

OUTCOMES OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE IN THE MANAGEMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT SON LA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL.

Nguyen Van Trong¹, Pham Thi Thu Mui², Vu Thi Hong³, Do Minh Tung^{4*}, Nguyen Quang Tuyen⁴

¹Department of Urology and Andrology, Son La Provincial General Hospital-Group 17, Chieng Sinh Ward, Son La City, Son La Province, Vietnam

²Nam Dinh University of Nursing-257 Han Thuyen Street, Nam Dinh Ward, Ninh Binh Province, Vietnam

³Son La Medical College-80 Lo Van Gia Street, To Hieu Ward, Son La Province, Vietnam

⁴Faculty of Medicine, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-72A Nguyen Binh Khiem Street, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the outcomes of monopolar transurethral resection of the prostate (TURP) in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH).

Subjects and Methods: A study was conducted on 108 patients diagnosed with BPH who underwent TURP at Son La General Hospital from January 2024 to October 2025.

Results: The mean age was 71.99 ± 9.79 years (range: 56–95). The mean preoperative International Prostate Symptom Score (IPSS) was 25.26 ± 6.26 , and the mean preoperative quality of life (QoL) score was 4.92 ± 1.02 . The mean preoperative prostate volume was 50.50 ± 17.23 gram. Post-catheter removal complications included dysuria in 14.8% of patients, hematuria in 10.2%, urinary retention in 7.4%, and urinary incontinence in 5.6%. The mean IPSS improved to 6.25 ± 1.98 postoperatively and 3.69 ± 1.73 at 3 months. The mean QoL score improved to 1.74 ± 0.81 postoperatively and 0.89 ± 0.48 at 3 months. The mean prostate volume decreased to 18.89 ± 6.64 gram postoperatively and 17.67 ± 6.24 gram at 3 months. Treatment outcomes were classified as very good (86.4%), good (9.3%), fair (4.3%), and poor (0%).

Conclusion: Transurethral resection of the prostate is a safe and effective surgical method for the treatment of benign prostatic hyperplasia, significantly improving patients' quality of life.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia; Transurethral resection of the prostate (TURP).

*Corresponding author

Email: dmtung@hpmu.edu.vn Phone: (+84) 985503214 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5598

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG SẴN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH SƠN LA

Nguyễn Văn Trọng^{1*}, Phạm Thị Thu Mùi², Vũ Thị Hồng³, Đỗ Minh Tùng⁴, Nguyễn Quang Tuyền⁴

¹Khoa Ngoại tiết niệu- nam học - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La-Tổ 17, phường Chiềng Sinh, thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La, Việt Nam

²Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định-Số 257 Hàn Thuyên, phường Nam Định, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

³Trường Cao đẳng Y Sơn La-Số 80 Lò Văn Giá, phường Tô Hiệu, tỉnh Sơn La, Việt Nam

⁴Khoa Y – Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua niệu đạo (TURP) bằng dao đơn cực điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu trên 108 bệnh nhân được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, điều trị bằng TURP tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La từ 01/2024 đến 10/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $71,99 \pm 9,79$, cao nhất 95 tuổi, thấp nhất 56 tuổi. Bảng điểm IPSS trước phẫu thuật: $25,26 \pm 6,26$; Bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL) trước phẫu thuật: $4,92 \pm 1,015$; khối lượng TTL trước mổ là $50,50 \pm 17,23$. Biến chứng sau rút thông tiểu có 14,8% đái buốt; 10,2% đái máu; 7,4% bí đái và 5,6% đái són; Điểm IPSS cải thiện trung bình sau mổ, 3 tháng lần lượt là $6,25 \pm 1,98$; $3,69 \pm 1,73$; QoL cải thiện trung bình sau mổ, 3 tháng lần lượt là: $1,74 \pm 0,81$; $0,89 \pm 0,48$; Khối lượng TTL trung bình sau mổ $18,89 \pm 6,64$, 3 tháng là $17,67 \pm 6,24$; Rất tốt 86,4%; Tốt 9,3%; Đạt 4,3%; Kém: 0%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị TSLTTTL là phương pháp an toàn, hiệu quả, cải thiện chất lượng cuộc sống của BN.

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

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

TSLTTTL hay còn gọi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh phổ biến ở các nước phát triển, tuổi càng cao tỷ lệ bệnh càng tăng. Khi bệnh phát triển có rối loạn tiểu tiện, sẽ ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, trầm trọng hơn có thể dẫn đến bí đái, suy thận, nhiễm khuẩn niệu... [1].

Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt TSLTTTL đã được thực hiện trên thế giới từ những năm 1910 [1], [2]. Tại Việt Nam, phương pháp này đến nay được áp dụng hầu hết các bệnh viện trên toàn quốc. Việc đánh giá kết quả điều trị TSLTTTL bằng cắt đốt nội soi đã được thực hiện ở nhiều bệnh viện.

Tại BVĐK tỉnh Sơn La đã triển khai kỹ thuật này từ năm 2015. Tuy nhiên, để đánh giá toàn diện về kết quả điều trị sau phẫu thuật, sự cải thiện triệu chứng chủ quan cũng như đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống của BN so với trước phẫu thuật TSLTTTL, chưa có đề tài nào nghiên cứu sâu về vấn đề này.

Với các lý do trên và để có những luận cứ khoa học về kết quả của phương pháp điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm: *Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

108 BN TSLTTTL được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La từ tháng 1/2024 - 10/2025.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

BN được chẩn đoán TSLTTTL.

BN được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo bằng dao đơn cực điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

TSLTTTL đi kèm với các nguyên nhân khác gây tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (hẹp niệu đạo, u bàng quang sát cổ bàng quang, hẹp bao quy đầu...).

TSLTTTL tái phát sau can thiệp ngoại khoa hoặc ít xâm lấn, u > 100gr; PSA > 10.

Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin hợp lệ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: dmtung@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 985503214 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5598

Cỡ mẫu nghiên cứu: Được xác định theo phương pháp thuận tiện là tất cả các BN đảm bảo đủ các tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đánh giá mức độ rối loạn tiểu tiện qua thang điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt - IPSS (International Prostate Symptom Score).

Đánh giá sự ảnh hưởng của rối loạn tiểu tiện lên chất lượng cuộc sống của BN

Đánh giá khối lượng TTL trước mổ

Đánh giá thời gian mổ, lượng dịch rửa, số ngày tươi rửa, số ngày lưu ống thông

Biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ, hội chứng nội soi, nhiễm khuẩn, bí đái cấp, đái rỉ sau mổ, hẹp niệu đạo: Sau rút sonde đái rất khó khăn, phải ngưng niệu đạo, Điểm IPSS, QoL.

Đánh giá sự cải thiện IPSS sau phẫu thuật; 3 tháng:

+ Điểm trung bình IPSS tại các thời điểm nghiên cứu.

+ Tỷ lệ (%) giảm IPSS:

$$\%IPSS_{\text{cải thiện}} = \frac{IPSS_{\text{trước PT}} - IPSS_{\text{sau PT}}}{IPSS_{\text{trước PT}}} \times 100\%$$

+ Đánh giá hiệu quả điều trị theo tỷ lệ $IPSS_{\text{sau PT}} / IPSS_{\text{trước PT}}$

Đánh giá sự cải thiện điểm QoL sau phẫu thuật; 3 tháng:

+ Điểm QoL trung bình tại các thời điểm nghiên cứu.

+ Tính tỷ lệ (%) giảm QoL:

$$\%QoL_{\text{cải thiện}} = \frac{QoL_{\text{trước PT}} - QoL_{\text{sau PT}}}{QoL_{\text{trước PT}}} \times 100\%$$

+ Đánh giá hiệu quả điều trị theo hiệu số $QoL_{\text{trước PT}} - QoL_{\text{sau PT}}$

Đánh giá khối lượng TTL thời điểm sau mổ và 3 tháng sau phẫu thuật.

Đánh giá tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật: tiểu máu, tiểu không kiểm soát, bí tiểu.

Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích và xử lý số liệu thu được bằng các thuật toán thống kê y học được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích khoa học. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=108)

Biến số	Số lượng (n)
Tuổi trung bình	71,99 ± 9,79 (56-95)
Thời gian mắc bệnh trung bình	31,08 ± 6,62 tháng
Khối lượng trung bình TTL	50,50 ± 17,23 gram
IPSS trung bình	25,26 ± 6,26
QoL trung bình	4,92 ± 1,02

Bảng 2. Giá trị trung bình điểm IPSS trước phẫu thuật và sau phẫu thuật (n=108).

IPSS (điểm)	Trước phẫu thuật (1) N (%)	Ra viện (2) N (%)	Sau 3 tháng (3) N (%)	Giá trị p (Kiểm định t-test ghép cặp)
0 – 7 (Nhẹ)	0 (0,0)	93 (86,1)	103 (95,4)	P ₁ (1 vs 2) < 0,001
8 – 19 (Trung bình)	30 (27,8)	15 (13,9)	5 (4,6)	P ₂ (1 vs 3) < 0,001
20 - 35 (Nặng)	78 (72,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	P ₃ (2 vs 3) < 0,001
(n=108).	108 (100)	108 (100)	108 (100)	
(n=108).	25,26 ± 6,26	6,25 ± 1,98	3,69 ± 1,73	

Nhận xét: So sánh theo từng cặp giữa IPSS trung bình trước phẫu thuật lần lượt với IPSS trung bình tại các thời điểm sau phẫu thuật, cùng số BN tương ứng. Điểm IPSS trung bình tại các thời điểm ra viện và sau phẫu thuật 3 tháng lần lượt là 6,25; 3,69 thấp hơn rõ rệt so với IPSS trung bình trước phẫu thuật (25,26) có ý nghĩa thống kê với p < 0,001; với tỷ lệ BN cải thiện IPSS từ nặng về nhẹ lúc ra viện và sau ra viện 3 tháng lần lượt là 86,1% và 95,4%.

Bảng 3. So sánh mức độ điểm QoL trước và sau phẫu thuật (n=108).

QoL (điểm)	Trước phẫu thuật (1) N (%)	Ra viện (2) N (%)	Sau 3 tháng (3) N (%)	Giá trị P (Kiểm định t-test ghép cặp)
0 – 2 (Tốt/Nhẹ)	0 (0,0)	93 (86,1)	108 (100,0)	P1 (1 vs 2) < 0,001
3 - 4 (Trung bình)	30 (27,8)	15 (13,9)	0 (0,0)	P2 (1 vs 3) < 0,001
5 – 6 (Nặng/Khốn khổ)	78 (72,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	P3 (2 vs 3) < 0,001
Tổng cộng	108 (100,0)	108 (100,0)	108 (100,0)	
Trung bình	4,92 ± 1,02	1,74 ± 0,81	0,89 ± 0,48	

Nhận xét: Trước phẫu thuật, 72,2% BN có CLCS ở mức độ nặng và 27,8% BN có CLCS ở mức độ vừa. Sau phẫu thuật, không có BN nào CLCS ở mức độ nặng. Tỷ lệ BN có điểm CLCS mức độ nhẹ/vừa lúc ra viện là 86,1% và 13,9%; sau 3 tháng 100% BN có CLCS ở mức độ nhẹ.

Bảng 4. Hiệu số cải thiện trung bình của IPSS tại các thời điểm sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật (n=108).

Phân loại IPSS trước mổ	Số BN (n)	Điểm IPSS trước mổ	Điểm IPSS sau mổ 3 tháng	Hiệu số IPSS cải thiện	Giá trị p
Trung bình (8 - 19 điểm)	30	16,73 ± 1,55	3,23 ± 1,46	13,50 ± 1,98	p < 0,001 (Mann-Whitney U test)
Nặng (20 - 35 điểm)	78	28,54 ± 3,78	3,87 ± 1,80	24,67 ± 4,10	
Tổng chung	108	25,26 ± 6,26	3,69 ± 1,73	21,56 ± 6,20	

Nhận xét: So sánh theo từng cặp giữa IPSS trung bình trước phẫu thuật lần lượt với IPS trung bình ở các thời điểm sau phẫu thuật, cùng số BN tương ứng. Điểm IPSS trung bình tại các thời điểm ra viện và sau phẫu thuật 3 tháng lần lượt là 3,23 và 3,87 thấp hơn rõ rệt so với điểm

IPSS trung bình trước phẫu thuật 16,73 và 28,54 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hiệu số cải thiện IPSS trung bình lần lượt là 13,50 và 24,67.

Bảng 5. Tình trạng tiểu tiện sau rút thông (n = 108).

Tiểu tiện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có triệu chứng	67	62.0
Đái buốt	16	14.8
Đái són	6	5.6
Đái máu	11	10.2
Bí đái	8	7.4
Tổng	108	100%

Nhận xét: Sau rút thông tiểu có 14,8% đái buốt; 10,2% đái máu; 7,4% bí đái và 5,6% đái són.

Bảng 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3 tháng

Chỉ số đánh giá	Số lượng (Tỷ lệ)				Tổng n (%)
	Rất tốt	Tốt	Đạt	Kém	
(Mức độ) Điểm IPSS	≤ 0,25 96 (88,9%)	0,26–0,50 11 (10,2%)	0,51–0,75 1 (0,9%)	> 0,75 0 (0,0%)	108 (100%)
(Mức độ) Điểm QoL	≥ 4 76 (70,4%)	3 19 (17,6%)	1–2 13 (12,0%)	≤ 0 0 (0,0%)	108 (100%)
(Mức độ) Khối lượng TTL	≤ 0,5 108 (100%)	0,51–0,75 0 (0,0%)	0,76–0,90 0 (0,0%)	> 0,90 0 (0,0%)	108 (100%)
Hiệu quả	93,3 (86,4%)	10,0 (9,3%)	4,7 (4,3%)	0,0 (0,0%)	108 (100%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đạt mức rất tốt ở các tiêu chí đánh giá. Cụ thể, theo điểm IPSS, 88,9% trường hợp đạt mức rất tốt, 10,2% tốt và 0,9% đạt, không có trường hợp kém. Theo điểm QoL, tỷ lệ rất tốt chiếm 70,4%, tiếp theo là tốt (17,6%) và đạt (12,0%), không có trường hợp kém. Đối với khối lượng tuyến tiền liệt, 100% bệnh nhân đạt mức rất tốt. Đánh giá chung về hiệu quả điều trị cho thấy tỷ lệ rất tốt chiếm 86,4%, tốt 9,3% và đạt 4,3%, không ghi nhận trường hợp kém.

4. BÀN LUẬN

Mục đích của việc điều trị TSLTTTL là trả lại chức năng đi tiểu bình thường cho BN. Điều này được đánh giá dựa vào sự cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật, bao gồm sự cải thiện triệu chứng chủ quan được đánh giá dựa vào thang điểm IPSS của Tổ chức Y tế Thế giới, điểm QoL và sự cải thiện triệu chứng khách quan được đánh giá bằng siêu âm TTL sau mổ.

Theo tổng kết của EAU năm 1997, sự cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật là rất sớm. 90% BN cải thiện triệu chứng sau 1 tháng, sự cải thiện đạt mức tối đa là sau 3 tháng [1], [3].

4.1. Cải thiện triệu chứng chủ quan

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cải thiện IPSS khác nhau giữa các nghiên cứu. Mức độ cải thiện thấp nhất là trong nghiên cứu của Robert G. tại thời điểm sau 1 tháng (40%), và cao nhất là nghiên cứu của Ahmad M. (sau 3 tháng) là 89% [2], [4]. Sự cải thiện IPSS có xu hướng tăng lên theo thời gian, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ cải

thiện IPSS cao nhất đạt được thường ở thời điểm 3 tháng hoặc 6 tháng sau phẫu thuật. Nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác: Khi ra viện, tỷ lệ cải thiện IPSS là 86,1% và ổn định sau 3 tháng với tỷ lệ lần lượt là 95,4%, điểm IPSS trung bình tại các thời điểm sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê so với điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật. Trước phẫu thuật 100% các BN có IPSS ở mức độ nặng và trung bình; sau phẫu thuật, không có trường hợp nào IPSS còn ở mức độ nặng; tỷ lệ BN có điểm IPSS mức độ vừa và nhẹ khi ra viện và sau 3 tháng tương ứng lần lượt là 13,9% - 86,1% và 4,6% - 95,4%.

Như vậy, có thể nhận định rằng sự cải thiện điểm IPSS đạt tỷ lệ cao nhất và ổn định sau 3 tháng. Điều này cũng hợp lý vì hốc tuyến tiền liệt cần 4 - 8 tuần sau phẫu thuật mới có thể được biểu mô phủ hoàn toàn. Trong khoảng thời gian trên, BN vẫn có thể còn một số triệu chứng khó chịu như đái buốt, đái rắt. Sau đó, nếu không có diễn biến bất thường, tình trạng tiểu tiện sẽ dần thông thoáng và thoải mái.

4.2. Cải thiện về điểm QoL

Điểm QoL ít được các tác giả quan tâm hơn so với điểm IPSS trong đánh giá hiệu quả điều trị. Có lẽ là vì điểm QoL được đánh giá chỉ với một câu hỏi duy nhất, hoàn toàn phụ thuộc và cảm xúc, tâm lý của BN. Tuy vậy, hướng dẫn của các Hội Nội khoa trên thế giới và của Việt Nam (VUNA), cũng như theo ICBP 5th, đều coi QoL là một chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ bệnh và hiệu quả điều trị sau phẫu thuật [1], [5].

Điểm QoL trung bình trước phẫu thuật của nghiên cứu này là 4,92; trong đó 72,2% ở mức độ nặng. Như vậy, tình trạng rối loạn tiểu tiện đã ảnh hưởng nặng nề tới QoL của các BN trong nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy QoL của BN sau phẫu thuật cải thiện rõ rệt. Khi ra viện, không có BN nào có điểm QoL ở mức độ nặng; mức độ vừa và nhẹ lần lượt là 13,9% và 86,1%; sau 3 tháng, 100% BN có điểm QoL mức độ nhẹ.

4.3. Tình trạng tiểu tiện sau rút thông

Sau mổ ống thông tiểu được lưu trung bình khoảng 3-4 ngày để tưới rửa tránh máu rỉ ra từ diện cắt u động trong bàng quang gây tắc thông và bí tiểu. Sau khi nước rửa trong thì sẽ rút thông, đái buốt (trong nghiên cứu này là 14,8%) là biểu hiện thường gặp sau rút thông do quá trình đặt máy vào niệu đạo và thao tác cắt đốt u sẽ làm xây xước gây đái buốt và thường hết sau mổ 5-6 ngày.

Chúng tôi gặp 8 BN bí đái sau rút thông và phải đặt lại thông tiểu lưu 2-3 ngày rút thì BN lại tiểu bình thường và ra viện. Những TH này thường gặp ở những BN u to, cắt lâu và thao tác xoay máy, tiến lui nhiều gây phù nề niệu đạo và cơ thắt vân gây bí tiểu.

Sau rút thông tiểu gặp 11 TH đái vài giọt máu cuối bãi do còn một điểm trên diện cắt u rỉ máu, có thể kèm theo viêm tuyến tiền liệt, chúng tôi dung kháng sinh và thuốc cầm máu 3-5 ngày là BN hết đái máu.

Chúng tôi gặp 6 TH đái són sau rút thông tiểu là do gawoj ở những u lớn to 3 thùy, tình trạng bí tiểu lâu ngày gây giảm trương lực cơ thắt vân niệu đạo, sau cắt u gay đái són và thường tự hết sau 2-3 tháng sau mổ.

4.4. Biến chứng sau phẫu thuật 3 tháng

Đái rỉ tạm thời

Đái rỉ là một biến chứng tệ hại nhất của phẫu thuật nội soi. Nó làm ảnh hưởng rất lớn tới cuộc sống sinh hoạt và lao động của BN. Nguyên nhân của hiện tượng này do cơ thắt vân hoạt động chưa hiệu quả sau khi rút sonde, BN bị rỉ nước tiểu khi vận động và đặc biệt là khi gắng sức[6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 1 BN có biểu hiện đái rỉ tạm thời ở thời điểm theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng (0,9%) sau đó BN được điều trị một liệu trình YHCT và PHCN cơ sàn chậu và BN hết đái rỉ sau 6 tháng.

Để đề phòng biến chứng này, cần phải hết sức thận trọng khi cắt và đốt cầm máu xung quanh yếm núi[6], [7]. Tuyệt đối tôn trọng giới hạn dưới của quá trình cắt đốt, đó là yếm núi. Đối với một cơ sở có nhiều phẫu thuật viên, chỉ nên kết thúc cuộc phẫu thuật bằng các phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm.

Hiện nay, cách xử trí biến chứng đái rỉ vẫn còn rất nan giải. Trên thế giới, việc sử dụng cơ thắt nhân tạo đang được ứng dụng rộng rãi để điều trị các loại đái rỉ sau phẫu thuật u tuyến tiền liệt [7]. Các biện pháp khác như bơm Silicon ít có giá trị. Đối với các BN còn sót u, thì phải tiến hành cắt lại, đặc biệt phải chống nhiễm khuẩn thật tốt cho BN.

Đái máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tại thời điểm 3 tháng sau mổ có 3 TH đái máu (2,8%), nguyên nhân là do nhiễm khuẩn diện cắt gây tổn thương viên chảy máu. Sau khi điều trị một đợt kháng sinh và cầm máu thì BN hết đái máu.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng dao đơn cực (TURP đơn cực) cho hiệu quả điều trị tốt

ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, thể hiện qua sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng đường tiểu dưới và chất lượng cuộc sống sau 3 tháng theo dõi. Phương pháp này có tính an toàn cao, với các biến chứng ghi nhận chủ yếu ở mức độ nhẹ và được xử trí hiệu quả.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam (2019). Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Nhà xuất bản Y học.
- [2] Ahmad Mushtaq, et al. (2016). Comparison Of Bipolar And Monopolar Cautery Use In Turp For Treatment Of Enlarged Prostate. J Ayub Med Coll Abbottabad, 28(4): p. 758-761.
- [3] Chen Qi, et al. (2010). Bipolar transurethral resection in saline vs traditional monopolar resection of the prostate: results of a randomized trial with a 2-year follow-up. BJU Int, 106(9): p. 1339-43.
- [4] Robert Grégoire, et al. (2012). Transurethral plasma vaporization of the prostate: 3-month functional outcome and complications. BJU Int, 110(4): p. 555-60.
- [5] The 5th International Conference on Biological Physics, ICBP 2004 (2004). Gothenburg University and Chalmers University of Technology, Gothenburg, Sweden.
- [6] John M. Fitzpatrick (2012). Minimally Invasive and Endoscopic Management of Benign Prostatic Hyperplasia. Campbell Walsh Urology 10th Editor: pp.2654-2693, 2012.
- [7] Gratzke Christian, et al. (2015) EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Eur Urol, 67(6): p. 1099-1109.