VẠT DA QUY ĐẦU CÓ CUỐNG MẠCH ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU THẤP THỂ SAU HAI THÌ: 40 BỆNH NHÂN ĐẦU TIÊN VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

Nguyễn Duy Việt[1]

TÓM TẮT

Mục đích: mô tả kỹ thuật mổ 2 thì sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch điều trị lỗ tiểu thấp thể sau và kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành hồi cứu 40 bệnh nhân nam đầu tiên được hoàn thành phẫu thuật 2 thì sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch điều trị lỗ tiểu thấp thể sau từ 08.2017 – 12.2022. Tại khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** gồm 40 bệnh nhân lỗ tiểu thấp thể nặng được phẫu thuật 2 thì theo phương pháp sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch. Lỗ niệu đạo tại gốc dương vật chiếm đa số với tỉ lệ 67,5% trường hợp. Tuổi trung vị phẫu thuật thì 1 là 4,0 tuổi (3 – 4,5 tuổi), thì 2 là 4,5 tuổi (4 – 5,5 tuổi) và khoảng thời gian trung vị giữa 2 lần phẫu thuật là 11 tháng (8 -14 tháng), thời gian theo dõi sau phẫu thuật thì 2 là 38 tháng (36,6 – 40,2 tháng). 100% vạt da sau phẫu thuật thì 1 đạt tốt, không có bệnh nhân nào xuất hiện cong dương vật tái phát tại thời điểm theo dõi. Tỉ lệ thành công khá cao chiếm 77,5% và biến chứng với tỉ lệ là 22,5%. Phần lớn xuất hiện với 1 biến chứng và phổ biến là rò niệu đạo chiếm 17,5% trường hợp. Hơn nữa, biến chứng viêm niệu đạo, túi thừa niệu đạo và toác quy xuất hiện thấp. Không có bệnh nhân nào xuất hiện hẹp niệu đạo hay hẹp miệng sáo sau phẫu thuật, không có trường hợp nào xuất hiện vấn đề nghiêm trọng da dương vật. Tất cả trường hợp có cách đi tiểu bình thường và đạt tính thẩm mỹ tại thời điểm theo dõi. **Kết luận:** kết quả nghiên cứu theo kỹ thuật này có tỉ lệ biến chứng khá thấp và không có biến chứng hẹp niệu đạo và hẹp miệng sáo.

Từ khóa: Lỗ tiểu thấp thể sau, phẫu thuật 2 thì.

SUMMARY

FORESKIN PEDICLE FLAP IN TREATMENT PROXIMAL HYPOSPADIAS BY TWO-STAGE: FIRST FORTY PATIENTS AND RESULTS

Objective: describe the technique of the two-stage procedure with a foreskin pedicle flap for proximal hypospadias repair, and surgical outcomes. **Patients and methods**: retrospectively reviewed the first forty consecutive patients who underwent two-stage repair with a foreskin pedicle flap from 08.2017-12.2022, at the urological department, Vietnam National Children's Hospital. **Results:** forty patients with proximal hypospadias underwent two-stage repair with a foreskin pedicle flap. The median age of the first stage was 4.0 years old (3.0 – 4.5 years), the median age of the second stage was 4.5 years old (4.0 – 5.5 years) and the median time between stages for staged repair was 11 months (8 – 14 months). The median follow-up after the second stage was 38 months (36.6 – 40.2 months). The flap took well in all, none of them presented recurrent curvature penis at the follow-up. Overall, success was achieved in 77,5% of cases and the complication rate was 22,5%. Most of them occurred in a single complication; the most common complication was urethra-cutaneous fistulas 17,5%. In addition, urethra diverticulum, urethritis, and glans dehiscence were low. The outcome of the study did not get urethral stricture or meatal stenosis. It did not have any problem with the skin cover. All of the patients had normal voiding and the cosmetic appearance was excellent in follow-up. **Conclusions:** outcomes of the study with this technique had quite low complications and no urethral stricture or meatal stenosis occurred.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị lỗ tiểu thấp thể sau hay thể nặng vẫn là thách thức đối với chuyên ngành Tiết niệu Nhi. Thực tế, đã có nhiều kỹ thuật khác nhau bao gồm phẫu thuật 1 thì, phẫu thuật 2 thì điều trị thể bệnh này, tuy nhiên tỉ lệ xuất hiện biến chứng chung cho cả 2 phương pháp còn cao 39,0 – 68,0% [1],[2]. Chính vì vậy, khoảng hơn một thập kỷ vừa qua đa số các trung tâm y khoa trên Thế giới đã sử dụng kỹ thuật mổ 2 thì điều trị bệnh lỗ tiểu thấp thể nặng với tỉ lệ biến chứng thấp hơn khoảng một nửa, tỉ lệ biến chứng đối với mổ 2 thì là 21% so 42% của mổ 1 thì [3]. Đối với phương pháp mổ 2 thì có thể sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch hoặc vạt da quy đầu tự do, mặc dù tỉ lệ biến chứng thấp hơn đối với phẫu thuật 1 thì, tuy nhiên tỉ lệ xuất hiện nhiều biến chứng trên mỗi bệnh nhân còn khá cao khoảng 14,8 – 35,0% [4],[5]. Do đó, chúng tôi tiến hành "Phương pháp phẫu thuật 2 thì sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch điều trị lỗ tiểu thấp thể nặng", cách thức phẫu thuật chưa được công bố trước đây. Câu hỏi nghiên cứu là: phẫu thuật 2 thì sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch điều trị lỗ tiểu thấp thể nặng có tỉ lệ biến chứng và số biến chứng ở mỗi bệnh nhân thấp hơn công bố y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân lỗ tiểu thấp thể sau, là những trường hợp sau khi phẫu tích trong mổ mà có lỗ tiểu từ vị trí gốc dương vật – bừu, lỗ tiểu ở bừu và tầng sinh môn. Bao

[1]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt
Email: bsnguyenduyviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023
Ngày duyệt bài: 30.11.2023

gồm 40 bệnh nhân đầu tiên được hoàn thành phẫu cả 2 thì.

Tiêu chuẩn loại trừ: tất cả những trường hợp lỗ tiểu thấp thể xa, lỗ tiểu thấp thể sau đã được phẫu thuật trước đó nhưng thất bại. Những bệnh nhân lỗ tiểu thấp thể sau đã hoàn thành phẫu thuật thì 1, nhưng chưa hoàn thành phẫu thuật thì 2.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Trung ương. Thời gian nghiên cứu từ tháng 08.2017 – 12.2022.

Phương pháp nghiên cứu: tiến hành nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu mô tả.

Cách lấy số liệu bằng cách lấy thông tin hồ sơ bệnh án và bệnh nhân được gọi khám lại, các biến số được mô tả bao gồm: vị trí lỗ tiểu ban đầu, tuổi mổ thì 1, tuổi mổ thì 2, khoảng cách thời gian giữa 2 thì mổ. Biến chứng và phân loại biến chứng: nhiễm trùng da, rò niệu đạo, túi thừa niệu đạo, viêm niệu đạo, hẹp niệu đạo, hẹp miệng sáo, toác quy đầu và toác niệu đạo, số biến chứng xuất hiện ở mỗi trường hợp.

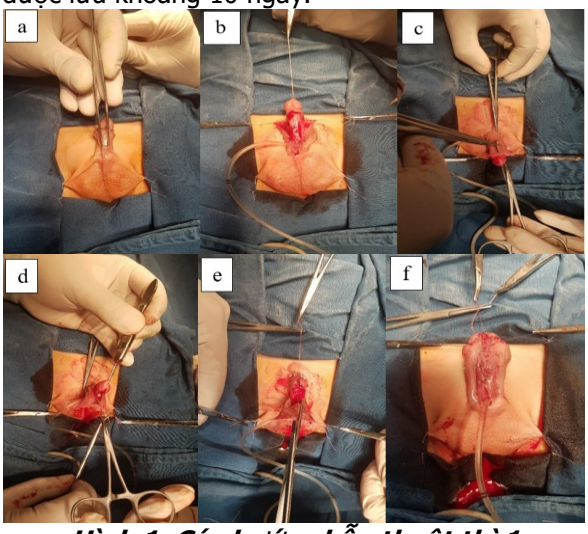
Tất cả bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật thì 1 và thì 2 bởi một phẫu thuật viên.

Số liệu được xử lý theo phầm mềm thống kê y học SPSS 20.0 giá trị p < 0.05 có ý nghĩa thông kê.

Kỹ thuật mổ 2 thì sử dụng vạt quy đầu có cuống mạch điều trị lỗ tiểu thấp thể sau:

Thì 1 (hình1): Đặt mũi chỉ vicryl 5.0 khâu treo ở quy đầu, nếu trường hợp nào mà mặt trước niệu đạo không tốt/ chỉ là da che phủ sẽ được cắt bỏ tới niệu đạo lành, bắt đầu bằng đường rạch da khoảng 3mm dưới vành quy đầu ở mặt bụng của dương vật, tiếp tục rạch da về phía 2 bên quanh quy đầu và hướng về mặt lưng của dương vật. Từ phía bụng của dương vật cắt bỏ phần máng niệu đạo thiểu sản và xơ dương vật, phẫu tích đến niệu đạo lành. Từ mặt lưng của dương vật, tiến hành phẫu tích kết hợp từ mặt bụng của dương vật, phẫu tích tổ chức da mặt lưng bảo tồn cuống mạch, phẫu tích đến gốc của dương vật. Sau khi phẫu tích đánh giá vị trí lỗ niệu đạo giúp phân loại thể lỗ tiểu thấp thể sau bao gồm thể gốc dương vật – bừu, thể bừu và thể tầng sinh môn. Tiếp đến nếu như dương vật thẳng hoặc còn cong dương vật dưới 30 độ thì không cần tiến hành làm thẳng dương vật. Nếu như dương vật cong dương vật trên 30 độ, tiến hành phẫu thuật Nesbit làm thẳng dương vật. Tạo cánh quy đầu: rạch theo đường giữa quy đầu kéo dài tới đỉnh của quy đầu, phẫu tích 2 bên của mỗi cánh quy đầu sao cho đủ rộng tạo thuận lợi cho phẫu thuật tạo hình quy đầu ở thì 2. Chuyển vạt da quy đầu có cuống mạch đã được phẫu tích trước đó xuống mặt bụng của dương vật, khâu đính vạt da vào nền của mặt bụng dương vật và nền của quy đầu bằng chỉ khẩu PDS 6.0. Khâu phục hồi đường rạch chỉ vicyl 6.0. Đặt lưu sonde tiểu bằng sonde foley 8Fr. Vết thương được phủ bằng mỡ bétadin và bằng ép bằng gạc vô khuẩn. Bệnh nhân được lưu thông tiểu khoảng 7 -8 ngày, thay băng và rửa vết thương bằng nước muối sinh lý 0.9%.

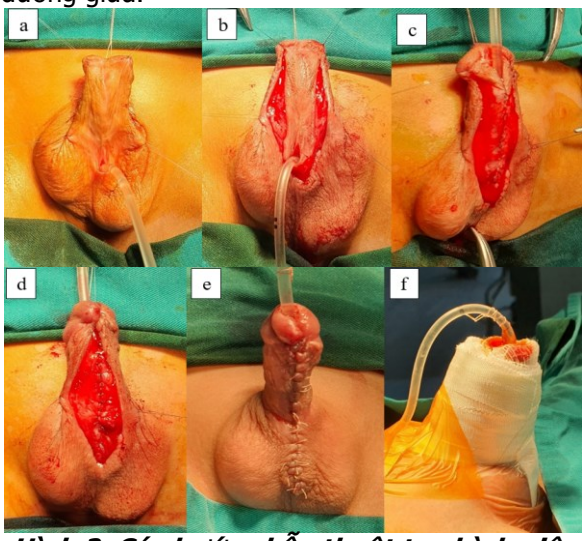
Thì 2 (hình 2): Được thực hiện sau thì 1 ít nhất là 6 tháng. Thì 2 nghĩa là tiến hành tạo hình niệu đạo và tạo hình quy đầu. Đặt mũi khâu treo đỉnh quy đầu, đặt sonde cho ăn số 8. Đường rạch hình chữ U vòng phía dưới lỗ niệu đạo và kéo lên 2 bên hướng quy đầu, tiến hành phẫu tích mắng niệu đạo cẩn thận và phẫu tích 2 cánh quy đầu đủ rộng. Tiến hành tạo hình niệu đạo và niệu đạo đoạn quy đầu bằng mũi chỉ khẩu vắt, chỉ PDS 6.0, khâu 2 lớp và phủ niệu đạo mới bằng tổ chức dưới da/ cơ Dartos của thân dương vật. Khâu tạo hình quy đầu bằng chỉ vicryl 5.0. Khâu da che phủ bằng chỉ vycril 6.0. Cố định sonde tiểu. Vết thương được phủ bằng bétadin và băng ép gạc vô khuẩn. Thay băng và rửa vết thương bằng nước muối sinh lý 0.9%, nếu vết thương không nề thì để hở vết thương đến khi rút sonde tiểu ra viện. Nếu vết thương nề thì được bằng lại đến trước khi ra viện. Sonde tiểu được lưu khoảng 10 ngày.



Hình 1. Các bước phẫu thuật thì 1

a và b. Phẫu tích da quanh thân dương vật, cắt xơ bụng tới niệu đạo lành; c và d. Mở cửa sổ da mặt lưng dương vật sao cho da mặt lưng còn lại đủ khâu phục hồi, luồn xuống mặt bụng dương vật qua quy đầu; e và f. Phẫu tích 2 cánh quy đầu đủ rộng, cắt vạt da theo đường giữa và

khâu lại vạt da vào thân dương vật-quy đầu theo đường giữa.



Hình 2. Các bước phẫu thuật tạo hình niệu đạo thì 2

a và b. vạt da với sẹo mềm mại ở đường giữa, đặt sonde niệu đạo-bàng quang 8 Fr, rạch da theo hình chữ U vòng xuống lỗ niệu đạo và kéo lên 2 cánh quy đầu; c và d. tạo hình niệu đạo, niệu đạo quy đầu bằng chỉ PDS 6.0 2 lớp khâu vắt, sau đó niệu đạo được phủ thêm lớp cơ dartos thân dương vật, tạo hình quy đầu; e và f. khâu da phục hồi và băng vết thương phủ mỡ bétadine.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 40 bệnh nhân đầu tiên chẩn đoán bệnh lỗ tiểu thấp thể nặng và được tiến hành phẫu thuật 2 thì theo phương pháp sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch, giai đoạn từ 8.2017 đến 12. 2022. Lỗ niệu đạo tại gốc dương vật chiếm đa số 27 (67,5%) trường hợp. Tuổi trung vị cho phẫu thuật thì 1 là 4,0 tuổi (3 – 4,5 tuổi), thì 2 là 4,5 tuổi (4 – 5,5 tuổi) và khoảng thời gian trung vị giữa 2 lần phẫu thuật là 11 tháng (8 -14 tháng), thời gian theo dõi sau phẫu thuật thì 2 là 38 tháng (36,6 – 40,2 tháng) (bảng 1). Bên cạnh đó, sau khi cắt xơ bụng dương vật, phần lớn bệnh nhân đạt được dương vật thẳng với tỉ lệ 96,4% bệnh nhân. 100% vạt da sau phẫu thuật thì 1 đạt tốt, không có bệnh nhân nào xuất hiện cong dương vật tái phát tại thời điểm theo dõi. Kết quả chung, tỷ lệ thành công khá cao khoảng hơn 3/4 trường hợp với tỉ lệ 77,5% và khoảng 1/4 trường hợp xuất hiện biến chứng với tỉ lệ là 22,5%. Trong số biến chứng, phần lớn xuất hiện với 1 biến chứng và phổ biến là rò niệu đạo chiếm 17,5% trường hợp (bảng 2). Biến chứng không liên quan đến tuổi phẫu thuật, vị trí lỗ tiểu và khoảng thời gian giữa 2 thì mổ khi sử dụng mô hình hồi quy logistics phân tích. Hơn nữa, biến chứng viêm niệu đạo, túi thừa niệu đạo và toác quy xuất hiện thấp với tỉ lệ mỗi loại là 2,5%. Không có bệnh nhân nào xuất hiện hẹp niệu đạo hay hẹp miệng sáo sau phẫu thuật, không có trường hợp nào xuất hiện vấn đề nghiêm trọng da dương vật. Tất cả trường hợp có cách đi tiểu bình thường và đạt tính thẩm mỹ tại thời điểm theo dõi.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	n=40, trung vị	% hoặc khoảng tứ phân vị
Lỗ tiểu gốc dương vật	27	67,5
Lỗ tiểu ở bừu	13	32,5
Khâu gấp nếu mặt lưng dương vật	2	3,6
Mở rộng lỗ tiểu	5	8,4
Vạt da tốt	40	100,0
Tuổi phẫu thuật thì 1 (năm)	4,0	3 – 4,5
Tuổi phẫu thuật thì 2 (năm)	4,5	4 – 5,5
Thời gian giữa 2 thì phẫu thuật (tháng)	11	8 - 14
Thời gian theo dõi (tháng)	38	36,6 – 40,2

Bảng 2: Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật thì 2

Kết quả và biến chứng	n = 40	%
Thành công	31	77,5
Biến chứng	9	22,5
Số biến chứng/ mỗi bệnh nhân	8 bệnh nhân có 1 biến chứng	20,0
	1 bệnh nhân có 2 biến chứng	2,5
Rò niệu đạo	7	17,5
Túi thừa niệu đạo	1	2,5
Viêm niệu đạo	1	2,5
Toác quy đầu	1	2,5
Hẹp niệu đạo	0	0,0
Hẹp niệu miệng	0	0,0
Toác niệu đạo	0	0,0
Nhiễm trùng da	0	0,0

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị lỗ tiểu thấp thể sau vẫn là thách thức đối với chuyên ngành Tiết niệu Nhi. Khoảng hơn một thập kỷ vừa qua có nhiều kỹ thuật được ứng dụng điều trị lỗ tiểu thấp thể nặng, bao gồm phẫu thuật một thì, phẫu thuật hai thì, khác nhau cả về cách thức tiến hành phẫu thuật, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng nói chung cho cả hai phương pháp còn cao 39,0 – 68,0% [1],[2]. Nhằm đạt kết quả tốt và giảm tỉ lệ xất

hiện biến chứng, xu hướng phẫu thuật hai thì điều trị lỗ tiểu thấp thể sau chiếm đa số với tỉ lệ 75%, và tỉ lệ biến chứng chỉ bằng một nửa so với phẫu thuật một thì là 21% tỉ lệ xuất hiện biến chứng ở phẫu thuật hai thì so với 42% đối với phẫu thuật một thì [3]. Lần đầu tiên chúng tôi tiến hành phẫu thuật hai thì sử dụng vạt da quy đầu có cuống mạch điều trị lỗ tiểu thấp thể nặng, với chi tiết phẫu thuật khác với công bố trong y văn trước đây. Tại thời điểm ít nhất sau 6 tháng sau phẫu thuật thì 1 tất cả vạt da tốt, mềm mại và đủ rộng cho phẫu thuật thì 2 ở nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ xuất hiện biến chứng khoảng ¼ số trường hợp, đa số xuất hiện với một biến chứng duy nhất và phổ biến là rò niệu đạo, nhất là không có trường hợp nào xuất hiện hẹp niệu đạo và hẹp miệng sáo tại thời điểm theo dõi bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian theo dõi sau mổ ở nghiên cứu của chúng tôi đủ dài, theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả thì thời gian theo dõi sau mổ trung hạn và dài hạn sẽ phản ánh đầy đủ kết quả, cũng như biến chứng có thể gặp ở bệnh nhân lỗ tiểu thấp thể nặng được điều trị theo phương pháp hai thì [4]. Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khá nhiều so với kết quả một số nghiên cứu khác khi sử dụng phẫu thuật hai thì với vạt tự do, với tỉ lệ biến chứng khoảng từ 49 - 68% [1],. Là bởi ở các nghiên cứu sử dụng hai thì với vạt quy đầu tự do không có cuống mạch, chính vì vậy sẽ xuất hiện vạt da nhiễm trùng phải mổ lại và vạt không đủ rộng cũng như không đủ chất lượng cho phẫu thuật thì hai. Thật vậy, tỉ lệ mổ lại đối với kỹ thuật 2 thì vạt tự do, ở thì 1 khoảng 7% - 9.3% [1].

Hơn nữa, khi phân tích biến chứng rò niệu đạo, đây là biến chứng xuất hiện phổ biến ở nghiên cứu của chúng tôi. Biến chứng này cũng bắt gặp chủ yếu ở một số nghiên cứu khác [2],[4], tuy nhiên tỉ lệ rò niệu đạo thấp hơn ở nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ xuất hiện rò niệu đạo khá cao được công bố khoảng 29.1% - 57.1% [1],[4]. Điều này có thể được lý giải là do có vấn đề đối với chất lượng vạt da không được tốt dẫn tới phải mổ lại ở thì 1 và không được đủ rộng, mềm mại khi tiến hành tạo hình niệu đạo ở thì 2. Chúng tôi cho rằng đây là yếu tố ảnh hưởng đến sự lành vết thương, như đã được đề cập ở nghiên cứu khác. Thêm vào đó, hẹp miệng sáo, đặc biệt là hẹp niệu đạo là biến chứng khó chữa gặp tỉ lệ khoảng 6.2% -14% [1],[4]. Chúng tôi cho rằng loại biến chứng này cũng là một trong những nguyên nhân gây rò niệu đạo, tuy nhiên ở nghiên cứu của chúng tôi không gặp dạng biến chứng này. Sau khi tạo hình niệu đạo ở thì 2, tiến hành sử dụng cân Dartos có cuống mạch hoặc cân của tinh hoàn là yếu tố ngăn rò niệu đạo [6]. Sanltzan và cộng sự năm 2018 công bố kết quả nghiên cứu có 29.4%, bao gồm 5.9% bệnh nhân xuất hiện hẹp miệng sáo và 2.9% trường hợp hẹp niệu đạo [7].

Toác quy đầu được nhận biết là một loại biến chứng xuất hiện khi tiến hành phẫu thuật 2 thì. Tỉ lệ loại biến chứng này của chúng tôi hơn khá tương đồng so với kết quả ở một số tác giả khác đã công bố với tỉ lệ khoảng từ 3.0 – 4.4% [8],[9]. Kích thước quy đầu nhỏ, ở những trường hợp phẫu thuật lại điều trị lỗ tiểu thấp là yếu tố nguy cơ toác niệu đạo quy đầu. Bên cạnh đó có thể là do kỹ thuật khác nhau, cho nên tỉ lệ biến chứng thay đổi.

Hẹp niệu đạo là một biến chứng quan trọng khác và thường xuất hiện tại lỗ niệu đạo nguyên thủy. Dạng biến chứng này thường nhận thấy nếu như tiến hành phẫu thuật 2 thì sử dụng vạt tự do theo nguyên tắc Bracka, với tỉ lệ biến chứng khoảng từ 0-5%[10]. Một điều đặc biệt là không có trường hợp nào xuất hiện hẹp niệu đạo ở nghiên cứu của chúng tôi. Là cho tất cả các trường hợp có chất lượng da tốt, mềm mại và đủ rộng. Những điều này giải thích tại sao kết quả nghiên cứu của chúng tôi không bắt gặp biến chứng hẹp niệu đạo hay hẹp miệng sáo.

Có một bệnh nhân xuất hiện túi thừa niệu đạo kích thước nhỏ sau 3 năm theo dõi, sau đó bệnh nhân được phẫu thuật lại thành công. Một số nghiên cứu khác thông báo tỉ lệ xuất hiện túi thừa niệu đạo thấp hơn với tỉ lệ khoảng 6.2%-14.3%[1],[4]. Chúng tôi cho rằng chất lượng của vạt da và cẩn thận khi tiến hành phẫu thuật thì 2 là yếu tố quan trọng ngăn hoặc giảm biến chứng xuất hiện bao gồm túi thừa niệu đạo. Cuối cùng, phần lớn biến chứng xuất hiện là một biến chứng ở nghiên cứu của chúng tôi và cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Như kết quả nghiên cứu của McNamara và cộng sự 2015 công bố 65% trường hợp xuất hiện với 1 biến chứng và còn lại là xuất hiện với 2 đến 4 biến chứng [4].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu theo kỹ thuật này có tỉ lệ biến chứng khá thấp và không có biến chứng hẹp niệu đạo và hẹp miệng sáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stanasel I, Hoang-Kim Le, Bilgutay A et al** (2015). Complications following Staged Hypospadias Repair Using Transposed Preputial Skin Flaps. J Urol, 194(2): 512-6.

2. **Wang CX, Zhang WP, and Song HC** (2019). Complications of proximal hypospadias repair with transverse preputial island flap urethroplasty: a 15-year experience with long-term follow-up. Asian J Androl, 21(3): 300-303.
3. **Babu R and Chandrasekharam VS** (2021). Meta-analysis comparing the outcomes of single-stage (foreskin pedicled tube) versus two-stage (foreskin free graft & foreskin pedicled flap) repair for proximal hypospadias in the last decade. Journal of Pediatric Urology, 17(5): 681-689.
4. **McNamara ER, Schaeffer AJ, Logvinenko T et al** (2015). Management of Proximal Hypospadias with 2-Stage Repair: 20-Year Experience. J Urol, 194(4): 1080-1085.
5. **Long CJ, Chu DI, Tenney RW, et al** (2017). Intermediate-Term Followup of Proximal Hypospadias Repair Reveals High Complication Rate. J Urol, 197(3 Pt 2): 852-858.
6. **Joshi RS, Bachani MK, Uttarwar A.M et al** (2015). The Bracka two-stage repair for severe proximal hypospadias: A single-center experience. J Indian Assoc Pediatr Surg, 20(2): 72-6.
7. **Saltzman AF, Carrasco AJr, Colvin A, et al** (2018). Patients with disorders of sex development and proximal hypospadias are at high risk for reoperation. World J Urol, 36(12): 2051-2058
8. **Wani SA, Baba AA, Mufti GN et al** (2020). Bracka versus Byar's two-stage repair in proximal hypospadias associated with severe chordee: a randomized comparative study. Pediatr Surg Int, 36(8): 965-970.
9. **Yang T, Zou Y, Zhang L et al** (2014). Byars two-stage procedure for hypospadias after urethral plate transection. J Pediatr Urol, 10(6): 1133-7.
10. **Bracka A** (1995). Hypospadias repair: the two-stage alternative. British Journal of Urology, 76, Suppl. 3, 31-41.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG THƯỜNG QUY CỦA THOÁI HÓA KHỚP LIÊN MẤU CỘT SỐNG CỔ THẤP

Phạm Hoài Thu[1], Lê Thị Liễu[2], Phạm Thị Cẩm Vân[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang của thoái hóa khớp liên mấu cột sống cổ thấp và nhận xét mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và tổn thương trên Xquang của thoái hóa khớp liên mấu cột sống cổ thấp. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 64 bệnh nhân được chẩn đoán là thoái hóa khớp liên mấu cột sống cổ, đến khám tại Khoa khám bệnh theo yêu cầu – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2023, ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân. **Kết quả**: Bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ có tuổi trung bình là 59,9 ± 9,4 tuổi và phần lớn từ 50 tuổi trở lên (90,6%), nữ nhiều hơn nam. Bệnh nhân đến khám có tỷ lệ đau mức độ nặng 14,1%. Có 84,4% bệnh nhân có vận động bị hạn chế và 90,6% là có ảnh hưởng của thoái hóa cột sống cổ tới chức năng sinh hoạt. Tỷ lệ khớp liên mấu thoái hóa nhiều nhất là C5-C6 chiếm 46,8% và thấp nhất là khớp liên mấu C3-C4 chiếm 29,7%. Độ thoái hóa gặp nhiều nhất là độ 3 chiếm 64,1%. Các đặc điểm tầm vận động gập, duỗi, xoay, nghiêng của cột sống cổ, chức năng sinh hoạt NPQ, mức độ đau theo VAS đều bị ảnh hưởng tỷ lệ thuận theo mức độ thoái hóa cột sống cổ. **Kết luận**: Thoái hóa cột sống cổ thường gặp từ 50 tuổi trở lên và ở khớp liên mấu C5-C6 với các mức độ ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh tăng theo mức độ thoái hóa khớp liên mấu cột sống cổ.

Từ khóa: Thoái hóa, cột sống cổ, Xquang.

[1]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Đống Đa*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Liễu
Email: lieukhopbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
Ngày duyệt bài: 29.11.2023

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND REGULAR RADIOLOGY OF DEGENERATION OF THE LOW CERVICAL SPINE

Objective: Describe the clinical characteristics and X-ray images of facet joint degeneration of the low cervical spine and comment on the relationship between clinical characteristics and X-ray lesions of facet joint osteoarthritis of the low cervical spine. **Subjects and methods**: Cross-sectional descriptive study including 64 patients diagnosed with facet joint osteoarthritis of the cervical spine, examined at the On-Demand Examination Department - Bach Mai Hospital from November 2022 to October. April 2023, recorded the patient's clinical and X-ray characteristics. **Results**: Patients with cervical spondylosis had an average age of 59.9 ± 9.4 years and the majority were 50 years old or older (90.6%), more women than men. Patients who came for examination had a rate of severe pain of 14.1%. 84.4% of patients have limited movement and 90.6% have effects of cervical spine degeneration on daily function. The highest rate of facet joint degeneration is C5-C6, accounting for 46.8%, and the lowest rate is C3-C4 facet joint, accounting for 29.7%. The most common level of degeneration is level 3, accounting for 64.1%. The range of motion characteristics of flexion, extension, rotation, and tilt of the cervical spine, NPQ daily function, and pain level according to VAS are all proportionally affected by the level of cervical spine degeneration. **Conclusion:** Cervical spondylosis is common from 50 years of age and older