

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA PHẪU THUẬT BỐC HƠI LƯỠNG CỰC TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NIỆU ĐẠO

Đỗ Ngọc Thế¹, Trần Văn Hình¹, Phạm Quang Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan của phẫu thuật bốc hơi lưỡng cực tuyến tiền liệt qua niệu đạo trong điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu-mô tả cắt ngang hàng loạt ca trên 106 bệnh nhân TSLTTTL, được điều trị bằng phẫu thuật B-TUVP, tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Quân Y 103, từ tháng 8/2013 đến tháng 6/2015.

Kết quả: Tuổi trung bình 71,1; thể tích tuyến tiền liệt trung bình 48,6 ml; tỷ lệ BN vào viện vì bí đái cấp 39,6%. Thời gian PT trung bình 38,2 phút; lưu ống thông niệu đạo trung bình 3,2 ngày; ngày điều trị trung bình sau PT 4,9 ngày. Tuổi và tình trạng bí đái trước PT không có liên quan tới thời gian PT.

Kết luận: Bốc hơi lưỡng cực qua niệu đạo là phẫu thuật có hiệu quả đối với các trường hợp TSLTTTL có chỉ định PT với thể tích TTL dưới 75 ml.

Từ khóa: Bốc hơi lưỡng cực tuyến tiền liệt qua niệu đạo.

ABSTRACT

TRANSURETHRAL BIPOLAR VAPORIZATION OF THE PROSTATE: RESULTS AND SOME FACTORS RELATED

Do Ngoc The¹, Tran Van Hinh², Pham Quang Vinh²

Objective: to evaluate the results and some factors related of bipolar transurethral vaporization of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia.

Patients and methods: from August 2013 to June 2015, a prospective and cross-sectional case-series study was performed on 106 patients with BPH treated by B-TUVP at Department of Urologic Surgery – 103 Military Hospital.

Results: mean age 71.1 yo, prostate 48.8 gram on average, 39.6% patients admission due to acute urinary retention. Mean operation time is 38.2 mins, mean postoperative catheter time is 3.2 days, mean hospital stay is 4.9 days. Patient's age and preoperative acute urinary retention was not related to operation time.

Conclusion: B-TUVP is an effective procedure for surgical-indication BPH with prostate volume under 75ml. B-TUVP is an effective procedure the BPH patients with prostate volume under 75ml who have surgical indication.

Keyword: Bipolar transurethral vaporization of the prostate.

1. Bệnh viện TW Quân Đội 108
2. Bệnh viện Quân Y 103 – Học viện
Quân Y

- Ngày nhận bài (Received): 8/2/2018; Ngày phản biện (Revised): 10/2/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 7/3/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Đỗ Ngọc Thế
- Email: dongocthe@yahoo.com

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1995, Kaplan và cộng sự giới thiệu phẫu thuật (PT) bốc hơi tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo (TUVP: Transurethral Vaporization of the Prostate) điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) [1]. Trong khoảng thời gian sau đó, TUVP cũng đã được nhiều tác giả áp dụng điều trị TSLTTTL và đã báo cáo kết quả nghiên cứu, là cơ sở để Hội Tiết Niệu Mỹ nhận định “TUVP là một lựa chọn cho điều trị TSLTTTL mức độ vừa/nặng, với kết quả cải thiện triệu chứng tương đương với TURP...”. Tại Việt Nam, Trần Ngọc Sinh (1998) cũng đã có báo cáo đầu tiên về kỹ thuật ‘bốc hơi tuyến tiền liệt bằng điện siêu tần’ [2].

Bốc hơi lưỡng cực tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo (B-TUVP: Bipolar Vaporization of the Prostate) được Botto áp dụng đầu tiên vào tháng 10/1998 [1]. Kể từ đó, đã có nhiều trung tâm tiết niệu trên thế giới báo cáo về kết quả của B-TUVP, nhận định đây là kỹ thuật có hiệu quả tương đương với cắt đốt nội soi kinh điển, trong khi tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 106 bệnh nhân (BN) TSLTTTL, được điều trị bằng B-TUVP, tại Khoa Phẫu thuật Tiết Niệu, Bệnh viện Quân Y 103, trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2013 đến tháng 6 năm 2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- TSLTTTL có chỉ định PT.

+ Tuyệt đối:

- . Bí đái cấp không khắc phục được sau điều trị.
- . Nhiễm khuẩn niệu tái phát, kéo dài.
- . Đái máu tái diễn.

+ Tương đối: TSLTTTL gây rối loạn tiểu tiện mức độ vừa-nặng, với:

- . Điểm triệu chứng TTL ≥ 20 .
- . Chỉ số lưu lượng dòng tiểu tối đa $Q_{max} < 15$ ml/s.
- Thể tích TTL ≤ 75 ml.
- Mô bệnh học sau PT: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp TSLTTTL có chỉ định PT, tuy nhiên:

+ TSLTTTL kèm theo sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo...

+ TSLTTTL tái phát.

- Mô bệnh học sau PT: ung thư tuyến tiền liệt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang hàng loạt ca.

Các chỉ tiêu nghiên cứu chính:

- Đánh giá thành công, thất bại.
- Thời gian PT, liên quan với tuổi, tình trạng bí đái trước PT và thể tích TTL trước PT; thời gian lưu thông niệu đạo; ngày điều trị trung bình sau PT; diễn biến sau rút thông niệu đạo.

Quy trình chẩn đoán và điều trị:

- Các BN được khám lâm sàng, đánh giá điểm triệu chứng TTL (IPSS), điểm chất lượng cuộc sống (QoL), đo niệu dòng đồ, đánh giá Q_{max} và đo PVR.

- Thực hiện phẫu thuật B-TUVP:

+ Thì 1: đặt máy, soi niệu đạo – tuyến tiền liệt – bàng quang, đánh giá các mốc giải phẫu.

+ Thì 2: cắt sinh thiết tuyến tiền liệt ở vùng tuyến quanh ụ núi.

+ Thì 3: bốc hơi tuyến tiền liệt.

+ Thì 4: kiểm tra, kết thúc kỹ thuật.

- Theo dõi và đánh giá các chỉ tiêu kỹ thuật: thời gian PT, thời gian lưu thông niệu đạo, ngày điều trị sau PT, diễn biến sau rút thông niệu đạo.

Phương tiện, trang thiết bị:

- Dàn máy phẫu thuật nội soi.

- Bộ máy cắt đốt lưỡng cực tuyến tiền liệt.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm BN trước PT

Tuổi	71,1 $\pm$ 8,53 (50 – 90)	
Thể tích TTL	48,6 $\pm$ 12,2 (ml) (25 – 75)	
Lý do vào viện	Bí đái	42 BN (39,6%)
	Không bí đái	64 BN (60,4%)

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

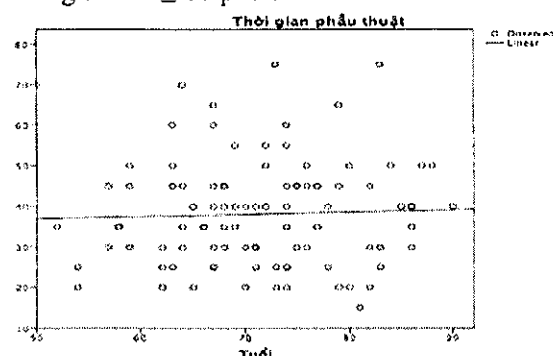
Kết quả PT	n	%
Tốt	104	98,2
Trung bình	2	1,8
Kém	0	0
Tổng	106	100

Thời gian PT trung bình: $38,2 \pm 13$ (15 - 75) (phút).

Bảng 3. Phân nhóm thời gian PT

Thời gian PT (phút)	n	%
15 - 29	24	22,6
30 - 44	44	41,5
45 - 59	29	27,4
60 - 75	9	8,5
Tổng	106	100

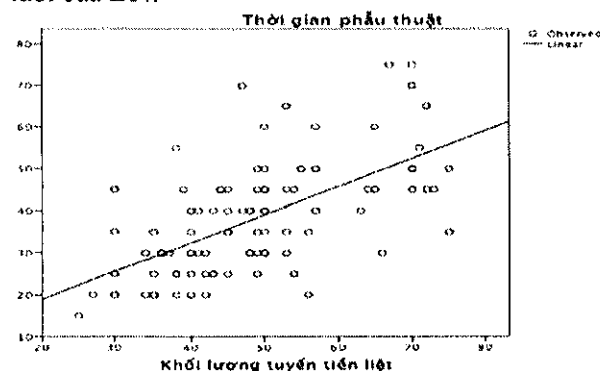
Đa số các BN được thực hiện B-TUVP với thời gian < 60 phút, trong đó khoảng thời gian PT từ 30 - 44 phút chiếm đa số (41,5%); chỉ có 8,5% BN có thời gian PT ≥ 60 phút.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật với tuổi

($n = 106$; $r = 0,036$; $p = 0,713$)

Không có mối tương quan giữa thời gian PT với tuổi của BN.



Biểu đồ 2. Tương quan thời gian phẫu thuật với thể tích tuyến

($n = 106$; $r^2 = 0,63$, $p = 0,0001$)

Có mối tương quan thuận giữa thời gian B-TUVP với thể tích TTL; tuyến càng to thì thời gian bóc hơi càng dài; mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 4. So sánh thời gian PT giữa 2 nhóm BN có/ không bí đái trước PT

Nhóm BN	n	Thời gian PT trung bình	p
Bí đái	42	$38,2 \pm 13,6$	0,97
Không bí đái	64	$38,1 \pm 12,7$	
Tổng	106		

Thời gian PT trung bình của 2 nhóm BN có bí đái và không bí đái trước PT là tương đương nhau; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình: $3,2 \pm 1,3$ (2 - 12) (ngày).

Bảng 5. Thời gian lưu ống thông niệu đạo

Thời gian lưu ống thông	n	%
2 ngày	20	18,9
3 ngày	65	61,3
4 ngày	12	11,3
≥ 5 ngày	9	8,5
Tổng	106	100

Số BN lưu thông niệu đạo 3 ngày sau B-TUVP chiếm đa số với tỷ lệ 61,3%; các BN lưu thông niệu đạo ≥ 5 ngày đa số do bí đái cấp sau rút thông, phải đặt lại thông lần thứ 2.

Bảng 6. Diễn biến sau rút thông niệu đạo

Sau rút thông niệu đạo	n	%
Tự đái được	98	93,3
Bí đái cấp	6	5,7
Đặt thông lại	1	0,9
Tổng	105	100

Sau rút thông lần 1, đa số BN đều tự đái được ngay (93,3%).

Có 6 BN (5,7%) bí đái cấp, phải đặt thông lại lần 2; không BN nào phải đặt thông lần 3; có 1 BN (0,9%) sau rút thông thì tự đái được nhưng nước tiểu có máu cục/máu cũ, được đặt thông lại lần 2 và bơm rửa bàng quang.

Bệnh viện Trung ương Huế

Ngày điều trị trung bình sau PT: $4,9 \pm 1,7$ (3 – 17) (ngày).

Đa số BN nằm điều trị sau PT 4 và 5 ngày (47,6% và 24,8%).

Bảng 7. Ngày điều trị sau phẫu thuật

Ngày điều trị sau PT	n	%
3 ngày	5	4,7
4 ngày	50	47,2
5 ngày	27	25,5
6 ngày	10	9,4
7 ngày	9	8,5
≥ 8 ngày	5	4,7
Tổng	106	100

Nguyên nhân chủ yếu của tình trạng kéo dài ngày nằm điều trị sau B-TUVP (≥ 7 ngày) là bí đái sau rút thông niệu đạo (lần 1), phải đặt lại thông và điều trị thêm; BN sốt nhiễm khuẩn niệu và đái buốt đều là 1,9%; ngoài ra có 2 BN (1,9%) có vấn đề về tim mạch (1 BN theo dõi thiếu máu cơ tim và 1 BN theo dõi hội chứng vành cấp) cần được theo dõi thêm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả chung

Tỷ lệ thành công của B-TUVP trong nghiên cứu này là 100% với kết quả tốt 98,2% và kết quả trung bình 1,8% (1 BN tai biến thủng bao xơ TTL, 1 BN đốt cầm máu lại do chảy máu sau PT) (Bảng 2).

Tỷ lệ thành công của B-TUVP cao, đa số các nghiên cứu được tham khảo đều có tỷ lệ 100% [1], [3], [5], [7], [9], [10], [11]; ngoại trừ nghiên cứu của Robert (2012) có 1/96 BN tai biến chảy máu trong PT, chuyển sang thực hiện TURP [12]; Kranzbühler (2013) có 1/83 BN thể tích tuyến 110 ml tại biến chảy máu trong PT, chuyển B-TURP [8]; Falahatkar (2014) có 1/39 BN bí đái do còn sót nhiều tuyến sau PT, được B-TUVP lần 2 [4].

4.2. Thời gian PT và một số yếu tố liên quan

Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu là 71,1 tuổi, cao hơn so với đa số các nghiên cứu khác; tuy nhiên không có mối liên quan giữa tuổi và thời gian B-TUVP (Biểu đồ 1).

Ngoài yếu tố về tuổi, tình trạng bí đái trước PT cũng không ảnh hưởng đến thời gian PT. Thống kê của nghiên cứu có 42 BN bị bí đái trước PT phải đặt thông niệu đạo, chiếm tỷ lệ 39,6% (Bảng 1). Bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian PT giữa 2 nhóm BN có bí đái và không có bí đái trước PT. Các báo cáo của các tác giả khác không thấy có sự so sánh tương tự.

Thể tích TTL trung bình trong nghiên cứu là 48,6 ml, thấp hơn đa số các tác giả được tham khảo; nghiên cứu này cũng không có trường hợp nào tuyến lớn hơn 75 ml, trong khi nhiều nghiên cứu cũng có thể tích TTL lớn hơn 80 ml, như nghiên cứu của Reich, Otsuki, Robert, Kranzbühler, Karakose. Kết quả thống kê của nghiên cứu (Biểu đồ 2) cho thấy tuyến càng lớn thì thời gian PT càng dài. Nghiên cứu của Dincel (2004) cũng cho thấy có mối tương quan thuận giữa thời gian PT và thể tích TTL [3]; Robert (2012) báo cáo thời gian B-TUVP trung bình của nhóm BN thể tích tuyến ≤ 30 ml (51 phút) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$) so với thời gian của nhóm BN thể tích tuyến ≥ 45 ml (65,6 phút); nghiên cứu của Otsuki (2012) cũng biểu thị thời gian B-TUVP tăng lên theo thể tích tuyến, từ 41,5 phút (tuyến < 45 ml) lên tới 93,5 phút (tuyến > 65 ml). Do vậy, thời gian B-TUVP trung bình trong nghiên cứu 38,2 phút (từ 15 đến 75 phút), ngắn hơn đáng kể so với các tác giả khác, cũng là điều hợp lý. Tỷ lệ PT dưới 60 phút chiếm tới 91,5% (Bảng 3); Robert (2012) cũng báo cáo tỷ lệ 84% PT có thời gian dưới 60 phút [12].

4.3. Thời gian lưu ống thông niệu đạo và ngày điều trị sau PT.

Thời gian lưu ống thông niệu đạo/ điều trị sau PT có sự khác nhau giữa các tác giả; có tác giả tính chỉ tiết theo từng giờ (Reich, Nuhoglu, Geavlete). Nhìn chung, BN ra viện sau khi được rút thông và đo niệu dòng đồ, do vậy thời gian điều trị sau PT thường dài hơn thời gian lưu thông niệu đạo; chỉ có nghiên cứu của Falahatkar cho BN đeo thông niệu đạo ra viện, và quay lại rút thông sau, nên thời gian lưu thông dài hơn thời gian điều trị hậu phẫu, và cũng dài hơn

đáng kể so với các nghiên cứu khác.

Lý do cần thiết phải đặt thông niệu đạo sau PTNS cắt TTL nói chung là: 1/ dùng bóng của thông kéo ép cổ bàng quang để cầm máu, 2/ đảm bảo lưu thông niệu đạo khi BN chưa tự đi tiểu được do đau, phù nề hốc TTL, liệt cơ chóp tạm thời do tác dụng của thuốc tê tuỷ sống (với những BN được gây tê tuỷ sống để PT), và 3/ theo dõi lượng nước tiểu theo thời gian (thường trong 24 giờ) để tính toán và cân bằng lượng dịch vào-ra cơ thể. Ống thông nên được rút trong vòng 48 đến 72 giờ sau PT, khi đã đạt được mục đích nêu trên. Việc lưu thông kéo dài (không do các biến chứng sau PT) không đem lại lợi ích hơn cho BN; còn việc rút thông sớm trong vòng 24 giờ (Botto, Geavlete, Robert, Karakose) có lẽ tùy thuộc vào kinh nghiệm của từng tác giả. Nghiên cứu này có thời gian lưu ống thông niệu đạo cho BN sau PT trung bình là 3,2 ngày, tỷ lệ lưu thông từ 2 đến 3 ngày là 80,9%, lưu thông 4 ngày 11,4% (Bảng 5). Nghiên cứu có 8 BN và lưu thông từ 5 ngày trở lên

(7,7%) do có tai biến/biến chứng PT: 1 BN tai biến thủng bao xơ, 1 BN sau rút thông máu cục/máu cũ được đặt thông lại để rửa bàng quang, và 6 BN bí đái cấp sau rút thông; không có BN nào phải đặt thông lại lần 2; tất cả các BN khi ra viện đều tự đi tiểu được (Bảng 6, Bảng 7).

V. KẾT LUẬN

B-TUVP là phẫu thuật có hiệu quả đối với các trường hợp TSLTTTL có chỉ định PT với thể tích TTL dưới 75 ml. Thời gian PT trung bình 38,2 phút; lưu ống thông niệu đạo trung bình 3,2 ngày; ngày điều trị trung bình sau PT 4,9 ngày. Tuổi và tình trạng bí đái trước PT không có liên quan tới thời gian PT.

VI. HẠN CHẾ

Trong khuôn khổ hạn hẹp, bài báo không đề cập đến các tai biến, biến chứng, cũng như sự cải thiện các triệu chứng đường tiểu dưới sau B-TUVP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Botto H., Lebrete T., et al. (2001), "Electrovaporization of the Prostate with the Gyrus Device", *Journal of Endourology*, 15(3), pp. 313-316.
2. Trần Ngọc Sinh (1998), "Làm bốc hơi nội soi điều trị bướu lành tiền liệt tuyến bằng điện siêu tần", *Ngoại khoa*, tập 31 (số 4), tr. 17-23.
3. Dincel C., Samli M.M., Guler C., et al. (2004), "Plasma Kinetic Vaporization of the Prostate: Clinical Evaluation of a New Technique", *Journal of Endourology*, 18(3), pp. 293-298.
4. Falahatkar S., Mokhtari G., et al. (2014), "Bipolar transurethral vaporization: a superior procedure in benign prostatic hyperplasia: a prospective randomized comparison with bipolar TURP", *Int Braz J Urol*, 40(3), pp. 346-355.
5. Geavlete B., Georgescu D., et al. (2011), "Bipolar plasma vaporization vs monopolar and bipolar TURP - A prospective, randomized, long-term comparison", *Urology*, 78(4), pp. 930-935.
6. Karakose A., Aydogdu O., & Atesci Y.Z. (2014), "BiVap Saline Vaporization of the Prostate in Men With Benign Prostatic Hyperplasia: Our Clinical Experience", *Urology*, 83(3), pp. 570-575.
7. Kaya C., Ilktac A., et al. (2007), "The long-term results of transurethral vaporization of the prostate using plasmakinetic energy", *BJU Int*, 99(4), pp. 845-848.
8. Kranzbühler B., Wettstein M.S., et al. (2013), "Pure bipolar plasma vaporization of the prostate: the Zurich experience", *J Endourol*, 27(10), pp. 1261-1266.
9. Nuhoglu B., Balci M.B., et al. (2011), "The role of bipolar transurethral vaporization in the management of benign prostatic hyperplasia", *Urol Int*, 87(4), pp. 400-404.
10. Otsuki H., Kuwahara Y., et al. (2012), "Transurethral resection in saline vaporization: Evaluation of clinical efficacy and prostate volume", *Urology*, 79(3), pp. 665-669.
11. Reich O., Schlenker B., Gratzke C., et al. (2010), "Plasma vaporization of the prostate: Initial clinical results", *European Urology*, 57(4), pp. 693-698.
12. Robert G., Descazeaud A., et al. (2012), "Transurethral plasma vaporization of the prostate: 3-month functional outcome and complications", *BJU Int*, 110(4), pp. 555-560.