# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO ĐIỀU TRỊ SỎI BÀNG QUANG KẾT HỢP TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

**Phan Văn Cương[1] , Vũ Sơn[1], Lê Đức Chung[1], Phạm Tuấn Đạt[1]***

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca trên 68 người bệnh nam được chẩn đoán sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ 01/01/2020 đến ngày 31/12/2025.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh là 71,56 ± 8,01 tuổi (51-90 tuổi); nhóm 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%). Lý do vào viện thường gặp nhất là tiểu khó, tiểu ngắt quãng (67,6%), tiếp theo là tiểu máu (17,6%) và bí tiểu cấp (5,9%). Sỏi ≤20 mm chiếm 61,8%, sỏi một viên chiếm 83,8%; thể tích tuyến tiền liệt ≤50 ml chiếm 64,7%. Phẫu thuật một kỳ được thực hiện ở 58/68 người bệnh (85,3%), hai kỳ ở 10/68 (14,7%). Tất cả người bệnh được ghi nhận không còn sỏi quan sát được sau thủ thuật; hồ sơ ghi nhận người bệnh tự tiểu được sau rút sonde. Không ghi nhận tai biến trong mổ hoặc biến chứng sớm theo các tiêu chí đã thu thập. Thời gian lưu sonde trung bình là 6,07 ± 2,19 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 11,13 ± 2,14 ngày. Các kết quả này được đánh giá trong phạm vi thông tin ghi nhận hồi cứu.

**Kết luận:** Người bệnh chủ yếu là người cao tuổi, vào viện chủ yếu vì tiểu khó, tiểu ngắt quãng; sỏi phần lớn ≤20 mm và một viên. Trong loạt ca hồi cứu này, phẫu thuật nội soi qua niệu đạo ghi nhận kết quả sớm thuận lợi ở nhóm người bệnh nghiên cứu.

***Từ khóa:*** sỏi bàng quang; tăng sản lành tính tuyến tiền liệt; tán sỏi nội soi; phẫu thuật nội soi qua niệu đạo.

*1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình*

* Tác giả liên hệ: Phạm Tuấn Đạt

Email: dr.phamtuandat@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/8/2026

Ngày phản biện: 02/9/2026

Ngày duyệt bài: 12/9/2026

## OUTCOMES OF TRANSURETHRAL ENDOSCOPIC SURGERY FOR BLADDER STONES ASSOCIATED WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

**ABSTRACT**

**Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the early outcomes of transurethral endoscopic surgery for bladder stones associated with benign prostatic hyperplasia (BPH) at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital.

**Methods:** This retrospective case series included 68 male patients diagnosed with bladder stones associated with BPH who underwent transurethral endoscopic surgery at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital. Medical records of patients treated from 1 January 2020 to 31 December 2025 were reviewed.

**Results:** The mean age was 71.56 ± 8.01 years (range, 51-90 years), and the 70-79-year age group accounted for the largest proportion (42.6%). The most common admission symptoms were dysuria or intermittent urinary stream (67.6%), followed by hematuria (17.6%) and acute urinary retention (5.9%). Stones ≤20 mm accounted for 61.8% of cases; single stones accounted for 83.8%; and prostate volume ≤50 mL was observed in 64.7%. Single-stage surgery was performed in 58/68 patients (85.3%), while 10/68 (14.7%) underwent a two-stage approach. No residual stone was documented as visible after the procedure, and the records indicated spontaneous voiding after catheter removal. No intraoperative adverse events or early postoperative complications were recorded according to the collected variables. Mean catheterization duration was 6.07 ± 2.19 days, and mean hospital stay was 11.13 ± 2.14 days.

**Conclusion:** Patients were mainly elderly, most commonly admitted for dysuria or intermittent urinary stream, and mostly had single stones ≤20 mm. This retrospective case series showed

favorable early outcomes after transurethral endoscopic surgery in the study population.

***Keywords:*** bladder stones; benign prostatic hyperplasia; endoscopic lithotripsy; transurethral endoscopic surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi bàng quang ở người trưởng thành thường liên quan đến các bất thường của đường tiết niệu dưới, trong đó tắc nghẽn đường ra bàng quang là một trong những yếu tố thuận lợi quan trọng. Theo hướng dẫn của Hội Tiết niệu châu Âu, sỏi bàng quang thứ phát thường gặp trong bối cảnh tắc nghẽn đường ra bàng quang, rối loạn chức năng bàng quang, nhiễm khuẩn tiết niệu hoặc có dị vật đường niệu. Ở nam giới trưởng thành, tắc nghẽn đường ra bàng quang được xem là yếu tố thuận lợi thường gặp nhất đối với sự hình thành sỏi bàng quang [1].

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là nguyên nhân thường gặp gây tắc nghẽn đường tiểu dưới ở nam giới cao tuổi. Khi tình trạng tắc nghẽn kéo dài, nước tiểu tồn dư trong bàng quang tăng lên, làm thay đổi chức năng tống xuất của bàng quang và tạo điều kiện thuận lợi cho hình thành sỏi [2].

Điều trị sỏi bàng quang ở người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt không chỉ nhằm loại bỏ sỏi mà còn phải cân nhắc xử trí tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới. Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo đã trở thành một phương pháp quan trọng trong điều trị sỏi bàng quang. Donaldson và cộng sự cho thấy các phương pháp điều trị nội soi có hiệu quả làm sạch sỏi tốt và có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở [3]. Hướng dẫn EAU hiện nay khuyến cáo ưu tiên tán sỏi bàng quang qua niệu đạo ở người trưởng thành khi có thể thực hiện [1].

Tuy nhiên, việc có cần phẫu thuật tuyến tiền liệt đồng thời với lấy sỏi hay không vẫn còn được quan tâm. Một số nghiên cứu cho thấy phẫu thuật đồng thời có thể đem lại lợi ích về kiểm soát tắc nghẽn và giảm nhu cầu can thiệp lại [4], trong khi các nghiên cứu khác cho thấy một số người bệnh được lựa chọn có thể chỉ cần lấy sỏi và tiếp tục điều trị nội khoa tuyến tiền liệt [5], [6]. Vì vậy, lựa chọn chiến lược một thì hay hai thì cần được cá thể hóa theo đặc điểm sỏi, mức độ tắc nghẽn và tình trạng toàn thân của người bệnh.

Tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, phẫu thuật nội soi qua niệu đạo đã được áp dụng trong điều trị sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Tuy nhiên, dữ liệu tại cơ sở về đặc điểm người bệnh, tỷ lệ lựa chọn chiến lược phẫu thuật một kỳ/hai kỳ còn rất ít nghiên cứu đề cập đến. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt; (2) Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị bệnh lý phối hợp này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 68 người bệnh nam được chẩn đoán sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: người bệnh nam được chẩn đoán sỏi bàng quang và tăng sản lành tính tuyến tiền liệt dựa trên hồ sơ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh; được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo; hồ sơ có đủ thông tin về đặc điểm người bệnh, phương pháp can thiệp và kết quả hậu phẫu sớm. Với trường hợp có phẫu thuật tuyến tiền liệt, kết quả mô bệnh học được ghi nhận là tăng sản lành tính.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: người bệnh đã được phẫu thuật điều trị sỏi bàng quang hoặc tuyến tiền liệt tại cơ sở khác trước khi chuyển đến bệnh viện; được điều trị bằng phương pháp khác ngoài phẫu thuật nội soi qua niệu đạo; hoặc hồ sơ không đủ dữ liệu cho các biến số chính của nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca, đơn trung tâm, không có nhóm chứng

**Cách thức chọn mẫu:** chọn mẫu toàn bộ.

Chọn tất cả các trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian từ 01/01/2020 đến ngày 31/12/2025.

Qua chọn lọc có 68 trường hợp đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

### 2.3. Các biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm đặc điểm chung, lý do vào viện, biến chứng trước mổ, tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu.

Đặc điểm cận lâm sàng ghi nhận kết quả siêu âm đánh giá kích thước và số lượng sỏi, thể tích tuyến tiền liệt.

Đặc điểm phẫu thuật ghi nhận chiến lược phẫu thuật, phương pháp xử trí sỏi.

Tình trạng sạch sỏi được đánh giá ngay sau phẫu thuật hoặc trước khi ra viện, xác định là sạch sỏi hoàn toàn hoặc còn sót sỏi.

Thời gian lưu sonde tiểu được tính bằng số ngày kể từ sau phẫu thuật đến khi rút sonde.

Thời gian nằm viện được tính bằng số ngày từ khi phẫu thuật đến khi ra viện.

Tai biến và biến chứng sớm được ghi nhận bao gồm chảy máu, nhiễm khuẩn tiết niệu, bí tiểu sau rút sonde, tổn thương niệu đạo hoặc các biến chứng khác, được phân loại theo có hoặc không.

Kết quả điều trị chung được đánh giá tại thời điểm ra viện, dựa trên tình trạng sạch sỏi, cải thiện triệu chứng lâm sàng và sự xuất hiện của biến chứng. Dựa vào đặc điểm này chúng tôi phân thành các loại

Tốt: Bệnh nhân sạch sỏi, tự tiểu tiện tốt

Trung bình: Bệnh nhân sạch sỏi, tuy nhiên còn triệu chứng đường tiểu dưới như đái khó, đái rắt, bí đái

Kém: Bệnh nhân còn sót sỏi, còn triệu chứng đường tiểu dưới như đái khó, đái rắt, bí đái hoặc tử vong.

**2.4. Quy trình phẫu thuật**

Nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu, nhóm nghiên cứu ghi nhận từ hồ sơ bệnh án phương pháp phẫu thuật của bệnh nhân, bao gồm nội soi cắt tuyến tiền liệt với dao đơn cực và nội soi tán sỏi bàng quang bằng laser, kìm cơ học theo quy trình phẫu thuật đã được Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Thái Bình phê duyệt.

Phẫu thuật một kỳ được hiểu là xử trí sỏi và tuyến tiền liệt trong cùng một lần phẫu thuật; phẫu thuật hai kỳ là hai can thiệp tách biệt tại 2 lần phẫu thuật khác nhau trong thời gian nằm viện.

**2.5. Xử lí số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định phù hợp; ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi p<0,05.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án.

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Bình nghiệm thu theo quyết định số 1935/QĐ-YDTB ngày 04 tháng 9 năm 2026.

Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

## III. KẾT QUẢ

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Tuổi trung bình của người bệnh là 71,56 ± 8,01 tuổi, dao động từ 51 đến 90 tuổi. Nhóm 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 29/68 trường hợp (42,6%); nhóm ≥80 tuổi chiếm 16,2%. Lý do vào viện thường gặp nhất là tiểu khó, tiểu ngắt quãng với 46 trường hợp (67,6%). Tiểu máu gặp ở 12 trường hợp (17,6%), bí tiểu cấp ở 4 trường hợp (5,9%), trong khi các lý do khác như đái buốt, đái rắt…chiếm 7,4%.

Về đặc điểm sỏi, 42/68 trường hợp (61,8%) có kích thước sỏi ≤20 mm và 26 trường hợp (38,2%) có sỏi >20 mm. Sỏi một viên chiếm đa số với 57/68 trường hợp (83,8%), trong khi đa sỏi chiếm 16,2%.

Về thể tích tuyến tiền liệt được xác định trên siêu âm, 44/68 trường hợp (64,7%) có thể tích ≤50 ml và 24 trường hợp (35,3%) có thể tích >50 ml.

Phẫu thuật một kỳ được thực hiện ở 58/68 trường hợp (85,3%), trong khi 10/68 trường hợp (14,7%) được điều trị theo chiến lược hai kỳ.

***Bảng 1. Mối liên quan giữa thể tích tuyến tiền liệt và chiến lược phẫu thuật***

| Chiến lược phẫu thuật / Thể tích tuyến tiền liệt | 1 kỳ | 2 kỳ | p-value |
|---|---|---|---|
| ≤ 50 ml | 36 | 8 | 0,711 |
| > 50 ml | 22 | 2 | |
| Tổng | 58 | 10 | |

**Nhận xét:** Thể tích tuyến tiền liệt không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc lựa chọn chiến lược phẫu thuật 1 kỳ hay 2 kỳ (p=0,711; Fisher's exact test).

***Bảng 2. Mối liên quan giữa biến chứng trước mổ và chiến lược phẫu thuật***

| Chiến lược phẫu thuật / Biến chứng trước mổ | 1 kỳ | 2 kỳ | p-value |
|---|---|---|---|
| Có biến chứng | 19 | 8 | 0,0135 |
| Không biến chứng | 39 | 2 | |
| Tổng | 58 | 10 | |

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng biến chứng trước mổ và chiến lược phẫu thuật (p=0,0135). Người bệnh có biến chứng trước mổ có xu hướng được phẫu thuật 2 kỳ nhiều hơn (8/27 so với 2/41 trường hợp).

***Bảng 3. Mối liên quan giữa tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu và chiến lược phẫu thuật***

| Chiến lược phẫu thuật / Tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu | 1 kỳ | 2 kỳ | p-value |
|---|---|---|---|
| Có | 5 | 0 | 0,7576 |
| Không | 53 | 10 | |
| Tổng | 58 | 10 | |

**Nhận xét:** Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiến lược phẫu thuật giữa nhóm có và không có tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu (p=0,7576; Fisher's exact test).

***Bảng 4. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và chiến lược phẫu thuật***

| Chiến lược phẫu thuật / Nhóm tuổi | 1 kỳ | 2 kỳ | p-value |
|---|---|---|---|
| ≤ 70 tuổi | 26 | 8 | 0,0869 |
| > 70 tuổi | 32 | 2 | |
| Tổng | 58 | 10 | |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiến lược phẫu thuật giữa hai nhóm tuổi (p=0,0869; Fisher's exact test).

Tán sỏi nội soi qua niệu đạo là phương pháp chủ yếu được áp dụng trong nghiên cứu. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật, bao gồm chảy máu hoặc thủng bàng quang.

Sau phẫu thuật, hồ sơ ghi nhận không còn sỏi quan sát được ở 68/68 người bệnh (100%). 100% người bệnh tự tiểu được sau rút sonde. Không ghi nhận tai biến trong mổ hoặc biến chứng sớm gồm chảy máu, nhiễm khuẩn tiết niệu hay bí tiểu.

Thời gian lưu sonde sau mổ trung bình 6,07 ± 2,19 ngày; trong đó 37/68 người bệnh (54,4%) được rút sonde trong ≤5 ngày, 19/68 trường hợp (27,9%) lưu sonde 6-7 ngày và 12/68 trường hợp (17,6%) lưu sonde >7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 11,13 ± 2,14 ngày, trong đó thời gian nằm viện 10-12 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 43/68 trường hợp (63,2%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt chủ yếu gặp ở người cao tuổi, với tuổi trung bình 71,56 ± 8,01 tuổi, dao động từ 51 đến 90 tuổi; nhóm tuổi 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%). Đặc điểm này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh lý phối hợp, khi tình trạng tắc nghẽn đường

tiểu dưới do tăng sản tuyến tiền liệt có xu hướng gia tăng theo tuổi. Ở người cao tuổi, sự tiến triển của tăng sản tuyến tiền liệt cùng với những thay đổi chức năng của cơ detrusor có thể làm gia tăng lượng nước tiểu tồn dư, tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành và phát triển sỏi bàng quang.

Kết quả của Kim và cộng sự trên 271 người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt cũng cho thấy nhóm có sỏi bàng quang có tuổi cao hơn so với nhóm không có sỏi. Phân tích đa biến của nghiên cứu này xác định tuổi cao, độ nhô tuyến tiền liệt vào bàng quang lớn và Qmax thấp là những yếu tố độc lập liên quan đến sự hiện diện của sỏi bàng quang [2]. Kết quả trên củng cố nhận định rằng sự phối hợp giữa tuổi cao và tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới có vai trò quan trọng trong bệnh sinh của sỏi bàng quang ở nam giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiểu khó và tiểu ngắt quãng là lý do vào viện thường gặp nhất, chiếm 67,6%, tiếp theo là tiểu máu 17,6% và bí tiểu cấp 5,9%. Đây là những biểu hiện phù hợp với tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới do tăng sản tuyến tiền liệt kết hợp với sự hiện diện của sỏi trong bàng quang. Tình trạng tắc nghẽn làm tăng sức cản dòng nước tiểu, trong khi sỏi có thể gây kích thích niêm mạc bàng quang, làm xuất hiện các triệu chứng đường tiểu dưới và tiểu máu. Hướng dẫn EAU cũng ghi nhận các triệu chứng thường gặp của sỏi bàng quang gồm tiểu khó, tiểu buốt, đau vùng trên xương mu và đái máu; đồng thời nhấn mạnh cần tìm kiếm và xử trí nguyên nhân gây sỏi trước hoặc trong thời điểm điều trị [1].

Đặc điểm sỏi trong nghiên cứu tương đối thuận lợi cho can thiệp nội soi. Có 42/68 trường hợp (61,8%) có sỏi ≤20 mm, trong khi 26/68 trường hợp (38,2%) có sỏi >20 mm; sỏi một viên chiếm 83,8% và đa sỏi chiếm 16,2%. Bên cạnh đó, 64,7% người bệnh có thể tích tuyến tiền liệt ≤50 ml. Những đặc điểm này có thể góp phần giải thích kết quả điều trị thuận lợi của nghiên cứu, bởi sỏi có kích thước vừa phải và số lượng ít thường thuận lợi hơn cho việc tiếp cận, tán và lấy qua đường niệu đạo.

Tổng quan hệ thống của Donaldson và cộng sự cho thấy các phương pháp nội soi có hiệu quả làm sạch sỏi tốt, đồng thời có ưu điểm về thời gian nằm viện và thời gian hồi phục so với phẫu thuật mở [3]. EAU hiện cũng khuyến cáo tán sỏi qua niệu đạo ở người trưởng thành khi có thể thực hiện [1]. Những khuyến cáo này phù hợp với thực hành tại cơ sở nghiên cứu, khi toàn bộ người bệnh trong nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp nội soi qua niệu đạo.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nghiên cứu của chúng tôi có thiết kế hồi cứu và cỡ mẫu 68 trường hợp, đồng thời chưa thực hiện phân tích đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập.

Vì vậy, các mối liên quan ghi nhận ở Bảng 1-4 chỉ phản ánh quần thể nghiên cứu, chưa đủ cơ sở để khẳng định quan hệ nhân quả.

**4.2. Kết quả điều trị sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật một kỳ chiếm 85,3% (58/68 trường hợp), trong khi phẫu thuật hai kỳ chiếm 14,7% (10/68 trường hợp). Việc xử trí đồng thời sỏi bàng quang và tăng sản tuyến tiền liệt trong cùng một quá trình điều trị có ưu điểm là giải quyết cả hậu quả của tình trạng tắc nghẽn và nguyên nhân thúc đẩy ứ đọng nước tiểu. Đối với những người bệnh có tình trạng toàn thân ổn định và điều kiện phẫu thuật thuận lợi, chiến lược một kỳ có thể giúp giảm số lần gây mê, giảm số lần can thiệp và rút ngắn quá trình điều trị.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hasan và cộng sự trên 100 người bệnh có sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Nghiên cứu cho thấy nhóm được tán sỏi kết hợp cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua niệu đạo (TURP) có kết quả tốt hơn so với nhóm tán sỏi kết hợp điều trị nội khoa tuyến tiền liệt [4]. Kết quả này ủng hộ việc lựa chọn phẫu thuật đồng thời ở những người bệnh có chỉ định xử trí tắc nghẽn tuyến tiền liệt.

Tuy nhiên, không nên hiểu rằng mọi trường hợp có sỏi bàng quang đều bắt buộc phải phẫu thuật tuyến tiền liệt ngay trong cùng một lần. Savin và cộng sự nghiên cứu 63 nam giới được lấy sỏi mà không phẫu thuật đồng thời tình trạng tắc nghẽn tuyến tiền liệt, với thời gian theo dõi trung vị 34 tháng. Có 22% người bệnh cần phẫu thuật tuyến tiền liệt trong thời gian theo dõi; thể tích tuyến tiền liệt >100 ml và lượng nước tiểu tồn dư >93 ml là những yếu tố dự báo quan trọng [5].

Chapelle và cộng sự cũng cho thấy vấn đề này cần được cân nhắc cá thể hóa. Trong nghiên cứu hồi cứu trên 179 nam giới, nhóm được phẫu thuật tuyến tiền liệt đồng thời có đặc điểm tắc nghẽn rõ hơn ngay từ đầu; việc lựa chọn phẫu thuật phối hợp cần được đặt trong bối cảnh đặc điểm lâm sàng của từng người bệnh [6]. Điều này phù hợp với thực hành của chúng tôi, khi 14,7% người bệnh được lựa chọn chiến lược hai kỳ, cho thấy không phải tất cả người bệnh đều được xử trí theo cùng một chiến lược.

Trong nghiên cứu hiện tại, thể tích tuyến tiền liệt (p=0,7110) chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chiến lược phẫu thuật. Kết quả này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu còn nhỏ, bên cạnh đó chiến lược phẫu thuật còn phụ thuộc vào sự đánh giá tổng hợp tình trạng người bệnh, trong đó cũng cần lưu ý tới khả năng chịu đựng cuộc phẫu thuật.

Đáng chú ý, biến chứng trước mổ có liên quan có ý nghĩa thống kê với chiến lược phẫu thuật (p=0,0135). Người bệnh có biến chứng trước mổ có xu hướng được lựa chọn phẫu thuật hai kỳ nhiều hơn so với người bệnh không có biến chứng. Về mặt lâm sàng, kết quả này có thể phản ánh xu hướng thận trọng trong lựa chọn chiến lược điều trị. Ở người bệnh có biến chứng, việc kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn, bí tiểu hoặc các rối loạn tiết niệu trước khi thực hiện đầy đủ các can thiệp có thể giúp giảm nguy cơ trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên, do đây là nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu hạn chế, kết quả này cần được tiếp tục kiểm chứng trên số lượng người bệnh lớn hơn.

Một kết quả đáng chú ý khác là tán sỏi nội soi qua niệu đạo là phương pháp chủ yếu được áp dụng trong nghiên cứu. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật theo các tiêu chí đánh giá, bao gồm chảy máu và thủng bàng quang. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo hiện nay về ưu tiên phương pháp nội soi qua niệu đạo khi có thể thực hiện [1]. Tổng quan hệ thống của Donaldson và cộng sự cũng cho thấy các phương pháp nội soi đạt hiệu quả làm sạch sỏi tốt và có lợi thế so với phẫu thuật mở về thời gian nằm viện và hồi phục [3].

Nghiên cứu ghi nhận 68/68 người bệnh không còn sỏi bàng quang quan sát được sau phẫu thuật, đạt 100%, đồng thời 100% người bệnh tự tiểu được sau khi rút sonde và không ghi nhận biến chứng sớm sau mổ theo các tiêu chí được đánh giá. Đây là kết quả thuận lợi, cho thấy hiệu quả của phương pháp nội soi trong quần thể nghiên cứu.

Trong nghiên cứu, phần lớn người bệnh có sỏi ≤20 mm (61,8%) và 83,8% chỉ có một viên sỏi, do đó tương đối thuận lợi cho can thiệp nội soi.

Thời gian lưu sonde sau mổ trung bình 6,07 ± 2,19 ngày. Trong đó, 54,4% người bệnh được rút sonde trong ≤5 ngày, 27,9% lưu sonde 6-7 ngày và 17,6% lưu sonde >7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 11,13 ± 2,14 ngày, trong đó nhóm nằm viện 10-12 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (63,2%). Những kết quả này cho thấy quá trình hồi phục sớm sau phẫu thuật tương đối thuận lợi.

Maresca và cộng sự nghiên cứu vai trò điều trị tắc nghẽn tuyến tiền liệt ở nam giới có sỏi bàng quang và cho thấy việc điều trị tắc nghẽn có thể làm giảm nguy cơ tái phát sỏi, nhưng không phải tất cả người bệnh đều cần can thiệp tuyến tiền liệt ngay lập tức [7].

*** Hạn chế nghiên cứu**

Đây là nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm, phụ thuộc vào mức độ đầy đủ và chính xác của hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu còn hạn chế khi chưa thu thập được điểm chất lượng cuộc sống IPSS, QoL, các chỉ số Qmax, PVR; khả năng bỏ sót biến chứng nhẹ do thiếu ghi chép. Nghiên cứu không có nhóm chứng và nhóm phẫu thuật hai kỳ chỉ gồm 10 người bệnh, vì vậy các phân tích so sánh có tính thăm dò và chịu ảnh hưởng của lựa chọn điều trị theo tình trạng lâm sàng; thời gian theo dõi cũng chưa đủ để đánh giá tái phát sỏi, tái can thiệp tuyến tiền liệt hoặc bí tiểu tái phát.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh sỏi bàng quang kết hợp tăng sản lành tính tuyến tiền liệt chủ yếu là người cao tuổi (tuổi trung bình 71,56 ± 8,01), lý do vào viện thường gặp nhất là tiểu khó, tiểu ngắt quãng (67,6%); sỏi ≤20 mm chiếm 61,8%, sỏi một viên chiếm 83,8%, thể tích tuyến tiền liệt ≤50 ml chiếm 64,7%. Trong loạt ca hồi cứu này, phẫu thuật nội soi qua niệu đạo ghi nhận kết quả sớm thuận lợi ở nhóm người bệnh nghiên cứu: phẫu thuật một kỳ chiếm 85,3%, hai kỳ 14,7%; hồ sơ ghi nhận không còn sỏi quan sát được ở 68/68 người bệnh, không ghi nhận tai biến hoặc biến chứng

sớm; thời gian lưu sonde trung bình 6,07 ± 2,19 ngày, thời gian nằm viện trung bình 11,13 ± 2,14 ngày. Người bệnh có biến chứng trước mổ được lựa chọn phẫu thuật hai kỳ nhiều hơn (8/27 so với 2/41 trường hợp).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**


1. **European Association of Urology.** 2026. EAU Guidelines on Urolithiasis. Arnhem: EAU.
2. **Kim JW, Oh MM, Park HS et al.** 2014. Intravesical prostatic protrusion is a risk factor for bladder stone in patients with benign prostatic hyperplasia. Urology. 84(5): 1026-1029. doi:10.1016/j.urology.06.038. PMID:25214201.
3. **Donaldson JF, Ruhayel Y, Skolarikos A et al.** 2019. Treatment of bladder stones in adults and children: a systematic review and meta-analysis on behalf of the European Association of Urology Urolithiasis Guideline Panel. Eur Urol. 76(3): 352-367. doi:10.1016/j.eururo.2019.06.018. PMID:31311676.
4. **Hasan AM, AbdelRazek M, Ali AF et al.** 2022. Synchronous transurethral cystolitholapaxy and TURP reveals better results than transurethral cystolitholapaxy plus medical therapy for BPH: a randomized prospective study on 100 patients with concomitant urinary bladder stone(s) and BPH. World J Urol. 40(2): 483-487. doi:10.1007/s00345-021-03882-4. PMID:34807286.
5. **Savin Z, Dayan Rahmani L, Frangopoulos E et al.** 2025. Is treating bladder outlet really needed when removing bladder stones: outcomes of bladder stones removal without concomitant BPO surgery. J Endourol. 39(1): 65-70. doi:10.1089/end.2024.0682. PMID:39587910.
6. **Chapelle C, Lavallée E, Vallée M et al.** 2024. Bicentric retrospective study comparing the postoperative outcomes of patients treated surgically for bladder stones with or without concomitant surgery for BPH. World J Urol. 42(1): 13. doi:10.1007/s00345-023-04699-z.
7. **Maresca G.** 2022. Do men with bladder stones benefit from treatment of benign prostatic obstruction? BJU Int. 130(5): 619-627. doi:10.1111/bju.15761.