

6. **K Elsayad, M Oertel, L Konig et al** (2020). Maximizing the Clinical Benefit of Radiotherapy in Solitary Plasmacytoma: An International Multicenter Analysis, *Cancers* (Basel), 12(3).
7. **M Oertel, K Elsayad, KJ Kroeger et al** (2019). Impact of radiation dose on local control and survival in extramedullary head and neck plasmacytoma, *Radiat Oncol*, 14(1), 63.
8. **QW Li, SQ Niu, HY Wang et al** (2015). Radiotherapy Alone is Associated with Improved Outcomes Over Surgery in the Management of Solitary Plasmacytoma, *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), 3741-5.
9. **EG de Waal, M Leene, N Veeger et al** (2016). Progression of a solitary plasmacytoma to multiple myeloma. A population-based registry of the northern Netherlands, *Br J Haematol*, 175(4), 661-667.
10. **L Tournier-Rangeard, M Lapeyre, P Graff-Caillaud et al** (2006). Radiotherapy for solitary extramedullary plasmacytoma in the head-and-neck region: A dose greater than 45 Gy to the target volume improves the local control, *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 64(4), 1013-7.

ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO SAU MỔ LỖ TIỂU LỆCH THẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016 - 2023

Vũ Hồng Tuấn^{1,2}, Phạm Quang Hùng^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 128 hồ sơ hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2016 - 2023. **Kết quả:** Tiền sử phẫu thuật LTLT: thể dương vật 73,6%, phẫu thuật 1 thì chiếm 96,7% và kỹ thuật Duckett 52,7%. Thời gian xuất hiện hẹp 83,6% trong vòng 3 tháng sau mổ. Phân loại: hẹp lỗ tiểu 40,6%, hẹp niệu đạo 59,4%. Đặc điểm lâm sàng: 0,8% bí tiểu, 44,5% tiểu nhỏ giọt, 54,7% tia nhỏ lâu, viêm tiết niệu tái diễn 6,25%, viêm tinh hoàn mào tinh 3,9%, dương vật viêm nề đỏ 36,7%. Thời gian theo dõi từ 10 đến 92 tháng. Tỷ lệ thành công chung là 73,3%. Hẹp niệu đạo lại chiếm 26,7%. Tất cả các phương pháp phẫu thuật đều có tỷ lệ bị hẹp tái phát. Số lần phẫu thuật trung bình của nhóm BN này là 5,3 lần (2-9 lần). **Kết luận:** Hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp là một biến chứng nặng, không thường gặp nhưng khi xảy ra còn nhiều khó khăn trong xử lý. Phẫu thuật viên cần đánh giá đầy đủ thương tổn, có đủ kỹ năng để chọn lựa phương pháp xử lý thích hợp.

Từ khóa: Lỗ tiểu lệch thấp, biến chứng sau mổ, hẹp lỗ tiểu, hẹp niệu đạo.

SUMMARY

TREATMENT OF THE URETHRAL STRICTURE AFTER HYPOSPADIAS REPAIR AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD FROM 2016 TO 2023

Objectives: Evaluating the treatment results of urethral stricture after hypospadias repair at the

Department of Pediatric and Neonatal - VietDuc university hospital. **Material and method:** Retrospective case series, 128 patients with urethral stricture after hypospadias repair at VietDuc university hospital from 2016 to 2023. **Results:** History of hypospadias surgery: penile 73,6%, 1-stage surgery 96,7% and Duckett technique 52,7%. Time of appearance of stenosis 83,6% within 3 months after primary surgery. Classification: meatal stenosis 40,6%, urethral stenosis 59,4%. Clinical characteristics: 0,8% urinary retention, 44,5% dribbling, 54,7% long stream, recurrent urinary tract infection 6,25%, epididymitis 3,9%, swollen penis 36,7%. Follow-up period ranged from 10 to 92 months. The overall success rate of surgery is 73,3%, stricture recurrence 26,7%. All surgical methods had failure rates. The average number of surgeries for this group of patients was 5,3 times (2-9 times). **Conclusion:** Urethral stricture after hypospadias surgery is a serious complication, not common, but when it occurs, it is difficult to handle. Surgeons need to fully evaluate the injury and have enough skills to choose the appropriate treatment method.

Keywords: Hypospadias, complication, meatal stenosis, urethral stricture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong y văn nhiều báo cáo khẳng định lỗ tiểu lệch thấp (Hypospadias - LTLT) là một thách thức cho các phẫu thuật viên tiết niệu Nhi, nguyên nhân do phẫu thuật có nhiều biến chứng, dễ thất bại hoặc để lại di chứng cần phải sửa chữa nhiều lần, gây tổn kém và ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhi. Các biến chứng hay gặp đó là: rò niệu đạo (NĐ), hẹp NĐ, toác tút lỗ NĐ, cong dương vật, túi thừa NĐ... Hẹp niệu đạo là biến chứng hay gặp đứng thứ hai sau rò trong phẫu thuật LTLT. Đây là biến chứng nặng nhất, việc điều trị khó khăn, đa số phải tạo hình lại, có thể phải mổ cấp cứu dẫn lưu NĐ. Rất khó để xác định tỷ lệ chính xác của hẹp sau mổ LTLT, các

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Email: hongtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

cải tiến kỹ thuật mổ đều mục tiêu giảm biến chứng này, theo Baskin (2006) tỷ lệ hẹp đã giảm đáng kể, dưới 5%.¹ Các nghiên cứu (NC) ở Việt Nam báo cáo tỷ lệ hẹp ND sau mổ LTLT khoảng từ 0-20%, tùy thuộc vào phẫu thuật viên, thể bệnh, phương pháp mổ.^{1,2} Biểu hiện hẹp sau mổ là tia tiểu nhỏ, tiểu phải rặn, có thể tia tiểu quá mạnh nhỏ hay tiểu yếu, tiểu khó, ứ nước tiểu, nhiễm khuẩn tiết niệu, tiểu ngắt quãng, tiểu không tự chủ. Khám thực thể có lỗ rò, hẹp có xơ trắng ở lỗ sáo, giảm lưu lượng dòng tiểu. Tỷ lệ thành công của sửa chữa hẹp ND phụ thuộc vào mức độ nặng của hẹp, độ dài đoạn hẹp, phương pháp phẫu thuật LTLT. Thông thường sẽ bắt đầu bằng nong ND, tuy nhiên có thể tái hẹp nhanh chóng sau nong. Với các trường hợp hẹp tại lỗ tiểu có thể tạo hình mở rộng với các đường rạch chữ V.³ Có thể cắt đoạn hẹp ND nối lại ngay hoặc mở đoạn hẹp ND ra da. Một số trường hợp cần sử dụng niêm mạc miệng để tạo máng ND.^{1,4} Các báo cáo có nhắc đến biến chứng hẹp ND nhưng rất ít báo cáo riêng biệt cho hẹp ND sau mổ LTLT. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của các trường hợp hẹp ND tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 128 hồ sơ bệnh án chẩn đoán hẹp sau mổ LTLT được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh – bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn từ 2016 đến 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tiền sử phẫu thuật LTLT: thể bệnh, phương pháp phẫu thuật (1 thì hay 2 thì).

- Đặc điểm lâm sàng của hẹp: tia tiểu, phù nề dương vật, thời gian xuất hiện, loại thương tổn... Chúng tôi phân loại các dạng thương tổn hẹp sau mổ LTLT như sau:

• Hẹp lỗ tiểu: đã có lỗ tiểu ở đỉnh qui đầu, nước tiểu vẫn có tia ra qua lỗ tiểu. Trong mổ đánh giá chỉ hẹp ở lỗ tiểu, ND phía dưới rộng, không hẹp. Có thể kèm biến chứng như rò ND, túi phình...

• Hẹp niệu đạo: có thể có lỗ tiểu ở đỉnh qui đầu hoặc không. Trong mổ xác định 1 đoạn ND bị hẹp hoặc hẹp chỗ miệng nối. Có thể kèm theo các biến chứng khác kể cả hẹp lỗ tiểu. Phân loại thương tổn: hẹp miệng nối niệu đạo, hẹp 1 phần (đoạn ND ở giữa dương vật), hẹp toàn bộ (hẹp đến đỉnh qui đầu hay không có ND qui đầu).

- Đặc điểm trong mổ: thời gian phẫu thuật (phút), phương pháp mổ

- Kết quả điều trị: Chúng tôi chia kết quả điều trị làm 2 nhóm:

○ Phẫu thuật thành công: Bệnh nhân không còn rò ND, không hẹp, dương vật không cong hoặc cong nhỏ hơn 10°, lỗ niệu đạo đúng vị trí ở qui đầu và đạt được thẩm mỹ.

○ Phẫu thuật còn biến chứng: khi phải mổ lại do rò niệu đạo, toác niệu đạo, hẹp lại niệu đạo, túi thừa niệu đạo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 8 năm từ 2016 đến 2023, dựa theo số ra vào viện của khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, có 2927 lượt bệnh nhân (BN) điều trị bệnh lỗ tiểu lệch thấp, có 128 hồ sơ bệnh án (4,4%) được điều trị hẹp niệu đạo sau mổ LTLT. 128 hồ sơ bệnh án là của 91 BN được phẫu thuật, trong đó có: 67 BN phẫu thuật 1 lần chiếm 73,6%, 14 BN mổ 2 lần chiếm 15,4%, 7 BN mổ 3 lần chiếm 7,7%, 3 BN điều trị 4 lần chiếm 3,3%.

- Tuổi trung bình khi phẫu thuật là: 6,71±3,56 (năm), nhỏ nhất là 2,33 năm, lớn nhất là 15 tuổi. Nhóm tuổi từ 4 đến 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%.

- Tiền sử phẫu thuật LTLT: về thể bệnh thì có thể rãnh qui đầu 3,3%, thể dương vật 73,6%, thể gốc dương vật-bù 14,3%, thể bù 4,4%, thể tăng sinh môn 4,4%. Phẫu thuật 1 thì chiếm 96,7%.

- Thời gian xuất hiện triệu chứng hẹp sau mổ LTLT: trong vòng 1 tuần sau khi rút ống thông tiểu 5,5%, từ 1-4 tuần sau mổ 48,4%, từ 1-3 tháng sau mổ 29,7%, từ 3-6 tháng sau mổ 7,7%, từ 6-12 tháng 5,5%, hơn 1 năm sau mổ 3,2%.

- Đặc điểm lâm sàng của hẹp: Có 76 hồ sơ chẩn đoán hẹp niệu đạo sau mổ LTLT chiếm 59,4%. Có 52 hồ sơ chẩn đoán hẹp lỗ tiểu sau mổ LTLT chiếm 40,6%. Thời điểm mổ hẹp ND cách lần mổ đầu tiên LTLT sớm nhất 3 ngày, xa nhất 7 năm.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng		Hẹp lỗ tiểu (n=52)	Hẹp niệu đạo (n=76)	Tổng (%)
Tia đài	Bí tiểu	0	1	1(0,8%)
	Tiểu nhỏ giọt	10	47	57 (44,5%)
	Tia tiểu nhỏ, mạnh, ngắt quãng, tiểu lâu	42	28	70 (54,7%)
Có tiền sử điều trị viêm tiết niệu		5	3	8(6,25%)
Tiền sử viêm tinh		2	3	5(3,9%)

hoàn, mào tinh			
Lỗ tiểu	Xơ hẹp	25	5
	Không xơ	27	71
Phù nề dương vật	Cổ	15	35
	Không	37	41

- Phương pháp xử lý: có 19 BN nông ND đơn thuần 14,8%, 5 BN (3,9%) nông và đặt stent, 23,4% tạo hình lỗ tiểu, 2 BN nội soi cắt hẹp, 28,9% mở niệu đạo, 11,7% cắt nối chỗ hẹp, tạo hình lại niệu đạo 1 thì với vật tự do 4,9% và vật da bìu có cuống 6,3%, có 6 trường hợp (4,7%) hẹp ND hoàn toàn phải dùng mảnh ghép niêm mạc miệng theo kỹ thuật Bracka.

Bảng 2. Môi liên quan phương pháp mổ với loại hẹp niệu đạo

Phương pháp mổ		Loại hẹp		Thời gian mổ trung bình (phút)
		Hẹp lỗ tiểu (n=52)	Hẹp niệu đạo (n=76)	
Nong niệu đạo	Đơn thuần	17	2	20,7±3,5
	Kèm thay đặt stent	5	0	23,8±5,3
Tạo hình lỗ niệu đạo		30	0	25,3±4,1
Nội soi ND cắt hẹp		0	2	35 phút
Mở niệu đạo		0	37	52,5±10,3
Cắt nối chỗ hẹp		0	15	70,2±9,8
Tạo hình lại niệu đạo một thì	Vật tự do	0	6	80,8±10,3
	Vật có cuống	0	8	75,8±12,3
Kỹ thuật Bracka		0	6	190,2±21,5
Tổng				63,4±12,3

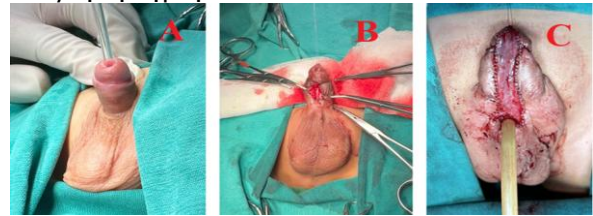
Nhận xét: Thương tổn hẹp lỗ tiểu thường có phương pháp mổ tại chỗ là nong, đặt stent niệu đạo hoặc tạo hình lỗ tiểu. Thời gian mổ thường nhanh hơn hẳn nhóm phẫu thuật hẹp ND, $p < 0,05$ (kiểm định t-test). Các kỹ thuật tạo hình lại ND hay kỹ thuật Bracka thời gian mổ dài hơn.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật của các lần mổ hẹp (n=128)

Phương pháp phẫu thuật	Tổng	Thành công	Hẹp lại
Nong niệu đạo	Đơn thuần	19	11
	Kèm thay đặt stent	5	2
Tạo hình lỗ niệu đạo		30	21
Nội soi ND cắt hẹp		2	1
Mở niệu đạo		37	34
Cắt nối chỗ hẹp		15	12
Tạo hình lại niệu đạo một thì	Vật tự do	6	3
	Vật có cuống	8	6
Kỹ thuật Bracka		6	4

Tổng	128 (100%)	94 (73,3%)	34 (26,7%)
------	---------------	---------------	---------------

Nhận xét: Tỷ lệ thành công chung là 73,3%. Tỷ lệ có triệu chứng hẹp lại chiếm 26,7%. Tất cả các phương pháp phẫu thuật đều có tỷ lệ bị hẹp lại.



Hình 1. Các phương pháp xử lý hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp

(A: Nong và đặt Stent; B: Mở niệu đạo ra da; C: Tạo máng niệu đạo bằng niêm mạc miệng)

- Nghiên cứu có thời gian theo dõi dài nhất 92 tháng và ngắn nhất 10 tháng. Số lần phẫu thuật trung bình của nhóm BN này là 5,3 lần, ít nhất là 2, nhiều lần nhất là 9 lần. Tính từ thời điểm mổ lần đầu LTLT, bệnh nhân mổ gần nhất cách 2 năm, xa nhất cách 13 năm, 85,7% phẫu thuật thành công, 14,3% vẫn đang còn biến chứng. Trong đó 7,7% còn rò niệu đạo, 5,6% tia tiểu còn nhỏ. Ngoài ra 30/91 BN (32,9%) có bản khoăn về kích thước dương vật (nhỏ hơn so trẻ cùng tuổi).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp ngày càng được hạ xuống, càng sớm hơn, thường khoảng từ 1-3 tuổi. Biến chứng hẹp ND là một biến nặng nhất, cần phát hiện và can thiệp sớm. Trần Ngọc Sơn (2019)⁵ báo cáo 14 BN đặt stent niệu đạo ở BV Nhi Trung Ương thì tuổi trung bình 5,8 tuổi, từ 4 đến 9 tuổi. Trần Ngọc Bích (2022)⁶ mổ từ tháng 10/2013 tới tháng 1/2022, 49 BN bị hẹp ND với tuổi trung vị là 8 tuổi. Hsiao (2003) báo cáo tại bang Georgia của Mỹ với 50 ca bệnh hẹp ND sau mổ LTLT thì tuổi mổ trung bình là 7,7 tuổi.³ Trong NC của chúng tôi thì tuổi PT trung bình khi phẫu thuật là 6,71±3,56 (năm), nhỏ nhất là 2,33 năm, lớn nhất là 15 tuổi. Như vậy lứa tuổi mổ trong NC còn cao, nhưng giống các NC đã công bố. Trong NC này, LTLT thể dương vật hay gặp nhất chiếm 73,6%, thể rãnh qui đầu 3,3%, thể gốc dương vật bìu 14,3%, thể bìu 4,4% và thể tăng sinh môn 4,4%. Chủ yếu là phẫu thuật 1 thì chiếm 96,7%. Điều này hoàn toàn phù hợp giống các nghiên cứu về tỷ lệ bệnh, thể dương vật là hay gặp chiếm khoảng 50%. Tại Việt Nam cũng có 2 trường phái rõ rệt: phẫu thuật một thì và PT nhiều thì. Các kỹ thuật bảo tồn máng ND hay tạo

tắm niệu đạo để thì mổ thứ hai cuốn ND được áp dụng nhiều hơn ở các tác giả miền Nam và Trung. Các kỹ thuật cắt qua máng ND, có thể sử dụng vật có cuống hay không cuống được báo cáo nhiều bởi các tác giả miền Bắc.

Thời gian xuất hiện triệu chứng hẹp: sớm nhất là ngay sau khi rút ống thông tiểu, muộn nhất xuất hiện sau 7 năm. Chủ yếu xuất hiện trong vòng 3 tháng đầu chiếm 83,6%. Theo Trần Ngọc Sơn (2019)⁵ thời gian xuất hiện hẹp sau lần mổ đầu trung bình là khoảng 2,95 tháng. Snodgrass (2013)³ báo cáo tỷ lệ hẹp là 5/29 BN (17%), thời gian xuất hiện hẹp là từ 6 tuần đến 1,5 năm sau mổ. Theo lý giải của chúng tôi 3 tháng đầu tiên sau mổ LTLT, tổ chức dương vật còn nề, viêm nhiễm, đang hình thành sẹo nên dễ có các triệu chứng hẹp trong giai đoạn này. Những trường hợp hẹp ND xuất hiện muộn sau 1 đến 7 năm, chúng tôi chưa thể lý giải được, nguyên nhân có thể đến từ ND miệng nổi không lớn lên theo tuổi đặc biệt giai đoạn thiếu niên hoặc do ND tân tạo viêm nhiễm tái phát dẫn đến xơ hẹp. Trong NC này hẹp niệu đạo 59,4%, hẹp lỗ tiểu 40,6%. Nguyễn Anh Tuấn (2016)⁷ báo cáo 30 ca bệnh thì phân loại 10% hẹp mức độ nhẹ, 23,33% hẹp mức độ vừa, 66,67% hẹp mức độ nặng, trong bài báo tác giả không định nghĩa rõ phân loại này. Trong 14 BN được tác giả Trần Ngọc Sơn (2019)⁵ điều trị hẹp ND bằng nong và đặt stent tại BV Nhi TW đều là hẹp 1 phần niệu đạo với triệu chứng lâm sàng là tia tiểu nhỏ. Cách phân loại hẹp của chúng tôi trong nghiên cứu này là rõ ràng và định hướng phương pháp phẫu thuật cho các ca bệnh hơn so với các báo cáo khác. Về mặt logic rõ ràng xử lý các trường hợp chỉ hẹp ở lỗ tiểu sẽ dễ dàng hơn so với hẹp niệu đạo. Morrison (2018)⁸ báo cáo 32 TH hẹp ND sau mổ LTLT ở người lớn, thì chỉ có 1 BN hẹp lỗ tiểu, còn lại 31 BN là đều hẹp 1 đoạn ND, nên 90% BN phải tạo hình nhiều thì. Nguyễn Anh Tuấn (2016)⁷ báo cáo 21,42% hẹp ND một phần, 71,42% hẹp ND toàn bộ. Các tác giả đều nhận định thương tổn càng nặng thì sửa chữa lại càng khó, nhiều biến chứng. Chúng tôi cũng đồng tình với quan điểm đó. Tất cả các BN (100%) đều vào viện vì có dấu hiệu bất thường về tia tiểu trong đó bí tiểu 1 TH (0,8%), tiểu nhỏ giọt 44,5%, Tia tiểu nhỏ, mạnh ngắt quãng, tiểu lâu 54,7%. Hầu như tất cả NC đều chỉ dựa vào các biểu hiện tia tiểu nhỏ để đi đến quyết định can thiệp lại cho bệnh nhân, thường ít khi chờ đợi đến tình trạng bí tiểu hoàn toàn. Ca bệnh bí tiểu hoàn toàn trong nghiên cứu này là 1 trường hợp BN người dân tộc được phẫu thuật tại tuyến tỉnh trong chương trình từ thiện, sự hiểu biết có

nhiều hạn chế, khi đến bệnh viện trong tình trạng cầu bàng quang, dương vật phù nề, viêm tấy. BN đã được chọc dẫn lưu nước tiểu tạm thời trên xương mu với kim lùn, và can thiệp mở niệu đạo ra da ngày hôm sau. Trong y văn cũng đã thông báo các trường hợp viêm đường tiết niệu hoặc viêm tinh hoàn tái diễn sau mổ LTLT, đây là những dấu hiệu kín đáo của hẹp niệu đạo, mặc dù gia đình và đứa trẻ khai tia tiểu bình thường, nhưng các khuyến cáo vẫn nên soi kiểm tra lại niệu đạo. Hiện tượng này là do sự trào ngược, tiểu không hết sau mỗi lần tiểu, nếu không giải quyết nguyên nhân hẹp thì thường không thể hết các triệu chứng này được. Xiao (2023)⁹ mô tả 8 BN hẹp ND sau mổ LTLT, có 4 BN (50%) có các dấu hiệu nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, 2 BN viêm mào tinh hoàn (25%). Lỗ tiểu có biểu hiện xơ hẹp chủ yếu gặp ở nhóm hẹp lỗ tiểu 25/52 BN, có 5/76 BN xơ hẹp lỗ tiểu ở nhóm hẹp ND. Trần Ngọc Sơn (2019)⁵ báo cáo có 6/14 BN xơ hẹp lỗ tiểu. Một số báo cáo cho rằng nguyên nhân cuối cùng và có lẽ là nghiêm trọng nhất của hẹp miệng sáo được phát hiện khi theo dõi lâu dài sau khi sửa chữa LTLT nguyên phát là sự quá sản và xơ ở đầu dương vật (balanitis xerotica obliterans - BXO). Trong NC này tỷ lệ phù nề dương vật là 30,9%, trong đó thương tổn hẹp ND có 35/76 BN cao hơn ở nhóm hẹp lỗ tiểu 15/52 BN có ý nghĩa thống kê. Phù chủ yếu xảy ra ở dương vật hoặc bìu, đôi khi ở miệng sáo nhưng thường chỉ làm dòng tiểu bị phun rộng ra tạm thời mà không để lại hậu quả lâu dài. Tỷ lệ phù sau phẫu thuật theo y văn vào khoảng 11,11%. Nguyên nhân phù: có thể là phù bạch huyết do thắt nghẹt ở vị trí nào đó thường là gốc dương vật, do chảy máu, do nhiễm trùng, có thể là do nước tiểu thoát ra ngoài do ống thông bị tắc hoặc co thắt bàng quang. Có NC đã cho rằng, phù nề dương vật kéo dài gợi ý một tình trạng rò nước tiểu ra ngoài ống niệu đạo, dễ dẫn đến xơ hẹp niệu đạo sau này. Khi khám kỹ dương vật chúng ta sẽ định hướng được đây là thương tổn hẹp ở ND là những trường hợp khi khám sờ dọc ND sẽ thấy các cục xơ, cứng chắc.

Mặc dù còn phụ thuộc vào phẫu thuật viên, nhưng phương pháp truyền thống điều trị chít hẹp niệu đạo luôn bắt đầu bằng nong hoặc cắt ND bằng mắt thường. Duel (1998)¹⁰ đã báo cáo những phát hiện tương tự về việc điều trị hẹp sau mổ, với 29 bệnh nhân được điều trị ban đầu bằng cách nong hoặc cắt ND nội soi, 79% trong số đó được yêu cầu tạo hình ND. Vì vậy, việc cắt niệu đạo một phần cùng nong ND mang lại lợi ích lớn hơn, tuy nhiên khi chít hẹp tái phát,

phương pháp điều trị này nên được loại bỏ và thay vào đó là tạo hình sớm niệu đạo. Trần Ngọc Bích (2022)⁶ với 49 BN bị hẹp ND xử lý lại cũng rất đa dạng về kỹ thuật mổ: Cắt chỗ hẹp rồi nối lại ở 6,1%, mở rộng chỗ hẹp bằng tạo hình Y-V 6,1% và vá bằng mảnh ghép da 10,2%, dùng kỹ thuật Duplay 18,4% và bằng mảnh ghép da dày 59,2%. Tỷ lệ thành công là 77,6%, biến chứng là 22,4 % bao gồm rò 12,2% (6/49), hẹp ND là 8,2% (4/49), cong dương vật là 2% (1/49). Tác giả kết luận tùy thuộc vào loại hẹp, mức độ, độ dài hẹp và tình trạng da tại chỗ mà chọn lựa kỹ thuật mổ phù hợp để có được tỷ lệ thành công cao. Chúng tôi đồng tình với nhận định này. Trong NC này, tỷ lệ thành công chung là 73,3%. Tỷ lệ có triệu chứng hẹp lại chiếm 26,7%. Tất cả các phương pháp phẫu thuật đều có tỷ lệ bị hẹp lại. Tỷ lệ hẹp lại nhóm nong đơn thuần 42,1%, kèm đặt stent 60%. Tỷ lệ này là tương đương các báo cáo của Trần Ngọc Bích với 94,3%. Các NC báo cáo các kỹ thuật và xử lý tổn thương hẹp khác nhau như Edan (2022)¹¹ báo cáo 60 BN tạo hình lại lỗ ND chữ Y-V thì kết quả tốt ở 97%. Aboulela (2018)⁴ báo cáo 2 nhóm nội soi cắt hẹp, mỗi nhóm 21 BN, nhóm dùng Laser với thành công 76,2% tốt hơn hẳn nhóm dùng dao thường có thành công 47,6%. Weijing Ye xử lý 53 BN hẹp sau mổ LTLT với kỹ thuật Inlay thì tỷ lệ thành công là 84,9%, biến chứng 15,1%, trong đó còn 5 ca rò ND và 3 TH hẹp ND.³ Bảng 3 cho thấy tỷ lệ hẹp lại ở nhóm tổn thương hẹp lỗ tiểu (18/52) cao hơn nhóm hẹp niệu đạo (16/76) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Qua đây chúng tôi nhận định rằng, chính sửa lại các hẹp lỗ tiểu ở đỉnh qui đầu là dai dẳng hơn so với các tổn thương dưới thấp. Thực tế khi thăm dò hẹp trong mổ bằng các que nong thường các thương tổn hẹp lỗ tiểu thường qua dễ dàng nên PTV thường chọn lựa dừng lại chỉ đặt ống thông số to hơn que nong, tuy nhiên sau khi rút ống thông 1 thời gian thường dễ hẹp lại do các xơ hóa ở lỗ niệu đạo. Nhiều tác giả đã khuyến cáo các tổn thương này nên bắt đầu bằng cách bôi kem steroid kéo dài 1 thời gian, mục đích làm mềm sẹo ở quanh lỗ niệu đạo. Có rất nhiều phương pháp khác nhau để tạo hình lại niệu đạo sau phẫu thuật sửa chữa LTLT. Trong trường hợp có sẹo lớn hoặc cong dương vật, phương pháp tiếp cận tốt nhất là phẫu thuật hai thì. Trong cách tiếp cận này, tất cả các mô sẹo, kể cả niệu đạo cũ, đều được cắt bỏ. Một tấm niêm mạc miệng ghép được đặt lên và cố định bằng băng ép. Khoảng 6 tháng sau, miệng ghép sẽ được tạo hình ống và kết quả là phục hồi cả chức năng và thẩm mỹ. Có thể thực hiện niêm mạc miệng như

PT 1 thì, nhưng kết quả thường kém hơn so với các tiếp cận bằng qui trình 2 thì. Mặc dù Bracka muốn khuyến nghị cách tiếp cận PT 2 thì cho phần lớn, nhưng vẫn có một số báo cáo sửa chữa hẹp ND 1 thì vẫn cho kết quả khả quan.³ Đối với các đoạn chít hẹp ngắn của niệu đạo vùng qui đầu hay vùng dương vật, luôn có đủ lượng da và đặt nó vào ND đã rạch ở mặt bụng gọi là kỹ thuật Inlay.³

Tại thời điểm kết thúc NC, tính từ thời điểm mổ lần đầu, BN mổ gần nhất cách 2 năm, xa nhất cách 13 năm. Khám cho thấy 13 BN (14,3%) vẫn đang còn biến chứng, và 32,9% có biến chứng về kích thước dương vật nhỏ, số lần phẫu thuật trung bình của nhóm BN này là 5,3 lần. Cũng giống với NC của Xiao (2023)⁹ ở 8 BN hẹp niệu đạo sau mổ LTLT thì số lần mổ lại từ 1-9 lần, trung bình 4,5 lần, tác giả cũng nhận định xử lý hẹp ND là rất mệt mỏi và khó chịu. Với kết quả này rõ ràng nói phẫu thuật LTLT vẫn còn là thách thức là chính xác. Với ngày càng nhiều các nghiên cứu sâu về bệnh LTLT, về xử lý biến chứng sau mổ LTLT như NC này thì chúng tôi tin tưởng rằng phẫu thuật LTLT ở Việt Nam sẽ ngày càng cải thiện tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp là một biến chứng nặng, không thường gặp nhưng khi xảy ra còn nhiều khó khăn trong xử lý. Chẩn đoán hẹp sau mổ thường dựa vào các biểu hiện về tia tiểu và nhiễm khuẩn tiết niệu. Phẫu thuật viên cần đánh giá đầy đủ thương tổn, có đủ kinh nghiệm và kỹ năng phẫu thuật để chọn lựa phương pháp xử lý thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baskin, L. S.; Ebberts, M. B.** Hypospadias: Anatomy, Etiology, and Technique. *J Pediatr Surg* 2006, 41 (3), 463–472.
2. **Phạm Ngọc Thạch.** Kết quả điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể giữa và thể sau theo 4 phương pháp khác nhau. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh* 2015, tập 19 – phụ bản số 5, 144–149.
3. **Snodgrass, W. T.; Granberg, C.; Bush, N. C.** Urethral strictures following urethral plate and proximal urethral elevation during proximal TIP Hypospadias Repair. *J Pediatr Urol* 2013, 9 (6 Pt B), 990–994.
4. **Aboulela, W.; ElSheemy, M. S.; Shoukry, M.** Visual internal urethrotomy for management of urethral strictures in boys: a comparison of short-term outcome of Holmium Laser versus Cold Knife. *Int Urol Nephrol* 2018, 50 (4), 605–609.
5. **Trần Ngọc Sơn, Lê Anh Dũng.** Những kết quả ban đầu của đặt stent điều trị hẹp niệu đạo sau mổ lỗ đài lệch thấp. nghiên cứu trên 14 bệnh nhân. *Tổng hội YHVN*, 2019 BV1. Tập 482, tháng 9-số đặc biệt/2019: Hội nghị ngoại nhi các nước

- Asean, trang 243-248.
6. **Trần Ngọc Bích, Trần Ngọc Sơn.** Điều trị phẫu thuật hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu thấp: kinh nghiệm ở 49 bệnh nhân. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa - BV Nhi trung Ương 2022, 6 (tập 3+4), 122–130.
 7. **Nguyễn Anh Tuấn, Trần Ngọc Bích.** Điều trị hẹp niệu đạo sau mổ dị tật lỗ tiểu lệch thấp. Y học Việt Nam 2016, Tập 445, tháng 8-số đặc biệt.
 8. **Morrison, C. D.; Cinà, D. P.; Gonzalez, C. M.** Surgical approaches and long-term outcomes in adults with complex reoperative Hypospadias repair. J Urol 2018, 199 (5), 1296–1301.
 9. **Xiao, Y.** An insight of pathological anatomy of urethral stricture and surgical manipulations for children suffered from Hypospadias. BMC Urol 2023, 23 (1), 40.
 10. **Duel, B. P.; Barthold, J. S.; Gonzalez, R.** Management of urethral strictures after hypospadias repair. J Urol 1998, 160 (1), 170–171.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU BỆNH COATS TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Hầu Dương Trung¹, Trần Thị Thu Hằng², Nguyễn Văn Huy²,
Nguyễn Xuân Tịnh³, Nguyễn Ngân Hà¹, Nguyễn Hạnh Giang¹,
Nguyễn Thị Nga Dương², Nguyễn Minh Phú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ban đầu bệnh Coats tại Bệnh viện Mắt Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 31 mắt của 30 bệnh nhân Coats tại Bệnh viện Mắt Trung Ương. Bệnh nhân sau khi điều trị được theo dõi ít nhất 6 tháng. Các tiêu chí đánh giá kết quả điều trị gồm tình trạng võng mạc và thị lực sau điều trị. **Kết quả:** Từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 9 năm 2024, có 31 mắt của 30 bệnh nhân (29 nam, 1 nữ) được chẩn đoán xác định bệnh Coats và được tiến hành điều trị. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 8.53 ± 5.36 . Giai đoạn 2B phổ biến nhất với 10 mắt, giai đoạn 2A ít nhất với 1 mắt. Phương pháp điều trị đầu tiên phổ biến nhất là quang đông ở giai đoạn 1-3A và lạnh đông ở giai đoạn 3B-5. Tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF được sử dụng điều trị bổ trợ trong 17 mắt. Thời lượng trung bình của quá trình theo dõi là 17 tháng. 28 mắt (90,3%) sau điều trị có võng mạc áp, tuy nhiên sau điều trị có 7 mắt còn tăng sinh dịch kính võng mạc. 11 mắt thị lực Snellen được cải thiện, 16 mắt thị lực ổn định và 4 mắt thị lực giảm. Tỷ lệ mắt tăng thị lực ở giai đoạn sớm và bệnh nhân trên 10 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mắt giai đoạn muộn và bệnh nhân dưới 10 tuổi. **Kết luận:** Kết quả điều trị ban đầu bệnh Coats tại bệnh viện Mắt Trung ương đạt thành công về mặt giải phẫu, giúp bảo tồn nhãn cầu cho bệnh nhân, thị lực có thể được cải thiện với những bệnh nhân được điều trị ở giai đoạn sớm.

Từ khóa: Bệnh Coats, anti-VEGF

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF COATS DISEASE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

³Bệnh viện Mắt Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phú

Email: hauduongtrung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

AT VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

Objects: To evaluate the initial treatment outcomes of Coats disease at the Vietnam National Eye Hospital. **Subjects and Methods:** This is a retrospective case series from a single center of children diagnosed with Coat's disease at Vietnam National Eye Hospital. Patients were followed up for at least 6 months post-treatment. Treatment outcomes were assessed based on retinal condition and visual acuity after treatment. **Results:** From September 2022 to September 2024, a total of 31 eyes from 30 patients (29 males and 1 female) were diagnosed with Coats disease. The mean age of the patients was 8.53 ± 5.36 years. Stage 2B was the most common, with 10 eyes, while Stage 2A was the least common, with 1 eye. The primary treatment modality was photocoagulation for early stages and cryotherapy for advanced stages. Intravitreal anti-VEGF injections were used as adjunctive therapy in 17 eyes. The mean follow-up duration was 17 months. After treatment, 28 eyes (90.3%) achieved retinal reattachment. However, 7 eyes still exhibited vitreoretinal proliferation. Visual acuity (Snellen) improved in 11 eyes, remained stable in 16 eyes, and decreased in 4 eyes. Eyes treated at earlier stages and patients over 10 years old showed a statistically significant higher rate of visual acuity improvement compared to eyes at later stages and patients under 10 years old. **Conclusion:** Initial treatment outcomes for Coats disease at the Vietnam National Eye Hospital demonstrated anatomical success, preserving the globe for patients. Visual acuity improvement was observed in patients treated at earlier stages.

Keywords: Coats disease, anti-VEGF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Coats là một bệnh lý giãn mạch máu võng mạc nguyên phát kèm xuất tiết ở trẻ em được mô tả lần đầu tiên vào năm 1908 bởi bác sĩ Geogre Coats. Mặc dù chưa biết rõ nguyên nhân bệnh sinh, nhưng các nghiên cứu đều chỉ ra bệnh xuất hiện chủ yếu ở trẻ nam, trong độ tuổi