

# KẾT QUẢ BÓC NHÂN PHI ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO BẰNG HOLMIUM-LASER TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Trường Thành<sup>1,2</sup>, Ngô Đậu Quyền<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đạo Uyên<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**1. Mục đích:** Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng kỹ thuật bóc nhân phi đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua đường niệu đạo theo phương pháp 1 khối cải tiến và đánh giá tính an toàn, kết quả sớm của phẫu thuật bóc nhân phi đại lành tính tuyến tiền liệt theo phương pháp bóc nhân một khối. **2. Phương pháp nghiên cứu:** chúng tôi nghiên cứu tiền cứu trên 258 bệnh nhân rối loạn tiểu tiện do u phi đại lành tính tuyến tiền liệt, được phẫu thuật bóc nhân phi đại bằng laser Holmium từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2022. Kỹ thuật phẫu thuật bóc nhân phi đại 1 khối cải tiến được thực hiện bằng 2 đường rạch ở vị trí 12h và 6h. Trong mổ chúng tôi đánh giá thời gian bóc nhân phi đại, thời gian say nhỏ và lấy bệnh phẩm ra ngoài. 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 3 tháng sau mổ. **3. Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 74,51. Trọng lượng trung bình tuyến tiền liệt là 77,54g. Lượng PSA trung bình là 8,23ng/ml. Điểm IPSS trước mổ trung bình là 25,27. Thời gian mổ trung bình là 72,55 phút, trong đó thời gian bóc nhân phi đại là 50,76 phút, thời gian say bệnh phẩm là 18,55 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 7,26g/l. Trong mổ có 8 bệnh nhân chảy máu nặng phải truyền máu. Thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình là 4,55 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 5,31 ngày. Sau mổ có 18 (6,97%) bệnh nhân bí đái phải đặt lại ống thông niệu đạo. 32 bệnh nhân đái không tự chủ khi thay đổi tư thế (12,40%). Sau 3 tháng 229 (88,75%) bệnh nhân tiểu tiện bình thường, tự chủ. Không có biến chứng nặng sau mổ. 29 bệnh nhân còn đái rì gặng sức (11,24%). Điểm IPSS sau mổ trung bình là  $4,27 \pm 3,7$ . Trọng lượng TTL xác định trên siêu âm sau mổ là  $22,50 \pm 2,5g$ . **4. Kết luận:** quy trình bóc nhân phi đại lành tính tuyến tiền liệt một khối, thực hiện bằng hai đường rạch ngang ở vị trí 6h và đường dọc ở 12h bằng laser Holmium là phẫu thuật an toàn để thực hiện và có hiệu quả với mọi kích thước của u phi đại lành tính tuyến tiền liệt.

**Từ khóa:** Bóc nhân phi đại lành tính tuyến tiền liệt, holmium laser, HoLEP

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đậu Quyền

Email: quyen0710@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023

## SUMMARY

### EVALUATING THE RESULT OF ENUCLEATION OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA BY HOLMIUM-LASER AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

**1. Purpose:** In this study, we apply the technique of enucleation modified en bloc of benign prostate hyperplasia by Holmium laser and evaluate the early results of this surgery. **2. Materials and Methods:** We evaluated on 258 patients with urinary disorders due to benign prostatic hyperplasia, undergoing surgery to remove hypertrophic benign prostate by Holmium laser from January 2020 to January 2022. The en bloc method enucleation modified was performed by 2 incisions at 12 o'clock and 6 o'clock. Perioperative we assessed the time of enucleation, the time of morcellation to take the specimens out. The amount of blood lost during surgery, bleeding complications. Postoperative parameters include: time of urethral catheterization, length of hospital stay. Functional outcomes: Qmax and IPSS at 3 month postoperative. Short term complications including clot retention (blood clot retention in the bladder), blood transfusion, urinary tract infection, recatheterisation, and incontinence. Clavien–Dindo classification complications, and continence status were assessed. Patients were assessed for follow-up after surgery for 3 month. **3. Results:** The average age of the study group is 74,51. The average weight of prostate is 77,54g (30-230g). The average PSA is 8,23ng / ml. The mean preoperative IPSS is 25,27. The average operation time is 72,55 minutes, of which the time of enucleation is 50,76 minutes and the time of morcellation is 18,55 minutes. The average blood lost during surgery is 7,26g/l. During surgery, there were 8 patients with severe bleeding requiring blood transfusion. The average time of urethral catheterization is 4.55 days, the average length of hospital stay is 5.31 days. After surgery, 18 patients (6,97%) had urinary retention to have their recatheterization and 32 patients had stress incontinence when changing their posture (12,40%). After 3 months, 229 (88,75%) patients urinated normally. There were no serious complications after surgery. 29 patients still had stress urinary incontinence (11,24%). The average postoperative IPSS is  $5,14 \pm 3,7$ . The postoperative weight of prostate determined by ultrasound is  $22.50 \pm 2,5g$ . **4. Conclusion:** The procedure of enucleation of benign prostatic hyperplasia by two incisions at 6 and 12 o'clock with Holmium laser is safe and effective surgery for all sizes of benign prostatic hyperplasia.

**Keywords:** benign prostatic hyperplasia, holmium laser, HoLEP

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) lần đầu tiên được giới thiệu từ khoảng 20 năm trước bởi Fraundorfer và Gillig. 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 (TUR-P) cho nam giới với các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) và tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH), cả về thời gian đặt ống thông sau phẫu thuật, thời gian nằm viện và chảy máu trong mổ. Tuy nhiên phương pháp bóc nhân phì đại lại được thực hiện theo nhiều cách khác nhau. Trên thực hành lâm sàng chúng tôi thực hiện bóc nhân phì đại 1 khối cải tiến bằng hai đường rạch ở vị trí 6h và 12h và chúng tôi đánh giá kết quả sớm trên những bệnh nhân đã được thực hiện phương pháp này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 50 tuổi, có rối loạn tiểu tiện do u phì đại lành tính TTL với điểm IPSS  $\geq$  20. Bệnh nhân bí tiểu do u phì đại lành tính TTL. PSA  $\leq$  10ng/ml.
- Khối lượng TTL xác định qua siêu âm từ 30g trở lên, mật độ u đồng nhất.
- Lượng nước tiểu tồn dư sau đi tiểu  $\geq$  100ml
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định u phì đại lành tính TTL, hoặc sinh thiết trước mổ khẳng định u phì đại lành tính tuyến tiền liệt
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.2. 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.

**2.3. Phương tiện dụng cụ phẫu thuật:** dàn máy nội soi Karl Storz. Bộ dụng cụ cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt qua niệu đạo cỡ 26F, thêm một tay cắt có đường vào của dây laser của CT Accutech. Nguồn laser công suất lớn 80-120W. Dụng cụ xay bệnh phẩm (CT Accutech).

### 2.4. Tiêu chí đánh giá kết quả:

Đánh giá kết quả trong mổ: Thời gian mổ: tính từ khi nong niệu đạo, tới khi đặt ống thông 3 chạc niệu đạo. Kể cả thời gian bóc u và thời gian say nhỏ lấy bệnh phẩm ra ngoài. Mất máu trong mổ: kết quả xét nghiệm khí máu lại ngay sau mổ, so với kết quả xét nghiệm trước mổ.

Đánh giá kết quả sớm sau mổ bằng các thông số: Thời gian đặt ống thông niệu đạo. Biến chứng chảy máu trong và sau mổ được xác

định dựa vào: Nước tiểu đỏ đậm, Huyết áp thấp  $<90$ mmHg, XN hồng cầu  $<2,5$  triệu, Hematocrite  $<25\%$ . Đòi hỏi phải truyền máu. Biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ: bệnh nhân sốt rét run 38-39<sup>0</sup>, dùng kháng sinh mạnh, cấy nước tiểu có vi khuẩn gây bệnh. Điểm IPSS, tình trạng bí tiểu sau mổ. Tiểu tiện tự chủ được xác định khi bệnh nhân không phải đóng bím sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh. Thời gian nằm viện. Khám lại bệnh nhân sau 1-3 tháng đánh giá: tình trạng tiểu tiện tự chủ, điểm IPSS, lưu lượng dòng tiểu tối đa. Siêu âm tuyến tiền liệt, hệ tiết niệu, đánh giá kích thước tuyến tiền liệt sau mổ. Soi bàng quang đánh giá sẹo mổ vùng tuyến tiền liệt.

### 2.5. Quy trình kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: BN 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 u TTL bằng laser theo phương pháp 1 khối cải tiến

- Bước 1: 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.

- Bước 2: Dùng laser bóc niêm mạc niệu đạo tuyến tiền liệt ở vị trí 12h, ngay cổ bàng quang, bộc lộ nhân phì đại hai thùy bên đồng thời tách rời nhân phì đại phải và trái ngay trên trần 12h khỏi vỏ TTL.

- Bước 3: Thực hiện tách nhân phì đại ở vị trí 12h, bắt đầu từ phía cổ bàng quang, tách rời nhân phì đại bên phải, bên trái dần quanh cổ bàng quang khỏi vỏ tuyến tiền liệt nhiều nhất có thể.

- Bước 4: Thực hiện đường ngang ở 6h ngay trên ụ núi tách nhân phì đại thùy giữa ra khỏi vỏ tuyến tiền liệt và cắt niêm mạc hai thùy bên để tách nhân phì đại hai bên..

- Bước 5: Bóc hoàn toàn thùy bên phải dần từ 12h về 6h và dần từ phía ụ núi về cổ bàng quang.

- Bước 6: bóc rời hoàn toàn khối nhân phì đại từ trái sang phải theo trình tự từ cổ bàng quang về phía ụ núi, rồi lại từ ụ núi về phía cổ bàng quang và cuối cùng đẩy toàn bộ nhân phì đại vào lòng bàng quang.

- Bước 7: 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.

- Bước 8: Sử dụng tay cắt truyền thống cắt nốt phần niêm mạc u còn sót lại quanh ụ núi và cổ bàng quang

- Bước 9: Dùng dụng cụ say u, để lấy bệnh phẩm ra ngoài.

- Bước 10: Đặt ống thông 3 chạc niệu đạo, rửa bàng quang liên tục.

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

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 1/2020 - 1/2022 chúng tôi thực hiện phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt cho 258 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình là 74,51 (58–92). 77/258 bệnh nhân vào viện vì bí đái phải đặt ống thông niệu đạo. Điểm IPSS trung bình trước mổ là 25,27. Siêu âm qua thành bụng xác định trọng lượng tuyến tiền liệt trung

bình là 77,54g, lớn nhất là 230g, bé nhất là 30g. Các bệnh phối hợp thường gặp là; mạch vành (đã đặt stent) 28 bệnh nhân, tiểu đường 43BN, cao huyết áp 59 bệnh nhân. 22 bệnh nhân có sỏi bàng quang phổi hợp. 23 bệnh nhân có PSA > 10ng/ml được sinh thiết trước mổ xác định u phì đại lành tính. Nồng độ PSA trung bình là 8,23ng/ml (3,36-17,10 ng/ml). Kết quả trong và sau mổ được thể hiện ở bảng 3.1. Kết quả xét nghiệm máu trước và ngay sau mổ thể hiện trong bảng 3.2.

**Bảng 3.1: Kết quả bóc nhân phì đại trong và sau mổ**

Thời gian	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Bóc nhân phì đại	27 phút	105 phút	50,76 phút
Say u (lấy bệnh phẩm)	9 phút	29 phút	18,55 phút
Thời gian mổ	42 phút	145 phút	72,55 phút
Thời gian lưu sonde niệu đạo	3 ngày	7 ngày	4,55 ngày
Thời gian nằm viện	4 ngày	8 ngày	5,31 ngày

**Bảng 3.2. Sự thay đổi xét nghiệm máu trước và sau mổ.**

Chỉ số ( đơn vị)		Giá trị			So sánh p
		Min	Max	X±SD	
Huyết sắc tố (g/L)	Trước mổ	103	167	143,03±13,28	0,355
	Sau mổ	70	139	127,19 ± 15,1	
Hematocrit (l/l)	Trước mổ	0,39	0,50	0,41±0,23.	0,299
	Sau mổ	0,22	0,41	0,39 ±0,03	
Na <sup>+</sup> (mmol/l)	Trước mổ	135	145	137,52±3,48	0,675
	Sau mổ	129	140	135,77 ± 3,26	
K <sup>+</sup> (mmol/l)	Trước mổ	2,8	4,7	3,45±0,33	0,55
	Sau mổ	2,74	4,4	3,53 ± 0,35	

**Bảng 3.3: Các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật - Biện pháp xử lý**

Biến chứng trong mổ	n%	Xử trí độ Clavien-Dindo (G)
Chảy máu (Phải truyền máu)	17 (6,58)	Truyền máu (G2)
Thủng vỏ	3 (1,62)	Điều trị bảo tồn bằng ống thông niệu đạo (G1)
Tổn thương niêm mạc bàng quang	11 (4,26)	Đặt ống thông niệu đạo lâu, 5 ngày (G1)
Biến chứng sau mổ	n (%)	Xử trí
Nhiễm khuẩn niệu	16 (6,20)	Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ (G2)
Máu cục trong bàng quang	17 (6,58)	Bơm rửa lấy máu cục qua sonde Foley (G1)
Bí tiểu sau rút ống thông niệu đạo	18 (6,97)	Đặt lại ống thông Foley niệu đạo (G2)

**Bảng 3.4: Chức năng tiểu tiện sau khi rút sonde niệu đạo**

Tình trạng tiểu tiện	n	%
Tiểu dễ, tự chủ	191	74,03

Tiểu vội	38	15,74
Bí tiểu	18	6,97
Tiểu không tự chủ	11	4,26
<b>Tổng</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.5: So sánh khám trước mổ và khám lại sau 1- 3 tháng**

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 1 - 3 tháng
Tiểu dễ, tự chủ	0	229 (88,75)
Tiểu vội	35	31 (12,01)
Bí tiểu	32	0
Tiểu không tự chủ	15	11 (4,26)
IPSS	25,27	5,14
Lượng tiểu tồn dư	145 ml	30ml
Trọng lượng TTL	77,54g	22,50g
Giải phẫu bệnh lý lành tính		258

**IV. BÀN LUẬN**

Phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) đã được công nhận là phương pháp phẫu thuật qua niệu đạo hiệu quả đối với tăng sản lành tính tuyến tiền liệt [1]. Phương pháp phẫu thuật này được phổ cập bởi

kỹ thuật ba thùy, dựa trên ba vết rạch dọc, theo đó thùy giữa được cắt bỏ và sau đó là hai thùy bên<sup>[5]</sup>. Một vài cải tiến của kỹ thuật ban đầu đã được công bố, trong đó có phương pháp bóc nhân một khối. Cho đến nay, không có kỹ thuật mới nào được thừa nhận là kỹ thuật tiêu chuẩn cho HoLEP bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt<sup>[2]</sup>. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật bóc nhân phì đại 1 khối với đường rạch dọc ở vị trí 12h và đường rạch ngang ở vị trí 6h mang lại sự tiện lợi, dễ thực hiện, quan sát rõ vỏ và nhân phì đại tuyến tiền liệt. Điều này thể hiện thời gian bóc u của chúng tôi ngắn hơn so với nội soi kinh điển (tốc độ bóc u trung bình là 1,23g/phút). Nghiên cứu của Serdar Yalçın và cộng sự thì thời gian bóc u trung bình là 1.12g/phút với kỹ thuật 3 khối<sup>[6]</sup>. Bên cạnh đó phẫu thuật ít gặp các tai biến nặng như thủng vỏ TTL, chảy máu nặng phải mổ mở để cầm máu. Các thay đổi về huyết sắc tố và điện giải máu đều ở mức an toàn. Một tổng kết của Agostino cho thấy đa số các biến chứng trong mổ khi bóc nhân là lạc đường không tìm được diện bóc tách nhân<sup>[9]</sup>.

Kỹ thuật của chúng tôi cho phép bảo tồn cơ thắt vân niệu đạo cũng như cơ thắt trơn cổ bàng quang sẽ giúp giảm tỷ lệ biến chứng xuất tinh ngược sau mổ. Tuy nhiên các nghiên cứu về lâu dài vẫn chưa khẳng định bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt làm giảm tỷ lệ xuất tinh ngược, có chăng là ít ảnh hưởng tới cương dương vì laser ít gây tổn thương thần kinh cương dương.

Chúng tôi gặp 7 bệnh nhân bí tiểu sau mổ, những bệnh nhân này trong thời gian đầu chúng tôi không sử dụng cắt nội soi kinh điển để sửa lại mép niêm mạc ở cổ bàng quang và vùng đỉnh quanh u nùi, do vậy đã tạo thành cục máu đông ở vị trí này làm bệnh nhân bí đái sau rút ống thông niệu đạo. Những bệnh nhân này được soi bàng quang bơm rửa lấy cục máu đông, sau đó bệnh nhân tiểu tiện bình thường. Do vậy sử dụng nội soi kinh điển để sửa lại ổ bóc nhân phì đại là một thì không thiếu trong qui trình kỹ thuật. Qui trình bóc với đường rạch ngang ở 6h do dễ quan sát, thực hiện nên thời gian đào tạo làm quen cũng được rút ngắn hơn.

Về mặt chỉ định phẫu thuật; theo hội tiết niệu Hoa Kỳ thì bóc nhân phì đại nên thực hiện cho bệnh nhân với u >100g. Theo hiệp hội châu Âu thì khuyến cáo trên 80g<sup>[1]</sup>. Hiệp hội Tiết niệu Nhật Bản khuyến cáo cho u có kích thước tuyến tiền liệt >30 mL, phẫu thuật được chỉ định. Các nghiên cứu cũng xác nhận không có giới hạn về kích thước nhân phì đại cho kỹ thuật này. Hiệu

quả của HoLEP tương đương với TURP hoặc phẫu thuật mở. Các kết quả của HoLEP đã được chứng minh là không phụ thuộc vào kích thước và hình dạng tuyến tiền liệt<sup>[2],[3],[7]</sup>. Thậm trí có tác giả còn chỉ định cho những u tái phát mổ lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối lượng u trung bình là 77,54g, bệnh nhân có khối lượng u lớn nhất là 230g, nhỏ nhất là 30g. Theo chúng tôi, đối với những u TTL lớn là lợi thế của phẫu thuật này. Đối với những u nhỏ thì có thể vẫn thực hiện kỹ thuật bóc u không hoàn toàn phối hợp với cắt nội soi kinh điển để lấy u ra ngoài.

Kết quả trong và sau mổ cho thấy cải thiện ở mức có ý nghĩa về điểm IPSS, chảy máu trong và sau mổ. Thời gian đặt ống thông niệu đạo được rút ngắn. Theo hầu hết các nghiên cứu cho thấy thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình là 2 ngày, thậm trí có tác giả chỉ đặt ống thông niệu đạo 1 ngày. Theo Kim và cộng sự thấy rằng một số bệnh nhân sau HoLEP thực sự cho thấy sự cải thiện về chức năng tình dục. Một lý do để HoLEP bảo tồn chức năng tình dục là sự khác biệt về năng lượng được sử dụng. Tổng năng lượng được sử dụng trong HoLEP ít, dẫn đến giảm tổn thương cho các mô lân cận, bao gồm cả các dây thần kinh gây cương dương<sup>[4],[8]</sup>. Đã có nhiều tranh luận về phương thức và phẫu thuật BPH nào ảnh hưởng đến chức năng tình dục ít nhất. So sánh giữa TURP, KTP và HoLEP, thì HoLEP có ảnh hưởng tiêu cực ít nhất mặc dù vẫn có biến chứng xuất tinh ngược<sup>[3]</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 258 bệnh nhân bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt bằng Holmium laser với đường rạch dọc ở vị trí 12h và đường rạch ngang ở vị trí 6h là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. Chỉ định cho bệnh nhân có hội chứng đường tiểu dưới mức độ trung bình và nặng với các kích thước khác nhau của phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Tuy nhiên đây là kết quả ban đầu trên một số lượng nhỏ bệnh nhân, nên cần tiếp tục nghiên cứu trên một số lượng lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Katsumi Shigemura and Masato Fujisawa**, 2018, Current status of holmium laser enucleation of the prostate, *International Journal of Urology* (2018) 25, 206–211.
2. **Marien T, Kadihasanoglu M, Miller NL**. Holmium laser enucleation of the prostate: patient selection and perspectives. *Res. Rep. Urol.* 2016; 8: 181–92.
3. **Kim M, Song SH, Ku JH, Kim HJ, Paick JS**. Pilot study of the clinical efficacy of ejaculatory

- hood sparing technique for ejaculation preservation in holmium laser enucleation of the prostate. *Int. J. Impot. Res.* 2015; 27: 20–4.
4. **Kim SH, Yang HK, Lee HE, Paick JS, Oh SJ.** HoLEP does not affect the overall sexual function of BPH patients: a prospective study. *Asian J. Androl.* 2014; 16: 873–7.
  5. **Seung-June Oh,** Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate, *Investig Clin Urol* 2019;60:333-342.
  6. **Serdar Yalçın et al,** Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases, *Turk J Urol* 2020 10.5152/tud.2020.19235.
  7. **İlter Alkan 1, Hakan Özveri 2, Yigit Akin 3, Tumay Ipekci 4, Yusuf Alican** (2016), Holmium laser enucleation of the prostate: surgical, functional, and quality-of-life outcomes upon extended follow-up, *Int Braz J Urol.* 2016; 42: 293-301.
  8. **Young Ju Lee1, Shin Ah Oh1 , Sung Han Kim2, Seung-June Oh** (2017), Patient satisfaction after holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP): A prospective cohort study, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182230>.
  9. **Agostino TUCCIO et al** (2020), En-bloc endoscopic enucleation of the prostate: a systematic review of the literature, *Minerva Urologica e Nefrologica* 2020 June;72(3):292-312

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH MỔ LẠI CÓ SỬ DỤNG NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT VÀ ỐNG NỐI MẬT - DA

Lê Văn Thành<sup>1</sup>, Lê Văn Lợi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, không đối chứng 48 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật thành công 100%. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 66,7%. Tai biến 2,1%. Thời gian mổ trung bình là 137,3 ± 28,1 (phút), thời gian lấy sỏi trung bình là 54,6 ± 26,2 (phút). Biến chứng sớm sau mổ 10,4% Thời gian nằm viện sau mổ là 6,5 ± 2,7 (ngày). **Kết luận:** phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da là phương pháp an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** Sỏi đường mật chính mổ lại, sỏi ống mật chủ, phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ.

### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF RE-SURGERY MAIN BILE DUCT STONES USING CHOLANGIOSCOPY AND PERCUTANEOUS - CHOLEDOCHO CHANNEL

**Objectives:** To assess the results of laparoscopic surgery in the treatment of re-surgery main bile duct stones using cholangioscopy and choledochocutaneous channel. **Subjects and Methods:** A prospective, non-controlled study on 48 patients laparoscopic surgery in the treatment of re-surgery

main bile duct stones using cholangioscopy and percutaneous - choledochocutaneous channel. **Results:** All patients (100%) underwent successful. Complete stone clearance was achieved 66.7% patients. The intraoperative complication rate was 2.1%. The mean operating time was 137.3 ± 28.1 mins. The mean stone extraction time was 54.6 ± 26.2 mins. The mean postoperative hospital stay was 6.5 ± 2.7 days. Early postoperative complication rate was 10.4%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery in the treatment of re-surgery main bile duct stones using cholangioscopy and choledochocutaneous channel was safe and effective.

**Keywords:** re-surgery main bile duct stones, common bile duct stones, laparoscopic common bile duct exploration.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật khá phổ biến ở Việt Nam cũng như một số nước trên thế giới, điều trị còn gặp nhiều khó khăn phức tạp, đặc biệt là sỏi mật mổ lại. Hiện nay, tuy có nhiều biện pháp can thiệp không mổ nhưng các phương pháp phẫu thuật xử lý sỏi vẫn giữ một vai trò chủ yếu. Trước đây phẫu thuật nội soi được coi như chống chỉ định tương đối, đặc biệt là phẫu thuật về đường mật, tuy nhiên, theo thời gian, kỹ thuật ngày càng phát triển, đã có nhiều báo cáo thành công về khả năng của phẫu thuật này[1],[2]. Gần đây, hầu hết các bệnh nhân sỏi mật đều được thực hiện qua phẫu thuật nội soi, tiền sử phẫu thuật vẫn là một yếu tố để phẫu thuật viên cần lưu ý khi khảo sát các cơ quan qua hình ảnh học từ đó tiên lượng trước cuộc mổ. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thành

Email: thanhle108@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023