

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG SAU PHẪU THUẬT NỐI NIỆU ĐẠO TẬN TẬN TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO SAU DO VỠ XƯƠNG CHẬU

ĐỖ TRƯỜNG THÀNH - Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Trong giai đoạn 2004-2011 khoa phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Việt Đức đã điều trị 148 bệnh nhân (BN) hẹp niệu đạo sau (HNĐS) do vỡ xương chậu (VXC) bằng phẫu thuật nối niệu đạo tận tận qua đường tầng sinh môn. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá tình trạng rối loạn cương dương trước và sau phẫu thuật nối niệu đạo tận tận qua đường tầng sinh môn trong điều trị HNĐS do VXC.

**Tư liệu và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu những BN HNĐS do VXC được phẫu thuật nối niệu đạo tận tận qua đường mổ tầng sinh môn, từ tháng 1/2004 đến tháng 12/2011. Tiêu chuẩn lựa chọn: Về lâm sàng, bệnh nhân có bệnh sử VXC - ĐNĐS, đã được xử trí cấp cứu ban đầu sau tai nạn là dẫn lưu bàng quang đơn thuần, hoặc đã xử trí đứt niệu đạo sau kỳ đầu không kết quả, bệnh nhân nam tuổi từ 16 trở lên. Chúng tôi đánh giá chức năng sinh dục theo phương pháp được mô tả bởi Erickson và cộng sự [4]. Các bệnh nhân được đánh giá chức năng sinh dục trước mổ và sau mổ tạo hình niệu đạo sau.

**Kết quả:** Nhóm BN có độ tuổi trung bình là 37,50 tuổi. Thời gian trung bình từ khi tai nạn đến khi mổ là 4,5 tháng. 61,48% (91 BN) mất cương dương sau tai nạn, 38,52% (57 BN) vẫn giữ được cương dương trước mổ. ở thời điểm trên 12 tháng sau mổ có 118/148 BN ương đạt mức độ tốt, 21 (12,39%) BN đạt kết quả trung bình, 9 (6,62%) BN vẫn chưa hồi phục cương dương.

**Kết luận:** Tỷ lệ mất cương dương ở bệnh nhân VXC và đứt niệu đạo sau là 61,48% (91BN). ở thời điểm trên 12 tháng sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo có 118/148 BN cương dương đạt mức độ tốt, 21 (12,39%) BN đạt kết quả trung bình, 9 (6,62%) BN vẫn chưa hồi phục cương dương. Trong các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng cương dương thì tuổi và mức độ tổn thương xương chậu là liên quan một cách có ý nghĩa với  $P < 0,05$ .

**Từ khóa:** Rối loạn cương dương, chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu.

### SUMMARY

**Objective:** During the period 2004- 2011, the university urology department of Viet Duc Hospital has carried out 148 cases of urethral stenosis post pelvic fracture. The purpose of this study was to assess the erectile dysfunction before and after urethroplasty.

**Material and method:** retrospective study of patients of urethral stenosis post pelvic fracture. We evaluate sexual function by the method described by Erickson and colleagues [4]. The patients were evaluated sexual function before and after urethroplasty.

**Results:** The patients with average age is 37.50 years old. The average time from accident to surgery was 4.5 months. 61.48% (91 patients) lose an erection after the accident, 38.52% (57 patients) maintaining an erection before surgery. At 12 months after surgery

with 118/148 patients with erectile achieve good levels, 21 (12.39%) patients achieved average results, 9 (6.62%) patients have not recovered erectile.

*Conclusions: The rate in patients with erectile dysfunction of urethral stenosis post pelvic fracture is 61.48% (91BN). At 12 months after urethral reconstructive surgery with 118/148 patients with erectile achieve good levels, 21 (12.39%) patients achieved average results, 9 (6.62%) patients still in impotence. Age and level of the pelvic injury were associated with a significant erectile function after urethroplasty.*

**Keywords:** *erectil dysfunction, pelvis; fractures, urethroplasty.*

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rối loạn cương dương là cụm từ dùng để thay thế cho các từ: bất lực, liệt dương, thiếu năng sinh dục nam giới từ năm 1997. Trong trường hợp vỡ xương chậu, nếu sau chấn thương 3 tháng, cương dương không hồi phục hoặc cương dương không đủ để sinh hoạt tình dục được coi là rối loạn cương dương [1].

Rối loạn cương dương (RLCD) là một tai biến thường gặp trong chấn thương vỡ xương chậu. Theo thống kê của Kinh [7], tỷ lệ tai biến RLCD trong chấn thương vỡ xương chậu (VXC) đơn thuần là 5%, nhưng nếu VXC kết hợp với đứt niệu đạo sau thì tỷ lệ này là 42%. Theo thống kê trong y văn thì tỷ lệ RLCD trong chấn thương VXC có kèm theo chấn thương niệu đạo sau là 24-84% [2]. Tại khoa Phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Việt Đức, trong nhiều năm qua đã điều trị cho một lượng lớn bệnh nhân bị chấn thương niệu đạo sau do VXC. Tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá về tình trạng cương dương trong VXC và các phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau có ảnh hưởng như thế nào đến tình trạng cương dương. Do vậy mục đích của nghiên cứu này là đánh giá tình trạng cương dương sau phẫu thuật nối niệu đạo tận tận qua đường tầng sinh môn.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu những bệnh nhân HNĐS do VXC được phẫu thuật nối niệu đạo tận tận qua đường mổ tầng sinh môn, từ tháng 1/2004 đến tháng 12/2011. Tiêu chuẩn lựa chọn: về lâm sàng, bệnh nhân có bệnh sử VXC - ĐNĐS, đã được xử trí cấp cứu ban đầu sau tai nạn là dẫn lưu bàng quang đơn thuần, hoặc đã xử trí đứt niệu đạo sau kỹ thuật không kết quả, bệnh nhân nam tuổi từ 16 trở lên. Chẩn đoán cận lâm sàng bao gồm: chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng hình ảnh hẹp hoàn toàn hoặc hẹp chít vùng niệu đạo sau. Chụp bàng quang niệu đạo xuôi dòng với bệnh nhân đã có dẫn lưu bàng quang, phối hợp với phim chụp ngược dòng để đánh giá chiều dài đoạn niệu đạo hẹp. Chụp khung chậu thẳng để biết được mức độ vỡ xương chậu, xương mu và độ di lệch của can xương.

Chúng tôi đánh giá chức năng sinh dục theo phương pháp được mô tả bởi Erickson và cộng sự [4]. Các bệnh nhân được đánh giá chức năng sinh dục bắt đầu từ 3 tháng sau mổ. Chức năng sinh dục được đánh giá về chức năng cương dương. Mỗi câu hỏi được tính điểm từ 0-4 (0 điểm là không có hoạt động sinh dục, 4 điểm là hoạt động ở mức rất tốt). Chúng tôi thống kê số

điểm và so sánh với hoạt động bình thường ở các nhóm tuổi: 16-29, 30-50, và trên 50 tuổi. Chúng tôi sử dụng Student's t-test để so sánh các số liệu trước mổ và sau mổ. Sử dụng phân tích đa yếu tố để phân tích các yếu tố phối hợp như: tuổi của bệnh nhân, độ dài đoạn niệu đạo hẹp, tổn thương xương chậu ảnh hưởng đến cương dương (CD) trước và sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo. Mức đánh giá có ý nghĩa là  $p < 0,05$ . Các số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 15.0.

#### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 1/2004 đến tháng 12/2011, chúng tôi phẫu thuật cho 152 bệnh nhân HNĐS do VXC, trong đó 4 bệnh nhân (BN) không thực hiện được phẫu thuật nối niệu đạo tận tận bị loại khỏi nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu còn lại 148 bệnh nhân. Nhóm tuổi từ 16-30 gồm 66 bệnh nhân, nhóm tuổi từ 31-50 có 69 bệnh nhân, trên 50 tuổi có 13 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình 37,50 tuổi (16-74 tuổi). Nguyên nhân gây chấn thương: tai nạn giao thông 88 bệnh nhân (60%) và tai nạn lao động 60 bệnh nhân (40%). Thời gian từ khi tai nạn tới khi được mổ tạo hình niệu đạo sau trung bình là 4,5 tháng (2-24 tháng). 61,48% (91 BN) mất cương dương sau tai nạn, 38,52% (57 BN) vẫn giữ được cương dương trước mổ.

+ Tổn thương xương chậu được phân loại mức độ tổn thương theo phân độ của Tile, kết quả tổn thương xương chậu thu được ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu như sau: loại B là phổ biến nhất: 112BN (75,67%), loại A :31 BN (20,94%), loại C : 5 BN (3,39%).

+ Thời gian từ khi tai nạn tới khi được mổ tạo hình niệu đạo sau trung bình từ khi tai nạn đến khi mổ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 4,7 tháng. Thời điểm phẫu thuật sớm nhất là 2 tháng, muộn nhất là 24 tháng.

+ ở thời điểm 3 tháng sau mổ chỉ có 37 (25,00%) BN có xuất hiện cương dương. ' thời điểm 6 tháng sau mổ có : 88 BN (60%) hồi phục được cương dương, tuy nhiên chỉ có 23 BN đạt kết quả tốt, 65 BN đạt kết quả trung bình. 60 BN chưa hồi phục cương dương. ' thời điểm trên 12 tháng có 118/148 BN cương dương đạt mức độ tốt, 21 (12,39%) BN đạt kết quả trung bình, 9 (6,62%) BN vẫn chưa hồi phục cương dương.

#### **BÀN LUẬN**

Chấn thương vỡ xương chậu làm đứt niệu đạo sau đồng thời gây tổn thương mạch máu và thần kinh cương dương, gây nên RLCD. Shenfeld và cộng sự [6] đo cương dương ban đêm ở bệnh nhân chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu thấy rằng những bệnh nhân này có RLCD do cả nguyên nhân mạch máu và thần kinh. Tỷ lệ RLCD trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 61,48%.

Theo Morey và cộng sự [5] phẫu thuật tạo hình niệu đạo là phương pháp là phương pháp điều trị chính cho những trường hợp hẹp niệu đạo. Mặc dù các phẫu thuật tạo hình niệu đạo rất xâm hại đến cấu trúc giải phẫu của các tạng cương, nhưng ảnh hưởng đến hoạt động cương dương là rất ít. Morey và McAninch nghiên cứu trên 82 bệnh nhân hẹp niệu đạo sau: tỷ lệ RLCD trước mổ là 54%, tỷ lệ RLCD 1 năm sau mổ là 38%, có

những bệnh nhân cương dương phục hồi sau vài năm sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở thời điểm 3 tháng sau mổ có 37 (25%) bệnh nhân hồi phục cương dương. Tuy nhiên ở thời điểm 6 tháng sau mổ thì số bệnh nhân hồi phục cương dương là 88 bệnh nhân. Toàn bộ bệnh nhân có cương dương trước mổ đều hồi phục cương dương ở thời điểm 6 tháng sau mổ. Như vậy phẫu thuật cắt nối niệu đạo tận tận trong nghiên cứu của chúng tôi không ảnh hưởng tới chức năng cương dương của bệnh nhân.

Để đánh giá tình trạng RLCD chúng tôi sử dụng bảng điểm của O'Leary (BMSFI- Brief Male Sexual Function Inventory) [4]. Ở thời điểm 12 tháng sau mổ, kết quả về tình trạng cương dương của nhóm nghiên cứu đạt được: 118/148 (79,72%) BN đạt kết quả tốt, 21 (14,18%) BN đạt kết quả trung bình, 9 (6,10%) BN vẫn chưa hồi phục cương dương. Trong các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng cương dương thì tuổi và mức độ tổn thương xương chậu là liên quan một cách có ý nghĩa với  $P < 0,05$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân dưới 50 tuổi đều hồi phục cương dương ở thời điểm 12 tháng sau mổ. 9 bệnh nhân chưa hồi phục cương dương đều nằm trong nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi. Đối với tổn thương xương chậu thì mức độ tổn thương xương chậu theo phân độ của Tile liên quan chặt chẽ đến tổn thương đường tiết niệu và sinh dục. Anger và cộng sự [3] cũng cho rằng những bệnh nhân trên 50 tuổi tạo hình niệu đạo có ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng sinh dục, điều này cần được giải thích rõ cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật tạo hình niệu đạo. theo Morey và cộng sự: tuổi là một trong những yếu tố quan trọng. Thời gian từ khi tai nạn tới khi phẫu thuật, chiều dài và mức độ hẹp niệu đạo, mức độ tổn thương xương chậu là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng sinh dục sau mổ.

#### **KẾT LUẬN**

Trong thời gian từ tháng 1/ 2004 tới tháng 12/ 2011, chúng tôi điều trị cho 148 BN hẹp NĐS do VXC bằng phẫu thuật nối niệu đạo tận tận qua đường tầng sinh môn. Nhóm BN có độ tuổi trung bình là 37,50 tuổi. Tỷ lệ mất cương dương trước phẫu thuật là 61,48% (91BN). Ở thời điểm trên 12 tháng có 118/148 BN cương dương đạt mức độ tốt, 21 (12,39%) BN đạt kết quả trung bình, 9 (6,62%) BN vẫn chưa hồi phục cương dương. Trong các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng cương dương thì tuổi và mức độ tổn thương xương chậu là liên quan một cách có ý nghĩa với  $P < 0,05$ .

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Trần Quán Anh (1999) điều trị rối loạn cương dương bằng tiêm Caverject vào vật hang, sức khoẻ sinh sản tập 2, *nhà xuất bản phụ nữ*, tr 102 - 115.
2. Asci R, Sarikaya S, Buyukalpelli R, Saylik A, Yilmaz AF, Yildiz S (1999), Voiding and sexual dysfunctions after pelvic fracture urethral injuries treated with either initial cystostomy and delayed urethroplasty or immediate primary urethral realignment. *Scand J.Urol Nephrol* 1999; 33: 228-33.
3. Anger JT, Sherman ND, Webster GD (2007), The effect of bulbar urethroplasty on erectile function. *J Urol* 2007; 178 (3Pt 1): 1009-11.
4. Erickson BA, Wysock JS, McVary KT, Gonzalez CM (2006), Erectile function, sexual drive, and ejaculatory function after reconstructive surgery for anterior urethral stricture disease. *BJU Int* 2006; 99: 607-11.
5. Morey A F (2008), Erectile function after urethral reconstruction, *Asian J Androl*, Vol 10 (1), pp 75-78.
6. Shenfeld OZ, Kiselgorf D, Gofrit ON, Verstandig AG, Landau EH, Podes D (2003), The incidence and causes of erectile dysfunction after pelvic fractures associated with posterior urethral disruption, *J.Urol* 2003; 169: 2173-6.
7. Stief C.G, S.Machtens, A. Gönsslen, T. Pohlenmann (2001), Erectile dysfunction in relation to traumatic pelvic injuries or pelvic fractures, *BJU International*, Vol.87, pp 441