

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ DƯỚI GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THƯỜNG TINH TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ 7/2010 ĐẾN 12/2011
VŨ ANH TUẤN, TRẦN HỮU VINH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị giãn tĩnh mạch thường tinh (GTMTT) bằng phẫu thuật mở thắt tĩnh mạch giãn. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh được phẫu thuật mở thắt tĩnh mạch giãn từ 7/2010 đến 12/2011. Chỉ định phẫu thuật: các bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh độ II, III có kèm theo: Đau tức nhiều vùng bẹn, bìu đơn thuần, tinh hoàn bên bệnh teo nhỏ và có bất thường tinh dịch đồ. Các bệnh nhân được kiểm tra sau phẫu thuật bằng khám lâm sàng, siêu âm Doppler và xét nghiệm tinh dịch đồ. Kết quả: Có 45 bệnh nhân được phẫu thuật, tuổi từ 13 đến 40, gồm có: GTMTT và đau tức nhiều vùng bẹn, bìu đơn thuần có 11 bệnh nhân. GTMT và teo tinh hoàn có 5 bệnh nhân. GTMT và bất thường tinh dịch đồ có 25 bệnh nhân. Các bệnh nhân đều có cải thiện về triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật, siêu âm Doppler 14.21 bệnh nhân không còn tĩnh mạch giãn, 8/14 bệnh nhân có cải thiện về tinh dịch đồ. Kết luận: Điều trị phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh, nhất là trên bệnh nhân vô sinh nam là một chỉ định điều trị phổ biến hiện nay trên thế giới và ở Việt Nam, phẫu thuật mở thắt tĩnh mạch giãn vẫn là một phương pháp đơn giản, ít biến chứng và có thể áp dụng ở nhiều tuyến y tế.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch thường tinh.

SUMMARY

Objective: To evaluate the treatment of varicose veins results crystals with open surgical varicose vein ligation. Subjects and Methods: Including patients with variceal ligation crystal surgery varicose veins open from 7/ 2010 to 12/2011. Indications for surgery: patients with varicose veins crystals of II, III attached: ie more pain groin, scrotum alone, testicular atrophy small side and abnormal semen analysis. The patients were checked after surgery by clinical examination, Doppler ultrasound and semen analysis test. Results: 45 patients underwent surgery, aged 13 to 40, include: more tender groin, scrotum alone has 11 patients. testicular atrophy have 5 patients. abnormal semen analysis of 25 patients. The patients had improvement in clinical symptoms after surgery, Doppler ultrasound

14:21 remaining patients without varicose veins, 8/14 patients had improvement in semen. Conclusions: Surgical treatment of leg veins fine, especially in patients with male infertility is a common indication for treatment in the world today and in Vietnam, open surgical varicose vein ligation is a method still simpler, less complicated and can be applied in many health service.

Keywords: Varicocele.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch thường tinh là sự giãn, xoắn bất thường của tĩnh mạch thường tinh. Hiện tượng này đã được công nhận là một vấn đề lâm sàng từ thế kỷ thứ XVI, là một bệnh lành tính, tiến triển từ từ nhưng gây ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và có thể là nguyên nhân gây vô sinh nam, theo một số tác giả, giãn tĩnh mạch tinh chiếm khoảng gần 1/3 các ca vô sinh nam.

Điều trị GTMTT làm cải thiện cả về số lượng và chất lượng tinh trùng. Điều trị phẫu thuật có nhiều phương pháp khác nhau: phẫu thuật nội soi qua ổ bụng thắt tĩnh mạch giãn, thắt cao tĩnh mạch ở khoang sau phúc mạc, phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh dưới kính vi phẫu hoặc kính lúp được Goldstein và CS là người đầu tiên mô tả, hoặc phẫu thuật mở thắt tĩnh mạch giãn ở vùng bìu và bẹn, nhưng phương pháp nào tốt nhất vẫn còn là vấn đề gây nhiều tranh luận. Tuy nhiên đến nay phẫu thuật mở vẫn được áp dụng rộng rãi.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá sự cải thiện triệu chứng của bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch thường tinh được điều trị bằng phẫu thuật mở thắt tĩnh mạch giãn ở vùng bẹn dưới gây tê tủy sống.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm các bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh được phẫu thuật tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai từ 7/2010 đến 12/2011.

Chỉ định phẫu thuật: Các bệnh nhân được chẩn đoán giãn tĩnh mạch thường tinh dựa vào lâm sàng: - Đau tức nhiều vùng bẹn, bìu đơn thuần.

Tinh hoàn bên bệnh teo nhỏ.

Về lâm sàng GMTT được phân độ theo Dubin and Amelar. Theo phân loại này GMTT được chia là 3 độ: độ I: kích thước tĩnh mạch tinh còn nhỏ chỉ có thể sờ thấy khi làm nghiệm pháp Valsava, độ II khi kích thước TMT giãn ở mức trung bình, có thể sờ thấy dễ dàng mà không cần làm nghiệm pháp Valsava và độ III: kích thước TMT lớn có thể nhìn thấy mà không cần sờ. Về siêu âm Doppler GMTT được xác định khi đường kính TMT lớn hơn 3mm, có thay đổi đường kính trước và sau nghiệm pháp Valsava, và có dòng trào ngược.

Đánh giá trước mổ: Xác định các đặc điểm lâm sàng chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, vị trí, mức độ, lý do khám, tiền sử điều trị GMTT.

Đánh giá trong mổ: thời gian, tai biến.

Đánh giá sau mổ: thời gian nằm viện, biến chứng sớm sau mổ. Kết quả khám lại sau 1, 3 tháng. Các bệnh nhân được kiểm tra bằng khám lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm tinh dịch đồ. Kết quả phẫu thuật được đánh giá là thất bại khi các dấu hiệu lâm sàng ban đầu vẫn còn, siêu âm Doppler thấy còn tồn tại các nhánh TMT có đường kính trên 3mm, có dòng trào ngược hoặc thay đổi đường kính tĩnh mạch khi làm nghiệm pháp Valsava. Kết quả được cho là tái phát khi tái khám tại thời điểm 3 tháng có các triệu chứng trên, trong khi đó không có ở trong lần tái khám đầu sau 1 tháng.

Phương pháp phẫu thuật: Rạch da vùng bẹn, mở ống bẹn, phẫu tích thừng tinh, tìm tĩnh mạch giãn, cắt tĩnh mạch giãn sát lỗ bẹn sâu.

Các bệnh nhân được kiểm tra bằng khám lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm tinh dịch đồ.

KẾT QUẢ

Có 45 bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh đã được phẫu thuật.

- Tuổi trung bình 24,8 tuổi (từ 13-40).

- Nghề nghiệp: Có 38 bệnh nhân là học sinh, sinh viên, công chức, lao động tự do có 7 bệnh nhân.

- Lý do đến khám và điều trị: Phần lớn là có triệu chứng lâm sàng đau tức vùng bên bìu hoặc sờ thấy búi tĩnh mạch giãn trong bìu. Phần còn lại là đến khám do có sự tư vấn của các nhà Nam học về vấn đề vô sinh, hiếm muộn hoặc có bất thường về tinh dịch đồ hoặc teo tinh hoàn.

- Bên tĩnh mạch bị giãn: Có 3 bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch cả hai bên, 42 bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh bên trái đơn thuần. Tổng số bên phẫu thuật là 48 trường hợp.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Triệu chứng chính	Số lượng	Tỷ lệ%
Đau tức vùng bẹn bìu bên bị bệnh	48	100
Có khối phồng phía trên tinh hoàn	48	100
Sờ thấy búi tĩnh mạch giãn	48	100
Tinh hoàn nhỏ hơn so với bên lành	7	14,6

Nhận xét: Các dấu hiệu lâm sàng điển hình đều thể hiện rõ 100%, riêng tinh hoàn teo nhỏ gặp ở 7 bệnh nhân lớn tuổi 39 và 40 tuổi chiếm 14,6%.

Kết quả trên siêu âm Doppler: Đường kính tĩnh mạch trung bình trong nhóm nghiên cứu là $3,8 \pm 2,1$ mm

Phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân đều được gây tê tùy sống tại khoa GMHS bệnh viện Bạch mai.

Số lượng tĩnh mạch tinh bị giãn:

- 1 tĩnh mạch giãn: 36 trường hợp chiếm 75%

- 2 tĩnh mạch giãn: 12 trường hợp chiếm 25%

Thời gian phẫu thuật: Trung bình là $38,0 \pm 1,8$ phút cho một bên phẫu thuật varicocelectomy.

Không có tai biến trong mổ.



BN Nguyễn Đức M 24 tuổi sau mổ 20-4-2012

Biến chứng sau mổ: Có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, chỉ cần dùng kháng sinh và thay băng hàng ngày. Sau 5 ngày BN ra viện ổn định.

Kết quả kiểm tra sau mổ: Siêu âm Doppler màu: được thực hiện trên 36 bệnh nhân sau mổ từ 3-6 tháng chiếm 80%.

- 7 bệnh nhân còn tĩnh mạch giãn < 2mm.

- 29 bệnh nhân không còn tĩnh mạch giãn.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng sau mổ

Triệu chứng	Không đổi	Giảm	Tổng
Đau tức vùng bẹn bìu	8 (16,67%)	40 (83,33%)	48 (100%)
Khối phồng trên bìu	3 (6,25%)	45 (93,75)	48 (100%)
Còn sờ thấy búi tĩnh mạch giãn	3 (6,25%)	45 (93,75)	48 (100%)

Nhận xét: Các dấu hiệu lâm sàng thay đổi nhiều so với trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ từ 83,3-93,7%.

Xét nghiệm tinh dịch đồ: thực hiện ở 24 bệnh nhân:

Bảng 3: So sánh các thông số tinh dịch đồ trước và sau mổ

Các thông số	Trước mổ	Sau mổ 3 tháng	p
Mật độ tinh trùng	17.9 5.6	30.2 12.3	< 0.0001
Độ di động của tinh trùng	26.1 11.8	39.1 15.1	
Tỷ lệ tinh trùng bình thường	29.3 4.1	37.2 4.4	

Nhận xét: Mật độ tinh trùng, độ di động và tỷ lệ tinh trùng bình thường đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

- Cải thiện về tinh dịch đồ: 18 bệnh nhân.

- Không cải thiện: 6 bệnh nhân.

- Những bệnh nhân khác không đến kiểm tra theo hẹn.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung: Giãn tĩnh mạch thường tinh là sự giãn và xoắn bất thường của các tĩnh mạch tinh đoạn đi trong thường tinh, gặp ở 15% dân số nam và 41% trong những trường hợp vô sinh nam. GTMTT thường ảnh hưởng đến tĩnh mạch tinh trong, tĩnh mạch cơ bìu. Tĩnh mạch ống dẫn tinh và tĩnh mạch dây treo chẳng bị ít bị ảnh hưởng.

2. Kết quả phẫu thuật: Cho đến nay nhiều tác giả đã chấp nhận 3 phương pháp phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh có kết quả gần tương đương nhau là mổ mở, mổ nội soi và vi phẫu dưới kính hiển vi hoặc kính lúp. Mỗi một phương pháp có những hạn chế riêng. Vấn đề chọn lựa phương pháp nào là tối ưu thì còn đang trong giai đoạn bàn luận. Theo ghi nhận của Shamsa A và cộng sự so sánh 3 nhóm phẫu thuật nội soi, mổ mở trên lỗ bẹn dưới gây mê nội khí quản, và mổ mở dưới gây tê tại chỗ, mỗi nhóm lựa chọn ngẫu nhiên 30 BN. Các tác giả nhận thấy tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở nhóm BN mổ nội soi chiếm 23,3%, ở nhóm gây mê nội khí quản chiếm 20,0% và ở nhóm gây tê tại chỗ là 4,2%. Phân tích tinh dịch không cho thấy bất kỳ thay đổi đáng kể sau mổ nói chung, chỉ có một chút cải tiến hình thái tinh trùng ở nhóm gây tê tại chỗ. Và các tác giả kết luận phương pháp gây tê tại chỗ là tốt hơn về tỷ lệ tái phát, tỷ lệ tràn dịch màng tinh hoàn và thời gian phẫu thuật cũng ngắn hơn các phương pháp khác. Theo ghi nhận của Al-Said S và cộng sự khi so sánh giữa 3 nhóm phẫu thuật: mổ mở với n=92, nội soi với n=94 và vi phẫu với n=112. Kết quả được ghi nhận như sau: biến chứng tràn dịch màng tinh hoàn không có ở nhóm được mổ vi phẫu, nhóm mổ mở chỉ có 2,8%, trong khi đó ở nhóm nội soi tỷ lệ này là 5,4%. Tỷ lệ tái phát ở nhóm mổ vi phẫu là 2,6%, nội soi là 11%, mổ mở là 17%. Các tác giả kết luận với phương pháp mổ vi phẫu thì có ưu điểm hơn là không có tràn dịch màng tinh hoàn, tỷ lệ tái phát thấp hơn và cải thiện tốt hơn số lượng tinh trùng và khả năng vận động. Nhưng tỷ lệ mang thai sau một năm thì không khác nhau đáng kể giữa 3 nhóm. Tại bệnh viện chúng tôi chưa có kính hiển vi nên thường áp dụng 2 phương pháp là mổ mở và mổ nội soi trong phúc mạc thất tĩnh mạch tinh giãn. Phẫu thuật thất tĩnh mạch thường tinh giãn nhằm mục đích làm giảm triệu chứng lâm sàng (đau) và cải thiện các thông số tinh dịch, chất lượng tinh trùng, chức năng tinh hoàn và tỷ lệ có thai trong các cặp vợ chồng vô sinh nam liên quan đến yếu tố GTMTT. Theo nguyên tắc khi phẫu thuật dù bằng kỹ thuật nào cần thắt hết các tĩnh mạch tinh trong, tĩnh mạch tinh ngoài và các tĩnh mạch ống dẫn tinh để tránh tái phát, chỉ để lại những tĩnh mạch của ống dẫn tinh nhỏ hơn 2mm là đủ dẫn lưu máu tĩnh mạch trở về, bảo tồn động mạch tinh hoàn, động mạch cơ bìu và động mạch ống dẫn tinh và bảo tồn mạch bạch huyết, vì thắt sẽ gây biến chứng tràn dịch màng tinh hoàn.

Nhiều phẫu thuật viên Tiết niệu, Nam khoa tin rằng điều trị giãn tĩnh mạch thường tinh đem lại lợi ích cho bệnh nhân vô sinh nam. Nhiều nghiên cứu cho thấy điều trị giãn tĩnh mạch thường tinh không những giúp

ngăn ngừa suy giảm chức năng mà còn giúp hồi phục tổn thương tinh hoàn, thông qua tăng độ di động, chất lượng tinh trùng... Người đầu tiên đưa ra mối quan hệ giữa vô sinh và GTMTT là một phẫu thuật viên người Anh vào cuối thế kỷ XIX. Cho đến nay, điều trị giãn tĩnh mạch thường tinh bằng phẫu thuật trên các bệnh nhân vô sinh nam đã phát triển nhanh chóng tại nhiều trung tâm, bệnh viện. Các bác sĩ Nam khoa và Tiết niệu thường có khuynh hướng điều trị bằng phẫu thuật, các báo cáo kết quả ban đầu cũng phần nào giúp chúng minh hiệu quả của phương pháp điều trị này. Ngoài ra, điều trị giãn tĩnh mạch tinh có chi phí thấp, hiệu quả và phù hợp cho nhiều đối tượng.

Với phương pháp mổ mở dưới gây tê tùy sống chúng tôi ghi nhận các kết quả sau: Có 18/24 bệnh nhân chiếm 75,0% có cải thiện tinh dịch đồ sau mổ. So sánh với kết quả của các tác giả khác không có sự khác biệt: Agarwal và cs. chứng minh phương pháp phẫu thuật trên lỗ bẹn và vi phẫu làm tăng có ý nghĩa thống kê về mật độ, độ di động và hình thái của tinh trùng. Al-Kandari nghiên cứu trên 120 bệnh nhân cho thấy tỉ lệ tăng độ di động và mật độ tinh trùng đối với phương pháp phẫu thuật mở, nội soi và vi phẫu lần lượt là 65%, 67% và 76%. Theo nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân sau phẫu thuật có cải thiện các triệu chứng lâm sàng, tuy nhiên vẫn còn một số bệnh nhân sau mổ vẫn chưa thỏa mãn: bệnh nhân vẫn cảm thấy đau tức vùng bìu, những bệnh nhân này khi kiểm tra bằng siêu âm Doppler màu thấy có tĩnh mạch giãn, tuy nhiên mức độ nhỏ hơn khi chưa phẫu thuật.

Các biến chứng chính thường gặp: đó là teo tinh hoàn sau phẫu thuật, ứ nước màng tinh hoàn (hydrocele) và tỷ lệ tái phát. Tỷ lệ này của nhóm nghiên cứu tương ứng là: hydrocele có 1/45 BN (2,2%) và tỷ lệ tái phát 4/45 BN (8,8%). Kết quả này không có sự khác biệt so với ghi nhận của Al-Said A là 4/143 BN (2,8%) bị hydrocele, 16/143 BN (11,18%) bị tái phát [0]. So với ghi nhận của Al-Kandari AM có tỷ lệ hydrocele là 7/52 BN (13%) [0]. Tỷ lệ teo tinh hoàn bên phẫu thuật của chúng tôi cũng như ghi nhận của hai tác giả trên là 0%. Nhưng trong y văn được thông báo là khoảng 1% [0], [0]. Theo ghi nhận của Hoàng Long và cộng sự tỷ lệ khỏi của phương pháp nội soi là 87,88%, tỷ lệ thất bại là 12,12%, tỷ lệ tràn dịch màng tinh hoàn là 12,12% và tỷ lệ tái phát là 15,15%.

KẾT LUẬN

Giãn tĩnh mạch thường tinh là một bệnh khá phổ biến ở nam giới. Điều trị phẫu thuật, nhất là trên bệnh nhân, vô sinh nam là một chỉ định điều trị phổ biến hiện nay trên thế giới và ở Việt Nam do chi phí thấp và có hiệu quả...

Có nhiều phương pháp phẫu thuật, tuy nhiên phẫu thuật mở thất tĩnh mạch giãn dưới gây tê tùy sống vẫn là một phương pháp đơn giản, ít biến chứng và có thể áp dụng ở nhiều tuyến y tế. Tuy nhiên phải chú ý bảo tồn động mạch tinh và theo dõi bệnh nhân một cách có hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Bắc, Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long và cs (2011); "Kết quả và hiệu quả bước đầu của phẫu thuật vi phẫu thất tĩnh mạch tinh đối với các thông

số tinh dịch đồ và testosterone ở những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh”.

2. Hoàng Long, Nguyễn Hoài Bắc, Vũ Nguyễn Khải Ca và cs (2011); “So sánh kết quả của phẫu thuật vi phẫu qua đường bẹn bii và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh”; *YHTH – Số 769 tr:242-250*.

3. Phạm Nam Việt và cs (2011); “Đặc điểm giải phẫu mạch máu thừng tinh đoạn trong ống bẹn qua mô vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh”; *YHTH – Số 769 tr:196-206*.

4. Al-Kandari AM, Sabaana H, Ibrahim HM (2007); “Comparison of oucomes of different varicocelectomy techniques open inguinal, laparoscopic, and subinguinal microscopic varicocelectomy: a randomized clinical trial”; *Urology; 69(3):417-20*.

5. Al-Said S, Al-Naimi A et al (2008); “Varicocelectomy for male infertility: a comparative study of open, laparoscopic and microsurgical approaches”; *J Urol; 180 (1):260-70*.

6. Mohammed A, F. Chingwundoh (2009); “Testicular varicocele: an overvieww”; *Urol Int, 2009, 82(4): p.373-9*.

7. Shamsa A, Mohammadi L, Abolbashari M, Shakeri MT, Shamsa S (2009); “Comparison of open and laparoscopic varicocelectomy in terms of operative time, sperm parametes, and complication”; *Urol J. 2009 Summer; 6(3):170-5*.

8. Chan PT, E J. Wright and Goldstein M (2005); “Incidence and postoperative outcomes of accidental ligation of the testicular artery during microsurgical varicocelectomy”; *J Urol, 2005;173(2):p.482-4*.