

hơn ở nhóm không có tiền sử, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 79,2% thai phụ không có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp vẫn có anti-TPO (+). Vậy nên chẳng các thai phụ đều cần thiết xét nghiệm anti-TPO để định hướng sớm bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ.

* Tỷ lệ anti-TPO (+) ở nhóm có hình ảnh tự miễn trên SATG là 70,0%, cao hơn ở nhóm không có hình ảnh tự miễn (4,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những thai phụ có hình ảnh tự miễn trên SATG có nguy cơ có anti-TPO (+) cao gấp 45,27 lần so với nhóm không có hình ảnh tự miễn trên SATG. Như vậy, nếu có sự phối hợp giữa xét nghiệm nồng độ anti-TPO với hình ảnh tuyến giáp trên siêu âm cũng được coi là một trong những đánh giá tốt giúp cho các bác sỹ chuyên ngành nội tiết và sản khoa định hướng bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

- Nồng độ TSH trung bình của quý 1 là $1 \pm 1,32$ mIU/l, quý 2 là $1,54 \pm 1,37$, quý 3 là $1,57 \pm 0,98$. Tỷ lệ thai phụ có nồng độ TSH bất thường ở quý 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, khác biệt so với quý 2 và quý 3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nồng độ FT4 trung bình của quý 1 là $19,83 \pm 12,01$ pmol/L, quý 2 là $12,7 \pm 1,68$, quý 3 là $13,48 \pm 5,87$. Tỷ lệ các thai phụ có nồng độ FT4 bất thường ở 3 quý lần lượt là: quý 1 (22,4%), quý 2 (28,8%), quý 3 (36,2%), và sự khác biệt giữa các quý có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Quý 1 gặp tỷ lệ tăng FT4 cao hơn (17,9%), quý 2 và 3 gặp tỷ lệ suy giáp cao hơn (28,7% và 33,7%).

- Tỷ lệ anti-TPO (+) có ở 24 thai phụ chiếm 10,7%.

- Trên hình ảnh siêu âm tuyến giáp, tỷ lệ có nhân tuyến giáp 47,6%. Hình ảnh tự miễn trên siêu âm tuyến giáp 9,7%.

- Tỷ lệ anti-TPO (+) trong nhóm thai phụ có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp là 20,8% cao hơn ở nhóm không có tiền sử có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ anti-TPO (+) ở nhóm có hình ảnh tự miễn trên SATG là 70,0%. Những thai phụ có hình ảnh tự miễn trên SATG có nguy cơ có anti-TPO (+) cao gấp 45,27 lần so với nhóm không có hình ảnh tự miễn trên SATG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stagnaro-Green, A.**, et al. for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*, 2011. **21**(10): p. 1081-125

2. **Negro, R.**, et al. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab*, 2006. **91**(7): p. 2587-91.

3. **Đỗ Thị Tuyết Nhung** (2015). "Nhận xét nồng độ hormon tuyến giáp, anti-TPO huyết thanh, và hình ảnh siêu âm tuyến giáp ở phụ nữ trong 3 tháng đầu của thai kỳ"

4. **Grazia Aleppo** (2018). "Thyroid Disease in Pregnancy: What to know", *Endocrineweb*.

5. **James E. Haddow, Glenn E. Palomaki, Walter C. Allan** et al. (1999), "Maternal Thyroid Deficiency during Pregnancy and Subsequent Neuropsychological Development of the Child", *New England Journal of Medicine*, 341(8), 549-555.

6. **Wang W** et al (2011). "The prevalence of thyroid disorders during early pregnancy in China: the benefits of universal screening in the first trimester of pregnancy", *Eur J Endocrinol*, 164(2):263-8.

7. **Vejbjerg P** et al (2006). "The association between hypoechogenicity or irregular echo pattern at thyroid ultrasonography and thyroid function in the general population", *Eur J Endocrinol*, 155(4), 547-52.

KHẢO SÁT THỂ TÍCH TUYẾN TIỀN LIỆT Ở NAM GIỚI TRÊN 40 TUỔI CÓ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

PHẠM THANH HẢI¹, NGUYỄN THỊ HƯƠNG²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Phạm Thanh Hải
Email: phoanghmu@gmail.com

Ngày nhận: 25/8/2021

Ngày phản biện: 23/9/2021

Ngày duyệt bài: 12/10/2021

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 190 bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên đến khám tại Bệnh viện Bạch Mai từ 6/2020 - 8/2021 nhằm đánh giá thể tích tuyến tiền liệt ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới và tìm hiểu một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 35,88 (cm³). Thể tích tuyến tiền liệt tăng dần theo tuổi, trung bình mỗi năm TTL sẽ tăng thêm 0,94 (cm³). Thể tích tuyến tiền liệt có mối tương quan tuyến tính thuận với nồng độ PSA toàn phần ($r = 0,594$; $p = 0,000 < 0,05$). Không có mối liên quan rõ ràng giữa thể tích tuyến tiền liệt và mức độ triệu chứng đường tiểu dưới được lượng giá theo thang điểm IPSS ($p > 0,05$).

Từ khóa: Triệu chứng đường tiểu dưới, tuyến tiền liệt, Bệnh viện Bạch Mai.

SUMMARY

From June 2020 to August 2021, 190 patients with LUTS in Bach Mai hospital were included in the study. Results: The mean prostate volume (PV) was 35.88 (cm³), PV increased significantly with age, for every year, prostate volume increases of 0.94 cm³. The regression analysis showed total PSA to have a significantly positive correlation with the prostate ($r = 0.594$; $p = 0.000 < 0.05$). No relationship between prostate volume and severity of lower urinary tract symptoms as measured by international prostate symptoms score (IPSS) ($p > 0.05$).

Keywords: Lower urinary tract symptoms, prostate, Bach Mai hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến tiền liệt (TTL) là một cấu trúc mô hỗn hợp gồm các tế bào tuyến, tế bào cơ, mô đệm với các tế bào xơ, sợi nằm dưới bàng quang phía sau xương mu bao quanh niệu đạo của nam giới. Kích thước lúc đầu của tuyến rất nhỏ, đến thời kỳ dậy thì mới tiếp tục phát triển, tới 30 tuổi tuyến đạt trọng lượng khoảng 20g. Sau 30 tuổi TTL hầu như không phát triển mà duy trì ổn định tới 45 tuổi trở đi có xuất hiện sự quá sản của tuyến và tỉ lệ này có thể đạt tới khoảng 88% ở nhóm tuổi 81 - 90 [2].

Tăng sản tuyến tiền liệt cũng là một trong những nguyên nhân chính và quan trọng gây ra các biểu hiện về triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) như tiểu đêm, tiểu gấp, tiểu dắt, tiểu gắng sức.... gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của bệnh nhân. Thực tế có nhiều bệnh nhân TTL rất nhỏ nhưng LUTS rất nặng và ngược lại TTL rất to nhưng không có LUTS hoặc triệu chứng nhẹ [1]. Do đó có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới thể tích TTL ở bệnh nhân LUTS.

Đã có nhiều công bố quốc tế và trong nước về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới. Một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra được mối tương quan giữa các yếu tố ở nhóm bệnh nhân này. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Bạch Mai - một trong những bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt trong cả nước, hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá thể tích tuyến tiền liệt và tìm hiểu mối liên quan giữa thể tích tuyến tiền liệt với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện Bạch Mai.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nam giới từ 40 tuổi đến khám tại Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu bệnh viện Bạch Mai vì triệu chứng đường tiểu dưới từ tháng 6/2020 - 8/2021 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn	Tiêu chuẩn loại trừ
- Bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên	- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn và/hoặc hội chứng kích thích được đánh giá theo thang điểm IPSS	- Bệnh nhân đã sử dụng thuốc điều trị TSLTTTL: Các nhóm thuốc ức chế 5-alpha-reductase, ức chế phosphodiesterase-5(PDE-5)
- Khám lâm sàng và làm đầy đủ các xét nghiệm tại thời điểm nghiên cứu.	- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật TTL (Mổ dẫn lưu, mổ bóc, mổ nội soi...)

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu mô tả, cắt ngang; áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

3. Quy trình chẩn đoán

Bệnh nhân được chẩn đoán có triệu chứng đường tiểu dưới dựa vào việc khai thác triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng đường tiểu dưới bao gồm các nhóm triệu chứng đờ đầy, tổng xuất và triệu chứng sau tiểu tiện, các bệnh nhân được hỏi và tự cho điểm mức độ nghiêm trọng của từng rối loạn theo thang điểm từ 0 tới 5 (từ hoàn toàn tới hầu như thường xuyên), tổng điểm của bảy câu hỏi được cộng lại được điểm số IPSS.

4. Siêu âm tuyến tiền liệt

Đánh giá kích thước tuyến tiền liệt sử dụng phương pháp siêu âm tuyến tiền liệt qua thành

bụng. Sử dụng công thức để ước tính thể tích TTL như sau:

Thể tích TTL (cm^3) = chiều dày x chiều rộng x chiều cao x $0,5^{[1]}$.

Tuyến tiền liệt được gọi là to khi thể tích tuyến tiền liệt ≥ 20 (cm^3).

Nhiều nghiên cứu lâm sàng chứng minh rằng kích thước tuyến tiền liệt được đo bằng phương pháp siêu âm là một yếu tố tiên lượng kết quả điều trị và gợi ý phương pháp điều trị.

5. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát trên 190 bệnh nhân từ tháng 6/2020 đến 8/2021 chúng tôi ghi nhận:

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,24 \pm 9,80$ (nhỏ nhất là 40 và lớn nhất là 88), trong đó độ tuổi 50 - 69 chiếm tỉ lệ cao nhất là 65,8%.

Bảng 1. Triệu chứng đường tiểu dưới tính theo chỉ số IPSS và nồng độ PSA toàn phần máu (tPSA)

Đặc điểm	N	%	$\bar{X} \pm \text{SD}$	MIN	MAX
Tiểu không hết	171	90	$2,18 \pm 1,27$	0	5
Tiểu nhiều lần	132	70	$1,37 \pm 1,11$	0	5
Tiểu ngắt quãng	125	66	$1,27 \pm 1,12$	0	5
Tiểu gấp	67	35	$0,55 \pm 0,84$	0	3
Tiểu yếu	164	86	$2,15 \pm 1,41$	0	5
Tiểu gắng sức	135	71	$1,75 \pm 1,43$	0	5
Tiểu đêm	180	95	$2,52 \pm 1,35$	0	5
IPSS	190	100	$11,79 \pm 4,18$	4	26
Rối loạn nhẹ	21	11,1%			
Rối loạn vừa	160	84,2%			
Rối loạn nặng	9	4,7%			
tPSA (ng/ml)	190	$4,48 \pm 5,92$		0,16	35,31
< 4	128	67,4%			
4 - 10	43	22,6%			
> 10	19	10%			

Nhận xét: Tổng điểm chỉ số IPSS của nhóm đối tượng nghiên cứu là $11,79 \pm 4,18$, triệu chứng tiểu đêm có giá trị trung bình lớn nhất là $2,52 \pm 1,35$ và cũng là triệu chứng thường gặp nhất (95%). Phân loại chỉ số IPSS theo mức độ, nhóm bệnh nhân có rối loạn mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 84,2%, thấp nhất ở nhóm rối loạn mức độ nặng là 4,7%. Nồng độ PSA toàn phần (tPSA) trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $4,48 \pm 5,92$ (ng/ml), thấp nhất là 0,16 ng/ml và cao nhất là 35,31 ng/ml. Trong bệnh nhân tPSA < 4 ng/ml chiếm tỉ lệ cao nhất 67,4%.

2. Thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm

Bảng 3. Thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm

Đặc điểm	N	$\bar{X} \pm \text{SD}$	MIN	MAX	P-Value
Thể tích tuyến tiền liệt	190	$35,88 \pm 26,05$	0	158	
$\geq 20 \text{ cm}^3$	151	79,5			0,000
< 20 cm^3	39	20,5			< 0,05

Nhận xét: Thể tích tuyến tiền liệt trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $35,88 \pm 26,05$ (cm^3), tỉ lệ bệnh nhân có tuyến tiền liệt $\geq 20 \text{ cm}^3$ chiếm 79,5% lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt < 20 cm^3 với $p = 0,000 < 0,05$.

3. Mối liên quan giữa thể tích tuyến tiền liệt và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 4. Thể tích tuyến tiền liệt phân theo nhóm tuổi

Thể tích TTL theo nhóm tuổi	N	$\bar{X} \pm \text{SD}$	MIN	MAX	P-Value	
Nhóm tuổi	40 - 49	15	$21,07 \pm 20,61$	0	70	0,001
	50 - 59	57	$21,97 \pm 19,87$	0	68	
	60 - 69	68	$37,90 \pm 20,50$	0	106	
	70 - 79	39	$45,18 \pm 28,24$	0	133	
	≥ 80	11	$55,36 \pm 51,37$	0	158	

Yếu tố đánh giá	n	Hệ số tương quan r	P-Value
Tuổi - Thể tích TTL	190	0,314	0,000 ^a

Nhận xét: Tuổi càng cao, tuyến tiền liệt càng to, thể tích TTL có mối tương quan tuyến tính với tuổi với hệ số tương quan là $r = 0,314$, $p = 0,000 < 0,05$. Điều này được thể hiện dưới phương trình: Thể tích TTL (cm^3) = Tuổi x $0,94 - 23,32$

Bảng 3. Thể tích tuyến tiền liệt và điểm số IPSS, tPSA

Thể tích TTL theo điểm số IPSS	n	$\bar{X} \pm \text{SD}$	MIN	MAX	P-Value	
IPSS	Rối loạn nhẹ	21	$34,24 \pm 27,88$	0	106	0,997
	Rối loạn vừa	160	$35,96 \pm 24,92$	0	158	
	Rối loạn nặng	9	$38,22 \pm 41,63$	0	133	

Yếu tố đánh giá	n	Hệ số tương quan r	P-Value
IPSS - Thể tích TTL	190	0,004	0,954
tPSA - Thể tích TTL		0,594	0,000

Nhận xét: Thể tích TTL có mối tương quan tuyến tính với chỉ số PSA toàn phần, với hệ số tương quan lần lượt là $r = 0,594$; $p = 0,000 < 0,05$. Thể tích tuyến tiền liệt không có mối tương quan tuyến tính với điểm số IPSS với giá trị $p = 0,954 > 0,05$.

BÀN LUẬN

Thể tích TTL trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $35,88 \pm 26,05$ (cm^3), với thể tích nhỏ nhất là 0 (cm^3) và lớn nhất là 158 (cm^3). Kết quả này khá tương đồng với tác giả Franco Di Silverio là $35,3$ cm^3 khi cùng thực hiện nghiên cứu trên đối tượng nam giới 40t mắc LUTS^[3]. Tỷ lệ bệnh nhân có tuyến tiền liệt ≥ 20 cm^3 chiếm 79,5% lớn hơn tỷ lệ bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt < 20 cm^3 là 20,5%, sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$. Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc (với 63,5% bệnh nhân có thể tích TTL > 20 ml)^[1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tuổi có mối tương quan thuận với thể tích TTL với hệ số tương quan $r = 0,314$ ($p = 0,000$), tuổi càng cao thể tích tuyến tiền liệt càng lớn, đặc biệt mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến cho thấy ở đối tượng nam giới ≥ 40 t có triệu chứng đường tiểu dưới, trung bình mỗi năm TTL sẽ tăng thêm 0,94 (cm^3). Kết quả này phù hợp đặc điểm sinh lý của sự tăng sinh TTL. Khi càng lớn tuổi, testosterone trong máu giảm dần còn estrogen lại tăng lên, chính sự tăng này đã làm tăng tỷ lệ các thụ thể đối với androgen, do đó Estrogen tác dụng hiệp đồng với androgen để kích thích trực tiếp lên sự sinh trưởng của TTL. Hơn nữa, estrogen còn tác động lên SHBG (Sex hormon binding globulin) làm tăng nồng độ nội tế bào của dihydrotestosterone, từ đó tác động lên prolactin, mà prolactin cũng có thể có vai trò kích thích sự sinh trưởng TTL. Ngoài ra tình trạng lão hoá khi tuổi càng cao dẫn đến gia tăng các phản ứng viêm, thoái hoá các mạch máu nhỏ, gây thiếu dinh dưỡng, stress oxy hoá tạo điều kiện làm tăng sản tuyến tiền liệt. Kết quả của chúng tôi với các nghiên cứu trong và ngoài nước, các tác giả Hoài Bắc, Jee Soo Park đều chỉ ra mối tương quan này với hệ số tương quan lần lượt là 0,31 ($p < 0,001$) và 0,48 ($p = 0,001$)^{[1], [4]}.

Kết quả của chúng tôi còn chỉ ra thể tích tuyến tiền liệt cũng có mối tương quan thuận chiều với nồng độ tPSA với $r = 0,594$; $p = 0,000 < 0,05$. tPSA là một kháng nguyên đặc hiệu của TTL nhưng không phải đặc hiệu của ung thư TTL, tuy nhiên tPSA có vai trò rất quan trọng trong quá trình phát sinh ung thư TTL. Vì nó là một enzym protease có tác dụng phân cắt plasminogen vốn sẵn có trong huyết thanh thành một peptid. Chất này có tác dụng ức chế sự sinh trưởng của mạch máu và chống lại sự phát triển của tế bào ung thư. Vì thế khi xuất hiện ung thư TTL thì nồng độ tPSA cũng tăng rất cao như là một phản ứng đề kháng tự nhiên

của cơ thể để chống lại sự ác tính hóa biểu mô của TTL, mặc dù không ngăn cản được. Cơ chế chính xác của việc tăng nồng độ tPSA trong huyết thanh đến nay vẫn chưa được biết rõ, nhưng có giả thuyết đã gợi ý như sau: bình thường lòng ống tuyến tiền liệt là nơi chứa nồng độ tPSA cao nhất trong cơ thể; có rất nhiều hàng rào tồn tại giữa lòng ống TTL và các mao mạch; những rào cản này bao gồm những màng nền của tuyến, chất đệm TTL và các tế bào nội mô mao mạch; khi có nhiễm trùng tiết niệu, viêm TTL và ung thư TTL, những hàng rào này bị phá vỡ và vì thế tPSA ồ ạt tràn vào máu^[5].

Tổng điểm IPSS của đối tượng nghiên cứu là $11,79 \pm 4,18$, trong đó nhóm bệnh nhân có rối loạn mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất là 84,2% và tiểu đêm là triệu chứng thường gặp nhất ở các bệnh nhân, chiếm 95%. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình tăng dần theo các mức độ điểm triệu chứng, lớn nhất ở nhóm rối loạn mức độ nặng với giá trị $38,22 \pm 41,63$ (cm^3), nhỏ nhất ở nhóm có rối loạn nhẹ là $34,24 \pm 27,88$ (cm^3). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,997 > 0,05$), thể tích tuyến tiền liệt cũng không có mối tương quan tuyến tính với điểm số IPSS với giá trị $p = 0,954 > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới. W.P.J.Witjes nghiên cứu trên 150 nam giới mắc LUTS cũng cho ra kết quả tổng điểm IPSS và thể tích TTL không có mối tương quan tuyến tính với nhau ($r = 0,03$; $p = 0,76 > 0,05$), tuy nhiên thể tích TTL lại có mối tương quan tuyến tính lỏng lẻo với triệu chứng tiểu gắng sức ($r = 0,17$; $p = 0,05$)^[7]. Tuy nhiên có một vài nghiên cứu lại cho ra kết quả trái ngược. Zorba và cộng sự chỉ ra rằng điểm số IPSS trung bình tăng dần theo thể tích TTL ($p = 0,001 < 0,05$)^[8], Ross M. Simon cho thấy điểm số IPSS trung bình ở nhóm có thể tích TTL > 40 ml là lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có TTL ≤ 40 ml ($p < 0,001$)^[6]. Trong thực hành lâm sàng chúng tôi nhận thấy có nhiều bệnh nhân đến khám vì những phiền toái về triệu chứng đường tiểu dưới nhưng thăm khám cho thấy TTL chỉ quá sản mức độ vừa phải, ngược lại cũng có nhiều bệnh nhân chẳng có than phiền nhiều về đường niệu nhưng lại có TTL phì đại rất lớn.

KẾT LUẬN

Thể tích TTL trung bình ở nhóm bệnh nhân nam giới từ 40t có triệu chứng đường tiểu dưới là $35,88 \pm 26,05$ (cm^3), với thể tích nhỏ nhất là 8 (cm^3) và lớn nhất là 158 (cm^3). Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có tuyến tiền liệt ≥ 20 cm^3 chiếm 79,5% và lớn hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt $< 20\text{cm}^3$ là

20,5%. Thể tích tuyến tiền liệt tăng dần theo tuổi, trung bình mỗi năm TTL sẽ tăng thêm 0,94 (cm³). Thể tích tuyến tiền liệt có mối tương quan tuyến tính thuận với nồng độ PSA toàn phần (r = 0,594; p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Bắc, Hạ Hồng Cường, Hoàng Long. Khảo sát thể tích tuyến tiền liệt ở nam giới trên 45 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021:498, 213.

2. Trịnh Văn Minh. Giải Phẫu Người. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2010.

3. Di Silverio F, Sciarra A, D'Eramo G., et al. Relationship among age, prostate-specific antigen, and prostate volume in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and in different groups of men with and without benign and malignant prostate diseases. Prostate. 1998;36(1):1-7.

4. Park J.S., Koo K.C., Kim H.K., et al. Impact of metabolic syndrome-related factors on the development of benign prostatic hyperplasia and

lower urinary tract symptoms in Asian population. Medicine (Baltimore), 2019;98(42), e17635.

5. S. Gravas et al. Guidelines on the Management of Non Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). Benign Prostatic Obstruction (BPO), European Association of Urology.:2015.

6. Simon R.M., Howard L.E., Moreira D.M., et al. Does Prostate Size Predict the Development of Incident Lower Urinary Tract Symptoms in Men with Mild to No Current Symptoms? Results from the REDUCE Trial. Eur Urol, 2016;69(5), 885–891.

7. Witjes W.P., Aarnink R.G., Ezz-el-Din K., et al. The correlation between prostate volume, transition zone volume, transition zone index and clinical and urodynamic investigations in patients with lower urinary tract symptoms. Br J Urol, 1997;80(1), 84–90.

8. Zorba O.Ü., Uzun H., Önem K., et al. Association Between Prostate Volume and Red Cell Distribution Width. Low Urin Tract Symptoms, 2014;6(1), 52–56.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐAU SAU PHẪU THUẬT CHI TRÊN Ở BỆNH NHÂN CÓ HOẶC KHÔNG GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY MỘT LẦN

NGUYỄN MẠNH HÙNG¹, PHẠM QUANG MINH²
¹Trường Đại học Y khoa Vinh
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh mức độ đau và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật chi trên ở bệnh nhân có hoặc không gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần. **Nghiên cứu** 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai được chia thành hai nhóm: nhóm gây mê toàn thân kết hợp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang (nhóm I) và nhóm gây mê toàn thân đơn thuần kết hợp với sử dụng giảm đau cơ bản (nhóm II). **Kết quả** cho thấy khi nghỉ ngơi, nhóm I có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm II ở 8 giờ đầu (p<0,05). Khi vận động, nhóm I có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm II ở 6 giờ đầu (p<0,05). Giờ thứ 8 đến giờ thứ 16 nhóm I có điểm đau cao hơn và yêu cầu giảm đau cao hơn nhóm II, tuy nhiên mức độ không lớn (p > 0,05).

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Mạnh Hùng

Email: manhhung2584@gmail.com

Ngày nhận: 08/9/2021

Ngày phản biện: 01/10/2021

Ngày duyệt bài: 12/10/2021

Nhóm I: có 70% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng, 20% bệnh nhân cảm thấy hài lòng, 10% không hài lòng. **Nhóm II:** có 73,3% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng, 23,3% bệnh nhân cảm thấy hài lòng, 3,3% không hài lòng. Sự hài lòng của nhóm II cao hơn nhóm I, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Từ khóa: Đau sau phẫu thuật chi trên, gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần, gây mê toàn thân.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PAIN AFTER SURGERY UPPER EXTREMITY SURGERY IN PATIENTS WITH OR WITHOUT SINGLE BRACHIAL PLEXUS BLOCK

Objectives: To compare pain severity and need for analgesics after surgery upper extremity surgery in patients with or without single brachial plexus block. The study of 60 patients undergoing shoulder arthroscopy was divided into two groups: general anesthesia combined with brachial plexus anesthesia of the