

ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH TIỀN LIỆT TUYẾN LÀNH TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT CẮT - BỐC HƠI LƯỜNG CỰC QUA NỘI SOI NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ CƠ SỞ 2

Nguyễn Kim Tuấn¹, Nguyễn Thanh Xuân¹
Hồ Duy Hải¹, Phan Đình Quốc Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính bằng phẫu thuật cắt - bóc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu và mô tả cắt ngang 31 trường hợp được điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính bằng phẫu thuật cắt- bóc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 12/2018 đến 6/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình là $73,66 \pm 10,056$ (56-103). Thể tích tiền liệt tuyến trung bình là 45,2ml. Trước mổ, IPSS trung bình trên 20, thể tích cận bàng quang trung bình là 42ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là 52 (30-60) phút. Lượng dịch súc rửa trung bình là 16 (12-20) lít. Nồng độ Natri máu của bệnh nhân trước và sau mổ không thay đổi. Súc rửa bàng quang liên tục sau mổ 24 giờ có 19 trường hợp (61,3%), 48 giờ có 12 trường hợp (39,7%). Thời gian lưu sonde tiểu trung bình là 4 ngày. Đặt lại sonde tiểu cho 6 trường hợp (19,35%). Sau mổ, có 7 trường hợp sốt (22,6%), 8 trường hợp chảy máu (25,8%), 3 trường hợp tắc sonde tiểu (9,7%). Sau rút sonde tiểu, có 2 trường hợp bí tiểu cấp, 10 trường hợp tiểu máu đại thể, 5 trường hợp sốt nhiễm khuẩn, 7 trường hợp són tiểu tạm thời.

Kết luận: Phẫu thuật cắt bóc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo điều trị bệnh tăng sinh lành tính tiền liệt có hiệu quả cao trong cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới, trong khi tỷ lệ tai biến – biến chứng thấp.

Từ khóa: Tăng sinh tiền liệt tuyến, bóc hơi tiền liệt tuyến, phẫu thuật bóc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo.

ABSTRACT

EVALUATING RESULTS OF BIPOLAR TRANSURETHRAL VAPORIZATION OF THE PROSTATE IN THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT HUE CENTRAL HOSPITAL - BASE 2

Nguyen Kim Tuan¹, Nguyen Thanh Xuan¹
Ho Duy Hai¹, Phan Dinh Quoc Dung¹

Purposes: Evaluating results of bipolar transurethral vaporization of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia at Hue Central Hospital – Base 2

Subjects and Methods: Descriptive prospective and cross sectional study with 31 patients with benign

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 05/11/2019; Ngày phản biện (Revised): 19/11/2019
- Ngày đăng bài (Accepted): 10/12/2019
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Xuân
- Email: thanhxuanbvh@gmail.com; ĐT: 0945 313 999

Điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính bằng phẫu thuật cắt...

prostatic hyperplasia, who treated by bipolar transurethral vaporization of the prostate, at Department of General Surgery, Hue Central Hospital – Base 2, from 12/2018 to 6/2019.

Results: Mean age: 73.66 ± 10.056 (56-103). Average prostate volume: 45.2ml. Pre-operation, IPSS average >20 point, Mean PVR: 42ml. Operation time: 52 (30-60) minutes. Intra-op. irrigant volume: 16 (12-20) litres. No statistical difference of serum Na^+ concentration between pre- and postoperative value. Cleaning continuous bladder irrigation 24 hours post-operation are 19 patients, 48 hours post-operation are 12 patients. Catheterization time: 4 days. After catheter removed, acute urinary retention occurred in 2 patients, hematuria occurred in 10 patients, fever occurred in 5 patients, urinary incontinence occurred in 7 patients.

Conclusions: Bipolar transurethral vaporization of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia is highly effective in improving symptoms of BOO and low accident and complication.

Keywords: Prostatic hyperplasia, vaporization of the prostate, bipolar transurethral vaporization of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là một bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi. Bệnh ngày càng được quan tâm do tuổi thọ ngày càng tăng cao, tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi đạt tới 86% ở lứa tuổi 81 - 90.

Hiện nay, phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến qua nội soi niệu đạo từ lâu đã được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong việc điều trị ngoại khoa bệnh tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính.

Tuy nhiên, những tai biến và biến chứng từ nhẹ đến nặng như chảy máu, hội chứng nội soi, hẹp niệu đạo, rối loạn cương dương... khiến cho phẫu thuật cắt TLT qua nội soi niệu đạo vẫn chưa phải là một phẫu thuật tối ưu.

Nhằm tìm các phương pháp can thiệp có hiệu quả mà hạn chế được các biến chứng và khó chịu cho bệnh nhân, các nhà khoa học đã cố gắng tìm các phương pháp can thiệp ít xâm lấn.

Bốc hơi lưỡng cực TLT qua nội soi niệu đạo được Botto áp dụng lần đầu vào tháng 10/1998 và báo cáo kết quả vào năm 2001 [5]. Kể từ đó, nhiều tác giả trên thế giới đã báo cáo về kết quả của phẫu thuật bốc hơi lưỡng cực TLT qua nội soi niệu, nhận định đây là kỹ thuật có nhiều triển vọng về hiệu quả

điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính bằng phẫu thuật cắt - bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

31 bệnh nhân tăng sinh lành tính TLT được điều trị bằng máy cắt đốt lưỡng cực tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 12/2018 đến tháng 6/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tăng sinh TLT lành tính có chỉ định phẫu thuật, chưa có tiền sử phẫu thuật hay điều trị bằng các biện pháp ít sang chấn, không có các nguyên nhân khác gây tắc nghẽn đường tiểu dưới.

- Chỉ số lưu lượng đỉnh dòng tiểu $Q_{max} < 15$ ml/s.

- Thể tích TLT ≤ 75 ml.

- Mô bệnh học sau phẫu thuật: tăng sinh lành tính TLT.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tăng sinh TLT lành tính đi kèm với các nguyên

Bệnh viện Trung ương Huế

nhân gây tắc nghẽn đường tiểu dưới.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang hàng loạt ca bệnh.

2.2.1. Quy trình chẩn đoán và điều trị

- BN được khám lâm sàng, đánh giá điểm IPSS, đo thể tích cận bàng quang.

- Thực hiện phẫu thuật cắt - bóc hơi lưỡng cực TTL qua niệu đạo.

- Theo dõi và đánh giá các chỉ tiêu kỹ thuật.

- Theo dõi và đánh giá cải thiện các triệu chứng đường tiểu dưới sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ

- Tuổi thọ trung bình là $73,66 \pm 10,056$ (56-103).

- Trước mổ, thể tích tiền liệt tuyến trung bình là 45,2ml, IPSS trung bình trên 20, thể tích cận bàng quang trung bình là 42ml.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 52 (30-60) phút.

- Lượng dịch súc rửa trung bình là 16 (12-20) lít.

- Nồng độ Natri máu của bệnh nhân trước và sau mổ không thay đổi.

- Súc rửa bàng quang liên tục sau mổ 24 giờ có 19 trường hợp (61,3%), 48 giờ có 12 trường hợp (39,7%).

- Thời gian lưu sonde tiểu trung bình là 4 ngày.

- Đặt lại sonde tiểu cho 6 trường hợp (19,35%).

Sau mổ, có 7 trường hợp sốt (22,6%), 8 trường hợp chảy máu (25,8%), 3 trường hợp tắc sonde tiểu (9,7%).

- Sau rút sonde tiểu, có 2 trường hợp bí tiểu cấp, 10 trường hợp tiểu máu đại thể, 5 trường hợp sốt nhiễm khuẩn, 7 trường hợp són tiểu tạm thời.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, cắt tiền liệt tuyến qua nội soi niệu đạo

vẫn được xem là “phẫu thuật tiêu chuẩn” để điều trị ngoại khoa tăng sinh TLT lành tính. Tuy nhiên, những tai biến và biến chứng từ nhẹ đến nặng như chảy máu, hội chứng nội soi, hẹp niệu đạo, rối loạn cương dương... khiến cho phương pháp phẫu thuật này vẫn chưa phải là tối ưu. Theo nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm do Reich O. và cộng sự (2008)[6] thực hiện trên 10.654 bệnh nhân TSLTTTL, được điều trị bằng TURP, cho thấy tỷ lệ tử vong đã giảm xuống còn 0,1% (so với 2,5% - năm 1962, 1,3% - năm 1974 và 0,23% - năm 1989), tỷ lệ tai biến – biến chứng chung có giảm, nhưng còn ở mức 11,1%.

Vậy nên, để cải thiện nhược điểm này, những phương pháp ít xâm lấn khác đã được nghiên cứu, ứng dụng và phát triển trong nhiều năm qua. Trong đó, nổi bật là kỹ thuật nội soi niệu đạo bóc hơi TLT bằng năng lượng điện lưỡng cực (B-TUVP).

So với hệ thống sử dụng năng lượng điện đơn cực, hệ thống điện lưỡng cực có những ưu điểm sau:

- Sử dụng dung dịch nước muối đẳng trương làm dịch rửa thay thế cho dung dịch nhược trương là glycine hoặc manitol, nên hạn chế được nguy cơ xảy ra hội chứng nội soi.

- Không có dòng điện chạy qua cơ thể BN, giảm nguy cơ bỏng điện, hẹp niệu đạo hay xơ cổ bàng quang sau PT.

- Tăng cường khả năng cầm máu trong khi bóc hơi TTL, làm giảm mất máu và tỷ lệ phải truyền máu.

Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu là 73,66 tuổi, cao hơn so với đa số các nghiên cứu khác. Các tác giả khác cũng có thống kê tương tự.

Thể tích TTL trung bình trong nghiên cứu là 45,2 ml, thấp hơn đa số các tác giả được liệt kê trong bảng dưới đây. Nghiên cứu này cũng không lựa chọn trường hợp nào tuyến lớn hơn 75 ml, trong khi nhiều nghiên cứu cũng có BN với thể tích TTL lớn hơn 80 ml, như nghiên cứu của Otsuki H., Kranzbühler B.

Điều trị tăng sinh tiền liệt tuyến lành tính bằng phẫu thuật cắt...

Bảng 1: Tuổi, thể tích tuyến tiền liệt, thời gian phẫu thuật và lượng dịch rửa trong một số nghiên cứu

Tác giả	Tuổi BN	Thể tích TTL (ml)	Thời gian PT (phút)	Lượng dịch rửa (lít)
Dincel (2004) [3]	61	42 (27-53)	55 (40-65)	15 (9-18)
Otsuki (2012) [4]	71,4	53,5 (20-123)	63 (22-157)	22,9
Kranzbühler (2013) [2]	67 (48-89)	41 (17-111)	80 (34-145)	22,5 (12-39)
Falahatkar (2014) [7]	70,9 (65-79)	46,9	25,92	10,74 (8-13)
Đỗ Ngọc Thế (2018) [1]	71,1 (50-90)	48,6 (25-75)	38,2 (15-75)	12,6 (5-27)
Nghiên cứu này	73,66 (56-103)	45,2	52 (30-60)	16 (12-20)

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tuyến càng lớn thì thời gian phẫu thuật càng kéo dài. Thật vậy, nghiên cứu của Dincel C. (2004) cũng cho thấy có mối tương quan thuận giữa thời gian PT và thể tích TTL; nghiên cứu của Otsuki H. (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.

Lượng dịch rửa (NaCl 0,9%) dùng trong PT trung bình là 16 lít/PT (ít nhất 12 lít và nhiều nhất là 20 lít. Điều hiển nhiên là thể tích tuyến càng lớn, thời gian PT càng dài, thì lượng dịch rửa dùng càng nhiều. Các nghiên cứu của Dincel C. (2004), Otsuki H. (2012), Kranzbühler B. (2013), Falahatkar S. (2014) cũng cho kết quả tương tự.

Bảng 2: Ngày lưu ống thông niệu đạo và diễn biến sau rút thông sau B-TUVP trong một số nghiên cứu

Tác giả	Lưu ống thông niệu đạo (ngày)	Điều trị sau PT (ngày)	Diễn biến sau rút thông
Otsuki (2012) [4]	2,08	3,54	Đặt lại thông niệu đạo 11 BN: 5 BN (4,7%) do đái máu, 6 BN (5,7%) do bí đái cấp
Kranzbühler (2013) [2]	3 (2-13)	4 (2-11)	13 BN (15,6%) đặt lại thông
Falahatkar (2014) [7]	4,12	1,89	3 BN (7,7%) bí đái sau rút thông, 2 BN được đặt lại, 1 BN được B-TUVP lại lần 2.
Đỗ Ngọc Thế (2018) [1]	3,3 (2-12)	4,9 (3-17)	Đặt lại thông 6 BN (5,7%) do bí đái cấp
Nghiên cứu này	4	-	2 BN bí tiểu cấp, 10 BN tiểu máu đại thể, 5 BN sốt nhiễm khuẩn, 7 BN són tiểu tạm thời.

Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian lưu sonde tiểu trung bình là 4 ngày. Đặt lại sonde tiểu cho 6 trường hợp (19,35%). Sau mổ, có 7 trường hợp sốt (22,6%), 8 trường hợp chảy máu (25,8%), 3 trường hợp tắc

sonde tiểu (9,7%). Sau rút sonde tiểu, có 2 trường hợp bí tiểu cấp, 10 trường hợp tiểu máu đại thể, 5 trường hợp sốt nhiễm khuẩn, 7 trường hợp són tiểu tạm thời. Otsuki H. (2012) cho rằng nguyên nhân bí đái cấp

Bệnh viện Trung ương Huế

sau B-TUVP là do phù nề hốc TTL. Kranzbühler B. (2013) đặt lại thông cho 13 BN (15,6%), trong đó 10 BN (12%) bí đái sau rút thông, 2 BN (2,4%) có triệu chứng nhiễm khuẩn niệu và sốt nhiều tổ chức tuyến và 1 BN (1,2%) tắc thông do máu cục. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Falahatkar S. (2014) là 7,7% (3 BN), trong đó 2 BN được đặt lại thông, 1 BN được phẫu thuật B-TUVP lần 2 (do sót nhiều tuyến)

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt - bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo điều trị bệnh tăng sinh lành tuyến tiền liệt có hiệu quả cao trong cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới, trong khi tỷ lệ tai biến – biến chứng thấp. Phẫu thuật này có thể được áp dụng rộng rãi trong điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Ngọc Thê (2018), “Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo”, *Luận án Tiến sỹ Y học*. Học viện Quân y 103.
2. Kranzbühler .B, Wettstein .M.S, Fankhauser. C.D, Grossmann .N.C, Gross .O, Poyet .C, Largo. R, Fischer .B, Zimmermann .M , Sulser. T (2013), “Pure bipolar plasma vaporization of the prostate: the Zürich experience”, *Journal of endourology*, 27 (10), pp. 1261-1266.
3. Dincel .C, Samli .M, Guler .C, Demirbas .M , Karalar .M (2004), “Plasma kinetic vaporization of the prostate: clinical evaluation of a new technique”, *Journal of endourology*, 18 (3), pp. 293-298.
4. Otsuki .H, Kuwahara .Y, Kosaka .T, Tsukamoto. T, Nakamura .K, Shiroki .R , Hoshinaga .K (2012), “Transurethral resection in saline vaporization: evaluation of clinical efficacy and prostate volume”, *Urology*. 79 (3), pp. 665-669.
5. Botto. H, Lebret. T, Barré .P, Orsoni .J.L, Hervé .J.M , Lugagne .P.M (2001), “Electrovaporization of the prostate with the Gyrus device”, *Journal of endourology*, 15 (3), pp. 313-316.
6. Reich. O, Gratzke. C, Bachmann .A, Seitz. M, Schlenker .B, Hermanek .P, Lack .N , Stief .C.G (2008), “Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients”, *The Journal of urology*, 180 (1), pp. 246-249.
7. Falahatkar. S, Mokhtari. G, Moghaddam .K.G, Et Al (2014), “Bipolar transurethral vaporization: a superior procedure in benign prostatic hyperplasia: a prospective randomized comparison with bipolar TURP”, *International Brazilian Journal of Urology*, 40 (3), pp. 346-355.