

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

NGUYỄN MINH AN - Trường cao đẳng y tế Hà Nội
NGÔ TRUNG KIÊN - BV Xanh Pôn;

ĐẶT VẤN ĐỀ

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTTL) là một bệnh thường gặp ở nam giới khi tuổi bắt đầu cao. Bệnh có xu hướng tăng lên theo tuổi thọ và trở thành u lành tính hay gặp nhất ở nam giới. Có nhiều phương pháp điều trị UPĐLTTTL nhưng điều trị nội khoa, điều trị vật lý ... chỉ có tác dụng ở giai đoạn đầu của bệnh. Khi có biến chứng nặng, điều trị ngoại khoa đem lại hiệu quả rõ ràng hơn cả, trong đó phương pháp cắt nội soi có nhiều ưu việt, được chỉ định ngày càng rộng rãi, dần dần thay thế phương pháp mổ mở. Tuy nhiên, bên cạnh các ưu điểm như BN không phải mang vết mổ, hậu phẫu nhẹ nhàng, bình phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn... phẫu thuật nội soi cũng có nhiều biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng tiết niệu, hội chứng nội soi... Nguyên nhân của các biến chứng này, ngoài các yếu tố khách quan như trang thiết bị dụng cụ, cơ địa BN ... còn phụ thuộc rất lớn vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, những phẩm chất đòi hỏi phải được đào tạo và tích lũy trong thời gian dài.

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt nội soi UPĐLTTTL với số lượng BN lớn trong một thời gian dài (962 trường hợp cắt nội soi/1079 bệnh nhân, chiếm 89,16%, được mổ tại khoa từ 1/2006 - 10/2011) chúng tôi muốn đưa ra một cái nhìn tổng thể về sự thành công cũng như các vấn đề còn tồn tại, từ đó đưa ra cách khắc phục nhằm giảm thiểu các biến chứng của phẫu thuật nội soi UPĐLTTTL, hoàn thiện kỹ thuật để có thể áp dụng cho các trường u có trọng lượng lớn hơn. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị UPĐLTTTL bằng phương pháp cắt nội soi trong 5 năm (2006 - 2011) tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 962 BN UPĐLTTTL được cắt nội soi tại khoa Tiết niệu bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội trong 5 năm từ 1/2006 đến 10/2011.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng

3. Phương pháp tiến hành:

- Phương tiện:

Chúng tôi sử dụng 2 máy:

+ 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 phổi, điện tim ...

- Tư thế BN: Tư thế sản khoa

- Vô cảm: Chủ yếu gây tê tuỷ sống, một số trường hợp mê NKQ.

- Kỹ thuật cắt: dựa vào kỹ thuật của Reuter và Nesbit.

- Hậu phẫu: Rửa bàng quang nhỏ giọt bằng dung dịch NaCl 9⁰/00, rút sonde niệu đạo khi nước tiểu trong.

1. Đánh giá kết quả điều trị

- Kết quả tốt:

+ Đái dề và chủ động

+ Đái đêm: không còn hoặc 1lần

+ Không có nhiễm khuẩn nước tiểu

- Kết quả vừa:

+ Đái dề hơn trước và chủ động, đái hết

+ Đái đêm 2-3 lần

+ Nhiễm khuẩn nhẹ, điều trị khỏi

- Kết quả xấu:

+ Đái khó

+ Đái rỉ, đái đêm 3-4 lần

+ Nhiễm khuẩn kéo dài

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi

Độ tuổi	Số lượng BN	%
<60	82	8,53
60 – 69	436	45,34
70 – 79	381	39,62
>= 80	63	6,51
Tổng	962	100

Độ tuổi hay gặp nhất là 60 - 79 tuổi, chiếm 84,96%. Thấp nhất 54, cao nhất 96 tuổi

Bảng 2: Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng BN	%
Rối loạn tiểu tiện	554	57,60
Bí đái	393	40,89
Có dẫn lưu bàng quang	15	1,51
Tổng	962	100

Bảng 3: Các bệnh phối hợp

Bệnh phối hợp	Số lượng BN	%
Tăng huyết áp	184	19,52
Bệnh phổi mạn tính	54	5,64
Bệnh tim mạch	29	3,1
Sỏi bàng quang	19	1,98
U bàng quang	16	1,65

Bảng 4: Trọng lượng u xơ tuyến tiền liệt

Trọng lượng (g)	Số lượng BN	%
<= 30	98	10,2
31 – 40	367	38,22
41 – 50	328	34,13
51 – 60	127	13,2
> 60	42	4,25
Tổng	962	100

2. Kết quả phẫu thuật

- Biến chứng trong mổ:
 - + Chảy máu trong mổ: 14 BN (1,46%)
 - + Thủng vỏ bao tuyến: 0
 - + Hội chứng nội soi: 0
- Biến chứng sau mổ
 - + Chảy máu sau mổ: 12 BN (1,25%)
 - + Đái khó: 11 BN (1,14%)
 - + Đái rỉ: 8 BN (0,83%)
 - + Nhiễm khuẩn: 52 BN (5,4%)

2. Đánh giá kết quả

- Tốt: 91,37%
- Vừa: 7,69%
- Xấu: 0,94%

BÀN LUẬN

1. Chảy máu trong mổ.

Là một trong những khó khăn hàng đầu mà các phẫu thuật viên phải đối mặt, đặc biệt là phẫu thuật viên mới, chưa có kinh nghiệm.

Chúng tôi gặp 14 BN (1,46%). Theo chúng tôi, có 2 yếu tố khách quan dẫn đến chảy máu trong mổ là cao huyết áp và nhiễm trùng tiết niệu. Những trường hợp khi đặt máy thấy nước tiểu đục, bề mặt tuyến tiền liệt và đôi khi cả niêm mạc bàng quang 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. Nguyên nhân chủ quan là do cắt quá mức, xâm phạm vào vỏ tuyến tiền liệt hoặc cắt vào xoang tĩnh mạch.

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. Một trong những yếu tố quan trọng giúp cho việc xác định điểm chảy máu dễ dàng là làm sao cho phẫu trường được sáng. Chúng tôi làm đường dịch vào bằng 2 dây nối với nhau qua một chạc 3 nhằm tạo ra áp lực dòng chảy mạnh, đồng thời đảm bảo đường dịch ra thông thoáng để dịch chảy ra nhanh, cân bằng tương đối với lượng dịch vào. Như vậy tốc độ dịch chảy vào và ra nhanh làm cho phẫu trường sáng mà áp lực bàng quang vẫn được giữ ổn định. 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.

Hầu như các trường hợp chảy máu trong mổ đều cầm máu được qua nội soi, chỉ có một BN phải chuyển mổ mở vì chảy máu quá nhiều.

2. Chảy máu sau mổ

Có thể xảy ra muộn hơn nhưng thường gặp nhất trong 24h đầu sau mổ. Cũng như chảy máu trong mổ, cao huyết áp và nhiễm trùng tiết niệu là 2 yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra chảy máu sau mổ. Cần theo dõi chặt chẽ những BN này, đặc biệt khi đã xảy ra chảy máu trong mổ.

Việc theo dõi, phát hiện và xử trí sớm chảy máu sau mổ có ý nghĩa quyết định. Nếu được phát hiện ở những đợt rửa bàng quang đỡ thấm đầu tiên, có thể bán tắc hoặc tắc thông tiểu, bàng quang chưa căng, tiến hành bơm rửa lấy máu cục làm thông

thoáng đường rửa, có thể kéo bóng Foley trong lộ tuyến tiền liệt đồng thời dùng thuốc kháng chế huyết áp thì thường cho kết quả tốt.

Nếu phát hiện muộn khi thông tiểu tắc, bàng quang căng, có nhiều máu cục thì điều trị nội khoa thường không có kết quả, nên tiến hành đốt cầm máu lại.

Trong 12 BN chảy máu sau mổ (1,25%) có 4 BN phải nội soi đốt cầm máu lại do phát hiện muộn. Các BN này đều phải truyền 1 đơn vị máu.

3. Nhiễm khuẩn sau mổ

Những trường hợp có nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ không được điều trị thì nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ rất lớn. Nhiễm khuẩn là yếu tố nguy cơ của chảy máu, khi chảy máu phải tiến hành bơm rửa hoặc cầm máu lại và lại làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, chúng tạo thành một vòng xoắn đe dọa tính mạng BN. Do đó cần điều trị triệt để nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ. Tất cả các BN trước mổ đều phải xét nghiệm nước tiểu hoặc nuôi cấy vi khuẩn niệu và chỉ mổ khi không còn dấu hiệu nhiễm khuẩn.

Dấu hiệu của nhiễm khuẩn sau mổ thường gặp là sốt nhẹ 38°-38°5, bạch cầu máu tăng, có bạch cầu niệu, nếu nặng thì sốt cao, rét run, viêm tinh hoàn.

Chúng tôi gặp 1 BN nhiễm khuẩn sau mổ tương đối nặng, viêm tinh hoàn phải dùng cefalosporin thế hệ IV.

4. Đái rỉ

Là biến chứng đáng sợ nhất đối với BN nếu thực sự cắt phải cơ thắt trong, khi đó sẽ gây ra đái rỉ vĩnh viễn.

Chúng tôi gặp 8 trường hợp (0,83%) trong đó 7BN hồi phục sau 2-4 tuần, có thể lý giải do cơ thắt trong bị sang chẵn, 1BN đái rỉ vĩnh viễn (0,001%) Theo chúng tôi, với những trường hợp khẩu kính của niệu đạo bé, không nên cố đặt máy 26ch mà nên dùng máy nhỏ hơn, 24ch. Khi đốt cầm máu mếp cắt sát ụ núi, cần thận trọng vì dễ làm tổn thương cơ thắt.

KẾT QUẢ

Trong năm năm (2006-2011), chúng tôi đã phẫu thuật cắt nội soi cho 962 BN UPĐLTTTL, kết quả tốt 91,37%. Đây là một thành công, nó cho thấy kỹ thuật này đã được dân hoàn thiện. Hiện nay chúng tôi chỉ định cắt nội soi cho những trường hợp u <= 60g hoặc có thể lớn hơn.

Để phẫu thuật cắt nội soi UPĐLTTTL trở thành một phẫu thuật an toàn, ngoài kỹ năng và kinh nghiệm, chúng ta cần điều trị nội khoa phối hợp thật tốt, đặc biệt là điều trị triệt để nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ và cao huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh (1995), "Thăm khám niệu động học", *Bệnh học tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 127 -128.
2. Nguyễn Công Bình (1999), Nghiên cứu ứng dụng phương pháp Millin trong phẫu thuật u phì đại lành tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, *Lược án tiến sĩ y học*.
3. Đỗ Phú Đông (1988), "Tình hình mổ u xơ tiền liệt tuyến tại Hải Phòng", *Ngoại khoa*, XV, 3, tr 1-9.
4. Nguyễn Thuý Hiền (1997), Sử dụng thang

điểm IPSS trong chẩn đoán và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, *Luận án thạc sỹ y học*, Trường đại học Y Hà Nội.

5. Trần Đức Hoè (1997), "Một số điểm báo về dịch tễ học và nguyên nhân sinh bệnh của u phì đại tiền liệt tuyến", *Ngoại khoa*, XXX, tr 8-10.

6. Nguyễn Kỳ (1992), "Sử dụng kháng sinh ngăn hạn xung quanh phẫu thuật cắt nội soi, điều trị u xơ

tiền liệt tuyến", *Ngoại khoa*, XXII, tr 29-34.

7. Barry M.J (1990), "Epidemiology and natural history of prostatic hyperplasia", *Urologie clinics of north America*, August, Vol 17, No.3, pp 495-507.

8. Blandy J.P, Notley R.G (1998), "Transurethral resection", *Fourth edition*, ISIS medical media, Oxford, 10, pp 143-153.