

hóm theo thứ tự là: $15,6 \pm 5,7$; $16,6 \pm 9,6$; $16,7 \pm 8,7$; $25,2 \pm 26,6$ và $20,6 \pm 13,9$ (tháng).

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: thời gian tái phát trung bình với UTBM uyển nang nhú thanh dịch là $18,1 \pm 14,0$ tháng; với UTBM thể nhầy là $19,5 \pm 11,4$ tháng; các thể hác là $18,0 \pm 9,9$ (tháng). So sánh các kết quả, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về thời gian tái phát trung bình của UTBM/T tính theo nôm bệnh học. Tác giả Liu S (2003) nghiên cứu trên 106 BN thấy nguy cơ tái phát thấp hơn ở nhóm BN thể nhầy. Kết quả của chúng tôi chưa cho thấy sự khác biệt có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ khác đặc biệt là giai đoạn bệnh.

- Mối liên quan giữa đặc điểm tái phát, tỉ căn và nồng độ CA-125

Nồng độ CA-125 huyết thanh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $482,7 \pm 693,8$ do đó chúng tôi lấy giá trị 500 U/ml để làm mốc định tính nồng độ CA-125 đồng thời tiến hành định lượng nồng độ CA-125 trung bình theo các nhóm về vị trí và số vị trí tái phát, tỉ căn.

Về vị trí tái phát, chúng tôi chia thành 2 nhóm để so sánh là ≥ 2 và < 2 vị trí tái phát, tỉ căn. Qua tính toán, so sánh nhận thấy không có sự khác biệt về định tính và định lượng nồng độ CA-125 với vị trí tái phát, tỉ căn (tương ứng $\chi^2=0,685$ và $p=0,483$). Về số vị trí tái phát, tỉ căn chia thành 2 nhóm có và không có tỉ căn xa (gan, lách, phổi) chúng tôi cũng không tìm thấy sự khác biệt về nồng độ CA-125 cả về định tính và định lượng ($p=0,323$ và $0,334$).

V. KẾT LUẬN

UTBT là bệnh có tiên lượng xấu, hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, thời gian tái phát ngắn, hầu hết trong vòng 2 năm đầu sau điều trị. Khi bệnh tái phát, có thể phát hiện sớm dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và sự tăng lên của CA-125. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng có liên quan mật thiết đến thời gian tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, et al (2014) Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 64, 9-29
2. Trần Bá Khuyến (2013), *Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư buồng trứng tái phát, tỉ căn bằng Pegylated Liposomal Doxorubicin*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại Học Y Hà Nội
3. Donovan HS, Ward SE, Sereika SM (2013), *Web-Based Symptom Management for Women With Recurrent Ovarian Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial of the Writing Symptoms Intervention*, 318-327
4. Amate P, Huchon C, Dessapt AL (2013), *Ovarian cancer: sites of recurrence*, *Int J Gynecol Cancer*, 23, 1590-1596
5. Petrillo M, Ferrandina G (2013), *Timing and pattern of recurrence in ovarian cancer patients with high tumor dissemination treated with primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy*, 3955-3960
6. Menczer J, Chebit A, Szaletski S (2006), *Follow-up of ovarian and primary peritoneal carcinoma: the value of physical examination in patients with pretreatment elevated CA-125 level*, 137-140
1. Sun HD, Lin H, Jao MS, Wang KL (2012), *A long-term follow-up study of 176 cases with adult-type Recurrent Ovarian Cancer*, 244-249.

CÁC BƯỚC PHẢI LÀM VÀ TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ CONG VEỌ DƯƠNG VẬT

Trần Văn Hình*, Nguyễn Phương Hồng**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bên cạnh thành công, các phẫu thuật sửa chữa con ọ dương vật (CVDV) còn để lại những biến chứng đáng phải suy nghĩ, như ngắn tương vật, rối loạn cương dương (RLCD), vẫn còn

CVDV... Mục đích của bài viết là mô tả các phương pháp phẫu thuật, nêu lên các bước phải làm và các tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp để nâng cao kết quả điều trị. **Phương pháp:** Tham khảo sách và các công trình nghiên cứu trên thế giới, liên quan đến CVDV, được công bố trong thời gian gần đây. **Kết quả:** CVDV gồm 2 thể bệnh: bẩm sinh và mắc phải. Hỏi tiền sử, bệnh sử và khám bệnh để xác định vị trí, chiều hướng, mức độ, thể bệnh và ảnh hưởng của CVDV đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân. Chụp cộng hưởng từ và siêu âm màu dương vật để biết vị trí, kích thước, tính chất của màng tổn thương và bản chất của RLCD đi kèm (trong một số trường hợp). Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc

*Hoc viện Quân Y

**Phòng Khám Đa khoa Áu Việt

Trịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hình

email: hinhhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2016

Ngày phân biện khoa học: 2.01.2017

Ngày duyệt bài: 9.01.2017

vào thể bệnh, mức độ bệnh và bản chất của RLCD đi kèm (nếu có). **Kết luận:** Phẫu thuật sửa chữa CVDV như một sự đánh cược, không phải lần phẫu thuật nào cũng đạt kết quả mỹ mãn. Chẩn đoán được thể bệnh, mức độ bệnh và bản chất RLCD đi kèm (nếu có), trên cơ sở đó lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với bệnh CVDV đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị bệnh.

SUMMARY

MUST-DO STEPS AND CRITERIA FOR SELECTION OF METHODS OF SURGERY IN TREATMENT OF PENILE CURVATURE

Question: Besides successful cases, the surgeries of treatment of the penile curvature remain considerable complications such as small penis, erectile dysfunction (ED) or the disease cannot be treated... The purpose of the article is to describe the surgical approach to highlight the must-do steps and the criteria for selection of surgical approach to the penile curvature. **Methodology:** To refer books and most recently published research works in the world on the penile curvature. **Results:** There are two types of the penile curvature: congenital and acquired. To ask the patients about their medical history and medical examination to determine location, direction, level and effect of the disease to the patients and their wives. Magnetic resonance imaging (MRI) and Doppler ultrasound are done to determine location, size and nature of the damage and the symptom of the accompanied ED (in some cases). Selection of surgical approach depends on each type, level and the symptom of the accompanied ED (if any). **Conclusion:** Surgeries for treatment of the penile curvature just like a wager, not all of the cases have satisfactory results. Diagnosis, the level and the symptom of the accompanied ED (if any) in order to select surgical methods for the penile curvature plays an important role during treatment process.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cong vẹo dương vật, nhất là khi ảnh hưởng đến quan hệ tình dục (QHTD), là lý do buộc người bệnh phải đi khám và điều trị [4]. Bệnh chiếm từ 3 – 7% nam giới đã trưởng thành [5]. Khi CVDV cản trở QHTD, phẫu thuật thường là phương pháp điều trị được lựa chọn. Chưa có phương thức nội khoa hoặc liệu pháp vật lý nào chứng minh được hiệu quả rõ ràng trong việc điều trị CVDV [4]. Trước nhiều phương pháp mổ xẻ khác nhau, với nhiều kết quả và biến chứng khác nhau, cần biết các bước phải làm và các tiêu chuẩn để lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho từng loại CVDV. Mục đích của bài viết là mô tả các phương pháp phẫu thuật thường được áp dụng, nêu lên các bước phải làm và các tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại tổn thương để nâng cao kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Các thi phẫu thuật chung: rạch và bọc lộ vật hang

*Sau khi sát khuẩn, trải vải hoặc giấy mổ trùng che kín, chỉ để dương vật nằm trong vết mổ. Chuẩn bị một bộ truyền dung dịch natriclorua 0,9% mà kim tiêm được chọc vào mặt bên của một vật hang và được cố định vào các phễu ở cạnh dương vật. Đặt một dây rỏ (garrot) nhỏ ở gốc dương vật. Thực hiện phẫu thuật nghiêm cương dương để tìm màng tổn thương và đánh giá độ cong của dương vật trước bằng cách truyền dung dịch natriclorua 0,9% thắt dây gar rô.

*Thi đấu của cuộc mổ thường là cắt bỏ bộ quy đầu để tránh các biến chứng sau mổ, nhiễm trùng và nghẹt do bán chất hẹp bao quy đầu. Nhưng cắt bỏ bao quy đầu không còn quy định bắt buộc trong các phẫu thuật ở dương vật [3]. Nó có thể được thực hiện khi bệnh nhân có hẹp bao quy đầu phối hợp [3].

*Đường mổ vào vật hang có thể được thực hiện bằng nhiều cách: rạch da vừa phải, ở ngấn trên màng tổn thương hoặc đối diện với màng tổn thương hoặc trên đường đan, ở giữa bì dương vật hoặc rạch niêm mạc, ở dưới rãnh quy đầu 1 cm, theo hết vòng chu vi của dương vật. Đường rạch niêm mạc, ở dưới rãnh quy đầu có phép bóc tách, lột toàn bộ da dương vật về gờ dương vật để bọc lộ tất cả 2 vật hang và vật x của dương vật (tới tận cần Buck). Đây là đường mổ thường được áp dụng cho loại CVDV mức độ nặng và phức tạp [1],[2],[4].

*Bóc tách các dải thần kinh và niệu đạo: Theo vị trí của màng xơ và kỹ thuật mổ đã lựa chọn, đôi khi phải phẫu tích, biệt lập các dải thần kinh và vật xoắn ra khỏi vật hang để bảo vệ chúng. Việc phẫu tích phải được bắt đầu từ dải thần kinh và vật xoắn để không làm tổn thương chúng. Một số phẫu thuật viên thì phẫu tích các dải thần kinh đi từ 12h (ở chính giữa lưng dương vật) xuống 2 bên để không làm tổn thương các nhánh thần kinh bên của dương vật [1],[2]. Sau khi phẫu tích, luồn quanh thần kinh và quanh vật xoắn bằng một ống cao nhỏ (6 hoặc 8 Fr) hoặc bằng một dải "lacs". Thần kinh cao su hoặc dải "lacs" được cặp bằng một "pince" nhỏ, giao cho người phụ mổ cầm và kéo rất nhẹ sao cho dải thần kinh và vật xoắn được tách ra khỏi 2 vật hang. Như vậy, đoạn vật hang đủ dài đã được bọc lộ để khâu gấp nếp, rạch màng trắng, rạch màng tunica thường hoặc lấy bỏ màng tổn thương.

2.2. Phương pháp Nesbit

Kỹ thuật mô được Nesbit mô tả năm 1964 và 1965 để điều trị cong vẹo bẩm sinh của dương vật [6]. Kỹ thuật bao gồm cắt bỏ màng trắng của vật hang, theo một hình elip (ellipse), xung quang một kẹp răng chuột (pincers d'Allis). Vị trí màng trắng được cắt bỏ ở bên đối diện so với màng tổn thương. Mức rộng của màng trắng bị cắt bỏ được xác định khi gấp nếp màng trắng nhờ một pince d'Allis trong thử nghiệm cương dương. Hình elip màng trắng được cắt bỏ thường có kích thước là 1 x 0,5 cm và kích thước dài (1 cm) nằm theo chiều ngang. Vị trí, kích thước và chiều hướng của hình elip màng trắng được cắt bỏ có thể thay đổi tùy theo biến dạng của dương vật. Trung bình 1 mm màng trắng bị cắt bỏ chứa được khoảng 10⁶ cong [7]. Màng trắng được khâu lại theo chiều ngang bằng chỉ không tiêu, cỡ chỉ 3/0 hoặc 4/0, nơ chỉ đảo ngược (nút chỉ lộn vào trong màng trắng, để bệnh nhân không cảm thấy đau khi QHTD). Tiến hành thử nghiệm cương dương kiểm tra. Nếu còn cong vẹo dương vật, có thể cắt bỏ thêm màng trắng, vẫn theo phương pháp Nesbit hoặc theo phương pháp Yachia [7]. Không nên cắt bỏ màng trắng nhiều để tránh nguy cơ RLCD sau mổ.

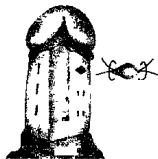
2.3. Phương pháp Yachia

Heineke-Mikulicz mô tả một kỹ thuật mổ không phải cắt bỏ màng trắng như trong phương pháp Nesbit mà là một đường rạch màng trắng theo chiều dọc và khâu lại màng trắng theo chiều ngang, bằng chỉ không tiêu, mũi rời, nơ chỉ đảo ngược. Yachia đề nghị không nên rạch màng trắng bằng một đường rạch dài mà nên rạch màng trắng bằng nhiều đường rạch ngắn hơn. Các đường rạch này nằm trên 2 trục song song, đối xứng với nhau và ở bên đối diện với màng tổn thương [4]. Ví dụ, nếu màng tổn thương ở mặt lưng của dương vật, các đường rạch được thực hiện ở mặt bụng của dương vật. Các đường rạch, theo chiều dọc, nằm trên 2 trục ở 2 bên và song song với niệu đạo. Các đường rạch này chỉ nên dài từ 2 - 5 mm. Sau đó, màng trắng được khâu lại theo chiều ngang, bằng 2 bình diện. Bình diện trong bằng 2 nơ chỉ không tiêu, đảo ngược và bình diện ngoài bằng 1 nơ chỉ tự tiêu chậm, đảo ngược để vùi 2 nơ chỉ của bình diện trong [4]. Vị trí và số đường rạch phụ thuộc vào vị trí và mức độ cong của dương vật. Đối với kỹ thuật Yachia, cũng như kỹ thuật Nesbit, các nơ chỉ không tiêu phải được khâu và buộc đảo ngược, vùi nút chỉ vào trong màng trắng để bệnh nhân không cảm thấy đau khi QHTD [4],[7].



Hình 1: Phương pháp Nesbit.

* Nguồn: theo Nesbit RM, năm 2002 [6].



Hình 2: Phương pháp Yachia.

* Nguồn: theo Hargreave TB, năm 2008 [4].

2.4. Phương pháp miếng và vật hang:

Khi các phương pháp gấp nếp màng trắng (Nesbit hoặc Yachia) không cho phép sửa chữa hoàn toàn CVDV hoặc làm dương vật ngắn đi nhiều, có thể áp dụng phương pháp miếng và vật hang [2].

2.4.1. Mảnh ghép lý tưởng: Mảnh ghép lý tưởng phải đạt tiêu chuẩn: được dung nạp và hòa nhập vào màng trắng thật tốt, có tính đàn hồi-bền vững gần giống màng trắng nhất và dễ sử dụng. Nhiều vật liệu đã được nghiên cứu và sử dụng, nhưng không có vật liệu nào đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn đã nêu ở trên. Các vật liệu tổng hợp (như Dacron, Goretex) đã được sử dụng, nhưng có vấn đề về sự dung nạp, nên chúng không còn thích hợp nữa [2]. Các vật liệu tự thân như tinh mạch hiến trong, cân cơ thái dương, màng cứng, màng ngoài tim, màng tinh hoàn,... cũng được nghiên cứu, đưa vào sử dụng. Nhưng chưa có các nghiên cứu với số lượng lớn bệnh nhân, được theo dõi dài hạn để biết vật liệu nào là thích hợp nhất.

2.4.2. Kỹ thuật mổ: Đường rạch được thực hiện trên đường đánh dấu. Việc thay thế vùng khuyết thiếu màng trắng bằng miếng và phải được lợi về chiều dài của vật hang để chữa CVDV. Kích thước của miếng và phải lớn hơn vùng khuyết thiếu màng trắng khoảng 30% và đường khâu giữa miếng và màng trắng phải

kin để tránh rò rỉ sau phẫu thuật. Đường khâu bằng chỉ một sợi (Prolène 3/0 hoặc 4/0), không tiêu và được bắt đầu từ một góc của đường rạch màng tổn thương. Tiến hành thử nghiệm cường độ đường để đánh giá mức độ kín của đường khâu và kết quả sửa chữa CVDV.

Sau khi rạch hình chữ H trên màng tổn thương, có thể tiếp tục cuộc mổ bằng cách cắt bỏ màng tổn thương và thay thế vùng khuyết thiếu màng trắng bằng miếng vá. Kỹ thuật "đường rạch-miếng và trên màng tổn thương" được sử dụng nhiều hơn kỹ thuật "cắt bỏ-miếng và màng tổn thương" vì trong các bệnh nhân được "cắt bỏ-miếng và màng tổn thương", tỷ lệ bị RLCD rất cao [2]. Trong một công trình nghiên cứu về bệnh Lapeyronie, Egydio đề nghị cải tiến đường rạch hình chữ H để thích ứng với các loại CVDV: các nhánh đúng độ của chữ H có thể được mở ra để tạo nên một góc 120°. Các nhánh này có thể không đối xứng với nhau nếu CVDV là loại phức tạp trong 2 bình diện [2]. Theo Egydio, tất cả các loại CVDV đều có thể sửa chữa được, nếu đáp ứng tốt đối với các nguyên tắc về hình học [2].

2.5. Khâu lại vết mổ: Dẫn lưu vết mổ bằng 2 làm cao su hoặc tốt hơn là bằng hệ thống dẫn lưu Redon, cỡ nhỏ. Vết mổ được khâu lại theo 2 bình diện. Khâu các tổ chức dưới da bằng chỉ tự tiêu chậm, mũi rời, cỡ chỉ 4/0. Khâu da bằng chỉ tiêu nhanh, cỡ chỉ 4/0 hoặc bằng lín. Đặt ống thông đái. Băng ép nhẹ vết mổ và để đường vật nằm lên bụng (theo hướng lên rốn - vị trí 12 giờ).

2.6. Điều trị sau mổ

2.6.1. Trong thời gian nằm viện: Ngày thứ nhất sau mổ, thay băng kiểm tra. Nếu vết mổ không có tụ máu, dẫn lưu không chảy, rút dẫn lưu, rút ống thông đái và để bệnh nhân đi tiểu bình thường. Trong trường hợp rò rỉ máu vết mổ và/hoặc dẫn lưu còn ra máu, phải để dẫn lưu đến khi dẫn lưu không còn chảy ra máu nữa, mới được rút. Trong các ngày sau, việc chăm sóc vết thương tương tự như việc chăm sóc các vết mổ khác ở đường vật. Tuy nhiên, phải theo dõi sát sao hơn đối với các trường hợp được mổ bằng phương pháp miếng vá vật hang. Nếu hậu phẫu bình thường, sau mổ từ 5 - 7 ngày, bệnh nhân có thể ra viện.

2.6.2. Theo dõi sau khi ra viện: Hẹn bệnh nhân đến khám kiểm tra sau mổ 6 tuần. Trong 6 tuần đầu sau mổ, dẫn bệnh nhân không được giao hợp, nhưng không cần cho bệnh nhân các thuốc ức chế cường dương. Ngược lại, cường dương hồi phục sớm đóng một vai trò quan

trọng, đặc biệt đối với các bệnh nhân được dù miếng vá vật hang, để chống hiện tượng co rút đường vật sau mổ [2],[4]. Sau mổ từ 2 - 3 tuần khuyến bệnh nhân nên xoa bóp, kéo đường vật một cách nhẹ nhàng, từ từ và tăng dần họ phối hợp với dùng giác hút tạo ra sự co rút đường đối với các bệnh nhân được dùng miếng vá vật hang [2],[4].

III. CÁC BƯỚC PHẢI LÀM TRƯỚC MỘT BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀI CONG VEO DƯƠNG VÀ

3.1. Hỏi bệnh: Hỏi bệnh để xác định th gian bị CVDV, chiều hướng cong, mức độ ảnh hưởng của CVDV đối với đời sống tình dục của bệnh nhân (RLCD, đưa đường vật vào âm đạo khó khăn, không giao hợp được, đau khi giao hợp,...) và nguyên nhân chính buộc bệnh nhân phải đi khám bệnh. Hỏi tiền sử chấn thương đường vật; tiền sử điều trị ở đường vật, n tiêm thuốc vào vật hang, đặt ống thông đái, s bằng quang, tán sỏi bàng quang, tán sỏi nội s niệu quản ngược dòng,... Hỏi bệnh còn đề ti các yếu tố nguy cơ tim mạch; phát hiện các bệ thần kinh phối hợp, làm tăng nặng của rối loạ và hỏi tiền sử gia đình của bệnh nhân.

3.2. Khám bệnh: Sau khi khám toàn thà khám đường vật khi đường vật mềm để tì màng tổn thương, xác định mức độ (mềm, chắ cứng như xương hay có lắng đọng canxi) và ó kích thước của màng tổn thương và đường vật, 2 trạng thái: khi đường vật mềm tự nhiên v được kéo dài ra tối đa. Đây là các thông số ó giá trị để so sánh và đánh giá sau mổ. Khá đường vật khi đường vật cứng (có thể tiê Prostaglandin E1 vào vật hang, nếu cần), v việc chụp ảnh đường vật ở 2 tư thế (tư t thẳng và tư thế nghiêng) để đánh giá vị t chiều hướng và mức độ CVDV. Đo các kích thướ của đường vật.

3.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

3.3.1. Chụp cộng hưởng từ đường vật: Ví t hiệu năng cao đối với các tổ chức mềm, n chụp cộng hưởng từ cho phép thăm dò các v hang một cách có hiệu quả. Màng trắng bì thường được nhìn thấy dưới dạng một dải đầ đồng đều, tín hiệu rất thấp, vì màng trắng t nhiều sợi collagen. Tất cả các tổ chức ở xư quanh có tín hiệu cao hơn một cách rõ rệt. T hiệu của các vật hang ở mức trung gian trong t và tăng tín hiệu trong T2. Cần Buck, ấn đị ranh giới của màng trắng ở bề mặt, có tín h tương đối cao, tương phản rất rõ đối với mầ trắng. Màng tổn thương có hình một đoạn mầ

hàng dày hơn bình thường, không đều. Hình này ở thể trải dài trên các vật hang.

3.3.2. Siêu âm mào dương vật: Tiêm rostaglandin E1 vào vật hang, sau đó siêu âm Doppler dương vật. Xét nghiệm này cho phép xác định hình thái, kích thước, sự lắng đọng canxi của mảng tổn thương. Xét nghiệm còn cho phép phát hiện RLCD có trước hay là phối hợp ở CVDV (bằng việc tìm thấy các rò tĩnh mạch, ác yếu tố động mạch,...) [4]. Đối với các trường hợp CVDV nặng (trên 60°) hoặc phức tạp, siêu âm Doppler dương vật còn cho phép xác định huyết lượng cương dương và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp [4].

V. TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Theo nhiều công trình nghiên cứu [2],[5],[7], ác phương pháp phẫu thuật được lựa chọn phải làm bảo sau phẫu thuật, khi cương, dương vật dài ít nhất là 12 cm. Để đảm bảo điều này, sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào việc điều trị vị trí cong lõm hay điều trị chỗ lõm của dương vật.

4.1. Điều trị vị trí cong lõm của dương vật: Đối với các CVDV ở mức độ trung bình (từ 10° - 60° đối với bệnh Lapeyronie, 30° đến 70° đối với CVDV bẩm sinh), phương pháp phẫu thuật có thể là:

- + Rạch-khâu gấp nếp màng trắng (Yachia) hoặc
- + Cắt bỏ-khâu màng trắng (Nesbit).

4.2. Điều trị chỗ lõm của dương vật: Đối với các CVDV ở mức độ nặng (> 60° đối với bệnh Lapeyronie và > 70° đối với CVDV bẩm sinh) hoặc đối với các bệnh nhân, nếu điều trị vị trí cong lõm dẫn đến dương vật ngắn (< 12 cm), ảnh hưởng đến chất lượng đời sống tình dục, các phương pháp phẫu thuật có thể là:

- + Rạch màng tổn thương-ghép miếng vá vật hang hoặc

- + Cắt bỏ màng tổn thương-ghép miếng vá vật hang.

V. KẾT LUẬN

CVDV gồm 2 thể bẩm sinh và mắc phải, chiếm từ 3 - 7% nam giới trưởng thành. Hội và khám bệnh để xác định vị trí, chiều hướng, mức độ, thể bệnh của CVDV, có RLCD đi kèm hay không, cũng như ảnh hưởng của bệnh đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân. Chụp cộng hưởng từ và siêu âm Doppler dương vật để biết rõ vị trí, kích thước, tính chất của mảng tổn thương, cũng như bản chất của RLCD đi kèm (nếu có). Đối với CVDV có ảnh hưởng đến đời sống tình dục (mức độ trung bình và nặng), phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào thể bệnh và mức độ của CVDV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brant WO, Bella AJ, Garcia MM et al. (2006). Surgical Atlas. Correction of Peyronie's disease: plaque incision and grafting. *BJU Int*, 97(6): 1353 - 1360.
2. Egydio PH, Sansalone S (2008). Peyronie's reconstruction for maximum length and girth gain: geometrical principles. *Adv Urol*, 205739.
3. Garaffa G, Sacca A, Christopher AN et al. (2010). Circumcision is not mandatory in penile surgery. *BJU Int*, 105(2): 222 - 224.
4. Hargreave TB (2008). Déformation érectile, don't la maladie de la Peyronie. *Traité d'andrologie à l'usage des cliniciens*. Springer; 93 - 99.
5. Lindsay MB, Schain DM, Grambsch P et al. (1991). The incidence of Peyronie's disease in Rochester, Minnesota, 1950 through 1984. *J Urol*, 146(4): 1007 - 1009.
6. Nesson RM (2002). Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation. 1965. *J Urol*, 167(2 Pt 2): 1187 - 1188 [discussion 1189].
7. Ralph DJ, al-Akraa M, Pryor JP (1995). The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16-year experience. *J Urol*, 154(4): 1362 - 1363.

GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TIM HỒ BẰNG

MORPHIN KHOANG DƯỚI NHỆN: NGHIÊN CỨU 226 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT

*Đại học Y Dược Huế

Chủ trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 17.01.2017

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật và tác dụng không mong muốn của morphin khoảng dưới nhện trên bệnh nhân phẫu thuật tim hồ.
Phương pháp: Trong một nghiên cứu mô tả tiến cứu, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tim hồ để điều trị các bệnh lý van tim, thông liên nhĩ, thông liên thất, có tiêu chuẩn dự kiến rút nội khí quản sớm được sử dụng 0,3 mg morphin đường khoảng dưới nhện, gây mê hồi sức như thường qui. Sau phẫu thuật đánh giá