# TIÊN LƯỢNG NHỮNG THAY ĐỔI TRÊN KẾT QUẢ TINH DỊCH ĐỒ Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM SAU PHẪU THUẬT CỘT TĨNH MẠCH TINH GIÃN

## Nomograms for predicting changes in semen parameters in infertile men after varicocele repair

Samplaski MK, Yu C, Kattan MW, Lo KC, Grober ED, Zini A et al.

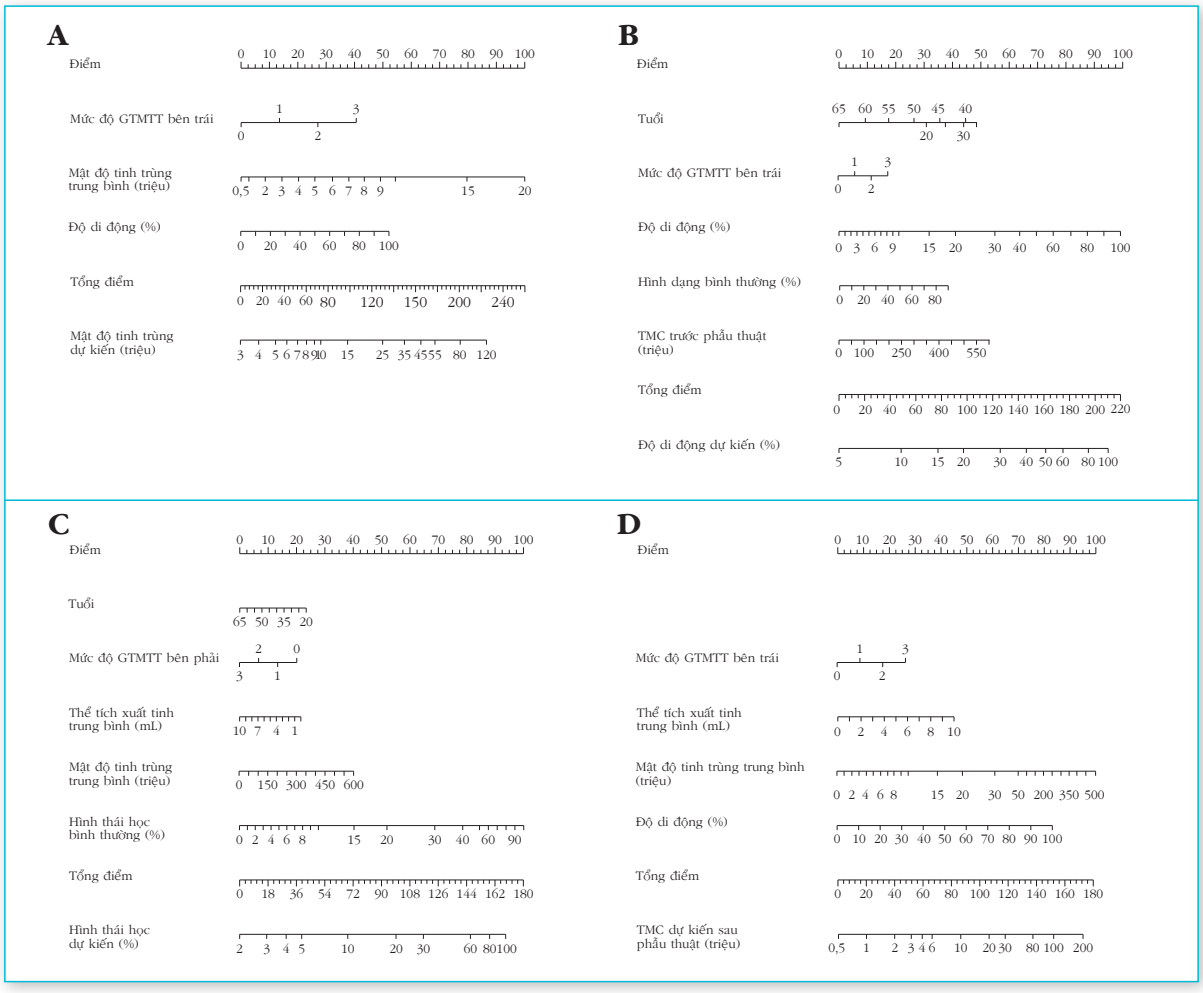
*Fertility and Sterility 2014 Jul; 102(1):68-74. PubMed PMID: 24825425.*

**Thạc sĩ - Bác sĩ Lê Đăng Khoa**
*Bệnh viện Mỹ Đức*

Giãn tĩnh mạch thừng tinh (GTMTT) là nguyên nhân phổ biến ở bệnh nhân vô sinh nam nguyên phát và thứ phát. GTMTT chiếm từ 4,4% đến 22,6% trong dân số, từ 21% đến 41% vô sinh nguyên phát và chiếm từ 75% đến 81% trường hợp vô sinh thứ phát. Mặc dù cơ chế tác động của GTMTT trên vô sinh nam vẫn còn nhiều tranh luận, nhưng nhìn chung, các dữ liệu cho thấy GTMTT ảnh hưởng xấu lên khả năng sinh tinh của bệnh nhân. Theo khuyến cáo của AUA (American Urological Association) và ASRM (American Society for Reproductive Medicine), phẫu thuật GTMTT nên thực hiện ở nam giới bị GTMTT trên lâm sàng, có ít nhất hai tham số tinh dịch đồ bất thường và có vợ bị vô sinh không rõ nguyên nhân hoặc vô sinh có thể điều trị khỏi.

Hiệu quả của phẫu thuật GTMTT vẫn còn nhiều tranh luận. Ở đa số trường hợp, phẫu thuật GTMTT giúp cải thiện các tham số tinh dịch đồ nhưng nhiều nghiên cứu lại không ủng hộ điều này. Ngoài ra, mục tiêu cuối cùng của các cặp vợ chồng là tăng cơ hội có thai và sinh sống. Một số bằng chứng gần đây cho thấy phẫu thuật ảnh hưởng không chỉ trên các tham số tinh dịch đồ thường qui mà còn ảnh hưởng đến độ phân mảnh DNA tinh trùng, tỉ lệ thai tự nhiên và có thai nhờ kĩ thuật hỗ trợ sinh sản. Mặc dù sau phẫu thuật, tinh dịch đồ có thể cải thiện nhưng yếu tố nào giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng bệnh nhân có đáp ứng tốt với phương pháp phẫu thuật vẫn là một câu hỏi.

Đến nay, có khá nhiều nghiên cứu xác định yếu tố tiên lượng giúp cải thiện kết quả sau phẫu thuật GTMTT. Tuy nhiên, một nhóm nghiên cứu ở Đại học Toronto (Canada) thực hiện một nghiên cứu vào năm 2014 dựa trên đặc điểm lâm sàng của 376 bệnh nhân GTMTT trước phẫu thuật và tinh dịch đồ. Dựa vào mô hình hồi qui đa biến, nhóm xác định được nomogram tiên lượng tổng tinh trùng di động (total motile sperm count – TMC) tùy thuộc mật độ, độ di động, thể tích xuất tinh và mức độ GTMTT bên trái. Trong khi đó, mật độ tinh trùng phụ thuộc vào mức độ GTMTT bên trái, mật độ và độ di động tinh trùng trước phẫu thuật. Độ di động phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, mức độ GTMTT bên trái, độ di động, hình dạng tinh trùng và TMC. Hình dạng tinh trùng lại phụ thuộc tuổi, mức độ GTMTT bên phải, hình dạng bình thường và TMC. Với hệ số tương quan cho các tham số tương ứng là 0,45, 0,47, 0,65, 0,36. Tất cả thông tin trên được đưa vào nomogram và giúp cho bác sĩ điều trị cũng như bệnh nhân có cơ sở tiên lượng khả




*Hình 1. (A) Nomogram tiên lượng mật độ tinh trùng sau phẫu thuật. Cách sử dụng: xác định mức độ GTMTT trên trục "mức độ GTMTT bên trái". Vẽ một đường thẳng góc tới trục "điểm số" để xác định điểm mà mật độ tinh trùng đạt được từ "mức độ GTMTT bên trái". Lặp lại tương tự cho các trục khác ("mật độ tinh trùng trung bình", "độ di động"). Tổng điểm đạt được các tham số này (mức độ GTMTT bên trái, mật độ tinh trùng trung bình, độ di động) sẽ chiếu lên trục "tổng điểm". Vẽ một đường thẳng trục xuống dưới trục "mật độ tinh trùng dự đoán" để xác định mật độ tinh trùng dự kiến sau khi phẫu thuật GTMTT*
*(B) Với cách đọc và diễn giải tương tự như trên, ta có nomogram tiên lượng độ di động tinh trùng sau phẫu thuật GTMTT*
*(C) Nomogram tiên lượng hình thái tinh trùng sau phẫu thuật GTMTT*
*(D) Nomogram tiên lượng TMC sau phẫu thuật*

năng thành công và ra quyết định liệu có nên phẫu thuật GTMTT hay không *(Hình 1)*.

Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng còn một số hạn chế như: một phần tư số lượng bệnh nhân bị mất dữ liệu về phân loại GTMTT bên trái, số lượng bệnh nhân được tuyển vào tương đối nhỏ (376 ca) và chỉ thể hiện được giá trị bên trong. Do đó, cần có nhiều dữ liệu hơn nữa từ nhiều trung tâm khác (đa trung tâm) để thể hiện được giá trị bên ngoài của quần thể nghiên cứu. Ngoài ra, nghiên cứu còn thiếu khả năng tiên lượng tỉ lệ có thai và tỉ lệ sinh sống.

Tóm lại, nomogram phần nào đáp ứng được nhu cầu tiên lượng khả năng thành công (cải thiện các tham số trên tinh dịch đồ) trên bệnh nhân vô sinh nam trước khi phẫu thuật GTMTT của bác sĩ điều trị lâm sàng. Ngoài ra, nhằm đảm bảo chất lượng điều trị (với mục tiêu cuối cùng là tỉ lệ thai và sinh sống) và tránh điều trị thiên lệch, cần thảo luận với bác sĩ điều trị vô sinh nữ (sản phụ khoa) và bệnh nhân kĩ lưỡng trước khi triển khai liệu trình điều trị phẫu thuật.