

**THỜI ĐIỂM RÚT ống THÔNG TIỂU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI
QUA NIỆU ĐẠO CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT: THỰC TRẠNG, KẾT QUẢ
TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH**

Phan Văn Cường¹, Vũ Sơn¹, Phạm Tuấn Đạt^{1}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt (transurethral resection of the prostate - TURP) và các biến chứng liên quan, đồng thời đối chiếu kết quả với các khuyến nghị từ Guideline quốc tế và bằng chứng khoa học mới nhất. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 263 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật TURP tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình giai đoạn 2013 - 2023. **Kết quả:** Khối lượng tuyến tiền liệt trung bình qua siêu âm là $53,11 \pm 21,17$ gram. Thời gian lưu ống thông tiểu trung bình là $5,69 \pm 1,33$ ngày. Có 20 trường hợp bí tiểu sau khi rút ống thông. Thời gian lưu ống thông tiểu càng dài, nguy cơ bí tiểu sau rút ống thông càng tăng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thời gian lưu ống thông tiểu tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình tương đối dài so với xu hướng rút thông sớm trong các Guideline và nghiên cứu mới nhất của thế giới. Các chỉ định rút thông sớm cần được xem xét dựa trên tình trạng nước tiểu trong, không có cục máu đông và nhằm tối ưu hóa chăm sóc hậu phẫu và giảm thiểu biến chứng liên quan đến ống thông.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt; Ống thông tiểu; Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

**TIMING OF URINARY CATHETER REMOVAL AFTER
TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE:
CURRENT SITUATION AND OUTCOMES
AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate the current status of indwelling urinary catheterization duration following transurethral resection of the prostate (TURP) and the associated complications,

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

^{*}Tác giả liên hệ: Phạm Tuấn Đạt (dr.tuandatpham@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1587>

and to compare the results with recommendations from international guidelines and the latest scientific evidence. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 263 patients who underwent TURP at Thai Binh Medical University Hospital from 2013 to 2023. **Results:** The mean prostate volume measured by ultrasound was 53.11 ± 21.17 grams. The mean duration of catheterization was 5.69 ± 1.33 days. There were 20 cases of urinary retention after catheter removal. Longer catheterization duration was associated with a higher risk of post-removal urinary retention ($p < 0.05$). **Conclusion:** The urinary catheterization duration at Thai Binh Medical University Hospital is relatively long compared to the early removal approach recommended in current international guidelines and recent studies. Early catheter removal should be considered when urine is clear, without blood clots, to optimize postoperative care and minimize catheter-related complications.

Keywords: Transurethral resection of the prostate; Urinary catheter; Urinary tract infections.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi qua niệu đạo cắt tuyến tiền liệt là phương pháp điều trị ngoại khoa phổ biến và hiệu quả cho tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLT/TTL). Sau phẫu thuật, việc đặt ống thông tiểu là cần thiết để dẫn lưu nước tiểu, theo dõi tình trạng chảy máu và rửa bàng quang [1]. Tuy nhiên, thời điểm rút ống thông tiểu là quyết định lâm sàng có ý nghĩa quan trọng, trực tiếp liên quan đến tỷ lệ biến chứng, đặc biệt là nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông, cũng như thời gian nằm viện và sự hài lòng của BN [2, 3].

Trong bối cảnh y học hiện đại với các nguyên tắc phục hồi tăng cường sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS), xu hướng rút ống

thông tiểu sớm đã được thúc đẩy nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị và giảm gánh nặng cho hệ thống y tế [4]. Tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, phẫu thuật TURP đã được thực hiện thường quy. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm: *Đánh giá thực trạng thời gian lưu ống thông tiểu, các tai biến và biến chứng liên quan tại Khoa ngoại, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong giai đoạn 2013 - 2023, từ đó đưa ra các khuyến nghị phù hợp để nâng cao chất lượng chăm sóc BN.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 263 BN được phẫu thuật TURP bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Đại

học Y Thái Bình từ tháng 01/2013 - 6/2024.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN được TURP bằng dao điện đơn cực tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình; có kết quả giải phẫu bệnh lý TTL là TSLT/TTL; hồ sơ lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình có đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

Những trường hợp được phẫu thuật ở cơ sở y tế khác chuyển đến điều trị tiếp; hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

** Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* Cỡ mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ đối tượng có đủ điều kiện tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận 263 BN đủ điều kiện lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

** Thu thập số liệu:* Ghi nhận từ hồ sơ bệnh án các thông tin liên quan đến thời điểm rút sonde tiểu sau phẫu thuật, các tai biến, biến chứng liên quan.

** Xử lý số liệu:* Số liệu được kiểm tra, phiếu điều tra không đầy đủ các thông tin sẽ loại bỏ khỏi mẫu nghiên cứu. Một số biến được trình bày dưới dạng biểu đồ. So sánh sự khác biệt bằng test χ^2 (Chi-square test) với các biến định tính; Student T-test với các giá trị trung bình giữa hai nhóm, ANOVA test với ≥ 3 giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá mức độ tương quan với 3 mức: Lỏng lẻo, chặt chẽ, rất chặt chẽ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định trong nghiên cứu của Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đại học Y Thái Bình cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm liên quan đến quá trình phẫu thuật và hậu phẫu

Bảng 1. Thời gian lưu ống thông và khối lượng TTL (n = 263).

Biến số	Giá trị trung bình			r	p
	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max		
Khối lượng TTL (g)	53,11 $\pm$ 21,17	21	166	0,20	0,001
Thời gian lưu ống thông (ngày)	5,58 $\pm$ 0,96	4	11		

Có mối liên quan thuận lỏng lẻo giữa khối lượng TTL và thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật ($r = +0,20$). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Thời gian lưu ống thông tiểu và thời gian phẫu thuật (n = 263).

Biến số	Giá trị trung bình			r	p
	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max		
Thời gian phẫu thuật (phút)	66,88 $\pm$ 20,38	30	120	+0,03	0,63
Thời gian lưu ống thông (ngày)	5,58 $\pm$ 0,96	4	11		

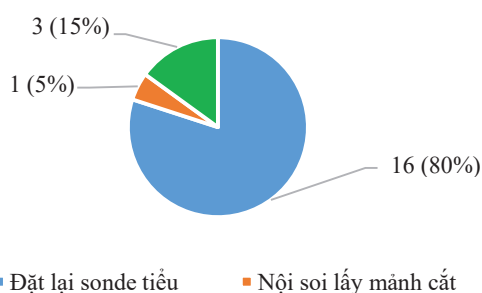
Có mối liên quan thuận lỏng lẻo giữa thời gian phẫu thuật và thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật ($r = +0,03$). Tuy nhiên mối liên quan này không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Khả năng tiểu tiện và thời gian lưu thông tiểu lần đầu (n = 263).

Khả năng tiểu tiện sau rút ống thông	Thời gian lưu ống thông tiểu (ngày)				p
	n	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	
Tiểu được	243	5,55 $\pm$ 0,90	4	11	0,02
Bí tiểu	20	5,95 $\pm$ 1,53	5	11	
Tổng	263*	5,58 $\pm$ 0,96	4	11	

(*: Có 01/264 trường hợp chuyển tuyến ngày thứ 2 sau mổ vì xuất hiện cơn đau thắt ngực)

Có 20 trường hợp bí tiểu sau khi rút ống thông. Thời gian lưu ống thông tiểu càng dài, nguy cơ bí tiểu sau rút ống thông càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

**Biểu đồ 1.** Xử lý bí tiểu sau rút ống thông sau phẫu thuật (n = 20).

Có 16 BN (80,0%) đặt lại thông tiểu. Có 4 BN can thiệp đặt lại máy soi bàng quang khi kết quả siêu âm thấy hình ảnh tăng âm trong lòng bàng quang, bơm rửa bàng quang không có kết quả. Trong 1/4 BN (5,0%) nội soi lấy mảnh cắt, 3 BN (15,0%) nội soi lấy máu cục và đặt lại thông tiểu. Tất cả các trường hợp này sau rút thông tiểu lần 2 đều tiểu tiện được.

BÀN LUẬN

Quyết định thời điểm rút ống thông tiểu sau TURP là một trong những khía cạnh quan trọng nhất trong chăm sóc hậu phẫu, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng sống, thời gian phục hồi của BN và nguy cơ biến chứng.

1. Thời gian lưu ống thông tiểu và so sánh với các nghiên cứu khác

Qua nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật càng dài thì thời gian lưu ống thông càng lâu; có thể do thời gian phẫu thuật kéo dài thì nhiều nguy cơ có thể xảy ra, do đó phẫu thuật viên có xu hướng chỉ định lưu ống thông tiểu lâu hơn. Tuy nhiên, thời gian lưu ống thông tiểu sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong nước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, thời gian lưu ống thông tiểu trung bình là $5,69 \pm 1,33$ ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Văn Công và CS [1] tại một trung tâm y tế khác ở Việt Nam, nhưng dài hơn so với nghiên cứu của Đỗ Văn Hưng và CS ($4,9 \pm 1,4$ ngày) [5].

** Nguy cơ của việc lưu ống thông tiểu dài ngày:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lưu ống thông tiểu kéo dài với thời gian

trung bình là 5,69 ngày tiềm ẩn nhiều nguy cơ. Nguy cơ lớn nhất là nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông. Ống thông tiểu cung cấp đường trực tiếp cho vi khuẩn xâm nhập vào đường tiết niệu, và nguy cơ nhiễm khuẩn tăng tỷ lệ thuận với thời gian lưu ống thông [2, 3]. Ngoài ra, việc lưu ống thông dài ngày còn gây khó chịu đáng kể cho BN, hạn chế vận động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [3]. Nó cũng kéo dài thời gian nằm viện, tăng gánh nặng kinh tế cho BN và hệ thống y tế.

** Nguy cơ của việc rút ống thông tiểu quá sớm:*

Mặc dù xu hướng là rút thông sớm, việc thực hiện quá vội vàng khi BN chưa đạt đủ tiêu chuẩn lâm sàng có thể dẫn đến các biến chứng:

Bí tiểu cấp sau rút ống thông (Acute Urinary Retention - AUR): Đây là biến chứng phổ biến nhất khi rút thông sớm [6], xảy ra khi bàng quang không thể tổng xuất nước tiểu hiệu quả do phù nề niệu đạo/cổ bàng quang sau mổ hoặc do rối loạn chức năng bàng quang từ trước. Điều này đòi hỏi phải đặt lại ống thông tiểu, gây khó chịu và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Tỷ lệ bí tiểu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,6%, cần được quản lý thận trọng khi rút thông.

Chảy máu tái phát: Chảy máu có thể tái diễn nếu các mạch máu nhỏ ở bề mặt cắt chưa ổn định hoàn toàn khi ống thông được rút ra, hoặc do cục máu đông bong ra gây chảy máu mới.

Trong nghiên cứu này, sau rút ống thông tiểu, có 243 BN tiểu tiện được, 20 BN bí tiểu sau khi rút ống thông. Kết quả trình bày tại biểu đồ 1 cho thấy trong số 20 trường hợp bí tiểu sau rút ống thông, có 16 BN (80,0%) đặt lại ống thông, 1 BN (5,0%) nội soi lấy mảnh cắt, 3 BN (15,0%) nội soi lấy máu cục và đặt lại ống thông. Tất cả các BN này sau rút ống thông lần 2 đều tiểu tiện được.

Chúng tôi nhận thấy thời gian lưu ống thông tiểu càng dài, nguy cơ bí tiểu sau rút ống thông càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tác giả Lê Đình Đạm và CS (2023) [7] nghiên cứu và nhận thấy việc rút ống thông tiểu sớm (≤ 2 ngày) sau phẫu thuật TURP là an toàn, giúp giảm biến chứng và thời gian nằm viện. Sự khác biệt rõ rệt này cho thấy tiềm năng đáng kể trong việc tối ưu hóa quy trình quản lý ống thông tiểu tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế về xu hướng rút ống sớm, sự khác biệt trở nên rõ rệt. Nghiên cứu của Sarwar N và CS (2017) [8] đã chứng minh việc rút ống thông tiểu trong vòng

23 giờ là an toàn và không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng như chảy máu, thủng bao xơ, nhiễm trùng tiết niệu liên quan đến ống thông hoặc tái nhập viện. Xu hướng chung của các Guideline quốc tế (như Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) [9], Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU) [10]) cũng khuyến khích rút ống sớm khi điều kiện lâm sàng cho phép.

2. Chỉ định rút ống thông tiểu theo các hướng dẫn

Các Guideline quốc tế mới nhất, đặc biệt là của AUA [9] và EAU [10], trong khuôn khổ các ERAS, đều khuyến nghị rút ống thông tiểu sớm khi an toàn, thường trong vòng 24 - 48 giờ sau TURP [6, 8, 9]. Các chỉ định rút ống thông tiểu dựa trên các tiêu chí lâm sàng chặt chẽ như sau:

* Tiêu chí bắt buộc:

Nước tiểu trong hoàn toàn hoặc chỉ còn rất ít máu hồng nhạt: Đây là dấu hiệu quan trọng nhất cho thấy cầm máu đã ổn định và không còn chảy máu đang hoạt động. Các Guideline nhấn mạnh nước tiểu không có cục máu đông gây tắc nghẽn.

Tình trạng huyết động của BN ổn định: Không có dấu hiệu mất máu đáng kể hoặc cần truyền máu.

BN tỉnh táo và hợp tác tốt: Có khả năng hiểu và tuân thủ các hướng dẫn sau

rút thông, tự đi tiểu và báo cáo các triệu chứng bất thường.

* *Các yếu tố hỗ trợ:*

Phẫu thuật diễn ra suôn sẻ: Không có biến chứng nghiêm trọng trong mổ như tổn thương niệu đạo hoặc thủng bao xơ đáng kể.

BN không sốt tại thời điểm rút ống thông tiểu.

Thể tích TTL và lượng mô cắt bỏ không quá lớn: Một số bằng chứng cho thấy TTL nhỏ hơn hoặc lượng mô cắt bỏ ít hơn có nguy cơ biến chứng thấp hơn khi rút thông sớm.

Không có tiền sử bí tiểu cấp kéo dài hoặc bàng quang thần kinh trước mổ: Những yếu tố này làm tăng nguy cơ bí tiểu sau rút thông.

Có quy trình theo dõi sát sao sau rút thông: Bao gồm đo thể tích nước tiểu tồn dư (PVR) bằng siêu âm và khả năng tái đặt ống thông dễ dàng nếu cần thiết, đây là phần quan trọng của các phác đồ ERAS [3].

KẾT LUẬN

Thời gian lưu ống thông tiểu trung bình sau TURP tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là $5,69 \pm 1,33$ ngày, với 7,6% BN bí tiểu sau rút ($p < 0,05$). Lưu thông lâu làm tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện. Rút thông sớm khi đủ điều kiện lâm sàng có thể giảm biến chứng và tối ưu hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Công, Vũ Thị Hoàng Anh. Kết quả nội soi cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *TNU Journal of Science and Technology*. 2021; 226(05):24-28.
2. Pickard R, MacLennan G, Starr K, et al. Patient-reported outcomes after transurethral resection of the prostate: A 5-year follow-up study. *BJU International*. 2015; 116(3):439-446.
3. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; 50(5):625-663.
4. Gillessen A, Rentsch C, Aebi S, et al. Implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) program in major urological surgery: An interventional study. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(11):3810.
5. Đỗ Văn Hưng, Hoàng Long. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực ở người bệnh có bệnh lý tim mạch. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 505(2):29-33.

6. Kynes JM, et al. Predicting failure of trial of void after catheter removal following transurethral resection of the prostate. *Journal of Urology*. 2020; 203(4):788-794.
7. Lê Đình Đạm, Trần Quý Đôn, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Nhật Minh, Nguyễn Trường An, Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh. Đánh giá kết quả rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 528(Chuyên đề):49-55.
8. Sarwar N, Rahman I, Khan MS, et al. Early catheter removal after transurethral resection of the prostate: A prospective study. *Urology*. 2017; 99:173-177.
9. American Urological Association (AUA). Guidelines on the management of benign prostatic hyperplasia. 2024. Available from: <https://www.auanet.org/guidelines>. Accessed July 26, 2025.
10. Gravas S, Cornford P, Gacci M, et al. European Association of Urology (EAU). *Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), including benign prostatic obstruction (BPO)*. 2024. Available from: <https://www.uroweb.org/guidelines>. Accessed July 26, 2025.