

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT ĐỐT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐÃ CÓ BIẾN CHỨNG BÍ ĐÁI CẤP

PHẠM ĐÌNH BẮC - Bệnh viện 5 Quân khu 3
HOÀNG TÙNG - Phòng Quân y Quân khu 3

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả cắt đốt nội soi điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt đã có biến chứng bí đái cấp.

Đối tượng nghiên cứu: gồm 85 bệnh nhân chẩn đoán xác định bí đái do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng cắt đốt nội soi tại khoa ngoại tiết niệu bệnh viện 103 từ 5/2008 đến 6/2009

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, phân tích có định hướng

Kết quả: Tuổi trung bình $73,05 \pm 1,67(55-88$ tuổi), tuổi trên 70(72,9%). Thời gian mắc bệnh trung bình: $37,08 \pm 10,36$, ngắn nhất 1 tháng, lâu nhất 20 năm. Trọng lượng u tuyến tiền liệt trung bình $59,07 \pm 4,35(22-115)$ gam. Hình thái u tuyến tiền liệt: u to cả 3 thùy (41,2%), u to hai thùy bên không đối xứng 22,3%, u to hai thùy bên đối xứng 20%, u to thùy giữa đơn thuần 16,5%. Có sự tương quan giữa hình thái và trọng lượng u trong bí đái cấp do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt: ở nhóm có trọng lượng u > 60g thì u to cả 3 thùy là chủ yếu, ở nhóm trọng lượng u < 40g thì u to hai thùy bên không đối xứng là chủ yếu. Biến chứng bí đái cấp xuất hiện sớm hay muộn không phụ thuộc vào tuổi và trọng lượng u tuyến tiền liệt. Thời gian phẫu thuật trung bình $47,23 \pm 2,76$ phút. Thời gian rửa bàng quang $38,2 \pm 5,08$ giờ. Tai biến trong mổ 8,25% (chảy máu lớn phải truyền 4,7%, thủng bàng quang 1,18%, thủng vỏ tuyến 1,18, tổn thương niệu quản 1,18%). Biến chứng sau mổ 10,6%, (nhiễm khuẩn niệu 4,7%, bí đái cấp 3,55%, chảy máu sau mổ 2,35%). Thời gian lưu sonde bàng quang - niệu đạo trung bình $4,34 \pm 0,38$ ngày. IPSS trung bình sau mổ 1 tháng và 3 tháng lần lượt là: $7,9 \pm 1,85$; $6,82 \pm 1,33$. QoL trung bình sau mổ 1 tháng, 3 tháng lần lượt là: $2,59 \pm 0,56$, $2,25 \pm 0,51$. Cung lượng nước tiểu trung bình sau rút sonde 1 ngày, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là: $12,4 \pm 2,98$, $12,52 \pm 2,56$, $12,98 \pm 1,83$. Thời gian nằm viện trung bình $12 \pm 3,7$ ngày.

Kết luận: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt đã có biến chứng bí đái cấp tuổi trung bình cao, thời gian bị bệnh lâu, trọng lượng u lớn, tỷ lệ nhiễm trùng niệu trước mổ cao. Áp dụng kỹ thuật cắt đốt nội soi mang lại kết quả

tốt, an toàn, rút ngắn ngày nằm điều trị.

Từ khóa: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, bí đái cấp

ĐẶT VẤN ĐỀ

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (Benign Prostatic Hyperplasia- UPĐLTTL) là bệnh hay gặp ở nam giới cao tuổi và gây nên các biến chứng: Bí đái cấp, nhiễm khuẩn niệu, sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang, dẫn niệu quản, dẫn đài bể thận, suy thận, tăng huyết áp.... Trong đó bí đái cấp là biến chứng hay xảy ra, theo Verhamme KM tỷ lệ bí đái cấp do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt ở độ tuổi 40 - 49 là 2,2/1000 nam giới trên năm, tỷ lệ này tăng 11/1000 ở độ tuổi trên 80. Tại Việt Nam bệnh nhân thường đến muộn tỷ lệ bí đái cấp trong các nghiên cứu cắt đốt nội soi điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt chiếm khoảng 50%. Cắt đốt nội soi điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt trên bệnh nhân đang có bí đái cấp đặt thông tiểu làm tăng nguy cơ xuất hiện tai biến, biến chứng trong điều trị, mặt khác khi có biến chứng bí đái cấp, sự tổn thương của cơ detrusor ảnh hưởng tới sự cải thiện triệu chứng sau mổ của bệnh nhân như thế nào?

Kết quả cắt nội soi trên những bệnh nhân bí đái cấp, sự cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật chưa được nghiên cứu nhiều trên lâm sàng. Từ đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả cắt đốt nội soi điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt có biến chứng bí đái cấp*

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

85 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bí đái do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng cắt đốt nội soi tại bệnh viện 103 từ 5/2008 – 6/2009

Tiêu chuẩn loại trừ: có dấu hiệu bàng quang thần kinh

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu mô tả, phân tích có định hướng

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tuổi trung bình $73,05 \pm 1,67(55-88)$, trên ≥ 70 tuổi 72,9%, có 10 bệnh nhân trên 80 tuổi. Cao hơn so với tuổi trung bình cắt nội soi của một số tác giả: Nguyễn Bửu Triều 69 [31], Trần Ngọc Sinh 72, do thời gian bị

bệnh lâu đã có biến chứng bí đái nên tuổi trung bình cao hơn.

Thời gian mắc bệnh trung bình: $37,08 \pm 10,36$ tháng, ngắn nhất 1 tháng, lâu nhất là 20 năm.

Thời gian xuất hiện bí đái tính từ khi có rối loạn tiểu tiện đến khi xuất hiện bí đái lần 1: trung bình $32,5 \pm 9,25$ tháng. Mặc dù tuổi cao là nguyên nhân quan trọng cho sự phát sinh, phát triển của bệnh. Tuy nhiên biến chứng bí đái xuất hiện sớm hay muộn không phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân.

Bệnh nhân vào viện bí đái lần 1 có 73/85 bệnh nhân (85,9%), bí đái lần 2 có 6/85 bệnh nhân, bí đái ≥ 3 lần 6/85 bệnh nhân (7,14%). Bí đái phải đặt thông tiểu nhiều lần để gây viêm mãn TTL, đây chính là nguồn gốc tiềm tàng của nhiễm khuẩn niệu sau mổ, xơ hẹp cổ BQ làm tăng nguy cơ bí đái cấp, gây khó khăn khi đặt máy cắt niệu soi.

Có 62/85 bệnh nhân (73%) vào viện đã được đặt sonde niệu đạo, mổ dẫn lưu BQ trên xương mu 1(1,2%), chưa đặt thông tiểu 22/85(25,8%). Tỷ lệ đã đặt thông tiểu cao, đặc biệt những bệnh nhân ở xa, công tác vô trùng và kỹ thuật thông tiểu chưa tốt, thời gian mang sonde dài ngày, nên nguy cơ nhiễm khuẩn càng cao.

Bệnh toàn thân kết hợp 43/85 bệnh nhân(50,6%) (có 6 BN có 2 bệnh kết hợp) gồm tăng HA 15/85 bệnh nhân(17,6%), rối loạn dẫn truyền 10/85 bệnh nhân(11,8%), ngoại tâm thu 5/85 bệnh nhân(5,9%), thiếu năng mạch vành 5/85 bệnh nhân(5,9%), lao phổi cũ 4/85 bệnh nhân(4,7%), nhồi máu cơ tim cũ, COPD, Goute đều có 1/85 bệnh nhân(1,18%).

Bệnh tiết niệu kết hợp 12/85 bệnh nhân (14,1%): nang thận 7/85 bệnh nhân(8,23%), sỏi thận 3/85 bệnh nhân(3,5%), tràn dịch màng tinh hoàn, hẹp bao qui đầu đều có 1/85 bệnh nhân(1,18%).

Trọng lượng tuyến trung bình trên siêu âm $59,07 \pm 4,35(22-115)$ gam, trọng lượng $u \geq 60$ chiếm 46%. Cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Hữu Triều là 40,75g; Nguyễn Phú Việt là 44,4; Phạm Việt Hà là 58g [7] là do thời gian bị bệnh lâu, bí đái nên trọng lượng u lớn.

Thời gian xuất hiện bí đái không phụ thuộc vào trọng lượng UTTL ($p > 0,05$)

Hình thái phát triển u tuyến tiền liệt: tuyến tiền liệt to cả ba thùy 35/85(41,2%), to thùy giữa đơn thuần 14/85(16,4%), to hai thùy bên đối xứng 17/85(20%), to hai thùy bên không đối xứng có 19/85(22,4%)

Bảng 1: liên quan hình thái và trọng lượng u

| Hình thái u khi soi BQ | Trọng lượng u (gam) | | | | | Tổng n(%) |
|--------------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | < 30 | 30 - 39 | 40-49 | 50-60 | > 60 | |
| U to thùy giữa đơn thuần | 0 | 3 (3,53) | 3 (3,53) | 6 (7,05) | 2 (2,36) | 14 (16,5) |
| 2 thùy không đối xứng | 1 (1,18) | 8 (9,42) | 5 (5,9) | 2 (2,36) | 3 (3,53) | 19 (22) |
| 2 thùy đối xứng | 0 | 2 (2,36) | 2 (2,36) | 2 (2,36) | 11 (12,9) | 17 (20) |
| U to cả 3 thùy | 0 | 1 (1,18) | 5 (5,88) | 6 (7,05) | 23 (27) | 35 (41,2) |
| Cộng n(%) | 1 (1,18) | 14 (16,5) | 15 (17,6) | 16 (18,8) | 39 (45,8) | 85 (100) |

Khi trọng lượng $u > 60g$ thì u to cả 3 thùy 23/85(27,05%), với trọng lượng $u < 40g$ u to hai thùy bên không đối xứng có 9/85(10,6%). Có sự khác biệt giữa 2 hình thái trên với các hình thái khác của u trong nhóm có cùng trọng lượng với ($p = 0,029$). Hình thái u góp phần gây ra rối loạn tiểu tiện, biến chứng bí đái cấp, có trường hợp u chỉ có 22 gram qua nội soi thì u to thùy giữa đơn thuần tạo nên hình ảnh lá lúa lép vào cổ bàng quang, hoặc ở nhóm trọng lượng $u < 40g$ chủ yếu u to hai thùy bên không đối xứng, chính sự phát triển không cân xứng này đã tạo nên sự gấp khúc của đoạn niệu đạo TTL và gây bí đái cấp.

Chúng tôi tiến hành cấy khuẩn niệu cho 52 bệnh nhân, tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu trước mổ 23/52 bệnh nhân(44,2%), hay gặp nhất là *P. aeruginosa* 7/23(30,4%), *Enterococcus* 3/23(13,4%), *Enterobacte Aerogenis* 3/23(13,4%), *S. aureus* 3/23(13,4%), *E. coli* 2/23(8,7%), *Citrobacter Freundii*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter spp*, *Entero Agglomeran* đều có 1/85(4,34%). Không có BN nào gặp 2 loại vi khuẩn.

Thời gian phẫu thuật trung bình $47,23 \pm 10,82(30-90)$ phút. Thời gian phẫu thuật dưới 60 phút có 78/85 BN(92%). Mặc dù trọng lượng $u > 60$ chiếm 46% nhưng thời gian phẫu thuật trên 60 phút chỉ có 8% nên đã hạn chế được tai biến, biến chứng.

Tỷ lệ tai biến trong mổ 7/85 bệnh nhân (8,25%): chảy máu lớn phải truyền máu 4/85(4,7%), thủng BQ, tổn thương u núi, thủng vỏ tuyến đều có 1/85 (1,18%). Mạch máu nuôi dưỡng tuyến tiền liệt phong phú, đến từ nhiều nguồn, khi cắt nhiều mạch máu cùng chảy theo nhiều hướng khác nhau, thao tác trong môi trường chật hẹp. Nguyên nhân chảy máu phụ thuộc: tình trạng viêm nhiễm, trọng lượng tuyến lớn, thời gian phẫu thuật kéo dài, trình độ của phẫu thuật viên [10], nhất là khi đã có bí đái cấp đặt sonde niệu đạo và tình trạng viêm nhiễm chưa được khống chế. Do đó cần điều trị tốt nhiễm khuẩn niệu trước mổ, theo dõi diễn biến phòng cơn cao huyết áp kịch phát.

Khi soi bàng quang phải đánh giá tình trạng viêm xung huyết, hình thái phát triển của tuyến tiền liệt để tiên lượng chảy máu, xác định thứ tự tiến hành cắt cho phù hợp tránh được tình trạng để các thùy khác che lấp chỗ chảy máu. Lát cắt phải đều, dài theo tổ chức u nếu cắt ngắn quá, độ dày lát cắt không đều thì khi áp lực dịch rửa BQ giảm tổ chức tuyến co lại tạo nên hình ảnh như là “đáy giếng” trên diện cắt, khi chỗ chảy máu ở phần đáy đó rất khó khống chế. Cầm máu kỹ những điểm chảy máu nhiều và cầm máu tốt từng vùng trong quá trình cắt, không lạm dụng cầm máu tràn lan hoặc cầm máu quá kỹ sẽ ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật, tạo nên các tổ chức hoại tử dễ gây chảy máu sau mổ. Theo dõi chặt chẽ và duy trì huyết áp ổn định, phòng cơn cao huyết áp sẽ làm cho chảy máu thêm trầm trọng. Khi đặt sonde Foley kết hợp kéo nhẹ bóng Foley lên cổ BQ và ổ tuyến tiền liệt, duy trì tốc độ rửa hợp lý.

Một trường hợp thủng BQ xuyên phúc mạc đây là trường hợp bị bệnh 10 năm, u to lấn vào trong lòng bàng quang. Ngay sau khi cắt UTTL xong phát hiện BN chướng bụng, đau tức và có phản ứng vùng hạ vị, khó thở. Kiểm tra qua soi thấy lỗ thủng phía sau trên bàng quang, máu chảy nhiều. Chuyển mổ mở khâu vết rách phúc mạc, khâu lỗ thủng BQ, sau mổ bệnh nhân ổn định.

Có 1 bệnh nhân thủng vỏ tuyến xảy ra khi cuộc mổ sắp kết thúc, khi sửa lại diện cắt do cắt quá sâu gây thủng vỏ tuyến. 1 trường hợp tổn thương ụ núi bệnh nhân này bí đái phải đặt thông tiểu lần thứ 3, u to 2 thùy không cân đối (thùy T > thùy P), tổ chức u xơ chắc đặt máy khó gây tổn thương ụ núi. Tiến hành nhanh chóng kết thúc cuộc mổ xử lý cầm máu, đặt bơm bóng Foley kéo ép, dịch rửa trong dần, sau mổ dùng thêm thuốc cầm máu.

Bảng 2: Huyết sắc tố, Na⁺ trước và sau phẫu thuật

| Chỉ số | Trước phẫu thuật (n = 56) | Sau phẫu thuật (n= 56) | p |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------|
| Hb (g/l) | 135 ± 1,64 (115 – 149) | 128 ± 1,93 (102 – 144) | p < 0,05 |
| Na ⁺ (mol/l) | 138,3 ± 1,67 (134 – 150) | 134 ± 1,68 (130 – 144) | p < 0,05 |

Thời gian rửa bàng quang trung bình 38,2 ± 5,98 giờ
 Thời gian lưu sonde BQ - NĐ trung bình 4,2 ± 0,24(3-10) ngày. Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt là phẫu thuật gây chảy máu trên toàn bộ diện cắt, nên cần lưu sonde rửa bàng quang khi dịch rửa trong thì có thể rút dần lưu NĐ – BQ.

Tuy nhiên đây là nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng, theo Trần Văn Sáng lưu sonde từ 4-7 ngày tỷ lệ nhiễm khuẩn là 50% trên 7 ngày nhiễm khuẩn 100%.Nên những bệnh nhân phải lưu sonde lâu đến ngày thứ 7 phải thay sonde mới.

Biến chứng sau mổ 7/85(10,6%): nhiễm khuẩn niệu 4(4,7%), bí đái cấp 3(3,55%), chảy máu thứ phát 2(2,35%).

Có 4 BN sốt do nhiễm khuẩn niệu sau mổ chiếm 4,7%. Những BN này được dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, kết hợp rửa BQ bằng dung dịch NaCl 0,9% có pha betadine BN hết sốt và ổn định 3 – 5 ngày dùng kháng sinh.

Có 3/85 BN (3,55%) bí đái cấp trong đó 1 BN bí đái ngay sau khi rút sonde, 2 BN còn lại xuất hiện bí đái vào ngày thứ 7 sau mổ, do phù nề niêm mạc niệu đạo.

Chảy máu sau mổ 2/85 BN(2,35%) xuất hiện chảy máu vào ngày thứ 2 và thứ 3, biểu hiện nước rửa BQ màu đỏ, có nhiều máu cục gây tắc sonde. Tiến hành bơm rửa BQ tại giường BN lấy hết máu cục và kéo ép bóng sonde Foley lên cổ BQ dịch rửa trong dần BN ổn định, không có trường hợp nào phải mổ mở hoặc đặt lại máy soi để cầm máu.

Trong nghiên cứu không có bệnh nhân tử vong, không có hội chứng nội soi.

Bảng 3: Sự thay đổi chỉ số IPSS, QoL, Qmean

| Chỉ số | Sau mổ 1 tháng | Sau mổ 3 tháng | P |
|--------|------------------------|-------------------------|--------|
| IPSS | 7,9 ± 1,85 (5 - 10) | 6,82 ± 1,33 (5 – 10) | < 0,01 |
| QoL | 2,59 ± 0,56 (1 – 3) | 2,25 ± 0,51 (0 – 3) | < 0,01 |
| Qmean | 12,4 ± 2,98 | 12,98 ± 1,83 | < 0,01 |

phân loại kết quả: căn cứ phân loại

- Loại 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.

- Loại trung bình: cắt u thuận lợi tới sát vỏ, có tai biến, biến chứng khắc phục tốt, sau mổ BN đái tự chủ, dễ dàng.

- Loại xấu: có tai biến, biến chứng không khắc phục được phải can thiệp lại hoặc mổ mở, sau mổ đái không tự chủ hoặc đái tự chủ nhưng khó khăn.

* Kết quả

- Loại tốt có 68/85 bệnh nhân chiếm 80%.

- Loại trung bình có 16/85 bệnh nhân chiếm 18,8%.

- Loại xấu có 1/85 bệnh nhân chiếm 1,2%.

KẾT LUẬN

Bệnh nhân u phì đại lành tính tuyến tiền liệt đã có biến chứng bí đái cấp có tuổi trung bình cao 73,05 ± 1,67, thời gian bị bệnh lâu 37,08 ± 10,36, trọng lượng u lớn 59,07 ± 4,35, tỷ lệ nhiễm trùng niệu trước mổ cao 44,2%.

Việc điều trị tốt nhiễm trùng trước mổ, có chiến thuật hợp lý trong quá trình cắt đốt nội soi và hậu phẫu mang lại kết quả tốt, an toàn, rút ngắn ngày nằm điều trị. Kết quả chung tốt 80%, trung bình 18,8%, xấu 1,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Việt Hà và cộng sự (2007), “Kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt”. Bệnh viện Bạch Mai – Y học lâm sàng số 14/T3, tr. 35 – 40.

2. Trần Văn Hinh (2007), “Phẫu thuật nội soi UPĐLTTL được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị”, *Y học lâm sàng* số 14, tr. 17.

3. Ngô Gia Hy (1986), “Điều trị bướt lạnh tiền liệt tuyến”, *Bài giảng điều trị học ngoại khoa*, NXB y học, tr. 97 – 117.

4. Nguyễn Kỳ, Nguyễn Bửu triều (1992), “Sử dụng kháng sinh ngăn hạn xung quanh phẫu thuật cắt đốt nội soi điều trị bệnh u xơ tuyến tiền liệt”. *Ngoại khoa 1*, tr. 29 – 34

5. Nguyễn Kỳ (1998), “ Sinh lý hệ tiết niệu” , *Bệnh học tiết niệu* – NXB y học tr. 35 – 56.

6. Phan Đức Thanh (2001), *Nghiên cứu ứng dụng cắt đốt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện 103*, Luận văn thạc sỹ y học.

7. Nguyễn Bửu Triều, Vũ Nguyễn Khải Ca (2003), “Cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt”, *NXB y học*, tr. 57 – 70.

8. Nguyễn Bửu Triều (1985), “Các biến chứng thường gặp trong cắt nội soi; cách đề phòng và xử trí”, *Công trình khoa học (1981 – 1985)*, *Bệnh viện Việt – Đức*, tr. 155 – 162.

9. Nguyễn Phú Việt, Nguyễn Đức Tụng, Vũ Văn Kiên, Trần Văn Hinh, Lê Thanh Nhạ (2005), “Kết quả cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện 103 từ 1999- 2002”, *Y học Việt Nam*, số 313, tr. 236 – 243.

10. Mebust W.K (1992), “Transurethral surgery”, *Campbell s Urology*, ed 6. *Philadelphia, Saunde*, pp. 2900 - 2922 .

11. Nesbit R.M. (1963), “Transurethral surgery prostatic resection. *Prology edited by Campbell M.F*, Chapter, 58, pp. 2611 - 2642.