

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

gian bóc nhân và dự đoán thời gian bóc nhân dựa vào khối lượng tuyến tiền liệt trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân nam chẩn đoán tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TTL) có chỉ định phẫu thuật nội soi qua niệu đạo bóc nhân phì đại tiền liệt tuyến bằng Holmium Laser tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh án bệnh nhân u phì đại lành tính TTL đã được phẫu thuật bóc u bằng laser Holmium qua đường nội soi niệu đạo một khối và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định u phì đại lành tính TTL.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh bằng phương pháp thu thập số liệu hồi cứu.

2.3. Chọn mẫu và cỡ mẫu: Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp mẫu thuận tiện, chúng tôi thu thập được 203 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.4. Các biến số nghiên cứu:

- Đánh giá các chỉ số trước phẫu thuật: Độ tuổi, lý do vào viện, khối lượng TTL, PSA.

- Đánh giá kết quả trong và sau mổ: Thời gian phẫu thuật, thời gian bóc nhân, thời gian xay u, thời gian lưu sonde niệu đạo, thời gian hậu phẫu; sự thay đổi của các chỉ số huyết sắc tố, hematocrit, natri, kali; các biến chứng và xử trí theo phân độ Clavien-Dindo; đánh giá sự thay đổi thang điểm IPSS và QoL.

- Tiên lượng thời gian bóc nhân dựa vào khối lượng TTL qua siêu âm:

• Giả thuyết đưa ra: Chúng tôi nghĩ rằng thời gian bóc nhân sẽ phụ thuộc trực tiếp vào diện tích bề mặt của khối nhân TTL hơn là phụ thuộc vào thể tích TTL do bản chất phẫu thuật bóc nhân khác với phẫu thuật nội soi cắt đốt. Nếu như thời gian nội soi cắt đốt thì phụ thuộc vào thể tích TTL thì thời gian bóc nhân lại phụ thuộc vào diện tích bề mặt của nhân mà phẫu thuật viên sẽ bóc.

• Ở mục tiêu này, nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy những bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật mà bóc nhân dễ, ít chảy máu trong quá trình bóc nhân để giảm các yếu tố nhiễu gây ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

• Theo tác giả Varma, khối lượng riêng của TTL $\approx 1 \text{ g/cm}^3$, vì vậy 1 g khối lượng TTL tương

đương 1 cm³ thể tích tuyến.³

• Giả sử TTL có dạng hình cầu, từ thể tích ta tính được diện tích bề mặt của TTL theo công thức (1):

$$S = 4\pi \left(\frac{3V}{4\pi} \right)^{\frac{2}{3}}$$

V: thể tích TTL, S: diện tích bề mặt

• Mặt khác, Khối lượng TTL qua siêu âm (A) = Khối lượng nhân bóc ra (B) + Khối lượng TTL còn lại (C). Trong đó, khối lượng nhân bóc ra (B) được tính bằng cách cân những mảnh TTL sau khi xay mô. Từ đó ta tính được giá trị trung bình của C.

• Vì vậy, từ khối lượng TTL qua siêu âm (A) ta có thể tính được khối lượng nhân cần bóc (B=A-C), diện tích bề mặt nhân (S) thông qua công thức (1).

• Từ diện tích bề mặt của nhân (S) và thời gian bóc nhân (T) chúng tôi sẽ lập phương trình tương quan tuyến tính: $T = xS + y$.

• Từ đó ta có thể đưa ra dự đoán thời gian bóc nhân dựa trên diện tích nhân (thông qua khối lượng TTL qua siêu âm).

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả chung về phẫu thuật HoLEP.

Từ tháng 1/2022 – 12/2024 chúng tôi đánh giá 203 bệnh nhân được phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Độ tuổi trung bình là $72,38 \pm 8,83$ (50-97). 58/203 bệnh nhân vào viện vì bí đái phải đặt ống thông niệu đạo. Điểm IPSS trung bình trước mổ là 27,84. Siêu âm qua thành bụng xác định trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình là $79,85 \pm 39,55$ gram (28-192). Nồng độ PSA trung bình là $8,62 \pm 6,19$ ng/ml (0,77-28,93). Các kết quả trước, trong và sau mổ sẽ được thể hiện qua những bảng dưới đây:

Bảng 1. Kết quả bóc nhân phì đại trong và sau mổ

Thời gian	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời gian bóc nhân phì đại (phút)	15	60	31,12
Thời gian xay u (phút)	1	40	9,59
Thời gian phẫu thuật (phút)	23	223	70,56
Thời gian lưu sonde niệu đạo (ngày)	2	12	4,72
Thời gian hậu phẫu (ngày)	2	14	5,95

Bảng 2. Sự thay đổi xét nghiệm máu trước và sau mổ

Chỉ số (đơn vị)		Giá trị			So sánh p
		Min	Max	$X \pm SD$	
Huyết sắc tố (g/L)	Trước mổ	88	182	$139,7 \pm 16,7$	<0,001
	Sau mổ	77	170	$122,1 \pm 20,2$	

Hematocrit (L/L)	Trước mổ	0,26	0,52	0,42±0,05	<0,001
	Sau mổ	0,23	0,5	0,36±0,07	
Na⁺ (mmol/l)	Trước mổ	125,7	143	136,7±2,7	<0,001
	Sau mổ	124,2	141	135,7±3,2	
K⁺ (mmol/l)	Trước mổ	2,9	4,95	3,86±0,38	<0,001
	Sau mổ	2,85	4,45	3,62±0,63	

Bảng 3: Các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật – Biện pháp xử lý

Biến chứng		Xử trí độ Clavien-Dindo (G)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Trong mổ	Chảy máu	Truyền máu (G2)	3	1,5%
	Thủng vỏ	Đặt ống thông niệu đạo lâu (G1)	2	1%
	Tổn thương niêm mạc bàng quang	Đặt ống thông niệu đạo lâu (G1)	12	5,9%
Sau mổ	Nhiễm khuẩn niệu	Điều trị theo kháng sinh đồ (G2)	15	7,4%
	Máu cục bàng quang	Bơm rửa lấy máu cục qua Foley (G1)	22	10,8%
	Bí tiểu sau rút ống thông niệu đạo	Đặt lại ống thông niệu đạo (G2)	8	3,9%

Bảng 4: Sự thay đổi IPSS và QoL trước và sau mổ

Chỉ số	Trước mổ	Lúc nghiên cứu	P
IPSS	27,84±3,22	4,21±0,52	<0,001
QoL	5,21±0,82	1,32±0,47	<0,001

3.2. Tiền lượng thời gian bóc nhân TTL qua khối lượng TTL được đo bằng siêu âm**Bảng 5: Trung bình các giá trị**

Chỉ số	Min (g)	Max (g)	X±SD (g)
Khối lượng TTL qua siêu âm (A)	28	192	77,61±37,16
Khối lượng nhân bóc ra (B)	10	180	51,50±34,23
Khối lượng còn lại (C=A-B)	5	61,4	26,11±15,06

- Vậy ta có công thức:

Thể tích nhân bóc (V) = Khối lượng nhân bóc (B) = Khối lượng TTL (A) – 26 (C)

Trong đó: khối lượng còn lại (C) = 26 g, giá trị này chúng tôi tính được cũng tương đương với giá trị khối lượng TTL ở người trưởng thành bình thường là 20 - 30 g.

Ta tính được thể tích nhân bóc (V) của từng bệnh nhân.

- Từ đó, ta tính được diện tích nhân TTL cần bóc (s) dựa vào thể tích nhân bóc (v) của từng bệnh nhân từ công thức:

$$S = 4\pi \left(\frac{3V}{4\pi} \right)^{\frac{2}{3}}$$

- Từ đó, tính được trung bình của diện tích nhân TTL cần bóc:

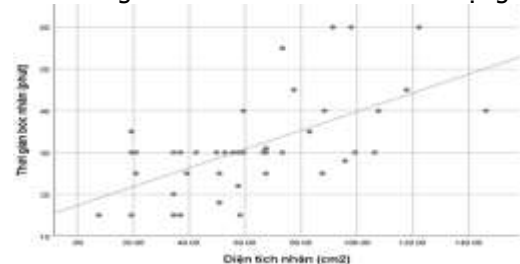
$$S = 63,16 \pm 31,87 \text{ cm}^2 (7,68-146,07)$$

Bảng 6: Kết quả phân tích hồi quy đơn biến giữa khối lượng TTL (A) và diện tích bề mặt nhân (S) với thời gian bóc nhân (T)

Biến độc lập	Biến phụ thuộc	Beta	p	Phương trình hồi quy
Khối	Thời gian	0,604	0,000	T = 16,653 +

lượng TTL (A)	bóc nhân (T)			0,192 x M
Diện tích nhân (S)	Thời gian bóc nhân (T)	0,608	0,000	T = 17,320 + 0,225 x S

Nhân xét: Diện tích nhân có khả năng dự báo thời gian bóc nhân tốt hơn khối lượng TTL.

**Biểu đồ 1: Mối tương quan giữa diện tích nhân (S) và thời gian bóc nhân (T)**

Nhận xét: Đồ thị thể hiện mối tương quan chặt chẽ giữa diện tích nhân (S) và thời gian bóc nhân (T) qua công thức: T = 17,320 + 0,225 x S.

Từ công thức này chúng ta có thể dự đoán được thời gian bóc nhân dựa trên khối lượng TTL trong điều kiện tối ưu nhất cho từng phẫu thuật viên.

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium đã được công nhận là phương pháp phẫu thuật qua niệu đạo hiệu quả đối với tăng sản lành tính TTL. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng Holmium laser theo kỹ thuật một khối có hiệu quả tốt, thời gian can thiệp ngắn, ít biến chứng, và cải thiện đáng kể triệu chứng đường tiểu dưới cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Thời gian bóc nhân trung bình là 31,12 phút, ngắn hơn so với nhiều báo cáo trước đây. Trong nghiên cứu của Gillings và cộng sự năm 2000, thời gian bóc nhân trung bình dao

động từ 35–45 phút, trong khi thời gian mổ toàn bộ dao động 70–90 phút ở nhóm TTL >80g.⁴ Elmansy và cộng sự (2011) báo cáo thời gian bóc nhân trung bình 35,2 phút với lượng mô bóc trung bình 48 gram.⁵ Như vậy, kết quả của chúng tôi tương đương hoặc rút ngắn hơn so với các báo cáo quốc tế, cho thấy tính khả thi của kỹ thuật một khối trong điều kiện Việt Nam.

Chất lượng cuộc sống và triệu chứng đường tiểu cải thiện rõ rệt sau mổ, với IPSS giảm từ 27,84 còn 4,21 và QoL từ 5,21 còn 1,32 sau mổ ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Krambeck et al. (2013) trên 1000 bệnh nhân, IPSS sau mổ trung bình là 5–6 điểm sau 6 tháng theo dõi.⁶ Trong nước, nghiên cứu của Nguyễn Quang và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Việt Đức cũng ghi nhận IPSS giảm từ 25,6 xuống 4,8 sau mổ 1 tháng.⁷

Về sự thay đổi xét nghiệm trước và sau phẫu thuật, đối với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số: Huyết sắc tố, Hematocrit, Natri, Kali đều giảm đi sau mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này phản ánh mức độ mất máu nhất định trong mổ, nhưng không đáng kể. Kết quả này phù hợp với nhận định của Elmansy và cộng sự (2011), cho rằng mất máu trong HoLEP thường thấp hơn so với TURP do hiệu ứng cầm máu tốt của Holmium laser.⁵ Mặc dù có sự giảm nhẹ có ý nghĩa thống kê về nồng độ Natri máu sau mổ HoLEP ($p < 0,001$) nhưng mức độ giảm là không đáng kể về mặt lâm sàng và không vượt ngưỡng sinh lý bình thường, so với nghiên cứu của tác giả Hemendra N. Shah thì nồng độ Natri không có sự thay đổi.⁸ Sở dĩ có sự khác biệt này nguyên nhân có thể do chúng tôi sử dụng dung dịch Sorbitol 3% trong quá trình bóc nhân thay cho dung dịch NaCl 0,9%.

Về biến chứng, tỷ lệ truyền máu chỉ 1,5% và không có tai biến nặng, khẳng định ưu điểm ít chảy máu của kỹ thuật HoLEP. Theo phân tích hệ thống của Cornu và cộng sự (2020), HoLEP có tỷ lệ truyền máu <2% ngay cả ở bệnh nhân có TTL >100g.⁹ Tỷ lệ bí tiểu sau mổ, nhiễm khuẩn niệu và máu cục bàng quang đều được kiểm soát tốt bằng các biện pháp nội khoa và chăm sóc hậu phẫu.

Một điểm nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là đưa ra mô hình hồi quy tuyến tính giữa diện tích nhân tuyến tiền liệt và thời gian bóc nhân cho thấy ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$; $\beta = 0,608$) với $T = 17,320 + 0,225 \times S$, thậm chí mạnh hơn mô hình dựa trên khối lượng TTL ($\beta = 0,604$). Việc tính diện tích dựa trên giả định TTL có hình cầu giúp đưa ra tiên lượng về thời gian bóc nhân dựa trên khối lượng TTL có sẵn, việc này rất có ý nghĩa trong lâm sàng.

Từng phẫu thuật viên trong điều kiện mổ nhất định có thể đưa ra phương trình hồi quy riêng cho mình dựa vào những số liệu thực tế của mình, để từ đó đưa ra tiên lượng về thời gian bóc nhân, thời gian cuộc mổ trong từng trường hợp. Đây là một đóng góp mới, chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu trong nước, quốc tế. Các tác giả như Herrmann (2019) và Cornu (2020) chỉ ghi nhận tương quan giữa thể tích TTL và thời gian mổ nhưng chưa đưa ra mô hình dự báo cụ thể.^{9,10}

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khẳng định rằng kỹ thuật bóc nhân TTL bằng laser Holmium một khối là an toàn, hiệu quả, và có thể triển khai rộng rãi. Đồng thời, việc sử dụng diện tích nhân tuyến tiền liệt như một biến số để dự đoán thời gian bóc nhân là hướng nghiên cứu tiềm năng trong thực hành lâm sàng và đào tạo phẫu thuật viên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium theo kỹ thuật một khối là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Kỹ thuật cho thời gian can thiệp ngắn, tỷ lệ biến chứng thấp, cải thiện rõ rệt triệu chứng đường tiểu dưới và chất lượng sống của người bệnh sau mổ. Các thay đổi về huyết học và điện giải sau phẫu thuật đều có ý nghĩa thống kê nhưng không đáng kể về mặt lâm sàng. Mô hình hồi quy tuyến tính dựa trên diện tích bề mặt nhân tuyến tiền liệt cho thấy khả năng tiên lượng thời gian bóc nhân chính xác và khả thi hơn so với khối lượng TTL, từ đó có thể ứng dụng thực tế trong lâm sàng, nghiên cứu và đào tạo phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fraundorfer MR GP.** Holmium:YAG laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation: preliminary results. *European urology*. 1998;33(1):69-72. doi:10.1159/000019535
2. **Lee SW CJ, Lee KS, et al.** Transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement: a quality and meta-analysis. *International neurology journal*. Jun 2013;17(2):59-66. Doi:10.5213/inj.2013.17.2.59
3. **Varma M, Morgan JM.** The weight of the prostate gland is an excellent surrogate for gland volume. *Histopathology*. Jul 2010;57(1):55-8. doi:10.1111/j.1365-2559.2010.03591.x
4. **Gilling PJ KK, Das AK, Thompson D, Fraundorfer MR.** Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) in patients with large prostates. *BJU Int*. 2000;85(6):778-84
5. **Elmansy HM EE, Elhilali MM.** Holmium laser enucleation of the prostate: Long-term durability of

- clinical outcomes and complication rates during a decade of follow-up. J Urol. 2011;186(5):1972-1976.
6. **Krambeck AE ea.** Holmium laser enucleation of the prostate: results at a single institution. J Urol. 2013;189(5):S75-S81.
 7. **Nguyễn Quang NDL.** Ứng dụng phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;495(1):45-51.
 8. **Shah HN, Kausik V, Hegde S, Shah JN, Bansal MB.** Evaluation of Fluid Absorption During Holmium Laser Enucleation of Prostate by Breath Ethanol Technique. The Journal of Urology. 2006/02/01/ 2006;175(2):537-540. doi:https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00239-9
 9. **Cornu JN ea.** A Systematic Review and Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Benign Prostatic Hyperplasia. Eur Urol. 2020;77(3):382-392.
 10. **Herrmann TRW ea.** EAU Guidelines on Laser Technologies. Eur Urol. 2019;75(4):618-629.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ TẠI KHOA Y HỌC DÂN TỘC - BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA

Bùi Thị Ngọc Anh¹, Ngô Quỳnh Hoa¹, Đinh Thị Lam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Hội chứng cổ vai cánh tay (HCCVCT) do thoái hóa cột sống cổ (THCSC) tại khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 60 bệnh nhân được chẩn đoán HCCVCT do THCSC điều trị tại khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỉ lệ chủ yếu (60%), đa số là bệnh nhân nữ (85%) và lao động trí óc (61,7%). Các bệnh nhân đến điều trị chủ yếu có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng (53,3%), điểm đau VAS mức độ vừa có tỉ lệ cao nhất (85%). Các bệnh nhân hạn chế tầm vận động cột sống cổ và hạn chế sinh hoạt hàng ngày ở mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất đều là 58,3%. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu có hình ảnh gai xương trên phim Xquang cột sống cổ. **Kết luận:** HCCVCT do THCSC là một bệnh với mức độ nặng dần theo tuổi, ảnh hưởng nhiều đến chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. **Từ khóa:** Hội chứng cổ vai cánh tay, Thoái hóa cột sống cổ, Đặc điểm lâm sàng, Xquang cột sống cổ.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH CERVICOBRACHIAL SYNDROME DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS AT THE DEPARTMENT OF TRADITIONAL MEDICINE, DONG DA GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical features of patients with cervicobrachial syndrome

(CBS) caused by cervical spondylosis (CS) treated at the Department of Traditional Medicine, Dong Da General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients diagnosed with CBS due to CS and treated from August 2024 to May 2025. **Results:** The most of patients were aged over 60 (60%), with a predominance of females (85%) and intellectual workers (61.7%). Most patients had disease duration longer than 3 months (53.3%) and experienced moderate pain based on the Visual Analog Scale (VAS) (85%). Patients with moderate limitation in cervical spine mobility and those with moderate impairment in daily activities both represented the highest proportion, at 58.3%. All patients (100%) showed osteophyte formation on cervical spine X-rays. **Conclusion:** Cervicobrachial syndrome due to cervical spondylosis is a progressive condition that tends to worsen with age, significantly impairs patients' daily functioning. **Keywords:** Cervicobrachial syndrome, Cervical spondylosis, Clinical characteristics, Cervical spine X-ray.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay (HCCVCT) là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh lý cột sống cổ, nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) do thoái hóa cột sống cổ (THCSC) có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm.¹

Cơ chế HCCVCT là thoái hóa các khớp liên đốt và liên mấu bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, hậu quả gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp.¹ Thoái hóa cột sống là bệnh lý khớp viêm phổ biến nhất, ảnh hưởng hơn 302 triệu người trên toàn thế giới, là nguyên nhân hàng đầu gây giảm hoặc mất chức năng vận động ở người lớn.²

Theo Y học cổ truyền (YHCT), HCCVCT được xếp vào phạm vi chứng tý. Tý có nghĩa là tắc,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quỳnh Hoa

Email: ngoquynhhoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025