

Plant *Premna integrifolia*", *American Journal of Chemistry and Applications* (ISSN: 2381-4527), , 5(3), 62-72.

7. OECD (2011), "Guideline for testing of chemicals Acute Oral Toxicity – Acute Toxic Class Method.", *Environmental Health and Safety Monograph Series on Testing and Assessment*, No 423.

8. Bộ Y tế (2018), *Thông tư 29/2019/TT_BYT quy định về thử thuốc trên lâm sàng*.

9. World Health Organization (2013), *Working group on the safety and efficacy of herbal medicine*, Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT THẮT TĨNH MẠCH TINH GIÃN HAI BÊN ĐƯỜNG BÈN – BÌU QUA 450 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

NGUYỄN TRẦN THÀNH, ĐINH NGỌC HÀ,
NGUYỄN HUY HIỆU, MAI TIỀN DŨNG,
NGUYỄN ĐÌNH TUYẾN, TRẦN HOÀI NAM
Bệnh viện 198 - Bộ Công an

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm chẩn đoán và đánh giá kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh đường bẹn – bìu hai bên trong điều trị bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện 19-8.

Tư liệu và phương pháp: Nghiên cứu mô tả chùm bệnh, tiến cứu 450 bệnh nhân chẩn đoán là giãn tĩnh mạch tinh được vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh theo đường bẹn – bìu hai bên tại khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/ 2014 đến tháng 12/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình $22 \pm 3,56$ (18-38 tuổi). Triệu chứng lâm sàng: Đau bìu 100%, chậm con 30,7%, bìu giãn sệ 96,0%, giãn tĩnh mạch tinh 100%, teo tinh hoàn 17,7%. Siêu âm phát hiện 100% có giãn tĩnh mạch tinh. Tinh dịch đồ bất thường 94,0%. Kết quả phẫu thuật: Tốt 89,3%, trung bình 11,7%, xấu 0%.

Kết luận: Vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh đường bẹn – bìu hai bên là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cao và khuyến cáo nên được lựa chọn.

Từ khóa: Vi phẫu giãn tĩnh mạch tinh, Varicocele

SUMMARY

THE EVALUATION OF BILATERAL SCROTO-INGUNINAL MICROSCOPIC VARICOCELECTOMY IN 450 CASES AT 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF POLICE

Objectives: Reviews characteristics diagnose and assess the results of Microscopic varicocele constriction refined sugar inguinal - scrotal two sides in the treatment of varicose veins of crystals in the hospital 19-8 .

The material and methods: The study describes the disease beam , prospective 450 patients diagnosed with varicose veins are fine crystal microsurgery venous constriction along the inguinal - scrotal two sides at the Department of Urology Surgery 19-8 Hospital from 1/2014 to 12/2019 .

Results: The mean age 22 ± 3.56 (18-38 years old). Clinical signs : Pain scrotum 100 % , 30.7% delayed child, 96,0 % pendulous scrotum stretching, 100 % fine varicose veins, testicular atrophy 17.7%. Ultrasound can detect 100% fine varicose veins . Abnormal semen 94.0% . The results of surgery: Good 89.3%, 11.7% average, bad 0%.

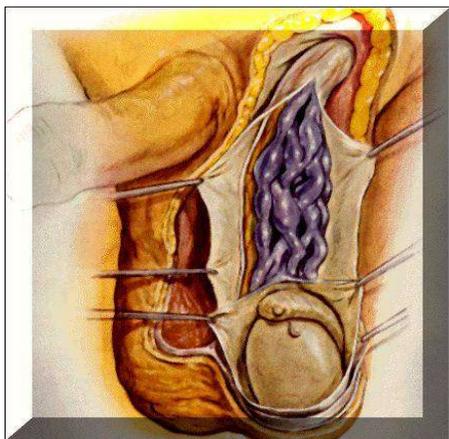
Conclusion: Microscopic varicocele of crystal sugar inguinal - scrotal flanked treatments safe, highly effective and recommended to be selected.

Keywords: Varicocele, Microscopic varicocele constriction refined sugar inguinal - scrotal

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trần Thành
Email: dr.thanh198@gmail.com
Ngày nhận: 14/9/2020
Ngày phản biện: 16/10/2020
Ngày duyệt bài: 03/11/2020

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh (GTMT) là tình trạng phình trương của đám rối tĩnh mạch dây leo thuộc các tĩnh mạch trong thừng tinh[1]. Bệnh hiếm khi gặp ở độ tuổi vị thành niên, nhưng ở độ tuổi trưởng thành có khoảng 15% nam giới mắc GTMT [2] Khảo sát trên số bệnh nhân (BN) nam vô sinh hiếm muộn có khoảng 35% BN vô sinh nguyên phát và 75-81% BN vô sinh thứ phát có tình trạng GTMT [3]. Bệnh GTMT là 1 trong những nguyên nhân phổ biến gây vô sinh nam do suy giảm số lượng, chất lượng tinh trùng, ngoài ra đây còn là nguyên nhân chính gây nên triệu chứng đau bìu mạn tính. Phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh giãn giúp cải thiện tinh dịch đồ trong 60 – 80% trường hợp, ghi nhận với tỷ lệ có thai tự nhiên sau 1 năm là 43%, sau 2 năm là 69% [3], bên cạnh đó còn giải quyết nguyên nhân đau bìu mạn tính.



Hình 1: Tĩnh mạch tinh giãn

Theo quan điểm trước đây GTMT là bệnh lý một bên (90%) thường xảy ra ở bên trái (90%). Tuy nhiên hiện nay có nhiều báo cáo chứng minh GTMT là bệnh lý hai bên, theo Gat (2004) là 80,7%, Trussel (2003) là 77,5%, Pasqualotto (2003) là 80%, Nguyễn Thành Như (2007) là 96,5-100% [4].

GTMT không thể tự khỏi mà bắt buộc phải được điều trị bằng cách can thiệp mạch hoặc phẫu thuật thắt TMT. Trong đó, thắt TMT vi phẫu đang được xem là phương pháp hiệu quả nhất để điều trị GTMT. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu :

1. Nhận xét đặc điểm chẩn đoán bệnh lý GTMT tại bệnh viện 19-8

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh đường bẹn – bìu hai bên tại Bệnh viện 19-8.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Là 450 BN được chẩn đoán xác định là GTMT, có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật thắt TMT vi phẫu theo đường bẹn – bìu hai bên tại khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/ 2014 đến tháng 12/2019.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả chùm bệnh, tiến cứu kết hợp hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án.

Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng khi bệnh nhân vào viện.

Đánh giá kết quả chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tinh dịch đồ (TDD), Nội tiết tố trước và sau mổ

Chỉ định phẫu thuật

- GTMT gây triệu chứng khó chịu hoặc đau tức bìu kéo dài, điều trị nội khoa không cải thiện.
- GTMT gây giảm chất lượng TDD trên một cặp vợ chồng vô sinh hiếm muộn sau khi đã đánh giá người vợ.
- GTMT kèm thể tích tinh hoàn cùng bên giảm.

Phương pháp phẫu thuật

Thắt TMT 2 đường mổ bẹn, bìu, sử dụng kính hiển vi phẫu tích mạch máu.

Bệnh nhân nằm thẳng, ngửa. Tê tủy sống. Rạch da bẹn theo nếp da, trên lần bẹn một khoát ngón tay, cách củ mu 2 cm, đi chéo lên, ra ngoài. Rạch mở

cân cơ chéo ngoài theo hướng sợi cân. Thừng tinh được bóc tách và kéo lên nhờ một dây nhựa (hoặc sond Nelaton). Thần kinh chậu bẹn và nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục đùi được bóc tách rời khỏi thừng tinh.

Bao xơ tinh ngoài và tinh trong lần lượt được rạch mở. Với kính lúp phóng đại x3.0, các động mạch tinh và bạch mạch được bóc tách khỏi các TMT trong và ngoài (giãn hay không giãn), và các TMT này lần lượt được thắt bằng chỉ không tiêu 3.0. Ống dẫn tinh và cuống mạch máu đi kèm được bảo toàn.

Đóng cân cơ chéo lớn, cân - mỡ dưới da và da từng lớp bằng chỉ thích hợp.

Tiến hành cả hai bên thừng tinh, cả hai bên bẹn.

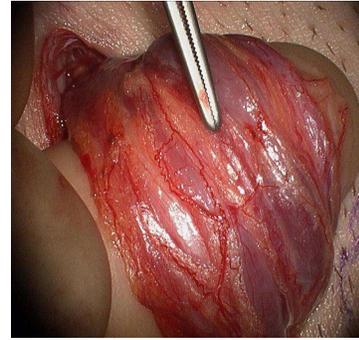
Rạch da đường giữa bìu, lần lượt mở từng bên bìu, mở màng tinh hoàn mỗi bên. Tiến hành thám sát tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh trong bìu. Nếu có giãn tĩnh mạch bìu thì sẽ tiến hành cột các tĩnh mạch này. Đánh giá các biến chứng sau mổ như: tụ máu bìu, teo tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn, GTMT tái phát. BN được tái khám theo hẹn và ghi nhận các chuyển biến về tình trạng lâm sàng cũng như tinh dịch đồ.



Hình 2: Đường mổ bẹn



Hình 3: Đường mổ bìu



Hình 4: Tĩnh mạch tinh giãn

Kết quả phẫu thuật được phân loại như sau [9]:

a) Tốt :

- Không có biến chứng sau mổ
- Không còn triệu chứng đau bìu
- Có con theo đường tự nhiên hoặc tinh dịch đồ trở lại bình thường.

b) Trung bình :

- Không có biến chứng sau mổ
- Còn đau nhẹ bìu
- Có con bằng các phương pháp hỗ trợ sinh sản hoặc tinh dịch đồ cải thiện hơn so với trước mổ.

c) Xấu :

- Biến chứng sau mổ
- Không cải thiện các triệu chứng lâm sàng
- Tinh dịch đồ không cải thiện.



Hình 5: Quá trình phẫu thuật sử dụng kính vi phẫu



Hình 6: Thắt tất cả các nhánh tĩnh mạch tinh giãn, bảo tồn động mạch tinh, bạch huyết, thần kinh

* Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

KẾT QUẢ

Từ tháng 1/ 2014 đến tháng 12/2019 có 450 BN được phẫu thuật thắt TMT vì phẫu theo đường bẹn – bìu hai bên tại khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8.

Tuổi:

Trung bình $22 \pm 3,56$ trẻ nhất là 18, cao nhất là 38.

Triệu chứng lâm sàng:

Đau bìu là triệu chứng thường gặp nhất khiến BN đi khám bệnh. Những trường hợp GTMT độ III trên lâm sàng thường có tinh hoàn nhỏ hoặc teo tinh hoàn.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	BN(n=450)	Tỷ lệ %
Đau bìu	450	100
Chậm có con	74	16,4
Bìu giãn sệ	328	72,9
Tĩnh mạch tinh giãn	450	100
Teo tinh hoàn	62	13,7

Siêu âm:

Tất cả BN đều được siêu âm Doppler tinh hoàn trước mổ với kết quả:

Bảng 2: Kết quả siêu âm

Kết quả siêu âm	BN(n=450)	Tỷ lệ %
GTMT Bên T	300	100
GTMT 2 bên	92	20,4

Tinh dịch đồ:

Biểu hiện bất thường trong 422/450 trường hợp (93,8%) với các biểu hiện cụ thể như trong bảng sau :

Bảng 3. Kết quả tinh dịch đồ

Mật độ tinh trùng giảm (< 15 triệu/ml)	176 (39,1%)
Tỷ lệ tinh trùng sống giảm (< 58%)	238 (52,9%)
Tỷ lệ tinh trùng di động nhanh giảm (<32%)	352 (78,2%)
Tỷ lệ tinh trùng bình thường giảm (<30%)	146 (32,4%)

Nội tiết tố

Bảng 4: Kết quả nồng độ Testosterone trước mổ

Testosterone (nmol/l)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 12 nmol/l	122	27,1
$12 < - \leq 35$ nmol/l	328	72,9
> 35 nmol/l	0	0,0
Tổng số	450	

Ngày điều trị:

Thời gian nằm viện là 3-5 ngày, 04 trường hợp nhiễm trùng vết và 02 trường hợp viêm tinh hoàn sau mổ, thời gian nằm viện 7 ngày.

Biến chứng sớm sau mổ

Bảng 5: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ	BN (n=450)	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Tràn dịch màng tinh hoàn	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	4	0,9
Viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn	3	0,67

Kết quả phẫu thuật:

Tất cả các BN đều được tái khám theo hẹn. Thời gian khám lại trung bình là 12,43 ± 3,5 tháng (ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là sau 36 tháng). Kết quả phẫu thuật như sau:

Bảng 6: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	422	93,7
Trung bình	28	6,3
Xấu	0	0
Tổng	450	100

Như vậy chúng tôi không ghi nhận một trường hợp nào có kết quả xấu sau mổ.

Chúng tôi ghi nhận có 38 BN có thai tự nhiên sau mổ, và chưa có trường hợp nào có thai bằng cách sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chẩn đoán

Trong GTMT những triệu chứng khiến BN phải đến khám là đau bìu, thấy bìu giãn sệ hoặc chậm con. Nhiều nghiên chỉ ra rằng GTMT là một nguyên nhân gây vô sinh nam, do vậy những trường hợp đến khám vì hiếm muộn cần lưu ý để chẩn đoán có GTMT hay không.

Phân độ giãn tĩnh mạch tinh

Theo Dubin và Amelar tại Hội nghị Quốc tế năm 1970 tại Dublin (đây là hệ thống phân độ cổ điển của giãn tĩnh mạch tinh):

Độ 1: giãn tĩnh mạch tinh sờ thấy được chỉ khi làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ 2: giãn tĩnh mạch tinh tổn thương sờ thấy mà không cần làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ 3: giãn tĩnh mạch tinh nhìn thấy được mà không cần làm bất kì nghiệm pháp nào.

Trong nhóm nghiên cứu 100% khám thấy BN GTMT, trên lâm sàng thực tế chúng tôi thấy việc phát hiện GTMT là không khó khăn nhưng yêu cầu phải khám xét một cách cẩn thận và toàn diện. Một số trường hợp khó xác định GTMT như có tiền sử phẫu thuật vùng bìu, béo phì, tràn dịch màng tinh hoàn,...thì chẩn đoán hình ảnh là phương tiện hỗ trợ hữu hiệu. Trong số các phương tiện không xâm lấn thì siêu âm Doppler

màu là phương tiện thăm dò tốt và có hiệu quả cao, độ nhạy của siêu âm trong phát hiện GTMT là 85-100%[9]. Trong nhóm nghiên cứu 100% BN đều có hình ảnh GTMT trên siêu âm.

Kết quả phẫu thuật

Bệnh giãn tĩnh mạch tinh là 1 trong những nguyên nhân phổ biến gây vô sinh nam do suy giảm số lượng, chất lượng tinh trùng, Bệnh giãn tĩnh mạch tinh gặp trong 35 - 40% ở bệnh nhân vô sinh nam nguyên phát, 75 – 81% ở bệnh nhân vô sinh nam thứ phát. Trong nhóm nghiên cứu chỉ có 92 BN đi khám vì lý do chậm con, tuy nhiên xét nghiệm tinh dịch đồ ghi nhận sự bất thường ở 282/300 BN chiếm 94,0%. Kết quả phẫu thuật: Tốt 89,3 %, trung bình 11,7%, xấu 0%.

Theo tổng kết của Pryor , 66% (51-78%) bệnh nhân có tinh dịch đồ cải thiện (mật độ, độ di động của tinh trùng...) sau mổ thắt TMT giãn, với tỉ lệ có thai tự nhiên là 43% (24-53%). Goldstein cũng ghi nhận tỉ lệ có thai tự nhiên là 43% sau mổ 1 năm và 69% sau mổ 2 năm. Các tác giả khác trong các nghiên cứu gần đây, cũng cho thấy tỉ lệ có thai tự nhiên tương tự. Đặc biệt, Libman ghi nhận tỉ lệ có thai tự nhiên đối với những trường hợp thắt TMT giãn hai bên là 49%, so với nhóm bệnh nhân thắt TMT giãn một bên là 36%[10]. Các kết quả này chứng tỏ hiệu quả cao của phẫu thuật thắt TMT giãn trong hiếm muộn nam. Do vậy, khuyến cáo của Hội Tiết niệu Hoa kỳ và Hội Sinh sản Hoa kỳ là phẫu thuật điều trị GTMT nên được chọn lựa đầu tiên khi người chồng bị hiếm muộn có GTMT

KẾT LUẬN

GTMT là bệnh lý gây ảnh hưởng đến chức năng tinh hoàn và là nguyên nhân phổ biến gây vô sinh ở nam giới. Chẩn đoán GTMT dựa trên khám lâm sàng và siêu âm Doppler. Vì phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh đường bẹn – bìu hai bên là phương pháp phẫu thuật hiệu quả, an toàn nên là lựa chọn đầu tiên trong điều trị bệnh GTMT khi có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belloli G, Musi L, D'Agostino S:** Laparoscopic surgery for adolescent varicocele: preliminary report in 80 patients. J Pediat Surg (1996); 31 (11): 1488-1490.
2. **Cayan S, Kadioglu Apiaceae, Orhan I et al.** The effect of microsurgical varicocelectomy on serum follicle stimulating hormone, testosterone and free testosterone levels in infertile men with varicocele. BJU (1999); 84: 1046 – 1049.

3. **Cayan S, Kadioglu TC, Tefekli A:** Comparison of results and complications of high ligation surgery and microsurgical high inguinal varicocelelectomy in the treatment of varicocele. *Urology* (2000); 55: 750-754.

4. **Coolsaet BL:** The varicocele syndrome: Venography determining the optimal level for the surgical treatment. *J Urol* (1980); 124:833-839.

5. **Donovan JF, Winfield HN:** Laparoscopic varix ligation. *J Urol* (1992); 147: 77-81.

6. **Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP, et al:** Microsurgical inguinal varicocelelectomy with delivery of the testis: an artery and lymphatic sparing technique. *J Urol* (1992); 148: 1808-1811.

7. **Goldstein M:** Surgical management of male infertility and other scrotal disorder. In

Walsh PC et al Eds, *Campbell's Urology*, W.B Saunders (2002): 1532-1587

8. **Nguyễn Thành Như:** Sơ lược khảo sát thể tích tinh hoàn trung bình của đàn ông Việt Nam trưởng thành. *Tạp chí hình thái học* (2001) tập 11:71-74.

9. **Nguyễn Quang, Nguyễn Ngọc Sơn:** Đặc điểm chẩn đoán và kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức 6/2013-5/2014. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2015, tập 19, số 4: 177-181

10. **Nguyễn Thành Như, Trần Chung Thủy, Mai Bá Tiên Dũng:** Vi phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh giãn hai bên ngả bẹn bìu: Hiệu quả điều trị trong hiếm muộn nam. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2008, số 3:232-237.

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THÙNG NHĨ TÁI PHÁT

NGUYỄN THỊ NHÀI,
LÊ NHẤT OAI, ĐOÀN THỊ HỒNG HOA,
NGUYỄN THỊ TỐ UYÊN, NGUYỄN HOÀNG HUY
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả hình thái lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thủng nhĩ tái phát. Nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Thời gian từ lúc mổ lần 1 đến lúc mổ lần 2 chủ yếu là trên 10 năm chiếm đến 70%. Nữ gặp nhiều hơn nam. Lý do đến viện mổ lại chủ yếu là chảy mủ tai với tỷ lệ 66,7%. Bệnh nhân thường có các bệnh mũi họng kèm theo chiếm 66,7%. Tình trạng viêm tai đối bên chiếm 50% các trường hợp. Phần lớn lỗ thủng ở phần trước dưới chiếm tỷ lệ 53,3% và thủng toàn bộ 30%; lỗ thủng không sát xương chiếm 63,3%.

Tình trạng sức nghe tai phẫu thuật đa phần là nghe kém dẫn truyền 20/30 (66,7%) trường hợp, nghe kém hỗn hợp 8/30 (26,7%) .Thành công phục hồi giải phẫu, màng nhĩ liền kín trong 28/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 93,3%.Thành công về chức năng nghe đạt 23/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,7%.

Từ khóa: hình thái lâm sàng, thủng nhĩ tái phát, thính lực, vá nhĩ, tạo hình tai giữa.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF REVISION TYMpanoplasty FOR RE-PERFORATION TYMPANIC MEMBRANE

A cross-sectional study was conducted to describe the clinical characteristics and results of tympanoplasty for re-perforation tympanic membrane. This study was performed with 30 patients at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam. The result shows that the

Chịu trách nhiệm: Lê Nhất Oai
Email: leoai0041@gmail.com
Ngày nhận: 14/9/2020
Ngày phản biện: 21/10/2020
Ngày duyệt bài: 06/11/2020