

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ XOẮN TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lê Việt Cường¹, Võ Văn Chung²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Qua nghiên cứu kết quả phẫu thuật điều trị xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An giai đoạn 2023 - 2024, gồm 35 bệnh nhân; chúng tôi thu được kết quả tuổi trung bình là $19,65 \pm 8,37$, cao nhất là 51 tuổi và thấp nhất là 3 tuổi. Thời gian trung bình từ lúc có triệu chứng đến khi đến khám là $168 \pm 166,8$ giờ. Siêu âm Doppler mạch thừng tinh chẩn đoán mất tín hiệu mạch trong 34/35 trường hợp, chiếm 97%. Số vòng xoắn trung bình là $1,45 \pm 0,6$ vòng; số vòng xoắn ít nhất là 0,5 vòng; số vòng xoắn nhiều nhất là 2,5 vòng. Tinh hoàn sưng huyết chiếm 77,1%; tinh hoàn tím đen chiếm 22,9%. Tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn do xoắn là 71,4%; tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn là 28,6%. Nhóm bệnh nhân đến khám sớm trước 6 giờ, có tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn là 100%. Nhóm bệnh nhân đến khám từ 6 - 24 giờ, có tỷ lệ bảo tồn là 66,7% ($p < 0,05$). Thời gian điều trị trung bình: $3,63 \pm 1,50$ ngày. Nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,9%. Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu nam khoa chủ yếu xảy ra ở người trẻ tuổi và nguy cơ hoại tử rất cao. Kết quả bảo tồn hay cắt bỏ tùy thuộc vào việc chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời.

Từ khoá: xoắn tinh hoàn, cắt tinh hoàn, tháo xoắn tinh hoàn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn tinh hoàn hay còn gọi xoắn thừng tinh hoàn là một tình trạng cấp cứu trong nam khoa. Hiện tượng thừng tinh xoắn quanh trục của nó làm cắt đứt nguồn cung cấp máu cho tinh hoàn, dẫn đến hậu quả tinh hoàn thiếu máu và hoại tử [1].

Xoắn tinh hoàn được mô tả lần đầu tiên năm 1840 bởi Delasiauve, xoắn thừng tinh sơ sinh được Taylor mô tả lần đầu tiên năm 1897. Bệnh lý này được chú ý rộng rãi khi Rigby và Howard xuất bản cuốn sách đầu tiên về xoắn tinh hoàn vào năm 1907. Trong một nghiên cứu tại Mỹ, ghi nhận xoắn tinh hoàn được chẩn đoán ở 10-15% trẻ vào viện với hội chứng bìu cấp, 42% trường hợp phải cắt tinh hoàn. Theo thống kê tại Anh, mỗi năm có khoảng 400 trẻ em phải cắt bỏ tinh hoàn do xoắn để muộn [2]. Hàng năm ước tính khoảng 3,8/100000 bé trai dưới 18 tuổi (chiếm 10-15%) trong số bệnh nhân nhập viện vì đau bìu cấp [3].

Chẩn đoán xoắn tinh hoàn chủ yếu dựa vào lâm sàng với các triệu chứng điển hình như sưng đau cấp ở tinh hoàn, tinh hoàn xoắn nằm cao, đau khi chạm vào và mất phản xạ cơ bìu. Chẩn đoán sớm kịp thời và chính xác rất quan trọng, có thể giúp bác sĩ nhận biết đúng thời điểm tốt nhất để can thiệp phẫu thuật [4]. Siêu âm Doppler màu mạch thừng tinh có giá trị trong chẩn đoán xác định tình trạng xoắn tinh hoàn dựa vào dấu hiệu giảm/hoặc mất tín hiệu mạch trong nhu mô tinh hoàn. Ngoài ra, siêu âm Doppler còn có giá trị chẩn đoán phân biệt xoắn tinh hoàn với các triệu chứng đau bìu cấp khác, như: thoát vị bẹn, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn [5].

Tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, những năm gần đây, số lượng bệnh nhân đến khám về xoắn tinh hoàn được phát hiện muộn và phải cắt bỏ tinh hoàn có xu hướng gia tăng. Tuy nhiên, cho tới nay vẫn chưa có một nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này. Để rút kinh nghiệm về chẩn đoán cũng như điều trị, góp phần giảm tỷ lệ phải cắt bỏ tinh hoàn do xoắn, chúng tôi thực hiện đề tài: “Kết quả phẫu thuật điều trị

xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị xoắn tinh hoàn.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán xoắn tinh hoàn và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại khoa Ngoại Thận tiết niệu - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân xoắn tinh hoàn được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu, có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu thuận tiện.

Chỉ số, biến số nghiên cứu: đặc điểm chung (tuổi, giới), triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (vị trí, đau, sốt, nôn, công thức máu, siêu âm, giải phẫu bệnh...), đánh giá kết quả trong, sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Được Hội đồng khoa học Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An phê duyệt đề cương nghiên cứu; được sự đồng ý của phòng Kế hoạch tổng hợp cho phép lấy hồ sơ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là $19,65 \pm 8,37$ tuổi, cao nhất là 51 tuổi và thấp nhất là 3 tuổi.

Thời gian đến khám sớm nhất là 1 giờ, muộn nhất là 720 giờ. Thời gian đến khám trung bình là $168 \pm 166,8$ giờ.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ($n = 35$)

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau vùng bìu	35	100
Sốt	3	8,6
Nôn hay buồn nôn	4	11,4
Tinh hoàn nằm cao trong bìu	35	100
Tinh hoàn sưng to	35	100
Mật độ tinh hoàn cứng chắc	35	100
Số vòng xoắn		
≤ 1 vòng	18	51,4
1-2 vòng	14	40
> 2 vòng	3	8,6
Tổng	35	100

Đau cấp tính ở bìu tinh hoàn là triệu chứng gặp ở 35/35 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 100% các trường hợp. Kết quả siêu âm Doppler mạch thừng tinh chẩn đoán mất tín hiệu mạch trong 34/35 (chiếm 97%) trường hợp. Số vòng xoắn trung bình: $1,45 \pm 0,6$ vòng; số vòng xoắn ít nhất là 0.5 vòng; số vòng xoắn nhiều nhất là 2,5 vòng. Thừng tinh xoắn ≤ 1 vòng chiếm phần lớn các trường hợp (51,4%).

3. Đánh giá tổn thương trong mổ

Tĩnh hoàn sung huyết chiếm 77,1%. Tĩnh hoàn tím đen chiếm 22,9%.

4. Kết quả điều trị phẫu thuật

Tỷ lệ cắt bỏ tĩnh hoàn do xoắn là 71,4%. Tỷ lệ bảo tồn tĩnh hoàn là 28,6%

5. Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan

Bảng 2. Liên quan giữa thời gian đến khám và kết quả phẫu thuật

Thời gian đến khám	Kết quả phẫu thuật				p
	Cắt		Bảo tồn		
	n	%	n	%	< 0,05
≤6 giờ	0	0	4	100	
6-24 giờ	2	33,3	4	66,7	
> 24 giờ	23	92	2	8	
Tổng	25		10		

Nhóm bệnh nhân đến khám sớm trước 6 giờ, tỷ lệ bảo tồn tĩnh hoàn là 100%. Nhóm bệnh nhân đến khám 6 -24 giờ, tỷ lệ bảo tồn là 66,7% ($p < 0,05$)

Bảng 3. Liên quan giữa số vòng xoắn thường tinh và kết quả phẫu thuật

Số vòng xoắn	Kết quả phẫu thuật				p
	Cắt		Bảo tồn		
	n	%	n	%	< 0,05
≤1 vòng	12	66,7	6	33,3	
1-2 vòng	10	71,4	4	28,6	
> 2 vòng	3	100	0	0	
Tổng	25		10		

Nếu số vòng xoắn thường tinh ≤ 1 vòng, tỷ lệ bảo tồn tĩnh hoàn cao nhất chiếm 33,3%. Thời gian điều trị trung bình: $3,63 \pm 1,50$ ngày. Thời gian điều ngắn nhất: 2 ngày.

Bảng 4. Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật

Tai biến, biến chứng	n	%
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,9
Hoại tử tĩnh hoàn	0	0
Áp xe tĩnh hoàn	0	0
Tổng	1	2,9

1/35 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm 2,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $19,65 \pm 8,37$ tuổi; tuổi trung bình trong nghiên cứu của Hoàng Long và cộng sự (thực hiện tại bệnh viện Việt Đức 2005 - 2010) là 22 tuổi [1]; tuổi trung bình theo nghiên cứu của Phạm Văn Hảo (thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân 2008 - 2010) là 22 tuổi [2]. Độ tuổi này phù hợp với các nghiên cứu trước đây; cho thấy, xoắn tinh hoàn là bệnh lý của trẻ em và thanh thiếu niên [3].

Nhóm tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu, tập trung vào 2 nhóm tuổi: dưới 16 tuổi (18/70) và từ 16 - 25 tuổi (31/70), phù hợp với các báo cáo gần đây cho thấy khoảng 26 - 39% các trường hợp xảy ra trên 21 tuổi và hơn 10% xảy ra ở những người trên 31 tuổi [4].

Giống như các tình trạng đau bìu cấp khác, triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng: sưng đau cấp tính ở tinh hoàn, khi khám thấy tinh hoàn tăng kích thước, nằm cao trong bìu và mật độ tinh hoàn cứng chắc là những biểu hiện thường thấy ở bệnh nhân xoắn tinh hoàn. Trong nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng nói trên. Tuy nhiên, các dấu hiệu phổ biến này lại ít đặc hiệu cho chẩn đoán. Ngược lại, nếu thăm khám lâm sàng và khai thác các yếu tố tiền sử không kỹ các dấu hiệu đó, dễ dẫn đến định hướng chẩn đoán sai lầm. Điều này gây khó khăn trong việc phân biệt giữa xoắn tinh hoàn và các tình trạng đau bìu cấp khác như: thoát vị bẹn, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn hay viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn [5].

Thời gian đến khám là thời gian được tính từ khi bệnh nhân bắt đầu có triệu chứng đau cho tới khi bệnh nhân đến viện khám. Thời gian tốt nhất để tinh hoàn có thể được bảo tồn là trước 6 giờ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đến viện muộn, với thời gian đến khám trung bình là $168 \pm 166,8$ giờ. Theo nghiên cứu của Hoàng Long, thời gian đến khám trung bình là

145,27 giờ [1]. Có mối liên quan giữa thời gian tới khám và kết quả điều trị bảo tồn $p < 0,05$.

Giống như các tình trạng đau bìu cấp khác, các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng như sưng đau cấp tính ở tinh hoàn, khi khám thấy tinh hoàn tăng kích thước, nằm cao trong bìu và mật độ tinh hoàn cứng chắc là những biểu hiện thường thấy ở bệnh nhân xoắn tinh hoàn. Trong nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng nói trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm Doppler giúp chẩn đoán đúng 34/35 trường hợp (chiếm 97,1%). Có 1/35 trường hợp siêu âm chẩn đoán sai (chiếm 2,9%). Các trường hợp siêu âm chẩn đoán là xoắn tinh hoàn đều phù hợp với chẩn đoán phẫu thuật. Trường hợp còn tín hiệu mạch trên siêu âm là trường hợp xoắn tinh hoàn đến sớm, xoắn gần 1 vòng, được chẩn đoán phân biệt với viêm tinh hoàn, một bệnh lý dễ gây nhầm lẫn với xoắn tinh hoàn trong nhận định của cả bác sỹ lâm sàng và cận lâm sàng [5].

Dù có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến quyết định bảo tồn hay cắt bỏ tinh hoàn, những đánh giá trong mổ vẫn là một yếu tố quyết định. Mỗi quan tâm của phẫu thuật viên khi đánh giá tình trạng tinh hoàn là hình thái của tinh hoàn (màu sắc, kích thước, số vòng xoắn của thừng tinh) và mức độ hồi phục của tinh hoàn sau tháo xoắn. Tất cả các trường hợp đều được thực hiện nghiệm pháp nhỏ lidocain và đắp huyết thanh nóng, theo dõi trong 15 - 20 phút. Nếu sau đó tinh hoàn hồng trở lại, mạch thừng tinh đập trở lại, sẽ quyết định bảo tồn tinh hoàn. Ngược lại, sau khi tháo xoắn và làm nghiệm pháp lidocain và đắp huyết thanh ấm nhưng màu sắc tinh hoàn không hồng trở lại thì sẽ quyết định cắt bỏ tinh hoàn.

Mức độ hoại tử của tinh hoàn về mặt đại thể được biểu hiện ở màu sắc của tinh hoàn với mức độ sung huyết và tím đen. Trong nghiên cứu này, ở nhóm bệnh nhân được đánh giá là tinh hoàn sung huyết, tinh hoàn mới có khả năng hồi phục. Nhóm được đánh giá là tinh hoàn tím đen

không còn khả năng bảo tồn tinh hoàn. Trong số 25 bệnh nhân cắt bỏ tinh hoàn, 100% các trường hợp được chẩn đoán giải phẫu bệnh là hoại tử nhu mô tinh hoàn. Một yếu tố quan trọng khác ảnh hưởng đến khả năng bảo tồn tinh hoàn là số vòng xoắn của thừng tinh. Yếu tố này cùng với yếu tố thời gian đến khám là hai yếu tố tối quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Mức độ xoắn của thừng tinh quyết định mức độ thiếu máu của tinh hoàn. Trong nhóm bệnh nhân thừng tinh xoắn ≤ 1 vòng, tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn cao nhất 33,3%, nhóm bệnh nhân có số vòng xoắn thừng tinh trên 3 vòng, tỷ lệ cắt bỏ là 100%. Kết quả này tương tự những đánh giá của tác giả Sessions AE (2002), khẳng định mối tương quan giữa số vòng xoắn của thừng tinh và thời gian đến khám với tỷ lệ bảo tồn của tinh hoàn, tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn giảm khi số vòng xoắn thừng tinh tăng [7]. Số vòng xoắn thừng tinh càng lớn, tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn càng cao. Tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn ở nhóm bệnh nhân có số vòng xoắn thừng tinh nhỏ hơn 1 vòng thấp hơn nhóm bệnh nhân có số vòng xoắn thừng tinh lớn hơn 1 vòng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các tác giả cho rằng việc cố định này cần thiết, vì lợi ích là hạn chế khả năng xoắn tiếp theo ở tinh hoàn đối bên. Bên cạnh đó, tổn thương gây ra do cố định tinh hoàn là rất nhỏ và không ảnh hưởng đến chức năng tinh hoàn [8]. Chúng tôi cũng cho rằng nên cố định tinh hoàn đối bên, nếu phẫu thuật viên nghi ngờ có các yếu tố thuận lợi còn tồn tại.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn chỉ đạt được 28,6% (10/35 bệnh nhân) và tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn là 71,4% (20/35 bệnh nhân). Trong khi đó, tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn trong nghiên cứu của Hoàng Long là 84,1% [1]. Tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn của chúng tôi thấp hơn do đã có kinh nghiệm về chẩn đoán, nhóm bệnh nhân đến khám sớm trước 6 giờ cao hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn còn cao, do hầu hết bệnh nhân thường đến khám muộn.

Đa số các trường hợp bệnh nhân ra viện sớm, thời gian điều trị trung bình là $3,63 \pm 1,50$ ngày.

Từ các kết quả trên, chúng tôi nhận định rằng: ở các trường hợp bệnh nhân đến khám muộn, việc cố gắng bảo tồn tinh hoàn nếu đã có dấu hiệu hoại tử không mang lại hiệu quả về mặt chức năng, và lâu dài có thể mang nguy cơ teo tinh hoàn. Nhóm nghiên cứu cũng đưa ra khuyến nghị cố gắng bảo tồn tinh hoàn, ngay cả khi đến khám muộn sau 6 giờ, nhưng nếu đã có dấu hiệu hoại tử thì nên cắt bỏ tinh hoàn nhằm hạn chế biến chứng [9].

Phẫu thuật xoắn tinh hoàn là một phẫu thuật can thiệp ít xâm lấn, do đó ít gặp các tai biến nặng. Tỷ lệ tai biến, biến chứng chung là 2,9%, gặp ở 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào hoại tử hay áp xe tinh hoàn sau mổ. Hoại tử tinh hoàn là một hoại tử vô khuẩn, do đó kết quả phẫu thuật ít gặp nhiễm trùng, đã có báo cáo đánh giá tình trạng nhiễm trùng trong nhu mô tinh hoàn hoại tử, không có bằng chứng về vi khuẩn trong nhóm nghiên cứu [10].

V. KẾT LUẬN

Xiết tinh hoàn là một cấp cứu nam khoa, chủ yếu xảy ra ở người trẻ tuổi và nguy cơ hoại tử rất cao. Kết quả bảo tồn hay cắt bỏ tùy thuộc vào việc chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang, Phạm Văn Thương, Hoàng Ngọc Bảo Cường, Lại Hoàng Lâm, Nguyễn Huỳnh Phương Anh, Bùi Xuân Trường, *Xiết tinh hoàn: Kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*. Tạp chí Y học cộng đồng, 2024. p 230 -236
2. Cuckow,P.and J.Frank,Torsionofthe testis. BJU international, 2000.86(3):p.349-353.
3. Trần Quốc Đạt, Châu Văn Việt, Nguyễn Huy Hoàng. "Kết quả phẫu thuật xiết tinh hoàn ở trẻ em tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên". Tạp chí nghiên cứu Y học, số 1- 2025 p 184-190.

4. **Trần Quốc Hoà, Đậu Xuân Yên**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020-2023”, tạp chí Y học Việt Nam, tập 535, tháng 2 năm 2024, p171-174
5. **Yu, K.J.**, et al., *The dilemma in the diagnosis of acute scrotum: clinical clues for differentiating between testicular torsion and epididymo- orchitis*. Chang Gung Med J, 2012. 35(1): p. 38-45.
6. **Saxena, A.K.**, et al., *Testicular torsion: a 15-year single-centre clinical and histological analysis*. Acta Paediatr, 2012. 101(7): p. e282-6.
7. **Sessions, A.E.**, et al., *Testicular torsion: direction, degree, duration and disinfection*. The Journal of urology, 2003. 169(2): p. 663-665
8. **Lent, V. and H. Viegas**, [Eversion orchidopexy as prophylaxis for recurrence of testicular torsion]. UrologieA, 2013. 52(3): p. 391-5.
9. **Okorie, C.O.**, *Unilateral testicular torsion with necrotic outcome: dilemmas of surgical timing*. Urology, 2011. 78(6): p. 1232-1234.
10. **Taskinen, S., M. Taskinen, and R. Rintala**, *Testicular torsion: orchiectomy or orchiopexy?* Journal of pediatric urology, 2008. 4(3): p. 210-213.

SUMMARY

RESULTS OF TESTICULAR TORSION SURGERY AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Study on the results of surgical treatment of testicular torsion at Nghe An General Hospital in the period of 2023 - 2024, including 35 patients. We obtained the results: The average age was 19.65 ± 8.37 years old, the highest was 51 years old and the lowest was 3 years old. The average time from symptom onset to examination was 168 ± 166.8 hours. Sperm Doppler ultrasound diagnosed loss of pulse signal in 34/35 cases, accounting for 97%. The average number of twists was 1.45 ± 0.6 turns. The minimum number of twists was 0.5 turns. The maximum number of twists was 2.5 turns. Congested testicles accounted for 77.1%. Purple-black testicles accounted for 22.9%. The rate of orchiectomy due to torsion was 71.4%, the rate of testicular preservation was 28.6%. The group of patients who came to the clinic before 6 hours had a testicular preservation rate of 100%. The group of patients who came to the clinic 6 - 24 hours had a preservation rate of 66.7% $P < 0.05$. Average treatment time: 3.63 ± 1.50 days. Surgical site infection accounted for 2.9%. Testicular torsion is a male medical emergency that mainly occurs in young people and has a very high risk of necrosis. The outcome of preservation or removal depends on early diagnosis and timely surgery.

Keywords: Testicular torsion, orchiectomy, testicular detorsion.