điều trị, cho thấy sự cần thiết của việc tái khám định kỳ, nâng cao nhận thức và tư vấn về tác dụng phụ để cải thiện tình trạng tuân thủ.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng không tuân thủ điều trị tương đối phổ biến ở bệnh nhân ngoại trú sau PCI tại Bệnh viện Hữu Nghị. Để cải thiện vấn đề này, cần có sự phối hợp giữa các nhân viên y tế trong việc đánh giá, phát hiện sớm các khó khăn của bệnh nhân trong sử dụng thuốc để can thiệp kịp thời. Việc triển khai các chương trình tư vấn, tuyên truyền hoặc cung cấp tài liệu hướng dẫn sẽ giúp nâng cao nhận thức của bệnh nhân, góp phần cải thiện tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khan M.A., et al.,** Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study. Cureus, 2020. 12(7): p. e9349.
2. **Lawton Jennifer, S., et al.,** 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization. Journal of the American College of Cardiology, 2022. 79(2): p. e21-e129.
3. **Pettersen T.R., et al.,** Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: A patient perspective. International Journal of Nursing Studies, 2018. 88: p. 16-24.
4. **Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Văn Lưu và các cộng sự,** Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da tại tỉnh Hải Dương năm 2018. Tạp chí Khoa học Điều Dưỡng 2018. 1(3): p. 16-21.
5. **Luu N.M., et al.,** Adherence to Antiplatelet Therapy after Coronary Intervention among Patients with Myocardial Infarction Attending Vietnam National Heart Institute. BioMed Research International, 2019. 2019: p. 6585040.
6. **Võ Thị Dễ,** Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân động mạch vành đã được can thiệp. 2013, Luận án Tiến sĩ Y học.
7. **Hoàng Hà Trang,** Phân tích tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Dược học. 2022.
8. **Nguyễn Thị Minh Thúy, Hồ Thị Dung, and và các cộng sự,** Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 513(2).
9. **Trần Quốc Dũng, Nguyễn Văn Thà, and P.T. Hải,** Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại bệnh viện tim mạch An Giang. 2015.
10. **Kocas, C., et al.,** PCI vs Optimal medical therapy - the other side of the coin: medication adherence. European Heart Journal, 2013. 34(suppl_1).

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA CHỤP BÀNG QUANG - NIỆU ĐẠO LÚC RẶN TIỂU TRONG PHÂN ĐỘ NẶNG VÀ TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO

Đỗ Anh Toàn[1,2], Nguyễn Chí Phong[3], Bùi Thị Phương Loan[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá giá trị của chụp bàng quang niệu đạo lúc rặn tiểu trong việc đánh giá mức độ nghiêm trọng và tiên lượng bệnh nhân hẹp niệu đạo. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả báo cáo loạt trường hợp từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2024 được thực hiện trên các bệnh nhân hẹp niệu đạo có kết quả chụp VCUG đầy đủ tại Bệnh viện Bình Dân. Dữ liệu bao gồm đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị. **Kết quả:** Phim VCUG cho thấy vị trí, chiều dài đoạn hẹp và mức độ tắc nghẽn có liên quan chặt chẽ đến kết quả điều trị. Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ thành công sau điều trị là 83,3%. Phương pháp này giúp phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ như trào ngược niệu đạo - bàng quang, rò rỉ thuốc cản quang và các bất thường niệu đạo phức tạp. **Kết luận:** Chụp bàng quang niệu đạo lúc rặn tiểu là một phương pháp hiệu quả trong đánh giá mức độ nghiêm trọng và tiên lượng hẹp niệu đạo, góp phần quan trọng trong quyết định phương pháp điều trị phù hợp. ***Từ khóa:*** Hẹp niệu đạo, chụp bàng quang niệu đạo lúc rặn tiểu, VCUG, tiên lượng, mức độ nghiêm trọng.

[1]Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM (UMC)
[2]Đại học Y Dược TP. HCM (UMP)
[3]Bệnh viện Bình Dân
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn
Email: doanhtoan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025
Ngày duyệt bài: 12.6.2025

SUMMARY

AN INVESTIGATION INTO THE ROLE OF VOIDING CYSTOURETHROGRAPHY IN ASSESSING THE SEVERITY AND PROGNOSTICATING TREATMENT OUTCOMES OF URETHRAL STRICTURE

Objectives: This study aims to evaluate the value of VCUG in assessing the severity and prognosis of patients with urethral stricture. **Methods:** A descriptive case series study was conducted from January 2021 to December 2024 on patients diagnosed with urethral stricture who underwent VCUG at Binh Dan Hospital. Data collected included clinical characteristics, imaging findings, and treatment outcomes. **Results:** VCUG images demonstrated a

strong correlation between stricture location, stricture length, and the degree of obstruction with treatment outcomes. Among the studied patients, the success rate after treatment was 83.3%. This method effectively identified risk factors such as vesicourethral reflux, contrast agent leakage, and complex urethral abnormalities. **Conclusion:** VCUG is an effective method in assessing the severity and prognosis of urethral stricture, playing a crucial role in determining the appropriate treatment approach.

Keywords: Urethral stricture, voiding cystourethrogram, VCUG, prognosis, severity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp niệu đạo là một bệnh lý tiết niệu phổ biến, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như viêm nhiễm, chấn thương, sau can thiệp phẫu thuật hoặc xạ trị vùng chậu. Tình trạng hẹp niệu đạo làm cản trở dòng nước tiểu, dẫn đến triệu chứng rối loạn tiểu tiện, tiểu khó, bí tiểu, tiểu ngắt quãng hoặc tiểu không tự chủ. Hẹp niệu đạo kéo dài có thể gây ra các biến chứng nặng nề như nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát, tổn thương thận mạn tính và suy thận.[1-2]

Các phương pháp hình ảnh học như chụp X quang niệu đạo ngược dòng (RUG) và chụp bàng quang niệu đạo lúc rặn tiểu (VCUG) đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá tình trạng hẹp niệu đạo. RUG thường được chỉ định để đánh giá niệu đạo trước, trong khi VCUG được thực hiện để đánh giá các tổn thương của niệu đạo sau, đặc biệt là trong các trường hợp hẹp niệu đạo phức tạp hoặc hẹp niệu đạo sau chấn thương.[3-4]

VCUG không chỉ cung cấp thông tin về vị trí, độ dài đoạn hẹp mà còn giúp đánh giá mức độ nghiêm trọng của tắc nghẽn và tiên lượng bệnh nhân sau điều trị. Phim VCUG trong thì rặn tiểu cho phép khảo sát tốt niệu đạo sau, quan sát các dấu hiệu trào ngược niệu đạo-bàng quang, bất thường cổ bàng quang hoặc tình trạng rò rỉ thuốc cản quang, những yếu tố có giá trị quan trọng trong việc tiên lượng kết quả.

Mặc dù VCUG đã được ứng dụng rộng rãi trên thế giới, nhưng tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá vai trò của kỹ thuật này trong tiên lượng hẹp niệu đạo còn hạn chế.

Vì vậy, đề tài "Giá trị của chụp bàng quang niệu đạo lúc rặn tiểu trong đánh giá mức độ nghiêm trọng và tiên lượng hẹp niệu đạo" được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hẹp niệu đạo.

2. Đánh giá giá trị của phim VCUG trong đánh giá mức độ nghiêm trọng của hẹp niệu đạo.

3. Xác định mối liên quan giữa hình ảnh VCUG với kết quả điều trị và tiên lượng bệnh nhân hẹp niệu đạo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán hẹp niệu đạo tại Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm tất cả các trường hợp được xác định có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ hẹp niệu đạo, chưa từng trải qua can thiệp phẫu thuật điều trị hẹp niệu đạo trước đó. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thông tin đầy đủ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia.

Tất cả các bệnh nhân được thực hiện chụp VCUG theo quy trình chuẩn của Bệnh viện Bình Dân. Thuốc cản quang được sử dụng là loại tan trong nước, có nồng độ pha loãng phù hợp. Phim chụp được đánh giá độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh giàu kinh nghiệm nhằm đảm bảo độ khách quan và tin cậy của kết quả.

Các dữ liệu thu thập bao gồm thông tin về tuổi, các triệu chứng lâm sàng, vị trí, số đoạn hẹp, chiều dài đoạn hẹp. Những kết quả này sau đó được so sánh trực tiếp với kết quả phẫu thuật nhằm xác định độ chính xác và độ phù hợp của kỹ thuật VCUG.

Dữ liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0. Các phép kiểm được sử dụng gồm thống kê mô tả, kiểm định Chi bình phương, và hệ số tương quan Kappa để đánh giá mức độ phù hợp giữa chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân: Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 150 bệnh nhân nam được chẩn đoán hẹp niệu đạo tại Bệnh viện Bình Dân. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 48,3 ± 15,7 tuổi, dao động từ 18 đến 75 tuổi. Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 40 đến 59 tuổi, chiếm 46,7% tổng số bệnh nhân.

Triệu chứng cơ năng chính khi bệnh nhân nhập viện bao gồm tiểu khó (88%), tiểu tia nhỏ (75,3%), tiểu nhiều lần (62,7%), tiểu ngắt quãng (45,3%) và tiểu máu (12%). Trong số bệnh nhân nghiên cứu, có 42,7% bệnh nhân đã từng điều trị nội khoa không hiệu quả trước khi tham gia nghiên cứu.

Nguyên nhân gây hẹp niệu đạo được xác định chủ yếu là do chấn thương niệu đạo (34,7%), viêm nhiễm đường tiết niệu mạn tính (24%), sau các thủ thuật tiết niệu như tán sỏi

đường tiết niệu, đặt thông niệu đạo kéo dài (20%) và vô căn (21,3%).

Các bệnh kèm theo được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân này bao gồm tăng huyết áp (30,7%), đái tháo đường (18%), bệnh lý tuyến tiền liệt (15,3%) và bệnh lý tim mạch (8%).

Bảng 1. Số đoạn hẹp và vị trí hẹp trên phim VCUG

Số đoạn hẹp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 đoạn	98	65,3
2 đoạn	38	25,3
≥2 đoạn	14	9,4
Vị trí hẹp		
Niệu đạo dương vật	72	48,0
Niệu đạo hành	44	29,3
Niệu đạo màng	22	14,7
Niệu đạo tiền liệt	12	8,0

Đặc điểm đoạn hẹp: Chiều dài trung bình của các đoạn hẹp trên phim VCUG là 2,7 ± 1,4 cm, dao động từ 0,5 đến 6,5 cm. Trong đó, chiều dài đoạn hẹp ≤ 2 cm chiếm 52,7%, từ 2 đến 4 cm chiếm 36,0% và chiều dài trên 4 cm chiếm 11,3%.

Đường kính trung bình của đoạn hẹp ghi nhận trên phim VCUG là 3,2 ± 1,1 mm, dao động từ 1 đến 5mm. Đa số bệnh nhân (70%) có đường kính đoạn hẹp trong khoảng từ 2 đến 4mm.

Bảng 2. Phân độ hẹp trên phim VCUG

Phân độ hẹp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hẹp nhẹ	45	30,0
Hẹp nặng	82	54,7
Hẹp hoàn toàn	23	15,3

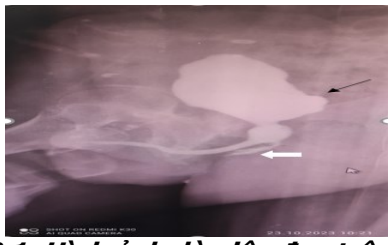
Bảng 3. Vị trí hẹp khi soi niệu đạo

Vị trí hẹp khi soi niệu đạo	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
Niệu đạo dương vật	23	47,9
Niệu đạo hành	15	31,2
Niệu đạo màng	7	14,6
Niệu đạo tiền liệt	3	6,3

Trong quá trình thực hiện kỹ thuật chụp phim VCUG, các biến chứng được ghi nhận như sau: đau nhẹ và cảm giác khó chịu xảy ra ở 40 bệnh nhân (26,7%), tiểu máu thoáng qua được ghi nhận ở 12 bệnh nhân (8%), phản ứng dị ứng nhẹ với thuốc cản quang xảy ra ở 3 bệnh nhân (2%), và không ghi nhận trường hợp biến chứng nghiêm trọng nào.

Bảng 4. Các bệnh kèm khi phân tích phim hẹp niệu đạo

Bệnh kèm	Số TH	Tỷ lệ (%)
Lạc đường niệu đạo	2	1,3
Đường dò cản quang	7	4,7
Túi thừa bàng quang	5	3,3
Sỏi niệu đạo	4	2,7



Hình 3.1. Hình ảnh dò niệu đạo trên VCUG. Dò niệu đạo (Mũi tên trắng) và túi thừa bàng quang (Mũi tên đen)

Đặc điểm hẹp niệu đạo khi phẫu thuật:

Số đoạn hẹp niệu đạo khi phẫu thuật: Trong quá trình phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân được ghi nhận có 1 đoạn hẹp niệu đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (70%), tiếp đến là 2 đoạn hẹp chiếm 22%, và từ 3 đoạn hẹp trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8%.

Vị trí hẹp khi phẫu thuật: Vị trí đoạn hẹp niệu đạo được ghi nhận trong phẫu thuật chủ yếu tại niệu đạo dương vật (46%), niệu đạo hành (30%), niệu đạo màng (16%), và niệu đạo tiền liệt (8%).

Chiều dài đoạn hẹp khi phẫu thuật: Chiều dài trung bình đoạn hẹp niệu đạo được ghi nhận trong phẫu thuật là 2,9 ± 1,5 cm, dao động từ 0,7 cm đến 6,8 cm. Trong đó, đoạn hẹp dưới 2 cm chiếm tỷ lệ 50%, từ 2 đến 4 cm chiếm 40%, và trên 4 cm chiếm 10%.

Bệnh kèm theo khi phẫu thuật hẹp niệu đạo: Các bệnh lý kèm theo ghi nhận trong quá trình phẫu thuật bao gồm: xơ hóa niệu đạo nặng (18%), viêm nhiễm tại chỗ (12%), sỏi niệu đạo (4%), và đường dò niệu đạo (2,7%).

Bảng 4. Ma trận mối tương quan vị trí hẹp niệu đạo trên phim VCUG và soi niệu đạo (n=150)

Soi VCUG	Hẹp niệu đạo trước	Hẹp niệu đạo sau	Hẹp niệu đạo trước và sau
Hẹp niệu đạo trước (n=30)	26	4	0
Hẹp niệu đạo sau (n=13)	2	11	0
Hẹp niệu đạo trước và sau (n=5)	1	0	1

p < 0,001 - Phép kiểm Chi-square

Bảng 5. Độ nghiêm trọng hẹp niệu đạo theo VCUG và phẫu thuật

Độ nghiêm trọng	VCUG (n=150)	Phẫu thuật (n=150)
Hẹp hoàn toàn	42 (28%)	40 (26,7%)
Hẹp nặng	84 (56%)	87 (58,0%)
Hẹp nhẹ	24 (16,0%)	23 (15,3%)

p = 0,875 – Phép kiểm Chi-square

Bảng 6: Thông số đoạn hẹp khi chụp VCUG và khi phẫu thuật

Đặc điểm	VCUG (n=150)	Phẫu thuật (n=150)	p
Vị trí hẹp			0,991[a]
Niệu đạo dương vật	83(55,83%)	78(52,0%)	
Niệu đạo hành	53 (35,3%)	50(33,3%)	
Niệu đạo màng	26(17,03%)	27(18,0%)	
Niệu đạo tiền liệt	16(10,7%)	15(10,0%)	
Chiều dài đoạn hẹp			0,875[a]
< 2cm	79(52,7%)	75(50%)	
2 – 4 cm	54(36,0%)	60(40%)	
>4cm	17(11,3%)	15(10%)	
Đường kính đoạn hẹp			0,908[a]
< 2mm	84(56%)	88(58,7%)	
2 – 4mm	52(34,7%)	48(32,0%)	
> 4mm	14(9,3%)	14(9,3%)	

a: Phép kiểm Chi-Square

Giá trị tiên lượng hẹp niệu đạo sử dụng VCUG: Độ nhạy (Sensitivity): 82,1%

Độ đặc hiệu (Specificity): 90,9%

Giá trị tiên đoán dương (PPV): 94,0%

Giá trị tiên đoán âm (NPV): 74,6%

Bảng 7. Các bệnh lý và biến chứng kèm theo ghi nhận trong phẫu thuật.

Bệnh lý và biến chứng	Số lượng (n=150)	Tỷ lệ (%)
Xơ hóa niệu đạo nặng	27	18,0
Viêm nhiễm tại chỗ	18	12,0
Sỏi niệu đạo	7	4,7
Đường dò niệu đạo	5	3,3

Bảng 8. Ma trận tương quan giữa VCUG và phẫu thuật (n=150)

Phẫu thuật / VCUG	Hẹp niệu đạo trước	Hẹp niệu đạo sau	Hẹp niệu đạo trước và sau
Hẹp niệu đạo trước	78	2	3
Hẹp niệu đạo sau	3	50	1
Hẹp niệu đạo trước và sau	2	1	3

P < 0,001 – Phép kiểm Fisher - Exact

IV. BÀN LUẬN

Giá trị của VCUG trong đánh giá vị trí hẹp niệu đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả VCUG có mối tương quan khá cao với kết quả phẫu thuật trong việc xác định vị trí hẹp niệu đạo. Tuy nhiên, với giá trị p < 0,001 trong phép kiểm Fisher's Exact Test, có thể khẳng định rằng kết quả VCUG không hoàn toàn trùng khớp với kết quả phẫu thuật. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng khi VCUG có thể gặp hạn chế trong việc xác định các trường hợp hẹp phối hợp hoặc tổn thương phức tạp.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Maciejewski và cộng sự (2015)[1], khi nhóm tác giả nhận thấy rằng VCUG có độ chính xác cao trong các trường hợp hẹp đơn thuần nhưng dễ bỏ sót các trường hợp hẹp phối hợp hoặc tổn thương kéo dài. Tương tự, nghiên cứu của Rourke và cộng sự (2019)[2] cũng khẳng định rằng VCUG gặp khó khăn khi xác định các trường hợp có xơ hóa niệu đạo nặng hoặc hẹp nhiều đoạn.

Giá trị của VCUG trong đánh giá chiều dài đoạn hẹp. Kết quả nghiên cứu cho thấy VCUG có độ chính xác khá cao trong đánh giá chiều dài đoạn hẹp, với giá trị p = 0,875 (không có ý nghĩa thống kê). Điều này cho thấy kết quả đo chiều dài đoạn hẹp trên VCUG tương đồng với phẫu thuật, khẳng định VCUG là phương pháp đánh giá hiệu quả trong việc tiên lượng mức độ nghiêm trọng của bệnh lý hẹp niệu đạo.

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yildirim A và cộng sự (2021)[3], nhóm tác giả nhận thấy VCUG có sai số trung bình khoảng 1.5mm khi so sánh với kết quả phẫu thuật trong các trường hợp hẹp niệu đạo đơn thuần. Nghiên cứu cũng ghi nhận rằng VCUG gặp khó khăn trong đánh giá chiều dài hẹp niệu đạo ở các trường hợp hẹp kèm xơ hóa hoặc đường dò phức tạp.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV và NPV của VCUG. VCUG trong nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy 82,1%, độ đặc hiệu 90,9%, giá trị tiên đoán dương (PPV) đạt 94,0% và giá trị tiên đoán âm (NPV) là 74,6%. Điều này cho thấy:

VCUG có độ nhạy cao, giúp phát hiện hiệu quả các trường hợp thực sự bị hẹp niệu đạo. Tuy nhiên, với NPV ở mức 74,6%, có nguy cơ VCUG bỏ sót một số trường hợp hẹp tiềm ẩn.

Độ đặc hiệu cao và PPV vượt trội khẳng định rằng khi VCUG xác định bệnh nhân bị hẹp niệu đạo thì khả năng đúng là rất cao.

Đề xuất ứng dụng lâm sàng: Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất: VCUG nên được sử dụng như một công cụ quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng hẹp niệu đạo, đặc biệt trong các trường hợp nghi ngờ hẹp đơn thuần hoặc hẹp mức độ nặng.

Trong các trường hợp hẹp phối hợp, tổn thương phức tạp hoặc nghi ngờ xơ hóa nặng, nên kết hợp thêm các phương pháp khác như nội soi niệu đạo hoặc siêu âm niệu đạo để tăng độ chính xác.

VCUG là phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, tuy nhiên cần thận trọng trong các trường hợp bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc cản quang hoặc có tổn thương niệu đạo nghiêm trọng.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu của

chúng tôi vẫn còn một số hạn chế, bao gồm:

Cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, đặc biệt là các trường hợp tổn thương phức tạp.

Kết quả đánh giá phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của bác sĩ thực hiện kỹ thuật VCUG và phẫu thuật.

Chưa có dữ liệu theo dõi dài hạn sau phẫu thuật để đánh giá kết quả điều trị dựa trên chẩn đoán từ VCUG.

Các yếu tố này cần được tiếp tục nghiên cứu trong các công trình tiếp theo để khẳng định vai trò của VCUG trong tiên lượng hẹp niệu đạo.

V. KẾT LUẬN

- Độ nhạy cao (82,1%) và độ đặc hiệu vượt trội (90,9%), giúp phát hiện hiệu quả các trường hợp thực sự bị hẹp niệu đạo và giảm nguy cơ chẩn đoán nhầm.
- Giá trị tiên đoán dương (PPV) đạt 94,0%, chứng tỏ khả năng VCUG dự đoán chính xác các trường hợp có hẹp niệu đạo là rất cao.
- Giá trị tiên đoán âm (NPV) ở mức 74,6%, cho thấy một số trường hợp hẹp nhẹ hoặc phức tạp vẫn có nguy cơ bị bỏ sót nếu chỉ dựa vào VCUG đơn thuần.

Ngoài ra, VCUG cho kết quả tương đối chính xác trong việc đánh giá chiều dài đoạn hẹp, đặc biệt trong các trường hợp hẹp đơn thuần. Tuy nhiên, trong các trường hợp hẹp phối hợp, hẹp kèm xơ hóa hoặc hẹp phức tạp, VCUG có thể gặp hạn chế và cần kết hợp thêm các phương pháp khác như nội soi niệu đạo hoặc siêu âm niệu đạo để đạt được độ chính xác cao nhất.

Chúng tôi khuyến nghị VCUG là phương pháp hình ảnh học quan trọng trong đánh giá bệnh lý hẹp niệu đạo, đặc biệt ở các bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ hoặc tiền sử phẫu thuật đường niệu đạo. Tuy nhiên, cần thận trọng trong các trường hợp bệnh nhân có tổn thương phức tạp, để tránh bỏ sót tổn thương.

Những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi lâu dài sẽ giúp khẳng định thêm vai trò và giá trị của VCUG trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maciejewski C, Rourke K.** Imaging of urethral stricture disease. Transl Androl Urol. 2015;4(1):2.
2. **King C, Rourke KF.** Urethral stricture is frequently a morbid condition: incidence and factors associated with complications related to urethral stricture. Urology. 2019;132:189-194. doi:10.1016/j.urology.2019.07.013
3. **Yildirim A, Goya C, Hamidi C, et al.** MRI in patients with urethral stricture: a systematic review. Diagn Interv Radiol. 2021;27(2):134-140. doi:10.5152/dir.2020.19515
4. **Lumen N, Campos-Juanatey F, Greenwell T, Martins FE, Osman NI, Riechardt S, et al.** European Association of Urology guidelines on urethral stricture disease (part 1): management of male urethral stricture disease. Eur Urol. 2021;80(2): 190-200. doi:10.1016/j.eururo.2021.05.022

CHĂM SÓC NGOẠI TRÚ NGƯỜI BỆNH GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Phạm Ngọc Trưởng[1,2], Nguyễn Văn Thường[3], Nguyễn Văn Hiếu[2], Hoàng Văn Hậu[1], Lê Thị Thanh Lam[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc điều dưỡng người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị bảo tồn tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 185 người bệnh gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn bằng bó bột tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 4/2023 tới tháng 8/2023. Công cụ nghiên cứu là bệnh án nghiên cứu được nhóm nghiên cứu xây dựng, dựa trên hướng dẫn về chăm sóc người bệnh bị gãy xương của Bộ Y tế và hướng dẫn về khảo sát sự hài lòng người bệnh của Bộ Y tế. **Kết quả:** Kết quả chăm sóc tốt chiếm 92,0%, chưa tốt 8,0%. Không có sự khác biệt về kết quả chăm sóc giữa các nhóm tuổi, giới, địa dư, trình độ, tuy nhiên, nhóm người bệnh là cán bộ, công chức viên chức có kết quả chăm sóc tốt hơn nhóm người bệnh là nông dân và kinh doanh, p=0,01. Về đặc điểm tổn thương, kết quả chăm sóc tốt hơn ở nhóm người bệnh bị tai nạn giao thông, tổn thương ở tay trái, được nẹp cố định và chuyển tới bệnh viện điều trị và thời gian vào viện dưới 12 giờ so với nhóm còn lại với OR lần lượt là 2,095; 10,091; 12,037; 6,811, và p<0,05. **Kết luận:** Kết quả chăm sóc người bệnh tốt hơn ở nhóm thành thị, được nẹp cố định trước khi tới viện, và thời gian

[1]Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
[2]Bệnh viện Bạch Mai
[3]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Trưởng
Email: bstruong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025
Ngày duyệt bài: 13.6.2025