

DOI: 10.58490/ctump.2025i93.4264

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHƯƠNG PHÁP
BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER HOLMIUM
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

Nguyễn Trung Hiếu^{1}, Lê Thanh Tâm¹, Lê Thanh Bình¹,
Hồ Minh Thái¹, Trần Quốc Cường², Nguyễn Hữu Hoàng¹*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
2. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Cần Thơ

* Email: nthieu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/9/2025

Ngày phản biện: 14/11/2025

Ngày duyệt đăng: 25/11/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser holmium (HoLEP) là lựa chọn ưu tiên trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể tích lớn, tuy nhiên tại Việt Nam hiện nay kỹ thuật này chưa được triển khai rộng rãi. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả sớm phương pháp HoLEP tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu mô tả trên bệnh nhân phì đại tiền liệt tuyến lành tính có chỉ định can thiệp ngoại khoa bằng phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser holmium từ tháng 01/01/2024 đến 30/05/2025 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** 18 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật HoLEP được theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng. Độ tuổi trung bình $70,61 \pm 6,89$ tuổi. Có sự cải thiện các chỉ số QoL, IPSS, PSA, niệu đồ dòng, thể tích nước tiểu tồn lưu. Về biến chứng, có 2 trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu, 1 trường hợp bí tiểu sau rút thông niệu đạo và 1 trường hợp thủng bàng quang. **Kết luận:** HoLEP là phương pháp điều trị dễ thực hiện và có hiệu quả cao trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể tích lớn.

Từ khóa: Bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt, holmium laser, HoLEP.

ABSTRACT

**EVALUATION EARLY OUTCOME OF
HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE
AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL**

Nguyen Trung Hieu^{1}, Le Thanh Tam¹, Le Thanh Binh¹,
Ho Minh Thai¹, Tran Quoc Cuong², Nguyen Huu Hoang¹*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Vinmec Can Tho International Hospital

Background: Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) is the preferred treatment for large-volume benign prostatic hyperplasia; however, in Vietnam, this technique has not yet been widely implemented. **Objectives:** to evaluate the early outcomes of HoLEP at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** a prospective case series study was conducted from January 1, 2024, to May 30, 2025, at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** A total of 18 patients underwent HoLEP and were followed for 6 months postoperatively. The mean age was 70.61 ± 6.89 years. Improvements were observed in quality of life (QoL), International Prostate Symptom Score (IPSS), prostate-specific antigen (PSA), uroflowmetry parameters, and post-void residual urine volume. Regarding postoperative complications, two patients developed urinary tract infection, one experienced acute urinary

retention after catheter removal, and one sustained bladder perforation. **Conclusion:** HoLEP is a feasible and highly effective treatment for benign prostatic hyperplasia with large prostate volumes.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, holmium laser, HoLEP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều thập niên qua, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt bằng điện đơn cực vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL), trong khi phẫu thuật mổ mở lại là lựa chọn chủ yếu cho các trường hợp TTL có kích thước lớn trên 80 ml [1], [2]. Tuy nhiên, cả hai phương pháp này đều bộc lộ nhiều hạn chế, bao gồm tỉ lệ chảy máu cao, nguy cơ cần truyền máu, hội chứng sau cắt đốt, thời gian đặt thông niệu đạo và nằm viện kéo dài, cùng tỉ lệ tái phát sau 5 năm lên tới 18% [3]. Nhằm khắc phục các nhược điểm này, nhiều kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn đã được nghiên cứu và ứng dụng, trong đó nổi bật là kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng Laser Holmium (HoLEP). HoLEP được chứng minh mang lại hiệu quả tương đương với mổ mở nhưng ít xâm lấn hơn, ít biến chứng hơn, đồng thời giảm đáng kể thời gian nằm viện và thời gian đặt thông niệu đạo [4]. Được thực hiện lần đầu tiên bởi Gilling vào năm 1998, HoLEP ngày càng hoàn thiện và được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm niệu khoa trên thế giới [5]. Theo các khuyến cáo của Hội Niệu khoa Châu Âu và Hội Niệu khoa Hoa Kỳ, HoLEP hiện được xem là lựa chọn ưu tiên trong điều trị phẫu thuật TSLT-TTL có thể tích lớn [6], [7].

Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay, kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) mới chỉ được triển khai tại một số ít cơ sở y tế lớn trên cả nước. Riêng tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ là cơ sở y tế đầu tiên hiện nay thực hiện được kỹ thuật này. Xuất phát từ thực tiễn điều trị, nghiên cứu được tiến hành nhằm có cái nhìn tổng quan về kết quả điều trị, đồng thời rút ra những bài học kinh nghiệm sau một loạt ca phẫu thuật HoLEP đã được thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng:** tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và có chỉ định điều trị bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holmium Laser qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024 - 2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân mắc tăng sinh TTL có chỉ định can thiệp ngoại khoa cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt, đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Chống chỉ định tuyệt đối: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa điều trị ổn.

+ Chống chỉ định tương đối: Sỏi bàng quang lớn (phẫu thuật 2 giai đoạn - tán sỏi bàng quang và cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo). Chống chỉ định gây mê. Suy thận cấp thứ phát do tắc nghẽn đường ra của bàng quang (BOO). Rối loạn đông máu chưa được điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

- **Nội dung nghiên cứu:** tất cả đối tượng nghiên cứu thỏa đối tượng nghiên cứu sẽ được đánh giá:

+ Trước phẫu thuật: tuổi, phân loại ASA, thang điểm IPSS, thang điểm QoL, tốc độ dòng chảy tối đa (Qmax) trong đo niệu dòng đồ, PSA toàn phần, lượng Hemoglobin, nồng độ Natri máu, kích thước tuyến tiền liệt bằng chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt (MRI).

+ Tái khám: Thang điểm IPSS, QoL, Qmax mỗi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Siêu âm kích thước TTL và đo PSA toàn phần sau 3 tháng. Ghi nhận biến chứng muộn trong 6 tháng.

- **Xử lý thống kê số liệu:** xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định không phân phối chuẩn của biến số định lượng ở 2 thời điểm khác nhau bằng Willcoxon - Test.

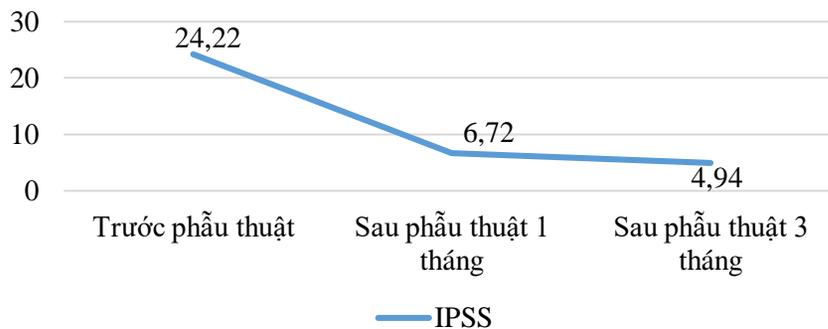
- **Hội đồng Đạo đức:** nghiên cứu này được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số: 24.079.GV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nghiên cứu

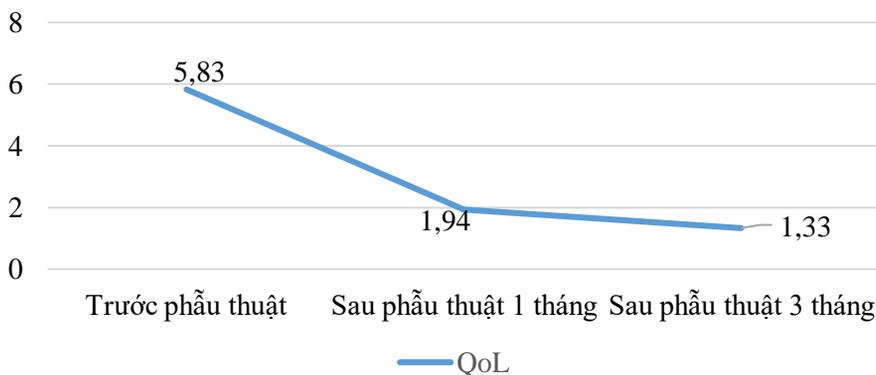
| Đặc điểm | | Kết quả nghiên cứu |
|------------|-----|----------------------------|
| Tuổi (năm) | | 70,61 ± 6,89 (58 - 81) |
| BMI | | 23,24 ± 2,78 (19,33-32,52) |
| ASA | I | 2 (11,1%) |
| | II | 12 (66,7%) |
| | III | 4 (22,2%) |
| Tổng | | 18 (100%) |

Nhận xét: tuổi trung bình 70,61 ± 6,89 tuổi. BMI trung bình 23,24 ± 2,78. Có 12 bệnh nhân có ASA mức II chiếm phần lớn nhất với tỉ lệ 66,7%, sau đó lần lượt là nhóm III có 4 bệnh nhân (22,2%) và mức I có 2 bệnh nhân (11,1%).



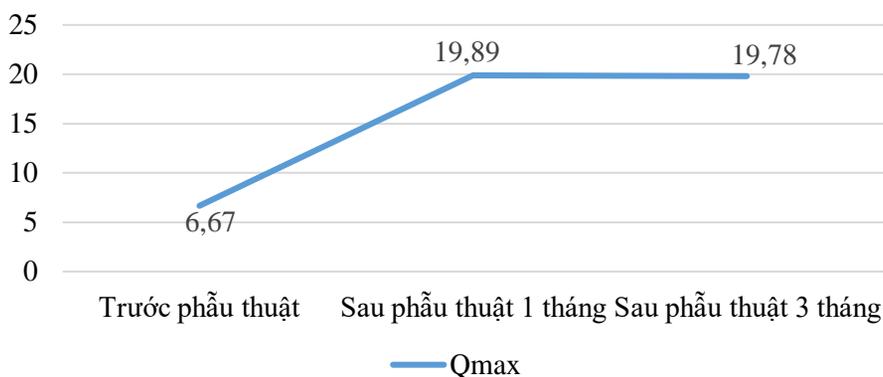
Biểu đồ 1. Kết quả điều trị theo IPSS

Nhận xét: Điểm IPSS trước phẫu thuật trung bình là 24,22 điểm với độ lệch chuẩn 2,713 giảm nhiều sau khi phẫu thuật 1 và 3 tháng với IPSS trung bình lần lượt là 6,72 và 4,94 điểm.



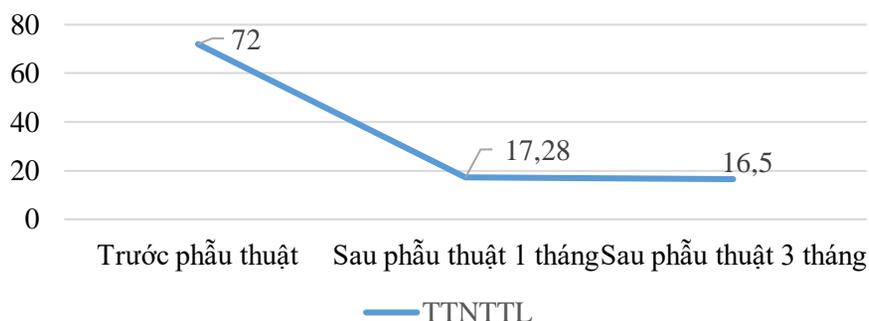
Biểu đồ 2. Kết quả điều trị theo QoL

Nhận xét: Điểm QoL trước phẫu thuật trung bình là 5,83 điểm với độ lệch chuẩn 0,383 giảm đáng kể sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng với giá trị trung bình lần lượt là 1,94 và 1,33 điểm.



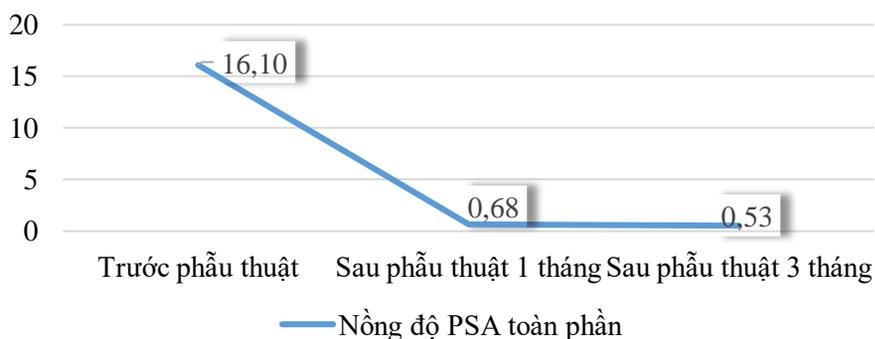
Biểu đồ 3. Kết quả điều trị theo niệu dòng đồ

Nhận xét: Giá trị Qmax trước phẫu thuật trung bình là 6,67 ml/s, tăng nhiều sau phẫu thuật 1 và 3 tháng với giá trị trung bình lần lượt là 18,89 và 19,78 ml/s.



Biểu đồ 4. Kết quả điều trị theo thể tích nước tiểu tồn lưu

Nhận xét: Thể tích nước tiểu tồn lưu trước phẫu thuật trung bình là 72 ml với độ lệch chuẩn 19,513 giảm nhiều sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng với giá trị trung bình ghi nhận lần lượt là 17,28 và 16,50 ml.



Biểu đồ 5. Kết quả điều trị theo nồng độ PSA toàn phần

Nhận xét: Giá trị PSA toàn phần trước phẫu thuật trung bình là 16,10 ng/ml với độ lệch chuẩn 15,62 giảm rất nhiều sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng với giá trị trung bình ghi nhận được lần lượt là 0,68 ng/ml và 0,53 ng/ml.

Bảng 2. Biến chứng HoLEP

| Biến chứng | Tần suất (n) | Tỉ lệ (%) |
|------------------------------|--------------|-----------|
| Thủng bàng quang, trực tràng | 1 | 5,56 |
| Bí tiểu sau rút sonde tiểu | 1 | 5,56 |
| Nhiễm khuẩn đường tiết niệu | 2 | 11,11 |
| Không biến chứng | 14 | 77,78 |
| Tổng số bệnh nhân | 18 | 100 |

Nhận xét: Trong tổng số 18 bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu ghi nhận hậu phẫu có 2 bệnh nhân có biến nhiễm khuẩn đường tiết niệu; 1 bệnh nhân bí tiểu sau rút thông niệu đạo - BQ và 1 bệnh nhân có biến chứng thủng BQ trong phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu là 70,61 với lệch chuẩn 6,89 tuổi thấp nhất ghi nhận là 58 và tuổi cao nhất ghi nhận là 81. Đây là dải tuổi điển hình của bệnh cảnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt kèm LUTS mức nặng—lứa tuổi thường phải cân nhắc can thiệp ngoại khoa sau khi đã thất bại hoặc không còn phù hợp với điều trị nội khoa. Về mặt hiệu quả, tuổi cao không làm giảm lợi ích của HoLEP theo các nghiên cứu trước đây [8], [9] và định hướng khuyến cáo EAU [6], [7], trong đó tuổi cao không được coi là chống chỉ định khi đánh giá gây mê - hồi sức chấp nhận được. Qua đó, chỉ định phẫu thuật cho các bệnh nhân lớn tuổi mắc tăng sinh tuyến tiền liệt lành tính nhằm giải quyết các triệu chứng tắc nghẽn và kích thích cho bệnh nhân là hoàn toàn phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được chỉ số BMI trung bình là 23,24 với độ lệch chuẩn 2,783; về gây mê, BMI như vậy thuận lợi cho thông khí và tư thế mổ; về kết cục niệu động học y văn quốc tế và khuyến cáo [6], [7] không coi BMI là yếu tố quyết định hiệu quả, dù béo phì có thể kéo dài thời gian gây mê và hậu phẫu. Phân bố ASA trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh thực hành gây mê ngoại khoa ở bệnh nhân lớn tuổi có bệnh kèm được kiểm soát. Khuyến cáo EAU [6], [7] cho phép chỉ định HoLEP ở ASA II-III khi đánh giá gây mê chấp nhận được, do đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp định hướng thực hành.

Chúng tôi ghi nhận giá trị IPSS giảm so với ban đầu. Đây là thay đổi rất lớn về mặt lâm sàng, trước phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều có điểm IPSS mức độ nặng. Sau phẫu thuật không còn bệnh nhân có điểm IPSS ở mức độ nặng hay trung bình nữa cho thấy sự cải thiện rõ của tất cả các bệnh nhân. Kết quả này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong nước [8], [9], [10]. Giá trị QoL giảm đáng kể sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hồ Xuân Tuấn với QoL trung bình sau phẫu thuật 1 tháng là 2,05 điểm và sau 3 tháng là 1,69 điểm [10]. Khuyến cáo EAU xếp phẫu thuật HoLEP là lựa chọn ưu tiên ở bệnh nhân phù hợp nhờ giảm triệu chứng và nâng cao QoL rõ rệt [6]. Sau HoLEP, Qmax tăng lên, tốc độ dòng đỉnh >15 ml/s thường gợi ý giải phóng tắc nghẽn tốt trong thực tiễn lâm sàng phù hợp; mức cải thiện của chúng tôi là rất lớn và nhất quán với giảm lượng nước tiểu tồn cù giảm IPSS và QoL rất nhiều cho thấy sự cải thiện chức năng tổng xuất thực sự, không chỉ do thay đổi chủ quan. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hồ Xuân Tuấn khi Qmax trung bình tăng lên 16,09 ml/s sau 1 tháng đầu và 17,41 ml/s ở 3 tháng sau phẫu thuật [10]. Thể tích nước tiểu tồn lưu giảm về khoảng 16-17 ml sau phẫu thuật cho thấy giải phóng tắc nghẽn hiệu quả và phục hồi chức năng tổng xuất. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trường Thành khi lượng nước tiểu tồn lưu trung bình giảm từ 145ml xuống còn 30ml sau phẫu thuật 3 tháng [8], [9]. Giá trị PSA giảm rất nhiều sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng.

Đây là mức giảm lớn có thể được lý giải do phẫu thuật HoLEP bóc gần như toàn bộ mô tuyến tiền liệt tăng sinh lành tính chỉ còn lại phần vỏ bao của tuyến tiền liệt nên PSA không còn được bài tiết vào máu với lượng nhiều như trước khi phẫu thuật. Tại Việt Nam, các nghiên cứu ở Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Bình Dân (cũng ghi nhận xu hướng PSA hạ sâu sớm sau mổ cùng với cải thiện IPSS và Qmax [9], [10]. Sau HoLEP, PSA hạ sâu về <1 ng/mL với giảm khoảng 96-97% là dấu ấn cho bóc nhân triệt để đúng kỳ vọng; kết quả tương đồng đa số báo cáo trong nước và quốc tế, phù hợp khuyến cáo của Bộ Y Tế và EAU về sàng lọc và theo dõi [6], [11].

Về biến chứng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân có biến chứng thủng BQ trong khi thực hiện phẫu thuật chiếm 5,56% số ca, bệnh nhân sau đó được thực hiện khâu phục hồi thành bàng quang và thực hiện dẫn lưu bàng quang ra da để điều trị. Nguyên nhân do phối hợp từ nhiều yếu tố khách quan và chủ quan như tầm nhìn phẫu trường kém, bàng quang chưa đủ căng, mất định hướng không gian được thực hiện ở thì xây mô và hút ra ngoài; hơn nữa biến chứng này xảy ra trong giai đoạn chuyển giao kỹ thuật mới đầu tiên, kinh nghiệm của phẫu thuật viên chưa hoàn thiện. Đây là một biến chứng được cho là nặng nề, tuy nhiên bệnh nhân đã được xử trí hồi sức, khâu khôi phục thành bàng quang ngay trong lúc phẫu thuật và hồi phục tốt sau đó, không ghi nhận hiện tượng rò bàng quang cũng như các biến chứng khác liên quan trên bệnh nhân này. Để tránh biến chứng này có thể xảy ra thêm, chúng tôi khuyến nghị nên thực hiện cầm máu tốt ở thì bóc tách nhân tuyến tiền liệt nhằm đảm bảo phẫu trường rõ ràng không bị máu hòa trong dịch rỗng cản trở tầm nhìn, khóa van nước rỗng chiều ra ngoài để đảm bảo bàng quang luôn căng, thực hiện bắt mô bướu trong bàng quang và đưa mô bướu về vị trí trung tâm bàng quang tránh xa các thành của bàng quang, tạm dừng xây mô ngay khi thấy dấu hiệu bất thường. Chúng tôi ghi nhận được 2 trường hợp nhiễm khuẩn hệ tiết niệu sau phẫu thuật, chiếm 11,11%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau phẫu thuật thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Trường Thành (16%) [9] và cao hơn nghiên cứu của Hồ Xuân Tuấn (6,3%) [10]. Trong thực hành lâm sàng, các bệnh nhân đã được đặt thông niệu đạo - bàng quang trước đó có nguy cơ nhiễm khuẩn và rối loạn tiểu tiện sau rút thông cao hơn so với bệnh nhân không đặt thông. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bí tiểu sau rút thông niệu đạo - bàng quang, chiếm 5,56%, tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trường Thành với tỉ lệ là (6,97%) [9] và tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hồ Xuân Tuấn (9,5%) [10]. Theo khuyến cáo EAU khuyến khích thử rút sonde sớm có điều kiện, song cần cá thể hóa theo đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật [6], [7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium qua đường niệu đạo cho thấy bước đầu là phương pháp an toàn, khả thi và mang lại cải thiện lâm sàng ở bệnh nhân tăng sinh lành tính TTL thể tích lớn. Tỉ lệ biến chứng thấp và sự cải thiện chỉ số các thang điểm sau phẫu thuật cho thấy kỹ thuật có tính ổn định và hiệu quả trong giai đoạn theo dõi sớm. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn nhỏ và thời gian theo dõi chưa dài, cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài để khẳng định đầy đủ hơn hiệu quả và độ an toàn của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eredics K., Wachabauer D., Röthlin F., Mandersbacher S. and Schauer I.. Reoperation Rates and Mortality After Transurethral and Open Prostatectomy in a Long-term Nationwide

- Analysis: Have We Improved Over a Decade?. *Urology*. 2018. 118, 152-157, <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.04.032>.
2. Geavlete B., Bulai C., Ene C., Checherita I., and Geavlete P. Bipolar vaporization, resection, and enucleation versus open prostatectomy: optimal treatment alternatives in large prostate cases?. *Journal of Endourology*. 2015. 29(3), 323-331, <https://doi.org/10.1089/end.2014.0493>.
 3. Reich, O., et al. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. *J Urol*. 2008. 180(1), p. 246-9, <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.03.058>.
 4. Bayraktar, N. and A.B. Başeskioğlu. Holmium Laser Enucleation of the Prostate (HoLEP) Versus Transurethral Resection of the Prostate (TURP) in Elderly Patients: Insights Into Recovery, Complications, and Risk Factors. *Cureus*. 2024. 16(12), p. E76384, <https://doi.org/10.7759/cureus.76384>.
 5. Gilling P.J., Fraundorfer M.R. . Holmium LASER prostatectomy: a technique in evolution, *Curr Opin Urol*. 1998. 8(1), 11-15. <https://doi.org/10.1097/00042307-199801000-00003>
 6. European Association of Urology. *EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms*. 2024. EAU Guideline. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/4543231/>
 7. Gravas S, Cornu JN, Gacci M, et al. *Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)*. 2022. EAU Guidelines. <https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neurogenic-male-luts>.
 8. Võ Văn Chung, Đỗ Trường Thành. Đánh giá kết quả sớm bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holmium Laser qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Hữu Nghị Hữu Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 509(2), tr.227-231, <https://doi.org/10.51298/vmj.v509i2.1833>.
 9. Đỗ Trường Thành, Ngô Đậu Quyền, Nguyễn Đạo Uyên. Kết quả bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng Holmium-Laser tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 526(1B), tr.1-5, <https://doi.org/10.51298/vmj.v526i1B.5384>
 10. Hồ Xuân Tuấn, Nguyễn Ngọc Chân, Trịnh Nguyên Bách. Đánh giá sớm kết quả bóc nhân tuyến tiền liệt bằng Laser Holmium trong điều trị bướu lành tính tuyến tiền liệt thể tích lớn tại Bệnh viện Bình Dân, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 509 (số chuyên đề), tr.217-222, <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/10592>.
 11. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị triệu chứng đường tiểu dưới do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. 2023. số:1531/QĐ-BYT, Hà Nội.
-