

thương TK ngoại biên ($p < 0.05$).Albumin và kali máu không có mối liên hệ.

Giới hạn của nghiên cứu: Cỡ mẫu chưa lớn, phân bố không đều giữa các giai đoạn CKD. Thiếu nhóm chứng khỏe mạnh nội tại. Nghiên cứu cắt ngang nên chưa đánh giá được tiến triển tổn thương theo thời gian.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương TK ngoại biên là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân CKD3–5 chưa điều trị thay thế, với tỷ lệ bất thường lâm sàng 50%, điện sinh lý 87,1%. Rối loạn cảm giác chủ quan là chủ yếu, tiếp đến là rối loạn cảm giác khách quan và giảm PXGX; không ghi nhận yếu cơ.

Tổn thương điện sinh lý chủ yếu do giảm biên độ dẫn truyền, phù hợp cơ chế thoái hóa sợi trục, rõ hơn ở các dây chi dưới.

Mức độ suy thận, tuổi cao và thiếu máu liên quan đáng kể tới tổn thương TK, trong khi

albumin và kali máu không liên quan có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trọng Hưng** (2007). Nghiên cứu biểu hiện thần kinh ngoại vi ở người trưởng thành suy thận mạn tính giai đoạn cuối. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
2. **Đoàn Xuân Trường** (2008). Nghiên cứu biểu hiện tổn thương thần kinh ngoại vi ở người trưởng thành suy thận mạn tính giai đoạn 4. Luận án Thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Minh Phương** (2009). Nghiên cứu biểu hiện tổn thương thần kinh ngoại vi ở người trưởng thành suy thận mạn tính giai đoạn 3. Luận án Thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Hữu Công** (2013). Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Preston DC, Shapiro BE** (2020). Electromyography and Neuromuscular Disorders: Clinical-Electrophysiologic-Ultrasound Correlations. Elsevier.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO BẰNG VẬT ÚP NIÊM MẠC BAO QUY ĐẦU CÓ CUỐNG MẠCH Ở TRẺ BỊ LỖ TIỂU THẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Võ Cao Hoàng Phú¹, Lê Thanh Hùng²,
Đỗ Thành Trí¹, Phạm Hiếu Liêm^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lỗ tiểu thấp là dị tật bẩm sinh thường gặp của hệ tiết niệu ở trẻ trai. Phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch là phương pháp được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng kỹ thuật vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 31 bệnh nhi được phẫu thuật bằng kỹ thuật trên trong giai đoạn tháng 4/2024 đến 4/2025. **Kết quả:** Thể giữa chiếm 90,3%, hình thái bao quy đầu dạng “vành khăn” chiếm 93,5%, độ rộng sàn niệu đạo là $5,6 \pm 0,9$ mm. 100% được che phủ dương vật bằng da tại chỗ. Kích thước ống thông tiểu cỡ 8F được sử dụng phổ biến nhất với 80,6%. Tỷ lệ phẫu thuật thành công đạt 83,9% sau 6 tháng theo dõi. **Kết**

luận: Kỹ thuật tạo hình niệu đạo bằng vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, tỉ lệ thành công cao, chức năng niệu đạo sau mổ được phục hồi tốt với tỉ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** Lỗ tiểu thấp, vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch, tạo hình niệu đạo, đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF TRANSVERSE PREPUTIAL ONLAY ISLAND FLAP URETHROPLASTY IN CHILDREN WITH HYPOSPADIAS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Hypospadias is a common congenital anomaly of the male urinary tract. Single-stage urethroplasty using a transverse preputial onlay island flap is widely applied in clinical practice. **Objective:** To describe the clinical and surgical characteristics and evaluate outcomes of urethroplasty using the transverse preputial onlay island flap technique at Children's Hospital 1, Ho Chi Minh City. **Materials and Methods:** A descriptive case-series study was conducted on 31 pediatric patients who underwent the procedure between April 2024 and April 2025. **Results:** Midshaft hypospadias accounted for 90.3% of cases; preputial hood configuration was present in 93.5%; mean urethral plate width was 5.6

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP.HCM

³Trường Y, Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

± 0.9 mm. All patients had penile coverage using local skin. The 8F catheter was the most commonly used (80.6%). The overall surgical success rate (HOSE ≥ 14) was 83.9% at 6 months. **Conclusion:** Urethroplasty using a transverse preputial onlay island flap is a safe and effective technique, providing high success rates and good postoperative functional and cosmetic outcomes with low complication rates. **Keywords:** Hypospadias; Transverse Preputial Onlay Island Flap; Urethroplasty; Clinical characteristics; Surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu thấp (LTT) là một trong những tật bẩm sinh tiết niệu thường gặp ở trẻ em, tỉ lệ mắc phải hiện nay là 1/125 trẻ trai sơ sinh. Dị tật này xảy ra do sự phát triển bất thường trong quá trình hình thành niệu đạo, khiến lỗ tiểu mở ra ở mặt dưới quy đầu, bụng dương vật hoặc tăng sinh môn, thường kèm theo các biến dạng như cong, xoay dương vật và bao quy đầu thiếu ở mặt bụng. LTT không gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhi. Tuy nhiên, ở các trường hợp LTT thể sau, bệnh nhi thường phải ngồi xuống để tiểu tiện. Điều này khiến trẻ có xu hướng tự ti và mặc cảm ngoại hình, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và tâm lý của trẻ. Đặc biệt, khi bệnh nhi trưởng thành, tật cong dương vật thường gây khó khăn khi quan hệ tình dục và là nguyên nhân thứ phát gây vô sinh ở nam giới do cản trở sự cương dương vật và phóng tinh.

Phẫu thuật LTT là một phẫu thuật khó, tiềm ẩn nhiều rủi ro biến chứng, tổn kém và ảnh hưởng tâm lý bệnh nhi. Trên thế giới, đã có hơn 300 phương pháp điều trị LTT được công bố. Một trong những kỹ thuật được áp dụng rộng rãi với kết quả khả quan trong điều trị LTT thể giữa và thể sau là phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng vật úp bao quy đầu có cuống mạch (Preputial Onlay Island Flap Urethroplasty), được Duckett giới thiệu vào năm 1988 như một cải tiến của kỹ thuật vật da bao quy đầu hình đảo có cuống mạch ngang (Transverse Preputial Island Flap) mô tả năm 1980. Nguyên lý cơ bản là giữ nguyên sàn niệu đạo từ vị trí lỗ tiểu đóng thấp đến đỉnh quy đầu, đồng thời sử dụng vật da niêm mạc quy đầu có cuống mạch, được bóc tách theo hướng ngang, xoay xuống mặt bụng dương vật và khâu úp lên sàn niệu đạo để tạo hình niệu đạo. Đây là một kỹ thuật tạo hình niệu đạo một thì, đáng tin cậy, sử dụng niêm mạc bao quy đầu để tái tạo niệu đạo, đặc biệt phù hợp cho các trường hợp LTT thể giữa và xa có sàn niệu đạo hẹp.

Tại Việt Nam, kỹ thuật tạo hình này đã được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng, nhưng các nghiên cứu về kỹ thuật này còn hạn chế, chủ

yếu tập trung vào việc báo cáo tỉ lệ thành công và biến chứng chung. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhi bị LTT tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 31 bệnh nhi bị tật LTT được chẩn đoán, phẫu thuật và theo dõi tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025.

Tiêu chí chọn vào: Các bệnh nhi được chẩn đoán LTT nguyên phát và được điều trị phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng kỹ thuật vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch do cùng một e-kip phẫu thuật thực hiện theo quy trình thống nhất. Gia đình bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: bệnh nhi chưa xác định giới tính, bị cong dương vật trung bình – nặng ($> 30^\circ$), đã được can thiệp phẫu thuật trước, hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc bệnh nhi không tái khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả các trường hợp LTT được phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng kỹ thuật vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025, đáp ứng tiêu chí chọn mẫu.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

- **Chuẩn bị tiền phẫu:** Các bệnh nhi được nhập viện trước phẫu thuật ít nhất 1 ngày để khám lâm sàng, khai thác tiền sử, đánh giá hành vi tiểu tiện, làm xét nghiệm tiền phẫu và khám tiền mê.

- **Phẫu thuật:** Phẫu thuật được tiến hành dưới gây mê toàn thân kết hợp gây tê ngoài màng cứng. Bệnh nhi nằm ngửa, vùng hạ vị – sinh dục được vô khuẩn. Thiết kế đường mổ hình chữ “U” dọc hai bên sàn niệu đạo và quanh rãnh quy đầu (cách mép lỗ tiểu 3 – 5 mm), tiến hành bóc tách da quy đầu khỏi bao trắng, loại bỏ mô xơ nếu có và đánh giá cương dương vật để đánh giá độ cong. Bóc tách vật da niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch theo hướng ngang, có chiều dài tương ứng khoảng cách từ lỗ tiểu đến đỉnh quy đầu và chiều rộng đủ bao quanh ống thông tiểu. Vật được bóc tách nhẹ nhàng, bảo tồn tối đa mạch máu nuôi. Vật được xoay từ mặt lưng xuống mặt bụng, khâu đầu gần vào sàn niệu đạo và khâu úp dọc theo ống thông tiểu bằng chỉ PDS 7.0. Cuộn hai cánh quy đầu lại, che phủ

niệu đạo tân tạo bằng cuống mạch, sau đó đóng da bằng da dương vật tại chỗ.

- **Hậu phẫu:** Băng ép và phủ lên vết thương bằng gạc vaselin, theo dõi diễn tiến lâm sàng và biến chứng. Thời gian nằm viện từ 12-14 ngày, rút ống thông khi bệnh nhi tiểu tiện tốt và đủ điều kiện xuất viện.

- **Theo dõi và đánh giá sau mổ:** Bệnh nhi được tái khám sau 1 và 6 tháng để đánh giá hình thái, chức năng tiểu tiện, biến chứng sớm (trong thời gian nằm viện), biến chứng muộn và kết quả sau mổ theo thang điểm HOSE – Hypospadias Objective Scoring Evaluation (sau mổ 6 tháng).

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi được thu thập được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Nhi Đồng 1 phê duyệt theo số quyết định: 87/GCN-BVND1 ngày 03 tháng 5 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhi

Bảng 1. Đặc điểm nhóm tuổi và phân loại thể LTT ($n = 31$)

Nhóm tuổi	Thể LTT trước phẫu thuật			Tổng n (%)
	Thể trước	Thể giữa	Thể sau	
Nhóm 1 – 3 tuổi	0	23	2	25 (80,6)
Nhóm 4 – 6 tuổi	1	4	0	5 (16,1)
Nhóm 7 – 9 tuổi	0	1	0	1 (3,2)
Tổng n (%)	1 (3,2)	28 (90,3)	2 (6,5)	31 (100,0)

Tổng cộng có 31 bệnh nhi bị LTT, độ tuổi trung bình là $2,7 \pm 1,8$ tuổi (dao động từ 1 đến 9 tuổi), trong đó nhóm 1 – 3 tuổi chiếm đa số (80,6%). Thể giữa là thể lâm sàng phổ biến nhất (90,3%), tiếp theo là thể sau (6,5%) và thể trước (3,2%).

Không có trường hợp nào ghi nhận tiền sử gia đình mắc LTT. Kích thước quy đầu trung bình là $12,3 \pm 1,9$ mm, phần lớn bệnh nhi có quy đầu nhỏ (<14 mm) chiếm 77,4%. Về tính chất da bao quy đầu, có 29 trường hợp (93,5%) da bao quy đầu bình thường và 2 trường hợp (6,5%) bị viêm dính. Hình thái bao quy đầu dạng “vành khăn” chiếm ưu thế (93,5%), chỉ 2 trường hợp (6,5%) có hình thái bao quy đầu bình thường.

Đa số bệnh nhi (83,9%) không ghi nhận cong dương vật, năm trường hợp (16,1%) có cong nhẹ đến vừa ($8 - 25^\circ$) được xử trí bằng khâu gấp mặt lưng để làm thẳng trục trước khi tạo hình niệu đạo. Không có trường hợp nào ghi nhận xoay trục dương vật. Độ rộng sàn niệu đạo trung bình là $5,6 \pm 0,9$ mm, phần lớn có sàn mềm và nông.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật ($n = 31$)

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn/n (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	$96,3 \pm 12,0$
Chiều dài niệu đạo tân tạo (mm)	$18,6 \pm 5,7$
Tình trạng mô che phủ	
Da bao quy đầu	31 (100,0)
Da bao quy đầu và da bìu	0 (0,0)
Kích thước ống thông tiểu (Fr)	
6Fr	6 (19,4)
8Fr	25 (80,6)

Thời gian phẫu thuật trung bình là $96,3 \pm 12,0$ phút, dao động từ 80 đến 120 phút. Phần lớn các ca phẫu thuật (20 trường hợp, chiếm 64,5%) có thời gian thực hiện từ 90 đến dưới 120 phút. Chiều dài niệu đạo tân tạo trung bình là $18,6 \pm 5,7$ mm (dao động 15 – 30 mm). Phân tích tương quan Pearson cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chiều dài niệu đạo tân tạo và thời gian phẫu thuật ($r = 0,555$; $p = 0,001$), cho thấy khi chiều dài niệu đạo tăng thì thời gian phẫu thuật cũng tăng tương ứng.

Tất cả 31 trường hợp (100%) đều được che phủ dương vật bằng da tại chỗ, không có trường hợp nào phải sử dụng da bìu bổ sung. Về kích thước ống thông tiểu sử dụng trong phẫu thuật, cỡ 8F được sử dụng phổ biến nhất chiếm 80,6%, trong khi 6F được dùng ở 6 trường hợp (19,4%). Không có ca nào sử dụng ống thông kích thước 10F hoặc 12F.

3.3. Đặc điểm sau phẫu thuật

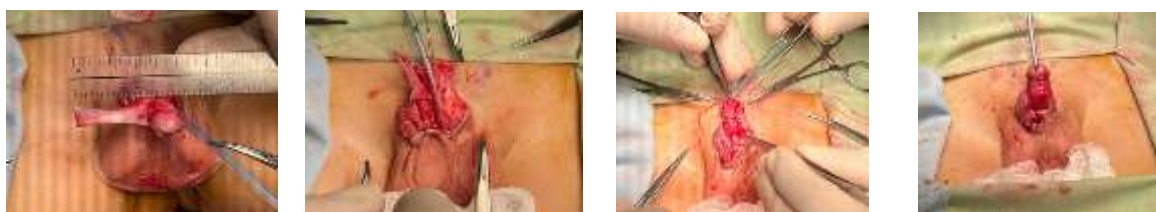
Bảng 3. Đặc điểm sau phẫu thuật ($n = 31$)

Đặc điểm	n (%)
Thời gian lưu thông tiểu	
< 10 ngày	2 (6,5)
10 – 12 ngày	18 (58,0)
13 – 14 ngày	11 (35,5)
Tình trạng cong dương vật sau mổ	
Có	0 (0,0)
Không	31 (100,0)
Biến chứng sớm trong thời gian nằm viện	
Phù nề da dương vật	4 (12,9)
Hoại tử vật, mô che phủ	3 (9,7)
Bung vết mổ	1 (3,2)

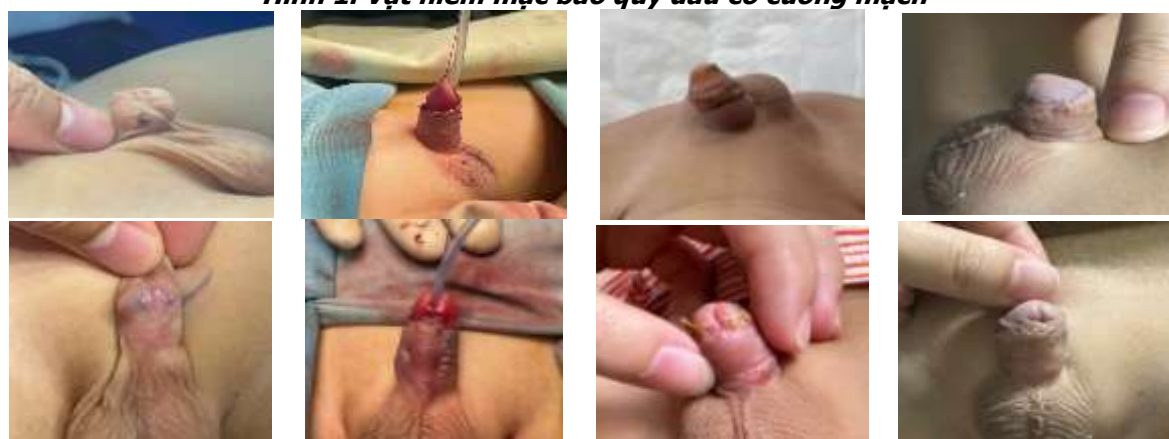
Rò niệu đạo	1 (3,2)
Biến chứng muộn sau khi xuất viện	
Lỗ tiểu thấp tái phát	3 (9,7)
Rò niệu đạo	2 (6,5)
U nang bì	1 (3,2)
Tỉ lệ phẫu thuật thành công (HOSE $\geq$ 14 điểm)	26 (83,9)

Thời gian lưu thông tiểu sau phẫu thuật dao động từ 8 – 14 ngày, trong đó từ 11 đến 12 ngày là mức phổ biến nhất (54,8%). Trong 05 trường hợp có cong dương vật nhẹ đến vừa trước mổ, tất cả đều được khắc phục hoàn toàn sau phẫu thuật, không ghi nhận cong tái phát. Trong

giai đoạn hậu phẫu, biến chứng sớm được ghi nhận ở 9 trường hợp (29%), phổ biến nhất là phù nề da dương vật (12,9%) và hoại tử mô che phủ (9,7%), không có trường hợp nào chảy máu, nhiễm khuẩn hay tụt thông tiểu. Về biến chứng muộn, có 6 bệnh nhi (19,4%) gặp biến chứng trong vòng 6 tháng theo dõi, bao gồm 3 trường hợp tái phát LTT (9,7%), 2 trường hợp rò niệu đạo (6,5%), và 1 trường hợp u nang bì (3,2%). Tỉ lệ bệnh nhi phẫu thuật LTT thành công bằng kỹ thuật tạo hình niệu đạo bằng vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch khi theo dõi đến tháng thứ 6 sau mổ là 83,9%.



Hình 1. Vạt niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch



Trước phẫu thuật

Ngay sau mổ

Sau mổ 1 tháng

Sau mổ 6 tháng

Hình 2. Hình ảnh lâm sàng

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhi trong nghiên cứu tại thời điểm phẫu thuật là $2,7 \pm 1,8$ tuổi, trong đó nhóm 1 – 3 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (80,6%). Đây là độ tuổi phù hợp với khuyến cáo của nhiều tác giả, giúp giảm tỉ lệ biến chứng và cải thiện kết quả thẩm mỹ. Braga và cộng sự ghi nhận tỉ lệ biến chứng tăng gấp đôi khi phẫu thuật sau 2 tuổi.¹ Về thể lâm sàng, thể giữa chiếm ưu thế (90,3%), thể trước và thể sau lần lượt chiếm 3,2% và 6,5%. Sự phân bố này khác với tỉ lệ thường gặp trong cộng đồng, nơi thể trước chiếm khoảng 50 – 90% các trường hợp LTT. Nguyên nhân chủ yếu do kỹ thuật vạt úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch thường được chỉ định cho các thể giữa và thể sau, những trường hợp có cấu trúc giải phẫu phức

tạp hơn. Trong khi đó, các thể trước thường được xử lý bằng các kỹ thuật đơn giản như Snodgrass hoặc Duplay nhằm rút ngắn thời gian mổ và giảm nguy cơ biến chứng. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có tiền sử gia đình mắc LTT, tuy nhiên nhiều công trình đã chỉ ra vai trò của yếu tố di truyền, với nguy cơ mắc dị tật cao gấp 8 – 10 lần ở trẻ có cha bị LTT.² Do đó, việc khai thác tiền sử gia đình vẫn cần được lưu ý trong đánh giá lâm sàng ban đầu.

Đặc điểm giải phẫu trong nghiên cứu ghi nhận đa số bệnh nhi (93,5%) có da bao quy đầu dạng vành khăn, kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thanh Tôn (2020)³ và Lê Nguyễn Yên (2024).⁴ Sản niệu đạo của bệnh nhi hầu hết mềm mại và nông, với độ rộng trung bình $5,6 \pm 1,0$ mm, thuộc nhóm hẹp theo phân loại của

Holland và Smith,⁵ kích thước này phù hợp với chỉ định sử dụng vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch để mở rộng chu vi niệu đạo tân tạo. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận mối tương quan thuận giữa chiều dài niệu đạo tân tạo và thời gian mổ ($r = 0,555$; $p = 0,001$), phù hợp với kết quả của Sihotang RC.⁶ Điều này cho thấy đoạn niệu đạo càng dài thì thao tác lấy vật và khâu úp càng phức tạp, làm tăng thời gian mổ và nguy cơ chảy máu trong mổ.

Toàn bộ bệnh nhi trong nghiên cứu chúng tôi đều được che phủ bằng da dương vật tại chỗ, trong khi đó Châu Văn Việt (2019)⁷ cho thấy có khoảng 12,5 – 14,3% trường hợp phải dùng bổ sung da bìu để che phủ dương vật. Việc sử dụng da tại chỗ sẽ giảm thiểu nguy cơ bất đối xứng vùng bìu, bất đồng màu da, xoắn vặn dương vật hay mọc lông vùng bìu trên thân dương vật. Về kích thước ống thông tiểu, nghiên cứu ghi nhận chủ yếu là cỡ 8 Fr (80,6%), tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tôn (2020)³ và Lê Nguyễn Yên (2024).⁴ Việc lựa chọn kích thước ống thông phù hợp giúp cân bằng giữa nguy cơ hẹp và giãn niệu đạo sau mổ. Về thời gian lưu thông tiểu sau phẫu thuật, kết quả cho thấy phổ biến nhất là 11 – 12 ngày (54,8%), tương đồng với nghiên cứu của Châu Văn Việt (2019)⁷ và Phạm Ngọc Thạch (2023),⁸ với thời gian duy trì thông tiểu phổ biến là 10 – 14 ngày, tùy thuộc chiều dài niệu đạo tân tạo và mức độ phức tạp của ca mổ.

Tỉ lệ biến chứng sớm trong thời gian nằm viện là 29%, chủ yếu là phù nề da dương vật (12,9%), các trường hợp này diễn tiến nhẹ và hồi phục hoàn toàn sau một tháng. Về biến chứng muộn, ghi nhận có 3 trường hợp (9,7%) LTT tái phát, liên quan đến 2 ca hoại tử vật và 1 ca bung vết mổ, dẫn đến phần lỗ tiểu không đạt được vị trí sinh lý tại quy đầu như mục tiêu phẫu thuật ban đầu. Tỉ lệ rò niệu đạo là 6,5%, cả hai trường hợp rò đều không có khả năng tự liền và được chỉ định phẫu thuật vá rò thì hai sau tối thiểu 6 tháng. Về tỉ lệ phẫu thuật thành công theo thang đo HOSE, kết quả đạt 83,9%, tương đồng với nghiên cứu của Châu Văn Việt (2019)⁷ với 83,7%. Nhìn chung, kết quả này khẳng định hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch.

Nghiên cứu góp phần củng cố bằng chứng về hiệu quả của kỹ thuật này trong điều kiện lâm sàng tại Việt Nam. Việc chuẩn hóa quy trình phẫu thuật, bảo tồn sàn niệu đạo, lựa chọn kích thước vật phù hợp và chăm sóc hậu phẫu có trọng điểm đóng vai trò quan trọng trong việc

nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), do đó chưa đánh giá được đầy đủ các biến chứng muộn và tính bền vững của kết quả phẫu thuật. Trong tương lai, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm khẳng định tính ổn định lâu dài của kỹ thuật này.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tạo hình niệu đạo một thì bằng vật úp niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật LTT thể giữa và thể sau. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công cao, hình thái và chức năng niệu đạo sau mổ được phục hồi tốt với tỉ lệ biến chứng thấp. Việc bảo tồn sàn niệu đạo, thiết kế vật phù hợp và chăm sóc hậu phẫu kỹ lưỡng là những yếu tố quan trọng giúp cải thiện kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Salle JLP Braga LH, Lorenzo AJ.** Comparative Analysis of Tubularized Incised Plate versus Onlay Island Flap Urethroplasty for Proximal Hypospadias. *J Urol.* 2007;186((6 Suppl)):2448-2452.
2. **Bharat More, Patel Ramnik V, Mishra Vibhash.** *Hypospadias.* In: Sinha CK, Davenport M, eds. *Handbook of Pediatric Surgery.* Springer International Publishing; 2022:261-267.
3. **Nguyễn Thanh Tôn.** Đánh giá kết quả tạo hình niệu đạo trên bệnh nhân lỗ tiểu thấp có quy đầu nhỏ bằng kỹ thuật vật ngang úp có cuống. Luận Văn Bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
4. **Lê Nguyễn Yên.** Đánh giá kết quả điều trị miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng bằng kỹ thuật Koyanagi cải tiến theo Hayashi. Luận Văn Tiến Sĩ Y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2024.
5. **A. J. Holland, Smith G. H.** Effect of the depth and width of the urethral plate on tubularized incised plate urethroplasty. *J Urol* 2000;164(2):489-491.
6. **Retta Catherina Sihotang,** Muhammad Haryo Satrio, Wahyudi Irfan, Irdam Gampo Alam. End-to-End Anastomotic Urethroplasty Outcome in Anterior and Posterior Traumatic Urethral Stricture: A Single-Center Experience. *The Open Urology and Nephrology Journal.* 2024/01/01/2024;17doi:https://doi.org/10.2174/011874303X316281240722045029
7. **Châu Văn Việt.** Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình niệu đạo điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể thân dương vật bằng vật - da niêm mạc bao quy đầu có cuống trục ngang. Luận Văn Tiến Sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2019.
8. **Phạm Ngọc Thạch.** Đánh giá các biến chứng sau điều trị lỗ tiểu thấp bằng kỹ thuật TIP. presented at: Hội nghị khoa học lần thứ XVII Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam, lần thứ IV VUNA-NORTH; 2023; Bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Session 528.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ TẠI KHOA PHỤ SẢN – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}, Đỗ Thị Thủy²,
Trần Minh Chiến¹, Đỗ Văn Hào²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phần phụ Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 57 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phần phụ tại Khoa Phụ Sản từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi từ 21 - 49 (70.1%) và phần lớn sống tại thành thị (64.9%). Hầu hết đang có chồng hoặc bạn tình (91.2%). Chỉ 15.8% bệnh nhân sử dụng bao cao su. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau bụng (91.2%) và ra khí hư âm đạo (77.2%). 63.2 % bệnh nhân có tăng bạch cầu > 10G/L, CRPs tăng ở 87.7%. Hình ảnh siêu âm thường gặp là khối viêm phần phụ kích thước <5cm, hình ảnh cyst lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ chủ yếu là phần phụ tăng kích thước và thâm nhiễm mỡ vùng chậu. 79% bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng phác đồ phối hợp 3 kháng sinh (Ceftriaxon, Metronidazol và Doxycycline); 21% bệnh nhân cần can thiệp ngoại khoa, chủ yếu do áp xe phần phụ. **Kết luận:** Viêm phần phụ có biểu hiện lâm sàng đa dạng, cần được phát hiện và điều trị sớm nhằm tránh biến chứng. Điều trị nội khoa hiệu quả trong phần lớn trường hợp, can thiệp ngoại khoa cần thiết khi có biến chứng hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa. **Từ khóa:** viêm phần phụ, áp xe phần phụ, phẫu thuật viêm phần phụ

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND EVALUATE THE TREATMENT OUTCOMES OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AT THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT – HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical features and evaluate the treatment outcomes of pelvic inflammatory disease at the Obstetrics and Gynecology Department - Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 57 patients diagnosed and treated for pelvic inflammatory disease at the Obstetrics and Gynecology Department from January to June 2024. **Results:** The study

indicates that the majority (70.1%) of patients were between the ages of 21 and 49, and a significant proportion (64.9%) resided in urban areas. Most were married or in a relationship (91.2%). Only 15.8% of patients used condoms. Common clinical symptoms includes abdominal pain (91.2%) and vaginal discharge (77.2%). A total of 63.2% of patients has leukocytes > 10G/L, and high-Sensitivity C-Reactive Protein level was elevated in 87.7% of cases. Ultrasound images often reveal adnexal masses measuring less than 5cm, while MRI and CT scans may show enlarged adnexal structures and fatty infiltration in the pelvic region. 79% of patients were treated medically with a combination regimen of 3 antibiotics (Ceftriaxone, Metronidazole, and Doxycycline); 21% of patients required surgery, mainly due to adnexal abscess. **Conclusion:** Pelvic inflammatory disease presents with diverse clinical manifestations and needs to be detected and treated early to avoid complications. Internal medical treatment is effective in the majority of cases, while surgery is necessary when internal medical treatments fail or complications arise.

Keywords: pelvic inflammatory disease, adnexal abscess, surgery for pelvic inflammatory disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phần phụ là tình trạng nhiễm trùng cấp tính hoặc mạn tính của các cơ quan sinh dục trên như tử cung, vòi tử cung và buồng trứng; thường là hậu quả của nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và cổ tử cung. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh do tắc vòi tử cung, thai ngoài tử cung và đau vùng chậu mãn tính ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản¹.

Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh dịch Hoa Kỳ (CDC), mỗi năm có khoảng hơn 1 triệu phụ nữ tại Hoa Kỳ mắc viêm phần phụ, trong đó khoảng 10 – 15% có nguy cơ vô sinh sau khi mắc bệnh². Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ này có thể cao hơn do khả năng tiếp cận dịch vụ y tế hạn chế, tình trạng tự điều trị và chẩn đoán muộn. Mặc dù không có số liệu thống kê chính thức tại Việt Nam, song thực tế lâm sàng cho thấy số lượng bệnh nhân nhập viện điều trị viêm phần phụ có xu hướng gia tăng, đặc biệt là ở các bệnh viện tuyến trung ương.

Chẩn đoán viêm phần phụ dựa trên triệu chứng lâm sàng thường gặp nhiều khó khăn do biểu hiện không điển hình và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm ruột thừa, u nang buồng trứng xoắn hay thai ngoài tử cung. Việc phối hợp các xét nghiệm cận lâm sàng (bạch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Hào

Email: vanhao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025