

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ  
HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Số đặc biệt, 11/2019  
November - 2019

TẠP CHÍ  
**Y DƯỢC HỌC**  
JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY



**HỘI NGHỊ Y HỌC GIỚI TÍNH TOÀN QUỐC  
THÁNG 11/2019**

ISSN 1859-3836

12.	Tỉ lệ tinh hoàn ẩn và kết quả phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn của trẻ em dưới sáu tuổi tại thành phố Cần Thơ <i>The prevalence of cryptorchidism and the results of orchiopeaxy in children under six at Can Tho city</i> Đặng Hoàng Minh, Đàm Văn Cương, Trần Huỳnh Tuấn, Lê Quang Trung	82-87
13.	Đánh giá kết quả cắt bao quy đầu bằng stapler <i>Evaluation of results of circumcision with stapler</i> Phan Hữu Quốc Việt, Phạm Ngọc Hùng, Trương Văn Cần, Cao Xuân Thành, Nguyễn Kim Tuấn, Phan Duy An, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Văn Quốc Anh	88-94
14.	Đánh giá kết quả micro TESE bệnh nhân vô tinh Không bế tắc tại Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội <i>The result of micro TESE in men with nonobstructive azoospermia at Andrology and Infertility Hospital of Hanoi</i> Đình Hữu Việt, Nguyễn Bá Hưng, Nguyễn Trọng Hoàng Hiệp, Nguyễn Anh Tú, Trịnh Kiên Cường, Hà Đức Quang	95-101
15.	Viêm tắc bạch mạch dương vật không thuộc nhóm bệnh hoa liễu: Báo cáo nhân 2 trường hợp <i>Non venereal sclerosing lymphangitis of the penis: Report of 2 cases</i> Nguyễn Xuân Mỹ, Võ Minh Nhật, Nguyễn Nhật Minh, Lê Đình Đạm, Nguyễn Thị Thiên Nga, Lê Đình Khánh	102-105
16.	Nhân một trường hợp nhồi máu một phần tinh hoàn trái tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ <i>Segmental testicular infarction: A case report</i> Lê Thanh Bình, Trần Huỳnh Tuấn, Lê Quang Trung, Đàm Văn Cương	106-109
17.	Nhân một trường hợp lách sinh dục được điều trị bằng cắt lách phụ nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức <i>A case of splenogonadal fusion treated with laparoscopic surgery at Vietnam-Germany Friendship Hospital</i> Nguyễn Quang, Nguyễn Duy Khánh, Trịnh Hoàng Giang, Nguyễn Hữu Thảo, Bùi Văn Quang, Hà Đức Quang	110-112
18.	Đánh giá hiệu quả của moxifloxacin trong điều trị viêm niệu đạo do lậu và viêm niệu đạo không do lậu tại Bệnh viện quốc tế Phương Châu <i>Evaluation of the efficacy of moxifloxacin for treating gonococcal urethritis and non gonococcal urethritis at Phuong Chau International Hospital in Vietnam</i> Hồ Thanh Út, Trần Chí Thiện	113-116
19.	Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và thái độ xử trí ở bệnh nhân đau bìu <i>Evaluation and management of scrotal pain</i> Võ Minh Nhật, Trần Hoàng Phi Long, Nguyễn Nhật Minh, Lê Đình Đạm, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh	117-125
20.	Đặc điểm của xét nghiệm nuôi cấy vi sinh của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Trung tâm Nam học - Bệnh viện hữu nghị Việt Đức <i>Characteristics of microbiological testing of outpatients at the Center for Andrology and Sexual Medicine, Viet Duc Hospital</i> Nguyễn Quang, Bùi Văn Quang, Trịnh Hoàng Giang, Cao Đắc Tuấn, Nguyễn Duy Khánh, Nguyễn Hữu Thảo	126-131
21.	Ứng dụng kỹ thuật real-time PCR để xác định tác nhân gây bệnh đường sinh dục <i>Application of real-time PCR for detection of urogenital infections</i> Nguyễn Thị Trang, Vũ Thị Huyền, Nguyễn Minh Thu	132-136

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ Ở BỆNH NHÂN ĐAU BÌU

Võ Minh Nhật, Trần Hoàng Phi Long, Nguyễn Nhật Minh,  
Lê Đình Đạm, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh  
Khoa Ngoại Tiết niệu Thần kinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân của các bệnh lý gây đau vùng bìu và thái độ xử trí các bệnh lý đó. **Đối tượng và phương pháp:** 43 bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Ngoại Tiết niệu - Thần kinh của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế vì lý do đau vùng bìu từ 9/2017 đến 6/2019. Thu thập các đặc điểm chung của bệnh nhân. Khám và ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân. Sau đó đưa ra chẩn đoán và thái độ xử trí phù hợp. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng dựa vào tình trạng đau và mức độ hài lòng của bệnh nhân. Số liệu được xử lý bằng thống kê y học. **Kết quả:** Lý do vào viện chủ yếu là viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp (33,3%), giãn tĩnh mạch thừng tinh (31,4%) và chưa rõ nguyên nhân (21,6%). Tuổi trung bình là  $42,2 \pm 5,3$  tuổi. Không có tiền sử bệnh lý liên quan đến đau bìu chiếm 64,7%. Không có yếu tố khởi phát cơn đau chiếm 80,4%. Mức độ đau: 50% nhẹ, 25,5% vừa và 23,5% nặng. Thời gian đau từ hơn 1 ngày đến dưới 3 tháng chiếm 64,7%. Đau chủ yếu ở bìu trái (64,7%). Triệu chứng đường tiểu dưới chỉ xuất hiện ở viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp (13,7%). Màu sắc bìu bình thường chiếm 54,9%. 62,7% bệnh nhân có biến đổi hình thái bìu, tuy nhiên hình thái tinh hoàn - mào tinh hoàn ít thay đổi khi có đau bìu. 23,5% bệnh nhân có bạch cầu niệu siêu âm và siêu âm Doppler phát hiện được bất thường trong 78,4% trường hợp. 47,1% bệnh nhân đau bìu cần nhập viện điều trị, trong đó 23,5% bệnh nhân phải phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân hết đau hẳn và giảm đau chiếm 88,2%. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với điều trị 62,7%. **Kết luận:** Đau bìu là một triệu chứng thường xuất hiện ở nhiều bệnh lý. Nhiều triệu chứng lâm sàng có giá trị chẩn đoán và hỗ trợ thái độ xử trí. Siêu âm và siêu âm Doppler có giá trị cao trong phát hiện các bất thường vùng bìu. Thái độ xử trí đối với bệnh nhân đau bìu rất đa dạng.

**Từ khóa:** đau bìu, tinh hoàn, viêm tinh hoàn

### Abstract

## EVALUATION AND MANAGEMENT OF SCROTAL PAIN

Vo Minh Nhat, Tran Hoang Phi Long, Nguyen Nhat Minh,  
Le Dinh Dam, Nguyen Xuan My, Nguyen Khoa Hung, Le Dinh Khanh  
Department of Urology, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy

**Objectives:** To assess the clinical, subclinical characteristics, causes and treatment of scrotum pain patients. **Materials and methods:** 43 patients of scrotal pain were treated from 09/2017 to 06/2019 with general characteristics, causes, clinical and subclinical symptoms of the patient. Treatment outcome after 1 month were evaluated based on the patient's pain status and satisfaction level. **Results:** The main reason epididymo-orchitis (33.3%), scrotal varicocele (31.4%) and unexplained causes (21.6%). The mean age is  $42.2 \pm 5.3$  years. 64.7% of patients had no medical history related to scrotal pain. 80.4% of patients had no pain triggers. Pain level: 50% mild, 25.5% moderate and 23.5% severe. 64.7% of patients had pain

- Địa chỉ liên hệ: Võ Minh Nhật; Email: vmnhat@huemed-univ.edu.vn

- Ngày nhận bài: 18/9/2019; Ngày đồng ý đăng: 28/10/2019; Ngày xuất bản: 15/11/2019

duration from more than 1 day to less than 3 months. 64.7% of patients with left scrotal pain. Lower urinary tract symptoms only appeared in acute epididymo-orchitis (13.7%). Normal scrotum color accounted for 54.9%. 62.7% of patients changed scrotum morphology, but testicular - epididymis morphology was little changed. 23.5% of patients had leukocytes urine. Ultrasound and Doppler ultrasound detect abnormalities in 78.4% of cases. 47.1% of patients need hospitalization for treatment and 23.5% need surgery. 88.2% of patients completely recovered from pain and pain relief. 62.7% of patients were satisfied with the treatment. **Conclusions:** Scrotum pain is a common symptom in many diseases. Many of clinical symptoms are valuable and affect diagnostic and treatment. Ultrasound and Doppler ultrasound are valuable for detecting scrotum abnormalities. Treatment for patients with scrotum pain is diverse.

**Keyword:** Scrotum pain, testes, orchitis

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bìu là một triệu chứng phổ biến khiến bệnh nhân đến khám tại các cơ sở y tế. Triệu chứng có thể xảy ra ở nhiều mức độ, xuất hiện trong nhiều hoàn cảnh khác nhau và nguyên nhân đa dạng. Việc chẩn đoán nguyên nhân đau bìu nhiều khi rất khó khăn. Đau bìu có thể khởi phát đột ngột hoặc âm ỉ, diễn tiến cấp tính, nặng nề nhưng cũng có thể chỉ thoáng qua nên cần có hướng xử trí phù hợp, tránh những biến chứng nặng nề xảy đến, đồng thời không để bệnh nhân phải chịu những điều trị không cần thiết.

Đau bìu có thể là kết quả của một nguyên nhân tại chỗ (khối u, xoắn thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn,...) hoặc là một tác động từ cơ quan lân cận (sỏi niệu quản, giãn mạch, thoát vị bẹn gián tiếp) [13]. Đau bìu có thể chia thành đau bìu cấp tính và đau bìu mạn tính [7]. Đau bìu cấp tính có thể chẩn đoán được nguyên nhân trong đa số các trường hợp. Trong khi đó, khoảng 50% các trường hợp đau bìu mạn tính là chưa rõ nguyên nhân [5]. Điều này đặt ra thách thức lớn cho các nhà lâm sàng trong nhiều năm qua.

Trong phạm vi của nghiên cứu, chúng tôi mong muốn khảo sát một số yếu tố về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân của các bệnh lý gây đau vùng bìu và thái độ xử trí các bệnh lý đó.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

43 bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Ngoại Tiết niệu - Thần kinh của bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế vì lý do đau vùng bìu từ 9/2017 đến 6/2019.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu. Thu thập các thông tin về tuổi, nghề nghiệp, địa dư, tiền sử bản thân. Khám và ghi nhận

các triệu chứng toàn thân, thời gian khởi phát cơn đau bìu, hoàn cảnh khởi phát cơn đau, cường độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale), tình trạng tiểu tiện, tính chất bìu và tinh hoàn - mào tinh hoàn, tình trạng bụng. Khám một số nghiệm pháp đặc biệt như phản xạ da bìu, dấu nâng bìu (Prenn's Sign), nghiệm pháp Valsava, thăm trực tràng. Ghi nhận các xét nghiệm cận lâm sàng: tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, kháng sinh đồ, siêu âm bẹn bìu, siêu âm Doppler bìu. Sau khi thăm khám và ghi nhận các xét nghiệm cận lâm sàng đưa ra chẩn đoán và thái độ xử trí phù hợp. Đánh giá kết quả điều trị khi bệnh nhân tái khám sau 1 tháng dựa vào tình trạng đau và mức độ hài lòng của bệnh nhân. Số liệu được xử lý bằng thống kê y học, phần mềm MS Excel 2010 và SPSS 20.0.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Bệnh lý gây đau bìu

**Bảng 1.** Các bệnh lý gây đau bìu

Bệnh lý	Số lượng	Tỷ lệ
Giãn tĩnh mạch thừng tinh	16	31,4
Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp	17	33,3
Xoắn thừng tinh	3	5,9
Đau bìu CRNN	11	21,6
Bệnh lý khác	4	7,8
Tổng	51	100

Bệnh lý khác gồm u tinh hoàn, chấn thương bìu, áp xe dưới da bìu, áp xe mào tinh hoàn

**Tuổi.** Tuổi trung bình là 42,2±5,3 tuổi (16 - 72 tuổi). Nhóm tuổi 16 - 30 chiếm 49,0%, nhóm tuổi 31 - 59 chiếm 43,1%, nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ ít nhất 7,8%.

**Nghề nghiệp.** Phần lớn bệnh nhân thuộc

nhóm lao động nhân lao động 33,3%.

**Địa dư.** C nông thôn và ở thành phố.

**Tiền sử.** P liên quan đau số bệnh nhân quan hệ tinh hoàn (11,8%) bìu chưa rõ n

### 3.2. Lâm s

**Sinh hiệu** trong giới h chiếm tỷ lệ 1

### Cường độ

Chẩn đoán
Giãn tĩnh m
Viêm tinh h
Xoắn thừng
Đau bìu CF
Bệnh lý kh
Tổng
Cường độ
Khởi bệnh
< 6h
6-24h
>24h-3 thá
>3 tháng
Tổng
Cường độ

nhóm lao động chân tay chiếm 54,9%, nhóm bệnh nhân lao động trí óc và học sinh, sinh viên chiếm 33,3%.

**Địa dư.** Có 27/51 bệnh nhân (chiếm 52,9%) ở nông thôn và miền núi, 47,1% bệnh nhân còn lại ở thành phố.

**Tiền sử.** Phần lớn bệnh nhân chưa có tiền sử liên quan đau búi trước đó, chiếm tỷ lệ 64,7%. Một số bệnh nhân có tiền sử bệnh lý như: vô sinh (3,9%), quan hệ tình dục không an toàn (5,9%), viêm tinh hoàn (11,8%), tinh hoàn chưa xuống (2,0%), đau búi chưa rõ nguyên nhân (11,8%).

### 3.2. Lâm sàng

**Sinh hiệu:** 100% bệnh nhân có tần số mạch trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân có sốt chiếm tỷ lệ 14%, không có bệnh nhân bị hạ thân

### Cường độ cơn đau

hiệt. Bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm 7%, không có bệnh nhân bị hạ huyết áp.

**Hạch ngoại biên:** 42/51 (chiếm 82,4%) bệnh nhân không có hạch ngoại biên, 13,7% bệnh nhân có hạch bẹn và 3,9% bệnh nhân có hạch góc hàm.

### Hoàn cảnh khởi phát cơn đau

**Bảng 2.** Hoàn cảnh khởi phát cơn đau

Hoàn cảnh khởi phát đau	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không có	41	80,4
Sau vận động mạnh	5	9,8
Quai bị	2	3,9
Khác	3	5,9
Tổng	51	100

**Bảng 3.** Cường độ đau

Chẩn đoán	Cường độ						Tổng
	Nhẹ		Vừa		Nặng		
	n	%	n	%	n	%	
Giãn tĩnh mạch thừng tinh	13	81,3	3	18,7	0	0	16
Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp	1	6,0	8	47,0	8	47,0	17
Xoắn thừng tinh	0	0	0	0	3	100	3
Đau búi CRNN	10	90,9	1	9,1	0	0	11
Bệnh lý khác	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4
Tổng	26	51,0	13	25,5	12	23,5	51

### Cường độ đau và thời gian khởi bệnh

**Bảng 4.** Cường độ đau và thời gian khởi bệnh

Khởi bệnh	Cường độ đau						Tổng		P
	Nhẹ		Vừa		Nặng				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 6h	0	0	0	0	1	0	1	2,0	<0,05
6-24h	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	9,8	
>24h-3 tháng	15	45,5	11	33,3	7	21,2	33	64,7	
>3 tháng	10	83,4	1	8,3	1	8,3	12	23,5	
Tổng	26	51,0	13	25,5	12	23,5	51	100	

Cường độ đau và thời gian khởi bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

**Vị trí đau**

**Bảng 5.** Vị trí đau

Chẩn đoán	Vị trí đau						Tổng
	Bìu trái		Bìu phải		Cả 2 bên		
	n	%	n	%	n	%	
Giãn tĩnh mạch thừng tinh	13	81,3	0	0	3	18,7	16
Viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp	10	58,9	5	29,4	2	11,7	17
Xoắn thừng tinh	2	66,7	1	33,3	0	0	3
Đau bìu CRNN	6	54,5	4	36,4	1	9,1	11
Các bệnh khác	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4
Tổng	33	64,7	11	21,6	7	13,7	51

Bệnh lý giãn tĩnh mạch thừng tinh hầu hết chỉ gây đau bìu trái.

**Tình trạng tiểu tiện:** Chỉ có 7/51 (chiếm 13,7%) bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện, trong đó tiểu khó chiếm 7,8% và tiểu buốt, tiểu đục chiếm 5,9%. Tất cả các trường hợp có rối loạn tiểu tiện gặp trong bệnh cảnh viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp.

**Màu sắc bìu đau:** Có 28/51 bệnh nhân (chiếm 54,9%) có bìu bình thường, 41,2% bệnh nhân có bìu đau màu đỏ và 3,9% bệnh nhân có bìu màu tím

**Hình thái bìu đau**

**Bảng 6.** Hình thái bìu đau

Hình thái bìu đau	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sưng to	13	25,5
Có nhiều búi mạch nổi lồi ngoằn	7	13,7
Sưng nề nhẹ	12	23,5
Bình thường	19	37,3
Tổng	51	100

**Tính chất bìu khi sờ nắn**

**Bảng 7.** Tính chất bìu khi sờ nắn

Chẩn đoán	Tính chất bìu						Tổng
	Tinh hoàn – mào tinh lớn, cứng chắc		Nhiều búi mạch lồi ngoằn		Tinh hoàn – mào tinh mềm, không lớn		
	n	%	n	%	n	%	
Giãn tĩnh mạch thừng tinh	0	0	13	81,3	3	18,7	16
Viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp	12	70,6	0	0	5	29,4	17
Xoắn thừng tinh	2	66,7	0	0	1	33,3	3
Đau bìu CRNN	0	0	0	0	11	100	11
Các bệnh khác	2	50,0	0	0	2	50,0	4
Tổng	16	31,4	13	25,5	22	43,1	51

**Dấu nâng bìu (Prehn's Sign):** Các bệnh nhân viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn đều giảm đau khi nâng bìu, các bệnh nhân có xoắn thừng tinh đều tăng cảm giác đau. Các bệnh nhân còn lại không thay đổi.

**Phản xạ da bìu**  
 được chẩn đoán x  
**Nghiệm pháp**  
 nghiệm pháp. Ng  
 sờ nắn bìu đơn th  
**3.3. Cận lâm s**  
**Xét nghiệm nu**

Chẩn đ
Viêm mào tinh ho hoàn cấp
Xoắn thừng tinh
Bệnh lý khác
Tổng
<b>Siêu âm bìu/D</b>
Chẩn đoán
Viêm tinh hoàn - m tinh hoàn cấp (n=1
Giãn tĩnh mạch th tinh (n=16)
Xoắn thừng tinh (
Bệnh lý khác (n=1
Tổng (n=51)

**Phản xạ da bìu (Cremasteric reflex):** có 3 bệnh nhân mất phản xạ da bìu đều là những trường hợp được chẩn đoán xoắn thừng tinh.

**Nghiệm pháp Valsava:** có 16 bệnh nhân (chiếm 31,4%) sờ thấy búi mạch giãn lỏng ngoằn sau khi làm nghiệm pháp. Nghiệm pháp Valsava phát hiện thêm 3 trường hợp có các búi mạch giãn trong bìu so với sờ nắn bìu đơn thuần.

**3.3. Cận lâm sàng**

**Xét nghiệm nước tiểu**

**Bảng 8.** Xét nghiệm bạch cầu nước tiểu

Chẩn đoán	Bạch cầu trong nước tiểu						Tổng
	0 - 25/ $\mu$ L		>25 - 100/ $\mu$ L		>100/ $\mu$ L		
	n	%	n	%	n	%	
Viêm mào tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp	8	47,2	6	35,2	3	17,6	17
Xoắn thừng tinh	0	0	1	33,3	2	66,7	3
Bệnh lý khác	31	100	0	0	0	0	31
Tổng	39	76,5	7	13,7	5	9,8	43

**Siêu âm bìu/Doppler bìu**

**Bảng 9.** Siêu âm bìu và Doppler bìu

Chẩn đoán	Siêu âm bìu									
	Tĩnh mạch tinh giãn 3mm		Tĩnh hoàn, mào tinh lớn, hồi âm không đồng nhất		Thừng tinh kém/ không bắt phổ Doppler		Dấu hiệu khác		Chưa phát hiện bất thường	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp (n=17)	0	0	15	88,2	0	0	2	11,8	0	0
Giãn tĩnh mạch thừng tinh (n=16)	16	100	0	0	0	0	2	12,5	0	0
Xoắn thừng tinh (n=3)	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0
Bệnh lý khác (n=15)	0	0	1	6,7	0	0	3	20,0	11	73,3
Tổng (n=51)	16	31,4	16	31,4	3	5,9	7	13,7	11	21,6

**3.4. Điều trị**

**Thái độ xử trí**

**Bảng 10.** Thái độ xử trí

Chẩn đoán	Thái độ xử trí				Tổng
	Điều trị nội trú		Điều trị ngoại trú		
	n	%	n	%	n
Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp	11	64,7	6	35,3	17
Giãn tĩnh mạch thừng tinh	7	43,8	9	56,2	16
Xoắn thừng tinh	3	100	0	0	3
Đau bìu CRNN	0	0	11	100	11
Bệnh lý khác	3	75,0	1	25,0	4
Tổng	24	47,1	27	52,9	51

Trong số 24 bệnh nhân được điều trị nội trú có 12 bệnh nhân (23,5%) được phẫu thuật: 3 bệnh nhân xoắn tinh hoàn được phẫu thuật cấp cứu, 9 bệnh nhân còn lại được phẫu thuật chương trình.

**Tình trạng đau sau điều trị**

**Bảng 11.** Tình trạng đau sau điều trị

Chẩn đoán	Tình trạng đau sau điều trị						Tổng
	Hết đau		Giảm đau nhiều		Giảm đau ít/ Không giảm		
	n	%	n	%	n	%	
Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp	14	82,4	3	17,6	0	0	17
Giãn tĩnh mạch thừng tinh	6	37,5	9	56,3	1	6,2	16
Xoắn thừng tinh	3	100	0	0	0	0	3
Đau bìu CRNN	1	9,0	5	45,5	5	45,5	11
Bệnh lý khác	1	25,0	3	75,0	0	0	1
Tổng	25	49,0	20	39,2	6	11,8	51

**Mức độ hài lòng sau điều trị**

**Bảng 12.** Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau điều trị

Mức độ hài lòng	n	%
Hài lòng	32	62,7
Chấp nhận được	11	21,6
Không hài lòng	8	15,7
Tổng	51	100

**4. BÀN LUẬN**

Trong ngh nhân đau bìu hoàn - mào ti thừng tinh (3 xác định đượ tương tự với (2010), các b tĩnh mạch th mào tinh hoàn

Nghiên c 9922 bệnh nh những nguyê bìu CRNN (51 (31,56%), chấ nhân gây đau có sự khác biệ tỷ lệ bệnh nh thấy rằng, đạ hợp đau nhẹ nước ta vẫn c e ngại và vấn c quan tâm đứn không đến kh nguyên nhân nghiên cứu củ

Bệnh nhân 72 tuổi, nhưng niên (49,0%) v nhân cao tuổi bìu xuất hiện nhân ở nhóm (54,9%), bệnh sinh, sinh viên dư, tỷ lệ bệnh xỉ nhau.

Phần lớn t chúng tôi chươ đến đau bìu, c

Dấu hiệu s bìu hầu hết nằ số ít bệnh nh hiện trong các hoàn cấp (Bản bệnh lý của v bệnh nhân đạ

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 1), bệnh nhân đau bìu vào viện chủ yếu là do viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp (33,3%), giãn tĩnh mạch thừng tinh (31,4%) và có 21,6% bệnh nhân chưa xác định được nguyên nhân cụ thể. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Chí Phong (2010), các bệnh lý gây đau bìu phổ biến là giãn tĩnh mạch thừng tinh (48,33%), viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn cấp (35,20%) [4].

Nghiên cứu của Rottenstreich (2016) trên 9922 bệnh nhân đau bìu từ 01/2004 đến 12/2014, những nguyên nhân gây đau bìu phổ biến là: đau bìu CRNN (51,22%), giãn tĩnh mạch thừng tinh (31,56%), chấn thương (10,23%) [10]. Nguyên nhân gây đau bìu trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu này, đặc biệt là tỷ lệ bệnh nhân đau bìu CRNN. Chúng tôi nhận thấy rằng, đa phần đau bìu CRNN là những trường hợp đau nhẹ (Bảng 3). Mặt khác việc khám bìu ở nước ta vẫn còn chưa phổ biến một phần vì tâm lý e ngại và vấn đề đau bìu vẫn chưa được người dân quan tâm đúng mức nên nhiều bệnh nhân đau bìu không đến khám tại các cơ sở y tế. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ đau bìu CRNN trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp.

Bệnh nhân đau bìu xuất hiện ở độ tuổi từ 16 - 72 tuổi, nhưng chủ yếu tập trung ở độ tuổi thanh niên (49,0%) và trung niên (43,1%). Số lượng bệnh nhân cao tuổi đau bìu chiếm tỷ lệ thấp (7,8%). Đau bìu xuất hiện ở nhiều nhóm nghề, nhưng bệnh nhân ở nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao (54,9%), bệnh nhân ở nhóm lao động trí óc và học sinh, sinh viên chiếm tỷ lệ thấp hơn (33,3%). Về địa dư, tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn và thành phố xấp xỉ nhau.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phát hiện tiền sử bệnh lý liên quan đến đau bìu, chiếm 64,7%.

Dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân đau vùng bìu hầu hết nằm trong giới hạn bình thường. Một số ít bệnh nhân có sốt, và triệu chứng sốt chỉ xuất hiện trong các bệnh lý viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp (Bảng 6) Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh lý của viêm mào tinh hoàn. Hầu hết các bệnh nhân đau bìu không ghi nhận hạch ngoại

biên (82,4%). Một số ít bệnh nhân có hạch bẹn (13,7%). Đặc biệt có 3,9% số bệnh nhân có hạch góc hàm.

Hầu hết các bệnh nhân đau bìu không ghi nhận yếu tố khởi phát cơn đau cụ thể (80,4%). Chỉ trong một số trường hợp ghi nhận các yếu tố khởi phát: Bệnh lý quai bị, các sang chấn hay vận động mạnh cũng là một trong các yếu tố khởi phát cơn đau được ghi nhận. Theo Trần Văn Hoàng (2014), tỷ lệ viêm tinh hoàn ở bệnh nhân quai bị khá phổ biến, chiếm 30-35% số bệnh nhân quai bị. Tỷ lệ này là 56,71% ở những bệnh nhân quai bị điều trị nội trú [1].

Về cơn đau, nghiên cứu ghi nhận hơn 50% số trường hợp đau với cường độ nhẹ. Tỷ lệ đau ở mức độ vừa là 25,5% và nặng là 23,5%. Điều này giải thích cho việc thời điểm nhập viện của bệnh nhân khá xa thời điểm khởi phát. Hầu hết các bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi bệnh đến khi vào viện từ hơn 1 ngày đến dưới 3 tháng (64,7%). Tỷ lệ bệnh nhân vào viện trong ngày đầu tiên của cơn đau chiếm tỷ lệ thấp. Bảng 4 cho thấy cường độ đau và thời gian khởi bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Thời gian nhập viện đặc biệt quan trọng với các bệnh nhân mắc bệnh lý bìu cấp như xoắn thừng tinh cần đến sớm trước 6 tiếng mới hi vọng bảo tồn được tinh hoàn, hay bệnh lý hoại thư Fournier cần đến sớm để tránh tổ chức hoại tử lan rộng. Tỷ lệ bệnh nhân đau bìu mạn tính với thời gian đau bìu kéo dài trên 3 tháng chiếm tỷ lệ 23,5%.

Đau bìu xuất hiện chủ yếu ở bìu trái (64,7%) lớn hơn nhiều so với bìu phải (21,6%). Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng, những bệnh nhân được chẩn đoán giãn tĩnh mạch thừng tinh hầu như chỉ đau bên trái (Bảng 5). Điều này cũng đã được Nguyễn Thành Như (2013) giải thích: tĩnh mạch tinh trong trái cắm vào tĩnh mạch thận trái và cao hơn khoảng 8 - 10cm so với tĩnh mạch tinh trong phải cắm trực tiếp vào tĩnh mạch chủ dưới làm áp lực máu về hướng về tĩnh mạch tinh trong trái cao hơn bên phải khoảng 8 - 10cmH<sub>2</sub>O để gây hiện tượng trào ngược dòng máu trở lại làm giãn mạch, làm giãn tĩnh mạch thừng tinh bên trái thường nặng hơn và dễ biểu hiện trên lâm sàng [2]. Số lượng bệnh nhân đau cả 2 bìu chiếm tỷ lệ rất thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng tiểu khó, tiểu buốt chỉ xuất hiện ở các bệnh

lý viêm tinh hoàn, viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp (13,7%). Các triệu chứng này giúp chúng ta hướng đến một nguyên nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu và sự tắc nghẽn đường niệu dưới. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đặc biệt nếu kết hợp với tắc nghẽn đường niệu dưới là yếu tố nguy cơ cho việc nhiễm khuẩn ngược dòng gây ra viêm mào tinh hoàn hay viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp tính.

Màu sắc bìu bình thường chiếm 54,9%. Các biến đổi màu sắc bìu cũng rất đa dạng khi đau bìu. Biến đổi phổ biến là da bìu chuyển đỏ (41,2%). Da bìu chuyển đỏ, kết hợp với sưng bìu là một chỉ điểm thường thấy của một tình trạng viêm.

Bảng 6 cho thấy hình thái bìu thay đổi rất đa dạng, có 62,7% bệnh nhân có biến đổi hình thái bìu khi có đau bìu: bìu sưng to chiếm 25,5%, bìu sưng nề nhẹ chiếm 23,5%, có các búi mạch nổi loãn ngoằn chiếm 13,7%. Chỉ có 37,3% bệnh nhân có hình thái bìu bình thường. Hình thái bìu thay đổi là một dấu hiệu cho thấy bệnh lý đã diễn tiến lâu dài, hoặc là tiến triển nặng. Trong viêm mào tinh hoàn và viêm tinh hoàn, bìu sưng to là dấu hiệu tiên lượng nặng. Trong giãn tĩnh mạch thừng tinh, chỉ khi tĩnh mạch giãn độ 3 mới nổi rõ trên da bìu [2].

Về khám tinh hoàn – mào tinh hoàn, bảng 7 cho thấy hình thái tinh hoàn – mào tinh hoàn ít thay đổi khi có đau bìu. Chỉ có 31,4% số bệnh nhân có tinh hoàn – mào tinh hoàn sưng to, cứng chắc. Chủ yếu các trường hợp này nằm trong bệnh cảnh viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn.

Trong bệnh lý bìu cấp, thăm khám lâm sàng có vai trò hết sức qua trọng. Nó quyết định thái độ xử trí cũng như tiên lượng của bệnh nhân khi mà chưa có kết quả cận lâm sàng hay trong hoàn cảnh không có các phương tiện cận lâm sàng ở các tuyến y tế cơ sở. Ở đây, các nghiệm pháp được tôi đưa vào trong nghiên cứu nhằm đánh giá tính hiệu quả trong chẩn đoán các bệnh lý gây đau bìu cấp.

Dấu nâng bìu chỉ làm giảm đau trên các bệnh lý liên quan đến viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn, đau tăng lên ở bệnh lý xoắn thừng tinh. Phản xạ da bìu bị mất đều được chẩn đoán xác định là xoắn thừng tinh. Có thể thấy phản xạ da bìu và dấu nâng bìu là 2 dấu hiệu lâm sàng rất có giá trị trong chẩn đoán xoắn thừng tinh. Theo Havish Srinath (2013), phản xạ da bìu là một dấu hiệu quan trọng bậc nhất

trong chẩn đoán xoắn thừng tinh, có độ nhạy và độ đặc hiệu khoảng 90%. Phản xạ da bìu còn và dấu nâng bìu dương tính còn rất có giá trị trong chẩn đoán viêm mào tinh hoàn cũng như chẩn đoán phân biệt nó với xoắn thừng tinh [11]. Theo nghiên cứu của Yang Chao (2011) trên 118 bệnh nhân được chẩn đoán xoắn thừng tinh, phản xạ da bìu mất ở 94,9% số trường hợp [14].

Nghiệm pháp Valsava giúp phát hiện ra các búi mạch giãn với tỷ lệ 31,4%, nghiệm pháp có thể giúp phát hiện thêm 3 trường hợp mà sờ nắn bìu đơn thuần không phát hiện được.

Theo Raeto T. Strebel (2005), các nhà niệu khoa thường chỉ sử dụng các xét nghiệm nước tiểu và siêu âm để chẩn đoán ở bệnh nhân đau bìu, kết hợp với siêu âm Doppler khi cần thiết [12]. Vậy nên chúng tôi chỉ nghiên cứu về 2 nhóm xét nghiệm chính là xét nghiệm nước tiểu và siêu âm vùng bẹn bìu và/hoặc siêu âm Doppler bìu.

Theo Faure Walker N.A. (2013), xét nghiệm nước tiểu là xét nghiệm nhạy, hữu ích trong chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu và nên được làm trên tất cả những bệnh nhân có dấu hiệu viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp [6].

Bảng 8 cho thấy chỉ có 23,5% số bệnh nhân có bạch cầu niệu. Tuy nhiên tỷ lệ này là 52,8% trong viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp và 100% trong xoắn thừng tinh. Qua đây ta thấy, một trong những nguyên nhân gây viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp là nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Theo nghiên cứu của Sung Dae Kim, 30,8% có kết quả cấy nước tiểu hoặc dịch niệu đạo dương tính [8].

Bảng 9 cho thấy siêu âm và siêu âm Doppler độ nhạy cao trong việc phát hiện các thay đổi cấu trúc giải phẫu của vùng bẹn bìu, phát hiện được bất thường trong 78,4% trường hợp. Kết quả cũng cho thấy siêu âm ảnh hưởng rất lớn đến chẩn đoán của các bác sĩ lâm sàng. Với các bệnh lý giãn tĩnh mạch thừng tinh, viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn hay xoắn thừng tinh, hình ảnh trên siêu âm và siêu âm Doppler độ nhạy cao, có giá trị lớn trong phát hiện bệnh.

Bảng 10 cho thấy có 47,1% số bệnh nhân đau bìu cần nhập viện điều trị, trong đó có 23,5% bệnh nhân phải phẫu thuật. Như vậy không phải tất cả bệnh nhân được chỉ nhập viện điều trị vì lý do phẫu thuật mà phụ thuộc vào các yếu tố khác như mức

độ đau, biến đổi khi thăm khám trú ở trên có thể bệnh nhân vào

Kết quả điều trị bệnh nhân cho và giảm đau nh bệnh nhân vẫn chiếm tỷ lệ thấp với điều trị các bệnh nhân khác điều trị nhóm các nhà lâm sàng hải lòng của bệnh Dương Quang M. và cộng sự là

## 5. KẾT LUẬN

Đau bìu là nhiều bệnh lý t là viêm tinh hoàn

1. Trần Văn Hoàng, "Nghiệm pháp đặc quai bị ở nam y 120".
2. Nguyễn Thành "Tinh", Nam kh
3. Nguyễn Thành "Kết quả áp c tinh trong đ Minh. 16, tr. 2
4. Nguyễn Chí Anh và cộng bìu. Nhân 10 Doppler màu Chí Minh. 14(
5. Aljumaily, A., "Characteristi Pain: A Comn Pain Research
6. Faure Walker, aging epididy tioner. 257, p
7. Gordhan, C.G pain: evaluat 56(1), pp. 3-1

độ đau, biến đổi hình thái của bìu hay tính chất bìu khi thăm khám. Tỷ lệ nhập viện và điều trị ngoại trú ở trên có thể không phản ánh đúng tình trạng bệnh nhân vào viện.

Kết quả điều trị được ghi nhận từ phản hồi của bệnh nhân cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hết đau hẳn và giảm đau nhiều chiếm tỷ lệ cao 88,2%. Số lượng bệnh nhân vẫn còn đau dai dẳng ít đáp ứng điều trị chiếm tỷ lệ thấp (11,8%). Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với điều trị cao (62,7%), tuy nhiên vẫn có nhiều bệnh nhân không hài lòng chiếm tỷ lệ 15,7%. Để điều trị nhóm bệnh nhân này là thách thức cho các nhà lâm sàng trong nhiều năm qua. Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo Nguyễn Thành Như - Dương Quang Huy (2012) là 71,5%, theo Marconi, M. và cộng sự là 80% [3], [9].

## 5. KẾT LUẬN

Đau bìu là một triệu chứng thường xuất hiện ở nhiều bệnh lý trong đó các bệnh lý hay gặp nhất là viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn, giãn tĩnh mạch

thùng tinh và đau bìu chưa rõ nguyên nhân. Các bệnh lý này gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau. Đau thường xuất ở bìu trái (64,7%). Nhiều triệu chứng lâm sàng có giá trị chẩn đoán cao và ảnh hưởng thái độ xử trí. Dấu nâng bìu làm tăng cảm giác đau, phản xạ da bìu mất có giá trị trong chẩn đoán xoắn thừng tinh (100%). Nghiệm pháp Valsava có giá trị cao trong chẩn đoán giãn tĩnh mạch thừng tinh (100%).

Siêu âm bìu và siêu âm Doppler bìu là các phương tiện cận lâm sàng có giá trị cao trong việc phát hiện các bất thường vùng bìu với độ nhạy cao qua đó gợi ý chẩn đoán, đặc biệt là siêu âm Doppler, giúp khảo sát tốt hệ thống mạch máu vùng bìu.

Thái độ xử trí và hướng xử trí đối với bệnh nhân đau bìu rất đa dạng, phụ thuộc vào chẩn đoán nguyên nhân và biến đổi trên lâm sàng. Thái độ xử trí cũng phụ thuộc vào cường độ cơn đau và biến đổi hình thái bìu. Kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và chấp nhận được sau điều trị đạt 84,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Hoàng và Nguyễn Hoàng Phúc (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh quai bị ở nam giới trưởng thành tại Bệnh viện Quân y 120".
2. Nguyễn Thành Như (2013), "Giãn tĩnh mạch thừng tinh", Nam khoa lâm sàng, NXB Tổng hợp, tr. 153-169.
3. Nguyễn Thành Như và Dương Quang Huy (2012), "Kết quả áp dụng vi phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh trong đau tinh hoàn mạn tính", Y học TP. Hồ Chí Minh. 16, tr. 264-268.
4. Nguyễn Chí Phong, Đặng Đình Hoan, Bùi Phương Anh và cộng sự (2010), "Đau cấp tính vùng bẹn, bìu. Nhân 1051 trường hợp chẩn đoán dưới siêu âm Doppler màu tại bệnh viện Bình Dân", Y học TP. Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 60-65.
5. Aljumaily, A., Al-Khazraji, H., Gordon, A. et al (2017), "Characteristics and Etiologies of Chronic Scrotal Pain: A Common but Poorly Understood Condition", *Pain Research and Management*, pp. 1-5.
6. Faure Walker, N.A. and Challacombe, B. (2013), "Managing epididymo-orchitis in general practice", *Practitioner*. 257, pp. 21-25.
7. Gordhan, C.G. and Sadeghi-Nejad, H. (2015), "Scrotal pain: evaluation and management", *Korean J Urol*. 56(1), pp. 3-11.
8. Kim, S.D., Kim, S.W., Yoon, B.I. et al (2013), "The Relationship between Clinical Symptoms and Urine Culture in Adult Patients with Acute Epididymitis", *World J Mens Health*. 31(1), pp. 53-57.
9. Marconi, M., Palma, C., Troncoso, P. et al (2015), "Microsurgical Spermatic Cord Denervation as a Treatment for Chronic Scrotal Content Pain: A Multicenter Open Label Trial", *J Urol*. 194(5), pp. 1323-1327.
10. Rottenstreich, M., Glick, Y. and Gofrit, O.N. (2016), "The clinical findings in young adults with acute scrotal pain", *Am J Emerg Med*. 34(10), tr. 1931-1933.
11. Srinath, H. (2013), "Acute scrotal pain", *Australian Family Physician*. 42(11), pp. 790-792.
12. Strebel, R.T., Leippold, T., Luginbuehl, T. et al (2005), "Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland", *Eur Urol*. 47(6), pp. 812-816.
13. Tatem, A. and Kovac, J.R. (2017), "Chronic scrotal pain and microsurgical spermatic cord denervation: tricks of the trade", *Transl Androl Urol*. 6(1), pp. S30-S36.
14. Yang, C., Song, B., Tan, J. et al (2011), "Testicular torsion in children: a 20-year retrospective study in a single institution", *Scientific World Journal*. 11, pp. 362-8.