

TDMP trên X-quang. Kết quả trên chứng tỏ X-quang là 1 phương pháp chẩn đoán TDMP có giá trị khá cao. Mức độ tràn dịch trên X-quang tương ứng với nguyên nhân gây tràn dịch là suy thận, suy tim, xơ gan thường gây tràn dịch mức độ vừa và ít.

4.3. CT scan lồng ngực

Trên 45 bệnh nhân TDMP 2 bên dịch thấm có phim chụp CLVT có 43 bệnh nhân (93,9%) phát hiện TDMP 2 bên. 2 bệnh nhân (4,4%) phát hiện TDMP 1 bên. Tồn thương hay gặp kèm theo TDMP là tổn thương tổ chức kẽ và xẹp phổi. Tổn thương phổi hợp phát hiện trong chụp CLVT: 17,8% (8 bệnh nhân) phát hiện có hạch trung thất trên phim CLVT, 24,4% (10 bệnh nhân) phát hiện có tràn dịch màng tim kèm theo. Các tổn thương phổi hợp trong chụp cắt lớp vi tính thường gặp là tràn dịch màng tim. Điều này phù hợp với nguyên nhân của TDMP 2 bên thường là do các bệnh lý của thận, tim gây giảm áp lực keo hoặc tăng áp lực thủy tĩnh gây tràn dịch đa màng.

4.4. Xét nghiệm DMP

Có 47/66 bệnh nhân được làm xét nghiệm đánh giá màu sắc dịch màng phổi. Trong đó dịch vàng chanh chiếm tỷ lệ 85,1%, còn lại là dịch hồng. Protein trung bình của dịch màng phổi trong nhóm tràn dịch màng phổi hai bên dịch thấm là $21,95 \pm 6,52$. Cao nhất là 29,5g/l, thấp nhất là 6g/l. Có 5 trường hợp (7,6%) có phản ứng Rivalta dương tính. Trong số 66 bệnh nhân tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thấm có 32 bệnh nhân

được làm xét nghiệm tế bào học dịch màng phổi. Trong đó không tìm thấy có tế bào ung thư trong dịch màng phổi.

KẾT LUẬN

Tràn dịch màng phổi 2 bên dịch thấm thường là tràn dịch số lượng nhiều và vừa, màu sắc chủ yếu là vàng chanh và có cả dịch màu hồng, phản ứng Rivalta dương tính chiếm 7,6%. TDMP 2 bên do nhiều nguyên nhân gây ra: suy thận, suy tim, xơ gan, hội chứng thận hư, suy kiệt trong đó không rõ nguyên nhân chiếm 22,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Valdes L** (1998). *Tuberculous pleurisy effusions. Fishman's pulmonary disease and disorder 3rd*, Mc Graw Hill, Philadelphia, 1. 1429-1428.
2. **Light R.W** (1991). *Management of parapneumonic effusions*, Chest, 100, 892 — 893.
3. **Ngô Quý Châu và cộng sự** (2002). *Mô hình bệnh tật khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai 1996 — 2000*. Kỳ yếu các công trình nghiên cứu khoa học 2002 Bệnh viện Bạch Mai.
4. **Bùi Xuân Tám** (1999). *Chẩn đoán nguyên nhân TDMP thanh tơ và máu. Bệnh học hô hấp*, Nhà xuất bản Y học.
5. **Phan Thu Phương** (2012). *Tràn dịch màng phổi. Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, (1), 95 - 106.

NGHIÊN CỨU PHÂN LOẠI TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ

NGUYỄN THỊ BÌNH¹, NGUYỄN XUÂN HIỀN²

¹Bác sỹ cao học 24 Đại học Y Hà Nội

²Bác sỹ khoa Chẩn đoán hình ảnh BV Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt từ của các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu thống kê tiến cứu từ 11/2015 đến 10/2016 phân loại cho 68 bệnh nhân được chụp cộng hưởng tuyến tiền liệt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt thuộc loại 0: không có, loại 1: 18 ca (26,1%), loại 2: 8 ca (11,76%), loại 3: 22 ca (32,35%), loại 4: 5 ca (7,35%), loại 5: 14 ca (20,59%), loại 6: 1 ca (1,47%), loại 7 không có. **Kết luận:** Cộng hưởng từ với lợi thế là phương pháp khách quan, tương phản mô mềm cao, đánh giá được nhiều mặt phẳng, có thể được sử dụng để phân loại tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Xuân Hiền

Email: ngochienduylocbm@gmail.com

Ngày nhận: 23/2/2017

Ngày phân biện: 09/3/2017

Ngày duyệt bài: 22/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017

Từ khóa: Cộng hưởng từ tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, cộng hưởng từ tuyến tiền liệt

SUMMARY

CLASSIFICATION OF PROSTATIC BENIGN HYPERPLASIA IN MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Objective: Study classifying prostatic benign hyperplasia of patients were performed magnetic resonance imaging at Bach Mai Hospital. **Method:** The prospective statistic study from 11/2015 to 10/2016 to classify for 68 patients were performed prostatic magnetic resonance imaging at the Radiology department of Bach Mai hospital. **Result:** The rate of prostatic benign hyperplasia such as type 0 and 7: none, type 1: 18 cases (26.1%), type 2: 8 cases (11.76%), type 3: 22 cases (32.35%), type 4: 5 cases (7.35%), type 5: 14 cases (20.59%), type 6: 1 case (1.47%). **Conclusion:** Magnetic resonance with the advantage such as an objective method, high soft tissue contrast, evaluating multiple planes, can be used to classify prostatic benign hyperplasia.

Keywords: Prostatic benign hyperplasia, prostatic magnetic resonance imaging.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là một bệnh phổ biến ở nam giới tuổi trung niên và cao tuổi, gây nên các triệu chứng rối loạn tiểu tiện ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [1]. Các phân loại TSLTTTL trước đó dựa trên bệnh học và siêu âm đã được báo cáo theo các vùng phì đại khác nhau. Phân loại TSLTTTL quan trọng vì mỗi loại có triệu chứng khác nhau do đó cần có phương pháp điều trị thích hợp. Các loại TSLTTTL trên cộng hưởng từ (CHT) do Wasserman và cộng sự phân loại như sau: Loại 0: thể tích nhỏ hơn hoặc bằng 25 cm³ cho thấy ít hoặc không có vùng phì đại. Loại 1: phì đại vùng chuyển tiếp hai bên. Loại 2: phì đại vùng sau niệu đạo. Loại 3: phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và vùng sau niệu đạo. Loại 4: phì đại vùng trung tâm có cuống giống như polyp. Loại 5: phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và vùng trung tâm có cuống lồi vào lòng bàng quang không làm dịch chuyển cổ bàng quang. Loại 6: phì đại dưới tam giác bàng quang hoặc phì đại lạc vị trí. Loại 7: phối hợp các loại phì đại khác. Chúng tôi nghiên cứu đánh giá hình ảnh CHT bệnh nhân TSLTTTL được chẩn đoán mô học và trình bày các loại phì đại khác nhau trên CHT. Với ưu thế khách quan, đa mặt phẳng và độ phân giải tương phản mô mềm cao, có thể sử dụng cho những bệnh nhân TSLTTTL phân biệt với ung thư tuyến tiền liệt (TTL), ước tính khối lượng từng vùng và toàn bộ tuyến tiền liệt, xác định tỷ lệ mô đệm/ tuyến, phát hiện vùng phì đại.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL có chỉ định nút mạch và được chụp CHT trước can thiệp tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 11/2015 đến 10/2016. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm thể tích TTL trên 25cm³, có triệu chứng đường tiểu dưới IPSS > 20, chất lượng cuộc sống QoL > 4, chỉ số PSA ≤ 4ng/ml hoặc 4 < PSA < 10 ng/ml (tỷ lệ PSA tự do/ toàn phần > 0,25), TSLTTTL điều trị nội khoa 6 tháng thất bại. Tiêu

| | Loại 0 | Loại 1 | Loại 2 | Loại 3 | Loại 4 | Loại 5 | Loại 6 | Loại 7 | Tổng |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| Số bệnh nhân | 0 | 18 | 8 | 22 | 5 | 14 | 1 | 0 | 68 |
| Tỷ lệ % | 0 | 26,47 | 11,76 | 32,35 | 7,35 | 20,59 | 1,47 | 0 | 100 |

2. Tăng sinh vùng chuyển tiếp hai bên (loại 1)

Mép vùng chuyển tiếp xuất hiện rõ hơn khi phì đại, phì đại dẫn đến sự đè ép lớp cơ bên ngoài của niệu đạo đến vùng bao giả xơ cơ đệm (vỏ phẫu thuật). Phì đại vùng chuyển tiếp hai bên. Phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và nốt TSLTTTL được đánh giá tốt trên ảnh CHT axial và coronal. Nghiên cứu của chúng tôi có 18 bệnh nhân thuộc phân loại này chiếm 26,47%.

3. Tăng sinh vùng sau niệu đạo gần (vùng trung tâm loại 2)

Phì đại vùng sau niệu đạo phát sinh từ tuyến xung quanh niệu đạo sau. Loại này có thể dẫn đến tắc nghẽn bàng quang vì đè ép cổ bàng quang và di chuyển tam giác bàng quang ở phía trên. Nó được

chuẩn loại trừ các bệnh nhân nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm TTL, ung thư TTL.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, phương tiện nghiên cứu máy CHT 1.5 Tesla (Avanto và Philips) sử dụng coil body với các chuỗi xung.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Phân loại tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ

CHT được sử dụng phổ biến hơn trong ung thư TTL do độ phân giải tương phản và độ nhạy tốt hơn. Tuy nhiên, trong những năm gần đây với sự phát triển của phương pháp nút động mạch trong điều trị bệnh TSLTTTL, CHT đã được sử dụng nhiều hơn trong bệnh lý này nhằm loại trừ ung thư TTL, đánh giá trước điều trị. Ngoài phát hiện những tổn thương nghi ngờ ác tính, CHT còn được sử dụng để hướng dẫn sinh thiết. Randall [3] đã mô tả trước đây là phân loại cho TSLTTTL trong 222 trường hợp khám nghiệm tử thi. Sau đó Wasserman và cộng sự đưa ra phân loại trên CHT như sau [3]:

Loại 0: ≤ 25cm³ và có ít hoặc không có vùng phì đại.

Loại 1: phì đại vùng chuyển tiếp hai bên (35%)

Loại 2: phì đại vùng sau niệu đạo của vùng chuyển tiếp (10%)

Loại 3: phì đại vùng chuyển tiếp hai bên, sau niệu đạo của vùng chuyển tiếp (46%)

Loại 4: phì đại đơn độc hoặc nhiều cuống giống polyps ở vùng trung tâm

Loại 5: phì đại có cuống ở vùng trung tâm cùng với vùng chuyển tiếp hai bên hoặc phì đại vùng sau niệu đạo (cả trung tâm và chuyển tiếp), lồi vào lòng bàng quang nhưng không làm dịch chuyển cổ bàng quang

Loại 6: phì đại dưới tam giác cổ bàng quang hoặc phì đại lệch vị trí

Loại 7: kết hợp các loại phì đại.

Bảng 1: Phân loại tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ

đánh giá tốt nhất trên hình ảnh sagittal do mối liên quan giữa tam giác bàng quang và mô TTL sau niệu đạo.

Loại 2: chỉ phì đại vùng sau niệu đạo, trong nghiên cứu này loại 2 có 8 trong số 68 bệnh nhân chiếm 11,76%.

Loại 3 bao gồm những bệnh nhân phì đại vùng chuyển tiếp và vùng sau niệu đạo. Type 1 và 3 phổ biến nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 68 bệnh nhân thì loại 3 chiếm 22 trong số 68 bệnh nhân (32,35%).

4. Tăng sinh vùng trung tâm có cuống (loại 4)

Randall [3] sử dụng thuật ngữ phì đại "dưới cổ" cho bệnh lý phát triển từ bề mặt tuyến xung quanh niệu đạo vị trí thành sau niệu đạo gần. Điều này tương ứng

với phì đại có cuống theo phân loại trên CHT (một dạng lõi của TTL vào trong bàng quang). Trong loại này, có một hoặc nhiều hơn một nốt tăng sinh TTL chia thùy lõi trực tiếp vào bàng quang. Ngược với phì đại sau niệu đạo, loại này dẫn đến tắc nghẽn bàng quang nhưng không di chuyển tam giác bàng quang ở phía trên. Nó được đánh giá tốt trên ảnh T2W sagittal.

Phì đại có cuống phổ biến hơn ở bệnh nhân trẻ [3]. Phì đại có cuống đơn thuần được coi là loại 4 trong phân loại CHT. Trong nghiên cứu của chúng tôi loại 4 có 5 trong số 68 bệnh nhân chiếm 7,35%.

Loại 5 bao gồm bệnh nhân với phì đại vùng trung tâm có cuống và phì đại vùng chuyển tiếp hoặc và phì đại sau niệu đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi loại 5 có 14 trong số 68 bệnh nhân (20,59%)

5. Tăng sinh dưới tam giác cổ bàng quang (loại 6)

Phì đại tuyến vùng xung quanh niệu đạo có thể được nhìn thấy trong vùng dưới tam giác cổ bàng quang. Tổn thương thường là hình oval hoặc hình tròn. Đây là loại TSLTTTL hiếm, thường không dẫn đến triệu chứng tắc nghẽn vì vị trí tương đối biệt lập của nó [3]. Đây là loại 6, được đánh giá tốt trên hình ảnh sagittal. Nghiên cứu của chúng tôi loại 6 có 1

trong 68 bệnh nhân (1,47%).

Loại 7: bao gồm bệnh nhân kết hợp các loại phì đại. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào thuộc phân loại này

KẾT LUẬN

TSLTTTL là một tình trạng phổ biến ở nam giới trung niên và cao tuổi gây ra triệu chứng đường tiểu dưới ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. CHT với độ phân giải tương phản mô mềm cao, khách quan, có thể ước lượng thể tích vùng tăng sinh hoặc thể tích toàn bộ TTL, phát hiện các vùng phì đại và phân loại TSLTTTL giúp cho việc lựa chọn điều trị. Vì vậy, sắp tới đây là một trong các kỹ thuật hỗ trợ các bác sỹ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh đánh giá cũng như quản lý các bệnh nhân TSLTTTL có triệu chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berry SJ et al** (1984). *The development of human benign prostatic hyperplasia with age*, 132: 474–479.
2. **Grossfeld GD et al** (2000). *Benign prostatic hyperplasia: clinical overview and value of diagnostic imaging*, 38: 31–47.
3. **Randall A et al** (1931). *Surgical pathology of prostatic obstructions*. Urology 1931.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP MỔ CẮT TRĨ PHỐI HỢP VỚI KHÂU TREO

DƯƠNG PHONG¹, PHẠM THẾ HIỀN²

¹Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, ²Trường Đại học Trà Vinh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các trường hợp trĩ độ 3 và 4, biểu hiện lâm sàng là sa vòng hay gần vòng phải được điều trị bằng phẫu thuật. Vấn đề mà cả thầy thuốc và bệnh nhân quan tâm là kết quả sau mổ tỷ lệ trĩ sót và da thừa có cải thiện được không. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phương pháp mổ cắt trĩ phối hợp với khâu treo trong điều trị trĩ sa vòng và gần vòng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, theo dõi dọc, được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ tháng 7/2010 đến tháng 11/2011. **Kết quả:** Tỷ lệ da thừa còn cao nhưng tỷ lệ trĩ sót và sa niêm mạc ống hậu môn trực tràng rất khả quan.

Từ khóa: Mổ cắt trĩ phối hợp với khâu treo.

SUMMARY

RESEARCH RESULTS OF HEMORRHOIDECTOMY COMBINED WITH SURROUNDED SUTURE AND SUSPENSION

Chịu trách nhiệm: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận: 08/2/2017

Ngày phân biện: 18/3/2017

Ngày duyệt bài: 30/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017

Background: Patients with three and four-degree hemorrhoids that have symptoms like circular prolapsed or nearly circular prolapsed hemorrhoids need to be treated with surgery. The problem that physicians and patients worry about is whether if the ratios of remaining hemorrhoidal tissues and excess skin after surgery do improve. **Objective:** The purpose of this study is an effort to access the results of hemorrhoidectomy combined with surrounded suture and suspension in treating circular prolapsed and nearly circular prolapsed hemorrhoids. **Materials and methods:** The clinical non-control group intervention and longitudinal study was conducted at Medical and Pharmacy University Hospital of Ho Chi Minh city from July 2010 to November 2011. **Results and conclusions:** The ratio of excess skin is still high but the ratios of remaining hemorrhoidal tissues and mucous membrane prolapse of the anorectal canal are quite satisfactory.

Keywords: Hemorrhoidectomy combined with surrounded suture and suspension.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ sa vòng và gần vòng phải được điều trị bằng phẫu thuật. Tuy nhiên trĩ sót và da thừa là vấn đề quan tâm của cả thầy thuốc và bệnh nhân. Trĩ sót và da