

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM, CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ CHỤP MẠCH SỐ HOÁ XOÁ NỀN CỦA MỘT SỐ BỆNH NHÂN TĂNG SẴN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

**Ultrasound, magnetic resonance imaging and digital subtraction angiography imaging characteristics of benign hyperplasia prostate**

*Hoàng Đức Thăng\*, Nguyễn Xuân Hiền\*\*, Nguyễn Thị Bích Ngọc\*\*\**

### SUMMARY

**Objective:** Describe Imaging features Ultrasound, MRI and DSA of 14 patients who have benign prostatic hyperplasia with acute urinary retention, were treated by PAE.

**Method and results:** A descriptive study without control in patients hospitalized for acute urinary retention was diagnosed with benign prostatic hyperplasia at the Bach Mai hospital from 07/2017 to 07/2018. The patients were examined clinical, ultrasound, MRI before and after intervention. The average PV (cm<sup>3</sup>) on ultrasound and MRI are 80,57±50,58 cm<sup>3</sup> and 82,35±51.24 cm<sup>3</sup>, 9 patients have thickening of bladder wall (64,3%), 3 patients have bladder diverticulum (21,4%), 78,6% hyperplasia at the transition zone, 7,1% hyperplasia at the central zone and 14,3% hyperplasia at both the transition zone and central zone. On DSA, with 26 pelvices side were performed successful, there were 22 pelvices side with one prostate artery and 4 pelvices side with 2 prostate arteries, the average diameter of prostate with pelvic side which one prostate artery is 1,92 ± 0,52 mm; with pelvic side which two prostate arteries is 1,45 ± 0,16mm.

**Keywords:** *prostatic arterial embolization, acute urinary retention, benign prostatic hyperplasia, ultrasound, MRI of BPH.*

\* BS Cao học 25 CDHA ĐYHN

\*\* Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

\*\*\* BS 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. 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 [1]. 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% [2]. 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**[3].

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%) [4]

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau **“Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm, cộng hưởng từ và chụp mạch số hoá xoá nền của một số bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có bí tiểu cấp** được điều trị bằng **phương pháp nút mạch”**

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 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, loại trừ ung thư TTL bằng CHT.

- 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.

- 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:* Nghiên cứu mô tả

- *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).

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai sau khi thông qua Hội

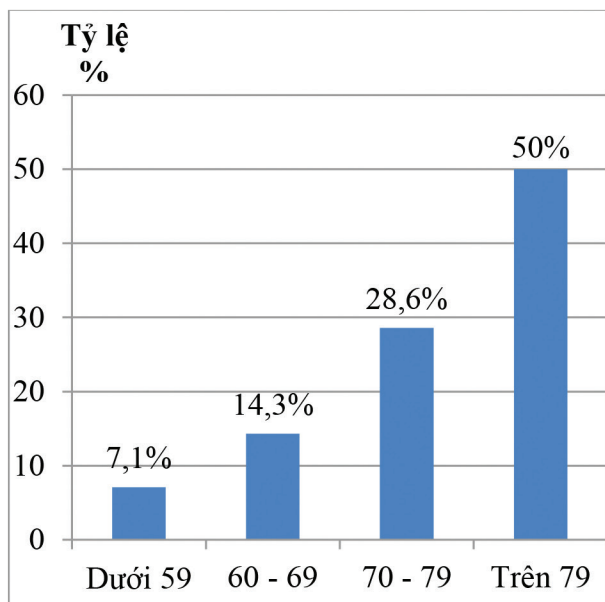
Đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng đã được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác. 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. Trong nhóm nghiên cứu, độ tuổi hay gặp nhất bị TSLTTTL có bí tiểu cấp là trên 79 tuổi với tỷ lệ 50%. Tuổi thấp nhất là 58 tuổi, cao nhất là 93 tuổi. Trong 14 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu, tuổi trung bình là  $78,1 \pm 9,29$ .



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

##### Mức độ nặng gây ra do tuyến tiền liệt

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  $32,64 \pm 1,95$  điểm, QoL  $5,36 \pm 0,75$  điểm.

**Bảng 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
$\pm$ SD	$32,64 \pm 1,95$	
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
$\pm$ SD	$5,36 \pm 0,75$	

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  $32,64 \pm 1,95$  điểm, QoL  $5,36 \pm 0,75$  điểm.

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

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

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  $16,23 \pm 14,82$  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.

**2. Đặc điểm hình ảnh của TSLTTTL có bí tiểu cấp**

**2.1. Đặc điểm TSLTTTL có bí tiểu cấp qua siêu âm**

**Bảng 3. Đặc điểm ưu thế tăng sản các vùng trong tuyến tiền liệt**

Vùng tăng sản	n	%
Vùng chuyển tiếp	11	78,6
Vùng trung tâm	1	7,1
Cả vùng chuyển tiếp và vùng trung tâm	2	14,3
Vùng ngoại vi	0	0
Tổng số	14	100

Nghiên cứu trên 14 bệnh nhân của chúng tôi, vùng tăng sản chủ yếu là vùng chuyển tiếp chiếm 78,6% (11/14). Không có bệnh nhân nào tăng sản vùng ngoại vi.

**Bảng 4. Đặc điểm thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm**

Thể tích trên siêu âm (cm <sup>3</sup> )	
Nhỏ nhất	28
Lớn nhất	204
± SD	80,57 ± 50,58

Thể tích trung bình của các bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp trước can thiệp trên siêu âm là 80,57cm<sup>3</sup>, trong đó thể tích nhỏ nhất là 28cm<sup>3</sup>, thể tích lớn nhất là 204cm<sup>3</sup>.

**Bảng 5. Ảnh hưởng của TTL lên hệ tiết niệu**

Ảnh hưởng hệ tiết niệu	n	%
Sỏi bàng quang	0	0
Dày thành bàng quang	9	64,3
Túi thừa bàng quang	3	21,4

Trong 14 bệnh nhân theo nghiên cứu của chúng tôi, có 9 bệnh nhân có dày thành bàng quang chiếm 64,3%, 3 bệnh nhân có túi thừa bàng quang chiếm 21,4%. Không bệnh nhân nào có sỏi bàng quang.

**2.2. Đặc điểm TSLTTTL có bí tiểu cấp trên cộng hưởng từ tuyến tiền liệt**

**Bảng. Đặc điểm thể tích tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ**

Thể tích trên cộng hưởng từ (cm <sup>3</sup> )	
Thấp nhất	30
Cao nhất	210
± SD	82,35 ± 51,24

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích trung bình của các bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp trước nút mạch trên cộng hưởng từ là 82,35±51,24cm<sup>3</sup>, với thể tích nhỏ nhất là 30cm<sup>3</sup>, thể tích lớn nhất là 210cm<sup>3</sup>.

**Bảng 7. Đặc điểm vùng tăng sản lành tính tuyến tiền liệt ngấm thuốc sau tiêm thuốc đối quang từ**

Nhu mô tuyến	n	%
Không đồng nhất	3	21,4
Đồng nhất	11	78,6

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 14 bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp, 11 bệnh nhân có nhu mô tuyến đồng nhất chiếm 78,6%, có 3 bệnh nhân nhu mô tuyến không đồng nhất chiếm 8,3%, những bệnh nhân này có thể tích tuyến lớn.

**2.3. Đặc điểm TSLTTTL có bí tiểu cấp trên DSA**

**Bảng 8. Đặc điểm kỹ thuật**

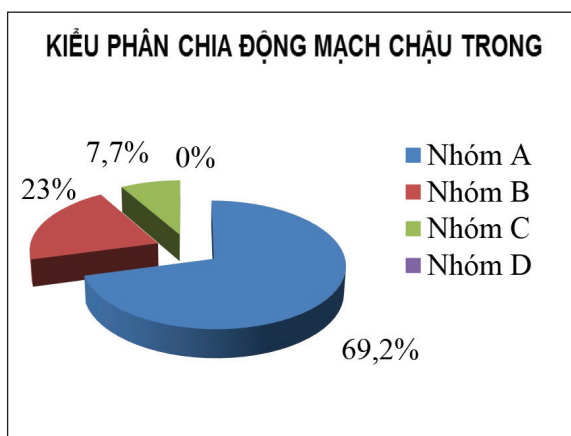
Đặc điểm	n	%
Số bên được nút		
1 bên	2	15,4
2 bên	11	84,6

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 9. 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

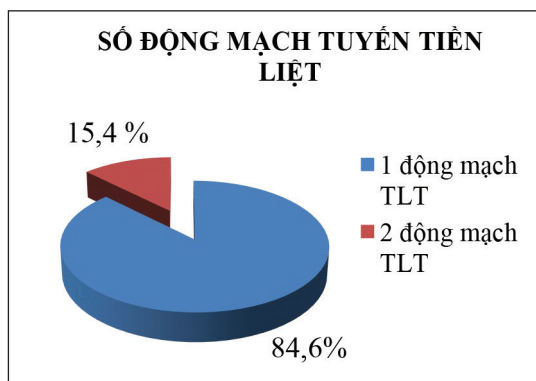
Trong nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện nút động mạch TTL cho 14 bệnh nhân tăng sản LTTTL, thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 90,3 ± 34,58 phút và thời gian chiếu tia trung bình là 20,9 ± 8,68 phút.



**Biểu đồ 2. Kiểu phân chia động mạch chậu trong**

Qua nghiên cứu điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp bằng nút động mạch TTL cho 13 bệnh nhân với 26 bên khung chậu, chúng tôi nhận thấy kiểu phân chia động mạch chậu trong hay gặp nhất là nhóm A 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 bên có 1 động mạch TTL chiếm 84,6%, 4 bên còn lại có 2 động mạch TTL chiếm 15,4%.**

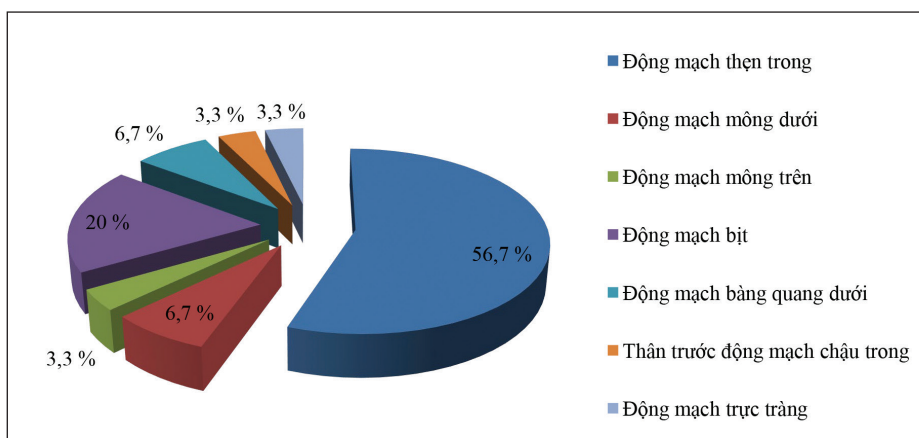


**Biểu đồ 3. Số động mạch tuyến tiền liệt mỗi bên khung chậu**

**Bảng 10. 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 thận 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 mỏng dưới, động mạch bàng quang dưới/2/30 chiếm 6,7%, còn lại các động mạch mỏng 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]

## V. BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm hình ảnh TSLTTTL có bí tiểu cấp trên siêu âm

Siêu âm là phương pháp khám nghiệm khách quan hơn so với thăm trực tràng. Siêu âm qua đường trực tràng có độ chính xác cao hơn khi đánh giá thùy tuyến, cấu trúc tuyến qua đường thành bụng [7, 8]. Tuy nhiên theo Martinez và cộng sự về mặt thống kê không khác nhau giữa hai giá trị trung bình của thể tích TTL khi siêu âm qua đường trực tràng và qua thành bụng [9]. Trong điều kiện thực tế Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch mai, trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng máy siêu âm đầu dò qua đường thành bụng để đo kích thước của TTL.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp có thể tích TTL trên siêu âm trung bình là  $80,57 \pm 50,58\text{cm}^3$ .

Có 9/14 bệnh nhân có hình ảnh dày thành bàng quang chiếm 64,3%, túi thừa bàng quang gặp ở 3/14 bệnh nhân, chiếm 21,4%, không có bệnh nhân nào có sỏi bàng quang.

Cũng trên 14 bệnh nhân này, phân bố vùng tăng sản là: 78,6% tăng sản vùng chuyển tiếp, 7,1% bệnh nhân tăng sản vùng trung tâm, và 14,3% tăng sản cả vùng chuyển tiếp và vùng trung tâm, không có bệnh nhân nào tăng sản vùng ngoại vi.

### 2. Đặc điểm hình ảnh TSLTTTL có bí tiểu cấp trên cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có thể tích TTL trên cộng hưởng từ trung bình là  $82,35 \pm 51,24\text{cm}^3$ . Trong số 14 bệnh nhân, thì 11 bệnh nhân có

hình ảnh điển hình cho TSLTTTL: tín hiệu đồng nhất và có nốt lớn tăng sản trước nút mạch. Đặc điểm của nốt tăng sản: tăng tín hiệu trên ảnh T2W và đồng tín hiệu trên ảnh T1W [10]. Vùng ngoại vi tăng tín hiệu trên ảnh T2W, đồng tín hiệu trên ảnh T1W cả trước và sau nút mạch. Có 3 bệnh nhân có tín hiệu không đồng nhất trên cộng hưởng từ, đây là những bệnh nhân có thể tích tuyến lớn, có phần hoại tử dịch và vôi hóa bên trong, không có bệnh nhân nào có đặc điểm hình ảnh nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt.

### 3. Đặc điểm hình ảnh TSLTTTL có bí tiểu cấp trên chụp mạch DSA

Theo Bilhim và cộng sự, động mạch chậu trong có 4 kiểu phân nhánh: Nhóm A (60% bên khung chậu), nhóm B (khoảng 30% bên khung chậu), nhóm C (khoảng 10% bên khung chậu), nhóm D (rất hiếm).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân với 26 bên khung chậu, nhóm A có 18 bên chiếm 69,2%, nhóm B có 6 bên chiếm 23,1%, nhóm C có 2 bên chiếm 7,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với Bilhim có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít.

Đặc điểm nhận biết của động mạch TTL không hằng định: có 37% có hình ảnh vòng xoắn đi vào TTL và thì muộn sẽ là khoảng ngấm thuốc hình tháp ngay dưới bàng quang, sau xương mu. Ta phải xác định bệnh nhân có một hay hai động mạch TTL, trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân với 26 bên khung chậu thì có 22 bên khung chậu có 1 động mạch TTL (với đường kính động mạch trung bình là  $1,92 \pm 0,52\text{mm}$ ) chiếm 84,6% và 4 bên khung chậu có 2 động mạch TTL (với đường kính động mạch trung bình là  $1,45 \pm 0,16\text{mm}$ ) chiếm 15,4%. Đường kính trung bình của mỗi động mạch TTL được chúng tôi tính trung bình khi đo tại 3 vị trí đó là: vị trí xuất phát của động mạch TTL, vị trí sắp vào vỏ TTL và vị trí ở giữa 2 vị trí trên. Theo nghiên cứu của Bilhim, có 60% bên khung chậu có 1 động mạch TTL (đường kính động mạch TTL trung bình là 1,9mm), 40% bên khung chậu có 2 động mạch TTL (đường kính động mạch TTL là 1,3mm). Sau đó tùy vào kích thước động mạch TTL mà ta có thể sử dụng vi ống thông 1.98-F hay 2.0-F (progreat của Terumo) để vào chọn lọc. Nếu chỉ có một động mạch TTL ta có thể bơm hạt gây tắc mạch luôn. Nếu có hai

động mạch TTL ta phải sử dụng kỹ thuật Cone – beam CT để xác định đã chọn lọc chính xác vào TTL chưa? Nếu có phần ngấm thuốc không mong muốn (thành bàng quang, dương vật hoặc trực tràng) thì chọn lọc hơn cho đến khi động mạch TTL chỉ nuôi cho TTL thì dừng lại. Sau đó dựa vào đường kính động mạch TTL mà chọn kích thước hạt.

Sau đó, rút vi ống thông ra khỏi ống thông, dùng tay đẩy mạnh, liên tục để tạo đầu cong “Waltman loop”, đẩy lên động mạch chủ bụng, hơi xoắn ống thông, kéo xuống để vào động mạch chậu trong cùng bên. Tiếp theo, động mạch TTL bên phải được gây tắc tương tự như với bên trái.

Thủ thuật được coi là thành công nếu chọn lọc được động mạch TTL và nút được ít nhất một bên khung chậu. Chúng tôi thành công 13 trên 14 bệnh nhân, 1 bệnh nhân còn lại do mạch máu xơ vữa, ngoằn ngoèo, hẹp gốc động mạch TTL không chọn lọc được động mạch TTL.

Thời gian thực hiện thủ thuật được tính từ lúc vào động mạch đùi đến khi rút ống thông cobra 5-F khỏi lòng mạch. Thời gian thủ thuật kéo dài 59 – 187 phút (trung bình  $90,3 \pm 34,58$  phút) và thời gian chiếu tia là 12 – 34 phút (trung bình  $22,9 \pm 8,68$  phút). Thời gian này tương ứng của Pisco và cộng sự tương ứng là 86 phút và 27 phút.

Các bệnh nhân của chúng tôi có thời gian điều trị nội trú sau nút mạch thời gian trung bình là  $4,07 \pm 2,95$  ngày. Bệnh nhân có số ngày nằm viện sau nút mạch ít nhất là 1 ngày. Bệnh nhân có ngày nằm viện sau nút mạch nhiều nhất là 12 ngày. Theo Pisco và cộng sự thời gian nằm viện dài nhất sau can thiệp chỉ 18 giờ, ngắn nhất là sau 8 giờ. Thời gian trung bình nằm viện của chúng tôi sau can thiệp dài hơn so vì: thứ nhất, số lượng bệnh nhân của chúng tôi ít, một số bệnh nhân của chúng tôi phải cùng lúc điều trị một số bệnh nội khoa khác kèm theo nên thời gian nằm viện trung bình tăng. Thứ hai, vì đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam nên chúng tôi muốn tăng thời gian theo dõi sau can thiệp, phòng trường hợp nếu có biến chứng còn xử lý kịp thời. Thứ ba, vì chúng tôi thực hiện làm can thiệp cho bệnh nhân vào thứ 5 (của tuần làm việc), chúng tôi sẽ theo dõi trong viện trong ít nhất 1 ngày, tức là vào ngày thứ 7 của tuần, bệnh nhân có thể ra viện, tuy nhiên không làm thủ tục ra viện được nên thứ 2 của tuần kế tiếp bệnh nhân mới có thể làm thủ tục ra viện

được. Tuy nhiên thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi vẫn thấp hơn so với điều trị TSLTTTL có bí tiêu cấp bằng phương pháp phẫu thuật nội soi (5 ngày), hay bằng phương pháp phẫu thuật mổ mở cắt bỏ TTL (7 ngày).

## **VI. KẾT LUẬN**

### **1. Đặc điểm hình ảnh siêu âm**

- Thể tích TTL trung bình của nhóm nghiên cứu trên siêu âm là  $80,57 \pm 50,58\text{cm}^3$ .

- Có 9/14 bệnh nhân có hình ảnh dày thành bàng quang chiếm 64,3%, túi thừa bàng quang gặp ở 3/14 bệnh nhân, chiếm 21,4%, không có bệnh nhân nào có sỏi bàng quang.

- Phân bố vùng tăng sản trong nhóm nghiên cứu là: 78,6% tăng sản vùng chuyển tiếp, 7,1% bệnh nhân tăng sản vùng trung tâm, và 14,3% tăng sản cả vùng chuyển tiếp và vùng trung tâm, không có bệnh nhân nào tăng sản vùng ngoại vi.

### **2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ**

- Thể tích TTL trung bình trên cộng hưởng từ của nhóm nghiên cứu là  $82,35 \pm 51,24\text{cm}^3$ .

- Trong số 14 bệnh nhân, thì 11 bệnh nhân có hình ảnh điển hình cho TSLTTTL: tín hiệu đồng nhất và có nốt lớn tăng sản trước nút mạch.

- Có 3 bệnh nhân có tín hiệu không đồng nhất trên cộng hưởng từ, đây là những bệnh nhân có thể tích tuyến lớn, có phần hoại tử dịch và vôi hóa bên trong, không có bệnh nhân nào có đặc điểm hình ảnh nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt.

### **3. Đặc điểm hình ảnh DSA**

- Kiểu phân chia động mạch chậu trong 26 bên khung chậu: nhóm A có 18 bên chiếm 69,2%, nhóm B có 6 bên chiếm 23,1%, nhóm C có 2 bên chiếm 7,7%.

- Với 13 bệnh nhân và 26 bên khung chậu được thực hiện thành công, có 22 bên khung chậu có 1 động mạch TTL, 4 bên khung chậu có 2 động mạch TTL.

- Đường kính trung bình của động mạch TTL: bên có 1 động mạch TTL là  $1,92 \pm 0,52$ , bên có 2 động mạch TTL là  $1,45 \pm 0,16$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rubenstein, J.M., Kevin T, *Transurethral Microwave Thermotherapy of the Prostate (TUMT)*. eMedicine (Abadia-Cardoso, Anderson et al. 2013), 6 February 2008.
2. Trần Đức Hoà, N.T.L.v.c.s., *Một số nhận xét về kết quả ban đầu cắt đốt nội soi phi đại lành tính tiền liệt tuyến*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2005. 31: p. 259-264.
3. 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.
4. John h. Wasson, m.D., domenic 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.
5. 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.
6. Simpson R. J, F.W., Lee A. J, Russell E. B. A. W, Garraway M, *Benign prostatic hyperplasia in an unselected community - based population: a survey of urinary symptoms, bothersomeness and prostatic enlargement*. British Journal of Urology ; 1996, 1996. 77(2)(186-191).
7. Healthcare, G.-W., *Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) Treatments*. Cigna Medical Coverage Policy, 2009. Number: 0159: p. 1-14.
8. Martinez Jabaloyas, J.M., et al., *[Vesicoprostatic echography versus transrectal planimetry in the determination of prostatic volume]*. Actas Urol Esp, 1993. 17(5): p. 310-4.
9. Grossfeld GD, C.F., *Benign prostatic hyperplasia: clinical overview and value of diagnostic imaging*. Radiol Clin North Am 2000; 38:31-47, 2000. 38:31-47.

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm, cộng hưởng từ và chụp mạch số hoá xóa nền của các bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có bí tiểu cấp.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 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 và kết luận:** Có 14 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với thể tích TTL trung bình trên siêu âm là  $80,57 \pm 50,58 \text{cm}^3$ , dày thành bàng quang có 9/14 trường hợp (64,3%), túi thừa bàng quang có 3/14 trường hợp (21,4%), không có bệnh nhân nào có sỏi bàng quang. Phân bố vùng tăng sản: 78,6% tăng sản vùng chuyển tiếp, 7,1% bệnh nhân tăng sản vùng trung tâm, và 14,3% tăng sản cả vùng chuyển tiếp và vùng trung tâm, không có bệnh nhân nào tăng sản vùng ngoại vi. Thể tích TTL trung bình trên cộng hưởng từ của nhóm nghiên cứu là  $82,35 \pm 51,24 \text{cm}^3$ , 11/14 bệnh nhân có hình ảnh điển hình cho TSLTTTL, 3/14 bệnh nhân có tín hiệu không đồng nhất trên cộng hưởng từ, không có bệnh nhân nào có đặc điểm hình ảnh nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt. Kiểu phân chia động mạch chậu trong 26 bên khung chậu: nhóm A chiếm 69,2%, nhóm B chiếm 23,1%, nhóm C chiếm 7,7%. Với 13 bệnh nhân và 26 bên khung chậu được thực hiện thành công, có 22 bên khung chậu có 1 động mạch TTL, 4 bên khung chậu có 2 động mạch TTL. Đường kính trung bình của động mạch TTL: bên có 1 động mạch TTL là  $1,92 \pm 0,52$ , bên có 2 động mạch TTL là  $1,45 \pm 0,16$ .

**Từ khóa:** Tuyến tiền liệt, nút mạch

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

Ngày nhận bài: 27/09/2022. Ngày nhận phản biện: 27/09/2022. Ngày chấp nhận đăng: 05/05/2023