

THỰC TRẠNG VÀ KHÓ KHĂN TRONG CHĂM SÓC TRẺ CÓ PHẪU THUẬT LỖ TIỂU LỆCH THẤP TẠI VIỆT NAM

Đình Quang Hải^{1,✉}, Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) là dị tật bẩm sinh niệu dục thường gặp ở trẻ trai (1/200-1/300 trẻ nam). Phẫu thuật chỉnh hình niệu đạo là phương pháp điều trị chính, song hiệu quả lâu dài phụ thuộc nhiều vào chăm sóc sau mổ. Mục tiêu: Bài viết tổng hợp các khuyến cáo quốc tế, mô tả thực trạng chăm sóc sau phẫu thuật LTLT tại Việt Nam và đề xuất định hướng chuẩn hóa quy trình chăm sóc điều dưỡng. Nội dung: Các hướng dẫn quốc tế nhấn mạnh vai trò của chăm sóc sau mổ, bao gồm quản lý ống thông tiểu, thay băng, phòng ngừa nhiễm trùng và giáo dục gia đình. Ở Việt Nam, quy trình chăm sóc chưa thống nhất, chủ yếu dựa vào kinh nghiệm từng cơ sở, thiếu tài liệu hướng dẫn chuẩn hóa. Kết luận: Chăm sóc sau mổ LTLT đóng vai trò then chốt trong giảm biến chứng và cải thiện kết quả điều trị. Cần xây dựng khuyến cáo và đào tạo điều dưỡng chuyên biệt để tiệm cận xu hướng quốc tế.

Từ khóa: Lỗ tiểu lệch thấp, chăm sóc, phẫu thuật, trẻ em, Việt Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) là một dị tật bẩm sinh thường gặp ở trẻ nam, ảnh hưởng đến chức năng tiểu tiện, thẩm mỹ dương vật và tâm lý - xã hội của trẻ. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chuẩn, nhưng kết quả không chỉ phụ thuộc vào kỹ thuật mổ mà còn chịu tác động lớn từ quá trình chăm sóc hậu phẫu.^{1,2} Chăm sóc điều dưỡng đóng vai trò thiết yếu trong giảm đau, dự phòng nhiễm khuẩn, quản lý ống thông niệu đạo, thay băng đúng kỹ thuật và phát hiện sớm biến chứng.³⁻⁵

Tuy nhiên, tại Việt Nam, chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp còn gặp nhiều khó khăn. Nhiều cơ sở chưa có quy trình chuẩn hóa, dẫn đến sự khác biệt lớn trong thay băng, quản lý sonde và vệ sinh vết mổ. Cha mẹ thường chưa có kiến thức y tế, lo lắng khi thấy các dấu hiệu

bất thường của trẻ và vết mổ. Điều kiện chăm sóc tại nhà còn hạn chế, đặc biệt ở nông thôn, nơi môi trường vệ sinh và nguồn nước chưa đảm bảo, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Bên cạnh đó, tâm lý e ngại về dị tật sinh dục khiến nhiều gia đình ít chia sẻ thông tin, dẫn đến việc chăm sóc chưa chủ động và kém tuân thủ hướng dẫn. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp còn hạn chế, chủ yếu tập trung vào kỹ thuật phẫu thuật, trong khi vai trò và kinh nghiệm chăm sóc điều dưỡng chưa được tổng hợp đầy đủ.⁶

Trong khi các tài liệu quốc tế đã đưa ra nhiều khuyến cáo về chuẩn hóa chăm sóc điều dưỡng và mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, thì tại Việt Nam số lượng nghiên cứu về chăm sóc hậu phẫu lỗ tiểu lệch thấp vẫn còn rất ít, chủ yếu tập trung vào kết quả phẫu thuật. Do đó, việc tổng hợp thực trạng, chia sẻ kinh nghiệm chăm sóc và đề xuất quy trình phù hợp là cần thiết để nâng cao chất lượng điều trị và giảm biến chứng sau mổ cho trẻ mắc lỗ tiểu lệch thấp.

Tác giả liên hệ: Đình Quang Hải

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: quanghaimuh@gmail.com

Ngày nhận: 16/10/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

1. Nguy cơ thất bại sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp

Các nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật sửa lỗ tiểu lệch thấp, đặc biệt ở thể nặng hoặc lỗ tiểu gần gốc dương vật, có tỷ lệ biến chứng cao, có thể lên đến 50 - 60%. Một nghiên cứu trên 292 trẻ (2012 - 2020) ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung 26,7%, nhưng ở thể tăng sinh môn tăng tới 57,7%.⁷ Một nghiên cứu khác trên 119 bệnh nhân (2018 - 2021) ghi nhận 36% biến chứng, với nguy cơ tăng khi thời gian lưu ống thông vượt quá 5 ngày.⁸ Biến chứng có thể xuất hiện muộn và theo thời gian, khiến tỷ lệ phải phẫu thuật lại đạt 39,3% sau 5 năm và 51,8% sau 15 năm.

Các yếu tố tiên lượng nguy cơ thất bại sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp:

Vị trí lỗ tiểu lệch thấp/độ nặng: lỗ tiểu nằm gần gốc dương vật có tỷ lệ biến chứng cao hơn rất rõ ràng.^{7,9}

Kỹ thuật phẫu thuật / loại thông niệu đạo: trong nghiên cứu đa trung tâm ở Trung Quốc,

các phương pháp như Duckett có biến chứng cao hơn so với TIP, Onlay nhưng hiệu quả lại phụ thuộc rất lớn vào điều kiện thực thể của dương vật và kinh nghiệm phẫu thuật viên.⁹

Tuổi khi phẫu thuật: một số nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt đáng kể nếu phẫu thuật trước tuổi dậy thì, nhưng có những dữ liệu cho rằng tuổi cao hơn có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng nếu tổn thương nặng hơn.⁹

Tiền sử phẫu thuật trước đó: các ca phẫu thuật sửa lại có tỉ lệ biến chứng cao hơn, do mô sẹo, thiếu mô lành, nhu cầu kỹ năng cao hơn.¹⁰

Các biến chứng thường gặp:

Biến chứng muộn trong phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp thường có cơ chế phức tạp, chủ yếu liên quan đến kỹ thuật mổ và các yếu tố tiên lượng trước phẫu thuật. Ngược lại, biến chứng sớm chịu ảnh hưởng của cả giai đoạn trước, trong và sau mổ; nhiều biến chứng trong số này có thể phòng tránh hoặc kiểm soát hiệu quả nếu được chăm sóc vết thương và theo dõi hậu phẫu đúng cách.

Biến chứng	Đặc điểm	Thời điểm
Rò niệu đạo ^{7,8,11-13}	Liên quan kinh nghiệm phẫu thuật viên, kỹ thuật tạo hình, phương pháp dẫn lưu, chiều dài niệu đạo mới, nhiễm trùng, tưới máu kém, hoại tử vạt da, thiếu sản quy đầu; nguy cơ tăng khi lỗ tiểu ở vị trí xa.	Sớm sau mổ hoặc muộn (từ vài tháng đến vài năm).
Hẹp miệng sáo/ hẹp niệu đạo ¹⁴	Do quá trình viêm - xơ hóa tiến triển, cơ chế bệnh sinh phức tạp; ảnh hưởng đáng kể chức năng tiểu tiện, có thể cần phẫu thuật lại.	Thường xuất hiện muộn, hiếm gặp ngay sau mổ.
Cong dương vật, thiếu mô - thiếu da, sẹo xấu ^{9,15}	Liên quan bất lợi giải phẫu, thiếu mô đủ lành; cong dương vật > 30° có thể gặp đến 25% trong 2 năm đầu.	Chủ yếu xuất hiện muộn, ít gặp ngay sau mổ.
Tách đường khâu (da - niệu đạo hoặc quy đầu) ¹⁴	Do mô căng, kỹ thuật khâu không chắc, hoặc nhiễm khuẩn vết mổ.	Có thể xuất hiện sớm ngay sau mổ hoặc muộn hơn.

Biến chứng	Đặc điểm	Thời điểm
Hoại tử vạt da/tổn thương mạch máu ¹⁴	Do kỹ thuật tạo vạt hoặc tưới máu kém; gặp khi dùng graft (da, niêm mạc miệng, môi).	Xuất hiện trong những ngày đầu sau mổ.
Nhiễm trùng vết mổ - nhiễm trùng tiểu - phù nề - chảy máu	Liên quan trực tiếp đến khâu chăm sóc vết thương, thay băng, dẫn lưu nước tiểu và vệ sinh không đảm bảo.	Sớm sau mổ; có thể kiểm soát tốt bằng chăm sóc tích cực.

Vai trò của chăm sóc sau mổ:

Phần lớn các nghiên cứu về tiên lượng biến chứng sau mổ lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) tập trung vào yếu tố bệnh nhi và kỹ thuật phẫu thuật, trong khi vai trò chăm sóc điều dưỡng lại ít được nhắc tới dù rất quan trọng. Chăm sóc sau mổ ảnh hưởng trực tiếp đến biến chứng sớm, vì vết mổ còn non, dễ phù nề, nhiễm khuẩn và luôn tiếp xúc với nước tiểu. Đặc điểm mô vùng quy đầu - niệu đạo trước mỏng và nhạy cảm khiến nguy cơ biến chứng càng cao. Sonde tiểu lưu 5 - 14 ngày giúp giảm áp lực dòng tiểu và hạn chế nhiễm bẩn, hỗ trợ biểu mô hóa ống niệu đạo mới tạo hình; ngược lại, sonde gập, tắc hoặc rơi có thể làm tăng nguy cơ rò niệu đạo.

Chăm sóc sau mổ cần điều chỉnh theo từng kỹ thuật phẫu thuật khác nhau. Với các kỹ thuật dùng vạt có cuống mạch (như Duckett), điều dưỡng phải theo dõi tưới máu cuống để tránh hoại tử do băng ép hoặc thiếu nuôi dưỡng. Với kỹ thuật dùng mảnh ghép tự do (niêm mạc miệng/môi), cần giữ vùng ghép khô và cố định tốt để tránh bong hoặc hoại tử do cọ xát hay ẩm ướt. Ở các trường hợp mô sẹo, tái phẫu thuật hoặc tưới máu kém, nguy cơ biến chứng cao hơn nên cần chăm sóc và theo dõi nghiêm ngặt hơn. Điều này cho thấy chăm sóc điều dưỡng là yếu tố then chốt trong phòng ngừa biến chứng sớm và góp phần quyết định thành công của phẫu thuật tạo hình niệu đạo.

Hiện chưa có hướng dẫn chuẩn về chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp, nên mỗi trung tâm áp dụng quy trình riêng. Một số nghiên

cứu, gồm cả nghiên cứu đa trung tâm tại Trung Quốc, cho thấy chăm sóc sau mổ như quản lý ống thông, vệ sinh, thay băng, phòng nhiễm trùng và xử lý sớm biến chứng ảnh hưởng đáng kể đến kết quả, nhưng quy trình giữa các cơ sở vẫn chưa thống nhất.⁹ Thời điểm xuất hiện biến chứng thường trong năm đầu sau mổ, nhưng có thể xuất hiện muộn (sau nhiều năm), vì vậy theo dõi lâu dài rất quan trọng.

2. Vai trò của chăm sóc trước và sau mổ đến nguy cơ biến chứng

Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật:

Cũng như các phẫu thuật khác, chuẩn bị trước mổ đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ biến chứng, tập trung vào nhịn ăn hoàn toàn trước gây mê và vệ sinh sát khuẩn toàn thân bằng xà phòng, đặc biệt vùng sinh dục. Trẻ thường được yêu cầu nhịn ăn 6 giờ, nhịn uống 4 giờ, tắm rửa bằng xà phòng sát khuẩn và thay trang phục vô khuẩn trước khi vào phòng mổ, trong khi điều dưỡng hoàn thiện hồ sơ và kiểm tra an toàn người bệnh. Tuy nhiên, hiện còn rất ít nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa chuẩn bị trước mổ với biến chứng đặc thù của lỗ tiểu lệch thấp, và một nghiên cứu tại Khoa Tiết niệu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ghi nhận tới 94% người bệnh không được hướng dẫn vệ sinh cá nhân đầy đủ, cho thấy chất lượng chuẩn bị mổ còn chưa đồng đều.

Trên thực tế, việc lựa chọn dung dịch sát khuẩn vệ sinh trước phẫu thuật có thể ảnh hưởng tới tiên lượng sau phẫu thuật lỗ tiểu

lệch thấp. Nghiên cứu của Ye (2023) đánh giá ảnh hưởng của dung dịch sát khuẩn da trước phẫu thuật đến kết quả sau mổ lỗ tiểu lệch thấp (LTLT). Trẻ được chia thành ba nhóm: PVI 0,5% (n = 90), PVI 5% (n = 92) và nhóm đối chứng (n = 84) - nhóm đối chứng chỉ tắm bằng sữa tắm thông thường trước phẫu thuật. Nghiên cứu gợi ý rằng việc tắm hai lần bằng dung dịch Betadine 5% pha với xà phòng trong 48 giờ trước mổ có thể giúp giảm biến chứng sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp, dù vẫn cần thêm nghiên cứu để khẳng định hiệu quả này.¹⁶

Chăm sóc ống thông niệu đạo

Một trong những yếu tố quyết định khả năng liền thương sau phẫu thuật niệu đạo là việc ngăn không cho dòng nước tiểu trực tiếp chảy qua vết thương. Tác nghẽn hoặc rò rỉ không kiểm soát tại hệ thống dẫn lưu có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, dò niệu đạo và hẹp niệu đạo sau mổ. Trên thực tế, tùy theo kích thước của niệu đạo trẻ sẽ được đặt ống thông niệu đạo khác nhau cũng như theo thói quen của phẫu thuật viên.

Tại Việt Nam, hầu hết cơ sở phẫu thuật duy trì lưu sonde 7 - 14 ngày. Một nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh ghi nhận thời gian trung bình 9,7 ngày, trong đó một số trường hợp rò xuất hiện ngay sau khi rút ống.¹⁷ Bệnh viện Nhi Trung ương thường lưu khoảng 10 ngày, còn tại Sản Nhi Nghệ An là 10 - 14 ngày, nơi các biến chứng liên quan đến sonde khá phổ biến như rò quanh sonde (31,25%), tuột sonde (20,83%) và rò niệu đạo sau mổ (16,67%).¹⁸ Trên thế giới, nhiều hướng dẫn khuyến nghị lưu sonde 5 - 7 ngày cho các ca lỗ tiểu lệch thấp đoạn xa hoặc trung bình, nhằm cân bằng giữa thời gian bảo vệ đường khâu và nguy cơ biến chứng do lưu ống kéo dài. Một số nghiên cứu bằng phương pháp TIPU cho thấy rút sonde sớm (≤ 7 ngày) không làm tăng tỷ lệ rò niệu đạo, đồng thời giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nguy cơ nhiễm

khẩn tiết niệu nhưng vẫn cần nhiều nghiên cứu đánh giá thêm.¹⁹ Việc quyết định thời điểm rút ống thông cần cá thể hóa theo mức độ dị tật và phương pháp phẫu thuật.

Hiện nay, đa số các trung tâm vẫn sử dụng ống thông hoặc stent niệu đạo sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp, song xu hướng mới là cá thể hóa lựa chọn tùy theo vị trí dị tật, kỹ thuật mổ và khả năng chăm sóc hậu phẫu. Các nghiên cứu trên lỗ tiểu lệch thấp thể nhẹ và thể thân dương vật cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về biến chứng sớm giữa nhóm có dùng stent và không dùng stent.^{20,21} Vật liệu stent/ ống thông cũng tác động đến kết quả: mỗi loại (silicone, silastic, catheter thường) đều có ưu - nhược điểm riêng và chưa có loại nào tối ưu tuyệt đối. Stent cứng có thể gây khó chịu, trong khi stent quá mềm dễ xoắn, gập hoặc gãy; bóng Foley có thể làm tăng nguy cơ rò.²² Tại Việt Nam, vật liệu sử dụng chủ yếu vẫn là sonde Foley và ống silicone.

Một lượng nhỏ nước tiểu rò quanh ống thông là hiện tượng thường gặp và không ảnh hưởng nếu phần lớn nước tiểu vẫn thoát qua hệ thống dẫn lưu. Tuy nhiên, rò nhiều có thể báo hiệu tắc ống, và khi ống bị tắc hoặc tuột cần xử trí ngay. Nước tiểu có thể lẫn ít máu hoặc dịch hồng sau mổ là bình thường. Ống thông luôn được khâu cố định và tuyệt đối không được tự ý rút bỏ. Nếu trong 3 - 5 phút không thấy nước tiểu chảy qua ống, phải kiểm tra hệ thống dẫn lưu ngay để phát hiện tắc hoặc gập.

Băng vết thương

Việc băng vết mổ sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp vẫn còn nhiều tranh luận do sự đa dạng về vật liệu, kỹ thuật và thiếu bằng chứng thống nhất. Trên thế giới có nhiều loại băng được sử dụng như bọt silicon, băng thun, băng ngón tay găng, màng phim trong suốt, Cavi-care, keo octyl-cyanoacrylate, Alleyvn, hay băng lưới ống... mỗi loại đều có ưu và nhược điểm riêng.

Băng lý tưởng cần mềm, vừa vặn, chống thấm, không dính, không gây dị ứng và tạo lực ép nhẹ để giảm phù nề.²³ Tuy nhiên, tổng quan từ 17 nghiên cứu cho thấy chưa có kỹ thuật nào đáp ứng đầy đủ các tiêu chí này. Một số loại như băng tự tiêu, băng trong suốt hay keo octyl-cyanoacrylate cho kết quả tốt ở lỗ tiểu lệch thấp thể xa. Tại các cơ sở hạn chế nguồn lực, những vật liệu giá rẻ như băng ngón tay, băng lưới ống hay Alleyvn vẫn phổ biến.²³⁻²⁵ Ở Việt Nam, hầu hết các trung tâm vẫn sử dụng gạc 100% cotton truyền thống nhờ tính sẵn có và chi phí thấp.

Mặc dù gần đây có nhiều nghiên cứu chứng minh việc sử dụng băng và không băng trong quá trình chăm sóc đều cho rằng nhóm không băng thu kết quả tốt hơn.²⁶ Nhưng các tác giả cũng đều cho rằng băng là bảo vệ đường khâu, giảm phù nề, cố định dương vật và hạn chế chảy máu, tạo thành một lớp bảo vệ cơ học và cũng để cho bố mẹ yên tâm hơn. Việc tháo băng thường gây lo lắng, đau và cần chuẩn bị thật tốt và đây là điểm cần hướng dẫn rõ cho cha mẹ.^{25,27} Băng ép sau mổ được quấn quanh dương vật nhằm giữ dương vật áp sát bụng và bảo vệ vết mổ, thường được duy trì 3 - 4 ngày. Băng có thể thấm máu nhẹ hoặc chuyển màu hồng/đỏ nhạt, điều này được coi là bình thường. Băng có thể tháo sớm hơn nếu bị nhiễm bẩn nặng.

Dung dịch chăm sóc vết thương:

Có rất nhiều quan điểm về việc sử dụng PVI trong thay băng bệnh nhân phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp, khi các quy trình thay băng hiện tại của Bộ Y tế và các bệnh viện vẫn sử dụng PVI 10%. Hiện nay, mặc dù PVI được công nhận rộng rãi về hiệu quả trong phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, nhưng quy trình sử dụng PVI trong chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp vẫn chưa thống nhất. Trong khi một số nghiên cứu cho rằng có thể sử dụng PVI pha loãng

nồng độ thấp hơn (0,5 - 1%) để hạn chế kích ứng da và độc tính niêm mạc. Ngoài ra, chưa có sự đồng thuận rõ ràng về thời điểm ngừng sử dụng PVI: có tác giả đề xuất duy trì sát khuẩn hàng ngày cho đến khi tháo thông tiểu, nhưng cũng có nơi chỉ áp dụng trong 3 - 5 ngày đầu. Tại Khoa Nam học và Y học giới tính - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, quy trình chăm sóc hậu phẫu hiện nay ưu tiên sử dụng các dung dịch sát khuẩn an toàn với mô như PVI pha loãng 1%, Acid Hypochlorous (HOCl) hoặc dung dịch Polyhexamethylene Biguanide (PHMB 0,1%) kết hợp Betaine (0,1%). Các dung dịch này cho thấy hiệu quả trong kiểm soát vi sinh vật mà không gây độc tế bào, đồng thời hỗ trợ tiến trình liền thương sinh lý, đặc biệt ở bệnh nhân phẫu thuật tạo hình niệu đạo.²⁸

Kháng sinh:

Tổng quan hệ thống gần đây cho thấy hầu hết các nghiên cứu không chứng minh lợi ích rõ rệt của kháng sinh dự phòng kéo dài sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp trong việc giảm nhiễm trùng đường tiết niệu hay nhiễm trùng vết mổ.^{29,30} Đối với kháng sinh dự phòng trước mổ vì tỉ lệ biến chứng sau mổ là thấp, nên cân nhắc dùng kháng sinh dự phòng trước mổ đối với những trẻ có nguy cơ thấp.³¹ Hiện nay, Bộ Y tế khuyến nghị sử dụng liều kháng sinh đơn liều trước mổ và không khuyến kéo dài sau mổ nếu không có yếu tố nguy cơ cao; tuy nhiên, tại Việt Nam thực hành lâm sàng rất khác nhau, nhiều phẫu thuật viên vẫn cho kháng sinh toàn thời gian có đặt ống thông. Bản thân các phác đồ dự phòng kháng sinh cũng khác nhau, trong các nghiên cứu được trích dẫn kháng sinh được dùng trong 10 ngày, hoặc cho đến khi rút ống thông, hoặc thậm chí lâu hơn, vài ngày sau khi rút ống thông. Không có nghiên cứu nào cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết thương cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân không được điều trị dự phòng sau phẫu thuật. Tất cả các nghiên cứu,

ngoại trừ một nghiên cứu, cũng không chứng minh được tỷ lệ nhiễm trùng đường tiết niệu, hình thành lỗ rò niệu đạo qua da hoặc hẹp lỗ tiểu ngoài cao hơn.³²⁻³⁵

Ra viện và chăm sóc tại nhà

Chăm sóc và theo dõi tại nhà: Sau mổ, trẻ thường có đau nhẹ, sưng, bầm tím ở dương vật.³⁶ Trẻ thường được tư vấn tiếp tục theo dõi nếu không có biến chứng bất thường như chảy máu, bí tiểu, rò niệu đạo.

Tắm rửa: Trong thời gian còn băng, trẻ chỉ được vệ sinh bằng lau người; sau tháo băng có thể tắm bồn hoặc tắm vòi sen 5 - 10 phút với nước ấm, tránh sử dụng xà phòng và tránh tác động trực tiếp lên vùng phẫu thuật. Hoạt động bơi lội hoặc ngâm nước nóng cần kiêng ít nhất 2 tuần sau mổ.³⁶

Thuốc: Kháng sinh: dùng cho đến vài ngày sau khi rút ống.

Dinh dưỡng: Chế độ dinh dưỡng cần khuyến khích uống nhiều nước. Khuyến khích ăn nhiều chất xơ, dùng nước ép táo, lê, mận, chế độ ăn có thể trở lại bình thường tránh táo bón; cần bổ sung thuốc nhuận tràng khi cần thiết.³⁶

Vận động: Hoạt động thể chất được khuyến khích ở mức độ nhẹ; tránh các hoạt động mạnh, thể thao, đi xe đạp, cưỡi thú nhún, leo trèo hoặc các tư thế chèn ép dương vật trong ít nhất 2 - 3 tuần. Không dùng địu dạng ép chân trong 2 tuần đầu.³⁶

3. Khó khăn thực tế chăm sóc lỗ tiểu lệch thấp tại Việt Nam

Theo Báo cáo tổng quan ngành Y tế Việt Nam năm 2013, nguồn nhân lực nhi khoa vẫn còn thiếu hụt nghiêm trọng khi cả nước chỉ đạt 0,6 bác sĩ nhi/10.000 trẻ, thấp xa so với chỉ tiêu 4 bác sĩ/10.000 trẻ do WHO khuyến cáo. Khảo sát của Tô Thị Minh Hương và cộng sự (2016) trên 348 bệnh viện có giường bệnh nhi tại 28 tỉnh thành phía Bắc cho thấy tỉ lệ bác sĩ nhi chỉ đạt

1,59 bác sĩ/1.000 trẻ; trong đó 41,7% là bác sĩ đa khoa và chỉ 17,1% được đào tạo định hướng chuyên khoa nhi. Cho thấy lực lượng nhân lực bác sĩ nhi thiếu hụt, đặc biệt có sự chênh lệch lớn giữa tuyến huyện, tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Bên cạnh đó, bác sĩ ngoại nhi còn đối mặt với nhiều thách thức đặc thù như giải phẫu - sinh lý trẻ em phức tạp, nhiều bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, nguy cơ diễn biến nhanh và khó kiểm soát, yêu cầu kỹ năng phẫu thuật tinh tế cũng như khả năng phối hợp chặt chẽ với gây mê - hồi sức nhi. Tình trạng thiếu bác sĩ ngoại nhi càng làm tăng áp lực công việc, trong khi trang thiết bị và điều kiện phẫu thuật tại nhiều cơ sở vẫn còn hạn chế, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và an toàn cho bệnh nhi.

Chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp tại Việt Nam hiện còn gặp nhiều khó khăn. Trước hết, chưa có hướng dẫn, chuẩn hóa và hệ thống đào tạo điều dưỡng chuyên biệt khiến quy trình chăm sóc sau mổ chưa đồng nhất giữa các bệnh viện, đặc biệt ở tuyến dưới. Điều này dẫn đến sự khác biệt trong chỉ định thay băng, quản lý ống thông tiểu và sử dụng thuốc, gây lúng túng cho cả điều dưỡng và phụ huynh. Đa phần người chăm sóc chính là cha mẹ trẻ, trong khi kiến thức và kỹ năng y tế còn hạn chế, dẫn đến việc tuân thủ hướng dẫn chăm sóc tại nhà chưa cao. Theo một nghiên cứu về đánh giá vết thương phẫu thuật tại Việt Nam, điều dưỡng chủ yếu dựa vào kinh nghiệm quan sát thay vì sử dụng công cụ chuẩn hóa, cho thấy sự thiếu nhất quán và chuẩn mực trong công tác chăm sóc vết thương.³⁷ Điều này phản ánh tình trạng chung trong chăm sóc sau mổ, bao gồm cả thay băng cho bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp.

Quản lý ống thông tiểu là một thách thức lớn: Thời gian lưu thông từ 10 đến 14 ngày, phụ huynh thường lo lắng khi thấy nước tiểu rò rỉ quanh ống, dịch, máu, hoặc khi trẻ bị co thắt bàng quang. Điều kiện chăm sóc tại nhà còn

hạn chế, đặc biệt với trẻ ở nông thôn, nơi nước sạch, hoặc môi trường vệ sinh chưa đảm bảo, khiến nguy cơ nhiễm trùng vết mổ cao hơn. Bên cạnh đó, yếu tố tâm lý - xã hội cũng ảnh hưởng: nhiều phụ huynh còn mặc cảm khi con mắc dị tật sinh dục, ít chia sẻ hoặc tìm kiếm thông tin chăm sóc, dẫn đến việc chăm sóc không chủ động; trẻ lớn thì thường sợ hãi, quấy khóc, làm việc thay băng, vệ sinh khó khăn hơn.

Tại Việt Nam, trong chăm sóc vết thương sau phẫu thuật, đặc biệt ở các bệnh nhân sau mổ như lỗ tiểu lệch thấp, PVI vẫn được sử dụng rộng rãi ở nồng độ 10% để sát khuẩn. Tuy nhiên, việc áp dụng này còn mang tính thói quen và ít được cá thể hóa theo tình trạng vết thương hay khuyến cáo cập nhật. Điều này đặt ra cần có thêm các nghiên cứu xem xét điều chỉnh phù hợp quy trình chăm sóc vết thương sau mổ tại các cơ sở y tế ở Việt Nam. Trong đó có Khoa Nam học - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nhằm tiệm cận hơn với xu hướng quốc tế, việc chuẩn hóa nồng độ, thời gian và cách thức sử dụng PVI không chỉ giúp nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn mà còn giảm gánh nặng chi phí, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng điều trị cho người bệnh.

Thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp là một khâu quan trọng nhằm bảo vệ vết mổ, hạn chế nhiễm trùng và giúp vết thương lành tốt. So với thay băng thông thường, thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp có nhiều điểm đặc thù. Ngoài mục tiêu giữ vết thương sạch và ngăn nhiễm khuẩn, thủ thuật này còn nhằm bảo vệ đường khâu niệu đạo mới, mô ghép hoặc vật da và ống thông. Vật liệu băng cần chọn loại gạc mềm, không dính, quấn vừa phải để giảm phù nề nhưng không làm cản trở tuần hoàn. Khi thay băng phải thao tác nhẹ nhàng, tuyệt đối vô khuẩn và kiểm tra sự lưu thông của sonde niệu đạo. Băng sau mổ lỗ tiểu lệch thấp cần thay sớm nếu bị ướt do nước tiểu hoặc máu, nhưng

nếu khô sạch thì hạn chế thay nhiều lần để tránh ảnh hưởng đến đường khâu. Chính vì vậy, kỹ thuật thay băng đúng đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa các biến chứng đặc thù như rò niệu đạo, tách mép khâu hay hoại tử vật ghép. Tuy nhiên, thực hành này tại Việt Nam còn gặp nhiều khó khăn và thách thức. Theo Bệnh viện Nhi đồng TP.HCM, trẻ thường được thay băng sau 2 - 5 ngày, có thể để hở hoặc băng lại sau khi rửa bằng nước muối sinh lý. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đã có trường hợp trẻ bị loét bong thương bì da dương vật sau tháo băng, dù sau đó đáp ứng tốt với chăm sóc tại chỗ.³⁸ Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Việt Đức đều đưa ra các thời điểm thay băng là bắt đầu từ ngày thứ 5 sau phẫu thuật nếu vết thương không thấm máu, thấm dịch, nước tiểu hoặc phân. Điều này cho thấy cần thêm các nghiên cứu lâm sàng trong nước để xây dựng khuyến cáo thống nhất, vừa đảm bảo an toàn cho trẻ, vừa phù hợp với nguồn lực y tế.

III. KẾT LUẬN

Chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp là yếu tố quyết định thành công dài hạn của phẫu thuật và phòng ngừa biến chứng. Ngoài kỹ thuật mổ, chăm sóc điều dưỡng chuẩn hóa giữ vai trò then chốt trong bảo tồn kết quả tạo hình niệu đạo. Tuy nhiên, tại Việt Nam vẫn tồn tại nhiều thách thức như thiếu quy trình thống nhất, quản lý sonde chưa đồng bộ, kỹ thuật thay băng khác nhau giữa các cơ sở và nguy cơ nhiễm trùng còn cao. Việc giáo dục sức khỏe cho gia đình cũng chưa đầy đủ, ảnh hưởng đến hiệu quả theo dõi và chăm sóc tại nhà.

Các nội dung chăm sóc trọng tâm bao gồm: Quản lý ống thông niệu đạo/stent để đảm bảo dẫn lưu tốt, tránh gập/tắc/roi sớm gây rò niệu đạo. Thay băng đúng kỹ thuật, đảm bảo cố định vùng phẫu thuật nhưng không gây thiếu máu

nuôi mô. Kiểm soát đau hiệu quả và stress ở trẻ. Phòng ngừa nhiễm trùng vết mổ với vệ sinh đúng nguyên tắc. Giáo dục gia đình chăm sóc vết mổ tại nhà, theo dõi biến chứng và tái khám đúng hẹn.

Xu hướng chăm sóc sau phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp hiện nay tập trung vào bảo vệ mô ghép và tối ưu hóa lành thương, với việc sử dụng PVI nồng độ thấp và các dung dịch thể hệ mới như HOCl hoặc PHMB/Betaine để giảm độc tính và kích ứng mô. Vật liệu băng ép sinh học được lựa chọn nhằm bảo vệ mô ghép, thấm hút tốt và hạn chế dính. Vì vậy, chuẩn hóa quy trình chăm sóc, đào tạo điều dưỡng chuyên sâu và phối hợp chặt chẽ với gia đình là yêu cầu cấp thiết để giảm biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. EAU Guidelines on Paediatric Urology - Uroweb. Accessed September 2, 2025. <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology>.
2. Ceccarelli PL, Lucaccioni L, Poluzzi F, et al. Hypospadias: clinical approach, surgical technique and long-term outcome. *BMC Pediatr*. 2021; 21(1): 523.
3. Shi XQ, Guo SL, Zheng W, Zhang BS, Wang J, Yang B. Effect of Preventive Nursing on Male Children with Hypospadias in Preventing Postoperative Complications. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2023; 33(10): 1153-1158.
4. Wang L, et al. Preoperative parent education and postoperative nurse-led care for boys versus routine hospital care for urethroplasty for hypospadias in Western China: a retrospective study. *Turk J Med Sci*. 54(2): 459-470.
5. Ji Y, Choi EK, Han SW. The association between nurse continuity and hypospadias repair patient outcomes: A retrospective study. *J Adv Nurs*. 2023; 79(9): 3513-3521.
6. Dung PT, Trang LT, Tung HH. Nurses' Knowledge, Practice, and Confidence after the Training Program on Wound Care at the Agriculture General Hospital in Vietnam. *OJN*. 2020; 10(06): 646-656.
7. Hild O, Fotso Kamdem A, Boulard N, Auber F, Chaussy Y. Primary hypospadias repair outcomes: results from a retrospective cohort of 292 children. *World J Urol*. 2024; 42(1): 137.
8. Gabra A, Beyari BM, AINUwaiser SJ, et al. Outcomes of Hypospadias Repair Based on Surgical Techniques: A 4-Year Retrospective Study. *Res Rep Urol*. 2024; 16: 79-87.
9. Fang Y, Sun N, Song H, et al. A multicenter study on surgical procedure selection and risk factor analysis of postoperative complications after TIP and Duckett hypospadias repair. *BMC Urology*. 2022; 22(1): 131.
10. Hammouda HM, Shahat AA, Safwat AS, Taha TM. The long-term consequences of the hypospadias salvage repair issue. *BMC Pediatrics*. 2024; 24(1): 58.
11. Satjakoesoemah AI, Situmorang GR, Wahyudi I, Rodjani A. Single-stage urethroplasty: An eight-year single-centre experience and its associated factors for urethrocutaneous fistula. *Journal of Clinical Urology*. 2021; 14(3): 190-195.
12. Tian G, Guo B, Zhang L. Analysis of influencing factors of multiple urethrocutaneous fistula after urethroplasty in children with hypospadias. *Front Pediatr*. 2023; 11: 1103200.
13. Wood HM, Kay R, Angermeier KW, Ross JH. Timing of the presentation of urethrocutaneous fistulas after hypospadias repair in pediatric patients. *J Urol*. 2008; 180(4 Suppl): 1753-1756.
14. Ziylan O, Selvi I, Dönmez Mİ, Aydın AB, Oktar T. Two-Stage Repair for re-do

Hypospadias: Results of Over 5-Year Follow-Up. *Int J Urol*. 2025; 32(8): 1045-1053.

15. Kim JK, Shiff M, Chua ME, et al. Time to event analysis for post-hypospadias repair complications: a single-surgeon experience. *World J Urol*. 2021; 39(10): 3913-3919.

16. Ye ZH, Wang C, Zhang ZC, et al. Efficacy of Body Wash and Povidone-Iodine in Skin Preparation in Reducing Surgical Site Infections After Hypospadias Repair Among Adolescents: A Prospective Cohort Study With Retrospective Controls. *Surgical Infections*. 2023; 24(9): 823-829.

17. Lê Nguyễn Yên, Lê Tấn Sơn, Ngô Xuân Thái, Lê Thanh Hùng, Nguyễn Thị Trúc Linh, Huỳnh Công Chấn. Kết quả bước đầu trong điều trị miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng bằng kỹ thuật Koyanagi cải biên.

18. Trần Văn Trung, Đậu Anh Trung, Hồ Toàn Định. Đánh giá kết quả phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. *YHCD*. 2025;66(CĐ6-HNKH Bệnh viện Sản nhi Nghệ An).

19. Kumar A, Ram Dhayal I. A Comparative Study on the Outcomes of Hypospadias Surgery Following Early Versus Late Bladder Catheter Removal. *Cureus*. 2022; 14(6): e26104.

20. Burki T, Al Hams AW, Nazer A, et al. Outcome of stented versus unstented mid-shaft to distal hypospadias repair. *Urology Annals*. 2022; 14(2): 147.

21. Chua M, Welsh C, Amir B, et al. Non-stented versus stented urethroplasty for distal hypospadias repair: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*. 2018; 14(3): 212-219.

22. Rowe CK, Jamdee T, Foster C, Burke KA. Do the materials matter? A review of the literature and analysis of the materials properties of urethral stents for hypospadias

repair. *J Pediatr Urol*. 2022; 18(2): 160-167.

23. Kaya C, Eryilmaz S, Kapisiz A, et al. Post-operative Dressing for Paediatric Hypospadias Repair. Published online December 5, 2023. Accessed October 8, 2025.

24. Shah T, Khattak I. Comparison of outcome after occlusive Hydrocolloid dressing and Petroleum-impregnated gauze with zinc oxide adhesive plaster following Hypospadias repair. *Pakistan Journal of Intensive Care Medicine*. 2025; 5(01): 76-76.

25. Indriasari V, Evila Y, Diposarosa R, Syukriani YF, Rachmadi D. Outcomes of a 3-day transparent film dressing protocol after hypospadias repair. *Sci Rep*. 2024; 14(1): 24192.

26. Karakaya AE, Güler AG, Doğan AB. Dressing or Not after Tubularized Incised Plate Urethroplasty. *Urol Int*. 2021; 105(11-12): 1029-1033.

27. Fuentes Carretero S, Grande Moreillo C, Vicente Sánchez N, Margarit Mallo J. Postoperative care in hypospadias. Common practices and evidence available. *Cir Pediatr*. 2024; 37(2): 79-83.

28. Senevirathne S, Ekanayake G, Samarathunge D, Basnayke O. The Use of Polyhexanide and Betaine Combined Preparation in Adult Burn Care in Sri Lanka. *Cureus*. 16(8): e67274.

29. Baillargeon E, Duan K, Brzezinski A, Jednak R, El-Sherbiny M. The role of preoperative prophylactic antibiotics in hypospadias repair. *Can Urol Assoc J*. 2014; 8(7-8): 236-240.

30. Tang R, Wan L, Yi Z, et al. The effect of the use of postoperative antibiotic prophylaxis compared with non-use for stented distal hypospadias repair wound: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2023; 20(8): 3073-3080.

31. Basin MF, Gopalakrishnan M, Ackerman N, et al. Utility of Preoperative Antimicrobial Prophylaxis in Hypospadias Repair: Results From National Surgical Quality Improvement Program Pediatric Registry. *J Urol.* 2025; 214(2): 210-218.

32. Białek Ł, Rydzińska M, Vetterlein MW, Dobruch J, Skrzypczyk MA. A Systematic Review on Postoperative Antibiotic Prophylaxis after Pediatric and Adult Male Urethral Reconstruction. *J Clin Med.* 2023; 12(19): 6162.

33. Basin MF, Gopalakrishnan M, Ackerman N, et al. Utility of Preoperative Antimicrobial Prophylaxis in Hypospadias Repair: Results From National Surgical Quality Improvement Program Pediatric Registry. *J Urol.* 2025; 214(2): 210-218.

34. Doersch KM, Logvinenko T, Nelson CP, et al. Is parenteral antibiotic prophylaxis associated with fewer infectious complications in stented, distal hypospadias repair? *J Pediatr Urol.* 2022; 18(6): 759-763.

Urol. 2022; 18(6): 759-763.

35. Faasse MA, Farhat WA, Rosoklija I, et al. Randomized trial of prophylactic antibiotics vs. placebo after midshaft-to-distal hypospadias repair: the PROPHY Study. *J Pediatr Urol.* 2022; 18(2): 171-177.

36. Post-Operative Instructions for Hypospadias Repair | Patient Education | UCSF Benioff Children's Hospitals. Accessed September 29, 2025.

37. Do Thi Thu Hien, Finlayson K, Edwards H. Surgical wound assessment in Vietnam: a think-aloud technique and interview analysis. *J Wound Care.* 2020; 29(Sup4): S4-S13.

38. Lê Nguyễn Yên, Ngô Xuân Thái, Lê Thanh Hùng, Trần Thủy Tiên, Nguyễn Bình An, Lê Thị Duyên Ngọc. Phẫu thuật điều trị miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng bằng kỹ thuật Koyanagi cải biên: kinh nghiệm qua 30 trường hợp. *Nghiên cứu y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2019; 23(1).

Summary

STATUS OF CARE FOR CHILDREN WITH HYPOSPADIAS AND CHALLENGES IN POSTOPERATIVE NURSING CARE IN VIETNAM

Hypospadias is a common congenital urogenital anomaly in young males, occurring in approximately 1 in 200 - 300 live male births. Urethral reconstruction is the main treatment method; however, long-term success largely depends on postoperative care. Objective: This article summarizes international recommendations, describes the current status of postoperative care for children with hypospadias in Vietnam, and proposes directions to standardize nursing care protocols. Content: International guidelines emphasize the crucial role of postoperative care, including catheter management, dressing changes, infection prevention, and family education. In Vietnam, postoperative care remains inconsistent, mainly based on the experience of each healthcare facility, with a lack of standardized nursing guidelines. Conclusion: Postoperative care plays a key role in reducing complications and improving surgical outcomes for children with hypospadias. Developing national recommendations and specialized nursing training is essential to align with international practices.

Keywords: Hypospadias, nursing care, surgery, children, Vietnam.