

Đình Hùng, Ngô Tuấn Hưng. Khảo sát tần suất mắc và kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân bỏng nặng tại Khoa hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác. Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng, 4, 53-60. <https://jbdmp.vn/index.php/yhthvb/article/view/136>

7. **Rosenthal VD, Memish ZA, Bearman G.** Preventing ventilator-associated pneumonia: A

position paper of the International Society for Infectious Diseases, 2024 update. Int J Infect Dis. 2025;151:107305. doi:10.1016/j.ijid.2024.107305

8. **Hayakawa K, Binh NG, Co DX, et al.** Clinical and microbiological evaluation of ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit in Vietnam. Infect Prev Pract. 2023;5(4):100318. doi:10.1016/j.infpip.2023.100318

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Sơn Tùng¹, Lê Thị Phụng¹, Võ Quốc Hoàn²

TÓM TẮT

Mục Tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ung thư bàng quang nông tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. (2) Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 60 bệnh nhân ung thư bàng quang nông được phẫu thuật bằng nội soi cắt u qua niệu đạo từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023 tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là $59,6 \pm 11,35$; phần lớn đối tượng là nam giới (47/60) chiếm 78,3%; nữ giới chiếm 21,7%. Triệu chứng tiểu máu gặp nhiều nhất 65,0%, 20,0% đau bụng hạ vị, 10% tiểu buốt; 13,2% không có triệu chứng. Bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 58,3%. Bệnh nhân có kích thước u trên 3cm chiếm 26,7%. Vị trí u hay gặp nhất là thành bên bàng quang chiếm 38,3%. Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 75,0%. Chủ yếu ở giai đoạn T1 (85,0%); 11,7% Ta, 3,3% Tis. Sau phẫu thuật: 95,0% bệnh nhân không gặp biến chứng. 80,0% bệnh nhân không tái phát; 20,0% bệnh nhân tái phát sau điều trị. Thời gian tái phát trung bình là $17,25 \pm 8,66$ tháng. Thời gian sống không u trung bình $33,07 \pm 1,13$ tháng.

Từ khóa: ung thư bàng quang

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: (1) Describe some clinical and paraclinical characteristics of non-muscle invasive bladder cancer patients treated at Hanoi Oncology Hospital. (2) Evaluate results of treatment for non-

muscle invasive bladder cancer at Hanoi Oncology Hospital. **Methods:** a cross-sectional study was conducted on 60 patients diagnosed non-muscle invasive bladder who underwent transurethral resection of tumors from January 2018 to December 2023 at Hanoi Oncology Hospital. **Results:** The mean age of the study group was 59.6 ± 11.35 years; most of the subjects were male (47/60) accounting for 78.3%; female accounting for 21.7%. The most common symptom was hematuria (65,0%), lower abdominal pain (20,0%), painful urination (10%); 13,2% had no symptoms. Patients with a tumor accounted for 58.3%. 26.7% of patients had a tumor size greater than 3cm. The most common tumor location was the lateral bladder wall accounting for 38.3%. Most of the subjects had low histological grade (75,0%). Mainly in stage T1 (85,0%); 11,7% Ta, 3,3% Tis. After surgery: 95,0% of patients had no complications. 80,0% of patients had no recurrence; 20,0% of patients had recurrence after treatment. Average recurrence time was $17,25 \pm 8,66$ month.

Keywords: bladder cancer

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là một tình trạng bệnh lý ác tính đường tiết niệu thường gặp. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với độ tuổi thường gặp từ 60-70. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ giới. Trên thế giới bệnh lý này đứng thứ 6 trong các loại ung thư thường gặp [1], hàng năm có khoảng hơn 420.000 trường hợp mới mắc [2]. Tỷ lệ mắc loại ung thư này cao ở Bắc Mỹ, đông Địa Trung Hải, phía nam và Tây Âu, một vài vùng ở Bắc Phi, đặc biệt cao nhất ở Ai Cập [3]. Tại Mỹ và Châu Âu, ở lần khám đầu tiên khoảng 70% là u bàng quang nông. Ở Việt nam, ung thư bàng quang chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh lý ung thư đường tiết niệu. Ung thư bàng quang chiếm tỷ lệ khoảng 2% trong tổng số các loại ung thư [4]. Bệnh nhân thường đến khám muộn nên tỷ lệ u xâm lấn thường cao hơn. Điều trị UTBQ giai đoạn sớm cơ bản là phẫu thuật cắt bỏ u hoặc cắt bàng quang. Điều trị ung thư bàng quang nông phải đạt được 3 mục tiêu:

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Phụng

Email: lephuong199@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

Loại bỏ khối u, dự phòng tái phát và phòng chống u phát triển xâm lấn. Để giảm tỷ lệ tái phát và xâm lấn, biện pháp điều trị với ung thư bàng quang nông là áp dụng liệu pháp hỗ trợ sau phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo. Liệu pháp hỗ trợ tại chỗ trong bàng quang bao gồm hóa trị liệu và miễn dịch trị liệu. Việc lựa chọn dùng loại liệu pháp hỗ trợ nào, liệu trình ra sao, thời điểm bắt đầu dùng khi nào phụ thuộc vào nguy cơ tái phát của khối u sau khi đã cắt bỏ. Để có được những thông kê khoa học về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị bệnh nhân ung thư bàng quang nông, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Tính từ thời điểm lấy bệnh nhân đầu tiên tới thời điểm kết thúc theo dõi: tháng 1/2018 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân ung thư bàng quang được xác định không xâm lấn cơ bàng quang bằng giải phẫu bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân ung thư bàng quang được phẫu thuật bằng nội soi cắt u qua niệu đạo. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật xác định u không xâm lấn cơ bàng quang, bao gồm các giai đoạn Ta, Tis, T1.

- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật không thấy lớp cơ bàng quang trên tiêu bản bệnh phẩm.

- Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

- Các bệnh nhân mắc bệnh kèm theo nặng mà có nguy cơ tử vong gần.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện
- Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới

+ Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, triệu chứng

+ Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng u, kích thước u, vị trí u, giải phẫu bệnh (giai đoạn, độ mô học)

+ Kết quả điều trị: Biến chứng sau phẫu

thuật, Tỷ lệ tái phát, Thời gian sống không u

2.4. Quản lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Excel. Sau đó số liệu được kiểm tra, làm sạch, xử lý sai số, tổ chức và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân ung thư bàng quang nông với tuổi trung bình $59,7 \pm 13,1$ (tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi). Nhóm tuổi từ 51-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,0% (21/60 BN). Phần lớn bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ là 78,3%. Tỷ lệ Nam/Nữ = 3,6.



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng đái máu gặp nhiều nhất 55,0%, 20,0% đau bụng hạ vị, 15,8% đái buốt; 11,3% không có triệu chứng.

Bảng 1: Đặc điểm cận lâm sàng trên nội soi

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	1 u	35	58,3
	2 u	9	15,0
	3 u	7	11,7
	>3 u	9	15,0
Kích thước u	<3 cm	44	73,3
	≥3 cm	16	26,7
Vị trí u	Thành trước	6	10,0
	Thành sau	16	26,7
	Hai thành bên	23	38,3
	Rải rác trong bàng quang	6	10,0
	Cổ bàng quang	9	15,0
Giải phẫu bệnh	Ta	7	11,7
	T1	51	85,0
	Tis	2	3,3
Độ mô học	Thấp	45	75,0
	Cao	15	25,0

Phần lớn bệnh nhân có 01 khối u chiếm tỷ lệ 58,3% (35/60BN). Bệnh nhân có khối u với kích thước ≥3cm chiếm 73,3%. Vị trí khối u hay gặp ở hai thành bên bàng quang với 38,3%.

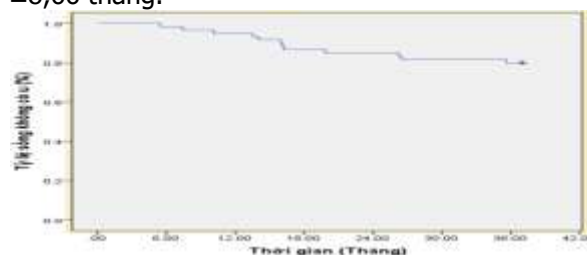
Bệnh nhân ung thư bàng quang với độ mô bệnh học thấp chiếm 75,0%. Phần lớn ở giai đoạn T1 với 85,0%. Có 11,7% ở giai đoạn Ta và 3,3% ở giai đoạn Tis.

Bảng 2: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau phẫu thuật		
Chảy máu	1	1,7

Nhiễm trùng	2	3,3
Thủng bàng quang	0	0
Không biến chứng	57	95
Tỷ lệ tái phát		
Không tái phát	48	80,0
Tái phát	12	20,0
Thời gian tái phát trung bình	17,25±8,66 tháng	

95,0% bệnh nhân không có biến chứng sau mổ. 2/60 BN (3,3%) bị nhiễm trùng vết mổ. 1/60BN (1,7%) bị chảy máu sau mổ. Không ghi nhận biến chứng thủng bàng quang sau phẫu thuật. Có 12/60 BN tái phát sau điều trị chiếm 20,0%. Thời gian tái phát trung bình là 17,25 ±8,66 tháng.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sống không có u theo thời gian (biểu đồ Kaplan – Meier)

Thời gian sống không có u trung bình là 33,07 ± 1,13 tháng. Tỷ lệ sống không có u ở các thời điểm 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng tương ứng là 95%, 85% và 80%.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư bàng quang là loại ung thư liên quan đến tuổi, bệnh ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 tuổi. Những bệnh nhân trẻ tuổi thường có độ biệt hoá tốt hơn và xu hướng xâm lấn chậm hơn. Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình là 59,7 ± 13,1 (tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi). Nhóm tuổi từ 51-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,0%. Phần lớn đối tượng là nam giới chiếm 78,3%. Tỷ lệ Nam/Nữ = 3,6. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hứa Văn Đức (2015) nghiên cứu 131 bệnh nhân ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong đó tuổi trung bình 59,82 tuổi, tuổi thấp nhất là 27 tuổi và tuổi cao nhất là 88 tuổi [1]. Độ tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) là 59,1 ± 11,35 tuổi (nhỏ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 89 tuổi), tỉ lệ nam/nữ là 3,54 [2]. Theo nghiên cứu Nguyễn Quỳnh Hương (2023) trên 133 bệnh nhân ung thư bàng quang với tuổi trung bình 58,53±12,18 (tuổi nhỏ nhất:20; lớn nhất 87 tuổi), nam giới chiếm 85%, nữ giới chiếm 15% [3]. Nghiên cứu của Soria F (2020), độ tuổi mắc ung thư bàng quang trung bình là 65 tuổi. Nam

giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới gấp khoảng 3-5 lần [4]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước và phù hợp với y văn.

Tiểu máu là dấu hiệu lâm sàng phổ biến khiến người bệnh phát hiện bệnh và đi khám. Triệu chứng này là điển hình và khá đặc hiệu của ung thư bàng quang. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 65% bệnh nhân đến viện khám với lý do tiểu máu. 55% bệnh nhân ung thư bàng quang có triệu chứng đầu tiên là tiểu máu, 20% đau bụng hạ vị, 13,2% không có triệu chứng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) với 71,2% bệnh nhân có triệu chứng đái máu, 10,2% tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu khó, đau bụng hạ vị, 11,8% không có triệu chứng [2]. Tỷ lệ đái máu trong nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Hương (2023) là 62,4%, 15,8% đau bụng hạ vị, 11,3% không có triệu chứng [3]. Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận một số ít bệnh nhân có các triệu chứng khác như sốt, gầy sút cân. Tuy nhiên các tác giả đều cho rằng mặc dù đái máu là triệu chứng điển hình nhưng việc xác định đái máu do u bàng quang cần phải dựa vào các kết quả cận lâm sàng khác như siêu âm, nội soi bàng quang hoặc chụp cắt lớp vi tính...

Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi bàng quang là các phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng để đánh giá số lượng, kích thước, vị trí khối u. Trong đó xác định số lượng khối u khi phẫu thuật là chính xác nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân (35/60BN) có 1 u chiếm 58,3%, 15% bệnh nhân (9/60BN) có 2 u, 26,7% bệnh nhân (16/60BN) có từ 3 u trở lên. Có 3 bệnh nhân có 8 khối u chiếm 13,3%. Kết quả của Hứa Văn Đức (2015), tỷ lệ bệnh nhân có 1 u là 61,8%, 2-7 u là 28,2%, ≥8 khối u là 10% [1]. Nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) tỷ lệ bệnh nhân có 1 u là 61%, có 2-7 u là 37,3%, có 8 u là 1,7% [2]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh An (2022) với 77,1% bệnh nhân UTBQ có 1 u, 14,3% có 2 u, 8,6% có 3 u [5]. Như vậy đa số nghiên cứu thì tỷ lệ bệnh nhân có 1 u thường trên 50%. Kích thước khối u chủ yếu nhỏ hơn 3cm (73,3%). Theo Nguyễn Quỳnh Hương (2023) tỷ lệ bệnh nhân có kích thước khối u <3cm là 85,7% [3]. Vị trí khối u liên quan tới phẫu thuật, mức độ quan sát, vị trí thực hiện thao tác cắt bỏ khối u [5]. Chúng tôi hay gặp nhất là u nằm ở vị trí hai thành bên bàng quang với tỷ lệ 38,3%. Đây cũng là vị trí hay gặp trong nghiên cứu của Mehta N (2015) với tỷ lệ 56,2% [6]; Nguyễn Minh An (2022) với tỷ lệ 51,4% [5].

Nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu giai đoạn T1 với 85,0%, giai đoạn Ta với 11,7%. Kết quả của Hoàng Long (2012) tỷ lệ Bn giai đoạn T1 là 70,6% cao hơn tỷ lệ ở giai đoạn Ta [7]. Chúng tôi có 2 BN ở giai đoạn Tis (3,3%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Hương (2023) với tỷ lệ Tis là 1,5% (2/133BN) [3]. So với các nghiên cứu khác trước đây thì nghiên cứu của chúng tôi cao hơn về tỷ lệ Tis. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ mô học thấp với tỷ lệ 75,0%, tương đồng kết quả của Nguyễn Quỳnh Hương (2023) [3].

Những bệnh nhân có khối u kích thước lớn, khi cắt có nguy cơ chảy máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1BN (1,7%) chảy máu sau phẫu thuật được điều trị nội khoa bơm rửa bàng quang, dùng thuốc cầm máu. Kết quả nghiên cứu của Hứa Văn Đức (2015) có 1,5% BN có tai biến chảy máu trong phẫu thuật, phải truyền máu, có 3,1% BN có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật phải truyền máu, trong đó có 2BN phải phẫu thuật lại để cầm máu [1]. Theo nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) có 5/59 BN bị chảy máu hậu phẫu nhưng điều trị được bằng nội khoa [2]. 2 BN bị nhiễm trùng vết mổ cũng được điều trị nội khoa. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là 20% (12/60BN), cao hơn tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của Hà Mạnh Cường là 10/59BN (16,9%). Trong nghiên cứu của Hứa Văn Đức (2015) thì tỷ lệ tái phát của BN phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang đơn thuần là 33,33% [1]. Theo phác đồ hướng dẫn điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang qua đường niệu đạo của Babjuk M thì tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi đều nên dùng liệu pháp hỗ trợ [8]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được dùng hỗ trợ BCG hoặc hóa chất hỗ trợ. Thời gian tái phát trung bình là $17,25 \pm 8,66$ tháng. Thời gian theo dõi trung bình là $33,05 \pm 8,79$ tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 5,5 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 37 tháng.

Thời gian sống không u được tính từ thời điểm phẫu thuật đến khi xuất hiện lần tái phát đầu tiên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian sống không u trung bình là $33,07 \pm 1,13$ tháng và tỷ lệ sống không có u ở các thời điểm 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng tương ứng là 95%, 85% và 80%. Kết quả của Hà Mạnh Cường (2021) nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư bàng quang nông điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin với thời gian sống không có u trung bình là $34,47 \pm 8,62$ tháng. Tỷ lệ

sống không có u ở thời điểm 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng lần lượt là 96,6%, 86,4% 83,1% [2]. Nghiên cứu của Soria F (2020) có tỷ lệ sống không u sau phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo ở thời điểm 2 năm là 54%, ở thời điểm 5 năm là 44% [4]. Dùng liệu pháp hỗ trợ sau phẫu thuật cho bệnh nhân ung thư bàng quang nông để tăng hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tái phát, kéo dài thời gian sống không u.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân ung thư bàng quang nông được phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo kết hợp sử dụng liệu pháp hỗ trợ BCG hoặc hóa chất hỗ trợ cho kết quả điều trị tốt hơn, tỷ lệ tái phát thấp hơn và kéo dài thời gian sống không u so với phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang đơn thuần.

VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư bàng quang cần tập trung thăm khám cho nhóm bệnh nhân ở độ tuổi trên 50 tuổi.
2. Nên dùng liệu pháp hỗ trợ sau phẫu thuật cho tất cả bệnh nhân ung thư bàng quang nông để tăng hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tái phát, kéo dài thời gian sống không u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hứa Văn Đức** (2015), Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo. Đại học Thái Nguyên
2. **Hà Mạnh Cường** (2021), 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. Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Quỳnh Hương, Đỗ Anh Tú, Trịnh Lê Huy** (2023), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang nông được điều trị hỗ trợ bằng Epirubicin nội bàng quang tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 533, tr 22-25.
4. **Soria F, D'Andrea D, Abufaraj M et al** (2020). Stratification of Intermediate-risk Non-muscle-invasive Bladder Cancer Patients: Implications for Adjuvant Therapies. Eur Urol Focus, 915, 1-8
5. **Nguyễn Minh An, Ngô Trung Kiên** (2022), 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, Tạp chí Y dược học quân sự, số 9, tr76-84.
6. **Mehta N, Rathore RS et al** (2015), Intrinsic Tumour Factors Affecting Recurrence in Non Muscle Invasive Bladder Cancer: a Hospital Based Study from India.
7. **Hoàng Long** (2012), Kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo phối hợp bơm Mitomycin C. Tạp chí Y học thực hành, 821(5), tr19-22.
8. **Babjuk M, Burger M, et al** (2019), European Association of Urology Guidelines on Non-muscle invasive Bladder cancer. Eur Urol, 76, 639-657.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG HOLMIUM LASER QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2022 – 2024

Nguyễn Hữu Thanh^{1,3}, Hoàng Long^{2,3},
Đỗ Trường Thành^{2,3}, Ngô Đậu Quyên^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tính an toàn của kỹ thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holmium laser qua đường niệu đạo theo phương pháp một khối. Ngoài ra, chúng tôi còn đưa ra dự đoán về thời gian bóc nhân dựa vào khối lượng tuyến tiền liệt trước phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu trên 203 bệnh nhân đã được phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holmium laser từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. Kỹ thuật phẫu thuật bóc nhân phì đại một khối được thực hiện bằng đường rạch ở vị trí 12h. Trong mổ chúng tôi đánh giá thời gian bóc nhân phì đại, thời gian xay u, cân khối lượng u đã xay. Lượng máu mất, các tai biến trong mổ. Các thông số sau mổ bao gồm: thời gian đặt ống thông niệu đạo, thời gian nằm viện. Tình trạng tiểu tiện sau mổ. Các biến chứng sau mổ được đánh giá theo phân độ của Clavien-Dindo. Bệnh nhân được đánh giá theo dõi ở thời điểm nghiên cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 203 bệnh nhân phẫu thuật HoLEP với độ tuổi trung bình $72,38 \pm 8,83$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 70,56 phút, thời gian lưu sonde 4,72 ngày. Sau mổ, các chỉ số huyết sắc tố, hematocrit, natri và kali huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhưng mức Natri vẫn trong giới hạn sinh lý. Tỷ lệ biến chứng thấp và cải thiện rõ rệt IPSS và QoL sau mổ ($p < 0,001$). Diện tích bề mặt nhân bóc (S) có tương quan tốt hơn với thời gian bóc nhân (T) so với khối lượng tuyến tiền liệt (M): $T = 17,320 + 0,225 \times S$. **Kết luận:** Quy trình bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt một khối bằng laser Holmium là phẫu thuật an toàn, dễ thực hiện, có hiệu quả với mọi kích thước của u phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Chúng ta có thể đưa ra dự đoán thời gian bóc nhân tuyến tiền liệt dựa vào khối lượng tuyến tiền liệt trước phẫu thuật. **Từ khóa:** phẫu thuật, bóc nhân, phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE (HoLEP) FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL IN THE

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Thanh

Email: thanhnguyenhuu.tny@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

PERIOD OF 2022–2024

Objective: To evaluate the outcomes and safety of en bloc holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) for benign prostatic hyperplasia (BPH). Additionally, we aimed to predict enucleation time based on preoperative prostate volume. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective study on 203 patients who underwent HoLEP for BPH from January 2022 to December 2024. The en bloc enucleation technique was performed through an incision at the 12 o'clock position. Intraoperative parameters included enucleation time, morcellation time, weight of morcellated tissue, estimated blood loss, and intraoperative complications. Postoperative parameters included duration of urethral catheterization, length of hospital stay, voiding status, and complications classified according to the Clavien–Dindo grading system. Patients were evaluated at the time of the study. **Results:** A total of 203 patients underwent HoLEP, with a mean age of 72.38 ± 8.83 years. The mean operative time was 70.56 minutes, and the average catheterization duration was 4.72 days. Postoperative hemoglobin, hematocrit, serum sodium, and potassium levels showed statistically significant reductions ($p < 0.001$), although sodium levels remained within physiological limits. The complication rate was low, with significant improvements in IPSS and QoL scores postoperatively ($p < 0.001$). The surface area of the enucleated adenoma (S) correlated more strongly with enucleation time (T) than prostate mass (M), with the regression equation: $T = 17.320 + 0.225 \times S$. **Conclusion:** En bloc HoLEP is a safe, feasible, and effective surgical procedure for BPH regardless of prostate size. Enucleation time can be predicted based on preoperative prostate volume. **Keywords:** surgery, enucleation, benign prostatic hyperplasia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt (TTL) bằng Holmium laser (HoLEP) lần đầu tiên được giới thiệu bởi Fraundorfer và Gilling từ năm 1998.¹ Kể từ đó, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng HoLEP mang lại kết quả thuận lợi hơn so với phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua niệu đạo truyền thống (TURP) với các triệu chứng đường tiểu dưới và bóc triệt để BPH, về thời gian đặt sonde tiểu sau phẫu thuật, thời gian nằm viện và chảy máu trong khi phẫu thuật.² Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về tương quan giữa khối lượng tuyến tiền liệt và thời gian bóc nhân nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tương quan giữa diện tích tuyến tiền liệt với thời