

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TOÁC NIỆU ĐẠO SAU MỔ LỖ TIỂU LỆCH THẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Hồng Tuân<sup>1,2</sup>, Phạm Quang Hùng<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Bích Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Hoa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị toác niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 83 trường hợp toác niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn từ năm 2016 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Phân loại toác niệu đạo theo số lần mổ có 70 mổ lần đầu (84,3%) và 13 tái phát (15,7%), theo mức độ: đơn thuần 89,2%, phức tạp 10,8%. Tất cả đều phải tạo đoạn niệu đạo với độ dài trung bình  $2,6 \pm 1,7$  từ 0,8 đến 4,5cm. Toác niệu đạo qui đầu chiếm 36,1%, toác thân dương vật chiếm 24,1%, toác cả niệu đạo qui đầu và thân dương vật là 39,8%. Thời gian theo dõi dài nhất 92 tháng và ngắn nhất 3 tháng. Tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật là 72,3%. Biến chứng sau mổ là 23 trường hợp (27,7%) ghi nhận 15 ca rò niệu đạo (18,1%), 8 toác niệu đạo qui đầu (9,6%). **Kết luận:** Toác niệu đạo là một biến chứng khó sau mổ lỗ tiểu lệch thấp, tỷ lệ biến chứng sau mổ còn cao, cần đánh giá chính xác thể bệnh để đưa ra phương pháp xử lý thích hợp. **Từ khóa:** Lỗ tiểu lệch thấp, toác niệu đạo, rò niệu đạo.

## SUMMARY

### RESULTS OF TREATMENT OF THE URETHRAL DEHISCENCE AFTER HYPOSPADIAS REPAIR AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To describe Clinical features and treatment results of the urethral dehiscence after hypospadias repair at VietDuc university hospital. **Material and method:** Retrospective case series, 83 patients with urethral dehiscence after hypospadias repair at VietDuc university hospital from January 2016 to June 2022. **Results:** Classifying urethral dehiscence: 70 initial surgeries (84,3%) and 13 recurrences (15,7%), according to the level: simple 89,2%, complicated 10,8%. All must create a urethral segment with an average length of  $2,6 \pm 1,7$  from 0,8 to 4,5cm. Glans dehiscence 36,1%, penile shaft 24,1%, and both glans and penile dehiscence 39,8%. Follow-up period ranged from 3 to 92 months. The overall success rate of surgery is 72,3%. Postoperative

complications were 23 cases (27,7%), recorded 15 cases of urethral fistula (18,1%), 8 cases of glans dehiscence (9,6%). **Conclusion:** Urethral dehiscence is a difficult complication after hypospadias surgery, the rate of complications after surgery is still high, it is necessary to accurately assess the disease to come up with appropriate treatment methods.

**Keywords:** Hypospadias, urethral dehiscence, urethrocutaneous fistula

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu lệch thấp (LTLT - Hypospadias) là một dị tật tiết niệu bẩm sinh mà lỗ tiểu đổ ra bất thường ở mặt dưới của quy đầu, của dương vật, bìu hoặc tầng sinh môn và thường kèm theo biến dạng của dương vật như cong, xoay trục hay lún gục vào bìu.<sup>1</sup> Phẫu thuật LTLT là một thách thức cho các phẫu thuật viên tiết niệu Nhi, nguyên nhân do phẫu thuật có nhiều biến chứng, dễ thất bại hoặc để lại di chứng cần phải sửa chữa nhiều lần, gây tổn kém và ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhi. Các biến chứng hay gặp đó là: rò niệu đạo (NĐ), hẹp niệu đạo, toác tút lỗ niệu đạo, cong dương vật, túi thừa niệu đạo...<sup>2</sup> Rò niệu đạo được định nghĩa là một sự nối giữa hai bề mặt biểu mô niệu đạo và da dương vật. Đây được coi là biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật LTLT. Tỷ lệ rò thấp là yếu tố hàng đầu góp phần đánh giá sự thành công của một can thiệp. Toác niệu đạo là tình trạng lỗ rò niệu đạo to, rò toàn bộ, đường kính trên 4mm, nước tiểu không qua đỉnh qui đầu mà chỉ qua chỗ rò.<sup>3</sup> Toác niệu đạo có thể là một phần niệu đạo hoặc toàn bộ niệu đạo tạo hình mới.<sup>4</sup> Nguyên nhân dẫn đến toác NĐ cũng tương tự như rò niệu đạo nên trong hầu hết các bài báo thì các tác giả xếp chung toác NĐ và rò NĐ làm 1 nhóm biến chứng và gọi chung là rò niệu đạo. Tuy nhiên rõ ràng xử lý toác niệu đạo sẽ phức tạp hơn, thường cần tạo đoạn niệu đạo. Chính vì vậy biến chứng sau mổ sẽ như lần mổ LTLT. Toác NĐ có thể rò đơn thuần hoặc rò kết hợp với biến chứng khác (hẹp NĐ và cong dương vật, túi thừa). Tỷ lệ phẫu thuật thành công của toác niệu đạo khoảng 70%.<sup>5</sup> Trong y văn thường nhắc đến biến chứng rò niệu đạo nhưng hầu như chưa có nghiên cứu nào riêng biệt cho toác niệu đạo sau mổ LTLT. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuân

Email: htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

của các trường hợp toác niệu đạo tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2016-2023.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 83 trường hợp chẩn đoán toác niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh – bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 6 năm 2023.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh.

Cách thức thu thập bệnh án nghiên cứu đối với các bệnh nhân hồi cứu:

- Bước 1: Tra cứu sổ ra vào viện của khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2023. Từ đó lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, ngày ra vào viện.

- Bước 2: Tra mã bệnh án của từng bệnh nhân trên hệ thống máy tính và tại phòng hồ sơ lưu trữ bệnh viện hữu nghị Việt Đức theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

- Bước 3: Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

- Bước 4: Vào theo bệnh án mẫu đã thiết kế trước.

- Bước 5: Khám lại bệnh nhân tại phòng khám Nhi.

**2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Tuổi phẫu thuật, tiền sử phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp: thể bệnh, phương pháp phẫu thuật (1 thì hay 2 thì).

- Đặc điểm lâm sàng của toác niệu đạo: vị trí lỗ tiểu, phân loại toác niệu đạo (toác niệu đạo qui đầu, dương vật hay toác toàn bộ niệu đạo), theo số lần phẫu thuật (lần đầu hay tái phát), chiều dài đoạn toác niệu đạo, da xung quanh niệu đạo.

- Đặc điểm trong mổ: thời gian phẫu thuật (phút), phương pháp mổ, tổ chức che phủ niệu đạo, da che phủ.

- Biến chứng trong thời gian nằm viện: Nhiễm trùng, chảy máu, tắc thông tiểu, phù nề dương vật, hoại tử da che phủ.

- Kết quả điều trị: Chúng tôi chia kết quả điều trị làm 2 nhóm:

o Phẫu thuật thành công: Bệnh nhân không còn rò ND, không hẹp, dương vật không cong hoặc cong nhỏ hơn 10°, lỗ niệu đạo đúng vị trí ở qui đầu và đạt được thẩm mỹ.

o Phẫu thuật có biến chứng: khi phải mổ lại do các biến chứng: rò niệu đạo, toác niệu đạo, hẹp niệu đạo, hẹp niệu đạo...

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Tuổi trung bình khi phẫu thuật là: 8,67±3,52 (năm). Tuổi nhỏ nhất là 3 tuổi (34 tháng). Tuổi lớn nhất là 16 tuổi. Nhóm tuổi từ 4 đến 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3%.

- Tiền sử phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp: về thể bệnh thì: 10 trường hợp thể rãnh qui đầu, 25 trường hợp (30,1%) thể dương vật, 20 trường hợp thể gốc dương vật-bìu, 8 trường hợp thể bìu, 5 trường hợp thể tăng sinh môn, có 15 ca bệnh không ghi rõ thể ở hồ sơ cũ. Phẫu thuật 1 thì chiếm 96,4%, có 3 trường hợp sử dụng phẫu thuật 2 thì ở lần sửa LTLT.

- Đặc điểm lâm sàng của toác niệu đạo: 95,2% da mềm mại quanh lỗ tiểu, 4,8% da xơ cứng, dương vật không cong 77 trường hợp (92,8%), còn 17 trường hợp (20,5%) có chuyển vị dương vật bìu, 10 trường hợp (12%) còn bìu chệch đôi.

**Bảng 1. Các đặc điểm của toác niệu đạo (n=83)**

Các đặc điểm lâm sàng của toác ND		N=83	Tỷ lệ (%)
Loại toác niệu đạo	Toác niệu đạo quy đầu	30	36,1
	Toác ND thân dương vật	20	24,1
	Toác ND quy đầu và dương vật	33	39,8
Chiều dài đoạn toác niệu đạo	Trung bình (cm)	2,6±1,7 (cm)	
	Ngắn nhất	0,8 (cm)	
	Dài nhất	4,5 (cm)	
Toác ND kết hợp biến chứng khác	Không (Toác đơn thuần)	74	89,2
	Lỗ rò niệu đạo (ơ dưới)	3	3,6
	Hẹp niệu đạo	1	1,2
	Túi phình niệu đạo	2	2,4
	Sẹo xơ, cong dương vật	3	3,6

**Nhận xét:** Tổn thương có toác niệu đạo qui đầu chiếm 85,9%. Tỷ lệ tổn thương phối hợp gây toác niệu đạo phức tạp là: rò niệu đạo phía dưới, túi phình niệu đạo, hẹp niệu đạo và sẹo xơ.

- Tất cả các trường hợp toác niệu đạo đều phải cuộn ống niệu đạo hoặc tạo máng niệu đạo để phẫu thuật cuộn ống niệu đạo thì sau

**Bảng 2. Các đặc điểm phẫu thuật của toác niệu đạo (n=83)**

Các đặc điểm lâm sàng của toác ND		N=83	Tỷ lệ (%)
Phương pháp	Cuộn ống niệu đạo tại chỗ	74	89,2
	Vá rò và cuộn ống niệu đạo	3	3,6

<b>phẫu thuật</b>	Cắt tạo hình túi ND và cuộn ống ND	2	2,4
	Cắt xơ, chỉnh cong, tạo máng ND bằng niêm mạc miệng (Bracka thì 1)	2	2,4
	Cắt xơ, tạo ND bằng vật lật từ da dương vật	1	1,2
	Cắt đoạn hẹp, tạo ND bằng vật da bìu có cuống	1	1,2
<b>Lớp đệm</b>	Tổ chức dưới da dương vật tại chỗ	71	85,5
	Vật có cuống từ bìu	10	12,1
	Không ghi nhận	2	2,4
<b>Da che phủ</b>	Da dương vật	76	91,6
	Da dương vật + vật da bìu	7	8,4

**Nhận xét:** Chủ yếu là cuộn ống niệu đạo tại chỗ, sử dụng lớp dưới da dương vật làm lớp đệm che phủ, chủ yếu chỉ dùng da dương vật che phủ.

**Bảng 3. Mối liên quan phương pháp mổ với loại toác niệu đạo (n=83)**

Phương pháp mổ	Loại toác		Thời gian mổ trung bình (phút)
	Toác đơn thuần	Rò phức tạp	
Cuộn ống niệu đạo tại chỗ	74	0	62,7±11,5
Vá rò và cuộn ống niệu đạo	0	3	65,8±9,6
Cắt tạo hình túi niệu đạo và cuộn ống niệu đạo	0	2	70 phút
Cắt xơ, chỉnh cong, tạo máng ND bằng niêm mạc miệng (Bracka thì 1)	0	2	180 phút
Cắt xơ, tạo ND bằng vật lật từ da DV (KT Mustard)	0	1	120 phút
Cắt đoạn hẹp, tạo niệu đạo bằng vật da bìu có cuống	0	1	80 phút
<b>Tổng</b>	74	9	66,7±55,4

**Nhận xét:** Toác niệu đạo đơn thuần chỉ cần cuộn ống niệu đạo tại chỗ (100%). Các toác ND phức tạp thì cần các biện pháp xử lý phức tạp, thời gian mổ lâu hơn.

- Thời gian lưu ống thông tiểu ngắn nhất 8 ngày, dài nhất là 14 ngày, thời gian lưu ống thông tiểu trung bình là: 10,57±1,48 ngày.

Nghiên cứu có thời gian theo dõi dài nhất 92 tháng và thời gian theo dõi ngắn nhất 3 tháng. Tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật toác niệu đạo sau mổ LTLT là 72,3%. Biến chứng sau mổ là 23 trường hợp (27,7%) ghi nhận 15 ca rò niệu

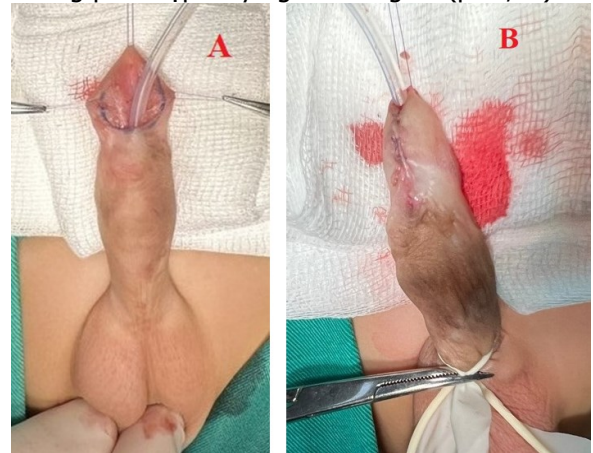
đạo (18,1%), 8 toác niệu đạo qui đầu (9,6%).

**Bảng 4. Kết quả phẫu thuật của toác niệu đạo**

Phân loại tổn thương	Thành công	Biến chứng	p	
<b>Tổng (n=316)</b>	60 (72,3%)	23 (27,7%)		
<b>Loại tổn thương</b>	Toác niệu đạo quy đầu (n=30)	20 (66,7%)	10 (33,3%)	<0,05*
	Toác ND thân dương vật (n=20)	18 (90%)	2 (10%)	
	Toác ND qui đầu và dương vật (n=33)	22 (66,7%)	11 (33,3%)	
<b>Theo số lần mổ</b>	Lần đầu (n=70)	55	15	<0,05*
	Tái phát (n=13)	5	8	
<b>Theo mức độ</b>	Đơn thuần (n=74)	54	20	<0,05**
	Phức tạp (n=9)	6	3	

\* Kiểm định Khi bình phương, \*\* Kiểm định Fisher

**Nhận xét:** Biến chứng phẫu thuật ở nhóm toác cả niệu đạo qui đầu cao hơn nhóm chỉ toác ở thân dương vật có ý nghĩa thống kê. Toác niệu đạo đơn thuần, phẫu thuật lần đầu thì tỷ lệ thành công cao hơn nhóm tái phát hay tổn thương phức tạp có ý nghĩa thống kê (p<0,05).



**Hình 1. Toác niệu đạo quy đầu**  
(A: trước mổ; B: cuộn ống niệu đạo tại chỗ)

#### IV. BÀN LUẬN

Lỗ tiểu lệch thấp là 1 dị tật bẩm sinh của cơ quan sinh dục ngoài. Mặc dù bệnh ảnh hưởng đến các hoạt động tiểu tiện, tâm lý và các hoạt động tình dục sau này, nhưng do bệnh không ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng của trẻ nên việc điều trị sớm hay muộn sẽ tùy thuộc vào sự nhận thức, điều kiện kinh tế của mỗi gia đình và

trình độ phẫu thuật của mỗi địa phương. Hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU guidelines) đề xuất phẫu thuật LTLT vào giữa thời điểm từ 6 đến 18 tháng. Theo Baskin thì có thể mổ khi trẻ từ 4-9 tháng do lúc này kích thước DV đã ổn định và đủ để thực hiện cuộc mổ.<sup>1</sup> Việc mổ sớm thì khi có các biến chứng xảy ra thì các báo cáo của nước ngoài đều có tuổi mổ sớm. Award (2005)<sup>6</sup> mổ rò ND 32 bệnh nhân thì tuổi mổ trung bình là 5, Mohamed (2010)<sup>7</sup> báo cáo tuổi mổ rò ND trung bình 3,5, Shirazi M (2016) báo cáo 40 BN rò có tuổi mổ trung bình là 3,7 tuổi.<sup>3</sup> Ở Việt Nam, Trần Ngọc Bích<sup>8</sup> khuyến cáo nên mổ LTLT từ khoảng 1-3 tuổi do ngoài yếu tố dương vật, trẻ sẽ đủ ý thức để hợp tác quá trình sau mổ, ít ảnh hưởng đến tâm lý trẻ về sau. Từ 2015, Phạm Ngọc Thạch và các đồng nghiệp tại BV Nhi Đồng II chỉ định mổ LTLT từ 6 tháng tuổi và lứa tuổi lý tưởng là từ 6 tháng đến 2 tuổi.<sup>9</sup> Độ tuổi phẫu thuật LTLT ở Việt Nam ngày càng được hạ xuống, càng sớm hơn. Tuy nhiên, đại đa số các báo cáo của Việt Nam thì tuổi mổ rò ND vẫn cao như Trần Ngọc Bích (2017)<sup>8</sup> báo cáo 52 BN thì 7 ± 2,9 tuổi (3-14). Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi trung bình là 8,67±3,52 (năm), nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi, nhóm tuổi trước đi học từ 4 đến 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3% và BN từ 6 tuổi trở xuống chiếm 52,6%%. Như vậy lứa tuổi mổ rò niệu đạo trong nghiên cứu còn cao giống các nghiên cứu của Việt Nam.

Trong nghiên cứu thấy LTLT thể dương vật hay gặp nhất chiếm 30,1%, chủ yếu là phẫu thuật 1 thì chiếm 96,4%. Một nghiên cứu tổng quan của Castagnetti và El-Ghoneimi (2010) cho thấy phương pháp điều trị hiện đại cho LTLT này có 2 trường phái rõ ràng là phẫu thuật 1 thì và phẫu thuật 2 thì (hay nhiều thì).<sup>10</sup> Phẫu thuật một thì là lựa chọn hấp dẫn với BN vì họ có thể tiết kiệm được chi phí, giảm thời gian nằm viện, rủi ro do gây mê và rút ngắn thời gian làm can thiệp để cho ra kết quả cuối cùng. Phẫu thuật hai thì cho phép chia nhỏ quá trình điều trị. Thời gian nghỉ giữa hai giai đoạn tạo điều kiện cho phát triển cấu trúc dương vật và giúp kiểm soát sớm những biến chứng liên quan đến cong dương vật tái phát hay co ngắn tấm da niêm mạc ghép. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng cho quá trình tạo niệu đạo của phẫu thuật 1 thì và 2 thì là như nhau. Chính vì vậy trong môi trường Việt Nam, các phẫu thuật viên thường lựa chọn phương án mổ 1 thì với những ưu thế về chi phí. Trong hướng dẫn điều trị LTLT của EAU guidelines thì kỹ thuật TIP và Duckett là những

lựa chọn hàng đầu trong phẫu thuật LTLT.<sup>1</sup>

Trong phẫu thuật chúng tôi cũng luôn đánh giá kỹ tình trạng lỗ tiểu (vị trí, hình dạng), vị trí lỗ rò ND, tình trạng da dương vật, da quanh lỗ rò, các biến chứng kèm theo, bên cạnh đó là cong dương vật, đường kính quy đầu, chiều dài dương vật, sự chuyển vị và hình dạng của bìu. Để từ đó có lựa chọn hợp lý về phương pháp mổ. Thời gian mổ trong nghiên cứu cách lần mổ trước gần nhất là 6 tháng và xa nhất là 10 năm. Chúng tôi đã làm đúng theo các khuyến cáo của Baskin nên xử lý lại rò ND sau mổ khoảng 6 tháng vì lúc này tổ chức da dương vật mới ổn định.<sup>1</sup> Trong nghiên cứu này thì 95,2% da mềm mại quanh lỗ tiểu, 4,8% da xơ cứng, dương vật không cong 77 trường hợp (92,8%). Đây là một tiên lượng tốt cho cuộc mổ sửa rò ND. Tình trạng da quanh lỗ rò liên quan tới kỹ thuật và kết quả mổ. Nếu có vạt da trùng và da mềm mại, không có sẹo hay sẹo nhỏ thì thuận lợi cho việc chọn lấy chất liệu tạo ND cũng như che phủ và khả năng cho tỷ lệ thành công cao. Như đã trình bày trong tổng quan thì các tác giả thường gộp 2 loại tổn thương do cho rằng cùng cơ chế. Nhưng chúng tôi cho rằng: rõ ràng việc sửa chữa toác niệu đạo là phức tạp hơn nhiều so với rò niệu đạo, thông thường sẽ phải tạo niệu đạo mới giống như khi mổ LTLT lần đầu. Các tác giả Kang (2016) và Trần Ngọc Bích (2017) cũng đồng ý quan niệm đó.<sup>8</sup> Theo Baskin số lần mổ và phẫu thuật càng nhiều lần càng làm giảm hệ thống tưới máu dương vật, nguy cơ biến chứng ở các lần mổ lại tiếp theo lại tăng hơn, do đó cần phải điều trị thật tốt cho lần phẫu thuật đầu tiên.<sup>1</sup> Qua Bảng 1 toác niệu đạo với độ dài trung bình 2,6±1,7 từ 0,8 4,5 cm. Toác niệu đạo qui đầu chiếm 36,1%, toác niệu đạo thân dương vật chiếm 24,1%, toác cả niệu đạo qui đầu và thân dương vật là 39,8%. Tổn thương có toác niệu đạo qui đầu chiếm 85,9%. Tỷ lệ tổn thương phối hợp gây toác niệu đạo phức tạp là: rò niệu đạo phía dưới, túi phình niệu đạo, hẹp niệu đạo và sẹo xơ. Theo Shirazi (2016)<sup>3</sup> và Yassin (2011)<sup>4</sup> thì lỗ rò nhỏ có kích thước ≤ 2 mm, còn lỗ rò to có kích thước 2 - 4 mm.

Để lựa chọn kỹ thuật mổ toác niệu đạo, chúng tôi luôn dựa vào các tiêu chí sau: Khâu, tái tạo lại thành ống ND bị rò bằng da không có sẹo, có cấp máu tốt hay sẽ được cấp máu tốt. Ống ND sau khâu, vá rò hoặc tạo lại ống ND mới không bị hẹp, đường khâu không bị căng. Luôn có vạt tổ chức dưới da giàu mạch máu áp vào che phủ chỗ ND mới khâu, vá lại hay tạo hình.

Vạt tổ chức dưới da này sẽ được coi như lớp bảo vệ giữa da và thành ống ND để làm giảm nguy cơ rò ND. Chuyển đủ da có cấp máu tốt tới che phủ niệu đạo và vùng khuyết da. Tùy theo thương tổn sẽ chọn lựa phương pháp phẫu thuật khác nhau. Bảng 2 và 3 cho thấy xử lý tổn thương toác niệu đạo thì tất cả 83 TH đều phải tạo đoạn niệu đạo, các xử lý đơn giản tại chỗ như cuốn ống hay kết hợp vá rò chiếm 92,8%, Các toác ND phức tạp thì cần làm thêm như miệng nối mới, vạt bìu đưa lên hay thậm chí phải dùng niêm mạc miệng để tạo máng niệu đạo thì 1 với 2 TH. Trong y văn cũng khuyến cáo khi vá rò thì ưu tiên dùng vạt da có chân nuôi (hay vạt da lật) và khi không lấy được vạt da có chân nuôi bên cạnh thì mới tính đến cách dùng vạt da có cuống mạch hay vạt tự do để vá rò. Còn khi phải tạo hình lại ND thì ưu tiên theo thứ tự loại chất liệu sau: da tại chỗ giữa hai đầu ND bị toác, vạt da hình đảo, vạt da có chân nuôi rồi mới tới mảnh ghép da.<sup>2,8</sup> Có tác giả dùng vạt da dày ở bẹn bìu tạo lại niệu đạo như Trần Ngọc Bích (2017), theo chúng tôi không nên sử dụng mà chúng ta có thể dùng thay thế bằng vạt niêm mạc miệng đã được chứng minh có tính chất tương tự niêm mạc niệu đạo. Trong nghiên cứu chúng tôi có sử dụng niêm mạc miệng cho 2 bệnh nhân. Tác giả White (2018)<sup>5</sup> báo cáo 49 trường hợp toác ND qui đầu sử dụng niêm mạc miệng sau từ 1 đến 6 lần mổ thì có 11 bệnh nhân rò niệu đạo (25,6%), không có bệnh nhân nào bị toác lại niệu đạo. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công chung là 72,3%, biến chứng sau mổ là 23 trường hợp (27,7%) ghi nhận 15 ca rò niệu đạo (18,1%), 8 toác niệu đạo qui đầu (9,6%). Như vậy nghiên cứu này cũng going các tác giả trên thế giới là tỷ lệ biến chứng sau mổ toác niệu đạo còn cao, một số bệnh nhân còn thêm nhiều lần phẫu thuật. Biến chứng phẫu thuật ở nhóm toác cả niệu đạo qui đầu cao hơn nhóm chỉ toác ở thân dương vật. Toác niệu đạo đơn thuần, phẫu thuật lần đầu thì tỷ lệ thành công cao hơn nhóm tái phát hay tổn thương phức tạp. Tỷ lệ thành công của các tác giả nước ngoài cho thấy càng mổ nhiều lần thì tỷ lệ thành công càng thấp: sau lần mổ đóng rò lần thứ 2 và thứ 3 thì cũng chỉ thành công từ 50-80%. Shankar trong nghiên cứu của mình với 10 bệnh nhân bị rò ND tái phát thì có tỷ lệ thành công 50% sau lần mổ thứ 3,4 và 5.<sup>5</sup> Chúng tôi xin giải thích lý do có sự khác nhau đó: nếu rò lần đầu và rò tái

phát có cùng vị trí lỗ rò, kích thước lỗ rò tương đương nhau, cùng một phẫu thuật viên mổ với cùng loại kỹ thuật mổ và điều kiện mổ như nhau thì kết quả mổ chữa rò lần đầu thường có tỷ lệ thành công cao hơn rò tái phát vì ở rò lần đầu thì thành ND và da xung quanh lỗ rò có mức độ sẹo xơ ít hơn so với rò tái phát.

## V. KẾT LUẬN

Toác niệu đạo là 1 biến chứng khó sau mổ lỗ tiểu lệch thấp, tỷ lệ biến chứng sau mổ toác niệu đạo còn cao, bệnh nhân cần thêm nhiều lần phẫu thuật. Đánh giá chính xác tình trạng lâm sàng, đưa ra phương pháp xử lý có vai trò trong điều trị bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baskin, L. S.; Ebberts, M. B.** Hypospadias: Anatomy, Etiology, and Technique. *J Pediatr Surg* 2006, 41 (3), 463–472.
2. **Drlík, M.; Koèvara, R.; Dítì, Z.; Sedláèek, J.** C24 how to manage urethrocutaneous fistula after hypospadias repair with low complications rate. *European Urology Supplements - EUR UROL SUPPL* 2011, 10, 618–619.
3. **Shirazi, M.; Ariaifar, A.; Babaei, A. H.; Ashrafzadeh, A.; Adib, A.** A Simple Method for Closure of Urethrocutaneous Fistula after Tubularized Incised Plate Repair: Preliminary Results. *Nephrourol Mon* 2016, 8 (6), e40371.
4. **Yassin, T.; Bahaaeldin, K.; Husein, A.; Minawi, H.** Assessment and Management of Urethrocutaneous Fistula Developing after Hypospadias Repair. *Annals of Pediatric Surgery* 2011, 7, 88–93.
5. **White, C. M.; Hanna, M. K.** Salvaging the Dehisced Glans Penis. *Journal of Pediatric Urology* 2018, 14 (5), 422.e1-422.e5.
6. **Awad, S.** A Simple Novel Technique [PUIT] for closure of urethrocutaneous fistula after Hypospadias repair: Preliminary results. *Indian Journal of Plastic Surgery* 2005, 38, 114–118.
7. **Mohamed, S.; Mohamed, N.; Esmael, T.** A Simple Procedure for Management of Urethrocutaneous Fistulas; Post-Hypospadias Repair. *Afr J Paediatr Surg* 2010, 7 (2), 124–128.
8. **Trần Ngọc Bích.** Đánh giá kết quả chữa rò niệu đạo sau mổ dị tật lỗ tiểu lệch thấp. *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế- 2017, Số đặc biệt-tháng 8/2017, tr 84 – 87.*
9. **Phạm Ngọc Thạch.** Kết quả điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể giữa và thể sau theo 4 phương pháp khác nhau. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh* 2015, tập 19 – phụ bản số 5, 144–149.
10. **Castagnetti, M.; El-Ghoneimi, A.** Surgical Management of Primary Severe Hypospadias in Children: Systematic 20-Year Review. *J Urol* 2010, 184 (4), 1469–1474.