

Dosages of Stretching Treatment in Infants with Congenital Muscular Torticollis: A Randomized Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017;96(5):333-340. doi:10.1097/PHM.0000000000000623

8. **Amaral DM, Cadilha RPBS, Rocha JAGM, Silva AIG, Parada F.** Congenital muscular torticollis: where are we today? A retrospective

analysis at a tertiary hospital. *Porto Biomed J.* 2019;4(3):e36. doi:10.1097/j.pbj.0000000000000036

9. **Carenzio G, Carlisi E, Morani I, et al.** Early rehabilitation treatment in newborns with congenital muscular torticollis. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015;51(5):539-545.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC NHÂN PHI 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

Vũ Minh Đức<sup>1</sup>, Đỗ Trường Thành<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực (MEP) là phẫu thuật ít xâm hại trong điều trị ngoại khoa tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL), nhưng tại Việt Nam cho đến nay chưa có báo cáo chi tiết về kết quả điều trị của phương pháp này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phương pháp MEP trong điều trị TSLT- TTL tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp (TH), từ 5/2020 đến 5/2022 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** có 35 TH thực hiện MEP. Tuổi trung bình là 70.7±1.83, nhỏ nhất 53 tuổi, lớn nhất 92 tuổi. Thể tích TTL đo được qua siêu âm trung bình là 78.94±31.97 ml; nhỏ nhất 33ml, lớn nhất 150ml. Thời gian phẫu thuật (PT) trung bình 70.57 ± 21.58phút. Sự khác biệt Hb và nồng độ Na<sup>+</sup> trong máu trước và sau PT không đáng kể; Hb giảm trung bình là 1.33±1.52 g/dL; Na<sup>+</sup> máu giảm trung bình là 2.15 ± 8.27mmol/L. Tuy nhiên biến chứng sau mổ cao nhất là truyền máu sau mổ với 8.6% do đa số các trường hợp này có mức HGB trước mổ thấp. Thời gian đặt thông niệu đạo trung bình là 5.50±1.31 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 10.05±4.5 ngày. Thang điểm quốc tế về triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS) cải thiện sau 1,3,6 tháng lần lượt là: 6,94; 6,49, 5,94. Điểm số chất lượng cuộc sống (QoL) trung bình cải thiện sau 1,3,6 tháng lần lượt: 1,91; 1,69; 1,49. **Kết luận:** Phẫu thuật MEP cho những trường hợp TSLT-TTL có thể tích lớn là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả.

**Từ khóa:** bóc nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực

### SUMMARY

#### EVALUATION OF RESULTS SURGERY TO REMOVE BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trường Thành

Email: thanhtietnieuvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

### BY MONOPOLAR THROUGH URETHRAL ENDOSCOPY AT VIETNAM –GERMANY FRIENDSHIP HOSPITAL 2020-2022

**Background:** Monopolar enucleation of the prostate (MEP) is a minimally invasive surgical treatments for benign prostatic hyperplasia (BPH). Up to now, there has been no detailed reports on the treatment results of this procedure in Viet Nam. **Objective:** Evaluate early outcomes of MEP in the treatment BPH at VIETNAM –GERMANY FRIENDSHIP hospital. **Methods:** Case series, from May 2020 to may 2022, there were 35 cases performing MEP at VIETNAM –GERMANY FRIENDSHIP hospital. **Results:** The mean age was 70.7±1.83, the minimum 53 years and the maximum was 92 years. Mean ultrasound prostate volume was 78.94±31.97 ml, the smallest 53ml and the largest 150ml. Mean surgical time was 70.57 ± 21.58 minutes. The difference of Hb and Na<sup>+</sup> concentration in the preoperative and postoperative test were negligible. Mean Hb decrease was 1.33±1.52 g/dL, mean Na<sup>+</sup> blood decrease was 2.15 ± 8.27 mmol/L. however, the highest postoperative complication was blood transfusion after surgery with 8.6%. Most of these cases had low preoperative HGB level. Mean urethral catheterization time was 5.50±1.31 days, mean hospital stay 10.05±4.5 days. Mean International Prostate Symptom Score (IPSS) improved after 1,3,6 months respectively were 6,94; 6,49, 5,94. Mean Quality of Life (QoL) improved after 1,3,6 months: 1,91; 1,69; 1,49. **Conclusion:** Monopolar enucleation of the prostate is safe and efficient for treating benign prostatic hyperplasia with large volume.

**Keywords:** Monopolar enucleation of the prostate

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu phẫu thuật nội soi cắt u phì đại lành tính qua niệu đạo được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý này, tuy nhiên phẫu thuật này cũng có những biến chứng nguy hiểm như gây hội chứng nội soi, chảy máu nặng trong và sau mổ. Đặc biệt tỷ lệ tái phát u sau 5 năm còn cao. Trong những năm gần đây, phẫu thuật bóc

nhân phì đại nội soi qua niệu đạo bằng laser holmium ngày càng phổ biến vì nó khắc phục được những nhược điểm của phẫu thuật nội soi truyền thống và mang lại kết quả tốt hơn về mặt tiểu tiện, chất lượng sống cho người bệnh. Tuy nhiên, phẫu thuật này có giá thành cao, đòi hỏi phải trang bị thêm dụng cụ phẫu thuật mới nên cũng có những trở ngại nhất định. Để khắc phục những nhược điểm này, chúng tôi thực hiện phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính nội soi qua niệu đạo bằng dao điện đơn cực nhằm mang lại cho người bệnh kết quả điều trị và chất lượng sống sau mổ tốt hơn, phù hợp với điều kiện thực tế tại Việt Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân (BN) nam đến khám vì triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới do TSLT-TTL có chỉ định can thiệp ngoại khoa từ 5/2020 đến tháng 5/2022 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân trên 50 tuổi, rối loạn tiểu tiện do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt với điểm IPSS  $\geq 20$ .

- Khối lượng tuyến tiền liệt xác định qua siêu âm từ 30 trở lên, mật độ u đồng nhất.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, hoặc sinh thiết trước mổ khẳng định u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

- Đái máu tái diễn do u phì đại tuyến tiền liệt.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn do u phì đại tuyến tiền liệt.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:

Bệnh nhân có chống chỉ định với MEP bao gồm:

- Hẹp niệu đạo, không thể đặt được máy soi.

- Cứng khớp háng, không kê được tư thế.

- Bệnh nhân đang nhiễm trùng đường tiết niệu chưa điều trị hết đợt.

- Bệnh nội khoa nặng có chống chỉ định phẫu thuật nội soi (bệnh lý tim mạch, hô hấp...).

- Xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ xác định ung thư tuyến tiền liệt.

**Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học** bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, các thông tin phục vụ cho nghiên cứu khoa học, mang lại lợi ích cho người bệnh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

**Phương pháp thực hiện:** Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật MEP được thăm khám lâm sàng, đánh giá điểm IPSS, QoL, làm các xét

NGHIỆM cần thiết cho phẫu thuật, giải thích và cam kết đồng ý phẫu thuật. Ghi nhận các chỉ số cần thiết của nghiên cứu như xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, chỉ số PSA, sinh hóa nước tiểu, siêu âm, sinh thiết tuyến tiền liệt khi PSA  $>10\text{ng/ml}$ , phương pháp vô cảm, thời gian phẫu thuật, thời gian bóc U, tai biến và biến chứng trong và sau mổ, khí máu ngay sau mổ, theo dõi kết quả sau PT 1, 3, 6 tháng.

### Quy trình kỹ thuật trong mổ:

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm theo tư thế sản phụ khoa trên bàn mổ tiết niệu có thể điều chỉnh.

- Vô cảm: Gây tê tủy sống, hoặc gây mê toàn thân.

- Kỹ thuật bóc nhân phì đại bằng dao điện đơn cực

• Đặt ống nội soi niệu đạo, bàng quang quan sát hai lỗ niệu quản. Quan sát u phì đại tuyến tiền liệt, ụ núi. Đánh giá sơ bộ kích thước u phì đại và thùy giữa, hai thùy bên.

• Dùng tay cắt đầu con lặn đơn cực bóc niêm mạc niệu đạo tuyến tiền liệt ở vị trí 6h ngay trên ụ núi tới vỏ tuyến tiền liệt. Sau đó bóc sang hai bên để lộ hai thùy bên và vỏ tuyến tiền liệt ở bên.

• Tiếp tục bóc thùy giữa đẩy về phía cổ bàng quang tối đa có thể về hướng 6h.

• Rạch cổ bàng quang ở vị trí 12h, bóc lộ vỏ tuyến tiền liệt và hai thùy bên.

• Bóc hoàn toàn thùy bên trái dần từ 12h về 6h và dần từ cổ bàng quang về phía ụ núi.

• Bóc hoàn toàn thùy bên phải dần từ 12h về 6h và dần từ cổ bàng quang về phía ụ núi.

• Sau đó tiến hành bóc rời hoàn toàn từng thùy bên ra khỏi vỏ tuyến tiền liệt và đẩy toàn bộ nhân phì đại vào lòng bàng quang.

• Kiểm tra lại toàn bộ diện bóc u và cầm máu kỹ cho tới khi nước rửa trong tối đa có thể. Nếu còn sót những nhân nhỏ nào thì bóc nó một cách dễ dàng.

• Sử dụng tay cắt truyền thống cắt nốt phần niêm mạc u còn sót lại quanh ụ núi và cổ bàng quang.

• Dùng dụng cụ say u, để lấy bệnh phẩm ra ngoài.

• Đặt ống thông Foley 3 chạc niệu đạo, rửa bàng quang liên tục.

- Ngay sau mổ bệnh nhân được làm xét nghiệm công thức máu và điện giải đồ.

**Thu thập, xử lý số liệu:** Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 35 trường hợp, tuổi trung bình là  $70.7 \pm 1.83$  tuổi. Có 62.9% trường hợp

bệnh lý nền kèm theo. Tất cả bệnh nhân vào viện với triệu chứng lâm sàng nặng có điểm IPSS > 20 điểm trong đó triệu chứng chiếm tỉ lệ nhiều nhất là tiểu khó, tiểu không hết bãi với 88.6%. Có 82.86% trường hợp đánh giá mức sống khó khăn với điểm QoL  $\geq 5$  điểm. Không có trường hợp bị rối loạn đông máu hay suy giảm chức năng thận nặng. Chỉ số PSA trung bình trước phẫu thuật là  $10.00 \pm 8.75$  ng/mL. Thể tích trung bình tuyến tiền liệt là  $78.94 \pm 31.97$  ml, trong đó lớn nhất là 150ml, nhỏ nhất là 33ml.

Về kết quả của phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng monopolar qua niệu đạo: Thời gian phẫu thuật trung bình của 35 TH

là  $70.57 \pm 21.58$  phút, thời gian bóc nhân trung bình là  $44.83 \pm 11.70$  phút. HGB giảm trung bình sau PT là  $1.33 \pm 1.52$  g/dL, Natri máu giảm trung bình là  $2.15 \pm 8.27$  mmol/L. Biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là biến chứng cần truyền máu sau PT với 8.6%, ngoài ra còn một số biến chứng khác như bí tiểu sau rút thông tiểu, nhiễm trùng, tiểu rì. tất cả các biến chứng trên đều được điều trị cải thiện tốt trước khi ra viện. Thời gian đặt thông tiểu trung bình sau PT là  $5.50 \pm 1.31$  ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau PT là  $5.94 \pm 1.89$  ngày. 100% các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh sau PT là "quá sản lành tính tuyến tiền liệt".

**Bảng 1: Cải thiện điểm IPSS và QoL sau phẫu thuật**

Chỉ số	Trước PT	Sau PT 1 tháng	Sau PT 3 tháng	Sau PT 6 tháng	p
IPSS	$29.74 \pm 4.01$	$6.94 \pm 1.62$	$6.49 \pm 1.33$	$5.94 \pm 0.93$	< 0,05
QoL	$5.14 \pm 0.69$	$1.91 \pm 0.61$	$1.69 \pm 0.47$	$1.49 \pm 0.50$	< 0,05

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt:** Bệnh lý U phì đại lành tính TTL là bệnh lý phổ biến gây ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của bệnh nhân đặc biệt ở những người lớn tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là  $70.7 \pm 1.83$  tuổi trong đó nhóm tuổi chiếm đa số là 60 - 80 tuổi (68.6%). Thống kê này cũng tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả khác như: Nguyễn Việt Thanh (tuổi trung bình  $70.2 \pm 7.4$ ) [1], tác giả Trần Ngọc Sinh (tuổi trung bình  $74.06 \pm 6.98$ ) [2], Dmitry Enikeev (tuổi trung bình  $67.3 \pm 6.0$ ) [3], Hiraoka (tuổi trung bình  $68 \pm 7.45$ ) [4]. Đa số bệnh nhân đến khám có triệu chứng đường tiểu nặng nề với điểm IPSS trung bình là  $29.74 \pm 4.01$  điểm, và đánh giá chất lượng cuộc sống ở mức khó khăn, không chịu được với điểm QoL trung bình là  $5.14 \pm 0.69$  điểm. Tỷ lệ bệnh nhân bí tiểu chiếm 51.4%, thống kê này tương tự so với một số nghiên cứu trước đó của các tác giả Trần Ngọc Sinh với số trường hợp bí tiểu chiếm 81.44% [2] và tác giả Lý Hoàng Phong là 54.6% [5].

Cận lâm sàng được làm đầy đủ với mục đích chẩn đoán bệnh cũng như để theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự chênh lệch HGB trước và sau phẫu thuật là không đáng kể với chỉ số trung bình là  $1.33 \pm 1.52$  g/dL, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng truyền máu sau mổ vẫn chiếm nhiều nhất với 8.6%, điều này có thể giải thích là do HGB của bệnh nhân trước mổ với nhiều bệnh lý nền kèm theo đã ở mức thấp từ 90 - 110g/L do đó dù trong quá trình phẫu thuật đã kiểm soát chảy

máu trong mổ kỹ lưỡng hơn nhưng sau mổ vẫn cần truyền máu nhằm ổn định tuần hoàn và tránh tai biến về huyết động. Hình ảnh siêu âm là một công cụ đặc lực trong chẩn đoán cũng như theo dõi bệnh trước và sau PT, trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích trung bình TTL là  $78.94 \pm 31.97$  ml trong đó lớn nhất là 150 ml, nhỏ nhất là 33 ml, Thể tích tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả Đỗ Ngọc Thế (48,6gram) [6], Nguyễn Việt Thanh (41,27gram) [1], Hiraoka ( $47.75 \pm 25.63$  gram) [4], Enikeev ( $62.3 \pm 13.0$  gram) [7]. Bên cạnh đó chỉ số PSA trong nghiên cứu này trung bình là  $10.00 \pm 8.75$  ng/mL, được xem là nằm ở mức cao so với chỉ số sinh lý thông thường của bệnh lý u phì đại lành tính TTL, tuy nhiên kết quả sinh thiết trước và sau mổ của 100% trường hợp đều cho kết quả lành tính.

**Kết quả gần điều trị bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng monopolar qua nội soi niệu đạo:** Phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt là một phương pháp có tỉ lệ thành công cao, cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trường hợp có tai biến trong mổ là hội chứng nội soi tuy nhiên bệnh nhân phục hồi tốt trước khi ra viện. Tỷ lệ truyền biến chứng truyền máu sau phẫu thuật trong nghiên cứu cao hơn so với đa số các nghiên cứu khác, nguyên nhân được giải thích là do cả 3 TH có biến chứng trên đều có mức HGB trước mổ ở mức thấp từ 90 - 110 g/L, do đó dù trong phẫu thuật đã cầm máu kỹ lưỡng và sau phẫu thuật huyết động ổn định nhưng lượng HGB vẫn thấp dưới 90 g/L nên truyền máu là cần thiết.

Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là hoàn toàn rõ rệt. 6 tháng sau phẫu thuật 100% bệnh nhân không còn các triệu chứng khó chịu về đường tiểu dưới. Điểm IPSS trung bình trước PT là  $29.74 \pm 4.01$  điểm. sau PT 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là  $6.94 \pm 1.62$ ;  $6.49 \pm 1.33$ ;  $5.94 \pm 0.93$ . Sự khác biệt này trước và sau PT có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ), điều đó cho thấy sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng trước và sau PT (Paired Samples Test). Một số nghiên cứu khác của các tác giả nước ngoài cũng chứng minh cho sự cải thiện rõ rệt này như: Enikeev và cộng sự, điểm IPSS trước mổ trung bình  $23.1 \pm 2.2$ . Điểm IPSS trung bình tái khám sau 12 tháng là  $5.9 \pm 2.1$  [7]. Theo tác giả Ajib và cộng sự điểm IPSS trước mổ trung bình 20.9. Điểm IPSS trung bình tái khám sau 12 tháng là 3.8 [8]. Theo tác giả Hiraoka và cộng sự, điểm IPSS trước mổ trung bình  $18.88 \pm 8.84$ . Điểm IPSS trung bình tái khám sau 6 tháng là  $5.62 \pm 5.63$  [4]. 100% bệnh nhân đánh giá chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt 6 tháng sau PT qua thang điểm QoL. Điểm QoL trung bình trước PT là  $5.14 \pm 0.69$  và sau PT 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là  $1.91 \pm 0.61$ ;  $1.69 \pm 0.47$ ;  $1.49 \pm 0.50$ . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cũng cho thấy sự cải thiện tốt về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Một số tác giả khác cũng có nghiên cứu cho thấy quan điểm tương đồng như: Enikeev và cộng sự, điểm QoL trước mổ trung bình  $4.3 \pm 0.9$ , sau 12 tháng QoL cải thiện đáng kể  $1.7 \pm 0.7$  [7]. Theo tác giả Ajib và cộng sự điểm QoL trước mổ trung bình 4.1. Điểm QoL trung bình tái khám sau 12 tháng là 0.9 [8].

## V. KẾT LUẬN

## ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN HẸP ĐƯỜNG MẬT

Nguyễn Văn Công<sup>1</sup>, Lê Tuấn Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Thái Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong đánh giá hẹp đường mật và chẩn đoán phân biệt nguyên nhân hẹp lành tính hay ác tính. **Đối**

Phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực qua đường niệu đạo là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, cải thiện tốt triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Thanh** (2017). Nghiên cứu hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật laser phóng bên, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, .
2. **Trần Ngọc Sinh**, (2001), "Chỉ định điều trị cắt đốt nội soi trong bế tắc đường tiết niệu dưới do bướu lành tính tuyến", luận án tiến sĩ khoa học Y Dược, (Đại học Y Dược TP.HCM.), pp., .
3. **Tsarichenko D.G., Simberdeev R.R., Glybochko P.V. và cộng sự.** (2016). [Monopolar transurethral enucleation of benign prostatic hyperplasia. Our initial experience]. Urologija, (4), 70–75.
4. **Hiraoka Y., Shimizu Y., Iwamoto K. và cộng sự.** (2007). Trial of complete detachment of the whole prostate lobes in benign prostate hyperplasia by transurethral enucleation of the prostate. Urol Int, **79**(1), 50–54.
5. **Lý Hoàng Phong**, (2007), "Tai biến và biến chứng sớm sau cắt đốt nội soi bướu lành tính tuyến tiền liệt, Luận văn thạc sĩ y khoa, "Đại học Y Dược TP.HCM, pp., .
6. **Đỗ Ngọc Thế** (2019). Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân y, .
7. **D E., L R., M G. và cộng sự.** (2020). Monopolar enucleation versus transurethral resection of the prostate for small- and medium-sized (. World journal of urology, **38**(1).
8. **Ajib K., Zgheib J., Salibi N. và cộng sự.** (2018). Monopolar Transurethral Enucleo-Resection of the Prostate Versus Holmium Laser Enucleation of the Prostate: A Canadian Novel Experience. J Endourol, **32**(6), 509–515.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: vancong240@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022