

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

TRỊNH TÚ TÂM

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG,
CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT
BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH**

Chuyên ngành: Chẩn đoán hình ảnh

Mã số: 62720166

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

Công trình được hoàn thành tại:
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Nguyễn Quốc Dũng**
- 2. PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiền**

Phản biện 1:

.....

Phản biện 2:

.....

Phản biện 3:

.....

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện

Vào hồi: giờ ngày tháng năm 20

Tại Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

Có thể tìm tài liệu tại:

1. Thư viện Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108
2. Thư viện Quốc gia

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phì đại lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh phổ biến ở nam giới từ sau tuổi trung niên. Tỷ lệ bệnh tăng theo tuổi, có khoảng trên 50% nam giới từ 50 tuổi bị phì đại lành tính tuyến tiền liệt, tỷ lệ này lên đến trên 90% ở những người 80 tuổi. Ở Việt Nam, cùng với sự phát triển của xã hội, tuổi thọ người dân ngày càng cao, tỷ lệ số người phì đại lành tính tuyến tiền liệt theo đó cũng tăng lên.

Chẩn đoán phì đại lành tính tuyến tiền liệt cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, nước tiểu và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ rất có giá trị, đặc biệt là những máy cộng hưởng từ có từ lực mạnh từ 1 Tesla trở lên.

Có nhiều phương pháp để lựa chọn trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt như điều trị nội khoa, ngoại khoa, can thiệp xâm lấn tối thiểu... tùy theo giai đoạn phát triển cũng như mức độ gây rối loạn tiểu tiện. Trong các phương pháp điều trị thì phẫu thuật nội soi hiện đang được áp dụng rộng rãi.

Nút động mạch tuyến tiền liệt là kỹ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt được phát triển và ứng dụng trong những năm gần đây tại nhiều nước trên thế giới. Hiệu quả của kỹ thuật này đã được chứng minh trong nhiều thử nghiệm lâm sàng. Hiện nay tại Việt Nam cũng đã có một số trung tâm lớn triển khai nút động mạch tuyến tiền liệt như bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Đại học Y Hà Nội... tuy nhiên các công trình nghiên cứu về lĩnh vực này còn chưa nhiều, thời gian theo dõi sau thủ thuật còn ngắn. Xuất phát từ tình hình thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút mạch”** nhằm hai mục tiêu:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phương pháp nút mạch.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút mạch.*

Đóng góp mới của luận án:

- Đề tài đã nêu được một số đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) tuyến tiền liệt (TTL) ở bệnh nhân (BN) phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐLT TTL) đặc biệt là phân loại hình thái, độ lỗi liên quan tới thủ thuật can thiệp nút động mạch (ĐM).
- Là nghiên cứu (NC) ứng dụng phương pháp mới trong điều trị PĐLT TTL ở nước ta.
- Đánh giá hiệu quả về lâm sàng sau thực hiện nút động mạch TTL trong thời gian tương đối dài (6 và 12 tháng)
- Đưa ra được một số yếu tố lâm sàng, kỹ thuật liên quan tới kết quả điều trị sau 12 tháng.

Bố cục của luận án:

Luận án gồm 129 trang: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 40 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 19 trang, kết quả 25 trang, bàn luận 40 trang, kết luận 2 trang và kiến nghị 1 trang.

Luận án có 29 bảng, 7 biểu đồ, 5 sơ đồ, 38 hình và 133 tài liệu tham khảo (8 tài liệu tiếng Việt và 125 tài liệu tiếng Anh).

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa phì đại lành tính tuyến tiền liệt

Phì đại lành tính tuyến tiền liệt là tình trạng tăng sinh các tế bào biểu mô và tế bào cơ trơn của vùng chuyển tiếp TTL, hậu quả là làm tăng thể tích tuyến và thường dẫn tới các triệu chứng của đường tiết niệu thấp nên bệnh lý này còn được gọi theo cách gọi khác là tăng sinh lành tính TTL.

1.2. Triệu chứng và tiến triển lâm sàng

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- *Nhóm triệu chứng do kích thích:* tăng số lần đi tiểu trong ngày, tiểu đêm, tiểu gấp và tiểu không tự chủ.

- *Nhóm triệu chứng do tắc nghẽn:* tia nước tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, tiểu nhỏ giọt, phải rặn khi đi tiểu, tiểu són.

Mức độ nặng của các triệu chứng thường được đánh giá dựa trên các thang điểm IPSS và bộ câu hỏi về chất lượng cuộc sống.

1.2.2. Thăm khám thực thể

- Thăm trực tràng là bước quan trọng nhất trong khám lâm sàng.

1.3. Các xét nghiệm chẩn đoán

1.3.1. Các xét nghiệm thường quy

Xét nghiệm nước tiểu

Creatinin huyết thanh

1.3.2. Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt – PSA

PSA là một kháng nguyên đặc hiệu được tiết ra bởi các tế bào biểu mô TTL và có thể đo được trong máu. PSA được ứng dụng chính trong sàng lọc ung thư TTL nhưng cũng có thể được sử dụng trong chẩn đoán và tiên lượng PDLTTTL.

1.3.3. Các xét nghiệm bổ sung

Tế bào học nước tiểu; Siêu âm hệ tiết niệu và TTL; Đo lượng nước tiểu tồn dư; Nội soi bàng quang, niệu đạo; Đo tốc độ dòng tiểu tối đa; Các xét nghiệm đo áp lực dòng chảy.

1.3. Các phương pháp điều trị

1.3.1. Điều trị nội khoa

Được chỉ định đối với các trường hợp PDLTTTL có triệu chứng gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của BN nhưng chưa có các biến chứng nặng, mạn tính.

1.3.2. Điều trị ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa được chỉ định cho các trường hợp có triệu chứng nặng, không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác.

Các phương pháp can thiệp ngoại khoa chính hiện nay gồm: phẫu thuật nội soi (TURP), mổ mở và cắt TTL bằng laser trong đó phẫu thuật nội soi hiện vẫn được coi là phương pháp can thiệp ngoại khoa tiêu chuẩn.

1.4. Nút động mạch điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt

1.4.1. Cơ chế tác động

1.4.1.1. Cơ chế gây nhồi máu do thiếu máu

Mục tiêu của nút ĐM TTL trong điều trị Hội chứng đường tiểu dưới (HCĐTĐ) ở BN PDLTTTL nhằm làm giảm tưới máu cho toàn bộ vùng tuyến bị phì đại, để tạo ra tình trạng tổn thương mô do thiếu máu không hồi phục. Theo thời gian tình trạng phù mô đệm sẽ giảm dần kèm theo quá trình tái cấu trúc của các mô trong vùng nhồi máu làm cho TTL teo nhỏ lại.

1.4.1.2. Cơ chế gây chết tế bào theo chương trình

Nút ĐM TTL giảm dòng máu tới nuôi TTL và vùng mô tuyến phi đại vì vậy có tác dụng hạn chế vận chuyển testosterone và DHT tới tuyến dẫn tới giảm chuyển hoá DHT trong tuyến, do đó có thể tạo ra tác dụng tương tự thuốc ức chế thụ thể 5alpha-reductase.

1.4.1.3. Cơ chế gây ảnh hưởng tới thần kinh nội tại tuyến tiền liệt

Do nút ĐM TTL đồng thời cũng có thể làm giảm chi phối thần kinh ở các vùng này cũng như giảm số lượng các thụ thể alpha1-adrenergic ở các tế bào cơ trơn bị tổn thương có tác dụng như thuốc kháng alpha1-adrenergic.

1.4.2. Chỉ định và chống chỉ định

1.4.2.1. Chỉ định

Tiêu chuẩn chính để lựa chọn BN: có các triệu chứng đường tiết niệu dưới trung bình đến nặng (IPSS \geq 13-18 và điểm chất lượng cuộc sống \geq 3) và có bằng chứng về giảm lưu lượng nước tiểu (tỷ lệ Qmax <12-15 mL/giây) hoặc bí tiểu cấp tính.

1.4.2.2. Chống chỉ định

Chống chỉ định điều trị nếu BN mắc bệnh ác tính, suy thận, túi thừa bàng quang lớn, sỏi bàng quang, bàng quang thần kinh, rối loạn thần kinh có thể ảnh hưởng đến chức năng bàng quang, hẹp niệu đạo, nhiễm trùng đường tiết niệu hay viêm TTL cấp tính.

1.4.3. Kỹ thuật nút ĐM tuyến tiền liệt

1.4.3.1. Kỹ thuật nút cơ bản

Đường vào can thiệp thường từ ĐM đùi hoặc ĐM quay.

Ống thông được đặt ở đoạn gần ĐM chậu trong sau đó chụp chọn lọc ĐM TTL. Khi ống thông ở vị trí mong muốn, sẽ tiến hành nút ĐM bằng hỗn hợp vật liệu nút mạch pha loãng với nước muối sinh lý.

1.4.3.2. Kỹ thuật nút cải tiến

- Kỹ thuật PER-FECTED

Kỹ thuật nút các nhánh mạch gần trước sau đó mới nút nhánh xa (Proximal Embolization First, Then Embolize Distal). Trong kỹ thuật này, vi ống thông được đặt vào đoạn gần của ĐM TTL để nút trước. Sau đó, người làm điều chỉnh vi ống thông đi sâu vào các nhánh ĐM bên trong TTL và tiến hành nút mạch nhắc lại.

- *Nút mạch bằng vòng xoắn kim loại - Coil (Coil embolization)*

Mục tiêu của việc sử dụng Coil trong nút ĐM TTL nhằm mục đích để làm giảm các biến chứng xảy ra do nút mạch như khi xuất hiện các vòng nối với ĐM trực tràng và ĐM dương vật.

- *Chèn bóng (Balloon Occlusion)*

Các vi ống thông được thiết kế và sử dụng để giảm nguy cơ trào ngược các hạt vào các mạch máu không phải đích trong quá trình nút mạch.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 66 BN được nút ĐM điều trị PĐLTTL tại BV Hữu Nghị từ 05/2015 đến 06/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn của NC.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán PĐLTTL với thể tích tuyến $\geq 25\text{mL}$
- Điểm IPSS >18 và/hoặc QoL >3
- Được nút ĐM TTL điều trị PĐLTTL tại BV Hữu Nghị.
- Có phim CHT TTL và hồ sơ bệnh án được lưu trữ đầy đủ
- 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)
- Túi thừa bàng quang lớn
- Sỏi bàng quang
- Suy thận mạn tính
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu cấp tính
- Rối loạn đông máu nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu: không xác suất, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính cỡ mẫu tối thiểu theo công thức ước tính cỡ mẫu cho ước tính tỉ lệ, theo đó chúng tôi qua nghiên cứu này muốn ước tính tỉ lệ thành công về mặt cải

thiện triệu chứng lâm sàng của các BN PDLTTTL được thực hiện nút ĐM TTL, chúng tôi áp dụng công thức:

$$n \geq \left(\frac{1.96}{m} \right)^2 \hat{p}(1 - \hat{p})$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu; m: sai số so với tỉ lệ thật, chúng tôi chọn $m = 0,125$; p: tỉ lệ thành công trong y văn, chúng tôi chọn $p=0,78$ theo nghiên cứu của Pisco (2013)

Thay vào công thức được cỡ mẫu tối thiểu là 43 BN, thực tế nghiên cứu có 66 BN.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn BN nghiên cứu

- Thông báo về tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu, thông tin kỹ thuật cho các khoa lâm sàng có liên quan để sàng lọc BN có nhu cầu điều trị bằng kỹ thuật nút ĐM TTL.

- Gặp mặt và thảo luận với BN, bác sĩ lâm sàng về chỉ định điều trị nút ĐM TTL, các lựa chọn điều trị khác ngoài nút ĐM TTL bao gồm cả lựa chọn phẫu thuật hay đốt laser, cung cấp tờ giới thiệu thông tin của kỹ thuật nút ĐM TTL cho BN.

- Tiến hành bước 2 nếu BN đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi gặp mặt và thảo luận.

Bước 2: Thực hiện các thăm dò trước can thiệp

- CHT TTL được thực hiện trước can thiệp ở tất cả các BN để sàng lọc các tổn thương nguy cơ ác tính, phân loại kiểu hình phì đại

- Đo thể tích TTL trên CHT

- Xét nghiệm PSA để sàng lọc nguy cơ ung thư

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

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

- Các thăm dò thường quy khác.

Bước 3: Tiến hành can thiệp nút ĐM TTL

- Can thiệp nút ĐM TTL theo quy trình

- Đánh giá kết quả ngay sau can thiệp

Bước 4: Theo dõi sau can thiệp nút ĐM TTL

- Điểm triệu chứng (IPSS) và chất lượng cuộc sống (QoL) được đánh giá định kỳ ở các thời điểm 6 và 12 tháng.

- Đánh giá đáp ứng lâm sàng tại thời điểm 6 và 12 tháng.

Bước 5: Thống kê, xử lý số liệu và hoàn thành luận án

2.4. Các biến số nghiên cứu

2.4.1. Các biến số lâm sàng, cận lâm sàng trước can thiệp

Lâm sàng:

- Đánh giá mức độ nặng của bệnh theo bảng điểm IPSS và được phân loại thành 3 mức độ như sau:

+ 0 - 7 điểm: Điểm triệu chứng ở mức độ nhẹ.

+ 8 - 19 điểm: Điểm triệu chứng ở mức độ trung bình.

+ 20 - 35 điểm: Điểm triệu chứng ở mức độ nặng.

- Đánh giá mức độ ảnh hưởng tới cuộc sống người bệnh bằng bảng điểm QoL và được phân làm các mức độ như sau:

+ 0 - 2 điểm: điểm chất lượng cuộc sống ở mức độ nhẹ.

+ 3 - 4 điểm: điểm chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình.

+ 5 - 6 điểm: điểm chất lượng cuộc sống ở mức độ nặng

2.4.2. Các chỉ tiêu đánh giá tổn thương trên hình ảnh

- Thể tích TTL

- Phân loại hình thái phì đại theo Wasserman và cộng sự (2015).

2.4.3. Chỉ tiêu đánh giá trên hình ảnh nút mạch

- Các biến thể giải phẫu của ĐM chậu trong được phân loại theo cách phân loại của Yamaki và cộng sự (1998).

- Các biến thể giải phẫu của ĐM TTL được phân loại dựa vào vị trí xuất phát theo Carnevale và cộng sự (2015).

2.4.4. Các chỉ tiêu liên quan tới kết quả can thiệp

2.4.4.1. Chỉ tiêu trong can thiệp

- Đường vào can thiệp

- Các loại hạt được sử dụng

- Tỷ lệ thành công/thất bại về mặt kỹ thuật của thủ thuật. Thủ thuật can thiệp được coi là thành công về mặt kỹ thuật nếu có thể chọn lọc được ĐM TTL và tiến hành nút ĐM ở ít nhất một bên khung chậu.

- Các tai biến trong can thiệp (nếu có).

2.4.4.2. Chỉ tiêu đánh giá ngay sau can thiệp

- Đánh giá các biến chứng sau nút mạch: do chọc mạch, nhiễm trùng vùng chậu, nhồi máu, rối loạn chức năng tình dục, nút mạch không trúng đích, phản ứng với thuốc, thuyên tắc phổi... Phân loại mức độ nặng của biến chứng theo phân loại Clavien – Dindo.

- Tỷ lệ tử vong sau nút mạch và nguyên nhân (nếu có).

2.4.4.3. Chỉ tiêu đánh giá kết quả ngắn hạn và trung hạn

- Đánh giá theo bảng điểm IPSS, QoL tại các thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau can thiệp.

- Kết quả điều trị được coi là thất bại về mặt lâm sàng nếu giảm IPSS dưới 25%, IPSS >18, không giảm QoL, QoL >3.

- Kết quả điều trị được coi là thành công về mặt lâm sàng nếu giảm IPSS \geq 25%, IPSS <15, giảm QoL ít nhất 1 điểm, QoL \leq 3.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh trước can thiệp

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các BN trong NC

Tuổi (n=66)	73,58 \pm 7,9 tuổi (Min:52, Max:87)
Điểm IPSS (n=66)	30,8 \pm 2,36 (Min:26, Max:35)
QoL (n=66)	4,7 \pm 0,46 (Min:4, Max:5)
PSA toàn phần (n=66)	10 \pm 18,57 ng/mL (Min:0,3, Max:148)
Thể tích TTL trung bình (n=66)	62,8 \pm 29,86 mL (Min:25, Max:137)
Phân độ PIRADS (n=66):	
- PIRADS 2-3 (n=62)	- 93,9%
- PIRADS 4 (n=4)	- 6,1%

Nhận xét:

- Độ tuổi của các BN trong nghiên cứu tương đối cao $73,58 \pm 7,9$ tuổi
- Toàn bộ các BN đều mắc HCĐTĐ 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 lớn. BN có thể tích TTL nhỏ nhất trong nghiên cứu là 25mL và thể tích lớn nhất là 137mL.

Bảng 3.5. 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

Nhận xét:

Điểm IPSS chiếm tỉ lệ cao nhất là >30 (59,1%), từ 20-30 (40,9%).

3.1.2. Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ**Bảng 3.7. Phân loại PĐLTTL 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

Nhận xét:

- Hai loại hình thái PĐLTTL thường gặp nhất là loại 1 với 28,8% và loại 3 với 37,9%.

- 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 3.9. Phân loại PDLTTTL và mức độ lỗi vào lòng bàng quang

Loại PDLTTTL		Độ lỗi			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

Nhận xét:

- PDLTTTL lỗi vào lòng bàng quang chủ yếu gặp ở loại 5 với 14/23
- Trong số các trường hợp có lỗi vào lòng bàng quang, lỗi độ 3 (>10mm) chiếm đa số với tỉ lệ 69,6%.

3.1.3. Đặc điểm giải phẫu động mạch trên DSA

Bảng 3.12. Nguyên ủy ĐM TTL theo phân loại của Carnevale

Vị trí xuất phát ĐM TTL theo nguyên ủy	n (%)
Type I: Xuất phát từ thân chung với ĐM bàng quang trên	18 (14,6%)
Type II: Xuất phát từ nhánh trước ĐM chậu trong	0
Type III: Xuất phát từ ĐM bịt	29 (21,8%)
Type IV: Xuất phát từ ĐM thẹn trong	59 (44,4%)
Type V:	27 (20,3%)
- Từ ĐM hông dưới	19/27
- Từ thân chung ĐM hông dưới – thẹn trong	5/27
- Từ ĐM hông trên	1/27
- Từ ĐM bịt phụ từ ĐM chậu ngoài.	1/27
- Từ thân chung ĐM trực tràng giữa – BQ trên	1/27
Tổng	13300%)

Nhận xét:

- Không ghi nhận trường hợp nào ĐM TTL có nguyên ủy type II trong nghiên cứu của chúng tôi. Vị trí nguyên ủy hay gặp nhất là từ ĐM thẹn trong (44,4%) và ĐM bịt (21,8%).
- 01 trường hợp ĐM TTL xuất phát từ ĐM bịt phụ từ ĐM chậu ngoài.

Bảng 3.14. Các dạng vòng nối của ĐM TTL

Các dạng vòng nối	n	Tỉ lệ (%)
- ĐM bằng quang	14	14,2
- ĐM TTL bên đối diện	39	39,4
- ĐM túi tinh	13	13,1
- ĐM trực tràng	3	3,0
- ĐM dương vật	30	30,3
Tổng	99	100

Nhận xét:

Các dạng vòng nối khác đa dạng, song chủ yếu là vòng nối với ĐM bằng quang, ĐM TTL bên đối diện và ĐM cấp máu gốc dương vật với tỉ lệ lần lượt là 14,2%, 39,4% và 30,3%.

Bảng 3.16. Tỉ lệ can thiệp thành công về kỹ thuật trong nghiên cứu

Kỹ thuật	n	Tỉ lệ (%)
Can thiệp thành công trên BN	66	100
- Nút tắc 1 bên	11	16,7
- Nút tắc 2 bên	55	83,3
Can thiệp thất bại	0	0
Tổng	66	100

Nhận xét:

Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật (nút tắc ĐM TTL ít nhất một bên khung chậu) là 100%. Tỉ lệ nút tắc ĐM TTL ở cả hai bên khung chậu là 83,3%, ở một bên khung chậu là 16,7%.

Bảng 3.18. Lựa chọn hạt nút ĐM trong can thiệp

Loại hạt	n	Tỉ lệ (%)
250 μm	42	34,1
400 μm	60	48,8
500 μm	15	12,2
Khác	6	4,9
Tổng	123	100

Nhận xét:

Loại hạt được sử dụng chủ yếu trong nghiên cứu là hạt kích thước trung bình 400 μm (48,8%) và hạt kích thước nhỏ 250 μm (34,1%).

Bảng 3.19. Kỹ thuật nút mạch và tai biến trong can thiệp

Kỹ thuật nút mạch theo BN:	
- Chỉ sử dụng kỹ thuật thường quy	27/66 (40,9%)
- Sử dụng kỹ thuật PERFECTED cho ít nhất một bên khung chậu	39/66 (59,1%)
Kỹ thuật nút mạch theo ĐM TTL:	
- Số ĐM được nút mạch thường quy	71/123 (57,7%)
- Số ĐM được nút mạch PERFECTED	52/123 (42,3%)
Tai biến trong can thiệp	0/66 (0%)

Nhận xét:

Số ĐM TTL được chọn lọc sâu theo kỹ thuật PERFECTED là 42,3%. Tỷ lệ BN được áp dụng kỹ thuật PERFECTED cho ít nhất một bên khung chậu là 59,1%. Không có tai biến nào xảy ra trong quá trình can thiệp nút ĐM điều trị PDLTTL cho các BN trong nghiên cứu.

Bảng 3.20. Các biến chứng sau can thiệp

Tỷ lệ biến chứng chung sau can thiệp	21/66 (31,8%)
Clavien – Dindo độ I	12/66 (18,2 %)
- Đau hạ vị	3
- Đái máu thoáng qua	3
- Rát niệu đạo – Đái buốt – Đái khó thoáng qua	6
- Chảy máu trực tràng	0
Clavien – Dindo độ II	8/66 (12,1%)
- Bí tiểu cấp phải đặt sonde bàng quang	1
- Nhiễm trùng tiết niệu phải điều trị kháng sinh	7
Clavien – Dindo độ III	1/66 (1,5%)
- Bí tiểu cấp phải phẫu thuật	1

Nhận xét:

- Tỷ lệ biến chứng chung sau can thiệp là 31,8% tuy nhiên chủ yếu là các biến chứng mức độ nhẹ, phổ biến là các rối loạn thoáng qua về đi tiểu và nhiễm trùng tiết niệu. Có 01 trường hợp biến chứng độ III là bí tiểu cấp phải chuyển điều trị ngoại khoa.

- Không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng nút mạch không trúng đích hay chảy máu trực tràng.

Bảng 3.21. So sánh điểm số triệu chứng đường tiêu hóa trước và sau can thiệp theo mốc thời gian

Triệu chứng	Điểm trung bình đánh giá theo thang điểm IPSS			T-test P ₁₂	T-test P ₁₃	T-test P ₂₃
	Trước điều trị (n=66) ¹	Sau điều trị 6 tháng (n=66) ²	Sau điều trị 12 tháng (n=66) ³			
Tiểu chưa hết	4,5±0,61	1,9±0,55	2,1±0,70	<0,001	<0,001	<0,05
Tiểu rất	4,9±0,27	2,5±0,53	2,9±0,73	<0,001	<0,001	<0,001
Tiểu ngắt quãng	4,7±0,45	2,4±0,80	2,9±0,77	<0,001	<0,001	<0,001
Tiểu gấp	3,6±0,68	1,3±0,60	1,5±0,69	<0,001	<0,001	<0,05
Tiểu yếu	4,7±0,48	2,4±0,72	2,8±0,81	<0,001	<0,001	<0,001
Tiểu gắng sức	3,5±0,69	0,9±0,35	1,2±0,64	<0,001	<0,001	<0,05
Tiểu đêm	4,9±0,33	2,2±0,44	2,3±0,61	<0,001	<0,001	<0,05

Nhận xét:

Toàn bộ các triệu chứng đều giảm điểm số có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm sau điều trị 6 tháng và 12 tháng, sự khác biệt điểm giữa hai thời điểm này với thời điểm trước can thiệp là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.22. Mức độ thay đổi điểm số IPSS của mỗi triệu chứng lâm sàng sau can thiệp 6 tháng và 12 tháng

Triệu chứng	Mức độ cải thiện điểm số IPSS		T-test p
	Điểm số giảm sau 6 tháng	Điểm số giảm sau 12 tháng	
Tiểu chưa hết	2,6±0,63	2,44±0,75	<0,05
Tiểu rất	2,4±0,55	2,05±0,71	<0,001
Tiểu ngắt quãng	2,3±0,73	1,88±0,65	<0,001
Tiểu gấp	2,3±0,90	2,12±0,85	<0,001
Tiểu yếu	2,3±0,76	1,91±0,89	<0,001
Tiểu gắng sức	2,6±0,61	2,35±0,69	<0,01
Tiểu đêm	2,7±0,48	2,56±0,68	<0,05

Nhận xét:

Trong số các triệu chứng được đánh giá, điểm số giảm rõ nhất ở các triệu chứng tiểu chưa hết, tiểu gắng sức, và tiểu đêm ở cả hai thời điểm. Số điểm thay đổi ở thời điểm 6 tháng cao hơn so với thời điểm 12 tháng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.23. Thay đổi tổng điểm IPSS so với trước can thiệp tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng

Điểm IPSS	n	Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	Min	Max
Trung bình sau 06 tháng	66	13,5±2,40	10	20
Trung bình sau 12 tháng	66	15,6±3,75	10	25
Chênh lệch sau 6 tháng (điểm)	66	17,3±2,5	12	22
Chênh lệch sau 12 tháng (điểm)	66	15,3±3,63	7	21
Chênh lệch sau 6 tháng (%)	66	56,2%±6,83	39,4	68,8
Chênh lệch sau 12 tháng (%)	66	49,6%±10,99	24,1	67,7

Nhận xét:

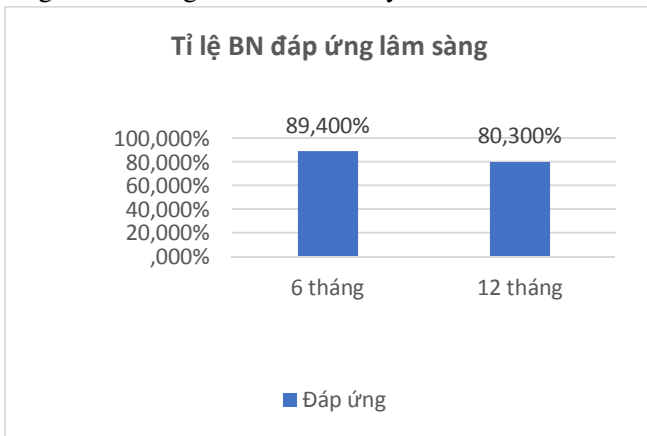
Điểm IPSS trung bình ở thời điểm 06 tháng là 13,5±2,40, thời điểm 12 tháng là 15,6±3,75. Mức độ nặng của triệu chứng giảm rõ rệt sau can thiệp 6 tháng và 12 tháng theo cả hai cách đánh giá bằng số điểm giảm thực và tỉ lệ giảm theo %.

Bảng 3.24. Mức độ thay đổi điểm QoL so với trước can thiệp tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng

Điểm QoL	n	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Min	Max
Trung bình sau 06 tháng	66	2,6±0,49	2	3
Trung bình sau 12 tháng	66	2,9±0,44	2	4
Chênh lệch sau 6 tháng (điểm)	66	2,1±0,73	1	3
Chênh lệch sau 12 tháng (điểm)	66	1,8±0,65	0	3

Nhận xét:

Điểm QoL trung bình ở thời điểm 06 tháng là 2,6±0,49, thời điểm 12 tháng là 2,9±0,44. Điểm chất lượng QoL cải thiện rõ tại thời điểm sau can thiệp 6 tháng và 12 tháng với số điểm thay đổi tối đa lên tới 3 điểm.



Biểu đồ 3.7. Tỉ lệ đạt đáp ứng lâm sàng ở thời điểm 6 và 12 tháng

Nhận xét:

Tỉ lệ đáp ứng lâm sàng (giảm IPSS $\geq 25\%$, IPSS < 15 , giảm QoL ít nhất 1 điểm, QoL ≤ 3) tại thời điểm 6 tháng là 89,4% và giảm xuống còn 80,3% ở thời điểm 12 tháng sau can thiệp.

Bảng 3.25. Liên quan giữa thể tích TTL và đáp ứng điều trị 12 tháng

Đáp ứng điều trị 12 tháng	Thể tích TTL		p
	Thể tích <80mL (n=52)	Thể tích ≥80mL (n=14)	
Điểm IPSS TB sau 12 tháng	14,7±2,79	18,8±5,06	<0,05
Điểm QoL TB sau 12 tháng	2,9±0,36	3,2±0,58	>0,05
Chênh lệch IPSS sau 12 tháng	16,1±3,08	12,4±4,13	<0,05
Chênh lệch QoL sau 12 tháng	1,9±0,58	1,36±0,75	<0,05
Tỉ lệ đáp ứng LS sau 12 tháng	86,5%	57,1%	<0,05

Nhận xét:

Có sự chênh lệch về mức độ cải thiện IPSS, QoL cũng như tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa 2 nhóm thể tích TTL <80mL và ≥80mL, theo đó nhóm thể tích TTL <80mL có sự cải thiện tốt hơn về điểm số, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.26. Liên quan giữa tình trạng PDLTTTL lỗi vào bàng quang và đáp ứng điều trị tại thời điểm 12 tháng

Đáp ứng điều trị 12 tháng	Lỗi vào lòng BQ		p
	Không lỗi (n=43)	Có lỗi (n=23)	
Điểm IPSS TB sau 12 tháng	14,2±2,9	18,1±3,89	<0,05
Điểm QoL TB sau 12 tháng	2,8±0,45	3,1±0,34	<0,05
Chênh lệch IPSS sau 12 tháng	16,5±2,93	12,9±0,65	<0,05
Chênh lệch QoL sau 12 tháng	1,9±0,65	1,5±0,59	<0,05
Tỉ lệ đáp ứng LS sau 12 tháng	88,4%	65,2%	<0,05

Nhận xét:

Có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ cải thiện IPSS, QoL cũng như tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa 2 nhóm PDLTTTL có lỗi và không lỗi vào lòng bàng quang, theo đó nhóm phì đại nhưng không lỗi vào lòng bàng quang có sự cải thiện tốt hơn, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.27. Liên quan giữa độ lỗi vào bàng quang và đáp ứng điều trị tại thời điểm 12 tháng

Đáp ứng điều trị 12 tháng	Độ lỗi vào bàng quang		p
	Độ 1 và 2 (n=7)	Độ 3 (n=16)	
Chênh lệch IPSS sau 12 tháng	14,1±3,53	12,4±3,79	>0,05
Chênh lệch QoL sau 12 tháng	1,9±0,38	1,4±0,62	<0,05
Tỉ lệ đáp ứng LS sau 12 tháng	71,4%	62,5%	>0,05

Nhận xét:

Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ cải thiện IPSS cũng như tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa 2 nhóm lỗi vào lòng bàng quang độ 1 và 2 so với nhóm lỗi độ 3. Tuy nhiên nhóm lỗi độ 1 và 2 có cải thiện QoL hơn.

Bảng 3.28. Liên quan giữa kỹ thuật PERFECTED và đáp ứng điều trị tại thời điểm 12 tháng

Đáp ứng điều trị 12 tháng	Kỹ thuật PERFECTED		p
	Có (n=39)	Không (n=27)	
Điểm IPSS TB sau 12 tháng	14,7±3,2	16,8±4,20	<0,05
Điểm QoL TB sau 12 tháng	2,9±0,49	3,0±0,34	>0,05
Chênh lệch IPSS sau 12 tháng	16,9±3,07	13±3,16	<0,05
Chênh lệch QoL sau 12 tháng	1,85±0,71	1,67±0,55	>0,05
Tỉ lệ đáp ứng LS sau 12 tháng	84,6%	74,1%	>0,05

Nhận xét:

- Nhóm được thực hiện kỹ thuật PERFECTED có cải thiện về điểm số IPSS sau 12 tháng tốt hơn so với nhóm không được thực hiện kỹ thuật PERFECTED, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Điểm IPSS trung bình sau 12 tháng của nhóm được thực hiện kỹ thuật PERFECTED cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được thực hiện kỹ thuật này.

Bảng 3.29. Liên quan giữa số bên khung chậu được nút tắc ĐM TTL và đáp ứng điều trị 12 tháng

Đáp ứng điều trị 12 tháng	Số bên khung chậu được nút tắc ĐM TTL		p
	1 bên (n=11)	2 bên (n=55)	
Điểm IPSS TB sau 12 tháng	17,9±4,45	15,1±3,44	>0,05
Điểm QoL TB sau 12 tháng	3,1±0,54	2,9±0,42	>0,05
Chênh lệch IPSS sau 12 tháng	13,7±3,66	15,6±3,57	>0,05
Chênh lệch QoL sau 12 tháng	1,73±0,91	1,78±0,59	>0,05
Tỉ lệ đáp ứng LS sau 12 tháng	45,5%	87,3%	<0,05

Nhận xét:

- Có sự chênh lệch rõ rệt về tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa hai nhóm, lần lượt 45,5% ở nhóm nút tắc ĐM TTL một bên khung chậu và 87,3% ở nhóm được nút tắc ĐM TTL ở cả hai bên khung chậu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ cải thiện IPSS và QoL sau 12 tháng giữa 2 nhóm.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Độ tuổi

Trong NC của chúng tôi độ tuổi trung bình là 73,58±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 NC của nhiều tác giả trên thế giới.

4.1.2. Xét nghiệm sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt

4.1.2.1. Sàng lọc bằng PSA

Trong NC của chúng tôi, nồng độ PSA toàn phần của nhóm BN nghiên cứu khá cao, với giá trị trung bình 10±18,57 ng/mL có thể do nghiên cứu thực hiện ở nhóm BN đặc thù vừa tuổi cao lại vừa có PDLTTTL. Do thực hiện nghiên cứu ở nhóm BN cao tuổi, để hạn chế nguy cơ tai biến do sinh thiết, chúng tôi sử dụng hình ảnh CHT để phân tầng nguy cơ ung thư TTL theo chiến lược sàng lọc chủ động

cho các BN có nguy cơ cao. Cụ thể, chỉ định sinh thiết chỉ được đặt ra đối với các BN có phân độ từ PIRADS 4 trở lên.

4.1.2.2. Sàng lọc bằng cộng hưởng từ tuyến tiền liệt

Chụp CHT TTL là kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn đang phát triển mạnh mẽ trong thời gian gần đây. Ưu điểm của kỹ thuật là có giá trị sàng lọc loại trừ cao các tổn thương ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng. Hiện nay nhiều trung tâm sử dụng CHT TTL như một biện pháp sàng lọc trước ở các BN nồng độ PSA cao, có chỉ định sinh thiết TTL để chẩn đoán. Tất cả các BN trong NC được chụp CHT trước can thiệp và có 4 BN phân loại PIRADS 4 được chỉ định sinh thiết TTL.

4.1.3. Điểm IPSS và QoL trước can thiệp

Trong NC 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 ($30,8 \pm 2,36$) và QoL ($4,7 \pm 0,46$) cao.

4.1.4. Thể tích tuyến tiền liệt và tương quan với điểm IPSS, QoL trước can thiệp

Thể tích trung bình TTL trong NC 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.

Hiện nay thể tích TTL không phải là tiêu chuẩn chính để lựa chọn BN can thiệp nút ĐM TTL điều trị PĐLTTTL. Thực tế trong NC của chúng tôi cũng không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm IPSS trung bình và QoL trung bình giữa nhóm BN có thể tích TTL < 80 mL và ≥ 80 mL.

4.1.5. Phân loại hình thái tuyến tiền liệt trên cộng hưởng từ

Các biến đổi của vùng trung tâm là yếu tố chính được sử dụng trong phân loại hình thái của PĐLTTTL trên CHT của Wasserman và cs (2015). Trong NC của chúng tôi hình thái PĐLTTTL 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 3.3). Hình thái loại 5 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và có cuống) hay gặp thứ ba với 24,2%.

4.1.6. Mức độ phì đại lõi vào lòng bàng quang trên cộng hưởng từ

Trong NC của chúng tôi có 23 BN PĐLTTL lõi vào lòng bàng quang. Trong số các trường hợp có lõi vào lòng bàng quang, lõi độ 3 (>10mm) chiếm đa số với tỉ lệ 69,6% (Bảng 3.5). Có mối tương quan yếu giữa mức độ lõi vào lòng bàng quang với tổng điểm IPSS trong NC của chúng tôi nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

4.2. Kỹ thuật nút động mạch tuyến tiền liệt

4.2.1. Giải phẫu động mạch trên chụp mạch số hóa xóa nền

4.2.1.1. ĐM chậu trong

Trên khía cạnh can thiệp mạch máu, phân loại của Yamaki (1995) đề xuất dễ hiểu và dễ áp dụng trong thực tế, phân loại này dựa vào ba ĐM chính: ĐM hông trên, ĐM hông dưới, ĐM thẹn trong.

Trong NC của chúng tôi kết quả tương tự các tác giả khác đó là phân nhánh ĐM chậu trong nhóm A chiếm tỉ lệ cao nhất với 86,4%, các nhóm còn lại chỉ chiếm tỉ lệ không cao, dưới 10% (Bảng 3.7).

4.2.1.2. Động mạch tuyến tiền liệt

Nguyên ủy của ĐM TTL rất không hằng định và có sự khác nhau trong các NC về giải phẫu trên chụp mạch. Trong NC của chúng tôi vị trí lỗ xuất phát hay gặp nhất là từ ĐM thẹn trong với 44,4% và ĐM bịt với 21,8%, tiếp đến là thân chung ĐM bàng quang trên và ĐM hông dưới. Tỉ lệ xuất phát tương đối cao từ ĐM bịt trong khi nguyên ủy của nhánh ĐM này rất thay đổi, chỉ khoảng 1/3 xuất phát từ ĐM chậu trong là một điểm cần lưu ý khi chụp tìm ĐM TTL (Bảng 3.8).

4.2.2. Kỹ thuật nút mạch

4.2.2.1. Lựa chọn đường vào

Trong NC này, toàn bộ các trường hợp BN can thiệp đều được sử dụng đường vào qua ĐM đùi. Theo y văn, can thiệp nút ĐM TTL có thể được thực hiện bằng đường vào từ ĐM đùi hoặc ĐM quay và không có khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa hai đường vào nói trên.

4.2.2.2. Lựa chọn vật liệu nút mạch

Kích thước hạt lý tưởng cho nút mạch nút ĐM TTL chưa được xác định, việc lựa chọn loại hạt sẽ được cá thể hoá cho từng BN. Các loại hạt được NC

nhieu nhất có kích thước từ 300–500 μm . Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng chủ yếu là hạt kích thước trung bình 400 μm (48,8%) và hạt kích thước nhỏ 250 μm (34,1%) (Bảng 3.14).

4.2.2.3. *Xác định động mạch tuyến tiền liệt*

Chụp chọn lọc ĐM TTL được thực hiện theo hướng chéo và theo mặt phẳng trán để đánh giá bóng của của TTL và tuần hoàn bàng hệ, có thể tiêm thuốc cản quang bằng tay hoặc bằng máy.

4.2.2.4. *Kỹ thuật nút mạch thường quy và kỹ thuật PERFECTED*

Với kỹ thuật nút ĐM TTL thường quy, khi đã đặt được ống thông ở vị trí mong muốn thì bắt đầu tiến hành bơm hạt nút mạch.

Kỹ thuật nút các nhánh mạch gần trước sau đó mới nút nhánh xa (Proximal Embolization First, Then Embolize Distal (PER- FECTED)) được phát triển để tăng đề tăng khả năng kiểm soát hạt nút mạch đến TTL. Sử dụng phương pháp này có thể giúp làm tăng tới 30-50% số hạt nút mạch được đưa vào trong nhu mô tuyến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ĐM TTL được nút chọn lọc sâu theo kỹ thuật PERFECTED là 42,3%, tỉ lệ BN được nút bằng kỹ thuật PERFECTED cho ít nhất một bên khung chậu là 40,9%.

4.2.3. Một số yếu tố cần quan tâm khi thực hiện kỹ thuật

4.2.3.1. *Thể tích tuyến tiền liệt trước can thiệp*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 14 BN có thể tích TTL trên 80mL. Trong thực hành lâm sàng, TTL thể tích lớn không phải khó khăn của nút ĐM TTL, thậm chí thể tích TTL lớn thường có khẩu kính ĐM cấp máu lớn hơn nên giúp việc đưa vi ống thông chọn lọc được dễ dàng hơn.

4.2.3.2. *Biến đổi giải phẫu nguyên ủy động mạch tuyến tiền liệt*

4.2.3.3. *Tình trạng xơ vữa mạch máu*

4.2.3.4. *Vòng nối bàng hệ giữa ĐM tuyến tiền liệt với các ĐM khác*

4.3. Tính an toàn và kết quả điều trị ngắn hạn

4.3.1. *Tỉ lệ nút tắc thành công*

Theo Bảng 3.12, nếu coi nút tắc được 1 bên hay cả hai bên ĐM TTL đều là thành công về mặt kỹ thuật cho BN, thì tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%. Có 11 bên khung chậu không được nút tắc ĐM TTL, nguyên nhân chủ yếu không chọn lọc được ĐM TTL đều do mảng xơ vữa ngay vị trí gốc ĐM.

4.3.2. Biến chứng sau can thiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ biến chứng chung sau can thiệp là 31,8% trong đó phổ biến là các rối loạn thoáng qua về đi tiểu và nhiễm trùng tiết niệu. Có 01 trường hợp bí tiểu cấp phải đặt sonde tiểu và 01 trường hợp bí tiểu kéo dài phải điều trị ngoại khoa (Bảng 3.20). Không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng nút mạch không trúng đích hay chảy máu trực tràng.

4.4. Kết quả điều trị trung hạn

4.4.1. Hiệu quả điều trị sau 6 tháng và 12 tháng

4.4.1.1. Điểm quốc tế về triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS)

Trong nghiên cứu này của chúng tôi IPSS trung bình trước nút mạch $30,8 \pm 2,36$, sau nút mạch 6 tháng chỉ số IPSS trung bình giảm $17,3 \pm 2,5$ điểm (tương đương $(56,2\% \pm 6,83)$), sau 12 tháng chỉ số này giảm $15,3 \pm 3,63$ điểm tương đương $49,6\% \pm 10,99$ (Bảng 3.17). Điểm IPSS trung bình giảm rõ tại thời điểm 6 tháng song bắt đầu có xu hướng tăng trở lại sau 12 tháng, mặc dù thay đổi về điểm số IPSS so với trước điều trị vẫn là rất đáng kể.

Nhìn chung kết quả trong các nghiên cứu đều tương đồng với kết quả của chúng tôi ở các điểm:

- Giảm điểm số IPSS có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng, 12 tháng và lâu hơn.

- Mức độ giảm điểm thời điểm 12 tháng kém hơn so với thời điểm 6 tháng tuy nhiên sau đó có xu hướng duy trì.

4.4.1.2. Điểm chất lượng cuộc sống (QoL)

Trong NC này của chúng tôi QoL trung bình trước nút mạch là $4,7 \pm 0,46$, giảm xuống còn $2,6 \pm 0,49$ sau can thiệp 6 tháng và $2,9 \pm 0,44$ sau can thiệp 12 tháng (Bảng 3.18). Điểm chất lượng QoL cải thiện rõ ở cả hai thời điểm, với số điểm thay đổi tối đa lên tới 3 điểm. Mặc dù có xu hướng tăng trở lại ở thời điểm 12 tháng sau can thiệp, song sự khác biệt vẫn rất đáng kể so với điểm trước can thiệp ($p < 0,05$).

4.4.1.3. Tỉ lệ đáp ứng điều trị trên lâm sàng

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đáp ứng lâm sàng của Bilhim và cs (2016).

Theo tiêu chuẩn này, tỉ lệ đáp ứng lâm sàng 6 tháng sau can thiệp là 89,4%, 12 tháng sau can thiệp là 80,3%.

4.4.2. Liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, hình ảnh với kết quả điều trị

4.4.2.1. Tuổi

Nghiên cứu của Bilhim và cs (2016) cho thấy tuổi cao là yếu tố tiên lượng độc lập để dự đoán đáp ứng lâm sàng sau điều trị nút ĐMTTL, theo đó với mức cut-off 65 tuổi, cứ tăng 1 tuổi thì nguy cơ không đạt đáp ứng lâm sàng sau điều trị tăng 3,5%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $73,58 \pm 7,9$ tuổi, đa số BN là trên 60 tuổi, trong đó tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 70 trở lên tức không thuộc nhóm tuổi điều trị tối ưu theo Bilhim và cs.

4.4.2.2. Thể tích tuyến tiền liệt trước can thiệp

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ cải thiện triệu chứng cũng như tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa 2 nhóm thể tích TTL $<80\text{mL}$ và $\geq 80\text{mL}$, theo đó nhóm thể tích TTL $<80\text{mL}$ có sự cải thiện tốt hơn (Bảng 3.19).

4.4.2.3. Mức độ lùi vào lòng bàng quang

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ cải thiện IPSS, QoL cũng như tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa 2 nhóm PĐLTTL có lùi và không lùi vào lòng bàng quang, theo đó nhóm phì đại nhưng không lùi vào lòng bàng quang có sự cải thiện tốt hơn, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3.20).

4.4.2.4. Kỹ thuật PERFECTED

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN được nút bằng kỹ thuật PERFECTED cho ít nhất một bên khung chậu là 40,9%, nhóm này có cải thiện về điểm số IPSS sau 12 tháng tốt hơn so với nhóm thực hiện kỹ thuật thường quy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm IPSS trung bình sau 12 tháng của nhóm được thực hiện kỹ thuật PERFECTED ($14,7 \pm 3,2$) cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được thực hiện kỹ thuật này ($16,8 \pm 4,20$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với của một số các NC khác, cho thấy vai trò của kỹ thuật này trong cải thiện triệu chứng lâm sàng của BN.

4.4.2.5. Số bên khung chậu được nút tắc

Có sự chênh lệch rõ rệt về tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng giữa hai nhóm, lần lượt 45,5% ở nhóm nút tắc ĐM TTL một bên khung chậu và 87,3% ở nhóm được nút tắc ĐM TTL ở cả hai bên khung chậu ($p < 0,05$).

Điểm IPSS trung bình sau 12 tháng của nhóm được nút tắc 2 bên ($15,1 \pm 3,44$) thấp hơn so với nút tắc 1 bên ($17,9 \pm 4,45$) song chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,07 > 0,05$).

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh CHT trước can thiệp:

- Độ tuổi trung bình là $73,58 \pm 7,9$, toàn bộ các BN đều mắc hội chứng đường tiểu dưới mức độ nặng có ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng cuộc sống với điểm IPSS $30,8 \pm 2,36$ và điểm QoL $4,7 \pm 0,46$.

- PSA toàn phần trung bình các BN là $10 \pm 18,57$ ng/mL.

- Thể tích trung bình TTL trong nghiên cứu $62,8 \pm 29,86$ mL.

- Hình thái PDLTTTL thường gặp nhất trên CHT là loại 3 với 37,9%, tiếp đến loại 1 với 28,8% và loại 5 với 24,2%.

- Có 23 BN PDLTTTL lồi vào lòng bàng quang trên CHT. Trong số các trường hợp có lồi vào lòng bàng quang, lồi độ 3 (>10 mm) chiếm đa số với tỉ lệ 69,6%.

2. Kỹ thuật và kết quả điều trị PDLTTTL bằng nút ĐM TTL

** Kỹ thuật và tính an toàn của nút ĐM TTL:*

- Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100% trong đó tỉ lệ nút chọn lọc sâu theo kỹ thuật PERFECTED là 42,3%. Tỉ lệ nút tắc một bên khung chậu là 16,7%, nút tắc cả hai bên là 83,3%.

- Không có tai biến trong quá trình can thiệp.

- Tỉ lệ biến chứng chung sau can thiệp là 31,8%, trong đó tỉ lệ biến chứng xếp loại Clavien-Dindo I là 18,2%, Clavien-Dindo II là 12,1% và Clavien-Dindo 3 là 1,5%.

** Hiệu quả điều trị PDLTTTL bằng nút ĐM TTL*

- Chỉ số IPSS trung bình trước nút mạch $30,8 \pm 2,36$, sau nút mạch 6 tháng giảm $17,3 \pm 2,5$ điểm tương đương $56,2 \pm 6,83\%$, sau 12 tháng giảm $15,3 \pm 3,63$ điểm tương đương $49,6 \pm 10,99\%$.

- QoL trung bình trước nút mạch là $4,7 \pm 0,46$, giảm $2,08 \pm 0,73$ điểm sau can thiệp 6 tháng và giảm $1,77 \pm 0,65$ sau can thiệp 12 tháng

- Tỉ lệ đáp ứng lâm sàng 6 tháng sau can thiệp là 89,4%, 12 tháng sau can thiệp là 80,3%.

** Một số yếu tố lâm sàng -kỹ thuật liên quan tới kết quả điều trị sau 12 tháng*

- Nhóm thể tích TTL < 80mL có sự cải thiện tốt hơn về điểm IPSS, QoL và tỉ lệ đáp ứng lâm sàng so với nhóm thể tích \geq 80mL.
- Nhóm PDLTTTL không lỗi vào lòng bàng quang cải thiện điểm IPSS tốt hơn so với nhóm PDLTTTL có lỗi vào bàng quang.
- Nhóm được thực hiện kỹ thuật PERFECTED có điểm số IPSS sau 12 tháng thấp hơn so với nhóm thực hiện kỹ thuật thường quy.
- Nhóm nút tắc ĐM TTL hai bên khung chậu có tỉ lệ đáp ứng lâm sàng sau 12 tháng cao hơn so với nhóm nút tắc ĐM TTL một bên.

KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy kỹ thuật nút ĐM TTL an toàn, giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng và nâng cao chất lượng cuộc sống của BN PDLTTTL. Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như: chưa đánh giá hiệu quả cải thiện trên các xét nghiệm chức năng như tốc độ dòng tiểu, thể tích tuyến trên CHT... Với các kết quả đã đạt được và hạn chế của nghiên cứu, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

- Nên mở rộng triển khai kỹ thuật như một lựa chọn điều trị cho các trường hợp PDLTTTL không đáp ứng điều trị nội khoa song người bệnh không muốn phẫu thuật hoặc không đủ điều kiện phẫu thuật.
- Nên triển khai thêm các nghiên cứu cho các nhóm BN PDLTTTL với các đặc trưng khác nhau để xác định nhóm BN thích hợp nhất cho kỹ thuật.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Xuân Hiền (2021)**, “Đặc điểm kỹ thuật và tính an toàn của phương pháp nút động mạch điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 16(4), tr. 38-43.
2. **Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Xuân Hiền (2021)**, “Nút động mạch tuyến tiền liệt điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt: kết quả điều trị sau 6 tháng và 12 tháng”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 16(4), tr. 53-58.
3. **Trịnh Tú Tâm, Nguyễn Hoàng Thịnh, Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Xuân Hiền (2021)**, “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phương pháp nút động mạch tuyến tiền liệt”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, (507), tr. 44-48.