

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF PENILE RECONSTRUCTION USING VENA CAVA HOMOGRAFT FOR THE TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2022-2024

Bui Van Quang^{1,2}, Nguyen Quang^{2,3}, Pham Huu Lu^{1,2}, Nguyen Dang Kien², Vo Van Minh²

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

Received: 15/09/2025

Revised: 29/09/2025; Accepted: 08/10/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of penile reconstruction surgery using vena homograft in the treatment of peyronie's disease at Viet Duc University Hospital during the period 2022-2024.

Methods: A non-controlled interventional clinical study assessing pre- and postoperative outcomes was conducted on 23 patients with peyronie's disease who underwent penile plaque incision and grafting with allogeneic great saphenous vein grafts between October 2022 and December 2024 at Viet Duc University Hospital.

Results: The average age of the patients was 57.7 ± 12.4 years. Disease duration 18.8 ± 7.2 months. Mean operative time 109.3 ± 19.1 minutes. Plaque size 2.8 ± 1.2 cm $\times$ 2.0 ± 1.1 cm. Graft size 3.4 ± 1.0 cm $\times$ 2.7 ± 0.9 cm. Penile curvature before surgery 53.04 ± 7.65 degrees, after surgery 5.65 ± 3.47 degrees. Penile length before surgery 11.6 ± 0.7 cm, after surgery 12.1 ± 0.5 cm. IIEF-5 before surgery 20.4 ± 1.6 points, after surgery 20.1 ± 1.9 points. No cases of graft rejection were reported. Two patients had reduced glans sensitivity, one patient experienced recurrent penile curvature.

Conclusion: Penile reconstruction surgery using vena cava homografts shows promising initial results and is safe for treating peyronie's disease. However, further in-depth studies with larger sample sizes are needed.

Keywords: Peyronie's disease, vena cava homografts.

*Corresponding author

Email: quangvietduc@gmail.com Phone: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3417>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT BẰNG MẢNH GHÉP TĨNH MẠCH CHỦ ĐỒNG LOÀI ĐIỀU TRỊ BỆNH XƠ CỨNG VẬT HANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2022-2024

Bùi Văn Quang^{1,2}, Nguyễn Quang^{2,3*}, Phạm Hữu Lưu^{1,2}, Nguyễn Đăng Kiên², Võ Văn Minh²

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

Ngày nhận: 15/09/2025

Ngày sửa: 29/09/2025; Ngày đăng: 08/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình dương vật bằng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài điều trị bệnh xơ cứng vật hang tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2022-2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng đánh giá kết quả trước-sau ở 23 bệnh nhân xơ cứng vật hang được phẫu thuật tạo hình dương vật bằng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài từ tháng 10/2022 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,7 \pm 12,4$. Thời gian diễn biến bệnh $18,8 \pm 7,2$ tháng. Thời gian phẫu thuật $109,3 \pm 19,1$ phút. Kích thước mảng xơ $2,8 \pm 1,2$ cm $\times$ $2,0 \pm 1,1$ cm. Kích thước mảnh ghép $3,4 \pm 1,0$ cm $\times$ $2,7 \pm 0,9$ cm. Độ cong dương vật trước mổ $53,04 \pm 7,65$ độ, sau mổ $5,65 \pm 3,47$ độ. Chiều dài dương vật trước mổ $11,6 \pm 0,7$ cm, sau mổ $12,1 \pm 0,5$ cm. IIEF-5 trước mổ $20,4 \pm 1,6$ điểm, sau mổ $20,1 \pm 1,9$ điểm. Không ghi nhận bệnh nhân nào có biến chứng thái ghép. 2 bệnh nhân giảm cảm giác quy đầu dương vật, 1 bệnh nhân cong dương vật tái phát.

Kết luận: Phẫu thuật tạo hình dương vật bằng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài bước đầu cho kết quả, an toàn với bệnh xơ cứng vật hang. Tuy nhiên cần tiếp tục làm thêm các nghiên cứu lâu hơn và cỡ mẫu lớn hơn.

Từ khóa: Xơ cứng vật hang, mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh xơ cứng vật hang hay còn gọi là bệnh La Peyronie không phải là một bệnh lý phổ biến, được mô tả trong y văn từ những năm 1500s và được mô tả chi tiết bởi François Gigot de la Peyronie, một bác sĩ phẫu thuật dưới triều vua Louise XV của Pháp vào năm 1743, trên một người bệnh nam có nhiều tổ chức sẹo giống “tràng hạt” dọc theo dương vật và gây cong dương vật khi cương [1]. Tỷ lệ mắc thay đổi tùy theo dân số được nghiên cứu, được báo cáo là khoảng 3-9% ở nam giới trưởng thành, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 50-59 tuổi, tuy nhiên con số thực tế có thể cao hơn vì nhiều bệnh nhân (BN) ngại không đi khám bác sĩ, và tỷ lệ bệnh tăng theo độ tuổi [2].

Các triệu chứng của xơ cứng vật hang mà BN có thể gặp phải như: đau khi cương hoặc khi quan hệ tình

dục, cong dương vật, rối loạn cương dương hoặc BN tự sờ thấy khối xơ cứng ở thân dương vật. Các triệu chứng trên có thể ảnh hưởng đến tâm lý, chất lượng cuộc sống của cả BN và bạn tình.

Phẫu thuật là phương pháp có giá trị nhất trong điều trị bệnh xơ cứng vật hang. Mục đích của phẫu thuật là chỉnh cong dựng thẳng dương vật, loại bỏ mảng xơ, duy trì khả năng cương cứng của dương vật, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống tình dục của cả BN và bạn tình.

Phẫu thuật cắt mảng xơ và tạo hình bằng miếng ghép là phẫu thuật quan trọng trong điều trị bệnh lý này. Được chỉ định cho những BN có các mảng xơ ở giai đoạn ổn định, gặp khó khăn khi giao hợp và có độ

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com Điện thoại: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3417>

cong lớn, và có thể bao gồm cả những trường hợp bị rối loạn cương dương điều trị nội khoa không hiệu quả [3]. Vật liệu ghép vào vị trí khuyết của dương vật được cắt bỏ có nhiều loại như: vật liệu ghép tự thân (tĩnh mạch hiển, vật da đùi...), vật liệu nhân tạo, vật liệu đồng loài. Miếng ghép đồng loài từ vật tĩnh mạch chủ của người cho chết não là một vật liệu mới sử dụng trong phẫu thuật với những ưu điểm như: cấu trúc và chức năng phù hợp với cân trắng vật hang, hạn chế sự thải ghép so với vật liệu nhân tạo, không có thêm đường mổ ở vị trí khác so với vật liệu tự thân, nguồn cung cấp phong phú do Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là trung tâm ghép đa mô tạng.

Từ năm 2022, Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức sử dụng mảnh ghép này để tạo hình dương vật trong điều trị bệnh xơ cứng vật hang, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mới mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình dương vật bằng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài điều trị bệnh xơ cứng vật hang tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2022-2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

23 BN chẩn đoán xơ cứng vật hang được phẫu thuật tạo hình dương vật bằng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10/2022 đến hết tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn [3] bao gồm những BN chẩn đoán xơ cứng vật hang có các đặc điểm sau đây:

+ BN có khả năng cương dương tốt (có hoặc không có sử dụng thuốc ức chế PDE5).

+ Cong dương vật phức tạp, độ cong dương vật lớn (trên 60 độ).

+ Kích thước mảnh xơ cứng lớn.

+ Biến dạng dương vật kiểu đồng hồ cát.

+ Dương vật khi cương ngắn nhiều (dưới 13 cm).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Xơ cứng vật hang kèm theo bệnh lý toàn thân phối hợp: suy tim, suy thận mạn, suy gan, đái tháo đường, rối loạn tâm thần...

+ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, đánh giá kết quả trước và sau phẫu thuật. Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Quy trình kỹ thuật

- Rạch da vòng quanh quy đầu cách rãnh quy đầu

0,5-1 cm.

- Bóc tách da dương vật, mạc nông khỏi thân dương vật tới sát gốc dương vật.

- Dùng sonde Nelaton garo ở gốc dương vật, gây cương nhân tạo bằng cách bơm dung dịch nước muối sinh lý vào hai vật hang thật căng: dương vật sẽ cương và cong tối đa, thấy được một vật hang dài (bên lồi) và một vật hang ngắn (bên lõm).

- Xác định hướng cong, vị trí và đo độ cong dương vật.

- Phẫu tích các mảnh xơ cứng ở hai bên vật hang để tiến hành dựng thẳng dương vật.

+ Nếu mảnh xơ cứng ở mặt lưng thì phẫu tích bó mạch thần kinh lưng dương vật.

+ Nếu mảnh xơ cứng ở mặt bụng thì phẫu tích vật xấp và niệu đạo.

- Xác định vị trí xơ và đánh dấu bằng bút hoặc các mũi rời, đo kích thước mảnh xơ và ghi nhận các kích thước mảnh xơ.

- Rạch hoặc cắt bỏ tổ chức xơ, bảo tồn tối đa bó mạch thần kinh lưng dương vật, xác định kích thước của diện cân trắng bị khuyết.

- Cắt mảnh xơ đến phần lành hoặc cắt tối đa, gửi giải phẫu bệnh.

- Đo lại kích thước khiếm khuyết sau cắt bỏ: sau khi cắt bỏ mảnh xơ, tiến hành đo lại khuyết cân trắng vật hang, ghi nhận các kích thước đo được vào hồ sơ bệnh án.

- Chuẩn bị vật tĩnh mạch chủ từ người cho chết não: vật tĩnh mạch chủ của người cho chết não sau khi đã được chuẩn bị, tiến hành bơm rửa nhiều lần bằng kháng sinh Gentamicin pha với nước muối sinh lý.

- Đo kích thước vật tĩnh mạch chủ đã chuẩn bị phù hợp với kích thước của khuyết cân trắng sau khi đã cắt bỏ mảnh xơ. Nếu kích thước của khuyết cân trắng lớn hơn kích thước của 1 vật tĩnh mạch chủ có thể sử dụng 2 vật tĩnh mạch để tạo hình che phủ khuyết cân trắng vật hang.

- Tiến hành khâu tạo hình lại cân trắng vật hang bằng vật tĩnh mạch chủ đã được chuẩn bị từ trước bằng chỉ Prolen 6/0.

- Kiểm tra cầm máu kỹ.

- Bơm tạo cương chủ động, đo lại độ cong của dương vật sau khi tạo hình bằng vật tĩnh mạch chủ.

- Đặt dẫn lưu, khâu phục hồi lại các lớp giải phẫu, băng vết mổ.

2.4. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi, thời gian diễn biến bệnh (từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật, tính theo tháng).

- Tiền sử: chấn thương dương vật, đái tháo đường, tăng huyết áp...

- Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật:

+ Độ cong dương vật (độ).

+ Chiều dài dương vật khi kéo dài trước mổ (cm).

+ Đánh giá mức độ rối loạn cương dương trước mổ theo thang điểm IIEF-5.

- Đặc điểm trong mổ:

+ Thời gian phẫu thuật: từ lúc rạch da đến lúc khâu vết mổ cuối cùng (phút).

+ Kích thước mảnh xơ (cm).

+ Khuyết cân trắng vật hang (cm).

- Kết quả phẫu thuật:

+ Độ cong dương vật sau mổ (độ).

+ So sánh độ cong dương vật trước và sau mổ.

+ Chiều dài dương vật sau mổ.

+ So sánh chiều dài dương vật trước mổ và sau mổ.

+ Đánh giá mức độ rối loạn cương dương sau mổ theo thang điểm IIEF-5.

+ So sánh mức độ rối loạn cương dương trước mổ và sau mổ.

+ Thái ghép: lộ mảnh ghép; đau, sưng nề, tụ dịch quanh vị trí mảnh ghép.

2.5. Xử lý số liệu

Phân tích và xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0, tính các chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn với các biến số liên tục và tính tần số, phần trăm cho biến phân nhóm. Sử dụng Man-White U hoặc χ^2 test với từng biến phù hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

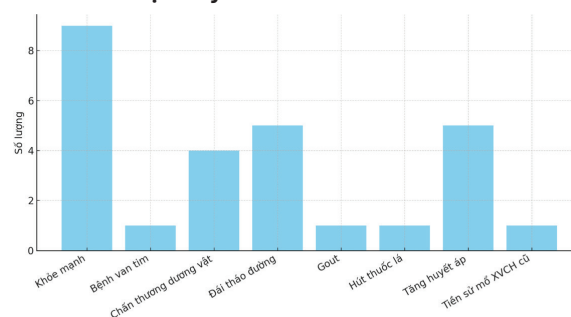
3.1. Độ tuổi BN

Bảng 1. Phân bố độ tuổi của BN

Tuổi	Số BN	Tỉ lệ (%)
< 20 tuổi	1	4,3
20-40 tuổi	1	4,3
41-60 tuổi	10	43,5
> 60 tuổi	11	47,1

Tuổi trung bình $57,7 \pm 12,4$, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 70 tuổi; nhóm tuổi trên 40 chiếm 90,6%.

3.2. Tiền sử bệnh lý của BN



XCVH = xơ cứng vật hang

Biểu đồ 1. Tiền sử bệnh lý, yếu tố của BN

Có 2 trường hợp có kết hợp 2 tiền sử bệnh lý (1 trường hợp tăng huyết áp và đái tháo đường, 1 trường hợp gout và hút thuốc lá). Có 1 trường hợp kết hợp 3 tiền sử bệnh lý bản thân (bệnh van tim, đái tháo đường và tiền sử mổ xơ cứng vật hang cũ).

3.3. Thời gian diễn biến bệnh

Bảng 2. Diễn biến bệnh

Thời gian diễn biến	Số lượng BN	Tỷ lệ
≤ 12 tháng	7	30,43
> 12-24 tháng	14	60,87
> 24 tháng	2	8,7
Nhỏ nhất (tháng)	12	
Lớn nhất (tháng)	36	
Trung bình (tháng)	$18,8 \pm 7,2$	

3.4. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình $109,3 \pm 19,1$ phút; ngắn nhất 75 phút, lâu nhất 160 phút.

3.5. Kích thước mảnh xơ và kích thước mảnh ghép

Bảng 3. Kích thước mảnh xơ và mảnh ghép

Thông số	Mảnh xơ	Mảnh ghép	p
Chiều dài trung bình (cm)	$2,8 \pm 1,2$	$3,4 \pm 1,0$	< 0,001
Chiều dài nhỏ nhất (cm)	1	2	
Chiều dài lớn nhất (cm)	6	6	
Chiều rộng trung bình (cm)	$2,0 \pm 1,1$	$2,7 \pm 0,9$	
Chiều rộng nhỏ nhất (cm)	0,5	1,5	
Chiều rộng lớn nhất (cm)	6	6	

Kích thước mảnh ghép lớn hơn kích thước mảng xơ có ý nghĩa thống kê.

3.6. Độ cong dương vật trước mổ và sau mổ

Bảng 4. Độ cong dương vật trước và sau mổ

Độ cong dương vật	Trước mổ	Sau mổ
Nhỏ nhất (độ)	40	0
Lớn nhất (độ)	70	30
Trung bình (độ)	53,04 ± 7,65	5,65 ± 3,47
p	< 0,001	

Độ cong dương vật sau mổ giảm so với trước mổ có ý nghĩa thống kê.

3.7. Chiều dài dương vật trước và sau mổ

Bảng 5. Chiều dài dương vật trước và sau mổ

Chiều dài dương vật	Trước mổ	Sau mổ
Nhỏ nhất (cm)	10	11
Lớn nhất (cm)	12,5	13
Trung bình (cm)	11,6 ± 0,7	12,1 ± 0,5
p	< 0,001	

Chiều dài dương vật trước và sau mổ khác nhau có ý nghĩa thống kê.

3.8. Thang điểm IIEF-5 trước và sau mổ

Bảng 6. Thang điểm IIEF-5 trước và sau mổ

Điểm IIEF-5	Trước mổ	Sau mổ
Nhỏ nhất (điểm)	18	16
Lớn nhất (điểm)	23	22
Trung bình (điểm)	20,4 ± 1,6	20,1 ± 1,9
p	0,21	

Thang điểm IIEF-5 của BN sau mổ so với trước mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.9. Biến chứng sau mổ

- Không có BN nào có biến chứng thái ghép.
- Có 2/23 BN có giảm cảm giác quy đầu dương vật.
- Có 1/23 BN cong dương vật tái phát.

4. BÀN LUẬN

Bệnh xơ cứng vật hang thường gặp ở độ tuổi trung niên. Các nghiên cứu đã cho thấy đàn ông ở độ tuổi 60 thường bị ảnh hưởng bởi xơ cứng vật hang, với độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán dao động từ 52-57 tuổi [4]. Nguyên nhân có thể do các tác động

vi chấn thương lên dương vật sẽ khác so với ở nam giới trẻ do khả năng cương cứng kém hơn, các mô trở nên kém đàn hồi hơn, các tác động lực khi giao hợp có thể gây ra sự uốn cong, dẫn đến vi chấn thương. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 57,7 ± 12,4, trong đó nhóm trên 40 tuổi chiếm 90,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Hồng Quân và cộng sự trên 33 BN xơ cứng vật hang có độ tuổi trung bình là 52,5 ± 10,3 [5]. Nghiên cứu của Capogrosso P và cộng sự có tuổi trung bình là 57,3 tuổi [6].

Nguyên nhân của bệnh xơ cứng vật hang còn chưa được làm rõ. Devine và Horton đưa ra giả thuyết rằng xơ cứng vật hang là do phản ứng xơ hóa bất thường đối với các vi chấn thương [7]. Tiền sử chấn thương dương vật trước đó hoặc các bệnh lý chuyển hóa như tăng huyết áp, đái tháo đường... hay thói quen hút thuốc lá cũng là yếu tố nguy cơ hình thành mảng xơ trong bệnh lý này. Biểu đồ 1 cho thấy có nhiều BN có bệnh lý chuyển hóa, tiền sử chấn thương dương vật và có 2 trường hợp có kết hợp 2 tiền sử bệnh lý (1 trường hợp tăng huyết áp và đái tháo đường, 1 trường hợp gout và hút thuốc lá); có 1 trường hợp kết hợp 3 tiền sử bệnh lý bản thân (bệnh van tim, đái tháo đường và tiền sử mổ xơ cứng vật hang cũ).

Thời gian diễn biến bệnh là thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đến lúc đến khám bệnh và được chỉ định phẫu thuật. Diễn biến của bệnh xơ cứng vật hang trải qua 2 giai đoạn: giai đoạn cấp tính (dưới 12 tháng) và giai đoạn ổn định (trên 12 tháng). BN nếu có chỉ định phẫu thuật thì được chỉ định khi mảng xơ ở giai đoạn ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian diễn biến của bệnh trung bình 18,8 ± 7,2 tháng, nhỏ nhất là 12 tháng, từ đó có thể thấy tất cả 23 BN trong nghiên cứu này đều được chỉ định khi mảng xơ ở giai đoạn ổn định.

23 BN trong nghiên cứu được phẫu thuật trong thời gian trung bình 109,3 ± 19,1 phút, ngắn nhất 75 phút, lâu nhất 160 phút. Trần Hồng Quân và cộng sự nghiên cứu 10 BN xơ cứng vật hang được phẫu thuật tạo hình bằng mảnh ghép tĩnh mạch hiển thì thời gian phẫu thuật trung bình 135,0 ± 26,5 phút [5]. Đối với phẫu thuật sử dụng mảnh ghép tự thân (ghép da, ghép tĩnh mạch hiển) thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn bởi vì phải mất thời gian để lấy mô ghép tự thân và đóng nhiều vết mổ nên thời gian phẫu thuật giảm đáng kể khi sử dụng mảnh ghép đồng loài do không mất thời gian lấy mảnh ghép. Đây cũng là một trong những ưu điểm khi sử dụng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài so với mảnh ghép tự thân. Trong khi phẫu thuật, việc xác định kích thước mảnh xơ, khuyết cân trắng vật hang và kích thước của mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài là quan trọng, có liên quan đến việc chuẩn bị số lượng và kích thước mảnh ghép tĩnh mạch chủ đang được bảo quản từ ngân hàng mô để cho cuộc phẫu thuật được tiến hành thuận lợi và rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Trong phẫu thuật, việc phẫu tích và xác định vị trí mảnh xơ là rất quan trọng. Phẫu thuật viên cần xác định được ranh giới của mảnh xơ để tiến hành cắt một phần hay toàn bộ mảnh xơ. Sau khi cắt mảnh xơ sẽ để lại khuyết cân trắng vật hang và kích thước của khuyết cân trắng cũng là kích thước của mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài xác định để tạo hình dương vật. Do vậy việc xác định chính xác kích thước mảnh xơ và kích thước mảnh ghép là rất quan trọng.

Độ cong dương vật là đặc điểm lâm sàng quan trọng cần đánh giá, có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị cũng như theo dõi kết quả của cuộc phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ cong dương vật trung bình là $53,04 \pm 7,65$ độ. Trong nghiên cứu của Trần Hồng Quân và cộng sự thì độ cong dương vật trung bình $60,6 \pm 10,2$ độ [5]. Nghiên cứu của Ignacio Moncada và cộng sự có độ cong dương vật trước mổ là $39,4 \pm 5,7$ độ [8]. Đánh giá độ cong dương vật sau mổ là chỉ số rất quan trọng để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ cong dương vật sau mổ trung bình là $5,65 \pm 3,47$ độ; độ cong dương vật sau mổ so với trước mổ giảm rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Như vậy, mảnh xơ trong bệnh xơ cứng vật hang gây biến dạng cong dương vật mức độ nhiều dẫn đến quan hệ tình dục khó, gây đau cho BN hoặc bạn tình. Việc tạo hình chỉnh cong dương vật trong phẫu thuật này có ý nghĩa quan trọng quyết định đến thành công của cuộc mổ cũng như sự hài lòng của BN

Mảnh xơ trong bệnh xơ cứng vật hang gây co kéo và làm ngắn dương vật, việc xác định chiều dài dương vật trước mổ có ý nghĩa quan trọng để lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Trong phẫu thuật, cần đo chính xác chiều dài dương vật của BN trước mổ và sau mổ để theo dõi và đánh giá hiệu quả của cuộc mổ. Trong bảng 5, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chiều dài dương vật sau mổ dài hơn trước mổ và có ý nghĩa thống kê. Như vậy, có thể thấy mảnh xơ gây co kéo làm ngắn dương vật và phẫu thuật cắt mảnh xơ tạo hình bằng mảnh ghép không những loại bỏ được mảnh xơ mà còn giúp cải thiện chiều dài dương vật sau mổ.

Tình trạng cương dương của BN là một trong những yếu tố rất quan trọng với BN chẩn đoán xơ cứng vật hang trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng như tiên lượng cho BN sau mổ. Chúng tôi dùng thang điểm IIEF-5 để đánh giá tình trạng cương dương của BN. Bảng 6 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi IIEF-5 trước mổ trung bình $20,4 \pm 1,6$ điểm, sau mổ là $20,1 \pm 1,9$ điểm và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Phương pháp cắt mảnh xơ và tạo hình bằng mảnh ghép yêu cầu phải rạch bao trắng và thao tác gần bó mạch - thần kinh, mang theo nguy cơ cổ hữu gây ra rối loạn cương, tuy nhiên bằng cách nhận dạng và bóc tách một cách tỉ mỉ để bảo vệ tối đa bó mạch - thần kinh lưng dương vật, phẫu thuật viên có thể giảm thiểu nguy cơ này. Theo Kadioglu A và cộng

sự (2006), sau mổ có khoảng 52% BN duy trì hoặc cải thiện chức năng cương [9]. Một nghiên cứu khác của Hellstrom W.J và cộng sự (2006) cho biết điểm IIEF-5 sau mổ trung bình tăng 3,2 điểm, và có 23% BN giảm điểm IIEF-5 sau mổ, các tác giả chỉ ra rằng yếu tố làm giảm điểm IIEF-5 là sử dụng mảnh ghép căng hoặc xơ hóa mô hang sau mổ [10]. Như vậy, khả năng cương dương của BN có thể bị ảnh hưởng trong phẫu thuật cắt xơ và tạo hình bằng mảnh ghép nên việc đánh giá tình trạng cương dương sau mổ trong thời gian dài sau mổ là rất quan trọng để tư vấn và có các biện pháp phù hợp để tư vấn và điều trị hỗ trợ cho BN để cải thiện tình trạng cương dương sau mổ cho BN.

Với sử dụng mảnh ghép đồng loài, việc đánh giá sự thái mảnh ghép sau mổ là yếu tố rất quan trọng. Tĩnh mạch chủ đồng loài sau khi được lấy từ người chết não hiến tặng sẽ được xử lý và bảo quản theo một quy trình chuẩn tại ngân hàng mô, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức để loại bỏ các yếu tố gây thái ghép. Trên lâm sàng, việc đánh giá sự thái ghép luôn được theo dõi để đánh giá hiệu quả của sử dụng mảnh ghép mới này trong điều trị bệnh xơ cứng vật hang. Trong thời gian theo dõi sau mổ như chúng tôi đã trình bày ở trên, không ghi nhận trường hợp nào trong 23 bệnh nhân này có sự đào thải mảnh ghép. Như vậy, bước đầu có thể đánh giá được tính an toàn khi sử dụng mảnh ghép tĩnh mạch chủ đồng loài để tạo hình dương vật điều trị bệnh xơ cứng vật hang.

Có 2 BN giảm cảm giác quy đầu dương vật do mảnh xơ của 2 BN này ở vị trí sát quy đầu dương vật nên trong khi phẫu tích có thể làm tổn thương thần kinh dương vật chi phối cảm giác quy đầu dương vật.

Có 1 BN sau mổ 1 năm bị cong dương vật tái phát (cong 30 độ) ảnh hưởng đến quan hệ tình dục đã được tư vấn và phẫu thuật khâu gấp nếp cân trắng vật hang để chỉnh thẳng dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hauck E.W, Weidner W. François de la Peyronie and the disease named after him. The Lancet, 2001, 357 (9273): 2049-2051. doi:10.1016/S0140-6736(00)05119-9
- [2] Al-Thakafi S, Al-Hathal N. Peyronie's disease: a literature review on epidemiology, genetics, pathophysiology, diagnosis and work-up. Transl Androl Urol, 2016, 5 (3): 280-289. doi:10.21037/tau.2016.04.05
- [3] Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Mirone V et al. The Management of Peyronie's Disease: Evidence-based 2010 Guidelines. J Sex Med, 2010, 7 (7): 2359-2374. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01850.x
- [4] El-Sakka A.I. Prevalence of Peyronie's Disease Among Patients With Erectile Dysfunction. Eur Urol, 2006, 49 (3): 564-569. doi:10.1016/j.

- eururo.2005.10.026
- [5] Trần Hồng Quân, Nguyễn Quang. Kết quả phẫu thuật xơ cứng vật hang tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 539 (3): 1-5. doi:10.51298/vmj.v539i3.9986
- [6] Capogrosso P, Pozzi E, Russo G.I et al. Patients' attitude with surgery for Peyronie's disease: results from a multicentric European study. J Sex Med, 2023, 21 (1): 54-58. doi:10.1093/jsxmed/qdad145
- [7] Devine C.J, Horton C.E. Peyronie's disease. Clin Plast Surg, 1988, 15 (3): 405-409.
- [8] Moncada I, Krishnappa P, Ascencios J, Lopez I, Martinez-Salamanca J.I. Home modeling after penile prosthesis implantation in the management of residual curvature in Peyronie's disease. Int J Impot Res, 2021, 33 (6): 616-619. doi:10.1038/s41443-020-0325-6
- [9] Kadioglu A, Akman T, Sanli O, Gurkan L, Cakan M, Celtik M. Surgical Treatment of Peyronie's Disease: A Critical Analysis. Eur Urol, 2006, 50 (2): 235-248. doi:10.1016/j.eururo.2006.04.030
- [10] Hellstrom W.J, Trost L. Persistent penile abnormalities in men with Peyronie's disease. Nat Clin Pract Urol, 2006, 3 (12): 634-635. doi:10.1038/ncpuro0629

