

RESULTS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE IN THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Hoang Van Cong*, Vu Thi Hong Anh

TNU - University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Received: 21/10/2020</p> <p>Revised: 07/02/2021</p> <p>Published: 05/3/2021</p>	<p>Benign prostatic hyperplasia is a common disease in elderly men. This study uses a descriptive cross-section method to evaluate the results of laparoscopic prostatectomy benign prostatic proliferation on 118 patients at the Department of Urology - Thai Nguyen Central Hospital from January 2018 to June 2020. The study results showed that the average age was 72.96 ± 9.22 (48-96 years old), the average pre-operative IPSS score was 25.21 ± 3.96 (8-35 points), the average QoL score before surgery was 4.87 ± 0.84 (3-6 points). The average prostate weight on ultrasound was 51.63 ± 20.01 (30-144g). The average time of surgery, postoperative, urinary circulation, bladder wash infusion was 56.78 ± 16.78 minutes, 7.81 ± 2.11 days (4-17 days), 5.69 ± 1.33 days (4-12 days), 4.43 ± 0.84 days (3-8 days) respectively. Complications after surgery included endoscopic syndrome in 1 patient (0.85%), postoperative bleeding in 4 patients (3.4%), urinary retention after urinary withdrawal in 8 patients (6.76%), infected postoperative urinary in 9 patients (7.63%), urinary tract in 1 patient (0.85%), sclerosis of the bladder in 2 patients (1.7%). 95/118 patients (80.5%) had good surgical results; followed by 20/118 patients (16.9%) getting average results, and 3/118 patients (2.5%) with bad results.</p>
<p>KEYWORDS</p> <p>Urology</p> <p>Prostate</p> <p>Benign prostatic hyperplasia</p> <p>Urethral resection of the prostate</p> <p>Enlarged prostate</p>	

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Văn Công*, Vũ Thị Hồng Anh

Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
<p>Ngày nhận bài: 21/10/2020</p> <p>Ngày hoàn thiện: 07/02/2021</p> <p>Ngày đăng: 05/3/2021</p>	<p>Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý thường gặp ở nam giới cao tuổi. Nghiên cứu này sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên 118 bệnh nhân (BN) tại khoa Ngoại tiết niệu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $72,96 \pm 9,22$ (48 - 96 tuổi), điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật là $25,32 \pm 3,91$ (8 - 35 điểm), điểm QoL trung bình trước phẫu thuật là $4,87 \pm 0,84$ (3 - 6 điểm). Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình trên siêu âm là $51,63 \pm 20,01g$ (30 - 144g). Thời gian phẫu thuật, hậu phẫu, lưu thông tiểu, truyền rửa bàng quang trung bình lần lượt là $56,78 \pm 16,78$ phút, $7,81 \pm 2,11$ ngày (4 - 17 ngày), $5,69 \pm 1,33$ ngày (4 - 12 ngày), $4,43 \pm 0,84$ ngày (3-8 ngày). Biến chứng sau mổ như bị hội chứng nội soi 1 BN (0,85%), chảy máu sau mổ 4 BN (3,4%), bí đái sau rút sonde tiểu 8 BN (6,76%), bị nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ 9 BN (7,63%), đái rì 1 BN (0,85%); xơ cứng cổ bàng quang 2 BN (1,7%). 95/118 BN (80,5%) – có kết quả phẫu thuật tốt, 20/118 BN (16,9%) – trung bình, 3/118 BN (2,5%) – xấu.</p>
<p>TỪ KHÓA</p> <p>Ngoại tiết niệu</p> <p>Tuyến tiền liệt</p> <p>Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt</p> <p>Nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua Niệu đạo</p> <p>U phì đại tuyến tiền liệt</p>	

* Corresponding author. Email: hoangcongdy92@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là một bệnh lý hay gặp nhất ở nam giới. Bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi và có liên quan với nội tiết tố của nam giới. TSLTTTL thường biểu hiện bằng các triệu chứng đường tiểu dưới bao gồm các triệu chứng tắc nghẽn và kích thích đường tiểu [1], [2]. Hiện nay, phẫu thuật điều trị TSLTTTL đã đạt được nhiều tiến bộ nhờ ứng dụng các phương pháp điều trị mới ít sang chấn, nhưng phẫu thuật cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo (TURP) vẫn là phương pháp điều trị phổ biến nhất [3]. Phương pháp này có nhiều ưu điểm vượt trội như không có vết mổ, ít chảy máu và ít đau sau mổ, chăm sóc hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian hậu phẫu ngắn. Chính vì vậy, phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt được coi là tiêu chuẩn vàng trong các phương pháp điều trị các rối loạn đường tiểu dưới do TSLTTTL và là lựa chọn hàng đầu điều trị cho tuyến tiền liệt có kích thước từ 30 - 80 gram [4], [5].

Khoa Ngoại tiết niệu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã áp dụng kỹ thuật cắt đốt nội soi điều trị TSLTTTL từ năm 2003. Chúng tôi muốn đưa ra cái nhìn tổng quan về sự thành công cũng như những vấn đề còn tồn tại, từ đó đưa ra cách khắc phục. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018 – 2020.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 118 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán TSLTTTL và điều trị bằng phương pháp nội soi cắt đốt TTL, tại Khoa Ngoại tiết niệu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Phương pháp tiến hành

- Phương tiện:
 - + Máy nội soi của hãng Wolf 24ch; và máy của hãng Karl Storz 26ch
 - + Dịch rửa: Sorbitol 3%
- Chuẩn bị BN: BN được thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu, định lượng PSA, xét nghiệm nước tiểu, siêu âm, chụp x-quang tim phổi, điện tim...
- Tư thế BN: Tư thế sản khoa
- Vô cảm: tê tuỷ sống
- Kỹ thuật cắt: dựa vào kỹ thuật của John Blandy [6].
- Hậu phẫu: Rửa bàng quang nhỏ giọt bằng dung dịch NaCl 0,9%, rút thông tiểu khi nước tiểu trong.

2.4. Đánh giá kết quả điều trị

- Tốt: Cắt u thuận lợi, tới sát vỏ, không có tai biến trong mổ, không có biến chứng sau mổ, sau mổ bệnh nhân đi tiểu tự chủ, tia tiểu mạnh.
- Trung bình: cắt u thuận lợi tới sát vỏ, có tai biến, biến chứng khắc phục tốt, sau mổ BN đi tiểu tự chủ, dễ dàng.
- Xấu: có tai biến, biến chứng không khắc phục được phải can thiệp lại hoặc mổ mở, sau mổ đi tiểu không tự chủ hoặc đi tiểu tự chủ nhưng khó khăn.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Mức cải thiện điểm IPSS sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng

Mức cải thiện các triệu chứng lâm sàng thông qua bảng điểm IPSS sau phẫu thuật được thể hiện qua Bảng 1. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy: Trước phẫu thuật, hầu hết BN có điểm

IPSS mức độ nặng với 108/118 BN chiếm 91,5%, mức độ trung bình có 10 BN chiếm 8,5% và không có mức độ nhẹ. Điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật là $25,32 \pm 3,91$, thấp nhất 8 điểm, cao nhất 35 điểm. Sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng, số BN có điểm IPSS mức độ nặng đã giảm xuống chỉ còn 2 BN chiếm 1,7%. Điểm IPSS mức độ nhẹ có 104 BN chiếm 88,1% và mức độ trung bình 12 BN chiếm 10,2%. Điểm IPSS trung bình sau phẫu thuật là $5,79 \pm 2,62$. Điều này cho thấy sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng, các triệu chứng đường tiểu dưới rõ rệt với mức cải thiện $\Delta\%$ là 77,13%. Mức cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 1. Mức cải thiện điểm IPSS sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng

	Số điểm (mức độ)	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		P
		Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Điểm IPSS	0 – 7 (nhẹ)	0	0	104	88,1	< 0,05
	8 – 19 (trung bình)	10	8,5	12	10,2	
	20 – 35 (nặng)	108	91,5	2	1,7	
	Tổng	118	100,0	118	100,0	
	Điểm IPSS TB	$25,32 \pm 3,91$		$5,79 \pm 2,62$		
$\Delta\%$		77,13%				

3.2. Mức cải thiện điểm chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng

Mức cải thiện điểm chất lượng cuộc sống (QoL) sau phẫu thuật được thể hiện qua Bảng 2. Các kết quả ở Bảng 2 cho thấy: Trước phẫu thuật, đa số BN có điểm QoL mức độ nặng với 78 BN chiếm 66,1%, mức độ trung bình có 40 BN chiếm 33,9% và không có mức độ nhẹ. Điểm QoL trung bình trước phẫu thuật là $4,87 \pm 0,84$ điểm. Sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng điểm chất lượng cuộc sống của BN đã được cải thiện đáng kể, chỉ còn 1 BN có điểm QoL mức độ nặng chiếm 0,8%, 17 BN mức độ trung bình chiếm 14,4%, 100 BN mức độ nhẹ chiếm 84,7%. Điểm QoL trung bình sau phẫu thuật là $1,87 \pm 0,76$. Mức cải thiện điểm QoL sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng $\Delta\%$ là 66,1%. Mức cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mức cải thiện điểm QoL sau phẫu thuật tối thiểu 1 tháng

	Số điểm (mức độ)	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		P
		Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Điểm QoL	0-2 (nhẹ)	0	0	100	84,75	< 0,05
	3 – 4 (trung bình)	40	33,9	17	14,4	
	5 – 6 (nặng)	78	66,1	1	0,85	
	Tổng	118	100,0	118	100,0	
	Điểm QoL TB	$4,87 \pm 0,84$		$1,87 \pm 0,76$		
$\Delta\%$		61,60%				

3.3. Kết quả phẫu thuật

- Tai biến trong mổ:
 - + Chảy máu trong mổ: 24 BN (20,33%)
 - + Thủng vỏ tuyến tiền liệt: 1 BN (0,85%)
 - + Hội chứng nội soi: 1 BN (0,85%)
 - + Tổn thương cơ thắt ngoài: 1 BN (0,85%)
- Biến chứng sau mổ:
 - + Chảy máu sau mổ: 4 BN (3,4%)
 - + Nhiễm khuẩn tiết niệu: 9 BN (7,63%)
 - + Bí đái sau mổ: 8 BN (6,78%)
 - + Hẹp cổ bàng quang: 2 BN (1,7%)
 - + Đái rí: 1 BN (0,85%)

3.4. *Đánh giá kết quả phẫu thuật*

- Tốt: 95/118 BN (80,5%)
- Trung bình: 20/118 BN (16,9%)
- Xấu: 3/118 BN (2,5%)

4. *Bàn luận*

4.1. *Chảy máu trong mổ*

Chảy máu trong mổ tai biến thường gặp, gây khó khăn cho các phẫu thuật viên, đặc biệt là các phẫu thuật viên mới chưa có nhiều kinh nghiệm. Chúng tôi gặp 24 BN (20,33%) chảy máu trong mổ. Theo chúng tôi, có 2 yếu tố khách quan gây chảy máu trong mổ là tăng huyết áp và nhiễm khuẩn tiết niệu. Những trường hợp khi đặt máy vào bàng quang thấy nước tiểu đục, bề mặt tuyến tiền liệt (TTL) xung huyết thì khi cắt rất dễ chảy máu. Do đó, điều trị triệt để nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ và điều trị cao huyết áp là rất quan trọng [7]. Những trường hợp TTL trọng lượng lớn hoặc phải đặt thông tiểu trước mổ thì tỷ lệ chảy máu trong mổ cao hơn. Nguyên nhân chủ quan là do cắt quá mức, xâm phạm vào vỏ tuyến tiền liệt hoặc cắt vào xoang tĩnh mạch. Kinh nghiệm của chúng tôi khi cắt TTL có trọng lượng lớn thì nên cắt lần lượt từng thùy, đốt cầm máu kỹ diện cắt trước khi cắt vị trí khác. Khi gặp chảy máu trong mổ, cần bình tĩnh phối hợp với gây mê kiểm soát huyết áp, đồng thời nhanh chóng tìm điểm chảy máu để cầm máu kịp thời. Khi đốt cầm máu, cần đưa máy vượt qua điểm chảy máu rồi rút máy dần từ trong ra ngoài, đốt ngay khi thấy điểm chảy máu xuất hiện. Có thể đốt bằng que cắt hoặc quả cầu [3], [4]. Những trường hợp chảy máu do cắt vào xoang tĩnh mạch cầm máu thường khó khăn, chúng tôi xử trí đặt sonde Foley 3 chạc 22Ch, bơm bóng 20 ml, trường hợp chảy máu xoang tĩnh mạch nhiều có thể bơm bóng 60 - 80 ml, cột nơ kéo liên tục 5 - 10 phút. Tất cả các BN của chúng tôi có tai biến chảy máu đều cầm máu được bằng nội soi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

4.2. *Chảy máu sau mổ*

Chúng tôi gặp 4 trường hợp chảy máu sau mổ, gặp trong 24h đầu sau mổ. Cũng như chảy máu trong mổ, biểu hiện là nước rửa bàng quang đỏ tươi hoặc đỏ thẫm, bán tắc hoặc tắc thông tiểu [2]. Chúng tôi tiến hành bơm rửa lấy máu cục bàng quang, bơm thêm Cuff, kéo bóng Foley ép diện cắt. Cả 4 BN chúng tôi xử trí đều cầm máu, truyền rửa trong dần, không có trường hợp nào phải mổ lại cầm máu diện cắt và không phải truyền máu.

4.3. *Nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ*

Chúng tôi gặp 9 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu biểu hiện sốt 38 - 38,5 độ, bạch cầu tăng. Tất cả các trường hợp đều được điều trị nội khoa ổn định và xuất viện. Theo chúng tôi, những trường hợp có nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ không được điều trị thì nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ rất lớn do vậy những trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ cần cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh phù hợp cho bệnh nhân [5].

4.4. *Đái rỉ*

Biến chứng này xảy ra khi phải cơ thắt trong, khi đó sẽ gây ra đái rỉ vĩnh viễn. Chúng tôi gặp 1 trường hợp (0,85%). Theo chúng tôi, với những trường hợp khâu kính của niệu đạo bé, không nên cố đặt máy 26ch mà nên dùng máy nhỏ hơn, 24ch. Khi đốt cầm máu mép cắt sát ụ núi, cần thận trọng vì dễ làm tổn thương cơ thắt [3].

4.5. *Bí đái sau mổ*

Bí đái sau mổ có 8 BN, theo chúng tôi, bí đái sau mổ xuất hiện do phù nề cổ bàng quang và niêm mạc niệu đạo [4]. Chúng tôi đặt lại sonde tiểu, hướng dẫn kẹp thả sonde. Tất cả các BN sau rút thông tiểu lần 2 đều đái tự chủ dễ dàng.

4.6. Hội chứng nội soi

Hội chứng nội soi gặp 1 BN (1,7%) do cắt thủng vỏ TTL vào xoang tĩnh mạch. BN có biểu hiện vật vã kích thích, da xanh, xét nghiệm Natri máu giảm sau mổ [8]. Xử trí hồi sức sau mổ bệnh nhân ổn định.

5. Kết luận

Trong thời gian nghiên cứu 1/2018 đến tháng 6/2020 chúng tôi đã phẫu thuật nội soi cắt đốt cho 118 BN TSLTTTL, kết quả tốt 80,5%. Chúng tôi kết luận đây là nội soi cắt đốt điều trị TSLTTTL hiệu quả và an toàn. Ngoài kỹ năng và kinh nghiệm, chúng ta cần điều trị nội khoa các bệnh lý phối hợp thật tốt, đặc biệt là điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu và tăng huyết áp trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] Q. O. Dao and H. D. Nguyen, "Overview of prostatectomy techniques through urethra," *Ho Chi Minh city medicine*, vol. 6, no. 1, pp. 13-24, 2002.
- [2] M. A. Nguyen, "Assessing the results of treatment of benign prostate enlargement by endoscopy at Xanh Poly Hospital," *Journal of Practical Medicine – Ministry of Health*, vol. 858, no. 2, pp. 53-55, 2013.
- [3] X. T. Cao, "Evaluate surgical treatment results for benign prostatic hypertrophy at Hue Central Hospital," *Ho Chi Minh city medicine*, vol. 16, no. 3, pp. 278-282, 2012.
- [4] C. B. Nguyen, "Results of treatment of benign prostate enlargement by laparoscopic surgery through urethra at Viet Tiep Hospital - Hai Phong," *Ho Chi Minh city medicine*, vol. 16, no. 3, pp. 532-539, 2012.
- [5] D. Q. Vu, "Evaluation of early results of laparoscopic surgery for benign prostatic hyperplasia in patients with hypertension at Thai Binh General Hospital," Master thesis of medicine School, Thai Binh Medical University, 2017, pp. 38-69.
- [6] B. L. Taylor, "Electrosurgical transurethral resection of the prostate and transurethral incision of the prostate (monopolar techniques)," *Canadian Journal of Urology*, vol. 22 Suppl 1, pp. 24-29, 2015.
- [7] E. Hirik, "Safety and Efficacy of Bipolar Versus Monopolar Transurethral Resection of the Prostate: A Comparative Study," *Urology Journal*, vol. 12, no. 6, pp. 2452-2456, 2015.
- [8] V. Kumar, "TUR syndrome - A report," *Urol Case Rep.*, vol. 26, 2019, Art. no. 100982.