

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING MONOPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT HA TINH GENERAL HOSPITAL

Do Minh Tung¹, Nguyen Dinh Tai², Nguyen Xuan Thang², Nguyen Quang Tuyen¹

¹Faculty of Medicine, Hai Phong University of Medicine and-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Pharmacy Ha Tinh Provincial General Hospital-No. 75 Hai Thuong Lan Ong Street, Thanh Sen Ward, Ha Tinh Province, Vietnam

Received: 20/03/2026

Revised: 03/4/2026; Accepted: 15/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with benign prostatic adenoma undergoing monopolar transurethral resection of the prostate at Ha Tinh General Hospital.

Materials and Methods: A retrospective descriptive study on 60 patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) who underwent transurethral resection of the prostate (TURP) from January 2023 to December 2025 at Ha Tinh General Hospital.

Results: The mean age was 76.25 ± 7.9 years. The most common presenting complaints were acute urinary retention (48.33%) and dysuria (43.33%). Most patients had severe symptoms (mean IPSS 21.53 ± 4.04) and impaired quality of life (mean QoL score 4.8 ± 0.85). The mean prostate volume was 67.28 ± 27.29 g.

Conclusion: Patients with prostatic adenoma were predominantly elderly, presenting with severe lower urinary tract symptoms and markedly impaired quality of life. Prostate size was mainly in the moderate-to-large range, indicating suitability for transurethral resection of the prostate using monopolar electrosurgery.

Keywords: Prostatic adenoma; transurethral resection of the prostate.

*Corresponding author

Email: dmtung@hpmu.edu.vn Phone: (+84) 985503214 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5631

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐỐT QUA NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ TĨNH

Đỗ Minh Tùng¹, Nguyễn Đình Tài², Nguyễn Xuân Thắng², Nguyễn Quang Tuyền¹

¹Khoa Y - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh-Số 75 đường Hải Thượng Lân Ông, phường Thành Sen, tỉnh Hà Tĩnh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 03/4/2026; Ngày duyệt đăng: 15/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao đơn cực qua nội soi niệu đạo tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Hà Tĩnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu trên 60 bệnh nhân được điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi cắt đốt qua niệu đạo từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2025 tại Bệnh viện Đa Khoa Hà Tĩnh.

Kết quả: Bệnh nhân có tuổi trung bình $76,25 \pm 7,9$. Lý do vào viện thường gặp là bí đái (48,33%) và đái khó (43,33%). Đa số bệnh nhân có triệu chứng nặng (IPSS $21,53 \pm 4,04$), chất lượng cuộc sống giảm (QoL $4,8 \pm 0,85$). Khối lượng tuyến tiền liệt trung bình $67,28 \pm 27,29$ g.

Kết luận: Bệnh nhân u phì đại tuyến tiền liệt chủ yếu là người cao tuổi, biểu hiện triệu chứng đường tiểu dưới mức độ nặng và chất lượng cuộc sống giảm rõ rệt. Khối lượng tuyến tiền liệt chủ yếu ở mức vừa đến lớn, phù hợp với chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng dao đơn cực.

Từ khoá: u phì đại tuyến tiền liệt; cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) là bệnh lý phổ biến ở nam giới trung niên và cao tuổi, đặc trưng bởi sự tăng sinh mô tuyến và mô đệm vùng chuyển tiếp, gây chèn ép niệu đạo và dẫn đến các rối loạn tiểu tiện [1]. Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi, khoảng 50% ở nam giới trên 60 tuổi và trên 80% ở nhóm trên 80 tuổi, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và tạo gánh nặng cho hệ thống y tế [1], [2].

Hiện nay, các phương pháp điều trị bệnh bao gồm nội khoa, các can thiệp ít xâm lấn và phẫu thuật. Trong đó, cắt tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo bằng dao đơn cực là phương pháp được áp dụng rộng rãi nhờ hiệu quả cải thiện triệu chứng nhanh, xâm lấn tối thiểu và thời gian hồi phục ngắn [2].

Tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh, kỹ thuật này đã được triển khai thường quy và bước đầu ghi nhận những kết quả tích cực. Tuy nhiên, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật còn hạn chế.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u phì đại lành tính tuyến tiền liệt được cắt bằng dao đơn cực

qua nội soi niệu đạo tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh trong giai đoạn từ 01/2023 đến 12/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 BN được điều trị phẫu thuật cắt UPĐLTTL bằng dao đơn cực qua nội soi niệu đạo tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh từ 01/2023 – 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nam giới ≥ 50 tuổi tại thời điểm phẫu thuật.
- BN được chẩn đoán UPĐLTTL.
- BN được điều trị phẫu thuật cắt UPĐLTTL bằng dao đơn cực qua nội soi niệu đạo.
- BN có giải phẫu bệnh sau mổ là UPĐLTTL.
- BN có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN UPĐLTTL được điều trị bằng phương pháp khác.
- BN có các bệnh lý ảnh hưởng đến chức năng đường tiểu như: tổn thương tủy sống, hẹp niệu đạo, viêm bàng quang mạn tính,...

*Tác giả liên hệ

Email: dmtung@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 985503214 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5631

- BN có giải phẫu bệnh sau mổ là u tuyến tiền liệt ác tính.
- Hồ sơ nghiên cứu không đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

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.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi (phân nhóm và trung bình), lý do vào viện, tiền sử và bệnh lý kèm theo. Đánh giá mức độ triệu chứng đường tiểu dưới và chất lượng cuộc sống trước phẫu thuật thông qua điểm IPSS và QoL. Các chỉ số cận lâm sàng được ghi nhận gồm PSA toàn phần, công thức máu (huyết sắc tố, bạch cầu), điện giải (Na⁺) và khối lượng tuyến tiền liệt trên siêu âm.

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

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Phân bố tuổi theo nhóm

Nhóm tuổi	Số BN	Tỉ lệ (%)
< 60	3	5
60 - < 70	10	16,67
70 - < 80	24	40
≥ 80	23	38,33
Tổng	60	100
Tuổi trung bình	76,25 ± 7,9 (57 - 90)	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 70 tuổi trở lên (chiếm khoảng 4/5). Tuổi trung bình là 76,3 ± 7,9 tuổi (57–90).

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận lý do vào viện chủ yếu là bí đái hoàn toàn (29 BN chiếm 48,33%) và đái khó (26 BN chiếm 43,33%), các triệu chứng khác như đái buốt, đái rát, đái máu/đục gặp ít hơn. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử và bệnh lý kèm theo chiếm 23%, bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý đường tiết niệu và một số bệnh lý khác.

Bảng 2. Điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt trước PT

Mức độ	Số BN	Tỉ lệ (%)
Nhẹ (0 – 7)	0	0
Vừa (9 - 19)	13	21,67
Nặng (20 – 35)	47	78,33
Tổng	60	100
Trung bình	21,53 ± 4,04 (12 - 29)	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có mức độ nặng, nhóm vừa chỉ chiếm khoảng 21,67%, không có trường hợp nhẹ. Điểm IPSS trung bình là 21,5 ± 4,0.

Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống trước PT

Mức độ	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tốt (0-1)	0	0
Kém (2 - 4)	14	23,33
Tệ (5 – 6)	46	76,67
Tổng	60	100
Trung bình	4,8 ± 0,85 (2 - 6)	

Nhận xét: Khoảng 3/4 số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tệ, nhóm kém chiếm tỷ lệ nhỏ, không có trường hợp tốt. Điểm trung bình QoL 4,8 ± 0,85.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đa số bệnh nhân có PSA toàn phần trên 4 ng/ml (khoảng 78,33%). Điều này có thể do đa số các bệnh nhân vào viện với các triệu chứng cấp tính như bí đái, đái khó, nhiễm khuẩn niệu và có can thiệp thủ thuật đặt sonde tiểu.

Bảng 4. Một số chỉ số xét nghiệm máu trước PT

Chỉ số	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Huyết sắc tố (g/L)	127,38	111	143
Bạch cầu (G/L)	9,43	3,6	22,8
Na ⁺ (mmol/l)	137,54	128,2	142,2

Nhận xét: Nhóm BN có Hgb và Na⁺ ổn định trong giới hạn bình thường, bạch cầu trung bình bình thường nhưng có 25 trường hợp tăng trên 10 G/L.

Bảng 5. Khối lượng TTL trước PT

Khối lượng TTL (gram)	Số BN	Tỷ lệ %
< 40	10	16,67
40 -59	16	26,67
60 - 79	15	25
80 -99	13	21,67
> 100	6	10
Tổng	60	100
Trung bình	67,28 ± 27,29 (29-171)	

Nhận xét: Khối lượng TTL chủ yếu ở mức vừa đến lớn (40–99 g), chỉ một số ít có tuyến nhỏ (<40 g) hoặc rất lớn (>100 g). Khối lượng TTL trung bình 67,3 ± 27,3 g.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu là 76,25 ± 7,9 tuổi, dao động từ 57 tuổi đến 90 tuổi. Nhóm tuổi từ 70–79 chiếm tỷ lệ cao nhất với 24/60 BN (40,0%), sự phân bố giữa các nhóm tuổi có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của UPĐLTTL, do bệnh liên quan chặt chẽ đến quá trình lão

hóa và thay đổi nội tiết ở nam giới cao tuổi, đặc biệt là sự mất cân bằng giữa androgen và estrogen theo tuổi [1]. Ở nhóm tuổi 70–79, khối lượng tuyến tiền liệt thường tăng dần theo thời gian, các triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới biểu hiện rõ hơn nên BN có xu hướng đến viện và được chỉ định can thiệp ngoại khoa nhiều hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ngô Linh Chi [3], trong đó tuổi trung bình của BN UPĐLTTL là $75,82 \pm 8,72$ tuổi, phần lớn thuộc nhóm tuổi trên 70, nghiên cứu của Vũ Minh Đức [4] ghi nhận tuổi trung bình là $70,7 \pm 1,83$ tuổi. Theo dữ liệu gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2024 [5], số ca mắc UPĐLTTL tiếp tục tăng rõ rệt theo tuổi, đặc biệt sau 70 tuổi, phản ánh xu hướng già hóa dân số và nhu cầu điều trị ngày càng cao ở nhóm BN này. Ngoài ra, nghiên cứu tổng quan của Alia J. [6] trên nhóm BN ≥ 70 tuổi cũng cho thấy đa số trường hợp cần can thiệp ngoại khoa UPĐLTTL tập trung ở nhóm tuổi cao, đồng thời tuổi không làm giảm hiệu quả điều trị nếu được lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Nhóm BN trên 70 tuổi chiếm 78,4%, cho thấy đây là nhóm tuổi chiếm ưu thế nên tỷ lệ mắc các bệnh lý toàn thân kèm theo cũng tương đối cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp là bệnh lý nội khoa gặp nhiều nhất với 6/60 BN (10%), tương đương với đái tháo đường cũng 6/60 BN (10%); các bệnh lý phối hợp khác ghi nhận ở 5/60 BN (8,3%). Ngoài ra, tiền sử bệnh lý tiết niệu kèm theo ghi nhận 2 BN có tiền sử sỏi bàng quang và 1 BN có tiền sử viêm bàng quang. Tuy tỷ lệ này không cao, nhưng đây là các yếu tố có thể liên quan đến tình trạng ứ đọng nước tiểu kéo dài do tắc nghẽn đường tiểu dưới, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu hoặc hình thành sỏi thứ phát ở bàng quang. Các dữ liệu gần đây cũng cho thấy BN UPĐLTTL thường đi kèm nhiều bệnh đồng mắc chuyển hóa và tim mạch, trong đó tăng huyết áp và đái tháo đường là hai nhóm phổ biến nhất ở người cao tuổi [7].

Về lý do vào viện, chúng tôi gặp 29/60 BN (48,33%) nhập viện vì bí đái cấp tính và 31/60 BN (51,67%) có các triệu chứng rối loạn tiểu tiện như đái khó, đái buốt rất hoặc tiểu đêm nhiều lần. Tất cả 29 BN có bí đái cấp đều được đặt sonde niệu đạo – bàng quang để giải phóng tắc nghẽn tạm thời trước khi xét phẫu thuật. Như vậy, phần lớn BN được phát hiện khi tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới đã tiến triển rõ rệt, thậm chí đã xuất hiện biến chứng cấp tính. Bí đái cấp trong UPĐLTTL là hậu quả của quá trình phì đại tuyến tiền liệt kéo dài gây chèn ép niệu đạo sau, làm tăng sức cản dòng tiểu, dẫn đến giảm khả năng tổng xuất nước tiểu của bàng quang và cuối cùng gây mất bù chức năng bàng quang [1]. Ở các trường hợp này, đặt sonde niệu đạo – bàng quang là biện pháp xử trí ban đầu cần thiết nhằm giải phóng tắc nghẽn tạm thời, giảm đau cho BN, đồng thời hạn chế nguy cơ giãn bàng quang, tổn thương chức năng thận và tạo điều kiện đánh giá trước khi quyết định phương pháp điều trị triệt để.

Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Vũ Minh Đức [4], trong đó tỷ lệ BN nhập viện vì bí đái cấp chiếm tỷ lệ khá cao ở nhóm BN được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua niệu đạo. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu [2], bí tiểu cấp do UPĐLTTL là một trong những chỉ định can thiệp phẫu thuật khi tình trạng này tái diễn hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN nhập viện khi triệu chứng đường tiểu dưới đã ở mức độ nặng. Cụ thể, 47/60 BN (78,33%) có điểm IPSS ở mức nặng (20–35 điểm), 13/60 BN (21,67%) ở mức trung bình và không ghi nhận trường hợp nào ở mức nhẹ. Điểm IPSS trung bình là $21,53 \pm 4,04$ điểm, dao động từ 12 đến 29 điểm, cho thấy đa số BN chỉ đến điều trị khi triệu chứng đã ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng tiểu tiện. Kết quả này phù hợp với đặc điểm tiến triển âm thầm của BHP, khi BN thường có xu hướng chịu đựng triệu chứng trong thời gian dài trước khi quyết định điều trị ngoại khoa [8].

Kết quả của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu trước đây như: Đỗ Văn Hưng [9] ghi nhận điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật là $22,5 \pm 3,8$ hay Ngô Linh Chi [3] với kết quả $22,42 \pm 6,45$. Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu cũng cho rằng những trường hợp có IPSS cao kéo dài, đặc biệt kèm bí tiểu, tiểu đêm nhiều lần hoặc đáp ứng kém với điều trị nội khoa, là nhóm thường được chỉ định phẫu thuật [2].

Về chất lượng cuộc sống trước mổ, điểm QoL trung bình của nhóm nghiên cứu là $4,8 \pm 0,85$ điểm, dao động từ 2 đến 6 điểm. Trong đó, 46/60 BN (76,67%) thuộc nhóm chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng nặng (5–6 điểm), 14/60 BN (23,33%) ở mức kém (2–4 điểm), không có trường hợp nào ở mức tốt. Kết quả này cho thấy phần lớn BN cảm nhận rõ ràng sự khó chịu do các triệu chứng đường tiểu dưới gây ra, đặc biệt là tiểu đêm nhiều lần, tiểu khó, tia tiểu yếu và cảm giác tiểu không hết.

Điểm QoL trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nhiều báo cáo khác khi phần lớn BN được phẫu thuật có QoL trung bình từ 4 đến 5 điểm [3], [9]. Sự tương đồng giữa IPSS cao và QoL cao cho thấy khi mức độ triệu chứng tăng lên thì ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày cũng rõ rệt hơn. Đây cũng là cơ sở quan trọng để chỉ định điều trị ngoại khoa ở BN UPĐLTTL.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN có nồng độ PSA toàn phần tăng trên mức bình thường. Cụ thể, PSA trung bình trước mổ là 13,3 ng/ml, có 78,33% BN có PSA lớn hơn 4 ng/ml. Đáng chú ý, ghi nhận một số trường hợp PSA tăng rất cao, cá biệt trên 150 ng/ml. Sự gia tăng PSA ở BN UPĐLTTL thường liên quan đến tăng thể tích tuyến, sưng huyết mô tuyến, viêm nhiễm phối hợp hoặc tình trạng bí đái trước mổ. Những bệnh nhân này được chụp MRI trước mổ và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là lành tính.

Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Trần Quốc Hoà [10]: PSA trung bình trước mổ: $14,31 \pm 1,32$ ng/ml, đa số BN UPĐLTTL có PSA tăng nhẹ đến trung bình, chủ yếu trong khoảng 4–10 ng/ml. Theo Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu [2], PSA là một chỉ số có giá trị trong đánh giá ban đầu BN có triệu chứng đường tiểu dưới, đồng thời góp phần dự báo thể tích tuyến tiền liệt và nguy cơ tiến triển bệnh. Tuy nhiên, PSA tăng không đặc hiệu cho tăng sinh lành tính mà cần phối hợp với thăm trực tràng, siêu âm và các thăm dò khác để loại trừ ung thư tuyến tiền liệt.

Khi so sánh giữa hai nhóm BN có bí đái và không có bí đái trước phẫu thuật, PSA toàn phần trung bình ở nhóm có bí đái là 14,15 ng/ml, trong khi nhóm không bí đái là 12,47

ng/ml. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,756$. Điều đó cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng bí đái trước mổ chưa chứng minh được mối liên quan rõ rệt với nồng độ PSA.

Một số nghiên cứu cho rằng bí đái cấp có thể làm PSA tăng tạm thời do tăng áp lực trong lòng tuyến và hiện tượng sung huyết mô tuyến, nhưng mức độ tăng phụ thuộc thời gian bí đái và tình trạng viêm kèm theo [2]. Vì vậy, đối với các trường hợp PSA tăng cao kèm bí đái, cần đánh giá lại sau khi dẫn lưu bàng quang và điều trị ổn định để tránh làm sai lệch định hướng chẩn đoán.

Chúng tôi sử dụng máy siêu âm đo khối lượng tuyến. Kết quả khối lượng tuyến tiền liệt trước phẫu thuật dao động khá rộng, từ 29 g đến 171 g, với giá trị trung bình là $67,28 \pm 27,29$ g. Nhóm BN có khối lượng tuyến từ 40–99 g chiếm tỷ lệ chủ yếu, gồm 44/60 trường hợp (73,34%), trong đó nhóm 40–59 g chiếm 26,67%, nhóm 60–79 g chiếm 25% và nhóm 80–99 g chiếm 21,67%. Bên cạnh đó, 10 BN (16,67%) có khối lượng tuyến dưới 40 g và 6 BN (10%) có tuyến tiền liệt trên 100 g. Kết quả này cho thấy phần lớn BN trong nghiên cứu có tuyến tiền liệt ở mức vừa đến lớn, phù hợp với chỉ định điều trị ngoại khoa khi thể tích tuyến tăng rõ và triệu chứng lâm sàng nặng.

Khối lượng UPĐLTTL trung bình trong nghiên cứu tương đương so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Hưng [9] là 68,3 gram. Đa số các tác giả đều thống nhất mốc 80gram làm ranh giới cho chỉ định cắt nội soi và mổ mở [2], [3], [9]. Tuy nhiên, ngay tại Việt Nam, nhiều tác giả đã tiến hành cắt nội soi tuyến lớn hơn 80 gram như: Trần Quốc Hoà [10] với khối lượng UPĐLTTL trung bình là 105,78 gram.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân u phì đại tuyến tiền liệt chủ yếu là người cao tuổi, biểu hiện triệu chứng đường tiểu dưới mức độ nặng và chất lượng cuộc sống giảm rõ rệt. PSA thường tăng nhưng không liên quan đến tình trạng bí đái. Khối lượng tuyến tiền liệt chủ yếu ở mức vừa đến lớn. Việc đánh giá đầy đủ lâm sàng và cận lâm sàng giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với từng cá thể bệnh nhân.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Kỳ (1998), Sinh lý học hệ tiết niệu. Bệnh học tiết niệu, NXB Y học, tr. 35-56.
- [2] Ljungberg Börje, et al. (2022), European Association of Urology guidelines on renal cell carcinoma: the 2022 update. European urology, 82(4): p. 399-410.
- [3] Ngô Linh Chi và cs. (2024). The result treatment of large benign prostatic hyperplasia by bipolar transurethral resection of the prostate at Thai Nguyen Central Hospital. Tạp chí Y học Cộng đồng, 65: tr. 216-219.
- [4] Vũ Minh Đức và Đỗ Trường Thành (2023). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực qua đường niệu đạo tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 521(1): tr. 37-40.
- [5] Ye Zhenyang, et al. (2024). Global burden of benign prostatic hyperplasia in males aged 60–90 years from 1990 to 2019: results from the global burden of disease study 2019. BMC urology, 24(1): p. 193.
- [6] A lia J. Codelia-Anjum, et al. (2023). Procedural Intervention for Benign Prostatic Hyperplasia in Men $\geq$ Age 70 Years - A Review of Published Literature. Clin Interv Aging, 18: p. 1705-1717.
- [7] Zhenfeng Song, et al.(2024). Correlation between benign prostatic hyperplasia and comorbidities: a systematic analysis integrating global burden of disease and mendelian randomization study. J Transl Med, 22(1): p. 1035.
- [8] Robert C. Langan (2019). Benign prostatic hyperplasia. Primary Care: Clinics in Office Practice, 46(2): p. 223-232.
- [9] Đỗ Văn Hưng và Hoàng Long (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch. Tạp chí Y học Việt Nam, 505(2): tr. 29-33.
- [10] Trần Quốc Hòa và Trịnh Nam Sơn (2024). 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 Y học Việt Nam, 536(1): tr. 198-202.