

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 ĐỘNG MẠCH TUYẾN TIỀN LIỆT

Assessed the efficacy early outcome of prostate artery embolization for benign prostatic hyperplasia with acute urinary retention

Hoàng Đức Thăng, Nguyễn Xuân Hiền**

SUMMARY

Summary Objective: We aimed to evaluate the effectiveness of early outcomes of PAE in treating 10 BPH patients with acute urinary retention.

Method and results: in this prospective study approved by the institutional review board, a signed informed consent was obtained. There were ten patients with AUR due to BPH from 01/2021 to 12/2022. The patient's successful removal of the bladder catheter after 10-15 days. Post-intervention 3 months, average evaluation of IPSS, QoI, PSA (ng/ml), and PV (cm³) decreased 58,48%; 76,03%; 80,95%; 29,97% (ultrasound) 31,75% (MRI); Qmax 12,46(ml/s), PVR 45,84(ml)

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

Keywords: *Benign prostatic hyperplasia (BPH), Prostatic arterial embolization (PAE), Acute urinary retention (AUR)*

* Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là sự tăng sản thành phần tế bào biểu mô và mô đệm của tuyến tiền liệt [1], tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi. Tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng TSLTTTL ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TSLTTTL 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, tuyến tiền liệt có kích thước lớn và có nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo[4].

Về điều trị TSLTTTL có bí tiểu cấp, hiện nay có nhiều phương pháp. 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]

Can thiệp nút mạch điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là một phương pháp mới với nhiều ưu điểm như xâm lấn tối thiểu, hiệu quả điều trị tốt và hầu như không có biến chứng.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau “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.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân khám tại BVĐK Tâm Anh Hà Nội, 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, chụp cộng hưởng từ, xét nghiệm trước và sau khi nút mạch.

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

- Nếu 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.

2.2. 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.

2.3. 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 10 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 đo niệu động đồ.

- Máy chụp mạch số hoá xoá nền DSA của hãng Siemens Artis Q có phần mềm “Dẫn đường” (Road mapping).

- Vật liệu nút mạch là hạt vi cầu có kích cỡ từ 250-500µm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai sau khi thông qua Hội Đồng khoa học của BVĐK Tâm Anh 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. Phân bố tuổi bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi khá cao, có 5/10 bệnh nhân trên 79 tuổi, người nhiều tuổi nhất là 88 tuổi.

2. Thời gian đặt sonde bàng quang trước khi can thiệp

Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: mở thông bàng quang trên xương mu và đặt sonde niệu đạo.

Bảng 1. Thời gian đặt sonde bàng quang trước khi can thiệp

Thời gian đặt sonde bàng quang	Số bệnh nhân	± SD (ngày)
Nhóm BN đặt sonde niệu đạo	8	30 ± 3,8
Nhóm BN mở thông bàng quang	2	42±4,5

3. Đặc điểm bệnh nhân TSLTTTL có bí tiểu cấp sau điều trị bằng nút mạch

3.1. Đặc điểm lâm sàng sau nút mạch

Bảng 2. Số ngày nằm viện

Số ngày nằm viện	Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 – 3	6	60
4 – 7	3	30
> 7	1	10
$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	3.85 ± 2,65	

Trong 10 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 60%, có 1 bệnh nhân nằm viện trên 1 tuần chiếm 10%, còn lại có 3 bệnh nhân nằm viện trong vòng 1 tuần chiếm 30%. Thời gian nằm viện trung bình 3.85 ngày.

3.2. Số ngày lưu sonde tiểu sau nút mạch

Bảng 3. Số ngày lưu sonde tiểu

Số ngày lưu sonde tiểu	Số bệnh nhân	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)
Nhóm BN đặt sonde niệu đạo	8	7 ± 3,8
Nhóm BN mở thông bàng quang	2	10±4,5

4. So sánh kết quả trước và sau điều trị

Bảng 4. 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
$\bar{X} \pm SD$	31,85 ± 1,92	22,82 ± 2,38	13,23 ± 1,84

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (10; 9,034±2,145) thấy chỉ số IPSS giảm 9,034±2,145 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số IPSS giảm sau 1 tháng là 9,034:31,85=28,3% với p<0,001 (n = 10).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (10; 18,628±2,529) thấy chỉ số IPSS giảm 18,628±2,529 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số IPSS giảm sau 3 tháng là 18,628 :31,85= 58,48% với p<0,001 (n = 10).

Bảng 5. 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
$\bar{X} \pm SD$	5,34 ± 0,68	3,05±0,689	1,28±0,506

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (10; 2,294±0,555) thấy chỉ số Qol cải thiện 2,294±0,555 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số Qol giảm sau 1 tháng là 2,294:5,34=42,88% với p<0,001 (n = 10).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (10; 4,063±0,641) thấy chỉ số Qol cải thiện 4,063±0,641 điểm với p<0,001. Tỷ lệ chỉ số Qol giảm sau 3 tháng là 4,063:5,34= 76,03% với p<0,001 (n = 10).

Bảng 6. 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
$\bar{X} \pm SD$		7,51 ± 1,26	12,46 ± 1,05

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 sau 1 tháng và 3 tháng, tốc độ dòng tiểu tối đa được cải thiện lần lượt đạt 7,51 ± 1,26ml/s và 12,46 ± 1,05ml/s

Bảng 7. 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
$\bar{X} \pm SD$		84,61 ± 24,69	45,84 ± 15,42

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 84,61 ± 24,69ml và 45,84 ± 15,42ml

Bảng 8. 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
$\bar{X} \pm SD$	18,43 ± 15,84	5,65 ± 3,59	3,51 ± 1,57

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (10; 12,78±11,66) thấy chỉ số PSA trong huyết thanh giảm 12,78±11,66 ng/ml với p<0,05. Tỷ lệ chỉ số chỉ số PSA trong huyết thanh giảm sau 1 tháng là 12,78:18,43 =69,34% với p<0,05 (n = 10).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (10; 14,92±14,07) thấy chỉ số PSA trong huyết thanh giảm 14,92±14,07ng/

ml với p<0,05. Tỷ lệ chỉ số PSA trong huyết thanh giảm sau 3 tháng là 14,92:18,43 =80,95% với p<0,05 (n = 10).

Bảng 9. So sánh thể tích tuyến tiền liệt trước nút với sau nút 1 tháng, 3 tháng trên siêu âm

	Thể tích (cm ³)		
	Trước nút	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
$\bar{X} \pm SD$	80,57 ± 50,58	67,54 ± 41,68	59,46 ± 36,78

Sau 1 tháng điều trị: theo biến T (10; 14,461±9,377) thấy thể tích TTL giảm 14,461 ± 9,377cm³với p<0,001. Tỷ lệ thể tích TTL giảm sau 1 tháng là 14,461:80,57=17,95% với p<0,001 (n=10).

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (10; 22,538±14,477) thấy thể tích TTL giảm 1722,538±14,47cm³với p<0,001. Tỷ lệ thể tích TTL giảm sau 3 tháng là:22,538: 80,57= 29,97% với p<0,001 (n=10).

Bảng 10. So sánh thể tích tuyến tiền liệt trước nút với sau nút 3 tháng trên CHT

	Thể tích trên CHT (cm ³)	
	Trước nút	Sau 3 tháng
$\bar{X} \pm SD$	82,36 ± 51,24	59,62 ± 36,33

Sau 3 tháng điều trị: theo biến T (10; 26,154±16,216) thấy thể tích TTL giảm 26,154 ± 16,216 cm³với p<0,001. Tỷ lệ thể tích TTL giảm sau 1 tháng là 26,154:82,36=31,75% với p<0,001 (n=10).

Bảng 11. 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	80
Không	2	20
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 10 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 80%), có 2 bệnh nhân không có xuất hiện vùng nhồi máu (chiếm 20%). 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

1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thấp nhất là 58, tuổi cao nhất là 88, độ tuổi hay gặp nhất là trên 79 tuổi chiếm 50%. Tuổi trung bình là $78,14 \pm 9,29$ 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.

1.2. 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.

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 đây.

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 tốt để điều trị.

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

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 nút mạch tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Điểm trung bình IPSS, QoL trước can thiệp là $31,85 \pm 1,92$ và $5,34 \pm 0,68$. 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 bệnh nhân (Tô Xuân D. 69 tuổi) đã phải mở thông bàng quang vì bí tiểu cấp trước can thiệp 3 tháng, bệnh nhân (Richard Lloyd Relf. 71 tuổi) bị bí tiểu sau khi mổ thoát vị bẹn nên đã lựa chọn phương pháp can thiệp nút mạch điều trị TSLTTTL.

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).

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 $22,82 \pm 2,38$ điểm và $13,23 \pm 1,84$ điểm, với mức giảm trung bình lần lượt là 9,03 điểm và 18,628 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 $P < 0,001$ ($n = 10$). 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 $18,628 / 31,85 = 58,48\% > 25\%$, vậy các bệnh nhân này có cải thiện lâm sàng rõ rệt 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. Trong 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 $3,05 \pm 0,689$ điểm và $1,28 \pm 0,506$ điểm, với mức giảm trung bình lần lượt là 2,294 điểm và 4,063 điểm. Điểm số này khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với trước điều trị ($P < 0,001$, $n = 10$). 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]. Các kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

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]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng nước tiểu tồn dư sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 84,61ml và 45,83ml.

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]. Nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng, 3 tháng can thiệp Qmax của các bệnh nhân trung bình lần lượt là 7,51ml/s và 12,46ml/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 còn ít. Lưu lượng dòng tiểu tăng là do thể tích tuyến giảm nên giảm 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].

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 ($18,43 \pm 15,84$ 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 $3,51 \pm 1,57$ ng/ml. Giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm PSA tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng cải thiện được 69,34% và 80,95% so với trước can thiệp.

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 $22,54\text{cm}^3$, tương đương 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 26,15cm³ tương đương 31,75%. Ta có thể thấy trong 10 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 80%) 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, 2 bệnh nhân còn lại không xuất hiện vùng nhồi máu (chiếm 20%), sau 3 tháng trên cộng hưởng từ giảm 29,28% thể tích so với ban đầu.

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, sau 12-18 tháng theo dõi trên cộng hưởng từ TTL, tỷ lệ giảm thể tích chung là 32%.

Theo bảng 3.11 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.

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 $\alpha - 1$ – adrenergic dẫn đến giảm trương lực cơ cổ bàng quang nên giảm bít 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.

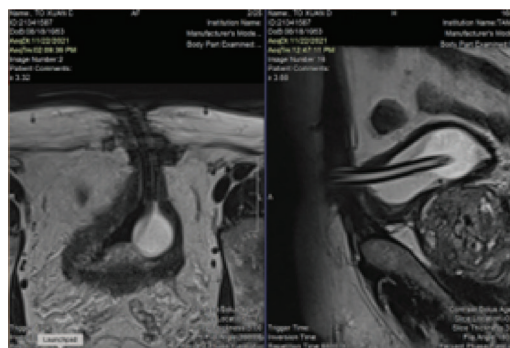
4. Tai biến trong điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

Trong 10 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.

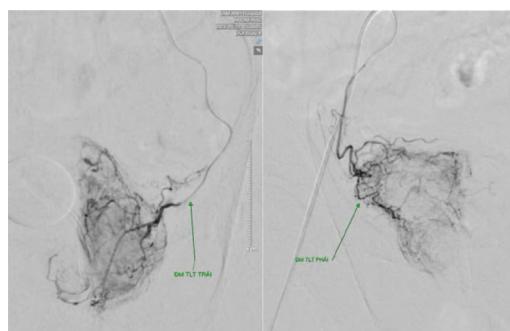
Có 3 bệnh nhân có cảm giác bị rát nhẹ vùng sinh dục khi đi tiểu, nhưng sau đó tự hết sau vài ngày mà không cần điều trị gì. Triệu chứng này hay gặp do các hạt gây tắc nhu mô TTL gây hoại tử vô khuẩn. Đây là dấu hiệu tốt cho sự tạo thành các vùng nhồi máu và nốt hoại tử trong nhu mô TTL nhằm giảm thể tích TTL và cải thiện triệu chứng lâm sàng.

5. Bệnh án minh hoạ

Bệnh nhân Tô Xuân D 69 tuổi, bí tiểu cấp do TSLTTTL, phải mổ thông bàng quang trước can thiệp 3 tháng, thể tích TTL 85cm³, PSA toàn phần 17,8 ng/ml, tỉ lệ PSA tự do/ toàn phần 17%, CHT không có nốt nghi ngờ ung thư.



Hình ảnh sonde bàng quang trên phim chụp cộng hưởng từ (chuỗi xung T2W)



Chụp và nút động mạch tuyến tiền liệt số hoá xoá nền

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân được rút bỏ sonde tiểu sau trung bình 10-15 ngày.

- Các chỉ số IPSS, QoL, Qmax và lượng nước tiểu tồn dư sau can thiệp 3 tháng được cải thiện đáng kể.

- Chỉ số PSA trong huyết thanh giảm nhiều, trung bình 3 tháng là 14,92ng/ml (80,95%).

- Thể tích TTL trên siêu âm và cộng hưởng từ giảm trung bình sau 3 tháng lần lượt là 22,538cm³(29,97%) và 26,154cm³ (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.

VI. KIẾN NGHỊ

Hướng nghiên cứu tiếp theo:

1. Cần đánh giá kết quả với thời gian theo dõi dài hơn.
2. Cần so sánh 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.
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 Hoà, 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., 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.
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 tế 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.

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 trên 10 bệnh nhân vào viện vì bí tiểu cấp được chẩn đoán Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTL) và được can thiệp nút mạch tại trung tâm CDHA và ĐQCT bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà nội từ 01/2021 đến 12/2022. 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 10-15 ngày. Chỉ số IPSS giảm trung bình sau 3 tháng là 18,628 điểm (58,48%). Chỉ số Qol cải trung bình sau 3 tháng là 4,063 điểm (76,03%). Chỉ số lưu lượng dòng tiểu cao nhất Qmax trung bình sau 3 tháng đạt 12,46ml/s. Chỉ số lượng nước tiểu tồn dư PVR trung bình sau 3 tháng là 45,84ml. Chỉ số PSA trong huyết thanh giảm trung bình 3 tháng là 14,92ng/ml (80,95%). Thể tích TTL trên siêu âm giảm trung bình sau 3 tháng là 22,538cm³ (29,97%). Thể tích TTL trên cộng hưởng từ giảm trung bình sau 3 tháng là 26,154cm³ (31,75%).

Kết luận: Điều trị TSLTTL có bí tiểu cấp bằng nút động mạch TTL là một phương pháp hiệu quả và an toàn.

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

Người liên hệ: Nguyễn Đức Thăng. Email: hoang.thang.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: Ngày nhận bài: 05/05/2023. Ngày nhận phản biện: 08/05/2023. Ngày chấp nhận đăng: 30/07/2023