

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NỔI THÀNH CÔNG DƯƠNG VẬT ĐỨT LÌA BẰNG PHẪU THUẬT VI PHẪU

Cao Xuân Thành¹, Hồ Mẫn Trường Phú¹, Nguyễn Kim Tuấn¹,
Ngô Thanh Liêm¹, Hoàng Đức Minh¹, Nguyễn Văn Thuận¹,
Lê Đình Khánh², Hoàng Văn Tùng²

TÓM TẮT

Đứt lìa dương vật là một thương tổn hiếm gặp và 87% bệnh nhân tự cắt có vấn đề về tâm thần. Nổi dương vật được áp dụng cho tất cả các trường hợp đứt dương vật – phần bị cắt đứt này có thể dùng được hay không bị hủy hoàn toàn. Phần dương vật bị đứt lìa có thể được duy trì đến 16 giờ hay trong một số trường hợp có thể lên đến 24 giờ trong điều kiện nhiệt độ thấp. Chúng tôi giới thiệu 1 bệnh nhân 25 tuổi, tự cắt đứt dương vật của mình và có vấn đề về tâm thần.

Phẫu thuật vi phẫu được sử dụng để khôi phục lại gần như toàn bộ chức năng niệu dục và thẩm mỹ. Sự quan trọng trong việc sử dụng kỹ thuật vi phẫu để đạt được kết quả chức năng và thẩm mỹ tốt hơn là 1 vấn đề vẫn đang được thảo luận và bàn cãi. Thêm nữa, chúng tôi nhấn mạnh rằng sự quản lý đúng đắn thường sẽ mang lại kết quả tốt và không có biến chứng.

Từ khóa: Đứt lìa dương vật, phẫu thuật vi phẫu.

ABSTRACT

CASE STUDY: SUCCESSFUL PENILE AMPUTATION REIMPLANTATION BY MICRO SURGERY

Cao Xuan Thanh¹, Ho Man Truong Phu¹, Nguyen Kim Tuan¹,
Ngo Thanh Liem¹, Hoang Duc Minh¹, Nguyen Van Thuan¹,
Le Dinh Khanh², Hoang Van Tung²

Penile amputation is an uncommon injury and 87% of the patients are self inflicted injuries who had psychiatric problems. Penile reimplantation applies to all cases of amputated penis, providing that the amputated part is available or not completely destroyed [6]. The amputated part can be maintained up to 16 hours or may be up to 24 hours at hypothermia [6], [9], [13]. We present a 25-year old man who suffered a complete penile amputation in a result of self inflicted injuries and he had psychiatric problems.

Microsurgical replantation was performed with restoring nearly normal genitourinary function and cosmetic. The importance of using microsurgical techniques in order to achieve better functional and cosmetic results is discussed. In addition, we emphasize that the proper management of penile entrapment usually results in a good outcome and leaves no complication.

Key words: Penile amputation, microsurgical replantation.

1. BVTW Huế
2. Trường ĐH YD Huế

- Ngày nhận bài (received): 6/5/2013; Ngày phản biện (revised): 16/12/2013;
Ngày đăng bài (Accepted): 18/12/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS Trần Thừa Nguyên
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Kim Tuấn
- Email: bstuanbvh@yahoo.com

I. MỞ ĐẦU

Đứt lìa dương vật là 1 tổn thương hiếm gặp [1], [5], [6]. Năm 1929, Ehrich báo cáo trường hợp nối dương vật không sử dụng vi phẫu (phẫu thuật thường) đầu tiên [2]. Các thể hang và xóp được nối lại với nhau và dương vật được vùi vào trong bìu. Kỹ thuật nối dương vật thường được Mc Roberts và cộng sự mô tả vào năm 1968 [14]. Da bìu là dày và nhiều lông. Nhiều phẫu thuật viên không vùi dương vật nối vào trong bìu nhằm làm giảm sự căng tại đường khâu [6]. Mặc dù thâm mỹ và chức năng sau nối dương vật không sử dụng vi phẫu là hài lòng, có kết quả tương đối tốt, nhưng có khá nhiều báo cáo phổ biến về hoại tử da dương vật.

Cohen và cộng sự - Tamai và cộng sự báo cáo kỹ thuật nối dương vật vi phẫu trong đó mạch máu và thần kinh cũng được nối [3], [4]. Kết quả là tốt đẹp hơn, hoại tử da vẫn còn nhưng giảm hơn nhiều so với trước nhóm nghiên cứu xin thông báo trường hợp.

II. BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam 25 tuổi, sắp lập gia đình.

Lý do vào viện: Đứt lìa dương vật.

Bệnh sử: Lúc 5 giờ sáng 26/3/2013, bệnh nhân tự cắt đứt dương vật, chảy máu nhiều, được người nhà gói dương vật bị đứt lìa lại bằng giấy. Sau đó người nhà đưa bệnh nhân và dương vật đứt lìa vào Bệnh viện TW Huế, được Phòng Cấp cứu Đa khoa rửa bằng nước muối sinh lý, gói dương vật bị đứt lìa vào 1 gạc ẩm rồi ngâm vào nước đá.

Tiền sử: Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tâm thần nhưng không được điều trị thường xuyên

Kỹ thuật: Bệnh nhân được chuyển vào phòng mổ và gây mê Nội khí quản.

Kiểm tra thấy dương vật bị đứt lìa, vết cắt sắc

gọn, đang chảy máu, phần còn lại khoảng 2 cm (hình 1). Dương vật đứt lìa dài khoảng 2 cm, còn hồng, da dương vật dài phủ đến tận gốc dương vật (hình 2).

Súc rửa, cắt lọc phần gốc dương vật và phần dương vật bị đứt lìa. Bơm súc rửa động mạch bằng nước muối sinh lý pha với Heparin làm sạch máu cục trong lòng mạch.

Tiến hành đặt sonde tiểu.

Khâu nối niệu đạo 8 mũi chỉ rời bằng chỉ Vicryl 5-0.

Khâu lại vật hang và vật xóp riêng biệt bằng chỉ Vicryl 5-0.

Thì vi phẫu nối mạch máu và thần kinh (hình 3):

- Bộc lộ tĩnh mạch và động mạch lưng (mu) dương vật

- Khâu nối 2 động mạch và 1 tĩnh mạch lưng dương vật bằng chỉ prolene 10-0

- Khâu nối các thần kinh lưng dương vật bằng chỉ prolene 9-0

- Sau khâu động mạch thông tốt, tĩnh mạch lưng dương vật hồi lưu tốt

Kiểm tra dương vật phần nối hồng tốt, tạo hình lại da dương vật, khâu da dương vật.

Đặt 2 dẫn lưu vết mổ (hình 4).

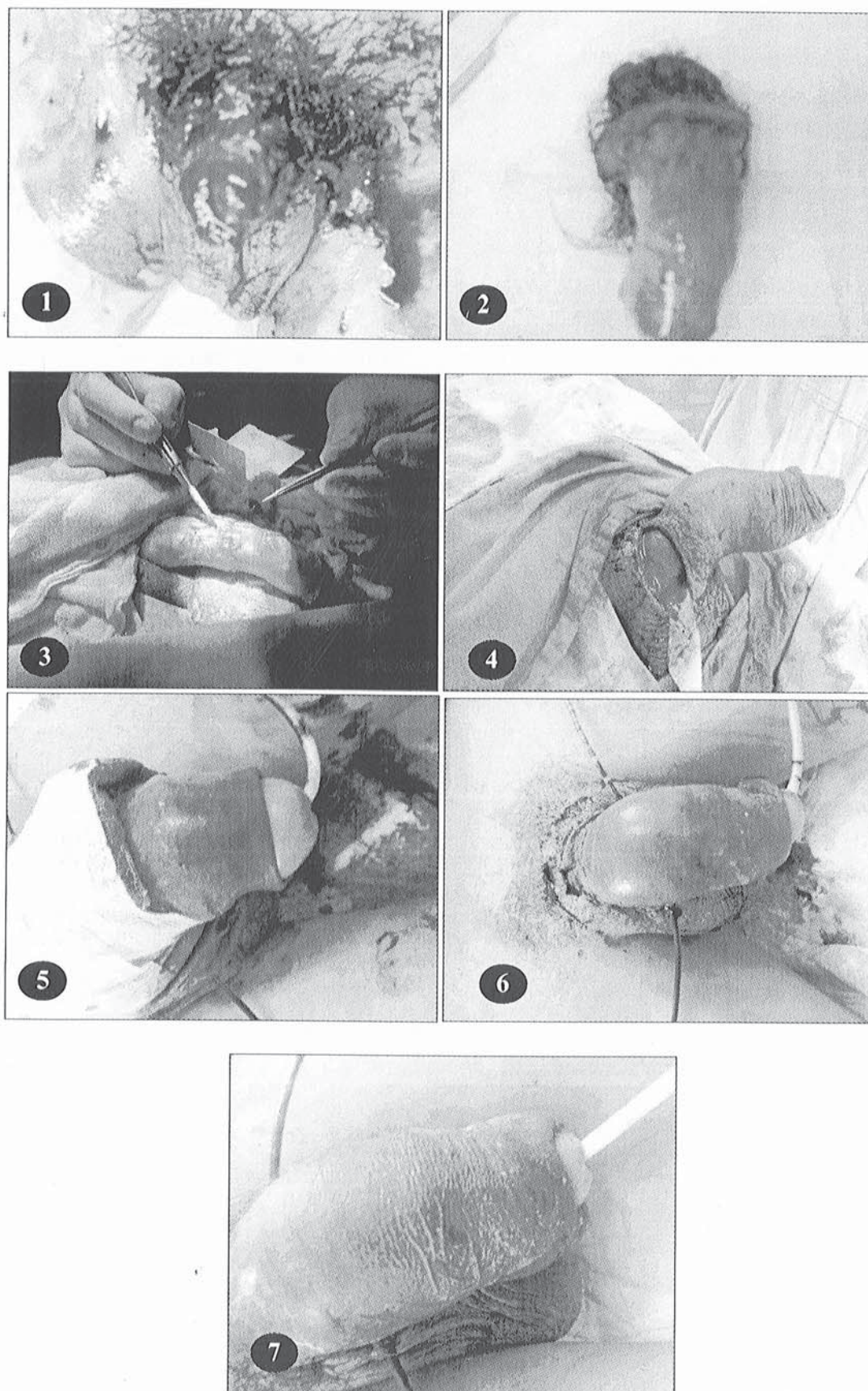
Kết quả sau 6 giờ (hình 5).

Kết quả sau 2 ngày có sự phù nề và tím ở phần dương vật được nối (hình 6).

Sau 6 ngày thì kết quả tốt hơn, phần dương vật đứt hồng, cung cấp máu tốt, vết mổ khô (hình 7).

Thuốc sau mổ:

- Kháng sinh phổ rộng
- Thuốc giảm đau
- Thuốc an thần
- Thuốc điều trị tâm thần
- Heparin trọng lượng phân tử thấp
- Thuốc kháng viêm



Hình 1. Các giai đoạn phẫu thuật

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Mặc dù ngày nay có nhiều báo cáo về phẫu thuật nối dương vật thành công, mang lại kết quả tốt đẹp về chức năng và thẩm mỹ nhưng nó vẫn hiếm gặp. Nguyên nhân thường gặp là do chính bệnh nhân, nhưng cũng có thể do thầy thuốc trong quá trình cắt bao quy đầu. Các nguyên nhân thường gặp thứ hai là do bạn tình, do vợ ghen tuông, các nguyên nhân khác như do thủ dâm, tai nạn lao động, do đạn bắn hay là do thú vật [5], [6], [9], [10], [11].

87% bệnh nhân tự cắt có tiền sử tâm thần, trong đó khoảng 51% có tâm thần phân liệt (schizophrenic) [6]. Nguyên nhân tự cắt ở những bệnh nhân có vấn đề về tâm thần (còn gọi là hội chứng Klingsors) liên quan với hành vi căng thẳng kéo dài, lặp lại đặc biệt khi thuốc đang điều trị bệnh bị dừng [5], [6].

Ehrich báo cáo trường hợp nối dương vật đầu tiên vào năm 1929 [2]. Kỹ thuật nguyên thủy ban đầu được sử dụng chỉ là nối 1 cách thô sơ các mô (tuyến, vật hang, vật xốp) chứ không có sự nối tỉ mỉ các mạch máu và thần kinh.

Cho đến sau này, trường hợp phẫu thuật vi phẫu thành công đầu tiên được Tamai và cộng sự báo cáo vào tháng 6 – 1976, sau đó là Cohen và cộng sự báo cáo vào tháng 8 – 1976 [3], [4]. Sau đó, nó trở thành phương pháp được ưa thích trong các trường hợp đứt dương vật. Ở đây có sự đồng thuận và chấp nhận là nối vi phẫu mang lại kết quả tốt hơn nhiều so với không nối vi phẫu. Tuy nhiên, vẫn có sự không đồng ý và tranh cãi về vấn đề số mạch máu cần nối trong phẫu thuật này. Phẫu thuật vi phẫu mang lại sự cung cấp máu tốt hơn giúp mô nhanh lành, giảm các biến chứng như tổn thương niệu đạo, hẹp hay dò niệu đạo, hoại tử da dương vật, rối loạn cương dương [5], [6].

Các bệnh nhân bị cắt đứt dương vật thường vào viện với tình trạng shock mất máu và đau. Shock giảm thể tích máu cần phải được giải quyết ngay. Garo gốc dương vật còn lại để cầm máu, không dùng các kẹp cầm máu hay mang đồ chẹt. Shock đau thì được giải quyết bằng thuốc giảm đau, an

thần. Bệnh nhân phải được chuyển tới bệnh viện chuyên khoa ngay.

Để giữ gìn và chuẩn bị cho phần dương vật bị đứt để nối lại, nhiều phương pháp liên quan xung quanh tiền phẫu được thực hiện [5]:

- Rửa qua phần dương vật đứt bằng dung dịch nước muối 0,9% và để nó vào 1 cái hộp áp lực thấp với nhiệt độ 4°.

- Quấn dương vật đứt trong 1 cái gạc ướt rồi đặt nó trong 1 túi chất dẻo.

- Đặt vào trong 1 hộp đá.

- Chuẩn bị dương vật để nối bằng cách rửa nó qua dung dịch chlorhexidine 1%, rồi nhúng nó qua dung dịch sodium heparin-saline 1%.

- Rửa dương vật bị đứt với nước muối sinh lý và kháng sinh.

Sự thành công trong nối dương vật là 16 giờ đối với dương vật được để trong đá, có thể lên đến 24 giờ và 6 giờ với điều kiện bình thường [1], [5], [6].

3.1. Về kỹ thuật

Các phương tiện cần thiết trong phẫu thuật vi phẫu:

- Các dụng cụ sử dụng trong vi phẫu

- Kính lúp (2.5 or 3.5x) và kính hiển vi (8-16x).

Bệnh nhân được gây mê Nội khí quản. Chỉ định sử dụng kháng sinh kháng vi khuẩn gram âm – dương hay kỵ khí là rất tốt. Bệnh nhân phải được tiêm kháng uốn ván.

Hầu hết các tác giả khuyên nên chuyển hướng đường tiểu bằng cách dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Tuy nhiên, khi xem xét lại các nghiên cứu, y văn thì không thấy lợi ích nào của dẫn lưu bàng quang thậm chí cả trong những trường hợp thất bại. Nói cách khác, nó thỉnh thoảng còn gây ra 1 số biến chứng như nhiễm trùng đường tiểu, đá máu, tắc dẫn lưu, nhiễm trùng da và sỏi bàng quang [7], [8], [9].

Sau khi thực hiện các công việc chuẩn bị trên, tiếp tục thực hiện theo từng bước sau [1], [5], [6], [11]:

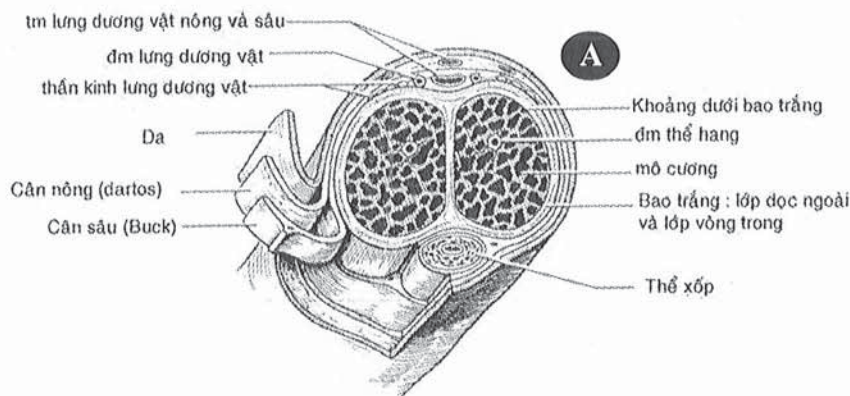
(1) Cầm máu gốc dương vật bằng 1 dẫn lưu Penrose nhỏ hoặc 1 vòng cao su nếu gốc dương vật còn đủ dài, hoặc Clamp Tamai nếu vị trí đứt gần chỗ nối dương vật – bìu. Cắt lọc các mô và da hoại tử

Nhân một trường hợp nối thành công dương vật đứt lìa bằng phẫu thuật vi phẫu

phải được thực hiện 1 cách cẩn thận và tỉ mỉ.

(2) Dưới sự phóng đại của kính loupe, da dương vật ở cả 2 đầu nên được làm ngắn hơn 1cm so với

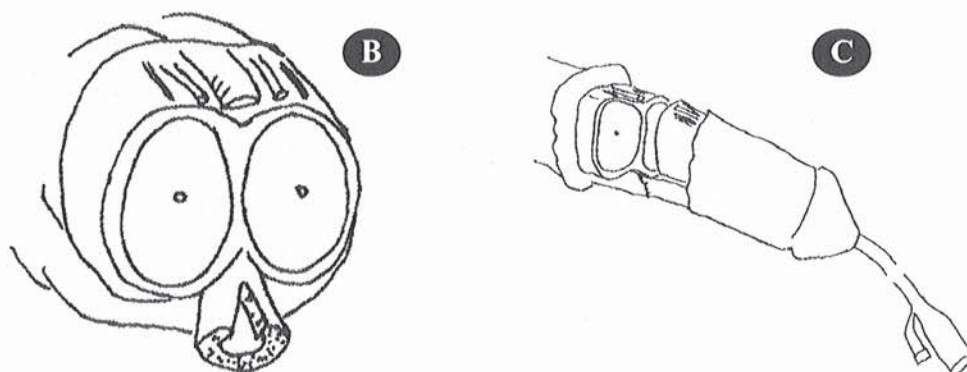
mặt cắt để thấy rõ vật xóp và vật hang. Các đầu của các động mạch lưng và tĩnh mạch lưng, thần kinh lưng dương vật phải được xác định rõ ràng (hình A).



Hình 2. Giải phẫu dương vật

(3) Một sonde Foley được đặt ngược dòng để cố định cả 2 đầu trước khi bắt đầu nối. Phần cuối của niệu đạo có hình thìa (hình B). Niêm mạc niệu đạo 2 đầu được nối với nhau bằng các mũi chỉ rời với chỉ Catgut chromic 6-0, vật xóp được nối với nhau bằng chỉ polyglycolic acid 4-0 hoặc 5-0 (hình C).

Vật hang, lớp vỏ trắng và vách của vật hang được nối với nhau vững chắc bằng chỉ polyglycolic acid 4-0 hoặc 5-0. Ở đây không cần nối động mạch hang sâu (động mạch trung tâm dương vật) vì các động mạch này quá nhỏ trừ khi trong 1 vài trường hợp có thể phẫu tích thấy các động mạch này.



Hình 3. Các giai đoạn B và C của kỹ thuật

(4) Dưới kính hiển vi phóng đại 8-16x, cả 2 động mạch lưng dương vật (đường kính 1mm), tĩnh mạch lưng dương vật (đường kính 3mm) được xác định. Phẫu tích tỉ mỉ và cẩn thận để thấy được phần động mạch tốt là 1 yếu tố rất quan trọng trong việc nối động mạch thành công bằng chỉ monofilament nylon 11-0. Tĩnh mạch lưng dương vật được nối với nhau bằng chỉ monofilament nylon 10-0. Sau đó nối thần kinh bằng chỉ monofilament nylon 9-0 hoặc 10-0. Sau đó, loại bỏ garo thường thấy các tuyến

hồng hào trở lại. Trong suốt quá trình nối mạch máu, vùng này cần phải được tưới bằng dung dịch heparin để ngăn ngừa sự ngưng tập tiểu cầu.

(5) Cân Dartos và cân Buck được nối với nhau bằng chỉ polyglycolic acid 5-0 hoặc 6-0 mũi rời. Cuối cùng da được khâu bằng chỉ Catgut chromic 4-0 hoặc 5-0. Mang đồ lỏng và đặt dương vật ở tư thế cao để máu tĩnh mạch hồi lưu tốt và dẫn lưu mạch bạch huyết. Một dẫn lưu bàng quang trên xương mu có thể được đặt (hình D và E).



Hình 4. Các giai đoạn D và E của kỹ thuật

3.2. Về chăm sóc hậu phẫu

Theo dõi hằng giờ về màu sắc, nhiệt độ và chảy máu dương vật.

Có nhiều biện pháp chăm sóc để bảo vệ miệng nối và dương vật đứt được sử dụng [1], [5], [7]:

- Sử dụng kháng sinh phổ rộng và heparin trọng lượng phân tử thấp.

- Điều trị với oxy áp suất cao.

- Không di động và bảo vệ dương vật bằng cách mặc quần rộng, băng dương vật, loại bỏ da bị hoại tử.

- 500 ml/ngày dung dịch dextran trọng lượng phân tử thấp trong 3 ngày được dùng để làm giảm độ nhớt của máu, qua đó làm giảm sự kết dính tiểu cầu, sử dụng thuốc kháng đông đầy đủ.

- Sử dụng thuốc điều trị tâm thần nếu bệnh nhân có vấn đề về thần kinh.

Bất thường sau mổ là phù của da ở thân và da quy đầu – thường xảy ra vài ngày sau mổ.

Sonde tiểu thường được bỏ sau 15 ngày.

Chụp niệu đạo ngược dòng được thực hiện tại thời điểm cho thấy sự lành hẳn của niệu đạo, không có sự hẹp niệu đạo hay dò tại miệng nối.

Sau khoảng 4 tháng dương vật thường liền và lành mà không có sự tiểu khó [5], [6].

Sự xung huyết sau phẫu thuật có thể được điều trị bằng cách chích máu khỏi vật hang.

Một dò niệu đạo dưới da dai dẳng được chỉ định phẫu thuật cắt đường dò. Với phẫu thuật vi phẫu, da hoại tử thường là ít và bọc dương vật trong gạc ẩm là cần thiết. Ít khi phải chỉ định ghép hay làm vật da dương vật.

Nhiều yếu tố đóng góp đến kết quả thành công của phẫu thuật này bao gồm: độ chấn thương, loại tổn thương (nghiền nát, xé rách hay cắt), sự giữ gìn dương vật sau khi bị cắt, các phương pháp sử dụng để nối dương vật và quan trọng là khả năng của phẫu thuật viên.

Sự mất da dương vật sau phẫu thuật không sử dụng vi phẫu là một vấn đề quan trọng, rất đáng chú ý. Da bao quanh phần dương vật đứt có thể bị hoại tử do nhiều nguyên nhân khác nhau, như thiếu máu kéo dài, nhiễm trùng hay xung huyết tĩnh mạch sau khi nối.

Sử dụng các vật bìu để khắc phục, sửa chữa những loại tổn thương khác nhau của dương vật được mô tả trong những báo cáo trước đây.

Kayikcioglu và cộng sự đã sử dụng vật bìu để điều trị dò niệu đạo sau nối dương vật.

Tillett và cộng sự mô tả sử dụng vật bìu để tạo hình tuyến sau cắt dương vật bán phần.

Tuy nhiên vật bìu chỉ được sử dụng để tái tạo lại 1 phần khuyết của dương vật trong tất cả các báo cáo.

Có 1 báo cáo về sử dụng vật bìu 2 chân để điều trị trong trường hợp mất da nhiều và hình chu vi sau nối dương vật [5], [6].

Tính chất của da bìu là mỏng, thừa và tương tự với da của dương vật do đó nó rất thích hợp để làm vật da bìu.

So với da ghép thì vật bìu có tác dụng tốt hơn trong cường dương, màu sắc da và trong quan hệ.

Bìu có thể cung cấp da đầy đủ bao quanh dương vật bị mất da diện rộng.

Nhược điểm duy nhất là mọc lông trên vật da

bìu. Tuy nhiên bệnh nhân không phải lo lắng về điều này vì lông mọc thường thừa thớt ở trung tâm bìu [5].

Các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vi phẫu thường là hẹp niệu đạo, dò niệu đạo dưới da, hoại tử da dương vật, rối loạn cương dương.

50 trường hợp nối dương vật bằng phẫu thuật không vi phẫu và 30 trường hợp nối vi phẫu đã được báo cáo (theo LI Gui-zhong, HE Feng – 2012). Tuy nhiên, sự cương dương và cảm giác như trước khi bị cắt trong suốt quá trình giao hợp là rất hiếm. Trong số những trường hợp nối vi phẫu, ít nhất 27 trường hợp thành công. Trong các trường hợp nối vi phẫu, nối vi mạch và thần kinh hay được sử dụng, chức năng cương dương có thể đạt được với cả 2 phương pháp nối vi phẫu và nối bình thường và 50% bệnh nhân có khả năng cương dương trong cả 2 phương pháp này. Tuy nhiên, các biến chứng như hẹp niệu đạo, mất da hay rối loạn cảm giác là cao hơn trong trường hợp không sử dụng nối vi phẫu. Cảm giác dương vật khôi phục chỉ 0 – 10% đối với các trường hợp nối thường và đến 80% đối với nối vi phẫu [5].

IV. KẾT LUẬN

Hồi lưu tĩnh mạch là yếu tố quan trọng trong sự thành công của nối dương vật. Qua các báo cáo, có thể kết luận việc nối vi phẫu các mạch máu và thần kinh lưng dương vật được xác định là phương pháp chuẩn trong nối dương vật.

Biến chứng thường gặp là mất da, hoại tử da dương vật. Dò niệu đạo dưới da là hiếm gặp hơn. Hoại tử dương vật ghép có báo cáo nhưng hiếm gặp. Miệng nối 2 lớp của 2 đầu niệu đạo làm biến chứng hẹp niệu đạo ít gặp hơn. Tóm lại, phẫu thuật vi phẫu nối dương vật là rất tuyệt vời, thậm chí kết quả cũng có thể tốt khi không thể nối vi phẫu.

Việc cố gắng khâu nối động mạch lưng dương vật và tĩnh mạch lưng dương vật (phải sử dụng các dụng cụ vi phẫu) là một trong những yếu tố rất quan trọng đảm bảo sự thành công của phẫu thuật.

Tình trạng cũng như việc xử lý, bảo quản đoạn dương vật bị đứt lìa, và thời gian từ lúc xảy ra tai nạn đến khi phẫu thuật cũng là những yếu tố quan trọng không kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 15 tài liệu tham khảo, nếu có nhu cầu, vui lòng liên hệ với tác giả