

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH PRIAPISM MANAGED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL AND HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2019-2024

Ma Ngoc Ba¹, Nguyen Quang^{2,3*}, Nguyen Hoai Bac^{4,5}

¹Tuyen Quang Provincial General Hospital - 44 Le Duan, Minh Xuan Ward, Tuyen Quang Province, Vietnam

²Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -
144 Xuan Thuy, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

⁵Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 10/09/2025

Revised: 27/09/2025; Accepted: 15/10/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate treatment outcomes in patients with priapism treated at Viet Duc University Hospital and Hanoi Medical University Hospital period 2019-2024.

Subjects and methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients diagnosed with priapism, including 25 cases of ischemic priapism (78.1%) and 7 cases of non-ischemic priapism (21.9%).

Results: Patients with ischemic priapism had a significantly shorter time from onset to treatment compared to those with non-ischemic priapism (19.8 ± 6.4 hours vs. 139.1 ± 8.7 hours, $p < 0.001$). Ischemic cases were mainly treated by shunt procedures (84%), whereas non-ischemic cases were primarily managed with selective arterial embolization (71.4%, $p < 0.001$). The time to detumescence was also significantly shorter in the ischemic group (4.8 ± 0.5 hours vs. 38.4 ± 4.9 hours, $p < 0.001$). After 1 month of treatment, most patients reported either no pain or only mild pain, with a low recurrence rate (12.5%) and no cases of corporal necrosis. After 3-6 months, erectile dysfunction was observed in 78.1% of patients, with a significantly higher rate of severe erectile dysfunction in the ischemic group (40% vs. 14.3%) and a lower mean IIEF-5 score (12.5 ± 4.3 vs. 18.2 ± 3.1 , $p = 0.004$). Additionally, the ischemic group showed a trend toward more psychological disorders after treatment: stress (40%), anxiety (32%), and depression (24%) - although these differences were not statistically significant. Quality of life was impaired in 65.6% of patients, and 75% reported being satisfied or very satisfied with treatment outcomes.

Conclusions: Priapism management yields favorable outcomes when timely and appropriate interventions are applied. Selecting the correct treatment technique enhances long-term physiological, psychological, and quality-of-life outcomes for patients.

Keywords: Priapism, ischemic priapism, non-ischemic priapism.

*Corresponding author

Email: quangvietduc@gmail.com Phone: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3404>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CƯƠNG ĐAU DƯƠNG VẬT KÉO DÀI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2019-2024

Ma Ngọc Ba¹, Nguyễn Quang^{2,3*}, Nguyễn Hoài Bắc^{4,5}

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang - 44 Lê Duẩn, P/ Minh Xuân, Tỉnh Tuyên Quang, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội -
144 Xuân Thủy, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

⁴Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

⁵Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 10/09/2025

Ngày sửa: 27/09/2025; Ngày đăng: 15/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân cương đau dương vật kéo dài được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2019-2024.

Đối tượng và phương pháp: Tiến cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán cương đau dương vật kéo dài, trong đó có 25 trường hợp thể thiếu máu (78,1%) và 7 trường hợp thể không thiếu máu (21,9%).

Kết quả: Bệnh nhân thể thiếu máu có thời gian từ khi khởi phát đến điều trị ngắn hơn ($19,8 \pm 6,4$ giờ so với $139,1 \pm 8,7$ giờ, $p < 0,001$) và chủ yếu được điều trị bằng tạo shunt (84%), trong khi thể không thiếu máu chủ yếu điều trị bằng thuyên tắc mạch chọn lọc (71,4%, $p < 0,001$). Thời gian giải quyết cương cứng ở nhóm thể thiếu máu cũng ngắn hơn rõ rệt ($4,8 \pm 0,5$ giờ so với $38,4 \pm 4,9$ giờ, $p < 0,001$). Sau điều trị 1 tháng, phần lớn bệnh nhân không còn đau hoặc chỉ đau nhẹ, tỷ lệ tái phát thấp (12,5%) và không ghi nhận hoại tử thể hang. Sau 3-6 tháng, 78,1% bệnh nhân có rối loạn cương dương, trong đó thể thiếu máu có tỷ lệ rối loạn cương dương nặng cao hơn (40% so với 14,3%) và điểm IIEF-5 thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($12,5 \pm 4,3$ so với $18,2 \pm 3,1$, $p = 0,004$). Ngoài ra, nhóm thể thiếu máu có xu hướng gặp nhiều rối loạn tâm lý hơn sau điều trị: stress (40%), lo âu (32%), trầm cảm (24%) so với nhóm không thiếu máu, dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng ở 65,6% bệnh nhân, và 75% cho biết hài lòng hoặc rất hài lòng với kết quả điều trị.

Kết luận: Việc điều trị cương đau dương vật kéo dài đạt hiệu quả tốt nếu được can thiệp kịp thời và đúng phương pháp. Việc lựa chọn kỹ thuật phù hợp giúp cải thiện kết quả chức năng sinh lý, tâm lý và chất lượng sống lâu dài cho người bệnh.

Từ khóa: Cương đau dương vật kéo dài, thể thiếu máu, thể không thiếu máu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cương đau dương vật kéo dài là tình trạng cương dương vật kéo dài trên 4 giờ mà không liên quan đến kích thích tình dục, do mất cân bằng giữa quá trình cung cấp và thoát máu ở thể hang [1]. Đây là một tình trạng cấp cứu nam học hiếm gặp với tỷ lệ mắc bệnh trong dân số nói chung $< 1/10.000$ người mỗi năm [2-3]. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất ở nam giới trẻ tuổi và những người

có các bệnh lý nền liên quan đến rối loạn huyết học hoặc sử dụng một số loại thuốc ảnh hưởng đến cơ chế cương dương.

Việc điều trị cương đau dương vật kéo dài phụ thuộc vào phân loại bệnh, bao gồm cương đau thiếu máu và cương đau không thiếu máu, trong đó cương đau thiếu máu là thể bệnh phổ biến và nguy hiểm hơn do tình trạng ứ trệ máu trong thể hang, có nguy cơ gây

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com Điện thoại: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3404>

xơ hóa mô cương nếu không được xử trí kịp thời. Các phương pháp điều trị phổ biến hiện nay gồm dẫn lưu máu từ thể hang, tiêm thuốc co mạch tại chỗ và can thiệp phẫu thuật trong những trường hợp nặng. Tuy nhiên, hiệu quả của từng phương pháp trong thực tế lâm sàng có thể khác nhau, phụ thuộc vào thời gian khởi phát bệnh, nguyên nhân nền và đặc điểm bệnh nhân (BN).

Tại Việt Nam, dữ liệu về kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến tiên lượng kết quả cương đau dương vật kéo dài còn hạn chế. Việc nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị thực tế cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị sẽ giúp tối ưu hóa quy trình xử trí, nâng cao tiên lượng cho BN và hỗ trợ xây dựng phác đồ điều trị phù hợp với điều kiện lâm sàng trong nước. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị cương đau dương vật kéo dài tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2019-2024. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn, giúp cải thiện chiến lược điều trị bệnh lý này trong bối cảnh y tế tại Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN được chẩn đoán cương đau dương vật kéo dài và được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019-12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: chẩn đoán xác định cương đau dương vật kéo dài, có đủ thông tin bệnh án, BN được theo dõi ít nhất 3 tháng sau điều trị để đánh giá kết quả.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những trường hợp đã cấy ghép thể hang nhân tạo tại thời điểm phỏng vấn, BN có dương vật giả.

+ BN có bệnh lý nền nghiêm trọng ảnh hưởng đến đánh giá kết quả điều trị (bệnh lý huyết học nặng; bệnh lý thần kinh - tâm thần; suy gan, suy thận giai đoạn cuối).

+ BN đã cắt cụt dương vật liên quan đến ung thư hoặc các bệnh lý khác.

+ BN không quan hệ tình dục hoặc không có đối tác quan hệ tình dục trong thời gian 6 tháng tính đến thời điểm phỏng vấn.

+ BN đã từng phẫu thuật dương vật trước đây gây ảnh hưởng đến đánh giá cương đau dương vật kéo dài.

+ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, dựa trên tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Chọn mẫu toàn bộ BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 32 BN đáp ứng được tiêu chuẩn, trong đó 8 BN ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và 24 BN ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Chỉ số nghiên cứu:

+ Thông tin chung của BN: tuổi, thể lâm sàng của cương đau dương vật kéo dài (thiếu máu hoặc không thiếu máu).

+ Thời gian từ khi khởi phát đến khi bắt đầu điều trị, thời gian giải quyết tình trạng cương cứng.

+ Phương pháp điều trị chính: tạo shunt, thuyên tắc mạch chọn lọc hoặc điều trị bảo tồn.

+ Kết quả ngắn hạn: mức độ đau sau điều trị (theo thang điểm VAS), tỷ lệ tái phát trong vòng 1 tháng, biến chứng sớm (nhiễm trùng, hoại tử thể hang, biến dạng dương vật...).

+ Kết quả trung hạn (sau 3-6 tháng): tình trạng rối loạn cương dương (phân độ và điểm IIEF-5); tỷ lệ sử dụng thuốc hỗ trợ cương; tình trạng biến dạng dương vật; rối loạn tâm lý sau điều trị (stress, lo âu, trầm cảm - đánh giá bằng thang điểm DASS-21); mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sự hài lòng của BN với kết quả điều trị.

- Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.0. Phân tích mô tả, các biến định tính được biểu diễn ở dạng tần số và tỷ lệ, các biến định lượng được biểu diễn ở dạng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm stress với nhóm không stress được thực hiện bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test trong trường hợp tần suất kỳ vọng < 5 . Đối với các biến định lượng, so sánh giá trị trung bình giữa các nhóm sử dụng kiểm định T-test hoặc Mann-Whitney U test tùy theo phân phối của dữ liệu. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, sau khi đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học thông qua, đồng ý cho triển khai. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu trước khi thực hiện. Thông tin của BN tham gia nghiên cứu được mã hóa, mọi số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và không gây hại cho BN.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi BN và thể bệnh (n = 32)

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi)		40,1 ± 8,4	
Thể cường đau dương vật kéo dài	Cường đau thiếu máu	25	78,1%
	Cường đau không thiếu máu	7	21,9%

Nghiên cứu có 32 BN cường đau dương vật kéo dài với độ tuổi trung bình là 40,1 ± 8,4, trong đó 78,1% BN được chẩn đoán cường đau dương vật kéo dài thể thiếu máu và 21,9% BN thuộc thể không thiếu máu.

Bảng 2. Thời gian từ khởi phát đến điều trị, phương pháp và hiệu quả điều trị

Đặc điểm		Thể thiếu máu (n = 25)	Thể không thiếu máu (n = 7)	Tổng cộng (n = 32)	p
Thời gian từ khởi phát đến điều trị (giờ)		19,8 ± 6,4	139,1 ± 8,7	45,9 ± 50,6	< 0,001 ^a
Phương pháp điều trị chính	Tiêm thuốc vào thể hang	3 (12,0%)	0	3 (9,4%)	< 0,001 ^b
	Hút rửa thể hang	1 (4,0%)	0	1 (3,1%)	
	Tạo shunt	21 (84,0%)	0	21 (65,6%)	
	Chườm lạnh	0	2 (28,6%)	2 (6,3%)	
	Thuyên tắc mạch chọn lọc	0	5 (71,4%)	5 (15,6%)	
Thời gian giải quyết cương cứng (giờ)		4,8 ± 0,5	38,4 ± 4,9	12,2 ± 14,3	< 0,001 ^a

a: Kiểm định T-test; b: Kiểm định Chi-square

Tại thời điểm bắt đầu điều trị, BN thuộc nhóm thể thiếu máu có thời gian từ khi khởi phát đến điều trị ngắn hơn so với nhóm thể không thiếu máu (19,8 ± 6,4 giờ so với 139,1 ± 8,7 giờ, $p < 0,001$). Về phương pháp điều trị chính, sự khác biệt giữa hai nhóm là rất rõ ràng. Nhóm thể thiếu máu chủ yếu được điều trị bằng phương pháp tạo shunt (84%), trong khi nhóm thể không thiếu máu chủ yếu được điều trị bằng phương pháp thuyên tắc mạch chọn lọc (71,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thời gian giải quyết cương cứng trung bình ở nhóm thể thiếu máu ngắn hơn đáng kể so với nhóm thể không thiếu máu (4,8 ± 0,5 giờ so với 38,4 ± 4,9 giờ, $p < 0,001$).

Bảng 3. Kết quả điều trị sau 1 tháng

Đặc điểm		Thể thiếu máu (n = 25)	Thể không thiếu máu (n = 7)	Tổng cộng (n = 32)	p
Tình trạng đau sau điều trị	Không đau	12 (48,0%)	5 (71,4%)	17 (53,1%)	0,779 ^b
	Đau nhẹ	6 (24,0%)	2 (28,6%)	8 (25,0%)	
	Đau vừa	5 (20,0%)	0	5 (15,6%)	
	Đau nhiều	2 (8,0%)	0	2 (6,3%)	
Tái phát trong vòng 1 tháng	Có	3 (12,0%)	1 (14,3%)	4 (12,5%)	0,280 ^b
	Không	22 (88,0%)	6 (85,7%)	28 (87,5%)	
Biến chứng nhiễm trùng sau điều trị	Có	2 (8,0%)	1 (14,3%)	3 (9,4%)	0,587 ^b
	Không	23 (92,0%)	6 (85,7%)	29 (90,6%)	
Biến dạng dương vật sau điều trị	Có	1 (4%)	0	1 (3,1%)	0,442 ^b
	Không	24 (96%)	7 (100%)	31 (96,9%)	
Tình trạng hoại tử thể hang	Có	0	0	0	-
	Không	25 (100%)	7 (100%)	32 (100%)	

b: Kiểm định Chi-square

Sau điều trị 1 tháng, phần lớn BN không còn đau hoặc chỉ đau nhẹ, trong đó nhóm không thiếu máu có tỷ lệ không còn đau cao hơn (71,4% so với 48,0%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,779$). Tỷ lệ tái phát trong vòng 1 tháng ở mức 12,5%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p = 0,280$). Các biến chứng sau điều trị như nhiễm trùng (9,4%) và biến dạng dương vật (3,1%) xuất hiện với tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Đáng chú ý, không có trường hợp hoại tử thể hang nào được ghi nhận.

Bảng 4. Kết quả điều trị sau 3-6 tháng

Đặc điểm		Thiếu máu (n = 25)	Thiếu máu không (n = 7)	Tổng cộng (n = 32)	p
Tình trạng rối loạn cương dương	Không rối loạn	3 (12,0%)	4 (57,1%)	7 (21,9%)	0,165 ^b
	Rối loạn nhẹ	5 (20,0%)	1 (14,3%)	6 (18,8%)	
	Rối loạn trung bình	7 (28,0%)	1 (14,3%)	8 (25,0%)	
	Rối loạn nặng	10 (40,0%)	1 (14,3%)	11 (34,4%)	
Điểm IIEF-5 trung bình sau 3-6 tháng		12,5 ± 4,3	18,2 ± 3,1	14,1 ± 4,9	0,004 ^a
Sử dụng thuốc hỗ trợ cương dương	Có	15 (60,0%)	2 (28,6%)	17 (53,1%)	0,147 ^b
	Không	10 (40,0%)	5 (71,4%)	15 (46,9%)	
Xơ hóa thể hang	Có	1 (4,0%)	0	1 (3,1%)	0,500 ^b
	Không	24 (96,0%)	7 (100%)	31 (96,9%)	
Mức độ biến dạng dương vật (cong vẹo)	Không biến dạng	22 (88,0%)	7 (100%)	29 (90,6%)	0,421 ^b
	Biến dạng nhẹ	3 (12,0%)	0	3 (9,4%)	
	Biến dạng trung bình	0	0	0	
	Biến dạng nặng	0	0	0	

a: Kiểm định T-test; b: Kiểm định Chi-square

Sau 3-6 tháng theo dõi, tình trạng rối loạn cương dương vẫn phổ biến với 78,1% BN rối loạn cương dương các mức độ khác nhau. Tỷ lệ rối loạn cương dương nặng cao hơn ở nhóm cương đau thiếu máu (40% so với 14,3%), mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,165$). Điểm IIEF-5 trung bình của nhóm cương đau không thiếu máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thiếu máu (18,2 ± 3,1 so với 12,5 ± 4,3, $p = 0,004$). Bên cạnh đó, 53,1% BN cần sử dụng thuốc hỗ trợ cương dương, trong đó nhóm thiếu máu có tỷ lệ sử dụng cao hơn (60% so với 28,6%), mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,147$). Biến dạng dương vật ở mức độ nhẹ được ghi nhận ở 9,4% BN nhưng không có trường hợp biến dạng trung bình hoặc nặng.

Bảng 5. Đánh giá ảnh hưởng tâm lý, chất lượng cuộc sống lên BN sau điều trị

Đặc điểm			Thiếu máu (n = 25)	Không thiếu máu (n = 7)	Tổng cộng (n = 32)	p
Rối loạn tâm lý sau điều trị	Stress	Có	10 (40,0%)	1 (14,3%)	11 (34,4%)	0,312 ^b
		Không	15 (60,0%)	6 (85,7%)	21 (65,6%)	
	Điểm DASS-21 (stress)		12,1 ± 4,5	9,5 ± 3,2	11,4 ± 4,3	0,278 ^a
	Lo âu	Có	8 (32,0%)	1 (14,3%)	9 (28,1%)	0,401 ^b
		Không	17 (68,0%)	6 (85,7%)	23 (71,9%)	
	Điểm DASS-21 (lo âu)		10,8 ± 3,9	8,7 ± 2,8	10,3 ± 3,7	0,356 ^a
	Trầm cảm	Có	6 (24,0%)	0	6 (18,8%)	0,198 ^b
		Không	19 (76,0%)	7 (100%)	26 (81,2%)	
Điểm DASS-21 (trầm cảm)			9,4 ± 3,7	7,1 ± 2,5	8,9 ± 3,5	0,247 ^a

Đặc điểm		Thể thiếu máu (n = 25)	Thể không thiếu máu (n = 7)	Tổng cộng (n = 32)	p
Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống	Không ảnh hưởng	8 (32,0%)	3 (42,9%)	11 (34,4%)	0,512 ^b
	Ảnh hưởng nhẹ	9 (36,0%)	3 (42,9%)	12 (37,5%)	
	Ảnh hưởng trung bình	6 (24,0%)	1 (14,3%)	7 (21,9%)	
	Ảnh hưởng nhiều	2 (8,0%)	0	2 (6,3%)	
Hài lòng với kết quả điều trị	Rất hài lòng	6 (24,0%)	3 (42,9%)	9 (28,1%)	0,433 ^b
	Hài lòng	12 (48,0%)	3 (42,9%)	15 (46,9%)	
	Không hài lòng	6 (24,0%)	1 (14,3%)	7 (21,9%)	
	Rất không hài lòng	1 (4,0%)	0	1 (3,1%)	

a: Kiểm định T-test; b: Kiểm định Chi-square

Sau điều trị, tỷ lệ BN gặp rối loạn tâm lý ở mức đáng kể, với 34,4% có biểu hiện stress, 28,1% có lo âu và 18,8% có trầm cảm. Nhóm cương đau thể thiếu máu có tỷ lệ stress (40% so với 14,3%), lo âu (32% so với 14,3%) và trầm cảm (24% so với 0%) cao hơn so với nhóm thể không thiếu máu, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điểm DASS-21 cho thấy mức độ stress, lo âu và trầm cảm ở nhóm cương đau thể thiếu máu cao hơn so với nhóm không thiếu máu, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về chất lượng cuộc sống, 65,6% BN ghi nhận có ảnh hưởng ở các mức độ khác nhau, trong đó 6,3% BN cho biết bị ảnh hưởng nhiều. Nhóm cương đau thể thiếu máu có tỷ lệ ảnh hưởng trung bình hoặc nhiều cao hơn so với nhóm không thiếu máu (32% so với 14,3%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,512$). Mức độ hài lòng với kết quả điều trị nhìn chung ở mức khá cao, với 75% BN hài lòng hoặc rất hài lòng. Tuy nhiên, vẫn có 25% BN không hài lòng hoặc rất không hài lòng về kết quả điều trị.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt rõ rệt giữa 2 thể cương đau dương vật kéo dài về thời gian can thiệp, phương pháp điều trị và thời gian giải quyết tình trạng cương cứng. Nhóm thể thiếu máu được điều trị sớm hơn đáng kể so với nhóm thể không thiếu máu, với thời gian từ khởi phát đến can thiệp ngắn hơn, đồng thời thời gian giải quyết tình trạng cương đau cũng nhanh hơn. Điều này phản ánh khác biệt sinh lý bệnh giữa 2 thể bệnh: thể thiếu máu khởi phát cấp tính, gây đau do thiếu oxy mô thể hang, khiến BN có xu hướng đến viện sớm hơn. Đây là tình trạng cấp cứu niệu khoa, cần xử trí sớm trong vòng 4-6 giờ và tối đa 24 giờ để bảo tồn chức năng cương, theo khuyến cáo của Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) [4]. Nhiều nghiên cứu cũng ủng hộ tầm quan trọng của thời gian can thiệp. Báo cáo của Bennett và cộng sự cho thấy tất cả BN hồng cầu hình liềm có cương đau dương vật kéo dài trên 36 giờ đều

bị rối loạn cương dương vĩnh viễn [5]. Ngoài ra, các nghiên cứu khác chỉ ra rằng phù nề và teo cơ trơn thể hang có thể xuất hiện chỉ sau 6 giờ từ khi khởi phát [6-7]. Trong khi đó, thể không thiếu máu thường biểu hiện âm thầm, không đau rõ rệt, dễ bị bỏ sót hoặc nhầm lẫn với cương dương sinh lý, dẫn đến trì hoãn điều trị.

Về phương pháp điều trị, sự lựa chọn giữa 2 nhóm BN cũng có sự khác biệt đáng kể. Phần lớn BN thể thiếu máu được điều trị bằng kỹ thuật tạo shunt (84%), trong khi nhóm thể không thiếu máu chủ yếu được xử trí bằng thuyên tắc mạch chọn lọc (71,4%). Cách tiếp cận này phù hợp với các hướng dẫn của AUA và Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU), trong đó nhấn mạnh cần nhanh chóng giải áp lực thể hang trong thể thiếu máu bằng các biện pháp như chọc hút - rửa thể hang và tạo shunt, trong khi thể không thiếu máu thường đáp ứng tốt với các kỹ thuật can thiệp mạch nhằm phục hồi lưu lượng máu bình thường mà không cần phẫu thuật xâm lấn [4], [8]. Tóm lại, phân biệt chính xác giữa 2 thể cương đau dương vật kéo dài đóng vai trò then chốt trong lựa chọn điều trị và tiên lượng phục hồi chức năng sinh lý. Kết quả của nghiên cứu này củng cố cho tính hợp lý của các khuyến cáo điều trị hiện hành và nhấn mạnh vai trò quan trọng của thời gian trong xử trí thể thiếu máu.

Sau 1 tháng theo dõi, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thể lâm sàng của cương đau dương vật kéo dài về các biến số kết cục và biến chứng sớm. Tuy nhiên, một số điểm vẫn đáng lưu ý về mặt lâm sàng. Tình trạng đau sau điều trị được cải thiện ở phần lớn BN (53,1%), trong đó nhóm thể không thiếu máu có tỷ lệ hết đau cao hơn (71,4%) so với nhóm thể thiếu máu (48%), mặc dù không đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,779$). Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác nhau về sinh lý bệnh: thể thiếu máu thường diễn tiến cấp tính và gây thiếu oxy mô rõ rệt, dẫn đến tổn thương tế bào lan rộng, trong khi thể không thiếu máu có tiến triển chậm và ít gây tổn thương mô. Tỷ lệ tái phát sau 1 tháng tương đối thấp ở cả 2 nhóm (12,5%), phù hợp với nghiên cứu

của El-Bahnasawy và cộng sự với tỷ lệ tái phát 23% sau điều trị ở 50 BN [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thể thiếu máu có 3 BN (12%) tái phát và nhóm thể không thiếu máu là 1 BN (14,3%), cho thấy nguy cơ tái phát tồn tại ở cả 2 thể, đặc biệt nếu không điều trị triệt để nguyên nhân nền như bệnh huyết học hoặc tồn tại shunt động - tĩnh mạch. Biến chứng nhiễm trùng được ghi nhận ở 3 BN (9,4%), chủ yếu thuộc nhóm thể thiếu máu, nhưng không có khác biệt thống kê giữa 2 nhóm ($p = 0,587$). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Zacharakis và cộng sự, trong đó tỷ lệ nhiễm trùng là 8,8% ở nhóm can thiệp sớm và tăng lên 25,9% ở nhóm can thiệp muộn [10]. Tương tự, Johnson và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng, bao gồm nhiễm trùng, cao hơn ở BN được can thiệp muộn, kèm theo mức độ hài lòng điều trị thấp hơn (60,5% so với > 90% ở nhóm can thiệp sớm) [11]. Những dữ liệu này cho thấy việc trì hoãn điều trị ở thể thiếu máu có thể làm tăng nguy cơ biến chứng, do xơ hóa thể hang làm can thiệp trở nên khó khăn và dễ tổn thương mô. Biến dạng dương vật chỉ ghi nhận ở 1 BN (3,1%), và không có BN nào bị hoại tử thể hang. Điều này cho thấy các phương pháp điều trị như tạo shunt, thuyên tắc mạch chọn lọc, hoặc hút - rửa thể hang nhìn chung là an toàn và ít gây tổn thương mô nặng. Nhìn chung, các biến chứng sớm sau điều trị cương đau dương vật kéo dài trong nghiên cứu này là thấp. Hầu hết BN cải thiện đau sau điều trị và không ghi nhận hoại tử thể hang. Các phương pháp can thiệp được lựa chọn phù hợp với thể bệnh và cho thấy hiệu quả tương đối tốt sau 1 tháng theo dõi.

Kết quả theo dõi dài hạn cho thấy rối loạn cương dương vẫn là di chứng phổ biến sau điều trị cương đau dương vật kéo dài, đặc biệt ở nhóm BN thể thiếu máu. Trong nhóm này, 88% BN có rối loạn cương dương từ nhẹ đến nặng, trong đó rối loạn cương dương nặng chiếm 40%. Ngược lại, nhóm thể không thiếu máu có tiên lượng chức năng tình dục tốt hơn, với 57,1% BN không bị rối loạn cương dương và chỉ 14,3% có rối loạn cương dương nặng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Brant và cộng sự, khi áp dụng kỹ thuật T-shunt kết hợp tạo đường hầm thể hang cho 13 BN cương đau dương vật kéo dài thiếu máu kéo dài (đa số > 24 giờ), cho thấy tỷ lệ phục hồi chức năng cương đạt 84,6%, chỉ 15,4% có rối loạn cương dương kéo dài - chủ yếu do thời gian thiếu máu quá dài [12]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Burnett và cộng sự trên các trường hợp cương đau dương vật kéo dài thiếu máu rất dài (5-6 ngày) sử dụng kỹ thuật Al-Ghorab shunt cải tiến lại ghi nhận chỉ 1 trong 3 BN phục hồi hoàn toàn, cho thấy thời gian thiếu máu kéo dài là yếu tố tiên lượng rất quan trọng [13]. Sự khác biệt này được phản ánh rõ rệt qua điểm IIEF-5 trung bình sau 3-6 tháng với nhóm thể thiếu máu có điểm thấp hơn đáng kể so với nhóm thể không thiếu máu ($12,5 \pm 4,3$ điểm so với $18,2 \pm 3,1$ điểm, $p = 0,004$). Điều này cho thấy mức độ tổn thương chức năng cương dương nặng hơn ở thể thiếu máu, phù hợp với cơ chế bệnh sinh

của tình trạng ứ máu kéo dài gây thiếu oxy, nhiễm toan, hoại tử cơ trơn và xơ hóa mô hang. Tỷ lệ BN cần dùng thuốc hỗ trợ cương dương cũng cao hơn trong nhóm thể thiếu máu (60% so với 28,6%), dù chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p = 0,147$). Dù vậy, xu hướng này gợi ý tầm quan trọng của các can thiệp phục hồi chức năng tình dục sau giai đoạn cấp, nhất là ở BN thể thiếu máu. Liên quan đến biến chứng thực thể, chỉ ghi nhận 1 trường hợp xơ hóa thể hang (3,1%), không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pal D.K và cộng sự với tỷ lệ xơ hóa 5,3% [14]. Các nghiên cứu mô học trước đây cho thấy tổn thương mô hang bắt đầu từ sau 12-14 giờ thiếu máu và tiến triển rõ sau 24-48 giờ, bao gồm mất lớp nội mạc, hoại tử cơ trơn và biệt hóa thành nguyên bào sợi, là cơ chế nền tảng dẫn đến xơ hóa thể hang [15]. Do đó, việc xử trí kịp thời có vai trò quyết định trong ngăn ngừa tổn thương cấu trúc vĩnh viễn. Về biến chứng cơ học, phần lớn BN không ghi nhận biến dạng dương vật (90,6%). Chỉ có 3 BN (9,4%) bị biến dạng nhẹ (< 30°), đều thuộc nhóm thể thiếu máu. Không có trường hợp nào bị biến dạng trung bình hoặc nặng, cho thấy nếu được điều trị đúng thời điểm, nguy cơ biến dạng có thể được kiểm soát hiệu quả. Sau 3-6 tháng theo dõi, rối loạn cương dương sau điều trị cương đau dương vật kéo dài vẫn là một di chứng đáng lưu ý, đặc biệt ở thể thiếu máu, và có liên quan chặt chẽ đến thời gian thiếu máu trước can thiệp. Những dữ liệu này nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời và chăm sóc phục hồi chức năng tình dục sau giai đoạn cấp.

Rối loạn tâm lý là một khía cạnh quan trọng cần được quan tâm trong chăm sóc toàn diện BN cương đau dương vật kéo dài. Trong nghiên cứu này, gần 35% BN có biểu hiện stress sau điều trị, với tỷ lệ cao hơn ở nhóm thể thiếu máu (40%) so với thể không thiếu máu (14,3%), dù chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,312$). Điểm stress trung bình theo thang DASS-21 cũng cao hơn ở nhóm thể thiếu máu ($12,1 \pm 4,5$ so với $9,5 \pm 3,2$; $p = 0,278$). Tương tự, lo âu được ghi nhận ở 29,7% BN, trong đó nhóm thể thiếu máu chiếm tỷ lệ cao hơn (32% so với 14,3%; $p = 0,401$). Điểm lo âu trung bình ở nhóm thể thiếu máu cũng cao hơn ($10,8 \pm 3,9$ so với $8,7 \pm 2,8$). Trầm cảm được ghi nhận ở 18,8% BN và đều thuộc nhóm thể thiếu máu (24%), trong khi nhóm thể không thiếu máu không có trường hợp nào. Điểm trung bình về trầm cảm cũng cao hơn ở nhóm thể thiếu máu ($9,4 \pm 3,7$ so với $7,1 \pm 2,5$; $p = 0,247$). Mặc dù các khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê do giới hạn cỡ mẫu, nhưng xu hướng nhất quán cho thấy các BN thể thiếu máu - nhóm có mức độ tổn thương thể hang nặng hơn - dễ bị ảnh hưởng tâm lý hơn sau điều trị. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Abbass và cộng sự, trong đó mô tả 2 trường hợp cương đau dương vật kéo dài tái phát liên quan đến rối loạn lo âu nặng và sang chấn tâm lý [16]. Sau điều trị bằng liệu pháp tập trung vào cảm xúc, các BN hồi phục hoàn toàn, nhấn mạnh vai trò của yếu tố tâm thần trong diễn tiến và điều trị bệnh lý này.

Những dữ kiện này gợi ý rằng rối loạn cương dương sau cương đau dương vật kéo dài có thể không chỉ do tổn thương sinh lý mà còn liên quan đến các yếu tố tâm lý sâu xa. Đánh giá chất lượng cuộc sống cho thấy 34,4% BN không cảm thấy bị ảnh hưởng, trong khi phần lớn còn lại trải qua ảnh hưởng từ nhẹ đến nhiều. Nhóm thể thiếu máu có tỷ lệ không bị ảnh hưởng cao hơn (42,9% so với 32%), và chỉ có nhóm thể thiếu máu ghi nhận BN bị ảnh hưởng nhiều (6,3%), tuy chưa có khác biệt thống kê rõ ràng ($p = 0,512$). Điều này cho thấy thể thiếu máu không chỉ ảnh hưởng chức năng cương mà còn tác động sâu rộng đến chất lượng sống nói chung. Về mức độ hài lòng điều trị, 75% BN cho biết hài lòng hoặc rất hài lòng. Tỷ lệ này cao hơn ở nhóm thể thiếu máu (85,8% so với 72%), dù không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,433$). Tất cả các trường hợp không hài lòng đều thuộc nhóm thể thiếu máu, phản ánh hậu quả kéo dài về chức năng sinh lý và tâm lý ở thể bệnh này.

Tổng thể, các kết quả cho thấy cương đau dương vật kéo dài, đặc biệt ở thể thiếu máu, không chỉ là tình trạng cấp tính về thể chất mà còn để lại hậu quả tâm lý, xã hội lâu dài. Dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, các xu hướng lâm sàng nhất quán cho thấy cần xây dựng chiến lược chăm sóc toàn diện, kết hợp giữa điều trị triệu chứng và hỗ trợ tâm lý sau điều trị. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn là cần thiết để xác định rõ hơn mối liên hệ giữa mức độ tổn thương mô thể hang, rối loạn cương dương và sức khỏe tâm thần sau cương đau dương vật kéo dài.

Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phân biệt sớm và chính xác giữa 2 thể cương đau dương vật kéo dài trong thực hành lâm sàng. Việc xác định thể bệnh không chỉ quyết định chiến lược điều trị mà còn ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng phục hồi chức năng sinh lý của BN. Những khác biệt rõ rệt về thời điểm can thiệp, lựa chọn phương pháp điều trị và thời gian hồi phục giữa 2 thể bệnh trong nghiên cứu này là minh chứng cho tính hợp lý của các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị hiện hành.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc điều trị cương đau dương vật kéo dài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2019-2024 đạt hiệu quả tương đối tốt về mặt giải quyết tình trạng cương đau cấp tính và hạn chế biến chứng sớm. Tuy nhiên, tỷ lệ rối loạn cương dương và ảnh hưởng tâm lý sau điều trị, đặc biệt ở nhóm thể thiếu máu, vẫn còn đáng kể. Kết quả điều trị phụ thuộc rõ rệt vào thời gian từ khi khởi phát đến khi can thiệp, thể bệnh và phương pháp điều trị được lựa chọn. Do đó, việc phát hiện sớm, xử trí kịp thời và lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp đóng vai trò then chốt nhằm bảo tồn chức năng sinh lý và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Montague D.K et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. *The Journal of Urology*, 2003, 170 (4 Part 1): 1318-1324.
- [2] Kulmala R.V et al. Priapism, its incidence and seasonal distribution in Finland. *Scandinavian journal of urology and nephrology* 1995, 29 (1): 93-96.
- [3] Eland I et al. Incidence of priapism in the general population. *Urology* 2001, 57 (5): 970-972.
- [4] Bivalacqua T.J et al. Acute Ischemic Priapism: An AUA/SMSNA Guideline. *J Urol*, 2021, 206 (5): 1114-1121.
- [5] Bennett N et al. Sick Cell Disease Status and Outcomes of African-American Men Presenting with Priapism. *The Journal of Sexual Medicine* 2008, 5 (5): 1244-1250.
- [6] Zacharakis E et al. The efficacy of the T-shunt procedure and intracavernous tunneling (snake maneuver) for refractory ischemic priapism. *J Urol*, 2014, 191 (1): 164-168.
- [7] Ortaç M et al. Anatomic and Functional Outcome Following Distal Shunt and Tunneling for Treatment Ischemic Priapism: A Single-Center Experience. *J Sex Med*, 2019, 16 (8): 1290-1296.
- [8] Salonia A et al. European Association of Urology Guidelines on Priapism. *European Urology*, 2014, 65 (2): 480-489.
- [9] El-Bahnasawy M.S et al. Low-flow priapism: risk factors for erectile dysfunction. *BJU Int*, 2002, 89 (3): 285-290.
- [10] Zacharakis E et al. Penile prosthesis insertion in patients with refractory ischaemic priapism: early vs delayed implantation. *BJU Int*, 2014, 114 (4): 576-581.
- [11] Mark Johnson et al. A comparison between early and delayed penile prosthesis insertion in men with refractory ischaemic priapism. *Journal of Urology*, 2019, 201.
- [12] Brant W.O et al. T-Shaped Shunt and Intracavernous Tunneling for Prolonged Ischemic Priapism. *The Journal of Urology*, 2009, 181 (4): 1699-1705.
- [13] Burnett A.L et al. Corporal "Snake" Maneuver: Corporoglanular Shunt Surgical Modification for Ischemic Priapism. *The Journal of Sexual Medicine*, 2009, 6 (4): 1171-1176.
- [14] Pal D.K et al. Outcome and erectile function following treatment of priapism: An institutional experience. *Urol Ann*, 2016, 8 (1): 46-50.
- [15] Asif Muneer et al. Recent advances in the management of priapism. *F1000Research* 2018, 7 (F1000 Faculty Rev): 37.
- [16] Abbass A et al. Anxiety related to sexual abuse: A case of recurrent priapism. *Can Urol Assoc J*, 2013, 7 (1-2): 48-50.