

thành nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baum A, Schwartz MD.** Admissions to Veterans Affairs hospitals for emergency conditions during the COVID-19 pandemic. JAMA. Published online June 5, 2020. doi: 10.1001/jama.2020.9972
2. **Brown University School of Public Health LTCfocus—long-term care: facts on care in the US.** Accessed June 2, 2020.
3. **Henry J.** Kaiser Family Foundation State data and policy actions to address coronavirus. Published June 18, 2020. Accessed June 18, 2020.
4. **Nguyễn Thị Tuyết Loan và cộng sự** (2023) Tình hình khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện An Biên và tác động của đại dịch COVID-19 năm 2018, 2019 và 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, (524) Tháng 3, N1A, 2023.p 64-69
5. **McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al.;** Public Health—Seattle and King County, Evergreen Health, and CDC COVID-19 Investigation Team. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382(21):2005-2011.
6. **New York Times COVID-19 data.** Accessed June 2, 2020.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GIÃN TĨNH MẠCH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN NĂM 2022

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh tại bệnh viện xanh pôn năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh tại bệnh viện Xanh pôn. **Kết quả nghiên cứu:** Độ tuổi trung bình là  $28,8 \pm 6,2$  tuổi; Lý do vào viện: đau tức bìu chiếm 79,3%, hiếm muộn con chiếm 20,7%; Thời gian phát hiện bệnh trung bình là  $6,9 \pm 5,3$  tháng; Vị trí giãn tĩnh mạch tinh: bên trái chiếm 94,8%, cả hai bên là 2,2%; Phân độ giãn tĩnh mạch tinh: độ 1 chiếm 1,7%, độ 2 chiếm 29,3%, độ 3 chiếm 69,0%; Tình trạng không có van tĩnh mạch trong tĩnh mạch tinh chiếm tỷ lệ 86,2%; Đường kính tĩnh mạch tinh trước phẫu thuật không làm nghiệm pháp Valsalva  $2,7 \pm 0,6$  mm; Đường kính tĩnh mạch tinh trước phẫu thuật khi làm nghiệm pháp Valsalva  $3,8 \pm 0,6$  mm; Nồng độ Testosterol trung bình trước phẫu thuật là  $17,5 \pm 5,4$  mmol/lit; Kết quả nồng độ LH trung bình trước phẫu thuật là  $5,7 \pm 3,4$  mUI/ml; Kết quả nồng độ FSH trung bình trước phẫu thuật là  $6,7 \pm 5,6$  mUI/ml. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy lý do vào viện thường gặp là đau tức bìu; vị trí giãn tĩnh mạch tinh thường gặp nhất là bìu trái (94,8%) Giãn tĩnh mạch tinh độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (69,0%).

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF VARICOCELE PATIENTS AT SAINT PAUL HOSPITAL

**Objective:** To study the clinical and paraclinical

characteristics of patients with varicocele at Saint Paul hospital in 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 45 patients with varicocele at Saint Paul hospital. **Result:** The mean age was  $28.8 \pm 6.2$  years old; Reason for admission: scrotal pain was 79.3%, child infertility was 20.7%; The mean time of disease detection was  $6.9 \pm 5.3$  months; Location of varicocele: left side was 94.8%, both sides was 2.2%; Varicose veins classification: grade 1 was 1.7%, grade 2 was 29.3%, grade 3 was 69.0%; The state of no venous valve in the seminal vein was 86.2%; Diameter of veins before surgery without Valsalva test was  $2.7 \pm 0.6$  mm; Diameter of veins before surgery when doing Valsalva test was  $3.8 \pm 0.6$  mm; The mean concentration of Testosterone before surgery was  $17.5 \pm 5.4$  mmol/liter; The average LH concentration before surgery was  $5.7 \pm 3.4$  mUI/ml; The mean FSH concentration before surgery was  $6.7 \pm 5.6$  mUI/ml. **Conclusion:** The results of the study showed that the common reason for admission to the hospital was pain in the scrotum; The most common location of varicocele was the left scrotum (94.8%), Grade 3 varicocele was the most common with 69.0%

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh là tình trạng giãn bất thường của đám rối tĩnh mạch tinh nằm trong bìu do sự trào ngược máu từ tĩnh mạch thận ở bên trái và từ tĩnh mạch chủ ở bên phải về tĩnh mạch tinh trong [3], [8].

Chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh chủ yếu là dựa vào thăm khám lâm sàng và siêu âm Doppler màu tinh hoàn và mào tinh hoàn, đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất hiện nay trong chẩn đoán và theo dõi bệnh giãn tĩnh mạch tinh [3].

Nhằm có những dữ liệu khoa học về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

giãn tĩnh mạch tinh được điều trị tại bệnh viện Xanh pôn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh tại bệnh viện xanh pôn năm 2022"

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh được điều trị tại Bệnh viện Xanh Pôn từ 2020-2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân tuổi ≥ 18.
- Được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh một bên hoặc 2 bên.
- Có đầy đủ thông tin về khám lâm sàng và cận lâm sàng trong bệnh án.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu nghiên cứu được lấy theo cỡ mẫu thuận tiện. Bao gồm toàn bộ bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh trong giai đoạn nghiên cứu.

**2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- Chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh: Bệnh nhân được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh dựa vào đồng thời cả lâm sàng và siêu âm Doppler.

+ Lâm sàng: Bệnh nhân được khám trong tư thế đứng thầy thuốc ngồi đối diện khám và phân độ giãn tĩnh mạch tinh theo Dubin và Amelar [7], Theo hệ thống phân loại này, giãn tĩnh mạch tinh được chia làm 3 độ:

Độ I: kích thước tĩnh mạch tinh còn nhỏ chỉ có thể sờ thấy khi làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ II: kích thước tĩnh mạch tinh giãn ở mức trung bình có thể sờ thấy dễ dàng mà không cần làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ III: kích thước tĩnh mạch lớn có thể nhìn đã thấy mà không cần sờ.

+ Siêu âm Doppler: Tiêu chuẩn để chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm Doppler:

Dòng trào ngược tĩnh mạch tồn tại trên 1 giây

Đường kính tĩnh mạch tinh trước nghiệm pháp Valsalva lớn hơn 2,5mm.

Sau khi làm nghiệm pháp Valsalva đường kính tĩnh mạch tinh tăng lên và có ít nhất 3 tĩnh mạch có đường kính lớn hơn 3 mm.

- Vị trí giãn: bên tinh hoàn có giãn tĩnh mạch tinh

- Triệu chứng lâm sàng: đau tức bìu, chậm con, rối loạn cương dương...

- Thể tích: đơn vị tính ml

- Đường kính: đo đường kính tĩnh mạch tinh trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva, đơn vị tính mm

- Đặc điểm tinh hoàn: thể tích tinh hoàn giảm hoặc bình thường

- Đặc điểm nội tiết tố trước phẫu thuật

**2.4. Xử lý số liệu**

- Các thông tin thu thập được nhập và phân tích theo chương trình phần mềm SPSS 20.

- Tính số trung bình cộng, độ lệch chuẩn với các dãy số liệu tuân theo sự phân bố chuẩn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,8 ± 6,2 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và cao nhất là 45 tuổi.

- Lý do vào viện: đau tức bìu chiếm 79,3%, hiếm muộn con chiếm 20,7%.

- Vị trí giãn tĩnh mạch tinh: bên trái chiếm 94,8%, cả hai bên là 5,2%

- Thời gian phát hiện bệnh trung bình là: 6,9 ± 5,3, sớm nhất là 3 tháng muộn nhất là 24 tháng.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**Bảng 3.1. Mức độ giãn tĩnh mạch tinh**

Độ giãn tĩnh mạch tinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độ 1	1	1,7%
Độ 2	17	29,3%
Độ 3	40	69,0%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.2. Đường kính tĩnh mạch tinh trước phẫu thuật khi không làm nghiệm pháp Valsalva**

Đường kính (mm)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
- ≤ 3	45	77,6%
3 < - ≤ 4mm	10	17,2%
- > 4mm	3	5,2%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Đường kính tĩnh mạch tinh trước phẫu thuật khi không làm nghiệm pháp Valsalva trung bình là 2,7± 0,6 mm.

**Bảng 3.3. Đường kính của tĩnh mạch tinh trên siêu âm trước phẫu thuật khi làm nghiệm pháp Valsalva**

Đường kính (mm)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
- ≤ 3	8	13,8%
3 < - ≤ 4mm	40	69,0%
- > 4mm	10	17,2%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Đường kính tĩnh mạch trước mổ khi làm nghiệm pháp Valsalva trung bình 3,8 ±

0,6 mm.

**Bảng 3.4. Đặc điểm dòng trào ngược tĩnh mạch**

Dấu hiệu suy van	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Có dòng trào ngược liên tục	8	13,8%
Có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva	50	86,2%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.5. Thể tích tinh hoàn cùng bên với tĩnh mạch tinh giãn**

Dấu hiệu suy van	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Bình thường	10	17,2%
Teo nhỏ	48	82,8%
<b>Tổng số</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.6. Kết quả nồng độ Testosterone**

Testosterone (nmol/l)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
≤ 12 nmol/l	15	25,9%
> 12 nmol/l	43	74,5%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.7. Kết quả nồng độ LH**

LH (mIU/ ml)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
≤ 1 mIU/ml	0	0,0%
1 < - ≤ 15 mUI/ ml	56	96,6%
>15 mUI/ml	2	3,4%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Bảng 3.8. Kết quả nồng độ FSH**

FSH (mUI/ml)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
- ≤ 2mUI/ml	3	5,2
2 < - ≤ 6 mUI/ml	35	60,3
>6 mUI/ml	20	34,5%
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 58 bệnh nhân được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh tại bệnh viện Xanh pôn. Trong đó tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $28,8 \pm 6,2$  tuổi, nhóm tuổi 21-30 chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,6%, trong khi đó nhóm tuổi 31- 40 chiếm 27,6% và nhóm  $\geq 41$  tuổi gặp rất ít với 6,9%.

Theo Nguyễn Hữu Thảo [4], tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $26,57 \pm 6,44$  tuổi, Lê Huy Ngọc [1], tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $25,6 \pm 7,2$  tuổi. Theo Mohamed [8], tuổi trung bình là  $30,4 \pm 4,5$  tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước và các tác giả đều thống nhất rằng bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh thường gặp ở nam giới trong độ tuổi trẻ  $\leq 30$  tuổi, giảm dần sau tuổi 30 và ít gặp sau tuổi 40 [2], 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. Giải thích cho sự thường gặp cho lứa tuổi này, các tác giả cũng cho rằng, nguyên nhân giãn tĩnh mạch tinh hay gặp ở lứa tuổi 20-30 có thể là do sự phát triển nhanh về kích thước của tĩnh mạch tinh cùng với các hoạt động thể lực mạnh ở lứa tuổi này, đặc biệt ở những người chơi thể thao mạnh, kèm với sự hoạt động tình dục mạnh nhất ở nhóm tuổi này khiến cho dòng máu đến tinh hoàn nhiều hơn. Dòng máu trở về tim qua tĩnh mạch tăng lên, áp lực dòng máu trong lòng mạch cũng tăng làm các tĩnh mạch bộc lộ các bất thường tiềm ẩn. Do đó khiến cho tĩnh mạch tinh bị giãn ra, ứ trệ máu và biểu hiện các dấu hiệu ra lâm sàng...

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

**4.2.1. Lý do đến khám bệnh.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân đến viện khám vì đau tức vùng bìu chiếm tỷ lệ 79,3%. Nhóm bệnh nhân đến khám vì hiếm muộn chiếm tỷ lệ 20,7%.

Theo Lê Huy Ngọc [1], kết quả nghiên cứu cho thấy với tỷ lệ bệnh nhân đến khám vì đau tức bìu là 61,4% và tỉ lệ đến khám vì hiếm muộn là 19,3%. Đây cũng là những lý do chủ yếu đến khám bệnh tương tự như trong một số nghiên cứu khác của Hoàng Long và cộng sự [2], triệu chứng đau bìu là 100%.

**4.2.2. Thời gian mắc bệnh.** Thời gian mắc bệnh được tính từ khi biểu hiện triệu chứng đến khi bệnh nhân được khám bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian phát hiện bệnh trung bình là  $6,59 \pm 5,3$  tháng, ngắn nhất là 3 tháng và muộn nhất là 24 tháng.

Theo Nguyễn Hữu Thảo [4], Thời gian phát hiện bệnh trung bình là  $7,53 \pm 5,9$  tháng, sớm nhất là 1 tháng và muộn nhất là 24 tháng. Trong đó số bệnh nhân đi khám ở thời điểm 9 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,7%. Theo Cayan S [6], thời gian mắc bệnh trung bình là  $14,78 \pm 2,34$  tháng.

**4.2.3. Vị trí giãn tĩnh mạch tinh.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh bên trái chiếm 94,8%, cả hai bên là 5,2% và không có bệnh nhân nào giãn đơn thuần tĩnh mạch tinh bên phải.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thảo [4], tỷ lệ giãn tĩnh mạch tinh bên trái là 95,8% và hai bên là 4,2%. Theo Lê Huy Ngọc [1], giãn tĩnh mạch tinh bên trái chiếm 95,2%, còn lại là cả hai bên chiếm 4,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu

của các tác giả khác về vị trí giãn tĩnh mạch tinh.

**4.2.4. Phân độ giãn tĩnh mạch tinh theo phân độ quốc tế.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, giãn tĩnh mạch tinh độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 40/58 bệnh nhân (69,0%), độ 2 có 17/58 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 29,3% và giãn độ 1 có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,7%. Theo Nguyễn Hữu Thảo [4], trong nghiên cứu 72 bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh được điều trị tại bệnh viện Việt Đức, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân giãn độ 1 là 2,8%, giãn độ 2 là 40,3% và giãn độ 3 là 56,9%. Theo Cayan S [6] tỉ lệ giãn tĩnh mạch tinh độ 3 là 27,7%, độ 2 là 24,6%. 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 nhưng vẫn cao hơn với các nghiên cứu ngoài nước. Hiện nay dân trí của nhân dân ta đã tăng lên nhưng vẫn chủ quan về sức khỏe và thường khi đau nhiều hay nhiều năm chưa có con mới đến khám.

#### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

**4.3.1. Siêu âm.** Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được làm siêu âm Doppler tinh hoàn, mào tinh hoàn kèm theo siêu âm ổ bụng. Đánh giá đường kính tĩnh mạch tinh khi không làm nghiệm pháp Valsalva và khi làm nghiệm pháp Valsalva, đánh giá tình trạng dòng trào ngược của dòng máu trong tĩnh mạch, kèm theo đánh giá thể tích tinh hoàn. Ngoài ra còn siêu âm ổ bụng để loại trừ các khối u chèn ép hay bệnh phối hợp khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đường kính tĩnh mạch tinh trung bình khi không làm nghiệm pháp Valsalva là  $2,8 \pm 0,5$  mm. Đường kính lớn nhất là 5,8 mm và đường kính nhỏ nhất là 1,5 mm. Trong đó, nhóm có đường kính  $\leq 3$  mm chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 77,6%. Đường kính tĩnh mạch tinh trung bình khi làm nghiệm pháp Valsalva là  $3,8 \pm 0,5$  mm. Đường kính lớn nhất là 5,8 mm và đường kính nhỏ nhất là 2,6 mm.

Theo Nguyễn Hữu Thảo [4], kết quả nghiên cứu cho thấy đường kính tĩnh mạch tinh trung bình khi không làm nghiệm pháp Valsalva là  $2,97 \pm 0,66$  mm và khi làm nghiệm pháp Valsalva là  $3,71 \pm 0,60$  mm. Theo Đỗ Trường Thành và cộng sự [5], đường kính trung bình tĩnh mạch tinh khi không làm nghiệm pháp Valsalva là  $2,61 \pm 0,45$  mm, đường kính tĩnh mạch tinh sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là  $3,58 \pm 0,55$  mm, và tất cả đều có dòng trào ngược.

**4.3.2. Nồng độ Hormone.** Về nồng độ Testosterone trước phẫu thuật, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 15/58 bệnh nhân

có nồng độ testosterone  $\leq 12$  nmol/l chiếm 25,9% và 43/58 bệnh nhân  $> 12$  nmol/l chiếm 75,4%. Theo Nguyễn Hữu Thảo [4], nồng độ Testosterone trong nghiên cứu ghi nhận ở bệnh nhân trước mổ trung bình là  $16,18 \pm 5,88$  nmol/l, số bệnh nhân có nồng độ lớn hơn 12 nmol/l đến 35 nmol/l là 47 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 73,4%, số bệnh nhân có nồng độ  $\leq 12$  nmol/l là 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 26,6%, không có bệnh nhân nồng độ vượt ngưỡng bình thường. Theo tác giả Đỗ Trường Thành [5], nồng độ Testosterone trước mổ là  $11,6 \pm 4,8$  nmol/l. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận sự giảm nồng độ Testosterone trong các trường hợp vô sinh nam do giãn tĩnh mạch tinh và tăng trở lại sau phẫu thuật, do có sự cải thiện chức năng tế bào Leydig.

Về kết quả xét nghiệm nồng độ LH trước phẫu thuật, Kết quả nghiên cứu cho thấy có 56/58 bệnh nhân có nồng độ LH trước phẫu thuật trong khoảng 1 đến  $\leq 15$  mUI/ml chiếm 96,6% và  $> 15$  mUI/ml có 2/58 bệnh nhân, chiếm 3,4%. Theo Nguyễn Hữu Thảo [4], Nồng độ hormone LH trung bình là  $5,03 \pm 3,61$  mUI/ml. Bệnh nhân có nồng độ hormone LH bình thường là 62 bệnh nhân chiếm 96,9%.

Về kết quả xét nghiệm nồng độ FSH, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 3 bệnh nhân có nồng độ FSH  $\leq 2$  mUI/ml chiếm 5,2%, có 35 bệnh nhân có nồng độ FSH trong khoảng 2 đến  $\leq 6$  mUI/ml chiếm 60,3% và 20 bệnh nhân  $> 6$  mUI/ml chiếm 34,5%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thảo cho thấy [4], nồng độ FSH trung bình là  $6,09 \pm 5,58$  mUI/ml, trong đó số bệnh nhân có nồng độ FSH trên 6mUI/ml là 18 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 28,1%. FSH được xem như chất phản ánh sự sinh tinh và ảnh hưởng bởi cơ chế feed-back từ hoạt động của tế bào Sertoli. Khi nồng độ FSH gia tăng thì khả năng sinh tinh của tinh hoàn giảm.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 58 bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh được điều trị tại bệnh viện Xanh pôn cho thấy: Tuổi trung bình là  $28,8 \pm 6,2$  tuổi. Lý do khám bệnh chủ yếu là đau tức bìu chiếm 79,3%. Vị trí giãn tĩnh mạch tinh thường gặp là bên trái chiếm 94,8%. Phân độ giãn tĩnh mạch tinh chủ yếu là độ 3 chiếm 69,0%.

## 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 Việt Đức". Luận văn thạc sỹ y khoa, Trường đại học Y Hà Nội. 2012.
2. **Hoàng Long và cộng sự.** "So sánh kết quả của phẫu thuật vi phẫu qua đường bẹn bìu và phẫu

- thuật nội soi sau phúc mạc trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh". Tạp chí Y học thực hành. 2011;Tập 769 + 770(Số tháng 6 năm 2011):242-251.
3. **Trịnh Hoàng Giang.** "Chẩn đoán và điều trị giãn tĩnh mạch tinh": Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội; 2006.
  4. **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.
  5. **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". Tạp chí Y học Việt Nam. 2013;103(3):556-561.
  6. **Cayan S, Kadioglu TC; Tefekli A (2000),** "Comparison of results and complications of high ligation surgery and microsurgical high inguinal varicocelectomy in the treatment of varicocele", Urology, 55, 750- 754.
  7. **Dubin L, Amelar R.D.** "Varicocelectomy: 986 cases in a twelve-year study". Urology. Nov 1977;10(5):446-449.
  8. **Mohammed A, Chingwundoh F.** "Testicular varicocele: an overview. Urologia internationalis. 2009;82(4):373-379.

## DIỆN DẠ DÀY ĐỒ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP II CÓ KHÓ TIÊU CHỨC NĂNG

Nguyễn Thị Giang<sup>1</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hoạt động điện dạ dày và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ II có khó tiêu chức năng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 42 bệnh nhân khó tiêu chức năng được chẩn đoán theo ROME IV: 21 bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ II (nhóm bệnh) và 21 bệnh nhân không mắc ĐTĐ (nhóm chứng) từ 10/2022 đến 07/2023 tại Phòng khám đa khoa Hoàng Long – Viện nghiên cứu, đào tạo Tiêu hóa, Gan mật. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55,8 ± 9,0. Đầy bụng, ợ hơi, ợ chua là những triệu chứng phổ biến nhất. Phần trăm sóng dạ dày bình thường cao nhất ở cả nhóm bệnh (77%) và nhóm chứng (80%) tại thời điểm trước ăn và sau ăn (ở nhóm bệnh là 76,9%, ở nhóm chứng là 84,6%). Tần số sóng nhọn (DF), năng lượng sóng nhọn (DP), phần trăm sóng dạ dày bình thường và chậm không khác nhau giữa hai nhóm. Các yếu tố tuổi, giới, thời gian chẩn đoán ĐTĐ, HbA1C và glucose máu không có mối tương quan với DF, DP trước và sau ăn. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về hoạt động điện dạ dày trên các bệnh nhân khó tiêu chức năng mắc và không mắc ĐTĐ typ II. Tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, HbA1C, glucose máu không có mối tương quan với các chỉ số EGG. **Từ khóa:** Điện dạ dày đồ, đái tháo đường typ II, khó tiêu chức năng.

### SUMMARY

#### ELECTROGASTROGRAPHY AND SOME RELATING FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES HAVING FUNCTIONAL DYSPEPSIA

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

**Objectives:** To evaluate the gastric myoelectrical activity and associated factors in patients with diabetes mellitus type II with functional dyspepsia. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study recruited 42 patients diagnosed with functional dyspepsia based on ROME IV criteria: 21 patients with type II diabetes (Diabetes group) and 21 patients without diabetes (Control group) from October 2022 to July 2023. **Results:** The mean age was 55.8 ± 9.0. Bloating, belching, and regurgitation were the most common symptoms. The percentage of normal gastrica was highest in both groups preprandially (77.0% in diabetes group; 80.0% in control group) and postprandially (76.9% in diabetes group; 84.6% in control group). Dominant frequency (DF), dominant power (DP), percentage of normalgastrica and brachygastrica did not significant differ between two groups. There was no significant correlation between age, sex, disease duration, HbA1C, glucose and DF, DP. **Conclusion:** There was no significant difference in gastric myoelectrical activity between functional dyspepsia patients with and without diabetes type II. Age, gender, BMI, disease duration, HbA1c, serum glucose concentration had no correlation with EGG metrics. **Keywords:** Electrogastrography, diabetes mellitus type II, functional dyspepsia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý phổ biến trên thế giới. Năm 2019, bệnh lý này ảnh hưởng đến khoảng 463 triệu người trên toàn thế giới và con số này ngày càng gia tăng. [6] Ngoài các biến chứng tim mạch, thận và thần kinh, đái tháo đường còn gây ra các triệu chứng đường tiêu hoá. Khoảng 50% các bệnh nhân đái tháo đường và các bệnh nhân kiểm soát đường huyết dưới mức tối ưu có tình trạng chậm làm rỗng dạ dày dẫn đến các triệu chứng khó tiêu chức năng. [2] Hiện nay đo điện dạ dày đồ (Electrogastrography – EGG) là một kỹ thuật