

- algorithms. *Braz J Med Biol Res.* 2016;49. doi:10.1590/1414-431X20165206
6. **Yoshida N, Inden Y, Uchikawa T, et al.** Novel transitional zone index allows more accurate differentiation between idiopathic right ventricular outflow tract and aortic sinus cusp ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm.* 2011;8(3):349-356. doi:10.1016/j.hrthm.2010.11.023
7. **Betensky BP, Park RE, Marchlinski FE, et al.** The V(2) transition ratio: a new electrocardiographic criterion for distinguishing left from right ventricular outflow tract tachycardia origin. *J Am Coll Cardiol.* 2011;57(22):2255-2262. doi:10.1016/j.jacc.2011.01.035
8. **Yoshida N, Yamada T, Mcelderry HT, et al.** A Novel Electrocardiographic Criterion for Differentiating a Left from Right Ventricular Outflow Tract Tachycardia Origin: The V2S/V3R Index: V2S/V3R Index Distinguishes LVOT from RVOT Origins. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology.* 2014;25(7):747-753. doi:10.1111/jce.12392

NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ NANG VÀ ÁP-XE TUYẾN BARTHOLIN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Bích Hồng¹, Lê Thị Thanh Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng; kết quả điều trị bệnh lý nang và áp-xe tuyến Bartholin tại Bệnh viện phụ sản Trung ương (BVPSTƯ). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của phụ nữ có bệnh lý tuyến Bartholin là 37,2±1,1 tuổi. Có triệu chứng "đau" trong 78,6% các trường hợp. Tỷ lệ thủ thuật "bóc tuyến" là 97,4% với điều trị nang tuyến Bartholin; trong điều trị áp-xe tuyến Bartholin "chích khâu viền khấn" chiếm 90,3%, "rạch thoát dịch" 9,7%. Về kết quả điều trị: thủ thuật "chích khâu viền khấn" tái phát 20%, di chứng sẹo cứng 16,7%; "rạch thoát dịch" tái phát 33,3%, di chứng sẹo cứng 33,3%; "bóc tuyến" tái phát 5,3%, di chứng sẹo cứng 5,3%, đau khi giao hợp 2,6% và có tai biến chảy máu, tụ máu sau bóc là 5,2%. **Kết luận:** phụ nữ mắc bệnh nang, áp-xe tuyến Bartholin chủ yếu trong độ tuổi sinh sản; "đau" là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất trong bệnh lý tuyến Bartholin. Thủ thuật "bóc tuyến" chiếm tỷ lệ cao 97,4% trong điều trị nang tuyến Bartholin; với tỷ lệ tái phát thấp (5,3%) và ít di chứng. "Chích khâu viền khấn" chiếm tỷ lệ chủ yếu (90,3%) trong điều trị áp-xe tuyến Bartholin, với tỷ lệ tái phát và di chứng cao hơn nhiều so với bóc tuyến.

Từ khóa: nang tuyến Bartholin, áp-xe tuyến Bartholin.

SUMMARY

COMMENTARY RESULTS TREATMENT OF BARTHOLIN GLAND CYSTS AND ABSCESSSES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To review some clinical and subclinical characteristics and results in the treatment

of Bartholin gland cysts and abscesses at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** Prospective descriptive. **Results:** The mean age of women with Bartholin gland disease was 37.2±1.1 years. There are symptoms of pain in 78.6% of cases. The rate of treatment technique, excision is 97.4% with Bartholin's cysts; in the treatment of Bartholin gland abscesses, marsupialization accounted for 90.3% and the procedure is 9.7%. About the treatment results: the technique of marsupialization has a recurrence of 20%, the sequelae of hard scars are 16.7%; recurrence of the procedure is 33.3%, sequelae of hard scars is 33.3%; recurrence of excision is 5.3%, sequelae of hard scarring 5.3%, pain during intercourse 2.6% and there were bleeding complications, hematoma after peel was 5.2%. **Conclusion:** women with Bartholin's gland disease are mainly of reproductive age; pain is the most common clinical symptom in Bartholin gland disease. The technique of excision accounts for a high rate of 97.4% in the treatment of Bartholin's cysts; with a low recurrence rate (5.3%) and few sequelae. The technique of marsupialization accounts for 90.3% in the treatment of Bartholin gland abscess, with a higher rate of recurrence and sequelae than the excision technique.

Key words: Bartholin's gland cysts, Bartholin's gland abscesses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến Bartholin là tuyến tiền đình lớn ở phụ nữ (giống như tuyến hành niệu đạo ở nam giới), gồm 2 tuyến nhỏ như hạt đậu ở hai bên âm hộ vị trí 4h-8h; có ống tuyến tiết dịch đổ vào âm đạo trong khi giao hợp. Bệnh lý tuyến Bartholin (chủ yếu là nang và áp-xe) khá phổ biến, 2% phụ nữ từng trải qua bệnh lý tuyến Bartholin trong cuộc đời họ¹. Nang tuyến Bartholin do tắc và giãn ống. Sự tắc nghẽn có thể do nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng; nhiễm trùng có thể tồn tại mạn tính và tái phát từng đợt. Áp-xe tuyến Bartholin có thể phát triển từ một ổ nhiễm

¹Bệnh viện đa khoa huyện Kim Sơn

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Hồng

Email: nguyenvichhongnb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021

trùng tiên phát hoặc thứ phát từ nang tuyến Bartholin. Nó liên quan đến phản ứng viêm cấp bao quanh ống và có mũ trong lòng áp-xe². Hiện nay, có nhiều thủ thuật điều trị nang và áp-xe tuyến Bartholin: rạch thoát dịch, chích khâu viên khăn, xơ hóa bằng cồn, loại bỏ tuyến bằng Nitrat bạc, đặt ống Word dẫn lưu, bóc tuyến... với tỷ lệ tái phát từ 2% đến 25%¹. Sự cải tiến kỹ thuật trong điều trị bệnh lý tuyến Bartholin nhằm giảm tái phát và di chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống người phụ nữ sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, nhằm nhận xét điều trị của một số thủ thuật ngoại khoa, được áp dụng tại BV PSTU trên những bệnh nhân có nang, áp-xe tuyến Bartholin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những bệnh nhân có bệnh lý tuyến Bartholin, điều trị tại bệnh viện BV PSTU từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2021, thỏa mãn các tiêu chí: có đầy đủ các xét nghiệm cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu (công thức máu, sinh hóa máu, soi tươi dịch âm đạo); được chẩn đoán nang, áp-xe tuyến Bartholin và điều trị bằng các thủ thuật ngoại khoa. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có bệnh lý tuyến Bartholin đang rong kinh, rong huyết; mắc các bệnh lý cấp tính đe dọa tính mạng (đột quỵ não, suy gan cấp, hôn mê,..)

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3 Cỡ mẫu nghiên cứu:

Bảng 2: Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với mỗi hình thái tổn thương.

	Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng						Tổng
	Có "sờ thấy khối"	Có "viêm đỏ"	Có "đau"	Có "rò mũ"	Có "sốt"	Có "bạch cầu tăng"	
N(%)	52(74,3%)	34(48,6%)	55(78,6%)	5(7,1%)	3(4,3%)	25(35,7%)	70(100%)
Nang tuyến Bartholin N(%)	35 (92,1%)	7 (18,4%)	24 (63,2%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (15,8%)	38 (100%)
Áp-xe tuyến Bartholin N(%)	17 (54,8%)	26 (83,9%)	30 (96,8%)	5 (16,1%)	3 (9,7%)	19 (61,3%)	31 (100%)

Nhận xét: Triệu chứng "đau" chiếm tỷ lệ : 78,6% trong tổng số bệnh nhân, với những bệnh nhân áp-xe tuyến Bartholin, 96,8% có đau; 83,9% có viêm đỏ. Với nang tuyến Bartholin, triệu chứng "sờ thấy khối" 92,1%, triệu chứng đau chiếm 63,2%.

Bảng 3: Phân bố kỹ thuật điều trị ngoại khoa theo chẩn đoán bệnh

Chẩn đoán	Điều trị ngoại khoa			Tổng số	P<0,05
	Chích khâu viên khăn	Bóc tuyến	Rạch thoát dịch		
Nang tuyến Bartholin	1(2,6%)	37(97,4%)	0(0%)	38(100%)	
Áp-xe tuyến Bartholin	28(90,3%)	0(0%)	3(9,7%)	31(100%)	
Nang+áp-xe tuyến Bartholin	1(50%)	1(50%)	0(0%)	2(100%)	
Tổng số	30(42,3%)	38(53,5%)	3(4,2%)	71(100%)	

$$n = Z^2(1-\alpha/2) \times \frac{p(1-p)}{(p-\epsilon)^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu.

- p=0,591: là tỷ lệ số bệnh nhân được điều trị ngoại khoa theo nghiên cứu của Jin – Sung Juk³

- ε: mức chính xác tương đối, trong nghiên cứu là 20%.

- α: Là mức ý nghĩa thống kê, chúng tôi chọn α = 0,05.

- Giá trị Z thu được tương ứng với giá trị α được chọn. $Z^2_{(1-\alpha/2)} = (1,96)^2$

Sau khi tính toán, được n = 67.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực tế, có 70 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí và được đưa vào nghiên cứu, với kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ
Nhóm tuổi < 20	3	4,3
Nhóm tuổi 20-29	12	17,1
Nhóm tuổi 30-39	30	42,9
Nhóm tuổi 40-49	17	24,3
Nhóm tuổi ≥ 50	8	11,4
Tổng số	70	100
Tuổi trung bình ±SD	37,2± 1,1	
Min-Max	15-58	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,2 ±1,1; tuổi nhỏ nhất là 15 và lớn nhất là 58 tuổi. Những bệnh nhân từ 20 tuổi đến 49 tuổi chiếm chủ yếu với 84,3 %, trong đó nhóm tuổi từ 30 đến 39 tuổi là nhiều nhất với 42,9 % số trường hợp.

Nhận xét: Kỹ thuật “bóc tuyến” chiếm 97,4% trong số 38 bệnh nhân nang tuyến Bartholin; “chích khâu viền khăn” chiếm 90,3%, “rạch thoát dịch” chiếm 9,7% trong số 31 bệnh nhân áp-xe tuyến Bartholin. Có 1 bệnh nhân được chẩn đoán nang và áp-xe tuyến Bartholin, được bóc tuyến và chích khâu viền khăn. ($p < 0,05$)

Bảng 4: Tỷ lệ các tai biến trong bóc tuyến Bartholin.

Tai biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	1	2,6
Tụ máu sau mổ	1	2,6
Không tai biến	36	94,8
Tổng	38	100

Nhận xét: Trong 38 tổn thương được bóc tuyến 2,6% chảy máu sau mổ; 2,6% tụ máu sau mổ. Còn lại 94,8% các trường hợp không có tai biến.

Bảng 5. Sự tái phát và di chứng theo từng phương pháp điều trị

Điều trị ngoại khoa	Tái phát		Di chứng			Tổng Số	P < 0,05
	Không	Có	Không di chứng	Seo cứng	Đau khi giao hợp		
Chích khâu viền khăn	24 (80%)	6 (20%)	25 (83,3%)	5 (16,7%)	0 (0%)	30 (100%)	
Bóc tuyến	36(94,7%)	2(5,3%)	35(92,1%)	2(5,3%)	1(2,6%)	38(100%)	
Rạch thoát dịch	2 (66,7%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	3 (100%)	
Tổng số	62 (87,3%)	9 (12,7%)	62 (87,4%)	8 (11,3%)	1 (1,4%)	71 (100%)	

Nhận xét: Kỹ thuật “chích khâu viền khăn”, tái phát 20%, di chứng seo cứng 16,7%. “Bóc tuyến”, tái phát 5,3%, di chứng đau khi giao hợp 2,6%; seo cứng 5,3%. “Rạch thoát dịch”, tái phát 33,3%, di chứng seo cứng 33,3% ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của bệnh nhân từ 15 đến 58; trung bình $37,2 \pm 1,1$ tuổi. Điều này tương tự nghiên cứu của Jin-Sung Yuk, với tuổi trung bình là 38,1³. Ở bảng 1, những bệnh nhân từ 20 đến 49 tuổi chiếm chủ yếu 84,3%. Đây là độ tuổi sinh sản của phụ nữ, điều này cho thấy: tổn thương nang, áp-xe tuyến Bartholin hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Sau 50 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh giảm, chỉ còn 11,4%. Theo nghiên cứu của Jin-Sung Yuk, ở những phụ nữ trẻ tuổi, lượng dịch âm đạo và dịch tuyến Bartholin nhiều hơn so với phụ nữ sau tuổi mãn kinh. Nên nguy cơ bị lấp đầy bởi dịch, để tạo thành bệnh lý tuyến Bartholin ở người trẻ cao hơn phụ nữ sau mãn kinh. Ngoài ra, nồng độ hormone Estrogen giảm liên quan tới tuổi, cũng dẫn tới giảm tiết dịch và giảm bôi trơn các cơ quan sinh dục ngoài nên giảm nguy cơ mắc bệnh³.

Có triệu chứng “đau” chiếm tỷ lệ cao nhất 78,6% (bảng 2). Triệu chứng này cũng cao nhất trong những bệnh nhân áp-xe tuyến Bartholin; tiếp đến là có “viêm đỏ” 83,9%; và “rò rỉ” chỉ ở hình thái này. Theo GS Dương Thị Cương, dấu hiệu bắt đầu của áp-xe tuyến Bartholin là đau và nóng âm hộ một bên phía trước trên, ban đầu khu trú, sau lan tỏa. Bên trong đó chứa đầy mủ gây sưng dạng áp-xe ở đáy chậu, tầng sinh môn.

Nếu không can thiệp gì thì dẫn tới rò rỉ, làm cho bệnh nhân nhẹ đi, nhưng dẫn lưu không đầy đủ chính là nguồn gốc của tái phát sau này⁴. Trong số những bệnh nhân nang tuyến Bartholin, có triệu chứng “sờ thấy khối” chiếm tỷ lệ cao nhất 92,1%. Nang tuyến Bartholin (đúng hơn là “nang ống tuyến Bartholin”) do sự bít tắc ống dẫn của tuyến, làm dịch ứ lại, ống tuyến giãn ra hình thành khối nang. Nếu có nhiễm khuẩn, tạo thành áp-xe tuyến Bartholin². Vì vậy, các nang tuyến Bartholin trên lâm sàng khám chủ yếu dựa vào tính chất khối nang. Có triệu chứng sốt chiếm 9,7% trên tổng số bệnh nhân. Điều này tương tự nghiên cứu của H.Krissi, A.Shmueli (2015) với tỷ lệ trường hợp có sốt là 12,7%⁵. Sốt dĩ trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có sốt thấp do ổ nhiễm khuẩn khu trú, ít khi ảnh hưởng tới toàn thân; và một số trường hợp sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện. Còn tỷ lệ tăng bạch cầu là 35,7% trong tổng số bệnh nhân, chủ yếu tăng trong các trường hợp áp-xe 61,3%, phản ánh tình trạng viêm tuyến Bartholin cấp tính. Phù hợp với nghiên cứu của H.Krissi, A.Shmueli (2015), có 55,8% các trường hợp áp-xe tuyến Bartholin bạch cầu tăng⁵.

Tại bệnh viện PSTU, áp dụng 3 thủ thuật điều trị cho các bệnh nhân nang, áp-xe tuyến Bartholin, bao gồm: chích khâu viền khăn, bóc

tuyến, rạch thoát dịch. Có 97,4% bệnh nhân nang tuyến Bartholin được "bóc tuyến". Trong nghiên cứu của tác giả C. Cardaillac (2019) tại Pháp, điều trị nang tuyến Bartholin, tỷ lệ bóc tuyến là 69,3%⁶. Có sự khác biệt lớn trong tỷ lệ "bóc tuyến" như vậy, vì nhiều quốc gia đề cao điều trị bảo tồn, chỉ bóc bỏ khi bệnh tái phát nhiều lần hoặc trong những trường hợp nghi ngờ ung thư tuyến Bartholin. Trong bảng 3, điều trị bệnh nhân áp-xe, thủ thuật "chích khâu viền khăn" chiếm 90,3%; "rạch thoát dịch" 9,7%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của H. Krissi, A. Shmuely (2015)⁵: chích khâu viền khăn 80,9%; đặt Word catheter 19,1% trong tổng số trường hợp. Các thủ thuật điều trị bệnh lý tuyến Bartholin không ngừng được cải tiến: đặt Word catheter, Jacob's ring, CO₂ laser,... để đơn giản trong khâu vô cảm, có thể thực hiện ở phòng khám; tuy nhiên chỉ có 3% các bác sĩ biết đến và áp dụng các phương pháp điều trị khác ngoài 3 thủ thuật trên tại cơ sở của họ⁶. Còn một lý do nữa để thủ thuật "bóc tuyến" hạn chế thực hiện, đó là những tai biến xảy ra trong quá trình bóc. Ở bảng 4, chúng tôi đã thống kê: "chảy máu sau mổ" (2,6%), và "tụ máu sau mổ" (2,6%), như vậy tỷ lệ tai biến trong bóc tuyến là 5,2%. Ở một tổng quan hệ thống (2009), tụ máu và chảy máu trong bóc tuyến Bartholin từ 2% đến 8%⁷. Theo Giáo sư Dương Thị Cương (1996) sự bóc tách từ phía trong ra phía ngoài, từ chỗ ít mạch máu ra chỗ nhiều mạch máu, nên đường rạch là trong niêm mạc âm đạo. Gặp những trường hợp viêm nhiễm rất khó tìm thấy bình diện bóc tách. Đặc biệt là phía trên, phía ngoài và phía trước có "cơ hành xốp" làm cho sự cầm máu khó khăn. Biến chứng của phẫu thuật này là tụ máu ở tầng sinh môn, đôi khi rất to⁴.

Bảng 5 chỉ ra, tỷ lệ tái phát chung là 12,7%; tái phát trong từng kỹ thuật: "rạch thoát dịch" 33,3%, "chích khâu viền khăn" 20%, "bóc tuyến" tái phát ít nhất 5,3%. Những số liệu này, phù hợp nghiên cứu của Marzano (2004)¹, tỷ lệ tái phát "chích khâu viền khăn" 2%-25%; Ellen Wechter (2009)⁷, tái phát "rạch thoát dịch" 0%-38%, bóc tuyến 0%-3%. Đối với áp-xe tuyến Bartholin, việc bóc bỏ hoàn toàn tuyến là khó khăn do tình trạng viêm nhiễm lan tỏa, nên ở nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân áp-xe không có trường hợp nào được bóc tuyến. Khi điều trị áp-xe bằng các phương pháp bảo tồn tuyến, thì vẫn còn khả năng tái phát. Năm 2019, nghiên cứu hồi cứu 7 năm của tác giả Reut Rotem, chỉ ra: tìm thấy tỷ lệ dương tính với vi khuẩn E.Coli cao hơn đáng kể ở những phụ nữ bị

tái phát tổn thương tuyến Bartholin. Có thể, sự tái phát liên quan đến loại vi khuẩn⁸. Di chứng sẹo cứng sau "chích khâu viền khăn" là 16,7%, sau "bóc tuyến" 5,3%. Sở dĩ di chứng "sẹo cứng" chiếm phần lớn ở nhóm bệnh nhân được "chích khâu viền khăn", vì quy trình thực hiện thủ thuật: khâu một vài mũi catgut 20 để giữ vỏ tuyến, da và niêm mạc tạo thành một túi thông ra ngoài. Chính những mũi khâu này làm cho quá trình tái tạo biểu mô, lành vết thương và hình thành sẹo cứng. Đối với bóc tuyến, việc lấy đi hoàn toàn tuyến làm mất chức năng tiết dịch trong quá trình giao hợp, nên chúng tôi đã ghi nhận 2,6% bệnh nhân "đau khi giao hợp" sau bóc. Một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên: chức năng tình dục sau điều trị áp-xe tuyến Bartholin, bằng 2 thủ thuật: bóc tuyến và chích khâu viền khăn. Tác giả dùng chỉ số chức năng tình dục ở người phụ nữ (FSFI) để đánh giá theo điểm. Theo đó, ở cả 2 thủ thuật thì FSFI đều thấp hơn mức bình thường; và thấp hơn ở nhóm "chích khâu viền khăn" ($22,33 \pm 5,11$ so với $24,76 \pm 4,32$ ở nhóm bóc tuyến). Và tác giả kết luận rằng bóc tuyến ít ảnh hưởng đến chức năng tình dục ở người phụ nữ hơn so với chích khâu viền khăn⁸.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý nang, áp-xe tuyến Bartholin hầu hết xảy ra trong độ tuổi sinh sản; "đau" là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất. Thủ thuật "bóc tuyến" chiếm tỷ lệ cao 97,4% trong điều trị nang tuyến Bartholin; với tỷ lệ tái phát thấp (5,3%) và di chứng đau khi giao hợp với tỷ lệ thấp 2,6%. "Chích khâu viền khăn" chiếm tỷ lệ chủ yếu 90,3% trong điều trị áp-xe tuyến Bartholin, với tỷ lệ tái phát cao 20% và di chứng nhiều hơn so với thủ thuật bóc tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David A. Marzano, Hope K. Haefner. The Bartholin gland cyst: past, present, and future. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. July 2004;8:195-204.
2. Purdir J, Auld B.J.A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Feb 2008;28(2):701-703.
3. Jin-Sung Yuk. Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;122:62-64.
4. Dương Thị Cương. Ba trường hợp điều trị u nang tuyến Bartholin bằng khâu lộn túi. *Tạp chí y học thực hành*. 1996; số 6.
5. Krissi H, Shmuely A. Acute Bartholin's abscess: microbial spectrum, patient characteristics, clinical manifestation, and surgical outcomes. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2015;35:443-446.

6. **Cardailiac, Claire.** Surgical management of Bartholin cysts and abscesses in French university hospitals. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction.* 2019;48(8): 631-635.
7. **Wechter ME.** Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. *Obstet*

Gynecol Surv. 2009;64(6):395-404.

8. **RotemR.** Risk factors associated with recurrent referral to the emergency room following surgical treatment of Bartholin's gland abscess. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2020;40(1):111-115.

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM KẾT HỢP ĐÀN HỒI MÔ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Đoàn Thị Nga¹, Nguyễn Lan Hương², Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Lê Thanh Dũng², Nguyễn Duy Huệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá giá trị của siêu âm kết hợp đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL). **Đối tượng và Phương pháp:** 74 bệnh nhân nghi ngờ UTTTL được siêu âm qua đường trực tràng đa phương tiện gồm 2D, Doppler màu và SE, được đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh qua sinh thiết hệ thống 12 mẫu dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Nghiên cứu có 28/74 bệnh nhân ung thư (38%), phát hiện 78/296 tổn thương ung thư ở 2 vùng chính là vùng ngoại vi (36) và vùng chuyển tiếp (42). Trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng ngoại vi, siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE có độ nhạy lần lượt là 72.2%, 72.2%, 80.6%. Trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng chuyển tiếp, siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE có độ nhạy lần lượt là 40.5%, 66.7%, 85.7%. **Kết luận:** Siêu âm 2D qua đường trực tràng có độ nhạy cao trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng ngoại vi nhưng có độ nhạy thấp trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng chuyển tiếp. Kết hợp hai hoặc ba kĩ thuật siêu âm đều làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán UTTTL đặc biệt ở vùng chuyển tiếp. Siêu âm đàn hồi mô là phương pháp bổ trợ giúp làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán UTTTL.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, siêu âm qua đường trực tràng, siêu âm kết hợp đàn hồi mô.

SUMMARY

VALUES OF ULTRASOUND ASSOCIATED ELASTOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER

Purpose: This study aims to evaluate the value of ultrasound associated elastography in the diagnosis of prostate cancer. **Material and Method:** 74 patients with suspected prostate cancer was performed transrectal multiparametric ultrasound includes 2D,

color Doppler and elastography, was compare with Histological results follow transrectal US guide system biopsy 12 core at the Viet Duc Hospital from May 2020 to June 2021. **Results:** This study has 28/74 patients with prostate cancer (38%), detect 78/296 cancer lesions located in two main zones are peripheral zone (36) and transition zone (42). Diagnosis cancer in peripheral zone on 2D, 2D+color Doppler, 2D+color Doppler+SE has sensitivity of 72.2%, 72.2%, 80.6%, respectively. Diagnosis cancer in transition zone on 2D, 2D+color Doppler, 2D+Doppler+SE has sensitivity of 40.5%, 66.7%, 85.7%. **Conclusion:** Transrectal ultrasound 2D has high sensitivity in the diagnosis prostate cancer in the peripheral zone and low sensitivity in the diagnosis prostate cancer in the transition zone. To combine two or three technical ultrasound increase the sensitivity in diagnosis prostate cancer, especially in transition zone. Sonoelastography is supplement way to increase sensitivity in the diagnosis prostate .

Keywords: prostate cancer, transrectal ultrasound, ultrasound associated elastography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong thứ tư do ung thư ở nam giới¹. UTTTL có tỉ lệ sống sau 5 năm là 100% nếu được phát hiện sớm ở giai đoạn còn khu trú, tuy nhiên, ở giai đoạn đã có di căn, tỉ lệ này giảm xuống chỉ còn 32%, do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có vai trò rất quan trọng.

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán cơ bản và đầu tay trong chẩn đoán UTTTL nhưng hiện nay chưa có một kĩ thuật siêu âm riêng lẻ nào được coi là tối ưu, do vậy sinh thiết hệ thống dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng vẫn là phương pháp được lựa chọn để chẩn đoán xác định UTTTL ở những bệnh nhân có PSA > 4ng/ml². Siêu âm TTL qua đường trực tràng (TRUS) đã khắc phục được những nhược điểm của siêu âm qua đường bụng và là phương pháp chính trong phát hiện các tổn thương của TTL. TRUS bao gồm đồng thời siêu âm 2D và siêu âm Doppler, ngày nay còn được bổ sung thêm siêu

¹Trường đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Nga

Email: Doannga0226@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021