

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



TRÀ ANH DUY

**HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH
TRONG HẸP NIỆU ĐẠO SAU
DỰA VÀO HÌNH THÁI TỒN THƯƠNG**

Chuyên ngành: Ngoại thận và tiết niệu

Mã số: 62720126

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. HỒ CHÍ MINH – Năm 2021

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. TRẦN NGỌC SINH

2. PGS.TS. NGUYỄN PHÚC CẨM HOÀNG

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường họp
tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Hẹp niệu đạo là bệnh lý gây ra bởi sự xơ hóa mạn tính làm hẹp lòng niệu đạo, có nguyên nhân là do chấn thương, nhiễm khuẩn niệu đạo mạn tính hay do các thủ thuật, phẫu thuật ảnh hưởng niệu đạo.

Mặc dù hẹp niệu đạo sau chiếm tỉ lệ ít hơn so với hẹp niệu đạo trước nhưng việc điều trị khó khăn hơn do những khác nhau về mặt giải phẫu. Đồng thời, hẹp niệu đạo sau có nguyên nhân phần lớn là do chấn thương gây xương chậu nên thường kèm theo những tổn thương khác khiến cho việc điều trị phức tạp hơn.

Hẹp niệu đạo sau gây nên tình trạng bế tắc đường tiết niệu dưới gây rối loạn đi tiểu, làm ứ đọng và giãn rộng đoạn niệu đạo trên chỗ bế tắc dẫn đến nhiễm khuẩn và cuối cùng có thể dẫn đến suy thận. Hẹp niệu đạo sau còn cản trở chức năng phóng tinh gây ảnh hưởng không nhỏ đến chức năng tình dục và sinh sản của bệnh nhân.

Do niệu đạo sau nằm sâu trong khung chậu, bao quanh bởi các bó cơ thắt vằn, liên hệ với bó mạch thần kinh cương hai bên và trực tràng phía sau nên việc phẫu tích có nguy cơ tổn thương các cấu trúc xung quanh, nhất là khi cấu trúc xung quanh xơ hóa do thiếu máu. Do đó, việc điều trị làm hao tổn nhiều thời gian và chi phí cho bệnh nhân với tỉ lệ tái phát cao.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Hiệu quả phẫu thuật tạo hình trong hẹp niệu đạo sau dựa vào hình thái tổn thương” với những mục tiêu sau đây:

Mục tiêu tổng quát:

Đánh giá hiệu quả phẫu thuật tạo hình trong hẹp niệu đạo sau dựa vào hình thái tổn thương.

Mục tiêu cụ thể:

- Xác định tỉ lệ thành công phương pháp phẫu thuật tạo hình trong hẹp niệu đạo sau dựa vào hình thái tổn thương.
- Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của phẫu thuật tạo hình trong hẹp niệu đạo sau dựa vào hình thái tổn thương.

2. Tính cấp thiết của đề tài

Để tạo hình lại đoạn niệu đạo sau bị hẹp, các nhà tiết niệu trên thế giới đã tiếp cận tổn thương qua nhiều ngã khác nhau như mổ mở qua vùng đáy chậu, mổ mở qua ngã bụng, qua đường nội soi, kết hợp qua đường đáy chậu và qua mở bàng quang ra da. Về chất liệu tạo hình, có tác giả dùng chính đoạn niêm mạc niệu đạo còn lại, vật da, ống tiêu hóa,... và gần đây là sử dụng niêm mạc miệng. Và cho đến nay, chưa có phương pháp điều trị hẹp niệu đạo sau nào hoàn hảo. Tỉ lệ thất bại của các phương pháp nhìn chung có thể lên đến 30%.

Nước ta là một nước đang phát triển với nhiều tai nạn giao thông từ xe gắn máy và điều kiện an toàn lao động thấp. Đồng thời, tỉ lệ biến chứng hẹp niệu đạo sau do y thuật ngày càng gia tăng, việc điều trị thành công hẹp niệu đạo sau mang lại ý nghĩa thiết thực góp phần cải thiện gánh nặng xã hội. Chúng tôi nghĩ rằng việc vận dụng các kỹ thuật tạo hình dựa vào hình thái tổn thương trong lúc mổ mang lại giải pháp tối ưu trong điều trị hẹp niệu đạo sau.

3. Những đóng góp mới của luận án

Nghiên cứu đã đề xuất những tiêu chí trong đánh giá hình thái tổn thương (khoảng cách giữa 2 đầu đoạn hẹp, mức độ mô xơ sẹo vùng mổ, độ chun dãn của niệu đạo hành, đường đi của lần phẫu thuật tạo hình niệu đạo trước đó) để phân tầng và chọn lựa kỹ thuật thích hợp.

Với chiều dài đoạn hẹp quá dài, những nghiên cứu trên thế giới thường lựa chọn giải pháp tiếp cận ngã bụng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả cho thấy vẫn có thể tiếp cận ngã đáy chậu, giúp hạn chế mức độ xâm hại của phẫu thuật.

Ngoài ra, đóng góp của luận án là góp phần bàn luận thêm về vai trò của niêm mạc miệng trong điều trị hẹp niệu đạo sau phức tạp mà khả năng nối tận – tận khó khả thi.

Nghiên cứu có phân tích vai trò của các yếu tố đi kèm ảnh hưởng đến mức độ thành công của phẫu thuật. Chất lượng sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cũng được chú ý: tỉ lệ biến chứng rối loạn cương được đưa vào nghiên cứu nhằm xác định sự toàn vẹn trong điều trị cho bệnh nhân, không chỉ phục hồi chức năng đi tiểu mà quan tâm cả đến vấn đề phục hồi chức năng tình dục.

4. Bố cục của luận án

Luận án có 129 trang, gồm: phần mở đầu 3 trang, tổng quan tài liệu 34 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 28 trang, kết quả nghiên cứu 27 trang, bàn luận 34 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. Có 22 bảng, 12 biểu đồ, 35 hình và 136 tài liệu tham khảo (30 tiếng Việt, 106 tiếng nước ngoài).

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.3. Nguyên nhân gây hẹp niệu đạo sau

1.3.1. Gãy xương chậu

Niệu đạo sau dễ bị tổn thương do gãy xương chậu do có sự liên quan rất gần với cung xương mu, nơi dính vào dây chằng mu tuyến tiền liệt và cân đáy chậu. Gãy xương chậu gây chấn thương niệu đạo sau là nguyên nhân gây hẹp niệu đạo sau thường gặp nhất. Tỉ lệ tổn thương niệu đạo sau trong bệnh cảnh gãy xương chậu là 10%.

1.3.2. Do can thiệp từ bên trong niệu đạo

Bên cạnh hẹp niệu đạo sau do chấn thương, nguyên nhân chiếm tỉ lệ ít hơn là hẹp niệu đạo sau do y thuật như đặt thông niệu đạo bàng quang, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt... Biến chứng hẹp niệu đạo sau nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo tỉ lệ khoảng 3-12% nhưng chỉ có một số ít ảnh hưởng niệu đạo sau.

1.3.3. Do điều trị ung thư tuyến tiền liệt

Các phương pháp điều trị ung thư tuyến tiền liệt gồm cắt tuyến tiền liệt tận gốc và xạ trị vùng chậu, có nguy cơ co thắt hình thành hẹp niệu đạo hoặc co hẹp chỗ nối. Việc xạ trị sẽ tạo sẹo và chậm lành vết thương, giảm phân bố mạch máu và dẫn đến xơ hóa.

Ngoài ra, một số TH hiếm gặp được báo cáo hẹp niệu đạo sau như viêm nhiễm niệu đạo, lao đường tiết niệu ở niệu đạo tuyến tiền liệt. Những TH này thường kết hợp với hẹp niệu đạo trước.

1.5. Chẩn đoán hẹp niệu đạo sau

1.5.1. Triệu chứng lâm sàng

1.5.1.1. Triệu chứng cơ năng

Một số dấu hiệu nhận biết bệnh này là cảm giác tiểu khó, dòng chảy chậm, lượng nước tiểu giảm, có máu trong nước tiểu, đau bụng dưới, tiết dịch niệu đạo, nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Nếu tắc nghẽn trong thời gian dài có thể gây suy thận. Bệnh cũng ảnh hưởng chất lượng hoạt động tình dục như gây rối loạn cương, thậm chí vô sinh.

1.5.1.2. Triệu chứng thực thể

Khám cơ quan sinh dục ngoài và vùng đáy chậu, quan sát các vết sẹo do chấn thương, sẹo mổ cũ, các tổn thương rò nước tiểu vùng đáy chậu, viêm quy đầu xơ hóa tắc nghẽn, ung thư dương vật....

Đặt thông niệu đạo hoặc dùng que nong Béniqué thăm dò niệu đạo nhằm xác định vị trí hẹp.

1.5.1.3. Tiền sử

Tiền sử chấn thương niệu đạo, chấn thương vùng chậu, gãy xương chậu, phẫu thuật vùng chậu, đặc biệt là phẫu thuật niệu đạo, nong niệu đạo, đặt thông niệu đạo..... Tiền sử bệnh lý nội khoa như thần kinh, đái tháo đường... có thể ảnh hưởng đến chức năng đi tiểu.

1.5.2. Triệu chứng cận lâm sàng

1.5.2.1. Chụp niệu đạo ngược dòng

RUG giúp khảo sát tốt niệu đạo trước, từ miệng niệu đạo ngoài đến niệu đạo hành. Trong quá trình bơm thuốc cản quang, niệu đạo màng thường đóng nên thuốc cản quang không thể mô tả chính xác các thông tin về đoạn hẹp nếu có. TH niệu đạo hẹp hoàn toàn thì sẽ thấy hành ảnh niệu đạo cản quang bị cắt cụt.

1.5.2.2. Chụp bàng quang – niệu đạo lúc đi tiểu (VCUG)

VCUG giúp khảo sát cổ bàng quang, niệu đạo tuyến tiền liệt và niệu đạo màng, túi ngách, đường rò từ bàng quang hay hình ảnh ngược dòng bàng quang - niệu quản. Kỹ thuật này bị ảnh hưởng chủ quan về cảm giác và khả năng đi tiểu của BN trong phòng chụp.

1.5.2.3. Phim soi - chụp niệu đạo kết hợp

Trong TH hẹp niệu đạo hoàn toàn, bệnh nhân sẽ có thông bàng quang ra da, sử dụng máy soi mềm tiếp cận đầu xa đoạn hẹp khi soi từ miệng niệu đạo ngoài, tiếp cận được đầu gần đoạn hẹp khi soi từ vị trí mở bàng quang ra da sẵn có trước đó và thực hiện kỹ thuật soi – chụp niệu đạo kết hợp.

1.5.2.4. Siêu âm

Siêu âm niệu đạo được thực hiện bằng cách áp đầu dò trực tiếp lên niệu đạo hay bôi để khảo sát nên sẽ ít giá trị trong việc đánh giá niệu đạo sau. Kết quả của siêu âm còn phụ thuộc chủ quan vào kinh nghiệm người làm siêu âm.

1.5.2.5. Nội soi niệu đạo

Trong tình huống khẩu kính niệu đạo hẹp quá nhỏ, hay bị hẹp hoàn toàn thì máy soi mềm không lượng giá được chiều dài, số lượng cũng như đầu gần đoạn hẹp. Có thể dùng máy soi mềm soi qua lỗ mở bàng quang ra da đánh giá thành bàng quang, túi ngách, sỏi bàng quang sau đó tiếp cận cổ bàng quang và quan sát đầu gần đoạn hẹp.

1.5.2.6. Phép đo niệu dòng

Đây là một bằng chứng để so sánh đánh giá với niệu dòng đồ sau phẫu thuật. Hẹp niệu đạo có hình ảnh niệu dòng đồ khá đặc trưng với hình bình nguyên thấp kéo dài suốt quá trình đi tiểu.

1.6. Điều trị hẹp niệu đạo sau

Các phương pháp phẫu thuật điều trị hẹp niệu đạo gồm ba nhóm chính đó là: phương pháp tái tạo, nhóm các phẫu thuật cắt nối, nhóm các phẫu thuật dùng vật liệu thay thế.

Phương pháp tái tạo: Phương pháp này bao gồm cả nong niệu đạo, đặt ống thông hoặc cắt trong niệu đạo, kết quả tùy thuộc vào quá trình biểu mô hóa có thể xảy ra hay không trước khi hẹp phát triển trở lại. Tỷ lệ thành công thấp và kết quả không ổn định lâu dài, nhưng có ưu điểm lớn của các phương pháp này khá đơn giản.

Phương pháp cắt nối: Phương pháp này thực hiện bằng cách cắt bỏ chỗ chít hẹp rồi nối lại hai đầu niệu đạo, là phương pháp điều trị triệt để với tỷ lệ thành công cao. Tuy nhiên, chỉ có một số chít hẹp là phù hợp với việc xử lý này.

Phương pháp dùng vật liệu thay thế: Do không có một tổ chức nào thay thế cho niệu đạo lại tốt như bản thân niệu đạo, mọi vật liệu thay thế như: da, niêm mạc,... những kỹ thuật để sử dụng chúng có một số nhược điểm và kết quả là tỷ lệ thất bại khá cao.

1.6.8. Phương pháp tạo hình niệu đạo sau bằng mảnh ghép niêm mạc miệng

Phương pháp tạo hình bằng niêm mạc miệng ít được dùng rộng rãi trong tạo hình niệu đạo sau, một phần do sự phổ biến và dễ dàng của phương pháp cắt nối tận – tận, một phần do vị trí giải phẫu làm cho việc tiếp cận và đặt mảnh ghép rất khó khăn. Những năm gần đây, nhiều tác giả đề ra xu hướng phẫu thuật tạo hình niệu đạo bảo tồn động mạch hành niệu đạo, áp dụng cho cả niệu đạo trước và niệu đạo sau. Hiện nay, phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau bằng mảnh ghép phần lớn dùng chất liệu niêm mạc miệng nhờ ưu điểm tỉ lệ thành công cao và tính linh hoạt so với các chất liệu khác. Phương pháp này hạn chế biến chứng rối loạn cương so với phương pháp cắt nối tận – tận.

1.7. Phương pháp tạo hình nối niệu đạo tận – tận

1.7.1. Phương pháp

Có bốn nguyên tắc cơ bản của phương pháp này:

1. Trong hầu hết các TH, niệu đạo có thể bị vỡ nhưng ít khi mất chiều dài.
2. Khoảng cách giữa hai đầu niệu đạo thường chỉ là 1- 2 cm sau khi đã cắt lọc đoạn mô xơ.
3. Niệu đạo hành có thể kéo dẫn, cho phép huy động hai đầu niệu đạo sau khi cắt bỏ mô xơ, tiếp cận và úp vào nhau.
4. Đường đi tự nhiên của niệu đạo hành cong từ góc bẹn - dương vật đến màng đáy chậu. Việc làm thẳng đường đi này làm giảm khoảng cách để nối hai đầu niệu đạo khi cần thiết.

Bước 1: Phương pháp này tiếp cận ngã đáy chậu để nối hai đầu niệu đạo, bắt đầu bóc tách từ niệu đạo hành và đến niệu đạo màng đi qua vị trí hẹp.

Bước 2: Nếu thấy niệu đạo bị căng, việc xẻ giữa gốc dương vật được thực hiện nhằm làm thẳng đường cong tự nhiên của niệu đạo hành đến chỗ nối hành - màng.

Bước 3: Cắt phần dưới xương mu nhằm tiếp tục làm thẳng đường cong tự nhiên của niệu đạo hành.

Bước 4: Gây tranh cãi nhiều là bước tạo đường đi mới cho niệu đạo quanh gốc dương vật cho hai đầu niệu đạo tiếp cận nhau.

Bước 5: Một số tác giả dường như khá sẵn sàng cho một phương pháp tiếp cận ngã bụng - đáy chậu nếu cách tiếp cận ngã đáy chậu gặp khó khăn.

1.7.2. Biến chứng

1.7.2.1. Rối loạn cương

Tỉ lệ từ 20 đến 84% bệnh nhân hẹp niệu đạo sau do gãy xương chậu có rối loạn cương. Chỉ có khoảng 5% bị rối loạn cương ở bệnh nhân bị gãy xương chậu nhưng không chấn thương niệu đạo. Một số bệnh nhân cải thiện chức năng cương một cách tự nhiên theo thời gian và phục hồi rõ ràng trong vòng 3-6 tháng sau đó tiên lượng tốt.

1.7.2.2. Thủng trực tràng

Tai biến nguy hiểm nhất trong phẫu thuật này là thủng trực tràng. Tác giả Nicolaas L. báo cáo 61 TH phẫu thuật tạo hình cắt nối niệu đạo tận - tận thì có 2 TH thủng trực tràng. Tác giả Đỗ Trường Thành phẫu thuật với 55 TH, tỉ lệ thủng trực tràng là 0%.

1.7.2.3. Tiểu không kiểm soát

Biến chứng tiểu không kiểm soát của phương pháp cắt nối niệu đạo tận - tận tùy nghiên cứu có thể từ 3,63% đến 35%. Đa phần những TH tiểu không kiểm soát sau mổ xảy ra trên những bệnh nhân có đoạn hẹp dài > 3 cm, tổn thương niệu đạo có kèm tổn thương cổ bàng quang trước phẫu thuật.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định hẹp niệu đạo sau, được theo dõi và điều trị bằng các phương pháp tạo hình niệu đạo dựa vào hình thái tổn thương thực hiện bởi một nhóm phẫu thuật viên có kinh nghiệm tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh, thỏa mãn các yếu tố sau:

- Có tiền sử tổn thương niệu đạo ít nhất 3 tháng thông qua hỏi bệnh kết hợp tra cứu hồ sơ bệnh án cũ của lần nhập viện trước do chấn thương.

- Không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu đã ổn định thông qua xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu trước phẫu thuật.

- TH có gãy xương chậu kèm theo, xương chậu gãy đã được cố định vững hoặc can xương đã lành, vững thông qua hình ảnh chụp X-Quang khung chậu.

- Không kèm theo tiền sử chấn thương cổ bàng quang và/hoặc chấn thương trực tràng do gãy xương chậu.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân hẹp niệu đạo sau kèm theo bàng quang hỗn loạn thần kinh, hẹp niệu đạo trước.

- Bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật nhưng không thực hiện các phương pháp phẫu thuật dựa vào hình thái tổn thương của nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thực hiện tại khoa Niệu A và Niệu B - Bệnh viện Bình Dân từ đầu 01/2007 đến cuối 12/2015.

2.4. Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả các số liệu bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn bệnh.

2.6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

2.6.1. Phương pháp phân nhóm phẫu thuật dựa vào hình thái tổn thương

2.6.1.1. Tiêu chí đánh giá hình thái tổn thương

Sau khi chuẩn bị hai đầu niệu đạo, việc để tự nhiên 2 đầu niệu đạo để đánh giá mức độ tổn thương, nhóm phẫu thuật dựa vào 4 tiêu chí hình thái tổn thương do nhóm nghiên cứu đề xuất như sau:

1. Khoảng cách giữa hai đầu đoạn niệu đạo hẹp (gọi tắt là chiều dài đoạn hẹp): sau khi tách 2 đầu đoạn hẹp, tiến hành để tự nhiên, không kéo dẫn niệu đạo, chỉ áp sát niệu đạo hành vào mô nền để tiến hành đo khoảng cách bằng thước giấy vô trùng có thể uốn cong theo vùng mổ. Đây là tiêu chí khách quan và có thể đo lường.

2. Độ chun dẫn của niệu đạo hành: sau khi bóc tách niệu đạo hành đến góc búi - dương vật, đánh giá độ kéo dẫn của niệu đạo hành, những TH phẫu thuật tạo hình lần đầu thì niệu đạo hành có thể kéo dẫn được thêm 1 – 2 cm. Tuy nhiên, những TH đã can thiệp phẫu thuật tạo hình trước đó, niệu đạo hành thường không còn độ co dẫn hoặc thậm chí bị rút lên thêm 1 – 2 cm sau khi được giải phóng.

3. Mức độ mô xơ sẹo vùng mổ: Việc đánh giá mô xơ sẹo và khả năng bóc tách mô vùng mổ rất quan trọng. Việc này quyết định việc làm di động được 2 đầu niệu đạo và độ tưới máu mô vùng mổ cũng góp phần rất lớn trong việc quyết định phương pháp điều trị. Trong một số TH bệnh nhân đã được phẫu thuật nhiều lần thì vùng mổ có thể so sánh từ “cứng như đá”.

4. Đường đi của niệu đạo hành trong những lần can thiệp

trước đó: Những bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu thì đường đi vòng của niệu đạo hành vẫn còn giữ nguyên. Tuy nhiên, những TH đã phẫu thuật nhiều lần và có can thiệp như tách giữa hai thể hang hoặc cắt phần dưới xương mu thì việc quyết định phương pháp can thiệp hiện tại rất quan trọng, phải làm đường đi của niệu đạo ngắn hơn nữa. Trường hợp không thể làm ngắn hơn đường đi của niệu đạo nữa thì sử dụng mảnh mảnh ghép niêm mạc miệng là một lợi thế.

2.6.1.2. Cách phân nhóm phẫu thuật dựa vào hình thái tổn thương

Dựa vào 4 tiêu chí đánh giá mức độ hình thái tổn thương, chúng tôi quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp:

Nhóm 1: Dựa vào khoảng cách hai đầu đoạn niệu đạo hẹp 1 – 2 cm. Với nhóm phẫu thuật này, đa số chúng tôi lựa chọn BN chưa có tiền sử can thiệp niệu đạo trước đó và lần đầu tiên được phẫu thuật tạo hình niệu đạo, mô xơ sẹo vùng mô ít, khả năng kéo dẫn niệu đạo hành sau khi đã bóc tách, di động niệu đạo hành đến gốc dương vật còn tốt. Việc huy động này giúp niệu đạo hành kéo dẫn thêm 1 – 2 cm và có thể nối trực tiếp vào đầu gần niệu đạo màng không căng.

Nhóm 2: Dựa vào khoảng cách hai đầu đoạn niệu đạo hẹp $>2 - 3$ cm. Với TH này, BN bị hẹp niệu đạo sau tương đối dài hoặc đã từng can thiệp niệu đạo 1 - 2 lần trước đó. Mô xơ sẹo tương đối ít, khả năng kéo dẫn của niệu đạo hành không còn được cao như nhóm 1. Do đó, phương pháp phẫu thuật này ngoài việc làm di động niệu đạo hành, kết hợp thêm tách giữa hai thể hang để làm ngắn đi đường đi của niệu đạo hành thêm 1 – 2 cm nữa giúp cho việc nối niệu đạo hành vào niệu đạo màng không bị căng.

Nhóm 3: Dựa vào khoảng cách hai đầu đoạn niệu đạo hẹp $>3 - 4$ cm. Trong TH này, đa số BN đã từng can thiệp niệu đạo nhiều

lần, trong đó đã phẫu thuật tạo hình niệu đạo có tách giữa hai thể hang, hoặc trong TH BN trước đó có tổn thương khung chậu nặng khiến khung chậu biến dạng nặng gây nên độ di lệch cao của hai đầu niệu đạo bị đứt. Những TH này, niệu đạo hành sau khi tách ra không còn độ đàn hồi hoặc do cung xương mu bị gãy sụp thấp khi đó khoảng cách giữa hai đầu niệu đạo sẽ càng xa. Để nối được niệu đạo tận – tận mà niệu đạo không căng, ngoài việc xẻ dọc tách giữa hai thể hang, phương pháp này tiến hành cắt thêm phần dưới xương mu để làm ngắn thêm đường đi của niệu đạo hành thêm 1 – 2 cm.

Nhóm 4: Dựa vào khoảng cách hai đầu đoạn niệu đạo hẹp từ > 4 – 5 cm. Đại đa số những BN TH này đều đã từng phẫu thuật tạo hình niệu đạo trước đó nhiều lần, khiến phẫu trường rất nhiều mô xơ hẹp. Niệu đạo hành thường rất căng trước khi được cắt rời đoạn hẹp. Sau khi cắt rời đoạn hẹp, niệu đạo hành thậm chí còn co rút lên thêm 1 – 2 cm. Với khoảng cách xa giữa hai đầu niệu đạo cần nối như vậy, phương pháp này tiến thêm một bước là cắt thêm xương từ dưới lên đến 2/3 khớp mu kết hợp chuyển vị xoay niệu đạo ra ngoài thể hang, lệch sang một bên khớp mu để làm ngắn tối đa đường đi của niệu đạo hành theo cách tiếp cận ngã đáy chậu.

Nhóm 5: Khoảng cách hai đầu niệu đạo từ trên 5 cm. Với nhóm BN này, gần như đoạn niệu đạo hành bị xơ hóa và mất đoạn nhiều do những lần phẫu thuật trước thất bại khiến cho đoạn niệu đạo hành bị ngắn dần. Việc cố gắng nối tận – tận niệu đạo hành vào niệu đạo màng là gần nhưng không thể với phẫu trường vùng đáy chậu. Việc sử dụng mảnh ghép niêm mạc miệng để nối vào hai đầu của đoạn hẹp tương đối hợp lý và tránh được việc phải tiến hành mở thêm phẫu trường ngả bụng.

2.6.2.7. Quy trình phẫu thuật

- Tư thế: Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Bộc lộ niệu đạo hành
- Phẫu tích niệu đạo màng
- Phẫu tích niệu đạo tuyến tiền liệt
- Chuẩn bị đầu niệu đạo hành

Đánh giá hình thái tổn thương và tiến hành kỹ thuật của từng nhóm như sau:

Nhóm 1: Bóc tách làm di động niệu đạo đơn thuần. Tiến hành khâu 8 đến 10 mũi chờ bằng Vicryl 5.0 ở đầu niệu đạo sau.

Nhóm 2: Tách giữa trụ dương vật. Tiến hành xẻ dọc đường giữa hai thể hang, chú ý mạch máu lưng dương vật, khâu cột bằng vicryl 4.0. Chiều dài đoạn xẻ thể hang 1 – 3 cm giúp cho đường đi của niệu đạo dễ dàng và không bị căng.

Nhóm 3: Cắt phần dưới xương mu. Sau khi tách giữa hai thể hang, dùng kèm găm phần dưới xương mu.

Nhóm 4: Tạo đường đi mới cho niệu đạo. Bóc tách và chuyển niệu đạo lên trước thể hang bằng cách cho niệu đạo đi sang bên ngoài thể hang kết hợp cắt thêm xương mu lệch về hướng đi mới.

Nhóm 5: Sử dụng mảnh ghép niêm mạc miệng, ghép mặt lưng niệu đạo, đoạn mất hoàn toàn niệu đạo thì tiến hành cuốn ống.

2.6.3. Đánh giá kết quả

2.6.3.1. Đánh giá kết quả trong khi phẫu thuật

Đánh giá kết quả trong khi phẫu thuật dựa vào các thông số: thời gian phẫu thuật, tình trạng xơ quanh niệu đạo, xác định độ dài đoạn xơ hẹp hoặc mất đoạn niệu đạo, biến chứng trong khi phẫu thuật: Chảy máu trong khi mổ, biến chứng thủng vào trực tràng.

2.6.3.2. *Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật*

- **Nhiễm khuẩn:** Nhiễm khuẩn vùng mổ, nhiễm khuẩn máu.
- **Kết quả tình trạng đi tiểu sau rút ống thông niệu đạo:**

Thành công: tiểu dễ, thành dòng và có kiểm soát, dòng tiểu mạnh, RUG và VCUG thấy không hẹp niệu đạo sau và không rò niệu đạo, lưu lượng dòng tiểu tối đa $\geq 15\text{ml/s}$.

Thất bại: tiểu khó hoặc bí tiểu, tiểu không kiểm soát, dòng tiểu yếu, RUG và VCUG thấy hẹp niệu đạo sau và/hoặc có rò niệu đạo, lưu lượng dòng tiểu tối đa $< 15\text{ml/s}$, cần can thiệp vào niệu đạo như nong niệu đạo, nội soi cắt trong hoặc tạo hình niệu đạo.

2.6.3.3. *Đánh giá kết quả ngắn hạn sau 3 và 6 tháng*

Đánh giá về chức năng đi tiểu:

Thành công: sau phẫu thuật 6 tháng, không còn triệu chứng tắc nghẽn đường niệu đạo, $Q_{\max} \geq 15\text{mL/s}$, hình ảnh niệu đạo bình thường. Không sử dụng thêm các phương pháp hỗ trợ khác như nong niệu đạo, nội soi cắt trong.

Thất bại khi còn dấu hiệu tắc nghẽn niệu đạo, $Q_{\max} < 15\text{mL/s}$ và sử dụng thêm các phương pháp hỗ trợ khác. Thông thường, triệu chứng tắc nghẽn sẽ xảy ra ngay và diễn tiến nhanh trong vòng vài tuần và thậm chí trong vài giờ sau rút thông niệu đạo.

Đánh giá về chức năng sinh dục: Hỏi bệnh nhân và đánh giá rối loạn cương theo bảng câu hỏi IIEF-5.

2.6.3.4. *Đánh giá kết quả trung hạn sau 1 và 2 năm*

Thành công: tiểu bình thường thành dòng, có kiểm soát, tia nước tiểu mạnh, $Q_{\max} \geq 15\text{ml/s}$. **Thất bại:** tiểu khó, bí tiểu hoặc tiểu không kiểm soát, tia nước tiểu yếu, $Q_{\max} < 15\text{ml/s}$, phải can thiệp như nong niệu đạo hoặc nội soi cắt trong niệu đạo bổ sung.

Đánh giá chức năng sinh dục dựa vào mức độ phục hồi tình trạng cương bằng bảng điểm IIEF-5.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ

Sau thời gian nghiên cứu từ 01/2007 đến 12/2015, chúng tôi thu nhận được 74 TH phẫu thuật điều trị hẹp niệu đạo sau với mức độ tổn thương khác nhau và được vận dụng kỹ thuật tùy thuộc vào hình thái tổn thương. Chúng tôi phân thành 5 nhóm theo kỹ thuật:

Nhóm 1: 18 BN hẹp niệu đạo được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách niệu đạo hành.

Nhóm 2: 20 BN hẹp niệu đạo sau được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách niệu đạo hành kèm tách giữa hai thể hang.

Nhóm 3: 12 BN hẹp niệu đạo sau được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách niệu đạo hành, tách giữa hai thể hang và có kèm theo cắt một phần dưới xương mu.

Nhóm 4: 8 BN hẹp niệu đạo sau được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách niệu đạo hành kèm theo cắt chéo lên phần giữa xương mu, tạo đường đi mới cho niệu đạo.

Nhóm 5: 16 BN hẹp niệu đạo sau được phẫu thuật sử dụng mảnh ghép niêm mạc miệng.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và lâm sàng của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Tuổi

Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 82 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $38,4 \pm 19,4$ tuổi. Độ tuổi trung bình nhỏ nhất là ở nhóm 4: 31,1 tuổi. Lớn nhất ở nhóm 5: 46,4 tuổi.

3.1.2. Nguyên nhân gây hẹp niệu đạo sau

Số TH gây xương chậu 59/74 TH (79,7%), 6 TH do lực tác động từ bên trong: thủ thuật qua ngã niệu đạo (3 TH) và cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt (3 TH), chấn thương trực tiếp 9 TH (12,1%).

3.1.4. Tiền sử mổ tạo hình niệu đạo và các phẫu thuật khác

Có 44/74 TH (59,5%) có can thiệp niệu đạo trước đó. Cao nhất là 32 TH được phẫu thuật tạo hình niệu đạo chiếm 43,2%, 7 TH (9,5%) đã được nội soi cắt lạnh, 5 TH (6,8%) đã được nong niệu đạo.

3.1.5. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

32 TH có triệu chứng tiểu khó (43,2%). Có 42/74 TH bí tiểu chiếm đa số (chiếm 56,8%) và tất cả đều được mở bàng quang ra da. Có 01 TH rò nước tiểu qua đáy chậu (1,4%) thuộc nhóm 1.

3.1.6. Cây nước tiểu trước phẫu thuật

41 TH dương tính (55,4%) và 33 TH âm tính. Kết quả cho thấy cây dương tính nhiều nhất với *E. Coli* (9/41 TH chiếm 21,2%). Kế tiếp là *Pseudomonas aeruginosa* (chiếm 18,2%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và điều trị hậu phẫu

3.2.1. Đặc điểm phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $240,1 \pm 73,7$ phút. Chiều dài đoạn hẹp trung bình $3,4 \pm 2,1$ cm. Lượng máu mất trung bình $251,8 \pm 173,1$ mL. Số lượng phẫu thuật ở nhóm 1 (18 TH, 24,3%), nhóm 2 (20 TH, 27,0%), nhóm 3 (12 TH, 16,2%), nhóm 4 (8 TH, 10,8%) và nhóm 5 (16 TH, 14,9%). Mô xơ dính nhiều 11 TH (14,9%).

3.2.2. Biến chứng hậu phẫu

Tụ máu 4 TH (5,4%), sốt 3 TH (4%), cây nước tiểu dương tính với 8 TH (10,8%), nhiễm khuẩn vùng mổ 22/74 TH (29,7%), chảy máu vùng mổ, sưng nề bìu ít gặp (1,3%) và tiêu chảy (2,7%).

3.2.3. Thời gian nằm viện hậu phẫu

Thời gian nằm viện trung bình là $10,3 \pm 4,4$ ngày. Trong đó, ngắn nhất là nhóm 1 với 8,6 ngày, dài nhất ở nhóm 5 với 13,1 ngày.

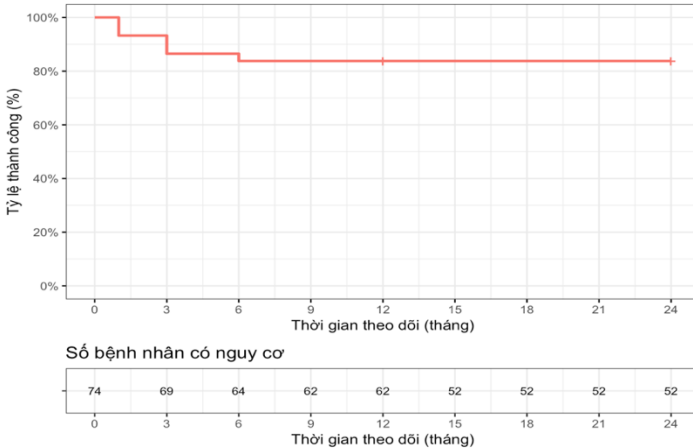
3.3. Kết quả trung hạn của phẫu thuật tạo hình niệu đạo

3.3.4. Rối loạn cương

Tình trạng rối loạn cương trước phẫu thuật là 82,4%, sau phẫu thuật 2 năm còn 62,5%. Tỷ lệ BN không bị rối loạn cương từ 17,6% trước phẫu thuật tăng dần lên đến 45,3% ở thời điểm 1 năm và 37,5% ở thời điểm 2 năm sau phẫu thuật.

3.3.5. Kết quả trung hạn của phẫu thuật

Kết quả thành công trung hạn chung của phẫu thuật là 83,8%. Tỷ lệ thành công từng nhóm: nhóm 1: 83,3%; nhóm 2: 85%, nhóm 3: 83,3%; nhóm 4: 75% và nhóm 5: 87,5%. Sau tháng thứ 3 theo dõi, tỉ lệ hẹp niệu đạo tái phát tăng dần và ổn định từ tháng thứ 6.



Biểu đồ 3.10. Đường biểu diễn Kaplan - Meier về tỉ lệ thành công theo dõi theo thời gian của nghiên cứu.

3.4. Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

3.4.1. Đặc điểm lâm sàng và phẫu thuật của TH thất bại

Nhóm 1 và 2 đều có 3 TH thất bại, có 1 TH nguyên nhân do cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Nhóm 3 có 1 TH thất bại và trong phẫu thuật có ghi nhận mô xơ hóa nhiều. Nhóm 4 có 2 TH thất bại với chiều dài đoạn hẹp 5 cm và trước đó đã có can thiệp trên niệu đạo. Nhóm 5 có 2 TH thất bại liên quan đến mô xơ sẹo quanh mảnh ghép.

3.4.2. Các yếu tố liên quan đến thành công của nghiên cứu

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thành công và tỉ lệ thất bại về các yếu tố: tuổi, chiều dài đoạn hẹp, thời gian phẫu thuật và lượng máu mất. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

về các yếu tố biến chứng như tụ máu, nhiễm khuẩn vùng mổ, sốt, chảy nước tiểu, chảy máu vùng mổ, sưng nề bìu, tiêu chảy với tỉ lệ thành công và thất bại phẫu thuật. Qua phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố tuổi, lý do nhập viện, nguyên nhân, chiều dài đoạn hẹp, điều trị hẹp niệu đạo trước đó, không có yếu tố trong phạm vi nghiên cứu ảnh hưởng lên kết quả thành công của phẫu thuật.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.2. Đặc điểm hình thái tổn thương và các yếu tố liên quan kết quả phẫu thuật

4.2.1. Chiều dài đoạn hẹp của niệu đạo sau

Sau khi bóc tách niệu đạo và cắt lọc mô xơ xung quanh niệu đạo, phẫu thuật viên sẽ đánh giá chiều dài đoạn hẹp nhằm quyết định chọn kỹ thuật phù hợp với mục tiêu là làm giảm tối đa sức căng của miệng nối niệu đạo. Đa phần các phẫu thuật viên đều đồng ý với quan điểm chiều dài dưới 2,5 cm được coi là hẹp đơn giản và không cần thực hiện thủ thuật cắt một phần xương mu trong phẫu thuật.

Qua các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy việc phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau cần được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm vì việc đánh giá chiều dài đoạn niệu đạo hẹp trong lúc phẫu thuật rất quan trọng. Các thủ thuật cần làm thêm trong phẫu thuật tạo hình niệu đạo được quyết định ngay trong lúc phẫu thuật.

4.2.2. Phân tích và đánh giá độ chun dẫn niệu đạo hành

Việc di động tốt niệu đạo hành rất quan trọng và là bước đầu tiên để giúp nối hai đầu niệu đạo không bị căng. Giải phóng niệu đạo hành không nên đến niệu đạo dương vật do nguy cơ cong dương vật về sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi đoạn niệu đạo hẹp trung bình 3,4 cm. Đây là đoạn hẹp tương đối dài nên việc di động tốt hai

đầu niệu đạo kết hợp thêm biện pháp làm ngắn đường đi của niệu đạo là rất cần thiết. Một điểm lưu ý rất quan trọng trong nghiên cứu là những TH đã phẫu thuật tạo hình niệu đạo, việc di động niệu đạo không giúp kéo dài niệu đạo hành thêm, đôi lúc còn gây ngắn hơn.

4.2.3. Mô xơ sẹo và cắt lọc mô xơ sẹo quanh niệu đạo

Tác giả Kulkarni và cs báo cáo 308 BN hẹp niệu đạo sau phức tạp trong đó có 40,9% BN có tiền sử phẫu thuật tạo hình niệu đạo cho thấy các yếu tố gây thất bại trong tạo hình niệu đạo là: không bóc tách đủ phần niệu đạo hành trong phẫu thuật, bóc tách không đủ mô xơ sẹo xung quanh niệu đạo, phẫu thuật tạo hình niệu đạo cần cắt phần dưới xương mu để làm bớt căng miệng nối.

Trong nghiên cứu, chúng tôi rất quan tâm đến yếu tố này. Việc phẫu tích, cắt lọc mô xơ sẹo chỉ dừng lại khi thấy được mô niêm mạc niệu đạo mềm mại và mô tuyến tiền liệt bình thường, di động tốt. Tuy nhiên, để hạn chế tối đa việc phẫu tích lạc đường, phạm vào những vùng khác có thể gây nhiều biến chứng đặc biệt là tổn thương mạch máu niệu đạo, chúng tôi dùng que nong Béniqué đưa vào lỗ mở bàng quang ra da xuống đầu gần niệu đạo.

4.2.4. Tiền sử can thiệp niệu đạo trước phẫu thuật

Phẫu thuật tạo hình niệu đạo có nhiều mức độ khác nhau từ đơn giản đến phức tạp, có thể kèm theo các tổn thương xung quanh. Chính vì vậy, cần được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, hạn chế tối đa tỉ lệ thất bại sau tạo hình. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 59,5% BN có tiền sử điều trị hẹp niệu đạo, nhiều nhất là tạo hình niệu đạo 43,4%.

Qua phân tích các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi nhận thấy rằng tiền sử phẫu thuật tạo hình niệu đạo trước đây của BN không phải là một yếu tố làm tăng khả năng thất bại của phẫu thuật

tạo hình niệu đạo. Tuy nhiên, việc can thiệp phẫu thuật tạo hình lần trước đã áp dụng kỹ thuật làm ngắn đường đi của niệu đạo lại quyết định hướng áp dụng kỹ thuật trong lần phẫu thuật hiện tại để giúp niệu đạo không bị căng sau khi cắt bỏ đoạn xơ hẹp.

4.2.5. Các yếu tố khác liên quan đến thành công của phẫu thuật

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy tỉ lệ thất bại là 12/74 TH (17,2%). Khi phân tích đặc điểm của các TH thất bại, chúng tôi nhận thấy không có yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

Trong y văn trên thế giới, chúng tôi nhận thấy có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau được nhắc tới tùy theo vùng địa lý, độ tuổi và nguyên nhân gây hẹp niệu đạo. Để lý giải cho việc không ghi nhận được thêm các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả, nghiên cứu của chúng tôi nêu ra hai vấn đề sau:

- Những yếu tố ảnh hưởng chính của các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi đã đưa vào làm tiêu chí về hình thái tổn thương như: khoảng cách hai đầu đoạn hẹp, độ chun dãn của niệu đạo hành, mô xơ sẹo vùng phẫu thuật và lần phẫu thuật can thiệp trước đó.

- Ngoài ra, mẫu nghiên cứu còn ít, việc triển khai theo từng nhóm kỹ thuật dựa vào hình thái tổn thương dẫn đến so sánh các yếu tố ảnh hưởng giữa các nhóm càng ít có ý nghĩa thống kê.

4.4. Kết quả trung hạn của nghiên cứu

4.4.1. Kết quả thành công chung

Chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ thành công ở các nhóm phẫu thuật từ cắt nối niệu đạo tận – tận cho đến thủ thuật cắt phần dưới xương mu có tỉ lệ thành công cao. Với nhóm BN có tạo đường đi mới cho niệu đạo, các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy ít sử dụng và tỉ lệ thành công không cao như những phương pháp trước. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân của tỉ lệ thất bại cao là do khi tạo đường đi

mới của niệu đạo, niệu đạo sẽ bị xoắn vặn 1 cách tương đối so với vị trí bình thường, chính vì vậy việc lành sẹo không tốt dẫn đến tái hẹp sau phẫu thuật. Mặt khác, khi đoạn niệu đạo hẹp dài, có phương pháp khác để phẫu thuật như đi qua ngã phúc mạc và cắt bờ trên của xương mu hoặc phương pháp dùng các mảnh ghép tự thân trong đó có mảnh ghép niêm mạc miệng.

Qua thời gian theo dõi 24 tháng, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thành công của phẫu thuật qua chỉ số $Q_{max} > 15\text{ml/s}$ là 83,8%. Các TH thất bại thường xuất hiện trong tháng thứ 3 của quá trình theo dõi, và cho tới tháng thứ 6 sau mổ thì ổn định dần. Qua so sánh với các tác giả khác trên thế giới, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ thành công của nghiên cứu là cao, tương đương với số liệu trên thế giới.

4.4.5. Kết quả thành công ở nhóm phẫu thuật có sử dụng mảnh ghép niêm mạc miệng

Mảnh ghép niêm mạc miệng đã được sử dụng cho phẫu thuật tạo hình hẹp niệu đạo trước và cho kết quả tốt về tỉ lệ thành công và giảm biến chứng rối loạn cương. Hiện nay, trên thế giới vẫn còn ít các báo cáo sử dụng niêm mạc miệng cho tạo hình niệu đạo sau. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau sử dụng niêm mạc miệng trên 16 BN (21,6%) có chiều dài đoạn hẹp niệu đạo trung bình là 6,3 cm cho kết quả thành công là 87,5%.

Qua đó, việc sử dụng niêm mạc miệng trong phẫu thuật tạo hình hẹp niệu đạo sau có tỉ lệ thành công cao, hứa hẹn là một vật liệu thay thế hữu hiệu.

4.4.6. Tình trạng rối loạn cương

Đa phần BN bị hẹp niệu đạo sau là do chấn thương và thường kèm theo có gãy xương chậu. Việc gãy xương chậu gây ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý và chức năng thực thể của hoạt động cương dương

vật. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ rối loạn cương chiếm 62,5% sau phẫu thuật. Trong đó, rối loạn cương mức độ nặng chiếm 27,4%. Qua thời gian theo dõi, nhận thấy tỉ lệ rối loạn cương giảm dần theo thời gian.

Qua phân tích các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy việc phẫu thuật tạo hình niệu đạo sẽ làm tăng khả năng phục hồi chức năng cương. Đây là một yếu tố rất quan trọng giúp cho BN có thể trở về cuộc sống sinh hoạt thường ngày, giảm thiểu tối đa các sang chấn về tâm lý và sinh lý cho bệnh nhân.

KẾT LUẬN

Sau thời gian nghiên cứu từ 01/2007 đến 12/2015, 74 trường hợp phẫu thuật tạo hình trong hẹp niệu đạo sau với 5 nhóm kỹ thuật tùy thuộc vào hình thái tổn thương. Chúng tôi kết luận như sau:

1. Tỉ lệ thành công chung của phương pháp phẫu thuật tạo hình trong hẹp niệu đạo sau dựa vào hình thái tổn thương qua 24 tháng theo dõi là 83,8%.

Tỉ lệ thành công của từng nhóm kỹ thuật dựa vào hình thái tổn thương:

- Nhóm 1: 18 trường hợp được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách di động niệu đạo hành, có tỉ lệ thành công là 83,3%.

- Nhóm 2: 20 trường hợp được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách di động niệu đạo hành kèm tách giữa hai thể hang, có tỉ lệ thành công là 85%.

- Nhóm 3: 12 trường hợp được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách di động niệu đạo hành, tách giữa hai thể hang và có kèm theo cắt một phần dưới xương mu, có tỉ lệ thành công là 83,3%.

- Nhóm 4: 8 trường hợp được phẫu thuật cắt nối đoạn hẹp tận – tận với bóc tách di động niệu đạo hành kèm cắt chéo lên phần giữa xương mu, tạo đường đi mới cho niệu đạo, có tỉ lệ thành công là 75%.

- Nhóm 5: 16 trường hợp được phẫu thuật sử dụng mảnh ghép niêm mạc miệng, có tỉ lệ thành công là 87,5%.

Tỉ lệ các tai biến, biến chứng của phương pháp phẫu thuật như sau: không ghi nhận tai biến thủng trực tràng trong phẫu thuật, không có biến chứng tiểu không kiểm soát sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn vùng mổ thường gặp nhất với 29,7%, tụ máu vùng mổ chiếm 5,4%, rối loạn cương sau 24 tháng theo dõi là 62,5%. Rối loạn cương mức độ nhẹ đến trung bình là thường gặp (43,8%).

Nghiên cứu đã đưa ra các yếu tố chính làm tiêu chí để phân nhóm hình thái tổn thương như: Khoảng cách giữa hai đầu đoạn niệu đạo hẹp, độ chun giãn của niệu đạo hành, mức độ mô xơ sẹo vùng mô, đường đi của niệu đạo hành.

2. Ngoài các yếu tố làm tiêu chí để phân nhóm hình thái tổn thương, chúng tôi chưa xác định thêm các yếu tố khác ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật tạo hình niệu đạo.

- Ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thành công và tỉ lệ thất bại về các yếu tố: tuổi ($p=0,1384$), thời gian phẫu thuật ($p=0,2581$), Chiều dài đoạn hẹp ($p=0,5344$), lượng máu mất ($p=0,2838$).

- Các biến chứng sau mổ liên quan không có ý nghĩa thống kê với tình trạng tái hẹp sau phẫu thuật: tụ máu ($p=1,00$), nhiễm khuẩn vùng mổ ($p = 1,00$), sốt ($p=0,4166$), chảy nước tiểu ($p=0,5152$), biến chứng khác (chảy máu vùng mổ, sưng nề bìu, tiêu chảy hậu phẫu, $p=1$).

- Chưa ghi nhận các yếu tố nguy cơ của phẫu thuật thất bại trong phân tích hồi quy đơn biến và đa biến: tuổi (OR = 0,98, $p = 0,312$), lý do nhập viện (OR= 0,5, $p = 0,395$), nguyên nhân hẹp (OR= 0,53, $p = 0,372$), chiều dài đoạn hẹp (OR= 0,92, $p = 0,644$), điều trị hẹp niệu đạo trước đó (OR = 1,10, $p = 0,886$).

KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật tạo hình trong điều trị hẹp niệu đạo sau là một trong những phương pháp phẫu thuật phức tạp với nhiều hình thái đa dạng, đòi hỏi phẫu thuật viên cần có nhiều kinh nghiệm. Qua nghiên cứu, tác giả có những kiến nghị như sau:

- Cần đánh giá một cách kỹ lưỡng dựa vào các tiêu chí về hình thái tổn thương trong phẫu thuật mà nghiên cứu đã đề ra mà tiêu chí chính là khoảng cách giữa hai đầu đoạn hẹp. Từ đó, phẫu thuật viên có thể quyết định kỹ thuật phẫu thuật theo từng nhóm hình thái tổn thương.

- Trong trường hợp tổn thương với khoảng cách giữa hai đầu đoạn hẹp quá dài (> 5cm), tiên lượng không thể nối niệu đạo dù làm ngắn đường đi của niệu đạo hành thì nên thực hiện phương pháp phẫu thuật tạo hình bằng mảnh ghép niêm mạc miệng.

Tác giả hy vọng mở rộng áp dụng phương pháp phẫu thuật tạo hình này tại nhiều trung tâm tiết niệu trong nước. Điều này góp phần tăng thêm kinh nghiệm trong việc đánh giá hình thái tổn thương và tăng mức độ chứng cứ trong nghiên cứu với góc nhìn toàn diện và đa chiều tình hình thực tế tại Việt Nam.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Trà Anh Duy, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Ngọc Sinh (2019), "Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu đạo sau theo tổn thương lâm sàng", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 5, tr. 311-316.
2. Trà Anh Duy, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Ngọc Sinh (2019), "Các yếu tố ảnh hưởng kết quả của phẫu thuật tạo hình hẹp niệu đạo sau", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 5, tr. 317-321.