

# **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ MỔ MỞ TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HOÀ BÌNH**

*Nguyễn Thanh Sơn, Trần Huy Bình, Đặng Văn Lệ, Đỗ Đức Đăng, Trịnh Thị Loan*

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tinh hoàn không xuống bìu là tinh hoàn dừng lại bất thường trên đường di chuyển xuống bìu thời kỳ phôi thai, khác với tinh hoàn lạc chỗ là tinh hoàn nằm ngoài đường di chuyển bình thường của nó [2], [3], [4].

Cho dù được điều trị bằng phương pháp nào thì cũng nhằm mục đích đưa được tinh hoàn xuống bìu, và bệnh nhân cần được chẩn đoán sớm, điều trị sớm đúng tuổi. Với chỉ định đúng, chọn kỹ thuật mổ đúng để có kết quả tốt về lâu dài. Các nghiên cứu ở nước ngoài đã chỉ rõ cần mổ hạ tinh hoàn ở tuổi 1-2 tuổi. Quan điểm hiện nay nói chung bắt đầu mổ từ lúc 12-18 tháng tuổi, để cho chức năng của tinh hoàn không bị ảnh hưởng sau này, cũng như tránh các biến chứng của tinh hoàn chưa xuống bìu.

Bệnh nhân THKXB chiếm một tỷ lệ cao đến khám và điều trị phẫu thuật ở bệnh viện tỉnh Hoà Bình nhưng chưa có đề tài nào đánh giá về kết quả điều trị mổ mở. Chính vì lý do đó chúng tôi thực hiện đề tài: “ ***Đánh giá kết quả sớm điều trị mổ mở tinh hoàn không xuống bìu ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hoà Bình*** ”.

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm những bệnh nhân là trẻ em được phẫu thuật Tinh hoàn không xuống bìu tại khoa Ngoại Tiết Niệu – Nam Học Bệnh viện đa khoa tỉnh Hoà Bình từ tháng 01/ 2019 đến tháng 09/ 2020

**Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.

+ Hồi cứu: Nghiên cứu hồ sơ bệnh nhân được phẫu thuật từ 1/2019 – 12/2019.

+ Tiên cứu: Trực tiếp khám làm bệnh án theo mẫu, chẩn đoán, tham gia phẫu thuật, theo dõi kết quả phẫu thuật từ tháng 01/ 2019 đến hết tháng 09/ 2020.

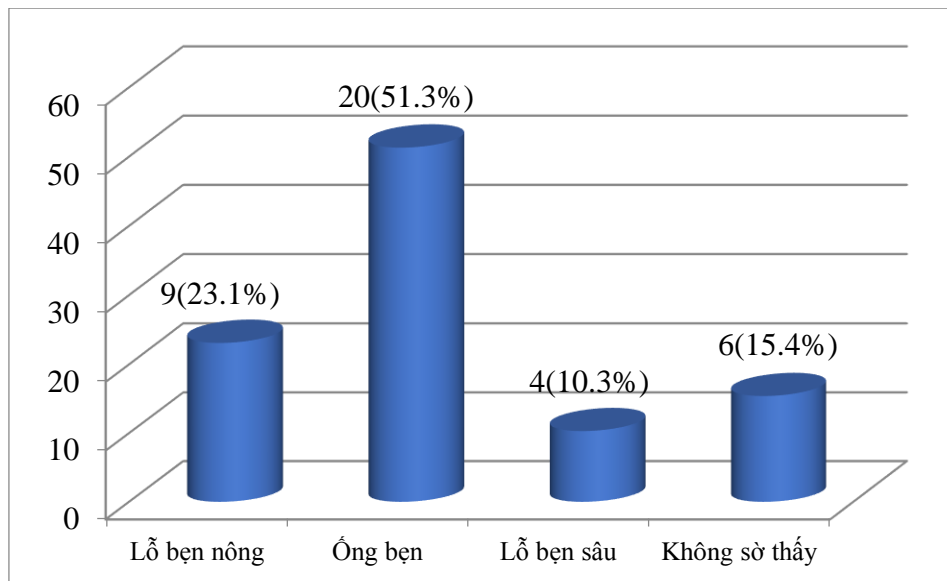
### ***Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:***

Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

### **III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

Trong thời gian từ tháng 01/ 2019 đến tháng 09/ 2020 tại khoa Ngoại tiết niệu và nam học chúng tôi đã phẫu thuật mở mở hạ tinh hoàn không xuống bìu cho 39 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu và kết quả cụ thể như sau:

#### ***Đặc điểm lâm sàng vị trí trí tinh hoàn sờ thấy***



Nhận xét: Như vậy THKXB được phát hiện nhiều nhất nằm ở ống bẹn chiếm tỷ lệ 51,3% ở lỗ bẹn nông chiếm 23,1% và có 15,4% không sờ thấy tinh hoàn.

Vị trí tinh hoàn rất quan trọng đối với phẫu thuật viên vì nó liên quan đến khả năng hạ tinh hoàn xuống bìu, tinh hoàn càng cao, tuổi càng lớn thì khoảng cách từ tinh hoàn xuống bìu càng lớn do vậy việc hạ tinh hoàn là khó khăn.

**Đặc điểm cận lâm sàng:**

**Vị trí THKXB trên siêu âm**

| Vị trí tinh hoàn | Số lượng bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------------------|--------------------|---------|
| Lỗ bẹn nông      | 8                  | 20,5    |
| Ống bẹn          | 21                 | 53,8    |
| Lỗ bẹn sâu       | 4                  | 10,3    |
| Ổ bụng           | 2                  | 5,1     |
| Không thấy       | 4                  | 10,3    |
| Tổng             | 39                 | 100     |

Nhận xét: Cũng giống như khám sờ nắn trước mổ siêu âm phát hiện tinh hoàn nằm trong ống bẹn là nhiều nhất chiếm 53,8%, thấp nhất là tinh hoàn trong ổ bụng chiếm 5,1%. Qua trên chúng tôi thấy rằng siêu âm là phương tiện quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá thể tích, tiên lượng THKXB hiện nay.

**Đánh giá sau mổ:**

**Liên quan giữa vị trí mổ và vị trí hạ tinh hoàn**

| Vị trí trong mổ \ Vị trí hạ | Bìu       | Gốc bìu | Tổng     |
|-----------------------------|-----------|---------|----------|
| Lỗ bẹn sâu                  | 11(100%)  | 0(0%)   | 11(100%) |
| Ống bẹn                     | 15(100%)  | 0(0%)   | 15(100%) |
| Lỗ bẹn nông                 | 8(100%)   | 0(0%)   | 8(100%)  |
| Ổ bụng                      | 3(60%)    | 2(40%)  | 5(100%)  |
| Tổng                        | 37(94,9%) | 2(5,1%) | 39(100%) |
| P= 0,002                    |           |         |          |

Nhận xét: Trong 5 trường hợp tinh hoàn trong ổ bụng có 3 trường hợp tinh hoàn hạ được xuống bìu chiếm 60%. Còn 2 bệnh nhân chúng tôi chỉ hạ được đến gốc bìu do thừng tinh ngắn căng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $P=0,002 < 0,05$ .

#### Thể tích trung bình của tinh hoàn trên siêu âm sau mổ 1 tháng

| Tuổi \ Thể tích | $\leq 2$ tuổi | 2 – 5 tuổi | 6 – 10 tuổi | >10 tuổi |
|-----------------|---------------|------------|-------------|----------|
| V1 TB (ml)      | 1,22 (5)      | 1,52 (13)  | 3,30 (15)   | 6,46 (2) |
| V2 TB (ml)      | 1,50 (7)      | 2,46 (13)  | 5,44 (16)   | 12,6 (3) |
| V1/V2 (%)       | 81,33         | 61,78      | 60,66       | 51,26    |

Chú thích

- V1 TB: Thể tích trung bình của tinh hoàn KXB
- V2 TB: Thể tích trung bình của tinh hoàn ở bìu (tinh hoàn bình thường)
- Số trong dấu ( ) là số tinh hoàn

Nhận xét: Qua bảng trên ta nhận thấy rằng, lứa tuổi càng cao thì tỷ lệ thể tích trung bình THKXB so với tinh hoàn ở bìu càng giảm.

#### Chỉ số teo tinh hoàn (TAI) trong nhóm khám lại

| Tuổi \ TAI | Chỉ số teo tinh hoàn (%) |
|------------|--------------------------|
| $\leq 2$   | 18,66                    |
| 2 - 5      | 38,21                    |
| 6 - 10     | 39,38                    |
| >10        | 48,73                    |
| $P= 0,007$ |                          |

Nhận xét: Qua bảng trên chúng tôi thấy rằng khi mổ càng muộn tỷ lệ teo tinh hoàn càng tăng cao ở lứa tuổi > 10 tuổi tỉ lệ teo tinh hoàn tăng lên gần 50%

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P=0,007 < 0,05$ .

#### IV. KẾT LUẬN

THKXB được phát hiện chủ yếu dựa vào khám lâm sàng sờ nắn và siêu âm. Trẻ ở lứa tuổi càng lớn tỷ lệ thể tích trung bình THKXB càng giảm. Do vậy cần chẩn đoán sớm sau sinh, theo dõi tiến triển của bệnh trong năm đầu để phẫu thuật sớm dưới 2 tuổi.

Kết quả mổ ở lứa tuổi  $\leq 2$  kết quả luôn là tốt nhất từ vị trí, thể tích cho đến chỉ số TAI. Tuổi mổ càng cao thì kết quả càng không tốt. Do vậy cần mổ sớm THKXB.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Docimo SG. MD (2010). The undescended Testis, Diagnosis and management. *American Family Physician*, november, 1 - 10.
2. Nguyễn Văn Đức (2005). Tinh hoàn không xuống bìu. *y học thực hành*, 6- 25.
3. Đỗ Kính (1998). Phôi thai người. NXBYhọc, 551- 554.
4. Stanley J Kogan (1992). Treatment of cryptorchidism Adult and pediatric. *orulogy*, 2, 2229 - 2240.
5. H. F. (1983). Cryptorchidism: Management and implicatinon. Berlin, Springer, 11 - 13.
6. Nguyễn Thanh Liêm (2002). Tinh hoàn không xuống bìu. *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, NXBYhọc, 213- 231.
7. Hoàng Tiến Việt (2017). *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, ĐHYHN.
8. Masao – Tsujihata (2011). Laparoscopic diagnosis and treatment of nonpalpable testis. *international Journal of urology*, 693- 696.
9. Nguyễn Xuân Thụ, Hoàng Bội Cung và Trần Lễ (1990). Mười năm hoạt động của phẫu thuật viện BMSKTE. *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 10 năm*, 116.
10. Garat. JM, Críponi. H và Apostolo.G (1998). Perineal ectopic testiculaire. *Journal orulogie, paris*, 91, 472 - 296.

