

rach da song song trục nang tóc để tránh làm tổn thương tối đa vùng này.³ Ở ca lâm sàng này, việc không dùng đốt điện mép da đầu, chỉ dùng gạc adrenalin và khâu cầm máu vừa đủ là phù hợp với nhiều khuyến cáo gần đây, qua đó góp phần giải thích cho tình trạng rụng tóc chỉ xuất hiện một thời gian (3 tháng sau mổ) rồi mọc lại đầy đủ sau đó. (6 tháng sau mổ)

3.4. Lỗm thái dương. Nguyên nhân của hiện tượng này đến từ việc bị thoái hóa/teo cơ thái dương do sang chấn hay mất nguồn nuôi dưỡng (có thể kể đến tổn thương động mạch thái dương sâu); giảm thể tích lớp mỡ hố thái dương sau mổ; do cắt bỏ/dịch chuyển cơ thái dương trong quá trình phẫu thuật; hay do lớp cân cơ không được khâu phục hồi đầy đủ. Lỗm thái dương sau mổ là biến chứng ảnh hưởng thẩm mỹ rất lớn, gây mất sự cân đối của gương mặt một cách rõ rệt (đặc biệt với bệnh nhân trẻ, tóc ngắn).

Để phòng ngừa biến chứng này, một số nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng cần chú ý bảo tồn tối đa lớp cân sâu cơ thái dương khi có thể; bóc tách đúng mặt phẳng (không làm tổn hại đến lớp mỡ hố thái dương); khâu phục hồi tốt lớp cân cơ thái dương ở thì đóng vết mổ; tránh các tác động quá mức cả về lực tỉ đè và nhiệt độ cao lên vùng cơ-cân; bảo tồn tối đa thần kinh chi phối cơ. Ở ca bệnh này, tuân thủ nguyên tắc bóc tách bóc tách đúng mặt phẳng dưới cân sâu cơ thái dương, không làm tổn thương lớp cân cơ, không sử dụng dao điện và bóc qua bề mặt lớp mỡ thái dương tốt và cả việc khâu phục hồi tốt lớp cân cơ khi đóng vết mổ đã cho kết quả theo dõi sau 6 tháng không có hiện tượng teo lõm vùng thái dương.⁴

3.5. Bàn luận mở rộng. Ca lâm sàng này có hình thái gãy xương không quá phức tạp. Triệu chứng há miệng hạn chế của bệnh nhân là cơ thái dương phải và mỏm vẹt xương hàm dưới phải bị kẹt do sự gãy gập của cung tiếp. Tuy nhiên, việc bệnh nhân đến muộn (ở thời điểm khám là 3 tuần sau tai nạn – tức ngày thứ 22), chúng tôi đã tiên lượng được sự khó khăn nếu chỉ can thiệp nắn chỉnh kín. Ở thời điểm phẫu thuật (30 ngày), sự khó khăn được thấy rõ khi phẫu trường toàn bộ cung gò đã được tiếp cận trực tiếp: xương gãy đã can lệch, phải cắt đục làm rời đường gãy.

Trong các trường hợp tổn thương phức tạp hơn, phối hợp gãy mũi-sàng, tổn thương xương ổ mắt gây biến dạng, sa trễ góc mắt, lõm mắt, đặc biệt là đến muộn như ca lâm sàng này, chúng tôi tiên lượng sẽ cần các kỹ thuật hiện đại

hơn để hỗ trợ cho kỹ thuật nắn chỉnh đơn giản. Sử dụng các kỹ thuật ứng dụng 3D: máy định vị phẫu thuật, implant cá nhân hóa (PSIs – patient-specific implants),... Chi phí có thể sẽ tăng lên, nhưng hiệu quả là điều tiên quyết cần hướng tới. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra được các ưu điểm rõ rệt của các phương pháp hiện đại ứng dụng công nghệ 3D. Trong đó PSIs nổi bật với việc giảm các thao tác nắn chỉnh trong mổ do vùng xương gãy, can sai đã được định vị và thiết kế các đường cắt, vị trí bắt nẹp sẵn có qua PSIs, qua đó tăng tối đa sự chính xác trong phục hồi giải phẫu và rút ngắn thời gian phẫu thuật.⁵

IV. KẾT LUẬN

Đường rạch coronal có ưu điểm bộc lộ được phẫu trường đủ rộng, rõ ràng để tiếp cận và phục hồi ổ gãy xương gò má-cung tiếp một cách toàn diện về chức năng và thẩm mỹ trong trường hợp gãy đến muộn. Nếu thực hiện các thao tác tỉ mỉ, tránh các sang chấn lớn vào các cấu trúc giải phẫu vùng da đầu, các nguy cơ để lại các biến chứng về thẩm mỹ ngoài mặt sẽ được hạn chế tối đa. Tổn thương gãy xương gò má-cung tiếp đến muộn gây ra rất nhiều khó khăn trong việc phục hồi của người bệnh cả về giải phẫu và chức năng. Trong trường hợp gãy xương gò má-cung tiếp, tùy vào hình thái gãy xương và triệu chứng thực thể của người bệnh, đường rạch coronal có thể được cân nhắc sử dụng để tối đa hóa kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Howard D Wang, Jasjit Dillon.** Contemporary Management of Zygomaticomaxillary Complex Fractures. *Semin Plast Surg.* 2021. 35 (4): 256-262.
2. **Maximiliano Alberto Nunez, et al.** Reappraisal of the anatomy of the frontotemporal branches of the facial nerve. *Journal of Neurosurgery.* 2023. 139 (4): 1160-1168.
3. **Santiago Pedroza Gómez S, et al.** Scalp complications of craniofacial surgery: review and classification. *European Journal of Plastic Surgery.* 2023. 46: 315-325.
4. **Mohammed A. Azab, et al.** Technical approaches for preservation of the temporalis muscle in neurosurgery: a systematic review. *Annals of Medicine & Surgery.* 2025. 87 (7): 4442-4451.
5. **Majeed Rana, et al.** Patient-Specific Solutions for Cranial, Midface, and Mandible Reconstruction Following Ablative Surgery: Expert Opinion and a Consensus on the Guidelines and Workflow. *Craniofacial Trauma Reconstr.* 2025;18(1): 15.
6. **Thomas Starch-Jensen, et al.** Treatment of Zygomatic Complex Fractures with Surgical or Nonsurgical Intervention: A Retrospective Study. *Open Dent J.* 2018. 12: 377-387.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG DAO ĐIỆN ĐƠN CỰC TẠI BỆNH VIỆN E

Bùi Văn Phương^{1,2}, Trương Quang Trung^{2,3},
Nguyễn Đình Liên^{1,2,4}, Nguyễn Thế Thịnh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** 117 BN được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được chỉ định phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại khoa Phẫu thuật thân tiết niệu và nam học, bệnh viện E từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 60–80 (65,8%), tuổi trung bình $75,5 \pm 8,4$; nguyên nhân nhập viện chủ yếu là bí đái (44,4%) và đái khó (41,0%), với thời gian mắc bệnh trung bình 8,4 năm. Trước phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng nặng (IPSS trung bình $28,7 \pm 5,6$). Hơn một nửa có PSA < 4 ng/ml, thể tích tuyến tiền liệt trung bình 62,7 ml và nước tiểu tồn dư 130 ml. Sau phẫu thuật 3 tháng, chất lượng cuộc sống cải thiện rõ rệt cả thể chất, tinh thần và xã hội ($p < 0,001$); tỷ lệ bệnh nhân có CLCS tốt và trung bình tăng lên 83,8%, khẳng định hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực giúp cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống người bệnh và được đánh giá là hiệu quả, an toàn. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, phẫu thuật nội soi, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, dao điện đơn cực

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER TRANSURETHRAL ENUCLEATION OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA USING A MONOPOLAR ELECTROCAUTERY SYSTEM AT E HOSPITAL

Objective: To evaluate the quality of life (QoL) of patients after transurethral enucleation of benign prostatic hyperplasia (BPH) using a monopolar electrocautery system at E Hospital. **Subjects and Methods:** A total of 117 patients diagnosed with BPH and indicated for transurethral enucleation using monopolar electrocautery were enrolled at the Department of Urology and Andrology Surgery, E

Hospital, from December 2023 to December 2024. **Results:** Most patients were aged 60–80 years (65.8%), with a mean age of 75.5 ± 8.4 years. The main reasons for admission were urinary retention (44.4%) and difficulty in urination (41.0%), with a mean disease duration of 8.4 years. Before surgery, all patients had severe lower urinary tract symptoms (mean IPSS 28.7 ± 5.6). Over half of the patients had PSA levels < 4 ng/ml, a mean prostate volume of 62.7 ml, and a mean post-void residual urine volume of 130 ml. At 3 months postoperatively, quality of life significantly improved across all physical, mental, and social domains ($p < 0.001$); the proportion of patients with good and moderate QoL increased to 83.8%, confirming the efficacy and safety of transurethral monopolar enucleation for BPH. **Conclusion:** Transurethral enucleation of the prostate using a monopolar electrocautery system markedly improves patients' quality of life and is a safe and effective surgical option. **Keywords:** Quality of life, laparoscopic surgery, benign prostatic hyperplasia, monopolar electrocautery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý phổ biến ở nam giới trung niên và cao tuổi, có xu hướng gia tăng nhanh cùng với quá trình già hóa dân số. Bệnh không chỉ gây các triệu chứng đường tiểu dưới như tiểu khó, tiểu đêm, tiểu không hết... mà còn kéo theo mất ngủ, mệt mỏi, giảm hiệu suất lao động, rối loạn sinh lý và tâm lý, làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. [1] [2] Các nghiên cứu chỉ ra rằng, CLCS của BN TSLTTTL thấp hơn rõ rệt so với người cùng độ tuổi khỏe mạnh, cả về thể chất, tinh thần và quan hệ xã hội.[3],[4] Phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt qua niệu đạo là phương pháp điều trị chuẩn cho các trường hợp phì đại có chỉ định can thiệp. [5, 6] Trong đó, kỹ thuật bóc nhân bằng dao điện đơn cực vẫn được sử dụng phổ biến tại nhiều cơ sở y tế, nhờ chi phí thấp và dễ triển khai hơn so với năng lượng laser hoặc lưỡng cực. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về TSLTTTL chủ yếu tập trung vào hiệu quả kỹ thuật, mức độ cải thiện dòng tiểu hay biến chứng, chưa có nhiều bằng chứng khoa học đánh giá mức độ cải thiện CLCS sau phẫu thuật này, đặc biệt trong bối cảnh mỗi loại năng lượng và trang thiết bị có thể ảnh hưởng khác nhau đến hồi phục sau mổ. Nghiên cứu này được thực

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Hệ thống Y tế Vinmec

⁴Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Phương

Email: buivanphuong.cuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

hiện với mục tiêu: *Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện E.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN được chẩn đoán TSLTTTL được chỉ định phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại khoa Phẫu thuật thận tiết niệu và nam học, bệnh viện E từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

- BN được tái khám tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật.
- BN có hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu nghiên cứu

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Kết quả GPB sau phẫu thuật là ung thư TTL
- BN có các bệnh lý phối hợp như u bàng quang kích thước lớn, nhiễm khuẩn tiết niệu chưa điều trị ổn định, rối loạn đông máu chưa điều trị ổn định.

- BN hẹp niệu đạo không đặt được máy soi

2.2. Thời gian và địa điểm. Nghiên cứu được tiến hành từ 03/2024 đến 11/2025 tại Khoa Phẫu thuật thận tiết niệu và nam học, Bệnh viện E.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ các BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của đối tượng nghiên cứu từ 12/2023 đến 12/2024. Cỡ mẫu thu được n=117.

2.3.3. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin: Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 2 phần

Phần 1: 23 câu hỏi thông tin chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN

Phần 2: Bộ câu hỏi SF-36 gồm 36 câu hỏi chia làm 8 yếu tố về sức khỏe: hoạt động thể chất; chức năng thể chất; chức năng cảm xúc; sức sống; sức khỏe tâm thần; hoạt động xã hội; cảm giác đau; nhận thức chung về sức khỏe, đánh giá ở 2 thời điểm: trước phẫu thuật và 3 tháng sau phẫu thuật.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Mọi thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Đa số BN ở nhóm tuổi 60–80 (65,8%), tiếp đến

là nhóm >80 tuổi (32,5%), trong khi nhóm <60 chỉ chiếm 1,7%. Tuổi trung bình là $75,5 \pm 8,4$, dao động từ 49 đến 94 tuổi

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %
Lý do vào viện	Bí đái	52	44.4
	Đái khó	48	41.0
	Đái đêm	16	13.7
	Đái máu	10	8.5
Thời gian mắc bệnh	<5 năm	28	23.9
	≥ 5 năm	89	76.1
	Trung bình (Min – Max)	8,4±3,8 (2-21)	
Phân loại IPSS TPT	< 8	0	0
	8 – 19	0	0
	> 19	117	100

Nhận xét: Nguyên nhân nhập viện chủ yếu là bí đái (44,4%) và đái khó (41,0%); đa số BN mắc bệnh ≥ 5 năm (76,1%), trung bình $8,4 \pm 3,8$ năm. Tất cả BN đều có triệu chứng nặng (IPSS > 19), với điểm trung bình $28,7 \pm 5,6$.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ số PSA TPT (ng/ml)	<4	65	55.6
	4-<10	35	29.9
	>10	17	14.5
	Trung bình (Min – Max)	7,0±1,8(0,6-12,1)	
Thể tích tiền liệt tuyến (ml)	<50g	50	42.7
	51-70g	34	29.1
	>70g	33	28.2
	Trung bình (Min – Max)	62,7±32,1(13-190)	
Kết quả xét nghiệm nước tiểu	Hồng cầu niệu (+)	59	50.4
	Bạch cầu niệu (+)	41	35.0
	Nitrit (+)	4	3.4
	Cấy vi khuẩn (+)	6	5.1

Nhận xét: Hơn một nửa BN có PSA < 4 ng/ml (55,6%), với giá trị trung bình $7,0 \pm 1,8$ ng/ml. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình $62,7 \pm 32,1$ ml, đa số < 50 ml (42,7%). Thể tích nước tiểu tồn dư trung bình $130,0 \pm 149,3$ ml, phần lớn <100 ml (59,0%). Hồng cầu niệu (+) gặp nhiều nhất (50,4%), tiếp đến bạch cầu niệu (+) 35,0%, trong khi nitrit (+) và cấy vi khuẩn (+) ghi nhận ở tỷ lệ thấp (3,4% và 5,1%).

3.2. Chất lượng cuộc sống của BN phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện E

Bảng 3. Điểm trung bình CLCS theo các khía cạnh sức khỏe

Khía cạnh sức khỏe	TPT	SPT 3 tháng	p
Hoạt động về thể chất	67,8±14,5	76,8±18,4	0,001

Hạn chế hoạt động do sức khỏe thể chất	65,7±23,4	78,5±21,9	0,001
Sự đau đớn	61,8±18,9	74,3±17,6	0,001
Hạn chế hoạt động do vấn đề tinh thần	65,2±19,4	79,5±16,8	0,001
Năng lượng sống và sự mệt mỏi	58,7±18,9	81,5±17,5	0,001
Trạng thái tâm lý	61,3±15,7	82,5±16,5	0,001
Chức năng xã hội	62,3±19,1	79,8±18,7	0,001
Hoạt động sức khỏe chung	64,2±16,2	80,1±17,8	0,001

Nhận xét: SPT 3 tháng, điểm trung bình CLCS ở tất cả các khía cạnh sức khỏe đều tăng có ý nghĩa thống kê so với TPT ($p = 0,001$). Cụ thể, điểm hoạt động thể chất tăng từ 67,8 lên 76,8; hạn chế do sức khỏe thể chất từ 65,7 lên 78,5; sự đau đớn từ 61,8 lên 74,3; hạn chế do vấn đề tinh thần từ 65,2 lên 79,5; năng lượng và sự mệt mỏi từ 58,7 lên 81,5; trạng thái tâm lý từ 61,3 lên 82,5; chức năng xã hội từ 62,3 lên 79,8 và hoạt động sức khỏe chung từ 64,2 lên 80,1.

Bảng 4. Bảng điểm trung bình CLCS

Khía cạnh sức khỏe	TPT	SPT 3 tháng	p
Chất lượng sống tinh thần	64,2±18,9	81,4±14,5	0,001
Chất lượng sống thể chất	68,1±17,5	79,2±16,7	0,001
Điểm chất lượng sống tổng	66,5±17,9	80,7±15,8	0,001

Nhận xét: SPT 3 tháng, điểm chất lượng sống tinh thần tăng từ 64,2 ± 18,9 lên 81,4 ± 14,5; điểm chất lượng sống thể chất từ 68,1 ± 17,5 lên 79,2 ± 16,7; và điểm chất lượng sống tổng từ 66,5 ± 17,9 lên 80,7 ± 15,8 ($p = 0,001$).

Bảng 5. Phân loại mức độ CLCS của BN phẫu thuật nội soi

Mức độ CLCS	TPT		SPT 3 tháng		p
	n	%	n	%	
Tốt	0	0	20	17.1	<0,01
Trung bình	30	25.6	78	66.7	
Thấp	87	74.4	19	16.2	
Tổng	117	100	117	100	

Nhận xét: TPT, phần lớn BN có CLCS mức thấp (74,4%), chỉ 25,6% ở mức trung bình và không có trường hợp nào ở mức tốt. SPT 3 tháng, tỷ lệ chất lượng sống tốt tăng lên 17,1%, trung bình chiếm 66,7%, trong khi thấp giảm mạnh còn 16,2% ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nguyên nhân nhập viện chủ yếu là bí đái (44,4%) và đái khó (41,0%), trong khi các triệu chứng khác như đái đêm (13,7%) và đái máu

(8,5%) ít gặp hơn. So sánh với các nghiên cứu khác cho thấy có sự khác biệt đáng kể về đặc điểm lâm sàng. Cụ thể, Vũ Minh Đức (2022) báo cáo tỷ lệ các triệu chứng cao hơn nhiều, với 88,6% tiểu khó, 85,7% tiểu đêm, 51,4% bí tiểu và 22,9% đái máu – cho thấy phổ triệu chứng đa dạng và nặng nề hơn.[4] Như vậy, kết quả này cho thấy tại Bệnh viện E, bí đái và đái khó là nguyên nhân chính dẫn đến nhập viện, phản ánh đặc điểm BN thường chỉ tìm đến điều trị khi triệu chứng đã gây tắc nghẽn cấp tính hoặc ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS. Điều này cũng nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc phát hiện và can thiệp sớm ở BN TSLTTTL, nhằm hạn chế biến chứng bí đái cấp và cải thiện hiệu quả điều trị.

PSA trung bình của BN TPT là $7,0 \pm 1,8$ ng/ml (dao động 0,6–12,1), với hơn một nửa BN có PSA < 4 ng/ml (55,6%), tiếp theo là nhóm 4–<10 ng/ml (29,9%) và nhóm >10 ng/ml chiếm 14,5%. Kết quả này khá tương đồng với Đỗ Thế Sơn (2024) tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, khi PSA trung bình là $6,91 \pm 1,65$ ng/ml, trong đó 58,9% có PSA < 4 ng/ml, 28,9% từ 4–10 ng/ml và 12,2% >10 ng/ml.[2] Tuy nhiên, thấp hơn so với Vũ Minh Đức (2022), tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giá trị PSA trung bình thấp hơn đáng kể $10 \pm 8,75$ ng/ml, đồng thời phân bố BN cũng khác biệt Vũ Minh Đức ghi nhận 42,9% PSA 4–10 ng/ml, chỉ 20% <4 ng/ml và 37,3% >10 ng/ml, cho thấy tỷ lệ BN có PSA cao trong nhóm này lớn hơn nhiều.[4]

Thể tích trung bình của tuyến tiền liệt trên siêu âm là $62,7 \pm 32,1$ ml (dao động 13–190 ml). Phân bố cho thấy đa số BN có thể tích < 50 ml (42,7%), trong khi nhóm 51–70 ml (29,1%) và > 70 ml (28,2%) chiếm tỷ lệ tương đương. So sánh với Bùi Tiến Thành (2022) tại Bệnh viện Bạch mai, cho thấy sự khác biệt nhất định: ở đó, tỷ lệ BN có tuyến tiền liệt < 50 ml và 50–79 ml ngang nhau (37,5%), trong khi nhóm > 80 ml chiếm 25%, [7] thấp hơn so với tỷ lệ > 70 ml trong nghiên cứu hiện tại (28,2%). Như vậy, kết quả này cho thấy BN tại Bệnh viện E có xu hướng tuyến tiền liệt nhỏ hơn, với tỷ lệ đáng kể ở nhóm < 50 ml, trong khi nhóm tuyến tiền liệt lớn (> 70 ml) vẫn chiếm gần 1/3 số ca. Điều này phản ánh sự đa dạng trong đặc điểm BN và có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng như tiên lượng kết quả điều trị.

Tất cả BN đều có triệu chứng nặng với điểm IPSS > 19 (100%), điểm IPSS trung bình là $28,7 \pm 5,6$. Điều này cho thấy BN thường chỉ đến viện khi các triệu chứng đã ở mức nghiêm trọng, ảnh hưởng lớn đến CLCS và buộc phải can thiệp y tế. So sánh với các nghiên cứu khác, kết quả có sự

tương đồng và khác biệt nhất định. Đỗ Thế Sơn (2024) tại BV Hữu nghị Việt Đức ghi nhận điểm IPSS trung bình $25,38 \pm 5,56$, trong đó 98,9% BN có IPSS ≥ 20 , [2] tỷ lệ tương đương nhưng điểm trung bình thấp hơn so với nghiên cứu này.

4.2. Chất lượng cuộc sống của BN phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện E. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau phẫu thuật 3 tháng, CLCS của BN tăng lên rõ rệt ở hầu hết các khía cạnh sức khỏe, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Điểm hoạt động thể chất, trạng thái tâm lý, năng lượng – sự mệt mỏi và chức năng xã hội đều cải thiện đáng kể, phản ánh tác động tích cực toàn diện của phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực không chỉ trên chức năng tiết niệu mà còn trên sức khỏe thể chất và tinh thần tổng thể.

Đặc biệt, sự cải thiện mạnh mẽ ở nhóm chỉ số về năng lượng – sự mệt mỏi (từ 58,7 lên 81,5) và trạng thái tâm lý (từ 61,3 lên 82,5) cho thấy phẫu thuật giúp giảm gánh nặng triệu chứng kéo dài, mang lại sự thoải mái và cải thiện đáng kể về mặt tinh thần cho BN. Sự gia tăng điểm số ở các khía cạnh hoạt động thể chất và hạn chế do sức khỏe thể chất cũng minh chứng cho việc kiểm soát triệu chứng đường tiểu đã giúp BN phục hồi khả năng sinh hoạt thường ngày, nâng cao tính độc lập và hiệu quả lao động.

So sánh với Nguyễn Thị Thu Hường (2022) tại Bệnh viện E, trong đó điểm trung vị CLCS ở các khía cạnh sức khỏe chỉ ở mức khá tốt và mức chênh lệch giữa các khía cạnh không đáng kể [8] có thể nhận thấy kết quả hiện tại cho thấy sự cải thiện mạnh mẽ và toàn diện hơn. Điều này gợi ý rằng sự tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật, quy trình chăm sóc hậu phẫu cũng như cách tiếp cận toàn diện đối với sức khỏe thể chất và tinh thần của BN đã góp phần mang lại hiệu quả vượt trội hơn so với trước đây.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 3 tháng phẫu thuật, CLCS của BN được cải thiện đáng kể cả về mặt thể chất, tinh thần và tổng thể, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Cụ thể, điểm chất lượng sống tinh thần tăng từ $64,2 \pm 18,9$ lên $81,4 \pm 14,5$; chất lượng sống thể chất từ $68,1 \pm 17,5$ lên $79,2 \pm 16,7$; và chất lượng sống tổng thể từ $66,5 \pm 17,9$ lên $80,7 \pm 15,8$. Điều này phản ánh tác động tích cực toàn diện của phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực, không chỉ giúp cải thiện triệu chứng tiết niệu mà còn góp phần nâng cao trạng thái tâm lý, tăng cường sức khỏe thể chất và cải thiện chất lượng sống tổng thể của BN.

Kết quả nghiên cứu cho thấy TPT, phần lớn BN có CLCS ở mức thấp (74,4%), chỉ một tỷ lệ nhỏ đạt mức trung bình (25,6%) và hoàn toàn không có trường hợp nào ở mức tốt. Sau phẫu thuật 3 tháng, phân bố chất lượng sống đã thay đổi rõ rệt, với tỷ lệ BN đạt mức tốt tăng lên 17,1%, mức trung bình chiếm đa số (66,7%), trong khi nhóm có chất lượng sống thấp giảm đáng kể xuống còn 16,2% ($p < 0,01$). Điều này khẳng định hiệu quả tích cực của phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực trong việc cải thiện chất lượng sống tổng thể của BN, đồng thời cho thấy tác động toàn diện cả về thể chất lẫn tinh thần sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi bóc nhân TSLTTTL bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện E giúp cải thiện rõ rệt CLCS của BN, thể hiện qua sự tăng có ý nghĩa thống kê ở cả sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội sau 3 tháng ($p < 0,001$). Tỷ lệ BN có CLCS tốt và trung bình tăng rõ rệt, trong khi nhóm có CLCS thấp giảm đáng kể. Kết quả này khẳng định hiệu quả và tính an toàn của phương pháp, đồng thời cho thấy đo lường CLCS là chỉ số quan trọng trong đánh giá kết quả điều trị BN TSLTTTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Gia Tuyền** (2025), Bệnh học nội khoa thận tiết niệu Tập 1, Nhà xuất bản Y học.
2. **Đỗ Thế Sơn** (2024), Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt U phì đại tuyến tiền liệt kết hợp tán sỏi bàng quang bằng laser Holmium tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Hoài Bắc** (2024), Bệnh học nam học và y học giới tính Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. **Vũ Minh Đức** (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, Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Winograd J, Kindler R, Lleras C et al** (2025), "Quality of life and surgical treatment regret in patients with benign prostatic hypertrophy: a multicenter study", *Clin J Urol*, 32(3), 219-227.
6. **Park S, Lee K S, Choi M et al** (2022), "Factors associated with quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia, 2009-2016", *Medicine (Baltimore)*, 101(36), e30091.
7. **Bùi Tiến Thành** (2022), Kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện lưỡng cực tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Thị Thu Hường** (2023), Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện E năm 2022, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.