

MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY FOR VARICOCELE: TREATMENT OUTCOMES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2016 TO 2024

Nguyen Quang^{1,2*}, Luu Quang Long^{1,2}, Nguyen Thanh Phu¹, Nguyen Huu Thao¹, Bui Van Quang²

¹VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

²Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem ward, Hanoi, Vietnam

Received: 17/06/2026

Revised: 14/07/2026; Accepted: 20/07/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of microsurgical varicocelectomy in the treatment of varicocele at Viet Duc University Hospital during the period 2016-2024.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study was conducted on 746 patients diagnosed with varicocele and treated with microsurgical varicocelectomy at Viet Duc University Hospital between 2016 and 2024. Clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes were collected from medical records and analyzed using SPSS version 22.0.

Results: The mean age of the patients was 27.21 ± 8.43 years (range 10-61 years). Left-sided varicocele accounted for 76.2% of cases. Grade III varicocele was the most common presentation, observed in 74.9% of patients, while venous reflux on Doppler ultrasonography was detected in 78%. The mean spermatic vein diameter before surgery was 2.70 ± 0.63 mm at rest and 3.28 ± 0.67 mm during the Valsalva maneuver. One month after surgery, these values decreased to 2.25 ± 0.64 mm and 2.49 ± 0.62 mm, respectively. The reduction in spermatic vein diameter after surgery was statistically significant ($p < 0.05$). A good treatment outcome was achieved in 95.6% of patients, while 4.4% had a fair outcome.

Conclusion: Microsurgical varicocelectomy is a safe and effective treatment for varicocele. The procedure resulted in a significant reduction in spermatic vein diameter on Doppler ultrasonography and demonstrated a high success rate of 95.6%, supporting its important role in the management of varicocele.

Keywords: Varicocele, microsurgery, microsurgical varicocelectomy, Doppler ultrasonography, treatment outcomes.

*Corresponding author

Email: quangvietduc@gmail.com Phone: (+84) 903201919 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5808



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT GIÃN TĨNH MẠCH TÍNH QUA HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016-2024

Nguyễn Quang^{1,2*}, Lưu Quang Long^{1,2}, Nguyễn Thành Phú¹, Nguyễn Hữu Thảo², Bùi Văn Quang²

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/06/2026

Ngày chỉnh sửa: 14/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 746 bệnh nhân được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh và điều trị bằng vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2016-2024. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị được thu thập từ hồ sơ bệnh án và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $27,21 \pm 8,43$ tuổi (10-61 tuổi). Giãn tĩnh mạch tinh bên trái chiếm 76,2% trường hợp. Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, giãn độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (74,9%), và 78% có dòng trào ngược tĩnh mạch tinh trên siêu âm Doppler. Đường kính trung bình tĩnh mạch tinh trước phẫu thuật là $2,70 \pm 0,63$ mm khi nghỉ và $3,28 \pm 0,67$ mm sau nghiệm pháp Valsalva; sau phẫu thuật 1 tháng, các chỉ số này giảm tương ứng còn $2,25 \pm 0,64$ mm và $2,49 \pm 0,62$ mm. Sự thay đổi kích thước tĩnh mạch tinh trước và sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ kết quả điều trị tốt đạt 95,6%, kết quả trung bình chiếm 4,4%.

Kết luận: Vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với giãn tĩnh mạch tinh. Sau phẫu thuật, đường kính tĩnh mạch tinh giảm rõ rệt trên siêu âm Doppler, với tỷ lệ thành công cao (95,6%), khẳng định vai trò của vi phẫu thuật trong điều trị bệnh lý này.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch tinh, vi phẫu thuật, thắt tĩnh mạch tinh, siêu âm Doppler, kết quả điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh là tình trạng giãn bất thường của đám rối tĩnh mạch tinh nằm trong bìu, do sự trào ngược máu từ tĩnh mạch thặng ở bên trái và tĩnh mạch chủ ở bên phải về tĩnh mạch tinh trong. Đây là một bệnh phổ biến ở nam giới và mang tính tự phát, gặp ở 15% nam giới khỏe mạnh. Giãn tĩnh mạch tinh có thể gây ra các triệu chứng khó chịu như đau tức vùng bẹn bìu hoặc các biến chứng dẫn đến hiếm muộn con [1-2].

Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh khác nhau như phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh bằng phương pháp phẫu thuật mổ mở cổ điển, phẫu thuật nội soi, can thiệp mạch qua da và vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh. Hiện nay, vi phẫu thuật được xem là tiêu chuẩn tối ưu trong điều trị bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh nhờ vào nhiều lợi ích như: tĩnh mạch tinh và các cấu trúc liên quan được phóng đại nhiều lần để thuận tiện cho việc mổ, vết mổ nhỏ, ít đau sau phẫu thuật và hồi phục nhanh chóng... [3-4], nhờ đó có tỷ lệ thành công cao, giảm thiểu biến chứng và hiệu quả trong việc nâng cao chức năng sinh sản của nam giới. Trên toàn cầu, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ tái phát bệnh giãn tĩnh mạch tinh sau điều trị vi phẫu khoảng từ 0,6-4,5%, tốt hơn nhiều so với tỷ lệ khoảng 20% của phương pháp mổ mở và nội soi [5]. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Hoài Bắc: tỷ lệ thành công của vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh đạt 96,2%, tỷ lệ biến chứng là 27,3% và không có biến chứng nặng [7].

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phương pháp vi phẫu thuật để điều trị giãn tĩnh mạch tinh đã được thực hiện từ

nhiều năm. Tuy nhiên, đến nay, các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng vi phẫu thuật qua hình ảnh siêu âm vẫn còn hạn chế về quy mô và thiếu các nghiên cứu chuyên sâu trong thời gian dài. Trên cơ sở thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1-12 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đến khám tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong 9 năm (2016-2024), được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh một bên hoặc hai bên dựa trên lâm sàng và siêu âm.

- Được điều trị bằng vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh, tái khám sau 1 tháng và được theo dõi sau mổ ít nhất 3 tháng.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng.

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com Điện thoại: (+84) 903201919 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5808

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp và mạn tính có thể ảnh hưởng đến nồng độ hormone sinh dục: viêm nhiễm bộ phận sinh dục cấp tính, rối loạn nội tiết, suy sinh dục...
- Bệnh nhân có bệnh lý ở bụng: u thận, u sau phúc mạc...
- Không tái khám và tuân thủ theo dõi của nghiên cứu viên.

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, thu thập được 746 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.5. Biến số, nội dung nghiên cứu

2.5.1. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, thời gian nhập viện, lý do vào viện, tổn thương phổi hợp, vị trí giãn, mức độ giãn, đường kính tĩnh mạch tinh trên siêu âm.
- Kết quả điều trị thất tinh mạch tinh vi phẫu: thời gian phẫu thuật, biến chứng sau mổ, siêu âm Doppler bên bii hai bên, kết quả điều trị sau 3 tháng.

2.5.2. Phương pháp đánh giá

- Đánh giá giãn tĩnh mạch tinh trên lâm sàng kết hợp siêu âm theo Dubin L và cộng sự [3]:
 - + Độ I: kích thước tĩnh mạch tinh còn nhỏ, chỉ có thể sờ thấy khi làm nghiệm pháp Valsalva.
 - + Độ II: kích thước tĩnh mạch tinh giãn ở mức trung bình, có thể sờ thấy dễ dàng mà không cần làm nghiệm pháp Valsalva.
 - + Độ III: kích thước tĩnh mạch lớn, có thể nhìn thấy mà không cần sờ.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật sau khi bệnh nhân ra viện theo Hoàng Long và cộng sự [4]:
 - + Tốt: vết mổ khô, không đau tinh hoàn hay bìu sau phẫu thuật, không có biến chứng sau phẫu thuật.
 - + Trung bình: vết mổ nhiễm trùng chỉ cần điều trị kháng sinh, sau khi ra viện bệnh nhân vẫn đau tức nhẹ vùng bìu hay tinh hoàn, có biến chứng nhẹ không phải can thiệp ngoại khoa (tụ máu bìu, phù nề, tràn dịch tinh mạc...).
 - + Xấu: phải phẫu thuật lại do chảy máu, tụ máu bìu; có tràn dịch tinh mạc cần mổ dẫn lưu dịch.

2.6. Thu thập và xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Excel 2024, làm sạch và phân tích xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để tính toán các chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng Paired-Samples T-test, phân tích hồi quy tuyến tính để xác định sự khác biệt và các yếu tố liên quan. Mức giá trị xác suất $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và được sự đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các đối tượng tự nguyện tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của 746 bệnh nhân nghiên cứu là $27,21 \pm 8,43$, nhỏ nhất 10 tuổi và lớn nhất 61 tuổi. Độ tuổi 18-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,8%) và thấp nhất là nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi (6,4%).

Lý do vào viện do đau tức bìu chiếm tỷ lệ cao nhất (45,3%). Tỷ lệ bệnh nhân tự sờ thấy búi mạch tinh giãn cao thứ hai (18,8%).

Có 76,2% trường hợp giãn tĩnh mạch tinh bên trái; 22,3% giãn hai bên; thấp nhất là 1,5% giãn bên phải. Giãn độ III chiếm 74,9%. 78% bệnh nhân có dòng trào ngược tĩnh mạch tinh bên giãn.

3.2. Kết quả phẫu thuật thất tinh mạch tinh vi phẫu

Thời gian phẫu thuật trung bình $69,92 \pm 34,13$ phút, ngắn nhất là 25 phút và dài nhất là 140 phút.

Bảng 1. Đặc điểm siêu âm giãn tĩnh mạch tinh trước và sau phẫu thuật

Đặc điểm siêu âm giãn tĩnh mạch tinh		Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật 1 tháng		p_{t-test}
		$\bar{X} \pm SD$	Min-max	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	
Đường kính tĩnh mạch tinh (mm)	Trước khi làm Valsalva	$2,70 \pm 0,63$	1,3-4,4	$2,25 \pm 0,64$	0,8-4,2	0,001
	Sau khi làm Valsalva	$3,28 \pm 0,67$	2,2-5,6	$2,49 \pm 0,62$	0,9-4,3	0,001
Thể tích tinh hoàn (ml)	Tinh hoàn trái	$9,84 \pm 3,09$	4,0-26	$10,68 \pm 3,22$	4,45-21	0,001
	Tinh hoàn phải	$10,46 \pm 3,28$	3,9-24	$10,82 \pm 3,32$	4,19-21,4	0,151

Đường kính tĩnh mạch tinh khi làm nghiệm pháp Valsalva sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 2. Sự cải thiện đường kính tĩnh mạch tinh trên siêu âm theo phân độ và theo tuổi

Đặc điểm		Trước phẫu thuật (mm)	Sau phẫu thuật 1 tháng (mm)	p_{t-test}
Phân độ giãn tĩnh mạch tinh	Độ I	$2,54 \pm 0,8$	$1,93 \pm 0,6$	0,001
	Độ II	$2,71 \pm 0,49$	$2,17 \pm 0,56$	0,02
	Độ III	$3,12 \pm 0,74$	$2,4 \pm 0,61$	0,003
Độ tuổi	< 18 tuổi	$2,64 \pm 0,57$	$2,12 \pm 0,57$	0,145
	18-30 tuổi	$2,75 \pm 0,70$	$2,35 \pm 0,59$	0,276
	> 30 tuổi	$2,94 \pm 0,83$	$2,38 \pm 0,81$	0,09

Thay đổi đường kính tĩnh mạch tinh trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ở mọi phân độ ($p < 0,05$), trong khi đó theo nhóm tuổi, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật (n = 746)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kết quả phẫu thuật	Tốt	713	95,6
	Trung bình	33	4,4
	Xấu	0	0
Biến chứng sau phẫu thuật	Không	740	99,2
	Đau mạn tính	6	0,8
	Nhiễm trùng	0	0
	Chảy máu	0	0

Sau 3 tháng phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh cho kết quả tốt 95,6% và trung bình 4,4%, không có bệnh nhân có kết quả xấu; về biến chứng sau phẫu thuật chỉ có 0,8% bệnh nhân có triệu chứng đau mạn tính.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là $27,21 \pm 8,43$, trong đó nhóm 18-30 tuổi

chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,8% và thấp nhất là nhóm trên 40 tuổi với 6,4%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng về tuổi trung bình và độ tuổi 18-30 so với các nghiên cứu của Thái Xuân Thủy (27,99 ± 6,49 tuổi và 70,2%) [5], Hoàng Long và cộng sự (25,6 ± 7,2 tuổi và 61,4%) [4]; tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Bắc (30,1 ± 5,5 tuổi và 59,9%) [7], Mohamed E.E và cộng sự (30,4 ± 4,5 tuổi) [1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân vào viện do đau tức bìu chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,3%. Tỷ lệ bệnh nhân tự sờ thấy búi mạch tinh giãn cao thứ hai với 18,8%. Tuy nhiên, nghiên cứu quốc tế cho thấy giãn tĩnh mạch tinh thường không gây đau rõ rệt, theo Paick S và cộng sự (2019), chỉ khoảng 2-10% bệnh nhân báo cáo đau [8]. Sự khác biệt này có thể do cách phát hiện khác nhau của nhiều bệnh nhân như qua khám sức khỏe định kỳ hay điều trị hiếm muộn (giảm triệu chứng), trong khi đó ở Việt Nam đa số bệnh nhân thường vào viện khi có triệu chứng.

Do đặc điểm về giải phẫu nên phần lớn các trường hợp là giãn tĩnh mạch tinh một bên. Hai tĩnh mạch tinh nằm hai bên của động mạch tinh trong chạy dọc theo cơ đáy chậu đi lên rồi sau đó hợp thành một tĩnh mạch duy nhất đổ vào tĩnh mạch chủ bụng ở bên phải với một góc nhọn và đổ vào tĩnh mạch thận ở bên trái với một góc vuông. Tĩnh mạch tinh trái có rất nhiều van, chạy ngay sau đại tràng, vì vậy nó luôn có xu hướng bị chèn ép bởi đại tràng khi trong lòng đại tràng chứa nhiều thức ăn [9]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 76,2% trường hợp giãn tĩnh mạch tinh bên trái, 22,3% giãn hai bên và thấp nhất là 1,5% giãn bên phải, trong đó giãn độ III chiếm đa số với 74,9%. Các tác giả khác cho thấy giãn tĩnh mạch tinh độ III với các tỷ lệ khác nhau như Thái Xuân Thủy (2020) 78,4% [5], Nguyễn Hoài Bắc (2018) 62,1% [7], Nguyễn Hữu Thảo (2016) 56,9% [6].

Thời gian phẫu thuật trung bình 69,92 ± 34,13 phút, ngắn nhất 5 phút và dài nhất 140 phút, phù hợp với kết quả của Al-Kandari A.M và cộng sự với 64 ± 20 phút (50-90 phút) cho mỗi trường hợp [10].

Trong quá trình tái khám 1 tháng sau phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm lại đánh giá đường kính tĩnh mạch tinh, thể tích tinh hoàn và bất thường kèm theo. Sự cải thiện đường kính trung bình tĩnh mạch tinh trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là 2,70 ± 0,63 mm và 3,28 ± 0,67 mm so với sau phẫu thuật 1 tháng (2,25 ± 0,64 mm và 2,49 ± 0,62 mm), sự giảm kích thước này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Thái Xuân Thủy nhận thấy có sự giảm kích thước tĩnh mạch tinh trung bình sau phẫu thuật khi làm nghiệm pháp Valsalva trước phẫu thuật là 3,62 ± 0,62 mm và sau 1 tháng còn 2,49 ± 0,49 mm ($p < 0,005$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thảo có thể do nghiên cứu cùng trung tâm và cùng bác sĩ khám lâm sàng cũng như phẫu thuật cho người bệnh [5-6].

Trên siêu âm còn cho kết quả của thể tích trung bình tinh hoàn bên phải cải thiện không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu lại cho thấy sự cải thiện đáng kể thể tích tinh hoàn bên trái cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với 9,84 ± 3,09 ml trước phẫu thuật và 10,68 ± 3,22 ml sau phẫu thuật 1 tháng. Kết quả có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thảo trong sự cải thiện kích thước tinh hoàn trái ($p > 0,05$) [6].

Sau phẫu thuật, đường kính tĩnh mạch tinh theo các phân độ đều được cải thiện, trong đó kích thước của độ III giảm nhiều nhất với trung bình 0,67 mm, sự khác biệt về giá trị trung bình các thông số trước và sau phẫu thuật 1 tháng đạt mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cơ chế của hiện tượng này có thể được lý giải qua lăng kính huyết động học. Ở phân độ III, do dòng trào ngược tĩnh mạch là tác nhân thống trị tuyệt đối, đè nén mạnh mẽ tiềm năng phát triển và chức

năng của tinh hoàn. Khi phẫu thuật loại bỏ dứt điểm nguyên nhân vật lý này, áp lực dòng máu giảm đột ngột, nhiệt lượng tiêu tán nhanh chóng, tạo ra một không gian sinh lý lý tưởng cho hiệu ứng dội ngược (rebound effect), giúp mô kẽ và tế bào mầm tăng sinh mạnh mẽ để bù lấp khoảng trống [11].

Khảo sát sự thay đổi kích thước tĩnh mạch tinh sau phẫu thuật cho thấy mức độ hiệu quả giữa các nhóm tuổi là khác nhau, tuy nhiên sự chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Shiraishi K và cộng sự khi cho rằng độ tuổi không ảnh hưởng đến sự giảm kích thước tĩnh mạch tinh sau phẫu thuật cũng như sự cải thiện về tinh dịch đồ [12].

Biến chứng xa sau thắt tĩnh mạch tinh phổ biến là tái phát và đau mạn tính. Tái phát do không thắt được các nhánh tĩnh mạch tinh ngoài hoặc không thắt hết các nhánh tĩnh mạch tinh trong có kích thước nhỏ, từ đó tăng cường hồi lưu tĩnh mạch trở về qua các nhánh này gây giãn thứ phát.

Kết quả chung được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch tinh cho thấy tốt 95,6% và trung bình 4,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thảo và Nguyễn Hoài Bắc có kết quả tốt đạt 97,2% và 96,2%; tuy nhiên cao hơn so với nghiên cứu của Thái Xuân Thủy với 81,3% người bệnh có sự cải thiện [5-7].

5. KẾT LUẬN

Giãn tĩnh mạch tinh là một bệnh lý ảnh hưởng đáng kể đến khả năng sinh sản cũng như tâm lý của người bệnh. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phương pháp vi phẫu thuật đã được áp dụng nhiều năm nay cho thấy hiệu quả và độ an toàn cao, qua đó cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mohamed E.E, Gawish M, Mohamed A. Semen parameters and pregnancy rates after microsurgical varicocelelectomy in primary versus secondary infertile men. *Human Fertility*, 2017, 20 (4): 293-296. doi: 10.1080/14647273.2017.1315778.
- [2] Tunc O, Bakos H, Tremellen K. Impact of body mass index on seminal oxidative stress. *Andrologia*, 2011, 43 (2): 121-128. doi: 10.1111/j.1439-0272.2009.01032
- [3] Dubin L, Amelar R.D. Varicocelelectomy: 986 cases in a twelve-year study. *Urology*, 1977, 10 (5): 446-449. doi: 10.1016/0090-4295(77)90132-7.
- [4] Hoàng Long, Trần Bình Giang, Nguyễn Quang, Vũ Nguyễn Khải. Đánh giá kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc. *Tạp chí Thông tin Y Dược*, 2006 (7): 29-33.
- [5] Thái Xuân Thủy. Kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [6] Nguyễn Hữu Thảo. Đánh giá kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [7] Nguyễn Hoài Bắc. Nghiên cứu ứng dụng phương pháp vi phẫu thắt giãn tĩnh mạch tinh trong điều trị vô sinh nam. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [8] Paick S, Choi W.S. Varicocele and testicular pain: a review. *The world journal of men's health*, 2019, 37 (1): 4. doi: 10.5534/wjmh.170010.
- [9] Nabi G, Asterlings S, Greene D, Marsh R. Percutaneous embolization of varicoceles: outcomes and correlation of semen improvement with pregnancy. *Urology*, 2004, 63 (2): 359-363. doi: 10.1016/j.urology.2003.09.026
- [10] Al-Kandari A.M, Shabaan H, Ibrahim H.M, Elshebiny Y.H, Shokeir A.A. Comparison of outcomes of different varicocelelectomy techniques: open inguinal, laparoscopic, and subinguinal microscopic varicocelelectomy: a randomized clinical trial. *Urology*, 2007, 69 (3): 417-420. doi: 10.1016/j.urology.2007.01.057.
- [11] Zhou T et al. Effect of varicocelelectomy on testis volume and semen parameters in adolescents: a meta-analysis. *Asian J Androl*, 2015, 17 (6): 1012-6. doi: 10.4103/1008-682x.148075.
- [12] Shiraishi K, Takihara H, Naito K. Internal spermatic vein diameter and age at operation reflect the response to varicocelelectomy. *Andrologia*, 2001, 33 (6): 351-5. doi: 10.1046/j.1439-0272.2001.00452.x.