

1. **Doyle JR (1999).** Extensor tendons acute injuries. In: Green DP, Hotchkiss R, Pederson WC, eds Green's operative hand surgery, 4th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone;1441-1462.
2. **Miller H (1942).** Repair of severed tendons of the hand and wrist. Surg Gynecol Obstet; 75 :693-698.
3. **Eaton RG (1969).** The extensor mechanism of the fingers. Bull Hosp Joint Dis; 30 :39-47.
4. **Dominic Patillo et al (2012).** Open extensor tendon injuries: an epidemiologic study. Hand Surg;17(1):37-42.
5. **Mohammed Ahmed Kadah (2015).** Evaluation of the results of management of acute extensor tendon injuries of the hand. Menoufia Medical Journal;28(1):149-153.
6. **Newport ML et al (1990).** Long term results of extensor tendon repair. J Hand Surg; 15A, 961-966.
7. **Khachaba YA (2008).** Evaluation of the outcome after repair of injuries to the extensor tendons of the hand, [MScs thesis]. Cairo: Cairo University; 90-133.
8. **Fitoussi F et al (2007).** Extensor tendon injuries in children. J Pediatr Orthop; 27: 863-866.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỬ Ở BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC CAN THIỆP NÚT ĐỘNG MẠCH TUYẾN TIỀN LIỆT

Trịnh Tú Tâm¹, Nguyễn Hoàng Thịnh¹,
Nguyễn Quốc Dũng¹, Nguyễn Xuân Hiền²

ảnh giá trị để đánh giá thể tích, hình thái, tính chất nhu mô tuyến trước can thiệp.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng tử của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 66 BN tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến được can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt tại BV Hữu Nghị từ 05/2015 đến 06/2019, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng tử trước can thiệp. **Kết quả:** Từ tháng 05/2015 đến tháng 06/2019, có 66 BN với tuổi trung bình 73,58±7,9 tuổi, thể tích trung bình tuyến tiền liệt 62,8±29,86mL, nồng độ PSA trung bình 10±18,57ng/mL. Toàn bộ các BN đều có hội chứng đường tiểu dưới mức độ nặng (IPSS >20 điểm), trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là phổ điểm >30 với 59,1%; Tiểu rất là triệu chứng có tần suất lớn nhất với tỉ lệ 92,4%, tiếp đến là các triệu chứng tiểu ngắt quãng 72,7% và tiểu yếu 66,7%. Dạng biến đổi hình thái tuyến tiền liệt trên cộng hưởng tử thường gặp nhất theo phân loại của Wasserman là loại 1 (28,8%) và loại 3 (37,9%), không có trường hợp nào loại 4. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có lồi vào lòng bàng quang chủ yếu gặp ở loại 5 với 14/23 trường hợp. Trong số các trường hợp có lồi vào lòng bàng quang, lồi độ 3 (>10mm) chiếm đa số với tỉ lệ 69,6%. **Kết luận:** Chọn bệnh nhân can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt phụ thuộc nhiều yếu tố bao gồm cả triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa, hình ảnh với mục đích đánh giá chính xác tình trạng bệnh. Trong đó, cộng hưởng tử là phương pháp chẩn đoán hình

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA UNDERGOING PROSTATIC ARTERY EMBOLIZATION

Objectives: To describe the clinical, paraclinical and magnetic resonance imaging characteristics of patients with benign prostatic hyperplasia undergoing prostatic artery embolization. **Subjects and research methods:** A retrospective study was performed on 66 patients with benign prostatic hyperplasia who underwent prostatic artery embolization at Huu Nghi Hospital from May 2015 to June 2019. Describe clinical, paraclinical and magnetic resonance images before intervention. **Results:** From May 2015 to June 2019, there were 66 patients with mean age 73.58±7.9 years, mean prostate volume 62.8±29.86 mL, mean PSA concentration 10±18.57 ng/mL. All patients had severe lower urinary tract syndrome (IPSS > 20 points), of which the highest percentage was score > 30 with 59.1%; Urinary incontinence is the symptom with the highest frequency with the rate of 92.4%, followed by the symptoms of intermittent urination 72.7% and weak urine stream 66.7%. The most common form of prostate morphological change on magnetic resonance imaging according to Wasserman's classification was type 1 (28.8%) and type 3 (37.9%), none of which were classified as type 4. Benign prostatic hyperplasia with protrusion into the bladder was mainly seen in type 5 with 14/23 cases. Among the cases with protrusion into the bladder, grade 3 (>10mm) accounted for the majority with the rate of 69.6%. **Conclusion:** Selection of patients for prostatic artery embolization depends on many factors including clinical symptoms and biochemical as well as

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh- Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Tú Tâm

Email: tutambvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 7/9/2021

Ngày duyệt bài 22/9/2021

diagnostic imaging with the aim of accurately assessing disease status. In which, magnetic resonance is a valuable imaging method to evaluate the volume, morphology, and properties of the pre-interventional parenchyma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến (TSLTTTL) là một bệnh phổ biến ở nam giới từ sau tuổi trung niên, đặc trưng bởi sự tăng sinh các tế bào biểu mô tuyến, cơ trơn và tổ chức liên kết trong vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt (TTL). Tỷ lệ bệnh tăng theo tuổi, có khoảng trên 50% nam giới từ 50 tuổi bị TSLTTTL, tỷ lệ này lên đến trên 90% ở những người 80 tuổi [1]

Triệu chứng lâm sàng điển hình của TSLTTTL thường biểu hiện dưới các triệu chứng của hội chứng tăng nghẽn đường tiểu dưới gây ra bởi tình trạng tắc nghẽn cơ học do phì đại tuyến kèm theo những phản ứng thần kinh thích ứng.

Chẩn đoán TSLTTTL cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, nước tiểu và đặc biệt các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT) rất có giá trị, đặc biệt là những máy CHT có từ lực mạnh từ 1 Tesla trở lên. CHT có thể khảo sát cả hình thái, kích thước, cấu trúc và phân vùng TTL, với các chuỗi xung kết hợp với tiêm thuốc đối quang có giá trị chẩn đoán rất cao trong phân biệt phì đại lành tính và ung thư TTL. Trên hình ảnh CHT giúp phân biệt được vùng tuyến lành và ung thư, phát hiện những khối u có kích thước nhỏ, ngoài ra có thể khảo sát di căn vùng chậu của ung thư TTL đồng thời theo dõi sau điều trị [2].

Nút động mạch tiền liệt tuyến là phương pháp điều trị mới, đã được chứng minh có hiệu quả và an toàn trong việc cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới, đồng thời làm giảm thể tích tuyến trên cả người và động vật. Kỹ thuật này đã được chấp nhận ứng dụng trong điều trị tại nhiều quốc gia trên thế giới. Mặc dù vậy việc lựa chọn đối tượng phù hợp để thực hiện kỹ thuật này hiện còn nhiều tranh cãi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 66 BN tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến tuyến được can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt tại BV Hữu Nghị từ 05/2015 đến 06/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân >40 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL với thể tích tuyến $\geq 25\text{mL}$
- Có điểm IPSS >18 hoặc QoL >3 hoặc cả hai
- Được chụp CHT TTL tại BV Hữu Nghị.
- Hồ sơ bệnh án, hình ảnh được lưu trữ đầy đủ
- BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư TTL (dựa trên các xét nghiệm lâm sàng, cận lâm sàng, PSA, kết quả CHT và đặc biệt là kết quả giải phẫu bệnh)

2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- BN được khám lâm sàng để đánh giá các triệu chứng:

+ Mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng dựa trên thang điểm IPSS

+ Mức độ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống được đánh giá dựa trên thang điểm QoL

- Xét nghiệm PSA được làm trước can thiệp ở tất cả các BN để sàng lọc nguy cơ ung thư

- CHT TTL được thực hiện ở tất cả các BN nghiên cứu để đo thể tích TTL, sàng lọc các tổn thương nguy cơ ác tính, phân loại kiểu hình phì đại:

+ Đánh giá các nguy cơ ác tính của các nốt tổn thương theo phân loại PIRADS 2.1

+ Đánh giá biến đổi hình thái TTL trên CHT theo phân loại của Wasserman và cs (2015), gồm 7 loại [3]:

o Loại 0: Thể tích TTL $\leq 25\text{mL}$, không có hoặc chỉ phì đại khu trú rất ít

o Loại 1: Phì đại vùng chuyển tiếp hai bên

o Loại 2: Phì đại tuyến quanh niệu đạo (thuộc thùy trung tâm cổ điển)

o Loại 3: Phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và tuyến quanh niệu đạo

o Loại 4: Phì đại có cuống

o Loại 5: Phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và có cuống

o Loại 6: Phì đại vùng tuyến dưới tam giác cổ bàng quang

o Loại 7: Phối hợp giữa type 6 và các nhóm ở trên
+ Đánh giá mức độ lõm vào bàng quang của TTL, đo bề dày phần lõm vào bàng quang của TTL, phân làm 3 độ: độ 1 lõm $\leq 5\text{mm}$, độ 2 lõm 5-10mm, độ 3 lõm $>10\text{mm}$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 66 BN được chẩn đoán TSLTTTL chúng tôi thu được các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các BN trong nghiên cứu

	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Min	Max
--	------------------------------------	-----	-----

Tuổi (n=66)	73,58±7,9 tuổi	52	87
Điểm IPSS (n=66)	30,8±2,36	26	35
QoL (n=66)	4,7±0,46	4	5
PSA (n=66)	10±18,57ng/mL	0,3	148
Thể tích TTL trung bình (n=66)	62,8±29,86 mL	25	137

- Độ tuổi của các BN trong nghiên cứu tương đối cao 73,58±7,9 tuổi với BN già nhất 87 tuổi

- Toàn bộ các BN đều mắc hội chứng đường tiểu dưới mức độ nặng có ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng cuộc sống biểu hiện ở điểm số IPSS và QoL cao

- Thể tích TTL và chỉ số PSA có khoảng thay đổi rất lớn. BN có thể tích TTL nhỏ nhất trong nghiên cứu là 25mL và thể tích lớn nhất là 137mL.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng đường tiểu dưới của các BN trong nghiên cứu

Triệu chứng	n	Tần suất triệu chứng (tỉ lệ %)					Tổng (%)
		Có ≤1/5 số lần	Có <1/2 số lần	Có ≈1/2 số lần	Có >1/2 số lần	Thường xuyên	
Tiểu chưa hết	66	0	0	6,1	37,9	56,1	100
Tiểu rất (tiểu lại trong vòng 2 tiếng)	66	0	0	0	7,6	92,4	100
Tiểu ngắt quãng	66	0	0	0	27,3	72,7	100
Tiểu gấp	66	0	3	40,9	48,5	7,6	100
Tiểu yếu	66	0	0	0	33,3	66,7	100
Tiểu gắng sức	66	0	7,6	37,9	51,5	3	100

- Tiểu rất là triệu chứng có tần suất lớn nhất với tỉ lệ tiểu rất thường xuyên là 92,4%, tiếp đến là các triệu chứng tiểu ngắt quãng 72,7% và tiểu yếu 66,7%. Các triệu chứng tiểu gấp và tiểu gắng sức cũng gặp tần suất cao với tỉ lệ xuất hiện ở trên một nửa số lần đi tiểu là hơn 90%.

Bảng 3. Phân nhóm tổng điểm triệu chứng IPSS trước điều trị

Tổng điểm IPSS	n	Tỉ lệ %
<20 điểm	0	0
20-30 điểm	27	40,9
>30 điểm	39	59,1
Tổng	66	100

- Toàn bộ các BN đều có hội chứng đường tiểu dưới mức độ nặng (IPSS >20 điểm), trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là phổ điểm >30 với 59,1%, phổ điểm từ 20-30 chiếm 40,9%.

Bảng 4. Phân loại TSLTTTL trên CHT

Phân loại Wasserman	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
Loại 1	19	28,8
Loại 2	2	3,0
Loại 3	25	37,9
Loại 4	0	0
Loại 5	16	24,2
Loại 6	1	1,5
Loại 7	3	4,5
Tổng	66	100

- Hai loại hình thái PDLTTTL thường gặp nhất là loại 1 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên) với 28,8% và loại 3 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và tuyến quanh niệu đạo) với 37,9%. Hình thái loại 5 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và có cuống) hay gặp thứ ba với 24,2%.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có một số trường hợp có hình thái ít gặp gồm loại 2 (2 trường hợp), loại 6 (1 trường hợp) và loại 7 (3 trường hợp) nhưng không có trường hợp nào loại 4.

Bảng 5. Liên quan giữa phân loại TSLTTTL trên CHT với điểm IPSS và QoL

Phân loại Wasserman	IPSS trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	QoL trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
Loại 1 + 2 + 3 (n=45)	30,5±2,39	4,7±0,46
Loại 5 + 6 + 7 (n=21)	31,4±2,20	4,7±0,48
Kiểm định T-test	p>0,05	p>0,05

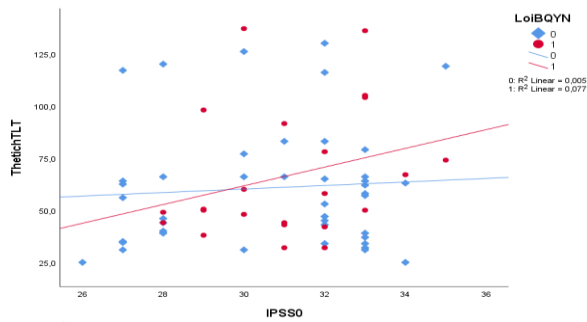
- Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm IPSS trung bình và QoL trung bình trước can thiệp giữa nhóm BN có hình thái TTL loại 1, 2, 3 (không có cuống hoặc phì đại vùng sau tam giác cổ bàng quang) so với loại 5, 6, 7 (có cuống hoặc phì đại vùng sau tam giác cổ bàng quang).

Bảng 6. Phân loại TSLTTTL và mức độ lồi vào lòng bàng quang

Phân loại PDLTTTL trên CHT	Loại	Mức độ lồi vào lòng bàng quang			Tổng
		Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Phân loại PDLTTTL trên CHT	Loại 3	0	3	5	8
	Loại 5	1	2	11	14
	Loại 7	0	1	0	1
	Tổng	1	6	16	23

- PDLTTTL lồi vào lòng bàng quang chủ yếu gặp ở loại 5 với 14/23

- Trong số các trường hợp có lồi vào lòng bàng quang, lồi độ 3 (>10mm) chiếm đa số với tỉ lệ 69,6%.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa mức độ lỗi vào lòng bàng quang, thể tích TTL và điểm điểm IPSS trước can thiệp

- Có tương quan tuyến tính yếu giữa thể tích TTL với điểm IPSS trước can thiệp ở cả hai nhóm có lỗi vào bàng quang (n=23, màu đỏ) và nhóm không lỗi vào bàng quang (n=43, màu xanh), hệ số tương quan của nhóm có lỗi ($R^2=0,077$, $r_{\text{Pearson}}=0,277$) cao hơn so với nhóm không lỗi ($R^2=0,005$, $r_{\text{Pearson}}=0,074$).

- Tuy nhiên khi thực hiện kiểm định Pearson không thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

PĐLTTL là bệnh tiến triển mạn tính, tỉ lệ mắc bệnh tăng dần theo lứa tuổi và gấp đôi sau mỗi 10 năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $73,58 \pm 7,9$ tuổi với BN cao tuổi nhất được nút mạch 87 tuổi, phần lớn BN nằm trong nhóm tuổi từ 70 trở lên. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới [3].

Về triệu chứng lâm sàng, mặc dù hội chứng đường tiểu dưới (HCĐTD) thường liên quan tới tắc nghẽn đường ra bàng quang như là hậu quả của tình trạng TSLTTTL tuy nhiên HCĐTD cũng có thể xuất hiện một mình mà không kèm theo hai tình trạng nói trên như trong trường hợp các bệnh lý nguyên phát từ bàng quang (bàng quang tăng hoạt tính, rối loạn chức năng cơ trơn bàng quang ở người cao tuổi, viêm bàng quang, rối loạn giấc ngủ). Mặt khác tình trạng tắc nghẽn đường ra bàng quang cũng có thể xuất hiện mà không có TSLTTTL hay hoàn toàn không có HCĐTD[4]. Bên cạnh đó tình trạng phì đại của TTL cũng không phải xuất hiện ở tất cả các BN có HCĐTD; một số BN phì đại TTL nhưng hoàn toàn không có triệu chứng.

Thang điểm đánh giá triệu chứng tuyến tiền liệt quốc tế (IPSS) được xác định dựa trên các câu trả lời cho bảng câu hỏi được sử dụng phổ biến để sàng lọc và theo dõi BN PĐLTTL và là điểm số triệu chứng được dùng phổ biến cho nút

ĐM TTL. IPSS bao gồm 7 câu hỏi liên quan đến triệu chứng và 1 câu hỏi về chất lượng cuộc sống. Tổng điểm 0-7 là bệnh nhẹ, 8-19 cho bệnh trung bình và 20-35 được coi là bệnh nặng.

Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (QoL) được sử dụng để đánh giá ảnh hưởng của triệu chứng tới cuộc sống người bệnh với tổng điểm 0-2 điểm là ảnh hưởng nhẹ, 3-4 điểm là ảnh hưởng trung bình và 5-6 điểm là ảnh hưởng nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ các BN đều mắc hội chứng đường tiểu dưới mức độ nặng có ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng cuộc sống biểu hiện ở điểm số IPSS ($30,8 \pm 2,36$, min 26, max 35) và QoL ($4,7 \pm 0,46$, min 4, max 5) cao.

Trong nghiên cứu này, thể tích được đánh giá trên cộng hưởng từ, là phương pháp đo chính xác, khách quan, không phụ thuộc số lượng nước tiểu trong bàng quang. Kết quả thu được với thể tích trung bình TTL là $62,8 \pm 29,86$ mL với khoảng thay đổi lớn từ 25 mL đến 137 mL, tập trung chủ yếu trong khoảng từ 30 mL đến 70 mL.

Biến đổi phì đại trong TSLTTTL chủ yếu xảy ra ở vùng trung tâm và chuyển tiếp của tuyến. Mặc dù vậy việc phân biệt giữa vùng trung tâm và vùng chuyển tiếp trên CHT còn nhiều tranh cãi. Nhiều tác giả cho rằng không thể phân biệt vùng trung tâm và vùng chuyển tiếp nếu chỉ dựa vào tín hiệu, việc phân định chỉ mang tính tương đối dựa nhiều vào tương quan giải phẫu chúng với niệu đạo. Theo đó khái niệm thùy trung tâm (với ý nghĩa bao gồm cả vùng trung tâm và chuyển tiếp) được áp dụng rộng rãi trong mô tả để phản ánh hiện tượng này. Mặc dù vậy một số tác giả gần đây cho rằng có thể phân biệt được giữa vùng trung tâm và chuyển tiếp trên CHT. Vargas và cs (2012) nghiên cứu trên nhóm BN chụp CHT chẩn đoán ung thư TTL cho thấy tỉ lệ có thể phân biệt được vùng trung tâm khoảng 81-84%. Hansford và cs (2014) cho biết có thể phân biệt được thùy trung tâm ở 92-93% BN nếu dựa trên xung T2W và 78-88% BN nếu dựa trên bản đồ ADC [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi hình thái TSLTTTL thường gặp nhất là loại 1 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên) với 28,8% và loại 3 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và tuyến quanh niệu đạo) với 37,9% (Bảng 4). Hình thái loại 5 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và có cuống) hay gặp thứ ba với 24,2%. Ngoài ra chúng tôi còn gặp một số hình thái ít gặp gồm: loại 2 (2 trường hợp), loại 6 (1 trường hợp) và loại 7 (3 trường hợp) nhưng không gặp trường hợp nào loại 4.

Nhìn chung tình trạng phì đại của vùng chuyển tiếp trong TSLTTTL sẽ dẫn đến chèn ép

lớp cơ ngoài của niệu đạo bên trong một vỏ xơ đệm giả và gây ra triệu chứng lâm sàng. Trong khi đó phì đại quanh niệu đạo xuất phát từ phần sâu vùng tuyến quanh cơ thắt niệu đạo. Loại phì đại này có thể dẫn đến tắc nghẽn đường ra của bàng quang do chèn ép bàng quang và làm dịch chuyển vùng tam giác cổ bàng quang lên phía trên. Còn dạng phì đại có cuống sẽ lồi vào lòng bàng quang gây cơ chế tắc nghẽn kiểu van đóng mở.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm IPSS trung bình và QoL trung bình giữa nhóm BN có hình thái TTL loại 1, 2, 3 (không có cuống hoặc phì đại vùng sau tam giác cổ bàng quang) so với loại 5, 6, 7 (có cuống hoặc phì đại vùng sau tam giác cổ bàng quang) (Bảng 5).

PDLTTL thường xảy ra ở vùng chuyển tiếp hai bên, dẫn đến tăng kích thước vùng chuyển tiếp, đè đẩy gây hẹp niệu đạo TTL, dẫn đến triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu. Khi có biểu hiện tăng sản ở vùng trung tâm, có thể dẫn đến lồi vùng trung tâm vào lòng bàng quang. Trên thực hành lâm sàng, phần vùng trung tâm lồi vào lòng bàng quang được định nghĩa là khoảng cách từ vùng đỉnh của phần TTL lồi vào bàng quang đến nền bàng quang trên lát cắt đứng dọc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23 BN TSLTTL lồi vào lòng bàng quang. Trong số các trường hợp có lồi vào lòng bàng quang, lồi độ 3 (>10mm) chiếm đa số với tỉ lệ 69,6% (Bảng 6). Có mối tương quan yếu giữa mức độ lồi vào lòng bàng quang với tổng điểm IPSS trong nghiên cứu của chúng tôi với chỉ số tương quan $R^2=0,017$ và chỉ số tương quan Pearson $r_{\text{Pearson}} = 0,131$ nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn bệnh nhân can thiệp nút động mạch tuyến tiền liệt phụ thuộc nhiều yếu tố bao gồm cả triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm sinh hóa, hình ảnh với mục đích đánh giá chính xác tình trạng bệnh. Trong đó, cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị để đánh giá thể tích, hình thái, tính chất nhu mô tuyến trước can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garraway, W.M., G.N. Collins, and R.J. Lee, High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet*, 1991. **338**(8765): p. 469-71.
2. Kirkham, A.P., et al., Prostate MRI: who, when, and how? Report from a UK consensus meeting. *Clin Radiol*, 2013. **68**(10): p. 1016-23.
3. Wasserman, N.F., et al., Use of MRI for Lobar Classification of Benign Prostatic Hyperplasia: Potential Phenotypic Biomarkers for Research on Treatment Strategies. *AJR Am J Roentgenol*, 2015. **205**(3): p. 564-71.
4. Dmochowski, R.R., Bladder outlet obstruction: etiology and evaluation. *Rev Urol*, 2005. **7 Suppl 6**: p. S3-S13.
5. Shapiro, E., et al., The relative proportion of stromal and epithelial hyperplasia is related to the development of symptomatic benign prostate hyperplasia. *J Urol*, 1992. **147**(5): p. 1293-7.
6. Hansford, B.G., et al., Dynamic contrast-enhanced MR imaging features of the normal central zone of the prostate. *Acad Radiol*, 2014. **21**(5): p. 569-77.
7. Shin, S.H., et al., Defining the degree of intravesical prostatic protrusion in association with bladder outlet obstruction. *Korean J Urol*, 2013. **54**(6): p. 369-72.
8. Topazio, L., et al., Intravesical prostatic protrusion is a predictor of alpha blockers response: results from an observational study. *BMC Urol*, 2018. **18**(1): p. 6.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CỔ GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CÂY CHỈ KẾT HỢP CHIẾU ĐÈN TẦN PHỔ

Nguyễn Đức Minh¹, Nguyễn Vinh Quốc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống bằng cây chỉ kết hợp chiếu đèn tần phổ. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh

nhân tuổi trên 30 được chẩn đoán đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Nhóm đối chứng điều trị bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp chiếu đèn tần phổ, nhóm nghiên cứu điều trị như nhóm đối chứng kết hợp cây chỉ. So sánh kết quả sau 20 ngày điều trị. **Kết quả:** Cây chỉ kết hợp chiếu đèn tần phổ hiệu quả trong điều trị đau vùng cổ gáy do thoái hóa cột sống, 90% đạt hiệu quả tốt và khả. Biên độ hoạt động cột sống cổ, mức độ đau và mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày NDI cải thiện tốt hơn có ý nghĩa so với trước điều trị và tốt hơn so với nhóm đối chứng. **Kết luận:** Cây chỉ kết hợp chiếu đèn tần

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương,

²Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/8/2021

Ngày duyệt bài: 18/9/2021