

là 17mmHg, thấp nhất là 8mmHg. 100% trường hợp trước phẫu thuật có nhãn áp không cao. Tuy nhiên sau phẫu thuật 07 ngày, có 2 trường hợp có nhãn áp cao, chiếm tỷ lệ nhỏ (3.4%), còn lại là 96.6% trường hợp nhãn áp không cao. Và sau phẫu thuật 1 tháng cho đến sau 2 và 3 tháng, không còn trường hợp nào nhãn áp cao.

***Các khó khăn và biến chứng trong phẫu thuật.** Các trường hợp bị bật vòng hút chiếm 3,4% với 2 mắt. Trong nghiên cứu của Nagy ZZ tỷ lệ bật vòng hút là 2%. Các trường hợp co đồng tử chiếm 18,6% với 11 mắt. Trong nghiên cứu của Nagy ZZ tỷ lệ co đồng tử là 19%. Các trường hợp có chất nhân dạng sữa ra tiền phòng chiếm 32,2% với 19 mắt. Các trường hợp dính bao trước sau xé bao bằng laser chiếm 27,1% với 16 mắt. Không gặp trường hợp nào có các biến chứng trong mổ như xé bao không liên tục, xuất huyết tiền phòng, tổn thương mống mắt, rách bao sau, phù bóng vết mổ.

***Biến chứng.** Tăng nhãn áp được phát hiện ở tỉ lệ thấp 3.4% (2/59 mắt) thời điểm sau phẫu thuật 7 ngày (23mmHg) do phản ứng của nhãn cầu với phẫu thuật. Tuy nhiên, sau phẫu thuật 1 tháng không còn phát hiện trường hợp nào tăng nhãn áp. Những mắt này đều được điều trị bằng các thuốc hạ nhãn áp và nhãn áp dần được điều chỉnh. Viêm màng bồ đào xuất hiện ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng trên 1 mắt chiếm 1.7%, và đã được điều trị tích cực bằng thuốc chống viêm, khỏi sau 1 tháng.

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nặng như

xuất huyết dịch kính, phù hoàng điểm dạng nang, viêm mủ nội nhãn, bong võng mạc.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật phaco trên mắt đục TTT chín trắng sử dụng laser femto Z8 mặc dù có một tỷ lệ biến chứng nhất định nhưng ở mức độ rất nhẹ, can thiệp dễ dàng, nhanh chóng, giúp thị lực hồi phục nhanh và cải thiện tốt sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Minh;** Chất lượng và hình dáng thủy tinh thể nhân tạo quyết định đến hiện tượng đục bao sau, Tạp chí y học thực hành. 2001; (12): 50 - 52.
2. **Figueiredo C.G., Figueiredo J., and G.B. Figueiredo,** Brazilian technique for prevention of the Argentinean flag sign in white cataract. J Cataract Refract Surg, 2012; 38(9): 1531-6.
3. **Soon-Phaik Chee;** Femtosecond laser-assisted cataract surgery for the white cataract, 2019.
4. **Apple J. D., Solomon D. K.** Posterior Capsule Opacification. Survey of Ophthalmology, Major Review, USA, 1994; 37(2), 73-104.
5. **Ina Conrad-Hengerer, Fritz H Hengerer.** Femtosecond laser-assisted cataract surgery in intumescent white cataracts, Ina Conrad-Hengerer, 2013.
6. **Offret H, Badarani N.** Cristallin et zonule: anatomie et ultra-structure, Encyclopedie Medico-Chirurgicale, Ophthalmologie, 21003G, Paris, France, 1990; 1-8.
7. **Zoltan Z Nagy.** Complications of femtosecond laser-assisted cataract surgery January 2014 Journal of Cataract and Refractive Surgery 40(1):20-8
8. **Bojan Pajic;** Cataract Surgery Performed by High Frequency LDV Z8 Femtosecond Laser: Safety, Efficacy, and Its Physical Properties, 2017.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐỐT LƯỜNG CỰC QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Nguyễn Văn Cừ⁴,
Trần Đức³, Lê Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

⁴Bệnh viện Đa khoa Hữu Lũng Lạng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

Mục đích của nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt lưỡng cực điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 từ 10/2021- 8/2023.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 69,99 ± 7,94, nhóm tuổi 60 - 69 là cao nhất (44,1%); Lượng dịch rửa trong PT: 25,26 ± 7,75 lít, tai biến trong PT là 1,5% (1 trường hợp thủng bao xơ); Không có trường hợp nào có biểu hiện hội chứng nội soi, thời gian rút thông niệu đạo phần lớn ≤ 3 ngày (61,8%), trung bình 3,46 ± 0,80 ngày; Ngày điều trị hậu phẫu trung bình là 5,00 ± 1,57 ngày, ít nhất là 3 ngày và nhiều nhất là 14 ngày; Tỷ lệ biến

chứng sau mổ là chảy máu (2,9%), nhiễm khuẩn tiết niệu (2,9%), bí tiểu cấp sau rút thông (7,4%), tắc thông niệu đạo (4,4%), hẹp niệu đạo màng (1,5%), tiểu không kiểm soát (2,9%); Tại các mốc thời gian sau PT 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, các chỉ số IPSS, QoL, Qmax và PVR đều cải thiện so với trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ thành công của B-TUVP là 100%, 2 BN có kết quả ở mức trung bình chiếm 2,9%;

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt; Cắt đốt lưỡng cực; nội soi qua đường niệu đạo.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC BIPOLAR ABLATION SURGERY TO TREAT BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA THROUGH THE URETHRA

Purpose: Evaluate the results of laparoscopic bipolar ablation surgery to treat benign prostatic hyperplasia through the urethra at Central Military Hospital 108 from October 2021 to August 2023.

Research results: The average age of the study patient group was 69.99 ± 7.94 , the age group 60 - 69 was the highest (44.1%); Amount of lavage fluid during surgery: 25.26 ± 7.75 liters, complications during surgery were 1.5% (1 case of capsular perforation); There were no cases showing signs of endoscopic syndrome, most urethral catheterization time was ≤ 3 days (61.8%), average 3.46 ± 0.80 days; The average postoperative treatment day is 5.00 ± 1.57 days, with a minimum of 3 days and a maximum of 14 days; Postoperative complication rates are bleeding (2.9%), urinary tract infection (2.9%), acute urinary retention after catheter removal (7.4%), and urethral obstruction (4.4%), membranous urethral stricture (1.5%), urinary incontinence (2.9%); At the time points after surgery 1 month, 3 months and 6 months, the IPSS, QoL, Qmax and PVR indexes were all improved compared to before surgery, the difference was statistically significant. The success rate of B-TUVP is 100%, 2 patients had average results accounting for 2.9%;

Keywords: Benign prostatic hyperplasia; Bipolar ablation; endoscopy through the urethra

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý hay gặp nhất ở nam giới cao tuổi, có nhiều phương pháp điều trị như: Nội khoa, phẫu thuật (PT) mở bóc tuyến, điều trị ít xâm lấn như nội soi cắt tuyến bằng các loại năng lượng khác nhau: Điện đơn cực (Monopolar – M-TURP), điện lưỡng cực (Bipolar – Bi-TURP), Laser, ... Với TSLTTTL có chỉ định PT, Hội niệu khoa Châu Âu (EAU) và Hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) đánh giá phương pháp cắt nội soi tuyến tiền liệt qua niệu đạo (M-TURP) vẫn là "tiêu chuẩn vàng".¹ Tuy nhiên, phương pháp này còn tồn tại một số TB - BC như: chảy máu, hội chứng NS, đá không tự chủ, xơ hẹp cổ BQ... để khắc phục Botto (2001) lần đầu tiên áp dụng hệ thống điện lưỡng cực

(Bipolar) và dịch rửa là nước muối sinh lý trong cắt đốt TSLTTTL.²

Tại VN, phương pháp này bắt đầu được triển khai tại một số Bệnh viện ĐHYHN, Bệnh viện TW Quân đội 108, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức,... Qua một số nghiên cứu cho thấy khi sử dụng Bipolar bước đầu mang lại một số hiệu quả rõ rệt và đ là lý do chúng tôi nghiên cứu vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN TSLTTTL, có chỉ định điều trị ngoại khoa bằng PT qua nội soi niệu đạo cắt đốt lưỡng cực tại Khoa Tiết Niệu Dưới, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 10/2021 đến 8/2023.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** TSLTTTL có chỉ định và được PTNS qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực; Thể tích TTL < 100ml; Mô bệnh học sau PT: TSLTTTL; Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mô bệnh học sau PT là ung thư tuyến tiền liệt. TSLTTTL đi kèm với các nguyên nhân khác gây tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (hẹp niệu đạo, hẹp bao quy đầu...) BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• Phương pháp nghiên cứu: Mô tả theo dõi dọc hồi cứu kết hợp tiền cứu, trong đó:

- Nghiên cứu hồi cứu: gồm có 40 BN TSLTTTL được PT nội soi niệu đạo cắt lưỡng cực từ tháng 10/2021 đến tháng 7/2022.

- Nghiên cứu tiền cứu: gồm có 28 BN TSLTTTL được PT nội soi niệu đạo cắt lưỡng cực từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023.

• Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập trong quá trình điều trị từ Bệnh án thường hoặc Bệnh án điện tử của BN lưu trữ tại BV Trung ương Quân đội 108 và phỏng vấn qua điện thoại với các thường hợp không tới khám lại vào thời điểm 1-3-6 tháng. Quản lý số liệu bằng phần mềm Excel 2011; Các số liệu được xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 20.0; Tính tỷ lệ theo %; So sánh 2 tỷ lệ dùng test χ^2 , có sự khác biệt khi $p < 0,05$; Thiết kế bệnh án nghiên cứu đầy đủ, chính xác các thông số; Lấy số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu và xử lý số liệu.

• **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu theo phương pháp mô tả nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 68 BN TSLTTTL, điều trị ngoại khoa bằng PT qua nội soi niệu đạo cắt đốt lưỡng cực tại Khoa Tiết Niệu Dưới, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian 10/2021 - 8/2023, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của các BN nghiên cứu là 69,99 ± 7,94; thấp nhất là 51 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ BN ở nhóm tuổi 60 - 69 là cao nhất (44,1%), Tỷ lệ BN ở nhóm tuổi 50-59 là thấp nhất (5,9%).

Nồng độ PSA toàn phần trung bình của BN nghiên cứu là 7,71 ± 5,45 ng/ml. Chỉ số nồng độ cao nhất là 27,10 ng/ml và thấp nhất là 0,60 ng/ml. Nồng độ PSA > 4 ng/ml có đến 44 BN với tỉ lệ 64,7%.

3.2. Kết quả của B-TURP theo các chỉ tiêu phẫu thuật

Bảng 1. Thời gian và thể tích dịch rửa trong phẫu thuật

		Số BN	Tỷ lệ %			Số BN	Tỷ lệ %
Thời gian phẫu thuật (phút)	< 30	2	2,9	Thể tích dịch rửa trong phẫu thuật (lít)	< 10	0	0
	30 – 44	18	26,5		10 – 19	15	22,1
	45 – 59	26	38,2		≥ 20	53	77,9
	≥ 60	22	32,4		Tổng	68	100
	Tổng	68	100		X±SD (Min–Max)	25,26±7,75 (11-45)	
X±SD (Min–Max)		50,74 ± 14,74 (25-100)					

Bảng 2. Nồng độ huyết sắc tố trung bình và Nồng độ Na⁺ máu trung bình trước, sau PT

Huyết sắc tố (g/L)	Số BN	Trung bình	P	Na ⁺ máu (mmol/L)	Số BN	Trung bình	p
Trước PT	68	141,74 ± 12,74	<0,001	Trước PT	68	137,55 ± 2,42	<0,001
Sau PT	68	127,16 ± 14,72		Sau PT	68	135,29 ± 5,36	
Lượng HST giảm	59	17,51 ± 9,42		Lượng Na ⁺ giảm	56	3,19 ± 5,38	

Bảng 3. Thời gian lưu thông niệu đạo và ngày điều trị (N=68)

		Ngày	Số BN	Tỷ lệ %			Ngày	Số BN	Tỷ lệ %
Thời gian lưu ống thông niệu đạo (ngày)	Ngày điều trị sau PT (ngày)	2	3	4,4	3	3	4,4		
		3	39	57,4	4	21	30,9		
		4	20	29,4	5	35	51,5		
		≥ 5	6	8,8	6	2	2,9		
		Tổng	68	100	≥ 7	7	10,3		
X ± SD (Min – Max)		3,46 ± 0,80 (2-6)		Tổng		68		100	
				X ± SD (Min – Max)		5,00 ± 1,57 (3-14)			

Sau khi rút thông niệu đạo, có 5 BN bí tiểu phải đặt lại chiếm tỷ lệ 7,4%, song sau đó đều được rút sớm và tiểu được.

Biến chứng trong phẫu thuật: 1 trường hợp thủng bao xơ tuyến tiền liệt được điều trị theo dõi ổn định.

Bảng 4. Biến chứng trong thời gian nằm

viện sau PT (N=68)

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu	2	2,9
Sốt nhiễm khuẩn niệu	2	2,9
Tắc thông niệu đạo	3	4,4
Bí đái sau rút sonde	5	7,4
Tổng	12	17,6

Bảng 5. Mức độ cải thiện sau PT

Thời gian	IPSS			QoL			Qmax			PVR		
	Số BN	Trung bình	P	Số BN	Trung bình	P	Số BN	Trung bình	P	Số BN	Trung bình	P
Trước PT	68	23,84 ± 3,65	<0,001	68	5,37 ± 0,67	<0,001	44	6,97 ± 2,85	<0,001	44	63,68 ± 24,05	<0,001
Sau 1 tháng	68	6,76 ± 1,54		68	0,87 ± 0,64		44	16,66 ± 3,67		44	10,77 ± 4,19	
Trước PT	64	23,72 ± 3,60	<0,001	64	5,39 ± 0,66	<0,001	33	7,07 ± 3,10	<0,001	33	65,58 ± 26,09	<0,001
Sau 3 tháng	64	5,30 ± 1,41		64	0,66 ± 0,57		33	20,65 ± 2,67		33	6,70 ± 2,66	
Trước PT	64	23,72 ± 3,60	<0,001	64	5,39 ± 0,66	<0,001	24	6,86 ± 2,92	<0,001	24	65,17 ± 26,81	<0,001
Sau 6 tháng	64	4,17 ± 1,23		64	0,53 ± 0,53		24	23,05 ± 1,80		24	3,67 ± 2,26	

Bảng 6. Đánh giá kết quả điều trị (n=68)

Kết quả PT		Số BN	Tỷ lệ %
Thành công	Tốt	66	97,1
	Trung bình	2	2,9
Thất bại		0	0
Tổng		68	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Theo Hiệp hội Niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) thì TSLTTTL thường gặp ở nam giới lớn tuổi, tỷ lệ mắc tăng theo tuổi.³ Theo Brierly (2001), PT nội soi cắt đốt TTL qua niệu đạo ở những BN trên 80 tuổi có tỉ lệ thành công khoảng 80%.⁴ Mặc dù tuổi trên 80 có liên quan rõ rệt đến các biến chứng sau PT, nhưng phần lớn BN sau PT có thể tự tiểu được và hài lòng với kết quả điều trị. Những BN TSLTTTL đã có biến chứng bí tiểu thì thời gian mắc bệnh lâu, ngoài các biến chứng tiết niệu còn các bệnh lý nội khoa toàn thân phối hợp khác. Điều này ảnh hưởng đến việc lựa chọn tiếp tục điều trị nội khoa hay PT, phương pháp PT, phương pháp vô cảm cũng như điều trị, chăm sóc trước và sau PT.

PSA là kháng nguyên đặc hiệu cho TTL tuy nhiên cần lưu ý, nồng độ PSA huyết thanh có mối tương quan với tuổi và thay đổi không chỉ do ung thư TTL mà còn có thể do TSLTTTL, viêm và chấn thương.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ PSA huyết thanh toàn phần trung bình là 7,71 ng/ml, cao nhất là 27,1 ng/ml và thấp nhất là 0,6 ng/ml. Trong mẫu 316 đối tượng của Cao Xuân Thành và cs, nồng độ PSA huyết thanh toàn phần ở mức < 4ng/ml chiếm 75,30%, 4 – 10ng/ml chiếm 10,67% và > 10ng/ml chiếm 14,03%.⁶ Nồng độ PSA trung bình trong nghiên cứu trên 118 đối tượng của Hoàng Văn Công là 9,19ng/ml (0,29 – 40,29ng/ml), trong đó 33,1% > 10ng/ml.⁷

Nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với các nghiên cứu khác ở nồng độ PSA toàn phần. Có một điều thấy rõ là dù với các tỉ lệ khác nhau có thể do cỡ mẫu nhưng ở các nghiên cứu được tham khảo và cả nghiên cứu của chúng tôi đều có tỉ lệ PSA toàn phần > 10ng/mL khá cao – mức được xem như tiêu điểm cho ung thư TTL. Tuy nhiên, tất cả các BN đều có kết quả mô bệnh học là TSLTTTL. Điều này có thể chỉ ra rằng PSA tăng cao (> 10ng/ml) ngay cả trong bệnh lý TSLTTTL phù hợp với quan điểm của Đỗ Thị Khánh Hỷ về nồng độ PSA ở người Việt Nam.⁵ Ngoài ra, các đối tượng nghiên cứu đa số đều ở độ tuổi lớn (>50 tuổi), có thể tích TTL lớn

và 1/3 số BN vào viện với lý do là bí tiểu cấp cần đặt sonde dẫn lưu đường tiểu dưới làm ảnh hưởng đến nồng độ PSA.

4.2. Kết quả điều trị. Trong PT cắt đốt NS TTL qua niệu đạo, thời gian PT là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến các biến chứng sau mổ. Nghiên cứu của Riedinger (2019) cho thấy việc kiểm soát thời gian PT dưới 90 phút giúp giảm đáng kể tỉ lệ các biến chứng, nguy cơ biến chứng tăng lên đáng kể đối với các trường hợp kéo dài hơn 120 phút.⁸ Thời gian PT được tính từ khi đặt máy và cắt lát cắt đầu tiên cho đến khi kết thúc đặt thông niệu đạo BQ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian PT trung bình là 50,74 ± 14,74 phút, nhóm có thời gian mổ ≤ 60 phút là 46 trường hợp chiếm tỷ lệ 67,6%, nhóm có thời gian mổ ≥ 60 phút là 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 32,4% (Bảng 1). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn với một số tác giả khác như nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng (2015) có thời gian PT trung bình là 70 phút,⁹ trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Công (2021) thời gian PT là 56,78 ± 16,78 phút.⁷

Lượng dịch rửa TB là 25,6 lít (Bảng 1), nhiều hơn so với Bùi Văn Tùng là 17,1 lít.¹⁰ Dịch rửa dùng nhiều thì việc quan sát phẫu trường sẽ dễ dàng hơn và đương nhiên là thể tích tuyến càng lớn, thời gian gian PT dài thì lượng dịch rửa sẽ tăng lên.

Cắt đốt nội soi là một PT gây chảy máu trên toàn bộ diện cắt, việc cầm máu lại không được lạm dụng đốt trên diện rộng. Chính vì vậy sau cuộc mổ vẫn có thể còn những mạch máu nhỏ chảy rỉ rả làm cho dịch có màu hồng, mặt khác còn có những mảnh cắt nhỏ ở trong BQ chưa được lấy ra hết sau PT thì có thể theo dịch rửa qua thông niệu đạo ra ngoài. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian lưu thông tiểu trung bình là 3,46 ± 0,80 ngày, thời gian lưu thông tiểu ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 6 ngày (Bảng 3). Tỉ lệ BN có thời gian lưu thông tiểu từ 2 đến 3 ngày sau PT chiếm đa số (61,8%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng (2015) với thời gian lưu thông tiểu trung bình là 4,7 ngày,⁹ nghiên cứu của Nguyễn Kim Tuấn (2019) là 4 ngày, nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Lê Trọng Khôi (2015) với thời gian lưu thông tiểu trung bình là 2,54 ± 0,97 ngày. Sau rút thông tiểu lần thứ nhất, đa số BN đều tự tiểu được ngay với 92,6%. Nghiên cứu của chúng tôi có 5 BN bí tiểu cấp sau rút thông tiểu (7,4%). Các trường hợp bí tiểu sau PT được chúng tôi xử trí bằng cách đặt lại thông niệu đạo, kết hợp điều trị nội khoa với kháng viêm

NSAIDs và chẹn thụ thể alpha alfuzosin. Sau 2- 3 ngày rút thông tiểu thì BN tự tiểu được tốt và không xảy ra bí tiểu trở lại trong thời gian theo dõi sau khi ra viện. Theo tác giả Rassweiler (2006), tỉ lệ bí tiểu cấp sau rút thông tiểu sau mổ là từ 3 - 9%, nguyên nhân thường là do suy giảm trương lực cơ chóp BQ hơn là do cắt bỏ TTL chưa đạt yêu cầu.

Thời gian hậu phẫu TB trong nghiên cứu là $5,00 \pm 1,57$ ngày (Bảng 3). Nguyễn Hữu Ngọc (2022), thời gian hậu phẫu TB là $6,8 \pm 2,9$ ngày, thời gian điều trị sau PT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và tương quan thuận với thời gian lưu thông tiểu ($p < 0,001$). Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu tại Nepal (2021) cũng cho thấy việc rút thông tiểu sớm có thể giảm thời gian nằm viện, giảm nguy cơ nhiễm trùng do lưu thông tiểu kéo dài.

Lượng HST trung bình sau PT thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với lượng HST trung bình trước PT, lượng HST trung bình là 17,51, tương tự như các tác giả Al – Rawashdah (2017) là 16,3 g/l; Otaola – Arca (2021) là 10,0 g/l.

Không ghi nhận trường hợp nào bị chứng NS trong và sau PT. Nồng độ Na⁺ máu trước và sau PT đều trong giới hạn bình thường (137,55 mmol/l và 135,29 mmol/l), trong đó có 56/68 BN ghi nhận có Na⁺ máu sau PT giảm so với trước PT, tính ưu việt của sử dụng dịch rửa là NaCl 0.9% trong PT của phương pháp B-TURP ít làm giảm nồng độ ion Na⁺ trong máu ngoại vi do máu bị hoà loãng dịch rửa hấp thu vào hệ thống tuần hoàn trong quá trình PT.

Thủng bao xơ TTL gây ra tình trạng thoát dịch rửa ra vùng tiểu khung. BN trong nhóm nghiên cứu bị thủng bao xơ tại vị trí 3 giờ trong PT được xử trí đốt điện và chèn bóng của ống thông niệu đạo sau PT, theo dõi diễn biến hậu phẫu BN ổn định không cần can thiệp thêm. Một ưu điểm đối với dao đốt lưỡng cực khi xử lý các tổn thương thủng bao xơ TTL không làm toác rộng ra như dao đốt đơn cực mà làm cho chỗ tổn thương co nhỏ lại.

Chảy máu luôn là biến chứng, nên khi cắt cùng một lúc có nhiều mạch máu cùng chảy theo nhiều hướng khác nhau đặc biệt là các điểm hay chảy máu ở các vị trí 2h, 5h, 7h, 10h (Badenoch), hoặc do thủng vỏ tuyến dẫn đến chảy máu ở xoang tĩnh mạch. Nguyên nhân gây chảy máu lại phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng viêm nhiễm, khối lượng lớn, trình độ của phẫu thuật viên. Xử trí chảy máu sau mổ trước tiên bơm căng bóng kéo bóng của thông niệu đạo, duy trì tốc độ rửa hợp lý, dùng thuốc

cầm máu, giảm đau thích hợp, truyền máu khi có ảnh hưởng đến huyết động hoặc Hb < 9 g/dl, nếu tình trạng chảy máu không cải thiện chúng tôi tiến hành đặt máy kiểm tra lại các điện cực để cầm máu. Trong nghiên cứu này có 2 BN (2.9%) có biến chứng chảy máu và không cần can thiệp.

Nghiên cứu của Mohee A.R (2016) cho rằng có thể vi khuẩn gây NK đường tiết niệu là từ TTL bị tổn thương. Nghiên cứu có 2 trường hợp bị sốt nhiễm khuẩn niệu sau mổ chiếm tỷ lệ 2,9% (bảng 4) phải cấy nước tiểu dùng theo kháng sinh đồ là nhóm cephalosporin thế hệ 4, thời gian điều trị sau PT kéo dài đến 14 ngày. Vì thế các tác giả cho rằng cần phải khống chế được tình trạng nhiễm khuẩn trước mổ. Mức độ cải thiện IPSS, QoL, Qmax, PVR sau các khoảng thời gian 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng là có ý nghĩa (Bảng 5). Kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác và cũng thể hiện hiệu quả của phẫu thuật. PT B-TURP được xem là thành công khi BN trải qua PT an toàn, đạt được mục đích của PT là giải quyết tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới khi ra viện, không có tai biến, biến chứng phải chuyển sang phương pháp PT khác. Tỷ lệ thành công của B-TURP trong nghiên cứu này là 100% (Bảng 6), đa số các nghiên cứu đều có tỷ lệ 100%; Kranzbühler B. (2013) có 1/83 BN thể tích tuyến 110ml tai biến chảy máu trong PT, chuyển TURP.

V. KẾT LUẬN

Cắt đốt nội soi bằng lưỡng cực trong TSLTTTL mang lại hiệu quả cao trong điều trị, an toàn và hạn chế được nhiều biến chứng, giảm thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, et al.** EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Eur Urol. 2015;67(6):1099-1109. doi:10.1016/j.eururo.2014.12.038
2. **Botto H, Leuret T, Barré P, Orsoni JL, Hervé JM, Lugagne PM.** Electrovaporization of the prostate with the Gyrus device. J Endourol. 2001;15(3):313-316. doi:10.1089/089277901750161917
3. **Parsons JK, Dahm P, Köhler TS, Lerner LB, Wilt TJ.** Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline Amendment 2020. J Urol. 2020;204(4): 799-804. doi: 10.1097/JU.0000000000001298
4. **Brierly RD, Mostafid AH, Kontothanassis D, Thomas PJ, Fletcher MS, Harrison NW.** Is transurethral resection of the prostate safe and effective in the over 80-year-old? Ann R Coll Surg Engl. 2001;83(1):50-53

5. **Đỗ Thị Khánh Hy**, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học của u tuyến tiền liệt và đánh giá vai trò của PSA huyết thanh trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2004.
6. **Cao Xuân Thành**, "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện Trung ương Huế". Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16 (3), Tr. 278-282, 2012.
7. **Hoàng Văn Công**, "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y dược Đại học Thái Nguyên, 226(05), tr. 24-28, 2021.
8. **Riedinger CB, Fantus RJ, Matulewicz RS, Wertz RP, Rodriguez JF, Smith ND.** The impact of surgical duration on complications after transurethral resection of the prostate: an analysis of NSQIP data. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2019;22(2):303-308. doi:10.1038/s41391-018-0104-3
9. **Nguyễn Thanh Tùng**, "Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt đốt nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, 2015.
10. **Nguyễn Trường An**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u lành tính tuyến tiền liệt bằng nội soi qua niệu đạo". Y học TP. Hồ Chí Minh, 12 (4), Tr. 187 - 192, 2008.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL VÀ CARBOPLATIN BƯỚC 1 TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN IV TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thu Trang¹, Đỗ Anh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ Paclitaxel và Carboplatin bước 1 trên bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IV tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu được thực hiện trên 54 người bệnh ung thư thực quản giai đoạn IV trong thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị là 51,8% (đáp ứng một phần là 44,4% và đáp ứng toàn bộ là 7,4%). Các triệu chứng nuốt nghẹn, đau khi nuốt, sặc được cải thiện sau điều trị. Các tác dụng không mong muốn hay xảy ra gồm buồn nôn, nôn, rụng tóc. Tác dụng phụ trên huyết học có tỷ lệ thấp và có thể kiểm soát được. **Kết luận:** Phác đồ điều trị này nên được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị người bệnh ung thư thực quản giai đoạn IV do tính an toàn và dung nạp tốt. **Từ khóa:** Hóa trị, ung thư thực quản, Paclitaxel và Carboplatin

SUMMARY

RESULTS OF FIRST-STEP PACLITAXEL AND CARBOPLATIN CHEMOTHERAPY REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE IV ESOPHAGEAL CANCER AT K HOSPITAL

Objective: Evaluating the results of first-step Paclitaxel and Carboplatin chemotherapy regimen in patients with stage IV esophageal cancer at K hospital. **Methods:** A retrospective and prospective descriptive study were conducted on 54 people with stage IV esophageal cancer from March 2023 to October 2023.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

Results: The rate of patients responding to treatment was 51.8% (partial response was 44.4% and complete response was 7.4%). Symptoms of choking, pain when swallowing, and choking improved after treatment. Common unwanted effects include nausea, vomiting, and hair loss. Hematological side effects have a low rate and can be controlled. **Conclusion:** This treatment regimen should be applied more commonly in the treatment of patients with stage IV esophageal cancer due to its safety and good tolerability. **Keywords:** Chemotherapy, Esophageal Cancer, Paclitaxel and Carboplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính được hình thành từ sự phát triển bất thường của tế bào niêm mạc thực quản. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư thực quản đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc (604.000 ca mắc mới) và thứ 6 về tỷ lệ tử vong (544.000 ca tử vong).[1] Tại Việt Nam năm 2020 có tổng cộng 3281 trường hợp ung thư thực quản chiếm tỷ lệ 1,7%, trong đó có 3080 (2,5%) trường hợp tử vong do bệnh này.[2]

Phác đồ điều trị phù hợp với thể trạng và giai đoạn bệnh giúp làm bệnh tiến triển chậm lại và kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Phẫu thuật, xạ trị, hoá trị là ba phương pháp chủ yếu, đối với giai đoạn sớm phương pháp phẫu thuật đem lại hiệu quả tốt hơn với thời gian sống thêm cao hơn. Tuy nhiên ở các giai đoạn muộn hơn việc phối hợp hoá xạ trị đang được xem là xu thế chung trong phác đồ điều trị ung thư thực quản trên thế giới. Phác đồ gồm các thuốc nhóm Taxan và Platin đang được sử dụng rộng rãi và phù hợp với điều kiện kinh tế với đa số các bệnh