

THE SURGICAL OUTCOMES OF TREATING CRYPTORCHIDISM IN INFANTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Chau Van Viet¹, Nguyen Dinh Minh^{2*}, Vu Thi Hong Anh², Hoang Van Hien¹

¹Thai Nguyen National Hospital - 479 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

²Thai Nguyen University of Medicine And Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received: 02/11/2024

Revised: 15/11/2024; Accepted: 22/11/2024

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics, ultrasound imaging, and surgical outcomes of cryptorchidism in the inguinal canal in children at Thai Nguyen National Hospital.

Subjects and Methods: We conducted a study on 85 patients who underwent surgery, involving 102 testes descended to the scrotum, from January 2020 to March 2024 at the Pediatric Surgery Department of Thai Nguyen National Hospital.

Results: The average age of surgery was 3.64 ± 2.828 years, with the youngest being 1 and the oldest 12. The most common age group was 1- ≤ 5 years, accounting for 82.3%. Ultrasound detected 100% of the cases of undescended testes in the inguinal canal, with the most common location being in the inguinal canal (52.94%). All patients underwent open surgery to lower the undescended testes into the scrotum. The average surgery duration was 40.24 ± 6.326 minutes, and the average postoperative recovery time was 3.4353 ± 1.051 days. Post-surgery, 82.4% of testes were positioned in the scrotum, while 17.6% were at the base of the penis. The TAI improved after surgery compared to pre-surgery levels.

Conclusion: Surgery for undescended testes in the inguinal canal is safe and yields good treatment outcomes.

Keywords: Cryptorchidism, orchidopexy.

*Corresponding author

Email: Nguyendinhminh16021997@gmail.com **Phone:** (+84) 813658195 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD11.1771**



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TINH HOÀN ẨN TRONG ỐNG BỆN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Châu Văn Việt¹, Nguyễn Đình Minh^{2*}, Vũ Thị Hồng Anh², Hoàng Văn Hiến¹

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - 479 Lương Ngọc Quyến, TP.Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Tp. Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02/11/2024

Chỉnh sửa ngày: 15/11/2024; Ngày duyệt đăng: 22/11/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và kết quả phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn trong ống bẹn ở trẻ em tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 85 bệnh nhân được phẫu thuật với 102 tinh hoàn hạ xuống bìu từ 1/2020-03/2024 tại khoa Ngoại Nhi bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Kết quả: Tuổi phẫu thuật trung bình $3,64 \pm 2,828$ tuổi, nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 12, độ tuổi hay gặp nhất từ $1 \leq 5$ chiếm 82,3%, siêu âm phát hiện được 100% các trường hợp tinh hoàn ẩn trong ống bẹn, vị trí tinh hoàn trong ống bẹn gặp nhiều nhất 52,94% Tất cả bệnh đều được phẫu thuật mổ mở hạ tinh hoàn ẩn xuống bìu. Thời gian phẫu thuật trung bình: $40,24 \pm 6,326$, thời gian hậu phẫu trung bình: $3,4353 \pm 1,051$. Sau phẫu thuật tỉ lệ tinh hoàn xuống bìu 82,4%, ở ngang gốc dương vật là 17,6%, chỉ số TAI mức độ tốt sau phẫu thuật tăng lên so với trước phẫu thuật.

Kết luận: Phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn trong ống bẹn là phẫu thuật an toàn, mang lại kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: Tinh hoàn ẩn, phẫu thuật hạ tinh hoàn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) hay còn gọi tinh hoàn ẩn là một thuật ngữ được dùng để chỉ những trường hợp không có 1 hoặc 2 tinh hoàn ở bìu, do sự dừng lại bất thường của tinh hoàn trên đường di chuyển. Tỷ lệ mắc từ 1-5% và cao nhất là 30-45% ở trẻ non tháng [1].

Chẩn đoán và theo dõi tiến triển của tinh hoàn không xuống bìu không đòi hỏi kỹ thuật cao, chủ yếu dựa vào khám lâm sàng và siêu âm [2]. Ẩn tinh hoàn không phẫu thuật trong thời gian dài có thể gây các biến chứng như: teo, xoắn tinh hoàn, giảm khả năng sinh sản, vô sinh, ung thư tinh hoàn [3-5].

Có hai phương pháp thường được sử dụng để điều trị tinh hoàn không xuống bìu bao gồm điều trị bằng nội tiết tố và phẫu thuật trong đó phẫu thuật hạ tinh hoàn cố định xuống bìu vẫn được coi là tiêu chuẩn điều trị THKXB khi điều trị thử bằng nội tiết hoặc chờ tinh hoàn di chuyển về bìu không có kết quả [6].

Theo khuyến cáo cho trẻ từ 6- 24 tháng tuổi đối với bệnh tinh hoàn ẩn để tránh các biến chứng có thể xảy

ra, do có những bằng chứng về mô học cho rằng có những tổn thương tế bào mầm và tinh nguyên bào từ tháng thứ 6 trở đi đặc biệt sau 2 tuổi [7-9]. Tuy nhiên việc phẫu thuật cho trẻ vẫn gặp nhiều ở các lứa tuổi khác nhau không đúng theo khuyến cáo, tuổi càng muộn thì tỉ lệ gặp những biến chứng càng cao. Xuất phát từ các lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm bệnh nhân THKXB và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị THKXB.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tinh hoàn ẩn trong ống bẹn được điều trị phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn tại khoa Ngoại nhi Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ 01/2020 – 03/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

*Tác giả liên hệ

Email: Nguyendinhminh16021997@gmail.com Điện thoại: (+84) 813658195 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD11.1771>

+ Lâm sàng khám là trẻ nam có tinh hoàn ẩn 1 bên hoặc 2 bên.

+ Siêu âm khảo sát được vị trí tinh hoàn ở lỗ bẹn sâu, ống bẹn và lỗ bẹn nông.

+ Phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn trong ống bẹn lần đầu.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

+ Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Tinh hoàn lò so, tinh hoàn ẩn trong ổ bụng, tinh hoàn ẩn kèm theo mơ hồ giới tính.

+ Những bệnh án thiếu nhiều thông tin không có cơ sở thu thập.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2023 – 9/2024.

- Địa điểm: Khoa Ngoại Nhi bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả.

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang: hồi cứu và tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

- Chúng tôi chọn được 85 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào tiến hành nghiên cứu.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Khám lâm sàng và ghi lại kết quả siêu âm trên bệnh nhân mắc tinh hoàn ẩn

- Tham gia phẫu thuật với bệnh nhân tiến cứu, khám và đánh giá lại tất cả các bệnh nhân dựa vào khám lâm sàng và siêu âm[10].

+ Vị trí tinh hoàn: chúng tôi chia làm 3 mức độ: tốt là tinh hoàn nằm ở túi bìu, trung bình là tinh hoàn nằm ngang mức gốc dương vật và xấu tinh hoàn trong ống bẹn phải mổ lại để hạ tinh hoàn lần 2.

+ Chỉ số TAI được tính theo công thức:

$(V \text{ lành}-V \text{ bệnh})/(V \text{ lành}) \times 100\% = \text{TAI}\%$. Sau đó đánh giá 3 mức độ: tốt khi chỉ số TAI < 33%, trung bình khi chỉ số TAI từ 33% - 50% và xấu khi chỉ số TAI > 50%.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Các biểu đồ được vẽ bằng phần mềm Microsoft Excel 2010.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung

binh và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher exact test, mức ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0.05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:

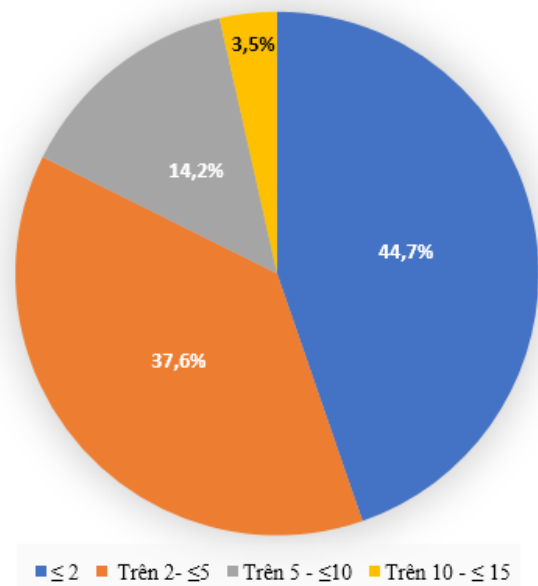
Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua và sự chấp thuận.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 85 bệnh nhân được phẫu thuật với 102 tinh hoàn bệnh trong đó có 68 bệnh nhân tinh hoàn ẩn 1 bên và 17 bệnh nhân tinh hoàn ẩn 2 bên.

Phân bố tuổi phẫu thuật theo nhóm tuổi



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi phẫu thuật theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi phẫu thuật chiếm nhiều nhất là ≤ 2, trong đó tuổi nhỏ nhất là 1, lớn nhất là 12, trung bình là $3,64 \pm 2,828$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bên tinh hoàn ẩn	Phải	43	50,59
	Trái	25	29,41
	Hai bên	17	20,00
Triệu chứng lâm sàng	Sờ thấy	73	71,57
	Không sờ thấy	29	28,43
Vị trí	Lỗ bẹn nông	22	21,57
	Ống bẹn	54	52,94
	Lỗ bẹn sâu	26	25,49

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tinh hoàn bên phải chiếm 50,59%, bên trái chiếm 29,41%, hai bên chiếm 20%, vị trí tinh hoàn trên siêu âm có 21,57% tinh hoàn vị trí lỗ bẹn nông, ống bẹn 52,94%, lỗ bẹn sâu 25,49%. Khám lâm sàng sờ thấy 71,57%, không sờ thấy 28,43%.

3.2 Kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật: 40,24 ± 6,326 (phút)
- Thời gian hậu phẫu trung bình: 3,4353 ± 1,051 ngày
- Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật
- Sau phẫu thuật chúng tôi khám lâm sàng, siêu âm đánh giá vị trí tinh hoàn ẩn sau 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng và thu được các kết quả sau

Bảng 2. Kết quả khám lâm sàng sau phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn

Thời gian khám					
TH bệnh 1 bên			TH bệnh 2 bên		
Bìu	Gốc dương vật	Trong ống bẹn	Bìu	Gốc dương vật	Trong ống bẹn
Sau phẫu thuật					
54 (79,4%)	14 (20,6%)	0	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0
Sau 3 tháng					
25 (83,3%)	5 (16,7%)	0	8 (80%)	2 (20%)	0
Sau 6 tháng					
8 (72,7%)	3 (27,3%)	0	0	0	0
Sau 9 tháng					
9 (75%)	3 (25%)	0	0	0	0
Sau 12 tháng					
31 (86,1%)	5 (13,9%)	0	18 (81,82%)	4 (18,88%)	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật và khám lại tại các thời điểm, không có tinh hoàn nào tụt lên ống bẹn, sau 12 tháng vị trí tinh hoàn ở mức độ tốt 49/58 tinh hoàn được khám lại.

Bảng 3. Kết quả theo dõi chỉ số TAI tại các thời điểm

Thời gian khám					
TH bệnh 1 bên			TH bệnh 2 bên		
Tốt	Trung Bình	Xấu	Tốt	Trung Bình	Xấu
Trước phẫu thuật					
30 (44,12%)	25 (36,77%)	13 (19,11%)	0	3 (17,6%)	14 (82,4%)
Sau 3 tháng					
16 (53,3%)	11 (36,7%)	3 (10%)	0	6 (60%)	4 (40%)
Sau 6 tháng					
8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	0	0	0
Sau 9 tháng					
10 (83,3%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	0	0	0
Sau 12 tháng					
26 (72,22%)	4 (11,11%)	6 (16,67%)	8 (36,36%)	8 (36,36%)	6 (27,28%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật chỉ số teo tinh hoàn ở mức độ tốt đối với 1 bên là 34/58 tinh hoàn, trung bình 12/58 tinh hoàn và xấu là 12/58 tinh hoàn.

Bảng 4. Liên quan vị trí tinh hoàn trên siêu âm với vị trí tinh hoàn sau phẫu thuật

Vị trí sau PT	Bìu	Gốc dương vật	Tổng	P
Lỗ bẹn nông	22 (100%)	0	22 (21,57%)	0,048
Ống bẹn	45 (83,33%)	9 (16,67%)	54 (52,94%)	
Lỗ bẹn sâu	8 (30,77%)	18 (69,23%)	26 (25,49%)	
Tổng	75 (73,53%)	27 (26,47%)	102	

Nhận xét: Vị trí tinh hoàn sau phẫu thuật ở bìu chiếm 73,53%, ở gốc dương vật chiếm 26,47%, không có trường hợp nao không hạ được, p<0,05 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan nhóm tuổi và chỉ số TAI với tình hoàn 2 bên tại các thời điểm

TAI khám lại		Nhóm tuổi				Tổng
		≤ 2	> 2 - ≤ 5	> 5 - ≤ 10	> 10- ≤15	
Trước phẫu thuật	Tốt	0	0	0	0	0
	TB	2(12,5%)	2(16,7%)	2(50%)	0	6(17,6%)
	Xấu	14(87,5%)	10(83,3%)	2(50%)	2(100%)	28(82,4%)
Sau PT 3 tháng	Tốt	0	0	0	0	0
	TB	4(66,7%)	2(50%)	0	0	6
	Xấu	2(33,3%)	2(50%)	0	0	4
Sau PT 12 tháng	Tốt	6(100%)	2(33,33%)	0	0	8(36,36%)
	TB	0	4(66,67%)	4(66,67%)	0	8(36,36%)
	Xấu	0	0	2(33,33%)	4(100%)	6(16,67%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật 12 tháng với tình hoàn 2 bên chỉ số TAI ở mức độ tốt chiếm 36,36%, trung bình 36,36%, xấu chiếm 16,67%.

Bảng 6. Liên quan nhóm tuổi và chỉ số TAI với tình hoàn 1 bên tại các thời điểm

TAI khám lại		Nhóm tuổi				Tổng
		≤ 2	> 2 - ≤ 5	> 5 - ≤ 10	>10 - ≤15	
Trước phẫu thuật	Tốt	18(60%)	10(38,46%)	2(20%)	0	30(44,12%)
	TB	10(33,33%)	11(42,31%)	3(30%)	1(50%)	25(36,77%)
	Xấu	2(6,67%)	5(19,23%)	5(50%)	1(50%)	13(19,11%)
Sau PT 3 tháng	Tốt	9(81,8%)	7(46,7%)	0	0	16(53,3%)
	TB	1(9,1%)	6(40%)	4(100%)	0	11(36,7%)
	Xấu	1(9,1%)	2(13,3%)	0	0	3(10%)
Sau PT 6 tháng	Tốt	3(100)	5(71,4%)	0	0	8(72,7%)
	TB	0	1(14,3%)	1	0	2(18,2%)
	Xấu	0	1(14,3%)	0	0	1(9,1%)
Sau PT 9 tháng	Tốt	4(100%)	6(85,7%)	0	0	10(83,3%)
	TB	0	0	1	0	1(8,3%)
	Xấu	0	1(14,3%)	0	0	1(8,3%)
Sau PT 12 tháng	Tốt	11(91,7%)	12(85,7%)	5(62,5%)	0	28(77,78%)
	TB	1(8,3%)	0	0	1(50%)	2(5,56%)
	Xấu	0	2(14,3%)	3(37,5%)	1(50%)	6(16,66%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật 12 tháng với tinh hoàn ẩn 1 bên chỉ số TAI ở nhóm ≤ 2 ở mức độ tốt chiếm 91,7%, trung bình 8,3%, nhóm $> 10 - \leq 15$ tuổi chỉ số TAI mức độ tốt chiếm 0%, mức độ xấu 50%, trung bình 50%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật là $3,64 \pm 2,828$, trong đó nhóm tuổi ≤ 2 là nhóm tuổi được khuyến cáo phẫu thuật chiếm 44,7%. Nghiên cứu của Tô Hoàng Dũng 2017 tuổi phẫu thuật trung bình $5,1 \pm 3,5$ trong đó nhóm tuổi ≤ 2 chiếm 31,6% [11], nghiên cứu của Marcus Sondermann (2021) với 124,741 trường hợp trẻ được phẫu thuật thì nhóm tuổi từ 1-4 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 52% [2], Như vậy nhóm tuổi phẫu thuật của chúng tôi thấp hơn các tác giả có thể do sự khác biệt về số lượng bệnh nhân hoặc do ý thức về khám và điều trị phẫu thuật sớm đối với trẻ mắc bệnh đã tăng lên,

Theo khuyến cáo của hội Nhi khoa Canada, chẩn đoán ẩn tinh hoàn nên đặt ra chẩn đoán sớm từ sau sinh [12], tốt nhất trước 6 tháng tuổi mục đích chính để theo dõi, hạn chế các biến chứng như xoắn tinh hoàn, vô sinh [3-5], việc chẩn đoán dựa và khám lâm sàng và kết quả siêu âm, Trong nghiên cứu của chúng tôi khám lâm sàng sờ thấy được tinh hoàn ở vị trí lỗ bẹn nông (22/22 TH lỗ bẹn sâu) và ống bẹn (51/54 TH trong ống bẹn), không sờ thấy tinh hoàn ở vị trí lỗ bẹn sâu (26/26 TH lỗ bẹn sâu, có 3 trường hợp TH trong ống bẹn không sờ thấy trên lâm sàng có thể do lớp mỡ dưới da bệnh nhân dày và tinh hoàn bệnh teo nhỏ, Bên cạnh đó, trong nhóm nghiên cứu vị trí tinh hoàn ẩn ở bên phải gặp nhiều hơn 43/102 TH chiếm 42,16%, siêu âm phát hiện 100% tinh hoàn ẩn và vị trí tinh hoàn trên siêu âm hay gặp nhất ở ống bẹn chiếm 52,94%, Theo Wenyan Li và cộng sự từ năm 2007-2021 với 1883 trường hợp tinh hoàn ẩn mắc phải 1,059 tinh hoàn ẩn bên phải chiếm 57,8%, bên trái chiếm 36,7% và hai bên là 5,5%(13), nghiên cứu của Tô Hoàng Dũng tỉ lệ tinh hoàn bệnh bên phải là 44,2%, bên trái 44,2%, hai bên 11,6% [11], nghiên cứu của Lê Minh Trác (2016) cho thấy tinh hoàn ở vị trí ống bẹn cao nhất 42,4%, lỗ bẹn nông 32,3%, lỗ bẹn sâu 15,2%, ổ bụng 8,1%, không tìm thấy tinh hoàn 2%[10], các tác giả khám và sờ thấy 100% tinh hoàn ở lỗ bẹn nông và ống bẹn. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng đồng thuận với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, Siêu âm còn giúp phát hiện một số bệnh phối hợp kèm theo trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh lý ống phúc tinh mạc hay gặp nhất 8/85 trường hợp trong đó thoát vị bẹn có 6 trường hợp, nang nước thừng tinh có 1 và tràn dịch màng tinh hoàn 1 trường hợp và các bệnh lý này cùng bên với bên tinh hoàn bệnh, một trường hợp lỗ tiêu lệch thấp.

Việc xác định vị trí tinh hoàn ẩn trên siêu âm có vai trò quan trọng, Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi thấy vị trí tinh hoàn nằm trong bìu sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao với tinh hoàn vị trí trước mổ nằm trong ống bẹn (45/54

TH trong ống bẹn) và lỗ bẹn nông (22/22 TH trong lỗ bẹn nông), vị trí lỗ bẹn sâu đa số hạ ở vị trí ngang gốc dương vật (18/26 TH vị trí lỗ bẹn sâu). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Hùng cho thấy vị trí tinh hoàn ở lỗ bẹn nông hạ xuống bìu chiếm 85,7%, ống bẹn 72,3% và lỗ bẹn sâu chiếm 58,3%[14]. Nghiên cứu của Lê Minh Trác tinh hoàn ở vị trí lỗ bẹn nông tỉ lệ hạ xuống bìu sau phẫu thuật chiếm 100%, ống bẹn chiếm 100%, lỗ bẹn sâu 80%[10]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng đồng thuận với các tác giả về vị trí TH càng nằm ở vị trí cao, nhất là trong ổ bụng càng khó hạ xuống bìu do càng thấp thì khoảng cách từ tinh hoàn xuống bìu sẽ ngắn hơn nên việc hạ tinh hoàn xuống bìu dễ dàng hơn,

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho những trường hợp tinh hoàn không xuống bìu thất bại với điều trị nội khoa hay chờ đợi tinh hoàn tự di chuyển xuống trong những tháng đầu đời, Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi $40,24 \pm 6,326$ (phút), thời gian hậu phẫu trung bình: $3,4353 \pm 1,051$ không có biến chứng trong và sau phẫu thuật, Qua quá trình theo dõi sau phẫu thuật khám lại sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào tinh hoàn tụt lên ống bẹn trong thời gian theo dõi, theo nghiên cứu của Trần Quốc Hòa tỉ lệ tinh hoàn ở bìu khám lại sau phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn là 100%, tác giả Lê Minh Trác báo cáo sau mổ 3 tháng tinh hoàn nằm hoàn toàn trong bìu (kết quả tốt) là 88,1%, tinh hoàn ở vị trí lỗ bẹn nông hay ngang gốc dương vật và thấp hơn so với vị trí cũ (kết quả trung bình) là 7,4%, tinh hoàn ở vị trí ống bẹn hay vẫn ở vị trí cũ (kết quả xấu) là 4,5%, tỷ lệ thành công cao do bệnh nhân có độ tuổi thấp, trước mổ được điều trị nội tiết tố, khoảng cách từ tinh hoàn xuống bìu cũng ngắn[10].

Chỉ số TAI trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trước phẫu thuật chỉ số TAI mức độ tốt ở nhóm ≤ 2 tuổi chiếm tỉ lệ cao 60%, nhóm tuổi từ $> 2 - \leq 5$ chiếm 38,46%, chỉ số TAI mức độ xấu ở nhóm tuổi từ $> 5 - \leq 10$ chiếm 50%, nhóm tuổi $> 10 - \leq 15$ chiếm 50%. Mặt khác chỉ số TAI mức độ t xấu ở nhóm tinh hoàn bệnh 2 bên chiếm 28/34 tinh hoàn, Nghiên cứu của Nguyễn Công Hùng chỉ số TAI mức độ tốt ở nhóm ≤ 2 tuổi chiếm tỉ lệ cao 52%, tuổi từ $> 5 - \leq 10$ chiếm 20%, nhóm tuổi $> 10 - \leq 15$ chiếm 0%[14]. Như vậy tuổi càng nhỏ chỉ số teo tinh hoàn bệnh càng giảm, càng lớn chỉ số teo tinh hoàn bệnh càng tăng và những trường hợp tinh hoàn ẩn 2 bên chỉ số teo tinh hoàn càng tăng lên so với tinh hoàn bình thường. Sau phẫu thuật chỉ số TAI được cải thiện sau 12 tháng chúng tôi thấy chỉ số TAI mức độ tốt chiếm 77,78% ở tinh hoàn 1 bên và 36,36% tinh hoàn 2 bên trong đó nhóm tuổi ≤ 2 có chỉ số TAI tốt chiếm cao nhất 91,7% ở 1 bên và 100% đối với 2 bên tinh hoàn ẩn, nhóm tuổi càng lớn thì kết quả sau phẫu thuật cũng ảnh hưởng, chỉ số TAI mức độ tốt sau phẫu thuật 12 tháng nhóm $> 5 - \leq 10$ là 62,5% ở 1 bên và 0% với 2 bên TH bệnh, đối với nhóm $> 10 - \leq 15$ là 0% đối với các trường hợp, trong khi đó chỉ số TAI mức độ xấu của nhóm này là 100% với tinh hoàn bệnh 1 bên và 50% với tinh hoàn bệnh 2 bên. Nghiên cứu của Lê Văn Trường (2013) chỉ số TAI sau phẫu thuật THKB tốt chiếm

32%, trung bình 16%, xấu 52%[15]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Công Hùng (2015) TAI mức độ xấu chiếm 21,22% (trước 4,5%), mức độ tốt 48,5% (trước 36,4%), trung bình 30,3 (trước 59,1%). Như vậy các nghiên cứu của các tác giả và chúng tôi đều cho thấy tuổi phẫu thuật càng nhỏ chỉ số teo tinh hoàn sau phẫu thuật mức độ tốt càng tăng

5. KẾT LUẬN

Chẩn đoán tinh hoàn không xuống bìu dựa và khám lâm sàng và siêu âm. Trong đó siêu âm có thể xác định được vị trí tinh hoàn, các dị tật kèm theo và qua xác định vị trí giúp tiên lượng vị trí tinh hoàn có thể hạ trong phẫu thuật. Phẫu thuật hạ tinh hoàn là một phẫu thuật an toàn, rất ít biến chứng. Việc phẫu thuật cần thực hiện sớm nhất là tuổi ≤ 2 sẽ tránh được các biến chứng có thể xảy ra đặc biệt là teo tinh hoàn có thể gây vô sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] AlSahli L, Alabdulsalam A, Mahfouz A, Alnamshan M. Outcomes of Early vs. Late Surgical Intervention in Children With Undescended Testis. *Cureus*. 2024;16(3):e56430.
- [2] Sondermann M, Menzel V, Borkowetz A, Baunacke M, Huber J, Eisenmenger N, et al. Treatment trends for undescended testis and impact of guideline changes a medical health care analysis of orchidopexy and cryptorchidism in Germany between 2006 und 2020. *World journal of urology*. 2024;42(1):386.
- [3] Fedder J, Boesen M. Effect of a combined GnRH/hCG therapy in boys with undescended testicles: evaluated in relation to testicular localization within the first week after birth. *Archives of andrology*. 1998;40(3):181-6.
- [4] Ma YL, Wang TX, Feng L, Hu CB, Sun JS, Zhang CF, et al. Diagnoses and Treatment of Acquired Undescended Testes: A Review. *Medicine*. 2024;103(27):e38812.
- [5] Taha M, Alqarni SA, Alshamrani FM, Alqarni EM, Almathami AA, Almathami MA, et al. Knowledge and Awareness of Screening for Children With Cryptorchidism in the Al-Qunfudhah Governorate, Saudi Arabia. *Cureus*. 2024;16(5):e59770.
- [6] Shin J, Jeon GW. Comparison of diagnostic and treatment guidelines for undescended testis. *Clinical and experimental pediatrics*. 2020;63(11):415-21.
- [7] Igarashi A, Kikuchi K, Ogushi K, Hasegawa M, Hatanaka M, Fujino J, et al. Surgical exploration for impalpable testis: Which should be first, inguinal exploration or laparoscopic abdominal exploration? *Journal of pediatric surgery*. 2018;53(9):1766-9.
- [8] Pakkasjärvi N, Taskinen S. Surgical treatment of cryptorchidism: current insights and future directions. *Frontiers in endocrinology*. 2024;15:1327957.
- [9] Thorup J, Cortes D. Surgical Management of Undescended Testis - Timetable and Outcome: A Debate. *Sexual development : genetics, molecular biology, evolution, endocrinology, embryology, and pathology of sex determination and differentiation*. 2019;13(1):11-9.
- [10] Lê Minh Trác. Chẩn đoán sớm và đánh giá kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2016.
- [11] Tô Hoàng Dũng. Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Nội Soi Điều Trị Âm Tinh Hoàn Ở Trẻ Em Tại Bệnh Viện Việt Đức. Thái Bình: Trường Đại học Y dược Thái Bình; 2016.
- [12] Braga LH, Lorenzo AJ, Romao RLP. Canadian Urological Association-Pediatric Urologists of Canada (CUA-PUC) guideline for the diagnosis, management, and followup of cryptorchidism. *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada*. 2017;11(7):E251-e60.
- [13] Li W, Chen Z, Xu W, Gao Y, Liu Z, Li Q, et al. Prevalence of congenital cryptorchidism in China: A nationwide population-based surveillance study, 2007-2021. *Andrology*. 2024.
- [14] Nguyễn Công Hùng. Đánh giá kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu ở trẻ em tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Thái Nguyên: Đại học Y dược Thái Nguyên; 2015.
- [15] Lê Văn Trường. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội.; 2013.