

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỌC HÚT MÀO TINH HOÀN TRÊN BỆNH NHÂN AZOOSPERMIA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI (01/2007-05/2011)

*ThS. Nguyễn Biên Thùy, TS. Tô Minh Hương và cộng sự
Khoa Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*

TÓM TẮT

Thủ thuật chọc hút mào tinh hoàn (PESA: Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration) được sử dụng để chẩn đoán và điều trị vô sinh nam. Thủ thuật này đã được tiến hành tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ năm 2007. Trong bài báo này, kết quả PESA trong chẩn đoán và điều trị vô sinh nam tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1 năm 2007 đến tháng 5 năm 2011 được đánh giá.

Kết quả nghiên cứu và đánh giá cho thấy: Tỷ lệ có tinh trùng trong dịch chọc hút là 47/66 ca (71,2%). Nồng độ FSH trung bình là $7,05 \pm 7,6$ mmol/l, nhóm có tinh trùng là $4,8 \pm 2,3$ mmol/l và nhóm không có tinh trùng là $11,5 \pm 11,6$ mmol/l, sự khác biệt nồng độ FSH giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nồng độ FSH trên 13 mmol/l đều không tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc hút. Thể tích tinh hoàn trung bình là $12 \pm 2,5$ ml, nhóm có tinh trùng là $12,8 \pm 2,5$ ml và nhóm không có tinh trùng là $10,5 \pm 1,9$ ml, sự khác biệt về thể tích tinh hoàn giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các trường hợp có thể tích tinh hoàn dưới 8 ml đều không tìm thấy tinh trùng. Các trường hợp có mật độ mào tinh căng, chắc (27 ca) đều tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc dò, trong 39 trường hợp có mật độ mào tinh mềm có 20 ca có tinh trùng (51,3%).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên nhân vô sinh nam chiếm khoảng 40-50 % các cặp vợ chồng vô sinh do tinh trùng ít, tinh trùng di động kém, tinh trùng dị dạng, không có tinh trùng. Tỷ lệ vô sinh do không có tinh trùng chiếm 5-7 %. Nguyên nhân có thể là do nội tiết, do tinh hoàn và do tắc nghẽn. Từ khi kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) ra đời đã mở ra các phương pháp hỗ trợ sinh sản nam giới chỉ với một vài tinh trùng. Có nhiều cách để lấy được tinh trùng để làm ICSI như chọc hút mào tinh qua da (PESA), phẫu thuật mào tinh để lấy tinh trùng (MESA), chọc hút tinh hoàn (TESA), phẫu thuật tinh hoàn lấy tinh trùng (TESE hoặc Micro-TESE) hoặc phẫu thuật nối ống dẫn tinh trong trường hợp tắc. Tuy nhiên phương pháp đơn giản nhất, ít xâm lấn và được lựa chọn đầu tiên để lấy tinh trùng làm ICSI là PESA.

PESA là thủ thuật lấy tinh trùng để chẩn đoán và điều trị vô sinh nam đã được thực hiện tại BV Phụ Sản Hà Nội từ năm 2007.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân không có tinh trùng trong tinh dịch qua ít nhất 02 lần xét nghiệm, đồng ý chọc dò mào tinh hoàn.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có tinh hoàn hoặc tinh hoàn hai bên lạc chỗ
- Không thấy mào tinh khi thăm khám (trong trường hợp chẩn đoán bất sản mào tinh)
- Bệnh nhân xuất tinh ngược dòng: Xét nghiệm thấy tinh trùng trong nước tiểu.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh nhân Azoospermia được làm PESA tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội 01/2008 đến 05/2011 (n=66).

Các bệnh nhân được khám lâm sàng, đánh giá thể tích tinh hoàn, mật độ mào tinh, xét nghiệm nội tiết tố (FSH, LH, Testosteron). Kiểm tra tình trạng có tinh trùng hay không trong dịch chọc hút mào tinh hoàn. Xử lý số liệu bằng phần mềm Epi-Info 6.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. *Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu:* Tuổi trung bình của 66 bệnh nhân trong nghiên cứu là $32 \pm 5,7$ tuổi. Trong 66 bệnh nhân có 1 trường hợp nguyên nhân của Azoospermia là do bất sản ống dẫn tinh.

2. *Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc hút từ mào tinh:* Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc hút từ mào tinh là 47/66 ca (71,2%), tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với kết quả do tác giả Nguyễn Việt Tiến công bố (47,27%). Nguyên nhân sự khác biệt này có thể do một số bệnh nhân đã bỏ không tham gia làm thủ thuật sau khi khám lâm sàng và xét nghiệm đã được thầy thuốc giải thích về khả năng thu được tinh trùng thấp.

3. *Mối liên quan giữa các chỉ số nội tiết và kết quả chọc hút mào tinh*

- *Nồng độ FSH trong máu và kết quả chọc hút mào tinh*

Nồng độ FSH trong máu và kết quả chọc hút mào tinh được trình bày tại Bảng 1. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ FSH trung bình là $7,05 \pm 7,6$ mmol/l trong đó nhóm có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh là $4,8 \pm 2,3$ mmol/l và nhóm không có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh là $11,5 \pm 11,6$ mmol/l.

Sự khác biệt về nồng độ FSH giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Việc đánh giá cho thấy các trường hợp có nồng độ FSH trên 13 mmol/l đều không tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh. Theo nghiên cứu của tác giả Turek (1) khi FSH trên 14 mUI/ml thì khả năng sinh tinh trùng là rất kém, theo tác giả Nguyễn Thành Như (3) nồng độ FSH $\geq 13,8$ mUI/ml sinh thiết tinh hoàn ghi nhận sự sinh tinh nửa chừng.

Bảng 1: Nồng độ FSH trong máu và kết quả chọc hút mào tinh

Số TT	FSH (mUI/ml)	Số lượng		n
		Có tinh trùng n (%)	Không tinh trùng n (%)	
1	<5	27 (90)	3(10)	30
2	5-10	19 (70,3)	8(29,7)	27
3	>10-15	1(20)	4(80)	5
4	>15-20	0(0)	2(100)	2
5	>20	0(0)	2(100)	2
Tổng số		47(71,2)	19(28,8)	66

- Nồng độ LH trung bình là $5,4 \pm 3,8$ mmol/l trong đó nhóm có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh là $4,5 \pm 2,8$ mmol/l và nhóm không có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh là $6,2 \pm 6,1$ mmol/l. Không có sự khác biệt về nồng độ LH giữa hai nhóm.

- Nồng độ testosterone trung bình là $18,6 \pm 7,7$ nmol/l, nhóm không có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh là $20,2 \pm 7,7$ nmol/l, nhóm có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh là $17,8 \pm 7,7$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về nồng độ testosterone.

4. Thể tích tinh hoàn và kết quả chọc hút mào tinh:

Bảng 2: Thể tích tinh hoàn và kết quả chọc hút mào tinh

TT	Thể tích tinh hoàn (ml)	Số lượng		Tổng số
		Có tinh trùng n (%)	Không tinh trùng n (%)	
1	≤ 5	0 (0)	2(0)	2
2	6-10	2(16,7)	10(83,3)	12
3	11-15	42(85,7)	7(14,9)	49
4	>15	3(100)	0(0)	3
Tổng số		47(71,2)	19(28,8)	66

Bảng 2 trình bày mối liên hệ giữa thể tích tinh hoàn và kết quả chọc hút mào tinh. Thể tích tinh hoàn trung bình là $12 \pm 2,5$ ml, nhóm có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh thể tích trung bình tinh hoàn là $12,8 \pm 2,5$ ml và nhóm không có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh thể tích trung bình tinh hoàn là $10,5 \pm 1,9$ ml. Sự khác biệt về thể tích tinh hoàn giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các trường hợp có thể tích tinh hoàn dưới 8ml đều không tìm thấy tinh trùng. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Viết Tiến và cộng sự thì với thể tích tinh hoàn dưới 10 ml tỷ lệ, tìm thấy tinh trùng khi làm PESA là 1,1%.

5. Mật độ mào tinh và kết quả chọc hút mào tinh

Bảng 3: Mật độ mào tinh và kết quả chọc hút mào tinh

TT	Mật độ mào tinh	Kết quả PESA		Tổng số
		Có tinh trùng (n,%)	Không tinh	

			trùng(n,%)	
1	Mềm	20 (51,3)	19 (48,7)	39
2	Căng, chắc	27 (100)	0 (0)	27
Tổng		47 (71,2)	19(48,7)	66

Kết quả trình bày trên Bảng 3 về mối quan hệ giữa mật độ mào tinh và kết quả chọc hút mào tinh cho thấy 39 trường hợp có mật độ mào tinh đều mềm, 19 ca không có tinh trùng trong dịch chọc hút mào tinh, 20 ca có tinh trùng (chiếm 51,3%). Các trường hợp có mật độ mào tinh căng, chắc (27 ca) đều tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc dò.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 66 ca, thủ thuật chọc hút mào tinh hoàn (PESA) được sử dụng để chẩn đoán và điều trị vô sinh nam. Tỷ lệ có tinh trùng trong dịch chọc dò là 47/66 ca (71,2%). Nồng độ FSH trung bình là $7,05 \pm 7,6$ mmol/l, nhóm có tinh trùng là $4,8 \pm 2,3$ mmol/l và nhóm không có tinh trùng là $11,5 \pm 11,6$ mmol/l, sự khác biệt nồng độ FSH giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nồng độ FSH trên 13 mmol/l đều không tìm thấy tinh trùng trong dịch chọc hút. Thể tích tinh hoàn trung bình là $12 \pm 2,5$ ml, nhóm có tinh trùng là $12,8 \pm 2,5$ ml và nhóm không có tinh trùng là $10,5 \pm 1,9$ ml, sự khác biệt về thể tích tinh hoàn giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các trường hợp có thể tích tinh hoàn dưới 8 ml đều không tìm thấy tinh trùng.

Nồng độ FSH và thể tích tinh hoàn có mối liên quan với kết quả chọc mào tinh, có ý nghĩa tiên lượng cho kết quả khi làm thủ thuật PESA.

Mật độ mào tinh cũng có ý nghĩa trong các trường hợp mào tinh căng, chắc, nó gợi ý tới có tinh trùng khi PESA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Turek PJ. *Male infertility. Smith's General Urology, 16th Ed, Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York, 2004*
2. Nguyễn Việt Tiến, “Đánh giá bước đầu các trường hợp sinh thiết mào tinh tại khoa Hỗ trợ sinh sản”, Hội nghị vô sinh và hỗ trợ sinh sản 2006.
3. Nguyễn Thành Như, “Giá trị tiên lượng của FSH đối với sự sinh tinh trong vô tinh không bế tắc”, Hội thảo chuyên đề vô sinh nam 2010.

NGUYỄN BIÊN THÙY

ĐƠN VỊ CÔNG TÁC HIỆN TẠI

Khoa Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

BẰNG CẤP

1997-2003 Bác sĩ đa khoa: Đại học Y Hà Nội

2003-2004 Bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2006-2007 Chứng chỉ Nam học cơ bản, Bệnh viện Việt- Đức

2008-2010 Thạc sĩ Y học chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Hà Nội

QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC

2004-2007 Bác sĩ điều trị (khoa Phụ Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội)

2008- nay Bác sĩ điều trị (khoa Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Hà Nội)