

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THẮT TĨNH MẠCH TINH ĐIỀU TRỊ BỆNH GIÃN TĨNH MẠCH TINH

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Đinh Văn Toàn¹, Nguyễn Văn Tuấn¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội, ²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Để đánh giá kết quả vi phẫu thắt tinh mạch tinh điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 132 bệnh nhân được vi phẫu thắt tinh mạch tinh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $60,91 \pm 17,54$ phút, thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $1,83 \pm 0,94$ ngày, trung bình số lượng tinh mạch tinh thắt được trên mỗi thừng tinh là $6,39 \pm 1,64$ nhánh, trung bình số lượng động mạch và bạch mạch bảo tồn được trên mỗi thừng tinh là $1,14 \pm 0,51$ động mạch và $3,4 \pm 0,73$ bạch mạch. Phần lớn các trường hợp động mạch đi kèm với một nhánh tinh mạch lớn (40,7%) hoặc kèm các nhánh nhỏ (35%). Khoảng 7,7% các trường hợp khó xác định được liên quan giữa động mạch và tinh mạch. Tỷ lệ thành công của phương pháp đạt 96,2% và tỷ lệ thất bại chiếm 3,8%. Qua kết quả này chúng tôi nhận thấy vi phẫu thắt tinh mạch tinh là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh. Dưới kính vi phẫu tinh mạch tinh ở đoạn bẹn bìu phân nhiều nhánh. Động mạch thường đi kèm các nhánh tinh mạch kích thước lớn hoặc nhỏ.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh là tình trạng giãn bất thường thành đám của các nhánh tinh mạch tinh hoàn. Theo ước tính tỷ lệ mắc bệnh trong quần thể nam giới nói chung là 10 - 15%, tỷ lệ này tăng lên 25% ở quần thể nam giới vô sinh nguyên phát và lên tới 81% ở quần thể vô sinh thứ phát [1].

Giãn tĩnh mạch tinh gây ảnh hưởng đến chức năng tinh dịch và sinh sản của nam giới thông qua việc ảnh hưởng đến quá trình sản xuất hormone sinh dục và quá trình tạo tinh trùng của tinh hoàn. Các nghiên cứu cho thấy chức năng sinh sản của những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh giảm đáng kể thông qua

việc giảm số lượng, chất lượng và hình thái bình thường của tinh trùng. Ngoài ra, nồng độ testosterone trong huyết thanh của những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh cũng giảm đáng kể so với nhóm chứng [1].

Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh như mổ mở kinh điển, mổ nội soi sau phúc mạc, nút tinh mạch tinh qua da. Tuy nhiên, theo khuyến cáo của hội Nội khoa Mỹ và hội Nội khoa châu Âu, thắt tinh mạch tinh có sự trợ giúp của kính vi phẫu vẫn là biện pháp điều trị tiêu chuẩn do hạn chế được tối đa các biến chứng và có hiệu quả trong việc cải thiện chức năng sinh sản của nam giới [2].

Tại Việt Nam vi phẫu thắt tinh mạch tinh vẫn chưa được sử dụng nhiều do những khó khăn về phương tiện và những hiểu biết về giải phẫu thừng tinh đoạn bẹn bìu. Số lượng những bài báo được đăng tải về các chủ đề này còn ít. Tác giả Hoàng Long và cộng sự (2010) đánh giá so sánh kết quả phương pháp vi phẫu thắt tinh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hoài Bắc,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drbac.uro@gmail.com

Ngày nhận: 11/06/2019

Ngày được chấp nhận: 15/07/2019

mạch tinh với phương pháp nội soi qua ổ bụng thất tĩnh mạch tinh cho thấy vi phẫu thất tĩnh mạch tinh có tỉ lệ thành công tương đương với nội soi ổ bụng nhưng có thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn [3]. Tác giả Phạm Nam Việt và cộng sự (2011) đã mô tả đặc điểm giải phẫu của 62 thừng tinh ở đoạn bẹn bìu và đoạn bẹn [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ là nghiên cứu hồi cứu với số lượng bệnh nhân còn ít.

Trên cơ sở thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Đánh giá kết quả vi phẫu thất tĩnh mạch tinh điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh*” nhằm mục tiêu sau:

1. Mô tả giải phẫu các mạch máu của thừng tinh đoạn bẹn bìu dưới kính vi phẫu .
2. Đánh giá kết quả vi phẫu thất tĩnh mạch tinh điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12 năm 2013 đến tháng 10 năm 2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân sau đây:

- Trong độ tuổi trưởng thành bị giãn tĩnh mạch tinh.
- Được khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ.
- Được vi phẫu thất tĩnh mạch tinh một bên hoặc hai bên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân sau đây:

- Được điều trị bằng các phương pháp khác.
- Không tái khám hoặc không theo dõi được

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những mẫu ngẫu nhiên thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 10 năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Có 300 bệnh nhân đến được khám và phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh. Tuy nhiên chỉ có 132 bệnh nhân đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân được khám chẩn đoán giãn TMT dựa vào đồng thời cả lâm sàng và siêu âm Doppler màu. Giải phẫu thừng tinh được mô tả theo số lượng tĩnh mạch tinh thất được, số lượng động mạch và bạch mạch bảo tồn được trên mỗi thừng tinh và liên quan giữa động và tĩnh mạch tinh. Các tĩnh mạch tinh có kích thước lớn hơn 5 mm được xếp vào nhóm có kích thước lớn. Tĩnh mạch tinh có kích thước từ 2-5 mm được xếp vào nhóm kích thước trung bình. Những tĩnh mạch tinh có kích thước nhỏ hơn 2mm được xếp vào nhóm có kích thước nhỏ. Bệnh nhân được hẹn tái khám phẫu thuật 1 tháng để xác định xác định tỉ lệ thành công, thất bại và tỉ lệ biến chứng sớm thông qua khám lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

3. Xử lý số liệu

Các thông tin thu thập được nhập và phân tích theo chương trình phần mềm STATA 13.

Tính số trung bình cộng, độ lệch chuẩn với các dãy số liệu tuân theo sự phân bố chuẩn. Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm với các ô có tần số mong đợi đều lớn hơn 5 dùng thuật toán Test χ^2 . Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm với một ô có tần số mong đợi nhỏ hơn 5 dùng thuật toán Fisher's exact test.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc 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.

III. KẾT QUẢ

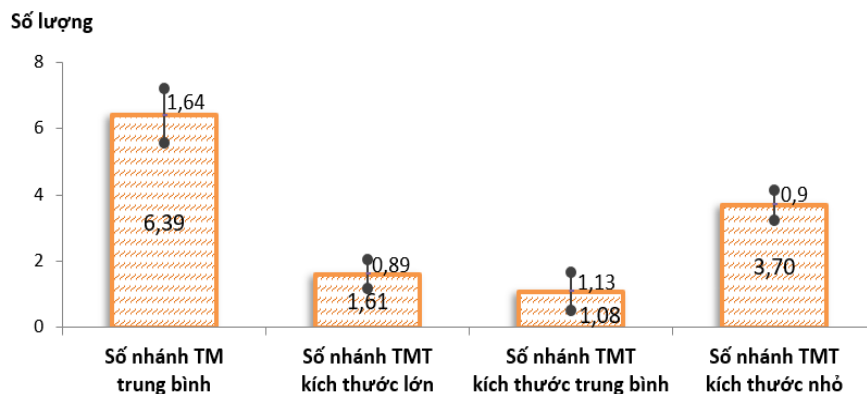
1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của nhóm nghiên cứu

| | Đặc điểm | N (%) | Mean \pm SD (Min - Max) |
|--------------------------|---------------------------|------------|------------------------------|
| Tuổi (năm) | > 30 | 53 (40,1) | 30,1 \pm 5,5 |
| | \leq 30 | 79 (59,9) | (20 – 52) |
| BMI (kg/m ²) | Thấp cân (< 18,5) | 9 (6,8) | 21,9 \pm 2,3 |
| | Bình thường (18,5 - 22,9) | 78 (59,1) | (17,6 – 28,4) |
| | Thừa cân (\geq 23) | 45 (34,1) | |
| Tiền sử bệnh | Không có tiền sử | 107 (81,1) | |
| | Tiền sử nội khoa | 10 (7,6) | |
| | Tiền sử ngoại khoa | 4 (3,0) | |
| | Tiền sử thai sản (của vợ) | 11 (8,3) | |

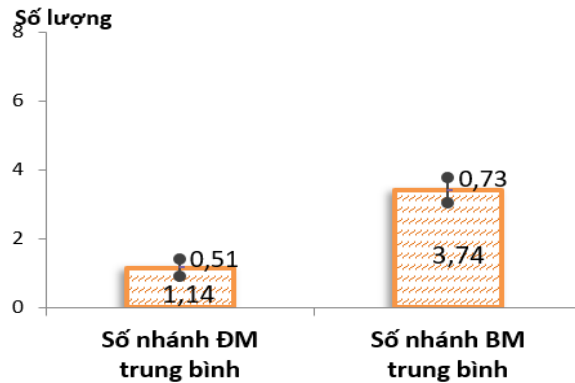
Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 30,1 \pm 5,5 và phần lớn các trường hợp là không có tiền sử bệnh lý (81,1%).

2. Đặc điểm giải phẫu thông tĩnh trên kính vi phẫu



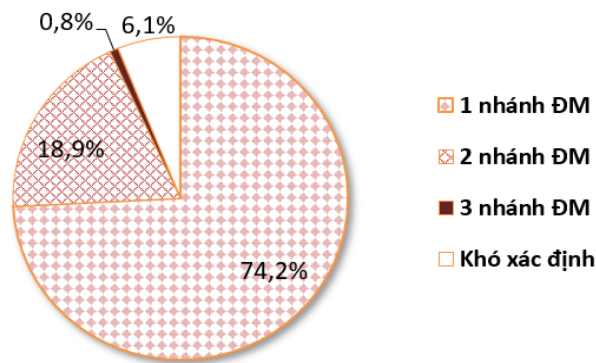
Biểu đồ 1. Số lượng tĩnh mạch thắt được trên mỗi thông tĩnh (N = 132)

Trung bình, chúng tôi thắt được 6,39 \pm 1,64 nhánh tĩnh mạch trên mỗi thông tĩnh. Trong đó, số nhánh kích thước lớn là 1,61 \pm 0,89 nhánh, kích thước trung bình là 1,08 \pm 1,13 nhánh và kích thước nhỏ là 3,7 \pm 0,9 nhánh.



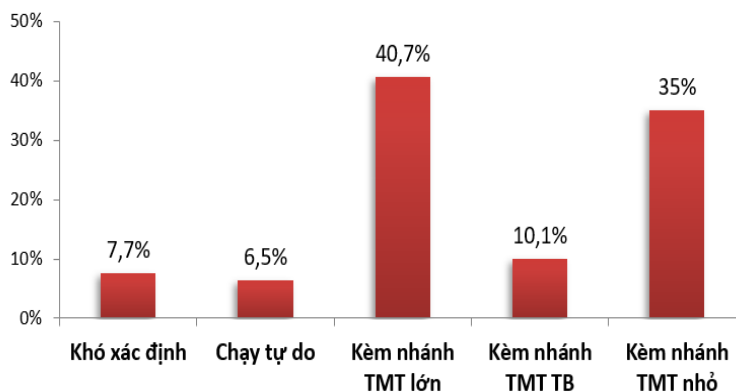
Biểu đồ 2. Số lượng động mạch và bạch mạch bảo tồn được trên mỗi thừng tinh (N = 132)

Trung bình số lượng động mạch và bạch mạch bảo tồn được trên mỗi thừng tinh là $1,14 \pm 0,51$ động mạch và $3,4 \pm 0,73$ bạch mạch.



Biểu đồ 3. Phân loại thừng tinh theo số nhánh ĐM bảo tồn được (N = 132)

Số thừng tinh có một động mạch chiếm 74,2%, hai động mạch chiếm 18,9% và có ba động mạch chiếm 0,8%. Có 6,1% trường hợp thừng tinh khó xác định được số lượng động mạch.



Biểu đồ 4. Liên quan giữa động mạch với các nhánh tinh mạch

Phần lớn các trường hợp động mạch đi kèm với một nhánh tinh mạch lớn (40,7%) hoặc kèm các nhánh nhỏ (35%). Khoảng 7,7% các trường hợp khó xác định được liên quan.

3. Kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giãn

Bảng 2. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

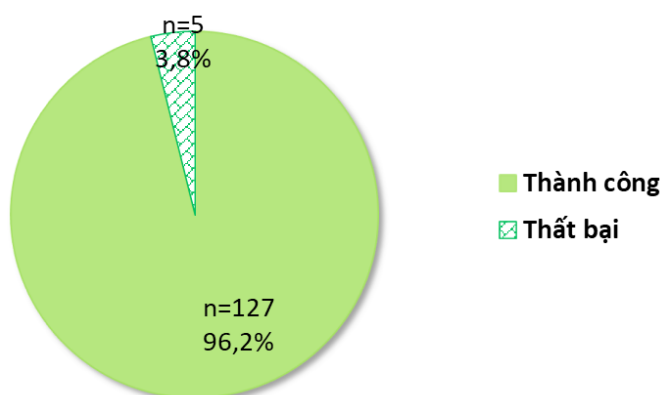
| Đặc điểm | Mean \pm SD | Min - Max |
|--|-------------------|-----------|
| Chiều dài đường rạch da (cm) | 3,51 \pm 0,87 | 2 - 6 |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | 60,91 \pm 17,54 | 30 - 120 |
| Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày) | 1,83 \pm 0,94 | 1 - 9 |

Chiều dài đường rạch da là 3,51 \pm 0,87 cm. Thời gian phẫu thuật là 60,91 \pm 17,54 phút và thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 1,83 \pm 0,94 ngày.

Bảng 3. Các biến chứng sau phẫu thuật

| Đặc điểm | N | % |
|--|----|------|
| Biến chứng chung (N = 132 đối tượng) | | |
| Có | 36 | 27,3 |
| Không | 96 | 72,7 |
| Loại biến chứng (N = 49 số biến chứng) | | |
| Tụ máu dưới da bìu | 8 | 16,3 |
| Sưng nề vết mổ | 17 | 34,7 |
| Dị cảm da vùng mổ | 21 | 42,9 |
| Sẹo xấu | 3 | 6,1 |

Tỉ lệ biến chứng nói chung sau phẫu thuật là 27,3%. Trong số các biến chứng, biến chứng thường gặp là dị cảm da vùng mổ chiếm 42,9% và sưng nề vết mổ chiếm 34,7%.



Biểu đồ 5. Tỷ lệ thành công và thất bại (N=132)

Tỉ lệ thành công của phương pháp vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh đạt 96,2% (127/132) và tỉ lệ thất bại chỉ chiếm 3,8% (5/132).

IV. BÀN LUẬN

Tại vị trí bẹn bìn, động mạch tinh thường có kích thước nhỏ, hơn nữa lại đập rất yếu vì bị chèn ép bởi các cạnh của lỗ bẹn ngoài. Điều này làm cho việc nhận biết động mạch khó khăn hơn so với việc nhận biết động mạch ở những vị trí khác trong ống bẹn (có mở cân cơ chéo bụng ngoài). Ngoài ra, động mạch tinh lại được quay xung quanh bởi nhiều nhánh tĩnh mạch nhỏ (2 hoặc 3 nhánh) làm cho việc phẫu tích bảo tồn động mạch và phẫu tích thắt các nhánh tĩnh mạch kích thước nhỏ cũng khó khăn. Đây là một trong những lý do gây giãn tái phát và teo tinh hoàn sau phẫu thuật [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình chúng tôi đã bảo tồn được $1,14 \pm 0,51$ nhánh động mạch và $3,4 \pm 0,73$ nhánh bạch mạch trên mỗi thừng tinh (Biểu đồ 2). Khi phân loại thừng tinh theo số lượng động mạch bảo tồn được chúng tôi nhận thấy có 74,2% các trường hợp thừng tinh chỉ có một nhánh động mạch, 18,9% các trường hợp có hai nhánh động mạch và 0,8% các trường hợp có 3 nhánh động mạch (Biểu đồ 3). Kết quả này có thể so sánh được với kết quả của tác giả Wang, trung bình số động mạch và bạch mạch bảo tồn được tương ứng là $1,5 \pm 0,9$ nhánh và 3,6 nhánh. Trong đó, tỉ lệ thừng tinh có 1, 2 và ≥ 3 nhánh động mạch tinh tương ứng là 68,4%, 20,3% và 11,4% [6].

Tuy nhiên, chúng tôi cũng ghi nhận khoảng 6,1% các trường hợp khó xác định động mạch (Biểu đồ 3). Đây là một thách thức rất lớn đối với phẫu thuật viên, bởi lẽ việc xác định chính xác động mạch là một trong những yếu tố giúp cho phẫu thuật thành công và tránh được biến chứng teo tinh hoàn. Trong những trường hợp này, kinh nghiệm của chúng tôi là không cố gắng tìm động mạch mà thận trọng phẫu tích tìm tĩnh mạch và thắt từng nhánh tĩnh mạch riêng lẻ. Việc xác định tĩnh mạch sẽ dễ dàng hơn dựa vào đường kính của mạch (vì đường kính của

tĩnh mạch bao giờ cũng lớn hơn đường kính của động mạch), độ dày của thành mạch (thành của tĩnh mạch bao giờ cũng mỏng hơn thành của động mạch, nhất là trong trường hợp tĩnh mạch đang bị giãn chứa nhiều máu) và máu sẫm màu trong lòng mạch (máu tĩnh mạch bao giờ cũng sẫm màu hơn máu trong động mạch).

Cũng trong nghiên cứu này, trung bình số nhánh TMT thắt được trên mỗi thừng tinh là $6,39 \pm 1,64$ nhánh. Trong đó, có $1,61 \pm 0,89$ nhánh có kích thước lớn, $1,08 \pm 1,13$ nhánh có kích thước trung bình và $3,7 \pm 0,9$ nhánh có kích thước nhỏ (Biểu đồ 1). Kết quả này có thể so sánh với kết quả của tác giả Wang tương ứng là $5,6 \pm 2,2$ nhánh. Trong đó, số tĩnh mạch kích thước lớn, trung bình và nhỏ chiếm lần lượt là 0,7, 1,7 và 3,2 nhánh [6]. Kết quả của tác giả Phạm Nam Việt tương ứng là $8,6 \pm 2,4$ nhánh. Trong đó, trung bình số nhánh có đường kính lớn là 1,6 tĩnh mạch, đường kính trung bình là 3,2 nhánh và đường kính nhỏ là 4,1 nhánh [4].

Trong phẫu thuật, việc nhận biết và kiểm soát các nhánh tĩnh mạch tinh có kích thước lớn và trung bình tương đối thuận lợi nhưng việc nhận biết và kiểm soát các nhánh tĩnh mạch tinh có kích thước nhỏ lại khó khăn hơn nhiều. Đây là một thách thức lớn đối với phẫu thuật viên bởi lẽ nếu thắt không hết, các nhánh này sẽ giãn thứ phát làm gây nên hiện tượng giãn tái phát về sau. Trong nghiên cứu này việc sử dụng kính vi phẫu có độ phóng đại lớn đã giúp chúng tôi nhận biết và kiểm soát triệt để các nhánh này, chính vì vậy hiện tượng giãn tái phát đã không được ghi nhận trong nghiên cứu này. Ngoài ra, kinh nghiệm của chúng tôi là không nên cố gắng phẫu tích riêng từng tĩnh mạch để thắt hai đầu rồi cắt, mà chúng tôi chỉ cô lập tĩnh mạch ra khỏi các thành phần lân cận, rồi sau đó dùng dao điện Bipolaire để đốt một đoạn tĩnh mạch. Việc đốt như vậy cũng đủ để bít tắc sự thông thương giữa phần trên và

dưới của đoạn tĩnh mạch.

Liên quan giữa động mạch tinh và các nhánh TMT, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phần lớn các trường hợp động mạch đi kèm các nhánh TMT lớn và các nhánh tĩnh mạch nhỏ với tỉ lệ tương ứng là 40,7% và 35%. Có khoảng 6,5% trường hợp động mạch chạy tự do và khoảng 7,7% các trường hợp khó xác định được liên quan (Biểu đồ 4). Tác giả Phạm Nam Việt lại nhận thấy liên quan giữa các thành phần động mạch tinh hoàn và tĩnh mạch tinh trong như sau: 66,1% (39/59) các trường hợp động mạch tinh hoàn nằm ngay sau một tĩnh mạch có kích thước lớn và 33,9% các trường hợp (20/59) động mạch nằm giữa một đám rối tĩnh mạch có kích thước trung bình và nhỏ [4].

Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện sau phẫu thuật cũng là những yếu tố quan trọng đánh giá hiệu quả nói chung của phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $60,91 \pm 17,54$ (30 - 120) phút cho một trường tinh và thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $1,83 \pm 0,94$ (1 - 9) ngày (Bảng 2). Trong đó, có một trường hợp thời gian phẫu thuật kéo dài lên tới 120 phút. Nguyên nhân của sự kéo dài này là do chúng tôi phải thực hiện thêm phẫu thuật phục hồi thành bụng để điều trị thoát vị bẹn trực tiếp cho bệnh nhân.

Cũng trong nghiên cứu này có một trường hợp có thời gian nằm viện kéo dài tới 9 ngày. Trường hợp này đã bị chấn thương niệu đạo do nhân viên y tế đặt ống thông tiểu không đúng quy trình gây nên. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của tác giả Al-Kandaricho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 64 ± 20 (50 - 90) phút cho mỗi trường tinh và thời gian nằm viện là $1,7 \pm 0,8$ ngày [7].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật trên 132 trường tinh, với tỉ lệ thành công đạt 96,2% (127/132) và tỉ lệ thất bại

là 3,8% (5/132) (Biểu đồ 5). Tỉ lệ này thấp hơn so với tỉ lệ của tác giả khác là 99% và 1% [8]. Tỉ lệ của chúng tôi thấp hơn của tác giả khác là do sự khác nhau trong định nghĩa phẫu thuật thành công.

Chúng tôi xác định phẫu thuật thành công hay thất bại dựa vào khám lâm sàng và siêu âm, còn tác giả khác chỉ dựa vào khám lâm sàng. Việc kết hợp cả lâm sàng và siêu âm đã làm tăng độ chính xác của việc xác định TMT còn giãn hay không.

Hơn nữa thời điểm đánh giá cũng là một yếu tố quan trọng làm ảnh hưởng đến việc nhận định kết quả phẫu thuật. Chúng tôi đánh giá vào thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng trong khi các tác giả khác lại đánh giá khi bệnh nhân ra viện. Ngay sau phẫu thuật, các nhánh tĩnh mạch tinh có kích thước nhỏ không được kiểm soát trong lúc phẫu thuật chưa kịp giãn bù trừ. Hiện tượng giãn bù trừ sau phẫu thuật xảy ra là do dòng máu sẽ tăng cường dồn về những tĩnh mạch này để đổ về tuần hoàn chung của cơ thể.

Mặc dù tỉ lệ thành công thấp hơn của các tác giả khác nhưng tỉ lệ này đã cho thấy vi phẫu là phương pháp điều trị giãn TMT hiệu quả.

Có 3,8% (5/132) trường hợp được coi là phẫu thuật thất bại. Cả 5 bệnh nhân này, trên siêu âm Doppler tinh hoàn sau 1 tháng cho thấy đường kính TMT trước nghiệm pháp Valsalva lớn hơn 2,5 mm và có dòng trào ngược trong TMT. Nguyên nhân của hiện tượng này có thể là do bỏ sót nhánh tĩnh mạch giãn hoặc do hiện tượng giãn bù trừ. Ba trong số những bệnh nhân này là những ca đầu tiên. Chúng tôi chưa có kinh nghiệm để phẫu tích và đốt triệt để các nhánh tĩnh mạch nhỏ xung quanh động mạch. Hai bệnh nhân còn lại là những bệnh nhân béo, lớp mỡ dưới da dày làm cho việc phẫu tích bộc lộ TMT ngoài và tĩnh mạch dây chằng bìu khó khăn nên chúng tôi đã bỏ qua những tĩnh mạch

này.

Vì vậy, trong phẫu thuật cần chú ý phẫu tích những nhánh tĩnh mạch nhỏ ra khỏi động mạch sau đó sẽ đốt bằng đầu dao điện lưỡng cực có đường kính 1 mm. Nếu bệnh nhân thấp và béo thì cần kéo dài đường rạch da sang ngang để có thể dễ dàng mở lỗ bẹn nông và kéo dài vết mổ lên một phần ống bẹn. Điều này sẽ giúp phẫu thuật viên tìm các TMT ngoài và tĩnh mạch dây chằng bìu dễ dàng hơn.

Ba biến chứng phổ biến sau thất TMT là tràn dịch màng tinh hoàn, tái phát và teo tinh hoàn. Tràn dịch màng tinh hoàn là hậu quả của việc thất phải các nhánh bạch mạch làm cản trở sự dẫn lưu bạch huyết. Tái phát là do không thất được các nhánh TMT ngoài hoặc không thất hết các nhánh TMT trong có kích thước nhỏ. Các tĩnh mạch này sẽ giãn thứ phát sau phẫu thuật do tăng cường hồi lưu tĩnh mạch trở về qua các nhánh này. Teo tinh hoàn là do làm tổn thương các nhánh động mạch trong thừng tinh như động mạch tinh hoàn, động mạch ống dẫn tinh và động mạch cơ bìu.

Theo tác giả Zini, tỉ lệ tràn dịch màng tinh hoàn, tỉ lệ tái phát và tỉ lệ teo tinh hoàn sau vi phẫu thất TMT lần lượt là 0,69%, 2% và 1% [9]. Trong một nghiên cứu phân tích gộp từ 36 nghiên cứu báo cáo về tỉ lệ có thai và các biến chứng sau phẫu thuật của các phương pháp thất tĩnh mạch tinh khác nhau, tác giả Cayan ghi nhận tỉ lệ tràn dịch màng tinh hoàn và tái phát tương ứng là 0,44% và 1,05%, tác giả không ghi nhận tỉ lệ teo tinh hoàn [10].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp tỉ lệ biến chứng là 27,3% (36/132). Tuy nhiên, chúng tôi không gặp các biến chứng nặng như tràn dịch màng tinh hoàn, tái phát và teo tinh hoàn. Trong số các biến chứng gặp phải (49 biến chứng) thì dị cảm da vùng bẹn bìu sau mổ chiếm 42,9%, sưng nề vết mổ chiếm 34,7%, bầm tím dưới da bìu hoặc gốc dương vật 16,3% và sẹo xấu

6,1%. Hầu hết những biến chứng này là những biến chứng nhẹ, tự khỏi sau phẫu thuật một vài tuần. Đáng chú ý hơn cả là biến chứng dị cảm da vùng bẹn bìu sinh dục. Biến chứng này được cho là do tổn thương các nhánh ngoài da của thần kinh sinh dục trong quá trình phẫu thuật. Sau phẫu thuật bệnh nhân thường cảm thấy tê bì nhẹ hoặc cảm giác đụng chạm không thật ở phần diện tích da vùng bẹn bìu sinh dục gần đường mổ. Tuy nhiên, biến chứng này cũng là biến chứng nhẹ không làm ảnh hưởng đến tâm lý cũng như sức khỏe của người bệnh và tự khỏi sau phẫu thuật trong vòng 3 tháng (Bảng 3).

V. KẾT LUẬN

Với sự trợ giúp của kính vi phẫu, phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh có tỉ lệ thành công đạt 96,2% (127/132) và tỉ lệ biến chứng là 27,3% (36/132) những không gặp các biến chứng nặng.

Dưới kính vi phẫu tại vị trí bẹn bìu, trung bình mỗi thừng tinh có $6,39 \pm 1,64$ nhánh tĩnh mạch, $1,14 \pm 0,51$ nhánh động mạch và $3,4 \pm 0,73$ nhánh bạch mạch. Trong phần lớn các trường hợp động mạch đi kèm với các nhánh tĩnh mạch có kích thước lớn hoặc kích thước nhỏ. Một số ít các trường hợp động mạch có thể chạy tự do trong thừng tinh hoặc khó xác định.

Lời cảm ơn

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất đến những bệnh nhân đã tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin cảm ơn sự giúp đỡ của tập thể Trung tâm Y Khoa số 1 Tôn Thất Tùng và Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hauser R., et al (2001). Varicocele: effect on sperm functions. *Hum Reprod Update*, 7(5),

482-5.

2. Baazeem A., et al (2011). Varicocele and male factor infertility treatment: a new meta-analysis and review of the role of varicocele repair. *Eur Urol*, **60(4)**, 796-808.

3. Hoàng Long và Nguyễn Hoài Bắc (2011). So sánh kết quả của vi phẫu thuật qua ngã bẹn bìu và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh. *Y học thực hành*, **769-770(6)**, 242- 251.

4. Phạm Nam Việt, Phó Minh Tín và Lê Phúc Liên (2011). Đặc điểm giải phẫu mạch máu thường tinh đoạn trong ống bẹn qua mổ vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch thường tinh. *Tạp chí Y học thực hành*, **769 + 770**, 206- 210.

5. Hopps C.V., et al (2003). Intraoperative varicocele anatomy: a microscopic study of the inguinal versus subinguinal approach. *J Urol*, **170(6 Pt 1)**, 2366-70.

6. Wang X.K., et al (2012). Microanatomy of the spermatic cords during microsurgical

inguinal varicocelectomy: initial experience in Asian men. *Asian J Androl*, **14(6)**, 897-9.

7. Al-Kandari A.M., et al (2007). Comparison of outcomes of different varicocelectomy techniques: open inguinal, laparoscopic, and subinguinal microscopic varicocelectomy: a randomized clinical trial. *Urology*, **69(3)**, 417-20.

8. Goldstein M (2016). Surgical Management of Male Infertility, in Campbell-Walsh Urology, 580- 612.

9. Zini A. and Boman J.M. (2013). Varicocele, in Surgical and Medical Management of Male Infertility. M. Goldstein and P. N.Schlegel, Editors, *Cambridge University Press: United States of America*. 137- 146.

10. Cayan S., Shavakhabov S., and Kadioglu A. (2009). Treatment of palpable varicocele in infertile men: a meta-analysis to define the best technique. *J Androl*, **30(1)**, 33-40.

Summary

ASSESSMENT OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY OUTCOMES IN TREATMENT FOR VARICOCELE

This study was conducted to evaluate the outcome of microsurgical varicocelectomy. An observational study was based on 132 patients with varicocele who underwent microvaricocelectomy at Hanoi Medical University Hospital. The results showed that the mean operation time was 60.91 ± 17.54 minutes and post-operation recovery time was 1.83 ± 0.94 days. A total of 6.39 ± 1.64 veins were ligated on each spermatic cord. The number of arteries and lymphatic vessels which were preserved was 1.14 ± 0.51 and 3.4 ± 0.73 , respectively. The majority of arteries were accompanied by a large vein (40.7%) or a bundle of small veins (35%). In about 7.7% of cases, the arteries were hard to differentiate. The success rate of microsurgical varicocelectomy was 96.2% and the failure rate only accounted for 3.8% of all cases. Our results indicate that microsurgical varicocelectomy is an efficient and safe technique in treating varicocele. Under the microscope, sub-inguinal spermatic veins branches into the pampiniform plexus. The arteries are usually accompanied by a large vein or a bundle of small veins.

Keywords: Varicocele, microsurgical varicocelectomy, spermatic anatomy.