

Kebir (Bắc Ma-rốc) thấy HATT là $132,13 \pm 16,2$ mmHg; HATT_r là $76,64 \pm 11,54$ mmHg [9]. Nghiên cứu của Zahra Jouyandeh và cộng sự về hội chứng chuyển hoá và mãn kinh thấy HATT là $120,64 \pm 18,08$ (mmHg); HATT_r là $81,06 \pm 10,54$ (mmHg). PNMK ở nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác trong và ngoài nước đều có tình trạng tăng HATT và/hoặc tăng HATT_r điều này có thể giải thích do Estrogen được cho là có ảnh hưởng đến thành động mạch trong việc duy trì tính linh hoạt của nó. Không tính đến vai trò này, tỷ lệ estrogen và androgen bị thay đổi trong thời kỳ mãn kinh được cho là ảnh hưởng đến hệ thống renin-angiotensin gây ra thay đổi HA. Ngoài cơ chế giả định này, béo phì, tăng endothelin trong máu và stress oxy hóa là những nguyên nhân có thể khác gây tăng huyết áp ở thời kỳ sau mãn kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% ĐTNC đều có HATT ≥ 130 mmHg điều này có thể là do ĐTNC ngay từ đầu của chúng tôi đã lựa chọn là PNMK có hội chứng chuyển hoá.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mãn kinh của PNMK có HCCH là $56,1 \pm 4,4$ (tuổi), tất cả các PNMK trong nghiên cứu đều có tăng HATT, chỉ số khối của cơ thể đa số là thừa cân 54,8%. Tỷ lệ VB/VM $>0,85$ là chủ yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **V. s. k. b. m.-t. e.-B. Y. tế, F. Pharmaceuticals, Ed.** Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Hà Nội, 2018, pp. 202-204.
2. **S. Li, L. Rosenberg, L. A. Wise, D. A. Boggs, M. LaValley, and J. R. Palmer,** "Age at natural

menopause in relation to all-cause and cause-specific mortality in a follow-up study of US black women," (in E), *Maturitas*, vol. 75, no. 3, pp. 246-52, Jul 2013.

3. **J. Imke, H. P. Lynda, C. Sybil, L. Bill, and K. Sutton-Tyrrell,** "Menopause and the Metabolic Syndrome The Study of Women's Health Across the Nation," (in E), *American Medical Association*, vol. 168, no. 14, pp. 1568-1575, 2008.
4. **Nguyễn Minh Phương and Lê Thị Kim Định,** "Đánh giá chất lượng cuộc sống ở phụ nữ mãn kinh và yếu tố liên quan tại thành phố Cần Thơ 2020," (in V), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 499, no. 1 và 2, pp. 132-136, 2021.
5. **K. Seong-Hee and K. Hyun-Sook,** "Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women," (in E), *Nutrients*, vol. 12, no. 1, Jan 13 2020.
6. **L. T. H. Loan, N. T. Hiền, L. T. T. Hoài, T. T. Hoàng, and N. T. Quyên,** "Xác định một số yếu tố liên quan tới tình trạng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay ở phụ nữ mãn kinh có hội chứng chuyển hoá bằng siêu âm 2D," (in vi), *TNU Journal of Science Technology*, vol. 228, no. 01, pp. 31-36, 2023.
7. **S. Ziaei and H. Mohseni,** "Correlation between Hormonal Statuses and Metabolic Syndrome in Postmenopausal Women," (in eng), *J Family Reprod Health*, vol. 7, no. 2, pp. 63-6, Jun 2013.
8. **R. Nandhini, B. Nath, H. S. Gaikwad, M. Sharma, and S. Meena,** "Metabolic Syndrome and Its Components: A Cross-Sectional Analysis of Its Distribution among Pre- and Post-Menopausal Women from Northern India," (in eng), *J Midlife Health*, vol. 13, no. 4, pp. 310-316, Oct-Dec 2022.
9. **K. Harraqui et al.,** "Frequency of Metabolic Syndrome and Study of Anthropometric, Clinical and Biological Characteristics in Peri- and Postmenopausal Women in the City of Ksar El Kebir (Northern Morocco)," (in eng), *Int J Environ Res Public Health*, vol. 19, no. 10, May 17 2022.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT NHÂN PIRADS 4 VÙNG CHUYỂN TIẾP TUYẾN TIỀN LIỆT THEO PHÂN LOẠI PIRADS V2.1 TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ PHỐI HỢP VỚI PSA TỶ TRỌNG

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng các nhân PIRADS 4 vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt theo phân loại PIRADS v2.1 trên cộng hưởng từ phối hợp với PSA

tỷ trọng. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 13 bệnh nhân nam đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022 do PSA toàn phần cao và/hoặc có rối loạn tiểu tiện. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ tuyến tiền liệt đa thông số và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp theo PI-RADS v2.1. Các nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp sẽ được sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng sau đó đối chiếu với kết quả mô bệnh học và với PSA tỷ trọng nhằm đánh giá nguy cơ ung thư của nhóm nhân này để có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt phù hợp. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

cứ là 65.1 ± 4.4 , cao nhất là 73 tuổi, thấp nhất là 57 tuổi. Có 3 bệnh nhân không có rối loạn tiểu tiện, chiếm 23%. Nồng độ PSA toàn phần trung bình ở nhóm bệnh nhân là 20.5 ± 11.2 ng/ml, cao nhất là 39.4 ng/ml, thấp nhất là 9.2 ng/ml. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình của nhóm bệnh nhân là 60.5 ± 36.3 cm³, cao nhất là 162 cm³, thấp nhất là 22 cm³. PSA tỷ trọng trung bình của nhóm bệnh nhân là 0.46 ± 0.38 ng/ml/cm³, cao nhất là 1.3 ng/ml/cm³, thấp nhất là 0.10 ng/ml/cm³. Có 3 bệnh nhân có PSA tỷ trọng từ 0.10-0.19 ng/ml/cm³, 10 bệnh nhân còn lại có PSA-D ≥ 0.20 ng/ml/cm³. Kết quả sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng chỉ có 6/13 bệnh nhân PIRADS 4 có ung thư (chiếm 46%, trong đó có 04 bệnh nhân GS=6, 01 bệnh nhân có GS=7 và 01 bệnh nhân có GS=8). Kết hợp giữa phân loại PIRADS v2.1 với PSA tỷ trọng thấy trong số BN có PIRADS 4 và PSA tỷ trọng < 0.20 ng/ml/cm³, có 2 BN lành tính (chiếm 67%) và 01 BN ung thư (chiếm 33%). Trong số BN có PIRADS 4 và PSA tỷ trọng ≥ 0.20 ng/ml/cm³, có 05 BN ung thư (chiếm 50%) và 05 BN không ung thư (chiếm 50%). **Kết luận:** Phân loại PI-RADS v2.1 trên cộng hưởng từ có vai trò quan trọng sàng lọc ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt. Đối với các nhân PIRADS 4 vùng chuyển tiếp, tỷ lệ ung thư chiếm 46% và với ngưỡng PSA tỷ trọng ≥ 0.20 ng/ml/cm³, tỷ lệ ung thư và không ung thư ở vùng chuyển tiếp là tương đương nhau.

Từ khóa: nhân PI-RADS 4, ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt, PSA tỷ trọng

SUMMARY

EVALUATION OF THE BIOPSY RESULTS OF THE PIRADS 4 NODULES IN THE PROSTATE TRANSITION ZONE ACCORDING TO THE PIRADS V2.1 MRI CLASSIFICATION COMBINED WITH PSA DENSITY

Purpose: To evaluate the results of transrectal ultrasound-guided biopsies of PIRADS 4 nodules in the prostatic transition zone according to the PIRADS v2.1 on MRI classification in combination with density PSA. **Material and methods:** Retrospective descriptive study on 13 male patients who visited Hanoi Medical University Hospital from February 2019 to May 2022 due to high total PSA and/or disorders urinary. All patients underwent multiparameter magnetic resonance prostate imaging and transitional zone nodule classification according to PI-RADS v2.1. The PI-RADS 4 nodules in the transition zone would be biopsied under transrectal guided ultrasound and then compared with histopathological results and with PSA density to assess the cancer risk of this nodule group for prostate biopsy indication. **Results:** The mean age of the group of patients in the study was 65.1 ± 4.4 , the highest was 73 years old, the lowest was 57 years old. There were 3 patients without urinary disorders, accounting for 23%. The mean total PSA concentration in the group of patients was 20.5 ± 11.2 ng/ml, the highest was 39.4 ng/ml, the lowest was 9.2 ng/ml. The mean prostate volume of the group of patients was 60.5 ± 36.3 cm³, the highest was 162 cm³, the lowest was 22 cm³. The mean PSA density of the group of patients was 0.46 ± 0.38 ng/ml/cm³, the

highest was 1.3 ng/ml/cm³, the lowest was 0.10 ng/ml/cm³. There were 3 patients with PSA density from 0.10-0.19 ng/ml/cm³, the remaining 10 patients have PSA density ≥ 0.20 ng/ml/cm³. The results of prostate biopsy under the transrectal guided ultrasound showed only 6/13 patients with PIRADS 4 had cancer (accounting for 46%, of which there were 04 patients with GS=6, 01 patient with GS=7 and 01 patient with GS=8). The combination of PIRADS v2.1 classification with PSA density found that among patients with PIRADS 4 and PSA density < 0.20 ng/ml/cm³, there were 2 benign patients (accounting for 67%) and 01 cancer patient (accounting for 33%). Among PIRADS 4 and PSA density ≥ 0.20 ng/ml/cm³, there were 05 patients with cancer (accounting for 50%) and 05 patients without cancer (accounting for 50%). **Conclusion:** PI-RADS v2.1 classification on MRI played an important role in screening for prostate cancer. For PIRADS 4 nodules in transition zone, the cancer rate accounted for 46% and with PSA density threshold ≥ 0.20 ng/ml/cm³, the cancer and non-cancerous rate in the transition zone was similar.

Keywords: PI-RADS 4 nodules, prostate transition zone cancer, PSA density.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cộng hưởng từ đa thông số ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và phân tầng nguy cơ ung thư TTL. Cộng hưởng từ cung cấp các thông tin để phát hiện các tổn thương nghi ngờ và hướng dẫn cho sinh thiết đích nhằm phát hiện nhiều hơn các ung thư có ý nghĩa lâm sàng và giảm bớt các ung thư không có ý nghĩa lâm sàng¹

Phân loại PI-RADS v2.1 đã được sử dụng rộng rãi và xác nhận trong nhiều nghiên cứu, cho thấy độ nhạy nói chung cao (khoảng 89%) để chẩn đoán ung thư TTL. Điều quan trọng là xác định tỷ lệ phát hiện của ung thư TTL nói chung và ung thư có ý nghĩa lâm sàng nói riêng theo từng điểm PI-RADS vì sẽ quyết định đưa ra các chiến lược chẩn đoán². Theo phân loại PIRADS v2.1, các nhân PIRADS 4 có nguy cơ ung thư mức độ cao với tỷ lệ ung thư nói chung lên đến 63% và ung thư có ý nghĩa lâm sàng lên tới 46% (95% CI: 38-55)³.

Khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học và với PSA tỷ trọng, nghiên cứu của Boesen⁴, Van der Leest⁵ và Hansen⁶ đều cho thấy tỷ lệ ung thư TTL với các nhân PIRADS 4 ở bệnh nhân có PSA-D > 0.20 ng/ml/cm³ khoảng 50%. Nghiên cứu của Boesen và Hansen cho thấy, tỷ lệ ung thư TTL với các nhân PIRADS 4 ở bệnh nhân có PSA tỷ trọng < 0.20 ng/ml/cm³ lần lượt là 6% và 18%.

Ung thư vùng chuyển tiếp tuyến tiền liệt (TTL) mặc dù chỉ chiếm 30% các ung thư TTL nhưng gây ra những thách thức trong chẩn đoán do vị trí nằm ở sâu, do đặc điểm mô học của vùng chuyển tiếp và do sự có mặt của các tổn

thương khác như viêm TTL, nốt tăng sản lành tính TTL^{7,8}...

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của phân loại PIRADS v2.1 phối hợp với PSA tỷ trọng trong chẩn đoán ung thư đối với các nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp TTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 13 bệnh nhân nam đến khám tại Bệnh viện Đại Học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến 5/2022 do PSA toàn phần cao hoặc rối loạn tiểu tiện, được chụp CHT TTL và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp theo PIRADS v2.1. Các nhân PIRADS 4 được tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng và đối chiếu với kết quả mô bệnh học và PSA tỷ trọng.

Quy trình nghiên cứu: CHT TTL được thực hiện trên máy CHT Essenza 1.5 Tesla (Siemens Healthineer), bộ thu nhận tín hiệu (coil) bụng theo các chuỗi xung T2W độ phân giải cao theo 3 hướng axial, coronal và sagittal, DWI với b50, b800 và b12000 kèm dựng bản đồ ADC, chuỗi xung T1GRE có tiêm đối quang từ động (DCE).

Ảnh CHT sẽ được gửi vào hệ thống PACS (Minerva Pacs). Việc đọc kết quả và phân loại các nhân vùng chuyển tiếp TTL được thực hiện bởi bác sỹ chẩn đoán hình ảnh có >10 năm kinh nghiệm đọc CHT TTL. Thể tích TTL được đo trên CHT bằng cách đo ba chiều của TTL và tính theo công thức: $V (cm^3) = Cao (cm) \times Rộng (cm) \times Trước sau (cm) \times 0.523$. PSA tỷ trọng sẽ được tính theo công thức $PSA \text{ tỷ trọng } (ng/ml/cm^3) = PSA \text{ toàn phần } (ng/ml) / V (cm^3)$.

Sinh thiết (ST) TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng

Sau khi gây tê đám rối quanh trực tràng, sử dụng mặt cắt dọc, lần lượt từ đáy đến đỉnh tuyến, có thể tới sát túi tinh từng bên. Lấy 12 mẫu ST theo bản đồ định khu TTL (đúng thứ tự số và sơ đồ quy định từ phải sang trái: các mẫu số 1, 2, 3 thuộc vùng ngoại vi bên phải; các số 4, 5, 6 thuộc vùng chuyển tiếp bên phải; các số 7, 8, 9 thuộc vùng chuyển tiếp bên trái và các số 10, 11, 12 thuộc vùng ngoại vi bên trái).

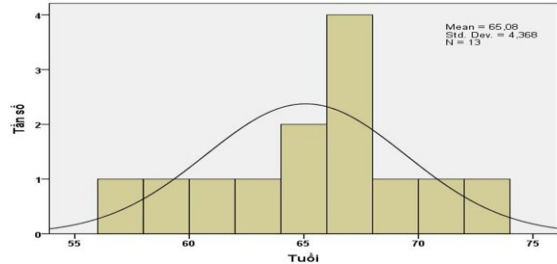
Các nhân PIRADS 4 thấy trên CHT sẽ được sinh thiết đích bằng cách đồng bộ vị trí nhân trên CHT với siêu âm qua đường trực tràng bằng mắt thường. Các mẫu sinh thiết các nhân này sẽ được đánh dấu riêng để đối chiếu kết quả mô bệnh học và cộng hưởng từ.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Do số lượng cỡ mẫu ít, chúng tôi dùng

phép kiểm định Mann-Whitney U (phân bố không chuẩn). Tính tỷ lệ ung thư gặp ở nhân PIRADS 4 vùng chuyển tiếp trên toàn bộ nhân PIRADS 4 trong nghiên cứu cũng như đối với hai ngưỡng PSA tỷ trọng ($<$ và $\geq 0.20 \text{ ng/ml/cm}^3$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tuổi: tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 65.1 ± 4.4 , cao nhất là 73 tuổi, thấp nhất là 57 tuổi.



Lâm sàng: có 3 bệnh nhân không có rối loạn tiểu tiện, chiếm 23%, số còn lại tiểu khó hoặc bí tiểu

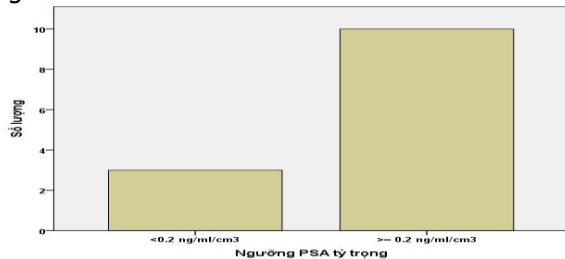
- Nồng độ PSA toàn phần, thể tích tuyến tiền liệt và PSA tỷ trọng của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu (bảng 1).

Bảng 1: Nồng độ PSA toàn phần, thể tích TTL và nồng độ PSA tỷ trọng

	PSA (ng/ml)	V(cm ³) TTL	PSA-D (ng/ml/cm ³)
X±SD*	20.5±11.2	60.5±36.3	0.46±0.38
Min-Max	9.2 – 39.4	22 - 162	0.1 – 1.3

Nồng độ PSA toàn phần trung bình ở nhóm bệnh nhân là $20.5 \pm 11.2 \text{ ng/ml}$, cao nhất là 39.4 ng/ml , thấp nhất là 9.2 ng/ml . Thể tích tuyến tiền liệt trung bình của nhóm bệnh nhân là $60.5 \pm 36.3 \text{ cm}^3$, cao nhất là 162 cm^3 , thấp nhất là 22 cm^3 . PSA tỷ trọng trung bình của nhóm bệnh nhân là $0.46 \pm 0.38 \text{ ng/ml/cm}^3$, cao nhất là 1.3 ng/ml/cm^3 , thấp nhất là 0.1 ng/ml/cm^3 .

- Phân bố các mức PSA tỷ trọng trong nghiên cứu:



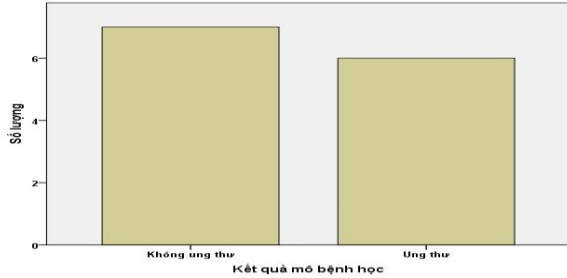
Biểu đồ 2: Phân bố PSA tỷ trọng trong nghiên cứu

Có 03 bệnh nhân có PSA tỷ trọng $< 0.20 \text{ ng/ml/cm}^3$, 10 bệnh nhân có PSA tỷ trọng $\geq 0.20 \text{ ng/ml/cm}^3$, không có bệnh nhân có PSA tỷ trọng $< 0.10 \text{ ng/ml/cm}^3$.

- Kết quả mô bệnh học các nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp TTL:

Trong số 13 bệnh nhân có PIRADS 4 vùng chuyển tiếp, chỉ có 6 bệnh nhân có ung thư chiếm 46%, số còn lại không có ung thư, chiếm 54%. Như vậy tỷ lệ ung thư/không ung thư trong nhóm bệnh nhân có PIRADS 4 vùng chuyển tiếp là gần như tương đương nhau.

Trong số 06 bệnh nhân ung thư, có 04 bệnh nhân GS=6, 01 bệnh nhân có GS=7 và 01 bệnh nhân có GS=8.



- Đối chiếu kết quả sinh thiết nhân PIRADS 3 với PSA tỷ trọng:

Bảng 2: Đối chiếu PSA tỷ trọng với kết quả mô bệnh học

PSA tỷ trọng (ng/ml/cm ³)	UT (%)	Không UT (%)
< 0.2	1	2
≥ 0.2	5	5
Tổng	6	7

Trong số 03 BN có PSA tỷ trọng < 0.2 ng/ml/cm³, có 1 BN ung thư (chiếm 33%) và 02 BN không ung thư. Trong số 10 BN có PSA tỷ trọng ≥ 0.20 ng/ml/cm³, tỷ lệ bệnh nhân có ung thư và không có ung thư là tương đương (50%) trong tổng số BN có nhân PIRADS 4 vùng chuyển tiếp TTL.

IV. BÀN LUẬN

Cộng hưởng từ tuyến tiền liệt đã được sử dụng rộng rãi để đánh giá nguy cơ mắc ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng trong nhiều hướng dẫn. Cộng hưởng từ TTL có thể giảm tỷ lệ sinh thiết không cần thiết (đến 30%) và giảm phát hiện các ung thư không có ý nghĩa lâm sàng trong khi duy trì (hoặc thậm chí làm tăng) phát hiện ung thư có ý nghĩa lâm sàng so với sinh thiết hệ thống⁹. Gần đây, cả hiệp hội tiết niệu Hoa Kỳ và Châu Âu (AUA và EAU) đều khuyến nghị xem xét CHT đa tham số trước khi sinh thiết, vì điểm PI-RADS cao đã chứng minh cho sự hiện diện của ung thư ác tính, nhưng mặt khác, điểm số PI-RADS thấp cũng không thể loại trừ hoàn toàn ung thư¹⁰.

Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ phát hiện ung

thư TTL có ý nghĩa lâm sàng đối với các nhân PI-RADS 4 trải rộng từ 22% đến 64%. Nghiên cứu với tỷ lệ phát hiện cao nhất đã sử dụng kết hợp với sinh thiết đích 6 lõi và sinh thiết có hệ thống, trong khi nghiên cứu với tỷ lệ phát hiện thấp nhất chỉ dựa trên sinh thiết đích của các tổn thương đáng ngờ với số lượng trung bình là 2 lõi sinh thiết. Do không có sự đồng thuận về số lượng lõi sinh thiết đối với các ổ sinh thiết đích, cần phải giảm hơn nữa kết quả âm tính giả của CHT. Vì vậy, việc sử dụng các công cụ đa biến, kết hợp CHT với PSA tỷ trọng để dự đoán nguy cơ ung thư TTL là cần thiết. Một số bằng chứng cho thấy hiệu suất chẩn đoán của CHT có thể được cải thiện hơn nữa khi kết hợp với PSA tỷ trọng.

PSA tỷ trọng đã được chứng minh là có mối tương quan có ý nghĩa khi đánh giá sự tiến triển ung thư ở những bệnh nhân có ung thư độ ác tính thấp được giám sát tích cực. Những bệnh nhân có ung thư độ ác tính thấp, có PSA tỷ trọng <0.15 ng/ml/cm³ thì có tỷ lệ thấp tiến triển thành ung thư có ý nghĩa lâm sàng. Hai nghiên cứu gần đây về sinh thiết bệnh nhân lần đầu cho thấy việc kết hợp PSA tỷ trọng với phân loại PI-RADS có thể phát hiện bệnh nhân ung thư có ý nghĩa lâm sàng với độ chính xác cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 6/13 bệnh nhân có nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp có kết quả là ung thư, chiếm 46%. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu có PSA tỷ trọng >0.10 ng/mL/cm³, không có bệnh nhân nào có PSA tỷ trọng ở ngưỡng nguy cơ thấp <0.10 ng/mL/cm³.

Bảng 2 cho thấy có 3 bệnh nhân có nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp và PSA tỷ trọng có nguy cơ trung bình từ 0.10 đến 0.19 ng/mL/cm³, khi đối chiếu với mô bệnh học chỉ có 01 bệnh nhân ung thư (chiếm 1/3), số còn lại là nhân quá sản lành tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 bệnh nhân có nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp đồng thời có PSA tỷ trọng nguy cơ cao >0.2 ng/mL/cm³, khi sinh thiết các nhân này, kết quả mô bệnh học cho thấy có 5 bệnh nhân ung thư, chiếm tỷ lệ 50 % trong số bệnh nhân có PSA tỷ trọng nguy cơ cao và chiếm 38.5% trên tổng số bệnh nhân có PIRADS 4 vùng chuyển tiếp. Các bệnh nhân ung thư này chủ yếu có điểm GS 6 (3 BN), GS 7 và 8 lần lượt có 01 BN. Không có mối tương quan giữa điểm GS và PSA tỷ trọng. Như vậy, đối với các nhân PI-RADS 4 vùng chuyển tiếp, sự kết hợp với các mức PSA tỷ trọng không có nhiều ý nghĩa trong phân tầng nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt. Sự âm tính giả của các nhân

PIRADS 4 nhiều khả năng phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật sinh thiết, bao gồm sinh thiết đích phối hợp với sinh thiết hệ thống và số lượng lõi sinh thiết đích.

V. KẾT LUẬN

Theo phân loại PIRADS v2.1, các nhân PIRADS 4 vùng chuyển tiếp có nguy cơ ác tính cao, bắt buộc phải sinh thiết để phân tích mô bệnh học. Việc phối hợp với PSA tỷ trọng không đóng nhiều vai trò quan trọng để loại trừ các trường hợp sinh thiết không cần thiết. Để loại trừ kết quả âm tính giả, cần cải thiện kỹ thuật sinh thiết, bao gồm số lõi sinh thiết đích phối hợp với sinh thiết hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmed HU, El-Shater Bosaily A, Brown LC et al:** Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet* 2017; 389: 815.
2. **Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL et al:** PI- RADS Prostate Imaging-Reporting and Data System: 2015, version 2. *Eur Urol* 2016; 69: 16.
3. **Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA et al:** Prostate Imaging Reporting and Data System version 2.1: 2019 update of Prostate Imaging Reporting and Data System version 2. *Eur Urol* 2019; 76: 340.
4. **Boesen L, Nørgaard N, Løgager V et al.** Prebiopsy biparametric magnetic resonance imaging combined with prostate-specific antigen density in detecting and ruling out Gleason 7–10 prostate cancer in biopsy-naive men. *Eur Urol Oncol* 2019; 2: 311–9
5. **van der Leest M, Cornel E, Israel B et al.** Head-to-head comparison of transrectal ultrasound-guided prostate biopsy versus multiparametric prostate resonance imaging with subsequent magnetic resonance-guided biopsy in biopsy-naive men with elevated prostate-specific antigen: a large prospective multicenter clinical study. *Eur Urol* 2019; 75: 570–8
6. **Hansen NL, Barrett T, Kesch C et al.** Multicentre evaluation of magnetic resonance imaging supported transperineal prostate biopsy in biopsy-naive men with suspicion of prostate cancer. *BJU Int* 2018; 122: 40–9
7. **Thai JN, Narayanan HA, George AK, et al.** Validation of PI-RADS version 2 in transition zone lesions for the detection of prostate cancer. *Radiology*. 2018;288(2):485–491.
8. **Rosenkrantz AB, Kim S, Campbell N, Gaing B, Deng F-M, Taneja SS.** Transition zone prostate cancer: revisiting the role of multiparametric MRI at 3 T. *American Journal of Roentgenology*. 2015;204(3):W266-W272.
9. **Patel NU, Lind KE, Garg K et al:** Assessment of PI-RADS v2 categories ≥ 3 for diagnosis of clinically significant prostate cancer. *Abdom Radiol* 2019; 44: 705.
10. **Rosenkrantz AB, Verma S, Choyke P et al** (2016) Prostate magnetic resonance imaging and magnetic resonance imaging targeted biopsy in patients with a prior negative biopsy: a consensus statement by AUA and SAR. *J Urol* 196:1613

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA BÀI THUỐC BỔ PHẾ ĐỊNH SUYỄN QY LÊN CÁC CHỈ SỐ SINH HOÁ VÀ MÔ BỆNH HỌC

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của bài thuốc Bổ phế định suyễn QY lên các chỉ số sinh hoá và mô bệnh học trên chuột cống trắng chủng Wistar. **Phương pháp:** Ảnh hưởng của bài thuốc lên các chỉ số sinh hoá và mô bệnh học được đánh giá đánh giá theo hướng dẫn của WHO. Chuột được cho uống Bổ phế định suyễn QY liên tục trong 28 ngày, liều 18,2g/kg/ngày và 54,6g/kg/ngày (tính theo được liệu khô). **Kết quả:** Các chỉ số sinh hoá máu gồm AST, ALT, cholesterol, albumin, creatinin và mô bệnh học gan, lách, thận của chuột ở các lô chuột uống Bổ phế định suyễn QY không có sự thay đổi có ý nghĩa thống

Nguyễn Thương¹, Nguyễn Thanh Hà Tuấn¹

kê so với lô chứng uống nước cất cũng như so với trước uống thuốc. **Kết luận:** Bài thuốc Bổ phế định suyễn QY không ảnh hưởng đến các chỉ số sinh hoá và mô bệnh học khi đánh giá trên chuột cống trắng được cho uống liên tục trong 28 ngày.

Từ khóa: Bổ phế định suyễn QY, sinh hoá máu, hình ảnh mô bệnh học.

SUMMARY

INVESTIGATION ON THE EFFECTS OF THE BO PHE DINH SUYỄN QY REMEDY ON THE BLOOD BIOCHEMISTRY, HISTOPATHOLOGICAL IMAGING

Objectives: To evaluate the effects of the Bo phe dinh suyễn QY remedy on the blood biochemistry, histopathological image on Wistar rats. **Methods:** The effect of the drug on blood biochemistry, histopathological image was evaluated according to WHO guidelines. Rats were given Bo phe dinh suyễn QY continuously for 28 days, at a dose of 18,2g/kg/day and 54,6g/kg/day (dosage in grams of

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hà Tuấn

Email: nguyentuan000010@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023