

# EVALUATION OF LAPAROSCOPIC SEMINAL VESICULECTOMY OUTCOMES FOR HEMATOSPERMIA TREATMENT AT THE CENTER FOR ANDROLOGY AND SEXUAL MEDICINE, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2021-2024

Trinh Hoang Giang\*, Bui Van Quang, Pham Thi Thu Trang

*Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hang Bong, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam*

Received: 12/04/2024

Revised: 22/04/2024; Accepted: 04/05/2024

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the outcomes of laparoscopic seminal vesiculectomy in patients treated for hematospermia at the Center for Andrology and sexual medicine, Viet Duc University Hospital.

**Method:** This retrospective descriptive case series analyzed 36 patients who underwent laparoscopic seminal vesiculectomy for hematospermia at the Center for Andrology and sexual medicine, from January 2021 to March 2024.

**Results:** The average age was  $51.4 \pm 11.8$  years. All patients have 2 or more children. Average surgery time was  $188.3 \pm 18.3$  (min). Average hospital stay  $8.7 \pm 2.9$  (days). Number of trocars used in each surgery: 28 patients (77.8%) used 4 trocars and 8 patients (22.2%) used 5 trocars. Complications during surgery: 3 patients (8.3%) (2 patients with bladder perforation and 1 patient with ureteral burn). No patient lost blood and needed blood transfusion during or after surgery. No patients had to be converted to open surgery. 2 patients (5.5%) had persistent hematuria after 1 month of re-examination. Pathological characteristics: chronic inflammation, congestion and bleeding of seminal vesicles 72.2% (26 patients), seminal vesicle Amyloid deposition disease 13.9% (5 patients), seminal vesicle cyst bleeding 8.3% (3 patients), malignant lymphoma Calculated 5.6% (2 patients). Median follow-up was 8 months (3-16). All patients no longer had hematospermia after surgery. 97.2% of patients were satisfied with the surgical results. Surgery did not affect the erectile function of the penis. Surgery reduced semen volume and sperm count.

**Conclusion:** Laparoscopic seminal vesiculectomy is a safe and effective method for patients with hematospermia due to seminal vesicle bleeding. Surgery itself does not significantly affect erectile function. The volume of semen and amount of sperm are reduced that stem from surgery.

*Keywords:* Laparoscopic, Seminal vesiculectomy, Hematospermia.

---

\*Corresponding author

Email address: [hoanggiang.trinh@gmail.com](mailto:hoanggiang.trinh@gmail.com)

Phone number: (+84) 906 112 868

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1181>

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CẮT TÚI TINH ĐIỀU TRỊ XUẤT TINH MÁU TẠI TRUNG TÂM NAM HỌC, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TỪ 2021 ĐẾN 2024

Trịnh Hoàng Giang\*, Bùi Văn Quang, Phạm Thị Thu Trang

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, Hàng Bông, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 04 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 22 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh điều trị xuất tinh máu tại Trung tâm Nam Học, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 2021 đến 2024.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 36 bệnh nhân (BN) xuất tinh máu có chỉ định được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh tại Trung tâm Nam học từ tháng 1/2021 đến tháng 3/2024.

**Kết quả:** Độ tuổi trung bình là  $51,4 \pm 11,8$ . Tất cả các BN đều có từ 2 con trở lên. Thời gian phẫu thuật trung bình  $188,3 \pm 18,3$  (ph). Thời gian nằm viện trung bình  $8,7 \pm 2,9$  (ngày). Số trocar dùng trong mỗi lần phẫu thuật: 28 BN (77,8%) sử dụng 4 trocar và 8 BN (22,2%) sử dụng 5 trocar. Biến chứng trong mổ: 3 BN (8,3%) (2BN thủng bàng quang và 1BN bong niệu quản). Không có BN mất máu cần truyền máu trong và sau mổ. Không có bệnh nhân phải chuyển mổ mở. 2 BN (5,5%) đái máu dai dẳng sau khi khám lại 1 tháng. Đặc điểm giải phẫu bệnh: Viêm mạn tính xung huyết chảy máu túi tinh 72,2% (26 BN), bệnh lý lắng đọng Amyloid túi tinh 13,9% (5BN), nang túi tinh chảy máu 8,3% (3 BN), u lympho ác tính 5,6% (2 BN). Thời gian theo dõi trung bình là 8 tháng (3-16). Tất cả BN không còn hiện tượng xuất tinh máu sau mổ. Có 97,2 % BN hài lòng với kết quả phẫu thuật. Phẫu thuật không ảnh hưởng tới chức năng cương cứng của dương vật. Phẫu thuật làm giảm thể tích tinh dịch và số lượng tinh trùng.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với bệnh nhân xuất tinh máu do chảy máu túi tinh. Phẫu thuật không ảnh hưởng tới chức năng cương cứng của dương vật. Phẫu thuật làm giảm số lượng tinh dịch và tinh trùng sau mổ.

**Từ khóa:** Nội soi, cắt túi tinh, xuất tinh máu.

\*Tác giả liên hệ

Email: hoanggiang.trinh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 906 112 868

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1181>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất tinh máu ở nam giới là dấu hiệu có thể gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau ở cơ quan sinh dục nam có thể từ túi tinh, tinh hoàn, tuyến tiền liệt... Nhưng nguyên nhân thường gặp nhất là do chảy máu từ túi tinh [1,2]. Các nguyên nhân gây chảy máu ở túi tinh: viêm túi tinh, nang túi tinh, bệnh amyloid của túi tinh, u túi tinh... [2]. Viêm túi tinh là nguyên nhân thường gặp gây chảy máu túi tinh dẫn đến xuất tinh máu. Phần lớn điều trị viêm túi tinh bằng nội khoa đem lại kết quả tốt. Tuy nhiên, viêm túi tinh khi điều trị nội khoa thất bại, bệnh tái phát dai dẳng khiến cho bệnh nhân tâm lý tiêu cực và là thách thức của các bác sĩ tiết niệu, nam học [2]. Trong khi đó các nguyên nhân khác gây chảy máu túi tinh như: nang túi tinh, u túi tinh, bệnh amyloid của túi tinh... lại là các bệnh lý đòi hỏi cần phẫu thuật vì phần lớn không điều trị nội khoa được [1]. Do vậy, với những trường hợp viêm túi tinh điều trị nội khoa không kết quả hay tái phát, nang túi tinh chảy máu, u túi tinh hay bệnh amyloid của túi tinh thì phẫu thuật cắt túi tinh qua nội soi ổ bụng được tiến hành để giải quyết triệt để nguyên nhân gây ra xuất tinh máu [2].

Phương pháp nội soi cắt bỏ túi tinh được mô tả lần đầu tiên vào năm 1993 bởi Kavoussi và cộng sự [3]. Từ đó cho đến nay có các bài báo cáo ca bệnh lâm sàng phát triển phẫu thuật này. Năm 2012, Ploumidis A và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp bệnh nhân xuất tinh máu do nang túi tinh được phẫu thuật nội soi cắt túi tinh có robot hỗ trợ, kết quả phẫu thuật an toàn, bệnh nhân sau mổ không còn triệu chứng xuất tinh máu [4]. Năm 2017, Mello MF và cộng sự đã báo cáo 3 trường hợp xuất tinh máu do viêm túi tinh được phẫu thuật cắt túi tinh nội soi và cho kết quả tốt [5]. Gần đây nhất 8.2023, Satariano M báo cáo trường hợp nội soi ổ bụng cắt 2 túi tinh có robot hỗ trợ do viêm túi tinh chảy máu đem lại kết quả tốt sau phẫu thuật [2].

Tại Trung tâm Nam Học- Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh điều trị xuất tinh máu từ tháng 01.2021. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu bước đầu đánh giá kết quả điều trị của phẫu thuật.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN chảy máu túi tinh gây xuất tinh máu được

phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh tại Trung tâm Nam học từ tháng 1/2021 đến tháng 3/2024.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu

- Tất cả BN được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh trong thời gian nghiên cứu.

- Có đầy đủ thông tin bệnh án nghiên cứu

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có đầy đủ các tiêu chí đánh giá theo mẫu bệnh án.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh hồi cứu.

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu. Thực tế nghiên cứu thu thập cỡ mẫu là 36 bệnh nhân.

### 2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, Thời gian phẫu thuật (ph); thời gian nằm viện(ngày); thời gian lưu dẫn lưu ổ bụng (ngày); thời gian theo dõi sau mổ (tháng)

- Đặc điểm giải phẫu bệnh

- Số lượng Trocar: 4 hoặc 5 trocar cho mỗi phẫu thuật; số lượng máu mất trong mổ (ml)

- Số bệnh nhân chuyển mổ mở: có/không

- Túi tinh cắt: Bên phải/ bên trái/ cả 2 bên

- Xuất tinh máu sau mổ: có/ không, số lượng tinh dịch (ml),

- Mức độ hài lòng: không hài lòng/ hài lòng/ rất hài lòng

- Đánh giá mức độ rối loạn cương dương (RLCD) sau mổ bằng bộ câu hỏi trắc nghiệm về RLCD IIEF-5 [6].

### 2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

Thông tin nhân khẩu học và dữ liệu lâm sàng, bao gồm chẩn đoán và điều trị, được lấy từ hồ sơ bệnh án. Tiến hành khảo sát trực tiếp với bộ câu hỏi được bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. Nghiên cứu viên sẽ liên hệ với BN sau điều trị để đánh giá sự hài lòng của BN và tình trạng cương dương của BN sau mổ.

### 2.6. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được quản lý bằng phần mềm EXCEL. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số định tính được tính

toán theo tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức cho đề tài cấp cơ sở của bệnh viện Việt Đức. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Bệnh nhân được cung cấp mục tiêu, quy

trình thực hiện nghiên cứu và chấp thuận đồng ý tham gia nghiên cứu.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 3/2024, nghiên cứu đã thu nhận được 36 BN chảy máu túi tinh gây xuất tinh máu được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh tại Trung tâm Nam học. Đặc điểm của các bệnh nhân như sau:

*Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 36)*

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
<b>Tuổi</b>	51,6± 11,8	
<b>Kết quả giải phẫu bệnh</b>		
Viêm xung huyết chảy máu	26	72,2 %
Nang túi tinh chảy máu	3	8,3%
U lympho ác tính	2	5,6%
Lắng đọng Amyloid	5	13,9%

Trong tổng số 36 người tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 51,6, với người trẻ nhất là 33 tuổi, người già nhất là 84 tuổi. Tất cả đối tượng trong nghiên cứu đều đã có từ 2 con trở lên. Kết quả chẩn đoán giải phẫu

bệnh cho thấy, chủ yếu có hình ảnh viêm xung huyết chảy máu túi tinh (72,2%), có 5 BN bệnh lắng đọng Amyloid (13,9%), 3 BN có nang túi tinh chảy máu (8,3%), 2 BN có u lympho ác tính (5,6%).

*Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n = 36)*

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
<b>Cách thức phẫu thuật</b>		
Cắt 1 bên túi tinh	8	22,2
Cắt 2 bên túi tinh	28	77,8
<b>Số lượng trocar</b>		
5	8	22,2
4	28	77,8
<b>Thời gian phẫu thuật (phút)</b>		
Trung bình	188,3±18,3	

Về đặc điểm phẫu thuật, BN chủ yếu được phẫu thuật nội soi cắt 2 bên túi tinh, chiếm tỷ lệ 77,8%, có 8 BN nội soi chỉ cắt 1 bên. Số lượng trocar được sử dụng dao

động từ 4-5 cái, tùy vào cách thức phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 188,3 phút, với ngắn nhất là 160 phút, lâu nhất là 220 phút.



**Bảng 3. Kết quả điều trị (n = 36)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
Biến chứng trong mổ	3	8,3%
Đái máu sau mổ	7	19,4%
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	4,1 ± 1,2	
Thời gian nằm viện (ngày)	8,7 ± 2,9	

Về kết quả điều trị trong thời gian nằm viện, thời gian nằm viện trung bình là 8,7 ngày với lâu nhất là 16 ngày, thời gian ngắn nhất là 5 ngày. Chúng tôi thường đặt 2 dẫn lưu: 1 dẫn lưu ngoài phúc mạc và 1 dẫn lưu

Douglas. Thời gian rút hết 2 dẫn lưu là 4,1 ngày. Biến chứng trong mổ 8,3%. Tất cả BN không còn hiện tượng xuất tinh máu sau mổ.

**Bảng 4. Đặc điểm chức năng tình dục trước phẫu thuật (n = 36)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
<b>Mức độ RLCD theo IIEF - 5</b>		
Không có RLCD	7	19,4
RLCD mức độ nhẹ	28	77,8
RLCD từ nhẹ đến vừa	1	2,8
Trung bình điểm IIEF-5	19,2 ± 2,1	
Trung bình số lượng tinh dịch (ml)	3,5 ± 0,5	

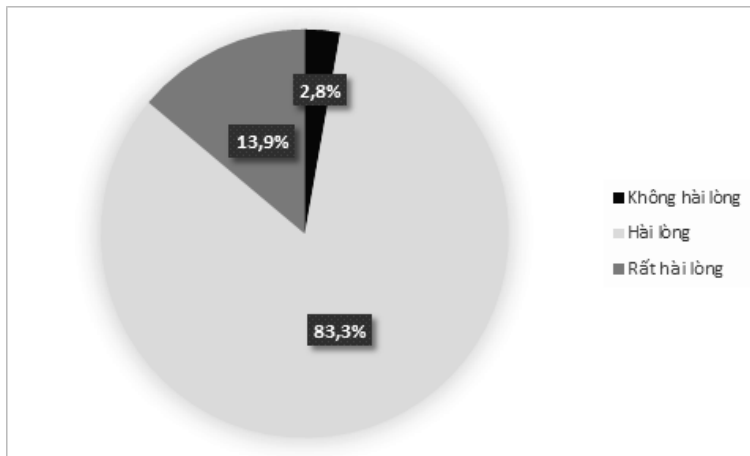
**Bảng 5. Đặc điểm chức năng tình dục sau phẫu thuật (n = 36)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
Quan hệ tình dục sau phẫu thuật	20	55,6
Thời gian theo dõi trung bình ( tháng)	8,0 ± 3,2	
Trung bình điểm IIEF-5	19,2 ± 2,1	
<b>Trung bình số lượng tinh dịch (ml)</b>		
Trước mổ	3,5 ± 0,5	P= 0,025
Sau mổ	0,9 ± 0,1	
Giảm số lượng tinh trùng	36/36 BN	

Về đánh giá chức năng tình dục thì phẫu thuật không làm ảnh hưởng đến khả năng cương dương của bệnh nhân, có gần 1 nửa bệnh nhân báo cáo có quan hệ tình dục thường xuyên sau mổ (56%). Phần lớn BN có triệu chứng RLCD mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 77,8%. Chỉ có

1 BN có RLCD từ nhẹ đến vừa (2,8%). Trung bình thể tích tinh dịch và số lượng tinh trùng sau mổ của bệnh nhân ít hơn so với bình thường. Số lượng tinh dịch giảm so với trước mổ và có ý nghĩa thống kê.

**Biểu đồ 1. Mức độ hài lòng sau phẫu thuật (n = 36)**



Phần lớn bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 97,2%. Chỉ có 1 bệnh nhân không hài lòng do cảm thấy đau nhiều trong thời gian nằm viện, chiếm tỷ lệ 2,8%.

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng chảy máu túi tinh có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi ở người trưởng thành, với độ tuổi trung bình là 51,6, với người trẻ nhất là 33 tuổi, người già nhất là 84 tuổi. Kết quả này tương tự Xiaoyong Dong đã tổng hợp 22 báo cáo ca lâm sàng về chảy máu túi tinh ở bệnh nhân u nang túi tinh. Kết quả cho thấy độ tuổi của bệnh nhân trung bình là 48 tuổi (khoảng vi tứ phân vị từ 40–52 tuổi) [7]. Mello MF có độ tuổi trung bình là 53 tuổi, tác giả Zhang cũng cho thấy độ tuổi trung bình là 51 tuổi [5,7]

Về chỉ định mổ và kết quả giải phẫu bệnh, chúng tôi có 5/36 BN chỉ định mổ tuyệt đối ngay từ đầu. Do 5BN nói trên khi chụp IRM thấy có hình ảnh khối ở túi tinh với triệu chứng lâm sàng xuất tinh máu. Và kết quả giải phẫu bệnh 2 BN u lympho của túi tinh và 3 BN u nang túi tinh chảy máu. 31 BN chúng tôi chỉ định mổ do xuất tinh máu dai dẳng kéo dài hoặc điều trị nội khoa thất bại. Đáng chú ý có 5/31BN nêu trên giải phẫu bệnh là amyloidosis của túi tinh. Bệnh amyloidosis túi tinh là một quá trình lắng đọng amyloid dưới biểu mô túi tinh. Triệu chứng phổ biến nhất là xuất tinh máu [1]. Sự lắng đọng amyloid dưới biểu mô được báo cáo với tần suất khác nhau ở những bệnh nhân lớn tuổi và do đó có thể xảy ra đồng thời với các khối u ác tính khác của vùng tiểu khung [1]. Mello MF đánh giá 3 BN chảy máu túi tinh, kết quả giải

phẫu bệnh cho thấy bệnh amyloidosis xuất hiện ở 1/3 BN [5]. Mello MF chỉ ra tình trạng xuất tinh máu tái phát và dai dẳng ở người hơn 40 tuổi tiềm ẩn những bệnh lý nghiêm trọng khác có thể gặp phải [5].

Đã có nhiều cách tiếp cận khác nhau để cắt túi tinh chảy máu gây xuất tinh máu. Phẫu thuật mổ mở qua đường bụng, qua đường tầng sinh môn hay đường xuyên qua xương cùng cụt đã được đề cập đến [4]. Tuy nhiên các phẫu thuật mổ mở cho thấy nhiều biến chứng và đau sau mổ đáng kể cho BN. Mổ mở mang tính xâm lấn cao và kỹ thuật bị hạn chế bởi phẫu trường hẹp. Trong khi đó việc nội soi can thiệp qua đường niệu đạo chỉ giành cho các bệnh lý ít phức tạp, các tổn thương nhỏ và không phải lúc nào cũng thực hiện được [4]. Phương pháp nội soi ổ bụng cắt túi tinh được mô tả lần đầu tiên vào năm 1993 bởi Kavoussi và cộng sự. Kể từ đó các báo cáo cho thấy nội soi cắt túi tinh điều trị xuất tinh máu đem lại tỷ lệ thành công cao, mất máu tối thiểu, thời gian hồi phục nhanh và giảm đau sau mổ cho bệnh nhân. Những năm gần đây có các báo cáo sử dụng robot để phẫu thuật cắt túi tinh mang lại hiệu quả cao hơn nữa. Với kinh nghiệm ngày càng tăng về các kỹ thuật nội soi và robot, hầu hết các tình trạng lành tính và khối u nguyên phát của túi tinh đều có thể được tiếp cận bằng các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu [4].

Alves LJ báo cáo cắt túi tinh nội soi có robot hỗ trợ thời gian phẫu thuật 100 ph với lượng máu mất dưới 50ml [8]. Mello MF mổ nội soi ổ bụng thời gian phẫu thuật trung bình 55 ph[5]. Tác giả McDougall đánh giá 12 ca lâm sàng cắt bỏ túi tinh bằng nội soi cho thấy tổng thời gian phẫu thuật dao động từ 90 ph đến 364 ph, với thời gian phẫu thuật trung bình là 183 ph [9] Thời gian nằm viện dao động từ 1 đến 5 ngày, thời gian nằm viện trung

bình là 2 ngày. Không có biến chứng đáng kể nào được ghi nhận [9]. Ploumidis A tổng kết qua 6 báo cáo khác nhau khi cắt túi tinh nội soi với robot hỗ trợ thời gian phẫu thuật trung bình từ 120 ph đến 231 ph và lượng máu mất ước chừng 5ml- 50ml [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 188,3 phút. Chúng tôi cũng không có BN nào cần truyền máu trong và sau mổ. Thời gian phẫu thuật qua các nghiên cứu có khác nhau do BN có thể được cắt 1 hoặc cả 2 túi tinh. Chúng tôi cần nhiều BN hơn nữa để rút ngắn thời gian phẫu thuật. Chúng tôi không có BN nào phải chuyển mổ mở.

Các biến chứng đáng kể có liên quan đến phẫu thuật mổ mở cắt túi tinh bao gồm rách thành trực tràng, chấn thương niệu quản, tụ máu tiểu khung ...[1]. Không có nhiều biến chứng trong mổ của phẫu thuật nội soi cắt túi tinh có hoặc không có robot hỗ trợ trong các nghiên cứu. Đây là ưu điểm của phương pháp nội soi ổ bụng cắt túi tinh so với phương pháp mổ mở. Ploumidis A báo cáo có 1 ca biến chứng tụ máu tiểu khung [4]. Campi cũng cho thấy không có biến chứng đáng kể nào được ghi nhận [10]. Hầu hết trong các báo cáo các tác giả đều nhấn mạnh đến 2 vấn đề cần chú ý khi phẫu thuật là tránh tổn thương niệu quản và tránh làm bong điện bó mạch thần kinh cương để hạn chế ảnh hưởng đến chức năng cương cứng sau mổ nhưng đều không có biến chứng trong mổ được ghi nhận [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ biến chứng trong mổ 8,3% (3BN). 1 BN trong quá trình phẫu tích không nhận biết rõ niệu quản phải đã đốt phải niệu quản gây bong niệu quản. BN đã được xử trí trong cùng 1 thì sau khi nội soi ổ bụng cắt túi tinh được nội soi qua đường niệu đạo đặt JJ niệu quản. BN ổn định sau 1 tháng rút JJ. 2 BN bị rách bàng quang trong mổ. 1 BN túi tinh viêm dính nhiều với mặt sau bàng quang trong quá trình phẫu tích gây thủng bàng quang. 1 BN tiền sử trước đó vài năm đã được phẫu thuật nội soi khâu thủng bàng quang do chấn thương khi phẫu tích vào vùng túi tinh do dính mổ cũ nhiều gây thủng bàng quang. Cả 2 BN đều được chúng tôi xử trí bằng cách khâu lại bàng quang qua nội soi. 19,4% BN sau mổ có xông tiểu đỏ do quá trình cắt túi tinh cắt sâu vào chỗ đổ vào tuyến tiền liệt. Thường sau 24-48 h sẽ tự hết. 2 BN sau khi khám lại 1 tháng còn đi tiểu ra máu được chúng tôi điều trị nội khoa với kháng sinh Quinolone kết hợp với thuốc chặn alpha (Xatral). Tất cả BN sau mổ kiểm tra tinh dịch không còn hồng cầu trong tinh dịch và không còn dấu hiệu xuất tinh máu.

Về đánh giá chức năng tình dục trước và sau phẫu thuật thì qua nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật không làm ảnh hưởng đến khả năng cương dương của bệnh nhân so với trước mổ. Hơn 1 nửa bệnh nhân báo cáo có quan hệ tình dục sau mổ (55,6%). Tuy nhiên phẫu thuật làm giảm số lượng tinh dịch và tinh trùng sau mổ có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng phù hợp với tác giả Zhang và cộng sự, khi đánh giá nội soi phúc mạc cắt túi tinh ở 6 BN có u lành tính túi tinh [7]. Tác giả cho thấy trong thời gian theo dõi, cả 6 bệnh nhân đều báo cáo sự cương cứng tự phát và không thể duy trì được sự cương cứng, chỉ có 3 bệnh nhân đủ cương cứng để quan hệ tình dục (50%), tuy nhiên trước đây bệnh nhân cũng trải qua cuộc kiểm tra về mức độ cương dương trước phẫu thuật là yếu hơn so với bình thường.

## 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với bệnh nhân xuất tinh máu do chày máu túi tinh. Phẫu thuật không có biến chứng đáng kể. Phẫu thuật không ảnh hưởng tới chức năng cương cứng của dương vật. Phẫu thuật làm giảm số lượng tinh dịch và tinh trùng sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Brien JC, Fabrizio MD, Laparoscopic and robotic surgery of the seminal vesicles. Smith's Textbook of Endourology; 2012:1152-1159.
- [2] Satariano M, Green O, Parekh N, Robotic-assisted seminal vesiculectomy for treatment of refractory hematospermia. Urol Case Rep, 2023 Aug 21;50:102541. doi: 10.1016/j.eucr.2023.102541. eCollection 2023 Sep. PMID: 37664535.
- [3] Kavoussi LR, Schuessler WW, Vancaillie TG et al., Laparoscopic approach to the seminal vesicles. The Journal of urology; 1993;150(2):417-419.
- [4] Ploumidis A, Sooriakumaran P, Philippou P et al., Robotic-assisted laparoscopic vesiculectomy for lower urinary tract obstruction by a large seminal vesicle cyst. International journal of surgery case reports; 2012;3(8):375-378.
- [5] Mello MF, Andrade HS, Srougi V et al., Step-by-step laparoscopic vesiculectomy for

- hemospermia. *Int Braz J Urol*; 2016;42.
- [6] Rosen RC, Riley A, Wagner G et al., The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*; 1997 Jun;49(6):822-30.
- [7] Zhang D-x, Li Y, Li X-g et al., Transperitoneal laparoscopic excision of primary seminal vesicle benign tumors: surgical techniques and follow-up outcomes. *Urology*; 2013;82(1):237-241.
- [8] Alves LJ, Graça B, Maes K, Salvage Robotic Assisted Seminal Vesiculectomy for Merkel Cell Carcinoma Metastasis. *Acta Med Port*. 2022 Jun 1;35(6):488-491. doi: 10.20344/amp.15925. Epub 2021 Jul 23.
- [9] McDougall EM, Afane JS, Dunn MD et al., Laparoscopic management of retrovesical cystic disease: Washington University experience and review of the literature. *Journal of endourology*; 2001;15(8):815-819.
- [10] Campi R, Serni S, Raspollini MR et al., Robot-assisted laparoscopic vesiculectomy for large seminal vesicle cystadenoma: a case report and review of the literature. *Clinical Genitourinary Cancer*; 2015;13:369-373.

