

nhân thứ 2 là nữ 49 tuổi đi khám định kỳ, nốt phổi kích thước trung bình 11mm, bờ đều, hình tròn, cắt cụt nhánh phế quản, giải phẫu bệnh cũng là ung thư phổi biểu mô tuyến. Hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về nhóm phân loại Lung – RADS 4A không có yếu tố nguy cơ ung thư phổi cao mà được làm chẩn đoán ngay tại thời điểm phát hiện tổn thương. Như vậy cần đặt ra câu hỏi có sinh thiết ngay cả với những nốt thuộc nhóm Lung – RADS 4A mà không có nguy cơ ung thư phổi cao theo David Ost [9]

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phân loại Lung-RADS 4X chiếm tỷ lệ cao nhất 67,4%, đây là nhóm tổn thương có nguy cơ ác tính cao nhất. Tổn thương thuộc nhóm 4B và 4X cần được đánh giá thêm chụp CLVT, PET/CT, sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt thùy phổi. Tổn thương thuộc phân nhóm 4X có tỷ lệ ác tính cao hơn nhóm 4A và 4B và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với độ nhạy 77,4% và độ đặc hiệu 55,6%. Do đó phân loại 4X trên hình ảnh CLVT ngực có thể gợi ý cho chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt thùy phổi đối với tổn thương nghi ngờ trong chẩn đoán nốt phổi

V. KẾT LUẬN

Kích thước ≥ 15 mm, đường bờ không đều trong nốt mờ phổi, tính chất ngấm thuốc trên phim CLVT ngực có giá trị trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính. Với kết quả phân loại các tổn thương nhóm 4X ác tính cao hơn nhóm 4A và 4B có ý nghĩa thống kê với độ nhạy 77,4% và độ đặc hiệu 55,6% ($p < 0,05$). Đặc biệt phân với phân loại Lung – RADS 4A cần nhắc sinh thiết làm chẩn đoán ngay tại thời điểm phát hiện để tránh bỏ sót tổn thương ngay cả trên đối tượng không có nguy cơ cao ung thư phổi. Bảng phân

loại phân ACR Lung-RADS dựa trên hình ảnh CLVT ngực là một phương pháp khá tốt cho việc đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt mờ phổi, từ đó có chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật phù hợp đối với tổn thương nghi ngờ ung thư phổi sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, M. Laversanne, I. Soerjomataram, A. Jemal, F. and Bray**, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries," *CA Cancer J Clin*, vol. 71, no. 3, pp. 209-249, 2021, doi: 10.3322/caac.21660
2. **Hanley K. S.** (2003), "Classifying solitary pulmonary nodules: new imaging methods to distinguish malignant, benign lesions", *Postgraduate medicine*, 114(2), 29-35
3. **Ost D., Fein A. M., Feinsilver S. H.** (2003), "The solitary pulmonary nodule", *New England Journal of Medicine*, 348(25), pp.2535-2542.
4. **The Japanese Society of CT Screening** (2011), "Low-dose CT Lung Cancer Screening Guidelines for Pulmonary Nodules Management, Version 2, pp 1-9
5. **Tan B. B., Flaherty K. R., Kazerooni E. A., & Iannettoni, M. D.** (2003), "The Solitary Pulmonary Nodule", *Chest*, 123(1), pp. 89-96.
6. **American College of Radiology** (2019), Lung - RADS ® Version 1.1 Assessment Categories 3, 2019
7. **Hoàng Thị Ngọc Hà, Đoàn Dũng Tiên, Lê Trọng Khoan** (2020), Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính ngực liều thấp trong phát hiện sớm các nốt mờ phổi ác tính, *Tạp chí Y Dược học, Trường ĐH Y Dược, Đại học Huế*
8. **Jeanbourquin D., Bensalah J., Duong K.** (2012), «Nodule pulmonaire solitaire», *Imagerie thoracique de l'adulte et de l'enfant 2nd edition*, Elsevier Masson, pp. 276-293.
9. **Ost D.** (2013), Approach to the patient with Pulmonary nodules. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 5th edition*, McGraw-Hill Education, 3348-3378

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ VÙNG TRONG SINH THIẾT TIỀN LIỆT TUYẾN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG

Đặng Đình Phúc¹, Ngô Quốc Bộ¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đình Phúc

Email: phucvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên 68 bệnh nhân nghi ngờ mắc ung thư tiền liệt tuyến trên lâm sàng cùng cận lâm sàng nên chỉ định sinh thiết để chẩn đoán xác định, đến khám và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023. Dưới hướng dẫn của siêu âm đường trực tràng, người bệnh được gây tê vùng rồi sinh thiết hệ thống tiền liệt

tuyến rồi đánh giá cảm giác đau ngay sau sinh thiết theo thang điểm VAS (từ 0 đến 10 điểm) với các mức độ từ không đau đến đau khủng khiếp. Tổng hợp tất cả các điểm VAS và mức độ đau để đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê vùng. **Kết quả:** 68 bệnh nhân có độ tuổi trung bình 72, với triệu chứng tiểu rất chiếm 76,47%, được thăm khám trực tràng thấy nhân khu trú với tỷ lệ 70,58%, với xét nghiệm PSA toàn phần có kết quả trung bình 40,16 ng/ml, có thể tích trung bình tuyến tiền liệt 60q. Sau gây tê vùng và sinh thiết, người bệnh không có cảm giác đau (VAS 0 điểm) chiếm 42,64%; cảm giác đau nhẹ (VAS 1-2 điểm) chiếm 55,88% trong đó tỷ lệ VAS 1 điểm là 30,88% và VAS 2 điểm là 25%, cảm giác đau vừa phải với VAS 3 điểm chỉ chiếm 1,48%. **Kết luận:** Phương pháp gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn siêu âm đường trực tràng có hiệu quả cao, an toàn, dễ dàng tiếp cận và thực hiện. **Từ khóa:** Ung thư tuyến tiền liệt, gây tê vùng, VAS.

SUMMARY

EVALUATION OF LOCAL ANESTHESIA BY PERIPROSTATIC BLOCK IN TRANSRECTAL ULTRASOUND GUIDED PROSTATIC BIOPSY

Purpose: Assessment effectiveness of local anesthesia by periprostatic block in transrectal ultrasound guided prostatic biopsy. **Material and Methods:** This prospective study was conducted on 68 patients who were suspected of having prostate cancer with clinically and subclinically requiring a biopsy for definitive diagnosis at the National Cancer Hospital from August 2022 to July 2023. In transrectal ultrasound guided, the patient is given local anesthesia by periprostatic block then systematic prostate biopsy and evaluates the pain immediately according to the Visual Analogue Scale (VAS - from 0 to 10) with levels ranging from no pain to worst pain. Summarize all VAS and pain levels to evaluate the effectiveness of local anesthesia method. **Results:** 68 patients have mean age is 72 years old, with urine delivery difficulties accounting about 76,47%; digital rectal examination found abnormal in 70,58% of patients. The men of total PSA level are of 40,16ng/ml with the mean of prostate volume is 55g. After local anesthesia by periprostatic block and systematic prostate biopsy, patients who have feeling no pain (VAS 0), accounting for 42,64%; mild pain accounts for 55,88%, of which VAS 1 is 30,88% and VAS 2 is 25%, moderate pain with VAS 3 is only 1,48%. **Conclusion:** Local anesthesia by periprostatic block in transrectal ultrasound guided prostatic biopsy is highly effective, safe, easy to access and perform.

Keywords: Prostate cancer, local anesthesia by periprostatic block, Visual Analogue Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến là loại ung thư hay gặp thứ hai ở nam giới và là các nguyên nhân gây tử vong thứ ba trong số các bệnh ung thư ở nam trên thế giới. Trong năm 2012 có khoảng 1.112.000 trường hợp ung thư tiền liệt tuyến và 308.000 trường hợp tử vong trên thế giới¹. Theo

số liệu thống kê của hiệp hội ung thư Mỹ ước tính trong năm 2015 có khoảng 221.000 trường hợp chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến và khoảng 27.500 trường hợp tử vong do căn bệnh này². Trên thế giới, tỷ lệ mắc ung thư tiền liệt tuyến đã gia tăng một cách đáng kể trong hai thập kỷ vừa qua và đang có xu hướng tăng mạnh.

Tại Việt Nam, tuy chưa có số liệu thống kê cụ thể nhưng một số tác giả đã nhận thấy rằng mặc dù tỷ lệ xuất hiện của ung thư tiền liệt tuyến là tương đối thấp nhưng đang có xu hướng tăng dần trong những năm gần đây. Theo các số liệu mới được công bố dựa trên bản báo cáo của các bệnh viện trong cả nước, tỷ lệ mắc ung thư tiền liệt tuyến đã tăng gấp đôi từ 2.2/100000 đàn ông năm 2000 đến 4.7/100000 đàn ông năm 2010³.

Nếu ung thư tiền liệt tuyến được phát hiện sớm ở giai đoạn còn khu trú, tỷ lệ sống sau 5 năm là 100%, tuy nhiên ở giai đoạn đã có di căn tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 32%. Do đó việc chẩn đoán và điều trị bệnh kịp thời có vai trò vô cùng quan trọng⁴.

Để chẩn đoán xác định ung thư tiền liệt tuyến thì sinh thiết lấy bệnh phẩm là một trong các xét nghiệm quan trọng nhất⁵. Khi sinh thiết, việc giảm đau cho bệnh nhân trước khi lấy mẫu bệnh phẩm là rất cần thiết và ảnh hưởng tới toàn bộ quá trình thực hiện cũng như chất lượng điều trị phía sau. Vì vậy, từ khi triển khai sinh thiết trên toàn cầu cũng như tại nước ta, người bệnh được gây mê toàn thân để phong bế không còn cảm giác đau⁶. Tuy nhiên các tác dụng phụ của phương pháp này rất nhiều và kéo dài, làm ảnh hưởng tới bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh nền mãn tính, vốn là đối tượng thường xuyên có nguy cơ cao mắc ung thư tiền liệt tuyến. Cùng với sự phát triển của siêu âm đường trực tràng và phương pháp gây tê vùng giúp khắc phục các nhược điểm của gây mê toàn thân, việc gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn siêu âm đường trực tràng đã được nghiên cứu, triển khai và áp dụng rộng rãi tại nhiều nước trên thế giới. Tại Trung Quốc, tác giả Xue-fei Ding đã thực hiện nghiên cứu trên 245 bệnh nhân từ năm 2016-2017 và có khuyến nghị "gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn siêu âm đường trực tràng" là cần thiết⁷. Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Babar Nariz khi thực hiện tại Singapore năm 2014⁸.

Tại Việt Nam, phương pháp gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn siêu âm đường trực tràng, vẫn chỉ triển khai rải rác tại một số bệnh viện lớn khu vực miền Nam

với số lượng bệnh nhân hạn chế. Trong khi đó, Bệnh viện K là Bệnh viện tuyến Trung ương đặc thù với chuyên ngành u bướu có số lượng người bệnh mắc ung thư tiền liệt tuyến chiếm tỷ lệ hàng đầu toàn quốc, tuy đã có quy trình thường quy trong sinh thiết tiền liệt tuyến nhưng chỉ áp dụng phương pháp gây mê hoặc truyền giảm đau toàn thân. Nhằm nâng cao chất lượng trong chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến tại Bệnh viện K, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn của siêu âm đường trực tràng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện K, trong thời gian 12 tháng (từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023), với bệnh nhân nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến trên lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng nên chỉ định sinh thiết để chẩn đoán xác định, đồng thời người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, được đưa vào đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc gây tê và thuốc giảm đau, hoặc trong tình trạng chống chỉ định sinh thiết sinh thiết tiền liệt tuyến (rối loạn đông máu, viêm tiền liệt tuyến cấp tính, ...), hay người bệnh không có đầy đủ hồ sơ cũng như không đồng ý tham gia nghiên cứu, sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Kỹ thuật gây tê vùng và sinh thiết. Bệnh nhân nằm nghiêng trái, 2 chân co tạo góc giữa đùi và bụng nhỏ hơn hoặc bằng 90 độ, lưu ý chân phải co cao hơn chân trái một chút để bộc lộ rõ lỗ hậu môn. Tiến hành khám hậu môn bằng gang vô khuẩn thăm trực tràng đánh giá mật độ nhu mô tuyến tiền liệt, ngoài ra phát hiện các bệnh lý trĩ, rò hậu môn,... Triển khai siêu âm qua đường trực tràng qua các mặt cắt ngang và dọc nhằm đánh giá về tuyến tiền liệt, xác định vị trí gây tê vùng các nhánh thần kinh quanh tiền liệt tuyến theo 02 mốc giải phẫu (góc nhọn giữa túi tinh hai bên và vùng đáy tiền liệt tuyến, góc giữa tiền liệt tuyến và cơ nâng hậu môn hai bên), cũng như các tổn thương nghi ngờ tại tiền liệt tuyến rồi đối chiếu với vị trí tương ứng trên hệ thống 12 mảnh của sinh thiết hệ thống. Sau đó tiến hành thủ thuật sinh thiết theo các bước: sát trùng đầu dò và chụp bao đầu dò có chứa gel, lắp giá sinh thiết và cố định vào đầu dò đã được chuẩn bị, sát trùng thành trực tràng vùng sát tuyến tiền liệt bằng Betadine, đưa đầu dò đã lắp kim gây tê (kim 23G dài 15cm) qua trực tràng

vào các vị trí vùng thần kinh ngoại vi hai bên quanh tiền liệt tuyến. Thực hiện gây tê vùng bằng cách tiêm 4ml Lidocain 0,5% vào mỗi bên: bên phải là tại góc nhọn giữa túi tinh và đáy tiền liệt tuyến, bên trái là tại góc giữa cơ nâng hậu môn và đáy tiền liệt tuyến. Sau đó đưa kim sinh thiết (kim 18G dài 20cm) vào giá và tiến sinh thiết hệ thống theo bản đồ tuyến tiền liệt (12 mảnh với 1 mảnh là vị trí của tổn thương khu trú). Cố định các bệnh phẩm sinh thiết trong 02 lọ riêng (mỗi lọ ghi trái - phải để chứa các mẫu bệnh phẩm sinh thiết tương ứng mỗi bên) có dung dịch fóc môn đã được chuẩn bị và gửi tới Trung tâm Giải phẫu bệnh trong cùng ngày.

Người bệnh được đánh giá mức độ đau sau gây tê vùng và sinh thiết tiền liệt tuyến theo thang điểm VAS (Visual analog scale) với điểm từ 0 đến 10, trong đó: 0 điểm không đau, 1 – 2 điểm: đau nhẹ, 3 – 4 điểm: đau vừa phải, 5 – 6 điểm: đau nhiều, 7 – 8 điểm: đau dữ dội, 9 – 10 điểm: đau khủng khiếp.

Quy trình, phương pháp thu thập số liệu. Thu thập các thông tin về đặc điểm của mẫu nghiên cứu bao gồm các thông tin về tuổi, đặc điểm lâm sàng (rối loạn tiểu tiện và triệu chứng thực thể khi thăm khám trực tràng) và PSA toàn phần, đánh giá mức độ đau sau sinh thiết tại hai thùy tiền liệt tuyến theo thang điểm VAS rồi tiến hành so sánh giữa 02 phương pháp gây tê vùng.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng phép kiểm t hoặc U Mann Whitney, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ và được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 7/2023, có 68 bệnh nhân (BN) nam có độ tuổi trung bình $72 \pm 6,14$ (50-88), đạt đủ các tiêu chí chọn mẫu và được gây tê vùng trong quá trình sinh thiết để chẩn đoán.

Đặc điểm lâm sàng và PSA. Triệu chứng tiểu rất gây rối loạn tiểu tiện xuất hiện ở 52 BN chiếm 76,47%, trong đó khi thăm khám trực tràng thấy nhân khu trú tại 48 BN chiếm 70,58%.

Xét nghiệm PSA toàn phần được có giá trị trung bình $40,16 \pm 9,88$ ng/ml (30,28-50,04ng/ml), đa số trong khoảng > 20 ng/ml, chiếm 85%.

Đặc điểm thể tích tiền liệt tuyến. Thể tích trung bình tiền liệt tuyến $60 \pm 18,4g$ (41,6-78,4g),

tất cả đều trong khoảng > 30g, chiếm 100%.

Đặc điểm đánh giá mức độ đau theo vị trí sau sinh thiết khi đã được gây tê vùng. 68 BN được gây tê vùng hai bên (phải và trái) dưới hướng dẫn siêu âm đường trực tràng với 136 vị trí cảm giác đau khi tiến hành sinh thiết hệ thống tiền liệt tuyến. Trong đó 58 vị trí không cảm thấy đau tương ứng với VAS 0 điểm chiếm 42,64%; cảm giác đau nhẹ với VAS 1 điểm tại 42 vị trí chiếm 30,88% và VAS 2 điểm tại 34 vị trí chiếm 25%; cảm giác đau vừa phải với VAS 3 điểm chỉ tại 2 vị trí chiếm 1,48%. Không có BN nào có cảm giác từ đau nhiều đến đau khủng khiếp tại vị trí sinh thiết với VAS từ 4 – 10 điểm chiếm 0%.

Bảng 1: Tỷ lệ mức độ đau tại vị trí sinh thiết theo thang điểm VAS

VAS	Số lượng vị trí (n)	Tỷ lệ (%)
0	58	42,64
1	42	30,88
2	34	25
3	2	1,48
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
Tổng	136	100

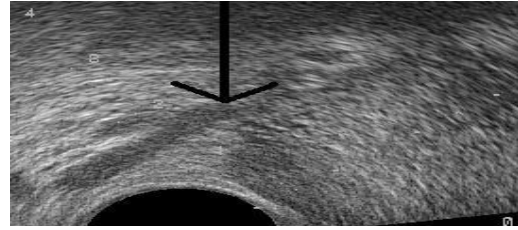
Đặc điểm biến chứng sau gây tê vùng và sinh thiết tiền liệt tuyến

Các biến chứng sau gây tê vùng và sinh thiết bao gồm: ngộ độc Lidocain, chảy máu hậu môn, đau hậu môn, tiểu máu, đi ngoài ra máu, sốt sau sinh thiết, bí tiểu, xuất tinh ra máu và không biến chứng. Trong đó không có biến chứng là chủ yếu và gặp ở 64 BN chiếm 93,76%, tiếp sau là sốt sau sinh thiết gặp ở 2 BN chiếm 3,12%, tiểu máu và bí tiểu chỉ gặp ở 1 BN chiếm 1,56%, không có người bệnh nào có các biến chứng như ngộ độc Lidocain, chảy máu hậu môn, đau hậu môn, đi ngoài ra máu hay xuất tinh ra máu.

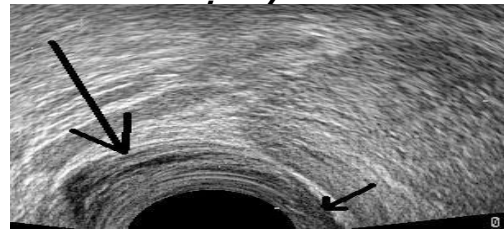
Bảng 2: Biến chứng sau gây tê vùng và sinh thiết tiền liệt tuyến

Triệu chứng	Số lượng vị trí (n)	Tỷ lệ (%)
Ngộ độc Lidocain	0	0
Chảy máu hậu môn	0	0
Đau hậu môn	0	0
Tiểu máu	1	1,56
Đi ngoài ra máu	0	0
Sốt sau sinh thiết	2	3,12
Bí tiểu	1	1,56
Xuất tinh máu	0	0

Không biến chứng	64	93,76
Tổng	68	100



Hình 1: Vị trí gây tê vùng tại góc giữa túi tinh và tiền liệt tuyến trên siêu âm



Hình 2: Thuốc gây tê vùng được bao phủ quanh tiền liệt tuyến trên siêu âm

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân UT TTL là 72, cao hơn độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Ding và cộng sự (2019) tầm soát UT TTL ở 245 bệnh nhân là 68,2. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do nghiên cứu chúng tôi có số mẫu nhỏ hơn nhiều so với số mẫu của nghiên cứu trên.

Triệu chứng tiểu rất là chủ yếu và chiếm tỷ lệ 76,47%. Điều này được lý giải do diễn biến lâm sàng của bệnh lý tuyến tiền liệt là tiến triển từ từ, tâm lý người cao tuổi ngại đi khám bệnh và coi triệu chứng tiểu đêm là theo tuổi, chỉ đến khi nào có biến chứng của bệnh mà không thể chịu đựng được thì mới vào viện khám.

Thăm trực tràng thấy nhân khu trú chiếm 70,58%, có thể do thăm khám trực tràng là phương pháp mang tính chủ quan dựa trên kinh nghiệm của người khám. Một nguyên nhân nữa là khi thăm khám sẽ dễ dàng phát hiện các nốt tăng sản lành tính với đặc điểm là lan tỏa trong vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.

Nồng độ PSA toàn phần trong huyết thanh ở bệnh nhân ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 40,16ng/ml. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ding (2019) với nồng độ PSA toàn phần là 46,7ng/ml⁸.

Thể tích trung bình của tuyến tiền liệt 60gram, cao hơn so với nghiên cứu của Ding (2019) là 48,2gram⁸, nhưng lại thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hetta (2014) là 73,9gram⁹,

điều này có thể giải thích do sự khác nhau về cỡ mẫu và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 136 vị trí sinh thiết có kết quả cảm giác đau nhẹ (VAS 1-2 điểm) là chủ yếu chiếm 55,88% trong đó tỷ lệ VAS 1 điểm là 30,88% và VAS 2 điểm là 25%, bệnh nhân không có cảm giác đau (VAS 0 điểm) chiếm 42,64%; còn cảm giác đau vừa phải với VAS 3 điểm chỉ chiếm 1,48%. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Ding (2019) với tỷ lệ bệnh nhân cảm giác đau nhẹ (VAS 1-2 điểm) là 58,45% và cảm giác không đau (VAS 0 điểm) là 40%⁸, cũng như kết quả nghiên cứu của tác giả Hetta (2014) với cảm giác đau nhẹ (VAS 1 điểm) 40,24% và cảm giác không đau 42%⁹. Điều này cho thấy phương pháp gây tê vùng khi sinh thiết tiền liệt tuyến có hiệu quả cao, đặc biệt với tỷ lệ cảm giác không đau chiếm tỷ lệ lớn (trên 40%) cho thấy việc gây tê vùng quanh tiền liệt tuyến có thể thay thế cho phương pháp gây mê vốn tiềm ẩn nhiều biến chứng nặng. Bên cạnh đó với sự tương đồng về tỷ lệ cảm giác đau nhẹ (VAS 1-2 điểm) tập trung tại những người bệnh trong giai đoạn muộn với tổn thương đã phá vỡ vỏ có xâm lấn thần kinh mạch máu xung quanh, do đó gây tê vùng không chỉ làm giảm cảm giác đau trong và sau sinh thiết mà còn hỗ trợ cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn muộn khi giúp họ được giảm đau trong thời gian tác dụng của thuốc tê. Cảm giác đau vừa (VAS 3 điểm) trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ xảy ra ở 1 bệnh nhân tại 02 vị trí hai bên và chiếm tỷ lệ 1,48%. Điều này xảy ra do người bệnh vừa có ung thư tiền liệt tuyến vừa có tổn thương nghi ngờ di căn tại thần đốt sống L5, gây biến dạng L5 và đẩy lùi vào tường sau làm chèn ép đám rối thần kinh đuôi ngựa; do đó bệnh nhân luôn có cảm giác đau lan từ lưng xuống cẳng chân hai bên và làm giảm hiệu quả của phương pháp gây tê vùng quanh tiền liệt tuyến. Vì vậy, chúng tôi khuyến cáo với những trường hợp cần sinh thiết tiền liệt tuyến nhưng có kèm bệnh lý gây đau do chèn ép vào các đám rối thần kinh vùng tủy, nên sử dụng phương pháp gây mê sẽ có hiệu quả hơn phương pháp gây tê vùng.

Biến chứng sau gây tê vùng và sinh thiết tiền liệt tuyến chỉ ở 6 bệnh nhân chiếm 6,24% với các triệu chứng tiểu máu, bí tiểu và sốt sau sinh thiết. Các biến chứng này chủ yếu do nguyên nhân sinh thiết xâm lấn lấy các mẫu bệnh phẩm, đặc biệt với sinh thiết hệ thống tiền liệt tuyến lấy số lượng bệnh phẩm rất lớn là 12 mẫu

nên nguy cơ biến chứng thường trực và nặng nề. Trong khi đó không có bệnh nhân nào ngộ độc Lidocain chiếm tỷ lệ 0%, điều này cho thấy phương pháp gây tê vùng quanh tiền liệt tuyến là phương pháp an toàn với kỹ thuật đơn giản.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn siêu âm đường trực tràng là phương pháp hiệu quả, an toàn, dễ dàng tiếp cận và thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Powell IJ.** Epidemiology and pathophysiology of prostate cancer in African-American men. *J Urol.* 2007;177(2): 444-449. doi:10.1016/j.juro.2006.09.024
3. **Van Dong H, Lee AH, Nga NH, Quang N, Le Chuyen V, Binns CW.** Epidemiology and prevention of prostate cancer in Vietnam. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(22):9747-9751. doi:10.7314/apjcp.2014.15.22.9747
4. **van den Bergh RCN, O'Hanlon S, Cornford P, Mottet N.** EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guideline Panel on Prostate Cancer. Reply to Michael Froehner, Rainer Koch, and Markus Graefen's Letter to the Editor re: Nicolas Mottet, Roderick C.N. van den Bergh, Erik Briers, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol* 2021;79:243-62. Comorbidity Measurement in Patients with Prostate Cancer. *Eur Urol.* 2021;79(5):e139-e140. doi:10.1016/j.eururo.2021.02.006
5. **Moe A, Hayne D.** Transrectal ultrasound biopsy of the prostate: does it still have a role in prostate cancer diagnosis? *Transl Androl Urol.* 2020;9(6):3018-3024. doi:10.21037/tau.2019.09.37
6. **Ghai S, Haider MA.** Multiparametric-MRI in diagnosis of prostate cancer. *Indian J Urol.* 2015;31(3): 194-201. doi: 10.4103/0970-1591.159606
7. **Thomson A, Li M, Grummet J, Sengupta S.** Transperineal prostate biopsy: a review of technique. *Transl Androl Urol.* 2020;9(6):3009-3017. doi:10.21037/tau.2019.12.40
8. **Ding X fei, Huang T bao, Lu S ming, et al.** Pelvic plexus block to provide better anesthesia in transperineal template-guided prostate biopsy: a randomised controlled trial. *BMC Urol.* 2019;19:63. doi: 10.1186/s12894-019-0496-y
9. **Hetta WM, Niazi G, Elfawy D.** Local anesthesia by periprostatic block in transrectal ultrasound guided prostatic biopsy. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2014;45(1):137-142. doi:10.1016/j.ejrm.2013.10.005