

- 3 **P. Laloux.(2013)**, "Risk and benefit of statins in stroke secondary prevention", *Curr Vasc Pharmacol.* 11(6), pp. 812-6.
- 4 **M. Lee, J. L. Saver, Y. L. Wu, et al.(2017)**, "Utilization of Statins Beyond the Initial Period After Stroke and 1-Year Risk of Recurrent Stroke", *J Am Heart Assoc.* 6(8), pp.
- 5 **S. Melkas, G. Sibolt, N. K. Oksala, et al.(2012)**, "Extensive white matter changes predict stroke recurrence up to 5 years after a first-ever ischemic stroke", *Cerebrovasc Dis.* 34(3), pp. 191-8.
- 6 **K. M. Mohan, C. D. Wolfe, A. G. Rudd, et al.(2011)**, "Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis", *Stroke.* 42(5), pp. 1489-94.
- 7 **S. Penado, M. Cano, O. Acha, et al.(2003)**, "Atrial fibrillation as a risk factor for stroke recurrence", *Am J Med.* 114(3), pp. 206-10.
- 8 **G. Xu, X. Liu, W. Wu, et al.(2007)**, "Recurrence after ischemic stroke in chinese patients: impact of uncontrolled modifiable risk factors", *Cerebrovasc Dis.* 23(2-3), pp. 117-20.

## ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Đỗ Duy Tùng\*, Trần Đức Quý\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả đặc điểm rối loạn cương dương ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật và xác định một số yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 nam bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định can thiệp phẫu thuật tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $66,4 \pm 7,3$ ; 85,5%; Bệnh kèm theo: bệnh tim mạch 23,6%, tăng huyết áp 29,1%, đái tháo đường 37,3%; lí do vào viện vì đái khó 69,1%, đái nhiều lần 39,1%, bí đái 5,5%, đái máu 3,6%; điểm IIEF trung bình  $17,8 \pm 5,8$ ; điểm IPSS trung bình  $22,5 \pm 3,9$ . Có ảnh hưởng giữa tuổi cao, bệnh lí kèm theo và tình trạng rối loạn tiểu tiện với RLCD ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  và  $p < 0,001$ ). **Kết luận:** RLCD là tình trạng phổ biến ở những bệnh nhân TSLTTTL. Những yếu tố như tuổi cao, bệnh kèm theo, tình trạng rối loạn tiểu tiện có ảnh hưởng làm gia tăng tần suất và mức độ RLCD.

**Từ khóa:** rối loạn cương dương, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, thang điểm IPSS, thang điểm IIEF.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA WHO ARE INDICATED TO SURGERY

**Objectives:** The aims of the study is to describe the characteristics of erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia who are indicated to surgery and indentify some influential factors. **Study method:** Across- sectional descriptive method was carried out on 110 male patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia who are indicated to

surgery in Department of Urology in Thainguyn General Hospital. **Result:** The average age range of the patients was from 66,4 to  $\pm 7,3$ ; 85,5% of patients accompanied with cardiovascular diseases; 23,6%, patients with hypertension; 29,1%, patients with diabetes; 37,3%; 69,1% patients were admitted to hospital with dysuria; 39,1%, with frequent urination; 5,5% with urinary retention, 3,6% with hematuria. The average IIEF score was  $17,8 \pm 5,8$ ; the average IPSS score was  $22,5 \pm 3,9$ . There is a correlation between old age, comorbidities and LUTS with erectile dysfunction ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  and  $p < 0,01$ ). **Conclusion:** Erectile dysfunction is a common condition in patients with benign prostatic hyperplasia. The factors such as old age, comorbidities, and LUTS have an effect on increasing the frequency and severity of erectile dysfunction.

**Keyword:** Erectile dysfunction, benign prostatic hyperplasia, IPSS questionnaire, IIEF questionnaire.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương dương (RLCD) được định nghĩa là sự không đạt được hoặc duy trì sự cương cứng của dương vật để đạt được sự thỏa mãn khi giao hợp. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là sự phát triển hoặc tăng sinh không ác tính của biểu mô tuyến tiền liệt và là nguyên nhân phổ biến của các triệu chứng đường tiểu dưới ở nam giới (LUTS)[7]. Rối loạn cương dương và tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là những bệnh lí thường gặp ở nam giới trên 40 tuổi. Theo một nghiên cứu tổng hợp, tỉ lệ mắc RLCD là khoảng 50% ở tuổi 50, tăng lên 70% ở tuổi 70; trong khi đó RLCD hoàn toàn hoặc trung bình là 9% ở nam giới từ 40-44 tuổi; 50% ở những người từ 65-70 tuổi[4]. Tỉ lệ bệnh nhân TSLTTTL cũng tăng dần theo tuổi, 50-60% ở tuổi 60, tăng lên 80-90% ở những người trên 70 tuổi[7]. RLCD trên những bệnh nhân TSLTTTL đang được quan tâm nhiều trong những năm gần đây. Câu hỏi đặt ra là tình trạng

\*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Duy Tùng

Email: dotungdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2021

Ngày duyệt bài: 18.5.2021

RLCD ở nam bệnh nhân bị TSLTTTL có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên ra sao? Ảnh hưởng giữa đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân TSLTTTL với RLCD như thế nào? Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm rối loạn cương dương ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật và xác định một số yếu tố ảnh hưởng

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân nam mắc TSLTTTL được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đốt tại Khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến 12/2020, thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân tuổi ≥ 40, trọng lượng tuyến tiền liệt ≥ 30g được đo bằng phương pháp siêu âm tuyến tiền liệt qua đường trên xương mu và có chỉ định can thiệp ngoại khoa .

- Bệnh nhân đều được khẳng định bằng giải phẫu bệnh lý là TSLTTTL

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu  
 - Bệnh nhân đang dùng các thuốc ảnh hưởng đến chức năng sinh dục như: thuốc điều trị rối loạn tâm thần, thuốc giải lo âu, an thần, thuốc ức chế men MAO, thuốc chống động kinh, glucocorticoid...

- Bệnh nhân đang dùng thuốc testosterone hoặc điều trị rối loạn cương.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Từ 01/2020 - 12/2020 tại khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

Cỡ mẫu: Dựa công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả; Chọn p=0,934 (Tỉ lệ RLCD ở bệnh nhân TSLTTTL trong nghiên cứu của Cao Hữu Triều Giang và cộng sự năm 2013[1] là 93,4%); d: độ chính xác mong muốn (d=0,05); Tính được n= 105. Thực tế lấy 110 bệnh nhân nam đủ tiêu chuẩn. Chọn mẫu: thuận tiện

**2.4. Chỉ số nghiên cứu và một số tiêu chuẩn đánh giá**

\*Đánh giá RLCD: Đánh giá RLCD theo thang điểm Chỉ số chức năng cương quốc tế (International Index of Erectile Function - IIEF) gồm 5 câu hỏi và được phân loại như sau: Từ 5 - 7 điểm: Rối loạn cương nặng; từ 8 - 11: Rối loạn cương trung bình; từ 12 - 16: Rối loạn cương nhẹ đến trung bình, từ 17-21: Rối loạn cương nhẹ và từ 22 - 25: Không rối loạn cương. Xác

định tỷ lệ RLCD và trong phân tích ảnh hưởng thì RLCD được chia làm 2 nhóm để so sánh: có RLCD<22 điểm và không RLCD ≥22 điểm.

\*Đánh giá mức độ rối loạn tiểu tiện-các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS): theo thang điểm IPSS có 7 câu hỏi, mỗi câu hỏi thấp nhất là 0 điểm, nhiều nhất là 5 điểm. Tổng số điểm dưới 8 điểm là rối loạn nhẹ, 8-19 điểm là rối loạn trung bình, từ 20 điểm trở lên là rối loạn nặng.

\*Ảnh hưởng giữa tuổi; bệnh kèm theo, mức độ rối loạn tiểu tiện với RLCD theo IIEF.

**2.5. Xử lý số liệu.** Số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 25.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua nghiên cứu 110 bệnh nhân TSLTTTL có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, thu được một số kết quả sau:

**Bảng 1: Đặc điểm tuổi, bệnh kèm theo ở bệnh nhân TSL TTTL nghiên cứu**

Đặc điểm		SL	%
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	07	6,4
	60 - 70 tuổi	81	73,6
	> 70 tuổi	22	20,0
	Tuổi trung bình( $\bar{X} \pm SD$ )	66,4± 7,3	
Bệnh kèm theo	Không có	16	14,5
	Tim mạch	26	23,6
	Tăng huyết áp	32	29,1
	Tiểu đường	41	37,3
	Bệnh khác	12	10,9

**Nhận xét:** Kết quả bảng cho thấy độ tuổi trung bình 66,4 ± 7,3, bệnh nhân có bệnh kèm theo chiếm 85,5%. Bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường chiếm tỉ lệ cao nhất 37,3%.

**Bảng 2. Lý do vào viện của bệnh nhân TSLTTTL nghiên cứu**

Lý do vào viện	SL	%
Đái khó	76	69,1
Đái nhiều lần	43	39,1
Bí đái	06	5,5
Đái máu	04	3,6

**Nhận xét:** Tần suất vào viện với lí do đái khó chiếm tỉ lệ cao nhất là 69,1%.

**Bảng 3. Mức độ rối loạn cương dương theo thang điểm IIEF**

Mức độRLCD	SL	%
Không RLCD	18	16,4
RLCD nhẹ+nhẹ đến trung bình	19	17,2
RLCD trung bình	41	37,3
RLCD nặng	32	29,1
<b>IIEF (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	17,8 ± 5,8	
<b>Tổng</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Điểm IIEF trung bình của bệnh nhân 17,8 ± 5,8 điểm. RLCD từ mức độ nhẹ đến

nặng ở bệnh nhân TSLTTTL là 83,6%.

**Bảng 4. Mức độ rối loạn tiểu tiện theo thang điểm IPSS**

Mức độ rối loạn tiểu tiện	SL	%
Nhẹ (0 - 7 điểm)	16	14,5
Trung bình (8 - 19 điểm)	41	37,3
Nặng (20 - 35 điểm)	53	48,2

IPSS ( $\bar{X} \pm SD$ )	22,5 ± 3,9	
<b>Tổng</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Điểm IPSS trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 22,5 ± 3,9 điểm. Rối loạn tiểu tiện mức độ nặng chiếm 48,2%, trung bình 37,3% và nhẹ là 14,5%.

**Bảng 5. Ảnh hưởng giữa tuổi và RLCD theo IIEF ở bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm	RLCD		Không RLCD		p
		SL	%	SL	%	
Tuổi	≤ 60	3	42,9	4	57,1	< 0,05
	> 60	89	86,4	14	13,6	
<b>Tổng số</b>		<b>92</b>	<b>83,6</b>	<b>18</b>	<b>16,4</b>	

**Nhận xét:** Có sự ảnh hưởng giữa tuổi cao và tình trạng RLCD ở bệnh nhân nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa (p<0,05)

**Bảng 6. Ảnh hưởng giữa bệnh kèm theo và RLCD ở bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm	RLCD		Không RLCD		p
		SL	%	SL	%	
Bệnh tim mạch	Có	16	61,5	10	38,5	< 0,05
	Không	76	90,5	8	9,5	
THA	Có	20	58,8	14	41,2	< 0,05
	Không	72	94,7	4	5,3	
ĐTĐ	Có	29	70,7	12	29,3	< 0,05
	Không	63	91,3	6	8,7	
Bệnh khác	Có	7	58,3	5	41,7	< 0,05
	Không	85	86,7	13	13,3	
<b>Tổng số</b>		<b>92</b>	<b>83,6</b>	<b>18</b>	<b>16,4</b>	

**Nhận xét:** Có sự ảnh hưởng giữa các bệnh lý kèm theo (bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh khác) với RLCD theo IIEF. Sự khác biệt có ý nghĩa (p<0,05).

**Bảng 7. Ảnh hưởng giữa mức độ rối loạn tiểu tiện và RLCD theo IIEF**

Mức độ rối loạn tiểu tiện	Nhóm	RLCD		Không RLCD		p
		SL	%	SL	%	
Nhẹ (0 - 7 điểm)		6	37,5	10	62,5	< 0,001
Trung bình (8 - 19 điểm)		36	87,8	5	12,2	
Nặng (20 - 35 điểm)		50	94,3	3	5,7	
<b>Tổng số</b>		<b>92</b>	<b>83,6</b>	<b>18</b>	<b>16,4</b>	

**Nhận xét:** Có sự ảnh hưởng giữa mức độ rối loạn tiểu tiện với RLCD ở bệnh nhân nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa (p<0,05).

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình 66,4 ± 7,3. Trong đó tập trung nhiều nhất ở tuổi 60-70. Theo Michael Ng[7], tuổi tác là yếu tố dự báo đáng kể cho sự gia tăng tỉ lệ mắc TSLTTTL; tại Hoa Kỳ, 70% những người từ 60-69 tuổi và hơn 80% những người trên 70 tuổi bị TSLTTTL. Theo Sidney Glina[4], RLCD và TSLTTTL là tình trạng phổ biến ở đàn ông trên 50 tuổi, có bằng chứng cho thấy cả hai có thể có cùng chung sinh lí bệnh.

Có tới 85,5% bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kèm theo. Trong đó mắc bệnh đái tháo đường 37,3%, tim mạch và tăng huyết áp lần lượt là 23,6% và 30,9%. Đây là những bệnh lý thường

gặp ở người cao tuổi cũng như trên những bệnh nhân TSLTTTL. Theo Giovani và cộng sự[3], TSLTTTL và các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) là những biểu hiện lâm sàng thường thấy ở những bệnh nhân có các bệnh lý chuyển hóa như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, các bệnh lý tim mạch... Ngoài ra mức insulin là một yếu tố dự báo độc lập về thể tích tuyến tiền liệt ở những bệnh nhân TSLTTTL trên 60 tuổi đã biểu hiện triệu chứng.

Qua khai thác tiền sử, bệnh sử, hầu hết bệnh nhân có các rối loạn tiểu tiện trước đó. Tuy nhiên bệnh nhân chỉ thực sự đến viện khi không còn chịu đựng được các rối loạn này. Lý do đái khó có tần suất cao nhất 69,1%, tiếp đến là đái

hiều lần 39,1%. bí đái 5,5% và đái máu là 3,6%. Theo Michael Ng[7], triệu chứng đường tiểu dưới được chia làm hai nhóm là triệu chứng tổng xuất( tiểu yếu, tiểu khó, tiểu ngắt quãng) và triệu chứng kích thích (tiểu gấp, tiểu nhiều lần, són tiểu, tiểu đêm); trong đó sự tăng lên của các triệu chứng tổng xuất là dấu hiệu cho thấy mức độ nặng lên của những rối loạn do TSLTTTL gây ra. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi điểm IPSS trung bình  $22,5 \pm 3,9$ , rối loạn tiểu tiện mức độ nặng 48,2%, trung bình 37,3% và nhẹ là 14,5%.

Có tới 83,6% bệnh nhân bị rối loạn cương dương. Trong nghiên cứu của Cao Hữu Triều Giang tỉ lệ này là 93,4%[1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ tương đương với nghiên cứu của Qiang Shao và cộng sự (86,6%)[8]. Như vậy tỉ lệ bệnh nhân có RLCD ở nhóm đối tượng nghiên cứu rất cao.

**Một số yếu tố ảnh hưởng tới rối loạn cương dương ở bệnh nhân nghiên cứu.** Chất lượng đời sống tình dục luôn là đề tài hấp dẫn đối với nam giới, trong đó có thể là những trở ngại không thể chia sẻ với "đối tác" của mình, Từ trước đến nay chúng ta thường chú ý về RLCD ở những nam giới trẻ để tiến hành điều trị mà "bỏ quên" một đối tượng khác là những nam giới lớn tuổi có LUTS đặc biệt là TSLTTTL. Trong những thập niên gần đây, đã có nhiều báo cáo về mối liên hệ giữa RLCD và TSLTTTL trong đó TSLTTTL được coi là yếu tố nguy cơ cao của RLCD [1].

Kết quả nghiên cứu (bảng 7) cho thấy có tới 83,6% trong tổng số 110 bệnh nhân TSLTTTL bị RLCD, trong đó mức độ nhẹ và nhẹ đến trung bình là 17,2%, mức độ trung bình là 37,3% và mức độ nặng là 29,15%. Bên cạnh đó các yếu tố nguy cơ khác như bệnh tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh lí tim mạch...trên những bệnh nhân TSLTTTL làm gia tăng tỉ lệ và mức độ RLCD. TSLTTTL không chỉ ảnh hưởng đến chức năng cương mà còn ảnh hưởng đến chức năng tình dục khác như xuất tinh, giảm ham muốn, rối loạn khoái cảm...[9]

Tỉ lệ RLCD ở bệnh nhân nam theo tuổi được báo cáo khác nhau nhưng có điểm chung là tuổi càng cao thì Tỉ lệ RLCD càng tăng. Điều này được thể hiện rõ khi bệnh nhân có thêm TSLTTTL[1], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 50% bệnh nhân dưới 60 tuổi (3/7 bệnh nhân) bị rối loạn cương. Tỉ lệ này tăng lên đến 86,4% ( 89/92 bệnh nhân). Với  $p < 0,05$  cho thấy có ảnh hưởng của tuổi cao tới tình trạng RLCD ở bệnh nhân nghiên cứu.

Theo John P. Mulhall[5], nam giới được chẩn

đoán hoặc điều trị RLCD có tỉ lệ mắc bất kì bệnh kèm theo nào cao hơn (63,1%) so với nam giới không được chẩn đoán hoặc điều trị RLCD (29,3%), bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng sản tuyến tiền liệt lành tính... Cũng trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh tim mạch bị RLCD cao hơn bệnh nhân không mắc bệnh tim mạch là (12,9% so với 7,1%). Theo Thushanth Sooriyaamoorthy khoảng 50% bệnh nhân bị bệnh tim mạch có RLCD; khoảng 40% nam giới RLCD bị tăng huyết áp trong khi đó 35% nam giới bị tăng huyết áp cũng sẽ bị RLCD; ở nam giới trên 50 tuổi bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường có nguy cơ bị RLCD cao gấp đôi bệnh nhân không bị (46% so với 24%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, Tỉ lệ RLCD ở 70,7% bệnh nhân đái tháo đường, 66,7% bệnh nhân tăng huyết áp, 56,5 % bệnh nhân có bệnh tim mạch và 60% ở bệnh lí khác kèm theo ( $p < 0,05$ ), vậy các bệnh lí kèm theo có ảnh hưởng đến RLCD.

Ảnh hưởng giữa LUTS và RLCD là vấn đề được quan tâm trong nhiều năm gần đây. Theo Amel Kardasevic[2], mức độ rối loạn tiểu tiện (điểm IPSS) có tương quan nghịch với điểm IIEF 5 với độ tin cậy 99% và sự gia tăng điểm IPSS dẫn đến giảm điểm IIEF. Lei Wang[6] và cộng sự nghiên cứu trên 400 bệnh nhân, tỉ lệ RLCD là 76,39% ở bệnh nhân LUTS nhẹ, 87,32% ở bệnh nhân LUTS trung bình và 95,24% ở bệnh nhân LUTS nặng cho thấy mức độ LUTS càng cao thì tỉ lệ mắc RLCD ở bệnh nhân càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với tỉ lệ RLCD tăng cùng với mức độ rối loạn tiểu tiện với  $p < 0,001$ . Như vậy, mức độ nặng của LUTS càng tăng thì tình trạng RLCD càng trở nên trầm trọng.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm RLCD trên 110 bệnh nhân TSLTTTL có chỉ định phẫu thuật cho thấy: 93,6% bệnh nhân trên 60 tuổi, điểm IPSS trung bình  $22,5 \pm 3,9$ , điểm IIEF trung bình  $17,8 \pm 5,8$ . Có 83,6% bệnh nhân bị rối loạn cương dương, 94 bệnh nhân có bệnh kèm theo.

Tuổi cao, bệnh lí kèm theo như đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch... và tình trạng LUTS ở bệnh nhân TSLTTTL có ảnh hưởng làm gia tăng tỉ lệ và mức độ RLCD.

Kết quả của bài báo này góp phần làm rõ hơn về mối liên hệ của hai bệnh trên từ đó có những chiến lược chăm sóc và điều trị hợp lí cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Hữu Triều Giang, Đàm Văn Cường, Vũ

- Hồng Thịnh, (2013)**, "Tần suất rối loạn cương ở những bệnh nhân nam bị bướu lành tuyến tiền liệt trước khi cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 3 tr. 345-350.
2. **Amel Kardasevic, Snjezana Milicevic, (2017)**, "Correlation of Subjective Symptoms in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia and Erectile Dysfunction", Pubmed, 71(1) pp. 32-36.
  3. **Giovanni Corona, Linda Vignozzi, Giulia Rattelli, Francesco Lotti, et al, (2014)**, "Benign Prostatic Hyperplasia: A New Metabolic Disease of the Aging Male and Its Correlation with Sexual Dysfunctions", Pubmed, 2014 pp. 1-14.
  4. **Sidney Glina, Felipe Placco Araujo Glina, (2013)**, "Pathogenic mechanisms linking benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction", Pubmed, 5(4) pp. 211-218.
  5. **John P. Mulhall, Xuemei Luo, Kelly H. Zou, (2016)**, "Relationship between age and erectile dysfunction diagnosis or treatment using real-world observational data in the United States", Pubmed, 70(12) pp. 1012-1018.
  6. **Lei Wang, Tongqing Wang, Jian Liu, Jizheng Wang, (2018)**, "Correlation Analysis of Erectile Dysfunction with Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Degree and Clinical Features in LUTS Patients", Pubmed, 47(5) pp. 658-665.
  7. **Michael Ng, Krishna M. Baradhi, (2020)**, "Benign Prostatic Hyperplasia", Pubmed.
  8. **Qiang Shao, Jian Song, Yu-wen Gou, Wen-cheng Lu, et al, (2005)**, "Evaluation of sexual function in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia", Pubmed, 11(7) pp. 505-507.
  9. **Reginald C Bruskewitz, (2003)**, "Quality of Life and Sexual Function in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia", Pubmed, 5(2) pp. 72-80.

## RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ Ở THAI PHỤ CÓ KẾT QUẢ SÀNG LỌC NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Thắng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** xác định tỷ lệ rối loạn nhiễm sắc thể ở thai phụ có kết quả sàng lọc nguy cơ cao bằng xét nghiệm double test ở tuổi thai 12 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, năm 2019-2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ nguy cơ cao là  $38,45 \pm 5,87$ . Độ tuổi thai phụ gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là  $>37,5$  tuổi, chiếm 70,7%. Khoảng sáng sau gáy trong nghiên cứu đa số trong khoảng  $<2,5$ mm, chiếm 80,9%. Từ 2,5-3mm chiếm 9,8%. Từ 3mm trở lên chiếm 9,3%. Thai bất thường NST chiếm 13/225 = 5,8%. Trong số các thai có bất thường NST, thì thai hội chứng Down chiếm tỷ lệ cao nhất với 13/225 = 5,8%. Không có trường hợp nào mắc hội chứng Edwards và hội chứng Patau. **Kết luận:** ở thai phụ có kết quả sàng lọc nguy cơ cao có tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể cao (5,8%), trong đó tất cả các trường hợp là thai hội chứng Down.

**Từ khóa:** sàng lọc trước sinh, rối loạn nhiễm sắc thể, hội chứng Down

### SUMMARY

#### THE CHROMOSOMAL ABNORMALITY IN HIGH-RISK PREGNANCY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objectives:** to determine the prevalence of chromosomal abnormality in double test high-risk result at 12 weeks pregnancy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology between 2019 and

2020. **Results:** The average age of high-risk pregnant women was  $38,45 \pm 5,87$ ; of which 70,7% was over 37,5 years old. In this study, the nuchal translucency was mostly  $<2.5$ mm, accounting for 80.9%; meanwhile, nuchal translucency 2,5-3mm and  $> 3$ mm accounted for 9,8% and 9,3% respectively. The rate of fetus with chromosomal abnormalities was 13/225 (5,8%). In these fetuses, Down's syndrome had the highest rate with 13/225 (5,8%). No Edwards' syndrome and Patau's syndrome were detected in our study. **Conclusions:** High-risk pregnant women had a high prevalence of chromosomal abnormality (5,8%), all cases of chromosomal abnormality were Down's syndrome.

**Key words:** prenatal screening, chromosomal abnormality, Down's syndrome.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh ra một đứa trẻ khỏe mạnh là mong ước của gia đình và toàn xã hội, giảm tỉ lệ dị tật bẩm sinh ở trẻ là nhiệm vụ của ngành sản phụ khoa. Với sự tiến bộ của y học, xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh đã được nghiên cứu ứng dụng để sàng lọc, chẩn đoán sớm những bất thường của thai nhi từ đó tỉ lệ trẻ dị tật bẩm sinh ngày càng giảm [1]. Trong các bất thường bẩm sinh thì hiện tại bất thường nhiễm sắc thể (NST) vẫn là một vấn đề lớn nhận được nhiều sự quan tâm trong ngành sản phụ khoa thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng do những biểu hiện nặng nề đặc biệt là đa dị tật về hình thái, chậm phát triển về trí tuệ và không có biện pháp điều trị đặc hiệu. Trên thế giới các chương trình sàng lọc chẩn đoán trước sinh đã và đang được

\*Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2021

Ngày duyệt bài: 18.5.2021