

SỞ Y TẾ BẮC NINH  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1



HOÀNG VĂN CHỨC

**ĐÁNH GIÁ SỚM KẾT QUẢ PHẪU THUẬT  
UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN QUA NỘI SOI  
NIỆU ĐẠO NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN  
ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**BẮC NINH – NĂM 2026**

SỞ Y TẾ BẮC NINH  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1



**ĐÁNH GIÁ SỚM KẾT QUẢ PHẪU THUẬT  
UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN QUA NỘI SOI  
NIỆU ĐẠO NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN  
ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Người thực hiện: Ths. Bs Hoàng Văn Chúc**

**BẮC NINH – 2026**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Dịch tễ học .....	3
1.1.1. Tần số mắc bệnh.....	3
1.1.2. Tình hình nghiên cứu ung thư tiền liệt tuyến ở Việt Nam.....	3
1.1.3. Tình hình nghiên cứu ung thư tiền liệt tuyến trên thế giới .....	4
1.2. Mô phân tử học tuyến tiền liệt .....	4
1.3. Giải phẫu .....	5
1.3.1. Hình thể ngoài .....	5
1.3.2. Cấu tạo trong theo Mc Neal .....	6
1.3.3. Liên quan tuyến tiền liệt.....	6
1.4. Giải phẫu bệnh học KTL.....	7
1.4.1. Một số tổn thương tiền ung thư.....	7
1.4.2. Bảng phân loại giải phẫu bệnh KTL .....	7
1.5. Chẩn đoán KTL.....	9
1.5.1. Triệu chứng lâm sàng.....	9
1.5.2. Các thăm dò cận lâm sàng.....	11
1.5.3. Chẩn đoán giai đoạn KTL và phân nhóm nguy cơ. ....	16
1.6. Điều trị ung thư tiền liệt tuyến .....	18
1.6.1. Phẫu thuật triệt căn.....	18
1.6.2. Phẫu thuật nội soi cắt ung thư tiền liệt tuyến ở giai đoạn tiến triển .....	19
1.6.3. Hormon liệu pháp.....	23
1.6.4. Xạ trị.....	23
1.6.5. Hóa trị liệu và miễn dịch.....	23
1.7. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu .....	24
1.7.1. Lịch sử hình thành và phát triển.....	24
1.7.2. Quy mô và năng lực chuyên môn .....	25

1.7.3. Vai trò của bệnh viện tuyến tỉnh trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt.	25
1.8. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	25
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>28</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	28
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân .....	28
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: .....	28
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	28
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	28
2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu. ....	29
2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	29
2.2.4. Quy trình nghiên cứu .....	29
2.3. Phương pháp phân tích số liệu .....	38
2.4. Đạo đức nghiên cứu y học.....	40
<b>CHƯƠNG 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>41</b>
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. ....	41
3.1.1. Phân bố theo nhóm tuổi.....	41
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý kèm theo .....	42
3.2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật.....	42
3.2.1. Lý do vào viện.....	42
3.2.2. Thời gian diễn biến bệnh.....	43
3.2.3. Các triệu chứng cơ năng.....	43
3.2.4. Triệu chứng thực thể .....	44
3.2.5. Các bệnh lý phối hợp .....	44
3.2.6. Đánh giá triệu chứng lâm sàng trước mổ theo IPSS.....	44
3.2.7. Dẫn lưu bàng quang trước mổ.....	45
3.3. Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ.....	45
3.3.1. Kết quả xét nghiệm PSA lúc vào viện. ....	45
3.3.2. Tình trạng thiếu máu trước mổ .....	46
3.3.3. Đánh giá chức năng thận trước mổ .....	46

3.3.4. Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ .....	47
3.3.5. Đặc điểm hình ảnh tuyến tiền liệt trên siêu âm.....	47
3.3.6. Tình trạng xâm lấn của tổ chức ung thư trên chụp CT .....	48
3.3.7. Giai đoạn KTL qua chụp CT/MRI.....	48
3.4. Đặc điểm trong phẫu thuật. ....	49
3.4.1. Thời gian phẫu thuật .....	49
3.4.2. Tai biến trong mổ .....	49
3.5. Đặc điểm sau phẫu thuật .....	50
3.5.1. Thời gian mang ống thông niệu đạo sau mổ .....	50
3.5.2. Thời gian nằm viện theo dõi .....	50
3.5.3. Sự cải thiện trong thang điểm IPSS trước và sau mổ .....	51
3.5.4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ .....	51
3.5.5. Mối liên quan giữa PSA với giai đoạn bệnh .....	52
3.5.6. Biến chứng sớm sau mổ .....	52
<b>CHƯƠNG 4: DỰ KIẾN BÀN LUẬN.....</b>	<b>53</b>
4.1. Đặc điểm lâm sàng, CLS và giai đoạn bệnh .....	53
4.1.1. Tuổi lúc chẩn đoán. ....	53
4.1.2. Thời gian diễn biến bệnh.....	53
4.1.3. Triệu chứng cơ năng .....	53
4.1.4. Kết quả thăm trực tràng.....	53
4.1.5. Các bệnh lý kèm theo.....	53
4.2. Đặc điểm cận lâm sàng .....	53
4.2.1. Xét nghiệm PSA huyết thanh lúc vào viện .....	53
4.2.2. Các xét nghiệm CDHA .....	53
4.2.3. Điểm Gleason.....	53
4.3. Kết quả điều trị .....	53
4.3.1. Phẫu thuật cắt tinh hoàn .....	53
4.3.2. Đánh giá các triệu chứng cơ năng sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt....	53
4.3.3. Đánh giá sự hài lòng của BN theo thang điểm IPSS .....	53

4.3.4. Thời gian rút ống thông niệu đạo sau mổ .....	53
4.3.5. Đánh giá kết quả XN PSA huyết thanh sau điều trị.....	53
4.3.6. Về khối lượng TTL và tình trạng thận – niệu quản sau mổ 1 tháng.....	53
4.3.7. Về thời gian theo dõi và tỷ lệ chết sau điều trị. ....	53
<b>DỰ KIẾN KẾT LUẬN.....</b>	<b>54</b>

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

## **KẾ HOẠCH VÀ DỰ TRÙ KINH PHÍ**

## **PHỤ LỤC**

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Hệ thống phân độ mô học Gleason. ....	8
Bảng 1.2 Hệ thống phân độ (Grade Group) dựa trên thang điểm Gleason theo Hiệp hội quốc tế về bệnh học tiết niệu.....	9
Bảng 1.3: Phân nhóm nguy cơ ung thư TTL theo D'Amico .....	17
Bảng 1.4: Phân nhóm nguy cơ theo EAU 2016.....	17
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý kèm theo .....	42
Bảng 3.2: Thời gian diễn biến bệnh .....	43
Bảng 3.3: Các dấu hiệu lâm sàng hay gặp .....	43
Bảng 3.4: Kết quả thăm trực tràng.....	44
Bảng 3.5: Bệnh kèm theo. ....	44
Bảng 3.6. Phân loại mức độ triệu chứng theo thang điểm IPSS trước mổ .....	44
Bảng 3.7: Kết quả xét nghiệm PSA trước điều trị .....	45
Bảng 3.8. Tình trạng thiếu máu trước mổ .....	46
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo mức độ suy thận trước mổ .....	46
Bảng 3.10. Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ .....	47
Bảng 3.11. Đặc điểm hình ảnh tuyến tiền liệt trên siêu âm .....	47
Bảng 3.12: Xâm lấn tổ chức ung thư trên CT .....	48
Bảng 3.13: Giai đoạn của KTL trên chẩn đoán hình ảnh. ....	48
Bảng 3.14. Thời gian phẫu thuật.....	49
Bảng 3.15. Tai biến trong mổ.....	49
Bảng 3.16: Thời gian mang ống thông niệu đạo sau mổ. ....	50
Bảng 3.17: Thời gian nằm viện.....	50
Bảng 3.18: Đánh giá triệu chứng theo thang điểm IPSS trước mổ và sau mổ .....	51
Bảng 3.19: Mối liên quan giữa PSA với giai đoạn bệnh .....	52
Bảng 3.20. Biến chứng sớm sau mổ.....	52

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1 Phân bố theo độ tuổi.....	41
Biểu đồ 3.2: Lý do vào viện.....	42
Biểu đồ 3.3 Tỷ lệ có sonde dẫn lưu bàng quang trước mổ. ....	45
Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo điểm Gleason .....	51

## DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1: Hình thể ngoài TTL .....	5
Hình 1.2: Các vùng TTL theo Mc Neal .....	6
Hình 1.3: Liên quan tuyến tiền liệt. ....	7
Hình 1.4: Mức độ biệt hóa tế bào KTL theo ISUP 2014 .....	8
Hình 1.5: Hình minh họa KTL .....	16
Hình 1.6: Hình minh họa KTL .....	16
Hình 2.1 Dàn máy nội soi Karl Storz trong quá trình phẫu thuật .....	30
Hình 2.2 Bộ dụng cụ sử dụng cắt nội soi tuyến tiền liệt .....	31
Hình 2.3. Cắt nội soi khối U tuyến tiền liệt .....	32

## DANH MỤC VIẾT TẮT

(-)	Âm tính
(+)	Dương tính
BN	Bệnh nhân
DLBQ	Dẫn lưu bàng quang
GPB	Giải phẫu bệnh
KTLT	Ung thư tiền liệt tuyến
M	Metastasis
N	Node
PAP	Prostatic Acid Phosphatase Men phosphatase acid của tuyến tiền liệt
PIN	Prostate intraepithelial neoplasia (tân sản nội mô tuyến tiền liệt).
PSA	Prostate specific antigen (Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt)
PSAf	PSA free (PSA tự do)
PSAt	PSA total (PSA toàn thể)
SAOB	Siêu âm ổ bụng
SATT	Siêu âm qua trực tràng
T-N-M	Tumor (Khối u)-Nude (Hạch)-Metastasis (Di căn)
TTL	Tuyến tiền liệt
UT	Ung thư

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là một trong những ung thư thường gặp nhất ở nam giới lớn tuổi và hiện đang có xu hướng gia tăng rõ rệt trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Theo các số liệu dịch tễ học gần đây, ung thư tuyến tiền liệt đứng hàng đầu trong các ung thư của hệ tiết niệu – sinh dục nam, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân 50-70 tuổi [1-3]. Sự gia tăng tuổi thọ dân số, cùng với việc cải thiện các phương tiện chẩn đoán như định lượng PSA, siêu âm qua trực tràng và sinh thiết tuyến tiền liệt, đã làm tăng tỷ lệ phát hiện bệnh trong đó không ít trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc đã di căn [2].

Về mặt sinh bệnh học, ung thư biểu mô tuyến tiền liệt là bệnh lý phụ thuộc hormone androgen, trong đó testosterone và dihydrotestosterone đóng vai trò then chốt trong sự phát triển và tiến triển của khối u. Do đó, điều trị nội tiết nhằm giảm hoặc triệt tiêu androgen vẫn là một trụ cột quan trọng, là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt [1], đặc biệt ở những bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn hoặc ở giai đoạn tiến triển. Các phương pháp điều trị nội tiết bao gồm điều trị nội khoa bằng các thuốc kháng androgen và điều trị ngoại khoa bằng cắt tinh hoàn hai bên. [1, 2].

Bên cạnh điều trị nội tiết, phẫu thuật cắt u tuyến tiền liệt có vai trò quan trọng trong việc giải quyết triệu chứng tại chỗ, đặc biệt là các rối loạn tiểu tiện do tắc nghẽn đường tiểu dưới như tiểu khó, bí tiểu, tiểu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn. Ở những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển, phẫu thuật cắt u mang tính chất giảm nhẹ giúp cải thiện đáng kể chất lượng sống, giảm các biến chứng do tắc nghẽn và tạo điều kiện thuận lợi cho các phương pháp điều trị hỗ trợ tiếp theo [4].

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật cắt u tuyến tiền liệt bằng nội soi đã và đang được ứng dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế. Phương pháp này cho phép can thiệp ít xâm lấn,

giảm mất máu, giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh và rút ngắn thời gian nằm viện so với mổ mở kinh điển. Đặc biệt, việc phối hợp phẫu thuật cắt u nội soi với cắt tinh hoàn hai bên trong cùng một thì mổ giúp giải quyết đồng thời cả yếu tố tại chỗ và yếu tố nội tiết, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị toàn diện cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt [1, 4].

Tại tỉnh Bắc Ninh, mặc dù đã có một số nghiên cứu đề cập đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng các phương pháp khác nhau, song các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống kết quả phẫu thuật ung thư tiền liệt tuyến qua nội soi ngược dòng niệu đạo vẫn còn hạn chế. Thực tế lâm sàng cho thấy, phần lớn bệnh nhân đến khám tại các bệnh viện đa khoa tỉnh thường ở giai đoạn muộn, có nhiều triệu chứng rối loạn tiểu tiện rõ rệt, PSA tăng cao và không còn chỉ định điều trị triệt căn. Do đó, việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, vừa đảm bảo hiệu quả, vừa phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất và khả năng chi trả của người bệnh là vấn đề có ý nghĩa thực tiễn cao.

Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 là cơ sở y tế tuyến tỉnh hạng I, từ năm 2006, bệnh viện đã triển khai thường quy phẫu thuật cắt u tuyến tiền liệt bằng nội soi ngược dòng niệu đạo, trong đó có khoảng 50 trường hợp ung thư tuyến tiền liệt mỗi năm. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu tổng kết và đánh giá một cách đầy đủ về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật này tại bệnh viện. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài “**Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật ung thư tiền liệt tuyến qua nội soi niệu đạo ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1**” với mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi ngược dòng qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ 1/2025 đến 9/2026*
- 2. Nhận xét kết quả sớm của nhóm bệnh nhân trên.*

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Dịch tễ học

##### 1.1.1. Tần số mắc bệnh

UT TTL có sự phân bố khác nhau giữa các khu vực, vùng miền dân cư. Tần suất mới mắc cao nhất ở Australia/Newzealand với 111,6/100.000 dân, ở Mỹ hiện nay ước tính nguy cơ mắc bệnh ung thư tiền liệt tuyến của 1 người đàn ông trong suốt cuộc đời là gần 17% và tỷ lệ mắc bệnh là 80/100.000 dân, ở Pháp là 42/100.000 dân, ở Nhật Bản là 20/100.000 dân [4].

Ở nước ta ung thư tiền liệt tuyến đứng hàng thứ 10 trong các ung thư ở cả hai giới tần suất mới mắc và tần suất tử vong lần lượt là 3,4 và 2,5 trên 100.000 dân [5].

##### 1.1.2. Tình hình nghiên cứu ung thư tiền liệt tuyến ở Việt Nam

Năm 1982-1986 Nguyễn Như Bằng và cộng sự nghiên cứu 335 trường hợp chẩn đoán PBH thì kết quả mô bệnh học phát hiện 34 trường hợp ung thư tiền liệt tuyến, chiếm 10%.

Theo các tác giả Phạm Thị Hoàng Anh, Nguyễn Bá Đức, tỷ lệ KTL của nam giới tại thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh là 1,2/100000 (năm 1991-1992) tăng lên 1,5-2,3/100000 (năm 1995-1996), ở giai đoạn 2002 tỷ lệ này là 2,3 -2,5/100000. Tuy nhiên những con số này chưa phản ánh thật đầy đủ tình hình ung thư tiền liệt tuyến ở Việt Nam, nhưng đã cho chúng ta thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng theo từng giai đoạn.

Những báo cáo trong các hội nghị chuyên ngành trong những năm gần đây của các tác giả trong nước như:

Năm 2011, Vũ Xuân Huy đưa ra nhận xét về kết quả điều trị đa mô thức ở bệnh nhân ung thư TTL giai đoạn IV tại bệnh viện K [5].

Năm 2016, tác giả Võ Văn Minh và cộng sự tiến hành đánh giá.kết quả điều trị bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn tiến bằng cắt đốt nội soi và cắt tinh hoàn hai bên <sup>1</sup>

Năm 2024, tác giả Đỗ Ngọc Thê và cộng sự tiến hành đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu điều trị ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [6].

### ***1.1.3. Tình hình nghiên cứu ung thư tiền liệt tuyến trên thế giới***

Tại Mỹ, năm 2015, Siegel và cộng sự thống kê cho thấy ung thư tiền liệt tuyến là ung thư có tần suất mới mắc đứng hàng thứ nhất và gây chết đứng hàng thứ 2 (chỉ sau ung thư phổi) tính riêng cho nam giới. Stephenson và cộng sự ước tính trong số nam giới đang sống, cứ 7 người thì có 1 người sẽ được chẩn đoán ung thư TTL (15,3%), và cứ 38 người thì có 1 người sẽ chết vì bệnh lý này (2,6%) [7].

Tại châu Âu, theo báo cáo của EAU năm 2019, ung thư tiền liệt tuyến là một gánh nặng cho nền kinh tế với chi phí ước tính 8,43 tỷ euro / năm, đứng hàng thứ 4 trong số các loại ung thư (sau ung thư phổi, vú và đại trực tràng) [8].

Tại châu Á, năm 2014, trong tạp chí tiết niệu châu Á, Chen, Ren và cộng sự nhận xét: Tần suất mới mắc UT TTL cao nhất ở các nước có nền kinh tế phát triển, các nước Tây Á như Israel, Thổ Nhĩ Kỳ, Singapore, Nhật Bản, Hàn Quốc,... và thấp hơn ở các nước trong khu vực Đông Nam Á. Tuy nhiên, tỷ số giữa tần suất tử vong và tần suất mới mắc hàng năm do ung thư tiền liệt tuyến tại các nước này, trong đó có Việt Nam còn cao (59,6%) cho thấy vấn đề phát hiện và điều trị ung thư tiền liệt tuyến chưa thực sự hiệu quả [9]. [10]

### **1.2. Mô phôi học tuyến tiền liệt**

Trong thời kỳ bào thai, mầm tuyến tiền liệt (TTL) được hình thành từ nụ biểu mô của xoang niệu dục và tạo thành đám tuyến bị chia ra bởi những bó sợi cơ trơn. Sự phát triển hình thành ống xảy ra ở phía trên và dưới chỗ đổ của ống Wolff, từ đó chia thành 5 thùy (trước, sau, giữa và 2 thùy bên) [4].

Trong thời kỳ trưởng thành, tuyến tiền liệt của người lớn rất khó phân biệt giữa tuyến bình thường với tuyến tăng sản. Chất đệm là xơ cơ, nang tuyến phân bố thành thùy, nó được viền bởi 2 lớp tế bào, lớp trung tâm lòng ống có hoạt động chế tiết, lớp đáy không hoạt động chế tiết. Acid Phosphatase tuyến tiền liệt (PAP) và kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) được phân bố như nhau nhưng tập trung nhiều nhất bên cạnh thành ống [11]

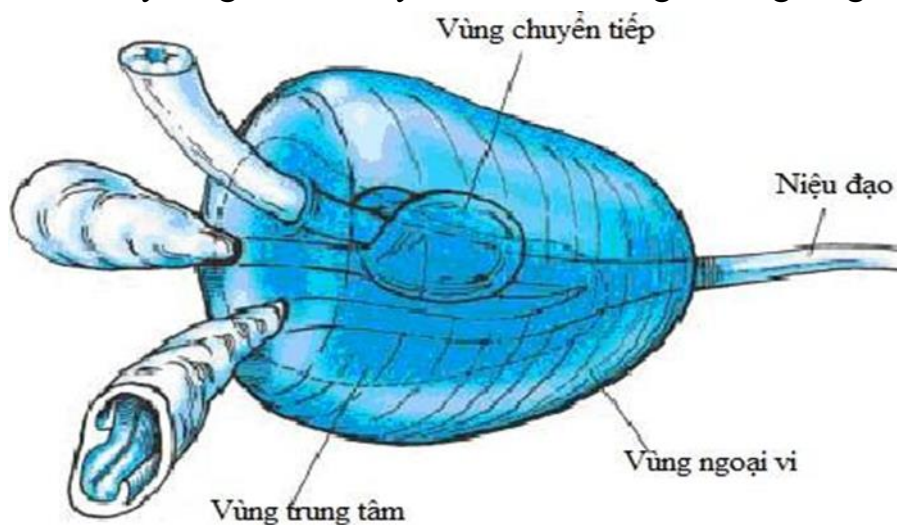
Ống tuyến được viền bởi 3 loại tế bào: Tế bào chế tiết, tế bào đáy và tế bào chuyển tiếp. Vì thế ung thư biểu mô xuất phát từ ống tuyến có thể là ung thư biểu mô tuyến hoặc ung thư tế bào đáy hoặc ung thư biểu mô loại chuyển tiếp .

### 1.3. Giải phẫu

#### 1.3.1. Hình thể ngoài

Tuyến tiền liệt có dạng hình tháp tứ giác, đỉnh ở dưới cụt, đáy ở phía trên.

- Mặt trước: Gần phẳng hoặc lồi theo chiều ngang, hướng ra trước, lên trên.
- Mặt sau: Nghiêng mạnh xuống dưới và ra sau, được chia thành 2 thùy.
- Hai mặt bên lồi ra hai hướng.
- Một đáy ở trên được chia ra bởi một gờ ngang (mép trước tinh) thành 2 sườn.
- + Sườn trước hay sườn bàng quang nghiêng xuống dưới và ra trước, ở phía trước có lỗ niệu đạo sau được bao quanh bởi cơ thắt trơn
- + Sườn sau hay sườn tinh, nghiêng xuống dưới và ra sau, nơi hợp lưu của túi tinh và ống dẫn tinh đi sâu xuống tạo nên ống phóng tinh.
- Đỉnh ở phía dưới, có lỗ ra của niệu đạo xẻ vào mặt sau. TTL ở người lớn cao 30mm, đáy rộng 35mm, dày 25mm, cân nặng khoảng 20 gram. [12]



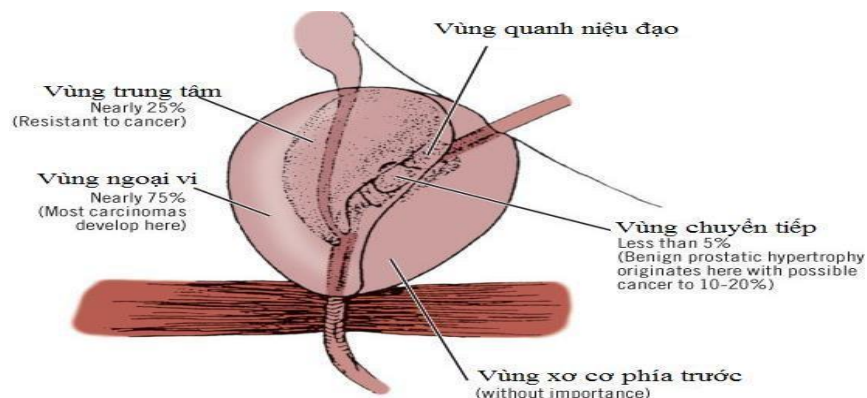
**Hình 1.1: Hình thể ngoài TTL (nhìn từ mặt sau)[1]**

### 1.3.2. Cấu tạo trong theo Mc Neal

Tuyến tiền liệt là một tuyến có cấu trúc nhánh (30 – 40 nhánh) nằm trong mô đệm xơ cơ.

Theo Mc Neals nhu mô TTL được chia làm 5 vùng [3]:

- Vùng sợi cơ đệm: Cấu trúc xơ cơ không có cấu trúc tuyến.
- Vùng trung tâm: Chiếm 25% thể tích tuyến, có ống phóng tinh đi qua, 8% KTL có nguồn gốc từ vùng này. Đây là vùng dễ xảy ra quá trình viêm.
- Vùng chuyển tiếp: Chiếm 5-10% thể tích tuyến, tạo nên 2 thùy bên và những tuyến xung quanh niệu đạo. Đây là vùng sinh ra khoảng 25% KTL.
- Vùng ngoại vi: Chiếm 70% thể tích tuyến, tạo nên phần sau dưới của tuyến và sinh ra khoảng 67% ung thư biểu mô TTL.
- Vùng quanh tuyến niệu đạo.



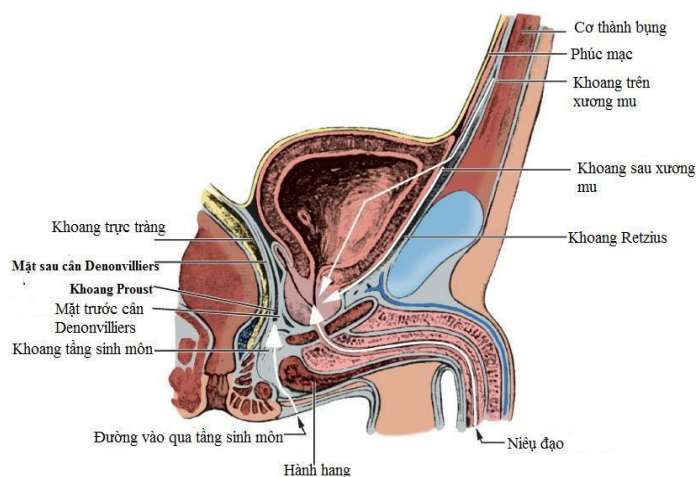
**Hình 1.2: Các vùng TTL theo Mc Neal [3]**

### 1.3.3. Liên quan tuyến tiền liệt

Tuyến tiền liệt là tuyến cố định, chỉ có thể di động hạn chế chiều trước sau. Sự cố định này được tạo nên bởi những yếu tố cấu tạo thành hốc tuyến [3].

- Hốc TTL, được cấu tạo nên bởi:
  - + Phía trước bởi cân trước TTL (puboprostatic ligament).
  - + Phía sau được tạo nên bởi cân Denonvilliers ngăn cách với trực tràng tiếp nối trực tiếp với vỏ TTL ở mặt trước và trước bên.

+ Cân đáy chậu giữa (endopelvic fascia) tạo nên giải cân hai bên bàng quang tiền liệt tuyến (lateral pelvic fascia), cân này bao phủ cơ nâng hậu môn [3]



**Hình 1.3: Liên quan tuyến tiền liệt [3].**

## 1.4. Giải phẫu bệnh học KTL

### 1.4.1. Một số tổn thương tiền ung thư

- Tân sản nội biểu mô tuyến tiền liệt (Prostate Intraepithelial Neoplasia – PIN) [13]

Tổn thương gồm 2 loại: PIN độ cao (High grade PIN) và PIN độ thấp (Low grade PIN). Các tổn thương của PIN độ cao có thể phá hủy lớp màng đáy nhưng chưa xâm nhập lớp mô đệm, PIN độ thấp không được đưa vào chẩn đoán do không thể phân biệt được với mô tuyến tiền liệt lành tính.

Một số tác giả cho rằng PIN là giai đoạn đầu trong quá trình phát triển KTL nhưng tần số của sự chuyển biến này cũng như khoảng cách giữa hai quá trình là chưa được biết. Vì vậy PIN cần được theo dõi để phát hiện sớm ung thư xâm nhập bằng siêu âm, PSA định kỳ và sinh thiết lại .

### 1.4.2. Bảng phân loại giải phẫu bệnh KTL

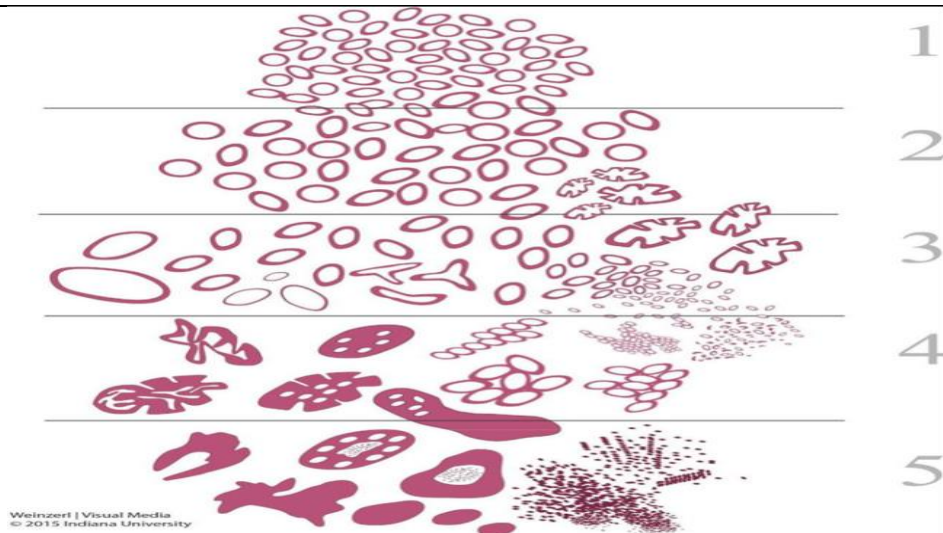
Hơn 95% ung thư phát hiện bởi sinh thiết tuyến tiền liệt là carcinoma tế bào nang tuyến hay còn gọi là carcinoma tuyến thông thường (acinar adenocarcinoma hay conventional adenocarcinoma). Ngoài ra, có thể gặp các

dạng khác như: ung thư có nguồn gốc từ trung mô (sarcoma), carcinoma tế bào chuyển tiếp, carcinoma tế bào gai hoặc lymphoma... với tỷ lệ thấp hơn.

- **Phân độ mô học theo Gleason:** Được sử dụng phổ biến nhất dựa trên cấu trúc tế bào với mức độ ác tính (grading) Gleason chia ra 5 độ biệt hoá, từ một cấu trúc rất biệt hoá (độ 1) đến một cấu trúc không biệt hoá (độ 5).

**Bảng 1.1: Hệ thống phân độ mô học Gleason.**

<b>Phân độ mô học Gleason</b>
Độ 1 Nang tuyến đơn đồng dạng, tròn, nhỏ, đều, xếp sát nhau chặt chẽ.
Độ 2 Nang tuyến đơn, không đồng dạng, mất cấu trúc, sắp xếp ít chặt chẽ hơn. Độ 3 Nang tuyến đa dạng về hình dạng và kích thước, xếp rời rạc, có dạng sàng hoặc dạng nhú.
Độ 4 Nang tuyến không còn đơn dạng nữa. Nang tuyến và tế bào hòa vào nhau không theo quy luật, có thể có tế bào sáng.
Độ 5 Không có cấu trúc tuyến, gồm những mảng tế bào hòa vào nhau hoặc riêng lẻ xâm nhập xung quanh. Các ổ tế bào thường có hoại tử trung tâm.



**Hình 1.4: Mức độ biệt hóa tế bào KTL theo ISUP 2014 [14].**

**A, Sơ đồ hệ thống phân độ Gleason. B : Độ 1. C: Độ 2. D: Độ 3. E: Độ 4. F: Độ 5.**

Từ năm 2008, Hiệp hội Giải Phẫu Bệnh Tiết Niệu quốc tế đồng thuận sử dụng điểm số Gleason cải tiến. Nếu hiện diện một độ mô học, điểm số Gleason được tính bằng cách nhân đôi độ mô học đó. Nếu hiện diện hai độ mô học, điểm Gleason được tính bằng tổng hai độ mô học hiện diện. Nếu hiện diện ba độ mô học, điểm Gleason được tính bằng tổng của độ mô học phổ biến nhất cộng với độ mô học cao nhất của hai độ mô học còn lại không phân biệt tỷ lệ ung thư (không áp dụng luật 5%). Điểm số Gleason  $\leq 4$  không nên được đưa ra với sinh thiết TTL. Ung thư biệt hóa tốt khi Gleason  $\leq 6$ ; biệt hóa trung bình khi Gleason = 7 và biệt hóa kém khi Gleason 8-10.

Năm 2019, hệ thống phân loại mô bệnh học mới nhất của ung thư tiền liệt tuyến dựa trên hội nghị đồng thuận của Hiệp hội quốc tế về bệnh học tiết niệu (International Society of Urological Pathology - ISUP). Hệ thống này chia ra 5 độ dựa trên điểm Gleason như sau [15]:

***Bảng 1.2 Hệ thống phân độ (Grade Group) dựa trên thang điểm Gleason theo Hiệp hội quốc tế về bệnh học tiết niệu (ISUP-2019) [2, 3]***

<b>Phân độ</b>	<b>Điểm Gleason</b>	<b>Dự báo nguy cơ</b>
Grade 1	$\leq 6$	Rất thấp, tiến triển chậm
Grade 2	3+4	Nguy cơ thấp
Grade 3	4+3	Nguy cơ trung bình
Grade 4	8	Nguy cơ cao
Grade 5	9-10	Nguy cơ rất cao

## **1.5. Chẩn đoán KTL**

### ***1.5.1. Triệu chứng lâm sàng***

- Cơ năng:
- Hỏi tiền sử, bệnh sử và các bệnh lý liên quan (nội khoa, thần kinh, các phương pháp điều trị đã được áp dụng,...), cần chú ý đến chức năng tình dục.
- Cần khám và hỏi triệu chứng của 3 nhóm:

- Nhóm triệu chứng liên quan đến chức năng tổng xuất nước tiểu (tiểu chậm, tiểu không thành dòng, tiểu ngắt quãng, tiểu ngập ngừng, tiểu phải rặn, tiểu nhỏ giọt).

- Nhóm triệu chứng liên quan đến chức năng chứa đựng (tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp, tiểu không kiểm soát).

- Nhóm triệu chứng sau đi tiểu (cảm giác tiểu không hết, tiểu xong còn nhỏ giọt).

- Xác định các triệu chứng cơ năng dựa trên những câu hỏi của bảng điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS: International Prostate Symptom Score ) và bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL: Quality Of Life). Đánh giá mức độ trầm trọng của triệu chứng dựa vào bảng điểm IPSS. Giải thích cho người bệnh sau đó cho người bệnh tự đánh giá rồi cho điểm vào bảng điểm IPSS và QoL. Chú ý bảng IPSS khảo sát các triệu chứng trong vòng 1 tháng ngay trước khi người bệnh đến khám.

- Trên cơ sở bảng điểm IPSS (xem phụ lục) đánh giá mức độ trầm trọng của các triệu chứng:

- 0 - 7 điểm: triệu chứng nhẹ

- 8 - 19 điểm: triệu chứng trung bình

- 20 - 35 điểm: triệu chứng nặng

- Tương tự, dựa vào bảng điểm QoL (xem phụ lục) đánh giá sự ảnh hưởng của triệu chứng lên chất lượng cuộc sống:

- 1 - 2 điểm: không/ít ảnh hưởng

- 3 - 4 điểm: ảnh hưởng mức độ vừa phải

- 5 - 6 điểm: ảnh hưởng nặng nề

- Giai đoạn muộn: Có các triệu chứng biểu hiện của di căn ung thư giai đoạn muộn:

- + Đái máu nếu u di căn vào bàng quang, niệu đạo.

- + Đái đục nếu nhiễm khuẩn tiết niệu
- + Xuất tinh ra máu nếu u di căn vào túi tinh.
- + Đau nhức xương, gãy xương khi u di căn vào xương.
- + Phù chân khi u di căn vào các hạch chậu.
- + Liệt 2 chân, đái ỉa không tự chủ khi u di căn vào tuỷ sống.
- + Ho, khó thở, đau ngực khi di căn lên phổi.
- + Đại tiện khó, ra máu, mót rặn khi u chèn ép hoặc di căn trực tràng.

\* Toàn thân:

- Mệt mỏi, gầy sút cân, ăn uống kém
- Thiếu máu: Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Hệ thống hạch ngoại vi: Hạch bẹn, hạch cổ...

\* Thực thể:

- Khám tìm các triệu chứng của tắc nghẽn nước tiểu: Cầu bàng quang, thận to..
- Thăm khám chung các hệ cơ quan khác là thường quy qua đó tìm được các biến chứng của bệnh, các bệnh lý phối hợp.
- Thăm trực tràng: Diễn hình là thấy TTL có một tổn thương cứng, không đồng đều, không đau, tổn thương tại tuyến hay đã vượt khỏi tuyến, mất tính đối xứng của tuyến. Thăm khám trực tràng nghi ngờ là chỉ định sinh thiết TTL bất kể giá trị PSA huyết thanh. Tăng PSA huyết thanh làm tăng giá trị tiên đoán dương ung thư TTL của thăm khám trực tràng. Thăm khám trực tràng nghi ngờ có giá trị tiên đoán dương 4-11% khi PSA 0-2,9 ng/mL, và tăng lên 33-83% khi PSA 3-9,9 ng/mL hoặc hơn [1, 2].

### ***1.5.2. Các thăm dò cận lâm sàng.***

#### ***1.5.2.1. Siêu âm ổ bụng (SAOB):***

Đánh giá TTL về kích thước, khối lượng, độ cản âm, các nhân bất thường; bàng quang; thận – niệu quản; các cơ quan khác trong ổ bụng [16]:

Tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến trên **Siêu âm 2D** gồm một trong các dấu hiệu sau:

Vùng ngoại vi: vùng có độ hồi âm thay đổi so với nhu mô xung quanh có thể kèm theo hoặc không phá vỡ vỏ tuyến, xâm lấn nhu mô xung quanh, bờ tuyến không đều, tuyến mất cân đối.

Vùng chuyển tiếp: vùng có độ hồi âm thay đổi so với nhu mô xung quanh và đẩy lùi về phía ngoại vi kèm theo hoặc không kèm theo bờ tuyến không đều tuyến mất cân đối.

Ngoài ra có nhiều kỹ thuật siêu âm khác như: siêu âm qua đường trực tràng, siêu âm đàn hồi, siêu âm Doppler... Tuy vậy kỹ thuật siêu âm cũng chỉ có giá trị trong chẩn đoán sàng lọc do độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp và phụ thuộc nhiều vào bác sĩ trực tiếp làm siêu âm.

#### *1.5.2.2. Chụp hưởng từ, cắt lớp vi tính:*

Cho biết chính xác kích thước, trọng lượng tiền liệt tuyến, đánh giá mức độ xâm lấn, di căn của khối ung thư tuyến tiền liệt. Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ khảo sát di căn hạch một cách gián tiếp bằng cách đo đường kính của hạch chậu. Ngưỡng thường được sử dụng là 10 mm. Tuy nhiên, độ nhạy phát hiện di căn hạch của chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ < 40%. Theo Campbell – Wash Urology 2016, trong nghiên cứu của Loeb và cộng sự đánh giá về chẩn đoán giai đoạn ung thư tiền liệt tuyến đã đưa ra kết luận: tỷ lệ phát hiện di căn hạch < 1% ở những BN có điểm số Gleason < 8, PSA < 20 ng/mL hoặc bước ở giai đoạn khu trú. Do đó, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ để phát hiện di căn hạch được khuyến cáo ở bệnh nhân nguy cơ cao, giai đoạn T3-4 hoặc ước tính nguy cơ di căn hạch  $\geq 20\%$ .

#### *1.5.2.3. Chụp xạ hình xương:*

Đánh giá mức độ, khả năng di căn xương của KTL. Di căn xương hiếm khi xảy ra ở những BN không triệu chứng, do đó không nên thực hiện thường

quy vì có thể dẫn đến dương tính giả, tổn kém, cũng như gây lo lắng cho BN. Hầu hết các khuyến cáo thực hiện xạ hình xương cho BN có PSA  $\geq$  20 ng/mL, điểm số Gleason 8-10, giai đoạn T3-4, hoặc có triệu chứng nghi ngờ di căn xương.

#### 1.5.2.4. SPECT - CT scanner:

Chẩn đoán, phát hiện sớm, nhưng chi phí cao, ít được ứng dụng tuyến tính.

#### 1.5.2.5. Chẩn đoán miễn dịch.

\* *PSA (Prostate Specific Antigen)*: Là một Enzyme glucoprotein chỉ sản xuất từ biểu mô tuyến tiền liệt. PSA được Hara và cộng sự tìm ra trong tinh dịch năm 1971. Đến năm 1979 thì Wang và cộng sự phân lập được từ tổ chức TTL bằng kỹ thuật miễn dịch, bình thường nồng độ PSA trong máu là  $<$  4ng/ml (theo phương pháp Hybritech).

PSA là kháng nguyên đặc hiệu của TTL, trong KTL nồng độ PSA thường tăng cao và tỷ lệ với thể tích khối ung thư, nhưng không chỉ đặc hiệu riêng với KTL. Nồng độ PSA tăng cũng gặp trong trường hợp phì đại lành tính TTL (9-15%), viêm tuyến tiền liệt mạn tính cũng như tất cả các tác động trên tuyến tiền liệt (đặt sonde niệu đạo, soi bàng quang, chọc sinh thiết, thăm trực tràng, xuất tinh...), vì vậy sau một thời gian (7 ngày sau can thiệp) cần tiến hành làm lại xét nghiệm PSA để có kết quả chính xác hơn (thời gian bán hủy của PSA 42-72h).

#### **Giá trị của PSA đối với chẩn đoán KTL:**

- Nồng độ PSA:

+ PSA từ 4-10ng/ml: Tỷ lệ UT là 18-25% (trung bình là 21%).

+ PSA  $>$  10ng/ml: Tỷ lệ UT khoảng 58%-80% (trung bình là 60%).

+ **PSA  $>$  20ng/ml: Tỷ lệ UT khoảng 90%.**

- PSA cũng tăng theo tuổi, PSA được coi là bình thường nếu.

+ PSA  $<$  3,5ng/ml ở 50-59 tuổi.

+ PSA < 4,5ng/ml ở 60-69 tuổi.

+ PSA < 6,5ng/ml ở 70-79 tuổi.

- PSA tỉ trọng (PSA density) là tỷ số giữa nồng độ PSA trên thể tích TTL ước lượng bằng SATT. Tỷ lệ này càng cao thì khả năng UT càng lớn, nếu PSA huyết thanh 4-10ng/mL và thăm khám trực tràng không nghi ngờ, khuyến cáo sinh thiết TTL khi  $PSAD \geq 0,15$ .

- PSA vận tốc (PSA velocity: PSA<sub>v</sub>) hay tốc độ tăng PSA là sự thay đổi nồng độ PSA trong máu theo thời gian, khái niệm này được Carter và cộng sự nêu ra năm 1992. Theo Carter nếu vận tốc tăng 0,75ng/ml/năm hoặc lớn hơn thì có đến 72% bệnh nhân có ung thư, vì thế nhiều tác giả cũng khuyến cáo sinh thiết TTL khi  $PSA_v \geq 0.75$ .

- Tỷ lệ PSA tự do/PSA toàn phần (PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub>):

Tỷ lệ PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub> càng thấp thì nguy cơ mắc bệnh KTL càng tăng lên, tuy nhiên chỉ số này được sử dụng để phân tầng nguy cơ cho nam giới có PSA máu từ 4ng đến 10ng/ml, trong trường hợp đó, nguy cơ KTL là:

+ PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub> <10% nguy cơ KTL là 56%.

+ PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub> từ 10-15% nguy cơ KTL là 28%.

+ PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub> từ 15-20% nguy cơ KTL là 20%.

+ PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub> từ 20-25% nguy cơ KTL là 16%.

+ PSA<sub>f</sub>/PSA<sub>t</sub> >25% nguy cơ KTL là 8%.

Phần lớn các tác giả đồng thuận sinh thiết tuyến tiền liệt f/t PSA < 0,2 với PSA 4- 10 ng/mL và thăm khám trực tràng không nghi ngờ

- PSA đối với giai đoạn của ung thư tiền liệt tuyến: Khối u càng ở giai đoạn muộn thì nồng độ PSA trong máu càng tăng.

+ PSA <10ng/ml: Thường khối u khu trú trong tuyến.

+ PSA >30ng/ml: 80% khối u tuyến tiền liệt ở giai đoạn T3.

+ PSA > 50ng/ml: 80% khối u có xâm lấn vào túi tinh hoặc di căn hạch.

+ PSA > 100ng/ml: 100% khối u có di căn xa.

- PSA đối với tiên lượng: Bệnh nhân có nồng độ PSA càng cao tiên lượng càng xấu.

- PSA cho phép theo dõi đánh giá đáp ứng điều trị:

+ Sau cắt TTL toàn bộ triệt căn: Nồng độ PSA phải bằng 0 sau 21 ngày mổ (hoặc < 0,05ng/ml với phương pháp siêu nhạy). Dấu hiệu đầu tiên của sự tái phát là tăng nồng độ PSA.

+ Sau điều trị hormone: Nồng độ PSA sau 3 tháng có thể coi như là một tiêu chuẩn dự đoán về thời gian sống thêm.

+ Sau điều trị tia xạ nồng độ PSA phải dần hết (sự giảm nồng độ PSA > 50% sau 6 tháng, nồng độ nhỏ nhất ở tháng thứ 14-16).

#### 1.5.2.6. Giải phẫu bệnh.

Là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán KTL.

#### **Chỉ định sinh thiết TTL:**

+ Khi các thăm dò sàng lọc nghi ngờ:

+ Tiền liệt tuyến có nhân rắn khi thăm trực tràng.

#### **Chỉ định sinh thiết lại khi sinh thiết lần đầu âm tính theo Hiệp hội Tiết Niệu học châu Âu (EAU) 2016:**

- PSA tăng và/hoặc PSA cao kéo dài.
- Thăm khám trực tràng nghi ngờ, nguy cơ ung thư 5-30%.

Tăng sinh dạng nang nhỏ không điển hình (ASAP – Atypical Small Acinar Proliferation), nguy cơ ung thư 40%.

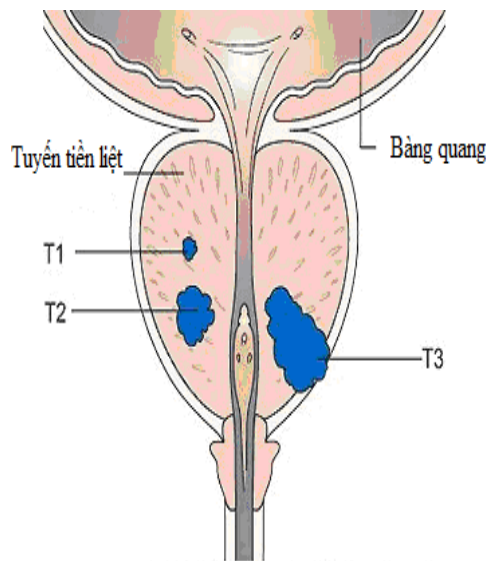
- Tân sinh trong biểu mô TTL độ cao ở nhiều vị trí sinh thiết.
- Carcinoma trong ống tuyến đơn độc, 90% nguy cơ kết hợp carcinoma TTL biệt hóa cao.
- Một vài tuyến không điển hình nằm cạnh tân sinh trong biểu mô TTL độ cao, nguy cơ ung thư 50%.

**\*Phương pháp sinh thiết TTL:** Có nhiều phương pháp để sinh thiết TTL nhưng sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm ngã trực tràng được sử dụng trong hầu hết các trường hợp, số mẫu sinh thiết TTL ngã trực tràng được khuyến cáo 10- 12 mẫu. Sinh thiết nhiều hơn 12 mẫu không tăng giá trị chẩn đoán.

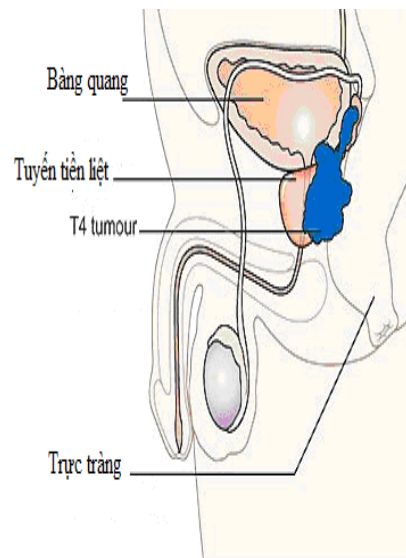
### 1.5.3. Chẩn đoán giai đoạn KTL và phân nhóm nguy cơ.

#### 1.5.3.1. Chẩn đoán giai đoạn KTL

**Theo TNM (Tổ chức ung thư học thế giới):** Sử dụng bảng phân loại của Hiệp hội ung thư Hoa kỳ (American Joint Committee Cancer) 2012 do Hiệp hội chống ung thư thế giới (International Union Against Cancer) thống nhất bảng bổ sung, phân loại của KTL.



**Hình 1.5: Hình minh họa KTL giai đoạn T1-T3 [3]**



**Hình 1.6: Hình minh họa KTL giai đoạn T4 [3]**

Trong đó: - T (Tumor): U nguyên phát.

N (Node): Hạch vùng, No: chưa di căn hạch; N1: đã di căn hạch

- M (Metastasis): Di căn xa; Mo: chưa di căn xa, M1: đã di căn xa.

### 1.5.3.2. Phân nhóm nguy cơ ung thư TTL

Năm 1998, D'Amico và cộng sự phân BN ung thư TTL giai đoạn khu trú thành 3 nhóm nguy cơ: nhóm nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao. Nhiều Hiệp hội Tiết Niệu và ung thư trên thế giới cũng đưa ra phân nhóm nguy cơ dựa trên cải tiến phân nhóm nguy cơ của D'Amico.

**Bảng 1.3: Phân nhóm nguy cơ ung thư TTL theo D'Amico**

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
cT1-2a và GS < 7 và	cT2b hoặc GS = 7 hoặc	cT2c hoặc GS > 7 hoặc
PSA ≤ 10 ng/mL	PSA 10-20 ng/mL	PSA > 20 ng/mL

**Bảng 1.4: Phân nhóm nguy cơ theo EAU 2016 [17]**

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao		
cT1-2a và	cT2b và	cT2c hoặc	cT3-4 hoặc N1	cT bất kỳ
GS < 7 và	GS = 7 và	GS > 7 hoặc	GS bất kỳ	cN bất kỳ, M1
PSA ≤ 10 ng/mL	PSA 10-20 ng/mL	PSA > 20 ng/mL	PSA bất kỳ	GS bất kỳ
				PSA bất kỳ
	<b>Giai đoạn khu trú</b>		<b>Tiến triển tại chỗ</b>	<b>Di căn</b>

Theo đó: ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn tiến triển được xác định: Với những bệnh nhân được chụp CT/ MRI đã có di căn hạch, di căn xa, xâm lấn túi tinh, trực tràng, bàng quang, chèn ép niệu quản (giai đoạn T3, T4 – Theo phân loại TNM)

Với những bệnh nhân không được chụp CT/ MRI thì phải có nồng độ PSA huyết thanh > 20 ng/ml tức nằm trong nhóm có nguy cơ cao theo tiêu chuẩn EAU 2016.

## 1.6. Điều trị ung thư tiền liệt tuyến

Bệnh được mô tả lần đầu tiên năm 1853. Ung thư tuyến tiền liệt đã được công nhận là một bệnh *nhạy cảm* với nội tiết tố androgen (androgen-sensitive disease) kể từ khi có công trình nghiên cứu do Huggins và Hodges hoàn thành vào năm 1941.

### 1.6.1. Phẫu thuật triệt căn

**- Chỉ định phẫu thuật triệt căn:**

- + U khu trú tại chỗ (T1, T2)
- + Bệnh nhân dưới 65 tuổi, kỳ vọng sống trên 10 năm
- + Không có bệnh nặng khác phối hợp như tim mạch, đái tháo đường.
- + Điểm Gleason < 8
- + PSA < 20.

**Mục đích:** Phẫu thuật lấy đi toàn bộ tổ chức TTL, túi tinh và bóng ống dẫn tinh, có 2 phương pháp chính dựa vào đường rạch để đi vào TTL [5]

- Đường rạch sau xương mu: Đường rạch phía dưới ổ bụng lấy đi tổ chức TTL, mô xung quanh và nạo vét hạch nếu có. Chú ý tới bó mạch thần kinh chạy hai bên TTL tránh cho bệnh nhân liệt dương sau này [5]

- Phẫu thuật triệt căn qua đường đáy chậu: Đường mổ qua đáy chậu với mổ là giữa bìu với hậu môn. Phương pháp này ít sử dụng vì không đảm bảo được vét được hạch và bảo tồn thần kinh TTL.

- Vết hạch chậu: bao gồm vết hạch và tổ chức liên quan đến TTL, tĩnh mạch chậu ngoài, thành bên chậu, thành bang quang, sàn chậu sau, dây chằng Cooper và động mạch hạ vị trên.

- Ngày nay còn có thể mổ qua nội soi ổ bụng, đây là kỹ thuật mới, còn tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

### ***1.6.2. Phẫu thuật nội soi cắt ung thư tiền liệt tuyến ở giai đoạn tiên triển***

Trong đề tài này, đối tượng bệnh nhân chúng tôi hướng đến là những bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn tiên triển được cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo và cắt tinh hoàn hai bên thực hiện ở Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1.

#### ***\*Chỉ định:***

- Chỉ định nội soi qua niệu đạo cắt ung thư tiền liệt tuyến cũng như chỉ định can thiệp phẫu thuật khác điều trị u tiền liệt đó là khi bệnh nhân có điểm triệu chứng IPSS từ 20 – 35 điểm và điểm chất lượng cuộc sống vừa và nặng (QoL từ 4 - 6 điểm) không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Bệnh nhân không muốn tiếp tục điều trị nội khoa.
- Bệnh nhân có biến chứng (bí đái tái diễn, đái máu tái diễn, nhiễm trùng tiết niệu tái diễn, sỏi bàng quang, ảnh hưởng chức năng thận, bàng quang chông đối).
- Bí đái hoàn toàn không hồi phục sau khi rút ống thông niệu đạo.
- Suy thận do khối u chèn ép mạn tính, đã điều trị ổn định.

#### ***\*Chống chỉ định:***

- Nhiễm khuẩn niệu, viêm niệu đạo, viêm tinh hoàn, suy thận cấp, suy thận mạn do nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Hẹp niệu đạo trước và sau (tương đối).
- Túi thừa bàng quang lớn, sỏi lớn bàng quang.
- Cao huyết áp chưa kiểm soát được bằng thuốc.
- Suy tim mất bù, nhồi máu cơ tim cấp hoặc cũ chưa ổn định, đái đường chưa kiểm soát được bằng thuốc.
- Lao phổi chưa điều trị ổn định, bệnh phổi mạn, chức năng hô hấp kém.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát được.
- Nhiều bệnh phối hợp có nguy cơ phẫu thuật cao.

- Bệnh lý khớp háng không dạng đờc chân.

***Các kỹ thuật thường dùng:***

Có 4 phương pháp được đề cập nhiều hơn cả. Phương pháp Barner, cắt lần lượt từng thùy của tiền liệt tuyến. Phương pháp Flocks, cắt từ vị trí 5 và 7 giờ, sau đó cắt hai thùy bên, cuối cùng cắt đến thùy giữa. Phương pháp Reuter, bắt đầu từ 6 giờ chuyển dần sang thùy bên. Phương pháp Nesbit, bắt đầu cắt ở vị trí 12 giờ, chuyển dần sang thùy bên và kết thúc ở 6 giờ.

***Kết quả của phẫu thuật cắt u tuyến tiền liệt nội soi***

Không phải là phẫu thuật tiết căn, phẫu thuật với mục đích chính trả lại chức năng tiểu tiện bình thường cho bệnh nhân, tính hiệu quả cao của phẫu thuật chủ yếu dựa vào sự cải thiện của các chỉ số: IPSS, QoL. Có thể gặp các tai biến – biến chứng:

**\*Tai biến :**

➤ **Chảy máu trong mổ:** Là biến chứng quan trọng, đáng sợ nhất của các phẫu thuật viên khi phẫu thuật nội soi. Chảy máu có thể xảy ra trong mổ và sau mổ do nhiều nguyên nhân khác nhau như: Bệnh nhân có các bệnh lý phối hợp, viêm tuyến tiền liệt, khối u quá to, tăng huyết áp, do bí đái phải đặt sonde lâu ngày gây nhiễm khuẩn niệu...

Những loại chảy máu thường gặp:

- **Chảy máu động mạch:** Thường ở vị trí 5 và 7 giờ hoặc 11 và 13 giờ là nơi động mạch tới cấp máu cho TTL, máu thường phun mạnh, đỏ tươi, cầm máu thường dễ dàng bằng que cắt hoặc bằng quả cầu. Để cầm máu hiệu quả nhất cắt phải dài, phẳng, kết thúc vùng cắt nào phải cầm máu kỹ trước khi chuyển sang vùng cắt khác. Khi kết thúc cuộc mổ rửa bàng quang phải hồng nhạt. Có những trường hợp chảy máu lớn không cầm được máu, ảnh hưởng đến huyết động phải chuyển mổ mở.

- **Chảy máu tĩnh mạch:** Nếu chảy máu ở tĩnh mạch nhỏ thì việc cầm máu tương đối đơn giản, nếu là xoang tĩnh mạch thì cầm máu tương đối khó khăn, lòng mạch mở rộng tạo điều kiện cho hội chứng nội soi. Xử trí đặt sonde foley 3 chạc 20 Ch, bơm bóng 60-80ml cột nơ kéo liên tục trong 5-10 phút.

➤ **Thủng vỏ tuyến tiền liệt:** Xảy ra trong 2% các trường hợp, nếu nghi ngờ có thủng, phải cố gắng kết thúc cuộc mổ càng sớm càng tốt nhưng phải cầm máu kỹ. Nếu không cầm máu tốt, việc xử trí sau mổ sẽ rất khó khăn khi chảy máu đồng thời với thủng. Xử trí trong trường hợp này là đặt sonde có kích thước lớn 18 – 20 Ch lưu trong niệu đạo, hầu hết các trường hợp qua khỏi mà không phải mổ.

➤ **Thủng BQ:** Bệnh nhân có triệu chứng chướng bụng, đau tức, phản ứng vùng hạ vị. Cân bằng (Bilan) nước vào ra không bằng nhau, trường hợp cắt nhìn mờ do chảy máu, có thể nhìn thấy lỗ thủng BQ, có thể thấy lớp mỡ màu vàng quanh BQ, chảy máu không rõ tia, không cầm máu được.

Nếu nghi ngờ có tổn thương các tạng trong ổ bụng thì chuyển mổ mở, để xử lý u, cầm máu, kiểm tra và xử lý các tổn thương khác nếu có.

➤ **Hội chứng nội soi:** Bản chất hay cơ chế của hội chứng nội soi cho đến nay còn nhiều bàn cãi và có nhiều quan điểm chưa rõ ràng, nhưng đa số các tác giả đều chấp nhận là do một số lượng lớn dịch rửa trong và sau mổ được hấp thụ vào cơ thể (bao gồm hấp thụ vào tổ chức lân cận và hệ thống tuần hoàn) từ đó gây tăng thể tích máu lưu hành, loãng máu, vỡ hồng cầu.

➤ **Tổn thương thùy giữa khi đặt máy:** Khi đặt máy, đầu và thân máy thực vào thùy giữa. Bệnh nhân có thùy giữa to, cản trở động tác đưa máy vào bàng quan

➤ **Tổn thương niệu đạo:** Khi nong niệu đạo trước khi đặt máy, đầu que nong Benique thực vào thành sau niệu đạo, gây tổn thương thủng niệu đạo sát ụ nú.

➤ **Tổn thương ụ nùi:** Do thùy bên to che lấp ụ nùi, khi cắt thùy bên gây tổn thương ụ nùi.

➤ **Tổn thương niêm mạc bàng quang:** Tổn thương lớp niêm mạc bàng quang do nghiên sỏi bằng kim cơ học, phẫu thuật viên nâng thân kim kẹp sỏi lên quá mức để răng của kim kẹp sỏi gây tổn thương niêm mạc bàng quang phía sau. Sau mổ lưu sonde tiểu lâu hơn các trường hợp khác.

**\*Biến chứng [5]**

➤ **Chảy máu sau mổ:**

- Chảy máu ngay sau mổ, thường do quá trình vận chuyển bệnh nhân không nhẹ nhàng làm xô dịch cọ sát bóng foley vào diện cắt mới cầm máu. Ngừng rửa liên tục trên đường vận chuyển bệnh nhân từ phòng mổ về buồng bệnh làm cho xuất hiện máu cục trong bàng quang gây kích thích bàng quang co bóp càng gây chảy máu, ngoài ra còn có thể do cao huyết áp sau mổ hoặc vỡ bóng foley.

- Chảy máu thứ phát sau mổ: Thường xảy ra vào tuần thứ hai sau mổ khi bệnh nhân đã ra viện. Lúc này bệnh nhân quay trở lại trong tình trạng bí đái, có máu cục trong bàng quang. Do vậy cần đặt lại sonde tiểu bơm rửa lấy máu cục, thậm chí có trường hợp phải đặt lại máy soi để lấy máu cục.

➤ **Nhiễm khuẩn:** biểu hiện sốt, nước tiểu đục, cấy nước tiểu có vi khuẩn.

➤ **Hẹp cổ BQ:** Do sự xơ hóa tổ chức sau mổ, vì vậy không nên lạm dụng đốt cầm máu nhiều ở xung quanh cổ BQ.

➤ **Hẹp niệu đạo:** Là biến chứng muộn, do tổn thương niêm mạc niệu đạo, đặc biệt niệu đạo hành, gốc dương vật.

➤ **Rối loạn chức năng sinh dục:** Biểu hiện phóng tinh ngược dòng, số lượng tinh trùng giảm, ngoài ra một số tác giả còn thấy có hiện tượng bất lực và suy giảm tình dục sau mổ.

➤ **Đái rỉ:** Biểu hiện sau rút ống sonde tiểu, nước tiểu tự rỉ ra liên tục, nhưng vẫn đái ngắt quãng. Trên thực hành lâm sàng đái rỉ được phân ra 3 mức độ: đái rỉ do gắng sức, đái rỉ do con co thắt BQ và đái rỉ do tổn thương cơ thắt ngoài. Trong đó thực sự là biến chứng khi có tổn thương cơ thắt ngoài gây đái rỉ.

### **1.6.3. Hormon liệu pháp**

*Bao gồm cắt tinh hoàn nội khoa và ngoại khoa.*

Về mặt sinh lý, androgen kích thích sự tăng trưởng, tăng sinh và chức năng của tế bào TTL nói chung và tế bào ung thư TTL nói riêng. Tinh hoàn là nguồn sản xuất chính (90-95%) của hầu hết các androgen. TUYẾN THƯỢNG THẬN tổng hợp 5-10% còn lại. Việc cắt tinh hoàn thường có hai phương pháp là *cắt tinh hoàn nội khoa*, và *cắt tinh hoàn ngoại khoa*:

### **1.6.4. Xạ trị**

Xạ trị là dùng nguồn năng lượng cao (tia X) hoặc năng lượng từ những hạt phân tử (protons) để tiêu diệt tế bào ung thư.

Chỉ định cho bệnh nhân cao tuổi, giai đoạn T2, T3 có chống chỉ định phẫu thuật, không đáp ứng với Hormon liệu pháp hoặc áp dụng cho KTL ở giai đoạn đã di căn.

- **Xạ trị ngoài:** Thời gian từ 6-7 tuần, phương pháp xạ trị ngoài là dùng tia X có năng lượng cao chiếu thẳng trực tiếp vào khối u. Liều tia xạ phụ thuộc vào mức độ nguy cơ của KTL.

- **Xạ áp sát:** là kỹ thuật điều trị mà khoảng cách giữa nguồn phóng xạ và tế bào ung thư là rất nhỏ, các hạt phóng xạ được đặt bên trong kim đưa qua tầng sinh môn vào TTL

- **Dược chất phóng xạ:** là phương pháp điều trị bằng đồng vị phóng xạ với các chất phóng xạ như Strontium -89, Samarium -153.

### **1.6.5. Hóa trị liệu và miễn dịch**

Hóa trị là phương pháp điều trị bằng thuốc chống ung thư. Đây được

coi như là một phương pháp điều trị tạm thời dành cho những trường hợp bệnh đã tiến triển xa, không đáp ứng với những phương pháp điều trị khác. Thuốc giúp khối u phát triển chậm hơn và làm giảm triệu chứng của bệnh nhân. Không áp dụng hóa trị cho UT TTL giai đoạn còn khu trú.

Các thuốc thường dùng:

+ Thuốc điều trị KTL đã di căn: Paclitaxel (Taxol) và Docetaxel (Taxotere), Estramustine (Emcyt)

+ Thuốc điều trị UT TTL không lệ thuộc Androgen: Mitroxantrone (Novantrone + Prednisone) hoặc thuốc mới đang khảo sát tại Mỹ: Suramin.

+ Thuốc miễn dịch: Sipuleucel – T: Có tác dụng phá hủy tế bào UT TTL, điều trị khi bệnh nhân còn trẻ, khỏe .

## **1.7. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu**

### ***1.7.1. Lịch sử hình thành và phát triển***

Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1, là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh trực thuộc Sở Y tế Bắc Ninh, có lịch sử hình thành và phát triển lâu dài, gắn liền với quá trình xây dựng và phát triển của hệ thống y tế tỉnh Bắc Ninh. Tiền thân của bệnh viện là Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang, được thành lập từ năm 1907. Trải qua hơn một thế kỷ hình thành và phát triển, từ một cơ sở y tế ban đầu với quy mô còn hạn chế, bệnh viện đã từng bước được đầu tư mở rộng về cơ sở hạ tầng, nguồn nhân lực và trang thiết bị, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng của người dân trên địa bàn tỉnh và khu vực lân cận.

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển mạnh mẽ về kinh tế – xã hội của tỉnh Bắc Ninh, quy mô hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 không ngừng được mở rộng. Số lượt khám ngoại trú hàng năm đạt hàng trăm nghìn lượt, số bệnh nhân điều trị nội trú lên tới hàng chục nghìn lượt mỗi năm. Việc tái cơ cấu tổ chức và đổi tên thành Bệnh viện

Đa khoa Bắc Ninh số 1 thể hiện định hướng phát triển trở thành bệnh viện tuyến tỉnh trọng điểm, giữ vai trò nòng cốt trong mạng lưới chăm sóc sức khỏe của địa phương.

### ***1.7.2. Quy mô và năng lực chuyên môn***

Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 là bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có quy mô lớn, với trên 1.000 giường bệnh kế hoạch, hệ thống các khoa lâm sàng và cận lâm sàng tương đối đầy đủ. Bệnh viện có khả năng tiếp nhận, chẩn đoán và điều trị đa dạng các bệnh lý nội khoa và ngoại khoa, bao gồm cả các bệnh lý mạn tính và bệnh lý ung thư thường gặp ở cộng đồng..

### ***1.7.3. Vai trò của bệnh viện tuyến tỉnh trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt***

Với vai trò là bệnh viện tuyến tỉnh, Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 là nơi tiếp nhận và điều trị chính cho phần lớn bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt trên địa bàn tỉnh. Thực tế lâm sàng cho thấy, nhiều bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện trong tình trạng bệnh đã ở giai đoạn tiên triển, kèm theo các triệu chứng rối loạn tiểu tiện mức độ vừa đến nặng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống.

Trong bối cảnh đó, bệnh viện tuyến tỉnh đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn và triển khai các phương pháp điều trị phù hợp cho người bệnh ung thư tuyến tiền liệt, đặc biệt là các biện pháp điều trị nội tiết và các can thiệp ngoại khoa mang tính giảm nhẹ nhằm giải quyết triệu chứng tại chỗ. Phẫu thuật cắt u nội soi tuyến tiền liệt kết hợp cắt tinh hoàn hai bên là phương pháp điều trị được áp dụng trong thực hành lâm sàng, phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất và khả năng chi trả của người bệnh tại địa phương.

## **1.8. Khung lý thuyết nghiên cứu**

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới lớn tuổi, có đặc điểm phát triển chậm nhưng tiến triển âm thầm và phụ thuộc chặt chẽ vào nội tiết tố androgen. Quá trình hình thành và tiến triển của ung thư

tuyến tiền liệt chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó vai trò của testosterone và dihydrotestosterone là then chốt. Sự kích thích kéo dài của androgen lên mô tuyến tiền liệt góp phần thúc đẩy sự phát triển của khối u và làm nặng thêm các biểu hiện lâm sàng, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển.

Về mặt lâm sàng, ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển thường biểu hiện bằng các triệu chứng rối loạn tiểu tiện do chèn ép hoặc xâm lấn đường tiểu dưới, bao gồm tiểu khó, tia tiểu yếu, tiểu không hết, bí tiểu cấp hoặc mạn tính, và trong một số trường hợp có thể kèm theo tiểu máu. Các triệu chứng này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh mà còn là nguyên nhân chính khiến người bệnh phải nhập viện và can thiệp điều trị ngoại khoa.

Về mặt cận lâm sàng, ung thư tuyến tiền liệt được đánh giá thông qua nhiều yếu tố như nồng độ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA), kết quả giải phẫu bệnh với điểm Gleason, cũng như các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhằm xác định mức độ xâm lấn tại chỗ và giai đoạn bệnh. Những yếu tố này phản ánh mức độ tiến triển của bệnh, đồng thời là cơ sở để lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp cho từng người bệnh.

Trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển, liệu pháp triệt androgen đóng vai trò trung tâm. Cắt tinh hoàn hai bên là phương pháp điều trị nội tiết ngoại khoa giúp làm giảm nhanh và bền vững nồng độ testosterone trong máu, từ đó làm chậm sự tiến triển của bệnh và cải thiện triệu chứng toàn thân. Song song với đó, đối với những bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới rõ rệt, can thiệp ngoại khoa tại chỗ bằng phẫu thuật cắt u nội soi tuyến tiền liệt có vai trò quan trọng trong việc giải phóng tắc nghẽn, cải thiện dòng tiểu và nâng cao chất lượng sống.

Kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển là hệ quả tổng hợp của nhiều yếu tố, bao gồm đặc điểm dịch tễ (tuổi, tình

trạng bệnh lý kèm theo), đặc điểm lâm sàng khi vào viện, mức độ tiến triển của bệnh thể hiện qua PSA, điểm Gleason và giai đoạn bệnh, cũng như phương pháp điều trị được áp dụng. Trong đó, phẫu thuật cắt u nội soi tuyến tiền liệt kết hợp cắt tinh hoàn hai bên tác động đồng thời lên hai cơ chế chính của bệnh: kiểm soát yếu tố nội tiết toàn thân và giải quyết triệu chứng tắc nghẽn tại chỗ.

## **CHƯƠNG 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật cắt u nội soi qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2026.

##### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- 1) Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt dựa trên kết quả giải phẫu bệnh (ung thư biểu mô của tuyến tiền liệt).
- 2) Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u nội soi qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1.
- 3) Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin phục vụ cho nghiên cứu: hành chính, tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật và theo dõi sau mổ.
- 4) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

##### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- 1) Bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt nhưng không được phẫu thuật TURP (điều trị nội khoa đơn thuần, xạ trị, hoặc các phương pháp khác).
- 2) Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải là ung thư biểu mô tuyến tiền liệt (ví dụ: sarcoma, ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp, ung thư thứ phát di căn đến tuyến tiền liệt).
- 3) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu, không thể bổ sung được.
- 4) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

##### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

### **2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu.**

Chọn mẫu thuận tiện bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

### **2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.**

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh Viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

Thời gian nghiên cứu từ 01/2025-08/2026

*Hồi cứu:* Ghi nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng lưu trữ hồ sơ, bao gồm các mục: Hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả GPB, quá trình theo dõi và điều trị bệnh KTL từ 01/2025 -12/2025.

*Tiến cứu:* Trực tiếp tham gia khám, chẩn đoán và điều trị KTL bằng phương pháp phẫu thuật cắt u qua nội soi đường niệu đạo thời gian từ 01/2026-08/2026. Những BN này được khám, theo dõi và điều trị theo một mẫu bệnh án nghiên cứu đã được soạn trước.

### **2.2.4. Quy trình nghiên cứu**

#### **2.2.4.1. Khám và chẩn đoán bệnh lý Ung thư tuyến tiền liệt.**

##### **\*Lâm sàng:**

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng chủ yếu liên quan đến đường tiểu dưới và tình trạng toàn thân.

Triệu chứng thường gặp bao gồm tiểu khó, tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, cảm giác tiểu không hết; mức độ triệu chứng được đánh giá bằng thang điểm IPSS và QoL.

Một số bệnh nhân có thể có biểu hiện đau xương, gầy sút cân hoặc thiếu máu, gợi ý bệnh ở giai đoạn tiến triển.

##### **\*Cận lâm sàng:**

Tất cả bệnh nhân được thực hiện các thăm dò cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán và đánh giá mức độ bệnh, bao gồm: định lượng PSA; siêu âm tuyến tiền liệt; cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có hoặc không có cản quang.

Chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt dựa trên kết quả mô bệnh học từ bệnh phẩm giải phẫu bệnh tuyến tiền liệt sau mổ, với đánh giá điểm Gleason theo phân loại ISUP 2019 [15].

#### 2.2.4.2. *Phẫu thuật nội soi cắt ung thư tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo.*

Quy trình kỹ thuật thực hiện trong nghiên cứu:

**\* *Trang thiết bị nghiên cứu.***

- Máy cắt nội soi KARL STORZ hai dòng chảy liên tục 26 Ch, vòng quai cắt 24 Ch.
- Dao điện cắt được trong môi trường nước công suất 350 w, có công tắc bàn đạp cắt đốt riêng.
- Nguồn sáng Xenon 3000 w, màn hình, camera.
- Bộ nong niệu đạo (Benique) 22.5 – 27 Ch, bơm lấy mảnh cắt Guyon.
- Chiều cao cột nước rửa 60cm so với mặt phẳng ngang bàng quang.



***Hình 2.1*** *Dàn máy nội soi Karl Storz trong quá trình phẫu thuật [tại viện]*



**Hình 2.2 Bộ dụng cụ sử dụng cắt nội soi tuyến tiền liệt [tại viện]**

**\* Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.**

- Bệnh nhân được giải thích tình trạng bệnh,
- Thụt tháo, chuẩn bị bệnh nhân như cuộc mổ phiến.

**\* Vô cảm, tư thế bệnh nhân.**

- Phương pháp vô cảm: Tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng hoặc mê nội khí quản tùy trường hợp cụ thể.
- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, dạng hai chân như tư thế sản khoa, bàn mổ có thể nâng lên hạ xuống. Sát khuẩn bộ phận sinh dục bằng dung dịch betadin 10%

**\* Tiến hành phẫu thuật.**

- Nong niệu đạo và đặt máy qua niệu đạo vào bàng quan: Nong niệu đạo nhẹ nhàng trình tự theo 4 thì, từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn (bắt đầu thường từ số 22,5 Ch đến số 27 Ch). Nhiều trường hợp miệng sáo hẹp phải xẻ miệng sáo về phía mặt bụng dương vật. Đặt máy một cách nhẹ nhàng, trường hợp u to chú ý hạ tay hết mức không để đầu máy chọc vào niệu đạo hay thùy giữa.

**\*Quan sát đánh giá:**

- Bàng quang có sỏi, u, túi thừa, hai lỗ niệu quản, niêm mạc.
- Tình trạng khối u tiền liệt tuyến kích thước, vị trí u nùi, tình trạng viêm.
- Bắt đầu cắt từ thùy giữa vị trí 6 giờ, cắt phía nền trước mở rộng đường

từ cổ bàng quang đến ụ núi để thao tác máy được dễ dàng, tạo phẫu trường rộng để nhìn rõ tổ chức, cầm máu thuận lợi.

- Tiếp tục đi lên cắt thành trước theo Nesbit, rồi cắt tiếp 2 thùy bên. Cuối cùng cắt sửa lại phía nền, đặc biệt phía trước và 2 bên ụ núi. Vùng này chú ý cắt lớp mỏng để tránh phạm vào ụ núi và cơ thắt ngoài.

- Sau cùng bơm rửa lấy mảnh gửi giải phẫu bệnh, kiểm tra cầm máu lại trước khi rút máy.

- Đặt sonde foley 3 chạc (22Fr) và rửa liên tục bằng dung dịch mặn 0,9%.



*Hình 2.3. Cắt nội soi khối U tuyến tiền liệt [chụp tại viện]*

**\* Chăm sóc sau mổ.**

- Rửa bàng quang liên tục bằng dung dịch nước muối 0,9% theo nguyên tắc khép kín, vô khuẩn, 1 chiều, tốc độ hợp lý điều chỉnh theo dịch chảy ra. Thời gian rửa đến khi dịch rửa trong hoàn toàn, thường sau 48 - 72 giờ, bệnh nhân không sốt,

- Kháng sinh sau mổ từ 5 đến 7 ngày.

- Rút sonde tiểu sau ngừng rửa 24-48 giờ với điều kiện nước tiểu phải trong.

Cho bệnh nhân ra viện sau rút sonde tiểu 24 đến 48 giờ, bệnh nhân tự đi được, không có tai biến và biến chứng

#### 2.2.4.3. Kết quả giải phẫu bệnh.

Kết quả mô bệnh học trong nghiên cứu được ghi nhận theo chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, kèm theo điểm Gleason được báo cáo dưới dạng tổng của hai mô hình mô học (ví dụ: Gleason 4+3). Trên cơ sở điểm Gleason này, các trường hợp được phân loại mức độ ác tính theo hệ thống phân nhóm của Hiệp hội Giải phẫu bệnh Tiết niệu Quốc tế (ISUP) năm 2019 [2, 17].

#### 2.2.4.4. Thu thập số liệu.

- *Nguồn số liệu:*

Hồ sơ bệnh án lưu tại bệnh viện (hồ sơ khám bệnh, phiếu phẫu thuật, phiếu xuất viện), bảng kết quả xét nghiệm (PSA, ...) và tờ khai IPSS, QoL. Đối với giai đoạn tiến cứu, bổ sung dữ liệu qua phỏng vấn, tái khám lâm sàng và xét nghiệm bổ sung.

- *Quy trình thu thập:*

- Bước 1: Lập danh sách tất cả bệnh nhân được phẫu thuật TURP tại khoa Ngoại Thận - Tiết niệu – Nam học trong thời gian nghiên cứu (dựa vào sổ phẫu thuật, sổ nhập viện).

- Bước 2: Rà soát hồ sơ bệnh án của từng bệnh nhân trong danh sách.

- Bước 3: Đối chiếu với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Bước 4: Đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn.

- *Người hỗ trợ nghiên cứu và cộng sự:*

Cộng sự và điều tra viên được đào tạo; có biện pháp kiểm tra chéo, đối chiếu thông tin để giảm sai sót nhập liệu.

#### 2.2.4.5. Chỉ tiêu, biến số nghiên cứu và cách thu thập.

STT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Biến số	Loại biến	Cách thu thập
<i>Đặc điểm chung</i>				
1	Tuổi	- Tính theo năm, tại thời điểm vào viện phẫu thuật. - Chia thành các nhóm [6]: Nhóm dưới 60 tuổi. Nhóm từ 60 đến dưới 70 tuổi Nhóm từ 70 đến dưới 80 tuổi Nhóm từ 80 tuổi.	Liên tục. Danh mục.	Hồi cứu bệnh án kết hợp tiến cứu theo mẫu
2	Nghề nghiệp	- Công công nhân viên chức - Lao động tự do - Hết tuổi lao động - Khác	Danh mục	
3	Cân nặng	- Tính theo kilogram	Liên tục	
4	Chiều cao	- Tính theo mét	Liên tục	
5	Chỉ số BMI	- Tính ra theo công thức tính BMI = cân nặng/(chiều cao) <sup>2</sup> - Phân loại BMI theo 2 nhóm dựa theo phân loại quốc tế [18]: * <i>Béo phì</i> : BMI > 24,9 * <i>Không béo phì</i> : BMI ≤ 24,9	Liên tục	Tính toán theo các chỉ số
<i>Dấu hiệu lâm sàng</i>				
6	Lý do vào viện	Lý do khiến bệnh nhân phải tới gặp bác sỹ, bao gồm cả tình cờ đi khám:	Danh mục	Hồi cứu bệnh án kết hợp

STT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Biến số	Loại biến	Cách thu thập
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đau hạ vị</li> <li>- Bí tiểu</li> <li>- Tia tiểu yếu</li> <li>- Tiểu cách quãng</li> <li>- Tiểu đêm</li> <li>- Khác</li> </ul>		tiền cứu theo mẫu
7	Thời gian diễn biến bệnh	Thời gian có triệu chứng lần đầu đến khi nhập viện, tính theo tháng.	Liên tục	
8	Tiền sử bệnh phối hợp	<p>Bệnh mà bệnh nhân đã từng mắc. Nghiên cứu chỉ quan tâm tới:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử bệnh nội khoa: THA, ĐTĐ, COPD...</li> <li>- Khỏe mạnh.</li> </ul>	Danh mục	
9	Triệu chứng toàn thân	<p>Là triệu chứng bác sỹ phát hiện trong quá trình thăm khám:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phù</li> <li>- Hội chứng thiếu máu</li> </ul>	<p>Nhị phân</p> <p>Nhị phân</p> <p>Nhị phân</p>	Hồi cứu bệnh án kết hợp tiền cứu
10	Thăm trực tràng	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mật độ mềm hay chắc</li> <li>- Đau hay không đau</li> <li>- Có nghi ngờ Ung thư</li> </ul>	Nhị phân	Hồi cứu bệnh án kết hợp
11	Dẫn lưu	Có hay không có.	Nhị phân	tiền cứu

<b>STT</b>	<b>Chỉ tiêu nghiên cứu</b>	<b>Biến số</b>	<b>Loại biến</b>	<b>Cách thu thập</b>
	bàn quang trước mổ			
12	Đánh giá thang điểm IPSS trước mổ	-Nhẹ. -Trung bình. -Nặng.	Biến danh mục	
<i>Dấu hiệu trên cận lâm sàng</i>				
13	PSA	Chia thành các nhóm: -Dưới 4nmol/l -Từ 4-10 -Từ 10-20 -Từ 20-50 -Từ 50-100 -Trên 100 nmol/l	Biến danh mục	Hỏi cứu bệnh án kết hợp tiền cứu
14	Creatine	Đánh giá mức độ suy thận -Độ 1 -Độ 2 -Độ 3 -Độ 4	Biến danh mục	
15	Cấy niệu	Âm tính/ Dương tính	Nhị phân	
16	Kích thước TLT trên CT	-Dưới 50gr -Từ trên 50gr	Danh mục	
17	Mức độ xâm lấn	Còn trong bao TLT Đã xâm lấn	Nhị phân	
18	Siêu âm	-Mức độ giãn hai thận		

STT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Biến số	Loại biến	Cách thu thập	
		-Có cầu bàng quang -Hạch tiểu khung			
<i>Trong mổ</i>					
19	Thời gian mổ	Thời gian từ lúc bắt đầu đến lúc kết thúc cuộc mổ	Liên tục	Hồi cứu bệnh án kết hợp tiền cứu	
20	Tai biến trong mổ	Chảy máu trong mổ	Nhị phân	Hồi cứu bệnh án kết hợp tiền cứu.	
		Thủng phúc mạc	Nhị phân		
		Tổn thương mạch thần kinh	Nhị phân		
		Tổn thương bàng quang	Nhị phân		
		Tổn thương các tạng ổ bụng.	Nhị phân		
<i>Sau mổ (trong thời gian nằm viện)</i>					
21	Thời gian nằm viện sau mổ	Tính từ sau mổ đến khi ra viện	Liên tục	Hồi cứu bệnh án kết hợp tiền cứu	
22	Thời gian rút sonde bàng quang	Tính từ ngày mổ đến ngày rút	Liên tục		
23	Biến chứng sớm sau mổ	Sau mổ trong khi nằm viện	Chảy máu		Nhị phân
			Bí đái		Nhị phân
			Nhiễm trùng	Nhị phân	
			Không có	Nhị phân	
24	Điểm	-Grade 1: Gleason $\leq 3$	Danh mục	Hồi cứu	

STT	Chỉ tiêu nghiên cứu	Biến số	Loại biến	Cách thu thập
	Gleason và phân độ (ISUP 2019)	-Grade 2: Gleason 3+4 -Grade 3: Gleason 4+3 -Grade 4: Gleason 8 -Grade 5: Gleason 9-10		
25	Đánh giá kết quả sớm	-Tốt: Không có biến chứng hay tai biến trong và sau mổ, rút sonde tiểu tốt, IPSS $\leq 7$ . -Trung bình: Có biến chứng nhẹ, điều trị nội khoa không phải can thiệp lại, IPSS 8-20. -Kém: Có biến chứng, phải đặt lại sonde tiểu, IPSS $\geq 20$ .	Danh mục	Hồi cứu bệnh án kết hợp tiền cứu

### 2.3. Phương pháp phân tích số liệu

-Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) phiên bản 22.0 hoặc mới hơn.

*\*Các thuật toán thống kê được sử dụng:*

-Biến định lượng: tính giá trị trung bình (Mean), độ lệch chuẩn (SD), giá trị nhỏ nhất (Min), giá trị lớn nhất (Max).

-Biến định tính: tính tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

-So sánh các giá trị trung bình trước và sau điều trị bằng test T bắt cặp (Paired T-test).

-So sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng test Chi-square ( $\chi^2$ ) hoặc Fisher's Exact test khi có tần số lý thuyết  $< 5$ .

-So sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm bằng T-test độc lập (Independent T-test).

-So sánh giá trị trung bình giữa nhiều nhóm bằng ANOVA một chiều (One-way ANOVA) nếu phân phối chuẩn, hoặc các test phi tham số tương ứng nếu phân phối không chuẩn.

-Mức ý nghĩa thống kê được xác định với  $p < 0,05$ .

*\* Phương pháp không chế sai số*

Để hạn chế tối đa các sai số có thể gặp, nghiên cứu áp dụng các biện pháp sau:

<b>Loại sai số</b>	<b>Biện pháp khắc phục</b>
<b>Sai số chọn mẫu</b>	Xác định rõ và chặt chẽ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ; lấy mẫu liên tục trong suốt thời gian nghiên cứu.
<b>Sai số thông tin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xây dựng bệnh án nghiên cứu chi tiết, rõ ràng, thống nhất.</li> <li>- Tập huấn kỹ cho người hỗ trợ thu thập số liệu.</li> <li>- Đối với giai đoạn tiến cứu: sử dụng bộ câu hỏi IPSS và QoL chuẩn, giải thích rõ cho bệnh nhân trước khi ghi điểm.</li> <li>- Kiểm tra chéo số liệu giữa các nghiên cứu viên.</li> </ul>
<b>Sai số hồi cứu</b>	Chỉ thu thập các thông tin được ghi chép rõ ràng, đầy đủ trong hồ sơ bệnh án; loại trừ các hồ sơ thiếu thông tin quan trọng.
<b>Sai số nhớ lại (với bệnh nhân tiến cứu)</b>	Hỏi bệnh sử kỹ lưỡng, đối chiếu với người nhà và các giấy tờ liên quan.
<b>Sai số đo lường</b>	Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện tại cùng một phòng xét nghiệm với cùng quy trình chuẩn của bệnh viện.

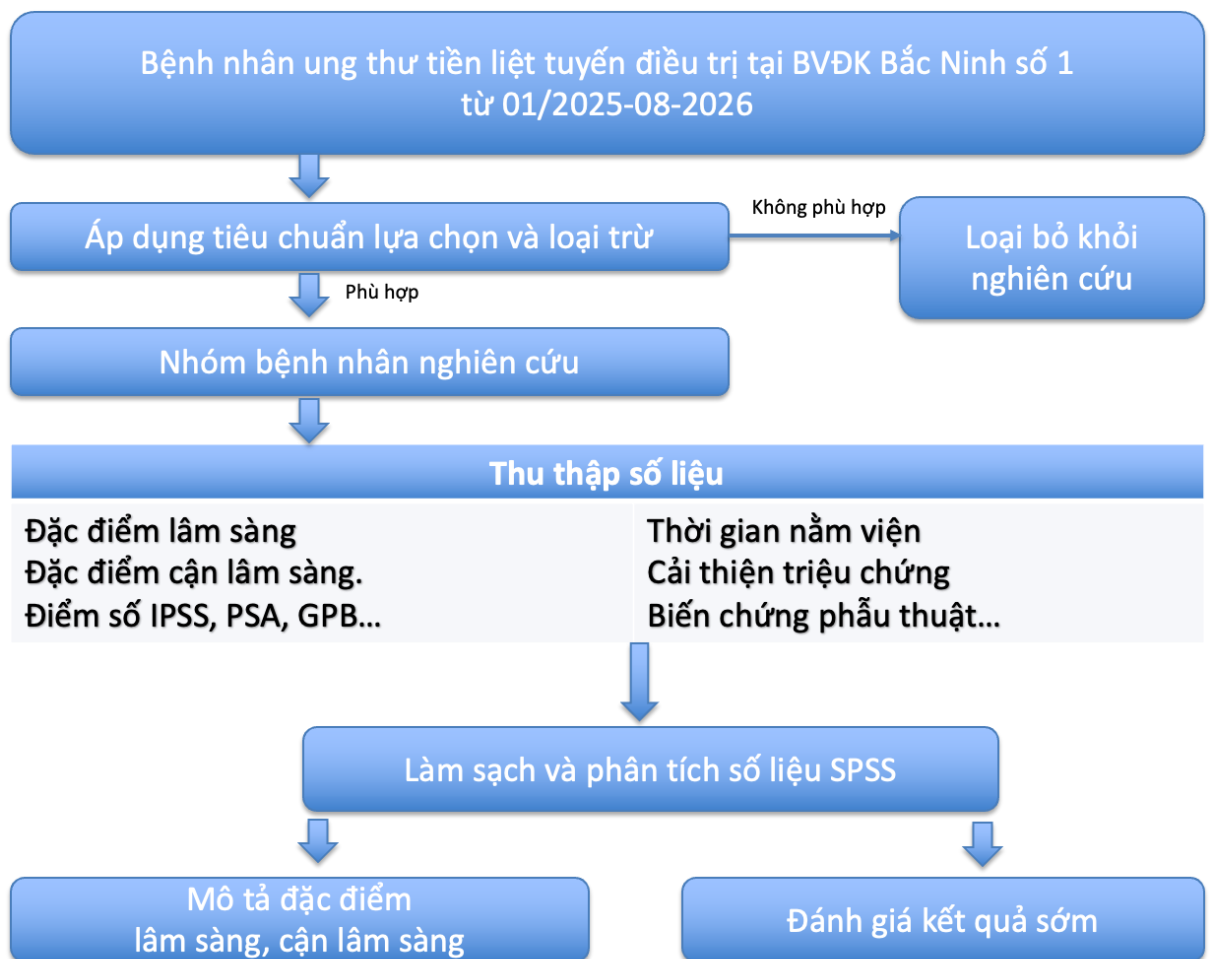
## 2.4. Đạo đức nghiên cứu y học

- Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 cho phép thực hiện.

- Tuân thủ nguyên tắc giữ bí mật các tài liệu, thông tin của bệnh nhân nghiên cứu.

- Được sự đồng ý của bệnh nhân.

### Sơ đồ nghiên cứu



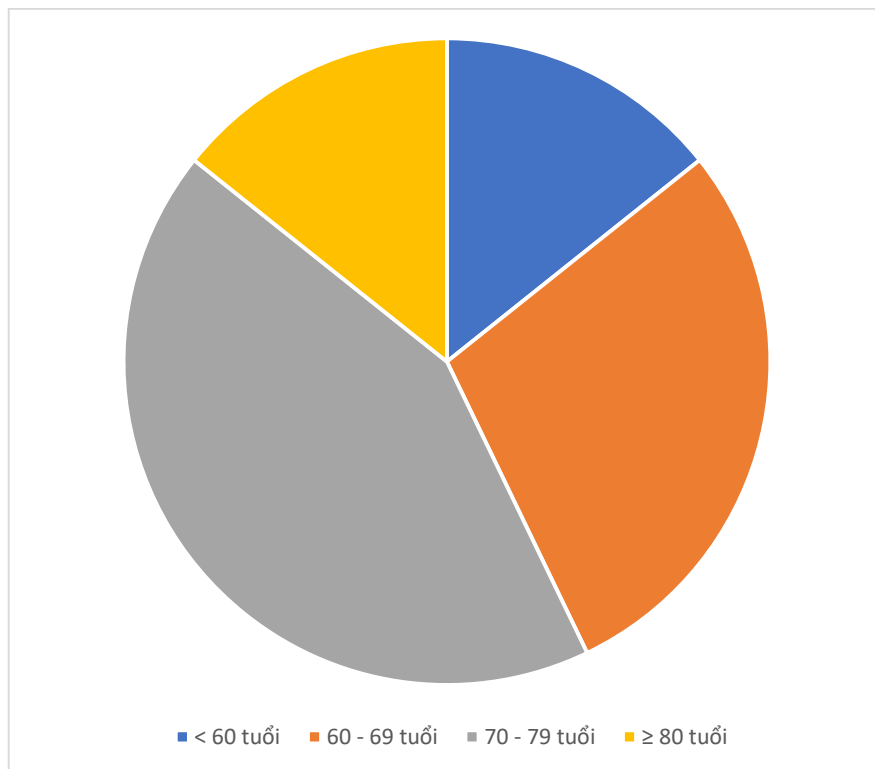
### CHƯƠNG 3

#### DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng ..... đến tháng ....., có ... bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, hồi cứu ... BN, tiền cứu ... BN

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

##### 3.1.1. Phân bố theo nhóm tuổi



**Biểu đồ 3.1 Phân bố theo độ tuổi**

**Nhận xét dự kiến:** Bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt trong nghiên cứu tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 70-79, tiếp đến là nhóm 60-69 và  $\geq 80$ . Tuổi trung bình dự kiến khoảng 72-75 tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh lý này. Nhóm tuổi <60 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

**Thuật toán sử dụng:** Tính tần số (n), tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình (Mean), độ lệch chuẩn (SD), giá trị nhỏ nhất (Min), giá trị lớn nhất (Max).

### 3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý kèm theo

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý kèm theo**

Bệnh lý kèm theo	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp		
Đái tháo đường		
Bệnh tim mạch		
Bệnh phổi mạn tính		
Bệnh lý khác		
Không có bệnh kèm theo		

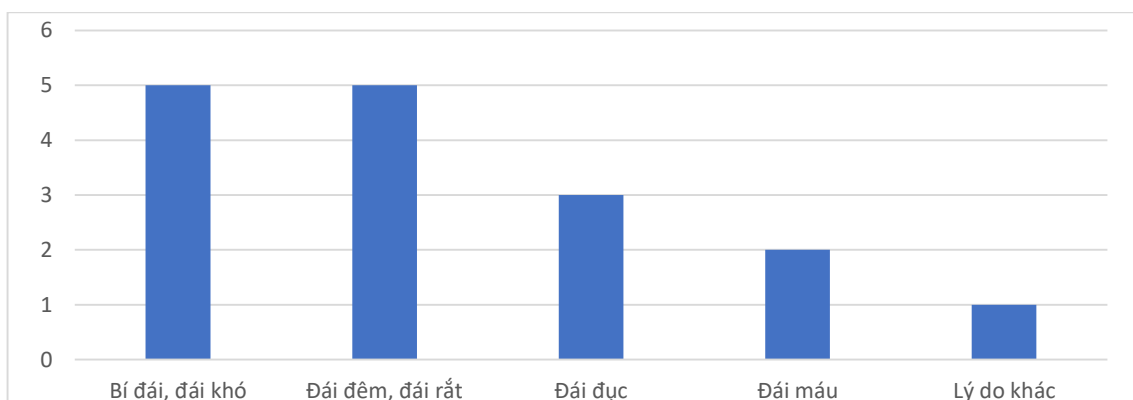
*Ghi chú:* Một bệnh nhân có thể có nhiều bệnh lý kèm theo.

*Nhận xét dự kiến:* Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý kèm theo cao, phổ biến nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường. Điều này phản ánh đặc điểm bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh nền, cần được quan tâm trong quá trình điều trị và theo dõi sau mổ.

*Thuật toán sử dụng:* Tính tần số (n), tỷ lệ phần trăm (%).

## 3.2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

### 3.2.1. Lý do vào viện



**Biểu đồ 3.2: Lý do vào viện**

**Nhận xét:** Lý do vào viện thường là tiểu khó hoặc bí tiểu cấp, tiểu đêm, cho thấy tình trạng tắc nghẽn nặng nề.

### 3.2.2. Thời gian diễn biến bệnh

**Bảng 3.2: Thời gian diễn biến bệnh**

Thời gian (tháng)	Số bệnh nhân	%
< 6		
6 - 12		
12 - 24		
>24		
( $\bar{X} \pm SD$ )		
Min - Max		

**Nhận xét:** Thời gian diễn biến bệnh trung bình dự kiến khoảng 12-18 tháng, phần lớn bệnh nhân có triệu chứng kéo dài trên 6 tháng trước khi nhập viện. Điều này cho thấy bệnh thường tiến triển âm thầm và bệnh nhân đến viện muộn.

### 3.2.3. Các triệu chứng cơ năng

**Bảng 3.3: Các dấu hiệu lâm sàng hay gặp**

Triệu chứng cơ năng	n	%
Đái khó - Bí đái		
Đái rắt - Đái đêm		
Đái buốt - Đái đục		
Đái máu		
Dẫn lưu bàng quang		
Đặt ống thông niệu đạo		

**Nhận xét:** Các triệu chứng tắc nghẽn như tiểu khó, tia yếu, tiểu ngắt quãng và cảm giác tiểu không hết chiếm tỷ lệ cao nhất (trên 80%). Tiểu đêm và tiểu nhiều lần cũng rất phổ biến. Tiểu máu gặp ở khoảng 20-30% bệnh nhân. (Có thể trình bày dạng biểu đồ cột: Biểu đồ 3.1 Triệu chứng cơ năng thường gặp.)

### 3.2.4. Triệu chứng thực thể

**Bảng 3.4: Kết quả thăm trực tràng**

Thăm trực tràng	n	%
Nghi ngờ ung thư		
Không thấy dấu hiệu UT		
<b>Tổng</b>		

**Nhận xét:**

### 3.2.5. Các bệnh lý phối hợp

**Bảng 3.5: Bệnh kèm theo.**

Bệnh kèm theo	n	%
Tiểu đường		
THA		
Tim mạch		

**Nhận xét:** .

### 3.2.6. Đánh giá triệu chứng lâm sàng trước mổ theo IPSS.

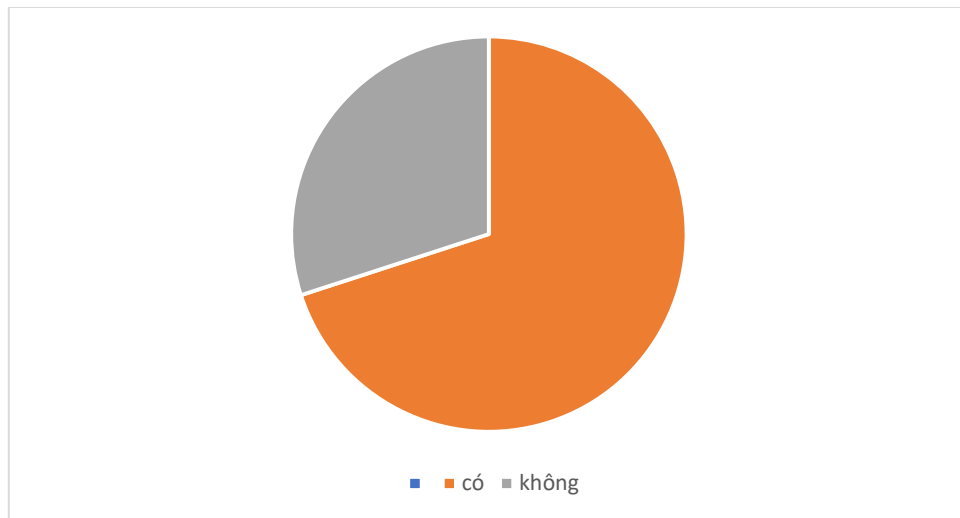
**Bảng 3.6. Phân loại mức độ triệu chứng theo thang điểm IPSS trước mổ**

Mức độ IPSS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ (0-7 điểm)		
Trung bình (8-19 điểm)		
Nặng (20-35 điểm)		
<b>Tổng</b>	<b>n =</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét dự kiến:** Điểm IPSS trung bình trước mổ dự kiến > 20 điểm, thuộc mức độ nặng. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nặng chiếm đa số (khoảng 70-80%), phản ánh đúng chỉ định TURP cho nhóm bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn rõ rệt. Chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ bệnh nhân có triệu chứng nhẹ (thường là phát hiện tình cờ qua thăm khám).

**Thuật toán sử dụng:** Tính tần số (n), tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình (Mean), độ lệch chuẩn (SD), giá trị nhỏ nhất (Min), giá trị lớn nhất (Max).

### 3.2.7. Dẫn lưu bàng quang trước mổ.



**Biểu đồ 3.3 Tỷ lệ có sonde dẫn lưu bàng quang trước mổ.**

**Nhận xét:** Tỷ lệ có dẫn lưu bàng quang trước mổ là %, do bí tiểu cấp. Cho thấy mức tác nghẽn nặng nề của nhóm bệnh nhân.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ.

Các xét nghiệm cận lâm sàng trong nghiên cứu gồm có các chỉ số về: huyết học, sinh hóa, XN miễn dịch PSA, các chẩn đoán hình ảnh như siêu âm ổ bụng, siêu âm trực tràng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, ngoài ra còn có các XN về sinh thiết tuyến tiền liệt, giải phẫu mô bệnh học.

#### 3.3.1. Kết quả xét nghiệm PSA lúc vào viện.

**Bảng 3.7: Kết quả xét nghiệm PSA trước điều trị**

Nhóm PSA	n	%
<10		
10 - 20		
20,1 - 50		
50,1 - 100		
100,1 - 500		
>500		
Tổng		

**Nhận xét:**

### 3.3.2. Tình trạng thiếu máu trước mổ

**Bảng 3.8. Tình trạng thiếu máu trước mổ**

Chỉ số	Giá trị
Nồng độ Hb trung bình (Mean $\pm$ SD) (g/L)	
Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu (Hb < 120 g/L) - n (%)	

*Nhận xét dự kiến:* Một tỷ lệ bệnh nhân (khoảng 15-25%) có thiếu máu trước mổ, có thể liên quan đến tình trạng bệnh mạn tính, tiểu máu kéo dài hoặc suy kiệt.

### 3.3.3. Đánh giá chức năng thận trước mổ

**Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo mức độ suy thận trước mổ**

Mức độ suy thận (theo eGFR)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không suy thận (eGFR $\geq$ 90)		
Suy thận độ I (eGFR 60-89)		
Suy thận độ II (eGFR 30-59)		
Suy thận độ III (eGFR 15-29)		
Suy thận độ IV (eGFR < 15)		
<b>Tổng</b>	<b>n =</b>	<b>100%</b>

*Nhận xét dự kiến:* Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân (khoảng 30-40%) có suy thận ở các mức độ khác nhau, chủ yếu là suy thận độ I và II. Creatinin máu trung bình có thể tăng nhẹ so với giá trị bình thường. Điều này liên quan đến tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới kéo dài.

### 3.3.4. Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ

**Bảng 3.10. Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ**

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu niệu (+)		
Nitrit niệu (+)		
Cấy nước tiểu (+)		

*Nhận xét dự kiến:* Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ dự kiến khoảng 15-25%, liên quan đến tình trạng bí tiểu, đặt sonde tiểu kéo dài hoặc vệ sinh kém. Điều này cần được lưu ý để điều trị kháng sinh thích hợp trước mổ.

### 3.3.5. Đặc điểm hình ảnh tuyến tiền liệt trên siêu âm.

**Bảng 3.11. Đặc điểm hình ảnh tuyến tiền liệt trên siêu âm**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Thể tích TTL</b>		
- < 50 g		
- ≥ 50 g		
<b>Cấu trúc TTL</b>		
- Đồng nhất		
- Không đồng nhất		
<b>Có nhân nghi ngờ</b>		
- Có		
- Không		
<b>Giãn thận - niệu quản</b>		
- Không giãn		
- Giãn một bên		
- Giãn hai bên		

*Nhận xét dự kiến:* Thể tích TTL trung bình dự kiến > 50g, đa số bệnh nhân có TTL to. Cấu trúc TTL thường không đồng nhất, có thể thấy nhân giảm âm nghi ngờ. Tỷ lệ giãn thận - niệu quản (một hoặc hai bên) dự kiến khoảng 20-30%.

### 3.3.6. Tình trạng xâm lấn của tổ chức ung thư trên chụp CT

Tình trạng UT xâm lấn các tổ chức qua chụp CT được thể hiện ở bảng sau (bảng 3.9)

**Bảng 3.12: Xâm lấn tổ chức ung thư trên CT**

<b>Tổ chức bị xâm lấn</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Túi tinh		
Bàng quang		
Trực tràng		
Xâm lấn NQ		
Hạch chậu		

**Nhận xét:**

### 3.3.7. Giai đoạn KTL qua chụp CT/MRI

**Bảng 3.13: Giai đoạn của KTL trên chẩn đoán hình ảnh.**

<b>Giai đoạn</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
T3a		
T3b		
T4		
Tổng		

**Nhận xét:**

### 3.4. Đặc điểm trong phẫu thuật.

#### 3.4.1. Thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.14. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 60		
61-90		
91-120		
Trên 120		
<b>Tổng</b>	<b>n =</b>	<b>100%</b>

*Nhận xét dự kiến:* Thời gian phẫu thuật trung bình dự kiến khoảng 60-75 phút, dài nhất, ngắn nhất, trung bình phụ thuộc vào kích thước u, kinh nghiệm phẫu thuật viên và các yếu tố liên quan. Đa số các ca mổ hoàn thành trong vòng 60-90 phút.

#### 3.4.2. Tai biến trong mổ

**Bảng 3.15. Tai biến trong mổ**

Tai biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu cần truyền máu		
Thủng vỏ bao TTL		
Thủng bàng quang		
Hội chứng nội soi (TURP syndrome)		
Tổn thương niệu đạo		
Không có tai biến		
<b>Tổng</b>	<b>n =</b>	<b>100%</b>

*Nhận xét dự kiến:* Tỷ lệ tai biến trong mổ dự kiến thấp (<10%), phổ biến nhất là chảy máu cần truyền máu. Các tai biến nặng như thủng bàng quang, hội chứng nội soi hiếm gặp (<1%). Điều này cho thấy TURP là phương pháp an toàn khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm

### 3.5. Đặc điểm sau phẫu thuật

#### 3.5.1. Thời gian mang ống thông niệu đạo sau mổ

**Bảng 3.16: Thời gian mang ống thông niệu đạo sau mổ.**

Thời gian	Số bệnh nhân	%	( $\bar{X} \pm SD$ )	Min – Max
4 ngày				
5 ngày				
6 ngày				
7 ngày				
8 ngày				
9 ngày				
Tổng				

**Nhận xét:.**

#### 3.5.2. Thời gian nằm viện theo dõi

**Bảng 3.17: Thời gian nằm viện.**

Thời gian nằm viện (ngày)	n	%
<10		
10 – 20		
>20		
( $\bar{X} \pm SD$ )		

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình... ngày.

**3.5.3. Sự cải thiện trong thang điểm IPSS trước và sau mổ**

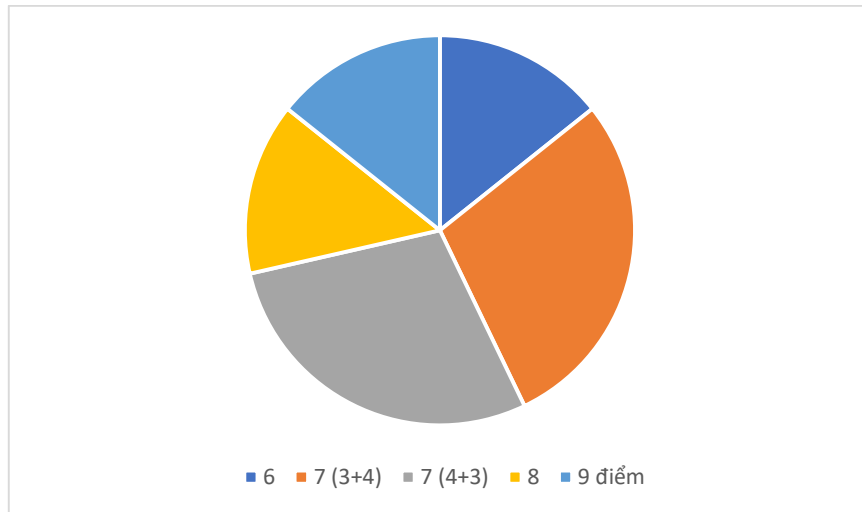
**Bảng 3.18: Đánh giá triệu chứng theo thang điểm IPSS trước mổ và sau mổ**

IPSS	Trước mổ		Sau mổ	
	n	%	n	%
Nhẹ (1-7)				
Trung bình (8-19)				
Nặng (20-35)				
Không khảo sát				
Trung bình				
p				

T Test

Điểm số IPSS trước mổ trung bình là .... sau mổ là ... điểm số IPSS sau mổ giảm rất nhiều so với trước mổ,

**3.5.4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**



**Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo điểm Gleason**

*Nhận xét dự kiến:* Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Gleason cao ( $\geq 8$ ) chiếm một tỷ lệ đáng kể (30-40%), phản ánh tính chất ác tính và tiên triễn của bệnh ở nhóm bệnh nhân này.

### 3.5.5. Mối liên quan giữa PSA với giai đoạn bệnh

**Bảng 3.19: Mối liên quan giữa PSA với giai đoạn bệnh**

Giai đoạn bệnh	n	( $\bar{X} \pm SD$ )	p
Grade 1			
Grade 2			
Grade 3			
Grade 4			
Grade 5			

T Test

### 3.5.6. Biến chứng sớm sau mổ

**Bảng 3.20. Biến chứng sớm sau mổ**

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ		
- Nhẹ (tự cầm)		
- Vừa (cần truyền máu)		
- Nặng (cần can thiệp ngoại khoa)		
Cục máu đông bàng quang		
Nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ		
Bí tiểu sau rút ống thông		

## CHƯƠNG 4

### DỰ KIẾN BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, CLS và giai đoạn bệnh

4.1.1. Tuổi lúc chẩn đoán.

4.1.2. Thời gian diễn biến bệnh

4.1.3. Triệu chứng cơ năng

4.1.4. Kết quả thăm trực tràng.

4.1.5. Các bệnh lý kèm theo.

#### 4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Xét nghiệm PSA huyết thanh lúc vào viện

4.2.2. Các xét nghiệm CDHA

4.2.2.1. Khối lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm và mối liên quan với PSA

4.2.2.2. Phân chia giai đoạn bệnh theo TNM và mối liên quan giữa PSA với giai đoạn bệnh.

4.2.2.2. 4.2.2.2.3. Chức năng thận và tình trạng ứ nước thận

4.2.3. Điểm Gleason

#### 4.3. Kết quả điều trị

4.3.1. Phẫu thuật cắt tinh hoàn

4.3.2. Đánh giá các triệu chứng cơ năng sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt.

4.3.3. Đánh giá sự hài lòng của BN theo thang điểm IPSS

4.3.4. Thời gian rút ống thông niệu đạo sau mổ

4.3.5. Đánh giá kết quả XN PSA huyết thanh sau điều trị

4.3.6. Về khối lượng TTL và tình trạng thận – niệu quản sau mổ 1 tháng.

4.3.7. Về thời gian theo dõi và tỷ lệ chết sau điều trị.

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Quốc Hưng, Hoàng Long., Nguyễn Việt Hoa, *Bệnh học Ngoại khoa Tiết niệu - Nhi*. Nhà xuất bản Y học, 2021.
2. Lương Ngọc Khuê, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Ung thư tuyến tiền liệt*. Bộ Y tế, 2020.
3. Nguyễn Sào Trung, *Giải phẫu bệnh học ung thư tuyến tiền liệt*. Tạp chí Y học thực hành, 2011. **769**.
4. Vũ Xuân Huy, et al., *Kết quả xạ trị điều biến liều theo thể tích hình cung (vmat) trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt tại bệnh viện K Trung ương*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. **145(9)**: p. 212-220.
5. Đặng Ngọc Thê, et al., *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường sau xương mu điều trị ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Journal of 108-Clinical Medicine and Phamarcy, 2024.
7. Stephenson, A.J., et al., *Postoperative nomogram predicting the 10-year probability of prostate cancer recurrence after radical prostatectomy*. Journal of clinical oncology, 2005. **23(28)**: p. 7005-7012.
8. Sighinolfi, M.C. and B. Rocco, *Re: EAU Guidelines: Prostate Cancer 2019*. European urology, 2019. **76(6)**: p. 871-871.
9. Chen YT., *Simultaneous transurethral resection of prostate and prostate needle biopsy in patients with acute urinary retention and elevated prostate specific antigen levels*. Chang Gung Med J, 2009. **32(4)**: p. 417-422.
10. Đàm Thị Tú Anh, *Nghiên cứu tạo kháng thể đặc hiệu kháng nguyên ung thư tuyến tiền liệt ứng dụng trong chẩn đoán*. 2016.
11. Trịnh Bình, *Mô-Phôi (Phần Mô Học)*. Nhà xuất bản Y Học, 2007. **2**: p. 220.

12. Phạm Đăng Diệu, *Giải phẫu ngực - bụng*. 2010, Thành phố Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản y học. 186.
13. Bostwick, D.G., *High grade prostatic intraepithelial neoplasia. The most likely precursor of prostate cancer*. *Cancer*, 1995. **75**(S7): p. 1823-1836.
14. Hoàng Thị Ngọc Mai, N.T.H., *Điểm gleason và phân độ ung thư tuyến tiền liệt: những vấn đề còn tranh luận*. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 2020. **130**: p. 72-80.
15. Van Leenders, G.J., et al., *The 2019 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on grading of prostatic carcinoma*. *The American journal of surgical pathology*, 2020. **44**(8): p. e87-e99.
16. Đoàn, T.N., et al., *Giá trị của siêu âm kết hợp đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. **508**(1).
17. Phạm Quốc Thắng, Phan Đình Anh Tuấn., *Áp dụng hệ thống phân loại gleason theo isup 2019 trong chẩn đoán carcinoma tuyến tiền liệt*. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2020. **Phụ bản tập 20, số 6, 2020**.
18. Nguyễn Hoài Bắc, Trần Văn Kiên, *Mối liên quan giữa chất lượng tinh dịch đồ và chỉ số bmi của những nam giới tới khám tại bệnh viện đại học y hà nội*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. **514**(1).

## KẾ HOẠCH VÀ DỰ TRÙ KINH PHÍ

### 1. Kế hoạch nghiên cứu

Thời gian	Nội dung	Địa điểm
01/01/2026 - 05/01/2026	Xây dựng đề cương	Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1
05/01/2026 - 31/01/2026	Báo cáo đề cương	Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1
01/02/2026- 31/08/2026	Thu thập số liệu	Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1
01/9/2026- 30/9/2026	Xử lý và phân tích số liệu	Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1
01/10/2026 - 31/10/2026	Báo cáo kết quả nghiên cứu	Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

### 2. Dự trù kinh phí

Nội dung	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền
Photo đề cương nghiên cứu	7 quyển	80.000đ	560.000đ
Photo báo cáo đề tài	5 quyển	100.000đ	500.000đ
Kinh phí đi lại, nước uống trong thời gian nghiên cứu			1.000.000đ
Kinh phí phát sinh			1.000.000 đ
			<b>3.060.000đ</b>

**ĐÁNH GIÁ SỚM KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TIỀN LIỆT  
TUYỂN QUA NỘI SOI NIỆU ĐẠO NGƯỢC DÒNG  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1**

**MÃ SỐ NGHIÊN CỨU:** .....

**I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH**

Họ và tên bệnh nhân: ..... Tuổi: .....

Giới tính: Nam

Nghề nghiệp:

- Cán bộ công nhân viên
- Nông dân
- Lao động tự do
- Nghỉ hưu
- Khác (ghi rõ): .....

Dân tộc: .....

Địa chỉ: .....

Số điện thoại liên hệ: ..... Người thân (SĐT): .....

Ngày vào viện: ...../..... Ngày phẫu thuật: ...../..... Ngày ra viện: ...../...../...

Số hồ sơ lưu trữ: .....

**II. TIỀN SỬ BỆNH**

**2.1. Tiền sử bệnh nội khoa:**

- Không có bệnh lý kèm theo
- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường
- Bệnh tim mạch (suy tim, thiếu máu cơ tim, rung nhĩ...)
- Bệnh phổi mạn tính (COPD, hen phế quản...)
- Bệnh lý khác (ghi rõ): .....

**2.2. Tiền sử ngoại khoa:**

- Không có tiền sử phẫu thuật
- Đã phẫu thuật (ghi rõ loại phẫu thuật, thời gian): .....
- Đã phẫu thuật vùng tiết niệu - sinh dục  (ghi rõ): .....

### 2.3. Tiền sử gia đình (ung thư tuyến tiền liệt, ung thư khác):

- Không
- Có  (ghi rõ mối quan hệ, loại ung thư): .....

### 2.4. Tiền sử sử dụng chất kích thích:

- Hút thuốc lá/thuốc lào: Không  Có  (..... điếu/ngày, ..... năm)
- Uống rượu/bia thường xuyên: Không  Có  (..... đơn vị rượu/ngày)
- Khác: .....

## III. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRƯỚC PHẪU THUẬT

### 3.1. Lý do vào viện:

- Bí tiểu cấp
- Tiểu khó, tiểu yếu kéo dài
- Đái máu
- Đái rắt, đái đêm nhiều
- Tình cờ phát hiện (khám sức khỏe)
- Lý do khác (ghi rõ): .....

### 3.2. Thời gian diễn biến bệnh (từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện): ..... tháng

### 3.3. Các triệu chứng cơ năng:

Triệu chứng	Có	Không	Ghi chú
Bí tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Số lần: .....
Tiểu khó, tia yếu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiểu ngắt quãng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiểu nhiều lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... lần/ngày
Tiểu đêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... lần/đêm

Tiểu máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đầu/giữa/cuối dòng
Cảm giác tiểu không hết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Đái buốt, đái đục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Đau tầng sinh môn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Các triệu chứng khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ghi rõ: .....

### 3.4. Thang điểm triệu chứng IPSS trước mổ:

Câu hỏi (trong vòng 1 tháng qua)	0	1	2	3	4	5
1. Cảm giác tiểu không hết sau khi đi tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Phải đi tiểu lại trong vòng dưới 2 giờ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiểu ngắt quãng khi đang tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Khó trì hoãn việc đi tiểu (tiểu gấp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tia tiểu yếu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Phải rặn khi bắt đầu đi tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Số lần tiểu đêm mỗi đêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tổng điểm IPSS: ...../35**

- Nhẹ (0-7)
- Trung bình (8-19)
- Nặng (20-35)

### 3.5. Thang điểm chất lượng cuộc sống QoL trước mổ:

Nếu phải sống với tình trạng tiểu tiện như hiện nay, ông cảm thấy như thế nào?

Điểm	Mức độ	Chọn
0	Rất hài lòng	<input type="checkbox"/>
1	Hài lòng	<input type="checkbox"/>
2	Tạm chấp nhận được	<input type="checkbox"/>
3	Không hài lòng	<input type="checkbox"/>
4	Khó chịu	<input type="checkbox"/>
5	Rất khó chịu	<input type="checkbox"/>
6	Tệ hại	<input type="checkbox"/>

Điểm QoL: ...../6

### 3.6. Triệu chứng thực thể:

- **Chỉ số toàn thân:**

- Cân nặng: ..... kg
- Chiều cao: ..... m
- BMI: .. kg/m<sup>2</sup> (Thiếu cân  Bình thường  Thừa cân  Béo phì )
- Mạch: ..... lần/phút
- Huyết áp: ...../..... mmHg
- Nhiệt độ: ..... °C
- Phù chi dưới: Có  Không
- Hạch ngoại vi (bẹn, cổ...): Có  Không  (vị trí: .....)

- **Khám bụng - tiết niệu:**

- Cầu bàng quang: Có  Không
- Thận to: Có  Không  (bên: P  T )
- Điểm đau niệu quản: Có  Không
- Dẫn lưu bàng quang trước mổ: Có  Không
- Lý do: Bí tiểu cấp  Chuẩn bị mổ  Khác

- Thời gian dẫn lưu: ..... ngày
- **Thăm khám trực tràng:**
  - Mật độ tuyến: Mềm  Chắc  Cứng
  - Ranh giới: Rõ  Không rõ
  - Đau khi thăm: Có  Không
  - Nhân rắn: Có  (số nhân: .....) Không
  - Xâm lấn tổ chức xung quanh: Có  Không
  - Nghi ngờ ung thư: Có  Không

#### **IV. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC PHẪU THUẬT**

##### **4.1. Xét nghiệm PSA:**

- Ngày làm xét nghiệm: ...../...../.....
- PSA toàn phần (PSAt): ..... ng/mL
- Phân nhóm PSA:
  - < 4 ng/mL
  - 4 - 10 ng/mL
  - 10 - 20 ng/mL
  - 20 - 50 ng/mL
  - 50 - 100 ng/mL
  - 100 ng/mL

##### **4.2. Xét nghiệm huyết học:**

Chỉ số	Kết quả	Đơn vị	Bất thường
Hồng cầu (RBC)		T/L	<input type="checkbox"/>
Huyết sắc tố (Hb)		g/L	<input type="checkbox"/>
Hematocrit (Hct)		%	<input type="checkbox"/>
Bạch cầu (WBC)		G/L	<input type="checkbox"/>
Công thức bạch cầu			<input type="checkbox"/>
Tiểu cầu (PLT)		G/L	<input type="checkbox"/>

- Thiếu máu (Hb < 120 g/L): Có  Không

### 4.3. Xét nghiệm sinh hóa máu:

Chỉ số	Kết quả	Đơn vị	Bất thường
Glucose		mmol/L	<input type="checkbox"/>
Ure		mmol/L	<input type="checkbox"/>
Creatinin		$\mu\text{mol/L}$	<input type="checkbox"/>
eGFR		$\text{mL/ph}/1.73\text{m}^2$	<input type="checkbox"/>
AST (SGOT)		U/L	<input type="checkbox"/>
ALT (SGPT)		U/L	<input type="checkbox"/>
Protein toàn phần		g/L	<input type="checkbox"/>
Albumin		g/L	<input type="checkbox"/>

- Phân độ suy thận theo eGFR:
  - Không suy thận (eGFR  $\geq 90$ )
  - Suy thận độ I (eGFR 60-89)
  - Suy thận độ II (eGFR 30-59)
  - Suy thận độ III (eGFR 15-29)
  - Suy thận độ IV (eGFR  $< 15$ )

### 4.4. Xét nghiệm nước tiểu:

Chỉ tiêu	Kết quả	Ghi chú
Bạch cầu niệu	Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/>	
Hồng cầu niệu	Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/>	
Nitrit	Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/>	
Protein niệu	Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/>	
Cấy nước tiểu	Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/>	Tên vi khuẩn: .....

### 4.5. Xét nghiệm khác:

- HBsAg: Âm tính  Dương tính
- Anti-HCV: Âm tính  Dương tính

- Anti-HIV: Âm tính  Dương tính
- PT (%): .....
- Nhóm máu: A  B  O  AB

#### 4.6. Siêu âm ổ bụng:

- Ngày thực hiện: ...../...../.....
- **Thận - niệu quản:**
  - Thận (P): Bình thường  Giãn  (mức độ: ..... ) Không mô tả
  - Thận (T): Bình thường  Giãn  (mức độ: ..... ) Không mô tả
  - Niệu quản giãn: Không  Có  (P  T  Hai bên
- **Bàng quang:**
  - Bình thường  Viêm  U  Sỏi
  - Cầu bàng quang: Có  Không
  - Bàng quang sau khi đi tiểu: ..... mL
- **Tuyến tiền liệt:**
  - Kích thước: ..... x ..... x ..... mm
  - Thể tích: ..... mL (gram)
  - Phân loại thể tích: < 50 g  ≥ 50 g
  - Cấu trúc: Đồng nhất  Không đồng nhất
  - Có nhân nghi ngờ: Có  Không  (vị trí: .....)
  - Mật độ âm: Giảm âm  Tăng âm  Hỗn hợp
- **Hạch ổ bụng:** Không  Có  (vị trí: .....)
- **Các bất thường khác:** .....

#### 4.7. Siêu âm qua trực tràng (nếu có):

- Ngày thực hiện: ...../...../.....

- Thể tích TTL: ..... mL (gram)
- Vùng giảm âm nghi ngờ: Không  Có  (vị trí: .....)
- Xuyên lún túi tinh: Không  Có
- Xuyên lún vỏ bao: Không  Có
- Hạch chậu: Không  Có
- Các bất thường khác: .....

#### **4.8. CT tiểu khung:**

- Thể tích TTL: ..... mL (gram)
- Đánh giá xâm lấn:
  - Còn trong bao (T2)
  - Xuyên lún ngoài bao (T3a)
  - Xuyên lún túi tinh (T3b)
  - Xuyên lún bàng quang/trực tràng/cơ quan lân cận (T4)
- Hạch chậu: N0 (chưa di căn)  N1 (đã di căn)
- Di căn xa: M0  M1  (vị trí: .....)

### **V. ĐẶC ĐIỂM TRONG PHẪU THUẬT**

#### **5.1. Thông tin chung:**

- Ngày phẫu thuật: ...../...../.....
- Phương pháp vô cảm: Mê tủy sống  Mê nội khí quản
- Phẫu thuật viên chính: .....
- Thời gian phẫu thuật (từ bắt đầu đến kết thúc): ..... phút

#### **5.2. Chi tiết cuộc mổ:**

- Lượng dịch tưới rửa sử dụng: ..... lít
- Lượng dịch sorbitol: ..... lít
- Đánh giá mất máu trong mổ: Ít  Vừa  Nhiều  (ước tính: ..... mL)

#### **5.3. Tai biến trong mổ:**

- Không có tai biến

- Chảy máu cần truyền máu  (số lượng: ..... đơn vị)
- Thủng vỏ bao TTL
- Thủng bàng quang
- Hội chứng nội soi (TURP syndrome)
- Tổn thương niệu đạo
- Tổn thương các tạng khác  (ghi rõ: .....)
- Tai biến khác  (ghi rõ: .....)

## VI. KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ

- Chẩn đoán mô bệnh học: Ung thư biểu mô tuyến TTL 
  - Loại khác (ghi rõ): .....
- **Điểm Gleason:**
  - Thành phần chính (độ 1): .....
  - Thành phần phụ (độ 2): .....
  - **Tổng điểm Gleason:** .....
- **Phân độ ISUP 2014:**
  - Grade 1 (Gleason  $\leq 6$ )
  - Grade 2 (Gleason 3+4=7)
  - Grade 3 (Gleason 4+3=7)
  - Grade 4 (Gleason 8)
  - Grade 5 (Gleason 9-10)
- Số mảnh sinh thiết dương tính: ...../..... mảnh
- Xâm lấn mạch bạch huyết: Có  Không
- Xâm lấn thần kinh: Có  Không

## VII. KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT (THỜI GIAN NẪM VIỆN)

### 7.1. Diễn biến sau mổ:

- Thời gian rút ống thông niệu đạo: Sau mổ ngày thứ .....
  - Phân nhóm: 1-2 ngày  3-4 ngày   $\geq 5$  ngày

- Tình trạng tiểu sau rút ống thông:
  - Tốt (tiểu tự nhiên, dòng tốt)
  - Tiểu khó, tia yếu
  - Bí tiểu phải đặt lại sonde
- Thời gian nằm viện sau mổ: ..... ngày
  - Phân nhóm: < 5 ngày  5-7 ngày  8-14 ngày  > 14 ngày

## 7.2. Biến chứng sớm sau mổ:

Biến chứng	Có	Không	Ghi chú/Xử trí
Chảy máu sau mổ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mức độ: .....
- Nhẹ (tự cầm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Vừa (cần truyền máu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Số lượng: ..... đơn vị
- Nặng (cần can thiệp lại)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hình thức: .....
Cục máu đông bàng quang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xử trí: .....
Nhiễm khuẩn tiết niệu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kháng sinh: .....
Bí tiểu sau rút ống thông	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đặt lại sonde <input type="checkbox"/> Ngày: ....
Tiểu không kiểm soát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tạm thời <input type="checkbox"/> Kéo dài <input type="checkbox"/>
Sốt sau mổ (>38,5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ngày: ....., Nhiệt độ: ....
Hội chứng TURP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triệu chứng: .....
Biến chứng khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ghi rõ: .....
<b>Không có biến chứng</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 7.3. Xét nghiệm sau mổ (nếu có):

- Công thức máu sau mổ (Hb): ..... g/L
- Creatinin sau mổ: ..... µmol/L
- PSA sau mổ 1 tháng (nếu có): ..... ng/mL
  - Ngày xét nghiệm: ...../...../.....

## 7.4. Siêu âm ổ bụng sau mổ (nếu có):

- Ngày thực hiện: ...../...../.....

- Thận - niệu quản: Bình thường  Giãn (giảm so với trước)  Giãn (không thay đổi)
- Bàng quang: Bình thường  Viêm  Cục máu đông
- Dịch tồn dư sau tiểu: ..... mL

**7.5. Đánh giá triệu chứng và chất lượng cuộc sống sau mổ (trước khi ra viện):**

- **Điểm IPSS sau mổ:** ...../35
  - Nhẹ (0-7)
  - Trung bình (8-19)
  - Nặng (20-35)
- **Điểm QoL sau mổ:** ...../6
- **Mức độ cải thiện IPSS:** Giảm ..... điểm (giảm ..... % so với trước mổ)
- **Đánh giá chủ quan của bệnh nhân:**
  - Rất hài lòng
  - Hài lòng
  - Chấp nhận được
  - Không hài lòng

**7.6. Tình trạng ra viện:**

- Ổn định, ra viện theo kế hoạch
- Chuyển viện (lý do): .....
- Nặng xin về (lý do): .....
- Tử vong (nguyên nhân): .....

**VIII. ĐÁNH GIÁ CHUNG VÀ PHÂN LOẠI KẾT QUẢ**

**8.1. Phân loại kết quả sớm sau phẫu thuật:**

Mức độ	Tiêu chí	Đánh giá
<b>Tốt</b>	Không tai biến, biến chứng; rút ống thông $\leq 4$ ngày; IPSS giảm $\geq 50\%$ hoặc IPSS sau mổ $\leq 7$	<input type="checkbox"/>
<b>Trung bình</b>	Có biến chứng nhẹ (xử trí nội khoa); rút ống thông 5 ngày; IPSS sau mổ 8-19	<input type="checkbox"/>
<b>Kém</b>	Biến chứng nặng (can thiệp lại); rút ống thông $> 6$	<input type="checkbox"/>

	ngày; IPSS sau mổ $\geq 20$ ; tử vong	
--	---------------------------------------	--

**8.2. Nhận xét chung:**

.....  
.....  
.....

**HƯỚNG DẪN ĐIỀN BỆNH ÁN:**

1. Đánh dấu  vào ô lựa chọn phù hợp.
2. Điền đầy đủ thông tin vào các chỗ trống.
3. Mã số nghiên cứu được thống nhất theo danh sách nghiên cứu.
4. Đối với giai đoạn hồi cứu: điền thông tin từ hồ sơ bệnh án lưu trữ.
5. Đối với giai đoạn tiền cứu: điền thông tin trực tiếp từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án hiện tại.
6. Các mục không có thông tin ghi "Không" hoặc bỏ trống có gạch chéo.

## PHỤ LỤC

### Phụ lục 1. Thang điểm triệu chứng đường tiểu quốc tế (IPSS)

*Hướng dẫn: Trong vòng 1 tháng gần đây, đánh giá mức độ xuất hiện của các triệu chứng sau:*

Câu	Nội dung	0	1	2	3	4	>5
1	Cảm giác tiểu không hết sau khi đi tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Phải đi tiểu lại trong vòng dưới 2 giờ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tiểu ngắt quãng khi đang tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Khó trì hoãn việc đi tiểu (tiểu gấp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tia tiểu yếu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phải rặn khi bắt đầu đi tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Số lần tiểu đêm mỗi đêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tổng điểm IPSS: ..... / 35

Phân loại: Nhẹ (0–7); Trung bình (8–19); Nặng (20–35)

**Phụ lục 2. Đánh giá chất lượng sống liên quan triệu chứng tiểu tiện  
(QoL)**

Câu hỏi: *Nếu phải sống với tình trạng tiểu tiện như hiện nay, ông cảm thấy như thế nào?*

Điểm	Mức độ
0	Rất hài lòng
1	Hài lòng
2	Tạm chấp nhận được
3	Không hài lòng
4	Khó chịu
5	Rất khó chịu
6	Tệ hại

Điểm QoL: ..... / 6