

OUTCOMES OF MONOPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL FACILITY NO.02

The May Nguyen¹, Minh Tung Do^{2,3}, Xuan Quyen Hoang⁴

¹Department of General Surgery, Viet Tiep Friendship Hospital facility no.02, Hai Phong, Viet Nam-Cai Tat Residential Group, An Hai Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Department of Surgery, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Hai Phong, Vietnam-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

³Department of General Surgery, Hai Phong University Hospital, Hai Phong, Vietnam-225C Lach Tray, Ngo Quyen Ward, Hai Phong City, Vietnam

⁴Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 05/11/2025

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

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the result of monopolar transurethral resection of prostate for benign prostate hyperplasia in viet tiep friendship hospital facility no.02

Materials and methods: Retrospective study of 55 benign prostate hyperplasia cases, which are treated by monopolar transurethral resection of prostate in viet tiep friendship hospital facility no.02 from January, 2025 to June 2026.

Result: Mean age is 71.04 ± 9.10 . 37 cases have comorbid condition (67.27%), the most prevalent comorbid disease is hypertension. 2 most prevalent signs are weak stream of urine (65.5%), dysuria (52.7%). 25.5% of cases has urinary retention. There are linear regression between prostate weight and operating time, blood loss. Mean foley catheter time is 3.75 ± 0.61 days. IPSS and QoL improvement after 1 month ($p < 0.01$).

Conclusion: Monopolar transurethral resection of prostate for benign prostate hyperplasia is a safe method, low complication rate, effective in improve IPSS and QoL

Keywords: benign prostate hyperplasia, transurethral.

*Corresponding author

Email: bshoangxuanquyen@gmail.com Phone: (+84) 345854588 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5609



KẾT QUẢ NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO CẮT U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG DAO ĐIỆN ĐƠN CỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP CƠ SỞ 2

Nguyễn Thế May¹, Đỗ Minh Tùng^{2,3}, Hoàng Xuân Quyền⁴

¹ Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp cơ sở 2, Hải Phòng-Tổ dân phố Cái Tắt, phường An Hải, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

² Bộ môn Ngoại – PTTH, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³ Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, Hải Phòng-225C Lạch Tray, phường Ngô Quyền, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

⁴ 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: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực qua nội soi niệu đạo tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp cơ sở 2

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bài nghiên cứu hồi cứu trên 55 bệnh nhân u phì đại lành tính tuyến tiền liệt được phẫu thuật TURP đơn cực từ 01/2025–06/2026.

Kết quả: tuổi trung bình $71,04 \pm 9,10$; 67,27% có bệnh lý nền; IPSS và QoL cải thiện sau 1 tháng; thời gian lưu sonde trung bình $3,75 \pm 0,61$ ngày; có tương quan giữa trọng lượng tuyến với thời gian mổ và lượng máu mất.

Kết luận: Nội soi qua niệu đạo cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực là phương pháp an toàn, ít biến chứng, cải thiện tốt chức năng tiểu tiện và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân u phì đại tiền liệt tuyến.

Từ khóa: U phì đại tiền liệt tuyến, nội soi niệu đạo

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) (BPH – Benign Prostatic Hyperplasia) là một trong những bệnh lý phổ biến nhất ở nam giới trung niên và cao tuổi. Đây là tình trạng tăng sinh lành tính của các tế bào tuyến và mô đệm vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt, làm tuyến phì đại và chèn ép niệu đạo, gây ra các rối loạn tiểu tiện ở các mức độ khác nhau. Cùng với xu hướng già hóa dân số toàn cầu, tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng và trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở nam giới.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc UPĐLTTL tăng theo tuổi: khoảng 50% nam giới trên 50 tuổi và tới 80–90% ở nhóm trên 80 tuổi có bằng chứng phì đại tuyến tiền liệt trên lâm sàng hoặc mô bệnh học [1], [2]. Ở nhóm tuổi từ 81–90, tỷ lệ mắc bệnh có thể đạt tới 86% [1].

Tại Việt Nam, theo điều tra dịch tễ của Trần Đức Thọ và cộng sự (2001) tiến hành trên ba miền Bắc – Trung – Nam, tỷ lệ mắc UPĐLTTL ở nam giới trên 50 tuổi là 63,8% và tăng dần theo độ tuổi [3]. Nghiên cứu của Vũ Sơn và cộng sự (2010) tại 10 xã thuộc tỉnh Thái Bình cũng ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh là 68,1% ở nhóm tuổi này [4]. Những số liệu trên cho thấy UPĐLTTL là bệnh lý phổ biến, gắn liền với quá trình lão hóa

và ngày càng có xu hướng gia tăng cùng với sự phát triển của xã hội hiện đại. Đây là bệnh lý nền, xảy ra do rối loạn nội tiết tố (mất cân bằng androgen – estrogen) theo tuổi.

Trên thế giới, MTURP là một trong những phẫu thuật phổ biến nhất ở nam giới lớn tuổi, chỉ đứng sau phẫu thuật đục thủy tinh thể [1]. Tại Việt Nam, kỹ thuật này đã được triển khai rộng rãi ở nhiều bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh, góp phần cải thiện đáng kể chất lượng điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên, kết quả điều trị bằng MTURP còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi bệnh nhân, thể tích tuyến, thời gian phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, điều kiện trang thiết bị và quy trình chăm sóc sau mổ. Một số biến chứng sau mổ như chảy máu, hội chứng nội soi, nhiễm khuẩn niệu hoặc rối loạn xuất tinh ngược dòng vẫn có thể xảy ra, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc có nhiều bệnh nội khoa phối hợp [5].

Thực tế tại Việt Nam cho thấy, cùng với xu hướng già hóa dân số, số lượng bệnh nhân mắc UPĐLTTL ngày càng tăng, dẫn tới nhu cầu điều trị bằng phương pháp nội soi qua niệu đạo cũng gia tăng nhanh chóng. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp cơ sở 2, với vai trò là bệnh viện đa khoa hạng I của khu vực Hải Phòng và các tỉnh lân cận, đã triển khai kỹ thuật MTURP nhiều năm qua và đạt được những kết quả khả quan. Nhằm

*Tác giả liên hệ

Email: bschoangxuanquyen@gmail.com Điện thoại: (+84) 345854588 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5609

đánh giá kết quả điều trị u phì đại lành tính tiền liệt tuyến bằng phương pháp cắt u qua nội soi niệu đạo sử dụng dao điện đơn cực, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả nội soi qua niệu đạo cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cơ sở 2”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cơ sở 2 từ tháng 01/2025 đến tháng 6/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

55 bệnh nhân được chẩn đoán u phì đại lành tính tiền liệt tuyến và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cắt u qua nội soi niệu đạo sử dụng dao điện đơn cực tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cơ sở 2 từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 6 năm 2026

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tất cả bệnh nhân từ 30 – 100 tuổi

Có thể tích TTL $\geq 25\text{cm}^3$

Có rối loạn tiểu tiện mức độ từ trung bình đến nặng dựa trên các thông số IPSS, QoL và có chỉ định can thiệp ngoại khoa

Bệnh nhân có biến chứng của UPĐLTTL: đái máu tái diễn, nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát; bí đái tái phát sau rút thông niệu đạo; ứ nước thận – niệu quản, suy thận do UPĐLTTL gây nên đã điều trị đã điều trị tạm ổn định.

Bệnh nhân mắc một số bệnh nội khoa như: hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tăng huyết áp, suy tim đã điều trị ổn định, thoát vị bẹn, cần điều trị dự phòng các biến chứng và nguy cơ tai biến do UPĐLTTL gây ra mặc dù nước tiểu tồn dư $<100\text{ml}$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

UPĐLTTL đi kèm với sỏi bàng quang, u bàng quang.

Bệnh nhân có điểm ASA >3

Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tiền liệt tuyến

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trọng lượng tuyến trên siêu âm, chỉ số nước tiểu tồn dư

Chỉ số PSA

Thời gian phẫu thuật, lượng dịch rửa sử dụng trong phẫu thuật

Nồng độ Hemoglobin giảm so với trước mổ

Phân loại biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien Dindo

Số ngày lưu sonde tiểu, thời gian nằm viện

Tỷ lệ đặt lại sonde tiểu

Cơ sở của chúng tôi chưa trang bị máy đo niệu dòng đồ nên không đưa được lưu lượng dòng tiểu tối đa vào chỉ số nghiên cứu

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập hồi cứu theo phiếu nghiên cứu thống nhất từ hồ sơ bệnh án, phiếu gây mê - phẫu thuật, phiếu phẫu thuật, kết quả xét nghiệm, kết quả siêu âm, hồ sơ tái khám sau mổ. Các thông tin theo dõi được ghi nhận từ lần tái khám trực tiếp hoặc hồ sơ liên hệ qua điện thoại khi có sẵn tại đơn vị điều trị. Dữ liệu được đối chiếu giữa các nguồn thông tin sẵn có nhằm hạn chế sai lệch thu thập số liệu do thiết kế hồi cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập, làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu bệnh án hồi cứu và thông tin theo dõi sau mổ sẵn có. Thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa trong quá trình thu thập, xử lý và trình bày kết quả, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học và tuân thủ nguyên tắc bảo mật thông tin người bệnh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 71.04 ± 9.10 tuổi, lớn nhất là 93 tuổi, nhỏ nhất là 52 tuổi.

Có 37 bệnh nhân mắc bệnh lý nền (67.27%) trong đó nhiều nhất là tăng huyết áp gặp nhiều nhất với 34.5%.

Hai triệu chứng hay gặp nhất dẫn đến bệnh nhân nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là tiểu khó (65.5%) và tiểu rất (52.7%). Có 25.5% trường hợp đến viện vì bí tiểu, đã hoặc chưa được đặt thông tiểu.

Điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật là 24.24 ± 4.09 , nhỏ nhất là 19 điểm, lớn nhất là 33 điểm. QoL trung bình trước mổ là 4.16 ± 0.8 , nhỏ nhất là 4, lớn nhất là 6 điểm.

Trọng lượng tiền liệt tuyến trung bình trên siêu âm của nhóm nghiên cứu là 59.06 ± 25.08 gram, nhỏ nhất là 26 gram, lớn nhất là 136 gram

Lượng nước tiểu tồn dư trung bình trước mổ là 149.02 ± 30.23

Chỉ số PSA trung bình của nhóm nghiên cứu là 8.79 ± 5.28 ng/ml

Chỉ số Creatinin trung bình của nhóm bệnh nhân là 86.2 ± 22.8 $\mu\text{mol/l}$

3.2. Kết quả

Thời gian phẫu thuật trung bình là 58.27 ± 16.97 phút, nhanh nhất là 30 phút, lâu nhất là 100 phút, chiếm tỷ lệ lớn nhất là nhóm <60 phút.

Lượng Hemoglobin giảm trung bình là 16.18 ± 8.89 g/l, nhỏ nhất là 4 g/l, lớn nhất là 44 g/l.

Bảng 1. Tương quan tuyến tính giữa trọng lượng tuyến tiền liệt trên siêu âm và thời gian phẫu thuật với lượng máu mất

	Hệ số hồi quy	95% CI	R ²	p
Trọng lượng TLT	0.189	0.106-0.272	0.284	<0.001
Thời gian phẫu thuật	0.254	0.127-0.380	0.234	<0.001

Có mối tương quan tuyến tính giữa trọng lượng tuyến tiền liệt trên siêu âm và thời gian phẫu thuật với lượng máu mất thể hiện gián tiếp qua hiệu số Hemoglobin trước và sau mổ ($p < 0.001$), hệ số hồi quy lần lượt là 0.189 và 0.254.

Bảng 2. Thời gian lưu thông tiểu và thời gian hậu phẫu

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Số ngày lưu sonde tiểu	≤ 4 ngày	48	87.2	3.89 ± 0.94
	> 4 ngày	7	12.8	
Số ngày hậu phẫu	≤ 5 ngày	37	67.3	5.53 ± 1.67
	> 5 ngày	18	32.7	

Thời gian lưu thông tiểu trung bình là 3.89 ± 0.94 ngày, hầu hết bệnh nhân đều lưu sonde dưới 4 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là 5.53 ± 1.67 ngày, nhóm ≤ 5 ngày có tỷ lệ lớn hơn nhóm > 5 ngày ($p = 0.01$).

Bảng 3. Biến chứng sau mổ và phân loại theo Clavien-Dindo

Clavien-Dindo	Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	Đái vội thoáng qua	4	7.27
	Đái rì	1	1.81
Độ II	Nhiễm khuẩn tiết niệu	3	5.45
	Chảy máu	1	1.81
	Hạ Na máu	2	3.64
Độ IIIa	Bí đái sau rút sonde niệu đạo	2	3.64
Độ IIIb	Thủng bàng quang cần phẫu thuật	0	0
	Chảy máu cần nội soi cầm máu	0	0
Độ IV	Hội chứng nội soi nặng	0	0
	Sốc nhiễm khuẩn	0	0
Độ V	Tử vong	0	0

Những biến chứng sớm sau mổ theo phân loại Clavien-Dindo từ độ I đến IIIa, không có trường hợp nào cần can thiệp phẫu thuật lại hoặc nặng nề cần hồi sức tích cực hay nguy hiểm tính mạng. Có 5 bệnh nhân (9.09%) thuộc phân độ Clavien-Dindo độ I, không cần dùng thuốc hay can thiệp thủ thuật. Có 6 bệnh nhân (10.91%) có biến chứng thuộc Clavien-Dindo độ II, 3 bệnh nhân (5.45%) nhiễm khuẩn niệu có sốt sau mổ, tuy nhiên kết quả cấy máu và cấy nước tiểu âm tính, các bệnh nhân được điều trị 2 kháng sinh phối hợp, 1 bệnh nhân cắt sốt sau 2 ngày, 2 bệnh nhân cắt sốt sau 3 ngày. 1 bệnh nhân (1.81%) chảy máu cần truyền 1 đơn vị máu sau mổ, sau 4 ngày tưới rửa tự cầm máu, không cần can thiệp phẫu thuật cầm máu. 2 bệnh nhân (3.64%) có hạ natri máu chỉ cần dùng lợi niệu sau mổ, không có triệu chứng về thần kinh sau mổ. 2 bệnh nhân (3.64%) có biến chứng thuộc Clavien-Dindo độ IIIa, bí tiểu sau rút thông cần đặt lại thông tiểu. Sau khi đặt lại thông tiểu, kẹp thông ngắt quãng và rút sau 2 ngày, 2 bệnh nhân có thể đi tiểu được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là rất ít bệnh nhân khám lại sau 3-6 tháng, nên không có đủ cơ sở dữ liệu để đánh giá những biến chứng xa như hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang, xuất tinh ngược dòng.

Bảng 4. Đánh giá thang điểm và xét nghiệm trước và sau phẫu thuật

	$\bar{X} \pm SD$	
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
IPSS	24.24 ± 4.09	6.98 ± 2.21
	$p < 0.001$	
QoL	5.00 ± 0.84	1.80 ± 0.56
	$p < 0.001$	
PVR	149.02 ± 30.23	20.00 ± 9.48
	$P < 0.001$	

Điểm IPSS, QoL được đánh giá sau 1 tháng, kết quả cải thiện so với trước mổ ($p < 0.001$). Lượng nước tiểu tồn dư cũng được đánh giá sau phẫu thuật là cải thiện đáng kể so với trước mổ ($p < 0.001$).

4. BÀN LUẬN

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý gắn liền với quá trình lão hóa, do đó đặc điểm dân số nghiên cứu của chúng tôi với tuổi trung bình trên 70 tuổi là phù hợp với dịch tễ học đã được ghi nhận [1], [2]. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo cao cũng tương đồng với đặc điểm bệnh nhân trong các nghiên cứu trước đây, phản ánh gánh nặng bệnh lý phối hợp ở nhóm tuổi cao [4]. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, khi lựa chọn phương pháp điều trị cần cân nhắc giữa hiệu quả và độ an toàn, đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ gây mê cao.

Về lâm sàng, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu đến viện khi triệu chứng đã nặng, thể hiện qua điểm IPSS cao và tỷ lệ bí tiểu đáng kể. Theo các khuyến cáo của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU), phẫu thuật thường được chỉ định ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng trung bình – nặng hoặc có biến chứng [5]. Do đó, đặc điểm này phù hợp với chỉ định can thiệp ngoại khoa trong nghiên cứu. Đồng thời, mức độ cải thiện triệu chứng rõ rệt sau mổ cũng cần được hiểu trong bối cảnh bệnh nhân có điểm xuất phát cao, tức là “biên độ cải thiện” lớn hơn so với các quần thể có triệu chứng nhẹ hơn.

Mối liên quan giữa kích thước tuyến tiền liệt với thời gian phẫu thuật và lượng máu mất là một kết quả có tính quy luật và đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu [6], [7], [8] causing lower urinary tract symptoms, directly affecting quality of life. Transurethral Resection of the Prostate (TURP). Về mặt cơ chế, tuyến càng lớn thì diện cắt đốt càng rộng, thời gian thao tác kéo dài và nguy cơ tổn thương các xoang tĩnh mạch trong nhu mô tuyến tăng lên, dẫn đến tăng lượng máu mất. Levin và cộng sự cũng đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa khối lượng mô cắt và lượng máu mất trong TURP [8]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mối liên quan này phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật phẫu thuật. Ở các phương pháp hiện đại như HoLEP, nhờ bóc tách theo mặt phẳng bao tuyến – một mặt phẳng giải phẫu tự nhiên – nên có thể giảm đáng kể chảy máu và làm giảm sự phụ thuộc vào kích thước tuyến, điều này đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu so sánh gần đây.

Việc sử dụng lượng dịch rửa tương đối lớn trong nghiên cứu phản ánh đặc điểm kỹ thuật của TURP đơn cực, vốn sử dụng dung dịch nhược trương để đảm bảo dẫn điện. Theo Gravenstein, việc hấp thu dịch rửa trong quá trình phẫu thuật có thể dẫn đến hội chứng nội soi với tỷ lệ dao

động từ 0,5–2% tùy theo thời gian phẫu thuật và lượng dịch sử dụng[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào, có thể do thời gian phẫu thuật tương đối ngắn và kiểm soát tốt áp lực tưới rửa. Tuy nhiên, sự ra đời của các kỹ thuật sử dụng dung dịch đẳng trương như bipolar TURP đã giúp giảm đáng kể nguy cơ này, cho thấy xu hướng cải tiến nhằm nâng cao độ an toàn của phẫu thuật.

Hiệu quả cải thiện triệu chứng sau mổ trong nghiên cứu là rõ rệt, với sự giảm đáng kể IPSS và cải thiện QoL sau 1 tháng. Kết quả này phù hợp với vai trò lâu dài của TURP như một phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị UPĐLTTL [5]. Tuy nhiên, đánh giá IPSS và QoL sau 3 – 6 tháng là tiêu chuẩn được nhiều tác giả sử dụng để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật TURP, nhưng tỷ lệ khám lại sau 3-6 tháng của những bệnh nhân còn rất hạn chế, không liên lạc được với người bệnh, thiếu đi sự đánh giá kết quả lâu dài của phương pháp. Tỷ lệ biến chứng sớm 23.64%, theo phân loại Clavien-Dindo cao nhất là IIIa, so sánh với tác giả Trần Quốc Hòa (2020) tuy tổng tỷ lệ biến chứng sớm có cao hơn 14.77%, nhưng tỷ lệ thuộc phân nhóm chủ yếu thuộc Clavien-Dindo nhóm I-II, nhóm IIIa thấp hơn so với tác giả Trần Quốc Hòa (3.64% với 6.82%) [6]causing lower urinary tract symptoms, directly affecting quality of life. Transurethral Resection of the Prostate (TURP.

Các biến chứng sau mổ trong nghiên cứu chủ yếu là nhẹ và có thể hồi phục, phù hợp với các báo cáo trước đây về tính an toàn của TURP[5], [7]. Bí tiểu sau rút sonde có thể liên quan đến phù nề cổ bàng quang hoặc giảm chức năng cơ bóp của cơ detrusor sau giai đoạn tắc nghẽn kéo dài. Tiểu không kiểm soát sau mổ thường liên quan đến ảnh hưởng tạm thời đến cơ vòng niệu đạo, đặc biệt khi thao tác gần đỉnh tuyến. Những cơ chế này đã được mô tả trong các nghiên cứu về biến chứng sau TURP, đồng thời cũng cho thấy tầm quan trọng của kỹ thuật phẫu thuật trong việc bảo tồn chức năng cơ vòng.

Một khía cạnh quan trọng cần được nhấn mạnh là tính phù hợp trong điều kiện thực tế. Mặc dù các kỹ thuật hiện đại như HoLEP ngày càng được áp dụng rộng rãi, nhưng theo các báo cáo, đường cong học tập của HoLEP tương đối dài và đòi hỏi trang thiết bị chuyên dụng, điều này hạn chế việc triển khai tại nhiều cơ sở y tế [5]. Trong khi đó, TURP vẫn là phương pháp dễ tiếp cận, có thể triển khai rộng rãi và mang lại hiệu quả ổn định. Do đó, trong bối cảnh hệ thống y tế tại Việt Nam, TURP vẫn giữ vai trò quan trọng trong điều trị UPĐLTTL.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thiết kế hồi cứu có thể dẫn đến sai số chọn mẫu và thiếu kiểm soát các yếu tố nhiễu. Thời gian theo dõi ngắn chưa cho phép đánh giá kết quả dài hạn và tỷ lệ tái can thiệp, cũng như đánh giá những biến chứng xa của phẫu thuật. Ngoài ra, nghiên cứu chưa có nhóm đối chứng so sánh với các phương pháp khác, do đó chưa thể đưa ra kết luận mạnh mẽ về tính ưu việt tương đối của từng kỹ thuật. Những hạn chế này cho thấy cần có các nghiên cứu tiến cứu với thời gian theo dõi dài hơn trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả phương pháp nội soi qua niệu đạo cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cơ sở 2, chúng tôi đưa ra kết luận đây là phương pháp an toàn, tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, hiệu quả trong việc cải thiện chức năng tiểu tiện và chất lượng cuộc sống sớm cho bệnh nhân u phì đại tiền liệt tuyến, cần có những đánh giá thêm về chức năng tiểu tiện và những biến chứng xa của người bệnh.

6. LỜI CẢM ƠN

Tác giả trân trọng cảm ơn Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cơ sở 2 cùng các đồng nghiệp đã hỗ trợ cung cấp hồ sơ, theo dõi người bệnh và tạo điều kiện thực hiện nghiên cứu.

7. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu và công bố bài báo này.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Roger S. Kirby and McConnell J.D, Benign prostatic hyperplasia. Oxford: Health press, 1995.
- [2] Trần Đức Thọ, “Nghiên cứu tần suất u tiền liệt tuyến ở Việt Nam,” Đề tài cấp Bộ, Bộ Y tế, 2001.
- [3] “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và kết quả phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều tra tại Thái Bình 2011 — LUẬN ÁN TIẾN SĨ - Cơ sở dữ liệu toàn văn.” Accessed: Apr. 11, 2026. [Online]. Available: <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTcFfqzExBzO2011>
- [4] Trần Văn Hinh, “Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt,” in Bệnh lý các khối u đường tiết niệu, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, 2013, pp. 7–33.
- [5] J. de la Rosette and et al, “Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia,” in European Association of Urology, 2004.
- [6] Hòa T. Q. and Sơn T. N., “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,” Tạp Chí Học Việt Nam, vol. 536, no. 1, Mar. 2024, doi: 10.51298/vmj.v536i1.8682.
- [7] Phạm Q. H. et al., “Kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có khối lượng trên 80 gram bằng cắt đốt nội soi bipolar qua đường niệu đạo và một số yếu tố liên quan,” Tạp Chí Học Việt Nam, vol. 527, no. Đặc biệt, 2023.
- [8] K. Levin, O. Nyrén, and R. Pompeius, “Blood loss, tissue weight and operating time in transurethral prostatectomy,” Scand. J. Urol. Nephrol., vol. 15, no. 3, pp. 197–200, 1981, doi: 10.3109/00365598109179602.
- [9] D. Gravenstein, “Transurethral Resection of the Prostate (TURP) Syndrome: A Review of the Pathophysiology and Management,” Anesth. Analg., vol. 84, no. 2, p. 438, Feb. 1997.