

Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính TUYẾN TIỀN LIỆT

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI, 2014

CÁC TÁC GIẢ

PGS.TS. VŨ LÊ CHUYỀN

Chủ tịch Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Phó Giám đốc bệnh viện Bình dân, TP. HCM.

PGS.TS. VŨ NGUYỄN KHẢI CA

Phó Chủ tịch Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Trưởng khoa Tiết niệu bệnh viện Việt Đức, Hà nội

PGS.TS. VÕ TAM

Phó Chủ tịch Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Phó Hiệu trưởng trường Đại học Y Dược Huế

PGS.TS. TRẦN VĂN HÌNH

Phó Chủ tịch Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Chủ nhiệm Bộ môn Tiết niệu, Học viện Quân Y, Hà nội

PGS. TS. HÀ PHAN HẢI AN

Phó Chủ tịch Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Trưởng khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện Việt Đức, Hà nội

PGS.TS. NGUYỄN CÔNG BÌNH

Phó Chủ tịch Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Phó Giám đốc bệnh viện Việt Tiệp, Hải phòng

GS.TS. TRẦN NGỌC SINH

Tổng thư ký Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Trưởng Bộ môn Ngoại Tiết niệu, Đại học Y Dược TP HCM

PGS. TS. LÊ ĐÌNH KHÁNH

Phó Tổng thư ký Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Phó Trưởng Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Dược Huế

TS. TRẦN ĐỨC

Phó Tổng thư ký Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam
Phó Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện
Trung ương quân đội 108, Hà Nội

TS. ĐÀO QUANG OÁNH

Ủy viên Ban chấp hành Hội Tiết niệu Thận học
Việt nam
Cố vấn chuyên môn bệnh viện Bình dân, TP HCM

PGS.TS. HOÀNG VĂN TÙNG

Ủy viên Ban chấp hành Hội Tiết niệu Thận học
Việt nam
Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Trung
ương Huế

PGS. TS. NGUYỄN TRƯỜNG AN

Trưởng bộ môn Phẫu thuật thực hành, Trường
Đại học Y Dược Huế

TS. NGUYỄN KHOA HÙNG

Phó Trưởng Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y
Dược Huế

BSC.KII. NGUYỄN VĂN THUẬN

Phó trưởng khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện
Trung ương Huế

MỤC LỤC

1. MỞ ĐẦU

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (thuật ngữ khác u xơ tuyến tiền liệt, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt...) là bệnh lý gặp ở nam giới lớn tuổi do tuyến tăng sinh (14,17,22,38,39,40). Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tăng lên theo tuổi. Người ta ước tính khoảng 50% nam giới bị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt khi ở tuổi 50-60, và 90% khi ở tuổi 80-90. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy rằng ở nam giới trên 50 tuổi, thì có khoảng 40,5% có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS), 26,9% có tuyến tiền liệt lớn lành tính (BPE) và khoảng 17,3% có tình trạng dòng tiểu kém nghi ngờ có tình trạng tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (BPO). Từ tuổi 50 đến 80, thể tích tuyến tiền liệt có sự tăng lên đáng kể (từ 24 lên 38ml) và tốc độ dòng tiểu giảm đi rõ (từ 22,1→13,7ml/s) (7).

Ở Việt Nam cho đến nay vẫn chưa có những thống kê về tần suất mắc bệnh chung. Nhiều cơ sở y tế trên toàn quốc đã tiến hành điều trị tăng sinh tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật cắt đốt qua nội soi (3,4,5,20,21,28,35,53), tuy nhiên vẫn chưa có những đánh giá kết quả một cách chi tiết và các công trình này vẫn chưa mang tính chất nghiên cứu đa trung tâm. Ngoài ra những số liệu về điều trị bằng các phương pháp khác vẫn chưa được đầy đủ.

2. MỘT SỐ KHÁI NIỆM

- Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH: benign prostatic hyperplasia): Được chẩn đoán thông qua xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. Đặc trưng về phương diện giải phẫu bệnh lý là sự tăng sinh lành tính của tế bào cơ, tổ chức liên kết và/hoặc tế bào tuyến (7).
- Tuyến tiền liệt lớn lành tính (PBE: benign prostatic enlargement): Tuyến tiền liệt của người trưởng thành khoảng 25ml. Gọi là tuyến tiền liệt lớn khi kích thước >25ml. Đo kích thước chính xác cần dựa vào siêu âm qua trực tràng (7).
- Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (PBO: benign prostatic obstruction): Xảy ra bởi sự chèn ép niệu đạo do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hoặc do tuyến tiền liệt lớn lành tính (7).
- Triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS: lower urinary tract symptoms): bao gồm các triệu chứng của đường tiết niệu dưới do tình trạng kích thích bàng quang, tắc nghẽn ở niệu đạo, các triệu chứng xuất hiện sau khi đi tiểu (7).
- Tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (BOO: bladder outlet obstruction) xảy ra do tình trạng hẹp cơ học đoạn từ cổ bàng quang đến miệng sáo (7).

3. THĂM KHÁM ĐỂ CHẨN ĐOÁN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Một bệnh nhân nam lớn tuổi đến khám vì các triệu chứng đường tiết niệu dưới, nghi ngờ do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt cần được thăm khám một cách hệ thống, bao gồm (1,5,7,41,42).

3.1. Những công việc cần phải thực hiện

- Hỏi bệnh
 - + Hỏi tiền sử, bệnh sử liên quan.
 - + Xác định các triệu chứng cơ năng dựa trên những bảng câu hỏi của bảng điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS: International prostate symptom score) và bảng điểm chất lượng cuộc sống

(QoL: Quality of Life) ^(10,25). Chú ý tới hai hội chứng thường gặp: hội chứng kích thích bàng quang (tiểu lắt nhắt cả ngày lẫn đêm, giọt nước tiểu cuối bãi, són tiểu, tiểu khẩn...) và hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới (đái khó: chờ tiểu, tia tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, thời gian mỗi lần đi tiểu kéo dài...).

Đánh giá điểm IPSS để đánh giá tình trạng tắc nghẽn :

- 0-7 điểm: nhẹ
- 8-19 : trung bình
- 20-35: nặng

Đánh giá điểm QoL

- 1-2 điểm : Sống tốt hoặc bình thường
- 3-4 điểm: Sống được hoặc tạm được
- 5-6: Không chịu được

Nhật ký đi tiểu: giải thích và hướng dẫn cho bệnh nhân đánh vào phiếu theo dõi tình trạng đi tiểu để đánh giá tình trạng đi tiểu của bệnh nhân trong ngày (24 giờ): số lần đi tiểu, khoảng cách giữa mỗi lần đi tiểu, lượng nước tiểu về đêm... Nhật ký đi tiểu nên được theo dõi tối thiểu là trong 3 ngày liên tục.

- Khám lâm sàng
 - + Khám hệ tiết niệu: khám thận, khám cầu bàng quang đặc biệt để xác định cầu bàng quang mạn, khám bộ phận sinh dục ngoài (bao qui đầu, niệu đạo).
 - + Thăm trực tràng: là động tác bắt buộc nhằm đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt bao gồm kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của tuyến với các cơ quan xung quanh...
- Các xét nghiệm cận lâm sàng
 - + Xét nghiệm phân tích nước tiểu: nhằm xác định sơ bộ tình trạng nhiễm khuẩn niệu (nitrite, bạch cầu niệu), hồng cầu niệu, đường niệu... ^(37,44)
 - + Xét nghiệm máu :
 - Đánh giá chức năng thận: định lượng creatinine, ure máu.
 - Xét nghiệm định lượng PSA: không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Không cần thiết xét nghiệm đối với bệnh nhân >75 tuổi trừ những trường hợp có nghi ngờ bệnh nhân bị ung thư tuyến tiền liệt ⁽⁸⁾
 - PSA < 4 ng/l tiếp tục theo dõi và thử lại PSA mỗi 2 năm.
 - PSA 4-10 ng/l, thử tỉ lệ PSA tự do/toàn phần. Nếu tỉ lệ < 20% có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm. Nếu tỉ lệ ≥ 20% thì tiếp tục theo dõi và xét nghiệm lại PSA hằng năm.
 - PSA >10 ng/l, chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm.

Chú ý: PSA có thể tăng theo thể tích tổ chức tiền liệt tuyến, hoặc trong các trường hợp viêm tiền liệt tuyến, đặt thông tiểu, bí tiểu cấp, mới thăm trực tràng đánh giá đặc điểm của tiền liệt tuyến...

- Siêu âm:
 - Khảo sát tuyến tiền liệt: bằng siêu âm qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng (nếu có điều kiện nên thực hiện siêu âm qua trực tràng sẽ khảo sát được tuyến tiền liệt chính xác hơn): khảo sát hình thái, tính chất và thể tích tuyến tiền liệt.
 - Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành bàng quang (dày thành bàng quang, túi thừa bàng quang, u bàng quang...), dị vật trong bàng quang (sỏi bàng quang...), giãn đường tiết niệu trên, v.v.
 - Đo thể tích nước tiểu tồn lưu: bình thường <30ml.

3.2. Các xét nghiệm khuyến cáo nên làm ở một số trường hợp cần thiết

- Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry) ^(9,21,30): có thể bằng máy hoặc phương pháp thủ công để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), lượng nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu, v.v. Phương pháp này chỉ có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi lượng nước tiểu mỗi lần đi tiểu ≥ 150 ml. Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới:
 - + Tắc nghẽn trung bình: khi Qmax 10-15ml/s.
 - + Tắc nghẽn nặng: khi Qmax <10ml/s.
- Cấy nước tiểu: thực hiện trong trường hợp cần xác định nhiễm khuẩn niệu và xác định danh tính vi khuẩn, sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh ⁽³⁷⁾.
- Chụp X quang hệ tiết niệu: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có sỏi bàng quang hoặc sỏi hệ tiết niệu kèm theo, v.v.
- Soi bàng quang – niệu đạo: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có một số bệnh lý khác kèm theo ở bàng quang, niệu đạo... (u bàng quang...)
- Đo áp lực bàng quang, niệu đạo ^(30,49,50): chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có một số bệnh lý ở bàng quang kèm theo như tăng hoạt bàng quang, v.v.

4. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ

4.1. Theo dõi ^(1,6,7)

- Chỉ định: cho những 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 trên. 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 kỳ 3-6 tháng.
 - + Thăm khám để biết mức độ phản nản của bệnh nhân về các triệu chứng đường tiết niệu dưới.
 - + Đánh giá chỉ số IPSS và 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 (bằng phương pháp thủ công hoặc bằng máy nếu có)

Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

4.2. Điều trị nội khoa

4.2.1. Các thuốc

4.2.1.1. Thuốc chẹn alpha^(1,6)

Các thuốc chẹn alpha có thể gây mệt mỏi và hạ huyết áp tư thế. Hiện trên thị trường Việt Nam đang lưu hành 3 loại thuốc Alfuzosin, Tamsulosin và Doxazosin. Chỉ nên đổi thuốc trong cùng nhóm khi có tác dụng phụ. Các thuốc trong nhóm này gồm:

- Alfuzosin : liều 10mg, 1 lần/ngày.
- Tamsulosin: liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày. Dùng 1 lần trong ngày.
- Doxazosin: liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg. Dùng 1 lần trong ngày.
- Terazosin: liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10mg/ngày.
- Silodosin: liều 4-8mg/ ngày. Dùng 1 lần trong ngày.

4.2.1.2. Thuốc ức chế 5 alpha reductase (5 – ARI)^(1,6,45)

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

4.2.1.3. Thuốc kháng muscarinic (1,6)

Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarin (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ chóp. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang.

Tên thuốc	Liều sử dụng
Oxybutynin ER	2-3 lần x 5 mg
Oxybutynin IR	3-4 lần x 2,5-5 mg
Propiverine	2-3 lần x 15mg
Propiverine ER	1 lần x 30mg
Solifenacin	1 lần x 5-10 mg
Tolterodine IR	2 lần x 1-2mg
Tolterodine ER	1 lần x 4mg
Trospium IR	2 lần x 20mg
Trospium ER	1 lần x 60mg

Hiện nay ở Việt Nam đang lưu hành Oxybutynin và Solifenacin.

4.2.1.4. Chất tương tự vasopressin: Desmopressin⁽⁶⁾

Hormon chống lợi niệu, còn được biết với tên 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 là một chất tổng hợp tương tự arginine vasopressin (AVP) có ái lực cao với thụ thể V2 và có tác dụng chống lợi niệu.

Thuốc:	Liều dùng
Desmopressin	1 lần x 0,1-0,4mg/ uống trước khi đi ngủ

Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu ban đêm.

4.2.1.5. Thuốc ức chế PDE5

Thuốc:	Liều dùng
Tadalafil	5mg/ngày, uống 1 lần

Thuốc thuộc nhóm này có 3 loại tuy nhiên hiện nay mới chỉ có Tadalafil được cho phép sử dụng trong điều trị triệu chứng đường tiểu dưới ở nam giới tại các nước châu Âu.

4.2.1.6. Thảo dược^(1,6)

Một số thuốc chiết xuất từ 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 ngò sao Nam Phi (hypoxis rooperi), cây thông, cây vân sam (pinus, picea), cây tầm ma (urtica dioica et urens), phần hoa (secale cereale), hạt bầu bí (cucurbita pepo), hoa cây xương rồng (opuntia), cây trinh nữ hoàng cung (crinum latifolium)...

4.2.2. Chỉ định điều trị^(48,52)

- 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 có tác dụng sớm^(1,6).
- 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 >30ml. 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^(1,6).
- 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 >30ml, 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^(1,6).
- 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^(2,4), 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 chống lợi niệu desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm⁽⁶⁾.
- Thuốc ức chế PDE5 chỉ định ở những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới ở mức độ vừa đến nặng có hoặc không kèm rối loạn cương dương (chú ý chỉ có Tadalafil uống 5mg/ ngày được khuyến cáo sử dụng tại châu Âu).
- Các thảo dược hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng

4.3. Điều trị ngoại khoa

4.3.1. Chỉ định^(11,23,33,43)

Chỉ định điều trị ngoại khoa tuyệt đối

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

Chỉ định điều trị ngoại khoa tương đối

- Điều trị nội khoa không hiệu quả.

4.3.2. Mở mở^(1,6,20,29,33)

- Phương pháp: có thể sử dụng đường vào qua bàng quang hoặc đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt.
- Chỉ định :
 - + Chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml.
 - + Túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ.
 - + Phẫu thuật nội soi thất bại.
 - + Sỏi bàng quang lớn.
- Tai biến, biến chứng:

Phương pháp cho kết quả tốt, tuy nhiên nhược điểm là bệnh nhân đau, thời gian nằm viện kéo dài. Tử vong trong mổ <0,25%, truyền máu 3-14%, tiểu không kiểm soát <10%, xơ hẹp cổ bàng quang hoặc hẹp niệu đạo khoảng 6% ^(15,18,19,27,36,47)

4.3.3. Cắt đốt nội soi qua niệu đạo

4.3.2.1. Cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo ^(1,6,12,13,16,24,35)

- Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, nhưng cho 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: cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể tích tuyến < 80ml.

4.3.2.2. Cắt đốt tăng sinh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực

- Phương tiện: dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao 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.

4.3.2.3. Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo ^(1,6)

- 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 niệu đạo.

4.3.2.4. Bốc hơi tuyến tiền liệt

- Chỉ định và biến chứng: tương tự như xẻ rãnh, tuy nhiên thời gian phẫu thuật dài và không có bệnh phẩm để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

4.3.2.5. Tai biến, biến chứng

Các tai biến lớn có thể gặp bao gồm tử vong trong mổ sau cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt <0,1%, hội chứng nội soi <1,1%, truyền máu khoảng 8,6%, nhiễm khuẩn niệu khoảng 4,1%. Xẻ rãnh tuyến tiền liệt ít gặp tai biến hơn cắt đốt. ^(15,18,19,27,36,47)

Biến chứng lâu dài có thể gặp tiểu không kiểm soát (1,8% sau xẻ rãnh, 2,2% sau cắt đốt), bí tiểu, nhiễm khuẩn niệu, xơ hẹp cổ bàng quang (4,7% sau cắt đốt), hẹp niệu đạo (3,8% sau cắt đốt và 4,1% sau xẻ rãnh), xuất tinh ngược dòng (65,4% sau cắt đốt và 18,2% sau xẻ rãnh), rối loạn cương dương (6,5% sau cắt đốt) ^(15,18,19,27,36,47).

4.3.4. Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo (TUMT: Transurethral Microwave Therapy) ^(1,6)

- 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°C).

- Chỉ định: ưu tiên chỉ định cho trường hợp tuyến tiền liệt chỉ có thùy giữa lớn hoặc niệu đạo tuyến tiền liệt ngắn. Không nên chỉ định cho bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt lớn ($>75\text{ml}$).
- Tai biến, biến chứng: tương tự như cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nhưng tỉ lệ ít hơn.

4.3.5. Hủy tuyến tiền liệt bằng kim nhiệt qua niệu đạo (Transurethral Needle Ablation (TUNA™) of the prostate)^(1,6,51)

- TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đông ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.
- Chỉ định:
 - + Chỉ định cho bệnh nhân không muốn điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phóng tinh ngược dòng.
 - + Chú ý:
 - Cẩn 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 lớn ($>75\text{ml}$).
- Tai biến, biến chứng: tương tự như cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nhưng tỉ lệ ít hơn.^(15,18,19,27,36,47)

4.3.6. Sử dụng laser trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

4.3.6.1. Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium – Cắt tuyến tiền liệt bằng laser (Holmium Holmium Laser Enucleation (HoLEP) and Holmium Laser Resection of the Prostate (HoLRP))^(1,6,26)

- 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.
- Tai biến, biến chứng: xơ hẹp cổ bàng quang 0,8%, hẹp niệu đạo 1,6%, phẫu thuật lại do thùy của tuyến tiền liệt 0,7%.

4.3.6.2. Bốc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh (532 nm ("Greenlight") laser vaporisation of prostate)^(1,6,26)

- Mô tuyến tiền liệt sẽ bị bốc hơi 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.

- Tai biến, biến chứng: xơ hẹp cổ bàng quang 1,2-3,6%, hẹp niệu đạo 4,4%, tái phát 7,7%.

4.4. Xử trí một số tình huống lâm sàng

4.4.1. Bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

4.4.1.1. Thông niệu đạo- bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo- bàng quang: dùng thông Foley 16-18Fr.
- Thuốc:
 - + Kháng sinh: đường uống hoặc tiêm.
 - + Thuốc chẹn alpha.
- Nghiệm pháp rút thông thử: cho rút thông Foley, thời gian rút dưới 3 ngày kể từ ngày đặt thông. 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^(34,46).

4.4.1.2. Thông niệu đạo - bàng quang thất bại

Trường hợp đặt thông thất bại, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên xương mu bằng tro ca. Sau đó đánh giá lại bệnh nhân và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

4.4.2. Suy thận do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Bệnh nhân có tình trạng giãn niệu quản 2 bên, cầu bàng quang mạn, ure và creatinin tăng cao.

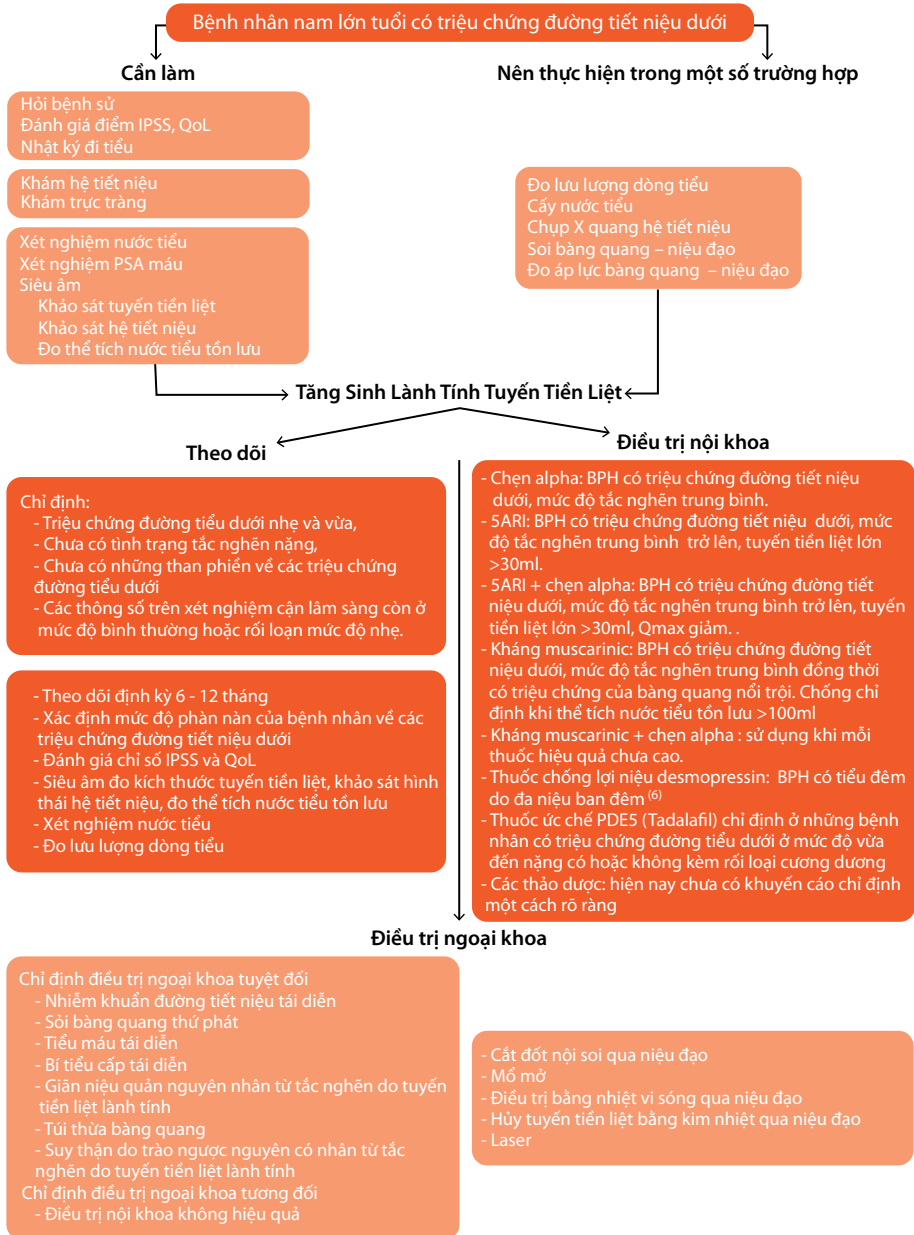
Tiến hành đặt thông niệu đạo- bàng quang cho bệnh nhân, sau 2-3 ngày thử lại các xét nghiệm đánh giá chức năng thận. Nếu cải thiện và trở về bình thường, tiến hành đánh giá và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

Nếu xét nghiệm chức năng thận có thay đổi theo chiều hướng tốt lên nhưng chưa về bình thường, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên mu bằng tro ca. Theo dõi và đánh giá tiếp cho đến khi chức năng thận trở về bình thường, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

4.4.3. Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính có viêm mũ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn, các bệnh lý nội khoa nặng:

Mở thông bàng quang trên xương mu

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Urological Association (AUA) (2010). Guideline on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) .
2. Amjadi M, Madaen SK, Pour-Moazen H (2006). Uroflowmetry Findings in Patients with Bladder Outlet Obstruction Symptoms in Standing and Crouching Positions. Urology Journal. Vol. 3, No. 1, 2006: 49-53.
3. Dương Văn Hỷ, Hoàng Văn Tùng, Nguyễn Khoa Hùng, Lý Văn Quảng (1999), “Nhận xét kết quả điều trị u xơ tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt đốt nội soi tại bệnh viện Trung Ương Huế từ 1994-1999”, Tạp chí Y học Thực Hành, (368), tr. 75-77.
4. Đỗ Phú Đông và cộng sự (1988), “Tình hình mổ u xơ tiền liệt tuyến tại Hải Phòng 30 năm”, Tập san Hội thảo chuyên đề mổ u xơ tiền liệt tuyến, Bệnh viện Hữu Nghị Việt-Tiệp Hải Phòng xuất bản- Hải Phòng, tr. 2-11.
5. Đỗ Tiến Dũng , Phạm Thanh (2003). Kết quả bước đầu điều trị bướu lành tính tuyến tiền liệt bằng cắt đốt nội soi tại bệnh viện quy nhơn. Y Học TP. Hồ Chí Minh ; Tập 7 ; Phụ bản số 1; 2003 : 50 - 55
6. European Association of Urology (EUA) (2013). Guidelines on Management of Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). 2013
7. Gabuev A. , Oelke M. (2011) . Aktuelle Aspekte zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie des Benignen Prostatasyndroms. Latest Trends and Recommendations on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Aktuell Urol 2011; 42: 167–178.
8. Hội tiết niệu Thận học Việt Nam (2010). Phác đồ hướng dẫn và điều trị ung thư tuyến tiền liệt.
9. Huỳnh Hữu Đạt, Huỳnh Thế Hùng (1977), “Kinh nghiệm trong tê tùy sống và tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật tiết niệu tại bệnh viện Chợ Rẫy”, Báo cáo tại hội nghị Niệu học-Thận nhân tạo miền Nam, tr. 24.
10. Lê Đình Khánh (2003). Sự thay đổi một số chỉ số niệu động học ở bệnh nhân u xơ tiền liệt tuyến Tạp chí Y học Việt nam . 11;2003:13-19
11. Lê Ngọc Từ, Nguyễn Thúy Hiến, Khuất Thị Oanh (1999), “Áp dụng thang điểm IPSS trong chẩn đoán, đánh giá kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (qua cắt nội soi u PDLT/TTL)”, Báo cáo khoa học tại Đại hội Ngoại khoa lần thứ X, Hà Nội, 2, tr. 310-317.
12. Ngô Gia Hy (1990), Chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt bỏ bướu lành tiền lập tuyến trên những người thượng thọ Bệnh ngoại khoa của người nhiều tuổi 161-164. 1990
13. Nguyễn Ngọc Tiến (1999), “Nhận xét về kết quả điều trị bướu lành tiền liệt tuyến bằng phương pháp cắt đốt nội soi”, Tạp chí Y học Thực Hành, (368), tr. 77-78.
14. Nguyễn Bửu Triều và cộng sự (1985), “Kết quả bước đầu của phương pháp cắt nội soi u xơ tuyến tiền liệt”, Ngoại khoa, 13(4), tr. 97-99.
15. Nguyễn Bửu Triều (1991), “U xơ tuyến tiền liệt”, Bách Khoa Thư Bệnh Học, Trung tâm Quốc Gia Biên Soạn Từ Điển Bách Khoa Việt Nam xuất bản, Hà Nội, tr. 279-282.
16. Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ, Nguyễn Phương Hồng (1992), “Sử dụng kháng sinh ngăn hạn xung

quanh phẫu thuật cắt nội soi điều trị u xơ tuyến tiền liệt”, Ngoại khoa, 22(6), tr. 29-34.

17. Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ, Nguyễn Phương Hồng (1992), “Kết quả điều trị u xơ tiền liệt tuyến bằng phương pháp cắt nội soi trong 10 năm (6/1981-6/1991)”, Ngoại khoa, 22(6), tr. 1-11.
18. Nguyễn Bửu Triều (1995), “U xơ tuyến tiền liệt”, Bệnh Học Tiết Niệu, Hội Tiết Niệu Hà nội chủ biên, Nhà xuất bản Y học, I, tr. 441-447.
19. Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ (1995), “Biến chứng sau cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt trên 50 gram”. Y học thực hành, (7+8), tr. 35-36.
20. Nguyễn Hoàng Đức, Nguyễn Minh Quang, Vũ Lê Chuyên (2004). Tính an toàn của phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt nội soi cho những bệnh nhân trên 80 tuổi. Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 8, Phụ bản của Số 1; 2004: 160 – 163
21. Nguyễn Kỳ (1995), “Kết quả điều trị u xơ tiền liệt tuyến bằng phẫu thuật tại bệnh viện Việt-Đức”, Y học thực hành, (7+8), tr. 52-54.
22. Nguyễn Ngọc Hiến, Tôn Thất Minh Thuyết (2003). Sử dụng niệu dòng đồ trong chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến tiền liệt. Y Học TP. Hồ Chí Minh; Tập 7; Phụ bản của Số 1; 2003: 44 - 49
23. Nguyễn Như Bằng và cộng sự (1998), “Nhận xét giải phẫu bệnh của u phì đại tiền liệt tuyến”, Tập san Hội thảo chuyên đề mổ u xơ tiền liệt tuyến, Bệnh viện Hữu Nghị Việt-Tiệp Hải Phòng xuất bản- Hải Phòng, tr. 30-33.
24. Nguyễn Tiến Đệ (1997), Góp phần chỉ định điều trị ngoại khoa bướu lành tính tiền liệt tuyến, Luận văn cao học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 30.
25. Nguyễn Trường An (2008). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u lành tính tuyến tiền liệt bằng nội soi qua niệu đạo. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Số đặc biệt 2008, tr. 187-192
26. Nguyễn Trường An (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh u lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế. Tạp chí Y học thực hành số 9/2008 (618+619), tr. 41-44.
27. Nguyễn Tuấn Vinh, Nguyễn Hoàng Đức, Phan Thanh Hải. Kinh nghiệm qua ba trường hợp bóc hơi tuyến tiền liệt nội soi bằng năng lượng laser KTP (2004) . Y Học TP. Hồ Chí Minh; Tập 8 ; Phụ bản của Số 1; 2004 : 164 – 167.
28. Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (1997), “Nhân một trường hợp hội chứng sau cắt đốt nội soi tại bệnh viện Bình Dân”, Kỷ yếu công trình bệnh viện Bình Dân, (8), tr. 78-80.
29. Phạm Huy Huyền, Doãn Thị Ngọc Vân, Nguyễn Trung Kiên (2004). Kết quả u phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại viện Saint – Paul Hà Nội. Y học thực hành. 2004. 491; 580-581.
30. Trần Đức (2001), “Nghiên cứu đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp Hryntschatk”, Luận án tiến sỹ, Học viện quân y
31. Trần Ngọc Sinh, Du Thị Ngọc Thu, Châu Thị Hoa, Võ Hữu Thuần (1997), “Theo dõi hiệu quả niệu động học của cắt đốt nội soi trong u xơ lành tính tiền liệt tuyến”, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, trường Đại học Y khoa Hà Nội, 5, tr. 81-84.

32. Trần Ngọc Sinh, Dư Thị Ngọc Thu, Trần Văn Sáng (1998), “Biến chứng kỹ thuật của phương pháp cắt đốt nội soi trong u xơ tiền liệt tuyến”, Ngoại khoa, 30(3), tr. 1-8.
33. Trần Ngọc Sinh và cộng sự (1998), “Một số nhận xét bước đầu áp dụng kỹ thuật bốc hơi nội soi bằng điện siêu tần trong điều trị bướu lành tiền liệt tuyến”, Tạp chí Y học thực hành, 354(9), tr. 38-42.
34. Trần Ngọc Sinh (1999), Chỉ định mổ mở trong bướu lành tiền liệt tuyến. Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
35. Trần Quốc Hùng, Hoàng Văn Tùng, Cao Xuân Thành, Lê Đình Khánh, Nguyễn Văn Thuận (2011). Đánh giá kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt có biến chứng bí tiểu cấp bằng Carduran. Y học Thực hành; 2011, 769+770: 125-133.
36. Trần Văn Hinh và CS (2002). Kết quả cắt nội soi U phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện 103 từ năm 1999 đến 2002 Y học Việt Nam, 236-243 2005
37. Trần Văn Hinh và CS (2009). Tai biến và biến chứng của phẫu thuật nội soi điều trị U phì đại lành tính tuyến tiền liệt kết hợp sỏi bàng quang Y dược học Quân sự, 51-54 2009
38. Trần Văn Hinh và CS (2010). Nhiễm khuẩn niệu trước và sau phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân U phì đại lành tính tuyến tiền liệt đã có biến chứng bí đái Y dược lâm sàng 108, 87-90 2010.
39. Trần Văn Sáng (1996), “Bướu lành tiền liệt tuyến”, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, tr. 182-190.
40. Trần Văn Sáng (1996), “Bướu tiền liệt tuyến”, Những bệnh thường gặp trong Niệu học, nhà xuất bản Mũi Cà Mau, I, tr. 7-39.
41. Trần Văn Sáng (1996), “Điều trị bướu tiền liệt tuyến”, Niệu khoa lâm sàng, Trường Đại học Y Dược xuất bản, tr. 89-101.
42. Trần Văn Sáng (1996), “Những hiểu biết mới về bướu tiền liệt tuyến”, Những bệnh thường gặp trong Niệu học, nhà xuất bản Mũi Cà Mau, I, tr. 40-50.
43. Trần Văn Sáng (1997), Tổng quan về chẩn đoán và điều trị BLTLT, Hội Nghị Niệu Khoa Miền Nam, Cần Thơ.
44. Trần Văn Sáng, Trần Ngọc Sinh (1999), “Góp phần xây dựng phác đồ điều trị bướu lành tiền liệt tuyến tại BVCR”, Tạp chí Y Học Thực Hành, 368, tr. 65-67.
45. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Hiệp, Nguyễn Tiến Đệ (1998), “Nhiễm trùng niệu trong cắt đốt nội soi bướu lành tiền liệt tuyến”, Sinh hoạt khoa học kỹ thuật bệnh viện Bình Dân, 9, tr. 46-51.
46. Vũ Lê Chuyên và CS (2000). Lượng giá tính an toàn của alfusozin(SR) trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt Thời sự Y Dược học Tp HCM 17-20 2000
47. Vũ Lê Chuyên và CS (2000). Tự thông tiểu sạch cách quãng. Y học thành phố HCM 1-.7 2000
48. Vũ Lê Chuyên và CS (2004). Tính an toàn của phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt nội soi cho những bệnh nhân trên 80 tuổi. Y học thành phố HCM 160-163 2004

49. Vũ Lê Chuyên và CS (2004). Đánh giá và điều trị triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) do bướu lành tuyến tiền liệt. Y học thành phố HCM 64 – 71 2004
50. Nguyễn văn Ân, Vũ Lê Chuyên và CS (2004). Tương quan, đặc điểm lâm sàng trước và sau cắt đốt nội soi bướu lành tuyến tiền liệt qua phép đo áp lực bàng quang. Y học thành phố HCM 168-173 2004
51. Nguyễn Văn Ân, Vũ Lê Chuyên và CS (2004). Vai trò phép đo áp lực - niệu dòng trong chẩn đoán tắc nghẽn đường tiểu dưới do bướu lành tuyến tiền liệt Y học thành phố HCM 174-179 2004
52. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Tuấn Vinh, Vinh Tuấn, Nguyễn Đạo Thuấn, Đỗ Vũ Phương (2008). Kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp TUNA. Y Học TP. Hồ Chí Minh. Vol. 12 – Supplement of No 1 - 2008: 295- 300.
53. Vũ Lê Chuyên và CS (2010). Ảnh hưởng của Durasteride (Avodart) làm giảm chảy máu trong phẫu thuật cắt đốt nội soi (TURP) bướu lành tiền liệt tuyến (BPH) Y học thành phố HCM 539-542 2010
54. Vũ Sơn, Phạm Ngọc Khải, Trần Văn Nam, Lê Ngọc Từ (2011). Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được theo dõi tại cộng đồng dân cư của tỉnh Thái Bình. Y học Thực hành; 2011, 769+770: 154-162.

PHỤ LỤC

BẢNG ĐIỂM QUỐC TẾ TRIỆU CHỨNG TUYẾN TIỀN LIỆT

(IPSS: International prostate symptom score)

Họ và tên bệnh nhân:Tuổi:

Ngày đánh giá:

Triệu chứng về tiểu tiện trong một tháng qua	Không có	Có ít hơn 1/5 số lần	Có ít hơn 1/2 số lần	Có khoảng 1/2 số lần	Có hơn 1/2 số lần	Hầu như thường xuyên
1. Có cảm giác đi tiểu chưa hết: ông có thường cảm thấy bàng quang vẫn còn nước tiểu sau khi đi tiểu không?	0	1	2	3	4	5
2. Tiểu nhiều lần: ông có thường phải đi tiểu lại trong vòng hai giờ không?	0	1	2	3	4	5
3. Tiểu ngắt quãng: ông có thường bị ngừng tiểu đột ngột khi đang đi tiểu rồi lại đi tiếp không?	0	1	2	3	4	5
4. Tiểu gấp: Ông có thấy không nhịn được tiểu không?	0	1	2	3	4	5
5. Tiểu yếu: ông có thường thấy tia nước tiểu yếu hơn trước không?	0	1	2	3	4	5
6. Tiểu gắng sức: ông có thường phải rặn mới bắt đầu đi tiểu được không?	0	1	2	3	4	5
7. Tiểu đêm: ban đêm ông thường phải dậy đi tiểu mấy lần ?	0 đi	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	Từ 5 lần
	0	1	2	3	4	5

- Tổng điểm:.....
- Với 7 câu hỏi trên, tổng số điểm là 35 chia thành 3 mức độ đánh giá:
- Các triệu chứng ở mức độ rối loạn nhẹ: 1 - 7 điểm
- Các triệu chứng ở mức độ rối loạn trung bình: 8 - 19 điểm
- Các triệu chứng ở mức độ rối loạn nặng: 20 - 35 điểm

BẢNG ĐIỂM CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG (QOL QUALITY OF LIFE)

Số điểm	Nếu phải sống mãi với triệu chứng tiết niệu như hiện nay ông nghĩ thế nào?						
	Rất tốt	Tốt	Được	Tạm được	Khó khăn	Khổ sở	Không chịu được
	0	1	2	3	4	5	6

- Cách đánh giá: với 7 mức độ cảm nhận được cho điểm từ 0 - 6, điểm chất lượng cuộc sống được chia ra thành ba mức độ sau :
 - + Nhẹ: 0 - 2 điểm
 - + Trung bình: 3 - 4 điểm
 - + Nặng: 5 - 6 điểm

PHIẾU THEO DÕI TÌNH TRẠNG ĐI TIỂU

Họ và tên: Tuổi:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày	Giờ	Buổi (sáng/ chiều/ tối)	Lượng nước tiểu (ml)	Ghi chú

Ghi chú: nên sử dụng các dụng cụ thông thường có thể ước lượng thể tích để đo lượng nước tiểu.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYÊN TIỀN LIỆT

Chịu trách nhiệm xuất bản

Tổng giám đốc CHU HÙNG CƯỜNG

Biên tập viên : **BS. Nguyễn Hải Yến**

Sửa bản in: **Hải Yến**

Trình bày: **Nguyệt Thu**

IN THEO ĐƠN ĐẶT HÀNG

In 1.300 cuốn, khổ 15x20.5cm, tại Công ty cổ phần in Hưng Việt.

Giấy phép xuất bản số:-...../CXB/.....-...../YH.

Số xuất bản:/QĐ-YH ngày tháng năm 2014

In xong nộp lưu chiểu quý III/ 2014.