

kín khít là 83.5%, hình thể là 93.2%. Theo dõi sau 3 tháng, 6 tháng: Không miếng trám nào có sâu tái phát. 100% trẻ hai lòng khi được điều trị theo phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al.** The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(3):170-178. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00347.x
2. **OñAL B, Pamir T.** The two-year clinical performance of esthetic restorative materials in noncarious cervical lesions. *The Journal of the American Dental Association.* 2005;136(11):1547-1555. doi:10.14219/jada.archive.2005.0085
3. **A.Phonghanyudh, P.Pphantumvanit, Y.Songpaisan.** Clinical evaluation of three caries removal approaches in primary teeth: A randomised controlled trial. *Community Dental Health.* 2011:1-6.
4. **Kim Sun-Cook.** Development of School-based Oral Health Program in Emerging Countries. 2014.
5. **Zhao IS, Gao SS, Hiraishi N, et al.** Mechanisms of silver diamine fluoride on arresting caries: a literature review. *Int Dent J.* 2018;68(2):67-76. doi:10.1111/idj.12320
6. **Đỗ Châu Giang.** Kết Quả Trám Xoang Sâu Loại I Bằng Kỹ Thuật Trám Răng Không Sang Chấn Cải Tiến ở Trẻ 5 Tuổi Tại Một Số Trường Mẫu Giáo Hà Nội Năm 2018.; 2018.
7. **Bùi Bảo Ngọc (2015),** Đánh giá kết quả trám răng không sang chấn trên răng hàm sữa học sinh 7-9 tuổi bằng Fuji VII tại trường Hermann Gmeiner Hà Nội, Khoa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Hữu Huỳnh (2013),** Nhận xét thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi của trẻ 3 - 5 tuổi tại Trường mẫu giáo Hữu nghị Việt - Triều Hà Nội năm 2013, Luận văn tốt nghiệp đại học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO CẮT PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG ĐIỆN LỬNG CỰC Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH

Đỗ Văn Hưng¹, Hoàng Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 63 bệnh nhân bị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) có bệnh lý tim mạch kèm theo được điều trị bằng cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo bằng điện lưỡng cực tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021. **Kết quả:** NC hồi cứu 63 BN, độ tuổi trung bình là 73.5 ± 9.1, bệnh lý tim mạch đồng mắc: tăng huyết áp (THA) 73%, rối loạn nhịp tim 19.1%, bệnh mạch vành 9.5%, đặt máy tạo nhịp 6.4%, 8 bệnh nhân dùng thuốc chống đông. Điểm IPSS và QoL trước mổ 22.5 ± 3.8 và 4.6 ± 0.7, trọng lượng tuyến tiền liệt 68.3 ± 31.8g, phân suất tổng máu (EF) trên siêu âm tim 68.9 ± 6.0%. Thời gian phẫu thuật 55.3 ± 21.4 phút, thời gian hậu phẫu 6.4 ± 2.0 ngày. Không gặp biến chứng trong mổ. Không có trường hợp nào đau thắt ngực, khó thở hay phải can thiệp tim mạch. Ba trường hợp biến chứng sau mổ: 2 chảy máu và 1 đau tức chân 2 bên, tất cả đều được điều trị nội ổn

định. Tái khám 1 tháng không có trường hợp nào phải nhập viện điều trị về tim mạch, 1 trường hợp tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt phì đại tiền liệt tuyến bằng điện lưỡng cực (B-TURP) là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý tim mạch.

Từ khóa: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, nội soi cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng điện lưỡng cực, nội soi cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo trong nước muối (TURIS).

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE IN PATIENTS TREATMENT BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Purpose: To evaluation of the results bipolar transurethral resection of the prostate in patients treatment benign prostatic hyperplasia with cardiovascular disease. **Materials and methods:** A retrospective and prospective study was carried out on 63 patient who were diagnosed with benign prostatic hyperplasia with cardiovascular disease underwent bipolar transurethral resection of the prostate from 01/2019 to 05/2021 at the Department of Urology of Hanoi Medical University Hospital. All the data of patient including clinical and subclinical signes were collected and analyzed. **Results:** Mean age of the patient was 73.5±9.1 years. Accompanying cardiovascular disease: hypertension 73%, arrhythmia

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Hưng

Email: drhung23@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2021

Ngày duyệt bài: 5.8.2021

19.1%, coronary heart disease 9.5%, pacemaker 6.4%, eight patients taking anticoagulants. IPSS and QoL score preoperative of patients were 22.5 ± 3.8 and 4.6 ± 0.7 respectively, prostate weight was 68.3 ± 31.8 g, ejection fraction (EF) on echocardiography was $68.9 \pm 6.0\%$. The mean operative time was 55.3 ± 21.4 min, the mean hospital stay was 6.4 ± 2.0 days. No patients had complications during surgery, angina, shortness of breath or cardiovascular intervention. There were 3 patients had postoperative complications: two of bleeding, one of leg pain on both sides, all were treated medically and had good results. One-month follow-up, there were no cases requiring hospitalization for cardiovascular disease. One patient died from chronic obstructive pulmonary disease. **Conclusions:** Bipolar transurethral resection of the prostate is a safe and effective method for the treatment in patients of benign prostatic hyperplasia with cardiovascular disease.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, bipolar transurethral resection of the prostate (B-TURP), transurethral resection of the prostate in saline (TURIS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH) là một bệnh lý phổ biến trên toàn thế giới, là sự tăng sản các thành phần tế bào của tuyến tiền liệt bao gồm tế bào biểu mô và mô đệm của tuyến tiền liệt [1]. BPH thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc các bệnh lý kèm theo như: tim mạch, hô hấp, chuyển hóa... càng nhiều. Các bệnh lý nền càng làm nặng thêm tình trạng đi tiểu và ảnh hưởng tới việc lựa chọn phương pháp điều trị cũng như làm tăng nguy cơ tai biến trong và sau phẫu thuật.

Phương pháp cắt nội soi qua niệu đạo bằng điện lưỡng cực (B-TURP) với nhiều ưu điểm hạn chế hội chứng hấp thu nước do dùng dịch rửa Natriclorid 0,9%, không có dòng điện qua người bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật, ít chảy máu hơn cắt nội soi bằng điện đơn cực (M-TURP) do khả năng cầm máu tốt đặc biệt trên những bệnh nhân tim mạch đang dùng thuốc chống đông [2]... Tại Việt Nam đã có những nghiên cứu về nội soi lưỡng cực điều trị UPĐLTTL nhưng tính an toàn của nó trên những bệnh nhân có bệnh lý nền tim mạch kèm theo thì chưa được kiểm chứng, từ thực tế trên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch" với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt có bệnh lý tim mạch được phẫu thuật nội soi qua niệu đạo bằng điện lưỡng cực.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo bằng điện lưỡng cực điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt ở nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đốt lưỡng cực UPĐLTTL có kèm theo bệnh lý tim mạch tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 – 5/2021.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán UPĐLTTL có chỉ định phẫu thuật: Thang điểm IPSS 20 -35 điểm, điểm chất lượng cuộc sống QoL 4-6 điểm, có các biến chứng (bí tiểu tái phát, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát, tiểu máu tái phát, sỏi bàng quang, suy thận do trào ngược...), được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo bằng điện lưỡng cực, có bệnh lý tim mạch kèm theo (THA, rối loạn nhịp tim, đặt máy tạo nhịp, suy tim độ I-III theo NYHA, các bệnh lý tim mạch phải duy trì thuốc chống đông), được khẳng định bằng giải phẫu bệnh lý sau mổ là u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi: rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát, hẹp niệu đạo... bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị, tiền sử dị ứng thuốc gây mê, gây tê, bệnh lý khớp háng không thể đặt bệnh nhân ở tư thế sản khoa.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp mô tả theo dõi dọc hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, tai biến, biến chứng trong và sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung bệnh nhân

Bảng 1. Thông tin chung bệnh nhân

Thông tin chung	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	< 60	5	8.0
	60 - 69	13	20.6
	70-79	29	46.0
	≥80	16	25.4
Tuổi trung bình: 73.56±9.11			
Lý do vào viện	Tiểu khó	33	52.4
	Tiểu đêm nhiều	4	6.3
	Bí đái	23	36.5
	Tiểu máu	3	4.8
Các bệnh lý	THA đơn thuần	28	44.4

tim mạch kèm theo	Rối loạn nhịp	12	19.1
	Bệnh mạch vành	6	9.5
	Máy tạo nhịp	4	6.4
	Suy tim	6	9.5
	Mạch máu ngoại biên	7	11.1
Phân loại sức khỏe theo ASA	II	42	66.7
	III	21	33.3
Nguy cơ tim mạch	Nhẹ	49	77.8
	Trung bình	14	22.2
Thời gian	Dừng trước mổ	8	2.4±3.4

chống đông (ngày)	Dùng lại sau mổ	8	4±1.9
-------------------	-----------------	---	-------

Tuổi trung bình là 73.56±9.11, vào viện với lý do đái tháo đường là chủ yếu (52.4%), bí đái (36.5%), có 4 trường hợp đặt máy tạo nhịp (6.4%), suy tim (9.5%), bệnh mạch vành (9.5%), nguy cơ tim mạch mức độ nhẹ (77.8%), trung bình (22.2%) theo phân loại ACC/AHA [3], có 8 bệnh nhân dùng chống đông, thời gian dùng thuốc chống đông trước mổ là (2.4±3.4) ngày, dùng lại sau mổ là (4±1.9) ngày.

3.3. Lâm sàng, siêu âm.

Bảng 3. Lâm sàng và siêu âm trước mổ

	Chỉ số	n	Trung bình	min	max
Lâm sàng	IPSS	63	22.5±3.8		
	QoL	63	4.6±0.7		
Siêu âm	Trọng lượng TLT (g)	63	68.3±31.8	17	165
	PVR (ml)	35	47.1±58.1	0	231
	EF (%)	63	68.9±6.0	50	79
	Giảm vận động vùng	2			

Bệnh nhân có điểm IPSS trung bình 22.5±3.8, điểm chất lượng cuộc sống (QoL) trung bình 4.6±0.7. Trọng lượng tiền liệt tuyến trung bình trước mổ là (68.3±31.8)g. Trên siêu âm tim, phân suất tống máu EF (%) trung bình (68.9±6.0), trong đó có 1 trường hợp (1.6%) EF giảm (<55%), 2 trường hợp trên siêu âm tim có giảm vận động vùng, được chỉ định chụp mạch vành, có hẹp mạch vành nhưng chưa có chỉ định can thiệp mạch vành.

3.4. Đặc điểm liên quan đến điều trị

Bảng 5. Một số đặc điểm liên quan đến điều trị

Thời gian	Chung (n=63)	Nhóm dùng chống đông (n=8)	Nhóm không dùng chống đông (n=55)
Phẫu thuật (phút)	54.9±21.5	54.9±18.9	54.9±22.1
Truyền rửa bàng quang (ngày)	3.6±1.0	4.4±1.8	3.5±0.8
Lưu thông tiểu (ngày)	4.9±1.4	6.4±3.0	4.7±0.9
Hậu phẫu (ngày)	6.4±2.0	7.8±3.1	6.2±1.8

Thời gian phẫu thuật trung bình 54.9±21.5 phút, không có sự khác biệt thời gian phẫu thuật giữa nhóm có dùng thuốc chống đông và nhóm không dùng thuốc chống đông (p = 0.501). Thời gian lưu sonde tiểu và thời gian hậu phẫu của nhóm dùng thuốc chống đông cao hơn so với nhóm không dùng thuốc chống đông, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0.117 và p=0.216.

Bảng 6. Tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ

Tai biến, biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng nội soi	0	0
Chảy máu	2	3.2

Truyền máu	0	0
Sốt nhiễm khuẩn	4	6.3
Bí đái sau rút sonde niệu đạo	3	4.8
Đái khó sau rút sonde niệu đạo	2	3.2
Hạ huyết áp	3	4.8
Mạch máu ngoại vi	1	1.6
Can thiệp tim mạch	0	0

Không gặp hội chứng nội soi, trong mổ có 3 hạ huyết áp giảm ≥ 20mmHg so với bắt đầu phẫu thuật, 2 trường hợp chảy máu sau mổ, không phải truyền máu trong và sau mổ, không có trường hợp nào đau thắt ngực hay khó thở trong và sau mổ, có 1 trường hợp đau tức chân 2 bên sau mổ ở bệnh nhân đã được chẩn đoán xơ vữa động mạch chi dưới 2 bên trước mổ.

Bảng 8. Kiểm tra sau mổ 1 tháng và thời điểm kết thúc nghiên cứu

Chỉ số	Trước mổ X ± SD (n)	Sau mổ 1 tháng X ± SD (n)	Kết thúc NC X ± SD (n)
Trọng lượng TTL (g)	68.3±31.8 (63)	40.1±23.8 (55)	31.8±18.4(21)

PVR (ml)	47.1±58.1 (35)	20.9±38.7 (55)	6.4±10.1(21)
IPSS	22.5±3.8(63)	10.3±3.9(55)	8.0±4.5(62)
QoL	4.6±0.7(63)	1.96±0.9(55)	1.6±0.9(62)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 63 trường hợp đủ tiêu chuẩn tham gia. Tuổi trung bình lúc chẩn đoán là 73.56±9.11. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác [4] [5] [6]. Trong nghiên cứu này bệnh nhân có tiền sử phát hiện bệnh tim mạch từ trước 52/63 (82.5%), 11/63 (17.5%) bệnh nhân còn lại chưa có tiền sử tim mạch, được phát hiện khi nhập viện. Tất cả các bệnh nhân này được làm 100% điện tâm đồ, siêu âm tim và khám chuyên khoa tim mạch trước phẫu thuật.

Tỉ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp trong nghiên cứu là 73%, cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác [6] [7]. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ chính gây ra các biến cố mạch vành, đột quỵ, suy tim, bệnh động mạch ngoại vi, và là yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân tăng huyết áp trong nghiên cứu đều được hội chẩn chuyên khoa tim mạch và điều trị trước mổ, trong mổ không có trường hợp nào chảy máu, hoặc hội chứng nội soi, có 3 trường hợp hạ huyết áp trong mổ (huyết áp giảm \geq 20mmHg so với trước khi bắt đầu phẫu thuật) trong đó huyết áp tâm thu trong mổ thấp nhất là 100mmHg, không có trường hợp nào phải sử dụng vận mạch trong và sau mổ.

Đối với trường hợp đặt máy tạo nhịp tim, đã có nhiều báo cáo ảnh hưởng tiêu cực của đốt điện đơn cực lên hoạt động của máy tạo nhịp tim trong quá trình phẫu thuật TURP [8] [9]. Trong nghiên cứu này được sử dụng năng lượng điện lưỡng cực, dòng điện chỉ đi giữa hai đầu của dao cắt, không có dòng điện qua người bệnh nhân, đã hạn chế yếu tố gây nhiễu với máy tạo nhịp tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, các bệnh nhân này được siêu âm tim và khám chuyên khoa tim mạch trước mổ, 2/4 trường hợp được yêu cầu kiểm tra hoạt động của máy tạo nhịp trước phẫu thuật, kết quả máy đang hoạt động bình thường, trong quá trình phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện rối loạn điện tim so với trước khi bắt đầu phẫu thuật. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu Yang.

Đối với trường hợp dùng thuốc chống đông trải qua phẫu thuật nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến làm tăng nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật, vì thế lựa chọn phương pháp và loại năng lượng nào là cần thiết, có nhiều nghiên cứu so

sánh khả năng cầm máu của TURP đơn cực và lưỡng cực [4][5], cho thấy năng lượng lưỡng cực tốt hơn đơn cực về khả năng cầm máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân duy trì chống đông trước mổ, Thời gian ngừng thuốc chống đông trước mổ trong nghiên cứu 2,37 ± 3,44 ngày, thời gian dùng lại trung bình 4,0±1,85 ngày. Kết quả không có trường hợp nào chảy máu nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật, trong thời gian hậu phẫu có 2 trường hợp chảy máu ở BN có tiền sử đặt stent động mạch vành được dùng lại Lovenox sớm sau mổ 24h và 48h, bệnh nhân được điều trị nội khoa, điều chỉnh thuốc chống đông, tăng dung dịch truyền rửa bàng quang, lưu sonde niệu đạo 7 ngày và 8 ngày, không phải truyền máu, tình trạng ổn định ra viện ngày thứ 9 và thứ 10 sau mổ. Về diễn biến tim mạch trong thời gian hậu phẫu trên, không có trường hợp nào biểu hiện đau tức ngực hay khó thở, không có trường hợp nào phải can thiệp tim mạch, có 1 trường hợp có biểu hiện tức nhẹ chi dưới 2 bên ở BN có tiền sử xơ vữa động mạch chi dưới 2 bên. Bệnh nhân này đã được hội chẩn lại chuyên khoa tim mạch, siêu âm doppler lại hệ động mạch chi dưới, điều chỉnh lại thuốc chống đông sau mổ, diễn biến tốt, ổn định ra viện ngày thứ 14 sau mổ.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu trung bình là 54.9±21.5 phút thấp hơn đa số các nghiên cứu khác [5][7], thời gian phẫu thuật giữa nhóm có dùng và không dùng thuốc chống đông là tương đương nhau, trong khi đó thời gian lưu sonde niệu đạo và thời gian hậu phẫu của nhóm dùng thuốc chống đông cao hơn nhóm không dùng chống đông, nhóm dùng chống đông nước truyền rửa bàng quang đỏ hơn nên thời gian truyền rửa bàng quang kéo dài hơn và kéo theo thời gian lưu sonde và thời gian hậu phẫu cũng kéo dài theo.

Kết quả phẫu thuật có 100% bệnh nhân được phẫu thuật thành công, không có bệnh nhân nào phải chuyển phương pháp, không có trường hợp nào mắc hội chứng TURP, không có trường hợp nào chảy máu và phải truyền máu trong mổ, kết quả này tương đương với nghiên cứu khác [5] [6], trong thời gian hậu phẫu không có trường hợp nào xuất hiện đau thắt ngực, khó thở hay phải can thiệp tim mạch.

Bệnh nhân được tái khám ở các thời điểm 1 tháng và thời điểm kết thúc nghiên cứu tháng

5/2021. Bảng 8 cho thấy triệu chứng đường tiểu dưới cải thiện theo thời gian so với trước mổ, có 4 trường hợp hẹp niệu đạo sau phẫu thuật, trong đó 3 trường hợp nông niệu đạo ổn định, 1 trường hợp phải mổ tạo hình niệu đạo, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 1 trường hợp còn rối loạn tiểu tiện, nhiễm khuẩn niệu tái phát 1 trường hợp, trong thời gian theo dõi không có trường hợp nào phải nhập viện điều trị tim mạch hay can thiệp tim mạch, có 1 trường hợp tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

V. KẾT LUẬN

Nội soi cắt tiền liệt tuyến qua đường niệu đạo bằng điện lưỡng cực là phương pháp an toàn và hiệu quả, giảm tai biến, biến chứng so với phương pháp đơn cực truyền thống, đặc biệt là trên nhóm bệnh nhân đồng mắc các bệnh lý tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim E.H., Larson J.A., and Andriole G.L. (2016). Management of Benign Prostatic Hyperplasia. *Annu Rev Med*, **67**, 137–151.
2. Cleves A., Dimmock P., Hewitt N., et al. (2016). The TURis System for Transurethral Resection of the Prostate: A NICE Medical Technology Guidance. *Appl Health Econ Health Policy*, **14**(3), 267–279.
3. Eagle K.A., Berger P.B., Calkins H., et al. (2002). ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). *J Am Coll Cardiol*, **39**(3), 542–553.
4. Albanesi L., Attisani F., Gentile B.C., et al. (2013). Comparative randomized study on the efficaciousness of endoscopic bipolar prostate resection versus monopolar resection technique. 3 year follow-up. *Arch Ital Urol Androl*, **85**(2), 86–91.
5. Stucki P., Marini L., Mattei A., et al. (2015). Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate: a prospective randomized trial focusing on bleeding complications. *J Urol*, **193**(4), 1371–1375.
6. Vasudeva P., Kumar N., Kumar A., et al. (2019). Impact of monopolar TURP, bipolar TURP and photoselective vaporization of prostate for enlarged prostate on erectile function. *Low Urin Tract Symptoms*, **11**(1), 24–29.
7. Trần Văn Hình, Đỗ Ngọc Thế (2012). Đánh giá hiệu quả bước đầu của cắt đốt lưỡng cực tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo. *Y Dược lâm sàng* 108 - 2013 - no.1 - tr.66-70 - ISSN.1859-2872. .
8. Batra Y.K. and Bali I.M. (1978). Effect of coagulating and cutting current on a demand pacemaker during transurethral resection of the prostate. A case report. *Can Anaesth Soc J*, **25**(1), 65–66.
9. Kellow N.H. (1993). Pacemaker failure during transurethral resection of the prostate. *Anaesthesia*, **48** (2), 136–138.

BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG SIÊU ÂM TRỘN ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Tuấn Anh¹, Nguyễn Quốc Đạt², Bùi Văn Giang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt dưới siêu âm trộn ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên những bệnh nhân có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt, được siêu âm tuyến tiền liệt đường trực tràng và chụp cộng hưởng từ tại bệnh viện K3 từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2021. Các tổn thương quan sát được trên MRI nhưng không quan sát rõ được trên siêu âm sẽ được áp dụng siêu âm trộn ảnh khi sinh thiết để lấy chính xác mẫu mô tương ứng với tổn thương trên MRI (MRI Fusion Biopsy). Tiến hành đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh

của hai phương pháp sinh thiết để nhận xét giá trị của sinh thiết đích dưới siêu âm trộn ảnh. **Kết quả:** 2 trường hợp bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Được sinh thiết đích dưới siêu âm trộn ảnh có kết quả giải phẫu bệnh tương đương sinh thiết hệ thống. **Kết luận:** Sinh thiết đích dưới siêu âm trộn ảnh có giá trị tương tự sinh thiết hệ thống tuyến tiền liệt trong chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, sinh thiết hệ thống, sinh thiết đích dưới siêu âm trộn ảnh cộng hưởng từ.

SUMMARY

FIRST STEP APPLICATION OF MRI FUSION FOR GUIDANCE OF TARGETED PROSTATE BIOPSY

Objective: To evaluate prostate biopsy results under ultrasound mixed magnetic resonance imaging in prostate cancer diagnosis. **Subjects and methods:** Prospective study on patients with indications for prostate biopsy, rectal ultrasound and magnetic resonance imaging at K3 hospital from June

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Anh

Email: bsntanh91@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.7.2021

Ngày duyệt bài: 3.8.2021