

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ
HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

TẠP CHÍ
Y DƯỢC HỌC

JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY

Số đặc biệt, 01/2021
January - 2021



HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN XIV
HỘI TIẾT NIỆU THẬN HỌC VIỆT NAM (VUNA),
HỘI TIẾT NIỆU THẬN HỌC THỪA THIÊN HUẾ (HueUNA)

ISSN 1859-3836

MỤC LỤC

1.	Quá trình phát triển kỹ thuật tạo hình bàng quang trực vị trên phụ nữ <i>The process of technique development on orthotopic bladder reconstruction in women</i> Đào Quang Ánh, Văn Thành Trung	21-26
2.	Tổng quan về nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp <i>Complicated urinary tract infections</i> Ngô Xuân Thái	27-36
3.	Bệnh cầu thận xơ hóa cục bộ và các yếu tố miễn dịch lưu hành <i>Circulating permeability factors in primary focal segmental glomerulosclerosis: A review</i> Lê Thị Phương Anh, Hoàng Thị Thủy Yên, Trần Kiên Hào	37-41
4.	Chẩn đoán, điều trị và theo dõi giãn tĩnh mạch tinh hoàn <i>Diagnosis, treatment and control of varicocele</i> Nguyễn Phương Hồng	42-48
5.	Sử dụng thang điểm bàng quang tăng hoạt (OABSS) trong chẩn đoán và điều trị bàng quang tăng hoạt <i>Using overactive bladder symptom scores (OABSS) for diagnosis and treatment of overactive bladder</i> Nguyễn Văn Ân	49-53
6.	Rối loạn ham muốn tình dục thấp ở nam giới trong thực hành y học giới tính <i>Male hypoactive sexual desire disorder in sexual medicine practicing</i> Nguyễn Hồ Vĩnh Phước, Trần Thị Nhung, Mai Bá Tiến Dũng	54-58
7.	Nghiên cứu đặc điểm hội chứng thận hư trẻ em <i>Research on these features of childhood nephrotic syndrome</i> Nguyễn Mai Anh, Hoàng Thị Thủy Yên, Lê Thị Phương Anh, Nguyễn Duy Nam Anh, Nguyễn Thị Diễm Chi	59-64
8.	Đánh giá chức năng thận ở bệnh viêm cầu thận cấp trẻ em <i>To evaluate the renal function in pediatric acute glomerulonephritis</i> Trương Hoài Đức, Lê Thị Phương Anh, Hoàng Thị Thủy Yên	65-68
9.	Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến tái phát của hội chứng thận hư đơn thuần ở trẻ em <i>Evaluation of the therapeutic responses and these risk factors for relapse in childhood nephrotic syndrome</i> Lê Thị Phương Anh, Đặng Quang Đạt, Hoàng Thị Thủy Yên	69-73
10.	Tìm hiểu vai trò của bổ thể C3, C4 trong định hướng nguyên nhân viêm cầu thận ở trẻ em <i>Research on the role of complements C3, C4 on orienting the cause of nephritic syndrome</i> Lê Thị Phương Anh, Hoàng Thị Thủy Yên, Nguyễn Thị Hồng Đức	74-78
11.	Kích thước thận bình thường ở trẻ em từ 6-10 tuổi trên phim chụp cắt lớp vi tính <i>Normal size of kidney in computed tomography in children from 6 to 10 years old</i> Trần Xuân Bách, Trần Văn Việt, Nguyễn Ngọc Sáng	79-84
12.	Báo cáo trường hợp hội chứng thận hư bẩm sinh do đột biến mới gen IAMB2 ở trẻ sơ sinh <i>A case report of congenital nephrotic syndrome due to a novel IAMB2 in neonate</i> Lương Thị Phương, Nguyễn Thị Ngọc, Lê Thị Hà, Vũ Chí Dũng, Nguyễn Thu Hương	85-88

89.	Ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103: Kết quả sau 28 năm <i>Organ transplantation at Military Hospital 103: The results of 28 years</i> Bùi Văn Mạnh, Đỗ Quyết, Trần Viết Tiến, Phạm Gia Khánh, Nguyễn Tiến Bình, Hoàng Mạnh An, Đặng Ngọc Hùng, Đỗ Tất Cường, Nguyễn Trường Giang, Lê Trung Hải, Vũ Nhất Định, Lê Anh Tuấn, Trần Văn Hình, Lê Việt Thắng, Phạm Quốc Toàn, Bùi Quang Thịnh	533-536
90.	Phẫu thuật cắt thận ghép: Nhân 2 trường hợp <i>Transplant nephrectomy: Report on 2 cases</i> Đỗ Ngọc Thế, Trần Đức, Nguyễn Việt Hải	537-542
91.	Nghiên cứu đặc điểm triệu chứng cốt lõi đường tiểu dưới trên bệnh nhân có hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng-cùng <i>The core lower urinary tract symptoms in lumbar root compression syndromes</i> Đinh Thị Phương Hoài, Nguyễn Thanh Minh, Nguyễn Vĩnh Lạc, Nguyễn Nhật Minh, Lê Đình Khánh	543-549
92.	Phẫu thuật ngả âm đạo dùng mesh 6 nhánh để điều trị sa khoang trước và khoang giữa của sa tạng chậu nữ - Những kết quả ban đầu <i>Transvaginal surgery using 6-arm mesh for treatment anterior and apical defects of pelvic organs prolapse- our preliminary results</i> Nguyễn Văn Ân, Đoàn Vương Kiệt, Phạm Huy Vũ, Lê Trương Tuấn Đạt	550-555
93.	Kết quả phép đo áp lực điểm són tiểu ở phụ nữ tiểu không kiểm soát khi gắng sức tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh <i>To evaluate the result of leak point pressure (LPP) in female stress urinary incontinence (SUI) in University Medicine and Pharmacy Hospital Ho Chi Minh city</i> Đoàn Vương Kiệt, Phạm Huy Vũ, Nguyễn Văn Ân	556-561
94.	Ứng dụng máy siêu âm cầm tay đo thể tích nước tiểu tồn lưu <i>Application of portable bladder scanner in measurement of post void residual</i> Nguyễn Khoa Hùng, Võ Minh Nhật, Trần Tùng Linh, Mai Thị Cẩm Cát, Nguyễn Đăng Đình Thi	562-570
95.	Kết quả điều trị ung thư biểu mô bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ bằng phẫu thuật cắt nội soi lưỡng cực qua niệu đạo <i>Bipolar energy for transurethral resection of non muscle invasive bladder cancer - A initial result</i> Huỳnh Thái Sơn, Trần Văn Hình, Lê Anh Tuấn, Phạm Quang Vinh, Nguyễn Phú Việt và cộng sự	571-574
96.	Đánh giá tỷ lệ sống sau điều trị ung thư dương vật tại Bệnh viện Bình Dân từ năm 2006-2016 <i>Evaluating the survival rate after treating penile cancer at Binh Dan Hospital from 2006-2016</i> Trần Đoàn Thiên Quốc, Mai Bá Tiến Dũng	575-581
97.	Báo cáo trường hợp: Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đồng thời <i>Synchronous renal cell carcinoma with hepatocellular carcinoma: A case report</i> Lê Đình Đạm, Bùi Văn Thức, Nguyễn Nhật Minh, Võ Minh Nhật, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Khoa Hùng, Nguyễn Trường An, Lê Trọng Bình, Nguyễn Thanh Thảo, Lê Đình Khánh	582-585
98.	Nang niệu sau phẫu thuật cắt đơn vị thận phụ: Nhân một trường hợp <i>Giant urinome after heminephrectomy: Report of 1 case</i> Nguyễn Nhật Minh, Võ Minh Nhật, Lê Đình Đạm, Lê Trọng Bình, Nguyễn Xuân Mỹ, Lê Đình Khánh	586-589
99.	Lấy tinh trùng ở bệnh nhân chết não: Báo cáo trường hợp lâm sàng <i>Sperm retrieval in a brain-dead man - A case report</i> Lê Đình Hiếu, Tăng Kim Hoàng Văn, Lê Phi Hùng, Lý Thái Lộc, Trần Nhật Thăng	590-593

100.	Dính h Comp report
101.	Nhân A case
102.	Stent Meta
103.	Nhân Spont report
104.	Sỏi và Stone
105.	Nhữ The m
106.	Biển c siêu â Endov percu analy
107.	Sử dụ Quân Antith initial Bùi V
108.	Nhận mỗi li Histop with ir

Ứng dụng máy siêu âm cầm tay đo thể tích nước tiểu tồn lưu

Nguyễn Khoa Hùng¹, Võ Minh Nhật¹, Trần Tùng Linh¹, Mai Thị Cẩm Cát¹, Nguyễn Đặng Đình Thế

(1) Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Bệnh viện đa khoa Khánh Hòa

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả đo thể tích nước tiểu tồn lưu (PVR) bằng máy siêu âm cầm tay và một số yếu tố liên quan đến lượng nước tiểu tồn lưu ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới. **Đối tượng và phương pháp:** 64 bệnh nhân có các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) có chỉ định đo PVR. Đo thể tích nước tiểu tồn lưu bằng máy siêu âm xách tay ba chiều thời gian thực CubeScan BioCon -700 (PVR1), nếu PVR1 > 0 ml, cho bệnh nhân đi tiểu và đo lại lần 2 (PVR2). Nếu PVR2 > 0 ml, xác định thể tích nước tiểu tồn lưu bằng sonde tiểu (PVR*). So sánh kết quả đo từ máy siêu âm với kết quả thu được khi đặt sonde tiểu. Dữ liệu được tổng hợp, xử lý theo thống kê y học. **Kết quả:** PVR1 trung bình là $99,4 \pm 11,06$ ml. 61 bệnh nhân (95,3%) được đo PVR2, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PVR1 và PVR2 ($p < 0,05$). 37 bệnh nhân (57,8%) được đặt sonde tiểu, 100% PVR2 < PVR*, độ chênh lệch Δ PVR trung bình là $31,8 \pm 53,4$ ml. Có sự tương quan thuận trung bình giữa hai phương pháp đo ($r=0,502$, $p < 0,05$). Độ nhạy và độ đặc hiệu trong đánh giá PVR của chúng tôi là 100% và 72,7% với PVR ≥ 100 ml. Δ PVR không phụ thuộc vào giới, BMI, lượng nước uống vào, IPSS, QoL, thể tích tuyến tiền liệt, Qmax. Có sự tương quan thuận trung bình giữa Δ PVR và thể tích nước uống vào ($r=0,473$, $p < 0,01$). 100% bệnh nhân đánh giá bladder scan không gây đau, quá trình thực hiện diễn ra nhanh. **Kết luận:** Đo PVR bằng máy siêu âm cầm tay có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 72,7% với PVR ≥ 100 ml. Không có sự ảnh hưởng của các yếu tố về giới, BMI và lượng nước uống vào trước khi đo, thể tích tuyến tiền liệt, thể tích đi tiểu và tốc độ dòng tiểu cực đại lên PVR ở bệnh nhân LUTS.

Từ khóa: Thể tích nước tiểu tồn lưu, siêu âm cầm tay.

Abstract

Application of portable bladder scanner in measurement of post void residual

Nguyen Khoa Hung¹, Vo Minh Nhat¹, Tran Tung Linh¹,

Mai Thi Cam Cat¹, Nguyen Dang Dinh The

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

(2) Khanh Hoa Province's Hospital

Objective: To evaluate the result of measuring the postvoid residual (PVR) by portable bladder scanner and some factors related to the postvoid residual in patients with lower urinary tract symptoms. **Methods:** 64 patients with lower urinary tract symptoms (LUTS) indicated for PVR measurement. Measuring postvoid residual by CubeScan BioCon -700 (PVR1) portable real-time bladder scanner, if PVR1 is > 0 ml, ask patients to urinate and repeat the second measurement (PVR2). If PVR2 > 0 ml, determine the postvoid residual by indwelling catheter (PVR *). Compare the results obtained from the bladder scanner with those obtained when the catheter is placed. Data are synthesized and processed according to medical statistics. **Results:** The mean PVR1 was 99.4 ± 11.06 ml. 61 patients (95.3%) were measured PVR2, with a statistically significant difference between PVR1 and PVR2 ($p < 0.05$). 37 patients (57.8%) had indwelling catheter, 100% PVR2 < PVR *, mean PVR deviation was 31.8 ± 53.4 ml. There is a mean positive correlation between the two methods of measurement ($r = 0.502$, $p < 0.05$). The sensitivity and specificity were 100% and 72.7% with PVR ≥ 100 ml. Δ PVR is independent of gender, BMI, water intake, IPSS, QoL, prostate volume, Qmax. There is a mean positive correlation between Δ PVR and drinking water volume ($r = 0.473$, $p < 0.01$). The bladder scan is painless in 100% of patients, and the procedure is fast. **Conclusion:** The sensitivity and specificity of measuring PVR by portable bladder scanner is 100% and 72.7% respectively with PVR ≥ 100 ml. There were no effects of gender factors, BMI and pre-measured water intake, prostate volume, urinary volume, and maximum flow rate on PVR in LUTS patients.

Keywords: Postvoid residual, portable bladder scanner

Địa chỉ liên hệ: Võ Minh Nhật, email: vmnhat@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/11/2020, Ngày đồng ý đăng: 26/12/2020

1. ĐẶT VẤN

Triệu chứng symptoms - l tới việc chữa qua đường ti thường gặp ở biệt ở người g tế Quốc gia v có 30% nam đư ường tiểu đ trên thế giới một triệu chú nguyên nhân gánh nặng đái mang gánh n tiểu dưới với l

Lượng nư void residual: bàng quang n nước tiểu tồ quan trọng tr ường tiểu đ tiểu tồn lưu s của đường ra hoặc phổi hợ nghiên cứu về liệt tuyến (M - MTOPS) và n lâu dài của Alf Safety Study- A liên quan đến chứng [14], [18

Thể tích nư đo lượng nước (tiểu), qua dẫn âm (siêu âm tậ siêu âm đa nă niệu với máy s dù sonde tiểu c trong đánh giá xác cao nhưng l gây nhiễm khu Để khắc phục tiểu tồn lưu b nhập ngày càn siêu âm cầm tay scan) sẽ giúp c nhân ngay ở p thuận tiện mà đoán hình ảnh.

Trong phạm kết quả đo thể máy siêu âm cầ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Triệu chứng đường tiểu dưới (lower urinary tract symptoms - LUTS) là những triệu chứng liên quan tới việc chứa đựng và tổng xuất nước tiểu thông qua đường tiểu dưới. Triệu chứng đường tiểu dưới thường gặp ở cả nam và nữ, ở mọi lứa tuổi và đặc biệt ở người già. Theo một số nghiên cứu của Viện Y tế Quốc gia về Chất lượng điều trị Vương quốc Anh có 30% nam giới từ 50 tuổi trở lên bị triệu chứng đường tiểu dưới. Năm 2013, ước tính 46% người trên thế giới (từ 20 tuổi trở lên) xuất hiện ít nhất một triệu chứng đường tiểu dưới, là một trong các nguyên nhân làm giảm chất lượng cuộc sống và là gánh nặng đáng kể cho xã hội. Châu Á được ước tính mang gánh nặng cao nhất của triệu chứng đường tiểu dưới với khoảng 1,2 tỷ người [13].

Lượng nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu (post-void residual: PVR) là thể tích nước tiểu còn lại trong bàng quang ngay sau khi tiểu xong [5]. Đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau đi tiểu là một xét nghiệm quan trọng trong đánh giá bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới. Sự gia tăng đáng kể thể tích nước tiểu tồn lưu sau đi tiểu có thể gợi ý sự tăng sức cản của đường ra bàng quang, bàng quang giảm hoạt hoặc phối hợp 2 nguyên nhân trên [7], [23]. Trong nghiên cứu về điều trị nội khoa các triệu chứng tiền liệt tuyến (Medical Therapy Of Prostatic Symptom - MTOPS) và nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả về lâu dài của Alfuzoxin (Alfuzoxin Long Term Efficacy and Safety Study- ALTESS), thể tích nước tiểu tồn lưu lớn có liên quan đến gia tăng nguy cơ tiến triển xấu của triệu chứng [14], [18].

Thể tích nước tiểu tồn lưu được xác định bằng cách đo lượng nước tiểu qua ống thông bàng quang (sonde tiểu), qua dẫn lưu bàng quang sẵn có, hoặc bằng siêu âm (siêu âm tại khoa chẩn đoán hình ảnh bằng máy siêu âm đa năng, hay siêu âm tại phòng khám tiết niệu với máy siêu âm cầm tay - bladder scan). Mặc dù sonde tiểu được công nhận là phương pháp chuẩn trong đánh giá thể tích nước tiểu tồn lưu với độ chính xác cao nhưng lại gây khó chịu cho bệnh nhân, nguy cơ gây nhiễm khuẩn và chấn thương niệu đạo [15], [23]. Để khắc phục những hạn chế này, đo thể tích nước tiểu tồn lưu bằng siêu âm bàng quang không xâm nhập ngày càng được áp dụng rộng rãi. Áp dụng máy siêu âm cầm tay đo thể tích nước tiểu tồn lưu (bladder scan) sẽ giúp cho người bác sĩ tiết niệu đánh giá bệnh nhân ngay ở phòng khám hay giường bệnh một cách thuận tiện mà không cần phụ thuộc vào bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu bằng máy siêu âm cầm tay và một số yếu tố liên quan đến

lượng nước tiểu tồn lưu ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 64 bệnh nhân có các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) phù hợp với định nghĩa của Hiệp hội Tiểu không tự chủ thế giới 2002 đến khám tại khoa ngoại Tiết niệu - Thần kinh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, có chỉ định đo PVR trong thời gian từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 9 năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân nghiện rượu, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, phụ nữ có thai, bệnh nhân không có năng lực nhận thức và hành vi, bệnh nhân chống chỉ định đặt sonde tiểu, bệnh nhân đã được chẩn đoán có rối loạn thần kinh tự động bàng quang do các nguyên nhân khác như: Chấn thương sọ não, chấn thương cột sống thắt lưng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Khám và ghi nhận đặc điểm chung như tuổi, giới, BMI; đặc điểm lâm sàng bao gồm các triệu chứng thuộc nhóm chứa đựng, tổng xuất và sau đi tiểu, mức độ nặng của triệu chứng theo thang điểm IPSS và QoL, đặc điểm của tuyến tiền liệt và trương lực cơ thắt hậu môn qua thăm trực tràng; đặc điểm cận lâm sàng như kết quả siêu âm bụng, đo niệu dòng đồ.

Ngay sau khi bệnh nhân được đo niệu dòng đồ, đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau tiểu bằng máy siêu âm xách tay ba chiều thời gian thực CubeScan Bio-Con 700. Quy trình đo thể tích tồn lưu của máy này như sau: Chuẩn bị bệnh nhân: giải thích rõ các việc sẽ làm cho bệnh nhân, chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, duỗi 2 chân. Bộc lộ vùng đặt đầu dò (2 - 3 cm trên xương mu). Bôi gel lên vùng đặt đầu dò hoặc bôi gel trực tiếp lên đầu dò. Đặt đầu dò lên vùng đã xác định. Thực hiện các động tác quét cũng như nghiêng đầu dò đến khi khảo sát được toàn bộ bàng quang. Khi trên màn hình hiển thị hình ảnh toàn bộ bàng quang, bấm nút Scan để lấy kết quả thể tích tồn lưu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả đo thể tích tồn lưu của máy siêu âm xách tay này theo 3 bước. Bước 1, xác định thể tích nước tiểu tồn lưu bằng Bladder scan lần 1 (PVR1). Bước 2, nếu PVR1 > 0 ml, cho bệnh nhân đi tiểu lại ở nhà vệ sinh, giải thích bệnh nhân cần tiểu thoải mái cho đến khi cảm thấy "không thể tiểu thêm được nữa" thì vào siêu âm đo lại thể tích nước tiểu tồn lưu lần 2 (PVR2). Bước 3, những bệnh nhân có PVR2 > 0 được xác định thể tích nước tiểu tồn lưu sau tiểu bằng sonde tiểu (PVR*), thời gian từ lúc xác định được

PVR2 đến lúc xác định được PVR* không quá 15 phút. So sánh kết quả đo từ máy siêu âm với kết quả thu được khi đặt sonde tiểu.

Các số liệu trong quá trình nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là $57,9 \pm 16,0$ tuổi, thấp nhất là

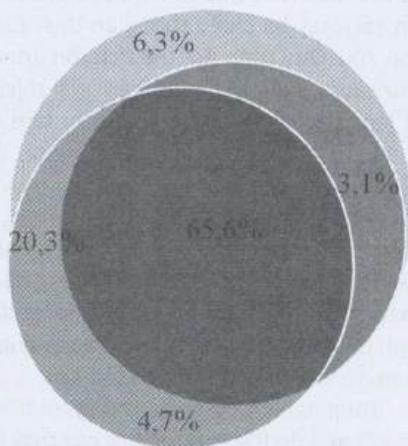
19 tuổi, cao nhất là 85 tuổi. Tỷ lệ các bệnh nhân LUTS được chỉ định đo PVR tăng dần theo từng nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi ≤ 19 (3,1%) và cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 (50%). Tỷ lệ nam/nữ: 3,9/1.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) ở mức bình thường chiếm 60,9%. BMI thấp nhất ($< 18,5$ kg/m²) chiếm 12,5%. BMI cao nhất (25-29,9 kg/m²) chiếm 17,2%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng				Triệu chứng lâm sàng			
		n	%		n	%	
Triệu chứng chứa đựng	Tiểu nhiều lần	48	75,0	Triệu chứng tổng xuất	Dòng tiểu yếu	41	64,1
	Tiểu đêm	45	70,3		Tiểu ngắt quãng	22	34,4
	Tiểu gấp	17	26,6		Phải rặn khi đi tiểu	27	42,2
	Tiểu không tự chủ	2	3,1		Khó khi bắt đầu đi tiểu	28	43,8
	Tiểu không tự chủ do gắng sức	9	14,1		Dòng tiểu bị chia tách	18	28,1
	Tiểu không tự chủ kèm tiểu gấp	15	23,4		Tiểu nhỏ giọt cuối pha đi tiểu	29	45,3
	Tiểu không tự chủ hỗn hợp	4	6,3	Triệu chứng sau tiểu	Cảm giác không tiểu hết	38	59,4
	Đái dầm	2	3,1		Són tiểu khi vừa tiểu xong	19	29,7
	Tiểu không tự chủ liên tục	3	4,7				

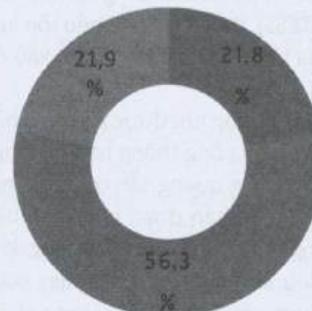


- Triệu chứng chứa đựng
- Triệu chứng tổng xuất
- Triệu chứng sau đi tiểu

Biểu đồ 1. Phân bố LUTS theo các nhóm triệu chứng

Biểu đồ 2. Mức độ nặng của triệu chứng trên thang điểm IPSS

Điểm QoL trung bình là $3,3 \pm 0,9$. Số bệnh nhân cảm thấy khổ sở và khó khăn chiếm 45,3%, tạm được 35,9%, chấp nhận được và tốt là 18,8%.



- Nhẹ (1-7)
- Vừa (8-19)
- Nặng (20-35)

3.3. Triệu c

Thể tích tiế
Q_{max}
Q_{ave}

Có 32 bệnh nhân có PVR1 trung bình là $47,4 \pm 7,1$ ml, cao nhất là 14,7 ml, thấp nhất là 14,7 ml.

3.4. Đánh giá

PVR1 trung bình là $47,4 \pm 7,1$ ml. Đánh giá 61 bệnh nhân có PVR1 trung bình là $47,4 \pm 7,1$ ml. Chênh lệch PVR từ 0-1 ml. Có 15/61 bệnh nhân tiến hành phẫu thuật.

PVR
PVR2 (ml)
PVR* (ml)

Thể tích nước tiểu trung bình là 14,7 ml.

PVR đo bằng Bladder scan (ml)

Sonde tiểu
< 100 ml
≥ 100 ml
Tốt

Độ nhạy là 100%

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm niệu dòng đồ

	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình
Thể tích tiểu đượ (ml)	31,4	596,1	234,0 ± 133,4
Q _{max} (ml/s)	1,9	125,0	16,5 ± 16,4
Q _{ave} (ml/s)	1,4	25,0	7,3 ± 4,4

Có 32 bệnh nhân được khảo sát tuyến tiền liệt dưới siêu âm. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 34,6 ± 14,7 ml, cao nhất là 74 ml, thấp nhất là 10 ml.

3.4. Đánh giá thể tích nước tiểu tồn dư

PVR1 trung bình là 99,4 ± 11,06 ml. Có 3 bệnh nhân (4,7%) có PVR1 bằng 0 ml. 61 bệnh nhân còn lại (95,3%) được đo PVR2.

Đánh giá 61 bệnh nhân được đo PVR2 có PVR1 trung bình là 104,3 ± 11,2 ml (11-460 ml) và PVR2 trung bình là 47,4 ± 7,9 ml (0 - 392 ml). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Chênh lệch PVR trung bình giữa hai lần đo là 56,8 ± 57,3. Có 2/61 trường hợp (3,3%) PVR1 ≤ PVR2, chênh lệch PVR từ 0 - 11 ml. Có 24/61 trường hợp (39,3%) PVR2 cho giá trị bằng 0 ml, trong khi đó PVR1 từ 11 - 109 ml. Có 15/61 trường hợp (24,6%) PVR1 ≥ 100 ml và PVR2 < 100 ml.

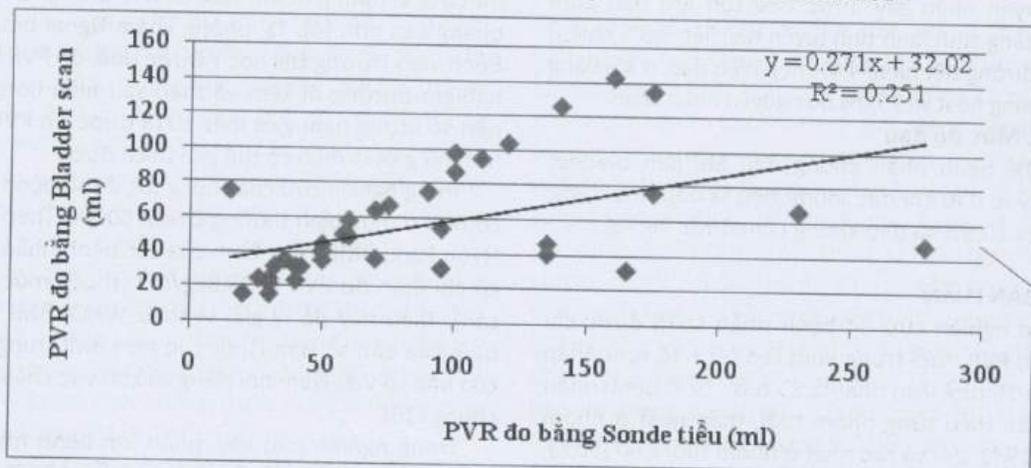
Tiến hành khảo sát trên 37 bệnh nhân được đặt sonde tiểu.

Bảng 3. Đặc điểm thể tích nước tiểu tồn lưu ở bệnh nhân được đặt sonde tiểu

PVR	Biến thiên thể tích	Thể tích trung bình	p
PVR2 (ml)	15 - 143	55,7 ± 33,3	r=0,502, p <0,05
PVR* (ml)	15 - 278	87,5 ± 61,7	

Thể tích nước tiểu tồn lưu chênh lệch giữa 2 phương pháp đo lớn nhất là 231 ml, nhỏ nhất là 60 ml, chênh lệch trung bình 31,8 ± 53,4 ml.

Biểu đồ 3. Tương quan giữa PVR đo bằng Bladder scan và Sonde tiểu



Bảng 4. Đặc điểm thể tích nước tiểu tồn lưu qua điểm cắt 100 ml

Sonde tiểu	Bladder scan		Tổng
	< 100 ml (-)	≥ 100ml (+)	
< 100 ml (-)	24	0	24
≥ 100 ml (+)	9	4	13
Tổng	33	4	37

Độ nhạy là 100, độ đặc hiệu là 72,7%. Giá trị tiên đoán dương là 30,7%, giá trị tiên đoán âm là 100%.

Bảng 5. Các yếu tố ảnh hưởng đến độ chênh lệch thể tích tồn lưu đo bằng bladder scan và sonde tiểu (Δ PVR)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n = 37)	Trung bình Δ PVR (ml)	P
Giới	Nam	29 (78,4%)	29,10 \pm 55,4	> 0,05
	Nữ	8 (21,6%)	41,39 \pm 47,5	
BMI (kg/m ²)	< 25	30 (81,1%)	30,6 \pm 53,6	> 0,05
	\geq 25	7 (18,9%)	36,6 \pm 56,9	
Thể tích nước uống vào	\leq 500 ml	9 (24,3%)	18,8 \pm 29,2	> 0,05
	> 500 ml	28 (75,7%)	35,9 \pm 59,0	

Có mối tương quan thuận trung bình giữa Δ PVR và thể tích nước uống vào ($r=0,473$, $p<0,01$).

Chúng tôi nghiên cứu trên 64 bệnh nhân, lấy PVR đo lần 2 làm thông số đánh giá. Những bệnh nhân có PVR1 bằng 0 mặc định PVR lần 2 bằng 0 để thuận lợi cho việc đánh giá các yếu tố liên quan, chúng tôi chia các bệnh nhân vào hai nhóm: Nhóm 1 với PVR2 < 100 ml có 57 bệnh nhân (89,1%), nhóm 2 với PVR2 \geq 100ml có 7 bệnh nhân (10,9%).

Bảng 6. Khác biệt về lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm 1 và nhóm 2

Đặc điểm	Nhóm 1	Nhóm 2	P
IPSS	13,1 \pm 6,4	18,0 \pm 6,4	> 0,05
QoL	3,3 \pm 0,9	3,6 \pm 0,8	> 0,05
Thể tích đi tiểu (ml)	335,9 \pm 126,8	217,9 \pm 191,0	> 0,05
Q _{max} (ml/s)	17,4 \pm 17,1	9,2 \pm 4,0	> 0,05
Q _{ave} (ml/s)	7,9 \pm 4,4	4,3 \pm 2,6	> 0,05
Thể tích TLT (ml)	33,7 \pm 15,2	41,3 \pm 8,3	> 0,05

Nguyên nhân gây nước tiểu tồn lưu bao gồm 57,4% tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, 8,8% nhiễm khuẩn đường tiết niệu, 4,4% hẹp niệu đạo, 4,4% bàng quang tăng hoạt và 25,0% do nguyên nhân khác.

3.5. Mức độ đau

100% bệnh nhân không đau khi làm bladder scan. Tỷ lệ đau khi đặt sonde tiểu là đau nhẹ 2,3%, đau vừa 20,9% và đau không chịu được 76,7%.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 64 bệnh nhân LUTS được chỉ định đo PVR, tuổi trung bình là 57,9 \pm 16 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 85 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân tăng dần theo từng nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi \leq 19 (3,1%) và cao nhất ở nhóm tuổi \geq 60 (50%). Tỷ lệ nam/nữ là 3,9/1. Nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Khoa Hùng (2018), nghiên cứu 102 bệnh nhân có LUTS bao gồm 87,3% nam và 12,7% nữ. Tuổi trung bình là 64,8 \pm 16,6. Bệnh nhân tuổi cao nhất 92 tuổi, bệnh nhân thấp tuổi nhất 15 tuổi. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ xuất hiện triệu chứng cao nhất (76,5%) [3]. Theo Hassan A. Abdelwahab, tuổi trung bình là 63,8 (45–88), niệu dòng đồ được sử dụng thường xuyên ở nam hơn

nữ có lẽ vì nam giới lớn tuổi có tỉ lệ tắc nghẽn bàng quang cao hơn [4]. Tại phòng khám Ngoại tiết niệu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, đo PVR là xét nghiệm thường đi kèm và theo sau niệu dòng đồ, nên số lượng nam giới mắc LUTS được đo PVR cao hơn nữ giới là điều có thể giải thích được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có BMI ở mức bình thường chiếm 60,9%. Theo Yong Hyun Park, BMI trung bình của các bệnh nhân LUTS có chỉ định đo PVR là 23,8kg/m² (thuộc mức thừa cân). Điều này dễ lý giải vì theo WHO, BMI trung bình của dân số Hàn Quốc cao hơn BMI trung bình của dân số Việt Nam nói riêng và khu vực châu Á nói chung [16].

Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân có sự phối hợp 3 nhóm triệu chứng chiếm 65,6%. Triệu chứng của nhóm chứa đựng có tần suất xuất hiện 95,3%, nhóm tổng xuất 90,6% và nhóm sau đi tiểu là 68,7%. Triệu chứng chứa đựng bao gồm tiểu nhiều lần chiếm phần lớn (75%), tiếp theo là tiểu đêm 70,3%, tiểu gấp 26,6%, tiểu không tự chủ kèm tiểu gấp 23,4%. Triệu chứng tổng xuất gồm dòng tiểu yếu chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,1%, tiểu nhỏ giọt cuối pha đi tiểu 45,3%, khó khi bắt đầu đi tiểu 43,8%, tiểu ngắt quãng 34,4%. Triệu chứng sau tiểu gồm

cảm giác không khi vừa tiểu xong. Khoa Hùng, đối v nhân không biểu 4,9%) mà phổi t ý một tỉ lệ cao là LUTS ở cả ba nh Chapple cho rằng hợp thấp hơn. Đi điều tra thông r tượng tham gia r triệu chứng và c

Theo kết quả trung bình là 99,4 có PVR1 bằng 0 được đo PVR2. M tích nước tiểu tồn nhân LUTS đến p Kết quả này thấp là do đối tượng r bệnh nhân LUTS tồn dư, đây là n tiểu không hết [3

Trong 61 bệnh động 11 – 460 ml lệch PVR trung bìn 2 trường hợp (3, trong 3 trường hợ hợp (27,9%) PRV đó PVR1 ở nhữn – 109 ml. Có 15, và PVR2 < 100 ml kê giữa PVR1 và P lệch này là do n thoải mái khi có máy đo niệu dòng hay không thể hiể thấy thoải mái hơn lại ở lần 2 ở nhà v nhận sự phản nà tiểu hết vì cảm th đo niệu dòng đồ [

Trong 37 trườ là 55,7 \pm 33,3 và trường hợp đều c nhất là 231 ml, nh là 31,8 \pm 53,4 ml. C giữa hai phương p nghiên cứu của Ab từ 45 tuổi trở lên PVR trung bình đ bệnh nhân tiểu th bình đo bằng son

sonde tiểu (Δ PVR)

	p
	> 0,05
	> 0,05
	> 0,05

($p < 0,01$).
 Bệnh nhân có
 an, chúng tôi chia
 với PVR2 ≥ 100 ml

	p
	> 0,05
	> 0,05
	> 0,05
	> 0,05
	> 0,05
	> 0,05

ệ tắc nghẽn bàng
 m Ngoại tiết niệu
 Huế, đo PVR là xét
 u niệu dòng đồ.
 được đo PVR cao
 được.

đa số bệnh nhân
 0,9%. Theo Yong
 bệnh nhân LUTS
 thuộc mức thừa
 WHO, BMI trung
 BMI trung bình
 u vực châu Á nơi

n bệnh nhân có
 iếm 65,6%. Triệu
 n suất xuất hiện
 óm sau đi tiểu là
 gồm tiểu nhiều
 eo là tiểu đêm
 tự chủ kèm tiểu
 m dòng tiểu yếu
 ầu nhỏ giọt cuối
 ừ đi tiểu 43,8%.
 g sau tiểu gồm

cảm giác không hết nước tiểu chiếm 59,4%, són tiểu khi vừa tiểu xong chiếm 29,7%. Nghiên cứu Nguyễn Khoa Hùng, đối với ba nhóm triệu chứng chính, bệnh nhân không biểu hiện LUTS đơn độc (tỉ lệ này chỉ có 4,9%) mà phối hợp các nhóm với nhau, đáng chú ý một tỉ lệ cao là 72,5% số bệnh nhân có biểu hiện LUTS ở cả ba nhóm triệu chứng chính [3]. Tác giả Chapple cho rằng tỉ lệ biểu hiện các triệu chứng phối hợp thấp hơn. Đây là những nghiên cứu cộng đồng, điều tra thông qua internet, điện thoại, những đối tượng tham gia nghiên cứu có thể chỉ mới xuất hiện triệu chứng và chưa tiến triển nặng [8].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, PVR1 trung bình là $99,4 \pm 11,06$ ml. Có 3 bệnh nhân (4,7%) có PVR1 bằng 0 ml. 61 bệnh nhân còn lại (95,3%) được đo PVR2. Nguyễn Khoa Hùng và cộng sự, thể tích nước tiểu tồn lưu sau tiểu trung bình ở các bệnh nhân LUTS đến phòng khám thận là $88,8 \pm 8,8$ ml. Kết quả này thấp hơn kết quả của chúng tôi có lẽ là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân LUTS có chỉ định đo thể tích nước tiểu tồn dư, đây là những bệnh nhân LUTS có nghi ngờ tiểu không hết [3].

Trong 61 bệnh nhân được đo lần 2, PVR1 dao động 11 – 460 ml, PVR2 dao động 0 – 392, chênh lệch PVR trung bình giữa hai lần đo là $56,8 \pm 57,3$. Có 2 trường hợp (3,3%) PVR1 \leq PVR2. Chênh lệch PVR trong 3 trường hợp này là từ 0 - 11 ml. Có 17 trường hợp (27,9%) PRV2 cho giá trị bằng 0 ml, trong khi đó PVR1 ở những trường hợp này đo được từ 11 – 109 ml. Có 15 trường hợp (24,6%) PVR1 ≥ 100 ml và PVR2 < 100 ml. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PVR1 và PVR2 với $p < 0,05$. Sở dĩ có sự chênh lệch này là do nhiều bệnh nhân cảm thấy không thoải mái khi có nhân viên y tế giám sát lúc tiểu ở máy đo niệu dòng đồ nên không thể tiểu thoải mái hay không thể hiểu hết. Những bệnh nhân này cảm thấy thoải mái hơn và tiểu thêm được khi cho ra tiểu lại ở lần 2 ở nhà vệ sinh. Theo Nguyễn Khoa Hùng ghi nhận sự phàn nàn của bệnh nhân rằng không thể tiểu hết vì cảm thấy không thoải mái khi tiểu ở máy đo niệu dòng đồ [3].

Trong 37 trường hợp được đặt sonde tiểu, PVR2 là $55,7 \pm 33,3$ và PVR* là $87,5 \pm 61,7$. Tất cả các trường hợp đều có PVR2 nhỏ hơn PVR*, Δ PVR lớn nhất là 231 ml, nhỏ nhất là 60 ml, Δ PVR trung bình là $31,8 \pm 53,4$ ml. Có sự tương quan thuận trung bình giữa hai phương pháp đo ($r=0,502$, $p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Abdelwahab trên 45 bệnh nhân nam từ 45 tuổi trở lên có triệu chứng đường tiểu dưới, PVR trung bình đo bằng Bladder scan sau khi cho bệnh nhân tiểu thoải mái ở nhà vệ sinh và PVR trung bình đo bằng sonde tiểu lần lượt là $82,3 \pm 60,8$ ml

và $108,4 \pm 72,1$ ml [4]. Trong khi đó theo Al-Shaikh chênh lệch PVR trung bình là 12,9 ml; theo Coombes chênh lệch là 41 ml và 25 ml với hai dòng Bladder scan khác nhau là BVI 2500 và BVI 2500+, chênh lệch trong những nghiên cứu này có điểm tương đồng với nghiên cứu chúng tôi về chênh lệch giữa PVR đo bằng Bladder scan và sonde tiểu là PVR đo được bằng Bladder scan thấp hơn so với PVR thực tế [6], [9]. Nghiên cứu của Jabani cho kết quả ngược lại, PVR trung bình đo bằng Bladder scan và sonde tiểu lần lượt 261 ± 186 ml và 260 ± 175 ml. Điều này có thể giải thích lí do sự khác biệt trong đối tượng nghiên cứu, cũng như dòng máy sử dụng trong nghiên cứu, Jabani nghiên cứu trên đối tượng là bệnh nhân bàng quang thần kinh, dòng Bladder scan BVI 3000, còn nghiên cứu của chúng tôi trên bệnh nhân LUTS, dòng máy Bicon -700 [11]. Ở các nghiên cứu nêu trên đều chỉ ra mối tương quan chặt chẽ giữa hai phương pháp này với hệ số tương quan mạnh, kết luận này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi lựa chọn điểm cắt để tính độ nhạy và độ đặc hiệu trong đánh giá PVR là 100 ml. Theo đó độ nhạy và độ đặc hiệu trong đánh giá PVR của chúng tôi là 100% và 72,7%. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Goode với độ nhạy và độ đặc hiệu là 66,7% và 95,6% [10].

Đa phần các nghiên cứu trên đều kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp ($p > 0,05$). Riêng nghiên cứu của Al Shaikh và nghiên cứu của Goode có cùng kết luận với chúng tôi rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp ($p < 0,05$). Để lí giải cho sự khác biệt này chúng tôi nhận thấy ở nghiên cứu của Al Shaikh và Goode thời gian từ lúc đo bladder scan tới khi đặt sonde tiểu tối đa là 10 tới 15 phút tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, trong khi các nghiên cứu còn lại chỉ từ 1,5 đến tối đa 5 phút. Mặt khác, trung bình mỗi phút có 1 ml nước tiểu từ thận xuống bàng quang, như vậy thời gian thực hiện giữa các phương pháp càng dài thì sai số càng lớn. Đây cũng là điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi [6], [10]. Giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 30,7% và 100%. Điều này cho thấy Bladder scan có giá trị chẩn đoán khi bệnh nhân đã có kết quả siêu âm.

Trong 37 bệnh nhân được đặt sonde tiểu có 29 bệnh nhân nam (78,4%), 8 bệnh nhân nữ (21,6%). Trung bình Δ PVR của nữ giới lớn hơn nam giới, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trong 37 bệnh nhân có 81,1% bệnh nhân có BMI < 25 kg/m² và 18,9% bệnh nhân có BMI ≥ 25 kg/m². Không có sự khác biệt về độ chênh lệch PVR giữa hai nhóm BMI. Có 24,3% bệnh nhân có lượng nước

uống vào ≤ 500 ml và 75,7% bệnh nhân có lượng nước uống vào > 500 ml trong một thời gian ngắn, từ lúc thăm khám đến khi đo niệu dòng đồ nhằm làm đầy bàng quang (30 phút - 2 giờ), thể tích nước uống vào thấp nhất 500 ml, cao nhất 2000 ml. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về Δ PVR giữa 2 nhóm bệnh nhân này và có sự tương quan thuận trung bình giữa Δ PVR và thể tích nước uống vào ($r=0,473$, $p<0,01$). Uống lượng nước lớn trong thời gian ngắn làm thận tăng lọc, kết hợp với thời gian thực hiện hai phương pháp kéo dài (10-15 phút) có thể là nguyên nhân làm tăng Δ PVR trong nghiên cứu của chúng tôi.

Qua biểu đồ 2, có 21,8% bệnh nhân IPSS ở mức độ nhẹ, 21,9% ở mức độ nặng và 56,3% ở mức độ vừa. Điểm IPSS thấp nhất là 1, điểm IPSS cao nhất là 27, trung bình là $13,6 \pm 6,5$. Điểm QoL trung bình là $3,3 \pm 0,9$. Tỷ lệ bệnh nhân tự đánh giá chất lượng cuộc sống khó khăn và khổ sở cao nhất (45,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình IPSS cũng như QoL giữa hai nhóm bệnh nhân. Theo Nguyễn Khoa Hùng, IPSS trung bình là $18,1 \pm 7,7$ trong đó 49% số bệnh nhân chọn khó khăn, chiếm tỷ lệ cao nhất, điểm QoL trung bình $3,3 \pm 1,0$ [3]. Hakan Turk và Abdelwahab đã báo cáo IPSS trung bình ở bệnh nhân LUTS lần lượt là $18,5 \pm 5,8$ và $16,2 \pm 8,7$ [4], [22]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn có lẽ là do đối tượng nghiên cứu của Hakan Turk và Abdelwahab là bệnh nhân nam tuổi từ 45 và 49 nên khả năng tỷ lệ mắc tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên những nghiên cứu này cao hơn và dẫn đến trung bình IPSS cao hơn, điểm QoL tập trung chủ yếu 4 và 3, điều này có thể lý giải bệnh nhân chỉ chấp nhận đi khám khi các triệu chứng đã tiến triển nặng nề, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của Abdelwahab còn cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình PVR giữa các nhóm mức độ IPSS ($p<0,05$), bệnh nhân ở nhóm triệu chứng nặng có PVR lớn hơn đáng kể so với hai nhóm còn lại. Các nghiên cứu đều cho rằng bệnh nhân có PVR càng cao, càng tăng nguy cơ diễn tiến xấu càng cảm thấy không thoải mái, ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [14], [20].

Trong số 64 bệnh nhân được chỉ định đo niệu dòng đồ, có 68,8% có thể tích nước tiểu ≥ 150 ml. Kết quả trên có thể là do nhiều bệnh nhân không thể nhịn tiểu được hay bệnh nhân có tắc nghẽn nặng với thể tích nước tiểu tồn lưu cao. Ngoài ra việc không sử dụng thuốc an thần, steroid ba ngày trước khi làm niệu dòng đồ chưa được kiểm soát chặt chẽ.

Lưu lượng dòng tiểu tối đa là thông số quan trọng nhất của niệu dòng đồ. Q_{max} bình thường ở người khỏe mạnh là 20-25 ml/s, khi $Q_{max} > 15$

ml/s thì được xem là không tắc nghẽn; $10 \leq Q_{max} \leq 15$ thì nghi ngờ có tắc nghẽn và $Q_{max} < 10$ ml/s thì 90% được chứng minh có tắc nghẽn [1], [12]. Nhóm nghiên cứu của Lê Đình Khánh cho kết quả Q_{max} càng thấp, tỷ lệ tắc nghẽn càng cao [2]. Nghiên cứu của chúng tôi, giá trị Q_{max} trung bình là $16,5 \pm 16,4$ ml/s và Qave trung bình là $7,5 \pm 4,4$ ml/s. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Khoa Hùng với Q_{max} là $17,7 \pm 7,8$ ml/s và Qave $7,9 \pm 3,2$ [3]. Như đã giải thích ở những phần trước, có lẽ là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân LUTS có chỉ định Bladder scan và đều được đo niệu dòng đồ nên tỷ lệ tắc nghẽn có thể cao hơn và dẫn đến Q_{max} trung bình thấp hơn. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình thể tích nước tiểu tiểu được, trung bình lưu lượng dòng chảy tối đa giữa hai nhóm bệnh nhân ($p>0,05$). Kết luận này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hakan Turk, nghiên cứu này còn dự đoán rằng những bệnh nhân có $Q_{max} \leq 10,1$ ml/s, PVR có khả năng cao gấp 2,2 lần người bình thường khỏe mạnh [21].

Có 32 bệnh nhân nam được chỉ định siêu âm bụng, thể tích tuyến tiền liệt trung bình trên siêu âm là $34,6 \pm 14,7$ ml, cao nhất là 74 ml, thấp nhất là 10 ml. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình thể tích tiền liệt tuyến giữa hai nhóm PVR. Nghiên cứu của Hakan Turk cho rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thể tích tiền liệt tuyến giữa hai nhóm và một thể tích tiền liệt tuyến ≥ 40 ml có khả năng dự đoán một PVR đáng kể. Nghiên cứu của Kolmam khảo sát tồn lưu nước tiểu ngẫu nhiên ở 477 nam giới bằng siêu âm bàng quang qua thành bụng, cũng chỉ ra rằng có sự liên quan giữa tồn tại nước tiểu sau tiểu và thể tích tiền liệt tuyến [22].

Nguyên nhân gây tồn lưu nước tiểu sau tiểu có thể chia thành các nhóm nguyên nhân sau: nhóm nguyên nhân gây tắc nghẽn, nhóm nguyên nhân do viêm nhiễm, nhóm nguyên nhân do thuốc, nhóm nguyên nhân do thần kinh và các nguyên nhân khác [19]. Nghiên cứu trên 64 bệnh nhân, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (57,4%), ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như: nhiễm khuẩn đường tiết niệu (8,8%), hẹp niệu đạo, bàng quang tăng hoạt cùng chiếm (4,4%) còn lại các nguyên nhân khác chưa rõ. Như vậy, nguyên nhân tắc nghẽn chiếm tỷ lệ lớn. Theo Nguyễn Khoa Hùng nguyên nhân gây LUTS trên bệnh nhân đến khám tại phòng khám ngoại tiết niệu 82,4% là do tắc nghẽn. Tỷ lệ LUTS do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt này cao hơn tỷ lệ được báo cáo bởi Selius khi nghiên cứu 310 bệnh nhân nam có tình trạng bí tiểu cấp đã thấy rằng 53% nguyên nhân gây bí tiểu ở nam giới là do tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến [3], [20].

Theo Rao, trở lại vì LUTS, có 41 nguyên nhân có 43%, tăng sinh lý bàng quang không tìm ra nguyên nhân.

Trong 43 bệnh nhân (13 vì bệnh nhân đặt sonde. Số tiểu đánh giá không chịu được là 33 bệnh nhân đau nhẹ có 1 bệnh nhân đánh giá không bệnh nhân đã quá trình thực

1. Nguyễn Văn thuyết, thực hành thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Văn Nhật (2015), "Niệu dòng tại phòng khám phố Hồ Chí Minh".
3. Nguyễn Văn Khánh và cộng sự, cận lâm sàng và đường tiết niệu Minh, 22(4), tr. 1.
4. Abdelwahab reliability and measuring the urinary tract symptoms.
5. Abrams P standardisation function: Report of the International pp. 37-49.
6. Al-Shaikh (2009), "Accuracy of Postvoid Residual of 31(6), pp. 526-5".
7. Asimakopoulou (2016), "Measurement of Neurourology Urology (2017). Prevalence of LUTS in China, Taiwan, and

Scan Imaging. *Neurourol Urodyn*, 30, pp. 335–338.

17. Rao C.N., Singh M.K., Shekhar T., et al. (2004). Causes of lower urinary tract symptoms (LUTS) in adult Indian males. *Indian J Urol*, 20(2), 5–100.

18. Roehrborn C.G. (2006). Alfuzosin 10 mg once daily prevents overall clinical progression of benign prostatic hyperplasia but not acute urinary retention: Results of a 2-year placebo-controlled study. *BJU Int*, 97(4), pp. 734–741.

19. Seilius B.A. and Subedi R. (2008). Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *Am Fam Physician*, 77(5), pp. 643–50.

10. Simforoosh N., Dadkhah F., Hosseini S.Y., et al. (1997). Accuracy of residual urine measurement in men:

Comparison between real-time ultrasonography and catheterization. *J Urol*, 158(1), pp. 59–61.

21. Thomas A.W., Cannon A., Bartlett E., et al. (2004). The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: the influence of detrusor underactivity on the outcome after transurethral resection of the prostate with a minimum 10-year urodynamic follow-up. *BJU Int*, 93(6), pp. 745–750.

22. Turk H. and Un S. (2017). Predictive Factors of Post-Void Residual Urine in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms. *Eurasian J Med Oncol*, 1(1), pp. 30–33.

23. Warren J.W., Muncie H.L.J., Hebel J.R., et al. (1994). Long-term urethral catheterization increases risk of chronic pyelonephritis and renal inflammation. *J Am Geriatr Soc*, 42(12), pp. 1286–1290.

Kết quả điều trị phẫu thuật

Tóm tắt

Mục đích: Nghiên cứu u nông bàng quang điều trị bằng cắt nội soi ở bệnh nhân từ 15,14 tuổi. Siêu âm phát hiện có u 97,5% trung bình 0,79 ± 0,15 cm. Phân biệt hóa: G1 80,65%, G2 19,35%. Tỷ lệ u nông bàng quang và thủng bàng quang.

Từ khóa: LƯỠI

Abstract

Bipolar energy in the treatment of bladder cancer

Objective: To evaluate the effectiveness of bipolar energy in the treatment of bladder tumors (bTURBT). The study was conducted in November 2018. 60 patients were treated with irrigation solutions containing 0.95 (g/dL). Ultrasound detected tumor 100%. Mean tumor size was 0.79 ± 0.15 cm. Grade G1 80.65%, G2 19.35%. The ratio of bladder tumour and bladder perforation.

Keywords: Bipolar energy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1910 Beecher đã phát minh ra quang nội soi. Từ đó, nội soi u nông bàng quang đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị u nông bàng quang. Tuy nhiên, vẫn còn một số bất cập như: kích thích bàng quang, chảy máu, thủng bàng quang.

Việc phát minh ra năng lượng lưỡng cực đã mang lại sự tiến bộ của công nghệ nội soi. Năng lượng lưỡng cực được ứng dụng trong nội soi để điều trị u nông bàng quang. Ưu điểm của năng lượng lưỡng cực là giảm thiểu tổn thương mô lành xung quanh khối u.

Địa chỉ liên hệ: Huyện
Ngày nhận bài: 5/1/2019