

Kết quả phẫu thuật nội soi 3D cắt tuyến tiền liệt tận gốc để điều trị ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Văn Ân, Phó Minh Tín, Đoàn Vương Kiệt, Phạm Huy Vũ, Lê Trương Tuấn Đạt

Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Văn Ân,
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành
phố Hồ Chí Minh
215 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn,
Thành phố Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0908 163 284
Email: an.nv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/01/2025

**Ngày chấp nhận đăng:
23/4/2025**

Ngày xuất bản: 01/12/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi 3D (PTNS 3D) cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại bệnh viện Đại học Y Dược TpHCM (UMC).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là báo cáo hồi cứu loạt trường hợp. Chúng tôi thu thập số liệu trong thời gian 3 năm 2021 – 2024 của những bị ung thư tuyến tiền liệt đã được PTNS 3D cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại UMC. Các biến số được ghi nhận gồm có thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện, biến chứng trong mổ và sau mổ, kết quả giải phẫu bệnh, trị số PSA trước và sau mổ, biến chứng sau mổ nếu có và diễn tiến sau mổ.

Kết quả: Từ tháng 11/2021 đến tháng 7/2024, 44 người bệnh ung thư tuyến tiền liệt đã được cắt tuyến tiền liệt tận gốc bằng PTNS 3D. Tuổi trung bình của người bệnh là 66,1. Trung bình PSA trước mổ là 20,9 ng/mL. Kết quả sinh thiết trước mổ là carcinoma tuyến tiền liệt với điểm số Gleason từ 6 (3+3) đến 9 (4+5). Thời gian mổ trung bình là 280,5 phút. Lượng máu mất trung bình là 293 mL. 1 trường hợp chuyển mổ mở vì dính nhiều trong lúc mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 5,1 ngày. PSA trung bình sau mổ 1 tháng là 0,85 ng/mL. Thời gian theo dõi trung bình khoảng 11 tháng. Tất cả các người bệnh đều bị tiểu không tự chủ cả ngày và đêm ở lần tái khám sau 1 tháng, tuy nhiên gần 80% các người bệnh cải thiện đáng kể từ lần tái khám sau 3 tháng.

Kết luận: Theo chúng tôi, PTNS 3D thuận lợi hơn so với PTNS 2D thông thường vì trường mổ rất rõ và có độ sâu của tầm nhìn khiến cho dễ thao tác hơn trong khi mổ. PTNS 3D cắt tuyến tiền liệt tận gốc là biện pháp an toàn và hiệu quả để điều trị ung thư tuyến tiền liệt ở những cơ sở y tế chưa có trang bị thiết bị PTNS robot.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt; Cắt tuyến tiền liệt tận gốc; Phẫu thuật nội soi 3D.

Results of 3D laparoscopic radical prostatectomy for prostate cancer at the University Medical Center of Ho Chi Minh City

Nguyen Van An, Pho Minh Tin, Doan Vuong Kiet, Pham Huy Vu, Le Truong Tuan Dat

University Medical Center of HCMC

Abstract

Introduction: To evaluate the results of prostate cancer treatment with 3D laparoscopic radical prostatectomy (3D-LRP) at the University Medical Center of HCMC.

Patients and Methods: This was a retrospective case series report. We have collected the data during the 3-year period between 2021-2024 of patients with prostate cancer who underwent 3D-LRP. The database such as operating time, blood loss, hospital stay, peri-operative and post-operative complications, pathological results, PSA values before and after surgery, follow-up time after surgery and patients recovery were collected.

Results: From November 2021 to July 2024, 44 patients with prostate cancer were performed radical prostatectomy with 3D laparoscopic surgery. The mean age of the patients was 66.1. The mean pre-op PSA was 20.9 ng/mL. The histopathologic findings by biopsy pre-op were all prostatic carcinoma, with Gleasons score ranging from 6 (3+3) to 9 (4+5). The mean operating time was 280.5 minutes. The mean blood loss was 293 mL. 1 case was converted to open surgery because of too much adherence during surgery. The mean hospital stay was 5.1 days. The mean PSA one month post-op was 0.85 ng/mL. The mean follow-up time was 11 months. All patients had day and night urinary incontinence at the 1-month follow-up visit, however, almost 80% of the patients improved their symptom significantly at the 3-month follow-up.

Conclusions: In our opinion, 3D laparoscopic surgery is more convenient than conventional 2D one because the surgical field is very clear and the depth of vision makes it easier to manipulate during surgery. 3D laparoscopic radical prostatectomy is safe and efficacy for treatment of prostate cancer in medical centers which have not established robotic instrument.

Key words: Prostate cancer; Radical prostatectomy; 3D laparoscopy.

Đặt vấn đề

Nội soi ổ bụng cắt tuyến tiền liệt tận gốc (*laparoscopic radical prostatectomy* - LRP) đã được thực hiện đầu tiên năm 1997 bởi Schuessler [10]. Từ khi các tác giả Guillonneau & Valencien báo cáo giúp cải tiến và chuẩn hóa kỹ thuật mổ (còn gọi là kỹ thuật Montsouris), giúp đem lại kết quả tương đương với mổ mở, LRP ngày càng phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới [7]. Tuy nhiên, đường cong học tập của phương pháp mổ này không dễ dàng, nên phần nào hạn chế mức độ phổ biến của LRP. Sự phát triển của PTNS hỗ trợ bởi robot (*robotic-assisted laparoscopy*) giúp khắc phục nhiều điểm hạn chế của LRP, như quang trường 3 chiều giúp nhìn rõ và có độ sâu hơn, dụng cụ thao tác có thể xoay và gấp góc 3 chiều giúp thao tác uyển chuyển và thuận lợi hơn khi thực hiện ở vị trí sâu như hốc chậu, đường cong phẫu thuật ngắn hơn. Vì thế, PTNS robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc (*robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy*, R-LRP) đã được nhiều nơi trang bị và áp dụng, đặc biệt ở Hoa Kỳ và các nước giàu. Hạn chế của R-LRP là thiết bị đắt tiền, nên hệ thống y tế của nhiều nước nghèo ngần ngại khi muốn trang bị máy robot. Hiện nay, thiết bị phẫu thuật nội soi cũng cải tiến bằng cách trang bị hệ thống quan sát 3 chiều (*3-dimensional vision system*): từ thế hệ đầu tiên vào thập niên 1990s cho đến nay là thế hệ thứ 4 với nhiều cải tiến kỹ thuật và dùng kính đeo mắt gọn nhẹ hỗ trợ nhìn 3D thay cho mũ bảo hộ nặng nề của thế hệ 3 [2,9]. Ngày càng có nhiều báo cáo trong y văn về phẫu thuật nội 3D, gồm cả cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

Tại Việt Nam, sau một số báo cáo về LRP vào thập niên 2000s, đã có một số trung tâm niệu khoa lớn vốn được trang bị thiết bị PTNT robot (như BV Bình Dân, BV Chợ Rẫy) có báo cáo về R-LRP từ khoảng hơn 6 năm qua. Bản thân chúng tôi đã tham gia một số báo cáo về LRP và RLRP [4,5]. Bài viết này trình bày những kinh nghiệm của chúng tôi về kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phẫu

thuật nội soi 3D cắt tuyến tiền liệt tận gốc (*3D laparoscopic radical prostatectomy*, 3D-LRP) tại BV Đại học Y Dược TpHCM trong khoảng thời gian 2021 - 2024.

Đối tượng và phương pháp

Đây là nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp. Người bệnh (NB) được chọn là những trường hợp ung thư tuyến tiền liệt còn chỉ định mổ cắt tuyến tiền liệt tận gốc và đã được PTNS 3D tại UMC.

Có 2 ê-kíp mổ: nhóm thứ nhất của khoa Niệu học chức năng với phẫu thuật viên chính đã có số có kinh nghiệm PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc > 30 TH, nhóm thứ hai của khoa Tiết Niệu với phẫu thuật viên chính đã có số có kinh nghiệm PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc < 30 TH.

Phương pháp mổ là phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc cắt tuyến tiền liệt – 2 túi tinh nguyên khối, nạo hạch chậu tiêu chuẩn, khâu nối cổ bàng quang – niệu đạo.

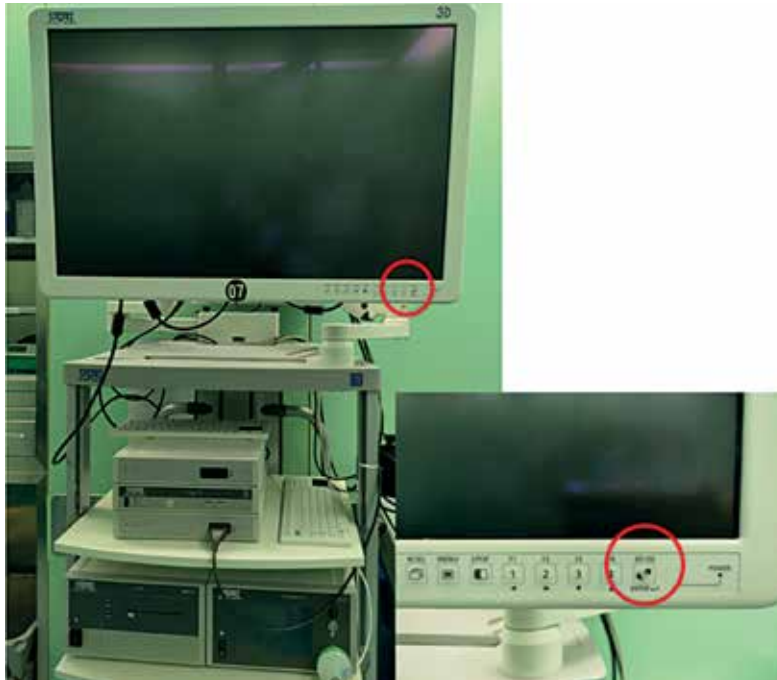
Thiết bị được sử dụng là hệ thống 1S-3D của công ty Karl Storz, gồm ống soi gắn camera và monitor tương thích để thể hiện hình ảnh 3D (hình 1). Phẫu thuật viên đeo kính nhìn hình ảnh 3D. Chúng tôi thường dùng ống soi 3D góc kính 30 độ, còn các dụng cụ phẫu thuật khác là loại thường dùng của PTNS 2D kinh điển.

Các tham số của được ghi nhận:

Trước mổ: tuổi, trị số PSA, kết quả MRI vùng chậu, điểm Gleason do sinh thiết tuyến tiền liệt, bệnh nền đi kèm;

Trong mổ: thời gian mổ, lượng máu mất, các thuận lợi và khó khăn trong khi mổ; tai biến trong mổ, truyền máu chu phẫu nếu có; Các dữ kiện về thời gian mổ, lượng máu mất, lượng truyền máu chu phẫu nếu có được ghi nhận trong phiếu theo dõi mổ của bác sĩ gây mê hồi sức.

Sau mổ: thời gian nằm viện, thời gian rút thông tiểu, thời gian theo dõi, kết quả giải phẫu bệnh, trị số PSA sau mổ, các biến chứng sau mổ nếu có.



Hình 1: Dàn máy Karl-Storz có thể chuyển đổi hình ảnh 2D-3D

Kết quả

Từ tháng 11/2021 đến tháng 7/2024 (32 tháng), có 44 trường hợp (TH) ung thư tuyến tiền liệt đã được PTNS 3D cắt tuyến tiền liệt tận gốc (3D LRP) tại BV Đại học Y Dược TpHCM.

Các tham số trước mổ:

Tuổi trung bình = $66,1 \pm 5,2$ (min = 55, max = 76)

Trung bình PSA trước mổ = $20,9 \pm 17,3$ (min = 5, max = 79,6)

MRI vùng chậu: ghi nhận độ PIRAD từ III – V. Đánh giá u tuyến tiền liệt từ cT2a đến cT3b.

Trừ 1 trường hợp nghi N1M0, tất cả các trường hợp còn lại được đánh giá N0M0.

Sinh thiết tuyến tiền liệt trước mổ đều cho kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến tiền liệt, với điểm Gleason từ 6 (3+3) đến 9 (4+5) (bảng 1).

Bảng 1: Điểm Gleason và ISUP trước mổ

Điểm Gleason	6 (3+3)	7 (3+4)	7 (4+3)	8 (4+4)	8 (5+3)	9 (4+5)
ISUP	1	2	3	4	5	5
Số TH	10	9	13	4	1	7

Khảo sát bệnh nền đi kèm: 26 TH bị cao huyết áp; 3 bị bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ; 7 bị đái tháo đường type II đang điều trị ổn định; 2 có tiền căn nhồi máu cơ tim đã đặt stent, hiện ổn định; 1 có tiền căn nhồi máu não 2 năm trước được điều trị nội khoa, hiện ổn định; 1 bị lao phổi 10 năm trước, hiện chức năng hô hấp bình thường; 1 bị COPD đang điều trị hiệu quả, hiện chức năng phổi ổn định.

Điểm ASA trước mổ:

ASA I: có 1 TH

ASA II: có 23 TH

ASA III: có 20 TH

Đa số NB được đánh giá nguy cơ phẫu thuật ở mức độ trung bình và nặng

Các tham số trong mổ:

Thời gian mổ trung bình = $280,55 \pm 63,59$ phút (min = 180, max = 435)

Lượng máu mất trung bình = $293,18 \pm 189,73$ mL (min = 50, max = 900).

1 TH phải truyền 3 đơn vị máu trong và ngay sau mổ, chính là trường hợp bị chảy máu nhiều 900 mL.

1 TH chuyển mổ mở vì quá dính trong khi mổ và bóc tách qua nội soi ổ bụng quá khó khăn.

Theo dõi sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình = $5,11 \pm 1,46$ ngày (min = 3, max = 8)

Biến chứng hậu phẫu:

1 TH bị liệt ruột kéo dài tới 7 ngày sau mổ, nên được xuất viện sau 8 ngày (đánh giá biến chứng Clavien – Dindo độ II).

1 TH bị nhồi máu cơ tim vào ngày thứ 3 hậu phẫu, phải đặt stent cấp cứu và sau đó chuyển lên khoa hồi sức tim mạch (đánh giá biến chứng Clavien – Dindo độ II). Tổng thời gian nằm viện của NB này là 15 ngày, nhưng chúng tôi xem xét hiệu chỉnh thời gian nằm viện liên quan đến hậu phẫu tuyến tiền liệt là 5 ngày.

1 TH đến ngày hậu phẫu thứ 3, khi được rút dẫn lưu hốc chậu thì dẫn đến tuột clip kẹp mạch máu vùng chậu khiến xuất huyết nội làm tụt huyết áp phải mổ lại thám sát và cầm máu (đánh giá biến chứng Clavien – Dindo độ IIIb). Thời gian nằm viện của NB này là 8 ngày.

Phân độ biến chứng hậu phẫu theo Clavien – Dindo:

2 TH được xếp độ II,

1 TH được xếp độ IIIb,

Tất cả 41 trường hợp còn lại không ghi nhận biến chứng hậu phẫu.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (bảng 2):

43 TH là carcinoma của tuyến tiền liệt

1 TH là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt: xem lại trước mổ thì kết quả sinh thiết là carcinoma với điểm Gleason là 7 (3+4).

2 NB trước mổ nghi có di căn hạch chậu dựa trên MRI, sau mổ kết quả giải phẫu bệnh không có di căn hạch chậu (N0).

Bảng 2. Điểm Gleason và ISUP sau mổ:

Điểm Gleason	BPH	6 (3+3)	7 (3+4)	7 (4+3)	8 (3+5)	8 (4+4)	9 (4+5)	9 (5+4)
ISUP	0	1	2	3	4	4	5	5
Số TH	1	4	13	13	3	2	7	1

Phân độ pTNM sau mổ dựa trên kết quả giải phẫu bệnh:

Chỉ có 13 TH giữ mức độ như đánh giá trước mổ
26 TH tăng mức độ (trong đó có 1 NB trước mổ đánh giá là N0, sau mổ là N1).

5 TH giảm mức độ (trong đó 2 NB trước mổ là N1, sau mổ là N0; ngoài ra 1 NB trước mổ sinh thiết ghi nhận cT2aN0, sau mổ là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt ?).

Thời gian rút thông tiểu trung bình là $13,1 \pm 1,8$ ngày (min = 10, max = 14)

Trung bình PSA sau mổ 1 tháng = $0,85 \pm 2,6$ (min = 0, max = 12,67)

Nhiều NB tái khám định kỳ và được cho làm xét nghiệm PSA, trong đó trường hợp theo dõi PSA lâu nhất là 24 tháng, nhưng nhiều trường hợp khác tái khám không đều nên các số liệu thu thập không đầy đủ. Do đó, chúng tôi chọn thống kê số liệu đầy đủ là trị số PSA 1 tháng sau mổ.

Về tiểu không kiểm soát sau mổ: Sau 1 tháng, tất cả các NB đều bị tiểu không tự chủ cả ngày và đêm. Tuy nhiên, theo dõi sau 3 tháng $35/44 = 79,5\%$ NB cải thiện đáng kể tình trạng tiểu không kiểm soát.

Bàn luận

Tình hình PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc ở Việt Nam:

Từ năm 2017, BV Bình Dân rồi BV Chợ Rẫy ở TP Hồ Chí Minh, BV Vimec (Hà Nội) đã được trang bị thiết bị PTNS hỗ trợ bằng robot, và đã triển khai PTNT robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc (R-LRP). Tuy nhiên, không phải mọi cơ sở y tế đều có thể triển khai thiết bị phẫu thuật robot, không chỉ vì khả năng kinh tế, mà còn do vướng mắc về cơ chế. Mặt khác, chi phí của R-LRP rất cao, khoảng gấp 2 lần so với áp dụng PTNS kinh điển (2D-LRP), khiến cho nhiều NB không đủ khả năng để PTNS robot. Vì thế cho đến gần đây, một số bệnh viện lớn trong nước vẫn còn báo cáo về 2D-LRP [6,7].

Một số bệnh viện đã báo cáo áp dụng PTNS 3D trong phẫu thuật niệu khoa như BV Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, BV Trung ương Huế, nhưng dường như đây là báo cáo loạt trường hợp đầu tiên về 3D-LRP ở Việt Nam.

Khi thực hiện 3D-LRP, chúng tôi với tư cách là người đã từng thực hiện cả 2D-LRP, 3D-LRP và R-LRP, nhận thấy rằng độ sắc nét và độ sâu của PTNS 3D gần tương đương PTNS robot, khiến phẫu thuật viên cải thiện đáng kể khả năng quan sát trong

lúc mổ. Tuy nhiên, thao tác phẫu thuật vẫn sử dụng các dụng cụ như PTNS 2D, nên vẫn bị hạn chế khá nhiều so với sự linh hoạt của dụng cụ PTNS robot.

So sánh với dữ kiện trong mổ và sau mổ với các tác giả khác:

Bảng 3. So sánh với các tác giả ngoài nước (cũng làm 3D-LRP) và các tác giả trong nước (2D-LRP và R-LRP)

Tác giả	Phương pháp mổ	Số TH	T/g mổ TB (phút)	Lượng máu mất TB (mL)	T/g rút thông tiểu TB (ngày)	T/g nằm viện TB (ngày)
Benelli (2019)	3D-LRP	52	118	175	8,2	6,1
Bogomolov (2018)	3D-LRP	53	126	190	7	Không ghi nhận
Vlad (2021)	3D-LRP	6	135,5	328	15,5	8,7
Chúng tôi (2024)	3D-LRP	44	280,5	293,2	13,1	5,04
ĐTT Hiền, H Long & cs (2023)	2D-LRP	17	209	420	14,8	9,23
VL Chuyên, NPC Hoàng, NV Ân & cs (2018)	R-LRP	52	237	346	Không ghi nhận	7,33
NPC Hoàng, VL Chuyên & cs (2023)	2D-LRP	40	219,5	393,7	Không ghi nhận	6
	R-LRP	40	171,8	394,5		4,7

Có thể thấy là thời gian mổ trung bình của chúng tôi dài hơn nhiều so với các tác giả khác, không chỉ so với các tác giả nước ngoài cũng áp dụng PTNS 3D [1,3,11], mà cả với tác giả trong nước áp dụng PTNS 2D [6,7] và PTNS robot [5,6]. Chúng tôi cần cố gắng khắc phục kỹ năng để rút ngắn thời gian phẫu thuật trong thời gian tới.

Tuy nhiên lượng máu mất trong mổ của chúng tôi là tương đối ít, cùng với các báo cáo của Benelli [1] và Bogomolov [3] là < 300 mL. Báo cáo của Vlad [11] có lượng chảy máu trong mổ nhiều hơn 300 mL một chút nhưng trên những NB mà u đã tiến triển và sau xạ trị. Các báo cáo khác ở trong nước, gồm cả 2D-LRP và R-LRP đều ghi nhận lượng máu mất nhiều hơn 300 mL [5,6], thậm chí trên 400 mL [7].

Hậu quả là tỉ lệ truyền máu trong loạt bệnh của chúng tôi khá thấp ($1/44 = 2,2\%$), thấp hơn nhiều so với các báo cáo trong nước (ĐTT Hiền là $1/17 = 5,9\%$ [7], NPC Hoàng là $7/40 = 17,5\%$ cho nhóm

2D-LRP và $4/40 = 10\%$ cho nhóm R-LRP [6]). Tỉ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi là $1/44 = 2,2\%$, thấp hơn so với báo cáo của ĐTT Hiền là $1/17 = 5,9\%$ [7], nhưng cao hơn báo cáo của NPC Hoàng là $0/40$ ở cả 2 nhóm [6].

Trường hợp mổ lại do xuất huyết nội ở ngày hậu phẫu thứ 3, sau khi rút dẫn lưu hốc chậu là khá hy hữu. Buổi sáng, bệnh nhân thể trạng và sinh hiệu ổn, ống dẫn lưu hốc chậu khô, nên chúng tôi cho rút ống dẫn lưu. Đến tối thì phát hiện NB mệt, mạch nhanh, huyết áp tuột, niêm hơi nhợt. Sau khi khám bụng có vẻ hơi chướng và tức vùng hạ vị, chúng tôi cho làm siêu âm bụng thì thấy có dịch trong bụng. Chọc hút dịch có dịch hồng sẫm. Xác định là xuất huyết nội nên chúng tôi mổ mở lại ngay, phát hiện một chỗ phun máu của mạch máu hốc chậu và clip bị tuột. Chúng tôi đã khâu cầm máu dễ dàng. Để tránh biến chứng này, có lẽ nên rút thông nhẹ nhàng, vừa rút vừa xoay ống.

Chúng tôi chủ trương rút thông tiểu trong khoảng 10 – 14 ngày, vì thế thời gian rút thông tiểu trung bình khoảng 13 ngày. Benelli [1] và Bogomolov [3] thậm chí rút thông tiểu sớm hơn (< 9 ngày), trong khi Vlad [11] và ĐTT Hiền [6] rút thông tiểu chậm hơn (> 14 ngày).

Số ngày nằm viện trung bình của chúng tôi là ngắn nhất so với các tác giả nêu trên (khoảng 5 ngày). Benelli ghi nhận thời gian nằm viện trung bình khoảng 6 ngày, trong khi các tác giả còn lại báo cáo > 7 ngày.

Kết luận

Chưa thấy báo cáo 3D-LRP trước đây ở trong nước, có lẽ vì bộ dụng cụ PTNS 3D chưa được phổ biến ở Việt Nam. Kết quả áp dụng PTNS 3D cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại BV Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong thời gian qua cho thấy kết quả rất khả quan trong điều trị ngoại khoa ung thư tuyến tiền liệt. Phương pháp mổ này nên được phổ biến rộng rãi hơn, không chỉ để tăng khả năng điều trị cho những bệnh viện chưa thuận lợi để trang bị, mà còn giúp cho những NB không đủ điều kiện kinh tế để thực PTNS robot.

Số lượng NB còn chưa nhiều lắm, thời gian theo dõi còn tương đối ngắn, nên trong thời gian tới chúng tôi cần cải thiện hơn nữa về kỹ năng, mà trước hết là cần rút ngắn thời gian mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Benelli A, Varca V, Rosso M, et al. "3D versus 2D laparoscopic radical prostatectomy for organ confined prostate cancer: Our experience". J Clin Urol (2018). DOI:10.1177/2051415818800536.
2. Bhayani SB, Andriole GL. "Three-dimensional

(3D) vision: Does it improve laparoscopic skills? An assessment of a 3D head-mounted visualization system". Rev Urol (2005); 7 (4): 211–4.

3. Bogomolov OA, Shkolnik MI, Belov AD, et al. "Functional and early oncological results in 2D vs 3D laparoscopic prostatectomy". Urologicheskie Vedomosti (2018); 8 (3): 5-10. DOI: 10.17816/uroved835-10.
4. VL Chuyên, NV Ân, NT Kha. "Những kinh nghiệm bước đầu nhân 4 trường hợp cắt tiền liệt tuyến toàn phần qua ngã nội soi ngoài phúc mạc tại bv Bình Dân". Tạp chí Y học TPHCM (2005); 9 (2): 53-55.
5. VL Chuyên, NPC Hoàng, NV Ân, et al. "Đường cong học tập trong phẫu thuật nội soi robot cắt tuyến tiền liệt tận gốc do ung thư". Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh (2018); 2 (22): 175-80.
6. NPC Hoàng, VL Chuyên & cs. "So sánh phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có Robot hỗ trợ với phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn: kinh nghiệm tại Bệnh viện Bình Dân". Tạp chí Y học Việt Nam (4/2023); 525 (số đặc biệt): 154-64.
7. ĐTT Hiền, H Long, CV Lâm, ĐI Định. Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt điều trị bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt. Tạp chí NCYH (2022); 159 (11): 34-40.
8. Guillonneau B, Vallancien G. "Laparoscopic radical prostatectomy: the Montsouris technique". J Urol (2000);163: 1643–9 .
9. Mueller MD, Camartin C, Dreher E, Hanggi W. "Three-dimensional laparoscopy gadget or progress ? A randomized trial on the efficacy of three-dimensional laparoscopy". Surg Endosc (1999); 13: 469–72
10. Schuessler W, Sculam P, Clayman R, Kavoussi L. "Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience". Urology (1997); 50: 854–7.
11. Vlad HS, Florea M, Nucu AM, et al. "3D laparoscopic salvage radical prostatectomy: mini-series report and review of the literature". JBUON (2021); 26 (3): 964-9.