ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KĨ THUẬT BỐC HƠI LƯỠNG CỰC ĐIỀU TRỊ TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

TS. TRẦN ĐÌNH HƯNG, BSCKII. ĐẶNG ĐỨC TÂM
BSCKI. NGUYỄN HUY CHƯƠNG - *Bệnh viện Quân y 5*
Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN PHÚ VIỆT
Chủ nhiệm Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: *Nghiên cứu 39 bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, điều trị bằng kĩ thuật bốc hơi lưỡng cực, tại Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 01/2017-01/2018, kết quả:*

- Thời gian phẫu thuật từ 40-90 phút (trung bình 59,7 ± 15,1 phút), thời gian lưu thông tiểu từ 2-5 ngày (trung bình 3,1 ± 0,7 ngày), thời gian nằm viện sau mổ từ 4-8 ngày (trung bình 6,5 ± 1,3 ngày). Không bệnh nhân nào tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ hoặc phải truyền máu.

- Ngay sau mổ, các giá trị trung bình của hồng cầu (4,13 T/L), huyết sắc tố (123,7 g/L), hematocrite (37,1%) đều giảm so với trước mổ (lần lượt là 4,17 T/L; 128 g/L; 37,6%), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Sau mổ 6 tháng, giá trị trung bình của các chỉ số IPSS (9,3 điểm) và QoL (1,14 điểm) giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (lần lượt là 22,4 và 4,33 điểm; p < 0,05); Qmax (16,3 ml/s) và Qmean (11,5 ml/s) tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (lần lượt là 7,9 ml/s và 5,4 ml/s; p < 0,05); PVR (25,6 ml) giảm so với trước mổ (74,6 ml; p < 0,001).

Từ khóa: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, kĩ thuật bốc hơi lưỡng cực.

ABSTRACT: *Study on the 39 patients with benign hyperplasia of prostate gland, who have treated by technique of bipolar evaporation at the Military hospital 5, from January 2017 to January 2018, showed:*

- The time of surgery was 40-90 minutes (the average time was 59.7 ± 15.1 minutes), the time of the urinary circulation was 2-5 days (the average time was 3.1 ± 0.7 days), the time of hospitalization after surgery was 4-8 days (the average time was 6.5 ± 1.3 days). There were no patients with accident in surgery, complications after surgery or blood transfusion.

- Immediately after surgery, the average values of erythrocyte (4.13 T/L), hemoglobin (123.7 g/L), hematocrite (37.1%) were decreased than before surgery (respectively were 4.17 T/L, 128 g/L, 37.6%), but the difference was not statistically significant (p> 0.05). After 6 months, the average values of IPSS indices (9.3 points) and QoL (1.14 points) were decreased statistically significant than before surgery (respectively were 22.4 and 4.33 points, p < 0.05); Qmax (16.3 ml/s) and Qmean (11.5 ml/s) were increased statistically significant than before surgery (respectively were 7.9 ml/s and 5.4 ml/s; p < 0.05); PVR (25.6 ml) was decreased than before surgery (74.6 ml; p < 0.001).

Keywords: Benign hyperplasia of prostate gland, technique of bipolar evaporation.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Trần Đình Hưng, Email: drhung270612@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2018; mời phản biện khoa học: 21/5/2018; chấp nhận đăng: 12/6/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TTL) là bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi. Dù không nguy hiểm tới tính mạng, nhưng tăng sản lành tính TTL ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Cho đến nay, cắt TTL qua nội soi niệu đạo vẫn là kĩ thuật điều trị hiệu quả bệnh lí này. Tuy nhiên, cắt TTL qua nội soi niệu đạo sử dụng năng lượng điện đơn cực có những hạn chế như gây chảy máu, hẹp niệu đạo, tổn thương cơ thắt ngoài, kéo dài thời gian lưu thông tiểu và thời gian nằm viện, rối loạn cương dương...

Khắc phục những nhược điểm trên, một số trung tâm sử dụng kỹ thuật bốc hơi lưỡng cực TTL qua nội soi niệu đạo (Bipolar transurethral vaporization of the prostate: B-TUVP) với những ưu điểm: sử dụng dịch rửa là nước muối đẳng trương nên giảm nguy cơ xảy ra hội chứng nội soi; không có dòng điện chạy qua cơ thể BN nên giảm nguy cơ bỏng điện, hẹp niệu đạo hay xơ cổ bàng quang sau phẫu thuật; tăng cường khả năng cầm máu khi cắt đốt TTL, làm giảm mất máu, giảm thời gian lưu thông tiểu; giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Đây là kỹ thuật còn tương đối mới, chưa được ứng dụng rộng rãi.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt bằng kĩ thuật B-TUVP.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

39 BN tăng sản lành tính TTL, có chỉ định và được điều trị bằng kĩ thuật B-TUVP, tại Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 01/2017-01/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu, mô tả, can thiệp, không đối chứng.

- Ghi nhận các chỉ số: tuổi; bệnh kết hợp; thời gian phẫu thuật; thời gian lưu thông tiểu; thời gian nằm viện sau phẫu thuật; tai biến, biến chứng.

- Xét nghiệm sinh hóa, huyết học, đánh giá sự thay đổi số lượng hồng cầu, hematocrite, huyết sắc tố trước và ngay sau phẫu thuật.

- Siêu âm qua thành bụng đánh giá kích thước TTL trước phẫu thuật; số lượng nước tiểu tồn dư trước và sau phẫu thuật 1, 3, 6 tháng.

- Đo niệu dòng đồ (bằng máy UROCAP II, Hoa Kỳ), ghi nhận lưu lượng đỉnh của dòng tiểu (Qmax), lưu lượng trung bình của dòng tiểu (Qmean), thể tích nước tiểu tồn dư sau đi tiểu (PVR), thời gian đi tiểu và thể tích bãi đái trước và sau phẫu thuật 1, 3, 6 tháng.

- Đánh giá thang điểm IPSS, QoL trước và sau phẫu thuật 1, 3, 6 tháng.

- Máy sử dụng trong nghiên cứu: dàn phẫu thuật nội soi; hệ thống Transurethral resection in saline của hãng Olympus, bao gồm nguồn phát UES-40 SurgMaster, bộ máy cắt/đốt TTL 26F, quai cắt lưỡng cực, điện cực bốc hơi hình nấm.

- Xử lý số liệu theo phần mềm Epinfo 2002, phiên bản 3.5.1.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung của BN (n = 39):

Bảng 1. Một số đặc điểm chung trước mổ.

Đặc điểm	Trung bình	Min-Max
Tuổi (năm)	70,6 ± 9,1	54-86
IPSS (điểm)	22,5 ± 5,1	15-30
QoL (điểm)	4,33 ± 0,98	2-6
Qmax (ml/s)	7,9 ± 1,6	4-9
Qmean (ml/s)	5,4 ± 1,6	2-8
Kích thước TTL (g)	52,7 ± 13,3	29-75
Lượng nước tiểu tồn dư (ml)	74,6 ± 28,3	55-231
Có bệnh lí kết hợp	20 BN	

BN trong nghiên cứu có tuổi từ 54-86, trung bình 70,6 ± 9,1 tuổi; có 16 BN (41,0%) từ 70-80 tuổi, 8 BN (20,5%) từ 50-60 tuổi và 6 BN (15,4%) trên 80 tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm bệnh tăng sản lành tính TTL được nêu trong y văn (là bệnh ở nam giới cao tuổi) và các nghiên cứu, như nghiên cứu Barry năm 1984 (bệnh gặp ở trên 50% nam giới tuổi từ 51-60 và ở khoảng 90% nam giới trên 80 tuổi) [10].

Về kích thước TTL, BN của chúng tôi có kích thước TTL từ 29-75g, trong đó, 7 BN (17,7%) TTL < 40g, 1 BN (2,6%) TTL trên 70g. Theo Hội tiết niệu Hoa Kỳ (2010), Hội tiết niệu châu Âu (2016) và Hội tiết niệu Việt Nam (2013), chỉ định TURP khi kích thước TTL < 80g [1; 2; 9]

Về lượng nước tiểu tồn dư, chúng tôi không lựa chọn những BN có lượng nước tiểu tồn dư < 50 ml, vì đường tiểu dưới lúc đó chưa bị tắc nghẽn nhiều. Do đó, khả năng cải thiện triệu chứng gây khó chịu nhất cho BN tăng sinh lành tính TTL - triệu chứng kích thích đi tiểu - sau phẫu thuật thường không cao đối với BN có lượng nước tiểu tồn dư < 50 ml. Vì vậy, việc chỉ định phẫu thuật cho những BN này cần thật thận trọng.

Có 20 BN (51,3%) mắc kèm theo bệnh lí mạn tính, trong đó phần lớn là tăng huyết áp (20 BN), bệnh tim (2 BN; đã đặt stent mạch vành 1 BN) và 4 BN có nhiều bệnh kết hợp (đái tháo đường, gout, bệnh tim mạch, suy thận).

3.2. Kết quả kĩ thuật B-TUVP:

3.2.1. Đặc điểm phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật: từ 40-90 phút, trung bình 59,7 ± 15,1 phút.

- Thời gian lưu thông tiểu: từ 2-5 ngày, trung bình 3,1 ± 0,7 ngày.

- Thời gian nằm viện sau mổ: từ 4-8 ngày, trung bình 6,5 ± 1,3 ngày.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Van Melick, 2003 (từ 20-90 phút, trung bình 50 ± 16 phút) [8]. Trường hợp chúng tôi thực hiện kĩ thuật tới 90 phút là BN có kích thước TTL lớn (75g); dù không xảy ra tai biến, biến chứng gì nhưng tiềm ẩn nhiều rủi ro.

Các chỉ số khác như thời gian lưu thông tiểu, thời gian nằm viện sau phẫu thuật của chúng tôi đều dài hơn so với Van Melick, 2003 (lần lượt là 1,9 ± 0,6 ngày và 3,4 ± 0,9 ngày) [8].

Chúng tôi không gặp BN nào có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ hoặc phải truyền máu.

3.2.2. Thay đổi huyết học trước và sau mổ:

Bảng 2. Sự thay đổi huyết học trước và ngay sau mổ (n = 39).

Chỉ tiêu	Trước mổ	Ngay sau mổ	p
Hồng cầu (T/L)	4,17 ± 0,49 (3,34-5,78)	4,13 ± 0,62 (2,85-5,88)	0,23

Chỉ tiêu	Trước mổ	Ngay sau mổ	p
Huyết sắc tố (g/L)	128 ± 15,6 (85-175)	123,7 ± 17,6 (82-170)	0,07
Hematocrite (%)	37,6 ± 4,4 (29,6-52,4)	37,1 ± 5,9 (23,3-58,8)	0,39

Một trong những tai biến nguy hiểm và gây nhiều khó khăn cho các phẫu thuật viên khi cắt TTL qua nội soi là chảy máu. Tỉ lệ phải truyền máu với TURP từ 1-2%, thậm chí lên tới 6,5% (Bery Tat-chow fung, 2005 là 2,5-4,2%, Geavlete, 2013 là 6,3%). B-TUVP được kỳ vọng là kĩ thuật có thể làm tăng khả năng cầm máu do đặc điểm thiết kế của điện cực hình nấm, tạo diện tích tiếp xúc với mô lớn hơn; hệ thống lưỡng cực sử dụng điện thế đỉnh thấp hơn, sẽ tạo ra lớp đông đặc bền vững hơn so với điện đơn cực; ngoài ra, hệ thống B-TUVP có tác dụng cắt (bốc hơi) và đốt (đông đặc) đồng thời, tạo nên một lớp tế bào đông đặc ngay dưới lớp tế bào bốc hơi. Gupta (2002) nghiên cứu trên 100 BN tăng sản lành tính TTL với kích thước tuyến > 40g (chia đều ngẫu nhiên thành 2 nhóm, nhóm điều trị bằng TURP và nhóm điều trị bằng B-TUVP), thấy tỉ lệ mất máu trung bình mỗi BN trong mổ của 2 nhóm lần lượt là 150 ml và 52,5 ml (khác biệt với p < 0,0001) [7]. Van Melick (2003) cũng thấy tỉ lệ mất máu, thay đổi hemoglobine của B-TUVP giảm rõ rệt so với TURP (p < 0,001) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite trước và ngay sau mổ giảm lần lượt là 0,04 T/l; 5g và 0,5%, song khác biệt không có ý nghĩa với p > 0,5.

3.2.3. *Thay đổi IPSS, QoL, Qmax, Qmean trước và sau mổ:*

Bảng 3. Sự thay đổi IPSS, QoL, Qmax, Qmean trước và sau mổ (n = 39).

Chỉ tiêu	Trước mổ	Sau mổ			p
		1 tháng	3 tháng	6 tháng	
IPSS (điểm)	22,4 ± 5,04 (15-30)	14,2 ± 3,6 (8-17)	10,5 ± 3,3 (7-17)	9,3 ± 2,3 (6-15)	0,03
QoL (điểm)	4,33 ± 0,98 (2-6)	2,46 ± 0,85 (1-4)	1,56 ± 0,64 (1-3)	1,41 ± 0,54 (1-3)	0,01
Qmax (ml/s)	7,9 ± 1,6 (4-10)	14,6 ± 2,0 (12-19)	15,97 ± 2,2 (8-20)	16,3 ± 2,2 (10-20)	0,01
Qmean (ml/s)	5,4 ± 1,5 (2-8)	10,1 ± 2,0 (5-15)	11,4 ± 2,1 (6-16)	11,5 ± 2,1 (8-16)	0,005
PVR (ml)	74,6 ± 28,3 (55-231)	35,7 ± 6,5 (25-47)	27,9 ± 5,1 (20-40)	25,6 ± 4,5 (20-38)	0,005

Các triệu chứng chủ quan của tăng sản lành tính TTL có tính đặc hiệu thường không cao. Việc lượng hóa triệu chứng học chỉ có ý nghĩa tương đối và phụ thuộc vào trình độ nhận thức của người bệnh. Triệu chứng chủ quan của tăng sản lành tính TTL được chia thành 2 nhóm chính: các triệu chứng của hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới và các triệu chứng hội chứng kích thích đi tiểu. Tùy từng BN mà sự nổi bật sẽ là hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới hay hội chứng kích thích đi tiểu. Việc đánh giá chính xác tính chất và mức độ của các triệu chứng trên từng BN rất quan trọng, là cơ sở cho các nhà tiết niệu đưa ra phương pháp điều trị có lợi nhất cho người bệnh. Các tác giả sử dụng những thông số như thang điểm IPSS, QoL hoặc các xét nghiệm niệu động đồ để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Bảng 3 cho thấy sự cải thiện các triệu chứng khác quan sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng là rất rõ rệt. Đặc biệt, sau mổ 1 tháng, IPSS giảm từ 22,4 xuống còn 14,2 điểm, QoL giảm từ 4,3 xuống còn 2,4 điểm (với p = 0,03 và 0,01). Sự cải thiện về IPSS và QoL cũng phù hợp với một số các tác giả khác, như Hideo Otsuki (2011): IPSS và QoL giảm từ 24,3 và 5,2 trước phẫu thuật xuống còn 11,1 và 2,7 sau phẫu thuật [6]; Geavlete (2011): IPSS, QoL giảm từ 24,3 và 4,3 trước phẫu thuật xuống còn 4,6 và 0,8 sau phẫu thuật [3].

Việc đánh giá sự cải thiện các triệu chứng khách quan dựa vào Qmax, Qmean, PVR trước phẫu thuật so với sau phẫu thuật. Tuy nhiên, Qmax cũng không phản ánh toàn bộ hoạt động đi tiểu (Qmax thấp không có nghĩa là có hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới, mà còn có thể do tổn thương chức năng của cơ bàng quang); Qmean phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thể tích bãi đái, môi trường xung quanh, máy đo niệu động đồ v.v... Tuy nhiên, nghiên cứu sự thay đổi Qmax, Qmean sẽ phần nào cho ta đánh giá được hiệu quả của phẫu thuật. Bảng 3 cho thấy Qmax và Qmean đều được cải thiện rõ rệt tại các thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hideo Otsuki (2011): Qmax tăng từ 7,3

ml/s trước phẫu thuật lên 15,1 ml/s sau phẫu thuật [6]; Geavlete (2011): Qmax tăng từ 6,6ml/s trước phẫu thuật lên 24,8 ml/s sau phẫu thuật [3]; Kranzbuhler B (2013): Qmax trước phẫu thuật là 10,1 ml/s tăng lên 17,2 ml/s sau phẫu thuật [4]. Sự cải thiện PVR cũng là một yếu tố cần được quan tâm, vì đây là chỉ số đánh giá sự tắc nghẽn đường tiểu dưới. Bảng 3 cho thấy sự cải thiện PVR từ 74,6 ml giảm còn 35,7 ml sau mổ 1 tháng, còn 27,9 ml sau mổ 3 tháng và còn 25,6 ml sau mổ 6 tháng. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hideo Otsuki (2011): PVR giảm từ 151 ml trước phẫu thuật xuống còn 33,9 ml sau phẫu thuật [6]; Geavlete (2011): PVR giảm từ 91 ml trước phẫu thuật xuống còn 28 ml sau phẫu thuật [3].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 39 BN tăng sản lành tính TTL, điều trị bằng kĩ thuật B-TUVP, tại Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 01/2017-01/2018, kết quả:

- BN có tuổi từ 54-86 (trung bình 70,6 ± 9,1 tuổi), kích thước TTL từ 29-75g (trung bình 52,7 ± 13,3g), lượng nước tiểu tồn dư từ 55-231 ml (trung bình 74,6 ± 28,3 ml) và 51,3% BN mắc kèm theo 1 hoặc nhiều bệnh lí mạn tính. Thời gian phẫu thuật từ 40-90 phút (trung bình 59,7 ± 15,1 phút), thời gian lưu thông tiểu từ 2-5 ngày (trung bình 3,1 ± 0,7 ngày), thời gian nằm viện sau mổ từ 4-8 ngày (trung bình 6,5 ± 1,3 ngày). Không BN nào tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ hoặc phải truyền máu.

- Hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite trung bình ngay sau mổ (lần lượt là 4,13 T/L; 123,7 g/L; 37,1%) giảm so với trước mổ (lần lượt là 4,17 T/L; 128 g/L; 37,6%), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với p > 0,05). Sau mổ 6 tháng, các chỉ số IPSS và QoL trung bình (9,3 và 1,14) giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (22,4 và 4,33; p < 0,05); Qmax và Qmean trung bình (16,3 ml/s và 11,5 ml/s) tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (7,9 ml/s và 5,4 ml/s; p < 0,05; PVR trung bình (25,6 ml) giảm so với trước mổ (74,6 ml; p < 0,001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hội tiết niệu-thận học Việt Nam (2013), *Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt*, Tài liệu lưu hành nội bộ, Hội nghị Tiết niệu toàn quốc năm 2013.

2. Vũ Lê Chuyên, Trần Văn Hinh (2013), *Bệnh lý các khối u đường tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, tr. 7-76.

3. Geavlete B, Georgescu D, Multescu R et al (2011), "Bipolar plasma vaporization vs monopolar and bipolar TURP - A prospective, randonmized, long-term comparison", *Urology, 78* (4), 930-935.

4. Geavlete B, Multescu R, Georgescu D, Stanescu F, Jecu M, Moldoveanu C, Geavlete P (2013), "Three year prospective, randomized comparison of the bipolar plasma vaporization of the prostate, monopolar and bipolar resection in medium size BPH patients", *Eur Urol suppl* 2013; 12; e1276.

5. Viorel Bucuras and Razvan bazdan (2011), "Bipolar vaporization of the prostste: it is ready for the primetime?", *Therapeutic advances in Urology:* 3 (6), 257-261.

6. Hideo Otsuki, Yoshitaka Kuwahara, et al (2012), "Transurethral Resection in Saline Vaporization: Evaluation of Clinical Efficacy and Prostate Volume", *International Journal of Urology*, 79 (3), 665-669.

7. Gupta N.P et al (2002), "Vapor Resection: A Good Alternative to Standard Loop Resection in the Management of Prostates > 40 cc", *Journal of Endourology*, volume 16, Number 10.

8. Van Melick et al (2003), "A randomized trial comparing transurethral resection of the prostate, contact laser prostatectomy and electrovaporization in men with benign prostatic hyperplasia: Analysis of subjective changes morbidity and mortality", *The journal of Urology*, Vol 169, p. 1411-1416.

9. S Gravas, T Bach et al (2016), "EAU guidelines on management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUST), incl. benign prostatic obstruction (BPO)". Guideline of European association of Urology.

10. Claus G Roehrborn (2016), "Benign prostatic hyperplasia: Etiology, pathophysiology, epidemiology, and natural history". Campbell-Walsh Urology Elevel edition, vol three, part IV, 2425-2463. ❑