

trình tạo máu như sắt, acid folic, vitamin B12..., trong đó thiếu sắt vẫn là nguyên nhân phổ biến [1], [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ học sinh thiếu máu do nguyên nhân thiếu sắt vẫn cao 40,8%. Bên cạnh đó, những đối tượng không có thiếu máu nhưng tình trạng sắt huyết thanh thấp cũng chiếm một tỷ lệ cao 59,1% nếu những đối tượng này không được can thiệp để cải thiện tình trạng thiếu sắt kịp thời sẽ có nguy cơ dẫn tới tình trạng thiếu máu do thiếu sắt.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu máu ở học sinh của trường THCS Chu Hương là 35,1% trong đó thiếu máu mức độ nhẹ là 34,6%, mức độ trung bình là 0,5% và không có trường hợp thiếu máu mức độ nặng.

- Tỷ lệ thiếu máu do thiếu sắt ở học sinh của trường THCS Chu Hương, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc

Kạn là 40,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Development Initiatives** (2017), Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs, Bristol, UK: Development Initiatives.
2. **Viện Dinh dưỡng – UNICEF** (2021), "Tình hình dinh dưỡng Việt Nam 2019 – 2020".
3. **Đặng Thị Hạnh và cộng sự** (2023). Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu của nữ học sinh tại một số trường trung học cơ sở tại tỉnh Điện Biên và tỉnh Gia Lai, năm 2022 Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm 19(6): 27-34. Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, Luận án tiến sỹ Y học, Chuyên ngành Dinh dưỡng, tiết chế.
4. **Nguyễn Song Tú** (2022), Hiệu quả bổ sung đa vi chất đối với tình trạng vi chất dinh dưỡng và nhân trắc của trẻ gái từ 11-13 tuổi tại một số trường dân tộc bản trú tỉnh Yên Bái, Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp Viện, Viện Dinh dưỡng.
5. **WHO** (2015), The global prevalence of anemia in 2011, Geneva: World Health Organization.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐAU BIÙ MẠN TÍNH CẦN CAN THIỆP PHẪU THUẬT

Lê Anh Tuấn<sup>1,2</sup>, Phạm Văn Hảo<sup>2</sup>,  
Lê Đình Hiếu<sup>1</sup>, Vũ Lê Chuyên<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đau biù mạn tính là một trong những cơn đau phổ biến nhất của hệ tiết niệu khiến bệnh nhân đến khám và điều trị. Nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đau biù mạn tính nặng có chỉ định phẫu thuật tại khoa nam học, bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2023. **Kết quả:** Có 39 bệnh nhân đau biù mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình  $24,2 \pm 4,3$ , thời gian đau  $2,3 \pm 1,6$  năm. Vị trí đau: biù 41,3% tinh hoàn-mào tinh 47,8%, thừng tinh 24,6%, bẹn 15,1%. Nguyên nhân đau: hậu viêm tinh hoàn mào tinh 45,3% chiếm đa số trường hợp. Các nguyên nhân khác: sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh 32,3 %, sau chấn thương 22,6%. Thang điểm đau điểm đau NRS trước mổ  $6,8 \pm 2,3$ . 13/39 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân Quality of life (QOL) bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6)  $4,6 \pm$

4,0 và  $6,75 \pm 1,1$  ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Có 25 (80,6 %) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc. Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ là 43,5%, Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm:  $3,4 \pm 1,2$  mm. Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình 37,5% bệnh nhân. **Kết luận:** Đau biù mạn tính đa phần xảy ra ở bệnh nhân trẻ với than điểm đau tương đối lớn. Nguyên nhân gây đau biù mạn tính cũng góp phần ảnh hưởng đến kích thước và chức năng nội tiết tinh hoàn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Vì vậy bệnh lý đau biù mạn tính cần được quan tâm can thiệp sớm nếu có thể khi ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

**Từ khóa:** đau biù mạn tính, đặc điểm, chất lượng cuộc sống

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC SCROTAL PAIN SYNDROME PATIENT THAT HAVE SURGERY INDICATION

**Objective:** Chronic scrotal pain is a common and well recognized urology symptom of young patient presenting to doctor for care. This study was conducted to examine the clinical characteristics of neurogenic chronic scrotal pain syndrome patient that have surgery indication. **Methods:** Observation study design. All neurogenic chronic scrotal pain syndrome patient that has surgery indication at our andrology department from từ 01/01/2022 đến 31/11/2023. **Results:** 39 neurogenic chronic scrotal pain patients had surgery indication. Mean age  $24,2 \pm 4,3$ , mean

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân TPHCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Tâm Anh TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: 20.05.104.03@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

duration of CSP of  $2.3 \pm 1.6$  years. The location of the pain are: scrotum 41,3%, epididymitis testicular pain 24.6 %, inguinal pain 17.1%. Post Epididymo-orchitis was the most common physical finding (45.3%). Other common findings were post varicocele (32.3%), after genital trauma (22.6%). Mean NRS was  $6.8 \pm 2.3$ . 13/39 patients had high NRS pain score (7-10). Quality of life (QOL) of medium NRS pain score patient was  $4.6 \pm 4.0$  and  $6.75 \pm 1.1$  for high NRS pain score group. There were 25 (80,6%) men who reported the influence of pain on the daily work. Small Testicles were found in 43,5% men, varicocele vein diameter was  $3.4 \pm 1,2$  mm. 37,5% patients had low blood testosterone levels. **Conclusions:** Chronic scrotal pain mostly occurs in young patients with relatively large pain scores. Chronic scrotal pain causes also contributes to the reduction of testicular size and testosterone function, affecting quality of life. Therefore, chronic scrotal pain should be treated early if the chronic pain often has a significant negative impact on QOL. **Keywords:** Chronic scrotal pain (CSP); characteristics, Quality of life.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bìu mạn tính (ĐBMT) là một cơn đau tiết niệu phổ biến và cản trở hoạt động hàng ngày của nam giới. ĐBMT được định nghĩa là cơn đau vùng bìu, từng cơn hoặc liên tục, một bên hoặc hai bên, kéo dài trong hơn 3 tháng gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Định nghĩa của ĐBMT được nêu ra bởi tác giả Davis và cộng sự vào năm 1990 khi tiến hành một nghiên cứu hồi cứu trên 45 bệnh nhân đến phòng khám với cơn đau tinh hoàn kéo dài ít nhất 3 tháng<sup>3</sup>. Định nghĩa trên phù hợp với định nghĩa chung của đau mạn tính (cơn đau thường kéo dài 3–6 tháng).

Hiện tại có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT trên thực tế. Tác giả Ciftci báo cáo rằng ĐBMT chiếm 4,75% lý do đến khám chuyên khoa tiết niệu của tất cả nam giới mỗi năm<sup>2</sup>. Tỷ lệ ĐBMT thấp hơn trong một báo cáo ở Thụy Sĩ là 350 đến 400 trường hợp trên 100.000 nam giới từ 25 đến 85 tuổi mỗi năm<sup>4</sup>.

Rất tiếc là cho đến hiện nay vẫn không có phát đồ hướng dẫn điều trị ĐBMT cụ thể mặc dù Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) đã đưa ĐBMT vào một phần trong các hướng dẫn điều trị đau vùng chậu. Điều trị ĐBMT phụ thuộc vào chẩn đoán cụ thể hoặc nguyên nhân. Bệnh nhân cần được hỏi kỹ về bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm (máu và nước tiểu), hình ảnh học và các xét nghiệm cụ thể nhằm phát hiện các dấu hiệu tình trạng viêm và bứu tuyến tiền liệt, tinh hoàn.

Các nghiên cứu và dữ liệu tế học về ĐBMT không nhiều trên thế giới. Một báo cáo tại Bệnh viện Mount Sinai ở Toronto, Canada gồm 131 người đàn ông có ĐBMT cho thấy: 43,5% không

rõ nguyên nhân; sau thắt ống dẫn tinh gây đau 20,6%, chấn thương cơ quan sinh dục 12,2%. Và hậu nhiễm trùng tinh hoàn 11,5%<sup>1</sup>.

Chẩn đoán nguyên nhân tiềm của ĐBMT khá khó do những thay đổi bệnh học thần kinh có thể xảy ra ở bệnh nhân có cơn đau mạn tính. Trong khi yếu tố khởi đầu kích thích ở bìu có thể là sau phẫu thuật vùng bìu như thắt ống dẫn tinh, chấn thương vùng bìu, viêm tinh hoàn, hoặc các tình trạng khác kích thích thụ thể thần kinh vùng bìu, phức hợp thần kinh vùng chậu được cho là dẫn đến hoạt động thần kinh ở trung tâm đau ở vỏ não và ngoại biên gây nên ĐBMT<sup>5</sup>. Những thay đổi thần kinh này có thể vẫn còn ngay cả khi các yếu tố kích thích ban đầu đã biến mất. Những kích thích thần kinh cũng có thể ảnh hưởng đến bên đối diện. Một ĐBMT ở một bên bìu cũng có thể dẫn đến đau mạn tính ở bên đối diện do dây thần kinh từ đám rối thần kinh chậu bắt chéo với đám rối thần kinh chậu bên đối diện, có thể đóng một vai trò trong việc tạo ra một hiệu ứng đau đối bên.

Cũng có rất ít thông tin được công bố về đặc điểm lâm sàng tình trạng của ĐBMT, bao gồm các đặc điểm của cơn đau, các yếu tố làm thay đổi cơn đau (làm trầm trọng thêm hoặc giảm đau), tác động của ĐBMT đối với chất lượng cuộc sống của nam giới, khả năng lao động và khả năng có cuộc sống xã hội bình thường.

Các đặc điểm lâm sàng của ĐBMT rất đa dạng và phức tạp, đồng thời có thể có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của những người bị ảnh hưởng. Các triệu chứng có thể bao gồm đau mạn tính, khó chịu, cảm giác nóng rát, tê, ngứa ran và yếu cơ. Cơn đau thường được mô tả là dữ dội và có thể đi kèm với một số triệu chứng khác, bao gồm mệt mỏi, khó ngủ và cảm xúc đau khổ.

Chẩn đoán ĐBMT có thể là một thách thức, vì không có phương thức kiểm tra hoặc hình ảnh cụ thể nào có thể được sử dụng để xác nhận chẩn đoán. Thay vào đó, chẩn đoán dựa trên sự kết hợp của khám lâm sàng, tiền sử bệnh và xét nghiệm chẩn đoán. Điều trị NCSP cũng phức tạp và có thể bao gồm nhiều phương pháp khác nhau, bao gồm dùng thuốc, vật lý trị liệu và phẫu thuật.

Với thông tin được công bố hạn chế về nguyên nhân và đặc điểm của ĐBMT nên việc đánh giá và điều trị bệnh lý này vẫn chưa thành một hướng dẫn điều trị cụ thể. Mục tiêu của nghiên cứu này là khảo sát một dân số bệnh nhân với ĐBMT nặng nguyên nhân thần kinh, không đáp ứng điều trị nội để xác định các loại

nguyên nhân, tần suất của các nguyên nhân khác nhau, và các loại đặc điểm khác nhau của ĐBMT ở nam giới nhằm góp phần xác định các yếu tố cần cân nhắc khi chỉ định can thiệp ở bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng.

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

Nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, được tiến hành dựa trên dữ liệu cắt ngang của 39 trường hợp đau bìu mạn tính kéo dài hơn 3 tháng không đáp ứng điều trị nội khoa trong hơn 3 tháng liên tiếp hoặc không đồng ý tiếp tục điều trị bảo tồn và được chỉ định can thiệp phẫu thuật. Bệnh nhân được điều trị tại khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2023.

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán huyết đồ, siêu âm bụng, siêu âm Doppler bẹn bìu, tổng phân tích nước tiểu, PSA nhằm loại trừ các bệnh lý khác có thể gây đau bìu như viêm tinh hoàn, bướu tinh hoàn, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm cơ quan sinh dục, giãn tĩnh mạch tinh chưa được phẫu thuật. Các bệnh nhân có các triệu chứng đường tiêu hóa hoặc đau vùng cột sống thắt lưng cũng được loại khỏi nghiên cứu.

Bệnh nhân được đánh giá cơn đau bằng thang điểm numeric rating scale (NRS 1-10). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bằng bảng câu hỏi QOL.

Các kiểm định t test và chi square test được dùng để kiểm định các thống kê trên phần mềm SPSS 16.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu**

	<b>Đặc điểm</b>
Tuổi	24,2±4,3
Thời gian đau	2.3 ±1.6 năm
Nguyên nhân:	Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh: 32.3 %, Hậu viêm tinh hoàn mào tinh: 45,3% Sau chấn thương: 22.6%
Vị trí đau	Bìu 41,3%, Tinh hoàn-mào tinh 47,8%, Thừng tinh 24,6%, Bẹn 15,1%.
Thang điểm đau NRS trước mổ	6.8 ±2,3
QoL bệnh nhân	thang điểm đau NRS 1-6: 6.75 ± 1.1 thang điểm đau NRS 7-10: 4.6 ± 4.0

Tinh hoàn nhỏ	43,5%
Giãn tĩnh mạch tinh	51 %

Có 39 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình 24,2±4,3, thời gian đau 2.3 ±1.6 năm.

Nguyên nhân đau được thống kê: Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh 32.3 % là nhiều nhất. Vị trí đau chủ yếu đau ở tinh hoàn-mào tinh 47,8%

Thang điểm đau điểm đau NRS trước mổ 6.8 ±2,3. 13/39 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân QOL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 6.75 ± 1.1 và 4.6 ± 4.0 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Có 80,6 % bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc.

72% bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL).

Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ hơn chỉ số trung bình trên siêu âm là 43,5% và 51 % bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời. Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm: 3.4±1,2 mm. Giãn tĩnh mạch thừng tinh phổ biến hơn đáng kể ở những bệnh nhân có thời gian triệu chứng dài hơn chiếm 9/22(38,8%) bệnh nhân đau trên 1 năm.

Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% bệnh nhân.

**IV. BÀN LUẬN**

ĐBMT là một than phiền phổ biến ở nhóm thanh niên và người trung niên. Có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT ở dân số, với nghiên cứu của Cifti về lý do nam giới đến phòng khám tiết niệu báo cáo tỷ lệ mắc bệnh là 4,75% và Strebel báo cáo chỉ ra tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 350–400/100.000 dân <sup>6</sup>.

Cũng như các tác giả khác, độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu khá trẻ 24,2±4,3 với thời gian chịu cơn đau tương đối dài 2.3 ±1.6 năm. Bệnh nhân trong nghiên cứu trẻ hơn so với các báo cáo ở phương tây<sup>5,6,8</sup> có thể do đặc điểm phân bố dân số trẻ tại Việt Nam. Những điều trên cho thấy đau ĐBMT ảnh hưởng không chỉ trên sức khỏe bệnh nhân mà còn gián tiếp ảnh hưởng lên hoạt động sống, làm việc và chất lượng sống của bệnh nhân.

Một nghiên cứu cho thấy rằng ĐBMT ảnh hưởng đến 0,8% các chàng trai trẻ. Trung bình lượt khám là 5,3 lần mỗi năm. Bệnh nhân được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu cũng rất phổ biến và số lượt giới thiệu trung bình là 1,4 mỗi bệnh nhân<sup>6</sup>.

Nguyên nhân của ĐBMT ở nam thanh niên được báo cáo trong nghiên cứu này qua bảng 1. Dù đã thực hiện loại các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh chưa phẫu thuật, trong nghiên cứu vẫn ghi nhận 51 % bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời với các tổn thương do viêm, chấn thương, hoặc sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thừng tinh ở nam thanh niên bình thường ước tính khoảng 15–20%<sup>8</sup> và tỷ lệ đau ở những người bị giãn tĩnh mạch thừng tinh được ước tính trong khoảng từ 2 đến 10%<sup>5</sup>, có nghĩa là tỷ lệ hiện mắc ước tính giãn tĩnh mạch thừng tinh gây đau 0,3–2% ở nam thanh niên bình thường dân số<sup>5</sup>. Giãn tĩnh mạch tinh có thể là một trong các yếu tố quan trọng kích thích đồng thời các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bẹn gây nên đau bìu mạn.

Theo Granitsiotis gần 25% bệnh nhân ĐBMT không có nguyên nhân rõ ràng<sup>7</sup>. Điều này thể hiện rõ ở những bệnh nhân vẫn còn đau bìu sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh giãn. Vì vậy có thể cần cân nhắc can thiệp phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch tinh và tiền căn gợi ý có tổn thương kích thích các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bẹn như viêm tinh hoàn, chấn thương bìu, phẫu thuật.

Trong nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp ĐBMT ở các bệnh nhân được phẫu thuật thắt ống dẫn tinh hoặc tái tạo thành bẹn. Có thể do tỷ lệ bệnh nhân thực hiện triệt sản ở Việt Nam không cao so với các nghiên cứu ở các nước phương Tây nên tăng xuất ĐBMT sau phẫu thuật triệt sản không được ghi nhận. Các bệnh nhân ĐBMT sau phẫu thuật tái tạo thành bẹn có xu hướng khám và can thiệp ở chuyên khoa ngoại Tổng quát cũng có thể giải thích kết quả trên.

Việc điều trị ĐBMT phụ thuộc vào nguyên nhân hoặc nguyên nhân được cho là của đau tinh hoàn. Chìa khóa để đánh giá thành công là hỏi bệnh sử và khám lâm sàng kết hợp sử dụng siêu âm tinh hoàn và vùng bẹn là phương thức đáng tin cậy nhất. Nghiên cứu ghi nhận thấy rằng ở những bệnh nhân bị đau tinh hoàn lâu hơn 14 ngày, siêu âm phát hiện tổn thương ở 28% bệnh nhân không có dấu hiệu lâm sàng khi khám bao gồm giãn tĩnh mạch thừng tinh, tràn dịch tinh mạc, viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn<sup>4</sup>. Vì vậy, cần thực hiện siêu âm tinh hoàn và vùng bẹn cho tất cả bệnh nhân bị ĐBMT nhằm loại trừ các nguyên nhân can thiệp được.

72% bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi

QOL) và 25 (80,6%) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc so với 60% và 31% báo cáo của tác giả<sup>8</sup>.

ĐBMT đã ảnh hưởng đến hiệu quả công việc của họ. Chất lượng cuộc sống qua câu hỏi QOL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6)  $6.75 \pm 1.1$  và  $4.6 \pm 4.0$  ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Trong khi ngay cả nhóm bệnh nhân nam có cơn đau ít nghiêm trọng hơn cũng ghi nhận tác động tiêu cực trên QOL, cơn đau được báo cáo càng nghiêm trọng, tác động được báo cáo lên QOL càng lớn.

Tỷ lệ bệnh nhân có Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% có thể được giải thích do các nguyên nhân trước đó gây tổn thương chức năng nội tiết của tinh hoàn như viêm tinh hoàn hoặc chấn thương tinh hoàn chiếm tỷ lệ cao trong bệnh sử bệnh nhân. Tuy nhiên cũng không loại trừ sự suy giảm Testosterone ở nam giới trong nghiên cứu xuất phát từ tình trạng trầm cảm của bệnh nhân khi chịu đựng cơn đau kéo dài. Điều này đã được ghi nhận ở một số nghiên cứu.

ĐBMT là một tình trạng bệnh lý phổ biến. Nhưng đây cũng là một tình trạng mà nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu chịu đựng trong nhiều năm mà không tìm kiếm sự can thiệp tích cực, mặc dù nhiều báo cáo cho thấy rằng cơn đau này đang có tác động tiêu cực về chất lượng cuộc sống (QOL), công việc và tâm trạng của bệnh nhân.

Qua nghiên cứu này có thể gợi ý các bác sĩ lâm sàng xem xét khi đánh giá tình trạng ĐBMT ở nam giới nhất là các bệnh nhân có phẫu thuật hoặc viêm, chấn thương cơ quan sinh dục. Cần cân nhắc hẹn tái khám và đặt câu hỏi trực tiếp về vấn đề này và bệnh nhân có ĐBMT ở bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào nên được đặt câu hỏi về tác động của cơn đau lên cuộc sống, hoạt động nhằm đưa ra hướng hỗ trợ tích cực.

## V. KẾT LUẬN

Đau bìu mạn tính đa phần xảy ra ở bệnh nhân trẻ với than điểm đau tương đối lớn. Nguyên nhân gây đau bìu mạn tính cũng góp phần ảnh hưởng đến kích thích và chức năng nội tiết tinh hoàn. Phần lớn những bệnh nhân cho thấy cơn đau có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, tâm trạng và khả năng làm việc. Đa số nam giới có thể không tìm kiếm sự can thiệp và chấp nhận cơn đau trong một thời gian dài. Ngay cả khi cơn đau được ghi nhận là ít nghiêm trọng cũng có thể ảnh hưởng xấu đến cuộc sống của người bệnh. Vì vậy bệnh lý đau

bìu mạn tính cần được quan tâm can thiệp sớm nếu có thể.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aliumailv A, Al-Khazraii H, Gordon A, Lau S, Jarvi KA.** Characteristics and Etiologies of Chronic Scrotal Pain: A Common but Poorly Understood Condition. *Pain Res Manag.* 2017;2017:3829168. doi:10.1155/2017/3829168
2. **Ciftci H, Savas M, Yeni E, Verit A, Topal U:** Chronic Orchialgia and Associated Diseases. *Curr Urol* 2010;4:67-70. doi: 10.1159/000253415
3. Davis BE, Noble MJ, Weicel JW, Foret JD, Mebust WK. Analysis and management of chronic testicular pain. *J Urol.* 1990;143(5):936-939. doi:10.1016/s0022-5347(17)40143-1
4. **Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Aurilio C, De Nardis L, Pace MC.** Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation. *Pain Res Treat.* 2017;2017:9472925. doi: 10.1155/2017/9472925. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29359045; PMCID: PMC5735788.
5. Peterson AC, Lance RS, Ruiz HE. Outcomes of varicocele ligation done for pain. *J Urol.* 1998;159(5):1565-1567. doi:10.1097/00005392-199805000-00043
6. **Strebel RT, Leibold T, Luqinbuehl T, Muentener M, Praz V, Hauri D.** Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. *Eur Urol.* 2005;47(6):812-816. doi: 10.1016/j.eururo.2005.01.003
7. Valencic M. Re: Granitsiotis P, Kirk D. Chronic testicular pain: an overview. *Eur Urol* 2004; 45:430-6. *Eur Urol.* 2005;47(5):720. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.023
8. **Woolf CJ, Salter MW.** Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science.* 2000 Jun 9;288(5472): 1765-9. doi: 10.1126/science.288.5472.1765. PMID: 10846153.

## NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI GLUCOSE MÁU GIAI ĐOẠN SỚM SAU GHÉP THẬN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN DUNG NẠP GLUCOSE TRƯỚC GHÉP

Ngô Đình Trung<sup>1</sup>, Bùi Văn Mạnh<sup>2</sup>, Trần Quốc Việt<sup>3</sup>, Hà Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Đỗ Mạnh Hùng<sup>2</sup>, Phạm Quách Tuấn Anh<sup>3</sup>, Đỗ Văn Nam<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự biến đổi glucose máu giai đoạn sớm ( $\leq 45$  ngày) sau ghép thận và mối liên quan với tình trạng rối loạn dung nạp glucose trước ghép. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc 100 bệnh nhân ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023, thời gian theo dõi sau ghép  $\geq 1,5$  tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn glucose máu lúc đối trước ghép, rối loạn dung nạp glucose trước ghép và tăng glucose máu giai đoạn sớm sau ghép thận lần lượt là 2%, 23% và 74%. Nồng độ glucose máu cao nhất ở thời điểm ngay sau ghép thận và giảm dần qua các thời điểm trong nghiên cứu. Bệnh nhân có rối loạn dung nạp glucose trước ghép có nguy cơ tăng glucose máu giai đoạn sớm sau ghép thận cao gấp 4,75 lần so với bệnh nhân không rối loạn dung nạp glucose trước ghép,  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Nồng độ glucose máu tăng cao nhất ở thời điểm ngay sau ghép thận và giảm dần trong những ngày tiếp theo. Rối loạn dung nạp glucose trước ghép là yếu tố nguy cơ rõ rệt cho tăng glucose máu giai

đoạn sớm sau ghép thận. **Từ khóa:** glucose máu, rối loạn dung nạp glucose, ghép thận.

#### SUMMARY

### STUDYING THE VARIATION OF BLOOD GLUCOSE IN THE EARLY POST-RENAL TRANSPLANT AND ITS RELATIONSHIP TO PRE-RENAL TRANSPLANT IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE

**Objectives:** To evaluate the variation of blood glucose in the early period ( $\leq 45$  days) after kidney transplantation and the relationship to impaired glucose tolerance before kidney transplantation. **Method:** This study was a descriptive study, longitudinal follow-up of 100 kidney transplant patients from living donors at 103 Military Hospital from March 2023 to December 2023, with a post-transplant follow-up period  $\geq 1,5$  months. **Results:** The incidence of patients with impaired fasting blood glucose before transplantation, impaired glucose tolerance before transplantation and early hyperglycemia after kidney transplantation were 2%, 23% and 74%, respectively. Blood glucose was highest immediately after kidney transplant and gradually decreased over time during the study. Patients with impaired glucose tolerance before transplantation have a 4,75 times higher risk of early hyperglycemia after kidney transplantation than patients without impaired glucose tolerance before transplantation,  $p < 0,05$ . **Conclusion:** Blood glucose concentration increased highest immediately after kidney transplantation and gradually decreased over

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đình Trung

Email: bsngotrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024