

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lopez-Escamez J.A, Carey J, Chung W.H et al (2015). Diagnostic criteria for Ménière's disease. J Vestib Res, 25(1), 1-7.
2. Pyykkö I, Manchaiah V, Zou J et al (2019). Association between syncope and Tumarkin attacks in Ménière's disease. J Int Adv Otol, 15(1), 135-40.
3. Rauch S.D, Merchant S.N, Thedinger B.A (1989). Ménière's syndrome and endolymphatic hydrops: double-blind temporal bone study. Ann Otol Rhinol Laryngol, 98(11), 873-83.
4. Clark J.G (1981). Uses and abuses of hearing loss classification. ASHA, 23, 493-500.
5. Rubin F, Simon F, Verillaud B et al (2018). Comparison of video head impulse test and caloric reflex test in advanced unilateral definite Ménière's disease. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 135(3), 167-9.
6. Committee on Hearing and Equilibrium (1995). Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's disease. Otolaryngol Head Neck Surg, 113(3), 181-5.
7. Heuberger M, Luis L, Lehnen N et al (2015). Clinical utility and practical interpretation of the video head impulse test. ENT Audiol News, 24(5).
8. Taylor R.L, McGarvie L.A, Reid N et al (2016). Vestibular neuritis affects both superior and inferior vestibular nerves. Neurology, 87(16), 1704-1712.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG MẢNH GHÉP BÌ TỰ THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ CONG DƯƠNG VẬT DO BỆNH PEYRONIE

Đặng Quang Tuấn<sup>1</sup>, Mai Bá Tiến Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh Peyronie (BP) là tình trạng xơ hóa bao trắng thể hang gây cong dương vật và rối loạn cương (RLC). Phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ kết hợp ghép mô là lựa chọn tiêu chuẩn khi độ cong dương vật  $\geq 60^\circ$ . Mảnh ghép bì tự thân có chi phí thấp, sẵn có và phù hợp điều kiện thực hành tại Việt Nam.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả chỉnh thẳng dương vật, bảo tồn chiều dài, chức năng cương (IIEF-5) và mức độ hài lòng sau phẫu thuật sử dụng mảnh ghép bì tự thân điều trị bệnh Peyronie.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu loạt ca, 46 bệnh nhân BP giai đoạn ổn định, độ cong  $\geq 60^\circ$ , IIEF-5  $\geq 12$ , phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2023 đến 12/2025. Đánh giá tỷ lệ chỉnh thẳng (độ cong  $< 15^\circ$ ), chiều dài dương vật, điểm IIEF-5, biến chứng và mức độ hài lòng.

**Kết quả:** Độ cong trung bình trước phẫu thuật  $72,3 \pm 14,8^\circ$ . Theo dõi trung bình 24,6 tháng: chỉnh thẳng thành công 87,0%; bảo tồn chiều dài 89,1%; tỷ lệ RLC sau phẫu thuật: 15,2% - chủ yếu ở bệnh nhân có đái tháo đường type 2 và IIEF-5 thấp trước mổ; IIEF-5 sau 12 tháng  $16,2 \pm 4,7$  ( $p = 0,12$ ); hài lòng 84,8%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ: 2,2% (Clavien-Dindo độ I).

**Kết luận:** Phẫu thuật mảnh ghép bì tự thân cho kết quả hiệu quả, an toàn và phù hợp điều kiện Việt Nam.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bình Dân

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đặng Quang Tuấn

Email: bsdangquangtuan@gmail.com

Mã bài: N689

Ngày nhận bài: 21/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/4/2026

Ngày duyệt bài: 21/5/2026

**Từ khóa:** bệnh Peyronie, mảnh ghép bì tự thân, cong dương vật mắc phải, bao trắng thể hang, rối loạn cương.

## SUMMARY

### EVALUATION OF AUTOLOGOUS DERMAL GRAFT IN THE SURGICAL MANAGEMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

**Background:** Peyronie's disease (PD) is an acquired fibrotic disorder of the tunica albuginea causing penile curvature and erectile dysfunction (ED). Plaque excision with tissue grafting is the gold standard when curvature exceeds  $60^\circ$ . Autologous dermal graft (ADG) offers low cost, readily available and is well-suited to Vietnamese healthcare settings.

**Objectives:** To evaluate penile straightening rate, length preservation, erectile function (IIEF-5), and patient satisfaction following ADG surgery for PD.

**Methods:** Prospective case series of 46 men with stable PD, curvature  $\geq 60^\circ$  and IIEF-5  $\geq 12$ , who underwent plaque excision and ADG at Binh Dan Hospital from January 2023 to December 2025. Outcomes assessed: straightening success (residual curvature  $< 15^\circ$ ), penile length, de novo ED, IIEF-5, complications, and satisfaction.

**Results:** Mean preoperative curvature was  $72.3 \pm 14.8^\circ$ . Over mean 24.6-month follow-up: straightening success 87.0%; length preservation 89.1%; de novo ED 15.2% - strongly associated with type 2 diabetes and lower baseline IIEF-5; IIEF-5 at 12 months  $16.2 \pm 4.7$  ( $p = 0.12$ ); patient satisfaction 84.8%. Wound infection rate was 2.2% (Grade I Clavien-Dindo).

**Conclusion:** ADG is safe and effective for severe PD curvature while remaining cost-effective for Vietnamese practice.

**Keywords:** Peyronie's disease, autologous dermal graft, acquired penile curvature, tunica albuginea, erectile dysfunction.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Peyronie là một tình trạng xơ hóa mắc phải tại bao trắng thể hang. Bệnh đặc trưng bởi sự hình thành các mảng xơ không đàn hồi, dẫn đến các biến dạng cơ học của dương vật khi cương như: cong, lệch trục hoặc biến dạng hình "đồng hồ cát". Các triệu chứng lâm sàng điển hình bao gồm đau khi cương trong giai đoạn cấp tính và rối loạn cương dương ở giai đoạn mạn tính. Tỷ lệ hiện mắc dao động từ 0,5% đến 20,3%, tùy thuộc vào phương pháp nghiên cứu và đặc điểm dân số khảo sát [5]. Bệnh gây ra tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm sinh lý, làm gia tăng tỷ lệ lo âu, trầm cảm và làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [2,5].

Điều trị phẫu thuật vẫn là tiêu chuẩn vàng để điều chỉnh độ cong dương vật trong bệnh Peyronie giai đoạn ổn định. Chỉ định phẫu thuật chỉnh cong được đặt ra khi thời gian mắc bệnh > 12 tháng và giai đoạn ổn định của bệnh đã kéo dài > 6 tháng. Các phương pháp điều trị phẫu thuật bệnh Peyronie được chia thành ba nhóm thủ thuật chính: (I) các kỹ thuật khâu gấp bao trắng; (II) các kỹ thuật sử dụng mảnh ghép, bao gồm cắt bỏ hoặc rạch một phần mảng xơ, sau đó đóng khuyết hồng bao trắng bằng các loại mô ghép khác nhau; và (III) điều chỉnh độ cong bằng cách đặt thể hang nhân tạo ở những bệnh nhân kèm rối loạn cương dương không đáp ứng với điều trị nội khoa [8,9].

Theo hướng dẫn của Hội Y học Giới Tính Châu Âu (ESSM), kỹ thuật sử dụng mảnh ghép nên được sử dụng khi phẫu thuật chỉnh thẳng có nguy cơ làm ngắn dương vật từ 20% trở lên hoặc ở bệnh nhân có độ cong trên 60 độ, biến dạng thắt nút (hình đồng hồ cát) hoặc mảng xơ đã vô hóa [9].

Hiện nay, có rất nhiều loại mô ghép khác nhau đã được nghiên cứu sử dụng nhằm đạt được kết quả phẫu thuật tối ưu, bao gồm:

**Mô ghép tự thân:** Niêm mạc miệng, tĩnh mạch hiển, bao trắng tinh hoàn, bao tinh mạc và mảnh ghép bì.

**Mô ghép đồng loại/dị loại:** Cân cơ đùi tử thi, màng tim người, niêm mạc ruột non lợn, màng ngoài tim bò hoặc miếng dán collagen (TachoSil).

**Mô ghép tổng hợp:** Gore-Tex, Dacron (hiện nay không còn được khuyến cáo sử dụng do nguy cơ xơ hóa và đào thải) [9,10].

Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có sự đồng thuận chung về loại mô ghép nào là tốt nhất [2,5]. Một mô

ghép lý tưởng nên có tỷ lệ nhiễm trùng thấp, không gây mất chức năng cương dương, có chi phí hợp lý và không gây ra phản ứng viêm [4].

Mảnh ghép bì tự thân, được Devine và Horton mô tả từ năm 1974, có ưu điểm là tự thân, sẵn có, kỹ thuật lấy mảnh ghép đơn giản, diện tích đủ lớn và đàn hồi tốt bền vững [6]. Trong bối cảnh Việt Nam còn hạn chế tiếp cận vật liệu dị loại, mảnh ghép bì tự thân là lựa chọn phù hợp. Tuy nhiên, dữ liệu nghiên cứu trong nước còn ít. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ kết hợp mảnh ghép bì tự thân điều trị bệnh Peyronie tại Bệnh viện Bình Dân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca tại Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh, từ 01/2023 đến 12/2025. Tổng cộng 46 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Thời gian theo dõi tối thiểu 12 tháng.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** (1) Bệnh Peyronie có mảng xơ bao trắng thể hang; (2) giai đoạn ổn định  $\geq 6$  tháng; (3) thời gian bệnh  $\geq 12$  tháng; (4) độ cong  $\geq 60^\circ$ ; (5) IIEF-5  $\geq 12$  (có hoặc không có thuốc ức chế phosphodiesterase type 5 [PDE-5]).

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Cong dương vật bẩm sinh; IIEF-5 < 12; tiền sử phẫu thuật dương vật; mảng xơ vô hóa hoàn toàn; chống chỉ định phẫu thuật (do rối loạn đông cầm máu, suy tim nặng, ung thư cơ quan sinh dục nam...), người bệnh không đồng ý phẫu thuật

### 2.2. Kỹ thuật phẫu thuật

Toàn bộ bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây tê tùy sống theo quy trình thống nhất gồm 6 bước chính (Hình 1):

**Bước 1 - Chuẩn bị và bộc lộ phẫu trường (Hình 1. A - B):** Rạch da đường vòng dưới rãnh quy đầu 1 cm, lật ngược da dương vật về phía gốc dương vật để bộc lộ cân Buck và thể hang. Đối với mảng xơ mặt lưng, bóc mạch thần kinh lưng dương vật được bóc tách cẩn thận ra khỏi thể hang để bộc lộ bao trắng. Trường hợp cong mặt bụng hoặc bụng-bên, cần thực hiện giải phóng niệu đạo.

**Bước 2 - Tạo cương dương nhân tạo và xác định vị trí mảng xơ:** Garô được đặt tại gốc dương vật. Tiêm dung dịch nước muối sinh lý vào một thể hang để tạo cương nhân tạo. Quan sát trực tiếp để xác định vị trí chính xác mảng xơ và đánh giá mức độ cong.

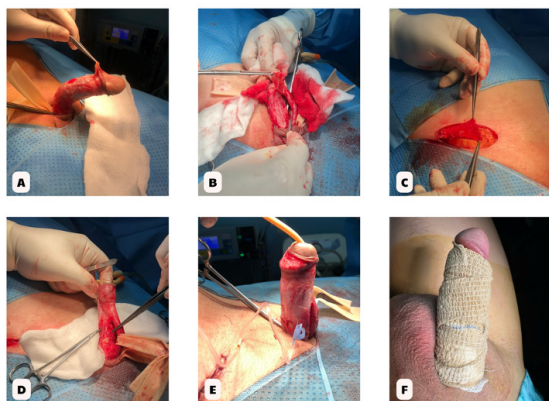
**Bước 3 - Xử lý mảng xơ:** Đo kích thước mảng

xơ dựa trên kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) và thực tế, sau đó rạch hình chữ H hoặc cắt bỏ mảng xơ tùy theo hình thái.

**Bước 4 - Lấy mảnh ghép bì (Hình 1. C):** Rạch da elip vùng bụng dưới, lấy lớp bì sau khi loại bỏ thượng bì. Kích thước mảnh ghép được lấy lớn hơn 20% so với kích thước mảng xơ để bù co rút sinh lý.

**Bước 5 - Cố định mảnh ghép (Hình 1. D-E):** Khâu cố định mảnh ghép bằng chỉ PDS 3-0. Gây cương nhân tạo kiểm tra chảy máu từ chỗ khâu ghép và mức độ thẳng của dương vật.

**Bước 6 - Đóng vết mổ và băng ép (Hình 1. F):** Đóng cân Buck, phục hồi da dương vật bằng Vicryl 4-0. Băng ép dương vật. Vết mổ bụng đóng theo lớp.



Hình 1. Quy trình phẫu thuật: A: Bộc lộ bao trắng thể hang; B: Bóc tách niệu đạo; C: Lấy mảnh ghép bì; D: Khâu cố định mảnh ghép bì đã xử lý; E: Kiểm tra sau khâu mảnh ghép; F: Băng ép hậu phẫu. (Nguồn: Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân)

### 2.3. Đánh giá kết quả

**Thời điểm:** Tái khám 1, 3, 6 và 12 tháng sau phẫu thuật.

**Chỉnh thẳng thành công:** Độ cong còn lại < 15° [8].

**RLC mới xuất hiện:** IIEF-5 giảm  $\geq 5$  điểm so với trước mổ ở bệnh nhân không có RLC trước phẫu thuật.

**Bảo tồn chiều dài:** Chiều dài dương vật khi cương sau mổ giảm < 10% so với trước mổ.

**Xử lý số liệu:** Phần mềm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0. So sánh IIEF-5 trước-sau bằng Wilcoxon Signed-Rank Test. Ngưỡng ý nghĩa  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu ( $n = 46$ )

| Đặc điểm                                           | Giá trị / n     | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------------------|-----------------|-----------|
| Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC                           | 55,4 $\pm$ 9,2  | —         |
| Thời gian bệnh (tháng), TB $\pm$ ĐLC               | 18,6 $\pm$ 7,3  | —         |
| Độ cong trước PT (độ), TB $\pm$ ĐLC                | 72,3 $\pm$ 14,8 | —         |
| 60 - 75°                                           | 26              | 56,5      |
| 76 - 90°                                           | 14              | 30,4      |
| > 90°                                              | 6               | 13,1      |
| Vị trí mảng xơ - mặt lưng                          | 31              | 67,4      |
| Vị trí mảng xơ - mặt bên                           | 10              | 21,7      |
| Vị trí mảng xơ - mặt bụng                          | 5               | 10,9      |
| Diện tích mảng xơ (cm <sup>2</sup> ), TB $\pm$ ĐLC | 2,8 $\pm$ 1,4   | —         |
| IIEF-5 trước phẫu thuật, TB $\pm$ ĐLC              | 17,6 $\pm$ 4,3  | —         |
| Đái tháo đường type 2                              | 15              | 32,6      |
| Tăng huyết áp                                      | 13              | 28,3      |
| Rối loạn lipid máu                                 | 12              | 26,1      |

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; PT: phẫu thuật; IIEF-5: International Index of Erectile Function.

Tuổi trung bình 55,4  $\pm$  9,2. Độ cong trung bình trước phẫu thuật 72,3  $\pm$  14,8°, nhóm 60-75° chiếm đa số (56,5%). Mảng xơ chủ yếu mặt lưng dương vật (67,4%). IIEF-5 trung bình trước mổ 17,6  $\pm$  4,3. Đái tháo đường type 2 (32,6%) và tăng huyết áp (28,3%) là bệnh lý kèm thường gặp nhất.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật và theo dõi 12 tháng ( $n = 46$ )

| Chỉ số đánh giá                           | n (BN)          | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------|-----------------|-----------|
| Thời gian phẫu thuật (phút), TB $\pm$ ĐLC | 92,4 $\pm$ 18,6 | —         |
| Thời gian nằm viện (ngày), TB $\pm$ ĐLC   | 3,2 $\pm$ 0,8   | —         |
| <b>Biến chứng sớm</b>                     | —               |           |
| - Thay đổi cảm giác quy đầu (tạm thời)    | 9               | 19,6      |
| - Phù nề quy đầu                          | 10              | 21,7      |
| - Nhiễm trùng vết mổ (Clavien-Dindo độ I) | 1               | 2,2       |

| Chỉ số đánh giá                          | n<br>(BN)  | Tỷ lệ<br>(%) |
|------------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Kết quả sau 12 tháng</b>              | —          |              |
| - Chỉnh thẳng thành công (độ cong < 15°) | 40         | 87,0         |
| - Bảo tồn chiều dài dương vật            | 41         | 89,1         |
| - Rối loạn cương mới xuất hiện           | 7          | 15,2         |
| - Tái phát cần can thiệp lại             | 2          | 4,3          |
| - IIEF-5 sau 12 tháng, TB ± ĐLC          | 16,2 ± 4,7 | —            |
| - Bệnh nhân hài lòng / rất hài lòng      | 39         | 84,8         |

RLC: rối loạn cương mới xuất hiện; BN: bệnh nhân.

Thời gian phẫu thuật trung bình 92,4 ± 18,6 phút. Biến chứng sớm chủ yếu là phù nề quy đầu (21,7%) và thay đổi cảm giác tạm thời (19,6%), tự hồi phục sau 4-8 tuần. Sau 12 tháng: chỉnh thẳng thành công 87,0% (40/46); bảo tồn chiều dài 89,1%; RLC mới xuất hiện 15,2%; IIEF-5 sau 12 tháng 16,2 ± 4,7 (không khác biệt có ý nghĩa so với trước mổ, p = 0,12); hài lòng 84,8%. Hai bệnh nhân (4,3%) cần can thiệp bổ sung: một khâu gấp nếp đối bên, một cấy ghép vật hang nhân tạo.

4.3. Tỷ lệ chỉnh thẳng

Bảng 3. So sánh kết quả với các nghiên cứu sử dụng mảnh ghép bì điều trị bệnh Peyronie

| Tác giả (năm)               | N  | Vật liệu       | Chỉnh thẳng (%) | RLC (%) | Hài lòng (%) |
|-----------------------------|----|----------------|-----------------|---------|--------------|
| Chúng tôi (2026)            | 46 | Bì tự thân     | 87,0            | 15,2    | 84,8         |
| Mai Bá Tiến Dũng [1] (2025) | 52 | Bì tự thân     | 89,0            | 13,5    | 82,3         |
| Simonato [7] (2010)         | 26 | Vật bì quy đầu | 64,0            | 32,0    | 41,0         |
| De Rose [6] (2019)          | 16 | Bì tự thân     | 75,0            | 25,0    | 68,7         |
| Chung [3] (2011)            | 20 | Bì tự thân     | 50,0            | 67,0    | 35           |

RLC: rối loạn cương mới xuất hiện; (—): không báo cáo; NC: nghiên cứu.

Tỷ lệ chỉnh thẳng 87,0% nằm trong khoảng 65-100% báo cáo cho mảnh ghép bì và phù hợp với khoảng 67-88% cho tất cả loại vật liệu ghép trong tổng quan của ESSM năm 2022 [8,9]. Kết quả này cao hơn báo cáo 5 năm của Chung (50%) - có thể do thời gian theo dõi dài hơn của nghiên cứu đó (98 tháng) cho phép phát hiện thêm ca tái phát muộn - và tương đồng tốt với kết quả trong nước của Mai Bá Tiến Dũng (89%) [1].

4.4. Chức năng cương và IIEF-5

Tỷ lệ RLC mới xuất hiện 15,2% thấp hơn đáng kể so với Chung (67%), Simonato (32%) và tương đồng với Mai Bá Tiến Dũng (13,5%) [1,3,7]. Điểm IIEF-5 sau 12 tháng không giảm có ý nghĩa (p = 0,12) cho thấy kỹ thuật được thực hiện đúng không làm suy giảm chức năng cương. Tỷ lệ bệnh đi kèm cao (đái tháo đường 32,6%, tăng huyết áp 28,3%) là yếu tố nguy cơ RLC sau phẫu thuật cần tư vấn kỹ trước

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định kỹ thuật sử dụng mảnh ghép

Các hướng dẫn của Hội Tiết Niệu Hoa Kỳ (AUA), ESSM đều đồng thuận độ cong ≥ 60° hoặc biến dạng đồng hồ cát là chỉ định ưu tiên cho kỹ thuật cắt bỏ mảng xơ kết hợp ghép mô. Kỹ thuật khâu gấp nếp đơn thuần ở mức cong này làm ngắn chiều dài dương vật quá mức, có thể mất 20-30% chiều dài dương vật. Trong nghiên cứu này, 89,1% bệnh nhân bảo tồn chiều dài dương vật, tương đồng với Mai Bá Tiến Dũng (82,7%) và De Rose (83%) [1,6].

4.2. Ưu điểm mảnh ghép bì tự thân

Các hướng dẫn đều không khuyến cáo vật liệu mảnh ghép tối ưu [2,5,9]. Nghiên cứu của De Rose sau 15 năm theo dõi đưa ra một số ưu điểm mảnh ghép bì tự thân gồm: không nguy cơ thải loại, chi phí thấp, không cần bảo quản lạnh, diện tích lấy được đủ lớn và độ đàn hồi tốt bền vững [6]. Đây là lợi thế quan trọng trong điều kiện thực hành tại Việt Nam, nơi vật liệu dị loài còn hạn chế. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 2,2% trong nghiên cứu này tương đồng với báo cáo của Mai Bá Tiến Dũng (1,9%) [1].

mổ. RLC mới xuất hiện sau phẫu thuật ghép mô liên quan đến tổn thương bó mạch thần kinh và mất cơ chế tắc tĩnh mạch vật hang; do đó chỉ định đúng bệnh nhân (IIEF-5 ≥ 12) là điều kiện tiên quyết [8,9].

4.5. Hạn chế

Nghiên cứu đơn trung tâm, không có nhóm chứng, thời gian theo dõi 24,6 tháng chưa đủ đánh giá cơ rút mảnh ghép và RLC dài hạn. Cần nghiên cứu đa trung tâm có đối chứng với theo dõi ≥ 5 năm.



## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ bao trắng thể hang kết hợp mảnh ghép bì tự thân tại Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân (01/2023-12/2025) cho thấy kết quả hiệu quả và an toàn: chỉnh thẳng thành công 87,0%, bảo tồn chiều dài dương vật 89,1%, RLC mới xuất hiện 15,2%, IIEF-5 không thay đổi có ý nghĩa sau 12 tháng và 84,8% bệnh nhân hài lòng. Mảnh ghép bì tự thân là vật liệu phù hợp điều kiện Việt Nam nhờ chi phí thấp, không cần vật liệu ngoại nhập và kết quả tương đồng y văn quốc tế.

## VI. KIẾN NGHỊ

Cần triển khai nghiên cứu đa trung tâm, có nhóm đối chứng so sánh mảnh ghép bì với các vật liệu khác (tĩnh mạch hiển, niêm mạc má), với thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm. Nên xây dựng quy trình tư vấn chuẩn trước phẫu thuật, đặc biệt về nguy cơ RLC mới xuất hiện đối với bệnh nhân có bệnh tim mạch - chuyển hóa đi kèm. Kỹ thuật phẫu thuật cần được chuẩn hóa và phổ biến đến các cơ sở nam khoa tuyến tỉnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Bá Tiến Dũng, Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Hồ Vĩnh Phước.** Đánh giá kết quả phương pháp cắt bỏ mô xơ bao trắng thể hang và sử dụng mảnh ghép bì trong phẫu thuật điều trị cong dương vật mắc phải. *Tạp chí Y học Việt Nam (VMJ)*. 2025; 547(2)

2. **Chierigo F, Fallara G, Tozzi M, và c.s.** Guideline of guidelines: Peyronie's disease. *BJU International*. 2026; : bju.70201
3. **Chung E, Clendinning E, Lessard L, và c.s.** Five-Year Follow-Up of Peyronie's Graft Surgery: Outcomes and Patient Satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011; 8(2): 594-600
4. **Natsos A, Tatanis V, Kontogiannis S, và c.s.** Grafts in Peyronie's surgery without the use of prostheses: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Andrology*. 2024; 26(3): 250-259
5. **Nehra A, Alterowitz R, Culkin DJ, và c.s.** Peyronie's Disease: AUA Guideline. *Journal of Urology*. 2015; 194(3): 745-753
6. **Rose AFD, Mantica G, Maffezzini M, và c.s.** Dermal graft surgery for Peyronie's disease: Long term results at a 15 years follow-up.
7. **Simonato A, Gregori A, Varca V, và c.s.** Penile Dermal Flap in Patients With Peyronie's Disease: Long-Term Results. *Journal of Urology*. 2010; 183(3): 1065-1068
8. **Hatzichristodoulou G.** Grafting techniques for Peyronie's disease. *Translational Andrology and Urology*. 2016; 5: 334-341
9. **Osmonov D, Ragheb A, Ward S, và c.s.** ESSM Position Statement on Surgical Treatment of Peyronie's Disease. *Sexual Medicine*. 2021; 10
10. **Salonia A, Boeri L, Capogrosso P, và c.s.** *EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health 2025*. European Association of Urology, 2025.

## ĐÁNH GIÁ PHỤC HỒI CẢM GIÁC THẦN KINH HUYỆT RĂNG DƯỚI SAU PHẪU THUẬT CHẼ DỌC CÀNH CAO XƯƠNG HÀM DƯỚI HAI BÊN

Lê Tấn Hùng<sup>1</sup>, Trần Ái Khiêm<sup>2</sup>, Nguyễn Mỹ Huyền<sup>1</sup>, Lê Đức Lánh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá phục hồi cảm giác thần kinh huyết răng dưới và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm giác kéo dài sau phẫu thuật chẻ dọc cành cao xương hàm dưới hai bên (BSSO).

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu,

theo dõi dọc 24 tháng trên 94 người bệnh BSSO (47 đưa hàm ra trước, 47 lùi hàm dưới) tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh.

**Kết quả:** Rối loạn cảm giác chủ quan sau 1 tuần đạt 93,6–95,7% ở cả hai nhóm. Level C và B phục hồi gần hoàn toàn sau 6–24 tháng; Level A còn bất thường ở 6,38–8,51% sau 24 tháng. Không có khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. VAS tương quan mạnh nhất với Level A ( $\rho = 0,82-0,90$ ). Biên độ di chuyển  $\geq 6,00$  mm (OR = 3,49; p = 0,010) và tuổi  $\geq 25$  (OR = 3,11; p = 0,030) là yếu tố liên quan độc lập với rối loạn cảm giác kéo dài tại 6 tháng.

**Kết luận:** BSSO mang lại phục hồi cảm giác tốt; cảm giác tinh tế có thể còn bất thường sau 24 tháng. Biên độ di chuyển lớn và tuổi cao cần lưu ý trong tư vấn trước phẫu thuật.

<sup>1</sup>Trường Y Dược – Đại học Trà Vinh

<sup>2</sup>Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Tấn Hùng

Email: bsletanhung@gmail.com

Mã bài: N747

Ngày nhận bài: 5/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026