

ASSESSMENT OF OUTCOMES IN HYPOSPADIAS REPAIR AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Tran Van Trung*, Dau Anh Trung, Ho Toan Dinh

Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 07/03/2025

Revised: 30/03/2025; Accepted: 13/04/2025

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical features and evaluate the surgical outcomes of hypospadias surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study of 48 patients with hypospadias who underwent surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2022 to August 2023.

Results: The mean age was 5.67 years (ranging from 2 to 13 years). Thirty-nine patients (81.25%) required curvature correction procedures, including Baskin and Nesbit techniques. The average surgery time was 156.67 ± 30.06 minutes. Common postoperative complications included edema (60.42%), urine leakage around the catheter (31.25%), and catheter dislodgement (20.83%). Post-discharge follow-up results showed that the rates of urethrocuteaneous fistula and urethral stricture were 16.67% and 2.08%, respectively. Early complications during the postoperative period significantly related to urethrocuteaneous fistula included infection (24.13%) and urine leakage around the catheter (40%). The success rate based on the HOSE score was 93.75% at discharge and 91.67% at follow-up.

Conclusion: Hypospadias surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital shows promising results with a low overall complication rate.

Keywords: Hypospadias.

*Corresponding author

Email: trantrungyk@gmail.com **Phone:** (+84) 917127626 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2277**

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LỖ TIỂU LỆCH THẤP TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Văn Trung*, Đậu Anh Trung, Hồ Toàn Định

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 30/03/2025; Ngày duyệt đăng: 13/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu 48 bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp, được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2023.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là 5,67 tuổi (từ 2 đến 13 tuổi). Có 39 bệnh nhân (81,25%) cần làm các thủ thuật để dựng thẳng dương vật như Baskin hay Nesbit. Thời gian phẫu thuật trung bình là $156,67 \pm 30,06$ phút. Biến chứng thường gặp trong thời gian hậu phẫu là phù nề dương vật 60,42%, rò nước tiểu quanh sonde 31,25%, tuột sonde tiểu 20,83%. Kết quả theo dõi sau xuất viện cho thấy, tỷ lệ rò niệu đạo sau mổ là 16,67% và hẹp niệu đạo sau mổ là 2,08%. Các biến chứng sớm liên quan có ý nghĩa đến rò niệu đạo là nhiễm khuẩn (24,13%) và rò nước tiểu quanh sonde (40%) trong thời gian hậu phẫu. Kết quả thành công theo thang điểm HOSE là 93,75% khi ra viện và 91,67% khi tái khám.

Kết luận: Phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: Lỗ tiểu lệch thấp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu thấp là dị tật bẩm sinh của dương vật thường gặp nhất, có tần suất khoảng 1/300 bé trai ra đời [1]. Đặc điểm của dị tật này là lỗ tiểu nằm thấp so với đỉnh qui đầu, ở bất cứ vị trí nào trên mặt bụng dương vật (DV) đến tầng sinh môn. Dị tật lỗ tiểu thấp (LTT) thường kèm theo cong DV với nhiều mức độ do thiếu sản da, do tổ chức xơ bám vào bao trắng hay thiếu sản bao trắng ở mặt bụng DV. Dị tật này tuy không gây nguy hiểm nhưng ảnh hưởng nhiều đến tâm lý cũng như sinh hoạt hàng ngày, làm giảm chất lượng cuộc sống.

Phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp là một trong những phẫu thuật khó, 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. Cho đến nay trên thế giới có tới hơn 300 phương pháp phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp đã được mô tả [2]. Mục tiêu của phẫu thuật là đưa miệng sáo niệu đạo ra đỉnh dương vật giúp trẻ có thể đi tiểu được ở tư thế đứng, tái tạo lại hình thái của dương vật và trong một số trường hợp nặng nhằm cải thiện chức năng hoạt động tình dục.

Hiện nay ở Việt Nam, đã áp dụng điều trị LTT bằng nhiều kỹ thuật với nhiều loại chất liệu khác nhau để

tạo hình niệu đạo như: vạt tại chỗ, vạt da niêm mạc quy đầu có cuống mạch hoặc tự do, mảnh ghép da tự do, mảnh ghép niêm mạc miệng đã đạt được nhiều thành tựu. Nhìn chung thường áp dụng 3 loại kỹ thuật: Snodgrass, tạo hình niệu đạo bằng vạt da - niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch (vạt hình đảo) và mảnh ghép niêm mạc bao quy đầu, trong đó kỹ thuật vạt hình đảo hay được áp dụng hơn.

Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, tuy số lượng bệnh nhân hàng năm chưa nhiều nhưng bệnh cảnh lâm sàng thì đa dạng, bao gồm đầy đủ các thể bệnh như y văn mô tả. Do vậy, việc lựa chọn các phương pháp phẫu thuật được chúng tôi chỉ định phù hợp với từng bệnh nhân cụ thể và bước đầu cũng đã cho những kết quả khả quan.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2023.

*Tác giả liên hệ

Email: trantrungyk@gmail.com Điện thoại: (+84) 917127626 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2277>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 48 bệnh nhân bị lỗ tiểu lệch thấp, không bao gồm bệnh nhân có nghi ngờ giới tính và được phẫu thuật 1 thì.

2.2. Thời gian địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2023, tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Biến số/ chỉ số nghiên cứu

Tuổi bệnh nhân, kết quả phẫu thuật (thành công, thất bại), biến chứng sau phẫu thuật (rò niệu đạo, toác niệu đạo, cong dương vật, hẹp niệu đạo), thang điểm HOSE.

Theo Barbagli (2010) [3] định nghĩa: phẫu thuật thành công là niệu đạo mới tạo không có rò, không hẹp, dương vật không cong lại, lỗ niệu đạo đúng vị trí ở quy đầu và đạt được thẩm mỹ. Phẫu thuật thất bại khi có biến chứng cần can thiệp lại (như: rò niệu đạo, hẹp niệu đạo, cong dương vật, túi thừa niệu đạo...).

Rò niệu đạo là có sự thông thương giữa niêm mạc niệu đạo và bề mặt da dương vật, gây nước tiểu thoát ra với các mức độ khác nhau. Toác niệu đạo là tình trạng lỗ rò niệu đạo to, đường kính trên 4mm, nước tiểu qua chỗ toác niệu đạo là chủ yếu. Toác niệu đạo có thể là một phần niệu đạo hoặc toàn bộ niệu đạo tạo hình mới.

2.5. Xử lý số liệu số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Tính số trung bình cộng, độ lệch chuẩn, sử dụng test χ^2 , T-test và test Inova để so sánh.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Sự tham gia nghiên cứu đã được đồng thuận của gia đình bệnh nhân. Mọi thông tin về cá nhân được mã hóa và giữ bí mật tuyệt đối. Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi có 48 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là $5,67 \pm 2,2$ tuổi, phổ biến từ 3-6 tuổi (chiếm 70,8%). Các trường hợp bệnh được chẩn đoán chủ yếu sau khi sinh hoặc do gia đình tự phát hiện, chiếm 56,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo như thoát vị bẹn, nang thừng tinh, ẩn tinh hoàn, hoặc bệnh tim bẩm sinh rất thấp, chiếm 16,7%. Đặc biệt, đa số bệnh nhân không được tư vấn phẫu thuật bởi bác sĩ chuyên khoa, với tỷ lệ này lên tới 70,83%.

Về đặc điểm lâm sàng, chiều dài niệu đạo thiếu trung bình là 2,15 cm (dao động từ 1 đến 5 cm). Trong đó, có 32 bệnh nhân (66,7%) có thừa da khi quan sát ở lưng quy đầu, 11 bệnh nhân (22,9%) có hẹp lỗ sáo, và 13 bệnh nhân (27,08%) xoay trục dương vật trước mỏ. Đặc biệt, hầu hết bệnh nhân (81,25%) cần thực hiện thủ thuật để

dựng thẳng dương vật sau khi đã degloving. Thời gian phẫu thuật trung bình đối với nhóm cong nhẹ dương vật là 148,85 phút và nhóm cong nặng là 159,57 phút, không có sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm.

Về kết quả phẫu thuật, các biến chứng hậu phẫu như phù nề dương vật, rò nước tiểu quanh sonde và tuột sonde tiểu chiếm tỷ lệ khá cao. Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình là 14,21 ngày đối với kháng sinh, 7,19 ngày đối với mở băng và 13,15 ngày đối với lưu sonde tiểu. Chấm điểm theo thang HOSE, tỷ lệ thành công khi ra viện đạt 93,75%, và tỷ lệ thành công khi tái khám là 91,67%. Các biến chứng sớm liên quan đến rò niệu đạo có mối liên quan chặt chẽ với nhiễm khuẩn và rò nước tiểu quanh sonde, đặc biệt là các bệnh nhân có nhiễm khuẩn nước tiểu.

Bảng 1. Các biến chứng sớm liên quan đến rò niệu đạo

Biến chứng		Rò niệu đạo		p
		Có	Không	
Nhiễm khuẩn	Có	7	22	0,033
	Không	0	19	
Tổng				
Rò nước tiểu chân sonde	Có	6	9	0,001
	Không	1	32	
Tổng		7		

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi phẫu thuật

Tuổi phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,67 \pm 2,2$ tuổi, với độ tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 13 tuổi. Nhóm tuổi từ 3 - 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (70,8%) trong tổng số 48 bệnh nhân. So với các nghiên cứu quốc tế [4], độ tuổi phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có phần lớn hơn, tuy nhiên, điều này cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước. Nguyên nhân chủ yếu là sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế giữa thành phố và nông thôn tại Việt Nam. Người dân thành thị thường có cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn, trong khi người dân nông thôn ít được tiếp cận các cơ sở khám chữa bệnh chất lượng. Nhiều trường hợp được chẩn đoán lỗ tiểu thấp ngay sau sinh (chiếm 43,8%) nhưng vẫn không được phẫu thuật sớm. Chỉ có một bệnh nhân dưới 3 tuổi được bác sĩ chuyên khoa tư vấn.

Ngoài ra, điều kiện kinh tế khó khăn và sự thiếu hụt các cơ sở y tế có khả năng thực hiện phẫu thuật LTLT (lỗ tiểu thấp) tại các tỉnh thành ngoài trung ương cũng góp phần làm tăng độ tuổi phẫu thuật. Phẫu thuật LTLT đòi hỏi đội ngũ bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm và cơ sở y tế đủ điều kiện gây mê, hồi sức trẻ em.

Nghiên cứu của chúng tôi không đưa ra khuyến nghị cụ thể về độ tuổi phẫu thuật, nhưng đặt câu hỏi liệu độ tuổi có ảnh hưởng đến các biến chứng của phẫu thuật tạo hình niệu đạo hay không. Theo kinh nghiệm, phẫu thuật ở trẻ nhỏ (khoảng 24 tháng) mang lại một số lợi ích, như sẹo liền nhanh và đẹp, giảm biến chứng hẹp niệu đạo sau mổ, và ít đau hơn so với trẻ lớn.

4.1.2. Các dị tật phối hợp

Những thể nặng của lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) có thể biểu hiện tương tự rối loạn phát triển phái tính (lưỡng giới), đặc biệt khi kèm theo tinh hoàn ẩn. Một số nghiên cứu cho thấy 50% bệnh nhân LTLT có tinh hoàn ẩn có bất thường giới tính về nhiễm sắc thể, tuyến sinh dục hoặc hình thể. Những bệnh nhân này cần kiểm tra nhiễm sắc thể để loại trừ rối loạn phát triển giới tính. Tỷ lệ tinh hoàn ẩn phối hợp với LTLT nặng dao động từ 5-50%. Các dị tật phối hợp khác (chuyển vị dương vật bìu, bìu chẻ đôi) ít gặp hơn, với dị tật đường tiết niệu chỉ chiếm khoảng 2%. Thoát vị bẹn gặp ở 9-16% trẻ LTLT và 5% trẻ có tinh hoàn ẩn [1].

Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Bích, tỷ lệ dị tật phối hợp là 21,2%, trong đó thoát vị bẹn có 3 bệnh nhân (2,65%) [5]. Lê Thanh Hùng (2016) ghi nhận các dị tật phối hợp kèm LTLT gồm tinh hoàn ẩn (11,4%) và thoát vị bẹn (4,5%) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dị tật phối hợp là 14,5% (7/48 bệnh nhân), bao gồm tinh hoàn ẩn, thoát vị bẹn và nang nước thừng tinh, và có một bệnh nhân bị thông liên thất chưa cần can thiệp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Dương vật trong LTLT thường cong và ngắn ở nhiều mức độ khác nhau, có thể kèm theo xoay trục. Tuy nhiên, hầu hết trẻ được gia đình đưa đi khám khi thấy lỗ tiểu nằm thấp ở vị trí bất thường. Mục tiêu phẫu thuật là chỉnh sửa vị trí lỗ niệu đạo và làm thẳng dương vật. Trong nghiên cứu này, chiều dài niệu đạo thiếu trước mổ trung bình là 2,15 cm. Tình trạng da bao quy đầu rất quan trọng trong quyết định lấy niêm mạc để tạo hình niệu đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 33,3% trường hợp da bao quy đầu bị thiếu hoặc viêm dính, cần phải điều trị trước khi sử dụng để tạo niệu đạo. Theo dõi sau phẫu thuật thấy trường hợp có da niêm mạc bao quy đầu viêm dính, thì quy đầu thường hay phù nề nhiều, hoặc có trường hợp hoại tử.

Theo chúng tôi, khi chọn vật da tạo niệu đạo nên chọn những chỗ da niêm mạc quy đầu mềm mại, bằng phẳng, không có co kéo và viêm dính để tạo niệu đạo. Khi chuyển da niêm mạc quy đầu còn lại sau khi lấy tạo hình niệu đạo xuống che phủ mặt dưới thân dương vật, thì vùng da nào viêm dính với quy đầu nên bỏ không cố gắng để khâu, vì sau này dễ bị hoại tử vật da che phủ. Còn nếu sau khi chuyển da từ trên xuống che phủ thân dương vật mà thiếu da thì nên chuyển vật da bìu lên che phủ thân dương vật.

Ngoài vị trí bất thường của lỗ tiểu, một đặc điểm nữa mà ít được đánh giá là hẹp lỗ tiểu. Theo Trần Ngọc Bích,

tỷ lệ hẹp lỗ tiểu là 64,3% [5]. Trong nghiên cứu này, 22,9% bệnh nhân có lỗ tiểu hẹp. Xoay trục dương vật cũng có thể xuất hiện phối hợp trong LTLT, với 27,08% bệnh nhân có xoay trục trước mổ. Sau mổ, chỉ còn một bệnh nhân có xoay trục nhẹ (dưới 30 độ), không cần can thiệp thêm.

4.3. Đặc điểm trong mổ

Cong dương vật là một vấn đề phổ biến ở bệnh nhân LTLT, với khoảng 1/4 trẻ em bị cong dương vật [7]. Độ cong được đánh giá chính xác nhất khi dương vật cương cứng trong lúc khám. Để chữa cong dương vật, phẫu thuật viên cần đánh giá độ cong trước mổ, điều này ảnh hưởng đến phương pháp điều trị. Đối với cong dưới 15° không cần chữa, cong từ 15-30° cần làm ngắn mặt lưng, còn cong trên 30° cần can thiệp cắt sản niệu đạo hoặc dùng mảnh ghép [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 72,92% bệnh nhân bị cong dương vật nặng, và 81,25% bệnh nhân cần thực hiện các thủ thuật chữa cong dương vật sau khi thực hiện phương pháp Degloving, trong đó thủ thuật Baskin là 62,5% và thủ thuật Nesbit là 18,75%.

Chiều dài niệu đạo thiếu là một vấn đề quan trọng trong phẫu thuật LTLT. Trước phẫu thuật, chiều dài niệu đạo thiếu trung bình là 2,15 cm, sau phẫu thuật, con số này tăng lên 2,7 cm. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê và cho thấy quá trình dựng thẳng dương vật sẽ làm tăng chiều dài niệu đạo. Chúng tôi nhận thấy rằng việc đánh giá chiều dài niệu đạo trước mổ không thể chính xác bằng sau khi dựng thẳng dương vật, vì vật da cần lấy để tạo niệu đạo phụ thuộc vào kết quả này.

Chất lượng da dương vật là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Da dương vật kém có thể gây ra biến chứng như sẹo, cong dương vật, hoặc hẹp lỗ tiểu. Do đó, trong các trường hợp LTLT thể nặng, các bác sĩ thường chọn phẫu thuật hai thì thay vì phẫu thuật một thì [1], [2]. Phẫu thuật hai thì mặc dù hiệu quả nhưng kéo dài thời gian điều trị và có thể gây đau đớn cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng 83,33% bệnh nhân cần sử dụng da bìu để che phủ thân dương vật sau khi lấy vật da tạo hình niệu đạo.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 156,67 phút. So với các nghiên cứu khác, thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này tương đối giống nhau. Các yếu tố như độ cong dương vật, chiều dài niệu đạo thiếu, và chất lượng da dương vật đều ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật. Thời gian mổ cũng có sự chênh lệch giữa các bệnh nhân, tùy thuộc vào mức độ phức tạp của từng trường hợp.

4.4. Kết quả phẫu thuật

Mục tiêu của phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) là tạo ra một dương vật (DV) bình thường về mặt thẩm mỹ và chức năng, có nghĩa là tạo một DV thẳng khi cương, với lỗ tiểu ở đỉnh quy đầu, đảm bảo dòng tiểu liên tục và đúng hướng. Mặc dù có nhiều phương pháp phẫu thuật LTLT, hiện tại chưa có hệ thống chung để đánh giá kết

qua phẫu thuật một cách đồng nhất.

Tại Việt Nam, việc đánh giá kết quả phẫu thuật thường được chia thành các mức độ như tốt, trung bình, xấu, hoặc thành công và biến chứng, hoặc thành công và thất bại [8]. Trên thế giới, phần lớn các nghiên cứu về phẫu thuật LTLT vẫn chủ yếu dựa trên các báo cáo quan sát, thiếu các tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật và biến chứng một cách rõ ràng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng thang điểm HOSE để đánh giá kết quả phẫu thuật, với hai mức độ là thành công và thất bại [9]. Thang điểm này có tổng điểm từ 5 đến 16, với kết quả thành công khi đạt từ 14 đến 16 điểm. Đây là phương pháp đánh giá khách quan, dễ áp dụng và không tốn kém, phù hợp cho cả người lớn và trẻ em.

Biến chứng sau phẫu thuật LTLT là không thể tránh khỏi và thường xảy ra với tỷ lệ cao hơn so với các phẫu thuật tạo hình khác. Các biến chứng sau mổ thường gặp là chảy máu, tụ máu, phù nề DV, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng nước tiểu, toác vết mổ, hoại tử da, hoại tử vạt ghép, và rò niệu đạo [4]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung ngay sau phẫu thuật là 18,75%. Các biến chứng này có thể bao gồm phù nề dương vật, nhiễm khuẩn nước tiểu, đài bị động, và hoại tử vạt da che phủ. Tỷ lệ nhiễm khuẩn nước tiểu trong nghiên cứu của Trần Ngọc Bích là 45,2%, trong khi tỷ lệ đài bị động có thể lên tới 22,2% ở một số nhóm bệnh nhân [8].

Biến chứng rò niệu đạo là phổ biến nhất sau phẫu thuật LTLT. Tỷ lệ rò niệu đạo có thể dao động từ 0-30%, tùy theo phương pháp mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [4]. Một số kỹ thuật mổ như kỹ thuật cuộn ống bằng vạt da tự do có tỷ lệ rò cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rò niệu đạo là 14,58% ngay sau khi rút sonde và 16,66% sau khi tái khám. Các yếu tố như nhiễm khuẩn, tiêu chỉ, hoặc hẹp miệng sáo có thể góp phần vào sự xuất hiện của rò niệu đạo.

Ngoài ra, các yếu tố như độ tuổi của bệnh nhân, mức độ cong của dương vật, khoảng cách của đoạn niệu đạo thiếu, và sự cung cấp máu cho vạt da cũng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật LTLT. Đặc biệt, kinh nghiệm của phẫu thuật viên đóng vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ biến chứng và đạt được kết quả thành công. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công lên tới 93,75% khi bệnh nhân ra viện và 91,67% khi tái khám.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp còn nhiều thách thức với các biến chứng sau mổ như chảy máu, tụ máu, phù nề DV, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng nước tiểu, toác vết mổ, hoại tử da, hoại tử vạt ghép, rò niệu đạo... Nghiên cứu đánh giá kết quả sau mổ lỗ tiểu lệch thấp thể sau sử dụng thang điểm HOSE cho thấy kết quả phẫu thuật là tốt nhưng còn một số điểm cần khắc phục về vị trí và hình dạng lỗ niệu đạo, gia đình trẻ hài lòng với kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hadidi A.T., ed. (2022), *Hypospadias Surgery: An Illustrated Textbook*, Springer International Publishing, Cham.
- [2] Halaseh S.A., Halaseh S., and Ashour M. Hypo-spadias: A Comprehensive Review Including Its Embryology, Etiology and Surgical Techniques. *Cureus*, 14(7), e27544.
- [3] Barbagli G., Perovic S., Djinoovic R., et al. (2010). Retrospective descriptive analysis of 1,176 patients with failed hypospadias repair. *J Urol*, 183(1), 207–211.
- [4] Gozar H., Bara Z., Dicu E., et al. (2023). Current perspectives in hypospadias research: A scoping review of articles published in 2021 (Review). *Exp Ther Med*, 25(5), 211.
- [5] Trần Ngọc Bích (2007) Lỗ tiểu thấp. *Bệnh học tiết niệu*. NXB Y học., 230–246.
- [6] Lê Thanh Hùng (2016), *Nghiên cứu phương pháp điều trị dị tật miệng niệu đạo thấp thể cong dương vật thể nặng bằng mảnh ghép bì*, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
- [7] Baskin L.S. (2004), *Hypospadias and genital development*, Springer Science & Business Media.
- [8] Trần Ngọc Bích, Trần Ngọc Sơn (2020). Phương pháp mổ một - hai thì và chất liệu tạo niệu đạo điều trị lỗ tiểu thấp kinh nghiệm ở 335 bệnh nhân. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 145-152.
- [9] Holland A.J.A., Smith G.H.H., Ross F.I., et al. (2001). HOSE: an objective scoring system for evaluating the results of hypospadias surgery. *BJU Int*, 88(3), 255–258.