ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):106-112
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.13

Kết quả bước đầu sinh thiết tuyến tiền liệt qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm qua ngả trực tràng tại Bệnh viện Thống Nhất

Võ Hữu Toàn[1,*], Đặng Thái Sơn[1], Vương Thị Hoa[1]

[1]*Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả kết quả bước đầu của sinh thiết tuyến tiền liệt qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm qua ngả trực tràng tại bệnh viện Thống Nhất, gồm tỷ lệ phát hiện ung thư, đặc điểm mô học, biến chứng và mối liên quan thăm dò giữa kết quả giải phẫu bệnh với thăm trực tràng, PSA huyết thanh và MRI tuyến tiền liệt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng số liệu hồi cứu trên toàn bộ 48 bệnh nhân liên tiếp đủ tiêu chuẩn, được sinh thiết từ ngày 27/05/2024 đến 09/05/2025. Chỉ định dựa trên thăm trực tràng nghi ngờ, PSA toàn phần >10 ng/mL hoặc PSA từ 4 đến 10 ng/mL kèm hình ảnh học nghi ngờ hay tỷ lệ free PSA/total PSA <20%. Tất cả bệnh nhân được sinh thiết hệ thống 12 mẫu qua tầng sinh môn. Không thực hiện sinh thiết nhắm trúng đích. So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Fisher chính xác hai phía. Báo cáo PR và khoảng tin cậy (KTC) 95%. Phân tích PI-RADS được thực hiện trên 34 bệnh nhân có MRI và mang tính thăm dò.

Kết quả: Tuổi trung bình là 70,2 tuổi. Tỷ lệ phát hiện ung thư là 31,3% (15/48, KTC 95%: 19,9-45,3). Trong nhóm ung thư, Gleason ≤6 chiếm 6,7%, Gleason 7 chiếm 40,0% và Gleason 8-10 chiếm 53,3%. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả giải phẫu bệnh và thăm trực tràng, nồng độ PSA hoặc PI-RADS trên MRI. PR của thăm trực tràng nghi ngờ so với không nghi ngờ là 1,90 (KTC 95%: 0,83-4,36, p = 0,198). PR của PSA >10 ng/mL so với PSA 4-10 ng/mL là 3,23 (KTC 95%: 0,49-21,49, p = 0,239). PR của PI-RADS 4-5 so với PI-RADS 1-3 là 1,52 (KTC 95%: 0,57-4,03, p = 0,475). Có 5/48 bệnh nhân ghi nhận ít nhất một biến chứng (10,4%, KTC 95%: 4,5-22,2). Ghi nhận 1 trường hợp nhiễm trùng (2,1%).

Kết luận: Trong 48 bệnh nhân được sinh thiết hệ thống qua tầng sinh môn, tỷ lệ phát hiện ung thư là 31,3% và 10,4% bệnh nhân ghi nhận ít nhất một biến chứng. Do cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm so sánh và 14 bệnh nhân không có MRI, kết quả chưa đủ để đánh giá hiệu quả, độ an toàn tương đối hoặc vai trò của MRI trong lựa chọn bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt; sinh thiết tuyến tiền liệt qua tầng sinh môn; siêu âm qua ngả trực tràng

Abstract

PRELIMINARY OUTCOMES OF TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSY UNDER TRANSRECTAL ULTRASOUND GUIDANCE AT THONG NHAT HOSPITAL

Vo Huu Toan, Dang Thai Son, Vuong Thi Hoa

Ngày nhận bài: 07-08-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 10-10-2026 / Ngày đăng bài: 16-10-2026
*Tác giả liên hệ: Võ Hữu Toàn. Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: drhuutoanvo@gmail.com
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Objectives: To describe preliminary outcomes of transperineal prostate biopsy under transrectal ultrasound guidance at Thong Nhat Hospital, including cancer detection, histopathology, complications, and exploratory associations of biopsy results with digital rectal examination (DRE), serum PSA, and prostate MRI.

Methods: This descriptive cross-sectional study retrospectively reviewed medical records of all 48 consecutive eligible patients biopsied between May 27, 2024 and May 9, 2025. Indications were suspicious DRE, total PSA >10 ng/mL, or PSA 4-10 ng/mL with suspicious imaging or a free-to-total PSA ratio <20%. All patients underwent a systematic 12-core transperineal biopsy. No MRI-targeted biopsy was performed. Proportions were compared using two-sided Fisher exact tests. PRs and 95% confidence intervals (CIs) were reported. PI-RADS analysis included the 34 patients with available MRI data and was exploratory.

Results: Mean age was 70.2 years. Prostate cancer was detected in 31.3% (15/48, 95% CI 19.9-45.3). Among cancers, Gleason score ≤6 accounted for 6.7%, score 7 for 40.0%, and scores 8-10 for 53.3%. No statistically significant association was found between histopathology and DRE, PSA level, or MRI PI-RADS. The PR for suspicious versus non-suspicious DRE was 1.90 (95% CI 0.83-4.36, p = 0.198). The PR for PSA >10 ng/mL versus PSA 4-10 ng/mL was 3.23 (95% CI 0.49-21.49, p = 0.239). The PR for PI-RADS 4-5 versus PI-RADS 1-3 was 1.52 (95% CI 0.57-4.03, p = 0.475). At least one complication was recorded in 5/48 patients (10.4%, 95% CI 4.5-22.2). One infection was recorded (2.1%).

Conclusions: In this single-center series of 48 patients, systematic transperineal biopsy detected prostate cancer in 31.3%, and 10.4% of patients had at least one recorded complication. Because of the small sample, absence of a comparator, and missing MRI in 14 patients, the study does not provide sufficient evidence to assess comparative effectiveness or safety or the role of MRI in patient selection.

Keywords: prostate cancer; transperineal prostate biopsy; transrectal ultrasound

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là một trong những ung thư thường gặp nhất ở nam giới trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, thế giới ghi nhận khoảng 1,47 triệu ca mắc mới trong năm 2022 [1]. Chẩn đoán xác định vẫn dựa trên mô bệnh học từ sinh thiết tuyến tiền liệt.

Trong thực hành hiện nay, quyết định sinh thiết dựa trên đánh giá nguy cơ tổng hợp, bao gồm tuổi, thăm trực tràng, PSA và các dẫn xuất của PSA, MRI và ưu tiên của người bệnh. Không có một ngưỡng PSA đơn độc phù hợp cho mọi bệnh nhân [2-6]. MRI đa thông số và PI-RADS v2.1 hỗ trợ phân tầng nguy cơ trước sinh thiết [3,5]. Các khuyến cáo gần đây ưu tiên đường tiếp cận qua tầng sinh môn nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng và hỗ trợ quản lý kháng sinh hợp lý [2].

Tại bệnh viện Thống Nhất, sinh thiết tuyến tiền liệt qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm qua ngả trực tràng đã được triển khai trong thực hành thường quy, nhưng dữ liệu tại đơn vị còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả bước đầu tỷ lệ phát hiện ung thư, đặc điểm mô học, biến chứng và một số mối liên quan thăm dò trong nhóm bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt được sinh thiết qua tầng sinh môn tại bệnh viện Thống Nhất từ ngày 27/05/2024 đến 09/05/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: (1) thăm trực tràng ghi nhận nhân cứng hoặc vùng nghi ngờ ung thư, (2) PSA toàn phần >10 ng/mL sau khi loại trừ các yếu tố gây nhiễu, hoặc (3) PSA toàn phần từ 4 đến 10 ng/mL kèm hình ảnh học nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt hoặc tỷ lệ free PSA/total PSA <20%. Đây là tiêu chí phân tầng nguy cơ được áp dụng tại cơ sở trong giai đoạn nghiên cứu, dựa trên phối hợp các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Các tiêu chí này không được xem là ngưỡng PSA tuyệt đối áp dụng cho mọi bệnh nhân [2-6].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp thể trạng quá kém mà kết quả sinh thiết

không làm thay đổi chiến lược điều trị, bệnh lý nội khoa chưa ổn định, nhiễm khuẩn niệu, nhiễm trùng vùng hậu môn-trực tràng hoặc viêm tuyến tiền liệt đang hoạt động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy toàn bộ các trường hợp liên tiếp thỏa tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu. Tổng cộng 48 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Thăm trực tràng được bác sĩ điều trị ghi nhận là nghi ngờ khi sờ thấy nhân cứng hoặc vùng cứng/bất thường. Siêu âm qua ngả trực tràng được bác sĩ ngoại niệu thực hiện bằng đầu dò 10 MHz. Các bất thường được ghi nhận theo mô tả trong hồ sơ. Do thiết kế hồi cứu, nghiên cứu không sử dụng thang điểm nghi ngờ trên siêu âm được định trước.

Có 34/48 bệnh nhân chụp MRI tuyến tiền liệt trước sinh thiết. Mười bốn trường hợp không chụp do chống chỉ định hoặc không đồng ý. Tất cả MRI được thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất trên hệ thống MRI 3,0 Tesla Siemens MAGNETOM Lumina theo quy trình MRI đa thông số. Quy trình gồm T2-weighted TSE độ phân giải cao theo các mặt phẳng sagittal, coronal và axial, trong đó chuỗi coronal có xóa mỡ, cùng T2 HASTE coronal. DWI echo-planar axial được thực hiện với b = 50 và 1000 s/mm², b = 1400 s/mm² tính toán và bản đồ ADC. Quy trình còn gồm T1 TSE Dixon axial và DCE bằng T1 VIBE xóa mỡ axial động sau tiêm thuốc tương phản, kèm T1 VIBE Dixon coronal sau tiêm. Hình ảnh được phân loại theo PI-RADS v2.1 bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có hơn 25 năm kinh nghiệm [5]. Thể tích tuyến và PSA density được ghi nhận trong hồ sơ khi có đủ dữ liệu nhưng không được đưa vào phân tích của báo cáo hiện tại.

Quy trình sinh thiết

Bệnh nhân được chuẩn bị ruột bằng Fleet enema. Kháng sinh dự phòng là cephalosporin thế hệ III, dùng trước thủ thuật theo quy trình của bệnh viện. Hồ sơ hồi cứu không ghi nhận đồng nhất tên hoạt chất, liều, thời điểm dùng tính theo phút và tổng thời gian sử dụng nên các nội dung này không được phân tích.

Trong thủ thuật, bệnh nhân được đặt thông tiểu và bơm 200 mL NaCl 0,9% vào bàng quang để hỗ trợ quan sát. Sinh thiết được tiến hành dưới gây mê với mặt nạ thanh quản ở tư thế sản khoa. Thủ thuật do bác sĩ ngoại niệu có 5 năm kinh nghiệm thực hiện. Siêu âm qua ngả trực tràng được dùng để khảo sát tuyến, đo thể tích và định vị vị trí lấy mẫu.

Sinh thiết hệ thống 12 mẫu được thực hiện qua tầng sinh môn, gồm 6 mẫu mỗi thùy từ đáy đến đỉnh. Mỗi mẫu được cố định trong lọ formol 10% riêng biệt, đánh số theo từng vị trí trên sơ đồ và gửi Khoa Giải phẫu bệnh. Không trường hợp nào được sinh thiết nhắm trúng đích theo tổn thương MRI. Nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả của sinh thiết hệ thống.

Theo dõi và định nghĩa biến chứng

Sau thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi tại khoa Gây mê hồi sức 2-4 giờ, sau đó chuyển về khoa Ngoại Tiết niệu. Ống thông tiểu được rút vào sáng hôm sau. Biến chứng được ghi nhận từ sau thủ thuật đến khi xuất viện và qua liên hệ sau xuất viện. Thời điểm liên hệ sau xuất viện không được chuẩn hóa trong hồ sơ.

Theo định nghĩa vận hành phù hợp khuyến cáo hiện hành [2], tiểu máu là máu đại thể được ghi nhận sau sinh thiết. Bí tiểu là tình trạng không tự tiểu được và cần đặt hoặc đặt lại thông tiểu. Nhiễm trùng là chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu hoặc viêm tuyến tiền liệt sau thủ thuật dựa trên triệu chứng lâm sàng, sốt và xét nghiệm khi có, dẫn đến điều trị kháng sinh. Xuất tinh máu được ghi nhận theo báo cáo của người bệnh.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Kết cục chính là tỷ lệ phát hiện ung thư tuyến tiền liệt. Các biến số khác gồm tuổi, thăm trực tràng, PSA huyết thanh, PI-RADS, điểm Gleason và biến chứng sau sinh thiết. Do phân bố ISUP Grade Group đầy đủ của 15 trường hợp ung thư không có trong bộ số liệu phân tích, nghiên cứu chỉ báo cáo các nhóm điểm Gleason và không suy luận giai đoạn bệnh chỉ từ điểm mô học.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được xử lý bằng SPSS. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình và khoảng giá trị khi phù hợp. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Khoảng tin cậy 95% của các tỷ lệ chính được ước tính theo phương pháp

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.13

Wilson. Do tần số kỳ vọng nhỏ, các bảng 2×2 được so sánh bằng kiểm định Fisher chính xác hai phía. PI-RADS được trình bày theo 5 mức để mô tả và gộp thành PI-RADS 1-3 so với 4-5 cho phân tích thăm dò. Báo cáo tỷ số hiện mắc (PR) và KTC 95%. Phân tích PI-RADS được thực hiện trên 34 bệnh nhân có MRI. Mười bốn bệnh nhân không có MRI không được đưa vào phân tích này và không bù dữ liệu thiếu. Giá trị p <0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Các phân tích mối liên quan mang tính thăm dò và không điều chỉnh đa kiểm định.

PR được ước lượng trực tiếp từ các bảng 2 × 2 bằng tỷ số giữa tỷ lệ phát hiện ung thư ở nhóm phơi nhiễm và nhóm tham chiếu: PR = [a/(a + b)]/[c/(c + d)], trong đó a và b lần lượt là số bệnh nhân ung thư và không ung thư ở nhóm phơi nhiễm, còn c và d là các số tương ứng ở nhóm tham chiếu. KTC 95% của PR được tính theo phương pháp log (Katz): $\exp\{\ln(PR) \pm 1{,}96 \times \sqrt{(1/a - 1/(a+b) + 1/c - 1/(c+d))}\}$. Phương pháp này được áp dụng cho các bảng không có ô bằng 0; giá trị p được tính riêng bằng kiểm định Fisher chính xác hai phía.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng 48 bệnh nhân liên tiếp đủ tiêu chuẩn được phân tích. Tuổi trung bình là 70,2 tuổi, dao động 51-87 tuổi. Nhóm 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%) (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
50-59	4	8,3
60-69	18	37,5
70-79	21	43,8
≥80	5	10,4

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm thăm trực tràng và PSA huyết thanh

Biến số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thăm trực tràng nghi ngờ ung thư	18	37,5
Thăm trực tràng không nghi ngờ	30	62,5
PSA 4-10 ng/mL	9	18,8
PSA >10 ng/mL	39	81,3

Trong 48 bệnh nhân, 18 trường hợp (37,5%) có thăm trực tràng nghi ngờ ung thư và 30 trường hợp (62,5%) không có dấu hiệu nghi ngờ. Có 39 bệnh nhân (81,3%) có PSA toàn phần >10 ng/mL, trong khi 9 bệnh nhân (18,8%) có PSA từ 4 đến 10 ng/mL (Bảng 2).

3.3. Kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt

Ung thư tuyến tiền liệt được phát hiện ở 15/48 bệnh nhân (31,3%, KTC 95%: 19,9-45,3). Phân bố điểm Gleason của 15 trường hợp ung thư được trình bày ở Bảng 3.

Có 34/48 bệnh nhân (70,8%) có MRI trước sinh thiết. Trong 14 bệnh nhân không có MRI, nguyên nhân là chống chỉ định hoặc người bệnh không đồng ý chụp. Tỷ lệ phát hiện ung thư theo từng mức PI-RADS được trình bày ở Bảng 4.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh và phân bố điểm Gleason

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Ung thư tuyến tiền liệt	15	31,3	19,9-45,3
Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	33	68,8	54,7-80,1
Gleason ≤6 (trong nhóm ung thư)	1	6,7	
Gleason 7 (trong nhóm ung thư)	6	40,0	
Gleason 8-10 (trong nhóm ung thư)	8	53,3	

KTC 95% được trình bày cho hai tỷ lệ kết quả giải phẫu bệnh trên toàn bộ mẫu. Tỷ lệ Gleason dùng mẫu số là 15 trường hợp ung thư

Bảng 4. Phân bố PI-RADS và kết quả ung thư ở nhóm có MRI (n = 34)

PI-RADS	Số lượng (n)	Tỷ lệ trong nhóm MRI (%)	Ung thư n (%)
1	10	29,4	3 (30,0)
2	1	2,9	0 (0,0)
3	8	23,5	2 (25,0)
4	10	29,4	3 (30,0)
5	5	14,7	3 (60,0)
Tổng	34	100,0	11 (32,4)

Các tỷ lệ ung thư theo từng mức PI-RADS chỉ mang tính mô tả do số lượng ở từng nhóm nhỏ

3.4. Biến chứng sau sinh thiết

Trong thời gian theo dõi sẵn có, có 5/48 bệnh nhân ghi nhận ít nhất một biến chứng (10,4%, KTC 95%: 4,5-22,2), với tổng cộng 6 biến cố. Một bệnh nhân có hơn một biến cố. Không

ghi nhận tử vong liên quan thủ thuật trong thời gian theo dõi.

Bảng 5. Biến chứng sau sinh thiết

Biến cố	Số bệnh nhân	Tỷ lệ trên 48 bệnh nhân (%)	KTC 95%
Có ít nhất một biến chứng	5	10,4	4,5-22,2
Tiểu máu	2	4,2	1,2-14,0
Bí tiểu	2	4,2	1,2-14,0
Nhiễm trùng	1	2,1	0,4-10,9
Xuất tinh máu	1	2,1	0,4-10,9
Không ghi nhận biến chứng	43	89,6	77,8-95,5

Có 6 biến cố ở 5 bệnh nhân. Một bệnh nhân xuất hiện hơn một biến cố

3.5. Phân tích thăm dò các yếu tố liên quan

Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả giải phẫu bệnh và thăm trực tràng, nồng độ PSA hoặc PI-RADS trên MRI (p đều >0,05). PR của thăm trực tràng nghi ngờ so với không nghi ngờ là 1,90 (KTC 95%: 0,83-4,36). PR của PSA >10 ng/mL so với PSA 4-10 ng/mL là 3,23 (KTC 95%: 0,49-21,49). PR của PI-RADS 4-5 so với PI-RADS 1-3 là 1,52 (KTC 95%: 0,57-4,03) (Bảng 6).

Bảng 6. Phân tích thăm dò một số yếu tố liên quan đến kết quả giải phẫu bệnh

Biến số	Ung thư n (%)	Lành tính n (%)	PR (KTC 95%)	p
A. Thăm trực tràng				
Không nghi ngờ (tham chiếu)	7 (23,3)	23 (76,7)	1,00	
Nghi ngờ ung thư	8 (44,4)	10 (55,6)	1,90 (0,83-4,36)	0,198
B. Nồng độ PSA				
4-10 ng/mL (tham chiếu)	1 (11,1)	8 (88,9)	1,00	
>10 ng/mL	14 (35,9)	25 (64,1)	3,23 (0,49-21,49)	0,239
C. PI-RADS trên MRI				
PI-RADS 1-3 (tham chiếu)	5 (26,3)	14 (73,7)	1,00	
PI-RADS 4-5	6 (40,0)	9 (60,0)	1,52 (0,57-4,03)	0,475

PR: prevalence ratio (tỷ số hiện mắc); KTC: khoảng tin cậy; Giá trị p từ kiểm định Fisher chính xác hai phía

Tần số được trình bày bằng n và tỷ lệ phần trăm được tính trong từng nhóm của mỗi biến số

Phân tích thăm trực tràng và PSA gồm đủ 48 bệnh nhân; Phân tích PI-RADS gồm 34 bệnh nhân có MRI

Mười bốn bệnh nhân không có MRI không được đưa vào phân tích PI-RADS và không bù dữ liệu thiếu. Các phân tích chỉ mang tính thăm dò

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 70,2 tuổi và nhóm tuổi 70-79 chiếm tỷ lệ cao nhất. Đặc điểm này phù hợp với dịch tễ ung thư tuyến tiền liệt và tương đồng với các báo cáo trong nước trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi [7,8]. Mẫu nghiên cứu gồm các bệnh nhân đã được chỉ định sinh thiết tại một bệnh viện tuyến cuối nên không đại diện cho quần thể nam giới nói chung.

Tỷ lệ phát hiện ung thư là 31,3% (KTC 95%: 19,9-45,3). Trong 15 trường hợp ung thư, 14 trường hợp có điểm Gleason từ 7 trở lên và 8 trường hợp có Gleason 8-10. Các số liệu này mô tả phân bố độ mô học trong mẫu sinh thiết, không phản ánh giai đoạn bệnh và không đủ để suy luận mức độ tiến triển của ung thư.

Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả giải phẫu bệnh và thăm trực tràng hoặc nồng độ PSA. Ở nhóm thăm trực tràng nghi ngờ, tỷ lệ ung thư là 44,4% so với 23,3% ở nhóm không nghi ngờ, với PR 1,90 (KTC 95%: 0,83-4,36, p = 0,198). Ở nhóm PSA >10 ng/mL, tỷ lệ ung thư là 35,9% so với 11,1% ở nhóm PSA từ 4 đến 10 ng/mL, với PR 3,23 (KTC 95%: 0,49-21,49, p = 0,239). Các KTC 95% đều rộng và bao gồm 1, do đó chưa thể khẳng định mối liên quan giữa thăm trực tràng hoặc PSA với kết quả sinh thiết [2-4,6].

Trong 34 bệnh nhân có MRI, tỷ lệ ung thư là 26,3% ở PI-RADS 1-3 và 40,0% ở PI-RADS 4-5, với PR 1,52 (KTC

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.13

95%: 0,57-4,03, p = 0,475). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa PI-RADS trên MRI và kết quả giải phẫu bệnh. Ở phân loại 5 mức, PI-RADS 5 có tỷ lệ dương tính cao nhất (60,0%), nhưng số bệnh nhân trong từng nhóm nhỏ và tỷ lệ không tăng đều theo mức PI-RADS. Có 14/48 bệnh nhân không có MRI do chống chỉ định hoặc không đồng ý, và không trường hợp nào được sinh thiết nhắm trúng đích. Với các hạn chế này, nghiên cứu chưa đủ cơ sở để đánh giá vai trò của MRI trong lựa chọn bệnh nhân hoặc cải thiện tỷ lệ phát hiện ung thư [3,5].

Có 5/48 bệnh nhân ghi nhận ít nhất một biến chứng và 1/48 bệnh nhân ghi nhận nhiễm trùng. Các thử nghiệm ngẫu nhiên PREVENT, ProBE-PC và một phân tích gộp gần đây đã cung cấp bằng chứng so sánh giữa đường tầng sinh môn và đường trực tràng, đặc biệt về nguy cơ nhiễm trùng [9-12]. Nghiên cứu hiện tại không có nhóm chứng và cỡ mẫu còn nhỏ, vì vậy tỷ lệ biến chứng chỉ phản ánh kết quả quan sát tại đơn vị và chưa thể dùng để so sánh độ an toàn với đường sinh thiết trực tràng.

Hạn chế của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm, cỡ mẫu nhỏ và thực hiện trên nhóm bệnh nhân đã được chỉ định sinh thiết, nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Nghiên cứu không có nhóm so sánh đường trực tràng. Chỉ 34 bệnh nhân có MRI, không thực hiện sinh thiết nhắm trúng đích, chưa phân tích thể tích tuyến và PSA density, đồng thời chưa có đầy đủ phân bố ISUP Grade Group. Thông tin về kháng sinh dự phòng và thời điểm theo dõi sau xuất viện chưa được ghi nhận đồng nhất, tiêu chí nghi ngờ trên siêu âm chưa được chuẩn hóa và chưa có theo dõi dài hạn hoặc chuẩn tham chiếu khác để đánh giá khả năng âm tính giả ở các trường hợp sinh thiết âm tính.

5. KẾT LUẬN

Trong 48 bệnh nhân liên tiếp được sinh thiết hệ thống tuyến tiền liệt qua tầng sinh môn dưới hướng dẫn siêu âm qua ngả trực tràng tại Bệnh viện Thống Nhất, tỷ lệ phát hiện ung thư là 31,3% và 10,4% bệnh nhân ghi nhận ít nhất một biến chứng. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả giải phẫu bệnh và thăm trực tràng, nồng độ PSA hoặc PI-RADS trên MRI. Đây là kết quả bước đầu tại Bệnh viện Thống Nhất. Cần nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi chuẩn hóa và có nhóm so sánh để đánh giá thêm hiệu quả, độ an toàn của kỹ thuật và vai trò của MRI.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Võ Hữu Toàn
https://orcid.org/0009-0000-9784-9171

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Võ Hữu Toàn
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Võ Hữu Toàn, Đặng Thái Sơn
Thu thập dữ liệu: Đặng Thái Sơn, Vương Thị Hoa
Giám sát nghiên cứu: Võ Hữu Toàn
Nhập dữ liệu: Đặng Thái Sơn, Vương Thị Hoa
Quản lý dữ liệu: Đặng Thái Sơn
Phân tích dữ liệu: Võ Hữu Toàn, Đặng Thái Sơn
Viết bản thảo đầu tiên: Võ Hữu Toàn
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Võ Hữu Toàn, Đặng Thái Sơn, Vương Thị Hoa

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất, số QĐ: 160/2025CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 28/04/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–263.
2. European Association of Urology. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Arnhem (NL): EAU Guidelines Office; 2026 [truy cập 18/08/2026]. https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer.
3. Wei JT, Barocas D, Carlsson S, Coakley F, Eggener S, Etzioni R, et al. Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline Part II: Considerations for a Prostate Biopsy. J Urol. 2023;210(1):54–63.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt. Ban hành kèm theo Quyết định số 3130/QĐ-BYT ngày 17/07/2020. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020.
5. Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA, Padhani AR, Villeirs G, Macura KJ, et al. Prostate Imaging Reporting and Data System version 2.1: 2019 update of PI-RADS version 2. Eur Urol. 2019;76(3):340–351.
6. Catalona WJ, Partin AW, Slawin KM, Brawer MK, Flanigan RC, Patel A, et al. Use of the percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: a prospective multicenter clinical trial. JAMA. 1998;279(19):1542–1547.
7. Trịnh Lê Huy. Đánh giá giá trị sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;505(2):79–82.
8. Phan Thành Thống, Đỗ Anh Toàn, Nguyễn Đạo Thuấn, và cs. Kinh nghiệm qua 4098 trường hợp sinh thiết tuyến tiền liệt ngã trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2022;81:36–41.
9. Hu JC, Assel M, Allaf ME, Ehdaie B, Vickers A, Cohen AJ, et al. Transperineal Versus Transrectal MRI-targeted and Systematic Prostate Biopsy to Prevent Infectious Complications: The PREVENT Randomized Trial. Eur Urol. 2024;86(1):61–68.
10. Hu JC, Assel M, Allaf ME, Ehdaie B, Vickers A, Cohen AJ, et al. Transperineal vs Transrectal Prostate Biopsy: The PREVENT Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2024;10(11):1590–1593.
11. Mian BM, Kaufman RP Jr, Fisher HAG, et al. Complications Following Transrectal and Transperineal Prostate Biopsy: Results of the ProBE-PC Randomized Clinical Trial. J Urol. 2024;211(2):205–213.
12. Zattoni F, Rajwa P, Miszczyk M, et al. Transperineal Versus Transrectal MRI-targeted Prostate Biopsy: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Studies. Eur Urol Oncol. 2024;7(6):1303–1312.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.13