

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐỐT NỘI SOI QUUA NIỆU ĐẠO ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Phương Thanh Tú¹, Đỗ Ngọc Thế², Nguyễn Thanh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 170 người bệnh TSLTTTL được phẫu thuật từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025. Dữ liệu thu thập gồm: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $72,6 \pm 8,4$. Bệnh lý kèm gồm: tăng huyết áp (48,8%), đái tháo đường (22,3%) và cả hai (16,5%). Tiểu khó trước phẫu thuật gặp ở 74,0% người bệnh. Thể tích tuyến trung bình: $62,7 \pm 30,2$ ml. Một số xét nghiệm sinh hóa trước phẫu thuật có kết quả trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm nước tiểu dương tính: hồng cầu (51,2%), bạch cầu (51,8%). Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật đạt mức tốt (82,3%), mức trung bình (17,7%).

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, phẫu thuật nội soi qua niệu đạo, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF TRANSURETHRAL RESECTION FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Objective: To describe some clinical, paraclinical characteristics and the outcomes of patient care after transurethral resection for benign prostatic hyperplasia at 108 Military Central Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 170 patients with BPH who underwent surgery from January 2025 to June 2025. Collected data included: clinical characteristics, paraclinical characteristics, and nursing care outcomes after surgery. **Results:** The mean age was 72.6 ± 8.4 years. Comorbidities included hypertension (48.8%), diabetes mellitus (22.3%), and both (16.5%). Preoperative difficulty urinating was found in 74.0% of patients. The mean prostate volume was 62.7 ± 30.2 ml. Some preoperative biochemical tests were within normal limits. Positive urinalysis results included: red blood cells (51.2%), white blood cells (51.8%).

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Thanh Tú

Email: nppt0902@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Postoperative patient care outcomes were rated as good (82.3%) and moderate (17.7%).

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, transurethral resection, surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) hay u phì đại lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý phổ biến ở nam giới cao tuổi. Khi bệnh phát triển sẽ dẫn đến các rối loạn tiểu tiện như tiểu khó, tiểu rắt, bí tiểu... ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Nặng nề hơn nữa có thể dẫn đến suy thận, nhiễm khuẩn niệu, bí tiểu hoàn toàn... đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa. Hiện nay, phẫu thuật cắt đốt tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo là phương pháp điều trị phổ biến nhất và được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị các trường hợp TSLTTTL có chỉ định phẫu thuật [1], [2], [3].

Chẩn đoán bệnh thường dựa vào triệu chứng rối loạn tiểu tiện và các xét nghiệm cận lâm sàng. Ở góc độ điều dưỡng, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh TSLTTTL được phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo giúp hiểu rõ tính đặc thù, tình trạng bệnh lý của nhóm người bệnh này (cao tuổi, nhiều bệnh nền...) để làm cơ sở xây dựng kế hoạch và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật của điều dưỡng. Trên cơ sở số liệu thu thập được, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh TSLTTTL sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là người bệnh TSLTTTL sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh TSLTTTL được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo, có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh ung thư tuyến tiền liệt; người bệnh hạn chế nghe, nói, có bệnh tâm lý, thần kinh; người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên

cứu được thực hiện tại Khoa Tiết niệu dưới, Trung tâm Tiết niệu – Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Cỡ mẫu: 170 người bệnh được đưa vào khảo sát.

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu: Thu thập dữ liệu qua phân tích hồ sơ bệnh án của người bệnh sau phẫu thuật. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, tiền sử điều trị TSLTTTL, bệnh lý kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh mạn tính khác), triệu chứng rối loạn tiểu tiện, thể tích tuyến tiền liệt (siêu âm), kết quả xét nghiệm sinh hóa máu, nước tiểu (hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, nitrit niệu) trước phẫu thuật.

+ Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật: Đo dấu hiệu sinh tồn, thực hiện thuốc, chăm sóc giảm đau, chăm sóc tâm lý, chăm sóc dinh dưỡng, chăm sóc thông niệu đạo, chăm sóc vệ sinh cá nhân và phục hồi vận động; các hoạt động chăm sóc đều được thực hiện ≥ 2 lần/ngày. Các mốc thời gian đánh giá chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật là Ngày 1, Ngày 3 và thời điểm ra viện. Việc lựa chọn các mốc thời gian này dựa trên tiến trình phục hồi lâm sàng và mục tiêu nghiên cứu; đồng thời tối ưu hóa việc thu thập dữ liệu tại các thời điểm then chốt của quá trình hồi phục, đảm bảo tính đại diện và ý nghĩa khoa học cho việc đánh giá chất lượng chăm sóc điều dưỡng.

Tiêu chí đánh giá kết quả chăm sóc sau phẫu thuật dựa theo tiêu chí đã được quy định của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và chia 3 mức độ: Tốt, Trung bình và Kém trên cơ sở điểm kết quả đạt được so với điểm tối đa của các hoạt động chăm sóc.

- **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được nhập và xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), biến phân loại bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và tiền sử điều trị trước phẫu thuật của người bệnh (n=170)

Đặc điểm chung	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Nhóm	< 60	4,1

tuổi	60 - 69	57	33,5
	70 - 79	75	44,1
	≥ 80	31	18,3
	X $\pm$ SD (năm)	72,6 $\pm$ 8,4 (48 – 98)	
Tiền sử điều trị	Đã điều trị	97	57,1
	Chưa điều trị	73	42,9

Độ tuổi trung bình của người bệnh là 72,6 $\pm$ 8,4 tuổi. Có 57,1% người bệnh đã điều trị bệnh TSLTTTL trước đó.

Bảng 3.2. Tình trạng các bệnh kèm theo và rối loạn tiểu tiện trước phẫu thuật của người bệnh (n=170)

Chỉ số		Số người bệnh	Tỷ lệ %
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	83	48,8
	Đái tháo đường	38	22,3
	Tăng huyết áp + Đái tháo đường	28	16,5
Tình trạng rối loạn tiểu tiện	Bí tiểu cấp	45	26,0
	Tiểu khó	125	74,0

Tỷ lệ người bệnh mắc tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất, với 48,8%. Phần lớn người bệnh (74,0%) có triệu chứng tiểu khó; 26,0% người bệnh có triệu chứng bí tiểu cấp trước phẫu thuật.

Bảng 3.3. Thể tích tuyến tiền liệt trước phẫu thuật của người bệnh (n=170)

Thể tích TTL (ml)	Số người bệnh	Tỷ lệ %
< 30	1	0,6
30 – 49	67	39,4
≥ 50	102	60,0
X $\pm$ SD	62,7 $\pm$ 30,2 (28 – 120)	
Tổng	170	100

Thể tích TTL trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là 62,7 $\pm$ 30,2 ml; 60% người bệnh có thể tích TTL ≥ 50 ml và chỉ có 0,6% người bệnh có thể tích TTL < 30 ml.

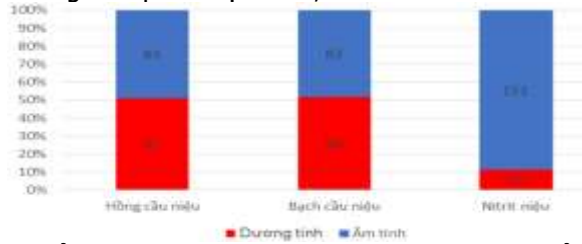
Bảng 3.4. Một số chỉ số xét nghiệm máu trước phẫu thuật của người bệnh (n=170)

Chỉ số	X $\pm$ SD	Cao nhất	Thấp nhất
Hồng cầu (T/L)	4,6 $\pm$ 0,7	7,4	2,7
Huyết sắc tố (g/L)	136,6 $\pm$ 16,9	178	74
Bạch cầu (G/L)	8,6 $\pm$ 3,3	30,8	3,5
Ure (mmol/l)	6,8 $\pm$ 2,9	24	2,4
Creatinin (μ mol/l)	92,1 $\pm$ 44,3	407	37
Na ⁺ (mmol/l)	137,2 $\pm$ 3,8	144	119
K ⁺ (mmol/l)	3,9 $\pm$ 0,4	5,1	3

Nhìn chung, các chỉ số xét nghiệm máu trước phẫu thuật nằm trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, khoảng dao động của nhiều chỉ số (Hồng cầu, Huyết sắc tố, Bạch cầu, Ure, Creatinin) rất rộng.

Xét nghiệm nước tiểu trước phẫu thuật cho thấy tỷ lệ hồng cầu niệu dương tính là 51,2%; bạch cầu niệu dương tính là 51,8% và nitrit niệu

dương tính phát hiện ở 11,2%.



Biểu đồ 3.1. Kết quả xét nghiệm nước tiểu trước phẫu thuật của người bệnh (n=170)

3.2. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật của điều dưỡng

Các hoạt động chăm sóc	Thời điểm đánh giá					
	Ngày 1 (n=170)		Ngày 3 (n=170)		Ra viện (n=170)	
	n	%	n	%	n	%
Đo dấu hiệu sinh tồn (đầy đủ, đúng phân cấp chăm sóc)	169	99,4	145	85,3	54	31,8
Thực hiện y lệnh thuốc (đầy đủ, đúng quy trình)	169	99,4	131	77,1	44	25,9
Theo dõi chăm sóc thông niệu đạo (≥ 2 lần/ngày)	170	100	128	75,3	0	0
Theo dõi chăm sóc giảm đau (≥ 2 lần/ngày)	169	99,4	130	76,5	9	5,3
Theo dõi chăm sóc phục hồi vận động (≥ 2 lần/ngày)	168	98,8	102	60,0	52	30,6
Theo dõi chăm sóc dinh dưỡng (≥ 2 lần/ngày)	170	100	164	96,5	162	95,3
Theo dõi chăm sóc vệ sinh cá nhân (≥ 2 lần/ngày)	168	98,8	87	51,2	14	8,2
Theo dõi chăm sóc tâm lý tinh thần (≥ 2 lần/ngày)	166	97,6	79	46,5	24	14,1

Tất cả người bệnh sau phẫu thuật đều được thực hiện đo dấu hiệu sinh tồn đúng phân cấp chăm sóc; thực hiện y lệnh thuốc đầy đủ, đúng quy trình. Các hoạt động theo dõi chăm sóc thông niệu đạo, tình trạng đau, phục hồi vận động, dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân và tâm lý tinh thần đều được thực hiện ≥ 2 lần/ngày trở lên.

Bảng 3.6. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Kết quả chăm sóc	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Tốt	140	82,3

Trung bình	30	17,7
Kém	0	0
Tổng	170	100

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ở mức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,3%; mức độ trung bình chiếm 17,7 và không có người bệnh nào được đánh giá ở mức kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình của người bệnh là $72,6 \pm 8,4$ tuổi. Phân tích cụ thể theo nhóm tuổi cho thấy phần lớn người bệnh tập trung ở độ tuổi 60–79 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất với hai nhóm: 60–69 tuổi chiếm 33,5% và 70–79 tuổi chiếm 44,1%. Trong khi đó, nhóm tuổi từ 80 trở lên chiếm 18,3% và nhóm dưới 60 tuổi chỉ chiếm 4,1%. Sự phân bố này phản ánh đúng đặc điểm dịch tễ học của bệnh lý TSLTTTL – một bệnh thường gặp và gia tăng theo tuổi ở nam giới. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng tỷ lệ mắc bệnh TSLTTTL tăng rõ rệt sau tuổi 50 và đặc biệt cao ở nhóm tuổi trên 60. Theo khảo sát dịch tễ của Trần Đức Hòe và cs, tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm tuổi từ 61–70 là 91% và từ 81–90 là 100% [1]. Các nghiên cứu trong nước của các tác giả Danh Hào và cs (2022) hay Nguyễn Ngọc Trang và cs (2025) đều nhất trí rằng TSLTTTL là bệnh phổ biến ở nam giới lớn tuổi [4], [5]. Như vậy, kết quả nghiên cứu này là hoàn toàn phù hợp với thực tiễn bệnh học [1].

Trong tổng số 170 người bệnh, có 57,1% người bệnh đã từng được điều trị bệnh TSLTTTL trước khi nhập viện, đa phần sử dụng phương pháp điều trị nội khoa (91,7%), chỉ có một tỷ lệ nhỏ (8,3%) đã từng trải qua điều trị ngoại khoa. Điều này cho thấy, phần lớn người bệnh đã nhận thức được mức độ ảnh hưởng của bệnh, đồng thời cũng phản ánh khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế ban đầu, đặc biệt là các phương pháp điều trị nội khoa. Tuy nhiên, có đến 42,9% chưa từng điều trị cho thấy vẫn còn một bộ phận người bệnh có thể đã bỏ qua triệu chứng sớm, tự chịu đựng hoặc không được chẩn đoán và theo dõi kịp thời, dẫn đến bệnh tiến triển và phải can thiệp bằng phẫu thuật.

Trong số các bệnh mạn tính đi kèm được ghi nhận, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,8%, tiếp theo là đái tháo đường (22,3%), và cả hai bệnh cùng tồn tại ở 16,5% số người bệnh. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dân số nghiên cứu, khi phần lớn người bệnh là nam giới lớn tuổi – nhóm có nguy cơ cao mắc các bệnh mạn tính liên quan đến rối loạn chuyển hóa, tim mạch và nội tiết [6]. Tác giả Danh Hào và cs (2022),

nhấn mạnh rằng tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD ở người cao tuổi ngày càng tăng và chúng ảnh hưởng lớn đến việc chỉ định cũng như kết quả điều trị TSLTTTL [4]. Từ góc độ điều dưỡng, việc người bệnh có bệnh nền mạn tính đòi hỏi cần có quy trình theo dõi sát, điều trị kết hợp chặt chẽ và cá thể hóa kế hoạch chăm sóc. Đặc biệt, người bệnh tăng huyết áp cần được kiểm soát huyết áp ổn định trước – trong – sau phẫu thuật, tránh các biến cố như cơn tăng huyết áp cấp, tai biến mạch máu não hoặc rối loạn nhịp tim. Trong khi đó, người bệnh đái tháo đường cần theo dõi đường huyết nghiêm ngặt, chế độ ăn phù hợp, đồng thời kiểm soát nhiễm khuẩn – biến chứng dễ gặp ở nhóm bệnh này.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thể tích TTL trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là $62,7 \pm 30,2$ ml; trong đó có đến 60% người bệnh có thể tích tuyến ≥ 50 ml và chỉ 0,6% có thể tích < 30 ml. Đây là một kết quả rất có ý nghĩa, cho thấy đa số người bệnh trong nghiên cứu được chỉ định phẫu thuật đều thuộc nhóm tuyến tăng sinh lớn đến rất lớn. Theo Võ Hiếu Nghĩa và cs (2024), thể tích TTL trung bình là $57,23 \pm 25,02$ ml, nhóm thể tích lớn nhất là từ 40 – 60 ml chiếm 43,3%, có 10 trường hợp tuyến tiền liệt to trên 60 ml [3]. Theo Vũ Minh Đức và cs (2022), thể tích TTL trung bình là $78,94 \pm 31,97$ ml, nhóm thể tích lớn nhất là 150 ml, nhỏ nhất là 33 ml [7].

Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu trước phẫu thuật ghi nhận đa số người bệnh có các chỉ số nằm trong giới hạn bình thường. Giá trị trung bình của hồng cầu là $4,6 \pm 0,7$ T/L và huyết sắc tố là $136,6 \pm 16,9$ g/L, tuy nhiên có một số trường hợp thiếu máu nhẹ (hồng cầu thấp nhất 2,7 T/L; Hb thấp nhất 74 g/L). Đây là tình trạng thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt khi có bí tiểu kéo dài hoặc dinh dưỡng kém. Chỉ số bạch cầu trung bình là $8,6 \pm 3,3$ G/L, cao nhất lên tới 30,8 G/L, phản ánh tình trạng nhiễm khuẩn ở một số người bệnh – phù hợp với tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ghi nhận trước phẫu thuật. Ure và creatinin tăng nhẹ trong một số trường hợp (tối đa 24 mmol/L và 407 μ mol/L), cho thấy có người bệnh có dấu hiệu suy thận – có thể do ứ nước tiểu kéo dài do tăng sinh TTL. Chỉ số điện giải (Na^+ và K^+) nhìn chung ổn định.

Kết quả xét nghiệm nước tiểu trước phẫu thuật cho thấy, hồng cầu niệu, tỷ lệ dương tính là 51,2%, trong khi 48,8% có kết quả âm tính. Đối với bạch cầu niệu, có 51,8% dương tính và 48,2% âm tính. Nitrit niệu dương tính được phát hiện ở 11,2%.

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trang và cs (2025) cho thấy chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu trước phẫu thuật của người bệnh cơ bản nằm trong giới hạn bình thường. Về xét nghiệm nước tiểu, kết quả cho biết hồng cầu niệu dương tính là 68,42%; bạch cầu niệu dương tính là 69,01%, cao hơn thống kê của chúng tôi. Tuy chỉ số xét nghiệm nước tiểu có sự chênh lệch, nhưng cùng xu hướng là tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trước phẫu thuật của người bệnh khá cao – điều này dễ hiểu khi nhiều người bệnh có tiền sử bí tiểu hoặc lưu thông tiểu kéo dài, nếu không được xử lý triệt để trước phẫu thuật có thể làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật. Do đó điều dưỡng cần phối hợp kiểm soát nhiễm khuẩn tốt và theo dõi sát các dấu hiệu viêm để kịp thời xử trí [5].

4.2. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật.

Công tác chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật của điều dưỡng góp phần rất lớn vào sự thành công của cuộc phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tất cả người bệnh sau phẫu thuật đều được thực hiện đo dấu hiệu sinh tồn đúng phân cấp chăm sóc; thực hiện y lệnh thuốc đầy đủ, đúng quy trình. Các hoạt động chăm sóc giảm đau, tâm lý tinh thần, dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân và phục hồi vận động đều được thực hiện ≥ 2 lần/ngày trở lên ở ngày thứ 1; từ ngày thứ 3 trở đi tần suất thực hiện các hoạt động chăm sóc có xu hướng giảm dần. Tuy nhiên, sự giảm này không phải là do sự thiếu hụt trong chăm sóc mà do người bệnh đã dần phục hồi và có khả năng tự thực hiện một số hoạt động mà không cần sự hỗ trợ trực tiếp từ điều dưỡng. Theo nghiên cứu của Sỹ Thị Thanh Huyền, tất cả người bệnh đều được theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo đúng phân cấp chăm sóc [8]. Tác giả Nguyễn Sỹ Trang ghi nhận tất cả người bệnh sau phẫu thuật đều được theo dõi, chăm sóc ≥ 2 lần/ngày trong thời gian nằm viện [9]. Điều này cho thấy sự tương đồng về chất lượng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật giữa Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và các cơ sở y tế khác.

Đánh giá chung kết quả chăm sóc cho thấy, 82,3% người bệnh có kết quả chăm sóc tốt; 17,7% người bệnh có kết quả chăm sóc trung bình và không có người bệnh nào có kết quả chăm sóc ở mức kém. Tác giả Nguyễn Trí Nhân, ghi nhận 90% người bệnh có kết quả chăm sóc tốt, 10% là chưa tốt [10]. Nghiên cứu của Nguyễn Sỹ Trang cho kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi tiết niệu tại Bệnh viện Bạch Mai ở mức tốt với 71,9% và 28,1% người bệnh ở mức khá/trung bình [9]. Điều này cho thấy, tuy kết quả chăm sóc tốt đều đạt tỷ lệ

cao, nhưng vẫn cần nỗ lực cải tiến hơn nữa để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh trong nghiên cứu ở độ tuổi cao (tuổi trung bình 72,6), nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo, chủ yếu là tăng huyết áp (48,8%); có 57,1% người bệnh đã điều trị bệnh TSLTTTL trước khi nhập viện. Triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất là tiểu khó (74,0%). Đa số người bệnh có thể tích TTL lớn (trung bình 62,7 ml). Xét nghiệm sinh hóa trước phẫu thuật đa số nằm trong giới hạn bình thường. Nước tiểu có 51,2% có hồng cầu niệu dương tính; 51,8% bạch cầu niệu dương tính và Nitrit niệu dương tính ở 11,2%.

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật: Có 82,3% người bệnh được chăm sóc tốt; 17,7% người bệnh được chăm sóc mức trung bình; không có người bệnh nào chăm sóc ở mức kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đức Hòa, Trần Đức** (2018), U phì đại lành tính tuyến tiền liệt: Những vấn đề chọn lọc, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, Hà Nội.
2. **Abrams P., Chapple C., Khoury S. et al** (2009), Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men, *J Urol*, 181(4), 1779-1787.
3. **Võ Hiếu Nghĩa, Lê Quang Trung** (2024), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương

pháp cắt đốt nội soi tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, *Tạp chí Y học Cần Thơ*, 77/2024, 162-169.

4. **Danh Hào, Đàm Văn Cương** (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt đốt nội soi trên bệnh nhân có bệnh mạn tính tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 50/22, 93-100.
5. **Nguyễn Ngọc Trang, Nguyễn Văn Hóa** (2025), Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 546(2), 288-291.
6. **Fallara G., Capogrosso P., Schifano N. et al** (2021), Ten-year Follow-up Results After Holmium Laser Enucleation of the Prostate, *Eur Urol Focus*, 7(3), 612-617.
7. **Vũ Minh Đức, Đỗ Trường Thành** (2022), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2022, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 521(1), 37-40.
8. **Sỹ Thị Thanh Huyền** (2022), Kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật sỏi thận và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Xanh Pôn, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
9. **Nguyễn Sỹ Trang** (2022), Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
10. **Vũ Trí Nhân** (2024), Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật u phì đại tuyến tiền liệt lành tính và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ DIỄN TIẾN CỦA TAY CHÂN MIỆNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ NĂM 2023

Kiều Quốc Thanh¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ nhỏ, trong đó một tỷ lệ không nhỏ diễn tiến nặng và có thể gây biến chứng thần kinh, hô hấp, tuần hoàn đe dọa tính mạng. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và diễn tiến của các ca tay chân miệng nặng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 811 bệnh nhi

tay chân miệng nặng (độ 2b trở lên) điều trị nội trú từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả. **Kết quả:** Tay chân miệng nặng chiếm 26,6% tổng số ca nhập viện trong năm. Bệnh chủ yếu xảy ra ở trẻ dưới 3 tuổi (72%), nam chiếm ưu thế (63%). Biểu hiện thần kinh thường gặp gồm giật mình (44,7%), run chi/thất điều (56,5%), viêm màng não (28,2%). Suy hô hấp gặp ở 19,3%, tăng huyết áp 10,8%, và sốc 1,6%. Có 273 ca (33,6%) chuyển độ trong quá trình điều trị; 10,5% phải đặt nội khí quản và 1,85% cần lọc máu. **Kết luận:** Tay chân miệng nặng diễn tiến phức tạp với nhiều biểu hiện thần kinh và tổn thương đa cơ quan. Phát hiện sớm và xử trí kịp thời là yếu tố then chốt giúp cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

Từ khóa: Tay chân miệng; Enterovirus A71; Tay chân miệng nặng; Diễn tiến bệnh

¹Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố

²Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025