

áp không kiểm soát dù đã điều trị tối ưu hoặc có chống chỉ định phẫu thuật xâm lấn khác.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung chiếm phần lớn là bệnh nhân lớn tuổi, nam giới, glôcôm tân mạch chiếm đa số trong glôcôm thứ phát, mắt thường trong tình trạng giai đoạn nặng, với thị lực kém, nhãn áp không đạt nhãn áp mục tiêu dù đã điều trị thuốc tối đa và phẫu thuật. Bên cạnh đó, glôcôm kháng trị còn gây đau nhức cho bệnh nhân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nirappel, A, et al.** (2020), "Augmented MP-TSCPC for the management of elevated IOP in glaucomatous eyes". 4(3), pp. 279-286.
2. **Aquino, M. C., et al.** (2015), "Micropulse versus continuous wave transscleral diode cyclophotocoagulation in refractory glaucoma: a randomized exploratory study", Clin Exp Ophthalmol. 43(1), pp. 40-6.
3. **Benhatchi, N., Bensmail, D., and Lachkar, Y.** (2019), "Benefits of SubCyclo Laser Therapy Guided by High-frequency Ultrasound Biomicroscopy in Patients With Refractory Glaucoma", J Glaucoma. 28(6), pp. 535-539.
4. **Preda, M. A., et al.** (2020), "Clinical outcomes of micropulse transscleral cyclophotocoagulation in refractory glaucoma-18 months follow-up", Lasers Med Sci. 35(7), pp. 1487-1491.
5. **Sarrafpour, S., et al.** (2019), "Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation: A Look at Long-Term Effectiveness and Outcomes", Ophthalmol Glaucoma. 2(3), pp. 167-171.
6. **Tan, A. M., et al.** (2010), "Micropulse transscleral diode laser cyclophotocoagulation in the treatment of refractory glaucoma", Clin Exp Ophthalmol. 38(3), pp. 266-72.
7. **Williams, A. L., et al.** (2018), "Clinical Efficacy and Safety Profile of Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation in Refractory Glaucoma", J Glaucoma. 27(5), pp. 445-449.
8. **Wong, K. Y. T., et al.** (2020), "MP3 Plus: A Modified Micropulse Transscleral Cyclophototherapy Technique for the Treatment of Refractory Glaucoma", J Glaucoma. 29(4), pp. 264-270.
9. **Zaarour, K., et al.** (2019), "Outcomes of Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation in Uncontrolled Glaucoma Patients", J Glaucoma. 28(3), pp. 270-275.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC THÀNH TĨNH MẠCH TINH Ở NGƯỜI BỆNH GIÃN TĨNH MẠCH TINH

Trần Thị Hà Phương¹, Nguyễn Thị Hương¹, Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học thành tinh mạch tinh ở người bệnh giãn tĩnh mạch tinh. **Đối tượng:** Nghiên cứu được thực hiện trên 61 người bệnh bị giãn TMT được vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giãn trong khoảng thời gian từ tháng 11/2022 đến tháng 6/2023, trong mổ có lấy đoạn tĩnh mạch tinh giãn gửi làm giải phẫu bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, lấy mẫu toàn bộ và chọn mẫu có chủ đích. **Kết quả nghiên cứu:** Trong nhóm nghiên cứu, 100% đối tượng được phân loại giãn tĩnh mạch tinh độ 3 trên lâm sàng. Tĩnh mạch tinh có khiếm khuyết về van tĩnh mạch chiếm tỷ lệ rất cao 95,1% trong đó 59,0% không có van và 36,1% có van bất thường cấu trúc. Tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng tổn thương van và dấu hiệu dòng trào ngược tĩnh mạch trên siêu âm Doppler màu. Độ dày trung bình lớp áo giữa, lớp áo ngoài và toàn bộ thành tĩnh mạch tinh lần lượt là $356,3 \pm 99,58\mu\text{m}$, $103 \pm 34,32\mu\text{m}$ và $467,6 \pm 110,84\mu\text{m}$. Tỷ lệ thành phần mô

liên kết trong lớp áo giữa và lớp áo ngoài tương ứng là $30 \pm 7,32\%$, $53,5 \pm 7,42\%$ và tìm thấy mối tương quan giữa tỷ lệ thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa và số nhánh tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh. **Kết luận:** Sự khiếm khuyết van tĩnh mạch tinh góp phần hình thành dòng trào ngược và gây ra bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh. Các tĩnh mạch tinh giãn càng lớn thì sự tăng sinh mô liên kết trong lớp áo giữa càng nhiều. **Từ khóa:** giãn tĩnh mạch tinh, giải phẫu bệnh tĩnh mạch tinh, van tĩnh mạch tinh.

SUMMARY

EVALUATING THE HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SPERMATIC VEIN WALL IN PATIENTS WITH VARICOCELE

Purpose: The purpose of this study is to describe the histopathological characteristics of spermatic vein wall in patients with varicocele. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. The study was conducted on 61 patients with varicocele who underwent surgical treatment for varicocele veins constriction from November 2022 to June 2023. During the surgery, a segment of the dilated varicocele veins was collected for pathological examination. **Results:** All varicocele veins were clinically classified as grade 3. Venous valve defects were found in a high proportion of cases 95.1%, with 59.0% having no valves and 36.1% having structurally abnormal valves. A correlation was

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hà Phương

Email: haphuong021297@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024

found between valve damage and signs of venous reflux on Doppler ultrasound. The average thickness of the tunica media, tunica adventitia and entire varicocele vein wall was $356.3 \pm 99.58\mu\text{m}$, $103 \pm 34.32\mu\text{m}$, and $467.6 \pm 110.84\mu\text{m}$, respectively. The percentage of connective tissue in the tunica media and tunica adventitia was $30 \pm 7.32\%$ and $53.5 \pm 7.42\%$, respectively, and a correlation was found between the percentage of connective tissue in the tunica media and the number of constrictions in each varicocele vein. **Conclusion:** Valve defects in varicocele veins contribute to venous reflux and the development of varicocele pathology. Larger varicocele veins are associated with increased connective tissue proliferation in the tunica media.

Keywords: varicocele veins, pathology of varicocele vein, venous valve defects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh (TMT) là một tổn thương mạch máu đặc trưng bởi sự giãn nở bất thường của đám rối tĩnh mạch hình dây leo (pampiniform plexus) của hệ tĩnh mạch tinh hoàn, do sự trào ngược máu từ tĩnh mạch thận ở bên trái và từ tĩnh mạch chủ ở bên phải về TMT trong. Giãn TMT đã được biết đến từ rất lâu trong y văn thế giới và là một trong những nguyên nhân vô sinh nam có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật khi được phát hiện và xử trí kịp thời.¹

Cơ chế bệnh sinh của bệnh vẫn chưa được xác định rõ ràng. Nhiều tác giả đưa ra các giả thuyết khác nhau, song giả thuyết về bất thường giải phẫu và sự khiếm khuyết van tĩnh mạch được chú ý nhiều hơn cả. Bằng phương pháp nhuộm Azan-Mallory và ứng dụng phần mềm ImageJ, tác giả Iafrate và cộng sự đã nhận thấy khi các TMT bị giãn độ dày trung bình của lớp áo giữa và áo ngoài cũng như tỷ lệ phần trăm trung bình của mô liên kết trong lớp áo giữa và áo ngoài tăng cao hơn so với TMT bình thường. Trong khi đó, không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê nào xảy ra ở lớp áo trong.² Tác giả Tilki và cộng sự (2007) nghiên cứu cấu trúc các TMT lớn của đám rối dây leo cũng thấy có sự thoái hóa thành tĩnh mạch ưu tiên xảy ra ở lớp cơ dọc ngoài của áo giữa và tỷ lệ thuận với mức độ giãn tĩnh mạch trên lâm sàng phân loại theo Dubin và Amelar (1970).^{3,4}

Tại Việt Nam, có rất ít các nghiên cứu về cấu trúc giải phẫu bệnh của TMT giãn, trong đó, nổi bật là nghiên cứu của Nguyễn Hoài Bắc (2020) bước đầu chứng tỏ sự khiếm khuyết van tĩnh mạch góp phần gây ra bệnh giãn TMT.⁵ Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm mô bệnh học của thành TMT về độ dày, thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa và lớp áo ngoài, tìm ra mối liên quan giữa những

đặc điểm này với số lượng tĩnh mạch tinh thắt được trong mổ, ngoài ra cũng đánh giá thêm tình trạng van tĩnh mạch và mối tương quan với sự xuất hiện dòng trào ngược trên siêu âm Doppler màu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 61 người bệnh bị giãn TMT được can thiệp vi phẫu thắt TMT giãn bởi các bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm tại khoa Nam học và Y học giới tính của bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 11/2022 đến tháng 6/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn các đối tượng nghiên cứu là:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là giãn TMT thể lâm sàng

- Được can thiệp vi phẫu thắt TMT giãn
- Trong mổ có lấy đoạn TMT làm giải phẫu bệnh
- Có thông tin bệnh án đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ và chọn mẫu có chủ đích, gồm 61 bệnh nhân chẩn đoán giãn TMT và được vi phẫu thắt TMT giãn

2.2.3. Quy trình nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán giãn TMT thông qua khám lâm sàng, siêu âm Doppler màu bìu tinh hoàn 2 bên. Sau đó người bệnh được vi phẫu thắt TMT giãn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trong quá trình mổ, mô tả số lượng tĩnh mạch tinh tìm thấy và thắt được. Các TMT có đường kính $\geq 5\text{mm}$ được xếp vào nhóm có kích thước lớn, các TMT có đường kính từ 2-5mm được xếp vào nhóm có kích thước trung bình, các TMT có đường kính $\leq 2\text{mm}$ được xếp vào nhóm có kích thước nhỏ.⁶ Chọn lấy đoạn TMT đường kính lớn nhất, độ dài 0,5-2cm gửi giải phẫu bệnh. Bệnh phẩm được đánh giá, phẫu tích, nhuộm HE và nhuộm ba màu của Masson. Tiêu bản được quan sát trên kính hiển vi quang học có gắn camera kết nối máy tính với độ phóng đại 40, 100, 200, 400 lần.

Đặc điểm van tĩnh mạch: Thu thập các tiêu bản nhuộm HE, đọc và phân tích kết quả trên kính hiển vi quang học.

Đặc điểm độ dày và tỷ lệ thành phần mô liên kết trong các lớp áo: Mặt cắt ngang vi thể thành TMT được chụp trên ứng dụng Cellsens và phân tích trên phần mềm Image J V1.52p.

- Sử dụng lệnh Image, Type, Lab Stack để chuyển màu dạng RGB của hình sang dạng hình có thang màu xám, màu đỏ sẽ chuyển sang thang màu đen.

- Lệnh Threshold – Default and Red sẽ chuyển thang màu đen thành màu đỏ để xác định phạm vi vùng phân ngưỡng màu đỏ của ImageJ

- Diện tích mẫu vật được thực hiện bởi lệnh Analyze, Tools, ROI Manager và sử dụng Wand tool xác định vị trí mẫu vật cần đo diện tích của ImageJ

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được thống kê và phân tích theo chương trình SPSS 20.0. Tất cả các thông số được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng hoặc số lượng (%) đối với các biến định tính. Tính hệ số tương quan r giữa các thông số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Độ giãn của nhóm nghiên cứu

Độ giãn trên lâm sàng | Độ III | n=61 (100%)
100% đối tượng nghiên cứu có mức độ giãn TMT độ III trên lâm sàng

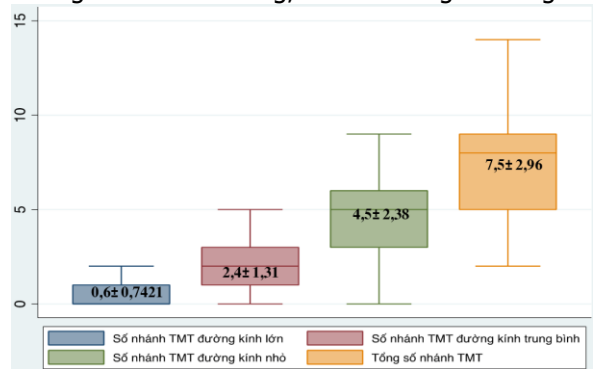
Bảng 3.2. Dấu hiệu dòng trào ngược tĩnh mạch trên siêu âm Doppler màu

Dấu hiệu dòng trào ngược	n	Tỷ lệ %
--------------------------	---	---------

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tình trạng van TMT và dấu hiệu dòng trào ngược tĩnh mạch

Dấu hiệu dòng trào ngược TMT	Tình trạng van tĩnh mạch			Tổng	p
	Bình thường	Bất thường	Không có van		
Có dòng trào ngược tồn tại liên tục	0 (0,0%)	7 (31,8%)	22 (61,1%)	29(47,6%)	0,000
Có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva	0 (0,0%)	14 (63,6%)	12 (33,3%)	26 (42,6%)	
Không có dòng trào ngược (âm tính)	3 (100%)	1 (4,6%)	2 (5,6%)	6 (9,8%)	

Chủ yếu những đối tượng không có van có dòng trào ngược tồn tại liên tục với 61,1%. Với van bất thường cấu trúc thì phần lớn có dòng trào ngược sau khi làm nghiệm pháp Valsalva (63,6%). Với những van bình thường, 100% không có dòng trào ngược.



Biểu đồ 3.2: Số lượng tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh

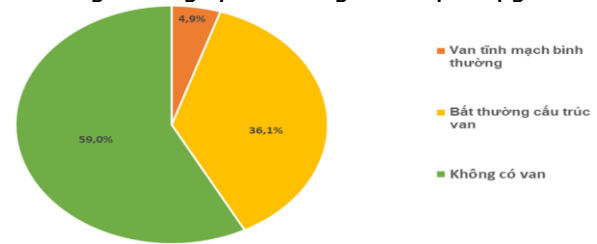
Số lượng tĩnh mạch trung bình thắt được trên mỗi thừng tinh là 7,5±2,96 (2-14)

Bảng 3.4. Độ dày và tỷ lệ thành phần mô liên kết trong các lớp áo

		Mean±SD	Min–Max
Độ dày (µm)	Áo giữa	356,3±99,58	167-603
	Áo ngoài	103±34,32	43-219

Có dòng trào ngược tồn tại liên tục	29	47,6
Có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva	26	42,6
Không có dòng trào ngược (âm tính)	6	9,8

47,6% đối tượng có dấu hiệu dòng trào ngược tĩnh mạch tồn tại liên tục trên siêu âm Doppler màu. Sau khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva giúp phát hiện thêm 42,6% trường hợp có dòng trào ngược ở những tĩnh mạch bị giãn.

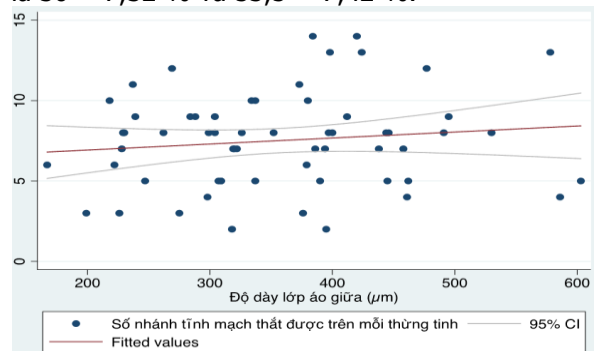


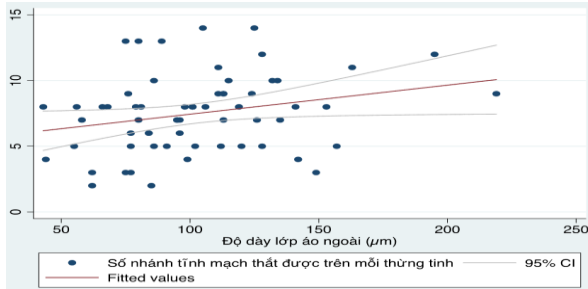
Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ tình trạng van TMT

Phần lớn có sự khiếm khuyết van TMT với tỷ lệ 95,1% trong đó không có van TMT chiếm 59,0% và bất thường về cấu trúc van chiếm 36,1%

	Cả thành mạch	467,6±110,84	256-718
Thành phần mô liên kết (%)	Áo giữa	30±7,32	34,2-70,1
	Áo ngoài	53,5±7,42	12,1-53,4

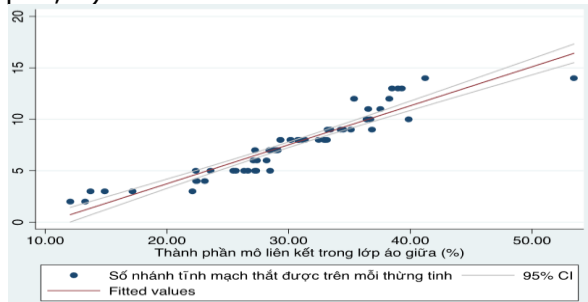
Trung bình độ dày lớp áo giữa thành TMT là 356,3 ± 99,58 µm. Trung bình độ dày lớp áo ngoài thành TMT là 103 ± 34,32µm. Tỷ lệ thành phần mô liên kết lớp áo giữa và áo ngoài lần lượt là 30 ± 7,32 % và 53,5 ± 7,42 %.





Biểu đồ 3.3: Môi tương quan giữa độ dày lớp áo giữa và lớp áo ngoài với số nhánh tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh

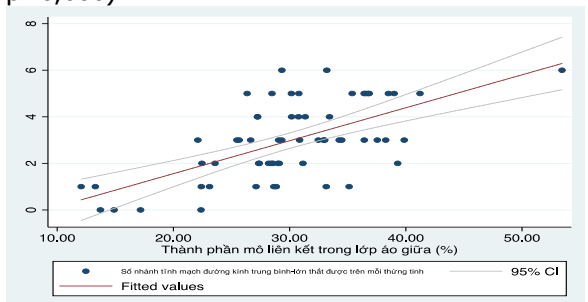
Không tìm thấy mối liên quan giữa độ dày lớp áo giữa và độ dày lớp áo ngoài với số nhánh tĩnh mạch trên mỗi thừng tinh với hệ số tương quan lần lượt là ($r=0,13$, $p>0,05$) và ($r=0,27$, $p>0,05$).



Biểu đồ 3.4: Môi tương quan giữa thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa với số nhánh tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh

Số nhánh tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh = $-3,8 \pm 0,38 \times$ Tỷ lệ thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa

Khảo sát mối tương quan giữa thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa với số nhánh tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh nhận thấy tương quan thuận mức độ rất chặt chẽ, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($r=0,13$, $p=0,000$).



Biểu đồ 3.5: Môi tương quan giữa thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa với số nhánh tĩnh mạch đường kính trung bình-lớn

Số nhánh tĩnh mạch trung bình lớn = $-1,2 + 0,23 \times$ Tỷ lệ thành phần mô liên kết trong lớp áo

giữa. Khảo sát mối tương quan giữa thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa với số nhánh tĩnh mạch đường kính trung bình-lớn thắt được trên mỗi thừng tinh nhận thấy tương quan thuận mức độ chặt chẽ, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($r=0,58$, $p=0,000$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 61 người bệnh nam giới có giãn TMT thể lâm sàng cho thấy 100% các đối tượng giãn tĩnh mạch mức độ 3 (Bảng 3.1), khác với kết quả của những nghiên cứu khác.^{2,5} Nguyên nhân có thể do tất cả các đối tượng đều thuộc nhóm có chỉ định phẫu thuật.

Tác giả Iafrate và cộng sự (2009) khảo sát về mối liên quan giữa sự tăng sinh mô liên kết trong thành tĩnh mạch và bệnh lý giãn TMT với nhóm chứng gồm 13 người bệnh phẫu thuật ung thư tinh hoàn cho thấy lớp áo giữa tĩnh TMT gồm hai bó cơ hướng dọc và hướng vòng phân biệt với nhau bởi một ít mô liên kết. Độ dày trung bình lớp áo giữa của TMT bình thường là 120 (94-137) μm với tỷ lệ mô liên kết trong lớp áo giữa rất thấp, chỉ 0,5%. Độ dày trung bình lớp áo ngoài ở người bình thường là 95 (78-107) μm , với tỷ lệ mô liên kết trong lớp áo này là 1%. Khi giãn TMT, độ dày trung bình và tỷ lệ thành phần mô liên kết trong cả hai lớp áo đều cao hơn so với tĩnh mạch tinh của người bình thường ($p<0,001$).² Trong nghiên cứu của Aldermir (2010), tác giả cũng chứng minh độ dày trung bình của lớp áo ngoài và lớp áo giữa tăng lên đáng kể ở người bệnh giãn TMT ($p=0,001$) và ($p<0,001$). Trong đó, độ dày lớp áo giữa của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $0,25 \pm 0,05\text{mm}$ và $0,09 \pm 0,04\text{mm}$, độ dày lớp áo ngoài của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $0,35 \pm 0,08\text{mm}$ và $0,22 \pm 0,1\text{mm}$.⁷ Gần đây, Nguyễn Hoài Bắc (2020) nghiên cứu trên đối tượng là 67 nam giới Việt Nam giãn TMT thấy không có sự khác biệt về độ dày các lớp áo của thành tĩnh mạch giữa người bệnh giãn TMT mức độ nặng so với mức độ nhẹ ($p>0,05$). 64,18% người bệnh không có van tĩnh mạch.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày trung bình lớp áo giữa và lớp áo ngoài lần lượt $356 \pm 99,58 \mu\text{m}$ và $103 \pm 34,32 \mu\text{m}$ (Bảng 3.4), cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên.^{2,5,7} Điều này có thể giải thích vì 100% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều được phân loại giãn tĩnh mạch độ 3 trên lâm sàng. Và không có mối liên quan nào giữa độ dày các lớp áo với số lượng nhánh TMT thắt được trong mổ

($p > 0,05$) (Biểu đồ 3.3). Tỷ lệ thành phần mô liên kết trong hai lớp áo là $30 \pm 7,32\%$ với lớp áo giữa và $53,5 \pm 7,42\%$ với lớp áo ngoài (Bảng 3.4), tương đồng với kết quả của tác giả Iafrate.² Thêm vào đó, có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa tỷ lệ thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa với số lượng tĩnh mạch tinh thất được trong mô ($r=0,13$, $p=0,000 < 0,01$) (Biểu đồ 3.4), đặc biệt là số lượng các nhánh tĩnh mạch có đường kính trung bình và lớn ($r=0,58$, $p=0,000 < 0,01$) (Biểu đồ 3.5).

Chúng tôi cũng thấy rằng, nhóm không có van tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao 59,0%, tương đồng với giá trị 64,18% của tác giả Nguyễn Hoài Bắc,⁵ tuy nhiên đối với nhóm có van tĩnh mạch thì chiếm đa số vẫn là những tĩnh mạch tinh có van bất thường về cấu trúc (Biểu đồ 3.1). Điều này góp phần chứng minh rằng sự khiếm khuyết van tĩnh mạch có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của giãn tĩnh mạch tinh. Khi so sánh tình trạng van với sự xuất hiện dòng trào ngược trên siêu âm Doppler màu, chúng tôi tìm thấy chủ yếu những đối tượng không có van sẽ có dòng trào ngược tồn tại liên tục trên siêu âm với tỷ lệ 61,1% ($p=0,000 < 0,05$), những tĩnh mạch tinh có van bất thường về cấu trúc thì đa số có dòng trào ngược sau khi làm nghiệm pháp Valsalva ($p=0,000 < 0,05$). Do đó, chúng tôi tin rằng nghiệm pháp Valsalva giúp bộc lộ thêm những tĩnh mạch tinh có van nhưng cấu trúc van không hoàn chỉnh tương ứng với sự xuất hiện dòng ngược trên siêu âm Doppler màu.

V. KẾT LUẬN

- Có mối tương quan thuận giữa tỷ lệ thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa với số lượng

tĩnh mạch tinh thất được trong mô, đặc biệt là số lượng các nhánh tĩnh mạch có đường kính trung bình và lớn. Các TMT càng giãn lớn thì sự tăng sinh mô liên kết trong lớp áo giữa càng nhiều.

- Sự khiếm khuyết van tĩnh mạch có liên quan đến tình trạng xuất hiện dòng trào ngược tĩnh mạch trên siêu âm Doppler màu, đồng thời cũng góp phần vào cơ chế bệnh sinh của bệnh giãn TMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohammed A, Chinegwundoh F.** Testicular varicocele: an overview. *Urol Int.* 2009;82(4):373-379. doi:10.1159/000218523
2. **Iafrate M, Galfano A, Macchi V, et al.** Varicocele is associated with an increase of connective tissue of the pampiniform plexus vein wall. *World J Urol.* 2009;27(3):363-369. doi:10.1007/s00345-008-0352-2
3. **Tilki D, Kilic E, Tauber R, et al.** The complex structure of the smooth muscle layer of spermatic veins and its potential role in the development of varicocele testis. *Eur Urol.* 2007;51(5):1402-1409; discussion 1410. doi: 10.1016/j.eururo.2006.11.010
4. **Dubin L, Amelar RD.** Varicocele size and results of varicolectomy in selected subfertile men with varicocele. *Fertil Steril.* 1970;21(8):606-609. doi:10.1016/s0015-0282(16)37684-1
5. **Nguyễn Hoài Bắc, Đinh Văn Toàn.** Khảo sát cấu trúc vi thể thành tĩnh mạch tinh của những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2020;2:252-256.
6. **Beck EM, Schlegel PN, Goldstein M.** Intraoperative varicocele anatomy: a macroscopic and microscopic study. *J Urol.* 1992;148(4):1190-1194. doi:10.1016/s0022-5347(17)36857-x
7. **Aldemir M, Işık E, Özgün G, Onen E, Okulu E, Kayigil O.** Comparison of spermatic vein histology in patients with and without varicocele. *Andrologia.* 2011;43(5): 341-345. doi:10.1111/j.1439-0272.2011.01082.x

THỰC HÀNH LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực hành liên quan đến HIV/AIDS của sinh viên (SV) điều dưỡng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2020; (2) Xác định một số yếu tố ảnh hưởng tới thực hành liên quan đến

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Trần Thị Hiền¹

HIV/AIDS của sinh viên điều dưỡng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đối với SV điều dưỡng năm 2020. **Kết quả và kết luận:** Đa số sinh viên điều dưỡng điều dưỡng có thực hành an toàn về HIV/AIDS (79,6%). Thực hành liên quan đến HIV/AIDS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa lứa tuổi ≥ 20 và < 20 ; sinh viên học năm 3+4 và sinh viên năm 1+2; Được cung cấp và không được cung cấp thông tin về HIV trong những năm học đại học; Được tiếp cận thông tin và không được tiếp cận thông tin HIV thông qua thầy cô giáo. **Từ khóa:** Thực hành, HIV/AIDS, sinh viên điều dưỡng.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Trang

Email: huyentran@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024