

ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TOÀN BỘ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đỗ Thị Thu Hiền^{1,2,✉}, Chu Văn Lâm¹
Nguyễn Huy Hoàng², Hoàng Long^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả hồi cứu nhằm đánh giá đặc điểm chẩn đoán và xác định một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật của 36 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt tuyến tiền liệt triệt căn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 5/2021 tới tháng 2/2025. Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $62,5 \pm 5,13$, trong đó 91,66% trên 60 tuổi với tỷ lệ mắc bệnh lý nền cao, tăng huyết áp 58,33%, đái tháo đường 8,33%. Đa số các bệnh nhân có triệu chứng rối loạn cương dương trước mổ (72,23%). 80,56% bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt $\leq 40\text{gr}$. 83,33% bệnh nhân được phân nhóm nguy cơ thấp và trung bình. Tất cả các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao đều được xạ hình xương và chụp cắt lớp vi tính ngực - bụng tầm soát di căn. Kết quả nghiên cứu đã xác định được thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào các yếu tố BMI và thể tích của tuyến tiền liệt. Không có mối liên quan giữa thể tích tuyến tiền liệt và lượng máu mất trong mổ.

Từ khoá: Ung thư tuyến tiền liệt, phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt tuyến tiền liệt triệt căn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (TTL) là bệnh ung thư phổ biến thứ hai và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ năm ở nam giới trong năm 2022. Những năm gần đây, số ca mắc mới do ung thư tuyến tiền liệt tại Việt Nam tăng lên đáng kể. Theo thống kê của GLOBOCAN, Việt Nam năm 2018 có 3.959 ca mắc mới, 1.873 số ca tử vong do ung thư tuyến tiền liệt. Tới năm 2022 số trường hợp mắc mới ung thư tuyến tiền liệt tăng lên 5.875 ca, chiếm tỷ lệ 3,3% và 2.800 ca tử vong, chiếm tỷ lệ 2,3% trong tổng số các bệnh ung thư.¹ Tỷ lệ mắc ung thư tuyến tiền liệt cũng tăng đột biến ở Hoa Kỳ vào đầu những năm 1990 do sàng lọc rộng rãi bằng xét

NGHIỆM KHÁNG NGUYÊN ĐẶC HIỆU TUYẾN TIỀN LIỆT.²

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh diễn biến chậm trong nhiều năm, và khi có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, bệnh đã ở giai đoạn muộn.³ Trên thực tế, tỷ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm còn rất thấp, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Nếu như ở Mỹ, nơi có tỉ lệ ung thư tuyến tiền liệt cao và bệnh nhân được chẩn đoán sớm do việc sàng lọc PSA và sinh thiết tuyến tiền liệt thực hiện tốt thì tỉ lệ ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn IV là 6,4%.⁴ Tỷ lệ này tại Pháp là 30%, còn tại Việt Nam là trên 50%.^{5,6}

Chỉ số PSA (prostate-specific antigen) là marker huyết thanh quan trọng trong sàng lọc và đánh giá nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL). PSA tăng có thể gợi ý ung thư nhưng cũng chịu ảnh hưởng bởi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt hoặc thao tác tiết niệu, làm giảm độ đặc hiệu của xét nghiệm.

Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Thu Hiền

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: dothithuhien10061992@gmail.com

Ngày nhận: 21/10/2025

Ngày được chấp nhận: 04/12/2025

Do đó, các thông số bổ sung như PSA density, PSA velocity và tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần được sử dụng nhằm cải thiện giá trị dự đoán.⁷

Cộng hưởng từ đa tham số (multiparametric MRI - mpMRI) là công cụ hình ảnh cốt lõi trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt hiện đại. Các chuỗi T2W, DWI/ADC và DCE giúp đánh giá cấu trúc, độ xâm lấn và hoạt động sinh học của tổn thương. Hệ thống PI-RADS chuẩn hóa đọc MRI, tối ưu hóa phân tầng nguy cơ và chỉ định sinh thiết.⁸

Sự kết hợp PSA và mpMRI nâng cao độ chính xác chẩn đoán. Chiến lược "MRI-first" và sinh thiết định vị theo MRI giúp giảm tỷ lệ sinh thiết không cần thiết và tăng khả năng phát hiện ung thư có ý nghĩa lâm sàng.⁹

Từ năm 2021 tới nay, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội triển khai kỹ thuật nội soi qua phúc mạc cắt tuyến tiền liệt tận gốc điều trị bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt và đã thực hiện được 36 ca. Phẫu thuật này được chỉ định ở nhóm bệnh nhân (BN) ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn sớm, yếu tố nguy cơ thấp, tiên lượng sống thêm trên 10 năm.¹⁰ Do tính chất diễn biến chậm của bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt, nhóm bệnh nhân này thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng nghèo nàn. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nơi phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt tuyến tiền liệt toàn bộ đang được triển khai, nghiên cứu này tập trung mô tả đặc điểm chẩn đoán của nhóm bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt và một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Thông qua việc phân tích dữ liệu của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi hướng tới cung cấp thêm bằng chứng giúp cải thiện khả năng phát hiện sớm ung thư tuyến tiền liệt cũng như góp phần định hướng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Đồng thời, nghiên cứu bước đầu đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc, làm cơ sở cho các

nghiên cứu sâu hơn trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, thu thập số liệu trong thời gian từ tháng 5/2021 đến tháng 2/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt bằng mô bệnh học qua sinh thiết tuyến tiền liệt.
- Hồ sơ đầy đủ các thông tin hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng.
- Ung thư giai đoạn: cT1-T2, cT3a, Nx-N0, M0 dựa trên MRI và thăm trực tràng.
- Điểm Gleason ≤ 8 .
- Thời gian kỳ vọng sống thêm ≥ 10 năm.
- Không có hoặc có ít bệnh kèm theo như: tim mạch, đái tháo đường, di chứng tại biến mạch máu não...

Đối với nhóm bệnh nhân nguy cơ cao T3a, Gleason 8 điểm, bệnh nhân phải được giải thích khả năng sẽ phải điều trị đa mô thức sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các bệnh lý chống chỉ định của gây mê và của phẫu thuật nội soi.
- Đã điều trị nội tiết hoặc xạ trị trước mổ.
- Không đồng ý phẫu thuật nội soi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu là mô tả hồi cứu.

Mẫu nghiên cứu thuận tiện, tất cả bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 5/2021 đến tháng 2/2025.

Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Biến số nghiên cứu**Đặc điểm lâm sàng**

- Tuổi: được phân vào các nhóm tuổi sau < 50; 51 - 60; 61 - 70.

- Tiền sử: tăng huyết áp, suy tim, bệnh van tim, đái tháo đường, hen phế quản, COPD, tiền

sử mổ cũ vùng bụng, gia đình có người mắc ung thư tuyến tiền liệt.

- Lý do khám bệnh, có các bệnh lý nội khoa nặng ảnh hưởng tới gây mê và phẫu thuật nội soi hay không, tiền sử mổ cũ vùng bụng, tiền sử gia đình có người mắc ung thư tuyến tiền liệt.

- Tình trạng tiểu rỉ trước phẫu thuật, phân loại theo Stamey:

Bảng 1. Phân loại đái rỉ Stamey¹¹

Mức độ	Mô tả
Độ 0	Tiểu tự chủ, không có đái rỉ
Độ 1	Đái rỉ khi vận động mạnh: ho, hắt hơi
Độ 2	Đái rỉ khi thay đổi tư thế hoặc khi đi bộ
Độ 3	Đái rỉ mọi lúc và dai dẳng

- Tình trạng rối loạn cương dương trước mổ, phân loại theo IIEF-5

Bảng 2. Thang điểm đánh giá rối loạn cương dương IIEF - 5¹²

Kết quả	Đánh giá
5 - 7 điểm	Rối loạn cương dương mức độ nặng
8 - 11 điểm	Rối loạn cương dương mức độ vừa
12 - 16 điểm	Rối loạn cương dương mức độ từ nhẹ đến vừa
17 - 21 điểm	Rối loạn cương dương mức độ nhẹ
21 - 25 điểm	Chức năng cương dương bình thường

- Phân loại chỉ số khối cơ thể theo BMI (Body Mass Index) được tính theo công thức:

$$BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)}}$$

+ BMI < 18,5: Thiếu cân.

+ BMI = 18,5 - 24,9: Trung bình.

+ BMI = 25,0 - 29,9: Thừa cân.

+ BMI ≥ 30: Béo phì.

Đặc điểm cận lâm sàng

- Xét nghiệm PSA.

- Kết quả chụp MRI tuyến tiền liệt (PIRADS,

giai đoạn, hạch).

- Kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt (khối lượng tuyến tiền liệt, số mẫu, điểm Gleason, tỷ lệ số mảnh dương tính).

- Đánh giá giai đoạn khối u theo AJCC 8th và phân nhóm nguy cơ theo D'Amico¹³:

+ Nhóm nguy cơ thấp: T1-2a và PSA ≤ 10 ng/mL và điểm số Gleason ≤ 6.

+ Nguy cơ trung bình: T2b hoặc PSA 10-20 ng/mL hoặc điểm số Gleason 7.

+ Nguy cơ cao: T2c hoặc PSA > 20 ng/mL hoặc điểm số Gleason 8-10.

Xử lý phân tích số liệu

Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 20.0, biến định tính mô tả dạng tần số và tỷ lệ, biến định lượng phân phối chuẩn là trung bình và không phân phối chuẩn là trung vị. So sánh hai giá trị trung bình bằng T-test.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho bất kỳ mục tiêu nào khác, nên tất cả thông tin của các

bệnh nhân trong nghiên cứu đều được giữ bí mật. Số liệu thu thập đầy đủ, trung thực, khách quan, đảm bảo kết quả có tính khoa học, chính xác và tin cậy.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

Từ tháng 5/2021 tới tháng 2/2025 đã có 36 bệnh nhân được mổ nội soi qua phúc mạc cắt tuyến tiền liệt triệt căn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt

	Đặc điểm	Nhóm bệnh (n = 36)	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 50	1	2,78
	51 - 60	2	5,56
	61 - 70	33	91,66
Lý do đi khám	Triệu chứng đường tiểu dưới	19	52,78
	Đau tinh hoàn	1	2,78
	Đái máu	1	2,78
	Khám sức khỏe tình cờ phát hiện	15	41,66
Tiền sử	Tăng huyết áp	21	58,33
	Đái tháo đường	3	8,33
	Hen phế quản, COPD	1	2,78
	Bệnh mạch vành	1	2,78
	Sẹo mổ cũ vùng bụng	1	2,78
	Ung thư vị trí khác	1	2,78
Triệu chứng đái rỉ trước mổ	Độ 0	0	0
	Độ 1	0	0
	Độ 2	0	0
	Độ 3	0	0
Tình trạng rối loạn cương dương trước mổ	Nặng	2	5,56
	Vừa	2	5,56
	Nhẹ đến vừa	4	11,11
	Nhẹ	18	50
	Bình thường	10	27,77

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n = 36)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	Thiếu cân	0
	Trung bình	32
	Thừa cân	4
	Béo phì	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,5 \pm 5,13$, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 40 tuổi, cao nhất là 70 tuổi, trong đó có tới 91,66% bệnh nhân có độ tuổi > 60. Với tỉ lệ bệnh lý nền cao: 21 bệnh nhân có tăng huyết áp, 3 bệnh nhân có đái tháo đường, và 3 bệnh nhân mắc phối hợp cả tăng huyết áp và đái tháo đường, 1 bệnh nhân có tiền sử mỡ cũ viêm ruột thừa, 1 bệnh nhân đã mổ cắt toàn

bộ tuyến giáp do ung thư tuyến giáp.

Đa số bệnh nhân đi khám vì có triệu chứng đường tiểu dưới hoặc khám sức khỏe định kỳ (94,44%).

Không có bệnh nhân nào có triệu chứng đái rỉ trước mổ, tuy nhiên có tới 72,23% bệnh nhân có tình trạng rối loạn cương dương các mức độ.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n = 36)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
PSA (ng/ml)	< 4	1
	4 - 10	18
	10,1 - 20	13
	> 20	4
		11,11
Khối lượng tuyến tiền liệt (gr)	≤ 40	29
	> 40	7
PIIRADS	3	19
	4	2
	5	15
Hạch trên MRI	Không	34
	Có	2
Giai đoạn trước mổ	cT1	2
	cT2	33
	cT3a	1
		2,78

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n = 36)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
ISUP	1	3
	2	7
	3	23
	4	3
	5	0
Phân nhóm nguy cơ	Thấp	3
	Trung bình	27
	Cao	6
		16,67

Trong 36 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 1 bệnh nhân đi khám vì triệu chứng đau tinh hoàn, bệnh nhân được làm xét nghiệm PSA tầm soát, tuy chỉ số PSA là 3,89 ng/ml nhưng tỷ lệ PSA f/t là 0,09, bệnh nhân được chỉ định chụp MRI tuyến tiền liệt phát hiện tổn thương PIRADS 3 vùng ngoại vi, kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến tiền liệt Gleason 6 điểm.

Chụp cộng hưởng từ tiểu khung cho thấy 100% bệnh nhân có tổn thương PIRADS 3 trở lên, 2/36 trường hợp ghi nhận có vùi hạch tiểu khung, không điển hình của hạch di căn nên vẫn được chỉ định phẫu thuật.

Đa số các bệnh nhân có khối lượng tuyến tiền liệt không quá cao (80,56%), khối lượng tuyến tiền liệt cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng tới thời gian và kết quả phẫu thuật.

Trong quá trình đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật, đối với phân nhóm nguy cơ cao, bệnh nhân được chỉ định chụp CLVT ngực - bụng và xạ hình xương thường quy. Đặc biệt trường hợp ca bệnh có chỉ số PSA 78ng/ml, bệnh nhân được làm xạ hình xương, chụp

CLVT ngực - bụng trước mổ không thấy tổn thương nghi ngờ di căn.

3. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình là $195,83 \pm 34,91$ phút trong đó ca mổ nhanh nhất là 150 phút, ca mổ lâu nhất là 290 phút.

Bảng 5. Tỷ lệ số ca phẫu thuật có thời gian phẫu thuật trên và dưới trung bình

Thời gian phẫu thuật	Số ca phẫu thuật (n)
$\leq 195,83$ phút	28
$> 195,83$ phút	8

Trung bình số lượng máu mất trong mổ là $408,33 \pm 133,12$ ml, nhiều nhất là 600ml, ít nhất là 300ml. Trong đó có, 1 bệnh nhân phải truyền 2 đơn vị hồng cầu khối ngay trong mổ do bác sĩ gây mê đánh giá nguy cơ chảy máu cao.

4. Kiểm chứng mối liên hệ giữa chỉ số khối của cơ thể, thể tích tuyến tiền liệt và thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ

Bảng 6. Mối liên quan giữa BMI, thể tích tuyến tiền liệt và thời gian phẫu thuật

		Thời gian phẫu thuật	p
Thể tích tuyến tiền liệt	≤ 40gr	186,56 ± 20,87	< 0,001
	> 40gr	270 ± 42,43	
BMI	Trung bình	184,64 ± 18,23	0,006
	Thừa cân	235 ± 53,23	

Thời gian phẫu thuật có mối liên quan đáng kể tới thể tích tuyến tiền liệt và chỉ số khối của cơ thể

Bảng 7. Mối liên quan giữa BMI, thể tích tuyến tiền liệt và lượng máu mất

		Lượng máu mất	p
Thể tích tuyến tiền liệt	≤ 40gr	389,28 ± 127,37	0,269
	> 40gr	475 ± 150	
BMI	Trung bình	384,37 ± 18,23	0,026
	Thừa cân	575 ± 23,12	

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, lượng máu mất có liên quan lớn tới chỉ số khối của cơ thể, nhưng chưa tìm được mối liên quan giữa lượng máu mất và thể tích tuyến tiền liệt

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc lần đầu tiên được thực hiện ở Việt Nam là tại bệnh viện Chợ rẫy vào năm 2004.¹⁴ Năm 2006, tác giả Vũ Lê Chuyên báo cáo 4 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại Bệnh Viện Bình Dân.¹⁵ Gần đây, các tác giả Nguyễn Tiến Đệ, Trần Chí Thanh, Nguyễn Đình Liên cũng báo cáo một số trường hợp phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt tại bệnh viện Bình Dân, bệnh viện Việt Đức và bệnh viện E.^{16,17} Ngoài ra, có vài nghiên cứu riêng lẻ đánh giá kết quả một số ca bệnh được bảo tồn thần kinh cương dương hoặc các can thiệp giúp hạn chế đái rĩ. Có thể thấy, dù phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc đã được thực hiện tại Việt Nam gần 20 năm nay, nhưng chưa có công trình nghiên cứu nào đánh

giá chuyên sâu về phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua đường ổ bụng.

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh diễn biến chậm, triệu chứng thường âm thầm, vì vậy, các bệnh nhân đến khám đều là nam giới trên 40 tuổi, là nhóm đối tượng bắt đầu xuất hiện các triệu chứng đường tiểu dưới - triệu chứng thường gặp của bệnh lý phì đại tuyến tiền liệt hoặc bắt đầu quan tâm tới việc sàng lọc ung thư nói chung cũng như ung thư tuyến tiền liệt nói riêng.

Đây cũng là một trong các lợi thế của chuyên khoa Ngoại Tiết Niệu trong việc tiếp cận, sàng lọc và phát hiện ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn sớm. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 40 tuổi, đây là bệnh nhân đã có tiền sử mổ cắt toàn bộ tuyến giáp do ung thư. Vì vậy, bệnh nhân đặc biệt lo lắng, mặc dù thuộc nhóm nguy cơ thấp, tiên lượng thời gian sống thêm không triệu chứng dài, bệnh nhân đã được tư vấn phương án theo dõi sát, nhưng bệnh nhân vẫn lựa chọn phương án phẫu thuật. Theo EAU, lo lắng quá

mức là một trong các lý do để nâng bậc điều trị cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,5 \pm 5,13$, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 40 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. So với Nguyễn Tiến Đệ ($66,27 \pm 9,86$, các bệnh nhân có độ tuổi từ 49 - 80 tuổi), chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có độ tuổi trẻ hơn với kỳ vọng sống thêm lâu hơn.¹⁸ Chúng tôi có kết quả tương đương tác giả Luka Penezic (Croatia), nghiên cứu trên 63 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt tuyến tiền liệt tận gốc, các bệnh nhân này có độ tuổi trung bình là 62,6, từ 59 đến 68 tuổi.¹⁹

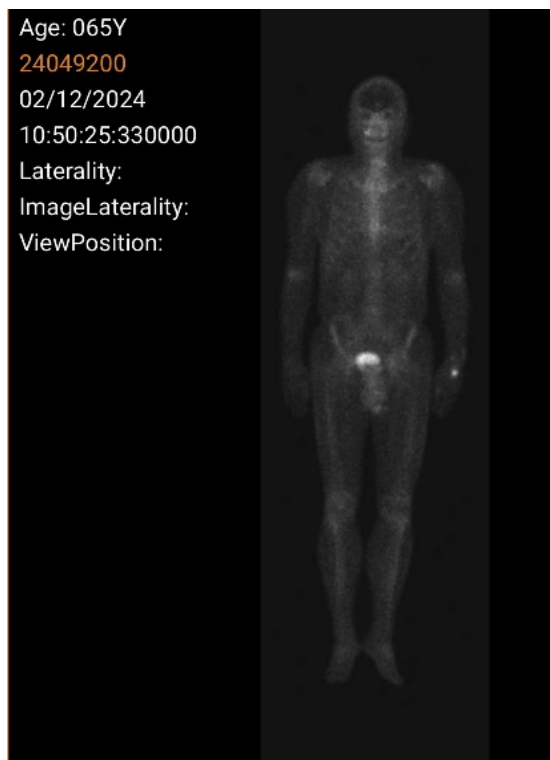
Chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân không có bệnh lý nền nặng nề, phức tạp, vì tiên lượng thời gian sống thêm của các bệnh nhân này không dài, phương án xạ trị phối hợp ADT vẫn phù hợp hơn là chấp nhận các nguy cơ của một cuộc phẫu thuật lớn.

Trước phẫu thuật, chúng tôi đánh giá tình trạng đái rỉ và rối loạn cương dương của bệnh nhân để so sánh với kết quả sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào có tình trạng đái rỉ trước mổ, tuy nhiên có tới 72,23% bệnh nhân có triệu chứng rối loạn cương dương các mức độ. Theo Hạ Hồng Cường, tất cả các bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền có chỉ định phẫu thuật đều có rối loạn cương dương trước khi phẫu thuật.²⁰

Tại khoa Ngoại Tiết Niệu của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong 11 tháng đầu năm đã có 122 trường hợp được chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt, kết quả sinh thiết dương tính 42 ca. Tuy nhiên chỉ có 14 ca giai đoạn T1-2 đủ điều kiện để thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt căn.

Bệnh nhân sau khi có kết quả sinh thiết dương tính, sẽ được phân nhóm nguy cơ, đánh giá giai đoạn. Trong số 36 bệnh nhân đã được phẫu thuật, có 6 bệnh nhân thuộc phân nhóm nguy cơ cao, tất cả 6 bệnh nhân này đều được

làm xạ hình xương và chụp cắt lớp vi tính ngực - bụng, đảm bảo không có dấu hiệu di căn trước phẫu thuật.



Hình 1. Xạ hình xương của bệnh nhân Lê Xuân B

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $197,22 \pm 34,67$ phút trong đó ca mổ nhanh nhất là 150 phút, ca mổ lâu nhất là 290 phút. Có 28 ca có thời gian phẫu thuật dưới trung bình, 8 ca có thời gian phẫu thuật trên trung bình. Kết quả này tương đương với tác giả Nguyễn Tiến Đệ, thời gian phẫu thuật trung bình là $194,69 \pm 46,21$ phút (120 - 315 phút), và nhanh hơn đáng kể so với tác giả Nguyễn Đình Liên với thời gian phẫu thuật trung bình 317 ± 65 phút (210 - 420 phút).^{16,18}

Theo nhiều tác giả, một số yếu tố đã được xác định là có ảnh hưởng tới thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ là khối lượng tuyến tiền liệt và trọng lượng cơ thể.^{21,22} Nghiên cứu của chúng tôi cũng góp phần khẳng định

các mối liên quan này, chúng tôi đã xác định được khi phẫu thuật những trường hợp tuyến tiền liệt có thể tích lớn, bệnh thân có chỉ số khối cơ thể cao, thời gian phẫu thuật sẽ dài hơn. Ngoài ra, nghiên cứu nhận thấy, không có mối liên quan giữa thể tích của tuyến tiền liệt và lượng máu mất trong mổ, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức.¹⁸

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt tuyến tiền liệt toàn bộ là một kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang thiết bị phù hợp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả các đặc điểm chẩn đoán của nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật và bước đầu ghi nhận các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, bao gồm chỉ số BMI và thể tích tuyến tiền liệt. Kết quả bước đầu cho thấy kỹ thuật có thể được triển khai tại các cơ sở có trang bị nội soi, tuy nhiên thời gian mổ kéo dài và nguy cơ tai biến vẫn hiện hữu, đòi hỏi đánh giá giai đoạn chính xác và lựa chọn bệnh nhân phù hợp.

Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian triển khai kỹ thuật chưa đủ dài, các kết luận rút ra còn mang tính mô tả và chưa đủ mạnh để khẳng định mối liên quan nhân-quả giữa các yếu tố nghiên cứu và kết quả phẫu thuật. Những nhận định này cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn. Bên cạnh đó, kết quả cũng gợi ý nhu cầu tăng cường phát hiện sớm ung thư tuyến tiền liệt nhằm tối ưu cơ hội điều trị triệt căn bằng phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.

2. Xia C, Dong X, Li H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: profiles, trends, and determinants. *Chin Med J (Engl)*. 2022; 135(5): 584-590. doi:10.1097/CM9.0000000000002108.

3. Gravis G, Boher JM, Joly F, et al. Androgen Deprivation Therapy (ADT) Plus Docetaxel Versus ADT Alone in Metastatic Non castrate Prostate Cancer: Impact of Metastatic Burden and Long-term Survival Analysis of the Randomized Phase 3 GETUG-AFU15 Trial. *Eur Urol*. 2016; 70(2): 256-262. doi:10.1016/j.eururo.2015.11.005.

4. Cetin K, Beebe-Dimmer JL, Fryzek JP, Markus R, Carducci MA. Recent time trends in the epidemiology of stage IV prostate cancer in the United States: analysis of data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Urology*. 2010; 75(6): 1396-1404. doi:10.1016/j.urology.2009.07.1360.

5. Casenave J, Sénéchal C, Nevoux P, et al. Stage IV prostate cancer in Guadeloupe, a French Caribbean archipelago. *Prog Urol*. 2014; 24(3): 167-172. doi:10.1016/j.purol.2013.08.311.

6. Hoàng Văn Đồng, Phạm Ngọc Minh, Lee Andy H., Trần Dương Như, Binns Colin W. Dietary Carotenoid Intakes and Prostate Cancer Risk: A Case-Control Study from Vietnam. *Nutrients*. 2018; 10(1): 70. doi:10.3390/nu10010070.

7. Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Urol*. Published online 2024.

8. Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA. Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2.1. *Radiology*. 2019; 292(2): 469-478.

9. Ahmed HU, El-Shater Bosaily A, Brown LC. Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS). *Lancet*. 2017; 389: 815-822.

10. Sekhoacha M, Riet K, Motloung P, Gumenku L, Adegoke A, Mashele S. Prostate Cancer Review: Genetics, Diagnosis, Treatment Options, and Alternative Approaches. *Mol Basel Switz*. 2022; 27(17): 5730. doi:10.3390/molecules27175730.
11. Diagnostic et évaluation clinique de l'incontinence urinaire féminine - ScienceDirect. Accessed March 21, 2025. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231509735756>.
12. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999; 11(6): 319-326. doi:10.1038/sj.ijir.3900472.
13. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA*. 1998; 280(11): 969-974. doi:10.1001/jama.280.11.969.
14. Trần Ngọc Sinh, Fabienne Absil, Thái Minh Sâm. Nhân 1 trường hợp cắt tiền liệt tuyến toàn phần bằng PT NS ngoài phúc mạc trên bệnh nhân bướu ác TLT tại BV Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2004; 8(2):3.
15. Nguyễn Tiến Đệ, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu, et al. Kinh nghiệm ban đầu cắt tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi/robot tại Bệnh viện Bình Dân (52 ca, tháng 12/2016 - tháng 9/2017). *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018; 22(4): 120-126.
16. Nguyễn Đình Liên, Ma Văn Lực, Tô Minh Hùng. Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đối với ung thư tuyến tiền liệt khu trú: Kinh nghiệm ban đầu tại bệnh viện E. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 525(1A). doi:10.51298/vmj.v525i1A.4908.
17. Trần Chí Thanh, Thiều Sỹ Sắc, Võ Văn Minh, Lê Hữu Thanh. Phẫu thuật nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do Adenocarcinoma khu trú: Kinh nghiệm ban đầu qua 5 trường hợp. *Tạp Chí Ngoại Khoa Và Phẫu Thuật Nội Soi Việt Nam*. 2021; 4(11).
18. Nguyễn Tiến Đệ. *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt tuyến tiền liệt tận gốc*. Luận văn tiến sĩ. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2015.
19. Penezić L, Kuliš T, Hudolin T, Zekulić T, Saić H, Kaštelan Ž. Laparoscopic radical prostatectomy: Single center case series. *Acta Clin Croat*. 2022; 61(Suppl 3): 15-20. doi:10.20471/acc.2022.61.s3.2.
20. Hạ Hồng Cường. Đánh giá tình trạng rối loạn cương dương ở bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng cắt, đốt nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2023; 3(1): 45-52.
21. Brown JA, Rodin DM, Lee B, Dahl DM. Laparoscopic radical prostatectomy and body mass index: an assessment of 151 sequential cases. *J Urol*. 2005; 173(2): 442-445. doi:10.1097/01.ju.0000148865.89309.cb.
22. Campeggi A, Xylinas E, Ploussard G, et al. Impact of body mass index on perioperative morbidity, oncological, and functional outcomes after extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy. *Urology*. 2012; 80(3): 576-584. doi:10.1016/j.urology.2012.04.066.

Summary

DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS AND FACTORS INFLUENCING THE OUTCOMES OF TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

This retrospective descriptive study was conducted to evaluate diagnostic characteristics and identify factors affecting surgical outcomes of 36 prostate cancer patients undergoing transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy at Hanoi Medical University Hospital from May 2021 to February 2025. Patients had an average age of 62.5 ± 5.13 years old, of which 91.66% were over 60 years old with a high rate of underlying diseases such as hypertension at 58.33% and diabetes at 8.33%. The majority of patients had symptoms of erectile dysfunction before surgery (72.23%). 80.56% of patients had prostate volume ≤ 40 gr. 83.33% of patients were classified into low and medium risk groups. All patients in the high risk group underwent bone scintigraphy and chest-abdominal CT scan to screen for metastasis. The study results determined that the surgical time depended on BMI and prostate volume. There was no correlation between prostate volume and intraoperative blood loss.

Keywords: Prostate cancer, transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy.