

là 83,1% và tỉ lệ sạch sỏi sau 3 tháng là 84,5% [5]. Sự chênh lệch có thể do số lượng mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa lớn và sự chủ động đến khám sớm khi phát hiện bệnh cũng như việc tuân thủ điều trị tốt từ phía bệnh nhân góp phần làm tăng tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật. Từ đó việc đánh giá sạch sỏi sau phẫu thuật nên được đánh giá theo thời gian dài dựa trên sự tuân thủ điều trị và tái khám của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tán sỏi nội soi bằng ống soi mềm điều trị sỏi đài thận nhiều viên là một phẫu thuật ít xâm lấn, tỉ lệ sạch sỏi cao, thời gian hồi phục nhanh, tai biến biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh An, Bùi Hoàng Thảo (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có sỏi thận tái phát", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 521(1).
2. Đàm Văn Cường (2011), "Nghiên cứu mô hình bệnh niệu sinh dục tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", *Tạp chí Y học thực hành*. 49-54.
3. Phạm Ngọc Hùng, et al, "Đánh giá kết quả điều trị sỏi đài thận dưới qua nội soi niệu quản ngược dòng sử dụng ống soi mềm tán sỏi bằng laser". tr. 55-57.
4. Trương Hoàng Minh (2025), "Nhận xét kết quả sớm tán sỏi thận ngược dòng bằng nội soi ống mềm có kiểm soát áp lực bể thận tại Bệnh viện Nhân Dân 115", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 551(2).
5. Bùi Đăng Ngọc, Đỗ Ngọc Sơn, Nguyễn Văn Luân (2024), "Kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi ngược dòng ống mềm tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 545(3).
6. Đinh Long Vương, Nguyễn Minh Tuấn, Trần Hiếu Học (2026), "kết quả phẫu thuật nội soi tán sỏi ống mềm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 559(1).
7. José A Salvadó, et al (2018), "Retrograde intrarenal surgery using the single-use flexible ureteroscope Uscope 3022 (Pusen™): evaluation of clinical results", *Central European journal of urology*. 71(2). 202.
8. Adie Viljoen, Rabia Chaudhry, John Bycroft (2019), "Renal stones", *Annals of clinical biochemistry*. 56(1). 15-27.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG, CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC CẮT ĐỐT NỘI SOI QUA NGẢ NIỆU ĐẠO

Nguyễn Văn Dờ¹, Dư Thị Ngọc Thu¹, Phan Trương Tường Huy¹,
Lê Châu Minh Kha¹, Nguyễn Thị Hợp¹, Trần Quốc Nam¹,
Nguyễn Hoàng Minh Lý¹, Kiên Quyết Thắng¹, Nguyễn Hoàng Nghị¹,
Huỳnh Phi Học¹, Phạm Quốc Anh², Trần Trúc Như¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý thường gặp của hệ tiết niệu, chủ yếu xuất hiện ở nam giới lớn tuổi. Bệnh không chỉ gây ra các triệu

chứng đường tiết niệu dưới, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, mà còn liên quan mật thiết đến các rối loạn chức năng sinh dục nam. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo vẫn là một trong các phương pháp điều trị được sử dụng phổ biến tại Việt Nam. Tuy nhiên, mối liên quan giữa tình trạng rối loạn cương dương với phương pháp điều trị này vẫn chưa được biết rõ.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tình hình rối loạn cương dương, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dờ

Email: vando99nguyen@gmail.com

Mã bài: TTN-6a

Ngày nhận bài: 5/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 63 bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 5/2024 đến tháng 8/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình: $70,10 \pm 8,59$ tuổi. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình: $60,51 \pm 24,40$ ml. Điểm IPSS trước phẫu thuật: $29,32 \pm 5,19$. Điểm QoL trước phẫu thuật: $5,49 \pm 0,72$. Điểm IIEF-5 trước phẫu thuật: $12,22 \pm 4,43$. Điểm IPSS sau phẫu thuật 3 tháng: $10,02 \pm 3,49$. Điểm QoL sau phẫu thuật 3 tháng: $2,78 \pm 0,79$. Điểm IIEF-5 sau phẫu thuật 3 tháng: $12,29 \pm 4,50$. Điểm IPSS sau phẫu thuật 6 tháng: $4,76 \pm 2,75$. Điểm QoL sau phẫu thuật 6 tháng: $1,35 \pm 0,74$. Điểm IIEF-5 sau phẫu thuật 6 tháng: $14,14 \pm 4,53$.

Kết luận: Phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo giúp cải thiện rõ rệt các triệu chứng đường niệu dưới và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Đồng thời ghi nhận có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê điểm IIEF-5 ở thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng với $p < 0,001$.

Từ khóa: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, rối loạn cương dương, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo.

SUMMARY

EVALUATION OF ERECTILE DYSFUNCTION, QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA UNDERGOING TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE

Background: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common urological condition that predominantly affects elderly men. It not only causes lower urinary tract symptoms (LUTS), thereby impairing quality of life, but is also closely associated with male sexual dysfunction. Currently, transurethral resection of the prostate (TURP) remains a widely used surgical treatment for benign prostatic hyperplasia in Vietnam. However, the association between erectile dysfunction and this surgical procedure remains unclear.

Objectives: To evaluate changes in erectile dysfunction and quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia who underwent transurethral resection of the prostate.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 63 patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia, who underwent transurethral resection of the prostate at Can

Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, and Can Tho Central General Hospital from May 2024 to August 2025.

Results: The mean age was 70.10 ± 8.59 years. The mean prostate volume was 60.51 ± 24.40 mL. Preoperatively, the mean IPSS, QoL, and IIEF-5 scores were 29.32 ± 5.19 , 5.49 ± 0.72 , and 12.22 ± 4.43 , respectively. At 3 months postoperatively, the mean IPSS, QoL, and IIEF-5 scores were 10.02 ± 3.49 , 2.78 ± 0.79 , and 12.29 ± 4.50 , respectively. At 6 months postoperatively, the mean IPSS, QoL, and IIEF-5 scores were 4.76 ± 2.75 , 1.35 ± 0.74 , and 14.14 ± 4.53 , respectively.

Conclusion: Transurethral resection of the prostate significantly improved lower urinary tract symptoms and enhanced the quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia. In addition, a statistically significant change in the IIEF-5 score was also observed at 6 months postoperatively ($p < 0.001$).

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, Erectile dysfunction, Transurethral Resection of the Prostate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý thường gặp của hệ tiết niệu, chủ yếu xuất hiện ở nam giới lớn tuổi. Bệnh không chỉ gây ra các triệu chứng đường dưới, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, mà còn liên quan mật thiết đến các rối loạn chức năng sinh dục nam[1]. Tại Việt Nam, nhiều phương pháp điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt đã và đang được áp dụng. Trong đó, phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TURP) vẫn là phương pháp phẫu thuật phổ biến[2]. Trên thực tế lâm sàng, một số bệnh nhân sau phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo xuất hiện rối loạn chức năng tình dục mới hoặc tình trạng rối loạn cương trở nên nặng hơn so với trước phẫu thuật. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này chủ yếu tập trung vào cải thiện triệu chứng đi tiểu, trong khi vấn đề rối loạn cương dương sau phẫu thuật còn ít. Xuất phát từ thực tiễn trên, để tìm hiểu thêm về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá tình hình rối loạn cương dương, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2024-2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 5/2024 đến tháng 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được phẫu thuật cắt đốt nội soi bằng dao đốt đơn cực qua niệu đạo; phẫu thuật tuyến tiền liệt lần đầu và được theo dõi ít nhất 6 tháng kể từ ngày mổ; bệnh nhân có vợ hoặc bạn tình, có quan hệ tình dục và sống cùng vợ hoặc bạn tình trên 3 tháng trước phẫu thuật, sau phẫu thuật có quan hệ tình dục lại; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân trí tuệ kém hay sa sút trả lời câu hỏi chậm hay không chính xác, điếc hay nghe kém; Có bệnh lý tâm thần, bị dị tật cơ quan tiết niệu sinh dục... ảnh hưởng đến hoạt động tình dục; Bệnh nhân đã phẫu thuật hoặc chấn thương vùng chậu, tiểu khung; Bệnh nhân đang dùng thuốc ảnh hưởng đến chức năng cương (PDE5i, alpha-blocker, thuốc hướng thần).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng(n=63)	Tỉ lệ (%)	Trung bình $\pm$ SD
< 60	9	14,3	70,10 $\pm$ 8,59
60 - 79	45	71,4	
$\geq$ 80	9	14,3	
Tổng	63	100	

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 70,10 $\pm$ 8,59. Tuổi thấp nhất 54, tuổi cao nhất 89. Nhóm tuổi 60-79 chiếm tỉ lệ cao nhất với 71,4%.

Lý do vào viện chiếm tỉ lệ cao nhất của nhóm đối tượng nghiên cứu là bí tiểu với 52,4%, kế tiếp là tiểu khó với 42,9%. Các lý do khác chiếm tỷ lệ không đáng kể.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có bệnh lý đi kèm trước phẫu thuật. Cụ thể, chỉ có 22,2% bệnh nhân hoàn toàn không mắc bệnh nền, trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm 49,2%, tỉ lệ bệnh nhân có đái tháo đường chiếm 1,6%, tỉ lệ bệnh nhân béo phì chiếm 1,6%, tỷ lệ bệnh nhân có từ hai bệnh lý phối hợp trở lên chiếm đến 19%.

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, bao gồm 63 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- **Biến số nghiên cứu:** Bao gồm độ tuổi, lý do vào viện, bệnh lý kèm theo, thể tích tuyến tiền liệt, mức độ rối loạn tiểu tiện trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng (thang điểm IPSS), chất lượng cuộc sống trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng (thang điểm QoL), tình trạng rối loạn cương trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng (IIEF-5).

- **Phương pháp thu thập số liệu và xử lý số liệu:** Số liệu được kiểm tra, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Tất cả các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho quá trình nghiên cứu đề tài, không nhằm mục đích khác. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều tự nguyện và cung cấp các thông tin chính xác. Nghiên cứu được thông qua và được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt số 24.417. HV/PCT-HĐĐĐ ngày 26/06/2024.

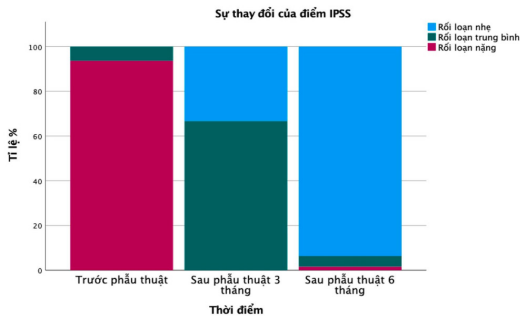
3.2 Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Thể tích tuyến tiền liệt

Thể tích TLT (ml)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Trung bình $\pm$ SD (ml)
<40	7	11,1	60,51 $\pm$ 24,40
40-80	46	73	
>80	10	15,9	
Tổng	63	100	

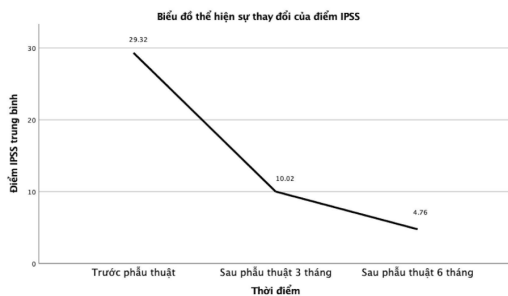
Nhận xét: Thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 60,51 $\pm$ 24,40 ml. Trong đó, nhóm từ 40 - 80 ml chiếm đa số với tỉ lệ là 73%.

3.3 Sự thay đổi mức độ rối loạn tiểu tiện đánh giá thông qua thang điểm IPSS



Biểu đồ 1. Sự thay đổi của mức độ rối loạn tiểu tiện

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rối loạn mức độ nặng (93,7%), không có trường hợp nào ở mức độ nhẹ. Sau phẫu thuật 3 tháng, phần lớn bệnh nhân chuyển sang mức độ trung bình (66,7%) và nhẹ (33,3%). Sau phẫu thuật 6 tháng, có 93,7% bệnh nhân đạt mức độ nhẹ

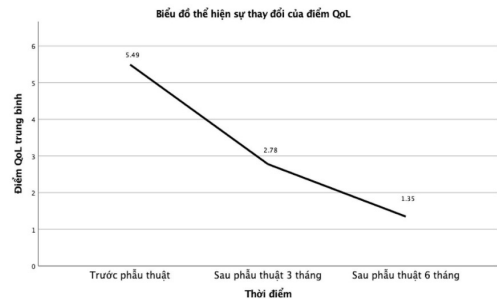


Biểu đồ 2. Sự thay đổi của thang điểm IPSS

Nhận xét: Điểm IPSS giảm mạnh từ 29,32 $\pm$ 5,19 xuống 10,02 $\pm$ 3,49 sau 3 tháng phẫu thuật. Sau phẫu thuật 6 tháng, điểm IPSS trung bình tiếp

tục giảm còn 4,76 $\pm$ 2,75. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (Friedman test).

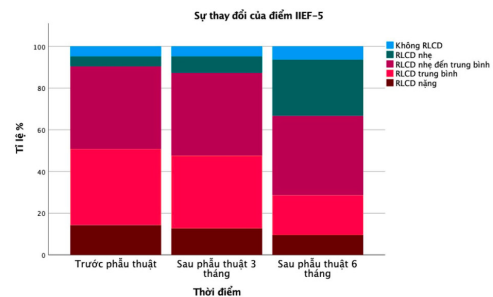
3.4 Sự thay đổi mức độ chất lượng cuộc sống đánh giá thông qua thang điểm QoL



Biểu đồ 3. Sự thay đổi của điểm QoL

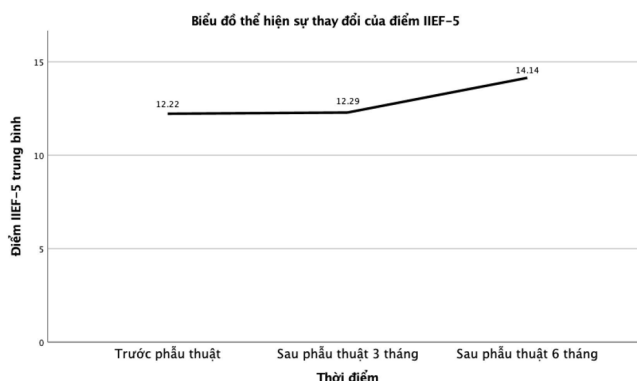
Nhận xét: Điểm QoL giảm mạnh từ 5,49 $\pm$ 0,72 xuống 2,78 $\pm$ 0,79 sau 3 tháng phẫu thuật. Sau phẫu thuật 6 tháng, điểm QoL trung bình còn 1,35 $\pm$ 0,74. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (Friedman test).

3.5 Sự thay đổi mức độ rối loạn cương dương đánh giá thông qua thang điểm IIEF-5



Biểu đồ 4. Sự thay đổi của mức độ rối loạn cương dương

Nhận xét: Trước phẫu thuật, mức độ rối loạn cương dương chủ yếu thuộc nhóm nhẹ- trung bình và trung bình lần lượt là 39,7% và 36,5%, nhóm nặng 14,3%, chỉ có 3 bệnh nhân không rối loạn cương (4,8%). Sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ nhóm không rối loạn cương dương không thay đổi, nhóm nặng giảm còn 12,7% . Sau phẫu thuật 6 tháng: nhóm không rối loạn cương tăng lên 6,3%, nhóm rối loạn nặng giảm còn 9,5%.



Biểu đồ 5. Sự thay đổi của thang điểm IIEF-5

Nhận xét: Điểm IIEF-5 trung bình trước phẫu thuật ($12,22 \pm 4,43$) và sau phẫu thuật 3 tháng ($12,29 \pm 4,50$) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,583 > 0,05$ (Paired T-test), sau 6 tháng ($14,14 \pm 4,53$) có khác biệt so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (Paired T-test).

3.6. Mối liên quan giữa điểm IIEF-5 trước phẫu thuật với tuổi

Bảng 3. Mối liên quan giữa điểm IIEF-5 trước phẫu thuật với tuổi

Trước phẫu thuật	Nhóm tuổi < 60		Nhóm tuổi 60-80		Nhóm tuổi ≥ 80	
Điểm IIEF-5	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
22-25	1	11,1	2	4,4	0	0
17-21	1	11,1	2	4,4	0	0
12-16	4	44,5	21	46,7	0	0
8-11	3	33,3	16	35,6	4	44,4
1-7	0	0	4	8,9	5	55,6
Tổng	9	14,3	45	71,4	9	14,3

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm IIEF-5 trung bình của bệnh nhân thuộc nhóm tuổi <60; 60-80 và ≥ 80 lần lượt là $14,89 \pm 4,78$; $12,78 \pm 3,82$ và $6,78 \pm 4,3$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012 < 0,05$.

3.7 Mối liên quan giữa điểm IIEF-5 sau 3 tháng phẫu thuật với tuổi

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm IIEF-5 sau 3 tháng phẫu thuật với tuổi

3 tháng sau phẫu thuật	Nhóm tuổi < 60		Nhóm tuổi 60-80		Nhóm tuổi ≥ 80	
Điểm IIEF-5	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
22-25	1	11,1	2	4,4	0	0
17-21	2	22,2	3	6,7	0	0

3 tháng sau phẫu thuật	Nhóm tuổi < 60		Nhóm tuổi 60-80		Nhóm tuổi ≥ 80	
Điểm IIEF-5	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
12-16	3	33,3	21	46,7	1	11,1
8-11	3	33,3	16	35,6	3	33,3
1-7	0	0	3	6,7	5	55,6
Tổng	9	14,3	45	71,4	9	14,3

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm IIEF-5 trung bình của bệnh nhân thuộc nhóm tuổi <60; 60-80 và ≥ 80 lần lượt là $15 \pm 4,15$; $12,8 \pm 4,03$ và $7 \pm 3,04$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,004 < 0,05$.

3.8 Mối liên quan giữa điểm IIEF-5 sau 6 tháng phẫu thuật với tuổi

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm IIEF-5 sau 6 tháng phẫu thuật với tuổi

6 tháng sau phẫu thuật	Nhóm tuổi < 60		Nhóm tuổi 60-80		Nhóm tuổi ≥ 80	
Điểm IIEF-5	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
22-25	1	11,1	3	6,7	0	0
17-21	3	33,3	14	31,1	0	0
12-16	4	44,4	18	40,0	2	22,2
8-11	1	11,1	8	17,8	3	33,3
1-7	0	0	2	4,4	4	44,4
Tổng	9	14,3	45	71,4	9	14,3

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm IIEF-5 trung bình của bệnh nhân thuộc nhóm tuổi <60; 60-80 và ≥ 80 lần lượt là $16,22 \pm 4,09$; $14,80 \pm 4,08$ và $8,78 \pm 3,38$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,013 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $70,10 \pm 8,59$ (từ 54 đến 89 tuổi), trong đó nhóm 60 – 79 tuổi chiếm đa số (71,4%). Tương tự với các nghiên cứu của tác giả Danh Hào và Hoàng Quỳnh, độ tuổi trung bình của bệnh nhân được ghi nhận lần lượt là $73,85 \pm 7,96$ tuổi [3] và $68,82 \pm 7,89$ tuổi [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bí tiểu là lý do nhập viện thường gặp nhất (52,4%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Danh Hào, trong đó tiểu khó là lý do vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%) [3]. Sự khác biệt này có thể phản ánh mức độ tiến triển của bệnh tại thời điểm người bệnh đến khám. Tiểu khó là một trong những triệu chứng đường tiểu dưới thường xuất hiện sớm ở bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, trong khi bí

tiểu thường là hậu quả của tình trạng tắc nghẽn kéo dài và tiến triển nặng hơn. Do đó, tỷ lệ bí tiểu cao trong nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng một bộ phận đáng kể người bệnh chỉ đến bệnh viện khi đã xuất hiện biến chứng của tắc nghẽn đường tiểu dưới. Ngoài ra, sự khác biệt về đặc điểm dân số nghiên cứu, tuyến tiếp nhận và mô hình chuyển tuyến giữa các cơ sở y tế cũng có thể góp phần tạo nên sự khác biệt này.

Theo nghiên cứu của Hoàng Quỳnh, tỉ lệ bệnh nhân không có bệnh lý nền chiếm 31,67%, trong khi nhóm bệnh nhân mắc từ hai bệnh lý phối hợp trở lên chiếm 8,33% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận xu hướng tương tự, cho thấy phần lớn bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt thuộc nhóm tuổi cao và thường đồng mắc các bệnh lý mạn tính. Thực tế này nhấn mạnh vai trò

quan trọng của việc đánh giá toàn diện tình trạng sức khỏe và sàng lọc các bệnh lý kèm theo trong giai đoạn trước phẫu thuật nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị, giảm nguy cơ biến chứng chu phẫu và nâng cao hiệu quả phục hồi sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo. Bên cạnh đó, các bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch hay rối loạn chuyển hóa đã được chứng minh có mối liên quan mật thiết với rối loạn chức năng cương thông qua cơ chế tổn thương nội mô mạch máu, suy giảm tưới máu thể hang và rối loạn dẫn truyền thần kinh. Do đó, việc kiểm soát tốt các bệnh lý nền không chỉ góp phần cải thiện kết quả điều trị ngoại khoa mà còn có ý nghĩa quan trọng trong việc duy trì chức năng tình dục và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến tiền liệt trung bình là $60,51 \pm 24,40$ ml, trong đó nhóm có thể tích từ 40–80 ml chiếm tỷ lệ cao nhất (73%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của B. Daryanto và cộng sự, ghi nhận thể tích tuyến tiền liệt trung bình là $57,6 \pm 20,6$ ml [5]. Tuy nhiên, giá trị này cao hơn so với nghiên cứu của Danh Hào, với thể tích tuyến tiền liệt trung bình là $44,83 \pm 14,49$ ml [3]. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm dân số nghiên cứu và thời điểm người bệnh được chỉ định can thiệp phẫu thuật. Thể tích tuyến tiền liệt có xu hướng tăng dần theo tuổi và thời gian tiến triển của bệnh, do đó việc ghi nhận thể tích tuyến tiền liệt lớn hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể gợi ý rằng người bệnh đến khám và điều trị ở giai đoạn muộn hơn hoặc đã có mức độ tiến triển bệnh nặng hơn. Điều này cũng phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân nhập viện vì bí tiểu tương đối cao trong nghiên cứu, cho thấy tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới đã kéo dài và ảnh hưởng đáng kể đến chức năng bài xuất nước tiểu trước khi được can thiệp ngoại khoa.

Ở nghiên cứu của chúng tôi, điểm IPSS trung bình giảm từ $29,32 \pm 5,19$ (hầu hết mức nặng, 93,7%) xuống $10,02 \pm 3,49$ sau 3 tháng (chỉ còn mức trung bình và nhẹ) và còn $4,76 \pm 2,75$ sau 6 tháng, 93,7% bệnh nhân còn mức nhẹ. Kết quả điểm IPSS trung bình sau 3 tháng mổ của chúng tôi ($29,32$ xuống $10,02$) có mức cải thiện tương đương so với Hossain ($25,18$ xuống $8,14$) [6] và mức giảm trung bình (giảm 19,3 điểm) nằm trong khoảng hoặc tốt hơn so với nghiên cứu của Porto

và cộng sự (giảm 15,4 điểm) [7]. Cùng với đó kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân có sự cải thiện rõ rệt. Cụ thể, điểm QoL từ $5,49 \pm 0,72$ trước phẫu thuật, giảm còn $2,78 \pm 0,79$ sau 3 tháng và tiếp tục giảm ($1,35 \pm 0,74$) ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Quỳnh, tác giả ghi nhận sự sụt giảm đáng kể điểm QoL từ 5,05 xuống 2,05 ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật ($p < 0,05$) [4]. Như vậy, cả về IPSS và QoL, hiệu quả của phẫu thuật cắt đốt nội soi trong cải thiện rối loạn tiểu tiện và chất lượng sống ở bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với bằng chứng quốc tế được khẳng định. Ngoài ra, bệnh nhân không chỉ liên quan đến giảm tắc nghẽn đường tiểu mà còn liên quan đến giảm tiểu đêm, cải thiện giấc ngủ, giảm lo âu do bí tiểu và cải thiện khả năng sinh hoạt xã hội ở người lớn tuổi.

Các tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây cho thấy phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TURP) nhìn chung không gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng cương dương, với sự thay đổi điểm IIEF-5 sau phẫu thuật thường không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của Huseini cũng phù hợp với nhận định này khi ghi nhận điểm IIEF-5 trung bình trước phẫu thuật và sau 6 tháng lần lượt là $14,55 \pm 0,78$ và $14,18 \pm 0,76$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,225$) [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm IIEF-5 tăng có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Quỳnh, trong đó điểm IIEF-5 hầu như không thay đổi sau 3 tháng nhưng cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng theo dõi [4]. Hiện tượng này có thể liên quan đến tổn thương thần kinh tạm thời (neuropaxia) và phản ứng viêm, phù nề mô quanh tuyến tiền liệt do tác động của năng lượng điện trong giai đoạn sớm sau mổ. Theo thời gian, khi tình trạng viêm giảm và chức năng thần kinh dần hồi phục, chức năng cương có thể được cải thiện, phản ánh qua sự gia tăng điểm IIEF-5 ở thời điểm 6 tháng. Điều này cho thấy những thay đổi về chức năng cương dương sau TURP có thể không biểu hiện rõ trong giai đoạn sớm mà cần thời gian dài hơn để được ghi nhận.

Sự thay đổi của điểm IIEF-5 ở thời điểm 6 tháng phẫu thuật có thể được giải thích bởi việc

giải quyết tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới, giúp giảm các triệu chứng đường tiểu, cải thiện chất lượng giấc ngủ, giảm khó chịu kéo dài và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bên cạnh đó, sự phục hồi tâm lý sau điều trị thành công và việc thích nghi dần với tình trạng sức khỏe sau phẫu thuật cũng có thể góp phần cải thiện chức năng cương dương. Song, sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, mức độ rối loạn cương trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh lý đi kèm, phương pháp đánh giá cũng như thời gian theo dõi sau can thiệp. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu không nhóm chứng, cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và thực hiện tại hai trung tâm với khả năng khác biệt kỹ thuật phẫu thuật nhưng chưa được phân tích.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo mang lại hiệu quả rõ rệt trong giải quyết tắc nghẽn đường tiểu do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Đồng thời ghi nhận có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê điểm IIEF-5 ở thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng với $p < 0,001$. Nghiên cứu của chúng tôi đóng góp thêm bằng chứng về tính an toàn đối với chức năng tình dục của phẫu thuật này, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá toàn diện cả triệu chứng tiết niệu, QoL và rối loạn cương dương trước và sau mổ. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và thiết kế đa trung tâm là cần thiết để khẳng định và mở rộng các kết quả này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam (VUNA).** *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt*. Hà Nội, Việt Nam: Nhà xuất bản Y học; 2019
2. **Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;533(2)
3. **Danh Hào, & Đàm Văn Cường** (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*. 2022;52:1-8. doi:10.58490/ctump.2022i50.128
4. **Hoàng Quỳnh.** Đánh giá tình trạng rối loạn cương dương ở bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Luận văn Chuyên khoa II Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
5. **Daryanto B, Seputra KP, Satyagraha P, et al.** A multicenter study of benign prostatic hyperplasia patients undergoing transurethral resection of the prostate in Indonesia: a descriptive analysis. *Indones J Urol*. 2025;32(1). doi:10.32421/juri.v32i1.1018
6. **Hossain MA, Alam MA, Naser MF, Azam MS.** Effects of transurethral resection of prostate (TURP) on quality of life in case of benign prostatic hyperplasia. *J Natl Inst Neurosci Bangladesh*. 2019;5(2):143-147. doi:10.3329/jninb.v5i2.43019
7. **He S, Song J, Zhou X, et al.** Effectiveness and safety of different surgical procedures for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and network meta-analysis. *World J Urol*. 2025;43(1):12. doi:10.1007/s00345-024-05332-3
8. **Huseini MH, Sutarto WE.** Erectile dysfunction after transurethral prostate resection (TURP) in patients with lower urinary tract symptoms at Koja Hospital, Jakarta. *Indones J Urol*. 2021;28(2):211-215. doi:10.32421/juri.v28i2.679