

vertebroplasty: a developing standard of care for vertebral compression fractures. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001;22(2):373-381.

7. **McGirt MJ, Parker SL, Wolinsky JP, Witham TF, Bydon A, Gokaslan ZL.** Vertebroplasty and kyphoplasty for the treatment of vertebral

compression fractures: an evidenced-based review of the literature. *Spine J.* 2009;9(6):501-508.

8. **Phillips FM, Pfeifer BA, Lieberman IH, Kerr EJ, Choi IS, Pazianos AG.** Minimally invasive treatments of osteoporotic vertebral compression fractures: vertebroplasty and kyphoplasty. *Instr Course Lect.* 2003;52:559-567.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT LỖ TIỂU LỆCH THẤP THỂ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Châu Văn Việt¹, Nguyễn Thị Phương Thảo²
Dương Văn Cần¹, Lò Minh Trọng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng phương pháp Duckett có cải tiến điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 28 bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp thể nặng (gốc dương vật - bìu), được phẫu thuật một thì tạo hình niệu đạo từ 08/2023 đến tháng 06/2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $4,1 \pm 3$. Có 4 bệnh nhân (14,3%) dị tật ẩn tinh hoàn 1 bên và 1 bệnh nhân ẩn tinh hoàn 2 bên (3,6%). Cong dương nặng ($>45^\circ$) có 19 (67,9%) bệnh nhân. Chiều dài đoạn niệu đạo thiếu trung bình là $5,2 \pm 1,4$ cm. Có 4 bệnh nhân (14,3%) sử dụng vật có cương và vật tại chỗ. Kết quả phẫu thuật sớm: Tắc sonde có 2 trường hợp (7,15%); chảy máu có 1 trường hợp (3,6%); phù nề 16 bệnh nhân (57,1%); hoại tử da 2 bệnh nhân (7,1%); chảy dịch bìu có 2 bệnh nhân (7,1%). Ngay sau rút sonde có 5 bệnh nhân rò niệu đạo (17,9%), 1 bệnh nhân hẹp niệu đạo (3,6%). Sau 6 tháng khám lại có 5 bệnh nhân rò (17,9%) và hẹp niệu đạo có 2 bệnh nhân (7,1%). **Từ khóa:** Lỗ tiểu lệch thấp, hẹp niệu đạo, rò niệu đạo, cong dương vật

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF SINGLE-STAGE URETHROPLASTY FOR SEVERE HYPOSPADIAS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of one-stage surgery using the modified Duckett method to treat severe hypospadias. **Research method:** A cross-sectional descriptive study on 28 patients with severe hypospadias (penile base - scrotum), who underwent one-stage urethroplasty from August 2023 to June 2024 at Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** The

average age was 4.1 ± 3 years. There were 4 patients (14.3%) with unilateral cryptorchidism and 1 patient with bilateral cryptorchidism (3.6%). Severe penile curvature ($> 45^\circ$) was present in 19 (67.9%) patients. The average length of the missing urethral segment was 5.2 ± 1.4 cm. There were 4 patients (14.3%) who used pedicled flaps and local flaps. Early surgical results: Prosthesis obstruction occurred in 2 cases (7.15%); bleeding in 1 case (3.6%); edema in 16 patients (57.1%); skin necrosis in 2 patients (7.1%); scrotal discharge in 2 patients (7.1%). Immediately after catheter removal, 5 patients had urethral fistula (17.9%), 1 patient had urethral stricture (3.6%). After 6 months of re-examination, 5 patients had fistula (17.9%) and 2 patients had urethral stricture (7.1%).

Keywords: Hypospadias, urethral stricture, urethral fistula, penile curvature

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) là dị tật phức tạp mà lỗ tiểu đổ ra bất thường ở mặt dưới quy đầu, dương vật, bìu hoặc tăng sinh môn; thường kèm theo biến dạng của dương vật như cong, xoay trục hay lún gục vào bìu. Đây là dị tật bẩm sinh phổ biến thứ hai ở trẻ em trai, sau tinh hoàn ẩn, với tỷ lệ ước tính là 1/150-300 ca sinh nam [1]. Dị tật lỗ tiểu lệch thấp không chỉ gây ảnh hưởng về mặt giải phẫu và chức năng, mà còn để lại tổn thương lâu dài về tâm lý và chất lượng sống. Mục tiêu của phẫu thuật là phục hồi được chức năng giải phẫu (đưa miệng sáo niệu đạo lên đỉnh dương vật), cải thiện được chức năng (giúp trẻ đi tiểu được tư thế đứng), nâng cao chất lượng cuộc sống (tái tạo lại hình thái dương vật, cải thiện chức năng hoạt động tình dục). Tuy nhiên, điều trị phẫu thuật LTLT, đặc biệt là thể nặng, luôn là một trong những thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên Tiết niệu.

Trong nhiều năm, phương pháp phẫu thuật hai thì thường được lựa chọn cho LTLT thể nặng. Thì 1: dựng thẳng dương vật, tạo máng niệu đạo; sau 6 tháng đến 1 năm mới tiến hành thì 2:

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Châu Văn Việt

Email: vietngoaitn@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

cuộn ống niệu đạo nhằm nâng cao tỷ lệ thành công. Cách tiếp cận này cho kết quả khả quan, song cũng bộc lộ nhiều hạn chế, nhất là ở trẻ em: phải gây mê nhiều lần, phẫu thuật nhiều lần, kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng gánh nặng chi phí cho gia đình [1], [2], [3].

Gần đây, xu hướng phẫu thuật một thì trong điều trị LTLT ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Phẫu thuật một thì có ưu điểm giảm số lần mổ, rút ngắn thời gian điều trị, nhưng thường phức tạp, nguy cơ biến chứng cao và thẩm mỹ đôi khi còn hạn chế. Đặc biệt là hẹp niệu đạo vẫn còn cao nên chưa được áp dụng phổ biến [4].

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi đã triển khai kỹ thuật Duckett có cải tiến trong điều trị LTLT thể nặng tại vị trí gốc dương vật và bìu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng phương pháp Duckett cải tiến trong điều trị LTLT thể nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 28 bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp thể gốc dương vật và thể bìu, được phẫu thuật một thì tạo hình niệu đạo bằng phương pháp Duckett có cải tiến, thực hiện bởi một kíp phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 08/2023 đến tháng 06/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp phẫu thuật. Rạch da quanh chu vi quy đầu cách rãnh quy đầu 0,5 cm; phẫu tích vật da, bảo tồn mạch nuôi. Gây cương dương vật, nếu dương vật cong tiến hành cắt bỏ tổ chức xơ ở bụng dương vật, sau đó đo lại độ cong dương vật, nếu vẫn cong thì tiến hành làm thẳng dương vật bằng kỹ thuật Nesbit. Đo chiều dài từ lỗ niệu đạo vừa giải phóng đến đỉnh quy đầu để lấy vật tạo niệu đạo.

- Phẫu tích lấy vật da - niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch trực ngang, chiều dài bằng với chiều dài đoạn niệu đạo, chiều rộng theo kích thước chu vi niệu đạo của bệnh nhân.

- Tạo đường hầm qua quy đầu lên đỉnh quy đầu để chuẩn bị cho thì tạo miệng sáo ở đỉnh quy đầu.

- Chuyển vật da xuống để cuống mạch nuôi, một đầu khâu nối với niệu đạo, đặt sonde cho ăn số 8 Fr làm nòng và khâu cuộn ống niệu đạo. Đưa đầu ống niệu đạo vừa tạo qua đường hầm lên đỉnh quy đầu, khâu tạo miệng sáo ở đỉnh quy đầu bằng chỉ PDS 7.0

- Chuyển tổ chức mô ở cuống mạch nuôi phủ

thêm một lớp bên ngoài niệu đạo vừa tạo, cố định sonde tiểu.

- Trường hợp sau khi đã lấy tối đa độ dài của da - niêm mạc bao quy đầu nhưng vẫn không đủ chiều dài đoạn niệu đạo thiếu thì sử dụng sàn niệu đạo cuộn ống tại chỗ, khâu nối với vật da và cuộn ống niệu đạo vật da - niêm mạc bao quy đầu

- Chia da bao quy đầu thành hai vạt chuyển xuống mặt bụng dương vật, nếu thiếu da che phủ thì chuyển da bìu lên che phủ thân dương vật và khâu phục hồi da bìu.

- Băng ép dụng thẳng dương vật bằng băng có tẩm mỡ kháng sinh

- Điều trị sau mổ: Dùng phối hợp 2 kháng sinh đường tĩnh mạch sau mổ 7 ngày; giảm đau; bỏ băng 3 - 4 ngày sau mổ; lưu ống sonde 8 - 10 ngày sau mổ.

2.4. Biến số nghiên cứu. Đặc điểm tuổi, dị tật ẩn tinh hoàn kèm theo, khảo sát lâm sàng (độ dài đoạn niệu đạo thiếu, độ cong dương vật, vật da tạo niệu đạo), đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, vật da tạo niệu đạo), biến chứng sau mổ (tắc sonde, chảy máu, phù nề dương vật, hoại tử da che phủ dương vật, chảy dịch bìu), kết quả phẫu thuật (rò niệu đạo, hẹp niệu đạo ngay sau rút sonde và sau 6 tháng).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Giá trị Biến (n=28)	Mean ± SD	Minimum	Maximum
Tuổi	4,1±3	1	12
Thời gian mổ (phút)	136,3 ±26,3	70	180
Chiều dài niệu đạo cần tạo (cm)	5,2±1,4	3	9

Nhận xét: 28 bệnh nhân có tuổi trung bình là $4,1 \pm 3$ tuổi. Chiều dài niệu đạo cần tạo là $5,2 \pm 1,4$ cm. Thời gian mổ trung bình là $136,3 \pm 26,3$ phút.

Bảng 3.2. Cong dương vật ẩn tinh hoàn và chất liệu tạo niệu đạo

Cong dương vật trước phẫu thuật	<15 độ	15–45 độ	>45 độ
	2(7,1%)	7(25,0%)	19(67,9%)
Dị tật ẩn tinh hoàn	Không	Ẩn một bên	Ẩn hai bên
	23(82,1%)	4(14,3%)	1(3,6%)
Vật tạo niệu đạo	Vật tại chỗ phối hợp vật trực ngang	Vật trực ngang	
	4 (14,3%)	24(85,7%)	

Nhận xét: Dị tật cong dương vật >45° chiếm tỷ lệ cao nhất 19 (67,9%). Ẩn tinh hoàn hai bên 1 bệnh nhân chiếm (3,6%), ẩn tinh hoàn một bên 4 bệnh nhân (14,3%).

Bảng 3.3. Biến chứng trong thời gian hậu phẫu

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tắc sonde	2	7,1
Chảy máu	1	3,6
Phù nề	16	57,1
Hoại tử da	2	7,1
Nhiễm trùng	1	3,6
Chảy dịch búi	2	7,1
Không có biến chứng	4	14,3
Tổng	28	100

Nhận xét: Phù nề dương vật chiếm tỷ lệ nhiều nhất 16 (57,1%). Nhiễm trùng chỉ có 1 bệnh nhân (3,6%). 4 bệnh nhân không có biến chứng trong thời gian hậu phẫu (14,3%).

Bảng 3.4. Biến chứng sau rút sonde

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rò niệu đạo	5	17,9
Hẹp niệu đạo	1	3,6
Không biến chứng	22	78,5
Tổng	28	100

Nhận xét: Ngay sau rút sonde có 5 bệnh nhân rò niệu đạo chiếm tỷ lệ (17,9%). Có 1 bệnh nhân hẹp niệu đạo ngay sau rút sonde chiếm tỷ lệ (3,6%).

Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng khám lại

Nhóm tuổi	Rò niệu đạo	Hẹp niệu đạo
<3 tuổi	0	0
3-5 tuổi	2	1
Từ 6-10 tuổi	3	1
Từ 11-16 tuổi	0	0
Cong dương vật		
Dương vật thẳng	0	0
15°-<45°	0	0
>45°	5	2
Chiều dài đoạn niệu đạo thiếu		
Từ 1- <4 cm	0	0
4 ≤ đến ≤ 6 cm	3	1
>6 cm	2	1
Vật tạo niệu đạo		
Vật trực ngang	4	2
Vật tại chỗ & trực ngang	1	0

Nhận xét: Khám lại sau 6 tháng, nhóm tuổi từ 6 - 10 có 3 bệnh nhân rò niệu đạo chiếm nhiều nhất.

IV. BÀN LUẬN

Theo phân loại của Duckett, lỗ tiểu lệch thấp được chia thành hai nhóm: thể xa (thể nhẹ), với vị trí lỗ tiểu ở quy đầu, vành hoặc giữa thân dương vật; và thể gần (thể nặng), khi lỗ tiểu nằm ở gốc dương vật, dương vật-búi, búi hoặc tầng sinh môn. Đây là hệ thống phân loại được

sử dụng phổ biến nhất hiện nay [4]. So với thể xa, việc tạo hình niệu đạo trong điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể gần phức tạp hơn nhiều và thường đi kèm tỷ lệ biến chứng cao. Các biến chứng thường gặp gồm: rò niệu đạo, hẹp niệu đạo, túi thừa niệu đạo và cong dương vật tái phát.

Để hạn chế số lần can thiệp phẫu thuật, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật một thì tạo hình niệu đạo cho các trường hợp lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) thể nặng tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã phẫu thuật cho 28 bệnh nhi bị LTLT thể nặng, với độ tuổi trung bình $4,1 \pm 3$ tuổi; nhỏ nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 12 tuổi. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Wang Chao-xu và cộng sự trên 320 bệnh nhân LTLT thể nặng phẫu thuật theo phương pháp Duckett cho thấy tuổi trung bình chỉ 1,31 tuổi [5]. Tương tự, Mostafa Magdi Ali và cộng sự báo cáo trên 31 bệnh nhân LTLT thể nặng có tuổi trung bình 1,5 tuổi [6]. Như vậy, có thể thấy độ tuổi trung bình khi phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các tác giả quốc tế. Nguyên nhân có thể xuất phát từ việc phát hiện sớm dị tật LTLT trẻ em tại Thái Nguyên chưa được chú trọng trong quá trình chăm sóc của gia đình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả theo dõi sau 6 tháng cho thấy nhóm trẻ dưới 2 tuổi không ghi nhận trường hợp nào bị rò hoặc hẹp niệu đạo, trong khi nhóm từ 3 đến 10 tuổi có tới 5 bệnh nhân rò niệu đạo và 2 bệnh nhân hẹp niệu đạo. Điều này cho thấy phẫu thuật ở lứa tuổi nhỏ có nhiều thuận lợi cả về mặt kỹ thuật lẫn kết quả hậu phẫu. Cụ thể, khi phẫu thuật cho trẻ dưới 2 tuổi, vật da niêm mạc sử dụng để tạo niệu đạo thường mềm mại, có độ chun giãn tốt, giúp việc phẫu tích bảo tồn cuống mạch và phân bố da che phủ thân dương vật dễ dàng hơn. Ở nhóm này, chúng tôi không phải sử dụng thêm vật tại chỗ để hỗ trợ tạo niệu đạo và diễn biến sau mổ cũng rất thuận lợi. Chỉ ghi nhận một trường hợp phù nề da che phủ thân dương vật, hoàn toàn không có biến chứng tắc sonde hay hoại tử vật. Ngược lại, ở nhóm trẻ trên 2 tuổi, việc phẫu thuật gặp nhiều khó khăn hơn, thường phải sử dụng thêm vật tại chỗ để tạo hình niệu đạo.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Dale và cộng sự trên 98 bệnh nhân phẫu thuật LTLT lần đầu, chia thành 2 nhóm: trước 2 tuổi và sau 2 tuổi. Nhóm trẻ phẫu thuật trước 2 tuổi không gặp biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu, trong khi nhóm phẫu thuật

sau 2 tuổi có tới 11% (3/7 bệnh nhân) tuột sonde dẫn lưu, 2/7 đau nhiều kéo dài sau phẫu thuật, 2/7 tắc sonde phải đặt dẫn lưu trên xương mu và thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn [7]. Những kết quả này cho thấy phẫu thuật một thì ở lứa tuổi nhỏ, đặc biệt trước 2 tuổi, có ưu thế rõ rệt: giảm biến chứng, thuận lợi về kỹ thuật, rút ngắn thời gian hậu phẫu và nâng cao tỷ lệ thành công lâu dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chiều dài đoạn niệu đạo cần tạo trung bình là $5,2 \pm 1,4$ cm. Kết quả theo dõi 6 tháng cho thấy: Nhóm có đoạn niệu đạo thiếu 4–6 cm có 3 trường hợp rò và 1 trường hợp hẹp; nhóm có đoạn thiếu > 6 cm có 2 trường hợp rò và 1 trường hợp hẹp; nhóm có đoạn thiếu < 4 cm: không ghi nhận biến chứng. Kết quả này cho thấy chiều dài đoạn niệu đạo thiếu càng lớn thì nguy cơ xuất hiện rò và/hoặc hẹp niệu đạo càng cao. Nhận định này phù hợp với nghiên cứu của Xujun Xeng và cộng sự trên 120 bệnh nhân LTLT: ở nhóm có đoạn niệu đạo thiếu trung bình $4,86 \pm 1,58$ cm, tỷ lệ rò sau mổ là 39 bệnh nhân, trong khi nhóm có đoạn thiếu trung bình $3,75 \pm 3,04$ cm không có bệnh nhân nào xuất hiện rò ($p = 0,034$) [8]. Nguyên nhân có thể do khi đoạn niệu đạo thiếu dài, dẫn tới kích thước và chiều dài vật da – niêm mạc sử dụng bổ sung phải lớn hơn, do đó việc kiểm soát trong phẫu thuật cũng khó khăn hơn, đồng thời khả năng nuôi dưỡng đoạn dài bị hạn chế. Do đó, trong phẫu thuật những trường hợp niệu đạo thiếu nhiều, chúng tôi luôn cố gắng tận dụng tối đa chiều dài của sàn niệu đạo để giảm bớt chiều dài vật da niêm mạc bao quy đầu cần lấy giữ lại phần da bao quy đầu để che phủ thân dương vật. Trong nghiên cứu này có 4 trường hợp chúng tôi phải sử dụng sàn niệu đạo kết hợp với vật da niêm mạc bao quy đầu để tạo niệu đạo. Khi tạo hoàn chỉnh niệu đạo thiếu, tiến hành khâu cố định niệu đạo vào thân dương vật từ gốc đến vành quy đầu, chuyển tổ chức ở cuống mạch nuôi khâu phủ thêm một lớp ở ngoài niệu đạo mới tạo. Mục đích của việc khâu này để cho niệu đạo mới tạo không di chuyển giúp tăng khả năng nuôi dưỡng và tạo thêm lớp che phủ cho đoạn niệu đạo mới tạo. Tại vị trí máng niệu đạo, khâu thêm lớp tổ chức ở bìu phủ niệu đạo sau đó mới khâu tạo hình bìu, lưu ý khi khâu ở vị trí gốc dương vật hay bìu tránh để có khoảng ở các lớp để tránh tụ dịch gây chảy dịch và nhiễm trùng bìu sau mổ.

Kinh nghiệm lâm sàng cũng cho thấy không chỉ chiều dài mà cả chiều rộng mảnh ghép cũng ảnh hưởng đến kết quả. Gina M. Cambareri và cộng sự, qua tổng kết 25 năm điều trị LTLT với

theo dõi dài hạn, nhận định rằng cứ tăng thêm 1 mm chiều rộng mảnh ghép thì tỷ lệ biến chứng giảm 56% ($p = 0,013$) [9]. Như vậy, chiều dài và chiều rộng của đoạn ghép niệu đạo là những yếu tố quyết định quan trọng liên quan trực tiếp đến biến chứng, cần được cân nhắc kỹ trong phẫu thuật một thì điều trị LTLT thể nặng.

Kết quả theo dõi sau 6 tháng cho thấy, trong nhóm bệnh nhi phẫu thuật LTLT có độ cong dương vật > 45° , xuất hiện 5 trường hợp rò niệu đạo và 2 trường hợp hẹp niệu đạo, trong khi nhóm có độ cong < 45° không ghi nhận biến chứng. Tuy nhiên, với số lượng bệnh nhân nghiên cứu chỉ 28 trẻ, chưa đủ để đưa ra kết luận chắc chắn về mối liên quan giữa độ cong dương vật và nguy cơ biến chứng hậu phẫu. Trên thực tế lâm sàng, mức độ cong dương vật càng lớn thì việc giải phóng dứng thẳng dương vật càng cần thiết, và điều này thường làm tăng thêm chiều dài đoạn niệu đạo thiếu so với ước lượng ban đầu. Do đó, phẫu thuật những trường hợp này có nguy cơ cao gặp biến chứng do vật da niêm mạc cần sử dụng dài hơn, khó kiểm soát nuôi dưỡng sau mổ. Kết quả nghiên cứu của Xujun Xeng và cộng sự trên 120 bệnh nhân LTLT cũng cho thấy xu hướng tương tự. Tỷ lệ rò niệu đạo hậu phẫu được ghi nhận ở 39 bệnh nhân, trong đó: 13 trường hợp có độ cong dương vật $0-20^\circ$, 14 trường hợp ở mức cong $30-40^\circ$ và 12 trường hợp khi độ cong > 50° [8]. Những dữ liệu này củng cố giả thuyết rằng mức độ cong dương vật có thể là một yếu tố nguy cơ góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật LTLT.

V. KẾT LUẬN

Di tật lỗ tiểu lệch thấp thể nặng là một thách thức lớn trong phẫu thuật tạo hình niệu đạo, với nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả. Tuổi phẫu thuật sớm (< 2 tuổi) được chứng minh có ít biến chứng hơn, trong khi chiều dài đoạn niệu đạo thiếu và mức độ cong dương vật lại làm tăng nguy cơ rò và hẹp sau mổ.

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy phẫu thuật một thì trong điều trị LTLT thể nặng có thể mang lại hiệu quả khả quan, với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được. Tuy nhiên, để khẳng định giá trị và tính an toàn lâu dài của phương pháp, cần có các nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi lâu dài nhằm đưa ra đánh giá toàn diện và đáng tin cậy hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouty A, Ayers KL, Pask A, Heloury Y, Sinclair AH (2015), "The genetic and environmental factors underlying hypospadias", Sex. Dev, 9, pg 239–259

2. **Misra D, Elbourne C, Vareli A et al (2019)**, "Challenges in managing proximal hypospadias: a 17-year single-center experience", *J Pediatr Surg*, 54(10), pg2125–2129.
3. **Castagnetti M, El-Ghoneimi A (2010)**, "Surgical management of primary severe hypospadias in children: systematic 20-year review", *J Urol*, 184(4), pg1469–1474
4. **Duckett JW Jr (1989)**, "Hypospadias", *Pediatr Rev*, 11, pg37–42.
5. **Wang, Chao-xu et al (2019)**, "Complications of proximal hypospadias repair with transverse preputial island flap urethroplasty: a 15-year experience with long-term follow-up", *Asian Journal of Andrology*, 21(3), pg 300-303.
6. **Mostafa Magdi Ali, Ahmed ZZaki Anwar (2022)**, "Experience with modified two stage inner preputial flap for repair of proximal hypospadias with chordee: A single institution study with intermediate follow up", *Journal of Pediatric Surgery*, 57(7), pg 1404-1408.
7. **J. Dale B, Woodward H, Elagami (2023)**, "Age-dependent early complications of hypospadias repair: a single institutional experience", *Pediatric Surgery International*, 39, pg115.
8. **Xujun Sheng et al (2018)**, "The risk factors of Urethrocuteaneous fistula after hypospadias surgery in the youth population", *BMC Urol*, 18(64).
9. **Gina M. Cambareri et al (2016)**, "Hypospadias repair with onlay preputial graft: a 25-year experience with long-term follow-up", *BJU International*, 118(3), pg 451-457.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HO RA MÁU ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng^{1,2}, Trịnh Thị Hằng¹, Hoàng Thuý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 205 người bệnh ≥16 tuổi, được phẫu thuật ho ra máu, tại Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 1/2018 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50 tuổi, nam giới chiếm 76%. Có 41% các bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, đa số các bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi trước đó, trong đó hay gặp nhất là lao phổi, chiếm 55.6%. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 99 bệnh nhân ho ra máu mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 48.3%, có 58 bệnh nhân ho ra máu mức độ trung bình, chiếm tỷ lệ 28.3%, có 47 bệnh nhân ho ra máu mức độ nặng, chiếm tỷ lệ 22.9%. Tổn thương mô bệnh gặp nhiều nhất là nấm *Aspergillus* (chiếm 40.5%), đứng thứ 2 là viêm lao và giãn phế quản, chiếm lần lượt 22.9% và 16.1%. Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt, đông đặc và u nấm, với tỷ lệ lần lượt là 33.7%, 41.5%, 48.3%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 109 bệnh nhân có bất thường mạch, chiếm tỷ lệ 53.2% tổng số bệnh nhân. Tổn thương mạch máu chủ yếu ở hệ động mạch phế quản. Các hình thái tổn thương mạch: giãn cuống, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cuống (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn. **Kết luận:** Tuổi trung

bình của các bệnh nhân là 50. Số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 76.1%. Có 41% số bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện. Có 55.6 % bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Mức độ ho ra máu: nhẹ (99 bệnh nhân, chiếm 48.3%), trung bình (58 bệnh nhân, 28.3 %), nặng (47 bệnh nhân, 22.9%). Tổn thương trên cắt lớp vi tính rất đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt đông đặc, hang. Tổn thương mạch hay gặp nhất là giãn cuống.

Từ khóa: ho ra máu.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HEMOPTYSIS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with hemoptysis who underwent surgical treatment at the National Lung Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 205 patients aged ≥16 years who underwent surgery for hemoptysis at the National Lung Hospital from January 2018 to December 2023. **Results:** The mean age was 50 years, with males accounting for 76%. Forty-one percent of patients had a history of hemoptysis prior to hospitalization. Most patients had a history of pulmonary disease, with pulmonary tuberculosis being the most common (55.6%). The mean duration from onset of hemoptysis to hospital admission was 15 days. Among the study population, 99 patients (48.3%) had mild hemoptysis, 58 patients (28.3%) had moderate hemoptysis, and 47 patients (22.9%) had severe hemoptysis. Histopathological findings showed *Aspergillus* infection as the most common lesion (40.5%), followed by tuberculous inflammation (22.9%) and bronchiectasis (16.1%). CT imaging revealed diverse lesions, with the three most common being nodules (33.7%), consolidations (41.5%), and

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025