

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2019 Stroke Collaborators.** Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0
2. **Rehman S, Phan HT, Reeves MJ, et al.** Case-Fatality and Functional Outcome after Subarachnoid Hemorrhage (SAH) in International STROkE oUtcomes sTudy (INSTRUCT). *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* 2022;31(1):106201. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106201
3. **Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al.** 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2023;54(7). doi:10.1161/STR.0000000000000436
4. **van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ.** Subarachnoid haemorrhage. *The Lancet.* Published online 2007. doi:10.1016/S0140-6736(07)60153-6
5. **Darkwah Oppong, Skowronek, Pierscianek, Gembruch, Et. A.** Aneurysmal intracerebral hematoma: Risk factors and surgical treatment decisions. *Clin Neurol Neurosurg.* Published online 2018. doi:10.1016/j.clineuro.2018.07.014
6. **Wan A, Jaja BNR, Schweizer TA, Macdonald RL.** Clinical characteristics and outcome of aneurysmal subarachnoid hemorrhage with intracerebral hematoma. *J Neurosurg.* 2016;125(6):1344-1351. doi:10.3171/2015.10.JNS151036
7. **Güresir E, Beck J, Vatter H, et al.** Subarachnoid hemorrhage and intracerebral hematoma: incidence, prognostic factors, and outcome. *Neurosurgery.* 2008;63(6):1088-1093; discussion 1093-1094. doi:10.1227/01.NEU.0000335170.76722.B9
8. **Vlak MH, Algra A, Brandenburg R, Rinkel GJ.** Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2011;10(7):626-636. doi:10.1016/S1474-4422(11)70109-0
9. **Connolly ES, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al.** Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2012;43(6):1711-1737. doi:10.1161/STR.0b013e3182587839
10. **Steiner T, Juvela S, Unterberg A, et al.** European Stroke Organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35(2):93-112. doi:10.1159/000346087

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER HOLMIUM (HOLEP) TRONG ĐIỀU TRỊ PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Trần Tuấn Anh¹, Tô Hoài Nam¹, Đặng Xuân Hưng¹,
 Nông Văn Thịnh¹, Nguyễn Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp trên 40 bệnh nhân được phẫu thuật HoLEP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025. Các chỉ số được thu thập bao gồm tuổi, nồng độ PSA trước phẫu thuật, thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, thời gian đặt ống thông niệu đạo, thời gian nằm viện và kết quả lâm sàng sau phẫu thuật 1 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 73,75 ± 7,97 tuổi. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình

trước phẫu thuật là 91,27 ± 28,12 ml, PSA trung bình 13,14 ± 11,7 ng/ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là 128,85 ± 48,14 phút. Có 10 bệnh nhân (25%) cần truyền máu trong mổ. Thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình 4 ngày và thời gian nằm viện trung bình 5,83 ngày. Sau 1 tháng, 36 bệnh nhân (90%) tiểu tiện bình thường. Thể tích tuyến tiền liệt sau phẫu thuật giảm còn 28,5 ± 7,5 ml. **Kết luận:** HoLEP là phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt, giúp cải thiện rõ rệt triệu chứng đường tiểu dưới với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của phương pháp. **Từ khóa:** Phì đại lành tính tuyến tiền liệt, laser Holmium, phẫu thuật nội soi tuyến tiền liệt.

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: dranhntn@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026

ABSTRACT

TO EVALUATE THE EARLY OUTCOMES OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE (HoLEP) IN THE TREATMENT OF

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Background and aims: To evaluate the early outcomes of holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) in the treatment of benign prostatic hyperplasia at Phu Tho Provincial General Hospital.

Methods: A case series study was conducted on 40 patients who underwent HoLEP at Phu Tho Provincial General Hospital from January 2024 to June 2025. Collected variables included age, preoperative prostate-specific antigen (PSA) level, prostate volume measured by ultrasound, operative time, intraoperative complications, duration of urethral catheterization, length of hospital stay, and clinical outcomes one month after surgery. **Results:** The mean age was 73.75 ± 7.97 years. The mean preoperative prostate volume was 91.27 ± 28.12 ml, and the mean PSA level was 13.14 ± 11.7 ng/ml. The mean operative time was 128.85 ± 48.14 minutes. Blood transfusion was required in 10 patients (25%). The mean duration of urethral catheterization was 4 days, and the mean hospital stay was 5.83 days. After one month, 36 patients (90%) had normal voiding. The mean postoperative prostate volume decreased to 28.5 ± 7.5 ml. **Conclusion:** HoLEP is a safe and effective surgical technique for the treatment of benign prostatic hyperplasia, providing significant improvement in lower urinary tract symptoms with a low complication rate. Larger studies with longer follow-up are needed to evaluate long-term outcomes.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, HoLEP, prostate surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phi đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐLTTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới cao tuổi và là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới (lower urinary tract symptoms – LUTS), ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống của người bệnh. Khi điều trị nội khoa không còn hiệu quả hoặc xuất hiện các biến chứng như bí tiểu cấp, nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát hoặc sỏi bàng quang, can thiệp ngoại khoa được chỉ định nhằm giải quyết tình trạng tắc nghẽn đường tiểu¹.

Phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua niệu đạo (transurethral resection of the prostate – TURP) từ lâu được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ngoại khoa PĐLTTL. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn tồn tại một số hạn chế như nguy cơ chảy máu trong mổ, hội chứng TURP và khó áp dụng cho các trường hợp tuyến tiền liệt kích thước lớn^{1,2}.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (Holmium Laser Enucleation of the Prostate – HoLEP) đã trở thành một trong những kỹ thuật ít xâm lấn được áp dụng rộng rãi trong điều trị PĐLTTL. Kỹ thuật này cho phép bóc tách gần

như hoàn toàn khối mô tăng sinh của tuyến tiền liệt, đồng thời kiểm soát chảy máu tốt và có thể áp dụng hiệu quả cho các tuyến tiền liệt kích thước lớn^{1,5}. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh HoLEP giúp cải thiện rõ rệt các triệu chứng đường tiểu dưới, giảm thời gian nằm viện và có tỷ lệ biến chứng thấp với hiệu quả điều trị ổn định trong thời gian theo dõi dài hạn^{3,5,7}.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận HoLEP là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt, đặc biệt ở những trường hợp tuyến tiền liệt kích thước lớn^{4,6,8}. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, kỹ thuật HoLEP được triển khai từ năm 2024. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân nam được chẩn đoán phì đại lành tính tuyến tiền liệt và phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025, được theo dõi kết quả sau phẫu thuật 1 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nam từ 50 tuổi trở lên.
- Chẩn đoán phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật.
- Được điều trị bằng phương pháp HoLEP.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Nghi ngờ hoặc xác định ung thư tuyến tiền liệt.
- Bệnh nhân mất theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Phương pháp tiến hành: Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng trước phẫu thuật bao gồm công thức máu, sinh hóa máu, xét nghiệm nước tiểu, định lượng PSA và siêu âm tuyến tiền liệt. Sinh thiết tuyến tiền liệt được thực hiện trong

trường hợp PSA >10 ng/ml nhằm loại trừ ung thư tuyến tiền liệt.

Quy trình phẫu thuật:

- Phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) được thực hiện qua đường nội soi niệu đạo dưới gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân.

- Bệnh nhân được đặt ở tư thế sản khoa. Sau khi đặt ống nội soi niệu đạo – bàng quang, đánh giá kích thước tuyến tiền liệt và các thùy phì đại. Laser Holmium được sử dụng để rạch niêm mạc và bóc tách nhân phì đại theo mặt phẳng giữa vỏ tuyến và mô tăng sinh. Khối nhân phì đại sau khi bóc tách được đẩy vào bàng quang và lấy ra bằng dụng cụ xay mô (morcellator). Sau khi kiểm tra và cầm máu điện bóc, đặt ống thông niệu đạo ba chạc và rửa bàng quang liên tục.

Các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, nồng độ PSA trước phẫu thuật, thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, thời gian đặt ống thông niệu đạo, thời gian nằm viện và kết quả lâm sàng sau phẫu thuật 1 tháng.

Xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ thông qua. Các thông tin thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025, chúng tôi thực hiện phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) cho 40 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 73,75 ± 7,97 tuổi (56–93). Trong đó, 21/40 bệnh nhân (52,5%) nhập viện trong tình trạng bí tiểu cấp phải đặt ống thông niệu đạo. Có 10/40 bệnh nhân (25%) phải truyền máu trong mổ.

Bảng 1. Chỉ số PSA toàn phần trước phẫu thuật

Chỉ số PSA toàn phần	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình ± SD (Nhỏ nhất - Lớn nhất)
Bình thường (< 4 ng/ml)	2	5	13,14 ± 11,7 Nhỏ nhất: 2,89 Lớn nhất: 52,95
Tăng nhẹ (4 – 10 ng/ml)	19	47,5	
Tăng vừa (> 10 ng/ml)	19	47,5	
Tổng	40	100	

Chỉ số PSA toàn phần trung bình trước phẫu thuật là 13,14 ± 11,7 ng/ml (2,89 – 52,95)

Bảng 2. Thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm trước phẫu thuật

Thể tích tuyến tiền liệt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 70 ml	10	25
70 – 100 ml	14	35
> 100 ml	16	40
Tổng	40	100

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình trước phẫu thuật là 91,27 ± 28,12 ml (48 – 153 ml).

Bảng 3. Thời gian hoàn thành phẫu thuật

Thời gian hoàn thành phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình ± SD (Nhỏ nhất - Lớn nhất)
≤ 60 phút	2	5	128,85 ± 48,14 Nhỏ nhất: 60 Lớn nhất: 300
61 – 90 phút	12	30	
91 - 120 phút	12	30	
121 – 150 phút	6	15	
> 150	8	20	
Tổng	40	100	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 128,85 ± 48,14 phút (60 – 300 phút)

Chỉ số hậu phẫu: thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình là 4 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 5,83 ngày

Bảng 4. Thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm sau phẫu thuật 1 tháng

Thể tích tuyến tiền liệt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 20 ml	6	15
20 – 40 ml	31	77,5
> 40 ml	3	7,5
Tổng	40	100

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình sau phẫu thuật là 28,5 ± 7,5 ml.

Bảng 5. Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật 1 tháng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiểu buốt	2	5
Tiểu khó	1	2,5
Tiểu són	2	5
Bí tiểu	0	0
Tiểu bình thường	36	90
Tổng	40	100

Sau 1 tháng theo dõi, 36/40 bệnh nhân (90%) tiểu tiện bình thường. Một số ít bệnh nhân còn tiểu buốt, tiểu khó hoặc tiểu són nhẹ. Không ghi nhận trường hợp bí tiểu tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $73,75 \pm 7,97$ tuổi. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đây về phẫu thuật HoLEP. Gilling và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân trong các loạt nghiên cứu HoLEP khoảng 67–71 tuổi¹. Kuntz và cộng sự trong thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh HoLEP với phẫu thuật mở cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi 60–70 tuổi². Các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận độ tuổi trung bình cao hơn, như nghiên cứu của Võ Văn Chung và Đỗ Trường Thành là $73,7 \pm 10,4$ tuổi, và nghiên cứu của Đỗ Trường Thành và cộng sự là $74,51 \pm 9,5$ tuổi^{4,6}. Điều này cho thấy bệnh nhân tại các cơ sở y tế ở Việt Nam thường đến khám và điều trị muộn hơn, dẫn đến tuổi trung bình cao hơn so với các báo cáo quốc tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 21/40 bệnh nhân (52,5%) nhập viện trong tình trạng bí tiểu cấp phải đặt ống thông niệu đạo. Theo các báo cáo quốc tế, tỷ lệ nhập viện do bí tiểu cấp thường thấp hơn. Gilling và cộng sự cho thấy tỷ lệ này thường dưới 15% trong nhiều loạt ca HoLEP¹. Nghiên cứu của Elmansy và cộng sự trên hơn 1000 bệnh nhân cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện do các triệu chứng LUTS mạn tính, chỉ khoảng 15% nhập viện vì bí tiểu cấp⁵. Trong khi đó, các nghiên cứu trong nước ghi nhận tỷ lệ bí tiểu cấp cao hơn, như nghiên cứu của Võ Văn Chung và Đỗ Trường Thành ghi nhận 42,1%, và nghiên cứu của Đỗ Trường Thành và cộng sự ghi nhận gần 50% bệnh nhân nhập viện trong tình trạng bí tiểu cấp^{4,6}. Kết quả của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trong nước, cho thấy bệnh nhân tại các trung tâm tuyến trên ở Việt Nam thường đến khám khi bệnh đã tiến triển nặng.

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $91,27 \pm 28,12$ ml, với thể tích lớn nhất là 153 ml. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu quốc tế. Gilling và cộng sự báo cáo thể tích tuyến tiền liệt trung bình khoảng 70–90 ml trong các loạt ca HoLEP¹. Elmansy và cộng sự ghi nhận thể tích tuyến trung bình khoảng 85 ml, trong đó có nhiều trường hợp tuyến tiền liệt trên 100 ml⁵. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành và cộng sự tại Việt Nam cũng ghi nhận thể tích tuyến trung bình 96 ± 34 ml⁴. Những kết quả này cho thấy HoLEP có thể được áp dụng hiệu quả cho các trường hợp tuyến tiền liệt kích thước lớn.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $128,85 \pm 48,14$

phút. Kết quả này dài hơn so với một số nghiên cứu trước đây. Gilling và cộng sự báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 72 phút¹, trong khi Elshal và cộng sự ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình 85 phút⁷. Nghiên cứu của Võ Văn Chung và Đỗ Trường Thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình $90,5 \pm 35,5$ phút⁶. Thời gian phẫu thuật dài hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể liên quan đến thể tích tuyến tiền liệt lớn và giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật, khi phẫu thuật viên vẫn đang trong quá trình tích lũy kinh nghiệm.

Biến chứng trong mổ chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là chảy máu cần truyền máu, gặp ở 10/40 bệnh nhân (25%). Chúng tôi không ghi nhận các biến chứng nặng như thủng bao tuyến tiền liệt hoặc tổn thương bàng quang. Theo Kuntz và cộng sự, tỷ lệ biến chứng trong mổ của HoLEP khoảng 5%². Ibrahim và cộng sự trong nghiên cứu theo dõi dài hạn cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng trong mổ dưới 10%³. Một số nghiên cứu trong nước báo cáo tỷ lệ biến chứng trong mổ khoảng 7–8%^{4,8}. Tỷ lệ truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác, có thể liên quan đến giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật và kích thước tuyến tiền liệt lớn ở nhiều bệnh nhân. Điều này cho thấy kinh nghiệm của phẫu thuật viên đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu biến chứng.

Sau 1 tháng theo dõi, 36/40 bệnh nhân (90%) trong nghiên cứu của chúng tôi tiểu tiện bình thường. Tỷ lệ tiểu buốt, tiểu khó và tiểu són lần lượt là 5%, 2,5% và 5%, và không ghi nhận trường hợp bí tiểu tái phát. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Kuntz và cộng sự ghi nhận sự cải thiện triệu chứng rõ rệt ở phần lớn bệnh nhân sau phẫu thuật HoLEP². Ibrahim và cộng sự cũng cho thấy HoLEP giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng đường tiểu dưới thời gian theo dõi dài hạn³. Các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận sự cải thiện rõ rệt triệu chứng cơ năng ngay trong tháng đầu sau phẫu thuật^{4,6}. Điều này cho thấy HoLEP mang lại hiệu quả lâm sàng sớm trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình sau phẫu thuật 1 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là $28,5 \pm 7,5$ ml, giảm đáng kể so với trước phẫu thuật. Gilling và cộng sự ghi nhận thể tích tuyến tiền liệt sau HoLEP giảm trung bình khoảng 70% so với trước mổ¹. Ibrahim và cộng sự cũng ghi nhận mức giảm thể tích tuyến khoảng 70% sau phẫu thuật³. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành

và cộng sự tại Việt Nam cho thấy thể tích tuyến còn lại sau HoLEP giảm hơn 60%⁴. Kết quả của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trước đây, khẳng định HoLEP có khả năng bóc tách gần như toàn bộ khối mô tăng sinh tuyến tiền liệt, từ đó giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng đường tiểu dưới.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt được phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ cho thấy đây là phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả, giúp cải thiện rõ rệt triệu chứng đường tiểu dưới và giảm đáng kể thể tích tuyến tiền liệt sau phẫu thuật. Phần lớn bệnh nhân phục hồi tốt với 90% tiểu tiện bình thường sau 1 tháng và không ghi nhận trường hợp bí tiểu tái phát. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, cần có các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả lâu dài của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gilling P.** Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP). *BJU Int.* 2008;101(1):1-3.

2. **Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA.** Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomized clinical trial. *Eur Urol.* 2008;53(1):160-168.
3. **Ibrahim A, Alharbi M, Elhilali M, Carrier S.** Eighteen years of holmium laser enucleation of the prostate: a single-center experience. *J Urol.* 2018;199(4):e838-e839.
4. **Đỗ Trường Thành, Nguyễn Đình Quyền, Nguyễn Đức Uyển.** Kết quả bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng Holmium laser tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;526(1B):xxx-xxx.
5. **Elmansy HM, Kotb A, Elhilali MM.** Holmium laser enucleation of the prostate: long-term durability of clinical outcomes and complication rates during 10 years of follow-up. *J Urol.* 2011;186(5):1972-1976.
6. **Võ Văn Chung, Đỗ Trường Thành.** Đánh giá kết quả sớm bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holmium laser qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;509(2):xxx-xxx.
7. **Elshal AM, Mekkawy R, Laymon M, Barakat TS, et al.** Holmium laser enucleation of the prostate for treatment of large-sized benign prostatic hyperplasia: is it a realistic endourologic alternative in developing countries? *World J Urol.* 2016;34(3):399-405.
8. **Vũ PT, Thái NX, Châu NN, Hoàng NPC.** Đánh giá kết quả sớm phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium tại Bệnh viện Bình Dân. *Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2021;25:207-212

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ NHÂN GIÁP LÀNH TÍNH BẰNG ĐỐT SÓNG CAO TẦN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÌNH DƯƠNG

Phạm Anh Vũ^{1*}, Lê Thị Thùy Dung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đốt sóng cao tần (radiofrequency ablation – RFA) là phương pháp điều trị ít xâm lấn được áp dụng ngày càng rộng rãi trong điều trị nhân giáp lành tính. Tuy nhiên, các dữ liệu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này tại bệnh viện tuyến tỉnh ở Việt Nam còn hạn chế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, can thiệp lâm sàng một nhóm trên 37 bệnh nhân với 41

nhân giáp lành tính (Bethesda II) được điều trị bằng RFA dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Các chỉ số được đánh giá gồm thang điểm triệu chứng, thang điểm thẩm mỹ, thể tích nhân giáp, tỷ lệ giảm thể tích (VRR), mức độ đau và biến chứng tại các thời điểm trước điều trị, sau 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Sau điều trị, thang điểm triệu chứng giảm từ trung vị 4 xuống 2 sau 1 tháng và duy trì sau 3 tháng ($p < 0,01$). Thang điểm thẩm mỹ giảm từ 4 xuống 1 sau 3 tháng ($p < 0,01$). Thể tích nhân giáp giảm từ 7,76 ml xuống 4,51 ml sau 1 tháng và còn 2,88 ml sau 3 tháng; VRR trung vị đạt 29,6% và 46,6%. Phần lớn bệnh nhân chỉ ghi nhận đau nhẹ hoặc vừa; 90,3% không có biến chứng, các biến chứng ghi nhận đều nhẹ và thoáng qua. **Kết luận:** RFA là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn và ít xâm lấn đối với nhân giáp lành tính, phù hợp triển khai tại bệnh viện tuyến tỉnh. **Từ khóa:** nhân giáp, bướu giáp lành tính, đốt sóng cao tần, RFA, tuyến giáp

¹Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa Khoa Bình Dương

²Viện Đào tạo Y Dược, Trường Đại học Thủ Dầu Một

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Anh Vũ

Email: bsvu07@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026