

lành tính, giúp rút ngắn thời gian nằm viện, đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao. Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An là một trong những bệnh viện tuyến tỉnh đầu tiên thực hiện thành công kỹ thuật này. Kỹ thuật này nên được phát triển và mở rộng để bệnh nhân bệnh lý tuyến vú có thêm một lựa chọn bên cạnh mổ hở. Trong tương lai, VABB cần được áp dụng nhiều hơn để sinh thiết chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ ung thư ở các tổn thương nhỏ hoặc các tổn thương không sờ thấy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Quang Khánh (2018)**. Kết quả chẩn đoán và điều trị tổn thương tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm. Ung thư học Việt Nam, số 4-2018
2. **Trần Việt Thế Phương và CS (2018)**. Sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không (VABB) dưới hướng

- dẫn của siêu âm trong chẩn đoán và điều trị tổn thương vú. Ung thư học Việt Nam, số 4-2018.
3. **Park HL, Kang SS, Kim DY, et al.** "Is surgical excision necessary for a benign phyllodes tumor of the breast diagnosed and excised by ultrasound-guided vacuum assisted biopsy device (mammotome)?" J Korean Surg Soc 2007; 73: 198 -203
 4. **Karol P, Dawid M, Piotr N,** "Vacuum assisted core-needle biopsy as a diagnostic and therapeutic method in lesions radiologically suspicious of breast fibroadenoma", Reports of practical oncology and radiotherapy. 2011 (16),32-35.
 5. **Fu SM, Wang XM, Yin CY, Song Hui,** "Effectiveness of hemostasis with Foley catheter after vacuum-assisted breast biopsy", Journal of Thoracic Disease, 2015, 7(7), 1213-1220.
 6. **Lee SH, Kim EK, Kim MJ, Moon HJ, Yoon JH,** "Vacuum assisted breast biopsy under ultrasonographic guidance: analysis of a 10 year experience", ultrasonography, 2014 (33), 259 –266.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ U TRONG ỔNG SỐNG

Trịnh Anh Tuấn¹, Nguyễn Đình Minh¹, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm của các u trong ống sống (UTOS) trên cộng hưởng từ (CHT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 49 bệnh nhân UTOS được chụp CHT cột sống và phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2019 đến 9/2020. **Kết quả:** UTOS có độ tuổi trung bình là 47,2± 16,8, lứa tuổi 51-60 hay gặp nhất, chiếm 26,5%. Các khối u ngoài tuỷ hay gặp, chiếm 87,8%. Loại u hay gặp nhất là u bao dây thần kinh (Neurinoma) chiếm 38,8% và u màng tuỷ (Meningioma) với 20,4%. Trên CHT, vị trí u hay gặp nhất là vùng cột sống ngực với 40,8%. Kích thước trung bình của u là 35,9±33,5mm. Có 95,9% u có ranh giới rõ, 87,8% u chèn ép tuỷ sống và hoặc rễ thần kinh ngang mức. Khối u đồng tín hiệu trên T1W là 51% và u tăng tín hiệu trên T2W là 40,8%, có 93,9% khối u ngấm thuốc sau tiêm. **Kết luận.** CHT có giá trị trong phát hiện vị trí, kích thước, mức độ chèn ép thần kinh và gợi ý nguồn gốc mô bệnh học của UTOS.

Từ khoá: u trong ống sống, cộng hưởng từ, u bao dây thần kinh, u màng tuỷ.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF SPINAL TUMORS

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Anh Tuấn

Email: anhtuanhmu31093@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 17.12.2020

Ngày duyệt bài: 8.12.2020

Objects: The aim of this study is to describe the characteristics of spinal tumors on magnetic resonance imaging (MRI). **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study on 49 patients of spinal tumors was documented with MRI and surgical treatment at Viet Duc University Hospital from July, 2019 to September, 2020. **Results:** The study showed the average age of patients was 47,2±16,8, out of which the proportion of the age between 51 and 60 was highest, at 26,5%. Extramedullary and intramedullary tumors comprised 87,8% and 12,8% of all cases, respectively. The common tumors were neurinoma (38,8%) and meningioma (20,4%). On MRI, the most common location of tumors is thoracic spine with 40,8% of cases. The average tumor size was 35,9±33,5mm. There were 95,9% of tumors having well-defined boundaries and 87,8% of tumors extended into spinal cord and/or spinal nerve roots at the same level. Tumors with isointense signal on T1W comprised 51%, with hyperintensity on T2-weighted MRI was 40,8%. There were 93,9% of tumors enhanced on postgadolinium. **Conclusion,** MRI plays an important role in identifying the anatomic location, the size, the degree of neural compression and suggesting histopathology of spinal tumors.

Keyword: spinal tumors, magnetic resonance imaging (MRI), neurinoma, meningioma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trong ống sống (UTOS) là bệnh lý ít gặp, chiếm tỉ lệ từ 5-10% các khối u của hệ thần kinh trung ương. Dựa theo khoang giải phẫu, các UTOS được chia làm hai nhóm chính gồm UTOS ngoài tuỷ và u trong tuỷ sống, trong đó các

khối u ngoài tuỷ chiếm tỉ lệ 70-80%[1]. Các UTOS đa phần lành tính và tiến triển chậm nhưng do ống sống là khoang giải phẫu chật hẹp nên khối u sớm gây hiệu ứng chèn ép tuỷ sống và các cấu trúc lân cận, do đó nếu không được điều trị kịp thời bệnh nhân có thể dẫn tới tàn phế, thậm chí tử vong [2]

Cộng hưởng từ (CHT) là lựa chọn hàng đầu trong chẩn đoán các khối UTOS do có độ phân giải cao các cấu trúc mô mềm cũng như khả năng tạo ảnh đa mặt phẳng so với các phương pháp khác góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán [3].

Các nghiên cứu tiến hành trước đây đều cho thấy các UTOS nếu được phẫu thuật sớm sẽ mang lại kết quả điều trị tốt. Do đó CHT đóng vai trò rất hết sức quan trọng trong phát hiện sớm các UTOS và góp phần đề ra chiến lược điều trị thích hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân (BN) sau điều trị. Tại Việt Nam các nghiên cứu về CHT các UTOS chưa nhiều và được tiến hành trên các máy CHT thế hệ cũ, độ phân giải còn hạn chế [4]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm "Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng của u trong ống sốnghay gặp".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 49 BN chẩn đoán UTOS trên CHT được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 7/2019 đến 9/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN tuổi từ 18 trở lên, được chụp CHT và chẩn đoán là UTOS, được phẫu thuật và có kết quả Giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương tiện nghiên cứu:

- Máy cộng hưởng từ 1.5 Tesla Avanto của hãng Siemens (Đức), máy cộng hưởng từ 1.5 Tesla của hãng Phillips (Hà Lan) hoặc máy chụp 3.0 Tesla SIGNA Pioneer của hãng GE healthcare (Mỹ).

- Hệ thống lưu trữ hình ảnh PACS của INFINITI (Hàn Quốc) hoặc phim chụp CHT cột sống.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả phim chụp CHT của các bệnh nhân được chẩn đoán là UTOS về các đặc điểm:

+ Vị trí u trên mặt phẳng nằm ngang và dọc theo cột sống.

+ Tín hiệu khối u trên các chuỗi xung T1W, T2W, T1 sau tiêm đối quang.

+ Sự thay đổi các cấu trúc xung quanh khối u.

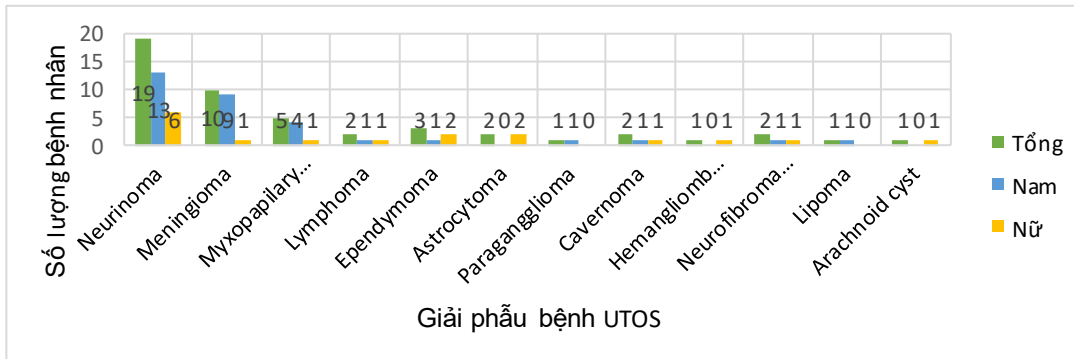
Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 (Chicago, IL, Mỹ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

+ Nghiên cứu trên 49 BN (32 nam và 17 nữ) tỷ lệ nam: nữ là 1,88:1

+ Tuổi trung bình là 47,2±16,8 trong đó trẻ nhất là 12 tuổi, già nhất là 83 tuổi, lứa tuổi hay gặp là 51-60 chiếm 26,5%.



Biểu đồ 1: Phân bố UTOS theo mô bệnh học và giới tính (n=49)

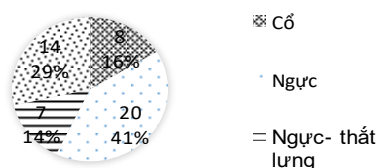
+ Hay gặp nhất là u bao rễ thần kinh (Neurinoma) với 19/49 (38,8%), tiếp theo là u màng não tuỷ (Meningioma) với 10/49 (20,4%), u màng ống nội tuỷ nhú nhầy (Myxopapillary Ependymoma) và u màng ống nội tuỷ (Ependymoma) ít gặp, chiếm <10%.

2. Đặc điểm cộng hưởng từ UTOS

2.1. Đặc điểm vị trí của UTOS

+ Các UTOS hay gặp ở tầng ngực với 20/49 (40,8%), tiếp theo là thắt lưng với 14/49 (28,5%), tầng cổ ít gặp hơn với tỷ lệ <10% (biểu đồ 2).

+ Các UTOS ngoài tuỷ hay gặp nhất chiếm 43/49 (87,8%), u trong tuỷ chỉ gặp 6/49 (12,2%) (p<0,05).



Biểu đồ 2: Phân bố UTOS theo vị trí phân bố tầng cột sống (n=49)

2.2. Đặc điểm kích thước và liên quan của khối u.

+ Kích thước trung bình (KTTB) của khối u theo trục lớn nhất là 35.9 ± 33.5 mm, trong đó nhỏ nhất là 8mm và lớn nhất là 210mm. KTTB của u bao thần kinh và u màng não tủy lần lượt là 26.2 ± 12.8 mm và 19 ± 11.8 mm.

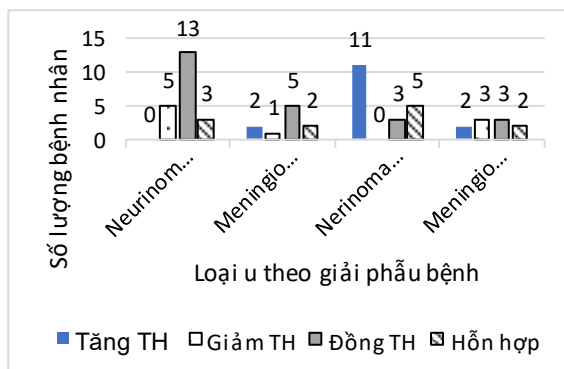
+ Ranh giới khối u rõ là 47/49 (95.9%), ranh giới không rõ là 2/49 (4.1%) và đều là Lymphoma.

+ Dấu hiệu chèn ép tủy sống hoặc rễ thần kinh đuôi ngựa ngang mức gặp trong 43/49 (87,8%) trường hợp.

2.3. Đặc điểm tín hiệu của UTOS trên CHT.

+ Các khối u bao thần kinh thường đồng tín hiệu trên T1W với 13/19 (68,4%) và tăng tín hiệu trên T2W với 11/19 (57,9%). Khối u màng não tủy thường đồng tín hiệu trên T1W với 5/10 (50%) và đồng hoặc giảm tín hiệu trên T2W với 3/10 (30%).

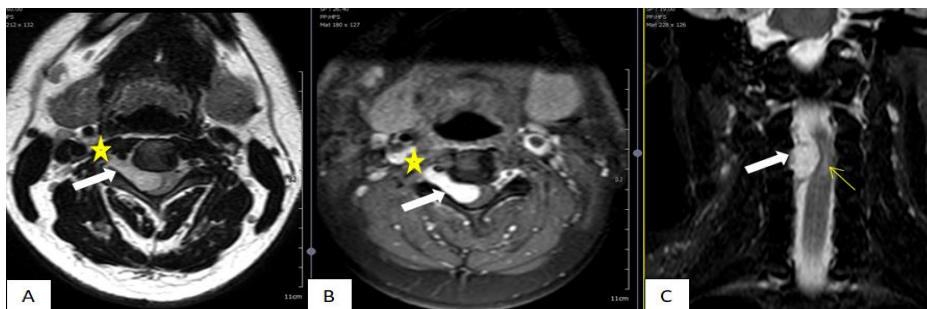
+ Sau tiêm, có 12/19 (63,2%) khối u bao thần kinh ngấm thuốc không đồng nhất, trong khi 9/10 (90%) khối u màng não tủy ngấm thuốc đồng nhất ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3. Đặc điểm tín hiệu u bao thần kinh và u màng não tủy

Bảng 2. Đặc điểm của u bao thần kinh và u màng não tủy trên CHT

Đặc điểm CHT		U bao thần kinh n(%)	U màng não tủy n(%)
Ranh giới	Rõ	19(100)	10(100)
	Không rõ	0	0
Đuôi màng cứng	Có	19(100)	5(50%)
	Không	0	5(50%)
Rộng lỗ liên hợp	Có	3(15,8%)	1(10%)
	Không	16(84,2%)	9(90%)



Hình 1: khối u bao thần kinh cột sống cổ (mũi tên trắng) tăng tín hiệu trên T2W Axial (ảnh A), ngấm thuốc mạnh và đồng nhất trên T1Fatsat Axial sau tiêm thuốc đối quang từ (ảnh B), khối phát triển gây rộng lỗ tiếp hợp C3/4 bên phải (hình sao ảnh A và B), khối đè ép tủy cổ sang trái và gây phù tủy cổ ngang mức (mũi tên vàng) trên chuỗi xung STIR Coronal (ảnh C).

+ Tất cả các khối u bao thần kinh và u màng não tủy đều có ranh giới rõ trên hình ảnh CHT. Dấu hiệu đuôi màng cứng gặp 19/19 (100%) các khối u bao thần kinh nhưng chỉ 5/10 (50%) ở các khối u màng não tủy. Rộng lỗ tiếp hợp thấy ở 3/19 (15,8%) u bao rễ thần kinh và 1/10 (10%) các khối u ngoài màng tủy.

IV. BÀN LUẬN

U trong ống sống là những khối u phát triển từ các thành phần trong ống sống bao gồm tủy sống, dây tạn, rễ thần kinh, màng tủy... Khối u có thể lành tính hay ác tính, nguyên phát hoặc thứ phát và có thể dẫn tới những hậu quả nghiêm trọng đối với người bệnh [5]. Khi CHT

chưa phát triển, chẩn đoán các khối UTOS chủ yếu dựa vào X-quang hay cắt lớp vi tính và gặp nhiều khó khăn do không đánh giá trực tiếp được các thành phần trong u, các UTOS thường được phát hiện muộn khi đã phát triển gây chèn ép tủy sống gây nên triệu chứng lâm sàng nặng nề như liệt, rối loạn đại tiểu tiện, tử vong [6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTOS hay gặp ở nam giới với tỉ lệ nam: nữ là 1,88. Điều này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Santosh và cs trong đó nam giới chiếm 57,3%, nữ giới chiếm 42,7% [7].

Độ tuổi trung bình của UTOS trong nghiên cứu này là $47,2 \pm 16,8$ trong đó hay gặp nhất ở lứa tuổi trung niên từ 51-60 tuổi với 26,5%. Điều này là khác biệt với nghiên cứu của Santosh và cs trong đó lứa tuổi hay gặp nhất là 41 đến 50 tuổi [7]. Như vậy, hầu hết bệnh nhân UTOS đang còn trong độ tuổi lao động, nếu không chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ ảnh hưởng không những đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến kinh tế và hạnh phúc của gia đình của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u bao thần kinh là loại hay gặp nhất chiếm 38,7%, tiếp đến là u màng não tủy chiếm 20,4%. Các khối u như màng ống nội tủy nú nhầy, u hạch hay u màng nội tủy ít gặp hơn. Nghiên cứu của Dasarju hay Chung đều chỉ ra rằng u bao thần kinh là hay gặp nhất trong ống sống với tỉ lệ lần lượt trong các nghiên cứu là 34,8% và 48,7% [7][8]. Nghiên cứu của Dasarju và cs thấy rằng các khối u trong tủy chiếm 20% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi các khối u trong tủy sống chiếm 12,8%. Như vậy, u bao thần kinh và u màng não tủy là 2 khối u ngoài tủy hay gặp nhất, đây là những u lành tính, do đó nếu phát hiện sớm trên CHT và được điều trị bằng phẫu thuật, bệnh nhân có thể khỏi bệnh hoàn toàn.

Trong nghiên cứu này, kích thước lớn nhất trung bình trên CHT của khối UTOS là $35,9 \pm 33,5$ mm, trong đó kích thước trung bình của u bao thần kinh và u màng não tủy lần lượt là $26,2 \pm 12,8$ mm và $19 \pm 11,8$ mm. Như vậy các khối u này có KTTB nhỏ hơn các UTOS nói chung. Bên cạnh đó, dấu hiệu chèn ép tủy sống hay rễ thần kinh ngang mức của các khối u trong nghiên cứu của chúng tôi gặp trong 87,8% và tất cả là các đều là các khối u ngoài tủy sống. Điều này có thể do u bao thần kinh và u màng não tủy là các khối u ngoài tủy nên các triệu chứng chèn ép thần kinh trong ống sống sẽ tương đối sớm khiến bệnh nhân đến khám và được phát hiện sớm hơn các loại UTOS khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khối u đồng tín hiệu trên T1W gặp 51%, tăng tín hiệu trên T2W gặp 40,8% trường hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Quiles A.M cho thấy các khối u trong ống sống đồng tín hiệu trên T1W trong 48% trường hợp, tăng tín hiệu trên T2W gặp 70,8% [5]. Mặt khác, theo kết quả nghiên cứu thì 68,4% các khối u bao thần kinh đồng tín hiệu trên T1W và 57,9% tăng tín hiệu trên T2W. Khối u màng não tủy đồng tín hiệu trên T1W là 50% và đồng hoặc giảm tín hiệu trên T2W là 30%. Như vậy, các khối UTOS đa phần đồng tín hiệu với tủy sống trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W và gần tương đương với dịch não tủy nên dễ bị bỏ sót nếu không tiêm thuốc đối quang tử.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khối UTOS ngấm thuốc đối quang tử sau tiêm gặp 93,9%. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Quiles và cs với khối u ngấm thuốc sau tiêm chiếm 94,3%. Mặt khác, kết quả chúng tôi nhận thấy 63,2% khối u bao thần kinh ngấm thuốc không đồng nhất, trong khi 90% khối u màng não tủy ngấm thuốc đồng nhất. Do đó khi có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ có UTOS thì cần phải xem xét kỹ các hình ảnh CHT các chuỗi xung trước tiêm, nếu nghi ngờ thì bệnh nhân nên được tiêm thuốc đối quang tử để phát hiện khối u tốt hơn. Tính chất ngấm thuốc của các khối UTOS có thể giúp phân biệt các u bao thần kinh với u màng não tủy.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 95,9% khối u có ranh giới rõ với các cấu trúc lân cận, trong đó tất cả các khối u bao thần kinh và u màng não tủy đều có ranh giới rõ trên hình ảnh CHT. Như vậy, xem xét kỹ hình ảnh CHT có giúp phẫu thuật viên đánh giá khả năng bóc tách khối u trước khi mổ, khả năng lấy bỏ hoàn toàn khối u và bảo tồn các cấu trúc giải phẫu lân cận.

Trên hình ảnh CHT, dấu hiệu đuôi màng cứng chúng tôi gặp 0% các khối u bao thần kinh nhưng gặp ở 50% ở các khối u màng não tủy. Thêm vào đó, chúng tôi thấy dấu hiệu rộng lỗ tiếp hợp hay gặp ở u bao rễ thần kinh (15,8%) hơn là u màng não tủy (10%). Đây cũng là những dấu hiệu quan trọng giúp phân biệt hai loại u này trên hình ảnh CHT.

V. KẾT LUẬN

U trong ống sống là ít gặp và đa phần lành tính, do đó nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ đem lại hiệu quả tốt. Các khối u hay gặp là u bao thần kinh và u màng não tủy. Cộng hưởng từ có vai trò quan trọng giúp phát hiện

khối u và mức độ liên quan giữa u và các cấu trúc lân cận. Các dấu hiệu trên CHT như chèn ép tủy sống, ngấm thuốc sau tiêm là những yếu tố quan trọng để phân biệt UTOS và các tổn thương khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. K. Koeller and R. Y. Shih**, 'Intradural Extramedullary Spinal Neoplasms: Radiologic-Pathologic Correlation', *RadioGraphics*, vol. 39, no. 2, pp. 468–490, Mar. 2019, doi:10.1148/rg.2019180200.
2. **L. L. Mechtler and K. Nandigam**, 'Spinal Cord Tumors', *Neurologic Clinics*, vol. 31, no. 1, pp. 241–268, Feb. 2013, doi: 10.1016/j.ncl.2012.09.011.
3. **K. Abul-Kasim, M. M. Thurnher, P. McKeever, and P. C. Sundgren**, 'Intradural spinal tumors: current classification and MRI features', *Neuroradiology*, vol. 50, no. 4, pp. 301–314, Apr. 2008, doi: 10.1007/s00234-007-0345-7.
4. **Phạm Ngọc Hoa**, 'Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ u tế bào schwann và u màng não trong màng cứng ngoài tủy', *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2009.
5. **A. M. Quiles Granado**, 'A Comprehensive Review of Intraspinous tumors: Diagnostic, classification and radio-pathologic correlation.', p. 4057 words, 2013, doi: 10.1594/ECR2013/C-2112.
6. **V. K. Dasarju, S. Sree, M. S. Kikkeri, B. Shireesha, N. Pallavi, and Ch. S. Kumar**, 'Magnetic Resonance Imaging in Spinal Tumors', *IJCMSR*, vol. 5, no. 1, Mar. 2020, doi: 10.21276/ijcmsr.2020.5.1.50.
7. **S. K. Panda, B. Nayak, M. Panigrahi, and P. Das**, 'MRI Evaluation of Intramedullary Tumors of Spine in Adult and Pediatric Population- A Study at Tertiary Care Centre', p. 6.
8. **J. Y. Chung, J. J. Lee, H. J. Kim, and H. Y. Seo**, 'Characterization of Magnetic Resonance Images for Spinal Cord Tumors', *Asian Spine J*, vol. 2, no. 1, p. 15, 2008, doi: 10.4184/asj.2008.2.1.15.

KHẢO SÁT THỂ TÍCH TUYẾN TIỀN LIỆT Ở NAM GIỚI TRÊN 45 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Hạ Hồng Cường², Hoàng Long¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 2.867 nam giới trên 45 tuổi đến khám tại Khoa Nam học và Y học giới tính bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm khảo sát thể tích tuyến tiền liệt và mối liên quan giữa thể tích tuyến tiền liệt với các triệu chứng đường tiểu dưới. Kết quả cho thấy thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 24,2 ml. Kích thước tuyến tiền liệt tăng theo tuổi và tăng cao ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới. Sau 10 năm thể tích tuyến tiền liệt sẽ tăng lên 4,3 ml ($p < 0,001$). Mô hình hồi quy logistic đa biến về giá trị dự đoán các triệu chứng đường tiểu của tuổi và thể tích tuyến tiền liệt cho thấy cứ tăng lên 10 ml thể tích tuyến tiền liệt thì: tỷ số khả dĩ (OR) có triệu chứng đường tiểu dưới tăng lên 1,2 lần ($p < 0,001$), tỷ số khả dĩ (OR) có hội chứng kích thích tăng lên 1,2 lần ($p < 0,001$), tỷ số khả dĩ (OR) có hội chứng tắc nghẽn tăng lên 1,3 lần ($p < 0,001$). Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy trên quần thể nam giới trên 45 tuổi đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội thì thể tích tuyến tiền liệt có liên quan với tuổi và các triệu chứng đường tiểu dưới và thể tích tuyến tiền liệt là một yếu tố độc lập có giá trị dự đoán sự xuất hiện của triệu chứng đường tiểu dưới.

Từ khóa: thể tích tiền liệt tuyến, triệu chứng đường tiểu dưới, u phì đại tuyến tiền liệt.

SUMMARY

CHARACTERISTIC OF PROSTATE VOLUME AND THE RELATIONSHIP WITH LUTS IN MEN UPPER 45 YEARS OLD

We conducted a study to evaluate the characteristics of prostate volume on 2,867 men above 45 years old, who visited the Andrology and Sexual Medicine Dept in Hanoi Medical University Hospital to find out the relationship between prostate volume and lower urinary tract symptoms. The study showed that the mean prostate volume was 24.2ml, which slightly increased in size (56.4% of patients ranged from 20 to 40ml). For every 10 years, prostate volume increases of 4.3ml. Benign prostate hyperplasia has a considerable effect on the lower urinary tract symptoms in patients who had prostate volume above 40ml. Prostate volume has a predictive value for lower urinary tract symptoms in men over 45 years of age. For every 10ml increase in prostate volume, the likelihood of lower urinary tract symptoms increased by 1.2 times.

Keyword: prostate volume, lower urinary tract symptoms, benign prostate hyperplasia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến tiền liệt là một trong các tuyến sinh dục phụ của nam giới có nhiệm vụ bài tiết tinh dịch và kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA). Tiền liệt tuyến được hình thành từ tuần thứ 13 trong thai kỳ và phát triển dưới tác động của nội tiết testosterone của cơ thể. Năm ngay sát cổ bàng quang, ôm quanh đoạn niệu đạo nên tuyến tiền liệt được cho là có liên quan trực

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2020

Ngày duyệt bài: 7.12.2020