

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ BÍ TIÊU CẤP BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NÚT MẠCH

*Nguyễn Xuân Hiền\**; *Hoàng Đức Thăng\*\**, *Nguyễn Duy Trinh\**,  
*Lê Văn Khánh\**; *Nguyễn Thị Bích Ngọc\*\*\**

### SUMMARY

**Summary Objective:** We aimed to evaluate the effectiveness early outcomes of PAE in treating BPH patients with acute urinary retention (AUR).

**Method and results:** in this prospective study approved by the institutional review board, a signed informed consent was obtained. There were fourteen patients with AUR due to BPH from 07/2017 to 07/2018. The patients were successful removal of the bladder catheter after 12-16 days. Post-intervention 3 months, average evaluation of IPSS, Qol, PSA (ng/ml) and PV (cm<sup>3</sup>) decreased 63,2%; 73,19%; 79,98; 29,97% (ultrasound) 31,75 (MRI); Qmax 11,46 (ml/s), PVR 55,58 (ml).

**Conclusion:** PAE in patients with AUR due to BPH is safe and effective.

**Key word:** *benign prostatic hyperplasia (BPH), Prostatic Artery Embolization (PAE), Acute Urinary Retention (AUR).*

*\*Bác sỹ TT Chẩn đoán hình ảnh BVBM*

*\*\*Bác sỹ cao học 25 CDHA-ĐHY Hà Nội*

*\*\*\*Bác sỹ Khoa khám bệnh BVBM*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) hay u phì đại lành tính tuyến tiền liệt là sự tăng sản thành phần tế bào biểu mô và mô đệm của tuyến tiền liệt [1]. TSLTTTL là bệnh thường gặp ở nam giới cao tuổi, tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo lứa tuổi. Gần 50% nam giới ở tuổi 60 mắc TSLTTTL, và tỉ lệ này tăng lên 90% ở người trên 85 tuổi [2]. Tại Việt Nam, Trần Đức Hòa cho thấy nam giới ở tuổi 50 có 50% mắc TSLTTTL, đến tuổi 80 tỉ lệ này tăng lên trên 95% [3]. Tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng TSLTTTL ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng, sẽ dẫn tới bí tiểu cấp, biến chứng này thường liên quan tới nhiễm trùng đường niệu, hay gặp trên những bệnh nhân nhiều tuổi và tuyến tiền liệt có kích thước lớn, có nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo[4].

Về điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp, hiện nay có nhiều phương pháp như điều trị nội khoa và theo dõi, phẫu thuật bao gồm phẫu thuật nội soi và mổ mở, điều trị cắt đốt bằng tia laser và can thiệp nút tắc động mạch TLT. Mặc dù từ trước tới nay phẫu thuật nội soi tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo (TURP) vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng tuy nhiên nó thường gây các biến chứng như chảy máu, tiểu không tự chủ, xuất tinh ngược (50%), rối loạn cương dương (10%) [5]

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau “Đánh giá hiệu quả bước đầu điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có bí tiểu cấp bằng phương pháp can thiệp nút mạch”

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân khám tại Bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán TSLTTTL có bí tiểu cấp đã được dẫn lưu nước tiểu qua sonde niệu đạo hay mở thông bàng quang và được siêu âm 2D, siêu âm Doppler, chụp cộng hưởng từ, xét nghiệm trước và sau khi nút mạch.

- Xét nghiệm nồng độ PSA; tính tỷ lệ PSA toàn phần tự do, tính tỷ trọng PSA và chụp CHT để loại trừ ung thư tuyến tiền liệt.

- Nếu có nghi ngờ ung thư thì tiến hành sinh thiết.

- Không nhiễm trùng nước tiểu, hoặc có nhiễm trùng nhưng đã được điều trị ổn định, xét nghiệm lại không còn tình trạng nhiễm trùng.

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận, xét nghiệm máu ngoại vi trong giới hạn bình thường.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ung thư TTL hay có tiền sử phẫu thuật hoặc can thiệp nút mạch.

- Bệnh nhân không được theo dõi sau khi nút mạch.

- Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh: câm, điếc, bệnh lý tâm thần không hiểu bộ câu hỏi.

#### 1.3. Cỡ mẫu

Sử dụng cỡ mẫu không xác suất (mẫu tiện lợi) bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

## 2. Phương pháp Nghiên cứu

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu : Tiến cứu thực nghiệm không đối chứng

- Thu thập số liệu: bằng phỏng vấn bộ câu hỏi, khám lâm sàng, xét nghiệm, siêu âm, chụp cộng hưởng từ trước và sau can thiệp.

- Phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và rút ra nhận xét.

### 2.2. Phương tiện tiến hành

- Máy siêu âm: đầu dò đa tần có chương trình đo thể tích TTL, có Doppler màu, Doppler xung và Doppler năng lượng.

- Máy cộng hưởng từ 1.5 Tesla.

- Máy chụp mạch số hoá một bình diện của hãng

Philips (Alura HD) có phần mềm “Dẫn đường” (Road mapping).

- Vật liệu nút mạch hạt đồng trục có kích thước từ 300 đến 500µm.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

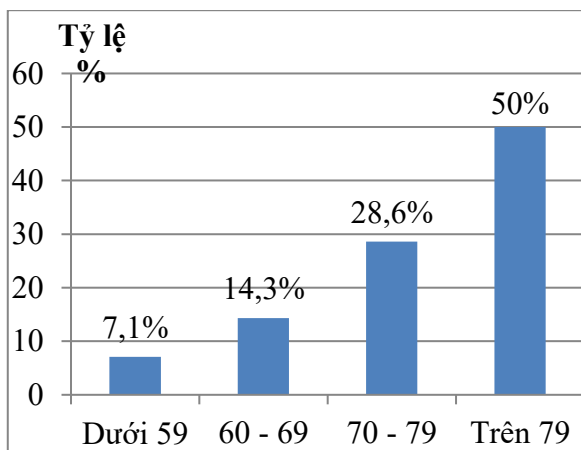
Nghiên cứu được triển khai sau khi thông qua Hội Đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội và được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai có sự đồng ý của lãnh đạo viện. Đối tượng đã được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Thông tin hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các cá nhân, tổ chức khác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ**

**1. Đặc điểm lâm sàng**

*Phân bố tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu*

Để khảo sát độ tuổi, các đối tượng nghiên cứu được chia ra 4 nhóm tuổi.



**Biểu đồ 1. Đặc điểm về tuổi trong nhóm nghiên cứu**

*Mức độ nặng gây ra do tuyến tiền liệt*

**Bảng 3.1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng gây ra do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt**

Đặc điểm	n	%
Điểm IPSS trước can thiệp 1 tháng		
0- 7	0	0
8 - 19	0	9
20 - 35	14	100
± SD	32,64 ± 1,95	
Điểm chất lượng cuộc sống QoL trước can thiệp 1 tháng		
0 - 2	0	0
3 - 4	2	14,3
5 - 6	12	85,7
± SD	5,36 ± 0,75	

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân, mức độ nặng của triệu chứng do TSLTTTL gây ra trước can thiệp với các chỉ số trung bình là IPSS 32,64 ± 1,95 điểm, QoL 5,36 ± 0,75 điểm.

**Bảng 2. Nồng độ PSA toàn phần trong huyết thanh**

PSA ng/ml	
Thấp nhất	0,62
Cao nhất	45,18
± SD	16,23 ± 14,82

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong 14 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp, trước can thiệp thì lượng PSA toàn phần trong huyết thanh trung bình là 16,23 ± 14,82 ng/ml. Sở dĩ nồng độ PSA toàn phần trước can thiệp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cao hơn bình thường và có mức độ dao động lớn là do bệnh nhân được dẫn lưu nước tiểu.

3.2. Đặc điểm TSLTTTL có bí tiểu cấp trên DSA

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật

Đặc điểm	n	%
Số bên được nút		
1 bên	2	15,4
2 bên	11	84,6

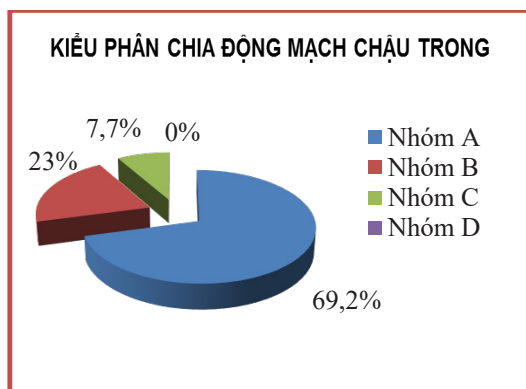
Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp được thực hiện thành công. Toàn bộ bệnh nhân được đặt động mạch đùi bên phải. Có 11 bệnh nhân được gây tắc cả 2 bên, 2 bệnh nhân còn lại chỉ gây tắc được 1 bên. Có 1 bệnh nhân thực hiện không thành công do động mạch xơ vữa, nghèo nghèo, không tiếp cận được nhánh động mạch tuyến tiền liệt.

Bảng 4. Thời gian can thiệp

Thời gian trung bình	Phút
Thời gian làm thủ thuật	90,3 ± 34,58
Thời gian chiếu tia	20,9 ± 8,68

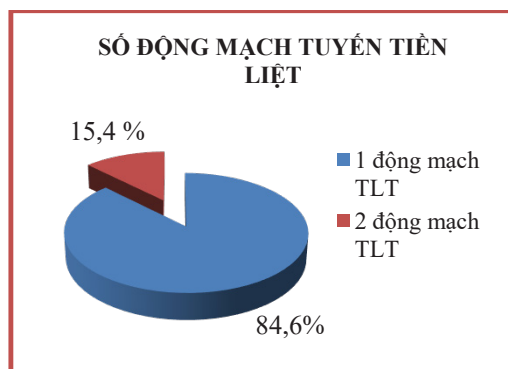
Trong nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện nút động mạch TTL cho 14 bệnh nhân tăng sản LTTTL, thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 90,3 ± 34,58 phút và thời gian chiếu tia trung bình là 20,9 ± 8,68 phút.

Qua nghiên cứu điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp bằng nút động mạch TTL cho 13 bệnh nhân với 26 bên khung chậu (**động mạch chậu trong**), chúng tôi nhận thấy kiểu phân chia động mạch chậu trong hay gặp nhất là nhóm A



Biểu đồ 2. Kiểu phân chia động mạch chậu trong

với 18/26 bên khung chậu chiếm tỷ lệ 69,2%, thấp nhất là nhóm C với 2/26 bên khung chậu chiếm tỷ lệ 7,7%, không có trường hợp nào có kiểu phân chia động mạch chậu trong nhóm D. Đồng thời cũng cho thấy với 26 bên khung chậu thì có 22



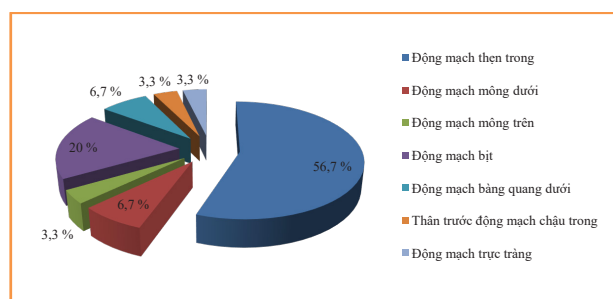
Biểu đồ 3. Số động mạch tuyến tiền liệt mỗi bên khung chậu

bên có 1 động mạch TTL chiếm 84,6%, 4 bên còn lại có 2 động mạch TTL chiếm 15,4%.

Bảng 5. Đường kính trung bình động mạch tuyến tiền liệt

Đường kính trung bình động mạch TTL	± SD (mm)
Bên có 1 động mạch TTL	1,92 ± 0,52
Bên có 2 động mạch TTL	1,45 ± 0,16

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 13 bệnh nhân với 26 bên khung chậu, đường kính trung bình động mạch TTL của bên khung chậu có 1 động mạch TTL là 1,92 ± 0,52mm lớn hơn đường kính trung bình động mạch TTL bên khung chậu có 2 động mạch TTL là 1,45 ± 0,16mm.



Biểu đồ 4. Nguồn gốc của động mạch tuyến tiền liệt

Qua nghiên cứu trên 13 bệnh nhân với 26 bên khung chậu và 30 động mạch TTL, chúng tôi nhận thấy động mạch TTL có tần số xuất phát từ động mạch thẹn trong cao nhất là 17/30 chiếm tỷ lệ 56,7%, sau đó đến động mạch bịt là 6/30 chiếm tỷ lệ 20%, tiếp đó là động mạch mông dưới, động mạch bàng quang dưới 2/30 chiếm 6,7%, còn lại các động mạch mông trên, động mạch chậu trong, động mạch trực tràng chỉ xuất hiện 1/30 chiếm 3,3%. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền, Đỗ Huy Hoàng trên 125 bên khung chậu của 63 bệnh nhân [6]

### 3.3. Đặc điểm bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có bí tiểu cấp sau điều trị bằng nút mạch

#### 3.3.1. Đặc điểm lâm sàng sau nút mạch

Để nghiên cứu số ngày bệnh nhân phải nằm viện sau điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp bằng phương pháp nút mạch tiền liệt tuyến, đề tài chia theo bảng sau:

**Bảng 6. Số ngày nằm viện**

Số ngày nằm viện	Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 – 3	6	46,1
4 – 7	5	38,5
> 7	2	15,4
± SD (ngày)	4,07 ± 2,95	

Trong 13 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp được chúng tôi điều trị theo phương pháp nút động mạch TTL, thời gian nằm viện sau nút mạch dưới 3 ngày là 6 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 46,1%, có 2 bệnh nhân nằm viện trên 1 tuần chiếm 15,4%, còn lại có 5 bệnh nhân nằm viện trong vòng 1 tuần chiếm 38,5%. Thời gian nằm viện trung bình 4,07 ngày.

**Bảng 7. Số ngày lưu sonde tiểu**

Số ngày lưu sonde tiểu	Số bệnh nhân	± SD (ngày)
Nhóm BN đặt sonde niệu đạo.	10	12 ± 3,6
Nhóm BN mở thông bàng quang.	3	16±4,2

### 3.2. So sánh kết quả trước và sau điều trị

**Bảng 8: So sánh thang điểm IPSS trước nút mạch 1 tháng với sau nút 1 tháng, 3 tháng**

	IPSS		
	Trước nút 1 tháng	Sau nút 1 tháng	Sau nút 3 tháng
± SD	32,64 ± 1,95	23,92 ± 2,36	15,23 ± 1,74

Để nghiên cứu sự thay đổi mức độ triệu chứng gây ra do TSLTTTL dựa trên thang điểm IPSS, chúng tôi dùng phương pháp so sánh trước và sau điều trị theo ghép cặp (One Sample T Test).

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (13; 8,615±2,142) thấy chỉ số IPSS giảm 8,615±2,142 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số IPSS giảm sau 1 tháng là 8,615:32,64=26,4% với p<0,001 (n = 13).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (13; 17,308±2,529) thấy chỉ số IPSS giảm 17,308±2,529 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số IPSS giảm sau 3 tháng là 17,308 :32,64= 63,02% với p<0,001 (n = 13).

**Bảng 9. So sánh chỉ số Qol trước nút 1 tháng với sau nút 1 tháng, 3 tháng**

	Qol		
	Trước nút 1 tháng	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
± SD	5,36±0,745	3,15±0,689	1,38±0,506

Để nghiên cứu sự thay đổi mức độ triệu chứng gây ra do TSLTTTL có bí tiểu cấp dựa trên chỉ số Qol chúng tôi dùng phương pháp so sánh trước và sau điều trị theo ghép cặp (One Sample T Test).

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (13; 2,154±0,555) thấy chỉ số Qol cải thiện 2,154±0,555 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số Qol giảm sau 1 tháng là 2,154:5,36=40,18% với p<0,001 (n = 13).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (13; 3,923±0,641) thấy chỉ số Qol cải thiện 3,923±0,641 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số Qol giảm sau 3 tháng là 3,923:5,36= 73,19% với

p<0,001 (n = 13).

**Bảng 10. So sánh lưu lượng dòng tiểu cao nhất trước nút với sau nút 1 tháng, 3 tháng**

	Qmax (ml/s)		
	Trước nút	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
± SD		7,61 ± 1,26	11,46 ± 1,05

Từ số liệu ở bảng trên ta thấy, trước khi nút mạch bệnh nhân bị bí tiểu không thể đi tiểu được, sau khi nút mạch và rút sonde tiểu, tiến hành đo lưu lượng dòng tiểu thấy

**Bảng 11. So sánh lượng nước tiểu tồn dư trước nút với sau nút 1 tháng, 3 tháng**

	PVR (ml)		
	Trước nút	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
± SD		94,61 ± 24,69	55,84 ± 15,42

Sau 1 tháng và 3 tháng, tốc độ dòng tiểu tối đa được cải thiện lần lượt đạt 7,61 ± 1,26ml/s và 11,46 ± 1,05ml/s

Để nghiên cứu sự thay đổi mức độ triệu chứng gây ra do TSLTTTL có bí tiểu cấp dựa trên chỉ số lượng nước tiểu tồn dư (PVR, ml), trước can thiệp bệnh nhân không đi tiểu được, phải dẫn lưu quan sonde, sau can thiệp, lượng nước tiểu tồn dư giảm dần sau 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 94,61 ± 24,69ml và 55,84 ± 15,42ml

**Bảng 12. So sánh chỉ số PSA toàn phần trong huyết thanh trước nút với sau nút 1 tháng, 3 tháng**

	PSA toàn phần (ng/ml)		
	Trước nút	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
± SD	16,23 ± 14,81	5,65 ± 3,59	3,51 ± 1,57

Để nghiên cứu sự thay đổi chỉ số PSA trong huyết thanh trên bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp sau nút mạch, chúng tôi dùng phương pháp so sánh trước và sau điều trị theo ghép cặp (One Sample T Test)

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (13; 10,91±12,66) thấy chỉ số PSA trong huyết thanh giảm 10,91±12,66 ng/ml với p<0,05. Tỷ lệ chỉ số chỉ số PSA trong huyết thanh giảm sau 1 tháng là 10,91:16,23 =67,09% với p<0,05 (n = 13).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (13; 12,98±14,07) thấy chỉ số PSA trong huyết thanh giảm 12,98±14,07ng/ml với p<0,05. Tỷ lệ chỉ số PSA trong huyết thanh giảm sau 3 tháng là 12,98:16,23 =79,98% với p<0,05 (n = 13).

**Bảng 13: So sánh thể tích tuyến tiền liệt trước nút với sau nút 1 tháng, 3 tháng trên siêu âm 2D**

	Thể tích (cm <sup>3</sup> )		
	Trước nút	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
± SD	80,57 ± 50,58	67,54 ± 41,68	59,46 ± 36,78

Để nghiên cứu sự thay đổi thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm của bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp sau nút mạch, chúng tôi dùng phương pháp so sánh trước và sau điều trị theo ghép cặp (One Sample T Test)

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (13; 4,461±9,377) thấy thể tích TTL giảm 14,461 ± 9,377cm<sup>3</sup>với p<0,001. Tỷ lệ thể tích TTL giảm sau 1 tháng là 14,461:80,57=17,95% với p<0,001 (n=13).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (13; 22,538±14,477) thấy thể tích TTL giảm 1722,538±14,47cm<sup>3</sup>với p<0,001. Tỷ lệ thể tích TTL giảm sau 3 tháng là:22,538: 80,57=29,97% với p<0,001 (n=13).

**Bảng 14. So sánh thể tích tuyến tiền liệt trước nút với sau nút 3 tháng trên CHT**

	Thể tích trên CHT (cm <sup>3</sup> )	
	Trước nút	Sau 1 tháng
± SD	82,36 ± 51,24	59,62 ± 36,33

Để nghiên cứu sự thay đổi thể tích tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ của bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp sau nút mạch, chúng tôi dùng phương pháp so sánh trước và sau điều trị theo ghép cặp (One Sample T Test).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (13; 26,154±16,216) thấy thể tích TTL giảm 26,154 ± 16,216 cm<sup>3</sup>với p<0,001. Tỷ lệ thể tích TTL giảm sau 1 tháng là 26,154:82,36=31,75% với p<0,001 (n=13).

**Bảng 15. Sự xuất hiện vùng nhồi máu trên cộng hưởng từ tuyến tiền liệt sau nút 3 tháng**

Đặc điểm	n	%
Vùng nhồi máu		
Có	8	61,5
Không	5	38,5
Vị trí vùng nhồi máu		
Vùng chuyển tiếp	8	
Vùng ngoại vi	0	
Vùng trung tâm	0	
Tăng tín hiệu trên T1W/ vùng nhồi máu		
Có	8	
Không	0	

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 13 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp được nút động mạch TTL, sau 3 tháng trên cộng hưởng từ có 8 bệnh nhân xuất hiện vùng nhồi máu (chiếm 61,5%), có 5 bệnh nhân không có xuất hiện vùng nhồi máu (chiếm 38,5%). Vùng nhồi máu đều nằm trong vùng chuyển tiếp và tăng tín hiệu trên T1W.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung bệnh nhân bị TSLTTTL có bí tiểu cấp**

**a. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.**

Trong nghiên của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu là nam giới từ thấp nhất là 58 tuổi, cao nhất là 93 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là trên 79 tuổi chiếm 50%. Tuổi trung bình là 78,14 ± 9,29 tuổi.

Theo Carnevale và cộng sự, khi nghiên cứu 11 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp được điều trị bằng phương pháp nút động mạch TTL từ tháng 8 năm 2008 đến tháng 11 năm 2011, thấy tuổi thấp nhất 59, tuổi cao nhất là 78, tuổi trung bình là 68,5 tuổi.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trên thế giới, việc này có thể do điều kiện tiếp cận với chăm sóc y tế của bệnh nhân ở Việt Nam kém hơn so với thế giới.

**b. Bệnh Nội khoa phối hợp:**

Khám chẩn đoán và điều trị TSLTTTL phải biết và quan tâm đúng mức đến tính đa bệnh tật của người cao tuổi. Ở nước ta hiện nay cũng như các nước công nghiệp kinh tế phát triển, bệnh nội khoa thường gặp ở người cao tuổi gồm: tim mạch, tiểu đường, xương khớp, tâm thần kinh,...

Theo nghiên cứu của Nguyễn Công Bình, tăng huyết áp gặp 21%; tim mạch gặp 8,2%; xuất huyết não gặp 3,25%; bệnh phổi gặp 19,2%; sỏi thận 3% [9]. Theo thống kê của GS Nguyễn Bửu Triều, trong tổng số 978 bệnh nhân tăng sản LTTTL thì có 479 bệnh nhân (49%) có bệnh lý kèm theo [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có bệnh phối hợp gặp 90%. Bệnh lý phối hợp thường gặp là tim mạch chiếm tỷ lệ 40%. Các bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp mà kèm theo bệnh nội khoa phối hợp đặc biệt là tim mạch, nếu phẫu thuật thì phải được điều trị ổn định thì mới được tiến hành. Tuy nhiên với phương pháp can thiệp nội mạch: các bệnh tim mạch, tiểu đường,.. chúng tôi vẫn có thể tiến hành được mà không cần đến điều trị nội khoa nào trước đấy.

Tóm lại bệnh nhân bị TSLTTTL có bí tiểu cấp thường ở độ tuổi cao, có các bệnh lý nội khoa phối hợp, đặc biệt là tim mạch thì can thiệp nội mạch là một lựa chọn để điều trị.

**2. Mức độ của triệu chứng lâm sàng trước nút mạch**

**2.1. Mức độ triệu chứng lâm sàng trước nút mạch**

Trong nghiên cứu này có 100% đối tượng mắc bệnh cần phải can thiệp điều trị. Những trường hợp này đã được giải thích để lựa chọn phương pháp điều trị. Bệnh nhân không muốn phẫu thuật sẽ được tiến hành can thiệp nội mạch tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch mai.

Thang điểm chất lượng cuộc sống (QoL) được AUA-7 (1994) khuyến cáo là tiêu chí thứ 8 của thang điểm IPSS. Câu hỏi về điểm QoL dễ hiểu hơn, nhưng những người được hỏi dễ nhầm lẫn giữa triệu chứng của đường tiểu dưới với triệu chứng của bệnh khác [7].

Điểm trung bình IPSS, QoL trước can thiệp là  $32,64 \pm 1,95$  và  $5,36 \pm 0,75$ . Các bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp kèm các triệu chứng với mức độ nặng sẽ được tư vấn để lựa chọn phương pháp điều trị ngoại hoặc can thiệp. Các bệnh nhân lựa chọn phương pháp can thiệp phần lớn là không muốn điều trị ngoại khoa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân (Nguyễn Văn C. 79 tuổi) đã phẫu thuật nội soi TSLTTTL được 3 năm nhưng tái phát kèm bí tiểu cấp nên mong muốn được can thiệp. Một bệnh nhân (Lê Trọng M. 82 tuổi) đã đặt stent mạch vành, dùng chống đông không mổ được, kèm theo bệnh lý tiểu đường nên đã lựa chọn phương pháp can thiệp nút mạch điều trị TSLTTTL.

Lưu lượng dòng tiểu (Qmax), được đánh giá là một khám nghiệm có ý nghĩa khách quan trong đánh giá sự tắc nghẽn đường tiết niệu dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân bị bí tiểu cấp nên không thể đi tiểu được qua đường tự nhiên được. Sau can thiệp chúng tôi tiến hành đo lưu lượng dòng tiểu của bệnh nhân vào các thời điểm sau 1 tháng và 3 tháng, lưu lượng dòng tiểu cao nhất đạt được trung bình lần lượt là  $7,61 \pm 1,26$  ml/s và  $11,46 \pm 1,05$  ml/s.

Theo Đỗ Thị Khánh Hỷ, nghiên cứu nồng độ PSA bình thường theo nhóm tuổi nhận thấy: nhóm 45-59 tuổi là  $3,3 \pm 2,92$  ng/ml; nhóm 60-74 tuổi là  $4,1 \pm 4,2$  ng/ml; nhóm trên 75 tuổi là  $5,5 \pm 8,8$  ng/ml [11]. Theo Jane Perry, bình thường nồng độ PSA của nhóm tuổi 40-49 là 2,5 ng/ml, nhóm tuổi 50-59 là 3,0 ng/ml, nhóm tuổi 60-69 là 4,0 ng/ml, và nhóm tuổi 70-79 là 5,0 ng/ml [12].

Trong nghiên cứu này (bảng 3.2), nồng độ PSA trung bình của bệnh nhân trên 10 ng/ml và có sự dao động khác nhau giữa các bệnh nhân, điều này có thể do động tác đặt sonde dẫn lưu gây ra. Khi chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt không có nốt giảm tín hiệu trên ảnh T2W, không hạn chế khuếch tán, không ngấm thuốc mạnh, thải thuốc nhanh trên chuỗi xung Dynamic. Trong nghiên cứu

của chúng tôi không có bệnh nhân nào có hình ảnh nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ.

### 3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau nút mạch

#### 3.1. Triệu chứng lâm sàng sau nút mạch

##### Về sự cải thiện điểm triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS).

Trong hầu hết các nghiên cứu đều lấy điểm IPSS là một trong các tiêu chí để đánh giá mức độ bệnh, gợi ý lựa chọn phương pháp điều trị, đồng thời còn để theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân sau khi can thiệp 1 tháng, 3 tháng có chỉ số IPSS trung bình lần lượt là  $23,92 \pm 2,36$  điểm và  $15,23 \pm 1,74$  điểm, với mức giảm trung bình lần lượt là 8,61 điểm và 17,31 điểm. Chúng tôi nhận thấy số điểm IPSS trung bình sau 1 tháng, 3 tháng khác biệt với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,001$  ( $n = 13$ ). Theo Carnevale và cộng sự, khi nút mạch điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp cho 11 bệnh nhân (không có đánh giá điểm IPSS trước điều trị- vì khi có bí tiểu cấp đương nhiên là triệu chứng nặng) thì sau 1 tháng, 3 tháng số điểm IPSS giảm xuống có ý nghĩa ở mức độ nhẹ (dưới 10 điểm) [4]. Các kết quả này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Sau 3 tháng các bệnh nhân của chúng tôi có mức giảm số điểm  $17,31/32,64 = 63,02\% > 25\%$ , vậy các bệnh nhân này có cải thiện lâm sàng sau 3 tháng điều trị can thiệp nội mạch.

##### Về sự cải thiện điểm chất lượng cuộc sống (QoL).

Sau can thiệp, kết quả ảnh hưởng trực tiếp và cụ thể là chất lượng cuộc sống của bệnh nhân phải được cải thiện. Do đó điểm QoL cũng là tiêu chí để đánh giá kết quả. Nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng, 3 tháng can thiệp điểm chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân trung bình lần lượt là  $3,15 \pm 0,89$  điểm và  $1,38 \pm 0,51$  điểm, với mức giảm trung bình lần lượt là 2,15 điểm và 3,92 điểm. Điểm số này khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với trước điều trị ( $P < 0,001$ ,  $n = 13$ ). Theo Carnevale, điểm chất lượng cuộc sống QoL trung bình trước nút mạch là 6, sau 1 tháng và 3 tháng điều trị lần



lượt giảm xuống mức là 1,1 và 0,6 điểm [4]. Theo Pisco với điểm chất lượng cuộc sống trung bình trước điều trị  $4,07 \pm 0,92$  điểm thì sau 1 tháng, 3 tháng điểm chất lượng cuộc sống giảm trung bình là 1,71 điểm và 1,95 điểm[13]. Theo Rio với điểm chất lượng cuộc sống trung bình trước điều trị 4,1 điểm thì sau 1 tháng, 3 tháng điểm chất lượng cuộc sống giảm trung bình là 1,85 điểm và 2,07 điểm[14]. Các kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Vậy các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sau 3 tháng được cải thiện về điểm số IPSS và chất lượng cuộc sống. Theo tiêu chuẩn của Madersbacher thì sau can thiệp, bệnh nhân đã cải thiện được chất lượng cuộc sống[6].

#### ***Về sự cải thiện lượng nước tiểu tồn dư (PVR).***

Theo Carnevale FC, kết quả nghiên cứu can thiệp PAE trên 11 bệnh nhân có bí tiểu cấp, sau 1 năm, thể tích nước tiểu tồn dư trung bình là 60ml[4].

Theo Pisco và cộng sự, nghiên cứu kết quả can thiệp PAE ở 79 bệnh nhân, nhận thấy lượng nước tiểu tồn dư vào thời điểm sau 1 tháng, 3 tháng giảm lần lượt 29,9% và 39,7%[13]. Theo nghiên cứu của Rio, lượng nước tiểu tồn dư tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng giảm 32,9% và sau 3 tháng giảm 41,99% so với trước can thiệp[14].

Trong nghiên cứu này, lượng nước tiểu tồn dư sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 94,61ml và **55,85ml**. Sau can thiệp lượng nước tiểu tồn dư trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã cải thiện, tuy nhiên vẫn còn cao, điều này do các bệnh nhân có bí tiểu cấp bàng quang đã bị căng giãn, chức năng co bóp của bàng quang kém, khả năng tống nước tiểu ra ngoài giảm.

#### ***Về sự cải thiện lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax)***

Lưu lượng dòng tiểu phụ thuộc vào sự tắc nghẽn đường tiểu dưới. Lưu lượng dòng tiểu cao nhất sau can thiệp được cải thiện rõ ràng là kết quả đánh giá khách quan nhất của điều trị.

Theo nghiên cứu của Carnevale và cộng sự, kết quả trên 11 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp, sau điều trị Qmax tăng lên từ 4,2ml/s sau 1 tháng lên 10,8ml/s sau 3 tháng[4].

Theo Pisco và cộng sự, nghiên cứu kết quả can thiệp nút động mạch TTL ở 79 bệnh nhân, nhận thấy Qmax vào thời điểm sau 1 tháng, 3 tháng tăng lần lượt 38,1% và 47,3%[13]. Theo nghiên cứu của Rio, Qmax tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng tăng 33% và sau 3 tháng tăng 45,2% so với trước can thiệp[14]. Nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng, 3 tháng can thiệp Qmax của các bệnh nhân trung bình lần lượt là 7,62ml/s và 11,46ml/s. Kết quả của chúng tôi cải thiện hơi cao hơn so với nghiên cứu của Carnevale có thể do số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít. Tuy nhiên nếu xét theo tiêu chuẩn thì sau 3 tháng các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tốt nếu đánh giá theo lưu lượng dòng tiểu. Lưu lượng dòng tiểu tăng là do thể tích tuyến giảm nên chèn ép vào niệu đạo vì thế bí tắc đường tiểu giảm. Ngoài ra, sau nút mạch xuất hiện các vùng nhồi máu, chính vùng nhồi máu hoại tử này làm giảm các thụ thể  $\alpha - 1 - \text{adrenergic}$ , làm giảm trương lực cơ trơn tuyến tiền liệt cũng như cơ cổ bàng quang làm giảm sự bí tắc do đó lưu lượng dòng tiểu tăng lên [15], [16].

#### ***Cải thiện chỉ số PSA toàn phần trong huyết thanh***

Theo nghiên cứu của Carneval, nồng độ PSA toàn phần trong huyết thanh tăng cao trong vòng 24 giờ đầu sau nút mạch, và trở về mức bình thường sau nút mạch 1 tháng, 3 tháng và 1 năm (lần lượt là 3,5; 3,7; và 4,3ng/ml) [4]

Theo nghiên cứu của Pisco lượng PSA toàn phần giảm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 29,2% và 38,6%[73]. Theo Rio, lượng PSA toàn phần giảm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng lần lượt 29,4% và 36,8%[14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng PSA toàn phần trong huyết thanh trước can thiệp là khá cao và không đồng nhất giữa các bệnh nhân ( $16,23 \pm 14,81$ ng/ml), điều này do các bệnh nhân bí tiểu cấp phải đặt sonde dẫn lưu làm nồng độ PSA cao hơn bình thường, sau can thiệp lượng PSA tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng giảm còn  $5,65 \pm 3,59$ ng/ml và  $3,58 \pm 1,57$ ng/ml. Giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm PSA tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng cải thiện được 67,09% và 79,98% so với trước can thiệp. Sau 3 tháng điều trị, nồng độ PSA toàn

phần trong huyết thanh của bệnh nhân giảm so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$  ( $n = 10$ ). Điều này có thể hiểu do thể tích TTL giảm nên phần nhu mô tuyến tiết ra PSA thấp hơn trước.

**3.2. Triệu chứng chẩn đoán hình ảnh sau nút mạch**

***Trên siêu âm***

Thể tích TTL giảm trung bình trên siêu âm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng là  $14,46\text{cm}^3$  và  $22,54\text{cm}^3$ . Giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm thể tích TTL tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng cải thiện được 17,95% và 29,97% so với trước can thiệp. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Carnevale với tỷ lệ phần trăm thể tích TTL giảm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 25,7% và 34,2% [4].

***Trên cộng hưởng từ***

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trên cộng hưởng từ TTL sau can thiệp 3 tháng, thể tích giảm  $26,15\text{cm}^3$ , giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm thể tích TTL tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng giảm 31,75%. Ta có thể thấy trong 13 bệnh nhân được nút mạch thành công, có 8 bệnh nhân sau 3 tháng can thiệp trên cộng hưởng từ TTL xuất hiện vùng nhồi máu (chiếm 61,54%) đều ở vùng chuyển tiếp, ở những bệnh nhân này sau 3 tháng trên cộng hưởng từ giảm 33,2% thể tích so với ban đầu, 5 bệnh nhân còn lại không xuất hiện vùng nhồi máu (chiếm 38,46%), sau 3 tháng trên cộng hưởng từ giảm 29,28% thể tích so với ban đầu. Ta thấy không có sự khác biệt của tỷ lệ giảm thể tích giữa 2 nhóm bệnh nhân này (với  $p = 0,351 > 0,05$ ).

Theo nghiên cứu của Frenk và cộng sự [7] khi nghiên cứu 17 bệnh nhân TSLTTTL trong thời gian từ tháng 6 năm 2008 đến tháng 12 năm 2011 cho thấy tỷ lệ xuất hiện vùng nhồi máu là 70,6% cũng đều ở vùng chuyển tiếp, tuy nhiên sau 12-18 tháng theo dõi trên cộng hưởng từ TTL, tỷ lệ giảm thể tích chung là 32%, tỷ lệ giảm thể tích giữa những bệnh nhân xuất hiện vùng nhồi máu và bệnh nhân không xuất hiện vùng nhồi máu không có sự khác biệt thống kê. Tỷ lệ xuất hiện vùng nhồi máu của chúng tôi tương đương so với Frenk.

Theo bảng 3.15 ta có thể thấy tín hiệu vùng nhồi

máu trên T1W là tăng tín hiệu, đặc trưng cho hoại tử chảy máu, xuất hiện protein và các sản phẩm giáng hóa của máu, điều này giống như trong u xơ tử cung sau nút động mạch tử cung [17], [18]. Theo Camara-Lopes và cộng sự [19] nghiên cứu những mảnh bệnh phẩm sau khi mổ nội soi 2 bệnh nhân đã nút động mạch TTL, cho thấy trong lòng mạch máu được lấp đầy bởi những hạt nút mạch, xung quanh vùng thiếu máu hoại tử là phản ứng viêm với các đại thực bào. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy vùng nhồi máu chỉ nằm trong vùng chuyển tiếp mà không nằm trong vùng ngoại vi. Điều này có thể do hai lý do: thứ nhất, vùng ngoại vi ngấm thuốc ít hơn so với vùng chuyển tiếp [20], vì thế vùng này có khả năng chịu đựng với thiếu máu tốt hơn. Thứ hai, theo đặc điểm giải phẫu mạch máu, động mạch TTL sau đi qua vỏ tiến vào sâu trong tuyến mới cấp máu cho vùng chuyển tiếp, vì thế vùng chuyển tiếp là nơi xa nhất, có nguy cơ cao được kém tưới máu nhất.

Để giải thích cho giảm thể tích TTL cũng như cải thiện triệu chứng chúng ta có những lý do sau: thứ nhất, khi nút tắc động mạch TTL làm giảm lượng máu tới nuôi tuyến, làm tuyến không được nuôi dưỡng, teo nhỏ. Thứ hai, giảm nồng độ hormone Testosteron vào tế bào TTL sau nút mạch sẽ ức chế sự phát triển của TTL. Thứ 3, vì tuyến bị teo làm giảm số thụ thể cảm nhận với  $\alpha - 1 - \text{adrenergic}$  dẫn đến giảm trương lực cơ cổ bàng quang nên giảm bí tắc dòng tiểu [15], [16].

Qua trên, ta có thể thấy phương pháp nút động mạch TTL trong điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp, vừa làm giảm triệu chứng lâm sàng gây ra do TSLTTTL vừa làm giảm thể tích TTL. Đây là phương pháp an hiệu quả, hứa hẹn là một trong các phương pháp chủ yếu trong điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp trong tương lai.

**4. Thất bại và tai biến trong điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt**

**4.1. Thất bại**

Bệnh nhân điều trị thành công khi nút được ít nhất một trong hai bên động mạch TTL, các thang điểm IPSS, QoL giảm một bậc so với trước điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh

nhân thất bại: Đó là bệnh nhân (Ma Quang T. 87 tuổi, bí đái do TSLTTTL đã mở thông bàng quang). Khi chụp động mạch chậu trong hai bên thấy có hẹp tắc do nhiều mảng xơ vữa ngay gốc động mạch nên chúng tôi không chọn lọc được động mạch tuyến tiền liệt. Vì vậy chúng tôi dừng thủ thuật và khuyên bệnh nhân lựa chọn phương pháp mổ nội soi.

#### 4.2. Tai biến

Trong 13 bệnh nhân chúng tôi điều trị thành công, thì không có bệnh nhân nào có biến chứng lớn. Các bệnh nhân trước can thiệp chúng tôi đều sử dụng kháng dự phòng 3 đến 5 ngày và duy trì sau can thiệp 1 tuần để tránh nhiễm khuẩn.

Có 5 bệnh nhân có cảm giác bị rát nhẹ vùng sinh dục khi đi tiểu, nhưng sau đó tự hết sau vài ngày mà không cần điều trị gì. Triệu chứng này hay gặp do các hạt gây tắc nhu mô TTL gây hoại tử vô khuẩn. Đây là dấu hiệu tốt cho sự tạo thành các vùng nhồi máu và nốt hoại tử trong nhu mô TTL nhằm giảm thể tích TTL và cải thiện triệu chứng lâm sàng.

#### V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân được rút sonde tiểu sau trung bình 12-16 ngày.

- Chỉ số IPSS giảm trung bình sau 3 tháng là 17,308 điểm (63,02%).

- Chỉ số QoL cải trung bình sau 3 tháng là 3,923 điểm (73,19%).

- Chỉ số lưu lượng dòng tiểu cao nhất Qmax trung bình sau 3 tháng đạt 11,46 ml/s.

- Chỉ số lượng nước tiểu tồn dư PVR trung bình sau 3 tháng là 55,85ml

- Chỉ số PSA trong huyết thanh giảm trung bình 3 tháng là 12,98ng/ml (79,98%).

- Thể tích TTL trên siêu âm giảm trung bình sau 3 tháng là 22,538cm<sup>3</sup>(29,97%).

- Thể tích TTL trên cộng hưởng từ giảm trung bình sau 3 tháng là 26,154cm<sup>3</sup> (31,75%).

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp bằng nút động mạch TTL là một phương pháp hiệu quả và an toàn, là một lựa chọn cho bệnh nhân, cần được áp dụng rộng rãi ở các trung tâm có đủ điều kiện cơ sở vật chất và con người.

#### VI. KIẾN NGHỊ

##### Hướng nghiên cứu tiếp theo:

1. Cần đánh giá kết quả (lâm sàng, chức năng tình dục...) với thời gian theo dõi dài hơn.
2. Cần đánh giá kết quả nút tắc động mạch TTL với phẫu thuật nội soi trong điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp.
3. Cần đánh giá kết quả với các kích cỡ hạt khác nhau, với gây tắc một bên và hai bên.
4. Nên chuyển giao, đào tạo cho các tuyến đã có trang thiết bị và nhân lực.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thọ, T.Đ., Đánh giá tác dụng của viên nang trình nữ hoàng cung trong điều trị phì đại lành tính tiền liệt tuyến. 2005.
2. Rubenstein, J.M., Kevin T, *Transurethral Microwave Thermotherapy of the Prostate (TUMT)*. eMedicine (Abadia-Cardoso, Anderson et al. 2013), 6 February 2008.
3. Trần Đức Hoè, N.T.L.v.c.s., *Một số nhận xét về kết quả ban đầu cắt đốt nội soi phì đại lành tính tiền liệt tuyến*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2005. **31**: p. 259-264.
4. Carnevale, F.C., et al., *Quality of life and clinical symptom improvement support prostatic artery embolization for patients with acute urinary retention caused by benign prostatic hyperplasia*. J Vasc Interv Radiol, 2013. **24**(4): p. 535-42.

5. John h. Wasson, m.D., domenico j. Reda, m.S., reginald c. Bruskewitz, m.D., and p.D. jack elinson, adam m. Keller, m.P.H., and william g. Henderson, ph.D., *A comparison of transurethral surgery with watchful waiting formoderate symptoms of benign prostatic hyperplasia*. 1995.
6. Nguyễn Xuân Hiền, P.H.G., Đỗ Huy Hoàng, *Phân loại và đặc điểm các nhánh chính của động mạch chậu trong ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên chụp mạch số hóa xóa nền*. Tạp chí y dược học quân sự số 3-2017, 2017.
7. Nathan E. Frenk, R.H.B., Francisco C. Carnevale, and A.A.A. Octavio M. G. Gonçalves, Miguel Srougi, Giovanni G. Cerr, *MRI Findings After Prostatic Artery Embolization for Treatment of Benign Hyperplasia*. AJR2014; 203:813–821, 2014.
8. Rosette J, A.G., Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel M.C, Oelke M, *Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia*. European Association of Urology, 2006: p. 1-59.
9. Nguyễn Công Bình, B.M.T., Dương Đức Hưng và CS *Kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt nội soi tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ 1998 - 2000*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2001. **4,5,6**: p. 25-28.
10. Nguyễn Bửu Triều, N.K., Nguyễn Phương Hồng, Vũ Nguyễn Khải Ca, Nguyễn Đức Nhuận *Kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng cắt nội soi trong 15 năm (6/1981-6/1996) tại bệnh viện Việt Đức*. Tạp chí Y học Việt Nam; 2002, 2002. **4,5,6**: p. 5-11.
11. Hỷ, Đ.T.K., *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học của u tuyến tiền liệt và đánh giá vai trò của PSA huyết thanh trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh*. 2003: Hà Nội.
12. Perry, J., *Outreach clinics for benign prostatic hyperplasia*. Clinical practice development; Continence UK, 2007. **Vol 1**(No 4): p. 21-29
13. Pisco, J., et al., *Prostatic arterial embolization for benign prostatic hyperplasia: short- and intermediate-term results*. Radiology, 2013. **266**(2): p. 668-77.
14. Hugo Rio Tinto, e.a., *Prostatic Artery Embolization in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: Short and Medium Follow-up*. Vasc Interventional Rad 15:290-293 2012.
15. McVary, K.T., K.E. McKenna, and C. Lee, *Prostate innervation*. Prostate Suppl, 1998. **8**: p. 2-13.
16. Zlotta, A.R., et al., *Possible mechanisms of action of transurethral needle ablation of the prostate on benign prostatic hyperplasia symptoms: a neurohistochemical study*. J Urol, 1997. **157**(3): p. 894-9.
17. McCluggage, W.G., et al., *Pathologic features of uterine leiomyomas following uterine artery embolization*. Int J Gynecol Pathol, 2000. **19**(4): p. 342-7.
18. Verma, S.K., et al., *Spectrum of imaging findings on MRI and CT after uterine artery embolization*. Abdom Imaging, 2010. **35**(1): p. 118-28.
19. Camara-Lopes, G., et al., *The histology of prostate tissue following prostatic artery embolization for the treatment of benign prostatic hyperplasia*. Int Braz J Urol, 2013. **39**(2): p. 222-7.
20. Kershaw, L.E., C.E. Hutchinson, and D.L. Buckley, *Benign prostatic hyperplasia: evaluation of T1, T2, and microvascular characteristics with T1-weighted dynamic contrast-enhanced MRI*. J Magn Reson Imaging, 2009. **29**(3): p. 641-8.

---

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có bí tiểu cấp bằng phương pháp can thiệp nút mạch.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu thực nghiệm không đối chứng ở những bệnh nhân vào viện vì bí tiểu cấp được chẩn đoán Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) tại trung tâm Điện quang, bệnh viện Bạch Mai từ 07/2017 đến 07/2018. Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi, khám lâm sàng, siêu âm, Chụp Cộng hưởng từ (CHT) trước và sau can thiệp.

**Kết quả:** Bệnh nhân được rút sonde tiểu sau trung bình 12-16 ngày. Chỉ số IPSS giảm trung bình sau 3 tháng là 17,308 điểm (63,02%). Chỉ số Qol cải thiện trung bình sau 3 tháng là 3,923 điểm (73,19%). Chỉ số lưu lượng dòng tiểu cao nhất Qmax trung bình sau 3 tháng đạt 11,46 ml/s. Chỉ số lượng nước tiểu tồn dư PVR trung bình sau 3 tháng là 55,85ml. Chỉ số PSA trong huyết thanh giảm trung bình 3 tháng là 12,98ng/ml (79,98%). Thể tích TTL trên siêu âm giảm trung bình sau 3 tháng là 22,538cm<sup>3</sup>(29,97%). Thể tích TTL trên cộng hưởng từ giảm trung bình sau 3 tháng là 26,154cm<sup>3</sup> (31,75%).

**Kết luận:** Điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp bằng nút động mạch TTL là một phương pháp hiệu quả và an toàn, là một lựa chọn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** *Tuyến tiền liệt, nút mạch, bí tiểu cấp*

---

Người liên hệ: Nguyễn Xuân Hiền, Email: [hiennx@tamanhhospital.vn](mailto:hiennx@tamanhhospital.vn)

Ngày nhận bài: 04/06/2022. Ngày phản biện: 14/06/2022. Ngày chấp nhận đăng: 22/06/2022