quay phim, phóng viên thợ nề, xe thồ, ngư dân, nội trợ....

3.1.4 Tiền sử

- Hút thuốc lá

Bảng 3.4. Tiền sử hút thuốc lá

Hút thuốc lá	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm (%)
Không	23	39,0
< 10 năm	3	5,1
10-20 năm	11	18,6
≥ 20 năm	22	37,3
Tổng	59	100

Có 36/ 59 bệnh nhân hút thuốc lá (chiếm 61,0%) và đều là nam giới, trong đó tỷ lệ hút ≥ 20 năm chiếm đa số (37,3%).

- Tiền sử mắc u bàng quang

Bảng 3.5. Tiền sử mắc bệnh ung thư bàng quang

Tiền sử	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm(%)
Lần đầu	38	64,4
Tái phát lần 2	14	23,7
Tái phát lần 3	7	11,9
Tổng	59	100

Đa số bệnh nhân phát hiện u lần đầu (64,4 %). Có 35,6% bệnh nhân từng điều trị u bàng quang (u tái phát).

3.1.5. Kích thước u

Bảng 3.6. Kích thước u

Kích thước	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm(%)
< 3cm	33	55,9
≥ 3cm	26	44,1
Tổng	59	100

Trong 59 trường hợp là ác tính, kích thước < 3cm chiếm tỉ lệ cao hơn.

3.2. Mô bệnh học và mối liên quan giữa một số đặc điểm chung, độ biệt hóa với giai bệnh ở bệnh nhân ung thư bàng quang

3.2.1. Phân loại mô bệnh học

Bảng 3.7. Chẩn đoán phân loại mô bệnh học

Phân loại mô bệnh học	Số lượng BN	Tỷ lệ phần trăm (%)
Ung thư biểu mô đường niệu	58	90,6
Ung thư biểu mô vảy	1	1,6
Tổng	59	100

Ung thư biểu mô đường niệu chiếm đa số 58/59 trường hợp (98,3%).

3.3.2. Phân độ mô học ung thư bàng quang

Bảng 3.8. Phân độ mô học

Độ biệt hóa	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Độ I	10	16,9
Độ II	30	50,9
Độ III	19	32,2
Tổng	59	100,0

Đa số các trường hợp có độ mô học cao, độ II (50,9 %) và độ III (32,2 %).

3.3.3. Phân giai đoạn ung thư bàng quang

Bảng 3.9. Phân giai đoạn TMN

Phân loại giai đoạn TMN	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
T1NxMx	12	20,3
≥ T2NxMx	47	79,7
Tổng	59	100,0

Ung thư bàng quang xâm lấn chiếm đa số 79,7 %, ung thư bàng quang nông chiếm 20,3 %

3.3.4. Mối liên quan giữa tiền sử u, kích thước u, độ biệt hóa và mức độ xâm lấn

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa tiền sử u với mức độ xâm lấn

Mức độ xâm lấn	U nông	U xâm lấn	p
Tiền sử u bàng quang	Lần đầu	7	31
	Tái phát lần 2	2	12
	Tái phát ≥ 3 lần	1	6

Không có mối tương quan giữa số lần mắc u với mức độ xâm lấn u với độ tin cậy 95%

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa kích thước và mức độ xâm lấn u

Mức độ xâm lấn	U nông	U xâm lấn	p
Kích thước u	< 3cm	6	27
	≥ 3cm	6	20
Độ biệt hóa	Độ I	7	3
	Độ II	4	26
	Độ III	1	18

Không có mối tương quan giữa kích thước u và mức độ xâm lấn u với độ tin cậy 95 %

Bảng 3.12. Mối liên quan độ biệt hóa với mức độ xâm lấn u

Mức độ xâm lấn	U nông	U xâm lấn	p
Độ biệt hóa	Độ I	7	0,001 (< 0,01)
	Độ II	4	
	Độ III	1	

Có mối tương quan giữ độ biệt hóa và mức độ xâm lấn u với độ tin cậy 99%

4. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

- **Giới tính:** Qua nghiên cứu 59 bệnh nhân, trong đó có 45 bệnh nhân là nam giới và 14 bệnh nhân là nữ giới, với tỷ lệ nam/ nữ = 3,2/1. Tỷ lệ này phù hợp với ý văn và tất cả các nghiên cứu đã công bố, là nam luôn mắc bệnh nhiều hơn nữ, số liệu dao động có khác nhau tùy theo từng tác giả. Theo ý văn thế giới tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ 3-4 lần. Kết quả theo các tác giả Nguyễn Diệu Hương (2008) tỷ lệ nam/ nữ là 2,06/1[6], Đặng Đức Hào (2014) là 3,78/1[4], Stephan Alex E (2011) là 6,8/1 [21].

- **Tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là 60-79 (chiếm 57,6 %). Độ tuổi trung bình mắc bệnh là 66,5 (trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 94 tuổi và nhỏ nhất 24 tuổi). So sánh với các nghiên cứu của Trần Ngọc Khánh (2015) có tuổi trung bình 58,7± 11,7 và nhóm tuổi hay gặp nhất là 50-59 (42%) [7], Đặng Đức Hào (2016) tuổi trung bình là 54,45 và nhóm tuổi hay gặp nhất từ 41-70 (59,30% [5].

Theo ý văn, trên thế giới ung thư bàng quang hiếm gặp ở người < 40 tuổi [2]. Tuy nhiên, qua nghiên cứu 59 trường hợp, có 3 trường hợp mắc ung thư bàng quang < 40 tuổi (trong đó trẻ nhất là 24 tuổi) và kết hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Kì (1993) trường hợp nhỏ tuổi nhất là 22 tuổi [9], Nguyễn Diệu Hương (2008) là 20 tuổi [6]. Từ các kết quả đó cho thấy độ tuổi mắc ung thư bàng quang đang trẻ hóa dần.

- **Nghề nghiệp:** Bệnh gặp ở mọi đối tượng nghề nghiệp khác nhau, trong đó nông dân chiếm đa số (54,2 %). Ở nước ta, nông nghiệp vẫn chiếm ưu thế vì vậy không thể kết luận nghề nông có nguy cơ mắc ung thư bàng quang cao hơn những ngành nghề khác. Tuy nhiên, với tình trạng sử dụng các hóa chất trong nông nghiệp (thuốc trừ sâu, phân bón hóa học...) ngày càng phổ biến như hiện nay sẽ góp phần làm tăng tỷ lệ mắc ung thư bàng quang ở nông dân.

Trong 59 bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu có 2 thợ nề có tiền sử tiếp xúc nhiều với sơn và 1 công nhân trong nhà máy sản xuất cao su, có thể do việc phơi nhiễm thường xuyên với các chất hóa học hữu cơ làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Đây chỉ là những nhận xét ban đầu của nghiên cứu này, tuy

nhien chúng tôi thấy có những điểm chung so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước trong việc bị bệnh liên quan với nghề nghiệp như Vũ Lê Chuyên, Smittenaar, Petersen [3], [19].

- Tiền sử:

- **Hút thuốc lá :** Về tiền sử liên quan đến ung thư bàng quang, các nghiên cứu đều cho rằng hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính. Theo một nghiên cứu kéo dài 10 năm (1995-2006) của Freedman và cộng sự về mối liên quan giữa hút thuốc lá và ung thư bàng quang ở cả nam lẫn nữ được công bố năm 2011 qua theo dõi hơn 450.000 người, ung thư bàng quang xảy ra ở 3.896 là nam giới (144/ 100,000 người/năm) và 627 là nữ giới (34,5/ 100,000 người/năm). Nghiên cứu này kết luận hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc ung thư bàng quang tăng gấp 2 lần ở những người hút thuốc lá trước đây (dù đã bỏ thuốc > 10 năm) và tăng gấp 4 lần ở những người hiện tại đang hút thuốc lá [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36/59 bệnh nhân hút thuốc lá (chiếm 61,0%) và đều là nam giới, trong đó tỷ lệ hút ≥ 20 năm chiếm đa số 37,3%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Diệu Hương (2008) trong 49 bệnh nhân ung thư bàng quang tham gia nghiên cứu có 33 bệnh nhân là nam giới và trong đó có 21 bệnh nhân (63,6%) có hút thuốc lá từ 5 năm trở lên [6]. Như vậy các kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân bị ung thư bàng quang có hút thuốc lá cao hơn so với bệnh nhân không hút thuốc lá.

- **Tiền sử u bàng quang:** Có 38/59 bệnh nhân phát hiện u lần đầu (chiếm 64,4%) và 21/59 bệnh nhân u tái phát từ 2 lần trở lên (35,6%). Những bệnh nhân có u lần đầu tiên lượng tốt hơn những bệnh nhân u tái phát, đặc biệt tái phát nhiều lần. Ung thư nông có thể phẫu thuật nội soi nhưng nếu tái phát nhiều lần làm tăng nguy cơ phát triển thành ung thư xâm lấn [16]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy có sự khác biệt nào về mức độ xâm lấn ở 2 nhóm bệnh nhân được phát hiện lần đầu và nhóm có tiền sử u ở các lần trước.

- Kích thước khối u < 3 cm là 55,9% , u ≥ 3 cm là 44,1%. Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Đặng Đức Hào, tỉ lệ u < 3 cm là 66,28 %, ≥ 3cm có 33,72% [4]. Theo một số nghiên cứu nước ngoài kích thước u là 1 yếu tố tiên lượng bệnh, bệnh nhân

có khối u < 3 cm có tỷ lệ sống sau khi di căn xa và sau mắc ung thư bàng quang 10 năm cao hơn bệnh nhân có u ≥ 3cm [13], [16].

4.2. Mô bệnh học và mối liên quan giữa tiền sử u, kích thước u, độ biệt hóa và mức độ xâm lấn

Chẩn đoán mô bệnh học:

Trong 59 trường hợp tổn thương ác tính, có 58 bệnh nhân là ung thư biểu mô đường niệu (98,3%) và 1 bệnh nhân là ung thư biểu mô vảy (1,7%), các loại khác chưa gặp. kết quả này cũng phù hợp với y văn, ung thư biểu mô đường niệu thường chiếm chủ yếu > 90%, ung thư biểu mô vảy khoảng 78 %, 12 % còn lại là ung thư biểu mô tuyến, ung thư tế bào nhỏ, sarcoma [3], [14]. Thực ra khi nghiên cứu chúng tôi đã thu thập được 64 bệnh nhân có tổn thương dạng u trên lâm sàng và siêu âm, trong đó có 59 trường hợp thực sự là ung thư bàng quang (chiếm 92,2%) sau khi có kết quả xác định của mô bệnh học. Còn lại 5 trường hợp là tổn thương lành tính (7,8%), trong đó có 3 trường hợp là quá sản và 2 trường hợp là viêm mãn. Như vậy với các tổn thương dạng u bàng quang được phát hiện bằng lâm sàng và siêu âm thì chiếm ưu thế vẫn là u ác tính (trên 90%) được xác chẩn sau khi làm giải phẫu bệnh. Kết quả này cũng tương tự như các báo cáo trong và ngoài nước, [3-6], [10], [18]. Đây là điều đáng quan tâm và cần lưu ý đối với các nhà lâm sàng.

Độ mô học: ung thư bàng quang biệt hóa độ II gặp nhiều nhất 50,9%, độ III (32,2%) và độ I (16,9%). Còn nghiên cứu của Vũ Văn Lại cho thấy không có trường hợp nào biệt hóa thấp, có 59,7% trường hợp biệt hóa độ 2 và 40,3% trường hợp biệt hóa độ 3 [9].

Về phân giai đoạn TNM và mối liên quan với một số yếu tố khác: ung thư bàng quang nông (chưa xâm lấn đến lớp cơ bàng quang) chiếm 20,3% và ung thư bàng quang xâm lấn chiếm tỷ lệ lớn hơn 79,7%. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân đến ở giai đoạn không còn sớm. So sánh với những quốc gia đã phát triển, có thể do trình độ nhận thức cao hơn nên đa phần bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. Theo một nghiên cứu, tại Hoa Kỳ và Châu Âu, ở

lần khám đầu tiên khoảng 70% bướu bàng quang là u nông và 30% là u xâm lấn [22]. Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân thường đến khám trễ và tỷ lệ u xâm lấn khi phát hiện thường cao hơn [10].

Theo các nghiên cứu trên thế giới cũng như y văn cho thấy thường u xâm lấn thì độ mô học thường là ở độ cao, hiếm khi là độ thấp (độ I) [14], [17], [22]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra được mối tương quan này ($p = 0,001$, độ tin cậy 99%). Tuy nhiên nghiên cứu không thấy mối tương quan giữa kích thước u cũng như số lần mắc ung thư bàng quang với mức độ xâm lấn ($p > 0,05$). Có thể số lượng của nghiên cứu này còn hạn chế, cần có nghiên cứu tiếp theo để có kết luận cụ thể hơn về các yếu tố này.

Phân giai đoạn của mô bệnh học rất có ý nghĩa cho quyết định phương pháp điều trị của bệnh nhân. Các trường hợp u nông thì có thể điều trị bảo tồn bàng quang, kết quả tốt; còn u ở giai đoạn xâm nhập thường phải điều trị triệt căn cắt bàng quang toàn bộ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 59 bệnh nhân ung thư bàng quang ở Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ 4/2016 đến 7/2017 cho thấy:

Giới nam mắc bệnh chủ yếu, tỷ lệ nam/nữ: 3,2/1; Tuổi trung bình mắc bệnh là 66,5; Bệnh chủ yếu gặp bệnh nhân là nông dân chiếm 54,2%; Tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới 61,0%; U lần đầu tiên 64,4%, u tái phát 35,6%

Mô bệnh học và mối liên quan với giai đoạn bệnh: Ung thư biểu mô đường niệu chiếm ưu thế 98,3%, ung thư biểu mô vảy chỉ có 1,7%; Độ mô học chủ yếu là ung thư biệt hóa độ cao: độ II (50,9%), độ III (32,2%), còn độ thấp (độ I) chỉ 16,9%; Đa số là u ở giai đoạn xâm lấn (79,7%), u nông chỉ chiếm 20,3%.

Có mối liên quan giữa độ biệt hóa và mức độ xâm lấn u; Không có mối liên quan giữa số lần mắc u cũng như kích thước u với mức độ xâm lấn u trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại - Trường đại học y dược Hà Nội, *Bệnh học Ngoại, tập 2*, NXB Y học, Hà Nội, tr 120-124.
2. Bộ môn Ngoại (2007), *Giáo trình ngoại bệnh lý III*, Trường Đại học y Dược Huế, tr 92 - 102.
3. Vũ Lê Chuyên (2013), “Ung thư bàng quang”, *Bệnh lý các khối u đường niệu*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr 122 - 156.
4. Đặng Đức Hào (2014), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi u bàng quang có đối chiếu mô bệnh học*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Hà Nội.
5. Nguyễn Hùng (2008), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u bàng quang tại bệnh viện trung ương Huế*, Luận văn tốt nghiệp trường đại học y dược Huế.
6. Nguyễn Diệu Hương (2008), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị u nông tại bệnh viện K (2006 - 2008)*, Luận án tiến sĩ Y học, Hà Nội.
7. Trần Ngọc Khánh (2015), *Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang xâm lấn bằng phẫu thuật cắt bàng quang đơn thuần và tạo hình bàng quang bằng đoạn hồi tràng*,

Luận án tiến sĩ, Học viện quân y.

8. Nguyễn Kỳ (1993), *Góp phần nghiên cứu chẩn đoán điều trị u nông bàng quang bằng phương pháp cắt đốt nội soi*, Luận án tiến sĩ, Học viện quân y.

9. Vũ Văn Lại (2007), *Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật cắt u nội soi qua niệu đạo và kết hợp bơm BCG vào bàng quang*, Luận án tiến sĩ, Hà Nội.

10. Đào Quang Oánh (2010), “*Bướu nông bàng quang- yếu tố nguy cơ- hướng xử trí*”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, tập 14, số 1*.

11. Nguyễn Bửu Triều (2006), “*Ung thư bàng quang*”, *Bệnh học Ngoại khoa tập 2*, Nhà xuất bản y học, tr 180-184.

12. Hoàng Văn Tùng, Trần Ngọc Khánh, Phạm Trần Cảnh Nguyên, Nguyễn Văn Thuận, Lê Đình Khánh, Nguyễn Khoa Hùng (2007), “*Cắt bàng quang giữ lại Tuyến Tiền Liệt và tạo hình bàng quang mới bàng đoạn hồi tràng theo studer*”, *Tạp chí y học thực hành*, (586), tr 61 - 65.

Tiếng anh

13. American cancer society (2016), “*bladder cancer*”, *Ga: American cancer society*

14. Eble J.N, Sauter G, Epstein J.I, Sesterhenn I.A (2004), “*WHO Classification of tumors, pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male*

genital Organs”, Lyon: IARC Press.

15. JAMA, 306(7): 737–745.

16. Herr H.W. and Donat S.M. (2006), “*A re-staging transurethral resection predicts early progression of superficial bladder cancer*”, *BJU international*, volume 97, issue 6:1194.

17. Mostofi F.K, Sobin L.H, Torloni H (1973), *Histological typing of urinary bladder tumours*, World Health Organization: Geneva, 1973.

18. Shama S., Ksheersagar P., (2009), “*Diagnosis and Treatment of Bladder Cancer*”, *American Family Physician*, 80 (7), pp 717 -723.

19. Smittenaar CR, Petersen KA, Stewart K, Moitt N (2016), “*Cancer Incidence and Mortality Projections in the UK Until 2035*”, Ung thư Anh J.

20. Sobin L.H et al (2009), *TNM Classification of malignant tumors*, UICC, 7th Edition, 262-265.

21. Stephan Alex Emilian (2011), *Histopathological and immunohistochemical study of urothelial bladder carcinomas*, Doctoral thesis summary, Craiova, Romania.

22. Stephen JJ, Campbell SC (2007), *Non muscle invasive bladder cancer (Ta, T1, and CIS)*, Campbell–Walsh Urology, 9th ed., Saunders – Elsevier, Philadelphia, Vol 3, pp 2407 – 2446.