

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO CẮT U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT KÍCH THƯỚC TRÊN 80 GRAM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 01/2018-01/2020

Trần Quốc Hoà<sup>1,2</sup>, Trịnh Nam Sơn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi, gây nên các triệu chứng đường tiểu dưới, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống. Nhờ sự tiến bộ của trang thiết bị, dịch tưới rửa, sự phát triển kỹ thuật của phẫu thuật viên và gây mê hồi sức, việc tiến hành phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước 80 gram trở lên được áp dụng rộng rãi. Nghiên cứu thực hiện trên 88 bệnh nhân từ 01/2018 đến 01/2020 tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 75,18 ± 8,44. Trước phẫu thuật điểm IPSS và QoL đều ở mức vừa và nặng. Khối lượng tuyến tiền liệt trung bình trước phẫu thuật là 105,78 ± 24,96g. Nồng độ PSA trung bình trước mổ là 14,31 ± 1,32ng/ml. Thời gian mổ trung bình là 65,79 ± 18,44 phút, thời gian mổ tăng theo khối lượng tuyến. Có 1 ca mắc hội chứng nội soi (1,13%). Thời gian hậu phẫu chủ yếu là 5-7 ngày (64,78%). Có 1 bệnh nhân phải phẫu thuật xơ cứng cổ bàng quang. Kết quả phẫu thuật tốt chiếm 61,36%, kết quả trung bình chiếm 35,23% và kết quả kém chiếm 3,4%. Kết quả phẫu thuật không liên quan tới khối lượng tuyến và thời gian phẫu thuật.

**Từ khóa:** U phì đại tuyến tiền liệt, 80g trở lên, phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt u phì đại tuyến tiền liệt, TURP.

## SUMMARY

### RESULTS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE OF BENIGN PROSTATE HYPERTROPHY WITH SIZE 80 GRAMS OR MORE AT VIET DUC HOSPITAL AND HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 01/2018 - 01/2020

Benign prostatic hypertrophy is a common disease, causing lower urinary tract symptoms, directly affecting quality of life. Transurethral Resection of the Prostate (TURP) is considered the standard surgery in surgical intervention. Thanks to the advancement of equipment, irrigation fluids, technical developments of surgeons and anesthesia resuscitation, the TURP procedure to remove benign prostatic hypertrophy of with the size 80 grams or more is widely applicable.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

The study was conducted on 88 patients from January 2018 to January 2020 at Viet Duc Hospital and Hanoi Medical University Hospital. The average age of the study was 75.18 ± 8.44 years. Before surgery, IPSS and QoL scores were both moderate and severe. The average preoperative prostate size was 105.78 ± 24.96g. The average preoperative PSA levels was 14.31 ± 1.32 ng/ml. The average surgery time is 65.79 ± 18.44 minutes, surgery time increases with gland size. There was 1 case of endoscopic syndrome (1.13%). The postoperative time is mainly 5-7 days (64.78%). There is 1 patient who has to have bladder neck sclerosis surgery. Good surgical results account for 61.36%, average results account for 35.23. % and poor results accounted for 3.4%. Surgical results are not related to gland volume and surgery time.

**Keywords:** Benign prostatic hypertrophy, 80grams or more, Transurethral Resection of the Prostate, TURP.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phì đại lành tính TTL là một bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi, gây nên các triệu chứng đường tiểu dưới, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống<sup>1</sup>. Tỷ lệ mắc bệnh tăng lên theo tuổi, khoảng 40% đến 50% nam giới bị U phì đại lành tính tuyến tiền liệt ở nhóm tuổi 50 đến 59, tỷ lệ này tăng lên xấp xỉ 90% ở nhóm tuổi trên 80.<sup>2</sup> Điều trị bệnh UPĐLTTL có nhiều phương pháp trong đó phẫu thuật nội soi qua niệu đạo (transurethral resection prostate - TURP) được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn vàng.<sup>3</sup> Theo hội Niệu khoa châu Âu (2018), PTNS qua niệu đạo cắt UPĐLTTL được chỉ định cho kích thước từ 30-80 gram,<sup>4</sup> với U kích thước 80 gram trở lên vẫn có một số vấn đề cần nghiên cứu. Tuy nhiên, nhờ sự tiến bộ của trang thiết bị, dịch tưới rửa, sự phát triển kỹ thuật của phẫu thuật viên và gây mê hồi sức, việc tiến hành PTNS qua niệu đạo cắt U có kích thước 80 gram trở lên vẫn được áp dụng rộng rãi tại cả 2 bệnh viện: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên những bệnh nhân được áp dụng phương pháp này tại 2 cơ sở nêu trên trong giai đoạn 01/2018-01/2020 nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị cắt nội soi

qua niệu đạo u phì đại lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng  $\geq 80g$ , tại khoa Phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và khoa Ngoại tiết niệu, khoa Ngoại tổng hợp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2018 đến 01/2020.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân được chẩn đoán UPĐLTTTL có khối lượng  $\geq 80g$ ,
- Có sự tương đồng giữa kích thước tuyến ước lượng trên siêu âm, cộng hưởng từ và trong mổ.
- Bệnh nhân có hồ sơ ghi chép đầy đủ, lưu lại kho hồ sơ của bệnh viện

**\* Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân không có hồ sơ rõ ràng, hồ sơ không đầy đủ.
- Bệnh nhân mất liên lạc, không theo dõi được, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không nằm trong thời gian nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** - Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu.

- Hồi cứu trên bệnh án lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp. Hẹn bệnh nhân đến khám lại, trực tiếp hỏi bệnh hoặc gọi điện thoại, khám bệnh và ghi chép thông tin vào bệnh án riêng chi tiết nghiên cứu.

**2.2.2 Các chỉ số nghiên cứu**

- Tuổi.
- Điểm triệu chứng IPSS, điểm chất lượng cuộc sống QoL.
- Xét nghiệm PSA.
- Kích thước tuyến.
- Thời gian phẫu thuật.
- Các biến chứng.
- Số ngày điều trị hậu phẫu, số ngày lưu sonde tiểu.
- Kết quả sau mổ.

**2.3. Xử lý số liệu.** Nhập số liệu bằng Excel và phân tích bằng SPSS 20.0. Thực hiện thống kê mô tả và thống kê phân tích.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Số liệu được thu thập một cách trung thực, bảo mật thông tin của bệnh nhân được nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tuổi**

**Bảng 1. Phân nhóm tuổi các bệnh nhân nghiên cứu (n = 88)**

Nhóm tuổi	N	Tỉ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$ (Min; Max)
<70	21	23,86	75,18 $\pm$ 8,44 (Min=58; Max=91)
70-79	40	45,45	
$\geq 80$	27	30,68	
<b>Tổng số</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	

Nhóm tuổi hay gặp nhất là 70 – 79 tuổi (45,45%).

Tuổi trung bình là 75,18  $\pm$  8,44, cao nhất là 91, thấp nhất là 58

**3.2. Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 2. Điểm IPSS trước mổ**

Điểm số	N	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ (Min; Max)
0-7	0	0	23,8 $\pm$ 8,76 (Min=8; Max=35)
8-19	38	43,18	
20-35	50	56,82	

Bệnh nhân đều đến khi có triệu chứng đường tiểu dưới đã ở mức độ vừa và nặng. Trong đó, bệnh nhân có điểm triệu chứng ở mức độ nặng chiếm đa số với 50 BN (56,82%), điểm triệu chứng thấp nhất là 8 điểm, cao nhất là 35 điểm.

**Bảng 3. Điểm QoL trước mổ**

Điểm số	N	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ (Min; Max)
$\leq 3$	0	0	4,875 $\pm$ 1,01 (Min=4; Max=6)
4	37	40,91	
5-6	51	57,95	

Tất cả bệnh nhân khi đến viện đều có chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng từ trung bình đến nặng với điểm chất lượng cuộc sống thấp nhất là 4 điểm và cao nhất là 6 điểm.

Điểm QoL trung bình là 4,875 $\pm$ 1,01.

**3.3. Tỷ lệ khối lượng tuyến tiền liệt theo nhóm tuổi**

**Bảng 4. Khối lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm theo tuổi**

Nhóm tuổi	Khối lượng TTL (g)				Tổng số		$\bar{X} \pm SD$ (Min; Max)
	80-119		$\geq 120$		n	Tỷ lệ	
	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ			
<70	20	22,73	1	1,13	21	23,85	96,09 $\pm$ 15,3 (Min=80, Max= 150)
70-79	28	31,82	12	13,36	40	45,17	114,275 $\pm$ 30,31 (Min=80, Max= 212)
$\geq 80$	23	26,14	4	4,54	27	30,98	100,74 $\pm$ 17,68 (Min= 80, Max= 146)
<b>Tổng số</b>	71	80,68	17	30,33	88	100	105,78 $\pm$ 24,96 (Min= 80, Max= 212)

Khối lượng tuyến dưới 120g chiếm đa số (80,68%).

Khối lượng tuyến trung bình trước mổ là 105,78 $\pm$ 24,96, thấp nhất là 80 gram và cao nhất là 212 gram.

**3.4. Nồng độ PSA**

**Bảng 5. Nồng độ PSA toàn phần máu**

PSA (ng/ml)	N	Tỉ lệ (%)
$\leq 4$	11	12,5

4-10	31	35,23
> 10	46	52,27
$\bar{X} \pm SD$	14,31 $\pm$ 1,32	
Medium (Min-Max)	10,4 (1,41-87,2)	

Nồng độ PSA trung bình là 14,31 $\pm$ 1,32, thấp nhất là 1,41 và cao nhất là 87,2.

**3.5. Thời gian phẫu thuật**

**Bảng 6. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật	N	Tỉ lệ (%)
<60 phút	29	32,95
60-90 phút	44	50
$\geq$ 90 phút	15	17,05
$\bar{X} \pm SD = 65,79 \pm 18,44$	Min = 35 phút; Max = 110 phút	

Thời gian phẫu thuật đa số là từ 60-90 phút (50%). Có 15 trường hợp (17,05%) phẫu thuật kéo dài trên 90 phút.

**Bảng 7. Khối lượng mảnh cắt ước tính**

Khối lượng mảnh cắt (gram)	N	Tỉ lệ (%)
$\leq$ 70	49	55,68
>70	39	44,32
Tổng	88	100
$\bar{X} \pm SD = 73,75 \pm 16,11$	Min=44	Max=122

Khối lượng mảnh cắt trung bình là 73,75 $\pm$ 16,11g, nhỏ nhất là 44g và lớn nhất là 122g. Tốc độ cắt trung bình là: 1,13g/ phút.

**3.6. Thời gian lưu ống thông niệu đạo và thời gian hậu phẫu sau mổ**

**Bảng 8. Thời gian lưu ống thông niệu đạo**

Thời gian lưu ống thông niệu đạo	n	Tỉ lệ (%)
$\leq$ 4 ngày	29	32,95
5-7 ngày	57	64,78
>7 ngày	2	2,27
$\bar{X} \pm SD = 5 \pm 1,22$	Min=3	Max=11

Thời gian lưu sonde tiểu sau mổ chủ yếu là 5-7 ngày (64,78%), trung bình là 5 $\pm$ 1,22 ngày, cao nhất là 11 ngày, thấp nhất là 3 ngày

**Bảng 9. Thời gian hậu phẫu**

Thời gian hậu phẫu	N	Tỉ lệ (%)
$\leq$ 5 ngày	30	34,09
>5 ngày	58	65,91
$\bar{X} \pm SD = 6,33 \pm 1,89$	Min=3	Max=14

Thời gian hậu phẫu trung bình là 5,12  $\pm$  2,38 ngày, cao nhất là 14 ngày và thấp nhất là 3 ngày.

**3.7. Biến chứng sớm sau mổ**

**Bảng 10. Biến chứng sớm sau mổ**

Biến chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Sốt, nhiễm khuẩn niệu	5	5,68
Truyền máu sau mổ	0	0
Hội chứng nội soi	1	1,13
Bí đái phải đặt lại thông	6	6,82
Tổng	13	14,77

Có 1 bệnh nhân (1,13%) sau mổ có biểu

hiện của hội chứng nội soi và không có bệnh nhân nào chảy máu phải truyền máu.

**3.8. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 12 tháng**

**Bảng 11. Điểm IPSS sau mổ**

Điểm số	N	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ (Min; Max)
0-7	56	63,64	6,97 $\pm$ 4,86 (Min=0; Max=25)
8-19	30	34,09	
20-35	2	2,27	

Kết quả cho thấy đa phần BN có điểm IPSS ở mức độ nhẹ ( 63,64)%.

**Bảng 12. Điểm QoL sau mổ**

Điểm số	N	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ (Min; Max)
$\leq$ 3	75	85,23	1,94 $\pm$ 1,12 (Min=0; Max=6)
4	11	12,5	
5-6	2	2,27	

Kết quả cho thấy đa phần BN có điểm QoL ở mức độ tốt ( 85,23)%.

**Bảng 13. Sự cải thiện điểm IPSS, QoL sau mổ**

		$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	p
IPSS	Trước mổ	23,8 $\pm$ 8,76	8	35	0,001
	Sau mổ	6,97 $\pm$ 4,86	0	25	
QoL	Trước mổ	4,8 $\pm$ 0,57	4	6	0,02
	Sau mổ	1,94 $\pm$ 1,12	0	6	

Sau mổ, điểm IPSS và QoL đã giảm đáng kể. Điểm IPSS trung bình trước mổ là 22,62  $\pm$  4,39 sau mổ đã giảm còn 7,42  $\pm$  7,21. Điểm QoL trung bình trước mổ là 4,8  $\pm$  0,57 sau mổ còn 2,02  $\pm$  1,43. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

**Bảng 14. Các biến chứng sau khi ra viện**

Biến chứng	n	Tỉ lệ (%)
Bí đái phải nhập viện	2	2,27
Đái máu	2	2,27
Nhiễm khuẩn tiết niệu	2	2,27
Đái rí	0	0
Hẹp niệu đạo	0	0
Tái phát	0	0
Xơ cứng cổ bàng quang	1	1,13

Có 1 bệnh nhân (1,13%) phải mổ xơ cứng cổ bàng quang về sau.

Có 8 bệnh nhân (9,09%) phải nhập viện trở lại vì bí đái hoặc đái máu hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ.

\* Dựa theo tiêu chí phân loại của Nguyễn Bửu Triều (1996)<sup>5</sup>, kết quả được đánh giá tại thời điểm sau phẫu thuật.

**Bảng 15. Phân loại kết quả sau phẫu thuật nội soi**

Kết quả	N	Tỉ lệ (%)
Tốt	54	61,36

Trung bình	31	35,23
Kém	3	3,41

Kết quả tốt chiếm đa số với 54 BN (61,36%), và chỉ 3 bệnh nhân có kết quả kém

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi TB của nghiên cứu là  $75,18 \pm 8,44$ , cao nhất là 91, thấp nhất là 58 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 70-79 (45,45%).

Triệu chứng của đường tiểu dưới hầu như luôn là triệu chứng nổi bật của bệnh, triệu chứng này tăng lên theo tuổi tác một cách rõ rệt.<sup>6</sup> Thang điểm triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS – International Prostate Symptoms Score) được Hiệp hội tiết niệu quốc tế chuẩn hóa năm 1991,<sup>7</sup> và được áp dụng rộng rãi trên thực tế lâm sàng cho đến nay. Điểm chất lượng cuộc sống (QoL – Quality of Life) được coi như câu hỏi thứ 8 của thang điểm IPSS. Thang điểm này ngày nay được các tác giả sử dụng rộng rãi và áp dụng cho việc đưa ra thái độ điều trị cũng như chỉ định can thiệp cho bệnh lý này.

Nghiên cứu của Nguyễn Công Bình (2012), điểm IPSS trung bình là  $23 \pm 2,11$  trong đó điểm IPSS từ 11 – 35 chiếm 83,67%, điểm QoL trung bình là  $3,52 \pm 0,43$ .<sup>8</sup> Theo Al- Hammouri F (2011) thì điểm IPSS trung bình là  $20,2 \pm 6,2$ .<sup>9</sup> Nghiên cứu của tác giả Yucel M và cộng sự (2013) cho thấy chỉ số trung bình của điểm IPSS trước mổ là  $23,01 \pm 2,48$  và điểm QoL trung bình là  $4,67 \pm 0,69$ .<sup>10</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả điểm IPSS trung bình trước mổ là  $23,8 \pm 8,76$ , trong đó điểm IPSS ở mức độ nặng chiếm 56,82%. Điểm QoL trung bình là  $4,875 \pm 1,0$ . Kết quả tương tự như với 1 số nghiên cứu như của Al- Hammouri F (2011), điểm IPSS trung bình là  $20,2 \pm 6,2$ ,<sup>9</sup> của Yucel điểm IPSS là  $23,01 \pm 2,48$  và điểm QoL trung bình là  $4,67 \pm 0,69$ .<sup>10</sup> Bệnh nhân đến khám khi khối lượng tuyến tiền liệt đã tương đối lớn, và chỉ định phẫu thuật không phụ thuộc vào khối lượng tuyến mà phụ thuộc vào triệu chứng và chất lượng cuộc sống.

Khối lượng TLT tăng lên theo độ tuổi do các yếu tố hormone và yếu tố tăng trưởng mô sợi. Từ 31 tuổi đến 90 tuổi thì mỗi năm tuyến tiền liệt tăng khoảng 0,4g, tuy nhiên khối lượng tuyến không phải là yếu tố quyết định chỉ định phẫu thuật mà chỉ góp phần hỗ trợ chỉ định và tiên lượng điều trị. Trước đây, theo 1 số tác giả, những trường hợp có khối lượng u trên 75g thì được chỉ định phẫu thuật mổ mở bóc u.<sup>11</sup> Ngày nay, kỹ thuật mổ trở nên phổ biến, trang thiết bị tốt hơn, cùng với việc nghiên cứu ra các dung

dịch truyền rửa trong mổ nên các nguy cơ tai biến xảy ra giảm rõ rệt đối với u kích thước lớn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khối lượng tuyến trung bình trước mổ là  $105,78 \pm 24,96$  gram, nhỏ nhất là 80 gram, lớn nhất là 212 gram. Trong đó các trường hợp nhỏ hơn 120g chiếm đa số (80,68%). Những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có khối lượng tuyến trung bình tương đối lớn.

Nồng độ PSA TB là  $14,31 \pm 1,32$  ng/ml, trong đó có 52,27% bệnh nhân có nồng độ PSA lớn hơn 10ng/ml, và khối lượng tuyến trung bình trước mổ là  $105,78 \pm 24,96$ g. Với nồng độ PSA cao hơn các nghiên cứu khác điều này có thể giải thích là nồng độ PSA tăng theo khối lượng tuyến tiền liệt và không phụ thuộc tuổi của bệnh nhân.<sup>4</sup>

Để hạn chế được các tai biến và biến chứng thì Hội tiết niệu Việt Nam và một số tác giả khuyến cáo rằng thời gian phẫu thuật không nên quá 90 phút.<sup>5,12</sup> Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $65,79 \pm 18,44$  phút, tốc độ cắt trung bình là 1,13g/p, kết quả này cũng gần tương tự với nghiên cứu của Yucel (2013) thời gian mổ trung bình là  $55,96 \pm 8,04$ .<sup>10</sup>

Hội chứng NS là vấn đề được nói đến nhiều nhất trong các biến chứng của quá trình PT. Hội chứng xảy ra do hấp thụ lượng lớn dịch rửa trong khi thực hiện phẫu thuật, gây nên tình trạng quá tải tuần hoàn, hạ natri máu và tan máu. Ngày nay tỷ lệ gặp hội chứng này khoảng 1%. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng nội soi (chiếm tỷ lệ 1,13%). Bệnh nhân sau mổ ngày thứ nhất có các biểu hiện lâm sàng của hội chứng nội soi: nôn, buồn nôn, đau đầu, chóng mặt. Xét nghiệm lại Natri máu là 123 mmol/l, bệnh nhân được bù 1000ml Natri ưu trương 3%. Sau 1 ngày, bệnh nhân hết triệu chứng; xét nghiệm lại nồng độ Natri máu là 133mmol/l. Chúng tôi ghi nhận kết quả có 2 trường hợp (2,27%) có chảy máu. Xét nghiệm máu trước phẫu thuật cả 2 có Hematocrit là 38% và 40%, Hemoglobin lần lượt là 130g/l và 133 g/l. Kết quả xét nghiệm máu sau mổ cho kết quả tương ứng lần lượt với Hematocrit là 31,3% và 32%; Hemoglobin là 97g/l và 104g/l. Mức độ chảy máu là ở mức độ nhẹ và không phải truyền máu trong hoặc sau phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân đều được đặt sonde Foley 3 chạc sau mổ để truyền rửa bàng quang liên tục. Thời gian lưu sonde tiểu trung bình là  $5 \pm 1,22$  ngày, chủ yếu là từ 5-7 ngày (64,78%). Có 6 bệnh nhân (6,82%) sau khi rút ống thông niệu đạo lại xuất hiện bí tiểu và phải đặt sonde tiểu lại. Nguyên nhân bí tiểu sau rút sonde tiểu là

do sau mổ vùng mô còn lại còn viêm phù nề. Thời gian hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $6,33 \pm 1,89$  ngày, và chủ yếu là 5-7 ngày (64,78%).

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đánh giá lại sau PT vào thời điểm 12 tháng. Hội nghị quốc tế về UPĐLTTL lần thứ 5 (2000)<sup>2</sup> khuyến nghị sử dụng bảng đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên 3 tiêu chuẩn do Homma Y. và cộng sự (1996) đề xuất. Tuy nhiên bảng đánh giá này yêu cầu bệnh nhân thực hiện niệu động học đánh giá Qmax trước và sau mổ, trong khi đó thực tế nghiên cứu của chúng tôi, về yếu tố khách quan (Qmax) chưa được đánh giá do điều kiện khách quan chưa thực hiện được xét nghiệm Qmax 1 cách rộng rãi cho bệnh nhân do điều kiện về thiết bị và kỹ thuật chưa được triển khai rộng rãi, và các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi đến khám bệnh đã có triệu chứng và có chỉ định PT rõ ràng. Do đó trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chí đánh giá hiệu quả điều trị theo Nguyễn Bửu Triều (1996), dựa trên sự cải thiện IPSS và QoL sau phẫu thuật.<sup>5</sup>

Về điểm IPSS trung bình giảm từ  $23,8 \pm 8,76$  lúc trước mổ xuống còn  $6,97 \pm 4,86$  sau mổ. Mục đích của phẫu thuật nhằm giúp bệnh nhân cải thiện về mặt triệu chứng và chất lượng cuộc sống, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm QoL trung bình trước mổ là  $4,875 \pm 1,01$  và sau mổ giảm xuống còn  $1,94 \pm 1,12$ . Trước mổ có 57,95% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức kém, sau khi mổ đã có 85,23% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt và còn 2,27% số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống kém.

Kết quả tốt sau mổ chiếm tỷ lệ lớn nhất, 61,36%; chỉ có 3 BN (3,41%) cho kết quả kém, trong đó có 1 ca (1,13%) phải phẫu thuật lại do xơ cứng cổ bàng quang. Trường hợp này có khối lượng tuyến tiền liệt là 107g, khối lượng mảnh cắt ước tính là 80g, sau mổ ra viện tự tiểu còn buốt nhẹ. Sau 12 tháng bệnh nhân vẫn còn triệu chứng đường tiểu dưới mức độ trung bình (IPSS=15), QoL=4 điểm, tái khám được chẩn đoán xơ cứng cổ bàng quang, đã phẫu thuật nội soi cắt xơ cứng cổ bàng quang. Sau phẫu thuật, triệu chứng của bệnh nhân và chất lượng cuộc sống đã cải thiện.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi TB nhóm BN nghiên cứu là  $75,18 \pm 8,44$ .
- Trước phẫu thuật điểm IPSS và QoL đều ở mức vừa và nặng.
- Khối lượng tuyến trung bình trước PT là

$105,78 \pm 24,96$ g.

- Nồng độ PSA TB trước mổ là  $14,31 \pm 1,32$ ng/ml.

- Thời gian mổ TB là  $65,79 \pm 18,44$  phút.

- Có 1 ca mắc hội chứng nội soi (1,13%).

- Thời gian hậu phẫu chủ yếu là 5-7 ngày (64,78%).

- Kết quả PT tốt chiếm 61,36%, TB chiếm 35,23%, kém chiếm 3,4%.

Với sự thành thạo của phẫu thuật viên, sự phát triển của gây mê hồi sức và trang thiết bị phẫu thuật thì các biến chứng trong và sau phẫu thuật sẽ được giảm thiểu đi nhiều, vì thế hoàn toàn có thể thực hiện cắt nội soi qua niệu đạo ở những bệnh nhân kích thước tuyến tiền liệt 80 gram trở lên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al.** Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. The Journal of urology. 2011;185(5):1793-1803.
2. **Roehrborn CG, McConnell JD.** Benign prostatic hyperplasia: etiology, pathophysiology, epidemiology, and natural history. Campbell-Walsh Urology. 2012;10:2570-2613.
3. **Hội Tiết Niệu - Thận học Việt Nam.** Hướng dẫn xử trí Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. NXB Y học, Hà Nội. 2014
4. **Gravas S, Cornu J, Drake M, et al.** EAU guidelines on management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. Benign prostatic obstruction (BPO). 2017:22-25.
5. **Nguyễn Bửu Triều.** Kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng cắt nội soi trong 15 năm (6/1981-6/1996) tại Bệnh viện Việt Đức. Y học Việt Nam. 1996. 4, 5, 6:5-11.
6. **Rohrmann S, Katzke V, Kaaks R.** Prevalence and progression of lower urinary tract symptoms in an aging population. Urology. 2016;95:158-163.
7. **Barry M.** and the Measurement Committee of the American Urological Association: The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. J Urol. 1992;148:1549-1557.
8. **Nguyễn Công Bình, Bùi Văn Chiến, Lê Quang Hùng, Nguyễn Mạnh Thắng, Bùi Văn Tùng, Phạm Thanh Hải, Đỗ Minh Tùng.** Kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo tại bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng. Y học Tp. Hồ Chí Minh. 2012. 16(3):532-539.
9. **Al-Hammouri F, Qamar A.** Monopolar transurethral resection of the big prostate, experience at Prince Hussein Bin Abdullah Urology Center. JPMA-Journal of the Pakistan Medical Association. 2011;61(7):628.
10. **Yucel M, Aras B, Yalcinkaya S, Hatipoglu NK, Aras E.** Conventional monopolar transurethral resection of prostate in patients with large prostate ( $\geq 80$  grams). Central European Journal of Urology. 2013;66(3):303.