

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHẪU THUẬT BÓC TRỌN KHỐI BƯỚU VỚI DAO ĐIỆN LƯỜNG CỰC QUA NỘI SOI NIỆU ĐẠO

Phạm Nguyên Tiến¹, Trần Duy Phương¹, Dương Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật bóc trơn khối bướu tuyến tiền liệt với dao điện lưỡng cực qua nội soi niệu đạo tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: 25 bệnh nhân điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật bóc trơn khối bướu tuyến tiền liệt lưỡng cực nội soi qua ngã niệu đạo tại khoa ngoại Tiết Niệu – Nam Học, bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bình Dương trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng 03/2024.

Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Thời điểm đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu: trước phẫu thuật, trong thời gian điều trị hậu phẫu, các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng. Đánh giá hiệu quả điều trị của B-TUEP 1 tháng sau phẫu thuật dựa trên sự cải thiện IPSS, Qmax, QoL. Đánh giá tai biến, biến chứng theo Clavien-Dindo.

Kết quả: Thời gian bóc nhân $57,8 \pm 18,13$ phút; Thời gian cắt mô và bơm rửa lấy bệnh phẩm $36,7 \pm 9,5$ phút; Giảm Hb trung bình sau phẫu thuật $0,75 \pm 1,27$ g/dl; Thời gian trung bình rút sonde tiểu $2,32 \pm 2,62$ ngày; Thời gian nằm

viện sau phẫu thuật $4,27 \pm 2,22$ ngày. Các chỉ số trước và sau phẫu thuật lần lượt là IPSS: $32,4 \pm 1,41$; $4,87 \pm 1,71$. Qmax: $3,6 \pm 4,26$ ml/s; $20,33 \pm 6,22$ ml/s. QoL: $5 \pm 0,59$; $1,43 \pm 0,5$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tai biến chảy máu sau mổ 2/25 trường hợp (8%) và triệu chứng đau buốt niệu đạo sau phẫu thuật 1/25 trường hợp (4%).

Kết luận: Điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật bóc trơn khối bướu tuyến tiền liệt với dao điện lưỡng cực nội soi qua ngã niệu được thực hiện tại khoa ngoại Tiết niệu – Nam học, bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương là hiệu quả, an toàn và kết quả tốt.

Từ khóa: bóc trơn khối bướu tuyến tiền liệt, bóc nhân với dao điện lưỡng cực, nội soi ngã niệu đạo.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF ENBLOC BIPOLAR TRANSURETHRAL ENUCLEATION OF THE PROSTATE FOR TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Objectives: Evaluate the effectiveness and safety of enbloc bipolar transurethral enucleation of the prostate (EB-TUEP) technique for the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) at the Department of Andrology and Urology, Binh Duong General Hospital.

Materials and Methods: Prospective study on 25 patients treated for benign prostatic hyperplasia by B-TUEP at Department of

¹Khoa Ngoại Tiết Niệu-Nam Học, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyên Tiến

ĐT: 0345241989

Email: phamnguyentien94@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/03/2024

Ngày duyệt bài: 05/04/2024

Andrology and Urology, Binh Duong General Hospital from September 2023 to March 2023. Patients were evaluated before surgery, postoperative period and 1 month after surgery. IPSS, Qmax, QoL and complications according to Clavien-Dindo classification were recorded.

Results: Enucleation time is $57,8 \pm 18,13$ minutes; Time to remove tissue and resection adenoma is $36,7 \pm 9,5$ minutes; Average hemoglobin reduction after surgery $0,75 \pm 1,27$ g/dl; Mean time of urinary catheter withdrawal is $2,32 \pm 2,62$ days; post-operative hospital stay is $4,27 \pm 2,22$ days. The indices before and after surgery respectively were IPSS: $32,4 \pm 1,41$; $4,87 \pm 1,71$. Qmax: $3,6 \pm 4,26$ ml/s; $20,33 \pm 6,22$ ml/s. QoL: $5 \pm 0,59$; $1,43 \pm 0,5$. The difference was statistically significant ($p < 0.05$). There were 2/25 cases of bleeding after surgery (8%) and 1/25 cases of urethral pain after surgery (4%).

Conclusions: The EB-TUEP technique for the treatment of BPH at the Department of Andrology and Urology, Binh Duong General Hospital is effective, safe, and good results in the short term.

Keywords: prostate en-bloc enucleation, bipolar, trans-urethral enucleation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới hơn lớn tuổi, là nguyên nhân hàng đầu gây nên các triệu chứng đường tiểu dưới, ảnh hưởng trực tiếp và rõ rệt lên chất lượng sống của người bệnh. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Đức Hoà (1995) [2] ở 1000 nam giới tuổi từ 40 trở lên thấy tỉ lệ mắc bệnh ở lứa tuổi lứa tuổi 51-60 tuổi là 86,5%, 61-70 tuổi là 91%, 71-80 tuổi là 97,8%, từ 81-90 tuổi là 100%.

Mặt dù có nhiều kỹ thuật ít xâm lấn, nhưng cắt đốt tuyến tiền liệt bằng dao điện

đơn cực qua đường niệu đạo (M-TURP) vẫn là tiêu chuẩn vàng cho điều trị ngoại khoa triệu chứng đường tiểu dưới do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (LUTS/BPH), tuy nhiên phương pháp này vẫn có những biến chứng cũng như hạn chế, đặc biệt với thể tích tuyến trên 60ml [7]. Kể từ khi phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser holmium (HoLEP) được báo cáo đầu tiên vào năm 1988 bởi Peter Gilling và Mark Fraundorfer, nó đã được chứng tỏ mình là một giải pháp thay thế cho TURP hay phẫu thuật mở với nhiều ưu điểm.

Hiện nay, theo y văn có nhiều kỹ thuật bóc bướu tuyến tiền liệt như là chia hai thùy, ba thùy hay bóc trọn khối (en-bloc) [9]. Phương pháp en-bloc có một số ưu điểm đáng chú ý như: giúp dễ dàng nhận biết mặt phẳng phẫu thuật, bảo tồn được nhiều niêm mạc cơ vòng hơn và giảm tình trạng tiểu không tự chủ khi gắng sức sau phẫu thuật [4]. Ngoài ra, phương pháp en-bloc được báo cáo là nhanh hơn phương pháp chia thùy tiêu chuẩn với kết quả tương tự [10].

Có nhiều nguồn năng lượng được sử dụng để bóc nhân tuyến tiền liệt, chúng tôi sử dụng nguồn điện lưỡng cực qua nội soi ngã niệu đạo (B-TUEP) vì có thể thực hiện bằng cách sử dụng thiết bị phẫu thuật nội soi cắt đốt lưỡng cực tuyến tiền liệt tiêu chuẩn (B-TURP). Điều này sẽ giúp giảm chi phí đầu tư ban đầu, ngoài ra có thể cắt giảm việc đầu tư ngay máy xay mô và thay bằng sử dụng điện cực dạng vòng để thực hiện cắt nhỏ mô tuyến tiền liệt sau khi hoàn tất quá trình bóc nhân và đẩy khối mô tuyến tiền liệt vào trong bàng quang, súc rửa lấy sạch mảnh mô bằng bơm chân không [6]. Với việc thực hiện thường quy điều trị ngoại khoa TSLTTTL bằng kỹ thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TURP), việc

tiếp cận với kỹ thuật B-TUEP sẽ dễ dàng hơn. Đặc biệt trong giai đoạn đầu khi mới thực hiện kỹ thuật này, có thể linh hoạt chuyển đổi từ B-TUEP sang B-TURP nếu gặp tình huống khó khăn hoặc cuộc phẫu thuật phức tạp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả và kinh nghiệm ban đầu áp dụng en-bloc B-TUEP trong điều trị TSLTTTL tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương từ tháng 09/2023 đến tháng 03/2024

2.2. Đối tượng và biến số nghiên cứu:

25 bệnh nhân TSLTTTL có chỉ định phẫu thuật được điều trị bằng nội soi bóc trọn khối nhân tuyến tiền liệt bằng dao điện lưỡng cực

qua ngã niệu đạo (EB-TUEP). Bệnh nhân được tư vấn đầy đủ về kỹ thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu trước đó. Các thông số ghi nhận như IPSS, QoL, Qmax (trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tháng), siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật (thời gian bóc nhân và thời gian cắt nhỏ mô tuyến sau khi bóc nhân), Hb trước và sau phẫu thuật, các vấn đề tiểu không tự chủ hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá 1 tháng sau phẫu thuật.

2.3. Quy trình phẫu thuật:

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được thực hiện EB-TUEP với hệ thống Karl Storz, True Bipolar TURP (Autocon III 400) và điện cực dạng vòng (cutting loop) để hoàn thành ca phẫu thuật, hệ thống tưới rửa sử dụng bình nước 7 lít natriclorua 0,9 % đặt cao hơn 1m so với vị trí bàng quang.

Cutting Loops

Distal Tip	24/26 Fr. color code: yellow	Instrument Description
	27040GP1	Cutting Loop, bipolar
	27040GP140	Cutting Loop, bipolar

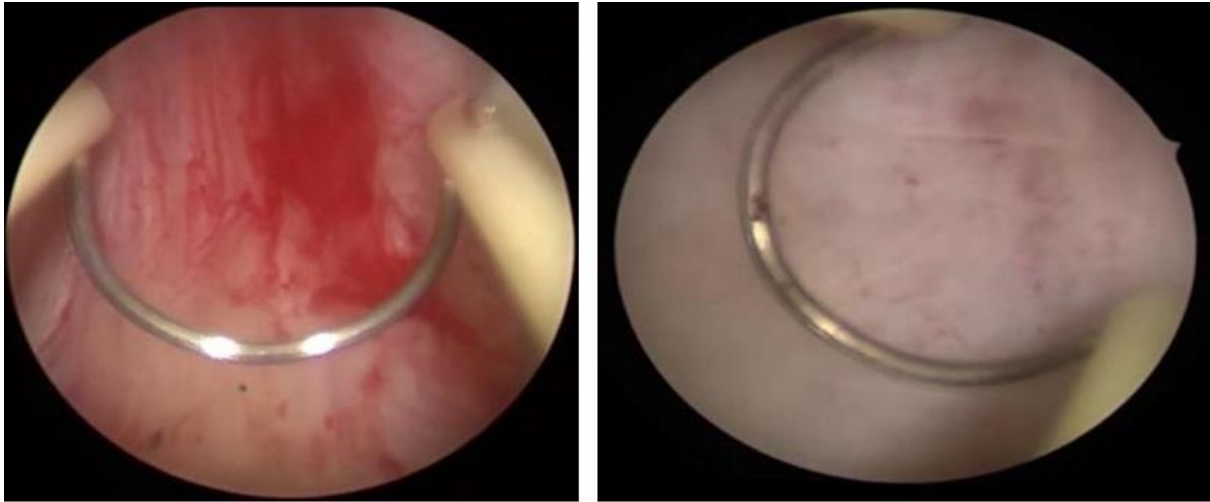
Hình 1. Điện cực lưỡng cực dạng vòng được sử dụng trong kỹ thuật B-TUEP trong nghiên cứu

Thông tiểu 3 nhánh được đặt để tưới rửa liên tục sau phẫu thuật, không thực hiện kéo nơ niệu đạo và thông tiểu được rút vào ngày hôm sau khi nước tiểu trong.

Bước 1: Soi niệu đạo bàng quang, xác định các mốc giải phẫu (2 lỗ niệu quản, gờ liên niệu quản, cổ bàng quang, ụ núi), nhận xét tình trạng bàng quang chống đối, các tổn

thương đi kèm của bàng quang và hình thái phát triển của TTL.

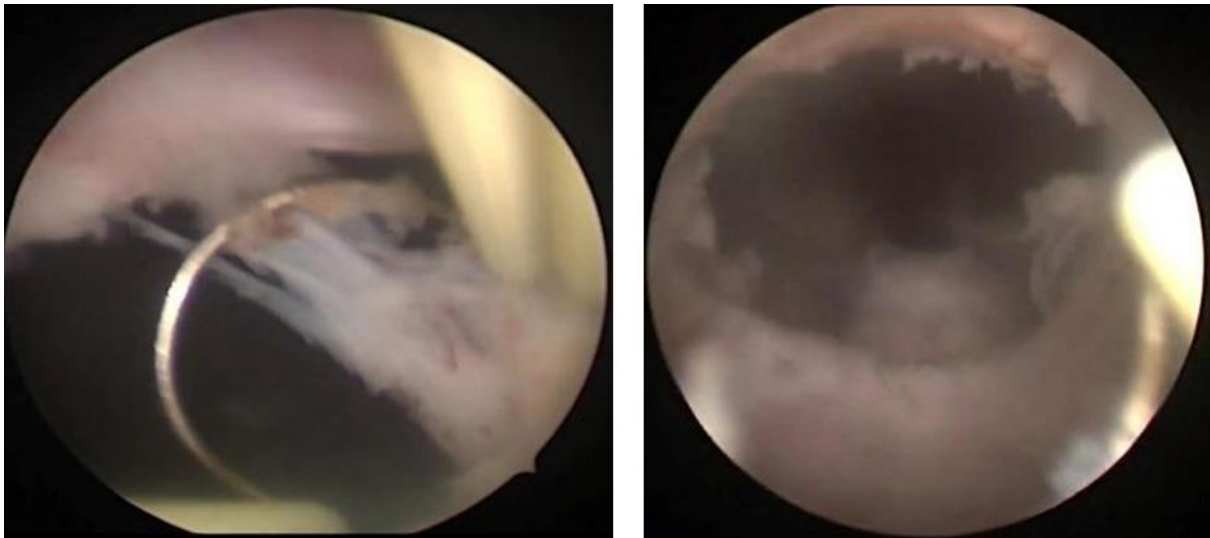
Bước 2: Xác định vị trí ụ núi, mở niêm mạc niệu đạo ngay trước ụ núi tại vị trí 5h-7h và dùng vỏ máy soi đẩy nhẹ và lắc lư để tìm thấy mặt phẳng phẫu thuật giữa nhân tuyến và vỏ tuyến. Tiến hành bóc thùỳ giữa theo mặt phẳng phẫu thuật từ 5h-7h về hướng cổ bàng quang.



Hình 2. Cắt niêm mạc niệu đạo tuyến tiền liệt ngay trước ụ núi, xác định vỏ bao tuyến tiền liệt và tiến hành bóc nhân thùy giữa

Bước 3: Đặt máy soi sát khe giữa ụ núi & thùy trái, lấn nhẹ theo hướng 5h-4h, phát triển theo hướng từ 5h-12h tại ranh giới của tuyến và cơ thắt hướng từ ụ núi về phía cổ bàng quang. Tiến hành bóc tương tự đối với thùy phải theo hướng 7h-12h. Nếu mặt phẳng

phẫu thuật của thùy nào khó khăn, có thể bỏ qua vị trí đó và tiếp tục với thùy bên cạnh có mặt phẳng tốt hơn về hướng cổ bàng quang. Trong khi bóc bướu, kiểm tra và đốt cầm máu ngay tại phẫu trường vừa tạo.



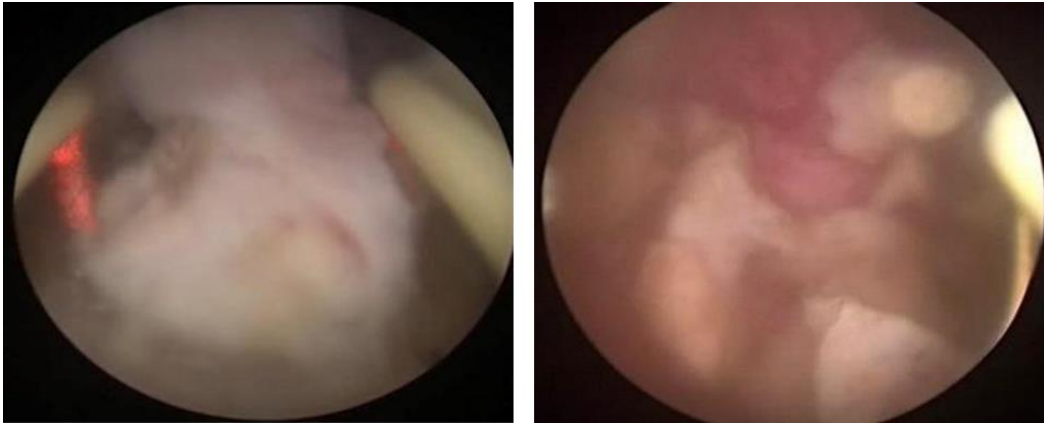
Hình 3. Cắt cầu niêm mạc và đẩy khối mô tuyến tiền liệt sau khi bóc nhân vào trong lòng bàng quang

Bước 4: Thùy giữa & hai thùy bên được bóc tách hoàn toàn, chỉ còn kết nối với niệu đạo màng ở 12h & phần kết nối với cổ bàng quang. Cắt niêm mạc nối mô tuyến với niệu

đạo màng tại 2 cầu nối tại vị trí 12h ngay trên ụ núi. Xoay mũi đầu vỏ máy soi quét mô tuyến ra khỏi cổ bàng quang và cắt lớp niêm mạc cổ bàng quang để đi vào bàng quang

Bước 5: Mở rộng hết chu vi cổ bàng quang & đẩy nhẹ xoay đưa mô tuyến vào trong, Cắt rời hoàn toàn niêm mạc hoặc giữ làm điểm cố định mô tuyến với cổ bàng quang. Dùng loop cắt nhỏ khối mô, rồi bơm

rửa tương tự TURP hoặc dùng máy xay mô. Hạ áp lực nước rửa để kiểm tra các điểm chảy máu và đốt cầm máu; đặt ống thông niệu đạo bằng ống thông Foley 22Fr loại 3 nhánh, làm nở niệu đạo.



Hình 4. Dùng điện cực cắt lưỡng cực dạng vòng để xử lý cắt nhỏ mô tuyến tiền liệt và hút ra ngoài bằng bơm chân không

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 09/2023 đến tháng 03/2024, 25 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp B-TUEP.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Thông số	Đặc điểm
Tuổi trung bình	72,3 ± 9,44 tuổi
Kích thước tuyến tiền liệt trung bình (siêu âm)	75,83 ± 30,6 ml
IPSS trung bình trước phẫu thuật	32,4 ± 1,41
QoL trước phẫu thuật	5 ± 0,59
Tốc độ dòng tiểu tối đa (Qmax) trước phẫu thuật	3,6 ± 4,26 ml/s

Nhận xét: Điểm triệu chứng IPSS ở nhóm triệu chứng mức độ nặng; điểm chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình - nặng, mức độ bế tắc dòng ra mức độ nặng.

Bảng 2. Kết quả cuộc phẫu thuật

Thông số	Kết quả
Thời gian bóc nhân	57,8 ± 18,13 phút
Thời gian cắt mô và bơm rửa lấy bệnh phẩm	36,7 ± 9,5 phút
Giảm Hb trung bình sau phẫu thuật	0,75 ± 1,27 g/dl
Thời gian trung bình rút thông tiểu	2,32 ± 2,62 ngày
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	4,27 ± 2,22 ngày

Nhận xét: Thời gian bóc nhân trung bình là 57,8 ± 18,13 phút, Thời gian rút thông tiểu giao động từ 1-5 ngày, thời gian hậu phẫu trung bình là 4,27 ± 2,22 ngày.

Bảng 3. So sánh kết quả trước và sau phẫu thuật 1 tháng

Thông số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	P
IPSS	32,4 ± 1,41	4,87 ± 1,71	<0,05
Qmax	3,6 ± 4,26 ml/s	20,33 ± 6,22 ml/s	<0,05
QoL	5 ± 0,59	1,43 ± 0,5	<0,05

Nhận xét: Điểm triệu chứng IPSS, điểm chất lượng cuộc sống và tốc độ dòng tiêu tối đa sau mổ đều có sự cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước phẫu thuật, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

Bảng 4. Tai biến, biến chứng theo Clavien-Dindo

Tai biến/biến chứng	Tỷ lệ	Thời gian xuất hiện	Phân loại
Chảy máu sau phẫu thuật	8%	Sau phẫu thuật	Độ I
Đau buốt niệu đạo	4%	Sau phẫu thuật	Độ I
Thủng bàng quang	0%	Ttrong phẫu thuật	Độ I
Rách cổ bàng quang	0%	Trong phẫu thuật	Độ I

Nhận xét: Biến chứng sau mổ gặp trong 3/25 trường hợp ở mức độ nhẹ, bao gồm: chảy máu sau phẫu thuật và đau buốt niệu đạo.

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi được giới thiệu vào cuối vào những năm 1988 bởi Gillling và cs [3], phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser HoLEP được chấp nhận rộng rãi như phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị phẫu thuật cho BPO. Mặt khác, các loại kỹ thuật bóc nhân chính phổ biến bao gồm phương pháp 3 thùy tiêu chuẩn và phương pháp en-bloc. Phương pháp bóc nhân 3 thùy truyền thống đã nhận được sự ủng hộ lớn từ các bác sĩ tiết niệu, đặc biệt là đối với kỹ thuật HoLEP [4]. Kỹ thuật en-bloc đã được báo cáo trong những năm gần đây, một số bác sĩ phẫu thuật đã đề xuất một số kỹ thuật cắt nhân đã được sửa đổi, chẳng hạn như kỹ thuật “en-bloc no touch” hoặc “omega” tương ứng [13], [15]. Ngược lại với phương pháp bóc nhân 3 thùy, các nghiên cứu mới nhất [11], [14] cho thấy phương pháp en-bloc thực sự dẫn đến thời gian phẫu thuật ngắn hơn với kết quả sau phẫu thuật tương

đương. Ngoài ra, Saitta và cs, việc bóc tách khối nhân bướt ra khỏi cơ thắt niệu đạo ngoài trước khi bóc bướt sẽ giúp cải thiện tình trạng tiểu không tự chủ sau phẫu thuật [12]. Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn bóc trọn khối bướt tuyến tiền liệt vì kỹ thuật này kế thừa phát triển dựa trên nền tảng nguyên tắc phẫu thuật của phương pháp cũ (TURP) với với trang thiết bị máy móc dành cho B- TURP, ngoài ra kĩ thuật này giúp tiết kiệm được thời gian do không phải tiến hành chia thùy và chỉ một lần xác định lớp vỏ phẫu thuật của tuyến tiền liệt và đi theo móc này nên hạn chế việc bóc tách sai lớp.

Về việc lựa chọn năng lượng để tiến hành bóc bướt tuyến tiền liệt, hiện nay có rất nhiều loại năng lượng được dùng để bóc bướt tuyến tiền liệt. Bất kỳ nguồn năng lượng nào về mặt lý thuyết có sử dụng trong kỹ thuật bóc nhân nội soi, với điều kiện nó có đủ khả năng cầm máu [8]. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng sự cải thiện các triệu chứng LUST/BPH tương đương về điểm số IPSS, Qmax và QoL khi so sánh giữa HoLEP và B-TUEP sau một năm theo dõi [8],[5] ngoài ra, theo nghiên cứu so sánh tổng hợp giữa các loại năng lượng khác nhau trong

phẫu thuật bóc nhân, có sự thay đổi đáng kể thời gian phẫu thuật dài hơn (lưu ý cả hai nhóm đều có sự phân chia mô) và nhu cầu rửa bàng quang tăng lên cho thấy khả năng cầm máu tốt hơn của năng lượng Holmium laser. Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn dùng năng lượng điện lưỡng cực vì chúng tôi đã có kinh nghiệm sử dụng năng lượng điện lưỡng cực để cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xin so sánh với một vài tác giả sử dụng Holmium

laser bóc trọn khối nhân. Về kết quả của EB-TUEP của chúng tôi khi so sánh với các tác giả khác (Bảng 5), chúng tôi nhận thấy sự tương đồng cùng các tác giả khác trên thế giới về thời gian bóc nhân, thời gian xử lý bệnh phẩm, thời gian lưu thông tiểu. Với cùng các thông số tương đương nhau, cùng thời gian đầu triển khai và dụng cụ trang bị tương tự.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật bằng phương pháp B-TUEP của chúng tôi và một số nghiên cứu

Kết quả	Phạm Nguyên Tiến (n= 25) 2024	Xingxing Wang (n= 132) 2023	Nguyễn Lê Quý Đông (n=30) 2021
Tổng thời gian bóc nhân (phút)	57,8 ± 18,13	92,9 ± 39,9	55,6 ± 20,8
Thời gian cắt mô	36,7 ± 9,5	14 ± 8,4	15,3 ± 8,7/27 ca 30,4 ± 12,4/3 ca
Thời gian lưu thông tiểu (ngày)	2,32 ± 2,62	1,67	1/28 ca
Thể tích tuyến tiền liệt ml	75,83 ± 30,6	40-80 (51,5%)	45,9 ± 24,8
Giảm Hb sau phẫu thuật (g/dl)	0,75 ± 1,27		
Qmax sau phẫu thuật (ml/s)	20,33 ± 6,22		22,3
IPSS sau phẫu thuật	4,87 ± 1,71	5,8 ± 1,6	7,5

Nhận xét: Kết quả của chúng tôi gần tương đương với các tác giả dùng năng lượng lưỡng cực và ngắn hơn so với các tác giả dùng năng lượng laser,

Xingxing Wang đã báo cáo với 132 ca bóc trọn nhân tuyến tiền liệt nội soi qua ngã niệu đạo năm 2019 với Holmium laser. Thời gian bóc nhân đã có sự thay đổi, thời gian trung bình là 105,9 phút với 50 ca đầu tiên nhưng ở 82 ca tiếp theo thì thời gian bóc nhân trung bình chỉ còn khoảng 84,9 phút [16]. Trong khi đó, thời gian bóc nhân của chúng tôi là 57,8 ± 18,13 phút, điều đó cho thấy ưu điểm của phương pháp dùng dao điện lưỡng cực trong phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt.

Nguyễn Lê Quý Đông [1] tổng kết kinh nghiệm bước đầu bóc nhân lưỡng cực trong điều trị TSLTTTL với 30 ca vào năm 2021, tập trung vào nghiên cứu hiệu quả và độ an toàn của phương pháp dựa trên các thông số là sự giảm Hb trung bình sau phẫu thuật, cải thiện IPSS, Qmax, QoL. Kết quả cho thấy các thông số tương đồng với kết quả của chúng tôi. Phần lớn bệnh nhân đạt được kết quả điều trị LUTs/BPH và sự tắc nghẽn dòng tiểu do TSLTTTL rất tốt.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng trước và sau phẫu thuật bằng kỹ thuật EB-TUEP 1 tháng thông qua sự cải thiện các triệu chứng sau phẫu thuật, điểm IPSS, Qmax, QoL.

Chúng tôi ghi nhận một số tai biến, biến chứng trong quá trình nghiên cứu:

Sau phẫu thuật có 2/25 trường hợp chảy máu sau mổ trong quá trình hậu phẫu. Chúng tôi điều trị nội khoa tích cực bằng cách: dùng thuốc cầm máu, kẹp nơ niệu đạo và súc rửa bàng quang liên tục. Nơ niệu đạo được tháo sau 4h sau khi thấy dịch rửa bàng quang đã trong. Cả 2 trường hợp đều được kiểm tra lại công thức máu sau đó và không có trường hợp nào cần truyền máu. Có 1 trường hợp có triệu chứng đau buốt niệu đạo sau phẫu thuật. Đây là hiện tượng bồng niệu đạo do khi thao tác đưa dụng cụ ra ngoài kèm hiện tượng rối loạn dòng điện lưỡng cực gây ra. Chúng tôi điều trị bằng kháng viên NSAID và bệnh nhân đã khỏi sau 1 tháng. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp biến chứng như thủng bàng quang, tổn thương niệu quản hay rách cổ bàng quang. Trong quá trình bóc nhân, chúng tôi luôn chú ý đến ranh giới của cổ và lòng bàng quang bằng hình ảnh các sợi cơ vòng chạy ngang, cũng như trong thì cắt nhỏ khối nhân, chúng tôi luôn chú ý đến vị trí 2 lỗ niệu quản và lòng bàng quang khi khối nhân còn lại nhỏ, lúc đó chúng tôi kẹp khối nhân lên khối thành bàng quang sau đó mới cắt.

Sau phẫu thuật, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào có triệu chứng tiêu không kiểm soát khi gắng sức. Điều này có thể được giải thích là sự cải tiến của phương pháp bóc trọn khối nhân so với các phương pháp chia thùy khác, vì khi thao tác, chúng tôi đã chủ động tạo ra tranh giới giữa nhân và cơ thắt ngoài bằng cách tách vùng đỉnh nhân tuyến ra khỏi căn thắt theo phương pháp của tác giả Saitta nên hạn chế được việc bóc nhân diện rộng xung quanh vùng cơ thắt ngoài [12].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc nhân với dao điện lưỡng cực điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương cho thấy là phẫu thuật an toàn, kết quả tốt.

Các chỉ số trước và sau phẫu thuật lần lượt là IPSS: $32,4 \pm 1,41$; $4,87 \pm 1,71$. Qmax: $3,6 \pm 4,26$ ml/s; $20,33 \pm 6,22$ ml/s. QoL: $5 \pm 0,59$; $1,43 \pm 0,5$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tai biến chảy máu sau mổ 8% và biến chứng đau buốt niệu đạo thời gian ngắn sau phẫu thuật 4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lê Quý Đông, Trần Đỗ Hữu Toàn, Dương Cao Trí, Huỳnh Duy Linh. Bóc trọn khối bướu tuyến tiền liệt bằng dụng cụ điện lưỡng cực: Kinh nghiệm ban đầu. Tạp chí Y học Việt Nam (Tổng hội Y học Việt Nam 2022, trang 70-78.
2. Trần Đức Hoà, Trần Đức (2006), U phì đại lành tính tuyến tiền liệt: Những vấn đề chọn lọc, NXB Khoa Học Kỹ Thuật, Hà Nội.
3. Gilling PJ, Cass CB, Cresswell MD, et al. Holmium laser resection of the prostate: preliminary results of a new method for the treatment of benign prostatic hyperplasia. Urology 1996;47:48-51.
4. Gilling PJ, Kennett K, Das AK, et al. Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) combined with transurethral tissue morcellation: an update on the early clinical experience. J Endourol 1998;12:457-9.
5. Higazy, A., et al. Holmium laser enucleation of the prostate versus bipolar transurethral enucleation of the prostate in management of benign prostatic hyperplasia: A randomized controlled trial. Int J Urol, 2021; 28: 333.
6. Hochreiter WW, Thalmann GN, Burkhard FC, Studer UE. Holmium laser

- enucleation of the prostate combined with electrocautery resection: The mushroom technique. *J Urol*. 2002; 168:1470–4.
7. **Madersbacher S, Lackner J, Brössner C, et al.** Reoperation, myocardial infarction and mortality after transurethral and open prostatectomy: a nation-wide, long-term analysis of 23,123 cases. *Eur Urol* 2005;47:499-504.
 8. **Neill M., Gilling P., Kennett K., Frampton C., Westenberg A., Fraundorfer M., et al.** (2006) Randomised trial comparing holmium laser enucleation of prostate with plasmakinetic enucleation of prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia. *Urology* 68: 1020–24.
 9. **Oh SJ.** Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate. *Investig Clin Urol* (2019); 60: 333-342.
 10. **Ross A., Rodriguez R.** (2016), "Development, Molecular Biology, and Physiology of the Prostate", *Campbell-Walsh Urology*, 11th ed, Elsevier, Philadelphia, pp. 2393–2424.
 11. **Rücker F, Lehrich K, Böhme A, et al.** A call for HoLEP: en-bloc vs. two-lobe vs. three-lobe. *World J Urol* 2021;39:2337-45.
 12. **Saitta G, Becerra JEA, Del Álamo JF, et al.** 'En Bloc' HoLEP with early apical release in men with benign prostatic hyperplasia. *World J Urol* 2019;37:2451-8.
 13. **Scoffone CM, Cracco CM.** The en-bloc no-touch holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) technique. *World J Urol* 2016;34:1175-81.
 14. **Tamalunas A, Schott M, Keller P, et al.** Efficacy, Efficiency, and Safety of En-bloc vs. Three-lobe Enucleation of the Prostate: A Propensity Score-Matched Analysis. *Urology* 2023; Epub ahead of print.
 15. **Tunc L, Yalcin S, Kaya E, et al.** The "Omega Sign": a novel HoLEP technique that improves continence outcomes after enucleation. *World J Urol* 2021;39:135-41.
 16. **Wang X, Chen G, Wu P, Ben L, Liu Q, Wang J.** The en bloc method is feasible for beginners learning to perform holmium laser enucleation of the prostate. *Transl Androl Urol* 2023;12(3):477-486. doi: 10.21037/tau-23-106.