



# Cập nhật Guideline EAU trong chẩn đoán và điều trị LUTS

**PGS.TS. VŨ LÊ CHUYÊN**

**Chủ tịch Hội Tiết niệu-Thận học VN (VUNA)**

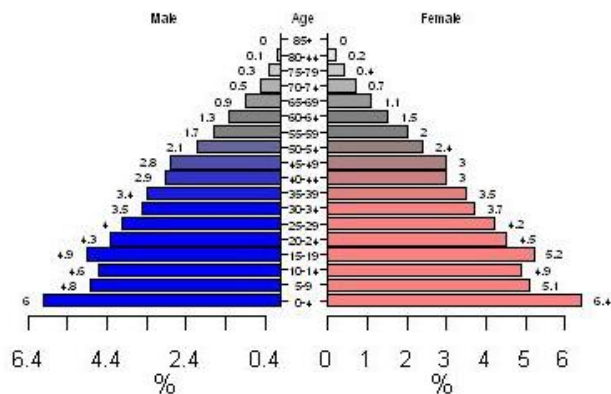


# MỞ ĐẦU

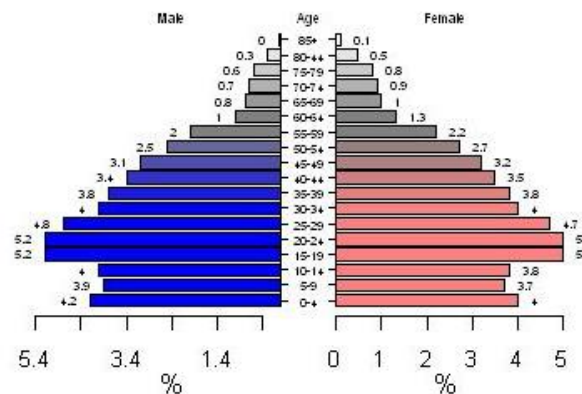
- ◆ Bệnh thường gặp
- ◆ Phẫu thuật nội soi phát triển
- ◆ Lạm dụng trong chẩn đoán và điều trị
- ◆ Vấn đề huấn luyện
- ◆ Thống nhất trong xử trí



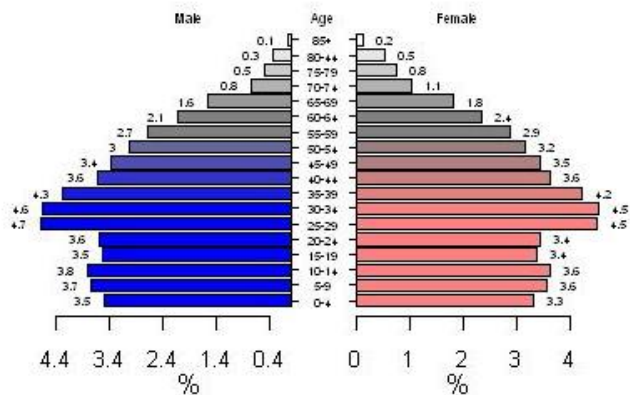
1950



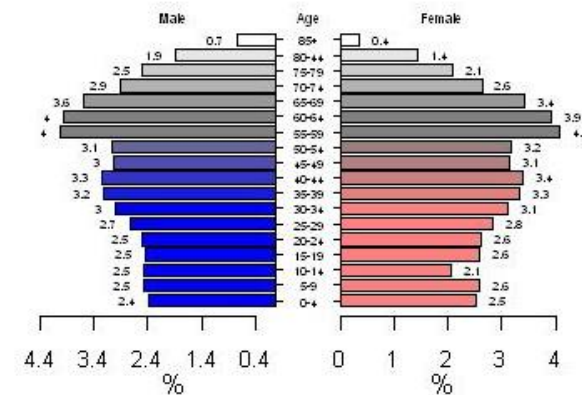
2010



2020

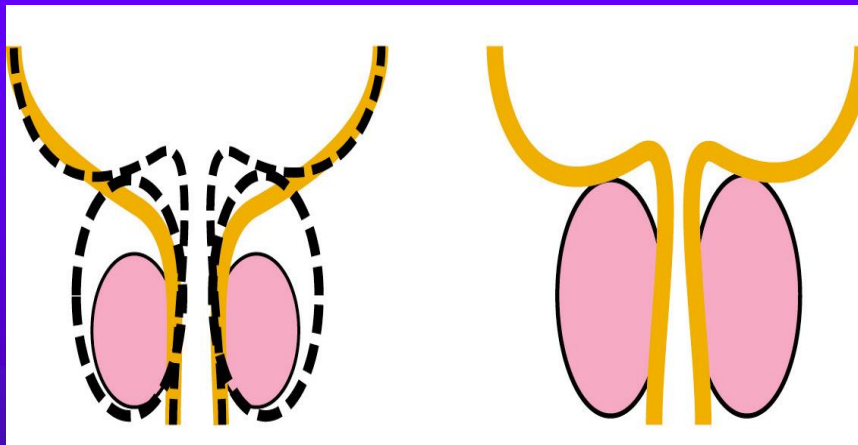


2050



# 2 thành phần của sự bế tắc do tuyến tiền liệt (TTL)

Thành phần tĩnh

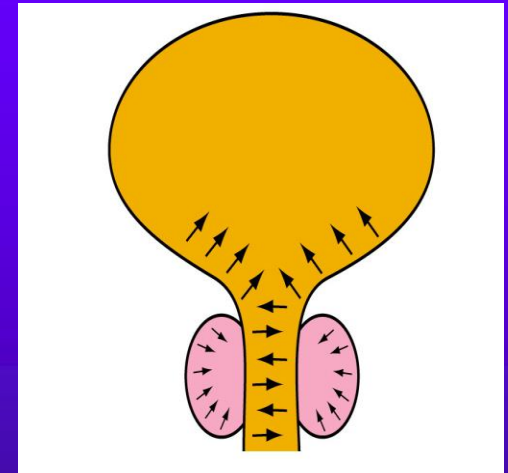


Bình thường

Tăng sinh

Tăng kích thước  
TTL

Thành phần động



Tăng sự co thắt

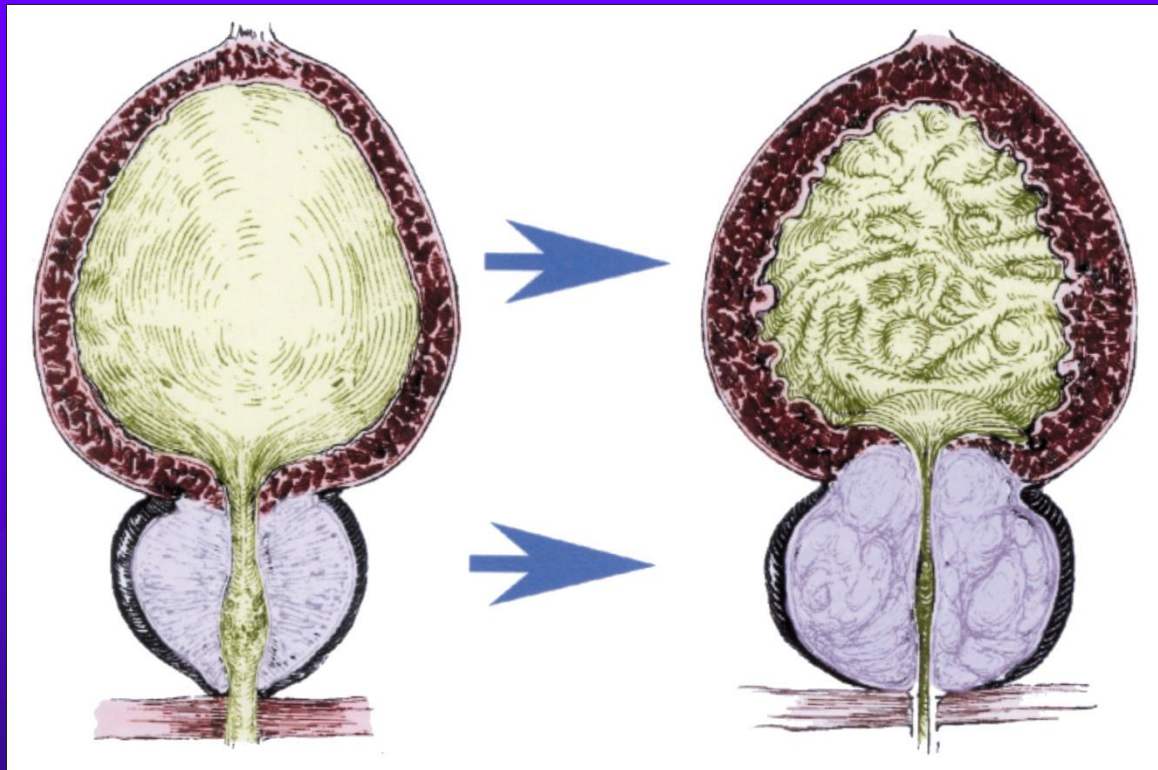


# Triệu chứng đường tiểu dưới (TC ĐTD)

Chứa đựng	Tổng xuất	Sau đi tiểu
Tiểu gấp	Tiểu chậm	Nhều sau khi tiểu
Tiểu nhiều lần	Tiểu yếu	Cảm giác tiểu chưa hết
Tiểu đêm	Tiểu ngắt quãng	
Tiểu gấp không kiểm soát	Tiểu rặn	
Tiểu không kiểm soát	Tiểu rớt giọt	

# Hậu quả của sự bế tắc do TTL

Cơ bàng quang dày ra



Trước

Sau

Tăng áp lực  
bàng quang

Ngăn cản  
dòng nước tiểu





# PHẠM VI ĐỊNH NGHĨA



**Bướu lành**

**U xơ**

**U phì đại lành tính**

**Nhiếp hộ tuyến**

**Tiền lập tuyến**

**Tiền liệt tuyến**

**Tuyến tiền liệt**

**Tăng sinh lành tính**

**Tăng sản lành tính**

**Tuyến tiền liệt**

**Triệu chứng đường tiểu dưới**

**Hội chứng đường tiểu dưới**





- ◆ Hội chứng bàng quang tăng hoạt
- ◆ Hội chứng cơ bàng quang tăng hoạt



# Công cụ đánh giá

## ◆ Bảng điểm triệu chứng

### International Prostate Symptom Score (I-PSS)

	Không có	$\leq \frac{1}{2}$ số lần	$< \frac{1}{2}$ số lần	Khoảng $\frac{1}{2}$	$> \frac{1}{2}$ số lần	Luôn luôn
Tiểu không hết	0	1	2	3	4	5
Tiểu lắt nhắt < 2giờ	0	1	2	3	4	5
Tiểu ngắt quãng	0	1	2	3	4	5
Tiểu gấp (tiểu són)	0	1	2	3	4	5
Tiểu tia yếu	0	1	2	3	4	5
Tiểu khó (phải rặn)	0	1	2	3	4	5
	Không có	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần
Tiểu đêm	0	1	2	3	4	5

NHẸ	0 – 7
TRUNG BÌNH	8 - 19
NẶNG	20 - 35



# Mức độ tin cậy

◆ Standard

Tiêu chuẩn

◆ Recommendation

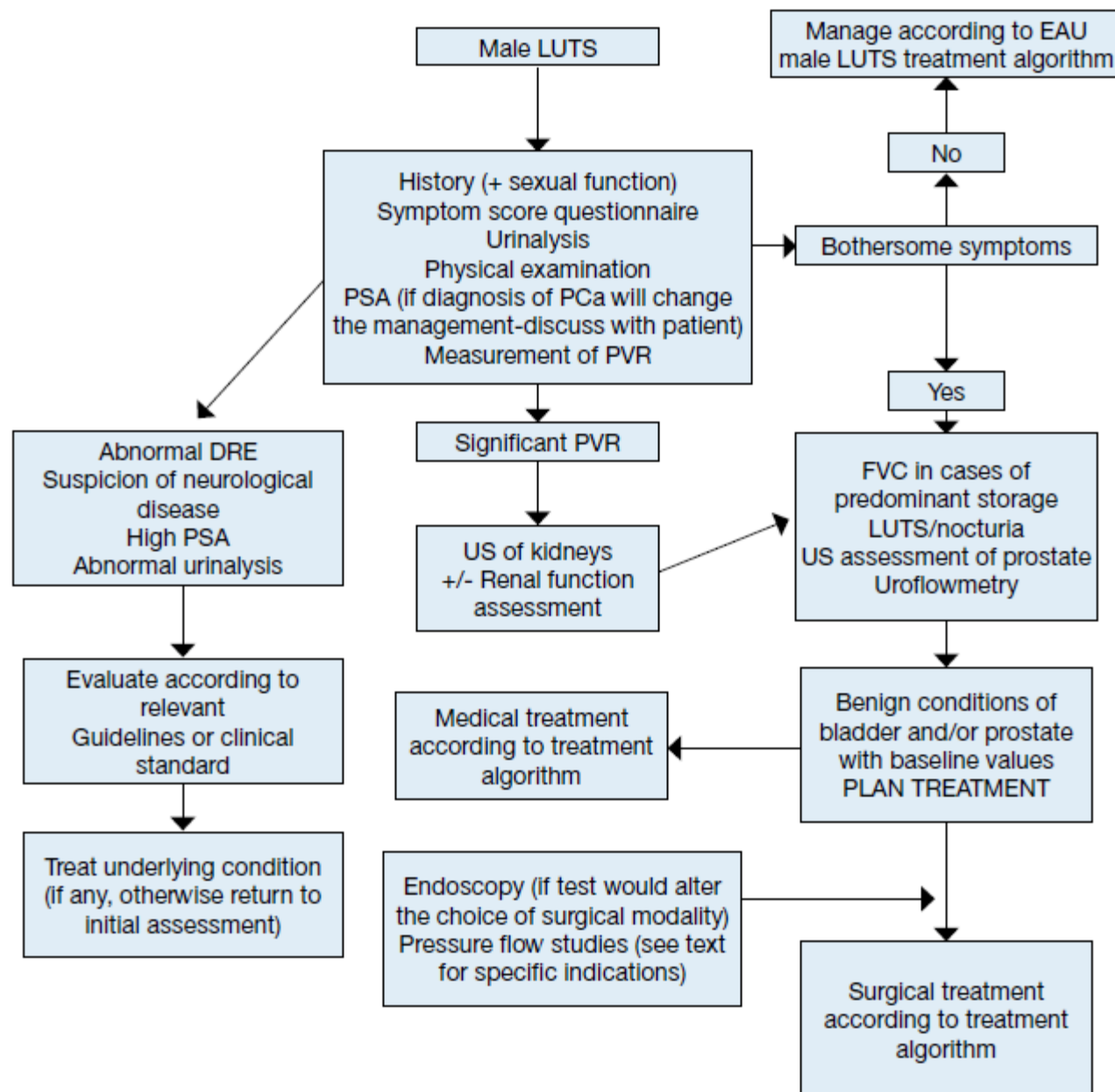
Khuyến cáo

◆ Option

Tùy chọn



# CHẶN ĐOÁN





# Standard

## ◆ Bệnh sử

Recommendation	LE	GR
A medical history must always be taken from men with LUTS.	4	A*
Recommendation	LE	GR
A validated symptom score questionnaire with QoL question(s) should be used for the routine assessment of male LUTS in all patients and should be applied for re-evaluation of LUTS during treatment.	3	B
Recommendation	LE	GR
Physical examination including DRE should be a routine part of the assessment of male LUTS.	3	B





# Standard

Recommendation	LE	GR
Urinalysis (by dipstick or urinary sediment) must be used in the assessment of male LUTS.	3	A*
Recommendation	LE	GR
PSA measurement should be performed only if a diagnosis of PCa will change the management or if PSA can assist in decision-making in patients at risk of progression of BPE.	1b	A
Recommendation	LE	GR
Renal function assessment must be performed if renal impairment is suspected, based on history and clinical examination or in the presence of hydronephrosis or when considering surgical treatment for male LUTS.	3	A*

# Recommended

Recommendation	LE	GR
Uroflowmetry in the initial assessment of male LUTS may be performed and should be performed prior to any treatment.	2b	B

Recommendation	LE	GR
<b>Recommendations</b>	3	B

PFS should be performed only in individual patients for specific indications prior to surgery or when evaluation of the underlying pathophysiology of LUTS is warranted.

PFS should be performed in men who have had previous unsuccessful (invasive) treatment for LUTS.

When considering surgery, PFS may be used for patients who cannot void > 150 mL.

When considering surgery in men with bothersome, predominantly voiding LUTS, PFS may be performed in men with a PVR > 300 mL.

When considering surgery in men with bothersome, predominantly voiding LUTS, PFS may be performed in men aged > 80 years.

When considering surgery in men with bothersome, predominantly voiding LUTS, PFS should be performed in men aged < 50 years.

Imaging of the upper urinary tract (with US) in men with LUTS should be performed in patients with a large PVR, haematuria or a history of urolithiasis.

Recommendation	LE	GR
Urethrocystoscopy should be performed in men with LUTS to exclude suspected bladder or urethral pathology and/or prior to minimally invasive/surgical therapies if the findings may change treatment	3	B

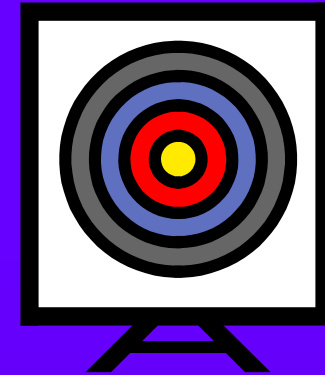
Recommendations	LE	GR
Micturition frequency volume charts or bladder diaries should be used to assess male LUTS with a prominent storage component or nocturia.	3	B
Frequency volume charts should be performed for the duration of at least 3 days.	2b	B



# ĐIỀU TRỊ



# Mục tiêu điều trị

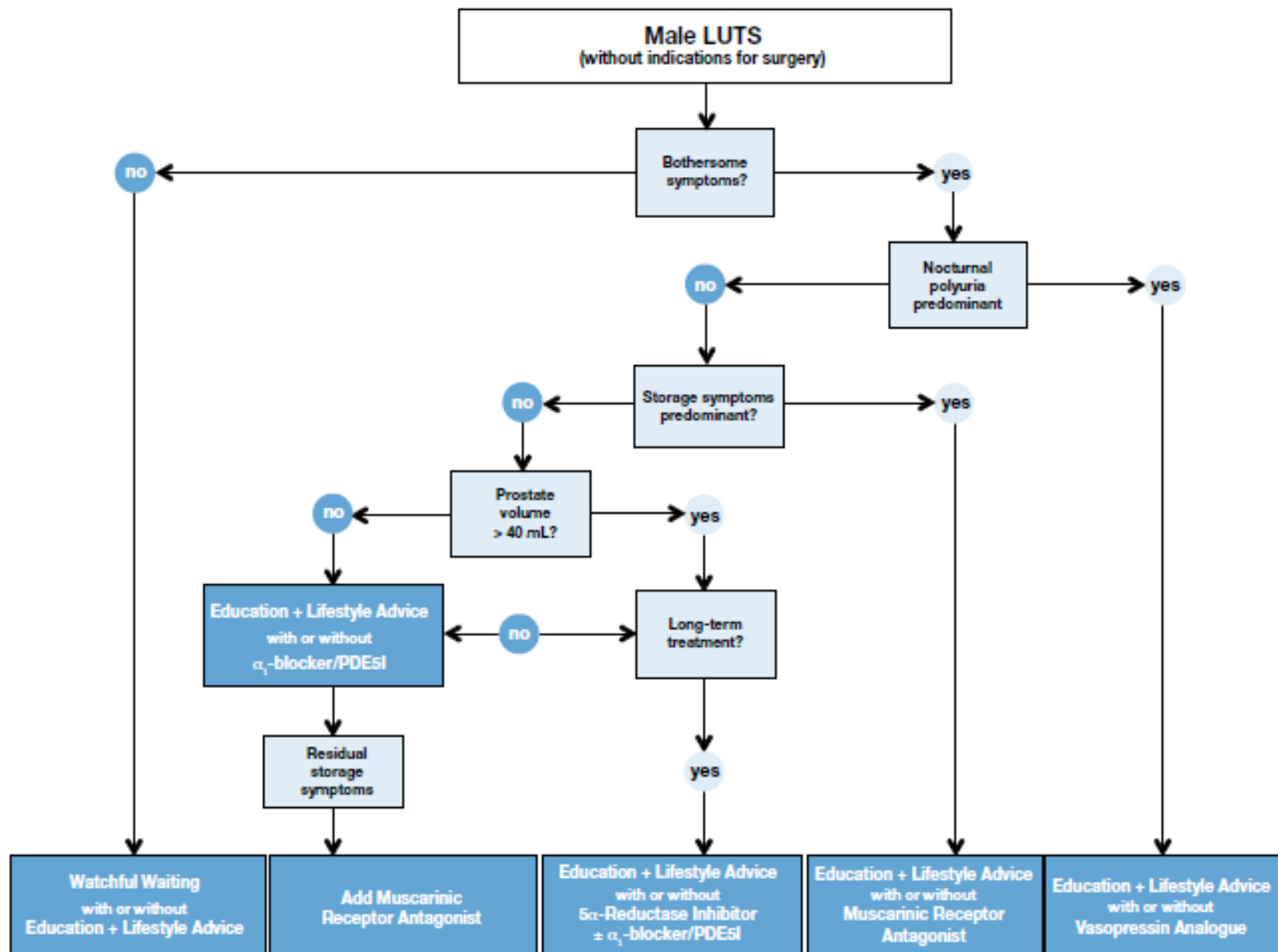


- ◆ Hiệu quả và tính an toàn của điều trị
- ◆ Đạt ít nhất trong những mục tiêu sau:
  - Cải thiện triệu chứng
  - Giảm bế tắc
  - Phòng ngừa những biến chứng
- ◆ Tỷ lệ tử vong và biến chứng phải được cân nhắc
- ◆ Cần có những nghiên cứu lâu dài



# Những phương pháp điều trị chấp nhận được

- ♦ A. Giải pháp chờ xem
- ♦ B. Điều trị nội khoa
- ♦ C. Điều trị phẫu thuật





# Bác sĩ và bệnh nhân cần thảo luận

Triệu chứng làm phiền bệnh nhân  
đến mức nào?

Ông ta có muốn phương pháp  
điều trị nào khác không?

Điều trị như thế có an toàn  
không?





## A. Theo dõi tích cực

- ◆ Theo dõi tích cực là phương pháp được áp dụng cho bệnh nhân có triệu chứng nhẹ hoặc vừa khi chưa có biến chứng của TC ĐTD (suy thận, nhiễm trùng niệu, ứ đọng nước tiểu)
- ◆ Bệnh nhân cần được thông tin về:
  - Kích thước bướu
  - PSA
  - Niệu dòng đồ
  - Nguy cơ bí tiểu cấp



## Standard

**Bệnh nhân có điểm triệu chứng  $<8$ , hoặc  $\geq 8$  nhưng không phiền hà về triệu chứng thì nên được theo dõi tích cực**

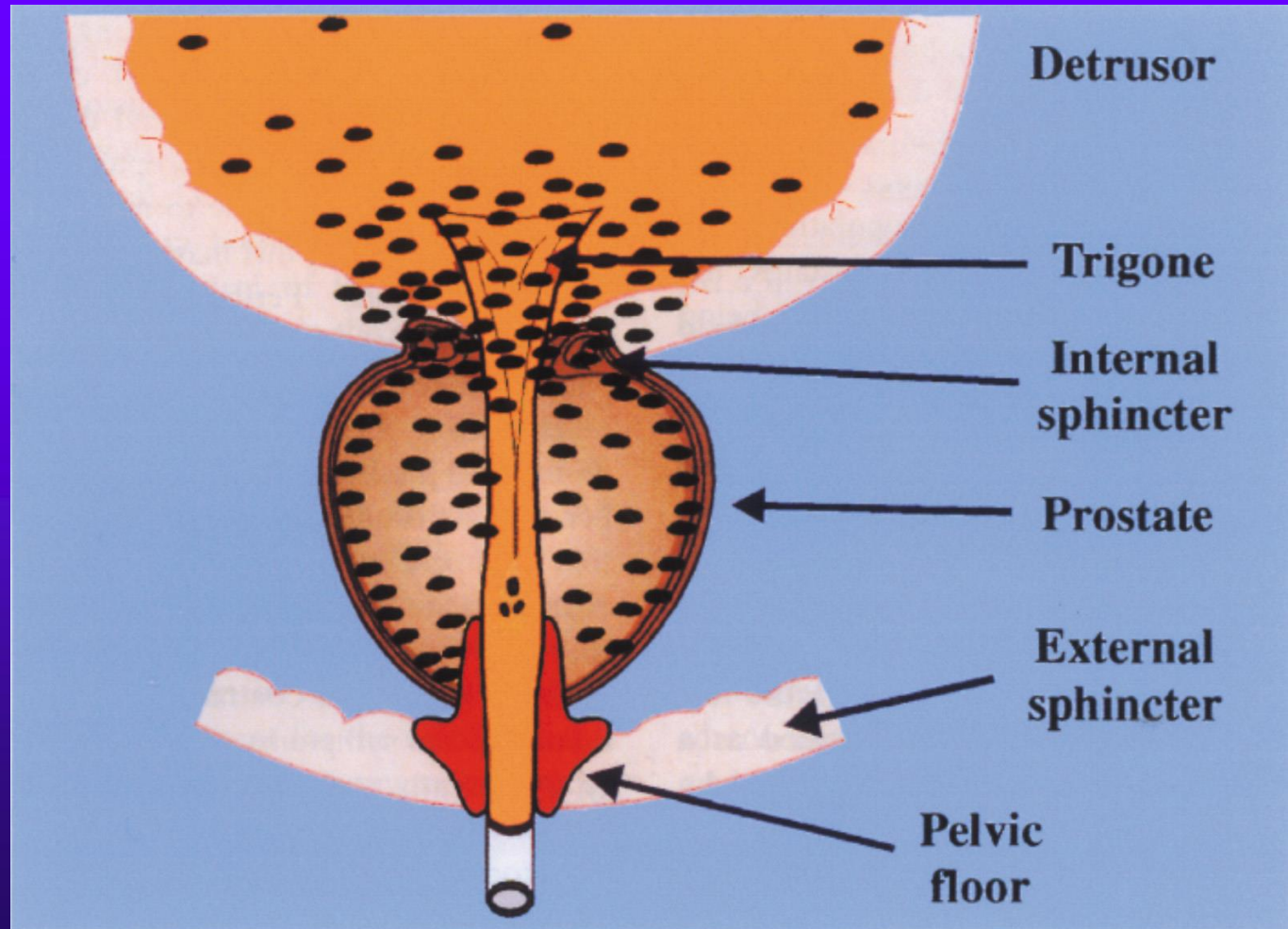




## **B. Điều trị nội khoa**

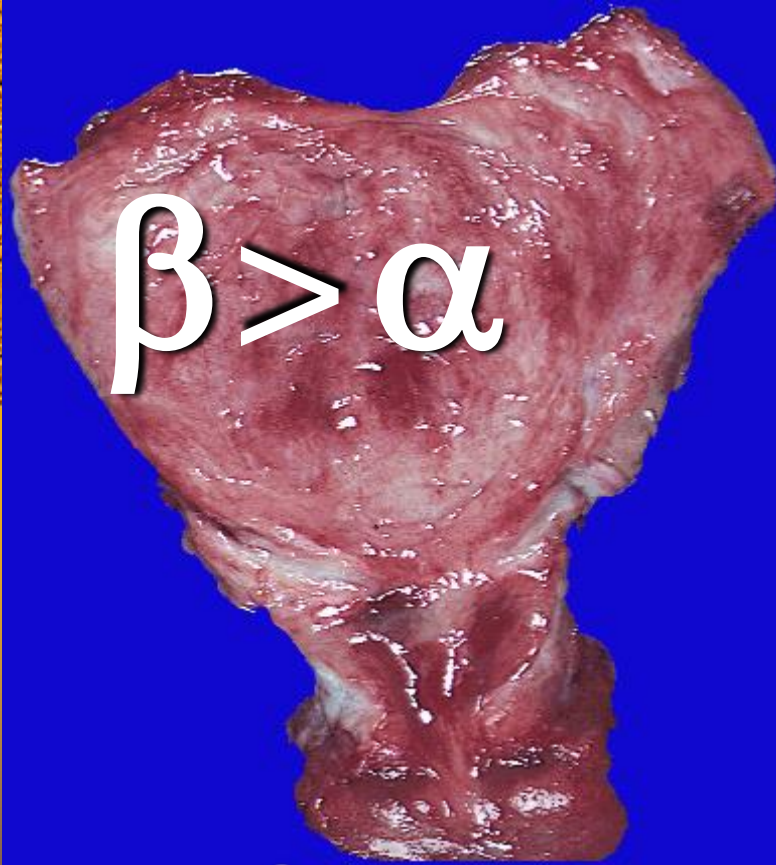
- ◆ **Chất kháng thụ thể alpha giao cảm (khóa alpha)**
- ◆ **Điều trị bằng chất ức chế men khử 5-alpha**
- ◆ **Chất kháng thụ thể muscarine**
- ◆ **Điều trị phối hợp**

Thụ thể  $\alpha 1$  có nhiều ở  
cổ bàng quang, TLT, niệu đạo

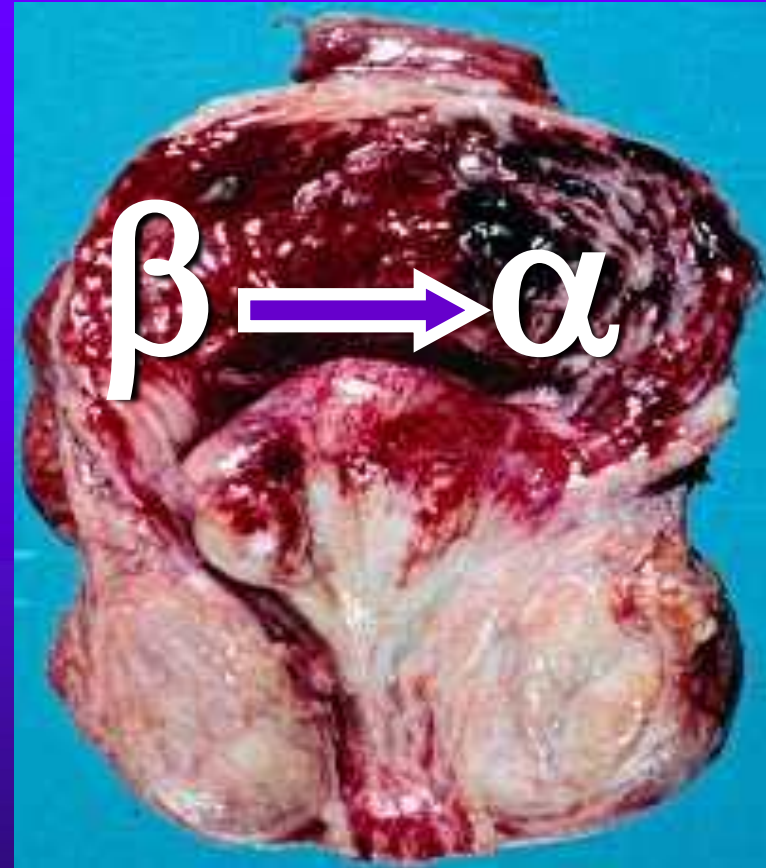




# Bế tắc cổ bàng quang thay đổi tính chất giao cảm của thụ thể



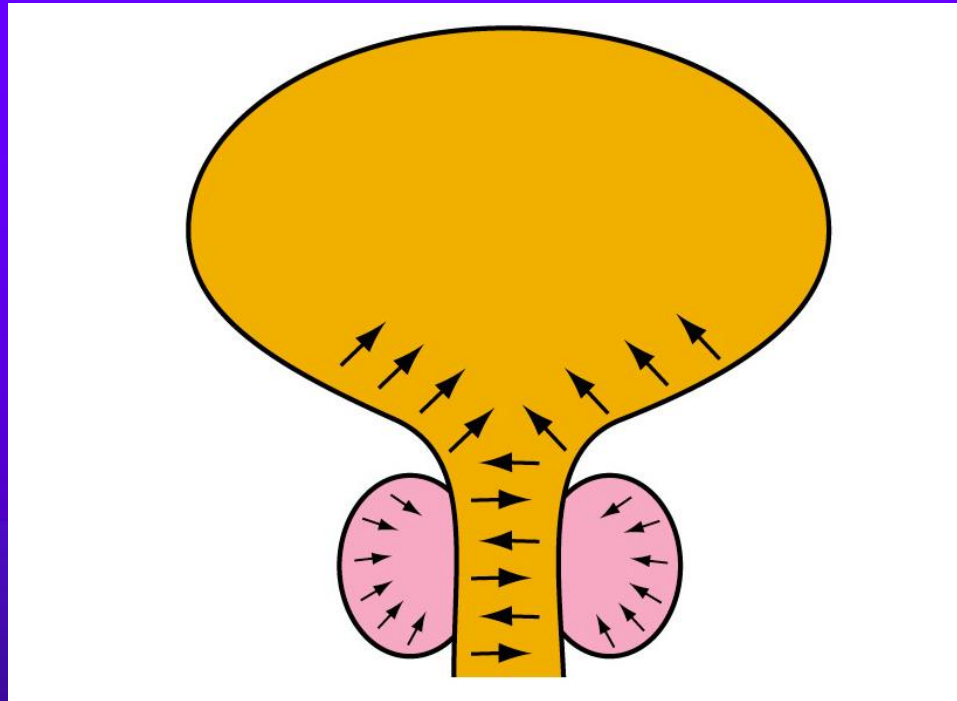
**Bàng quang bình thường**



**Bàng quang tăng dưỡng**



# Khóa $\alpha_1$ -giao cảm tác động lên thành phần động



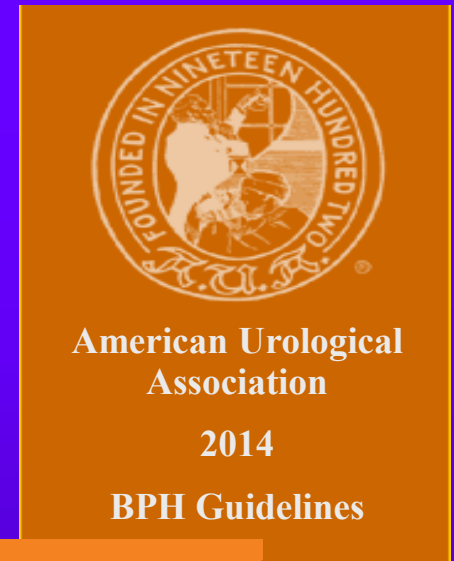
Làm giảm nhịp giao cảm tại tuyến tiền liệt và niệu đạo

# $\alpha_1$ -blockers: recommendations

## AUA BPH Guidelines 2014

“Alfuzosin, doxazosin,  
tamsulosin and terazosin  
are appropriate treatment  
options for LUTS  
secondary to BPH ”

*$\alpha_1$ -blockade is most effective*



Recommendation	LE	GR
Alpha1-blockers can be offered to men with moderate-to-severe LUTS.	1a	A



## Option

Alfuzosin, doxazosin, tamsulosin và terazosin là những thuốc có hiệu quả trên những bệnh nhân có triệu chứng vừa và nặng ( $IPSS \geq 8$ ). Cho dù có những tác dụng phụ hơi khác nhau, bốn thuốc nói trên có hiệu quả lâm sàng tương tự nhau như Guidelines 2003 đã xác nhận. Mặc dù có những nghiên cứu so sánh trực tiếp tác dụng của chúng với nhau nhưng đều tỏ ra không đủ tin cậy

Những thuốc khóa alpha cũ, rẻ tiền, vẫn còn là chọn lựa hợp lý, nhưng cần phải điều chỉnh liều và theo dõi huyết áp

## Recommendation

Prazosin, phenoxybenzamin không được đưa vào xem xét. Như trong Guidelines 2003, chưa có dữ liệu đủ sức ủng hộ cho việc sử dụng hai thuốc trên như một phương pháp điều trị TC ĐTD do BLTTL



- ◆ Năm 2003, tamsulosin được khuyến cáo phải dùng 2 viên mới có tác dụng như tetraxozin và doxazosin nên có vấn đề giá cả, nay hàng generic của tamsulosin đã giải quyết được vấn đề trên



- ◆ Tác dụng phụ thấp và tương đương giả dược
  - Chóng mắt 2-14%
  - Xuất tinh ngược dòng 10% với tamsulosin
  - Doxazosin và terazosin cần chỉnh liều và theo dõi huyết áp, tuy nhiên hội chứng IFIS\* ít hơn

\* IFIS (*Intraoperative Floppy Iris Syndrome*): Hội chứng mềm móng mắt trong phẫu thuật



# IFIS (Intraoperative Floppy Iris Syndrome)

## Recommendation

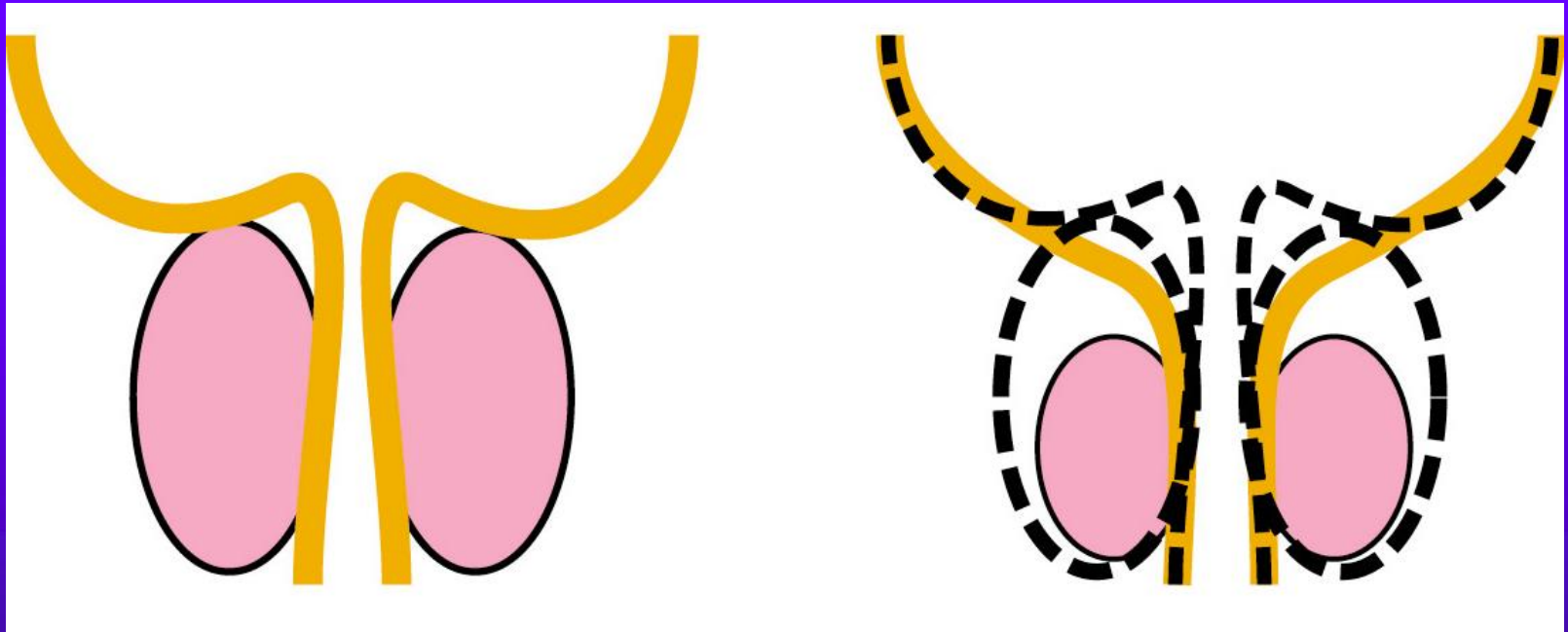
Người có TC ĐTD do BLTTL được điều trị với khóa alpha cần được hỏi về dự định mổ cườm. Người dự định mổ cườm cần ngừng sử dụng khóa alpha cho đến khi hoàn tất phẫu thuật

## Recommendation

Với người không có dự định mổ cườm, không có cơ sở để quyết định duy trì hay ngừng sử dụng khóa alpha để điều trị TC ĐTD do BLTTL



# Chất ức chế 5 $\alpha$ -reductase tác động lên thành phần tinh



Lảm giảm kích thước bướu do làm giảm sản xuất lượng DHT\* huyết tương

\*DHT: Dihydrotestosterone



## Option

5ARI có thể được dùng để làm giảm sự tiến triển của TC ĐTD do BLTTL và giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật TTL

## Recommendation

5ARI không được sử dụng cho người có TC ĐTD do BLTTL mà bấu không phì đại

## Option

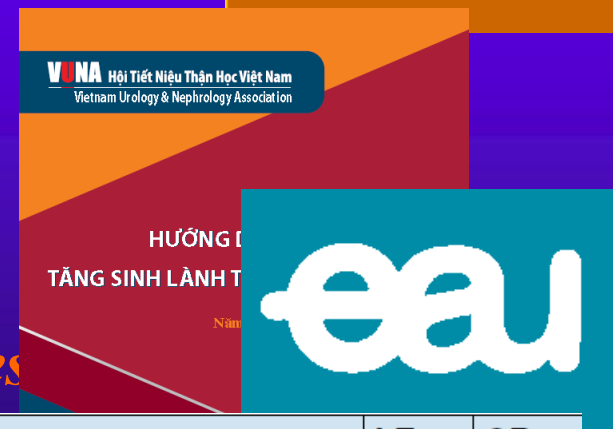
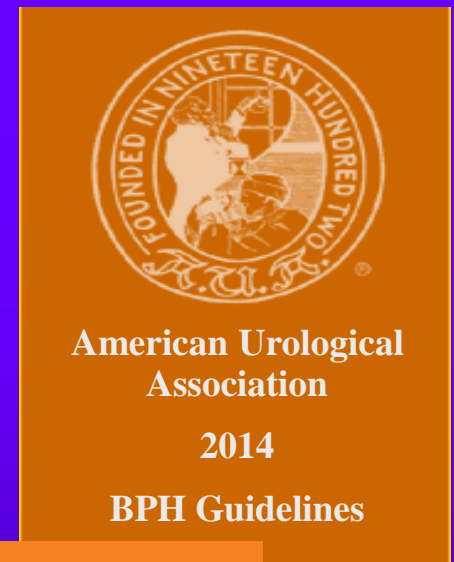
5ARI là điều trị thích hợp và hiệu quả cho người có TC ĐTD do BLTTL và TTL phì đại

# 5 $\alpha$ -reductase inhibitors: recommendations

AUA BPH Guidelines  
2014

“Appropriate and effective  
treatments for patients with LUTS  
and demonstrable prostatic  
enlargement”

*May be offered to patients with  
BPE to prevent progression of  
disease but potential disadvantages*



Recommendations	LE	GR
5 $\alpha$ -Reductase inhibitors can be offered to men who have moderate-to-severe LUTS and an enlarged prostate (>40 mL).	1b	A
5 $\alpha$ -Reductase inhibitors can prevent disease progression with regard to acute urinary retention and the need for surgery.	1b	A



# Hiệu quả của chất khóa alpha

- ◆ Finasteride ức chế 5AR type II trong khi dutasteride ức chế cả hai type I và II. Lượng DHT huyết thanh sẽ giảm 70%(F) và 90%(D); DHT trong tổ chức TTL giảm 80%(F) và 94%(D)
- ◆ Chưa có so sánh có giá trị giữa hai 5ARI
- ◆ Dùng 5ARI phòng ngừa không được xem xét dù hội đồng hiểu những lập luận ủng hộ và chống



## Option

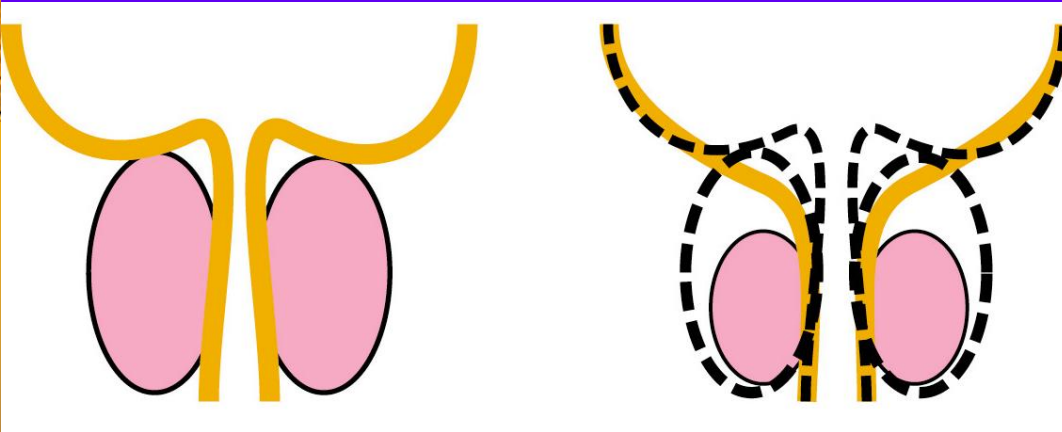
Finasteride là thuốc thích hợp và hiệu quả điều trị tiểu máu do BL TTL. Vài chuyên gia cho rằng dutasteride cũng có cùng cơ chế dù chưa có chứng cứ tương đương

## Option

Nói chung, chưa có đủ chứng cứ để sử dụng 5ARI trước khi cắt đốt nội soi BL TTL với mục đích giảm xuất huyết hoặc truyền máu

# Điều trị phối hợp

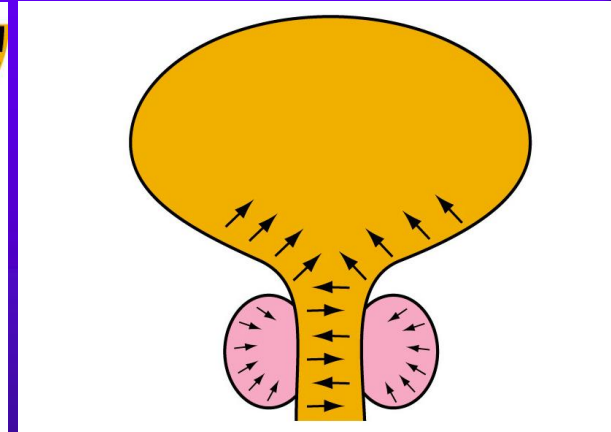
Trên lý thuyết có thể tác động lên cả hai thành phần của bướu TLT



Ức chế 5RI



Thành phần tĩnh



Chẹn  $\alpha_1$



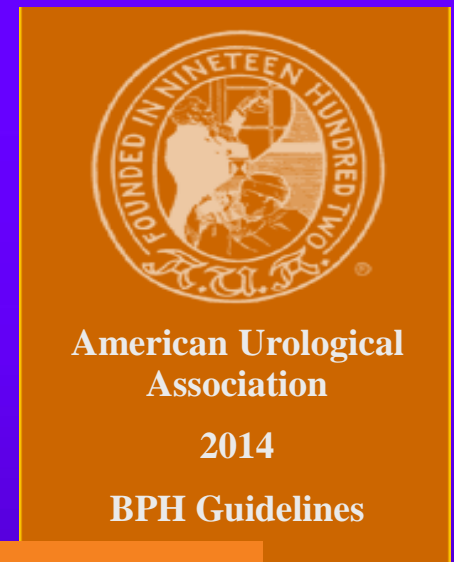
Thành phần động



# Combination therapy: recommendations

AUA BPH Guidelines  
2014

“Appropriate and  
effective treatments for  
patients with LUTS  
and demonstrable




Recommendation	LE	GR
Combination treatment with an $\alpha_1$ -blocker together with a $5\alpha$ -reductase inhibitor can be offered to men with troublesome moderate-to-severe LUTS, enlarged prostate and reduced $Q_{\max}$ (men likely to develop disease progression).	1b	A



## Option

Phối hợp giữa khóa alpha và 5ARI là điều trị thích hợp và hữu hiệu với người có TC ĐTD kết hợp với phì đại TTL được chứng minh bằng đo kích thước, đo PSA hay thăm khám trực tràng

- 
- ◆ Qua nghiên cứu MTOP,
    - Điều trị phối hợp (ĐTPH) hiệu quả như tamsulosin đơn trị nhưng tốt hơn 5ARI. Với bứu >30 ml, ĐTPH tốt hơn cả hai
    - Chưa có chứng cứ ủng hộ việc ngưng tamsulosin trong ĐTPH
    - ĐTPH giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật hơn đơn trị trong nghiên cứu 5 năm



- ◆ Qua nghiên cứu ComBAT với bướu >30 ml và PSA >1,5 ng/ml
  - ĐTPH hiệu quả hơn tamsulosin (3t) và dutasteride (9t) đơn trị
  - ĐTPH làm tăng niệu dòng cực đại
  - ĐTPH giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật hơn đơn trị trong nghiên cứu 4 năm



# Chất kháng thụ thể muscarinic

- ◆ Cơ chế dẫn truyền thần kinh của detrusor chịu tác động của acetylcholine, trong đó thụ thể M2 chiếm 80% và thụ thể M3 chiếm 20%
- ◆ Chất ức chế thụ thể muscarinic sẽ làm giảm triệu chứng chứa đống của bàng quang trên bệnh nhân có bướu lành tuyến tiền liệt



## Option

Kháng cholinergic là điều trị thích hợp và hiệu quả cho người có TC ĐTD do BLTTL khi lượng nước tiểu tồn lưu không lớn và TC ĐTD chủ yếu ở nhóm kích thích

## Recommendation

Trước khi bắt đầu sử dụng kháng cholinergic phải đo lượng nước tiểu tồn lưu. Không được sử dụng kháng cholinergic khi lượng nước tiểu tồn lưu  $>250$  ml





Recommendations	LE	GR
Muscarinic receptor antagonists may be used in men with moderate-to-severe LUTS who mainly have bladder storage symptoms.	1b	B
Caution is advised in men with BOO.	4	C

Recommendation	LE	GR
Beta-3 agonists may be used in men with moderate-to-severe LUTS who have predominantly bladder storage symptoms.	1b	B



# Hiệu quả

- ◆ Tolterodine làm giảm triệu chứng tiểu nhiều ban ngày, ban đêm, tiểu gấp và cả điểm IPSS
- ◆ Hiệu quả trên triệu chứng chứa đựng càng rõ hơn với nhóm bệnh nhân có tuyến tiền liệt và PSA nhỏ hơn
- ◆ Không ghi nhận RL cương dương và xuất tinh ngược dòng khi sử dụng tolterodine đơn trị hay phối hợp với tamsulosin



Recommendations	LE	GR
PDE5Is reduce moderate-to-severe (storage and voiding) LUTS in men with or without erectile dysfunction. Only tadalafil (5 mg once daily) has been licensed for the treatment of male LUTS in Europe.	1a	A

Recommendation	LE	GR
Vasopressin analogue can be used for the treatment of nocturia due to nocturnal polyuria.	1b	A

# Thuốc có nguồn gốc thảo mộc





# EAU BPH GUIDELINE 2015



<b>Recommendations</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
TUMT achieves symptom improvement comparable with TURP, but TUMT is associated with decreased morbidity and lower flow improvements.	1a	A
Durability is in favour of TURP, which has lower re-treatment rates compared to TUMT.	1a	A
<b>Recommendations</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
TUNA™ achieves symptom improvement comparable with TURP, but TUNA™ is associated with decreased morbidity and lower flow improvements.	1a	A
Durability is in favour of TURP with lower re-treatment rates compared to TUNA™.	1a	A
<b>Recommendation</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
Intraprostatic BTX injections for men with bothersome moderate-to-severe LUTS secondary to BPO or men in urinary retention are still experimental and should be performed only in clinical trials.	3	C
<b>Recommendation</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
Intraprostatic ethanol injections for men with moderate-to-severe LUTS secondary to BPO are still experimental and should be performed only in clinical trials.	3	C
<b>Recommendation</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
MISP seems to be feasible in men with prostate sizes > 80 mL needing surgical treatment. Since more data are required, MISP remains under evaluation.	3	C



# Hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật

Treatment	Onset	LUTS	Uroflowmetry ( $Q_{max}$ )	Prostate size	PVR	Disease progression
<b>Surgical treatments</b>	After catheter removal					
TURP-TUIP	hours	++++	++++	+++	++++	++++
Open prostatectomy	hours	++++	++++	++++	++++	++++
TUMT	weeks	+++	+++	++	++	+++
TUNA	weeks	+++	+++	++	+	++
HoLEP	hours	++++	++++	++++	++++	++++
KTP	days	+++	+++	++	++	+++
Prostate stents	hours	++	++	-	+++	?
Ethanol injections prostate	weeks	++	++	+	+	?
Botulinum toxin injections prostate	weeks	++	+++	+	+	?

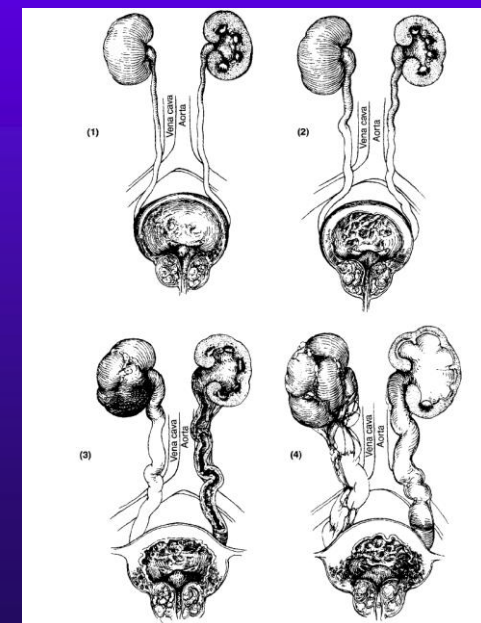
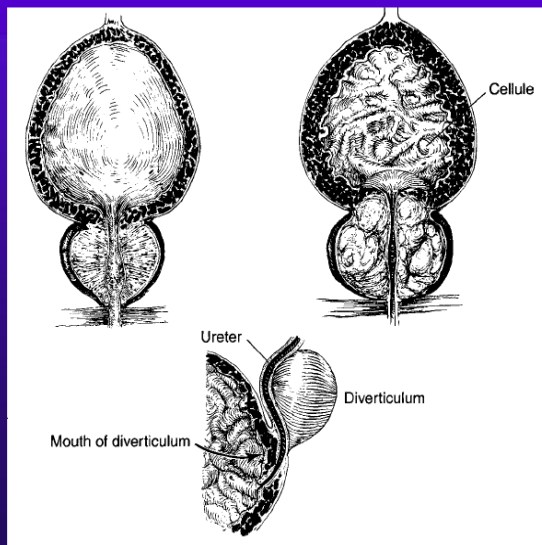
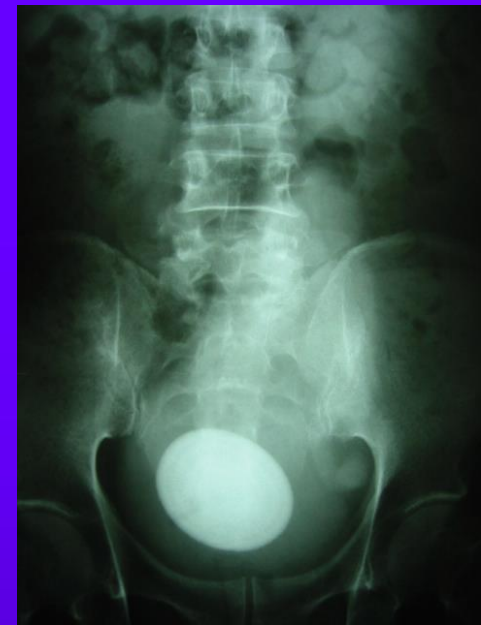
*LUTS = Lower Urinary Tract Symptoms;  $Q_{max}$  = maximum urinary flow rate; PVR = post-void residual urine*



# LÝ DO NHẬP VIỆN

- ◆ BIẾN CHỨNG
- ◆ TRIỆU CHỨNG
- ◆ SIÊU ÂM

# BIẾN CHỨNG



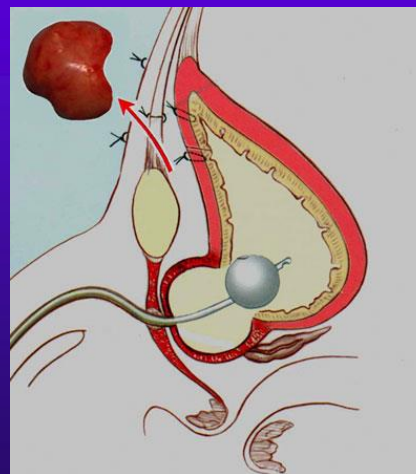
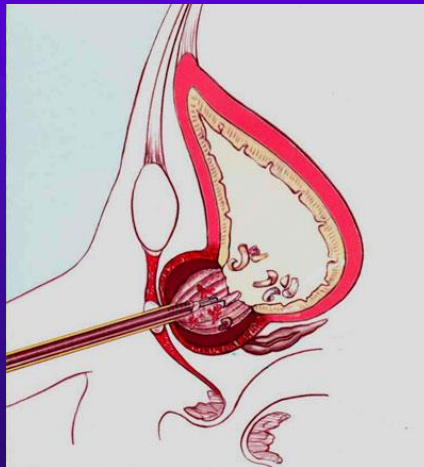
#### 4.3.1. Chỉ định (11,20,33,43):

##### Chỉ định điều trị ngoại khoa tuyệt đối

- Nhiễm trùng tiết niệu tái diễn
- Sỏi bàng quang
- Đái máu tái diễn
- Bì tiểu cấp tái diễn
- Giảm niệu mãn nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính

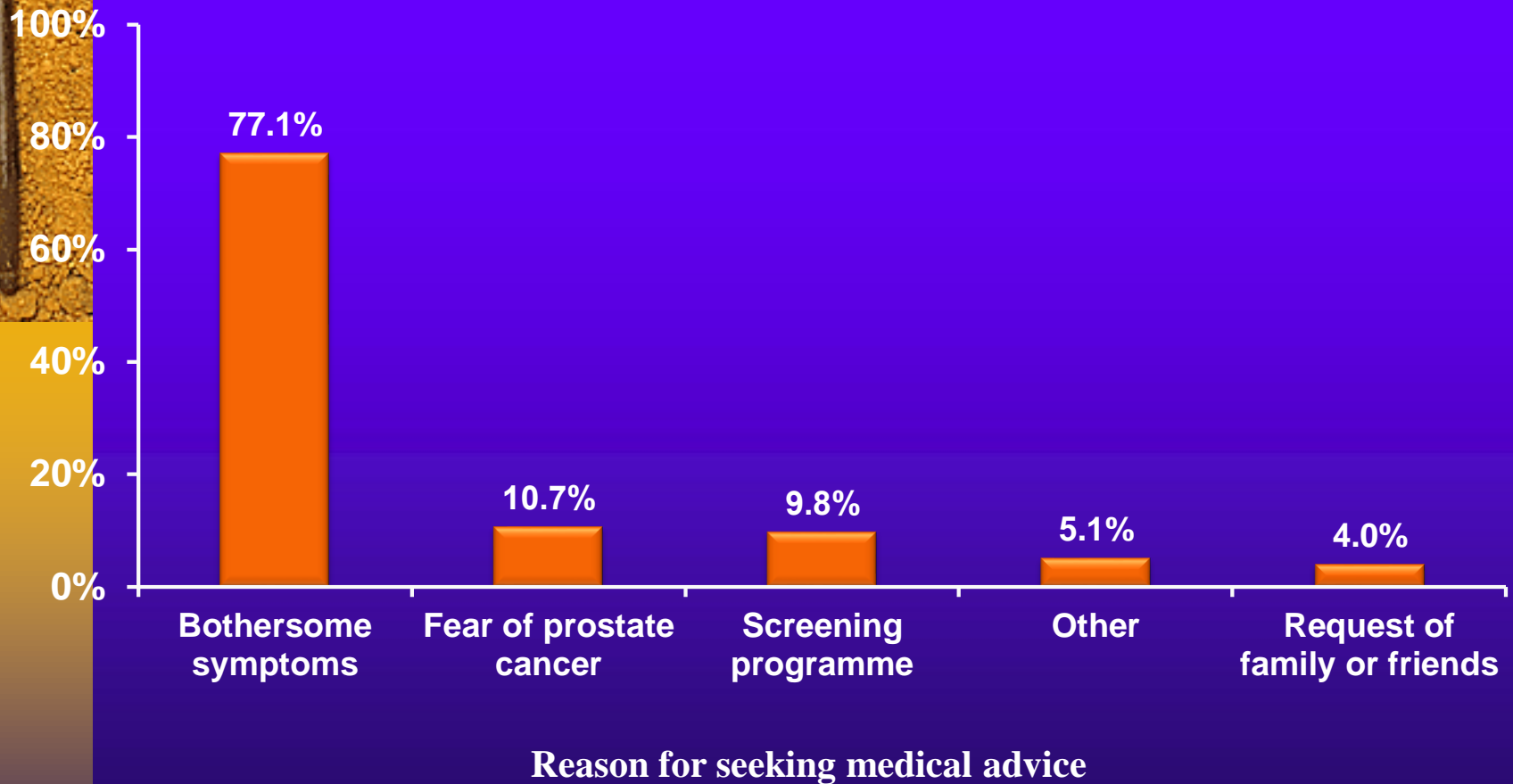
##### Chỉ định điều trị ngoại khoa tương đối

- Điều trị nội khoa không hiệu quả



# Triệu chứng gây khó chịu là nguyên nhân chính đến bác sĩ

Proportion of bệnh nhâns (n=4979)







Triệu chứng bế tắc  
chủ yếu



Xử dụng chẹn  
anpha giao cảm

Triệu chứng kích  
thích chủ yếu



Xử dụng ức  
chế muscarinic

Nếu kích thước tuyến  
tiền liệt hơn 40ml

+

Xử dụng ức  
chế 5AR



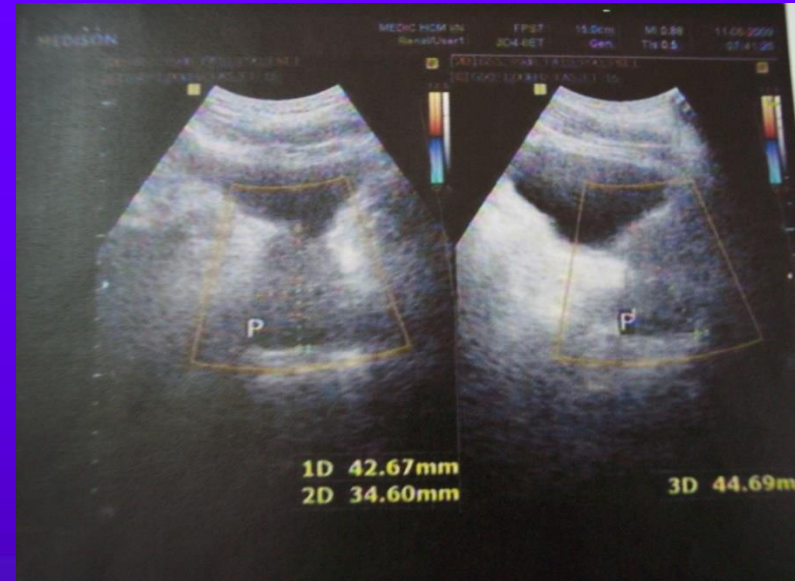
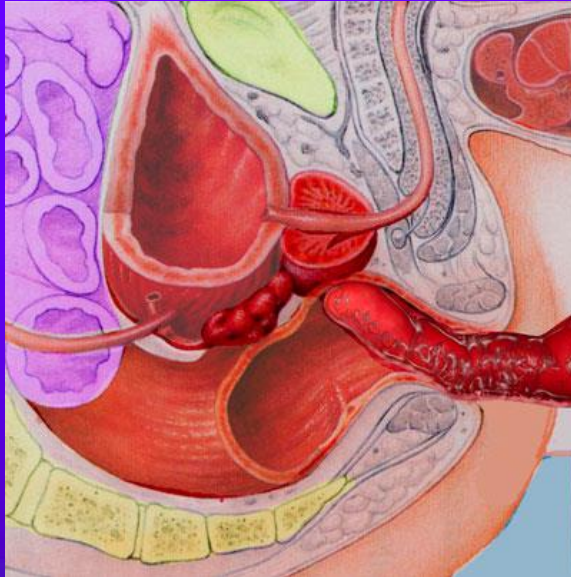
# VÌ SIÊU ÂM



NHẸ	0 – 7
TRUNG BÌNH	8 - 19
NẶNG	20 - 35

**KHÔNG SỬ DỤNG CHẸN ALPHA KHI  
KHÔNG TIỂU KHÓ  
KHÔNG SỬ DỤNG ỨC CHẾ 5 AR KHI KÍCH  
THỰC NHỎ HƠN 40  
KHÔNG SỬ DỤNG ANTIMUSCARINIC KHI  
TỒN LƯU NƯỚC TIỂU CAO  
KHÔNG SỬ DỤNG DẪN XUẤT THẢO DƯỢC  
VÌ LÝ DO PLACEBO HOẶC YÊN TÂM**

# ĐÁNH GIÁ KÍCH THƯỚC



# ĐÁNH GIÁ DÒNG TIỂU

## NIỆU DÒNG ĐỒ

Phương tiện khách  
quan đánh giá dòng  
tiểu

Ít xâm hại

Kết quả nhanh chóng

Giảm đáng kể kinh phí  
sử dụng chẹn anpha

Bài toán kinh tế





# ẢNH HƯỞNG CỦA TC ĐTD LÊN TÌNH DỤC

# TC ĐTD ảnh hưởng lên tình dục ra sao?



**BLTTTL**

**Ảnh hưởng  
thần kinh**

**Yếu tố  
tại chỗ**

**Một số  
điều trị**

**Yếu tố  
kết hợp v.d  
tuổi**

**TC ĐTD**

**Giảm tình dục**

**Giảm CLS**

**Giảm tự tin**

# Xem tình dục như một phần trong chiến lược điều trị BLTTL



Là nhà Niệu khoa, làm sao “đo lường”  
chức năng tình dục của một bệnh nhân?

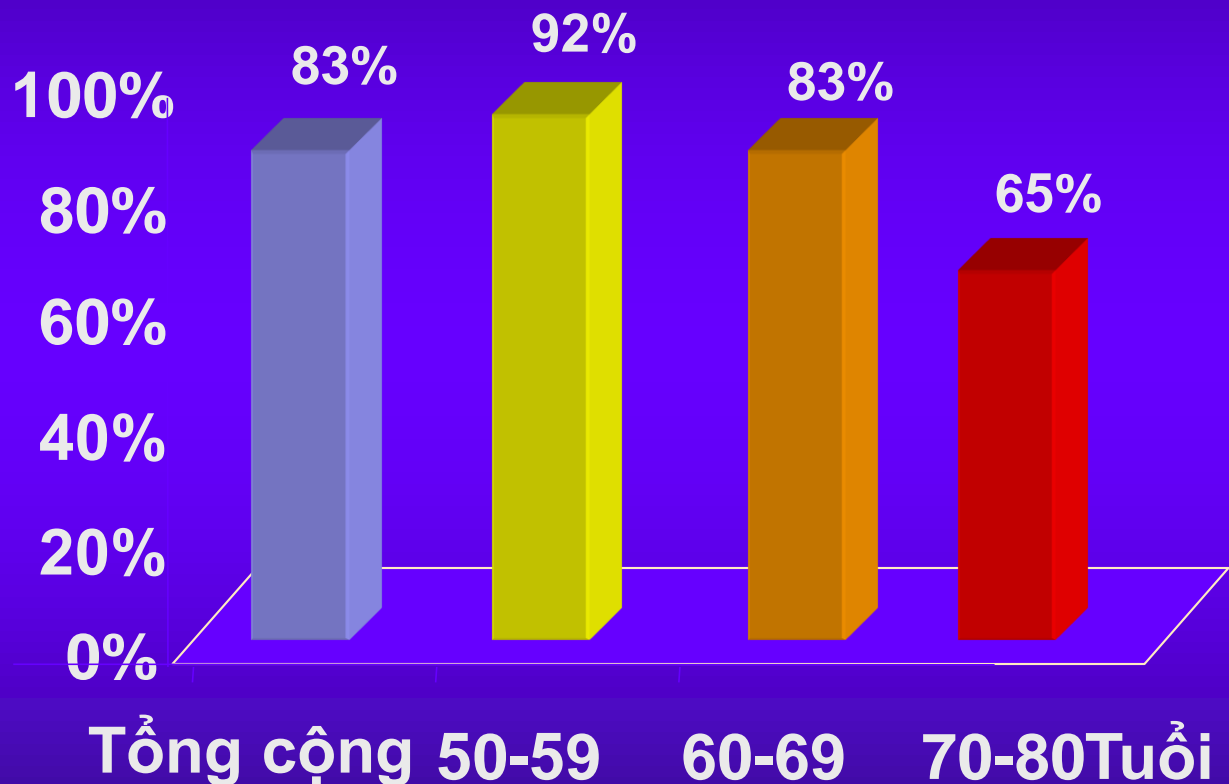
Làm sao cân bằng được thời gian và chức  
năng tình dục của bệnh nhân?



# MSAM-7: 83% đàn ông tuổi 50-80 còn hoạt động tình dục



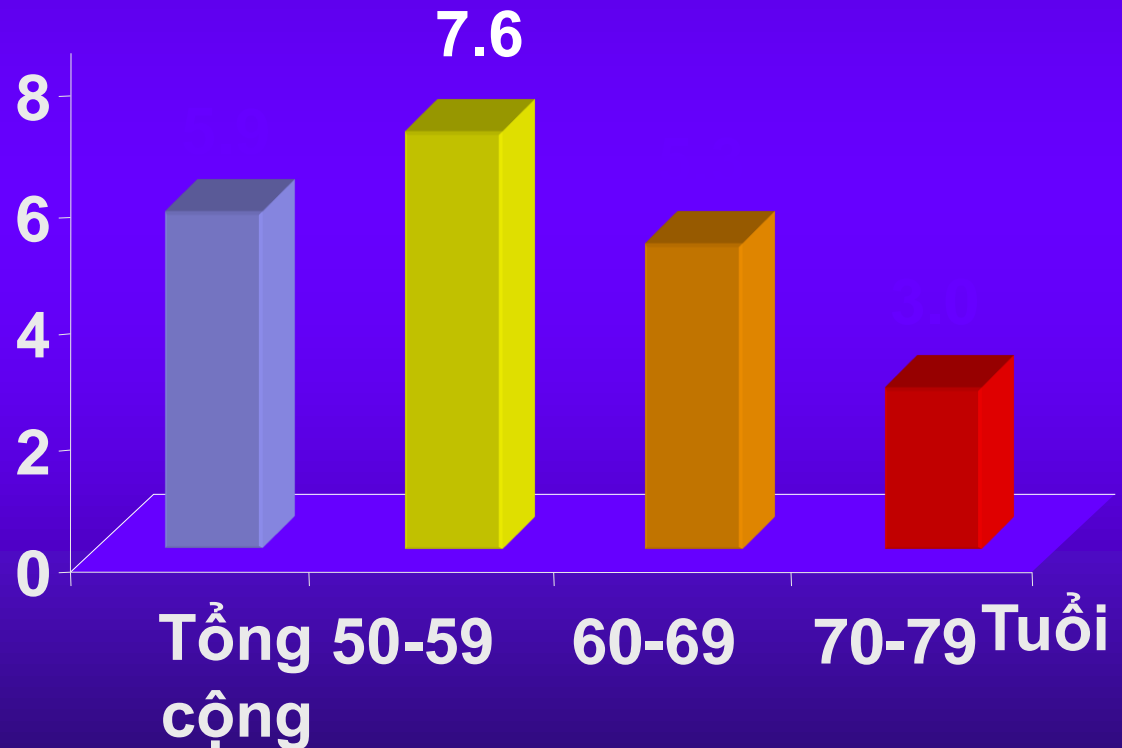
% đàn ông có hoạt động  
tình dục trong 4 tuần qua



# Đàn ông tuổi 50-80 có sinh hoạt tình dục 5,9 lần/ tháng



Trung bình lần sinh hoạt  
tình dục / tháng

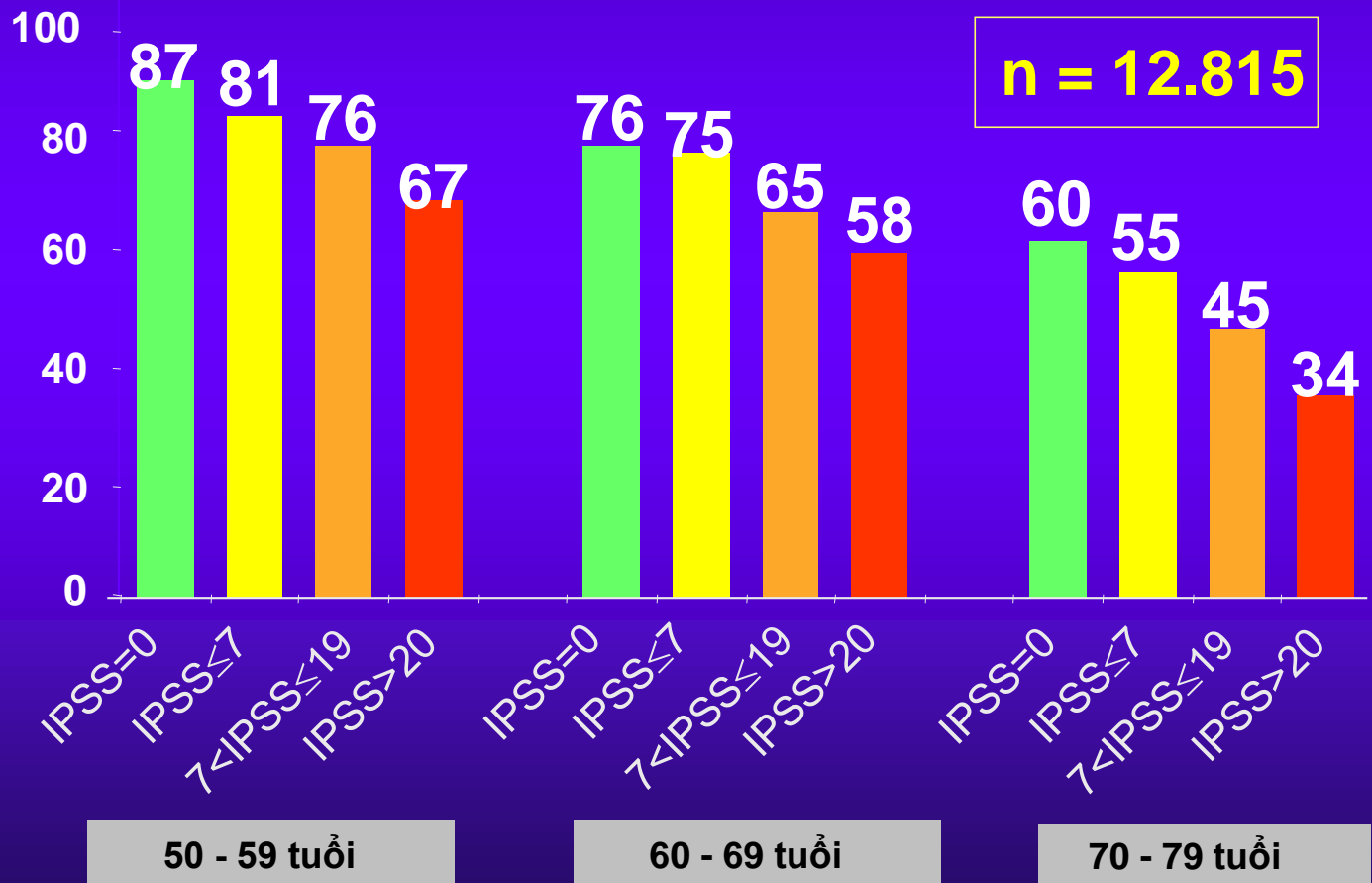


# Giảm hoạt động tình dục

36 - 53% giảm tần số hoạt động tình dục ở đàn ông có IPSS trung bình đến nặng

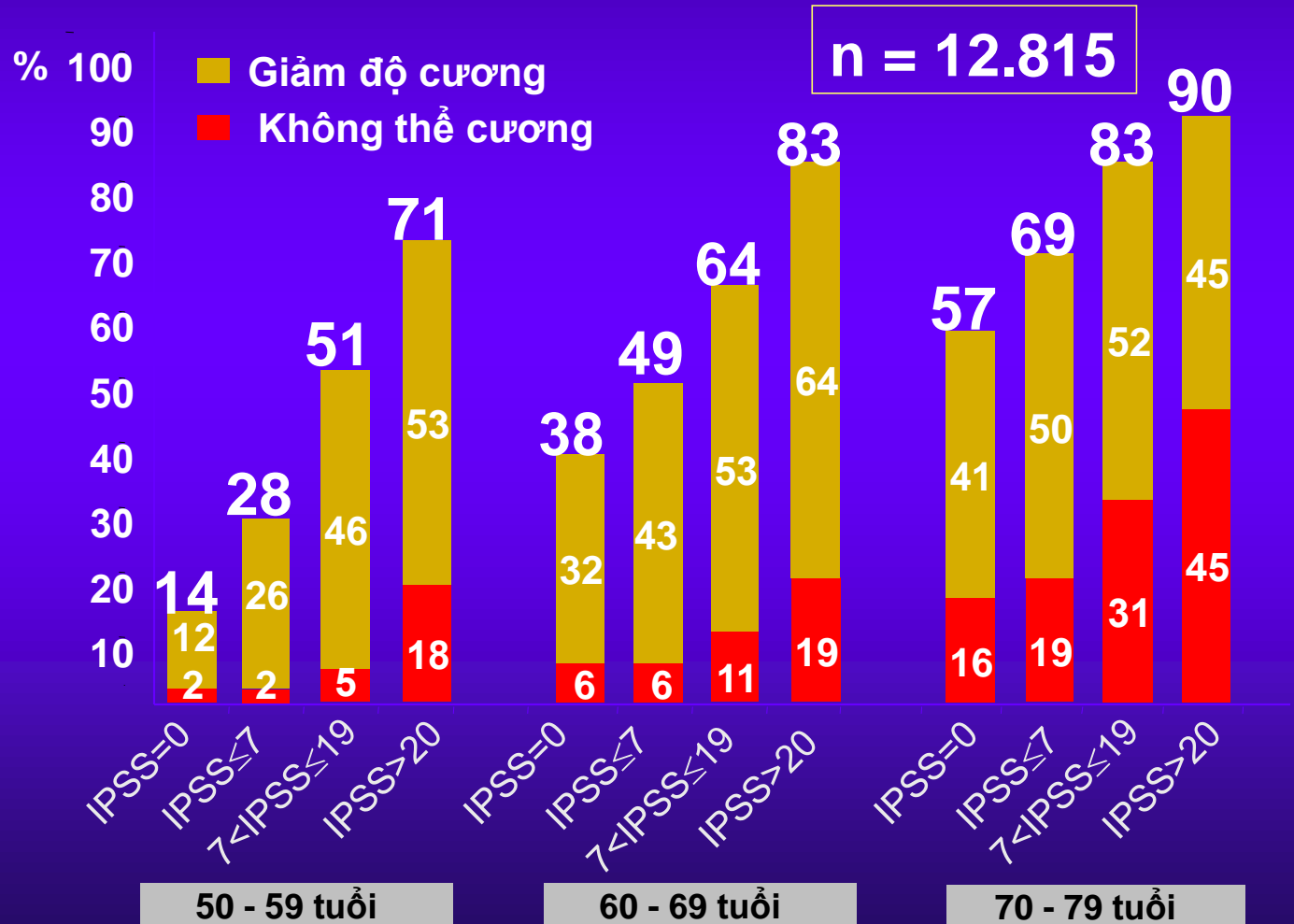
% đàn ông có hoạt động

tình dục trong 4 tuần qua



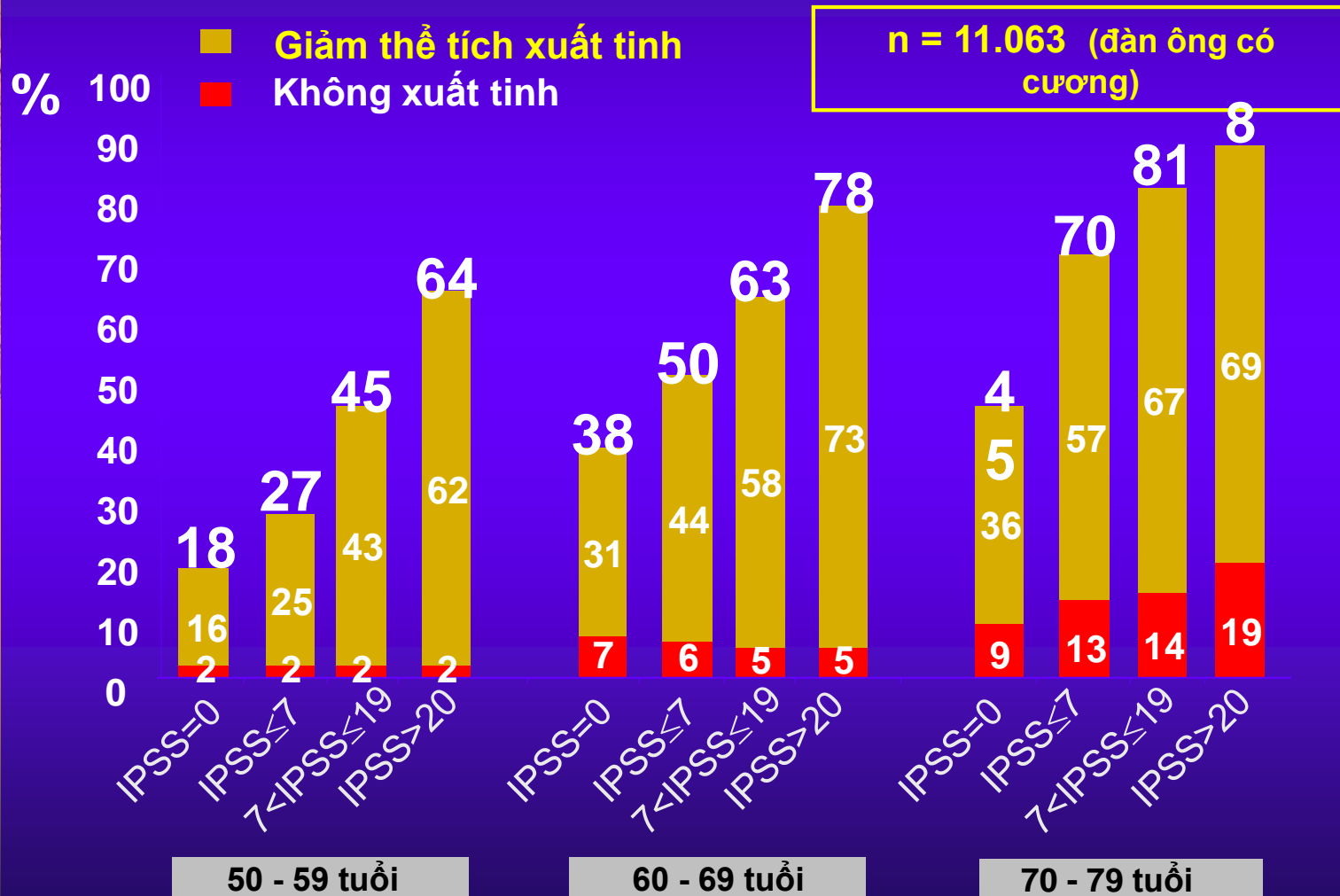
# Giảm độ cứng

Rối loạn cương thường gặp ở đàn ông có TCĐTD

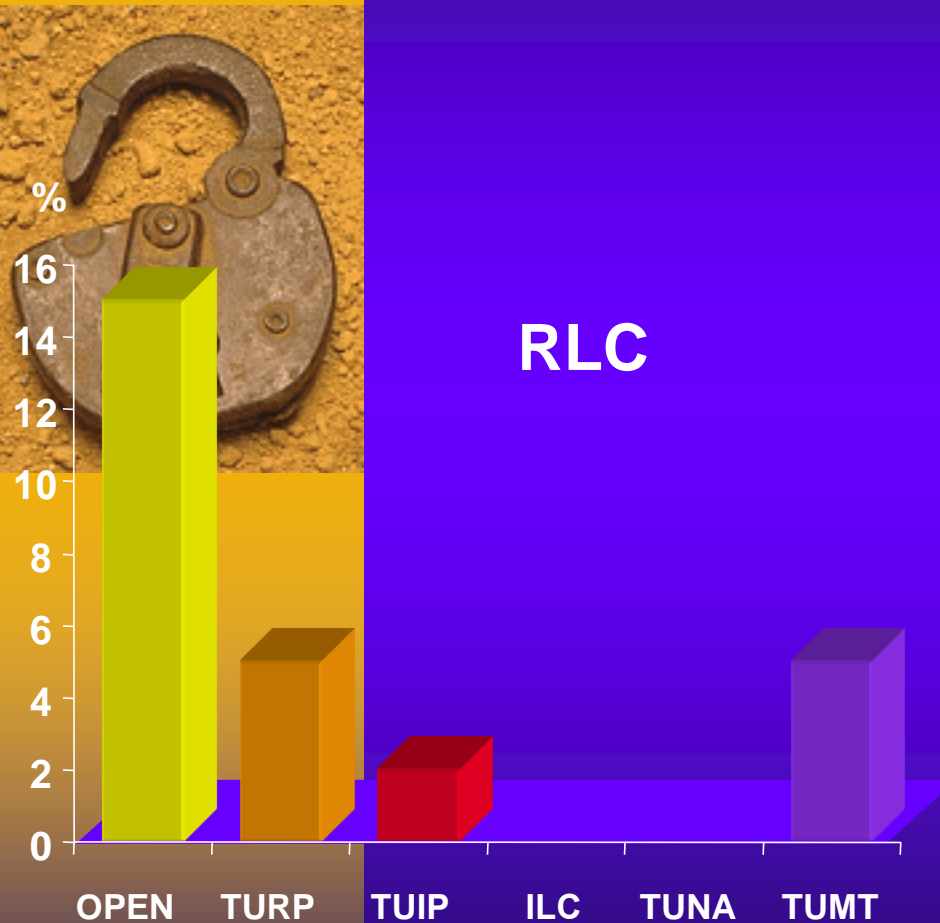


# Giảm thể tích xuất tinh

Có mối liên hệ rõ rệt giữa việc giảm thể tích xuất tinh và mức độ của TCĐTD



# Điều trị ngoại khoa ảnh hưởng nhiều lên RLC và xuất tinh





# Chức năng tình dục & nghìn cứu so sánh trực tiếp ( $\alpha_1$ -blocker/finasteride)

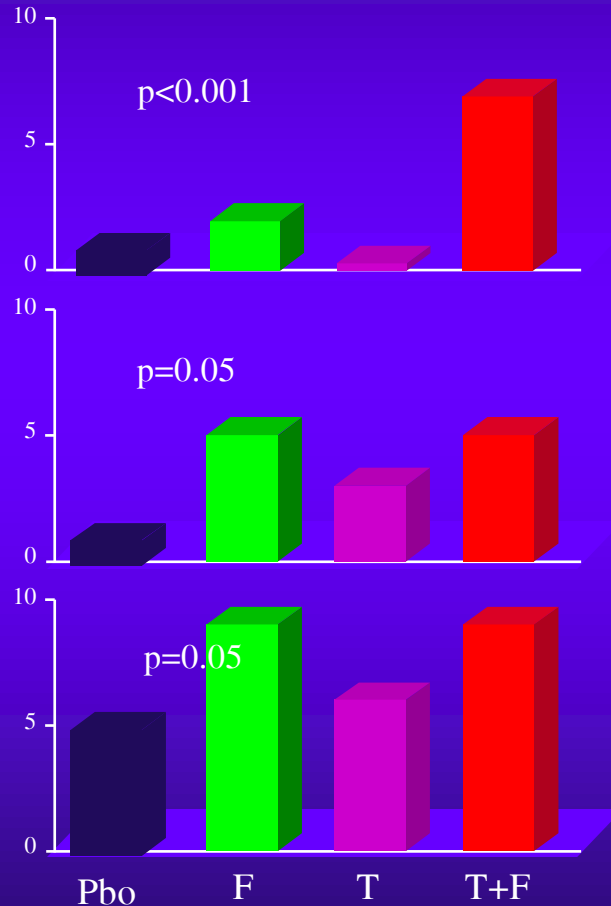


Xuất tinh bất thường

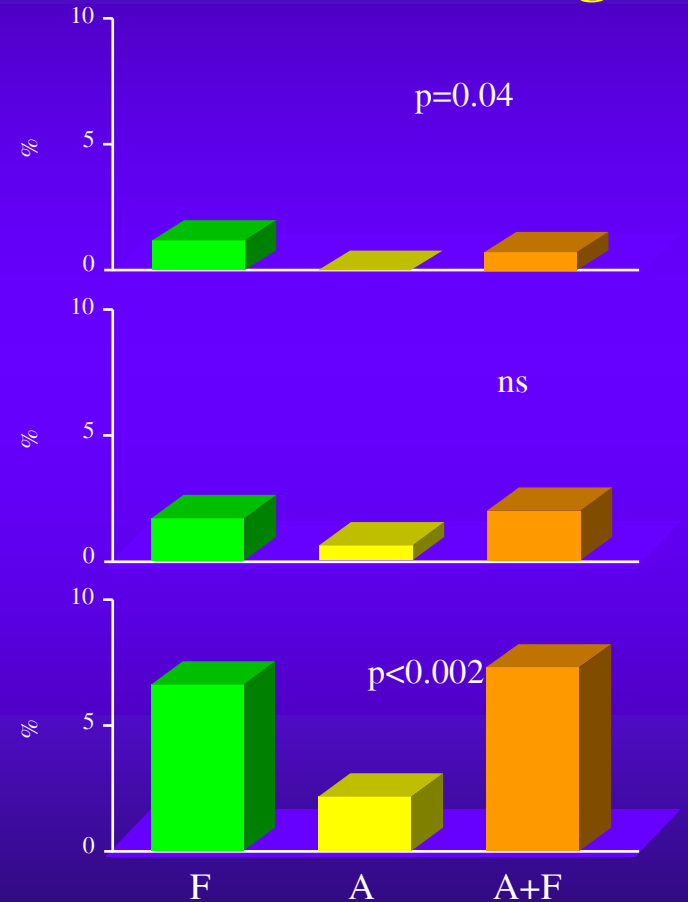
Giảm Libido

RLC

VA: 1 năm



ALFIN: 6 tháng



F: Finasteride A: Alfuzosin  
Pbo: Placebo T: Terazosin

Lepor H và cs. NEJM 1996;335:533

Debruyne FMJ và cs. Eur Urol 1998;34:169



# Kết luận

- ◆ Bệnh nhân cần được thông tin về tất cả những phương pháp điều trị chấp nhận được áp dụng trong tình trạng lâm sàng của họ cùng với những lợi, hại và sự tốn kém của mỗi phương pháp
- ◆ Sự phát triển của BLTTL có thể ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng sống của người đàn ông cao tuổi, nhưng hiếm khi là một bệnh đe dọa đến sinh mạng

# Kết luận

- ◆ Hơn nữa, phần lớn các bệnh nhân có bướu lành tiền liệt tuyến không có sự tiến triển của bệnh
- ◆ Do đó, thật là hợp lý khi thảo luận với bệnh nhân những lợi, hại và sự tốn kém của mỗi phương pháp và có sự tham gia tích cực của bệnh nhân khi lựa chọn phương pháp (tham gia quyết định)
- ◆ Một số bệnh nhân có triệu chứng rất khó chịu sẽ chọn phẫu thuật. Trong khi một số khác sẽ chọn giải pháp chờ xem hoặc điều trị nội khoa, tùy cách nhìn của họ đối với lợi, hại và sự tốn kém





**TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!**