

# TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trước đây có các tên gọi khác là: *u xơ tuyến tiền liệt*, *bướu lành tính tuyến tiền liệt*, *u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tuyến*, *tăng sản lành tính tuyến tiền liệt*. *Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt* là bệnh ở nam giới lớn tuổi do tuyến tiền liệt tăng sinh.

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh phổ biến với tần suất tăng dần theo tuổi ở nam giới trên 50 tuổi. Tỷ lệ tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tăng từ 8% ở tuổi từ 31-40, đến 40-50% ở độ tuổi 51-60, và hơn 80% khi tuổi lớn hơn 80.

Các yếu tố nguy cơ: chủng tộc (người da đen bị mắc bệnh nhiều hơn người da trắng và Châu Á), mức nội tiết tố testosterone và estradiol cao trong máu, viêm tuyến tiền liệt, dùng kháng viêm không steroid (NSAIDs), mức PSA tự do cao, bị bệnh tim và dùng thuốc ức chế beta, ít vận động...

Về mô học, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt phát triển chủ yếu ở vùng quanh niệu đạo hoặc vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt. Các nốt tăng sản bao gồm chủ yếu là mô đệm và một ít tế bào biểu mô. Hiện tượng viêm thường thấy ở mô tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Sinh bệnh học của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt vẫn chưa được hiểu đầy đủ. Tuổi cao và sự hiện diện của hoạt động tế bào Leydig của tinh hoàn là rất cần thiết cho sự phát triển của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Do đó, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt rất hiếm gặp ở nam giới suy tuyến sinh dục.

Một số yếu tố kích thích thường xuyên như tiểu tiện, phóng tinh, viêm nhiễm, sự tác động qua lại giữa hai thành phần mô đệm và mô tuyến thông qua các yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi, yếu tố tăng trưởng biểu mô.

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt phát triển qua ba giai đoạn:

- Giai đoạn bù trừ hiệu quả: bàng quang tăng cường sức co bóp để thắng sức cản gây nên do bướu. Ở giai đoạn này bệnh nhân không có triệu chứng gì đáng kể.
- Giai đoạn bù trừ kém hiệu quả: sau khi bệnh nhân tiểu xong, vẫn còn nước tiểu tồn lưu trong bàng quang.
- Giai đoạn biến chứng: khối lượng nước tiểu tồn lưu lớn (tên 100mL) và áp lực trong bàng quang lớn sẽ cản trở nước tiểu đi xuống. Nếu hiện tượng này kéo dài, sẽ gây ra thận ứ nước và suy thận. Bàng quang chống đối sẽ có chỗ lồi lõm, túi thừa và thành bàng quang trở nên xơ dày, giãn nở kém.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Hỏi bệnh sử cần khai thác tiền sử và bệnh sử có liên quan.

Xác định các triệu chứng cơ năng dựa trên bảng điểm câu hỏi của bảng điểm quốc tế về triệu chứng tuyến tiền liệt (Phụ lục 1) và bảng điểm chất lượng cuộc sống (Phụ lục 2).

**1.1. Triệu chứng lâm sàng** của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là triệu chứng đường tiết niệu dưới bao gồm các triệu chứng chứa đựng nước tiểu (còn gọi là triệu chứng kích thích: đi tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp, và tiểu không kiểm soát), các triệu chứng tổng thoát nước tiểu (còn gọi là *triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới*: tia tiểu chậm, tách đôi dòng nước tiểu, tiểu cách quãng, tiểu ngập ngừng, tiểu phải rặn gắng sức, tia nước tiểu yếu, tiểu không hết nước tiểu và tiểu nhỏ giọt cuối dòng).

Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt cũng có thể có tiểu máu. Cần chẩn đoán phân biệt với ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư bàng quang, nhất là ở bệnh nhân lớn tuổi.

Những triệu chứng này thường xuất hiện từ từ và tăng dần, tuy nhiên lại không đặc trưng cho tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Những triệu chứng này có thể gặp trong nhiều bệnh khác: tăng hoạt cơ bàng quang, đa niệu về đêm, cơ bàng quang hoạt động kém, bàng quang thần kinh, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, dị vật, viêm tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, bướu bàng quang, hội chứng đau vùng chậu mạn tính, sỏi niệu quản đoạn cuối...

Ở giai đoạn cuối khi bị bệnh đã có các biến chứng, bệnh nhân có thể nhập viện vì: bí tiểu (cấp tính hay mạn tính), tiểu ra máu, sỏi bàng quang, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, túi thừa bàng quang, thận ứ nước hai bên, suy thận...

Nhật ký đi tiểu: giải thích và hướng dẫn bệnh nhân ghi vào phiếu tình trạng đi tiểu trong 24 giờ: số lần đi tiểu, khoảng cách giữa các lần đi tiểu, lượng nước tiểu... trong tối thiểu 3 ngày liên tục.

Thăm khám:

- Khám hệ tiết niệu: khám thận và bàng quang, xác định dấu hiệu cầu bàng quang, khám cơ quang sinh dục ngoài (dương vật, tinh hoàn, miệng niệu đạo).

- Khám trực tràng bằng tay là thao tác kỹ thuật quan trọng và bắt buộc để đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt: Kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn, đau hay không, có nhân cứng hay không, liên quan với các cơ quan lân cận,...

## 1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:

- Tổng phân tích nước tiểu: xác định tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu (nitrit, bạch cầu), hồng cầu, glucose, đạm, pH...
- Xét nghiệm chức năng thận (BUN, creatinin).
- Định lượng PSA (bình thường:  $< 4$  ng/mL). Nếu PSA  $> 4$  ng/mL cần chẩn đoán phân biệt với ung thư và một số bệnh khác của tuyến tiền liệt.
- Giá trị PSA càng cao thì nguy cơ bị ung thư tuyến tiền liệt càng cao. Tuy nhiên, không có giá trị PSA nào để có thể tuyên bố rằng bệnh nhân bị ung thư tuyến tiền liệt.
- PSA từ 4-10 ng/mL: thử tỉ lệ PSA tự do/PSA toàn phần. Nếu tỉ lệ này  $< 20\%$  thì có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng. Nếu tỉ lệ này  $> 20\%$  thì tiếp tục theo dõi và xét nghiệm lại PSA hàng năm. PSA  $> 10$  ng/mL có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã trực tràng.

- Siêu âm:

- Khảo sát tuyến tiền liệt: bằng siêu âm ngã trên xương mu hay qua ngã trực tràng: xác định hình thái, tính chất và thể tích của tuyến tiền liệt...
- Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: tình trạng thành bàng quang (chiều dày, túi thừa, bướu bàng quang...), tình trạng ứ nước đường tiết niệu trên (niệu quản và thận), các bệnh lý khác của thận...
- Đo thể tích nước tiểu tồn lưu, bình thường  $< 30$  mL.
- Siêu âm qua ngã trực tràng: cho hình ảnh rõ và đáng tin cậy của bướu, cho biết thể tích nước tiểu tồn lưu, tính thể tích tuyến tiền liệt. Thể tích ước tính bằng đơn vị mL hoặc  $\text{cm}^3$  ( $1\text{cm}^3$  tương ứng khoảng 1g). Siêu âm qua ngã trực tràng còn giúp sinh thiết tuyến tiền liệt khi có chỉ định.

- Xét nghiệm khác được chỉ định khi cần thiết:
  - Đo lưu lượng dòng nước tiểu (hay niệu dòng đồ: uroflowmetry) ghi nhận tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), thể tích nước tiểu, thời gian đi tiểu... Phương pháp này chỉ có giá trị khi lượng nước tiểu mỗi lần đi tiểu  $\geq 150\text{mL}$ . Nếu Qmax từ 10-15 mL/giây: tắc nghẽn trung bình; Qmax  $< 10$  mL/giây là tắc nghẽn nặng.
  - Cây nước tiểu và kháng sinh đồ: Để xác định chẩn đoán nhiễm khuẩn và định danh vi khuẩn, sự nhạy cảm và đề kháng của vi khuẩn với các kháng sinh.
  - X-quang hệ tiết niệu: chỉ định khi có nghi ngờ sỏi bàng quang hay sỏi nơi khác của hệ tiết niệu kèm theo.
  - Soi niệu đạo-bàng quang: chỉ định khi có nghi ngờ bệnh lí khác của niệu đạo và bàng quang kèm theo (bướu bàng quang, bàng quang chống đối)...
  - Đo áp lực đồ bàng quang: chỉ định khi có nghi ngờ các bệnh lí bàng quang như bàng quang tăng hoạt, bàng quang hỗn loạn thần kinh...

## **2. Chẩn đoán phân biệt**

### **2.1. Tuyến tiền liệt bất thường khi thăm khám trực tràng**

- Ung thư tuyến tiền liệt: có nhân cứng, mất ranh giới, cần định lượng PSA, kiểm tra siêu âm (có vùng giảm âm, ranh giới bị phá hủy, túi tinh bị xâm lấn), chụp X-quang xương chậu, sinh thiết tuyến tiền liệt vùng nghi vấn...

- Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: bệnh nhân có tiền sử viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng tuyến tiền liệt to, ấn đau, có chỗ cứng...

### **2.2. Tuyến tiền liệt bình thường**

- Hẹp niệu đạo, xơ hẹp cổ bàng quang: thăm khám niệu đạo, chụp niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng, soi bàng quang,...

- Trường hợp không có chướng ngại vật cần phân biệt với bàng quang hỗn loạn thần kinh, ung thư bàng quang, sỏi bàng quang, nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới...

## **III. ĐIỀU TRỊ**

Các phương pháp điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hiện nay:

- Theo dõi thận trọng
- Điều trị nội khoa
- Điều trị ngoại khoa.

### **1. Theo dõi thận trọng**

- Chỉ định: bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ và vừa, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, bệnh nhân chưa có những than phiền về các triệu chứng. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.

- Các chỉ tiêu theo dõi: theo dõi định kì 3-6 tháng gồm có:

- Thăm khám để biết mức độ phàn nàn của bệnh nhân về các triệu chứng đường tiết niệu dưới.
- Đánh giá bảng điểm triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS) và chất lượng cuộc sống (QoL).
- Siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt, khảo sát hình thái hệ tiết niệu, đo thể tích nước tiểu tồn lưu.
- Xét nghiệm nước tiểu.
- Đo lưu lượng dòng tiểu (nếu cần thiết). Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

## 2. Điều trị nội khoa

### 2.1. Các loại thuốc

- Các thuốc chẹn alpha

- Alfuzosin: liều 10mg x 1 lần/ngày.
- Tamsulosin: liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày (1lần) không cần điều chỉnh liều. Thuốc nên được uống 30 phút sau bữa ăn và cùng một thời điểm giữa các ngày, không được nghiền, nhai hay mở viên nang.
- Doxazosin: liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg.
- Terazosin: liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10 mg/ngày.

- Thuốc ức chế 5-alpha reductase (5-ARI).

- Dutasteride: thuốc ức chế cả hai men 5-alpha reductase type I và II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 0,5mg/ngày.
- Finasteride: thuốc ức chế men 5 alpha reductase type II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 5mg/ngày.

- Thuốc kháng muscarinic

- Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarinic (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ detrusor. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang. Các loại thuốc được sử dụng hiện nay ở Việt Nam: Oxybutynin 2-3 lần x 5mg và solifenacin 1 lần x 5-10mg/ngày.

- Thuốc tương tự vasopressin: Desmopressin

- Thuốc chống lợi niệu hóc môn arginine vasopressin (AVP) có vai trò chủ đạo trong việc giữ nước trong cơ thể và kiểm soát sự sản sinh nước tiểu do gắn với thụ thể V2 trong ống góp của thận. Desmopressin 1 lần x 0,1-0,4mg/uống trước khi đi ngủ.
- Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu về đêm.

- Thảo dược

- Một số các loại cây có tác dụng lên tuyến tiền liệt cũng đang được áp dụng trong điều trị ở nhiều nước, tuy nhiên cơ chế tác dụng cho đến nay vẫn chưa được rõ. Nguồn gốc dược thảo gồm: cây cọ lùn Nam Mỹ (*serenoa repens*), cây mận châu Phi (*pygeum africanum*), cỏ ngô sao Nam Phi (*hypoxis rooperi*), cây thông, cây vân sam (*pinus, picea*), cây tầm ma (*urtica dioica et urens*), phấn hoa (*secale cereale*), hạt bầu bí (*cucurbita pepo*), hoa cây xương rồng (*opuntia*), cây trinh nữ hoàng cung (*crinum latifolium*)...

### 2.2. Chỉ định điều trị nội khoa

- Thuốc chẹn alpha: được sử dụng ưu tiên cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình. Thuốc tác dụng sớm.

- Thuốc 5ARI: thuốc được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40mL. 5ARI có thể làm giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật. Thuốc có công dụng làm giảm kích thước tuyến tiền liệt và đạt hiệu quả lâm sàng tối đa bắt đầu từ tháng thứ 3.

- Phác đồ phối hợp 5ARI với thuốc chẹn alpha được chỉ định điều trị ưu tiên trong những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40 mL, Qmax giảm. Phác đồ phối hợp cũng có hiệu quả trong những trường hợp điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.

- Thuốc kháng muscarinic được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình đồng thời có triệu chứng của bàng quang nổi trội. Cần thận trọng đối với bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, chống chỉ định khi thể tích nước tiểu tồn lưu >100mL.

- Phác đồ phối hợp thuốc kháng muscarinic với thuốc chẹn alpha có thể được sử dụng khi mỗi thuốc hiệu quả chưa cao.

- Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.

- Các thảo dược hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng.

### **3. Điều trị ngoại khoa**

#### **3.1. Chỉ định**

- Chỉ định tuyệt đối:

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát
- Sỏi bàng quang
- Tiểu máu tái phát
- Bí tiểu cấp tái phát
- Giãn niệu quản nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính

- Chỉ tương đối: điều trị nội khoa không hiệu quả.

#### **3.2. Mở mở**

- Phương pháp: có thể dùng đường mổ vào qua bàng quang hay đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt.

- Chỉ định:

- Bệnh nhân có triệu chứng đường tiết niệu dưới và thể tích tuyến tiền liệt > 80mL
- Túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ
- Phẫu thuật nội soi thất bại
- Sỏi bàng quang to.

- Tai biến-biến chứng: đau nhiều hơn mổ nội soi, tử vong trong khi mổ < 0,25%, chảy máu và cần truyền máu 3-14%, tiểu không kiểm soát < 10%, hẹp cổ bàng quang và hẹp niệu đạo 6%.

#### **3.3. Cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo**

(TURP: Transurethral Resection of the Prostate)

- Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Dao cắt đơn cực.

- Chỉ định: Những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể tích tuyến < 80mL.

#### **3.4 Các thay đổi kỹ thuật nội soi qua niệu đạo**

- Xẻ rãnh tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo

Chỉ định: thể tích tuyến tiền liệt < 30mL và không có thùy giữa lớn. Nên chỉ định cho bệnh nhân < 60 tuổi.

- Phương pháp này ít biến chứng hơn so với cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo.

- Cắt đốt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực.

- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao cắt lưỡng cực

- Chỉ định: Như đối với cắt đốt bằng dao đơn cực.
  - Ưu điểm: So với cắt đốt bằng dao đơn cực thì hiệu quả tức thời tốt hơn, có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt.
- Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo
- Điều trị bằng nhiệt vi sóng dựa trên nguyên lý sử dụng bức xạ vi sóng phát ra từ một thiết bị an-ten đặt trong niệu đạo nhằm làm tăng nhiệt độ ở tuyến tiền liệt. Mô sẽ bị phá hủy khi nhiệt độ tăng lên trên ngưỡng gây độc tế bào ( $> 45^{\circ}\text{C}$ ).
  - Chỉ định: Giống chỉ định của TUNA.
- Hủy tuyến tiền liệt bằng kim nhiệt qua niệu đạo
- TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đông ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.
  - Chỉ định cho bệnh nhân không muốn, điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lạnh tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phóng tinh ngược dòng.
- \*Chú ý: Cần cảnh báo cho bệnh nhân về tỉ lệ phải điều trị lại cao và ít cải thiện về triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống. Phương pháp này không chỉ định cho bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt to ( $> 75\text{mL}$ ).
- Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Holmium:
- Sử dụng laser holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho:YAG) với bước sóng 2140nm để bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt. Đây là loại laser rắn.
  - Cắt tuyến tiền liệt nên chỉ định đối với tuyến  $< 60\text{mL}$ .
  - Bóc tuyến tiền liệt có thể áp dụng đối với tuyến lớn hơn.
- Bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh lục [532nm ('Greenlight') laser]
- Sự bốc hơi mô tuyến tiền liệt khi có sự tăng đột ngột nhiệt độ trong mô từ  $50^{\circ}\text{C}$  đến  $100^{\circ}\text{C}$  nhờ năng lượng của laser.
  - Chỉ định: Bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt bằng laser được chỉ định như cắt đốt nội soi qua niệu đạo.
  - Nhược điểm: Không có mẫu mô để làm giải phẫu bệnh lý.

### 3.5. Các biến chứng của phẫu thuật

- Chảy máu
- Tổn thương cơ quan lân cận
- Hội chứng cắt đốt nội soi
- Tiểu không kiểm soát
- Bí tiểu và nhiễm khuẩn đường tiết niệu
- Hẹp niệu đạo
- Xơ hóa và hẹp cổ bàng quang
- Rối loạn chức năng tình dục: Phóng tinh ngược dòng, rối loạn cương.

## IV. XỬ TRÍ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG

### 1. Bí tiểu cấp do tăng sinh lạnh tính tuyến tiền liệt

#### 1.1. Đặt thông niệu đạo-bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo-bàng quang: Dùng thông Foley 14-18Fr.
- Thuốc: Kháng sinh dùng đường uống hoặc tiêm, thuốc chẹn alpha.
- Nghiệm pháp rút thông thử: Cho rút thông Foley, thời gian rút: sau 3-5 ngày dùng thuốc chẹn alpha. Nếu bệnh nhân tiểu được, tiếp tục đánh giá để có thái độ xử trí tiếp. Nếu bệnh nhân không tiểu được, chọn lựa phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

### **1.2. Nếu thông niệu đạo-bàng quang thất bại**

- Tiến hành phẫu thuật mở bàng quang ra da (bằng trô-ca hoặc mổ mở). Sau đó đánh giá lại bệnh nhân và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

### **2. Suy thận do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt**

- Bệnh nhân có tình trạng dẫn niệu quản hai bên, cầu bàng quang mạn tính (bí tiểu mạn), urê và creatinin tăng cao. Tiến hành đặt thông niệu đạo-bàng quang cho bệnh nhân, sau 2-3 ngày thử lại các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.

- Nếu cải thiện và trở về bình thường, tiến hành đánh giá và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.
- Nếu xét nghiệm chức năng thận có thay đổi theo chiều hướng tốt lên nhưng chưa về bình thường, tiến hành phẫu thuật mở bàng quang ra da. Theo dõi và đánh giá tiếp cho đến khi chức năng thận trở về bình thường, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

**3. Tác nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính** có viêm mũ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, các bệnh lí nội khoa nặng: Phẫu thuật mở bàng quan ra da.

## **V. KẾT LUẬN**

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là bệnh thường gặp ở nam giới trên 60 tuổi. Ba thành phần mô học chủ yếu của bứu là mô sợi, mô tuyến và mô cơ trơn. Bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tiến triển chậm qua nhiều giai đoạn trong một thời gian dài. Phải nghĩ đến bệnh này ở bệnh nhân nam lớn tuổi có các triệu chứng đường tiết niệu dưới để có thể phát hiện sớm và điều trị có hiệu quả. Bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể đi kèm nhiều bệnh lí khác của đường tiết niệu dưới, và cần phân biệt với ung thư tuyến tiền liệt.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy, phần Ngoại khoa năm 2018.