

nhất là 55. Theo Võ Xuân Sơn (2007) đã phẫu thuật cho bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 12; cao tuổi nhất là 74 và lứa tuổi gặp nhiều nhất là 25 - 54 (77,7%)[1].

Trong nghiên cứu vị trí gãy cột sống gặp nhiều nhất ở L1 51,9% cũng tương đương với nghiên cứu của Phạm Thanh Hải 62,29%[1], Ajay 40%[2]. Đây là vùng bản lề cột sống, nên dù nguyên nhân cơ chế nào thì khu vực bản lề này cũng dễ bị tổn thương nhất. Hình thái gãy cột sống loại lún ép Độ II theo Denis chiếm hầu hết (51,9%). Theo Phạm Thanh Hải (68,27%)[1].

Góc gù sau chấn thương (Cobb >15°) gặp 85,2%. Góc Cobb bình thường đoạn ngực thất lưng 10°[2]. Góc gù càng lớn nguy cơ gù trượt đốt sống thứ phát càng cao, vì vậy phẫu thuật phải đưa góc gù về càng bình thường càng tốt. Trong nghiên cứu này góc gù trung bình đạt được 12,4°. Các nghiên cứu không thấy có sự khác biệt về cải thiện góc gù sau mổ giữa 2 nhóm mổ mở và mổ xâm lấn tối thiểu bắt vít qua da[2],[3].

Kết quả sau mổ rất tốt, không bệnh nhân nào phải truyền máu sau mổ, xét nghiệm huyết học sau mổ không có sự thay đổi, thời gian phẫu thuật trung bình 65,3±12,7 phút, đây là thời gian phẫu thuật tương đối ngắn so với phẫu thuật cột sống nói chung, đây chính là ưu điểm của phương pháp phẫu thuật bắt vít qua da xâm lấn tối thiểu, phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [2],[3]. Thời gian nằm viện trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi 8,3±4,1 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 17 ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Thiện thời gian nằm viện trung bình 8,15 ± 2,23 ngày[1].

Kết quả chung: rất tốt và tốt là 88,9% cũng tương đương với một số tác giả khác: Võ Xuân Sơn (89,72%), Phạm Thanh Hải (88,89%)[1], không có bệnh nhân nào có kết quả kém. Có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi số lượng còn ít, và chủ yếu là bệnh nhân mất vững cơ học không có tổn thương thần kinh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bắt vít chân cung qua da điều trị chấn thương cột sống cho kết quả điều trị: không bệnh nhân nào phải truyền máu sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình 65,3±12,7 phút. Thời gian nằm viện trung bình 8,15±2,23 ngày.

Góc Cobb sau mổ trung bình 12,4°±2,5° Min 10°; Max 22°, chiều cao thân đốt sống tăng trung bình so với trước mổ tăng trung bình so với trước mổ 0.41 ± 0.22 cm.

Kết quả chung tỷ lệ rất tốt và tốt 88,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Hải(2009)**: Nhận xét kết quả phẫu thuật cấp cứu gãy trật cột sống ngực thất lưng bằng lối sau tại Bệnh viện 175. Tạp chí y học thực hành Hội nghị phẫu thuật thần kinh lần thứ 12 . 149 – 159.
2. **Ajay MB and Dr. Vijayakumar AV(2016)**, Comparative study between conventional open spine pedicle screw fixation surgery minimally invasive percutaneous pedicle screw fixation in the management of thoracolumbar spine fracture in adult. International Journal of Orthopaedics Sciences; 2(4): 154-159.
3. **Antonio KRÜGER, Katharina RAMMIER, Ewgeni ZiRinG, Ralph ZETTI, Steffen RUCHHÖITZ, Thomas M. FRAnGEn(2012)**, Percutaneous minimally invasive instrumentation for traumatic thoracic and lumbar fractures : A prospective analysis. Acta Orthop. Belg., 78, 376-381.

ĐẶC ĐIỂM CẤU TRÚC MÔ TINH HOÀN Ở BỆNH NHÂN VÔ TINH KHÔNG DO TẮC THU ĐƯỢC BẰNG PHƯƠNG PHÁP MICRO TESE

Vũ Thị Thu Trang², Quách Thị Yên³, Quân Hoàng Lâm¹, Nguyễn Đình Tảo¹, Trịnh Thế Sơn¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hưng Yên

³Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Trang

Email: drtrangvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.12.2019

Ngày duyệt bài: 23.12.2019

Đặt vấn đề và mục tiêu: Góp phần tìm hiểu đặc điểm cấu trúc tinh hoàn của các bệnh nhân vô tinh không do tắc, nâng cao hiệu quả thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá những đặc điểm về hình thái cấu trúc, siêu cấu trúc mô tinh hoàn thu được bằng phương pháp micro TESE ở các bệnh nhân vô tinh không do tắc. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiền cứu trên 100 bệnh nhân vô tinh không do tắc được thực hiện micro TESE để thu tinh trùng từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 10 năm 2018 tại Viện Mô Phôi

lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $32,21 \pm 4,55$; 93% là vô sinh nguyên phát; thời gian vô sinh $4,77 \pm 3,37$ năm, thể tích tinh hoàn $6,57 \pm 2,77$ mL; nồng độ FSH, LH và Testosterone tương ứng là $20,30 \pm 12,63$ mIU/mL, $10,83 \pm 6,26$ mIU/mL và $4,24 \pm 2,40$ ng/mL; 19 bệnh nhân (19%) có bất thường gen AZF; mô bệnh học tinh hoàn với 50% là hội chứng chỉ có tế bào Sertoli; 27% là suy giảm sinh tinh, 12% là sinh tinh nửa chừng và 11% là ống sinh tinh hyalin hóa; Chiều dày lớp vỏ xơ trung bình là $10,99 \pm 3,31$ μm và đường kính ống sinh tinh trung bình là $123,21 \pm 26,77$ μm. **Kết luận:** Đa số ống sinh tinh teo nhỏ, vỏ xơ dày, tăng sinh nguyên bào sợi – tế bào sợi; số lượng tế bào dòng tinh suy giảm; tế bào Sertoli giảm hoạt động chức năng.

Từ khóa: Phương pháp vi phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn, vô tinh không do tắc, ống sinh tinh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TESTICULAR STRUCTURE BY MICRO TESE FROM NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA PATIENTS

Background: In order to contribute in finding characteristics of testicular structure from non-obstructive azoospermic patients, we have studied to evaluate the morphology, structure and ultrastructure of testicles tissues get from non-obstructive azoospermic patients by micro TESE technique. **Materials and Methods:** We studied prospective cohort on 100 patients with non-obstructive azoospermia who underwent micro TESE from August 2016 to October 2018 at Military Institute of Clinical Embryology and Histology – Viet Nam Military Medical University. **Results:** The average age of patients was $32,21 \pm 4,55$; 93% patients were primary infertility; duration of infertility $4,77 \pm 3,37$ years; testicular volume $6,57 \pm 2,77$ mL; mean serum FSH, LH and Testosterone level are respectively $20,30 \pm 12,63$ mIU/mL; $10,83 \pm 6,26$ mIU/mL and $4,24 \pm 2,40$ ng/mL; 19 (19%) patients had AZF microdeletions; the testicular tissues with 50% are Sertoli-cell-only syndrome; 27% Hypospermatogenesis; 12% Maturation arrest; 11% Seminiferous tubule hyalinization; fiber thickness $10,99 \pm 3,31$ μm; sperm-tube diameter $123,21 \pm 26,77$ μm. **Conclusions:** most of spermatogenous tubes shrink; fiber was thicker; fibroblast proliferated; the number of sperm cells decreased; Sertoli cells reduced functional activities.

Keywords: Microdissection testicular sperm extraction, non-obstructive azoospermia, seminiferous.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô tinh được chia làm 2 loại là vô tinh do tắc và vô tinh không do tắc. Những bệnh nhân vô tinh không do tắc, có thể thu được tinh trùng từ tinh hoàn bằng phương pháp phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn (Testicular Sperm Extraction - TESE), nhưng tỷ lệ thu tinh trùng từ phương pháp này chưa cao. Sự ra đời và phát triển của phương pháp vi phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn (Microdissection testicular sperm extraction

- micro TESE) giúp lựa chọn được những ống sinh tinh tốt nhất, tăng cơ hội thu tinh trùng, hạn chế tổn thương mô tinh hoàn sau phẫu thuật. Góp phần tìm hiểu đặc điểm cấu trúc tinh hoàn của các bệnh nhân vô tinh không do tắc, nâng cao hiệu quả thu tinh trùng bằng phương pháp micro TESE, nghiên cứu này đánh giá những đặc điểm về hình thái cấu trúc, siêu cấu trúc mô tinh hoàn thu được bằng phương pháp micro TESE ở các bệnh nhân vô tinh không do tắc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 100 bệnh nhân vô tinh không do tắc, được làm micro TESE tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội, Học viện Quân y từ 8/2016 đến 10/2018.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: là những người không có tinh trùng trong tinh dịch theo tiêu chuẩn của WHO (2010) [1].

- Loại trừ: các trường hợp có các bệnh cấp tính, bệnh xã hội, bệnh nội tiết, đang dùng thuốc, hóa chất ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh và đặc biệt loại trừ các trường hợp suy sinh dục thứ phát.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

3. Các kỹ thuật thực hiện trong nghiên cứu

- Đo thể tích tinh hoàn (theo Pallavi Dagliet al 2014) [2]

- Xét nghiệm tinh dịch đồ theo WHO, 2010 [1].

- Xét nghiệm nội tiết tố: bằng hệ thống tự động Elecsys 2010 của hãng Roche.

- Kỹ thuật làm tiêu bản mô học thông thường (theo Vũ Công Hoè, 1976) [3].

- Làm tiêu bản siêu cấu trúc trên kính hiển vi quét và kính hiển vi truyền qua (theo Palade, 1952 và Nguyễn Kim Giao, 2004) [4], [5].

- Lấy tinh trùng từ tinh hoàn bằng vi phẫu thuật (micro TESE - theo Schlegel NP, 1999) [6].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,21 \pm 4,55$. Tuổi cao nhất là 47, tuổi thấp nhất là 21 tuổi.

- Vô sinh nguyên phát chiếm 93%. Chỉ có 7% vô sinh thứ phát.

- Thời gian vô sinh trung bình là $4,77 \pm 3,37$ năm. Bệnh nhân có thời gian vô sinh lâu nhất là 19 năm và sớm nhất là 1 năm.

- Thể tích tinh hoàn mô trung bình là $6,57 \pm 2,77$ mL. Trong đó tinh hoàn mô lớn nhất là 16mL, nhỏ nhất là 2mL.

2. Một số xét nghiệm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Nồng độ một số hormone của bệnh nhân nghiên cứu

Các hormone	X ± SD	Min – Max
FSH (mIU/mL)	20,30 ± 12,63	1,74 – 62,85
LH (mIU/mL)	10,83 ± 6,26	1,02 – 33,05
Testosterone (ng/mL)	4,24 ± 2,40	0,32 – 15,01

Nhận xét: nồng độ trung bình của FSH là 20,30 ± 12,63, cao hơn rất nhiều so với chỉ số bình thường (bình thường trong khoảng 2-10mIU/ml). Trong khi đó nồng độ trung bình của LH và Testosterone trong giới hạn bình thường, lần lượt là 10,83 ± 6,26 và 4,24 ± 2,40.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm gen AZF

Các loại tổn thương gen AZF	n	Tỷ lệ (%)
Bất thường AZFa	1	5,3
Bất thường AZFb	3	15,8
Bất thường AZFc	7	36,8
Tổn thương phối hợp	8	42,1
Tổng:	19	100

Nhận xét: có 19% số bệnh nhân có tổn thương AZF, trong đó tổn thương phối hợp gặp nhiều nhất là 42,1%

3. Đặc điểm hình thái cấu trúc, siêu cấu trúc mô tinh hoàn của đối tượng nghiên cứu

3.3. Định lượng mức độ thoái hoá ống sinh tinh

**Đường kính ống sinh tinh và độ dày lớp vỏ xơ ống sinh tinh:*

Bảng 4. Đường kính và độ dày lớp vỏ xơ ống sinh tinh của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu	Cả 2 nhóm (n = 2000)	Thu được tinh trùng (n = 740)	Không thu được tinh trùng (n = 1260)	P
Đường kính ống sinh tinh (µm) <i>X ± SD</i>	123,21 ± 26,77	144,54 ± 18,23	110,68 ± 22,77	< 0,001
Độ dày lớp vỏ xơ (µm)	10,99 ± 3,31	9,05 ± 2,29	12,12 ± 3,29	< 0,001

Nhận xét: đường kính trung bình ống sinh tinh là 123,21 ± 26,77µm. Độ dày trung bình của lớp vỏ xơ ống sinh tinh của bệnh nhân nghiên cứu là 10,99 ± 3,31µm. Đặc biệt khi so sánh ở 2 nhóm mổ thu được tinh trùng và không thu được tinh trùng, chúng tôi thấy đường kính ống sinh tinh ở nhóm không có tinh trùng nhỏ hơn và độ dày lớp vỏ xơ ống sinh tinh dày hơn nhóm tìm thấy tinh trùng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Số lượng trung bình từng loại tế bào:*

Bảng 5. Số lượng trung bình từng loại tế bào trên một mặt cắt ngang ống sinh tinh của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu (<i>X ± SD</i>)	Cả 2 nhóm (n=2000)	Thu được tinh trùng(n=740)	Không thu được tinh trùng(n = 1260)	P
Tế bào Sertoli	11,10 ± 8,61	9,74 ± 6,80	11,90 ± 9,46	<0,001
Tinh nguyên bào	4,62 ± 8,51	8,40 ± 11,03	2,40 ± 5,48	<0,001
Tinh bào	3,44 ± 8,77	6,97 ± 12,73	1,36 ± 3,93	<0,001
Tinh tử	1,29 ± 3,23	2,68 ± 4,61	0,48 ± 1,50	<0,001
Tinh trùng	1,59 ± 4,72	4,01 ± 7,10	0,17 ± 0,61	<0,001

Nhận xét: tế bào Sertoli và tinh nguyên bào là những tế bào chiếm số lượng lớn nhất trong biểu mô ống sinh tinh, lần lượt là 11,10 ± 8,61 và 4,62 ± 8,51. Tinh tử và tinh trùng là những loại tế bào có số lượng rất ít ở các bệnh nhân nhóm này, tương ứng là 1,29 ± 3,23 và 1,59 ± 4,72. Số lượng trung bình từng loại tế bào ở ống sinh tinh giữa 2 nhóm có và không có tinh trùng khác nhau với p < 0,001.

3.1. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học của bệnh nhân nghiên cứu

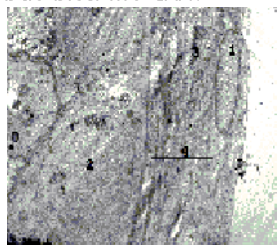
Kết quả mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ổng sinh tinh hyalin hóa	11	11
Hội chứng chỉ có tế bào Sertoli	50	50
Sinh tinh nửa chừng	12	12
Suy giảm sinh tinh	27	27

Nhận xét: tổn thương mô bệnh học chủ yếu là Hội chứng chỉ có tế bào Sertoli, chiếm 50%; tiếp đến là suy giảm sinh tinh, sinh tinh nửa chừng và ống sinh tinh hyalin hóa, tương ứng là 27%; 12% và 11%.

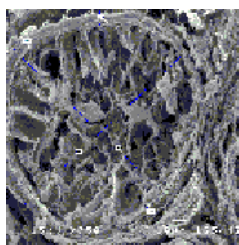
3.2. Bán định lượng mức độ thoái hoá ống sinh tinh

Đánh giá mức độ tổn thương theo phương pháp của Johnsen (1970) bằng thang điểm từ 1 đến 10. Điểm bán định lượng trung bình trong nhóm nghiên cứu là: 3,95 ± 2,89; ở nhóm thu được tinh trùng và không thu được tinh trùng lần lượt là 5,76 ± 3,04 và 2,89 ± 2,22.

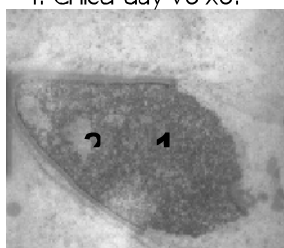
*Hình ảnh siêu cấu trúc ống sinh tinh và tế bào biểu mô tinh:



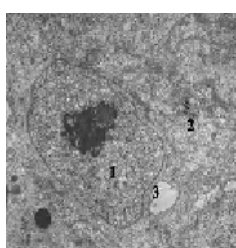
Ảnh 1. Siêu cấu trúc lớp vỏ xơ ống sinh tinh (x5000). 1. Nhân tế bào Sertoli; 2. Nhân tinh nguyên bào; 3. Bó sợi collagen; 4. Chiều dày vỏ xơ.



Ảnh 2. Siêu cấu trúc ống sinh tinh (SEM) (x5000) Đường kính ống sinh tinh teo nhỏ



Ảnh 3. Siêu cấu trúc tinh trùng tử tinh hoàn (x12.000). 1. Chất nhiễm sắc 2. Vùng mật độ điện tử thấp



Ảnh 4. Không bào trong các tế bào Sertoli (x5000). 1. Nhân tế bào; 2. Bào tương; 3. Không bào.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $32,21 \pm 4,55$. Tuổi trung bình của các bệnh nhân tương đối trẻ, nằm trong độ tuổi sinh đẻ. Kimura M. (2003) chỉ ra rằng cấu trúc tinh hoàn biến đổi theo tuổi, cụ thể là số lượng tất cả các loại tế bào biểu mô ống sinh tinh giảm theo tuổi [7].

Khi đánh giá đặc điểm cấu trúc, siêu cấu trúc mô tinh hoàn, chúng tôi thấy: tổn thương mô bệnh học chủ yếu là hội chứng chỉ có tế bào Sertoli, chiếm 50%; tiếp đến là suy giảm sinh tinh, sinh tinh nửa chừng và ống sinh tinh hyalin hóa, tương ứng là 27%; 12% và 11%. So sánh với các nghiên cứu khác thấy tỷ lệ bệnh nhân thuộc hội chứng chỉ có tế bào Sertoli ở các nghiên cứu đều chiếm tỷ lệ cao trong nhóm. Đây là một dạng tổn thương hết sức nặng nề và là hậu quả của rất nhiều nguyên nhân khác nhau như: rối loạn chức năng tuyến yên, tinh hoàn lạc chỗ, sau hóa trị liệu, sau điều trị oestrogen kéo dài...

Điểm bán định lượng Johnsen trung bình trong nhóm nghiên cứu là: $3,95 \pm 2,89$; ở nhóm thu được tinh trùng và không thu được tinh

trùng lần lượt là $5,76 \pm 3,04$ và $2,89 \pm 2,22$. Theo Silber (1999), điểm trung bình của một bán định lượng trên tiêu bản sinh thiết tinh hoàn của người bình thường là 9,38 [8]. Qua điểm Johnsen của bệnh nhân nghiên cứu thấy tinh hoàn của bệnh nhân nghiên cứu bị tổn thương rất trầm trọng, đặc biệt ở nhóm không tìm thấy tinh trùng trong ống sinh tinh.

Bên cạnh đó, các tế bào biểu mô tinh giảm rất nhiều, gặp chủ yếu là tế bào Sertoli và tinh nguyên bào. Đặc biệt các tế bào biểu mô tinh đều giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm không tìm thấy tinh trùng so với nhóm tìm thấy tinh trùng ($p < 0,001$).

Dưới kính hiển vi điện tử, một số ít tiêu bản có thể thấy tinh tử, tinh trùng. Bên cạnh các cấu trúc bình thường, còn nhận thấy các cấu trúc bất thường, đa số là bất thường về đầu. Các tinh tử trưởng thành và các tinh trùng xuất hiện acrosome, chất nhiễm sắc tụ đặc lại đồng nhất, màng nhân và màng tế bào liên tục. Quan sát ở các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thể nhận thấy: ở nhân một số tế bào, chất nhiễm sắc tụ đặc không đồng nhất, có những vùng khuyết thể hiện bằng vùng mật độ điện tử thấp. Các hình ảnh này là kết quả của sự biến đổi của chất nhiễm sắc của các tế bào này tại biểu mô ống sinh tinh (ảnh 3).

Trong nghiên cứu thấy hầu hết các tế bào Sertoli có cấu trúc của tế bào Sertoli giảm hoạt động chức năng, thể hiện ở cả nhân và bào tương tế bào nhưng đặc trưng nhất vẫn là nhân có hình tròn hay hình bầu dục và thường kéo dài, hướng về phía lòng ống sinh tinh. Màng nhân không gấp nếp, hạt nhân có thể thấy hoặc không thấy. Tế bào Sertoli thường có kích thước nhỏ và có nhiều trường hợp, nhân tế bào nằm xa màng đáy. Bào tương không phân cực. Các bào quan thưa thớt biểu hiện tế bào Sertoli giảm hoạt động chức năng (ảnh 4).

Ngoài ra, đa số các trường hợp ống sinh tinh teo nhỏ, độ dày lớp vỏ xơ ống sinh tinh tăng lên. Biểu hiện của cấu trúc này là các bó sợi collagen và các tế bào liên kết tăng lên về số lượng và kích thước (ảnh 1, 2). Một số trường hợp, sự dày lên của lớp vỏ xơ ống sinh tinh là sự xuất hiện nhiều lớp tế bào liên kết (từ 4 đến 5 lớp tế bào liên kết). Một số trường hợp, sự dày lên của lớp vỏ xơ ống sinh tinh là sự xuất hiện nhiều bó sợi collagen. Đặc biệt khi so sánh ở 2 nhóm mổ thu được tinh trùng và không thu được tinh trùng, chúng tôi thấy đường kính ống sinh tinh ở nhóm không tìm thấy tinh trùng nhỏ hơn và độ dày lớp vỏ xơ ống sinh tinh dày hơn nhóm tìm thấy tinh

trùng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Qua đó càng cho thấy tình hoàn của bệnh nhân nghiên cứu bị tổn thương rất trầm trọng, đặc biệt ở nhóm không tìm thấy tình trùng trong ống sinh tinh.

V. KẾT LUẬN

Bằng phương pháp micro TESE đã cho thấy rõ hình ảnh về cấu trúc vi thể và siêu vi thể mô tinh hoàn ở những bệnh nhân vô tinh không do tắc: Đa số ống sinh tinh teo nhỏ, vỏ xơ dày, tăng sinh nguyên bào sợi – tế bào sợi; số lượng tế bào dòng tinh suy giảm; tế bào Sertoli giảm hoạt động chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2010), WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen, Fifth edition. Switzerland.
2. Pallavi Dagli, Vijay Jethava, Jay Sheth

- (2014), "Orchidometer – Useful office practice tool for assessment of male puberty", NHL Journal of Medical Sciences, 3(2): 58-63.
3. Vũ Công Hòe, Vi Huyền Trác, Nguyễn Vương và CS (1976), Kỹ thuật hiển vi thông thường, Nhà xuất bản y học.
4. Palade G.E. (1952), "A study of fixation for electron microscopy", The Journal of Experimental Medicine, 95: 285-298.
5. Nguyễn Kim Giao (2004), Hiển vi điện tử truyền qua, Nhà xuất bản Y học.
6. Schlegel PN (1999), "Testicular sperm extraction: microdissection improves sperm yield with minimal tissue excision", Hum Reprod, 14(1): 131-135.
7. Kimura M., Itoh N., Takagi S., Sasao T., Takahashi A., et al (2003), "Balance of Apoptosis and Proliferation of Germ Cells Related to Spermatogenesis in Aged Men", Journal of Andrology, 24(2): 185 – 191.
8. Silber SJ. (2000), "Microsurgical TESE and the distribution of spermatogenesis in non-obstructive azoospermia", Hum Reprod, 15: 2278-84

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN TẠI XÃ HÓA TRUNG, HUYỆN ĐỒNG HỖ, TỈNH THÁI NGUYÊN

Trần Giang Nam*, Trương Thị Thùy Dương*,
Trần Thị Huyền Trang*, Nguyễn Thị Ánh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tăng huyết áp và mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng tăng huyết áp của người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại xã Hóa Trung, huyện Đông Hồ, tỉnh Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, với thiết kế cắt ngang trên 439 người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại xã Hóa Trung, huyện Đông Hồ, tỉnh Thái Nguyên. Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Chỉ số huyết áp được đo bằng máy huyết áp tự động của Nhật Bản (OMRON, model HEM - 7111) và đánh giá theo tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại của WHO/ISH năm 2003. **Kết quả:** Kết quả cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành khá cao (35,3%). Tỷ lệ người dân hiểu biết về các khái niệm tăng huyết áp và các dấu hiệu, hậu quả của tăng huyết áp thấp: 12,1% người dân hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp, 44,0% biết dấu hiệu hoa mắt/chóng mặt, 28,2% biết hậu quả đột quỵ. Tỷ lệ người dân hiểu về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp rất thấp: 13,2% biết uống nhiều

rượu bia, 10,3% biết ăn nhiều đồ xào/rán. Tỷ lệ người dân biết tăng huyết áp có thể dự phòng được chiếm 50,3%. Kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu ở mức tốt chỉ đạt 13,7%. Thực hành chung ở mức tốt chỉ chiếm 32,3% trong khi thái độ chung của đối tượng nghiên cứu ở mức tốt chiếm tỷ lệ 82,0%.

Khuyến nghị: Tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao khả năng phòng ngừa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng.

Từ khóa: Người trưởng thành, kiến thức, thái độ, thực hành, tăng huyết áp, tỉnh Thái Nguyên.

SUMMARY

THE STATUS OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE ON PREVENTION OF HYPERTENSION OF ADULTS AGED 18 YEARS OLD AND ABOVE IN HOA TRUNG COMMUNE, DONG HO DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE

Objectives: To determine the prevalence of hypertension and describe the knowledge, attitude and practice of hypertension prevention for adults aged 18 and above in Hoa Trung commune, Dong Ho district, Thai Nguyen province. **Subjects and research methods:** The study was conducted according to the descriptive method, with a cross-sectional design on 439 adults aged 18 and older in Hoa Trung commune, Dong Ho district, Thai Nguyen province. The knowledge, attitude and practice of the people were interviewed according to a set of pre-

* Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Giang Nam

Email: dr.ph.giangnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.12.2019

Ngày duyệt bài: 25.12.2019