

## PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MẶT LƯNG NIỆU ĐẠO BẰNG NIÊM MẠC MÁ ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO Ở NỮ GIỚI

Đỗ Lệnh Hùng<sup>1</sup>, Chung Tấn Tinh<sup>1</sup>, Trần Anh Khoa<sup>1</sup>,  
Lê Thanh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Nam<sup>1</sup>, Lê Nguyễn Hải Đăng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhóm nghiên cứu báo cáo kết quả điều trị hẹp niệu đạo ở nữ giới, một bệnh lý rất hiếm gặp và dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác, bằng phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc.

**Đối tượng, phương pháp:** Tất cả những bệnh nhân nữ giới đến khám với triệu chứng bí tiểu hoặc tiểu khó, sau khi chẩn đoán xác định hẹp niệu đạo không phải do nguyên nhân thần kinh, được phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc má tại đơn vị Niệu đạo Bệnh viện Bình Dân. Thành công được định nghĩa khi kết quả Xquang bàng quang-niệu đạo khi tiểu (VCUG) sau mổ thông suốt, không có tình trạng rò nước tiểu và chức năng đi tiểu phục hồi với Qmax > 15ml/giây.

**Kết quả:** Hai trường hợp hẹp niệu đạo ở nữ giới với độ tuổi từ 60-70 tuổi được phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc má. Thời gian phẫu thuật trung bình là 120 phút (100-140 phút). Kết quả chụp VCUG sau mổ ghi nhận niệu đạo thông suốt. Kết quả đo Qmax sau mổ > 15ml/giây. Không ghi nhận tình trạng tiểu không kiểm soát và rò nước tiểu sau mổ ở cả hai trường hợp.

**Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc má điều trị hẹp niệu đạo ở nữ là phương pháp khả thi và hiệu quả, giúp phục hồi chức năng đường tiểu dưới ngoại mục cho bệnh nhân so với các phương pháp khác. Cần có nghiên cứu theo dõi với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

**Từ khóa:** hẹp niệu đạo nữ, phẫu thuật tạo hình niệu đạo, niêm mạc má

### SUMMARY

#### BUCCAL MUCOSAL URETHROPLASTY IN FEMALE URETHRAL STRICTURE

**Background:** The purpose of this study is to report the results of the treatment of urethral stricture in women, a very rare disease and easily misdiagnosed with other diseases, by dorsal onlay buccal mucosal graft urethroplasty.

**Subjects and methods:** All female patients who came to the clinic with symptoms of urinary retention or dysuria, after being diagnosed with urethral stricture, not due to neurological causes, underwent urethroplasty with dorsal onlay buccal mucosal graft at the Urethral Unit of Binh Dan Hospital. Success is defined as clear voiding cystourethrogram (VCUG) results, no urine leakage and recovery of voiding function with Qmax > 15ml/sec.

**Results:** Two cases of urethral stricture in women aged 60-70 underwent urethroplasty using buccal mucosa. The average operative time was 120 minutes (100-140 minutes). Postoperative VCUG showed that the urethra

<sup>1</sup>Khoa Niệu C, Bệnh viện Bình Dân, Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Lệnh Hùng

ĐT: 0908144628

Email: hunglenhdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/03/2024

Ngày duyệt bài: 05/04/2024

was clear. Postoperative Qmax measurement results were > 15ml/sec. No urinary incontinence or urine leakage was recorded after surgery in either case.

**Conclusions:** Buccal mucosal urethroplasty to treat urethral stricture in women is a feasible and effective method, helping to restore spectacular lower urinary tract function for patients compared to other methods. Follow-up studies with larger numbers of patients are needed.

**Keywords:** female urethral stricture disease, urethroplasty, buccal mucosal graft

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp niệu đạo là bệnh lý cực kỳ hiếm gặp ở nữ giới và là một thách thức trong ngành phẫu thuật tạo hình. Theo y văn, hẹp niệu đạo ở nữ chiếm 4-13% trên tổng số nguyên nhân gây tắc nghẽn đường tiểu dưới [1]. Các nhóm nguyên nhân gây hẹp niệu đạo ở nữ giới có thể kể đến như sau chấn thương, sau can thiệp y khoa, do viêm nhiễm, vô căn hoặc các bệnh lý ác tính, trong đó nhóm nguyên nhân vô căn thường gặp nhất. Trước đây, phương pháp điều trị hẹp niệu đạo chủ yếu là nong niệu đạo. Tuy nhiên tỷ lệ điều trị thành công bằng phương pháp này tương đối thấp (< 50%) và có thể gây tổn thương thêm cho niệu đạo [1, 2]. Chính vì vậy, phẫu thuật tạo hình niệu đạo điều trị hẹp niệu đạo đã thay thế phương pháp kể trên, với tỷ lệ điều trị thành công rất cao và dần trở nên phổ biến trong nhiều năm gần đây [3]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình niệu đạo, bao gồm: tạo hình mặt bụng, tạo hình mặt lưng, tạo hình mặt lưng bên, tạo hình mặt lưng-mini,... và nhiều loại mảnh ghép được áp dụng như niêm mạc âm đạo hoặc niêm mạc mạc má. Nghiên cứu của Gomez và cộng sự cho thấy phẫu thuật tạo hình niệu

đạo mặt lưng bằng niêm mạc má cho thấy rất ít biến chứng sau mổ so với các phương pháp khác, đặc biệt là tình trạng hẹp tái phát hoặc tình trạng tiểu không tự chủ [2]. Vì vậy, nhóm nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nghiên cứu và điều trị cho các trường hợp hẹp niệu đạo ở nữ giới với phẫu thuật tạo hình mặt lưng niệu đạo bằng niêm mạc má.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân nữ giới đến khám với triệu chứng bí tiểu hoặc tiểu khó, sau khi chẩn đoán xác định hẹp niệu đạo không phải do nguyên nhân thần kinh, được phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc má tại đơn vị Niệu đạo Bệnh viện Bình Dân

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

### 2.3. Mục tiêu nghiên cứu

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở những bệnh nhân nữ được tạo hình mặt lưng niệu đạo bằng niêm mạc má do hẹp niệu đạo tại Đơn vị Niệu đạo Bệnh viện Bình Dân.

### 2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu bao gồm: tuổi, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, tình trạng hẹp tái phát sau phẫu thuật, tình trạng tiểu không kiểm soát sau phẫu thuật, Qmax sau phẫu thuật.

### 2.5. Kỹ thuật mổ

- Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa, với lỗ mở thông bàng quang ra da đã được tiến hành trước đó 3 tháng.

- Tiến hành đặt thông niệu đạo khẩu kính 10Fr hoặc guidewire nếu không đặt được thông niệu đạo.

- Bộc lộ mặt lưng niệu đạo theo hình chữ U ngược, xẻ trên miệng niệu đạo từ vị trí

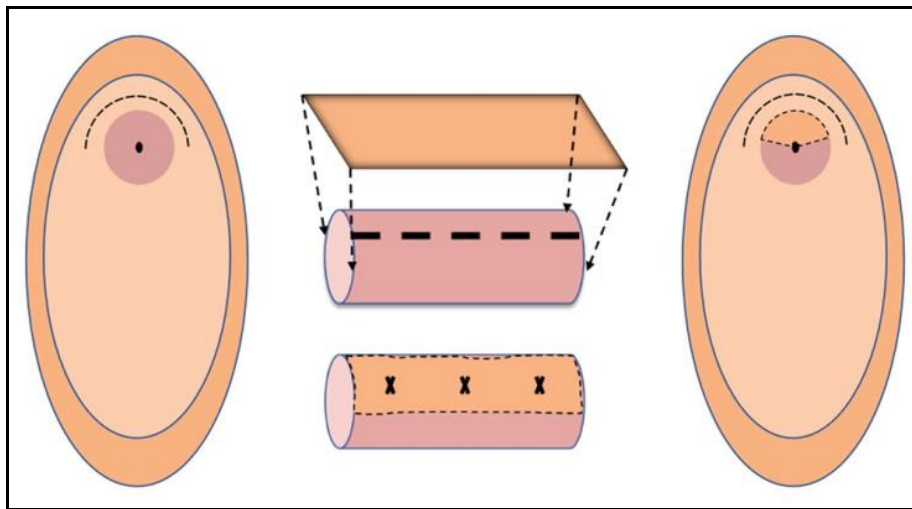
hướng 9 giờ - 3 giờ đến khi đưa Bougie 30Fr qua dễ dàng. (Hình 1)

- Lấy đoạn niêm mạc má dài từ 5-6 cm, bề rộng 2-3 cm. Khâu đỉnh niêm mạc má vào 2 mép bên niệu đạo bằng chỉ PDS 4-0. Mặt lưng niệu đạo mới được khâu vào thân âm vật, che phủ trần niệu đạo (Hình 2).

- Kiểm tra lại niệu đạo đã tạo hình bằng ống soi mềm từ lỗ mở bàng quang ra da.

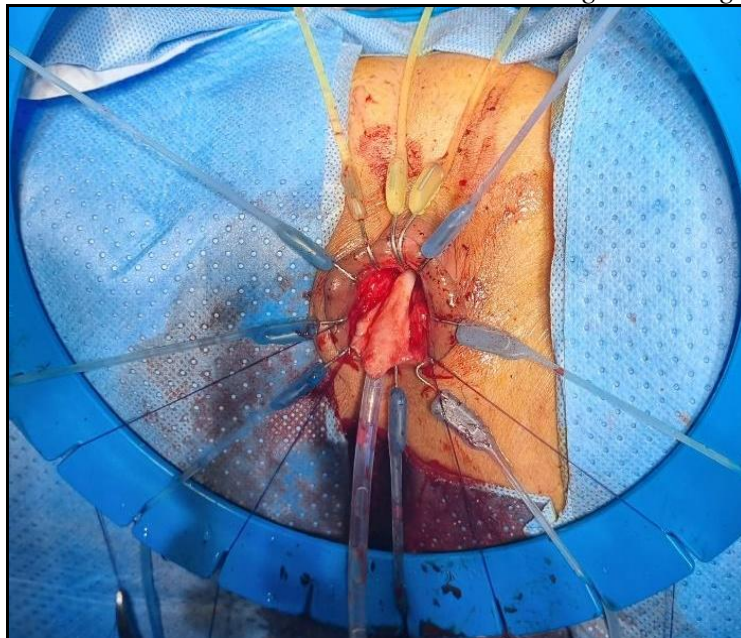
- Đặt thông Foley niệu đạo khẩu kính 14Fr (đậy nắp Foley) và đặt thông Foley bàng quang ra da khẩu kính 18Fr (Foley gắn với túi dẫn lưu).

- Chụp VCUG kiểm tra trước khi quyết định rút thông niệu đạo sau 21 ngày.



**Hình 1. Mô phỏng kỹ thuật tạo hình mặt lưng niệu đạo bằng niêm mạc má**

*Nguồn: Margaret M. Higgins[4]*



**Hình 2. Niêm mạc má sau khi dính vào mặt lưng niệu đạo**

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 2 trường hợp hẹp niệu đạo ở nữ giới được chúng tôi phẫu thuật tạo hình bằng niêm mạc má với kết quả nghiên cứu như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình là 65 tuổi (60 – 70 tuổi)

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Cả 2 trường hợp đến khám vì tiểu khó và được xác định hẹp niệu đạo qua phim VCUG trước phẫu thuật (hình 3).

- Nguyên nhân: 1 trường hợp do đặt thông niệu đạo kéo dài. Trường hợp còn lại nghĩ nhiều do nguyên nhân vô căn sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thường gặp khác.

- Tất cả 2 trường hợp đều được mở bàng quang ra trước đó 3 tháng và có kết quả cấy nước tiểu âm tính trước phẫu thuật.



**Hình 3. Phim chụp trước mổ của bệnh nhân ghi nhận đoạn hẹp niệu đạo không qua được thuốc cản quang**

#### 3.3. Các yếu tố trong lúc phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 120 phút (100 – 140 phút).

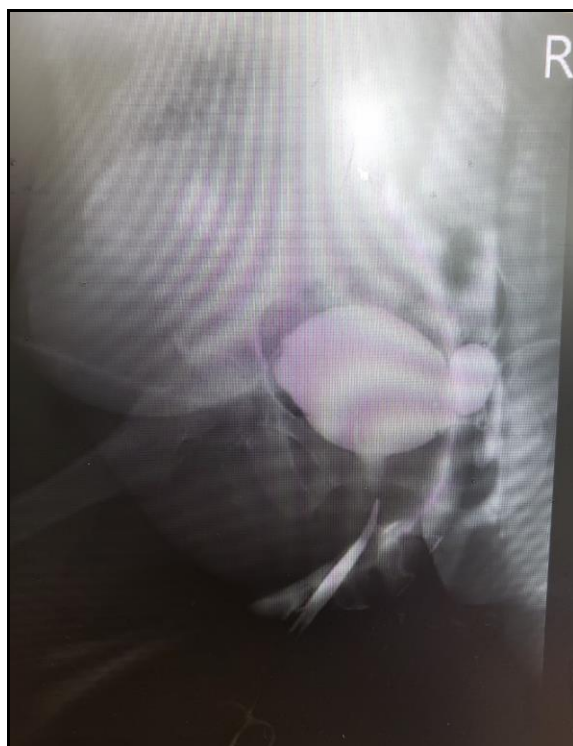
- Lượng máu mất trung bình là 100ml.

- Không ghi nhận các tai biến trong lúc phẫu thuật.

#### 3.4. Diễn tiến hậu phẫu và theo dõi

- Ở bệnh nhân đầu tiên do nguyên nhân đặt thông niệu đạo đặt kéo dài, sau 4 tháng tái khám ghi nhận máy soi mềm vào niệu đạo dễ dàng, chức năng đi tiểu hồi phục về bình thường, Qmax > 15ml/giây, chưa ghi nhận tình trạng tiểu không kiểm soát sau phẫu thuật.

- Ở trường hợp còn lại, bệnh nhân được rút thông niệu đạo sau 21 ngày, với kết quả chụp VCUG bình thường sau mổ, không ghi nhận tình trạng rò nước tiểu (Hình 4). Bệnh nhân đang được theo dõi và sẽ đánh giá lại niệu động học trong lần tái khám tiếp theo.



**Hình 4. Phim chụp VCUG sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo**

#### IV. BÀN LUẬN

Hẹp niệu đạo ở nữ giới là một bệnh lý rất hiếm gặp. Trước đây, điều trị truyền thống chỉ là điều trị triệu chứng như nông niệu đạo. Tuy nhiên, phương pháp điều trị này không thể đạt đến hiệu quả điều trị triệt để cho bệnh nhân, bởi tỷ lệ tái phát sau mổ > 50% và gây tổn thương đến niêm mạc niệu đạo cũng như các mô xung quanh, dẫn tới hình thành thêm các mô sẹo trong lòng niệu đạo [5]. Ngược lại, phẫu thuật tạo hình niệu đạo lại có tỷ lệ thành công rất cao theo y văn. Vì vậy, phẫu thuật nên là phương pháp lựa chọn đầu tiên trong việc điều trị hẹp niệu đạo, đặc biệt ở nữ giới [3].

Niêm mạc má là một mô tự thân với tính đàn hồi cao, không có sợi lông-tóc, dễ lấy và đủ lớn để tạo hình cho niệu đạo. Hơn nữa, việc lấy niêm mạc má ít để lại tổn thương cho khoang miệng sau khi lấy. Trong nhiều

năm gần đây, niêm mạc má được sử dụng rất rộng rãi trong việc tạo hình niệu đạo ở nữ và kết quả đem lại rất ngoạn mục [6].

Chọn lựa vị trí tiếp cận để tạo hình niệu đạo cũng rất quan trọng. Thực tế chúng ta có thể tạo hình niệu đạo tại mặt bụng hoặc mặt lưng niệu đạo bị hẹp. Tuy nhiên, chúng tôi chọn cách tiếp cận tạo hình tại mặt lưng bởi những ưu điểm sau:

- Cách tiếp cận từ mặt lưng có thể tránh được sự xuất hiện của lỗ rò niệu đạo.

- Mảnh ghép khi tạo hình tại mặt lưng có thể dính vào âm vật, nhờ vậy sẽ chắc chắn hơn so với khi đặt tại mặt bụng.

- Mặt lưng niệu đạo nữ có nguồn máu nuôi dồi dào, xung quanh có các mô hỗ trợ, giúp dễ lành vết thương so với những vị trí khác.

- Giúp hạn chế tác động, thay đổi cấu trúc giải phẫu vùng thành trước âm đạo. Về

sau có thể thực hiện phẫu thuật tạo hình lại dễ dàng hơn nếu bệnh nhân xuất hiện tình trạng tiểu không kiểm soát.

Tuy nhiên, phương pháp tạo hình tại mặt bụng cũng có những nhược điểm, có thể kể đến như nguy cơ máu mất nhiều do vị trí phẫu thuật giàu nguồn máu nuôi, đặc biệt là vùng gần âm vật; nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng tình dục nếu có tổn thương âm vật và nguy cơ tiểu không kiểm soát cao hơn so với các phương pháp khác [7].

Cả 2 trường hợp của chúng tôi sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo mặt lưng bằng niêm mạc má đều thành công, chưa ghi nhận tình trạng rò nước tiểu hay tái phát. Bệnh nhân đầu tiên sau phẫu thuật ghi nhận tình trạng đi tiểu thông thoáng, dễ dàng, tự chủ với kết quả Qmax > 15ml/giây. Vì nghiên cứu còn trong giai đoạn sớm với số lượng mẫu ít nên cần nghiên cứu với số lượng mẫu và thời gian nhiều hơn để nhằm mang lại tính khách quan cho phương pháp điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Hẹp niệu đạo là bệnh lý cực kỳ hiếm gặp ở nữ giới, thường gặp ở độ tuổi ngoài 60 và là một thách thức trong ngành phẫu thuật tạo hình. Tuy vậy, phẫu thuật tạo hình niệu đạo lại mang lại nhiều kết quả khả quan và có tỷ lệ thành công điều trị cao hơn so với các phương pháp điều trị khác. Phẫu thuật tạo hình niệu đạo bằng niêm mạc má điều trị hẹp niệu đạo ở nữ là phương pháp khả thi và hiệu quả, giúp phục hồi chức năng đường tiểu dưới cho bệnh nhân. Cần có nghiên cứu theo dõi với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. I. Osman, A. Mangera, and C. R. Chapple**, "A Systematic Review of Surgical Techniques Used in the Treatment of Female Urethral Stricture," *European Urology*, vol. 64, no. 6, pp. 965-973, 2013/12/01/ 2013.
2. **R. G. Gomez, F. J. Segura, A. Saavedra, and R. A. Campos**, "Female urethral reconstruction: dorsal buccal mucosa graft onlay," (in eng), *World J Urol*, vol. 38, no. 12, pp. 3047-3054, Dec 2020.
3. **C. West and A. Lawrence**, "Female urethroplasty: contemporary thinking," (in eng), *World J Urol*, vol. 37, no. 4, pp. 619-629, Apr 2019.
4. **M. M. Higgins, D. Wengryn, D. Koslov, J. Oliver, and B. J. Flynn**, "Female urethroplasty with dorsal onlay buccal mucosal graft: a single institution experience," (in eng), *Int Urol Nephrol*, vol. 55, no. 5, pp. 1149-1154, May 2023.
5. **Faiena, C. Koprowski, and H. Tunuguntla**, "Female Urethral Reconstruction," (in eng), *J Urol*, vol. 195, no. 3, pp. 557-67, Mar 2016.
6. **Y. Ma, Z. Y. Jian, Q. Hu, Z. Luo, and T. Jin**, "Oral Mucosa vs. Penile Skin Flap in Substitution Urethroplasty for Anterior Urethral Strictures: A Systematic Review and Meta-Analysis," (in eng), *Front Surg*, vol. 8, p. 803750, 2021.
7. **K. J. Chua et al.**, "Treatment of Urethral Stricture Disease in Women: Nonsystematic Review of Surgical Techniques and Intraoperative Considerations," (in eng), *Res Rep Urol*, vol. 13, pp. 381-406, 2021.