

bất thường PT, PT%, INR. Bệnh nhân giảm fibrinogen càng nặng có tương quan với tỉ lệ xuất huyết tiêu hoá trên càng cao ($p < 0,05$) [2].

4.2. Mối liên quan giữa mức độ xơ hóa gan và rối loạn đông máu. Phân tích mối liên quan giữa mức độ xơ hóa gan theo phân loại Metavir với các chỉ số đông máu cho thấy rằng: Bệnh nhân có mức độ xơ hóa gan càng nặng (F3, F4), thời gian PT và INR càng kéo dài. Fibrinogen có xu hướng giảm dần theo mức độ xơ hóa gan, nhưng sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê rõ ràng. D-dimer tăng cao hơn đáng kể ở nhóm F3, F4, gợi ý nguy cơ hình thành huyết khối tiềm tàng.

So sánh với nghiên cứu của Violi et al. (2016) tại Mỹ, họ cũng quan sát thấy mức D-dimer tăng cao ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn cuối, nhấn mạnh rằng tình trạng rối loạn đông máu trong xơ gan không chỉ là một nguy cơ chảy máu mà còn có liên quan đến sự kích hoạt hệ thống đông máu [5].

4.3. Tương quan giữa chức năng gan với chỉ số đông máu. Phân tích tương quan giữa các chỉ số đông máu và chức năng gan (ALT, AST, bilirubin, albumin) cho thấy PT và INR có tương quan thuận với bilirubin và nghịch với albumin. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, khi thấy rằng suy giảm tổng hợp albumin có thể phản ánh mức độ suy gan, đồng thời cũng liên quan đến mức độ rối loạn đông máu [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân xơ gan có

những rối loạn đông máu đặc trưng như kéo dài thời gian PT, aPTT, tăng INR, giảm fibrinogen và tăng D-dimer. Những thay đổi này có liên quan chặt chẽ với mức độ xơ hóa gan, cho thấy sự suy giảm chức năng gan ảnh hưởng trực tiếp đến hệ thống đông máu. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây, tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn để làm rõ vai trò của trạng thái tăng đông và nguy cơ huyết khối ở bệnh nhân xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Nghĩa (2015), "Bệnh lý đông máu huyết tương", trong: Bài giảng Huyết học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr 125-168
2. Trần Thanh Tòng và cs (2024). Khảo sát đặc điểm rối loạn đông cầm máu trên bệnh nhân xơ gan tại Bệnh Viện Đa Khoa Đồng Tháp. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, Số 76, tr. 45-52.
3. Tripodi, A., Primignani, M., Chantarangkul, V., & Mannucci, P. M. (2011). The coagulopathy of chronic liver disease. The New England Journal of Medicine, 365(2), 147-156.
4. Lisman, T., Stravitz, R. T., & Violi, F. (2021). Hepatic coagulopathy in liver disease: Compensated and uncompensated hemostasis. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 19(5), 1132-1143.
5. Violi, F., Ferro, D., Basili, S., & Muscari, S. (2016). Coagulopathy of chronic liver disease: A reappraisal. Blood Reviews, 30(2), 97-103.
6. Northup, P. G., Caldwell, S. H., & Bunchorntavakul, C. (2013). Hemostatic dysfunction in liver disease: Pathophysiology and critical assessment of current management. Hepatology, 58(4), 1527-1537.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: THUYỀN TẮC TĨNH MẠCH TĨNH HAI BÊN Ở BỆNH NHÂN TÁI PHÁT SAU PHẪU THUẬT GIÃN TĨNH MẠCH TĨNH

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Vũ Tiến Thế³, Trần Quang Lộc^{1,2},
Trịnh Hoàng Giang³, Lê Tuấn Vũ², Lương Thị Hải Phượng²

TÓM TẮT

Giãn tĩnh mạch thượng tĩnh là tình trạng giãn bất thường của các tĩnh mạch ở bìu, thường gặp ở bên trái và là nguyên nhân có thể điều trị được gây vô sinh nam. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler với nghiệm pháp Valsalva. Phẫu thuật là

phương pháp điều trị phổ biến nhưng có thể tái phát. Trường hợp bệnh nhân nam 42 tuổi, tái phát giãn tĩnh mạch tĩnh hai bên sau phẫu thuật được điều trị thành công bằng phương pháp thuyền tắc tĩnh mạch qua đường tĩnh mạch đùi hai bên. Kỹ thuật sử dụng phối hợp coil và keo sinh học, ít xâm lấn, hiệu quả cao và không để lại sẹo. Sau điều trị, siêu âm cho thấy không còn giãn tĩnh mạch, triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Phương pháp thuyền tắc được đánh giá cao nhờ điều trị được cả hai bên, đặc biệt hiệu quả với ca tái phát hoặc không muốn phẫu thuật lại. Do đó, thuyền tắc nên được xem là lựa chọn điều trị tiêu chuẩn thay thế cho phẫu thuật trong các ca phức tạp.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch tĩnh, Giãn tĩnh mạch tĩnh tái phát, Thuyền tắc tĩnh mạch tĩnh.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

³Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Lộc

Email: tranquangloc8396@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

SUMMARY**BILATERAL SCROTAL VEIN EMBOLIZATION IN A PATIENT WITH RECURRENT VARICOCELE AFTER SURGICAL VEINLIGATION: CASE REPORT**

Varicocele is an abnormal dilation of the veins in the scrotum, most commonly on the left side, and is a treatable cause of male infertility. Diagnosis mainly relies on Doppler ultrasound with the Valsalva maneuver. Surgery is a common treatment but may have a recurrence. A 42-year-old male patient with bilateral recurrent varicoceles after surgery was successfully treated with sclerotherapy via bilateral femoral vein access. The technique used combined coil and biological glue, minimally invasive, highly effective, and leaves no scars. Post-treatment ultrasound showed no residual varicose veins, and clinical symptoms significantly improved. Embolization is highly regarded as it can treat both sides, especially in cases of recurrence or in patients who prefer to avoid repeat surgery. Therefore, embolization should be considered the standard alternative treatment to surgery in complex cases. **Keywords:** Varicocele, Recurrent varicocele, Testicular vein embolization

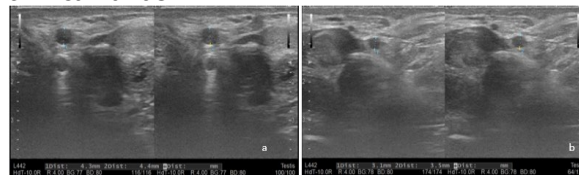
I. TỔNG QUAN

Giãn tĩnh mạch thừng tinh (varicocele) là tình trạng giãn bất thường và/hoặc ngoãn ngoèo của đám rối tĩnh mạch ở bìu. Thường gặp nhiều hơn ở bên trái, nhưng khoảng 50% trường hợp có thể xảy ra ở cả hai bên. Giãn tĩnh mạch thừng tinh bên phải đơn độc hiếm gặp và có thể liên quan đến bất thường giải phẫu hoặc khối u sau phúc mạc, cần kiểm tra thêm. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 15% ở nam giới nói chung, 35% ở người vô sinh nguyên phát và 80% ở người vô sinh thứ phát [1]. Nguyên nhân dẫn đến giãn tĩnh mạch thừng tinh được cho là do nhiều nguyên nhân. Trong đó có nguyên nhân bởi sự khác nhau giữa hệ thống dẫn lưu tĩnh mạch tĩnh mạch tinh bên trái (dài hơn) và bên phải gây ra tình trạng giãn tĩnh mạch thừng tinh bên trái chiếm ưu thế và tình trạng van tĩnh mạch không đủ chức năng dẫn đến trào ngược máu tĩnh mạch và tăng áp lực thủy tĩnh là những lý thuyết được trích dẫn nhiều nhất về sự phát triển của giãn tĩnh mạch thừng tinh [1]. Hiện tượng kẹp hạt dẻ cũng có thể xảy ra.[2] Ngoài ra còn có thể do vận động mạnh ở tuổi dậy thì có thể gây giãn tĩnh mạch, trong khi vận động ở tuổi trưởng thành làm nặng thêm nhưng không làm tăng tỷ lệ mắc [1]. Thông thường, nam giới bị giãn tĩnh mạch thừng tinh không có triệu chứng, mặc dù một số người có biểu hiện đau hoặc sưng mãn tính ở bìu [3]. Siêu âm bìu là phương pháp hàng đầu để chẩn đoán giãn tĩnh mạch thừng tinh, siêu âm Doppler cho hình ảnh rõ nét về kích thước mạch máu và cấu trúc tĩnh hoàn. Phương pháp này có độ nhạy

97% và độ đặc hiệu 94%, không xâm lấn, dễ thực hiện và cho kết quả chính xác. Siêu âm Doppler bìu hiện là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá các bệnh lý vùng bìu và tinh hoàn [4]. Điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh chủ yếu là phẫu thuật với nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau từ mổ mở, mổ nội soi nhưng cũng để lại nhiều biến chứng như tràn dịch tinh hoàn hay tái phát sau phẫu thuật [3]. Thuyên tắc tĩnh mạch là một phương pháp mới, ít xâm lấn và mang lại nhiều hứa hẹn. Phương pháp này có ưu điểm là ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh và có thể điều trị đồng thời cả hai bên nếu cần thiết [3]. Sau đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp tái phát giãn tĩnh mạch thừng tinh hai bên sau phẫu thuật, được điều trị thành công bằng thuyên tắc qua đường tĩnh mạch, qua đó minh họa tính khả thi và hiệu quả của kỹ thuật này trong điều trị các ca phức tạp hoặc tái phát.

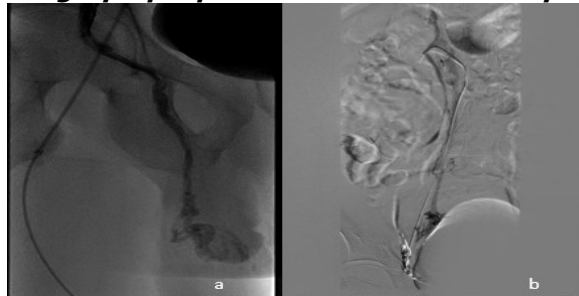
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, đã có 02 con, năm 2019 bệnh nhân xuất hiện đau tức tăng dần vùng bìu chủ yếu bên trái, khám tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được chẩn đoán giãn tĩnh mạch thừng tinh bên trái kèm ứ trệ tuần hoàn trong lòng mạch, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật sau đó. Tháng 11 năm 2024 bệnh nhân xuất hiện đau tức vùng bìu hai bên tăng dần, đến tháng 3 năm 2025 bệnh nhân khám Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Kết quả siêu âm tinh hoàn, bìu bẹn của bệnh nhân cho thấy. Bên phải: giãn tĩnh mạch thừng tinh đoạn ngang mức cực tinh hoàn, đường kính tĩnh mạch trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva lần lượt là 4.3mm và 4.4mm, có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva. Bên trái: giãn tĩnh mạch thừng tinh đoạn ngang mức cực dưới tinh hoàn, đường kính tĩnh mạch trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva lần lượt là 3.1mm và 3.5mm, có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva. Sau đây bệnh nhân được chỉ định thuyên tắc tĩnh mạch thừng tinh hai bên dưới hướng dẫn DSA. Nút bằng coil và hỗn hợp keo Histoacryl và Lipiodol tỉ lệ 1:2. Sau can thiệp, bệnh nhân giảm đau đáng kể, siêu âm kiểm tra sau hai tuần điều trị không phát hiện thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch thừng tinh cả hai bên.



Hình 1: a) Hình ảnh tĩnh mạch thừng tinh

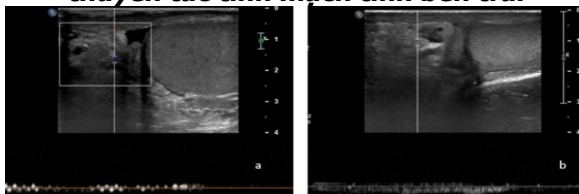
bên phải trước và sau làm nghiệm pháp Valsava khi chưa điều trị. b) Hình ảnh tĩnh mạch thường tĩnh bên trái trước và sau làm nghiệm pháp Valsava khi chưa điều trị



Hình 2: Hình ảnh chụp trước (a) và sau (b) thuyên tắc tĩnh mạch tĩnh bên phải



Hình 3: Hình ảnh chụp trước (a) và sau (b) thuyên tắc tĩnh mạch tĩnh bên trái



Hình 4: a) Hình ảnh tĩnh mạch tĩnh bên phải sau hai tuần điều trị. b) Hình ảnh tĩnh mạch tĩnh bên trái sau hai tuần điều trị

III. BÀN LUẬN

Giãn tĩnh mạch thường tĩnh là nguyên nhân hàng đầu gây đau búi trĩ mạn tính và vô sinh nam có thể điều trị được, đặc biệt ở các đối tượng nam giới trẻ tuổi còn nhu cầu sinh sản [1]. Tại Bắc Mỹ, phẫu thuật vi phẫu là phương pháp phổ biến nhất để điều trị giãn tĩnh mạch thường tĩnh. Các kỹ thuật phẫu thuật khác nhau đã được nghiên cứu và báo cáo trong y văn, bao gồm tiếp cận cận ngã bẹn cao, ngã bẹn thường, ngã dưới bẹn, phẫu thuật nội soi ổ bụng và vi phẫu. Tỷ lệ thất bại hoặc tái phát thay đổi đáng kể tùy theo phương pháp, từ 1,05% đối với phẫu thuật vi phẫu đến 14,97% đối với phương pháp tiếp cận cận ngã bẹn cao [5]. Một nghiên cứu khác của Mohammad Alkhamees và cs năm 2020 cho kết

quả tương tự với phẫu thuật vi phẫu cắt giãn tĩnh mạch thường tĩnh dưới bẹn có tỷ lệ tái phát thấp nhất (1,05–1,9%) nhờ khả năng thắt triệt để các tĩnh mạch giãn nhờ độ phóng đại cao, trong khi các phương pháp khác như Palomo (14,97%), nội soi (4,3%). Nguyên nhân tái phát chủ yếu thường liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật, do bỏ sót các nhánh tĩnh mạch tĩnh trong (60%), tĩnh mạch tĩnh ngoài (30%) hoặc tĩnh mạch gubernacular (0–10%), đồng thời liên quan đến mức độ giãn tĩnh mạch nặng và kích thước tĩnh mạch lớn trước mổ [6, 7]. Trong trường hợp này, bệnh nhân từng được mổ nội soi thắt tĩnh mạch tĩnh trái cách đây 5 năm bằng phương pháp vi phẫu. Sau mổ, triệu chứng đau tức búi cải thiện rõ rệt. Tuy nhiên, khoảng một năm trở lại đây, bệnh nhân xuất hiện đau tức cả hai bên búi trĩ trở lại. Việc tái phát kèm theo biểu hiện ở cả hai bên cho thấy bệnh lý có xu hướng lan rộng và cần được đánh giá, điều trị toàn diện hơn.

Vai trò của siêu âm Doppler là không thể thiếu trong chẩn đoán, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt là khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva giúp đánh giá chính xác tình trạng bệnh. Việc thăm khám giãn tĩnh mạch thường tĩnh cần được thực hiện ở cả tư thế đứng và nằm do tình trạng này có thể không rõ ràng khi bệnh nhân nằm. Nghiệm pháp Valsalva giúp đánh giá mức độ giãn tĩnh mạch, với tiêu chuẩn bình thường là đường kính tĩnh mạch thường tĩnh không vượt quá 2–2,5 mm khi đứng và không tăng thêm quá 1 mm khi làm nghiệm pháp. Nếu đường kính tĩnh mạch giãn vượt ngưỡng này, cần chẩn đoán là giãn tĩnh mạch thường tĩnh [4, 8]. Ở bệnh nhân này vai trò của siêu âm vô cùng lớn khi giúp chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân trước và sau điều trị. Trước điều trị tĩnh mạch tĩnh của bệnh nhân giãn lớn với bên phải là 4.3mm và bên trái là 3.1mm. Sau điều trị không còn quan sát thấy giãn tĩnh mạch tĩnh cả hai bên.

Thuyên tắc tĩnh mạch tĩnh là phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch thường tĩnh ít xâm lấn nhất hiện nay. Khác với phẫu thuật truyền thống đòi hỏi phải rạch da và gây mê toàn thân, kỹ thuật này chỉ cần gây tê tại chỗ và không để lại sẹo mổ. Ưu điểm vượt trội của phương pháp này nằm ở việc sử dụng chụp tĩnh mạch (venography) giúp bác sĩ xác định chính xác vị trí các tĩnh mạch tĩnh hoàn bất thường cùng những mạch máu phụ có thể góp phần gây bệnh. Đặc biệt, thuyên tắc qua da hầu như loại bỏ nguy cơ tổn thương động mạch tĩnh hoàn - nguyên nhân chính dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như đau tĩnh hoàn hay teo tĩnh hoàn thường gặp trong phẫu thuật thông thường. Nhờ những ưu

điểm này, thuyên tắc qua da đang trở thành lựa chọn ưu tiên cho những bệnh nhân cần can thiệp điều trị giãn tĩnh mạch từng tĩnh nhưng muốn tránh các rủi ro của phẫu thuật xâm lấn [5, 9]. Thuyên tắc qua da là phương pháp điều trị hiệu quả đối với giãn tĩnh mạch từng tĩnh tái phát sau phẫu thuật, đặc biệt phù hợp với bệnh nhân không muốn phẫu thuật lần hai hoặc khi giải phẫu vùng bẹn đã bị biến đổi. Kỹ thuật này nhằm mục tiêu chính xác vào các mạch máu bàng hệ vùng bẹn – thường là nguyên nhân gây tái phát và khó xử lý bằng phẫu thuật. Nghiên cứu của Jargiello và cộng sự trên 33 bệnh nhân tái phát cho thấy 93% trường hợp có suy tĩnh mạch sinh dục (chủ yếu do tĩnh mạch sinh dục phụ), và thuyên tắc đạt thành công 100% về kỹ thuật. Các nghiên cứu khác cũng khẳng định hiệu quả của phương pháp này trong cải thiện chất lượng tinh dịch, giúp thuyên tắc qua da trở thành lựa chọn ưu việt cho tái phát sau mổ [9]. Thuyên tắc tĩnh mạch từng tĩnh có thể sử dụng cả 2 nhóm vật liệu: vật liệu rắn (coil) và tác nhân lỏng (keo sinh học). Các tác nhân rắn gây tắc nghẽn cơ học và huyết khối nhờ sợi đặc biệt, nhưng có nguy cơ di chuyển hoặc thủng tĩnh mạch. Trong khi đó, tác nhân lỏng tạo phản ứng viêm dẫn đến hoại tử nội mô và huyết khối, nhưng tiềm ẩn rủi ro như tắc mạch ngoài mục tiêu, dính ống thông hoặc viêm tĩnh mạch. Việc lựa chọn tác nhân phụ thuộc vào ưu tiên của bác sĩ can thiệp, với mỗi loại có ưu-nhược điểm riêng [9]. So với phẫu thuật, kỹ thuật thuyên tắc có nhiều ưu điểm như không để lại sẹo, có thể điều trị đồng thời cả hai bên trong một lần can thiệp, thời gian hồi phục nhanh, ít biến chứng như tràn dịch tinh hoàn, và có thể thực hiện trên các bệnh nhân đã từng phẫu thuật trước đó [5, 9]. Thuyên tắc tĩnh mạch từng tĩnh hai bên được khuyến khích vì điều trị một bên, đặc biệt chỉ bên trái, thường không đủ hiệu quả; nhiều bệnh nhân không cải thiện do có thể bỏ sót tổn thương bên phải hoặc do hệ thống tĩnh mạch bắc cầu giữa hai bên không được xử lý. Các nghiên cứu cho thấy thuyên tắc hai bên giúp cải thiện đáng kể chất lượng tinh dịch, với nồng độ tinh trùng tăng 348% và khả năng di chuyển tăng 213%, vượt trội so với điều trị một bên [10]. Ở bệnh nhân này, giãn tĩnh mạch tĩnh tái phát sau phẫu thuật 5 năm, được sử dụng phương pháp thuyên tắc tĩnh mạch từng tĩnh hai bên qua da, đường tiếp cận tĩnh mạch đùi hai bên, vật liệu sử dụng kết hợp cả 02 loại vật liệu và coil và keo sinh học. Kết quả lâm sàng cải thiện rõ rệt, hình ảnh siêu âm sau can thiệp không còn

ghi nhận tình trạng giãn tĩnh mạch, khẳng định vai trò quan trọng của thuyên tắc tĩnh mạch trong xử trí các ca tái phát, đặc biệt ở những bệnh nhân có tổn thương hai bên.

IV. KẾT LUẬN

Báo cáo này cho thấy kỹ thuật thuyên tắc tĩnh mạch từng tĩnh hai bên qua đường tĩnh mạch là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn và ít xâm lấn trong các trường hợp giãn tĩnh mạch tĩnh tái phát sau phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp này giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng, tránh được can thiệp ngoại khoa thêm lần nữa, và mang lại sự hài lòng cao cho người bệnh. Chúng tôi khuyến nghị kỹ thuật thuyên tắc nên được xem xét như một lựa chọn điều trị tiêu chuẩn trong các ca tái phát hoặc không muốn mổ lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bader Alsaikhan, Khalid Alrabeeah, Guila Delouya và các cộng sự.** (2016), "Epidemiology of varicocele", *Asian journal of andrology*, 18(2), tr. 179-181.
2. **Jon L Pryor và Stuart S Howards** (1987), "Varicocele", *Urologic Clinics of North America*, 14(3), tr. 499-513.
3. **Koji Chiba, Ranjith Ramasamy, Dolores J Lamb và các cộng sự.** (2016), "The varicocele: diagnostic dilemmas, therapeutic challenges and future perspectives", *Asian journal of andrology*, 18(2), tr. 276-281.
4. **Ruth E Belay, Gene Omar Huang, Jim Ken-Chie Shen và các cộng sự.** (2016), "Diagnosis of clinical and subclinical varicocele: how has it evolved?", *Asian journal of andrology*, 18(2), tr. 182-185.
5. **Darby Cassidy, Keith Jarvi, Ethan Grober và các cộng sự.** (2012), "Varicocele surgery or embolization: Which is better?", *Canadian Urological Association Journal*, 6(4), tr. 266.
6. **Mohammad Alkhamees, Saeed Bin Hamri, Turki Alhumaid và các cộng sự.** (2020), "Factors associated with varicocele recurrence after microscopic sub-inguinal varicocelectomy", *Research and Reports in Urology*, tr. 651-657.
7. **Katherine Rotker và Mark Sigman** (2016), "Recurrent varicocele", *Asian journal of andrology*, 18(2), tr. 229-233.
8. **Victor Cauni, Irina Ciofu, Claudia Stoica và các cộng sự.** (2022), "Doppler Ultrasonography—An Important Tool in Managing Patients With Varicocele and Secondary Infertility", *in vivo*, 36(5), tr. 2392-2399.
9. **Joshua Halpern, Sameer Mittal, Keith Pereira và các cộng sự.** (2016), "Percutaneous embolization of varicocele: technique, indications, relative contraindications, and complications", *Asian journal of andrology*, 18(2), tr. 234-238.
10. **Yigal Gat, Gil N Bachar, Zvi Zukerman và các cộng sự.** (2004), "Varicocele: a bilateral disease", *Fertility and sterility*, 81(2), tr. 424-429.