

Ứng dụng kỹ thuật Hood trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ Robot

Nguyễn Thành Tuấn^{1,2,*}, Châu Quý Thuận², Thái Minh Sâm^{1,2}, Ngô Xuân Thái^{1,2},
Hoàng Khắc Chuẩn², Thái Kinh Luân^{1,2}, Trần Trọng Trí², Vũ Đức Huy², Nguyễn Duy Điền²,
Đỗ Văn Công², Quách Đô La², Nguyễn Hoài Phan², Trần Anh Vũ², Lê Nho Tình²,
Phạm Đức Minh^{1,2}, Đinh Lê Quý Văn², Trương Hồ Trọng Tấn², Hoàng Phong^{2,3}, Lê Hữu Thuận²,
Nguyễn Hoàng Tường², Hoàng Tiến Đạt², Trần Lê Dung¹, Nguyễn Thái Hoàng¹,
Huỳnh Thanh Thiên¹, Nguyễn Hữu Lộc¹, Nguyễn Thị Minh Phương³

¹Bộ môn Tiết niệu học – Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Khoa Y, Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ Robot là một phương pháp điều trị triệt căn trong ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú. Phương pháp này cho thấy tính an toàn và độ hiệu quả cao. Trên thế giới, đã có nhiều cải tiến về mặt kỹ thuật được áp dụng để cải thiện chức năng sau mổ, trong đó có kỹ thuật Hood. Chúng tôi báo cáo ứng dụng kỹ thuật Hood trong phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc có hỗ trợ Robot sau hơn một năm triển khai tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả những trường hợp (TH) PTNS cắt TTL tận gốc có hỗ trợ robot được áp dụng kỹ thuật Hood tại bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 2/2025. Các biến số ghi nhận gồm đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trước mổ, kết quả ung thư học và chức năng sau mổ. Kết quả phẫu thuật gồm thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian hậu phẫu, thời gian lưu thông niệu đạo, các biến chứng trong và sau mổ, kết quả về mặt chức năng sau thời gian theo dõi.

Kết quả: Mẫu nghiên cứu gồm có 20 TH. Tuổi trung bình $66 \pm 7,68$ (51 - 85). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình $24,5 \pm 4,14$ (19,53-36,41) kg/m². Kích thước tuyến tiền liệt trung bình $44,7 \pm 15,17$ (15,2-69,8) mL. Nồng độ PSA máu trước mổ trung bình $26,3 \pm 24,9$ (3,35 – 91,06) ng/mL. Nồng độ PSA máu 3 tháng sau mổ trung bình $0,049 \pm 0,045$ (0,001– 0,158) ng/mL. Tất cả TH đều là carcinoma tuyến tiền liệt, giai đoạn từ T1c đến T3b, điểm số Gleason từ 6-10. Thời gian mổ trung bình $285,5 \pm 36,6$ (230-350) phút, lượng máu mất trung bình $161 \pm 98,93$ (100-500) mL, có 3 TH phải truyền máu trong mổ, lượng máu truyền trong mổ trung bình 700 ml. Không ghi nhận biến chứng sau mổ, không có TH chuyển mổ mở. Giai đoạn sau mổ có 14 TH giai đoạn pT2, 6 TH giai đoạn pT3b. Có 1 TH di căn hạch sau phẫu thuật. Phân loại ISUP 2-3 chiếm tỷ lệ cao (80%). Không có TH có biên phẫu thuật môm niệu đạo dương tính. Theo dõi được 20 TH sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi TB là $10,2 \pm 6,5$ (1-22) tháng. Quá trình theo dõi ban đầu ghi nhận tỷ lệ tái phát sinh hóa là 0%

Ngày nhận bài: 25-08-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 15-10-2025 / Ngày đăng bài: 20-10-2025

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thành Tuấn. Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: thanhtuan0131@gmail.com

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

(1-22 tháng). Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu 35% (7/20 TH) sau một tuần, 65% (13/20 TH) sau một tháng, 90% (18/20) sau ba tháng và 100% (20/20) sau một năm.

Kết luận: Kỹ thuật Hood trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ robot là kỹ thuật an toàn và hiệu quả, tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sớm sau mổ cao.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot, cắt tuyến tiền liệt tận gốc, kỹ thuật Hood

Abstract

APPLICATION OF HOOD TECHNIQUE IN ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY

Nguyen Thanh Tuan, Chau Quy Thuan, Thai Minh Sam, Ngo Xuan Thai, Hoang Khắc Chuan, Thai Kinh Luan, Tran Trong Tri, Vu Duc Huy, Nguyen Duy Dien, Do Van Cong, Quach Do La, Nguyen Hoài Phan, Tran Anh Vu, Le Nho Tinh, Pham Duc Minh, Dinh Le Quy Van, Truong Ho Trong Tan, Hoang Phong, Le Huu Thuan, Nguyen Hoang Tuong, Hoang Tien Dat, Tran Le Dung, Nguyen Thai Hoang, Huynh Thanh Thien, Nguyen Huu Loc, Nguyen Thi Minh Phuong

Objectives: Robotic-assisted radical laparoscopic prostatectomy is the surgical treatment for clinically localized prostate cancer. This method shows high safety and effectiveness. In the world, there have been many technical improvements applied to improve functional outcome, including the Hood technique. We report the application of Hood technique in robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy after more than a year of implementation at Cho Ray hospital.

Methods: All cases of prostate cancer performed robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy with Hood technique from January 2023 to February 2025 at Cho Ray hospital. Variables recorded included clinical characteristics, clinical test, oncology outcomes and functional outcomes. Surgical outcomes consisted of surgical time, estimated blood loss, postoperative time, catheterization time, complications, continence rate and potency rate.

Results: During this period, 20 patients with stage T1c to T3b prostatic cancer and Gleason score 6-10 underwent robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy with Hood technique. Mean age were 66 ± 7.68 (51 - 85) years, with mean BMI at 24.5 ± 4.14 (19.53-36.41). The mean prostate volume was 44.7 ± 15.17 (15.2-69.8) mL, and preoperative PSA level was 26.3 ± 24.9 (3.35 - 91.06) ng/mL. The average operating time from docking to finish was 285.5 ± 36.6 (230-350) minutes with estimated blood loss of 161 ± 98.93 (100-500) mL, 3 cases needed blood transfusion. There are no postoperative complications, no mortalities, and no conversion to open. Regarding pathology stage, fourteen cases T2, six cases T3b and one case had positive lymph nodes. There are no cases of positive margins. During the initial follow-up period, biochemistry recurrence rate was 0% follow-up (1-22 months). Continence rate was 35% (7/20) cases) after one week, 65% (13/20 cases) after one month, 90% (18/20) after three month and 100% after one year.

Conclusions: The Hood technique in robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy is a safe and effective technique, with a high continence rate.

Keywords: robotic - assisted laparoscopic; radical prostatectomy; Hood technique

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt tuyến tiền liệt (TTL) tận gốc được Schuessler thực hiện lần đầu tiên năm 1997 và ngày càng phổ biến trên thế giới. PTNS cắt TTL tận gốc giúp tăng khả năng quan sát do tăng độ phóng đại, giảm mất máu, giảm đau sau mổ, bệnh nhân hồi phục nhanh so với phẫu thuật (PT) mở cắt TTL tận gốc [1].

PTNS cắt TTL tận gốc có hỗ trợ robot được phát triển từ năm 2000 và ngày càng trở nên phổ biến [1]. Với cánh tay robot hoạt động linh hoạt giúp thao tác phẫu tích, khâu miệng nối bàng quang niệu đạo dễ dàng, camera ba chiều với độ phân giải cao giúp quan sát rõ phẫu trường, bóc tách tốt trong PT nên được sử dụng ngày càng phổ biến, số lượng ngày càng tăng và đã trở thành phương pháp PT cắt TTL tận gốc phổ biến nhất hiện nay tại Mỹ [2]. Nhằm cải thiện khả năng tiểu kiểm soát cũng như khả năng hoạt động tình dục sau mổ, nhiều kỹ thuật mới đã được áp dụng, một trong số đó là kỹ thuật Hood. Kỹ thuật Hood được báo cáo lần đầu năm 2020 tại bệnh viện Mount Sinai, New York, Hoa Kỳ [3]. Kỹ thuật này bước đầu cho thấy tỉ lệ tiểu kiểm soát sau mổ tương đối cao, hứa hẹn trở thành một trong những kỹ thuật tối ưu trong PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ robot.

Khoa Ngoại Tiết niệu bệnh viện Chợ Rẫy đã bắt đầu thực hiện kỹ thuật Hood trong PTNS cắt TTL tận gốc có hỗ trợ robot từ tháng 1 năm 2023. Qua nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo bước đầu kết quả ứng dụng kỹ thuật Hood trong PTNS cắt TTL tận gốc có hỗ trợ robot.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú hoặc tiến triển tại chỗ (cT1–T3b, N0, M0), được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ robot và áp dụng kỹ thuật Hood tại khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 01/2023 đến 02/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Các bệnh nhân được chọn đều có chẩn đoán mô bệnh học là carcinoma tuyến tiền liệt, chức năng đông máu bình

thường và có đầy đủ hồ sơ lâm sàng, cận lâm sàng phục vụ cho việc phân tích.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có di căn xa (M1) hoặc di căn hạch vùng trên hình ảnh trước mổ.

Bệnh nhân đã điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phương pháp khác trước đó (xạ trị, phẫu thuật, nội tiết).

Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật (tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu nặng).

Hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu lâm sàng hoặc xét nghiệm cần thiết để đánh giá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu hàng loạt trường hợp.

2.2.2. Cỡ mẫu

Tất cả bệnh nhân (BN) thỏa tiêu chuẩn chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào phân tích.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Về mặt kỹ thuật, chúng tôi thực hiện các bước tương đồng trong báo cáo đầu tiên của kỹ thuật Hood [3].

Đánh giá tình trạng kiểm soát nước tiểu bằng bảng điểm EPIC (Expanded Prostate Cancer Index Composite) [4]. BN sử dụng ≥ 1 tờ trong ngày là có tình trạng tiểu không kiểm soát.

Đánh giá tình trạng rối loạn cương sau mổ bằng bộ câu hỏi rút gọn ESI [5].

Tái phát sinh hóa được xác định bằng theo dõi giá trị PSA sau mổ. Định nghĩa tái phát sinh hóa là PSA $\geq 0,2$ ng/ml sau phẫu thuật.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Các biến số ghi nhận gồm: tuổi, BMI, thể tích tuyến tiền liệt, giá trị PSA trước mổ và sau mổ, phân loại ISUP trước và sau mổ, giai đoạn ung thư tuyến tiền liệt.

Kết quả phẫu thuật gồm thời gian mổ, lượng máu mất, các biến chứng, thời gian hậu phẫu, thời gian rút các ống thông,

kết quả biên phẫu thuật, khả năng kiểm soát nước tiểu, chức năng cương và tỷ lệ tái phát sinh hóa sau phẫu thuật.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Các biến số được phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 14. Các biến có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến không phân phối chuẩn được mô tả bằng khoảng tứ phân vị.

3. KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu gồm 20 TH ung thư tuyến tiền liệt được ứng dụng kỹ thuật Hood trong phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Tuổi trung bình $66 \pm 7,68$ (51 - 85). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình $24,5 \pm 4,14$ (19,53-36,41) kg/m². Kích thước tuyến tiền liệt trung bình $44,7 \pm 15,17$ (15,2-69,8) mL dựa trên kích thước 3 chiều trên MRI. Nồng độ PSA máu trước mổ trung bình $26,3 \pm 24,9$ (3,35 – 91,06) ng/ML (Bảng 1).

Tất cả TH đều là carcinoma tuyến tiền liệt, trong đó ISUP 1 có 5 TH, ISUP 2 có 5 TH, ISUP 3 có 5 TH, ISUP 4 có 4 TH và 1 TH ISUP 5. Giai đoạn trước mổ có 2 TH giai đoạn T1, 15 TH giai đoạn T2 và 3 TH giai đoạn T3b. Không có trường hợp nào ghi nhận hạch trước mổ. Phân loại nguy cơ tái phát sinh hóa theo Hội Tiết niệu học châu Âu không có TH nguy cơ thấp, 6 TH nguy cơ trung bình, 11 TH nguy cơ cao, 3 TH tiến triển tại chỗ (Bảng 2).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	N = 20 TH
Tuổi trung bình (năm)	$66 \pm 7,68$ (51 - 85)
BMI trung bình (kg/m ² da)	$24,5 \pm 4,14$ (19,53-36,41)
Kích thước tuyến tiền liệt trung bình (mL)	$44,7 \pm 15,17$ (15,2-69,8)
Giá trị PSA trước mổ (ng/mL)	$26,3 \pm 24,9$ (3,35 – 91,06)
Giá trị PSA sau mổ (ng/mL)	$0,049 \pm 0,045$ (0,001– 0,158)

Bảng 2. Phân độ ISUP

Phân độ ISUP	Trước mổ TH (%)	Sau mổ TH (%)
ISUP 1	5 (25)	0 (0)
ISUP 2	5 (25)	9 (45)
ISUP 3	5 (25)	7 (35)
ISUP 4	4 (20)	0 (0)
ISUP 5	1 (5)	4 (20)

Thời gian mổ trung bình $285,5 \pm 36,6$ (230-350) phút, lượng máu mất trung bình $161 \pm 98,93$ (100-500) mL, có 3 TH phải truyền máu trong mổ, lượng máu truyền trong mổ trung bình là 700 mL. Không có TH nào bị tổn thương mạch máu hay tổn thương thần kinh trong quá trình mổ. Không có TH nào phải chuyển mổ mở, không có TH ghi nhận biến chứng nội khoa và phẫu thuật sau mổ.

Thời gian nằm hậu phẫu trung bình $6,65 \pm 1,63$ (5-11) ngày. Thời gian lưu thông niệu đạo $9,4 \pm 3,8$ (3-21) ngày. Không ghi nhận các biến chứng rò nước tiểu hay chảy máu sau mổ.

Bảng 3. Giai đoạn TNM

Giai đoạn	Trước mổ TH (%)	Sau mổ TH (%)
T1c	2 (10)	0 (0)
T2a	0 (0)	0 (0)
T2b	12 (60)	14 (70)
T2c	3 (15)	0
T3a	0 (0)	0 (0)
T3b	3 (15)	6 (30)
N0	20 (100)	18 (90)
N1	0	2

Bảng 4. Phân nhóm nguy cơ theo Hội Tiết niệu học châu Âu

Phân nhóm nguy cơ	TH (%)
Giai đoạn khu trú	17 (85)
Nguy cơ thấp	0 (0)
Nguy cơ trung bình	6 (30)
Nguy cơ cao	11 (55)
Tiến triển tại chỗ	3 (15)

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình (phút)	$285,5 \pm 36,6$ (230-350)
Lượng máu mất trung bình (mL)	$161 \pm 98,93$ (100-500)
Truyền máu (n)	3 TH
Lượng máu truyền trung bình (mL)	700
Thời gian lưu thông niệu đạo (ngày)	$9,4 \pm 3,8$ (5-21)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	$6,65 \pm 1,63$ (5-11)
Biến chứng khác (n)	0

Trong mẫu nghiên cứu, giải phẫu bệnh sau mổ ghi nhận không có TH nào ISUP 1 và 4, ISUP 2 có 9 TH, ISUP 3 có 7 TH, và ISUP 5 có 4 TH. Có 1 TH di căn hạch sau phẫu thuật. Không có TH dương tính biên phẫu thuật mầm niệu đạo.

Theo dõi được 20 TH. Thời gian theo dõi TB là $10,2 \pm 6,5$

(1-22) tháng. Tỷ lệ tái phát sinh hóa là 0%. Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sau một tuần, một tháng, ba tháng, một năm, lần lượt là 35%, 65%, 90% và 100%. Trong đó, có 2 TH kiểm soát nước tiểu lần lượt sau tám và mười một tháng, cả 2 TH này là 2 TH đầu tiên được áp dụng kỹ thuật Hood.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc vẫn là điều trị tiêu chuẩn nhằm điều trị triệt căn ung thư TTL giai đoạn khu trú với kỳ vọng sống lớn hơn 10 năm. PTNS cắt TTL tận gốc có hỗ trợ robot đang trở thành xu hướng với nhiều lợi ích của phẫu thuật ít xâm hại [6]. Nhiều nghiên cứu cho thấy, PTNS cắt TTL tận gốc có hỗ trợ robot cải thiện thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện so với PTNS và mổ mở [1,7]. Không những thế, với các cánh tay linh hoạt của robot, có thể giúp phẫu thuật viên phẫu tích tỉ mỉ, tinh tế, từ đó có thể bảo tồn được bó mạch máu thần kinh cương. Kỹ thuật Hood ra đời dựa trên triết lý bảo tồn tối đa các cấu trúc quanh TTL và niệu đạo để tối ưu chức năng kiểm soát nước tiểu cũng như tình dục sớm sau mổ.

Khi áp dụng kỹ thuật Hood, thời gian mô trung bình của chúng tôi là 285,5 phút, cao hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân với thời gian mổ 237 phút và các tác giả trên thế giới thời gian mổ khoảng 100-250 phút [8,9]. Khi so sánh với các nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Hood, thời gian mổ trung bình của chúng tôi vẫn còn cao hơn khá nhiều [3,10]. Có 3 trường hợp phải truyền máu trong mổ, đây cũng là 3 ca đầu tiên áp dụng kỹ thuật Hood. Có 6 trường hợp giai đoạn pT3b vẫn áp dụng thành công kỹ thuật hood đảm bảo biên phẫu thuật âm tính nhờ lợi thế của phẫu thuật robot [3]. Nhìn chung, thời gian mổ khi áp dụng kỹ thuật Hood tại trung tâm chúng tôi cao hơn so với thời gian mổ của các tác giả không áp dụng kỹ thuật này tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Tuy nhiên, do số ca mổ còn ít nên cần thêm thời gian để cải thiện đường cong học tập.

Thời gian nằm hậu phẫu trung bình 6,6 ngày, thời gian lưu thông niệu đạo là 9,4 ngày. Ưu điểm của PTNS có hỗ trợ robot là thời gian nằm viện ngắn, do quá trình hậu phẫu tương đối thuận lợi. Vì khi vết mổ ngắn, bệnh nhân sẽ ít đau sau mổ hơn, đồng thời cũng giảm được tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. Đây cũng là yếu tố làm giảm thời gian nằm viện. Vận động sớm giúp tránh những biến chứng do nằm lâu như viêm phổi bệnh viện,

nhiễm khuẩn đường tiết niệu, huyết khối tĩnh mạch, suy dinh dưỡng. Những ưu điểm trên của PTNS có hỗ trợ robot đã rút ngắn đáng kể thời gian nằm viện. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới [1].

Khả năng kiểm soát nước tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi là 35% sau một tuần, 60% sau một tháng, 90% sau ba tháng và 100% sau một năm, kết quả có nhìn hơn với các tác giả khác [3,11]. Để đánh giá chức năng cương, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi rút gọn ESI với hai câu hỏi chính là có cương đủ để quan hệ và có đạt được khoái cảm khi quan hệ.

Tỷ lệ biên phẫu thuật mô niệu đạo âm tính hoàn toàn là yếu tố tiên lượng tốt [10]. Tỷ lệ tái phát sinh hóa trong nghiên cứu của chúng tôi là 0%, thấp hơn với các nghiên cứu khác <10% [9,12]. Tuy nhiên, do số lượng ca còn ít và thời gian theo dõi ngắn nên để có kết luận chính xác hơn thì cần thêm thời gian theo dõi. Có 1 trường hợp phát hiện di căn hạch trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, PSA sau mổ 3 tháng là 0,13 ng/ml và được tiếp tục theo dõi.

Nghiên cứu tiến hành trong thời gian một năm và số lượng mẫu còn hạn chế vì đây là một kỹ thuật mới được áp dụng. Những kết quả trên mặc dù chưa so sánh đối chứng được với các kỹ thuật khác nhưng kết quả bước đầu khả quan, đây là cơ sở để chúng tôi tiếp tục triển khai kỹ thuật này trong tương lai sắp tới và có nhiều nghiên cứu hơn nữa về để đánh giá hiệu quả dài hạn của phương pháp phẫu thuật này.

5. KẾT LUẬN

Ứng dụng kỹ thuật Hood trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ robot là một phương pháp hiệu quả và an toàn, vẫn đảm bảo nhiều ưu điểm của phẫu thuật ít xâm hại, rút ngắn thời gian mang ống thông, thời gian nằm viện, đồng thời giúp cải thiện khả năng kiểm soát nước tiểu sớm sau mổ. Kết quả về mặt ung thư học bước đầu là khả quan. Tuy nhiên, vẫn cần thêm nhiều trường hợp và thời gian theo dõi lâu dài hơn để đánh giá được những biến chứng muộn và tình hình phục hồi chức năng cương của bệnh nhân.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết

này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Thành Tuấn

<https://orcid.org/0000-0002-4309-8082>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Thành Tuấn

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Thành Tuấn, Ngô Xuân Thái

Thu thập dữ liệu: Châu Quý Thuận, Thái Minh Sâm, Ngô Xuân Thái, Hoàng Khắc Chuẩn, Thái Kinh Luân, Trần Trọng Trí, Vũ Đức Huy, Nguyễn Duy Điền, Đỗ Văn Công, Quách Đô La, Nguyễn Hoài Phan, Trần Anh Vũ, Lê Nho Tình, Phạm Đức Minh, Đinh Lê Quý Văn, Trương Hồ Trọng Tấn, Hoàng Phong, Lê Hữu Thuận, Nguyễn Hoàng Tường, Hoàng Tiến Đạt, Trần Lê Dung, Nguyễn Thái Hoàng, Huỳnh Thanh Thiên, Nguyễn Hữu Lộc

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Thành Tuấn

Nhập dữ liệu: Nguyễn Hữu Lộc, Nguyễn Thị Minh Phương

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Thành Tuấn

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Thành Tuấn, Nguyễn Hữu Lộc

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Thành Tuấn

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Châu Quý Thuận, Thái Minh Sâm, Ngô Xuân Thái, Hoàng Khắc Chuẩn, Thái Kinh Luân

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 47/HDDD-DHYD ngày 28/1/2021.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao L, Yang Z, Qi L, Chen MJM. Robot-assisted and

laparoscopic vs open radical prostatectomy in clinically localized prostate cancer: perioperative, functional, and oncological outcomes: A Systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(22):e15770.

2. Thái Minh Sâm, Châu Quý Thuận, Thái Kinh Luân, et al. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ Robot tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(4):72-77.
3. Wagaskar VG, Mittal A, Sobotka S, et al. Hood technique for robotic radical prostatectomy—preserving periurethral anatomical structures in the space of retzius and sparing the pouch of douglas, enabling early return of continence without compromising surgical margin rates. *Eur Urol*. 2021;80(2):213-221.
4. Hofmann M, Huang E, Huynh LM, et al. Retrospective concomitant nonrandomized comparison of “touch” cautery versus athermal dissection of the prostatic vascular pedicles and neurovascular bundles during robot-assisted radical prostatectomy. *European Urology*. 2022;81(1):104-109.
5. Chang P, Szymanski KM, Dunn RL, et al. Expanded prostate cancer index composite for clinical practice: development and validation of a practical health related quality of life instrument for use in the routine clinical care of patients with prostate cancer. *J Urol*. 2011;186(3):865-872.
6. Mottet N, Cornford P, Van den Bergh RCN, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer; pp.1-234. *Eur Assoc Urol*. 2023; https://d56bochlqxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2023_2023-03-27-131655_pdv.pdf.
7. Basiri A, de la Rosette JJ, Tabatabaei S, Woo HH, Laguna MP, Shemshaki HJWjou. Comparison of retropubic, laparoscopic and robotic radical prostatectomy: who is the winner? *World J Urol*. 2018;36:609-621.
8. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Văn Ân, et al. Áp dụng kỹ thuật nội soi robot để phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc do ung thư - kinh nghiệm sau

một năm thực hiện. Y học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(2):563-575.

9. Patel VR, Sivaraman A, Coelho RF, et al. Pentapecta: a new concept for reporting outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. Eur Urol. 2011;59(5):702-707.
10. Zhang H, Ning Z, Jia G, et al. Modified hood technique for single-port robot-assisted radical prostatectomy contributes to early recovery of continence. Front Surg. 2023;10:1132303.
11. Ngô Xuân Thái, Thái Minh Sâm, Châu Quý Thuận, et al. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hỗ trợ robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2021;26(1):127.
12. Yaxley JW, Coughlin GD, Chambers SK, et al. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study. Lancet. 2016;388(10049):1057-1066.