

Y HỌC

CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE

ISSN 2354-0613

SỐ CHUYÊN ĐỀ



HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC NĂM 2023
HỘI Y HỌC GIỚI TÍNH VIỆT NAM
CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÌNH DỤC - TIẾP CẬN ĐA CHIỀU



VOL. 64, SPECIAL ISSUE 6, 2023



Editor-in-Chief

Le Bach Quang - Vietnam Institute of Community Health

Deputy Editor-in-Chief

Tran Quoc Thang - Vietnam Institute of Community Health

Advisory Editorial Board

Pham Thanh Ky - Hanoi University of Pharmacy, Vietnam	Do Tat Cuong - Vin University, Vietnam
Dao Van Dung - Vietnam Institute of Community Health	Dang Tuan Dat - Buon Ma Thuot University, Vietnam
Pham Ngoc Dinh - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam	Pham Van Thuc - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Hoang Nang Trong - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam	Luong Xuan Hien - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Le Gia Vinh - Vietnam Medical Association	Nguyen Duc Trong - Thang Long University

Editors

Pham Ngoc Chau - Vietnam Institute of Community Health	Nguyen Xuan Bai - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Nguyen Ngoc Chau - 108 Military Central Hospital, Vietnam, Vietnam Military Medical University	Nguyen Sinh Hien - Hanoi Heart Hospital, Vietnam
Vu Binh Duong - Vietnam Military Medical University	Vu Van Du - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, Vietnam
Pham Van Dung - Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, Vietnam	Thai Doan Ky - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Tran Van Huong - Thang Long University, Vietnam	Dinh Ngoc Sy - Vietnam Medical Association
Dang Duc Nhu - Ministry of Health, Vietnam	Le Dinh Thanh - Thong Nhat Hospital, Vietnam
Phan Van Tuong - Hanoi University of Public Health, Vietnam	Nguyen Linh Toan - Vietnam Military Medical University
Ngo Van Toan - Hanoi Medical University, Vietnam	Nguyen Ngo Quang - Ministry of Health, Vietnam
Nguyen Anh Tuan - Vietnam Military Medical University	Do Van Minh - Hanoi Medical University, Vietnam
Pham Trung Kien - University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi	Nguyen Thanh Chung - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Pham Van Thao - Vietnam Institute of Community Health	Cao Ba Loi - National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Vietnam
Nguyen Van Ba - Vietnam Military Medical University	

Secretary

Nguyen Van Chuyen - Vietnam Military Medical University	Dao Thi Mai Huong - National Children's Hospital, Vietnam
Nguyen Thai Duc - Ministry of Health, Vietnam	Ngo Thi Tam - Dai Nam University, Vietnam
Pham The Thach - Bach Mai Hospital, Vietnam	Phan Hai - Vietnam National University, Hanoi, Vietnam

Email: tapchihcd@gmail.com Telephone: (+84) 24 3762 1898

Publication Information

The Vietnam Journal of Community Medicine (VJCM) is a fully open access journal publishing double-blinded peer-reviewed publication, which offers the Original Articles, Review Article, Case Report, and Short Communication dealing with: preventive medicine, health manpower, disease prevention, health care services, health promotion, and health insurance programs.

VJCM publishes bimonthly by the Institute of Community Health. As a fully open access publication, the journal will provide maximum exposure for published articles, making the research available to all to read and share. A corresponding print version is also available.

Any suitable manuscript followed the journal's scope and author guideline will be undergone double-blinded peer-reviewed by at least one independent expert in the field. The Handling Associate Editors make an editorial decision, which is subject to endorsement by the Editor-in-Chief.

Further Information is available through the journal website: <https://tapchihcd.vn>

GUIDE FOR AUTHORS

GENERAL

Types of article

Contributions falling into the following categories will be considered for publication: Overview Paper, Research Paper and Case Report.

Submission checklist

One author has been designated as the corresponding author with contact details: E-mail address, mobile phone number, full postal address. All necessary files concerning to the manuscript have been uploaded: Include keywords, all figures (include relevant captions), all tables (including titles, description, footnotes, ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Further considerations: Manuscript has been “spell checked” and “grammar checked”; all references mentioned in the Reference List are cited in the text. Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Please submit your article via <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/login>

PREPARATION

Double-blind review

To facilitate the double-blind review, please include the following separately. Blinded manuscript: This is the manuscript without author details. It should not include any identifying information, such as the authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address. Full manuscript: This is the manuscript with author details.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials.

Abstract

A concise and factual abstract is required. A brief structured abstract of the paper with the headings **Background/Purpose, Methods, Results and Conclusions** should precede the body of the paper, to run no more than 300 words is required for articles written in Vietnamese.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, “and”, “of”).

References style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Example: “... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result ...”.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Journal article, one author:

[1] Huong LTM, Overview of primary immunology, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 3-10.

Journal article, two or three authors:

[2] Hoa NTM, Le NNQ, Huong LTM, Food allergy in asthmatic children, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 37-43.

Journal article, more than three authors:

[3] Huong LTT, Ha TT, Huong LTM et al., Desensitization for allergy reaction to Epotosid at the NHP., Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 32-36.

Journal article, in press

[4] Viet PT, Disease Model in Preterm Newborns at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019. (in press)

Complete book

[5] Khanh NC, Tra LN, Nhan NT et al., Textbook of Medicine. Medical Publishing House, 2016.

Chapter of book

[6] Van TTH, Infectious diseases prevention: Textbook of Medicine, Medical Publishing House, 2016; p. 13-42.

Paper presented at a meeting

[7] Dung VC, Genotype and phenotype of 101 Vietnamese Patients with Congenital Hyperinsulinism. Presented at the 9th Conference of Asia Pacific Pediatric Endocrinology Society in Tokyo, Japan, 2016.



HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC NĂM 2023

HỘI Y HỌC GIỚI TÍNH VIỆT NAM

CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÌNH DỤC - TIẾP CẬN ĐA CHIỀU

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

PGS.TS. NGUYỄN QUANG

ỦY VIÊN

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1. GS.TS.NGND. TRẦN QUÁN ANH | 9. PGS.TS. VŨ VĂN DU | 17. TS.BS. TRƯƠNG HOÀNG MINH |
| 2. PGS.TS. ĐOÀN MINH THUY | 10. PGS.TS. TRẦN ĐỨC PHẦN | 18. TS.BS. NGUYỄN VIỆT CƯỜNG |
| 3. TS.BS. PHAN HOÀI TRUNG | 11. PGS.TS. LÊ ĐÌNH KHÁNH | 19. TS.BS. TỬ THÀNH TRÍ DŨNG |
| 4. TS.BSCKII. MAI BÁ TIẾN DŨNG | 12. PGS.TS. QUẢN HOÀNG LÂM | 20. TS.BS. TRỊNH HOÀNG GIANG |
| 5. BSCK II. NGUYỄN VĂN ÁNH | 13. PGS.TS. LÊ ANH TUẤN | 21. TS.BS. NGUYỄN NHẬT MINH |
| 6. BSCKII. TRẦN THANH THUY | 14. PGS.TS. NGUYỄN HOÀNG NGÂN | 22. TS.BS. LÊ NGỌC HẢI |
| 7. PGS.TS. ĐÀM VĂN CƯỜNG | 15. PGS.TS. HÀ THỊ MINH THỊ | 23. THS.BS. NGUYỄN THẾ LƯƠNG |
| 8. PGS.TS. LÊ MINH TÂM | 16. PGS.TS. NGÔ XUÂN THÁI | |

BAN THƯ KÝ

1. TS.BS. NGUYỄN TRƯỜNG NAM (TRƯỞNG BAN)
2. THS.BS. BÙI VĂN QUANG
3. THS.BS. TRẦN THỊ NHƯ QUỲNH
4. KS. TRẦN GIA CÁT TƯỜNG
5. ĐD. TRẦN ĐĂNG KIẾN

CONTENTS

- 1. Phẫu thuật chỉnh cong dương vật mắc phải (bệnh Peyronie) sử dụng vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não** 1
Application of vena caval homograft for the surgical correction of Peyronie's disease
Nguyễn Quang, Bùi Văn Quang, Nguyễn Duy Khánh, Cao Đắc Tuấn, Bùi Xuân Trường
- 2. Ca lâm sàng: Ung thư tinh hoàn ở bệnh nhân phẫu thuật hạ tinh hoàn muộn** 8
Case report: Testicular cancer in delayed orchidopexy
Nguyễn Quang, Cao Đắc Tuấn, Trịnh Hoàng Giang, Nguyễn Duy Khánh, Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang
- 3. Ảnh hưởng của cần sa đến quá trình methyl hoá DNA tinh trùng ở nam giới: Tổng quan** 14
Effects of cannabis sativa on DNA methylation in male sperm: overview
Phạm Huỳnh Lộc, Đinh Thị Thúy Quỳnh, Nguyễn Ngọc Hiếu, Hà Văn Huân
- 4. Ảnh hưởng của bệnh chuyển hoá đến quá trình sinh sản ở nam giới và ảnh hưởng đến sức khỏe thể hệ con cái: Tổng quan** 19
The effect of metabolic disease on reproductive men and the harmful effects of gametes on the offspring's health: Overview
Đinh Thị Thúy Quỳnh, Phạm Huỳnh Lộc, Trần Hà Ngân, Vũ Quang Huy, Nguyễn Ngọc Hiếu
- 5. Đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh điều trị rối loạn cương nặng tại Bệnh viện Nhân dân 115** 24
Inflatable penile prosthesis surgery for the patients with severe erectile dysfunction at Peoples Hospital 115
Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Trần Lê Duy Anh, Ngô Quang Trung, Nguyễn Thanh Quang
- 6. Hiệu quả của Dapoxetine 60mg so với Dapoxetine 30mg trong điều trị xuất tinh sớm: một tổng quan nghiên cứu** 30
Effects of Dapoxetine 60mg compared to Dapoxetine 30mg on treating premature ejaculation: A research review
Trần Quán Anh
- 7. Báo cáo trường hợp hoại thư Fournier thân dương vật** 34
Case report: Isolated penile Fournier's gangrene
Nguyễn Đức Duy, Trần Hữu Thiện, Phạm Thành Khoái, Trần Chí Thiện
- 8. Biến chứng muộn của bơm silicone vào dưới da dương vật – nhân một trường hợp điển hình** 40
Delayed complications of silicone injection under the penile – Report a specific case
Nguyễn Tuấn Đạt, Nguyễn Văn Phúc, Nghiêm Trung Hưng, Phan Lê Nhật Long, Nguyễn Bá Tuấn
- 9. Kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh: báo cáo 01 trường hợp tại Bệnh viện Nhân dân 115** 45
Percutaneous varicocele embolization: A case report at People's Hospital 115
Trần Lê Duy Anh, Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Nguyễn Đức Khang
- 10. Tác dụng điều trị của viên hoàn cứng "Sâm nhung tán dục đơn" trên bệnh nhân rối loạn cương dương thể thận dương hư** 51
Treating effect of hard capsule "Sam nhung tan duc don" on erectile dysfunction patients underlying deficient yang kidney
Nguyễn Văn Dũng, Trương Công Kiều, Trần Thị Hương Lại

11. **Hiệu quả điều trị của viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn trên bệnh nhân suy giảm số lượng và chất lượng tinh trùng tại Bệnh viện Y học Cổ truyền thành phố Đà Nẵng** 58
Therapeutic effect of Sam nhung tan duc don capsule on oligozoospermia patient in Da Nang city traditional medicine Hospital
Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Minh Sơn, Nguyễn Văn Ánh, Nguyễn Công Lý, Nguyễn Duy Khánh, Trần Thị Minh Nguyệt, Trần Thị Hương Lại, Trần Quang Minh, Hồ Xuân Hương
12. **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tinh hoàn không xuống bìu ở người lớn trước phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2020 đến năm 2021** 64
Clinical and paraclinical features of undescended testicles in adults before surgery at Viet Duc Hospital from 2020 to 2021
Nguyễn Ngọc Tân, Trần Quốc Hòa, Nguyễn Quang
13. **Kết quả điều trị chấn thương tinh hoàn tại Bệnh viện Việt Đức năm 2017-2022** 69
Results of treatment of testicular trauma at Viet Duc Hospital in 2017-2022
Phạm Ngọc Lợi, Nguyễn Hữu Thảo, Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Quang
14. **Kết quả điều trị hoại tử quy đầu dương vật do tắc mạch ở bệnh nhân mắc hội chứng kháng phospholipid: Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp** 74
Outcomes of penile reconstruction as the treatment of necrosis of the glans penis in patients with antiphospholipid syndrome: A rare case report
Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Ngô Quang Trung, Nguyễn Hữu Tín, Vũ Đình Thắng
15. **Kết quả điều trị phẫu thuật xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 79
Result of the surgical treatment for testicular torsion in Viet Duc Hospital
Nguyễn Duy Khánh, Cao Đắc Tuấn, Nguyễn Quang, Trịnh Hoàng Giang, Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang
16. **Mối liên quan giữa hành vi tình dục và nguy cơ các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở nam giới** 85
Correlation of sexual behaviors and the risk of sexual transmitted disease in men
Vũ Thái Hoàng, Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng
17. **Một số trường hợp chẩn đoán, điều trị muộn tăng sản thượng thận bẩm sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015-2022** 91
Cases of congenital adrenal hyperplasia diagnosed and treated in Viet Duc University Hospital in 2015-2022
Trần Thị Ngọc Anh, Nguyễn Việt Hoa, Nguyễn Quang, Trần Thị Chi Mai
18. **Một trường hợp rối loạn phát triển giới tính do hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser tại Bệnh viện Việt Đức** 98
Disorders of sex development cause by Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome in Viet Duc Hospital: A case report
Trần Thị Ngọc Anh, Nguyễn Việt Hoa
19. **Nghiên cứu điều trị nong bao quy đầu do hẹp ở trẻ tại Phòng khám đa khoa Hải Ngoại, từ 2022-2023** 104
Research treatment dilatation of the foreskin stenosis in children at Hai Ngoai general Clinic, from 2022-2023
Lê Ngọc Hải
20. **Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch bẹn trong ung thư dương vật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 110
Endoscopic inguinal lymphadenectomy in penile cancer at Viet Duc friendship Hospital
Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Xuân Trường, Bùi Văn Quang, Trịnh Hoàng Giang, Nguyễn Quang
21. **Rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mãn kinh: Cập nhật chẩn đoán và xử trí** 116
Sexual disorder in postmenopausal women
Trần Thị Như Quỳnh, Lê Minh Tâm

22. **Kết quả điều trị nong bao quy đầu hẹp sinh lý bằng bơm hơi cho trẻ em 3 - 12 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc** 121
Treatment results physiologically suitable foreskin by inflation for children 3 - 12 years old at Vinh Phuc general Hospital
Lê Văn Tuấn, Nguyễn Quang, Lê Thị Lan Hương
23. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sự ảnh hưởng lên hoạt động tình dục của đau bìu mạn tính trên nam giới** 127
Clinical, laboratory and influence of chronic scrotal pain on men's sexual activity
Lê Anh Tuấn, Phạm Văn Hào, Đặng Quang Tuấn, Mai Bá Tiến Dũng, Vũ Lê Chuyên
24. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy sinh dục ở nam giới điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ** 132
The clinical, laboratory characteristics and related factors to male hypogonadism at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital
Nguyễn Trung Hiếu, Đàm Văn Cương, Lê Thanh Bình, Trần Huỳnh Tuấn, Lê Quang Trung, Quách Võ Tấn Phát, Nguyễn Văn Nghĩa, Dương Văn Huỳnh, Nguyễn Đại Nghĩa, Trần Quốc Cường, Lê Việt Tú
25. **Tổng quan trầm cảm sau sinh và rối loạn chức năng tình dục nữ** 138
Updates on postpartum depression and female sexual dysfunction
Trần Gia Cát Tường, Trần Thị Như Quỳnh, Lê Minh Tâm
26. **Đánh giá kết quả điều trị Tadalafil trên bệnh nhân rối loạn cương dương tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ** 143
Evaluation of the results of treatment erectile dysfunction by Tadalafil at Can Tho central general Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital
Nguyễn Văn Nghĩa, Đàm Văn Cương
27. **Xét nghiệm Neutral Comet và Alkaline Comet nhận diện DNA tinh trùng phân mảnh trên bệnh nhân vô sinh** 149
Neutral Comet and Alkaline Comet tests identify fragmented sperm DNA in infertility
Phạm Tấn Hưng, Nguyễn Ngọc Hiếu, Trần Thủy Tiên, Phạm Thủy Khánh My, Nguyễn Lê Thái Dương, Trần Võ Trúc Linh, Nguyễn Thị Hàn Ny, Lê Hữu Tùng, Nguyễn Vân Hương
28. **Nghiên cứu tình trạng rối loạn niệu dục ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan** 155
Study on genitourinary disorders in postmenopausal women at Da Nang Hospital for Women and Children and some related factors
Nguyễn Đình Phương Thảo, Mai Thị Hiền
29. **Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư dương vật được phẫu thuật tại Trung tâm Nam học - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 161
Quality of life among patients surgically treated for penile cancer in Andrology Center - Viet Duc University Hospital
Nguyễn Thị Thu Hà, Phạm Thị Thu Trang, Nguyễn Thị Thảo, Hoàng Minh Tuấn, Nguyễn Đăng Kiên, Nguyễn Quang Hiếu, Nguyễn Đình Đoàn
30. **Nhân một trường hợp u sùi khổng lồ vùng hậu môn và nhìn lại y văn** 167
Giant condylomata acuminata: A case report
Nguyễn Đắc Thao, Nguyễn Quang, Nguyễn Duy Khánh, Nguyễn Quốc Đạt, Nguyễn Hùng Mạnh, Trịnh Hoàng Giang, Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang, Cao Đắc Tuấn
31. **Nghiên cứu ảnh hưởng của nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt lên chức năng tình dục trên bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công An** 173
The effect of transurethral resection of the prostate on sexual functions in patients with benign prostatic hyperplasia at 19-8 Hospital, Ministry of public Security
Nguyễn Trần Thành, Trần Hoài Nam

32. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u nang biểu bì tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 180
 Clinical, subclinical characteristics and treatment results of testicular epidermoid cyst at Viet Duc University Hospital
Nguyễn Hữu Thảo, Nguyễn Quang, Nguyễn Tiến Dũng, Lưu Quang Long
33. **Tác dụng của viên nang Khang bảo tử đến quá trình sinh tinh ở bệnh nhân vô tinh không do tắc** 188
 The effects of Khang bao tu on spermatogenesis process on non-obstructive azoospermia patients
Quách Thị Yến, Quán Hoàng Lâm, Nguyễn Huyền Trang, Cù Thị Bích Thủy, Đào Thúy Hằng, Vũ Thị Hào
34. **FSH có phải chỉ số đáng tin cậy để tiên lượng khả năng thành công của TESE/M-TESE trên bệnh nhân vô tinh không do tắc: Tổng quan tài liệu và báo cáo 2 trường hợp** 194
 Is FSH a reliable indicator for predicting the probability of success of TESE/M-TESE in patients with nonobstructive azoospermia: A documentary review and 2 case reports
Bùi Thế Bun, Bùi Cảnh Vin
35. **Đặc điểm vi thể, siêu vi thể tinh trùng thu được từ tinh hoàn ở bệnh nhân vô tinh không do tắc** 199
 Characteristics of microbody and microscopic of spermatozoa obtained from testes in patients with nonobstructive azoospermia
Quách Thị Yến, Trịnh Quốc Thành, Hoàng Cao Hiếu, Nguyễn Huyền Trang, Vũ Thị Hào, Nguyễn Mạnh Tiến
36. **Liệu pháp chu kỳ y học cổ truyền điều trị vô sinh nữ do rối loạn phóng noãn** 205
 Traditional medicine menstrual cycle therapy treatment for infertility ovulatory disorders
Hoàng Thúy Hồng, Nguyễn Đình Thành, Nguyễn Trường Nam, Lương Thị Thu

APPLICATION OF VENA CAVAL HOMOGRAFT FOR THE SURGICAL CORRECTION OF PEYRONIE'S DISEASE

Nguyen Quang^{1,2,*}, Bui Van Quang^{1,2}, Nguyen Duy Khanh¹,
Cao Dac Tuan¹, Bui Xuan Truong³

¹Vietnam German Friendship Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, National University of Hanoi – 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

³Hanoi medical University – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Objective: A study reported promising initial results of a new graft material in correcting penis curvature caused by Peyronie's disease at the Central Andrology Center of Viet Duc Friendship Hospital.

Methods: Case series study.

Research results: In a case series of three patients with penile curvature due to cavernous sclerosis, surgery was performed to correct the curvature using a human cadaveric vena cava flap with graft sizes ranging from 3x3cm to 4x3cm. After the surgery, none of the patients experienced any complications such as infection, edema, or hematoma under the skin of the penis. One patient had erectile dysfunction, which was managed with PDE5 inhibitors during sexual intercourse. All patients reported satisfaction with the surgical results.

Conclusion: The initial results indicate that human cadaveric vena cava flap graft is a new graft material with many advantages, including a suitable shape, size and function for corpus cavernosum, limiting the risk of infection, minimizing the graft removal and saving surgical time. It is a good option in the treatment of Peyronie's disease.

Keywords: Peyronie's disease, penis curvature surgery, human cadaveric vena cava flap.

*Corresponding author
Email address: quangvietduc@gmail.com
Phone number: (+84) 903201919



PHẪU THUẬT CHỈNH CONG DƯƠNG VẬT MẮC PHẢI (BỆNH PEYRONIE) SỬ DỤNG VẬT TĨNH MẠCH CHỦ TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO

Nguyễn Quang^{1,2,*}, Bùi Văn Quang^{1,2}, Nguyễn Duy Khánh¹,
Cao Đắc Tuấn¹, Bùi Xuân Trường³

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Trường đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội – 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Trường đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu báo cáo kết quả ban đầu về vật liệu ghép mới đầy hứa hẹn trong phẫu thuật chỉnh cong dương vật do xơ cứng vật hang tại trung tâm Nam học Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh.

Kết quả nghiên cứu: Có 03 trường hợp cong dương vật do xơ cứng vật hang được phẫu thuật chỉnh cong sử dụng vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não với kích thước mảnh ghép từ 3x3 cm đến 4x3 cm. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng như nhiễm trùng, phù nề, tụ máu dưới da dương vật, 01 bệnh nhân có rối loạn cương dương cần sử dụng thuốc PDE5 để duy trì độ cương cứng khi giao hợp, tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Kết luận: Kết quả ban đầu cho thấy vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não là một vật liệu ghép mới có nhiều lợi thế bởi có hình thái, kích thước và chức năng phù hợp lớp cân trắng vật hang, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng, đào thải mảnh ghép và tiết kiệm thời gian phẫu thuật, là lựa chọn tốt trong điều trị bệnh Peyroine.

Từ khóa: Bệnh Peyronie, phẫu thuật chỉnh cong dương vật, vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Peyronie được mô tả lần đầu tiên vào năm 1561 và được đặt tên cho François Gigot de la Peyronie vào năm 1743, người là một bác sĩ phẫu thuật người Pháp và đồng sáng lập của Académie Royale de Chirurgie, trên một người bệnh nam có nhiều tổ chức sẹo giống “tràng hạt” dọc theo dương vật và gây cong dương vật khi cương. Tỷ lệ hiện mắc thay đổi tùy theo dân số được nghiên cứu, được báo cáo là khoảng 3%- 9% ở nam giới trưởng thành được nghiên cứu, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 50 đến 59 tuổi, tuy nhiên con số thực tế có thể cao hơn vì nhiều bệnh nhân ngại không đi khám bác sĩ, tỷ lệ bệnh tăng theo độ tuổi[1]. Bệnh nhân mắc bệnh Peyronie trải qua nhiều tác động tâm lý liên quan, bao

gồm giảm chất lượng cuộc sống do đau, trầm cảm, tự ti do dị dạng cong dương vật và khó khăn trong đời sống tình dục. Vì thế các phương pháp điều trị nhằm chỉnh cong dương vật hoặc rối loạn cương dương có thể cải thiện kết quả tâm lý. Việc điều trị bệnh Peyronie tùy thuộc vào từng tình trạng bệnh cụ thể, thời gian diễn biến bệnh mà có các phương pháp điều trị khác nhau. Các phương pháp bao gồm điều trị nội khoa, điều trị tại chỗ dương vật và phẫu thuật. Phẫu thuật cho những bệnh nhân có các mảng xơ vữa đã ổn định, gặp khó khăn khi giao hợp và có độ cong lớn hơn 30 độ và có thể bao gồm cả những trường hợp bị rối loạn cương dương[2].

Các phương pháp phẫu thuật chỉnh cong dương vật bao gồm làm ngắn mặt dài, làm dài mặt ngắn hay sử dụng

*Tác giả liên hệ
Email: quangvietduc@gmail.com
Điện thoại: (+84) 903201919

mảnh ghép, đặt thể hang nhân tạo. Phương pháp sử dụng mảnh ghép được đặt ra khi mức độ cong dương vật lớn hơn 60 độ, độ cong phức tạp, mảng xơ vữa kích thước lớn hoặc kèm các dị dạng dương vật, chiều dài dương vật ngắn[3]. Có rất nhiều mảnh ghép có thể sử dụng, tuy nhiên chưa có tài liệu nào báo cáo về vật liệu ghép là vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với lợi thế là trung tâm ghép đa mô tạng nên việc sử dụng miếng vá này là một lợi thế, do đó chúng tôi báo cáo 03 trường hợp chỉnh cong dương vật do xơ cứng vật hang sử dụng vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với mục đích đánh giá kết quả ban đầu sử dụng vật liệu này trên bệnh Peyronie.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Peyronie, được phẫu thuật bằng phương pháp cắt bỏ mảng xơ, ghép bằng vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm

Từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023 tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Rửa da quanh chu vi dương vật dưới vành quy đầu 01 cm, phẫu tích bóc tách tổ chức dưới da, cân Dartos tới sát cân Buck đến sát gốc dương vật.

- Bơm nước muối NaCl 0,9% vào vật hang, gây cương dương vật xác định vị trí dương vật cong cực đại.

- Kiểm tra vị trí, kích thước, độ cứng mảng xơ dương vật, dùng bút vô khuẩn đánh dấu vị trí mảng xơ cần cắt bỏ.

- Cắt mảng xơ, đo lại kích thước khiếm khuyết sau cắt bỏ, chuẩn bị vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não.

- Tiến hành khâu tạo hình lại cân trắng vật hang bằng vật tĩnh mạch chủ sử dụng chỉ Prolen 6/0.

- Kiểm tra cầm máu kỹ.

- Dẫn lưu, đóng vết mổ.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả bệnh nhân thu thập số liệu được thực hiện theo một biểu mẫu thống nhất, số liệu được nhập và xử lý.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên trình bày, giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu rõ ràng với người bệnh, người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu để cải thiện chất lượng và an toàn người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023 có 03 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Về đặc điểm chung của bệnh nhân

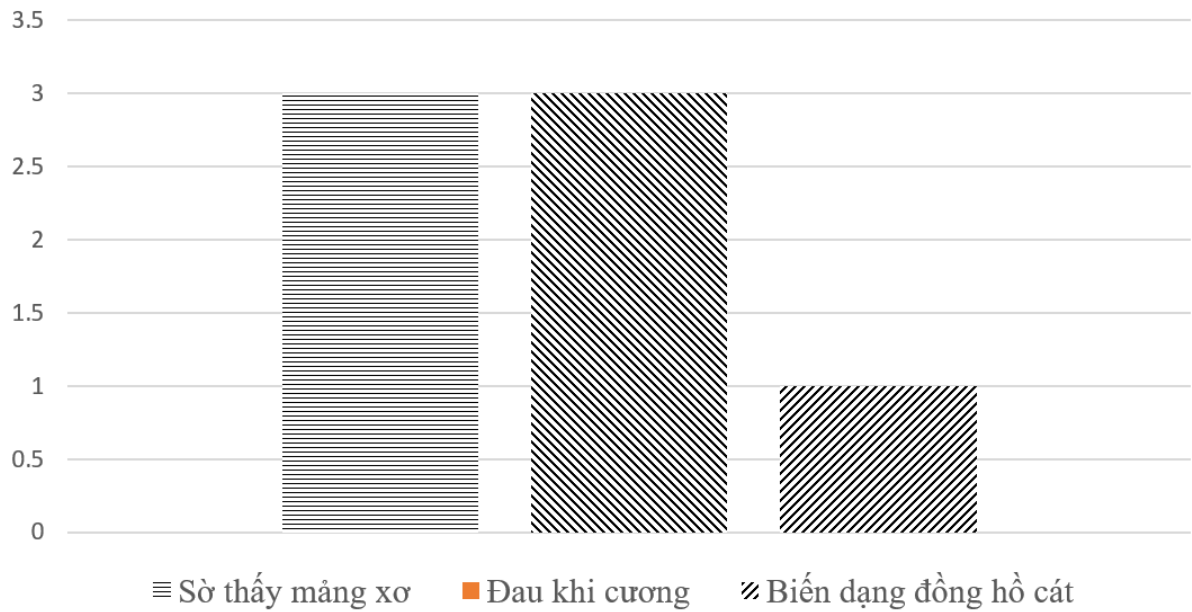
Bảng 1: Tuổi, thời gian diễn biến và bệnh nền kèm theo của bệnh nhân

STT	Họ và tên	Tuổi	Thời gian diễn biến bệnh	Bệnh nền
1	Vũ Công S	68	22 tháng	Tăng huyết áp
2	Tô Chí D	59	24 tháng	Không
3	Nguyễn Ngọc T	52	20 tháng	Đái tháo đường

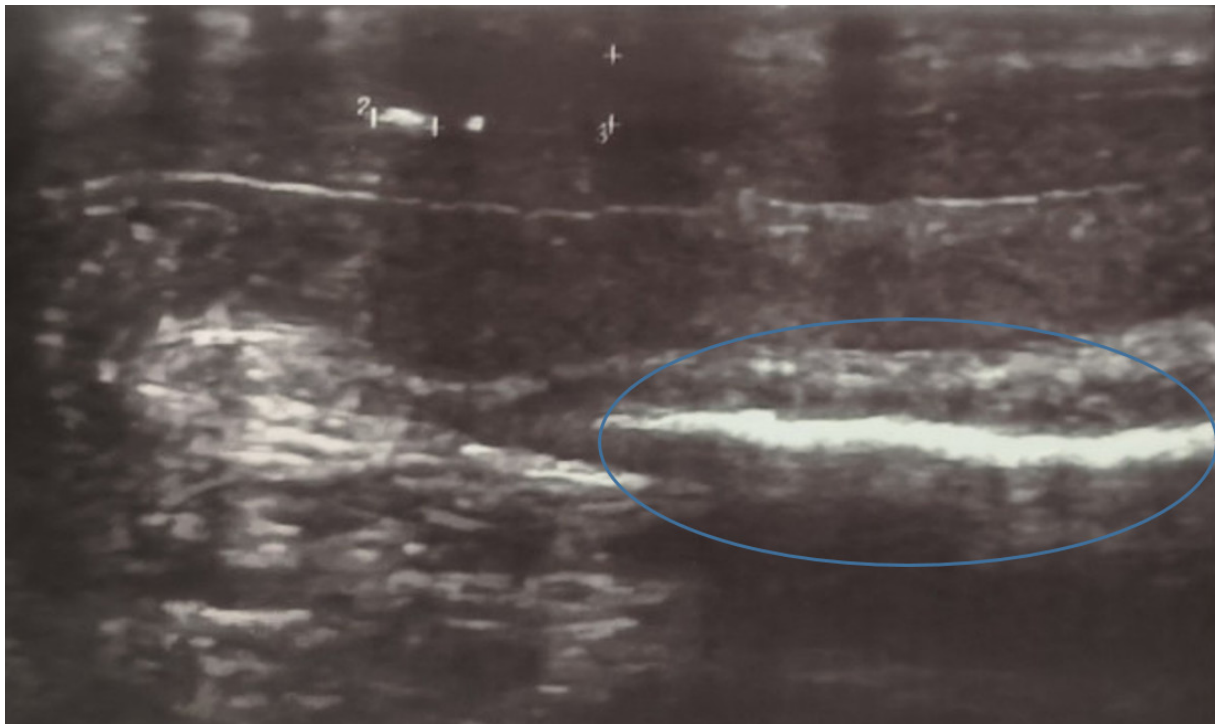
Các bệnh nhân có tuổi từ trung niên, nhỏ nhất là 52 tuổi và lớn nhất là 68 tuổi, có mắc bệnh nền là đái tháo đường, tăng huyết áp và thời gian diễn biến bệnh trung bình là 22 tháng.

3.2. Đánh giá trước mổ

Biểu đồ 1: Khám lâm sàng trước mổ
Triệu chứng lâm sàng



Hình 1. Siêu âm phân mềm dương vật trước phẫu thuật ở bệnh nhân Nguyễn Ngọc T, khoan tròn vị trí mảng xơ hóa [Nguồn tác giả]



3.3 Đặc điểm phẫu thuật

Hình 2. Kết quả phẫu thuật ở bệnh nhân Tô Chí D [Nguồn tác giả]



A Gây cương bằng nước muối sinh lý 0,9% kiểm tra độ cong dương vật
B Phẫu tích bóc lộ vật hang, bó mạch thân kinh lưng dương vật
C Sau khi tạo hình vật hang bằng vạt tĩnh mạch chủ từ người cho chết não

Bảng 2: Vị trí, kích thước mảng xơ và mảnh ghép

STT	Họ và tên	Vị trí mảng xơ	Kích thước mảng xơ	Kích thước mảnh ghép
1	Vũ Công S	Mặt lưng sát quy đầu	3x2 cm	3x3 cm
2	Tô Chí D	Giữa và bờ trái mặt lưng dương vật	3,5x2 cm	4x3 cm
3	Nguyễn Ngọc T	Bờ trên và bờ trái giữa mặt lưng dương vật	3x2 cm	3,5x3 cm

Kích thước mảng xơ, mảnh ghép khá lớn từ 3 cm, vị trí mảng xơ đều ở mặt lưng dương vật.

3.4. Kết quả sau mổ

Sau mổ các bệnh nhân nằm viện trung bình 4 ngày, và không có các biến chứng như phù nề, tụ máu dưới da dương vật, nhiễm trùng. Thời gian theo dõi tính tới thời điểm nghiên cứu của các bệnh nhân lần lượt là 6 tháng, 5 tháng, 3 tháng cho kết quả ban đầu tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật, không có bệnh nhân nào có hiện tượng đào thải ghép mảnh ghép cấp tính, có 01 bệnh nhân cần dùng thêm thuốc PDE5 để duy trì độ cương khi giao hợp, không bệnh nhân nào đau khi cương. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Bảng 3: Độ cong dương vật trước và sau mổ

STT	Họ và tên	Độ cong	
		Trước mổ	Sau mổ
1	Vũ Công S	55 độ	5 độ
2	Tô Chí D	60 độ	10 độ
3	Nguyễn Ngọc T	60 độ	10 độ

Độ cong dương vật trước mổ lớn 55-60 độ, kết quả sau mổ độ cong dương vật còn <15 độ.

4. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 52 đến 68 tuổi, thời gian diễn biến bệnh từ 18 tháng đến 24 tháng, có 02 bệnh nhân mắc bệnh nền kèm theo là đái tháo đường và tăng huyết áp. Trong một nghiên cứu của L. Dean Knoll và cộng sự trên 162 bệnh nhân từ 1998 đến 2006 cho thấy tuổi trung bình là 52, dao động từ 33 đến 69 tuổi. Thời gian diễn biến bệnh trung bình là 16 tháng, dao động từ 12 đến 30 tháng[4]. Mặc dù căn nguyên chính xác của Peyronie vẫn chưa được làm rõ, nhưng các nghiên cứu cho thấy có một số yếu tố nguy cơ. Phổ biến nhất là do một chấn thương nhỏ lặp

đi lặp lại đối với lớp cân trắng trong quá trình cương cứng. Khoảng 20%-30% bệnh nhân nhớ rằng đã từng có các chấn thương vùng dương vật.[5,6] Ngoài chấn thương, các yếu tố nguy cơ khác có liên quan đến bệnh Peyronie bao gồm yếu tố gen di truyền, theo tác giả J. Scott Gabrielsen (2020) bệnh Peyronie có liên quan đến di truyền trên một nhóm gen6 và các bệnh như co rút Dupuytren, đái tháo đường, béo phì, tăng huyết áp, tăng lipid máu, hút thuốc và phẫu thuật vùng chậu, hay có sử dụng các loại thuốc (ví dụ: thiazides và propranolol) và theo tác giả Moreno SA (2009) trên 121 bệnh nhân có 74,4% có nồng độ Testosterone thấp dưới 300 ng/dL và khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ cong dương vật ở hai nhóm có giảm Testosterone và nhóm bình thường,[7] mặc dù các yếu tố này đóng góp chưa rõ ràng vào sinh lý bệnh của bệnh Peyronie[8].

Các bệnh nhân trong báo cáo vào viện vì sờ thấy mảng xơ, đau, khó khăn khi quan hệ tình dục. Chẩn đoán bệnh Peyronie: lâm sàng có thể sờ thấy các mảng xơ vùng mặt lưng của dương vật ở 2/3 số nam giới, tính chất của mảng bám (mềm, chắc, có khả năng bị vô hóa) giúp định hướng điều trị. Mức độ cong biểu hiện rõ ràng nhất khi cương cứng, vì vậy việc sử dụng hình ảnh chụp tại nhà để xác định chính xác mức độ cong dương vật. Siêu âm Doppler mạch dương vật có thể được sử dụng để đánh giá vị trí, kích thước mảng xơ, sự vô hóa mảng xơ, đo lường một cách khách quan sự biến dạng và đo dòng chảy của mạch máu giúp định hướng phương pháp điều trị nhưng không phục vụ cho chẩn đoán.

Việc tìm kiếm mảnh ghép lý tưởng cho bệnh Peyronie là một quá trình liên tục nhiều năm. Cho đến ngày nay, không có mảnh ghép nào nổi lên như một lựa chọn hàng đầu, tuy nhiên các nghiên cứu trên động vật về việc sử dụng các vật liệu khác nhau để thay thế cho cân trắng đã cho kết quả khả quan hơn trong ghép tĩnh mạch, màng ngoài tim so với vật liệu tổng hợp.[9] Mảnh ghép lý tưởng cần phải sẵn có, không bị co rút sau ghép, hạn chế nhiễm trùng, không bị thải ghép, duy trì khả năng cương cứng và hạn chế chi phí. Nhiều mảnh ghép tự thân đã được sử dụng bao gồm tĩnh mạch hiển, da/bao quy đầu, màng tinh hoàn, niêm mạc miệng, niêm mạc lưỡi, nhưng nhược điểm là kéo dài cuộc mổ và cần thêm vị trí phẫu thuật thứ hai, nơi tiềm ẩn các nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, thêm sẹo mổ, phù nề bạch huyết. Các mảnh ghép nhân tạo như Dacron, Gone-Tex/ Teflon đã từng được sử dụng tuy nhiên hiện nay không được khuyến cáo vì nguy cơ nhiễm trùng cao, phản ứng viêm tại chỗ và xơ hóa, phản ứng đào thải, phản ứng dị ứng hay co rút do vật liệu không đàn hồi. Vì các lý do trên nên các mảnh ghép đồng loài hay mảnh ghép khác loài được ưa chuộng hơn vì tính sẵn có, hai vật liệu được sử dụng phổ biến là màng ngoài tim người hoặc bò và lớp hạ niêm mạc ruột non, tuy nhiên tỷ lệ cong tái phát liên quan đến co rút mảnh ghép còn cao, tỷ lệ được báo cáo lần lượt là 44% với màng ngoài tim và 33% ở lớp niêm mạc ruột non và còn có 01 bệnh nhân bị thải ghép mảnh

ghép niêm mạc ruột non.[2] Một đánh giá hệ thống trên 12 nghiên cứu trong 25 năm từ 1990 đến 2018 thực hiện phương pháp rạch kiểu chữ H, chữ Y kép (Egydio) và ghép các mảnh ghép vật liệu khác nhau trên 1025 bệnh nhân mắc bệnh Peyronie, kết quả không chỉ ra được bằng chứng về tính ưu việt nổi trội của vật liệu ghép nào, cũng như phương pháp rạch mảng xơ nào. Kết quả sau phẫu thuật tổng hợp được là 4,6% - 67,4% bệnh nhân cần dùng thuốc PDE5 để đạt độ cứng thích hợp, có từ 0% - 11,8% hoàn toàn không thể đạt được sự cương cứng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu cũng không đưa ra sự nhất quán về độ cong được coi là chính cong thành công, dao động < 15-30 độ, kết quả chung là 80% - 96,4% chính cong thành công, 88% - 92% bệnh nhân hài lòng kết quả phẫu thuật, 4,6% - 7% bệnh nhân yêu cầu phẫu thuật lại, rối loạn cảm giác đầu dương vật xảy ra ở 2% - 22,5%[10].

Trong chùm ca lâm sàng của chúng tôi sử dụng vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não là vật liệu ghép cùng loài, các bệnh nhân sau mổ không có biến chứng nhiễm trùng, phù nề, tụ máu dưới da dương vật, có 01 bệnh nhân cần sử dụng thuốc PDE5 để duy trì độ cương khi giao hợp. Các bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi có độ tuổi khá lớn trên 50 tuổi, đặc biệt có 01 bệnh nhân 68 tuổi và có kích thước mảng xơ khá lớn từ 3cm và có kèm vô hóa nhiều, tại vị trí góc cong dương vật lớn nhất chúng tôi đã cố gắng cắt tối thiểu về chiều dọc tránh làm tổn thương lớp thể hang phía dưới và tối đa về chiều ngang các vị trí mảng xơ có vô hóa cứng đến phần cân trắng mềm mại, kích thước mảnh ghép khá lớn trung bình là 3,5x3cm. Kết quả ban đầu cho thấy rằng các ưu điểm của miếng ghép này là có hình thái và chức năng tương đương với lớp cân trắng, so với tĩnh mạch hiển tự thân thì diện tích mảnh ghép lớn hơn, không cần phải khâu vá để làm lớn mảnh ghép và không cần phải rạch thêm đường mổ để lấy mảnh tĩnh mạch, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn. Vì là mảnh ghép cùng loài nên nguy cơ thải ghép giảm so với các vật liệu nhân tạo hay ghép không cùng loài. Nhược điểm là tính không sẵn có, chỉ phù hợp ở những trung tâm lớn có ghép đa mô tạng, đặc biệt là ghép đa mô tạng từ người cho chết não, và chi phí cao. Tuy nhiên chúng tôi vẫn cần thêm những nghiên cứu đánh giá sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá, kết luận những ưu điểm của mảnh ghép này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 03 trường hợp phẫu thuật chỉnh cong dương vật sử dụng vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não, kết quả ban đầu không có biến chứng nào đáng ngại, tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật, cho thấy vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não là vật liệu tối ưu về hình thái, kích thước và chức năng tương đương lớp cân trắng vật hang, hạn chế nguy cơ

niễm trùng, đào thải mảnh ghép và tiết kiệm thời gian phẫu thuật, tuy nhiên còn hạn chế về tính sẵn có và chi phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Laurence A. Levine MD. The Clinical and Psychosocial Impact of Peyronie's Disease. *Suppl Featur Publ.* 2013;19(4 Suppl). Accessed October 21, 2022. https://www.ajmc.com/view/a449_13mar_peyronies_levine_s55
- [2] Levine LA, Larsen SM. Surgery for Peyronie's disease. *Asian J Androl.* 2013;15(1):27-34. doi:10.1038/aja.2012.92
- [3] Cavallini G, Paulis G, eds. *Peyronie's Disease: A Comprehensive Guide.* 2015th edition. Springer; 2015.
- [4] Knoll LD. Use of small intestinal submucosa graft for the surgical management of Peyronie's disease. *J Urol.* 2007;178(6):2474-2478; discussion 2478. doi:10.1016/j.juro.2007.08.044
- [5] Gokce A, Wang JC, Powers MK, Hellstrom WJ. Current and emerging treatment options for Peyronie's disease. *Res Rep Urol.* 2013;5:17-27. doi:10.2147/RRU.S24609
- [6] Simonato A, Gregori A, Ambruosi C, et al. Congenital Penile Curvature: Dermal Grafting Procedure to Prevent Penile Shortening in Adults. *Eur Urol.* 2007;51(5):1420-1428. doi:10.1016/j.eururo.2006.11.047
- [7] Moreno SA, Morgentaler A. Testosterone deficiency and Peyronie's disease: pilot data suggesting a significant relationship. *J Sex Med.* 2009;6(6):1729-1735. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01250.x
- [8] Sandean DP, Lotfollahzadeh S. Peyronie Disease. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2022. Accessed October 27, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560628/>
- [9] Comparison of cadaveric pericardial, dermal, vein, and synthetic grafts for tunica albuginea substitution using a rat model - PubMed. Accessed March 28, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12823395/>
- [10] Rice PG, Somani BK, Rees RW. Twenty Years of Plaque Incision and Grafting for Peyronie's Disease: A Review of Literature. *Sex Med.* 2019;7(2):115-128. doi:10.1016/j.esxm.2019.01.001



CASE REPORT: TESTICULAR CANCER IN DELAYED ORCHIDOPEXY

Nguyen Quang*, Cao Dac Tuan, Trinh Hoang Giang,
Nguyen Duy Khanh, Nguyen Huu Thao, Bui Van Quang

Vietnam German Friendship Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Introduction: The failure of testicular descent or cryptorchidism is the most common defect in newborn boys and cryptorchidism is an established risk factor for infertility and testicular germ cell tumors (TGCT). The most common type of TGCT in cryptorchid testes is seminoma. Orchidopexy decreases the overall risk of testicular cancer, and the earlier before puberty the surgical referral, the more protective for the child.

Case presentation: We would like to report a case of a 39-year-old male patient, history of bilateral orchidopexy 11 years ago, who came to the clinic because the left testicle increased in size and firmness. Ultrasound and magnetic resonance imaging showed testicular tumor. The patient underwent left orchiectomy and lymph node dissection, the pathological result was seminoma, no metastatic lymph node.

Conclusion: Congenital cryptorchidism is a well-established risk factor of testicular malignancies. The orchidopexy in the first year of life prevents the testicular damage and decreases the overall cancer risk.

Keywords: Congenital cryptorchidism, orchidopexy, testicular cancer.

*Corresponding author
Email address: quangvietduc@gmail.com
Phone number: (+84) 903201919

CA LÂM SÀNG: UNG THƯ TINH HOÀN Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT HẠ TINH HOÀN MUỘN

Nguyễn Quang*, Cao Đắc Tuấn, Trịnh Hoàng Giang,
Nguyễn Duy Khánh, Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ấn tinh hoàn là bất thường bẩm sinh thường gặp nhất ở trẻ nam khi mới sinh và là yếu tố nguy cơ của vô sinh nam cũng như ung thư tinh hoàn tế bào mầm. Thể ung thư tinh hoàn thường gặp nhất do ấn tinh hoàn là seminoma. Phẫu thuật hạ tinh hoàn ấn làm giảm nguy cơ chung ung thư tinh hoàn và phẫu thuật càng sớm trước tuổi dậy thì càng có ý nghĩa bảo vệ cho trẻ.

Ca lâm sàng: Chúng tôi xin báo cáo 1 trường hợp bệnh nhân nam 39 tuổi, tiền sử mổ hạ tinh hoàn 2 bên cách 11 năm, đến khám vì tinh hoàn trái tăng kích thước, cứng chắc. Siêu âm và cộng hưởng từ thấy khối u tinh hoàn. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tinh hoàn trái và nạo vét hạch, kết quả giải phẫu bệnh là seminoma, không có hạch ung thư di căn.

Kết luận: Ấn tinh hoàn được đánh giá là yếu tố nguy cơ cho bệnh lý ác tính của tinh hoàn. Phẫu thuật hạ tinh hoàn sớm trong 1 năm đầu tiên ngăn làm tổn thương tinh hoàn và giảm nguy cơ ung thư.

Từ khóa: Ấn tinh hoàn bẩm sinh, phẫu thuật hạ tinh hoàn, ung thư tinh hoàn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ấn tinh hoàn được coi bất thường về hệ sinh dục thường gặp nhất ở trẻ nam với tỉ lệ 3-5% trẻ sơ sinh nam, thường được xác định khi tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc ống bẹn sau khi sinh từ 3 đến 6 tháng tuổi. Liệu pháp hormone với hCG hiện nay đã không còn được sử dụng do tỉ lệ thành công thấp và nhiều tác dụng phụ. Việc điều trị phẫu thuật hạ tinh hoàn giai đoạn sớm giúp hạn chế các biến chứng về sau như vô sinh nam, ung thư tinh hoàn, xoắn tinh hoàn và các ảnh hưởng tâm lý người bệnh. Ấn tinh hoàn được xác định là yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư tinh hoàn khi mà có 5-10% bệnh nhân ung thư tinh hoàn có tiền sử ấn tinh hoàn. Điều này đã được công nhận từ đầu thế kỉ 18 và ngày nay đã có nhiều nghiên cứu khẳng định ý kiến này. Tuy nhiên, có sự khác biệt về tỉ lệ đáng kể giữa các báo cáo rằng nguy cơ ung thư tinh hoàn ở bệnh nhân ấn tinh hoàn cao gấp từ 3 đến 50 lần.

2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn V. M. nam, 39 tuổi, tiền sử phẫu thuật hạ tinh hoàn 2 bên do ấn tinh hoàn trong ổ bụng cách 11 năm. Sau phẫu thuật, tinh hoàn 2 bên được hạ xuống dưới bìu. Bệnh nhân lấy vợ được 10 năm nhưng chưa có con, xét nghiệm tinh dịch đồ không thấy tinh trùng trên nhiều vi trường. Bệnh nhân đã tiến hành phẫu thuật micro TESE cách 1 năm nhưng không có tinh trùng, sinh thiết các mảnh tinh hoàn không thấy tế bào ác tính. Đợt này bệnh nhân đến khám vì thấy tinh hoàn trái tăng kích thước gấp 2 lần và cứng chắc, không đau, không có biểu hiện viêm tấy. Khám lâm sàng: Bệnh nhân thể trạng tốt, đặc tính sinh dục thứ phát nam giới bình thường, bụng mềm, sẹo mổ vùng bẹn 2 bên lõm, xơ dính, tinh hoàn phải teo nhỏ, nằm cao trong bìu phải; tinh hoàn trái mật độ cứng chắc, kích thước khoảng 3x4 cm nằm trong bìu trái, không đau tức. Dương vật kích thước bình thường, lông mu rậm kiểu nam giới.

*Tác giả liên hệ
Email: quangvietduc@gmail.com
Điện thoại: (+84) 903201919

Kết quả siêu âm: Tinh hoàn phải teo nhỏ kích thước 2,6 cm³; tinh hoàn trái kích thước 18,2 cm³, chiếm gần toàn bộ nhu mô là khối đặc giảm âm không đồng nhất,

tăng sinh mạch không đều kích thước 36x28 mm, có các nốt vôi hóa nhỏ li ti.

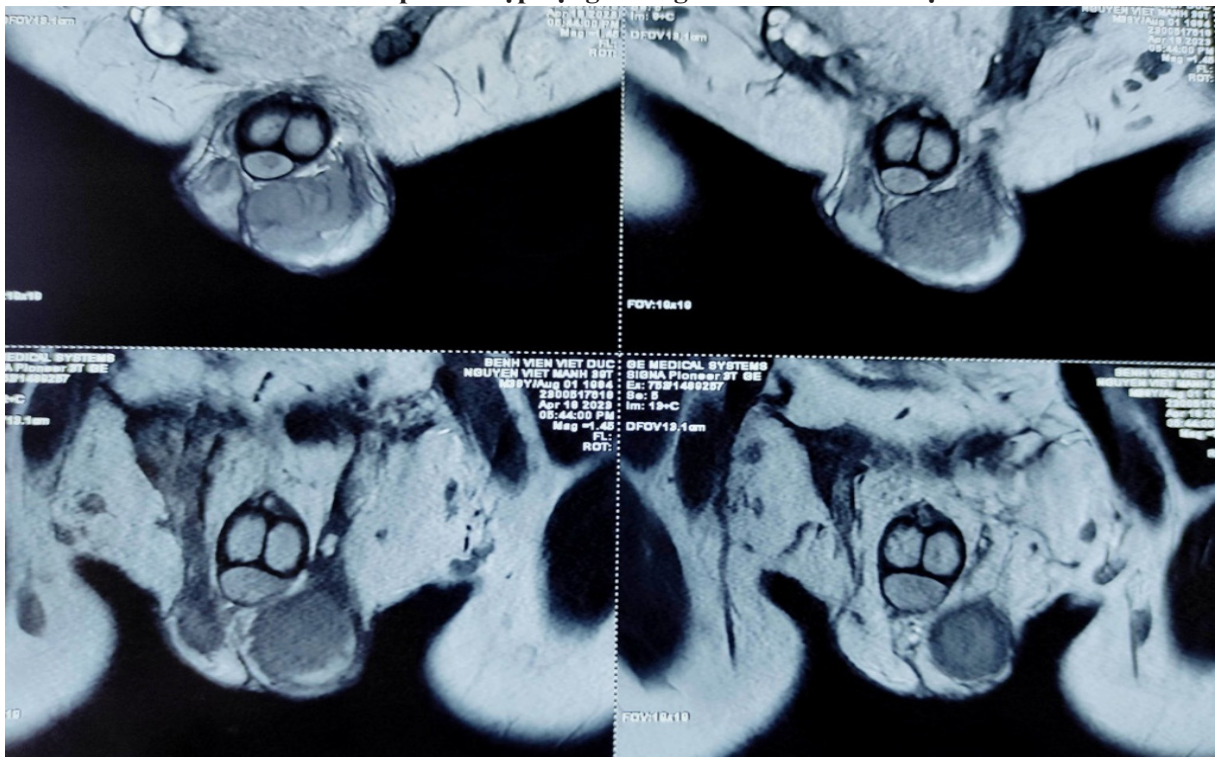
Hình 1: Hình ảnh khối u tinh hoàn trái trên siêu âm của bệnh nhân.



Kết quả MRI: Hình ảnh khối u tinh hoàn trái kích thước 36x26x30 mm, nhu mô có tín hiệu không đồng nhất, giảm trên T2, tăng tín hiệu trên DWI, bờ đều ranh giới

rõ, ngấm thuốc mạnh không đều sau tiêm, tổn thương không xâm lấn ra ngoài tinh hoàn, không thấy hạch to dọc động mạch chậu và trong tiêu khung.

Hình 2: Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ tinh hoàn của bệnh nhân.



Nội tiết tố: LH: 16,97 IU/L, FSH: 19,09 IU/L, Estradiol: 45,21 pg/ml, Testosterone: 9,55 nmol/L.

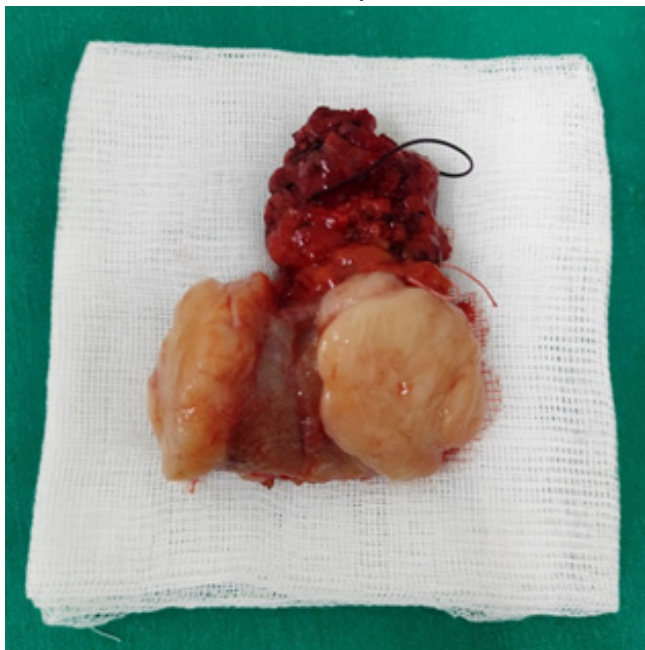
Tinh dịch đồ: Hiện tại không thấy tinh trùng trên nhiều vi trường (Azoospermia).

Các xét nghiệm marker ung thư tinh hoàn trong giới hạn bình thường: LDH: 171 U/L, AFP: 2,72 ng/mL, bhCG: 1,20 mIU/mL.

Bệnh nhân được chẩn đoán u tinh hoàn trái nghi ngờ ung thư. Bệnh nhân được giải thích về tình trạng bệnh, các phương pháp điều trị và các nguy cơ biến chứng. Bệnh nhân đồng ý với chỉ định điều trị phẫu thuật cắt tinh hoàn trái rộng rãi, nạo vét hạch bẹn, chậu trái. Trong mổ tổ chức xơ dính nhiều do mổ cũ, đã biến đổi cấu trúc giải phẫu nên việc bóc lộ cuống mạch thừng tinh và cắt dây chằng bìu tinh hoàn trái gặp khó khăn và thời gian mổ kéo dài. Hậu phẫu tình trạng bệnh nhân ổn định, không nhiễm trùng vết mổ. Bệnh nhân ra viện và dẫn lưu rút sau 1 tuần do lượng dịch tiết ra nhiều sau quá trình nạo vét hạch.

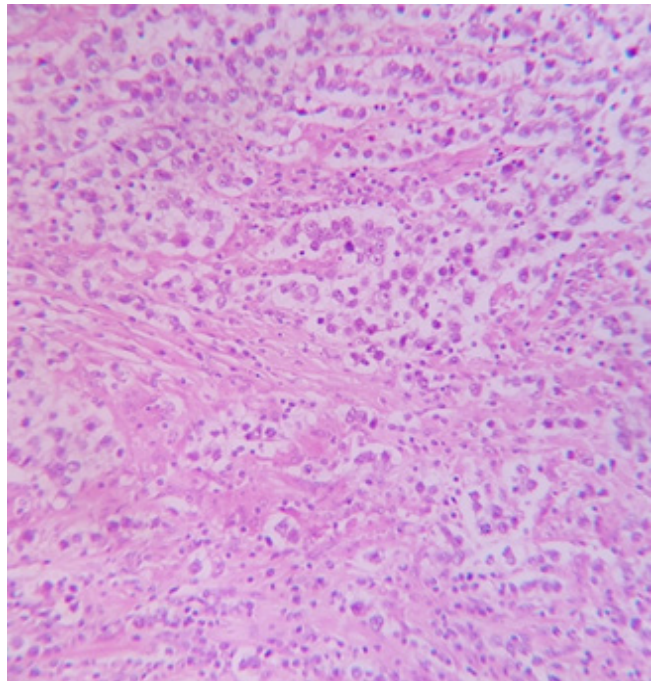
Kết quả giải phẫu bệnh đại thể: Khối u chiếm gần toàn bộ thể tích tinh hoàn trái kích thước 2,5 cm x 3,5 cm, mật độ cứng, màu vàng sẫm.

Hình 3: Hình ảnh đại thể tinh hoàn trái sau khi chia đôi của bệnh nhân



Kết quả giải phẫu bệnh: Seminoma (pT1bN0), 06 hạch viêm mạn tính, không thấy tế bào ác tính

Hình 4: Hình ảnh vi thể u tinh hoàn của bệnh nhân



Khám lại sau mổ 1 tháng, vết mổ ổn định, không phát hiện tổn thương tái phát. Bệnh nhân tiếp tục được hóa chất hỗ trợ Carboplatin 2 chu kỳ, cách nhau 21 ngày. Hiện tại, khám lại sau phẫu thuật 4 tháng, bệnh nhân ổn định, không phát hiện di căn. Chức năng cương dương và ham muốn tình dục của bệnh nhân bình thường.

3. BÀN LUẬN

Ung thư tinh hoàn gặp ở khoảng 1% nam giới và là ung thư thường gặp nhất ở nam giới độ tuổi 15 tuổi đến 34 tuổi. Mối liên quan giữa tinh hoàn ẩn và ung thư tế bào mầm tinh hoàn đã được ghi chép khá đầy đủ từ những năm 1940. Ẩn tinh hoàn là một yếu tố nguy cơ với RR từ 3,7 đến 7,5 so với tinh hoàn nằm trong bìu [1]. Ngược lại, khi nghiên cứu các bệnh nhân ẩn tinh hoàn thì có 5-10% trường hợp có tiền sử ẩn tinh hoàn [1].

Quá trình di chuyển của tinh hoàn từ trong ổ bụng xuống bìu được kiểm soát bởi insulin-like 3 peptid (IL3), các hormone steroid được sản xuất ở tế bào Leydig của tinh hoàn, cũng như các yếu tố di truyền, yếu tố phát triển. Ẩn tinh hoàn là yếu tố nguy cơ điển hình cho vô sinh nam giới và ung thư tinh hoàn. Trong nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tinh hoàn ẩn thường phát triển, chức năng kém hơn bên còn lại, dù đã được phẫu thuật hạ xuống bìu. Có nhiều bằng chứng từ những nghiên cứu theo dõi dài hạn cho thấy ẩn tinh hoàn làm tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn 5 đến 10 lần. Trong phân tích gộp năm 2013 của Lip SZ và cộng sự, nguy cơ tương đối (RR) phát triển thành khối u ác tính ở tinh hoàn trong tinh hoàn ẩn cao gấp 2,2 đến 3,8 lần [2]. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Bank và cộng sự khi phân tích 36 bài báo cáo



với RR= 4,1 [3].

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng vị trí tinh hoàn ẩn cũng liên quan đến nguy cơ gây ung thư tinh hoàn, nguy cơ cao hơn ở nhóm bệnh nhân ẩn tinh hoàn trong ổ bụng và ẩn tinh hoàn cả 2 bên. Ở những bệnh nhân ẩn tinh hoàn, tỉ lệ ung thư tinh hoàn với kết quả giải phẫu bệnh học là seminoma và embryonal carcinoma chiếm tỉ lệ cao nhất nhất [4]. Từ những năm 1940, nhiều giả thuyết đưa ra nguyên nhân tăng nguy cơ ung thư ở bệnh nhân ẩn tinh hoàn. Các nghiên cứu cho thấy sự tiếp xúc của tinh hoàn ẩn với môi trường nhiệt độ cao hơn sẽ kích thích biến đổi quá trình chết theo chương trình dẫn tới thay đổi tế bào tuỷ sinh dục thành các tế bào ung thư. Thêm vào đó, việc phát hiện các tế bào mầm của tinh hoàn ẩn dương tính với placental-like alkaline phosphatase (PLAB), các nghiên cứu chỉ ra rằng PLAB thường được tìm thấy trong các tế bào sinh dục cho thấy sự thất bại quá trình trưởng thành đến tinh trùng type A và do đó làm chậm quá trình phát triển của tế bào mầm.

Trong những trường hợp ẩn tinh hoàn 1 bên, một số nghiên cứu cũng chỉ ra tinh hoàn bên xuống bìu cũng tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn, nhưng nguy cơ sẽ thấp hơn so với bên tinh hoàn ẩn.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phẫu thuật hạ tinh hoàn sớm giúp làm giảm nguy cơ ung thư tinh hoàn. Schneuer và cộng sự đã đưa ra chỉ số cutoff giữa độ tuổi phẫu thuật hạ tinh hoàn và nguy cơ ung thư tinh hoàn là 5 tuổi, trong nghiên cứu có 66% số trường hợp được phẫu thuật trước 5 tuổi [5]. Trong báo cáo của Peterson và cộng sự chỉ số cutoff là ngưỡng 10 tuổi và 15 tuổi, trong đó 64,2% trường hợp phẫu thuật trước 10 tuổi, 2,6% phẫu thuật sau 15 tuổi [6]. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng phẫu thuật trước độ tuổi dậy thì làm giảm nguy cơ ung thư tinh hoàn.

Ở Đan Mạch, một nghiên cứu về ung thư tế bào mầm tinh hoàn gồm 514 bệnh nhân có thấy tỉ lệ mắc ung thư tinh hoàn càng thấp khi bệnh nhân được phẫu thuật càng sớm với tỉ suất chênh (OR) lần lượt là 1,1 đối với trẻ từ 0 đến 9 tuổi, 2,9 đối với trẻ từ 10-14 tuổi, 3,5 với trẻ trên 15 tuổi [7]. Trong nghiên cứu của Walsh về độ tuổi phẫu thuật hạ tinh hoàn và ung thư tinh hoàn khi trưởng thành chỉ ra rằng, điểm cut off là từ 10-11 tuổi và nguy cơ ung thư tinh hoàn ở bệnh nhân phẫu thuật hạ tinh hoàn sau độ tuổi 10-11 so với trước độ tuổi dậy thì có tỉ suất chênh (OR) là 5,8 [8]. Nhiều hiệp hội đã đồng thuận khuyến cáo nên thực hiện phẫu thuật hạ tinh hoàn trong độ tuổi từ 6 đến 12 tháng tuổi và muộn nhất là 18 tháng tuổi [9]. Các tác giả cũng ước tính, với việc trì hoãn phẫu thuật mỗi 6 tháng, sẽ làm tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn khoảng 6% [10].

Trường hợp trong báo cáo của chúng tôi, bệnh nhân ẩn tinh hoàn 2 bên trong ổ bụng và được phẫu thuật hạ tinh hoàn muộn ở tuổi 27. Mặc dù đã hạ tinh hoàn xuống bìu cả 2 bên nhưng kích thích tinh hoàn nhỏ, không

tìm thấy tinh trùng trên mẫu xét nghiệm tinh dịch đồ. Quá trình phát hiện ung thư tinh hoàn bên trái dù đã hạ xuống bìu, chúng tôi đã giải thích nguy cơ ung thư cả tinh hoàn bên phải về sau cho bệnh nhân. Hiện tại chúng tôi quyết định chưa tiến hành phẫu thuật Micro TESE lần 2 do bệnh nhân chưa có mong muốn sinh con. Tuy nhiên, sau phác đồ hóa chất hỗ trợ, tỉ lệ có con của bệnh nhân càng giảm thấp hơn do tinh hoàn phải sẽ bị tác động của hóa chất làm teo nhỏ đi. Vấn đề ung thư di căn của bệnh nhân dường như có thể được kiểm soát, nhưng việc có con và duy trì nội tiết là thách thức cho chúng tôi. Cần tiến hành nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn và dài hạn để đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như mối liên quan giữa ẩn tinh hoàn và ung thư tinh hoàn tại nước ta.

Nhược điểm trong báo cáo ca bệnh này là bệnh nhân chưa được kiểm tra về nhiễm sắc thể và các đột biến liên quan việc sinh tinh trùng, cũng như quá trình theo dõi sau mổ còn ngắn. Các lần phẫu thuật trước không có cách thức phẫu thuật mà chủ yếu qua thăm hỏi người bệnh.

Bệnh nhân đã được giải thích và kí cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu về ca bệnh.

4. KẾT LUẬN

Ẩn tinh hoàn là bất thường bẩm sinh thường gặp ở trẻ nam và là yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư tinh hoàn về sau. Việc phẫu thuật hạ tinh hoàn cần được tiến hành sớm để giảm khả năng ung thư và đảm bảo chức năng nội tiết, sinh sản. Trong mọi trường hợp, ngay cả khi phẫu thuật hạ tinh hoàn sớm, nguy cơ ung thư tinh hoàn vẫn cao hơn ở bệnh nhân ẩn tinh hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Thorup J et al., What is new in cryptorchidism and hypospadias—a critical review on the testicular dysgenesis hypothesis. *Journal of pediatric surgery*, 2010. 45(10): p. 2074-2086.
- [2] Lip SZL et al., A meta-analysis of the risk of boys with isolated cryptorchidism developing testicular cancer in later life. *Archives of disease in childhood*, 2013. 98(1): p. 20-26.
- [3] Banks K et al., Cryptorchidism and testicular germ cell tumors: comprehensive meta-analysis reveals that association between these conditions diminished over time and is modified by clinical characteristics. *Frontiers in endocrinology*, 2013. 3: p. 182.
- [4] Wood HM and JS Elder, Cryptorchidism and testicular cancer: separating fact from fiction. *The Journal of urology*, 2009. 181(2): p. 452-461.
- [5] Schneuer FJ et al., Association between male

- genital anomalies and adult male reproductive disorders: a population-based data linkage study spanning more than 40 years. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2018. 2(10): p. 736-743.
- [6] Pettersson A et al., Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. *New England Journal of Medicine*, 2007. 356(18): p. 1835-1841.
- [7] Møller H and H Evans, Epidemiology of gonadal germ cell cancer in males and females. *Apmis*, 2003. 111(1): p. 43-48.
- [8] Walsh TJ et al., Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with lower risk of testicular cancer. *The Journal of urology*, 2007. 178(4): p. 1440-1446.
- [9] Allin B et al., Systematic review and meta-analysis comparing outcomes following orchidopexy for cryptorchidism before or after 1 year of age. *BJS open*, 2018. 2(1): p. 1-12.
- [10] Loebenstein M et al., Cryptorchidism, gonocyte development, and the risks of germ cell malignancy and infertility: a systematic review. *Journal of Pediatric Surgery*, 2020. 55(7): p. 1201-1210.



EFFECTS OF CANNABIS SATIVA ON DNA METHYLATION IN MALE SPERM: OVERVIEW

Pham Huynh Loc*, Dinh Thi Thuy Quynh, Nguyen Ngoc Hieu, Ha Van Huan

Duy Tan University – 03 Quang Trung Street, Thach Thang Ward, Hai Chau District, Da Nang City, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

The use of *Cannabis sativa* is increasing dramatically in the world and Vietnam after some countries legalized its use, especially among teenagers. The additive effect of marijuana imperceptible outcomes affecting one's physiology on multiple levels. This review is to study and enumerate several effects marijuana may have on male reproductive organs, especially in men who are dealing with infertility and infertility issues from DNA methylation. Although the studies show significant effects in sperm parameters and organic sexual dysfunction, it should be noted that these studies only analyzed small or regressive, cross-sectional studies. Given this restriction, it is suggested that further human trials on a larger scale be conducted to provide an even more concrete conclusion and a more general view.

Keyword: Cannabis sativa, DNA methylation, infertility, sperm.

*Corresponding author
Email address: bs.huynhloc@gmail.com
Phone number: (+84) 868871721

ẢNH HƯỞNG CỦA CẦN SA ĐẾN QUÁ TRÌNH METHYL HOÁ DNA TINH TRÙNG Ở NAM GIỚI : TỔNG QUAN

Phạm Huỳnh Lộc*, Đinh Thị Thúy Quỳnh, Nguyễn Ngọc Hiếu, Hà Văn Huân

Đại học Duy Tân Đà Nẵng – 03 đường Quang Trung, phường Thạch Thang, quận Hải Châu, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

Việc sử dụng cần sa (*Cannabis sativa*) đang tăng đột biến trên thế giới và Việt Nam sau khi một số nước hợp thức hóa việc sử dụng nó, đặc biệt là ở độ tuổi thanh thiếu niên. Hậu quả của việc sử dụng cần sa ảnh hưởng đến sinh lý của con người không thể nhìn thấy được. Bài tổng quan này đã phân tích ảnh hưởng của cần sa đến các vấn đề vô sinh và dị tật thai nhi ở những đối tượng sử dụng cần sa thông qua quá trình methyl hóa DNA của tinh trùng. Mặc dù đã có các nghiên cứu cho thấy những tác động đáng kể của cần sa đến các thông số tinh trùng và rối loạn chức năng tinh dục ở nam giới, nhưng cũng cần lưu ý rằng những nghiên cứu này chỉ phân tích trên các nghiên cứu nhỏ hay nghiên cứu hồi quy, cắt ngang. Với hạn chế này, nên tiến hành thêm các thử nghiệm trên người ở quy mô lớn hơn để đưa ra kết luận cụ thể và cái nhìn tổng quát hơn.

Từ khóa: Cần sa, methyl hóa DNA, vô sinh, tinh trùng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cần sa (*Cannabis sativa*) loại thuốc bất hợp pháp được sử dụng phổ biến nhất thế giới [3]. Năm 2019, có thêm 3,5 triệu người bắt đầu sử dụng cần sa, trong đó có tới 38,9% có độ tuổi từ 12 đến 17 và tỷ lệ nam giới sử dụng cao gấp 3 – 5 lần so với nữ giới [22]. Nghiên cứu về nhân khẩu học cho thấy sử dụng cần sa ở thanh thiếu niên đang có xu hướng gia tăng bất chấp các khuyến cáo về các tác hại mà nó gây ra. Các tác hại mà cần sa gây ra đã được biết đến nhiều với các biểu hiện về tâm lý như không tự chủ, bạo lực, rối loạn lo âu,... [20]. Tuy nhiên kiến thức về các tác hại về sinh lý vẫn chưa được chú ý nhiều.

Thành phần hoạt tính chính trong cây cần sa là delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh THC đã tác động trực tiếp đến quá trình biểu sinh tinh trùng. Những tác động này làm biến đổi các biểu hiện của gen thông qua việc bổ sung hoặc loại bỏ các gốc phân tử của DNA hoặc các đuôi protein histone bao bọc xung quanh DNA [5]. Các đột biến này diễn ra trong tế bào soma, do đó nó có thể di truyền trong quá trình phân chia tế bào cho tế bào con. Bên cạnh đó, các sửa đổi biểu sinh đóng vai trò trung gian

truyền thông tin giữa môi trường và trình tự DNA của bộ gen [6]. Do đó, biểu sinh học cung cấp một cơ chế tiềm năng mà qua đó việc tiếp xúc với cần sa của cha mẹ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe và sự phát triển của con cái họ.

Trong bài tổng quan này, chúng tôi đưa ra một mô tả ngắn gọn về các cơ chế di truyền biểu sinh, tập trung vào quá trình methyl hóa DNA bởi cần sa. Tiếp theo là phân tóm tắt về mô hình động vật và các nghiên cứu trên người về cách tiếp xúc và sử dụng cần sa ảnh hưởng quá trình methyl hóa DNA trong tinh trùng và tác động tiềm ẩn của đến sự phát triển của con cái. Chúng tôi sẽ kết luận bằng cách nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết phải tiến hành các nghiên cứu toàn diện vấn đề này và tầm quan trọng của việc công bố các kết quả nghiên cứu về các hậu quả tiềm ẩn của cần sa.

2. NỘI DUNG

2.1. Methyl hóa DNA ở tinh trùng

Methyl hóa DNA là một quá trình sinh hóa trong đó một nhóm methyl được thêm vào 5-carbon của vòng pyrim-

*Tác giả liên hệ

Email: bs.huynhloc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 868871721



idine của nucleotide cytosine nằm trong đảo CpG [19]. Các đảo CpG là các vùng gen dài 500 bp chứa dinucleotide CG rất đậm đặc (CG/GC >55%) [18]. Quá trình methyl hóa DNA được thấy ở nhóm CpG trong phiên mã giúp di truyền một số gen lặn hay ở CpF giúp điều hòa biểu hiện gen. Nhờ khả năng tác động vào vùng khởi động gen, methyl hóa DNA có thể gây ra tín hiệu làm ảnh hưởng đến quá trình phiên mã làm cho một số kiểu gen không được biểu hiện [21].

Quá trình methyl hóa DNA xảy ra dưới tác động của enzyme DNA methyltransferase (DNMT) [DNMT1: DNMT2: DNMT3 1:1:3 (DNMT3a/3b và DNMT3L)]. Các DNMT3 làm trung gian cho quá trình methyl hóa de novo của các cytosine chưa được methyl hóa và DNA bộ gen methylate trong giai đoạn đầu của quá trình phát triển phôi. Các thay đổi này thay thế, tồn tại vĩnh viễn và có thể xảy ra một cách tự phát ở bất cứ vị trí nào trên bộ gen. Quá trình này đã được chứng minh xảy ra trong quá trình sinh tinh. Trong đó tế bào mầm và tế bào soma được methyl hóa cao ở các vùng lặp lại [11].

2.2. Mối liên quan giữa quá trình methyl hóa DNA của tinh trùng và khả năng sinh sản của nam giới

Bằng phương pháp Percoll phân tách gradient mật độ tinh trùng cho thấy chất lượng tinh trùng phụ thuộc vào mức độ methyl hóa DNA của tinh trùng, tinh trùng có chất lượng tốt thì có mức độ methyl hóa thấp. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh, thiếu tinh trùng (oligospermia) có liên quan đến quá trình methyl hóa DNA của tinh trùng thông qua gen H19. Tang và cộng sự (2018) đã phát hiện quá trình methyl hóa DNA trong gen H19 và một số gen được đánh dấu có khả năng gây vô sinh cho nam giới do làm giảm chất lượng tinh trùng trong tinh dịch [27]. Một nghiên cứu khác cho rằng, tăng methyl hóa DNA của gen MTHFR (methylenetetrahydrofolate reductase) có liên quan đến quá trình vô sinh và thiếu tinh trùng. Botezatu và cộng sự, tìm ra cơ chế khởi động gen MTHFR bị methyl hóa DNA, tăng methyl hóa DNA của gen MTHFR đã được chứng minh là có liên quan đến chất lượng tinh trùng thấp [1].

Mười nghiên cứu lớn với mức độ tin cậy cao đã điều tra mối liên quan giữa quá trình methyl hóa DNA lên toàn bộ gen của tinh trùng và các thông số tinh dịch để đánh giá khả năng sinh sản của nam giới [23]. Điểm đáng chú ý ở các nghiên cứu này lại không chỉ ra được sự khác biệt về khả năng sinh sản như thay đổi thông số tinh dịch, thiếu tinh trùng với mức các tác động khác nhau của quá trình methyl hóa. Laqqan và cộng sự, đã phát hiện mối liên quan giữa khả năng sinh sản thấp có liên quan đến quá trình methyl hóa DNA của gen CpG [8]. Camprubi và cộng sự, lại chỉ ra rằng có mối liên quan giữa quá trình methyl hóa gen APCS (hypermethylation gen myloid P component serum) và thiếu tinh trùng [2]. Jenkins và cộng sự, tinh trùng dị dạng (teratozoospermia) có liên quan đến tỷ lệ biến đổi methyl hóa DNA cao của gen CpG [7].

2.3. Ảnh hưởng của việc sử dụng cần sa nam đối với quá trình methyl hóa DNA

Năm 2020, một nghiên cứu được công bố về tác động của cần sa đến methyl hóa DNA ở tinh trùng người đã cho thấy nồng độ tinh trùng của người sử dụng cần sa giảm đáng kể so với những người không sử dụng, nồng độ THC trong nước tiểu có liên quan đến mức độ giảm nồng độ tinh trùng [12]. Các nghiên cứu tương tự ở trên với các loại động vật có vú đã chứng minh cần sa có liên quan đến việc giảm chất lượng tinh trùng và tăng các nguy cơ mắc bệnh ở con cái của người sử dụng [12, 15, 17]. Hơn nữa, nồng độ THC trong nước tiểu cao làm nồng độ tinh trùng giảm qua đó làm giảm chất lượng tinh trùng và tăng nguy cơ phát triển ung thư tế bào mầm tinh hoàn [13]. Những nghiên cứu này đã chỉ ra rằng hệ thống endocannabinoid (ECS) đóng một vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh quá trình sinh tinh [13] do có sự biểu hiện cụ thể theo giai đoạn và loại tế bào của các thành phần tín hiệu ECS được tìm thấy trong tế bào mầm và tế bào soma ở tinh hoàn. Điều này có thể làm rõ vai trò của ECS trong quá trình sinh tinh nhưng không chứng minh được cần sa trực tiếp làm suy giảm quá trình sinh tinh.

Cần sa có tác động đối với quá trình methyl hóa DNA của tinh trùng đã được chứng minh. Cụ thể, những người sử dụng cần sa trên gen CpG bị methyl hóa ở 3979 vị trí có chất lượng tinh trùng yếu hơn so với nhóm đối chứng. Trong đó có 183 vị trí CpG riêng lẻ đại diện cho 177 gen, có mối tương quan đáng kể giữa lượng THC đo được trong nước tiểu và mức độ methyl hóa, điều này cho thấy liều lượng và thời gian sử dụng cần sa có mối liên quan mật thiết đến quá trình methyl hóa của tinh trùng. Trong các vị trí CpG bị ảnh hưởng có phần lớn nằm ở các intron (41%), ở các đảo CpG (22%), 16% nằm hai bên CpG và 4% vùng rìa.

Một số con đường KEGG đã được xác định bao gồm chuyển hóa ascorbate và aldarate, con đường gây ung thư, tín hiệu mã hóa, MAPK và nhịp điệu sinh học. Những con đường này có sự liên quan đến sự phát triển đầu đời của gen, đặc biệt là con đường mã hóa ảnh hưởng rất lớn từ người cha sử dụng cần sa đến con cái [14]. Một phát hiện liên quan đến gen ức chế thụ thể aryl hydrocarbon (AHRR) cho thấy có 94 vị trí CpG trong AHRR bị methyl hóa tinh trùng của những người sử dụng cần sa. Trong đó, có 2 vị trí CpG được tìm thấy nằm rất gần với các CpG bị hypomethylated ở trẻ sơ sinh có mẹ hút thuốc lá, 92 vị trí con lại nằm trong trình tự lặp lại 62 nucleotide có 47,7 bản sao song song [12]. Tất cả 92 vị trí CpG đều bị hypomethylated trong tinh trùng của người sử dụng cần sa. Hậu quả của tác động với AHRR vẫn chưa rõ ràng nhưng nó gần như chỉ xuất hiện ở người sử dụng cần sa. Những chứng minh này đã cho thấy mối liên quan giữa việc sử dụng cần sa và quá trình methyl hóa DNA trong tinh trùng.

2.4. Tác động của cần sa đến dị tật chi bẩm sinh của con cái

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu đã chứng minh độc tính của cần sa đến sự phát triển chi của con cái. Sự phát triển của chi được kiểm soát bởi một chu trình có trật tự và được phối hợp chặt chẽ, theo đó các gradient gần-xa, trước-sau và trái-phải của hình thái mô phôi sẽ kiểm soát sự phát triển của chồi chi [24]. Đây là một hệ thống có sự cân bằng và dễ bị gây nhiễu, gián đoạn hoặc thiếu sót hoàn toàn dẫn đến việc chi bị mất phần hoặc toàn bộ phụ thuộc vào thời điểm tiếp xúc. Một loạt các cơ chế tế bào đã được mô tả để giải thích cho tác động của cần sa đến di truyền. Các bất thường này tồn tại trong quá trình nguyên phân, giảm phân [9, 26], sự phát triển của tinh trùng [25], sự phân chia tế bào noãn, bất thường ở cơ quan sinh dục, đứt gãy các sợi DNA [4, 16], bất thường trong quá trình hình thành nhiễm sắc thể [16]. Albert Stuart đã chứng minh về tác động của cần sa đến dị tật chi bẩm sinh ở Châu Âu [15] cho thấy cần sa có tác động đến các dị tật loạn sản xương hông, thừa ngón, dính ngón, dị tật hình thái và giảm chi. Nghiên cứu này còn chỉ ra rằng các dị tật này liên quan đến hình thức sử dụng cần sa, người sử dụng trực tiếp khả năng dị tật ở con cái cao hơn so với người bị ảnh hưởng gián tiếp. Vấn đề này được giải thích, những người sử dụng cần sa tinh trùng của họ có 163 vùng DNA bị methyl hóa. Trong chu kỳ 11 tuần của tinh trùng, sự methyl hóa này đã ảnh hưởng đến hàng trăm gen, trong đó có 5 gen đã được xác định là có ảnh hưởng đến chức năng, hình thái và phát triển chi theo chu trình chồi chi. Năm gen này là BMP4, CHD7, GLI3, MEGF8 và TMEM107 đều có tác động trực tiếp đến con đường truyền tín hiệu trong di truyền. Gen BMP4 có liên quan trực tiếp đến sự phát triển của tim, các dị tật ở mắt, hàm mặt và quá trình chồi chi. Các đột biến GLI có liên quan đến sự bất thường của đầu và não và chứng thừa ngón và dính ngón (hội chứng Greig)[10]. Đột biến MEGF8 có liên quan đến các bất thường ở hộp sọ, ngón tay và ngón chân bao gồm tật dính ngón, ngón ngắn và thừa ngón. Không những thế sáu đột biến khác nhau của MEGF8 đã được chứng minh là hội chứng Carpenter và chứng chậm phát triển tâm thần [6]. TMEM107 ảnh hưởng đến sự phát triển của phôi thai như thần kinh, hình thành xương và các cơ quan.

3. KẾT LUẬN

Các nghiên cứu trên người và động vật công bố bằng chứng khoa học về hệ thống sinh sản nam giới bị suy yếu dựa trên các thông số của tinh trùng như số lượng/nồng độ, khả năng vận động, hình thái và khả năng sống sót bị ảnh hưởng trên những đối tượng cần sa. Kết luận này nhấn mạnh chủ yếu đối với nam giới thuộc nhóm hiếm muộn và nam giới được đánh giá mắc các rối loạn vô sinh. Tác dụng của cần sa đến quá trình methyl hóa DNA của tinh trùng có thể phụ thuộc vào tần suất, liều

lượng, lộ trình và tính lâu dài của người sử dụng cần sa. Những tác động này làm thay đổi nồng độ tinh dịch trong tinh trùng gây vô sinh do ảnh hưởng đến các gen H19. Ngoài ra, sử dụng cần sa ảnh hưởng đến sự phát triển phôi thai và gây dị tật ở thể hệ con cái đặc biệt là dị tật các chi. Tuy nhiên, các nghiên cứu này được đánh giá trong một nhóm nhỏ hoặc nghiên cứu kiểm soát các trường hợp hay nghiên cứu hồi quy nên chưa có được cái nhìn tổng thể và chi tiết về ảnh hưởng của cần sa đến chất lượng tinh trùng. Các bác sĩ lâm sàng nên cẩn thận trong việc đánh giá nam giới hoặc các cặp vợ chồng hiếm muộn khi đã và đang sử dụng cần sa để tư vấn và đưa ra liệu pháp điều trị phù hợp, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Botezatu A et al., "Methylation pattern of methylene tetrahydrofolate reductase and small nuclear ribonucleoprotein polypeptide N promoters in oligoasthenospermia: a case-control study", *Reprod Biomed Online*. 28(2): 225-31, 2014.
- [2] Camprubí C et al., "Spermatozoa from infertile patients exhibit differences of DNA methylation associated with spermatogenesis-related processes: an array-based analysis", *Reprod Biomed Online*. 33(6): 709-719, 2016.
- [3] Chandra S et al., "New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008-2017)", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 269(1): 5-15, 2019.
- [4] Chioccarelli T et al., "Cannabinoid receptor 1 influences chromatin remodeling in mouse spermatids by affecting content of transition protein 2 mRNA and histone displacement", *Endocrinology*. 151(10): 5017-29, 2010.
- [5] Dolinoy DC and Jirtle, R. L. "Environmental epigenomics in human health and disease", *Environ Mol Mutagen*. 49(1): 4-8, 2008.
- [6] Engelhard C et al., "MEGF8 is a modifier of BMP signaling in trigeminal sensory neurons", *Elife*. 2: e01160, 2013.
- [7] Jenkins TG et al., "Decreased fecundity and sperm DNA methylation patterns", *Fertil Steril*. 105(1): 51-7.e1-3, 2016.
- [8] Laqqan M et al., "Spermatozoa from males with reduced fecundity exhibit differential DNA methylation patterns", *Andrology*. 5(5): 971-978, 2017.
- [9] Leuchtenberger C, Leuchtenberger R, "Morphological and cytochemical effects of marijuana cigarette smoke on epithelioid cells of lung explants from mice", *Nature*. 234(5326): 227-9, 1971.
- [10] Matissek SJ, Elsawa SF, "GLI3: a mediator of genetic diseases, development and cancer", *Cell Commun Signal*. 18(1): 54, 2020.
- [11] Molaro A et al., "Sperm methylation profiles re-

- veal features of epigenetic inheritance and evolution in primates", *Cell*. 146(6): 1029-41, 2011.
- [12] Murphy SK et al., "Cannabinoid exposure and altered DNA methylation in rat and human sperm", *Epigenetics*. 13(12): 1208-1221, 2018.
- [13] Nielsen JE et al., "Characterisation and localisation of the endocannabinoid system components in the adult human testis", *Sci Rep*. 9(1): 12866, 2019.
- [14] Pan D, "The hippo signaling pathway in development and cancer", *Dev Cell*. 19(4): 491-505, 2010.
- [15] Reece AS, Hulse GK, "Effects of cannabis on congenital limb anomalies in 14 European nations: A geospatiotemporal and causal inferential study", *Environ Epigenet*. 8(1): dvac016, 2022.
- [16] Russo C et al., "Low doses of widely consumed cannabinoids (cannabidiol and cannabidivarin) cause DNA damage and chromosomal aberrations in human-derived cells", *Arch Toxicol*. 93(1): 179-188, 2019.
- [17] Schrott R et al., "Sperm DNA methylation altered by THC and nicotine: Vulnerability of neurodevelopmental genes with bivalent chromatin", *Sci Rep*. 10(1): 16022, 2020.
- [18] Takai D, Jones PA, "Comprehensive analysis of CpG islands in human chromosomes 21 and 22", *Proc Natl Acad Sci U S A*. 99(6): 3740-5, 2002.
- [19] Talbert PB, Henikoff S, "Spreading of silent chromatin: inaction at a distance", *Nat Rev Genet*. 7(10): 793-803, 2006.
- [20] Underwood JM et al, "Overview and Methods for the Youth Risk Behavior Surveillance System - United States, 2019", *MMWR Suppl*. 69(1): 1-10, 2020.
- [21] Yi SV, Goodisman MA, "Computational approaches for understanding the evolution of DNA methylation in animals", *Epigenetics*. 4(8): 551-6, 2009.
- [22] Center for Behavioral Health Statistics and Quality, "Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration", Department of Health and Human Services, Rockville, 2020.
- [23] Åsenius, Fredrika, Danson, Amy Fand Marzi, Sarah J., "DNA methylation in human sperm: a systematic review", *Human Reproduction Update*. 26(6): 841-873, 2020.
- [24] Carlson, Bruce M, *Human embryology and developmental biology*, Elsevier Health Sciences, 2018.
- [25] Joy, Janet E, Watson, Stanley J, Benson, John A, "Marijuana and medicine", *Assessing the Science Base*. 1999.
- [26] Mikuriya, Tod H, "Marijuana in medicine: past, present and future", *California medicine*. 110(1): 34, 1969.
- [27] Tang Qiuqin et al., "Idiopathic male infertility is strongly associated with aberrant DNA methylation of imprinted loci in sperm: a case-control study", *Clinical epigenetics*. 10(1): 1-10, 2018.

THE EFFECT OF METABOLIC DISEASE ON REPRODUCTIVE MEN AND THE HARMFUL EFFECTS OF GAMETES ON THE OFFSPRING'S HEALTH: OVERVIEW

Dinh Thi Thuy Quynh, Pham Huynh Loc, Tran Ha Ngan,
Vu Quang Huy, Nguyen Ngoc Hieu*

Duy Tan University – 03 Quang Trung Street, Thach Thang Ward, Hai Chau District, Da Nang City, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Abnormal changes in the metabolic environment or metabolism can affect male reproductive function including mechanical dysfunction and decreased sperm quality. Many studies have shown the potentially damaging effects of metabolic disorders on the genetic material of sperm, as well as the effects of metabolism on the epigenetic inheritance of molecular markers. Excess fat accumulation causes hormonal disruption, affecting Leptin and Testosterone levels, a decrease in sperm parameters, causing functional and morphological abnormalities, and the creation of oxidizing agents and inflammation, which can disrupt spermatogenesis, leading to infertility. In this review, we collect the reported adverse effects associated with acquired metabolic disorders and diet on sperm parameters and male fertility. In addition, discuss new findings related to epigenetics caused by fathers, especially those with diets high in fat, obesity, and diabetes 2. These issues have been studied recently, the epigenetic inheritance of metabolic disease has a huge social impact, which can be very important to effectively address the 'Obesity epidemic'.

Key words: Epigenetic inheritance; reproductive health, sperm; obesity; diabetes mellitus

*Corresponding author
Email address: ngohieu0707@gmail.com
Phone number: (+84) 708020101



ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH CHUYỂN HOÁ ĐẾN QUÁ TRÌNH SINH SẢN Ở NAM GIỚI VÀ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE THỂ HỆ CON CÁI: TỔNG QUAN

Đinh Thị Thuý Quỳnh, Phạm Huỳnh Lộc, Trần Hà Ngân,
Vũ Quang Huy, Nguyễn Ngọc Hiếu*

Đại học Duy Tân Đà Nẵng – 03 đường Quang Trung, phường Thạch Thang, quận Hải Châu, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Những thay đổi bất thường trong môi trường trao đổi chất hay quá trình chuyển hóa đều có thể gây ảnh hưởng đến chức năng sinh sản nam giới bao gồm rối loạn chức năng cơ học và sự giảm chất lượng tinh trùng. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra những tác động gây hại tiềm ẩn của các rối loạn chuyển hoá đến vật chất di truyền của tinh trùng, cũng như ảnh hưởng của quá trình trao đổi chất đến di truyền biểu sinh của các dấu hiệu phân tử. Sự tích tụ mỡ dư thừa gây rối loạn nội tiết tố, ảnh hưởng đến nồng độ Leptin và Testosterone, giảm các thông số của tinh trùng, gây bất thường chức năng và hình thái, và tạo ra tác nhân oxy hoá và viêm, có thể gây rối loạn quá trình sinh tinh, dẫn đến hiếm muộn và vô sinh. Trong bài đánh giá này, chúng tôi thu thập các tác động có hại được báo cáo liên quan đến rối loạn chuyển hóa mắc phải và chế độ ăn uống đến các thông số tinh trùng và khả năng sinh sản của nam giới. Bên cạnh đó, thảo luận về những phát hiện mới liên quan đến di truyền biểu sinh của người cha gây ra, đặc biệt là những có chế độ ăn giàu chất béo, béo phì và tiểu đường loại 2. Các vấn đề này được nghiên cứu gần đây, sự di truyền biểu sinh của bệnh chuyển hóa có tác động xã hội rất lớn, điều này có thể rất quan trọng để giải quyết "dịch bệnh béo" một cách hiệu quả.

Từ khóa: Di truyền biểu sinh; hồ sơ trao đổi chất; tinh trùng; béo phì; đái tháo đường

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì và các rối loạn chuyển hóa đang ngày càng trở thành những vấn đề sức khỏe quan trọng trên toàn cầu. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra những tác động gây hại tiềm ẩn của các rối loạn chuyển hoá đến vật chất di truyền của tinh trùng, cũng như ảnh hưởng quá trình trao đổi chất đến di truyền biểu sinh của các dấu hiệu phân tử. Sự tích tụ mỡ dư thừa gây rối loạn nội tiết tố, ảnh hưởng đến nồng độ Leptin và Testosterone. Thừa cân béo phì và chế độ ăn giàu lipid liên quan đến việc giảm các thông số của tinh trùng, bất thường chức năng và hình thái, tạo ra tác nhân oxy hoá và viêm, gây rối loạn quá trình sinh tinh, dẫn đến hiếm muộn và vô sinh. Nam giới vừa mắc béo phì và đái tháo đường có khả năng bị suy giảm vận chuyển hormone giới tính và giảm chức năng sinh sản.

piRNA và tsRNA có tác động đến sự im lặng gen và chức năng của tế bào mầm, trong khi quá trình methyl hóa DNA và protamination histone ảnh hưởng đến động lực học và biểu hiện gen trong tinh trùng. Các biến số chuyển hóa như béo phì và tiểu đường có thể ảnh hưởng đến cơ chế này và gây ra tác động tiêu cực đến sinh sản và chất lượng tinh trùng. Các mô hình động vật đã cung cấp nhiều bằng chứng cơ chế làm cơ sở cho các tác động xuyên thế hệ của người cha béo phì đến con cái. Trong bài này, chúng tôi cung cấp một cái nhìn tổng quan về các tác động có hại được báo cáo liên quan đến rối loạn chuyển hóa mắc phải và chế độ ăn uống đối với các thông số tinh trùng và khả năng sinh sản của nam giới.

*Tác giả liên hệ
Email: ngohieu0707@gmail.com
Điện thoại: (+84) 708020101

2. NỘI DUNG

2.1. Ảnh hưởng béo phì và chế độ ăn giàu lipid đến chất lượng tinh trùng

Người thừa cân béo phì thường gặp các vấn đề liên quan đến tinh dịch như giảm ham muốn tình dục và hoạt động tinh dịch kém. Ngoài ra, một giả thuyết đã được đặt ra về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ như rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường (DM) và béo phì đến việc tăng nguy cơ phát triển rối loạn chức năng cương dương, suy giảm mạch máu dương vật từ đó dẫn đến suy yếu quá trình sản xuất các chất vận mạch phụ thuộc vào nội mô, giảm khả năng co giãn cơ trơn động mạch dương vật được gây ra bởi quá trình trao đổi chất và làm rối loạn cương dương, tình trạng này kéo dài dẫn đến loạn cơ học khác như xuất tinh sớm.

Esposito và cộng sự những đàn ông béo phì đã giảm được 10% trọng lượng ban đầu và đều có cải thiện chức năng tinh dịch. Sự giãn mạch máu và kích hoạt các tuyến mồ hôi tại bìu là rất quan trọng trong việc duy trì nhiệt độ tinh hoàn thấp hơn 2–4°C so với nhiệt độ cơ thể để đảm bảo không xảy ra các bất thường trong quá trình sinh tinh. Tích tụ chất béo dưới da tại vùng bìu có liên quan đến tình trạng vô sinh thông qua việc hình thành một dải mỡ lan tỏa với độ dày thay đổi, bao phủ các tinh mạch thừng tinh làm suy giảm khả năng điều nhiệt trong tinh hoàn gây giảm khả năng thông khí tinh hoàn. Hơn nữa, lượng mỡ dư thừa có thể chèn ép các tinh mạch thừng tinh của tinh hoàn làm tăng sức căng bên trong tinh hoàn, gây thiếu máu cục bộ tinh hoàn, kéo theo sự suy giảm chuyển hóa của tuyến sinh dục.

Béo phì có khả năng gây rối loạn nội tiết tố toàn cơ thể thông qua leptin, có vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh cân bằng năng lượng cơ thể, ảnh hưởng sự thèm ăn, cảm giác no hay thông qua thụ thể GHS-R trên tế bào thần kinh tại vùng dưới đồi. Leptin có tác dụng quan trọng đối với các cơ quan sinh dục, nồng độ leptin cao trong tuần hoàn người đàn ông béo phì làm giảm nồng độ T do suy giảm LC, giảm hoạt động của lactate dehydrogenase thông qua việc điều chỉnh quá trình chuyển hóa SC. Nồng độ leptin trong huyết thanh cao được tìm thấy ở những người đàn ông béo phì vô sinh, có thể xem chúng có liên quan đến hình thái tinh trùng bất thường. Một nghiên cứu khác cho thấy giảm leptin có liên quan đến giảm GLP-1, một incretin có vai trò trong việc điều hòa sinh tinh.

Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng có sự liên quan giữa béo phì đến tình trạng viêm mạn tính do sự vỡ các tế bào mỡ phì đại quá mức dẫn đến việc gia tăng xâm nhập các đại thực bào. Các đại thực bào, các tế bào mầm bị hư hại tạo ra ROS có khả năng ức chế huy động cholesterol đến ty thể trong LC, một bước quan trọng để tạo steroid. Ngoài ra, ROS và các Cytokine viêm khác cũng thúc đẩy làm hư hỏng của bộ máy steroid. Những người béo phì có tỷ lệ trao đổi chất cao, tốc độ tiêu thụ oxy

tăng lên, dẫn đến việc sản xuất quá mức ROS thông qua chuỗi hô hấp của ty thể. Trong môi trường tinh hoàn, ROS là tác nhân chính gây rối loạn chức năng tế bào tinh trùng, gây tổn thương DNA và ảnh hưởng đến tính toàn vẹn của màng tế bào trong tinh trùng [3]. Ngoài ra, ROS ở nam giới béo phì thường cao và gây ra sự thay đổi quá trình methyl hóa DNA trong tinh trùng dẫn đến thay đổi sự phát triển của phôi và kiểu hình của con cái.

Hầu hết tất cả các chất béo trong chế độ ăn uống hằng ngày là axit béo bão hòa (SFA), axit béo không bão hòa đơn (MUFA), axit béo không bão hòa đa (PUFA) và axit béo chuyển hóa (TFA). Các axit béo của tinh trùng chủ yếu bao gồm SFA 60%, TFA <1%. Chavarro và cộng sự báo cáo rằng tổng hàm lượng TFA của tinh trùng có tương quan nghịch với nồng độ tinh trùng. TFA có thể cản trở sự kết hợp của PUFA vào màng tinh trùng, do đó ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh, việc hấp thụ TFA đã được báo cáo là làm giảm tổng nồng độ T và giảm thể tích tinh hoàn, do đó ảnh hưởng đến trục HPG [4]. Lượng SFA hấp thụ cũng có mối tương quan nghịch với nồng độ tinh trùng và tổng số lượng tinh trùng. Việc hấp thụ nhiều SFA và TFA là một yếu tố nguy cơ gây suy tinh trùng. Afeiche và cộng sự báo cáo rằng ăn nhiều thịt đỏ có liên quan đến việc giảm số lượng tinh trùng ở nam giới trẻ tuổi và nguy cơ mắc suy tinh trùng. Tuy nhiên, do số lượng dữ liệu về chủ đề này còn ít, cần nghiên cứu thêm để thấy rõ mối tương quan giữa việc ăn thịt và các thông số của tinh trùng, đặc biệt là nguồn gốc thịt và cách nó có thể tạo ra các dấu hiệu trao đổi chất trong tinh trùng.

2.2. Đái tháo đường và chế độ ăn giàu Glucid ảnh hưởng đến chức năng sinh sản nam giới

Tăng đường huyết mạn tính có liên quan đến giảm khả năng sinh sản của nam giới. Tần suất và thời gian của các cơn tăng hay hạ đường huyết, mức độ kiểm soát nồng độ glucose trong máu là một trong những thông số quan trọng để đánh giá tỷ lệ vô sinh. Nam giới mắc ĐTD có liên quan đến sự suy giảm khả năng vận động của tinh trùng, sự phân mảnh DNA của tinh trùng và rối loạn điều hòa hormone. Gần đây, nhiều bằng chứng đã được công bố về những thay đổi trao đổi chất gây ra bởi tình trạng tăng đường huyết trong chức năng sinh sản của nam giới [6]. Bên cạnh đó, ngày càng có nhiều lo ngại về các dấu hiệu chuyển hóa của tăng đường huyết ở giao tử đực, như một yếu tố biểu sinh tiềm ẩn có khả năng điều chỉnh khuynh hướng khởi phát bệnh chuyển hóa ở thế hệ con [7, 8].

Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trên toàn cầu tăng nên càng có nhiều lo ngại về tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới trong độ tuổi sinh sản [5]. Hơn nữa, vì chức năng sinh sản phụ thuộc vào tình trạng dinh dưỡng của từng cá nhân, triệu chứng mất kiểm soát đường huyết quan sát được ở bệnh ĐTD sẽ tạo ra kết quả tiêu cực đối với các thông số về tinh trùng và sinh sản [1, 6]. Thật vậy, tinh trùng xuất ra từ những người đàn ông mắc bệnh ĐTD

và ĐTD2 thể hiện các thông số chất lượng kém hơn (khả năng vận động, khả năng sống sót và tính toàn vẹn DNA thấp hơn) so với những người đàn ông bình thường. Roessner và cộng sự chứng minh sự suy giảm các thông số của tinh trùng với sự kích hoạt quá mức tín hiệu chết chu trình tế bào tinh trùng. Ở các cặp vợ chồng được theo dõi do các vấn đề về khả năng sinh sản, tỷ lệ chuyển phôi thành công nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART) thấp hơn khi nam giới được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường. Seethalakshmi et al. đã quan sát thấy số lượng và khả năng di chuyển của tinh trùng thấp hơn ở những con chuột bị tiểu đường, đồng thời với lượng fructose tinh dịch tăng cao, trọng lượng tuyến sinh dục thấp hơn và nồng độ T, LH và FSH thấp hơn. Sau khi điều trị bằng insulin, tất cả các thông số tinh trùng được phục hồi như nhóm đối chứng và họ đã cho rằng rối loạn chức năng glucose là nguyên nhân gây ra các vấn đề sinh sản được phát hiện.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tăng đường huyết không kiểm soát có liên quan việc tiết leptin thấp hơn, thúc đẩy giảm tiết LH. Sự sụt giảm nồng độ leptin có liên quan đến việc giảm số lượng tinh trùng trong ống sinh tinh và LC bị thu nhỏ. Một nghiên cứu khác cho thấy rằng tăng đường huyết trong thời gian dài dẫn đến rối loạn chức năng tinh hoàn đáng kể và giảm khả năng sinh sản. Một số chất gây hại cho sức khỏe có trong kẹo, nước ngọt có ga như Bisphenol A và Phthalates được ghi nhận trong nước tiểu và đã được chứng minh có sự đáng kể đến việc giảm khả năng vận động của tinh trùng, tổn thương DNA của tinh trùng và dị bội tinh trùng. Những nghiên cứu này nhấn mạnh rằng chế độ ăn giàu glucid không những gây tác động trực tiếp đến sự rối loạn nội tiết mà còn nhắc đến các chất gây độc có thể gây ra những tác động có hại cho hệ thống sinh sản và/hoặc chất lượng tinh trùng.

2.3. Rối loạn chuyển hoá ảnh hưởng đến RNA và cơ chế biểu sinh

Cơ chế biểu sinh tinh trùng bằng hoạt động của các RNA nhỏ (snRNA, piRNA, tsRNA, miRNA), quá trình methyl hóa DNA và động lực học của chất nhiễm sắc (sự biến đổi và protamination histone sau dịch mã) [7]. Hiện nay, có rất nhiều RNA nhỏ được tìm thấy trong tinh hoàn của động vật có vú như họ miRNA-34 và let-7 miRNA nhạy cảm với các biến số chuyển hóa, cụ thể là ĐTD2. Một nghiên cứu khác, cho thấy rằng piRNA là chất điều hòa sinh tinh quan trọng trong tế bào giảm phân. Ở đây, các tác giả đã báo cáo quần thể piRNA giảm phân có thể làm im lặng các mARN cụ thể, bằng cách này điều chỉnh sự tiến triển của giảm phân. Quá trình methyl hóa DNA trong tinh trùng cũng bị ảnh hưởng bởi quá trình trao đổi chất. Động lực học chất nhiễm sắc của tinh trùng cũng liên quan đến quá trình methyl hóa, vì cả hai cơ chế đều điều chỉnh khả năng tiếp cận các trình tự DNA (gen) để phiên mã thêm. Bên cạnh đó, các enzyme chịu trách nhiệm cho quá trình

methyl hóa (de) - DNA và biến đổi histone rất nhạy cảm với các biến số trao đổi chất và sự sẵn có của các chất nền năng lượng và đồng yếu tố. Ở đây, có thể deacetylase sirtuin đã kiểm soát trạng thái biểu sinh của chất nhiễm sắc theo NAD⁺.

2.4. Ảnh hưởng các hợp chất từ môi trường đến tinh trùng

Độc tố môi trường như thuốc trừ sâu và hợp chất công nghiệp đóng vai trò là chất gây rối loạn nội tiết, đặc biệt là đối với những người béo phì vì phần lớn trong số chất này hoà tan trong lipid. Sự tương tác giữa mô mỡ, độc tố môi trường với khả năng sinh sản nam giới chưa được hiểu rõ, tuy nhiên một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng organochlorines, một nhóm chất độc trong thuốc trừ sâu đã được tìm thấy trong tinh dịch chất này có liên quan đến việc giảm số lượng tinh trùng và hydrocarbon thơm gây rối loạn các chức năng của tinh trùng. Mặc dù tác động của các độc tố hoà tan trong mỡ tinh hoàn có thể đóng vai trò trong việc gây vô sinh nam giới do béo phì, nhưng chủ đề này đã bị bỏ qua trong nhiều năm [2].

3. KẾT LUẬN

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, người thừa cân và béo phì thường gặp các vấn đề liên quan đến hiệu quả quan hệ tình dục, bao gồm giảm ham muốn tình dục và hoạt động tình dục kém. Thêm vào đó, béo phì và tăng cân đã được chứng minh có liên quan đến việc làm giảm các thông số của tinh trùng như lượng tinh dịch, khả năng di chuyển của tinh trùng, cũng như gây ra các bất thường chức năng của tinh trùng. Điều này có thể dẫn đến sự suy giảm chất lượng tinh trùng và khả năng thụ tinh, ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng sinh sản nam giới. Ngoài ra, các yếu tố khác như đái tháo đường và chế độ ăn giàu glucid và lipid cũng có tác động tiêu cực đến chức năng sinh sản nam giới. Sự tăng cân và béo phì được coi là yếu tố nguy cơ tăng nguy cơ phát triển các rối loạn chức năng cương dương và suy giảm mạch máu dương vật. Điều này có nghĩa, cùng với sự suy giảm trao đổi chất liên quan đến thừa cân/béo phì, thực phẩm tiêu thụ sẽ có tác động trực tiếp đến quá trình sản xuất tinh trùng và sẽ được phản ánh trong chất lượng tinh trùng. Tuy nhiên, một trong những khía cạnh quan trọng trong nghiên cứu trong tương lai về lĩnh vực này là tác động chuyển thể hệ của các biến số dinh dưỡng, thông qua giao tử đực và sự di truyền biểu sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Oliveira PF, Sousa M, Silva BM et al., Obesity, energy balance and spermatogenesis. *Reproduction* 2017;153:R173–R85.
- [2] Cardoso AM, Alves MG, Sousa AC et al., The effects of the obesogen tributyltin on the metabo-

- olism of Sertoli cells cultured ex vivo. *Arch Toxicol* 2018;92:601–10.
- [3] Asadi N, Bahmani M, Kheradmand A et al., The impact of oxidative stress on testicular function and the role of antioxidants in improving it: a review. *J Clin Diagn Res* 2017;11:IE01–05.
- [4] Minguez-Alarco' n L, Chavarro JE, Mendiola J et al., Fatty acid intake in relation to reproductive hormones and testicular volume among young healthy men. *Asian J Androl* 2017; 19:184–90.
- [5] International Diabetes Federation, *IDF Diabetes Atlas*, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.
- [6] Crisóstomo L, Alves MG, Gorga A et al., Molecular mechanisms and signaling pathways involved in the nutritional support of spermatogenesis by Sertoli cells. In: MG Alves, PF Oliveira (eds), *Sertoli Cells—Methods and Protocols*. *Methods in Molecular Biology*, 1st edn. New York: Humana Press, 2018, 129–55.
- [7] Baxter FA, Drake AJ, Non-genetic inheritance via the male germline in mammals. *Phil Trans R Soc B* 2019;374:20180118.
- [8] Perez MF, Lehner B, Intergenerational and trans-generational epigenetic inheritance in animals. *Nat Cell Biol* 2019;21: 143–51.



INFLATABLE PENILE PROSTHESIS SURGERY FOR THE PATIENTS WITH SEVERE ERECTILE DYSFUNCTION AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Truong Hoang Minh*, Tran Thanh Phong, Tran Le Duy Anh,
Ngo Quang Trung, Nguyen Thanh Quang

People's Hospital 115 – 527 Su Van Hanh, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the results of the inflatable penile prosthesis (IPP) surgery for the patients with severe erectile dysfunction at People's Hospital 115.

Materials and Methods: Description of case series

Results: To report 16 cases of IPP surgery through the penoscrotal approach. The average age: $56,56 \pm 3,24$ years old (30 -77 years old). There are 11/16 cases with combined disease including: hypertension, diabetes, benign prostatic hyperplasia (BPH), dyslipidemia. There are 1/16 cas with a history of urethroplasty due to complicated pelvic fractures and 1/16 cases of cavernous artery occlusion/ dyslipidemia in young people. The size of the corpus cavernous measured on the left is: 18.31 ± 0.47 cm, on the right is: 18.28 ± 0.47 cm. The size of the IPP on the left: 17.12 ± 0.48 cm, on the right: 17.09 ± 0.48 cm. The average operative time: $77,50 \pm 3,26$ minutes (50-95 minutes). The average catheterization time: $2,62 \pm 0,23$ days. The drainage setting time: $2,50 \pm 0,18$ days. The patients stays in the hospital: $3,88 \pm 0,63$ days. No morbidity or complications was found in this 16 cases. The average time to start using IPP: 7.25 ± 0.21 weeks with good results. 16/16 patients and partners are satisfied.

Conclusions: IPP surgery to treat the patients with severe erectile dysfunction at people's hospital 115 is safe, effective, less complications, bringing satisfying sex life for patients and their partners.

Key words: Inflatable penile prosthesis, People's Hospital 115.

*Corresponding author
Email address: hoangminhbvnd115@gmail.com
Phone number: (+84) 903982107

ĐẶT THẺ HANG NHÂN TẠO LOẠI 3 MẢNH ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯƠNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trương Hoàng Minh*, Trần Thanh Phong, Trần Lê Duy Anh,
Ngô Quang Trung, Nguyễn Thanh Quang

Bệnh viện Nhân Dân 115 – 527 Sư Vạn Hạnh, Phường 12, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đặt thẻ hang nhân tạo (loại 3 mảnh) điều trị rối loạn cương nặng tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp lâm sàng.

Kết quả: Có 16 trường hợp phẫu thuật đặt thẻ hang nhân tạo (loại 3 mảnh) qua đường mổ dưới bìu. Tuổi trung bình: $56,56 \pm 3,24$ tuổi (30 - 77 tuổi). Có 11/16 TH có bệnh kết hợp (THA, ĐTĐ, TSLTTTL, Tăng lipid máu). Có 1/16 TH tiền căn mô tạo hình niệu đạo do gãy khung chậu phức tạp. 1/16 TH tắc động mạch thể hang/ rối loạn lipid máu ở người trẻ. Kích thước thể hang đo được bên trái là: $18,31 \pm 0,47$ cm, bên phải là: $18,28 \pm 0,47$ cm. Kích thước thẻ hang nhân tạo đặt bên trái: $17,12 \pm 0,48$ cm, đặt bên phải: $17,09 \pm 0,48$ cm. Thời gian mổ trung bình: $77,50 \pm 3,26$ phút (50-95 phút). Thời gian đặt thông tiểu trung bình: $2,62 \pm 0,23$ ngày. Thời gian đặt dẫn lưu trung bình: $2,50 \pm 0,18$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình: $3,88 \pm 0,63$ ngày. Chưa ghi nhận tai biến - biến chứng. Thời gian bắt đầu sử dụng thẻ hang trung bình: $7,25 \pm 0,21$ tuần với kết quả tốt, 16/16 TH hài lòng cả người bệnh và bạn tình.

Kết luận: Đặt thẻ hang nhân tạo điều trị rối loạn cương nặng tại Bệnh viện Nhân Dân 115 là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, chưa ghi nhận tai biến - biến chứng, mang lại đời sống tình dục thoải mái cho người bệnh và bạn tình.

Từ khóa: Đặt thẻ hang nhân tạo, Bệnh viện Nhân Dân 115.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương (RLC) nặng chiếm tỉ lệ khoảng 9,6% trong các trường hợp rối loạn cương [1]. Việc điều trị RLC nặng tại Việt Nam trước đây một số tác giả sử dụng đầu sừng 12 cây vào thể hang nhằm tạo cương cứng dương vật nhưng hiệu quả không cao, bất tiện và gặp nhiều biến chứng như hoại tử xương, lộ xương... Tại Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi bắt đầu thực hiện đặt thẻ hang nhân tạo loại 3 mảnh từ năm 2019 đến nay. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp RLC nặng được đặt thẻ hang nhân tạo (loại 3 mảnh)

tại BVND 115.

- Nhận xét kết quả đặt thẻ hang nhân tạo (loại 3 mảnh) tại BVND 115.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** 16 bệnh nhân được phẫu thuật đặt thẻ hang nhân tạo loại 3 mảnh tại đơn vị Nam khoa - BVND 115 từ tháng 7 năm 2019 đến nay.

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hàng loạt ca.

Chi định: Các bệnh nhân bị rối loạn cương nặng theo

*Tác giả liên hệ

Email: hoangminhbvnd115@gmail.com

Điện thoại: (+84) 903982107



thang điểm IIEF

Chống chỉ định: đang hiện diện nhiễm trùng, rối loạn đông máu, tiểu đường chưa kiểm soát được, không đủ điều kiện phẫu thuật.

Tiến trình phẫu thuật:

Bệnh nhân được chuẩn bị trước mổ như các trường hợp mổ thường quy. Kháng sinh sử dụng: Vancomycin 1g / IV, Gentamycin 160 mg/IM trong 2 ngày, chuyển sang nhóm quinolon đường uống 7 ngày sau đó (khi bệnh nhân về nhà). Sử dụng Gentamycin 240 mg pha với 500 ml nước muối sinh lý để tráng rửa dụng cụ trong mổ.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa. Sát trùng rộng vùng bìu, dương vật và vùng xung quanh 2 lần bằng alcohol 70 độ.

Rạch da ngang vị trí gốc bìu - dương vật, lệch về phía bìu 1 cm, đường rạch dài 2,5 cm. Bóc tách bộc lộ thể xốp và 2 thể hang hai bên. Khâu 2 mỗi chỉ chờ bằng vicryl 2/0 ở mỗi bên thể hang. Xẻ thể hang bằng dao lạnh dài 1 cm. Qua vị trí xẻ này, ta đưa Furlow trượt nhẹ nhàng vào đầu gần và đầu xa của thể hang nhằm mục đích phá vỡ các cấu trúc xoang hang. Tiếp tục dùng que nong nong rộng lõi thể hang. Đo khoảng cách đầu gần và đầu xa thể hang nhằm chọn kích cỡ thể hang nhân tạo thích hợp. Chúng tôi chọn chiều dài thể hang ngắn hơn chiều dài đo được từ 1 – 1,5 cm. Đặt thể hang nhân tạo vào trong thể hang bệnh nhân, cột 2 mũi chỉ chờ. Tiếp theo chúng tôi tiến hành tạo khoang vị trí cạnh phải hoặc trái của bàng quang, dưới phúc mạc, trên cân cơ đáy chậu, sau xương mu, khoang phải đủ rộng để đặt túi chứa (reservoir). Trường hợp đã mổ vùng chậu (cắt TTL tận gốc, chúng tôi đặt túi chứa dưới cơ thành bụng, ngoài phúc mạc. Tiếp đến là tạo khoang vùng bìu để đặt bộ phận bơm dịch. Sau khi đặt túi chứa và bơm, tiến hành nối 2 hệ thống này với nhau và kiểm tra hoạt động của toàn hệ thống thể hang nhân tạo. Đặt dẫn lưu ổ mổ qua hệ thống hút áp lực âm. Khâu cân cơ bìu bằng vicryl 3/0. Khâu da bằng Nylon 4/0. Băng ép nhẹ toàn bộ bìu - dương vật.

Theo dõi hậu phẫu:

Theo dõi vết mổ, lượng dịch và tính chất dịch trong ống dẫn lưu, nước tiểu qua thông niệu đạo, màu sắc quy đầu, vết mổ.

Giảm đau sau mổ: Acetaminophen 3g/ngày trong 2 ngày.

Mở băng ép vào ngày thứ 2 sau mổ, rút dẫn lưu ổ mổ khi khô. Trường hợp bệnh nhân có phì đại TTL bổ sung thêm thuốc ức chế thụ thể alpha-1. Xả dịch trong thể hang còn 30% so với khi cương tối đa, rút thông niệu đạo. Bệnh nhân được xuất viện sau đó. Trường hợp có bất thường đường tiết niệu (bí tiểu...) sẽ lưu lại bệnh viện cho tới khi ổn định.

Bắt đầu sử dụng thể hang: Từ 6 đến 8 tuần sau phẫu thuật tùy từng trường hợp.

Đánh giá sự hài lòng: với bệnh nhân: Internation Index Erectil Function (IIEF), với bạn tình: Female Sexual Function Index (FSFI)

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân: Có 16 trường hợp phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) qua đường mổ dưới bìu.

- Tuổi trung bình: 56,56 ± 3,24 tuổi (30 -77 tuổi)
- Lý do đặt thể hang: 16/16 TH rối loạn cương không đáp ứng điều trị nội khoa
- Bệnh kết hợp:

Bảng 1. Các bệnh kết hợp

Bệnh kết hợp	Số TH	%
Không có bệnh kết hợp	5	31,3
THA	4	25
TĐ	2	12,5
TSLTTTL	1	6,3
THA + TĐ	1	6,3
THA + TĐ + TSLTTTL	2	12,5
Xơ hẹp ĐM thể hang/ rối loạn lipid máu	1	6,3
Tổng	16	100

- Tiền sử phẫu thuật vùng chậu: 1/16 TH (6,3%) cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt + đặt mảnh ghép thoát vị bẹn phải, 1/16 TH (6,3%) mổ tạo hình niệu đạo 3 lần sau chấn thương gây khung chậu phức tạp do tai nạn giao thông. 1/16 TH (6,3%) mổ cắt TTL tận gốc do ung thư + xạ trị do u lympho ruột non hiện đã ổn định.

- Cả 16/16 TH đều bị rối loạn cương nặng, không còn đáp ứng với thuốc nội khoa.

- Siêu âm: 3/16 TH (18,75%) có TSLTTTL mức độ nhẹ.

- Niệu dòng đồ: 9/16 TH đo niệu dòng đồ (vận tốc dòng tiểu :16-18 ml/s)

Kết quả phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh

- Kích thước thể hang

Bảng 2. Kích thước thể hang

Thể hang	Kích thước (cm)	Trái (Số BN-%)	Phải (Số BN-%)
Thể hang đo được	12	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	17	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	17,5	0 (0%)	1 (6,3%)
	18	5 (31,3%)	4 (25%)
	18,5	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	19	4 (25%)	4 (25%)
	20	3 (18,8%)	3 (18,8%)
	Trung bình	18,31	18,28
Thể hang nhân tạo	10,5	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	16	2 (12,5%)	2 (12,5%)
	16,5	0 (0%)	1 (6,3%)
	17	3 (18,8%)	2 (12,5%)
	17,5	2 (12,5%)	2 (12,5%)
	18	6 (37,5%)	6 (37,5%)
	18,5	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	19	1 (6,3%)	1 (6,3%)
Trung bình	17,12	17,09	

Nhận xét: Có 1/16 TH chiều dài thể hang đo được không bằng nhau giữa bên trái (18 cm) và phải (17,5 cm) do xơ đoạn gốc thể hang.

- Có 2/16 TH dùng loại thể hang đường kính nhỏ do xơ hẹp.

- Vị trí đặt túi chứa: Bên trái: 5/16 TH và bên phải: 10/16 TH, 1/16 TH đặt thành bụng trái

- Thể tích túi chứa:

Bảng 3. Thể tích túi chứa

Thể tích túi chứa (ml)	Số BN	%
60	11	68,8
65	4	25,0
70	1	6,3
Tổng số	16	100

- Lượng máu mất: không đáng kể (16/16 TH)

- Thời gian:

Bảng 4. Thời gian

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất – Dài nhất
Phẫu thuật	77,50 ± 3,26 phút	50-95
Đặt dẫn lưu	2,50 ± 0,18 ngày	2-4
Đặt thông tiểu	2,63 ± 0,23 ngày	2-5
Nằm viện	3,88 ± 0,63 ngày	2-12
Sử dụng thể hang	7,25 ± 0,21 tuần	6-8

- Tai biến, biến chứng: 0/16 TH, có 1/16 TH bí tiểu, điều trị nội khoa ổn

- Hài lòng: 16/16 TH (cả bạn tình).

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo trong điều trị RLC có thể xem là một cứu cánh trong trường hợp RLC nặng. Bệnh viện Nhân Dân 115 là Bệnh viện đầu tiên tại Việt Nam được Bộ Y Tế cho phép thực hiện thí điểm phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh điều trị rối loạn cương dương mức độ nặng. Chúng tôi báo cáo 16 trường hợp thực hiện tại bệnh viện Nhân Dân 115 với các vấn đề cần bàn luận như sau:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Cả 16 bệnh nhân của chúng tôi đa số đều lớn tuổi, mức RLC mức độ nặng dựa trên Bảng điểm chức năng cương quốc tế (IIEF: International Index of Erectile Function) và không còn đáp ứng với các thuốc nhóm ức chế PDE5 (Phosphodiesterase type 5 inhibitor) cũng như liệu pháp

sóng xung kích tuyến tính cường độ thấp (LSWT: Linear Shock Wave Therapy).

- Có 11/16 TH có bệnh lý đi kèm là: THA, tiểu đường, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, rối loạn lipid xơ hẹp động mạch thể hang. 1 BN đã mổ cắt đốt nội soi phì đại lành tính tuyến tiền liệt và đặt mảnh ghép thoát vị bẹn bên phải, 1 TH mổ tạo hình niệu đạo tăng sinh môn 3 lần (lần cuối sử dụng ống niêm mạc má) do gây khung chậu phức tạp. 1 TH mổ cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

- Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội niệu khoa Châu Âu (EAU) thì phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo là chọn lựa điều trị hàng thứ 3 sau điều trị bước 1 (thuốc PDE5-i, dụng cụ hút chân không, liệu pháp sóng xung) và điều trị bước 2 (tiêm alprostadil vào thể hang). Còn theo hướng dẫn EAU 2020 thì lựa chọn đặt thể hang nhân tạo không nhất thiết là lựa chọn cuối cùng mà tùy theo lựa chọn của bệnh nhân. Tuy nhiên, Hiệp hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) trong hướng dẫn điều trị của mình cũng khuyến cáo cần tư vấn, giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu các lợi ích cũng như các nguy cơ của phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ: grade C), ngoài ra còn cần phải thảo luận kỹ với bệnh nhân về các mong muốn của họ sau phẫu thuật [2]. Tất cả các BN của chúng tôi đều được tư vấn và điều trị các bệnh kết hợp ổn định trước khi đặt thể hang.

Kết quả

- Kỹ thuật đặt thể hang nhân tạo?

Có nhiều loại thể hang nhân tạo: loại không bơm phồng được và loại có thể bơm phồng được. Loại bơm phồng có thể 2 hay 3 mảnh. Chúng tôi lựa chọn loại 3 mảnh cho cả 11 TH vì sự tiện lợi của nó cũng như xu thế hiện nay.

Có nhiều cách để tiếp cận thể hang và đặt thể hang nhân tạo, có thể rạch da ở ngay dưới rãnh quy đầu rồi tuột “vỏ chuối” xuống để bộc lộ thể hang hoặc đi ngay mặt bụng dương vật để vào trực tiếp thể hang. Chúng tôi lựa chọn con đường thứ 2 (đi mặt bụng dương vật) vì sẽ không gây tổn thương mạch máu, thần kinh lưng dương vật, đường mổ nhỏ, ít biến chứng, thẩm mỹ hơn [4],[6].

Đặt túi chứa có thể ở bên phải hay bên trái, phía sau xương mu, cạnh bàng quang. 10/16 BN chúng tôi đặt bên phải, trường hợp chúng tôi đặt bên trái vì bên phải đã đặt mảnh ghép thoát vị bẹn, nguy cơ dính khó phẫu tích. Có 1 TH chúng tôi phải đặt túi chứa dưới cơ thành bụng do tiền sử đã mổ cắt TTL tận gốc, khi mổ thấy dính không thể tạo khoang cạnh bàng quang được. Chúng tôi không thấy có khó khăn gì giữa đặt túi chứa ở bên trái và phải, tuy nhiên ưu tiên đặt bên phải.

- Các tai biến - biến chứng trong phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo ?

Thời gian phẫu thuật ngắn, lượng máu mất trong mổ

không đáng kể. Không ghi nhận tai biến trong mổ cũng như các biến chứng sớm xảy ra sau mổ.

Hai biến chứng thường gặp là nhiễm khuẩn và hệ thống thể hang nhân tạo không hoạt động (có thể liên quan đến bất kỳ bộ phận nào của hệ thống như xi-lanh, bom, túi chứa, ống dẫn).

Nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt thể hang nhân tạo có thể gây ra sự biến đổi lớn về hình dạng dương vật và gây tổn thương về tinh thần bệnh nhân rất nghiêm trọng, nhưng hiếm khi gây tử vong. Sự cải tiến chất liệu thể hang nhân tạo như bọc lớp áo kháng sinh (AMS Minnetonka MN) hay thể hang có những lớp màng ưa nước bên ngoài để có thể nhúng vào dung dịch kháng sinh (Coloplast Humlebaek Denmark) giúp làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn từ 1,61% còn 0,68% sau 6 tháng theo dõi. Sau 1 năm theo dõi, tỉ lệ nhiễm khuẩn ở nhóm sử dụng thể hang thường là 2,07% so với 1,06% ở nhóm sử dụng thể hang có bọc lớp áo ưa nước [10]. Nguyên nhân nhiễm khuẩn thường do vi khuẩn từ da xâm nhập vào trong khi phẫu thuật [9]. Tác nhân gây bệnh thường gặp là Staphylococcus epidermidis, ngoài ra các tác nhân khác cũng có thể gặp như: Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Serratia marcescens, Enterococcus species, Proteus mirabilis, và methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) [9]. Khi tình trạng nhiễm khuẩn xảy ra, cần phải tháo bỏ thể hang nhân tạo, sử dụng kháng sinh, và đặt lại thể hang nhân tạo mới sau 6-12 tháng.

Về biến chứng hệ thống thể hang nhân tạo không hoạt động, chúng tôi chưa ghi nhận. Theo y văn, tỉ lệ thất bại về cơ học thay đổi tùy theo hãng sản xuất. Qua khảo sát của hãng AMS, tỉ lệ thất bại cơ học là 10,3% sau thời gian theo dõi trung bình 91,5 tháng [5]. Còn đối với nhóm bệnh nhân sử dụng thể hang nhân tạo của hãng Coloplast thì tỉ lệ thất bại cơ học là 0,8%/năm trong 3 năm đầu, và sau đó tỉ lệ này tăng 3,1% mỗi năm tiếp theo.

- Đánh giá kết quả sử dụng thể hang nhân tạo của người bệnh và đối tác sau phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo ?

Thời gian sử dụng thể hang nhân tạo trung bình là: 7,25 tuần và có kết quả là rất hài lòng. Nhiều báo cáo trên thế giới đã ghi nhận được mức độ hài lòng cao của bệnh nhân và bạn tình sau đặt thể hang nhân tạo so với thuốc ức chế PDE5 hay biện pháp tiêm alprostadil vào thể hang. Candela và Hellstrom báo cáo mức độ hài lòng đạt 85% ở 86 bệnh nhân sử dụng thể hang nhân tạo AMS 700 CX [3]. Montorsi và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân và bạn tình lần lượt là 92% và 96% [3]. Trong nghiên cứu này cũng ghi nhận tỉ lệ dương vật đủ cứng để giao hợp đạt 16/16 TH (100%). Natali và cộng sự [8] ghi nhận tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân và bạn tình lần lượt là 97% và 91%. Joon Seob Ji và cộng sự cũng ghi nhận tỉ lệ hài lòng về lâu dài của bệnh nhân đạt 86,8%, trong nghiên cứu này cũng báo

cáo có 88,7% bệnh nhân sẵn sàng giới thiệu bạn bè của họ đến để thực hiện phẫu thuật này [7].

5. KẾT LUẬN

Đặt thể hàng nhân tạo cho 16 bệnh nhân bị rối loạn cương nặng, đã thất bại với tất cả các phương pháp hiện có tại Việt Nam, tuổi trung bình: $56,56 \pm 3,24$ tuổi (30-77 tuổi), có bệnh nền THA, TĐ, phì đại TTL, rối loạn lipid máu tắc động mạch thể hàng. Có 1 TH tiền căn mổ tạo hình niệu đạo do gãy khung chậu nặng, 1 TH mổ cắt TTL tận gốc do ung thư. Đây là một phẫu thuật không quá phức tạp, bước đầu có kết quả an toàn, hiệu quả, ít tai biến - biến chứng, mang lại đời sống tình dục thoải mái cho người bệnh và bạn tình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Quán Anh, "Rối loạn cương dương", Bệnh học giới tính nam, 2002, tr. 379-458.
- [2] A.L. Burnett et al., "Erectile Dysfunction": AUA Guideline. J Urol, 2018, 200(3): p. 633-641.
- [3] J.V. Candela and W.J. Hellstrom, "Three-piece inflatable penile prosthesis implantation: a comparison of the penoscrotal and infrapubic surgical approaches". J La State Med Soc, 1996, 148(7): p. 296-301.
- [4] Eric Chung, "Penile prosthesis implant: scientific advances and technological innovations over the last four decades", Transl Androl Urol, 2017, 6(1).
- [5] N.B. Dhar, K.W. Angermeier, D.K. Montague, "Long-term mechanical reliability of AMS 700CX/CXM inflatable penile prosthesis". J Urol, 2006, 176(6 Pt 1): p. 2599-601.
- [6] Nikhil K. Gupta, Josh Ring, Landon Trost et al., "The penoscrotal surgical approach for inflatable penile prosthesis placement", Transl Androl Urol, 2017, 6(4): 628-638.
- [7] Y.S. Ji et al., "Long-term survival and patient satisfaction with inflatable penile prosthesis for the treatment of erectile dysfunction". Korean J Urol, 2015, 56(6): p. 461-5.
- [8] A. Natali, R. Olianias, M. Fisch, "Penile implantation in Europe: successes and complications with 253 implants in Italy and Germany". J Sex Med, 2008, 5(6): p. 1503-12.
- [9] J.P. Selph, C.C. Carson, "Penile prosthesis infection: approaches to prevention and treatment". Urol Clin North Am, 2011, 38(2): p. 227-35.
- [10] C.E. Wolter, W.J. Hellstrom, "The hydrophilic-coated inflatable penile prosthesis: 1-year experience". J Sex Med, 2004, 1(2): p. 221-4.



EFFECTS OF DAPOXETINE 60MG COMPARED TO DAPOXETINE 30MG ON TREATING PREMATURE EJACULATION: A RESEARCH REVIEW

Tran Quan Anh^{1,2}

¹Vietnamese society for Sexual Medicine – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²Tam Anh Hospital – 108 Hoang Nhu Tiep, Bo De, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Premature ejaculation (PE) is considered as one of the most common sexual conditions in male in Vietnam and worldwide. Until the current time, Dapoxetine has been the first drug originally approved for the on-demand treatment for PE men with the most clinical doses including 30mg and 60mg. According the most updated reports, this article initially compare the therapeutic effects between Dapoxetine 30mg and 60mg. The effects on intravaginal ejaculation latency time and patient-reported global impression on change of Dapoxetine 60mg are superior to those of Dapoxetine 30mg. The most common adverse reactions of these two doses are mild and tolerable. Therefore, compare to dose of 30mg, Dapoxetine 60mg is considered as as safe and effective choice for treating PE.

Keywords: Dapoxetine 60mg, Premature ejaculation, intravaginal ejaculation latency time.

*Corresponding author

Email address: tranquananh@gmail.com

Phone number: (+84) 985276136

HIỆU QUẢ CỦA DAPOXETINE 60MG SO VỚI DAPOXETINE 30MG TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT TINH SỚM: MỘT TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Trần Quán Anh^{1,2}

¹ Hội Y học giới tính Việt Nam – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam
² Bệnh viện Tâm Anh – 108 P. Hoàng Như Tiếp, Bờ Đề, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Xuất tinh sớm là một trong những bệnh lý rối loạn tình dục phổ biến ở nam giới tại Việt Nam và trên thế giới. Tới thời điểm hiện tại, Dapoxetine là thuốc duy nhất được cấp phép để điều trị xuất tinh sớm với hai liều phổ biến được sử dụng trên lâm sàng là 30mg và 60mg. Dựa trên nhiều kết quả nghiên cứu được công bố, bài báo này bước đầu so sánh hiệu quả lâm sàng của Dapoxetine 60mg với Dapoxetine 30mg. Tác dụng tăng thời gian xuất tinh trong âm đạo, cảm nhận về bản thân về hiệu quả điều trị của Dapoxetine 60mg có nhiều ưu thế hơn so với Dapoxetine 30mg. Tác dụng phụ phổ biến nhất của hai liều này đều chỉ ở mức nhẹ và có thể phục hồi được. Chính vì vậy, so với liều 30mg, Dapoxetine 60mg là một lựa chọn an toàn và hiệu quả để điều trị xuất tinh sớm.

Từ khóa: Dapoxetine 60mg, xuất tinh sớm, thời gian xuất tinh trong âm đạo.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất tinh sớm là vấn đề thường gặp ở nam giới làm ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý cũng như sự tự tin của bệnh nhân. Theo Hệ thống Phân loại Bệnh tật Quốc tế tái bản lần thứ 11 (International Classification of Diseases 11th Revision - ICD11), xuất tinh sớm được đặc trưng bởi “tình trạng xuất tinh xảy ra ngay trước hoặc trong khoảng thời gian rất ngắn sau khi đưa vào âm đạo hoặc sau khi có kích thích tình dục, kèm theo không thể hoặc rất khó kiểm soát được khả năng phóng tinh. Hiện tượng này xảy ra từng đợt hoặc liên tục trong ít nhất một vài tháng và làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm lý của bệnh nhân” [1]. Đối với những nam giới này, thời gian xuất tinh trong âm đạo thường xuyên xảy ra trong khoảng dưới 1 phút (xuất tinh sớm nguyên phát) hoặc giảm một cách đột ngột đáng kể xuống dưới 3 phút (xuất tinh sớm thứ phát) [1]. Nhiều nghiên cứu ước tính có khoảng 1/3 nam giới trong độ tuổi hoạt động tình dục có xuất tinh sớm [1], tuy nhiên con số trên thực tế có thể nhiều hơn do phần lớn các trường hợp bệnh nhân thường ngại không đi khám.

Đến nay, cơ chế bệnh sinh của xuất tinh sớm vẫn còn

chưa được biết rõ. Một số giả thuyết liên quan đến các bất thường về mặt sinh học và tâm lý đã được đề xuất như hiện tượng rối loạn lo âu, dương vật nhạy cảm quá mức hay rối loạn chức năng thụ thể 5-hydroxytryptamine (HT) [1]. Trong khi phần lớn trường hợp xuất tinh sớm thứ phát là do yếu tố tâm lý, các trường hợp xuất tinh sớm nguyên phát thường do ảnh hưởng từ sự tương tác phức tạp giữa các hệ dẫn truyền thần kinh khác nhau ở trung ương và ngoại vi (hệ serotonergic, hệ dopaminergic, hệ oxytocinergic), cũng như các yếu tố nội tiết, di truyền và ngoại sinh [1]. Các nghiên cứu về đáp ứng tình dục trên người và động vật ngày càng nhấn mạnh vai trò của serotonin (5-hydroxytryptamine, 5-HT) và thụ thể của 5-HT đối với quá trình xuất tinh, từ đó khẳng định vai trò của các thuốc ức chế chọn lọc tái hấp thu serotonin (selective serotonin reuptake inhibitors – SSRIs) như liệu pháp điều trị đầu tay đối với bệnh nhân xuất tinh sớm [2]. Và trên thực tế, Dapoxetine là thuốc duy nhất được cấp phép để điều trị xuất tinh sớm tính đến thời điểm hiện tại [1].

*Tác giả liên hệ

Email: tranquananh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985276136



2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Vai trò của các thuốc SSRI trong điều trị xuất tinh sớm

Hệ dẫn truyền serotonergic có vai trò quan trọng đối với phản xạ xuất tinh. Tác dụng của 5-HT ở hệ thần kinh trung ương bị chi phối bởi hai yếu tố chính là các protein vận chuyển 5-HT khu trú ở sợi trục trước khe synap và các thụ thể tự điều phối trên thân và sợi nhánh – thụ thể tự động 5-HT_{1A} [3]. Các protein vận chuyển 5-HT làm giảm 5-HT ở khe synap, trong khi thụ thể tự động 5-HT_{1A} có tác dụng điều hòa giảm xung nhịp của các nơ-ron thuộc hệ serotonergic khi có quá nhiều 5-HT quanh tế bào. Các thuốc thuộc nhóm SSRI có tác dụng ức chế sự tái hấp thu 5-HT ngược trở lại sợi trục trước synap, từ đó làm tăng lượng 5-HT trong khe synap. Chất này sau đó bám vào thụ thể 5-HT_{2C} ở màng sau synap dẫn tới trì hoãn phản xạ xuất tinh [2].

Mặc dù được sử dụng nhiều để điều trị xuất tinh sớm như một “chỉ định ngoài nhãn”, tuy nhiên tác dụng của các thể hệ thuốc như paroxetine, sertraline, fluoxetine, citalopram và fluvoxamine, trên khả năng xuất tinh thường không ổn định. Tác dụng thường chỉ khởi phát sau khoảng 1-2 tuần với liều điều trị ổn định hàng ngày [3]. Bên cạnh đó, do phần lớn các thuốc nhóm này được kê đơn để điều trị trầm cảm, dẫn đến phần lớn bệnh nhân không chấp nhận sử dụng thuốc vì lo ngại các ảnh hưởng tiêu cực lên tâm lý và cuộc sống của họ [2]. Bên cạnh đó, thời gian xuất tinh trong âm đạo (intravaginal ejaculation latency time – IELT) thường quay trở lại ngưỡng ban đầu sau 1-3 tuần dùng thuốc [2]. Chính vì thế, tỷ lệ tuân thủ điều trị của các thuốc này thường không cao và đây là động lực chính thúc đẩy các hãng dược tiếp tục nghiên cứu để phát triển một giải pháp điều trị tối ưu hơn.

2.2. Hiệu quả vượt trội của Dapoxetine 60mg so với Dapoxetine 30mg

Dapoxetine là thuốc đầu tiên được nghiên cứu phát triển dành riêng để điều trị xuất tinh sớm. Thuốc có cấu trúc tương tự fluoxetine nhưng có ái lực cao với protein vận chuyển 5-HT, norepinephrine (NE) và dopamine (DA) (NE < 5-HT >> DA) từ đó làm giảm sự tái hấp thu các chất này trở lại nơ-ron [2]. Có hai liều Dapoxetine đang được dùng phổ biến là 60mg và 30mg, và được đề cập nhiều trong các nghiên cứu lâm sàng hiện nay trên khắp thế giới. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, dapoxetine 60mg hiệu quả hơn dapoxetine 30mg ở việc tiết kiệm chi phí, cải thiện thời gian giao hợp, và tăng mức độ hài lòng của người bệnh.

Dapoxetine hấp thu và thải trừ nhanh làm giảm tối đa tình trạng tích lũy thuốc trong cơ thể. Các nghiên cứu dược động học cho thấy thời gian thuốc đạt nồng độ đỉnh trong máu là khoảng 1,4-2 giờ [2]. Hơn thế nữa, dược động học của thuốc khá ổn định và ít bị ảnh hưởng kể

cả trong trường hợp dùng thuốc hàng ngày [2]. Do hiệu quả tức thì và tương đối an toàn khi sử dụng, Dapoxetine khá phù hợp để dùng trước khi quan hệ tình dục để điều trị xuất tinh sớm. Bên cạnh đó thời gian bán thải của thuốc đối với liều 60mg là khoảng 20-24 giờ so với 15-19 giờ khi dùng liều 30mg, đặc điểm này gợi ý việc sử dụng liều cao để tiết kiệm chi phí điều trị ở những bệnh nhân quan hệ tình dục đều đặn.

Các thử nghiệm lâm sàng pha II và III về hiệu quả của Dapoxetine trong điều trị xuất tinh sớm cho thấy những kết quả rất tích cực [2]. Dapoxetine giúp tăng IELT lên 2-3,2 lần so với trước điều trị [2]. Hiệu quả của thuốc phụ thuộc vào liều, tuy nhiên, liều 30mg và 60mg được xem là có hiệu quả điều trị cao với khả năng dung nạp tốt hơn [2]. Sau 12 tuần điều trị, Dapoxetine 30mg và 60mg giúp tăng IELT lên lần lượt 3,1 và 3,6 phút [2]. Với những nam giới có thời gian xuất tinh dưới 1 phút, Dapoxetine 30mg và 60mg giúp tăng IELT gấp 2,4-3,4 và 3,0-4,3 lần so với trước điều trị [2]. Thuốc cũng giúp bệnh nhân kiểm soát khả năng xuất tinh tốt hơn, giảm căng thẳng và cải thiện mức độ thỏa mãn tình dục của bệnh nhân so với giả dược [2]. Đánh giá về góc độ cảm nhận của bản thân về hiệu quả điều trị theo thang PGIC, tổng hợp nghiên cứu trên 2950 bệnh nhân đã chỉ ra Dapoxetine liều 60mg làm tăng PGIC cao hơn 1,17 lần ($p < 0,00001$) so với liều Dapoxetine 30mg. Như vậy, xét trên hiệu quả điều trị, Dapoxetine liều 60mg vượt trội hơn một cách rõ rệt so với liều 30mg dùng trước khi quan hệ tình dục.

So với các liệu pháp điều trị khác đang được sử dụng hiện nay, Dapoxetine có tác dụng vượt trội hơn hẳn các SSRI khác và liệu pháp tâm lý hành vi [4], [5]. Một số nghiên cứu gợi ý việc điều trị phối hợp Dapoxetine với các liệu pháp điều trị khác, đặc biệt là các chất ức chế PDE5 (phosphodiesterase type 5), có thể giúp tăng hiệu quả điều trị trên bệnh nhân [1], [5]. Tuy nhiên, so với việc tăng liều Dapoxetine, các liệu pháp phối hợp thường khiến cho chi phí điều trị tăng lên, bệnh nhân cũng phải đối mặt với nhiều nguy cơ hơn. Bên cạnh đó, do các nghiên cứu về tính an toàn của các liệu pháp điều trị phối hợp còn hạn chế, vẫn cần thêm các nghiên cứu trong tương lai để so sánh ưu và nhược điểm của việc tăng liều Dapoxetine với phối hợp thuốc.

Dapoxetine được khuyến cáo với liều điều trị từ 30-60mg uống trước khi quan hệ tình dục [1]. Mặc dù là thuốc duy nhất được cấp phép điều trị xuất tinh sớm, tuy nhiên tỷ lệ bỏ điều trị lên đến hơn 90% sau 2 năm theo dõi, cao hơn một cách đáng kể so với các liệu pháp điều trị khác như dùng paroxetine (28,8%) và các SSRI khác (50%) [1]. Chi phí điều trị được xem là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng này. Giá thành của thuốc gốc hiện tương đối cao và là trở ngại chính chiếm tới 29,9% nguyên nhân bỏ điều trị [6]. Việc ra đời các biệt dược mới có giá thành cạnh tranh với hàm lượng cao hơn có thể là giải pháp giúp tăng khả năng tiếp cận của bệnh

nhân và giúp tuân thủ điều trị tốt hơn.

2.3. Tính an toàn và khả năng dung nạp của Dapoxetine

Tác dụng phụ phổ biến thường gặp là buồn nôn, choáng váng, tiêu chảy và đau đầu. Mặc dù tỷ lệ xuất hiện các tác dụng phụ này với liều 60mg (68,1%) lớn hơn với liều 30mg (56,2%), nhưng các triệu chứng này thường nhẹ, xuất hiện trong giai đoạn đầu và tự hết sau khoảng vài tuần điều trị [7]. Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng rất thấp, chỉ khoảng 0,8% với liều 30mg và 1,0% với liều 60mg [7]. Ngoài ra, tỷ lệ dừng điều trị do tác dụng không mong muốn khi dùng Dapoxetine 30mg và 60mg cũng tương đối thấp, lần lượt là 1,0% và 2,6% [7]. Đáng chú ý, phần lớn nghiên cứu chỉ dừng lại ở mô tả các tác dụng không mong muốn mà gần như không so sánh sự khác biệt về mặt thống kê giữa các nhóm dùng liều điều trị khác nhau, do đó khó để rút ra kết luận liệu rằng việc dùng liều 60mg có thực sự gây nhiều tác dụng không mong muốn hơn so với liều 30mg hay không, đặc biệt là với liều dùng theo nhu cầu [2]. Chính vì vậy, Dapoxetine 60mg được xem là lựa chọn an toàn để sử dụng trên lâm sàng nhằm tăng hiệu quả điều trị xuất tinh sớm cho bệnh nhân.

3. KẾT LUẬN

Cho đến nay, Dapoxetine dùng trước khi quan hệ tình dục vẫn là lựa chọn đầu tay, an toàn và hiệu quả để điều trị xuất tinh sớm với khả năng dung nạp tốt. Thuốc đã chứng minh tác dụng vượt bậc so với các phương pháp điều trị khác trong việc cải thiện thời gian quan hệ, khả năng kiểm soát xuất tinh cũng như mức độ thỏa mãn tình dục của bệnh nhân. Tác dụng phụ của thuốc thường nhẹ và tự hết sau vài tuần điều trị thuốc, do đó tỷ lệ dừng thuốc vì các vấn đề này dường như rất thấp. Tuy nhiên, chi phí điều trị hiện tại còn cao dẫn đến giảm khả năng tiếp cận và tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân. Đối với những trường hợp không đáp ứng với liều cơ bản 30mg,

việc sử dụng liều cao 60mg hoàn toàn phù hợp và giúp tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Salonia A, Bettocchi C, Boeri L et al., European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Eur Urol*, 2021, 80(3), 333–357.
- [2] McMahon CG, Dapoxetine: a new option in the medical management of premature ejaculation. *Therapeutic Advances in Urology*, 2012, 4(5), 233–251.
- [3] Giuliano F, 5-hydroxytryptamine in premature ejaculation: opportunities for therapeutic intervention. *Trends in Neurosciences*, 2007, 30(2), 79–84.
- [4] Kilinc MF, Aydogmus Y, Yildiz Y et al., Impact of physical activity on patient self-reported outcomes of lifelong premature ejaculation patients: Results of a prospective, randomised, sham-controlled trial. *Andrologia*, 2018, 50(1), e12799.
- [5] Abu El-Hamd M, Abdelhamed A, Comparison of the clinical efficacy and safety of the on-demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of patients with premature ejaculation: A randomised placebo-controlled clinical trial. *Andrologia*, 2018, 50(1).
- [6] Park HJ, Park NC, Kim TN et al., Discontinuation of Dapoxetine Treatment in Patients With Premature Ejaculation: A 2-Year Prospective Observational Study. *Sex Med*, 2017, 5(2), e99–e105.
- [7] Buvat J, Tesfaye F, Rothman M et al., Dapoxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase 3 Trial in 22 Countries. *European Urology*, 2009, 55(4), 957–968.



CASE REPORT: ISOLATED PENILE Fournier'S GANGRENE

Nguyen Duc Duy*, Tran Huu Thien, Pham Thanh Khoai, Tran Chi Thien

Hoan My Cuu Long Hospital – Lot 20 Vo Nguyen Giap, Phu Thu, Cai Rang, Can Tho, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Fournier's gangrene is a rare, necrotizing fasciitis of the external genitalia, perineal or perianal regions, with a high mortality rate that can reach up to 50% of cases. Predisposing factors are diabetes, alcohol abuse, extremes of age, malignancy, chronic steroid use, malnutrition, and HIV infection. The clinical features of Fournier's gangrene are variables, it includes fever, sudden pain and swelling in the scrotum, purulence or wound discharge. Isolated Fournier's gangrene of the penis is extremely a rarely entity. There are only a few single case reports of isolated penile Fournier's gangrene in the literature. The treatment includes broad-spectrum antibiotic therapy and early surgical debridement. We noticed an isolated penile Fournier's gangrene case with uncontrolled diabetes mellitus, successfully treated with surgical debridement and penile skin graft surgery.

Keywords: Fournier's gangrene, penile, surgical debridement, skin graft.

*Corresponding author
Email address: drnguyenduy@gmail.com
Phone number: (+84) 972790793

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP HOẠI THƯ FOURNIER THÂN DƯƠNG VẬT

Nguyễn Đức Duy*, Trần Hữu Thiện, Phạm Thành Khoái, Trần Chí Thiện

Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long – Lô 20 Võ Nguyên Giáp, Phú Thứ, Cái Răng, Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Hoại thư Fournier là một tình trạng viêm cân mạc hoại tử hiếm gặp, xảy ra tại vùng sinh dục, đáy chậu và quanh hậu môn. Tỷ lệ tử vong của bệnh lý này vẫn còn cao và có thể lên tới 50%. Các yếu tố nguy cơ gồm có đái tháo đường, nghiện rượu, cao tuổi, các bệnh lý ác tính, lạm dụng steroid, suy dinh dưỡng, và nhiễm HIV. Các biểu hiện lâm sàng của hoại thư Fournier rất đa dạng, bao gồm sốt, đột ngột sưng đau vùng bìu, có vết thương chảy mủ. Hoại thư Fournier ở thân dương vật rất hiếm gặp và chỉ có vài trường hợp được báo cáo trong y văn. Điều trị bệnh lý hoại thư Fournier bao gồm liệu pháp kháng sinh phổ rộng và phẫu thuật dẫn lưu càng sớm càng tốt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo một trường hợp hoại thư Fournier ở thân dương vật, trên nền bệnh nhân có đái tháo đường được kiểm soát kém, cho kết quả điều trị tốt sau phẫu thuật cắt lọc và ghép da dương vật bằng phương pháp ghép da mỏng.

Từ khóa: Hoại thư Fournier, dương vật, phẫu thuật cắt lọc, ghép da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại thư Fournier là một tình trạng viêm cân mạc hoại tử hiếm gặp, xảy ra tại vùng sinh dục, đáy chậu và quanh hậu môn. Bệnh lý này thường xảy ra ở nam giới nhưng cũng có thể gặp ở phụ nữ và trẻ em. Hoại thư Fournier lần đầu tiên được mô tả bởi Jean Alfred Fournier - một bác sĩ người Pháp năm 1883. Ông đã mô tả 5 trường hợp hoại thư vùng bìu và dương vật không rõ nguyên nhân. Hoại thư Fournier là một tình trạng nhiễm khuẩn diễn tiến rất nhanh và nguy cơ tử vong cao, được gây ra bởi một tập hợp các tác nhân vi sinh vật hiếu khí và kỵ khí. Các tác nhân thường gặp nhất bao gồm E. coli, Bacteroides và Streptococcus. Tỷ lệ tử vong của bệnh lý này vẫn còn cao và có thể lên tới 50%. Các yếu tố nguy cơ gồm có đái tháo đường, nghiện rượu, cao tuổi, các bệnh lý ác tính, lạm dụng steroid, suy dinh dưỡng, và nhiễm HIV. Các biểu hiện lâm sàng của hoại thư Fournier rất đa dạng, bao gồm sốt, đột ngột sưng đau vùng bìu, có vết thương chảy mủ...kèm theo các triệu chứng như: mất nước, buồn nôn, nôn mửa, mùi hôi thối khó chịu, đau xung quanh bụng, nhiễm trùng huyết, hôn mê. Bệnh cũng có thể ảnh hưởng đến máu, tim với các triệu chứng: thiếu máu, tim đập nhanh, hạ huyết áp, đông máu nội mạch lan tỏa... Chẩn đoán hoại thư Fournier chủ yếu dựa vào thăm khám lâm sàng.

Việc điều trị bệnh lý hoại thư Fournier đòi hỏi chẩn đoán sớm, bồi hoàn dịch và các rối loạn điện giải, liệu pháp kháng sinh phổ rộng và phẫu thuật dẫn lưu càng sớm càng tốt.

Hầu hết các trường hợp hoại thư Fournier xảy ra ở vùng bìu và tầng sinh môn. Vùng dương vật có hệ thống mạch máu nuôi phong phú nên hoại thư Fournier thân dương vật là một tình trạng hiếm gặp, chỉ có vài ca đã được báo cáo trong y văn.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 81 tuổi, tiền căn tăng huyết áp và đái tháo đường type II được kiểm soát kém, nhập viện với tình trạng sốt kèm tím đen vùng da thân dương vật. Bệnh nhân bị sưng đau dương vật cách nhập viện 3 ngày, sau đó vùng sưng đau lan rộng và bắt đầu có vết hoại tử. Khám lâm sàng ghi nhận vết hoại thư đen lan rộng hết chu vi dương vật, kéo dài khoảng 2/3 thân dương vật, khám bìu và hậu môn không ghi nhận bất thường.

Xét nghiệm cận lâm sàng có tình trạng nhiễm khuẩn cấp với bạch cầu 13k/ul, procalcitonin 0,19 ng/ml. Glucose máu 584 mg/dl và HbA1c 10,3%, cho thấy

*Tác giả liên hệ

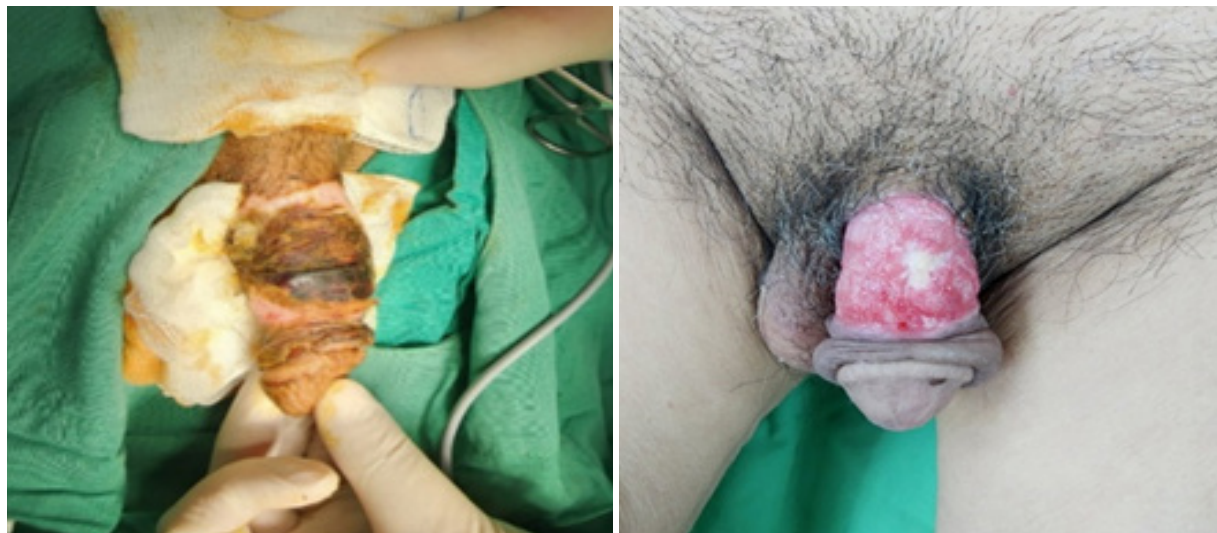
Email: drnguyenduy@gmail.com

Điện thoại: (+84) 972790793

bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém trong thời gian dài trước khi nhập viện. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch, kiểm soát đường huyết bằng insulin, điều chỉnh rối loạn điện giải và phẫu thuật cắt lọc

mô hoại tử. Trước phẫu thuật, bệnh nhân được đặt thông niệu đạo lưu, và được vô cảm bằng gây tê tủy sống. Mô hoại tử được cắt lọc đến khi thấy bờ vết thương chảy máu. Mủ được gửi cấy vi khuẩn, cho kết quả E.coli.

Hình 1: A. Tình trạng khi nhập viện. B. Tình trạng vết thương sau cắt lọc 1 tháng



A

B

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được tiếp tục kháng sinh, kiểm soát đường huyết, thay băng, chăm sóc vết thương. Sau 1 tháng, bệnh nhân tái nhập viện để phẫu thuật ghép da, lúc này vết thương đã lên mô hạt tốt. Chúng tôi lựa chọn phương pháp ghép da mỏng, với phần da ghép được lấy từ mặt trước ngoài đùi trái. Da ghép được dính

vào các mép vết thương và nền vết thương, sau đó được băng ép và giữ nguyên trong vòng 5 ngày đầu, tạo điều kiện cho mảnh da ghép được nuôi dưỡng tốt. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 7, với tình trạng lâm sàng ổn định, vết mổ khô, và không ghi nhận hoại tử da ghép.

Hình 2: Chuẩn bị nền vết thương trước ghép (A) và lấy da ghép (B)



A

B

Hình 3: Tình trạng sau vết thương sau phẫu thuật (A) và hậu phẫu ngày 5 (B)



A

B

Hình 4: Vết thương và vùng da lấy để ghép vào ngày hậu phẫu thứ 7



3. BÀN LUẬN

Hoại thư Fournier là một tình trạng nhiễm khuẩn mô mềm tiến triển nhanh và nguy cơ tử vong cao. Hầu hết các trường hợp không có nguyên nhân rõ ràng, nhưng một số nghiên cứu gần đây chỉ ra một vài yếu tố thúc đẩy đến tình trạng này, trong đó các nhiễm khuẩn vùng hậu môn trực tràng chiếm từ 30-50%, từ đường niệu sinh dục 20-40% và từ các nhiễm khuẩn ngoài da chiếm 20%. Hoại thư Fournier thường đi kèm với đái tháo đường, nghiện rượu, nhiễm HIV hoặc việc lạm dụng steroids, các tình trạng này làm suy yếu hệ miễn dịch của cơ thể, tạo điều kiện cho các tác nhân gây bệnh xâm nhập vào vùng tầng sinh môn. Hoại thư Fournier xảy ra do tác động hiệp đồng của nhiều tác nhân vi sinh vật, bao gồm cả kỵ khí và hiếu khí. Trong đó, tác nhân hiếu khí thường gặp nhất là *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* và

Staphylococcus aureus, còn tác nhân kỵ khí thường gặp là *Bacteroides fragilis*. Mặc dù hiếm thấy nhưng cũng đã có những báo cáo chỉ ra tác nhân là nấm *Candida* cũng như *Lactobacillus*.

Các đặc điểm lâm sàng của hoại thư Fournier bao gồm đột ngột sưng đau bìu kèm theo các phản ứng toàn thân như sốt. Khám lâm sàng có thể ghi nhận dịch tiết là mủ hoặc vùng da hoại tử đen. Việc chẩn đoán hoại thư Fournier chủ yếu dựa vào lâm sàng. Chẩn đoán hình ảnh có thể có ích trong những trường hợp lâm sàng không rõ ràng hoặc dùng để xác định mức độ lan rộng của mô hoại thư. Trên phim chụp cắt lớp vi tính có thể ghi nhận các hình ảnh phù nề mô mềm, viêm dày cân không đối xứng, tụ dịch hoặc áp xe mô mềm, hoặc tụ khí dưới da. Một khi đã được chẩn đoán, bệnh nhân cần được ngay lập tức điều chỉnh các rối loạn dịch và điện giải, liệu



pháp kháng sinh phổ rộng và chuẩn bị phẫu thuật để dẫn lưu, cắt lọc mô hoại tử. Kháng sinh đường tĩnh mạch được lựa chọn, kết hợp một cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc aminoglycosides kèm với penicillin và metronidazole, sau đó cần được điều chỉnh dựa vào kháng sinh đồ. Phẫu thuật cắt lọc luôn được khuyến cáo, trong đó, mô hoại tử phải được cắt lọc sạch cho đến khi các mép vết thương và nền vết thương sạch sẽ.

Hoại thư Fournier thân dương vật đơn thuần hiếm khi xảy ra do dương vật có hệ thống mạch máu nuôi phong phú. Trong y văn, chúng tôi ghi nhận được chỉ khoảng trên 20 trường hợp.

Bảng 1: Thống kê các báo cáo về hoại thư Fournier thân dương vật trong y văn

Tác giả	Năm	Số ca	Yếu tố thúc đẩy
Bernstein và cộng sự	1976	3	Vết thương khi quan hệ
Schneider và cộng sự	1986	2	Hẹp niệu đạo
Eke N và cộng sự	1999	1	Adenocarcinoma
So A và cộng sự	2001	1	Calci hoá mạch máu dương vật
Mouraviev VB và cộng sự	2002	1	Tự tiêm cocain vào dương vật
Tauro LF và cộng sự	2005	1	Không rõ nguyên nhân
Anchi T và cộng sự	2009	1	Trầy xước dương vật sau quan hệ bằng miệng
Talwar A và cộng sự	2010	1	Không rõ nguyên nhân
Yecies T và cộng sự	2013	1	Suy thận mạn giai đoạn cuối
Akbulut F và cộng sự	2014	1	Đái tháo đường
Temiz MZ và cộng sự	2015	1	Đái tháo đường
Obi AO và cộng sự	2016	4	Hẹp niệu đạo, vết thương vùng dương vật
Deb PP và cộng sự	2018	1	Không rõ nguyên nhân
Katsimantas A và cộng sự	2018	1	Không rõ nguyên nhân
Mohamad M và cộng sự	2019	1	Không rõ nguyên nhân

Trong trường hợp của chúng tôi, do bệnh nhân không có vết thương vùng dương vật trước đó, chúng tôi nghĩ nhiều đến nguyên nhân do tình trạng calci hoá mạch máu của dương vật. Các mạch máu nhỏ bị tổn thương, hình thành huyết khối, làm thiếu máu nuôi và hoại tử

vùng da, tạo điều kiện cho các tác nhân vi sinh vật xâm nhập, dẫn đến tình trạng hoại thư Fournier.

Đối với một tổn thương mất da dương vật, khi phần da còn lại không đủ để che phủ vết thương, ghép da là phương pháp được lựa chọn. Mục tiêu quan trọng nhất của việc ghép da vùng dương vật là để bảo tồn hoặc phục hồi chức năng tiêu tiện và hoạt động tình dục một cách chấp nhận được. Có nhiều kỹ thuật ghép da được sử dụng trong ghép da dương vật, trong số đó, phổ biến nhất là phương pháp ghép da toàn phần (full thickness skin grafts – FTSGs) và ghép da mỏng (split thickness skin grafts – STSGs). Đối với phương pháp ghép da toàn phần, da ghép thường được lấy ở vùng bẹn vì da vùng này ít lông và đàn hồi tốt. Tuy nhiên, biện pháp này có mặt hạn chế về tính thẩm mỹ, co giãn kém nên ảnh hưởng đến sự cương của dương vật và bệnh nhân cần được phẫu thuật lần hai để tách dương vật ra khỏi cuống. Ngoài ra, giữa hai lần phẫu thuật dương vật sẽ bị chôn dính trong da bụng, điều này gây trở ngại nhiều cho sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Bên cạnh đó cảm giác da dương vật mới kém.

Trong phương pháp ghép da mỏng, mảnh da ghép thường được lấy ở mặt trước giữa hoặc trước bên đùi. Độ dày da ghép khoảng 0,016 – 0,018 inch (khoảng 0,4 mm). Ưu điểm là chỉ cần phẫu thuật một lần, da ghép dễ lành, đạt được tính thẩm mỹ, không ảnh hưởng chức năng cương. Tuy nhiên vùng da ở đùi sẽ để lại sẹo xấu, có thể tạo sẹo co rút.

Trong trường hợp này, chúng tôi lựa chọn phương pháp ghép da mỏng vì các ưu điểm: giống với da tại chỗ của dương vật; tăng tỉ lệ thành công do cần ít máu nuôi; dễ điều chỉnh và căng mảnh ghép để bao phủ vùng da rộng.

4. KẾT LUẬN

Hoại thư Fournier thân dương vật là một tình trạng cấp cứu niệu khoa hiếm gặp, đòi hỏi chẩn đoán nhanh chóng và điều trị tích cực. Đa số các trường hợp không có nguyên nhân rõ ràng, tuy nhiên có một số yếu tố thúc đẩy như vết thương hở hoặc các bệnh lý gây suy giảm miễn dịch. Chiến lược điều trị bao gồm kháng sinh và cắt lọc mô hoại tử, sau đó ghép da khi tình trạng nhiễm khuẩn ổn định nếu diện tích mất da lớn. Trong các phương pháp ghép da dương vật, ghép da mỏng thường được ưa chuộng vì đảm bảo được các chức năng sinh lý bình thường của dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mohamad M, Mohamed AC, Isolated Penile Fournier's gangrene: A case report and literature review, International Journal of Surgery Case Reports, Volume 62, 2019, Pages 65-68.

- [2] Rayen L, Sahbi N, Badreddine BK et al., Isolated Penile Fournier's gangrene: A very rare entity, *Urology Case Reports*, Volume 37, 2021, 101608.
- [3] A.O. Obi, Isolated Fournier's gangrene of the penis, *Niger. J. Clin. Pract.* 19 (3), 2016, pages 426–430.
- [4] N. Eke, Fournier's gangrene: a review of 1726 cases, *Br. J. Surg.*, 87(6), 2000, pages 718–728.
- [5] M.Z. Temiz, E. Yuruk, S. Aykan et al., Isolated penile Fournier's gangrene presenting with Glans penis involvement, *J. Coll. Phys. Surg.*, 25 (Suppl. 2), 2015, S140–1.
- [6] P.P. Deb, A. Choudhary, R.K. Dey et al., Isolated involvement of penis in Fournier's gangrene: a rare possibility, *J. Coll. Phys. Surg.*, 28(2), 2018, pages 164–165.
- [7] A. Katsimantas, N. Ferakis, P. Skandalakis et al., A rare case of localised isolated penile Fournier's gangrene and a short review of the literature, *Case Rep. Urol.*, 2018, 5135616.
- [8] Demzik A, Peterson C, Figler BD, Skin grafting for penile skin loss, *Plastic and Aesthetic Research*, 2020, 7:52.



DELAYED COMPLICATIONS OF SILICONE INJECTION UNDER THE PENILE – REPORT A SPECIFIC CASE

Nguyen Tuan Dat*, Nguyen Van Phuc, Nghiem Trung Hung,
Phan Le Nhat Long, Nguyen Ba Tuan

108 Military Central Hospital – No. 01 Tran Hung Dao, Bach Dang, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Overview: Silicone had been used for a long time in medical industry, but Silicone injection for penile girth augmentation causing many debates about safety after implementation.

Methods: To describe a specific case, delayed complications of silicone injection under the penile at 108 Military Central Hospital.

Conclusion: Silicone injection for penile girth augmentation causing delayed complications. The surgical treatment of this delayed complication is currently difficult.

Keywords: Penile silicone

*Corresponding author
Email address: tuandat1179@gmail.com
Phone number: (+84) 986144182

BIẾN CHỨNG MUỘN CỦA BƠM SILICONE VÀO DƯỚI DA DƯƠNG VẬT – NHẬN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Nguyễn Tuấn Đạt*, Nguyễn Văn Phúc, Nghiêm Trung Hưng,
Phan Lê Nhật Long, Nguyễn Bá Tuấn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 – 01 Trần Hưng Đạo, Bạch Đằng, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Tổng quan: Silicone đã được sử dụng từ rất lâu trong y học, trong đó có thủ thuật làm tăng kích thước dương vật bằng cách bơm silicone dưới da dương vật còn gây ra nhiều tranh luận về tính an toàn sau khi thực hiện.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả một trường hợp điển hình có biến chứng muộn sau bơm silicone vào dưới da dương vật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cùng với tham khảo một số y văn nhằm đưa ra kinh nghiệm điều trị.

Kết luận: Bơm silicone dạng lỏng vào dưới da dương vật nhằm tăng kích thước, chu vi dương vật có thể gây ra các biến chứng muộn. Việc phẫu thuật điều trị biến chứng muộn này hiện nay còn rất nhiều khó khăn.

Từ khóa: Silicone, dương vật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủ thuật làm tăng kích thước và chu vi dương vật đã được đã được thực hiện từ thế kỉ 19, với mục đích giúp nam giới cảm thấy tự tin và để thỏa mãn bạn tình của họ. Một số chất và vật liệu đã được sử dụng trước đây như paraffin, dầu mỡ, silicone, thủy ngân, đá cây dưới da, dầu hỏa, vaseline và dầu gan cá tuyết. Trong đó, Silicone được sử dụng phổ biến nhất [1], [2], [3]. Silicone tiêm dạng lỏng được sử dụng như một chất làm đầy linh hoạt với nhiều chỉ định. Mặc dù đã qua 50 năm sử dụng, việc tranh luận về sự an toàn và rủi ro của Silicone tiêm dạng lỏng qua các báo cáo vẫn còn gây tranh cãi. Số bệnh nhân đã trải qua điều trị thành công so với số bệnh nhân phải chịu biến chứng là không rõ [4]. Việc tiêm Silicone dạng lỏng dưới da dương vật thường gây biến chứng như biến dạng dương vật, loét, hoại tử da dương vật, đau khi cương dương vật, tạo thành u hạt silicone tại dương vật (Penile Siliconoma) [5]. Điều trị biến chứng này hiện nay còn gặp nhiều khó khăn, qua bài báo này chúng tôi muốn chia sẻ kinh nghiệm xử trí biến chứng muộn sau bơm silicone vào dưới da dương vật nhân một trường hợp điển hình tại khoa Nam học

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Một bệnh nhân nam, 45 tuổi đến khám với tình trạng phần thân gần gốc dương vật sưng to, nóng đỏ và biến dạng, gây khó khăn khi quan hệ tình dục. Vào khoảng 13 năm trước, bệnh nhân đi khám tại một phòng khám tư nhân ở Đà Loan, được một bác sĩ người Thái Lan tư vấn tiêm silicone dạng lỏng vào dưới da dương vật nhằm mục đích làm tăng kích thước dương vật. Bệnh nhân sau đó tự tiêm Silicon dạng lỏng vào dương vật, sau khi tiêm được một tháng thì thấy vùng dương vật tiêm silicone dạng lỏng bắt đầu di chuyển và kết tụ lại một chỗ gây biến dạng phần thân dương vật. Mỗi năm sau đó, bệnh nhân đều xuất hiện hai tới ba lần sưng, nóng đỏ và đau vùng dương vật tiêm silicone, bệnh nhân có tự mua thuốc giảm đau và chống viêm về uống nhưng không thấy đỡ. Thời gian lâu dần, bệnh nhân thấy các triệu chứng đau và viêm ngày càng tăng, kèm theo bệnh nhân luôn thấy mặc cảm với bộ phận sinh dục của mình nên tới viện khám và được bác sĩ tư vấn điều trị.

*Tác giả liên hệ

Email: tuandat1179@gmail.com

Điện thoại: (+84) 986144182



Qua thăm khám và kiểm tra, khối silicone này nằm dưới da vùng bụng dương vật quanh vật xốp, đoạn gần gốc dương vật. Khối mật độ chắc, di động hạn chế.

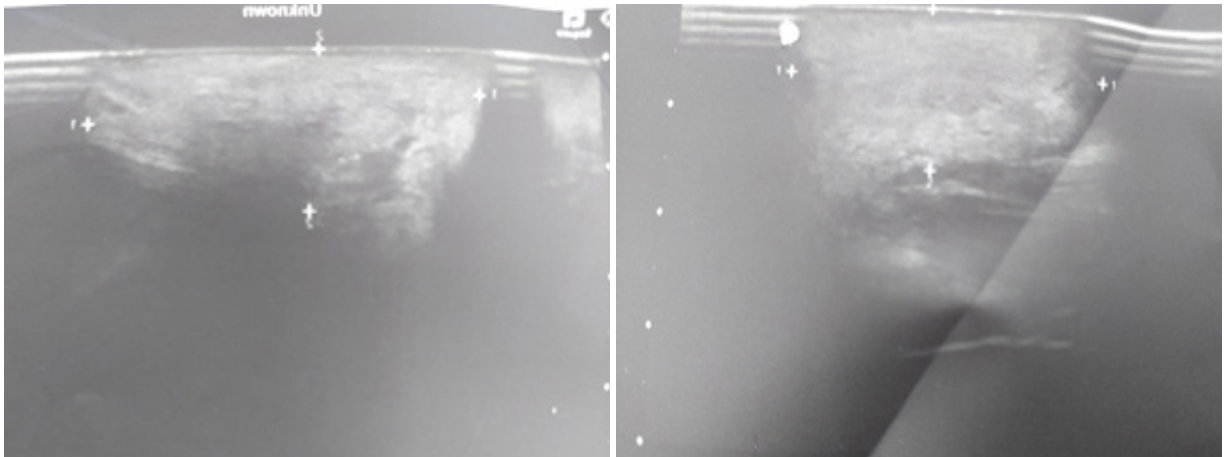
Hình 1: Hình ảnh biến dạng dương vật khi vào viện



Kết quả siêu âm dương vật, gần gốc dương vật ngay dưới da có vùng tăng âm kích thước 33 x 14 mm, quanh phần ngọn dương vật ngay dưới da có vùng tăng âm kích thước 31 x 15 mm. Qua chụp cộng hưởng từ dương

vật thấy vùng tổn thương gần gốc và quanh dương vật không tạo khối rõ, tăng tín hiệu không đều, kích thước khối khoảng 17 x 24 mm và 10 x 50 mm. Không thấy có bất thường với thể hang và vật xốp.

Hình 2: Hình ảnh siêu âm dương vật



Hình 3: Một số hình ảnh MRI

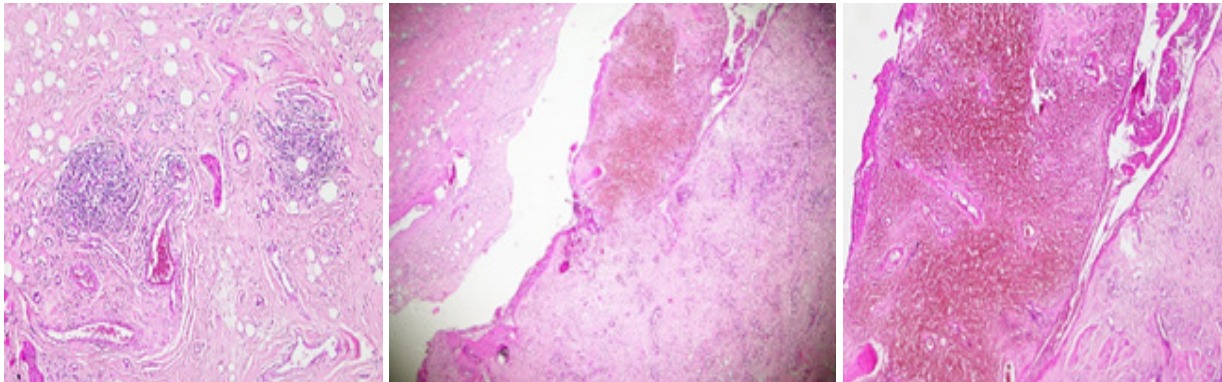


3. KẾT QUẢ

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ khối silicone ở dưới da dương vật. Phương pháp vô cảm là tê tùy sống. Cuộc phẫu thuật diễn ra trong gần bốn tiếng đồng hồ. Với nỗ lực cắt lọc toàn bộ tổ chức u silicone dưới da dương vật, cắt lọc phân tổ chức hoại tử và ghép tại tổ chức da che phủ vết mổ. Trong quá trình phẫu thuật

chúng tôi đặt sonde Foley niệu đạo nhằm bảo tồn tối đa tổ chức xung quanh niệu đạo. Cuộc phẫu thuật diễn ra thuận lợi, tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật ổn định. Bệnh nhân được chuyển về khoa tiếp tục theo dõi và chăm sóc hậu phẫu. Kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật là hình ảnh mô liên kết xơ viêm mạn tính.

Hình 4: Một số hình ảnh giải phẫu bệnh



Trong quá trình chăm sóc và điều trị hậu phẫu, tổ chức dưới da dương vật sau khi cắt bỏ tổ chức khối u silicone thì phục hồi tương đối tốt. Một phần da che phủ bị thiếu dưỡng và hoại tử, được tiến hành cắt lọc và vệ sinh sạch

sẽ. Sau mổ ngày thứ 12 bệnh nhân được tiến hành mổ lần hai chuyển vạt da, sau 07 ngày tiếp theo, vết mổ liền sẹo tốt mà không cần ghép da, bệnh nhân ra viện

Hình 5: Sau mổ N12: Hoại tử da



Hình 6: Sau mổ N20: Liên sẹo



Sau mổ ngày thứ 20, vết mổ liền sẹo tốt, bệnh nhân ra viện.

4. BÀN LUẬN

Năm 1824, nhà hóa học Thụy Điển Johann Berzelius là người đầu tiên cô lập được nguyên tố silicone. Ông chủ yếu quan tâm đến tính chất hóa học thuần túy của

silicone, không phải ứng dụng của chúng. “Silicone” là thuật ngữ chung bao gồm một họ các polyme nhân tạo có chứa nguyên tố silic, nguyên tố phổ biến thứ hai trên trái đất. Silicone có thể tồn tại ở trạng thái rắn, lỏng hoặc gel và các polyme riêng lẻ khác nhau về tính chất hóa học, vật lý, cơ học và nhiệt, cũng như độ tinh khiết, vô trùng và khả năng tương thích sinh học. Silicone dạng lỏng, hoặc polydimethylsiloxane, là silicone được sử dụng để bơm mô mềm vào cơ thể. Nó tồn tại dưới dạng



lông không màu, không mùi, không bay hơi với cấu trúc phân tử bao gồm các đơn vị dimethylsiloxane lặp đi lặp lại được bao bọc bởi các đơn vị trimethylsiloxane ở đầu cuối [4].

Việc tiêm silicone để tăng cường mô mềm được cho là đã bắt đầu ở Nhật Bản sau Thế chiến thứ hai. Phương pháp này lan sang Hoa Kỳ, chủ yếu ở California, Las Vegas, Nevada và Texas, trở nên nổi tiếng trong suốt những năm 1960 với sự ra đời của chất lỏng y tế Dow Corning 360 (còn được gọi là MDX 4-4011). Đây là một loại silicon y tế có độ tinh khiết cao được giới thiệu vào năm 1962. Năm 1965, Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ đã phê duyệt việc sử dụng thử nghiệm chất lỏng y tế Dow Corning 360 cho mục đích nâng mô mềm. Tuy nhiên, đến năm 1976, Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ đã đình chỉ việc nghiên cứu sử dụng sản phẩm này vì nhiều trường hợp biến chứng liên quan tới việc sử dụng loại silicone này cho mục đích tăng cường mô mềm [4].

Khi silicone được tiêm vào dưới da sẽ tạo thành các khoảng trống về mặt quang học với nhiều kích thước khác nhau, sau đó sẽ được bao bọc bởi các nguyên bào sợi và các sợi collagen. Phản ứng viêm xảy ra khi có các đại thực bào là bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu đơn nhân đến. Các tế bào biểu mô và nguyên bào sợi xuất hiện cùng sự lắng đọng collagen sẽ tiến triển trong khoảng 4 tuần và ổn định sau khoảng 6 tháng với collagen và tế bào sợi dày đặc [3]. Trong báo cáo của tác giả Osama Shaeer và Kamal Shaeer, cho thấy rõ về quá trình di chuyển, phản ứng mô sợi không đồng đều trên diện rộng sau khi tiêm một dạng gel silicone dưới da để làm tăng chu vi dương vật [1].

Các biến chứng tại chỗ có thể gặp sau khi tiêm silicone dưới da dương vật như đau, ban đỏ, phản ứng viêm với dị vật, bầm tím, viêm mô tế bào, hoại tử mô, loét, sẹo và thậm chí gây khó chịu cho đối tác khi quan hệ tình dục. Biến chứng toàn thân như tắc mạch gây viêm phổi cấp tính hoặc viêm gan u hạt. Đối với những trường hợp sử dụng chất lỏng silicone không vô trùng hoặc các thực hiện tiêm silicone tại các cơ sở y tế không đảm bảo vô trùng thì bệnh nhân có nguy cơ phơi nhiễm cao gây nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân [6].

Điều trị biến chứng sau tiêm silicone dưới da dương vật chủ yếu là phẫu thuật, phương pháp chính được sử dụng là cắt bỏ phần u silicone, đóng lại vết mổ sẽ phụ thuộc vào lượng mô bị loại bỏ và sự co kéo của tổ chức da dương vật. Với một số trường hợp phải chuyển vật da bìu có sẵn, kỹ thuật Cecil, ghép da một phần hoặc toàn phần [6].

Đối với trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, mục đích chính của phẫu thuật là loại bỏ phần silicone dưới da dương vật, tạo hình lại dương vật nhằm phục hồi và cải thiện tối đa chức năng dương vật cho bệnh nhân. Ngoài ra, việc tư vấn tâm lý cho bệnh nhân này cũng rất quan

trọng. Bệnh nhân sau biến chứng tiêm silicone vào dưới da dương vật thường mặc cảm về ngoại hình dương vật của mình, cùng với đó là các cơn đau do khối u silicone gây ra khi quan hệ với đối tác, các phản ứng viêm làm cho dương vật vùng tiêm silicone sưng tấy, gây cảm giác khó chịu tái diễn nhiều lần trong năm. Chính vì vậy, đi kèm với việc chăm sóc và cải thiện chức năng của dương vật sau phẫu thuật thì việc phục hồi tâm lý, tinh thần của bệnh nhân cũng cần được thực hiện song song trong quá trình điều trị.

5. KẾT LUẬN

Bơm silicone dạng lỏng vào dưới da dương vật nhằm tăng kích thước, chu vi dương vật có thể gây ra các biến chứng muộn như sự di chuyển của tổ chức silicone dạng lỏng sau khi tiêm gây ra các biến dạng làm mất thẩm mỹ, ảnh hưởng tới chức năng sinh lý của dương vật. Phản ứng viêm tái diễn nhiều lần tại chỗ tiêm silicone gây ảnh hưởng tới sinh hoạt, tinh thần của bệnh nhân rất nặng nề. Việc phẫu thuật điều trị biến chứng muộn này hiện nay còn rất nhiều khó khăn. Chính vì vậy, chúng tôi khuyến nghị không nên thực hiện thủ thuật bơm Silicone dạng lỏng dưới da dương vật nhằm làm thay đổi kích thước, hình dạng dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Osama S, Kamal S, Delayed Complications of Gel Injection for Penile Girth Augmentation. *J Sex Med*, 2009. 6: p. 2072 - 2078.
- [2] Ahmad S, Abdulla A. Al-Ansari, Raidh A. Talib et al., Complications of Penile Augmentation by Use of Nonmedical Industrial Silicone. *J Sex Med*, 2011: p. 1 - 5.
- [3] Jonathan S, Tracy D, Irwin G, Penile Injection with Silicone: Case Report and Review of the Literature. *J Sex Med*, 2008. 5: p. 2231 - 2237.
- [4] Chad LP, Derek HJ, Liquid injectable silicone for soft tissue augmentation. *Dermatologic Therapy*, 2006. 19: p. 159 - 168.
- [5] Richard F, Simon Z, Sirachai J et al., Reconstruction of penile shaft defects following the silicone injection by bipediced anterior scrotal flap. *The Journal of Urology*, 2016. 22(16): p. 1 - 21.
- [6] Abdul HAM, Aneesa AR, Navin KD et al., A Presentation of Penile Siliconoma in Primary Care after a Dubious Implant Injection: A Case Report. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* 2019. 15(3): p. 170 - 172.

PERCUTANEOUS VARICOCELE EMBOLIZATION: A CASE REPORT AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Tran Le Duy Anh*, Truong Hoang Minh, Tran Thanh Phong, Nguyen Duc Khang

People's Hospital 115 – 527 Su Van Hanh, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Objective: To present the technique of embolization in the treatment of varicocele. Review of initial results of varicocele embolization through the first case performed at People's Hospital 115.

Methods: 01 case of varicocele was diagnosed and treated by embolisation at People's Hospital 115.

Results: A 30-year-old male was hospitalised with bilateral scrotal pain. The patient was examined and diagnosed with bilateral varicoceles. The patient underwent bilateral percutaneous varicocele embolisation: the left side was occluded with vortX 18 coil, the right side was occluded with NBCA 20% glue. After the intervention, the patient had no pain in the testicles on the both sides.

Discussions: Percutaneous varicocele embolisation plays an important role in improving scrotal pain and infertility, with a high success rate up to 93,75%.

Conclusion: Percutaneous varicocele embolisation is a minimally invasive, safe, and effective method. However, equipment and experienced endovascular interventional specialists are required to perform this technique.

Keywords: Varicocele, percutaneous embolisation

*Corresponding author
Email address: duyanh.urology@gmail.com
Phone number: (+84) 908630656



KỸ THUẬT CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THÙNG TINH: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trần Lê Duy Anh*, Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Nguyễn Đức Khang

Bệnh viện Nhân Dân 115 – 527 Sư Vạn Hạnh, Phường 12, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày kỹ thuật xuyên tắc mạch trong điều trị giãn tĩnh mạch thùng tinh (GT-MTT). Nhận xét kết quả bước đầu can thiệp xuyên tắc mạch điều trị giãn tĩnh mạch thùng tinh qua một trường hợp đầu tiên thực hiện tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo 1 trường hợp GTMTT được chẩn đoán và điều trị xuyên tắc mạch qua can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

Kết quả: Một BN nam, 30 tuổi, nhập viện với tình trạng đau bìu 2 bên. BN được khám và chẩn đoán GTMTT 2 bên. BN đã được tiến hành can thiệp tắc tĩnh mạch tinh giãn 2 bên: bên trái tắc bằng coil vortX 18, bên phải tắc bằng keo NBCA 20%. Sau can thiệp bệnh nhân hết đau tức tinh hoàn 2 bên.

Bàn luận: Can thiệp nội mạch làm tắc tĩnh mạch tinh giãn đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện tình trạng đau tinh hoàn và tình trạng vô sinh, với tỉ lệ thành công cao, có thể đến 93,75%.

Kết luận: Can thiệp nội mạch điều trị GTMTT là biện pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên cần có trang thiết bị và chuyên gia can thiệp nội mạch nhiều kinh nghiệm để thực hiện kỹ thuật này.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch thùng tinh, xuyên tắc mạch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch thùng tinh là tình trạng giãn và xoắn vặn bất thường của tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch hình dây leo của thùng tinh.

GTMTT rất thường gặp, chiếm khoảng 15% nam giới. Ngoài ra, trong nhóm nam giới hiếm muộn, GTMTT gặp ở 35% nam giới vô sinh nguyên phát, 75%-81% nam giới vô sinh thứ phát. Tổng hợp nhiều báo cáo đã chứng minh rằng GTMTT càng kéo dài càng gây tổn thương mô tinh hoàn, những trường hợp tĩnh mạch tinh giãn lớn sẽ gây tổn thương tinh hoàn nhiều hơn tĩnh mạch tinh giãn nhỏ. Và do đó, phẫu thuật các trường hợp GTMTT lớn sẽ giúp cải thiện chất lượng tinh dịch nhiều hơn. Việc thắt tĩnh mạch tinh giãn sẽ ngăn chặn

tình trạng suy giảm chất lượng tinh dịch ở nam giới GT-MTT. Tuổi phẫu thuật GTMTT càng thấp thì khả năng phục hồi chức năng sinh tinh càng cao. Phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh giãn còn giúp cải thiện chức năng tế bào Leydig, kết quả là làm tăng nồng độ Testosterone trong máu. Một số tác giả ghi nhận rằng việc phẫu thuật GT-MTT giúp cải thiện tỉ lệ trẻ sinh sống (live birth rates) cũng như kết cục của IVF/ICSI và gia tăng cơ hội tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch ở bệnh nhân NOA.

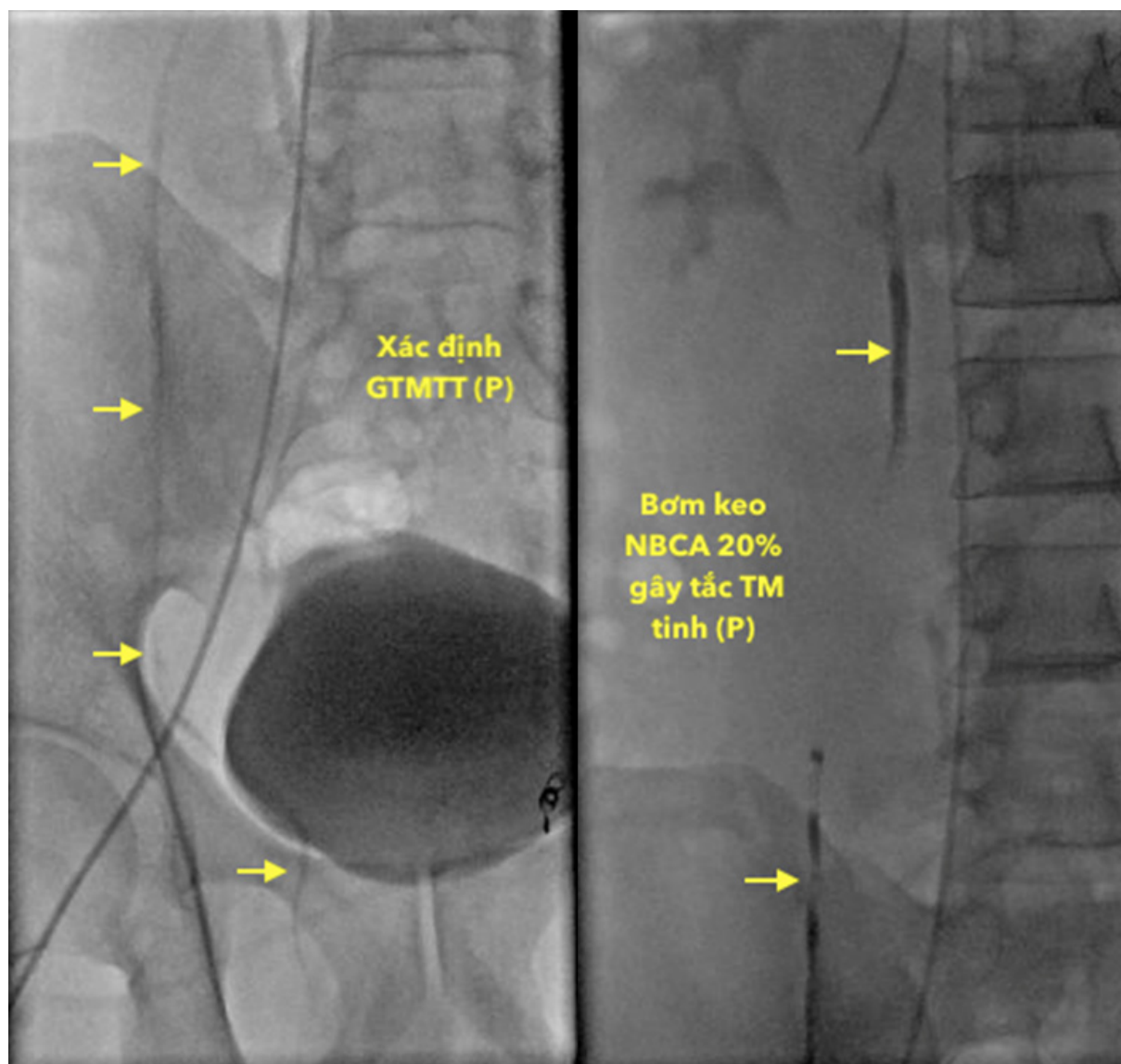
Những tai biến - biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh giãn là tràn dịch tinh mạc, tổn thương động mạch tinh hoàn, và GTMTT vẫn tồn tại hay tái phát. Tỉ lệ mắc các tai biến - biến chứng này có thể giảm bằng cách sử dụng kính vi phẫu, phẫu thuật

*Tác giả liên hệ

Email: duyanh.urology@gmail.com

Điện thoại: (+84) 908630656

Hình 2: Xác định và gây tắc tĩnh mạch tinh (P) giãn bằng keo NBCA 20%



Tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp, bệnh nhân hết đau tinh hoàn 2 bên, siêu âm ghi nhận tĩnh mạch tinh 2 bên không giãn, nồng độ Testosterone trong giới hạn bình thường (15 nmol/L), tuy nhiên kết quả tinh dịch đồ vẫn chưa cải thiện nhiều.

5. BÀN LUẬN

5.1. Về chỉ định can thiệp GTMTT

Các chỉ định điều trị GTMTT bao gồm: vô sinh, teo tinh hoàn và đau tinh hoàn. Đối với trường hợp điều trị vô sinh, theo Hiệp hội niệu khoa Mỹ / Hiệp hội Y học sinh sản Mỹ (American Urological Association / American Society for Reproductive Medicine), tiêu chuẩn để điều trị GTMTT gồm các yếu tố sau: GTMTT sờ được trên lâm sàng, cặp đôi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán

vô sinh, người nữ trong cặp đôi có khả năng sinh sản bình thường hoặc có nguyên nhân gây vô sinh có thể điều trị được, người nam trong cặp đôi có bất thường tinh dịch đồ hay bất thường chức năng tinh trùng. Các chỉ định bổ sung bao gồm: nam giới trẻ tuổi có GTMTT sờ thấy được, bất chấp kết quả tinh dịch đồ; hoặc nam giới trưởng thành có GTMTT và bất thường kết quả tinh dịch đồ, bất chấp hiện họ có đang mong con hay không.

Đối với các trường hợp GTMTT dưới lâm sàng, việc điều trị hay không vẫn còn đang tranh cãi. Một số tác giả cho rằng không có hoặc có rất ít hiệu quả khi điều trị các trường hợp GTMTT dưới lâm sàng nhằm giải quyết tình trạng đau tinh hoàn hay vô sinh [1], một số nghiên cứu lại cho thấy rằng có sự cải thiện tình trạng sinh sản sau điều trị [2].

Trường hợp này bệnh nhân đến khám với biểu hiện đau tức tinh hoàn 2 bên, đã điều trị nội khoa nhiều nơi nhưng

tình trạng đau không cải thiện, do đó việc can thiệp ngoại khoa trên bệnh nhân này là phù hợp. Sau khi can thiệp tắc tĩnh mạch tĩnh giãn 2 bên, bệnh nhân hết đau tức tĩnh hoàn và trở về với công việc thường nhật.

5.2. Về các phương pháp xâm lấn trong điều trị GTMTT

Phương pháp ngoại khoa điều trị giãn tĩnh mạch thường tĩnh được giới thiệu đầu tiên vào năm 1949, đó là kỹ thuật Palomo - cột tĩnh mạch tĩnh phía trên lỗ bẹn trong qua ngã sau phúc mạc. Tuy nhiên, kỹ thuật này có tỉ lệ tái phát cao do điểm phía trên vị trí cột còn có các nhánh bên. Kỹ thuật này cũng làm thời gian hồi phục sau mổ kéo dài do việc bóc tách các khối cơ thành bụng bên. Mặc dù đã có nhiều cải tiến của phương pháp này, nhưng sau đó hướng điều trị đã chuyển sang phẫu thuật vi phẫu thắt tĩnh mạch tĩnh ngã bẹn hay dưới bẹn[3]. Phẫu thuật thắt tĩnh mạch tĩnh giãn ngã dưới bẹn (có hay không có sử dụng vi phẫu) giúp giảm tình trạng đau sau mổ do không cần xẻ cân cơ chéo bụng ngoài[4].

Phẫu thuật nội soi cũng đã được nhiều tác giả sử dụng để thắt tĩnh mạch tĩnh giãn. Về cơ bản phẫu thuật này cũng giống như kỹ thuật Palomo, các tác giả cũng cột phía trên tĩnh mạch tĩnh mà không xác định được các mạch máu tĩnh ngoài. Hậu quả là tỉ lệ tràn dịch tĩnh mạch và tái phát sau mổ cao hơn khi so sánh với vi phẫu thắt tĩnh mạch tĩnh. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có điểm lợi trong trường hợp thắt tĩnh mạch tĩnh giãn 2 bên, cũng như thời gian phục hồi sau mổ nhanh[4].

5.3. Về hiệu quả của can thiệp nội mạch trong điều trị GTMTT – một phương pháp xâm lấn tối thiểu.

Thuyên tắc tĩnh mạch tĩnh giãn qua da là một phương pháp ít xâm lấn, được thực hiện với gây tê tại chỗ, có thể kết hợp tiền mê nhẹ. Tĩnh mạch đùi chung bên phải thường là ngã vào được lựa chọn, nhất là khi can thiệp tĩnh mạch tĩnh bên trái đơn thuần. Tuy nhiên, một số tác giả lại chọn lựa tĩnh mạch cảnh trong bên phải [5], hoặc lựa chọn tĩnh mạch cánh tay.

Thông qua tĩnh mạch được chọn, một nòng 7F được đặt vào mạch máu. Nếu tiếp cận ngã tĩnh mạch đùi, chúng ta có thể sử dụng catheter chẩn đoán mạch máu C1 hay C2 (Cook Medical, Bloomington, IN) để tiếp cận tĩnh mạch thận và tĩnh mạch tĩnh trong bên trái, trong khi catheter cong ngược như Simmons-1 (Cook Medical, Bloomington, IN) thích hợp cho tĩnh mạch tĩnh trong bên phải. Nếu tiếp cận từ các tĩnh mạch trên cao thì sẽ thuận lợi hơn khi dùng cùng một loại catheter để tiếp cận tĩnh mạch tĩnh trong cả 2 bên, như là JB1, H1H (Cook Medical, Bloomington, IN) hoặc Bentson-Hanaffee-Wilson 1 catheter (Terumo Medical Corporation, Somerset, NJ).

Sau khi đầu catheter vào tĩnh mạch tĩnh trong, chúng ta bắt đầu bơm thuốc cản quang. Có thể thực hiện kết hợp khi bệnh nhân thực hiện thao tác Valsalva hoặc đặt bệnh

nhân ở tư thế Trendelenburg ngược, điều này sẽ giúp phát hiện các dòng trào ngược, kiểm tra sự hiện diện của các tĩnh mạch bên và giúp lên phương án thuyên tắc mạch. Một số tác giả thích sử dụng microcatheter ở điểm này để làm tăng khả năng tiếp cận tĩnh mạch tĩnh trong phía bên dưới.

Về chất liệu gây tắc mạch, trước đây một số tác giả báo cáo sử dụng kỹ thuật tắc mạch bằng khí (air-block technique), tức sử dụng một lượng khí nhỏ bơm vào mạch máu trước khi bơm chất gây xơ hoá mạch. Tuy nhiên hiện nay kỹ thuật này không còn được sử dụng do không có hiệu quả. Ngoài ra, việc sử dụng các chất gây xơ hoá[6], gây thuyên tắc bằng chất lỏng[5], [7], sử dụng bóng tháo được, và các chất tương phản nóng[8] cũng đã được báo cáo.

Trường hợp này chúng tôi thực hiện tắc tĩnh mạch tĩnh bên trái bằng coil và tĩnh mạch tĩnh bên phải bằng keo NBCA 20%. Chụp kiểm tra lại tĩnh mạch tĩnh sau tắc ghi nhận toàn bộ tĩnh mạch tĩnh 2 bên đã được tắc hoàn toàn. Hậu phẫu và tái khám sau 1 tháng cũng không ghi nhận tình trạng đau tĩnh hoàn.

Đau tĩnh hoàn là biến chứng thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 17%[5], và có thể kéo dài đến ngày thứ 10 sau can thiệp tắc mạch[9]. Những biến chứng khác cũng đã được báo cáo như tụ máu ống bẹn, đau tại vị trí chọc kim vào mạch máu, dị ứng thuốc cản quang. Một trong những ưu điểm của phương pháp này cũng đã được tổng kết qua nhiều báo cáo là không gây biến chứng tràn dịch tĩnh mạch, do kỹ thuật này chỉ gây tắc tĩnh mạch, hoàn toàn không ảnh hưởng đến hệ thống bạch mạch[1].

Trong quá trình chụp mạch máu có thể gây thủng tĩnh mạch tĩnh trong (4,6%) hay bóc tách tĩnh mạch chủ/tĩnh mạch thận (4,1%), tuy nhiên các tai biến này cũng không gây ra biểu hiện lâm sàng gì đáng kể. Một số tai biến hiếm gặp nhưng nghiêm trọng cũng đã được báo cáo như coil di chuyển đến tâm nhĩ phải và động mạch phổi, cũng như hoại tử ruột sau can thiệp gây xơ hoá mạch[10].

6. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch trong điều trị GTMTT là một phương pháp an toàn, hiệu quả, có thể so sánh với các phương pháp mổ hở truyền thống. Phương pháp này có ưu điểm là không ảnh hưởng đến hệ bạch mạch nên hạn chế tối đa biến chứng tràn dịch tĩnh mạch. Ngoài ra, do có thể nhìn thấy rõ ràng các biến dạng giải phẫu của mạch máu nên kỹ thuật này rất hiệu quả trong trường hợp bệnh nhân đã thất bại với mổ thắt tĩnh mạch tĩnh giãn. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn nhằm đánh giá kết quả của kỹ thuật và theo dõi các biến chứng lâu dài sau can thiệp.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] V. Iaccarino and P. Venetucci, "Interventional radiology of male varicocele: Current status," *CardioVascular and Interventional Radiology*, vol. 35, no. 6. 2012. doi: 10.1007/s00270-012-0350-z.
- [2] U. Cantoro, M. Polito, and G. Muzzonigro, "Re-assessing the Role of Subclinical Varicocele in Infertile Men with Impaired Semen Quality: A Prospective Study," *Urology*, vol. 85, no. 4, 2015, doi: 10.1016/j.urology.2015.01.015.
- [3] P. Diegidio, J. K. Jhaveri, S. Ghannam, R. Pinkhasov, R. Shabsigh, and H. Fisch, "Review of current varicoelectomy techniques and their outcomes," *BJU International*, vol. 108, no. 7. 2011. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09959.x.
- [4] P. Masson and R. E. Brannigan, "The varicocele," *Urologic Clinics of North America*, vol. 41, no. 1. pp. 129–144, Feb. 2014. doi: 10.1016/j.ucl.2013.08.001.
- [5] J. Urbano, M. Cabrera, and A. Alonso-Burgos, "Sclerosis and varicocele embolization with N-butyl cyanoacrylate: Experience in 41 patients," *Acta radiol*, vol. 55, no. 2, 2014, doi: 10.1177/0284185113493774.
- [6] R. Gandini et al., "Male varicocele: Transcatheter foam sclerotherapy with sodium tetrade-cyl sulfate - Outcome in 244 patients," *Radiology*, vol. 246, no. 2, 2008, doi: 10.1148/radiol.2462061295.
- [7] P. Vanlangenhove, K. Everaert, G. Van Maele, and L. Defreyne, "Tolerance of glue embolization under local anesthesia in varicoceles: A comparative study of two different cyanoacrylates," *Eur J Radiol*, vol. 83, no. 3, 2014, doi: 10.1016/j.ejrad.2013.11.018.
- [8] C. M. Hawkins, J. M. Racadio, D. N. McKinney, J. M. Racadio, and D. N. Vu, "Varicocele retrograde embolization with boiling contrast medium and gelatin sponges in adolescent subjects: A clinically effective therapeutic alternative," *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, vol. 23, no. 2, 2012, doi: 10.1016/j.jvir.2011.10.021.
- [9] J. Halpern, S. Mittal, K. Pereira, S. Bhatia, and R. Ramasamy, "Percutaneous embolization of varicocele: Technique, indications, relative contraindications, and complications," *Asian Journal of Andrology*, vol. 18, no. 2. 2016. doi: 10.4103/1008-682X.169985.
- [10] P. Vicini et al., "Large bowel infarct following antegrade scrotal sclerotherapy for varicocele: A case report," *Canadian Urological Association Journal*, vol. 8, no. 9–10, pp. e641–e643, Sep. 2014, doi: 10.5489/cuaj.1822.

TREATING EFFECT OF HARD CAPSULE “SAM NHUNG TAN DUC DON” ON ERECTILE DYSFUNCTION PATIENTS UNDERLYING DEFICIENT YANG KIDNEY

Nguyen Van Dung, Truong Cong Kieu, Tran Thi Huong Lai*

Da Nang city Traditional Medicine Hospital – Dinh Gia Trinh, Hoa Xuan, Cam Le, Da Nang, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 01/06/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the efficacy of the Sam nhung tan duc don pills on the patients selected for Erectile dysfunction of Kidney Yang Deficiency Syndrome at Da Nang Traditional Medicine Hospital.

Methods: Clinical study, compare between pre- and post-treatment.

Results: After 3 months of treatment, 56,7% of the patients responded well to the therapy, 23,3% yielded moderate results and 20% responded poorly.

Conclusion: Sam nhung tan duc don pills exert effective therapeutic results (after 3 months) on the Erectile dysfunction of Kidney Yang Deficiency Syndrome.

Key words: Erectile dysfunction, sam nhung tan duc don, Yang Kidney Deficiency.

*Corresponding author
Email address: huonglai.vn89@gmail.com
Phone number: (+84) 932268246



TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ CỦA VIÊN HOÀN CỨNG “SÂM NHUNG TÁN DỤC ĐƠN” TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG THỂ THẬN DƯƠNG HƯ

Nguyễn Văn Dũng, Trương Công Kiều, Trần Thị Hương Lại*

Bệnh Viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng – Đinh Gia Trinh, Hoà Xuân, Cẩm Lệ, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/06/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn trên bệnh nhân rối loạn cương dương thể thận dương hư; Theo dõi một số tác dụng không mong muốn của viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn trong quá trình điều trị.

Phương pháp: Nghiên cứu trên lâm sàng, so sánh trước sau về hiệu quả điều trị của thuốc.

Kết quả: Sau 3 tháng điều trị Rối loạn cương dương thể thận dương hư, kết quả tốt 56,7%, trung bình 23,3%, không đạt kết quả 20%. Viên hoàn cứng “Sâm nhung tán dục đơn” cải thiện hàm lượng testosterone trong máu, sau điều trị so với trước điều trị ($p < 0,05$). Viên hoàn cứng “Sâm nhung tán dục đơn” không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Kết luận: Viên hoàn cứng “Sâm nhung tán dục đơn” có tác dụng điều trị rối loạn cương dương thể thận dương hư và không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Từ khóa: Rối loạn cương dương, sâm nhung tán dục đơn, thận dương hư.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương dương là tình trạng người bệnh không có khả năng đạt được và duy trì độ cứng của dương vật để tiến hành cuộc giao hợp một cách trọn vẹn [1] [2]. Bệnh mang tính xã hội và ngày càng phổ biến ở nam giới. Theo nghiên cứu của Faldman và cộng sự được tiến hành tại Massachusetts Male Aging Study (MMAS) Hoa Kỳ cho thấy 52% đàn ông Mỹ bị rối loạn cương dương ở các mức độ khác nhau, tỷ lệ này lên tới 75% ở tuổi 80. Theo MC Kinlay và Cộng sự ước tính đến năm 2025 có khoảng 322 triệu người bị rối loạn cương dương trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, theo công trình nghiên cứu của Trần Quán Anh và Phạm Văn Trịnh, tỷ lệ rối loạn cương dương ở nam giới trên 20 tuổi chiếm 15,7% [1] [3]. Bệnh tuy không ảnh hưởng đến sinh mạng nhưng nó ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống và hạnh phúc gia đình của họ.

Y học hiện đại đã có một số phương pháp điều trị rối

loạn cương dương như dùng các thuốc nhóm ức chế PDE 5, tiêm thuốc vào vật hang...

Rối loạn cương dương (RLCD) thuộc phạm vi chứng “Dương nuy” theo Y học cổ truyền. Có thể phân thành nhiều thể bệnh trong đó Thận dương hư và Can khí uất kết là 2 thể bệnh thường gặp trên lâm sàng. Các thầy thuốc Y học cổ truyền từ xưa đã quan tâm đến vấn đề này và sử dụng nhiều vị thuốc để nâng cao sức khỏe, tăng sinh lực, điều trị chứng nuy (rối loạn cương dương) như: Lộc nhung, Nhân sâm, Nhục quế, Phụ tử... Việc điều trị theo biên chứng đem lại hiệu quả tốt, ít tác dụng không mong muốn. Do đó việc sử dụng các thảo dược thiên nhiên hoặc các phương pháp không dùng thuốc: châm cứu, ôn châm, dưỡng sinh [4], [5]... an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh ngày càng được nhiều người quan tâm nghiên cứu. Tại Việt Nam đã có các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của một số bài thuốc Y học cổ truyền trong điều trị rối loạn cương dương nhưng chưa nhiều, việc đi sâu nghiên cứu lĩnh vực này là cần thiết.

*Tác giả liên hệ

Email: huonglai.vn89@gmail.com

Điện thoại: (+84) 932268246

Xuất phát từ những lý do trên, với hy vọng góp thêm một phương pháp điều trị cho các bệnh nhân bị suy giảm tinh trùng, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị của viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn trên bệnh nhân rối loạn cương dương thể thận dương hư; Theo dõi một số tác dụng không mong muốn của viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn trong quá trình điều trị.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán RLCD thuộc thể thận dương hư điều trị ngoại trú tại Bệnh viện YHCT thành phố Đà Nẵng từ tháng 03/2019 - 09/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu theo YHHĐ

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLCD dựa vào bảng chỉ số quốc tế về chức năng cương dương vật IIEF.
- Tổng điểm IIEF ≤ 59 .
- Độ tuổi từ 18 đến 64 tuổi.
- Đang chung sống với vợ hoặc có 1 bạn tình.
- Tinh nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.
- Không áp dụng phương pháp điều trị nào khác trong quá trình tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu theo YHCT

Dựa theo phương pháp khám (tứ chẩn) để quy nạp theo

các hội chứng và chọn bệnh nhân thể thận dương hư:

- Vọng: sắc mặt trắng, chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng.
- Văn: tiếng nói nhỏ.
- Vấn: đau lưng, ù tai, mỏi gối, mắt mờ, ăn kém, sợ lạnh, vùng thắt lưng lạnh, ngủ ít, hồi hộp, liệt dương, di tinh.
- Thiết: tay chân lạnh, mạch trầm nhược.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tổng điểm theo bảng IIEF > 59 .
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính, bệnh ngoại khoa.
- Bệnh nhân dị dạng đường sinh dục, tiết niệu, viêm nhiễm hoặc chấn thương đường sinh dục, tiết niệu.
- Bệnh nhân tâm thần, suy tim, suy gan, suy thận nặng, đái tháo đường.
- Bệnh nhân RLCD thể can khí uất kết, tâm tỳ hư, thấp nhiệt hạ tiêu.
- Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.

2.2. Chất liệu nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chất liệu nghiên cứu

- Thuốc nghiên cứu: viên hoàn cứng Sâm nhung tán dục đơn hàm lượng 0,3g; đóng lọ 90 viên; sản xuất tại Khoa Dược – Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, bào chế theo tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV.

Stt	Tên dược liệu	Số lượng (kg)	Stt	Tên thuốc	Số lượng (kg)
1	Thục địa	40	9	Ba kích	20
2	Bạch truật	40	10	Nhục thung dung	20
3	Câu kỷ tử	30	11	Cửu tử (Phi tử)	20
4	Đương quy	30	12	Xà sàng tử	10
5	Tiên mao	20	13	Phụ tử	10
6	Đỗ trọng	20	14	Nhục quế	10
7	Sơn thù	20	15	Lộc nhung	5
8	Dâm dương hoắc	20	16	Nhân sâm	17,7
Tổng số 16 vị: 332,7 kg					

- Tác dụng: Ôn bổ thận dương, bồi bổ tinh huyết.
- Chỉ định: Bệnh nhân liệt dương, suy giảm tinh trùng thể thận dương hư.
- Liều dùng, cách dùng: ngày uống 12 viên chia 3 lần, sáng - trưa - tối, uống sau ăn.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị.
- Các bệnh nhân RLCD sau khi được thăm khám YHHĐ và YHCT, đủ tiêu chuẩn, sẽ được đưa vào diện nghiên cứu.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: 30 bệnh nhân được dùng thuốc viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn, ngày 12 viên, chia 3 lần uống sau ăn. Điều trị liên tục 30 ngày.
- Bệnh nhân được theo dõi ngoại trú, thăm khám lâm sàng trong quá trình điều trị. Đánh giá kết quả điều trị sau 30 ngày.
- Xét nghiệm hormon testosterone: thời điểm lấy 8-9h sáng.
- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu (Ure, Creatinin, AST, ALT), trước và sau điều trị.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

2.2.3.1. Tuyển chọn bệnh nhân

Bệnh nhân nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện, làm bệnh án, làm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định, phù hợp với tiêu chuẩn.

2.2.3.2. Quy trình điều trị

- Khám lâm sàng theo YHHĐ và YHCT để chẩn đoán bệnh nhân RLCD thể thận dương hư.
- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu (Ure, Creatinin, AST, ALT), hormon testosterone, trước khi điều trị.
- Lập hồ sơ bệnh án theo mẫu thống nhất (các cán bộ tham gia lấy số liệu sẽ được tập huấn).
- Bệnh nhân nghiên cứu được uống thuốc liên tục trong 30 ngày.
- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng, tác dụng không

mong muốn trong quá trình điều trị.

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu (Ure, Creatinin, AST, ALT), hormon testosterone, trước, sau điều trị.

- Thời điểm đánh giá: Trước khi điều trị (D0); sau 30 ngày điều trị (D30).

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân nghiên cứu thấp tuổi nhất là 29 tuổi và cao tuổi nhất là 60 tuổi, độ tuổi trung bình là 43.03 ± 9.658 tuổi. Tỷ lệ BN từ 41- 48 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30%, từ 48 - 60 tuổi chiếm 26,7%, từ 33 - 40 tuổi chiếm 23,3% và từ 20 - 32 tuổi chiếm 20%.

- Bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc nhóm nghề nghiệp là lao động trí óc chiếm tỉ lệ là 66,7% cao hơn so với các nghề nghiệp khác như lao động chân tay chiếm 30% và lao động khác chiếm 3,3%.

- Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 tháng, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh lâu nhất là 12 tháng. Số bệnh nhân ở nhóm có thời gian mắc bệnh từ ≤ 3 tháng là nhiều nhất, chiếm 60%.

- 63,4% bệnh nhân sử dụng thuốc lá hoặc rượu bia hoặc dùng cả hai, chỉ có 36,7% bệnh nhân không sử dụng rượu bia và thuốc lá.

- Trước điều trị có 33,3% bệnh nhân RLCD mức độ nặng, 23,3% bệnh nhân RLCD mức độ trung bình và 43,3% bệnh nhân RLCD mức độ nhẹ.

- Triệu chứng sắc mặt trắng chiếm 76,7%, triệu chứng chất lưỡi nhạt và rêu lưỡi trắng 73,3%. Tiếng nói nhỏ chiếm 66,7%

- Sợ lạnh 17%, mỏi lưng gối 80%, tiểu nhiều lần 60%, nước tiểu trong dài 63,3%, đại tiện phân nát 50%. Tay chân lạnh 50%, mạch trầm nhược 60%.

3.2. Kết quả nghiên cứu

3.2.1. Sự cải thiện mức độ bệnh theo tổng điểm IIEF

Bảng 1: Sự cải thiện mức độ bệnh theo tổng điểm IIEF

Thời điểm	Mức độ bệnh theo tổng điểm IIEF							
	Nặng		Trung bình		Nhẹ		Không có RLCD	
	N	%	N	%	N	%	N	%
D0	10	33,3	7	23,3	13	43,3	0	0
	$\bar{X} = 28,9 \pm 14,145$							
D30	4	13,3	0	0	15	50	11	36,7
	$\bar{X} = 48,03 \pm 15,938$							
P	$P_{0-30} < 0,05$							

Trước điều trị có 33,3% bệnh nhân RLCD mức độ nặng, 23,3% bệnh nhân RLCD mức độ trung bình. Sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân RLCD mức độ nặng giảm xuống còn

13,3%, không còn bệnh nhân RLCD mức độ trung bình, có 50% bệnh nhân RLCD mức độ nhẹ và có 36,7% bệnh nhân không còn RLCD.

3.2.2. Sự cải thiện mức độ rối loạn chức năng cương dương vật

Bảng 2: Sự cải thiện mức độ rối loạn chức năng cương dương vật

Thời điểm	Mức độ rối loạn chức năng cương dương vật							
	Nặng		Trung bình		Nhẹ		Không có RLCNC	
	N	%	N	%	N	%	N	%
D0	14	46,7	5	16,7	11	36,7	0	0
	$\bar{X} = 10,9 \pm 6,310$							
D30	4	13,3	3	10	14	46,7	9	30
	$\bar{X} = 19,7 \pm 7,178$							
P	$P_{0-30} < 0,05$							

Trước điều trị có 46,7% bệnh nhân RLCNC mức độ nặng, 16,7% bệnh nhân RLCNC mức độ trung bình và 36,7% bệnh nhân RLCNC mức độ nhẹ. Sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân RLCNC mức độ nặng giảm xuống còn

13,3%, bệnh nhân RLCNC mức độ trung bình còn 10%, có 46,7% bệnh nhân RLCNC mức độ nhẹ và có 30% bệnh nhân không còn RLCNC.



3.2.3. Sự cải thiện một số triệu chứng theo YHCT

Bảng 3: Sự cải thiện một số triệu chứng theo YHCT

Triệu chứng	Thời điểm				P0-30
	D0		D30		
	n	%	n	%	
Sắc mặt trắng	23	76,7	2	6,7	< 0,05
Chất lưỡi nhạt	22	73,3	4	13,3	< 0,05
Rêu lưỡi trắng mỏng	22	73,3	3	10	< 0,05
Tiếng nói nhỏ	20	66,7	2	6,7	< 0,05
Sợ lạnh	17	56,7	2	6,7	< 0,05
Mỏi lưng gối	24	80	2	6,7	< 0,05
Tiểu nhiều lần	18	60	1	3,3	< 0,05
Nước tiểu trong dài	19	63,3	4	13,3	< 0,05
Đại tiện phân nát	15	50	2	6,7	< 0,05
Tay chân lạnh	15	50	2	6,7	< 0,05
Mạch trầm nhược	18	60	1	3,3	< 0,05

Các triệu chứng biểu hiện thận dương hư được cải thiện rõ rệt sau 30 ngày điều trị, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bài thuốc “sâm nhung tán dục đơn” gồm 14 vị có tác dụng ôn bổ thận dương; chủ trị chứng liệt dương tinh suy, hư hàn vô sinh do mệnh môn hỏa suy, tinh huyết bất túc. Chính vì thế uống “Sâm nhung tán dục đơn” cải

thiện được triệu chứng sắc mặt trắng, chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng, tiếng nói nhỏ, sợ lạnh, mỏi lưng gối, tiểu nhiều lần, nước tiểu trong dài, đại tiện phân nát, tay chân lạnh, mạch trầm nhược.

3.3. Sự biến đổi một số chỉ số theo dõi trong quá trình nghiên cứu

3.3.1. Sự biến đổi của huyết áp động mạch, mạch

Bảng 4: Sự biến đổi của huyết áp động mạch, mạch

Chỉ số	X±SD		P ₀₋₃₀
	Trước điều trị (D0)	Sau điều trị (D30)	
Huyết áp tối đa	115,83 ± 5,427	116,00 ± 7,358	0,839 > 0,05
Huyết áp tối thiểu	78,73 ± 2,924	78,47 ± 3,919	0,726 > 0,05
Mạch	67,5 ± 4,629	68,27 ± 2,993	0,131 > 0,05

Tần số mạch, huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu không có sự thay đổi, trước và sau điều trị 30 ngày với $p > 0,05$.

3.3.2. Sự biến đổi của công thức máu, sinh hóa máu

Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, ure, creatinine, hoạt độ ALT và AST trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.3. Sự biến đổi của hormon

Bảng 5: Sự biến đổi của hormon

Chỉ số	X±SD		P ₀₋₃₀
	Trước điều trị (D0)	Sau điều trị (D30)	
Testosterone	4,32 ± 1,41	4,77 ± 1,36	0,011 < 0,05

Nồng độ testoserone của BN sau thời gian điều trị cao hơn Nồng độ testoserone trước điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.3.4. Kết quả điều trị chung

Bảng 6: Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	17	56,7
Trung bình	7	23,3
Không có kết quả	6	20
Tổng	30	100

Sau 30 ngày điều trị bằng viên hoàn cứng “Sâm Nhung tán dục đơn” có 17 bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt, chiếm 56,7%. 07 bệnh nhân đạt kết quả điều trị trung bình, chiếm 23,3%. Còn lại 06 bệnh nhân, chiếm 20% không có kết quả điều trị.

Bài thuốc “Tán dục đơn” từ xưa đã được đề cập trong Cảnh Nhạc toàn thư, dùng để điều trị chứng dương nuy tinh kiệt, mệnh môn hỏa suy gây vô sinh, suy giống [6]. Từ “tán” có 2 ý nghĩa: nghĩa thứ nhất là trợ giúp, nghĩa thứ hai là khen ngợi, tán dương. Do vậy tên bài thuốc ý chỉ việc trợ giúp cho vấn đề sinh dục, tinh dục để vấn đề này đạt được sự tán dương, khen ngợi. Bài thuốc có tác dụng chủ yếu là ôn bổ thận dương kèm theo bồi bổ tinh huyết điều trị các trường hợp dương nuy tinh kiệt, mệnh môn hỏa suy. Trong bài Phụ tử, Nhục quế, Tiên ma, Dâm dương hoắc, Ba kích, Nhục dung, Cửu tử, Xà sàng tử có tác dụng ôn bổ thận dương, tráng mệnh môn hỏa là chủ dục; lại thêm Thục địa, Đương quy, Câu kỷ tử, Đỗ trọng, Sơn thù có tác dụng bồi bổ tinh huyết; Ngoài ra còn dùng Bạch truật để kiện tỳ dưỡng vị để bổ sung nguồn sinh hóa tinh hậu thiên. Gia thêm Nhân sâm, Lộc nhung để tăng cường ích khí ôn dương. Trên thực tế, cả bài thuốc “Tán dục đơn” và Lộc nhung, Nhân sâm được rất nhiều các thầy thuốc YHCT cũng như người dân dùng để điều trị RLCD, tăng cường sinh lực cho phái mạnh [7].

3.4. Tác dụng không mong muốn và tai biến của thuốc

Sau quá trình điều trị trên lâm sàng chưa ghi nhận các triệu chứng không mong muốn nào như nôn, mất ngủ,

đau bụng, rối loạn tiêu hóa...

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá tác dụng của viên hoàn cứng “Sâm Nhung tán dục đơn” trong 30 bệnh nhân Rối loạn cương dương thể thận dương hư, thời gian 30 ngày chúng tôi có những kết luận sau:

- Kết luận viên hoàn cứng “Sâm Nhung tán dục đơn” có tác dụng điều trị rối loạn cương dương. Cụ thể trong nghiên cứu:

- Viên hoàn cứng “Sâm Nhung tán dục đơn” có tác dụng đối với Rối loạn cương dương thể thận dương hư: kết quả tốt 56,7%, trung bình 23,3%, không đạt kết quả 20% .

- Viên hoàn cứng “Sâm Nhung tán dục đơn” cải thiện hàm lượng testosterone trong máu, sau điều trị so với trước điều trị ($p < 0,05$).

- Viên hoàn cứng “Sâm Nhung tán dục đơn” không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Quán Anh, Rối loạn cương dương, Tiết niệu 2, Nhà xuất bản Y học, 2006, Hà Nội, 637-647
- [2] Nguyễn Thành Như, Lâm sàng nam học, Nhà xuất bản tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh, 2013, Thành phố Hồ Chí Minh.
- [3] Nguyễn Quang Tuấn, Bệnh lý tim mạch và sức khỏe tình dục, Nhà xuất bản Y học, 2018, Hà Nội.
- [4] Đỗ Tất Lợi, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, 2003, Hà Nội.
- [5] Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác, Hải Thượng Y Tông tâm lĩnh, Nhà xuất bản Y học, 2008, Hà Nội, 1, 476-565.
- [6] Khoa Y Học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội, Liệt dương, Bệnh học nội khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, 2012, Hà Nội, 218-220.
- [7] Khoa Y Học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội, Liệt dương, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, 2006, Hà Nội, 347-349.

THERAPEUTIC EFFECT OF SAM NHUNG TAN DUC DON CAPSULE ON OLIGOZOOSPERMIA PATIENT IN DA NANG CITY TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

Nguyen Van Dung¹, Nguyen Minh Son², Nguyen Van Anh¹, Nguyen Cong Ly¹,
Nguyen Duy Khanh¹, Tran Thị Minh Nguyet¹, Tran Thị Huong Lai^{1*},
Tran Quang Minh³, Ho Xuan Huong³

¹Da Nang city Traditional Medicine Hospital – Dinh Gia Trinh, Hoa Xuan, Cam Le, Da Nang, Vietnam

²Da Nang city Department of Medicine – 103 Hung Vuong, Hai Chau 1, Da Nang, Vietnam

³Viet Nam University of Traditional Medicine – 02 Tran Phu, Mo Lao, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the efficacy of the pills on the patients selected for decreased quantity and quality of sperms at Da Nang Traditional Medicine Hospital.

Methods: Clinical study, pre- and post-treatment, of the medicinal pills.

Results: After 3 months of treatment, 68% of the patients responded well to the therapy, 22% yielded acceptable results and 6% had moderate outcomes, while only 4% responded poorly.

Conclusion: Sam nhung tan duc don pills exert effective therapeutic results (after 3 months) on the quantity and quality of patients with decreased sperm of Kidney Yang Deficiency Syndrome.

Keywords: Sam nhung tan duc don pills; men infertility; quantity and quality of sperm

*Corresponding author
Email address: huonglai.vn89@gmail.com
Phone number: (+84) 932268246

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA VIÊN HOÀN SÂM NHUNG TÁN DỤC ĐƠN TRÊN BỆNH NHÂN SUY GIẢM SỐ LƯỢNG VÀ CHẤT LƯỢNG TINH TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Nguyễn Văn Dũng¹, Nguyễn Minh Sơn², Nguyễn Văn Ánh¹, Nguyễn Công Lý¹,
Nguyễn Duy Khánh¹, Trần Thị Minh Nguyệt¹, Trần Thị Hương Lại^{1*},
Trần Quang Minh³, Hồ Xuân Hương³

¹Bệnh Viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng – Đinh Gia Trinh, Hoà Xuân, Cẩm Lệ, Đà Nẵng, Việt Nam

²Sở Y tế thành phố Đà Nẵng – 103 Hùng Vương, Hải Châu 1, Hải Châu, Đà Nẵng, Việt Nam

³Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam – 02 Trần Phú, P. Mộ Lao, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn trên bệnh nhân suy giảm số lượng và chất lượng tinh trùng tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng.

Phương pháp: Nghiên cứu trên lâm sàng, so sánh trước sau về hiệu quả điều trị của thuốc.

Kết quả: Sau 3 tháng điều trị, có 68% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 22% đạt loại khá, 6% đạt loại trung bình, chỉ có 4% đạt loại kém.

Kết luận: Viên hoàn cứng Sâm nhung tán dục đơn có tác dụng làm tăng số lượng và chất lượng tinh trùng ở những bệnh nhân suy giảm tinh trùng thể thận dương hư sau 3 tháng điều trị mà không ghi nhận có tác dụng không mong muốn nào.

Từ khóa: Viên hoàn Sâm nhung tán dục đơn; Vô sinh nam; số lượng và chất lượng tinh trùng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm tinh trùng (SGTT) là một trong những nguyên nhân trực tiếp gây vô sinh nam, được chẩn đoán qua xét nghiệm tinh dịch đồ. Số lượng và chất lượng tinh trùng người trên thế giới đang có xu hướng ngày càng giảm [1], [6], [7].

Ngày nay có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe nói chung và chức năng sinh sản ở nam giới nói riêng như: ô nhiễm môi trường, bệnh nghề nghiệp, stress, hút thuốc, uống bia rượu... Những yếu tố đó tác động trực tiếp hoặc gián tiếp lên quá trình sinh sản và trưởng thành của tinh trùng khiến cơ chế bệnh sinh của suy giảm tinh trùng ngày càng phức tạp [2], [3]. Việc sử dụng các phương thuốc Y học cổ truyền (YHCT) kết hợp các thành tựu của Y học hiện đại (YHHĐ) trong điều trị suy giảm tinh trùng để tối ưu hóa hiệu quả điều trị đã và

đang được nhiều tác giả quan tâm.

Suy giảm tinh trùng theo YHCT được xếp vào chứng “vô tử”, “cầu tử”, một số tác giả Trung quốc dùng thuật ngữ “thiếu tinh”, “nhược tinh” [5]. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của bài thuốc YHCT trong điều trị suy giảm tinh trùng nhưng chưa nhiều, việc đi sâu nghiên cứu lĩnh vực này là cần thiết.

Năm 2015, tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, Nguyễn Văn Dũng, Trần Quang Minh, Khúc Thị Song Hương đã đánh giá tác dụng của bài thuốc Tán dục đơn trên 30 bệnh nhân suy giảm số lượng và chất lượng tinh trùng thể thận dương hư. Sau 3 tháng điều trị, số lượng và chất lượng tinh trùng đều tăng có ý nghĩa thống kê [4]. Trên cơ sở đó, chúng tôi dùng bài Tán dục đơn gia thêm hai vị Lộc Nhung và Nhân sâm với mục đích tăng cường hiệu quả của bài thuốc lên số

*Tác giả liên hệ

Email: huonglai.vn89@gmail.com

Điện thoại: (+84) 932268246



lượng và chất lượng tinh trùng. Thuốc được sản xuất hiện đại dưới dạng viên hoàn cứng, thuận tiện trong sử dụng. Xuất phát từ những lý do trên, với hy vọng góp thêm một phương pháp điều trị cho các bệnh nhân bị suy giảm tinh trùng, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài “Hiệu quả điều trị của viên hoàn Sâm Nhung tán dục đơn trên bệnh nhân suy giảm số lượng và chất lượng tinh trùng tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng” với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của viên hoàn Sâm Nhung tán dục đơn trên bệnh nhân suy giảm số lượng và chất lượng tinh trùng tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

50 bệnh nhân suy giảm số lượng và/ hoặc chất lượng tinh trùng đến khám tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng từ tháng 7/2018 đến tháng 10/2018, đạt đủ tiêu chuẩn, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Chất liệu nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chất liệu nghiên cứu

Viên hoàn cứng Sâm nhung tán dục đơn:

- Công thức pha chế cho 1 lô: 59.400 viên hoàn 0,3g.

Stt	Tên dược liệu	Số lượng (kg)	Stt	Tên thuốc	Số lượng (kg)
1	Thực địa	40	9	Ba kích	20
2	Bạch trạch	40	10	Nhục thung dung	20
3	Câu kỷ tử	30	11	Cửu tử (Phi tử)	20
4	Đương quy	30	12	Xà sàng tử	10
5	Tiên mao	20	13	Phụ tử	10
6	Đỗ trọng	20	14	Nhục quế	10
7	Son thù	20	15	Lộc nhung	5
8	Dâm dương hoắc	20	16	Nhân sâm	17,7
Tổng số 16 vị: 332,7 kg					

- Tiêu chuẩn chất lượng: Tiêu chuẩn cơ sở.

- Công dụng: Ôn bổ thận dương, bồi bổ tinh huyết.

- Liều dùng: Ngày 12 viên chia 3 lần, uống sau ăn. Uống

3 – 6 tháng một liệu trình theo chỉ dẫn của bác sĩ.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị trên 50 bệnh nhân SGTT sau khi được thăm khám YHHĐ và YHCT, đủ tiêu chuẩn.

- Quy trình nghiên cứu:

+ Xét nghiệm tinh dịch đồ trước điều trị để chẩn đoán SGTT theo tiêu chuẩn WHO 2010.

+ Khám lâm sàng theo YHHĐ và YHCT. Lập hồ sơ bệnh án theo mẫu thống nhất.

+ Xét nghiệm các hormon LH, FSH, testosterone, estradiol, prolactin. Xét nghiệm công thức máu (Hồng cầu, Bạch cầu, Hemoglobin, Tiểu cầu), sinh hóa máu (Glucose, Ure, Creatinin, AST, ALT), tổng phân tích nước tiểu, HIV.

+ Bệnh nhân nghiên cứu được uống thuốc liên tục trong 90 ngày. Theo dõi các triệu chứng lâm sàng, tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

+ Xét nghiệm tinh dịch đồ sau điều trị 30 ngày, 60 ngày, 90 ngày. Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu (Ure, Creatinin, AST, ALT), hormon (LH, FSH, testosterone, estradiol, prolactin) sau điều trị.

+ So sánh kết quả trước và sau điều trị.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các chỉ tiêu lâm sàng.

+ Chỉ tiêu cận lâm sàng.

Bệnh nhân được theo dõi ngoại trú, thăm khám lâm sàng trong quá trình uống thuốc. Các chỉ tiêu lâm sàng được theo dõi vào bốn thời điểm trước điều trị (D0), sau điều trị 30 ngày (D30), sau điều trị 60 ngày (D60), và sau điều trị 90 ngày (D90). Các chỉ tiêu cận lâm sàng được theo dõi trước và sau điều trị.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh nhân từ 18 – 32 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (42%). Tỷ lệ bệnh nhân từ 33 – 40 tuổi chiếm 36%, từ 41 – 48 tuổi chiếm 22%.

- Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa các

nhóm vô sinh I, vô sinh II và không vô sinh ($p > 0,05$). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,62 \pm 6,74$, bệnh nhân cao tuổi nhất là 48 tuổi, thấp nhất là 22 tuổi.

- Số bệnh nhân có nghề nghiệp thuộc nhóm lao động trí óc chiếm 62%, lao động chân tay chiếm 38%.

- Phần lớn bệnh nhân đến khám vì vô sinh, chiếm 82% (vô sinh I chiếm 64%, vô sinh II chiếm 18%). Có 18% bệnh nhân đến khám không vì lý do vô sinh (đã có đủ con hoặc khám vì lý do khác).

Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với các tác giả trước ở điểm bệnh nhân SGTT đa phần là bệnh nhân vô sinh nam (82%). Với kết quả này, một lần nữa góp phần khẳng định SGTT là một nguyên nhân hay gặp trong vô sinh nam.

- Số bệnh nhân BMI bình thường là 64% chiếm đa số. Có 8% bệnh nhân có BMI $< 18,5$ và 28% bệnh nhân BMI ≥ 23 .

3.2. Thay đổi các chỉ số trong tinh dịch đồ trước và sau điều trị

3.2.1. Phân loại tinh trùng trước điều trị và mối liên quan với BMI

Không có mối liên quan giữa BMI với tình trạng suy giảm tinh trùng của bệnh nhân ($p > 0,05$).

3.2.2. Sự cải thiện thể tích tinh dịch

- Sau 1 tháng, 2 tháng điều trị, thể tích tinh dịch trung bình của bệnh nhân tăng từ $1,32 \pm 0,52$ ml lên $1,51 \pm 0,48$ ml và $1,67 \pm 0,49$ ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Sau 3 tháng, thể tích tinh dịch trung bình đạt $2,08 \pm 0,57$ ml, tăng $0,76 \pm 0,39$ ml so với trước điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Tỷ lệ bệnh nhân có thể tích tinh dịch ít ($< 1,5$ ml) có xu hướng giảm dần. Sau 1 tháng, tỷ lệ này giảm từ 62% xuống 54% nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị ($p > 0,05$). Sau 2 tháng và 3 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có thể tích tinh dịch ít giảm rõ rệt, xuống còn 34% và 6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.3. Sự cải thiện độ pH tinh dịch

Độ pH tinh dịch sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng điều trị không có biến đổi rõ rệt ($p > 0,05$), đều nằm trong giới hạn cho phép theo tiêu chuẩn WHO 2010.

3.2.4. Sự cải thiện mật độ tinh trùng

- Mật độ tinh trùng trung bình trước điều trị là $23,29 \pm 18,37$ triệu/ml. Sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng, mật độ tinh trùng trung bình tăng lần lượt là $27,04 \pm 17,80$ triệu/ml, $32,28 \pm 17,33$ triệu/ml và $37,82 \pm 19,38$ triệu/ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,01$).

- Trước điều trị có 34% bệnh nhân có mật độ tinh trùng ít (< 15 triệu/ml), sau 1 tháng điều trị tỷ lệ này giảm còn 28%, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị ($p > 0,05$). Sau 2 tháng và 3 tháng chỉ còn 18% và 12% bệnh nhân có mật độ tinh trùng ít, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.5. Sự cải thiện tổng số tinh trùng

Tổng số tinh trùng có xu hướng tăng dần từ $30,43 \pm 27,39$ triệu (trước điều trị) lên $40,83 \pm 29,55$ triệu, $54,80 \pm 34,10$ triệu và $82,68 \pm 57,91$ triệu sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng điều trị. So với trước điều trị, tổng số tinh trùng tăng $52,25 \pm 37,37$ triệu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.6. Sự cải thiện tỷ lệ tinh trùng tiến tới (PR)

- PR trước điều trị là $18,96 \pm 17,25\%$, sau điều trị 1 tháng tăng lên $24,12 \pm 16,58\%$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau 2 tháng và 3 tháng, tỷ lệ tinh trùng tiến tới tăng lên rõ rệt là $35,62 \pm 14,94\%$ và $47,26 \pm 14,19\%$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$).

- Trước điều trị có 78% bệnh nhân có tinh trùng yếu, sau 1 tháng giảm xuống 68% nhưng chưa khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị ($p > 0,05$). Sau 2 tháng và 3 tháng, tỷ lệ này giảm còn 56% và 20%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.7. Sự cải thiện tỷ lệ tinh trùng sống

- Tỷ lệ tinh trùng sống trung bình sau 1 tháng điều trị tăng từ $54,16 \pm 15,92\%$ lên $59,04 \pm 14,57\%$. Sau 2 tháng và 3 tháng tỷ lệ này là $64,80 \pm 12,78\%$ và $79,70 \pm 12,15\%$, tăng lên rõ rệt so với trước điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Trước điều trị có 50% bệnh nhân có tỷ lệ tinh trùng sống $\geq 58\%$, tỷ lệ này tăng lên 56% sau 1 tháng điều trị, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 2 tháng, 3 tháng tỷ lệ bệnh nhân có tinh trùng sống bình thường đã tăng lên rõ rệt là 74% và 90%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.8. Hình thái tinh trùng

- Sau 1 tháng và 2 tháng điều trị, tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường là $47,10 \pm 21,30\%$ và $53,74 \pm 21,72\%$, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,01$). Tỷ lệ này tăng rõ rệt ở tháng thứ 3, đạt $69,56 \pm 21,69\%$, tăng $25,42 \pm 8,59\%$ so với trước điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

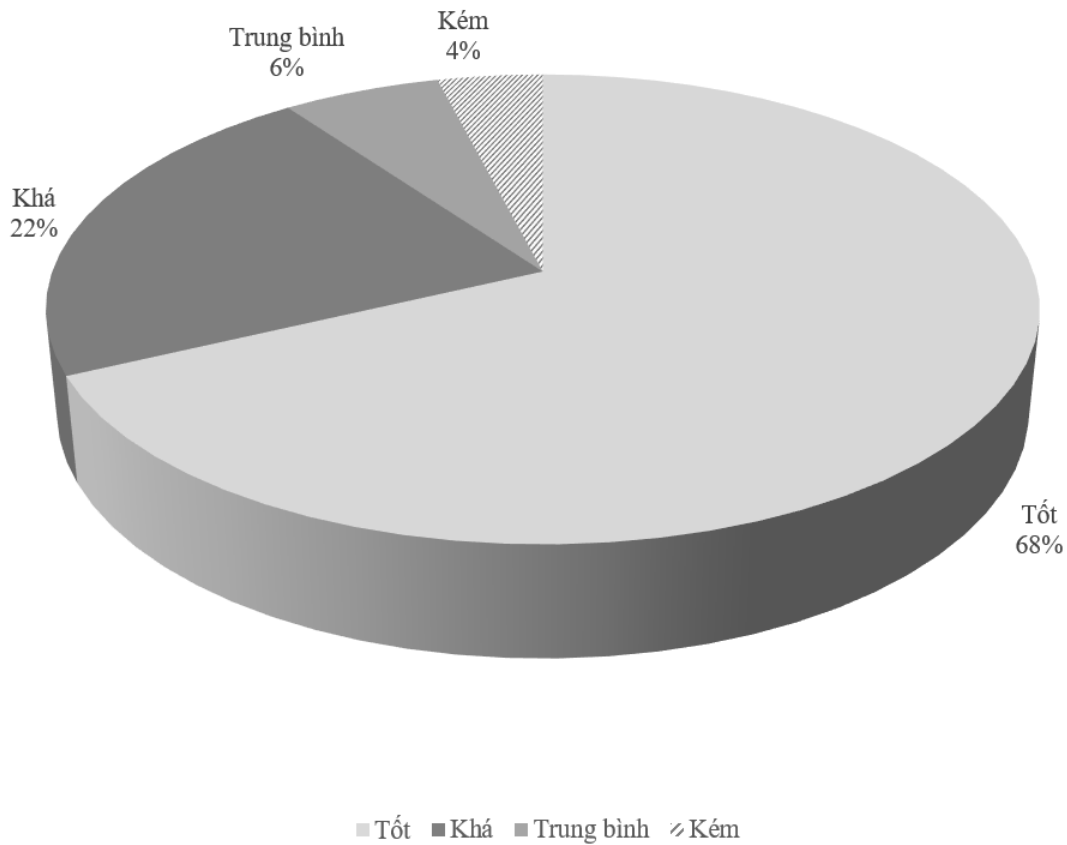
- Trước điều trị có 88% bệnh nhân có hình thái tinh trùng bình thường $\geq 4\%$. Sau 90 ngày điều trị, tỷ lệ này tăng lên 98%, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Kết quả điều trị chung



Sau 3 tháng điều trị, có 68% bệnh nhân đạt kết quả tốt chỉ có 4% đạt loại kém. chiếm đa số, 22% đạt loại khá, 6% đạt loại trung bình,

Biểu đồ 1. Phân loại kết quả điều trị



Trong quá trình thực hiện đề tài có 6 bệnh nhân vợ có thai tự nhiên, trong đó 5 bệnh nhân thuộc nhóm vô sinh I, 1 bệnh nhân thuộc nhóm không liên quan đến vô sinh, những bệnh nhân này đều có 5 chỉ tiêu trở về bình thường sau điều trị, thuộc nhóm đạt kết quả tốt.

Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Khúc Thị Song Hương khi dùng Tán dục đơn (56,7% kết quả tốt, 1 bệnh nhân vợ có thai tự nhiên) [4]. Qua đó bước đầu đã chứng minh được hiệu quả của thuốc Sâm nhung tán dục đơn trong điều trị suy giảm tinh trùng và góp phần vào điều trị vô sinh nam.

3.4. Kết quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo YHCT

Các triệu chứng lâm sàng của hội chứng Thận dương hư (sắc mặt nhợt, sợ lạnh, chân tay lạnh, đau mỏi lưng, tiểu nhiều lần, mạch bộ xích trầm tế) đều được cải thiện rõ rệt sau 3 tháng điều trị ($p < 0,05$).

3.5. Tác dụng không mong muốn

Trong quá trình uống thuốc, bệnh nhân không có các dấu hiệu lâm sàng không mong muốn như: nôn, đau bụng, mẩn ngứa, rối loạn đại tiện.

4. KẾT LUẬN

4.1. Viên hoàn cứng Sâm nhung tán dục đơn có tác dụng làm tăng số lượng và chất lượng tinh trùng ở những bệnh nhân SGTT thể thận dương hư sau 3 tháng điều trị liên tục:

- Thể tích tinh dịch, mật độ tinh trùng, tỷ lệ tinh trùng tiến tới, tỷ lệ tinh trùng sống, tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường đều tăng có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Các triệu chứng của thận dương hư đều cải thiện tốt sau điều trị.

- Kết quả chung 68% đạt loại tốt và 22% loại khá.

4.2. Trong quá trình điều trị bằng viên hoàn cứng Sâm nhung tán dục đơn chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn như nôn, đau bụng, mẩn ngứa, rối loạn đại

tiện trên bệnh nhân. Thuốc không ảnh hưởng đến các chỉ số mạch, huyết áp trung bình, công thức máu; chức năng gan, thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Quán Anh, Nguyễn Bửu Triều, Vô sinh nam. Bệnh học vô sinh nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011, tr 253-323.
- [2] Nguyễn Quang Bắc, Nguyễn Thị Minh Tâm, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tinh dịch đồ tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Y học Việt Nam, 462 (1), 2018, tr 51-54.
- [3] Nguyễn Phương Hồng, Các nguyên nhân gây vô sinh nam, Tạp chí Y học Việt Nam, 447 (1), 2016, tr 71-74.
- [4] Khúc Thị Song Hương, Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Tán dục đơn trên bệnh nhân suy giảm số lượng tinh trùng thể thận dương hư, luận văn cao học, Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [5] Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác, Hải Thượng Y Tông tâm lĩnh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.
- [6] WHO, Cẩm nang phòng thí nghiệm WHO về kiểm tra tinh dịch người và sự tương tác tinh trùng - chất nhầy cổ tử cung, Tạp chí đại học Cambrige, 4th Edition, 1999.
- [7] WHO, Cẩm nang phòng thí nghiệm WHO về kiểm tra và phân tích tinh dịch người, 5th Edition, 2010.



CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF UNDESCENDED TESTICLES IN ADULTS BEFORE SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL FROM 2020 TO 2021

Nguyen Ngoc Tan¹, Tran Quoc Hoa², Nguyen Quang^{3*}

¹Hanoi Tam Anh General Hospital – 108 Hoang Nhu Tiep, Bo De, Long Bien, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Viet Duc University Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to describe the clinical and subclinical characteristics of undescended testicles in adults before surgery at Viet Duc Hospital from 2020 to 2021.

Methods: Cross-sectional, retrospective description through medical records.

Results: The percentage of palpable undescended testicles on the right, left and both sides was 32.0%, 50%, and 18%, respectively. There 86.0% of the subjects with no associated malformations. Testicle location on ultrasound is mainly in the inguinal canal and in the abdomen. Testosterone levels in the group of patients with bilateral undescended testicles were lower than in the group with only unilateral undescended testicles. The mean FSH and LH concentrations in the group with bilateral undescended testicles were higher than those in the group with unilateral undescended testicles. The percentage of no sperm in the group with high unilateral undescended testicles ranged from 42.3 to 46.7%. The rate of azoospermia in patients with bilateral undescended testicles was higher than in the group with only unilateral undescended testicles.

Conclusion: Most of the subjects palpated the undescended testicle on one side, the testes on ultrasound image were mainly found in the inguinal canal and in the abdomen. The rate of no spermatozoa in the group with unilateral undescended testicles was high and this rate in the group with bilateral undescended testicles was higher than in the group with unilateral undescended testicles.

Keywords: Undescended testicles

*Corresponding author

Email address: quangvietduc@gmail.com

Phone number: (+84) 903201919

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BIU Ở NGƯỜI LỚN TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ NĂM 2020 ĐẾN NĂM 2021

Nguyễn Ngọc Tân¹, Trần Quốc Hòa², Nguyễn Quang^{3*}

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội – 108 P. Hoàng Như Tiếp, Bò Đề, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng về tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) ở người lớn trước phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ năm 2020 đến năm 2021.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, hồi cứu thông qua hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Tỷ lệ sờ thấy THKXB bên phải, bên trái và cả 2 bên lần lượt là 32,0%, 50% và 18%. Có 86,0% đối tượng không có dị tật kèm theo. Vị trí tinh hoàn trên siêu âm chủ yếu là ở trong ống bẹn và trong ổ bụng. Nồng độ testosterone ở nhóm bệnh nhân có THKXB 2 bên thấp hơn so với nhóm chỉ có THKXB 1 bên. Nồng độ FSH và LH trung bình ở nhóm có THKXB 2 bên đều cao hơn so với nhóm có THKXB 1 bên. Tỷ lệ không có tinh trùng ở nhóm có THKXB 1 bên cao dao động từ 42,3-46,7%. Tỷ lệ không có tinh trùng ở bệnh nhân có THKXB 2 bên cao hơn so với nhóm chỉ có THKXB 1 bên.

Kết luận: Phần lớn đối tượng sờ thấy THKXB 1 bên, vị trí tinh hoàn trên hình ảnh siêu âm chủ yếu gặp ở trong ống bẹn và trong ổ bụng. Tỷ lệ không có tinh trùng ở nhóm có THKXB 1 bên cao và tỷ lệ này ở nhóm có THKXB 2 bên cao hơn so với nhóm có THKXB 1 bên.

Từ khóa: Tinh hoàn không xuống bìu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) (tinh hoàn ẩn) là một dị tật niệu sinh dục bẩm sinh phổ biến. Tỷ lệ mắc chứng tinh hoàn ẩn ngày càng tăng và nó đã trở thành một nguyên nhân quan trọng gây vô sinh ở nam giới trưởng thành [6] [5]. Tinh hoàn ẩn không được điều trị sẽ dẫn đến giảm sự phát triển của tế bào mầm, thể tích tinh hoàn thấp và giảm khả năng sinh sản, bất thường nội tiết tố và tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn. Tinh hoàn ẩn thường được chẩn đoán bằng cách khám sức khỏe. Khám thực thể là nền tảng của chẩn đoán tinh hoàn ẩn, nhưng khoảng 30% tinh hoàn ẩn không sờ thấy được và cần phải kiểm tra thêm. Do đó, các kỹ thuật hình ảnh

khác nhau đã được đánh giá để sử dụng trong tinh hoàn ẩn, bao gồm siêu âm, MSCT và MRI. Chẩn đoán chính xác là cần thiết để tạo điều kiện quản lý các bệnh nhân mắc bệnh tinh hoàn ẩn sau tuổi dậy thì để xem xét các tiên lượng về khả năng sinh sản trong tương lai và khả năng biến đổi ác tính của tinh hoàn ẩn. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân người lớn có tinh hoàn không sờ thấy để cung cấp thêm thông tin khoa học hỗ trợ các bác sĩ điều trị trong quá trình chẩn đoán bệnh sớm cũng như giúp các bác sĩ sớm đưa ra các quyết định điều trị kịp thời.

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 903201919



2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nam từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán tinh hoàn không xuống bìu có chỉ định điều trị phẫu thuật trong thời gian từ năm 2020-2021 tại BV Hữu nghị Việt Đức. Những bệnh nhân không xác định giới tính, không có tinh hoàn, ung thư tinh hoàn và không có đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu: 50 đối tượng đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện lấy tất cả đối tượng có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 5/2023.

Thời gian thu thập số liệu hồi cứu: 01/01/2020-31/12/2021.

2.4. Biến số chỉ số nghiên cứu:

- Một số thông tin chung của người bệnh: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI).

- Một số đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, Sờ thấy tinh hoàn hay không, vị trí bên tinh hoàn không sờ thấy, (bên P, bên T, cả 2 bên), các dị tật kèm theo.

- Một số đặc điểm cận lâm sàng: vị trí tinh hoàn trên siêu âm, xét nghiệm nội tiết tố, tinh dịch đồ.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn dựa trên mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án hồi cứu.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được sau khi được là sạch sẽ được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng và giảm gánh nặng bệnh tật. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập dựa trên bệnh án hồi cứu không gây bất kỳ nguy hại nào cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	16-25 tuổi	24	48,0
	25-40 tuổi	24	48,0
	>40 tuổi	2	4
	TB±ĐLC (Min-Max)	26,7±7,5 (17-46)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 26,7±7,5 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 46 tuổi, trong đó phần lớn là nhóm tuổi từ 40 tuổi trở xuống.

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu (n=50)

Một số đặc điểm lâm sàng		n	%
Chỉ số khối cơ thể 22,7±2,8 (18,0-29,4)	Gầy (BMI <18,5)	3	6,0
	Bình thường (BMI: 18,5-24,9)	34	68,0
	Thừa cân – béo phì (BMI ≥25)	13	26,0
Sờ thấy tinh hoàn	Không	59	59,0
	Có	41	41,0
Vị trí không sờ thấy TH	Bên Phải	16	32,0
	Bên Trái	25	50,0
	Cả 2 bên	9	18,0
Các dị tật tại chỗ	Thoát vị bẹn	7	14,0
	Không	43	86,0

Nhận xét: 26,0% đối tượng có thể trạng thừa cân – béo phì. Tỷ lệ khám sờ thấy tinh hoàn không xuống bìu bên phải, bên trái và cả 2 bên lần lượt là 32,0%, 50% và 18%. Có 14,0% đối tượng có dị tật thoát vị bẹn tại chỗ.

Bảng 3: Một số đặc điểm hình ảnh cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Một số đặc điểm hình ảnh siêu âm		n	%
Hình ảnh siêu âm			
THKXB (n=50)	Bên P	15	30,0
	Bên T	26	52,0
	Cả 2 bên	9	18,0

Một số đặc điểm hình ảnh siêu âm		n	%
Vị trí THKXB bên phải (n=24)	Lỗ bẹn nông	3	12,5
	Trong ống bẹn	8	33,3
	Lỗ bẹn sâu	6	25,0
	Trong ổ bụng	7	29,2
Vị trí THKXB bên trái (n=35)	Lỗ bẹn nông	2	5,7
	Trong ống bẹn	15	42,9
	Lỗ bẹn sâu	7	20,0
	Trong ổ bụng	11	31,4

Nhận xét: Tỷ lệ hình ảnh THKXB bên P, bên T và cả 2 bên với tỷ lệ lần lượt là 32,0; 50,0; 18,0%. Vị trí tinh hoàn trên hình ảnh siêu âm cho thấy chủ yếu là ở trong ống bẹn, tiếp theo là trong ổ bụng và tỷ lệ ít nhất gặp ở lỗ bẹn nông cả ở bên P và bên T.

Bảng 4: Một số đặc điểm xét nghiệm nội tiết tố ở đối tượng nghiên cứu

Testosterone (27)	THKXB 1 bên (n=21)	THKXB 2 bên (n=6)
Trong giới hạn (9-30 nmol/ml)	18 (85,7)	3 (50)
Thấp <9 nmol/ml)	3(14,3)	3 (50)
TB±ĐLC (Min-Max)	14,2±5,3 (2,3±30,2)	8,9±5,4 (1,5-15,8)
Nồng độ LH (n=23)	THKXB 1 bên (n=18)	THKXB 2 bên (n=5)
Bình thường (2,5-9,8 IU/L)	16(88,9)	1(20,0)
Cao (>9,8 IU/L)	2(11,1)	4(80,0)
TB±ĐLC (Min-Max)	8,5±6,4 (2,7±31,9)	14,7±3,9 (8,5-18,4)
Nồng độ FSH (26)	THKXB 1 bên (n=21)	THKXB 2 bên (n=5)
Cao (>5 IU/L)	17(85,0)	5(100)
Bình thường (1,2-5 IU/L)	3(15,0)	0(0)
TB±ĐLC (Min-Max)	12,0±13,7 (1,4-66,1)	35,5±11,5 (23,7-53,2)

Nhận xét: Trong số bệnh nhân được làm xét nghiệm testosterone cho thấy nồng độ testosterone ở nhóm bệnh nhân có THKXB 2 bên thấp hơn so với nhóm chỉ có THKXB 1 bên. Nồng độ FSH và LH trung bình ở nhóm có THKXB 2 bên đều cao hơn so với nhóm có THKXB 1 bên.

Bảng 5: Đặc điểm tinh dịch đồ ở đối tượng nghiên cứu (n=50)

Tinh dịch đồ	THKXB bên phải (n=15)	THKXB bên trái (n=26)	THKXB 2 bên (9)	p
Có tinh trùng	8(53,3)	15(57,7)	2(22,2)	<0,05
Không có	7(46,7)	11(42,3)	7(77,8)	
p	>0,05			

Nhận xét: Tỷ lệ không có tinh trùng ở bệnh nhân có THKXB 2 bên thấp hơn so với nhóm chỉ có THKXB 1 bên. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

4. BÀN LUẬN

Tinh hoàn ẩn là bệnh lý sinh dục ở lứa tuổi nhi đồng. Nhưng không hiếm khi chẩn đoán bệnh lý này được thực hiện ở người lớn, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 50 đối tượng có THKXB được đưa vào trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 26,7±7,5 (17-46). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Thanh (2013) trên 32 bệnh nhân có THKXB tại BV Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2011-2013 có tuổi trung bình 26,67±5,8 tuổi, tuổi cao nhất là 46 [4], [3].

Chỉ số BMI trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 22,7±2,8 (18,0-29,4). Một trong những hậu quả của THXB là ảnh hưởng đến nồng độ testosterone trong máu qua đó ảnh hưởng gián tiếp đến các cơ quan khác. Trong cơ thể của nam giới có rất nhiều cơ quan chịu tác động của testosterone nên khi lượng testosterone suy giảm gây lên rất nhiều các triệu chứng. Trong đó thiếu hụt testosterone có thể ảnh hưởng đến toàn trạng gây tăng lượng mỡ thừa trong cơ thể gây thừa cân biểu hiện bởi chỉ số BMI tăng [5],[1]. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người bệnh có thể trạng gầy và thừa cân – béo phì lần lượt là 6,0% và 26,0% tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Ủy trên 32 bệnh nhân với tỷ lệ người bệnh có thể trạng gầy và thừa cân – béo phì lần lượt là 6.0% và 21.0%[6][4].

Về kết quả thăm khám lâm sàng kết quả của chúng tôi cho thấy có tới tỷ lệ tinh hoàn không sờ thấy là 59,0%, trong đó có 18% đối tượng không sờ thấy TH xuống bìu ở cả 2 bên. Tỷ lệ không sờ thấy tinh hoàn xuống bìu ở bên phải và bên trái lần lượt là 32% và 50%. Nghiên cứu của tác giả Josué Avakoudjo trên 23 bệnh nhân có 26,1% không sờ thấy tinh hoàn 2 bên, 36,1% không sờ thấy bên phải và 34,8% không sờ thấy tinh hoàn bên trái [7]. Sự khác biệt trên có thể là do sự khác biệt về cỡ mẫu

cũng như khác biệt về những đặc điểm nhân chủng học.

THKXB có thể phối hợp với nhiều hội chứng dị dạng như: thiếu máu Fanconi; hội chứng Prader - Willi - Labhart; hội chứng Cornelia de Lange; hội chứng Noonan hoặc Turner nam tính; hội chứng Potter; hội chứng Russell- Silver; hội chứng Smith - Lemli - Opitz. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ 14,0% đối tượng có dị tật kèm theo là thoát bị bẹn còn lại 86% đối tượng không phát hiện ra các dị tật kèm theo nào. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không có dị tật kèm theo tương tự so với Vũ Minh Ủy (84,5%) [4] và tác giả Nguyễn Hữu Thanh (82,6%) [3].

Kết quả hình ảnh tinh hoàn trên siêu âm cho kết quả tương tự về số lượng tinh hoàn không xuống bìu tương tự như thăm khám lâm sàng. Theo một số tác giả, giá trị siêu âm trong chẩn đoán THKXB thể không sờ thấy rất hạn chế. Theo Rosen filed (1989) và Walker (1997) thì siêu âm chỉ nhận thấy được 70% tinh hoàn mà các bác sĩ lâm sàng khám sờ thấy [2]. Kết quả xác định vị trí THKXB thông qua siêu âm cho thấy phần lớn tinh hoàn ở vị trí trong ống bẹn, tiếp theo là trong ổ bụng và tỷ lệ ít nhất gặp ở lỗ bẹn nông.

Do nghiên cứu của chúng tôi có thiết kế nghiên cứu là cắt ngang hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án. Do vậy trong quá trình thu thập dữ liệu không phải tất cả các bệnh nhân đều được làm đầy đủ các xét nghiệm về nội tiết tiết tố Testosterone, LH, FSH. Kết quả nghiên cứu hiện tại của chúng tôi được tính toán dựa trên số lượng bệnh nhân được làm những xét nghiệm này. Kết quả nghiên cứu cho thấy thấy nồng độ testosterone trung bình ở nhóm bệnh nhân có THKXB 2 bên thấp hơn so với nhóm có chỉ có THKXB 1 bên và Nồng độ FSH và LH trung bình ở nhóm có THKXB 2 bên đều cao hơn so với nhóm có THKXB 1 bên. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thanh và nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Ủy [3].

Kết quả tinh dịch đồ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ không có tinh trùng ở bệnh nhân có THKXB 2 bên thấp hơn so với nhóm chỉ có THKXB 1 bên. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ về tỷ lệ có tinh trùng ở những đối tượng có THKXB bên phải hay bên trái. Tỷ lệ không có tinh trùng ở nhóm THKXB 2 bên chiếm 77,8%. Trong khi tỷ lệ không có tinh trùng ở nhóm có THKXB bên phải và bên trái lần lượt là 46,7% và 43,2%. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thanh cho thấy 100% bệnh nhân có THKXB 2 bên đều không có tinh trùng. Trong khi tỷ lệ không có tinh trùng ở những bệnh nhân có THKXB 1 bên là 22% [3]. Sự khác biệt về kết quả nghiên cứu của chúng tôi và Nguyễn Hữu Thanh có thể là do sự khác biệt về mẫu nghiên cứu. Theo chúng tôi được biết nếu nam giới bị

tinh hoàn ẩn ở cả hai bên, nguy cơ vô sinh sẽ rất cao. Kết quả xét nghiệm dịch tinh đồ của họ thường không có tinh trùng. Một số người bệnh còn không thể quan hệ tình dục được do nội tiết tố bị thiếu hụt trầm trọng. Đối với nam giới khi chỉ bị ẩn tinh hoàn một bên, người bệnh vẫn có khả năng có con. Tuy nhiên, người bệnh có thể phải đối mặt với nhiều rủi ro sức khỏe do nguy cơ bị ung thư ở tinh hoàn và một số nguy cơ khác.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, phần lớn đối tượng sờ thấy THKXB 1 bên, vị trí tinh hoàn trên hình ảnh siêu âm chủ yếu gặp ở trong ống bẹn và trong ổ bụng. Nồng độ testosterone ở những đối tượng có THKXB 2 bên thấp hơn so với nhóm chỉ có THKXB 1 bên, trong khi nồng độ FSH và LH trung bình ở nhóm có THKXB 2 bên đều cao hơn so với nhóm có THKXB 1 bên. Tỷ lệ không có tinh trùng ở nhóm THKXB 1 bên khá cao dao động từ 42,3-46,7%. Điều này chứng tỏ khi THKXB 1 bên vẫn có nguy cơ cao gây vô sinh. Tỷ lệ không có tinh trùng ở nhóm có THKXB 2 bên cao hơn so với nhóm có THKXB 1 bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Quang, Bệnh học nam khoa cơ bản, Nhà xuất bản Y học, 2012.
- [2] Trần Văn Sáng và cộng sự, "Kỹ thuật kéo dài thừng tinh trong phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu thể cao", Y học Việt Nam, 2001, 4,5,6, tr. 118-133.
- [3] Nguyễn Hữu Thanh, Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu người lớn tại BV Việt Đức 2011-2013, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2013.
- [4] Vũ Minh Ủy, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tinh hoàn không xuống bìu bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2016.
- [5] Lee PA, "Fertility after cryptorchidism: epidemiology and other outcome studies", Urology, 2005, 66, tr. 427-31.
- [6] Lee PA, Trussell JC, "The relationship of cryptorchidism to fertility", Curr Urol Rep, 2004, 5, tr. 142-8.
- [7] Avakoudjo J, Hodonou F et al., " Undescended Testis in Adult: Epidemiology and Therapeutic Aspects. About 23 Cases in HKM University Teaching Hospital of Cotonou", Open Journal of Urology, 2018. 8, tr. 206-213.

RESULTS OF TREATMENT OF TESTICULAR TRAUMA AT VIET DUC HOSPITAL IN 2017-2022

Pham Ngoc Loi¹, Nguyen Huu Thao², Nguyen Hoai Bac³, Nguyen Quang^{2*}

¹Lao Cai General Hospital – B8 Chieng On, Binh Minh, Lao Cai, Vietnam

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

³Hanoi Medical University Hospital – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 01/06/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Objectives: To describe some clinical characteristics and treatment results of testicular trauma at Viet Duc Hospital from 2017 to 2022.

Material and Methods: Design of a cross-sectional, retrospective descriptive study through medical records, re-examination results of testicular trauma patients treated at Viet Duc hospital from January 2017 to June 2022.

Results: Retrospective study of 61 patients. The mean age was 27.28 (± 12.74). The main cause of testicular trauma was traffic accidents, accounting for 45.9%. The rate of unilateral testicular injury was 86.9%. The rate of surgical treatment was 72.1%, including 13 cases of orchiectomy. Results after treatment, there were 17.86% cases of testicular size reduction, 5.4% cases of decreased testosterone after treatment, there were 24.5% of cases had results of semen analysis with a decrease in sperm count and quality, there were 14.3% of patients at follow-up examination recorded testicular pain lasting more than 2 weeks after injury.

Conclusion: Testicular trauma is common in young people, mainly caused by traffic accidents, the main treatment method is surgery. Testicular trauma can affect the endocrine and exocrine functions of the testicles.

Keywords: Testicular trauma, testis, semen analysis, testosterone.

*Corresponding author
Email address: quangvietduc@gmail.com
Phone number: (+84) 903201919



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2017-2022

Phạm Ngọc Lợi¹, Nguyễn Hữu Thảo², Nguyễn Hoài Bắc³, Nguyễn Quang^{2*}

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai – B8 Chiềng On, Bình Minh, Lào Cai, Việt Nam

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

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/06/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương tinh hoàn tại Bệnh viện Việt Đức năm 2017 đến năm 2022.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu qua hồ sơ bệnh án, kết quả khám lại của những bệnh nhân chấn thương tinh hoàn được điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2022.

Kết quả: Nghiên cứu hồi cứu 61 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình là 27,28 ($\pm 12,74$). Nguyên nhân chấn thương tinh hoàn chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 45,9%. Tỷ lệ chấn thương tinh hoàn một bên là 86,9%. Tỷ lệ điều trị ngoại khoa là 72,1% trong đó có 13 trường hợp cắt tinh hoàn. Kết quả sau điều trị có 17,86% trường hợp giảm kích thước tinh hoàn, có 5,4% trường hợp giảm testosterone sau điều trị, có 24,5% trường hợp có kết quả tinh dịch đồ giảm số lượng, chất lượng tinh trùng, có 14,3% bệnh nhân tái khám được ghi nhận tình trạng đau tinh hoàn kéo dài trên 2 tuần sau chấn thương.

Kết luận: Chấn thương tinh hoàn thường gặp ở người trẻ tuổi, nguyên nhân phần lớn do tai nạn giao thông, phương pháp điều trị chủ yếu là ngoại khoa. Chấn thương tinh hoàn có thể gây ảnh hưởng tới chức năng nội tiết và ngoại tiết của tinh hoàn.

Từ khóa: Chấn thương tinh hoàn, tinh hoàn, tinh dịch đồ, testosterone.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tinh hoàn là chấn thương ít gặp, chiếm tỉ lệ dưới 1% trong các chấn thương nói chung và hay gặp ở độ tuổi từ 10 tuổi đến 30 tuổi[1]. Nguyên nhân chấn thương tinh hoàn thường gặp nhất là tai nạn giao thông và tai nạn lao động, ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như tai nạn thể thao, tai nạn bạo lực[2]. Chẩn đoán xác định kịp thời, tránh bỏ sót thương tổn, tiên lượng và chỉ định điều trị đúng giúp nâng cao hiệu quả điều trị và phục hồi của người bệnh, bảo tồn chức năng tinh hoàn. Điều trị chấn thương tinh hoàn có thể bằng nội khoa hoặc ngoại khoa, tỉ lệ phải cắt bỏ tinh hoàn tăng lên từ 7,4% đến 55,5% khi phẫu thuật sau chấn thương 72 giờ[3]. Để đánh giá tình hình điều trị chấn thương

tinh hoàn và kết quả sau điều trị, chúng tôi thực hiện bài viết với mục đích mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đối với chấn thương tinh hoàn. Những kết quả nghiên cứu sẽ có giá trị tham khảo cho các phẫu thuật viên trong việc chẩn đoán và điều trị cho các ca bệnh chấn thương tinh hoàn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh được chẩn đoán chấn thương tinh hoàn và được điều trị tại Bệnh

*Tác giả liên hệ
Email: quangvietduc@gmail.com
Điện thoại: (+84) 903201919

viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu với phương tiện nghiên cứu là hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và qua tái khám lại sau điều trị.

2.2.2. Cơ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: có 61 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06/2022 đến tháng 5/2023.

- Thời gian thu thập số liệu hồi cứu: 01/01/2017 đến 31/06/2022.

2.4. Biến số chỉ số nghiên cứu:

- Một số thông tin của bệnh nhân: tuổi, thời gian vào viện, cơ chế chấn thương, phương pháp điều trị.

- Một số đặc điểm: kích thước tinh hoàn sau điều trị. Xét nghiệm tinh dịch đồ và testosterone sau điều trị.

2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được mô tả bằng tỉ lệ phần trăm, kiểm định 2 giá trị trung bình, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Các thông tin được mã hóa, giữ kín. Nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương của Phòng sau đại học- Đại học Y Hà Nội chấp thuận cho học viên thực hiện đề tài tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (quyết định số 2684/QĐ-ĐHYHN ngày 26 tháng 7 năm 2022).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Một số thông tin chung ở đối tượng nghiên cứu (n=61)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<= 15	14	23
	16-40 tuổi	40	65,6
Nhóm tuổi	>40 tuổi	7	11,4
	TB±ĐLC (Min-Max)	27,28 ±12,74	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là

27,28 ±12,74 tuổi, thấp nhất là 8 tuổi, cao nhất là 60 tuổi, trong đó phần lớn là nhóm tuổi 16 đến 40.

Bảng 3.2: Một số đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu (n=61)

Một số đặc điểm lâm sàng		n	%
Cơ chế chấn thương	Tai nạn giao thông	28	45,9
	Tai nạn sinh hoạt	13	21,3
	Tai nạn thể thao	07	11,5
	Tai nạn lao động	08	13,1
	Tai nạn bạo lực	05	8,2
Vị trí chấn thương	Bên Phải	31	50,8
	Bên Trái	22	36,1
	Cả 2 bên	08	13,1

Nhận xét: Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông là nhiều nhất chiếm 45,9%, vị trí chấn thương chủ yếu một bên tinh hoàn chiếm 86,9%, chấn thương hai bên chiếm 13,1%.

Bảng 3.3: Đặc điểm phương pháp điều trị

Đặc điểm phương pháp điều trị		n	%
Phương pháp điều trị	Nội khoa	17	27,9
	Ngoại khoa	44	72,1
Phương pháp điều trị ngoại khoa	Bảo tồn	11	25
	Khâu bao trắng tinh hoàn	12	27,3
	Cắt một phần tinh hoàn	8	18,2
	Cắt tinh hoàn	13	29,5

Nhận xét: Có 17 người bệnh được điều trị nội khoa chiếm 27,9%, 44 người bệnh được điều trị ngoại khoa chiếm 72,1%. Có 11 người bệnh được phẫu thuật bảo tồn tinh hoàn, 12 người bệnh được khâu bao trắng tinh hoàn, 8 người bệnh được phẫu thuật cắt một phần tinh hoàn, 13 người bệnh được phẫu thuật cắt tinh hoàn.

Bảng 3.4: Kết quả sau điều trị

	Phương pháp điều trị					N
	Nội khoa	Ngoại khoa bảo tồn	Khâu bao trắng tinh hoàn	Cắt một phần tinh hoàn	Cắt tinh hoàn	
Testosterone bình thường	16	11	9	7	10	56
Testosterone giảm	0	0	0	1	2	
Kích thích tinh hoàn bình thường	14	11	8	1	12	56
Kích thích tinh hoàn giảm	2	0	1	7	0	
Tinh dịch đồ bình thường	12	9	9	7	0	49
Tinh dịch đồ giảm	0	0	0	1	11	
Đau tinh hoàn kéo dài >2 tuần	1	1	1	4	0	56

Nhận xét: Có 3 trường hợp giảm testosterone chiếm 5,4% tập trung chủ yếu ở nhóm cắt một phần và cắt tinh hoàn. Có 10 trường hợp giảm kích thích tinh hoàn chiếm 17,7% tập trung chủ yếu ở nhóm cắt một phần tinh hoàn. Có 12 trường hợp có xét nghiệm tinh dịch đồ giảm (bao gồm các trường hợp giảm số lượng, giảm chất lượng và giảm cả số lượng và chất lượng) chiếm 24,5% tập trung chủ yếu ở nhóm cắt một bên tinh hoàn. Có 8 trường hợp ghi nhận có tình trạng đau tinh hoàn kéo dài trên 2 tuần sau chấn thương tập trung chủ yếu ở nhóm cắt một phần tinh hoàn chiếm tỉ lệ 14,3%.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,28 ±12,74. Trong nghiên cứu của Lee và cộng sự, tuổi trung bình là 26,84. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi hay gặp chấn thương tinh hoàn nhất là nhóm 16-40 tuổi chiếm 65,6%, phù hợp với nghiên cứu của Wang Z cho thấy độ tuổi thường gặp chấn thương tinh hoàn là 15-40 tuổi[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nguyên nhân hay gặp nhất của chấn thương tinh hoàn là do tai nạn giao thông chiếm 45,9%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Cao Vĩnh Duy và cộng sự tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bình Dân từ 2012 đến 2017, có 54 trường hợp chấn thương tinh hoàn, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông và tai nạn lao động[2].

Thời gian vào viện là thời gian tính từ khi bị chấn thương tới khi bệnh nhân nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian vào viện trung bình là 66h, kết

quả này tương đồng với nghiên cứu của John P. Mulhall và cộng sự, thời gian vào viện trung bình là 3,5 ngày[6].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 31 bệnh nhân chấn thương tinh hoàn phải chiếm 20,8%, có 22 bệnh nhân chấn thương tinh hoàn trái chiếm 36,1%, 10 bệnh nhân chấn thương tinh hoàn hai bên chiếm 13,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lee và cộng sự cho thấy chấn thương tinh hoàn chủ yếu gặp ở một bên và tỉ lệ chấn thương tinh hoàn hai bên là ít gặp hơn[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 44 bệnh nhân tương đương 72,1% bệnh nhân được điều trị ngoại khoa, 17 bệnh nhân điều trị nội khoa chiếm 27,9%. Trong điều trị ngoại khoa phương pháp chủ yếu là bảo tồn và khâu bao trắng tinh hoàn chiếm 71,3%, 13 bệnh nhân phải cắt bỏ tinh hoàn tổn thương chiếm tỉ lệ 10,5%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Buckley và cộng sự, 44/65 bệnh nhân phải can thiệp ngoại khoa, 5 bệnh nhân phải cắt bỏ tinh hoàn tổn thương chiếm tỉ lệ 11,4%[7].

Có 8 bệnh nhân được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi có giảm kích thích tinh hoàn tập trung chủ yếu ở nhóm cắt một phần tinh hoàn. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Cross và cộng sự cho thấy 4/10 bệnh nhân giảm kích thích tinh hoàn sau điều trị ngoại khoa[8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân ghi nhận giảm nồng độ Testosterone chiếm 5,4% tập trung chủ yếu ở nhóm cắt một phần và cắt tinh hoàn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Văn Quang, có 5,7% số bệnh nhân có giảm testosterone sau điều trị[9]

Trong nhóm bệnh nhân được đánh giá tinh dịch đồ có 12 bệnh nhân giảm số lượng hoặc chất lượng tinh trùng chiếm 24,5% tập trung ở nhóm điều trị ngoại khoa cắt tinh hoàn. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Bùi Văn Quang, 28,1% bệnh nhân sau cắt tinh hoàn có giảm số lượng và chất lượng tinh trùng[9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 bệnh nhân ghi nhận tình trạng đau tinh hoàn kéo dài trên 2 tuần sau chấn thương chiếm 14,3% tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân cắt một phần tinh hoàn. Đau tinh hoàn kéo dài sau chấn thương tinh hoàn cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Misgav Rottenstreich có 25,1% bệnh nhân có tình trạng trên[10].

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi hay gặp chấn thương là nam giới trẻ tuổi, nguyên nhân hay gặp nhất là do tai nạn giao thông, phần lớn các trường hợp chấn thương tinh hoàn một bên. Phương pháp điều trị phần lớn là ngoại khoa. Kết quả sau điều trị cho thấy: chủ yếu trường hợp giảm kích thích tinh hoàn tập trung

ở nhóm cắt một phần tinh hoàn, xét nghiệm nồng độ testosterone giảm tập trung ở nhóm cắt một phần và cắt tinh hoàn. Tinh dịch đồ giảm tập trung chủ yếu ở nhóm cắt tinh hoàn. Đau tinh hoàn kéo dài trên 2 tuần sau chấn thương được ghi nhận chủ yếu ở nhóm cắt một phần tinh hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dalton DM, Davis NF, O'Neill DC et al., Aetiology, epidemiology and management strategies for blunt scrotal trauma. *Surgeon*. 2016;14(1):18-21. doi:10.1016/j.surge.2014.06.006
- [2] Cao Vĩnh Duy, Vũ Hồng Thịnh, Chung Tấn Tinh, Đánh giá chẩn đoán và điều trị chấn thương, vết thương tinh hoàn tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2019;23(2):80.
- [3] Oyen Raymond H. Scrotal ultrasound. In: *European Radiology*. ; 2002:19-34.
- [4] Lee SH, Bak CW, Choi MH et al., Trauma to male genital organs: a 10-year review of 156 patients, including 118 treated by surgery. *BJU Int*. 2008;101(2):211-215. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07265.x
- [5] Wang Z, Yang JR, Huang YM et al., Diagnosis and management of testicular rupture after blunt scrotal trauma: a literature review. *Int Urol Nephrol*. 2016;48(12):1967-1976. doi:10.1007/s11255-016-1402-0
- [6] Mulhall JP, Gabram SG, Jacobs LM, Emergency management of blunt testicular trauma. *Acad Emerg Med*. 1995;2(7):639-643.
- [7] Buckley JC, McAninch JW, Diagnosis and management of testicular rupture. *Urol Clin North Am*. 2006;33(1):111-116.
- [8] Cross JJ, Berman LH, Elliott PG et al., Scrotal trauma: A cause of testicular atrophy. *J Urol*. 1999;185(2):1523-1529.
- [9] Bùi Văn Quang, Đánh giá kết quả điều trị chấn thương tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Trường Đại học Y Hà Nội*; 2017.
- [10] Rottenstreich M, Gofrit ON, Blunt Scrotal Trauma in Soldiers-Epidemiology and Outcome. *Mil Med*. 2017;182(9):e1929-e1931. doi:10.7205/MILMED-D-16-00375



OUTCOMES OF PENILE RECONSTRUCTION AS THE TREATMENT OF NECROSIS OF THE GLANS PENIS IN PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME: A RARE CASE REPORT

Truong Hoang Minh^{1,2}, Tran Thanh Phong¹,
Ngo Quang Trung^{1*}, Nguyen Huu Tin¹, Vu Dinh Thang^{1,2}

¹People's Hospital 115 – 527 Su Van Hanh, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine – No.2 Duong Quang Trung, ward 12, district 10, HCMC, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 01/06/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Penile glans necrosis is a rare clinical condition caused by trauma, diabetes mellitus, adverse effect of vasoconstrictive solutions, and circumcision. Antiphospholipid syndrome (APS) is categorized as an autoimmune disease with the presence of antiphospholipid antibodies that results in an increased risk of vascular thrombosis and obstetrical complications. In this article, we report a rare case of a 20-year-old boy with penile glans necrosis due to penile vascular thrombosis following catastrophic antiphospholipid syndrome which we successfully treated at People's Hospital 115.

Key words: Penile glans necrosis, antiphospholipid syndrome, penile reconstructive surgery.

*Corresponding author
Email address: dr.ngoquangtrung@gmail.com
Phone number: (+84) 986462999

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ QUY ĐẦU DƯƠNG VẬT DO TẮC MẠCH Ở BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG KHÁNG PHOSPHOLIPID: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Trương Hoàng Minh^{1,2}, Trần Thanh Phong¹,
Ngô Quang Trung^{1*}, Nguyễn Hữu Tín¹, Vũ Đình Thắng^{1,2}

¹Bệnh viện Nhân Dân 115 – 527 Sư Vạn Hạnh, Phường 12, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch – 2 Đ. Dương Quang Trung, Phường 12, Quận 10, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/06/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Hoại tử quy đầu dương vật là bệnh lý lâm sàng hiếm gặp, nguyên nhân thường do chấn thương, tác dụng phụ của các thuốc vận mạch, biến chứng sau cắt bao quy đầu và viêm tắc mạch máu. Hội chứng kháng phospholipid (antiphospholipid syndrome-APS) là một bệnh lý tự miễn dịch hệ thống, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid, với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng gồm huyết khối động tĩnh mạch và vi tuần hoàn cũng như các biến chứng sản khoa. Điều này dẫn đến tổn thương đa cơ quan, bệnh nhân có nguy cơ tử vong.

Trong bài báo này, chúng tôi xin báo cáo một ca bệnh lâm sàng hiếm gặp trong lâm sàng về một bệnh nhân nam 20 tuổi mắc hội chứng kháng phospholipid toàn phát gây hoại tử quy đầu dương vật do tắc mạch đã được điều trị nội khoa – hồi sức tích cực và phẫu thuật tạo hình dương vật hai thì thành công tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Từ khóa: Hoại tử quy đầu dương vật, phẫu thuật tạo hình dương vật, hội chứng kháng phospholipid.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu hoại tử quy đầu dương vật là bệnh lý hiếm gặp, căn nguyên thường do chấn thương, nguyên nhân mạch máu, do tác dụng phụ của các thuốc co mạch, và biến chứng của một số phẫu thuật như cắt bao quy đầu, thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt hoặc phẫu thuật ở dương vật [1-4]. Bệnh lý này được chẩn đoán dễ dàng dựa vào biểu hiện của phần quy đầu dương vật. Hội chứng kháng phospholipid (APS) là một bệnh lý viêm huyết khối đặc trưng bởi sự xuất hiện của các tự kháng thể như là anticardiolipin, anti- β 2-glycoprotein 1 và lupus anticoagulant chống lại các protein liên kết với phospholipid màng[5]. Hậu quả dẫn đến xuất hiện huyết khối ở nhiều vị trí mạch máu như động mạch, tĩnh mạch, vi tuần hoàn và các biến chứng sản khoa. Tần suất của APS ước tính 40 – 50 trường hợp trên 100 000 người, tần suất hàng năm khoảng 1 – 2 ca trên 100 000.

Những bệnh nhân mắc APS tương đối trẻ, chỉ có 12,7% bệnh nhân được chẩn đoán ở lứa tuổi lớn hơn 50 (5). Trong trường hợp APS toàn phát (CAPS – catastrophic antiphospholipid syndrome), bệnh cảnh lâm sàng diễn tiến rất nhanh và nặng nề với huyết khối ở rất nhiều vị trí mạch máu dẫn đến suy chức năng đa cơ quan và tỷ lệ tử vong rất cao[6].

Trong bài báo này chúng tôi xin báo cáo một trường hợp hiếm gặp trên lâm sàng về một bệnh nhân bị hoại tử quy đầu dương vật do tắc mạch trên nền mắc APS toàn phát với mục tiêu: Báo cáo các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân bị APS/hoại tử quy đầu.

*Tác giả liên hệ

Email: dr.ngoquangtrung@gmail.com

Điện thoại: (+84) 986462999



2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, tiền sử chưa ghi nhận bệnh lý bất thường, bệnh sử: cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân xuất hiện đau họng, ho đi khám và điều trị ngoại trú bệnh giảm. Sau đó 6 ngày, bệnh nhân xuất hiện đột ngột đau âm ỉ hố chậu trái kèm tiểu máu đỏ sẫm toàn bãi đến khám và điều trị tại khoa Nội thận – miễn dịch ghép, Bệnh viện Nhân dân 115. Bệnh nhân xuất hiện tiểu máu đại thể toàn bãi mức độ nhiều, kèm theo tổn thương thận cấp tiến triển nhanh, rối loạn đông máu nặng, thiếu máu. Sau đó, bệnh nhân được chuyển khoa Hồi sức tích cực-chống độc điều trị tiếp.

Ngày thứ 14 của bệnh, bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp cấp, xuất hiện huyết khối ở nhiều mạch máu lớn, siêu âm Doppler động tĩnh mạch ghi nhận: huyết khối hoàn toàn tĩnh mạch đầu 2 bên, tĩnh mạch hiển lớn và hiển bé, huyết khối động mạch tinh hoàn và dương vật. Xuất hiện hoại tử khô rải rác ở tay và chân (T), hoại tử khô vùng quy đầu dương vật. Xét nghiệm kháng thể antiphospholipid IgM (+), IgG (-), định hướng chẩn đoán là bệnh lý tự miễn: hội chứng kháng phospholipid

(chúng tôi có lặp lại xét nghiệm kháng thể sau đó 12 tuần để xác định chẩn đoán với kết quả là anticardiolipin (+) (>99 bách phân vị) và antiphospholipin IgG (+). Bệnh nhân được điều trị hồi sức tích cực với thở oxy lưu lượng cao (HFNC – high-flow nasal cannula), liệu pháp corticoid, thay huyết tương, heparin truyền tĩnh mạch và lọc máu liên tục. Sau khi tình trạng bệnh nhân ổn định hơn. Chúng tôi tiến hành chuyển lưu nước tiểu qua mở bàng quang ra da bằng trocar và chăm sóc vùng da hoại tử mỗi ngày.

Sau 1 tháng, tình trạng bệnh nhân ổn định độ lọc cầu thận về bình thường, tình trạng rối loạn đông máu được kiểm soát. Chúng tôi tiến hành cắt lọc hoại tử vùng quy đầu dương vật. Bệnh nhân mất toàn bộ vùng quy đầu dương vật và một phần niệu đạo do hoại tử khô tắc mạch. Sau đó 2 tuần, bệnh nhân được phẫu thuật thì đầu tạo hình lại niệu đạo và khâu vùi dương vật với vật da dương vật còn lại và da bìu. Hậu phẫu thuận lợi, bệnh nhân được rút bỏ thông niệu đạo và thông mở bàng quang ra da. Xuất viện về nhà, bệnh nhân tự tiểu tốt.

Hình 1. Dương vật bị hoại tử quy đầu và sau phẫu thuật tạo hình thì đầu

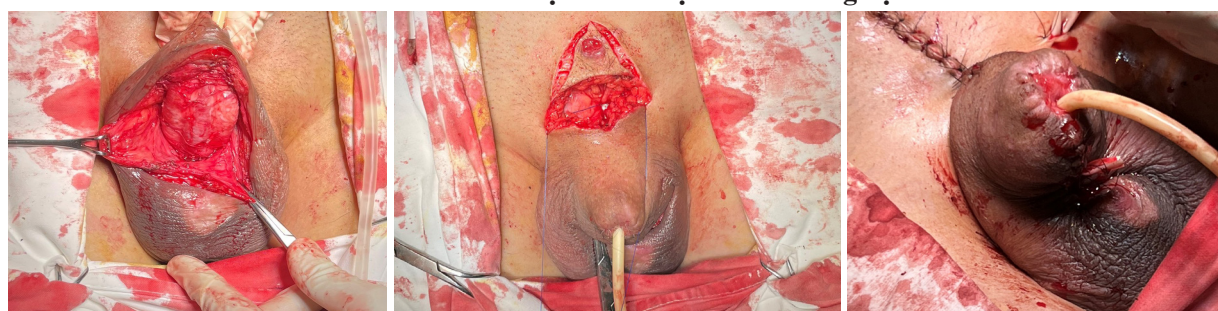


A
Hoại tử quy đầu dương vật vào ngày thứ 14 của bệnh

B
Dương vật sau khi cắt lọc toàn bộ phần quy đầu hoại tử

C
Dương vật sau phẫu thuật tạo hình thì đầu: tạo hình niệu đạo và vùi xương phần da dương vật lành và da bìu

Hình 2. Phẫu thuật thì hai tạo hình dương vật



A
Kỹ thuật Lipszyc cố định gốc dương vật bằng khâu lớp cân Buck với cân Dartos

B
Lấy bỏ phần mỡ trước xương mu và cắt dây chằng treo dương vật

C
Hình ảnh dương vật sau phẫu thuật tạo hình thì hai

Sau 1 tháng xuất viện, bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình dương vật: lấy bỏ mỡ thừa trước xương mu, cắt dây chằng treo dương vật và sử dụng kỹ thuật Lipszyc cố định gốc dương vật bằng cách khâu lớp cân Buck và lớp Dartos. Hậu phẫu ổn định, bệnh nhân được rút thông

tiểu sau 1 ngày và cắt chỉ sau mổ 7 ngày. Tái khám sau 3 tháng, bệnh nhân tự tiểu tốt, chức năng cương tốt, chiều dài dương vật lúc xìu là 5cm, chiều dài dương vật lúc cương là 7cm (so với trước mổ là khoảng 1,5cm lúc xìu). Siêu âm Doppler mạch máu thể hang lưu thông tốt.

Hình 3. Dương vật sau 3 tháng phẫu thuật tạo hình



3. BÀN LUẬN

Viêm đa vi mạch thường hiếm khi xuất hiện với hội chứng kháng phospholipid, tỷ lệ kháng thể kháng phospholipid xuất hiện ở 17% bệnh nhân viêm đa mạch hệ thống. Tình trạng này ảnh hưởng đến các mạch máu kích thước nhỏ và hầu như thường gây tổn thương phổi và thận, cũng như gây ra các tổn thương ở ngoài da [7]. Hội chứng phospholipid toàn phát (CAPS) còn được biết là hội chứng Ashersorn là một thể nặng của hội chứng phospholipid và rất hiếm gặp trên lâm sàng chỉ chiếm khoảng 1% bệnh nhân chẩn đoán APS. Huyết khối xảy ra cùng lúc ở nhiều nơi vì tuần hòa, dẫn đến suy đa cơ quan nhanh chóng [6]. Tiêu chuẩn chẩn đoán của APS có ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng gồm biểu hiện huyết khối tắc mạch hoặc các biến chứng sản khoa, cùng với một trong các tiêu chuẩn về xét nghiệm cận lâm sàng về sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid [5].

Trong trường hợp này, biến cố huyết khối tắc mạch xảy ra rõ rệt ở nhiều mạch máu gây ra các biểu hiện lâm sàng là các hoại tử khô ngoài da rải rác ở chi, bìu và dương vật đi kèm với tổn thương nặng cấp tính của hô hấp và thận. Kèm theo đó là kết quả xét nghiệm miễn dịch đều ủng hộ chẩn đoán về một tình trạng hội chứng kháng phospholipid toàn phát, đây là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao lên tới 50% [6]. Bệnh lý này liên quan đến các bệnh lý nhiễm khuẩn và nhiễm virus như influenzae A virus, Epstein-Barr virus [8]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, CAPS có thể khởi phát sau một đợt nhiễm virus cấp tính đường hô hấp trên. Chúng tôi đã tiến hành một loạt

các biện pháp điều trị tích cực đa mô thức nhằm cứu sống tính mạng cho bệnh nhân như: thông khí hỗ trợ chức năng hô hấp, lọc máu liên tục cải thiện chức năng thận, thay huyết tương và corticosteroid liệu pháp nhằm giảm các phản ứng miễn dịch bất lợi, truyền heparin dự phòng và điều trị huyết khối. Đối với các tổn thương da được chăm sóc và theo dõi mỗi ngày. Các tổn thương này hầu hết ở nông tới lớp trung bì và đa số được điều trị bảo tồn ngoại trừ tổn thương hoại tử quy đầu dương vật. Các tổn thương hoại tử của dương vật do bệnh lý mạch máu nhỏ là ít gặp, đặc biệt do hội chứng APS lại rất hiếm trong thực hành lâm sàng. Chỉ có một báo cáo về một ca bệnh hoại tử hoàn toàn dương vật do bệnh lý CAPS [9].

Về vấn đề điều trị hoại tử quy đầu dương vật, các lựa chọn điều trị cũng chưa được thông nhất. Có một số biện pháp điều trị được báo cáo và có kết quả khả quan. Tuy nhiên, các báo cáo này hiện mới chỉ thực hiện với cỡ mẫu nhỏ. Mục đích chính yếu của các biện pháp này là tái tưới máu mô bị hoại tử thiếu máu bằng cách cải thiện dòng máu động mạch và dẫn lưu của tĩnh mạch. Một số biện pháp như: bôi tại chỗ testosterone undecanoate 10%, tiêm thể hang với glycerol trinitrate, tiêm truyền tĩnh mạch các thuốc iloprost, pentoxifylline và heparine, cùng với phong bế thần kinh dương vật hoặc liệu pháp oxy cao áp là các biện pháp điều trị bảo tồn làm cải thiện tình trạng thiếu máu của quy đầu [10]. Ở ca bệnh này, phần quy đầu dương vật không thể bảo tồn được. Phẫu thuật tạo hình được thực hiện khi toàn trạng bệnh nhân đã ổn định.



Đối với điều trị các tổn thương khuyết hồng ở dương vật, một số kỹ thuật được báo cáo sử dụng các loại vật da như vật tại chỗ hoặc vật tự do. Phẫu thuật tạo hình dương vật có thể sử dụng các mảnh ghép da mỏng hoặc dày, vật da bìu hoặc vùi xuống bìu kiểu Cecil [1]. Ở đây, chúng tôi đã lựa chọn phẫu thuật 2 thì để tạo hình lại dương vật bị mất toàn bộ phần quy đầu. Trong phẫu thuật thì đầu tiên, chúng tôi tiến hành cắt lọc và tạo hình lại phần niệu đạo và vùi dương vật xuống phần da dương vật lành và phần da bìu. Sau phẫu thuật, bệnh nhân tự tiểu tốt và phần da dương vật đủ tốt để cho lần phẫu thuật tiếp theo. Phẫu thuật tạo hình thì hai được tiến hành sau 4 tuần. Chúng tôi đã áp dụng các kỹ thuật giống như trong điều trị vùi dương vật với mục đích làm dài dương vật. Bệnh nhân sau phẫu thuật lần hai cảm thấy hoàn toàn hài lòng cả về chức năng cương và chức năng đi tiểu. Trong trường hợp bệnh nhân có rối loạn cương nặng, đặt thể hang nhân tạo cũng là một lựa chọn. Tuy nhiên, là lựa chọn cuối cùng vì nguy cơ lộ thể hang nhân tạo cao.

Đây là một trong những báo cáo đầu tiên về phẫu thuật tạo hình dương vật điều trị hoại tử quy đầu toàn bộ do biến chứng của hội chứng kháng phospholipid toàn phát – một bệnh lý khá hiếm gặp trên lâm sàng.

4. KẾT LUẬN

Hội chứng kháng phospholipid toàn phát là một thể nặng và tiến triển rầm rộ dẫn đến tử vong nhanh chóng vì tổn thương đa cơ quan do tắc mạch. Để điều trị thành công, nhất thiết phải có định hướng chẩn đoán nhanh chóng và đòi hỏi phải có sự tham gia của nhiều chuyên khoa như tiết niệu, nội thận, tim mạch, hồi sức tích cực... Hoại tử quy đầu dương vật cũng là một biến chứng ít gặp do hội chứng kháng phospholipid toàn phát, cần có chẩn đoán kịp thời và điều trị thích hợp sau này khi toàn trạng bệnh nhân đã ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Soebhali B. Penile glans necrosis following penile sclerosing lipogranuloma repair: a rare case. Bali Medical Journal. 2019;8(3):944-6.
- [2] Weiner DM, Lowe FC. Surgical management of ischemic penile gangrene in diabetics with end stage atherosclerosis. The Journal of urology. 1996;155(3):926-9.
- [3] Sato Y, Takagi S, Uchida K et al., Long-term follow-up of penile glans necrosis due to paraphimosis. IJU Case Reports. 2019;2(4):171-3.
- [4] Chung E. Penile glans necrosis following prostatic artery embolization for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a rare but serious complication. Case Reports in Urology. 2021;2021.

- [5] Knight JS, Branch DW, Ortel TL. Antiphospholipid syndrome: advances in diagnosis, pathogenesis, and management. *bmj*. 2023;380.
- [6] Costedoat-Chalumeau N, Arnaud L, Saadoun D et al., Le syndrome catastrophique des antiphospholipides. *La Revue de médecine interne*. 2012;33(4):194-9.
- [7] Kawakami T, Yamazaki M, Takakuwa Y et al., Microscopic polyangiitis associated with antiphospholipid antibodies and immune complex mediated cutaneous vasculitis. *Acta dermato-venereologica*. 2010;90(6):639-41.
- [8] Anandan L, Mohammed A, Surgical management of buried penis in adults. *Central European Journal of Urology*. 2018;71(3):346.
- [9] Kachouh N, Philandrianos C, Bertrand B et al., Total penile necrosis as a manifestation of catastrophic antiphospholipid syndrome. *The National Medical Journal of India*. 2018;31(5):309-10.
- [10] Garrido-Abad P, Suárez-Fonseca C, Glans ischemia after circumcision and dorsal penile nerve block: Case report and review of the literature. *Urology annals*. 2015;7(4):541-3.

RESULT OF THE SURGICAL TREATMENT FOR TESTICULAR TORSION IN VIET DUC HOSPITAL

Nguyen Duy Khanh, Cao Duc Tuan*, Nguyen Quang, Trinh Hoang Giang,
Nguyen Huu Thao, Bui Van Quang

Viet Duc Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the surgical outcome of testicular torsion in Viet Duc Hospital from January 2022 to Jun 2023.

Subjects and methods: The study was conducted as a retrospective cohort, by convenient sampling of 35 patients who were treated for testicular torsion at the Center for Andrology and Sexual Medicine, Viet Duc Hospital from January 2022 to Jun 2023.

Results: The mean age was $19,86 \pm 5,11$ years (10-35 years). The average time from symptom onset to hospital admission was 99.94 ± 145.35 hours (range 1-720 hours). There were 35 patients (100%) with testicular pain. 22/35 patients had left testicular torsion. All patients had testicular doppler ultrasound, 30/35 patients had no pulse signal. There were 5 cases of manual detorsion at the clinic. There were 28 patients with necrotic testicles requiring orchiectomy, 7 cases of testicular detorsion and orchiopexy. The median follow-up was 7,9 months (1–16 months). 6/7 patients of testicular detorsion had reduced the volume of testicle, 6/24 patients reduced the testosterone level, 15/24 patients had the abnormal semen analysis.

Conclusion: Testicular torsion is a andrological emergency mainly happened in young people, early diagnosis and proper medical interventions would increase the possibility of testis salvage and protecting testicular functions.

Key words: Testicular torsion, testicular doppler ultrasound, orchiectomy, orchiopexy.

*Corresponding author
Email address: dactuanvp@gmail.com
Phone number: (+84) 374769003



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XOẮN TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Duy Khánh, Cao Đắc Tuấn*, Nguyễn Quang, Trịnh Hoàng Giang,
Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn năm 2022-2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả theo dõi hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 35 bệnh nhân điều trị phẫu thuật xoắn tinh hoàn tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2023.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $19,86 \pm 5,11$ tuổi (từ 10-35 tuổi). Thời gian từ khi có triệu chứng tới khi đến khám trung bình là $99,94 \pm 145,35$ giờ (từ 1-720 giờ). Có 35 BN (100%) có triệu chứng đau tinh hoàn, 22/35 BN xoắn tinh hoàn trái. Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm Doppler tinh hoàn, có 30/35 bệnh nhân mất tín hiệu mạch. Có 5 trường hợp được tháo xoắn bằng tay tại phòng khám. Có 28 bệnh nhân tinh hoàn hoại tử phải cắt bỏ tinh hoàn, 7 trường hợp tháo xoắn, cố định tinh hoàn. Hậu phẫu có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 7,9 tháng (1-16 tháng). Có 6/7 số bệnh nhân bảo tồn tinh hoàn có giảm kích thước tinh hoàn bên xoắn, 6/24 bệnh nhân giảm nồng độ testosterone, 15/24 bệnh nhân tinh trùng thấp dưới mức trung bình.

Kết luận: Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu nam khoa chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân trẻ tuổi, việc chẩn đoán sớm và can thiệp hợp lý sẽ tăng tỉ lệ bảo tồn tinh hoàn cũng như các chức năng nội tiết, sinh sản.

Từ khóa: Xoắn tinh hoàn, siêu âm doppler tinh hoàn, cắt tinh hoàn, cố định tinh hoàn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn tinh hoàn là hiện tượng thừng tinh xoắn quanh trục của nó làm cắt đứt nguồn cấp máu cho tinh hoàn dẫn đến hậu quả tinh hoàn thiếu máu và hoại tử. Tỷ lệ mắc hàng năm khoảng 4,5/1000 nam giới độ tuổi dưới 25 [1]. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng hay gặp nhất là thời điểm xung quanh tuổi dậy thì (14-18 tuổi) chiếm khoảng 65% các trường hợp, thời kì trẻ nữ nhi (1 tháng-12 tháng) hiếm gặp hơn [2].

Trong một nghiên cứu tại Mỹ ghi nhận xoắn tinh hoàn được chẩn đoán ở 10-15% trẻ vào viện hội chứng bìu cấp, 42% trường hợp phải cắt tinh hoàn [3]. Theo thống

kê tại nước Anh, mỗi năm có khoảng 400 trẻ em phải cắt bỏ tinh hoàn do xoắn [2].

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành để đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật xoắn tinh hoàn tại trung tâm Nam học, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

35 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xoắn tinh hoàn được

*Tác giả liên hệ
Email: dactuanvp@gmail.com
Điện thoại: (+84) 374769003

phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2022-6/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân xoắn tinh hoàn được điều trị phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu, bệnh án đầy đủ thông tin, bệnh nhân đồng ý hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu (NC) được tiến hành dưới dạng nghiên cứu mô tả theo dõi hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện với BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Biến số nghiên cứu: Hành chính (mã bệnh án, tên, tuổi, tình trạng hôn nhân), các đặc điểm lâm sàng (thời gian đến khám, đã khám tại cơ sở y tế khác, đau tinh hoàn, sưng tấy đỏ bìu, nôn, sốt, tinh hoàn treo cao, mất phản xạ cơ bìu), đặc điểm cận lâm sàng (siêu âm Doppler tinh hoàn), đặc điểm phẫu thuật (bên tinh hoàn xoắn, số vòng xoắn, hình thái tinh hoàn, phương pháp phẫu thuật), biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử tinh hoàn), đánh giá kết quả theo dõi xa (kích thước tinh hoàn, nồng độ testosterone, tinh dịch đồ).

- Phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Từ 1/2022-6/2023, có 35 bệnh nhân xoắn tinh hoàn được điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Tuổi	<10	1	2,8
	10 - <20	21	60
	≥20	13	37,2
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	4	11,4
	Chưa kết hôn	31	88,6
Đã khám ở cơ sở y tế khác	Có	25	71,4
	Không	10	28,6
Thời gian đến khám	<6 giờ	4	11,4
	6-24 giờ	5	14,2
	>24 giờ	26	74,4
Triệu chứng lâm sàng	Đau tinh hoàn	35	100
	Sưng nề, tấy đỏ bìu	33	94,3
	Sốt	4	11,4
	Nôn, buồn nôn	6	17,1
	Tinh hoàn treo cao	34	97,1
	Mất phản xạ cơ bìu	31	88,6

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân xoắn tinh hoàn trong nghiên cứu là $19,86 \pm 5,11$ (từ 10-35 tuổi), trong đó

nhóm có độ tuổi từ 10-20 tuổi chiếm đa số (60%). Có 26/35 bệnh nhân đến khám tại cơ sở chúng tôi muộn sau 24 giờ, trong khi chỉ có 4/35 bệnh nhân đến khám trong vòng 6 giờ đầu.

Tất cả các bệnh nhân đều có dấu hiệu đau tinh hoàn cấp tính, 94,3% bệnh nhân có sưng nề tấy đỏ bìu. Hầu hết các trường hợp có dấu hiệu lâm sàng tinh hoàn treo cao (97,1%) và mất phản xạ cơ bìu (88,6%).

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương tinh hoàn và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Bên tinh hoàn xoắn	Trái	22	62,8
	Phải	13	37,2
Tổn thương trên siêu âm	Dấu hiệu xoáy nước	20	57,1
	Mất tín hiệu mạch	30	85,7
Tổn thương tinh hoàn trong mổ	Tinh hoàn sung huyết, còn hồng	7	20
	Tinh hoàn tím đen	28	80
	Xoắn tinh hoàn trong bao	35	100
	Xoắn tinh hoàn ngoài bao	0	0
	0-180 độ	18	51,4
	181-360 độ	14	40
	361-540 độ	3	8,6
Phương pháp phẫu thuật	Tháo xoắn, cố định tinh hoàn	7	20
	Cắt bỏ tinh hoàn xoắn	28	80

Xoắn tinh hoàn ở bên trái chiếm đa số (62,8%). Trên siêu âm Doppler tinh hoàn có 57,1% trường hợp ghi nhận hình ảnh xoáy nước và 85,7% trường hợp mất tín hiệu mạch tinh hoàn. Có 5/35 trường hợp được tháo xoắn tinh hoàn bằng tay ngay tại phòng khám và khi siêu âm Doppler kiểm tra sau tháo xoắn thấy có tín hiệu mạch tinh hoàn.

Tất cả các trường hợp xoắn tinh hoàn trong nghiên cứu của chúng tôi là xoắn tinh hoàn trong bao trắng. Có 7 trường hợp tinh hoàn sung huyết còn hồng (trong đó 5 trường hợp tháo xoắn bằng tay trước phẫu thuật và 2 trường hợp tháo xoắn trong mổ với mức độ xoắn từ 0-180 độ).

Có 18/35 BN xoắn tinh hoàn từ 0-180 độ, 14/35 BN xoắn từ 181-360 độ.

Có 28/35 BN (80%) phải cắt bỏ tinh hoàn do tím đen hoại tử, tất cả các trường hợp này đều được cố định tinh hoàn còn lại.

Bảng 3. Đặc điểm biến chứng sau phẫu thuật chấn thương tinh hoàn

Đặc điểm	N	%
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	5	14,2
Hoại tử, áp xe tinh hoàn	0	0

Trong quá trình theo dõi 35 bệnh nhân sau mổ, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng chảy máu cần can thiệp. Có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào hoại tử tinh hoàn sau khi tháo xoắn.

Bảng 4. Một số chỉ số đánh giá sau phẫu thuật chấn thương tinh hoàn

Phương pháp phẫu thuật	Kích thước		Testosterone		Tinh dịch đồ	
	Bình thường	Giảm	Bình thường	Giảm	Bình thường	Giảm
Tháo xoắn, bảo tồn tinh hoàn	1	6	5	2	1	2
Cắt tinh hoàn	-	-	20	8	7	5
Tổng số	35		35		15	

Trong quá trình theo dõi bệnh nhân trung bình 7,9 tháng (1-16 tháng), có 35/35 BN được siêu âm lại tinh hoàn sau mổ, trong đó 6/7 BN bảo tồn tinh hoàn xoắn có giảm kích thước tinh hoàn (nhỏ hơn 80% kích thước tinh hoàn đối diện); 28/28 BN cắt tinh hoàn xoắn khi siêu âm tinh hoàn còn lại có kích thước bình thường. Có 35/35 BN được xét nghiệm lại nồng độ testosterone khi khám lại, trong đó 10/35 trường hợp có giảm nồng độ testosterone so với nồng độ testosterone trung bình của người nam giới trưởng thành. Có 15/35 bệnh nhân được xét nghiệm lại tinh dịch đồ để đánh giá khả năng sinh sản (trường hợp trên 18 tuổi), trong đó có 7/15 trường hợp tinh dịch đồ có giảm chất lượng hoặc số lượng.

4. BÀN LUẬN

Xoắn tinh hoàn là bệnh lý thường gặp nhất trong hội chứng bìu cấp ở bệnh nhân trẻ tuổi. Một nghiên cứu tại Brazil trên 21289 bệnh nhân từ năm 1992 đến năm 2010 chỉ ra rằng, tỉ lệ gặp xoắn tinh hoàn cao hơn rõ rệt vào mùa đông [4]. Trong một nghiên cứu của Caesar (1994) trên 51 bệnh nhân xoắn tinh hoàn, ghi nhận có 12% có biến dạng “hình chuông” tinh hoàn [5].

Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $19,86 \pm 5,11$ (từ 10-35 tuổi). Độ tuổi này lớn hơn nghiên cứu của 313 bệnh nhân của Xiao-Mao Tian với độ tuổi trung bình là 11 tuổi (từ 2-16 tuổi) [6]. Phẫu thuật trì hoãn và mức độ xoắn được biết đến là yếu tố tiên lượng cho sự sống sót của tinh hoàn. Theo nghiên cứu hồi cứu của Lian cho thấy tỉ lệ teo tinh hoàn sau phẫu thuật tăng đáng kể khi phẫu thuật trì hoãn sau 24 giờ [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 25/35 bệnh nhân (71,4%) đã đến cơ sở y tế khác hoặc tự mua thuốc điều trị, hầu hết các trường hợp này được chẩn đoán là viêm tinh hoàn, điều trị kháng sinh chống viêm không đỡ.

Các dấu hiệu đặc trưng của xoắn tinh hoàn bao gồm độ tuổi, đau khởi phát đột ngột một bên tinh hoàn thường trong 24 giờ kèm theo một hoặc nhiều hơn các triệu chứng như nôn, sốt, sưng đau tinh hoàn, tinh hoàn treo cao (Brenzel sign), co rút da bìu (Ger's sign). Thang điểm TWIST được Barbosa cùng cộng sự thiết lập để chẩn đoán xoắn tinh hoàn bằng lâm sàng gồm 5 tiêu chí: Sưng tinh hoàn (2 điểm), tinh hoàn cứng chắc (2 điểm), mất phản xạ cơ bìu (1 điểm), buồn nôn/nôn (1 điểm), tinh hoàn treo cao (1 điểm). Từ 0-2 điểm được coi là rủi ro thấp, dự đoán 100% không xoắn tinh hoàn; từ 3-4 điểm được coi là rủi ro trung bình và cần được chỉ định siêu âm Doppler tinh hoàn; khi điểm từ 5 trở lên được xếp vào nguy cơ cao và dự đoán 100% xoắn tinh hoàn, các trường hợp này có thể không cần siêu âm, cần được phẫu thuật cấp cứu ngay [8].

Trong nghiên cứu của Omann gồm 33 bệnh nhân xoắn tinh hoàn được chẩn đoán xác định qua phẫu thuật, đánh giá độ nhạy của siêu âm Doppler tinh hoàn là 84,85% trong khi siêu âm độ phân giải cao là 93,94% [9]. Ngoài ra siêu âm tăng cường mức độ tương phản (Power Doppler) là công cụ hỗ trợ cho siêu âm Doppler tiêu chuẩn do có độ nhạy cao hơn, đặc biệt khi dòng chảy có vận tốc thấp [10].

Mặc dù phẫu thuật thăm dò là can thiệp xâm lấn nhưng đó là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xoắn tinh hoàn. Trong nghiên cứu của Anderson, 89% trường hợp tinh hoàn xoắn trong khoảng thời gian từ 7-12 giờ có khả năng bảo tồn [11]. Trong một báo cáo khác cũng ghi nhận tỉ lệ bảo tồn tinh hoàn giảm từ 100% xuống 90% khi phẫu thuật bị trì hoãn 4-8 giờ [12]. Trong báo cáo tổng quan hệ thống gồm 2116 trường hợp từ 30 bài báo cho thấy, khi phẫu thuật trong vòng 0-6 giờ sau khi xoắn thì tỉ lệ bảo tồn tinh hoàn là 97,2% và sau 25-48 giờ thì tỉ lệ bảo tồn tinh hoàn giảm xuống còn 24,4% [13].

Thủ thuật tháo xoắn tinh hoàn bằng tay được mô tả lần

đầu tiên vào năm 1893 để tái tưới máu tinh hoàn, hạn chế thiếu máu tinh hoàn trong quá trình chờ phẫu thuật và giảm đau tức thì; phẫu thuật thăm dò và cố định tinh hoàn cần được tiến hành sớm nhất sau khi tháo xoắn bằng tay. Trong một nghiên cứu 20/26 bệnh nhân được tháo xoắn thành công, thời gian phẫu thuật sau đó trung bình là 10 ngày (0-45 ngày), không ghi nhận trường hợp nào xoắn tái phát; thời gian giảm thiếu máu giảm trung bình 90 phút (20-240 phút) so với nhóm được phẫu thuật mà không tháo xoắn trước đó [14].

Tất cả các trường hợp tháo xoắn được bằng tay tại phòng khám trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tín hiệu mạch trở lại khi siêu âm kiểm tra và bảo tồn được tinh hoàn trong mổ.

Mặc dù nhiều trường hợp đã được chẩn đoán và điều trị kịp thời, nhưng tỉ lệ vô sinh nam vẫn là một vấn đề đáng được chú ý sau xoắn tinh hoàn. Trong một nghiên cứu của Arap và cộng sự, các thông số về tinh dịch và nồng độ kháng thể kháng tinh trùng cho thấy: khả năng di động của tinh trùng ở bệnh nhân sau khi cắt tinh hoàn cao hơn ở bệnh nhân bảo tồn tinh hoàn; kháng thể kháng tinh trùng cao hơn ở cả 2 nhóm; nồng độ nội tiết và kháng thể kháng tinh trùng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân được đánh giá tinh dịch đồ còn ít do có nhiều bệnh nhân nhỏ tuổi, thời gian theo dõi còn ngắn. Hầu hết các bệnh nhân không được xét nghiệm tinh trùng trước mổ để so sánh sự khác biệt giữa trước và sau xoắn tinh hoàn.

Trong một nghiên cứu khác của Lian và cộng sự [7] khi đánh giá 53 trường hợp xoắn tinh hoàn phẫu thuật bảo tồn ghi nhận một nửa số trường hợp có teo tinh hoàn khi khám lâm sàng (chênh lệch trên 50% so với tinh hoàn đối diện).

Thomas và cộng sự nghiên cứu các chỉ số nội tiết của 67 trường hợp xoắn tinh hoàn ghi nhận LH, FSH, testosterone đều trong giới hạn bình thường [16]. Nghiên cứu khác của Yang trên 86 trường hợp xoắn tinh hoàn, thời gian theo dõi trung bình sau 7 năm, ghi nhận không có sự khác biệt về nội tiết có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng cùng độ tuổi [17]. Các bằng chứng hiện tại không thấy chức năng nội tiết bị ảnh hưởng, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu so sánh với giá trị phạm vi bình thường, không so sánh sự khác biệt trước và sau xoắn tinh hoàn. Tuy nhiên các bằng chứng cho thấy xoắn tinh hoàn có tác động tiêu cực đến khả năng sinh sản của nam giới. Trong nghiên cứu của Thomas, thời gian theo dõi trung bình sau 4 năm thấy rằng 64% trường hợp có hình thái hoặc khả năng vận động tinh trùng bất thường, 39% được phân loại là giảm khả năng sinh sản (<20 triệu tinh trùng/ml), chỉ có 14% đạt các thông số tinh trùng bình thường; tổng số tinh trùng di động thấp tương quan với thời gian xoắn ($p < 0,001$); 55/67 trường hợp bảo tồn tinh hoàn chứng tỏ việc giữ lại tinh hoàn xoắn không có tác dụng là giảm chất lượng tinh dịch

trong tương lai [16].

Nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu nên còn nhiều hạn chế, cỡ mẫu nhỏ, đơn trung tâm, thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được chức năng sinh sản và nội tiết lâu dài.

5. KẾT LUẬN

Xoắn tinh hoàn là một bệnh lý tối cấp cứu của chuyên ngành tiết niệu - nam học. Việc trì hoãn phẫu thuật ảnh hưởng đến sự sống còn của tinh hoàn xoắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mansbach, J.M., P. Forbes, and C.A. Peters, Testicular torsion and risk factors for orchiectomy. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2005. 159(12): p. 1167-1171.
- [2] Cuckow, P. and J. Frank, Torsion of the testis. *BJU international*, 2000. 86(3): p. 349-353.
- [3] Sharp, V.J., K. Kieran, and A.M. Arlen, Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *American family physician*, 2013. 88(12): p. 835-840.
- [4] Korkes, F., et al., Testicular torsion and weather conditions: analysis of 21,289 cases in Brazil. *International braz j urol*, 2012. 38: p. 222-229.
- [5] Caesar, R.E. and G.W. Kaplan, Incidence of the bell-clapper deformity in an autopsy series. *Urology*, 1994. 44(1): p. 114-116.
- [6] Tian, X.-M., et al., Risk factors for testicular atrophy in children with testicular torsion following emergent orchiopexy. *Frontiers in Pediatrics*, 2020. 8: p. 584796.
- [7] Lian, B.S., et al., Factors predicting testicular atrophy after testicular salvage following torsion. *European Journal of Pediatric Surgery*, 2015: p. 017-021.
- [8] Barbosa, J.A., et al., Development and initial validation of a scoring system to diagnose testicular torsion in children. *The Journal of urology*, 2013. 189(5): p. 1859-1864.
- [9] Selim, Y.A.R.M. and S.A. Albroumi, Acute torsion of the testis in children and young adults: Role of high resolution and Color Doppler ultrasonography. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 2015. 46(1): p. 151-157.
- [10] Babcock, D., et al., Power Doppler sonography: basic principles and clinical applications in children. *Pediatric radiology*, 1996. 26: p. 109-115.
- [11] Anderson, J. and R. Williamson, Testicular torsion in Bristol: a 25-year review. *Journal of British Surgery*, 1988. 75(10): p. 988-992.
- [12] Watkin, N., N. Reiger, and C. Moisey, Is the conservative management of the acute scrotum



- justified on clinical grounds? *British journal of urology*, 1996. 78(4): p. 623-627.
- [13] Mellick, L.B., et al., A systematic review of testicle survival time after a torsion event. *Pediatric emergency care*, 2019. 35(12): p. 821-825.
- [14] Demirbas, A., et al., Should manual detorsion be a routine part of treatment in testicular torsion? *BMC urology*, 2017. 17(1): p. 1-4.
- [15] Arap, M.A., et al., Late hormonal levels, semen parameters, and presence of antisperm antibodies in patients treated for testicular torsion. *Journal of andrology*, 2007. 28(4): p. 528-532.
- [16] Thomas, W., et al., Testicular exocrine malfunction after torsion. *The Lancet*, 1984. 324(8416): p. 1357-1360.
- [17] Yang, C., et al., Testicular torsion in children: a 20-year retrospective study in a single institution. *TheScientificWorldJOURNAL*, 2011. 11: p. 362-368.

CORRELATION OF SEXUAL BEHAVIORS AND THE RISK OF SEXUAL TRANSMITTED DISEASE IN MEN

Vu Thai Hoang^{1*}, Nguyen Hoai Bac^{2,3}, Nguyen Cao Thang³

¹Military Hospital 175 – 786 Nguyen Kiem, Ward 3, Go Vap, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Hanoi Medical University – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University Hospital – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 03/06/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Background: Sexually transmitted diseases (STDs) have been a public health issue in many developing countries, especially in Vietnam. Despite the critical role of sexual behaviors and attitude as the leading cause of increasing the risk of infection, little has been done to understand this problem deeply in Vietnam.

Objects: To analyze the impact of sexual behaviors on the risk of sexually transmitted diseases.

Subjects and Methods: We conducted a study on 3005 men who presented to the Andrology Clinic of Hanoi Medical University Hospital.

Results: The mean age of first intercourse was 21.5 years old. On average, the number of sexual partners of our subjects was $2,91 \pm 2,83$. The overall rate of STDs was 9.95%, in which the proportion of STDs was higher in the single men group than the married group (11.8% vs. 7.5%) and men having first intercourse before 25 years old compared with their counterpart (21.1% vs. 13.2%).

Conclusions: Subjects with multiple unstable sexual partners were 2.1 times more likely to be infected with STDs, and the risk of infecting STDs will rise 6% for each additional sex partner. From all the above, we recommend sex education and safe sex propaganda should be mandatory for public health to prevent spreading STDs.

Key word: Age of first intercourse, STDs, sexual partners.

*Corresponding author
Email address: drhoangvt@gmail.com
Phone number: (+84) 339009380



MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÀNH VI TÌNH DỤC VÀ NGUY CƠ CÁC BỆNH LÂY NHIỄM QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI

Vũ Thái Hoàng^{1*}, Nguyễn Hoài Bắc^{2,3}, Nguyễn Cao Thắng³

¹Bệnh viện Quân Y 175 – 786 Nguyễn Kiệm, phường 3, quận Gò Vấp, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/06/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STDs) là một trong các bệnh lý phổ biến ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng tại nhiều quốc gia, đặc biệt là các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Thái độ và hành vi tình dục không lành mạnh luôn được coi là những nguyên nhân chính ảnh hưởng đến tỉ lệ mắc các bệnh này.

Mục tiêu: Phân tích các ảnh hưởng của thói quen và hành vi tình dục đến khả năng mắc STDs ở nam giới.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 3005 bệnh nhân được lấy ngẫu nhiên trong số bệnh nhân đến khám tại phòng khám Khoa Nam học và Y Học giới tính, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

Kết quả: Độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu của nhóm đối tượng là 21,5 tuổi. Số đối tác quan hệ tình dục ổn định là $2,91 \pm 2,83$ người, tỉ lệ mắc STDs trong nhóm là 9,95%. Trong đó, tỉ lệ mắc STDs ở nhóm đối tượng còn độc thân cao hơn so với nhóm đối tượng đã có gia đình (11,8% so với 7,5%, $p < 0,001$), nam giới có độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu thấp có tỉ lệ mắc STDs cao hơn so với nhóm còn lại (21,1% so với 13,2%, $p = 0,002$).

Kết luận: Những bệnh nhân có quan hệ với đối tác không ổn định có nguy cơ mắc STDs cao gấp 2,1 lần so với những người không quan hệ với đối tác không ổn định với $p = 0,002$. Bệnh nhân có càng nhiều đối tác ổn định nguy cơ mắc STDs càng nhiều, cứ thêm 1 đối tác sẽ làm tăng nguy cơ mắc STDs thêm 6%. Chính vì vậy, việc giáo dục giới tính, tuyên truyền về tình dục an toàn và chung thủy là rất quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng trong vấn đề phòng tránh các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục.

Từ khóa: Độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu, STDs, số lượng đối tác tình dục.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) vẫn đang là một vấn đề nan giải của nhiều quốc gia trên thế giới đặc biệt là các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Theo thống kê của WHO, hàng năm lại có thêm hơn 375 triệu ca mắc mới STDs và để lại hậu quả nghiêm trọng tới sức khỏe chung cũng như sức khỏe sinh sản của cả 2 giới. Có nhiều yếu tố liên quan

tới thói quen tình dục làm gia tăng khả năng lây lan của STDs bao gồm không sử dụng các biện pháp an toàn, tình dục không chung thủy, nghiện chất...[1]

Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của kinh tế, sự hội nhập của văn hóa, xã hội đang diễn ra hết sức mạnh mẽ. Giới trẻ ngày nay đã có tư tưởng thoải mái, phóng khoáng hơn trong những vấn đề mà trước đây vẫn được coi là tế nhị như vấn đề về tình dục. Tuy nhiên công tác

*Tác giả liên hệ
Email: drhoangvt@gmail.com
Điện thoại: (+84) 339009380

giáo dục giới tính tại Việt Nam còn nhiều hạn chế. Sự thiếu hiểu biết về an toàn tình dục cũng như các thói quen tình dục không lành mạnh có thể trong thời kỳ hội nhập đã ảnh hưởng tiêu cực đến nam giới Việt Nam qua các khía cạnh như các bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thai ngoài ý muốn và kể cả những rối loạn tâm lý sau đó [2].

Mặc dù có nhiều thay đổi và thách thức đang phải đối mặt hiện tại, các nghiên cứu đánh giá về vấn đề này tại Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Đa phần các nghiên cứu mới chỉ tập trung đánh giá thói quen tình dục cũng như tỉ lệ các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở các nhóm đối tượng nguy cơ cao (như gái mại dâm, người đồng tính...). Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Mối liên quan giữa thái độ, hành vi tình dục đối với các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở nam giới” nhằm mô tả các thay đổi về thói quen và hành vi tình dục dựa trên các yếu tố xã hội, phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng mắc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Lấy ngẫu nhiên đối tượng bệnh nhân đến khám tại phòng khám Nam học Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 9 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nam giới đã quan hệ tình dục có độ tuổi từ 16 đến 60 tuổi.
- Khai thác đầy đủ tiền sử các thói quen tình dục và tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có hồi cứu.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

Đối tượng nam giới đến khám tại phòng khám Nam học Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, sẽ được sàng lọc, phân loại, khai thác thông tin về tiền sử, bệnh sử. Các bệnh nhân được khai thác các thông tin cá nhân theo yếu tố xã hội, hoạt động – thói quen tình dục của bản thân. Các trường hợp có triệu chứng của hội chứng niệu đạo sẽ được hỏi cụ thể về đối tác quan hệ tình dục, thời gian lần cuối quan hệ, thời gian xuất hiện các triệu chứng của hội chứng niệu đạo như: tiêu buốt, tiêu rắt, cảm giác nóng rát trong niệu đạo, chảy dịch niệu đạo.

Sau đó bệnh nhân sẽ được chỉ định thực hiện một số xét nghiệm cận lâm sàng nhằm phục vụ cho chẩn đoán và điều trị, các trường hợp nghi ngờ có STDs sẽ được lấy dịch ổ loét, dịch niệu đạo hoặc massage tiền liệt tuyến để lấy dịch tiền liệt tuyến, theo đó được làm xét

nghiệm PCR các vi khuẩn thường lây nhiễm qua đường tình dục, soi tươi tìm vi khuẩn và cấy khuẩn làm kháng sinh đồ nếu có.

2.3. Xử lý số liệu

Phần mềm R phiên bản 4.0.2 cho hệ điều hành Windows 10 được dùng để xử lý số liệu trong nghiên cứu này. Tính chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Kolmogorov-Smirnov. Sự khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng Wilcoxon test với biến định lượng phân bố không chuẩn và bằng Chi squared test với biến định tính. Mô hình hồi quy logistic được dùng để dự đoán khả năng xuất hiện STDs trên các bệnh nhân có yếu tố nhiều đối tác quan hệ, quan hệ tình dục không có biện pháp bảo vệ. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

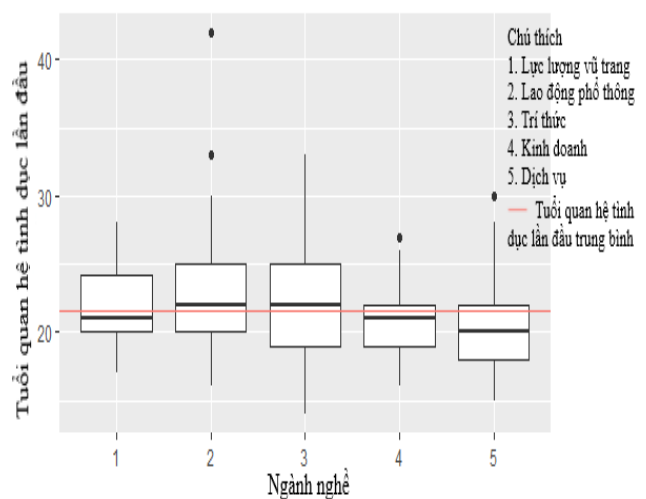
2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên 3005 bệnh nhân ngẫu nhiên đến khám tại Khoa Nam học và Y học giới tính chúng tôi thu được kết quả như sau: tuổi quan hệ tình dục lần đầu tiên là $21,5 \pm 3,59$ tuổi, số đối tác quan hệ tình dục ổn định trung bình là $2,91 \pm 2,83$ người, tỉ lệ mắc STDs chiếm 9,95%.

3.1. Độ tuổi lần đầu quan hệ tình dục



Nhận xét: Trong nhóm đối tượng thuộc ngành dịch vụ có tuổi quan hệ sớm nhất $20,66 \pm 3,42$ tuổi, ngược lại với nhóm đối tượng là trí thức có tuổi quan hệ muộn nhất $22,13 \pm 3,66$ tuổi.

3.2. Đặc điểm chung của các nhóm đối tượng

Đặc điểm	Không STDs		Có STDs		p
	N	%	N	%	
Năm sinh					0,074
Trước 1990	1411	51,6	125	46	
Sau 1990	1322	48,4	147	54	
Hút thuốc lá					0,115
Có	2077	76	195	71,7	
Không	656	24	77	28,3	
Chất kích thích					<0,001
Có	85	3,1	19	7	
Không	656	96,9	253	93	
Tình trạng hôn nhân					<0,001
Độc thân	995	36,5	134	11,8	
Có gia đình	1711	62,8	138	7,5	
Ly hôn	19	0,7	0		
Nghề nghiệp					0,174
Lực lượng vũ trang	106	3,9	14	5,1	
Lao động phổ thông	631	58	21,3		
Trí thức	1125	41,3	97	35,7	
Buôn bán	431	15,8	53	19,5	
Dịch vụ	430	15,8	50	18,4	

Nhận xét: Nhóm đối tượng sinh sau năm 1990 có tỉ lệ mắc STDs cao hơn nhóm còn lại (54% và 46% với $p=0,074$). Tương tự, đối tượng nam giới chưa lập gia đình có tỉ lệ lây nhiễm STDs cao hơn những người đã có gia đình (11,8% và 7,5% với $p<0,001$). Ngoài ra ở những người có sử dụng các chất kích thích cũng ghi nhận tỉ lệ mắc STDs cao hơn so với nhóm còn lại (7% và 3,1% với $p<0,001$).

3.3. Đặc điểm quan hệ tình dục của các nhóm đối tượng

Đặc điểm	Không STDs		Mean (SD)	Median (min-max)	Có STDs		Mean ± SD	Median (min-max)	p
	N	%			N	%			
Tuổi lần đầu QHTD (năm)									0,002
< 25	2157	78,9			236	21,1			
≥ 25	576	86,7			36	13,2			
Tuổi lập gia đình (năm)			25,26 (7,26)	26 (0-47)			24,07 (8,66)	26 (0-39)	0,056
Số đối tác QHTD (người)			2,84 (2,76)	2 (0-40)			3,67 (3,39)	3 (0-32)	<0,001
Thủ dâm									0,069
Có	475	17,7			35	13,3			
Không	2209	82,3			229	86,7			
QHTD không an toàn									<0,001
Không	1618	59,2			114	41,9			
Có	1115	40,8			158	58,1			

Nhận xét: Những bệnh nhân có STDs có số đối tác quan hệ tình dục trung bình cao hơn so với những người chưa

mắc STDs. Những bệnh nhân đã có gia đình có số đối tác quan hệ ổn định trung bình là $3,01 \pm 2,94$, còn ở

nhóm đối tượng chưa có gia đình số đối tác quan hệ ổn định trung bình là $2,75 \pm 2,64$. Những bệnh nhân có quan hệ tình dục không an toàn (quan hệ với gái mại dâm hoặc đối tác quan hệ 1 lần) có tỉ lệ mắc STDs cao hơn so với nhóm còn lại.

3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng mắc STDs

Yếu tố	OR	95% CI	p
Năm sinh			
<1990	1		
>1990	0,93	0,53-1,56	0,7
Tuổi lần đầu quan hệ (năm)			
<25	1		
≥ 25	0,8	0,46-1,49	0,58
Thủ dâm			
Có	0,86	0,52-1,46	0,57
Không	1		
Quan hệ với đối tác không ổn định			
Có	2,11	1,3-3,46	0,002
Không	1		
Số đối tác quan hệ ổn định (người)			
1	1		
>1	1,06	1,03-1,1	<0,001

Nhận xét: Trên mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy việc có quan hệ tình dục với đối tác không ổn định và việc có nhiều đối tác là những nguy cơ của STDs. Những bệnh nhân có quan hệ với đối tác không ổn định có nguy cơ mắc STDs cao gấp 2,1 lần so với những người có quan hệ tình dục an toàn với $p = 0,002$, và cứ thêm 1 đối tác quan hệ tình dục sẽ làm tăng nguy cơ mắc STDs thêm 6%.

4. BÀN LUẬN

Nam giới Việt Nam đang có xu hướng quan hệ tình dục trước hôn nhân nhiều hơn, điều này dễ thấy thông qua độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu là 21,5; trong khi độ tuổi trung bình khi lập gia đình là 25,2 [3]. Tuy nhiên, tuổi quan hệ tình dục lần đầu của chúng ta còn muộn hơn so với các nghiên cứu ở các nước khác như Mỹ là 17,1 tuổi [4], các nước Châu Âu là 15,4 [5], cũng như khi so sánh với các nước trong khu vực như Trung Quốc là 18,6 [6]. Điều này có thể được lý giải một phần dựa vào sự hình thành của hệ tư tưởng của người Việt Nam từ trước đến nay vẫn theo tư tưởng hệ của Khổng tử, mang đậm nét Á Đông, tư tưởng quan hệ trước hôn

nhân vẫn đang còn chưa thực sự được ủng hộ.

Tuy vậy, với sự hội nhập quốc tế, những người trẻ được tiếp xúc với nhiều nền văn hóa và hệ tư tưởng khác nhau dẫn đến một sự thay đổi trong lối sống và quan niệm về tình dục của chính họ. Người trẻ đang có xu hướng quan hệ tình dục trước hôn nhân nhiều hơn và độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu của họ cũng thấp hơn. Các nghiên cứu cho thấy độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu giảm sẽ làm gia tăng số lượng bạn tình về sau [4]. Ngoài ra, công tác giáo dục giới tính ở Việt Nam còn rất nhiều hạn chế, do tính nhạy cảm của vấn đề và khó khăn trong việc tiếp cận. Chính vì vậy, khả năng lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục ngày càng tăng cao và khó kiểm soát hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy đối tượng có nguy cơ cao mắc STDs là những nam giới trẻ tuổi và còn độc thân, điều này có thể được giải thích do ở nam giới trẻ tuổi và độc thân chưa có sự ràng buộc về pháp luật và đạo đức xã hội. Chính vì vậy, họ có thể tự do thay đổi bạn tình và có sự dễ dãi hơn đối với vấn đề tình dục [7]. Thêm vào đó, nhiều nam giới cho rằng việc có nhiều bạn tình càng chứng tỏ bản lĩnh đàn ông. Kết quả của chúng tôi cho thấy có đến 49,3% nam giới chưa có gia đình có mắc STDs trong khi đó còn số này ở nhóm đã có gia đình là 36,5% với $p < 0,001$. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ đối tượng có sử dụng chất kích thích mắc STDs là 7% cao hơn gấp đôi so với nhóm không sử dụng chất kích thích mắc STDs là 3,1% với $p < 0,001$. Điều này chứng tỏ việc sử dụng chất kích thích cũng có liên quan đến việc lây nhiễm STDs. Vấn đề này có thể được giải thích do khi sử dụng chất kích thích, đối tượng thường có xu hướng không kiểm soát được hành vi và ý nghĩ của mình dẫn đến việc quyết định quan hệ tình dục thường chóng vánh, không có nhiều suy nghĩ [8].

Các đặc điểm về thói quen quan hệ tình dục cũng có liên quan đến khả năng lây lan STDs. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, nguy cơ mắc STDs tăng cao ở nam giới có độ tuổi quan hệ tình dục sớm, nhiều đối tác, tỉ lệ sử dụng bao cao su cũng như việc quan hệ đồng giới [9], [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có STDs cao hơn ở những người có quan hệ tình dục lần đầu dưới 25 tuổi (21,1% so với 13,2% $p = 0,002$). Những bệnh nhân có quan hệ tình dục với những đối tác không ổn định (đối tác là gái dịch vụ, đối tác quan hệ “một lần”) có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn những bệnh nhân không quan hệ tình dục với các đối tác không ổn định (58,1% so với 41,9%). Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy số đối tác quan hệ tình dục ổn định ở nhóm bệnh nhân có mắc STDs là 3 đối tác cao hơn so với nhóm đối tượng không có STDs là 2 đối tác.

Trên mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy việc có quan hệ tình dục với đối tác không ổn định và có nhiều hơn một đối tác quan hệ là những yếu tố nguy cơ lây nhiễm STDs. Những bệnh nhân có quan hệ tình dục



với đối tác không ổn định có nguy cơ lây nhiễm STDs cao gấp 2,1 lần so với nhóm đối tượng không quan hệ tình dục với đối tác không ổn định. Đồng thời chúng tôi cũng nhận thấy đối với nam giới cứ thêm 1 đối tác quan hệ tình dục thì nguy cơ lây nhiễm các bệnh STD lại tăng thêm 6%.

5. KẾT LUẬN

- Độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu trung bình của nhóm đối tượng được khảo sát là 21,5 tuổi.

- Nguy cơ mắc STDs cao thường gặp ở nam giới trẻ tuổi còn độc thân và bắt đầu quan hệ tình dục sớm. Việc quan hệ tình dục với các đối tác không ổn định làm gia tăng nguy cơ mắc STDs thêm 2,1 lần, cứ thêm 1 đối tác QHTD tình dục sẽ làm tăng nguy cơ mắc STDs lên 6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Report on global sexual transmitted infection surveillance, 2018.
- [2] Nguyễn Thị Phương Thanh, Đào Anh Sơn, Nguyễn Hữu Đức Anh và cộng sự, Kiến thức, thái độ về các bệnh lây truyền qua đường tình dục của sinh viên đại học tại Hà Nội năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu y học 126(2), 2020, 129-137.
- [3] Tổng cục thống kê, Kết quả toàn bộ tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, 2019 .
- [4] Ku L, Sonenstein FL, Pleck JH, Factors Influencing First Intercourse for TeenageMen. 15. Public Health Rep.;108(6), 1993, 680-694.
- [5] Zhu G, Bosma AK, Early sexual initiation in Europe and its relationship with legislative change: A systematic review. International Journal of Law, Crime and Justice, 57, 70-82, 2019.
- [6] Vũ Mạnh Lợi, Tình dục trước hôn nhân: nghiên cứu so sánh thanh niên Hà Nội, Thượng Hải, Đài Loan. Tạp chí Xã hội học thực nghiệm, 110(2), 2010, 21-30
- [7] Kim S, Lee C, Factors Affecting Sexually Transmitted Infections in South Korean High School Students. Public Health Nurs, 33(3), 2016, 179-188.
- [8] Brookmeyer KA, Haderxhanaj LT, Hogben M et al., Sexual risk behaviors and STDs among persons who inject drugs: A national study. Preventive Medicine, 2019, 126, 105779.
- [9] Hansen BT, Kjær SK, Arnheim-Dahlström L et al., Age at first intercourse, number of partners and sexually transmitted infection prevalence among Danish, Norwegian and Swedish women:

estimates and trends from nationally representative cross-sectional surveys of more than 100 000 women. Acta Obstet Gynecol Scand, 99(2), 2020, 175-185.

- [10] Kaestle CE, Young Age at First Sexual Intercourse and Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. American Journal of Epidemiology, 161(8), 2005, 774-780.

CASES OF CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA DIAGNOSED AND TREATED IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2015-2022

Tran Thi Ngoc Anh^{1*}, Nguyen Viet Hoa¹, Nguyen Quang¹, Tran Thi Chi Mai²

¹Viet Duc University Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²Vietnam National Children's Hospital – 18/879 La Thanh, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Congenital adrenal hyperplasia (CAH) is a congenital, genetic disease due to a decrease in adrenal cortisol synthesis that causes an increase in the ACTH secretion of the pituitary gland, which increases the adrenal gland and increases adrenal androgen secretion. CAH is the most common cause of sexual developmental disorders in people with chromosome 46, XX.

Subjects: All people diagnosed with CAH at the Vietduc Hospital in the period 2015–2022.

Methods: Retrospective clinical descriptive study.

Results: 17 people were diagnosed with CAH aged 4 to 26, chromosomes 46, XX, and had symptoms of masculinization ranging from less to more severe, such as clitomegaly, primary amenorrhea, muscle development, uterus and vaginal undevelopment, polycysteovarian, some patients had complete masculinization. Tests have high testosterone and ACTH, normal cortisol, or low cortisol, depending on the time of sampling. Lifelong treatment with hydrocortisone supplements and increased doses during surgery ensure safety for the patient.

Conclusion: CAH is the cause of female masculinization, the late treatment of CAH causes amenorrhea and infertility.

Keywords: Congenital adrenal hyperplasia, 46, XX, masculinization

*Corresponding author
Email address: ngocanhbm@gmail.com
Phone number: (+84) 904395444



MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ MUỘN TĂNG SẢN THƯỢNG THẬN BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015-2022

Trần Thị Ngọc Anh^{1*}, Nguyễn Việt Hoa¹, Nguyễn Quang¹, Trần Thị Chi Mai²

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Nhi Trung ương – 18/879 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Tăng sản thượng thận bẩm sinh (TSTTBS) là bệnh bẩm sinh, di truyền do giảm tổng hợp cortisol của tuyến thượng thận gây tăng tiết ACTH của tuyến yên làm tăng sản tuyến thượng thận và tăng tiết androgen thượng thận. TSTTBS là nguyên nhân thường gặp nhất gây rối loạn phát triển giới tính ở người mang nhiễm sắc thể 46,XX.

Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ người được chẩn đoán TSTTBS tại bệnh viện HN Việt Đức giai đoạn 2015-2022.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

Kết quả: 17 người được chẩn đoán TSTTBS độ tuổi 4 đến 26 tuổi, nhiễm sắc thể 46,XX và có triệu chứng nam hóa từ ít đến nhiều như phì đại âm vật, vô kinh nguyên phát, cơ bắp phát triển, tử cung và âm đạo kém phát triển, buồng trứng đa nang, một số người nam hóa hoàn toàn. Xét nghiệm có nồng độ testosterone, ACTH cao, cortisol bình thường hoặc thấp tùy thời điểm lấy mẫu. Điều trị bổ sung hydrocortisone suốt đời và tăng liều trong phẫu thuật đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Kết luận: TSTTBS là nguyên nhân gây nam hóa người nữ, điều trị muộn gây vô kinh, vô sinh.

Từ khóa: Tăng sản thượng thận bẩm sinh, 46,XX, nam hóa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản thượng thận bẩm sinh (TSTTBS) là nhóm bệnh di truyền liên quan đến đột biến gen gây giảm tổng hợp cortisol và tăng tiết ACTH gây phì đại tuyến thượng thận, tăng tiết androgen vô thượng thận gây nam hóa người nữ [1]. TSTTBS là nguyên nhân thường gặp chiếm hơn 90% các trường hợp rối loạn phát triển giới tính ở người mang NST 46,XX (46,XX DSDs). Trong đó khoảng 90-95% trường hợp TSTTBS là do thiếu enzyme 21-hydroxylase (thiếu 21-OH), ít gặp hơn là do thiếu 11 β -hydroxylase và thiếu 3 β -hydroxysteroid dehydrogenase [2]. Chẩn đoán TSTTBS dựa vào lâm sàng, xét nghiệm, định lượng steroid niệu và phân tích

đột biến gen tương ứng [3]. Tại Việt Nam, các kỹ thuật chẩn đoán TSTTBS thường được thực hiện tại các trung tâm y tế lớn như bệnh viện Nhi trung ương, bệnh viện Nội tiết trung ương mà chưa thực hiện được tại y tế cơ sở tuyến dưới nên nhiều người bệnh chẩn đoán và điều trị muộn.

Phần lớn người bệnh TSTTBS được chẩn đoán và theo dõi điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương, hàng năm có thêm khoảng 50-60 bệnh nhân mới được chẩn đoán sớm trước 12 tháng [4]. Bệnh viện HN Việt Đức là nơi điều trị nhiều người bệnh rối loạn phát triển giới tính trong đó có một số người bệnh TSTTBS điều trị muộn cần phẫu thuật [5]. Mục tiêu: mô tả chi tiết đặc điểm

*Tác giả liên hệ
Email: ngocanhbm@gmail.com
Điện thoại: (+84) 904395444

lâm sàng và cận lâm sàng một số người bệnh TSTTBS được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2015-2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán TSTTBS tại BV HN Việt Đức trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: đặc điểm khi sinh, phát triển, bộ phận sinh dục, vú, cơ bắp, kinh nguyệt, chiều cao, cân nặng...

Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ natri, kali, cortisol, ACTH, FSH, LH, testosterone, estradiol, 17-OHP, steroid niệu...

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, MRI tuyến

thượng thận, buồng trứng, tinh hoàn, tử cung...

3. KẾT QUẢ

17 người bệnh được chẩn đoán và điều trị TSTTBS tại bệnh viện HN Việt Đức trong thời gian 2015-2022.

17 người bệnh trong đó khai sinh nam là 4 người, khai sinh nữ là 13 người. 15 trong số 17 người là thuộc các dân tộc thiểu số như Tày, Nùng, Thái, H'mông sinh sống tại các tỉnh miền núi phía bắc như Lào Cai, Yên Bái, Lạng Sơn, Cao Bằng, Hà Giang. Có 3 người đã được chẩn đoán TSTTBS từ trước gồm một người chẩn đoán lúc 1-2 tháng tuổi và điều trị không liên tục tại BV Nhi Trung ương, một người bệnh chẩn đoán lúc 2 tuổi, điều trị liên tục tại BV Nhi 10 năm và một người chẩn đoán lúc 24 tuổi tại BV Nội tiết trung ương, thời gian điều trị được 1 năm. 14 người bệnh còn lại chưa được chẩn đoán TSTTBS đến khám do phì đại âm vật, ấn tinh hoàn, lỗ đái thấp cần phẫu thuật.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng người bệnh TSTTBS

STT	Triệu chứng	Tần xuất	Tỷ lệ	Đặc điểm
1	Phì đại âm vật ở nữ	17/17	100%	Âm vật to hơn bình thường, phân độ Prader từ độ II đến IV.
2	Cơ bắp phát triển	11/17	64,7%	Cơ bắp phát triển như người nam, lớp mỡ dưới da ít.
3	Rậm lông mu khi dậy thì	11/11	100%	Lông mu rậm, mọc lan lên trên.
4	Vú kém phát triển khi có dấu hiệu dậy thì	11/12	91,7%	Vú kém hoặc không phát triển khi dậy thì, Tanner B1-B2.
5	Vô kinh nguyên phát khi dậy thì > 13 tuổi	7/7	100%	Khi > 13 tuổi, người bệnh không có kinh nguyệt.
6	Buồng trứng đa nang khi dậy thì	9/12	75%	Trên siêu âm, buồng trứng có nhiều nang nhỏ.
7	Tử cung nhỏ so với tuổi khi dậy thì	9/12	75%	Kích thước tử cung nhỏ hơn tuổi khi dậy thì.
8	Ngoại hình và tính cách của người nam	5/17	29,4%	Vẻ bề ngoài, cách ăn mặc, giọng nói, tính cách như nam bình thường.
9	Chiều cao hạn chế khi trưởng thành	7/7	100%	Chiều cao từ 138-151 cm khi 15-26 tuổi thấp hơn so với trung bình của người Việt Nam.

Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm người TSTTBS

Số TT	Họ và tên	NST	Tuổi XN	Cortisol (nmol/L)	ACTH (pg/mL)	Testosterone (nmol/L)	Steroid niệu
1	Tráng Thị H	46,XX	6	8h: 178,7 20h: 68	196	7,1	21-OH
			9	8h: 26,18	>440	4,33	21-OH
2	Giàng A T	46,XX	17			31,14	21-OH
			20	8h: 144,5	100,8	29,49	21-OH
3	Vàng A N	46,XX	8	8h: 83,65 20h: 47,49		5,6	21-OH
4	Quàng T Th	46,XX	8	8h: 74,97		4,72	21-OH
5	Quàng Thị V	46,XX	11	8h: 19,92		1,3	21-OH
6	Tòng Thị L	46,XX	7	8h: 88,4		4,59	21-OH
7	Tòng Thị Đ	46,XX	9	8h: 121,3		7,91	21-OH
8	Khuất Thị Thu H	46,XX	4	8h: 102	193,8	4,5	21-OH
9	Quàng Thị Hoài Th	46,XX	7	8h: 61,41 20h: 20,16		2,76	21-OH
10	Nông Bích L	46,XX	10			4,2	
11	Dương Th K	46,XX	15			9,59	21-OH
12	Lò Thanh L	46,XX	9	8h: 89,66			21-OH
13	Hoàng Thị D	46,XX	25	8h: 188,1		6,47	
14	Nguyễn Đức D	46,XX	26	8h: 45,42		9,44	
15	Nông Thị T	46,XX	25	8h: 161	422,3	24,5	
16	Nguyễn Trung Ngh	46,XX	26	8h: 5,5		0,413	
17	Lò Thị Ng	46,XX	16	8h: 165,9		7,38	
Trị số bình thường				S: 171-536 C: 74-286	7,2-63,3	Nữ: <1,67 Nam: 9-34	

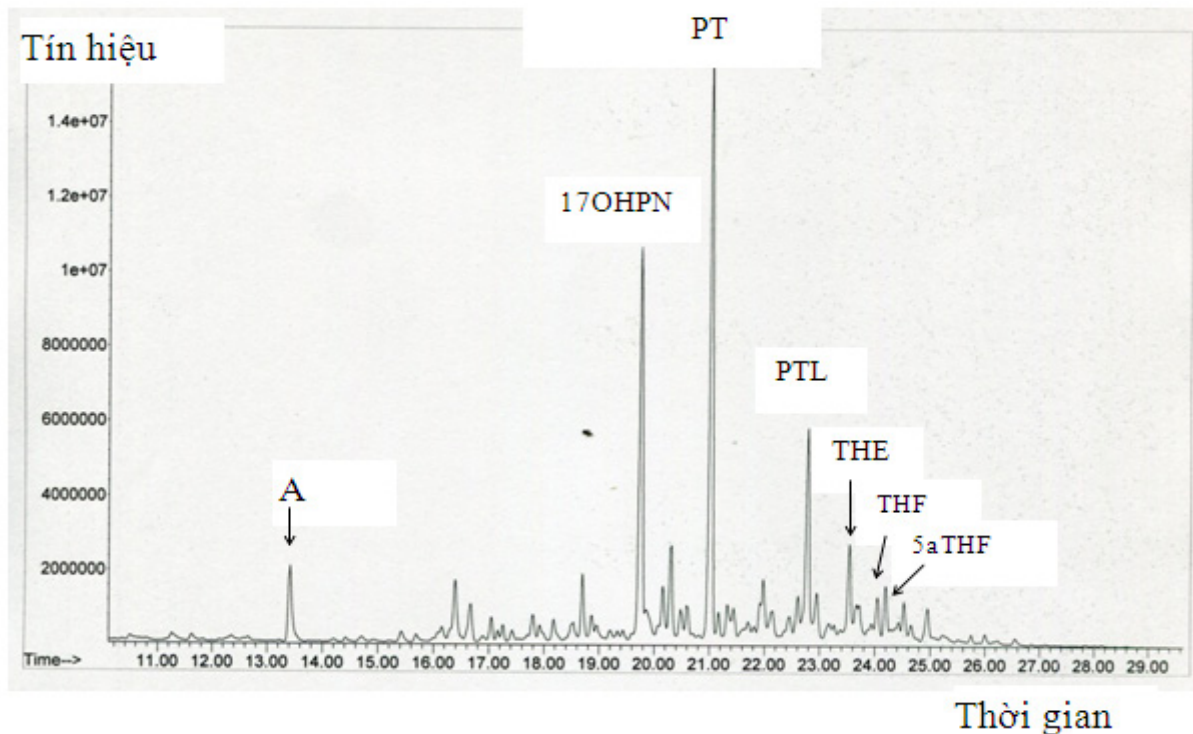
Chẩn đoán thiếu 21-hydroxylase (21-OH) dựa vào sắc ký đồ đặc trưng và tỷ lệ PT/(THE + THF + 5 α THF) cao

hơn khoảng tham chiếu cùng tuổi và giới tính [6].

Bảng 3: Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh người TSTTB

Số TT	Họ và tên	Tuổi	Siêu âm/ CT Scanner khi chẩn đoán
1.	Tráng Thị H	6	Tử cung, buồng trứng bình thường
2.	Giàng A T	17	Không thấy tinh hoàn 2 bên, tử cung nhỏ và có buồng trứng 2 bên
3.	Vàng A N	8	Không thấy tinh hoàn 2 bên, nghi ngờ cấu trúc tử cung sau bàng quang
4.	Quàng T Th	8	Tử cung, buồng trứng bình thường, không có tinh hoàn
5.	Quàng Thị V	11	Có tử cung, buồng trứng, không có tinh hoàn
6.	Tòng Thị L	7	Tử cung bình thường kích thước nhỏ, 2 buồng trứng bình thường, có nang 5mm.
7.	Tòng Thị Đ	9	Tử cung kích thước 36x14x24mm. Buồng trứng 2 bên BT
8.	Khuất Thu H	4	Tử cung kích thước bình thường so với tuổi.
9.	Quàng T Hoài Th	7	Tử cung, buồng trứng bình thường
10.	Nông Bích L	10	Tử cung, buồng trứng bình thường
11.	Dương Th K	15	Tử cung nhỏ so với tuổi, buồng trứng bình thường
12.	Lò Thanh L	9	Tử cung, buồng trứng bình thường
13.	Hoàng Thị D	25	Tuyến thượng thận 2 bên kích thước to, tử cung kích thước nhỏ 13x32 mm, phần thân tử cung nhỏ hơn cổ tử cung. Có âm đạo, có buồng trứng 2 bên kích thước nhỏ 30x13 mm và 29x17mm, BT nhiều nang nhỏ 5mm.
14.	Nguyễn Đức D	26	Có cấu trúc tử cung nhỏ sau bàng quang, lớp cơ dày 6mm, lớp niêm mạc ngấm thuốc sau tiêm, bên trong chứa dịch dày 7mm. Không có tinh hoàn, tiền liệt tuyến.
15.	Nông Thị T	25	Tử cung kích thước nhỏ hơn tuổi 39x22x36mm. Tuyến thượng thận 2 bên tăng kích thước. Buồng trứng phải 50x23mm, buồng trứng trái 26x17mm có nhiều nang nhỏ.
16.	Nguyễn Trung Ngh	26	Tử cung nhỏ kích thước 2x3cm, buồng trứng hai bên không có khối, tuyến thượng thận phải có khối u kích thước 60x81x67mm, vôi hóa. Không thấy tinh hoàn hai bên.
17.	Lò Thị Ng	16	Tử cung nhỏ so với tuổi 45x14mm, nội mạc mỏng, không có dịch trong buồng tử cung. Buồng trứng phải 21x16mm, buồng trứng trái 21x14mm có nhiều nang nhỏ <10mm

Hình 1: Sắc ký đồ mẫu thiếu 21-hydroxylase



Đỉnh 17OHPN, PT, PTL cao đặc trưng, trong khi đỉnh THE, THF, 5α-THF thấp nên tỷ lệ PT/(THE + THF + 5α-THF) cao hơn khoảng tham chiếu.

4. BÀN LUẬN

Tăng sản thượng thận bẩm sinh do đột biến gen gây giảm một phần hoặc hoàn toàn hoạt độ một trong những enzyme tham gia quá trình tổng hợp cortisol của vỏ thượng thận. Điều trị TSTTBS cần bổ sung hydrocortisone, tốt nhất là ngay sau khi sinh nhằm tránh suy thượng thận và ức chế bài tiết androgen. Tần suất mắc TSTTBS thể thiếu 21-hydroxylase thể cổ điển thay đổi tùy từng chủng tộc, khoảng 1:10.000 đến 1:15.000 và được thực hiện bằng xét nghiệm sàng lọc cho trẻ sơ sinh [7]. Các kỹ thuật chẩn đoán trên thế giới dựa vào lâm sàng, xét nghiệm định lượng hormon và sản phẩm chuyển hóa trong máu hoặc trong nước tiểu, phân tích đột biến gen tương ứng [8,9,10]. Tại Việt Nam, việc sàng lọc TSTTBS chỉ thực hiện tại một vài trung tâm lớn trong những năm gần đây nên bước đầu chẩn đoán sớm TSTTBS và điều trị kịp thời tại khoa Nội tiết-Chuyển hóa-Di truyền của bệnh viện Nhi Trung Ương. Các kỹ thuật chẩn đoán xác định TSTTBS bằng định lượng steroid niệu và phân tích đột biến gen chỉ thực hiện được tại các trung tâm y tế lớn như bệnh viện Nhi Trung ương nên còn rất nhiều người bệnh chưa được chẩn đoán và điều trị kịp thời, đặc biệt người bệnh thuộc các tỉnh miền núi, biên giới, vùng sâu, vùng xa. Trong thời gian 2015-2022 tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi

chẩn đoán và điều trị cho 17 người bệnh TSTTBS đều mang NST 46,XX của người nữ có các triệu chứng điển hình như cơ bắp phát triển, sạm da, phì đại âm vật, vô kinh nguyên phát, vú kém phát triển khi dậy thì. 5 người bệnh từ 9-26 tuổi có ngoại hình và tính cách như người nam bình thường do điều trị muộn nên nồng độ testosterone cao kéo dài gây phì đại âm vật như dương vật, giọng trầm, vú không phát triển, tính cách người nam. Người bệnh TSTTBS phần lớn thuộc dân tộc thiểu số, sinh sống tại các tỉnh miền núi phía bắc, độ tuổi chẩn đoán thường sau 4 tuổi, thậm chí đến 26 tuổi, trong khi người bệnh nhỏ tuổi thường được chẩn đoán tại bệnh viện Nhi trung ương gồm cả nam và nữ, người kinh và các dân tộc khác đến nay đã có hơn 1000 trường hợp được theo dõi.

Về xét nghiệm, nồng độ testosterone rất cao như người nam khi trưởng thành mặc dù người bệnh là nữ, NST 46,XX và không có tinh hoàn nhưng lớp vỏ thượng thận sản sinh lượng lớn androgen. Ngoài ra nồng độ cortisol có thể thấp hoặc bình thường tùy thời điểm lấy mẫu do cortisol thay đổi nhanh do stress nhưng ACTH đều cao ở người bệnh TSTTBS. Nồng độ 17-OHP là tiền chất của cortisol tăng cao ở người bệnh TSTTBS và là xét nghiệm được dùng chẩn đoán TSTTBS từ những năm 1990 đến nay nhưng không đặc hiệu cho các thể TSTTBS và độ nhạy không cao bằng kỹ thuật định lượng steroid niệu bằng GC/MS. 11/17 người bệnh được làm steroid niệu đều cho kết quả thiếu 21-hydroxylase phù hợp với các công bố cho rằng TSTTBS do thiếu 21-hydroxylase chiếm 90-95% trường hợp TSTTBS [2,8]. Người bệnh

TSTTBS được chúng tôi chẩn đoán bằng các kỹ thuật hiện đại như kỹ thuật định lượng steroid niệu, phân tích đột biến gen tương tự thể giới [12].

Siêu âm hoặc MRI cho thấy 17 người bệnh TSTTBS có tử cung, buồng trứng, không có tinh hoàn tuy nhiên khi trưởng thành tử cung nhỏ hơn nhiều so với tuổi, buồng trứng nhiều nang nhỏ, không có nang trứng trưởng thành, không có hiện tượng rụng trứng do vậy người bệnh thường vô kinh nguyên phát gây vô sinh. 1 trường hợp có khối u tuyến thượng thận phải được phẫu thuật tại BV Việt Đức 2022, tương tự 3 trường hợp có u tuyến thượng thận ở người TSTTBS được Vũ Chí Dũng và cộng sự mô tả [13].

5. KẾT LUẬN

17 trường hợp chẩn đoán rối loạn phát triển giới tính thể 46,XX DSDs do TSTTBS điều trị muộn tại bệnh viện HN Việt Đức thời gian 2015-2022, trong đó:

Độ tuổi khám từ 4 đến 26 tuổi, 3 người đã chẩn đoán TSTTBS trước đó.

15 người thuộc dân tộc thiểu số sinh sống tại các tỉnh miền núi phía bắc

12 người có ngoại hình nữ, phì đại âm vật Prader II-IV, vú kém phát triển, vô kinh nguyên phát khi dậy thì. 5 người có ngoại hình nam, không có tinh hoàn hai bên, lỗ đái thấp.

Xét nghiệm 17 người mang NST 46,XX, nồng độ testosterone cao như người nam, ACTH cao, steroid niệu đặc trưng cho TSTTBS thể thiếu 21-hydroxylase.

Siêu âm, MRI có hình ảnh tuyến thượng thận phì đại hai bên, tử cung thường nhỏ hơn tuổi khi dậy thì kèm buồng trứng kém phát triển, đa nang nên suy giảm khả năng sinh sản. Trong đó 1 người có khối u tuyến thượng thận phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Biason-Laubert A, Zachmann M, Disorders of Steroid synthesis and metabolism, Physician's Guide to the laboratory diagnosis of metabolic diseases, Second edition, Springer, 1996, 551-572.
- [2] New MI, Oksana L, Karen LS et al., Congenital Adrenal Hyperplasia, Genetic Steroid Disorders, Elsevier, San Diego, CA, 2013.
- [3] New MI, 21-Hydroxylase deficiency: Classical & Nonclassical congenital adrenal hyperplasia. Edition Elsevier, San Tiago, CA, 2006.

- [4] Vũ Chí Dũng, Nghiên cứu các dạng đột biến gen gây bệnh tăng sản thượng thận bẩm sinh thiếu 21-hydroxylase, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [5] Trần Thị Ngọc Anh, Trần Thị Chi Mai, Nguyễn Việt Hoa và cộng sự, Một số bệnh lý rối loạn phát triển giới tính gặp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2015-2022. Tạp chí y học Cộng Đồng 63:7, 2022 26-34.
- [6] Trần Thị Ngọc Anh, Nghiên cứu định lượng steroid niệu bằng GC/MS trong chẩn đoán rối loạn sinh tổng hợp steroid bẩm sinh ở trẻ em. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [7] Van der Kamp HJ, Jan MW, Neonatal screening for congenital adrenal hyperplasia. European Journal of Endocrinology 151, 2004, 71-75.
- [8] Caulfield MP, Lynn T, Gottschalk ME et al., The diagnosis of congenital adrenal hyperplasia in the newborn by Gas Chromatography/Mass Spectrometry analysis of random urine specimens. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 87, 2002, 3682-3690.
- [9] Chan AO, Shek CC, Urinary steroid profiling in the diagnosis of congenital adrenal hyperplasia and disorders of sex development: Experience of a urinary steroid referral centre in Hong Kong. Clinical Biochemistry 46, 2012, 327-334.
- [10] Lucas-Herald AK, The pitfalls associated with urinary steroid metabolite ratios in children undergoing investigations for suspected disorders of steroid synthesis, Int J Pediatr Endocrinol, 2015, 1-10.
- [11] Trần Thị Ngọc Anh, Trần Thị Chi Mai, Trần Minh Điền & CS, Ba bệnh nhân mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh thể thiếu hụt 21-hydroxylase điều trị muộn tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 457, tháng 8, số 1, 2017, 53-57.
- [12] Trần Thị Ngọc Anh, Trần Thị Chi Mai, Trần Minh Điền & CS, Định lượng steroid niệu bằng phương pháp sắc ký khí-khôi phổ trong chẩn đoán tăng sản thượng thận bẩm sinh và rối loạn phát triển giới tính. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 22, số 3, 2018, 196-203
- [13] Vũ Chí Dũng, Nguyễn Phú Đạt, Tăng sản thượng thận bẩm sinh do thiếu 21-hydroxylase và u vô thượng thận. Y học Việt Nam, 2 (383), 2011, 21-25.



DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT CAUSE BY MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME IN VIET DUC HOSPITAL: A CASE REPORT

Tran Thi Ngoc Anh*, Nguyen Viet Hoa

Viet Duc Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser syndrome (MRKH syndrome) is rare disorders of sex development (DSDs) in a patient with normal karyotype 46,XX. MRKH syndrome is characterized by congenital aplasia of the uterus, pelvis and the 2/3 upper part of the vagina in a woman with normal 46,XX karyotype because the Mullerian duct undeveloped in period fetus.

Method: Case report.

Result: In Vietduc University hospital, at 2020, we dignosted a girl with MRKH. She was 11 years old, karyotype 46,XX normal but primary amenorrhea. She had an unicornuate uterus left and the upper of vaginal and pelvis were undevelop with right kidney hypoplastic. This patient was surgical remove right kidney and tumor at pelvis, result was traces of Mullerian tube. This is a rare case report with DSD by MRKH, the diagnostic and treatment was difficult.

Conclusion: A rare case of disorders of sex development had diagnostic in Vietduc hospital with Mayer–Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome type II. This patient had anomalies gynecology and urinary systems.

Key words: Disorders of sex development (DSDs), Mayer-Rotansky-Kuster-Hause

*Corresponding author
Email address: ngocanhbm@gmail.com
Phone number: (+84) 904395444

MỘT TRƯỜNG HỢP RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN GIỚI TÍNH DO HỘI CHỨNG MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Thị Ngọc Anh*, Nguyễn Việt Hoa

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Hội chứng Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser (MRKH) là một trong những nguyên nhân ít gặp gây rối loạn phát triển giới tính ở nữ (nhiễm sắc thể 46,XX). Người bệnh có bất thường về giải phẫu cơ quan sinh dục như cổ tử cung và 2/3 trên âm đạo không phát triển, teo nhỏ hoặc có cấu trúc bất thường do sự phát triển bất thường của ống Muller trong thời kỳ bào thai gây vô sinh nữ.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả ca bệnh MRKH tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Kết quả: Năm 2020, chúng tôi gặp một trường hợp mắc hội chứng MRKH ở một người bệnh nữ, 11 tuổi mang nhiễm sắc thể 46,XX không có bất thường mức độ nhiễm sắc thể, vô kinh nguyên phát. Người bệnh có tử cung một sừng bên trái, cổ tử cung và phần trên âm đạo teo nhỏ kèm thận phải teo nhỏ. Người bệnh đã được phẫu thuật cắt bỏ thận phải và khối vùng tiểu khung, sinh thiết cho thấy đây là phần vòi tử cung bên phải, vết tích của ống Mullerian.

Kết luận: Đây là ca lâm sàng mắc rối loạn phát triển giới tính do MRKH type II điển hình được chẩn đoán và theo dõi điều trị tại Bệnh viện HN Việt Đức.

Từ khóa: Rối loạn phát triển giới tính, hội chứng Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Mayer Rokitansky Kuster Hauser (MRKH syndrome) là bệnh lý rối loạn phát triển giới tính hiếm gặp do bất thường cấu trúc giải phẫu cơ quan sinh dục nữ trong đó tử cung kém hoặc không phát triển kèm âm đạo dạng túi cùng. Tần suất hội chứng MRKH khoảng 1:4500 đến 1:5000 trẻ nữ khi sinh ra [1,2]. MRKH là một thể trong số nhiều thể của dị dạng tử cung bên cạnh các bất thường tử cung khác như tử cung 1 sừng, tử cung đôi, tử cung có vách ngăn, tử cung hình cung. Người bệnh MRKH thường chẩn đoán muộn khi dậy thì vì vô kinh nguyên phát, không thể mang thai tự nhiên là nguyên nhân gây vô sinh nữ. Bản chất hội chứng MRKH do ống Mullerian kém phát triển, thiếu sản ở thời kỳ bào thai gây teo cổ tử cung và 2/3 trên âm đạo [2,3]. Hội chứng MRKH chia làm 2 type. MRKH type I chỉ có bất thường tử cung và âm đạo đơn thuần

chiếm khoảng 56%-72% người bệnh có buồng trứng hoạt động bình thường và khi dậy thì xuất hiện các đặc tính sinh dục phụ thứ phát. MRKH type 2 kết hợp giữa bất thường cơ quan sinh sản với bất thường các cơ quan khác trong cơ thể như bất thường thận - niệu quản, xương, thính giác, tim mạch (MRKH type II hoặc MURCS association) chiếm khoảng 28%-44% [2]. Hội chứng MRKH có thể kết hợp với bất sản buồng trứng hai bên (ovarian agenesis) gây vô kinh nguyên phát, vô sinh nữ và không xuất hiện các đặc tính sinh dục phụ khi đến tuổi dậy thì [4,5,6].

Rối loạn phát triển giới tính (disorders of sex development: DSDs) là nhóm bệnh lý phức tạp do rối loạn biệt hóa cơ quan sinh dục thời kỳ bào thai, hoặc rối loạn tổng hợp hormone sinh dục, hoặc bất thường thụ thể androgen và nhiều nguyên nhân khác [7,8]. Từ 2006, bản đồng thuận tại Chicago chia rối loạn phát

*Tác giả liên hệ
Email: ngocanhbm@gmail.com
Điện thoại: (+84) 904395444



triển giới tính ra 3 nhóm là rối loạn phát triển giới tính ở người có bất thường nhiễm sắc thể (NST) giới tính; rối loạn phát triển giới tính ở người có NST 46,XX (46,XX DSDs); rối loạn phát triển giới tính ở người có NST 46,XY (46,XY DSDs) [8]. Trong đó chiếm hơn 90% nguyên nhân gây 46,XX DSDs là do mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh gây tăng tổng hợp hormon sinh dục nam ở người nữ gây nam hóa, phì đại âm vật, buồng trứng đa nang, tử cung và âm đạo kém phát triển gây vô sinh nữ. Hiếm gặp các nguyên nhân khác gây rối loạn phát triển giới tính 46,XX DSDs như hội chứng MRKH hoặc 46,XX Ovotesticular, trong đó rối loạn biệt hóa cơ quan sinh dục thời kỳ bào thai 46,XX Ovotesticular DSDs làm cho người bệnh có cả cơ quan sinh dục nam và nữ trên cùng cơ thể. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, hàng năm khám và điều trị cho nhiều người bệnh mắc rối loạn phát triển giới tính như tăng sản thượng thận bẩm sinh, hội chứng không nhạy cảm androgen, thiếu enzyme 5 α -reductase type 2, Ovotesticular, hội chứng Swyer [9]. Trong số những trường hợp mắc rối loạn phát triển giới tính được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức có một trường hợp mắc hội chứng MRKH điển hình. Chúng tôi xin giới thiệu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người mắc hội chứng MRKH được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2020.

2. CA LÂM SÀNG

Người bệnh giới tính nữ, sinh năm 2009, khám bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2020 lúc 11 tuổi. Lần đầu,

người bệnh đến khám tại Bệnh viện Sản-Nhi Thái Bình tháng 4 năm 2019 do đau bụng hàng tháng, chưa có kinh nguyệt. Qua thăm khám bác sĩ nghi ngờ u nang buồng trứng. Người bệnh đã được phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng, tuy nhiên trong phẫu thuật thấy có nhiều bất thường như người bệnh chỉ có 1 thận trái, có khối u vùng cổ bàng quang nghi bất thường về sinh dục và hệ tiết niệu (theo dõi sa lồi niệu quản, u bàng quang).

Tiền sử gia đình người bệnh không có ai mắc rối loạn phát triển giới tính, bố mẹ không kết hôn cận huyết, và người bệnh là con duy nhất trong gia đình.

Đặc điểm lâm sàng lúc 11 tuổi:

Người bệnh có chiều cao 140 cm, nặng 40 kg, ngoại hình nữ, vú phát triển giai đoạn Tanner B2, lông mu phát triển giai đoạn Tanner P3. Bộ phận sinh dục ngoài dạng nữ, âm vật phì đại và chẻ đôi, môi lớn nhăn nheo, có âm đạo dạng túi cùng ra nhiều dịch. Người bệnh không có kinh nguyệt, thường đau bụng hàng tháng từ hơn 1 năm trước.

Siêu âm: Hình ảnh thận trái duy nhất, không thấy thận phải ở vị trí hố thận. Tử cung kích thước bình thường, không có dịch.

Nhiễm sắc thể: 46,XX không có bất thường mức độ nhiễm sắc thể.

Xét nghiệm nội tiết và so sánh với giá trị bình thường của người nữ trưởng thành.

Bảng 1: Nồng độ hormon trong máu của người bệnh

Xét nghiệm	Kết quả người bệnh	Khoảng tham chiếu ở nữ trưởng thành	Nhận xét
FSH (IU/L)	5,22	1,7-21,5	Bình thường
LH (IU/L)	19,72	1,0-95,6	Bình thường
Estradiol (pmol/L)	252,5	114-1959	Bình thường
Testosterone (nmol/L)	1,32	< 1,67	Bình thường

Nồng độ FSH, LH, estradiol của người bệnh trong giới hạn bình thường. Nồng độ estradiol thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt, cao nhất ở giai đoạn rụng trứng.

Chụp cộng hưởng (MRI)

Không quan sát thấy thận phải ở vị trí hố thận hay vị trí khác trong ổ bụng. Thận trái hình thái và kích thước bình thường, dọc thận 121 mm, không thấy tín hiệu bất thường. Bàng quang bình thường.

Tử cung nằm lệch trái, kích thước thân 31x46 mm, thành đều, nội mạc dày 5 mm, buồng tử cung không có dịch, không có khối khu trú. Cổ tử cung teo nhỏ không quan sát thấy.

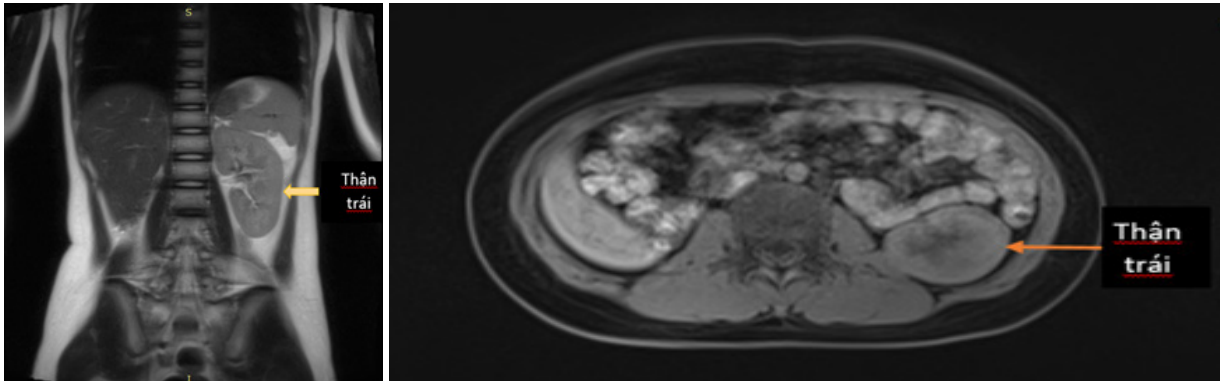
Âm đạo: Bên trong có ít dịch, đoạn cao âm đạo nhỏ khó xác định.

Buồng trứng trái kích thước bình thường, có vài nang trứng, nang lớn đường kính 15 mm. Buồng trứng phải không quan sát thấy.

Không quan sát thấy tuyến tiền liệt và túi tinh hai bên.

Kết luận: Hình ảnh dị dạng tử cung một sừng kèm thận trái duy nhất. Theo dõi cổ tử cung và đoạn trên âm đạo teo nhỏ.

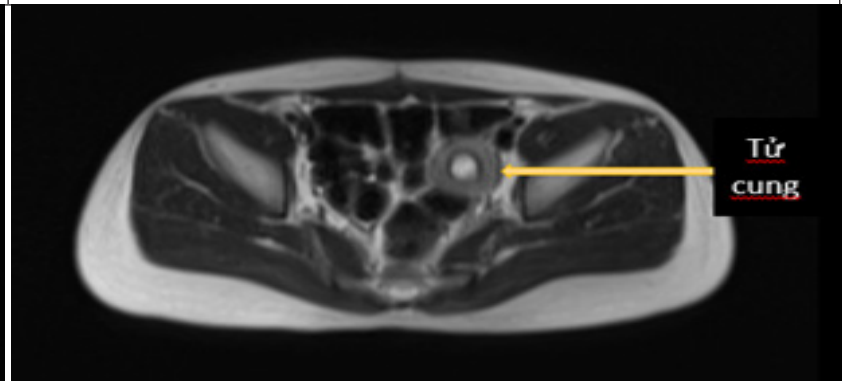
Hình 1: Hình ảnh thận trái duy nhất trên MRI



Hình 2: Tử cung bình thường, cổ tử cung không quan sát thấy trên MRI



Hình 3: Tử cung nằm lệch trái



Điều trị:

Từ 23/4/2019 đến 7/5/2019 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. Từ 8/8/2019 đến 19/8/2019 điều trị nội khoa với chẩn đoán U bàng quang/ dị dạng niệu quản/ theo dõi nang buồng trứng tại bệnh viện Nhi Thái Bình.

Từ 13/11/2019 đến 19/12/2019 điều trị tại bệnh viện Saint' Mary (Hàn Quốc) với chẩn đoán âm đạo dạng túi cùng, bất sản cổ tử cung, tử cung một sừng. Ngày 4/12/2019, phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Saint' Mary, khi nội soi quan sát thấy thận phải teo nhỏ và không có chức năng nên thực hiện cắt thận phải và khoảng 2 cm niệu quản làm giải phẫu bệnh. Có một khối u lớn vùng tiểu khung không phải là u của niệu quản. Khối u này liên quan trực tiếp với âm đạo, trong quá trình cắt khối u lớn các bác sĩ đã làm tổn thương đến gốc âm đạo khoảng 1cm và đã khâu phục hồi lại.

Về giải phẫu, có sự liên quan giữa khối u lớn vùng tiểu khung và toàn bộ cơ quan sinh dục của người bệnh được khẳng định nhờ sự trợ giúp của bác sĩ chuyên khoa sản phụ cho kết luận rằng người bệnh nữ có bất thường ống Muller (Mullerian duct anomaly).

Giải phẫu bệnh: tổ chức thận phải mất chức năng và

khối u tiểu khung.

Thận phải: về đại thể đây là khối kích thước 2.0 x 1.3 x 0.7 cm có một nang đường kính 0,3cm. Tổ chức thận không có chức năng, bất sản bẩm sinh thận trên vi thể (hypoplastic kidney).

Khối u tiểu khung: về đại thể đây là khối có kích thước 7x6x3cm. Cắt lát thấy cấu trúc bên trong mịn, có cấu trúc dạng khoang với lớp cơ dày ở thành. Lát cắt thấy một khu vực hình phễu. Vi thể cho thấy có các tế bào biểu mô hình trụ và chất nhày lót trong các khoang với lớp cơ dày ở thành khoang. Hình ảnh này phù hợp với ống Mullerian bất thường. Nhiều khả năng đây là sừng phải của tử cung không gắn với tử cung.

Chẩn đoán xác định: Rối loạn phát triển giới tính do mắc hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser type II với đặc điểm buồng trứng trái bình thường, tử cung một sừng, teo cổ tử cung và phần trên âm đạo, teo thận phải.

Hướng điều trị tiếp theo người bệnh hiện tại không có sự thông giữa tử cung và âm đạo, âm đạo dạng túi cùng nên đau bụng khi hành kinh, đồng thời gây vô sinh nguyên phát. Tạo hình âm đạo để có thể quan hệ tình dục bằng biện pháp nong âm đạo hoặc phẫu thuật khi

người bệnh có nhu cầu. Đồng thời cân nhắc phẫu thuật lập lại lưu thông giữa tử cung và âm đạo để giải quyết đau bụng khi có kinh nguyệt. Khi trưởng thành, người bệnh mong muốn sinh con có thể nhờ mang thai hộ hoặc xem xét việc ghép tử cung, kỹ thuật này đã được thực hiện một số ít người bệnh mắc MRKH trên thế giới. Kỹ thuật ghép tử cung hiện chưa thực hiện tại Việt Nam.

3. BÀN LUẬN

Cấu trúc của tử cung, vòi trứng, cổ tử cung và phần trên âm đạo được hình thành từ hai ống Muller ở thời kỳ bào thai khoảng từ tuần thứ 6 đến tuần thứ 12 và hoàn thiện cơ quan sinh dục nữ vào tuần thứ 20 của thai kỳ. Khi sự phát triển ống Muller không bình thường gây bất thường cấu trúc cơ quan sinh sản nữ được gọi là bất thường ống Muller (Mullerian anomalies hoặc Mullerian duct dysgenesis). Người bệnh có bất thường tử cung, âm đạo như tử cung có vách ngăn, tử cung hai sừng, tử cung kém phát triển, nhiều trường hợp gây vô kinh nguyên phát và dẫn tới vô sinh [1,2]. Đặc trưng của hội chứng MRKH type I là bất sản bẩm sinh của tử cung và 2/3 trên của âm đạo ở người nữ có các đặc tính sinh dục phụ và nhiễm sắc thể 46,XX bình thường.

Trong thông báo của chúng tôi, người bệnh là nữ, mang NST 46,XX không có bất thường ở mức độ NST. Người bệnh là con duy nhất trong gia đình không có tiền sử bất thường. Thời điểm khám vào tháng 3/2020, người bệnh đã có dấu hiệu dậy thì (giai đoạn Tanner 2) như vú phát triển giai đoạn B2, lông mu phát triển giai đoạn P3, tuy nhiên chưa có kinh nguyệt do buồng tử cung không thông với âm đạo vì teo cổ tử cung và phần trên âm đạo. Người bệnh có buồng trứng bên trái bình thường và tử cung có niêm mạc bình thường nên có khả năng có kinh nguyệt. Tuy nhiên, người bệnh thường đau bụng do kinh nguyệt không thoát được ra ngoài khi bong niêm mạc tử cung trong chu kỳ vì cổ tử cung và âm đạo bị teo nhỏ. Người bệnh được phát hiện nhiều bất thường về hệ tiết niệu và hệ sinh dục qua chụp cộng hưởng từ như thận trái bình thường (hình 1), tử cung nằm lệch trái (hình 3), phần cổ tử cung và phần trên âm đạo teo nhỏ không thấy trên cộng hưởng từ (hình 2). Người bệnh có tử cung một sừng bên trái, buồng trứng trái và vòi trứng trái bình thường quan sát thấy trong phẫu thuật tại Hàn Quốc.

Người bệnh không có vòi trứng và buồng trứng bên phải, có khối bất thường vùng hố chậu được phẫu thuật nội soi và làm giải phẫu bệnh thấy thận phải teo nhỏ không phát triển và không có chức năng (hypoplastic kidney), cổ tử cung và phần trên âm đạo teo nhỏ, khối u vùng tiểu khung là một phần sừng tử cung bên phải ở vị trí bất thường không thông với tử cung mà gắn với âm đạo có cấu trúc nang với thành cơ dày giống cấu trúc ống Mullerian.

Về xét nghiệm người bệnh không có bất thường về nồng độ các hormon trong máu như FSH, LH, estradiol do buồng trứng trái bình thường có hoạt động và quan sát thấy các nang trứng trên chụp cộng hưởng từ. Buồng trứng phải không quan sát thấy trên cộng hưởng từ, cùng tử cung có một sừng bên trái không có sừng bên phải chứng tỏ ống Mullerian bên phải phát triển bất thường trong thời kỳ bào thai.

Điều trị: Người bệnh MRKH có thể được điều trị nong hoặc phẫu thuật tạo hình âm đạo, ghép tử cung nếu có nhu cầu sinh con bằng tử cung ghép. Trước hết, người bệnh cần được tái lập lại giải phẫu cơ quan sinh dục, thông giữa tử cung với âm đạo để khi có kinh nguyệt có thể thoát ra ngoài qua đường âm đạo, hiện nay có thể tạo hình cổ tử cung bằng đoạn ruột để thông với âm đạo tuy nhiên kỹ thuật cần thực hiện sau khi xác định được khoảng cách từ tử cung đến âm đạo. Đồng thời cân nhắc khi trưởng thành mong muốn sinh con có thể xem xét ghép tử cung. Kỹ thuật cấy ghép tử cung và sinh ra em bé đầu tiên từ tử cung ghép vào năm 2014 tại Thụy Điển [3]. Vì việc mang thai hộ được phép thực hiện tại một số quốc gia nên số lượng người ghép tử cung không nhiều. Tuy nhiên phẫu thuật ghép tử cung chưa thực hiện tại Việt Nam và với người bệnh MRKH này việc ghép tử cung chưa khả thi vì người bệnh nhỏ tuổi, chưa có gia đình, chưa có nhu cầu sinh con. Vì không thiếu các hormon nên người bệnh không có chỉ định điều trị bổ sung thêm hormon sinh dục như người bệnh mắc không có buồng trứng, suy sinh dục do thiếu hormon sinh dục [10].

Hội chứng MRKH có hai type là hội chứng Rokitansky đơn thuần (type I) và type II là kết hợp bất sản ống Muller với bất thường cơ quan khác hay gặp nhất là bất thường thận-niệu quản (thận mất chức năng, thận móng ngựa) hoặc xương bất thường (gù vẹo cột sống) hoặc bất thường các cơ quan khác trong cơ thể như bệnh lý bẩm sinh tim-mạch, giảm thính giác [1,3]. Trong đó khoảng 40% người bệnh mắc hội chứng MRKH có bất thường hệ tiết niệu phân thận và niệu quản [1,2]. Người bệnh trong báo cáo này mắc hội chứng MRKH type II do có bất thường của tử cung, âm đạo cùng với bất thường của thận phải teo nhỏ.

4. KẾT LUẬN

Hội chứng MRKH type II được chúng tôi chẩn đoán ở một người bệnh nữ 11 tuổi có bất thường bẩm sinh hệ sinh dục - tiết niệu với cổ tử cung và phần trên âm đạo teo nhỏ kèm thận phải teo nhỏ, buồng trứng phải và vòi tử cung bên phải không phát triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Karine M, Laure C, Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser (MRHK) syndrome. Orphanet Journal of Rare Diseases 2: 13. <http://doi:10.1186/1750-2-13>, 2007.
- [2] Atsuko M, Yusuke K, Keiyo I et al., Case series of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: analysis of 17 cases. Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 50(1). <http://doi.org/10.31083/j.ceor5001001>, 2023.
- [3] Morten KH, Michael BP, Mats B, Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. Orphanet Journal of Rare Diseases 15:214, <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01491-9>, 2020.
- [4] Arnab N, Tiswampati N, Debadyuti D et al., Ovarian agenesis and Mullerian duct dysgenesis in a karyotypically normal (46,XX) pre-pubertal girl with aberrant cognition: A case report and literature review. International Journal of Medical Review and Case report 3(8), 2019, 535-541.
- [5] Shabi K, Kais C, Mouna FM et al., Gonadal dysgenesis and the Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome in a girl with a 46,XX karyotype: A case report and review of literature. Indian J Endocrinol Metab;17(3): 505-508, 2013.
- [6] Sriharibabu M, CH Veeraabhinav, Mounica J et al., A rare case of 46,XX gonadal dysgenesis and Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser syndrome. Journal of Human Reproductive Sciences, 9(4), 2016, 263-266.
- [7] Hughes IA, Houk C, Ahmed SF et al., Consensus statement on management of intersex disorders. Leading Article: 554-562, 2006.
- [8] Mary GA, Olga M, Fernando S et al., Disorders of sex development: Current status and progress in the diagnostic approach. Current Urology, 13: 169-178, 2019
- [9] Trần Thị Ngọc Anh, Trần Thị Chi Mai, Nguyễn Việt Hoa & CS, Một số bệnh lý rối loạn phát triển giới tính gặp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2015-2022. Tạp chí Y học Công Đồng 63:7: 26-34, 2022.
- [10] Bousfiha N, Errarhay S, Saadi H et al., Gonadal dysgenesis 46,XX associated with Mayer-Rotansky-Kuster-Hauser syndrome: one case report. Obstetrics and Gynecology International, Article IN 847370, doi: 10.1155/2010/847370, 2010.



RESEARCH TREATMENT DILATATION OT THE FORESKIN STENOSIS IN CHILDREN AT HAI NGOAI GENERAL CLINIC, FROM 2022-2023

Le Ngoc Hai

National Rehabilitation Hospital – 27 Le Loi, Truong Son, Sam Son city, Thanh Hoa, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 03/06/2023; Accepted 29/06/2023

ABSTRACT

Objectives: Review clinical characteristics of foreskin stenosis in children and evaluate results of foreskin dilation due to narrowing of the foreskin.

Subjects and research methods: All children aged 19 months to 72 months had grade I-II foreskin stenosis according to Kayaba. A cross-sectional descriptive study without a control group: The study characteristics included: age, foreskin characteristics, inflammation of the glans area, condition of the foreskin mucosa, results of foreskin dilation.

Results: Mean age 48.11 ± 13.65 months old, Grade I: 62.96%; Grade II 37.07 %, of which 6.17% penile subsidence; Average length of penis in grade I stenosis: 2.68 ± 0.77 cm; Grade II stenosis: 2.68 ± 0.59 cm; Penis subsidence 0.75 ± 0.27 cm; there was a difference in mean penis length between groups with $p < 0.05$. Condition of the glans mucosa: Adhesion of the outer part of the glans mucosa 19.75%; total glans adhesion 80.25%; Bad white scum: 58.02%; Wet inflammation has bad odor 41.98% with $p < 0.05$. High traction brake 81.48%; Sticking between 11.11%; low adhesion 7.41% with $p < 0.05$. Bleeding brake brake 9.88%; foreskin bleeding: 4.94%; no bleeding 85.19%; edema 3.38 ± 0.72 days; after 1 month of adhesions: 93.15%; After 3 months 100.0 no stenosis.

Conclusion: For male children with narrowing of the foreskin, it is not possible for parents to dilate the foreskin on their own, requiring circumcision intervention from a male specialist. Braking rate is high in adhesions of the glans. The results of foreskin dilatation in boys are positive. Early dilation is necessary for better development of the glans and to prevent infection of the foreskin due to deposition.

Keywords: Phimosi, paraphimosi, foreskin stenosis, male children

*Corresponding author
Email address: haingoaiqhqt@gmail.com
Phone number: (+84) 912068188

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ NONG BAO QUY ĐẦU DO HẸP Ở TRẺ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA HẢI NGOẠI, TỪ 2022-2023

Lê Ngọc Hải

Bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng Trung ương – 27 Đường Lê Lợi, phường Trường Sơn, TP. Sầm Sơn, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/06/2023; Ngày duyệt đăng: 29/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng của hẹp bao quy đầu (BQĐ) ở trẻ và đánh giá kết quả nong BQĐ do hẹp BQĐ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả các trẻ độ tuổi 19 tháng đến 72 tháng tuổi có hẹp BQĐ độ I-II theo Kayaba. Nghiên cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng: Các đặc điểm nghiên cứu gồm: tuổi, đặc điểm BQĐ, tình trạng viêm nhiễm vùng quy đầu, tình trạng niêm mạc quy đầu, kết quả nong BQĐ.

Kết quả: Tuổi trung bình $48,11 \pm 13,65$ tháng tuổi, độ I: 62,96%; độ II 37,07 %, trong đó có 6,17% lún dương vật; Chiều dài dương vật trung bình ở hẹp độ I: $2,68 \pm 0,77$ cm; hẹp độ II: $2,68 \pm 0,59$ cm; lún dương vật $0,75 \pm 0,27$ cm; có sự khác biệt về chiều dài dương vật trung bình giữa các nhóm với $p < 0,05$. Tình trạng niêm mạc quy đầu: dính niêm mạc quy đầu phần ngoài 19,75%; dính toàn bộ quy đầu 80,25%; bựa trắng hôi: 58,02%; Viêm ướt có mùi hôi 41,98% với $p < 0,05$. Phanh hãm bám cao 81,48%; Bám giữa 11,11%; bám thấp 7,41% với $p < 0,05$. Chảy máu phanh hãm 9,88%; chảy máu BQĐ: 4,94%; không chảy máu 85,19%; phù nề $3,38 \pm 0,72$ ngày; hết hẹp dính sau 1 tháng: 93,15%; sau 3 tháng 100,0 hết dính hẹp.

Kết luận: Trẻ nam bị hẹp BQĐ, Phụ huynh tự nong BQĐ là không khả thi, cần có sự can thiệp nong BQĐ từ bác sĩ chuyên khoa nam. Tỷ lệ phanh hãm bám cao trong dính phần quy đầu. Kết quả nong BQĐ ở trẻ nam là khả quả, cần nong sớm để quy đầu phát triển được tốt hơn và phòng ngừa viêm nhiễm vùng quy đầu do lắng đọng.

Từ khóa: Phimosis, paraphimosis, hẹp bao quy đầu, trẻ nam

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp bao quy đầu (BQĐ) là bệnh thường gặp ở trẻ nam. Nếu BQĐ bị hẹp không lộn ra được gọi là Phimosis [1]. Nếu BQĐ bị hẹp và lộn xuống được nhưng tạo vòng thắt quanh dương vật thì gọi là Paraphimosis, có tới 90% trẻ nhỏ dưới 3 tuổi chưa lộn ra được.

Trong quá trình phát triển bình thường của trẻ sơ sinh thì phần da này không co rút do lớp biểu mô bên trong của BQĐ và quy đầu còn dính vào nhau. Tuy nhiên quá trình phát triển thì BQĐ dần dần thu lại làm lộ quy đầu và sừng hóa biểu mô bên trong BQĐ.

Hẹp BQĐ dễ gây nên các viêm nhiễm vùng da, niêm mạc quy đầu, tăng nguy cơ lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt hẹp BQĐ còn có thể gây cản trở sự phát triển của dương vật. Các trường hợp viêm nhiễm nặng vùng BQĐ hoặc quy đầu có thể dẫn đến vô sinh, thậm chí gây ung thư dương vật. Xử lý nong điều trị hẹp BQĐ ở trẻ mầm non giúp vệ sinh dương vật dễ dàng, thuận lợi trong sinh hoạt hàng ngày, đồng thời việc giải phóng hẹp – nghẹt BQĐ sẽ là tiền đề thuận lợi cho phát triển dương vật được tốt hơn, phòng ngừa các nguy cơ trên. Có nhiều biện pháp xử lý hẹp – nghẹt BQĐ ở trẻ như nong BQĐ, cắt BQĐ. Ở Mỹ, trung bình có khoảng một triệu bé trai được cắt BQĐ

*Tác giả liên hệ
Email: haingoaiqhqt@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912068188

hàng năm, tỷ lệ cắt BQĐ là 70%, trong khi ở Anh là 6%, Nigeria là 87% [2].

Trước vấn đề quan tâm chăm sóc đến sức khỏe tình dục của bé trai từ các phụ huynh đã đúng, an toàn hay chưa, có được khuyến cáo và tư vấn từ bác sĩ nam khoa hay không cho việc chăm sóc để giúp sự phát triển cơ quan sinh dục của trẻ được bình thường, được tốt hơn cần có sự đánh giá khoa học tại cộng đồng. Để có thêm bằng chứng về xử lý hẹp BQĐ ở trẻ trong độ tuổi mầm non, đặc điểm lâm sàng của hẹp BQĐ và đánh giá kết quả nong BQĐ ở trẻ tại Thanh Hóa - chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng hẹp BQĐ, đánh giá kết quả nong BQĐ ở trẻ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 81 trẻ độ tuổi 19 đến 72 tháng được nong BQĐ tại Phòng khám đa khoa Hải Ngoại, đã được phụ huynh đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không nhóm

chúng: Các yếu tố nghiên cứu gồm: tuổi; đặc điểm lâm sàng vùng quy bị hẹp, phân loại mức độ BQĐ độ I-II theo phân loại Kayaba, kết quả sau nong.

2.3. Xử lý số liệu: được xử lý trên phần mềm Epi Info 7.2.5.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 81 trẻ trai được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình $48,11 \pm 13,65$ tháng, chúng tôi chia trẻ theo nhóm tuổi: Nhóm 1 có độ tuổi trung bình $30,73 \pm 5,44$ tháng; Nhóm 2 có độ tuổi trung bình $43,06 \pm 3,68$ tháng; Nhóm 3 có độ tuổi trung bình $59,26 \pm 6,55$ tháng với $p < 0,05$. Phụ huynh cho rằng cần cắt BQĐ sớm 83,95%; cần nong BQĐ sớm chỉ có 16,05%.

Qua nghiên cứu 81 trẻ được nong BQĐ, chúng tôi thu được kết quả.

Bảng 1. Đặc điểm số liệu thống kê theo nhóm tuổi (n=81)

Biến số Nhóm tháng tuổi	Tuổi trung bình	Cân nặng trung bình	Chiều cao trung bình	Số lượng	Tỷ lệ %
19 - 36 (nhóm 1)	$30,73 \pm 5,44$	$13,14 \pm 2,18$	$90,82 \pm 5,46$	22	27,16
37 - 48 (nhóm 2)	$43,06 \pm 3,68$	$15,38 \pm 7,18$	$98,18 \pm 4,69$	17	20,99
49 - 72 (nhóm 3)	$59,26 \pm 6,55$	$18,66 \pm 4,25$	$106,81 \pm 6,58$	42	51,85
Tổng cộng	$48,11 \pm 13,65$			81	100,0
	$p=0,00000$	$p=0,00000$	$p=0,00000$		

Tuổi trung bình của các bé trai $48,11 \pm 13,65$ tháng. Có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, chiều cao, cân nặng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng theo phân loại Kayaba (n=81)

Đặc điểm lâm sàng Phân loại theo Kayaba	Có bọt trắng, hôi	Viêm ướt có mùi hôi	Tổng số	Tỷ lệ %
Độ I	41	10	51	62,96
Độ II	6	24	30	37,07
Tổng cộng	47	34	81	100,0
Tỷ lệ	58,02	41,98		
$p=0,0000000559$				

Tỷ lệ BN có bọt trắng và mùi hôi chiếm đa số (58,02%), trong đó hẹp BQĐ có bọt trắng và hôi chiếm 41/47BN

Bảng 3. So sánh vị trí phanh với tình trạng niêm mạc khi nong (n= 81)

Phân độ theo Kayaba Vị trí phanh bám	ĐỘ I	ĐỘ II	Tổng số	Tỷ lệ %
Bám cao	43	23	66	81,48
Bám giữa	7	2	9	11,11
Bám thấp	1	5	6	7,41
Tổng cộng	51	30	81	100,0
Tỷ lệ %	62,96	37,04		
p=0,0388				

Vị trí bám cao chiếm đa số 81,48%. Có sự khác biệt giữa các vị trí phanh bám theo phân độ Kayaba với $p < 0,05$.

Bảng 4. Kết quả gần sau nong 1 tháng (n= 73)

Phân loại Kayaba Kết quả sau nong	Dính nhẹ niêm mạc vị trí gỡ hãm dương vật	Hết hẹp dính	Tổng số	Tỷ lệ %
Độ I	3	46	49	67,12
Độ II	2	22	24	32,88
Tổng cộng	5	68	73	100,0
Tỷ lệ %	6,85	93,15		
p=0,3652				

Không có bệnh nhi bị hẹp tái phát, bị dính sau 1 tháng là 6,85%. Các bệnh nhi hết hẹp dính chiếm đa số. Sau 3 tháng 100,0% hết hẹp dính.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Qua 81 trẻ nam được nong BQĐ tại phòng khám đa khoa Hải Ngoại, có tuổi trung bình $48,11 \pm 13,65$ tháng (bảng 1). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với khảo sát của Nguyễn Văn Dũng và CS khám 4007 trẻ trai tại 32 trường mầm non [3].

Từ kết quả thống kê tình trạng BQĐ theo phân độ Kayaba cho thấy với độ I-II của Kayaba, thì việc vệ sinh cho trẻ là rất khó khăn, bên cạnh đó nguyên nhân khách quan là phụ huynh của trẻ chỉ vệ sinh bên ngoài vùng sinh dục 92,59% mà không lộn để rửa bên trong, chỉ có 7,41% có xu hướng nong khi vệ sinh nhưng không nong được. Phụ huynh cho rằng cần cắt BQĐ sớm 83,95%; cần nong BQĐ sớm chỉ có 16,05%.

Kayaba H. và cộng sự chỉ ra rằng [4] bác sĩ và phụ huynh nên khuyến khích trẻ nam rửa tay thường xuyên và làm quen với tự vệ sinh sinh dục..

4.2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ hẹp bao quy đầu

Với kết quả thống kê cho thấy tỷ lệ phân độ hẹp BQĐ theo Kayaba: Độ I: 62,96% - độ II: 37,04%, chúng tôi không chọn các phân độ khác trong nghiên cứu. Khám bộ phận sinh dục ngoài của trẻ nam ghi nhận tất cả các trẻ tại thời điểm kiểm tra trước nong, BQĐ chưa co rút để lộ quy đầu ra được. 62,96% trẻ bị hẹp BQĐ độ I, 37,04% trẻ bị hẹp BQĐ độ II. Chiều dài DV ở các trường hợp hẹp độ I: $2,64 \pm 0,71$ cm; Hẹp độ II: $2,67 \pm 0,68$ cm; Lún dương vật $0,80 \pm 0,27$ cm; có sự khác biệt về kích thước DV có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Nghiên cứu về kích thước dương vật trên thế giới [5] chỉ ra rằng kích thước dương vật khi mới sinh ra là 1 cm. Như vậy so với kích thước chung thì tình trạng lún dương vật cần phải được lưu ý sớm để trẻ có thể phát triển bình thường, tránh tình trạng hẹp BQĐ làm DV trẻ càng khó phát triển bình thường như các bạn cùng trang lứa. Bên cạnh đó trẻ bị hẹp BQĐ cũng có chiều dài tương đối của DV ngắn hơn so với trẻ không bình thường thất hẹp hay hẹp BQĐ.

Chúng tôi nhận thấy khi nong BQĐ, tình trạng bura trắng, có mùi hôi chiếm 58,02%; viêm ướt niêm mạc quy đầu và có mùi hôi 41,98%; tỷ lệ trẻ hẹp BQĐ có bura trắng và hôi chiếm 41/47 trẻ, có sự khác biệt giữa

các phân độ với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê (bảng 2). Điều này cho thấy về mặt chủ quan là trẻ nhỏ chưa biết cách vệ sinh vùng sinh dục. Trong 81 trường hợp nóng tách BQĐ, có 19,75% chỉ dính niêm mạc BQĐ với niêm mạc quy đầu ở phần ngoài, dính niêm mạc BQĐ với phần niêm mạc quy đầu chiếm đa số (80,25%). So sánh phần niêm mạc bình dính với tình trạng bên trong khi tách ra thấy dính phần quy đầu có bựa trắng hôi chiếm đa số 41/65BN, có sự khác biệt với $p < 0,05$. Chúng tôi cho rằng do dính hẹp BQĐ nên hậu quả ban đầu là các điểm bám của phanh hãm quy đầu bám cao chiếm đa số 81,48%; có sự khác biệt giữa các vị trí phanh bám theo phân độ Kayaba với $p < 0,05$ (bảng 3).

Ghidini F và cộng sự [6] nghiên cứu mô học với bệnh viêm BQĐ xerotica obliterans của 97 trẻ trai được cắt BQĐ. Hệ số kappa của Cohen, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán, tỷ lệ và độ chính xác của sự xuất hiện vĩ mô của BQĐ, sử dụng steroid và tiền sử bệnh đã được ước tính. 48 trẻ (50%) bị ảnh hưởng bởi BXO; 31 người trong số họ (69%) có dấu hiệu lâm sàng gợi ý. Lỗ niệu đạo hẹp hoặc trắng 09 trẻ (19%); $p = 0,046$. Riêng bề ngoài của BQĐ tương quan nhẹ với mô học ($k = 0,494$; $p < 0,001$) và độ chính xác chẩn đoán là 75%.

Morris và cộng sự [7] nhận thấy các tổn thương viêm của dương vật và quy đầu hoặc cả hai có liên quan đến chảy máu dương vật, xơ cứng da quy đầu dẫn tới phimosis hoặc paraphimosis. Các bệnh thường gặp là nhiễm nấm men sinh dục, vi khuẩn đa bào. Tình trạng viêm này xảy ra ở mọi lứa tuổi, gây nhiễm trùng quy đầu nguyên phát hoặc thứ phát.

4.3. Kết quả nong bao quy đầu

Kết quả bước đầu thu được khi tiến hành nong BQĐ, chúng tôi nhận thấy: chảy máu vị trí phanh hãm chiếm 9,88%; chảy máu phần BQĐ chiếm 4,94%; và có 85,19 % không bị chảy máu khi nong. Như vậy tỷ lệ chảy máu khi nong BQĐ chiếm 14,81%. Sau nong, BQĐ bị phù nề trung bình $3,38 \pm 0,72$ ngày, có sự khác biệt giữa hai độ theo Kayaba có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau nong BQĐ, chúng tôi cho trẻ dùng thêm mỡ Emla và Silkerol bôi ngày 2 lần trong 6 tuần.

Quan điểm ủng hộ cắt BQĐ trên thế giới vì loại bỏ nguy cơ ung thư dương vật, phòng ngừa viêm nhiễm, HIV. Trên thực tế chúng tôi thấy rằng việc cắt BQĐ dù góp phần phòng chống các viêm nhiễm tại BQĐ, loại bỏ nguy cơ hoại tử DV do thắt hẹp BQĐ, song đối với trẻ mầm non nên tiến hành nong BQĐ sớm trong các trường hợp hẹp BQĐ, dính niêm mạc quy đầu là một can thiệp nhẹ nhàng để BQĐ tách khỏi niêm mạc quy đầu, từ đó giúp cho quy đầu phát triển tốt hơn, không bị co kéo hay ngắn hãm, việc nong có thể phối hợp với sử dụng thuốc giảm đau dạng mỡ (Emla) và mỡ Corticoid sẽ giúp mềm da, cải thiện tối đa tình trạng thắt hẹp BQĐ. Việc nong BQĐ hàng ngày nên được phụ huynh thực hiện khi vệ sinh vùng sinh dục ngoài cho trẻ.

Trong điều kiện xã hội hiện nay, nếu phụ huynh muốn cắt BQĐ sớm cần thực hiện tại bệnh viện để thuận lợi điều trị và chăm sóc vết thương. Chúng tôi cho rằng với trẻ nhỏ, nên cắt khi trẻ ý thức được vệ sinh cá nhân (thường sau 8-10 tuổi) là tốt nhất.

Chúng tôi đánh giá kết quả gần sau nong 1 tháng, kiểm tra được 73 trẻ thấy kết quả còn dính một phần niêm mạc tại vị trí gờ hãm dương vật chiếm 6,85%; không có trẻ nào bị hẹp tái phát (bảng 4). Kết quả gần, sau 3 tháng kiểm tra được 68 trẻ, toàn bộ các trẻ đã hết dính niêm mạc, BQĐ lộn xuống dễ dàng, không bị hẹp dính.

Trên thế giới, việc quan tâm tới tình trạng BQĐ đã diễn ra từ 15000 năm trước, có thể xuất phát từ văn hóa, sau phổ biến ở phương tây [8], khi đó, vấn đề đặt ra là cắt BQĐ bởi tôn giáo, văn hóa hay chủ nghĩa thực dụng thần bí. Một số nhà tâm lý lo ngại về chấn thương tâm lý đối với trẻ em [8] Nhiều tác giả chủ trương cắt BQĐ cho sơ sinh vì thực hiện đơn giản, nhanh, ít mất máu, ít đau đớn, chi phí rẻ và không gây stress sau cắt cho BN. Yue và cộng sự [9] áp dụng dụng cụ nong BQĐ cho 87 trẻ, sau nong có 03 trẻ đau, 02 phù nề và 35 trường hợp dính BQĐ sau 2 tuần. So với kết quả của Yue [9], kết quả của chúng tôi tốt hơn, rẻ và dễ thực hiện.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 81 trẻ nam được nong BQĐ từ 1/2022-4/2023, chúng tôi rút ra kết luận: Trẻ nam bị hẹp BQĐ, phụ huynh tự nong BQĐ là không khả thi, cần có sự can thiệp nong BQĐ từ bác sĩ chuyên khoa nam. Tỷ lệ phanh hãm bám cao trong dính phần quy đầu. Kết quả nong BQĐ ở trẻ nam là khả quả, cần nong sớm để quy đầu phát triển được tốt hơn và phòng ngừa viêm nhiễm vùng quy đầu do lẩn động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] ISSM, "What is phimosis?," <https://www.issm.info/sexual-health-qa/what-is-phimosis/>, 2019.
- [2] Abdulwahab-Ahmed A, Mungadi IA, "Techniques of Male Circumcision," J Surg Tech Case Rep, vol. 5, no. 1, pp. 1-7, 2013.
- [3] Nguyễn Văn Dũng, Lê Văn Khện, "Nghiên cứu tỷ lệ hẹp bao quy đầu của trẻ mầm non ở Thành Phố Cà Mau và hiệu quả điều trị bảo tồn," Sở khoa học công nghệ Cà Mau, Thành Phố Cà Mau, 2018.
- [4] Kayaba H, Tamura H, Kitajima S et al., "Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys," J Urol., vol. 66, no. 5, pp. 1813-1815, 1996.
- [5] Wikipedia, "Human penis size," [wikipedia.org](https://en.wikipedia.org/wiki/Human_penis_size), 2019.
- [6] Ghidini F, Virgone C, Pulvirenti R et al, "Could a

- careful clinical examination distinguish physiologic phimosis from balanitis xerotica obliterans in children?," *Eur J Pediatr.* , vol. 180, no. 2, pp. 591-595, 2021.
- [7] Morris BJ, Krieger JN, "Penile Inflammatory Skin Disorders and the Preventive Role of Circumcision," *Int J Prev Med*, vol. 8, p. 32, 2017.
- [8] Newman T, "Benefits and risks of circumcision," *Medicalnewstoday*, UK, 2018.
- [9] Yue YW, Chen YW, Deng LP et al., "Design and development of a new type of phimosis dilatation retractor for children," *World J Clin Cases*, vol. 9, no. 17, pp. 4159-4165, 2021.



ENDOSCOPIC INGUINAL LYMPHADENECTOMY IN PENILE CANCER AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyen Huu Thao¹, Bui Xuan Truong³, Bui Van Quang^{1,2},
Trinh Hoang Giang¹, Nguyen Quang^{1,2,*}

¹Vietnam German Friendship Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, National University of Hanoi – 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 01/06/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Objective: The study on the outcomes of endoscopic inguinal lymphadenectomy in penile cancer patients at the Andrology Center in Viet Duc Friendship Hospital during the period of 2019-2022.

Methods: Descriptive study of case series, convenient sampling.

Research results: The study included 26 patients who underwent endoscopic inguinal lymphadenectomy surgery with an average age of 55.2 ± 11 years. All patients were admitted to the hospital due to the presence of a tumor in the penis, with the majority of the tumors located in the foreskin (81%). The T stage of the primary tumor was found in 62%, 23%, and 15% of cases as T1b, T2, and T3, respectively. The average delay time for lymph node dissection was 50 ± 30 days. The surgical time for both sides was around 200 ± 39 minutes on average, and the average number of lymph nodes removed was 8.5 ± 3.5 nodes on each side. Preserving the saphenous vein reduced complications of lymphedema. The overall complication rate was 30.7%.

Conclusion: Endoscopic inguinal lymphadenectomy has many advantages over traditional open surgery and is gradually becoming a routine surgery in the management of penile cancer patients.

Keywords: Endoscopic surgery, inguinal lymphadenectomy, penile cancer.

*Corresponding author
Email address: quangvietduc@gmail.com
Phone number: (+84) 903201919

PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VẾT HẠCH BỆN TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hữu Thảo¹, Bùi Xuân Trường³, Bùi Văn Quang^{1,2},
Trịnh Hoàng Giang¹, Nguyễn Quang^{1,2,*}

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Trường đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội – 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Trường đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/06/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu về kết quả phẫu thuật nội soi nạo vét hạch ben trong ung thư dương vật tại trung tâm Nam học, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả nghiên cứu: Có 26 ca bệnh phẫu thuật nội soi nạo vét hạch ben với độ tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là $55,2 \pm 11$ tuổi, tất cả bệnh nhân vào viện vì xuất hiện khối ở dương vật, vị trí khối u gặp chủ yếu ở quy đầu (81%), giai đoạn T của khối u nguyên phát lần lượt là 62% T1b, 23% T2 và 15% T3, thời gian trì hoãn phẫu thuật nạo vét hạch là 50 ± 30 ngày, thời gian phẫu thuật trung bình là 200 ± 39 phút cho cả hai bên và số hạch nạo vét được mỗi bên trung bình là $8,5 \pm 3,5$ hạch, bảo tồn tĩnh mạch hiển giúp làm giảm biến chứng phù nề bạch huyết, tỷ lệ biến chứng chung là 30,7%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch ben 2 bên có nhiều ưu điểm hơn so với phương pháp mổ mở truyền thống và dần trở thành phẫu thuật thường quy trong điều trị bệnh nhân ung thư dương vật.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, nạo vét hạch ben, ung thư dương vật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC) chiếm tới 95% trong ung thư dương vật và là một bệnh hiếm gặp chỉ chiếm 1% trong tổng số các bệnh ác tính ở nam giới,[1] các nghiên cứu đã chỉ ra rằng ung thư dương vật có thể chữa khỏi trên 80% nếu được chẩn đoán sớm, nhưng là căn bệnh nguy hiểm đến tính mạng khi không được điều trị hợp lý và sẽ tử vong do các biến chứng liên quan đến tiến triển tại chỗ hoặc do di căn trong vòng 2 năm sau chẩn đoán.[2] Vị trí di căn đầu tiên của ung thư dương vật chính là hạch ben, ảnh hưởng trực tiếp đến tiên lượng sống còn của bệnh nhân và theo thống kê tỷ lệ sống sau 05 năm những bệnh nhân chưa di căn hạch là 85-100%, sau khi được nạo vét hạch dự phòng

là 80% tuy nhiên tỷ lệ này giảm xuống còn 15-45% với những bệnh nhân đã có di căn hạch.[3] Ngày nay tỷ lệ được chẩn đoán sớm ung thư dương vật ngày càng tăng lên và có tới 20% hạch bạch huyết âm tính về lâm sàng có tổn thương vi di căn nên phẫu thuật nạo vét hạch ben không chỉ là một tiêu chuẩn trong dự phòng và điều trị cho bệnh nhân ung thư dương vật có nguy cơ trung bình và cao ($\geq pT1bN0$ hoặc $pTxN1,2$), mà còn có ý nghĩa quan trọng liên quan đến tiên lượng, điều trị bổ trợ và chiến lược theo dõi lâu dài cho các bệnh nhân ung thư dương vật.[4] Phẫu thuật nạo vét hạch bằng phương pháp mổ mở có tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng, hoại tử vết da và phù nề bạch huyết cao, với tiến bộ trong kỹ thuật thì các phương pháp nạo vét hạch ít xâm lấn ra đời giúp giảm thiểu các biến chứng mà vẫn đảm bảo được lợi ích

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 903201919



trong triệt căn ung thư, năm 2003 Bishoff lần đầu tiên mô tả tính khả thi của phẫu thuật nội soi, báo cáo đầu tiên về nội soi có hỗ trợ robot bởi Josephson và cộng sự năm 2007, phẫu thuật nội soi yêu cầu kỹ năng và kỹ thuật cao do không gian làm việc nhỏ, đổi lại mạch bạch huyết, tĩnh mạch hiển và các nhánh được bảo tồn tốt hơn dưới phẫu trường được phóng đại. Tại trung tâm Nam học, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật nội soi nạo vét hạch bẹn từ năm 2016 và đã trở thành kỹ thuật thường quy để quản lý cho bệnh nhân sau khi cắt bỏ hoàn toàn ung thư dương vật nguyên phát, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này báo cáo về kết quả của phẫu thuật nội soi nạo vét hạch 2 bên giai đoạn 2019-2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tất cả bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy dương vật được phẫu thuật nội soi nạo vét hạch hai bên sau khi cắt bỏ hoàn toàn ung thư dương vật nguyên phát điều trị tại trung tâm Nam học bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022, có đầy đủ hồ sơ phục vụ cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm

Từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022 tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Kỹ thuật phẫu thuật

- Bệnh nhân được gây tê tủy sống hoặc mê toàn thân, tư thế nằm ngửa, kê gối dưới mông sao cho phần khung chậu được nâng cao khoảng 20 độ, hai chân giang 60 độ.

- Dùng bút không xóa vẽ từ củ mủ và gai chậu trước trên lần lượt hai đường thẳng song song trên mặt phẳng đùi xuống dưới dài 15 cm và 20 cm, hai điểm này sẽ xác định để đặt 2 trocar bên, xác định vị trí đặt camera nằm trên đường thẳng song song hai đường thẳng trên kể từ trung điểm củ mủ và gai chậu trước trên xuống khoảng 25 cm, sau đó dùng bóng bơm hơi 300 ml để tạo khoang.

- Đặt thêm 1 trocar 12 và 1 trocar 5 ở các điểm tương ứng đã xác định ở trên, 2 trocar này sẽ cách vị trí camera

khoảng 5-8 cm giúp thao tác tay được thuận lợi nhất.

- Phẫu tích bộc lộ tĩnh mạch hiển và các nhánh của nó đến sát bó mạch đùi.

- Xác định các nhóm hạch bẹn xung quanh tĩnh mạch hiển.

- Tiến hành nạo vét hạch, gửi giải phẫu bệnh.

- Kiểm tra cầm máu kỹ.

- Đặt 02 dẫn lưu 01 ống dẫn lưu to và 01 ống dẫn lưu nhỏ

- Đóng lại các vị trí chân trocar.

Xử lý số liệu

Tất cả BN được thu nhập các thông tin về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị phẫu thuật. Các biến số được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên trình bày, giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu rõ ràng với người bệnh, người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu để cải thiện chất lượng và an toàn người bệnh.

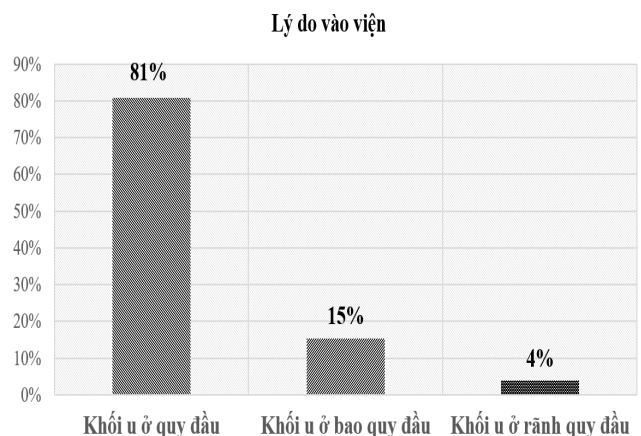
3. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022 có 26 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình là $55,2 \pm 11$ tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi và lớn nhất là 76 tuổi.

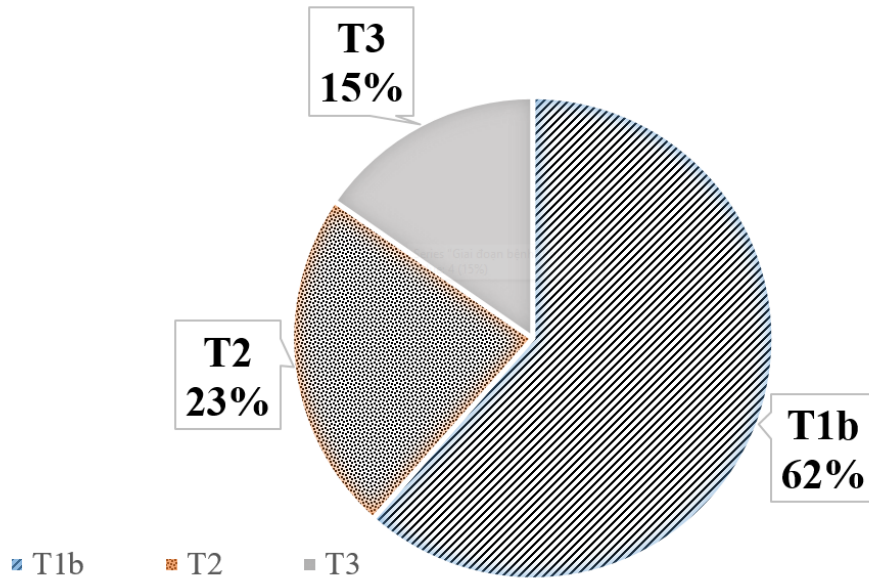
Biểu đồ 1: Lý do vào viện



Lý do vào viện đều là thấy khối u ở dương vật, vị trí khối u hay gặp nhất là ở quy đầu.

3.2. Giai đoạn T của khối ung thư dương vật nguyên phát (n=26)

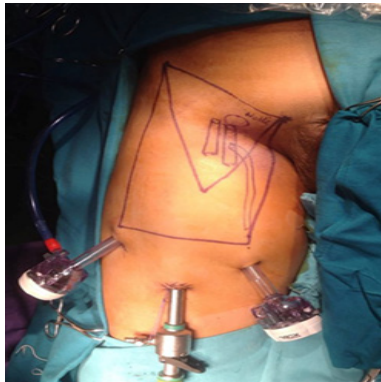
Biểu đồ 2: Giai đoạn T của khối ung thư nguyên phát (n=26)



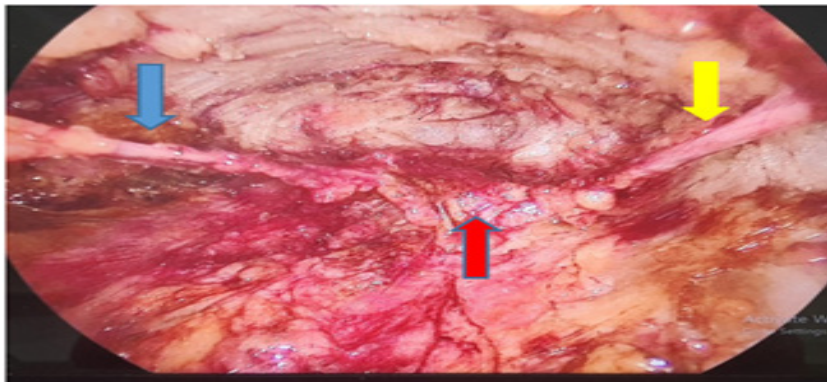
Giai đoạn T1b chiếm tỷ lệ cao nhất và giai đoạn T3 chiếm ít nhất.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Hình 1: Cách xác định vị trí đặt các trocar và phẫu trường mổ [Nguồn tác giả].



A
Vẽ xác định các vị trí đặt các trocar.



B
Phẫu trường mổ sau khi nạo vét các nhóm hạch bẹn: Tĩnh mạch hiển lớn (mũi tên xanh), tĩnh mạch hiển bé (mũi tên vàng), vị trí đổ tĩnh mạch hiển và bó mạch đùi (mũi tên đỏ).

- Thời gian phẫu thuật nạo vét hạch sau khi cắt đoạn dương vật trung bình là: 50 ± 30 ngày, nhỏ nhất là nạo vét hạch đồng thời cắt đoạn dương vật ở 2 trường hợp chiếm (8%) và dài nhất là 130 ngày.

- Thời gian phẫu thuật trung bình cả hai bên là 200 ± 39 , nhỏ nhất là 110 phút và lớn nhất là 260 phút.

Bảng 1: Số hạch nạo ra trung bình mỗi bên và số hạch dương tính

Bên	Số hạch trung bình	Số hạch di căn	Số bệnh nhân có hạch di căn (n=26)
Bên trái	8 ± 3,5	3	2
Bên phải	9 ± 3,5	4	2
Tổng số	8,5 ± 3,5	7	4

Số hạch nạo trung bình hai bên là tương đương nhau, có 4 bệnh nhân (16%) có di căn hạch, trong đó có 01 bệnh nhân có di căn hạch 2 bên.

3.4. Kết quả sau mổ

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 16,35 ± 7,5 ngày.

Bảng 2: Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=26)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ tai biến chung (%)
Phù nề bạch huyết	3	11,5	30,7
Tụ dịch sau mổ	4	15,4	
Rò bạch huyết	1	3,8	
Nhiễm trùng	0	0	
Hoại tử vật da	0	0	

Biến chứng gặp nhiều nhất là tụ dịch sau mổ, không gặp các biến chứng như nhiễm trùng và hoại tử vật da.

Bảng 3: So sánh biến chứng giữa nhóm có bảo tồn và không bảo tồn tĩnh mạch hiển

Biến chứng \ Kỹ thuật mổ	Bảo tồn tĩnh mạch hiển (N=18)	Không bảo tồn tĩnh mạch hiển (N=8)
Phù nề bạch huyết	0	3
Tụ dịch sau mổ	3	1
Rò bạch huyết	1	0

Bảo tồn tĩnh mạch hiển giúp giảm nguy cơ phù nề bạch huyết.

4. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là

53,2 tuổi, độ tuổi dao động là từ 32 đến 76 tuổi. Ung thư dương vật có tỷ lệ mắc tăng dần theo độ tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50-70 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh chiếm chưa đến 1% ở các quốc gia phát triển nhưng lại là mối nguy hiểm đáng kể với sức khỏe cộng đồng ở các nước đang phát triển, các quốc gia bị chênh lệch về kinh tế hoặc có tỷ lệ cắt bao quy đầu thấp ở Châu Á, Châu Phi và Nam Mỹ có nơi tỷ lệ mắc bệnh lên tới 6%. Sự khác biệt này chủ yếu liên quan đến tỷ lệ cắt bao quy đầu ở trẻ sơ sinh thấp và nhiều yếu tố nguy cơ khác đã được xác định đối với ung thư dương vật bao gồm hẹp bao quy đầu, hút thuốc, Lichen xơ cứng và tình trạng viêm mạn tính, béo phì và đặc biệt các tổn thương tiền ung thư liên quan đến nhiễm HPV được tìm thấy ở 48% mẫu bệnh phẩm ung thư dương vật với nhóm chính là HPV 16 và HPV 18,...[5,6]

Các bệnh nhân vào viện đều do có khối ở dương vật và vị trí tổn thương được ghi nhận chủ yếu ở quy đầu (81%), bao quy đầu và rãnh quy đầu chỉ chiếm lần lượt là 15% và 4% (Biểu đồ 1) tương đương với nghiên cứu của tác giả Barnholtz-Sloan JS và cộng sự năm 2007 trên 1817 bệnh nhân thấy tổn thương chủ yếu là 48% ở quy đầu, 21% bao quy đầu, 15% cả quy đầu và bao quy đầu, 6% rãnh quy đầu, 2% thân dương vật.[7] Giai đoạn T1b chiếm tỷ lệ cao nhất với 62% (Biểu đồ 2), đa phần các bệnh nhân được điều trị ở giai đoạn tương đối sớm, có một yếu tố cần cân nhắc là tâm lý ngại, ước tính có khoảng 15-60% bệnh nhân trì hoãn đi khám trong vòng ít nhất một năm.[7] Thăm khám ban đầu ngoài việc đánh giá khối u nguyên phát ở dương vật thì cần thăm khám kỹ hạch bẹn, trong một phân tích hệ thống trên 39 nghiên cứu của Vincenzo Ficarra và cộng sự năm 2010 cho thấy rằng có khoảng 28-64% bệnh nhân có biểu hiện sờ thấy hạch bẹn, trong số này có 47-85% là hạch to do di căn, số còn lại là viêm phản ứng có thể do quá trình viêm nhiễm trùng ở khối u nguyên phát, ở những bệnh nhân có di căn hạch vùng bẹn có tới 22%-65% có di căn ở cả hạch vùng chậu và có tới 12%- 24% không sờ thấy hạch bạch có tổn thương vi di căn.[8]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trì hoãn phẫu thuật nạo vét hạch là 50 ± 30 ngày, nằm trong khoảng thời gian an toàn để phẫu thuật nạo vét hạch dự phòng. Năm 2017 tác giả Chipollini và cộng sự lần đầu tiên báo cáo về mối liên quan giữa khoảng thời gian nạo vét hạch với tỷ lệ tái phát ung thư và tỷ lệ sống sau 05 năm, phát hiện ra khoảng thời gian 03 tháng dường như là khoảng thời gian an toàn và tiếp đó trong một nghiên cứu thiết kế tốt của tác giả Shanjin Ma và cộng sự năm 2023 với 87 bệnh nhân từ năm 2002-2019 về thời điểm tối ưu để nạo vét hạch dự phòng cho ung thư dương vật cN0 nguy cơ trung bình và cao, cho thấy ở điểm cắt 3,5 tháng là thời gian nạo vét hạch sớm và sau đó là muộn, khi so sánh hai nhóm này cho kết quả tỷ lệ sống sau 05 năm của nhóm nạo vét hạch sớm và nạo vét hạch muộn khác biệt có ý nghĩa thống kê lần lượt là 84,7% và 24,2%, khi phân tích theo nhóm nguy cơ di căn cao kết quả lần

lượt là 77,8% và 0%. Có thể thấy khoảng thời gian 3,5 tháng là khoảng thời gian tương đối an toàn về mặt ung thư học đối với những bệnh nhân có nguy cơ di căn hạch bạch huyết trung bình và cao.[9]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nạo vét hạch trung bình là 200 ± 39 phút cho cả hai bên, số lượng hạch nạo vét được trung bình hai bên là $8,5 \pm 3,5$ hạch (Bảng 1), không có bệnh nhân nào nhiễm trùng và hoại tử vết da sau mổ, và ở nhóm bảo tồn tĩnh mạch hiển không gặp bệnh nhân nào có biến chứng phù nề bạch huyết (Bảng 3), tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật là 30,7% (Bảng 2). Một nghiên cứu tốt so sánh kết quả của phẫu thuật nội soi và mổ mở nạo vét hạch bên 2 bên của tác giả Yuvaraja B. Thyavihally và cộng sự năm 2021 trên 79 bệnh nhân chia 2 nhóm (32 mổ mở và 47 mổ nội soi bao gồm cả nội soi thông thường và có hỗ trợ của robot), thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm mổ mở là 110 phút mỗi bên (70-190 phút), ở nhóm nội soi là 90 phút mỗi bên (50-140), ở nhóm mổ mở bị mất máu nhiều hơn 100 ml so với 30 ml, biến chứng chung của phẫu thuật ở nhóm mổ mở và nội soi lần lượt là 65,6% và 27,7%, tỷ lệ biến chứng liên quan đến vết thương rách da chỉ gặp ở nhóm mổ mở với 23,73% hoại tử vết da ở nhóm mổ mở và 0% ở nhóm nội soi, số lượng hạch trung bình là 10-11 hạch được nạo mỗi bên, số lượng hạch được phản ánh chất lượng, sự hiệu quả của cuộc phẫu thuật và ở các nghiên cứu khác nhau quan sát thấy rằng 8-12 hạch mỗi bên là một yếu tố tiên lượng tốt với điều trị ung thư dương vật. Khi so sánh tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật nội soi và mổ mở được theo dõi lâu dài cho thấy không có bệnh nhân nào tái phát ở pN0 và không có sự khác biệt giữa nhóm mổ mở và nội soi, tỷ lệ sống toàn bộ trung bình là 88 tháng và 80 tháng ($p=0,84$) và tỷ lệ sống sau 05 năm là 65% và 66,8% ($p=0,636$), khả năng sót sót sau 05 năm là 76,6% và 73,9% ($p=0,96$) tương ứng trong mổ mở và nội soi[10].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả và là một phương pháp xâm lấn tối thiểu thay thế cho phẫu thuật mổ mở giúp giảm thiểu các biến chứng phẫu thuật mà vẫn đảm bảo lợi ích an toàn về mặt ung thư học, cần được đưa vào lộ trình để dự phòng và điều trị sau khi cắt bỏ hoàn toàn khối ung thư dương vật nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE et al., Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(1):7-33. doi:10.3322/caac.21708
- [2] Kroon BK, Horenblas S, Lont AP et al., Patients with penile carcinoma benefit from immediate resection of clinically occult lymph

- node metastases. *J Urol.* 2005;173(3):816-819. doi:10.1097/01.ju.0000154565.37397.4d
- [3] Brady KL, Mercurio MG, Brown MD, Malignant tumors of the penis. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al.* 2013;39(4):527-547. doi:10.1111/dsu.12029
- [4] Protzel C, Alcaraz A, Horenblas S et al., Lymphadenectomy in the surgical management of penile cancer. *Eur Urol.* 2009;55(5):1075-1088. doi:10.1016/j.eururo.2009.02.021
- [5] Correa AF, Technical management of inguinal lymph-nodes in penile cancer: open versus minimal invasive. *Transl Androl Urol.* 2021;10(5):2264271-2262271. doi:10.21037/tau.2020.04.02
- [6] Douglawi A, Masterson TA, Updates on the epidemiology and risk factors for penile cancer. *Transl Androl Urol.* 2017;6(5):78590-78790. doi:10.21037/tau.2017.05.19
- [7] Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J et al., Incidence trends in primary malignant penile cancer. *Urol Oncol.* 2007;25(5):361-367. doi:10.1016/j.urolonc.2006.08.029
- [8] Ficarra V, Akduman B, Bouchot O et al., Prognostic factors in penile cancer. *Urology.* 2010;76(2 Suppl 1):S66-73. doi:10.1016/j.urolgy.2010.04.008
- [9] Ma S, Zhao J, Liu Z et al., Prophylactic inguinal lymphadenectomy for high-risk cN0 penile cancer: The optimal surgical timing. *Front Oncol.* 2023;13. Accessed April 27, 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2023.1069284>
- [10] Thyavihally YB, Dev P, Waigankar SS et al., Comparative study of perioperative and survival outcomes after video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) and open inguinal lymph node dissection (O-ILND) in the management of inguinal lymph nodes in carcinoma of the penis. *J Robot Surg.* 2021;15(6):905-914. doi:10.1007/s11701-020-01189-x



SEXUAL DISORDER IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Tran Thi Nhu Quynh*, Le Minh Tam

Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital – 41&51 Nguyen Hue, Vinh Ninh, Hue city, Thua Thien Hue, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 03/06/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Introduction: Sexual health is a well-being state of physical, emotional, mental and social in relation to sexuality, not merely the absence of sexual dysfunction (SD) or disease. Menopause is a physiological phenomenon and plays an important role in a woman's life. SD in postmenopausal women has been reported with common symptoms such as decreased libido, vaginal dryness, and dyspareunia. Although most women think that lack interest in sex in postmenopause, sex is still an necessary factor for many women during this period.

Subjects and methods: Research on sexual dysfunction in women during menopause was analyzed based on some recent published data.

Results: Hypoactive sexual desire disorder (HSDD) is the most common SD in middle-aged women, characterized by persistently low or absent libido that cause significant distress. Although the majority of studies show that menopausal women often experience reduced sexual function, other aspects such as psychological, social and hormonal play an important role in maintaining a sexual health.

Conclusion: The initial treatment strategy for menopause-related sexual dysfunction includes education and addressing modifiable factors. Hormone replacement therapy and Non-hormonal therapy both can be effective in the treatment of these disorders.

Keywords: Sexual dysfunction, hypoactive sexual desire disorder, HSDD, women, postmenopause.

*Corresponding author
Email address: trtnquynh@bv.huemed-univ.edu.vn
Phone number: (+84) 356373595

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở PHỤ NỮ MÃN KINH: CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Trần Thị Như Quỳnh*, Lê Minh Tâm

Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế – 41 & 51, Nguyễn Huệ, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/06/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sức khỏe tình dục là trạng thái thoải mái về thể chất, cảm xúc, tinh thần và xã hội liên quan đến tình dục, không chỉ đơn thuần là không có rối loạn chức năng hoặc bệnh tật. Mãn kinh là hiện tượng sinh lý và có ý nghĩa quan trọng trong cuộc đời người phụ nữ. Rối loạn chức năng tình dục trong thời kỳ mãn kinh được báo cáo với các triệu chứng phổ biến như giảm ham muốn tình dục, khô âm đạo và đau khi giao hợp. Mặc dù đa số cho rằng phụ nữ mất hứng thú với tình dục sau mãn kinh, tình dục vẫn là một yếu tố có tầm quan trọng với nhiều phụ nữ trong giai đoạn này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu về những rối loạn chức năng tình dục của phụ nữ trong thời kỳ mãn kinh được phân tích dựa trên một số nghiên cứu cập nhật.

Kết quả: Suy giảm ham muốn tình dục (HSDD) là rối loạn chức năng tình dục phổ biến nhất ở phụ nữ tuổi trung niên, đặc trưng bởi ham muốn thấp hoặc không có ham muốn tình dục kéo dài gây ra những đau khổ đáng kể cho người phụ nữ. Mặc dù các nghiên cứu đa số cho thấy phụ nữ mãn kinh thường bị suy giảm chức năng tình dục nhưng không phải là toàn bộ; hơn nữa, các khía cạnh khác như tâm lý, xã hội và nội tiết tố đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì đời sống tình dục lành mạnh.

Kết luận: Chiến lược điều trị bước đầu của rối loạn chức năng tình dục liên quan đến mãn kinh bao gồm giáo dục và giải quyết các yếu tố có thể thay đổi được. Liệu pháp nội tiết tố thay thế và liệu pháp không nội tiết tố có thể hữu ích trong quá trình điều trị những rối loạn này.

Từ khóa: Rối loạn chức năng tình dục, suy giảm ham muốn tình dục, HSDD, phụ nữ, mãn kinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tình dục là “trạng thái thoải mái về thể chất, cảm xúc, tinh thần và xã hội liên quan đến tình dục, không chỉ đơn thuần là không có rối loạn chức năng hoặc bệnh tật”. Rối loạn chức năng tình dục (Sexual dysfunction – SD) trong thời kỳ mãn kinh được báo cáo với các triệu chứng phổ biến như giảm ham muốn tình dục - HSDD (40-55%), khô âm đạo (25-30%) và đau khi giao hợp (12-45%) [1]. Các báo cáo đã ghi nhận những phân nân về tình dục ở phụ nữ mãn kinh ở các châu lục khác nhau trong hai thập kỷ. Một nghiên cứu trên hơn 430 phụ nữ mãn kinh tại Úc trong độ tuổi từ 45-55 tuổi đã mô tả những thay đổi đáng kể về chức

năng tình dục, bao gồm sự suy giảm khả năng đáp ứng tình dục, tần suất quan hệ tình dục, sự gia tăng chứng khô âm đạo và các vấn đề khác liên quan đến bạn đời. Theo đó, tỷ lệ SD dao động từ 42% đến 88% nếu tính cả thời kỳ tiền mãn kinh [1]. Ở các nghiên cứu tại châu Âu, phụ nữ sau mãn kinh trong độ tuổi từ 50-60 tuổi tần suất HSDD chiếm 34%, 53% ít quan tâm đến tình dục hơn, trong khi 71% lại cho rằng việc duy trì đời sống tình dục là quan trọng.

Sự suy giảm nồng độ của các steroid sinh dục (estrogen và androgen) đóng vai trò quan trọng trong sự suy giảm đáp ứng tình dục, thêm vào đó, những thay đổi về tâm lý và mối quan hệ theo thời gian và sự gia

*Tác giả liên hệ

Email: trtnquynh@bv.huemed-univ.edu.vn

Điện thoại: (+84) 356373595

tăng các bệnh lý về chuyển hoá hay tim mạch kèm theo cũng cần được quan tâm [2]. Việc kéo dài tuổi thọ trung bình có thể lên tới 81 tuổi ở một số quốc gia phát triển như Hoa Kỳ đã dẫn đến việc một người phụ nữ dành trung bình 1/3 cuộc đời trong giai đoạn mãn kinh. Đa số cho rằng phụ nữ mất hứng thú với tình dục sau mãn kinh, tình dục vẫn là một yếu tố có tầm quan trọng với nhiều phụ nữ trong giai đoạn này. Mặc dù các nghiên cứu đa số cho thấy phụ nữ mãn kinh thường bị suy giảm chức năng tình dục nhưng không phải là toàn bộ; hơn nữa, các khía cạnh khác như tâm lý, xã hội và nội tiết tố đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì đời sống tình dục lành mạnh trong thời kỳ này chưa được làm rõ và quan tâm đúng mức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Xác định các nghiên cứu về hoạt động tình dục của những phụ nữ mãn kinh, tổng hợp những ảnh hưởng của các triệu chứng mãn kinh lên chất lượng tình dục hoặc các hình thái SD, đánh giá hiệu quả của những phương pháp điều trị trong trường hợp rối loạn trên cơ sở dữ liệu PubMed. Trình bày kết quả và bàn luận từ những dữ liệu khoa học đã tổng hợp.

3. KẾT QUẢ

3.1. Nội tiết tố và rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mãn kinh

Steroid giới tính đóng vai trò khá quan trọng trong việc điều chỉnh hành vi tình dục, tâm trạng, cảm xúc và nhận thức trong suốt cuộc đời của người phụ nữ. Mức độ suy giảm nồng độ steroid sinh dục trong giai đoạn tiền mãn kinh và sự sụt giảm nghiêm trọng trong thời kỳ sau mãn kinh có liên quan đến sự suy giảm về sức khoẻ tổng thể và chức năng tình dục [3]. Sự sụt giảm nghiêm trọng estrogen cũng được cho là làm trầm trọng thêm quá trình lão hoá não, chức năng nhận thức và thoái hoá thần kinh, cụ thể là dẫn truyền dopaminergic ở những trường hợp này, ảnh hưởng hành vi tình dục.

Bên cạnh estrogen, androgen cũng được chứng minh là có tác động hiệp đồng, kích thích đối với phản ứng tình dục của phụ nữ, thúc đẩy ham muốn tình dục thông qua một mạng lưới dẫn truyền thần kinh phức tạp và cân bằng giữa các tín hiệu kích thích và ức chế. Nồng độ testosterone lưu thông trong máu cao hơn estradiol trong cả giai đoạn tiền và sau mãn kinh. Sự suy giảm testosterone được báo cáo liên quan đến lão hoá nhiều hơn là mãn kinh, bởi sự suy giảm sản xuất prohormone của testosterone là dehydroepiandrosterone (DHEA) từ tuyến thượng thận không thể khắc phục tình trạng thiếu hụt cho dù hoạt động bù đắp vẫn ổn định. Trong khi đó, các trường hợp mãn kinh do phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng bệnh lý ở phụ nữ trẻ tuổi lại cho thấy sự sụt

giảm đột ngột nồng độ testosterone tự do và toàn phần, dẫn đến triệu chứng khó chịu, SD với nguy cơ giảm ham muốn tình dục cao gấp đôi so với mãn kinh tự nhiên.

3.2. Hội chứng niệu dục thời kỳ mãn kinh (Genitourinary Syndrome of Menopause-GSM)

Hội chứng niệu dục thời kỳ mãn kinh – GSM, hay trước đây được gọi là “viêm teo âm đạo” là một thuật ngữ mô tả một tình trạng mãn tính, tiến triển bao gồm những thay đổi sinh lý và giải phẫu của môi lớn/môi bé, tiền đình/lỗ trong, âm vật, âm đạo và biểu mô đường tiết niệu dưới do suy giảm nồng độ hormone sinh dục. Biểu hiện lâm sàng của GSM bao gồm: giảm độ đàn hồi của âm đạo, thu nhỏ môi âm hộ, mất lớp đệm khiến âm đạo mỏng, dễ bầm máu và xuất hiện các chấm xuất huyết. Phụ nữ bị ảnh hưởng bởi GSM thường bị khô, giảm bôi trơn âm đạo, gây ra các triệu chứng khó chịu, đau khi giao hợp, chảy máu sau giao hợp, kích ứng, nóng rát hay ngứa âm hộ, âm đạo và đau vùng chậu [4]. GSM được báo cáo là ảnh hưởng đến khoảng 50% phụ nữ trong độ tuổi trung niên và lớn tuổi, tác động bất lợi đến hình ảnh cơ thể, mối quan hệ với bạn đời, sức khoẻ tình dục và chất lượng cuộc sống nói chung.

Triệu chứng tiết niệu dưới (Lower urinary tract infections – LUTS) như tiểu rắt, tiểu nhiều, tiểu không tự chủ, tiểu khó, tiểu đêm và nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát cũng xuất hiện do nguồn gốc phôi thai của âm đạo và mô niệu đạo/bàng quang tạo thành xoang niệu sinh dục [5]. Trong khi các triệu chứng vận mạch có thể cải thiện theo thời gian, các triệu chứng của âm đạo lại thường tiến triển xấu và không hồi phục nếu không được điều trị.

3.3. Tâm lý – Xã hội

Sự đáp ứng và hài lòng về tình dục phụ thuộc nhiều vào các khía cạnh tâm lý xã hội liên quan đến tình trạng mối quan hệ trong cuộc sống của người phụ nữ mãn kinh. Đối với cả hai giới, chức năng tình dục không chỉ tác động đến người mang rối loạn mà còn ảnh hưởng đến bạn đời của họ cả về cảm xúc và chất lượng tình dục. Tình trạng này còn được biết đến bằng thuật ngữ “rối loạn chức năng tình dục cặp đôi”, đặc biệt phổ biến ở tuổi trung niên trở đi, do gia tăng nguy cơ mắc các rối loạn tình dục mà cả hai giới phải đối mặt khi về già.

Một cuộc khảo sát tại Ý ở hơn 2.300 người đàn ông đã cho thấy mối tương quan đáng kể giữa ham muốn tình dục thấp mức độ trung bình đến nặng ở người phụ nữ với rối loạn cương dương nặng, tương tự, GSM là một trong những yếu tố góp phần khiến cho nam giới thiếu ham muốn tình dục. Các báo cáo khác cũng cho thấy tình trạng giảm ham muốn tình dục ở người phụ nữ khi bạn đời của họ mắc rối loạn cương dương, và nếu điều trị thành công thì các đáp ứng tình dục cũng dần được hồi phục. Do vậy, đối với các chuyên gia lâm sàng về sức khoẻ tình dục, vấn đề điều trị SD thường được đặt

ra cho cả cặp đôi, thay vì tập trung vào từng cá nhân riêng lẻ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Liệu pháp nội tiết

Liệu pháp nội tiết thay thế

Liệu pháp nội tiết thay thế được chỉ định trong điều trị các triệu chứng toàn thân của thời kỳ mãn kinh, cụ thể là VMS – triệu chứng vận mạch thời kỳ mãn kinh. VMS liên quan đến mất ngủ, mệt mỏi và suy giảm chất lượng cuộc sống, tác động tiêu cực đến chức năng tình dục. Liệu pháp estrogen được chứng minh có thể cải thiện khả năng tình dục bằng cách điều trị triệu chứng tại cơ quan sinh dục, giảm hưng thú hoặc giảm kích thích tình dục. Một đánh giá tổng quan có hệ thống của Cochrane cho thấy liệu pháp nội tiết thay thế bằng estrogen đơn thuần hoặc kết hợp progesterone chỉ cho thấy lợi ích thấp khi điều trị SD tổng thể ở phụ nữ giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh. Trong các trường hợp GSM, 74% phụ nữ vẫn báo cáo các triệu chứng ở bộ phận sinh dục sau 12 tháng điều trị bằng hormone thay thế [6]. Do vậy, liệu pháp hiện không được khuyến nghị một cách hệ thống ở những bệnh nhân có GSM đơn độc hoặc để điều trị SD, bao gồm cả HSDD.

Liệu pháp estrogen tại chỗ

Estrogen đặt âm đạo liều thấp được định nghĩa là vòng đặt âm đạo 7,5µg và viên nén 10µg, làm tăng nồng độ estradiol huyết tương trong thời gian dùng thuốc, nhưng không vượt quá mức bình thường sau mãn kinh là $\leq 20\text{pg/mL}$. Estrogen đặt âm đạo liều trung bình nghĩa là 25µg estradiol hoặc 0,3mg estrogen liên hợp dẫn đến nồng độ estradiol huyết tương $\geq 20\text{pg/mL}$. Estradiol đặt âm đạo liều cao là 50-2000µg estradiol hoặc 0,625-2,5mg estrogen liên hợp dẫn đến nồng độ estrogen huyết thanh trong giai đoạn tiền mãn kinh [7]. Do vậy, liệu pháp estrogen liều thấp được ưu tiên sử dụng, đặc biệt khi những rủi ro có thể vượt qua lợi ích mong đợi bao gồm cả những phụ nữ mắc GSM không có tiền sử ung thư phụ thuộc hormone không đáp ứng điều trị với các liệu pháp tại chỗ không dùng nội tiết.

Liệu pháp Androgens toàn thân và tại chỗ

Liệu pháp bổ sung testosterone toàn thân liều cao đơn thuần hay kết hợp với liệu pháp nội tiết thay thế đã được chứng minh là cải thiện ham muốn, kích thích tình dục, lưu lượng máu âm đạo, tần suất cực khoái và thỏa mãn tình dục ở phụ nữ mãn kinh. Testosterone đường dùng qua da có thành phần lipid trung tính, do đó được ưu tiên lựa chọn điều trị. Kem bôi testosterone 1% (10mg/mL) hiện đã được phê duyệt tại Úc trong điều trị các triệu chứng liên quan đến nồng độ testosterone thấp ở phụ nữ. Nên định lượng nồng độ testosterone huyết thanh

sau 3-6 tháng điều trị để tránh dùng quá liều. Đối với gel testosterone 2%, liều sử dụng được khuyến cáo là khoảng ½ lượng gel, tương ứng 10mg testosterone để cơ thể hấp thụ khoảng 300mcg testosterone [8].

4.2. Liệu pháp không nội tiết tố

Liệu pháp thần kinh

Năm 2015, flibanserin, một chất chủ vận thụ thể serotonin 1A và chất đối kháng thụ thể serotonin 2A được FDA phê duyệt trong điều trị HSDD mắc phải chỉ ở phụ nữ mãn kinh. Nghiên cứu VIOLET, DAISY và BEGONIA đã cho thấy flibanserin liều 100mg/ngày sử dụng trước khi đi ngủ có liên quan đến cải thiện ham muốn tình dục và giảm thiểu đau khổ tình dục. Tuy vậy, tác dụng phụ có thể gặp đã được thống kê bao gồm mất ngủ (7,7%), chóng mặt (6,4%), buồn ngủ (6,9%) và hiếm hơn là buồn nôn, mệt mỏi tăng lên đáng kể [9]. Tương tự flibanserin, bremelanotide, một chất chủ vận thụ thể melanocortin-4 tiêm dưới da mỗi tháng cũng có hiệu quả trong việc tăng thỏa mãn tình dục, đã được FDA chấp thuận để điều trị HSDD ở phụ nữ tiền mãn kinh từ năm 2019.

Dưỡng ẩm và bôi trơn âm đạo

Chất dưỡng ẩm hoặc bôi trơn âm đạo là liệu pháp điều trị đầu tay trong những trường hợp khô âm đạo mức độ nhẹ đến trung bình, hoặc những phụ nữ tiền sử mắc ung thư phụ thuộc nội tiết tố. Chất dưỡng ẩm có khả năng giữ và tích tụ nước, sau đó được giải phóng tại âm đạo dẫn đến tăng cường quá trình hydrat hoá, bất chước dịch tiết âm đạo sinh lý. Điều này giúp giảm thiểu nhanh chóng triệu chứng khô âm đạo, tạo điều kiện thuận lợi để tế bào di chuyển trong quá trình viêm, hỗ trợ sửa chữa và khôi phục tính toàn vẹn của mô sinh dục [10].

Trong khi chất dưỡng ẩm được sử dụng nhằm thay thế dịch tiết âm đạo, chất bôi trơn được thiết kế đặc biệt để giảm ma sát trong quá trình giao hợp, tăng sự thoải mái và giảm chứng đau khi giao hợp [10]. Chúng được chế tiết từ dầu, glycerin hoặc silicone thường được sử dụng khi quan hệ tình dục. Mặc dù hiệu quả của liệu pháp không nội tiết tố không cao hơn so với sử dụng estrogen, triệu chứng đau khi giao hợp cũng được chứng minh là cải thiện đáng kể.

5. KẾT LUẬN

Chiến lược điều trị bước đầu của rối loạn chức năng tình dục liên quan đến mãn kinh bao gồm giáo dục và giải quyết các yếu tố có thể thay đổi được. Cung cấp thông tin và kiến thức về hoạt động tình dục bình thường, nhấn mạnh vai trò, tầm quan trọng của việc kích thích tình dục đầy đủ và ảnh hưởng của tuổi tác, thời gian quan hệ thường tạo điều kiện tích cực để thay đổi hành vi tình dục. Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được bao gồm:

rối loạn tâm lý/ tiền sử dùng thuốc chống trầm cảm, lối sống ít vận động, rối loạn nội tiết (tăng prolactin máu, suy/cường giáp, đái tháo đường), nhiễm trùng phụ khoa hoặc tiết niệu cần được thăm khám và điều trị kịp thời.

Sự tham gia điều trị của người bạn đời rất hữu ích để thay đổi hình thức giao tiếp tiêu cực, giải quyết những rối loạn tình dục của họ nếu có hay đề giảm thiểu áp lực hoặc đòi hỏi tình dục từ bạn đời. Các liệu pháp tâm lý bao gồm liệu pháp hành vi, liệu pháp hành vi nhận thức và thay đổi quan điểm đã được phát triển để điều trị suy giảm ham muốn tình dục, rối loạn kích thích và cực khoái ở phụ nữ kể cả không phải giai đoạn mãn kinh. Tác động xấu của các triệu chứng suy giảm tình dục và GSM lên chất lượng cuộc sống sau mãn kinh là yếu tố quyết định của điều trị nội khoa, và cần có lưu đồ để quản lý chặt chẽ những tác dụng phụ cũng như hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V et al., Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(9), 2019, 559.
- [2] Dąbrowska-Galas M, Dąbrowska J, Michalski B, Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Sexual medicine*, 7(4), 2019, 472–479.
- [3] Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R, Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 2018, 709–722.
- [4] Shifren JL, Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 2018, 508–516.
- [5] Monteleone P, Mascagni et al., Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nature reviews. Endocrinology*, 14(4), 2018, 199–215.
- [6] Paciuc J, Hormone Therapy in Menopause. *Advances in experimental medicine and biology*, 2020, 1242, 89–120.
- [7] Santen RJ, Mirkin S, Bernick B et al., Systemic estradiol levels with low-dose vaginal estrogens. *Menopause (New York, N.Y.)*, 2020, 27(3), 361–370.
- [8] Ingram CF, Payne KS, Messoro M et al., Testosterone therapy and other treatment modalities for female sexual dysfunction. *Current opinion in urology*, 2020, 30(3), 309–316.
- [9] Nappi RE, Tiranini L, Martini E et al., Medical Treatment of Female Sexual Dysfunction. *The Urologic clinics of North America*, 2022, 49(2), 299–307.
- [10] Hirschberg AL, Bitzer et al., Topical estrogens and non-hormonal preparations for postmenopausal vulvovaginal atrophy: An EMAS clinical guide. *Maturitas*, 2021, 148, 55–61.

TREATMENT RESULTS PHYSIOLOGICALLY SUITABLE FORESKIN BY INFLATION FOR CHILDREN 3 - 12 YEARS OLD AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL

Le Van Tuan^{1*}, Nguyen Quang², Le Thi Lan Huong³

¹Vinh Phuc General Hospital – No. 1 Ton That Tung, Lien Bao, Vinh Yen, Vinh Phuc, Vietnam.

²Viet Duc Hospital – 40 Trang Thi, Hang Bong, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam.

³Hanoi Medical University – No. 1 Ton Tat Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam.

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Background: The foreskin stenosis is a condition in which the foreskin cannot be pulled back around the head of the penis because the mouth of the penis is too narrow, physiological stenosis usually folds in boys up to 96% at birth, 80% at 6 months of age, 50% at 12 months, 20% at 2 years and 10% at 3 years [1,2,3].

Methods: Describe 52 male children aged 3 - 12 years old with physiological foreskin stenosis (classes I - IV according to Kayaba H⁴ 's classification), by air balloon at Vinh Phuc General Hospital.

Results: A total of 52 children with lumbosacral stenosis from type I to type IV received balloon dilation with a result of 94.2%. Children with severe stenosis grade II, I dilate 3 to 4 times, children with mild stenosis grade IV and III dilate 1 to 2 times. Inflatable according to age group 3-5 narrow BQ type I, II, III, IV respectively 2ml; 3.33ml ± 0.617; 4.23ml ± 0.599; 5.0ml ± 0,500.

Conclusion: The results of narrow fascial dilatation of children 3-12 years old with air balloons reached 94.2%. With child satisfaction of 92.3%, parents are completely satisfied with the results and the method of balloon dilation of the narrow foreskin.

Keywords: Foreskin stenosis, foreskin dilation, penile cancer

*Corresponding author
Email address: bsanhminhtuan@gmail.com
Phone number: (+84) 915240779



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NONG BAO QUY ĐẦU HẸP SINH LÝ BẰNG BƠM HƠI CHO TRẺ EM 3 - 12 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC

Lê Văn Tuấn^{1*}, Nguyễn Quang², Lê Thị Lan Hương³

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc – Số 1 Tôn Thất Tùng, Liên Bảo, Vĩnh Yên, Vĩnh Phúc, Việt Nam.

²Bệnh viện Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hàng Bông, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam.

³Trường đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp BQĐ là tình trạng bao quy đầu không thể kéo trở lại xung quanh đầu dương vật do miệng BQĐ quá hẹp, hẹp BQĐ sinh lý thường gặp ở bé trai đến 96% lúc sau sinh, 80% lúc 6 tháng tuổi, 50% lúc 12 tháng tuổi, 20% lúc 2 tuổi và 10% lúc 3 tuổi. [1,2,3]

Phương pháp: Mô tả 52 trẻ nam giới 3 - 12 tuổi bị hẹp bao quy đầu sinh lý (từ loại I - IV theo phân loại của Kayaba H⁴), bằng bóng hơi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

Kết quả: Tổng số 52 trẻ hẹp da BQĐ từ loại I đến loại IV được nong bằng bóng hơi đạt kết quả 94,2%. Trẻ hẹp BQĐ nặng loại II, I nong 3 đến 4 lần, trẻ hẹp BQĐ nhẹ loại IV, III nong 1 đến 2 lần. Bơm hơi theo nhóm tuổi 3-5 hẹp BQĐ loại I, II, III, IV tương ứng là 2ml; 3,33ml ± 0,617; 4,23ml ± 0,599; 5,0ml ± 0,500.

Kết luận: Kết quả nong da BQĐ hẹp của trẻ 3 – 12 tuổi bằng bóng hơi đạt 94,2%. Với sự hài lòng của trẻ là 92,3%, các cha mẹ đều hoàn toàn hài lòng với kết quả và phương pháp nong da bao quy đầu hẹp bằng bóng hơi.

Từ khóa: Hẹp da bao quy đầu, nong da bao quy đầu, ung thư dương vật

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp bao quy đầu (BQĐ) là tình trạng bao quy đầu không thể kéo trở lại xung quanh đầu dương vật do miệng BQĐ quá hẹp, có thể là hẹp bao quy đầu sinh lý và hẹp bao quy đầu mắc phải. Đối với hẹp BQĐ sinh lý thường gặp ở bé trai đến 96% lúc sau sinh, 80% lúc 6 tháng tuổi, 50% lúc 12 tháng tuổi, 20% lúc 2 tuổi và 10% lúc 3 tuổi [1,2,3]. Với hẹp sinh lý cần phải điều trị không phẫu thuật như làm sạch và kéo dẫn bao quy đầu, tuy nhiên một số trẻ bị viêm, hay tổn thương do nong BQĐ thô bạo, sẽ hình thành xơ sẹo ở miệng bao quy đầu bị co lại, có thể phát triển thành hẹp BQĐ mắc phải, cần được điều trị bằng cách cắt bao quy đầu [5]. Việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh hẹp bao quy đầu ở trẻ em sớm có lợi cho sự phát triển

của cơ quan sinh sản và cải thiện đáng kể chất lượng của bệnh hẹp bao quy đầu ở trẻ em.

Kỹ thuật nong BQĐ bằng pank còn thô bạo dễ gây tổn thương niêm mạc trẻ em, cũng như dùng thuốc bôi và tự lộn lại tại nhà sau nong của cha mẹ tại nhà tuân thủ còn nhiều hạn chế dễ gây đau, ngứa, tái phát dẫn đến hẹp mắc phải. Trên thế giới và Việt Nam luôn có những nghiên cứu cải tiến nong BQĐ hẹp cho trẻ em, như nong BQĐ kết hợp bôi thuốc stecoid, nong bằng pank hay máy rút kéo dẫn da BQĐ... Tuy nhiên còn một số hạn chế như đau, hẹp tái phát. Vì vậy, nghiên cứu với mục đích nâng cao hiệu quả điều trị nong BQĐ hẹp cho trẻ em nam.

*Tác giả liên hệ
Email: bsanhminhtuan@gmail.com
Điện thoại: (+84) 915240779

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

52 trẻ em nam giới 3 - 12 tuổi bị hẹp bao quy đầu sinh lý (từ loại I - IV theo phân loại của Kayaba H⁴), có triệu chứng lâm sàng do hẹp BQĐ gây nên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: lựa chọn trẻ em nam giới 3 - 12 tuổi hẹp BQĐ sinh lý có triệu chứng, nghiên cứu theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bước 2: đánh giá bi-lan trước điều trị bao gồm khám lâm sàng, phân loại độ hẹp BQĐ, đưa ra chỉ định làm thủ thuật nong da BQĐ hẹp.

- Bước 3: thực hiện quy trình nong da BQĐ hẹp và đánh giá kết quả qua mỗi lần nong.

- Bước 4: hẹn cha mẹ đưa trẻ đến tái khám, hoặc điện thoại hỏi đánh giá lại kết quả sau 3 tháng điều trị.

Quy trình kỹ thuật nong bao quy đầu bằng bơm hơi:

Trước tiên, trẻ được gây tê tại chỗ bao quy đầu bằng bôi thuốc xylocain 2% 20 phút.

Sau đó, tay trái BS dùng 2 ngón kéo da BQĐ xuống, tay phải đặt xilanh 10ml có buộc đầu bởi 1 ngón ngáng tay vô khuẩn (rút pít tông lên 5 - 10ml, cắt 1 ngón găng tay vô khuẩn chụp vào đầu xilanh, cắt cổ găng làm dây nịt quấn quanh đầu xilanh cố định ngón găng tay), tay trái kéo da BQĐ lên trùm vào đầu xilanh và giữ cố định cho đầu găng tay vào trong BQĐ làm bóng.

Đẩy pít tông xilanh bơm hơi vào bóng căng lên để tách da BQĐ ra khỏi quy đầu, lượng hơi bơm từ 2 - 4ml với trẻ em 3 - 5 tuổi, 5 - 7ml với trẻ 6 - 8 tuổi, 8 - 10ml với trẻ 9 - 12 tuổi.

Sau đó tay trái cố định da BQĐ với xilanh ra để cho bóng giữ căng vành BQĐ hẹp dần dần, giữ khoảng 2 đến 3 phút mỗi lần và lặp lại 2 đến 5 lần cho mỗi lần nong, tùy theo mức độ dẫn da BQĐ của mỗi trẻ, áp dụng cho những trường hợp hẹp BQĐ loại 1.

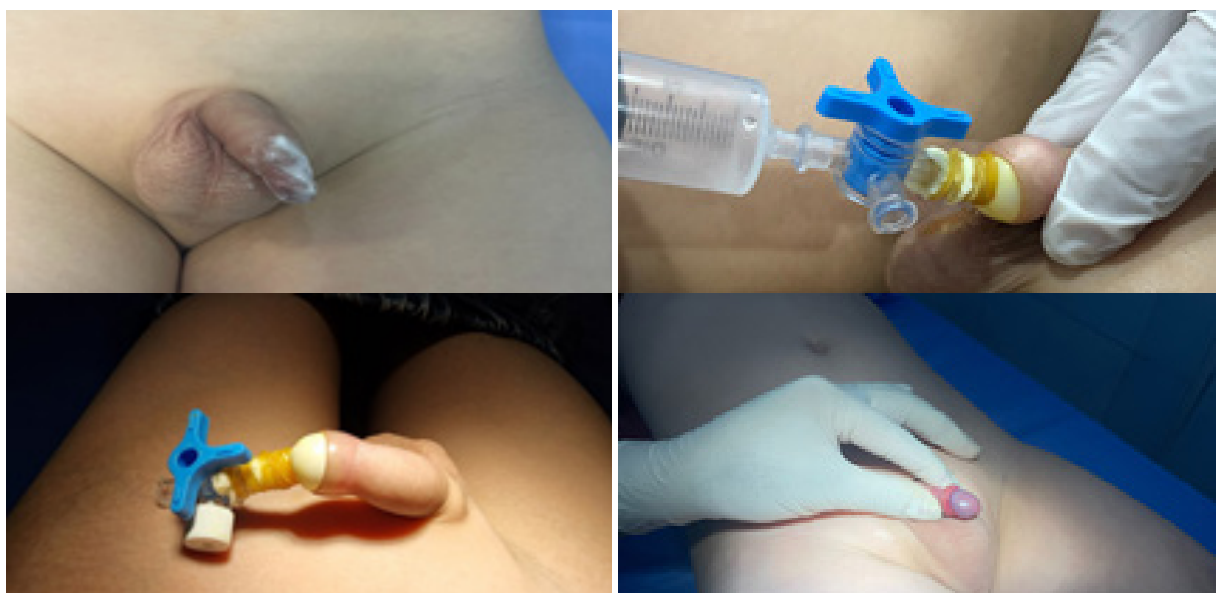
Những trường hợp hẹp loại 2 đến loại 4, tay trái định hướng cho bóng hơi bơm vào từng vùng hẹp dính, hoặc cho bóng vào trong da BQĐ bơm lượng hơi từ 2 - 4ml với trẻ em 3 - 5 tuổi, 5 - 7ml với trẻ 6 - 8 tuổi, 8 - 10ml với trẻ 9 - 12 tuổi, rồi khóa bóng hơi lại khoảng 10 phút và lặp lại 2 đến 3 lần.

Mỗi lần nong chỉ nên tách dần tăng lên 1 loại theo phân loại hẹp BQĐ của Kayaba H⁴, để dần dần tránh dẫn quá gây rách chảy máu da BQĐ, nên hẹp BQĐ loại I cần nong 4 lần, hẹp loại IV chỉ cần nong 1 lần.

Sau khi bơm hơi nong bóc tách da BQĐ từ loại I rộng ra đến loại IV sẽ khó bóc tách tiếp đến loại V được vì da BQĐ có phồng to lên vẫn gần như song song với rãnh khấu quy đầu. Cần dùng gạc con phẫu thuật vô khuẩn miết tách da BQĐ đến rãnh khấu quy đầu rất dễ dàng vì có mép đã được bóc tách bởi bơm hơi nong và không gây tổn thương rách chảy máu da BQĐ vì tay miết gạc kiểm soát được hướng tách, cự ly đến rãnh khấu quy đầu.

Sau bơm hơi nong bóc tách từ loại I đến loại IV và dùng gạc con vô khuẩn miết tách đến loại V.

Trẻ em nong trên 1 lần, cần nong cách nhau 1 ngày đến 1 tuần để da BQĐ hạn chế sưng nề, dần dần, phù hợp với điều kiện trẻ lựa chọn đi lại nong nhiều lần.



Ảnh: Lê Văn Tuấn

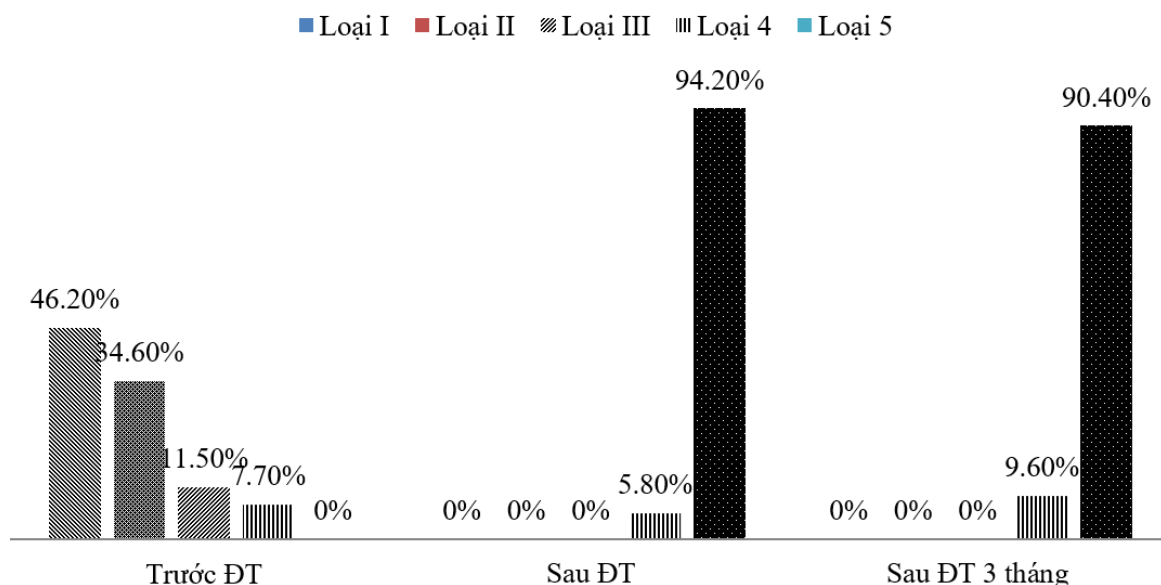
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

52 bé trai 3 đến 12 tuổi đến khám tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, có hẹp da BQĐ từ loại I đến loại IV

theo phân loại của, được điều trị nong da BQĐ hẹp bằng bóng hơi có kết quả như sau.

3.1. Kết quả nong BQĐ bằng bóng hơi trước, sau và sau điều trị 3 tháng

Biểu đồ 1: Kết quả nong BQĐ bằng bóng hơi trước, sau và sau điều trị 3 tháng



Biểu đồ 1 cho thấy, sau điều trị nong tách da BQĐ hẹp bằng bóng hơi, số trẻ hẹp BQĐ nặng đã hết, chuyển thành loại V hết hẹp BQĐ lên đến 94,2%, chỉ còn 5,8% trẻ hẹp nhẹ BQĐ loại IV. Sau điều trị nhóm nghiên cứu tiếp tục theo dõi 3 tháng, nhận được kết quả số trẻ không bị hẹp BQĐ loại V vẫn đạt cao 90,4%.

Kết quả nong BQĐ hẹp bằng bóng hơi của nhóm nghiên cứu đạt hiệu quả đến 94,2%, gần tương đương với một số kết quả nghiên cứu của You-Wei, dùng máy rút nong tách da bao quy đầu hẹp ở trẻ em 3 – 11 tuổi, theo dõi hậu phẫu tại thời điểm 1 tháng cho thấy tất cả 87 trường hợp đều có thể lộ hết quy đầu và có thể nhìn thấy vành quy đầu [6], hiệu quả cao hơn Vũ Thị Hồng Anh “Đánh giá kết quả nong hẹp bao quy đầu kết hợp bôi betamethasone 0,05%” đạt 89% [7]. Theo Wen YL bôi kem clobetasol propionate trong điều trị hẹp bao quy đầu ở trẻ em trước tuổi dậy thì, đạt hiệu quả 89,70% [8].

3.2. So sánh kết quả bơm hơi nong da BQĐ trước và sau điều trị

Bảng 1: So sánh kết quả bơm hơi nong da BQĐ trước và sau điều trị

Hẹp BQĐ	Trước ĐT		Sau ĐT		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Hẹp	52	100	3	5,8	< 0,05
Không hẹp	0	0	49	94,2	< 0,05

Bảng 1 cho thấy, đối với trẻ hẹp BQĐ trước điều trị là 100% từ hẹp loại I nặng nhất chiếm 46,2% đến hẹp nhẹ loại IV là 7,7%, sau điều trị chỉ còn 5,8% hẹp nhẹ loại IV. Có sự khác biệt của kết quả điều trị nong bao quy đầu lúc vào viện và sau điều trị một tháng với $p < 0,05$. Đối với trẻ không hẹp BQĐ thì lúc vào viện không có, sau điều trị 1 tháng đã có 94,2% trẻ được điều trị nong da BQĐ bằng bóng hơi hết hẹp BQĐ với $p < 0,05$.

3.3. So sánh kết quả bơm hơi nong da BQĐ sau điều trị và sau điều trị 3 tháng

Bảng 2: So sánh kết quả bơm hơi nong da BQĐ sau điều trị và sau điều trị 3 tháng, theo McNemar

Hẹp BQĐ	Sau ĐT		Sau ĐT 3 tháng		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Hẹp	3	5,8%	5	9,6%	0.85 > 0,05
Không hẹp	49	94,2%	47	90,4%	0.48 > 0,05
Tổng	52	100	52	100	
p	0.687 > 0,05				

Bảng 2 cho thấy, sau điều trị có 94,2% trẻ hết hẹp BQĐ và tiếp tục theo dõi sau 3 tháng không thay đổi nhiều là 90,4% trẻ không hẹp BQĐ, kết quả sau điều trị và theo dõi sau điều trị 3 tháng không có sự khác biệt tái hẹp với $p = 0,687 > 0,05$.

Kết quả theo dõi sau điều trị 3 tháng của nhóm nghiên cứu tương đồng với kết quả của các tác giả You-Wei, theo dõi 1 tháng cho thấy tất cả 87 trường hợp đều có thể lộ hết quy đầu và có thể nhìn thấy vành quy đầu [6].

3.4. Số lần nong da BQĐ theo phân loại hẹp trước điều trị

Bảng 3: Số lần nong da BQĐ theo phân loại hẹp trước điều trị

PL hẹp BQĐ	Số lần nong BQĐ		Tổng	P
	1 – 2 lần	3 – 4 lần		
Loại I	4 16,7%	20 83,3%	24 100%	0,001
Loại II	7 38,9%	11 61,1%	6 100%	
Loại III	5 83,3%	1 16,7%	6 100%	
Loại IV	4 100%	0	4 100%	
Tổng	20 38,5%	32 61,55	52 100%	

Bảng 3 cho thấy, những trường hợp hẹp BQĐ nặng loại I, II thường nong 3 đến 4 lần có 32 trường hợp (61,55%), các trường hợp hẹp BQĐ nhẹ loại III, IV nong ít hơn 1 đến 2 lần có 20 trường hợp (38,5%), với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Kết quả của nhóm nghiên cứu nong nhiều là 4 lần, mỗi lần bơm hơi nong tách da BQĐ 10 phút, tối đa dưới 30 phút đảm bảo cấp tưới máu cho da vùng bóng hơi nong tì đề, thấp hơn so với You-Wei dùng máy rút nong tách da bao quy đầu hẹp trong ít nhất bảy đến mười bốn

ngày, với 1 đến 2 giờ mỗi ngày [6].

3.5. Hải lòng của bé trai nong BQĐ hẹp bằng bóng hơi

Bảng 4: Hải lòng của bé trai nong BQĐ hẹp bằng bóng hơi.

Hải lòng của trẻ em	Hải lòng	Không HL	Tổng
Trong điều trị	48 92,3%	4 7,7%	52 100%

Bảng 4 cho thấy, trong điều trị có 92,3% trẻ hải lòng khi điều trị nong da BQĐ, thể hiện các trẻ nong bằng bóng hơi thường không đau hay đau nhẹ, chỉ có 4 trường hợp chưa hải lòng. Giảm đau cho trẻ khi nong da bao quy đầu là tiêu chí cần quan tâm, hạn chế sang chấn tâm lý cho trẻ, không nên giữ đê trẻ để làm thủ thuật mặc cho gào thét.

3.6. Sự hải lòng của cha mẹ bé trai nong BQĐ hẹp bằng bơm hơi

Bảng 5: Sự hải lòng của cha mẹ bé trai nong BQĐ hẹp bằng bơm hơi

Hải lòng của cha mẹ	Rất hải lòng	Hải lòng	Tổng
Trong điều trị	20	32	52
	38,5%	61,5%	100%

Bảng 5 cho thấy, trong điều trị có 61,5% cha mẹ rất hải lòng và 38,5% cha mẹ hải lòng, không có trường hợp nào không hải lòng. Các cha mẹ đưa con đi nong da BQĐ hẹp đều hải lòng và rất hải lòng với kết quả, phương pháp bóng hơi nong da BQĐ cho con.

4. KẾT LUẬN

Kết quả nong da BQĐ hẹp của trẻ 3 – 12 tuổi bằng bóng hơi đạt 94,2%. Với sự hải lòng của trẻ là 92,3%, các cha mẹ đều hoàn toàn hải lòng với kết quả và phương pháp nong da bao quy đầu hẹp bằng bóng hơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Department of Foreign Affairs, Forestin stenosis, Lecture on Surgical Pathology. Medical Publishing House; Hanoi, 2002.
- [2] Befamethasone, Dược điển Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. Tr. 185, 2002.
- [3] Nguyễn Quang Quyền, Giải phẫu cơ quan sinh dục niệu nam giới, Bài giảng Giải phẫu, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 1993.

- [4] Kayaba H, Tamura H, "Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys", *J Urol*, 156 (5), 1996, pp 1813-1815.
- [5] Nguyễn Thanh Liêm, *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2002.
- [6] You-Yue, yi-Wen Chen, li-Ping Deng et al., "Design and development of a new type of Phimosi dilatation retractor for children" *World J Clin Cases*. 2021 Jun 16; 2021, 9(17): 4159-4165.
- [7] Wen YL, Wang AG, Zhang ZP et al., "Topical application of clobetasol propionate cream in the treatment of Phimosi in prepubertal children: A report of 237cases" *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2017 Jul;23(7):635-638.

CLINICAL, LABORATORY AND INFLUENCE OF CHRONIC SCROTAL PAIN ON MEN'S SEXUAL ACTIVITY

Le Anh Tuan^{1,2*}, Pham Van Hao², Dang Quang Tuan²,
Mai Ba Tien Dung^{1,2}, Vu Le Chuyen^{1,3}

¹Pham Ngoc Thach Medical University – No.2 Duong Quang Trung, ward 12, district 10, HCMC, Vietnam

²Binh Dan Hospital – 371 Dien Bien Phu, ward 4, district 3, HCMC, Vietnam

³Tam Anh Hospital, HCMC – 2B Pho Quang, ward 2, Tan Binh, HCMC, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to investigate the clinical, paraclinical characteristics and the influence of chronic scrotal pain on male sexual activity.

Patients and Methods: Descriptive study. Patients with severe chronic scrotal pain at Binh Dan hospital from January 1, 2022 to November 31, 2022.

Results: 31 patients with chronic scrotal pain underwent surgery. There are 51.6% (16/31) patients feel scrotal pain affects sexual activity. Patients with severe scrotal pain with high pain scale (NRS 7-10 points) had an effect on erectile function compared with moderate pain group (NRS 0-6 points) ($P < 0.05$). Decreased libido accounted for 34.1% (14/41) and decreased Testosterone 37.5% of the patient group. Sexual activity causes pain 60.9% (25/41), ejaculation causes pain 41.4% (17/41). The proportion of patients with erectile dysfunction was high in the high pain scale group (7-9 points) ($P = 0.02$) compared with the average pain group.

Conclusion: Sexual disorders can be considered as an indication for surgery for chronic scrotal pain.

Keywords: Chronic scrotal pain, sexual disorder.

*Corresponding author
Email address: tuanledr@gmail.com
Phone number: (+84) 938489757



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ SỰ ẢNH HƯỞNG LÊN HOẠT ĐỘNG TÌNH DỤC CỦA ĐAU BÌU MẠN TÍNH TRÊN NAM GIỚI

Lê Anh Tuấn^{1,2,*}, Phạm Văn Hào², Đặng Quang Tuấn²,
Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Vũ Lê Chuyên^{1,3}

¹ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch – 2 Đ. Dương Quang Trung, Phường 12, Quận 10, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Bình Dân TP. HCM – 371 Đ. Điện Biên Phủ, Phường 4, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM – 2B Đ. Phổ Quang, Phường 2, Tân Bình, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sự ảnh hưởng của đau bìu mạn tính lên hoạt động tình dục.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Những bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng tại bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Kết quả: Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Có 51,6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng lên hoạt động tình dục. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (NRS 7-10 điểm) có ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm đau vừa (NRS 0-6 điểm) ($P < 0.05$). Giảm ham muốn chiếm 34,1% (14/41) và suy giảm Testosterone 37.5 % nhóm bệnh nhân. Hoạt động tình dục gây kích thích đau 60,9 % (25/41), xuất tinh gây đau 41,4 % (17/41). Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cương cao nhóm thang điểm đau cao (7-9 điểm) ($P = 0,02$) so với nhóm đau trung bình.

Kết luận: Các rối loạn tình dục có thể được xem xét chỉ định phẫu thuật đau bìu mạn tính.

Từ khóa: Đau bìu mạn tính, rối loạn tình dục

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bìu mạn tính (ĐBMT) là cơn đau tiết niệu phổ biến và cản trở hoạt động hàng ngày của nam giới. ĐBMT được định nghĩa là cơn đau vùng bìu, từng cơn hoặc liên tục, một bên hoặc hai bên, kéo dài trong hơn 3 tháng gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

Hiện tại có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT trên thực tế. Tác giả Ciftci báo cáo rằng ĐBMT chiếm 4,75% lý do đến khám chuyên khoa tiết niệu của tất cả nam giới mỗi năm 2. Tỷ lệ ĐBMT thấp hơn trong một báo cáo ở Thụy Sĩ là 350 đến 400 trường hợp trên 100.000 nam giới từ 25 đến 85 tuổi mỗi năm [4].

Các báo cáo cũng ghi nhận các cơn đau mạn tính có thể

ảnh hưởng đến chức năng tình dục bệnh nhân, có thể gây thiếu hứng thú và giảm hoạt động tình dục [2,3]. Những bệnh nhân bị ĐBMT còn có thêm một vấn đề khác là cơn đau có thể xuất hiện trong quá trình hoạt động tình dục dẫn đến giảm hứng thú, giảm hoạt động tình dục, tránh thực hiện hành vi quan hệ tình dục [6].

Ảnh hưởng cụ thể của cơn đau đối với hứng thú và chức năng tình dục rất khó xác định do các tác động có thể là sự tác động trực tiếp lên hoạt động tình dục của bệnh nhân hoặc gián tiếp bởi bệnh lý và mặt tâm lý. Một nguyên nhân khác cũng có khả năng góp phần là việc dùng thuốc giảm đau và thuốc hướng tâm thần được kê đơn điều trị ĐBMT có thể có tác dụng phụ lên hoạt động tình dục. Những vấn đề khó khăn về tình dục cũng có thể xảy ra trước sự khởi đầu của cơn đau như các bất

*Tác giả liên hệ
Email: tuanledr@gmail.com
Điện thoại: (+84) 938489757

đồng trong mối quan hệ, rối loạn cương... ĐBMT khi đó đóng vai trò thúc đẩy các rối loạn tình dục trở nên nặng nề hơn.

Mặc dù công nhận tình dục là một yếu tố rất quan trọng đối với chất lượng cuộc sống (QoL), trên thực tế đời sống tình dục ít được đánh giá trên các bệnh nhân ĐBMT khi đến khám và trong quá trình điều trị. Bất chấp những trở ngại (như sự tê nhị, ít quan tâm) một số nghiên cứu đã được công bố và đều báo cáo tỷ lệ rối loạn tình dục ở bệnh nhân đau bìu mạn tính là một thực tế mà bệnh nhân và bác sĩ điều trị cần phải đối mặt [4,5].

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên dữ liệu cắt ngang của 31 trường hợp đau bìu mạn tính kéo dài hơn 3 tháng. Bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa trong hơn 3 tháng liên tiếp (với NSAIDs và nhóm bèn thành mạch) hoặc không đồng ý tiếp tục điều trị bảo tồn. Các bệnh nhân được loại trừ hàng loạt các nguyên nhân có thể điều trị được. Bệnh nhân được chỉ định can thiệp phẫu thuật cắt thân kinh thừng tinh vi phẫu nhằm điều trị ĐBM tại khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán (huyết đồ, siêu âm bụng, siêu âm Doppler bẹn bìu, tổng phân tích nước tiểu, PSA) nhằm loại trừ các bệnh lý khác có thể gây đau bìu như viêm tinh hoàn, bướng tinh hoàn, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm cơ quan sinh dục, giãn tĩnh mạch tinh chưa được phẫu thuật... Các bệnh nhân có các triệu chứng đường tiêu hóa hoặc đau vùng cột sống thắt lưng cũng được loại khỏi nghiên cứu.

Bệnh nhân được đánh giá cơn đau bằng thang điểm đau Numeric Rating Scale (NRS 1-10). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bằng bảng câu hỏi QOL. Đánh giá hoạt động tình dục bằng bảng Sexual health inventory for men: (SHIM) với điểm <21 cho thấy có tình trạng rối loạn tình dục. Bảng câu hỏi ADAM score được đánh giá nhằm phát hiện tình trạng suy sinh dục với bệnh nhân trả lời có ở các câu hỏi 1, 7 hoặc 3 câu hỏi được cho là có dấu hiệu suy sinh dục.

Các kiểm định t test và chi square test được dùng để kiểm định các thống kê trên phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình 24,2±4,3, thời gian đau 2,3 ±1,6 năm. 2 (6,5%) bệnh nhân có thời gian triệu chứng giữa 3 đến 6 tháng, 7 (22,6%) có triệu chứng khoảng thời từ 6 – 12 tháng và 22 (71%) với thời gian triệu chứng trên 1 năm.

72 % bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL).

Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ hơn chỉ số trung bình trên siêu âm là 43,5% và 51 % bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời. Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm: 3,4±1,2 mm. Giãn tĩnh mạch thừng tinh phổ biến hơn đáng kể ở những bệnh nhân có thời gian triệu chứng dài hơn chiếm 9/22 (38,8%) bệnh nhân đau trên 1 năm.

Có 58,1% bệnh nhân cảm thấy rằng ĐBMT ngăn cản hoạt động quan hệ tình dục ở nhiều khía cạnh, 51,6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng nhiều lên hoạt động tình dục, 32,2 % (10/31) thấy ảnh hưởng vừa phải, 16,1% (5/31) bệnh nhân không thấy cơn đau ảnh hưởng hoạt động tình dục.

Những bệnh nhân càng đau thì chức năng cương bị ảnh hưởng nhiều. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (7-9 điểm) có ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm thang đau (1–6) (P<0.05: Fisher's exact test). Có 54,8% (17/31) bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi SHIM có thang điểm ≤21 cho thấy có tình trạng rối loạn tình dục. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cương cao nhóm thang điểm đau cao (7-9 điểm) (P=0.02) so với nhóm đau trung bình. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian quan hệ và mức độ đau bìu.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

	Đặc điểm
Tuổi	24,2±4,3
Thời gian đau	2,3 ±1,6 năm
Nguyên nhân:	Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh: 32,3 %, Hậu viêm tinh hoàn mào tinh: 45,3% Sau chấn thương: 22.6%
Vị trí đau	Bìu 41,3%, Tinh hoàn-mào tinh 47,8%, Thừng tinh 24,6%, Bẹn 15,1%.
Thang điểm đau NRS trước mổ	6,8 ±2,3
QoL bệnh nhân	thang điểm đau NRS 1-6: 6,75 ± 1,1 thang điểm đau NRS 7-10: 4,6 ± 4.0
Tinh hoàn nhỏ	43,5%
Giãn tĩnh mạch tinh	51 %

Qua nghiên cứu cho thấy 43% (13/31) có tình trạng

giảm ham muốn tình dục khi khảo sát qua bảng câu hỏi ADAM. 76,9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau >7đ) có kết quả nghi ngờ suy sinh dục trên thang điểm ADAM so với chỉ 16,7% (3/18) (thang điểm đau >6) (khác biệt có ý nghĩa , P<0.05: chi squared test). Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% bệnh nhân.

Hoạt động tình dục gây kích thích đau 58,1% (18/31), 76,9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau >7đ) thấy cơn đau tăng sau hoạt động tình dục so với chỉ 44,4% (8/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa ghi nhận cơn đau thay đổi (thang điểm đau ≤6đ) (P<0.05: chi squared test). Xuất tinh gây đau 41,9 % (13/31) bệnh nhân. 53,8% (7/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau >7đ) thấy cơn đau tăng khi xuất tinh so với 33,3% (6/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa(thang điểm đau ≤6đ) (P<0,05: chi squared test)

Bảng 2: Rối loạn tình dục qua bảng điểm SIM

SIM	NRS 1-6	NRS 7-10
≥ 21	7 (38,9%)	10 (76,9%)
< 21	11 (61,1%)	3 (23,1%)
Tổng	18	13
P<0.05: Fisher's exact test		

Bảng 3: Suy sinh dục và giảm ham muốn qua bảng ADAM

ADAM	NRS 1-6	NRS 7-10
Dương	3 (9,7%)	10 (76,9%)
Âm	17 (10,3%)	3 (23,1%)
Tổng	18	13
P<0.05: chi squared test		

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

ĐBMT là một than phiền phổ biến ở nhóm thanh niên và người trung niên. Có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT ở dân số, với nghiên cứu của Cifti về lý do nam giới đến phòng khám tiết niệu báo cáo tỷ lệ mắc bệnh là 4.75% và Strebel báo cáo chỉ ra tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 350–400/100.000 dân [6].

Cũng như các tác giả khác, độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu khá trẻ 24,2±4,3 với thời gian chịu cơn đau tương đối dài 2,3 ±1,6 năm. Bệnh nhân trong nghiên cứu trẻ hơn so với các báo cáo ở phương tây [5, 6, 8] có thể do đặc điểm phân bố dân số trẻ tại Việt Nam. Những điều trên cho thấy đau ĐBMT ảnh hưởng không

chỉ trên sức khỏe bệnh nhân mà còn gián tiếp ảnh hưởng lên hoạt động sống, làm việc và chất lượng sống của bệnh nhân.

Nguyên nhân của ĐBMT ở nam thanh niên được báo cáo trong nghiên cứu này qua bảng 1. Dù đã thực hiện loại các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh chưa phẫu thuật, trong nghiên cứu vẫn ghi nhận 51% bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời với các tổn thương do viêm, chấn thương, hoặc sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch tinh ở nam thanh niên bình thường ước tính khoảng 15–20% [8] và tỷ lệ đau ở những người bị giãn tĩnh mạch tinh được ước tính trong khoảng từ 2 đến 10% [5], có nghĩa là tỷ lệ hiện mắc ước tính giãn tĩnh mạch tinh gây đau 0,3–2% ở nam thanh niên bình thường dân số [5]. Giãn tĩnh mạch tinh có thể là một trong các yếu tố quan trọng kích thích đồng thời các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bẹn gây nên đau bìu mạn.

Trong nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp ĐBMT ở các bệnh nhân được phẫu thuật thắt ống dẫn tinh hoặc tái tạo thành bẹn. Có thể do tỷ lệ bệnh nhân thực hiện triệt sản ở Việt Nam không cao so với các nghiên cứu ở các nước phương Tây nên tăng suất ĐBMT sau phẫu thuật triệt sản không được ghi nhận. Các bệnh nhân ĐBMT sau phẫu thuật tái tạo thành bẹn có xu hướng khám và can thiệp ở chuyên khoa ngoại Tổng quát cũng có thể giải thích kết quả trên.

72% bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL) và 25 (80.6 %) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc so với 60% và 31% báo cáo của tác giả [8].

ĐBMT đã ảnh hưởng đến hiệu quả công việc của họ. Chất lượng cuộc sống qua câu hỏi QOL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 4,6 ± 4,0 và 6,75 ± 1,1 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Trong khi ngay cả nhóm bệnh nhân nam có cơn đau ít nghiêm trọng hơn cũng ghi nhận tác động tiêu cực trên QOL, cơn đau được báo cáo càng nghiêm trọng, tác động được báo cáo lên QOL càng lớn.

Ảnh hưởng lên tình dục

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này có độ tuổi tương đối trẻ, trung bình 24,2±4,3 và chịu cơn đau khá lâu 2,3 ±1,6 năm trước khi được điều trị. Như trong nhiều bệnh mạn tính khác hội chứng ĐBMT có thể có tác động xã hội đáng kể, vì nó dẫn đến tăng chi phí chăm sóc sức khỏe đáng kể, mất việc làm, thời gian và năng suất lao động

Quá trình điều trị ĐBMT cũng có thể làm giảm khả năng tình dục do tác dụng của các thuốc giảm đau lên hứng thú và chức năng tình dục bệnh nhân. Trong nghiên cứu 51,6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu

ảnh hưởng nhiều lên hoạt động tình dục, 32,2 % (10/31) thấy ảnh hưởng vừa phải. 60% cảm thấy rằng ĐBMT đã ngăn cản họ quan hệ tình dục bình thường

Trong nghiên cứu 54,8% (17/31) bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi SHIM có bằng chứng về rối loạn tình dục. Nguyên nhân làm giảm ham muốn tình dục và hoạt động tình dục có thể bao gồm cả sự suy nhược của cơ thể từ cơn đau mạn tính, trầm cảm, giảm chất lượng cuộc sống QoL do cả đau đớn và những hạn chế gây ra bởi cơn đau mạn tính trong quá trình hoạt động tình dục. Sự giảm ham muốn này cũng có thể được giải thích bởi những nguyên nhân trước đó gây ra ĐBMT như chấn thương, viêm tinh hoàn. Các tổn thương này có thể gây nên các tổn thương về mặt nội tiết của tinh hoàn. Tình trạng giảm ham muốn chiếm 35,4% (11/31) trong khi so với sự suy giảm Testosterone là 37,5% cho thấy không chỉ về mặt nội tiết, nguyên nhân rối loạn tình dục của bệnh nhân còn có thể có sự góp phần của những rối loạn về mặt tâm lý. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% có thể được giải thích do các nguyên nhân trước đó gây tổn thương chức năng nội tiết của tinh hoàn như viêm tinh hoàn hoặc chấn thương tinh hoàn chiếm tỷ lệ cao trong bệnh sử bệnh nhân. Tuy nhiên cũng không loại trừ sự suy giảm Testosterone ở nam giới trong nghiên cứu xuất phát từ tình trạng trầm cảm của bệnh nhân khi chịu đựng cơn đau kéo dài. Điều này đã được ghi nhận ở một số nghiên cứu.

Theo phản hồi của nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu cơn đau búi đau nặng hơn khi sinh hoạt tình dục. Hoạt động tình dục gây kích thích đau 58,1% (18/31), xuất tinh gây đau 41,9 % (13/31). Có 76,9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng sau hoạt động tình dục so với chỉ 44,4% (8/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa ghi nhận cơn đau thay đổi (thang điểm đau ≤ 6đ) ($P < 0.05$: chi squared test).

Xuất tinh gây đau 41,9% (13/31) bệnh nhân. 53,8% (7/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng khi xuất tinh so với 33,3% (6/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa (thang điểm đau ≤ 6đ) ($P < 0,05$: chi squared test)

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy ĐBMT có tác động tiêu cực đối với chức năng tình dục nam giới. Sự sụt giảm trong chất lượng cuộc sống do các cơn đau mạn tính ở bệnh nhân ĐBMT góp phần hoặc gây ra rối loạn chức năng tình dục như sự giảm ham muốn và rối loạn cương. Vì vậy, có thể cần đánh giá yếu tố tình dục là một trong những chỉ định can thiệp bằng phẫu thuật ở những bệnh nhân ĐBMT ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nam giới.

5. KẾT LUẬN

Đau búi mạn tính đa phần xảy ra ở bệnh nhân trẻ với thang điểm đau tương đối lớn. Nguyên nhân gây đau búi mạn tính cũng góp phần ảnh hưởng đến kích thích và chức năng nội tiết tinh hoàn. Phần lớn những bệnh nhân cho thấy cơn đau có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, tâm trạng và khả năng làm việc. Đau búi mạn tính mức độ nặng có thể ảnh hưởng rất lớn lên hoạt động tình dục ở nam giới. Các bệnh nhân có cơn đau càng lớn trên thang điểm đau càng sẽ bị ảnh hưởng nhiều về mặt tình dục. Cần quan tâm đến các yếu tố tình dục ở bệnh nhân nam ĐBMT. Các rối loạn tình dục có liên quan đến đau búi có thể được xem xét là một yếu tố cần nhắc trong chỉ định phẫu thuật đau búi mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ambler N, Williams AC, Hill P et al., Sexual difficulties of chronic pain patients. Clin J Pain 2001;17:138-45).
- [2] Anderson RU, Wise D, Sawyer T et al., Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. J Urol 2006;176:1534-8; discussion 1538-9.
- [3] Ciftci H, Savas M, Gulum M et al., Evaluation of sexual function in men with orchialgia. Arch Sex Behav 2011;40:631-4
- [4] Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl 1986;3:S1-226).
- [5] Flor H, Turk DC, Scholz OB. Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. J Psychosom Res 1987;31:63-71
- [6] Osborne D, Maruta T. Sexual adjustment and chronic back pain. Med Aspects Hum Sex 1980;14:94-113
- [7] Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, et al. Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. Eur Urol 2005;47:812-6
- [8] Valencic M. Re: Granitsiotis P, Kirk D. Chronic testicular pain: an overview. Eur Urol 2004;45:430-6. Eur Urol. 2005;47(5):720. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.023
- [9] Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. Science. 2000 Jun 9;288(5472):1765-9. doi: 10.1126/science.288.5472.1765. PMID: 10846153



THE CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS TO MALE HYPOGONADISM AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Trung Hieu^{1*}, Dam Van Cuong², Le Thanh Binh¹, Tran Huynh Tuan¹,
Le Quang Trung¹, Quach Vo Tan Phat¹, Nguyen Van Nghia¹, Duong Van Huynh¹,
Nguyen Dai Nghia¹, Tran Quoc Cuong¹, Le Viet Tu¹

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy – 179 Nguyen Van Cu, An Khanh, Ninh Kieu, Can Tho, Vietnam

²Nam Can Tho University Medical Center – 168 Song Hanh, 1A highway, Cai Rang, Can Tho, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Background: Hypogonadism is a clinical syndrome that is characterized by testosterone deficiency. This condition significantly reduces quality of life and adversely affects many organs. Testosterone deficiency is found in men with metabolic syndrome. Hypogonadism can cause insulin resistance, obesity, hyperlipidemia, and hypertension.

Objectives: to describe clinical, laboratory characteristics and related factors to male hypogonadism At Can Tho University Of Medicine And Pharmacy Hospital.

Materials and methods: This was cross-sectional study, 60 male patients with hypogonadism from 11/2022 to 3/2023 in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Results: The average age of patients was 68.5. Decreased libido was 78.3%, severe erectile dysfunction was 21.7%, moderate erectile dysfunction was 11.7%, mild erectile dysfunction was 50%. The average testosterone concentration was 7.8 nmol/L. Patients had waist circumference >90 cm (75%), overweight-obesity (81%), hypertension (76.7%), diabetes (61.7%), dyslipidemia (41.7%), were infected with SARS-Cov-2 (62%). There is a relationship between testosterone levels: the degree of erectile dysfunction, SARS-Cov-2 infection.

Conclusion: A comprehensive assessment of factors related to hypogonadism patients such as metabolic syndrome, history of SARS-Cov-2 infection will make the treatment more complete and effective.

Keywords: Male hypogonadism, testosterone

*Corresponding author
Email address: nthieu@ctump.edu.vn
Phone number: (+84) 901002244

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY SINH DỤC Ở NAM GIỚI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Trung Hiếu^{1*}, Đàm Văn Cường², Lê Thanh Bình¹, Trần Huỳnh Tuấn¹, Lê Quang Trung¹, Quách Võ Tấn Phát¹, Nguyễn Văn Nghĩa¹, Dương Văn Huỳnh¹, Nguyễn Đại Nghĩa¹, Trần Quốc Cường¹, Lê Việt Tú¹

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ – Số 179 Đ. Nguyễn Văn Cừ, Phường An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ – 168 Đường Song Hành, QL1A, Cái Răng, Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy sinh dục là một hội chứng lâm sàng biểu hiện bởi sự thiếu hụt testosterone. Tình trạng này làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và tác động bất lợi đến nhiều cơ quan. Thiếu hụt testosterone được tìm thấy ở nam giới mắc hội chứng chuyển hóa. Có thể suy sinh dục gây ra tình trạng nam giới kháng insulin, béo phì, tăng lipid máu, tăng huyết áp.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến suy sinh dục nam tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 nam giới mắc suy sinh dục từ tháng 11/2022 đến tháng 3/2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Kết quả: Tuổi trung bình 68,5 tuổi. Giảm ham muốn chiếm 78,3%, rối loạn cương mức độ nặng chiếm 21,7%, rối loạn cương mức độ trung bình chiếm 11,7%, rối loạn cương mức độ nhẹ chiếm 50%. Nồng độ testosterone trung bình 7,8 nmol/L. Bệnh nhân có vòng bụng >90 cm (75%), thừa cân-béo phì chiếm (81%), tăng huyết áp chiếm (76,7%), đái tháo đường (61,7%), rối loạn lipid máu (41,7%), đã nhiễm SARS-Cov-2 (62%). Có mối liên quan giữa nồng độ testosterone với: mức độ rối loạn cương, nhiễm SARS-Cov-2.

Kết luận: Đánh giá toàn diện các yếu tố liên quan đến bệnh nhân suy sinh dục như hội chứng chuyển hóa, tiền sử nhiễm SARS-Cov-2 giúp việc điều trị sẽ đầy đủ và hiệu quả hơn.

Từ khóa: Suy sinh dục nam, testosterone.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2022) suy sinh dục nam có liên quan đến giảm chức năng tinh hoàn, giảm sản xuất nội tiết tố androgen và/hoặc suy giảm sản xuất tinh trùng. Tình trạng này làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và tác động bất lợi đến nhiều cơ quan [5]. Thiếu hụt testosterone được tìm thấy ở nam giới mắc hội chứng chuyển hóa. Có thể suy sinh dục gây ra tình trạng nam giới kháng insulin, béo phì, tăng lipid máu,

tăng huyết áp. Các nghiên cứu đã liên tục chứng minh rằng hội chứng chuyển hóa gặp ở nam giới có nồng độ testosterone thấp. Gần đây, nghiên cứu cho thấy tác nhân SARS-CoV-2 cũng góp phần gây suy sinh dục nam [8].

Tại Cần Thơ cùng với sự gia tăng ngày càng nhiều của rối loạn này, đặc biệt sau đại dịch COVID-19 nhưng chưa có nhiều công trình nghiên cứu về suy sinh dục nam. Nhằm giúp bệnh nhân phát hiện, điều trị và cải

*Tác giả liên hệ

Email: nthieu@ctump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 901002244

thiện chất lượng cuộc sống, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu.

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy sinh dục ở nam giới đến điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến suy sinh dục ở nam giới đến điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nam được chẩn đoán suy sinh dục tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2022-2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân nam được chẩn đoán suy sinh dục và có nồng độ testosterone toàn phần trong máu < 12 nmol/l qua ít nhất hai lần xét nghiệm riêng biệt.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã từng/đang dùng liệu pháp điều trị testosterone thay thế.
- Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tinh hoàn trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

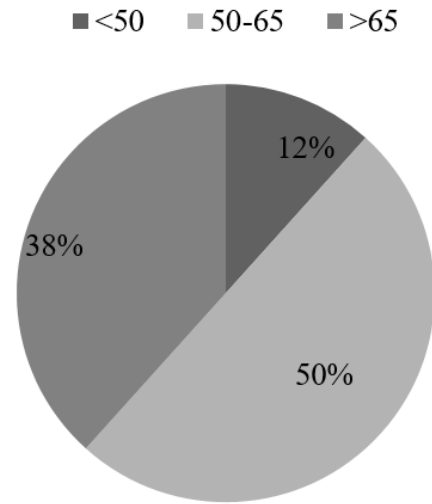
Theo nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023, chúng tôi có tất cả 60 nam giới mắc suy sinh dục.

Nội dung nghiên cứu: Dữ kiện được thu thập bằng phỏng vấn và quan sát. Tất cả các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu sẽ được tiến hành hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ (khám cơ quan sinh dục ngoài, thăm trực tràng,...), thực hiện các xét nghiệm (testosterone máu, glucose máu, lipid máu,...) để chọn lựa đối tượng nghiên cứu đạt tiêu chuẩn đã quy định.

Xử lý thống kê số liệu: Nhập giá trị các biến số vào bảng dữ liệu thuộc phần mềm Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS 20.0) và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi



Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 68,5 tuổi.

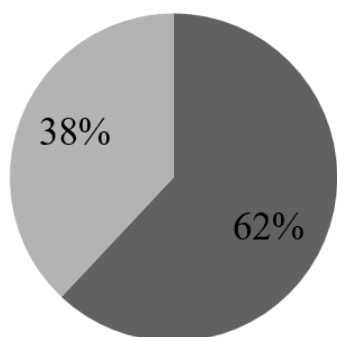
Bảng 3.1. Rối loạn kèm theo

Rối loạn kèm theo	Tần số	Tỷ lệ (%)
Vòng bụng	> 90 cm	45 / 75
	≤ 90 cm	15 / 25
Chỉ số khối cơ thể	<18,5	0 / 0
	18,5-22,9	11 / 18,3
	23-24,9	40 / 66,7
	≥ 25	9 / 15
Tăng huyết áp	Có	46 / 76,7
	Không	14 / 23,3
Đái tháo đường	Có	37 / 61,7
	Không	23 / 38,3
Rối loạn lipid máu	Có	25 / 41,7
	Không	35 / 58,3

Nhận xét: 75% bệnh nhân có vòng bụng >90 cm; thừa cân-béo phì chiếm trên 80%; các bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp (76,7%), đái tháo đường (61,7%), rối loạn lipid máu (41,7%).

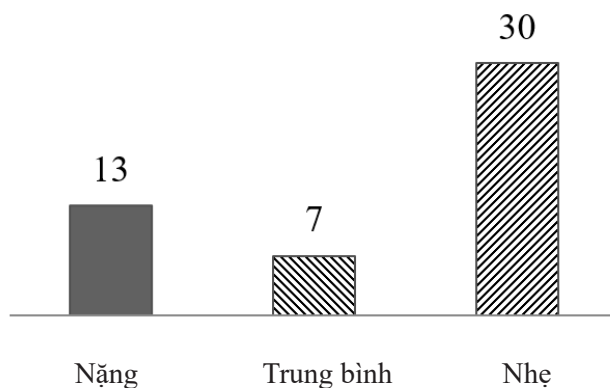
Biểu đồ 3.2. Tình trạng nhiễm SARS-Cov-2

■ Đã nhiễm ■ Chưa



Nhận xét: Có 62% bệnh nhân đã nhiễm COVID-19

Biểu đồ 3.3. Mức độ rối loạn cương dương phân loại theo IIEF



Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có mức độ rối loạn nhẹ (50%)

Bảng 3.2. Các triệu chứng thiếu hụt androgen theo bộ câu hỏi ADAM.

Triệu chứng	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm ham muốn	47	78,3
Mệt mỏi	13	21,7
Giảm sức bền	38	63,3
Giảm hứng thú	37	61,7
Buồn bã	40	66,7
Giảm cương cứng	51	85
Chơi thể thao yếu đi	30	50
Ngủ gật sau ăn tối	15	25
Lao động giảm sút	45	75

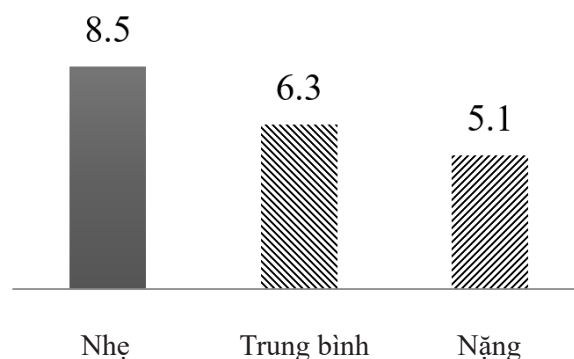
Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là giảm ham muốn (78,3%) và giảm cương cứng (85%)

Bảng 3.3. Nồng độ testosterone toàn phần

Testosterone toàn phần	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
8-12 nmol/L	13	21,7
<8 nmol/L	47	78,3
Tổng	60	100

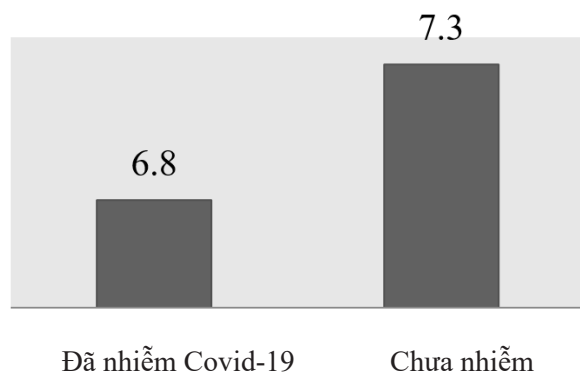
Nhận xét: Nồng độ testosterone toàn phần < 8 nmol/L chiếm 78,3%. Nồng độ testosterone trung bình là 7,8 nmol/L.

Biểu đồ 3.4. Nồng độ testosterone theo mức độ rối loạn cương



Nhận xét: Nồng độ testosterone thấp ở bệnh nhân có mức độ rối loạn cương nặng ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.5. Nồng độ testosterone ở 2 nhóm có và chưa nhiễm SARS-Cov-2



Nhận xét: Nồng độ testosterone thấp ở bệnh nhân đã nhiễm SARS-Cov-2 ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,5 tuổi, trong đó độ tuổi 50-65 chiếm tỉ lệ cao nhất. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thục Hiền và Nguyễn Khoa Diệu Vân, ghi nhận độ tuổi trung bình là 58,4 tuổi và có mối liên quan giữa suy sinh dục và độ tuổi trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 [1]. Tỷ lệ lớn nam giới trên 60 tuổi có nồng độ testosterone huyết thanh thấp hơn giới hạn ở nam giới 20-30 tuổi [9]. Một nghiên cứu theo chiều dọc đã gợi ý rằng khoảng 20% nam giới ở độ tuổi 60 và khoảng 50% nam giới ở độ tuổi 80 có nồng độ testosterone toàn phần trong huyết thanh thấp hơn đáng kể so với mức của nam giới trẻ tuổi bình thường.

Các triệu chứng của nồng độ testosterone thấp gồm giảm năng lượng, giảm sức dẻo dai, giảm hiệu suất làm việc, mệt mỏi, thay đổi thị giác, mất khứu giác, trầm cảm, giảm động lực, kém tập trung, suy giảm trí nhớ, khó chịu, vô sinh, giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương [3]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng như giảm ham muốn (78%), mệt mỏi (21%), giảm sức bền (63%), giảm hứng thú (61%), buồn bã (66%), giảm cương cứng (85%), chơi thể thao yếu đi (50%), ngủ gật (25%), lao động giảm sút (75%). Các triệu chứng của suy sinh dục ở nam giới lớn tuổi khác nhau tùy thuộc vào độ tuổi, mức độ nghiêm trọng và thời gian thiếu hụt nội tiết tố nam, các bệnh kèm theo, độ nhạy cảm với nội tiết tố nam và liệu pháp testosterone trước đó.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có các rối loạn chuyển hóa kèm theo ở bệnh nhân suy sinh dục. Cụ thể 75% bệnh nhân có vòng bụng >90 cm, BMI >23 chiếm trên 80%, bệnh nhân mắc kèm tăng huyết áp chiếm 76,7%, đái tháo đường 61,7% và tăng lipid máu chiếm 41,7%. Hiệp hội các nhà nội tiết học lâm sàng Hoa Kỳ khuyến nghị sàng lọc suy sinh dục ở tất cả nam giới có vòng eo lớn, chỉ số BMI >30 và bệnh đái tháo đường

tuýp 2 [6]. Khởi phát suy sinh dục cao gấp 5,7-7,4 lần ở nam giới mắc hội chứng chuyển hóa.

Bằng chứng thuyết phục từ các nghiên cứu đã chứng minh rằng suy sinh dục, đặc biệt là thiếu hụt testosterone, có liên quan đến rối loạn chuyển hóa và khả năng dự đoán tăng nguy cơ phát triển đái tháo đường tuýp 2 và hội chứng chuyển hóa. Cơ chế sinh lý bệnh chính xác của sự thiếu hụt testosterone dẫn đến đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa vẫn chưa rõ ràng. Tuy nhiên, thiếu hụt testosterone đã được cho là gây ra sự gia tăng hoạt động lipoprotein lipase, dẫn đến tăng hấp thu axit béo và hình thành triglycerid trong tế bào mỡ, cuối cùng kích thích tăng sinh tế bào mỡ và tích tụ mô mỡ, đặc biệt là mô mỡ nội tạng (VAT), do đó giải thích sự tiến triển của béo phì, đề kháng insulin và hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân suy sinh dục. Hơn nữa, sự điều hòa lại của nhiều enzyme ty thể, xác định sự suy giảm toàn bộ chức năng của ty thể cũng góp phần vào sự tiến triển mệt mỏi, béo phì, đề kháng insulin và hội chứng chuyển hóa ở nam giới bị suy sinh dục.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ testosterone trung bình là 7,8 nmol/L, trong đó bệnh nhân có testosterone <8 nmol/L chiếm gần 80%. Mức độ rối loạn cương và nồng độ testosterone có mối liên quan, bệnh nhân rối loạn cương nặng có nồng độ testosterone thấp hơn mức độ trung bình và nhẹ. Bằng chứng về vai trò của testosterone trong rối loạn cương dương đến từ dữ liệu thử nghiệm lâm sàng về liệu pháp thay thế testosterone. Một vài thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đề cập đến vai trò điều trị bằng testosterone trong rối loạn cương dương đã được xem xét rộng rãi, với phân tích tổng hợp lớn nhất và cập nhật nhất xác nhận tác dụng có lợi đáng kể trên các khía cạnh khác nhau của chức năng cương dương, nhưng chỉ ở nam giới có mức testosterone thấp hơn 12 nmol/L [4].

Nghiên cứu của chúng tôi có 62% bệnh nhân đã từng nhiễm SARS-Cov-2. Nồng độ testosterone ở nhóm bệnh nhân có nhiễm SARS-Cov-2 thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không nhiễm SARS-Cov-2. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nồng độ testosterone huyết thanh thấp hơn có liên quan đến tình trạng viêm nặng ở bệnh nhân mắc SARS-Cov-2 [2] và tiên lượng xấu ở những bệnh nhân mắc SARS-Cov-2 [7]. Không chỉ suy sinh dục nguyên phát mà cả thứ phát liên quan đến nhiễm vi rút SARS-CoV2 có thể liên quan đến sự thay đổi do giảm testosterone, điều này có thể làm phức tạp các triệu chứng lâm sàng của tình trạng hậu COVID-19. Do đó, điều quan trọng là phải xem xét sự cần thiết của việc xét nghiệm testosterone huyết thanh ở bệnh nhân, đặc biệt là ở những bệnh nhân mệt mỏi, lo lắng hoặc có dấu hiệu thiếu máu, ở giai đoạn đầu của hậu COVID-19 [10].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận

- Độ tuổi trung bình 68,5 tuổi.
- Bệnh nhân suy sinh dục mắc kèm hội chứng chuyển hóa.
- Có mối liên quan giữa testosterone với: mức độ rối loạn cương, nhiễm SARS-Cov-2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hien NTT, Van NKD, Study on clinical characteristics, testosterone levels in patients with type 2 diabetes mellitus with erectile dysfunction, Bach Mai hospital, 2016.
- [2] Apaydin T, Sahin B, Dashdamirova S et al., The association of free testosterone levels with coronavirus disease 2019. *Andrology*. 2022.
- [3] Berg WT, Miner M. Hypogonadism and metabolic syndrome: review and update. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2020 Dec;27(6):404-410.
- [4] Corona G et al., Testosterone supplementation and sexual function: a meta-analysis study. *J Sex Med*. 2014;11:1577–1592.
- [5] European Association of Urology, EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health, 2022.
- [6] Goodman N, Guay A, Dandona P, et al., AACE Reproductive Endocrinology Scientific Committee. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on the Association of Testosterone and Cardiovascular Risk. *Endocr Pract* 2015; 21:1066–1073.
- [7] Rastrelli G, Di Stasi V, Inglese F et al., Low testosterone levels predict clinical adverse outcomes in SARS-CoV-2 pneumonia patients. *Andrology*. 2021;9:88–98.
- [8] Salonia A et al., "Testosterone in males with COVID-19: A 7-month cohort study", *Andrology*, 2022; 10(1):34-41.
- [9] Wu FCW, Tajar A, Pye SR et al., Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European male aging study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008;93(7):2737–2745.
- [10] Yamamoto Y, Otsuka Y, Sunada N et al., Detection of Male Hypogonadism in Patients with Post COVID-19 Condition. *J Clin Med*. 2022 Mar 31;11(7):1955.



UPDATES ON POSTPARTUM DEPRESSION AND FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

Tran Gia Cat Tuong^{1*}, Tran Thi Nhu Quynh¹, Le Minh Tam²

¹Hue University Hospital of Medicine and Pharmacy – 41&51 Nguyen Hue, Vinh Ninh, Hue city, Thua Thien Hue, Vietnam

²Hue University of Medicine and Pharmacy – 06 Ngo Quyen, Vinh Ninh, Hue city, Thua Thien Hue, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 03/06/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Background: Postpartum depression is a serious mental disorder with various symptoms, including the loss of interest in sexual activities. Therefore, postpartum depression could affect the sexual quality of life and lead to the female sexual dysfunction. This study focus on some main updated reports on postpartum depression and sexual dysfunction were collected from Pubmed database.

Results: There was a decline in the sexual function of women with postpartum depression over the first 6 months postpartum, which could persist after 12 months. The correlation between postpartum depression and sexual dysfunction was statistically positive through analyzing Female Sexual Function Index (FSFI) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) scores. Women with postpartum depression were more likely to experience sexual dysfunction than women without.

Conclusion: Postpartum depression is a disease that affects many aspects of a woman's life, including sexual function.

Keywords: Postpartum depression, female sexual dysfunction.

*Corresponding author
Email address: tgctuong@bv.huemed-univ.edu.vn
Phone number: (+84) 375335713

TỔNG QUAN TRẦM CẢM SAU SINH VÀ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ

Trần Gia Cát Tường^{1*}, Trần Thị Như Quỳnh¹, Lê Minh Tâm²

¹Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế – 41 & 51, Nguyễn Huệ, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế – 06 Ngô Quyền, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/06/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm sau sinh là một rối loạn tâm thần nghiêm trọng với nhiều biểu hiện khác nhau, trong đó có mất hứng thú với hoạt động hay kích thích tình dục. Do vậy, trầm cảm sau sinh có thể ảnh hưởng đến chất lượng đời sống tình dục và là nguyên nhân dẫn đến rối loạn chức năng tình dục của phụ nữ.

Kết quả: Bài báo cáo này tổng hợp kết quả một số nghiên cứu cập nhật về trầm cảm sau sinh và rối loạn chức năng tình dục. Kết quả cho thấy chức năng tình dục của phụ nữ bị trầm cảm sau sinh có sự suy giảm trong 6 tháng đầu sau sinh, có thể kéo dài đến 12 tháng. Trầm cảm sau sinh có mối tương quan thuận với rối loạn chức năng tình dục khi phân tích Bộ công cụ về chỉ số chức năng tình dục nữ - FSFI (Female Sexual Function Index) và Thang đo trầm cảm sau sinh của Edinburgh - EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale). Phụ nữ trầm cảm sau sinh có khả năng bị rối loạn chức năng tình dục cao hơn phụ nữ không bị trầm cảm.

Kết luận: Như vậy, trầm cảm sau sinh hiện là bệnh lý ảnh hưởng đến nhiều phương diện đời sống của người phụ nữ, trong đó có chức năng tình dục.

Từ khóa: Trầm cảm sau sinh, rối loạn chức năng tình dục nữ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm sau sinh là một rối loạn tâm thần nghiêm trọng mà chưa được nghiên cứu sâu cả về lâm sàng và thực nghiệm, đồng thời việc chẩn đoán và điều trị còn hạn chế. Tỷ lệ mắc trầm cảm sau sinh chiếm khoảng 10-20%, tuy nhiên tỷ lệ lưu hành giữa các quốc gia khá khác nhau do sự khác biệt về phương pháp sàng lọc, môi trường kinh tế - xã hội, chuẩn mực văn hoá - xã hội, sự hỗ trợ và nhận thức, kỳ thị về sức khoẻ tâm trí trên toàn thế giới. Trên thực tế, người ta đã phát hiện ra rằng có khoảng 50% trường hợp trầm cảm sau sinh không được chẩn đoán [1][2].

Hiện nay, công cụ chẩn đoán trầm cảm sau sinh chủ yếu là phỏng vấn bằng bảng câu hỏi được thiết kế sẵn. Một số nghiên cứu khuyến cáo đo nồng độ cortisol nhưng đến nay vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán chung, chẩn đoán trầm cảm đòi hỏi

cần có từ 5 triệu chứng trở lên, bao gồm: tâm trạng chán nản, luôn tự cảm thấy buồn bã, trống rỗng; giảm hứng thú hoặc niềm vui trong các hoạt động thường nhật; thay đổi trọng lượng cơ thể (> 5% trong một tháng); mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều; kích động hoặc chậm phát triển tâm thần vận động; mệt mỏi hoặc thiếu năng lượng; cảm giác vô giá trị, mất phương hướng hoặc tội lỗi quá mức; giảm khả năng tư duy, tập trung; thường xuyên suy nghĩ về cái chết hoặc có ý định tự tử. DSM-5 quy định là trầm cảm sau sinh khi các triệu chứng khởi phát trong khi mang thai hoặc trong 4 tuần đầu sau sinh. Một số quan điểm khác lại cho rằng thời gian khởi phát triệu chứng có thể kéo dài đến 6 tháng sau sinh.

Có nhiều yếu tố dẫn đến nguy cơ mắc trầm cảm sau sinh ở phụ nữ. Những yếu tố này tập trung chủ yếu ở các khía cạnh như tiền sử trầm cảm, mô lấy thai, thiếu vitamin D, tiểu đường thai kỳ, béo phì và thừa cân, rối loạn giấc

*Tác giả liên hệ

Email: tgctuong@bv.huemed-univ.edu.vn

Điện thoại: (+84) 375335713

ngủ sau sinh, sự thay đổi nội tiết tố [3]. Bên cạnh đó, các yếu tố môi trường, kinh tế, xã hội như trải nghiệm cuộc sống khó khăn, áp lực về vấn đề tài chính và/hoặc tình trạng hôn nhân, thiếu sự hỗ trợ, chia sẻ từ gia đình và cộng đồng, sự lo lắng quá mức trước khi sinh hay sự gắn kết giữa mẹ và con kém cũng được chứng minh có ảnh hưởng đến nguy cơ mắc trầm cảm [1].

Theo Phân loại Bệnh tật của Tổ chức Y tế Thế giới ICD-10, rối loạn chức năng tình dục được định nghĩa là những khó khăn khiến một cá nhân không thể quan hệ tình dục như họ mong muốn. Rối loạn chức năng tình dục nữ được phân loại dựa vào các giai đoạn của một chu kỳ đáp ứng tình dục, bao gồm 4 nhóm sau: rối loạn ham muốn tình dục, rối loạn hưng phấn tình dục, rối loạn cực khoái và rối loạn đau khi giao hợp. Trầm cảm sau sinh có mối tương quan thuận với rối loạn chức năng tình dục. Khi nguy cơ trầm cảm tăng lên thì tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục cũng tăng theo. Chẩn đoán rối loạn trầm cảm sau sinh dự đoán chức năng tình dục của phụ nữ thấp hơn so với những người không bị trầm cảm. Một số nghiên cứu khác lại cho thấy tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục cao cũng có thể dẫn đến trầm cảm [4][5].

2. CẬP NHẬT MỘT SỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU GẦN ĐÂY VỀ TRẦM CẢM SAU SINH VÀ CHỨC NĂNG TÌNH DỤC

Tìm kiếm và phân tích các kết quả nghiên cứu gần đây có liên quan đến trầm cảm sau sinh ở phụ nữ và ảnh hưởng của rối loạn này đến chức năng tình dục nữ trên Pubmed. Trình bày kết quả theo những phân tích đã tổng hợp được.

Nhìn chung chức năng tình dục của phụ nữ có sự suy giảm trong suốt thai kỳ và 6 tháng đầu sau sinh, có thể phục hồi sau 12 tháng [5][6]. Một nghiên cứu tại Úc đã báo cáo gần 2/3 phụ nữ (64,3%) bị rối loạn chức năng tình dục trong năm đầu tiên sau khi sinh. Trong số đó, rối loạn ham muốn tình dục là dạng phổ biến nhất với 81,2%, theo sau là rối loạn cực khoái (53,5%) và rối loạn hưng phấn tình dục (52,3%). Rối loạn đau khi giao hợp và khó bôi trơn là hai dạng ít phổ biến hơn, chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,4% và 43,3%. Ngoài ra, khoảng 70,5% phụ nữ cho biết họ không đạt được thỏa mãn tình dục sau khi quan hệ [7].

Đối với phụ nữ bị trầm cảm, tần suất hoạt động tình dục và mức độ ham muốn tình dục cũng thấp hơn trong 6 tháng đầu sau sinh và có thể kéo dài sau 12 tháng. Một số nghiên cứu đã phân tích tương quan giữa chức năng tình dục và trầm cảm sau sinh thông qua Bộ công cụ về chỉ số chức năng tình dục nữ - FSFI (Female Sexual Function Index) và Thang đo trầm cảm sau sinh của Edinburgh - EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) tại thời điểm 3 tháng sau sinh (T2) và 6 tháng sau

sinh (T3). Kết quả cho thấy có mối tương quan nghịch tăng dần từ thời điểm T2 sang T3 giữa hai giá trị FSFI và EPDS, chứng minh rằng sự suy giảm chức năng tình dục có liên quan đến sự gia tăng triệu chứng trầm cảm [8]. 33-67% phụ nữ lo ngại về tác động của các triệu chứng trầm cảm sau sinh đến hoạt động tình dục của họ. Nhiều nghiên cứu cắt ngang đã liên kết các triệu chứng trầm cảm sau sinh với rối loạn chức năng tình dục ở những người phụ nữ lần đầu làm mẹ để thấy rằng các triệu chứng trầm cảm nặng hơn có liên quan đến chức năng tình dục thấp hơn vào thời điểm 3 tháng sau sinh. Đồng thời, điều này có thể dẫn đến sự rối loạn chức năng tình dục của bạn tình hoặc người chồng trong 3 tháng sau sinh [9].

Theo các lý thuyết nhận thức được hỗ trợ bằng thực nghiệm, trầm cảm được đặc trưng bởi quá trình xử lý thông tin nhận thức sai lệch, chẳng hạn như chú ý nhiều đến các tín hiệu tiêu cực và phớt lờ các tín hiệu tích cực từ môi trường. Theo đó, các triệu chứng trầm cảm gia tăng có thể góp phần làm giảm chức năng tình dục trong thời kỳ hậu sản bằng cách tăng sự chú ý đến các tín hiệu tình dục tiêu cực như đau ở bộ phận sinh dục, tự ti về cơ thể sau sinh - dấu hiệu làm giảm hứng thú tình dục khi quan hệ, và làm suy yếu quá trình xử lý các tín hiệu tình dục tích cực như sự kích thích, thân mật hay khoái cảm với đối phương. Do đó, trầm cảm sau sinh của phụ nữ có thể khiến bản thân và đối phương có nguy cơ cao gặp các vấn đề về rối loạn chức năng tình dục và tăng sự khó khăn khi cả hai hoạt động tình dục.

Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu đã so sánh các dạng rối loạn chức năng tình dục giữa nhóm trầm cảm sau sinh và nhóm không bị trầm cảm sau sinh. Kết quả cho thấy 91,5% phụ nữ trầm cảm sau sinh bị rối loạn chức năng tình dục, trong khi đó tỷ lệ này ở phụ nữ không bị trầm cảm là 66,7%. Phụ nữ trầm cảm có khả năng gặp các rối loạn như ham muốn tình dục, kích thích tình dục và cực khoái nghiêm trọng hơn những người không bị trầm cảm. Nghiên cứu khác đã cho biết trầm cảm sau sinh là nguyên nhân chủ yếu gây giảm ham muốn tình dục ở phụ nữ [4]. Tuy nhiên cũng có nghiên cứu báo cáo rằng tỷ lệ rối loạn ham muốn tình dục ở hai nhóm tương tự nhau, trong khi tỷ lệ rối loạn hưng phấn tình dục, rối loạn cực khoái hay giao hợp đau lại cao hơn ở nhóm bị trầm cảm. Khả năng kiêng quan hệ tình dục lâu hơn cũng được phát hiện ở phụ nữ trầm cảm sau sinh so với nhóm không bị trầm cảm [7].

3. HIỆU QUẢ SỐ BIỆN PHÁP XỬ TRÍ

Để khắc phục tình trạng rối loạn chức năng tình dục của phụ nữ bị trầm cảm sau sinh cần dựa trên nguyên tắc cải thiện trạng thái tâm lý của người vợ, nâng cao chất lượng cuộc sống. Một số phương pháp điều trị đã được xác định thông qua nhiều thử nghiệm để giảm thiểu các triệu chứng trầm cảm sau sinh ở phụ nữ.

Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp tâm lý là phương pháp điều trị chính cho chứng trầm cảm sau sinh. Liệu pháp nhận thức hành vi (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) đã được chứng minh mang lại hiệu quả ngắn hạn và dài hạn trong việc giảm các triệu chứng trầm cảm sau sinh. Liệu pháp này tập trung chủ yếu vào việc thách thức và tiếp nhận các nhận thức sai lệch của người bệnh về thái độ, niềm tin, suy nghĩ và hành vi, giúp cải thiện việc điều tiết cảm xúc và phát triển các chiến lược để hạn chế căng thẳng cũng như kiểm soát các yếu tố tiêu cực có thể ảnh hưởng đến hành vi của người bị trầm cảm.

Liệu pháp tiếp xúc cá nhân (Interpersonal Psychotherapy - IPT) cũng được sử dụng trong điều trị trầm cảm sau sinh. Liệu pháp IPT tập trung vào các mối quan hệ trong cuộc sống, nhất là trong trường hợp người phụ nữ sau sinh gặp khó khăn khi tương tác hoặc kết nối với chồng, với gia đình và xã hội. Thông qua sự hỗ trợ từ bác sĩ và chuyên gia tâm lý, các bà mẹ có cơ hội nhìn nhận về tính chất của các mối quan hệ hiện tại và vấn đề của bản thân, từ đó tìm ra cách thức hợp lý để cải thiện các mối quan hệ, góp phần giảm các triệu chứng trầm cảm. Một số phân tích tổng hợp cho thấy liệu pháp IPT có quy mô ảnh hưởng lớn hơn so với liệu pháp CBT [10].

Điều trị nội khoa

Thông thường, thuốc điều trị trầm cảm sau sinh là thuốc ức chế tái hấp thu serotonin (SSRI), độc tính thấp, sử dụng được trong thời kỳ cho con bú và ít gây ra tác dụng phụ nghiêm trọng. Một số loại thuốc phù hợp với để điều trị trầm cảm sau sinh bao gồm: fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine và escitalopram, trong đó fluoxetine được báo cáo mang lại hiệu quả vượt trội hơn so với giả dược và có thể so sánh với liệu pháp tâm lý. Ngoài ra, một loại chất ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrine là venlafaxine cũng được sử dụng trong điều trị trầm cảm sau sinh.

Trong những năm gần đây, một loại thuốc được điều chế để điều trị trầm cảm sau sinh và được Cục quản lý thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt là brexanolone. Ngay sau khi sinh, nồng độ hormone và nồng độ của thụ thể neurosteroid trong cơ thể người phụ nữ có xu hướng giảm xuống. Đặc biệt ở phụ nữ bị trầm cảm sau sinh, các thụ thể này không được kích hoạt hoặc mất nhiều thời gian hơn. Brexanolone được sử dụng để điều chỉnh các thụ thể GABA loại A. Các thử nghiệm cho thấy brexanolone có thể giảm các triệu chứng trầm cảm sớm nhất trong 60 giờ. Tuy nhiên hạn chế của thuốc này là cần nhiều thời gian và theo dõi liên tục việc sử dụng, tức là trong 60 giờ truyền tĩnh mạch [10][11].

Điều trị hỗ trợ

Một số nghiên cứu đã cho thấy chương trình giáo dục tiền sản về tình dục có thể làm giảm khả năng trầm cảm sau sinh và hạn chế rối loạn chức năng tình dục. Chương

trình giáo dục sức khỏe tình dục (Sexual Health Education Package - SHEP) được thiết kế dựa trên hướng dẫn của Viện Sức khỏe và Chất lượng lâm sàng Quốc gia Anh (NICE). Các nghiên cứu cũng đã chứng minh hiệu quả cải thiện và nâng cao chất lượng hoạt động tình dục, giảm tình trạng bạo lực tình dục của các Phương thức giáo dục sức khỏe tình dục bao gồm: giáo dục theo nhóm, tự luyện tập và phương pháp kết hợp.

Phương pháp giáo dục theo nhóm sẽ bao gồm từ 5-12 người tham gia, tổ chức tối thiểu 4 buổi tư vấn mỗi 3 tháng của thai kỳ (lần đầu trước 14 tuần tuổi thai, lần II trước 28 tuần tuổi thai, lần III trước 32 tuần tuổi thai và lần cuối khi chuẩn bị kết thúc thai kỳ, khoảng 36-40 tuần tuổi thai), mỗi lớp cách nhau ít nhất 4 tuần. Buổi tư vấn được thiết kế dưới dạng bài giảng gồm các câu hỏi và câu trả lời dựa theo Chương trình Giáo dục sức khỏe tình dục để thu hút học viên tham gia tích cực hơn. Kết thúc mỗi buổi tư vấn, thai phụ được tặng cuốn tài liệu nhỏ để ôn lại kiến thức và chia sẻ với người chồng/bạn tình. Với phương pháp tự luyện tập, các cặp vợ chồng sẽ được cung cấp tài liệu sẵn có và bộ câu hỏi khảo sát trước và sau khi luyện tập tại các thời điểm tương tự như giáo dục theo nhóm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng sau khi tham gia các khoá giáo dục giới tính, hoạt động và phản ứng tình dục của các cặp đôi tăng lên rõ rệt. Đồng thời ở phụ nữ sau khi sinh, giá trị điểm EPDS và FSFI được cải thiện đáng kể khi họ có tham gia SHEP [12].

4. KẾT LUẬN

Trầm cảm sau sinh là một tình trạng phổ biến đã được chứng minh có ảnh hưởng đến chức năng tình dục của người phụ nữ và cả bạn tình/người chồng. Các biểu hiện chủ yếu của rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ trầm cảm sau sinh thường là rối loạn ham muốn tình dục, rối loạn cực khoái và giao hợp đau. Liệu pháp tâm lý, điều trị nội khoa hay giáo dục sức khỏe tiền sản cho phụ nữ được xem là một trong những biện pháp cải thiện tình trạng rối loạn chức năng tình dục ở các trường hợp trầm cảm sau sinh. Việc điều trị và quản lý trầm cảm sau sinh cần được điều phối bởi bác sĩ tâm trí cùng sự tham gia tích cực của bác sĩ phụ khoa và nhà tâm lý học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Payne JL, Maguire J, Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression, *Frontiers in neuroendocrinology*, 2019; 52:165-180.
- [2] Wang Z, Liu J, Shuai H et al., Mapping global prevalence of depression among postpartum women, *Translational Psychiatry*, 2021; 11(1):543.

- [3] Zhao XH, Zhang ZH, Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses, *Asian Journal of Psychiatry*, 2020; 53:102353.
- [4] Dağlı E, Kul Uçtu A, Özerdoğan N, Sexual dysfunction in the postpartum period: Its relationship with postpartum depression and certain other factors, *Perspectives in Psychiatric Care*, 2020; 1-6.
- [5] Galbally M, Watson SJ, Permezel M et al., Depression across pregnancy and the postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function, *Psychological Medicine*, 2018; 1-10.
- [6] Gokyildiz SS, Avcibay VB, Kaya SD et al., Evaluation of women's sexual quality of life, depression, and sexual functions in the pregnancy and postpartum periods: A multi-centered study, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2022; 48(6):1379-1389.
- [7] Marjan K, Maryanne D, Tilley PJM et al., Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women, *Journal of Sexual Medicine*, 2015; 12:1415-1426.
- [8] Lorentz MS, Chagas LB, Perez AV et al., Correlation between depressive symptoms and sexual dysfunction in postpartum women during the COVID-19 pandemic, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2021; 258:162-167.
- [9] Dawson SJ, Leonhardt ND, Impett EA et al., Associations Between Postpartum Depressive Symptoms and Couples' Sexual Function and Sexual Distress Trajectories Across the Transition to Parenthood, *Annals of Behavioral Medicine*, 2021; 55(9):879-891.
- [10] Kroska EB, Stowe ZN, Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2020; 47(3):409-419.
- [11] Bourin M, Postpartum depression: An overview, *Archives of Depression and Anxiety*, 2018; 4(2): 065-067.
- [12] Tosun ŞA, Bulut M, Evaluation of factors affecting depression and sexual dysfunction in the postpartum period, *Van Medical Journal*, 2021; 28(2):204-210.

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT ERECTILE DYSFUNCTION BY TADALAFIL AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Van Nghia, Dam Van Cuong*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy – 179 Nguyen Van Cu, An Khanh, Ninh Kieu, Can Tho, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 01/06/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Objectives: We reported this research with the aim evaluating the results of treatment erectile dysfunction by tadalafil at Can Tho Central General Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Materials and methods: A prospective cross-sectional study was conducted on 62 patients with erectile dysfunction diagnosed and treated with Tadalafil 10 mg on demand if there is no improvement after 3 times of taking the drug we increase the dose to 20mg.

Results: 62 men patients were conducted in the study, in which the average age was $44,67 \pm 12,16$ years old. The age group 40-59 years old accounted for the highest rate of 54,8%. The degree of mild erectile dysfunction accounted for 53,2%; moderate accounts for 32,3%, and heavy accounts for 14,5%. Good treatment results accounted for 69,4%; 16,1% on average; no improvement accounted for 14,5%.

Conclusion: Tadalafil is an effective treatment for most groups of patients with mild to severe ED. Group of mild ED, the dose of Tadalafil 10mg is optimal, group of moderate and severe ED, the dose of Tadalafil 20mg is optimal

Keywords: Erectile dysfunction, Tadalafil.

*Corresponding author
Email address: 20310410103@student.ctump.edu.vn
Phone number: (+84) 949198669



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TADALAFIL TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Văn Nghĩa, Đàm Văn Cường*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ – Số 179 Đ. Nguyễn Văn Cừ, Phường An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/06/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị Tadalafil trên bệnh nhân rối loạn cương dương (RLCD) tại bệnh viện ĐKTW và Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ năm 2021-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang tiến cứu trên 62 bệnh nhân (BN) đến khám vì rối loạn cương dương và được điều trị bằng Tadalafil liều khởi đầu 10mg trước quan hệ. Sau 3 lần dùng thuốc nếu không cải thiện chúng tôi tăng liều lên 20mg.

Kết quả: Có 62 bệnh nhân nam được đưa vào nghiên cứu, trong đó độ tuổi trung bình 44,67 ± 12,16 tuổi. Nhóm tuổi 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%. Mức độ rối loạn cương dương nhẹ chiếm 53,2%, vừa chiếm 32,3%, nặng chiếm 14,5%. Kết quả điều trị tốt chiếm 69,4%; trung bình chiếm 16,1%; không cải thiện chiếm 14,5%.

Kết luận: Tadalafil là thuốc điều trị có hiệu quả trên hầu hết các nhóm bệnh nhân RLCD từ nhẹ đến nặng. Nhóm RLCD nhẹ liều Tadalafil 10mg là tối ưu, nhóm RLCD vừa, nặng liều Tadalafil 20mg là tối ưu.

Từ khóa: Rối loạn cương dương, Tadalafil.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương dương (RLCD) là một trong những rối loạn hoạt động tình dục phổ biến ở nam giới. Theo ước tính đến năm 2025, có khoảng 322 triệu nam giới mắc rối loạn cương dương trên toàn thế giới[1]. Rối loạn cương dương có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý xã hội và có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và bạn tình của họ[2]. Thuốc ức chế men Phosphodiesterase type 5 (PDE-5) đã trở thành lựa chọn chính trong điều trị RLCD vì tính hiệu quả, dễ dung nạp, an toàn và dễ sử dụng. Tadalafil được cấp phép để điều trị RLCD năm 2003 có hiệu quả sau dùng thuốc 30 phút, hiệu lực tối đa sau 2 giờ và hiệu quả duy trì tới 36 giờ[2]. Liều khởi đầu sử dụng thuốc 10mg trước quan hệ và sau đó điều chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân nhưng liều dùng tối ưu từng nhóm bệnh rối loạn cương dương chưa được nghiên cứu. Từ lý do trên

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị Tadalafil trên bệnh nhân RLCD tại bệnh viện ĐKTW và Bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ năm 2021-2023.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân đến khám vì triệu chứng RLCD và được chỉ định điều trị bằng Tadalafil uống trước khi quan hệ tại bệnh viện ĐKTW Cần Thơ và Bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân nam tuổi từ 18-70 tuổi. Bệnh nhân có tình dục trong 3 tháng trước khi khảo sát. Bệnh nhân có cơ

*Tác giả liên hệ
Email: 20310410103@student.ctump.edu.vn
Điện thoại: (+84) 949198669

quan sinh dục bình thường

Bệnh nhân được chẩn đoán RLCD bằng thang điểm IIEF-5 dưới 21 điểm[3].

Bệnh nhân không bị suy sinh dục nồng độ Testosteron > 12nmol/l (300 ng/dl)[2].

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh nặng như nhồi máu cơ tim, suy tim nặng, tai biến mạch máu não chưa ổn định, yếu liệt nặng, lao phổi tiến triển, nhiễm trùng cấp tính, suy hô hấp. Bệnh nhân mắc bệnh rối loạn cương dương do nguyên nhân thực thể. Tiền sử mắc bệnh tâm thần, tâm đần, chậm phát triển trí tuệ, chấn thương vùng chậu, chấn thương cột sống hoặc phẫu thuật vùng chậu. Bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc Tadalafil.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó

N: cỡ mẫu. Z: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95%. Tra bảng ta có chỉ số Z = 1,96.

d: sai số cho phép. Chọn d = 0,07. p: tỉ lệ điều trị thành công bệnh rối loạn cương dương bằng Tadalafil của Trần Quán Anh (2004) [4] là 92%. Vậy chọn p = 0,92.

Thay các giá trị vào công thức trên ta được số lượng mẫu nghiên cứu: 58 mẫu.

Như vậy số lượng mẫu nghiên cứu tối thiểu là 58 mẫu.

Trong nghiên cứu này có 62 bệnh nhân được đưa vào khảo sát.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:

Tiêu chuẩn phân loại kết quả [4]:

Kết quả tốt: Bệnh nhân giao hợp được trên ½ số lần dùng thuốc, điểm số bảng điểm IIEF-5 tăng lên rõ rệt, không có tác dụng phụ.

Kết quả trung bình với các tiêu chuẩn: Bệnh nhân giao hợp được dưới ½ số lần dùng thuốc, cuộc giao hợp chưa trọn vẹn, điểm số bảng điểm IIEF-5 có tăng so với trước

điều trị, có tác dụng phụ.

Không kết quả với tiêu chuẩn: Bệnh nhân không giao hợp được, điểm số trong bảng điểm IIEF vẫn thấp như trước khi điều trị, có hoặc không có tác dụng phụ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi, nghề nghiệp: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $44,67 \pm 12,16$ tuổi, tuổi lớn nhất 67 tuổi, tuổi nhỏ nhất 18 tuổi. Nhóm tuổi 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%. Nghề nghiệp nhóm nông dân, công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 47,6%, nhóm công nhân viên chiếm 33,33%, nhóm kinh doanh chiếm 7%, hưu trí chiếm 2,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Lý do đến khám: 59,5% BN đến khám vì dương vật cương không cứng, 40,5% BN đến khám vì dương vật cương cứng trong 1 thời gian ngắn.

Thời gian mắc bệnh: Trung bình $12,81 \pm 11,83$ tháng, nhóm bệnh nhân mắc bệnh <6 tháng chiếm 38,1%, 6-12 tháng là 33,3%, >12 tháng là 28,6%.

Bệnh kèm theo: Gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu lần lượt chiếm tỷ lệ 14,5%, 11,3%, 16,1%.

Bảng 1. Mức độ mắc bệnh theo thang điểm IIEF-5

Nhóm	Số lượng (N)	Phần trăm (%)
RLCD nhẹ	33	53,2
RLCD vừa	20	32,3
RLCD nặng	9	14,5

Nhận xét: Phân độ theo thang điểm IIEF-5: RLCD nặng 5-7 điểm, RLCD vừa 8-12 điểm, RLCD nhẹ 13-21 điểm. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi nhóm RLCD nhẹ chiếm nhiều nhất 53,2%, nhóm RLCD vừa chiếm 32,3%, nhóm RLCD nặng chiếm 14,5%.

Bảng 2. Kết quả một số xét nghiệm hormone sinh dục nam

Xét nghiệm	N	Trung Bình	Độ lệch chuẩn	GTLN-GTNN
Testosteron (mmol/l)	62	16,95	6,25	12,26- 31,5
FSH (mIU/l)	62	5,01	2,76	0,27- 17
LH (mIU/L)	62	4,03	1,72	0,11-7,43
Prolactin (ng/ml)	62	9,8	5,25	3,7- 24,66
Estradiol (pg/ml)	62	46,67	35,01	5-145

Nhận xét: Nồng độ Testosteron trung bình nhóm nghiên cứu là 16,95 nmol/l, nồng độ FSH trung bình là 5,01 IU/L; nồng độ trung bình LH 4,03 IU/L, trong giới hạn bình thường.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Ban đầu chúng tôi cho 62 BN nghiên cứu dùng Tadalafil 10mg uống trước quan hệ 1 giờ. Sau 3 lần quan hệ chúng tôi đánh giá lại, nếu tình trạng cương không cải thiện chúng tôi sẽ tăng lên liều 20mg đánh giá lại sau 5 lần sử dụng thuốc. Cho thấy có 56,5% BN đáp ứng với liều 10mg, 43,5% BN không đáp ứng.

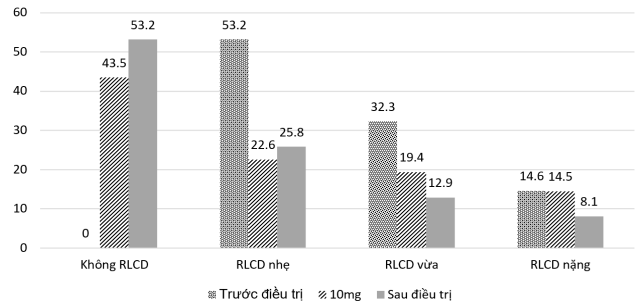
Bảng 3. Đánh giá mức độ cải thiện cương sau điều trị theo thang điểm GAQ.

Liều / Mức độ RLCD	10mg (62BN)		20mg (27BN)	
	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)
Nhẹ	27 (81,8%)	6 (18,2%)	6 (100%)	0 (0%)
Vừa	8 (40%)	12 (60%)	8 (66,7%)	4 (33,3%)
Nặng	0 (0%)	9 (100%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)
Tổng	35 (56,5%)	27 (43,5%)	18 (66,7%)	9 (33,3%)

Nhận xét: Theo thang điểm GAQ (general assessment question) đánh giá mức độ cải thiện và sự hài lòng với điều trị, ở liều Tadalafil 10mg nhóm RLCD nhẹ, vừa, nặng mức độ cải thiện là 81,8%, 40%, 0%; ở liều Tadalafil 20mg mức độ cải thiện ở nhóm RLCD nhẹ, vừa, nặng

là 100%, 66,7% và 44,4%.

Biểu đồ 1 Sự thay đổi mức độ bệnh sau điều trị Tadalafil 10mg



Nhận xét: Nhóm nghiên cứu sau điều trị thuốc có tỷ lệ nhóm không RLCD 53,2%, RLCD nhẹ 25,8%, RLCD vừa 12,9%, nhóm RLCD nặng 8,1%. Trong đó sau khi điều trị liều 10mg tỷ lệ nhóm RLCD nhẹ giảm mạnh từ 53,2% xuống 22,6%, nhóm không RLCD tăng từ 0% lên 43,5%, nhóm RLCD vừa giảm ít và nhóm RLCD nặng không thay đổi.

Bảng 4. Sự thay đổi mức độ bệnh trên nhóm bệnh nhân điều trị Tadalafil 20mg

Mức độ bệnh	Sau điều trị 10mg		Tăng liều 20mg	
	N	%	N	%
Không RLCD	0	0	7	25,9
RLCD nhẹ	6	22,22	7	25,9
RLCD vừa	12	44,45	8	29,6
RLCD nặng	9	33,33	5	18,6
Tổng	27	100	27	100

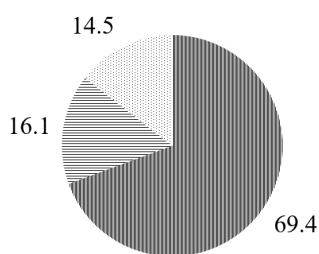
Nhận xét: nhóm bệnh nhân không đáp ứng với liều 10mg, chuyển sang dùng liều 20mg tác động giảm tỷ lệ RLCD nặng 33,3% xuống 18,6%, vừa 44,45% xuống 29,6%.

Bảng 5. Thay đổi điểm số IIEF-5 sau khi kết thúc điều trị

	Trung Bình	Độ lệch chuẩn	t= 19,44 p< 0.001
Điểm IIEF-5 trước điều trị	11,85	3,77	
Điểm IIEF-5 sau điều trị	19,97	4,1	

Nhận xét: Chỉ số IIEF-5 tăng đáng kể trước và sau khi kết thúc điều trị từ 8,12 ± 2,3 điểm p< 0.001, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 2 Đánh giá kết quả điều trị



■ Kết quả tốt ▨ Kết quả trung bình ▩ Không cải thiện

Nhận xét: 85,5% bệnh nhân điều trị có đáp ứng với thuốc, quan hệ được sau khi dùng thuốc, trong đó có 69,4% đạt kết quả tốt; 16,1% đạt kết quả trung bình; 14,5% bệnh nhân không cải thiện tình trạng cương sau khi dùng thuốc.

Tác dụng phụ: Đau đầu 6,5% (4/62 BN, 1 BN dùng liều 10mg), chóng mặt chiếm 4,8%(3/62 BN, 1 BN dùng liều 10mg), đỏ bừng mặt 4,8% (3/62 BN trên BN dùng liều 20mg) thường nhẹ giảm dần ở lần điều trị tiếp theo.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: Có 62 bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong đó độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $44,67 \pm 12,16$ tuổi. Đây là độ tuổi mà nam giới có nhiều vấn đề liên quan đến các nguyên nhân cơ thể của RLCD đặc biệt là các rối loạn chuyển hóa. Nghiên cứu chúng tôi phù hợp với nghiên cứu Dương Khánh Duy (2021) trên 131 bệnh nhân độ tuổi trung bình $45 \pm 14,8$ tuổi. Nhóm tuổi 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%[5]. Các nghiên cứu về RLCD trước đây cũng tập trung vào độ tuổi này với hai nghiên cứu nổi bật là MMAS và EMAS được tiến hành trên nam giới lớn tuổi tại Mỹ và châu Âu [6].

Nghề nghiệp: Nhóm nông dân, công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 47,6%, nhóm trí thức chiếm 33,33%, nhóm kinh doanh chiếm 7%, hưu trí chiếm 2,4%. Cho thấy ảnh hưởng của môi trường làm việc, mức độ, cường độ lao động ảnh hưởng đến tỉ lệ mắc bệnh, Tầng lớp trí thức với áp lực công việc dẫn đến việc ảnh hưởng tâm lý, đây cũng có thể là nguyên nhân gây nên tình trạng RLCD.

Lý do đến khám: Có 59,5% bệnh nhân đến khám vì dương vật cương không cứng như trước, 40,5% bệnh nhân đến khám vì cương cứng nhưng lại mau mềm đây cũng chính là 2 biểu hiện chính của bệnh.

Các bệnh đi kèm: Gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu lần lượt chiếm tỷ lệ 14,3%, 11,9%,

16,67%, cho thấy đây là yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh, tuy nhiên cứu chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn các nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Phục Hưng (2013) [7] có 11,59% bệnh RLCD kèm Đái tháo đường, và 24,6% bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch. Thời gian mắc bệnh chủ yếu tập trung nhóm < 6 tháng chiếm 38,1% cho thấy ý thức quan tâm vấn đề nam khoa của bệnh nhân càng ngày càng nâng cao. Bên cạnh đó một số bệnh nhân vẫn còn nghĩ đây là tình trạng bình thường của tuổi già và rất ngại khi đến khám.

Mức độ RLCD theo thang điểm IIEF-5: Nhóm RLCD nhẹ chiếm nhiều nhất 53,2%, nhóm RLCD vừa chiếm 32,3%, nhóm RLCD nặng chiếm 14,5%, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu Nguyễn Hoài Bắc (2022)[3] nghiên cứu trên 90 bệnh nhân đến khám có triệu chứng RLCD có 3,57% bệnh nhân không RLCD; 19,05% RLCD nhẹ; 38,2% bệnh nhân RLCD nhẹ đến vừa, 23,81% RLCD vừa, 15,48% bệnh nhân có RLCD nặng dựa vào thang điểm IIEF-5. Do nghiên cứu chúng tôi gộp nhóm RLCD nhẹ và RLCD nhẹ đến vừa thành 1 nhóm RLCD nhẹ.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá mức độ cải thiện theo thang điểm GAQ: Ở liều Tadalafil 10mg mức độ hài lòng với điều trị chủ yếu ở nhóm RLCD nhẹ 81,8%; nhóm RLCD vừa, nặng chỉ có 40%, 0% hài lòng. Nhưng trên liều 20mg có 66,7% BN RLCD vừa, 44,4% BN RLCD nặng hài lòng với điều trị. Cho thấy liều 10mg tối ưu ở nhóm RLCD nhẹ, liều 20mg là tối ưu cho nhóm RLCD vừa và RLCD nặng.

Sự thay đổi mức độ bệnh: Ở liều 10mg tỷ lệ nhóm RLCD nhẹ giảm mạnh từ 53,2% xuống 22,6%, nhóm không RLCD tăng từ 0% lên 43,5%, nhóm RLCD vừa giảm ít và nhóm RLCD nặng không thay đổi. Ở liều 20mg cho thấy tỷ lệ RLCD nặng từ 33,3% xuống 18,6%, RLCD vừa từ 44,45% xuống 29,6%. Cho thấy hiệu quả điều trị của Tadalafil 20mg trên nhóm RLCD vừa và nặng. Tuy tác dụng liều 20mg tốt hơn, tác dụng được trên tất cả các mức độ bệnh nhưng lại xuất hiện nhiều tác dụng phụ hơn chỉ có 2 BN sử dụng liều 10mg có tác dụng phụ. Ở liều 20mg thì có 8 BN xuất hiện tác dụng phụ.

Đánh giá thay đổi điểm số thang điểm IIEF-5: Sau điều trị bằng Tadalafil cho thấy điểm IIEF-5 tăng đáng kể $8,12 \pm 2,3$ điểm $p < 0.001$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng nghiên cứu E. V. Kucuk (2016)[7] điểm IIEF-5 tăng đáng kể $6,2 \pm 1,5$ điểm khi dùng Tadalafil 20mg khi quan hệ, tăng $6,7 \pm 1,5$ điểm khi dùng liều 5mg mỗi ngày. Cho thấy Tadalafil cải thiện được chức năng của của bệnh nhân rõ rệt. Kết quả này thấp hơn so với các phương pháp điều trị can thiệp khác như trong nghiên cứu của E. V. Kucuk (2016)[8] tiêm trong thể hang, đặt thể hang nhân tạo mức tăng IIEF-5 lần lượt là 8,4 và

12,4 điểm, sự khác biệt với dùng Tadalafil có ý nghĩa thống kê. Nhưng đây là các phương pháp điều trị can thiệp, chi phí cao và không phổ biến ở Việt Nam

Đánh giá kết quả điều trị: 85,5% bệnh nhân điều trị có đáp ứng với thuốc, quan hệ được sau khi dùng thuốc, trong đó có 69,4% bệnh nhân điều trị đạt kết quả tốt, chức năng cương tăng rõ rệt, không có xuất hiện tác dụng phụ; 16,1% bệnh nhân kết quả điều trị trung bình có xuất hiện tác dụng phụ; 14,5% bệnh nhân không cải thiện tình trạng cương sau khi dùng thuốc trong đó có 27/62 bệnh nhân không đáp ứng liều 10mg phải chuyển sang dùng liều 20mg. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng kết quả của Trần Quán Anh (2004)[4] nghiên cứu 100 bệnh nhân kết quả tốt 77%, trung bình 15%, không kết quả 8%. Cho thấy thuốc tác dụng tốt để điều trị vấn đề rối loạn cương ở tất cả các mức độ bệnh. Thuốc có tác dụng kéo dài nên bệnh nhân cần dùng trước quan hệ 1h tối đa 1 viên trong ngày rất dễ sử dụng.

Tác dụng phụ: Đây là một vấn đề rất được quan tâm trong điều trị rối loạn cương thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đau đầu 6,5% (4/62 BN, 1 BN dùng liều 10mg), chóng mặt chiếm 4,8%(3/62 BN, 1 BN dùng liều 10mg), đỏ bừng mặt 4,8% (3/62 BN trên BN dùng liều 20mg) thường nhẹ giảm dần ở lần điều trị tiếp theo. Không thấy các biến chứng nặng như choáng, ngất xỉu, biến chứng tim mạch. Cho thấy đây là tương đối an toàn, dễ dung nạp và ít tác dụng phụ.

5. KẾT LUẬN

Tadalafil là thuốc điều trị có hiệu quả trên hầu hết các nhóm bệnh nhân RLCD từ nhẹ đến nặng cải thiện rõ rệt chức năng cương của bệnh nhân. Liều 10mg tối ưu cho nhóm RLCD mức độ nhẹ; liều 20mg tối ưu cho nhóm RLCD vừa, nặng. Thuốc có tính an toàn cao, dễ sử dụng, dung nạp tốt, tác dụng phụ thuốc thường nhẹ, giảm khi tiếp tục dùng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] S. Nimesh, R. Tomar, M. Kumar, Erectile Dysfunction: An Update, Adv. Medical, Dent, 2019; 2(1): 04–07.
- [2] Salonia, Andrea et al., European Association of Urology guidelines on sexual and reproductive health—2021 update: male sexual dysfunction, European Urology, 2021; 80(3):333-357.
- [3] Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng, Chuẩn hóa bộ câu hỏi IIEF-5 tiếng việt và ứng dụng trong chẩn đoán rối loạn cương dương, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022; 152(4): 86-94.
- [4] Trần Quán Anh, Đánh giá hiệu quả và tính an toàn thuốc Cialis (Tadalafil) trong điều trị bệnh rối loạn cương dương ở bệnh nhân người Việt Nam tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Vụ khoa học- đào tạo Bộ Y tế, 2004: 70.
- [5] Dương Khánh Duy, Nguyễn Hoài Bắc, Đánh giá các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn cương dương, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021; 506(2): 87-91.
- [6] H. A . Feldman, I. Goldstein, D. G. Hatzichristou, Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study, 1994; J. Urol, 151(1): 54–61.
- [7] Nguyễn Phục Hưng, Đàm Văn Cường, Nghiên cứu tình hình rối loạn cương dương và một số yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương ở nam giới trên 18 tuổi tại quận Ninh Kiều thành phố Cần Thơ, Tạp chí Y học Việt Nam, 2013; Tháng 8 (Số đặc biệt): 311-316.
- [8] Kucuk, E. V., Tahra, A., Bindayi, Erectile dysfunction patients are more satisfied with penile prosthesis implantation compared with tadalafil and intracavernosal injection treatments, 2016; Andrology, 4(5): 952-956.

NEUTRAL COMET AND ALKALINE COMET TESTS IDENTIFY FRAGMENTED SPERM DNA IN INFERTILITY

Pham Tan Hung¹, Nguyen Ngoc Hieu², Tran Thuy Tien¹, Pham Thuy Khanh My¹,
Nguyen Le Thai Duong¹, Tran Vo Truc Linh¹, Nguyen Thi Han Ny³,
Le Huu Tung⁴, Nguyen Van Huong^{1*}

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, ward 13, district 4, HCMC, Vietnam

²Duy Tan University, 254 Nguyen Van Linh, Thac Gian, Thanh Ke, Da Nang, Vietnam

³Hospital for Tropical Disease, 764 Vo Van Kiet, ward 1, district 5, HCMC, Vietnam

⁴Le Van Thinh Hospital - 130 Le Van Thinh, ward Binh Trung Tay, district 2, HCMC, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

The Comet test for clinical analysis of sperm DNA provides an assessment of the impact of fragmented DNA on fertility.

Objective: To compare the characteristics of groups of asthenoteratozoospermic patients with or without varicocele; chromosomal disorders compared with normal reproductive population.

Methods: Factor analysis, correlation between oxidative stress and enzymatic DNA degradation in neutral and alkaline Comet.

Results and conclusion: The percentage of infertile patients was mainly from (20-50) years old, in which (20-35) years old accounted for the highest rate 32.7% ($p < 0.05$). At (35-70) years old, obesity and BMI > 30 accounted for 12.7% ($p < 0.05$). The age group (35-50) had the most cases of smoking and drinking (21.8% and 18.2%). In addition, infertile patients aged ≥ 70 who were obese and exposed to chemicals reached 9.1%. The combination of neutral and alkaline Comet has high accuracy and sensitivity to help identify DNA fragmentation to support pregnancy prognosis in infertility treatment.

Keywords: Infertility, DNA fragmentation, Comet test, sperm.

*Corresponding author
Email address: huongnv@ntt.edu.vn
Phone number: (+84) 586167668



XÉT NGHIỆM NEUTRAL COMET VÀ ALKALINE COMET NHẬN DIỆN DNA TINH TRÙNG PHÂN MẢNH TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH

Phạm Tấn Hưng¹, Nguyễn Ngọc Hiếu², Trần Thủy Tiên¹, Phạm Thụy Khánh My¹,
Nguyễn Lê Thái Dương¹, Trần Võ Trúc Linh¹, Nguyễn Thị Hàn Ny³,
Lê Hữu Tùng⁴, Nguyễn Văn Hương^{1*}

¹Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, phường 13, quận 4, TP.HCM, Việt Nam

²Trường Đại học Duy Tân - 254 Nguyễn Văn Linh, Thạch Gián, Thanh Khê, Đà Nẵng, Việt Nam

³Bệnh viện Nhiệt Đới - 764 Võ Văn Kiệt, phường 1, quận 5, TP.HCM, Việt Nam

⁴Bệnh viện Lê Văn Thịnh - 130 Lê Văn Thịnh, phường Bình Trưng Tây, quận 2, TP.HCM, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Xét nghiệm Comet phân tích DNA tinh trùng trên lâm sàng đưa ra nhận định về tác động của DNA phân mảnh đến khả năng sinh sản.

Mục tiêu: So sánh đặc điểm của các nhóm bệnh nhân asthenoteratozoospermic - ATZ có hoặc không giãn tĩnh mạch thừng tinh; rối loạn nhiễm sắc thể so với người sinh sản bình thường.

Phương pháp: Phân tích yếu tố tác động, tương quan giữa stress oxy hoá và phân huỷ DNA bằng enzyme trong neutral và alkaline Comet.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân vô sinh chủ yếu từ (20-50) tuổi, trong đó (20-35) tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7% ($p < 0,05$). Ở (35-70) tuổi, béo phì và BMI > 30 chiếm tỷ lệ 12,7% ($p < 0,05$). Độ tuổi (35-50) có nhiều trường hợp hút thuốc và uống rượu nhất (21,8% và 18,2%). Ngoài ra, các bệnh nhân vô sinh ở độ tuổi ≥ 70 bị béo phì và tiếp xúc hoá chất đạt 9,1%. Sự kết hợp giữa neutral và alkaline Comet có độ chính xác và độ nhạy cao giúp nhận diện sự phân mảnh của DNA hỗ trợ tiên lượng đậu thai trong điều trị hiếm muộn.

Từ khóa: Vô sinh, phân mảnh DNA, xét nghiệm Comet, tinh trùng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính toàn vẹn của DNA tinh trùng là thông số quan trọng đánh giá chất lượng tinh dịch và tầm soát khả năng sinh sản [1]. Xét nghiệm Comet là một kỹ thuật đơn giản, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, chi phí thấp, thời gian ngắn [2] hỗ trợ nhận diện các DNA phân mảnh ở cấp độ tế bào như phân biệt các đứt gãy DNA sợi đơn, sợi kép và mức độ tác động đến khả năng sinh sản [1]. Mặc dù xét nghiệm Comet thường được thực hiện trên các loại tế bào soma nhưng có khả năng phát hiện các đột biến ở các giai đoạn sinh tinh nhờ quá trình sửa sai ở các giai đoạn khác nhau, tác động đến quá trình sinh sản tự nhiên [2]. Vì vậy, với các cơ chế cận lâm sàng,

ứng dụng neutral và alkaline Comet cần thiết trong chẩn đoán bất thường tinh trùng nhưng chưa được đánh giá sâu về các cơ chế tác động và chưa tập trung nghiên cứu phát triển các xét nghiệm nhanh trong việc phát hiện nguyên nhân gây bệnh từ sự phân mảnh của DNA tinh trùng dù các nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra các mối liên hệ chặt chẽ trước đó. Từ đó, việc đi sâu nghiên cứu về ảnh hưởng của quá trình phân mảnh DNA tinh trùng ở nước ta sẽ giúp tiết lộ những tác động về nhóm tuổi đối với sự tiến triển của bệnh, đồng thời giải thích được tình trạng trẻ hóa trên bệnh vô sinh hiện nay ở một số vùng trong nước, cũng như xây dựng được phát đồ điều trị mới đầy triển vọng, giúp giảm tỷ lệ hiếm muộn ở nước ta.

*Tác giả liên hệ

Email: huongnv@ntt.edu.vn

Điện thoại: (+84) 586167668

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Các nghiên cứu được thực hiện trên 75 bệnh nhân nam từ ngày 01/11/2022 – 30/04/2023. Tất cả các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được thông qua Hội đồng Y đức. 75 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm sinh hóa thường quy kết hợp tinh dịch đồ, trong đó 20 bệnh nhân sinh sản bình thường, 20 bệnh nhân ATZ giãn tĩnh mạch thừng tinh, 20 bệnh nhân ATZ không bị giãn tĩnh mạch thừng tinh, 20 bệnh nhân có sắp xếp lại cấu trúc nhiễm sắc thể gồm 5 mẫu đối chứng và 5 mẫu chuyên vị Robertsonia, 5 mẫu chuyển vị kép t(2;17); t(14;21) và 5 mẫu đảo đoạn inv7.

2.2. Phương pháp

Lấy mẫu tinh dịch: Bệnh nhân không quan hệ và không sử dụng các chất kích thích trong 3 ngày trước khi lấy mẫu. Sau 3 ngày, bệnh nhân tự tiến hành lấy mẫu, mẫu được bảo quản lạnh trong dung dịch đệm Test-yolk buffer [3].

Neutral Comet và alkaline Comet [4]: Các xét nghiệm được thực hiện đồng thời. Tinh dịch được rửa đông và rửa ba lần trong dung dịch phosphate và pha loãng đến nồng độ 10×10^6 tinh trùng/ml. 25 μ l dung dịch tinh trùng pha loãng trộn với 50 μ l agarose LMP 1%, hút 15 μ l hỗn hợp đặt trên hai slide đã được xử lý trước với 1% agarose LMP để tạo độ kết dính ở 4°C trong 5 phút, ngâm 30 phút trong dung dịch ly giải Comet và rửa 10 phút trong dung dịch TBE.

Đối với neutral Comet, slide chứa mẫu điện di trong đệm TBE ở 20 V (1 V/cm) trong 12 phút và 30 giây, sau đó rửa trong NaCl 0,9%/2 phút.

Đối với alkaline Comet, slide sau khi xử lý được ủ trong dung dịch NaOH 0,03 M và NaCl 1 M trong 2 phút ở nhiệt độ thường và 30 giây ở 4°C, sau đó tiến hành điện di trong dung dịch đệm NaOH 0,03 M ở 20 V (1 V/cm) trong 4 phút.

Ủ các slide đã được xử lý trong dung dịch đệm Tris-HCl 0,4 M, pH 7,5 trong 5 phút, trong dung dịch TBE trong 2 phút và khử nước lần lượt 2 phút trong ethanol 70, 90 và 100%

Xử lý mẫu với H₂O₂: Để xử lý ssDNA, mẫu tinh trùng được ủ lần lượt với dung dịch H₂O₂ 0, 0,03, 0,15 và 0,30%. Các mẫu được pha loãng 10×10^6 tinh trùng/ml và tiến hành xét nghiệm Comet

Xử lý bằng enzyme giới hạn Alu1: Tạo đứt gãy dsDNA

bằng 50 μ l reaction buffer và enzyme Alu1: 15 IU trong 15 phút, 15 IU trong 25 phút và mẫu đối chứng 0 IU. Sau đó, các slide được rửa trong TBE trong 5 phút.

Đối với neutral Comet, slide chứa mẫu điện di trong đệm TBE ở 20 V (1 V/cm) trong 12 phút và 30 giây, sau đó rửa trong NaCl 0,9% trong 2 phút.

Đối với alkaline Comet, slide được ủ trong dung dịch biến tính chứa NaOH 0,03 M và NaCl 1 M trong 2 phút ở nhiệt độ thường và 30 giây ở 4°C, điện di trong dung dịch NaOH 0,03 M ở 20 V (1 V/cm) trong 4 phút.

Ủ các slide đã được xử lý trong dung dịch Tris-HCl 0,4 M, pH 7,5 trong 5 phút, trong TBE trong 2 phút và khử nước lần lượt 2 phút trong ethanol 70, 90 và 100%.

Nhuộm và đánh giá mẫu: Tất cả các mẫu được nhuộm bằng DAPI và quan sát trên kính hiển vi huỳnh quang.

Phân tích thống kê: Tất cả các phân tích thống kê đã được thực hiện bằng phần mềm SPSS. Khoảng tin cậy (CI) được tính toán ở mức 95%. Một mặt, các nhóm được so sánh bằng kiểm định χ^2 -test, ở mặt khác khi so sánh tỷ lệ ta dùng Z-test. Các giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Độ tuổi và giới tính ảnh hưởng đến bệnh nhân vô sinh

Từ kết quả ở Bảng 1, nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân vô sinh chủ yếu từ 20-50 tuổi, trong đó độ tuổi từ 20-35 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7% ($p < 0,05$). Ở độ tuổi 35-70, tình trạng béo phì với chỉ BMI > 30 chiếm tỷ lệ 12,7% ($p < 0,05$). Tình trạng hút thuốc vào uống rượu cũng tác động đến vô sinh, cụ thể trong độ tuổi 35-50 có nhiều trường hợp nhất (21,8% và 18,2%). Các giá trị ở độ tuổi 20-35 cũng có giá trị đáng quan tâm là 20% và 16,4%. Ngoài ra, các bệnh nhân vô sinh ở độ tuổi ≥ 70 bị béo phì và tiếp xúc hoá chất đạt 9,1%.



Bảng 1. Tình trạng bệnh nhân vô sinh

Độ tuổi	Tổng bệnh nhân		Béo phì BMI >30 (%)		Uống rượu (%)		Hút thuốc (%)		Tiếp xúc hoá chất (%)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 20	6	10,9	0	0	4	7,3	3	5,5	0	0
(20 - 35)	18	32,7	5	9,1	11	20	9	16,4	6	10,9
(35 - 50)	16	29,1	7	12,7	12	21,8	10	18,2	5	9,1
(50 - 70)	10	18,2	7	12,7	6	10,9	3	5,5	2	3,6
≥ 70	5	9,1	5	9,1	4	7,2	4	7,2	5	9,1

Theo nghiên cứu của Gargi, béo phì làm giảm khả năng sinh tinh: giảm nồng độ tinh trùng, testosterone, tăng estradiol huyết thanh và vô sinh [5]. Johnson SL và cộng sự cho rằng tuổi tác tăng dần đến sự suy giảm chất lượng tinh dịch do sự xuất hiện đột biến sinh ra từ quá trình sao chép DNA tế bào gốc sinh tinh. Theo tổ chức y tế thế giới năm 2022, hơn 60% nam giới trong độ tuổi sinh sản sử dụng thuốc lá có hình thái biến dạng, khả năng di động và nồng độ tinh trùng giảm so với khi không hút thuốc. Kim loại nặng gây stress oxy hoá dẫn đến tình trạng đột biến và phân mảnh DNA tinh trùng gây vô sinh ở nam giới [6]. Vì vậy, tùy thuộc vào khu vực và điều kiện sinh sống mà độ tuổi mắc bệnh vô sinh ở nam giới khác nhau, là một điểm cần lưu ý về dịch tễ.

3.2. Tác động của quá trình oxy hoá và sự phân huỷ DNA bằng enzyme

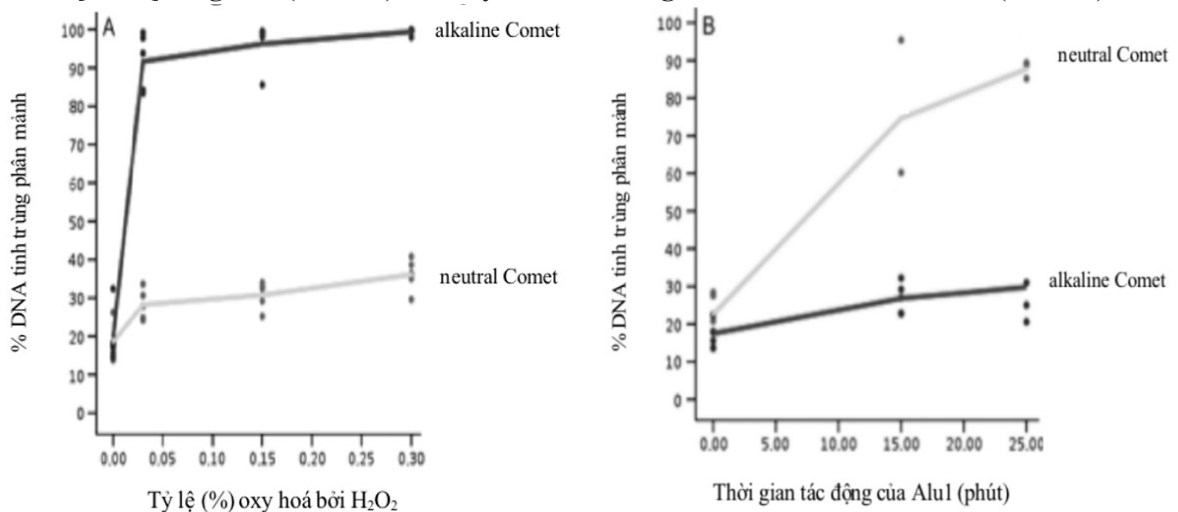
Phân mảnh DNA tinh trùng ở bệnh nhân có khả năng sinh sản bình thường và các bệnh nhân vô sinh rất thấp (< 25%). Kết quả xét nghiệm alkaline và neutral Comet trên các mẫu ủ với [H₂O₂] tăng dần, số lượng DNA phân mảnh tăng tương ứng P = 0,008; P = 0,032. Kết quả alkaline Comet có giá trị cao gấp 3 lần so với neutral

Comet.

Tuy nhiên, khi ủ với Alu 1, dựa vào kết quả alkaline và neutral Comet nhận thấy rằng số lượng DNA phân mảnh tăng, P = 0,009; P = 0,009 và số lượng DNA phân mảnh của neutral Comet cao hơn 2 lần so với alkaline Comet sau khi ủ 15 phút.

Xét nghiệm phân mảnh DNA tinh trùng sử dụng trong quá trình chẩn đoán và tầm soát vô sinh, trong đó sự phân mảnh dsDNA hay ssDNA có giá trị như nhau trong chẩn đoán vô sinh. Ngoài ra, sự đứt gãy DNA có nhiều cơ chế tác động do quá trình stress oxy hoá hoặc do hoạt tính nuclease của enzyme tế bào tinh trùng [4]. Mặc dù mức độ phân mảnh trong alkaline và neutral Comet là khác nhau nhưng đều cho kết quả tăng nồng độ chuỗi DNA phân mảnh khi được xử lý với H₂O₂ và Alu1. Từ đó, quá trình stress oxy hóa có thể kích hoạt caspase, endonuclease trong tinh trùng gây tổn thương DNA kích thích tình trạng vô sinh ở bệnh nhân [7]. Tuy nhiên, từ kết quả của Hình 1 nhận thấy rằng: alkaline Comet có độ nhạy và đặc hiệu cao trong nhận diện sự phân mảnh của ssDNA còn neutral Comet có độ nhạy và đặc hiệu cao trong nhận diện sự phân mảnh của dsDNA.

Hình 1. Kết quả xét nghiệm alkaline và neutral Comet đánh giá sự phân mảnh DNA tương ứng khi ủ với [H₂O₂] tăng dần (Hình A) và enzyme Alu1 trong các thời điểm khác nhau (Hình B).



3.3. Đánh giá quá trình phân mảnh DNA trên các nhóm bệnh nhân

Thử nghiệm phân mảnh DNA được thực hiện trên nhóm đối chứng và ba nhóm bệnh nhân. Kết quả cho thấy, giá trị DNA phân mảnh ở phân nhóm ATZ giãn tĩnh mạch thừng tinh cao hơn nhóm không có giãn tĩnh mạch

thừng tinh ($P < 0,01$). Ngoài ra, nhóm ATZ không có giãn tĩnh mạch thừng tinh có giá trị DNA phân mảnh tương đương các nhóm bệnh nhân rối loạn nhiễm sắc thể. Ở bệnh nhân vô sinh, giá trị DNA phân mảnh cao hơn mẫu đối chứng, có ý nghĩa thống kê trên lâm sàng ($P < 0,01$).

Bảng 2. Giá trị phân mảnh DNA tinh trùng trung bình ở các nhóm bệnh nhân khác nhau.

Bệnh nhân	% DNA phân mảnh	
	alkaline Comet	neutral Comet
Mẫu đối chứng (n = 20)	19,3 ± 6,53	34,09 ± 24,58
Bệnh nhân vô sinh		
ATZ không giãn tĩnh mạch thừng tinh (n = 20)	60,02 ± 9,08 ^{a,b}	66,37 ± 9,97 ^{a,b}
ATZ giãn tĩnh mạch thừng tinh (n = 20)	80,01 ± 5,23 ^a	79,04 ± 12,57 ^a
Rối loạn nhiễm sắc thể (n = 15)	79,24 ± 21,93 ^a	68,61 ± 24,99 ^a
Tổng số bệnh nhân vô sinh (n = 55)	73,09 ± 12,08 ^a	71,34 ± 15,84 ^a

a : Khác biệt có ý nghĩa thống kê với mẫu đối chứng ($P < 0,01$).

b: Khác biệt có ý nghĩa thống kê với mẫu ATZ ($P < 0,01$).

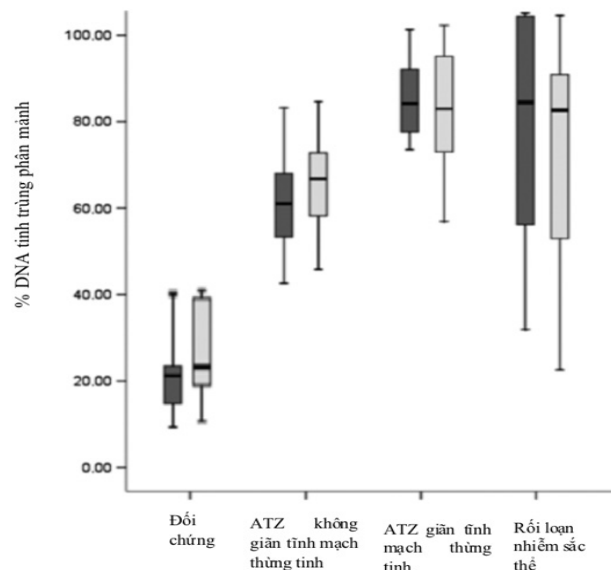
Ashok Agarwal và cộng sự thực hiện neutral Comet cho tỷ lệ DNA phân mảnh thấp hơn giá trị ngưỡng sinh sản bình thường 52% và sự phân mảnh DNA thấp hơn giá trị ngưỡng 25% quy định khả năng thụ thai tự nhiên [8]. Trong tế bào soma, neutral Comet nhận diện biến đổi trong cấu trúc nhiễm sắc thể có độ chính xác hơn sự đứt gãy DNA [9]. Mặc dù kết quả trong Hình 1B có sự tương quan trong nhận diện sự đứt gãy sợi đôi do hoạt động của nuclease gây ra nhưng cơ chế đứt gãy DNA không bị tác động bởi quá trình stress oxy hóa. Vì sự phân cắt của dsDNA đứt gãy là một trong những nguyên nhân biến đổi cấu trúc nhiễm sắc thể, tổn thương dsDNA tăng nguy cơ đột biến nhiễm sắc thể và tổn thương DNA tinh trùng tăng nguy cơ sảy thai tái phát [10].

Theo Naughtin và cộng sự, bệnh nhân giãn tĩnh mạch thừng tinh bị thay đổi quá trình sinh tinh do tăng tốc độ stress tế bào do oxy hóa gây tổn hại chức năng tinh trùng và DNA. Do đó, giá trị % DNA phân mảnh của ATZ giãn tĩnh mạch thừng tinh cao hơn không giãn tĩnh mạch thừng tinh. Thêm vào đó, tình trạng stress oxy hóa ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch thừng tinh làm nhanh quá trình phân mảnh DNA, được điều trị thành công bằng chất chống oxy hóa. Tuy nhiên, phương pháp điều trị bằng chất chống oxy hóa có tác dụng khác nhau tùy thuộc vào chất chống oxy hóa và tình trạng của bệnh nhân [11].

Sự biến đổi cấu trúc và hình dạng nhiễm sắc thể thúc đẩy nguy cơ sảy thai và vô sinh. Số lượng DNA tinh trùng phân mảnh tăng bất thường ở những bệnh nhân

mang chuyển vị Robertsonia, chuyển vị nghịch đảo tùy thuộc vào vị trí và quá trình biến đổi [12].

Hình 2. Kết quả xét nghiệm trên mẫu đối chứng và các nhóm bệnh vô sinh

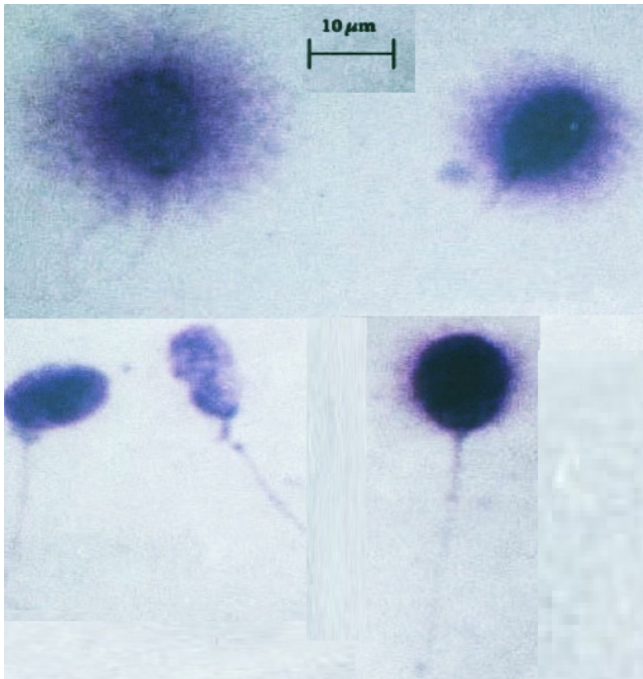


3.4. Nhuộm và đánh giá tinh trùng phân mảnh và không phân mảnh

Tất cả các mẫu xét nghiệm Comet đều được nhuộm bằng DAPI và được quan sát trên kính hiển vi huỳnh quang, các tế bào tinh trùng được phân loại theo tinh trùng bị phân mảnh và không bị phân mảnh. Phân mảnh DNA tinh trùng - bất thường di truyền bên trong tinh trùng là một trong các nguyên nhân dẫn đến thất bại IVF, sảy thai hoặc khó có con. DNA phân mảnh có hình

sao chổi với phần đầu là DNA nguyên vẹn và phần đuôi là DNA phân mảnh. Lượng DNA phân mảnh càng cao thì kết quả điện di phần đuôi sao chổi càng sáng và càng dài [13].

Hình 3. Tinh trùng phân mảnh



4. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân vô sinh chủ yếu từ (20 - 50) tuổi, trong đó (20- 35) tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7% ($p < 0,05$). Ở (35-70) tuổi, béo phì và BMI > 30 chiếm tỷ lệ 12,7% ($p < 0,05$). Độ tuổi (35-50) có nhiều trường hợp hút thuốc và uống rượu nhất (21,8% và 18,2%). Ngoài ra, các bệnh nhân vô sinh ở độ tuổi ≥ 70 bị béo phì và tiếp xúc hoá chất đạt 9,1%.

Sự kết hợp giữa neutral và alkaline Comet, cho thấy sự tương quan của quá trình oxy hoá H_2O_2 và sự phân mảnh DNA do enzyme. Các xét nghiệm có kết quả chính xác và độ nhạy cao: Có sự tương quan giữa các bệnh nhân vô sinh và DNA dễ bị phân mảnh ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch thừng tinh do stress oxy hóa gây ra. Do đó, xét nghiệm Comet có thể dùng tiên lượng khả năng vô sinh, hỗ trợ định hướng điều trị giúp tăng cơ hội mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Jordi Ribas-Maynou et al., Single and Double Strand Sperm DNA Damage: Different Reproductive Effects on Male Fertility, Genes (Basel). 2019 Feb; 10(2): 105. doi: 10.3390/genes10020105.

- [2] Eugenia C et al., Comet assay: a versatile but complex tool in genotoxicity testing. Toxicol Res (Camb). 2021 Jan; 10(1): 68–78. doi: 10.1093/toxres/tfaa093.
- [3] Qingyuan C et al., Extend the Survival of Human Sperm In Vitro in Non-Freezing Conditions: Damage Mechanisms, Preservation Technologies, and Clinical Applications, Cells 2022, 11(18), 2845.
- [4] Lise B et al., AutoComet: A fully automated algorithm to quickly and accurately analyze comet assays, Redox Biology, Volume 62, June 2023, 102680.
- [5] Gargi RC et al., Obesity and male infertility: multifaceted reproductive disruption, Middle East Fertility Society Journal volume 27, Article number: 8 (2022).
- [6] Andrea S et al., Smoke, alcohol and drug addiction and male fertility. Reprod Biol Endocrinol. 2018; 16: 3. Published online 2018 Jan 15. doi: 10.1186/s12958-018-0320-7.
- [7] Teppei T et al., Oxidative stress and male infertility, Reprod Med Biol. 2021 Jan; 20(1): 41–52.
- [8] Ashok A et al., Sperm DNA Fragmentation: A New Guideline for Clinicians, World J Mens Health. 2020 Oct; 38(4): 412–471. doi: 10.5534/wjmh.200128.
- [9] Nan J et al., An Overview of Comet Assay: Application for Detecting DNA Damage in Aquatic Animals, Agriculture 2023, 13(3), 623.
- [10] Soheila P et al., Male factor testing in recurrent pregnancy loss cases: A narrative review. Int J Reprod Biomed. 2022 Jun; 20(6): 447–460. doi: 10.18502/ijrm.v20i6.11440.
- [11] Daniela S et al., The Antioxidant Therapy: New Insights in the Treatment of Hypertension. Front Physiol. 2018; 9: 258. doi: 10.3389/fphys.2018.00258
- [12] Goran G et al., Application of the comet assay for the evaluation of DNA damage in mature sperm. Mutation Research, Volume 788, July–December 2021, 108398.
- [13] Jordi RM et al., Complete Chromatin Decondensation of Pig Sperm Is Required to Analyze Sperm DNA Breaks With the Comet Assay, original research article, Front. Cell Dev. Biol. 14 June 2021, Sec. Cell Growth and Division Volume 9 - 2021.

STUDY ON GENITOURINARY DISORDERS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN AT DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN AND SOME RELATED FACTORS

Nguyen Dinh Phuong Thao*, Mai Thi Hien

Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy – 99 Hung Vuong, Hai Chau 1, Da Nang, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Objectives: Surveying genitourinary disorders rate and factors associated with genitourinary disorders in postmenopausal women at Da Nang Hospital for women and children.

Materials & methods: A cross-sectional study on 319 postmenopausal women, seen at the Obstetrics Department, Da Nang Hospital for women and children from March 2021 to March 2023.

Results: Nocturia is the highest rate in urogenital disorders 71.8%, stress urine leakage 60.2%, urinary fold 21.6%, urinary frequency 14.4%, urinary incontinence 0.9%, vaginal dryness is the highest rate 69.9%, Vaginal irritation 47.0%, painful in intercourse activity 36.1%, plate/spot hemorrhage 19.7%, vaginal bleeding 1.9%, no more intercourse activity 51.4%, decreased intercourse activity 48.0%. There was a relationship between vaginal pH with stress urine leakage, urinary urgency, vaginal dryness. There was a relationship between menopause time with urinary urgency, stress urine leakage, urinary incontinence, vaginal dryness, painful in intercourse activity, plate/spot hemorrhage, no more intercourse activity, decreased intercourse activity.

Conclusion: Genitourinary disorders rate in postmenopausal women was the highest. There was a relationship between genitourinary disorders with vaginal pH and menopause time.

Keywords: Genitourinary disorders, relationship, Da Nang Hospital for women and children

*Corresponding author
Email address: nguyendinhphuongthao2007@yahoo.com
Phone number: (+84) 903573001



NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN NIỆU DỤC Ở PHỤ NỮ MÃN KINH ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Đình Phương Thảo*, Mai Thị Hiền

Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng – 99 Hùng Vương, Hải Châu 1, Hải Châu, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ rối loạn niệu dục ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn niệu dục.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 319 phụ nữ mãn kinh tự nhiên đến khám tại khoa Khám Sản của Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2023.

Kết quả: Tiểu đêm chiếm 71,8%, són tiểu gắng sức 60,2%, tiểu gấp 21,6%, tiểu nhiều lần 14,4%, són tiểu thường xuyên 0,9%, âm đạo khô chiếm 69,9%, cảm giác bỏng rát âm đạo 47,0%, giao hợp đau 36,1%, âm đạo xung huyết dạng mảng/chấm 19,7%, âm đạo rỉ máu 1,9%, không còn sinh hoạt tình dục 51,4%, sinh hoạt tình dục giảm 48%. Có mối liên quan giữa pH âm đạo với són tiểu gắng sức, tiểu đêm, âm đạo khô; mối liên quan giữa thời gian mãn kinh với tiểu đêm, són tiểu gắng sức, són tiểu thường xuyên, âm đạo khô, giao hợp đau; âm đạo xung huyết dạng mảng/chấm, không còn sinh hoạt tình dục, sinh hoạt tình dục giảm.

Kết luận: Rối loạn niệu dục chiếm tỷ lệ cao, có mối liên quan giữa rối loạn niệu dục với pH âm đạo và thời gian mãn kinh.

Từ khóa: Rối loạn niệu dục, mãn kinh, mối liên quan, Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mãn kinh là một giai đoạn tự nhiên của tiến trình lão hoá, đánh dấu sự chấm dứt chức năng hoạt động của buồng trứng [1].

Bước vào tuổi mãn kinh, phụ nữ có nguy cơ cao đối với bệnh tật do thiếu hụt estrogen gây nên, tình trạng này đã tạo điều kiện thuận lợi cho các vi sinh vật gây bệnh phát triển, vì vậy phụ nữ mãn kinh dễ bị viêm âm đạo, khô âm đạo, giao hợp đau, giảm ham muốn tình dục... làm cho chất lượng sống của phụ nữ mãn kinh và hiệu quả lao động của xã hội bị ảnh hưởng.

Với tuổi thọ trung bình của phụ nữ ngày càng tăng, tuổi thọ trung bình hiện nay là 80 và tuổi mãn kinh trung bình là 51 [2]. Ở Việt Nam, với quy mô dân số 96,2 triệu

người vào năm 2019, trong đó dân số nữ vượt ngưỡng 48,3 triệu người và tuổi thọ của nữ là 76,3 tuổi, một tỷ lệ không nhỏ phụ nữ đã và đang vào mãn kinh cần được chăm sóc sức khỏe [3].

Để góp phần chăm sóc sức khỏe ban đầu cho phụ nữ mãn kinh nhằm nâng cao chất lượng sống cho họ, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu tình trạng rối loạn niệu dục ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan” nhằm mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ rối loạn niệu dục ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn niệu dục ở đối tượng nghiên cứu trên.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyendinhphuongthao2007@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 903573001

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Những phụ nữ đã mãn kinh tự nhiên, được phỏng vấn và thăm khám tại khoa Khám Sản của Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng: Những phụ nữ đã mãn kinh tự nhiên, không sử dụng bất kỳ liệu pháp nội tiết nào và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những phụ nữ mắc bệnh ác tính, tâm thần. Những phụ nữ đã phẫu thuật cắt tử cung và hai phần phụ trước và sau mãn kinh. Những phụ nữ không còn minh mẫn để trả lời chính xác các câu hỏi được phỏng vấn. Những phụ nữ đang dùng liệu pháp nội tiết. Những phụ nữ từ chối tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 p (1 - p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

p = 0,287: p là tỷ lệ tiểu đêm: 28,7% theo nghiên cứu năm 2017 [4].

Δ : khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể.

α : Mức ý nghĩa thống kê. Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha/2} = 1,96$.

$\Delta = 0,05$: sai số lựa chọn.

Theo công thức trên, tính được cỡ mẫu là 316 người. Chúng tôi đã thu được 319 đối tượng đủ điều kiện vào mẫu.

Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu được tiến hành thông qua phỏng vấn trực tiếp các đối tượng nghiên cứu theo phiếu điều tra và thăm khám phụ khoa để thu thập số liệu liên quan.

Nội dung nghiên cứu: Thu thập thông tin cá nhân và tuổi mãn kinh; thu thập thông tin về rối loạn niệu dục.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, được tính toán xử lý qua phần mềm SPSS 22.0 và các thuật toán thống kê được sử dụng trong y học: Tính tỷ lệ phần trăm với các biến định tính. Sự liên quan giữa các biến phụ thuộc và các biến độc lập được thực hiện bằng phép

kiểm chi bình phương. Kiểm định sự khác biệt giữa các tần suất bằng test Chi bình phương. Kiểm định sự khác biệt giữa các giá trị trung bình bằng phương pháp kiểm định ANOVA, và t test. Kết quả đạt được có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Phân bố mẫu nghiên cứu theo tuổi mãn kinh

Tuổi mãn kinh	Số trường hợp	Tỷ lệ %
< 40 tuổi	01	0,3
40 – 55	310	97,2
> 55	08	2,5
Tổng cộng	319	100,0
Trung bình	49,89 ± 3,54	

Tuổi mãn kinh trung bình là 49,89 ± 3,54. Mãn kinh ở độ tuổi 40 – 55 chiếm đa số (97,2%).

Bảng 3.2. Sự xuất hiện các triệu chứng rối loạn niệu dục trong mẫu nghiên cứu

Triệu chứng rối loạn niệu dục	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tiểu nhiều lần	46	14,4%
Tiểu gấp	69	21,6%
Tiểu đêm	229	71,8%
Són tiểu gắng sức	192	60,2%
Són tiểu thường xuyên	03	0,9%
Cảm giác bỏng rát âm đạo	150	47,0%
Âm đạo khô	223	69,9%
Giao hợp đau	115	36,1%
Âm đạo có xung huyết dạng mảng/châm	63	19,7%
Âm đạo có rỉ máu	06	1,9%
Sinh hoạt tình dục giảm	153	48,0%
Không còn sinh hoạt tình dục	164	51,4%

Tiểu đêm chiếm tỷ lệ cao nhất 71,8%. Thấp nhất là són tiểu thường xuyên 0,9%.

Bảng 3.3. Liên quan giữa rối loạn niệu dục với pH âm đạo

Triệu chứng rối loạn niệu dục	pH âm đạo						Tổng cộng		p
	3,5 – 5,0		> 5,0 – 7,0		> 7,0		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Tiểu đêm	30	57,7	128	68,8	71	87,7	229	71,8	0,000
Són tiểu gắng sức	18	34,6	116	62,4	58	71,6	192	60,2	0,000
Tiểu nhiều lần	07	13,5	21	11,3	18	22,2	46	14,4	0,064
Tiểu gấp	07	13,5	43	23,1	19	23,5	69	21,6	0,294
Són tiểu thường xuyên	02	3,8	01	0,5	0	0,0	03	0,9	0,055
Âm đạo khô	24	46,2	142	76,3	57	70,4	223	69,9	0,000
Giao hợp đau	22	42,3	71	38,2	22	27,2	115	36,1	0,189
Âm đạo có xung huyết dạng mảng/châm	06	11,5	37	19,9	20	24,7	63	19,7	0,177
Âm đạo có rỉ máu	0	0,0	4	2,2	2	2,5	06	1,9	0,543
Sinh hoạt tình dục giảm	29	55,8	95	51,1	29	35,8	153	48,0	0,120
Không còn sinh hoạt tình dục	23	44,2	90	48,4	51	63,0	164	51,4	0,120
Cảm giác bỏng rát âm đạo	22	42,3	82	44,1	46	56,8	150	47,0	0,122

Tiểu đêm và són tiểu gắng sức có khuynh hướng tăng dần theo phân loại pH âm đạo. Âm đạo khô có khuynh hướng tăng dần giữa pH âm đạo $\leq 5,0$ và $> 5,0$ ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Liên quan giữa rối loạn niệu dục với thời gian mãn kinh

Triệu chứng rối loạn niệu dục	Thời gian mãn kinh						Tổng cộng		p
	< 5 năm		5 – 10 năm		> 10 năm		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Tiểu đêm	67	65,0	83	70,3	79	80,6	229	71,8	0,045
Són tiểu gắng sức	54	52,4	70	59,3	68	69,4	192	60,2	0,048
Tiểu nhiều lần	14	13,6	15	12,7	17	17,3	46	14,4	0,602
Tiểu gấp	19	18,4	28	23,7	22	22,4	69	21,6	0,618
Són tiểu thường xuyên	01	1,0	01	0,8	01	1,0	03	0,9	0,001
Âm đạo khô	62	60,2	82	69,5	79	80,6	223	69,9	0,007
Giao hợp đau	49	47,6	47	39,8	19	19,4	115	36,1	0,000
Âm đạo có xung huyết dạng mảng/châm	10	9,7	26	22,0	27	27,6	63	19,7	0,005
Âm đạo có rỉ máu	0	0,0	4	3,4	2	2,0	06	1,9	0,179
Sinh hoạt tình dục giảm	73	70,9	58	49,2	22	22,4	153	48,0	0,000
Không còn sinh hoạt tình dục	29	28,2	60	50,8	75	76,5	164	51,4	0,000
Cảm giác bỏng rát âm đạo	26	25,2	60	50,8	64	65,3	150	47,0	0,000

Tiểu đêm, són tiểu gắng sức, âm đạo khô, âm đạo có xung huyết dạng mảng/chấm, không còn sinh hoạt tình dục, cảm giác bỏng rát âm đạo có khuynh hướng tăng dần theo thời gian mãn kinh ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi mãn kinh

Tuổi mãn kinh trung bình trong nghiên cứu là $49,89 \pm 3,54$, tuổi mãn kinh lớn nhất là 60, nhỏ nhất là 30, mãn kinh ở độ tuổi 40 – 55 chiếm đa số 97,2%. Tuổi mãn kinh trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tuổi mãn kinh trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương Thảo (Huế-2017) là 49,47 [4] và ở trong dao động tuổi mãn kinh trung bình của các nước Châu Á từ 47-50 tuổi, ở Trung Quốc là 47,91 tuổi [5]. Tuổi mãn kinh trong nghiên cứu thấp hơn so với các nước phát triển. Ở Châu Âu, tuổi mãn kinh trung bình là 51,4 [6]. Vấn đề này có thể được giải thích rằng phụ nữ ở các nước phát triển sử dụng liệu pháp nội tiết ở giai đoạn quanh mãn kinh nên đã kéo dài thời gian mãn kinh. Mặt khác, đời sống kinh tế ở các nước phát triển được nâng cao, phụ nữ được dinh dưỡng đầy đủ và đã kéo dài thời gian mãn kinh.

4.2. Triệu chứng rối loạn niệu dục

Triệu chứng rối loạn tiết niệu xuất hiện với tỷ lệ cao, đặc biệt tiểu đêm chiếm 71,8%; són tiểu gắng sức 60,2%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Nguyễn Vũ Quốc Huy (Huế-2001), tiểu đêm chiếm tỷ lệ cao nhất 35,4%, tiếp theo là són tiểu [7]. Estrogen đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì biểu mô của bàng quang và niệu đạo. Thiếu hụt estrogen làm thay đổi hầu hết về giải phẫu, tế bào, vi trùng và sinh lý ở hệ niệu sinh dục sau mãn kinh, làm tăng viêm teo bàng quang với đặc điểm là tiểu gấp, són tiểu, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu không tự chủ [8].

Khô âm đạo chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu (69,9%). Thiếu kích thích của estrogen nên tổ chức collagen trở nên đặc lại và lượng nước chứa trong tổ chức này cũng giảm đi, lớp mỡ dưới da tổ chức collagen giảm làm cho các mô ở thành âm đạo giảm tính đàn hồi, vách âm đạo trở nên khô, mỏng và nhợt nhạt, nếp âm đạo biến mất, niêm mạc bị teo mỏng khiến lòng âm đạo hẹp. Vì vậy dẫn đến khô âm đạo và âm đạo dễ bị tổn thương cũng như nhiễm trùng. Khô âm đạo dẫn đến quan hệ tình dục đau, ham muốn tình dục thấp và giảm sự thỏa mãn tình dục [9], [10], giao hợp đau chiếm 36,1% trong nghiên cứu của chúng tôi. Không còn sinh hoạt tình dục chiếm 51,4%, sinh hoạt tình dục giảm chiếm 48,0%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của Scavello và cộng sự khi nghiên cứu về sức khỏe tình dục ở phụ nữ mãn kinh đã ghi nhận 40 – 50% phụ nữ mãn kinh giảm sinh hoạt tình dục [11].

4.3. Liên quan giữa rối loạn niệu dục với pH âm đạo

Với kết quả ở bảng 3.4, tiểu đêm và són tiểu gắng sức có khuynh hướng tăng dần theo pH âm đạo. Âm đạo khô có khuynh hướng tăng dần giữa pH âm đạo $\leq 5,0$ và $> 5,0$. Phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục, pH acid của dịch âm đạo là thành phần quan trọng giúp chống lại mầm bệnh. Với sự tiết estrogen, các tế bào biểu mô âm đạo tạo ra glycogen, sau đó tạo ra glucose. Lactobacillus chuyển hóa glucose và sản sinh ra acid lactic, có nhiệm vụ duy trì độ pH acid của âm đạo. Thiếu hụt estrogen ở phụ nữ mãn kinh làm giảm sản xuất glycogen, vi khuẩn lactobacilli giảm, vì vậy làm tăng nồng độ của pH âm đạo, pH âm đạo có thể tăng đến 5,0 hoặc hơn nữa, pH âm đạo tăng là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh, dẫn đến nhiễm trùng tiết niệu và viêm âm đạo [10], [12].

4.4. Liên quan giữa rối loạn niệu dục với thời gian mãn kinh

Tiểu đêm, són tiểu gắng sức, són tiểu thường xuyên có khuynh hướng tăng dần theo thời gian mãn kinh. Estrogen có vai trò chủ chốt trong việc duy trì khả năng kiểm soát nước tiểu, thiếu estrogen có thể gây ra những rối loạn tiểu tiện có kiểm soát do biểu mô vùng tam giác bàng quang bị teo. Tiểu có kiểm soát phụ thuộc vào việc niệu đạo được đóng kín thường xuyên. Đám rối tĩnh mạch dưới niêm mạc đường niệu tạo 1/3 áp lực cho việc đóng kín. Thay đổi từ một yếu tố này trở lên sẽ đưa đến khả năng tiểu không kiểm soát. Vì vậy phụ nữ sau mãn kinh có thể xuất hiện các triệu chứng tiểu đêm và són tiểu. Mặt khác, mãn kinh làm giảm collagen ở mô liên kết các tổ chức của đường niệu, viêm teo đường niệu có thể không có triệu chứng nhưng có thể có các triệu chứng như: tiểu nhiều, tiểu gấp, bí tiểu [13], [14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, âm đạo khô, âm đạo có xung huyết dạng mảng/chấm, không còn sinh hoạt tình dục, cảm giác bỏng rát âm đạo có khuynh hướng tăng dần theo thời gian mãn kinh. Điều này được giải thích rằng sau mãn kinh, thiếu hụt estrogen là nguyên nhân chính dẫn đến những thay đổi trong lớp biểu mô âm đạo, đặc biệt thời gian mãn kinh càng lâu thì nồng độ estrogen càng giảm rõ rệt. Những thay đổi này có thể dẫn đến cảm giác bỏng rát âm đạo, ngứa, những chấm xuất huyết, những vết loét và chảy máu khi thăm khám bằng mô vẹt [2], [14].

5. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ rối loạn niệu dục ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng:

- Tiểu đêm chiếm 71,8%, són tiểu gắng sức 60,2%, tiểu gấp 21,6%, tiểu nhiều lần 14,4%, són tiểu thường xuyên 0,9%.

- Âm đạo khô chiếm 69,9%, không còn sinh hoạt tình dục 51,4%, sinh hoạt tình dục giảm 48,0%, cảm giác bỏng rát âm đạo 47%, giao hợp đau 36,1%, âm đạo xung huyết dạng mảng/chấm là 19,7%, âm đạo rỉ máu chiếm 1,9%.

5.2. Liên quan đến rối loạn niệu dục

- Có mối liên quan giữa tiểu đêm, són tiểu gắng sức, âm đạo khô với pH âm đạo ở phụ nữ mãn kinh.

- Có mối liên quan giữa tiểu đêm, són tiểu gắng sức, són tiểu thường xuyên, âm đạo khô, giao hợp đau, âm đạo xung huyết dạng mảng/chấm, sinh hoạt tình dục giảm, không còn sinh hoạt tình dục với thời gian mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Digumarti L, Agarwal N, Vaze N et al., Clinical Practice Guidelines on Menopause: * An Executive Summary and Recommendations: Indian Menopause Society 2019-2020, J Midlife Health, 2020; 11(2): 55-95.
- [2] Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Mãn kinh, Nội tiết sinh sản, NXB Y học, 2012: 201 – 227.
- [3] Tổng cục Thống kê, Kết quả toàn bộ tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, NXB Thống kê, 2020.
- [4] Nguyễn Đình Phương Thảo, Cao Ngọc Thành, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Nghiên cứu các rối loạn chức năng ở phụ nữ mãn kinh tại thành phố Huế và hiệu quả của một số biện pháp điều trị, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2017: 74-75.
- [5] Sun X, Zhang R, Wang L et al., Association Between Parity and the Age at Menopause and Menopausal Syndrome in Northwest China, Journal of Public Health, 2021, 33(1): 60-66.
- [6] Zhu D, Chung H.F, Pandeya N et al., Body mass index and age at natural menopause: an international pooled analysis of 11 prospective studies, European Journal of Epidemiology, 2018; 33(8): 699–710.
- [7] Nguyễn Vũ Quốc Huy, Góp phần nghiên cứu các đặc điểm tâm sinh lý và bệnh lý âm hộ - âm đạo của phụ nữ mãn kinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y khoa Huế, 2001: 73.
- [8] Kim HK, Kang SY, Chung YJ et al., The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause, J Menopause Med, 2015;21(1): 65-71.
- [9] Waetjan LE, Crawford SL, Chang PY et al., Factors associated with developing vaginal dryness symptoms in women transitioning through menopause: a longitudinal study, Menopause, 2018;25(10): 1094-1104.
- [10] Kagan R, Spadt KS, Parish SJ, Practical Treatment Considerations in the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause, Drugs Aging, 2019;36(10): 897-908.
- [11] Scavello, Maseroli, Di Stasi et al., Sexual Health in Menopause, Medicina, 2019;55(9): 559.
- [12] Shardell M, Gravitt P, Burke AE et al., Association of Vaginal Microbiota With Signs and Symptoms of the Genitourinary Syndrome of Menopause Across Reproductive Stages, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2021;76(9): 1542-1550.
- [13] Taher YA, Emhemed HM, Tawati AM, Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women, Climacteric, 2013; 16: 179-184.
- [14] Moral E, Delgado JL, Carmona F et al., Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women, The GENISSE study, 2018; 21(2): 167-173.

QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS SURGICALLY TREATED FOR PENILE CANCER IN ANDROLOGY CENTER - VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Thi Thu Ha, Pham Thi Thu Trang*, Nguyen Thi Thao, Hoang Minh Tuan, Nguyen Dang Kien, Nguyen Quang Hieu, Nguyen Dinh Doan

Viet Duc University Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 03/06/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the quality of life of patients with penile cancer who are operated on at the Andrology Center, Viet Duc University Hospital.

Methods: A cross-sectional study on 59 patients undergoing surgery for penile cancer. The EORTC QLQ-C30 questionnaire was used to assess eight characteristics, including functional function, physical function, social function, emotional function, mental function, general health, and symptoms, financial difficulties

Results: The majority of study participants had an average age of 53.5. Quality of life characteristics in patients with penile cancer ranged from 27.1 points to 83.6 points. In which, the financial difficulty score is the highest with 83.6 points. The symptoms that most affected the QOL of the respondents were insomnia (56.5), pain (41.5), loss of appetite (35.6). Regarding the functional limitation score, the cognitive function score has the highest score of 65 points, the social function score is the lowest with 36.2 points. Stage III patients had more financial problems than stage I (91.7 versus 76.2). The general health of the stage III group was much lower than that of the stage I group (33.3 versus 44).

Conclusion: The quality of life of patients after surgery for penile cancer is still limited. It is necessary to have interventions to improve the quality of life for patients.

Keywords: Quality of life, penile cancer.

*Corresponding author
Email address: phamthutrang14967@gmail.com
Phone number: (+84) 983357909



CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DƯƠNG VẬT ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI TRUNG TÂM NAM HỌC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thị Thu Hà, Phạm Thị Thu Trang*, Nguyễn Thị Thảo, Hoàng Minh Tuấn,
Nguyễn Đăng Kiên, Nguyễn Quang Hiếu, Nguyễn Đình Đoàn

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/06/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư dương vật được phẫu thuật tại Trung tâm Nam học - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được phẫu thuật ung thư dương vật. Sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 để đánh giá 8 đặc điểm, bao gồm chức năng hoạt động, chức năng thể chất, chức năng xã hội, chức năng cảm xúc, chức năng tinh thần, sức khỏe tổng quát, triệu chứng, khó khăn tài chính.

Kết quả: Phần lớn người tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 53,5. Đặc điểm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư dương vật dao động từ 27,1 điểm cho tới 83,6 điểm. Trong đó điểm khó khăn tài chính là cao nhất với 83,6 điểm. Các triệu chứng gây ảnh hưởng nhất tới CLCS của người được hỏi là mất ngủ (56,5), đau (41,5), chán ăn (35,6). Về điểm hạn chế chức năng, điểm chức năng nhận thức có số điểm cao nhất là 65 điểm, điểm chức năng xã hội là thấp nhất với 36,2 điểm. Những bệnh nhân giai đoạn (GD) III gặp nhiều vấn đề khó khăn tài chính hơn so với nhóm GD I (91,7 so với 76,2). Sức khỏe tổng quát của nhóm GD III thấp hơn nhiều so với nhóm GD I (33,3 so với 44). Tỷ lệ RLCD nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,4%.

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dương vật còn nhiều hạn chế. Cần có các biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư dương vật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật (UTDV) là căn bệnh hiếm gặp chỉ 26.000 ca được ước tính trên toàn cầu mỗi năm, chiếm <1% ung thư mới được chẩn đoán ở nam giới[1]. Tuy nhiên, ung thư dương vật để lại di chứng về tâm lý, tình dục, thể chất đáng kể ở bệnh nhân. Ở các nước có thu nhập cao, tỷ lệ ung thư dương vật là 0,1-1 trên 100.000 nam giới, nhưng nó thường phổ biến hơn ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tỷ lệ hiện mắc cao ở các nước Châu Á, Châu Phi, Nam Mỹ. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020, ung thư dương vật là bệnh không phổ biến với 397 ca mới mắc và 147 ca tử vong

mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn hóa theo tuổi là 0,67/100.000 dân[2].

Khía cạnh chất lượng cuộc sống (CLCS) đối với bệnh nhân UTDV chưa được chú trọng. Nghiên cứu cắt ngang của tác giả Desiree (2018), trên 76 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dương vật sử dụng thang đo EORTC QLQ-C30 4. Tác giả cho thấy: Điểm CLCS trung bình là 54, tương ứng với điểm QoL trung bình (điểm 0-100) và thấp hơn nhiều so với mức trung bình chuẩn hóa theo độ tuổi đối với bệnh nhân Đức. Tác giả Roman đã thực hiện khảo sát trên 10 bệnh nhân trải qua phẫu thuật ung thư dương vật, sử dụng thang đo EORTC QLQ-C30 .

*Tác giả liên hệ

Email: phamthutrang14967@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983357909

Kết quả về chất lượng cuộc sống tổng thể được đánh giá bằng bảng câu hỏi EORT QLQ C-30, rõ ràng thấp hơn đáng kể so với dân số nói chung[5]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu về vấn đề này còn thiếu, cỡ mẫu chưa đủ lớn. Hiện tại ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư dương vật được phẫu thuật tại trung tâm Nam học, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

Bệnh nhân ung thư dương vật được điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Nam học từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2023.

2.2. Địa điểm: Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được bác sỹ chẩn đoán ung thư dương vật sau phẫu thuật điều trị tại Trung Tâm Nam Học - BV Việt Đức.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.
- Những BN không có đủ thông tin bệnh án nghiên cứu.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.5. Biến số, chỉ số

- Tuổi
- Nghề nghiệp
- Học vấn
- Tiền sử
- Đặc điểm phẫu thuật: nạo vét hạch, phương pháp phẫu thuật, giai đoạn bệnh
- Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe được đánh giá bằng bộ công cụ EORTC QLQ-C30. Tất cả các thang đo được chuyển đổi tuyến tính thành thang điểm 0-100 với cao hơn thể hiện hoạt động tốt hơn. Trong đó điểm số chức năng càng cao thể hiện mức độ hạn chế chức năng cao, điểm số triệu chứng càng cao thể hiện mức độ biểu hiện triệu chứng càng cao. Điểm số sức khỏe tổng quát càng cao thể hiện sức khỏe tốt.
- Đánh giá mức độ rối loạn cương dương (RLCD) sau mổ bằng bộ câu hỏi trắc nghiệm về RLCD IIEF-5. Gồm

tổng điểm của 5 câu hỏi cho điểm được phân loại:

- + Không RLCD: 22 - 25 điểm.
- + RLCD nhẹ: 17 - 21 điểm.
- + RLCD nhẹ đến trung bình: 12 - 16 điểm.
- + RLCD trung bình: 8 - 11 điểm.
- + RLCD nặng: 1 - 7 điểm.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

Thông tin nhân khẩu học và dữ liệu lâm sàng, bao gồm chẩn đoán và điều trị, được lấy từ hồ sơ bệnh án. Tiến hành khảo sát trực tiếp với bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và quản lý bằng phần mềm EXCEL. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức của bệnh viện Việt Đức. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2016 đến tháng 5/2023, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn được 59 bệnh nhân phù hợp với tiêu chí lựa chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
Tuổi (trung bình)	53,5 ±12,3	
Trình độ học vấn		
THCS, THPT	24	40,7
Trung cấp, Cao đẳng, Đại học	21	35,6
Sau đại học	14	23,7
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	28	47,5
Sống chung nhưng không đăng ký kết hôn	19	32,2
Ly dị hoặc ly hôn	8	13,6
Độc thân chưa kết hôn	4	6,8
Mức thu nhập		
Hộ nghèo	12	20,3

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
Hộ cận nghèo	36	61,0
Hộ gia đình khá giả	11	18,6
Tiền sử bệnh liên quan		
Hẹp bao quy đầu	40	67,8
U sùi dương vật	6	10,2
Mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục	5	8,0
Hình thức phẫu thuật		
Cắt đoạn dương vật	51	86,4
Bảo tồn dương vật	8	13,6
Nạo vết hạch		
Có	31	53,4
Không	27	46,6
Giai đoạn bệnh		
Gđ I	21	35,6
Gđ II	34	57,6
Gđ III	4	6,8
Quan hệ tình dục sau mổ	30	50,8

Phần lớn người tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 53,5. Đa số những người đó mắc ung thư dương vật giai đoạn II, chiếm tỷ lệ 57,6%. Có tới hơn 1 nửa chiếm 67,8% số bệnh nhân mắc ung thư dương vật mắc bệnh hẹp bao quy đầu.

Bảng 2. Đặc điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Điểm CLCS	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Sức khỏe tổng quát	39,3	9,9	25,0	66,7
Hạn chế về chức năng				
Chức năng thể chất	64,0	11,9	40,0	93,3
Chức năng hoạt động	39,3	15,7	16,7	66,7
Chức năng cảm xúc	60,6	14,8	25,0	91,7
Chức năng nhận thức	65,5	18,3	33,3	116,7
Chức năng xã hội	36,2	14,6	16,7	66,7
Mức độ của triệu chứng				
Mệt mỏi	46,3	15,7	11,1	77,8
Buồn nôn/nôn	16,9	12,6	0,0	33,3
Đau	41,5	14,0	16,7	66,7
Thở nhanh	65,0	29,3	0,0	100,0

Điểm CLCS	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Mất ngủ	56,5	30,5	0,0	100,0
Chán ăn	35,6	24,7	0,0	66,7
Táo bón	27,1	24,3	0,0	66,7
Tiêu chảy	27,7	25,6	0,0	66,7
Khó khăn tài chính	83,6	16,8	66,7	100,0

Đặc điểm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư dương vật dao động từ 27,1 điểm cho tới 83,6 điểm. Trong đó điểm khó khăn tài chính là cao nhất với 83,6 điểm. Các triệu chứng gây ảnh hưởng nhất tới CLCS của người được hỏi là mất ngủ (56,5), đau (41,5), chán ăn (35,6). Về điểm hạn chế chức năng, điểm chức năng nhận thức có số điểm cao nhất là 65 điểm, điểm chức năng xã hội là thấp nhất với 36,2 điểm

Bảng 3. Mức độ rối loạn cương dương ở đối tượng nghiên cứu

Mức độ RLCD	N	Tỷ lệ%
Không RLCD (22 – 25 điểm)	0	0
RLCD nhẹ (17 – 21 điểm)	0	0
RLCD nhẹ đến trung bình (12 – 16 điểm)	8	13,5%
RLCD trung bình (8 – 11 điểm)	26	44,1%
RLCD nặng (1 – 7 điểm)	25	43,4%
Tổng	59	100%

Trong tổng số 59 bệnh nhân của chúng tôi, mức độ RLCD nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,4

Bảng 4. So sánh điểm sức khỏe tổng quát với từng đặc điểm của đối tượng

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Trình độ học vấn			
THCS, THPT	39,6	10,5	0,981
Trung cấp, Cao đẳng, Đại học	38,9	10,3	
Sau đại học	39,3	8,9	
Tình trạng hôn nhân			
Đã kết hôn	38,1	10,0	0,551
Sống chung nhưng không đăng ký kết hôn	41,7	10,8	
Ly dị hoặc ly hôn	39,6	8,6	
Độc thân chưa kết hôn	35,4	8,0	

Mức thu nhập			
Hộ nghèo	37,5	8,3	0,228
Hộ cận nghèo	38,0	8,6	
Hộ gia đình khá giả	45,5	13,6	
Hình thức phẫu thuật :			
Dương vật	39,9	10,2	0,323
Bảo tồn dương vật	35,4	7,4	
Nạo vét hạch			
Có	39,8	10,7	0,078
Không	38,6	9,3	
Giai đoạn bệnh			
Gđ I	44,0	11,2	0,015
Gđ II	37,0	8,3	
Gđ III	33,3	6,8	

Khi so sánh chất lượng cuộc sống ở các giai đoạn bệnh, bệnh nhân ung thư gđ III có điểm sức khỏe tổng quát thấp hơn so với nhóm giai đoạn I.

Bảng 5. Đặc điểm chất lượng cuộc sống về chức năng phân loại theo giai đoạn bệnh.

Điểm CLCS	Gđ I	Gđ II	Gđ III	P
N	21 (35,6%)	34 (57,6%)	4 (6,8%)	
Sức khỏe tổng quát	44,0 ± 11,2	37,0 ± 8,3	33,3 ± 6,8	0,015
Chức năng thể chất	62,5 ± 10,4	64,1 ± 12,3	70,0 ± 16,8	0,520
Chức năng hoạt động	38,9 ± 16,9	38,2 ± 15,1	50,0 ± 13,6	0,369
Chức năng cảm xúc	63,1 ± 15,9	59,6 ± 15,0	56,2 ± 4,2	0,583
Chức năng nhận thức	66,7 ± 16,7	64,7 ± 19,1	66,7 ± 23,6	0,923
Chức năng xã hội	36,5 ± 14,5	35,8 ± 14,9	37,5 ± 16,0	0,967
Khó khăn tài chính	76,2 ± 15,4	87,3 ± 16,4	91,7 ± 16,7	0,034

Những bệnh nhân giai đoạn III gặp nhiều vấn đề khó khăn tài chính hơn so với nhóm giai đoạn I (91,7 so với 76,2). Sức khỏe tổng quát của nhóm giai đoạn III thấp hơn nhiều so với nhóm gđ I (33,3 so với 44). Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

Bảng 6. Đặc điểm mức độ triệu chứng phân loại theo giai đoạn bệnh.

Điểm CLCS	Gđ I	Gđ II	Gđ III	P
N	21 (35,6%)	34 (57,6%)	4 (6,8%)	
Mệt mỏi	48,7 ± 15,9	46,1 ± 14,8	36,1 ± 22,9	0,345
Buồn nôn/nôn	16,7 ± 11,8	16,7 ± 13,0	20,8 ± 16,0	0,820
Đau	44,4 ± 14,3	39,7 ± 13,6	41,7 ± 16,7	0,482
Thở nhanh	61,9 ± 24,2	66,7 ± 31,8	66,7 ± 38,5	0,841
Mất ngủ	71,4 ± 26,4	50,0 ± 29,9	33,3 ± 27,2	0,009
Chán ăn	38,1 ± 26,4	34,3 ± 23,9	33,3 ± 27,2	0,848
Táo bón	28,6 ± 21,8	24,5 ± 25,0	41,7 ± 31,9	0,395
Tiêu chảy	27,0 ± 27,1	27,5 ± 25,3	33,3 ± 27,2	0,902

Những bệnh nhân giai đoạn I biểu hiện triệu chứng mất ngủ nhiều hơn so với bệnh nhân giai đoạn III. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,05. Ngoài ra không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các triệu chứng khác.

4. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy đặc điểm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư dương vật dao động từ 27,1 điểm cho tới 83,6 điểm. Trong đó điểm khó khăn tài chính là cao nhất với 83,6 điểm. Các triệu chứng gây ảnh hưởng nhất tới CLCS của người được hỏi là mất ngủ (56,5), đau (41,5), chán ăn (35,6). Về điểm hạn chế chức năng, điểm chức năng nhận thức có số điểm cao nhất là 65 điểm, điểm chức năng xã hội là thấp nhất với 36,2 điểm. Điều này ngược lại với nghiên cứu của Roman, khi tác giả cho thấy điểm chức năng xã hội là cao nhất với 80 điểm, điểm hạn chế cảm xúc là thấp nhất với 45 điểm.

Hẹp bao quy đầu là nguyên nhân hay gặp dẫn đến K dương vật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 40/59 bệnh nhân có hẹp bao quy đầu chiếm 67,8 %. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Cui Yu và cộng sự trên 25 % K DV tại Italia thì có tới 12 BN có hẹp chiếm 48% và cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang 9 năm 2020 với 83% bệnh nhân

có tiền sử hẹp bao quy đầu.

Về các triệu chứng, triệu chứng mất ngủ có số điểm cao nhất, thể hiện mức độ gây khó chịu cao nhất đối với bệnh nhân ung thư. Trung bình điểm triệu chứng mất ngủ ở nghiên cứu chúng tôi là 56,5 điểm. Điều này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của tác giả Desiree, tác giả cho thấy điểm mất ngủ ở bệnh nhân là cao nhất so với các triệu chứng còn lại, trung bình là 40 điểm [4]. Một số lời giải thích có thể là bệnh nhân ung thư dương vật thường có các triệu chứng mất ngủ do khó chịu về thể chất khi điều trị, lo lắng và căng thẳng liên quan đến chẩn đoán, lo lắng về tác dụng phụ của thuốc, sợ tái phát. Bằng cách giải quyết các triệu chứng mất ngủ, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể giúp cải thiện chất lượng giấc ngủ và sức khỏe tổng thể cho bệnh nhân ung thư dương vật.

Chúng tôi phát hiện thấy bệnh nhân ung thư dương vật giai đoạn III, có gánh nặng chi phí cao hơn so với giai đoạn thấp hơn. Điều này thể hiện ở điểm khó khăn về tài chính, những bệnh nhân giai đoạn III gặp nhiều vấn đề khó khăn tài chính hơn so với nhóm giai đoạn I (91,7 so với 76,2). Nghiên cứu tại Mỹ đã chỉ ra rằng, trung bình 1 người bị ung thư Dương vật tiêu tốn hơn 70.000 đô la trong 1 năm, mặc dù đã có bảo hiểm tư nhân chi trả 1 phần [6]. Điều trị ung thư dương vật thường bao gồm một loạt các biện pháp can thiệp, bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và chăm sóc hỗ trợ, có thể góp phần đáng kể vào gánh nặng chi phí chung. Ngoài ra, chi phí gián tiếp có thể phát sinh do mất tiền lương hoặc giảm năng suất làm việc, vì bệnh nhân có thể phải nghỉ việc để điều trị hoặc hồi phục [7].

Để đánh giá mức độ RLCD, chúng tôi dùng thang điểm IIEF-5 để đánh giá mức độ RLCD sau mổ, từ đó phân loại mức độ RLCD trước và sau mổ, và kết quả được thể hiện trong phần kết quả nghiên cứu ở phần trên. Trong đó, tỷ lệ RLCD nặng sau mổ đạt tỷ lệ cao RLCD nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Cui Yu và cộng sự, trong 43 bệnh nhân trong nghiên cứu này thì có 23,7% bệnh nhân có RLCD sau phẫu thuật [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn của tác giả Nguyễn Quang với 2/13 bệnh nhân có RLCD. Sự khác biệt này có thể đến khi chúng tôi khảo sát trên bệnh nhân không có quan hệ tình dục sau mổ (gồm 30/59 người) còn 13 bệnh nhân của tác giả Nguyễn Quang đều quan hệ tình dục sau mổ [9].

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dương vật còn nhiều hạn chế.

Cần có các biện pháp khám sàng lọc sớm để phát hiện và can thiệp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Douglawi A, Masterson TA. Penile cancer epidemiology and risk factors: a contemporary review. *Current opinion in urology*. 2019;29(2):145-149.
- [2] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-249.
- [3] Douglawi A, Masterson TA, Updates on the epidemiology and risk factors for penile cancer. *Translational andrology and urology*. 2017;6(5):785.
- [4] Draeger DL, Sievert K-D, Hakenberg OW, Cross-sectional patient-reported outcome measuring of health-related quality of life with establishment of cancer-and treatment-specific functional and symptom scales in patients with penile cancer. *Clinical Genitourinary Cancer*. 2018;16(6):e1215-e1220.
- [5] Sosnowski R, Kulpa M, Kosowicz M et al., Quality of life in penile carcinoma patients—post-total penectomy. *Central European journal of urology*. 2016;69(2):204.
- [6] Lairson DR, Wu C-F, Chan W et al., Mean treatment cost of incident cases of penile cancer for privately insured patients in the United States. *Elsevier*; 2019:294. e17-294. e25.
- [7] Keeping ST, Tempest MJ, Stephens SJ et al., Penile cancer treatment costs in England. *BMC Public Health*. 2015;15:1-8.
- [8] Yu C, Hequn C, Longfei L et al., Sexual function after partial penectomy: a prospectively study from China. *Scientific Reports*. 2016;6(1):1-4.
- [9] Nguyễn Quang, Đánh giá rối loạn tình dục ở bệnh nhân cắt đoạn dương vật do ung thư tại Trung tâm nam học- bệnh viện hữu nghị Việt đức. Đề tài khoa học công nghệ cấp cơ sở. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức; 2020.

GIANT CONDYLOMATA ACUMINATA: A CASE REPORT

Nguyen Dac Thao, Nguyen Quang, Nguyen Duy Khanh*,
Nguyen Quoc Dat, Nguyen Hung Manh, Trinh Hoang Giang,
Nguyen Huu Thao, Bui Van Quang, Cao Dac Tuan

Vietnam Germany University Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Giant Condylomata Acuminata (GCA) known as Buschke-Lowenstein's tumor, is a rare form of genital warts. Histopathology of GCA is benign tumour with capable invasion and a high recurrence rate. The development of GCA is strongly associated with infection with low-risk HPV, mainly HPV-6 and HPV-11. We report a case of GCA, Do N. T, male, 25 years old, history of kidney transplantation 3 years ago, taking anti-rejection treatment regularly. The patient underwent radical surgery to remove the tumor, suturing the mucosa covering the sphincter. After 2 months follow-up : The incision healed well, there are no recurrence of warts at the anal edge, the anal canal as well as other locations.

Keywords: Giant Condylomata Acuminata – GCA, HPV-Human papilloma virus.

*Corresponding author
Email address: drkhanh6888@gmail.com
Phone number: (+84) 983703437



NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U SÙI KHỔNG LỒ VÙNG HẬU MÔN VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Nguyễn Đắc Thao, Nguyễn Quang, Nguyễn Duy Khánh*, Nguyễn Quốc Đạt, Nguyễn Hùng Mạnh, Trịnh Hoàng Giang, Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang, Cao Đắc Tuấn

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

U sùi khổng lồ (Giant Condylomata Acuminata - GCA) còn được gọi là khối u Buschke-Lowenstein, là một thể hiếm gặp của sùi mào gà. GCA có hình dạng mô bệnh học lành tính, nhưng có khả năng xâm lấn tổ chức cùng với tỷ lệ tái phát cao. Sự phát triển của GCA có liên quan chặt chẽ với việc nhiễm HPV có nguy cơ thấp, chủ yếu là HPV-6 và HPV-11. Chúng tôi thông báo một trường hợp lâm sàng bệnh nhân Đỗ N. T, nam, 25 tuổi chẩn đoán u sùi khổng lồ vùng hậu môn với tiền sử ghép thận cách 3 năm, điều trị chống thải ghép đều đặn. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u sùi triệt căn, khâu niêm mạc che phủ cơ thắt. Tại thời điểm tái khám sau 2 tháng: vết mổ liền tốt, bệnh nhân đại tiện bình thường, không thấy xuất hiện lại các khối u sùi tại cạnh hậu môn, ống hậu môn cũng như các vị trí khác.

Từ khóa: GCA: U sùi khổng lồ, HPV: Virus gây u nhú ở người.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sùi mào gà hay mụn cóc sinh dục (Genital warts, Condyloma, Condylomata acuminata) là một tổn thương biểu mô u nhú lành tính do nhiễm HPV (Human papilloma virus) -virus gây u nhú ở người gây ra. Bệnh chủ yếu lây truyền qua đường tình dục, cũng có thể lây truyền qua tiếp xúc. Sùi mào gà do HPV là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất. Tuy nhiên, vì tính chất của bệnh, sùi mào gà không được đưa vào hệ thống giám sát, quản lý ở hầu hết các quốc gia, dữ liệu dịch tễ học trên toàn thế giới còn hạn chế. Theo các đánh giá có hệ thống, tỷ lệ mắc mới (ở cả nam và nữ) nằm trong khoảng từ 118 đến 205 trên 100.000 dân. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất được quan sát thấy ở các nhóm tuổi từ 20 đến 24 tuổi đối với nữ và từ 25 đến 29 tuổi đối với nam.[1]

U sùi khổng lồ (Giant Condylomata Acuminata - GCA) còn được gọi là khối u Buschke-Lowenstein, là một thể hiếm gặp của sùi mào gà. GCA có hình dạng mô bệnh học lành tính, nhưng có khả năng xâm lấn tổ chức cùng

với tỷ lệ tái phát cao. Sự phát triển của GCA có liên quan chặt chẽ với việc nhiễm HPV có nguy cơ thấp, chủ yếu là HPV-6 và HPV-11. Hệ miễn dịch tự nhiên đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát các tổn thương do HPV gây ra. Các u sùi sinh dục kích thước lớn thường được báo cáo ở những bệnh nhân bị khiếm khuyết miễn dịch nguyên phát do thiếu hụt DOCK8, SPINK5 hoặc thứ phát: AIDS hoặc được ghép tạng có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch đều đặn.[2]

Tiên lượng của GCA có thể phụ thuộc vào kích thước khối u, biên đôi mô học ác tính, tái phát tại chỗ, nhiễm trùng thứ phát và tình trạng suy giảm miễn dịch của cơ thể. Chẩn đoán sớm và điều trị tích cực thích hợp có thể làm giảm cả tỷ lệ tái phát, biến chứng phẫu thuật cũng như tỷ lệ tử vong.[2]

Hiện vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể về phương pháp điều trị GCA vì những trường hợp này vẫn còn ít được thống kê báo cáo. Xử trí tùy thuộc vào kích thước, độ xâm nhập, vị trí, tình trạng đáp ứng miễn dịch, chuyển hóa mô, cơ sở vật chất và kinh nghiệm của bác sĩ điều

*Tác giả liên hệ
Email: drkhanh6888@gmail.com
Điện thoại: (+84) 983703437

trị. Điều trị GCA đã được đề xuất bao gồm loại bỏ khối u bằng phẫu thuật, liệu pháp áp lạnh, đốt điện hoặc laser CO₂; liệu pháp điều trị tại chỗ sử dụng thuốc imiquimod, podophyllotoxin, axit trichloroacetic, sinecatechin và liệu pháp miễn dịch hoặc thuốc điều hòa miễn dịch. Trong các nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên, dữ liệu cho thấy điều trị bằng phẫu thuật mang lại tỷ lệ chữa khỏi 100% và tỷ lệ tái phát vẫn sẽ xảy ra trong tất cả các phương pháp điều trị đã nêu ở trên. Tái phát có thể là tổn thương mới tại vị trí mới hoặc vị trí cũ với tỷ lệ tái phát từ 20-30% trở lên.[3]

Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp u sùi khổng lồ vùng hậu môn ở một bệnh nhân nam có tiền sử ghép thận được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u sùi qua đó điếm lại y văn thế giới về chẩn đoán và điều trị GCA.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Đỗ N. T, nam, 25 tuổi.

Nghề nghiệp: Tự do.

Vào viện ngày 08/02/2023, phẫu thuật ngày 23/02/2023.

Số vào viện 143181, mã bệnh nhân: 2300451788.

Bệnh nhân có tiền sử ghép thận cách 3 năm tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, đang duy trì liệu pháp chống thải ghép bằng thuốc ức chế miễn dịch tacrolimus, mycophenolate và steroids đường uống; không có tiền sử quan hệ tình dục đồng giới.

Cách vào viện 4 tháng, bệnh nhân thấy xuất hiện khối u sùi ở hậu môn, khối u sùi tăng dần kích thước, phát triển xung quanh hậu môn, u sùi vỡ ra từng đợt chảy máu khi bệnh nhân vận động. Bệnh nhân đau nhiều khi đại tiện, đại tiện vẫn tự chủ. Khối u sùi bốc mùi hôi thối ảnh hưởng tới sinh hoạt, bệnh nhân vào viện.

Khám lâm sàng lúc vào viện ghi nhận thấy: Khối u sùi lớn với kích thước khoảng 11x8x7 (cmxcmxcm), dạng như súp lơ, che lấp bên ngoài lỗ hậu môn. Hậu môn không bị hẹp, tự chủ tốt. Ngoài ra, ghi nhận 01 khối u sùi nhỏ vùng khoeo chân trái, kích thước xấp xỉ 0,5 cm;

không nhận thấy u sùi ở các vị trí khác.

Hình 1. Khối u sùi vùng hậu môn



Kết quả sàng lọc miễn dịch: Treponema pallidum TPHA định tính và định lượng, HBsAg, HCV Ab, HIV Ag/Ab đều cho kết quả âm tính. Kết quả MRI tiểu khung có tiêm thuốc đối quang từ đánh giá khối u sùi không xâm lấn cơ thắt hậu môn.

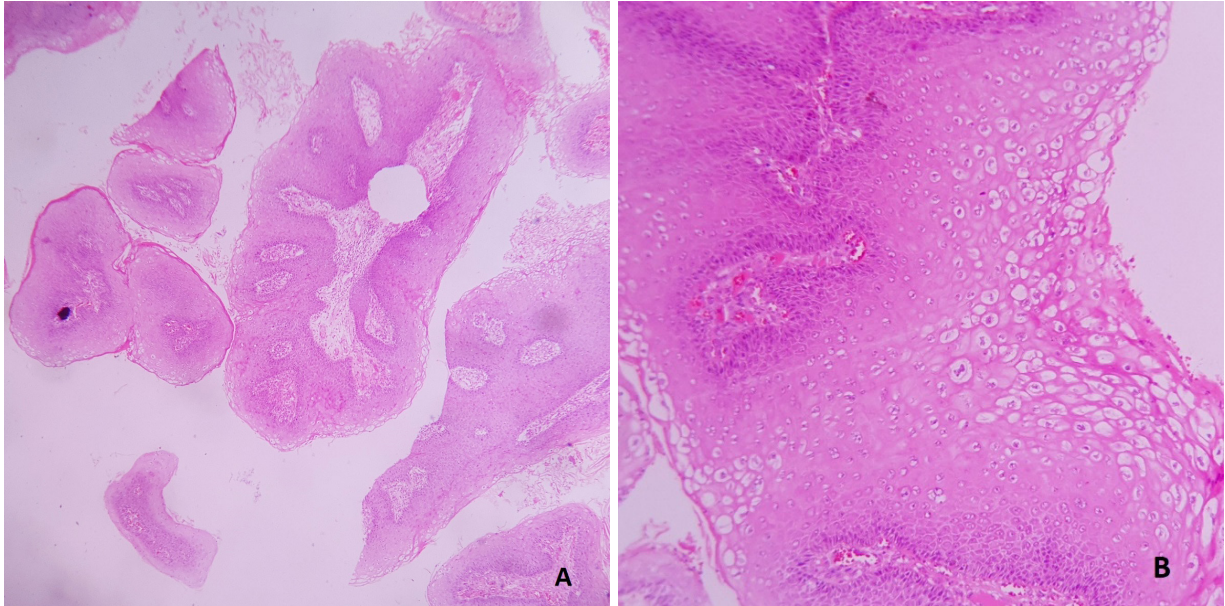
Chẩn đoán: U sùi khổng lồ vùng hậu môn. Dự kiến phẫu thuật cắt toàn bộ khối u, thăm dò tổn thương thêm trong mổ, có thể phải làm hậu môn nhân tạo nếu tổn thương xâm lấn sâu vào ống hậu môn, có thương tổn cơ thắt.

Bệnh nhân và gia đình được nghe bác sĩ giải thích kỹ về tình trạng bệnh cũng như phương pháp điều trị, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra.

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 23/02/2023. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm tư thế sản khoa, bộc lộ vùng tổn thương. Trong mổ quan sát thấy: Khối u dạng sùi phát triển từ nhiều vị trí ngay lỗ hậu môn, nhiều sùi trong lòng ống hậu môn nhưng chưa quá đường lược. Tiến hành dùng dao điện cắt khối u từng phần đến hết gốc, cắt đốt các khối u sùi niêm mạc hậu môn, khâu kéo niêm mạc hậu môn, cầm máu kỹ. Bệnh phẩm gồm toàn bộ khối u sùi.

Kết quả giải phẫu bệnh (Số GPB: VD 23-6028): kết luận: Condyloma loạn sản độ thấp.

Hình 2.



A

U tăng sinh tạo cấu trúc nhú quây quanh trực liên kết xơ mạch (5x).

B

Các tế bào nhiễm virus (koilocyte) có khoảng sáng quanh nhân, một số tế bào có hai nhân, tập trung ở 1/3 trên biểu mô vảy (20x).

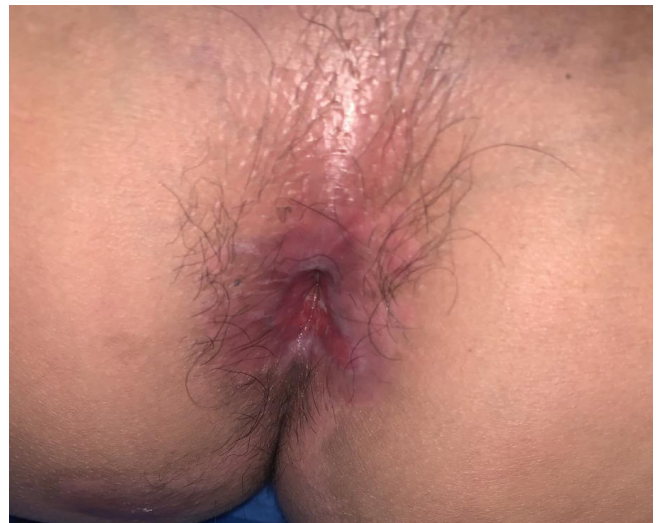
Hình ảnh mô bệnh học cho thấy tổn thương xuất phát từ biểu mô vảy vùng ống hậu môn phát triển mạnh tạo cấu trúc nhú, chia nhánh phức tạp bao quanh trực liên kết xơ mạch. Các tế bào vảy lớp nhú sắp xếp rõ cực tính, một số có khoảng sáng quanh nhân hoặc tổn thương nhân do virus (koilocyte) tập trung chủ yếu ở 1/3 trên chiều dày biểu mô vảy.

Hai vị trí phân bố chính của condyloma là ngoài da và trong niêm mạc chẳng hạn niêm mạc đường sinh dục, niêm mạc miệng, đặc trưng mô bệnh học cũng thay đổi theo vị trí xuất phát. Đối với condyloma xuất phát từ bề mặt da cho thấy lớp hạt và lớp sừng rõ ràng, giảm tích trữ glycogen trong bào tương, loạn sản độ cao thấy trong 13% trường hợp và ung thư hóa xuất hiện trong 8% trường hợp. Trong khi đó condyloma xuất phát từ niêm mạc cho thấy lớp sừng không rõ ràng với koilocyte nổi bật, loạn sản độ được xác định trong 2,5% và ung thư hóa trong khoảng 20,5% các trường hợp.

Kết quả vi sinh: HPV Type 6.

Sau mổ bệnh nhân được chăm sóc vết mổ tại khoa, nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch 4 ngày đầu sau mổ, tiếp tục điều trị thuốc chống thải ghép. Vết mổ liền tốt, tình trạng ổn định, bệnh nhân được xuất viện ngày 06/03/2023.

Hình 3. Vùng hậu môn sau 2 tháng tái khám



Tại thời điểm tái khám sau 2 tháng: Vết mổ liền tốt, bệnh nhân đại tiện bình thường, không thấy xuất hiện lại các khối sùi tại cạnh hậu môn, ống hậu môn cũng như các vị trí khác.

3. BÀN LUẬN

3.1. U sùi khổng lồ hậu môn và miễn dịch

U sùi khổng lồ hậu môn là một biến thể hiếm gặp của sùi mào gà. GCA có thể biến đổi thành dạng ác tính (ung thư biểu mô tế bào vảy) với tỷ lệ 30-56% và tỷ lệ tử vong lên tới 2,3%.[3]

Các tình trạng suy giảm miễn dịch có liên quan chặt chẽ đến sự phát triển của GCA. Hệ thống miễn dịch lành lặn, đặc biệt là đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, rất quan trọng để kiểm soát các tổn thương do HPV gây ra. Những bệnh nhân với các loại suy giảm miễn dịch khác nhau, u sùi sinh dục do HPV thường phát triển tại chỗ với tiến triển nhanh, nguy cơ ác tính, và tỷ lệ tái phát cao.[5]

Ở trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi cũng ghi nhận một tình trạng hệ thống miễn dịch không lành lặn do việc sử dụng liệu pháp chống thải ghép bất buộc sau ghép thận. Khối u sùi phát triển khá nhanh, trong vòng 4 tháng từ lúc xuất hiện đến khi nhập viện điều trị, khối u sùi đã tăng kích thước một cách khó kiểm soát, che lấp phía ngoài hậu môn, gây cảm giác đau, ngứa, khó chịu.

Grodner và cộng sự[6] đã báo cáo sự cải thiện triệu chứng của GCA vùng chậu hông ở một bệnh nhân nhiễm HIV sau khi điều trị đơn thuần bằng thuốc kháng vi-rút hoạt tính cao. Ban đầu, phẫu thuật cắt bỏ khối GCA đã được lên kế hoạch nhưng đã bị hoãn lại khi quan sát thấy sự thoái triển đáng kể của khối u khi điều trị bằng thuốc kháng vi-rút, cùng với sự phục hồi miễn dịch CD4.

Kavanaugh và cộng sự (2012) tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang liên quan đến 1182 gái mại dâm người Kenya. 613 người trong số họ dương tính với HIV. Tỷ lệ mắc u sùi sinh dục cao gấp 8 lần ở phụ nữ dương tính với HIV (3,9% ở nhóm dương tính với HIV so với 0,5% ở nhóm âm tính với HIV).[7]

Nhiều trường hợp GCA liên quan đến tình trạng suy giảm miễn dịch khác cũng đã được báo cáo. Rachman và Hasan (2016) đã báo cáo về sự liên quan của bệnh lupus ban đỏ hệ thống và GCA với điều trị ức chế miễn dịch cho thấy sự liên quan của ức chế miễn dịch và GCA làm tăng nguy cơ nhiễm trùng do HPV.[8]

Gungor và cộng sự (2019) đã báo cáo trường hợp của một phụ nữ hút thuốc 22 tuổi mắc bệnh tiểu đường loại 1, không có hoạt động tình dục được điều trị bằng cách cắt bỏ và không tái phát sau 12 tháng theo dõi.[9]

Evrüke và Korkut (2023) đã báo cáo 1 trường hợp nữ 25 tuổi, có tiền sử ghép thận cách 4 năm trước và đang điều trị liệu pháp ức chế miễn dịch (tacrolimus và steroids), nhập viện vì khối u sùi sinh dục lớn 9x5x2 cm vùng âm hộ.[10]

Các trường hợp GCA hậu môn có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nam giới có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là 57% do khu vực hậu môn được sử dụng để đạt được khoái cảm khi quan hệ tình dục.[11]

3.2. Chẩn đoán và điều trị

Bệnh nhân của chúng tôi vào viện với một khối u sùi

hình súp lơ lớn vùng hậu môn với đặc điểm lâm sàng hoàn toàn hướng tới GCA. Chúng tôi quyết định không sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học trước khi can thiệp cho bệnh nhân vì nó gây đau và làm tăng tỉ lệ tái phát. Sinh thiết tổn thương để kiểm tra mô bệnh học sẽ không cung cấp đầy đủ và rõ ràng các đặc điểm mô học. Chỉ có cắt bỏ hoàn toàn tổn thương và kiểm tra mô bệnh học của toàn bộ khối tổn thương mới có thể đưa ra chẩn đoán chính xác tổn thương bệnh lý cuối cùng. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u sùi vẫn là phương pháp điều trị đầu tiên đối với GCA hậu môn, với tỷ lệ thành công cao hơn (63–91%) và tỷ lệ tái phát thấp.[12]

Phẫu thuật GCA là lựa chọn đầu tay. Tripoli và cộng sự (2012) tiến hành một nghiên cứu về các lựa chọn điều trị cho GCA và cho thấy rằng phẫu thuật cắt bỏ khối u triệt để dường như là hiệu quả nhất.[11]

Lilungulu và cộng sự (2017) đã báo cáo một trường hợp nữ 33 tuổi nhiễm HIV có GCA trên âm hộ đã được điều trị với phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối mà không có dấu hiệu của tái phát trong các lần theo dõi.[12]Guo Hou Loo và cộng sự (2019) đã báo cáo 1 trường hợp tương tự. Trong báo cáo của Evrüke và Korkut (2023) 10 báo cáo bệnh nhân không có biến chứng sau mổ. Setyowatie và cộng sự (2023): đốt điện và kềm sulfat như một chất điều hòa miễn dịch có thể được coi là một phương pháp điều trị GCA trên nền HIV vì chúng có thể phối hợp với nhau để giải quyết tổn thương và ngăn ngừa GCA tái phát.[12]

Bệnh nhân của chúng tôi hoàn toàn tự chủ khi đại tiện. Kết quả chẩn đoán hình ảnh đánh giá không xâm nhập cơ hậu môn nên chúng tôi quyết định đưa phương án phẫu thuật cắt bỏ rộng khối u sùi mặc dù vẫn giải thích nguy cơ phải làm hậu môn nhân tạo dựa trên những tổn thương quan sát được trong phẫu thuật. Tổn thương trong mô không xâm nhập cơ hậu môn, tổn thương niêm mạc không vượt quá đường lược nên chúng tôi quyết định cắt toàn bộ khối u sùi, cắt đốt các u sùi trong ống hậu môn, khâu kéo niêm mạc hậu môn ra phía ngoài để tránh hẹp hậu môn sau này. Các tổn thương được kiểm soát và lấy hết về mặt đại thể. Bệnh phẩm được gửi trọn vẹn để có thể đánh giá chính xác tổn thương.

4. KẾT LUẬN

Những bệnh nhân có tổn thương u sùi hậu môn không lồ nói riêng và u sùi mào gà nói chung, nên được kiểm tra tình trạng suy giảm miễn dịch di truyền hoặc mắc phải. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u sùi vẫn là lựa chọn đầu tiên trong điều trị GCA để điều trị bệnh cũng như giảm nguy cơ tái phát.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Blanco ZE. Case Report: Vulvar Condylomas - New Local Synergistic Treatments. *Obstet Gynecol Cases*. 2022. Rev 9:225. doi.org/10.23937/2377-9004/1410225
- [2] Purzycka-Bohdan D, Nowicki RJ, Herms F et al., The Pathogenesis of Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Lowenstein Tumor): An Overview. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022; 23(9):4547. <https://doi.org/10.3390/ijms23094547>
- [3] Vela S, Videla S, Ornelas A et al., Effectiveness of physically ablative and pharmacological treatments for anal condyloma in HIV-infected men. *PloS one*. 2018 Aug 1; 13(8): e0199033 . <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199033>
- [4] Chin-Hong PV, Reid GE, The AST Infectious Diseases Community of Practice. Human papillomavirus infection in solid organ transplant recipients: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. *Clin. Transplant*. 2019, 33, e13590.
- [5] Grodner C, Henn A, Lelièvre JD et al., Successful improvement of Buschke-Löwenstein tumour in an HIV-infected patient with antiretroviral therapy alone. *BMJ Case Rep*. 2016, bcr2016217753
- [6] A. Rachman and N. Hasan, "Giant condyloma acuminata in Indonesian females with SLE under immunosuppressant and steroid therapy," *Case Reports in Immunology*, vol. 2016, Article ID 4710979, 6 pages.
- [7] F. Gungor Ugurlucan, C. Yasa, O. Demir et al., "Giant vulvar condylomata: two cases and a review of the literature," *Case Reports in Obstetrics Gynecology*, vol. 2019, article 1470105: 1–5.
- [8] Evrücke, İ. M, Korkut, İ U. Giant condyloma acuminatum in a female renal transplant recipient with rapid development: a case report. *Cukurova Medical Journal*, 2023, 48.1: 297-300.
- [9] Parajuli S, Shrestha A, Paudel U. Giant Condyloma Acuminata with Maggots in Perianal Area of HIV Infected Male Running Head: A Case Report of Giant Condyloma Acuminata. *Journal of Nepalgunj Medical College*. 2019 Dec 31;17(2): 89-91. <https://doi.org/10.3126/jngmc.v17i2.31664>
- [10] Lilungulu A, Mpondo BCT, Mlwati A et al., Giant condyloma acuminatum of vulva in an HIV-infected woman. *Case Rep Infect Dis*. 2017; 2017:5161783
- [11] Setyowatie L, Devitasari R, Case Report: Combination Therapy of Electrocautery and Zinc Sulfate in Perianal Giant Condylomata Acuminata with Human Immunodeficiency Virus (HIV), *Asian Journal of Health Research*, 2023, 2 (1): 79-83. <https://doi.org/10.55561/ajhr.v2i1.57>
- [12] Lukács A, Máté Z, Farkas N et al., The quadrivalent HPV vaccine is protective against genital warts: A meta-analysis. *BMC Public Health* 2020, 20, 691.

THE EFFECT OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE ON SEXUAL FUNCTIONS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Nguyen Tran Thanh*, Tran Hoai Nam

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

Received 10/05/2023

Revised 01/06/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Introduction and objectives: Transurethral resection of the prostate (TURP) was still the gold standard on management lower urinary tract symptoms (LUTS) in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). The aim of this study was to investigate the effect of TURP on sexual function in patients with BPH.

Subjects and methods: In this prospective study, we collected data from 81 cases in total of 135 patients who underwent TURP from 55 from Jun 2021 to Dec 2022 at the Department of Urology and Andrology, 19-8 Hospital, Ministry of Public Security.

Results: 60% of patients reported sexual activity before TURP, with 47% normal in erectile function. After-TURP, there were 37% normal EF. In patients with ED, there was significant improvement in IIEF-5 after TURP in comparison to the baseline ($13,77 \pm 2,07$ and $15,58 \pm 2,04$, $p = <0.001$). There were no significant statistical differences in mean IIEF-15 and PEDT at baseline after TURP.

Conclusions: The results confirmed that Transurethral resection of the prostate (TURP) is an effective treatment for patients with BPH. There was a significant decrease in erectile function after TURP and has no significant negative influence on sexual function.

Keywords: Sexual function, benign prostatic hyperplasia (BPH), transurethral resection of the prostate (TURP).

*Corresponding author
Email address: dr.thanh198@gmail.com
Phone number: (+84) 988084300



NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA NỘI SOI CẮT ĐỐT TUYẾN TIỀN LIỆT LÊN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN

Nguyễn Trần Thành*, Trần Hoài Nam

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

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/06/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt (TURP) đến nay vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị nhằm cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) trên bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH). Nghiên cứu này nhằm đánh giá ảnh hưởng của TURP trên chức năng tình dục ở những bệnh nhân BPH.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. 81 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu trên tổng số 135 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Trước mổ, 60% bệnh nhân nghiên cứu có hoạt động tình dục, với khả năng cương cứng tốt đạt 43%. Sau mổ tỷ lệ này giảm xuống còn 37%. Ở nhóm bệnh nhân RLCD trước mổ, có sự cải thiện về khả năng cương cứng (điểm IIEF-5 tăng từ $13,77 \pm 2,07$ lên $15,58 \pm 2,04$). Các điểm số PEDT và IIEF-15 cho thấy không có sự thay đổi về triệu chứng xuất tinh sớm và rối loạn chức năng tình dục sau mổ.

Kết luận: Nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo (TURP) là một phương pháp phẫu thuật an toàn, góp phần làm giảm tình trạng RLCD ở những bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có rối loạn tiểu tiện, và không làm suy giảm chức năng tình dục.

Từ khóa: Chức năng tình dục, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt, tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (Benign Prostatic Hyperplasia - BPH) là bệnh lý rất thường gặp trên nam giới lớn tuổi. Bệnh có xu hướng tăng dân theo tuổi và có liên quan với nội tiết tố của nam giới. TSLTTTL thường biểu hiện bằng các triệu chứng đường tiểu dưới bao gồm các triệu chứng tắc nghẽn và kích thích đường tiểu [1], [2]. Hiện nay, phẫu thuật điều trị TSLTTTL đã đạt được nhiều tiến bộ nhờ ứng dụng các phương pháp điều trị mới ít sang chấn, nhưng phẫu thuật cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo (TURP) vẫn là phương pháp điều trị phổ biến nhất và được xem là tiêu chuẩn vàng trong các phương pháp điều trị các rối loạn đường tiểu dưới do TSLTTTL và là lựa chọn hàng đầu điều trị cho

tuyến tiền liệt có kích thước từ 30 - 80 gram [3], [4].

Rối loạn chức năng tình dục (sexual dysfunction) bao gồm “rối loạn chức năng cương”, “rối loạn phóng tinh”, đồng thời cũng gặp trên nam giới lớn tuổi, gây ảnh hưởng lớn đến tinh thần, chất lượng cuộc sống của người bệnh và bạn tình của họ. Nhiều thống kê trên thế giới cho thấy triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) và rối loạn chức năng tình dục có mối tương quan thuận với nhau, tác động tiêu cực tới chất lượng cuộc sống [5].

Đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đánh giá hiệu quả của nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo (TURP) trong việc cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới, nhưng lại có ít nghiên cứu đánh giá những tác

*Tác giả liên hệ
Email: dr.thanh198@gmail.com
Điện thoại: (+84) 988084300

động của phương pháp phẫu thuật này trên các chức năng tình dục.

Trong khi mục tiêu quan trọng nhất của phẫu thuật tuyến tiền liệt là cải thiện các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS), từ đó hướng đến tăng chất lượng cuộc sống (QoL) cho người bệnh, thì liệu có thiếu sót hay không khi các rối loạn chức năng tình dục trên nhóm bệnh nhân trải qua phẫu thuật tuyến tiền liệt chưa được quan tâm đúng mức?

Một lý do quan trọng cho điều này là tâm lý né tránh của người bệnh cũng như những khó khăn đặt ra cho các nhà lâm sàng trong việc lượng giá và thống kê các triệu chứng của chức năng tình dục.

Trong những năm gần đây, cùng sự phát triển của chuyên ngành Nam học và Y học giới tính, các bộ công cụ tự báo cáo nhằm đánh giá chỉ số chức năng tình dục ngày càng được chuẩn hoá, cải tiến và phát triển, phù hợp với các bệnh nhân người Việt Nam. Các bộ công cụ này có nhiều ưu điểm trong nghiên cứu vì dễ sử dụng, tiếp cận tương đối tế nhị, phản ánh được chức năng tình dục trong bối cảnh tự nhiên, đặc biệt là đảm bảo được tiêu chuẩn khái quát và nắm bắt được nhận thức chủ quan một cách khách quan. Có thể kể đến bộ câu hỏi International Index of Erectile Function (IIEF) dùng trong các nghiên cứu về sự hài lòng tình dục gồm 15 câu và bộ câu hỏi rút gọn IIEF-5 với mục đích sàng lọc tình trạng rối loạn cương dương trên lâm sàng [6] cùng bộ công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm PEDT.

Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu “**Đánh giá sự thay đổi các chỉ số về chức năng tình dục trên những bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TURP) tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an**”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân rối loạn tiểu tiện do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt trải qua phẫu thuật Nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TURP) tại Khoa Phẫu thuật tiết niệu và Nam học, Bệnh viện 19-8 Bộ Công an trong thời gian từ tháng 6/2021 đến hết tháng 12/2022.

- Bệnh nhân còn hoạt động tình dục trước hoặc sau mổ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích và trả lời đầy đủ các câu hỏi phỏng vấn bằng các bộ công cụ đánh giá chức năng tình dục do nhóm nghiên cứu đưa ra.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân Ung thư tuyến tiền liệt.

- Bệnh nhân phẫu thuật tuyến tiền liệt lần thứ 2 trở lên.

- Bệnh nhân có sử dụng các thuốc ức chế PDE-5 (Tadalafil, sildenafil) và các thuốc ức chế men 5-alpha-reductase (5-ARI) trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân không còn hoạt động tình dục cả trước và sau mổ.

- Bệnh nhân không còn giữ được liên lạc sau mổ.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc không hiểu các câu hỏi, không trả lời được hết các nội dung trong các bộ câu hỏi.

2.1.3. Cơ mẫu nghiên cứu

Sử dụng cỡ mẫu không xác suất (mẫu tiện lợi) bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có 81 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu thực nghiệm không đối chứng

2.2.2. Thu thập số liệu: Những bệnh nhân sau khi trải qua phẫu thuật TURP, đủ tiêu chuẩn, sẽ được mời tham gia nghiên cứu, ghi nhận câu trả lời và được nhóm nghiên cứu lưu trữ. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ bệnh nhân được hẹn tái khám và được đánh giá lại các chỉ số và ghi nhận số liệu, đưa vào xử lý kết quả. Những bộ câu hỏi dùng để đánh giá bao gồm:

- Bộ câu hỏi International Index of Erectile Function (IIEF-15) gồm 15 câu để đánh giá sự hài lòng tình dục và Bộ rút gọn gồm 5 câu (IIEF-5) để đánh giá tình trạng rối loạn cương dương.

- Bộ câu hỏi chẩn đoán xuất tinh sớm PEDT để đánh giá tình trạng xuất tinh.

2.2.3. Xử lý số liệu:

Số liệu từ những bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu được lưu trữ, xử lý số liệu bằng Excel và STATA 15.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6/2021 đến hết tháng 12/2022 tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu và Nam học Bệnh viện 19-8 đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt (TURP) điều trị BPH cho 135 bệnh nhân, nhóm nghiên cứu chúng tôi đã đưa vào nghiên cứu 81 bệnh

nhân đủ điều kiện nghiên cứu. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ có 9 bệnh nhân không còn hoạt động tình dục. Như vậy chúng tôi sẽ có 2 nhóm nghiên cứu: ngay sau phẫu thuật (N=81) và sau phẫu thuật 6 tháng (N=72).

3.1. Đặc điểm chung (n= 81)

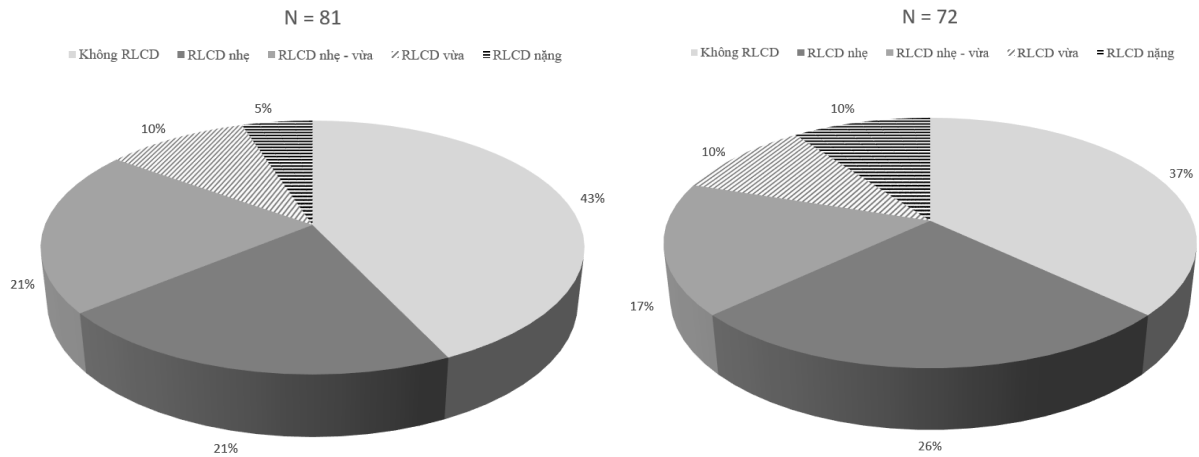
Chỉ số	Mean ± SD	Max	Min
Tuổi	65,28 ± 8,59	86	47
Điểm IPSS	25,61 ± 4,12	33	16
Chỉ số PSA toàn phần (ng/ml)	7,22 ± 5,01	14,23	0,68
Điểm Chất lượng cuộc sống QoL	5,16 ± 0,86	6	3
Kích thước tuyến tiền liệt	58,97 ± 12,16	96	41

Nhận xét: Các bệnh nhân trong cỡ mẫu của chúng tôi độ tuổi tập trung từ 57-86, có rối loạn tiểu tiện mức độ

nặng theo bảng điểm IPSS, kích thước tuyến tiền liệt đều dưới 96g là chỉ định phù hợp với phẫu thuật TURP.

3.2. Đánh giá tình trạng rối loạn cương dương

Biểu đồ 1: Tỷ lệ mức độ rối loạn cương dương trước và sau mổ



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân không rối loạn cương chiếm tỷ lệ đa số, trong nhóm có rối loạn cương thì tỉ lệ RLCD

mức độ nhẹ - vừa có tỷ lệ cao nhất.

Bảng 1: Sự thay đổi điểm số IIEF-5 ở nhóm có RLCD và nhóm không có RLCD

Điểm IIEF-5	Mức độ RLCD	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p
		N=81	N=72	
22-25	Không RLCD	23,44 ± 1,03	23,19 ± 1,39	0,45
5-21	Có RLCD	13,77 ± 2,07	15,58 ± 2,04	<0,001
Điểm IIEF-5 trung bình		15,16 ± 5,53	17,5 ± 5,93	0,12

Nhận xét: Sự khác biệt của mức độ rối loạn cương trước

phẫu thuật và sau phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê ở

nhóm có RLCD với $p < 0,05$.

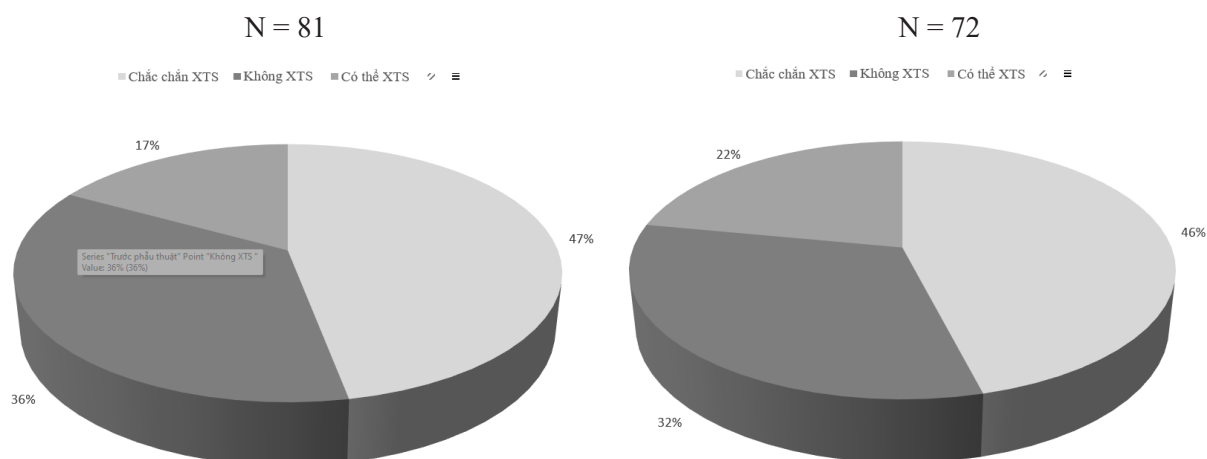
Bảng 2: Sự thay đổi điểm số IIEF-5 theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Điểm IIEF-5 trước mổ	Điểm IIEF-5 sau mổ	p
Dưới 65	21,33 ± 9,71	20,30 ± 11,65	0,08
65 trở lên	13,07 ± 5,65	13,12 ± 4,68	0,46

Nhận xét: Sự khác biệt của mức độ rối loạn cương trước và sau mổ là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Đánh giá tình trạng xuất tinh sớm

Biểu đồ 2: Tỷ lệ xuất tinh sớm trước và sau phẫu thuật



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị tình trạng xuất tinh sớm đều có tỷ lệ cao và chiếm đa số trong cả 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 3: Sự thay đổi điểm PEDT theo nhóm Không XTS và Có XTS

Điểm PEDT	Xuất tinh sớm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p
		N=81	N=72	
≤ 8	Không XTS	6,26 ± 1,03	7,15 ± 1,25	0,13
> 8	Có thể hoặc Có XTS	13,25 ± 1,37	13,33 ± 1,84	0,46
Điểm PEDT trung bình		11,16 ± 3,53	12,66 ± 3,93	0,21

Nhận xét: Điểm số PEDT tăng lên sau mổ ở cả nhóm trước mổ nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. bệnh nhân có xuất tinh sớm và không có xuất tinh sớm

3.4. Sự hài lòng tình dục

Bảng 4: Sự thay đổi các chỉ số về độ hài lòng tình dục trước và sau mổ

Tiêu chí	Điểm	Trước mổ	Sau mổ	p
Độ khoái cảm	0-10	6,34 ± 3,35	6,89 ± 3,73	0,483
Sự ham muốn tình dục	0-10	5,17 ± 2,28	4,68 ± 2,36	0,10
Sự thoả mãn giao hợp	0-15	8,46 ± 4,65	7,64 ± 4,79	0,211
Sự thoả mãn toàn diện	0-10	5,34 ± 2,84	5,91 ± 2,27	0,28

Nhận xét: Các điểm số đánh giá độ khoái cảm, sự ham muốn tình dục, sự thỏa mãn giao hợp, sự thỏa mãn tình dục toàn diện theo thang điểm IIEF-15 không có sự thay đổi mang ý nghĩa thống kê trước và sau mổ với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong 135 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt (TURP) điều trị BPH từ tháng 6/2021 đến hết tháng 12/2022 tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu và Nam học Bệnh viện 19-8, nhóm nghiên cứu chúng tôi đã đưa vào nghiên cứu 81 bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu. Tại thời điểm 6 tháng sau mổ có 9 bệnh nhân không còn hoạt động tình dục.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,28 \pm 8,59$, bệnh nhân ít tuổi nhất là 47 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi vẫn còn hoạt động tình dục.

Với kích thước trung bình tuyến tiền liệt $58,97 \pm 12,16$ gram, điểm IPSS trước mổ $25,61 \pm 4,12$, điểm QoL $5,16 \pm 0,86$, chỉ số t-PSA $7,22 \pm 5,01$ ng/ml, nhóm nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng các chỉ số trên với các nghiên cứu khác về hiệu quả của TURP.

4.1. Về khả năng cương cứng sau TURP

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về khả năng cương cứng sau TURP. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn cương dương sau mổ tăng lên so với trước mổ (57% lên 63%), chỉ số IIEF-5 sau mổ có tăng lên nhưng không mang ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đó [7] [8]. Chúng tôi chia bệnh nhân làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm các bệnh nhân không bị RLCD trước mổ, nhóm 2 gồm các bệnh nhân có RLCD trước mổ dựa trên thang điểm IIEF-5. Kết quả không có sự thay đổi về điểm IIEF-5 ở nhóm 1 nhưng ở nhóm 2 có sự cải thiện điểm IIEF-5 từ $13,77 \pm 2,07$ lên $15,58 \pm 2,04$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giải thích cho điều này cần những nghiên cứu lâu dài với cỡ mẫu lớn hơn và khai thác kỹ càng hơn về tiền sử. Có thể trước phẫu thuật, ở nhóm bệnh nhân bị RLCD có sử dụng các thuốc 5-ARI, điểm số IPSS cao đi kèm với tình trạng RLCD nặng và điểm số IIEF-5 thấp. Sau mổ, cùng với việc không phải sử dụng các thuốc ảnh hưởng tới khả năng cương cứng, cải thiện chỉ số IPSS đã khiến điểm số IIEF-5 tăng lên.

Nhóm bệnh nhân tuổi dưới 65 có điểm số IIEF-5 cao hơn đáng kể so với nhóm trên 65 tuổi ($21,33 \pm 9,71$ và $13,07 \pm 5,65$). Ở cả 2 nhóm đều không có sự thay đổi khả năng cương cứng sau mổ mang tính thống kê.

4.2. Về tình trạng xuất tinh sớm

Tỷ lệ xuất tinh sớm trước mổ là 64%, tăng lên 68% sau mổ. Điểm số PEDT tăng lên sau mổ ở cả nhóm bệnh

nhân có xuất tinh sớm và không có xuất tinh sớm trước mổ. Thang điểm PEDT có ưu điểm là ngắn gọn, dễ hiểu, đạt tiêu chuẩn trắc nghiệm tâm lý và có sự tương quan cao với chẩn đoán của các chuyên gia đầu ngành, đã được Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) xác nhận là bộ câu hỏi phù hợp nhất hiện tại trong việc lượng giá tình trạng xuất tinh sớm phục vụ cho nghiên cứu và định hướng điều trị. Cần có thêm những nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc thay đổi điểm số PEDT trong điều trị xuất tinh sớm trên nhiều nhóm bệnh nhân.

4.3. Về sự hài lòng tình dục

Trên thế giới đã có những nghiên cứu sử dụng bộ thang điểm IIEF-15 để đánh giá về sự hài lòng tình dục qua các chỉ số: độ khoái cảm (Orgasmic function), sự ham muốn tình dục (Sexual desire), sự thỏa mãn trong giao hợp (Intercourse satisfaction) và sự thỏa mãn tình dục toàn diện (Overall satisfaction). Nhưng ở Việt Nam bộ thang điểm IIEF-15 để đánh giá các chỉ số này ít được chú ý. Nghiên cứu của chúng tôi đã thực hiện đánh giá đầy đủ các chỉ số trên tại thời điểm 6 tháng sau mổ và mang lại kết quả gần tương tự với những nghiên cứu trên thế giới [9]. Cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian nghiên cứu lâu hơn để khẳng định giá trị của bộ công cụ IIEF-15, đặc biệt là trong hiệu quả của các phương pháp điều trị ảnh hưởng đến sự hài lòng tình dục của bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH) có mối tương quan với sự suy giảm các chức năng tình dục, bao gồm rối loạn cương dương, xuất tinh sớm, giảm sự hài lòng về tình dục. Phẫu thuật nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TURP) là một phương pháp phẫu thuật an toàn, góp phần cải thiện tình trạng rối loạn cương dương trên những bệnh nhân BPH và không làm trầm trọng thêm sự rối loạn chức năng tình dục ở những bệnh nhân này. Cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian nghiên cứu dài, để đánh giá được mối tương quan giữa các chỉ số về chức năng tình dục với các phương pháp điều trị BPH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đào Quang Oánh, Nguyễn Hoàng Đức, “Tổng quan về các kỹ thuật cắt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo” Tạp chí Y Dược TP Hồ Chí Minh, 2002: 13-24.
- [2] Nguyễn Minh An, “Đánh giá kết quả nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn,” Tạp chí Y học Thực hành – Bộ Y tế, 2013, 858(2): 53-55.
- [3] Nguyễn Công Bình, “Kết quả phẫu thuật nội

- soi điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Việt Tiệp,” Tạp chí Y dược TP Hồ Chí Minh, 2012, 16(3): 532-539.
- [4] Vũ Đức Quý, “Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trên bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình”, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Thái Bình, 2017: 38-69.
- [5] Song G, Wang M, Chen B et al., Lower Urinary Tract Symptoms and Sexual Dysfunction in Male: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021 May 28;8:653510.
- [6] Rosen R, Cappelleri J, Smith M et al., Development and evaluation of an abridged, 5 - item version of the International Index of Erectile Function (IIEF - 5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999;11(6):319 - 326.
- [7] Đỗ Duy Tùng, Trần Đức Quý, “Đặc điểm rối loạn cương dương ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật. *VMJ* 2021, 503.
- [8] Song G, Wang M, Chen B et al., Lower Urinary Tract Symptoms and Sexual Dysfunction in Male: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021 May 28;8:653510. doi: 10.3389/fmed.2021.653510. PMID: 34124091; PMCID: PMC8193225.
- [9] Quek, Kia Fatt & Low, Wah Yun & Razack et al., Reliability and validity of the Malay version of the International Index of Erectile Function (IIEF-15) in the Malaysian population. *International journal of impotence research*. 14. 310-5. 10.1038/sj.ijir.3900902, 2002.



CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF TESTICULAR EPIDERMOID CYST AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Huu Thao^{1*}, Nguyen Quang^{1,2}, Nguyen Tien Dung^{1,2}, Luu Quang Long^{1,2}

¹ Viet Duc University Hospital – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi – 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 03/06/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Methods: Descriptive, retrospective study on 7 patients with testicular epidermoid cyst, were treated at the Center for Male Sexual Medicine - Vietduc University Hospital on clinical, subclinical characteristics and treatment results.

Results: The group of patients with an average age of 23.14 (age), came to the clinic with the main symptom being a palpable mass in the testicle on one side. Serum test for testicular germ cell tumor markers was within normal limits, and Doppler ultrasound images of the testicles were characterized by hypoechoic mass, clear margins, no angiogenesis, and no invasion to the surrounding area. The patients were indicated for biopsy, tumor removal, testis sparing surgery. Tumor histopathology results confirmed the diagnosis of testicular epidermoid cyst.

Conclusions: Testicular epidermoid cyst is a rare form of testicular tumor. Clinical examination combined with laboratory tests gives a relatively reliable orientation. However, tumor removal and testis sparing surgery is still the preferred treatment to make a definitive diagnosis of the tumor nature.

Keywords: Epidermoid cyst, testis sonography ultrasound, testis sparing surgery.

*Corresponding author
Email address: dr.huuthao@gmail.com
Phone number: (+84) 977769649

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NANG BIỂU BÌ TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hữu Thảo^{1*}, Nguyễn Quang^{1,2}, Nguyễn Tiến Dũng^{1,2}, Lưu Quang Long^{1,2}

¹ Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

² Trường đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội – 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/06/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 7 bệnh nhân với chẩn đoán u nang biểu bì tinh hoàn, được điều trị tại Trung tâm Nam học - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

Kết quả: Nhóm bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 23,14 (tuổi), đến khám với triệu chứng chính là sờ thấy khối ở tinh hoàn 1 bên. Xét nghiệm huyết thanh các marker u tế bào mầm tinh hoàn trong giới hạn bình thường, hình ảnh siêu âm Doppler tinh hoàn có đặc điểm khối giảm âm, bờ rõ, không tăng sinh mạch và không xâm lấn ra xung quanh. Các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn. Kết quả mô bệnh học khối u cho chẩn đoán xác định u nang biểu bì tinh hoàn.

Kết luận: U nang biểu bì tinh hoàn là dạng u tinh hoàn hiếm gặp. Khám lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng cho định hướng tương đối đáng tin cậy. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt khối u, bảo tồn tinh hoàn vẫn là phương pháp điều trị ưu tiên giúp đưa ra chẩn đoán xác định tính chất khối u.

Từ khóa: U nang biểu bì tinh hoàn, siêu âm Doppler tinh hoàn, phẫu thuật cắt u, bảo tồn tinh hoàn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang biểu bì tinh hoàn lần đầu tiên được báo cáo vào năm 1942, tuy nhiên, cho đến hiện nay nguồn gốc mô học còn nhiều tranh cãi. Theo đó, các quyết định điều trị của bác sĩ lâm sàng cũng chưa thống nhất. Theo phân loại năm 2022 của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), u nang biểu bì tinh hoàn được liệt kê trong dưới nhóm u quái, chưa thành thực; thuộc nhóm khối u tế bào mầm không liên quan đến tân sinh tế bào mầm tại chỗ (ICD-O 9084/0) [1]. Tuy nhiên, nếu u nang biểu bì tinh hoàn là u quái thành thực, nó sẽ bắt nguồn từ tế bào mầm, đã được ghi nhận trong 70-100% khối u tế bào mầm xâm lấn [2][3]. Do đó, đã có giả thuyết rằng có hai loại u nang biểu bì khác nhau là: u nang biểu bì “đơn giản” có tính chất lành tính và u nang biểu bì “phức tạp” có liên kết với khối u tế bào mầm xâm lấn [4].

Hiện nay, trên thực tế, việc kết hợp giữa thăm khám lâm

sàng, xét nghiệm cận lâm sàng (chất chỉ điểm khối u) và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) góp phần đưa ra dự đoán về tính chất khối u. Đặc biệt, sinh thiết lạnh trong mổ là một xét nghiệm quan trọng trong việc đưa ra bằng chứng về giải phẫu bệnh giúp bác sĩ lâm sàng quyết định phương pháp điều trị phù hợp.

U nang biểu bì tinh hoàn là khối u hiếm gặp, chiếm dưới 1% trong các khối u tinh hoàn [5-8]. Trên thế giới, đã có một số tác giả công bố một số chùm ca bệnh đơn lẻ. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u nang biểu bì tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

*Tác giả liên hệ

Email: dr.huuthao@gmail.com

Điện thoại: (+84) 977769649

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 7 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u nang biểu bì tinh hoàn, điều trị tại Trung tâm Nam học- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn từ 2018-2020.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, tình trạng hôn nhân, lý do đi khám, thời gian phát hiện triệu chứng, vị trí khối u, triệu chứng tinh hoàn bên có u (sưng, đau, ...).
- Đặc điểm cận lâm sàng: chẩn đoán hình ảnh (siêu âm tinh hoàn, cắt lớp vi tính/ cộng hưởng từ tinh hoàn, xét nghiệm sinh hoá/ miễn dịch).
- Giải phẫu bệnh khối u tinh hoàn.

- Đánh giá trong mổ.

- Kết quả điều trị phẫu thuật (biến chứng sau mổ, ngày nằm viện sau mổ).

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 23,14; thời gian phát hiện khối u tinh hoàn trung bình là 2,28 (tháng). Tự sờ thấy khối/ đau tinh hoàn là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám bệnh. Tất cả các bệnh nhân đều có u tinh hoàn 1 bên (trong đó bên trái 5 trường hợp, bên phải 2 trường hợp). (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

	Tuổi	Tình trạng hôn nhân	Lý do vào viện	TG phát hiện (tháng)	Bên TH có u	Đặc điểm TH bên có u	Hạch bẹn
BN1	19	Độc thân	Khối tinh hoàn Trái	1	Trái	To	Không
BN2	20	Độc thân	Đau tinh hoàn Phải	6	Phải	To + đau	Không
BN3	21	Độc thân	Khối tinh hoàn Phải	2	Phải	To	Không
BN4	20	Độc thân	Khối tinh hoàn Trái	1	Trái	To	Không
BN5	29	Đã kết hôn	Khối tinh hoàn Trái	1	Trái	To	Không
BN6	23	Độc thân	Đau tinh hoàn Trái	3	Trái	To + đau	Không
BN7	30	Đã kết hôn	Khối tinh hoàn Trái	2	Trái	To + đau	Không
TB	23,14 ± 4,53			2,28 ± 1,80			

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chỉ định làm các marker khối u tinh hoàn. Tất cả các xét nghiệm marker cho kết quả bình thường. (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm của bệnh nhân nghiên cứu

	aFP (ng/ml)	bhCG (mIU/ml)	LDH (U/L)
BN1	0,772	Neg (<1,2)	144
BN2	1,74	Neg (<0,1)	200
BN3	0,5	Neg (<1,2)	158
BN4	2,03	Neg (<1,2)	150
BN5	1,77	Neg (<0,1)	174
BN6	1,11	Neg (<1,2)	147
BN7	1,57	Neg (<1,2)	122
TB	1,36 ± 0,57		156,43 ± 24,76

Về đặc điểm trên siêu âm Doppler tinh hoàn, tất cả các trường hợp khối u đều bờ đều, ranh giới rõ; không phát hiện tăng sinh mạch và không thấy xâm lấn ra nhu mô tinh hoàn, tổ chức xung quanh. (Bảng 3)

Bảng 3. Đặc điểm khối u trên siêu âm Doppler tinh hoàn

Siêu âm Doppler tinh hoàn							Hình ảnh
	Vị trí khối	Kích thước (mm)	Tính chất khối				
			Tính chất âm	Bờ/ ranh giới	Tăng sinh mạch	Xâm lấn xung quanh	
BN1	Cực trên TH (T)	17x14	giảm âm đồng nhất	đều/ rõ	0	0	
BN2	TH (P)	19x18	ô giảm âm nhẹ	đều/ rõ	0	0	
BN3	TH (P)	11x10	giảm âm đồng nhất		0	0	
BN4	Cực dưới TH (T)	20x16	giảm âm, có vôi hoá ngoại vi	đều/ rõ	0	0	
BN5	TH (T)	11x19	giảm âm đồng nhất	không đều/rõ	0	0	
BN6	1/3 giữa TH (T)	30x27	hỗn hợp âm	đều/ rõ	0	0	
BN7	TH (T)	40x30	giảm âm không đồng nhất		0	0	

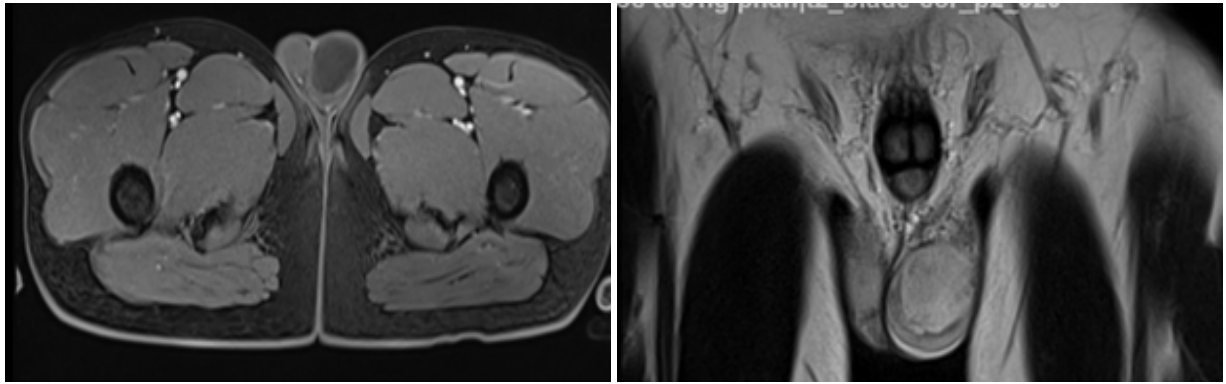
Đặc điểm trên phim chụp CLVT bìu, tinh hoàn có tiêm thuốc cản quang hoặc MRI bìu có tiêm đối quan từ, khối u có tính chất về bờ, ranh giới tương tự như kết quả siêu

âm. Trên phim CLVT, các khối u đều có tính chất ít hoặc không ngấm thuốc sau tiêm. (Bảng 4)

Bảng 4. Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính bìu, tinh hoàn có tiêm thuốc/ cộng hưởng từ bìu có tiêm đối quan từ

Đặc điểm	
BN1	(CLVT) Nhu mô TH Trái có nốt kích thước 17mm, giảm tỉ trọng trước tiêm, có vôi hoá ngoại vi, giới hạn rõ và không thấy ngấm thuốc sau tiêm
BN2	(CHT) Nhu mô cực trên TH (P) có khối giảm âm kích thước 19x22mm, giảm tín hiệu trên T1W, tín hiệu hỗn hợp trên T2W, không hạn chế khuếch tán trên DW1, ngấm thuốc dạng viền sau tiêm, bờ và ranh giới rõ, không thấy phát triển ra ngoài vỏ bao tinh hoàn, không thấy thâm nhiễm xung quanh
BN3	(CLVT) Nhu mô tinh hoàn Phải có khối kích thước 12x11x10mm, tỉ trọng không đồng nhất, có vôi hoá ở ngoại vi, trung tâm là tổ chức ngấm thuốc sau tiêm, không thấy xâm lấn ra ngoài
BN4	(MRI) Tinh hoàn Trái cực dưới có nốt kích thước 14x15mm, bờ đều, ranh giới rõ, không xâm lấn bao tinh hoàn, nốt có tín hiệu không đồng nhất, giảm tín hiệu trên T2W, T1W, không hạn chế khuếch tán trên Diffusion, sau tiêm không ngấm thuốc, nốt nằm sát bao tinh hoàn không phá vỡ bao, không xâm lấn phần mềm xung quanh
BN5	(CLVT) Tinh hoàn Trái có nốt tổ chức kích thước 12x18mm, ngoại vi có nốt vôi hoá đường kính 5mm, ngấm thuốc kém sau tiêm
BN6	(CLVT) Nhu mô giảm tỉ trọng, bờ không đều, ít ngấm thuốc sau tiêm, tràn dịch màng tinh hoàn dày 4mm
BN7	(MRI) Trong nhu mô tinh hoàn Trái chiếm gần hết nhu mô là khối kích thước 37x30x36mm, bờ ranh giới rõ với nhu mô lành, tín hiệu không đồng nhất trên T2W, khối hạn chế khuếch tán trên DW1/ADC và không ngấm thuốc sau tiêm, khối chưa xâm lấn ra ngoài bao trắng tinh hoàn

Hình 1. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ tinh hoàn (BN7)



Về kết quả mô bệnh học khối u, khối u có cấu trúc dạng nang, lòng lót bởi biểu mô dạng thượng bì/ biểu mô vảy sừng hoá, nhân nhỏ, đều; thành nang là tổ chức liên kết

xơ, xâm nhập tế bào viêm mạn tính. Các tính chất trên mô bệnh học đều phù hợp với kết luận khối u tinh hoàn có bản chất là nang dạng biểu bì. (Bảng 5)

Bảng 5. Kết quả mô bệnh học khối u

Đặc điểm		
BN1	Mào tinh hoàn có u. U dạng vách nang lòng được lót bởi biểu mô vảy sừng hoá mạnh. Các tế bào biểu mô có nhân nhỏ đều lạnh tính. Thành nang là tổ chức liên kết xơ, có ổ canxi hoá. Không thấy tổn thương ác tính.	Nang dạng biểu bì viêm mạn tính, canxi hoá
BN2	Nang dạng biểu bì lạnh tính	Nang dạng biểu bì lạnh tính
BN3	Tổ chức vách dạng nang lòng được lót bởi biểu mô vảy sừng hoá mạnh. Các tế bào biểu mô có nhân nhỏ đều lạnh tính. Thành nang là tổ chức liên kết xơ. Không thấy tổn thương ác tính.	Nang dạng biểu bì lạnh tính
BN4	Cấu trúc là nang. Lớp biểu mô lòng nang là biểu mô dạng thượng bì, nhân nhỏ, đều. Trong lòng nang chứa chất hoại tử. Thành nang là mô xơ, xâm nhập nhiều tế bào viêm mạn tính.	Nang dạng biểu bì lạnh tính
BN5	Cấu trúc là nang. Lớp biểu mô lòng nang là biểu mô dạng thượng bì, nhân nhỏ, đều. Trong lòng nang chứa chất hoại tử. Thành nang là mô xơ, xâm nhập nhiều tế bào viêm mạn tính.	Nang dạng biểu bì lạnh tính
BN6	Cấu trúc u là nang. Lớp biểu mô lòng nang là biểu mô dạng thượng bì, nhân nhỏ, đều. Trong lòng nang chứa chất hoại tử lẫn nhiều cấu trúc lông. Thành nang là mô xơ, xen kẽ các tuyến bã, nang lông xâm nhập nhiều tế bào viêm mạn.	U nang bì (U quái thành thực một thành phần)
BN7	Cấu trúc u là nang. Lớp biểu mô lòng nang là biểu mô dạng thượng bì, nhân nhỏ, đều. Trong lòng nang chứa chất hoại tử lẫn nhiều cấu trúc lông. Thành nang là mô xơ, xen kẽ các tuyến bã, nang lông xâm nhập nhiều tế bào viêm mạn.	U nang bì (U quái thành thực một thành phần)

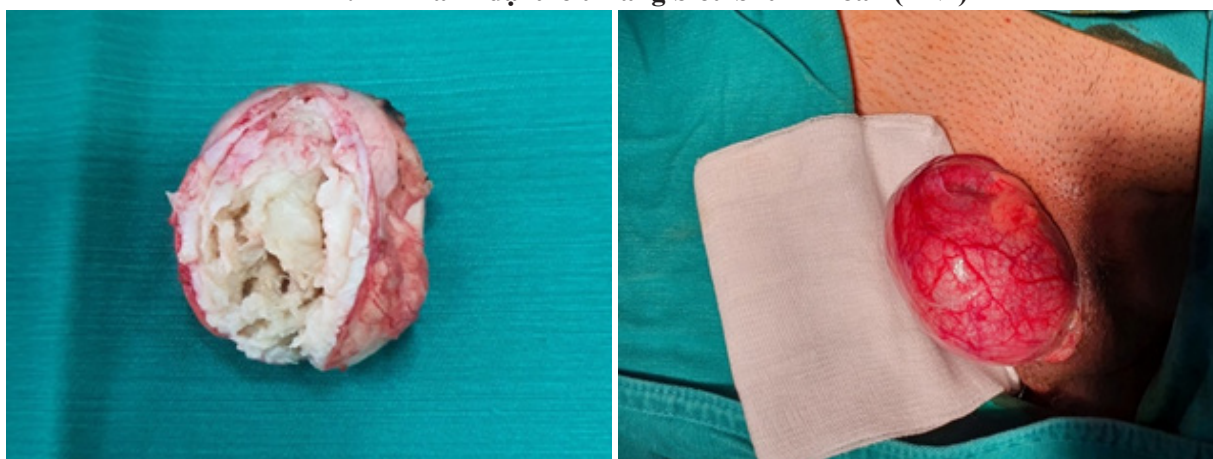
Các bệnh nhân đều được chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. Phương pháp mổ dự kiến là sinh thiết, cắt u và bảo tồn tinh hoàn qua đường bẹn. Tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết khối u tức thì trong mổ,

kết quả phù hợp với chẩn đoán trước mổ (U nang biểu bì lạnh tính) (Bảng 6). Không có biến chứng trong và sau mổ. Các bệnh nhân được ra viện sau 5-7 ngày.

Bảng 6. Phương pháp và kết quả điều trị

	Đường mổ	Phương pháp PT	Mô tả đại thể u	Kết quả ST tức thì
BN1	Đường bẹn Trái	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Trái	U ở mào tinh hoàn 3x3cm nằm sâu trong nhu mô gắn vào thừng tinh.	ST tức thì: viêm mạn tính
BN2	Đường bẹn Phải	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Phải	U trong tinh hoàn cứng, ranh giới rõ.	ST tức thì: U nang biểu bì lạnh tính
BN3	Đường bẹn Phải	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Phải	U nằm trong tinh hoàn Phải 1x1,5cm	
BN4	Đường bẹn Trái	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Trái	U nằm trong tinh hoàn Trái 1cm, ranh giới rõ.	ST tức thì: U quái tinh hoàn
BN5	Đường bẹn Trái	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Trái	U nằm trong tinh hoàn Trái 1cm, ranh giới rõ.	ST tức thì: U nang biểu bì lạnh tính
BN6	Đường bẹn Trái	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Trái	U tinh hoàn Trái lớn cứng, chắc.	ST tức thì: U quái thành thực hoá lạnh tính
BN7	Đường bẹn Trái	Sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn Trái	Khối tinh hoàn Trái rắn chắc kích thước 4x3cm, mật độ cứng, ít tân sinh mạch.	ST tức thì: U biểu bì lạnh tính

Hình 2. Hình ảnh đại thể u nang biểu bì tinh hoàn (BN7)



4. BÀN LUẬN

Ung thư tinh hoàn là bệnh lý tương đối hiếm gặp, với khoảng 5500 ca mắc mới hàng năm được báo cáo tại Mỹ. Trong đó có đến 95% các khối u tinh hoàn là ác tính. Mặc dù các khối u lạnh tính ở tinh hoàn rất hiếm, tuy nhiên, việc định hướng chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng là rất cần thiết để tránh các chỉ định can thiệp, phẫu thuật không cần thiết [9].

Theo phân loại của WHO 2022, u tế bào mầm tinh hoàn

được chia làm 2 nhóm: có nguồn gốc từ tân sản TB mầm tại chỗ (GCNIS) (typ II) và không có nguồn gốc từ GCNIS. Trong nhóm u tế bào mầm không có nguồn gốc từ GCNIS bao gồm 2 typ chính là typ III (u tinh bào) và u tế bào mầm tinh hoàn typ I [1]. U nang dạng bì/ biểu bì tinh hoàn thuộc u tế bào mầm tinh hoàn typ I (chiếm 60%), thường có tính chất lạnh tính. Ngoài ra, trong nhóm này còn có u túi noãn hoàng typ sau dậy thì (chiếm 36,5%) và u hỗn hợp (u quái và u túi noãn hoàng typ trước dậy thì) (chiếm 3,5%), thường có tính chất ác tính.

Bảng 7. Đặc điểm các u tế bào mầm tinh hoàn typ I

	U quái typ trước dậy thì	U túi noãn hoàng typ trước dậy thì	U hỗn hợp (u quái và u túi noãn hoàng typ trước dậy thì)
Tuổi	mọi lứa tuổi TE	95,6% từ 3 tuổi trở xuống	
Siêu âm điển hình	đặc, giảm âm	Nang/ hỗn hợp đặc và nang, có nốt vôi hoá	
AFP huyết thanh (ng/mL)	<100	>100	
Kích thước u điển hình	59,4% <2cm	lớn hơn u quái 34,7% <2cm	
Điều trị	Ưu tiên cắt u, bảo tồn tinh hoàn	GD I: PT, theo dõi, hoá trị khi tái phát GD II, III: PT + hoá trị	
Tiền lượng	Lành tính	Ác tính thấp, di căn ~5%	

Dockerty và Priestly lần đầu tiên mô tả u nang biểu bì của tinh hoàn vào năm 1942. Từ đó, đã có khoảng 300 trường hợp được báo cáo trong y văn. U nang biểu bì tinh hoàn có thể được phát hiện ở bất cứ nhóm tuổi nào, tuy nhiên, phổ biến nhất trong độ tuổi từ 10 đến 40. Về đặc điểm lâm sàng, u nang biểu bì tinh hoàn được mô tả khi thăm khám là một khối chắc, có thể sờ thấy rõ trong hầu hết các trường hợp. Nồng độ huyết thanh của các marker u tế bào mầm đều trong giới hạn bình thường [10,11,12]. Điều này phù hợp với đặc điểm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình là 23, đến khám với lý do chính là phát hiện khối ở 1 bên tinh hoàn, kèm theo triệu chứng đau tức ít hoặc không. Kết quả xét nghiệm aAFP, bhCG và LDH huyết thanh đều nằm trong giới hạn bình thường.

Siêu âm là một phương pháp thăm dò hình ảnh tương đối đáng tin cậy trong chẩn đoán u nang dạng bì/ biểu bì tinh hoàn. Hình ảnh đặc trưng của u nang dạng bì/ biểu bì trên siêu âm Doppler tinh hoàn là khối đặc, giảm âm, kích thước thường 1 đến 3cm, bờ đều, ranh giới rõ, không có tăng sinh mạch và xâm lấn ra ngoài nhu mô tinh hoàn [9] [13]. Ngoài siêu âm Doppler tinh hoàn, các phương pháp thăm dò hình ảnh khác cũng giúp chẩn đoán phân biệt u nang biểu bì với các khối u tinh hoàn khác. Trên cộng hưởng từ tinh hoàn, u nang dạng bì/ biểu bì điển hình được mô tả với hình ảnh “mắt bò” với phần vỏ giảm tín hiệu và tăng tín hiệu cấu trúc bên trong khối u trên cả xung T1 và T2 [14].

Trên mô bệnh học, u nang dạng biểu bì tinh hoàn được chẩn đoán dựa vào các tiêu chí sau: (1) tổn thương dạng nang nằm trong nhu mô tinh hoàn; (2) u nang chứa thành phần keratin; (3) thành u nang là biểu mô dạng sợi; (4) không xuất hiện cấu trúc phụ của da như nang lông, tuyến bã trong nang hoặc nhu mô tinh hoàn; (5) không còn tổn thương khác trong phần nhu mô còn lại của tinh hoàn [7]. Kết quả giải phẫu bệnh khối u tinh hoàn của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với các tiêu chí trên.

Dựa vào lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng, đặc biệt là siêu âm Doppler tinh hoàn, có thể định hướng tương đối tin cậy u nang dạng bì/ biểu bì tinh hoàn. Tuy nhiên, phương pháp phẫu thuật cắt u, bảo tồn tinh hoàn vẫn là phương pháp điều trị được ưu tiên lựa chọn, có thể đưa ra chẩn đoán xác định tổn thương dựa vào kết quả mô bệnh học khối u. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định phẫu thuật sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn. Không ghi nhận biến chứng trong và sau mổ, các bệnh nhân xuất viện sau 5-7 ngày theo dõi.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả trên 7 ca bệnh được chẩn đoán u nang dạng biểu bì tinh hoàn và điều trị tại Trung tâm Nam học- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi đưa ra một số kết luận và khuyến nghị sau:

- Cần kết hợp thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng (đặc biệt là các thăm dò chẩn đoán hình ảnh) để chẩn đoán và định hướng tính chất đối với các trường hợp bệnh nhân nghi ngờ khối u tinh hoàn.
- Siêu âm Doppler tinh hoàn là phương pháp thăm dò hình ảnh không xâm lấn hữu ích giúp định hướng tính chất khối u tinh hoàn.
- Phương pháp phẫu thuật sinh thiết, cắt u, bảo tồn tinh hoàn cho kết quả điều trị tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Netto GJ, Amin MB, Berney DM et al., The 2022 World Health Organization Classification of Tumors of the Urinary System and Male Genital Organs-Part B: Prostate and Urinary Tract Tumors. Eur Urol. 2022 Nov;82(5):469-482.
- [2] Jacobsen, GK, Henriksen OB, Der Maase HV,

- Carcinoma in situ of testicular tissue adjacent to malignant germ-cell tumors: A study of 105 cases. *Cancer*, 1981. 47(11): 2660-2662.
- [3] Loy V, Wigand I, Dieckmann KP, Incidence and distribution of carcinoma in situ in testes removed for germ cell tumour: possible inadequacy of random testicular biopsy in detecting the condition. *Histopathology*. 1990. 16(2): 198-200.
- [4] Dieckmann KP, Loy V. Epidermoid cyst of the testis: a review of clinical and histogenetic considerations. *Br J Urol*. 1994 Apr;73(4):436-41.
- [5] Mosto FK. Testicular tumors: epidemiologic, etiologic and pathologic features. *Cancer* 1973; 32:1186±201.
- [6] Price EB JR. Epidermoid cysts of the testis. A clinical and pathological analysis of 69 cases from the Testicular Tumor Registry. *J Urol* 1969;102: 708±13.
- [7] Shah KH, Maxted WC, Chun B. Epidermoid cyst of testis. A report of three cases and an analysis of 141 cases from world literature. *Cancer* 1981; 47:577±82.
- [8] Goli VR, Shepherd RR, Hayman WP et al., Epidermoid cyst of the testes. *Urology* 1980; 123:129±30.
- [9] Moghe PK, Brady AP. Ultrasound of testicular epidermoid cysts. *Br J Radiol*. 1999;72:942e945.
- [10] UMAR, Saleem A.; MACLENNAN, Gregory T. Epidermoid cyst of the testis. *The Journal of urology*, 2008, 180.1: 335.
- [11] Cho JH, Chang JC, Park BH et al., Sonographic and MR imaging finding of testicular epidermoid cyst. *Am J Roentgenol*. 2002;178:743e748.
- [12] Walsh C, Rushton HG, Diagnosis and management of teratomas and epidermoid cyst. *Urol Chin North Am*. 2000;27:509e518.
- [13] Dogra VS, Gottlibe RH, Rubens DJ et al., Benign intra- testicular cystic lesion: US features. *Radiographics*. 2001; 21(Spec No.):S273eS281.
- [14] Lock G, Schmidt C, Helmich F et al., Early experience of with contrast-enhanced ultrasound in the diagnosis of testicular masses: a feasibility study. *Urology*. 2011;77: 1049e1053.



THE EFFECTS OF KHANG BAO TU ON SPERMOGENESIS PROCESS ON NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA PATIENTS

Quach Thi Yen^{1*}, Quan Hoang Lam², Nguyen Huyen Trang¹,
Cu Thi Bich Thuy¹, Dao Thuy Hang¹, Vu Thi Hao³

¹ Vietnam University of Traditional Medicine – 02 Tran Phu, Mo Lao, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

² Vietnam Military Medical University – 160 Phung Hung, Phuc La, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

³ Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy – 284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 31/05/2023; Accepted 26/06/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of spermatogenesis stimulation and sperm collection rate by Microdissection testicular sperm extraction - micro TESE on patients with nonobstructive azoospermia (NOA) after taking Khang Bao Tu.

Subjects and research methods: 88 NOA patients had been taken micro TESE at the Military Institute of Clinical Embryology - Military Medical Academy from 5/2017 - 12/2019. These patients were divided into 2 groups: group 1 included 41 patients taking Khang Bao Tu 10 capsules per day for at least 3 months; Group 2 consisted of 47 patients without taking Khang Bao Tu. After taking the drugs, the patients were conducted micro TESE.

Results: There was no difference in clinical, endocrine, and histopathological characteristics in the 2 study groups; There was a difference in Johnsen score between the two groups ($p < 0.001$). The number of spermatozoa in the group using Khang Bao Tu was significantly higher than in the group without taking drugs ($p < 0.001$).

Conclusion: Khang Bao Tu capsules increased the number of spermatids inside the testes compared with the untreated group; the rate of sperm collection by micro TESE method after taking Khang Bao Tu capsule was 46.34%.

Keywords: Microdissection testicular sperm extraction (micro tese); Non-obstructive azoospermia; Khang Bao Tu; The spermatogenesis process.

*Corresponding author
Email address: quachthiyen888@gmail.com
Phone number: (+84) 912661423

TÁC DỤNG CỦA VIÊN NANG KHANG BẢO TỬ ĐẾN QUÁ TRÌNH SINH TINH Ở BỆNH NHÂN VÔ TINH KHÔNG DO TẮC

Quách Thị Yên^{1*}, Quân Hoàng Lâm², Nguyễn Huyền Trang¹,
Cù Thị Bích Thủy¹, Đào Thuý Hằng¹, Vũ Thị Hảo³

¹ Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam – 02 Trần Phú, P. Mộ Lao, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

² Học viện Quân y – 160 Phùng Hưng, P. Phúc La, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

³ Trường Đại học Y – dược, Đại học Thái Nguyên – 284 Đường Lương Ngọc Quyến, TP. Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/05/2023; Ngày duyệt đăng: 26/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kích thích sinh tinh và tỉ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro tесе (Microdissection testicular spem extraction - micro TESE) ở bệnh nhân (BN) vô tinh không do tắc (nonobstructive azoospermia - NOA) sau uống Khang bảo tử.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 88 BN NOA được làm micro TESE tại Viện Mô phổi lâm sàng Quân đội - Học viện Quân y từ 5/2017 - 12/2019 được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm 41 BN uống Khang bảo tử 10v/ngày ít nhất 3 tháng; nhóm 2 gồm 47 BN không điều trị. Sau dùng thuốc BN được tiến hành micro TESE.

Kết quả: Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, nội tiết, mô bệnh học ở 2 nhóm nghiên cứu; có sự khác biệt về điểm Johnsen giữa 2 nhóm ($p < 0,001$). Số lượng tế bào dòng tinh ở nhóm dùng Khang bảo tử cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không điều trị ($p < 0,001$).

Kết luận: Viên nang Khang bảo tử làm tăng số lượng tế bào dòng tinh bên trong tinh hoàn so với nhóm không điều trị; tỉ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE sau uống viên nang Khang bảo tử là 46,34%.

Từ khóa: Phương pháp vi phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn; vô tinh không do tắc; khang bảo tử; quá trình sinh tinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam cũng như trên thế giới, thuốc y học cổ truyền (YHCT) được sử dụng điều trị vô sinh có từ lâu. Năm 2019, Zhou S.H. và cs đã tổng hợp rất nhiều các nghiên cứu về cơ chế, hiệu quả của thuốc YHCT trong điều trị vô sinh nam và cho thấy thuốc thực sự có hiệu quả cải thiện sinh tinh trên thực nghiệm cũng như trên những bệnh nhân suy giảm sinh tinh [1]. Viên nang Khang bảo tử được đăng ký tên thương mại thay cho viên nang Hồi xuân hoàn gồm các vị thuốc thực địa, hoài sơn, sơn thù, câu kỷ tử, đỗ trọng, phụ tử chế, nhục quế, cam thảo, lộc giác giao có tác dụng ôn bổ thận dương, ích tinh huyết đã được nghiên cứu về tính

an toàn và hiệu quả trên động vật thực nghiệm và trên bệnh nhân suy giảm tinh trùng cho kết quả khả quan [2]. Với mục đích tận dụng nguồn YHCT sẵn có của nước nhà, đồng thời tìm ra một phương thuốc điều trị an toàn, hiệu quả trên những bệnh nhân vô sinh nam. Trên cơ sở nghiên cứu bước đầu về hiệu quả của viên nang Hồi xuân hoàn ở bệnh nhân suy giảm tinh trùng, chúng tôi tiến hành đề tài này trên bệnh nhân NOA với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả kích thích sinh tinh và tỉ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở bệnh nhân vô tinh không do tắc sau uống viên nang Khang bảo tử.*

*Tác giả liên hệ

Email: quachthiyen888@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912661423

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 88 BN NOA được làm micro TESE tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y từ 5/2017 - 12/2019.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Những người không có tình trùng trong tinh dịch được xác định theo tiêu chuẩn của WHO (2010), không phải xuất tinh ngược dòng [3]. Các BN NOA được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 là những bệnh nhân được uống viên nang Khang bảo từ ít nhất 3 tháng; nhóm 2 gồm những bệnh nhân không điều trị. Sau đó, tất cả bệnh nhân được tiến hành micro TESE.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Các trường hợp mắc bệnh cấp tính, bệnh xã hội, bệnh nội tiết, đang dùng thuốc, hóa chất ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 2 nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng ở 2 nhóm bệnh nhân NOA

Đặc điểm	Nhóm 1 (n = 41): ($\bar{X} \pm SD$) Trung vị (min-max)	Nhóm 2 (n = 47): ($\bar{X} \pm SD$) Trung vị (min-max)	p*
Tuổi (năm)	31,83 ± 4,84 32 (21 – 45)	31,49 ± 3,99 32 (24 – 39)	0,956
BMI (kg/m ²)	22,69 ± 2,66 22,15 (18,4 – 28,8)	22,59 ± 2,37 22,49 (17,9 – 28,0)	0,923
Thời gian VS (năm)	4,51 ± 3,09 4 (1 – 14)	4,10 ± 2,57 3 (1 – 13)	0,694
V _{TH} P (mL)	6,54 ± 2,17 6 (3 – 12)	6,53 ± 3,85 6 (1 – 25)	0,668
V _{TH} T (mL)	6,37 ± 2,16 6 (2 – 12)	6,66 ± 3,45 6 (1 – 20)	0,840

*Mann – Whitney test

Bảng 2. Nồng độ nội tiết ở 2 nhóm bệnh nhân NOA

Đặc điểm	Nhóm I (n = 41): ($\bar{X} \pm SD$) Trung vị (min-max)	Nhóm II (n = 47): ($\bar{X} \pm SD$) Trung vị (min-max)	p*
FSH (mIU/mL)	18,44 ± 11,24 17,21 (1,36 – 47,06)	20,80 ± 13,22 20,85 (2,18 – 68,56)	0,401
LH (mIU/mL)	8,64 ± 5,43 7,38 (1,43 – 26,13)	10,66 ± 6,84 8,85 (1,14 – 27,35)	0,168
Testosteron (ng/mL)	4,00 ± 2,52 3,45 (1,12 – 13,96)	4,17 ± 2,01 3,43 (1,17 – 10,13)	0,391

*Mann – Whitney test

Bảng 1, 2 cho thấy không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và nồng độ nội tiết giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học ở 2 nhóm bệnh nhân NOA

Đặc điểm mô bệnh học	Nhóm 1 (n =41) n (%)	Nhóm 2 (n = 47) n (%)	p*
HP	5 (12,20)	1 (2,13)	0,124
MA	8 (19,51)	12 (25,53)	
SCOS	25 (60,98)	25 (53,19)	
Hyalin hóa	3 (7,32)	9 (19,15)	

*Fisher's exact

Bảng 3 cho thấy đối với bệnh nhân NOA ở nhóm uống Khang bảo tử, hình thái SCOS gặp nhiều nhất, chiếm 60,98%; tiếp đến là MA, chiếm 19,51%; HP chiếm 12,20% và thấp nhất là Hyalin với 7,32%. Không có sự khác biệt về mô bệnh học với nhóm không điều trị (p > 0,05).

3.2. Đặc điểm ống sinh tinh ở 2 nhóm bệnh nhân vô tinh không do tắc

Bảng 4. Điểm Johnsen, đường kính và chiều dày vỏ xơ ống sinh tinh ở 2 nhóm bệnh nhân NOA

Nhóm	Nhóm 1 (n = 820): ((X) ± SD) Trung vị (min-max)	Nhóm 2 (n = 940): ((X) ± SD) Trung vị (min-max)	p*
Điểm Johnsen	3,32 ± 2,39 2,0 (1 - 9)	2,75 ± 1,94 2,0 (1 - 9)	p* < 0,001
Đường kính ống sinh tinh	128,17 ± 27,25 126,65 (61,2 - 210,2)	125,33 ± 28,41 129,35 (46,8 - 200,1)	p* = 0,383
Chiều dày vỏ xơ ống sinh tinh	10,43 ± 2,96 9,90 (4,4 - 22,8)	10,50 ± 2,91 10,10 (4,3 - 22,9)	p* = 0,319

*Mann - Whitney test

Điểm Johnsen có sự khác biệt giữa nhóm 2 nghiên cứu với p < 0,001 nhưng không có sự khác biệt về đường kính ống sinh tinh và chiều dày vỏ xơ ở 2 nhóm với p > 0,05.

Bảng 5. Đặc điểm tế bào biểu mô ống sinh tinh ở 2 nhóm bệnh nhân NOA

Tế bào biểu mô tinh (X ± SD)	Nhóm 1 (n = 820): Trung vị (min - max)	Nhóm 2 (n = 940): Trung vị (min - max)	p*
Tế bào Sertoli	8,93 ± 8,34 7 (0 - 37)	13,40 ± 8,46 13 (0 - 44)	p* < 0,001
Tinh nguyên bào	8,08 ± 13,24 0 (0 - 78)	3,09 ± 5,72 0 (0 - 80)	p* < 0,001
Tinh bào	4,75 ± 8,44 0 (0 - 54)	2,26 ± 5,15 0 (0 - 25)	p* < 0,001
Tinh tử	2,60 ± 5,88 0 (0 - 51)	0,59 ± 2,16 0 (0 - 20)	p* < 0,001
Tinh trùng	1,06 ± 4,10 0 (0 - 31)	0,41 ± 2,96 0 (0 - 30)	p* < 0,001

*Mann - Whitney test



Các tế bào dòng tinh giảm nặng nề ở các bệnh nhân NOA, tuy nhiên nhóm dùng Khang bảo tử giảm ít hơn so với nhóm không điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.3. Tỷ lệ thu tinh trùng ở bệnh nhân vô tinh không do tắc bằng phương pháp micro TESE

Bảng 6. Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ thu tinh trùng	Tổng n (%)	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	p*
Micro TESE	35/88 (39,77)	19/41 (46,34)	16/47 (34,04)	0,240

*Chi – square

Có 88 bệnh nhân thực hiện kỹ thuật thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE, tỷ lệ thu tinh trùng chiếm 39,77%. Trong đó, ở nhóm uống Khang bảo tử là 46,34% và nhóm không điều trị là 34,04%. Tuy nhiên không có sự khác biệt ở 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và nội tiết cũng như mô bệnh học ($p > 0,05$).

Thang điểm Johnsen đánh giá dựa vào sự có mặt về số lượng của các tế bào biểu mô tinh. Từ đó giúp chúng ta đánh giá được quá trình sinh tinh bên trong tinh hoàn ra sao, tiên lượng được cơ hội thu tinh trùng cao hay thấp. Việc điều trị nội khoa trước khi can thiệp với hy vọng cải thiện được quá trình sinh tinh bên trong tinh hoàn, từ đó nâng được điểm Johnsen lên. Các bệnh nhân NOA trong cả 2 nhóm đều có điểm Johnsen thấp, trong đó nhóm dùng Khang bảo tử có xu hướng cao hơn nhóm không điều trị. Sự khác biệt về điểm Johnsen ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (bảng 4). Điều này chứng tỏ các bệnh nhân nhóm 2 có sự tổn thương mô tinh hoàn trầm trọng hơn. Theo Manzoor M. và cs (2016), điểm Johnsen trung bình ở bệnh nhân vô tinh là $3,31 \pm 1,59$ [4]. Trịnh Thế Sơn (2011) cho thấy điểm Johnsen trung bình ở nhóm NOA là $3,31 \pm 2,19$ [5]. Như vậy, với phương pháp bán định lượng Johnsen, có thể nhận thấy tinh hoàn của những bệnh nhân NOA bị rối loạn sinh tinh trầm trọng. Và kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của các tác giả trên.

Mặc dù, điểm Johnsen trung bình ở cả 2 nhóm đều không cao, nhưng qua kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân được dùng thuốc trước khi tiến hành sinh thiết tinh hoàn cũng làm tăng cơ hội xuất hiện các loại tế bào dòng tinh đang tiến triển, từ đó đem lại những tia hy vọng tìm thấy tinh trùng cho các bệnh nhân NOA. Tuy nhiên, những bệnh nhân NOA thường có nguyên nhân gây tổn

thương tinh hoàn kéo dài và nặng nề. Chính vì vậy bệnh nhân cần được điều trị trong thời gian dài mới hy vọng cải thiện được quá trình sinh tinh mạnh hơn. Đồng thời để đánh giá chính xác liệu việc dùng thuốc có đem lại hiệu quả sinh tinh hay không thì cần tiến hành đánh giá trước – sau điều trị. Việc làm này thực sự là một khó khăn cho nghiên cứu.

Đường kính và chiều dày vỏ xơ ống sinh tinh: kết quả từ bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt về đường kính ống sinh tinh và chiều dày vỏ xơ ở 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Holstein A.F. và cs (2003) cho rằng: ở người bình thường trưởng thành, đường kính ống sinh tinh nhỏ nhất là $180\mu\text{m}$ [6]. Trịnh Thế Sơn (2011) cho kết quả đường kính ống sinh tinh ở bệnh nhân NOA là $115,73 \pm 52,14\mu\text{m}$ [5]. Theo Ashraf C.M. và cs (2014) đường kính trung bình ống sinh tinh ở 180 bệnh nhân NOA vẫn trong giới hạn bình thường (dao động từ $87 - 498\mu\text{m}$) [7]. Sự khác biệt của các kết quả nghiên cứu có thể do thời gian và nguyên nhân gây vô tinh khác nhau.

Như vậy, đường kính ống sinh tinh trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với người bình thường. Điều này chứng tỏ, quá trình sinh tinh suy giảm ở bệnh nhân nghiên cứu và việc dùng thuốc trong một thời gian ngắn chưa đủ làm thay đổi đường kính ống sinh tinh.

* Đặc điểm tế bào biểu mô tinh

+ *Nghiên cứu về tế bào Sertoli*: qua bảng 5 cho thấy, số lượng tế bào Sertoli trong nghiên cứu giảm hơn nhiều so với người bình thường nhưng tương tự với kết quả nghiên cứu của Trịnh Thế Sơn (2011) ở bệnh nhân NOA [5]. Số lượng tế bào Sertoli quyết định số lượng tế bào dòng tinh mà nó hỗ trợ, từ đó quyết định quá trình sinh tinh. Đồng thời tế bào Sertoli có vai trò tham gia tạo hàng rào máu tinh hoàn, từ đó bảo vệ các tế bào dòng tinh. Chính vì vậy, với kết quả số lượng tế bào Sertoli giảm khá nhiều so với người bình thường chắc chắn sẽ ảnh hưởng đến các tế bào dòng tinh. Nguyên nhân dẫn đến số lượng tế bào Sertoli ở nhóm 1 giảm hơn so với nhóm 2 là do số lượng tế bào dòng tinh ở nhóm này cao hơn.

+ *Nghiên cứu về tế bào dòng tinh*: tổng hợp kết quả từ bảng 5 cho thấy: số lượng tế bào dòng tinh ở 2 nhóm bệnh nhân NOA đều giảm nhiều so với bình thường cũng như so với những bệnh nhân NOA trong nghiên cứu của Trịnh Thế Sơn (2011) [5]. Cụ thể, viên nang Khang bảo tử đều làm tăng số lượng các tế bào dòng tinh so với nhóm không điều trị ($p < 0,001$). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Minh Thụy (2011) cho thấy viên nang Khang bảo tử (Hồi xuân hoàn) làm tăng sinh tế bào dòng tinh và số lượng tinh trùng trong lòng ống sinh tinh trên thực nghiệm khi gây suy giảm sinh tinh và tăng số lượng và chất lượng tinh trùng ở bệnh nhân suy giảm tinh trùng [2]. Chính vì vậy, mặc dù thuốc có làm tăng số lượng tế bào dòng tinh so với nhóm không điều trị nhưng số lượng tăng không nhiều. Điều này có thể do thời gian điều trị còn ngắn. Với kết quả nghiên cứu như vậy, ít nhiều cũng mang lại những tia hy vọng cho các cặp vợ chồng hiếm muộn mà người chồng bị vô tinh có thể có con của chính mình.

Về kết quả thu tinh trùng, theo Ishikawa (2012), tổng hợp các nghiên cứu so sánh về hiệu quả thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE cho thấy, tỷ lệ thu tinh trùng dao động từ 32 - 63% [8]. Deruyver Y và CS (2014) tổng hợp 7 nghiên cứu từ 1999 - 2011 cho thấy, tỷ lệ thu tinh trùng bằng micro TESE là 42,9 - 63% [9]. Kết quả này tương tự với kết quả của chúng tôi.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở BN NOA sau uống Khang bảo tử là 46,34%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Zhou SH, Deng YF, Weng ZW et al., Traditional Chinese Medicine as a remedy for male infertility: A Review. *World J Mens Health.*, 2019, 37(2):175–185.
- [2] Đoàn Minh Thụy, Nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả của bài thuốc “Hồi xuân hoàn” trong điều trị bệnh nhân bị suy giảm tinh trùng, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
- [3] World Health Organization, Laboratory manual for the examination and processing of human semen, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
- [4] Manzoor M, Mohtasimbillah, Parvez SN et al., Histopathological patterns of testicular biopsy in male infertility in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *JBKMC.*, 2016, 1(1):42–45.
- [5] Trịnh Thế Sơn, Nghiên cứu đặc điểm hình thái ống sinh tinh của bệnh nhân không có tinh trùng trong tinh dịch, đánh giá hiệu quả một số phương pháp hỗ trợ sinh sản, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, 2011.

- [6] Holstein AF, Schulze W, Davidoff M, Understanding spermatogenesis is a prerequisite for treatment. *Reprod Bio and Endocrinology.*, 2003, 1:1–16.
- [7] Ashraf CM, Dharmaraj P, Sankalp S et al., Microdissection testicular sperm extraction (Micro-TESE): results of a large series from India. *Androl.*, 2014, 3(1): 1–8.
- [8] Ishikawa T, Surgical recovery of sperm in non-obstructive azoospermia. *Asian J Androl*, 2012, 14(1), 109–115.
- [9] Deruyver Y, Vanderschueren D, Van der Aa F, Outcome of microdissection TESE compared with conventional TESE in non-obstructive azoospermia: a systematic review. *Androl.*, 2014, 2:20–24.



IS FSH A RELIABLE INDICATOR FOR PREDICTING THE PROBABILITY OF SUCCESS OF TESE/M-TESE IN PATIENTS WITH NONOBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA: A DOCUMENTARY REVIEW AND 2 CASE REPORTS

Bui The Bun¹, Bui Canh Vin^{2*}

¹Vinmec Times City International General Hospital – 458 Minh Khai, Times city, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

²Duc Phuc Hospital of Assisted reproduction and Andrology – 48 O Dong Lam, Phuong Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 23/06/2023

ABSTRACT

Treatment of nonobstructive azoospermia (NOA) is still a big challenge for Andrologists or fertility doctors today. Most of these cases require surgical sperm extraction from the testicles (TESE/m-TESE) combined with intracytoplasmic sperm injection (ICSI). Doctors commonly use FSH to predict the likelihood of sperm finding during TESE/m-TESE surgery; however, its clinical significance is still controversial. We describe two cases of patients with nonobstructive azoospermia (NOA) who had very high blood FSH levels but still found sperm through micro-TESE surgery, thereby contributing to the diagnostic experience and treatment of NOA as well as identifying the significance of FSH in clinical practice. In summary, high blood FSH concentration is not a decisive factor for the successful prognosis of TESE/m-TESE surgery, and it is not a contraindication to TESE/m-TESE surgery.

Keywords: NOA, TESE, mTESE, FSH, Azoospermia, ICSI.

*Corresponding author
Email address: drvin.uro@gmail.com
Phone number: (+84) 374638473

FSH CÓ PHẢI CHỈ SỐ ĐÁNG TIN CẬY ĐỂ TIÊN LƯỢNG KHẢ NĂNG THÀNH CÔNG CỦA TESE/M-TESE TRÊN BỆNH NHÂN VÔ TINH KHÔNG DO TẮC: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP

Bùi Thế Bun¹, Bùi Cảnh Vin^{2*}

¹Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City – 458 Minh Khai, Khu đô thị Times City, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh Viện Hỗ Trợ Sinh Sản và Nam học Đức Phúc – 48 P. Ô Đống Lân, Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 23/06/2023

TÓM TẮT

Điều trị vô tinh không do tắc (NOA) vẫn đang là một thách thức lớn đối với các bác sĩ nam học – hỗ trợ sinh sản hiện nay. Phần lớn các trường hợp này cần thực hiện phẫu thuật chiết xuất tinh trùng từ tinh hoàn (TESE/m-TESE) kết hợp với tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI). FSH là dấu ấn sinh học được các bác sĩ thường dùng để tiên lượng khả năng tìm thấy tinh trùng của phẫu thuật TESE/m-TESE; tuy nhiên ý nghĩa lâm sàng của nó vẫn còn nhiều tranh cãi. Chúng tôi mô tả hai trường hợp bệnh nhân vô tinh không do tắc (NOA) với đặc điểm có nồng độ FSH máu rất cao nhưng vẫn tìm thấy tinh trùng thông qua phẫu thuật micro-TESE, qua đó góp phần vào kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị NOA cũng như nhận định ý nghĩa của FSH trên thực tế lâm sàng. Tóm lại, nồng độ FSH trong máu cao không phải yếu tố quyết định đến tiên lượng thành công của phẫu thuật TESE/m-TESE, đồng thời nó không phải chống chỉ định của phẫu thuật TESE/m-TESE.

Từ khoá: NOA, TESE, mTESE, FSH, vô tinh, ICSI.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các cặp đôi có chồng vô tinh không do tắc (NOA) hiện nay đã có cơ hội được sinh con huyết thống nhờ thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản: mổ chiết xuất tinh trùng từ tinh hoàn (TESE/m-TESE) kết hợp với tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI). Tỷ lệ thành công của phẫu thuật TESE/m-TESE (tìm thấy tinh trùng sống) khoảng 50%. [1].

Quá trình sinh tinh của nam giới được điều khiển bởi trục hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn [2]. Từ hạ đồi, hormone giải phóng gonadotropin (GnRH) được tiết ra, kích thích tuyến yên sản xuất hormone FSH và hormone LH [3]. FSH và LH sau đó kích thích tinh hoàn sản xuất tinh trùng và Testosterone. FSH tác động trên các tế bào Sertoli của ống sinh tinh để duy trì quá trình sinh tinh bình thường. Các tế bào Sertoli tương tác với các tế bào mầm và tạo ra inhibin B tác dụng điều hòa ngược âm

tính: ngăn chặn sự tiết FSH từ tuyến yên [4][5]. Trong tình trạng suy sinh tinh, việc sản xuất inhibin B giảm và FSH huyết tương tăng lên [6].

Nồng độ FSH tăng cao đã được chứng minh là có liên quan đến tổn thương tế bào mầm của ống sinh tinh [7]. Nồng độ FSH trong máu tương quan nghịch với quá trình sinh tinh, và do đó FSH được coi là một dấu hiệu nội tiết hữu ích về mặt lâm sàng trong tiên lượng tìm thấy tinh trùng của phẫu thuật TESE/m-TESE.

Tuy nhiên, tiêu chí xác định nồng độ FSH trong máu tăng cao vẫn còn nhiều tranh cãi và các khuyến cáo mâu thuẫn nhau về nồng độ FSH được đề xuất [8,9]. Ngay cả những bệnh nhân mắc hội chứng chỉ có tế bào Sertoli (SCC) cũng có thể có nồng độ FSH bình thường và ngược lại, những bệnh nhân có nồng độ FSH cao không nhất thiết bị mất khả năng sinh tinh. Đã có nhiều báo cáo đưa ra ngưỡng FSH để phân biệt giảm sinh tinh và

*Tác giả liên hệ

Email: drvin.uro@gmail.com

Điện thoại: (+84) 374638473



vô tinh, tuy nhiên các khuyến nghị đó vẫn chưa có sự thống nhất [8,9].

Tại Việt Nam, quan điểm cho rằng FSH tăng cao đồng nghĩa với việc không có tinh trùng vẫn còn phổ biến, việc này dẫn tới chỉ định xin tinh trùng bệnh viện cao hơn, làm mất cơ hội có con huyết thống của bệnh nhân NOA. Hai trường hợp trong nghiên cứu này và tổng quan y văn nhằm mục đích đưa ra kinh nghiệm: không có giá trị ngưỡng cho nồng độ FSH máu tăng cao để dự đoán không có sự hiện diện của quá trình sinh tinh trên những bệnh nhân NOA.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trường hợp 1:

Bệnh nhân nam 41 tuổi, kết hôn 11 năm, vợ 38 tuổi chưa mang bầu lần nào. Bệnh nhân đã khám nhiều nơi chẩn đoán vô tinh/ tinh hoàn 2 bên teo nhỏ/ không tiền sử quai bị, chấn thương. Vợ chồng bệnh nhân IVF 2 lần, xin tinh trùng bệnh viện, chuyển phôi 4 lần chưa được. Tháng 4 năm 2023, bệnh nhân được khám và điều trị tại bệnh viện hỗ trợ và sinh sản và nam học Đức Phúc. Khám: tinh hoàn 2 bên trong bìu kích thước nhỏ 1ml, FSH: 69,05 UI/L; LH: 23,6 IU/L; Testosterone: 2,7 nmol/L; Nhiễm sắc thể đồ 46, XY; AZF: không đột biến. Chẩn đoán: vô sinh I/ vô tinh không do tắc/ teo tinh hoàn 2 bên. Bệnh nhân được micro TESE: mở tinh hoàn 2 bên, mô tinh hoàn còn lại ít, có vài đám hình dạng đại thể các ống sinh tinh, kích thước to ở vùng trung tâm, xung quanh là các cấu trúc dạng ống teo đứt xen kẽ các cấu trúc dạng tứ diện. Lấy các ống sinh tinh to nhất, soi trên kính hiển vi có tinh trùng di động cả 2 bên tinh hoàn. Vợ bệnh nhân làm IVF được 11 trứng; thụ tinh 8; được 6 phôi ngày 3; kết quả cuối cùng có 2 phôi ngày 3 và 3 phôi ngày 6. Vợ bệnh nhân đang chờ chuyển phôi.

Trường hợp 2:

Bệnh nhân nam 35 tuổi, kết hôn 5 năm, vợ 33 tuổi chưa mang bầu lần nào. Bệnh nhân có chấn thương năm 21 tuổi, đã cắt tinh hoàn phải, đụng dập sau đó teo tinh hoàn trái. Bệnh nhân đã khám nhiều nơi, chẩn đoán: vô tinh/ tinh hoàn trái duy nhất teo/ không tiền sử quai bị, chưa làm hỗ trợ sinh sản, chưa can thiệp tinh hoàn. Tháng 5 năm 2023, bệnh nhân được khám và điều trị tại bệnh viện hỗ trợ và sinh sản và nam học Đức Phúc. Khám: tinh hoàn trái duy nhất trong bìu kích thước 2ml, FSH: 79,83 UI/L; LH: 55,98 IU/L; Testosterone: 7,61 nmol/L; Nhiễm sắc thể đồ: 46, XY, 1qh+; AZF: không đột biến. Chẩn đoán: vô sinh I/ vô tinh không do tắc/ tinh hoàn trái duy nhất teo nhỏ. Bệnh nhân được micro TESE: đại thể tinh hoàn nhỏ, các ống sinh tinh đại đa số teo nhỏ, xơ cứng, mật độ chắc, rải rác có những đám ống sinh tinh kích thước to, màu vàng sậm hơn. Lấy các ống sinh tinh to hơn này, soi trên kính hiển vi có tinh

trùng di động. Vợ bệnh nhân làm IVF được 13 trứng; thụ tinh 11; 11 phôi ngày 3; kết quả cuối cùng có 3 phôi ngày 3, 3 phôi ngày 5 và 1 phôi ngày 6. Vợ bệnh nhân đang chờ chuyển phôi.

3. BÀN LUẬN

Nồng độ FSH huyết thanh có giá trị dự báo tốt cho quá trình sinh tinh hoạt động, vì nó rất hữu ích để phân biệt bệnh nhân vô tinh do tắc (OA – thường FSH trong giới hạn bình thường) với bệnh nhân vô tinh không do tắc (NOA – thường FSH tăng trên giới hạn cao) [10].

Sau TESE, một số nghiên cứu đã phát hiện ra rằng mức FSH huyết thanh trung bình cao hơn ở nhóm không tìm thấy tinh trùng so với nhóm tìm thấy tinh trùng [11-13]. Từ đó đưa ra giả thuyết rằng có thể dựa trên nồng độ FSH huyết thanh tiên lượng khả năng thu được tinh trùng từ phẫu thuật.

Điểm trên y văn theo thời gian: CAB Souza năm 2003 báo cáo 50 trường hợp sinh thiết tinh hoàn, với mức FSH > 17 UI/L dự đoán không thấy tinh trùng khi sinh thiết [14]. MASAO JINNO năm 2005 báo cáo dựa trên 40 trường hợp NOA, đưa ra ngưỡng FSH > 60 UI/L không tìm được tinh trùng khi phẫu thuật TESE [15]. Micheal Zitzmann năm 2006 báo cáo dựa trên 203 trường hợp NOA can thiệp TESE, đưa ra ngưỡng FSH >= 20 UI/L sẽ không tìm được tinh trùng khi TESE [16]. Cùng năm 2006 giá trị ngưỡng 9,9 IU/L FSH huyết thanh được dự đoán về khả năng lấy được tinh trùng thành công với độ nhạy 97% và độ đặc hiệu 83,3% trong một báo cáo của Ziaee [17]. Shyh-Chyan Chen năm 2010 đưa ra ngưỡng FSH > 19.4 UI/L không thể thu được tinh trùng dựa trên nghiên cứu 206 nam giới NOA trải qua TESE [18]. Tương tự, Bonarriba năm 2013. [19] đã giới thiệu điểm cắt là 12,2 mIU/mL đối với FSH huyết thanh với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 71% và 75%.

Ở chiều ngược lại, Ranjith Ramasamy năm 2008 báo cáo trên 792 nam giới NOA, kết quả micro TESE ~ 60%, không ảnh hưởng bởi FSH được phân nhóm < 15 UI/L, 15-30 UI/L, 31-45 UI/L, > 45 UI/L [20]. T.Ishikawa năm 2015 phân tích 1323 bệnh nhân NOA trải qua mTESE không thấy FSH có giá trị tiên đoán [21]. Năm 2017, Eken A báo cáo 145 bệnh nhân NOA trải qua m-TESE, nồng độ FSH không khác biệt giữa nhóm thu được tinh trùng và nhóm không thu được tinh trùng [22]. Năm 2018, Hao Li phân tích tổng hợp đánh giá 1261 ca NOA chỉ ra FSH là yếu tố có ít ý nghĩa trong dự báo khả năng tìm thấy tinh trùng [23]. Medhat Kamel Amer năm 2019 báo cáo trên 1395 bệnh nhân NOA cho thấy FSH không phải yếu tố dự đoán tìm thấy tinh trùng m-TESE [24].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai trường hợp FSH đều rất cao, lần lượt là 69,05 UI/L và 79,83 UI/L, kết quả đều tìm thấy tinh trùng đủ ICSI và đều có phôi ngày

5 hoặc ngày 6. Cả hai mức nồng độ FSH này đều lớn hơn tất cả các ngưỡng FSH được khuyến cáo trong các nghiên cứu trên và ủng hộ quan điểm FSH không phải yếu tố dự đoán tìm được tinh trùng khi TESE/m-TESE.

Những tranh cãi xung quanh giá trị tiên đoán của FSH có thể được chứng minh một phần bởi thực tế là nồng độ FSH trong huyết thanh được tìm thấy có tương quan với số lượng tế bào mầm trong tinh hoàn, chứ không phải số lượng tinh trùng biệt hóa [25]. Nghĩa là FSH trong giới hạn chỉ có ý nghĩa tế bào mầm bình thường, nếu có bất thường trong quá trình giảm phân hoặc biệt hóa tinh trùng gặp trong hội chứng dừng sinh tinh nửa chùng thì nồng độ FSH không tăng. Hơn nữa, nồng độ FSH huyết thanh chỉ đơn thuần là đại diện cho chức năng sinh tinh tổng thể và không thể đại diện cho từng điểm nếu có tồn tại của tinh trùng trong các ống sinh tinh của tinh hoàn. Do đó, dù nồng độ FSH huyết thanh tăng rất cao, vẫn có thể tồn tại một vài điểm có ống sinh tinh hoạt động. Mặt khác, phẫu thuật m-TESE có khả năng kiểm tra chính xác và toàn bộ các ống sinh tinh để tìm ra các điểm có quá trình sinh tinh đang hoạt động, nhờ đó vẫn có thể lấy được tinh trùng của bệnh nhân.

Tổng hợp lại, mặc dù nồng độ FSH trong huyết thanh thấp hơn tương quan với tỷ lệ thu hồi tinh trùng cao hơn bằng quy trình TESE/m-TESE, nhưng giá trị cao hơn không loại trừ khả năng thu hồi tinh trùng thành công, đặc biệt là thông qua kỹ thuật m-TESE. Do đó, FSH huyết thanh tăng cao không phải là một chống chỉ định của phẫu thuật TESE/m-TESE.

4. KẾT LUẬN

Hai ca bệnh và tổng hợp y văn cho thấy, FSH huyết thanh tăng cao không phải tiêu chuẩn để chống chỉ định phẫu thuật TESE/mTESE trên các bệnh nhân NOA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Achermann APP, Pereira TA, Esteves SC, Microdissection testicular sperm extraction (micro-TESE) in men with infertility due to nonobstructive azoospermia: summary of current literature. *Int Urol Nephrol*. 2021 Nov;53(11):2193-2210. doi: 10.1007/s11255-021-02979-4. Epub 2021 Aug 19. PMID: 34410586

[2] Steinberger E: Hormonal control of mammalian spermatogenesis. *Physiol Rev*. 1971, 51: 1-22.

[3] Amar AP, Weiss MH: Pituitary anatomy and physiology. *Neurosurg Clin N Am*. 2003, 14 (1): 11-23. 10.1016/S1042-3680(02)00017-7.

[4] Plant TM, Marshall GR: The functional significance of FSH in spermatogenesis and the control of its secretion in male primates. *Endocr Rev*.

2001, 22: 764-786. 10.1210/er.22.6.764.

[5] Ramaswamy S, Plant TM, Operation of the follicle-stimulating hormone (FSH)-inhibin B feedback loop in the control of primate spermatogenesis. *Mol Cell Endocrinol*. 2001, 180 (1-2): 93-101. 10.1016/S0303-7207(01)00498-1.

[6] Jensen TK, Andersson AM, Hjollund NH et al., Inhibin B as a serum marker of spermatogenesis: correlation to differences in sperm concentration and follicle-stimulating hormone levels. A study of 349 Danish men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997, 82: 4059-4063. 10.1210/jc.82.12.4059.

[7] Kim ED, Gilbaugh JH, Patel VR et al., Testis biopsies frequently demonstrate sperm in men with azoospermia and significantly elevated follicle-stimulating hormone levels. *J Urol*. 1997, 157: 144-146. 10.1016/S0022-5347(01)65308-4.

[8] Hargreave TB, Jequier AM, Can follicle stimulating hormone estimation replace testicular biopsy in the diagnosis of obstructive azoospermia?. *Br J Urol*. 1978, 50: 415-418. 10.1111/j.1464-410X.1978.tb04221.x.

[9] Pryor JP, Cameron KM, Collins WP et al., Indications for testicular biopsy or exploration in azoospermia. *Br J Urol*. 1978, 50: 591-594. 10.1111/j.1464-410X.1978.tb06219.x.

[10] Klami R, Mankonen H, Perheentupa A, Successful microdissection testicular sperm extraction for men with non-obstructive azoospermia. *Reprod Biol*. 2018 Jun;18(2):137-142. doi: 10.1016/j.repbio.2018.03.003. Epub 2018 Mar 27. PMID: 29602610.

[11] Tsujimura A, Matsumiya K, Miyagawa Y et al., Prediction of successful outcome of microdissection testicular sperm extraction in men with idiopathic nonobstructive azoospermia. *J Urol*. 2004 Nov;172(5 Pt 1):1944-7. doi: 10.1097/01.ju.0000142885.20116.60. PMID: 15540761.

[12] Nagata Y, Fujita K, Banzai J et al., Seminal plasma inhibin-B level is a useful predictor of the success of conventional testicular sperm extraction in patients with non-obstructive azoospermia. *J Obstet Gynaecol Res*. 2005 Oct;31(5):384-8. doi: 10.1111/j.1447-0756.2005.00306.x. PMID: 16176504.

[13] Yildirim ME, Koc A, Kaygusuz IC et al., The association between serum follicle-stimulating hormone levels and the success of microdissection testicular sperm extraction in patients with azoospermia. *Urol J*. 2014 Sep 6;11(4):1825-8. PMID: 25194084.

[14] Souza CA, Cunha Filho JS, Santos D et al., Predictive factors for motile sperm recovery using testicular biopsy in nonobstructive azoospermic patients. *Int Urol Nephrol*. 2003;35(1):53-7. doi: 10.1023/a:1025900112600. PMID:



- 14620284.
- [15] JINNO M, OZAKI T, NAKAMURA Y et al., Predicting sperm retrieval rates in testicular sperm extraction for azoospermia according to endocrine profiles. *Reproductive Medicine and Biology*, 2005, 4: 239-245. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0578.2005.00113.x>
- [16] Zitzmann M, Nordhoff V, von Schönfeld V et al., Nồng độ hormone kích thích nang trứng tăng cao và cơ hội đẻ nam giới vô tinh trở thành những người cha sau khi lấy được các tinh trùng kéo dài từ mô tinh hoàn được bảo quản lạnh vô trùng, 2006 tháng 8;86(2):339-47. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.12.058. Epub 2006, ngày 6 tháng 6. PMID: 16753155.
- [17] Ziaee SA, Ezzatnegad M, Nowroozi M et al., Prediction of successful sperm retrieval in patients with nonobstructive azoospermia. *Urol J*. 2006 Spring;3(2):92-6. PMID: 17590842.
- [18] Chen SC, Hsieh JT, Yu HJ et al., Giá trị ngưỡng thích hợp đối với hormone kích thích nang trứng trong azoospermia để dự đoán quá trình sinh tinh. *Reprod Biol Nội tiết* 8, 108 (2010). <https://doi.org/10.1186/1477-7827-8-108>
- [19] Bonarriba CR, Burgués JP, Vidaña V et al., Predictive factors of successful sperm retrieval in azoospermia. *Actas Urol Esp*. 2013 May;37(5):266-72. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuro.2012.06.002. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23062736.
- [20] Ramasamy R, Lin K, Gosden LV et al., High serum FSH levels in men with nonobstructive azoospermia does not affect success of microdissection testicular sperm extraction. *Fertil Steril*. 2009 Aug;92(2):590-3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.07.1703. Epub 2008 Oct 29. PMID: 18973887.
- [21] Predictors for sperm retrieval in microdissection sperm extraction for non-obstructive azoospermia Ishikawa, T. et al. *Fertility and Sterility*, Volume 104, Issue 3, e294
- [22] Eken A, Gulec F. Microdissection testicular sperm extraction (micro-TESE): Predictive value of preoperative hormonal levels and pathology in non-obstructive azoospermia. *Kaohsiung J Med Sci*. 2018 Feb;34(2):103-108. doi: 10.1016/j.kjms.2017.08.010. Epub 2017 Sep 19. PMID: 29413225.
- [23] Li H, Chen LP, Yang J et al., Predictive value of FSH, testicular volume, and histopathological findings for the sperm retrieval rate of microdissection TESE in nonobstructive azoospermia: a meta-analysis. *Asian J Androl*. 2018 Jan-Feb;20(1):30-36. doi: 10.4103/aja.aja_5_17. PMID: 28361811; PMCID: PMC5753551.
- [24] Amer MK, Ahmed AR, Abdel Hamid AA et al., Can spermatozoa be retrieved in non-obstructive azoospermic patients with high FSH level?: A retrospective cohort study. *Andrologia*. 2019 Mar;51(2):e13176. doi: 10.1111/and.13176. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30311269.
- [25] Silber SJ, van Steirteghem A, Nagy Z et al., Normal pregnancies resulting from testicular sperm extraction and intracytoplasmic sperm injection for azoospermia due to maturation arrest. *Fertil Steril*. 1996 Jul;66(1):110-7. doi: 10.1016/s0015-0282(16)58396-4. PMID: 8752620.

CHARACTERISTICS OF MICROBODY AND MICROSCOPIC OF SPERMATOZOA OBTAINED FROM TESTES IN PATIENTS WITH NONOBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA

Quach Thi Yen^{1*}, Trinh Quoc Thanh², Hoang Cao Hieu¹,
Nguyen Huyen Trang¹, Vu Thi Hao³, Nguyen Manh Tien¹

¹Vietnam University of Traditional Medicine – 02 Tran Phu, Mo Lao, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

²Vietnam Military Medical University – 160 Phung Hung, Phuc La, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

³Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy – 284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 29/05/2023; Accepted 30/06/2023

ABSTRACT

Objective: To describe microbody and microscopic characteristics of spermatozoa obtained from testes by micro-tese method (Microdissection testicular sperm extraction - micro TESE) in patients with nonobstructive azoospermia (NOA)).

Subjects and research methods: 132 NOA patients were performed micro TESE at the Army Clinical Embryology Institute Military Clinical Embryo Institute - Vietnam Military Medical University from 5/2017 to 12/2019.

Results: The rate of sperm collection by micro TESE method was 40.15%; sperm density was 3.59 ± 6.60 million/mL; 49.06% had a density less than 1 million/mL; 41.51% had a density from 1 - <15 million/mL. The percentages of vitality, progressive motility, and normal sperm morphology were 31.83 ± 20.41 , respectively; 4.00 ± 7.21 ; $1.70 \pm 2.39\%$; 38% abnormal sperm head. Observation under the electron microscope shows that the tip was wrinkled, even discontinuous, the pole pocket had irregularly shaped, the chromatin was condensed, and sometimes there were defect areas represented by the electron density region low.

Conclusion: Sperm obtained from testes has low density and survival rate, poor motility, high abnormal morphology, mostly head abnormalities.

Keywords: Micro TESE; Non-obstruction azoospermia; Sperm collection.

*Corresponding author
Email address: quachthiyen888@gmail.com
Phone number: (+84) 912661423



ĐẶC ĐIỂM VI THỂ, SIÊU VI THỂ TINH TRÙNG THU ĐƯỢC TỪ TINH HOÀN Ở BỆNH NHÂN VÔ TINH KHÔNG DO TẮC

Quách Thị Yên^{1*}, Trịnh Quốc Thành², Hoàng Cao Hiếu¹,
Nguyễn Huyền Trang¹, Vũ Thị Hào³, Nguyễn Mạnh Tiến¹

¹ Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam – 02 Trần Phú, P. Mộ Lao, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

² Học viện Quân y – 160 Phùng Hưng, P. Phúc La, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

³ Đại học Y Dược Thái Nguyên – 284 Đường Lương Ngọc Quyến, TP. Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/05/2023; Ngày duyệt đăng: 30/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm vi thể, siêu vi thể tinh trùng thu được từ tinh hoàn bằng phương pháp micro tесе (Microdissection testicular sperm extraction - micro TESE) ở bệnh nhân (BN) vô tinh không do tắc (nonobstructive azoospermia - NOA).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 132 BN NOA được làm micro TESE tại Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội - Học viện Quân y từ 5/2017 - 12/2019.

Kết quả: Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE là 40,15%; mật độ tinh trùng là $3,59 \pm 6,60$ triệu/mL; 49,06% có mật độ dưới 1 triệu/mL; 41,51% có mật độ từ 1 - <15 triệu/mL. Tỷ lệ tinh trùng sống, tinh trùng di động tiến tới và hình thái bình thường tương ứng là $31,83 \pm 20,41$; $4,00 \pm 7,21$; $1,70 \pm 2,39$ %; 38% tinh trùng bất thường đầu. Quan sát dưới kính hiển vi điện tử thấy đầu nhăn nhúm, thậm chí không liên tục, túi cực đầu có hình dạng méo mó bất thường, chất nhiễm sắc tụ đặc, đôi khi có những vùng khuyết thể hiện bằng vùng mật độ điện tử thấp.

Kết luận: Tinh trùng thu được từ tinh hoàn có mật độ và tỷ lệ sống thấp, di động kém, hình thái bất thường cao, đa số bất thường đầu.

Từ khóa: Phương pháp vi phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn; vô tinh không do tắc; thụ tinh trùng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô tinh là tình trạng không có tinh trùng trong tinh dịch. Đây là nguyên nhân gây vô sinh nặng nề nhất ở nam giới, chiếm 5% ở các cặp vợ chồng vô sinh [1]. Vô tinh được phân loại thành vô tinh do tắc và vô tinh không do tắc. Ở nhóm vô tinh không do tắc, tinh hoàn giảm sinh tinh nặng hay hoàn toàn không sản xuất tinh trùng. Năm 1992, với sự ra đời của kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn đã mở ra cơ hội làm cha cho những người vô tinh. Tinh trùng thu được từ tinh hoàn có thể tiến hành thụ tinh. Nhằm đánh giá về đặc điểm tinh trùng thu được từ tinh hoàn, từ đó có thể tiên lượng

cơ hội thụ tinh thành công, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *mô tả đặc điểm vi thể, siêu vi thể tinh trùng thu được từ tinh hoàn ở bệnh nhân vô tinh không do tắc.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 132 BN NOA được làm micro TESE tại Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y và Khoa Hình thái viện 69, Bộ Tư lệnh Bảo vệ Lăng Chủ tịch Hồ Chí Minh từ 5/2017 - 12/2019.

*Tác giả liên hệ
Email: quachthiyen888@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912661423

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những người không có tinh trùng trong tinh dịch được xác định theo tiêu chuẩn của WHO (2010), không phải xuất tinh ngược dòng [2]. Các BN NOA được tiến hành micro TESE.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp mắc bệnh cấp tính, bệnh xã hội, bệnh nội tiết, đang dùng thuốc, hóa chất ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả Đặc điểm vi thể tinh trùng đánh giá theo tiêu chuẩn WHO (2010). Do có nhiều mẫu có tỷ lệ tinh trùng thấp nên chúng tôi đếm 100 tinh trùng/mẫu và đánh giá các tiêu chí theo WHO (2010) [3]. Riêng với hình thái tinh trùng, chúng tôi tiến hành đánh giá 20 tinh trùng/mẫu trên tiêu bản nhuộm Papalicolaou và mô tả cấu trúc siêu vi thể của tinh trùng dưới kính hiển vi điện tử.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE

Trong 132 BN NOA, có 53 ca thu được tinh trùng, chiếm 40,15%.

3.2. Đặc điểm vi thể tinh trùng thu được từ tinh hoàn

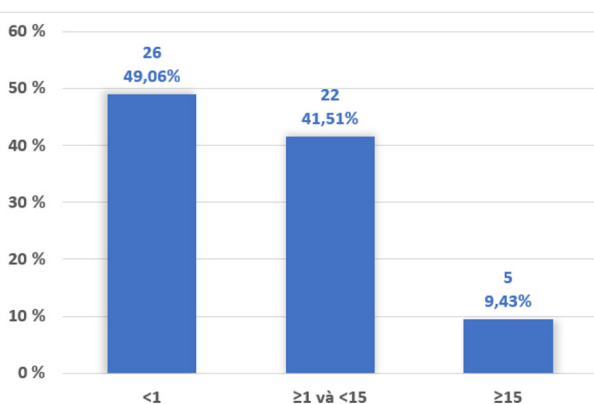
Dưới kính hiển vi vi phẫu, mẫu nghiên cứu được lấy ra từ tinh hoàn bệnh nhân sau đó được cho vào môi trường Collagenase type IA để làm tan mẫu mô. Ly tâm mẫu lấy cận đọc kết quả về mật độ, độ di động, tỷ lệ sống/chết và nhuộm hình thái tinh trùng. Tinh trùng thu được từ những mẫu nghiên cứu này thường có mật độ rất thấp, đa phần là tinh trùng bất động và có hình thái bất thường cao. Chính vì vậy, ở mỗi mẫu nhuộm hình thái đọc ngẫu nhiên 20 tinh trùng để phân tích kết quả. Như vậy tổng số tinh trùng được nghiên cứu hình thái là 1060 (20 tinh trùng x 53 mẫu). Kết quả nghiên cứu về đặc điểm vi thể của tinh trùng được tổng hợp trong các biểu đồ 1, 2, 3 và bảng 1, 2, 3.

Bảng 1: Tỷ lệ tinh trùng sống, hình thái tinh trùng bình thường và tinh trùng di động thu được từ tinh hoàn

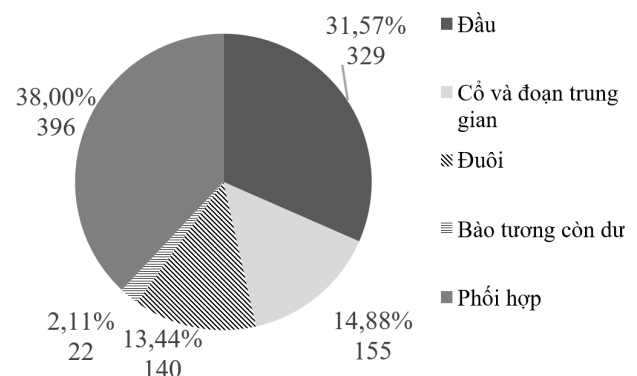
Đặc điểm tinh trùng	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị	Min - max
Mật độ tinh trùng	3,59 ± 6,60	1,50	0,2 – 30
Tinh trùng sống	31,83 ± 20,41	31	0 – 80
Hình thái tinh trùng bình thường	1,70 ± 2,39	0	0 – 5
Hình thái tinh trùng bất thường	98,30 ± 2,39	100	95 – 100
Tinh trùng di động tiến tới	4,00 ± 7,21	0	0 – 25
Tinh trùng di động không tiến tới	11,64 ± 10,14	12	0 – 35
Tinh trùng không di động	84,55 ± 14,98	85	44 – 100

Biểu đồ 1 và bảng 1 cho thấy: mật độ tinh trùng thu được từ tinh hoàn rất thấp, chủ yếu gặp mẫu có mật độ tinh trùng < 1 triệu/mL, chiếm tới 49,06%; tính tổng mẫu dưới 15 triệu/mL lên tới 91,57%; tỉ lệ tinh trùng sống; hình thái tinh trùng bình thường cũng như khả năng di động của tinh trùng đều dưới ngưỡng bình thường theo tiêu chuẩn của WHO (2010).

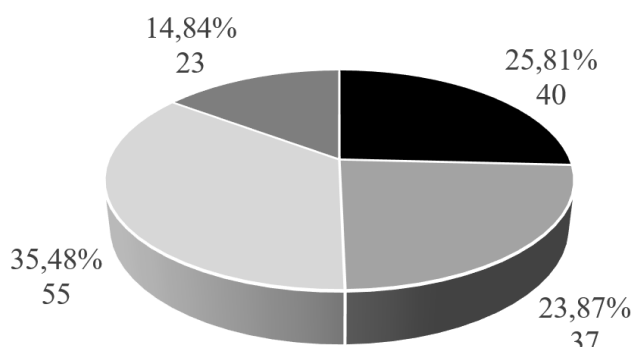
Biểu đồ 1: Phân bố mật độ tinh trùng thu được từ tinh hoàn



Biểu đồ 2: Tỷ lệ các dạng hình thái tinh trùng bất thường thu được từ tinh hoàn



Biểu đồ 3: Tỷ lệ các dạng hình thái bất thường đầu tinh trùng thu được từ tinh hoàn



▪ Gập nhọn ▪ Không cân đối ▪ Dày ▪ Mảnh

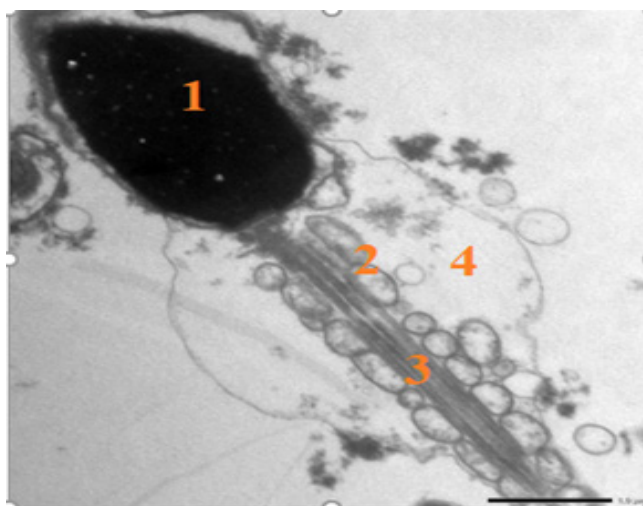
Bảng 2: Tỷ lệ các dạng hình thái tinh trùng bất thường cổ và trung gian; bất thường đuôi thu được từ tinh hoàn

Các dạng bất thường cổ và đoạn trung gian	Gập nhọn	Không cân đối	Dày	Mảnh
155 (100%)	40 (25,81)	37 (23,87)	55 (35,48)	23 (14,84)
Các dạng bất thường đuôi	Ngắn	Gập góc	Cuộn xoắn	Khác
140 (100%)	38 (27,14)	38 (27,14)	45 (32,14)	19 (13,57)

Kết quả từ biểu đồ 2, 3 và bảng 2 cho thấy đa số tinh trùng bất thường đầu (chiếm 31,57%), trong đó chủ yếu là đầu không có không bào chiếm 21,88%; dạng bất thường cổ và đoạn trung gian chiếm 14,88%, trong đó loại cổ dày chiếm 35,48%; dạng bất thường đuôi chiếm 13,44%, trong đó loại cuộn xoắn chiếm tỉ lệ cao nhất (32,14%).

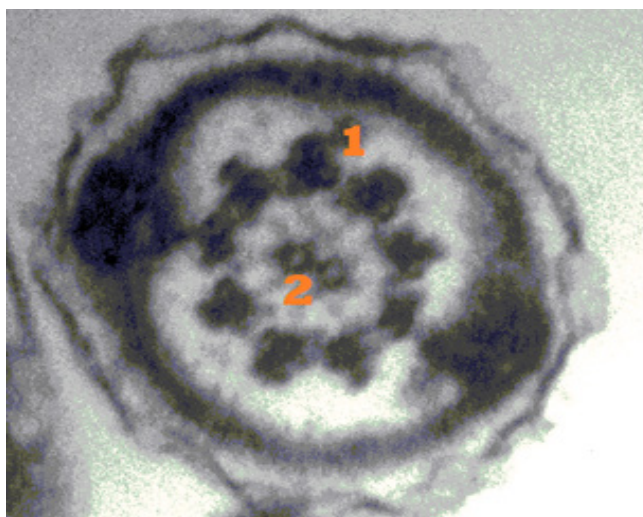
3.3. Đặc điểm siêu vi thể tinh trùng thu được từ tinh hoàn

Hình 1: Siêu cấu trúc tinh trùng từ tinh hoàn bệnh nhân NOA; Mã 2574 (TEM, x10.000).



1.Chất nhiễm sắc tụ đặc; 2. Bao ty thể; 3. Đoạn trục; 4. Cổ bào tương dày

Hình 2: Siêu cấu trúc đoạn thân tinh trùng (cắt ngang) từ tinh hoàn BN NOA, mã 2633 (TEM, x15.000);



1. Các cặp ống siêu vi ở ngoại vi; 2. Hai cặp ống siêu vi trung tâm

Trong tổng số 13 mẫu mô tinh hoàn gửi làm siêu cấu trúc, có 02 mẫu tìm thấy tinh trùng. Đa số là bất thường về đầu biểu hiện ở màng tế bào phân đầu nhăn nhúm, thậm chí không liên tục, túi cực đầu có hình dạng méo mó bất thường. Ở nhân một số tế bào, chất nhiễm sắc tụ đặc không đồng nhất, có những vùng khuyết thể hiện bằng vùng mật độ điện tử thấp. Phần cổ bào tương dày, ty thể ở đuôi mất các nếp gấp (Hình 1 và 2).

4. BÀN LUẬN

Theo Ishikawa (2012), tổng hợp các nghiên cứu so sánh về hiệu quả thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE cho thấy, tỷ lệ thu tinh trùng dao động từ 32 - 63% [3]. Deruyver Y và CS (2014) tổng hợp 7 nghiên cứu từ 1999 - 2011 cho thấy, tỷ lệ thu tinh trùng bằng micro TESE là 42,9 - 63% [4]. Kết quả này tương tự với kết quả của chúng tôi.

Về mật độ tinh trùng: chủ yếu gặp các mẫu có mật độ dưới 1 triệu/mL (chiếm 49,06%). Với kết quả trên chứng tỏ quá trình sinh tinh trong tinh hoàn của các bệnh nhân NOA bị tổn thương trầm trọng. Điều này dẫn đến mật độ tinh trùng thu được từ tinh hoàn ở bệnh nhân NOA giảm hơn nhiều so với bệnh nhân OA cũng như người bình thường. Hauser R. và cs (2006) nghiên cứu trên 87 bệnh nhân NOA cho thấy tinh trùng thu được từ tinh hoàn chỉ đạt $1,1 \pm 1,1$ tinh trùng (với kỹ thuật TESE) và $0,5 \pm 0,7$ tinh trùng (với kỹ thuật TESA) trên 1 vi trường với độ phóng đại 400 lần [5]. Prins G.S. và cs (1999) tiến hành thu tinh trùng bằng 2 kỹ thuật chọc hút tinh trùng từ tinh hoàn qua da và sinh thiết mở cũng thấy mật độ tinh trùng thu được khá thấp, khoảng từ $0,44 \pm 0,10$ triệu/mL và $0,79 \pm 0,12$ triệu/mL tương ứng [6]. Cito G. và cs (2018) cho kết quả mật độ tinh trùng thu được từ tinh hoàn bằng phương pháp TESE ở bệnh nhân vô tinh là $0,12 \pm 0,25$ triệu/mL, trong đó ở bệnh nhân OA là $0,24 \pm 0,01$ triệu/mL và NOA là $0,05 \pm 0,28$ triệu/mL [7]. Như vậy, kỹ thuật thu tinh trùng cũng ảnh hưởng đến hiệu quả thu tinh trùng. Hiện nay, với sự ra đời của kỹ thuật ICSI, chỉ cần bệnh nhân có một tinh trùng đã mang lại tia hy vọng cho các cặp vợ chồng hiếm muộn.

Tỷ lệ tinh trùng sống, hình thái tinh trùng bình thường và khả năng di động của tinh trùng thu được từ những mẫu nghiên cứu này thường có mật độ rất thấp, đa phần là tinh trùng bất động và có hình thái bất thường cao. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Prins S (1999) với tỷ lệ sống của tinh trùng là $55 \pm 7\%$ [6]. Cito G. và cs (2018) thực hiện thu tinh trùng bằng phương pháp TESE cho thấy tinh trùng di động là $2,13 \pm 0,58\%$, trong đó ở bệnh nhân OA là $4,8 \pm 0,57\%$; NOA là $0,8 \pm 0,7\%$ [7]. Điều này chứng tỏ kỹ thuật thu tinh trùng cũng ảnh hưởng đến chất lượng của tinh trùng thu được. Như vậy, tinh trùng thu được từ tinh hoàn trong các nghiên cứu đều có tỷ lệ di động tiến tới rất thấp. Điều này cũng phù hợp vì tinh trùng thu được từ tinh hoàn chưa trưởng thành hoàn toàn về mặt chức năng.

Hiện nay, phương pháp tiêm tinh trùng có chọn lọc hình dạng vào bào tương noãn (Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection – IMSI) đã được áp dụng rộng rãi. Phương pháp này đưa ra bởi Bartoov và cs (2002) giúp lựa chọn tinh trùng với hình dạng bình thường và không có không bào ở độ phóng đại cao hơn 6.600 lần dựa theo tiêu chuẩn MSOME (Motile Sperm Organelle Morphology Examination). Việc chọn lựa tinh trùng về hình dạng không nhất thiết phải sử dụng

hệ thống phóng đại cao kỹ thuật số, chi phí cao như trên thị trường hiện nay mà về cơ bản, kỹ thuật IMSI cải tiến sử dụng vật kính tương phản pha 40x, kết hợp hệ thống phóng đại phụ có sẵn và chọn lựa tinh trùng bình thường theo hình dạng và sự hiện diện của không bào theo tiêu chuẩn của WHO (2010) dưới độ phóng đại trên 6000 lần, dựa trên hệ thống quang học chuẩn của kính hiển vi đảo ngược. Với MSOME bất thường của hình dạng bên ngoài có thể dễ dàng quan sát ở độ phóng đại thấp, tuy nhiên những bất thường như trung tử, không bào và sự hiện diện của những hóc nhỏ ở đầu tinh trùng không thể nhận thấy ở độ phóng đại thấp. Những bất thường này chỉ có thể được phát hiện ở độ phóng đại cao. Dựa trên những tiêu chí này nên tiêu chuẩn MSOME được áp dụng để lựa chọn tinh trùng trong IMSI. Đây là phương pháp hiện đại có khả năng đánh giá hình thái tinh trùng ở độ phóng đại cao mà không cần nhuộm tế bào. Theo đánh giá thì phương pháp này đã giúp phát hiện và lựa chọn được các tinh trùng có hình thái bình thường từ đó tạo tiền đề cho việc thu được những phôi tốt trong IVF [8]. Chính nhờ những tiến bộ về mặt khoa học như vậy đã giúp cho các cặp vợ chồng hiếm muộn với nguyên nhân từ người chồng bị vô tinh có thể có con của chính mình.

Về đặc điểm siêu vi thể tinh trùng thu được từ tinh hoàn: trong tổng số 13 mẫu mô tinh hoàn gửi làm siêu cấu trúc, có 02 mẫu tìm thấy tinh trùng. Đa số là bất thường về biểu hiện ở màng tế bào phần đầu nhãn nhúm, thậm chí không liên tục, túi cực đầu có hình dạng méo mó bất thường. Ở nhân một số tế bào, chất nhiễm sắc tụ đặc không đồng nhất, có những vùng khuyết thể hiện bằng vùng mật độ điện tử thấp. Phần cổ bào tương dày, ty thể ở đuôi mất các nếp gấp. Những điều này chỉ ra rằng tinh trùng thu được từ tinh hoàn đang trong quá trình trưởng thành hay nói cách khác là các ông sinh tinh có nhiệm vụ hoàn thiện về cấu trúc cũng như chức năng trong quá trình trưởng thành của tinh trùng.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE ở BN NOA là 40,15%. Tinh trùng thu được từ tinh hoàn có mật độ và tỉ lệ sống thấp, di động kém, hình thái bất thường cao, đa số bất thường đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Nội tiết sinh sản, 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2013.
- [2] World Health Organization. Laboratory manual for the examination and processing of human semen. Cambridge University Press, Cambridge 2010.
- [3] Ishikawa T. Surgical recovery of sperm in non-obstructive azoospermia. Asian J Androl

- 2012; 14(1):109-115.
- [4] Deruyver Y, Vanderschueren D, Van der Aa F. Outcome of microdissection TESE compared with conventional TESE in non-obstructive azoospermia: A systematic review. *Andrology* 2014; 2(1):20-24.
- [5] Hauser R, Yogev L, Paz G et al., Comparison of efficacy of two techniques for testicular sperm retrieval in nonobstructive azoospermia: multifocal testicular sperm extraction versus multifocal testicular sperm aspiration. *J Androl.*, 2006, 27(1):28–33.
- [6] Prins GS, Dolgina R, Studney P et al., Quality of cryopreserved testicular sperm in patients with obstructive and nonobstructive azoospermia. *Journal of Urology* 1999; 161(5):1504-1508.
- [7] Cito G, Coccia ME, Picone R et al., Novel method of histopathological analysis after testicular sperm extraction in patients with nonobstructive and obstructive azoospermia. *Clin Exp Reprod Med.*, 2018, 45(4):170–176.
- [8] Bartoov B, Berkovitz A, Eltes F et al., Real-time fine morphology of motile human sperm cells is associated with IVF–ICSI outcome. *J Androl.*, 2002, 23(1):1–8.

TRADITIONAL MEDICINE MENSTRUAL CYCLE THERAPY TREATMENT FOR INFERTILITY OVULATORY DISORDERS

Hoang Thuy Hong^{1,2}, Nguyen Dinh Thanh^{1,2},
Nguyen Truong Nam^{1,2,*}, Luong Thi Thu³

¹Vietnam University of Traditional Medicine – 02 Tran Phu, Mo Lao, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

²Tam Anh Hospital – 108 Hoang Nhu Tiep, Bo De, Long Bien, Hanoi, Vietnam

³Vietnamese Society for Sexual Medicine – 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 10/05/2023

Revised 25/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Objectives: Ovulation stimulation and ovarian stimulation produce multiple mature follicles, combined with timed intercourse or intrauterine insemination, or in vitro fertilization using traditional medical methods.

Research method: Using a controlled intervention study method, the study used Clomiphene citrate, Letrozole and Gonadotropin alone or in combination to stimulate ovulation.

Results: Traditional medicine cycle therapy for the treatment of Infertile Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS), patients with a diagnosis of infertile PCOS were randomly assigned to 2 groups, starting on day 5 of their menstrual cycle, and the control group received Clomiphene Citrate 50mg on day 5. 5th - 9th of the cycle, the observation group used traditional medicine cycle therapy, which was treated for 3 consecutive months. Results of the observation group had the ovulation and pregnancy rates of 80%, 56%, respectively, higher than the control group (46% and 30%), LH index, and the ratio LH/FSH, E2, Testosterone in the group. All observations improved better than the control group.

Conclusion: Ovulation disorder is one of the main causes of infertility in women of reproductive age, with complex causes and mechanisms. Current treatment mainly focuses on ovarian stimulation, ovulation stimulation, although effective in assisted reproduction, but in controlling unwanted effects such as multiple pregnancy or ovarian hyperstimulation syndrome. Traditional medicine therapy combined with menstrual cycle characteristics combined with treatment as well as with fertility support measures initially gave good clinical experimental results.

Keywords: Follicle release disorder, infertility, traditional medicine, cycle treatment, regulation cycle

*Corresponding author
Email address: bstruongnam89@gmail.com
Phone number: (+84) 985180858



LIỆU PHÁP CHU KỲ Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NỮ DO RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN

Hoàng Thúy Hồng^{1,2}, Nguyễn Đình Thành^{1,2},
Nguyễn Trường Nam^{1,2,*}, Lường Thị Thu³

¹Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam – 02 Trần Phú, P. Mộ Lao, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Tâm Anh – 108 P. Hoàng Như Tiếp, Bồ Đề, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

³Hội Y học giới tính Việt Nam – 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/05/2023; Ngày duyệt đăng: 20/06/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Kích thích phóng noãn và kích thích buồng trứng tạo ra nhiều nang noãn trưởng thành, kết hợp cùng với giao hợp theo thời gian hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung, hoặc thụ tinh trong ống nghiệm sử dụng phương pháp y học cổ truyền.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp có nhóm đối chứng, nghiên cứu sử dụng Clomiphene citrate, Letrozole và Gonadotropin đơn lẻ hoặc kết hợp để kích thích phóng noãn.

Kết quả: Liệu pháp chu kỳ YHCT điều trị Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) vô sinh, bệnh nhân được chẩn đoán PCOS vô sinh được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, bắt đầu từ ngày thứ 5 của chu kỳ kinh nguyệt, nhóm chứng dùng Clomiphene Citrate 50mg vào ngày thứ 5-9 của chu kỳ, nhóm quan sát dùng liệu pháp chu kỳ YHCT, điều trị 3 tháng liên tục. Kết quả nhóm quan sát có tỉ lệ phóng noãn và mang thai lần lượt là 80%, 56% cao hơn nhóm đối chứng (46% và 30%), chỉ số LH, và tỉ số LH/FSH, E2, Testosterone ở nhóm quan sát đều cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng.

Kết luận: Rối loạn phóng noãn là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh cho nữ giới trong độ tuổi sinh sản, có nguyên nhân và cơ chế phức tạp. Điều trị hiện tại chủ yếu tập trung vào kích thích buồng trứng, kích thích phóng noãn, tuy có hiệu quả trong hỗ trợ sinh sản nhưng việc kiểm soát những tác dụng không mong muốn như đa thai hay hội chứng quá kích buồng trứng. Liệu pháp YHCT kết hợp với đặc điểm chu kỳ kinh nguyệt kết hợp điều trị cũng như với các biện pháp hỗ trợ sinh sản bước đầu cho kết quả thực nghiệm lâm sàng tốt.

Từ khóa: Rối loạn phóng noãn, vô sinh, y học cổ truyền, chu kỳ liệu pháp, điều chu kỳ...

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO), vô sinh được định nghĩa là việc không mang thai sau 12 tháng quan hệ tình dục thường xuyên, không dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào mà không có thai. Đối với phụ nữ từ 35 tuổi trở lên khuyến nghị đánh giá sau 6 tháng, và thời gian là 3 tháng với phụ nữ từ trên 40 tuổi[1]. Nguyên nhân của có thể do vô sinh yếu tố nữ, vô sinh yếu tố nam, hoặc

cả yếu tố nam và nữ, và khoảng 15% là vô sinh không rõ nguyên nhân[2]. Vô sinh do yếu tố nữ bao gồm: rối loạn phóng noãn; dự trữ buồng trứng giảm; bất thường giải phẫu, nội tiết, di truyền, chức năng hoặc miễn dịch của hệ thống sinh sản, bệnh mãn tính; và điều kiện tình dục không tương thích với giao hợp... Trong đó, vô sinh do rối loạn phóng noãn chiếm 25%[3], bao gồm các nguyên nhân gây ra nang noãn không phát triển hoặc không thể phát triển thành nang vượt trội hoặc

*Tác giả liên hệ

Email: bstruongnam89@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985180858

thành nang vượt trội nhưng không phóng noãn dẫn tới vô sinh. Nguyên nhân phổ biến nhất của không phóng noãn là hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), ảnh hưởng đến 70% phụ nữ bị không phóng noãn [6], ngoài ra các nguyên nhân phổ biến khác như suy buồng trứng sớm hay bệnh tuyến yên (prolactinoma, 13%)...[4].

Hiện nay, phương pháp điều trị vô sinh do rối loạn phóng noãn thường được sử dụng bao gồm sử dụng Clomiphene citrate, Letrozole và Gonadotropin đơn lẻ hoặc kết hợp để kích thích phóng noãn và kích thích buồng trứng, với mục tiêu tạo ra nhiều nang noãn trưởng thành, phối hợp cùng với giao hợp theo thời gian hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung (intrauterine insemination, IUI), hoặc chọc hút các nang noãn trưởng thành để thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization, IVF) kết hợp liệu pháp chu kỳ y học cổ truyền.

2. VÔ SINH VÀ VÔ SINH DO RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO), vô sinh được định nghĩa là việc không mang thai sau 12 tháng quan hệ tình dục thường xuyên, không dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào mà không có thai. Đối với phụ nữ từ 35 tuổi trở lên khuyến nghị đánh giá sau 6 tháng, và thời gian là 3 tháng với phụ nữ từ trên 40 tuổi[1]. Nguyên nhân của có thể do vô sinh yếu tố nữ, vô sinh yếu tố nam, hoặc cả yếu tố nam và nữ, và khoảng 15% là vô sinh không rõ nguyên nhân[2]. Vô sinh do yếu tố nữ bao gồm: rối loạn phóng noãn; dự trữ buồng trứng giảm; bất thường giải phẫu, nội tiết, di truyền, chức năng hoặc miễn dịch của hệ thống sinh sản, bệnh mãn tính; và điều kiện tình dục không tương thích với giao hợp... Trong đó, vô sinh do rối loạn phóng noãn chiếm 25%[3], bao gồm các nguyên nhân gây ra nang noãn không phát triển hoặc không thể phát triển thành nang vượt trội hoặc thành nang vượt trội nhưng không phóng noãn dẫn tới vô sinh.

Kinh nguyệt là quá trình biến đổi theo chu kỳ, có trật tự của niêm mạc tử cung, để đáp ứng với sự tương tác của các hormone được sản xuất bởi vùng dưới đồi, tuyến yên và buồng trứng, đặc trưng bởi hiện tượng hành kinh và phóng noãn. Thời gian trung bình của một chu kỳ kinh nguyệt là 28 ngày (25-30 ngày). Chu kỳ kinh nguyệt thường bất thường nhất xung quanh thời điểm mới dậy thì và mãn kinh do không phóng noãn và phát triển nang noãn không đầy đủ. Căn cứ vào tiền sử chu kỳ kinh nguyệt đều đặn với các triệu chứng tiền kinh nguyệt (đau vú, giữ nước...) có thể phán đoán biểu hiện của một chu kỳ có phóng noãn. Rối loạn phóng noãn bao gồm cả liên tục không phóng noãn và phóng noãn thưa, nang hoàng thể chưa vỡ, khiếm khuyết chức năng hoàng thể... nếu như chu kỳ kinh nguyệt diễn ra không đều, chu kỳ ngắn hơn 21 ngày hoặc dài hơn 35 ngày, hoặc có dấu hiệu chảy máu tử cung bất thường, vô kinh cần nghi ngờ rối loạn phóng noãn[6]. Nguyên nhân phổ

biến nhất của không phóng noãn là hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), ảnh hưởng đến 70% phụ nữ bị không phóng noãn [6], ngoài ra các nguyên nhân phổ biến khác như suy buồng trứng sớm hay bệnh tuyến yên (prolactinoma, 13%)...[4].

Hiện nay, các phương pháp điều trị vô sinh do rối loạn phóng noãn thường được sử dụng bao gồm sử dụng Clomiphene citrate, Letrozole và Gonadotropin đơn lẻ hoặc kết hợp để kích thích phóng noãn và kích thích buồng trứng, với mục tiêu tạo ra nhiều nang noãn trưởng thành, phối hợp cùng với giao hợp theo thời gian hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung (intrauterine insemination, IUI), hoặc chọc hút các nang noãn trưởng thành để thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization, IVF). Tuy nhiên khi sử dụng các phương pháp trên đều có tỷ lệ gây đa thai từ 10%-36%, hội chứng quá kích buồng trứng (1%-5% chu kỳ), rối loạn điện giải và tăng đông máu nghiêm trọng [5] [6]. Với sự phát triển mạnh mẽ của chuyên ngành hỗ trợ sinh sản, YHCT dần khẳng định vai trò trong điều trị và kết hợp điều trị vô sinh nói chung và vô sinh do rối loạn phóng noãn nói riêng giúp tăng hiệu quả trị liệu lâm sàng, hạn chế những tác dụng ngoại ý.

3. VÔ SINH VÀ LIỆU PHÁP CHU KỲ TRONG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Vô sinh trong YHCT thuộc phạm vi chứng bất dục, bất tử, vô tử... “Nội kinh- Thương cổ thiên chân luận” có nói: “Con gái 7 tuổi Thận khí thịnh, răng thay, tóc dài; hai lần bảy (14 tuổi) Thiên quý đến, Nhâm mạch thông, Xung mạch thịnh, nguyệt sự đúng kỳ xuống, nên có thể sinh con”. Theo đó, công năng của thận khí, thiên quý, xung mạch, nhâm mạch và kinh nguyệt đúng kỳ là điều kiện quyết định mang thai. Trục chức năng Thận - Thiên quý - Xung nhâm - Bào cung là gốc rễ của hoạt động sinh dục sinh sản. Trong đó, thận là gốc rễ của tiên thiên, lại chủ về sinh dục, thận khí thịnh tất thiên quý tới, xung chủ huyết hải, nhâm chủ bào cung, xung nhâm hai mạch sung thịnh, khí huyết điều hòa, quan hệ tình dục đúng thời mà có thể nhiếp tinh mang thai. Ngược lại nếu thận tinh hư tổn, xung nhâm không sung mãn, nang noãn không thể phát triển và thành thực; thận dương bất túc dẫn tới thận hư huyết ứ tắc trệ ở bào cung; can khí uất kết sơ tiết bất lợi; tỳ mất kiện vận không thể hóa sinh chất tinh vi của thủy cốc; hoặc đàm thấp trệ ảnh hưởng khí cơ thư sướng, đều có thể ảnh hưởng đến quá trình phát triển của nang noãn và trở ngại cho sự phóng noãn và thụ thai mà biểu hiện thành rối loạn kinh nguyệt và vô sinh. Vì vậy YHCT điều trị vô sinh rất chú trọng đến điều hòa kinh nguyệt, kinh nguyệt đúng kỳ mới có thể thành công thụ thai.

YHCT nhận thấy trong chu kỳ kinh nguyệt, âm dương khí huyết của người phụ nữ đều phát sinh biến hóa, phù hợp với quy luật âm dương tiêu trưởng. Dựa trên cơ sở



lý luận Thận khí - Thiên quý - Xung nhâm - Bào cung kết với biểu đồ nhiệt độ (BBT) và siêu âm để chuẩn đoán phóng noãn, lấy bỏ thận làm nguyên tắc cơ bản, vận dụng bổ thận - hoạt huyết hóa ứ - hoạt huyết điều kinh, dùng thuốc theo chu kỳ để kích thích phóng noãn điều trị vô sinh nữ đạt hiệu quả tốt. YHCT lấy mốc là thời điểm phóng noãn chia chu kỳ kinh nguyệt làm hai phần mang đặc tính âm dương tương ứng với giai đoạn nang noãn và giai đoạn hoàng thể, tiếp tục lấy thời điểm ra kinh và sạch kinh để chia chu kỳ kinh nguyệt thành 4 giai đoạn: giai đoạn phát triển nang noãn, giai đoạn giai đoạn phóng noãn, và giai đoạn hoàng thể, giai đoạn hành kinh. Giai đoạn phát triển nang noãn (ngày 6-10 của chu kỳ), sau hành kinh huyết hải hư rỗng, xung nhâm khí huyết bất túc, noãn bào đang trong giai đoạn phát triển, nhiệt độ cơ thể (BBT) là pha nhiệt độ thấp. Do đó cần ích thận bổ huyết hoặc ôn thận bổ huyết, khiến cho thận khí sung, âm huyết dần hồi phục từ đó thúc đẩy nang noãn phát triển và trưởng thành. Phương thuốc thường dùng: tư âm điện cơ thang (đương quy, xích thược, bạch thược, sơn dược, thực địa, đan bì, phục linh, nữ trinh tử; tặc đoạn, thỏ ty tử, miết giáp, tử hà sa). Giai đoạn phóng noãn (ngày 11-14) là giai đoạn trong cơ thể âm phát triển đến mức khí thịnh, là khi âm cực dương sinh, âm tiêu dương trưởng, BBT chuyển từ thấp sang cao. Khi này cần bổ thận dương kèm hoạt huyết để huyết quản căng đầy cho huyết dịch tuần hoàn, tiêu tán ứ huyết chuẩn bị phóng noãn. Phương thuốc thường dùng: bổ thận túc bài noãn thang (đương quy, xích thược, bạch thược, sơn dược, sơn thù, đan bì, tặc đoạn, thỏ ty tử, lộc giác, hồng hoa, ngũ linh chi). Giai đoạn hình thành hoàng thể (ngày thứ 15-22) dương khí trong cơ thể dần sinh trưởng tràn đầy, BBT xuất hiện pha nhiệt độ cao. Thích hợp ích khí bổ xung nhâm hoặc ích khí dưỡng huyết bổ thận cho nhâm mạch thông, thái xung mạch thịnh để hoàng thể phóng thích đủ lượng Prolactin giúp nội mạc tử cung thay đổi sang giai đoạn bài tiết chuẩn bị cho giai đoạn phôi làm tổ. Phương thuốc thường dùng: trợ dựng thang (đương quy, xích thược, bạch thược, sơn dược, sơn thù, đan bì, phục linh, tử thạch anh đều; tặc đoạn, thỏ ty tử, mỗi vị, sài hồ). Giai đoạn hành kinh (ngày 1-5 của chu kỳ) cơ thể dương khí tới cực vượng, dương cực thì âm sinh. Âm huyết hạ trú xung nhâm huyết hải, BBT nhiệt độ giảm, nội mạc tử cung chuyển sang giai đoạn bong tróc chảy máu. Thích hợp hoạt huyết thông kinh để tăng cường tuần hoàn huyết dịch trong tử cung, tiến tới nội mạc tử cung teo lại bong tróc, kinh nguyệt tới đúng kỳ. Phương thuốc thường dùng: Ngũ vị điều kinh tán (đan sâm, xích thược, ngũ linh chi; ích mẫu, ngải diệp). Các kỳ kinh nguyệt cứ lặp lại như vậy hết kỳ này đến kỳ khác quá trình âm dương tiêu trưởng tiếp tục tuần hoàn không ngừng.

4. LIỆU PHÁP CHU KỲ YHCT TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH DO RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN

Liệu pháp chu kỳ dựa trên đặc điểm các giai đoạn thay đổi nội tiết sinh lý trong một chu kỳ kinh nguyệt kết hợp cùng tính biến hóa quy luật của thận âm dương tiêu trưởng, khí huyết thịnh suy, thông qua các phương pháp điều trị của YHCT điều chỉnh kinh nguyệt trở lại chu kỳ kinh sinh lý bình thường giúp mang thai tự nhiên.

4.1. Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic Ovary Syndrome, PCOS)

Hội chứng buồng trứng đa nang là bệnh lý nội tiết đặc trưng bởi Androgen tăng cao biểu hiện lâm sàng (rậm lông, hói đầu kiểu nam giới, mụn trứng cá...) hoặc xét nghiệm hóa sinh, rối loạn phóng noãn hoặc không phóng noãn kéo dài (kinh nguyệt thưa hoặc vô kinh), hình ảnh buồng trứng đa nang, thường kèm theo béo phì và kháng Insulin. Androgen tăng cao ức chế nang noãn trưởng thành, cùng với triệu chứng tăng LH có không có tính chu kỳ, không thể hình thành đỉnh LH, khiến cho không phóng noãn dẫn đến vô sinh. Lý Xuân Hóa[7] nghiên cứu hiệu quả của liệu pháp chu kỳ YHCT điều trị PCOS vô sinh, bệnh nhân được chẩn đoán PCOS vô sinh được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, bắt đầu từ ngày thứ 5 của chu kỳ kinh nguyệt, nhóm chứng dùng Clomiphene Citrate 50mg vào ngày thứ 5-9 của chu kỳ, nhóm quan sát dùng liệu pháp chu kỳ YHCT, điều trị 3 tháng liên tục. Kết quả nhóm quan sát có tỉ lệ phóng noãn và mang thai lần lượt là 80%, 56% cao hơn nhóm đối chứng (46% và 30%), chỉ số LH, và tỉ số LH/FSH, E2, Testosterone ở nhóm quan sát đều cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Vương Na[8] đánh giá hiệu quả của liệu pháp chu kỳ điều trị vô sinh do PCOS, bệnh nhân được chẩn đoán PCOS vô sinh được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, nhóm chứng dùng Clomiphene Citrate 50-100mg/ngày trong ngày thứ 5-9 của chu kỳ, nhóm quan sát dùng liệu pháp chu kỳ YHCT, điều trị 3 tháng liên tục. Kết quả nhóm quan sát có tỉ lệ mang thai của nhóm quan sát đạt 60,7% cao hơn nhóm đối chứng 40%.

4.2. Tăng Prolactin (Hyperprolactinemia)

Tăng Prolactin máu là bệnh lý nội tiết đặc trưng bởi tiết sữa, rối loạn kinh nguyệt thậm chí bế kinh, vô sinh... Prolactin tăng cao ảnh hưởng tới trục Hạ đồi - Tuyến yên - Tuyến sinh dục, ức chế bài tiết Estradiol, LH dẫn đến rối loạn phóng noãn. Đồng thời gây trở ngại quá trình tổng hợp và bài tiết Progesteron, ảnh hưởng đến chức năng hoàng thể dẫn đến vô sinh. Khang Diên Thọ[9] đánh giá tác dụng của Dihydro- α -Ergocryptine Mesylate kết hợp liệu pháp chu kỳ điều trị bệnh nhân vô sinh tăng Prolactin máu, nhóm chứng và nhóm quan sát mỗi nhóm 48 bệnh nhân cùng dùng thuốc nền Dihydro- α -Ergocryptine Mesylate, nhóm quan sát kết hợp thêm liệu pháp chu kỳ YHCT, cùng điều trị 4 tháng liên tục. Kết quả sau 60- 90- 120 ngày tình trạng khôi phục kinh nguyệt, ngừng tiết sữa, tỉ lệ phóng noãn của nhóm quan sát tiến triển tốt hơn nhóm đối chứng. Sau 60- 90- 120 ngày nhóm quan sát có nồng độ Prolactin thấp hơn

nhóm đối chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Phòng vấn sau 1 năm, nhóm quan sát có tỉ lệ mang thai 70,8% cao hơn nhóm đối chứng 43,8%.

4.3. Suy chức năng buồng trứng

Suy chức năng buồng trứng bao gồm 2 giai đoạn: suy chức năng dự trữ buồng trứng và suy buồng trứng sớm, trong đó suy chức năng dự trữ buồng trứng (Diminished ovarian reserve, DOR) là chỉ quỹ dự trữ noãn giảm số lượng và/ hoặc chất lượng; Suy buồng trứng sớm (Premature ovarian insufficiency, POI) là chỉ phụ nữ trước 40 tuổi công năng sinh dục suy giảm, là chỉ giai đoạn cuối của suy chức năng buồng trứng. La Chí Quyên[10] đánh giá hiệu quả của liệu pháp chu kỳ điều trị nhóm quan sát 182 bệnh nhân vô sinh do suy buồng trứng sớm, so với nhóm đối chứng 111 bệnh nhân dùng Clomiphene citrate 50mg ngày thứ 5-14 chu kỳ, 3 chu kỳ liên tục. Kết quả tỉ lệ phóng noãn đạt 67,5%, tỉ lệ mang thai 60,98% so với nhóm đối chứng tỉ lệ tương ứng 60,1% và 38,56% khác biệt có ý nghĩa thống kê. Lương Tinh[11] sử dụng liệu pháp chu kỳ phối hợp dán huyết tại điều trị bệnh nhân suy chức năng dự trữ buồng trứng, 120 bệnh nhân chia vào 3 nhóm: Nhóm A dùng liệu pháp chu kỳ kết hợp dán huyết tại (dùng hạt vương bắt lưu hành dán vào vị trí huyết trên tại); Nhóm B dùng liệu pháp chu kỳ; Nhóm C dùng chu kỳ nhân tạo (Estradiol Valerate 1mg, ngày 1 viên D5- D15, Progesterone 100mg ngày 1 viên D16- D25). Sau 3 tháng điều trị, nhóm A nồng độ LH, FSH, E2 đều giảm hơn so với nhóm B và C, tỉ lệ mang thai thành công của 3 nhóm lần lượt là 92,5%, 75%, 72,5% khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Hạ Quế Thành[12] dùng bổ thận liệu pháp chu kỳ điều trị vô sinh do suy buồng trứng, sau 6 tháng điều trị tỉ lệ hồi phục chức năng hoàng thể 94% và tỷ lệ thụ thai 40% so với nhóm chứng lần lượt là 55% và 20%.

5. KẾT LUẬN

Rối loạn phóng noãn là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh cho nữ giới trong độ tuổi sinh sản, có nguyên nhân và cơ chế phức tạp. Điều trị hiện tại chủ yếu tập trung vào kích thích buồng trứng, kích thích phóng noãn, tuy có hiệu quả trong hỗ trợ sinh sản nhưng việc kiểm soát những tác dụng không mong muốn như đa thai hay hội chứng quá kích buồng trứng... hay nguy cơ lâu dài còn nhiều hạn chế. Trong điều trị rối loạn phóng noãn cũng như vô sinh, YHCT lấy biện

chứng luận trị làm cơ sở, vận dụng quy luật âm dương tiêu trưởng cũng như sinh lý kinh nguyệt thai sản của YHCT, kết hợp với đặc điểm chu kỳ kinh nguyệt trong nghiên cứu hiện đại tạo thành liệu pháp chu kỳ YHCT áp dụng điều trị cũng như kết hợp với các biện pháp hỗ trợ sinh sản đã chứng minh là đạt được hiệu quả lâm sàng tốt. Tuy nhiên các nghiên cứu mới dừng lại ở quan sát đánh giá kết quả, cần tiếp tục nghiên cứu khẳng định cơ chế tác dụng cũng như hiệu quả phòng tránh tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Female age-related fertility decline, Committee Opinion No. 589. Fertil Steril. 2014,101(3):633-634.
- [2] Gelbaya TA, Potdar N, Jevic Y B et al., Definition and epidemiology of unexplained infertility. Obstet Gynecol Surv. 2014,69(2):109-115.
- [3] Recent advances in medically assisted conception, Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1992,820:1-111.
- [4] Boutari C, Pappas P D, Mintzioti G et al., The effect of underweight on female and male reproduction. Metabolism. 2020,107:154229.
- [5] Use of exogenous gonadotropins for ovulation induction in anovulatory women: a committee opinion. Fertil Steril. 2020,113(1):66-70.
- [6] Carson SA, Kallen AN, Diagnosis and Management of Infertility: A Review. JAMA. 2021,326(1):65-76.
- [7] 李春华, 张玉霞. 中医周期疗法治疗多囊卵巢综合征不孕的临床研究. 中国农村卫生. 2017, No. 126 (24) :21.
- [8] 王娜, 薛秀伟. 自拟补肾活血系列方治疗多囊卵巢综合征不孕56例. 中国煤炭工业医学杂志. 2004 (09) :901-902.
- [9] 康延寿. 甲磺酸- α -二氧麦角隐亭片联合中医人工周期疗法对高催乳素血症不孕患者的临床治疗效果. 中国医药. 2018, 13 (08) :1219-1222.
- [10] 罗志娟, 吴媛媛. 调周中药方治疗无排卵性不孕182例: 第九次全国中医妇科学术大会. 中国广东广州: 2009386-388.
- [11] 梁菁, 胡晓文. 中药周期疗法配合耳穴压豆治疗卵巢储备功能下降的临床研究. 中国实用医药. 2018, 13 (22) :179-181.
- [12] 夏桂成. 不孕不育与月经周期调理. 不孕不育与月经周期调理, 2000.