

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO SAU DO VỠ XƯƠNG CHẬU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2023 - 2025

Trần Mạnh Tú¹, Đỗ Trường Thành^{1,2}, Ngô Đậu Quyền^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 60 bệnh nhân hẹp niệu đạo sau được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 1/2025. **Kết quả:** 60 bệnh nhân hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu được phẫu thuật theo phương pháp nối niệu đạo tận - tận qua tầng sinh môn và phương pháp Solovov trong đó bệnh nhân chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động từ 18 - 60 tuổi có tỷ lệ 85%, trung bình 42,18 ± 16 tuổi; nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông với tỷ lệ 48,33% (29/60 bệnh nhân) sau đó là tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt với tỷ lệ lần lượt là 33,33% và 18,33%. Chiều dài đoạn hẹp dựa vào chụp X quang niệu đạo ngược dòng và xuôi dòng trong nhóm nối tận tận và Solovov trung bình là 1,8 ± 0,6cm và 3,4 ± 0,4cm (P=0,0002 < 0,05). Thời gian phẫu thuật là trung bình là 99,58 phút, trong đó PP nối tận tận trung bình là 95,15 phút, Solovov là 135,33 phút. Chức năng tiểu tiện sau phẫu thuật tại thời điểm rút sonde tiểu, 3-6 tháng và sau 6 tháng lần lượt là: "Tốt" 75,86%, 60%, 58,33%, "Trung bình" 20,69%, 18,33%, 21,67%; "Xấu" 58,33%, 15%, 26,67%, tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục sau mổ sau 6 tháng có xu hướng nặng hơn so với trước phẫu thuật. **Kết luận:** Tạo hình niệu đạo bằng phương pháp nối tận tận và Solovov mang lại hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Từ khóa:** Hẹp niệu đạo sau, chức năng tiểu tiện, chức năng sinh dục.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES IN THE TREATMENT OF POSTERIOR URETHRAL STRICTURE DUE TO PELVIC FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL 2023 - 2025

Objective: To evaluate the treatment outcomes of posterior urethral stricture due to pelvic fracture at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 60 patients with posterior urethral stricture who underwent surgical treatment at Viet Duc University Hospital from January 2023 to June 2025. **Results:** All 60 patients with posterior urethral stricture secondary to pelvic fracture were treated with either perineal end-to-end urethral anastomosis or the Solovov technique. The majority of

patients (85%) were of working age (18–60 years), with a mean age of 42.18 years. The most common cause was traffic accidents (48.33%, 29/60), followed by occupational injuries (33.33%) and domestic accidents (18.33%). Initial management included suprapubic cystostomy in 76.67% of cases, urethral catheterization in 11.67%, and a combination of both in 11.66%. The mean stricture length, based on retrograde and voiding urethrography, was 1.8 ± 0.6 cm in the end-to-end group and 3.4 ± 0.4 cm in the Solovov group (P=0.0002 < 0.05). The average operative time was 99.58 minutes, with the end-to-end technique averaging 95.15 minutes and the Solovov technique 135.33 minutes. Postoperative urinary function at catheter removal, 3–6 months, and after 6 months was rated as "Good" in 75.86%, 60%, and 58.33% of patients, respectively; "Fair" in 20.69%, 18.33%, and 21.67%; and "Poor" in 3.45%, 21.67%, and 26.67%. Sexual function at 6 months postoperatively tended to worsen compared to preoperative status. **Conclusion:** Urethroplasty using end-to-end anastomosis and the Solovov approach yielded effective outcomes in the studied patient population. **Keywords:** Posterior urethral stricture, urinary function, sexual function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ xương chậu thường gây tổn thương niệu đạo, trong đó hẹp niệu đạo sau là biến chứng phổ biến, ảnh hưởng nặng nề đến chức năng tiểu tiện và chất lượng sống. Tỷ lệ hẹp niệu đạo sau chiếm 5–10% các trường hợp vỡ xương chậu và việc trị gặp nhiều khó khăn¹. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào đặc điểm tổn thương. Tại BV Hữu Nghị Việt Đức, hai phương pháp là nối tận - tận và Solovov đã được áp dụng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị giúp nâng cao hiệu quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu và được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 1/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu được phẫu thuật bằng phương pháp nối niệu đạo tận - tận qua tầng sinh môn và phương pháp Solovov được phẫu thuật tại BV Hữu Nghị Việt Đức, hồ sơ ghi chép đầy đủ thông tin nội dung nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đầy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Tú

Email: tranmanhtu1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

đủ hồ sơ bệnh án. Hẹp niệu đạo do các nguyên nhân ngoài chấn thương vỡ xương chậu (sau mổ u phì đại, do thầy thuốc...), người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu và tiến cứu

Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2023 đến tháng 1/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Nội dung nghiên cứu: Các chỉ số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Đặc điểm dịch tễ: Tuổi, nguyên nhân tai nạn

- Đặc điểm: Xử trí ban đầu, chiều dài đoạn hẹp xác định trên X quang niệu đạo ngược dòng, xuôi dòng

- Kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, chức năng tiểu tiện, chức năng sinh dục, các biến chứng sau mổ.

Đánh giá chức năng tiểu tiện theo tác giả Đỗ Trường Thành¹

- Tốt: BN tiểu tiện bình thường và tự chủ, dòng tiểu mạnh

- Trung bình: BN tiểu tiện bình thường và tự chủ, dòng tiểu yếu

- Xấu: BN đái khó hoặc đái không tự chủ, dòng tiểu yếu, đòi hỏi phải nong niệu đạo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học. Nghiên cứu

thực hiện trên tổng số 60 bệnh nhân, trong đó có 54 (90%) bệnh nhân phẫu thuật nối niệu đạo tận tâm qua tầng sinh môn và 6 (10%) bệnh nhân phẫu thuật Solovov. Hẹp niệu đạo sau gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân trong độ tuổi lao động trung bình là 42,18 ± 16 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 15 tuổi, nhiều tuổi nhất là 84 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (48,33%), tiếp đến là tai nạn lao động (33,33%) và tai nạn sinh hoạt (18,33%).

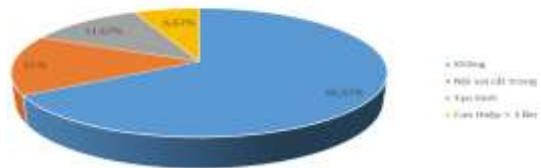
3.2. Xử trí ban đầu và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Bảng 3.1. Các phương thức xử lý ban đầu đối với chấn thương niệu đạo sau (n=60)

Phương pháp điều trị trước mổ	N	Tỷ lệ %
Dẫn lưu bàng quang kết hợp với đặt ống thông nòng niệu đạo	8	13,33%
Dẫn lưu bàng quang đơn thuần	45	75%
Đặt ống thông niệu đạo	7	11,67%
Tổng	60	100%

Trong số các phương pháp xử trí ban đầu trong 24 giờ đầu sau chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu, Dẫn lưu bàng quang trên xương mu qua da là biện pháp được áp dụng phổ biến nhất, chiếm 75% số ca (45/60 trường hợp), tiếp theo là dẫn lưu bàng quang kết hợp với đặt ống thông niệu đạo (13,33%) và đặt ống thông niệu đạo (11,67%).

Tiền sử tạo hình niệu đạo và các PP khác



Biểu đồ 3.1. Tiền sử điều trị hẹp niệu đạo

- Có 40 bệnh nhân chưa có tiền sử điều trị hẹp niệu đạo trước đó chiếm 66,67%.

- Có 20/60 (33,33%) bệnh nhân có can thiệp niệu đạo trước đó, trong đó 16/60 (26,67%) bệnh nhân can thiệp lần 1, có 4/60 (6,67%) bệnh nhân can thiệp trên một lần.

- Cao nhất là 9 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt trong chiếm 15%, 7 bệnh nhân (11,67%) được phẫu thuật tạo hình niệu đạo.

Bảng 3.2. Chức năng tiểu tiện trước phẫu thuật

Rối loạn chức năng tiểu tiện (VPSS) ²	Mức độ		N	%
	Nặng	Dẫn lưu bàng quang 17-23 điểm		
Trung bình (9-16 điểm)	Dẫn lưu bàng quang	46	76,67	
	17-23 điểm	14	23,33	
Nhẹ (< 8 điểm)		0	0	
Tổng		60		

Tất cả bệnh nhân hẹp niệu đạo do vỡ xương chậu đều rối loạn chức năng tiểu tiện mức độ nặng. Trong đó có 46 bệnh nhân đến khám có dẫn lưu bàng quang trên xương mu, 14 bệnh nhân vào viện vì đái khó mức độ nặng theo thang điểm VPSS (Visual Prostate Symptom Score) là 20 ± 1,9 điểm.

Bảng 3.3. Chức năng cương dương trước phẫu thuật (theo thang điểm IIEF -5³)

	Bình thường	Nhẹ	Trung bình – Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng
Hẹp niệu đạo lần đầu	9 (23,1%)	7 (17,9%)	5 (12,8%)	7 (17,9%)	11 (28,2%)	39 (100%)
Có tiền sử can thiệp niệu đạo	2 (11,1%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	9 (50%)	18 (100%)
Tổng số	11 (19,3%)	11 (19,3%)	6 (10,5%)	9 (15,8%)	20 (35,1%)	57 (100%)

Trong tổng số 60 bệnh nhân hẹp niệu đạo do vỡ xương chậu có 57 bệnh nhân tham gia trả lời câu hỏi, có 46 bệnh nhân (80,7%) ghi nhận tình trạng rối loạn cương dương (RLCD). Tỷ lệ RLCD ở nhóm bệnh nhân chưa từng can thiệp niệu đạo là 76,9% (30/39 bệnh nhân), trong khi ở nhóm đã có tiền sử can thiệp niệu đạo là 88,9% (16/18 bệnh nhân).

Phân tích thống kê bằng kiểm định Fisher's Exact cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($P = 0,473; P > 0,05$).

3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình trong toàn bộ mẫu là 99,58 phút, với khoảng dao động từ 53 đến 245 phút, cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các ca phẫu thuật. Sự chênh lệch này có thể phản ánh sự đa

dạng về mức độ phức tạp của bệnh lý cũng như kỹ thuật. Khi phân tích theo phương pháp phẫu thuật, thời gian trung bình của phương pháp nối niệu đạo tận - tận là 95,15 phút, trong khi đó phương pháp Solovov có thời gian trung bình dài hơn đáng kể, ở mức 135,33 phút.

Đặc điểm tổn thương trong mổ. Bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp nối niệu đạo tận tận: Trong mổ đoạn hẹp dài trung bình là $1,8 \pm \text{cm}$, phẫu tích giải phóng 2 đầu gần và xa nối được với nhau, miệng nối không căng. Trong khí, bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp Solove trong mổ đều có đặc điểm đoạn hẹp trung bình $3,28 \pm 0,55 \text{ cm}$, phức tạp, sau khi phẫu tích xong đầu trong không đủ dài và mũn nát, không thể nối 2 đầu niệu đạo với nhau.

Bảng 3.4. Chức năng tiểu tiện sau rút sonde tiểu, 3-6 tháng và 6-12 tháng (Theo tác giả Đỗ Trường Thành¹)

Tình trạng tiểu tiện	Ngay sau khi rút sonde niệu đạo		3-6 tháng		6-12 tháng	
	Nội niệu đạo tận - tận	Phương pháp Solovov	Nội ND tận tận	Phương pháp Solovov	Nội ND tận tận	Phương pháp Solovov
Tốt	43 (79,6%)	3 (50%)	33 (61,1%)	3 (50%)	32 (59,2)	3 (50%)
Trung bình	10 (18,5%)	2 (33,3%)	10 (18,6%)	1 (16,7%)	8 (14,8%)	1 (16,7%)
Xấu	1 (1,9%)	1 (16,7%)	11 (20,4%)	2 (33,3%)	14 (26%)	2 (33,3%)
Tổng	54	6 (100%)	54 (100)	6 (100%)	54 (100%)	6 (100)

Chức năng tiểu tiện của những bệnh nhân được đánh giá ở 3 thời điểm: sau khi rút sonde, 3-6 tháng và 6-12 tháng sau mổ; trong đó đa số ở mức "tốt". Thời điểm sau rút sonde, tỷ lệ bệnh nhân có chức năng tiểu tiện tốt là 75.86%, trung bình là 20.69%, và xấu là 3.45%; tỷ lệ chức năng "tốt" có xu hướng giảm qua thời gian với 60% ở thời điểm 3-6 tháng và 58.33% ở thời điểm 6-12 tháng. Ngược lại tỷ lệ chức năng "xấu" tăng lên lần lượt là 21.67% và 26.67%. Chức năng tiểu tiện của bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp nối niệu đạo tận - tận nhìn chung tốt hơn phương pháp Solovov ở cả 3 thời điểm đánh giá.

Bảng 3.4. Kết quả chức năng sinh dục ở thời điểm 6 - 12 tháng sau khi ra viện

Chức năng sinh dục	Nội niệu đạo tận - tận		Phương pháp Solovov	
	N	%	N	%
Bình thường	5	9.8	0	0
RLCD nhẹ	8	15.7	0	0
RLCD trung bình nhẹ	4	7.8	0	0
RLCD trung bình	7	13.7	1	16.7
RLCD Nặng	27	52.9	5	83.3
Tổng	51	100	6	100

Chức năng sinh dục theo IIEF5 ở thời điểm trước mổ tốt hơn thời điểm sau mổ 6-12 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (Wilcoxon signed ranks test, $p < 0.05$). Số bệnh nhân có chức năng sinh dục từ "bình thường" đến rối loạn mức độ "trung bình nhẹ" trước mổ là 28 trường hợp, sau mổ giảm xuống còn "17 bệnh nhân", trong đó giảm chủ yếu ở nhóm chức năng sinh dục "bình thường" (11 trường hợp trước mổ, 5 trường hợp sau mổ). Ngược lại, số bệnh nhân chức năng sinh dục rối loạn "nặng" tăng từ 20 lên 32 trường hợp sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

HNDS do chấn thương vỡ xương chậu thường gặp ở nam giới độ tuổi lao động. Các nghiên cứu trong và ngoài nước ghi nhận độ tuổi trung bình mắc bệnh rơi vào khoảng 30 - 35 tuổi. Giai đoạn mà nhu cầu và tần suất hoạt động tình dục ở nam giới ở mức độ cao. Do đó, tổn thương tại vùng niệu dục không chỉ ảnh hưởng đến chức năng bài tiết mà còn có thể gây rối loạn sinh lý và giảm chất lượng cuộc sống tình dục. Những hậu quả này thường kéo theo tác động tâm lý tiêu cực, như lo âu, trầm cảm, hoặc mặc cảm trong quan hệ vợ chồng, từ đó ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong nghiên

cứ của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động từ 18 – 60 tuổi chiếm 85%, trung bình là $42,18 \pm 16$ tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả. Tác giả Kulkarmi⁴ (2018) trong 255 bệnh nhân được phẫu thuật hẹp niệu đạo sau do chấn thương khung chậu có độ tuổi trung bình là 33 tuổi. Tác giả Giang Fu⁵ từ T1 năm 1999 đến tháng 6 năm 2010, 573 bệnh nhân nam được phẫu thuật nối niệu đạo hành – tiền liệt tuyến điều trị HNĐS do chấn thương. Độ tuổi trung bình là 36 tuổi (dao động từ 7-71 tuổi).

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại nạn giao vẫn là nguyên nhân hàng đầu chiếm 48,3% giảm hơn so với tác giả Đỗ Trường Thành¹ là 60% do tình trạng an toàn giao thông và cơ sở vật chất đường xá được nâng cao trong những năm gần đây.

Trong giai đoạn cấp cứu của chấn thương niệu đạo sau, dẫn lưu bàng quang ra da là một phương án điều trị phù hợp. Thông qua ống dẫn lưu này, bác sĩ có thể tiến hành các thăm dò hình ảnh như chụp bàng quang – niệu đạo nhằm đánh giá mức độ tổn thương và kiểm tra chức năng cơ thắt bàng quang trước khi thực hiện tạo hình phục hồi niệu đạo⁶. Trong nghiên cứu chúng tôi, xử trí dẫn lưu bàng quang đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 76,67% tương đồng với các tác giả Trà Anh Duy⁷ và Đỗ Trường Thành¹. Điều này đã được chỉ ra trong nghiên cứu tổng quan về chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu của tác giả Rachel C Barratt et al (2018), trong đó tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cương dương mới khởi phát và tỷ lệ tái phát sau tạo hình, tiểu tiện không tự chủ là thấp hơn ở nhóm bệnh nhân được dẫn lưu bàng quang đơn thuần và tạo hình thì muộn lần lượt là 14,4%, 12,7% và 6,8% so với tạo hình niệu đạo thì đầu (primary open surgical repair - POSR) lần lượt là 53,9%, 22,5% và 13,6%⁸.

Thời gian phẫu thuật hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu được phẫu thuật sau tai nạn được khuyến cáo là từ 3 – 6 tháng. Giai đoạn này được xem xét là phù hợp vì tình trạng bệnh nhân đã ổn định, xương chậu liền tốt, bệnh nhân bắt đầu đi lại và sinh hoạt bình thường. Ngoài ra, ổ máu tụ và vùng tổn thương niệu đạo đã tiêu viêm, mô xung quanh đỡ sưng nề, và hệ thống mạch máu tân tạo đã hình thành giúp tăng cường nuôi dưỡng vùng niệu đạo tổn thương. Những yếu tố này đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa điều kiện phẫu thuật, góp phần nâng cao tỷ lệ thành công và giảm nguy cơ xơ hóa tại vị trí nối sau mổ⁸.

Trong phẫu thuật điều trị hẹp niệu đạo, việc lựa chọn giữa phương pháp nối tận tận hay kỹ

thuật Solovov phụ thuộc vào mức độ xơ hóa, chiều dài đoạn niệu đạo bị hẹp và khả năng phẫu tích đầu gần của niệu đạo. Nếu mức độ xơ hóa nhẹ, đoạn hẹp ngắn (<3 cm), và có thể phẫu tích, giải phóng được đầu gần niệu đạo, thì phương pháp nối tận tận là lựa chọn phù hợp. Ngược lại, nếu xơ hóa nặng, đoạn hẹp dài (>3 cm), và không thể phẫu tích được đầu gần niệu đạo, thì nên sử dụng phương pháp Solovov.

Chức năng tiểu tiện. Kết quả sớm sau mổ: Sau rút ống thông niệu đạo và thời điểm 3-6 tháng sau mổ: Sau khi rút sonde, 3-6. Thời điểm sau rút sonde, tỷ lệ bệnh nhân có chức năng tiểu tiện tốt là 75.86% sau rút sonde tiểu và có xu hướng giảm qua thời gian với 60% ở thời điểm 3-6 tháng. Trong đó tại thời điểm rút sonde tiểu PP nối niệu đạo tận - tận là 80 % và Solovov là 50%, sau 3-6 tháng lần lượt là 61% và 50%. Kết quả này cho thấy sau mổ tạo hình niệu đạo tỷ lệ tái hẹp cao trong thời gian 6 tháng đầu.

Sau 6-12 tháng sau mổ tỷ lệ tái phát có xu hướng giảm và bệnh ổn định hơn. Kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo trong y văn quốc tế. Cụ thể, Qiang Fu⁵ và cs (2013) báo cáo 573 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau bằng nối tận tận tái phát trong vòng 6 tháng là cao nhất 9,6%. Theo Saini (2019) có 226 bệnh nhân phẫu thuật cũng ghi nhận tỷ lệ tái hẹp cao nhất trong vòng 1 năm đầu sau phẫu thuật với tỷ lệ 10,9%.

Chức năng sinh dục. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chức năng sinh dục của bệnh nhân ở thời điểm 6 tháng sau mổ thấp hơn trước phẫu thuật ($p < 0.05$). Số bệnh nhân có chức năng sinh dục "bình thường" đến rối loạn mức độ "trung bình nhẹ" trước mổ giảm đi trong khi số bệnh nhân rối loạn chức năng sinh dục "nặng" tăng lên sau mổ đặc biệt trong nhóm phẫu thuật Solovov 100% bệnh nhân có rối loạn chức năng cương dương. Dù không có khác biệt có ý nghĩa thống kê, song nghiên cứu của N. Lumen et al (2011) ghi nhận chức năng cương dương giảm nhẹ sau mổ, nghiên cứu của E. Redmond et al (2020) cũng ghi nhận rối loạn chức năng cương dương xuất hiện sau mổ ở 12% trường hợp và rối loạn xuất tinh mới ở 7.1% trường hợp. Đáng chú ý, trong nghiên cứu của Pieter D'hulst et al (2020), những bệnh nhân có chức năng cương dương nền trước mổ ở mức bình thường hoặc rối loạn nhẹ, thường đạt hồi phục tốt ở những lần kiểm tra sau mổ 8 tháng, hoặc 18 tháng, mặc dù trước đó ghi nhận suy giảm đáng kể chức năng cương dương ở thời điểm 2 tháng sau mổ. Mazzon (2021) cho rằng yếu tố quan trọng nhất

ảnh hưởng đến chức năng sinh dục là mức độ tổn thương ban đầu của bó thần kinh và mạch máu, hơn là kỹ thuật nối niệu đạo, tuy nhiên phẫu thuật bóc tách sâu có thể làm nặng thêm tình trạng này do bó thần kinh-cavernous nằm sát hai bên tuyến tiền liệt và vùng niệu đạo màng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp nối tận tận và Solovov có vai trò quan trọng trong điều trị hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu với chức năng tiểu tiện sau mổ đạt kết quả cao. Tuy nhiên, chức năng sinh dục chung có xu hướng giảm sau phẫu thuật trong thời gian theo dõi từ 6-12 tháng, đối với phương pháp Solovov thì 100% sau mổ bệnh nhân có rối loạn chức năng sinh dục. Vì vậy cần giải thích rõ cho bệnh nhân trước khi thực hiện phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành** (2008), Nghiên Cứu Điều Trị HTNDDS Do vỡ Xương Chậu Bằng Phương Pháp Nối Niệu Đạo Tận Tận Quan Tầng Sinh Môn, Luận An Tiến Sĩ.
2. **Roy A, Singh A, Sidhu DS, Jindal R, Malhotra M, Kaur H.** New Visual Prostate Symptom Score

versus International Prostate Symptom Score in Men with Lower Urinary Tract Symptoms: A Prospective Comparison in Indian Rural Population. *Niger J Surg Off Publ Niger Surg Res Soc.* 2016; 22(2):111-117. doi:10.4103/1117-6806.189002

3. **Trần Quán A.** Rối Loạn Cương Dương. nhà xuất bản Y Học
4. **Kulkarni SB, Surana S, Desai DJ, et al.** Management of complex and redo cases of pelvic fracture urethral injuries. *Asian J Urol.* 2018;5(2): 107-117. doi:10.1016/j.ajur.2018.02.005
5. **Fu Q, Zhang J, Sa YL, Jin SB, Xu YM.** Recurrence and complications after transperineal bulboprostatic anastomosis for posterior urethral strictures resulting from pelvic fracture: a retrospective study from a urethral referral centre. *BJU Int.* 2013;112(4):E358-363. doi:10.1111/bju.12171
6. **Traumatic Posterior Urethral Strictures in Children and Adolescents.** *Front Pediatr.* 2019;7:24-24. doi:10.3389/fped.2019.00024
7. **Trà Anh Duy.** (2021). Hiệu Quả Phẫu Thuật Tạo Hình Trong Hẹp Niệu Đạo Sau Dụạ Vào Hình Thái Tổn Thương.
8. **Barratt RC, Bernard J, Mundy AR, Greenwell TJ.** Pelvic fracture urethral injury in males—mechanisms of injury, management options and outcomes. *Transl Androl Urol.* 2018;7(Suppl 1):S29-S62. doi:10.21037/tau.2017.12.35

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U THẦN KINH ĐỆM ĐỘ CAO TÁI PHÁT VÀ TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Đức Liên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 bệnh nhân u thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển được điều trị tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ 01/2022 đến 12/2024. Tất cả đã được điều trị ban đầu bằng phẫu thuật và xạ trị ± Temozolomide đủ phác đồ tiêu chuẩn, KPS ≥ 60 . Các biện pháp điều trị khi tái phát/tiến triển bao gồm phẫu thuật lại, xạ trị lại, hóa trị (Temozolomide liều chuẩn 5 ngày hoặc liều hàng ngày hoặc Temozolomide + Bevacizumab). **Kết quả:** Trung vị sống còn toàn bộ (OS) sau tái phát/tiến triển là 12 tháng; tỷ lệ OS tại 6 và 12 tháng lần lượt là 78,9% và 44,1%. Yếu tố liên quan tới tỷ lệ tử vong trên phân tích đơn biến bao gồm: KPS 80–100 (OS-12 67,9% so với 29,3% nếu KPS 60–70; $p=0,001$), đơn ổ tổn thương (54,1% so với đa ổ 33,2%; $p=0,044$), đường kính u lớn nhất ≤ 4 cm (71,8% so với 26,1%;

$p=0,004$), cắt bỏ u tái phát toàn bộ hoặc gần toàn bộ (83,3% so với 56,3% và 0%; $p=0,017$), và xạ trị lại (73,7% so với 28,7%; $p=0,029$). Ở hồi quy Cox đa biến, KPS 60–70 làm tăng nguy cơ tử vong (HR hiệu chỉnh $\approx 4,17$; $p<0,01$), đường kính u lớn nhất >4 cm tăng nguy cơ (HR hiệu chỉnh $\approx 3,03$; $p<0,05$), xạ trị lại có tác dụng bảo vệ (HR hiệu chỉnh 0,34; KTC 95% 0,13–0,89; $p<0,05$). **Kết luận:** U thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển tiên lượng thuận lợi gắn với KPS cao, u nhỏ đơn độc, phẫu thuật lại lấy toàn bộ hoặc gần toàn bộ u và xạ trị lại. Điều trị toàn thân với Temozolomide và Bevacizumab phổ biến nhưng cải thiện sống thêm hạn chế, cần các chiến lược điều trị tốt hơn. **Từ khóa:** u thần kinh đệm độ cao, tái phát, tiến triển, Bevacizumab, Temozolomide.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF RECURRENT AND PROGRESSIVE HIGH-GRADE GLIOMAS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Background: To evaluate treatment outcomes of recurrent and progressive high-grade gliomas at Vietnam National Cancer Hospital (K Hospital). **Methods:** We conducted a retrospective descriptive study of 51 patients with recurrent and progressive high-grade glioma treated at K Hospital, Tan Trieu

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: drdangnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025