

là u ở eo tuyến giáp. Theo Lee, có 7,3% khối u ở eo tuyến giáp được phát hiện qua siêu âm [7], trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp nhiều nhất là TIRADS 4 với 74,2% và TIRADS 5 là 17,5%, có 1% là TIRADS 2 trên siêu âm. Tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Thông năm 2014 là 71,1% với TIRADS 4 và 17,9% với TIRADS 5 [1].

- **Xét nghiệm tế bào học:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của tế bào học lên đến 95,8%. Nguyên nhân có thể là do sinh thiết tế bào học tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội được tiến hành thường quy hơn.

- **Mô bệnh học:** Qua nghiên cứu chúng tôi thấy có tới 96,9% là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ, nhỏ nang và có 3,1% là thể nang và không có trường hợp nào thể tủy hoặc thể không biệt hóa. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả Lê Văn Quang, thể nhũ chiếm tỷ lệ 79,5% và thể nang là 16,5% [4].

4.2. Tình trạng di căn hạch

- **Hạch trên lâm sàng và siêu âm:** Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ hạch được khám phát hiện trên lâm sàng là 17,5% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện hạch trên siêu âm cao hơn chiếm tỷ lệ 23,7% chứng tỏ siêu âm nhạy hơn trong việc phát hiện hạch.

- **Di căn hạch:** Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 58%, cao hơn so với các tác giả khác. Theo Yale và cộng sự (2005) tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa là 49,7%.

Đối chiếu giữa hạch trên lâm sàng và siêu âm với kết quả giải phẫu bệnh hạch sau mổ nhận thấy: Có 70,6% bệnh nhân khám thấy hạch trên lâm sàng phát hiện di căn hạch và 54,7% bệnh nhân không khám thấy hạch trên lâm sàng có di căn hạch. Theo Chử Quốc Hoàn (2013) có 93,5% hạch trên lâm sàng khẳng định là di căn,

có 10,2% di căn hạch cổ không phát hiện được trên lâm sàng [3]. Với siêu âm ta cũng cho kết quả tương đương với 73,9% hạch phát hiện qua siêu âm có di căn và 51,7% bệnh nhân có di căn hạch tiền âm.

V. KẾT LUẬN

UTTГ gặp nhiều ở nữ trung niên với biểu hiện nổi khối ở vùng cổ.

Siêu âm là phương tiện đơn giản, hiệu quả để phát hiện u tuyến giáp; tế bào học có độ nhạy cao lên đến 95,8% và thể mô bệnh học hay gặp nhất là thể nhũ.

Di căn hạch gặp ở 58% bệnh nhân, nhiều trường hợp có di căn tiềm ẩn, không phát hiện được hạch trên lâm sàng cũng như siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thông (2014).** *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lin J, Hsueh C. and Chao C. (2016).** Soft tissue invasion of papillary thyroid carcinoma, *Clin Exp Metastasis*.
3. **Chử Quốc Hoàn (2013).** *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Khoa Ngoại Tổng Quát Trung ương Quân đội 108*, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Văn Quang (2002).** *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000*, Tạp chí Y học. 431, 323-326.
5. **Kluijfhout W. et al (2016).** Frequency of High Risk Characteristics Requiring Total Thyroidectomy for 1-4 cm Well Differentiated Thyroid Cancer, *Thyroid*.
6. **Nguyễn Tiến Lăng (2008).** *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với 1131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa*, Luận văn tốt nghiệp BS CK II, Đại học Y Hà Nội.
7. **Lee Y., et al(2016)** Clinicopathologic characteristics and pattern of central lymph node metastasis in papillary thyroid cancer located in the isthmus, *Laryngoscope*.

VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT MẠN TÍNH VÀ HỘI CHỨNG ĐAU VÙNG CHẬU HÔNG-TẦNG SINH MÔN MẠN TÍNH

Trần Văn Hình*, Nguyễn Phương Hồng**

Đặt vấn đề: Viêm tuyến tiền liệt mạn tính (VTLL MT) và hội chứng đau vùng chậu hông-tầng sinh môn mạn tính (HC ĐVCH-TSM MT) do nhiều nguyên nhân gây ra. Chẩn đoán và điều trị còn nhiều khó khăn. Mục đích của bài viết là nêu lên cơ sở của việc chẩn đoán, điều trị căn bệnh và hội chứng này. **Phương pháp:** Tham khảo các công trình nghiên cứu về VTLL MT và HC ĐVCH-TSM MT đã được công bố trong những năm gần đây. **Kết quả:** VTLL MT và HC ĐVCH-TSM MT là thường gặp, trong đó VTLL MT do vi khuẩn (loại II) chỉ chiếm từ 5 - 15%, còn lại nguyên nhân

TÓM TẮT

*Học viên Quân Y

** Phòng khám Đa khoa Âu Việt.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hình

Email: hinhhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2016

Ngày phân biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 10.01.2017

của đại đa số HC ĐVCH-TSM MT là phản ứng viêm tuyến tiền liệt không do vi khuẩn (loại IIIA) và không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt (loại IIIB). Căn cứ dựa vào thử nghiệm Stamey-Mearns hay đơn giản hơn là xét nghiệm nước tiểu được lấy sau xoa nắn tuyến tiền liệt (NT LSXN TTL) và xét nghiệm tinh dịch. Liệu pháp kháng sinh dài hạn, dựa theo kháng sinh đồ được chỉ định khi thử nghiệm hoặc các xét nghiệm nói trên tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Xoa nắn tuyến tiền liệt, nhất là khi bệnh nhân được trữ đau, góp phần hỗ trợ cho liệu pháp kháng sinh. **Kết luận:** VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT là thường gặp. Cơ sở của chẩn đoán và điều trị là thử nghiệm Stamey-Mearns hoặc đơn giản hơn là xét nghiệm NT LSXN TTL và xét nghiệm tinh dịch.

SUMMARY

CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS AND CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Purpose: Chronic Bacterial Prostatitis (CPB) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) are due to many causes. Diagnosis and treatment remain obstacles. The purpose of the article is to raise basis of the diagnosis and treatment of the disease and the **Method:** To refer research projects on CPPS which have been published in recent years. **Results:** the CPB and CPPS are common, in which the CPB is caused by a type of bacteria (category 2) representing only 5-15%, remaining causes of majority cases of the CPPS is inflammatory CPPS (category IIIA) and noninflammatory CPPS (category IIIB). The diagnosis is based on Meares-Stamey tests or simply giving post-message urine sample to be tested and semen analysis. Long-term antibiotic use, based on antibiogram is indicated when malignant bacterium are found by above-mentioned tests. Prostate massage helps support to the antibiogram. **Conclusion:** The CPB and CPPS is common. The basis of diagnosis and treatment are Meares-Stamey tests or simply giving post-message urine sample to be tested and semen analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảng 1: Phân loại VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT của NIH, 1999.

Loại	Tên	Các đặc trưng của định nghĩa	Phân loại cũ (Drach và cs., 1978)
I	Viêm tuyến tiền liệt cấp tính do vi khuẩn.	Nhiễm trùng cấp tính của tuyến tiền liệt.	Viêm tuyến tiền liệt cấp tính do vi khuẩn.
II	Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn.	Viêm ĐTN tái phát, BC và cấy DT TTL, ... khi không có triệu chứng.	Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn.
IIIA	Hội chứng đau vùng chậu hông-tàng sinh môn mạn tính do phản ứng viêm tuyến tiền liệt.	Các triệu chứng của HC ĐVCH-TSM MT. BC trong DT TTL / trong NT LSXN TTL / trong tinh dịch.	Viêm tuyến tiền liệt mạn tính không do vi khuẩn.
IIIB	Hội chứng đau vùng chậu hông-tàng sinh môn mạn tính không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt.	Các triệu chứng của HC ĐVCH MT. Số lượng BC trong DT TTL ít, không có ý nghĩa.	"Prostatodynie".
IV	Viêm tuyến tiền liệt	Không có triệu chứng lâm sàng.	

*Nguồn: Theo Bishop M. C., năm 2008 (1)

Nam giới trên 50 tuổi, bị đau vùng chậu hông-tàng sinh môn kéo dài trên 3 tháng, có thể kèm theo các rối loạn đường tiểu dưới và rối loạn xuất tinh, họ bị VTTL MT hay bị bệnh nam trong HC ĐVCH-TSM MT. Đây là vấn đề được thảo luận rất nhiều trong các hội nghị khoa học quốc tế chuyên ngành. Mục đích của bài viết là thông qua các công trình nghiên cứu, đã được công bố trên các sách báo khoa học trong những năm gần đây để nêu lên cơ sở cho việc chẩn đoán và điều trị căn bệnh và hội chứng nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dịch tễ học: Dựa vào số liệu của Medline (PubMed), năm 2010, Sibert L. và cs. cho biết: Tỷ lệ gặp của hội chứng đau vùng chậu hông mạn tính/VTTL MT là 10 000/100 000 dân, của hội chứng đau bàng quang / viêm bàng quang kê là 239 – 306/100000 dân, của đau mào tinh hoàn-tinh hoàn sau thắt-cắt ống dẫn tinh là 15000 – 20000/100000 dân, của đau khí phóng tinh và cực khoái là 1000–9000/100 000 dân (4). Tỷ lệ gặp của các đau vùng chậu hông-tàng sinh môn mạn tính khác ít được ghi chép trong y văn (4). Như vậy, VTTL MT và HC ĐVCH-TSM MT là rất thường gặp.

2.2. Phân loại: Theo phân loại cũ, viêm tuyến tiền liệt bao gồm các hội chứng nhiễm trùng, đau vùng chậu hông, rối loạn tiểu tiện và dấu hiệu tuyến tiền liệt đau khi thăm trực tràng. Khi bệnh kéo dài trên 3 tháng, bệnh nhân bị VTTL MT. Đây là nguyên nhân thường gặp, buộc người bệnh phải đi khám chuyên khoa tiết niệu – nam học. Ở độ tuổi trên 50, bệnh chiếm khoảng 10% (1). VTTL MT có ảnh hưởng rất xấu đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh.

không có triệu chứng.	Được phát hiện tình cờ (ví dụ PSA tăng), BC ± nhiễm trùng trong mẫu NT LSXN TTL, Phản ứng viêm trong nhu mô tuyến tiền liệt.
-----------------------	--

Các cụm từ viết tắt, ĐTN: đường tiết niệu; BC: bạch cầu; PSA: kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt

2.3. Cơ sở để chẩn đoán (thử nghiệm Stamey – Meares)

Loại	XN	V1, NT ND	V2, NT BQ	V3, NT TTL	ĐT TTL	Bàn luận
I	ĐKL, BC	$>10^5/ml$, +	$>10^5/ml$, +	chống chỉ định xoa bóp TTL	chống chỉ định xoa bóp TTL	
II	ĐKL, BC	Ít 0	Ít ±	$>10^7/ml$ +	$>10^7/ml$ +	+ nhiễm trùng ĐTN cấp tính, tái phát.
IIIA	ĐKL, BC	0 0	0 0	0 +	0 +	cây V3, ĐT TTL, đôi khi có vi khuẩn. Không có nhiễm trùng ĐTN cấp tính, tái phát.
IIIB	ĐKL, BC	0 0	0 0	0 0	0 0	
IV	ĐKL, BC	0 0	0 0	0 +	0 +	cây V3, ĐT TTL, đôi khi có vi khuẩn.
VBQ	ĐKL, BC	$>10^5/ml$	$>10^5/ml$	$>10^5/ml$	$\pm >10^5/ml$	V1, V2, V3, ĐT TTL có thể có BC khi có VNĐ phối hợp. Điều trị bằng Nitrofurantoin và nhắc lại.
VND	ĐKL, BC	$\pm >10^5/ml$ +	0 +	0 +	0 0	

Các cụm từ viết tắt, XN: xét nghiệm; ĐKL: đếm khuẩn lạc; BC: bạch cầu; VBQ: viêm bàng quang; VNĐ: viêm niệu đạo; NT: nước tiểu; ND: niệu đạo; BQ: bàng quang; TTL: tuyến tiền liệt

Thử nghiệm này khó thực hiện vì ĐT TTL ít khi thu thập được, hơn nữa các âm tính giả là rất thường gặp. Trên thực tế, các bệnh nhân bị HC ĐVCH-TSM MT thường đã được điều trị bằng kháng sinh. Rất có thể sự sinh sôi nảy nở của vi khuẩn gây bệnh sẽ bị ức chế, ngay cả khi thời dùng kháng sinh một tháng trước khi làm thử nghiệm. Ngoài trực khuẩn đường ruột, đôi với các vi khuẩn khác và khi soi tươi nghi ngờ, cần phải nuôi cấy phân lập vi khuẩn (ví dụ vi khuẩn Gram dương). Một bất lợi quan trọng khác là kết quả thử nghiệm không cho phép dự kiến kết quả điều trị. Một cách đơn giản hơn là sử dụng nước tiểu trước và sau khi XN TTL (để soi tươi và nuôi cấy) như một giải pháp xen kẽ (1),(3). Các triệu chứng của viêm niệu đạo, viêm bàng quang cũng thường phối hợp với VTTL MT loại II. Trong trường hợp này, các tế bào viêm tăng lên và cây NT LSXN TTL phân lập được vi khuẩn gây bệnh, nhưng kết quả của xét nghiệm cấy tinh dịch thường không chắc chắn (1).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính hoặc tái phát của tuyến tiền liệt. Bệnh thường gặp ở độ tuổi trẻ và trung niên. Bệnh lý này được đề cập rất nhiều trong y văn, nhưng bệnh chỉ chiếm từ 5 - 15% tổng số VTTL MT nói chung (2). Trên lâm sàng, thường gặp các triệu chứng kích thích (đái rắt, đái buốt) hoặc ít gặp hơn là các triệu chứng tắc nghẽn (đái khó, bí đái) của đường tiết niệu dưới. Bệnh nhân thường than phiền đau tăng sinh môn, đau vùng bụng dưới rốn, đau bìu-tinh hoàn, đau thắt lưng hoặc đau phần dưới của trực tràng. Một dấu hiệu đặc trưng của VTTL MT do vi khuẩn là bệnh nhân thường bị viêm đường tiết niệu, viêm niệu đạo, viêm mào tinh cấp tính tái phát, với sự nặng lên của các triệu chứng kích thích bàng quang, đôi khi phối hợp với sốt và tăng cường độ đau vùng chậu hông-tăng sinh môn, gây ra bởi cùng một loại vi khuẩn (thường là *Escherichia Coli*) (2). VTTL MT do vi khuẩn dễ xảy ra ở các bệnh nhân, có bệnh ở đường tiết niệu dưới (hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, xơ cứng cổ bàng quang) hoặc được làm các thủ thuật ở đường tiết niệu dưới. Nhưng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn ngược dòng, trào ngược nước tiểu vào các ống tuyến tiền liệt, khi có các dị dạng giải phẫu của các ống tuyến này (1).

Mầm bệnh đặc trưng của VTTL MT có thể được phân lập từ mẫu NT LSXN TTL, trong các giai đoạn viêm cấp tính tái phát. Giữa các giai đoạn đó, nguồn gốc của viêm đường tiết niệu tái phát là từ VTTL MT, được chẩn đoán nhờ thử nghiệm Stamey - Meares kinh điển (xem bảng 2). Các mầm bệnh này được phân lập từ các chất dịch, được coi như là của tuyến tiền liệt (DT TTL, NT LSXN TTL và tinh dịch). Ngoài các trực khuẩn Gram âm và enterococcus faecalis, đã được biết từ lâu, các nghiên cứu gần đây (1),(2) cho biết tỷ lệ gặp tăng lên của vi khuẩn Gram dương, Chlamydia trachomatis và nấm đường sinh dục. Cho đến nay, giá trị của thử nghiệm Stamey-Meares vẫn đang tranh luận trong các hội nghị khoa học chuyên ngành (1).

3.2. Hội chứng đau vùng chậu hông-tăng sinh môn mạn tính

HC ĐVCH-TSM MT là đau vùng chậu hông-tiết niệu-sinh dục không do vi khuẩn, tiến triển ít nhất từ 3 tháng trở lên, đôi khi phối hợp với các rối loạn tiểu tiện và chức năng tình dục (1),(3). Cho đến nay, sinh bệnh học của hội chứng này vẫn đang được thảo luận, nhưng căn nguyên của nó có thể do nhiễm trùng hoặc do phản ứng viêm. Nhiễm trùng hoặc phản ứng viêm bị kéo vào quá trình sinh bệnh học của hội chứng này không phải như các nguyên nhân trực tiếp mà như là các yếu tố khởi đầu của hiện tượng tăng nhạy cảm thần kinh (1). Như vậy, HC ĐVCH-TSM MT không phải là một bệnh nhiễm trùng, nhưng đôi khi một bệnh, có nguồn gốc nhiễm trùng, trở thành một bệnh lý chức năng của việc điều hòa các thông điệp đau của vùng chậu hông-tăng sinh môn (1).

Trong đa số các trường hợp mắc HC ĐVCH-TSM MT, bệnh nhân không có tiền sử viêm đường tiết niệu tái phát. Các triệu chứng lâm sàng của hội chứng này cũng tương tự như các triệu chứng lâm sàng của VTTL MT do vi khuẩn. Đối với các loại IIIA và IIIB của HC ĐVCH-TSM MT, tính chất tuyến tiền liệt đau khi thăm trực tràng thay đổi thất thường. Trong xét nghiệm NT LSXN TTL, số lượng bạch cầu bình thường và số khuẩn lạc của vi trùng gây bệnh ở dưới mức quy định gây ra viêm tuyến tiền liệt. Chẩn đoán phân biệt giữa 2 loại IIIA và IIIB dựa vào sự hiện diện của các tế bào bạch cầu trong DT TTL và trong mẫu NT LSXN TTL và/hoặc trong tinh dịch (1),(3) (xem bảng 2).

Khi làm siêu âm qua trực tràng, có thể quan sát thấy nhiều dấu hiệu bất thường, nhưng sự hợp thức của chúng vẫn đang được thảo luận. Ý

nghĩa của các lắng đọng can xi trong nhu mô tuyến tiền liệt chưa được xác định. Ung thư tuyến tiền liệt đôi khi được gợi ra ở các bệnh nhân, bị đau vùng chậu hông, có tăng PSA huyết thanh, tuyến tiền liệt không đều và đau khi thăm trực tràng, mật độ âm thay đổi (ổ ung thư thường có mật độ âm giảm). Chẩn đoán được khẳng định nhờ sinh thiết tuyến tiền liệt. Các triệu chứng của đường tiết niệu dưới và đại máu dẫn đến chỉ định đo lưu lượng dòng tiểu, làm xét nghiệm niệu động học, soi bàng quang và làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh cường tiết niệu trên. Trong một số ít trường hợp, đau tuyến tiền liệt được coi như thuộc về bệnh lý thần kinh cùng và các thăm dò chuyên biệt được chỉ định làm tùy theo các triệu chứng lâm sàng khác gợi ý (1),(3).

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị theo quy ước

*Kháng sinh: Chỉ định điều trị kháng sinh cho VTTL MT do vi khuẩn (loại II, theo phân loại của NIH) là hợp lý (5). Liệu pháp kháng sinh được dùng theo kháng sinh đồ của xét nghiệm nuôi cấy nước tiểu, được làm trong các giai đoạn viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát. Nếu kết quả điều trị không rõ ràng, nuôi cấy DT TTL hoặc NT LSXN TTL cho phép sự lựa chọn kháng sinh chính xác hơn (5). Đối với một số bệnh nhân, ở giữa nhóm II và IIIA (không có tiền sử viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, nhưng viêm tuyến tiền liệt do vi khuẩn là rõ ràng - cấy DT TTL, V3 phân lập được vi khuẩn gây bệnh), chỉ định điều trị kháng sinh là hợp logic. Các kháng sinh thuộc nhóm fluorquinolon được khuyến dùng cho các vi khuẩn Gram âm (1),(7). Gần đây, các xét nghiệm sinh học phân tử vi khuẩn cho biết mầm bệnh kháng tetracyclin rất hay xảy ra. Hơn nữa, hiệu quả điều trị của tetracyclin là không chắc chắn (1).

Đối với các bệnh nhân loại III (theo phân loại của NIH), đáp ứng với liệu pháp kháng sinh có thể dự kiến được tùy theo có các mảnh của bộ gen đơn bội vi khuẩn, trong xét nghiệm sinh học phân tử, hay không (1),(6). Nhìn chung, khi nuôi cấy và xét nghiệm sinh học phân tử âm tính, không nên dùng kháng sinh vì tốn kém và các tác dụng phụ của thuốc (1),(6).

*XN TTL có thể có hiệu quả, đặc biệt khi bệnh nhân được gây tê vùng chậu gây mê toàn thân. XN TTL có tác dụng khai thông các đường ống của tuyến tiền liệt bị tắc, giải thoát các vi khuẩn bị ứ đọng, cho phép kháng sinh thâm vào mô tuyến tiền liệt tốt hơn. Các viên sỏi nhỏ có thể là một trong các nguyên nhân làm tắc các

đường ống và ngăn cản việc giải thoát vi khuẩn, cũng như sự thấm vào nhu mô tuyến tiền liệt của kháng sinh. Cắt tuyến tiền liệt bằng nội soi qua niệu đạo có mục đích lấy bỏ các túi sỏi, nhưng chỉ định này phải được cân nhắc kỹ, dựa trên các yếu tố như tuổi, tiền sử viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, đái khó và ý kiến của bệnh nhân.

*Thuốc chen anfa/finasterid: Sử dụng các thuốc chen anfa vẫn đang được tranh luận. Các tác giả ủng hộ cho rằng: Có bằng chứng cho thấy ở các bệnh nhân bị VTTL MT / HC ĐVCH-TSM MT, cơ thắt vân niệu đạo hoạt động quá mức. Nhưng không có mối liên hệ giữa đáp ứng điều trị và tắc các ống tuyến, được chứng minh bằng xét nghiệm niệu động học. Hơn nữa, một thử nghiệm lâm sàng, được tiến hành với việc sử dụng các thuốc chen anfa, đã không cho các bằng chứng rõ ràng (1). Bằng chứng về hiệu quả của fenasterid có tính thuyết phục hơn, nhưng ở dưới mức định giá (1).

4.2. Điều trị khác: Năm 1999, trong nghiên cứu có đối chứng với giả dược, Shoskes và cs. đã cho biết "bioflavonoid quercetin" có tác dụng cải thiện các triệu chứng của HC ĐVCH-TSM, loại IIIA và IIIB (6). Thuốc có nguồn gốc tự nhiên và có nhiều tác động khác biệt, như ức chế monooxit nitơ, "tyrosin kinase" và ức chế nhiều "cytokins" viêm (6). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong DT TTL và tinh dịch của bệnh nhân loại IIIA, tỷ lệ IL1 và TNF- α tăng cao hơn trong DT TTL và tinh dịch của bệnh nhân loại IIIB.

V. KẾT LUẬN

HC ĐVCH-TSN MT là rất thường gặp và do nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó VTTL MT do vi khuẩn chỉ chiếm từ 5 – 15%, còn lại đại đa số nguyên nhân là do phản ứng viêm tuyến tiền

liệt, không do vi khuẩn và không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt. Chẩn đoán dựa vào thử nghiệm Stamey-Meares hoặc đơn giản hơn là dựa vào xét nghiệm (soi tươi và nuôi cấy) NT LSXN TTL và xét nghiệm (soi tươi và nuôi cấy) tinh dịch. Liệu pháp kháng sinh dài hạn dựa theo kháng sinh đồ được chỉ định, khi nuôi cấy các dịch thể (được coi là của tuyến tiền liệt) trong các đợt viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Ngoài ra, XN TTL nhất là khi bệnh nhân được trừ đau, có thể hỗ trợ cho liệu pháp kháng sinh. Nhìn chung, chẩn đoán và điều trị hội chứng này còn là một thách thức đối với giới y học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishop M. C. (2008). *Prostatite. Traité d'andrologie a l'usage des cliniciens*. Springer; 217 – 224.
2. Delavierre D. (2014). La prostatite chronique est-elle une maladie infectieuse ? *Prog. en Urol-FMC*; 24: 111 – 114.
3. Krieger J. N., Nyberg L. et Nickel J. C. (1999). NIH consensus, definition and classification of prostatitis. *JAMA*; 282:236 – 237.
4. Sibert L., Rigaud J., Delavierre D. et al. (2010). Epidémiologie et aspects économiques des douleurs pelvipériénales chroniques. *Prog. en Urol*; 20: 872 – 885.
5. Shoskes D. A. et Shahed A. (2000). Presence of bacterial signal in expressed prostatic secretions predicts response to antibiotic therapy in men with chronic pelvic pain syndrome. *J. Urol*; 163, Suppl.: 23.
6. Shoskes D. A., Zeitlin S. I., Shahed A. et al. (1999). Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double blind, placebo controlled trial. *Urology*; 54: 960 – 963.
7. Weidner W., Ludwig M., Braehler E. et al. (1999). Outcome of antibiotic therapy with Ciprofloxacin in chronic bacterial prostatitis. *Drugs*; 58, Suppl. 2: 103 – 106.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH SỎI NIỆU QUẢN

Nguyễn Xuân Hiền*, Nguyễn Văn Khải**

TÓM TẮT.

* Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch mai

** Trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: ngochienduylocbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.01.2017

Ngày duyệt bài: 17.01.2017

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 113 bệnh nhân với 122 viên sỏi niệu quản trên phim chụp CLVT đa dãy (64 dãy) lớp cắt 0,75mm trước, sau tiêm và thì muộn có tái tạo MIP và 3D tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2016. **Kết quả:** sỏi niệu quản thường gặp ở độ tuổi 50-59 là (37,74%). Độ tuổi trung bình 50,95 ± 15,05. Tỷ lệ nữ/nam là 1:2,14. Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm 45,9%, ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu