

Chức năng cương và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo điều trị rối loạn cương

Vũ Thái Hoàng¹, Nguyễn Thành Đức^{2*}, Trương Hoàng Minh³, Vũ Sơn², Trần Thị Thương¹

¹Bệnh viện Quân y 175

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Bệnh viện Nhân dân 115

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn cương dương là bệnh lý phổ biến ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Mặc dù điều trị nội khoa đạt hiệu quả với nhiều bệnh nhân, vẫn còn tỷ lệ kháng trị không đáp ứng. Cấy ghép thể hang nhân tạo là "tiêu chuẩn vàng" cho nhóm bệnh nhân này, nhưng tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm về sự thay đổi chức năng cương và chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân rối loạn cương được phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 25 bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ 2019 - 2025. Sử dụng bộ câu hỏi IIEF - 5 và thang điểm HRQoL để đánh giá trước và sau phẫu thuật 3 tháng. **Kết quả:** Điểm IIEF - 5 trung bình tăng từ 6.68 ± 0.99 lên 20.4 ± 1.29 ($p < 0.001$). Sự tự tin về khả năng cương tăng từ 1.24 điểm lên 3.96 điểm; Mức độ thỏa mãn khi quan hệ tăng từ 1.44 điểm lên 4.28 điểm. Chất lượng cuộc sống (HRQoL) cải thiện: điểm "Sức khỏe chung" chuyển từ mức Kém sang Tốt; số ngày khỏe mạnh và đầy năng lượng tăng gấp đôi (từ 9.9 lên 21.3 ngày/tháng). **Kết luận:** Phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo bước đầu thể hiện tính hiệu quả trong cải thiện chức năng cương dương, sự thỏa mãn và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân mắc rối loạn cương nặng kháng trị nội khoa.

Từ khóa: rối loạn cương, thể hang nhân tạo, IIEF - 5, chất lượng cuộc sống, HRQoL

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương (RLC) là một trong những bệnh lý phổ biến nhất ở nam giới, với tỷ lệ mắc gia tăng theo tuổi và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống cũng như hạnh phúc của các cặp đôi [1]. Theo các nghiên cứu dịch tễ học, tỷ lệ RLC trên toàn cầu dao động từ 10% đến 52%, tùy thuộc vào độ tuổi và khu vực địa lý.

Mặc dù các phương pháp điều trị bảo tồn như thuốc ức chế PDE - 5, thiết bị hút chân không hay tiêm thuốc vào thể hang đều ghi nhận hiệu quả rõ rệt với đa phần bệnh nhân. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ bệnh nhân ngưng điều trị do không đáp ứng thuốc, hiệu quả giảm dần theo thời gian, bệnh nền nặng lên, tác dụng phụ không mong muốn hoặc bất tiện khi sử dụng [2]. Đặc biệt, đối với nhóm bệnh nhân RLC có tổn thương thực thể nặng như sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc, xạ trị vùng chậu, đái tháo đường lâu năm hoặc chấn thương cột sống - tuỷ sống, các phương pháp bảo tồn thường không mang lại kết quả khả quan.

Phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo (Inflatable Penile Prosthesis - IPP) được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị RLC kháng trị [3]. IPP cho phép bệnh nhân chủ động kiểm soát sự cương cứng, không ảnh hưởng đến xuất tinh, cảm giác hay tiểu tiện. Các nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ hài lòng của bệnh

nhân và bạn tình lên tới 92 - 100% sau phẫu thuật [4].

Tại Bệnh viện Nhân dân 115, chúng tôi bắt đầu thực hiện cấy ghép thể hang nhân tạo 3 mảnh từ năm 2019. Đây là một bước tiến quan trọng trong lĩnh vực Nam học và Tiết niệu tại cơ sở của chúng tôi. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu chính: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân RLC được cấy ghép IPP; (2) Đánh giá sự cải thiện về chức năng cương và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân qua thang điểm IIEF - 5 và HRQoL sau phẫu thuật 3 tháng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu có theo dõi. Nghiên cứu được thực hiện nhằm thu thập và phân tích dữ liệu từ tất cả bệnh nhân đã phẫu thuật IPP tại bệnh viện.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả bệnh nhân nam được chẩn đoán rối loạn cương và phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo (Coloplast Titan) tại Khoa Ngoại Niệu - Ghép thận - Nam khoa, Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 7/2019

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thành Đức

Email: ducnt@hiu.vn

đến tháng 10/2025.

- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý tham gia theo dõi sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không theo dõi sau mổ, hồ sơ thất lạc hoặc không đủ dữ liệu.

Chọn mẫu toàn thể theo kiểu thuận tiện với 25 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn. Mẫu nghiên cứu đại diện cho quần thể bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cương và được phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo tại cơ sở nghiên cứu giai đoạn 2019 - 2025. Tuy nhiên, với cỡ mẫu hạn chế và không áp dụng công thức tính cỡ mẫu, nghiên cứu này không có giá trị ngoại suy về kết quả phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo.

2.3. Quy trình phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bởi cùng một ekip phẫu thuật gồm các bác sĩ có kinh nghiệm trong lĩnh vực Nam học.

- **Chuẩn bị trước mổ:** Bệnh nhân được vệ sinh vùng kín, cấy nước tiểu trước mổ. Kháng sinh được sử dụng theo phác đồ: Tiêm tĩnh mạch kháng sinh phổ rộng 30 phút trước phẫu thuật và duy trì 24 - 48 giờ sau mổ.

- **Kỹ thuật:** Đường mổ ngang gốc bìu - dương vật. Dụng cụ phẫu thuật và thiết bị IPP được ngâm trong dung dịch kháng sinh trước khi đặt. Sau khi bộc lộ thể hang, tiến hành nong, đo kích thước và đặt cylinder vào hai thể hang. Bơm được đặt trong túi bìu, túi chứa được đặt vào khoang Retzius qua lỗ bẹn trong.

- **Hậu phẫu:** Đặt dẫn lưu hút áp lực âm, lưu sonde tiểu 2 - 4 ngày. Bệnh nhân được theo dõi tại bệnh viện và được hướng dẫn sử dụng thiết bị sau 6 - 8 tuần.



Hình 1. Mô tả thể hang nhân tạo 3 thành phần

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 25)

Tuổi (năm), trung bình \pm ĐLC (min - max)		55.88 \pm 13.96 (30 - 77)	
Nhóm tuổi, n (%)	< 50 tuổi	7 (28.0)	Tổng n = 25 (100%)
	50 - 59 tuổi	7 (28.0)	
	\geq 60 tuổi	11 (44.0)	
BMI (kg/m ²), trung bình \pm ĐLC		24.51 \pm 3.10	
Phân loại BMI, n (%)	Bình thường (18.5 - 22.9)	8 (32.0)	Tổng n = 25 (100%)
	Thừa cân (23 - 24.9)	6 (24.0)	
	Béo phì (\geq 25)	11 (44.0)	

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng:** Tuổi, BMI, bệnh lý nền (tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng sinh lạnh tính tuyến tiền liệt), tiền sử phẫu thuật vùng chậu.

- **Cận lâm sàng:** Công thức máu, glucose máu, HbA1c, testosterone, LH, creatinin, PSA, cấy nước tiểu.

- **Đánh giá chức năng cương:** Thang điểm IIEF - 5 (International Index of Erectile Function - 5) trước mổ và sau mổ 3 tháng.

- **Chất lượng cuộc sống:** Thang điểm HRQoL (Health - Related Quality of Life) trước mổ và sau mổ 3 tháng.

2.5. Phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm STATA phiên bản 14.1. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (ĐLC) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị IQR). Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh trước và sau phẫu thuật sử dụng kiểm định t - test ghép cặp (paired t - test) với biến phân bố chuẩn và Mann Whitney U test với biến phân bố không chuẩn. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định ANOVA hoặc Kruskal - Wallis. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0.05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (Số 1312/TĐHYKPNT - HĐĐĐ ngày 20/02/2025). Mọi thông tin của bệnh nhân được mã hóa và giữ bí mật tuyệt đối. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục đích và phương pháp nghiên cứu và đồng ý tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 25 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55.88 \pm 13.96 năm. Nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 44.0%. BMI trung bình là 24.51 \pm 3.10 kg/m², trong đó nhóm béo phì (BMI \geq 25 kg/m²) chiếm tỷ lệ cao nhất với 44.0% (Bảng 1).

Bảng 2. Bệnh lý kèm theo và tiền sử (n = 25)

Bệnh lý	Số bệnh nhân - tần suất (%)
Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	15 (60.0)
Tăng huyết áp	13 (52.0)
Đái tháo đường type 2	9 (36.0)
Phẫu thuật vùng chậu trước đó	4 (16.0)
Bệnh lý khác	3 (12.0)

Nhận xét: Bệnh lý kèm theo phổ biến nhất là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với tần suất 60.0%. Tiền sử phẫu thuật vùng chậu được ghi nhận ở 4 bệnh nhân (16.0%), bao gồm phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt và phẫu thuật vùng chậu do chấn thương (Bảng 2).

- Tất cả 25 bệnh nhân đều có rối loạn cương nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Có 4 bệnh nhân rối loạn cương do phẫu thuật vùng chậu, 1 bệnh nhân do giảm lưu lượng máu động mạch thể hang, 1 bệnh nhân nghi do dùng thuốc chống trầm cảm kéo dài; còn lại 19 trường hợp chiếm 76% không xác định được nguyên nhân thực thể.

3.3. Kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và phân nhóm thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật - phút (trung bình ± ĐLC; min - max)		109.62 ± 50.22 (50 - 210)	
Phân nhóm thời gian phẫu thuật n; (%)	50 - 74 phút	6 (24%)	Tổng n = 25 (100%)
	≥ 75 - 124 phút	12 (48%)	
	≥ 125 - 174 phút	3 (12%)	
	≥ 175 phút	4 (16%)	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 109.62 ± 50.22 phút, ngắn nhất 50 phút, dài nhất 210 phút.

- 20/25 bệnh nhân có vợ, 5 bệnh nhân còn lại có tình trạng độc thân hoặc ly hôn, tuy nhiên tất cả đều có đối tác hoạt động tình dục thường xuyên

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3. Các chỉ số cận lâm sàng (n = 25)

Chỉ số	Trung bình ± ĐLC	Khoảng tham chiếu
HbA1c (%)	6.52 ± 1.11	5.40 - 8.80
Testosterone (ng/mL)	17.93 ± 7.53	7.81 - 35.00
LH (mIU/mL)	3.99 ± 2.95	1.48 - 14.59
PSA (ng/mL)	1.18 ± 1.38	0.08 - 4.00

Nhận xét: Nồng độ testosterone trung bình là 17.93 ± 7.53 ng/mL. HbA1c trung bình 6.52 ± 1.11% (Bảng 4).

Ngoài ra, các chỉ số huyết học và sinh hóa cơ bản như hồng cầu máu, bạch cầu máu, creatinin máu và glucose máu khi đói nằm trong giới hạn bình thường. Có 6 bệnh nhân có HbA1c > 6.5%. Cấy vi khuẩn nước tiểu âm tính ở tất cả các bệnh nhân.

Phần lớn các ca có thời gian phẫu thuật từ 75 đến dưới 125 phút tương đương 12 ca chiếm 48%. (Bảng 4).

Bảng 5. Tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật theo phân độ Claven - Dindo và cách xử trí

Mức độ	Trong phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Biến chứng	Xử trí	Kết quả
I	0	3 (12.0%)	Đau/tụ máu nhẹ vùng bìu (n = 2) Bí tiểu sau rút sonde (n = 1)	Theo dõi	Hồi phục
II	0	1 (4.0%)	Nhiễm khuẩn vết mổ	Kháng sinh tĩnh mạch ngăn ngày	Hồi phục
III, IV, V	0	0			

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân bị biến chứng độ I gồm 2 bệnh nhân đau tức, tụ máu vùng bìu và 1 bệnh nhân bí tiểu sau rút sonde được điều trị theo dõi

thành công. Biến chứng độ II gồm 1 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ điều trị bằng 1 liệu trình kháng sinh tĩnh mạch sau đó hồi phục hoàn toàn.

3.4. Kết quả trung hạn của phẫu thuật

Bảng 6. Chức năng cương dương theo thang điểm IIEF - 5 trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Câu hỏi IIEF - 5	Trước mổ	Sau mổ 3 tháng	p (paired t - test)
Sự tự tin	1.24 ± 0.44	3.96 ± 0.89	< 0.001
Độ cương cứng	1.32 ± 0.56	3.88 ± 0.93	< 0.001
Khả năng duy trì	1.32 ± 0.56	4.16 ± 0.94	< 0.001
Khó khăn duy trì	1.36 ± 0.49	4.12 ± 0.83	< 0.001
Mức độ thỏa mãn	1.44 ± 0.58	4.28 ± 0.84	< 0.001
Tổng điểm	6.68 ± 0.99	20.4 ± 1.29	< 0.001

IIEF - 5: International index of erectile function V - Thang điểm quốc tế đánh giá chức năng cương dương 5 lĩnh vực

Nhận xét: Điểm chức năng cương dương theo IIEF - 5 trung bình tăng có ý nghĩa thống kê từ 6.68 ± 0.99 trước mổ lên 20.4 ± 1.29 sau 3 tháng ($p < 0.001$).

Tất cả các lĩnh vực đều cải thiện rõ rệt, đặc biệt câu hỏi về mức độ thỏa mãn khi giao hợp tăng từ 1.44 ± 0.58 lên 4.28 ± 0.84 (Bảng 6).

Bảng 7. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQoL) trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Chỉ số HRQoL	Trước mổ	Sau mổ 3 tháng	p
Sức khỏe chung (điểm)	4.0 ± 0.6	1.9 ± 0.7	< 0.001
Ngày sức khỏe thể chất không tốt	12.5 ± 4.9	3.5 ± 1.6	< 0.001
Ngày sức khỏe tinh thần không tốt	12.0 ± 4.7	2.0 ± 1.4	< 0.001
Ngày giới hạn hoạt động	9.9 ± 5.4	1.9 ± 1.5	< 0.001
Ngày đau ảnh hưởng hoạt động	10.7 ± 4.9	2.7 ± 1.9	< 0.001
Ngày buồn chán/trầm cảm	9.6 ± 3.2	2.4 ± 1.7	< 0.001
Ngày lo lắng	9.9 ± 3.3	1.6 ± 1.8	< 0.001
Ngày thiếu ngủ/không nghỉ ngơi	12.7 ± 4.7	3.9 ± 2.1	< 0.001
Ngày khỏe mạnh	9.9 ± 3.2	21.3 ± 5.3	< 0.001
Ngày không khỏe mạnh	23.8 ± 5.8	5.5 ± 2.1	< 0.001

HRQoL: Health - Related Quality of Life - điểm chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe

Nhận xét: Điểm HRQoL có sự cải thiện đáng kể ở tất cả các lĩnh vực chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Số ngày khỏe mạnh mỗi tháng tăng từ 9.9 ± 3.2 lên 21.3 ± 5.3 ($p < 0.001$), trong khi số ngày không khỏe mạnh giảm từ 23.8 ± 5.8 xuống 5.5 ± 2.1 ($p < 0.001$) (Bảng 7).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này là một trong những báo cáo toàn diện đầu tiên tại Việt Nam về sự cải thiện chức năng cương và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo. Kết quả cho thấy IPP là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao cho bệnh nhân rối loạn cương; với việc cải thiện chức năng cương, đặc biệt là sự tự tin về độ cương cứng, mức độ hài lòng tăng vượt trội.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu (55.9 tuổi) tương đương với các báo cáo quốc tế [3, 5]. Đáng chú ý, 28% bệnh nhân dưới 50 tuổi, phản ánh xu hướng bệnh nhân trẻ tuổi tìm đến giải pháp phẫu thuật triệt để, đặc biệt khi có nguyên nhân thực thể nặng như đái tháo đường hoặc chấn thương vùng chậu. Tỷ lệ bệnh lý kèm theo cao (68% có bệnh tim mạch/chuyển hóa, 60% có tăng sinh tuyến tiền liệt) phù hợp với các yếu tố nguy cơ đã biết của rối loạn cương nặng [6].

Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ 100% cấy âm tính trước mổ phản ánh quy trình tầm soát và tối ưu hóa trước phẫu thuật đã được chuẩn hóa; tuy nhiên, cần nhận thức rằng cấy âm tính không loại trừ hoàn toàn nguy cơ nhiễm trùng thiết bị. Việc duy trì kháng sinh dự phòng phù hợp và kỹ thuật vô khuẩn tối ưu vẫn là then chốt [7]. Bên cạnh đó,

testosterone toàn phần và LH phần lớn nằm trong giới hạn sinh lý; trung vị testosterone khoảng 14 - 15 ng/mL chúng tôi tiết không phải cơ chế trội gây RLC trong mẫu bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi; chỉ nên nghĩ đến can thiệp hormone khi có triệu chứng đi kèm và mức testosterone thấp [8]. Đánh giá toàn trạng: Đảm bảo không thiếu máu, không bạch cầu tăng và không ổ nhiễm hoạt động trước mổ, vì đây là các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng hậu phẫu đã được chứng minh ở phẫu thuật ngoài tim. Theo dõi và ghi nhận: Với bệnh nhân đái tháo đường, ghi nhận HbA1c, glucose ngay trước mổ và trong 24 - 48 giờ đầu để hiệu chỉnh kịp thời; xem xét tham vấn nhóm quản lý đường huyết [9].

Chức năng cương phục hồi sau phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo là mục tiêu chính trong việc đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này. Vì phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo hoạt động độc lập với cơ chế sinh lý NO - cGMP, do đó hiệu quả ở bệnh nhân kháng trị nội khoa [10]. Sự cải thiện điểm IIEF - 5 từ 6.68 lên 20.4 (với $p < 0.001$) phù hợp với tỷ lệ hài lòng cao được báo cáo trong các tổng quan hệ thống [4]. Nghiên cứu tại Trung Quốc trên 112 người bệnh đặt IPP ghi nhận mức tăng IIEF - 5 trung bình khoảng 13 - 15 điểm, đặc biệt rõ trong các nhóm bệnh nhân có bệnh Peyronie hoặc sau phẫu thuật vùng chậu [11]. Kết quả này nhấn mạnh rằng những người bệnh có tổn thương thực thể nặng nề ảnh hưởng đến cấu trúc và chức năng cương dương là nhóm cấy ghép IPP mang lại lợi ích rõ rệt nhất.

Điểm mới của nghiên cứu là sử dụng bộ câu hỏi HRQoL để đánh giá tác động toàn diện của phẫu

thuật. Các kết quả đo bằng bộ câu hỏi CDC HRQoL cho thấy sự chuyển biến tích cực toàn diện về sức khỏe thể chất, tinh thần và khả năng sinh hoạt độc lập sau 3 tháng. Điều này phản ánh rằng hiệu quả của phẫu thuật không chỉ giới hạn trong phục hồi chức năng tình dục, mà còn mở rộng sang các khía cạnh sâu hơn của sức khỏe và tâm lý người bệnh.

Sau phẫu thuật 3 tháng, hầu hết các chỉ số đều cải thiện mạnh mẽ: điểm sức khỏe chung giảm xuống 1.9 ± 0.7 , tức chuyển từ mức “Kém” sang mức “Tốt” hoặc “Rất tốt”; số ngày sức khỏe thể chất không tốt giảm còn 3.5 ± 1.6 , và tinh thần không tốt còn 2.0 ± 1.4 . Số ngày bị giới hạn hoạt động trung bình giảm từ 9.9 xuống 1.9 ngày. Các chỉ số về sức khỏe tâm lý cũng cải thiện rõ: Số ngày buồn chán, lo lắng và mất ngủ giảm từ trung bình 10 - 13 ngày/tháng xuống chỉ còn 2 - 4 ngày/tháng, cho thấy hiệu quả tích cực của việc phục hồi chức năng tình dục và tự tin cá nhân sau phẫu thuật. Ngược lại, số ngày “khỏe mạnh, đầy năng lượng” tăng gấp đôi, từ 9.9 ± 3.2 lên 21.3 ± 5.3 ngày/tháng, phản ánh sự cải thiện chung cả về thể chất lẫn tinh thần. Y văn ghi nhận nhiều công trình đã chứng minh sự cải thiện tương tự bằng các thang đo chất lượng sống khác nhau, đặc biệt là SF - 36 và QoLSPP. Nghiên cứu của Ure và cộng sự dùng thang đo SF - 36 cho thấy điểm trung bình của tất cả tám miền đều tăng có ý nghĩa thống kê, đặc biệt ở sức khỏe thể chất, sức sống và vai trò cảm xúc, khi theo dõi bệnh nhân từ 12 đến 39 tháng sau phẫu thuật [12]. Trong khi đó, Chierigo và cộng sự sử dụng bộ câu hỏi QoLSPP để đánh giá bốn lĩnh vực chính gồm

chức năng, yếu tố cá nhân, mối quan hệ và yếu tố xã hội. Nghiên cứu này ghi nhận điểm số ở tất cả các lĩnh vực đều đạt mức rất cao ở nhóm bệnh nhân còn sử dụng thiết bị sau nhiều năm [13].

Hạn chế của nghiên cứu: Thứ nhất, thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm với cỡ mẫu nhỏ ($n = 25$) hạn chế tính khái quát hóa. Thứ hai, việc không có nhóm chứng và sử dụng một loại thể hang nhân tạo duy nhất (Coloplast Titan) hạn chế phân tích so sánh. Cần các nghiên cứu đa trung tâm, tiến cứu với thời gian theo dõi dài hơn để xác nhận các kết quả này.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo bước đầu thể hiện tính an toàn và hiệu quả trong điều trị rối loạn cương nặng kháng điều trị nội khoa ở cơ sở nghiên cứu của chúng tôi. Dựa vào những kết quả trên, kỹ thuật này mang đã lại sự cải thiện rõ rệt về chức năng cương dương và chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân được nghiên cứu với tương đối ít biến chứng. Tuy nhiên, cần những nghiên cứu với thiết kế tốt hơn, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để có kết luận chính xác về phương pháp này.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn các bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu và tập thể nhân viên Khoa Ngoại Niệu - Ghép thận - Nam khoa, Bệnh viện Nhân dân 115 đã hỗ trợ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] M. Van Hemelrijck, A. Kessler, S. Sollie, B. Challacombe, and K. Briggs, “The global prevalence of Erectile Dysfunction: a review,” *BJU Int.*, vol. 124, no. 4, pp. 587 - 599, Oct. 2019, doi: 10.1111/bju.14813.
- [2] W. D. Steers, “Pharmacologic Treatment of Erectile Dysfunction,” *Rev. Urol.*, vol. 4, no. Suppl 3, pp. S17 - S25, 2002.
- [3] L. A. Levine *et al.*, “Penile Prosthesis Surgery: Current Recommendations From the International Consultation on Sexual Medicine,” *J. Sex. Med.*, vol. 13, no. 4, pp. 489 - 518, Apr. 2016, doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.017.
- [4] G. Corona *et al.*, “Long - term penile prosthesis couple's satisfaction: A systematic review and meta - analysis,” *Andrology*, vol. 13, no. 3, pp. 610 -

623, Mar. 2025, doi: 10.1111/andr.13696.

- [5] S. K. Wilson *et al.*, “Initial safety outcomes for the Rigicon Infla10® inflatable penile prosthesis,” *BJU Int.*, vol. 131, no. 6, pp. 729 - 733, Jun. 2023, doi: 10.1111/bju.15960.

- [6] H. J. Park, J. E. J. Won, S. Sorsaburu, P. D. Rivera, and S. W. Lee, “Urinary Tract Symptoms (LUTS) Secondary to Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) and LUTS/BPH with Erectile Dysfunction in Asian Men: A Systematic Review Focusing on Tadalafil,” *World J. Mens Health*, vol. 31, no. 3, pp. 193 - 207, Dec. 2013, doi: 10.5534/wjmh.2013.31.3.193.

- [7] L. E. Nicolle *et al.*, “Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America,” *Clin. Infect. Dis.*, vol. 68, no. 10, pp. e83

-e110, May 2019, doi: 10.1093/cid/ciy1121.

[8] A. Salonia *et al.*, "European Association of Urology Guidelines on Male Sexual and Reproductive Health: 2025 Update on Male Hypogonadism, Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, and Peyronie's Disease," *Eur. Urol.*, vol. 88, no. 1, pp. 76 - 102, Jul. 2025, doi: 10.1016/j.eururo.2025.04.010.

[9] American Diabetes Association Professional Practice Committee, "16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes-2024," *Diabetes Care*, vol. 47, no. Supplement_1, pp. S295 - S306, Dec. 2023, doi: 10.2337/dc24 - S016.

[10] A. M. Traish, I. Goldstein, and N. N. Kim, "Testosterone and Erectile Function: From Basic Research to a New Clinical Paradigm for Managing

Men with Androgen Insufficiency and Erectile Dysfunction," *Eur. Urol.*, vol. 52, no. 1, pp. 54 - 70, Jul. 2007, doi: 10.1016/j.eururo.2007.02.034.

[11] J. Wang *et al.*, "Effect of a three - piece inflatable penile prosthesis combined with a phosphodiesterase - 5 inhibitor on erectile dysfunction," *J. Int. Med. Res.*, vol. 49, p. 030006052098536, Apr. 2021, doi: 10.1177/0300060520985365.

[12] I. Ure, A. Ozen, and C. Can, "Life quality change after inflatable penile prosthesis implantation," *Aging Male*, vol. 23, no. 5, pp. 362 - 368, Dec. 2020, doi: 10.1080/13685538.2018.1487393.

[13] F. Chierigo *et al.*, "Long - Term Follow - Up After Penile Prosthesis Implantation-Survival and Quality of Life Outcomes," *J. Sex. Med.*, vol. 16, no. 11, pp. 1827 - 1833, Nov. 2019, doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.001.

Erectile function and quality of life after penile prosthesis implantation for erectile dysfunction treatment

Vu Thai Hoang, Nguyen Thanh Duc, Truong Hoang Minh, Vu Son, Tran Thi Thuong

ABSTRACT

Background: Erectile dysfunction is a common condition significantly impacting quality of life. While medical therapy is effective for many patients, a proportion remains refractory to conservative treatment. Penile prosthesis implantation is considered the "gold standard" for these patients, but data in Vietnam remain limited. Objective: To evaluate early outcomes in terms of changes in erectile function and quality of life among patients with erectile dysfunction undergoing penile prosthesis implantation. Subjects and methods: A descriptive case series was conducted on 25 patients who underwent surgery at People's Hospital 115 between 2019 and 2025. The International Index of Erectile Function - 5 (IIEF - 5) and the Health - Related Quality of Life (HRQoL) scale were used to assess patients before surgery and at 3 months postoperatively. Results: The mean IIEF - 5 score increased significantly from 6.68 ± 0.99 to 20.4 ± 1.29 ($p < 0.001$). Confidence in erectile ability improved from 1.24 to 3.96 points, while satisfaction during sexual intercourse increased from 1.44 to 4.28 points. Quality of life (HRQoL) also showed marked improvement: The "General Health" domain shifted from Poor to Good, and the number of healthy, energetic days doubled (from 9.9 to 21.3 days per month). Conclusion: Penile prosthesis implantation demonstrates initial effectiveness in improving erectile function, sexual satisfaction, and quality of life in patients with severe erectile dysfunction refractory to medical therapy.

Keywords: *erectile dysfunction, inflatable penile prosthesis, IIEF - 5, quality of life, HRQoL*

Received: 23/3/2026

Revised: 29/4/2026

Accepted for publication: 7/5/2026