



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi năm

VIETNAM MEDICAL JOURNAL

CỘNG SẢN VIỆT NAM QUANG VINH MUÔN NĂM



THÁNG 8 - SỐ ĐẶC BIỆT
2019

TẬP 481

CHUYÊN ĐỀ: HỘI NGHỊ KHOA HỌC
LẦN THỨ XIII, HỘI TIẾT NIỆU-THẬN HỌC VIỆT NAM (VUNA)
LẦN THỨ V, VUNA-North

TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION

68A Bà Triệu - Hà Nội; Tel/Fax: 84-4-39439323; Tel: 39431866
email: vgamp@fpt.vn; website: www.tonghoiyhoc.vn

17. **Đánh giá tác dụng của viên nén vương bảo hỗ trợ cải thiện rối loạn tiểu tiện trên bệnh nhân tăng sinh tiền liệt tuyến** 114
Evaluation on the effects of "vuong bao" tablets on benign prostate hyperplasia patients
Trần Minh Hiếu, Vũ Nam, Nguyễn Thị Thu Hà
18. **Các yếu tố tiên lượng thành công của thử nghiệm rút thông niệu đạo trên bệnh nhân bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt** 124
Predictors of the successful trial without catheter in acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia
**Đinh Thị Phương Hoài, Lưu Lâm Thắng Tài
Nguyễn Lâm Vương, Trần Thái Hữu Lộc
Nguyễn Thị Kim Trâm, Nguyễn Tiến Huy, Lê Đình Khánh**
19. **Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp phối hợp bài thuốc YHCT với tán sỏi ngoài cơ thể tại Bệnh viện YHCT Bộ Công an năm 2017 – 2019** 134
Treatment outcomes of kidney stone by traditional medicine and extracorporeal shockwave lithotripsy at traditional medicine ministry of Public Security Hospital 2017 – 2019
Nguyễn Duy Hoàn, Trần Ích Quân
20. **Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý ống niệu rốn** 141
Preliminary results of laparoscopic treatment of urachal anomalies in adults
**Trần Lê Linh Phương, Nguyễn Tấn Trung, Nguyễn Đức Hùng
Nguyễn Thành Công, Hoàng Văn Công, Nguyễn Trần Bảo Phi
Trần Thị Phú, Nguyễn Thị Kiều Loan, Vũ Thị Hoa, Hồ Thị Vân**
21. **Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trên trẻ em có sốt từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An** 148
Urinary tract infections in children from 2 months to 15 years presented with fever at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital
Lê Thị Thanh Huyền, Nguyễn Ngọc Sáng, Hồ Hữu Thọ
22. **Sử dụng bảng câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng phẫu thuật** 154
Using of SF-36 questionnaire in assessment of the quality of life of patients with kidney stone treated by open surgery
**Lê Đình Khánh, Hoàng Phong, Lê Đình Đạm
Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Thị Thu Đông**
23. **Ứng dụng bảng đánh giá điểm tuyến tiền liệt bằng hình ảnh vào chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt** 160
Evaluation of visual prostate symptom score in patients with benign prostatic hyperplasia
**Lê Đình Khánh, Nguyễn Xuân Mỹ, Võ Minh Nhật
Võ Duy Trọng, Nguyễn Thị Thiên Nga**
24. **Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt** 168
Risk factors for acute urinary retention in patients with benign prostatic hyperplasia
**Lê Đình Khánh, Đinh Thị Phương Hoài, Võ Minh Nhật
Ngô Phước Tuấn, Nguyễn Thị Mỹ Nhung**
25. **Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy thận ghép có nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tại Bệnh viện Trung ương Huế** 173
Evaluation of living donor nephrectomy with retroperitoneoscopic assistance at Hue Central Hospital
**Trần Ngọc Khánh, Phạm Ngọc Hùng, Lê Lương Vinh
Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Công Lê Kha**

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN BÍ TIỂU CẤP DO TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Lê Đình Khánh*, Đinh Thị Phương Hoài*, Võ Minh Nhật*
Ngô Phước Tuấn*, Nguyễn Thị Mỹ Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp:** 46 bệnh nhân vào viện vì bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt từ 05/2018 đến 05/2019. Các biến số được khảo sát bao gồm: tuổi, IPSS, thể tích tuyến tiền liệt, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA), tiền sử bí tiểu cấp, gây mê, hút thuốc, uống rượu, đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận và các bệnh kèm khác. Dữ liệu được tổng hợp, xử lý và so sánh bằng χ^2 . **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân trung bình $74,9 \pm 11,5$ tuổi. Tuổi > 70 có 67,4% bí tiểu cấp. 67,4% bệnh nhân có IPSS ≥ 8 có bí tiểu cấp. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình $61,2 \pm 39,8$ ml, 69,6% bệnh nhân bí tiểu cấp có thể tích tuyến tiền liệt ≥ 40 ml. 62,2% bệnh nhân bí tiểu cấp có PSA ≥ 4 ng/mL. **Kết luận:** Những yếu tố được xem là nguy cơ của bí tiểu cấp ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt gồm tuổi ≥ 70 , điểm IPSS ≥ 8 điểm, thể tích tuyến tiền liệt ≥ 40 ml, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) > 4 ng/ml.

Từ khóa: Bí tiểu cấp; tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt; thể tích tuyến tiền liệt; yếu tố nguy cơ.

*Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Khánh

Email: ledinhkhanh@hotmail.com

Ngày nhận bài: 3/6/2019

Ngày phản biện khoa học: 9/6/2019

Ngày duyệt bài: 20/6/2019

SUMMARY

RISK FACTORS FOR ACUTE URINARY RETENTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Objectives: To study some of risk factors in patients with acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia. **Materials and methods:** 46 male patients were admitted to hospital because of the acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia from 05/2018 to 05/2019. The variables examined include: patient age, IPSS, prostatic volume, prostate specific antigen (PSA), history of acute urinary retention, anesthesia, smoking, alcohol consumption, diabetes, hypertension, kidney disease and other comorbidities. Data is collected, processed and compared with χ^2 . **Results:** The mean age of patients is 74.9 ± 11.5 years (age > 70 accounts for 67.4% of patients with acute urinary retention). IPSS ≥ 8 accounts for 67.4%. The mean prostatic volume is 61.2 ± 39.8 ml (V > 40 ml accounts for 69.6%). PSA ≥ 4 ng/ mL accounts for 62.2%. **Conclusion:** The factors were considered as the risk of acute urinary retention in patients with benign prostatic hyperplasia include: age ≥ 70 , IPSS score ≥ 8 points, prostatic volume ≥ 40 ml, prostate specific antigen (PSA) > 4 ng / ml.

Keyword: acute urinary retention; benign prostatic hyperplasia; prostatic volume; risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTL) là một bệnh phổ biến ở nam giới

lớn tuổi. Nếu T...
tốt sẽ có tác đ...
sống của bệnh n...
các hoạt động h...
chúng đường t...
tiền của bệnh n...
khiếm đường ti...
điền, sỏi bàng...
nghẽn... là nhữ...
thiết phẫu thuật

Bí tiểu cấp...
bệnh nhân TSL...
bằng bảo tồn v...
đào [2] hoặc ca...
Tay nhiên Picka...
ràng phẫu thuật...
quan đến tỷ lệ n...
thuật lớn hơn cũ...

Khi thăm kh...
vậy nếu có thể...
nguy cơ gây BT...
hơn là để biến ch...

Một số nghi...
chúng liên quan...
ở trên bệnh nh...
gần, cảm giác c...
quang, đi tiểu lại...
tiền liệt lớn qua...
Một số yếu tố n...
tiền liệt (V > 30 n...
mạch vành, xơ v...
tiền sử gây mê to...
được cho là có l...
nhân TSLTTL.

Trong phạm v...
mong muốn khảo

lên tuổi. Nếu TSLTTTL không được điều trị tốt sẽ có tác động xấu đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (QoL) và ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày thông qua các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS). Các diễn tiến của bệnh như tiểu máu tái diễn, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn, bí tiểu cấp tái diễn, sỏi bàng quang, suy thận do tắc nghẽn... là những yếu tố đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật [4,10,13].

Bí tiểu cấp (BTC) là một biến chứng ở bệnh nhân TSLTTTL. Việc điều trị có thể bằng bảo tồn với thử nghiệm rút thông niệu đạo [2] hoặc can thiệp bằng ngoại khoa [8]. Tay nhiên Pickard và cộng sự [11] đã chỉ ra rằng phẫu thuật ngay lập tức sau BTC có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh liên quan đến phẫu thuật lớn hơn cũng như tỉ lệ tử vong cao hơn.

Khi thăm khám bệnh nhân TSLTTTL, do vậy nếu có thể đánh giá được những yếu tố nguy cơ gây BTC sẽ có lợi cho bệnh nhân hơn là để biến chứng này xảy ra.

Một số nghiên cứu cho thấy các triệu chứng liên quan đến tăng nguy cơ bí tiểu cấp ở trên bệnh nhân TSLTTT bao gồm tia tiểu yếu, cảm giác còn nước tiểu trong lòng bàng quang, đi tiểu lại chưa đến 2 tiếng và tuyến tiền liệt lớn qua thăm khám trực tràng [9]. Một số yếu tố như tuổi [15], thể tích tuyến tiền liệt ($V > 30$ mL) [7], tăng huyết áp, bệnh mạch vành, xơ vữa động mạch từ trước và tiền sử gây mê toàn thân trước đây [14]... đã được cho là có liên quan đến BTC ở bệnh nhân TSLTTTL.

Trong phạm vi của nghiên cứu, chúng tôi mong muốn khảo sát một số yếu tố liên quan

đến BTC ở bệnh nhân TSLTTTL tại Huế nhằm góp phần thêm số liệu trong lĩnh vực này và giúp các thầy thuốc lâm sàng có thêm dữ liệu để phân tích, dự báo khi khám bệnh nhân TSLTTTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 46 bệnh nhân được chẩn đoán bí tiểu cấp do TSLTTTL được điều trị tại khoa Ngoại Tiết niệu bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ 05/2018 đến 05/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các biến nghiên cứu bao gồm: tuổi bệnh nhân, điểm IPSS, PSA, thể tích tuyến tiền liệt, tiền sử BTC trước đây, gây mê, hút thuốc, uống rượu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận và các bệnh khác. Dữ liệu được tổng hợp, phân tích và xử lý bằng phân tích χ^2 , Mann-Whitney hoặc Fisher. Với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Dữ liệu được phân tích với phần mềm thống kê SPSS ver.20 (Chicago, IL, Hoa Kỳ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi: Tuổi trung bình là $74,9 \pm 11,5$ tuổi (42 – 97 tuổi). Nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 80 tuổi chiếm 39,1%, trên 70 tuổi chiếm 69,5%. Nhóm tuổi ≥ 70 tuổi có tỉ lệ mắc bí tiểu cấp cao hơn gấp 2 lần so với nhóm tuổi < 70 , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tiền sử BTC trước đó. Có 19/46 bệnh nhân có tiền sử bí tiểu cấp trước đây. Không có liên quan giữa tiền sử bí tiểu cấp trước đây với bí tiểu cấp mới xuất hiện.

Điểm IPSS

Bảng 1: Thang điểm IPSS lúc vào viện

IPSS	N=46	Tỷ lệ (%)	
0-7 điểm	15	32,6	P<0,05
8-35 điểm	31	67,4	
Tổng	37	100	

Nhóm bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện mức độ trung bình- nặng (8-35 điểm) cao hơn 2 lần nhóm bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện mức độ nhẹ (0-7 điểm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Thể tích tuyến tiền liệt

Bảng 2: Thể tích tuyến tiền liệt qua siêu âm

Thể tích TTL	N=46	Tỷ lệ (%)	
<40 ml	14	30,4	P<0,05
≥40 ml	32	69,6	
Tổng	46	100	

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 61,2 ± 39,8 ml (23ml - 240ml), trong đó thể tích TTL ≥ 40ml chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ bệnh nhân có bí tiểu cấp có thể tích tuyến tiền liệt ≥40 ml cao hơn nhóm bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt <40 ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Nồng độ PSA

Bảng 3: Nồng độ PSA (ng/ml)

PSA	N=46	Tỷ lệ (%)	
< 4	12	37,8	p <0,05
≥ 4	25	62,2	
Tổng	37	100	

Tỷ lệ bệnh nhân có bí tiểu cấp có tăng PSA trên 4ng/mL chiếm 62,2%, cao gần 2 lần nhóm bí tiểu không tăng PSA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Các biến số khác

Bảng 4: Một số thói quen sinh hoạt và bệnh lý khác ở bệnh nhân bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Thói quen và bệnh lý kèm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	22	47,8
Đái tháo đường	3	6,5
Hen phế quản-COPD	2	4,3
Trĩ	5	10,9
Nang thận- Sỏi thận- Thận ứ nước	12	26
Đạp xe đạp	10	21,7
Nằm lâu	1	2,1
Đi bộ	7	23,9
Hút thuốc	13	28,2
Uống rượu	15	32,6

Không ai tr của tăng huyết thuốc và các b người sử dụng

IV. BÀN LUẬN

Ở bệnh nh cứu đã phát hi tăng theo tuổi nhận thấy tỷ lệ đối với nam người đối với nhân có điểm vừa hoặc nặng [14], BTC thu nhân 70-79 tu đáng kể ở nhóu BTC. Những quả của nghiên với tuổi cao c giảm sức mạn ý kiến của nhi quả của nghiên tuyến tiền liệt một yếu tố ng bệnh và các b quan trọng.

Tiền sử BT yếu tố nguy cơ và cộng sự [3] điều trị, một tr trọng nhất của 6,35; 95% C nhiên trong ng này không có r liệu nghiên cứ luận thuyết phụ

Kích thướ một yếu tố ng [13]. Người t này xảy ra do

Không ai trong số các bệnh nhân có tiền sử gây mê trước đó. Kết quả của các biến số khác của tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản – COPD, trĩ, bệnh thận, uống rượu, hút thuốc và các bệnh tiềm ẩn khác được nêu trong Bảng 4. Nhiều bệnh nhân bí tiểu cấp là những người sử dụng rượu (32,6%), hút thuốc lá (28,2%), tăng huyết áp (47,8%).

IV. BÀN LUẬN

Ở bệnh nhân TSLTTTL, một số nghiên cứu đã phát hiện ra rằng nguy cơ bị bí tiểu tăng theo tuổi [15]. Meigs và cộng sự [9] nhận thấy tỷ lệ mắc tăng từ 3,3/ 1.000 người đối với nam 45-49 tuổi lên 11,3 / 1.000 người đối với nam 70-83 tuổi ở những bệnh nhân có điểm số triệu chứng là 8-35 (LUTS vừa hoặc nặng). Trong một nghiên cứu khác [14], BTC thường được thấy ở những bệnh nhân 70-79 tuổi và tuổi trung bình cao hơn đáng kể ở nhóm BTC so với nhóm không có BTC. Những kết quả này tương tự với kết quả của nghiên cứu hiện tại. Nguy cơ BTC với tuổi cao có thể do lão hóa đi kèm với giảm sức mạnh của cơ thắt. Tuy nhiên, theo ý kiến của nhiều bác sĩ tiết niệu và theo kết quả của nghiên cứu y học về các triệu chứng tuyến tiền liệt (MTOPS) [1], tuổi tác chỉ là một yếu tố nguy cơ nhỏ đối với tiến triển bệnh và các biến số khác là những yếu tố quan trọng.

Tiền sử BTC trước đây dường như là một yếu tố nguy cơ cho tái phát BTC [5]. Emberton và cộng sự [3] đã báo cáo rằng trong quá trình điều trị, một trong những yếu tố dự báo quan trọng nhất của BTC là BTC trước đó (HR 6,35; 95% CI; 2,31-17,40; P <0,01). Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả này không có mối liên quan. Có lẽ phải cần số liệu nghiên cứu lớn hơn nữa để có những kết luận thuyết phục hơn.

Kích thích tuyến tiền liệt dự phòng như là một yếu tố nguy cơ chính gây tái phát BTC [13]. Người ta đưa ra giả thuyết rằng điều này xảy ra do tăng sản vùng chuyển tiếp gây

ra chèn ép và tắc nghẽn niệu đạo. Marberger và cộng sự [6] cho thấy tỷ lệ mắc BTC cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt ≥ 40 mL (4,2%) so với bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt <40 mL (1,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến tiền liệt >40ml có liên quan đến BTC (p <0,05). Tuy nhiên trong một số công trình khác như nghiên cứu MTOPS [1], thể tích tuyến tiền liệt từ 31 mL trở lên được dự đoán là tăng nguy cơ BTC khi so với nhóm được điều trị bằng giả dược (P <0,0001); Marks và cộng sự [7], nguy cơ mắc BTC cao gấp 3 lần đối với nam giới có thể tích tuyến tiền liệt > 30 mL khi so sánh với thể tích tuyến tiền liệt <30 mL.

Nghiên cứu của Kefi cho thấy nồng độ PSA với mức 4ng/ml cũng có liên quan đến BTC [16]. Một số nghiên cứu khác như của Roehrborn [12], Marberger [6], Emberton và cộng sự [3] cho thấy PSA nền và sự gia tăng PSA hằng năm có liên quan đến BTC. Nghiên cứu của chúng tôi thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang cho nên chúng tôi sử dụng mốc 4ng/mL và kết quả cho thấy có mối liên quan với BTC. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng PSA là một yếu tố dự đoán phụ thuộc vì có mối liên quan thuận giữa mức độ PSA và thể tích tuyến tiền liệt của tuyến tiền liệt.

Một số nghiên cứu cho thấy có nhồi máu tuyến tiền liệt, hút thuốc, bệnh tim mạch từ trước và hạ huyết áp phẫu thuật kéo dài [13], bệnh tim mạch từ trước và tiền sử tỷ lệ gây mê [14] có liên quan đến BTC. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng có một số

lượng đáng kể bệnh nhân sử dụng rượu (32,6%), hút thuốc lá (28,2%), đi xe đạp (21,7%) và tăng huyết áp (47,8%). Tuy nhiên để làm rõ mối liên quan này, nghiên cứu cần thêm thời gian và với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho kết luận những yếu tố được xem là nguy cơ của bí tiểu cấp ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt gồm tuổi ≥ 70 (67,4% bí tiểu cấp), điểm IPSS ≥ 8 điểm (67,4% bí tiểu cấp), thể tích tuyến tiền liệt $\geq 40\text{ml}$ (69,6% bí tiểu cấp), kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) $> 4\text{ng/ml}$ (62,2% bí tiểu cấp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Crawford ED, Wilson SS, McConnell JD, et al; MTOPS Research Group. (2006). Baseline factors as predictors of clinical progression of benign prostatic hyperplasia in men treated with placebo. *J Urol.* 2006; 175(4):1422-1426, discussion 1426-1427.
2. Desgrandchamps F, De La Taille A, Doublet J; RetenFrance Study Group. (2006). The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2006;97(4):727-733.
3. Emberton M, Elhilali M, Matzkin H, et al. (2005). Symptom deterioration during treatment and history of AUR are the strongest predictors for AUR and BPH-related surgery in men with LUTS treated with alfuzosin 10 mg once daily. *Urology.* 2005;66(2):316-322.
4. Foster HE, Barry MJ, Dahm P, Gandhi MC, Kaplan SA, Kohler TS, et al. (2018) Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline. *J Urol.* 2018 Jun 11.
5. Gratzke C, Reich O, Staehler M, Seitz M, Schlenker B, Stief CG. (2006). Risk Assessment and Medical Management of Acute Urinary Retention in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia. *EAU-EBU Update Series.* 2006;4(3):109-116.
6. Marberger MJ, Andersen JT, Nickel JC, et al. (2000). Prostate volume and serum prostate-specific antigen as predictors of acute urinary retention. Combined experience from three large multinational placebo-controlled trials. *Eur Urol.* 2000;38(5):563-568.
7. Marks LS, Roehrborn CG, Andriole GL. (2006). Prevention of benign prostatic hyperplasia disease. *J Urol.* 2006;176(4 Pt 1):1299-1306.
8. Manikandan R, Srirangam SJ, O'Reilly PH, Collins GN. (2004). Management of acute urinary retention secondary to benign prostatic hyperplasia in the UK: a national survey. *BJU Int.* 2004;93(1):84-88.
9. Meigs JB, Barry MJ, Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, Kawachi I. (1999). Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: the health professionals followup study. *J Urol.* 1999;162(2):376-382.
10. Muruganandham K, Dubey D, Kapoor R. (2007). Acute urinary retention in benign prostatic hyperplasia: Risk factors and current management. *Indian J Urol.* 2007;23(4):347-353.
11. Pickard R, Emberton M, Neal DE. (1998). The management of men with acute urinary retention. National Prostatectomy Audit Steering Group. *Br J Urol.* 1998;81(5):712-720.
12. Roehrborn CG, Boyle P, Bergner D, et al. (1999). Serum prostate-specific antigen and prostate volume as predictors of acute urinary retention symptoms and need for surgery. *Urology.* 1999;54(5):647-651.
13. Siavash Falavarjani S, Ahmad Enshahy M. (2010). Risk factors for Acute Urinary Retention in Benign Prostatic Hyperplasia in Islamic Republic of Iran. *Urology.* 2010 Dec; 77(6):1178-1181.
14. Tuncel A, Uzener H, Seckin S, et al. (2005). Acute urinary retention and myocardial infarction, p

prostate volume as predictors of acute urinary retention symptoms and need for surgery. *Urology.* 1999;54(5):647-651.

13. Siavash Falavarjani S, Ahmad Enshahy M. (2010). Risk factors for Acute Urinary Retention in Benign Prostatic Hyperplasia in Islamic Republic of Iran. *Urology.* 2010 Dec; 77(6):1178-1181.
14. Tuncel A, Uzener H, Seckin S, et al. (2005). Acute urinary retention and myocardial infarction, p

ĐÁNH GIÁ SAU PH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của một số trường hợp ghép có nội sụn thận ghép thận, bệnh nhân ghép thận, bệnh nhân ghép thận và phương pháp ghép thận được phẫu thuật sau phúc mạc ở Huế từ tháng 1/2018 với các trường hợp ghép thận khác. Kết quả của một số trường hợp ghép thận (23,6%). Tuổi trung

*Bệnh viện Trung ương Huế
Chịu trách nhiệm chuyên môn: dr.tranngoacki
Email: dr.tranngoacki@hvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20/6/2023
Ngày phản biện khoa học: 25/6/2023
Ngày duyệt bài: 1/7/2023

prostate volume predict long-term changes in symptoms and flow rate: results of a four-year, randomized trial comparing finasteride versus placebo. PLESS Study Group. *Urology*. 1999;54(4):662-669.

13. Siavash Falahatkar, Ali Hamidi Madani, Ahmad Enshaei, et al. (2010). Risk Factors for Acute Urinary Retention in Patients With Benign Prostatic Hyperplasia From the Islamic Republic of Iran. *UroToday Int J*. 2010 Dec;3(6). doi:10.3834/uij.1944-5784.2010.12.15
14. Tuncel A, Uzun B, Eruyar T, Karabulut E, Seckin S, Atan A. (2005). Do prostatic infarction, prostatic inflammation and

prostate morphology play a role in acute urinary retention? *Eur Urol*. 2005;48(2):277-284.

15. Verhamme KM, Dieleman JP, van Wijk MA, Bosch JL, Stricker BH, Sturkenboom MC. (2005). Low incidence of acute urinary retention in the general male population: the triumph project. *Eur Urol*. 2005;47(4):494-498.
16. Kefi A1, Koseoglu H, Celebi I, Yorukoglu K, Esen A. (2006) Relation between acute urinary retention, chronic prostatic inflammation and accompanying elevated prostate-specific antigen. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40(2):155-60.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LẤY THẬN GHÉP CÓ NỘI SOI SAU PHÚC MẠC HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Ngọc Khánh*, Phạm Ngọc Hùng*, Lê Lương Vinh*
Ngô Thanh Liêm*, Bùi Công Lê Kha*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy thận ghép có nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tại đơn vị ghép thận, bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 72 trường hợp được phẫu thuật lấy thận ghép có nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2017 đến 5/2019, đối chứng với các trường hợp mổ mở ngay tại bệnh viện và kết quả của một số tác giả khác. **Kết quả:** 72 trường hợp gồm 55 nam (76,4%) và 17 nữ (23,6%). Tuổi trung bình $29,09 \pm 8,53$ tuổi. Lấy

thận trái 48 case (66,67%), lấy thận phải 24 case (33,33%). Trong tất cả các case nội soi, thận lấy đều có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch. Tất cả các trường hợp lấy thận ghép nội soi đều thuận lợi trong khâu nối động mạch và tĩnh mạch, không phải chuyển vị hay tạo hình tĩnh mạch. Thời gian phẫu thuật $94,43 \pm 20,17$ phút. Thời gian xử trí động, tĩnh mạch thận $180,34 \pm 60,27$ giây. Thời gian thiếu máu nóng $250,72 \pm 95,3$ giây. Thời gian nằm viện $5,15 \pm 2,44$ ngày. Thời gian hồi phục của thận trung bình trong mổ $5,13 \pm 2,3$ phút. Thời gian hồi phục của thận trung bình sau mổ $4,25 \pm 1,37$ phút. Không có tai biến nặng trong mổ như tổn thương các tạng lân cận, tổn thương các mạch máu lớn... Không trường hợp nào chuyển mổ mở. Không trường hợp nào cần truyền máu. Tai biến rách màng phổi gặp 6 trường hợp (8,3%), xử trí bằng bóp bóp giãn nở phổi, đuổi khí và khâu màng phổi bằng chỉ

*Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Khánh

Email: dr.tranngockhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/6/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2019

Ngày duyệt bài: 1/7/2019