

University Hospital: a prospective study. Journal of medical microbiology. 2019;68(5):778-84.

10. Ghodsi SZ, Abbas Z, Abedeni R. Efficacy of Oral Itraconazole in the Treatment and Relapse

Prevention of Moderate to Severe Seborrheic Dermatitis: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. American journal of clinical dermatology. 2015;16(5):431-7.

SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VI PHẪU VÀ NỘI KHOA TRONG 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 Cương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh 2 phương pháp điều trị là phẫu thuật vi phẫu và nội khoa ở bệnh nhân suy sinh dục nam có giãn tĩnh mạch thường tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp trước – sau có nhóm chứng. Bao gồm 74 bệnh nhân, trong đó 39 bệnh nhân phẫu thuật vi phẫu và 35 bệnh nhân điều trị Androgel tại Thành phố Cần Thơ. Thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2023 đến hết tháng 04/2025. **Kết quả:** Cả hai phương pháp đều làm tăng nồng độ testosterone toàn phần sau 3 tháng. Mức tăng trung bình ở nhóm điều trị nội khoa bằng Androgel (3,93 ng/mL) cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật (2,38 ng/mL) ($p < 0,001$). Phẫu thuật vi phẫu đạt tỷ lệ thành công giải quyết giãn tĩnh mạch là 100% với biến chứng thấp (1,4% nhiễm trùng nông da). Điều trị nội khoa có 2,7% trường hợp phản ứng da tại chỗ. **Kết luận:** phẫu thuật vi phẫu có tỷ lệ thành công giải quyết giãn tĩnh mạch thường tinh rất cao với tỷ lệ biến chứng thấp, đặc biệt phù hợp với nhóm bệnh nhân có giãn tĩnh mạch mức độ trung bình đến nặng. **Từ khóa:** suy sinh dục nam, giãn tĩnh mạch thường tinh, phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh, androgel.

SUMMARY

COMPARISON OF SURGICAL AND MEDICAL TREATMENT OUTCOMES IN MEN WITH HYPOGONADISM AND VARICOCELE IN CAN THO CITY

Objective: To compare two treatment methods, microsurgery and medical therapy, in male patients with hypogonadism and varicocele. **Subjects and Methods:** A prospective interventional study with a control group was conducted. The study included 74 patients, of whom 39 underwent microsurgery and 35 were treated with Androgel in Can Tho City. The research period lasted from April 2023 to April 2025. **Results:** Both methods increased total testosterone levels after 3 months. The average increase in the

medical treatment group with Androgel (3.93 ng/mL) was significantly higher than in the surgery group (2.38 ng/mL) ($p < 0.001$). Microsurgery achieved a 100% success rate in resolving varicocele with a low complication rate (1.4% superficial skin infection). Medical treatment resulted in 2.7% cases of local skin reactions. **Conclusion:** Microsurgery demonstrates a very high success rate in resolving varicocele with a low complication rate, making it particularly suitable for patients with moderate to severe varicoceles.

Keywords: male hypogonadism, varicocele, varicocelectomy, Androgel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hướng dẫn Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) 2025, suy sinh dục nam là một hội chứng lâm sàng do giảm chức năng tinh hoàn, biểu hiện bằng thiếu hụt androgen và/hoặc suy giảm sản xuất tinh trùng [1]. Suy giảm sinh tinh được đánh giá qua các chỉ số tinh dịch đồ: mật độ, tổng số, độ di động, tỷ lệ hình thái bình thường và tỷ lệ sống của tinh trùng.

Trong các nguyên nhân, giãn tĩnh mạch thường tinh (GTMTT) đóng vai trò quan trọng với cơ chế đa yếu tố như tăng nhiệt độ, stress oxy hóa, tổn thương DNA và rối loạn nội tiết. Phẫu thuật GTMTT được các hiệp hội uy tín quốc tế khuyến cáo là lựa chọn điều trị cho bệnh nhân suy sinh dục có chỉ định, với nhiều bằng chứng cho thấy hiệu quả cải thiện tinh dịch đồ, testosterone và tỷ lệ có thai [2]. Bên cạnh phẫu thuật, liệu pháp thay thế testosterone (như gel Androgel) là lựa chọn nội khoa phổ biến để cải thiện triệu chứng. Có thể xem đây là tiêu chuẩn vàng cho suy sinh dục nguyên phát, trong khi phẫu thuật GTMTT tối ưu cho nhóm có tổn thương tại tinh hoàn [3]. Quyết định lựa chọn phương pháp cần được cá thể hóa dựa trên nguyên nhân, nguyện vọng sinh sản và tình trạng sức khỏe của từng bệnh nhân.

Các bảng câu hỏi đánh giá triệu chứng như AMS (Aging Males' Symptoms), ADAM (Androgen Deficiency in the Aging Male), IIEF (International Index of Erectile Function) và ANDROTEST đóng vai trò là công cụ sàng lọc quan trọng trong chẩn

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: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

đoán sớm và tầm soát suy sinh dục nam tại cộng đồng. Các công cụ này có ưu điểm đơn giản, dễ áp dụng, chi phí thấp và có thể triển khai rộng rãi. Độ nhạy của ADAM là 97%, AMS là 83% và MMAS là 60%, trong khi độ đặc hiệu tương ứng là 30%, 39% và 59% [4]. Bộ câu hỏi ANDROTEST thể hiện độ nhạy thấp hơn (71%) và độ đặc hiệu cao hơn (65%). Dù có độ đặc hiệu thấp, các bảng câu hỏi này vẫn hữu ích trong đánh giá sự hiện diện và mức độ triệu chứng, là cơ sở để khởi đầu hoặc theo dõi đáp ứng với liệu pháp testosterone.

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: So sánh kết quả phẫu thuật vi phẫu và nội khoa trong 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: Nghiên cứu được thực hiện trên 74 bệnh nhân nam bị suy sinh dục có giãn tĩnh mạch thừng tinh (GTMTT). Các đối tượng được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm can thiệp: nhóm phẫu thuật vi phẫu (n=39) và nhóm điều trị nội khoa bằng Androgel 5g/ngày (n=35). Thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2023 đến hết tháng 04/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không tái khám hoặc không theo dõi được do mất liên lạc ở tất cả các thời điểm nghiên cứu. Đang có bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, các bệnh viêm nhiễm đường tình dục hoặc bệnh toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến chức năng sinh sản của nam giới trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trước – sau có nhóm đối chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm siêu âm Doppler

Bảng 1: Đặc điểm trung bình tĩnh mạch thừng tinh trên siêu âm Doppler

Đặc điểm siêu âm Doppler		Trung bình ± SD	Số lượng	Kiểm định (p) (ANOVA)
Đường kính GTMTT	Phẫu thuật	2,944 ± 0,8952 mm	39	p = 0,046 F = 4,138
	Nội khoa	2,609 ± 0,4047 mm	35	
Đường kính sau Valsava	Phẫu thuật	3,6538 ± 0,89732	39	p = 0,061 F = 3,615
	Nội khoa	3,3151 ± 0,58285	35	
Thời gian trào ngược	Phẫu thuật	3,26 ± 1,069 giây	39	p = 0,005 F = 8,436
	Nội khoa	2,60 ± 0,847 giây	35	
Phân độ	Phẫu thuật	2,90 ± 0,821	39	p = 0,03 F = 9,669
	Nội khoa	2,40 ± 0,497	35	

Nhận xét: Đường kính GTMTT, thời gian trào ngược, phân độ trên siêu âm dopper nhóm PT lớn hơn nhóm nội khoa (p < 0,05).

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm siêu âm Doppler của GTMTT. Đặc điểm phẫu thuật GTMTT. Tai biến – biến chứng điều trị. Sự thay đổi sau 3 tháng điều trị của: nồng độ testosterone toàn phần, thang điểm IIEF, AMS, ANDROTEST.

Quy trình thực hiện: Những bệnh nhân sau khi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, sẽ được tư vấn phương pháp điều trị (phẫu thuật vi phẫu hoặc liệu pháp thay thế testosterone). Sau điều trị 3 tháng tiến hành đánh giá lại kết quả điều trị: testosterone, IIEF, AMS, ANDROTEST, ADAM.



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

Xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định One-Sample Kolmogorov-Smirnov để kiểm định biến định lượng có phân phối chuẩn nếu p (Asymp.Sig) > 0,05. Nếu biến định lượng có phân phối chuẩn sẽ được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định Chi-Square tests để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ của hai hay nhiều hơn hai nhóm. Lấy mức so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được thông qua Hội đồng Y khoa (Số: 2488/QĐ-ĐHYDCT) và Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số: 23.012.NCS/PCT-HĐĐĐ). Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

Bảng 2: Đặc điểm siêu âm Doppler của GTMTT

Siêu âm Doppler	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí	Trái	47	63,5

	Phải	3	4,1
	2 bên	24	32,4
Thời gian trào ngược	1	5	6,8
	2	19	25,7
	3	30	40,5
	4	16	21,6
	5	3	4,1
	6	1	1,4
Phân độ (phân độ theo Sarteschi/Liguori)	1	1	1,4
	2	33	44,6
	3	30	40,5
	4	10	13,5

Nhận xét: Siêu âm Doppler ghi nhận GTMTT bên trái chiếm 63,5%, 2 bên chiếm 32,5%.

3.2. So sánh kết quả điều trị

Kết quả điều trị: Phẫu thuật vi phẫu điều trị SSD do GTMTT, với tỷ lệ 100% thành công điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh. Trong phẫu thuật có 1,4% bệnh nhân có nhiễm trùng nông da. Trong điều trị nội khoa có 2,7% phản ứng da.

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật GTMTT

Đặc điểm PT (n=39)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí	PT 1 bên	22	56,41
	PT 2 bên	17	43,59
Đường rạch da	Đường chéo	7	17,95
	Đường ngang	32	82,05
Vị trí rạch da (so với lỗ bẹn nông)	Dưới	6	15,38
	Ngang	33	84,62
Chiều dài vết mổ	Trung bình ± SD	3,74 ± 1,352 cm	
Thời gian nằm viện sau PT	Trung bình ± SD	3,1 ± 1,353 ngày	
Số lượng tĩnh mạch buộc	Trung bình ± SD	2,08 ± 0,839	

Nhận xét: trong phẫu thuật có 2,08 ± 0,839 tĩnh mạch thừng tinh được buộc lại, chiều dài vết mổ trung bình 3,74 ± 1,352 cm, đa số đường rạch da bằng đường ngang và ngang so với lỗ bẹn nông.

Bảng 4: Testosterone, IIEF, AMS sau điều trị so với trước điều trị

Giá trị = Sau – Trước điều trị	PT	Nội khoa	Kiểm định (p) (ANOVA)
Testosterone	2,3760	3,9255	p<0,001;F=17,06
IIEF	3,7692	0,7143	p=0,496;F=0,467
AMS	4,1795	1,3143	p=0,544;F=0,372

Nhận xét: Testosterone sau điều trị so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001, F = 17,06). Thang điểm IIEF và AMS sau điều trị so với trước điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05, F < 0,5).

Bảng 5: ANDROTEST trước điều trị và sau điều trị

ANDROTEST	PT	Nội khoa	Tổng	Kiểm định	
Trước điều trị	Dương tính	16	13	29	p = 0,733 OR = 1,177 (0,461;3,004)
	Âm tính	55,2%	44,8%	100,0%	
Sau điều trị	Dương tính	23	22	45	p = 0,225 OR = 2,069 (0,63;6,792)
	Âm tính	51,1%	48,9%	100,0%	
	Dương tính	10	5	15	
	Âm tính	66,7%	33,3%	100,0%	
	Dương tính	29	30	59	
	Âm tính	49,2%	50,8%	100,0%	

Nhận xét: Bảng câu hỏi ANDROTEST trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05, Pearson Chi-Square).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm siêu âm Doppler. Kết quả siêu âm Doppler trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về đặc điểm hình thái và huyết động học giữa hai nhóm can thiệp. Nhóm được chỉ định phẫu thuật có đường kính giãn tĩnh mạch thừng tinh lúc nghỉ (2,94 ± 0,90 mm so với 2,61 ± 0,40 mm; p=0,046) và thời gian trào ngược (3,26 ± 1,07 giây so với 2,60 ± 0,85 giây; p=0,005) lớn hơn đáng kể so với nhóm điều trị nội khoa. Phân độ giãn trung bình cũng cao hơn ở nhóm phẫu thuật (2,90 ± 0,82 so với 2,40 ± 0,50; p=0,03). Những phát hiện này phù hợp với thực hành lâm sàng, nơi bệnh nhân có giãn tĩnh mạch mức độ trung bình đến nặng (phân độ 2-4 theo Sarteschi/Liguori, chiếm 98,6% trong nghiên cứu) và có dấu hiệu trào ngược rõ ràng thường được ưu tiên chỉ định phẫu thuật. Điều này cho thấy việc phân bổ bệnh nhân vào nhóm điều trị đã dựa trên đánh giá mức độ nghiêm trọng của tổn thương, phản ánh tính cá thể hóa trong lựa chọn phương pháp.

Về phân bố vị trí, kết quả ghi nhận giãn tĩnh mạch thừng tinh bên trái chiếm tỷ lệ cao nhất (63,5%), tiếp theo là giãn hai bên (32,4%) và hiếm gặp bên phải đơn thuần (4,1%). Điều này trùng khớp với các báo cáo trong y văn, được giải thích bởi sự khác biệt về giải phẫu và huyết động học giữa tĩnh mạch tinh trái và phải..

4.2. So sánh kết quả điều trị. Về hiệu quả nội tiết: Một phát hiện quan trọng của nghiên cứu là mức tăng testosterone toàn phần sau 3 tháng ở nhóm điều trị nội khoa bằng Androgel (3,93 ng/mL) cao hơn rõ rệt và có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật (2,38 ng/mL) (p < 0,001). Kết quả này là hoàn toàn dễ hiểu và phù hợp với cơ chế tác động của hai phương pháp. Androgel cung cấp trực tiếp testosterone ngoại sinh, giúp bù đắp nhanh chóng sự thiếu hụt hormone. Trong khi đó, phẫu thuật tác động đến nguyên nhân (giãn tĩnh mạch), nhằm mục tiêu

phục hồi chức năng nội tiết tự thân của tinh hoàn bằng cách cải thiện môi trường vi nhiệt độ và giảm stress oxy hóa. Sự gia tăng testosterone ở nhóm phẫu thuật cho thấy hiệu quả bước đầu của việc giải quyết tổn thương thực thể, tuy nhiên, quá trình phục hồi tự thân có thể cần thời gian dài hơn 3 tháng để đạt hiệu quả tối ưu. Có thể nói rằng liệu pháp thay thế testosterone điều trị suy sinh dục không kèm giãn tĩnh mạch tinh là tiêu chuẩn vàng, còn phương pháp phẫu thuật điều trị suy sinh dục có kèm giãn tĩnh mạch thường tinh có hiệu quả tốt nhất [3]. Tác giả Thanaboonyawat ghi nhận tỷ lệ testosterone tăng lên đáng kể ($p = 0,008$) sau khi bôi gel 3 tháng liên tiếp [5]. Tác giả Ramasamy R ghi nhận tỷ lệ testosterone tăng lên đáng kể sau khi bôi gel 3 tháng liên tiếp ($p < 0,05$) [6]. Li và cộng sự ghi nhận mức testosterone trung bình trong huyết tương tăng lên 97,48 ng/dL sau khi phẫu thuật GTMTT, cho thấy sự cải thiện chức năng tế bào Leydig [7]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận phẫu thuật vi phẫu giãn tĩnh mạch thường tinh giúp cải thiện chất lượng tinh dịch đồ, phương pháp điều trị hiệu quả cao và ít biến chứng, như: tác giả Zhang X (2022), tác giả Kale S (2022), tác giả Kalantan M (2023), tác giả Sharma S (2023). Theo các nghiên cứu tổng hợp trên thế giới ghi nhận tuy có nhiều phương pháp phẫu thuật giãn tĩnh mạch thường tinh tuy nhiên phương pháp phẫu thuật vi phẫu có hiệu quả cao nhất cho đến hiện tại [3]. Các nghiên cứu trong nước ghi nhận kết quả tích cực của phẫu thuật và can thiệp điều trị giãn tĩnh mạch thường tinh: tác giả Nguyễn Trần Thành (2024) ghi nhận sau phẫu thuật, đường kính tĩnh mạch trước và sau khi gắng sức giảm đáng kể ($p < 0,05$). Đồng thời, chất lượng tinh dịch cải thiện rõ rệt với tỷ lệ tinh trùng di động và tổng số tinh trùng tăng đáng kể ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho giãn tĩnh mạch thường tinh [8]. Tác giả Nguyễn Minh An (2023) nghiên cứu ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $60,6 \pm 12,3$ phút; Không có tai biến trong phẫu thuật; Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 1,7%; Kết quả tốt khi ra viện chiếm 98,3%, không có trường hợp tái phát. Đường kính tĩnh mạch tinh trung bình sau phẫu thuật: $2,3 \pm 0,4$ mm [9].

Về hiệu quả kỹ thuật và an toàn: Phẫu thuật vi phẫu trong nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả kỹ thuật rất cao với tỷ lệ thành công giải quyết giãn tĩnh mạch đạt 100%. Tỷ lệ biến chứng thấp (1,4% nhiễm trùng nông da) và thời gian nằm viện ngắn (trung bình 3,1 ngày) cho thấy đây là phương pháp an toàn, khả thi. Trong

khi đó, điều trị nội khoa có tỷ lệ tác dụng phụ tại chỗ (phản ứng da) là 2,7%, một tỷ lệ được ghi nhận phổ biến với dạng bào chế gel. Sự khác biệt về đặc điểm điều trị này một lần nữa nhấn mạnh bản chất khác nhau giữa hai lựa chọn: một bên là can thiệp giải quyết triệt để tổn thương, một bên là liệu pháp thay thế hormone cần duy trì lâu dài. Tác giả Wittert GA và cộng sự ghi nhận tác dụng phụ của testosterone gel 1% bôi trong 2 tháng theo dõi điều trị của bao gồm: đau đầu chiếm 25%, mệt mỏi chiếm 25%, đau tứ chi chiếm 6%, hôn mê chiếm 6%, phát ban chiếm 6% [10]. Ngược lại với chúng tôi thì tác giả Vinarov AZ và cộng sự đã không có tác dụng phụ có ý nghĩa lâm sàng nào được quan sát thấy trong quá trình theo dõi sau 3 tháng bôi testosterone gel 1%. Sự khác biệt này có thể phụ thuộc bởi: việc tuân thủ điều trị, vị trí sử dụng, loại sản phẩm, công thức sản phẩm và sự khác biệt của từng loại da.

Về cải thiện triệu chứng lâm sàng: Điểm đáng chú ý là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ cải thiện điểm số IIEF (chức năng cương) và AMS (triệu chứng suy giảm sinh dục) giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Điều này cho thấy cả hai phương pháp, dù có cơ chế khác nhau, đều mang lại lợi ích lâm sàng tương đương trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống và các triệu chứng liên quan đến thiếu hụt androgen sau 3 tháng ngắn hạn. Tương tự, kết quả sàng lọc bằng ANDROTEST cũng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm trước và sau điều trị, củng cố thêm nhận định rằng các công cụ đánh giá triệu chứng có độ nhạy cao nhưng cần được kết hợp với xét nghiệm nội tiết để có chẩn đoán xác định. Việc sử dụng các bộ câu hỏi như AMS và IIEF trong sàng lọc và đánh giá hội chứng suy sinh dục nam cần được xem xét một cách thận trọng, do những hạn chế về độ chính xác và tính đặc hiệu của chúng. Nghiên cứu của Morley và cộng sự (2005) đã so sánh ba công cụ phổ biến là ADAM, AMS và MMAS, cho thấy độ nhạy lần lượt là 98%, 83% và 60%, trong khi độ đặc hiệu lại rất thấp (30%, 39% và 59%) [4]. Nghiên cứu của Zitzmann và cộng sự (2006) xác nhận có mối tương quan thuận, mặc dù yếu, giữa testosterone toàn phần với tổng điểm IIEF và các lĩnh vực về chức năng cương, cực khoái và sự hài lòng. Tuy nhiên, lĩnh vực then chốt là ham muốn tình dục lại một lần nữa không cho thấy mối tương quan đáng kể nào với nồng độ testosterone.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Sau 3 tháng, nhóm điều trị nội khoa bằng

Androgel cho thấy mức tăng testosterone toàn phần cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật vi phẫu giãn tĩnh mạch thừng tinh.

Phẫu thuật vi phẫu đạt tỷ lệ thành công giải quyết giãn tĩnh mạch thừng tinh rất cao với tỷ lệ biến chứng thấp, đặc biệt phù hợp với nhóm bệnh nhân có giãn tĩnh mạch mức độ trung bình đến nặng.

Khuyến nghị: Lựa chọn phương pháp điều trị nên được cá thể hóa dựa trên mục tiêu chính của bệnh nhân: Nếu mục tiêu là cải thiện nhanh nồng độ testosterone, điều trị nội khoa bằng Androgel tỏ ra ưu thế hơn trong ngắn hạn. Nếu mục tiêu là điều trị triệt để tổn thương giãn tĩnh mạch, ngăn ngừa tiến triển và hướng tới cải thiện khả năng sinh sản, phẫu thuật vi phẫu là lựa chọn tối ưu.

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 Apr10;37(3):121-124.
4. **Morley JE, Perry HM 3rd, Kevorkian RT, et al.** Comparison of screening questionnaires for the diagnosis of hypogonadism. Maturitas. 2006 Mar 20;53(4):424-9.
5. **I. Thanaboonyawat, P. Chera-aree, S. Petyim, et al.** The effect of three-month topical testosterone gel application on semen quality in men with oligozoospermia and low serum testosterone levels. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2020, 47(6), 875–881.
6. **Ramasamy R, Scovell JM, Kovac JR, et al.** Testosterone supplementation versus clomiphene citrate for hypogonadism: an age matched comparison of satisfaction and efficacy. J Urol. 2014 Sep;192(3):875-9.
7. **Li F, Yue H, Yamaguchi K, et al.** Effect of surgical repair on testosterone production in infertile men with varicocele: a meta-analysis. Int J Urol. 2012 Feb;19(2):149-54.
8. **Nguyễn Trần Thành, Trần Hoài Nam, Đinh Ngọc Hà, cộng sự.** Đánh giá kết quả vi phẫu điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh trong 3 năm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An, từ 2020 đến 2023. Tạp chí Y học Cộng đồng, 2024. 65(CĐ 4 - Hội Y học Giới tính Việt Nam): tr. 172-179.
9. **Nguyễn Minh An.** Đánh giá kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn giai đoạn 2020 - 2022. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 2023. 48(8): tr. 99-109.
10. **Wittert GA, Harrison RW, Buckley MJ, et al.** An open-label, phase 2, single centre, randomized, crossover design bioequivalence study of AndroForte 5 testosterone cream and Testogel 1% testosterone gel in hypogonadal men: study LP101. Andrology. 2016 Jan;4(1):41-5.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC BIẾN CỐ BẤT LỢI CỦA PHÁC ĐỒ BPaL TRONG ĐIỀU TRỊ LAO TIỀN SIÊU KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG VÀ BỆNH VIỆN PHỔI HÀ NỘI

Nguyễn Thị Mai Anh¹, Hoàng Thị Thanh Thủy², Nguyễn Thu Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, khả năng tuân thủ điều trị và mô tả các biến cố bất lợi được ghi nhận của phác đồ BPaL trong điều trị người bệnh lao tiền siêu kháng thuốc tại bệnh viện Phổi Hà Nội và Bệnh viện Phổi Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, thực hiện trên 51 bệnh nhân lao tiền siêu kháng được điều trị phác đồ BPaL hai bệnh viện giai đoạn 2024–2025. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị thành công đạt 92,2%; 84,3%

bệnh nhân tuân thủ tốt. 58,8% có biến cố bất lợi, chủ yếu mức độ nhẹ (độ 1–2); 7,8% có biến cố độ ≥ 3 . Biến cố thường gặp: tăng men gan (29,4%), kéo dài QTcF (23,6%), thiếu máu (13,7%), viêm dây thần kinh ngoại biên (11,8%). **Kết luận:** Phác đồ BPaL liều Linezolid 600 mg/ngày an toàn, hiệu quả và phù hợp thực tiễn tại Việt Nam. **Từ khóa:** Lao tiền siêu kháng thuốc, BPaL, biến cố bất lợi, tuân thủ điều trị.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES AND ADVERSE EVENTS OF THE BPaL REGIMEN IN PATIENTS WITH PRE-EXTENSIVELY DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL AND HANOI LUNG HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment outcomes, adherence to therapy, and adverse events associated with the BPaL regimen in patients with pre-XDR

¹Bệnh viện Phổi Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Anh

Email: nt.maianh209@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025