Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 323-327

EARLY OUTCOMES OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT 354 MILITARY HOSPITAL

Le Dinh Nguyen[1], Nguyen Kieu Minh[2*]

[1]*Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Military Hospital 354 - 120 Doc Ngu, Ba Dinh District, Hanoi City, Vietnam*

Received: 05/05/2026
Revised: 19/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the early outcomes of transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia at 354 Military Hospital.

Subjects and Methods: A prospective, longitudinal descriptive study was conducted on 64 patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia who underwent TURP at the Department of Urology, 354 Military Hospital, General Department of Logistics, from July 2025 to June 2026.

Results: The mean age was 71.8 ± 6.5 years, with the majority aged 60–79 years (87.5%). Acute urinary retention was the most common reason for admission (60.9%), and hypertension was the most frequent comorbidity (50.0%). The mean prostate volume was 76.1 ± 32.0 g, with 78.1% of cases ≥ 50 g. The mean operative time was 69.4 ± 18.2 minutes. The mean duration of urethral catheterization was 4.7 ± 2.3 days. All procedures were successfully completed, with good outcomes in 82.8% and moderate outcomes in 17.2%. At 1 month postoperatively, 96.9% of patients showed good or fair improvement in IPSS, and 98.4% reported good or fair improvement in quality of life.

Conclusion: Monopolar TURP demonstrated a high success rate and significant improvement in urinary symptoms and quality of life. The procedure is safe and effective for the treatment of benign prostatic hyperplasia.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia; transurethral resection of the prostate; 354 Military Hospital.

*Corresponding author
Email: Nguyenkieuminh22021983@gmail.com **Phone:** (+84) 989626822 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6663

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHẪU THUẬT CẮT ĐỐT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Lê Đình Nguyên[1], Nguyễn Kiều Minh[2*]

[1]Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Quân y 354 - 120 Đốc Ngữ, Q. Ba Đình, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 05/05/2026
Ngày sửa: 19/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Quân y 354.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, thực hiện trên 64 người bệnh được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, có chỉ định phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Quân y 354, Tổng cục Hậu cần; từ tháng 7/2025 đến tháng 6/2026.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình là 71,8 ± 6,5, chủ yếu nhóm 60-79 tuổi (87,5%). Lý do vào viện thường gặp nhất là bí đái (60,9%), tăng huyết áp chiếm 50,0%. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình 76,1 ± 32,0 g, đa số ≥ 50 g (78,1%). Thời gian phẫu thuật trung bình 69,4 ± 18,2 phút. Thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình 4,7 ± 2,3 ngày. Tất cả trường hợp phẫu thuật thành công, kết quả tốt chiếm 82,8% và trung bình 17,2%. Sau 1 tháng, 96,9% bệnh nhân cải thiện tốt và khá theo IPSS; 98,4% có cải thiện tốt và khá về chất lượng sống.

Kết luận: Phẫu thuật cắt nội soi đơn cực tuyến tiền liệt cho tỷ lệ thành công cao và cải thiện rõ rệt triệu chứng tiểu tiện cũng như chất lượng sống sau mổ. Phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo, Bệnh viện Quân y 354.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là một trong những bệnh lý tiết niệu thường gặp nhất ở nam giới cao tuổi, đặc trưng bởi sự gia tăng thể tích tuyến tiền liệt và sự xuất hiện của các triệu chứng đường tiểu dưới. Bệnh ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày của người bệnh [1]. Về điều trị, hiện nay có nhiều phương pháp được áp dụng trong quản lý TSLTTTL bao gồm: theo dõi bảo tồn, điều trị nội khoa, can thiệp xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở [2]. Trong đó, phương pháp cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật TSLTTTL có chỉ định [3]. Tại Bệnh viện Quân y 354, phẫu thuật cắt nội soi qua niệu đạo trong điều trị TSLTTTL là phương pháp được triển khai thường quy. Tuy nhiên, thực tiễn triển khai kỹ thuật này cho thấy vẫn tồn tại một số khó khăn và hạn chế nhất định, phụ thuộc vào năng lực chuyên môn của đội ngũ bác sĩ và điều kiện trang thiết bị y tế tại từng thời điểm. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị sớm tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân (BN) tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, có chỉ định điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật (PT) cắt đốt nội soi qua niệu đạo tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Quân y 354, Tổng cục Hậu cần; từ tháng 7/2025 đến tháng 6/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ TSLTTTL có chỉ định PT theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị TSLTTTL của Hội Tiết niệu thận học Việt Nam [2].

+ TSLTTTL có đủ điều kiện thực hiện PTNS qua niệu đạo

+ Mô bệnh học sau PT: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

+ BN đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Ung thư tuyến tiền liệt.

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

+ TSLTTTL tái phát sau can thiệp ngoại khoa hoặc ít xâm lấn.

+ TSLTTTL đã dẫn lưu bàng quang trên xương mu.

+ BN bị cứng khớp háng.

+ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Không xác suất, chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu. Trên thực tế chúng tôi khảo sát được 64 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ vào nghiên cứu.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân TSLTTTL có chỉ định PT.

- Đánh giá trước PT: Đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng.

- Đánh giá trong PT: Thời gian PT; Lượng dịch rửa; Tai biến trong PT

- Đánh giá sau PT: Thời gian lưu ống thông niệu đạo; Diễn biến sau rút thông niệu đạo; chỉ số IPSS, QoL; Lượng nước tiểu tồn dư sau đi tiểu; biến chứng sớm sau PT.

*Tác giả liên hệ
Email: Nguyenkieuminh22021983@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 989626822 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6663

- Thu thập, xử lý số liệu.

- Thời điểm đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu: trước phẫu thuật, trong phẫu thuật và quá trình điều trị sau phẫu thuật 1 tháng.

2.2.4. Quy trình kỹ thuật

Chuẩn bị

- Bệnh nhân: Người bệnh được thăm khám lâm sàng, hoàn thiện các xét nghiệm mổ, được tư vấn và giải thích về phương pháp điều trị, chuẩn bị trước mổ.

- Vô cảm: Tê tủy sống kết hợp ngoài màng cứng.

- Tư thế bệnh nhân: BN được đặt nằm ngửa, dạng 2 chân tối đa và đỡ trên giá, hai gối gấp 900, góc giữa 2 đùi và bụng là 1350, mông đặt sát mép bàn.

Các thì phẫu thuật

- Thì 1: Nong niệu đạo (23–27 Fr), đặt máy nội soi 26 Fr vào bàng quang, tiến hành soi đánh giá và xác định các mốc giải phẫu.

- Thì 2: Phối hợp kỹ thuật Nesbit và Reuteur: Dùng quai cắt cắt tổ chức tuyến từ cổ bàng quang đến sát ụ núi, từ lòng niệu đạo tuyến tiền liệt đến sát vỏ xơ; lần lượt thùy giữa – 2 thùy bên – vùng quanh ụ núi. Bơm rửa, lấy mảnh gửi giải phẫu bệnh.

- Thì 3: Kiểm tra và đốt cầm máu, đặt sonde Foley 22 Fr 3 chạc.

Chăm sóc sau phẫu thuật

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng sonde niệu đạo và xét nghiệm sau mổ. Rút sonde sau 48 giờ khi nước tiểu trong; xuất viện khi bệnh nhân tiểu tiện tự chủ, ổn định toàn thân. Tái khám đánh giá IPSS, QoL, nước tiểu tồn dư và phát hiện biến chứng.

Chỉ tiêu đánh giá

Đánh giá thành công, thất bại về mặt kỹ thuật của phẫu thuật được thực hiện trong thời gian từ lúc kết thúc PT đến khi BN khám lại lần cuối cùng [4].

- Tốt: PT diễn ra thuận lợi, trong và sau PT không có tai biến – biến chứng, hoặc chỉ ở mức độ nhẹ (độ I theo phân độ Clavien-Dindo).

- Trung bình: có tai biến, biến chứng nhưng không phải chuyển phương pháp khác để điều trị; có thể phải làm thủ thuật hỗ trợ hoặc can thiệp lần 2 (độ II và IIIa theo phân độ Clavien-Dindo).

- Thất bại: có tai biến, biến chứng nặng (độ IIIb), rất nặng (độ IV), hoặc BN tử vong có nguyên nhân trực tiếp từ tai biến – biến chứng của phẫu thuật.

Đánh giá hiệu quả điều trị của TURP

Hiệu quả	Triệu chứng (IPSS sau PT/IPSS trước PT)	Chất lượng sống (QoL trước PT – QoL sau PT)
Rất tốt	≤ 0,25	≥ 4
Tốt	≤ 0,5	3
Đạt	≤ 0,75	2 hoặc 1
Kém	> 0,75	≤ 0

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 22.0 và phần mềm Microsoft Excel 2016. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia bằng văn bản. Thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp ngoài chỉ định điều trị thông thường, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học và được sự cho phép của Lãnh đạo bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 64)

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi (năm)	< 60	1	1,6
	60–79	56	87,5
	≥ 80	7	10,9
Tuổi trung bình (Trung bình ± SD) (năm)		71,8 ± 6,5	
Lý do vào viện	Bí đái	39	60,9
	Đái khó	21	32,8
	Đái dắt	4	6,3
Tiền sử bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	32	50,0
	Đái tháo đường	11	17,2
	Bệnh lý khác	25	39,1
Thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm trước phẫu thuật (gram)	< 30	1	1,6
	30 – 49	13	20,3
	≥ 50	50	78,1
Trung bình ± SD (gram)		76,1 ± 32,0	
Min - Max		32 - 94	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,8 ± 6,5 tuổi. Nhóm tuổi 60-79 chiếm tỷ lệ cao nhất (87,5%). Đa số người bệnh vào viện vì bí đái (60,9%). Tăng huyết áp là bệnh kèm theo thường gặp nhất (50,0%). Ngoài ra còn gặp Đái tháo đường (17,2%) và một số bệnh khác. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 76,1 ± 32,0g, dao động từ 32 đến 94g. Phần lớn trường hợp có thể tích từ 50g trở lên (78,1%).

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 2. Phân nhóm thời gian phẫu thuật (n = 64)

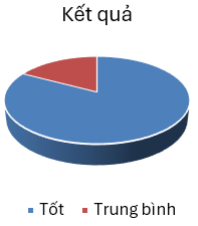
Thời gian PT (phút)	n	%
15 – 29	0	0,0
30 – 44	1	1,6
45 – 59	23	35,9
≥ 60	40	62,5
Tổng	64	100,0
Trung bình ± SD	69,4 ± 18,2	
Min - Max	40 - 120	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 69,4 ± 18,2 phút, dao động từ 40 đến 120 phút. Phần lớn bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 60 phút trở lên (62,5%), tiếp theo là nhóm 45–59 phút (35,9%). Không ghi nhận trường hợp nào có thời gian phẫu thuật dưới 30 phút.

Bảng 3. Thời gian lưu ống thông niệu đạo (n = 64)

Thời gian lưu ống thông	n	%
2 ngày	1	1,6
3 ngày	8	12,5
4 ngày	31	48,4
≥ 5 ngày	24	37,5
Tổng	64	100,0
Trung bình ± SD (Min – Max)	4,7 ± 2,3 (2 – 20)	

Nhận xét: Thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình là 4,7 ± 2,3 ngày, dao động từ 2 đến 20 ngày. Phần lớn bệnh nhân lưu ống thông 4 ngày (48,4%), tiếp theo là 3 ngày và ≥5 ngày. Chỉ có 1 trường hợp (1,6%) lưu ống thông trong 2 ngày.



Hình 1. Đánh giá thành công, thất bại của phẫu thuật (n = 64)

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều phẫu thuật thành công. Trong đó, kết quả loại tốt chiếm đa số (82,8%), còn lại là trung bình (17,2%).

Bảng 4. Hiệu quả điều trị của sau 1 tháng (n = 64)

Hiệu quả (%)	Triệu chứng IPSS sau PT/IPSS trước PT		Chất lượng sống QoL trước PT – QoL sau PT	
	Mức độ	Số BN (%)	Mức độ	Số BN (%)
Tốt	≤ 0,25	20 (31,3)	≥ 4	47 (73,4)
Khá	≤ 0,5	42 (65,6)	3	16 (25,0)
Đạt	≤ 0,75	2 (3,1)	2, 1	1 (1,6)
Kém	> 0,75	0 (0,0)	≤ 0	0 (0,0)

Nhận xét: Sau 1 tháng phẫu thuật, theo mức cải thiện điểm IPSS, tỷ lệ đạt kết quả tốt và khá chiếm đa số (65,6% và 31,3%), chỉ có 3,1% ở mức đạt và không ghi nhận trường hợp kém. Đối với chất lượng sống, phần lớn bệnh nhân đạt mức tốt (73,4%), mức khá (25,0%), ghi nhận 1 trường hợp đạt mức đạt (1,6%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 71,8 ± 6,5 tuổi, nhóm tuổi 60-79 chiếm tỷ lệ cao nhất (87,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình tương đồng với một số tác giả như Hoàng Văn Công (2021) (72,96 ± 9,22) (48 - 96 tuổi) [5], Danh Hào (2022) (73,85±7,96 tuổi) [6]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, bệnh lý thường gặp ở nam giới cao tuổi.

Một trong những lý do khiến cho người bệnh nhập viện nhiều nhất đó là tình trạng bí đái kéo dài. Về cơ chế, tăng sinh tuyến tiền liệt xảy ra chủ yếu tại vùng chuyển tiếp quanh niệu đạo, làm hẹp lòng niệu đạo và gia tăng sức cản dòng tiểu. Tắc nghẽn đường ra bàng quang trong bệnh lý này bao gồm tắc nghẽn cơ học do khối lượng tuyến tăng và tắc nghẽn chức năng do tăng trương lực cơ trơn cổ bàng quang, tuyến tiền liệt dưới tác động của hệ α1-adrenergic.

Tăng huyết áp là bệnh lý kèm theo phổ biến nhất, chiếm 50,0%, tiếp theo là đái tháo đường với 17,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của tác giả Danh Hào và cộng sự (2022) khi tăng huyết áp là bệnh kèm theo phổ biến (có 90% mắc bệnh tăng huyết áp kèm theo và 10% bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường type 2 kèm theo có chỉ định phẫu thuật) [6]. Nghiên cứu của Geremew và cộng sự cũng ghi nhận tăng huyết áp là bệnh đồng mắc thường gặp nhất [7]. Tỷ lệ bệnh lý kèm theo của chúng tôi phản ánh thực trạng về bệnh nhân TSLTTTL tại Việt Nam, cho thấy gánh nặng bệnh tim mạch và chuyển hóa ở nhóm bệnh nhân cao tuổi này là đáng kể. Điều này đặt ra yêu cầu phải phối hợp đa chuyên khoa trong quá trình điều trị, đặc biệt là quản lý các bệnh lý nền để giảm thiểu nguy cơ biến chứng chu phẫu.

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình trong nghiên cứu là 76,1 ± 32,0 g, với 78,1% bệnh nhân có thể tích ≥ 50 g. Phân bố này cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm phì đại tuyến tiền liệt mức độ lớn, phù hợp với đặc điểm của quần thể có chỉ định can thiệp ngoại khoa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số tác giả như Danh Hào (44,83 ± 14,49 g) [6], Nguyễn Đức Lễ (58,37 ± 21,03) [8]. Sự khác biệt này có thể do nhiều bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã lựa chọn điều trị nội khoa trước đó, đến khi tuyến tiền liệt quá to, bắt buộc phải tiến hành phẫu thuật hoặc các trường hợp có triệu chứng nặng hay biến chứng. Trong khi các nghiên cứu khác đa số bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ngay từ đầu.

4.2. Kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 69,4 ± 18,2 phút, dao động từ 40 đến 120 phút. Phần lớn bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 60 phút trở lên (62,5%), tiếp theo là nhóm 45–59 phút (35,9%) và chỉ có 1 trường hợp có thời gian ngắn (30-44 phút). Không ghi nhận trường hợp nào có thời gian phẫu thuật dưới 30 phút. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Đức Lễ và cộng sự (2024) với thời gian phẫu thuật trung bình 53,05 ± 14,86 phút, với 22,2% bệnh nhân có thời gian mổ trên 60 phút [8]. Mặc dù các nghiên cứu có kết quả khác nhau nhưng đều phản ánh xu hướng rằng thể tích tuyến càng lớn, thời gian phẫu thuật càng kéo dài do cần nhiều thời gian để cắt đốt và cầm máu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình là 4,7 ± 2,3 ngày. Phần lớn bệnh nhân lưu ống thông 4 ngày (48,4%), tiếp theo là ≥5 ngày (37,5%) và 3 ngày (12,5%). Chỉ có 1 trường hợp (1,6%) lưu ống thông trong 2 ngày. Kết quả này có thời gian ngắn hơn so với nghiên cứu của Hoàng Văn Công (2020) với thời gian rút thông tiểu trung bình là 5,69 ± 1,33 ngày [5]. Thời gian lưu thông tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với khuyến cáo từ nhiều nghiên cứu quốc tế. Nghiên cứu của Hsu và cộng sự (2024) trên 85 bệnh nhân TURP ghi nhận thời gian lưu thông tiểu trung bình chỉ 51,6 ± 16,7 giờ (khoảng 2,15 ngày) [9]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trên có thể do đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu có thể tích tuyến lớn hơn, với 78,1% bệnh nhân có thể tích ≥ 50 gram.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả các trường hợp đều phẫu thuật thành công. Trong đó, kết quả loại tốt chiếm đa số (82,8%), còn lại là trung bình (17,2%). Không ghi nhận trường hợp thất bại. Kết quả này tương tự như một số tác giả như Danh Hào (87,50% tốt, khá chiếm 12,50% và không có trường hợp nào kết quả xấu) [6]. Đánh giá thành công được dựa trên tổng hợp các tiêu chí trong và sau phẫu thuật, bao gồm diễn biến thuận lợi trong mổ, thời gian hồi phục và kết quả cải thiện triệu chứng. Tỷ lệ thành công cao trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với vai trò của TURP như là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Kết quả đánh giá hiệu quả điều trị sau 1 tháng cho thấy theo mức cải thiện điểm IPSS (tỷ lệ IPSS sau PT/IPSS trước PT), tỷ lệ đạt kết quả tốt (≤ 0,25) và khá (≤ 0,5) chiếm đa số (31,3% và 65,6%), chỉ có 3,1% ở mức đạt (≤ 0,75) và không ghi nhận trường hợp kém. Đối với chất lượng sống (mức chênh QoL trước PT – sau PT), phần lớn bệnh nhân đạt mức tốt (≥ 4 điểm) với 73,4%, còn lại đạt mức khá (3 điểm) với 25,0% và 1 trường hợp đạt (1,6%). Nghiên cứu của Milonas và cộng sự (2015) sử dụng định nghĩa hiệu quả tương tự, với ngưỡng cắt là cải thiện 50% của từng chỉ số hoặc IPSS giảm ≥ 10 điểm, Qmax tăng ≥ 10 ml/s, QoL cải thiện ≥ 3 điểm [10]. Kết quả nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ điều trị hiệu quả theo Qmax là 74,2%, theo IPSS là 91% và theo QoL là 74,2% [10]. So với nghiên cứu này, tỷ lệ hiệu quả theo IPSS của chúng tôi (31,3% tốt + 65,6% khá = 96,9%) cũng như tỷ lệ hiệu quả theo QoL (98,4% tốt + khá) là cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ hiệu quả cao phản ánh chất lượng phẫu thuật tốt, với việc cắt bỏ gần như hoàn toàn tổ chức tăng sản. Điều này phù hợp với thể tích tuyến trung bình lớn và thời gian phẫu thuật trung bình khá dài, cho phép cắt bỏ một lượng mô đáng kể.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, do đó tính khái quát chưa cao. Thiết kế mô tả không

có nhóm chứng nên chưa đánh giá được hiệu quả so sánh với các phương pháp điều trị khác. Thời gian theo dõi ngắn (1 tháng) chưa phản ánh đầy đủ kết quả lâu dài và các biến chứng muộn. Ngoài ra, một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả như kinh nghiệm phẫu thuật viên hoặc đặc điểm giải phẫu chưa được phân tích sâu.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt nội soi đơn cực tuyến tiền liệt là phương pháp an toàn, hiệu quả, cho tỷ lệ thành công cao và cải thiện rõ rệt triệu chứng tiểu tiện cũng như chất lượng sống sau mổ. Kết quả bước đầu cho thấy đây là lựa chọn điều trị phù hợp cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, đặc biệt ở nhóm có tuyến kích thước lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Roehrborn CG. Benign Prostatic Hyperplasia: An Overview. Rev Urol. 2005;7:S3–14.

[2] Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2019.

[3] Nguyễn Phương Thanh Tú. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. 2025;20:82–9.

[4] Elashwah A, Badran A, Elshenawy M, Azzam A, Naguib R, Alshibani A, et al. Outcome and Safety of Cytoreductive Surgery (CRS) and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) +/- Intraoperative Radiation Therapy (IORT) in the Management of Peritoneal Sarcomatosis: A Real-World Experience. Kasr-Al-Aini J.of Clin Onc and Nuc Med. 2022;0:1–10. https://doi.org/10.21608/resoncol.2021.99181.1153

[5] Hoàng Văn Công và Vũ Thị Hồng Anh. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, trường Đại học Thái Nguyên. 2021;226:24–8.

[6] Danh Hào, Đàm Văn Cương. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt đốt nội soi trên bệnh nhân có bệnh mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;50:93–100.

[7] Geremew LM, Gelaw SA, Beyene AD. Assessing the Complications of Monopolar Transurethral Resection of the Prostate (M-TURP) Using Clavien-Dindo Complications Grading System. Ethiop J Health Sci. 2022;32:605–612. https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i3.17

[8] Nguyễn Đức Lễ, Trần Đức Quý, Hoàng Văn Hiển. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện lưỡng cực tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;535:332–335. https://doi.org/10.51298/vmj.v535i2.8542

[9] Hsu T-W, Tseng W-H, Huang SK, Chiu AW, Li C-F, Shiue Y-L. Transurethral Resection of the Prostate (TURP) and concomitant inguinal hernioplasty: a single-center experience. BMC Urol. 2024;24:188. https://doi.org/10.1186/s12894-024-01571-z

[10] Milonas D, Verikaite J, Jievaltas M. The effect of complete transurethral resection of the prostate on symptoms, quality of life, and voiding function improvement. Cent European J Urol. 2015;68:169–174. https://doi.org/10.5173/ceju.2015.507