

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY THROUGH 3 YEARS AT 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY, FROM 2020 TO 2023

Nguyen Tran Thanh*, Tran Hoai Nam, Dinh Ngoc Ha, Mai Tien Dung, Nguyen Huy Hieu

19-8 Hospital, Ministry of Public Security - 9 Tran Binh, Mai Dich, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 12/04/2024

Revised: 20/04/2024; Accepted: 04/05/2024

ABSTRACT

Objectives: Description of the effectiveness and the safety of microsurgical varicocelectomy at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security, from 2020 to 2023.

Methods: Descriptive, prospective follow-up study of a case series includes 160 patients that have undergone microsurgical varicocelectomy at 19-8 hospital, ministry of public security from 12/2020 to 12/2023.

Results: The mean age of patients was 23.81 ± 5.91 years old. The proportion of scrotal pain was 96.9% and the figure of that varicose veins are palpable in the scrotum was 75%. The success and failure rate of this surgery were 96.25% and 3.75%, respectively. Before surgery, the diameters of the seminal veins before and after the Valsalva test were 2.93 ± 0.54 mm and 3.59 ± 0.61 mm, respectively. After surgery 3 months, these diameters remarkably decreased at 1.70 ± 0.54 mm and 1.97 ± 0.54 mm, with statistical significance $p < 0.05$. The semen chart after surgery improved significantly, in which the percentage of motile spermatozoa after surgery 3 months was $42.03 \pm 12.55\%$, higher than the rate before surgery was $35.59 \pm 11.53\%$, total sperm count after surgery was 192.003 ± 179.114 million that was increased in compared with the figure before surgery was 111.003 ± 134.468 million sperm, the sperm concentration before surgery was 30.81 ± 26.58 and this figure after 3 months increased to 47.30 ± 35.21 .

Conclusion: Microsurgical varicocelectomy is a safe and effective method in the treatment of varicocele patients that have surgical indication.

Keywords: Varicocele, microsurgical varicocelectomy.

*Corresponding author

Email address: dr.thanh198@gmail.com

Phone number: (+84) 988 084 300

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1172>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH GIẪN TĨNH MẠCH TĨNH TRONG 3 NĂM TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN, TỪ 2020 ĐẾN 2023

Nguyễn Trần Thành*, Trần Hoài Nam, Đinh Ngọc Hà, Mai Tiên Dũng, Nguyễn Huy Hiệu

Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - 9 Trần Bình, Mai Dịch, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 04 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 20 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an, từ 2020 đến 2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, tiến cứu theo dõi dọc 160 bệnh nhân được phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an từ 12/2020 đến 12/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $23,15 \pm 5,62$ tuổi. Triệu chứng đau bìu 96,9%, tự sờ thấy búi tĩnh mạch giãn vùng bìu là 75,0%. Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 96,25% và kết quả trung bình 3,75%. Trước phẫu thuật đường kính tĩnh mạch tinh trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là $2,93 \pm 0,54$ mm và $3,59 \pm 0,61$ mm. Sau 3 tháng kích thước này giảm rõ rệt $1,70 \pm 0,54$ mm và $1,97 \pm 0,54$ mm với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Sau phẫu thuật tình dịch đồ cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê; trong đó tỷ lệ tinh trùng di động sau mổ 3 tháng là $42,03 \pm 12,55\%$ tăng hơn so với trước mổ $35,59 \pm 11,53\%$, tổng số tinh trùng sau mổ $192,003 \pm 179,114$ triệu tinh trùng tăng hơn so với trước mổ là $111,003 \pm 134,468$ triệu tinh trùng, mật độ tinh trùng trước phẫu thuật $30,81 \pm 26,58$ sau 3 tháng tăng lên là $47,30 \pm 35,21$.

Kết luận: Vi phẫu thắt TMT là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh có chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch tinh, thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu.

*Tác giả liên hệ

Email: dr.thanh198@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 084 300

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1172>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh (GTMT) là sự giãn nở bất thường của hệ tĩnh mạch tinh hoàn [1]. Đây là một bệnh phổ biến ở nam giới và mang tính tự phát. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO 2010), GTMT xảy ra ở 11,7% đàn ông có tinh dịch đồ bình thường và 25,4% đàn ông có tinh dịch đồ bất thường. Hơn 80% trường hợp GTMT không bị hiếm muộn nhưng 35-40 % đàn ông hiếm muộn nguyên phát bị GTMT và 69-81% đàn ông hiếm muộn thứ phát bị bệnh này[2]. Gần 50 % những người bị vô sinh nam có tinh dịch đồ bất thường trong đó GTMT là nguyên nhân hay gặp nhất và có thể được điều trị bằng phẫu thuật[3,4].

Bệnh nhân đi khám chủ yếu là do đau tức vùng bẹn bìu hoặc hiếm muộn con cái. Chẩn đoán GTMT từ trước đến nay chủ yếu là dựa vào thăm khám lâm sàng. Hiện nay SA Doppler tinh hoàn là phương thức chính xác nhất giúp chẩn đoán và theo dõi bệnh GTMT [5].

Điều trị GTMT có nhiều phương pháp (PP) bao gồm phẫu thuật (PT) thắt TMT bằng mổ mở kinh điển, qua nội soi, mổ vi phẫu hoặc PP can thiệp nội mạch. Phương pháp mổ mở kinh điển GTMT được thực hiện từ năm 1918, hai kỹ thuật chính được tiến hành là Ivanissevich (mổ đường bẹn cao, thắt TMT ngay trong ống bẹn) và Palomo (mổ đường chậu, thắt TMT cao sau phúc mạc), đến hiện nay hai kỹ thuật này được khuyến cáo không dùng nữa. Phương pháp phẫu thuật nội soi là PP thay thế cho PT mở kinh điển được các tác giả Winfried, Hagood và Matsud [7] báo cáo áp dụng thành công. Tuy nhiên hiệu quả không cao bằng vi phẫu thuật, có nguy cơ biến chứng cao và tốn kém nhiều do phải dùng dụng cụ nội soi nên hiện nay ít được áp dụng trên thế giới [4].

Vi phẫu thuật dựa trên kỹ thuật mổ kinh điển với đường mổ qua đường bẹn hoặc dưới bẹn. Năm 1992, Goldstein M là người đầu tiên áp dụng để thực hiện thắt TMT [5]. Nhờ sự phóng đại phẫu trường nên việc nhận biết tĩnh mạch tinh giãn (TMTG) để thắt một cách triệt để và bảo tồn động mạch tinh cũng như hệ bạch huyết, ống dẫn tinh, giúp giảm tỷ lệ tái phát, tránh được biến chứng teo tinh hoàn và tràn dịch tinh mạc về sau. Và PP vi phẫu thuật ưu việt hơn các PP khác là tỷ lệ tái phát tình trạng GTMT với tỷ lệ 0,6%- 4,5 % tùy tác giả, so với PP mổ mở và nội soi trung bình là 20% [4]. Vì vậy vi phẫu thuật trong điều trị GTMT đã được chấp nhận và đang được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới.

Tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an vi phẫu thuật điều trị GTMT đã được áp dụng từ nhiều năm nay và trở thành PP thường quy để điều trị GTMT khi có chỉ định. Do vậy, để nghiên cứu đầy đủ về GTMT góp phần đánh giá hiệu quả điều trị GTMT bằng vi phẫu thuật chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Mô tả tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an, từ 2020 đến 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là GTMT và được điều trị bằng phương pháp vi phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8, Bộ Công an trong thời gian từ tháng 12/2020 đến tháng 12/2023.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có nghi ngờ GTMT trên lâm sàng nhưng không có dấu hiệu giãn và dòng trào ngược của TMT trên siêu âm Doppler.

- Bệnh nhân có những bệnh mạn tính phối hợp làm ảnh hưởng đến sự bài tiết Hormone cũng như ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh.

- Bệnh nhân có bệnh lý ở bụng: U thận, u sau phúc mạc,...

- Bệnh nhân không đến tái khám đầy đủ, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả loạt bệnh, được thực hiện từ tháng 12/2020 đến tháng 12/2023. Thu thập số liệu trên bệnh nhân được chẩn đoán là GTMT và được điều trị bằng phương pháp vi phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

Số liệu được ghi nhận đầy đủ các giá trị thông tin theo tiêu chuẩn lựa chọn vào bệnh án thống nhất.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng cỡ mẫu toàn bộ bao gồm những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình chẩn đoán và điều trị:

Bệnh nhân đến khám tại phòng khám Tiết niệu – Nam khoa Bệnh viện 19-8. Qua thăm khám và làm các thăm

dò cận lâm sàng được chẩn đoán Giãn tĩnh mạch tinh và chỉ định phẫu thuật.

Trước phẫu thuật, bệnh nhân được chỉ định làm Tinh dịch đồ, nội tiết tố, các xét nghiệm Huyết học, Hoá sinh, nước tiểu thường quy để loại trừ các nguyên nhân khác gây tình trạng vô sinh nếu có.

Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật bằng phương pháp thông nhất “Vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh đường bẹn bìu hai bên” dưới sự hỗ trợ của kính hiển vi phẫu thuật.

Bệnh nhân được chăm sóc hậu phẫu, kháng sinh sau mổ. Cho ra viện, hẹn tái khám theo các mốc thời gian.

Bệnh nhân tái khám được khám lâm sàng, hỏi bệnh, chỉ định làm xét nghiệm tinh dịch đồ, nội tiết tố. Thông tin hồ sơ được nhóm nghiên cứu lưu trữ.

Xử lý số liệu: Các số liệu mô tả được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn, dùng kiểm định T-student để so sánh 2 số trung bình sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; các tính toán dựa vào chương trình SPSS 20.0 for Windows.

Đạo đức nghiên cứu: Kỹ thuật được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện 19-8 thông qua.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu kết quả của 160 bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh với 320 thừng tinh được PT thắt TMT vi phẫu chúng tôi rút ra các kết quả sau:

3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, BMI và tiền sử bệnh (n=160)

	Đặc điểm	n (%)	Mean ± SD (Min - Max)
Tuổi (năm)	18 – 30	145 (90,6)	23,15 ± 5,62 (18 – 45)
	31 – 40	10 (6,3)	
	> 40	5 (3,1)	
BMI (kg/m²)	Thấp cân ($\leq 18,5$)	15 (9,4)	21,45 ± 2,02 (17,4 – 26,8)
	Bình thường (18,6 – 22,9)	110 (68,8)	
	Thừa cân (≥ 23)	35 (21,9)	
Tiền sử bệnh	Không có tiền sử	135 (84,4)	
	Tiền sử nội khoa	25 (15,6)	
	Tiền sử ngoại khoa	0 (0,0)	

Bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 18 đến 30 chiếm tỷ lệ lớn nhất (90,6%), chiếm hầu như toàn bộ quần thể nghiên cứu. 68,8% bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường,

21,9% bệnh nhân mắc chứng thừa cân theo BMI. Hầu hết bệnh nhân tham gia nghiên cứu không có tiền sử mắc giãn tĩnh mạch tinh (84,4%).

Bảng 3.2. Lý do bệnh nhân đến khám bệnh (n=160)

Lý do	Số BN	Tỷ lệ %
Đau tức bìu	155	96,9
Tự sờ thấy búi tinh mạch tinh giãn	120	75,0
Kiểm tra sức khỏe định kì	50	31,3
Khám tiền hôn nhân, trước sinh sản	15	9,4
Khác	25	15,6



Phần lớn bệnh nhân đến khám do đau tức bùi, chiếm 96,9% tổng số bệnh nhân. Lý do chiếm tỷ lệ lớn thứ hai là tự sờ thấy búi tĩnh mạch tinh giãn (75%). Chỉ 31,3%

bệnh nhân phát hiện bệnh do kiểm tra sức khoẻ định kì.

3.2. Kết quả phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu

Bảng 3.3. Mô tả sơ bộ kết quả phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu (n=160)

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	154	96,25
Trung bình	6	3,75
Xấu	0	0
Tổng	160	100

96,25% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh đạt Tốt. Không có bệnh nhân có kết quả xấu bằng phương pháp điều trị.

Bảng 3.4. Thời gian phẫu thuật (n=160)

Thời gian	Mean ± SD	(Min - Max)
Thời gian phẫu thuật	60,65 ± 6,91 (phút)	55 – 80 (phút)
Thời gian nằm viện sau PT	4,97 ± 1,59 (ngày)	3 – 7 (ngày)

Thời gian phẫu thuật trung bình là 60,65 ± 6,91 (phút), được quản lý sau phẫu thuật trong trung bình 4,97 ± 1,59 (ngày), với ca ngắn nhất là 3 ngày.

Bảng 3.5. Sự thay đổi của đường kính tĩnh mạch tinh sau mổ (n =320)

Đường kính tĩnh mạch tinh bên giãn	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng	p
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Trước khi làm Valsalva	2,93± 0,54	2,21 ± 1,96	1,70 ± 0,54	< 0,05
Sau khi làm Valsalva	3,59 ± 0,61	2,52± 1,76	1,97 ± 0,54	< 0,05

Đường kính tĩnh mạch tinh bên giãn giảm ở các mốc thời gian 1 tháng sau mổ và 3 tháng sau mổ, có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa 95% (p<0,05). Nghiệm pháp valsalva cho kết quả tương tự.

Bảng 3.6. Thay đổi xét nghiệm nội tiết sau phẫu thuật (n=160)

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
LH (mU/ml)	5,38 ± 1,16	5,11 ± 2,28	4,70 ± 1,69
FSH (mU/ml)	5,62 ± 3,99	4,46 ± 1,76	4,93 ± 3,567
Testosterone (nmol/l)	16,29 ± 7,48	18,07 ± 5,51	20,21 ± 5,98

Kết quả xét nghiệm nội tiết tố có sự biến đổi theo xu hướng LH, FSH giảm và Testosterone tăng nhẹ sau 3 tháng, sự biến đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Thể tích tinh hoàn trước và sau phẫu thuật

Thể tích tinh hoàn	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng
Mean ± SD	12,68 ± 3,94	13,73 ± 3,78	13,97 ± 4,04
Min - Max	5,47 – 21,25	5,96 – 22,90	5,96 – 23,00

So sánh thể tích tinh hoàn cùng bên với GTMT không có sự thay đổi trước và sau phẫu thuật với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Thay đổi xét nghiệm tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật (n=160)

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng	p
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Thể tích tinh dịch (ml)	3,13 ± 1,58	3,67 ± 1,71	3,74 ± 1,69	0,054
Mật độ tinh trùng (triệu/ml)	30,81 ± 26,58	34,31 ± 25,61	47,30 ± 35,21	0,016
Tổng số tinh trùng (triệu)	111,00 ± 134,47	116,84 ± 102,08	192,00 ± 179,11	0,033
Tỷ lệ sống (%)	72,22 ± 13,42	74,19 ± 13,78	77,16 ± 11,77	0,098
Tỷ lệ di động tiến tới (%)	35,59 ± 11,53	34,78 ± 12,45	42,03 ± 12,55	0,02
Hình thái bình thường (%)	1,56 ± 1,367	1,41 ± 1,04	2,09 ± 1,45	0,146

Các thông số trong xét nghiệm tinh dịch đồ đều tăng trong đó tăng nhiều là mật độ tinh trùng trước PT là $30,81 \pm 26,58$ triệu/ml sau PT 3 tháng là $47,30 \pm 35,21$ triệu/ml, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$. Tổng số tinh trùng từ $111,00 \pm 134,47$ triệu, sau PT 3 tháng tăng lên $192,00 \pm 179,11$ triệu với $p=0,03$ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ di động tiến tới là $35,59 \pm 11,53$ % trước PT, sau PT 3 tháng tăng lên là $42,03 \pm 12,55$ % với $p=0,02$ có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Theo NC của chúng tôi, tuổi trung bình là $23,15 \pm 5,62$. BN tuổi thấp nhất là 18 tuổi, BN nhiều tuổi nhất là 45 tuổi, trong đó chủ yếu là lứa tuổi 18-30 tuổi chiếm tỷ lệ 90,6%. Nguyên nhân giãn tĩnh mạch tinh hay gặp ở lứa tuổi này có thể là do lứa tuổi này có nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh như sự phát triển nhanh chóng của hệ thống tĩnh mạch tinh làm gia tăng mức độ giãn; do hoạt động thể lực mạnh làm tăng mức độ đau khiến bệnh nhân

không chịu nổi phải tới khám; do lối sống ngồi nhiều lười vận động làm tăng tình trạng ứ trệ mạch máu. Đặc biệt đây là lứa tuổi đang trong độ tuổi sinh sản, mới lập gia đình, nhưng gặp phải tình trạng hiếm muộn nên đi khám và phát hiện bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh. Một đặc thù với nhóm nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân chủ yếu là đối tượng công an, nên phải đứng gác, học tập, tập luyện trong môi trường nóng nực, đây là những yếu tố góp phần khiến cho triệu chứng của GTMT được bộc lộ rõ hơn [11].

Nghiên cứu của Shiou-Sheng Chen thấy rằng sự xuất hiện của GTMT có tương quan nghịch với chỉ số khối cơ thể. Tác giả cũng giải thích có lẽ sự gia tăng lượng mỡ trong cơ thể liên quan đến việc làm giảm hiện tượng “kìm động mạch” giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng với tĩnh mạch thận trái [12]. Nhận định này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với BMI trung bình là $21,45 \pm 2,02$. Có 21,9% BN BMI cao trên 23 và không có BN nào béo phì. Trong NC này BN có BMI ở ngưỡng bình thường và thấp vì



họ thường là những người có cường độ lao động cao, khối lượng công việc lớn, phải chăng đó cũng là lí do cho mối tương quan nghịch giữa BMI và sự xuất hiện của GTMT.

Đau bìu là triệu chứng gần như đầu tiên và hầu như có ở tất cả các BN nghiên cứu của chúng tôi chiếm 96,9%. Theo NC của tác giả Nguyễn Quang triệu chứng đau bìu chiếm 76,5% ở các BN GTMT [13]. Nguyên nhân của đau bìu do tăng nhiệt độ tinh hoàn, tăng áp lực tĩnh mạch, stress oxy hóa, trào ngược các chất chuyển hóa độc hại và chính các bó tĩnh mạch giãn gây đè ép các sợi thần kinh xung quanh [1].

Tỷ lệ BN chậm con và khám trước sinh, khám tiền hôn nhân của chúng tôi là 9,4 % thấp hơn so với các tác giả khác Nguyễn Quang 32,8% [13], Sunghyun Paick 40% với vô sinh nguyên phát và 80% nam giới vô sinh thứ phát [1].

Trong nghiên cứu này, trước phẫu thuật đường kính TMT trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là $2,93 \pm 0,54$ mm và $3,59 \pm 0,61$ mm, sau phẫu thuật 1 tháng có sự giảm đường kính là $2,21 \pm 1,96$ mm và $2,52 \pm 1,76$ mm. Sau 3 tháng kích thước này giảm rõ rệt $1,70 \pm 0,54$ mm và $1,97 \pm 0,54$ mm với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. 100% các BN trước PT có dòng trào ngược TM dương tính, sau PT 3 tháng 100% các BN có dòng trào ngược TM âm tính. Cũng có thể nhận thấy rằng, sau phẫu thuật đường kính TMT trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva không thay đổi nhiều và giảm hơn rất nhiều so với trước phẫu thuật. Như vậy có thể hiểu rằng phẫu thuật kiểm soát được các tĩnh mạch tinh cần thắt, chính vì vậy không có dòng trào ngược máu về tĩnh mạch tinh đoạn khảo sát. So sánh với tác giả Nguyễn Văn Thiết kích thước tĩnh mạch tinh trung bình sau mổ là $1,88 \pm 0,38$ và $2,35 \pm 0,35$ (khi làm valsalva) [15]. Thể tích tinh hoàn gần như không thay đổi trước và sau mổ với giá trị trung bình là $13,59 \pm 3,95$ ml, không có trường hợp nào thể tích giảm thêm sau mổ chúng tôi không có tổn thương ĐM tinh trong gây teo tinh hoàn.

Kết quả của chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện về chất lượng và số lượng tinh trùng sau mổ, đặc biệt là sau 3 tháng. Cụ thể so sánh mật độ tinh trùng trước phẫu thuật trung bình là $30,81 \pm 26,58$ triệu/ml, sau PT 3 tháng là $47,30 \pm 35,21$ với sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$. Tổng số tinh trùng trước PT là $111,00 \pm 134,47$ triệu, sau PT 3 tháng là $192,00 \pm 179,11$ triệu với $p=0,03$ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tinh trùng di động

trung bình cũng tăng $35,59 \pm 11,52\%$ lên thành $42,03 \pm 12,55\%$ với $p=0,02$. Sự biến đổi này cũng phù hợp với các nghiên cứu tác giả Nguyễn Văn Thiết (2017) khi mật độ tinh trùng trước PT $33,76 \pm 30,5$ triệu/ml sau PT là $49,86 \pm 39,46$ triệu/ml. Tỷ lệ tinh trùng di động trung bình trước PT $32,04 \pm 17,26\%$ sau PT $39,87 \pm 11,50\%$. Tỷ lệ tinh trùng có hình thái bình thường trung bình trước PT $14,99 \pm 14,48$ sau PT $22,19 \pm 14,9$ theo tiêu chuẩn của WHO năm 2014. Sự thay đổi này có ý nghĩa $p=0,03$ [15]. Theo tác giả Nguyễn Hoài Bắc và cộng sự năm 2019 thì mật độ tinh trùng tăng từ $49,8 \pm 41,1$ triệu/ml lên $71,4 \pm 57,5$ triệu/ml với $p=0,001$. Tỷ lệ tinh trùng di động tăng từ $33,9 \pm 20,4\%$ lên $39,3 \pm 21,9\%$ sau PT. Tổng số tinh trùng tăng từ $65,0 \pm 74,9$ triệu; sau phẫu thuật là $108,5 \pm 117,3$ triệu [16]. Qua kết quả này nhận thấy vi phẫu thắt TMT để điều trị GTMT trên lâm sàng phương pháp hiệu quả, có thể cải thiện các thông số tinh dịch bất thường. Tuy nhiên số lượng BN còn chưa nhiều, thời gian nghiên cứu còn chưa đủ dài nên cần có nhiều thời gian nghiên cứu hơn, với số mẫu lớn hơn, theo dõi và điều trị trên cả các BN vô sinh với các lứa tuổi khác nhau và hoàn cảnh bệnh lý khác nhau thì kết quả nghiên cứu sẽ tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Với những kết quả nghiên cứu đã đạt được, vi phẫu thuật điều trị bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, với nhiều ưu điểm, nên là sự lựa chọn điều trị đầu tiên cho bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh khi có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sunghyun P, Woo SC, Varicocele and Testicular Pain: A Review. World J Mens Health, 37(1), 2019, 4-11.
- [2] Elzanaty S, Johansen C, Microsurgical Subinguinal Varicocele Repair of Grade II-III Lesions Associated with Improvements of Testosterone Levels. Curr Urol. 2017;10(1):45-49.
- [3] Rossella Cannarella, Rupin Shah, Nguyen Quang, Does Varicocele Repair Improve Conventional Semen Parameters? A Meta-Analytic Study Of Before-After Data. World J Mens Health Published online June 22, 2023, <http://doi.org/10.5534/wjmh.230034>.

- [4] Marc Goldstein Cigdem Tanrikut, Microsurgical management of male infertility, *Nature Clinical Practice Urology*; 3, 2006, 381-391.
- [5] Li F, Yue H, Yamaguchi K et al., Effect of surgical repair on testosterone production in infertile men with varicocele: a meta-analysis. *J Urol*. 2012;19(2):149-54.
- [6] P Mirilas, A Mentessidou, Microsurgical subinguinal varicolectomy in children, adolescents, and adults: surgical anatomy and anatomically justified technique, *J Androl*. 33(3), 2012, 338-49.
- [7] Kun-Long Lv, Varicocele anatomy during subinguinal microsurgical varicolectomy in Chinese men, *Andrologia*, 47, 2015.
- [8] CL Cho, SC Esteves, A Agarwal, Indications and outcomes of varicocele repair, *Panminerva Med*; 61(2), 2019, 152-163.
- [9] Mai Bá Tiến Dũng, Nguyễn Thành Như, Vi phẫu cột tĩnh mạch tinh giãn hai bên ngả bẹn bìu ở trẻ em tại Bệnh viện Bình Dân từ 2005 đến 2009, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 375(Số 2 tháng 11 năm 2010), 165- 170.
- [10] Phạm Nam Việt, Phó Minh Tín, Lê Phúc Liên, Đặc điểm giải phẫu mạch máu thừng tinh đoạn trong ống bẹn qua mô vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh, *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 15(1), 2011, 155-159.
- [11] Alaa Hamada, Sandro Esteves Ashok Agarwal, *Varicocele and Male Infertility: Current Concepts, Controversies and Consensus*, 2015.
- [12] SS Chen, WJ Huang, Differences in biochemical markers and body mass index between patients with and without varicocele, *J Chin Med Assoc*; 73(4), 2010, 194-8.
- [13] 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, *Y học TP. Hồ Chí Minh*; 19(4), 2015, 177-181.
- [14] Nguyễn Hoài Bắc, Đinh Văn Toàn, Nguyễn Văn Tuấn, Đánh giá kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh, *Tạp chí nghiên cứu y học*; 122(6), 2019, 40-48.
- [15] Nguyễn Văn Thiết, Đánh giá kết quả vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch tinh, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*, 2017.
- [16] Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng, Phạm Minh Quân, Đánh giá hiệu quả của vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh trên các thông số tinh dịch đồ, *Tạp chí Nghiên cứu y học*; 123(7), 2019, 164-171.

