

hơn không nhất thiết chỉ phản ánh sự kém chất lượng của dịch vụ y tế tại bệnh viện của bạn, mà có thể thể hiện sự đa dạng và biến đổi trong cách người bệnh đánh giá trải nghiệm của họ. Việc theo dõi và hiểu rõ lý do sau sự khác biệt này có thể giúp bệnh viện tăng cường chất lượng dịch vụ và tạo điều kiện tốt hơn cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế đó là đối tượng nghiên cứu khó hiểu hoặc không hiểu đúng câu hỏi: thiết kế bộ câu hỏi cẩn thận, giải đáp thắc mắc tại chỗ, kịp thời hoặc để lại địa chỉ liên hệ, đối tượng có thể được giải đáp nếu cần thiết. Số liệu bị thiếu hoặc nhập sai trong quá trình nhập liệu: Tiến hành nhập liệu cẩn thận, tránh sai số tối đa trong quá trình nhập kiểm tra 10% số liệu đã nhập.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trải nghiệm tích cực chung khá thấp là 41,1%. Trong 7 khía cạnh đánh giá trải nghiệm của người bệnh thì khía cạnh trải nghiệm về môi trường bệnh viện là cao nhất 97,9%, tiếp theo về kiểm soát cơ đau 93,9%; thông tin thuốc 90,4%; chăm sóc của bác sĩ 89,9%; xuất viện 89,4%, chăm sóc của điều dưỡng là 88,9% và thấp nhất là phản hồi của NVYT 55,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàng Quang Định** (2020), Trải nghiệm của người bệnh trong thời gian điều trị nội trú và một

số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020, Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

2. **Đặng Tấn Duy** (2021), Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Viện Y Dược học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021, Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
3. **Võ Nguyên Phước Thảo** (2020), Trải nghiệm của người bệnh nội trú tại một số khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020 và một số yếu tố liên quan, Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Huyền Trâm** (2018), Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại khoa Ngoại, bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018 và một số yếu tố liên quan, Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Australian commission on safety and quality in health care** (2010), Australian Safety and Quality Framework for Health Care, date 26/01/2023, at web <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/australian-safety-and-quality-framework-health-care>.
6. **HCAHPS** (2021), HCAHPS Quality Assurance Guidelines V16.0 Survey Instruments Effective for July 1, 2021 Discharges and Forward Are Now Available, date ngày 16/4/2023, at web [https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/hospital/about/dev\\_adult\\_hp\\_survey.html](https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/hospital/about/dev_adult_hp_survey.html).
7. **The Beryl Institute** (2015), Defining patient experience, date 08/3-2023, at web <http://www.theberylinstitute.org/?page=definingpatientexp>.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hòa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Ánh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tinh hoàn không xuống bìu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 24 bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu được phẫu thuật hạ cố định tinh hoàn xuống bìu từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 11 năm 2023. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $9,15 \pm 9,44$  tuổi, trong đó tuổi hay gặp nhất là 5,5 tuổi. 7 bệnh nhân (29,2%) mắc các bệnh kèm theo như: chậm phát triển tâm thần, viêm phế quản mạn, lún

dương vật, hẹp bao quy đầu, tiền sử mổ hạ tinh hoàn. Các triệu chứng khi vào viên bao gồm không sờ thấy tinh hoàn 19 bệnh nhân (79,2%), sờ thấy khối lớn vùng bẹn 2 bệnh nhân (8,4%), vô sinh có 1 bệnh nhân (4,2%), sờ thấy tinh hoàn ở cao 2 bệnh nhân chiếm 8,3%. Bên tổn thương thường gặp nhất là bên phải 12 bệnh nhân (50%), bên trái 7 bệnh nhân (29,2%), cả hai bên gặp ở 5 bệnh nhân (20,8%). Vị trí tinh hoàn không xuống bìu hay gặp nhất ở trong ống bẹn 19 bệnh nhân (72,9%), tinh hoàn lò xo 3 bệnh nhân (12,5%), tinh hoàn trong ổ bụng gặp ở 2 bệnh nhân (8,3%). Có 20 bệnh nhân được mổ mở (83,3%), 4 bệnh nhân được mổ nội soi chiếm 16,7%. Thời gian mổ mở trung bình là  $67,8 \pm 27,9$  phút, thời gian mổ nội soi trung bình là  $118 \pm 23,2$  phút. Có 15 bệnh nhân phát hiện còn ống phúc tinh mạc trong mổ chiếm 62,5%. Không có trường hợp nào gặp biến chứng trong mổ, có 1 trường hợp (4,2%) sau mổ 8 tháng bệnh nhân xuất hiện biến chứng ung thư tinh hoàn và phải mổ cắt tinh hoàn. Thời gian nằm viện với mổ mở trung bình là  $4,3 \pm 1,3$  ngày, mổ nội soi là  $3,25 \pm 0,5$

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

ngày. Tất cả 24 bệnh nhân (100%) khám lại sau mổ tinh hoàn nằm trong bìu. Thể tích tinh hoàn trước mổ trung bình là  $1.14 \pm 1.03 \text{ml}$ , sau mổ thể tích trung bình tinh hoàn là  $1.03 \pm 0.97 \text{ml}$ . Sự khác biệt thể tích tinh hoàn trước và sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Từ khóa:** Tinh hoàn không xuống bìu, Tinh hoàn ẩn, Tinh hoàn lạc chỗ, Tinh hoàn lò xo, Phẫu thuật điều trị tinh hoàn không xuống bìu

## SUMMARY

### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR UNDESCENDED TESTIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The purpose of this study is to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with undescended testis and evaluate the surgical outcomes of treating undescended testis. We conducted the study on 24 patients with undescended testis who underwent surgical fixation from January 2022 to November 2023. The average age in the study was  $9.15 \pm 9.44$  years, with the most common age being 5.5 years. 7 patients (29.2%) had associated conditions such as developmental delay, chronic bronchitis, penile torsion, tight foreskin, and a history of previous testicular descent surgery. Symptoms upon admission included the absence of palpable testis in 19 patients (79.2%), palpable mass in the groin area in 2 patients (8.4%), infertility in 1 patient (4.2%), and palpable high testis in 2 patients (8.3%). The right side was the most commonly affected side with 12 patients (50%), followed by the left side with 7 patients (29.2%), and both sides affected in 5 patients (20.8%). The most common location of undescended testis was within the inguinal canal in 19 patients (72.9%), followed by the inguinal ring in 3 patients (12.5%), and intra-abdominal in 2 patients (8.3%). Out of the surgeries, 20 patients underwent open surgery (83.3%), and 4 patients underwent laparoscopic surgery (16.7%). The average duration of open surgery was  $67.8 \pm 27.9$  minutes, while the average duration of laparoscopic surgery was  $118 \pm 23.2$  minutes. In 15 patients, residual vas deferens was found during surgery, accounting for 62.5%. No complications occurred during surgery, but one case (4.2%) developed testicular cancer 8 months postoperatively and required testicular excision. The average hospital stay for open surgery was  $4.3 \pm 1.3$  days, and for laparoscopic surgery was  $3.25 \pm 0.5$  days. All 24 patients (100%) were found to have the testis within the scrotum on postoperative examination. The preoperative testicular volume was  $1.14 \pm 1.03 \text{ ml}$  on average, and postoperative testicular volume was  $1.03 \pm 0.97 \text{ ml}$  on average. The difference in testicular volume before and after surgery was not statistically significant. **Keywords:** Undescended testis, Cryptorchidism, Ectopic testis, Retractable testis, Surgical treatment of undescended testis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn không xuống bìu là tình trạng không có một hoặc hai tinh hoàn trong bìu. Đây là dị tật thường gặp nhất ở cơ quan sinh dục nam.<sup>1</sup> Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) có

thể ở dạng không có tinh hoàn hoặc có tinh hoàn nhưng tinh hoàn không di chuyển xuống và cố định ở bìu.<sup>2</sup> Cần phân biệt THKXB với tinh hoàn ẩn (là tình trạng tinh hoàn không nằm trong bìu mà nằm trên đường đi của tinh hoàn xuống bìu trong thời kỳ bào thai), tinh hoàn lạc chỗ (là tình trạng tinh hoàn không nằm trong bìu mà di chuyển lạc chỗ khác không thuộc đường di chuyển của tinh hoàn từ ổ bụng xuống bìu trong thời kỳ phôi thai), tinh hoàn lò xo hay tinh hoàn co rút (là tình trạng tinh hoàn xuống bìu nhưng không cố định ở bìu mà di chuyển tự do giữa bìu và ống bẹn do phản xạ cơ bìu hoặc do kích thích.)<sup>2</sup> Có nhiều cách phân loại THKXB. Cách phân loại của Hadziselimovic được sử dụng nhiều vì có giá trị trên lâm sàng, thuận lợi cho chẩn đoán và điều trị.<sup>3,4</sup> THKXB chia làm 2 loại:

- Tinh hoàn không xuống bìu sờ thấy.
- Tinh hoàn không xuống bìu không sờ thấy.

Tinh hoàn không xuống bìu thường gặp ở 33% trẻ sơ sinh đẻ non và 3,4% trẻ đủ tháng một hay cả hai bên sau sinh. Trong 3 tháng đầu tinh hoàn có thể di chuyển xuống bìu, đến cuối tháng thứ 3 tỉ lệ THKXB còn ở mức 0,8% và không thay đổi.<sup>4,5</sup> 20-30% THKXB không sờ thấy. Nếu tinh hoàn không xuống bìu sau 6 tháng cần thiết phải phẫu thuật để đưa tinh hoàn cố định xuống bìu.<sup>1,6</sup> Trên thế giới có nhiều phương pháp điều trị THKXB bao gồm: nội khoa và ngoại khoa. Phẫu thuật hạ tinh hoàn cố định xuống bìu vẫn được coi là tiêu chuẩn điều trị THKXB khi nội khoa hoặc chờ đợi không có kết quả. Có nhiều phương pháp phẫu thuật nhằm cố định tinh hoàn xuống bìu như phương pháp Ombredanne (1923), Lattimer (1957), Swenson (1958), Fowler - Stephens (1959).<sup>7-9</sup> Các phương pháp này có kết quả tốt với THKXB sờ thấy. Với THKXB không sờ thấy, nội soi ổ bụng vừa là phương pháp chẩn đoán và điều trị mang lại kết quả tốt.

Ở Việt Nam những nghiên cứu về điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật mở của Lê Ngọc Từ (1995), Nguyễn Văn Đức (1965), Thái Lan Thư (1990), Trần Văn Sáng (2001) đã cho thấy kết quả tốt.<sup>10</sup> Nguyễn Thanh Liêm và Lê Anh Dũng (2002), Đào Trung Hiếu (2005), đã có báo cáo về phẫu thuật nội soi điều trị THKXB với kết quả rất khả quan.

Nếu không được điều trị THKXB có thể làm tăng tỷ lệ vô sinh (THKXB 2 bên), ung thư tinh hoàn (khoảng 1%), xoắn tinh hoàn, thoát vị bẹn, hay các vấn đề tâm lý nghiêm trọng.<sup>1</sup> Xuất phát từ lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân THKXB và đánh giá

kết quả phẫu thuật điều trị THKXB.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm các bệnh nhân THKXB được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán THKXB.
- Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị THKXB.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu nếu không thỏa mãn một trong số các tiêu chuẩn ở trên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả hồi cứu với các tiêu chí:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:
  - Tên, tuổi, các bệnh lý kèm theo.
  - Triệu chứng lâm sàng: không sờ thấy tinh hoàn, sờ thấy tinh hoàn ở cao, sờ thấy khối ở bẹn bìu, vô sinh
  - Bên tổn thương: phải, trái, hai bên
  - Vị trí tinh hoàn trên siêu âm
- Kết quả phẫu thuật:
  - Phương pháp phẫu thuật
  - Thời gian phẫu thuật
  - Biến chứng trong và sau mổ
  - Thời gian nằm viện
  - Vị trí tinh hoàn sau khám lại
  - Kết quả siêu âm tinh hoàn khi khám lại
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 11 năm 2023.
- Cách chọn mẫu và cỡ mẫu: mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu có 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào trong nghiên cứu này.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại tiết niệu – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.
- Phân tích và xử lý số liệu: được thực hiện nhờ phần mềm SPSS 20.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây, thông tin bệnh nhân được bảo mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.** Chúng tôi đã phẫu thuật điều trị cho 24 bệnh nhân tinh hoàn không xuống bìu với các thể bệnh khác nhau. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 9,15±9,44 tuổi, trong đó tuổi hay gặp nhất là 5,5 tuổi. Trong 24 bệnh nhân nghiên

cứ có 7 bệnh nhân (29,2%) mắc các bệnh kèm theo như: chậm phát triển tâm thần, viêm phế quản mạn, lún dương vật, hẹp bao quy đầu, tiền sử mổ hạ tinh hoàn. Các triệu chứng khi vào viện bao gồm không sờ thấy tinh hoàn 19 bệnh nhân (79,2%), sờ thấy khối lớn vùng bẹn 2 bệnh nhân (8,4%), vô sinh có 1 bệnh nhân (4,2%), sờ thấy tinh hoàn ở cao 2 bệnh nhân chiếm 8,3%. Bên tổn thương thường gặp nhất là bên phải 12 bệnh nhân (50%), bên trái 7 bệnh nhân (29,2%), cả hai bên gặp ở 5 bệnh nhân (20,8%). Vị trí tinh hoàn không xuống bìu hay gặp nhất ở trong ống bẹn 19 bệnh nhân (72,9%), tinh hoàn lò xo 3 bệnh nhân (12,5%), tinh hoàn trong ổ bụng gặp ở 2 bệnh nhân (8,3%).

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi		9,15±9,44 (5,5)
Bệnh kèm theo	Có	7(29,2%)
	không	17(70,8%)
Triệu chứng lâm sàng	Không sờ thấy tinh hoàn	19(79,2%)
	Sờ thấy khối ở bẹn	2(8,4%)
	Vô sinh	1(4,2%)
	Sờ thấy tinh hoàn cao	2(8,3%)
Bên	Phải	12(50%)
	Trái	7(29,2%)
	Hai bên	5(20,8%)
Vị trí tinh hoàn trên siêu âm	Trong ổ bụng	2(8,3%)
	Trong ống bẹn	19(79,2%)
	Tinh hoàn lò xo	3(12,5%)

**3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật.** Trong số những bệnh nhân nghiên cứu có 20 bệnh nhân được mổ mở (83,3%), 4 bệnh nhân được mổ nội soi chiếm 16,7%. Thời gian mổ mở trung bình là 67,8±27,9 phút, thời gian mổ nội soi trung bình là 118±23,2 phút. Có 15 bệnh nhân phát hiện còn ống phúc tinh mạc trong mổ chiếm 62,5%. Không có trường hợp nào gặp biến chứng trong mổ, có 1 trường hợp (4,2%) sau mổ 8 tháng bệnh nhân xuất hiện biến chứng ung thư tinh hoàn và phải mổ cắt tinh hoàn. Thời gian nằm viện với mổ mở trung bình là 4,3±1,3 ngày, mổ nội soi là 3,25±0,5 ngày. Tất cả 24 bệnh nhân (100%) khám lại sau mổ tinh hoàn nằm trong bìu. Thể tích tinh hoàn trước mổ trung bình là 1.14±1.03ml, sau mổ thể tích trung bình tinh hoàn là 1.03±0.97ml.

**Bảng 2: Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm		Kết quả
Phương pháp phẫu thuật	Nội soi	4(16,7%)
	Mổ mở	20(83,3%)
Thời gian phẫu thuật	Nội soi	118±23,2
	Mổ mở	67,8±27,9

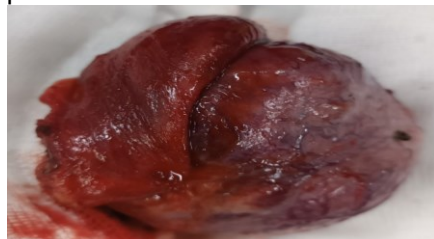
Tổn thương kèm theo	Còn OPTM	15(62,5%)
	Không	9(37,5%)
Biến chứng trong và sau mổ	Có	1(4,2%)
	Không	23(95,8%)
Thời gian nằm viện	Nội soi	3,25±0,5
	Mổ mở	4,3±1,3
Vị trí tinh hoàn khi khám lại	Trong bìu	24 (100%)
	Trong ống bẹn	0
	Tinh hoàn lò xo	0
Kết quả siêu âm tinh hoàn	Trước mổ	1.14±1.03
	Sau mổ	1.03±0.97

#### IV. BÀN LUẬN

Tinh hoàn không xuống bìu là dị tật thường gặp nhất ở cơ quan sinh dục nam, 33% trẻ sơ sinh đẻ non và 3,4% trẻ đủ tháng có thể gặp tinh hoàn không xuống bìu một hay cả hai bên sau sinh. Trong 3 tháng đầu tinh hoàn có thể di chuyển xuống bìu, đến cuối tháng thứ 3 tỉ lệ THKXB còn ở mức 0,8% và không thay đổi.<sup>4,5</sup> Nếu tinh hoàn không xuống bìu sau 6 tháng cần thiết phải phẫu thuật để đưa tinh hoàn cố định xuống bìu.<sup>1</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật hạ và cố định tinh hoàn xuống bìu là 9,15±9,44 tuổi, tuổi hay gặp nhất là 5,5 tuổi. Điều này cho thấy người bệnh và người nhà người bệnh chưa ý thức được tầm quan trọng của bệnh THKXB dẫn tới đi khám và điều trị muộn. THKXB có thể phối hợp với nhiều hội chứng dị tật khác như: thiếu máu Fanconi, hội chứng Prader – Willi – Labhart, hội chứng Cornelia de Lange, hội chứng Potter, hội chứng loạn sản tinh hoàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân (29,2%) mắc các bệnh kèm theo như: chậm phát triển tâm thần, viêm phế quản mạn, lún dương vật, hẹp bao quy đầu, tiền sử mổ hạ tinh hoàn. Theo Nguyễn Ngọc Tân (2023) ở nhóm bệnh nhân độ tuổi trưởng thành lý do đi khám nhiều nhất là vô sinh chiếm 75%.<sup>5</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân chủ yếu trong nhóm tuổi chưa dậy thì, triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám thường do người nhà hoặc bệnh nhân không sờ thấy tinh hoàn không xuống bìu, chỉ có 1 bệnh nhân (4,2%) đi khám vì vô sinh. Điều này cho thấy lý do bệnh nhân đi khám phụ thuộc vào tuổi cũng như nhận thức của bệnh nhân và gia đình. Xác định chính xác bên và vị trí tinh hoàn là rất quan trọng trong chẩn đoán cũng như điều trị. Theo Stephen W. Leslie THKXB hay gặp nhất ở bên phải.<sup>1</sup> Theo J.Aubert tinh hoàn không xuống bìu ở các vị trí ở lỗ bẹn nông 55,7%, ở ống bẹn 35,7%, ở trong ổ bụng 8,6%. Thái Lan Thư (1990) thấy vị trí tinh hoàn

ở lỗ bẹn nông 18,3%, trong ống bẹn 44,2%, trong bao thoát vị bẹn 31,2%, không sờ thấy 8,3%.<sup>12</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra THKXB hay gặp nhất ở bên phải và cũng thường nằm ở trong ống bẹn tương đồng với các nghiên cứu trước đó.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho những trường hợp tinh hoàn không xuống bìu thất bại với điều trị nội khoa hay chờ đợi tinh hoàn tự di chuyển xuống trong những tháng đầu đời. Phẫu thuật nội soi được chỉ định cho những bệnh nhân tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc tinh hoàn nằm cao trong ống bẹn cần di động từng tinh nhiều đủ dài để đưa tinh hoàn xuống bìu hay những trường hợp có tổn thương kèm theo. Mổ mở áp dụng cho những bệnh nhân tinh hoàn nằm trong ống bẹn hoặc tinh hoàn lò xo. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng, với 2 bệnh nhân tinh hoàn trong ổ bụng và 2 bệnh nhân tinh hoàn trong ống bẹn nhưng có thoát vị bẹn kèm theo, 20 bệnh nhân tinh hoàn trong ống bẹn được mổ mở cố định tinh hoàn xuống bìu. Việc xử trí các dị tật tại chỗ kèm theo là hết sức quan trọng. Khả năng xử trí các tổn thương cùng lúc giúp bệnh nhân không phải chịu đựng nhiều cuộc phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện cũng như chi phí cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15 bệnh nhân còn tồn tại ống phúc tinh mạc kèm theo và được xử lý cùng một thì với hạ tinh hoàn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có biến chứng nào xảy ra trong mổ. Trong quá trình theo dõi sau mổ chỉ có 1 trường hợp (4,2%) gặp biến chứng ung thư tinh hoàn. Đó là một bệnh nhân nam 31 tuổi sau mổ hạ tinh hoàn trái 8 tháng, bệnh nhân xuất hiện khối lớn ở bìu trái được chẩn đoán ung thư tinh hoàn trái, được mổ cắt tinh hoàn trái. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u tế bào mầm hỗn hợp thành phần Yolk sac tumor và seminoma.



**Hình 1:** N Đ Đ, 31 tuổi, ung thư tinh hoàn trái

Theo các nghiên cứu tỉ lệ ung thư tinh hoàn do tinh hoàn không xuống bìu khoảng 1%.<sup>1</sup> Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt ở độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu cũng như cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Thời gian nằm viện với mổ mở trung bình là  $4,3 \pm 1,3$  ngày, mổ nội soi là  $3,25 \pm 0,5$  ngày. Theo Nguyễn Thanh Liêm thời gian nằm viện trung bình là 3 ngày.<sup>15</sup> Các kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tất cả 24 bệnh nhân được khám lại với 100% tinh hoàn nằm trong bìu. Thể tích tinh hoàn trước và sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0.857 > 0.05$ . Theo Nguyễn Ngọc Tân (2023) nghiên cứu trên 52 bệnh nhân khám lại sau mổ tất cả tinh hoàn được phẫu thuật nằm trong bìu, không có trường hợp nào bị teo tinh hoàn.<sup>5</sup> Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán sớm tinh hoàn không xuống bìu ngay những năm đầu đời là quan trọng, chủ yếu dựa vào lâm sàng và siêu âm. Phẫu thuật hạ tinh hoàn và cố định tinh hoàn xuống bìu rất an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leslie SW, Sajjad H, Villanueva CA.** Cryptorchidism. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed November 12, 2023.
2. **Nguyễn Hoài Bắc.** Bệnh Học Nam Học và y Học Giới Tính. Nhà xuất bản y học; 2022.
3. **Hadziselimovic F, Hinman F, Cromie WJ, et al.** Cryptorchidism: Management and Implications. Softcover reprint of the original 1st ed. 1983 edition. Springer; 2012.
4. **Nguyễn Thanh Liêm.** Phẫu thuật tiết niệu trẻ em. Nhà xuất bản y học; 2002.
5. **Nguyễn Ngọc Tân.** Kết quả điều trị phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu ở người lớn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội; 2023.
6. **Tsujihata M, Miyake O, Yoshimura K, et al.** Laparoscopic diagnosis and treatment of nonpalpable testis. Int J Urol. 2001;8(12):692-696.
7. **Lattimer JK.** Scrotal pouch technique for orchiopexy. J Urol. 1957;78(5):628-632.
8. **Scrotal pouch techniques.** Adjunct to orchiopexy - PubMed. Accessed November 17, 2023.
9. **Mollard P, David M.** [Surgical indications in testicular ectopias]. Presse Medicale Paris Fr 1983. 1983;12(17):1071-1074.
10. **Lê Ngọc Tử.** Bệnh Học Tiết Niệu. NXB Y Học; 1995.

## GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM JAPANESE SEVERITY SCORE CÁI TIẾN TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của thang điểm Japanese severity score cải tiến trong tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa, khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 1/10/2022 đến 1/7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $51,3 \pm 14,5$ ; tỷ lệ nam/nữ là 3.357/1. Về triệu chứng lâm sàng: tất cả bệnh nhân đều có đau bụng thượng vị (100%), tiếp đến là nôn và buồn nôn (54,1%), bí trung đại tiện (32,8%), ỉa lỏng (9,8%). Trong 61 bệnh nhân có 29 (47,5%) bệnh nhân VTC nhẹ, 22(36,1%) bệnh nhân VTC trung bình, 10(16,4%) bệnh nhân VTC nặng. Trong tiên lượng VTC nặng: Tại điểm cắt giá trị chỉ số JSS là 2,5 diện tích dưới đường cong ROC đạt mức tốt AUC = 0,983 ( $p < 0,001$ ; 95% CI: 0,951 - 1), độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 90% và 98,01%. **Kết luận:** Bảng điểm JSS cải tiến có giá trị tiên lượng mức độ nặng của

Mông Thị Bích Phượng<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hiền<sup>1</sup>

viêm tụy cấp.

**Từ khóa:** viêm tụy cấp, tiên lượng, JSS cải tiến

### SUMMARY

#### VALUE OF THE IMPROVED JAPANESE SEVERITY SCORE IN PREDICTING THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS TREATMENT IN THAI NGUYEN NATIONAL HOPITAL

**Objective:** To assess the value of the improved Japanese Severity Score in predicting the prognosis of patients with acute pancreatitis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 61 patients with acute pancreatitis who were treated in the Gastroenterology Department and Intensive Care Unit of the Central Hospital of Thai Nguyen from October 1, 2022, to July 1, 2023. **Results:** The average age of the patients was  $51.3 \pm 14.5$  years, with a male-to-female ratio of 3.357/1. Regarding clinical symptoms, all patients experienced epigastric pain (100%), followed by nausea and vomiting (54.1%), colonic ileus (32.8%), and diarrhea (9.8%). Among the 61 patients, 29 (47.5%) had mild acute pancreatitis, 22 (36.1%) had moderate acute pancreatitis, and 10 (16.4%) had severe acute pancreatitis. In the prediction of severe acute pancreatitis, at the cutoff point of the JSS score of 2.5, the area under the ROC curve reached an

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Mông Thị Bích Phượng

Email: bichphuongbsntk14@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023