

EVALUATION OF OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RESECTION OF SEMINAL VESICLE TUMORS FOR THE TREATMENT OF HEMATOSPERMIA AT CENTER FOR ANDROLOGY AND SEXUAL MEDICINE, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Trinh Hoang Giang¹, Nguyen Quang^{1*}, Bui Van Quang¹, Pham Thi Thu Trang¹, Nguyen Quang Y²

¹Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

²Da Nang Traditional Medicine Hospital - Dinh Gia Trinh street, Hoa Xuan Ward, Da Nang City, Vietnam

Received: 10/09/2025

Revised: 29/09/2025; Accepted: 07/10/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic resection of seminal vesicle tumors and the histopathological characteristics of seminal vesicle tumors causing hematospermia.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional study of 8 patients with seminal vesicle tumors who underwent laparoscopic surgery at the Andrology Center, Viet Duc University Hospital, from January 2021 to January 2025.

Results: Patients had a mean age of 49.25 ± 15.8 years. The mean tumor size was 9.6 ± 1.8 cm. The mean operative time was 102.3 ± 18.3 minutes. The mean hospital stay was 5.12 ± 1.9 days. Regarding the number of trocars used: 7 patients (87.5%) required 4 trocars, while 1 patient (12.5%) required 5 trocars. No intraoperative complications occurred, and no conversions to open surgery were necessary. Estimated blood loss was less than 100 ml. Histopathology results: hemorrhagic seminal vesicle cysts in 4 patients (50%), malignant lymphoma in 2 patients (25%), Schwannoma in 1 patient (12.5%), and mixed epithelial and stromal tumor (MEST) in 1 patient (12.5%). All patients maintained normal ejaculation after surgery with no hematospermia. One patient with lymphoma had tumor recurrence 3 months postoperatively. Surgery did not affect erectile function.

Conclusion: Most seminal vesicle tumors are benign. The main clinical presentations are hematospermia and lower urinary tract symptoms. Laparoscopic seminal vesicle tumor resection is safe and can be applied depending on tumor location and size. Surgery should be considered cautiously for tumors larger than 14 cm. The procedure does not impair erectile function.

Keywords: Hematospermia, seminal vesicle tumor, laparoscopic seminal vesicle resection.

*Corresponding author

Email: quangvietduc@gmail.com Phone: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3403>

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

Trịnh Hoàng Giang¹, Nguyễn Quang^{1*}, Bùi Văn Quang¹, Phạm Thị Thu Trang¹, Nguyễn Quang Ý²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng - Đường Đinh Gia Trinh, P. Hòa Xuân, Tp. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận: 10/09/2025

Ngày sửa: 29/09/2025; Ngày đăng: 07/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh và đặc điểm giải phẫu bệnh học u túi tinh gây xuất tinh máu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 8 bệnh nhân u túi tinh được phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021-1/2025.

Kết quả: Bệnh nhân có tuổi trung bình là $49,25 \pm 15,8$. Kích thước khối u trung bình $9,6 \pm 1,8$ (cm). Thời gian phẫu thuật trung bình $102,3 \pm 18,3$ (phút). Thời gian nằm viện trung bình $5,12 \pm 1,9$ (ngày). Số trocar dùng trong mỗi lần phẫu thuật: 7 bệnh nhân (87,5%) sử dụng 4 trocar và 1 bệnh nhân (12,5%) sử dụng 5 trocar. Không có biến chứng xảy ra trong mổ. Không có trường hợp cần chuyển mổ mở. Số lượng máu mất trong mổ dưới 100 ml. Đặc điểm giải phẫu bệnh: nang túi tinh chảy máu 4 bệnh nhân (50%), u lympho ác tính 2 bệnh nhân (25%), Schwannoma 1 bệnh nhân (12,5%), u hỗn hợp biểu mô và mô đệm (MEST) 1 bệnh nhân (12,5%). Tất cả bệnh nhân sau mổ vẫn xuất tinh bình thường và không có máu trong tinh dịch. Có 1 bệnh nhân thể lymphoma tái phát khối u sau phẫu thuật 3 tháng. Phẫu thuật không ảnh hưởng tới chức năng cương cứng của dương vật.

Kết luận: U túi tinh đa phần là u lành tính. Triệu chứng xuất tinh máu và đường tiểu dưới là chủ yếu. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh có độ an toàn và được áp dụng tùy vào vị trí, kích thước của khối u túi tinh. Nên cân nhắc với các khối u có đường kính lớn hơn 14 cm. Phẫu thuật không ảnh hưởng tới chức năng cương cứng của dương vật.

Từ khóa: Xuất tinh máu, u túi tinh, nội soi ổ bụng cắt u túi tinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất tinh máu ở nam giới có nguyên nhân thường gặp nhất là chảy máu ở túi tinh [1]. U túi tinh gây chảy máu túi tinh chưa có nhiều nghiên cứu tổng kết, thường là được báo cáo dưới dạng các ca lâm sàng ít gặp. Chỉ có 10 ca lâm sàng về Schwannoma túi tinh đã được báo cáo [2]. Nang nhầy túi tinh chảy máu cũng mới chỉ báo cáo 22 ca lâm sàng cho đến năm 2018 [3]. Cũng chỉ có 24 trường hợp MEST của túi tinh được báo cáo trong y văn từ năm 1944-2019 [4]. Cách thức phẫu thuật cũng tùy vào kích thước, hình thái của u túi tinh có thể nội soi ổ bụng hoặc nội soi can thiệp qua đường niệu đạo [5].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh và giải phẫu bệnh học u túi tinh gây xuất tinh máu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân có chẩn đoán u túi tinh được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh tại Trung tâm Nam Học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021-1/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh trong thời gian nghiên cứu có đầy đủ thông tin bệnh án nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chí đánh giá.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh hồi cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com Điện thoại: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3403>

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu. Thực tế nghiên cứu thu thập cỡ mẫu là 8 bệnh nhân.

2.4. Biến số và các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện.
- Kích thước đường kính khối u.
- Số lượng trocar, biến chứng trong mổ, số lượng máu mất trong mổ.
- Tinh dịch đồ trước mổ, sau mổ.
- Thang điểm IIEF trước mổ và sau mổ.
- Đặc điểm giải phẫu bệnh.

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 thiết kế sẵn.

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 tỉ 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 Hữu nghị 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 1/2025, nghiên cứu đã thu nhận được 8 bệnh nhân u túi tinh gây xuất tinh máu được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh tại Trung tâm Nam học.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 8)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi		49,25 ± 15,8	
Kết quả giải phẫu bệnh	Nang túi tinh chảy máu	4	50,0
	U lympho ác tính	2	25,0
	MEST	1	12,5
	Schwanoma	1	12,5

Trong tổng số 8 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 49,25, với người trẻ nhất là 24 tuổi, người lớn tuổi nhất là 73 tuổi. Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh cho thấy, nang túi tinh chảy máu 4 bệnh nhân (50%), u lympho ác tính 2 bệnh nhân (25%), Schwannoma 1 bệnh nhân (12,5%), u hỗn hợp biểu mô và mô đệm (MEST) 1 bệnh nhân (12,5%).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n = 8)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kích thước trung bình của u túi tinh (cm)		9,6 ± 1,8	
Số lượng trocar	5 trocar	1	12,5
	4 trocar	7	87,5
Số lượng máu mất (ml)		< 100	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		102,3 ± 18,3	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 102,3 phút; số lượng máu mất trong mổ hầu như không đáng kể (dưới 100 ml).

Bảng 3. Kết quả điều trị (n = 8)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biến chứng mổ	0	
Không còn máu trong tinh dịch	8	100
Tái phát u sau mổ	1	12,5
Thời gian nằm viện (ngày)	5,12 ± 1,9	

Về kết quả điều trị, thời gian nằm viện trung bình là 5,12 ngày. Không có biến chứng trong mổ. 1 bệnh nhân tái phát u sau 3 tháng ở thể lymphoma được điều trị hóa chất tiếp theo. Tất cả bệnh nhân không còn hiện tượng xuất tinh máu sau mổ.

Bảng 4. Đặc điểm chức năng tình dục trước và sau phẫu thuật (n = 8)

Đặc điểm	Trước mổ	Sau mổ	p
Trung bình điểm IIEF-5	19,2 ± 2,1	24,9 ± 0,35	0,025
Trung bình số lượng tinh dịch (ml)	3,5 ± 0,5	3,2 ± 0,1	> 0,15

Về đánh giá chức năng tình dục, phẫu thuật không làm ảnh hưởng đến khả năng cương dương của bệnh nhân, thang điểm trung bình IIEF-5 tăng lên có ý nghĩa thống kê. Trung bình thể tích tinh dịch của bệnh nhân ít hơn so với bình thường. Số lượng tinh dịch giảm so với trước mổ không có ý nghĩa thống kê với p > 0,15.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,25. Theo nghiên cứu của Yu Z và cộng sự thì độ tuổi mắc u túi tinh thường bắt đầu từ tuổi 40 trở lên, khi bệnh nhân có khoảng thời gian đủ dài để tiếp xúc với các tác nhân phơi nhiễm [6].

Do túi tinh nằm ở phần sau của tuyến tiền liệt, phần bên của ống dẫn tinh, đáy bàng quang và trực tràng nên phần lớn các bệnh nhân u túi tinh có thể có các triệu chứng: xuất tinh máu, tiểu máu, tiểu khó, hội chứng đường tiểu dưới (tiểu nhiều lần...) hoặc đau khi đại tiện [7]. Toàn bộ các bệnh nhân của chúng tôi đều có biểu hiện xuất tinh máu. Ngoài xuất tinh máu, bệnh nhân có thể có các triệu chứng khác kèm theo như đái khó, đau tức hạ vị khi đại tiện.

Lựa chọn mổ mở hay mổ nội soi khối u túi tinh tùy thuộc vào vị trí giải phẫu và kích thước của khối u [8]. Mặc dù phẫu thuật mở được coi là phương pháp điều trị dứt điểm, mang lại kết quả tuyệt vời; tuy nhiên nguy cơ gặp các biến chứng đáng kể: tổn thương thành trực tràng và bàng quang, tổn thương niệu quản, bó mạch thần kinh cương dương hay tụ dịch vùng chậu cao hơn nhiều so với các phương pháp phẫu thuật khác. Phương pháp nội soi cho phép tiếp cận trực tiếp và quan sát rõ ràng các túi tinh sau bàng quang. Nguồn cung cấp máu cho túi tinh có thể được kiểm soát tỉ mỉ và các túi tinh có thể được cắt bỏ sạch sẽ khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt và phúc mạc mà không cần xâm nhập vào bàng quang hoặc trực tràng, do đó giảm thiểu biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn và bệnh nhân hồi phục nhanh chóng [9]. Theo nghiên cứu của Tang Q.Z và cộng sự, kích thước đường kính của khối u là 6,3 cm, thời gian nằm viện 3 ngày, sử dụng 4 trocar, thời gian phẫu thuật 2 giờ và lượng máu mất nhỏ [3]. Theo nghiên cứu của Debnath A và cộng sự, kích thước khối u là 10 cm, thời gian phẫu thuật 180 phút, lượng máu mất 100 ml, nội soi 4 trocar [4]. Theo Zhang Y và cộng sự, thời gian phẫu thuật 2 giờ, lượng máu mất khoảng 100 ml, tổng kích thước khối u khoảng 9,3 cm. Robot hỗ trợ, thời gian nằm viện 6 ngày và không thấy tái phát sau 10 tháng [2]. Theo tổng kết của Debnath A [4] và Masuo Y [8], tất cả những khối u có kích thước lớn hơn 14 cm đều được thực hiện bằng mổ mở và có trường hợp phải cắt cả tuyến tiền liệt kèm theo. Kích thước trung bình khối u của chúng tôi là 9,6 cm, có 1 khối u lớn nhất đường kính 12 cm, số lượng máu mất trung bình dưới 100 ml, đa phần chỉ cần 4 trocar; tuy nhiên khi khối u lớn, để làm rõ hơn phẫu trường có thể sử dụng đến 5 trocar vào ổ bụng.

U túi tinh có thể được chia thành khối u lành tính và khối u ác tính. U lành tính bao gồm các loại: u xơ (fibromas), u cơ trơn (leiomyosarcomas), u nang tuyến nhầy (cystadenomas), nang túi tinh đơn thuần, u Schwannoma, u tuyến nhú... U ác tính chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến, sarcoma hoặc lymphoma

của túi tinh, tuy nhiên hiếm gặp [2-3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần là u lành tính bao gồm: nang túi tinh đơn thuần 4 bệnh nhân (50%), Schwannoma 1 bệnh nhân (12,5%), u hỗn hợp biểu mô và mô đệm (MEST) 1 bệnh nhân (12,5%). U ác tính có 2 bệnh nhân u lympho ác tính (25%). Trước năm 2004, u nang tuyến nhầy và MEST được xếp chung cùng một loại. Năm 2004, Tổ chức Y tế Thế giới đã phân biệt hai loại này dựa trên sự xuất hiện của mô đệm tân sinh. Tiêu chuẩn chẩn đoán MEST của Tổ chức Y tế Thế giới bao gồm 3 yếu tố: (1) u phải xuất phát từ mô đệm túi tinh, không có mô đệm túi tinh bình thường bên trong khối u; (2) u không xâm lấn vào tuyến tiền liệt, mô đệm ít tế bào và ít nổi bật hơn so với u nang tuyến nhầy; và (3) u không phản ứng với kháng nguyên phôi thai hoặc các chất chỉ điểm của tuyến tiền liệt. MEST túi tinh có thể là lành tính hoặc ác tính. MEST lành tính được phân biệt với loại ác tính bởi tính chất mô đệm nhạt màu và không có hoạt động phân bào. MEST ác tính được phân loại thành biệt hóa thấp hoặc biệt hóa cao tùy thuộc vào sự xuất hiện của hoạt động nguyên phân và hoại tử. Dựa trên các tiêu chí trên, các báo cáo ca bệnh trước đây đã được phân loại lại vào năm 2008 [4]. Tuy nhiên, vào năm 2015, Reikie và cộng sự đã đề xuất gộp u nang tuyến và MEST lại với nhau và phân loại chúng thành thấp, trung bình và cao dựa trên sự xuất hiện hay không của dị sản mô đệm, hoạt động phân bào mô đệm, đa nhân và hoại tử [4]. Chúng tôi có 2 trường hợp lymphoma của túi tinh và 1 bệnh nhân lymphoma tái phát nhanh chỉ sau 3 tháng.

5. KẾT LUẬN

U túi tinh đa phần là u lành tính. Triệu chứng xuất tinh máu và đường tiểu dưới là chủ yếu. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u túi tinh có độ an toàn và được áp dụng tùy vào vị trí, kích thước của khối u túi tinh. Nên cân nhắc với các khối u có đường kính lớn hơn 14 cm. Phẫu thuật không ảnh hưởng tới chức năng cương cứng của dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trịnh Hoàng Giang, Bùi Văn Quang, Phạm Thị Thu Trang. 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 2021-2024. Tạp chí Y học cộng đồng, 2024, 65 (CD 4 - Hội Y học Giới tính Việt Nam), tr. 244-251. doi: 10.52163/yhc.v65iCD4.1181.
- [2] Zhang Y, Zhao J, Xu P, Qi Q. Multiple schwannoma of the seminal vesicle: A case report. Medicine (Baltimore), 2020, 99 (33): e21603. doi:10.1097/MD.00000000000021603.
- [3] Tang Q.Z, Lin Z, Reddy R.K, Zhang Z.W. Laparoscopic excision of seminal vesicle cystadenoma. Urol Case Rep, 2019, 27:100906.

- Published 2019 May 7. doi:10.1016/j.eucr.2019.100906.
- [4] Debnath A, Cheriyan A, Daniel S, John N.T. Laparoscopic resection of a large mixed epithelial-stromal tumour of the seminal vesicle: a rare entity and review of the current literature. *BMJ Case Rep*, 2021, 14 (2): e238526. Published 2021 Feb 1. doi:10.1136/bcr-2020-238526.
- [5] Wang C, Xiang J, Wang Y. Mixed epithelial and stromal tumor of the seminal vesicle: A case report and literature review. *SAGE Open Med Case Rep*, 2024, 12: 2050313X241277674. Published 2024 Sep 25. doi:10.1177/2050313X241277674
- [6] Yu Z, Choy K.T, Ong F et al. Massive mixed epithelial-stromal tumour of seminal vesicle requiring challenging abdominoperineal resection: a case report and review of literature. *J Surg Case Rep*, 2023, 2023 (8): rjad490. Published 2023 Aug 29. doi:10.1093/jscr/rjad490.
- [7] Saeed F, Osunkoya A.O. Mixed epithelial and stromal tumor of the seminal vesicles: report of a rare case with diagnostic, therapeutic, and prognostic insights. *Diagn Pathol*, 2025, 20(1): 75. Published 2025 Jun 20. doi:10.1186/s13000-025-01647-w
- [8] Masuo Y, Taniguchi H, Matsuzaki T et al. Robot-assisted laparoscopic vesicle prostatectomy for mixed epithelial-stromal tumor of seminal vesicle. *IJU Case Rep*, 2020, 3 (3): 103-107. Published 2020 Apr 19. doi:10.1002/iju5.12157
- [9] Argun O.B, Mourmouris P, Tufek İ, Saglican Y, Obek C, Kural A.R. Robot-Assisted Laparoscopic Seminal Vesicle Cystadenoma Excision. *J Endourol Case Rep*, 2015, 1 (1): 62-64. Published 2015 Dec 1. doi:10.1089/cren.2015.0011.