

KẾT QUẢ VI PHẪU THẮT TĨNH MẠCH TINH Ở NAM GIỚI HIẾM MUỘN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2020-2024

Nguyễn Duy Hiệp^{1,2}, Nguyễn Hoài Bắc^{2,3}, Nguyễn Cao Thắng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh vi phẫu cho nam giới hiếm muộn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân (BN) có giãn tĩnh mạch tinh được điều trị vi phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 1 năm 2024. **Kết quả và kết luận:** Thời gian phẫu thuật trung bình là $59,49 \pm 18,02$ phút; Không có tai biến trong phẫu thuật; Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 6,1%; Thời gian nằm viện trung bình là $2,14 \pm 1,31$ ngày. Tỷ lệ có thai nói chung sau 1 năm đạt 63,3%, trong đó có thai tự nhiên chiếm 53,1% và tỷ lệ có thai do hỗ trợ sinh sản chiếm 10,2%. Phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng vi phẫu cho nam giới hiếm muộn là phương pháp an toàn, tỷ lệ có thai tự nhiên sau 12 tháng phẫu thuật đạt 53,1%. **Từ khóa:** Hiếm muộn; Giãn tĩnh mạch tinh; Vi phẫu thuật.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF MICROSURGICAL VARICOSECTOMY IN INFERTILE MEN, AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2020-2024

Introduction: This study aims to evaluate the surgical outcomes of microsurgical varicocelectomy in infertile men at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 49 patients with varicocele who underwent microsurgical varicocelectomy at Hanoi Medical University Hospital. Period January 2020 – January 2024. **Results and conclusion:** The average of surgery duration was 59.49 ± 18.02 minutes; no intraoperative adverse events were reported; postoperative complications accounted for 6.1%; the average of hospital stay was 2.14 ± 1.31 days. The overall pregnancy rate after 1 year reached 63.3%, with a spontaneous pregnancy rate of 53.1% and an assisted reproductive technology pregnancy rate of 10.2%. Microsurgical varicocelectomy for infertile men is a safe method, with a spontaneous pregnancy rate of 53.1% after 12 months post-surgery.

Keywords: Infertility; Varicocele; Microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), một cặp

nam nữ không thể có thai sau một năm quan hệ tình dục ổn định không dùng biện pháp tránh thai nào, được coi là vô sinh (hiếm muộn)[1]. Theo thống kê, tỷ lệ vô sinh nói chung khoảng 15%, trong đó khoảng 50% các trường hợp này có sự tham gia các yếu tố nguyên nhân từ phía người nam giới[2].

Có nhiều nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới trong đó giãn tĩnh mạch tinh (TMT) là một trong các nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giãn TMT chiếm khoảng 19 - 41% các trường hợp nam vô sinh tiên phát và khoảng 45 - 84% các trường hợp vô sinh thứ phát[3]. Đã từ lâu, người ta đưa ra các bằng chứng cho thấy việc phẫu thuật thắt TMT làm cải thiện các thông số tinh trùng (số lượng và tổng số và khả năng di chuyển tiến triển và cải thiện hình thái của tinh trùng).[4] Theo Nguyễn Hoài Bắc và CS Tỷ lệ có thai tự nhiên sau phẫu thuật vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh tỷ lệ có thai tự nhiên sau 12 là 50,8%[5].

Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh khác nhau như phẫu thuật mở kinh điển, phẫu thuật nội soi, can thiệp mạch qua da và vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh. Trong đó, vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh vẫn được cho là phương pháp có nhiều ưu điểm do hạn chế được tối đa các biến chứng và có hiệu quả trong việc cải thiện chức năng sinh sản của nam giới[3].

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch đã được áp dụng nhiều năm trở lại đây. Đã có nghiên cứu về mối liên quan giữa thời gian vô sinh và độ di động tiến của tinh trùng như một tiêu chí tiên lượng cho khả năng có thai tự nhiên. Tuy nhiên các nghiên cứu thường tập trung vào vai trò của phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh vi phẫu đối với khả năng có thai và yếu tố tiên lượng của một số yếu tố trước mổ chưa được nghiên cứu chuyên sâu; vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh ở nam giới hiếm muộn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020 – 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa nam học và y học giới tính bệnh viện đại học Y Hà Nội

Thời gian: Từ tháng 08 năm 2020 đến tháng

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

08 năm 2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Được chẩn đoán hiểm muộn nam do giãn TMT một bên; Được điều trị bằng phương pháp vi phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Bệnh nhân có đầy đủ thông tin về thăm khám lâm sàng và được làm các xét nghiệm cận lâm sàng đánh giá tại thời điểm nghiên cứu.

Đến khám lại định kỳ theo hẹn hoặc ít nhất một lần trong quá trình theo dõi hoặc có thể liên lạc được bằng điện thoại để kiểm tra tình trạng có thai và các thông số xét nghiệm sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân sau sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu

- Giãn tĩnh mạch tinh thể cận lâm sàng (giãn độ 0) hoặc những bệnh nhân giãn thể lâm sàng nhưng lại không thấy có dấu hiệu giãn trên siêu âm.
- Không có đầy đủ các xét nghiệm cần thiết và thông tin trên lâm sàng.
- Được điều trị giãn TMT bằng các phương pháp khác như phẫu thuật nội soi hoặc nút mạch, nội khoa.
- Không tái khám hoặc mất liên lạc không theo dõi được trong thời gian tối thiểu 3 tháng.
- Có các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục, hoặc các bệnh toàn thân có khả năng làm ảnh hưởng đến đau tinh hoàn của bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.5. Biến số nghiên cứu. Các thông tin về người bệnh đều được thu thập dựa trên phỏng vấn trực tiếp và bệnh án điều trị bao gồm các thông tin cá nhân, thông tin về bệnh lý và thông tin về bảo hiểm, hỗ trợ từ xã hội. Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng thông qua hồ sơ bệnh án.

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Bước 1: Xây dựng bộ công cụ thu thập thông tin và thử nghiệm, tối ưu bộ công cụ

Bước 2: Tuyển chọn bệnh nhân phù hợp. Bệnh nhân hiểm muộn sau khi vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh có đi khám lại sau 3 tháng, 6 tháng được mời tham gia nghiên cứu

Bước 3: Sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, nghiên cứu viên tiến hành khám lâm sàng, thực hiện các thủ thuật, xét nghiệm cận

lâm sàng và phỏng vấn thông tin nghiên cứu.

Bước 4: Thông tin nghiên cứu được thu thập bằng bộ công cụ thu thập thông tin và nhập liệu làm sạch thông qua phần mềm Excel và đưa vào xử lý số liệu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Tất cả các biến số mô tả được báo cáo trung bình \pm độ lệch chuẩn. Dùng phép kiểm t để so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân sau ghép, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ trong khoảng tin cậy 95% Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 14.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội, Ban giám đốc và khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được giải thích đầy đủ, tự nguyện tham gia nghiên cứu, và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu.

Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật và được đảm bảo chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này.

Đề tài nghiên cứu này được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học nhằm chẩn đoán bệnh, điều trị và tiên lượng bệnh cho bệnh nhân mà không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $31,8 \pm 4,5$, nhỏ nhất là 18 tuổi và cao nhất là 43 tuổi.

- Mức độ giãn tĩnh mạch tinh theo Dubin và Amelar [7]: Giãn độ 1 chiếm 6,1%, độ 2 chiếm 14,3%, độ 3 chiếm 79,6%. Gặp chủ yếu ở nhóm vô sinh tiền phát chiếm tỉ lệ 61,2%. Thời gian vô sinh trung bình là $20,7 \pm 7,1$ tháng, trong đó nhóm có thời gian vô sinh < 2 năm chiếm 51,0%.

3.2. Kết quả vi phẫu điều trị tĩnh mạch tinh giãn

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $59,49 \pm 18,02$ phút, ngắn nhất là 30 phút và dài nhất 110 phút.

- Biến chứng trong phẫu thuật: có 93,9% không có biến chứng, có 03 BN (6,1%) có biểu hiện sưng nề vết mổ và tụ máu, điều trị nội khoa các biến chứng đều hết.

- Thời gian nằm viện trung bình là: $2,14 \pm 1,31$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 7 ngày.

Bảng 1. Sự thay đổi các thông số tinh dịch đồ sau phẫu thuật

Các thông số	N	Trước	Sau	P	D (mean \pm SE)	95%CI
		Mean \pm SD	Mean \pm SD			

Thể tích (ml)	49	3,0 ± 1,2	3,2 ± 1,4	0,03*		
Mật độ (triệu/ml)	49	37,3 ± 40,4	58,0 ± 41,4	0,001*	20,7 ± 23,9	13,8 - 27,5
Tỉ lệ sống (%)	49	76,0 ± 10,7	81,7 ± 5,0	0,09	0,8 ± 3,4	-0,14 - 1,8
Di động TT (%)	49	37,7 ± 12,4	42,6 ± 12,7	0,001*	0,33 ± 0,52	0,18 - 0,47
Hình thái (%)	49	9,7 ± 7,4	10,5 ± 7,1	0,06	0,06 ± 0,24	-0,01 - 0,13
TMC (triệu)	49	55,4 ± 69,4	78,6 ± 71,2	0,001*	23,7 ± 38,1	12,8 - 34,7

* Giá trị p có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 1 cho thấy ngoại trừ tỷ lệ sống và hình thái tinh trùng, hầu hết các thông số tinh dịch đồ sau phẫu thuật đều cho thấy sự cải thiện rõ rệt so với trước đó. Sự khác biệt về giá trị trung bình trước và sau can thiệp đạt mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mật độ tinh trùng tăng $20,7 \pm 23,9$ triệu/ml, trong khi TMC tăng $23,7 \pm 38,1$ triệu.

Bảng 2. Sự thay đổi các thông số nội tiết tố sau phẫu thuật

Các thông số nội tiết	n	Trước		P
		Mean ± SD	Sau	
Testosterone	Chung	49 17,1 ± 5,0	16,2 ± 3,7	0,18
	Thấp	10 9,6 ± 1,6	12,3 ± 5,1	0,013*
	Bình thường	39 19,1 ± 3,5	17,2 ± 3,4	0,016*
LH	Chung	49 6,02 ± 3,4	5,8 ± 3,5	0,15
	Thấp	1 1,08 ± 0,0	2,34 ± 0,0	
	Bình thường	48 6,12 ± 3,4	5,83 ± 3,5	0,11
FSH	Chung	49 5,3 ± 3,3	4,8 ± 2,2	0,09
	Thấp	16 2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,5	0,16
	Bình thường	33 6,5 ± 3,3	5,7 ± 2,1	0,051

* Giá trị p có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 2 cho thấy ở nhóm testosterone thấp (< 12 nmol/L), sau phẫu thuật nồng độ testosterone tăng có ý nghĩa thống kê ($9,3 \pm 1,6$ so với $12,3 \pm 5,1$ với $p = 0,013$). Ngược lại, ở nhóm có nồng độ testosterone bình thường (≥ 12 nmol/L), sau phẫu thuật testosterone lại giảm có ý nghĩa thống kê ($19,1 \pm 3,5$ so với $17,2 \pm 3,4$ với $p = 0,016$).

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân có thai sau phẫu thuật

Thời gian	Tự nhiên	Hỗ trợ	Chung
0 - 3 tháng	8,2%	0,0%	8,2%
6 - 12 tháng	44,9%	10,2%	55,1%
Tổng	53,1%	10,2%	63,3%

Qua bảng 3 cho thấy sau 12 tháng phẫu thuật thắt tinh mạch tinh, tỉ lệ có thai nói chung đạt 63,3%. Trong đó, có thai tự nhiên chiếm 53,1%, có thai do hỗ trợ sinh sản chiếm 10,2%. Sau phẫu thuật tỉ lệ có thai tự nhiên ở ba tháng đầu là 8,2% và sau 9 tháng sau là 44,9%

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về độ tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $31,8 \pm 4,5$, nhóm tuổi trên 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (67,3%), trong khi đó nhóm tuổi 31- 40 chiếm 27,6% và nhóm ≥ 41 tuổi gặp rất ít (6,9%). Theo Nguyễn Hữu Thảo[2], Lê Huy Ngọc[1], tuổi trung bình trong nghiên cứu là $26,57 \pm 6,44$ tuổi, Nguyễn Hoài Bắc tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $30,1 \pm 5,5$ (20-52) tuổi[5]. Các tác giả đều thống nhất rằng bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh thường gặp ở nam giới trong độ tuổi trẻ ≤ 30 tuổi, giảm dần sau tuổi 30 và ít gặp sau tuổi 40. Đây cũng là độ tuổi hoạt động mạnh nhất về tình dục cũng như sinh sản nên sự ảnh hưởng của giãn tĩnh mạch tinh có sự tác động rất lớn đối với khả năng có con và làm gia tăng tỷ lệ vô sinh ở nam giới;

Về độ giãn tĩnh mạch tinh trước phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giãn tĩnh mạch tinh độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 39/49 BN (79,6%), độ 2 có chiếm 29,3% và giãn độ 1 có 3 BN chiếm 6,1%. Theo Nguyễn Hữu Thảo[2], trong nghiên cứu 72 BN giãn tĩnh mạch tinh được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN giãn độ 1 là 2,8%, giãn độ 2 là 40,3% và giãn độ 3 là 56,9%. Như vậy mức độ giãn tĩnh mạch tinh trong nghiên cứu của chúng tôi là gần như tương đồng với các tác giả khác trong nước.

Đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi là nam giới vô sinh do giãn tĩnh mạch tinh thể lâm sàng, với thời gian vô sinh trung bình $20,7 \pm 7,1$ tháng và gặp chủ yếu ở bệnh nhân vô sinh tiên phát (61,2%). Tác giả Nguyễn Hoài Bắc trong nghiên cứu có thời gian vô sinh trung bình là $25,1 \pm 20,5$ và gặp chủ yếu là bệnh nhân vô sinh tiên phát chiếm tỷ lệ 72,7%[5]. Tác giả Abdel-Meguid trong nghiên cứu những nam giới vô sinh giãn tĩnh mạch tinh thể lâm sàng chủ yếu gặp bệnh nhân vô sinh tiên phát[8]. Chúng tôi nhận thấy, nhóm nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm chung về thời gian vô sinh và loại vô sinh tương tự các nghiên cứu trong nước và nước ngoài.

Kết quả phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian phẫu thuật trung bình là $59,49 \pm 18,02$ phút, ngắn nhất 30

phút và dài nhất 110 phút.

Theo Nguyễn Hữu Thảo[2], thời gian phẫu thuật trung bình là $60,64 \pm 22,54$ phút, nhanh nhất 24 phút, lâu nhất 135 phút. Trong đó nhóm 30 - 60 phút chiếm nhiều nhất 62,7%. Nguyễn Hoài Bắc cho thấy thời gian trung bình của vi phẫu thuật $60,91 \pm 17,54$ (30- 120) phút[5]. Càng ngày vi phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh trở thành thường quy và phổ biến ở những cơ sở có trang bị kính vi phẫu, thời gian phẫu thuật về sau càng rút ngắn hơn so với trước đây.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là $2,14 \pm 1,31$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 7 ngày. Theo Lê Huy Ngọc[1], thời gian nằm viện trung bình $2,32 \pm 0,66$ ngày (1 - 4 ngày). Tác giả Nguyễn Hữu Thảo[2], thời gian nằm viện trung bình là $3,81 \pm 1,08$ ngày (2 - 7 ngày).

Phương pháp vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh có thể có các tai biến như chảy máu, thắt động mạch tinh hay bạch mạch.

Kết quả nghiên cứu 49 BN có tĩnh mạch tinh giãn được thực hiện phẫu thuật bằng vi phẫu không có tai biến nào xảy ra trong phẫu thuật. Có 03 BN (6,1%) có biểu hiện sưng nề vết mổ và tụ máu, điều trị nội khoa các biến chứng đều hết trước khi ra viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước về tai biến trong phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh vi phẫu, không có ghi nhận hoặc ít biến chứng hậu phẫu nào cần phải can thiệp ngoại khoa như chảy máu, tràn dịch màng tinh hoàn hay tụ máu bìu lớn[1][3].

Sự cải thiện các thông số tinh dịch đồ sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng là những nam giới vô sinh do giãn tĩnh mạch tinh được vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh qua ngả bẹn bìu. Kết quả cho thấy hầu hết các thông số tinh dịch đồ đều được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Sự cải thiện trung bình sau về mật độ, độ di động tiến tới và chỉ số TMC trước và sau phẫu thuật với $p < 0,01$. Nghiên cứu của tác giả Cho.Y cho thấy có sự cải thiện về mật độ tinh trùng, độ di động tiến tới và tổng số tinh trùng di động ($27,1 \pm 1,8$ triệu/ml trước so với $31,8 \pm 1,7$ triệu/ml sau, với $p = 0,011$; $37,5 \pm 0,8\%$ trước so với $41,4 \pm 1,1\%$ sau, với $p = 0,003$; $57 \pm 1,1$ triệu so với $61,2 \pm 1,1$ triệu sau, với $p = 0,003$)[9]. Kết quả này một lần nữa cho thấy giãn tĩnh mạch tinh gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến các thông số tinh dịch đồ. Các thông số tinh dịch bị ảnh hưởng nhiều nhất là mật độ tinh trùng và độ di động tiến tới của tinh trùng. Phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh có lợi nhiều hơn cho

mật độ và độ di động so với các thông số khác.

Nồng độ hormone sau phẫu thuật. Kết quả xét nghiệm hormone sau phẫu thuật của chúng tôi cho thấy: Nồng độ testosterone là $16,2 \pm 3,7$ nmol/L, nồng độ FSH là $4,8 \pm 2,2$ mUI/mL và nồng độ LH là $5,8 \pm 3,5$ mUI/mL. Khi so sánh với kết quả xét nghiệm trước phẫu thuật cho thấy nồng độ trung bình testosterone sau phẫu thuật có tăng so với trước phẫu thuật tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; LH, FSH sau phẫu thuật có giảm so với trước phẫu thuật tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi phân thành nhóm thấp và trung bình trước và sau phẫu thuật nồng độ testosterone tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và ở nhóm có nồng độ testosterone bình thường (≥ 12 nmol/L), sau phẫu thuật testosterone lại giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo Nguyễn Hữu Thảo[2], nồng độ testosterone của các BN trong nghiên cứu có sự tăng lên sau quá trình phẫu thuật ($18,36 \pm 4,84$ nmol/L) so với trước mổ ($16,18 \pm 5,88$ nmol/L) có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Chúng tôi nhận thấy thắt tĩnh mạch tinh làm gia tăng nồng độ testosterone ở những nhóm bệnh nhân có nồng độ testosterone trước phẫu thuật thấp. Cũng giống như các tác giả khác chúng tôi không nhận thấy có sự thay đổi đáng kể nào về nồng độ LH và FSH sau phẫu thuật.

Tác dụng của vi phẫu lên tỉ lệ có thai tự nhiên: Trong thực hành điều trị vô sinh cho một cặp vợ chồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi ghi nhận tỉ lệ có thai tự nhiên tại 2 thời điểm khác nhau là 3 tháng đầu (tái khám) và 6 tháng cuối của nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy, tỉ lệ có thai tự nhiên ở giai đoạn 3 tháng đầu chỉ 8,2%, nhưng đến tháng thứ 12 trong theo dõi của nghiên cứu tỉ lệ có thai tự nhiên đạt 53,1% và có thai nhờ biện pháp hỗ trợ sinh sản đạt 10,2%. Kết quả cho thấy tỉ lệ có thai sau phẫu thuật 12 tháng cao.

V. KẾT LUẬN

- Vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh là phương pháp hiệu quả và an toàn để điều trị bệnh.

- Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $2,14 \pm 1,31$ ngày.

- Sau phẫu thuật các thông số tinh dịch đồ cải thiện tốt, có sự khác biệt với trước phẫu thuật như thể tích tinh hoàn, mật độ tinh trùng tăng $20,7 \pm 19,5$ triệu/ml, TMC tăng $23,7 \pm 38,1$ triệu so với trước phẫu thuật $p < 0,05$.

- Vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh làm cải thiện đáng kể khả năng sinh sản của nam giới: Tỉ lệ có thai nói chung sau 1 năm đạt 63,3% (có thai tự

hiên chiếm 53,1% và tỉ lệ có thai do hỗ trợ sinh sản chiếm 10,2%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Huy Ngọc.** Đánh giá kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hà Nội. Luận văn Thạc sỹ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
2. **Nguyễn Hữu Thảo.** Đánh giá kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hà Nội. Luận văn Bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2016.
3. **Mohamed EE, Gawish M, Mohamed A.** Semen parameters and pregnancy rates after microsurgical varicocelelectomy in primary versus secondary infertile men. Human Fertility. Dec 2017; 20(4):293-296.
4. **A. Baazeem and A. Zini** (2009). Surgery Illustrated - Surgical Atlas Microsurgical varicocelelectomy. BJU Int, 104 (3), 420-427.
5. **Nguyễn Hoài Bắc,** (2018): Nghiên cứu ứng dụng phương pháp vi phẫu thắt giãn tĩnh mạch tinh trong điều trị vô sinh nam, Luận án tiến sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Đỗ Trường Thành, Lê Huy Ngọc, Trịnh Hoàng Giang.** Đánh giá kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc. Y học Việt Nam số đặc biệt. 2013; 403:556-560.
7. **L. Dubin and R. D. Amelar** (1970). Varicocele size and results of varicocelelectomy in selected subfertile men with varicocele. Fertil Steril, 21 (8), 606-609.
8. **M. Sigman** (2011). There is more than meets the eye with varicoceles: current and emerging concepts in pathophysiology, management, and study design. Fertil Steril, 96 (6), 1281-1282.
9. **S. Y. Cho, T. B. Kim, J. H. Ku et al** (2011). Beneficial Effects of Microsurgical Varicocelelectomy on Semen Parameters in Patients Who Underwent Surgery for Causes Other Than Infertility. Urology, 77 (5), 1107-1110.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘNG KINH KHÁNG THUỐC Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

My sylaphet¹, Đỗ Thanh Hương¹, Đỗ Phương Thảo^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị động kinh và một số yếu tố liên quan đến động kinh kháng thuốc tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 249 bệnh nhi được điều trị động kinh trong thời gian từ tháng 06/2023 đến hết tháng 05/2024, dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn cha mẹ, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, điện não đồ và hình ảnh cộng hưởng từ (MRI). **Kết quả:** 50,2% bệnh nhân cắt được cơn khi dùng thuốc đầu tiên. 53,8% bệnh nhân đã cắt cơn hoàn toàn trong vòng 1 năm. Động kinh kháng thuốc có 50 trường hợp chiếm tỷ lệ 20,1%. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy động kinh kháng thuốc liên quan đến các yếu tố như chậm phát triển tinh thần vận động (OR: 2,56; 95% CI: 1,1 – 5,6), khởi phát cơn giật dưới 3 tuổi (OR: 4,09; 95% CI: 1,6 – 9,9), tần suất > 2 cơn/tháng (OR: 6,35; 95% CI: 2,8 – 14,2), trạng thái động kinh (OR: 4,99; 95% CI: 1,1 – 22,9), bất thường EEG (OR: 3,22; 95% CI: 1,0 – 10,1), bất thường MRI (OR: 7,21; 95% CI: 3,6 – 14,1), động kinh có căn nguyên xác định (OR: 7,3; 95% CI: 3,7 – 13,2). **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân đáp ứng tốt với đơn trị liệu. Chậm phát triển tâm thần vận động, động kinh khởi phát sớm, trạng thái động kinh, bất thường điện não đồ và MRI, động kinh có căn nguyên là những yếu tố nguy cơ động kinh kháng

thuốc. **Từ khóa:** Động kinh, điều trị, động kinh kháng trị, điện não, cộng hưởng từ, trẻ em

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF EPILEPSY AND FACTORS ASSOCIATED WITH DRUG-RESISTANT EPILEPSY IN CHILDREN AT SAINT PAUL HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment outcomes for epilepsy and to identify factors associated with drug-resistant epilepsy in the Pediatric Department at Saint Paul General Hospital. **Subjects and Methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on 249 pediatric patients undergoing treatment for epilepsy from June 2023 to May 2024. Data was collected through parental interviews, clinical and paraclinical assessments. All patients underwent electroencephalography (EEG) and magnetic resonance imaging (MRI). **Results:** 50.2% of patients experienced seizure cessation with the first medication. 53.8% of patients achieved complete seizure control within one year. Drug-resistant epilepsy was observed in 50 cases, accounting for 20.1%. Multivariate regression analysis showed that drug-resistant epilepsy is associated with factors such as developmental delay (OR: 2.56; 95% CI: 1.1 – 5.6), seizure onset before 3 years of age (OR: 4.09; 95% CI: 1.6 – 9.9), frequency > 2 seizures/month (OR: 6.35; 95% CI: 2.8 – 14.2), status epilepticus (OR: 4.99; 95% CI: 1.1 – 22.9), EEG abnormalities (OR: 3.22; 95% CI: 1.0 – 10.1), and MRI abnormalities (OR: 7.21; 95% CI: 3.6 – 14.1), epilepsy with an identified etiology (OR: 7.3; 95% CI: 3.7 – 13.2). **Conclusion:** Most patients responded well to treatment. Drug-resistant epilepsy was associated with risk factors such as developmental delay, early onset of epilepsy, status

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Phương Thảo

Email: dophuongthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024