

TẮC NGHẼN ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI DO PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Nguyễn Vũ^{1,2}, Lương Thanh Tú¹
Ngô Đậu Quyền^{1,3}, Trần Minh Tuấn¹
Phạm Thanh Hải¹, Đỗ Trường Thành^{1,3}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Báo cáo 2 ca bí tiểu sau ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và đánh giá kết quả điều trị lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, phân tích hồ sơ của 2 bệnh nhân (BN), gồm lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Ca 1 là BN nam, 62 tuổi, có tiền sử phì đại lành tính tuyến tiền liệt (benign prostatic hyperplasia - BPH), xuất hiện bí tiểu vào ngày thứ 14 sau ghép thận. Điều trị nội khoa không hiệu quả, creatinine máu tăng sau khi rút sonde tiểu. BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt, chức năng thận ghép phục hồi tốt; ca 2 là BN nam, 50 tuổi, mắc đái tháo đường, bị nhiễm khuẩn huyết do áp xe tuyến tiền liệt sau ghép thận. Sau điều trị kháng sinh tích cực, BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt. Chức năng thận trở về mức nền. **Kết luận:** Ở nam giới ≥ 50 tuổi, cần tầm soát và can thiệp BPH trước ghép thận nếu có chỉ định. Can thiệp sớm ở BN có tắc nghẽn đường tiểu dưới giúp cải thiện triệu chứng và bảo tồn chức năng thận ghép.

Từ khóa: Bí tiểu; Ghép thận; Phì đại lành tính tuyến tiền liệt; Tắc nghẽn đường tiểu dưới.

LOWER URINARY TRACT OBSTRUCTION DUE TO BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: A CLINICAL CASE REPORT

Abstract

Objectives: To report 2 cases of post-transplant urinary retention at VietDuc University Hospital and compare clinical outcomes. **Methods:** A descriptive,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Lê Nguyễn Vũ (nguyenvu.urologist@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1590>

analysed study was conducted on 2 kidney transplant recipients, including clinical presentation, management, and follow-up outcomes. **Results:** Case 1 was a 62-year-old male with BPH, developing urinary retention on postoperative day 14. Medical therapy was ineffective, and serum creatinine increased after catheter removal. Transurethral resection of the prostate (TURP) restored graft function; case 2 was a 50-year-old male with diabetes mellitus, developing sepsis due to a prostatic abscess post-transplantation. After intensive antibiotic therapy, TURP and abscess drainage into the bladder were performed, with renal function returning to baseline. **Conclusion:** In males aged ≥ 50 years, pre-transplant evaluation and management of BPH are essential. Early intervention for lower urinary tract obstruction improves symptoms and preserves graft function.

Keywords: Urinary retention; Kidney transplantation; Benign prostatic hyperplasia; Lower urinary tract obstruction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu, cải thiện chất lượng sống và kéo dài thời gian sống ở BN suy thận mạn giai đoạn cuối. Ở nam giới > 50 tuổi, bí tiểu do tắc nghẽn đường tiểu dưới là biến chứng thường gặp, có thể xảy ra sớm hoặc muộn sau ghép. Nguyên nhân chính bao gồm hẹp cổ bàng quang hoặc BPH. Chẩn đoán và điều trị sớm tắc nghẽn đường tiểu dưới là yếu tố quyết định để bảo tồn chức năng thận ghép. Bí tiểu cấp sau ghép thận, dù hiếm gặp, có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng nếu không được xử trí kịp thời. Nam giới cao tuổi với BPH là nhóm nguy cơ cao. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật đúng thời điểm giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng và bảo tồn chức năng thận ghép. Nghiên cứu mô tả 2 ca lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 11/2024 - 02/2025 nhằm: *Chia sẻ*

kinh nghiệm xử trí ngoại khoa và chỉ định các trường hợp bí tiểu do phì đại tiền liệt tuyến ở BN ghép thận.

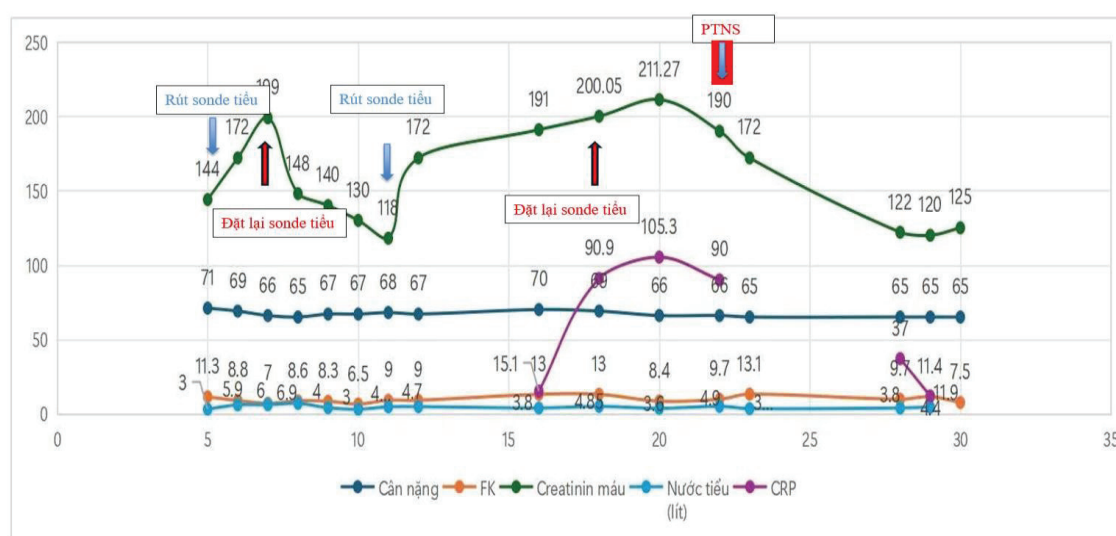
GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

1. Ca lâm sàng 1

BN N.V.C, nam, 62 tuổi, có tiền sử ghép thận lần thứ nhất tính đến thời điểm nghiên cứu là 7 năm. BN được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn V tiến triển trong 1 năm. Lần này, BN được ghép thận lần thứ hai từ người hiến chết não vào tháng 12/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Sau ghép, chức năng thận tiến triển tốt, creatinine máu trước ghép là $862 \mu\text{mol/L}$, giảm còn $144 \mu\text{mol/L}$ sau 5 ngày. Ngày thứ 5 sau ghép, BN được rút sonde tiểu, xuất hiện triệu chứng tiểu khó, creatinine máu tăng lên $172 - 199 \mu\text{mol/L}$. BN được đặt lại sonde tiểu và điều trị bằng alfuzosin (Xatral) đường uống, creatinine

giảm ngay còn 148 - 140 - 130 $\mu\text{mol/L}$. Siêu âm đài bể thận không giãn, thận ghép phân bố mạch máu bình thường với RI 0,68, tiền liệt tuyến kích thước tương đương 50cm^3 , có chỉ số lùi vào bàng quang 18mm. Thuốc thải ghép: Pred + Prograf 4,5mg/4,5mg + Myfortic 720mg/720mg. Sau 4 ngày, rút sonde tiểu nhưng BN xuất hiện triệu chứng

tiểu khó tái phát, creatinine tăng lên 118 - 172 - 191 - 211 $\mu\text{mol/L}$. BN điều trị nội khoa tích cực, không cải thiện, CRP có xu hướng tăng lên từ 90,9 - 105 mg/L. BN vẫn tiểu tốt, không tăng cân, không có dấu hiệu thải ghép trên lâm sàng. Khi đặt lại sonde tiểu, creatinine máu giảm xuống 190 $\mu\text{mol/L}$, BN không còn triệu chứng bí tiểu.



Biểu đồ 1. Diễn biến sau ghép liên quan đến tắc nghẽn đường tiểu dưới.

Khám trực tràng ghi nhận tuyến tiền liệt phì đại, mềm, không đau. Siêu âm tuyến tiền liệt cho thấy kích thước $\sim 56\text{cm}^3$, lùi nhiều vào bàng quang. Thận ghép kích thước bình thường, đài bể thận không giãn, chỉ số kháng (resistive index - RI) tăng nhẹ 0,76. PSA trong giới hạn bình thường. BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt (TURP) vào ngày thứ 22 sau ghép. Trong mổ, quan sát thấy tuyến

tiền liệt phì đại hai thùy bên và lùi vào bàng quang, ca mổ diễn ra thuận lợi. Sau mổ, BN ổn định, rút sonde tiểu sau 5 ngày, tiểu dễ, creatinine máu giảm nhanh còn 122 $\mu\text{mol/L}$. Sau 1 tháng, chỉ số IPSS (International Prostate Symptom Score) thấp. BN duy trì điều trị với prednisone 5mg, tacrolimus 3,5 mg/ngày, và certican 2 mg/ngày. Sau 3 tháng, creatinine máu ổn định ở mức 125 $\mu\text{mol/L}$.



Hình 1. Trong mô, tiền liệt tuyến to 2 thùy bên.

2. Ca lâm sàng 2

BN N.Q.S, nam, 50 tuổi, mắc đái tháo đường type 2 nhiều năm, điều trị bằng insulin. Năm 2019, BN được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn II do đái tháo đường, điều trị bảo tồn. Đến tháng 3/2024, suy thận mạn tiến triển giai đoạn V, phải lọc máu chu kỳ, lượng nước tiểu còn 1,5L/24 giờ. BN được ghép thận từ người cho sống vào tháng 11/2024, hòa hợp HLA 5/6. Sau ghép, BN ra viện với creatinine máu 133,22 $\mu\text{mol/L}$, hemoglobin 12,4 g/dL. BN duy trì thuốc ức chế miễn dịch: Mycophenolate mofetil 1.000mg x 2 lần/ngày, tacrolimus 2mg x 2 lần/ngày, prednisone 5 mg/ngày; nồng độ tacrolimus 7,8 ng/mL. Đái tháo đường được kiểm soát bằng insulin (20 - 18 UI/ngày), glucose máu 8,15 mmol/L. Hai tháng sau ghép, BN xuất hiện tiêu buốt, tiểu dắt, tiểu đêm nhiều lần kèm sốt 38°C. BN nhập viện tại bệnh viện tỉnh, được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu, điều trị bằng kháng sinh quinolone

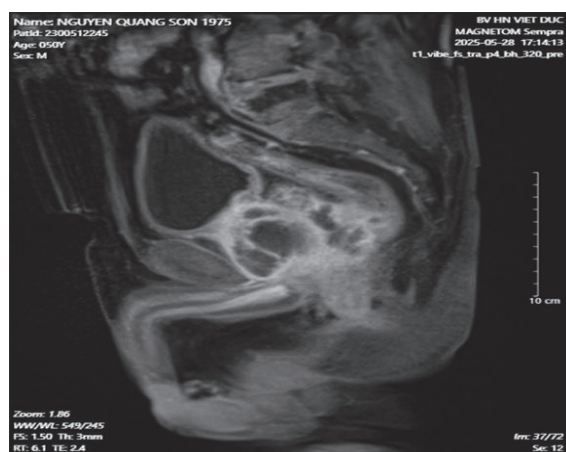
1 g/ngày và cephalosporin 3 g/ngày trong 14 ngày. Sau điều trị, BN hết sốt nhưng vẫn còn tiểu dắt, tiểu đêm và tiểu khó. Siêu âm ngày 30/5/2025 ghi nhận khối áp xe tuyến tiền liệt kích thước 83 x 61 x 55mm (~120cm³), với ổ dịch lớn nhất 36 x 38mm ở thùy trái, ranh giới không đều, tăng sinh mạch mạnh. Đài bể thận giãn nhẹ, chỉ số RI tăng (0,77 - 0,83). Khám trực tràng ghi nhận tuyến tiền liệt phì đại, căng, đau tức, không có mủ qua niệu đạo. Chụp MRI xác nhận nhiều ổ áp xe tuyến tiền liệt, ổ lớn nhất 55 x 56mm, thành bàng quang dày, không có dịch tự do trong ổ bụng. Xét nghiệm máu thấy hồng cầu 3,7 T/L, hemoglobin 94 g/L, bạch cầu 11,57 G/L (bạch cầu đa nhân trung tính 10,05 G/L), creatinine máu 126 $\mu\text{mol/L}$. Cây nước tiểu phát hiện *E. coli* (10³ CFU/mL), nhạy với ertapenem, imipenem, meropenem, amikacin, fosfomycin; kháng cephalosporin, levofloxacin, norfloxacin. Thuốc thải ghép: Pred+ Prograf 3mg + Mycophenolat mofetil giảm dần 500mg/500mg. BN

được điều trị bằng ertapenem (Invanz) 1 g/ngày trong 5 ngày, cấy nước tiểu lần hai âm tính. Siêu âm trước mổ cho thấy ổ áp xe tuyến tiền liệt kích thước còn 48 x 52mm. BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt và dẫn lưu ổ áp xe vào bàng quang sau 1 tuần điều trị kháng sinh. Trong mổ, quan sát thấy tuyến tiền liệt phì đại

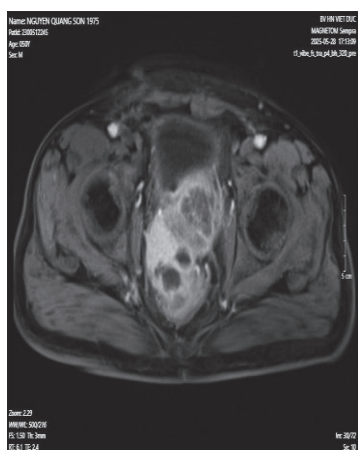
hai thùy, nhiều vị trí chảy mủ trắng vào niệu đạo, đặc biệt ở thùy trái. Sau mổ, BN sốt 38°C vào đêm hậu phẫu ngày thứ nhất, được bổ sung fosfomycin 1 g/ngày và metronidazole 0,5 g/ngày trong 5 ngày. Xét nghiệm sau mổ thấy bạch cầu 7,71 G/L, bạch cầu đa nhân trung tính 72,7%, creatinine máu 110,3 $\mu\text{mol/L}$.



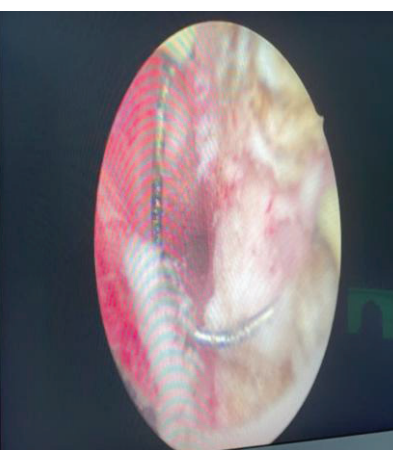
Hình 2. Áp xe TLT dưới siêu âm.



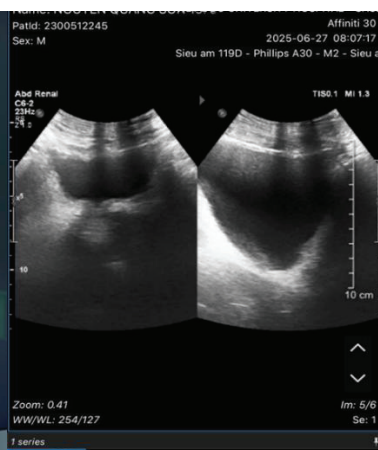
Hình 3. Nhiều ổ áp xe TLT.



Hình 4. Trước mổ TLT.



Hình 5. Nội soi phá bỏ ổ áp xe.



Hình 6. Siêu âm sau mổ 1 tháng.

Rút sonde tiểu sau 7 ngày, BN ra viện không sốt, không tiểu máu, tiểu không kiểm soát nhẹ (cải thiện hoàn toàn sau 1 tháng). Siêu âm sau 1 tháng cho thấy thận ghép bình thường, đài bể thận không giãn, tuyến tiền liệt kích thước 52 x 39 x 40mm, không còn ổ áp xe. Chỉ số IPSS thấp. BN duy trì kháng sinh (augmentin 1 g/ngày + ciprofloxacin 0,5 g/ngày x 2 tuần) + prednisone 5mg, prograf (tacrolimus) 1,5mg x 2 lần/ngày, MMF (mycophenolate mofetil) 500mg x 2 lần/ngày. Sau 3 tháng, BN tiểu tốt, không sốt, IPSS nhẹ 4 - 5 điểm, creatinine máu 129 μ mol/L, glucose máu 9,2 mmol/L.

BÀN LUẬN

Chức năng bàng quang có thể giảm do không sử dụng trong thời gian chạy thận kéo dài. Sau ghép thận, nhờ lượng nước tiểu tăng trở lại, bàng quang có thể hồi phục đáng kể, kể cả ở các trường hợp bàng quang teo trước đó. Ở những BN suy thận mạn vô niệu hoặc thiếu niệu, hẹp cổ bàng quang - tuyến tiền liệt thường không có triệu chứng rõ ràng trước ghép và chỉ khi ghép thận ổn định, tiểu hồi phục sau ghép, các rối loạn tiểu tiện mới biểu hiện rõ. Nếu BN có biểu hiện của tắc nghẽn đường tiết niệu khi đang chờ ghép thực hiện phẫu thuật nội soi tuyến tiền liệt, nguy cơ xơ hóa cổ bàng quang và sẹo tại vùng tuyến rất cao, khiến việc can thiệp này khó chấp

nhận trước ghép [1]. Trong trường hợp này, nội soi qua đường niệu đạo để cắt u hoặc rạch cổ tuyến tiền liệt là lựa chọn phù hợp sau ghép. Tuy nhiên, vẫn còn tranh cãi về thời điểm tối ưu để can thiệp, có thể thực hiện sớm ngay sau ghép hay nên chờ cho vết mổ và đặc biệt là miệng nối niệu quản - bàng quang ổn định. Nếu chọn phương án trì hoãn, có thể đối mặt với nguy cơ bí tiểu cấp ở BN đang dùng thuốc ức chế miễn dịch sau ghép, từ đó phải đặt sonde dài ngày làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và gây suy giảm chức năng thận ghép, biểu hiện tăng creatinine máu và CRP tăng lên (tương tự BN số 1). Hơn nữa, nếu thực hiện phẫu thuật sớm trên miệng nối còn mới, có thể lo ngại ảnh hưởng đến vị trí nối niệu quản. Điều trị nội khoa tối ưu là điều kiện tiên quyết để đảm bảo sự thành công của ghép thận. Bên cạnh đó, chức năng bàng quang ổn định cũng là yếu tố then chốt. Sau ghép, lượng nước tiểu tăng đột ngột có thể làm bộc lộ hoặc làm nặng thêm tình trạng BPH hoặc tắc nghẽn đường thoát nước tiểu, dẫn đến bí tiểu. Bí tiểu là biểu hiện lâm sàng nổi bật nhất và trong giai đoạn sớm sau ghép, áp lực bàng quang tăng cao do co bóp cơ detrusor có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng thận ghép. Tình trạng này có thể gây rò nối niệu - bàng quang hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu nặng thông qua đường niệu quản, đặc biệt trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Hiện có

hai lựa chọn điều trị là nội khoa và phẫu thuật [2]. Nhóm thuốc chẹn alpha (alpha-blockers) là lựa chọn nội khoa đầu tay, hiệu quả trong các trường hợp có hội chứng đường tiểu dưới (LUTS) tắc nghẽn mức độ từ nhẹ đến trung bình. Đáng chú ý, nếu sử dụng alpha-blockers trước ghép ở BN có chẩn đoán phì đại tiền liệt tuyến, triệu chứng LUTS sau ghép có thể giảm rõ rệt. Tuy nhiên, việc chọn đúng BN vẫn là thách thức vì khó đánh giá đầy đủ tuyến tiền liệt ở những người sống trong tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu do chạy thận kéo dài. Một số tác giả đề xuất nên trì hoãn nội soi can thiệp niệu đạo cho đến sau khi ghép thận, ngay cả khi BN có phì đại tiền liệt tuyến do nguy cơ biến chứng sau mổ cao hơn ở nhóm BN này. Nội soi qua đường niệu đạo trước ghép ở BN vô niệu có thể làm tăng nguy cơ hẹp cổ bàng quang. Chúng tôi thường lựa chọn nút mạch tiền liệt tuyến là như phương án thay thế khả thi cho mổ nội soi qua đường niệu đạo trong điều trị BN tắc nghẽn đường tiểu dưới, đặc biệt ở những BN có thể tích tuyến tiền liệt nhỏ ($< 30\text{cm}^3$). Tác giả Marinho (2021) [3] ghi nhận bí tiểu cấp xảy ra ở khoảng 4,6% BN nam > 55 tuổi với sản lượng tiểu thấp trước mổ. Tác giả Tsaur (2010) [4] quan sát thấy 27% rối loạn đi tiểu ở BN nam cao tuổi ghép thận. Tác giả Bahadir (2024) [5] nhận

thấy LUTS sau ghép dao động từ 5,8 - 33%, với phì đại tuyến tiền liệt là nguyên nhân chính. Tuổi cao và thời gian chạy thận dài là những yếu tố nguy cơ rõ rệt làm tăng khả năng bí tiểu sau ghép. Tác giả Gratzke và CS [6] ghi nhận nguy cơ cao ở BN ≥ 60 tuổi và thời gian lọc máu > 120 tháng. Điều này gợi ý bí tiểu sau ghép không chỉ do BPH mà còn liên quan đến hẹp cổ bàng quang chức năng - hậu quả của tình trạng vô niệu/thiếu niệu kéo dài. Vấn đề đáng quan tâm khác là nhiễm khuẩn huyết sau nội soi cắt u phì đại ở những BN có ghép tạng, đặc biệt ở BN suy giảm miễn dịch sau ghép - có thể dẫn đến nhiễm trùng nặng, thậm chí mất thận ghép. BN số 2 của chúng tôi đã diễn biến từ phì đại tiền liệt tuyến điều trị nội khoa thành áp xe tiền liệt tuyến trên nền bệnh lý đái tháo đường ở BN sau ghép. Tác giả Reinberg và CS [7, 8] từng báo cáo 1 ca tử vong do nhiễm nấm candida sau can thiệp qua đường niệu đạo sớm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, mặc dù có 13,1% BN bị nhiễm trùng tiết niệu, nhưng tất cả đều là nhiễm khuẩn không triệu chứng và đáp ứng tốt với kháng sinh, không làm ảnh hưởng đến chức năng ghép. Một lo ngại khác là nguy cơ tổn thương miệng nối niệu quản - bàng quang trong quá trình nội soi sớm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tất cả BN được kiểm tra bàng

quang bằng bơm thuốc cản quang trước mổ và không ghi nhận rò. Khi mổ, nhóm tác giả duy trì áp lực tưới thấp và cầm máu kỹ nhằm hạn chế tụ máu và đảm bảo an toàn nôi. Tác giả Vedrine (2009) [9] thực hiện nội soi qua niệu đạo cắt phì đại tiền liệt tuyến trung bình 15 ngày, IPSS sau 34 tháng trung bình là 4, không suy chức năng thận ghép. Tác giả Volpe và CS [7] đã thực hiện nghiên cứu tiến cứu trên 314 nam giới sau ghép thận, trong đó 103 BN (32,8%) xuất hiện LUTS trong giai đoạn theo dõi từ 4 - 5 năm. Trong số đó, 32 BN được chỉ định TURP, ghi nhận cải thiện đáng kể cả về triệu chứng cơ năng lẫn các thông số niệu động học (Qmax, PVR). Đặc biệt, creatinine huyết thanh giảm sau 1 và 6 tháng, và duy trì ở mức thấp hơn so với trước mổ tại thời điểm 2 và 4 năm. Tác giả Sarier và CS (2018) [2] tiến hành trên 38 BN nội soi qua đường niệu đạo, Qmax tăng từ 8,2 lên 22,4 mL/s, creatinine giảm từ 1,8 xuống 1,4 mg/dL, biến chứng nhẹ. Các nghiên cứu của Vedrine (2009), Volpe (2013) và Sarier (2018) đều xác nhận nội soi qua đường niệu đạo trong vòng 30 ngày sau ghép là an toàn, không ảnh hưởng nôi niệu - bàng quang [2, 7, 9], Qmax cải thiện rõ rệt, creatinine giảm hoặc ổn định. Tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là nhiễm trùng tiểu nhẹ. Phẫu thuật sớm giúp giảm thời gian đặt sonde niệu đạo và nguy cơ ú nước thận.

KẾT LUẬN

Tắc nghẽn đường tiểu dưới sau ghép thận vẫn xảy ra, đặc biệt ở nam giới cao tuổi có bệnh lý tiền liệt tuyến. Can thiệp kịp thời giúp cải thiện dòng tiểu và bảo tồn chức năng thận ghép. Cần tầm soát rối loạn tiểu tiện và tình trạng tuyến tiền liệt ở nam giới ≥ 50 tuổi trước ghép để xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này thực hiện theo quy định của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội với mã số đề tài: QG.24.51. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yanishi M, Kawa G, Nakamoto T, et al. Lower urinary tract symptoms and functions after kidney transplantation at our hospital. *Jpn J Urol.* 2015; 106(4):249-254.
2. Sarier M, Tekin S, Yuksel Y, et al. Early TURP/TUIP postrenal transplant: A prospective study. *Turk J Urol.* 2018; 44(3):123-129.
3. Marinho AC, Costa R, Antunes H, et al. Acute urinary retention after kidney transplant: Effect on graft function. *Transplant Proc.* 2021; 53(5):1532-1537.

4. Tsaur I, Jones J, Melamed RJ, et al. Postoperative voiding dysfunction in older male renal transplant recipients. *Transplant Proc.* 2010; 42(9):3585-3589.
5. Bahadir HB, Erdogan O, Tzel M, et al. Prevalence of male LUTS after kidney transplantation: systematic review. *BJU Int.* 2024; 133(1):12-20.
6. Gratzke C, Pahde A, Dickmann M, et al. Predictive factors for urinary retention following kidney transplantation in male patients. *Scand J Urol Nephrol.* 2012; 46(1):44-47.
7. Volpe A, Billia M, Quaglia M, et al. Long-term outcomes of TURP after kidney transplantation. *BJU Int.* 2013; 112(2):154-159.
8. Reinberg Y, Manivel JC, Sidi AA, Ercole CJ. Transurethral resection of prostate immediately after renal transplantation. *Urology.* 1992; 39(4):319-321.
9. Vedrine N, Ginguené C, Houlgatte A. Résection transurétrale de prostate après transplantation rénale. *Progrès en Urologie.* 2009; 19(6):391-395.