

ngiêng về SCORAD nhẹ-trung bình, còn vảy nến có mức độ PASI biến thiên hơn và liên quan nhiều hơn đến các yếu tố như khởi phát sớm, tăng huyết áp và tổn thương móng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sebaratnam, D.F.**, Rook's Textbook of Dermatology, 4 volume set. 2024, Oxford University Press UK.
2. **Guillet, C., et al.**, The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. International journal of women's dermatology, 2022. 8(2): p. e010.
3. **Bologna, J.L., J.V. Schaffer, and L. Cerroni**,

4. **Alam, M.**, Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Archives of Dermatology, 2004. 140(3): p. 372-372.
5. **Gisondi, P., et al.**, Psoriasis and the metabolic syndrome. Clinics in dermatology, 2018. 36(1): p. 21-28.
6. **Takeshita, J., et al.**, Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. Journal of the American Academy of Dermatology, 2017. 76(3): p. 377-390.
7. **Li, B., et al.**, The role of Th17 cells in psoriasis. Immunologic research, 2020. 68(5): p. 296-309.
8. **Rendon, A. and K. Schäkel**, Psoriasis pathogenesis and treatment. International journal of molecular sciences, 2019. 20(6): p. 1475.

KẾT QUẢ TINH DỊCH ĐỒ TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ SUY SINH DỤC NAM CÓ GIÃN TĨNH MẠCH THƯỜNG TINH TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Trung Hiếu¹, Nguyễn Trung Kiên¹, Đàm Văn Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả tinh dịch đồ trước và sau điều trị phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh và liệu pháp thay thế testosterone ở bệnh nhân suy sinh dục có giãn tĩnh mạch thường tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp có nhóm chứng. Bao gồm 74 bệnh nhân suy sinh dục nam có giãn tĩnh mạch thường tinh. Được chia thành 2 nhóm điều trị: 39 bệnh nhân được phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh và 35 bệnh nhân được điều trị bằng Androgel 5g tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2023 – đến tháng 04/2025. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật có độ tuổi trung bình và BMI thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau điều trị phẫu thuật GTMTT thì có sự cải thiện mật độ, số lượng, tỷ lệ di động, tỷ lệ di động tiến tới, tỷ lệ sống, tỷ lệ tinh trùng bình thường so với điều trị nội khoa ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh ở bệnh nhân suy sinh dục nam có cải thiện chất lượng và số lượng tinh trùng. **Từ khóa:** suy sinh dục nam, giãn tĩnh mạch thường tinh, phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh, androgel.

SUMMARY

SEMEN ANALYSIS RESULTS BEFORE AND AFTER TREATMENT OF MALE HYPOGONADISM WITH VARICOCELE IN CAN THO CITY

Objective: To evaluate semen analysis results before and after treatment with varicocelectomy and testosterone replacement therapy in hypogonadal

patients with varicocele. **Subjects and Methods:** A controlled interventional cross-sectional descriptive study. The study included 74 male patients with hypogonadism and varicocele. They were divided into two treatment groups: 39 patients underwent varicocelectomy, and 35 patients were treated with 5g Androgel in Can Tho City from April 2023 to April 2025. **Results:** The surgical group had a lower mean age and BMI compared to the medical treatment group, with these differences being statistically significant ($p < 0.05$). After varicocelectomy, there were improvements in sperm density, count, total motility, progressive motility, viability, and normal morphology rates compared to medical treatment ($p < 0.05$). **Conclusion:** Varicocelectomy in male hypogonadal patients improves sperm quality and quantity.

Keywords: male hypogonadism, varicocele, varicocelectomy, Androgel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo hướng dẫn Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) năm 2025, đưa ra định nghĩa suy sinh dục nam là một hội chứng lâm sàng bao gồm các triệu chứng, có hoặc không có dấu hiệu và liên quan đến giảm chức năng tinh hoàn là giảm sản xuất nội tiết tố androgen và / hoặc suy giảm sản xuất tinh trùng [1]. Suy giảm sản xuất tinh trùng được phản ánh qua các chỉ số sau đây trong tinh dịch đồ: mật độ tinh trùng, tổng số tinh trùng, tỷ lệ tinh trùng di động, tỷ lệ hình dạng bình thường, tỷ lệ tinh trùng sống.

Trong các nguyên nhân gây suy sinh dục, các bệnh lý tại tinh hoàn, đặc biệt là giãn tĩnh mạch thường tinh, giữ vai trò quan trọng. Cơ chế bệnh sinh được cho là kết quả của nhiều yếu tố phối hợp như tăng nhiệt độ cục bộ, stress oxy hóa, tổn thương DNA tinh trùng và rối loạn nội tiết. Theo

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: nthieu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

khuyến cáo của Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ và Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ, phẫu thuật giãn tĩnh mạch thừng tinh là phương pháp điều trị được lựa chọn cho những bệnh nhân suy sinh dục có chỉ định [2]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh hiệu quả của phẫu thuật trong việc cải thiện chất lượng tinh dịch đồ, tăng nồng độ testosterone và tỷ lệ có thai tự nhiên.

Bên cạnh đó, liệu pháp thay thế testosterone bằng các chế phẩm như gel bôi da (AndroGel) là một lựa chọn điều trị nội khoa phổ biến, giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Có thể nói rằng, liệu pháp thay thế testosterone là tiêu chuẩn vàng trong điều trị suy sinh dục không kèm giãn tĩnh mạch thừng tinh, trong khi phẫu thuật giãn tĩnh mạch thừng tinh là phương pháp hiệu quả nhất ở nhóm bệnh nhân có tổn thương tinh hoàn [3]. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp điều trị nào cần được cá thể hóa dựa trên nguyên nhân, nguyện vọng sinh sản và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Để đánh giá kết quả điều trị của phương pháp điều trị phẫu thuật vi phẫu và điều trị liệu pháp thay thế testosterone, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Kết quả tinh dịch đồ trước và sau điều trị suy sinh dục nam có giãn tĩnh mạch thừng tinh tại Thành phố Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 74 bệnh nhân suy sinh dục nam có GTMTT. Được chia thành 2 nhóm điều trị: 39 bệnh nhân được phẫu thuật GTMTT và 35 bệnh nhân được điều trị bằng AndroGel 5g bôi trên da mỗi buổi sáng hàng ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ: GTMTT thể cận lâm sàng hoặc những bệnh nhân giãn thể lâm sàng nhưng không thấy có dấu hiệu giãn trên siêu âm. Có phối hợp nguyên nhân gây suy sinh dục khác: suy vùng dưới đồi, u tuyến yên, đột biến nhiễm sắc thể,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không ngẫu nhiên, so sánh trước – sau có nhóm đối chứng.

Nội dung nghiên cứu:

+ Tuổi, BMI theo từng phương pháp điều trị
+ Phân độ lâm sàng GTMTT Dubin và Amelar (1970):

Độ I: sờ thấy búi tĩnh mạch giãn khi làm nghiệm pháp Valsalva.

Độ II: sờ thấy búi tĩnh mạch giãn khi nghỉ ngơi nhưng không nhìn thấy.

Độ III: búi tĩnh mạch giãn có thể sờ và nhìn thấy khi nghỉ ngơi.

+ Kết quả tinh dịch đồ sau điều trị so với trước điều trị: được tính bằng cách lấy kết quả sau điều trị trừ cho kết quả trước điều trị. Sau đó tính giá trị trung bình mỗi phương pháp điều trị.

Quy trình thực hiện: Những bệnh nhân sau khi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, sẽ được tư vấn phương pháp điều trị. Sau điều trị 3 tháng tiến hành đánh giá lại tinh dịch đồ để đánh giá sự đáp ứng của các phương pháp điều trị.

+ Nếu bệnh nhân muốn điều trị phẫu thuật: chúng tôi tiến hành phẫu thuật vi phẫu.



Hình 1. Phẫu thuật vi phẫu điều trị GTMTT tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

+ Nếu bệnh nhân muốn điều trị nội khoa bằng AndroGel 5g bôi:

• Liều dùng khuyến cáo là 1 gói 5g AndroGel (tương đương 50mg testosterone), dùng một lần mỗi ngày vào một giờ nhất định, tốt nhất nên dùng vào buổi sáng.

• Bôi ngoài da. Bôi thuốc trên vùng da khô, sạch và không có tổn thương, có thể bôi thuốc ở hai vai, hai tay hoặc vùng bụng.

• Sau khi mở gói thuốc, lấy hết thuốc có trong gói và cho lên da, xoa nhẹ để thuốc tạo một lớp gel mỏng trên da, không cần chà xát mạnh trên da, để khô tự nhiên trong khoảng 3 - 5 phút trước khi mặc quần áo.

• Rửa tay bằng xà phòng và nước sạch sau khi dùng thuốc.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được tính giá trị trung bình. Mỗi liên quan giữa các biến lượng bằng phép kiểm Independent Samples t-test được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số: 23.012.NCS/PCT-HĐĐĐ) và Hội đồng Y khoa của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số: 2488/QĐ-ĐHYDCT). Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được quyền rút khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Trung bình	Số lượng	Kiểm định (p)
Tuổi	Phẫu thuật	33,74	39	p = 0,001
	Nội khoa	43,66	35	
BMI	Phẫu thuật	24,42	39	p = 0,006
	Nội khoa	25,25	35	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật có độ tuổi trung bình và BMI thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

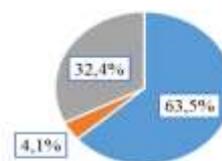
Bảng 2: Kết quả tình dịch đồ thay đổi so với trước điều trị

Tình dịch đồ (sau – trước)		Trung bình	Số lượng	Kiểm định (p)
Thể tích	Phẫu thuật	0,2638	39	0,082
	Nội khoa	-0,0729	35	
Mật độ	Phẫu thuật	3,2359	39	0,01
	Nội khoa	-4,7957	35	
Số lượng	Phẫu thuật	9,8954	39	0,02
	Nội khoa	-11,4249	35	
Tình trùng di động tiến tới (PR)	Phẫu thuật	4,7051	39	<0,001
	Nội khoa	-3,7371	35	
Tình trùng di động không tiến tới (NP)	Phẫu thuật	-1,7205	39	0,004
	Nội khoa	2,7029	35	
Tình trùng không di động (IM)	Phẫu thuật	-5,7949	39	<0,001
	Nội khoa	6,1714	35	
Tỷ lệ sống	Phẫu thuật	4,1667	39	<0,001
	Nội khoa	-5,7714	35	
Tỷ lệ tình trùng bình thường	Phẫu thuật	2,9231	39	<0,001
	Nội khoa	-5,2000	35	
Bạch cầu	Phẫu thuật	-0,2513	39	0,257
	Nội khoa	-0,7629	35	

Nhận xét: Sau điều trị phẫu thuật GTMTT thì có sự cải thiện mật độ, số lượng, PR, NP, IM, tỷ lệ sống, tỷ lệ tình trùng bình thường so với điều trị nội khoa ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm nhân khẩu học cơ bản giữa hai nhóm bệnh nhân. Cụ thể, nhóm bệnh nhân được chỉ định điều trị phẫu thuật có độ tuổi trung bình trẻ hơn đáng kể (33,74 tuổi) so với nhóm điều trị nội khoa (43,66 tuổi) ($p=0,001$). Đồng thời, chỉ số khối cơ thể của nhóm phẫu thuật cũng thấp hơn một cách có ý nghĩa (24,42 so với 25,25 Kg/m² da; $p=0,006$). Sự khác biệt này phản ánh xu hướng lâm sàng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị, trong đó các bệnh nhân trẻ tuổi hơn và có thể trạng ít liên quan đến béo phì hơn thường được ưu tiên can thiệp phẫu thuật. Điều này cũng



Biểu đồ 1: Phân độ lâm sàng GTMTT theo Dubin và Amelar

Nhận xét: Theo lâm sàng, GTMTT độ I chiếm 63,5%. Độ II chỉ chiếm 4,1%.

3.2. Kết quả tình dịch đồ sau điều trị suy sinh dục có giãn tĩnh mạch thừng tinh

đặt ra một yếu tố cần được xem xét khi phân tích kết quả, do tuổi tác và BMI có thể là những yếu tố ảnh hưởng độc lập đến đáp ứng điều trị.

Theo lâm sàng, GTMTT độ I chiếm 63,5%, độ III chiếm 32,4% và độ II chỉ chiếm 4,1%. Nhóm độ I chiếm đa số, minh chứng rằng phần lớn bệnh nhân được phát hiện sớm thông qua chẩn đoán trong bối cảnh vô sinh, hoặc đi khám sức khỏe sinh sản tiền hôn nhân chứ không phải vì triệu chứng tại chỗ. Ngược lại, nhóm độ III đại diện cho những trường hợp bệnh tiến triển nặng, với búi giãn lớn gây triệu chứng lâm sàng rõ ràng (nặng tức, đau hoặc mất thẩm mỹ) buộc bệnh nhân phải tìm kiếm sự chăm sóc y tế.

4.2. Kết quả tình dịch đồ sau điều trị suy sinh dục có giãn tĩnh mạch thừng tinh. Kết quả nghiên cứu minh chứng rõ ràng cho hiệu quả vượt trội của phẫu thuật vi phẫu trong việc cải thiện toàn diện chất lượng tinh dịch đồ. Phương pháp này không chỉ giúp gia tăng đáng

kể các chỉ số về số lượng, bao gồm mật độ (+3,24) và tổng số lượng tinh trùng (+9,90), mà quan trọng hơn là cải thiện đồng bộ các thông số chất lượng then chốt cho khả năng thụ tinh. Cụ thể, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới (PR) tăng 4,71%, tỷ lệ sống tăng 4,17% và tỷ lệ tinh trùng có hình thái bình thường tăng 2,92%. Đồng thời, phẫu thuật làm giảm hiệu quả tỷ lệ các tinh trùng bất lợi như nhóm không di động (IM, giảm 5,79%) và di động tại chỗ (NP, giảm 1,72%). Tất cả những thay đổi có lợi này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), khẳng định phẫu thuật tác động tích cực đến môi trường sinh tinh, từ đó tái lập và nâng cao tiềm năng sinh sản tự nhiên của bệnh nhân.

Giãn tĩnh mạch thừng tinh tiếp tục là một trong những chủ đề gây tranh cãi nhất trong lĩnh vực vô sinh nam. Mặc dù đã có sự đồng thuận từ phần lớn các hiệp hội sinh sản quốc tế về chỉ định phẫu thuật giãn tĩnh mạch thừng tinh (VR) cho những trường hợp vô sinh nam có giãn tĩnh mạch thừng tinh sờ thấy được trên lâm sàng đi kèm với các bất thường trong xét nghiệm tinh dịch đồ [4], [5], [6] vẫn tồn tại một bộ phận không nhỏ các bác sĩ lâm sàng bày tỏ sự hoài nghi về hiệu quả thực sự của thủ thuật này. Sự hoài nghi này tập trung vào tác động của VR đối với sự cải thiện các thông số tinh dịch đồ cũng như khả năng cải thiện tỷ lệ có thai một cách tổng thể. Sự tồn tại song song của hai luồng quan điểm này phản ánh tính phức tạp trong cơ chế bệnh sinh và nhu cầu cần có thêm các bằng chứng mạnh mẽ để củng cố vai trò của can thiệp ngoại khoa trong điều trị vô sinh nam do giãn tĩnh mạch thừng tinh. Chẳng hạn, Agarwal và cộng sự (2013) trong một phân tích gồm 17 nghiên cứu đã khẳng định tác động tích cực của VR, biểu hiện qua sự cải thiện có ý nghĩa về nồng độ, hình thái và khả năng di động của tinh trùng ở nam giới vô sinh có giãn tĩnh mạch thừng tinh lâm sàng [7]. Kết quả này cũng được củng cố bởi các phân tích tổng hợp tiếp theo của Baazeem (2009) [8] và Schauer (2012) [9], khi họ lần lượt báo cáo sự gia tăng đáng kể về mật độ, khả năng di động của tinh trùng và khẳng định hiệu quả này nhất quán across các phương pháp phẫu thuật khác nhau (dưới bẹn, bẹn, thắt cao). Hơn nữa, phân tích tổng hợp của Asafu-Adjei (2020) còn chỉ ra rằng mức độ cải thiện có tương quan thuận với mức độ nghiêm trọng của giãn tĩnh mạch thừng tinh, với hiệu quả rõ rệt nhất được ghi nhận ở các mức độ cao hơn [10]. Chính những bằng chứng hệ thống và thuyết phục này đã tạo nền tảng vững chắc cho các hướng dẫn điều trị từ các hiệp hội quốc tế trong

việc chỉ định VR cho các trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh lâm sàng.

Trái ngược hoàn toàn với nhóm phẫu thuật, điều trị nội khoa bằng Androgel (testosterone) 5g mỗi ngày cho thấy xu hướng tác động tiêu cực lên hầu hết các chỉ số sinh tinh. Số liệu ghi nhận sự suy giảm rõ rệt về mật độ (-4,80), tổng số lượng tinh trùng (-11,42), tỷ lệ di động tiến tới (-3,74%), tỷ lệ sống (-5,77%) và cả tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường (-5,20%). Hiện tượng này có thể được lý giải qua cơ chế sinh lý bệnh: việc bổ sung testosterone ngoại sinh một cách liên tục sẽ ức chế ngược lên trục hạ đồi - tuyến yên, dẫn đến giảm tiết gonadotropin (LH và đặc biệt là FSH). Trong khi FSH đóng vai trò thiết yếu trong việc kích thích và duy trì quá trình sinh tinh, thì sự suy giảm nồng độ nội sinh của nó do dùng androgen ngoại sinh có thể làm trầm trọng thêm tình trạng giảm sinh tinh vốn có ở bệnh nhân. Do đó, mặc dù có thể cải thiện các triệu chứng lâm sàng của suy sinh dục, liệu pháp testosterone đơn độc lại tiềm ẩn nguy cơ làm xấu đi các thông số tinh dịch đồ và khả năng sinh sản. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi dường như mâu thuẫn với kết luận từ nghiên cứu của Mskhalaya G.J. và cộng sự (2014) - nơi báo cáo Androgel 50mg không gây ảnh hưởng xấu đến tinh dịch đồ. Sự khác biệt này, trên thực tế, không phải là mâu thuẫn mà phản ánh sự nhạy cảm khác biệt của các quần thể bệnh nhân. Nghiên cứu của Mskhalaya được thực hiện trên những bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường từ đầu, cỡ mẫu nhỏ (18 đối tượng nghiên cứu), trong khi quần thể nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân đã được chẩn đoán suy sinh dục - một nhóm đối tượng có trục HPG vốn dĩ đã ở trạng thái suy yếu. Ở nhóm này, việc bổ sung testosterone ngoại sinh, dù chỉ với liều thấp 5mg, cũng có thể tạo ra một tín hiệu ức chế phản hồi âm đủ mạnh, làm giảm bài tiết FSH và LH nội sinh. Sự sụt giảm của hai hormone then chốt này trong một hệ trục vốn đã suy yếu sẽ nhanh chóng dẫn đến hậu quả là sự suy giảm rõ rệt về số lượng và chất lượng tinh trùng, thể hiện qua sự sụt giảm có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật có độ tuổi trẻ hơn và BMI thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa ($p < 0,05$). Các chỉ số tinh dịch đồ (thể tích, mật độ, tổng số lượng, di động tiến tới, hình dạng bình thường) cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật ($p < 0,001$).

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi có

khuyến nghị rằng: Đối với nam giới trẻ còn nhu cầu sinh sản, nên ưu tiên các phương pháp bảo tồn khả năng sinh tinh, trong đó phẫu thuật giãn tĩnh mạch thừng tinh đã được chứng minh là phương pháp hiệu quả và an toàn. Đối với nam giới lớn tuổi hoặc không còn nhu cầu sinh sản, điều trị nội khoa bằng liệu pháp testosterone có thể mang lại cải thiện đáng kể về triệu chứng và chất lượng cuộc sống, tuy nhiên cần được theo dõi định kỳ bởi bác sĩ chuyên khoa để bảo đảm hiệu quả và an toàn lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **European Association of Urology**, EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. European Association of Urology, 2025.
2. **Schlegel PN, Sigman M, Collura B, et al.** Diagnosis and treatment of infertility in men: AUA/ASRM guideline part I. Fertil Steril. 2021 Jan;115(1):54-61.
3. **Çayan S, Akbay E, Saylam B, et al.** Effect of Varicocele and Its Treatment on Testosterone in Hypogonadal Men with Varicocele: Review of the Literature. Balkan Med J.2020 Apr 10;37(3):121-124.
4. **Colpi GM, Francavilla S, Haidl G, et al.** European Academy of Andrology guideline Management of oligo-astheno-teratozoospermia. Andrology. 2018 Jul;6(4):513-524.
5. **Marmar JL, Agarwal A, Prabakaran S, et al.** Reassessing the value of varicocelectomy as a treatment for male subfertility with a new meta-analysis. Fertil Steril. 2007 Sep;88(3):639-48.
6. **Schlegel PN, Sigman M, Collura B, et al.** Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline PART II. J Urol. 2021 Jan;205(1):44-51.
7. **Agarwal A, Deepinder F, Cocuzza M, et al.** Efficacy of varicocelectomy in improving semen parameters: new meta-analytical approach. Urology. 2007 Sep;70(3):532-8.
8. **Baazeem A, Belzile E, Ciampi A, et al.** Varicocele and male factor infertility treatment: a new meta-analysis and review of the role of varicocele repair. Eur Urol. 2011 Oct;60(4):796-808.
9. **Schauer I, Madersbacher S, Jost R, et al.** The impact of varicocelectomy on sperm parameters: a meta-analysis. J Urol. 2012 May;187(5):1540-7.
10. **Asafu-Adjei D, Judge C, Deibert CM, et al.** Systematic Review of the Impact of Varicocele Grade on Response to Surgical Management. J Urol. 2020 Jan;203(1):48-56.

GIÁ TRỊ CỦA TỶ SỐ BẠCH CẦU ĐA NHÂN TRUNG TÍNH/TẾ BÀO LYMPHO VÀ TIỂU CẦU/TẾ BÀO LYMPHO TRONG DỰ ĐOÁN TỬ VONG NỘI VIỆN Ở NGƯỜI BỆNH ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Vũ Thiên Khôi^{1,2}, Lê Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là nguyên nhân tử vong đứng thứ ba toàn cầu, với tỷ lệ mắc cao đặc biệt tại các quốc gia thu nhập thấp như Việt Nam. Đợt cấp đánh dấu giai đoạn bệnh tiến triển nghiêm trọng, dẫn đến gia tăng tỷ lệ nhập viện, suy giảm chức năng phổi, giảm chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ tử vong. Tại Việt Nam, nghiên cứu về giá trị tiên lượng tử vong nội viện của NLR và PLR ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính còn thiếu hụt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng dự đoán tử vong nội viện của NLR và PLR trên nhóm bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị dự đoán tử vong nội viện của NLR, PLR và các yếu tố nguy cơ tử vong ở người bệnh nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên các đối tượng được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

được tiến hành tại khoa Nội Hô hấp tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập 130 người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ĐCBPTNMT), ghi nhận tỷ lệ tử vong nội viện 8,46%. Nhóm tử vong có NLR trung vị 9,13 cao hơn rõ rệt so với nhóm sống sót ($p < 0,05$) và PLR trung vị 252,30 cao hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,084$). ROC cho thấy NLR có AUC 0,72 và PLR có AUC 0,66 trong dự đoán tử vong. Ngưỡng cắt tối ưu của NLR là 8,84 (nhạy 63,6%, đặc hiệu 82,4%), còn PLR là 211,84 (nhạy 72,7%, đặc hiệu 63%). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy NLR lúc nhập viện ($OR = 1,13$; $p = 0,028$) và mức độ suy hô hấp ($OR = 4,00$; $p = 0,047$) là hai yếu tố liên quan đến tử vong nội viện. **Kết luận:** NLR là một chỉ dấu viêm đơn giản, có giá trị trong việc tiên đoán tử vong nội viện ở bệnh nhân ĐCBPTNMT. Trong khi đó, giá trị tiên lượng của PLR tỏ ra hạn chế hơn trong nghiên cứu này. NLR có thể được xem xét như một công cụ hỗ trợ phân tầng nguy cơ trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tỷ số bạch cầu đa nhân trung tính/lympho (NLR), tỷ số tiểu cầu/lympho (PLR)

SUMMARY

THE VALUE OF NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO AND PLATELET-TO-LYMPHOCYTE RATIO IN PREDICTING IN-

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hương

Email: drhuongle@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025