

6, 9 và 12 tháng tương ứng là 36,8%, 57,5%, 67,9% và 73,6% [8]. Có sự khác nhau về tỉ lệ liền vết loét/hoại tử giữa các nghiên cứu có thể là do tính chất lan tỏa và mức độ sâu của vết loét/hoại tử, tỉ lệ tưới máu trực tiếp tổn thương, thể trạng bệnh nhân, tỉ lệ tái hẹp, tái tắc sau can thiệp của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian liền vết loét/hoại tử trung bình của 47 bệnh nhân là  $4,9 \pm 2,7$  tháng, trong. Kết quả này cao hơn với kết quả của tác giả Lương Tuấn Anh (2019), thời gian liền vết loét/hoại tử trung bình là  $3,1 \pm 1,8$  tháng [6]. Nguyên nhân sự khác biệt này là do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có mức độ tổn thương trầm trọng hơn.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 119 bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng và được điều trị can thiệp nội mạch cho thấy, tỷ lệ tai biến, biến chứng chung là 4,2%. Mức độ thành công về kỹ thuật là 88,8%; về lâm sàng là 89,5%; về huyết động là 78,3%. Sau can thiệp 12 tháng, phần lớn số bệnh nhân được đánh giá có giai đoạn Rutherford chủ yếu từ loại 1-3. Tỷ lệ liền vết loét/hoại tử sau 1 tháng là 3,1%; sau 12 tháng là 74,6%. Thời gian liền vết loét trung bình là  $4,9 \pm 2,7$  tháng. Sau can thiệp 12 tháng có 42/119 bệnh nhân bị tái hẹp sau can thiệp (35,3%), có 46/119 bệnh nhân bị tái tắc sau can thiệp (38,7%), có 26/119 bệnh nhân có chỉ định tái can thiệp sau can thiệp (21,8%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Conte Michael S, Bradbury Andrew W, Kolh Philippe, et al. (2019). Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 58(1): S1-S109. e33.
2. Nút Lâm Văn, Tường Nguyễn Hữu (2023). Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị hẹp động mạch chậu đùi mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525(1B).
3. Giles K. A., Pomposelli F. B., Spence T. L., et al. (2008). Infrapopliteal angioplasty for critical limb ischemia: relation of TransAtlantic InterSociety Consensus class to outcome in 176 limbs. *J Vasc Surg*, 48(1): 128-36.
4. Alexandrescu V., Hubermont G., Philips Y., et al. (2009). Combined primary subintimal and endoluminal angioplasty for ischaemic inferior-limb ulcers in diabetic patients: 5-year practice in a multidisciplinary 'diabetic-foot' service. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 37(4): 448-56.
5. Galaria, II, Davies M. G. (2005). Percutaneous transluminal revascularization for iliac occlusive disease: long-term outcomes in TransAtlantic Inter-Society Consensus A and B lesions. *Ann Vasc Surg*, 19(3): 352-60.
6. Lương Tuấn Anh (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị can thiệp nội mạch bệnh động mạch chi dưới mạn tính khu vực dưới gối, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
7. Kobayashi N., Hirano K., Nakano M., et al. (2015). Predictors of non-healing in patients with critical limb ischemia and tissue loss following successful endovascular therapy. *Catheter Cardiovasc Interv*, 85(5): 850-8.
8. Kwarada O., Yasuda S., Nishimura K., et al. (2014). Effect of single tibial artery revascularization on microcirculation in the setting of critical limb ischemia. *Circ Cardiovasc Interv*, 7(5): 684-91.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT QUA ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Minh Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Sang<sup>1,2</sup>, Vũ Trí Long<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự an toàn và hiệu quả của kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm cho bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện E từ năm tháng 1/2023 - 12/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 98 bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện E từ tháng

1/2023 - 12/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu có 98 bệnh nhân, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 tuổi. Nhóm PSA > 10ng/ml có tỷ lệ ung thư cao nhất là 54,28%. Nhóm PIRADS 4, 5 có tỷ lệ ung thư lần lượt là 29,27, 83,78%. Các tai biến thường gặp là chảy máu qua miệng sáo chiếm 12,2%, chảy máu hậu môn - trực tràng chiếm 34,7%, không ghi nhận bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau sinh thiết. Mức độ đau theo thang điểm VAS ghi nhận tại thời điểm sinh thiết của các bệnh nhân đa số ở mức không đau (VAS 0 -1) và đau nhẹ (VAS 2-3) chiếm 71,43%. **Kết luận:** Sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả cao.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến tiền liệt, sinh thiết qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm, phong bế thần kinh quanh tuyến tiền liệt.

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

**SUMMARY****INITIAL RESULTS OF TRANSRECTAL ULTRASOUND-GUIDED PROSTATE BIOPSY AT E HOSPITAL**

**Object:** Evaluate the safety and effectiveness of transrectal ultrasound-guided prostate biopsy for patients treated at E Hospital from January 2023 - December 2023. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study conducted on 98 patients with suspected prostate cancer at E Hospital from January 2023 - December 2023. **Results:** The study included 98 patients, and the oldest patient was 98 years old. Patient group with PSA > 10ng/ml has the highest cancer rate of 54.28%. Patient groups with PIRADS 4 and 5 have cancer rates of 29.27 and 83.78%, respectively. Common complications included urethral bleeding accounting for 12.2%, rectal bleeding accounting for 34.7%. No patients were recorded with complications of urinary tract infection after the procedure. At the time of biopsy, the pain level based on the VAS of the majority of the patients (71,43%) was no pain (VAS 0 -1) and mild pain (VAS 2-3). **Conclusion:** Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy is a safe and highly effective interventional technique. **Keywords:** Prostate cancer, Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy, periprostatic nerve block.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trên thế giới, ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai do ung thư ở nam giới chỉ sau ung thư phổi[1]. Theo GLOBOCAN 2020 ghi nhận mỗi năm có 1,414,259 trường hợp mới được chẩn đoán và 375304 trường hợp tử vong do bệnh này. Tại Việt Nam, UTTTL là 1 trong 10 loại ung thư thường gặp ở nam giới[1]. Nếu UTTTL được phát hiện sớm ở giai đoạn còn khu trú, tỷ lệ sống sau 5 năm là 98%, tuy nhiên ở giai đoạn đã có di căn, tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 28%[2]. Do đó, yêu cầu đặt ra có các bác sĩ cần chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị sớm UTTTL giúp nâng cao hiệu quả điều trị. Cùng với xét nghiệm PSA và thăm trực tràng bằng ngón tay (DRE), sinh thiết tuyến tiền liệt dưới sự hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng (TRUS) là kỹ thuật có vai trò quan trọng giúp phát hiện sớm và là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTTTL[2].

Từ năm 2021, kỹ thuật này được áp dụng tại Bệnh viện E trong chẩn đoán phát hiện sớm UTTTL. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện E từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu****\*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân được khám trực tràng bằng ngón tay, làm xét nghiệm PSA nghi ngờ tổn thương ung thư tuyến tiền liệt
- Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua đường trực tràng, có biên bản mô tả thông tin thủ thuật đầy đủ theo bệnh án nghiên cứu.
- Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ tại Bệnh viện E theo bệnh án nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân sinh thiết tuyến tiền liệt không đủ 12 mẫu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Chọn mẫu:** Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ và trong thời gian trên, tiến hành lấy mẫu tích lũy đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

**2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu**

- + Tuổi
- + tPSA
- + PIRADS
- + Các biến chứng: chảy máu qua miệng sáo, chảy máu hậu môn – trực tràng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu
- + Mức độ đau theo thang điểm VAS

**2.2.4. Các bước tiến hành**

- Khám lâm sàng, xét nghiệm chỉ số tPSA, chụp MRI xếp loại PIRADS, lựa chọn bệnh nhân có chỉ định cần sinh thiết vào nghiên cứu.

- Sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm theo phương pháp sinh thiết hệ thống dựa trên bản đồ 12 điểm kết hợp sinh thiết ngẫu nhiên đích dưới hướng dẫn kết quả MRI. Thực hiện kỹ thuật phong bế thần kinh quanh tuyến tiền liệt (PPNB).

- Ghi nhận các tai biến và biến chứng, mức độ đau của bệnh nhân tại thời điểm thực hiện sinh thiết.

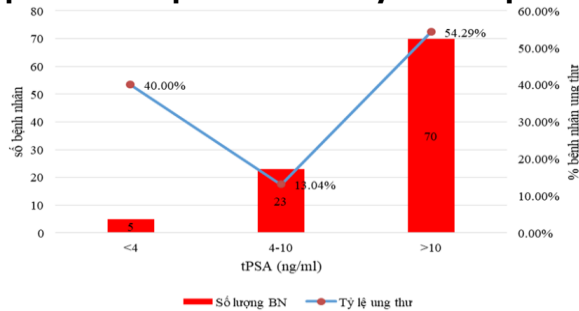
**2.2.5. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.

**2.2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng xét duyệt đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện. Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân được giải thích kỹ và viết cam đoan trước điều trị. Thông tin được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 98 bệnh nhân, có độ tuổi trung bình là 73,27± 7,92 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 tuổi.

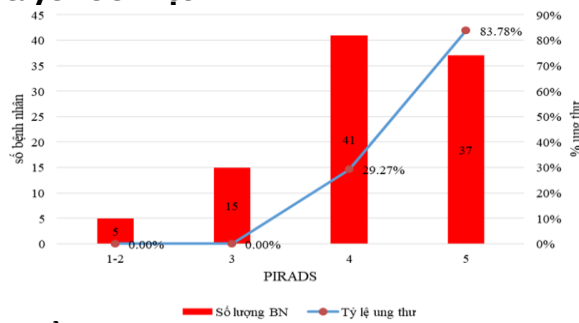
**3.1. Môi trường quan giữa chỉ số PSA toàn phần và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt**



**Biểu đồ 3.1.** Môi trường quan giữa chỉ số PSA toàn phần và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt

**Nhận xét:** Nhóm tPSA > 10ng/ml là nhóm có số bệnh nhân cao nhất đồng thời có tỷ lệ ung thư cao nhất là 54,29%, nhóm tPSA < 4 ng/ml là nhóm có số bệnh nhân thấp nhất, có tỷ lệ ung thư có tỷ lệ ung thư cao thứ hai 40%, nhóm tPSA 4 – 10ng/ml có tỷ lệ ung thư thấp nhất 13,04%.

**3.2. Môi trường quan giữa phân loại PIRADS trên MRI và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt**



**Biểu đồ 3.2.** Môi trường quan giữa phân loại PIRADS trên MRI và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt

**Nhận xét:** Nhóm PIRADS 4 có số lượng bệnh nhân cao nhất và tỷ lệ ung thư cao thứ hai 29,27%. Nhóm PIRADS 5 có số lượng bệnh nhân cao thứ hai và có tỷ lệ ung thư cao nhất 83,78%. Các nhóm PIRADS 1 – 2 và PIRADS 3 không có bệnh nhân ung thư.

**3.3. Các tai biến, biến chứng của thủ thuật sinh thiết**

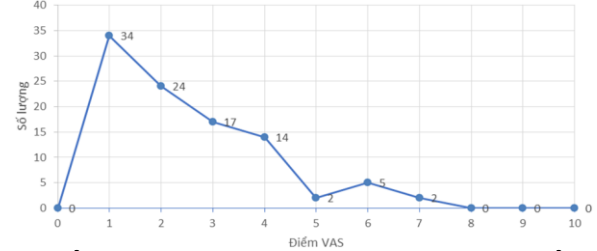
**Bảng 3.1. Các tai biến, biến chứng của thủ thuật sinh thiết**

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Chảy máu qua miệng sáo	12	12,2%
Chảy máu hậu môn – trực tràng	34	34,7%
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	0	0%

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 12 bệnh nhân có chảy máu qua miệng sáo chiếm 12,2%, 34 bệnh nhân có chảy máu hậu

môn – trực tràng chiếm 34,7%, không ghi nhận bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau sinh thiết.

**3.4. Cảm giác đau sau sinh thiết**



**Biểu đồ 3.3.** Mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm sinh thiết

**Nhận xét:** Bệnh nhân không đau (VAS 0 - 1), đau mức độ nhẹ (VAS 2 -3) chiếm tỷ lệ cao nhất 75/98, bệnh nhân đau mức độ trung bình (VAS 4 -5) là 16/98, bệnh nhân đau mức độ vừa (VAS 6 -7) là 7/98, không có bệnh nhân đau mức độ nhiều (VAS 8 – 9) và mức độ dữ dội (VAS 10).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 98 bệnh nhân, có độ tuổi trung bình là 73,27± 7,92 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 tuổi.

**4.1. Môi trường quan giữa chỉ số PSA toàn phần và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt.** Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt PSA đã được sử dụng trong thực hành lâm sàng từ năm 1986 trong sàng lọc và chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt, giúp gia tăng tỷ lệ sống sót chung. Số bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt có giai đoạn di căn và bệnh đi kèm đã giảm hơn 25% nhờ phát hiện sớm các tổn thương trong giai đoạn khu trú[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được chỉ định sinh thiết do tPSA > 10ng/ml (70/98 bệnh nhân), với nhóm này tỷ lệ ung thư ghi nhận ở mức cao 54,29%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Trung Kiên (2020) tỷ lệ ung thư là 37,5% ở nhóm có tPSA từ 10 – 20 ng/ml và 46,94% ở nhóm có tPSA > 20 ng/[4]. Nhóm bệnh nhân tPSA 4 – 10ng/ml có tỷ lệ ung thư là 13,04%, kết quả này tương đồng với các tác giả khác trên thế giới, theo nghiên cứu của Bannakij Lojanapiwat và cộng sự năm 2014 trên 1,116 bệnh nhân tỷ lệ ung thư của nhóm tPSA từ 4 – 10ng/ml là 16,12%. Nhóm bệnh nhân tPSA < 4ng/ml trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ ung thư cao 40%, kết quả này có khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của nhiều tác giả khác trên thế giới như Bannakij Lojanapiwat (2014) là 10,67%, Carter (2002) là 2%, nhưng tương đồng với tác giả Catalonia

(1997) tỷ lệ sinh thiết dương tính là 1/3 khi PSA < 4ng/ml, điều này được giải thích là do số lượng bệnh nhân trong nhóm này của nghiên cứu chúng tôi nhỏ là 5 bệnh nhân, do đó với 2 bệnh nhân UTTL chiếm tỷ lệ cao lên tới 40%[5].

Hạn chế của xét nghiệm PSA là nguy cơ chẩn đoán quá mức và dẫn đến sinh thiết âm tính do độ đặc hiệu kém. Mức độ PSA tăng cao có thể do các tình trạng khác gây ra như tăng sản tuyến tiền liệt lành tính mức độ lớn, viêm tuyến tiền liệt, thao tác tuyến tiền liệt và xuất tinh trong vòng 24 giờ [5]. Trong thực hành lâm sàng, ngưỡng PSA chung là 4,0 ng/mL. Điểm cut off thấp hơn dẫn đến tăng độ nhạy nhưng độ đặc hiệu giảm, làm tăng khả năng phát hiện ung thư tuyến tiền liệt không đáng kể trên lâm sàng.

Ngày nay, một số nghiên cứu mới đang đánh giá sâu hơn các giá trị của PSA trong ung thư tuyến tiền liệt như: mối tương quan giữa các chỉ số PSA được điều chỉnh về mặt di truyền với nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt [6], hay tỷ lệ fPSA/tPSA với tỷ lệ tử vong do ung thư tuyến tiền liệt[7].

**4.2. Mối tương quan giữa phân loại PI-RADS trên MRI và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt.** Nhóm PIRADS 4 có số lượng bệnh nhân cao nhất và tỷ lệ ung thư cao thứ hai 29,27%, nhóm PIRADS 5 có số lượng bệnh nhân cao thứ hai và có tỷ lệ ung thư cao nhất 83,78%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo trước đây của ba nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ ung thư tuyến tiền liệt lần lượt là 34%–45% với PIRADS 4 và 67–84% với PIRADS 5. Nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp ung thư tuyến tiền liệt nào được ghi nhận ở nhóm PIRADS 3, trong khi đó, tỷ lệ này ở các nghiên cứu của Osses (10%), Felker (10%), Venderink (17%)[8]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác trên thế giới đều chỉ ra kết quả mpMRI có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt, ngoài ra điểm PIRADS có mối tương quan với độ xâm lấn ngoài bao tuyến tiền liệt, xâm lấn mạch bạch huyết và túi tinh, đồng thời có tương quan với nguy cơ tái phát cao hơn và cần điều trị bổ sung [8].

**4.3. Các tai biến, biến chứng của thủ thuật sinh thiết.** Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 12 bệnh nhân có chảy máu qua miệng sáo chiếm 12,2%, 34 bệnh nhân có chảy máu hậu môn – trực tràng chiếm 34,7%, không ghi nhận bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau sinh thiết. Kết quả này tương đồng với các tác giả khác trên thế giới, như trong nghiên cứu của Ozan Efesoy và cộng

sự năm 2013, các biến chứng nhỏ như tiểu máu (66,3%), xuất tinh ra máu (38,8%), chảy máu trực tràng (28,4%), nhiễm trùng đường sinh dục (6,1%). Các biến chứng rất hiếm gặp bao gồm nhiễm trùng niệu (0,5%), chảy máu trực tràng cần can thiệp (0,3%), bí tiểu cấp tính (0,3%), tiểu máu cần truyền máu (0,05%)[9]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác trên thế giới đều chỉ ra rằng kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm có độ an toàn cao[9].

**4.4. Cảm giác đau sau sinh thiết.** Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện kỹ thuật phong bế thần kinh quanh tuyến tiền liệt, đây được coi là một kỹ thuật ưu việt, có tác dụng giảm đau hiệu quả cho người bệnh, đồng thời mở rộng đối tượng thực hiện sinh thiết với các bệnh nhân cao tuổi, có chống chỉ định với gây mê, gây tê đám rối thần kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân lớn tuổi nhất được thực hiện sinh thiết là 89 tuổi, các bệnh nhân sau sinh thiết đều tự ngồi dậy và về phòng bệnh bằng xe lăn, đa số bệnh nhân mức độ đau theo thang điểm VAS từ 0 – 3 chiếm 75/98 kết quả này tương đồng với các tác giả khác như Fasola và cộng sự năm 2021[10]. Các nghiên cứu chỉ ra PPNB có hiệu quả tương đồng với gây tê tùy sống về mức độ giảm đau, đồng thời tránh được các biến chứng của gây tê tùy sống và thao tác thực hiện cùng dụng cụ đơn giản hơn[10].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 98 bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt được sinh thiết qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện E trong năm 2023, chúng tôi thấy: có mối tương quan giữa chỉ số PSA, PIRADS với kết quả sinh thiết. Kỹ thuật phong bế thần kinh quanh tuyến tiền liệt (PPNB) giúp rút ngắn thời gian thực hiện, mở rộng đối tượng bệnh nhân được sinh thiết, có hiệu quả chống đau tốt. Đây là một kỹ thuật tương đối an toàn, có ít các tai biến và biến chứng, đa số là các khó chịu nhỏ như tiểu máu, chảy máu qua hậu môn – trực tràng mà không cần can thiệp hay truyền máu. Thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt cho các trường hợp nghi ngờ, giúp tăng tỷ lệ phát hiện sớm ung thư tuyến tiền liệt, nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Globocan.** International Agency for Research on Cancer. WHO. 2020.
2. **Heidenreich A., G. Aus, associates** (2008), "Guidelines on prostate cancer", Guideline

- European Association of Urology 2008 edition.
- Andriole, Gerald L.; Crawford, E. David; Grubb, Robert L** (2009). Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *New England Journal of Medicine*, 360(13), 1310–1319. doi:10.1056/nejmoa0810696
  - Vũ Trung Kiên, Đỗ Trường Thành** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán qua sinh thiết 12 mẫu. *Y học Việt Nam*, tháng 1-Số 1&2/2020, tập 486, Tr. 163-167.
  - Lojanapiwat B, Anutrakulchai W, Chongruksut W** (2014). Correlation and diagnostic performance of the prostate-specific antigen level with the diagnosis, aggressiveness, and bone metastasis of prostate cancer in clinical practice. *Prostate Int Sep;2(3):133-9*. doi: 10.12954/PI.14054
  - Kachuri, L., Hoffmann, T.J., Jiang, Y** (2023). Genetically adjusted PSA levels for prostate cancer screening. *Nat Med* 29, 1412–1423, doi: 10.1038/s41591-023-02277-9
  - Lundgren, P.-O., Kjellman, A., Norming** (2021), Association between one-time prostate-specific antigen (PSA) test with free/total PSA ratio and prostate cancer mortality: A 30-year prospective cohort study. *BJU Int*, 128: 490-496. doi: 10.1111/bju.15417
  - Kızılay F, Çelik S, Sözen S** (2020). Correlation of Prostate-Imaging Reporting and Data Scoring System scoring on multiparametric prostate magnetic resonance imaging with histopathological factors in radical prostatectomy material in Turkish prostate cancer patients: a multicenter study of the Urooncology Association. *Prostate Int.* 8(1):10-15. doi: 10.1016/j.pnil.2020.01.001
  - Efesoy O, Bozlu M, Çayan S** (2013). Complications of transrectal ultrasound-guided 12-core prostate biopsy: a single center experience with 2049 patients. *Turk J Urol.* 39(1):6-11. doi: 10.5152/tud.2013.002
  - Fasola, O.A., Takure, A.O, Shittu, O.B** (2021). Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: periprostatic block versus caudal block for analgesia—a randomized trial. *Afr J Urol* 27, 85, doi:10.1186/s12301-021-00185-3

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ GAN TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Tô Quốc Việt<sup>1</sup>, Hồ Huỳnh Uy Tài<sup>2</sup>, Hồ Văn Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 40 bệnh nhân điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 04/2020 đến 4/2024. **Kết quả nghiên cứu:** 14 nữ (35%), 26 nam (65%); tuổi trung bình 36,3 ± 13,3 (17 - 65) tuổi, dịch ổ bụng qua chụp cắt lớp vi tính chiếm 90%, đây là phương pháp điều trị an toàn với tỷ lệ thành công đạt 95%, không có trường hợp nào tử vong, tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công ở độ I và II đều là 100%, độ III là 95.45%, độ IV là 50%, điều trị nội bảo tồn đạt kết quả tốt 92,5%, 1 trường hợp kết quả trung bình 2,5%, 2 trường hợp xấu phải chuyển mổ chiếm 5%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, hiệu quả, được thực hiện ở cơ sở y tế có khả năng hồi sức và phẫu thuật gan.

**Từ khóa:** điều trị bảo tồn, chấn thương gan.

### SUMMARY

#### ASSESSING THE EARLY OUTCOMES OF

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Huỳnh Uy Tài

Email: bacsith@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

### CONSERVATIVELY MANAGED LIVER

#### INJURY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To assess the result of non-operative management of blunt liver trauma at Can Tho General Hospital. **Subject and method:** Descriptive cross-sectional, 40 patient of non-operative management of blunt liver trauma at Can Tho General Hospital from 4/2020 to 4/2024. **Result:** 14 females (35%), 26 males (65%); mean age 36.3 ± 13.3 (17 - 65) years old. Computed tomography-guided abdominal drainage was performed in 90% of cases. This is a safe treatment method with a success rate of 95%. There were no deaths. The success rate of conservative treatment was 100% for grades I and II, 95.45% for grade III, and 50% for grade IV. Conservative treatment achieved good results in 92.5% of cases, average results in 2.5%, and poor results in 5% of cases, requiring surgery. **Conclusion:** Non-operative management for blunt live trauma is safe, effective and performed in medical facilities capable of resuscitation and liver surgery.

**Keywords:** Non-operative management, Blunt liver trauma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan (CTG) là thể lâm sàng đứng hàng thứ hai, chiếm 15-22% trong chấn thương bụng kín (CTBK) và 13-35% trong vết thương thấu bụng<sup>(1)</sup>. Trong nghiên cứu năm 2018 của Ibrahim Affi và các cộng sự, tại một trung tâm chấn thương cấp I cho thấy tỷ lệ CTG