

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.	Tim 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

70.	Ứng dụng indocyanine green (ICG) trong phẫu thuật nội soi cắt một phần thận: Nhân một trường hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy <i>Results of laparoscopic nephrectomy with indocyanine green for renal cell carcinoma at Cho Ray Hospital</i> Thái Minh Sâm, Châu Quý Thuận, Trần Anh Vũ, Đinh Lê Quý Văn, Phạm Đức Minh, Trương Hồ Trọng Tấn, Hoàng Tiến Đạt, Nguyễn Thành Tuấn	425-429
71.	Nội soi ổ bụng với sự hỗ trợ robot tạo hình đường tiết niệu trên tại Bệnh viện Bình Dân: Kết quả sớm qua 26 trường hợp <i>Robot-assisted laparoscopic upper urinary tract reconstruction: Early outcomes of 26 cases at Binh Dan Hospital</i> Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên, Đỗ Lệnh Hùng, Đỗ Anh Toàn, Lê Trọng Thiên Long	430-437
72.	Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc cho ung thư bàng quang, chuyển lưu nước tiểu: Kinh nghiệm tại Bệnh viện Bình Dân <i>Robot-assisted radical cystectomy for bladder cancer and urinary diversion: A single center experience</i> Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Ngọc Châu, Văn Thành Trung, Đỗ Lệnh Hùng, Phạm Hữu Đoàn, Nguyễn Phú Hữu	438-445
73.	Nghiên cứu kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt thể lồi vào bàng quang bằng phương pháp nút mạch <i>Evaluation the results of prostate artery embolization for benign prostatic hyperplasia with intravesical prostatic protrusion</i> Trần Văn Giang, Nguyễn Xuân Hiền, Phan Hoàng Giang, Lê Văn Khánh, Vũ Đức Thành	446-451
74.	Phương pháp nút động mạch điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên 80 gam <i>Prostatic arterial embolization for the treatment of benign prostatic hyperplasia &gt; 80 gam</i> Phan Hoàng Giang, Lê Văn Khánh, Nguyễn Xuân Hiền	452-456
75.	Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Thulium qua ngã niệu đạo <i>Thulium laser enucleation of the prostate: Preliminary outcomes at one institution</i> Dương Hoàng Lân, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng	457-462
76.	Điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng Thulium laser, kết quả bước đầu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc <i>Treatment of benign prostatic hyperplasia by Thulium laser: The initial results at Vinh Phuc General Hospital</i> Hoàng Quỳnh, Vũ Văn Kiên, Lê Văn Tuấn, Trần Ngọc Định, Vương Tuấn Khanh	463-466
77.	Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh nhân u tuyến thượng thận lành tính tại Bệnh viện Trung ương Huế <i>To evaluate surgical treatment results for benignadrenal adenoma patients at Hue Central Hospital</i> Phan Duy An, Trần Ngọc Khánh, Trương Văn Cấn, Phan Hữu Quốc Việt, Phạm Ngọc Hùng, Lương Đình Khánh	467-472
78.	Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới kèm rối loạn cương dương bằng thuốc tadalafil <i>Evaluation of the results of treatment benign prostatic hyperplasia with lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction by tadalafil</i> Tôn Thất Minh Thuyết, Nguyễn Trường An	473-477
79.	Báo cáo trường hợp lâm sàng: Vô hoá toàn bộ tuyến tiền liệt <i>Case study: A completely calcified prostate</i> Nguyễn Nhật Minh, Nguyễn Xuân Mỹ, Lê Đình Đạm, Võ Minh Nhật, Lê Đình Khánh	478-481

# Báo cáo trường hợp lâm sàng: Vôi hoá toàn bộ tuyến tiền liệt

Nguyễn Nhật Minh, Nguyễn Xuân Mỹ, Lê Đình Đạm, Võ Minh Nhật, Lê Đình Khâm  
Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

## Tóm tắt

Vôi hóa tuyến tiền liệt thường liên quan với viêm tuyến tiền liệt mạn tính. Tuy nhiên đa số vôi hóa tuyến tiền liệt là lành tính và không triệu chứng nên thường không được chú ý đến trên lâm sàng. Những trường hợp vôi hóa toàn bộ tuyến tiền liệt rất hiếm gặp trên y văn và chúng thường gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới cần phải được điều trị. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam 75 tuổi vôi hóa toàn bộ tuyến tiền liệt, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo kèm theo các triệu chứng đường tiểu dưới.

**Từ khóa:** Vôi hóa tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt

## abstract

### Case study: A completely calcified prostate

Nguyen Nhat Minh, Nguyen Xuan My, Le Dinh Dam, Vo Minh Nhat, Le Dinh Khâm  
Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Prostate calcification is often associated with chronic prostatitis. However, most prostate calcifications or stones are benign and asymptomatic, so they are often unnoticed in clinical practice. Completely calcified prostate is rare in the literature and they often cause lower urinary tract symptoms that required to treat. We report a 75-year-old male with calcification of the entire prostate gland, bladder stone, urethral stone with symptoms of lower urinary tract.

**Keywords:** Prostatic calcification, Prostatitis

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tuyến tiền liệt được biết đến cách đây vài thế kỷ. Bệnh lý này được mô tả đầu tiên bởi Donatus (1586) và sau đó là Phohl (1737). Cơ chế hình thành sỏi và sự liên quan của sỏi với các bệnh lý của tuyến tiền liệt vẫn chưa thật sự rõ ràng [12]. Vôi hóa tuyến tiền liệt và sỏi ở tuyến tiền liệt thường liên quan với bệnh viêm tuyến tiền liệt mạn tính. Mô bệnh học cho thấy hầu hết sỏi tuyến tiền liệt là liên quan đến sự thay đổi của quá trình viêm, trong đó các tuyến nang tuyến tiền liệt bị xâm nhập bởi các tế bào viêm chủ yếu là tế bào lympho và đại thực bào [7]. Tuy nhiên một số tác giả khác lại cho rằng sỏi tuyến tiền liệt có liên quan đến bệnh lý tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và ung thư tuyến tiền liệt [2]. Tỷ lệ chính xác của sỏi tuyến tiền liệt vẫn chưa được biết rõ bởi vì hầu như sỏi có kích thước nhỏ, không triệu chứng và khó khăn để xác định bằng khám lâm sàng, nhưng bệnh cũng khá phổ biến [4]. Theo nghiên cứu của Zhuang Tang và cộng sự (2018) trên 68705 đối tượng thì tỷ lệ vôi hóa tuyến tiền liệt chiếm 20,1% [14]. Tuy nhiên, hiếm gặp vôi hóa tuyến tiền liệt toàn bộ (> 3 cm<sup>2</sup>) [3], [9], [13]. Chúng tôi đang trình bày ở đây một trường hợp như

vậy, trong đó hầu như toàn bộ tuyến tiền liệt bị vôi hóa.

## 2. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Một nam giới 74 tuổi có triệu chứng tiểu máu trong vòng 2 tháng, kém tiểu buốt, tiểu nhiều lần và tiểu đêm. Tiền sử chưa phẫu thuật gì. Khi khám thấy bàng quang căng và mềm. Khám trực tràng cho thấy tuyến tiền liệt cứng, nhưng PSA = 0,063 ng/ml. Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu 250 Ery/UL, bạch cầu niệu 500 Leu/UL, nitrit niệu dương tính. Siêu âm hệ tiết niệu cho thấy hình ảnh sỏi bàng quang 10 mm, thành bàng quang dày 10 mm và tuyến tiền liệt không khảo sát được. Chụp X-quang KUB đơn thuần xác nhận vôi hóa toàn bộ tuyến tiền liệt cùng với sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo; Phim cắt lớp vi tính hệ tiết niệu cho thấy thành bàng quang dày, có viên sỏi kích thước 6x7 cm, tuyến tiền liệt vôi hóa toàn bộ kích thước 35x50x42 cm, niệu đạo tuyến tiền liệt có viên sỏi kích thước 7x23 mm, chức năng hai thận bình thường. Mổ lấy sỏi bàng quang và nội soi lấy sỏi niệu đạo. Sau mổ bệnh nhân được đặt sonde Pezzer và sonde tiểu 14 F. Thời gian hậu phẫu bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ và ống thông đường tiểu ra vào ngày thứ 10 sau phẫu thuật.

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Nhật Minh, email: nnminh@huemed-univ.edu.vn  
Ngày nhận bài: 8/12/2020, Ngày đồng ý đăng: 28/12/2020

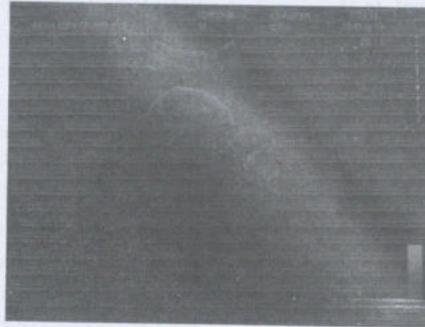
Hình 1. Phim X



Hình 3 A,



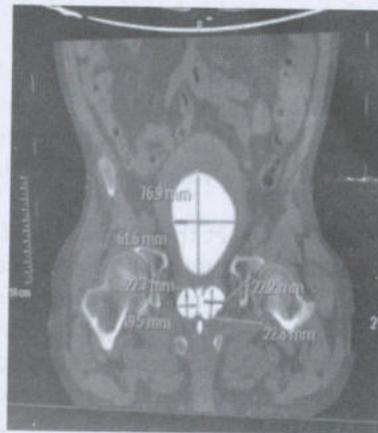
Hình 1. Phim X quang hệ tiết niệu với sỏi bàng quang, vôi hóa tuyến tiền liệt và sỏi niệu đạo kẹt



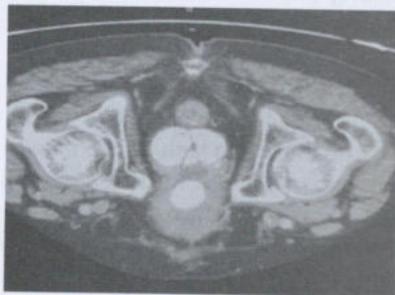
Hình 2. Siêu âm hệ tiết niệu với sỏi bàng quang lớn



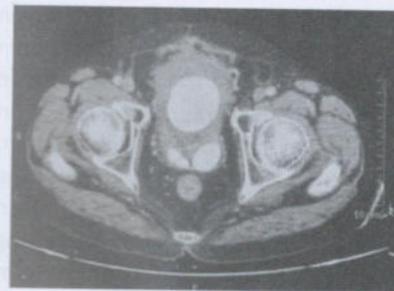
A



B



C



D

Hình 3 A, B, C, D. CT scan hệ tiết niệu với sỏi bàng quang, vôi hóa tuyến tiền liệt, sỏi niệu đạo, chức năng thận tốt

### 3. BÀN LUẬN

Vôi hóa tuyến tiền liệt thường không phổ biến ở nam giới trẻ dưới 40 tuổi. Bệnh thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi và tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi. [3], [4], [9]. Nghiên cứu của Zuang Tang (2018) tỷ lệ mắc bệnh ở các độ tuổi 18-29, 50-59 và 70-79 tương ứng là 9%, 32,3% và 66,7% [14]. Theo các nghiên cứu của Suh JH và cộng sự (2008) phát hiện được vôi hóa tuyến tiền liệt ở 88,6% của 298 mẫu tuyến tiền liệt sau phẫu thuật [11]. Các tác giả đã nhận định rằng bất kỳ sự vôi hóa nào như vậy khi chiếm diện tích hơn 3 cm<sup>2</sup> trên phim chụp X-quang khung chậu tiêu chuẩn được định nghĩa là vôi hóa toàn bộ tuyến tiền liệt, chúng tôi tra cứu thì chỉ thấy có 3 trường hợp được ghi nhận trên y văn [9], [10], [13].

Vôi hóa tuyến tiền liệt có thể hình thành theo hai cơ chế là tắc nghẽn và ứ đọng dịch tiết của tuyến tiền liệt và thường liên quan đến viêm tuyến tiền liệt [9]. Khi bị viêm tuyến tiền liệt, các tuyến nang của tuyến tiền liệt bị tắc nghẽn và các ống dẫn của tuyến tiền liệt trở nên hẹp, gây ra tình trạng ứ đọng. Sự ứ đọng của dịch tuyến tiền liệt cùng với sự giữ lại của các tế bào biểu mô bị bong tróc dẫn đến sự phát triển của các tiểu thể với sự lắng đọng của muối canxi sau đó dẫn đến sự vôi hóa và hình thành sỏi [3]. Ngoài viêm tuyến tiền liệt, vôi hóa tuyến tiền liệt còn được thấy xuất hiện trên bệnh lý tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, sau xạ trị ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, sau khi cắt bỏ tuyến tiền liệt. Mối liên quan giữa vôi hóa và ung thư tuyến tiền liệt là không rõ ràng như trong ung thư vú và người ta cũng chưa lý giải được tại sao lại như vậy [11].

Số lượng sỏi tuyến tiền liệt thường thay đổi từ một viên đến hàng trăm viên. Vôi hóa tuyến tiền liệt chủ yếu được tìm thấy trong phần đỉnh của tuyến. Chúng cũng có thể được xác định trong vùng ụ núi và ở ống phóng tinh. Ngoài ra, vôi hóa cũng được tìm thấy ở phần đáy của mô tiền liệt tuyến quanh cổ bàng quang [8], [13]. Trong nghiên cứu của Suh JH (2008) vôi hóa được phân phối khắp toàn bộ tuyến tiền liệt nhưng thường xuyên thấy ở vùng chuyển tiếp hơn ở vùng khác (khoảng 70%) [11]. Các nghiên cứu gần đây cho rằng 2 loại sỏi tồn tại trong tuyến tiền liệt. Loại 1 sỏi nhỏ nằm rải rác, chúng có nguồn gốc từ kết thể tuyến tiền liệt. Loại 2 là sỏi lớn, nằm trong các ống tuyến tiền liệt [3]. Đặc điểm này cũng được Harada K và cộng sự (1979) phân nhóm trên siêu âm. Nhóm A là vôi hóa nhỏ nằm rải rác trong tuyến tiền liệt, nhóm B là những viên sỏi lớn nằm

trong tuyến tiền liệt [7]. Theo Geramoutsos I (2004) thì sỏi tuyến tiền liệt thuộc nhóm B thường liên quan tới tình trạng của viêm tuyến tiền liệt hơn [4]. Phân tích hóa học của hầu hết các loại sỏi này cho thấy canxi photphat hoặc canxi cacbonat là thành phần chính [9].

Vôi hóa tuyến tiền liệt có thể không có triệu chứng nhưng thường xuất hiện với các triệu chứng của bệnh liên quan như tiểu khó, nhiễm trùng, tiểu máu, tắc nghẽn hoặc đau vùng đáy chậu [4], [5]. Đôi khi, các nốt vôi hóa có thể đi qua niệu đạo và biểu hiện dưới dạng sỏi niệu đạo tuyến tiền liệt [9]. Vôi hóa hoặc sỏi tuyến tiền liệt không triệu chứng không cần điều trị vì nó có thể xuất hiện với biểu hiện lành tính theo sự tăng của độ tuổi nhưng vôi hóa tuyến tiền liệt toàn bộ có thể ảnh hưởng đến sự co giãn của mô tuyến tiền liệt, dẫn đến tắc nghẽn đường tiểu dưới và phải được điều trị [1], [6]. Các triệu chứng và tắc nghẽn đường tiểu dưới nặng cần phải can thiệp phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo (TURP) hoặc cắt bỏ tuyến tiền liệt [6], [9]. Việc cắt bỏ qua tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo có thể tạo ra sự thuyên giảm triệu chứng tạm thời, nhưng có thể không đảm bảo loại bỏ tất cả các sỏi của tuyến tiền liệt, do đó, có thể gặp phải sự hình thành sỏi tuyến tiền liệt tái phát sau đó. Sự vôi hóa lớn hơn và sỏi tuyến tiền liệt lớn nên được điều trị tích cực và việc cắt bỏ hoàn toàn tuyến tiền liệt ngay lần can thiệp đầu tiên cần đặt ra để tránh phải can thiệp lặp lại [9], [10], [13]. Trên bệnh nhân trình bày có vôi hóa toàn bộ tuyến tiền liệt, có triệu chứng đường tiểu dưới và có sỏi bàng quang và sỏi niệu đạo, do đó vấn đề điều trị cần được đặt ra. Nhưng ở đây, chúng ta có thể thấy phẫu thuật viên chỉ giải quyết sỏi bàng quang và sỏi niệu đạo. Có lẽ do vấn đề nhiễm khuẩn đường niệu của bệnh nhân nên việc loại bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt không được đặt ra. Hơn nữa bệnh nhân chưa có biểu hiện gì về triệu chứng của tắc nghẽn nặng đường tiểu dưới, và triệu chứng này cũng không phải là vấn đề chính ảnh hưởng tới chất lượng sống của bệnh nhân.

### 4. KẾT LUẬN

Vôi hóa hay sỏi tuyến tiền liệt cũng khá phổ biến nhưng thường là lành tính, không có triệu chứng và không cần điều trị. Tuy nhiên nếu vôi hóa tuyến tiền liệt gây ra triệu chứng đường tiểu dưới, đặc biệt là khi vôi hóa toàn bộ toàn bộ tuyến tiền liệt cần phải điều trị tích cực.

1. Cha WH, Kim K. prostatic calculi on low prostatic hyperplasia.
2. Cristol DS, En prostatic calculi, prostate gland. JAMA
3. Fox M. The formation in the prostate
4. Geramoutsos I, Liagka D, Siambli prostatic lithiasis with young adults. Eur Urol
5. Harada K, Igarai C ultrasonography of the
6. Jae Seog Huyn. Clin Review. 2017. WJMH. 3
7. Moore RA. Morphology and calculi. Arch Pathol.
8. Mihmanli I, K

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cha WH, Kim KH, Seo YJ. The effect of periurethral prostatic calculi on lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia. *Korean J Urol*. 2008; 49:237-241.
2. Cristol DS, Emmett JL. Incident of coincidence prostatic calculi, prostatic hyperplasia and carcinoma of prostate gland. *JAMA* 1944; 124:646-647.
3. Fox M. The natural history and significance of stone formation in the prostate gland. *J Urol* 1963;89(5):716-727
4. Geramoutsos I, Gyftopoulos K, Perimenis P, Thanou V, Liagka D, Siambis D, et al. Clinical correlation of prostatic lithiasis with chronic pelvic pain syndromes in young adults. *Eur Urol*. 2004; 45:333-337.
5. Harada K, Igari D, Tanahashi Y. Gray scale transrectal ultrasonography of the prostate. *J Clin Ultrasound*. 1979; 7:45-49.
6. Jae Seog Huyn. Clinical Significance of Prostatic Calculi: A Review. C2017. *WJMH*. 36(1):15-21
7. Moore RA. Morphology of prostatic corpora amylacea and calculi. *Arch Pathol*. 1936; 22:22-40.
8. Mihmanli I, Kantarci F, Gulsen F, Kadioglu A. Transrectal voiding sonourethrography for diagnosis of a prostatic urethral calculus. *J Ultrasound Med*. 2006; 25:1455-1457.
9. Narayan S, Mongha R, Kundu AK. Gross calcification within the prostate gland and its significance and treatment. *Indian J Surg*. 2008; 70:203-204.
10. Taylor JS. Gross calcification within the prostate gland. *Br J Urol*. 1998; 81:645-646.
11. Suh JH, Gardner JM, Kee KH, Shen S, Ayala AG, Ro JY. Calcifications in prostate and ejaculatory system: A study on 298 consecutive whole mount sections of prostate from radical prostatectomy or cystoprostatectomy specimens. *Ann Diagn Pathol*. 2008; 12:165-170.
12. Thomas BA, Robert JT. Prostatic calculi. *J Urol* 1927; 18:470-493.
13. Vinod Priyadarshi, Nidhi Sehgal, A completely calcified prostate, *Urol Ann*. 2016;8(4): 468-470
14. Zhuang Tang, Xiap Mei Wu, Qiang Wei, Lin Na Wu. The prevalence and risk factors of prostatic calcification: an analysis of 68705 subjects. 2018. *AJA*. 20.417-419