

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ  
KẾT QUẢ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT 12 MẪU DƯỚI  
HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM QUA NGÁ TRỰC TRÀNG  
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

*Nguyễn Trung Hiếu<sup>1\*</sup>, Trần Văn Nguyên<sup>1</sup>, Trần Huỳnh Tuấn<sup>1</sup>, Lê Quang Trung<sup>1</sup>,  
Quách Võ Tấn Phát<sup>1</sup>, Lê Thanh Bình<sup>1</sup>, Ngô Thị Thủy<sup>2</sup>,  
Phạm Thị Như Ý<sup>2</sup>, Phan Tiến Lộc<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hằng<sup>2</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: nthieu@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Theo EAU (2019), sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán mô bệnh học tuyến tiền liệt. Do đó, để có thể chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt (UTTL) và tìm hiểu các mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm từ năm 2020. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 48 bệnh nhân tăng sản tuyến tiền liệt có chỉ định sinh thiết từ tháng 11/2021 đến tháng 7/2022 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** tuổi trung bình 70,52 tuổi, lý do vào viện thường gặp là tiểu khó 70,83%. Điểm IPSS trung bình là 26,21±4,49, điểm QoL trung bình là 3,38±0,67, PSA toàn phần trung bình là 36,61 ng/ml. Tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt sau sinh thiết đạt 33,33% (16/48). Điểm Gleason xác định qua các mẫu sinh thiết ≥ 8 điểm chiếm 43,75% (7/16). Có 2 trường hợp chảy máu trực tràng đáng kể và 1 trường hợp

tiểu máu đáng kể. **Kết luận:** Sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm có giá trị trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt.

**Từ khóa:** Sinh thiết tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt, siêu âm qua trực tràng.

## **ABSTRACT**

### **THE CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TRANSRECTAL ULTRASOUND-GUIDED PROSTATE BIOPSY BY THE METHOD OF 12 CORES AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL**

*Nguyen Trung Hieu<sup>1</sup>, Tran Van Nguyen<sup>1</sup>, Tran Huynh Tuan<sup>1</sup>, Le Quang Trung<sup>1</sup>, Quach Vo Tan Phat<sup>1</sup>, Le Thanh Binh<sup>1</sup>, Ngo Thi Thuy<sup>2</sup>, Pham Thi Nhu Y<sup>2</sup>, Phan Tien Loc<sup>2</sup>, Nguyen Thi Hang<sup>2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital*

**Background:** According to the EAU (2019), a transrectal ultrasound-guided prostate biopsy is considered the gold standard in prostate histopathology diagnosis. Therefore, to diagnose prostate cancer early and find out the relationship between clinical and subclinical symptoms, we conducted this study. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital perform transrectal ultrasound-guided prostate biopsy since the 2020s. **Objectives:** To evaluate the results of transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. **Materials and methods:** A cross-sectional prospective study was conducted on 48 patients with prostatic hyperplasia with indications for biopsy from 11/2021 to 7/2022 in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** The average age of patients was 70.52, the most common reason for admission was dysuria 70.83%. The average IPSS was 26.21±4.49, the average QoL was 3.38±0.67, average PSA was 36.61 ng/ml. The prostate cancer detection rate after the biopsy was 33.33% (16/48). Gleason scores determined accounted for 43.75% (7/16) ≥ 8 points. There were two cases of strong rectal bleeding and one case of strong hematuria. **Conclusion:** Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy is valuable in the diagnosis of prostate cancer and feasible at our hospital.

**Keywords:** Prostate biopsy, prostate cancer, transrectal ultrasound.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một bệnh khá phổ biến ở nam giới hiện nay, có tần suất mới mắc đứng thứ 2 và tần suất tử vong đứng hàng thứ 5 tính riêng cho nam giới trên toàn thế giới [5]. Chẩn đoán xác định UTTTL cần phải dựa vào nhiều yếu tố như: thăm trực tràng, PSA toàn phần trong huyết thanh, kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt [9]. Theo EAU, sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán mô bệnh học tuyến tiền liệt [6]. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm từ tháng 08/2020. Nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng 12 mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

+ Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng 12 mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt tại Trung tâm Tiết Niệu – HIFU của Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 11/2021 – 7/2022.

**- Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và có một trong các dấu hiệu sau:  
+  $4 \text{ ng/ml} < \text{PSA} < 10 \text{ ng/ml}$  kèm theo một trong các dấu hiệu:  
+ Thăm trực tràng TTL có nhân cứng hoặc TTL cứng chắc toàn bộ.  
+ Siêu âm có hình ảnh gợi ý UT-TTL: ổ giảm âm, TTL mất cân đối, phá vỡ bao tuyến, xâm lấn tổ chức xung quanh...

+ Sau khi loại bỏ các yếu tố làm tăng giá trị PSA: đặt sonde bàng quang, soi bàng quang, sinh thiết, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo... Xét nghiệm lại PSA sau 7 ngày kết quả không đổi hay có khuynh hướng gia tăng  $\text{PSA} > 10 \text{ ng/ml}$ .

**- Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc bệnh lý nội khoa chưa ổn định: nhiễm khuẩn niệu, tăng huyết áp, suy tim, suy gan, suy thận, rối loạn đông máu... Bệnh nhân có các bệnh lý vùng hậu môn – trực tràng: trĩ, nhiễm khuẩn hậu môn – tăng sinh môn, hẹp hậu môn.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**- Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022, chúng tôi có tất cả 48 bệnh nhân tăng sinh tuyến tiền liệt có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã trực tràng.

**- Nội dung nghiên cứu:** Dữ kiện được thu thập bằng phỏng vấn và quan sát. Tất cả các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu sẽ được tiến hành hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ (thăm trực tràng...), thực hiện các xét nghiệm (PSA toàn phần, siêu âm bụng,...) để chọn lựa đối tượng nghiên cứu đạt tiêu chuẩn đã quy định. Tiến hành sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm và gửi giải phẫu bệnh tại khoa Giải phẫu bệnh của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Theo dõi bệnh nhân tại bệnh phòng: đau, chảy máu hậu môn, tình trạng đi tiểu sau sinh thiết.

**- Xử lý thống kê số liệu:** Nhập giá trị các biến số vào bảng dữ liệu thuộc phần mềm Statistical Package for Social Sciences 18.0 (SPSS 18.0) và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

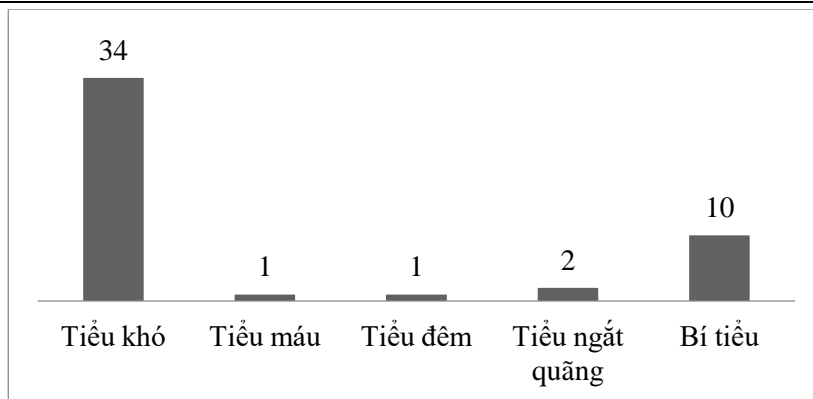
## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân**

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
50-59	6	12,5
60-69	16	33,33
70-79	17	35,42
$\geq 80$	9	18,75
Tổng	48	100

Nhận xét: Tuổi nghiên cứu trung bình 70,52 tuổi.



Biểu đồ 1. Lý do vào viện

Nhận xét: Có 5 lý do khiến bệnh nhân nhập viện (tiểu khó, tiểu máu, tiểu đêm, tiểu ngắt quãng và bí tiểu). Trong đó, tiểu khó là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 70,83% trong tổng số các bệnh nhân. Có 10 bệnh nhân vào viện vì bí tiểu phải đặt thông niệu đạo.

Bảng 2. Khám lâm sàng

Thăm trực tràng	Kết quả sinh thiết		Tổng	p
	Ung thư	Không ung thư		
Nghi ngờ UTTTL	5	2	7	0,02
Không nghi ngờ UTTTL	11	30	41	
Tổng	16	32	48	

Nhận xét: Thăm trực tràng nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt là 7/48 trường hợp và sinh thiết phát hiện 5/16 BN (71,43%) UTTTL. Kết quả thăm khám tuyến tiền liệt qua trực tràng nghi ngờ UTTTL có liên quan với kết quả sinh thiết tăng tỷ lệ phát hiện UTTTL có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- **Nồng độ PSA toàn phần trong máu:** PSA trung bình là 36,61 ng/ml (6,1-257,2 ng/ml).

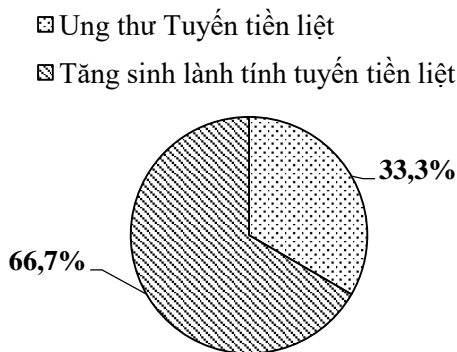
- **Siêu âm qua thành bụng:** khối lượng tuyến tiền liệt xác định qua siêu âm trung bình là 44,83 gram. To nhất 126 gram, nhỏ nhất 28 gram, phát hiện được 3 bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ ung thư.

### 3.2. Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt

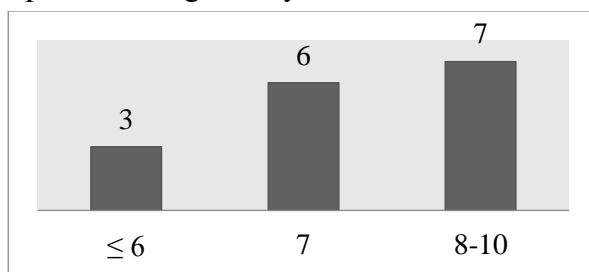
Bảng 3. Các biến chứng của sinh thiết

Biến chứng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không ghi nhận biến chứng		37	77,08
Biến chứng	Chảy máu hậu môn – trực tràng	5	10,41
	Tiểu máu	4	8,33
	Bí tiểu	2	4,18
Tổng		48	100

Nhận xét: Trong nhóm mẫu nghiên cứu, ghi nhận 11 trường hợp có biến chứng sau thủ thuật. Chảy máu hậu môn – trực tràng chiếm tỷ lệ 10,41%, trong đó có 2 trường hợp chảy máu trực tràng đáng kể. Tiểu máu chiếm tỷ lệ 8,33% và có 1 trường hợp tiểu máu đáng kể. Bí tiểu sau rút thông niệu đạo chiếm 4,18%.



Biểu đồ 2. Kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt  
 Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt sau sinh thiết đạt 33,33% (16/48).



Biểu đồ 3. Phân độ biệt hóa tế bào ung thư theo thang điểm Gleason

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có điểm Gleason  $\geq 8$  điểm chiếm 43,75%.

Bảng 4. Kết quả sinh thiết khi thăm trực tràng bình thường theo giá trị PSA toàn phần

PSA (ng/ml)	Kết quả sinh thiết khi DRE bình thường		
	Ung thư tuyến tiền liệt	Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt	Tổng
PSA $\leq 10$	0 (0%)	3 (10%)	3 (7,32%)
10 < PSA $\leq 20$	1 (9,09%)	15 (50%)	16 (39,02%)
PSA > 20	10 (90,91%)	12 (40%)	22 (53,66%)
Tổng	11	30	41
p	0,19		

Nhận xét: Trong số bệnh nhân thăm trực tràng TTL bình thường, kết quả sinh thiết thấy tăng tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt khi giá trị PSA tăng ( $p > 0,05$ ).

Bảng 5. Kết quả sinh thiết khi thăm trực tràng nghi ngờ theo giá trị PSA toàn phần

PSA (ng/ml)	Kết quả sinh thiết khi DRE nghi ngờ		
	Ung thư tuyến tiền liệt	Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt	Tổng
PSA $\leq 10$	0 (0%)	1 (50%)	1 (14,29%)
10 < PSA $\leq 20$	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
PSA > 20	5 (100%)	1 (50%)	6 (85,71%)
Tổng	5	2	7
p	0,27		

Nhận xét: Trong số bệnh nhân thăm trực tràng nghi ngờ kết quả sinh thiết thấy tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có mối liên quan với giá trị PSA tăng cũng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 6. Kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt với giá trị PSA toàn phần

Kết quả	PSA toàn phần								
	< 10		10 – 20		>20		Tổng		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
UTTTL	0	0	1	6,25	15	93,75	16	100	
TSLTTL	4	12,5	15	46,88	13	40,62	32	100	
Tổng	4	8,33	16	33,33	28	58,34	48	100	
p	0,048								

Nhận xét: Ung thư TTL phát hiện ở nhóm người bệnh có PSA < 10 ng/ml là 0% sau tăng lên 6,25% ở nhóm có PSA từ 10 – 20 ng/ml và tăng cao nhất ở nhóm người bệnh có PSA > 20 ng/ml là 93,75% số BN phát hiện UTTTL, có mối liên quan giữa giá trị PSA tăng và kết quả sinh thiết phát hiện ung thư TTL tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân**

Tuổi: Trong 48 bệnh nhân được sinh thiết, độ tuổi trung bình là 70,52 tuổi, cao nhất là 91 tuổi và thấp nhất là 53 tuổi. Tập trung nhiều ở nhóm 70-79 tuổi, chiếm 35,42%, kế tiếp là nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm 33,33%. So với một số tác giả như Vũ Trung Kiên (2020) thực hiện trên 120 bệnh nhân có tuổi trung bình  $69,37 \pm 8,2$  tuổi [2]. Philip (2004) thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt (STTTL) cho 445 bệnh nhân có tuổi trung bình là 64,5 tuổi [1010], Shim và cộng sự (2007) thực hiện STTTL cho 516 bệnh nhân ở Hàn Quốc có tuổi trung bình  $64,1 \pm 7,8$  tuổi [7]. Qua so sánh độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả.

Lý do vào viện: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân vào viện với lý do chủ yếu là có rối loạn đường tiểu dưới chiếm 79,17% (trong đó tiểu khó chiếm tỷ lệ 70,83%), bí tiểu chiếm 20,83%, không ghi nhận trường hợp vào viện với các triệu chứng của di căn. So sánh với nghiên cứu của tác giả Vũ Trung Kiên (2020) rối loạn đường tiểu dưới chiếm 54,17% và lý do bí tiểu 15,83% [2].

Lâm sàng: Thăm khám tuyến tiền liệt qua trực tràng bằng ngón tay (DRE) được coi như một xét nghiệm sàng lọc từ đó chỉ định sinh thiết để chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 7/48 bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ ung thư (nhân cứng, mất ranh giới với tổ chức xung quanh) chiếm 14,58%. Trong số 7 bệnh nhân thăm trực tràng có bất thường kết quả sinh thiết phát hiện 5 trường hợp ung thư tuyến tiền liệt chiếm 71,43%, 100% ở bệnh nhân có PSA > 20 ng/ml.

Cận lâm sàng: Siêu âm ổ bụng giúp phát hiện 6,25% (3/48) bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt như ổ giảm âm, ung thư phá vỡ bao tuyến và xâm lấn túi tinh, niệu quản gây thận ứ nước. Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt trong máu rất có giá trị trong chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt. Khi PSA toàn phần < 4 ng/ml, nguy cơ mắc ung thư tuyến tiền liệt là 11%. Khi  $4 \text{ ng/ml} < \text{PSA} < 10 \text{ ng/ml}$ , nguy cơ mắc ung thư tuyến tiền liệt là 79% [9]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi áp dụng chỉ định STTTL cho bệnh nhân có nồng độ PSA toàn phần > 10 ng/ml hoặc có các dấu hiệu nghi ngờ qua thăm trực tràng hoặc chẩn đoán hình ảnh và ghi nhận bệnh nhân có nồng độ PSA toàn phần

trong máu rất cao, trung bình là 36,61 ng/ml. Đa số bệnh nhân được chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt vì xét nghiệm có PSA > 10 ng/ml chiếm tỷ lệ 91,67% (44/48) và 4 bệnh nhân (chiếm 8,33%) có PSA < 10 ng/ml.

#### **4.2. Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền**

Biến chứng sinh thiết: Chảy máu trực tràng và đi tiêu ra máu là các biến chứng thường gặp nhất. Khi thực hiện STTTL cho 48 bệnh nhân, ghi nhận 11 bệnh nhân có xảy ra biến chứng, cụ thể có 10,41% bị chảy máu trực tràng và 8,83% tiểu hồng, đa số các bệnh nhân này đều chảy máu ở mức độ nhẹ, có 2 trường hợp chảy máu trực tràng đáng kể và 1 trường hợp tiểu máu đáng kể nhưng đều tự khỏi sau 1-2 ngày điều trị nội khoa. Có 4,18% bệnh nhân bí tiểu sau sinh thiết rút thông tiểu. Theo nghiên cứu của Efesoy và cộng sự (2013) đánh giá biến chứng của 2049 bệnh nhân được STTTL thì biến chứng tiểu máu 66,3%, chảy máu trực tràng chiếm 28,4% và nhiễm trùng đường sinh dục chiếm 6,1% [8]. Theo tác giả Vũ Trung Kiên (2020) biến chứng đái máu đại thể chiếm 55,88%, bí đái chiếm 14,71% và không có trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu [2].

Kết quả sinh thiết: Trong 48 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu, tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt chiếm 33,33% (16 bệnh nhân), 66,67% tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Theo Vũ Trung Kiên (2020) trong 120 bệnh nhân sinh thiết có tỷ lệ ung thư tuyến tiền liệt là 33,33% [2], Vũ Văn Ty (2012) 27,4% [3], Shim (2007) 27,8% [7]. Qua đó nhận thấy kết quả tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt của chúng tôi cao hơn rất nhiều, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Phân độ biệt hóa: Mức độ biệt hóa theo thang điểm Gleason trên 48 bệnh nhân của chúng tôi nằm trong khoảng từ 5-9 điểm. Trong đó bệnh nhân ung thư có độ ác tính thấp 18,75%, độ ác tính trung bình 37,5% và độ ác tính cao 43,75% (từ 8 điểm trở lên). Theo nghiên cứu của Epstein là khi điểm Gleason > 6 cho biết nguy cơ bệnh tiến triển ở giai đoạn muộn [4]. Đa số bệnh nhân nguy cơ phát hiện đều ở giai đoạn muộn.

Một số yếu tố liên quan: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/48 bệnh nhân nghi ngờ ung thư chiếm tỷ lệ 22,5% và trong số những bệnh nhân thăm trực tràng nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt kết quả sinh thiết có 5 trường hợp ung thư. Trong số 41 BN thăm trực tràng không thấy TTL có bất thường, kết quả sinh thiết phát hiện 11 BN ung thư tuyến tiền liệt. Qua thăm trực tràng và kết hợp với giá trị PSA từ đó kết luận trong số bệnh nhân thăm trực tràng có bất thường kết quả sinh thiết ung thư tuyến tiền liệt có mối liên quan với giá trị PSA tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ . Ung thư tuyến tiền liệt phát hiện ở nhóm người bệnh có PSA từ 10 – 20 ng/ml là 6,25% và tăng cao nhất ở nhóm người bệnh có PSA > 20 ng/ml là 93,75% số BN phát hiện ung thư tuyến tiền liệt, có mối liên quan giữa giá trị PSA tăng và kết quả sinh thiết phát hiện ung thư tuyến tiền liệt tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư tuyến tiền liệt không ghi nhận ở nhóm người bệnh có PSA < 10 ng/ml, 6,25% ở nhóm có PSA từ 10 – 20 ng/ml và tăng cao nhất ở nhóm người bệnh có PSA > 20 ng/ml là 93,75% số BN phát hiện ung thư tuyến tiền liệt, có mối liên quan giữa giá trị PSA tăng và kết quả sinh thiết phát hiện ung thư tuyến tiền liệt tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **V. KẾT LUẬN**

Tóm lại, thực hiện sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm 12 mẫu, chúng tôi đạt tỷ lệ phát hiện ung thư sau sinh thiết là 33,33%. Điểm Gleason xác định qua các mẫu sinh thiết  $\geq 8$  điểm chiếm 43,75%. Trong 48 bệnh nhân sinh thiết, có

11 bệnh nhân xảy ra biến chứng. Tuy nhiên các biến chứng này đều nhẹ và tự khỏi sau điều trị nội khoa. Giá trị PSA càng cao thì tăng tỷ lệ phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa với  $P < 0,05$ . Sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn hiệu quả trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Ung thư tuyến tiền liệt", Hà Nội.
2. Vũ Trung Kiên (2020), "Nghiên cứu ứng dụng phương pháp sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm qua trực tràng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt", Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Vũ Văn Ty và cộng sự, (2012). So sánh kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt 6 mẫu với 12 mẫu qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm. Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 16 Phụ bản của Số 3 2012, tr.299-304.
4. Epstein JI. "An update of the Gleason grading system". J. Urol. 2010; 183: pp.433-40.
5. J. Ferlay et al (2015), "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012", Int J Cancer, 136 (5), pp.E359-386.
6. N. Mottet (2019), "EAU – ESTRO – SIOG Guidelines on Prostate Cancer", European Association of Urology.
7. Shim HB, Park HK, Lee SE, Ku JH. (2007). Optimal site and number of biopsy cores according to prostate volume prostate cancer detection in Korea. Urology; 69:902–6.
8. Ozan Efesoy, Murat Bozlu, Selahittin Çayan (2013), "Complications of transrectal ultrasound-guided 12-core prostate biopsy: a single center experience with 2049 patients", Turk J Urol, 39(1), pp.6-11.
9. J. Stephen Jone, MD (2008): "Biopsy strategies – How many and where" Prostate biopsy. Chapter 13 pp.169-177.
10. Philip J, Ragavan N, Desouza J, Foster CS, Javle P (2004). Effect of peripheral biopsies in maximising early prostate cancer detection in 8-, 10- or 12-core biopsy regimens. BJU Int.; 93:1218-20.

*( Ngày nhận bài: 13/10/2022 - Ngày duyệt đăng: 11/12/2022)*