

Giáo sư **TRẦN VĂN SÁNG**
Nhà giáo Nhân dân

PGS.TS **TRẦN NGỌC SINH**
Chủ nhiệm Bộ môn Niệu

BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NIÊU KHOA

TÀI LIỆU HỌC TẬP CHO
ĐẠI HỌC - CAO HỌC - NGHIÊN CỨU SINH

(ĐÃ CHỈNH BIÊN VÀ CẬP NHẬT)



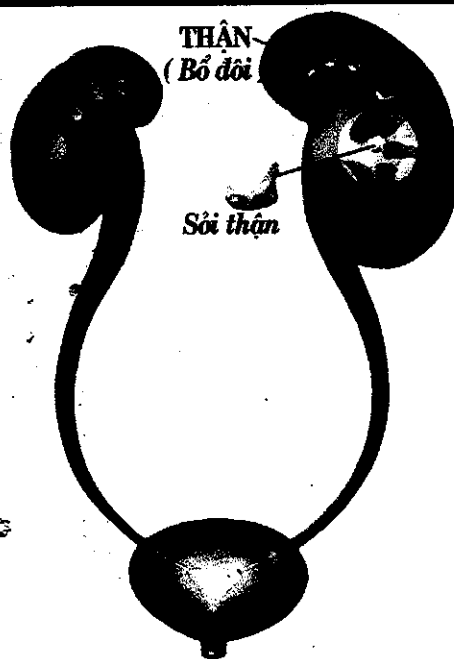
NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG
2011

Giáo sư TRẦN VĂN SÁNG
Nhà giáo Nhân dân

PGS.TS TRẦN NGỌC SINH
Chủ nhiệm Bộ môn Nội

BÀI GIẢNG BỆNH HỌC **NIỆU KHOA**

TÀI LIỆU HỌC TẬP CHO
ĐẠI HỌC - CAO HỌC - NGHIÊN CỨU SINH

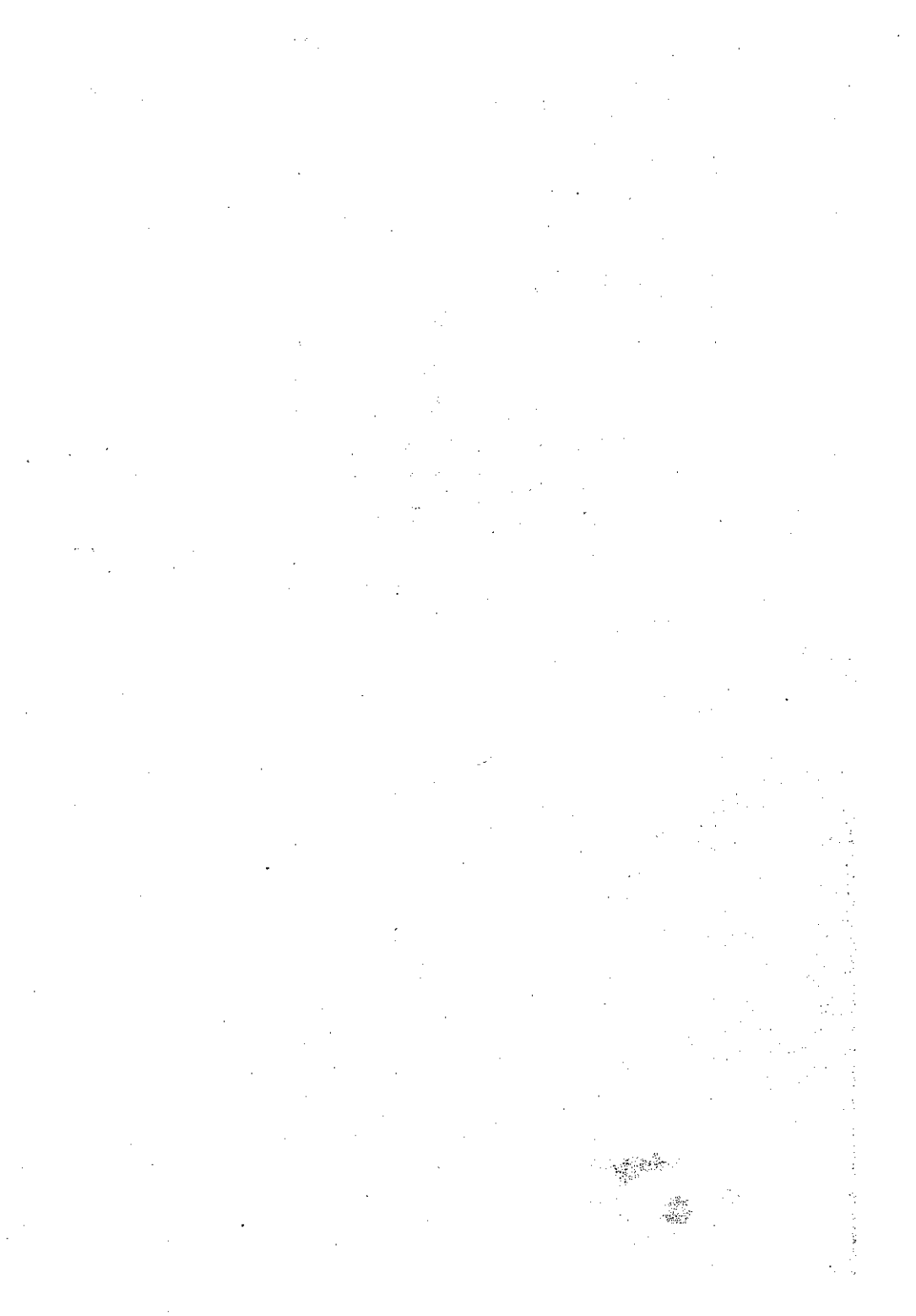


NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG
2011



*Sách chuyên môn nho nhỏ
Lặng lẽ trao cho đời
Một niềm vui nho nhỏ
Ở độ tuổi tám mươi.*

GS. Trần Văn Sáng



Giáo sư TRẦN VĂN SÁNG
Nhà giáo Nhân dân

PGS.TS TRẦN NGỌC SINH
Chủ nhiệm Bộ môn Niệu

BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NIỆU KHOA

**TÀI LIỆU HỌC TẬP CHO ĐẠI HỌC -
CAO HỌC - NGHIÊN CỨU SINH**

(Đã chỉnh biên và cập nhật)

NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG
– 2011 –

LỜI NÓI ĐẦU

Quyển “Bài giảng bệnh học niệu khoa” đã được xuất bản từ năm 1998 cho tới nay, mười hai năm đã trôi qua. Với sự bùng nổ về thông tin trong y học, cũng như sự ra đời của các kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị, đòi hỏi quyển sách này phải được viết lại để “cập nhật hóa”.

Hiện nay trong bộ môn, số cán bộ giảng dạy gồm các Giáo sư và Phó giáo sư của Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh cũng đông hơn trước nhiều. Vì vậy, với sự cộng tác tích cực của PGS Trần Ngọc Sinh và các cán bộ giảng dạy trong bộ môn, chúng tôi viết lại quyển sách này nhằm cập nhật hóa các kiến thức và cung cấp cho sinh viên những hiểu biết mới nhất mà chúng tôi có thể có được.

Quyển sách này có 8 chương:

- 1 - Chấn thương đường tiết niệu
- 2 - Nhiễm trùng niệu
- 3 - Sỏi niệu
- 4 - Bướu đường tiết niệu

5 - Nam khoa

6 - Niệu phụ khoa

7 - Niệu nhi

8 - Ghép thận

Ngoài các bài giảng viết theo chương trình cho sinh viên năm thứ 4, còn có phần viết cho sinh viên sau đại học. Các phần này sẽ có trong chương trình ôn tập để thi vào sau đại học về niệu khoa.

GS. Trần Văn Sáng

Cùng tham gia thực hiện quyển sách:

- PGS.TS Trần Ngọc Sinh

- BSCKII Dư Thị Ngọc Thu

- BSNT Nguyễn Trí Quang

Và các thành viên trong bộ môn Ngoại Tiết Niệu Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

CHƯƠNG I

CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG THẬN

Mục tiêu bài giảng

- Hiểu được đặc điểm về giải phẫu bệnh của thận bị chấn thương.
- Biết được các thể lâm sàng.
- Biết cách khám bệnh nhân, cho các xét nghiệm cận lâm sàng và hình ảnh y khoa.
- Biết theo dõi bệnh nhân và chỉ định điều trị.

CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN

Chấn thương thận kín là trường hợp thận bị tổn thương nhưng thành bụng hay thành lưng không bị thủng.

Thận, cũng như gan và lách, là những tạng đặc chứa đầy máu, nằm trong ổ bụng. Những thương tổn của các tạng đặc nói chung đều gây ra chảy máu trong, nguy hiểm cho bệnh nhân. Tuy nhiên, thận có đặc điểm khác gan và lách là nằm sau phúc mạc, trong ổ thận kín; nên cho phép hình thành một “khối máu tụ có áp lực”, và chính áp lực của khối máu tụ sẽ giúp vết nứt ở thận tự cầm

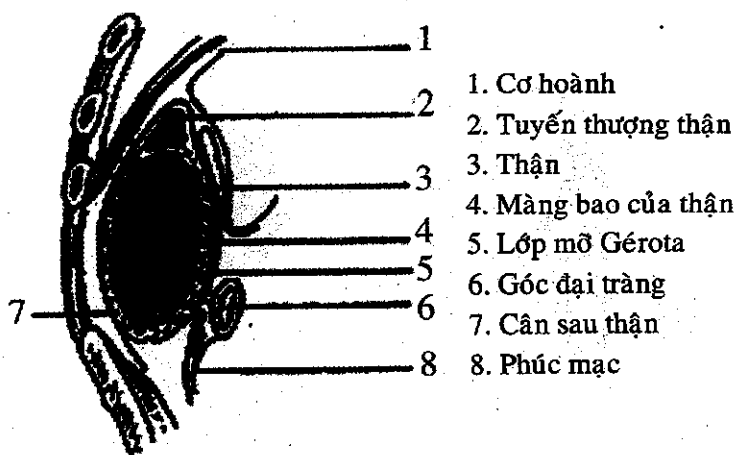
máu được một cách hữu hiệu. Vì vậy, khi gan và lách bị vỡ, hầu hết là phải giải quyết bằng ngoại khoa, trong khi đó hơn 70% các trường hợp chấn thương thận kín có thể được điều trị bằng phương pháp nội khoa bảo tồn với kết quả tốt.

Muốn nắm vững được đặc điểm này, cần nhắc lại những đặc điểm về giải phẫu của thận:

I. ĐẶC ĐIỂM VỀ GIẢI PHẪU CỦA THẬN

Thận là một tạng đặc chứa đầy máu. Mô thận xốp và dễ vỡ. Thận được bọc bởi vỏ thận tương đối chắc. Ở phần tủy có các đài thận đổ vào bể thận và các mạch máu quan trọng nằm sát các đài bể thận. Các nhánh của động mạch thận là các nhánh tụy. Mỗi nhánh tiếp huyết cho một vùng chủ mô cụ thể và không có sự tiếp nối giữa các nhánh động mạch với nhau. Khi một nhánh động mạch bị đứt hay bị tắc, sẽ có một vùng chủ mô thận tương ứng bị hoại tử. Trong những trường hợp thận bệnh lý như: thận ứ nước, thận đa nang, thận có bướu v.v... thì thận to và căng hơn bình thường nên dễ vỡ. Ngoài ra trong các trường hợp thận độc nhất, thận hoạt động bù trừ nên căng và to hơn bình thường cũng bị dễ vỡ hơn.

Thận là một tạng đặc nằm sau phúc mạc, nằm trong một ổ thận kín gồm có (hình 1.1):

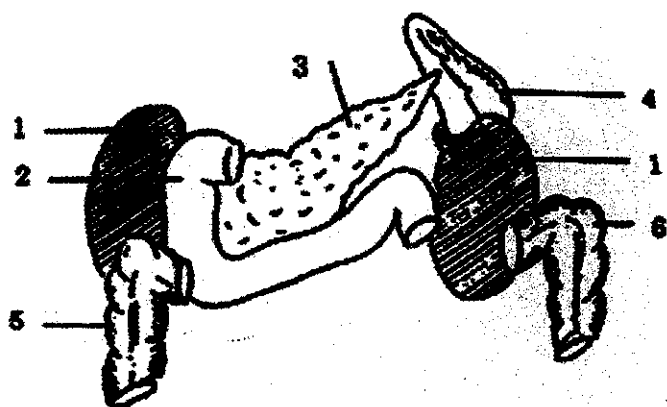


Hình 1.1: Thiết đồ đứng dọc mô tả vị trí của thận và liên quan vùng sau phúc mạc.

Phía sau: xương sườn 11,12 và thành bụng sau.

Phía trên: có cơ hoành và ở dưới cơ hoành, cực trên của thận tiếp xúc với gan hoặc lách và tuyến thượng thận.

Phía trước: có phúc mạc và qua phúc mạc thận tiếp giáp với các cơ quan trong ổ bụng. Đặc biệt là bờ trong của thận phải tiếp giáp với đoạn 2 của tá tràng và cực dưới của thận tiếp giáp với góc của đại tràng. Những thương tích của thận có thể kèm theo các thương tích của các cơ quan này, làm cho tiên lượng xấu thêm rất nhiều vì rất khó điều trị (hình 1.2).



- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. Thận | 4. Lách |
| 2. Đoạn 2 tá tràng | 5. Góc đại tràng |
| 3. Tụy tạng | 6. Góc trái đại tràng |

Hình 1.2: Mô tả liên quan của mặt trước thận

Phía dưới: phúc mạc dễ bóc tách khỏi thành bụng nên khi có máu tụ, khối máu tụ có thể phát triển xuống phía dưới và khi khối máu tụ lớn có thể lan tới hố chậu.

Phía trong: phúc mạc dính vào cột sống, do đó khối máu tụ không lan được sang đến hố thận bên đối diện.

Chung quanh thận có lớp mỡ Gerota. Lớp mỡ này là một lớp đậm tốt, cho phép thận di động ít nhiều để né tránh vật gây chấn thương. Lớp mỡ này ít phát triển ở trẻ em.

II. CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN

A. Định nghĩa

Chấn thương thận kín là trường hợp thận bị tổn thương nhưng thành bụng hay thành lưng không bị thủng.

B. Lịch sử

Galien từ thế kỷ thứ 2 đã đưa ra bệnh án đầu tiên của chấn thương thận. Ambroise Paré và sau đó Rayer năm 1835 đã mô tả bệnh cảnh đầy đủ của chấn thương thận kín. Vấn đề dùng phẫu thuật cắt thận để điều trị vỡ thận đã được Simon chủ trương năm 1876 và được thực hiện đầu tiên bởi Rawdon năm 1888. Từ năm 1961, ở hội nghị niệu khoa Pháp lần thứ 61, các tác giả chủ trương giải quyết chấn thương thận một cách trì hoãn.

C. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

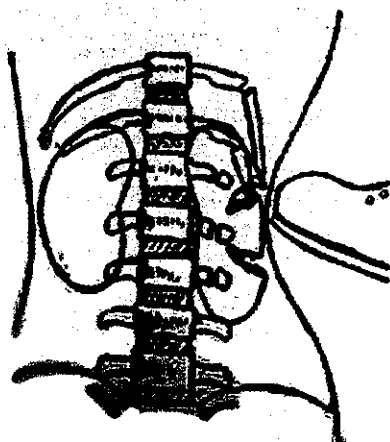
Cottrel, trong thống kê 800 trường hợp chấn thương bụng, nhận thấy tỉ lệ chấn thương thận đạt 28%. Nguyên nhân thường là tai nạn giao thông, tai nạn thể dục thể thao hoặc tai nạn lao động.

Về cơ chế sinh bệnh có 2 loại:

1. Chấn thương trực tiếp

Chấn thương vào vùng hông lưng ở vùng xương sườn 11 và 12, hoặc ở vùng hố thắt lưng. Trong trường hợp này xương sườn 11 và 12 có thể bị gãy (hình 2).

Chấn thương trực tiếp từ trước ra sau, vật sát thương gây đung dập ở vùng hạ sườn, làm cho thận bị đẩy mạnh vào cột sống và sườn 11 và 12. Các xương sườn cản cực trên của thận lại, còn cực dưới bị đẩy mạnh về phía sau nên thận bị rạn nứt và trong trường hợp này vết nứt thường là ở mặt trước của thận.



Hình 1.3: Mô tả cơ chế chấn thương trực tiếp

Trường hợp nặng thận có thể bị dập nát hoặc bị vỡ làm hai mảnh (hình 1.4 A).

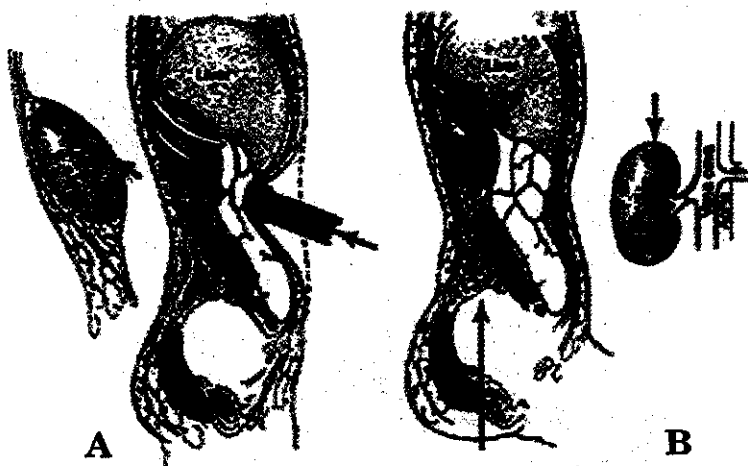
2. Chấn thương gián tiếp

Thường ít gặp hơn. Bệnh nhân bị té từ trên cao, thận bị sức nặng của nó kéo từ trên xuống một cách đột ngột làm cho thận bị rách ở gần cuống. Trường hợp này thường gây ra xuất huyết nặng.

Dù dưới hình thức và cơ chế nào, áp lực gây nên bởi máu và nước tiểu bên trong thận giữ một vai trò quan trọng. Nó tạo nên một lực từ trong ra, ngược chiều với lực tạo nên bởi chấn thương từ ngoài

vào và chủ mô thận bị dập giữa hai lực này.

Le Dentu, Tuffier và Kuster đã làm thí nghiệm sau đây: cho rớt xuống đất 2 quả thận ở cùng một độ cao, một quả thận được lấy từ xác chết, không chứa máu và nước tiểu, và một quả thận lấy từ một sinh vật sống chứa đầy máu và nước tiểu. Ở quả thận thứ nhất chỉ có những vết rạn nứt ngắn, còn quả thận thứ hai bị vỡ nặng.



Hình 1.4: Mô tả cơ chế chấn thương: (A) chấn thương trực tiếp từ trước ra sau; (B) chấn thương gián tiếp

D. Giải phẫu bệnh

1. Thương tổn ở thận

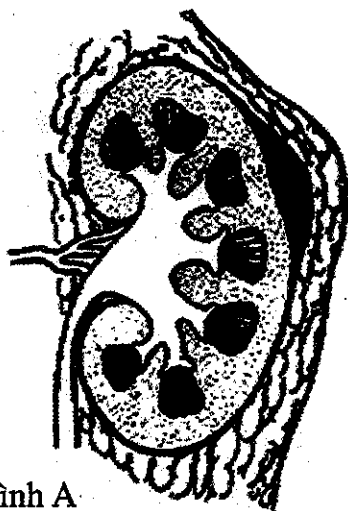
Có 3 trường hợp chủ yếu

a. Vỡ bọc thận còn nguyên vẹn

(hình 1A)

Trong trường hợp này, máu tụ nằm dưới màng bao và không có khối máu tụ quanh thận.

- Nếu vết rạn nứt ở chủ mô thận không lan sâu đến đài thận thì bệnh nhân không có đái máu. Đây là trường hợp khó chẩn đoán.



Hình A

- Nếu vết rạn nứt thông với đài thận, bệnh nhân có đái máu.

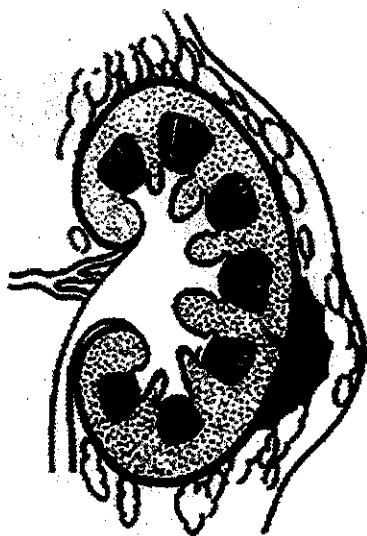
Vỏ bọc thận tương đối dai, và khối máu tụ dưới màng bao sẽ chèn ép và giúp cho thận tự cầm máu. Vỏ bọc thận còn nguyên vẹn sẽ làm cho các mép của vết nứt ở thận áp sát vào nhau và thận dễ tự lành.

Tuy nhiên nếu ổ máu tụ quá căng, nhân một chấn động nhẹ như bệnh nhân gắng sức lúc đi cầu, hay xách hành lý nặng lúc xuất viện ra về, vỏ bọc thận có thể bị rách gây chảy máu thứ phát.

b. Vỏ bọc thận bị nứt cùng với chủ mô thận (hình 1B)

Đây là trường hợp hay gặp nhất. Vết rách ở thận thường sâu đến đài thận. Trong trường hợp

này, bệnh nhân vừa có đái máu vừa có khối máu tụ quanh thận. Tuy nhiên, trong một ít trường hợp, vết rạn nứt không làm rách đài thận và bệnh nhân chỉ có khối máu tụ quanh thận mà không có đái máu. Vết nứt thường thẳng góc với trục của thận. Trong trường hợp này thương tổn có thể là:



Hình B

- Thận bị vỡ ở một cực thận, thường là cực dưới, bị tách rời ra khỏi thận (*hình 1C*).

- Thận có thể bị vỡ làm đôi, hai mảnh bằng nhau và đường rách lan đến cuống thận, làm đứt các mạch máu lớn gây xuất huyết nặng.

- Kèm theo vết rách chính có thể có nhiều vết rách khác từ vết rách chính tỏa ra như hình ngôi sao (*hình 1D*).

- Có thể thận bị vỡ làm nhiều mảnh: thận bị dập nát (*hình 1E*).



Hình 1C



Hình 1D



Hình 1E

c. Thận bị tách khỏi cuống:

Thường xảy ra trong trường hợp bệnh nhân té từ cao xuống. Cuống thận có thể bị đứt hoặc đường rách ở chủ mô thận nằm gần rốn thận, phần lớn chủ mô bị tách rời khỏi cuống. Các mạch máu lớn bị đứt gây xuất huyết trầm trọng. Nếu bể thận hay niệu quản bị rách hoặc bị đứt làm cho máu không xuống được bàng quang, bệnh nhân sẽ không có triệu chứng đái máu.

2. Phân loại thương tổn thận:

Trước đây phân loại chấn thương thận dựa theo phân loại của Châtelain, chia độ chấn thương của thận ra làm 4 độ.

a. Phân loại theo Châtelain:

Châtelain phân loại chấn thương thận kín ra làm 4 độ.

Độ 1: Chủ mô thận bị vỡ, vỏ bao vẫn còn

nguyên vẹn gọi là vỡ thận giữa màng bao.

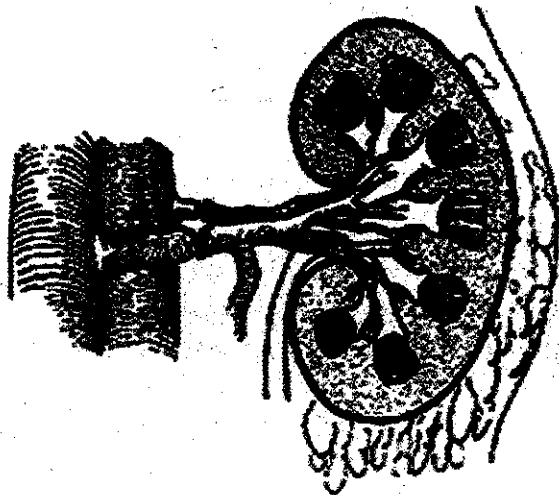
Độ 2: Chủ mô thận cùng vỡ với màng bao: có khối máu tụ quanh thận.

Độ 3: Vỡ phức tạp ở chủ mô thận: thận bị vỡ làm nhiều mảnh, khối máu tụ lớn.

Độ 4: Thương tổn ở cuống thận: *hình 1F*

Thương tổn động mạch thận, mạch máu bị đứt hay thuyên tắc.

Thương tổn ở bể thận hay niệu quản.



Hình 1F: thương tổn đứt cuống thận (độ IV theo phân loại Châtelain)

b. Từ 26/6/2004 Hiệp hội Niệu khoa Châu Âu (EAU= European Association of Urology) đưa ra bảng phân độ chấn thương thận gồm 5 độ:

Độ I: Tổn thương đụng dập hoặc không có máu tụ dưới bao. Không rách chủ mô thận.

Độ II: Rách vỏ thận dưới 1cm, không có máu tụ quanh thận.

Độ III: Rách vỏ thận trên 1cm, không có sự thoát nước tiểu ra ngoài.

Độ IV: Rách vỏ-tủy thận thông với hệ thống đài thận hoặc đứt động mạch thận, chấn thương tĩnh mạch với máu tụ quanh thận.

Độ V: Vỡ nát thận hoặc đứt cuống thận.

Phân loại của EAU chi tiết hơn của Châtelain và ngày nay thường áp dụng bảng phân loại EAU trong thực hành lâm sàng.

3. Khối máu tụ quanh thận

Do đặc điểm về giải phẫu, thận nằm sau phúc mạc trong một ổ thận kín, do đó có thể hình thành một khối máu tụ có áp lực và nhờ có khối máu tụ này, thận có thể tự cầm máu được nếu các mạch máu lớn ở thận không bị đứt. Khi ổ máu tụ lớn, máu sẽ lan đến cột sống và lan xuống phía dưới, đến vùng hố chậu. Do hố thận có nhiều mô lỏng lẻo nên có thể chứa đựng được trên dưới 1 lít máu. Trong các trường hợp đặc biệt, phúc mạc có thể bị rách, máu chảy vào trong xoang phúc mạc và thận không còn khả năng tự cầm máu được nữa.

4. Các thương tổn kèm theo

Trong các trường hợp chấn thương nặng, có

thể xảy ra các thương tổn kèm theo như:

- Vỡ gan kèm với vỡ thận phải.
- Vỡ lách kèm theo vỡ thận trái.
- Vỡ tạng rỗng hoặc rách mạc treo trong trường hợp chấn thương từ trước ra sau ở vùng hạ sườn.
- Có thể xảy ra các thương tổn gãy xương như gãy xương sườn 11 và 12 hoặc gãy xương chi dưới trong trường hợp bệnh nhân té từ trên cao.

Đ. Sinh lý bệnh

1. Vết nứt ở thận

Sau khi bị vỡ, thận sẽ tự hàn gắn bằng mô sẹo gồm các mô liên kết. Chủ mô thận còn lại sẽ tăng sinh để bù trừ vào chức năng của phần chủ mô thận bị thương tổn. Do đó có thể rút ra được suy luận về thái độ điều trị là:

Suy luận thứ nhất: Điều trị chấn thương thận chủ yếu là điều trị bảo tồn, nếu chủ mô thận còn có thể bảo tồn được.

2. Khối máu tụ quanh thận

Có thể:

- Tự tan dần và không để lại di chứng.
- Biến thành mô xơ.

Quá trình diễn biến của khối máu tụ như sau:

a. Trong những ngày đầu, khối máu tụ chưa được tổ chức hóa nên sự cầm máu chưa được vững chắc. Các cục máu đông chưa bít được chắc chắn

các mạch máu bị đứt nhất là các động mạch. Nếu can thiệp vào thận trong thời điểm này, khi bóc các cục máu tụ quanh thận để bộc lộ vết rách ở thận thì máu sẽ chảy chan hòa từ đáy của vết rách. Ngoài ra mô thận bị dập rất dễ khó khâu và ở thời điểm này cũng chưa có sự phân định rõ giữa mô bị dập và mô lành. Do đó, can thiệp vào thận sớm thường đưa đến tình trạng phải cắt bỏ thận một cách phí phạm.

b. Từ ngày thứ 6 đến ngày thứ 15, khối máu tụ sẽ được tổ chức hóa, trở nên vững chắc và bám vào mép của vết rách ở thận. Các cục máu đông cũng bít chặt các mạch máu nhỏ và các tĩnh mạch. Các mạch máu lớn có thể còn chảy máu do áp suất máu ở đây cao hơn, nhất là sau khi hồi sức huyết áp trở lại bình thường.

c. Sau ngày thứ 15, khối máu tụ sẽ biến thành mô xơ bám chắc vào thận và vào các mô lân cận, làm cho việc bóc tách thận lúc mổ trở nên khó khăn và gây chảy máu. Hơn nữa, trong nhiều trường hợp khối máu tụ bị nhiễm trùng hoặc biến thành nang giả niệu. Can thiệp vào thời điểm này dễ dẫn đến bất buộc phải cắt bỏ thận vì không còn khả năng bảo tồn được nữa. Do đó:

Suy luận thứ hai: Thời điểm thuận lợi nhất để mổ trong trường hợp vỡ thận là ngày thứ 6 đến ngày thứ 14 vì ở thời điểm này khả năng khâu

thận để cầm máu tốt nhất. Lúc phẫu thuật có thể thấy phần mô thận bị hoại tử và mô lành được phân định rõ.

d. Khối máu tụ có thể bị nhiễm trùng. Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng niệu từ trước, nước tiểu nhiễm trùng hòa lẫn với máu tụ sẽ biến thành ổ mủ. Nếu nước tiểu không bị nhiễm trùng, sẽ có thể biến thành một nang nước và máu gọi là nang giả niệu.

e. Về sau, ổ máu tụ có thể không tan hết và một số trường hợp có thể biến thành mô xơ gây chèn ép bể thận và niệu quản gây ra thận ứ nước hoặc bóp nghẹt thận và các mạch máu ở cuống thận đưa đến biến chứng cao huyết áp.

E. Lâm sàng

Sau khi bị chấn thương ở vùng thắt lưng hay vùng hạ sườn, bệnh nhân bị đau nhói, té xỉu và sau đó có đái máu. Đây là một trường hợp điển hình của chấn thương thận kín.

1. Thăm khám sẽ thấy.

a. Đái ra máu. Máu đỏ đều trong cả 3 ly. Trong trường hợp nặng có thể có máu cục đọng trong bàng quang làm cho bệnh nhân đái khó. Nếu máu cục đọng nhiều trong bàng quang, thăm khám sẽ thấy có cầu bàng quang căng ở hạ vị.

b. Hố thắt lưng đầy và đau do sự hình thành của khối máu tụ quanh thận. Đặc biệt là triệu

chứng đau lan dần ra xa chỗ bị chấn thương.

c. Phản ứng thành bụng ở nửa bụng bên bị chấn thương đồng thời có dấu hiệu bụng chướng hơi. Vì có dấu hiệu phản ứng thành bụng và bụng chướng hơi nên trong ngày đầu, rất khó có thể sờ thấy và đánh giá được khối máu tụ quanh thận. Sờ nắn bụng nhẹ nhàng có thể thấy được một khối mềm, ranh giới không rõ rệt, khu trú ở một bên hông và gõ có tiếng đục nếu khối máu tụ lớn.

Trong những ngày sau, từ ngày thứ 3 trở đi khi phản ứng thành bụng đã đỡ, có thể sờ được khối máu tụ mềm và đau, từ hố thận lan đến hoặc quá đường ngang rốn. Đây là một dấu hiệu quan trọng để đánh giá mức độ nặng nhẹ của các thương tổn ở thận.

Đái máu báo hiệu có thương tổn ở thận, còn độ lớn của khối máu tụ đánh giá mức độ nặng nhẹ của chấn thương.

2. Triệu chứng toàn thân

Trong trường hợp chấn thương nặng, bệnh nhân có triệu chứng choáng mất máu: niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ. Dự hậu của chấn thương thận phụ thuộc không phải tình trạng lúc mới nhập viện mà vào tình trạng diễn tiến trong những giờ và những ngày tiếp theo.

Choáng có thể thoáng qua trong những giờ đầu sau chấn thương. Đây là choáng nguyên phát

và nếu không có chảy máu trầm trọng thì choáng sẽ được thu xếp dần do cơ chế bù trừ của cơ thể. Sau đó nếu máu vẫn tiếp tục chảy, choáng sẽ nặng thêm, huyết áp hạ và mạch nhanh dần, bệnh nhân trở nên nhợt nhạt, thể hiện có xuất huyết nội.

Cần theo dõi các dấu hiệu ở bụng để phát hiện các thương tổn kèm theo như vỡ gan, vỡ lách. Trong các trường hợp này, sẽ có triệu chứng co cứng thành bụng lan ra khắp bụng và chọc dò ổ bụng sẽ có máu.

F. Diễn biến

1. Diễn biến thuận lợi

Các trường hợp chấn thương nhẹ: bệnh nhân sẽ tự khỏi. Bệnh nhân sẽ hết đái máu trong vòng 3 – 5 ngày, khối máu tụ nhỏ dần và tự tan, bụng sẽ hết chướng. Tuy nhiên, phải đề phòng các trường hợp chảy máu thứ phát. Khoảng 2-3 % các trường hợp chấn thương thận tưởng chừng là nhẹ, nhưng sau ngày thứ 8, nhân một chấn động nhẹ hay một gắng sức, bệnh nhân cảm thấy đau chói ở thận bị chấn thương, ngắt xủ, đái máu trở lại và khối máu tụ to ra. Đây là trường hợp chảy máu thứ phát, thông thường là nặng, đòi hỏi phải phẫu thuật kịp thời.

2. Diễn biến bất lợi

Các dấu hiệu lâm sàng mỗi lúc một nặng thêm. Các triệu chứng đáng chú ý gồm có:

Đái máu đỏ thẫm và có máu cục đọng ở bàng quang.

Khối máu tụ quanh thận to ra, lan từ hố thất lưng đến hạ sườn và xuống mào chậu. Lardennois cho đó là dấu hiệu quan trọng để chỉ định mổ.

Phản ứng thành bụng nặng thêm và lan rộng ra hết nửa bên bụng phía bên bị chấn thương. Legueu xem đó là dấu hiệu của xuất huyết nặng để có chỉ định phẫu thuật sớm.

Mạch nhanh và huyết áp hạ: sau khi truyền 500 ml máu, huyết áp vẫn không được nâng lên, hoặc được nâng lên tạm thời rồi hạ trở lại. Marion căn cứ vào dấu hiệu này để mổ cấp cứu.

3. Diễn tiến kéo dài

Đây là những trường hợp không phải là nhẹ, nhưng cũng không cần phải mổ cấp cứu. Sau khi truyền khoảng 500 ml máu, tình trạng bệnh nhân trở lại ổn định nhưng bệnh nhân vẫn còn đái ra máu sẫm màu và kéo dài trong nhiều ngày. Trong trường hợp này phải theo dõi sát bệnh nhân trong 6-7 ngày. Trong thời gian theo dõi, vẫn làm đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng và làm UIV để đánh giá chức năng của thận bị thương tổn và nhất là của thận còn lại. Bệnh có thể diễn tiến theo hai cách.

Bệnh nhân được ổn định dần trong những ngày kế tiếp theo.

Đái ra máu bớt dần, thể hiện nước tiểu lợt dần, và khối máu tụ không to thêm, hoặc nhỏ lại. Trong trường hợp này, tiếp tục theo dõi và điều trị nội khoa.

Bệnh nhân không được ổn định. Đái ra máu vẫn sậm màu, khối máu tụ không nhỏ lại, và có dấu hiệu đau và nhiễm trùng: bệnh nhân sốt, hố thắt lưng vẫn căng và đau. Làm UIV thấy thận cầm hoặc có một cực thận không hiện hình trên phim: đây là một trường hợp cần phải mổ cấp cứu trì hoãn vào ngày thứ 6 đến 14.

Có một số trường hợp bệnh nhân đến muộn sau ngày thứ 10. Khối máu tụ đã nhiễm trùng, hoặc đã biến thành nang giả niệu. Đây là trường hợp cần phải giải quyết phẫu thuật, thông thường là phải cắt bỏ thận và dẫn lưu ổ máu tụ hoặc nang giả niệu. Trước khi mổ cần làm UIV để xác định chức năng của thận còn lại, và chỉ được cắt thận nếu thận còn lại hoạt động tốt. Nếu thận còn lại hoạt động không tốt, thì bằng mọi cách, phải cố gắng điều trị bảo tồn thận, không được cắt bỏ thận. Hiện nay, nhờ có MS-CT có thể thấy được rất rõ các tổn thương và không cần đến UIV.

G. Các xét nghiệm cận lâm sàng

1. Máu:

Cần theo dõi số lượng hồng cầu và hématoctrit, nhất là trong trường hợp chấn thương nặng, nếu

hématocrit hạ dần, chứng tỏ máu đang tiếp tục chảy.

Chức năng đông máu gồm máu đông, máu chảy, thời gian co cục máu, thời gian Quick, T.C.K v.v... để phát hiện các rối loạn đông máu.

Thử BUN và créatinine để theo dõi chức năng chung của hai thận.

2. Siêu âm:

Rất cần thiết trong cấp cứu, nhất là trong trường hợp máu chảy nhiều, huyết áp thấp, không làm được UIV.

a. Siêu âm sẽ phát hiện:

Độ to của khối máu tụ quanh thận.

Có dịch trong ổ bụng hay không.

Có các thương tổn kết hợp trong ổ bụng như vỡ gan, vỡ lách...

Hình dáng của thận bên đối diện. Đây là một vấn đề rất quan trọng vì nếu mổ cấp cứu trong chấn thương thận kín thường là phải cắt thận để cầm máu. Như vậy, việc khảo sát thận bên đối diện là việc rất cần thiết để chuẩn bị phương án điều trị tiếp theo cho trường hợp phải cắt bỏ thận chấn thương ở bệnh nhân có thận độc nhất, hoặc thận bên đối diện đã bị xơ teo do bẩm sinh hay bệnh lý.

b. Siêu âm còn giúp theo dõi sự diễn biến của khối máu tụ quanh thận trong những ngày tiếp theo.

3. X-quang

a. Chụp bộ niệu không chuẩn bị: có thể thấy bóng mờ bên thận bị chấn thương, và bóng cơ thận bị che lấp, chứng tỏ có khối máu tụ quanh thận.

Các quai ruột ở vùng chấn thương bị chướng hơi, do có sự kích thích sau phúc mạc.

b. Chụp UIV: Nên chụp UIV khi bệnh nhân đã qua cơn choáng ban đầu, và huyết áp tối đa phải trên 7cmHg vì dưới con số này, sự bài tiết của thận không đủ để thấy được hình ảnh trên phim, và như vậy, UIV làm mất thêm thời gian để cấp cứu bệnh nhân, mà không giúp ích được gì. Chú ý khi làm UIV, không được ép niệu quản.

UIV có thể cho thấy được các thương tổn sau đây:

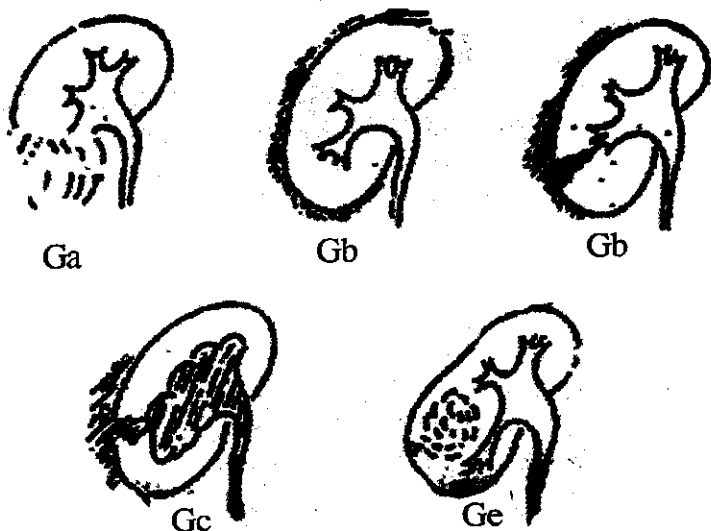
- Thận cam phía bên thận chấn thương.
- Thận chấn thương có hiện hình trên phim, nhưng có một cực thận bị mất (*hình 1Ga*).

Có thuốc cản quang lan toả xung quanh thận (*hình 1Gb*).

Trong một số trường hợp có thể thấy được vết nứt ở thận.

Có thể thấy các thương tổn có từ trước ở thận bị chấn thương như thận ứ nước, thận có sỏi (*hình 1Gc*).

Có khối máu tụ dưới màng bao và trong thận, làm cho các đài thận lân cận bị đẩy sang một bên (*hình 1Ge*).



Hình 1G: Mô tả các dạng tổn thương của thận trên hình ảnh chụp hệ niệu có thuốc cản quang (UIV)

Chụp UIV còn cho biết hình dáng và chức năng thận phía bên đối diện, rất cần thiết khi có chỉ định mổ, (1% người có thận độc nhất do dị tật bẩm sinh).

c) Chụp thận niệu quản ngược dòng (UPR) thường là không cần thiết trong cấp cứu vì khó làm trong trường hợp bệnh nhân bị chấn thương và làm tốt UIV cũng có được những hình ảnh tốt để chẩn đoán.

d) Chụp động mạch thận chọn lọc.

Đây là một phương pháp khó thực hiện trên bệnh nhân cấp cứu và choáng. Các hình ảnh chụp

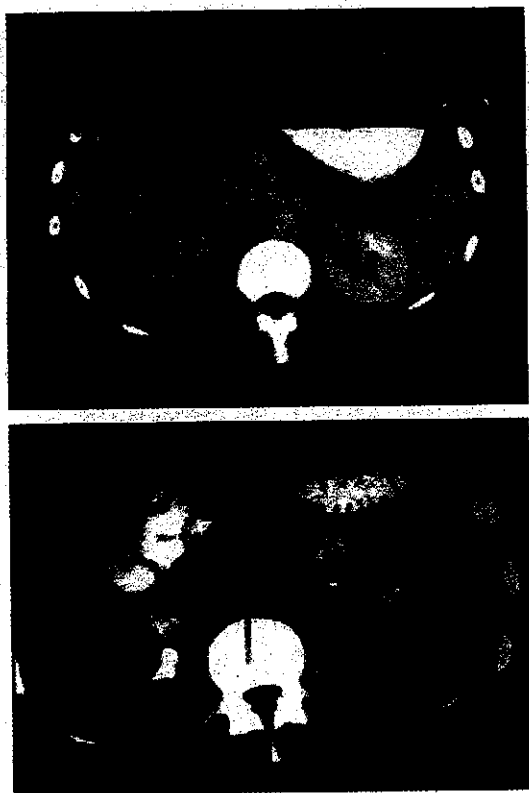
động mạch thận chọn lọc thường là phù hợp với hình ảnh của UIV. Tuy nhiên chụp động mạch thận chọn lọc theo phương pháp Seldinger rất có lợi trong các trường hợp thận cầm trên UIV. Nó có phép phát hiện những thương tổn ở cuống thận như đứt động mạch hoặc đông mạch thận bị tắc do huyết khối. Có thể nhìn thấy một cực thận không được tiếp huyết trong trường hợp có tổn thương một nhánh của động mạch thận.

Ngày nay, người ta áp dụng kỹ thuật chụp động mạch thận chọn lọc để phát hiện những thương tổn thận và nút mạch để cầm máu trong những trường hợp tổn thương đơn giản.

e) Chụp đa cắt lớp điện toán (MSCT: Multislice Computed Tomography).

MSCT là phương pháp khảo sát hình ảnh kỹ thuật cao, MSCT dùng phương pháp điện toán để xử lý các dữ liệu thu được từ hệ thống cảm biến của bộ phận ghi nhận tia X còn lại sau khi đi qua cơ thể của bệnh nhân, để dựng lại thành hình ảnh. MSCT cho ra các hình ảnh gần giống như hình giải phẫu, có độ ly giải cao. MSCT có tiêm thuốc cản quang cho ra những hình ảnh có độ phân giải cao: có thể phân biệt được tổ chức thận bình thường và tổ chức thận bị đưng dập, các vết rạn nứt ở thận, khối máu tụ quanh thận. Vì vậy, nếu có máy MSCT thì không cần chụp UIV nữa. MSCT còn có thể cho thấy các thương tổn khác

trong ổ bụng như vỡ gan, vỡ lách và tụ dịch trong ổ bụng. MSCT có dùng thuốc cản quang còn có thể cho thấy thương tổn ở động mạch thận như huyết khối trong động mạch làm thuyên tắc động mạch, hoặc động mạch thận bị đứt. Sự hạn chế chủ yếu của MSCT là không khảo sát được tĩnh mạch thận.



Hình 1H: Hình chẩn thương thận được phát hiện trên MSCT

Sau khi chụp cắt lớp, có thể cho dựng lại hình để thấy được toàn bộ hệ tiết niệu và đánh giá đầy đủ hơn mức độ tổn thương.

H. Tiên lượng và di chứng

1. Tiên lượng xấu:

Phần nhiều là các thương tổn nặng ở cuống thận gây chảy rất nhiều máu nếu mổ không kịp thời. Có thể do các thương tổn kèm theo như thương tổn ở gan, lách hoặc mạc treo hay tạng rỗng làm cho bệnh nhân nặng thêm.

Theo Petkovic tỉ lệ tử vong khoảng 3% và tỉ lệ phải cắt thận cấp cứu khoảng 6-10%.

2. Tiên lượng tốt:

Bệnh nhân khỏi nhờ điều trị bảo tồn. Theo Steinbock, tỉ lệ này lên đến 80%. Thận tự lành, khối máu tụ tự tan, không để lại các di chứng đáng kể.

3. Các di chứng:

Các di chứng thường gặp là:

Thận chương nước, do các mô xơ phát triển sau khi khối máu tụ tự tan và các mô này bóp nghẹt niệu quản.

Nang giả hiệu: khối máu tụ lẫn nước tiểu sẽ biến thành một bọng nước ở quanh thận.

Cao huyết áp: các mô xơ bóp nghẹt động mạch thận ở vùng rốn thận hoặc chèn ép thận

gây ra cao huyết áp do thận.

III. ĐIỀU TRỊ

Công tác điều trị nhằm 3 mục đích chính là:

- Cầm máu.
- Bảo tồn thận, nếu có thể.
- Tránh các di chứng.

Các phương pháp điều trị gồm có:

1. Điều trị nội khoa:

Hồi sức, truyền máu để bù vào khối lượng máu mất.

Cho thuốc kháng sinh để tránh nhiễm trùng, vì khối máu tụ thường là thông với đường tiết niệu.

Để bệnh nhân nằm nghỉ tại giường cho đến khi hết đái máu.

Cho thuốc cầm máu: adrénoxyl, vitamin K.

2. Điều trị ngoại khoa:

a) Chỉ định gồm các trường hợp sau:

Trường hợp chỉ định rõ ràng:

* Trường hợp rất nặng (độ IV-V): có máu cục đọng trong bàng quang, khối máu tụ quanh thận lớn và có choáng nặng và không phục hồi sau khi truyền máu. Phản ứng thành bụng mạnh và lan rộng: phải mổ sớm.

* Những trường hợp có các thương tổn trong ổ bụng kèm theo đòi hỏi phải mổ cấp cứu.

Trường hợp chỉ định mổ có thảo luận:

Đây là những trường hợp khối máu tụ quanh thận trung bình, không lan đến quá đường ngang rốn, nước tiểu đỏ nhưng không có máu đông cục đọng lại trong bàng quang và sau khi truyền 500ml máu, tình trạng bệnh nhân trở lại ổn định, trường hợp này cần phải theo dõi. Trong khi theo dõi cần làm thêm các xét nghiệm để chuẩn bị mổ và làm MSCT. Nếu bệnh nhân đái máu nhiều và kéo dài, MSCT cho thấy thương tổn ở thận nặng, bệnh nhân có hiện tượng thiếu máu do chảy máu kéo dài thì nên mổ vào thời điểm từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 14 sau chấn thương. Đây là thời điểm thuận lợi nhất, vì khối máu tụ đã được tổ chức hóa, bít chặt vào các mạch máu nhỏ và các tĩnh mạch, chỉ còn chảy máu ở các mạch lớn. Ở thời điểm này các phần chủ mô thận bị dập nát đã được phân định rõ so với các mô lành, thận chấn thương đã bết phù nề. Việc cầm máu ở các mạch máu còn đang chảy rỉ rả và việc khâu lại chủ mô thận bị rách có nhiều thuận lợi. Có thể cắt lọc phần thận bị hoại tử và khâu thận trên chủ mô lành.

b) Điều trị ngoại khoa gồm có:

- Lấy máu cục và dẫn lưu ổ máu tụ.
- Khâu buộc các mạch máu còn đang chảy.
- Khâu lại chủ mô thận.
- Cắt thận bán phần nếu có một cực thận bị dập nát.

- Khâu lại niệu quản, bể thận nếu có bị tổn thương.

- Khâu lại mạch máu thận bị rách (nếu tình trạng bệnh cho phép, bệnh nhân đến sớm, thương tổn đơn giản, không ảnh hưởng đến huyết động...). Trường hợp này phải mổ cấp cứu trong 6 giờ đầu sau chấn thương.

- Cắt bỏ thận để cầm máu nếu thận bị dập nát không còn bảo tồn được và thận còn lại hoạt động tốt.

Trong một số trường hợp đặc biệt bị đứt động mạch thận có thể khâu lại động mạch thận.

3. Trường hợp đặc biệt: có tổn thương trong ổ bụng.

Đây là trường hợp phải mổ ổ bụng với chẩn đoán là vỡ gan hay vỡ lách, nhưng trong lúc mổ, phát hiện thêm có khối máu tụ quanh thận do thận bị chấn thương.

Vấn đề đặt ra cho phẫu thuật viên lúc bấy giờ là có nên mở khoang sau phúc mạc và giải quyết chấn thương thận cùng một lúc hay không? Đây là một vấn đề khá tế nhị, vì nếu mổ ngay ổ thận, lấy hết các cục máu để kiểm tra thận thì máu sẽ chảy chan hoà từ vết rách ở chủ mô thận. Lý do là áp lực của khối máu tụ quanh thận không còn nữa, vì chính áp lực của khối máu tụ quanh thận là yếu tố giúp cho thận tự cầm máu. Ngoài

ra, khi mới bị chấn thương tổ chức thận bị dập nát chưa được phân định với tổ chức lành, và khâu thận sẽ gặp nhiều khó khăn, vì tổ chức dập nát rất bở, sợi chỉ khâu dễ cắt đứt tổ chức, do đó dễ bị chảy máu thứ phát, nhất là trong trường hợp vết nứt phức tạp. Hơn nữa, phẫu thuật viên cũng chưa biết chức năng của thận bên đối diện. Thông thường, thể trạng bệnh nhân trong các trường hợp này bị suy yếu do mất nhiều máu và do chấn thương, nên phẫu thuật viên phải cắt thận một cách phí phạm.

Siffre đề xuất một thái độ hợp lý là:

a) Nếu thấy khối máu tụ sau phúc mạc không to lắm, nghĩa là không căng phồng và đẩy đại tràng ra phía trước, thì để yên, không mở hố thận. Theo dõi những ngày tiếp theo, coi như một trường hợp chấn thương thận kín đơn thuần.

b) Nếu thấy khối máu tụ to, thái độ sẽ như sau:

- Ghi nhận tỷ số mạch và huyết áp của bệnh nhân.

- Ghi nhận độ to của ổ máu tụ quanh thận.

- Sau đó giải quyết các thương tổn của các tạng trong ổ bụng, đảm bảo các tạng trong ổ bụng không còn chảy máu.

- Cho truyền máu cho bệnh nhân với tốc độ khá nhanh và kiểm tra lại khối máu tụ quanh thận.

- Nếu huyết áp của bệnh nhân lên trở lại và ổn định, đồng thời, khối máu tụ sau phúc mạc không to thêm, thì không mở vào ổ thận.

- Nếu huyết áp không ổn định, đồng thời khối máu tụ to ra thêm: cho tay kiểm tra thận bên đối diện bằng cách sờ nắn thận từ trong ổ phúc mạc, nếu thấy thận có kích thước bình thường, thì có thể đi vào hố thận bị tổn thương bằng cách bóc tách góc đại tràng và thông thường, trong các trường hợp này, phải cắt thận để cầm máu.

4. Nên giải quyết các thương tổn như thế nào?

Nếu vết rạn nứt ở thận không phức tạp lắm, tốt nhất là khâu lại. Nên khâu làm hai lớp.

- Lớp trong, lấy phần đài thận, kết hợp với chủ mô thận lân cận.

- Lớp ngoài, mũi khâu lấy gần hết chiều dày của chủ mô thận. Khâu bằng các mũi khâu rời. Nên nhớ là chủ mô thận rất giòn. Tổ chức tương đối dai để giúp cho mũi khâu giữ được là tổ chức của đài thận và bao xơ quanh thận.

- Nếu có một cực thận bị dập nát, cắt bỏ cực thận khâu lại đài thận và chủ mô thận còn lại, lấy bao xơ quanh thận để phủ lên móm cụt của thận.

- Nếu có rách bể thận, khâu lại bằng chỉ tan 4.0 và có đặt thông JJ.

- Cắt thận toàn phần để cầm máu chỉ dành riêng cho các trường hợp thương tổn quá lớn không khâu bảo tồn được.

- Dẫn lưu hốc thận trước khi đóng thành bụng.

Trường hợp tổn thương ở động mạch thận là những trường hợp đặc biệt khó, đòi hỏi phải có biện pháp đặc biệt, Có hai trường hợp:

- Đứt động mạch thận.

- Thuyên tắc động mạch thận.

a. Đứt động mạch thận : Thường kèm theo chảy máu trong rất nặng. Khối máu tụ quanh thận rất lớn, xuống đến mào chậu, và bệnh nhân bị choáng nặng do mất máu. Đây là trường hợp khẩn cấp cần phải giải quyết thật nhanh, thông thường là phải cắt thận để cầm máu.

b. Huyết khối trong động mạch thận

Đây là trường hợp động mạch thận bị kéo căng nhưng chưa bị đứt. Động mạch có sức đàn hồi tốt, có thể chịu được một sự kéo căng nhất định, nhưng nội mạc của động mạch có độ co dãn kém hơn nên dễ bị rạn nứt, và các tổn thương ấy sẽ gây ra huyết khối làm thuyên tắc động mạch trong những giờ sau chấn thương, làm cho thận bị thiếu máu và đi đến bị hoại tử: bệnh nhân cảm thấy đau lói và bụng chướng dần. Siêu âm động mạch thận có thể thấy dòng máu qua thận

kém đi nhiều hoặc không còn. Chụp động mạch thận chọn lọc sẽ thấy động mạch thận bị tắc nghẽn và dùng dụng cụ lấy huyết khối là hướng điều trị tốt nhất hoặc mổ mở lấy huyết khối sau đó thì ghép thận tự thân.

Tiến hành mổ cắt thận như trong trường hợp lấy thận để ghép. Khi vào đến cuống thận thấy chủ mô thận mềm và tái. Bóc tách cuống thận đến động mạch thận thấy động mạch thận không đập. Cắt thận đem ra ngoài cơ thể để lấy huyết khối trong động mạch, rửa thận và làm lạnh thận, sau đó đem thận ghép lại vào hốc chậu như trường hợp ghép thận bình thường, nhưng cần phải cân nhắc khi quyết định, quan trọng nhất là sức khỏe người bệnh cho phép.

5. Các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật

a) Chảy máu thứ phát.

Nếu phẫu thuật được tiến hành tốt, đái máu chỉ kéo dài 3-5 ngày và ống dẫn lưu chỉ ra máu và nước tiểu 2-3 ngày.

Chảy máu thứ phát thường xuất hiện từ ngày thứ 5-10. Nguyên nhân là do nốt khâu bị lỏng dần trong những ngày sau vì sợi chỉ cắt đứt tổ chức thận. Trong các trường hợp này, phải phẫu thuật lại để cầm máu.

b) Rò nước tiểu sau mổ: thường là do chỗ khâu không được kín. Nếu niệu quản thông tốt, và rò nước tiểu kéo dài, có thể đặt thông niệu quản ngược chiều từ bàng quang lên đến bể thận, nhất là loại thông JJ, sau đó có thể hết rò nước tiểu.

IV. VẾT THƯƠNG THẬN

A. Nguyên nhân sinh bệnh

Có 2 trường hợp:

1. Vết thương do dao hay vật nhọn đâm phải.

Thường gặp trong thời bình trong các trường hợp trả thù cá nhân hoặc do tai nạn. Trong trường hợp này có thể gây ra vết thương thận đơn thuần.

2. Vết thương do đạn hay mảnh trong trường hợp vết thương do hỏa khí.

Thường gặp trong vết thương chiến tranh. Hầu hết các vết thương loại này, thường có tổn thương kèm theo ở phủ tạng.

B. Giải phẫu bệnh

1. Thương tổn ở phần mềm: có thể có lỗ vào và lỗ ra. Như vậy có thể dự kiến đường đi của vật sát thương và dự kiến các thương tổn phủ tạng.

Khó hơn là trường hợp có lỗ vào mà không

có lỗ ra. Cần có sự hỗ trợ của X quang để dự kiến được các tổn thương.

Thương tổn ở phần mềm có thể rất nhỏ như trong trường hợp vết thương do bom bi hay mảnh lựu đạn. Trên một bệnh nhân có thể có rất nhiều thương tích. Thương tổn ở phần mềm có thể lớn hơn trong các trường hợp do đạn thẳng hay mảnh bom. Vết thương thường là bẩn và có nhiều mô dập nát. Lỗ vào thường là ở vùng hông lưng hay đáy phổi. Các thương tổn kèm theo có thể ở đáy phổi và ở các phủ tạng trong ổ bụng. Phúc mạc bị thủng, nên ổ máu tụ quanh thận thông với ổ bụng. Thương tổn ở phần mềm có thể rất lớn trong trường hợp vết thương tiếp tuyến với vùng hông lưng, gây tàn phá nhiều ở phần mềm và thận có thể bị bộc lộ qua các vết thương toát rộng.

2. Thương tổn ở thận:

- Trong các trường hợp vết thương do các mảnh kim khí nhỏ, các thương tổn ở thận thường là ít: vết thương nhỏ, gọn và vật sát thương ít khi còn nằm trong chủ mô thận.

- Vết thương do các mảnh kim khí lớn hay do đạn thẳng thường gây nhiều tàn phá hơn. Vì tốc độ của vật sát thương rất lớn nên thận thường bị dập nát. Trừ trường hợp thương tích khu trú ở cực của thận, thông thường điều trị bảo tồn gặp rất nhiều khó khăn.

- Vết thương do bạch khí: vết thương thường là ở vùng hông lưng. Thương tổn ở thận thường là cực dưới và cũng có trường hợp vết thương vào đến rốn thận. Vết thương ở thận thường sắc gọn, sự tàn phá chủ mô thận ở mức độ trung bình.

- Một số ít trường hợp vết thương thận được gây nên do trâu bò húc, hay tai nạn giao thông gây nên các thương tích ở vùng hông lưng. Trong các trường hợp này, ngoài các thương tích ở phần mềm, thận thường bị đụng dập và các thương tổn ở chủ mô gần giống như chấn thương thận kín.

3. Khối máu tụ quanh thận:

Đóng một vai trò rất quan trọng trong việc cầm máu trong trường hợp chấn thương thận kín nhưng ở đây có những đặc điểm khác.

a) Trường hợp vật sát thương nhỏ, vết thương ở phần mềm có thể tự khép lại do sự đàn hồi của các mô, do đó có thể hình thành được ổ máu tụ quanh thận, khối máu tụ có áp lực giúp cho thận tự cầm máu có hiệu quả. Tuy nhiên, vẫn còn lỗ thủng ở phúc mạc cho phép nước tiểu và máu tràn vào ổ phúc mạc.

b) Trường hợp vật sát thương lớn, ổ máu tụ thông với bên ngoài và với ổ phúc mạc, nên sự cầm máu tự nhiên của thận không được hữu hiệu. Thận chảy máu kéo dài.

c) Khối máu tụ thường bị ô nhiễm do các dị

vật đưa từ bên ngoài vào, do đó dễ bị nhiễm trùng và hiện tượng nhiễm trùng sẽ làm tan các cục máu đông dễ gây ra chảy máu thứ phát.

Do những yếu tố trên, nên khả năng điều trị bảo tồn đối với vết thương thận gần như không có.

C. Lâm sàng

1. Triệu chứng toàn thân:

Nổi bật nhất là triệu chứng choáng, thông thường là choáng mất máu trong các trường hợp có các thương tích lớn.

2. Thăm khám:

Đặt thông tiểu để xem nước tiểu đỏ nhiều hay ít. Tuy nhiên, nếu không thấy nước tiểu đỏ, cũng không loại bỏ được vết thương thận vì nếu niệu quản bị đứt thì máu không xuống được bàng quang. Ngược lại, nếu nước tiểu đỏ sẫm và có lẫn máu cục, chứng tỏ tổn thương nặng ở thận.

Khám xét vết thương cần xác định rõ: có một hay nhiều vết thương, xem vị trí lỗ vào và lỗ ra, xem có máu và nước tiểu rỉ ra vết thương hay không. Nếu có nước tiểu rỉ ra ở vết thương thì đó là dấu hiệu của thương tổn đường tiết niệu.

Thăm khám bụng: để đánh giá mức độ co cứng thành bụng. Thương tổn ở thận đơn thuần chỉ gây co cứng thành bụng nửa bên phía bị thương,

còn nếu có thương tổn ở các cơ quan trong ổ bụng, sẽ có co cứng thành bụng lan tỏa khắp thành bụng và bụng chướng hơi.

Khám đáy phổi: Nghe phổi để phát hiện các trường hợp tràn khí và tràn máu màng phổi.

Theo dõi khối lượng nước tiểu/giờ: Nếu huyết áp trên 8cmHg và khối lượng nước tiểu dưới 30ml/h, chứng tỏ có thiếu niệu, có khả năng thận còn lại hoạt động kém: Cần thận trọng trong khi giải quyết vết thương thận

D. Cận lâm sàng: Cho làm siêu âm bụng để tầm soát các thương tổn.

Cần thử máu, BUN, Créatinine và chụp X quang thận không chuẩn bị và làm UIV, như trong trường hợp chấn thương thận kín, để xác định thương tổn ở thận bị thương và biết được chức năng của thận còn lại. Nếu có điều kiện cho làm MSCT.

E. Chỉ định phẫu thuật

Nói chung, những thương tổn kèm theo, nhất là của các cơ quan trong ổ bụng đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật sớm, ngay cả trong trường hợp các vết thương thận do dao đâm, các thương tổn kèm theo không rõ ràng cũng cần phải được can thiệp sớm để kiểm tra các thương tích. Như vậy, trừ những trường hợp rất đặc biệt, các trường hợp vết thương thận đều có chỉ định phẫu thuật. Có

thể nói rằng một vết thương được cắt lọc, rửa sạch và khâu cầm máu vẫn lành tốt hơn là một vết thương để lành tự nhiên, nhất là ở thận, dễ có hiện tượng nhiễm trùng, chảy máu và rò rỉ nước tiểu.

F. Điều trị

1. Trước khi mổ cần hồi sức thật tốt để nâng huyết áp tối đa trên 7cmHg để giúp cho sự đào thải của thận được tốt, tránh nguy cơ vô niệu do phản xạ sau mổ.

2. Nếu vết thương đơn thuần ở thận như vết thương do dao đâm ở vùng hông lưng, có thể mổ theo đường thắt lưng. Trong các trường hợp khác nên mổ theo đường giữa trên và dưới rốn để giải quyết tốt các thương tổn kèm theo trong ổ bụng. Vào thận bằng cách bóc tách đại tràng lên hay đại tràng xuống.

3. Cách giải quyết vết thương ở thận:

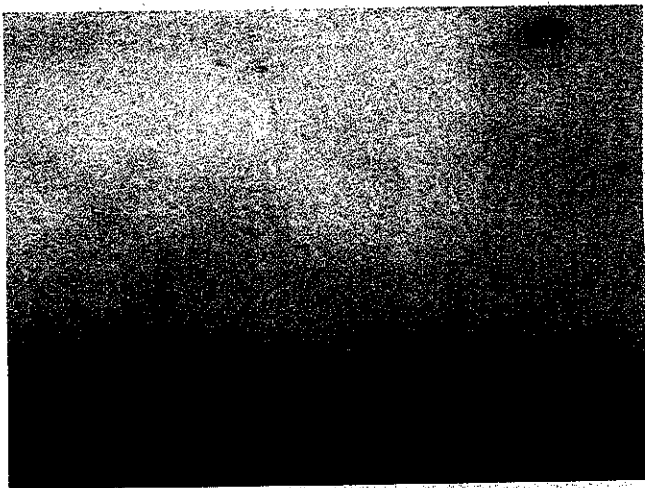
Nếu vết thương nhỏ sạch, chỉ cần khâu cho 2 mép vết thương áp sát vào nhau thật tốt.

Nếu vết thương gây dập nát ở một cực thận, cắt bỏ một phần thận.

Nếu bể thận và niệu quản bị rách, khâu lại.

Nếu vết thương gây đứt cuống thận hay thận bị dập nát: cắt bỏ thận, nếu thận còn lại hoạt động tốt.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH VẾT THƯƠNG THÂN





CÂU HỎI KIỂM TRA

1. Đặc điểm về giải phẫu của thận?
2. Giải phẫu bệnh. Diễn tiến của khối máu tụ?
3. Các thể lâm sàng trong chấn thương thận kín?
4. Chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn trong chấn thương thận kín?
5. Tại sao mổ cấp cứu trì hoãn là trường hợp tốt nhất để bảo tồn thận?
6. Cận lâm sàng trong chấn thương thận kín?
7. Thái độ xử trí cấp cứu trong vết thương thận?
8. Tại sao trong chấn thương thận kín có thể điều trị bằng nội khoa bảo tồn?

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM BÀI CHẨN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG THẬN

Chọn câu trả lời đúng:

1. Được gọi là vỡ thận dưới bao khi:

- a. Đài bể thận bị rách kèm với niệu quản.
- b. Khi chủ mô thận bị rách nhưng bao xơ vẫn còn nguyên vẹn.
- c. Khi đơn thuần cuống thận bị đứt.
- d. Khi khối máu tụ quanh thận không lớn lắm.
- e. Khi bệnh nhân đái ra máu ít.

2. Tại sao chấn thương thận kín có thể điều trị được bằng nội khoa bảo tồn?

- a. Vì thận ít bị chảy máu khi bị tổn thương.
- b. Vì thận nằm rất sâu nên thương tổn của thận không lớn khi bị chấn thương.
- c. Vì thận nằm sau phúc mạc nên cho phép hình thành khối máu tụ có áp lực.
- d. Vì bệnh nhân có hai thận nên một thận bị chấn thương sẽ không gây biến chứng quan trọng.
- e. Vì thận dễ lành vết thương hơn các cơ quan khác.

3. Trong vết thương thận, trường hợp nào mới có thể điều trị bằng nội khoa bảo tồn?

- a. Trường hợp vết thương do dao đâm.
- b. Trường hợp chỉ có tổn thương ở thận, không có thương tổn kèm theo ở màng phổi hay trong ổ bụng.
- c. Trường hợp thương tổn ở thận nhỏ.
- d. Trường hợp không có thương tổn ở rốn thận.
- e. Không có trường hợp nào có thể điều trị được bằng nội khoa bảo tồn.

4. Đặc điểm nào chứng tỏ không được điều trị nội khoa bảo tồn trong vết thương thận.

- a. Ổ thận không còn kín nữa nên không thể hình thành khối máu tụ có áp lực, giúp thận tự cầm máu.
- b. Có thể có những thương tổn kèm theo trong ổ bụng.
- c. Khối máu tụ quanh thận ít hơn trong chấn thương thận kín.
- d. Thương tổn ở thận gọn hơn, ít tổ chức dập nát.
- e. Có thể có thương tổn kèm theo ở lồng ngực.

Chọn câu trả lời sai:

5. Trường hợp nào phải làm phẫu thuật cấp cứu trong chấn thương thận kín?

a. Khi có thương tổn vỡ tạng đặc kèm theo trong ổ bụng.

b. Khi mất máu nặng, truyền 500ml máu vào huyết áp vẫn không ổn định.

c. Khi đái ra máu đỏ sẫm và có cục máu đông trong bàng quang, huyết áp tụt dần.

d. Khi bệnh nhân bị chấn thương trực tiếp vào vùng hông lưng.

e. Khi khối máu tụ to dần ra và lan xuống đến mào chậu.

6. Khi nào chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn trong chấn thương thận kín?

a. Khi khối máu tụ quanh thận không lớn.

b. Nước tiểu không sẫm màu, tình trạng bệnh nhân ổn định.

c. Khi truyền máu, huyết áp bệnh nhân trở lại và sau đó ổn định.

d. Theo dõi những ngày sau nước tiểu trong dần và khối u máu tụ không to ra.

e. Khi bệnh nhân chỉ có thận độc nhất.

7. Tại sao phẫu thuật trĩ hoãn vào tuần thứ hai là trường hợp tốt nhất để bảo tồn đối với thận chấn thương?

a. Vì ở thời điểm này, các mạch máu áp suất thấp đã được tự cầm máu.

b. Vì tổ chức hoại tử và tổ chức lành ở thận được phân định rõ ràng.

c. Hiện tượng xơ dính quanh thận chưa nhiều, có thể lấy cục máu đông, nhìn thấy chỗ thận bị thương tổn và khâu lại thận một cách thuận lợi.

d. Vì ở thời điểm này có thể cắt thận một cách thuận lợi.

e. Vì có đủ thời gian để khảo sát chức năng thận bị thương tổn và thận bên đối diện.

8. Khi nào có thể cho một bệnh nhân chấn thương thận kín được điều trị nội khoa bảo tồn xuất viện?

a. Khi bệnh nhân hết đái ra máu.

b. Khi làm dấu hiệu rung thận bệnh nhân hết đau.

c. Khi khối máu tụ đã thu nhỏ lại.

d. Khi bệnh nhân ăn uống được bình thường.

e. Khi làm UIV thấy thương tổn ở thận nhỏ hay không thấy hình ảnh thuốc cản quang lan ra quanh thận.

9. Trước khi quyết định phẫu thuật một trường hợp chấn thương thận kín, phải tìm hiểu những vấn đề gì?

a. Phải xác định thận bên đối diện còn hoạt động tốt hay không?

b. Tìm hiểu có thương tổn kết hợp của các cơ quan trong phúc mạc.

c. Làm siêu âm để biết độ lớn của khối máu tụ quanh thận.

d. Theo dõi mạch huyết áp của bệnh nhân để biết máu còn đang chảy hay đã tự cầm.

e. Tìm hiểu cơ chế chấn thương của bệnh nhân.

10. Phân loại chấn thương thận theo Châtelain gồm có các thương tổn như sau:

a. Chủ mô thận bị vỡ, vỏ bao còn nguyên vẹn.

b. Chủ mô thận bị vỡ cùng với vỏ bao.

c. Vỡ phức tạp ở chủ mô thận.

d. Thương tổn ở cuống thận.

e. Thận bị thương tổn có kèm theo gãy xương sườn 12.

11. Diễn tiến của khối máu tụ quanh thận trong những ngày tiếp theo như thế nào?

a. Trong những ngày đầu, khối máu tụ chưa

được tổ chức hóa, sự cầm máu chưa vững chắc.

b. Từ ngày thứ 6 đến ngày thứ 15, khối máu tụ sẽ được tổ chức hóa, sự cầm máu sẽ tốt hơn đối với các mạch máu nhỏ.

c. Sau ngày thứ 15, khối máu tụ sẽ biến thành mô xơ làm cho thận dính vào các tổ chức lân cận.

d. Sau đó, khối máu tụ sẽ tự tan hay biến thành nang giả niệu.

e. Nếu để lâu khối máu tụ sẽ vỡ vào phúc mạc gây viêm phúc mạc.

12. Các thương tổn kèm theo chấn thương thận kín gồm có:

a. Gãy xương sườn 11 hoặc 12.

b. Vỡ lách.

c. Vỡ gan.

d. Vỡ các tạng khác trong ổ bụng.

e. Vỡ niệu đạo.

13. Thận to và căng hơn bình thường nên dễ vỡ trong các trường hợp sau:

a. Thận chướng nước.

b. Thận đa nang.

c. Thận có bướu.

d. Thận độc nhất hoạt động bù trừ.

e. Thận to do viêm nhiễm có bao xơ bọc xung quanh.

14. Triệu chứng lâm sàng của chấn thương thận kín:

- a. Đái ra máu đại thể.
- b. Bệnh nhân bị choáng do mất máu.
- c. Hố thắt lưng đầy và đau.
- d. Bụng co cứng như gỗ.
- e. Từ ngày thứ 3 trở đi có thể sờ được khối máu tụ quanh thận.

15. Trong trường hợp chấn thương thận kín có kèm theo vỡ tạng đặc trong ổ bụng thì phải làm gì?

- a. Phải phẫu thuật cấp cứu.
- b. Trước khi phẫu thuật phải làm siêu âm để khảo sát thận bên đối diện và khối máu tụ quanh thận.
- c. Phải giải quyết tốt các thương tổn trong ổ bụng.
- d. Phải mở phúc mạc thành sau vào thận lấy hết máu tụ.
- e. Phải hồi sức và truyền máu cho bệnh nhân.

16. Nguyên nhân thường gây ra chấn thương thận kín là:

- a. Tai nạn giao thông.
- b. Tai nạn thể dục thể thao.

c. Té từ trên cao xuống, thận bị kéo xuống dưới quán tính.

d. Chấn thương trực tiếp vào vùng hông lưng hay hạ sườn.

e. Thận bị tổn thương do dao đâm.

17. Triệu chứng nào báo hiệu có chấn thương ở thận?

a. Phản ứng thành bụng ở nửa bên bị chấn thương.

b. Hố thắt lưng đầy và đau.

c. Đái ra máu.

d. Đái gắt buốt hay bí đái.

e. Bệnh nhân bị chấn thương vào vùng hông lưng.

18. Khi bệnh nhân bị chấn thương thận kín, chụp UIV phải chú ý đến những vấn đề gì?

a. Nên chụp khi huyết áp đã ổn định, huyết áp tối đa $> 70\text{cmHg}$.

b. Nên chụp vào thời điểm từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 6 sau chấn thương.

c. Khi chụp cần phải ép 2 niệu quản để có được hình ảnh rõ nét.

d. Trong cấp cứu, khảo sát bằng siêu âm có nhiều lợi điểm hơn chụp UIV.

e. Trước khi chụp, cần thử BUN, Créatinime

máu và thử phản ứng của bệnh nhân đối với thuốc cản quang.

ĐÁP ÁN BÀI CHẨN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG THẬN

1. B

2. C

3. E

4. A

5. D

6. E Thận độc nhất không phải là bắt buộc phải điều trị nội khoa bảo tồn. Trong trường hợp chảy máu không cầm được, phải phẫu thuật để cầm máu. Tốt nhất là phẫu thuật cấp cứu trì hoãn vào tuần thứ 2.

7. D Mục tiêu của phẫu thuật trì hoãn là làm phẫu thuật bảo tồn, khâu lại chủ mô thận bị rách chứ không phải để cắt thận.

8. B Bệnh nhân có thể xuất viện được nếu làm dấu hiệu rung thận một cách nhẹ nhàng, bệnh nhân không đau, như vậy sẽ không xảy ra chảy máu thứ phát sau khi xuất viện.

9. E

10. E

11. E

12. E

13. E

14. D Trong chấn thương thận kín, chỉ có hiện tượng co cứng thành bụng nửa bụng bên bị chấn thương.

15. D Sau khi giải quyết thương tổn trong ổ bụng, nếu huyết áp của bệnh nhân ổn định, thì không mở phúc mạc thành sau, chấn thương ở thận được điều trị như chấn thương thận kín, và nếu cần, phẫu thuật trì hoãn vào tuần lễ thứ 2 sau chấn thương.

16. E

17. D

18. C Không được ép hai niệu quản trong chấn thương thận.

VỖ BÀNG QUANG

Mục tiêu bài giảng:

1. *Nắm được điểm về giải phẫu của bàng quang.*
2. *Nguyên nhân sinh bệnh và giải phẫu bệnh.*
3. *Lâm sàng.*
4. *Cách giải quyết cấp cứu trong các trường hợp.*

Vỡ bàng quang là một cấp cứu niệu khoa, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và chính xác để được điều trị kịp thời. Điều trị muộn sẽ gây tử vong cao do các tai biến nhiễm trùng và nhiễm độc.

Ở các bệnh viện, đa số các trường hợp vỡ bàng quang được các bác sĩ của khoa ngoại tổng quát khám và điều trị. Vì các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường là được chẩn đoán tương đối muộn dưới dạng là vỡ tạng rỗng, do đó đường mổ rất rộng, theo đường mổ trên và dưới rốn, có trường hợp từ xương ức

đến xương mu. Chỉ có một số nhỏ được chẩn đoán là vỡ bàng quang và các trường hợp này thường là do bác sĩ niệu khoa chẩn đoán.

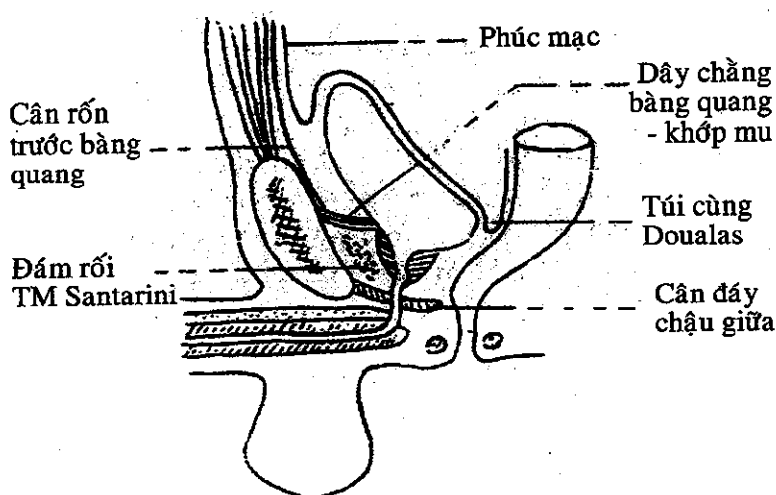
Tuy rằng bàng quang là một tạng rỗng nhưng không phải như ống tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm giải phẫu bệnh và lâm sàng riêng biệt và trong cách thức điều trị phải tôn trọng các nguyên tắc của niệu khoa.

I. ĐẶC ĐIỂM VỀ GIẢI PHẪU:

A. Vị trí:

Bàng quang là một tạng rỗng, một phần được bao phủ bởi phúc mạc và một phần nằm dưới phúc mạc. Do có sự liên quan chặt chẽ với bộ phận sinh dục ở phụ nữ, với khung chậu và trực tràng ở nam giới, nên bàng quang có thể bị thương tổn do tai biến phẫu thuật cũng như do chấn thương (hình 1).

Ở trẻ em dưới 10 tuổi, bàng quang nhô lên nhiều trên khớp mu, nhưng ở người lớn, lúc không có nước tiểu, bàng quang nằm hoàn toàn ở phía sau khớp mu và có thể nhô lên đến 10 - 15cm khi có cầu bàng quang. Lúc bấy giờ, một chấn thương hay một vết thương ở vùng hạ vị có thể ảnh hưởng trực tiếp đến bàng quang.



Hình 1.1: Hình mô tả mối liên quan giữa bàng quang và các cơ quan lân cận

B. Liên quan

Do sự liên quan với phức mạc, bàng quang được chia làm 2 phần.

1. Phần được bao phủ bởi phức mạc

Gồm có phần đỉnh và mặt sau. Phức mạc dính tương đối chắc ở phần đỉnh và dính tương đối lỏng lẻo ở phần dưới của mặt sau, nhất là phần bàng quang liên quan với eo tử cung (hình 2).

- Ở nam giới, sau khi bao phủ mặt sau của bàng quang, phức mạc quặt ngược lên trên để bao phủ trực tràng và tạo thành túi cùng Douglas.

Như vậy có một phần của mặt sau bàn quang nằm dưới phúc mạc và tiếp xúc trực tiếp với trực tràng.

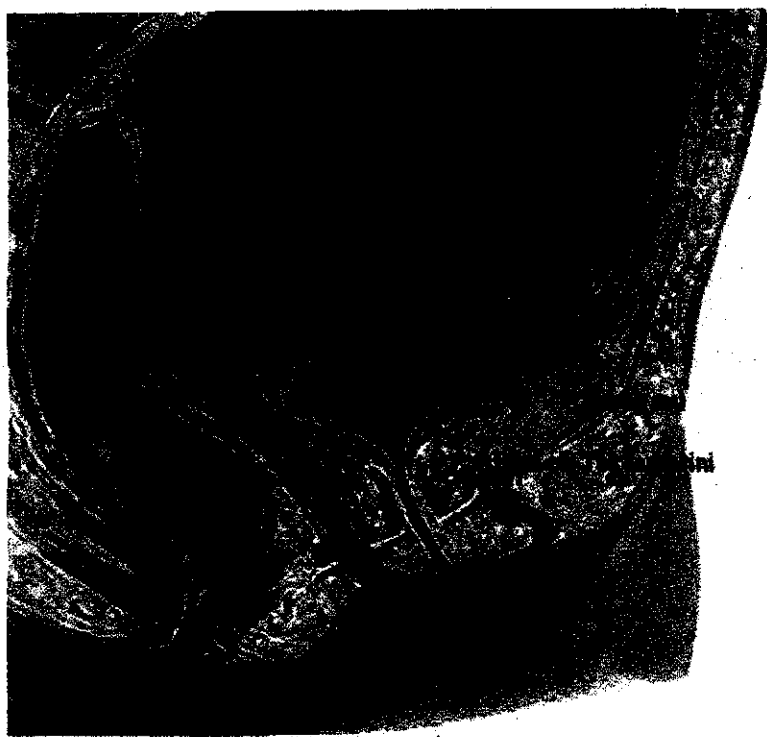
- Ở nữ giới, sau khi bao phủ mặt sau của bàn quang, phúc mạc quặt ngược lên trên để bao phủ tử cung ở phần eo tạo thành túi cùng bàn quang - tử cung. Như vậy ở nữ giới có một phần ở mặt sau bàn quang, nằm dưới phúc mạc và tiếp xúc trực tiếp với eo tử cung. Ở phần này bàn quang có thể được bóc tách dễ dàng ra khỏi tử cung. Đây là một đặc điểm có thể lợi dụng được lúc mổ eo tử cung để lấy thai hay cắt tử cung toàn bộ.

2. Phần dưới phúc mạc

Gồm có mặt trước, mặt bên, một phần mặt sau và đáy bàn quang.

Ở mặt trước và bên, bàn quang liên quan mật thiết với khớp mu và ngành chậu - mu.

Ở gần cổ bàn quang, có dây chằng bàn quang - xương mu gắn chặt cổ bàn quang và tiền liệt tuyến với khớp mu. Ở đó có đám rối tĩnh mạch Santorini. Vì vậy trong chấn thương gãy xương chậu ở vùng khớp mu, khớp mu bị toác rộng sẽ có sự co kéo ở phần này và bàn quang có thể bị xé rách.



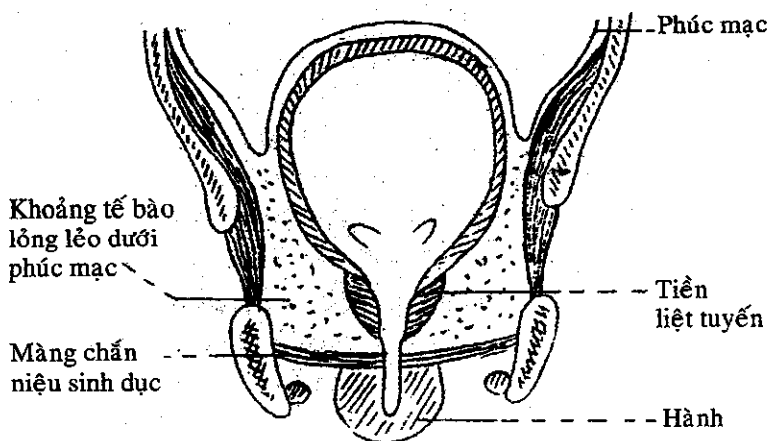
Hình 1.2: Thiết đồ đứng dọc cho thấy mối liên quan mật thiết giữa bàng quang và các cơ quan vùng chậu: tử cung, âm đạo, trực tràng, xương mu, đám rối Santorini...

Mặt trước và mặt bên của bàng quang được che phủ bởi cân rốn – trước bàng quang. Lá cân này che phủ cả nếp phúc mạc giữa bàng quang và thành bụng trước, nên lúc cắt mở bàng quang ở mặt trước cần phải cắt qua lớp cân này thì mới

vào đến nếp phúc mạc. Nếu không vén được nếp phúc mạc lên, có thể làm thủng phúc mạc lúc cắt mở bàng quang. Ngược lại, nếu sợ chạm phải phúc mạc mà bóc tách quá sâu xuống phía dưới, sau khớp mu, thì dễ bị chảy máu do làm vỡ các tĩnh mạch chỗ đám rối Santorini.

Đáy của bàng quang có tam giác Lieutaud, là một vùng tam giác giới hạn bởi cổ bàng quang và hai lỗ niệu quản. Ở nam giới, tam giác này tiếp xúc trực tiếp với mặt trước của trực tràng. Ở nữ giới, tam giác bàng quang tiếp xúc trực tiếp với thành trước của âm đạo. Ở đây, các mô rất mỏng, các thương tổn ở vùng này dễ đưa đến rò bàng quang – âm đạo. Đây là một tai biến rất khó điều trị.

Phần bàng quang dưới phúc mạc được khu trú bởi một khoang kín, ở phía trên là phúc mạc và phía dưới là màng chắn niệu - sinh dục, gồm có các cơ nâng hậu môn và cân đáy chậu giữa (hình 3). Trong khoang này có các tế bào lỏng lẻo dưới phúc mạc. Khi bị thấm ngấm nước tiểu và nhiễm trùng thì không có điểm yếu để có thể gây ra được một đường dẫn lưu tự nhiên. Vì vậy nhiễm trùng ở vùng này gọi là viêm tấy vùng khung chậu dưới phúc mạc (Cellulite pelvienne), thường rất nặng, dễ gây ra nhiễm trùng lan rộng đưa đến nhiễm độc. Nếu không được phẫu thuật dẫn lưu kịp thời một cách hữu hiệu, có thể gây ra tử vong.



Hình 1.3: Hình mô tả khoang dưới phức mạc

II. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Có 4 trường hợp chấn thương kín gây vỡ bàng quang:

1. Trường hợp thường gặp:

Là bị chấn thương vào vùng hạ vị lúc bàng quang căng đầy. Chúng tôi thường gặp những trường hợp nạn nhân uống nhiều rượu bia té ngã hay tai nạn do say rượu, gây ra vỡ bàng quang. Ngoài ra còn có những trường hợp tai nạn giao thông hay trâu bò húc. Khi bàng quang căng đầy, thành bàng quang rất mỏng và sức ép bên trong bị tăng cao đột ngột khi có chấn thương. Trong trường hợp này, vì thành trước, thành bên và mặt dưới của bàng quang có xương chậu và các cơ bảo

vệ, nên mặt sau bàn quang là điểm yếu nhất, các thương tổn thường tập trung ở đây.

2. Bàn quang phải chịu đựng một sức căng quá độ do mất cảm giác.

- Sự mất cảm giác có thể xảy ra do được gây tê, gây mê. Trường hợp này xảy ra trong soi bóng đài, cắt đốt nội soi.

- Sự mất cảm giác có thể được gây nên do thương tổn thần kinh như đứt tuỷ sống, bệnh nhân hôn mê.

3. Bàn quang bị xé rách hay bị đâm thủng.

Trường hợp này xảy ra trong chấn thương gây gãy xương chậu hay toác rộng khớp mu. Mảnh xương nhọn có thể đâm thủng bàn quang hoặc sự di lệch của khớp mu hoặc xương chậu sẽ xé rách mặt trước bàn quang qua các dây chằng chậu – mu.

4. Bàn quang có điểm yếu từ trước do:

- Bàn quang có túi ngách hay các lỗi lõm xảy ra trong trường hợp bàn quang chống đối lâu ngày.

- Bàn quang có vết loét do viêm nhiễm hay do ung thư.

Trong trường hợp này một chấn thương nhẹ cũng có thể gây vỡ bàn quang mà người ta không

tìm thấy được nguyên nhân nên gọi là vỡ bàng quang tự nhiên.

II. GIẢI PHẪU BỆNH:

Chấn thương có thể gây ra 4 loại thương tổn là:

- Thương tổn đụng dập.
- Vỡ vào trong xoang phúc mạc.
- Vỡ dưới phúc mạc.
- Vỡ phối hợp phức tạp.

1. Thương tổn đụng dập:

Trong trường hợp này, bàng quang không bị thủng, do đó nước tiểu không bị thoát ra ngoài. Thành bàng quang bị phù nề xuất huyết nội thành, nhất là ở lớp dưới niêm mạc. Trường hợp này có thể gặp trong trường hợp gãy xương chậu. Ngoài ra có thể gặp trong phẫu thuật phụ khoa khi cần phải bóc tách các khối u dính vào bàng quang, chuyển dạ kéo dài... Nếu các thương tổn này nặng, thành bàng quang sẽ bị hoại tử sau 3-5 ngày. Do đó có thể thấy trường hợp thủng bàng quang muộn như rò bàng quang – âm đạo xảy ra vài ngày sau khi sanh và vỡ bàng quang vào ổ bụng 4-7 ngày sau mổ.

2. Vỡ bàng quang vào trong phúc mạc:

Trường hợp này thường xảy ra trong trường hợp chấn thương ở vùng hạ vị khi bàng quang

căng đầy nước tiểu. Chấn thương sẽ làm tăng áp suất đột ngột trong bàng quang và nó sẽ bị vỡ ở điểm yếu nhất là mặt sau và nước tiểu sẽ chảy vào phúc mạc. Vết nứt có thể nham nhở dài từ 1 đến 4cm. Bờ của vết rách bị phù nề. Nếu để càng muộn, hiện tượng phù nề càng nặng. Do nước tiểu chảy liên tục vào phúc mạc nên ruột non hay mạc nối lớn không thể bít lỗ thủng lại được. Nước tiểu bình thường là vô trùng nên hiện tượng kích thích phúc mạc thường là không rõ ràng lúc ban đầu. Sau 12 giờ sẽ có dấu hiệu có nước tiểu trong xoang phúc mạc và có hiện tượng phản ứng phúc mạc. Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng niệu từ trước thì dấu hiệu viêm phúc mạc sẽ xuất hiện sớm hơn.

3. Vỡ bàng quang dưới phúc mạc:

Vết rách thường là ở mặt trước – bên và gần cổ bàng quang. Đây là một vị trí rất sâu nên khó khâu được kín lúc mổ. Ngoài ra ở gần cổ bàng quang có đám rối tĩnh mạch Santorini, các tĩnh mạch sẽ bị đứt do chấn thương nên thường có hiện tượng chảy máu.

Nếu có gãy xương chậu, máu sẽ chảy từ ổ xương chậu gãy và ổ máu tụ có thể khá lớn, kèm theo đó, quanh ổ gãy xương các mô bị dập nát và phù nề, rất dễ bị nhiễm trùng.

Nước tiểu sẽ lan tràn vào khoang Retzius, và từ đó đi theo các khe hở tự nhiên lan đến hạ

vị và lan sang hai bên đến phần sau phúc mạc của hai hố chậu và có thể lan đến hố thận. Phía dưới có thể theo ống bẹn xuống đến bìu và lan ngang qua lỗ bịt của xương chậu đến mông.

Nước tiểu có tính cách ưu trương, do đó nếu không được dẫn lưu sớm sẽ gây hoại tử các tế bào lỏng lẻo dưới phúc mạc. Sự tái hấp thụ của nước tiểu và các độc tố sản sinh từ các mô hoại tử sẽ gây nhiễm độc toàn thân, một biến chứng gây tử vong cao vì khoang dưới phúc mạc không có đường dẫn lưu tự nhiên.

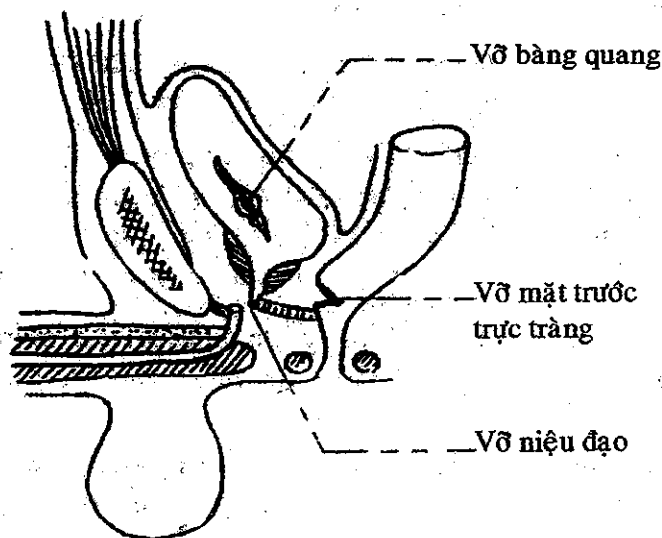
4. Võ phối hợp phức tạp:

Trường hợp này xảy ra trong trường hợp gãy khung chậu nặng như xe cán qua khung chậu. Thương tổn gây ra sẽ là:

- Gãy xương chậu có nhiều di lệch.
- Võ bàng quang dưới phúc mạc và thường vết rách khá lớn.
- Võ mặt trước của trực tràng phần dưới phúc mạc.
- Rách hậu môn và cơ thắt hậu môn.

Trong trường hợp này, rất dễ bỏ sót các thương tích nếu không để ý khám hậu môn. Bệnh nhân thường bị choáng rất nặng. Nếu thiếu kinh nghiệm, phẫu thuật viên sẽ bỏ sót thương tổn ở trực tràng và bệnh nhân sẽ bị nhiễm trùng lan rộng, sẽ chết vì nhiễm trùng và nhiễm độc toàn thân (hình 1.4)

(Phần này sẽ được trình bày rõ trong bài “Vỡ niệu đạo”).



Hình 1.4: Hình mô tả các tổn thương phối hợp ở bàng quang, niệu đạo, trực tràng

IV. LÂM SÀNG

Lâm sàng gồm hai nhóm triệu chứng.

- Các triệu chứng chung của vỡ bàng quang.
- Các triệu chứng đặc hiệu của vỡ bàng quang trong phúc mạc và dưới phúc mạc.

A. Các triệu chứng chung của vỡ bàng quang

Gồm có 4 triệu chứng chính:

1. Choáng:

Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương. Choáng càng rõ rệt trong trường hợp có gãy xương chậu gây mất nhiều máu.

2. Đau vùng hạ vị:

Bệnh nhân thấy đau nhói ở vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu. Thăm khám sẽ thấy có dấu hiệu phản ứng thành bụng.

3. Mót tiểu nhưng không tiểu được:

Đây là dấu hiệu bàng quang bị kích thích do bị chạm thương.

Thăm khám không thấy có cầu bàng quang. Có trường hợp bệnh nhân chỉ đái được 20 - 40 ml nước tiểu có lẫn máu.

4. Đặt thông niệu đạo.

Chỉ ra khoảng 20 - 40ml nước tiểu có lẫn máu. Nếu bơm rửa bàng quang, thì sau bơm nước vào và tháo cho nước chảy ra sẽ thấy khối lượng nước chảy ra ít hơn nhiều so với khối lượng nước bơm vào. Trong một vài trường hợp đặc biệt, ống thông chui qua lỗ thủng vào ổ máu tụ (trong trường hợp vỡ dưới phúc mạc) thì nước ra sẽ toàn là máu. Có khi ống thông qua lỗ thủng để vào trong ổ phúc mạc, khối lượng nước chảy ra sẽ rất nhiều vượt xa dung tích của bàng quang. Do đó khi đặt

thông tiểu và lấy ra được nhiều nước tiểu không nên kết luận là bàng quang không bị vỡ, mà phải chờ xem khối lượng nước chảy ra là bao nhiêu.

B. Triệu chứng đặc hiệu:

1. Trường hợp bàng quang bị vỡ dưới phúc mạc:

Thường có kèm theo gãy cung trước của xương chậu, ở ngành ngồi – mu, hoặc chậu – mu.

Thăm khám sẽ thấy các dấu hiệu của gãy xương chậu. Đè vào xương mu hay bóp vào hai cánh chậu, bệnh nhân sẽ đau nhói ở chỗ xương gãy.

- Có thể có mảng máu tụ dưới da ở vùng xương gãy và có hiện tượng phù nề dưới da.

- Có hiện tượng phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị lan ra đến hai hố chậu nhưng không lan đến vùng thượng vị.

- Thông tiểu thấy ra ít nước tiểu có lẫn máu hoặc ra toàn máu đỏ - nếu ống thông qua lỗ thủng để đi vào ổ máu tụ.

- Nếu bệnh nhân được khám sau 24 giờ sẽ có triệu chứng sốt cao. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng và nhiễm độc toàn thân: sốt cao mạch nhanh, bệnh nhân lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000 và ở vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống đến bìu.

2. Trường hợp bàng quang bị vỡ vào trong phúc mạc:

- Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan ra khắp ổ bụng. Một điểm cần lưu ý là nếu bệnh nhân không bị nhiễm trùng từ trước thì nước tiểu vô trùng sẽ ít gây phản ứng thành bụng trong 12 giờ đầu, nên thường khó chẩn đoán.

Cần lưu ý tìm các dấu hiệu như:

- Thăm trực tràng thấy rất đau ở túi cùng Douglas.

- Gõ ở hai bên hông có tiếng đục, chứng tỏ có nước trong xoang bụng,

- Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu có lẫn máu vì hầu hết nước thoát vào ổ bụng, Ngược lại cũng có trường hợp nước tiểu ra rất nhiều vì ống thông chui qua lỗ thủng để vào trong ổ bụng.

- Bơm nước vào bàng quang sẽ thấy khối lượng nước chảy ra ít hơn nhiều so với khối lượng nước được bơm vào.

Tóm lại, các triệu chứng lâm sàng có thể không đầy đủ, nên muốn có chẩn đoán quyết định cần phải dựa vào X quang hoặc siêu âm.

C. Siêu âm:

Mặc dù siêu âm không cho được những hình ảnh đặc hiệu, nhưng cũng có tính cách hướng dẫn ban đầu, nhất là những trường hợp khó chẩn đoán.

Trong trường hợp bàng quang bị vỡ vào trong

ổ phúc mạc. Siêu âm sẽ thấy có ít nước tiểu trong bàng quang, và có nước trong ổ bụng, nhất là trường hợp bệnh nhân đến muộn, sau 10 giờ.

- Trong trường hợp bàng quang bị vỡ dưới phúc mạc, siêu âm sẽ cho thấy có dịch thấm ngấm ở các tế bào lỏng lẻo quanh bàng quang, bàng quang bị đẩy lên cao và không căng. Tuy nhiên, vì phần bàng quang dưới phúc mạc dính vào lớp tế bào lỏng lẻo chung quanh, nên bàng quang còn chứa đựng một khối lượng nước tiểu đáng kể, và siêu âm, có thể còn thấy bàng quang đầy nước tiểu, mặc dù không căng chướng.

D. Triệu chứng X quang:

1. Chụp phim không chuẩn bị (KUB):

Sẽ thấy các hình ảnh.

- Gãy xương chậu hoặc khớp mu bị toác rộng

- Ruột bị chướng hơi hoặc có dấu hiệu có nước giữa các quai ruột.

Các dấu hiệu trên không đặc hiệu. Muốn có các hình ảnh X quang đặc hiệu phải chụp niệu đạo – bàng quang ngược dòng (UCR).

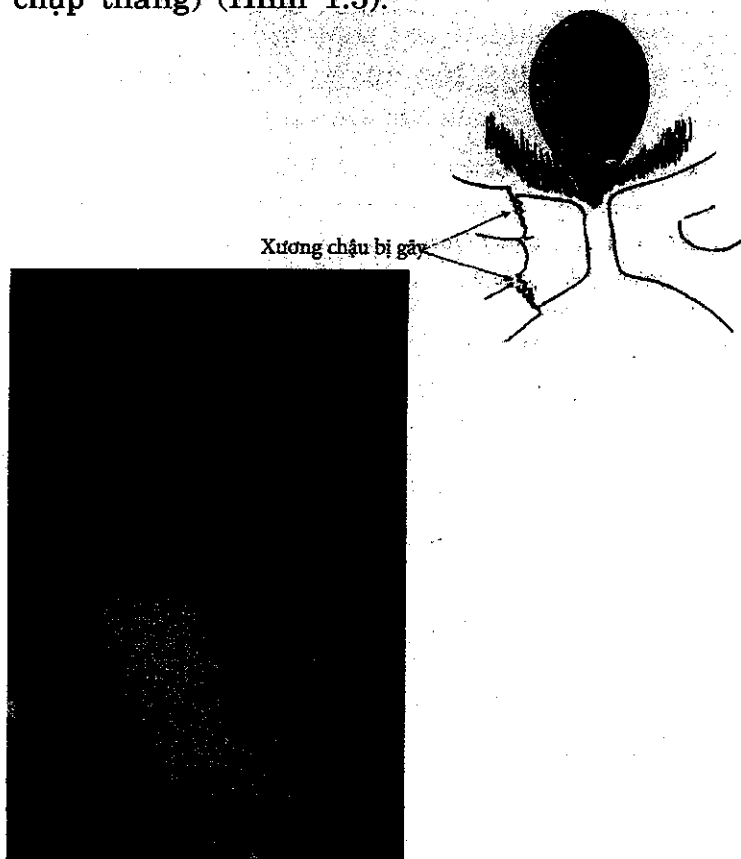
2. Chụp UCR:

Lấy 40ml thuốc cản quang dùng để làm UIV, pha thành 200ml và bơm vào ống thông đặt ở niệu đạo – bàng quang, sẽ thấy các dấu hiệu:

a. Trường hợp vỡ bàng quang dưới phúc mạc

- Bàng quang bị khối máu tụ chung quanh đẩy lên cao, nên có hình ảnh giống như giọt nước.

- Có thuốc cản quang đọng ở hai hố chậu ngoài bàng quang (nhìn thấy rõ trên phim đang chụp thẳng) (Hình 1.5).



Hình 1.5: Gãy khung chậu và vỡ bàng quang dưới phúc mạc, thuốc cản quang lan ra vùng hố chậu dưới phúc mạc.

b. Trường hợp bàng quang bị vỡ vào trong xoang phúc mạc sẽ thấy thuốc cản quang từ trong bàng quang lan tỏa vào xoang phúc mạc giữa các quai ruột (hình 1.6).



Hình 1.6: Vỡ bàng quang trong phúc mạc, với hình ảnh thuốc cản quang lan vào ổ bụng động giữa các quai ruột và túi cùng Douglas.

3. Sau khi chụp xong cho thuốc cản quang chảy ra hết theo ống thông, sẽ thấy thuốc chảy ra ít hơn rất nhiều so với khối lượng thuốc bơm vào.

Sau khi không còn gì chảy ra, cho chụp một phim thẳng sẽ thấy:

- Thuốc cản quang còn ứ đọng lại ở hai hốc chậu và ở vùng khớp mu (trường hợp vỡ dưới phúc mạc).

- Thuốc cản quang đọng lại ở túi cùng Douglas và ở giữa các quai ruột (trường hợp vỡ vào trong xoang phúc mạc).

4. X-quang bàng quang bơm hơi

Bơm 300ml hơi vào trong bàng quang, sau đó cho bệnh nhân ngồi 10 phút và chụp X-quang bụng hoặc soi X-quang ổ bụng. Nếu vỡ bàng quang vào trong ổ phúc mạc sẽ thấy có liềm hơi dưới cơ hoành.

Kỹ thuật này có thể áp dụng được trong trường hợp thiếu phim và thuốc cản quang, nhưng chỉ có giá trị trong trường hợp bàng quang bị vỡ vào trong ổ phúc mạc.

V. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị gồm có:

- Hồi sức chống choáng.
- Cho kháng sinh.
- Phẫu thuật cụ thể như sau:

A. Trường hợp vỡ bàng quang vào trong ổ phúc mạc

Vết rách thường ở mặt sau bàng quang.

Mổ theo đường giữa dưới rốn vào ổ phúc mạc sẽ thấy có nước tiểu có lẫn máu. Đẩy ruột lên

trên sẽ nhìn thấy mặt sau bàng quang và mổ càng muộn, mô chung quanh lỗ thủng càng phù nề, càng bở và khó khâu. Hút sạch nước trong ổ bụng và khâu lỗ thủng bằng chỉ chromic và bằng các mũi khâu rời. Chỉ cần khâu làm một lớp thanh cơ, không xuyên đến lớp niêm mạc giống như khâu ruột. Cần mở thông bàng quang ra da ở mặt trước phần dưới phúc mạc giống như mổ dẫn lưu bàng quang bình thường. Bơm nước vào bàng quang cho bàng quang căng ra và kiểm tra xem lỗ thủng có được khâu kín hay không. Nếu chưa kín, khâu củng cố thêm.

Chú ý:

Chỗ khâu hay bị xì ở hai góc của vết rách.

- Không cần khâu nhiều lớp mà chủ yếu lớp khâu phải được kín và luôn luôn phải được mở thông bàng quang ra da để giảm áp trong bàng quang.

- Không được đặt thông Pezzer vào lỗ thủng bàng quang để dẫn lưu vì chỗ mở bàng quang ra da là phải ở vị trí ngoài phúc mạc.

Đặt ống dẫn lưu ở túi cùng Douglas trước khi đóng thành bụng.

Ngày nay, trong trường hợp đơn giản, người bệnh chỉ có một tổn thương đơn độc ở bàng quang, sinh hiệu ổn định thì thường sẽ áp dụng phương pháp phẫu thuật qua nội soi ổ bụng khâu vết rách

ở bàng quang, không mở bàng quang ra da, dẫn lưu Douglas, nhưng phải đặt thông Foley niệu đạo 20Fr. Và phải bảo đảm chỗ khâu không bị xì dò.

B. Trường hợp bàng quang bị vỡ dưới phúc mạc:

Khi mở qua cơ thành bụng thấy khoang Retzius đầy máu và nước tiểu. Hút sạch nước và dùng ngón tay bóc tách khoang tế bào lỏng lẻo quanh bàng quang sẽ tìm thấy lỗ thủng ở mặt trước bên của bàng quang. Vết rách thường ở khá sâu, gần cổ bàng quang và cạnh ổ gãy xương, nếu có gãy xương chậu.

Nếu bệnh nhân đến muộn sau 48 giờ sẽ có hiện tượng nhiễm trùng và nhiều trường hợp đã có mô hoại tử hồi thối. Mép của vết rách thường bị phù nề nhiều. Nếu lỗ thủng ở sâu và khó nhìn thấy được mép dưới của vết rách, mở bàng quang ở phần trên của mặt trước bàng quang và cho ngón tay vào trong bàng quang để khảo sát.

Sau khi lau sạch máu và nước tiểu, khâu lại vết rách bàng quang bằng chỉ chromic. Trong đa số các trường hợp, có thể khâu kín được vết rách. Trong một số trường hợp vết rách ở rất sâu và mép bị phù nề khó khâu được thật kín. Trong trường hợp này, không cần cố gắng khâu bằng được một cách tỉ mỉ. Điều chủ yếu là phải mở

thông bàng quang và đặt ống thông to để dẫn lưu thật tốt khoang quanh bàng quang. Bàng quang sẽ dính vào các mô lân cận của khung chậu và sẽ tự lành. Tuyệt đối không được đặt ống thông vào lỗ thủng bàng quang để dẫn lưu bàng quang ra da, mà phải đặt thông vào phần đỉnh của bàng quang mới tránh được hiện tượng xì rò nước tiểu sau này.

Nếu khoang tế bào liên kết quanh bàng quang đã bị viêm tấy nặng cần phải dẫn lưu thật tốt ở điểm thấp nhất, từ khoang quanh bàng quang ra ở tầng sinh môn, cạnh hai bên niệu đạo hành. Đó là dẫn lưu theo kiểu Fullerton hay Buyansky.

CÂU HỎI KIỂM TRA

1. Do sự liên quan với phúc mạc, bàng quang được phân chia thành những thành phần gì?

2. Những thương tổn giải phẫu bệnh có thể gặp trong chấn thương bàng quang như thế nào?

3. Trường hợp bàng quang bị vỡ phối hợp phức tạp, các thương tổn có thể gặp như thế nào?

4. Triệu chứng lâm sàng của vỡ bàng quang?

5. Triệu chứng X-quang ?

6. Điều trị cấp cứu vỡ bàng quang như thế nào?

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu trả lời đúng:

1. *Vỡ bàng quang đơn thuần có thể gây ra tử vong do:*

- a. Xuất huyết.
- b. Nhiễm trùng.
- c. Choáng chấn thương.
- d. Chẩn đoán muộn vì dấu hiệu lâm sàng không rõ ràng trong ngày đầu.
- e. Do vô niệu.

2. *Vỡ bàng quang trong phúc mạc thường xảy ra trong trường hợp:*

- a. Chấn thương ở vùng hạ vị khi bàng quang căng đầy nước tiểu.
- b. Chấn thương gây xương chậu hay toác khớp mu.
- c. Chấn thương ở vùng hạ vị bàng quang xẹp.
- d. Chấn thương gây khung chậu phúc tạp.
- e. Kèm theo với chấn thương trực tràng.

3. *Đặc điểm lâm sàng của vỡ bàng quang trong phúc mạc là:*

- a. Dấu hiệu chướng bụng và phản ứng phúc

mạc xảy ra sớm ngay sau khi chấn thương.

b. Dấu hiệu chướng bụng và phản ứng phúc mạc xảy ra muộn (sau 24 giờ).

c. Bụng co cứng như gỗ vì viêm phúc mạc.

d. Do phản ứng vùng hạ vị rõ ràng.

e. Bệnh nhân có dấu hiệu sốc nhiễm trùng, nhiễm độc nặng nề.

Chọn câu trả lời sai:

4. Triệu chứng chung của vỡ bàng quang là:

a. Bệnh nhân bị chấn thương vào vùng hạ vị lúc bàng quang đang căng đầy.

b. Đau ở vùng hạ vị và sau đó lan ra khắp bụng.

c. Mót tiểu nhưng không tiểu được hoặc đi rất ít nước tiểu có lẫn máu.

d. Do khám thấy có cầu bàng quang.

e. Thông tiểu thấy nước tiểu có lẫn máu.

5. Triệu chứng của vỡ bàng quang dưới phúc mạc là:

a. Đau khi ép bursa khung chậu.

b. Có phản ứng phúc mạc khắp bụng.

c. Có thông tiểu thấy nước tiểu có lẫn máu.

d. Chụp X-quang thấy có gãy xương chậu.

e. Siêu âm thấy có dịch quanh bàng quang

và bàng quang không thấy căng đầy.

6. Chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc dựa vào các dấu hiệu:

- a. Chấn thương vào vùng hạ vị lúc bàng quang đang căng đầy.
- b. Có cầu bàng quang ở hạ vị.
- c. Đau vùng hạ vị và lan khắp bụng.
- d. Siêu âm thấy có nhiều dịch trong ổ bụng.
- e. X-quang bàng quang ngược dòng thấy có dịch cản quang bào trong ổ phúc mạc.

7. Những việc cần làm khi điều trị phẫu thuật vỡ bàng quang trong phúc mạc:

- a. Cắt lọc tổ chức nham nhở nơi bàng quang bị vỡ.
- b. May lại bàng chỉ tan chỗ vết thủng.
- c. Bơm nước căng bàng quang để kiểm tra chỗ khâu có được kín hay không.
- d. Dẫn lưu bàng quang đơn thuần ngay chỗ bàng quang bị vỡ.
- e. Đặt ống dẫn lưu cùng đồ Douglas.

8. Điều trị phẫu thuật vỡ bàng quang dưới phúc mạc gồm có:

- a. Dẫn lưu máu tụ và dịch quanh bàng quang.
- b. Khâu lại chỗ thủng của bàng quang.

c. Mở thông bàng quang ra da bằng thông Pezzer.

d. Nếu có vỡ niệu đạo kèm theo phải tái tạo niệu đạo ngay.

e. Nếu có vỡ mặt trước của trực tràng, phải dẫn lưu theo kiểu Fullerton và làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng Sigma.

9. Đặc điểm về giải phẫu của bàng quang:

a. Bàng quang nằm hoàn toàn dưới phúc mạc.

b. Mặt trước và hai mặt bên tiếp xúc với xương chậu.

c. Đáy của bàng quang tiếp xúc với trực tràng ở nam giới.

d. Đáy của bàng quang tiếp xúc trực tiếp với âm đạo ở nữ giới.

e. Khoảng quanh bàng quang dưới phúc mạc là một khoang kín, không có đường dẫn lưu tự nhiên.

10. Chẩn đoán quyết định của vỡ bàng quang vào trong phúc mạc dựa vào:

a. Chụp bàng quang có bơm thuốc cản quang thấy có thuốc cản quang vào trong ổ phúc mạc.

b. Khi tháo thuốc cản quang ra còn thấy thuốc đọng ở cùng đồ Douglas.

c. Khi tháo thuốc cân quang ra thấy khối lượng nước ra ít hơn khối lượng nước bơm vào.

d. Nếu ống thông qua lỗ thủng của bàng quang để vào ổ phúc mạc, có thể thấy số lượng nước ra nhiều hơn rất nhiều so với khối lượng dịch bơm vào.

e. Thấy thuốc cân quang ứ đọng ở hai hố chậu và ở vùng khớp mu.

ĐÁP ÁN BÀI VỠ BÀNG QUANG

1. D

2. A

3. B

4. D Bàng quang bị vỡ nên không có cầu bàng quang.

5. B Phản ứng phúc mạc khắp ổ bụng là dấu hiệu của vỡ bàng quang trong phúc mạc.

6. B Bàng quang bị vỡ nên không thể có dấu hiệu có cầu bàng quang được.

7. D Cần phải mở thông bàng quang ra da để xoa áp lực trong bàng quang, ống thông không bị nghẹt, để đảm bảo an toàn cho chỗ khâu. Không được đặt thông ngay chỗ bàng quang bị vỡ.

8. D Không được tái tạo niệu đạo trong cấp cứu.

9. A Bàng quang có một phần được bao phủ bởi phúc mạc và một phần nằm dưới phúc mạc.

10. E Thuốc cản quang ứ đọng ở 2 hốc chậu là dấu hiệu vỡ bàng quang dưới phúc mạc.

VỠ NIỆU ĐẠO

Mục tiêu bài giảng

1. *Nắm được đặc điểm về giải phẫu của niệu đạo.*
2. *Cơ chế sinh bệnh và giải phẫu bệnh của vỡ niệu đạo trước.*
3. *Lâm sàng của vỡ niệu đạo trước.*
4. *Cơ chế sinh bệnh và giải phẫu bệnh của vỡ niệu đạo sau.*
5. *Chẩn đoán vỡ niệu đạo sau.*
6. *Điều trị cấp cứu vỡ niệu đạo sau.*
7. *Những việc cần làm và không nên làm trong vỡ niệu đạo.*

Vỡ niệu đạo là cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp đối với nam giới, nhất là đối với những người ở lứa tuổi lao động.

Một thương tổn ở niệu đạo sẽ lành bằng các mô sẹo và sẹo xơ sẽ làm hẹp niệu đạo, một biến chứng khó điều trị. Hiện tượng hẹp niệu đạo được gây nên do các yếu tố sau đây:

- *Hiện tượng nhiễm trùng ở ổ máu tụ và ở mô niệu đạo nơi bị chấn thương.* Hiện tượng nhiễm trùng càng nặng nếu nước tiểu được thoát ra ngoài vào ổ máu tụ. Vì nước tiểu có tính chất ưu trương nên sẽ làm hủy hoại các tế bào, nhất là các tế bào bị dập nát

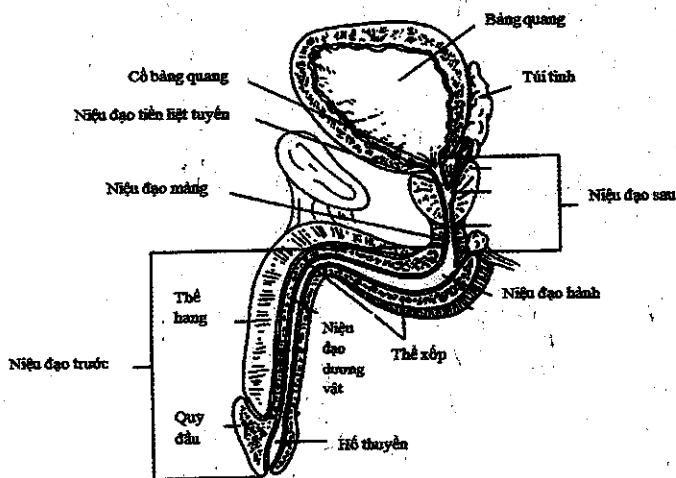
do chấn thương.

- Sự di lệch của hai đầu niệu đạo hoặc hai đầu niệu đạo bị cách xa nhau ra.

Do đó nguyên tắc cơ bản trong điều trị cấp cứu dập vỡ niệu đạo là đề phòng nhiễm trùng, dẫn lưu bàng quang sớm để nước tiểu không chảy vào ổ máu tụ và trong trường hợp vỡ niệu đạo sau cần chỉnh lại ổ xương gãy để tránh sự di lệch của hai đầu niệu đạo.

I. ĐẶC ĐIỂM VỀ GIẢI PHẪU CỦA NIỆU ĐẠO

Về mặt giải phẫu, niệu đạo được chia làm hai phần: niệu đạo trước và niệu đạo sau, rất khác nhau về mặt cấu trúc và sinh lý (hình 1)



Hình 1.7: Thiết đồ đứng dọc bàng quang – tiền liệt tuyến - niệu đạo

A. Niệu đạo trước:

Đi từ miệng sáo tới niệu đạo hành, ở phía trước hậu môn. Đặc điểm của niệu đạo ở phần này là có vật xốp bao bọc. Vật xốp là một thành phần cương của dương vật và trở nên rất dày ở phần hành niệu đạo. Do đó, khi bị thương tổn, thường chảy nhiều máu và sau đó trong quá trình lành vết thương dễ phát sinh ra mô xơ gây hẹp niệu đạo. Niệu đạo trước được chia làm hai phần:

- Niệu đạo tầng sinh môn đi từ gốc dương vật đến phía trước hậu môn. Đây là phần cố định của niệu đạo trước, gồm một phần ở vùng bìu và một phần ở tầng sinh môn thật sự. Đây là phần dễ bị chấn thương nhất của niệu đạo.

- Niệu đạo phần dương vật. Đây là phần di động của niệu đạo. Phần này ít bị thương tổn trong trường hợp chấn thương.

B. Niệu đạo sau:

Niệu đạo sau đi từ cổ bàng quang cho đến hành niệu đạo. Đặc điểm của niệu đạo sau là không có vật xốp bao bọc. Niệu đạo sau gồm hai phần:

1. **Niệu đạo tiền liệt tuyến:** có tiền liệt tuyến bao bọc. Phần này ít khi bị chạm thương. Ở phần này niệu đạo được bao bọc bởi hai cơ thắt trơn.

- Cơ thắt trơn trên lõi tinh có tác dụng co thắt lại lúc xuất tinh để tinh dịch không trào

ngược vào bàng quang. Ngoài ra, còn có tác dụng giữ nước tiểu.

- Cơ thất trơn dưới lồi tinh. Cơ thất này có tác dụng rất quan trọng trong việc giữ nước tiểu để không xảy ra hiện tượng đái không kiểm soát. Nếu cơ thất này bị tổn thương, bệnh nhân sẽ bị đi tiểu không kiểm soát.

2. Niệu đạo màng: rất mỏng, có cơ thất vân bao bọc.

Niệu đạo màng liên quan rất mật thiết với cân đáy chậu giữa. Cân này bám vào khung chậu và cùng với các cơ dẹp của vùng đáy chậu tạo thành màng chắn niệu – sinh dục (diaphragme uro-génital). Trong trường hợp gãy khung chậu có sự di lệch của xương, cân đáy chậu giữa sẽ bị rách, lồi theo niệu đạo màng, làm cho nó cũng bị rách theo, và hai đầu niệu đạo sẽ bị di lệch, theo sự di lệch của xương chậu. Niệu đạo màng được bao bọc bởi cơ thất vân. Cơ này giúp cho việc nhịn đi tiểu theo ý muốn, nhưng không đủ để giữ nước tiểu để tránh khỏi hiện tượng đi tiểu không kiểm soát. Thương tổn của cơ thất vân cũng không ảnh hưởng đáng kể tới việc đi tiểu của bệnh nhân.

Tóm lại, niệu đạo sau nằm ở vùng ngã ba niệu – sinh dục và được bao bọc bởi các cơ thất trơn và cơ thất vân. Thương tổn của niệu đạo sau có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh dục của

bệnh nhân. Do đặc điểm về giải phẫu và sinh lý của niệu đạo nên có sự khác biệt rất lớn giữa niệu đạo trước và niệu đạo sau. Do đó, chúng tôi sẽ trình bày riêng biệt hai phần: vỡ niệu đạo trước và vỡ niệu đạo sau.

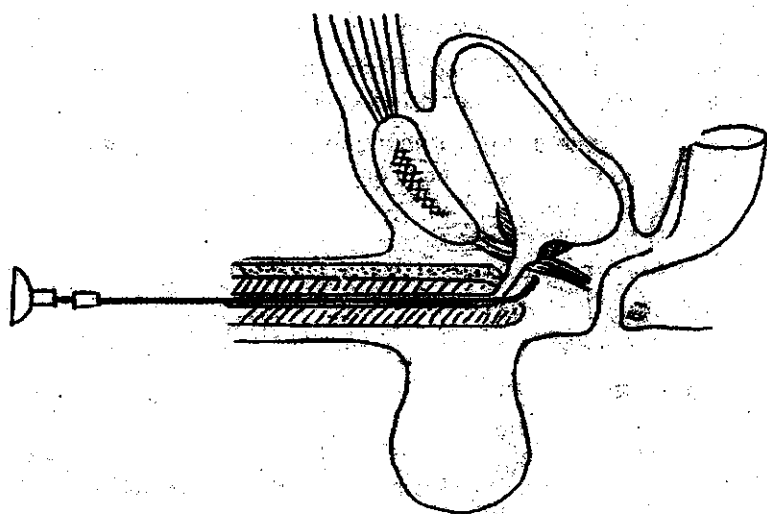
II. VỠ NIỆU ĐẠO TRƯỚC

A. Cơ chế sinh bệnh và giải phẫu bệnh

Có hai trường hợp:

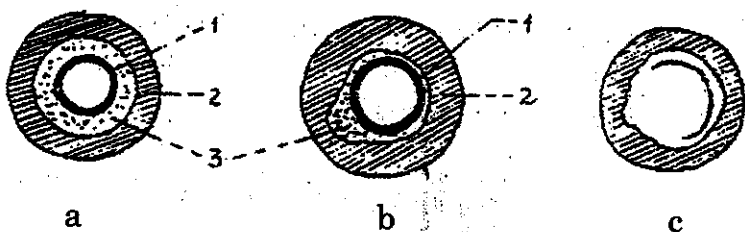
1. Vỡ niệu đạo do chấn thương từ bên trong:

a) Trường hợp này thường gặp khi đặt thông niệu đạo bị lạc đường, nhất là trường hợp đặt các ống thông cứng như đặt máy nội soi bàng quang, đặt thông sát béniqué. Niệu đạo của nam giới có một chỗ cong khoảng 90^0 ở vùng tiếp nối giữa niệu đạo màng và hành niệu đạo. Muốn đi qua được chỗ cong này, đầu của ống thông luôn luôn phải đi sát với thành trên của niệu đạo. Nếu sơ xuất ở điểm này, ống thông có thể đi thẳng và đâm thủng niệu đạo ở phần niệu đạo hành. Thương tổn này rất dễ xuất hiện khi phải đặt một ống thông to trên một bệnh nhân có niệu đạo đường kính nhỏ hoặc niệu đạo đã có hiện tượng hẹp ở vùng niệu đạo hành (hình 2). Ống thông kích thích niêm mạc của niệu đạo gây ra nhiều xuất tiết, trong trường hợp phải đặt thông để luôn trong niệu đạo nhiều ngày.



Hình 1.8: Thủng niệu đạo hành khi đặt máy soi

Vì ống thông to và áp sát vào thành niệu đạo, nên các dịch xuất tiết của niệu đạo không thoát ra được qua miệng niệu đạo, nên gây chèn ép vào niêm mạc và gây ra những đám hoại tử (hình 3). Các tổn thương này, về sau sẽ gây các sẹo xơ và hẹp niệu đạo. Có trường hợp niệu đạo bị viêm loét và bị thủng, gây nên những ổ áp xe quanh niệu đạo, dẫn đến rò niệu đạo.



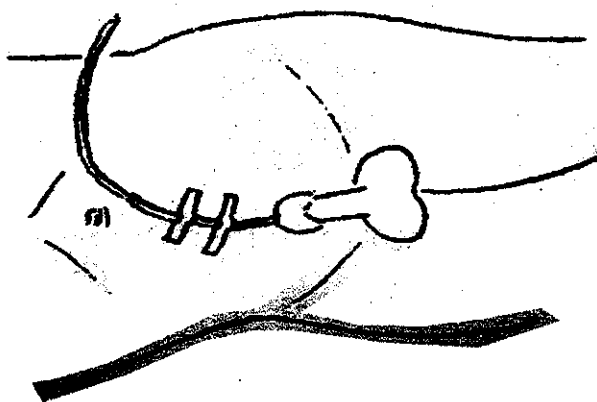
Hình 1.9

a. Trường hợp đường kính của ống thông thích hợp: Dịch xuất tiết có thể thoát ra qua lỗ sáo.

b. Trường hợp ống thông to: Dịch xuất tiết không thoát ra được, bị tích tụ lại và gây chèn ép vào thành niệu đạo.

c. Khi rút ống thông, có những mảng niêm mạc của niệu đạo bị hoại tử do chèn ép bị bong ra.

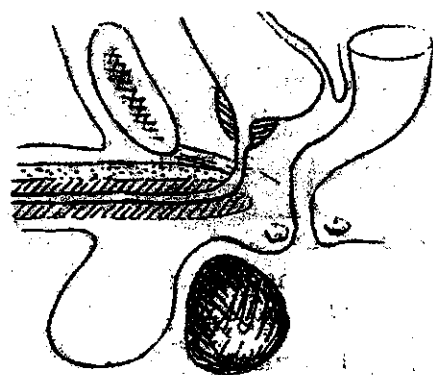
Nơi hay bị thủng và rò là ở gốc búi – dương vật. Trường hợp này hay gặp trong trường hợp bí đái kéo dài do thương tổn thần kinh như trường hợp gãy cột sống gây chèn ép tủy. Muốn tránh hiện tượng này, khi đặt ống thông để lưu lâu ngày phải dùng ống thông có đường kính nhỏ, đường kính bằng $\frac{2}{3}$ đường kính của niệu đạo và cố định cho ống thông quặt ngược lên phía bụng để tránh sự chèn ép của ống thông vào niệu đạo ở gốc búi – dương vật (hình 4).



Hình 4: Tư thế cố định ống thông niệu đạo

2. Vỡ niệu đạo do chấn thương từ bên ngoài

Thông thường là trường hợp bệnh nhân bị ngã ngồi trên một vật cứng, hai chân xoạc ra. Diễn hình là bị trượt ngã ngồi trên be thuyền hay cầu khỉ, ít khi bị các chấn thương trực tiếp như bò đá hay tai nạn của thể dục thể thao. Niệu đạo bị kẹp giữa vật cứng phía dưới và vòm của khớp mu ở phía trên nên bị dập ở vùng tầng sinh môn, giữa bìu và hậu môn (hình 5).



Hình 5: Cơ chế chấn thương niệu đạo trước

Niệu đạo phần dương vật ít khi bị dập vỡ. Trường hợp dập vỡ niệu đạo phần này chỉ gặp trong các trường hợp đặc biệt, niệu đạo bị chấn thương trực tiếp.

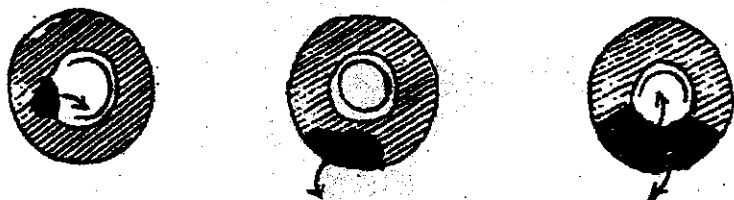
Niệu đạo trước dây, nên có thể bị dập hoàn toàn hay không hoàn toàn.

Trong trường hợp niệu đạo bị dập không hoàn toàn:

a) Có thể bị dập phần bên trong, như trong trường hợp đặt ống thông lạc đường: niêm mạc niệu đạo và một phần vật xốp bị chạm thương nhưng chưa bị xuyên thủng: bệnh nhân có ra máu ở niệu đạo nhưng không có khối máu tụ ở tầng sinh môn.

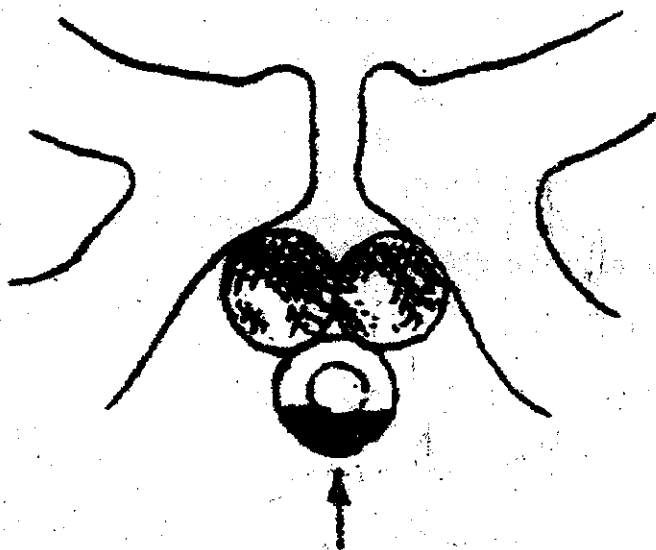
b) Có thể là bị dập ở phần vật xốp, niêm mạc niệu đạo bên trong còn nguyên vẹn, sẽ có khối

máu tụ ở tầng sinh môn, nhưng không ra máu ở niệu đạo.



Hình 6: Dạng giải phẫu bệnh học của chấn thương niệu đạo trước

a) Niệu đạo có thể bị dập toàn bộ. Như vậy sẽ có máu ra ở niệu đạo, đồng thời có mảng máu tụ ở tầng sinh môn. Niệu đạo trước dính chặt vào vật hang và cùng với vật hang của dương vật, nằm trong vòm của xương vệ. Như vậy, phần trên của niệu đạo được vòm xương và vật hang bảo vệ. Thương tổn thường tập trung ở mặt dưới của niệu đạo, phần trực tiếp chịu chấn thương. Rất hiếm trường hợp niệu đạo bị đứt đôi và hai đầu niệu đạo không bị di lệch do dính vào vật hang phía bên trên (Hình 6, 7).

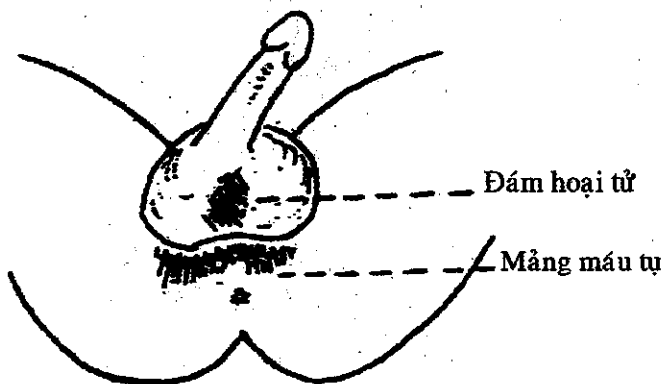


Hình 7: Cơ chế chấn thương niệu đạo trước

Khi niệu đạo trước ở tầng sinh môn bị đập, khối máu tụ sẽ tập trung ở dưới cân đáy chậu nông. Nếu khối máu tụ lớn, nó sẽ lan đến mặt trong của đùi hình thành mảng máu tụ hình cánh bướm. Nếu khối máu tụ lớn hơn nữa có thể lan sang bìu làm cho bìu bị bầm tím và sưng to. Trong 6 đến 10 giờ đầu, do hiện tượng bí tiểu phản xạ nên nước tiểu chưa hòa lẫn với khối máu tụ và khối máu tụ được coi như vô trùng.

Nếu bàng quang không được mở kịp thời để chuyển lưu nước tiểu, bàng quang căng sẽ làm cho

nước tiểu rỉ xuống niệu đạo và thoát vào ổ máu tụ gây nên hiện tượng viêm tấy tầng sinh môn lan rộng. Bìu sẽ bị căng to và phù nề như mọng nước. Nước tiểu có thể lan theo các mô lỏng lẻo lan đến hai ống bẹn. Sau 48 giờ có những đám hoại tử hình thành ở bìu và da dương vật, các mô liên kết ở bìu sẽ bị hoại tử và có mùi hôi thối như mùi cóc chết (hình 8)



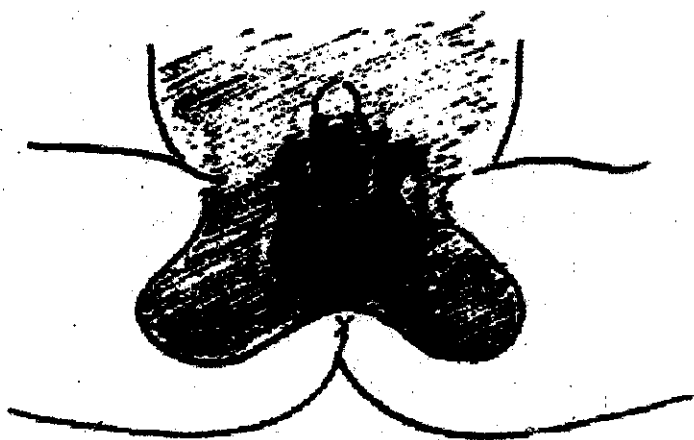
Hình 8: Mảng hoại tử ở bìu – tầng sinh môn

B. Lâm sàng

1. Trường hợp điển hình là bệnh nhân bị té ngồi trên một vật cứng và sau đó, thấy đau chói ở tầng sinh môn, đồng thời có ra máu ở niệu đạo.

2. Sau chấn thương bệnh nhân bị bí tiểu tiện.
3. Thăm khám thấy có máu ra ở miệng niệu đạo, có thể thấm ướt cả quần đùi.

Ở tầng sinh môn có mảng máu hình cánh bướm. Trong trường hợp chấn thương nặng, mảng máu có thể lan đến bìu làm cho bìu bị sưng và bầm tím. Mảng máu lan sang mặt trong của đùi với một diện tích gần bằng lòng bàn tay, hình giống như cánh bướm. Mảng máu hình cánh bướm không phải lúc nào cũng có, nhưng nếu có đây là một triệu chứng rất điển hình của vỡ niệu đạo trước ở tầng sinh môn (hình 9).



Hình 9: Mảng máu tụ hình cánh bướm

Nếu lấy ngón tay ấn nhẹ nhàng vào điểm niệu đạo ở tầng sinh môn, bệnh nhân thấy đau nhói, đồng thời có máu chảy ra ở niệu đạo.

Hiện tượng mẩn máu hình cánh bướm sẽ không có trong trường hợp vỡ niệu đạo từ trong ra. Trong trường hợp niệu đạo không bị xuyên thủng hoàn toàn thì chỉ có dấu hiệu ra máu ở niệu đạo mà thôi.

Khám ở hạ vị sẽ thấy có cầu bàng quang do bệnh nhân bí tiểu.

Chụp X quang thường không cần thiết vì các dấu hiệu lâm sàng rất rõ và đủ để chẩn đoán.

C. Diễn biến

1. Nếu không được mổ dẫn lưu bàng quang kịp thời, khi bàng quang căng đầy đến mức tối đa nước tiểu sẽ rỉ xuống niệu đạo, thấm vào các mô liên kết của tầng sinh môn qua chỗ niệu đạo bị vỡ và sẽ gây ra viêm tấy tầng sinh môn do nước tiểu, một biến chứng nhiễm trùng rất nặng, có thể đưa đến tử vong nếu không được giải quyết đúng và kịp thời.

2. Nếu được giải quyết cấp cứu kịp thời, tất cả các trường hợp vỡ niệu đạo trước, dù nặng hay nhẹ, đều có nguy cơ tiến tới hẹp niệu đạo sau một thời gian, sớm nhất là 1 tháng, và muộn nhất là 2 năm.

III. VỠ NIỆU ĐẠO SAU

A. Nguyên nhân sinh bệnh:

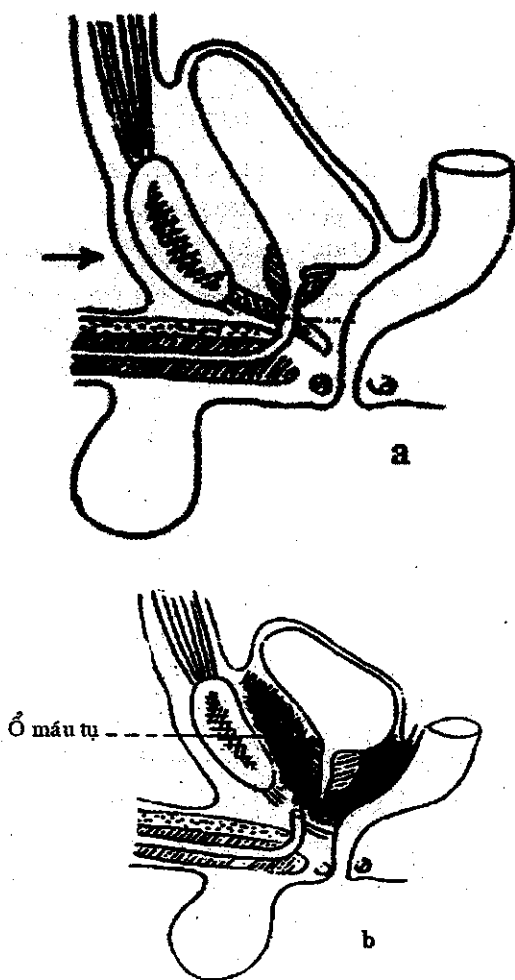
Thông thường là một chấn thương nặng gây gãy xương chậu ở gần khớp mu (gãy cung trước xương chậu). Các loại chấn thương thường gặp là các tai nạn giao thông đường bộ, hoặc tai nạn lao động như bị gỗ đè. Do tính chất phức tạp của chấn thương nên ngoài các thương tổn trên, bệnh nhân còn có thể có các thương tổn khác như gãy xương ở tứ chi, hoặc vỡ lá lách hay vỡ bàng quang kèm theo.

B. Giải phẫu bệnh:

1. Trường hợp thông thường

- Xương chậu bị gãy thường là ở ngành chậu mu và ngồi mu một bên hoặc cả hai bên.

- Có khối máu tụ hình thành ở vùng xương gãy, dưới phúc mạc và lan ra quanh tiền liệt tuyến và có thể đẩy bàng quang và tiền liệt tuyến lên cao. Nếu nước tiểu chưa rĩ xuống thì ổ máu tụ này là ổ máu tụ vô trùng, và chỗ gãy xương còn mang tính chất của một ổ gãy kín.

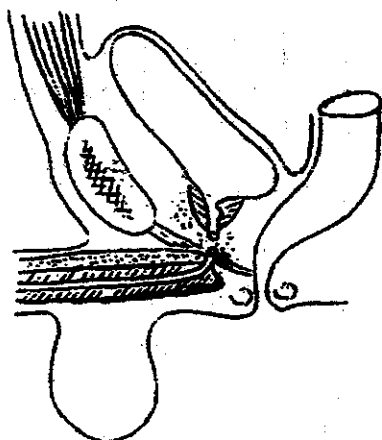


Hình 1.16: Cơ chế chấn thương vỡ niệu đạo sau và tổn thương giải phẫu bệnh học

a. : Cơ chế chấn thương; b. tổn thương giải phẫu bệnh học

- Niệu đạo bị rách (vỡ niệu đạo không hoàn toàn) hoặc bị đứt đôi ở phần niệu đạo màng giữa mồm tiền liệt tuyến và cân đáy chậu giữa (vỡ niệu đạo hoàn toàn).

Trong trường hợp vỡ không hoàn toàn, còn một cầu niêm mạc nối liền giữa hai đầu niệu đạo, và tiền liệt tuyến ít bị di lệch. Trong trường hợp vỡ niệu đạo hoàn toàn, sự di lệch của 2 đầu xương gãy sẽ làm cho 2 đầu niệu đạo tách xa nhau, mồm tiền liệt tuyến không còn được cố định ở cân đáy chậu giữa, nên bị khối máu tụ đẩy sang một bên và đẩy lên cao; sẽ có một khoảng cách giữa 2 đầu niệu đạo bị đứt. Nếu chỗ xương gãy được nắn lại tốt và ổ máu tụ được dẫn lưu, thì tiền liệt tuyến có thể trở lại vị trí cũ của nó (hình 1.17).

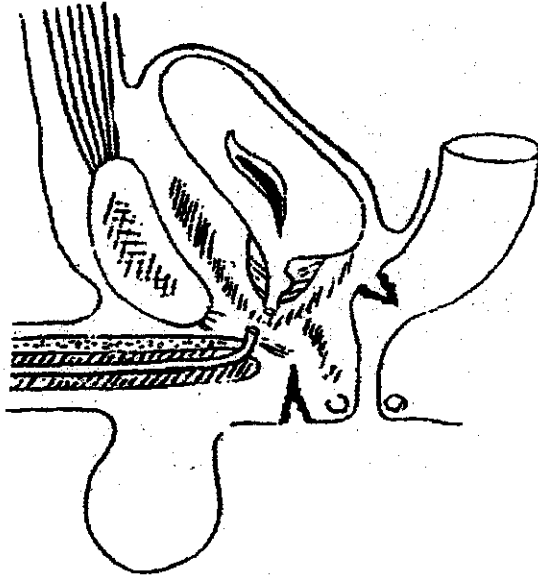


Hình 1.17: Thương tổn vùng chậu trở về vị trí giải phẫu ban đầu sau khi dẫn lưu khối máu tụ

Nếu bệnh nhân đến muộn, nước tiểu sẽ hoà lẫn với máu tụ gây ra nhiễm trùng lan rộng trong kiểu khung ở phần dưới phúc mạc. Đây là một biến chứng nặng vì ổ nhiễm trùng không có đường thoát lưu, đưa đến nhiễm trùng huyết, có thể gây tử vong. Trong trường hợp ổ máu tụ bị nhiễm trùng nhẹ nó sẽ biến thành các mô xơ quanh tiền liệt tuyến và niệu đạo màng. Tiền liệt tuyến sẽ bị cố định tư thế di lệch của nó, và các mô xơ sẽ tạo thành một màng ngăn cách giữa 2 đầu niệu đạo gây khó khăn cho việc tái tạo niệu đạo.

2. Trường hợp vỡ niệu đạo kết hợp với vỡ trực tràng phần dưới phúc mạc.

Xảy ra trong các trường hợp chấn thương lớn, gây di lệch nhiều ở xương chậu. Niệu đạo bị đứt đôi, mặt trước của trực tràng bị rách, các cơ tầng sinh môn bị tổn thương nặng, cân đáy chậu giữa bị rách lớn và trong nhiều trường hợp cơ vòng hậu môn cũng bị rách, và bàng quang cũng bị vỡ ở phần dưới phúc mạc (hình 1.18).



Hình 1.18: Thương tổn phức tạp vùng chậu

Đây là một tổn thương rất nặng. Khối máu tụ lớn và hòa lẫn với nước tiểu và phân. Có khi tầng sinh môn cũng bị rách. Một điểm cần chú ý là vết rách trực tràng nằm dưới phúc mạc nên khi mổ vào ổ bụng, sẽ không nhìn thấy nên dễ bị bỏ sót, chỉ thăm hậu môn mới có thể phát hiện được, vì sẽ có máu theo găng.

C. Lâm sàng

Đây là một bệnh nhân bị chấn thương gãy cung trước của xương chậu, bị choáng và sau đó là bí tiểu tiện. Đứng trước một trường hợp như

vậy cần nghĩ đến vỡ niệu đạo sau cần thăm khám kỹ để có chẩn đoán kịp thời.

Các triệu chứng lâm sàng thường rất nghèo nàn và không điển hình gồm có:

1. Các triệu chứng của choáng: mạch nhanh, huyết áp hạ do mất máu và đau đớn.

2. Các triệu chứng của gãy cung trước của xương chậu như đau nhói ở ổ gãy xương khi ấn vào khớp mu hoặc bóp ở hai bên cánh chậu, máu tụ và mảng máu bầm ở vùng hạ vị có thể lan đến bìu.

3. Các triệu chứng của vỡ niệu đạo ở đây không điển hình như trường hợp vỡ niệu đạo trước.

- Có thể thấy: máu đọng ở miệng niệu đạo.

- Thăm trực tràng thấy đau nhói ở mỏm tiền liệt tuyến và tiền liệt tuyến nằm trong một khối máu tụ lưng nhùng nên không sờ thấy được rõ ràng. Lúc thăm hậu môn, chú ý xem cơ vòng hậu môn còn hoạt động không, có vết rách ở vùng tầng sinh môn phía trước hậu môn hay không và khi rút tay ra găng có dính máu hay không.

Trong trường hợp vỡ niệu đạo có kèm theo rách trực tràng thì có máu ra theo tay và cơ vòng hậu môn bị nhão, bệnh nhân rất đau đớn khi thăm khám.

- Khám ở hạ vị có thể có cầu bàng quang nhưng ở đây khám cũng rất khó vì bệnh nhân chấn thương gãy xương chậu nên có thể có máu

tụ dưới da ở vùng hạ vị. Hơn nữa nếu có võ bàng quang kèm theo thì sẽ không có cầu bàng quang.

Tóm lại, khác với trường hợp vỡ niệu đạo trước, ở đây các triệu chứng lâm sàng không điển hình và không đủ để chẩn đoán một trường hợp vỡ niệu đạo sau. Các triệu chứng của gãy xương chậu thường là nổi bật lên hàng đầu.

a) Đứng trước một bệnh nhân bị gãy cung trước của xương chậu, 4 trường hợp có thể xảy ra:

- Bệnh nhân không có thương tổn ở niệu đạo mà chỉ bí tiểu tiện do phản xạ.

- Vỡ niệu đạo không hoàn toàn và bị di lệch ít.

- Vỡ niệu đạo hoàn toàn và di lệch nhiều.

- Vỡ niệu đạo kèm theo vỡ trực tràng phần dưới phúc mạc.

Trường hợp sau cùng có triệu chứng lâm sàng tương đối rõ hơn, còn 3 trường hợp trên khó chẩn đoán được bằng cách khám lâm sàng đơn thuần.

b) Muốn chẩn đoán được cần phải sử dụng các biện pháp sau đây:

Chụp X quang xương chậu để xác định gãy xương chậu, mức độ di lệch của đầu xương gãy và mức độ biến dạng của khung chậu. Có ba trường hợp có thể xảy ra.

- Xương chậu bị gãy ở ngành ngồi mu và chậu mu một bên. Trong trường hợp này, khung xương chậu có thể còn vững, và sự di lệch có thể không nhiều.

- Xương chậu bị gãy ở ngành ngồi mu và chậu mu cả hai bên. Trong trường hợp này, khung chậu không còn vững nữa, và đối với tiết niệu, điều quan trọng là khớp mu có xu hướng bị sụp xuống, kéo theo sự di lệch thứ phát của các đầu niệu đạo bị đứt.

- Xương chậu không bị gãy, nhưng khớp mu bị toác rộng ra, làm rách cân đáy chậu giữa.

Tuy nhiên, cũng cần nhớ rằng, lúc bị chấn thương, lực ép sẽ gây nhiều biến dạng ở khung chậu, nhưng khi lực gây chấn thương không còn nữa, khung chậu có xu hướng bung ra để trở lại về vị trí cũ, lúc ấy, lực bung ra sẽ đẩy khối bàng quang - tiền liệt tuyến văng lên phía trên, và có thể làm rách niệu đạo màng, mà thương tổn ở xương chậu trên phim chụp X quang không nhiều lắm. Vì các đầu của xương gãy có xu hướng trở lại vị trí bình thường của nó, sau khi lực chèn ép đã hết, nên trên phim chụp X quang, có thể thấy các đầu xương gãy không bị di lệch nhiều lắm, nhưng điều đó không phản ánh được mức độ tổn thương ở đường tiết niệu. Mức độ thương tổn nhiều hay ít là do sự biến dạng của khung chậu lúc còn đang bị đè nén.

Siêu âm: sẽ phát hiện được khối máu tụ quanh tiền liệt tuyến, hoặc quanh bàng quang ở vùng dưới phúc mạc. Ngoài ra, siêu âm có thể cho

thấy bàng quang bị căng đầy trong trường hợp bệnh nhân bị bí tiểu do phản xạ.

Ngược lại, nếu vỡ bàng quang dưới phúc mạc, bàng quang sẽ không căng đầy nước tiểu, và có nhiều dịch ở vùng quanh bàng quang. Siêu âm rất có lợi trong trường hợp cấp cứu vì là một phương pháp thăm khám nhẹ nhàng và cho ra những hình ảnh khá trung thành. Tuy nhiên, đây là những dấu hiệu gián tiếp, và siêu âm hoàn toàn không có khả năng chẩn đoán được vỡ niệu đạo sau.

Khám kỹ ở miệng niệu đạo, xem có vết máu còn dính ở miệng niệu đạo hay không, niệu đạo màng rất mỏng, nên ít chảy máu. Ra máu ở niệu đạo sẽ không nhiều như vỡ niệu đạo trước, nhưng vết máu dính ở miệng niệu đạo là một dấu hiệu rất trung thành một khi phát hiện được. Đây là một dấu hiệu rất quý để chẩn đoán, nhưng nó có thể bị mất đi trong trường hợp có người muốn đặt thông tiểu nên đã lau rửa miệng niệu đạo. Do đó, nếu khi hỏi bệnh nhân đã có lần được đặt thông tiểu do bí tiểu, thì dấu hiệu vết máu dính ở miệng niệu đạo sẽ không còn trung thành nữa.

Có nên đặt thông niệu đạo hay không?

Đây là một vấn đề đã được tranh luận nhiều. Hiện nay, vấn đề này đã được thống nhất như sau:

Khối máu tụ quanh tiền liệt tuyến là một khối máu tụ kín, tạo nên do máu chảy ra từ ổ xương gãy, và từ các đám rối tĩnh mạch quanh tiền liệt tuyến (Đám rối Santorini). Khối máu tụ này là vô trùng, nhờ có phản xạ gây bí tiểu sau khi vỡ niệu đạo sau, khối máu này được giữ vô trùng cho đến khi có nước tiểu từ bàng quang rỉ xuống do tràn đầy, hoặc khi có đặt thông niệu đạo. Phần đầu của niệu đạo, đoạn từ 2 đến 3cm gần miệng niệu đạo, bao giờ cũng có vi trùng ẩn náu, mà chúng ta không thể nào sát trùng được, mặc dù có đặt thông trong điều kiện vô trùng của phòng mổ. Khi đặt thông, chúng ta sẽ đẩy vi trùng ở phần này vào đến ổ máu tụ, và như vậy, sẽ biến một ổ máu tụ kín thành một ổ máu tụ hở. Mặc dù có dùng kháng sinh dự phòng, cũng sẽ có hiện tượng nhiễm trùng tiềm tàng, và ổ máu tụ sẽ biến thành tổ chức xơ, đưa đến hẹp niệu đạo, gây nên nhiều khó khăn cho việc tái tạo niệu đạo sau này. Hiện nay, các tác giả Âu - Mỹ cũng đã thống nhất là không nên đặt thông niệu đạo trong cấp cứu khi có nghi ngờ vỡ niệu đạo sau.

Có nên chụp niệu đạo ngược dòng trong cấp cứu để xác định chẩn đoán hay không?

Hiện nay, các tác giả cũng thống nhất là không nên chụp niệu đạo ngược dòng (U.C.R) trong cấp cứu vì các lý do sau đây:

- Sẽ làm nhiễm trùng một khối tụ máu kín.
- Thuốc cản quang bơm vào ổ máu tụ, sẽ không thoát ra được, và sẽ thấm ngấm vào máu.

- Chụp UCR không cần thiết trong cấp cứu, vì ở giai đoạn này, máu chưa cầm được, nhất là máu xuất phát từ các ổ xương gãy, nên vấn đề tái tạo niệu đạo trong cấp cứu cũng không nên làm. Chính ổ máu tụ sẽ tạo ra một áp lực nhất định giúp cho máu tụ cầm, do đó, không nên mổ vào ổ máu tụ để tái tạo niệu đạo trong cấp cứu.

Hiện nay, chúng tôi chỉ chụp UCR một cách trì hoãn nghĩa là từ 4-6 ngày sau chấn thương và chụp 24 giờ trước khi mổ. Thuốc cản quang dùng để chụp UCR sẽ được lấy ra cùng với khối máu tụ khi mổ cấp cứu trì hoãn.

D. Điều trị:

1. Điều trị vỡ niệu đạo trước

Có ba trường hợp thường gặp:

a. Niệu đạo bị vỡ không hoàn toàn.

Trong các trường hợp này, bệnh nhân không bí tiểu. Niệu đạo bị ra máu tươi trong 6-8 giờ, sau đó tự hết, và bệnh nhân có thể tiểu tiện được gần như bình thường, mặc dù có cảm thấy buốt, rất ở niệu đạo.

Tuy nhiên, vẫn có nhiều nguy cơ bệnh nhân bị hẹp niệu đạo về sau. Sau một thời gian từ một đến hai năm, hay có thể lâu hơn, bệnh nhân sẽ

có biến chứng hẹp niệu đạo.

Vì vậy, một bệnh nhân bị chấn thương ở niệu đạo trước, mặc dù là nhẹ, nhưng vẫn phải được theo dõi, vì vật xóp sẽ lành bằng tổ chức sẹo, và tổ chức này sẽ co rút dần dần, đưa đến hẹp niệu đạo. Hiện tượng hẹp sẽ xảy ra rất từ từ và bệnh nhân có thể không cảm nhận thấy. Khi bệnh nhân đã có dấu hiệu tia nước tiểu yếu, nhỏ, thì niệu đạo đã bị hẹp hơn $\frac{2}{3}$ đường kính của nó. Vì vậy, sau chấn thương bệnh nhân chưa có cảm giác đái khó, nhưng vẫn phải được kiểm tra 6 tháng một lần bằng cách đặt thông Béniqué từ số 32 trở lên, và theo dõi trong vòng hai năm. Lúc đặt Béniqué kiểm tra không nên dùng thông cỡ nhỏ, vì ống thông càng nhỏ thì càng dễ gây thương tổn cho niệu đạo. Nếu đặt thông, thấy có hiện tượng hẹp, thể hiện là ống thông không qua được, thì phải chụp X quang niệu đạo ngược dòng, và nếu có dấu hiệu hẹp, phải cắt đốt chỗ hẹp qua máy nội soi, và sau đó đặt thông niệu đạo làm nòng để niệu đạo lành quanh ống thông. Đặt thông Béniqué một cách thô bạo có thể gây thêm tổn thương cho niệu đạo, hoặc ống thông sẽ đi lạc đường và đâm thủng niệu đạo.

b. Trường hợp niệu đạo bị vỡ hoàn toàn.

Đây là trường hợp bệnh nhân bị bí tiểu cấp tính, có ra máu nhiều ở niệu đạo, và có thể có mảng máu hình cánh bướm ở tầng sinh môn.

Xử trí cấp cứu

Cần mở thông bàng quang ra da sớm để chuyển lưu nước tiểu. Nếu để muộn quá 8 giờ, bàng quang quá căng, nước tiểu sẽ rỉ xuống niệu đạo do tràn đầy, và sẽ gây nhiễm trùng chỗ niệu đạo bị vỡ và ổ máu tụ ở tầng sinh môn. Trong trường hợp cấp cứu, chỉ cần mở thông bàng quang ra da, không cần giải quyết gì đối với niệu đạo.

Không nên đặt thông tiểu vì hai lý do:

- Ổ máu tụ ở tầng sinh môn sẽ được giữ vô trùng nếu bệnh nhân chưa được đặt thông tiểu. Ổ máu tụ này tan dần sau 2 tuần và không bị nhiễm trùng. Đây là một điều kiện thuận lợi để tái tạo niệu đạo sớm. Chúng tôi đã gặp nhiều trường hợp vì đặt thông tiểu, ổ máu tụ bị nhiễm trùng, biến thành ổ áp-xe và áp-xe vỡ ra tầng sinh môn, gây dò niệu đạo, và gây ra rất nhiều khó khăn cho việc tái tạo niệu đạo sau này.

- Thông tiểu làm cho bệnh nhân rất đau đớn, và sau khi thông tiểu, thường có máu ra nhiều ở niệu đạo. Ngoài ra do phản xạ co thắt của các cơ thắt trơn của niệu đạo, ống thông sẽ không vào được bàng quang, mà sẽ đi lạc đường qua chỗ niệu đạo bị vỡ để đi vào ổ máu tụ.

1. Cách giải quyết kế tiếp

Thông thường 5-7 ngày sau khi mở thông bàng quang ra da, niệu đạo sẽ hết ra máu, và

khối máu tụ ở tầng sinh môn tan dần. Sau 14 ngày, khối máu tụ tan gần hết và chỗ niệu đạo bị vỡ bắt đầu lành. Ở giai đoạn này, có hai trường hợp:

Trường hợp nhẹ: Chụp UCR, thấy niệu đạo vẫn còn thông, mặc dù thuốc cản quang có thoát ra ngoài một ít. Thử đặt ống thông mềm vào niệu đạo một cách thật nhẹ nhàng. Nếu ống thông vào được bằng quang, đặt thông để lưu trong niệu đạo, 5-7 ngày, thay thông một lần. Để lưu thông trong 15 ngày, và rút bỏ thông. Sau 15 ngày, rút thông niệu đạo, bệnh nhân sẽ đi đái được. Tuy nhiên phải tiếp tục theo dõi trong vòng 2 năm, và có đặt thông kiểm tra niệu đạo định kỳ như trong trường hợp niệu đạo bị vỡ không hoàn toàn vì niệu đạo có nguy cơ bị hẹp lại.

Trường hợp nặng: Chụp UCR thấy thuốc cản quang không vào được bằng quang, và tràn ra ổ máu tụ. Trong trường hợp này, không nên cố gắng đặt thông, vì sẽ làm cho niệu đạo chảy máu trở lại. Chờ ba tuần sau khi mở thông bằng quang ra da để tổ chức của niệu đạo được phục hồi chắc chắn, và chỗ vật xóp bị dập không còn chảy máu nữa, sẽ mổ lại để khâu nối niệu đạo tận - tận theo kiểu Marion.

Nếu mổ ba tuần sau chấn thương, niệu đạo còn mềm mại, tổ chức dập nát sẽ được phân định

rõ đối với tổ chức lành, việc cắt lọc các phần bị dập cũng có nhiều thuận lợi. Nếu đoạn niệu đạo bị dập có chiều dài ít hơn 1,5cm (là trường hợp thường gặp nhất) có thể khâu nối niệu đạo tận - tận làm một thì. Chúng tôi thường khâu niệu đạo quanh ống thông, ráp sát hai mép của niêm mạc niệu đạo, và sau 48 giờ thì rút bỏ ống thông niệu đạo. Nước tiểu được chuyển lưu qua ống thông Pezzer, để niệu đạo được khô và nhờ đó được lành một cách thuận lợi. Nếu đặt thông để lưu trong niệu đạo sau khi khâu nối, thì ống thông sẽ là một vật lạ, kích thích niêm mạc niệu đạo gây ra tiết dịch, và sẽ có hiện tượng nhiễm trùng, làm cho niệu đạo khó lành. Sau đó, tổ chức xơ sẽ phát triển làm hẹp niệu đạo. Phương pháp đặt thông vòng trong niệu đạo và ra qua lỗ mở bàng quang để niệu đạo lành chung quanh ống thông, theo phương pháp của Sabadini là không cần thiết. Chúng tôi đã áp dụng phương pháp này từ năm 1956, nhưng thấy kết quả không tốt bằng phương pháp khâu nối niệu đạo tận - tận, không đặt thông nòng, theo kiểu của Marion.

Nếu niệu đạo bị đứt một đoạn dài hơn 2cm thì không nên khâu nối tận - tận. Trong trường hợp này chúng tôi tái tạo niệu đạo làm 2 thì:

Thì một: đưa hai đầu niệu đạo ra da.

Thì hai: dùng vật da ở bìu hay ở tầng sinh

môn để cuốn lại thành một ống da, bắc cầu qua hai đầu niệu đạo.

Có thể tái tạo niệu đạo sớm hơn ba tuần được không?

Đây là một vấn đề chúng tôi còn đang nghiên cứu để rút ngắn ngày điều trị, và bệnh nhân đỡ phải đeo ống thông Pezzer trong một thời gian dài, kết quả bước đầu như sau:

Nếu mổ niệu đạo trong cấp cứu, máu sẽ chảy nhiều, tổ chức dập nát và tổ chức lành chưa được phân định, nên việc cắt lọc, cầm máu, và khâu nối niệu đạo gặp nhiều khó khăn. Việc khâu nối hai đầu niệu đạo cũng không được chuẩn, nên tỷ lệ niệu đạo bị hẹp lại rất cao (80% sau 2 năm).

Do đó, có thể kết luận rằng không nên tái tạo niệu đạo ngay ngày đầu.

Mổ vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 14 trong một số trường hợp, có thể lấy được máu cục và tổ chức dập nát, nhưng vật xốp còn chảy máu nhiều sau khi được cắt lọc. Tuy khâu nối niệu đạo có thể tiến hành được, nhưng phẫu thuật còn gặp nhiều khó khăn vì chảy máu khó cầm được.

2. Trường hợp nhiễm trùng ở tầng sinh môn do thấm ngấm nước tiểu (Phegmon urineux).

Nếu bệnh nhân đến muộn, bàng quang quá căng, nước tiểu sẽ rỉ xuống niệu đạo do tràn đầy,

và tràn qua lỗ thủng, đến ổ máu tụ ở tầng sinh môn.

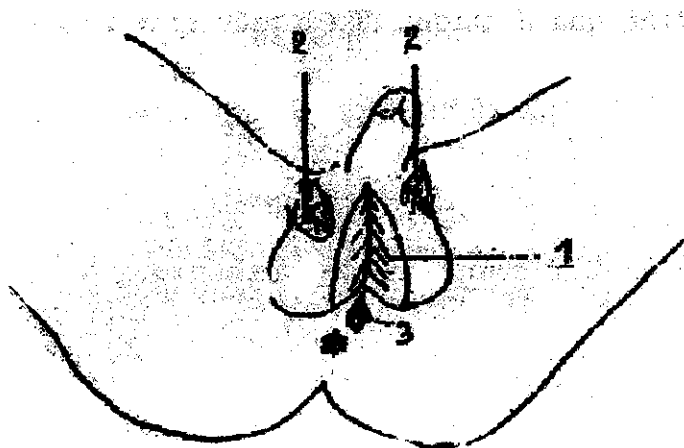
Nước tiểu sẽ lan theo các lớp tế bào lỏng lẻo ở tầng sinh môn đến bìu, làm cho bìu sưng to và mọng nước, đến lớp tế bào dưới da vùng bẹn và vùng dương vật và sau đó có thể đến vùng hạ vị. Nếu đến muộn hơn, các tổ chức lỏng lẻo dưới da sẽ tiến triển đến hoại tử gây ra hiện tượng nhiễm trùng lan rộng ở tầng sinh môn. Bệnh nhân sẽ ở trong tình trạng nhiễm trùng và nhiễm độc nặng. Một vài đám hoại tử sẽ xuất hiện ở bìu và ở gốc dương vật.

Điều trị gồm có 3 phần:

a. Cho thuốc kháng sinh liều cao và hồi sức tích cực để chống hiện tượng choáng do nhiễm trùng.

b. Mở bàng quang, đặt thông Pezzer để dẫn lưu nước tiểu.

c. Xẻ rộng tầng sinh môn để dẫn lưu. Cắt bỏ đôi bìu ở đường giữa như mở quyển sách và xẻ cho tới niệu đạo để dẫn lưu nước tiểu, máu tụ và các dịch hoại tử. Sáu đó, tùy thuộc sự lan rộng của dịch hoại tử đến các vùng lân cận, có thể xẻ thêm một số đường như ở tầng sinh môn và ở hai bên trên đường đi của thừng tinh xuống bìu (Hình 1.19).



Hình 1.19: Mô tả kỹ thuật xẻ rộng tầng sinh môn dẫn lưu trong trường hợp nhiễm trùng lan rộng vùng tầng sinh môn do nước tiểu

IV. ĐIỀU TRỊ VỠ NIỆU ĐẠO SAU:

Có 2 trường hợp vỡ niệu đạo sau:

+ Trường hợp vỡ niệu đạo không kèm theo các thương tổn khác ở phủ tạng (vỡ niệu đạo sau đơn thuần)

+ Trường hợp vỡ niệu đạo sau kèm theo tổn thương ở trực tràng (vỡ niệu đạo sau phức tạp).

A. Xử trí trường hợp vỡ niệu đạo sau thông thường.

Cách giải quyết cấp cứu trường hợp vỡ niệu đạo không kèm theo các thương tổn khác:

Có 2 trường hợp:

a) Trường hợp mổ sớm khối máu tụ chưa bị nhiễm trùng. Trong trường hợp này, vấn đề chính lúc xử trí cấp cứu là:

+ Hồi sức chống choáng cho huyết áp lên trên 9 cmHg.

+ Mở bàng quang để thoát lưu nước tiểu.

+ Chính lại sự di lệch của xương chậu và cố định bằng cách cho bệnh nhân nằm yên trên ván cứng.

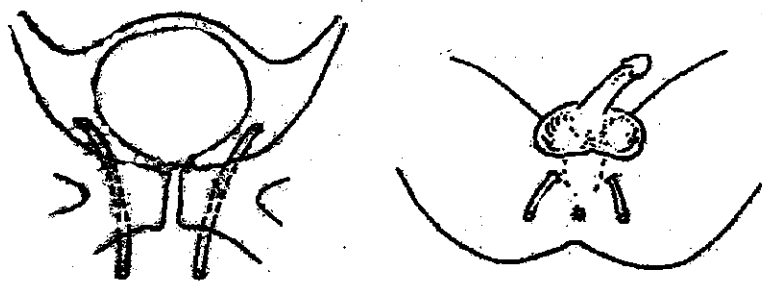
Không cần giải quyết gì đối với khối máu tụ quanh tiền liệt tuyến vì khối máu tụ này sẽ tự tan.

b) Trường hợp mổ muộn, khối máu tụ quanh tiền liệt tuyến đã bị nhiễm trùng do thấm ngấm nước tiểu, lan ra đến hố chậu làm cho tiền liệt tuyến bị đẩy lên cao. Trong trường hợp này, ngoài việc mổ để thoát lưu nước tiểu, cần phải giải quyết dẫn lưu thật tốt ổ máu tụ vì nếu không dẫn lưu được tốt, sẽ gây viêm nhiễm ở ổ xương gầy và phát sinh ra nhiều tổ chức xơ gây nhiều khó khăn cho việc tái tạo niệu đạo sau này.

Nếu ổ máu tụ bị thấm ngấm nước tiểu, có thể bóc tách vùng Retzius cho đến ổ máu tụ, hút sạch, lau rửa và đặt ống dẫn lưu qua đường mổ trên khớp vệ.

Nếu ổ máu tụ đã bị nhiễm trùng, có mùi hôi hoặc đã có tổ chức hoại tử hay mủ, cần phải dẫn

lưu ra ở chỗ thấp nhất, tức là ra tầng sinh môn (dẫn lưu theo kiểu Fullerton) (Hình 1.20). Phương pháp tiến hành là bóc tách ở mặt trước và mặt bên bàng quang cho đến khối máu tụ, sau đó hút sạch các dịch bẩn, lau sạch. Cho một kẽm dài từ trên xuống dưới, đầu kẽm sẽ lộ ra ở bên cạnh niệu đạo hành ở tầng sinh môn sát với cạnh ngò – mu của xương chậu. Xẻ một đường ở ra da tầng sinh môn đầu của kẽm sẽ lộ ra, và qua đó sẽ gấp đầu của ống dẫn lưu kéo lên cho đến vùng cạnh bàng quang. Cố định ống dẫn lưu với da ở tầng sinh môn. Có thể đặt 2 ống dẫn lưu ở 2 bên vùng cạnh bàng quang nếu khối máu tụ lan ra đến 2 hố chậu. Sau đó, mở dẫn lưu bàng quang và đặt thông Pezzer ở mặt trước bàng quang, trên khớp vệ. Không cần giải quyết gì đối với niệu đạo.



Hình 1.20: Vị trí dẫn lưu Fullerton

B. Trường hợp vỡ niệu đạo sau phức tạp.

Trong trường hợp này, ngoài việc gãy xương

chậu và vỡ niệu đạo màng, bệnh nhân còn vỡ bàng quang và vỡ mặt trước trực tràng ở phần dưới phúc mạc. Trong một số trường hợp nặng, cơ vòng hậu môn có thể bị đứt. (hình 1.18)

Điều trị sẽ phức tạp, tử vong cao và dễ có nhiều di chứng. Điều trị gồm có:

- + Hồi sức chống choáng tích cực.

- + Mở khám sát ổ bụng để kiểm tra các thương tổn kết hợp bên trong như vỡ ruột non, vỡ bàng quang vào phúc mạc. Cần khâu lại lỗ thủng bàng quang và mở dẫn lưu bàng quang trên khớp vệ.

- + Chỉnh lại các di lệch của xương chậu.

- + Hút sạch ổ máu tụ quanh bàng quang và dẫn lưu ở chỗ thấp nhất theo kiểu Fullerton.

- + Nếu có vỡ trực tràng, thể hiện là có máu ra theo ngón tay khi khám hậu môn, cần làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông theo kiểu nòng súng cho phân thoát ra được hoàn toàn.

- + Không cần làm gì đối với niệu đạo ở giai đoạn cấp cứu này.

Nếu bệnh nhân qua khỏi giai đoạn cấp cứu, sẽ mổ lại tạo hình niệu đạo và khâu lại cơ vòng hậu môn sau 8 – 10 tuần khi xương chậu đã lành và không còn các ổ áp xe tồn lưu ở khoảng dưới phúc mạc. Nếu xương chậu chưa lành hoặc nhiễm trùng chưa hết, phải chờ lâu hơn.

C. Cách giải quyết đối với niệu đạo.

Có nhiều phương pháp để giải quyết niệu đạo nhưng tóm lại có hai phương pháp chính:

a) Giải quyết tái tạo niệu đạo sớm.

Sau 4-6 ngày, bệnh nhân đã qua được cơn choáng đầu tiên, và khối máu tụ ở vùng ở xương gãy đã được tổ chức hóa, các chỗ chảy máu đã tự cầm, nhưng tiền liệt tuyến vẫn còn nằm ở tư thế di lệch do khối máu tụ đẩy khối bàng quang – tiền liệt tuyến lên cao, làm cho hai đầu của niệu đạo bị đứt, vừa bị di lệch, vừa bị tách xa nhau ra. Nhưng từ ngày thứ 6 đến ngày thứ 10, tiền liệt tuyến chưa bị dính vào các tổ chức lân cận cho nên sau khi lấy hết máu tụ, có thể đưa tiền liệt tuyến trở lại vị trí bình thường của nó, và khâu nối mõm tiền liệt tuyến với niệu đạo hành một cách thuận lợi. Vì vậy thái độ xử trí như sau:

Đến ngày thứ 5 sau chấn thương, cho chụp UCR, trong trường hợp điển hình, sẽ thấy thuốc cản quang không vào được bàng quang và lan vào ổ máu tụ. Nếu có dấu hiệu này, chứng tỏ là niệu đạo sau bị đứt hoàn toàn, và mổ để tái tạo lại niệu đạo trong vòng 24 giờ sau khi chụp UCR. Đây là một trường hợp phẫu thuật cấp cứu trì hoãn.

Phẫu thuật gồm có:

- Mổ tầng sinh môn, bóc tách niệu đạo hành cho đến chỗ niệu đạo màng bị đứt ở phía trên,

phía dưới cho đến góc bìn, dương vật, như trong phẫu thuật Badenoch.

- Lấy hết khối máu tụ và giải phóng tiền liệt tuyến. Muốn được làm điều này, nếu khối máu tụ nhỏ, có thể hút hết máu tụ qua đường mổ ở tầng sinh môn. Nếu khối máu tụ lớn và tiền liệt tuyến bắt đầu bị dính với mô xung quanh, và không thể giải phóng được qua đường mổ ở tầng sinh môn, thì phải mổ lại qua đường giữa trên khớp vệ, theo đường mổ cũ. Sau đó, bóc tách sau xương mu cho đến ổ xương gầy, và lấy hết ổ máu tụ. Kết hợp giữa đường mổ trên khớp vệ và đường mổ ở tầng sinh môn, sẽ giải phóng được tiền liệt tuyến ra khỏi các mô xung quanh để đưa tiền liệt tuyến về vị trí bình thường của nó.

Qua đường mổ ở tầng sinh môn, và nhờ thông Béniqué từ trong bàng quang ra, sẽ nhìn thấy được đầu gần của niệu đạo màng bị đứt. Cho một thông Foley vào bàng quang qua lỗ gần của niệu đạo, bơm bong bóng, và kéo xuống. Làm như vậy, mõm của tiền liệt tuyến sẽ lộ ra ở vết mổ ở tầng sinh môn, và nhờ đó, có thể khâu nối phần niệu đạo hành (đầu xa của niệu đạo bị đứt), vào với mõm tiền liệt tuyến. Khâu nối trực tiếp bằng 4-6 mũi chỉ chromic 000. Cách giải quyết này có các ưu điểm là:

- Giải phóng được tiền liệt tuyến và đưa được

tiên liệt tuyến vào vị trí bình thường của nó.

- Lấy được hết khối máu tụ, nhờ đó, ít phát sinh ra tổ chức xơ ở vùng đáy chậu, gây hẹp niệu đạo tái phát.

- Khâu nối trực tiếp niệu đạo hành vào mồm tiên liệt tuyến, là hai phần lành của niệu đạo, để bắc cầu qua chỗ vùng bị tổn thương. Việc khâu nối trực tiếp này sẽ không làm được nếu mổ muộn, vì tổ chức xơ đã phát triển nhiều, và mồm tiên liệt tuyến không còn tự do nữa.

- Thời gian bệnh nhân phải đeo ống thông được rút ngắn đi nhiều.

- Theo dõi lâu dài, thấy tỉ lệ hẹp niệu đạo tái phát tương đối ít, kết quả tốt hơn phẫu thuật muộn, hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác như làm thẳng hàng niệu đạo bằng cách đặt thông nòng để niệu đạo lành quanh ống thông, hay chỉnh lại niệu đạo sớm bằng cách dùng ống thông Béniqué đực và cái để dẫn dắt thông Foley vào niệu đạo v.v...

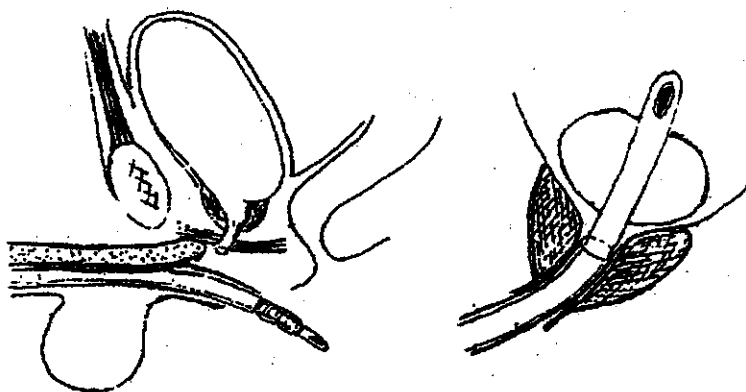
b) Giải quyết niệu đạo muộn:

Nếu bệnh nhân được chuyển đến muộn, sau 14 ngày, thì khối máu tụ quanh tiên liệt tuyến đã được tổ chức hoá và tiên liệt tuyến được giữ cố định ở tư thế di lệch và không thể giải phóng được để đưa trở lại vị trí bình thường của nó nữa. Bệnh nhân đã được mổ thông bàng quang ra da

trong cấp cứu: Trong trường hợp này, cần phải chờ cho khối máu tụ tan hết và xương chậu lành tốt mới có thể làm phẫu thuật tái tạo niệu đạo được. Phẫu thuật trong trường hợp này có gặp nhiều khó khăn hơn, vì khoảng cách giữa 2 đầu niệu đạo cũng xa hơn. Trong trường hợp này, không thể giải phóng tiền liệt tuyến khỏi tổ chức chung quanh để đưa nó vào vị trí bình thường được để khâu nối hai đầu niệu đạo với nhau như trong trường hợp mổ cấp cứu trì hoãn.

Kỹ thuật chúng tôi áp dụng trong các trường hợp này là phẫu thuật Badenoch, tức là giải phóng niệu đạo trước cho đến gốc bì dương vật và kéo cho niệu đạo hành lồng vào niệu đạo tiền liệt tuyến cho đến phần dưới ụ núi. Nhờ cố định niệu đạo hành vào thông Foley bằng chỉ Chromic 4.0 nên niệu đạo được giữ ở tư thế bị kéo lồng vào niệu đạo tiền liệt tuyến trong vòng hơn 10 ngày. Nhờ vậy 2 đầu niệu đạo bị đứt sẽ dính vào nhau, và sau khi sợi chỉ Chromic tự tan, ống thông Foley sẽ tự rút ra (sau khi đã làm xẹp bong bóng của ống thông Foley). Như vậy niệu đạo trước sẽ thông suốt đến niệu đạo sau và bắc cầu qua chỗ phần niệu đạo màng bị đứt và bị xơ hẹp (Hình 1.21). Kết quả tốt, niệu đạo không bị hẹp lại và thời gian bệnh nhân nằm viện để nong niệu đạo được rút ngắn rất nhiều, chỉ cần 3 tuần sau mổ là có

thể xuất viện được. Theo dõi sau 2 năm thấy không bị hẹp lại.



Hình 1.21: Mô tả kỹ thuật Badenoch

CÂU HỎI KIỂM TRA

1. Đặc điểm về giải phẫu của niệu đạo trước?
2. Nguyên nhân sinh bệnh và giải phẫu bệnh vỡ niệu đạo trước?
3. Lâm sàng của vỡ niệu đạo trước?
4. Cách giải quyết cấp cứu của vỡ niệu đạo trước. Những việc cần làm và không nên làm?
5. Đặc điểm về giải phẫu của niệu đạo sau?
6. Nguyên nhân sinh bệnh và giải phẫu bệnh của vỡ niệu đạo sau?
7. Giải phẫu bệnh trong trường hợp vỡ niệu đạo sau phức tạp?
8. Lâm sàng và cận lâm sàng trong vỡ niệu đạo sau?
9. Lúc nào nên làm UCR trong vỡ niệu đạo sau? Giải thích tại sao?
10. Những việc cần làm và không nên làm khi giải quyết cấp cứu vỡ niệu đạo sau?

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu trả lời đúng:

1. Cần phải làm gì trong xử trí cấp cứu vỡ niệu đạo sau?

- a. Đặt thông tiểu nếu bệnh nhân bí tiểu.
- b. Chụp niệu đạo ngược dòng để chẩn đoán xác định.
- c. Mở thông bàng quang ra da.
- d. Mở dẫn lưu ổ máu tụ.
- e. Mở tái tạo niệu đạo.

2. Cần phải làm gì trong xử trí cấp cứu vỡ niệu đạo trước?

- a. Đặt thông niệu đạo để cầm máu và giải quyết bí tiểu.
- b. Mở thông bàng quang ra da.
- c. Chụp niệu đạo ngược dòng để chẩn đoán.
- d. Mở tái tạo niệu đạo.
- e. Mở tầng sinh môn để dẫn lưu ổ máu tụ và cầm máu.

3. Nguyên nhân của vỡ niệu đạo sau là:

- a. Té ngồi trên một vật cứng.
- b. Là biến chứng của gãy xương chậu.

c. Cho thông vào niệu đạo, ống thông đi lạc đường.

d. Do đặt thông để lâu trong niệu đạo.

e. Là biến chứng của cắt đốt nội soi.

4. Nguyên nhân của vỡ niệu đạo trước là:

a. Là biến chứng của gãy xương chậu.

b. Bệnh nhân té xoạc chân trên một vật cứng.

c. Chấn thương gãy toát khớp mu.

d. Xe cán qua vùng bụng dưới.

e. A, B, C, D đều sai.

5. Lúc nào nên chụp X quang niệu đạo ngược dòng sớm nhất có cản quang (UCR) trong vỡ niệu đạo sau?

a. Vào ngày đầu, khi bệnh nhân mới nhập viện.

b. Chờ sau hai tháng, khi chỗ hẹp đã được hình thành.

c. Chụp sau khi chấn thương từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 và chụp 24 giờ trước khi phẫu thuật tái tạo niệu đạo.

d. Chụp sau 15 ngày.

e. Chụp khi đặt thông tiểu không vào được bàng quang.

Chọn câu trả lời sai:

6. Dấu hiệu để chẩn đoán vỡ niệu đạo sau là:
- a. Bệnh nhân có gãy xương chậu.
 - b. Bệnh nhân có cầu bàng quang.
 - c. Có máu ra miệng niệu đạo.
 - d. Thăm khám trực tràng ấn đau vùng tiền liệt tuyến.
 - e. Có mảng máu tụ hình cánh bướm ở tầng sinh môn.

7. Cơ chế sinh bệnh của vỡ niệu đạo trước là:
- a. Thường gặp trong trường hợp bệnh nhân bị ngã ngồi trên cầu khi.
 - b. Khi đặt thông niệu đạo bị lạc đường.
 - c. Do chấn thương gây xương chậu.
 - d. Khi đặt ống thông to trên bệnh nhân có niệu đạo đường kính nhỏ.
 - e. Khi bệnh nhân ngã ngồi trên một vật cứng hai chân xoạc ra.

8. Đứng trước một bệnh nhân bị chấn thương niệu đạo, việc cần làm là:

- a. Đặt thông niệu đạo để theo dõi lượng nước tiểu.
- b. Thăm trực tràng để tìm các tổn thương trực tràng phối hợp.

c. Mở thông bàng quang ra da sớm để chuyển lưu nước tiểu.

d. Chụp UCR trì hoãn 4-6 ngày sau chấn thương và chỉ chụp 24 giờ trước khi mổ.

e. Theo dõi trong vòng hai năm sau đó để phát hiện và điều trị hẹp niệu đạo nếu có.

9. Đặc điểm của niệu đạo trước là:

a. Niệu đạo trước nằm phía trước bìu, niệu đạo sau nằm phía sau bìu.

b. Niệu đạo trước có vật xếp bao bọc nên ra nhiều máu khi bị chấn thương.

c. Sau chấn thương, phần niệu đạo bị dập sẽ biến thành tổ chức xơ gây hẹp niệu đạo.

d. Niệu đạo trước là một thành phần cứng của dương vật.

e. Niệu đạo dương vật là phần di động nên ít khi bị chấn thương.

10. Đặc điểm của niệu đạo sau là:

a. Là vùng có các cơ thắt bao bọc.

b. Gồm có niệu đạo màng và niệu đạo tiền liệt tuyến.

c. Là phần niệu đạo đi từ phía sau bìu cho đến bàng quang.

d. Niệu đạo màng bám chặt vào cân đáy chậu giữa.

e. Niệu đạo màng mỏng nên dễ bị vỡ khi bị chấn thương gãy xương chậu.

11. Triệu chứng lâm sàng của vỡ niệu đạo trước:

a. Bệnh nhân có tiền sử té ngã trên một vật cứng.

b. Có máu ra nhiều ở miệng niệu đạo.

c. Bệnh nhân bí tiểu trong 8 giờ sau đó.

d. Có dấu hiệu gãy xương chậu.

e. Có máu tụ hình cánh bướm ở tầng sinh môn.

12. Triệu chứng lâm sàng của vỡ niệu đạo sau:

a. Bệnh nhân có dấu hiệu gãy xương chậu.

b. Có vết máu dính ở miệng niệu đạo.

c. Có máu tụ hình cánh bướm ở tầng sinh môn.

d. Bệnh nhân bị bí tiểu sau chấn thương.

e. Thăm trực tràng có điểm đau nhói ở vùng tiền liệt tuyến.

13. Các thương tổn giải phẫu bệnh trong vỡ niệu đạo sau:

a. Xương chậu bị gãy.

b. Cân đáy chậu giữa bị rách.

c. Niệu đạo màng bị rách và hai đầu niệu đạo bị di lệch.

d. Có khối máu tụ giữa hai đầu niệu đạo.

e. Khối máu tụ lan qua mặt trong của đùi gây ra dấu hiệu khối máu tụ hình cánh bướm.

14. Đặc điểm của khối máu tụ quanh niệu đạo trong võ niệu đạo sau:

a. Trong 6 giờ đầu, đây là khối máu tụ kín.

b. Khối máu tụ đội khối bàng quang – tiền liệt tuyến lên cao.

c. Nếu có đặt thông tiểu sẽ biến khối máu tụ kín vô trùng thành khối máu tụ hở, bị ô nhiễm.

d. Nếu để muộn, nước tiểu từ bàng quang sẽ rỉ xuống, biến khối máu tụ kín thành khối máu tụ hở.

e. Khối máu tụ sẽ lan xuống tầng sinh môn gây ra mảng máu hình cánh bướm ở bìu sau.

15. Thăm khám một trường hợp võ niệu đạo sau cần phải:

a. Tìm dấu hiệu gãy xương chậu.

b. Khám toàn thân vì bệnh nhân có thể bị choáng nặng.

c. Tìm vết máu còn đọng lại ở miệng niệu đạo.

d. Thăm trực tràng xem cơ vòng hậu môn có nhão hay không, có điểm đau ở vùng tiền liệt tuyến, và khi rút căng xem máu ra theo căng hay không?

e. Đặt thông niệu đạo xem có vào được bàng quang hay không ?

ĐÁP ÁN BÀI VỞ NIỆU ĐẠO

1. C
2. B
3. B
4. B
5. C
6. E
7. C
8. A
9. A Niệu đạo trước đi từ hành niệu đạo đến miệng niệu đạo, có đặc điểm là có vật xếp bao bọc.
10. C Niệu đạo sau đi từ hành niệu đạo đến cổ bàng quang.
11. D Gãy xương chậu không gây vỡ niệu đạo trước.
12. C
13. E
14. E Không được đặt thông vỡ niệu đạo.
15. E

THƯƠNG TỔN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU GÂY NÊN DO PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

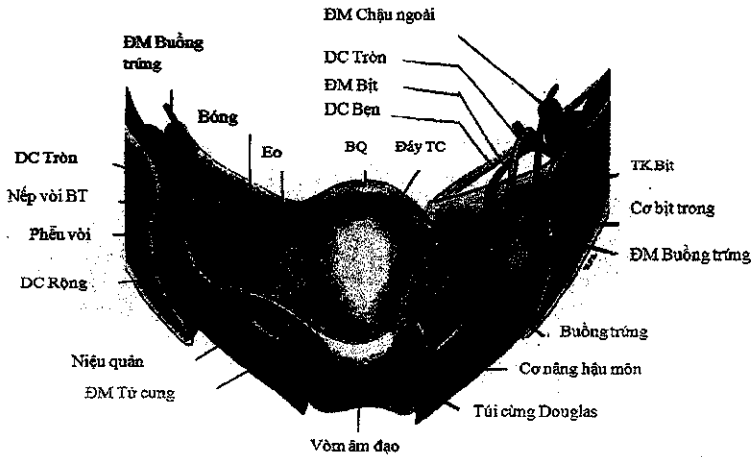
GS. Trần Văn Sáng

I. THƯƠNG TỔN Ở NIỆU QUẢN

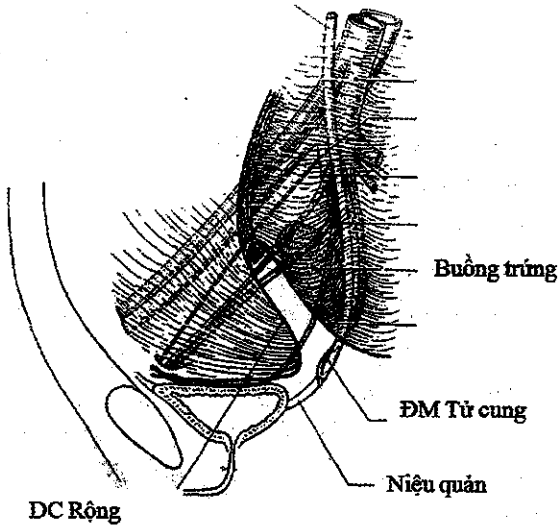
Tổn thương niệu quản thường là nổi e ngại lớn của các phẫu thuật viên sản - phụ khoa, nhất là trong các trường hợp khó như cắt tử cung toàn phần trong ung thư cổ tử cung, nang u buồng trứng nằm trong dây chằng rộng...

A. Những đặc điểm cần lưu ý về liên quan của niệu quản trong chậu hông bé

Mạc treo buồng trứng bám vào chậu hông bé ở một vị trí rất gần với đường đi qua của niệu quản. Trong trường hợp u nang buồng trứng lớn, mạc treo buồng trứng ngắn, phải rất cẩn thận khi bóc tách phần u nang nằm sát với thành của chậu hông bé vì niệu quản có thể ở rất gần (hình 1.22 và 1.23).



Hình 1.22: Liên quan của niệu quản trong Chậu hông bé



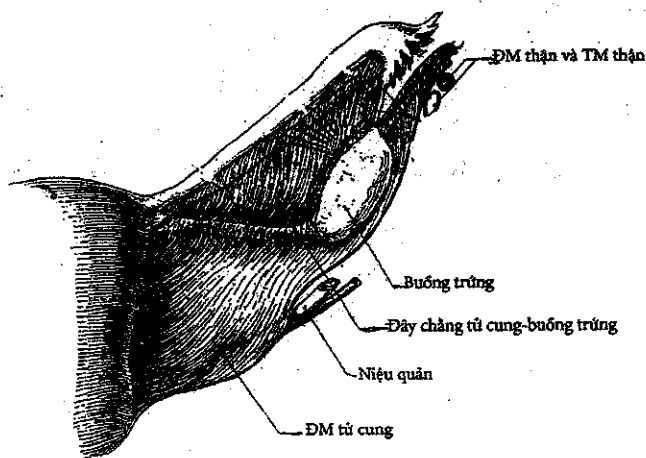
Hình 1.23: Liên quan của niệu quản trong dây chằng rộng

Từ phía dưới đoạn bắt chéo với động mạch chậu, niệu quản nằm ngay phía dưới phúc mạc và rất dễ nhận định lúc mổ. Ở đây, niệu quản được bao bọc bởi một lớp cân mỏng và niệu quản hoàn toàn không dính vào lớp cân này. Khi đến phần đáy của dây chằng rộng, lớp cân bao niệu quản trở nên rất dày và có tên là cân Waldeyer, bao bọc quanh niệu quản cho đến khi niệu quản chui vào đáy của bàng quang để trở thành niệu quản nội thành.

Giữa cân Waldeyer và niệu quản, vẫn có một đường bóc tách, và khi cắt cân Waldeyer ta có thể bóc lộ niệu quản rõ ràng. Động mạch tử cung khi bắt chéo niệu quản, cũng nằm trong lá cân này. Nhiều phẫu thuật viên khi bóc lộ niệu quản đến lá cân này, tưởng là niệu quản đã đến bàng quang, nhưng thực ra còn khoảng 1,5 – 2 cm mới đến và các thương tổn ở niệu quản gây ra trong phẫu thuật cũng thường xảy ra ở phần này.



Hình 1.24: Cơn Waldeyer bọc phần cuối của niệu quản cho đến tam giác bàng quang



Hình 1.25: Liên quan giữa niệu quản và dây chằng rộng, buồng trứng, tử cung

B. Các thương tổn ở niệu quản

Niệu quản bị cắt phạm

Có thể cắt phạm một phần, niệu quản bị thủng một chỗ. (a)

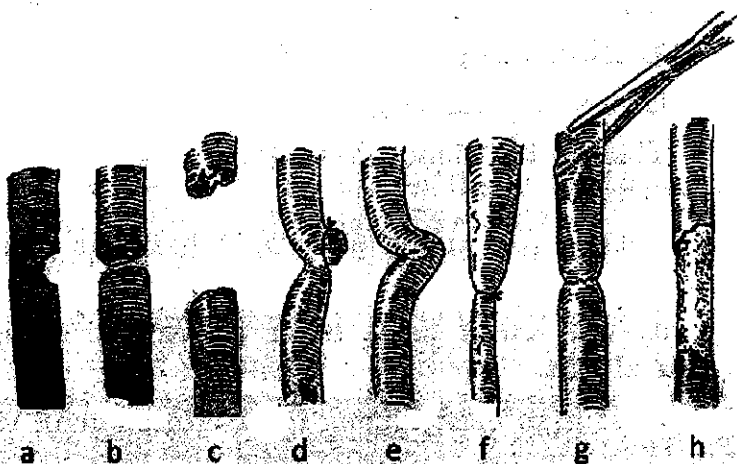
Niệu quản có thể bị cắt đôi nhưng hai đầu niệu quản vẫn còn gần nhau. (b)

Niệu quản có thể bị mất một đoạn dài, hai đầu nhăm nhở. (c)

Niệu quản có thể bị dính vào một mối chỉ buộc, nhưng không bị tắc nghẽn. (d,e)

Niệu quản có thể bị buộc hoàn toàn bởi một sợi chỉ cầm máu. (f)

Niệu quản có thể bị kẹp phải, khi nhả kẹp ra, thành niệu quản bị dập nát một phần. (g,h)



Hình 1.26: Các dạng tổn thương của niệu quản

Tùy thuộc loại kẹp mà thương tổn ở thành niệu quản nặng hay nhẹ, và thời gian bị kẹp có lâu hay không. Ví dụ như kẹp bằng kiềm Kelly, nhưng khi kẹp phẫu thuật viên nhận ra là nhầm lẫn và tháo ra ngay thương tổn ở thành niệu quản có thể không nhiều. Đặt thông nòng niệu quản trong vòng 4 tuần, niệu quản có thể lành lại được. Ngược lại, nếu kẹp lớn như kiềm J.L.Faure để kẹp động mạch tử cung, thì chỗ niệu quản bị kẹp sẽ dập nát, sẽ bị hoại tử và phần bị kẹp cần được cắt bỏ đi.

Thành niệu quản có thể bị tổn thương trong quá trình bóc tách, làm tổn hại nặng đến lớp cơ của niệu quản và các mạch máu nuôi, phần niệu quản này cũng không có khả năng phục hồi và cần được cắt bỏ.

1. Lâm sàng:

Có hai trường hợp:

Thương tổn được phát hiện trong lúc đang phẫu thuật.

Thương tổn không được phát hiện lúc phẫu thuật.

a. Tìm cách phát hiện trong lúc đang phẫu thuật.

Phát hiện được thương tổn của niệu quản và giải quyết thương tổn trong cùng một cuộc mổ là lý tưởng nhất. Như vậy, sẽ tránh được cho bệnh

nhân những ngày hậu phẫu nặng nề và không phải bị mổ lần thứ hai.

Cách phát hiện cũng đơn giản: Phẫu thuật viên cứ bình tĩnh hoàn thành cuộc phẫu thuật, sau đó tiến hành kiểm tra niệu quản nghi ngờ bị tổn thương; cách tiến hành như sau:

Bộc lộ niệu quản ở phần bất chéo với động mạch chậu. Xẻ dọc niệu quản để mở một lỗ nhỏ, cho vào niệu quản từ trên xuống một Feeding tube số 6 hoặc số 8; nếu thông vào tốt, không bị vướng và vào được bằng quang thì niệu quản không bị thương tổn. Bơm vào ống thông 20 ml huyết thanh có pha xanh Methylene, thấy bơm nhẹ và Methylene không trào ngược ra chỗ mở niệu quản, thì có thể rút bỏ thông và khâu lại chỗ mở niệu quản bằng Vicryl 4.0, không cần phải đặt thông nòng.

Nếu cho thông xuống, mà thấy đầu ống thông chui qua vết thương niệu quản và lộ ra ngoài: Như vậy là niệu quản đã bị tổn thương. Bộc lộ niệu quản cho đến chỗ bị thương tổn và làm phẫu thuật phục hồi.

Nếu ống thông bị vướng lại, như vậy là niệu quản đã bị tắc nghẽn. Bộc lộ niệu quản cho đến chỗ bị tắc nghẽn và tùy theo thương tổn sẽ chọn phương pháp phẫu thuật phục hồi (kỹ thuật mổ sẽ được trình bày ở phần tiếp theo).

b. Thương tổn không được phát hiện trong lúc phẫu thuật có 2 trường hợp lâm sàng:

- Niệu quản bị tắc nghẽn do bị buộc lại: nếu cả 2 niệu quản cùng bị buộc lại, bệnh nhân sẽ có triệu chứng vô niệu sau mổ. Cần phải chẩn đoán phân biệt với vô niệu do suy thận cấp sau mổ. Tuy nhiên, trong suy thận cấp bệnh nhân có một thời gian từ 1-2 ngày tiền vô niệu rồi mới bị vô niệu hoàn toàn. Chẩn đoán xác định nhờ chụp niệu quản ngược dòng, thấy thuốc cản quang bị tắc nghẽn ở đoạn niệu quản sát bàng quang. Cần phải tiến hành mổ lại càng sớm càng tốt.

- Thông thường chỉ có một niệu quản bị buộc lại. Trong trường hợp này, chẩn đoán khó hơn: các triệu chứng gồm có:

+ Đau ở một bên hông lưng. Triệu chứng này không rõ ràng vì lẫn lộn với đau sau mổ.

+ Bụng chướng và chậm có hơi. Nếu hết ngày thứ hai mà bụng chướng nhiều và không có nhu động, là dấu hiệu bất thường cần theo dõi.

+ Sốt, rét run, cho thuốc kháng sinh không giảm.

+ Công thức bạch cầu tăng cao.

+ Nước tiểu có nhiều hồng cầu.

Các triệu chứng trên thường là không đặc hiệu, siêu âm là một khảo sát cần được làm sớm. Siêu âm sẽ cho thấy:

Một bên thận bị chướng nước và niệu quản bị giãn.

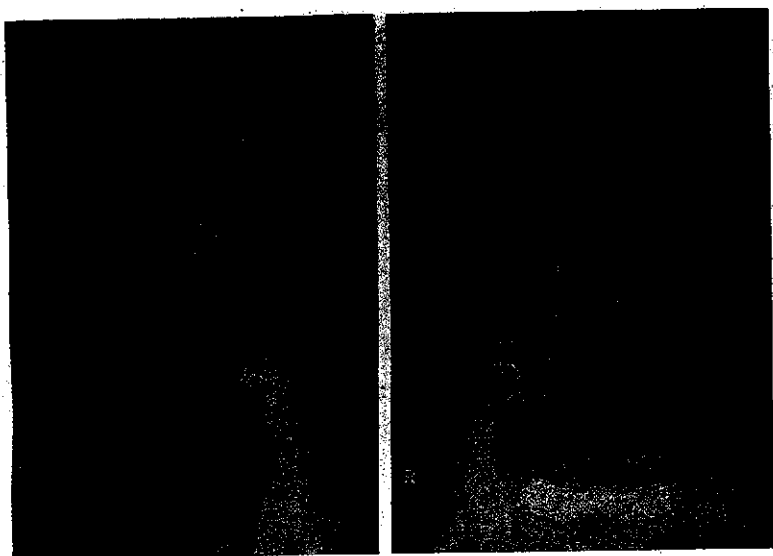
Có dịch trong ổ bụng.

Dấu hiệu có giá trị nhất là chụp X - quang niệu quản - bể thận ngược dòng (UPR: Uretero Pyelography Retrograde).

UPR sẽ thấy thông niệu quản chỉ lên được một đoạn và vướng lại.

Bơm thuốc cản quang thấy thuốc không lên được hoặc bị tràn ra ngoài. Nếu có các dấu hiệu trên cần phải can thiệp lại càng sớm càng tốt.

Một số các trường hợp khác, bệnh nhân qua khỏi thời gian hậu phẫu, nhưng thận bị chướng nước, lớn dần và chỉ được phát hiện khi thận đã chướng nước lớn và UPR phát hiện chỗ niệu quản bị tắc nghẽn.



Hình 1.27: Hình ảnh thực hiện đặt thông nòng niệu quản 2 bên chụp UPR để chẩn đoán xác định vị trí tổn thương niệu quản. Cho thấy niệu quản trái bị tổn thương ở đoạn chậu cách miệng niệu quản khoảng 10cm.

2. Điều trị

Nếu phát hiện niệu quản bị cắt đứt đôi và phẫu thuật viên không làm được các phẫu thuật phục hồi, thì tốt nhất là mở niệu quản ra da tại chỗ tạm thời và chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

a. Mở thông niệu quản ra da tại chỗ (Ureterostomie in - situ)

- Bọc lộ đầu trên của niệu quản.
- Cho vào niệu quản một Feeding tube, lên đến bề thận.

Dùng một sợi chỉ Chromic 2.0 buộc đầu niệu quản quanh ống thông và cho ống thông ra ngoài khỏi ổ bụng.

Đặt một ống dẫn lưu cạnh niệu quản.

Đóng thành bụng.

Như vậy, nước tiểu được chuyển lưu tạm thời, vết mổ không bị thấm ngấm nước tiểu. Chú ý là niệu quản bị tổn thương cần được để nguyên tại chỗ để sau này làm phẫu thuật phục hồi được thuận lợi.

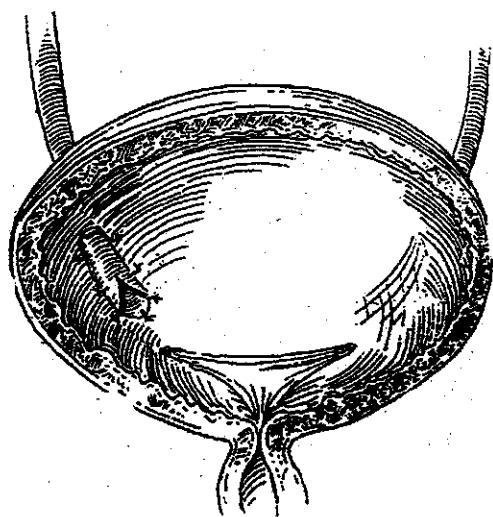
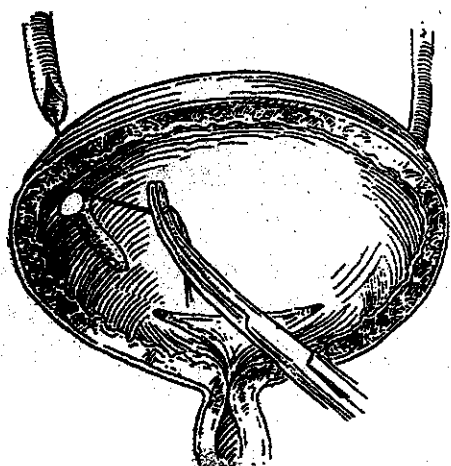
b. Cầm lại niệu quản vào bàng quang

Thông thường, niệu quản bị thương tổn ở đoạn cuối, gần bàng quang. Phẫu thuật cầm lại niệu quản là phẫu thuật cho kết quả tốt.

Có hai trường hợp:

Niệu quản dài

Niệu quản dài đủ để cầm lại vào bàng quang. Có nhiều kỹ thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang, theo kỹ thuật chống trào ngược, nhưng kỹ thuật đơn giản dễ làm và có hiệu quả tốt mà chúng tôi giới thiệu sau đây, là kỹ thuật Le Duc (theo các tác giả Payne CK, Raz S: Traumatic and reconstructive urology. Philadelphia W.B Saunders. 1996).



Hình 1.28: Kỹ thuật cấm lại niệu quản vào bàng quang theo Le Duc

Các bước tiến hành như sau:

Cắt gọn đầu của niệu quản, xẻ thêm một đường dọc dài độ 5mm cho miệng niệu quản được rộng ra.

Mở bàng quang ở mặt trước như thông thường.

Tìm ở mặt sau bàng quang một vị trí thuận lợi để cắm niệu quản. Sau đó, dùng kim Kelly xuyên một lỗ từ trong ra ngoài qua thành của bàng quang.

Khâu một sợi chỉ vào đầu của niệu quản và kéo niệu quản xuyên qua thành vào trong lòng bàng quang.

Xẻ niêm mạc của bàng quang sâu cho đến lớp cơ từ chỗ xuyên thủng bàng quang, theo hướng xuống cổ bàng quang, trên một đường dài độ 2,5 - 3 cm.

Khâu dính mép dưới của miệng niệu quản vào lớp cơ bàng quang. Đây là mũi khâu chính để cố định niệu quản không bị tuột ra.

Khâu niêm mạc bàng quang vào miệng của niệu quản và thành của niệu quản, đoạn được kéo vào trong lòng bàng quang. Chú ý, không khâu hai mép của niêm mạc bàng quang trùm lên niệu quản, để không bị hẹp. Thành của niệu quản nằm trong bàng quang, sau này sẽ được niêm mạc hóa, và có tác dụng như một van chống trào ngược.

Đặt một thông nòng niệu quản lên đến bề thân, có thể dùng thông JJ.

Đóng lại bàng quang và đặt một dẫn lưu cạnh chỗ cắm niệu quản, và một Penrose ở khoang Retzius ở mặt trước bàng quang.

Đóng lại thành bụng.

Niệu quản bị mất một đoạn

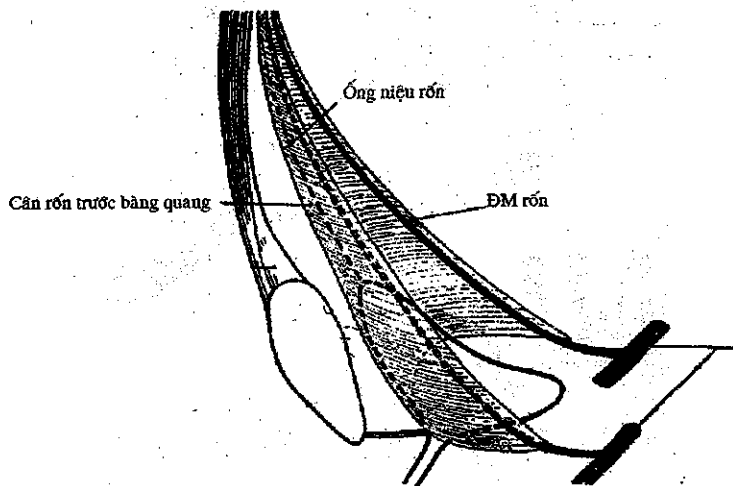
Phẫu thuật bàng quang cơ thận

Nguyên tắc của phẫu thuật này là giải phóng đỉnh của bàng quang, kéo đỉnh của bàng quang qua một bên và dính vào cơ thận phía trên chỗ đi qua của động mạch chậu, nhằm đưa bàng quang vào gần với đầu của niệu quản, để cho chỗ cắm của niệu quản vào bàng quang không bị kéo căng.

Phía trên của mặt trước bàng quang dính vào phúc mạc bởi ống niệu rốn và các động mạch rốn, muốn giải phóng được phần đỉnh của bàng quang, phải cắt ống niệu rốn cùng hai động mạch rốn và phải cắt mở phúc mạc ở phần này, vì phúc mạc dính chặt vào chỏm của bàng quang, nhưng mặt sau của bàng quang có thể bóc tách được phúc mạc ra khỏi bàng quang.

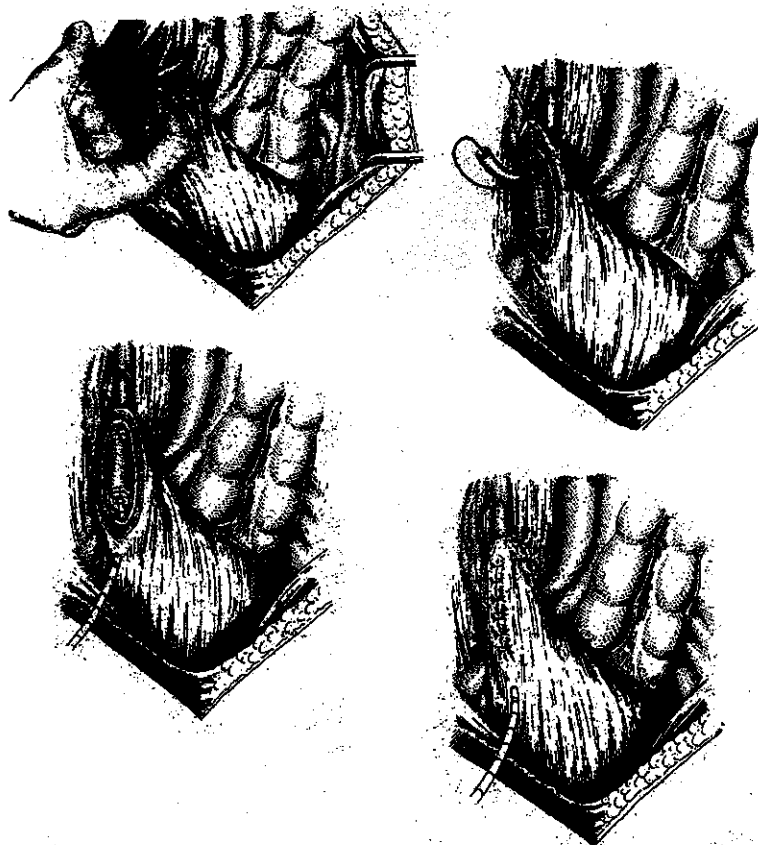
Như vậy, sau khi cắt ống niệu rốn, phải mở phúc mạc và cắt phúc mạc ở mặt sau của bàng quang. Phúc mạc ở phần chỏm của bàng quang được để dính vào bàng quang. Như thế, chỏm của bàng quang được tự do và có thể được kéo lên trên

và qua một bên đến cơ thần ở vùng cánh chấu.



Hình 1.29: Liên quan mặt trước bàng quang

Sau khi giải phóng xong chỏm của bàng quang, khâu lại phúc mạc và tiến hành làm thủ thuật bàng quang cơ thần.



Hình 1.30: Kỹ thuật bàng quang cơ thần

Mở bàng quang ở mặt trước, chỗ mở bàng quang lệch về phía bên đỉnh và cấm lại niệu quản.

Cho ngón tay trở vào bàng quang, nâng đỉnh bàng quang lên cao và đưa về phía cơ thần, phía trên đường đi của động mạch chậu.

Khâu đính mặt sau của đỉnh bàng quang vào với cơ thẩn bằng 2 hay 3 mũi khâu với chỉ Chromic 2.0.

Dùng kềm Kelly, dùi một lỗ từ trong ra ngoài xuyên thành bàng quang, phía trên chỗ bàng quang được đính vào cơ thẩn, và Kelly sẽ nắm kéo đầu của niệu quản vào bên trong lòng bàng quang.

Cắm lại niệu quản vào bàng quang theo kiểu Le Duc hay Lead Better.

Cho một thông nòng niệu quản lên đến bề thận, thông nòng sẽ xuyên qua mặt trước của bàng quang ra ngoài, để có thể theo dõi số lượng nước tiểu được bài tiết của thận bị tổn thương.

Khâu kín chỗ mở bàng quang.

Đặt một ống dẫn lưu cạnh niệu quản và một ống dẫn lưu ở khoang Retzius.

Đóng lại thành bụng. Đặt thông niệu đạo.

Thông nòng niệu quản được để lưu trong 3 đến 4 tuần.

II. THƯƠNG TỔN Ở BÀNG QUANG

Ít gặp hơn nhiều so với thương tổn ở niệu quản. Về giải phẫu, mặt sau của bàng quang có một phần nằm dưới phúc mạc. Ở đây, phần mặt sau bàng quang phía trên sờ liên niệu quản liên quan trực tiếp với eo tử cung và trong phẫu thuật mổ eo dưới để bắt con, khi khâu lại có thể mũi

khâu chạm phải bàng quang, gây ra lỗ rò bàng quang tử cung. Trong trường hợp này, lỗ rò thường là nhỏ và soi bàng quang có thể nhìn thấy dễ dàng.

Phía dưới, tam giác bàng quang liên quan trực tiếp với thành trước của âm đạo. Thương tổn ở vùng này sẽ gây ra dò bàng quang âm đạo, vì tổ chức ở đây rất mỏng nên các thương tổn khó lành.

Trước đây, khi mạng lưới y tế còn chưa đầy đủ, ở các vùng xa, dò bàng quang – âm đạo thường là biến chứng của các trường hợp đẻ khó, chuyển dạ lâu. Đầu thai nhi đè vào thành trước âm đạo và đáy bàng quang. Như vậy, các tổ chức âm đạo và tam giác bàng quang bị chèn ép giữa một bên là vòm xương mu, một bên là đầu thai nhi. Nếu sự chèn ép này kéo dài, sẽ gây hoại tử do thiếu máu nuôi, và các tổ chức hoại tử sẽ rụng đi gây ra rò bàng quang – âm đạo. Lỗ rò có thể khá lớn. Ngoài ra, trong các thủ thuật như: Kéo Forceps, Chọc óc thai nhi..v.v. bàng quang và âm đạo có thể bị thương tổn trực tiếp. Từ sau ngày giải phóng cho đến nay, mạng lưới y tế đã được tổ chức tốt hơn, các thương tổn loại này thường rất hiếm.

Hiện nay, các thương tổn bàng quang âm đạo thường là biến chứng của các phẫu thuật phụ khoa, nhất là trường hợp cắt tử cung qua ngã âm đạo, hoặc cắt tử cung toàn phần qua đường bụng. Các

trường hợp rò bàng quang âm đạo là biến chứng của tia xạ trong trường hợp ung thư cổ tử cung, không nằm trong phạm vi của bài này.

1. Các thương tổn giải phẫu bệnh lý

Các thương tổn dò bàng quang - âm đạo được chia làm 3 độ.

Độ 1: Dò bàng quang âm đạo đơn thuần. Lỗ dò không phạm phải miệng niệu quản và cổ bàng quang. Ba lỗ của tam giác bàng quang vẫn còn nguyên vẹn.

Độ 2: Lỗ dò phạm phải một miệng niệu quản.

Độ 3: Lỗ dò phạm phải hai miệng niệu quản hoặc cổ bàng quang và hệ thống cơ thắt.

Chú ý: Lỗ dò lớn hay nhỏ không phải là khó khăn chính. Chủ yếu là các miệng niệu quản và cổ bàng quang còn nguyên vẹn hay không.

Trong trường hợp thương tổn ở đáy bàng quang được gây nên do phẫu thuật, nếu phát hiện được ngay, khâu lại là lý tưởng nhất; vì đây là một vết thương mới nên việc lành vết thương có nhiều thuận lợi. Cách phát hiện như sau:

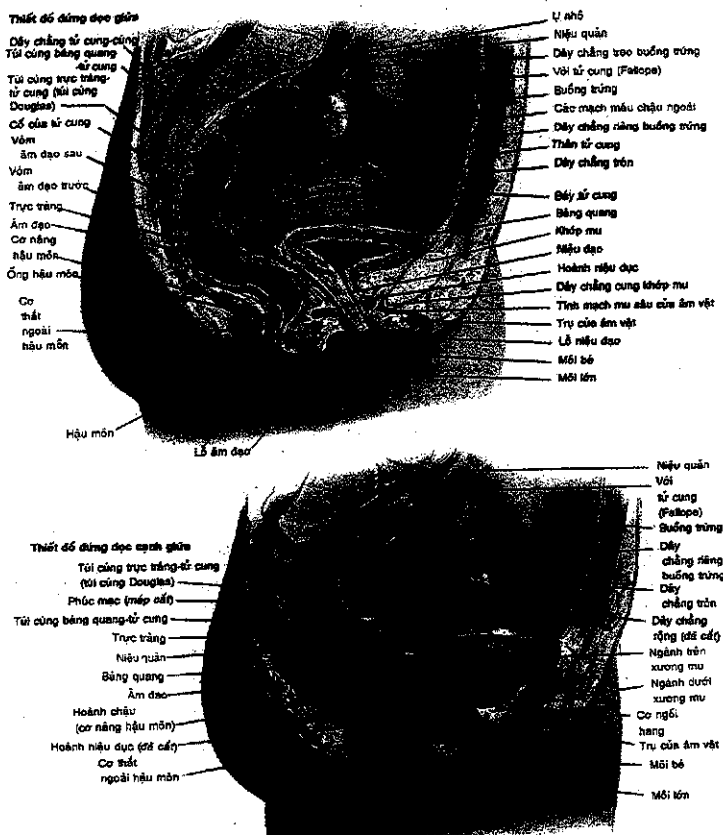
Sau các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung khó khăn hay cắt tử cung qua đường âm đạo cho Foley vào niệu đạo và bơm 200 ml huyết thanh có pha xanh methylene, sẽ thấy ngay thuốc xanh xì ra qua lỗ dò.

Nguyên tắc của việc khâu lại bàng quang và âm đạo là:

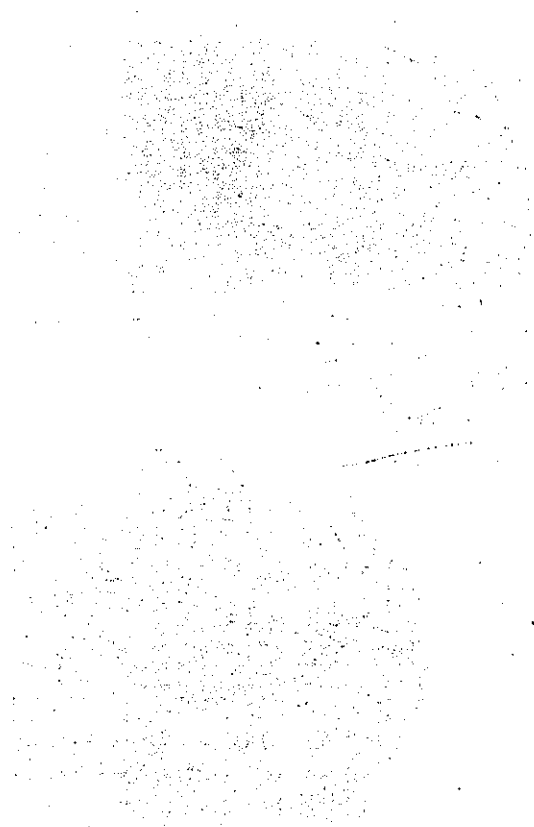
Phải bóc tách thành của âm đạo và thành của bàng quang thành hai lớp riêng biệt và khâu lớp bàng quang riêng và lớp âm đạo riêng bằng chỉ Chromic 2.0. Trong đó, khâu lớp bàng quang là phải thật tốt, lớp âm đạo nếu không được hoàn chỉnh cũng không sao.

Nếu thương tổn lớn và phức tạp, không nên ngăn ngại mở rộng bàng quang để kiểm tra sự toàn vẹn của hai lỗ niệu quản, và khâu lại bàng quang từ bên trong. Trong trường hợp này, dùng một kim kẹp một miếng gạc cho vào âm đạo để đẩy thành trước của âm đạo ra phía trước. Với thao tác này, tam giác bàng quang sẽ được đội lên cao và sẽ dễ quan sát cũng như bóc tách.

Nếu thương tổn gần một lỗ niệu quản, phải cho một ống thông vào niệu quản trước khi khâu vết thương, và sau khi khâu xong hãy kéo tới, kéo lui ống thông niệu quản để xem niệu quản có bị khâu dính vào hay không. Nếu tốt hoàn toàn có thể rút bỏ thông niệu quản. Nhưng nếu vết thương quá gần lỗ niệu quản, có thể để lưu ống thông trong 10 ngày.



Hình 1.31: Mối liên quan giữa các cơ quan vùng chậu



CHƯƠNG II

NHIỄM TRÙNG NİEU

NHIỄM TRÙNG NIỆU

GS. Trần Văn Sáng
PGS.TS Trần Ngọc Sinh

Nhiễm trùng niệu chiếm phần quan trọng bậc nhất trong bệnh học niệu khoa. Ở phòng khám Niệu khoa, hơn một nửa số bệnh nhân đến khám bệnh đều có bệnh liên quan đến nhiễm trùng niệu, nhất là ở phụ nữ.

Vì hiện nay tôi không trực tiếp đứng lớp, nên bắt đầu từ chương này phần mục tiêu bài giảng và các câu hỏi kiểm tra, tôi xin để lại cho giảng viên trực tiếp đứng lớp soạn thảo cho phù hợp với đối tượng nghe giảng là sinh viên hay học viên sau đại học.

Tôi mong rằng, mỗi đối tượng sinh viên, học viên đều cảm thấy có những điểm học tập được khi đọc quyển sách này.

A. NHIỄM TRÙNG NIỆU

Nhiễm trùng niệu có đặc điểm chung là:

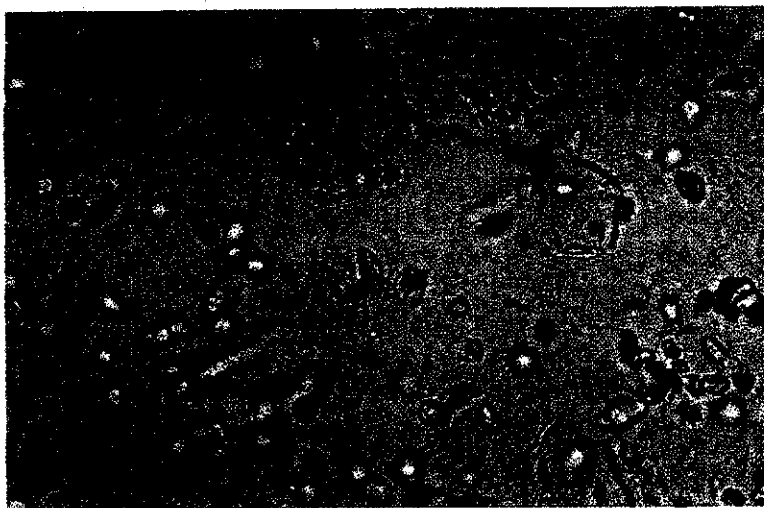
- Có vi trùng trong nước tiểu, có thể phát hiện được qua nuôi cấy.
- Có nhiều bạch cầu hoặc tế bào mũ kèm theo có cả hồng cầu trong nước tiểu.

Nhiễm trùng niệu là loại nhiễm trùng thường

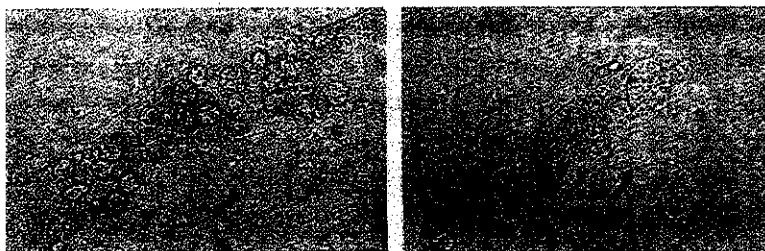
gặp nhất sau nhiễm trùng đường hô hấp. Có 2 trường hợp nhiễm trùng niệu là:

1. Nhiễm trùng niệu không đặc hiệu, gây nên bởi nhiều chủng loại vi trùng. Những loại vi trùng thường gặp nhất là vi trùng đường ruột.

2. Nhiễm trùng niệu đặc hiệu, gây nên bởi một loại vi trùng, là vi trùng lao, gây ra bệnh lao niệu sinh dục.



Hình 2.1: Bạch cầu và tế bào thượng bì



A

B

Hình 2.2:

A. Trụ bạch cầu (hội chứng nhiễm khuẩn mưng mủ, viêm bể thận)

B. Trụ tế bào hỗn hợp và nấm men, bạch cầu.



Hình 2.3: Chất nhầy có chứa hồng cầu và bạch cầu (viêm và sung huyết)

I. NIÊM TRÙNG NIỆU KHÔNG ĐẶC HIỆU

Đây là những trường hợp nhiễm trùng do các vi trùng thông thường gây ra. Những vi trùng thường gặp nhất là vi trùng đường ruột (*E.coli* và *Proteus*).

A. Đường vào của vi trùng gây bệnh:

Vi trùng xâm nhập vào đường tiết niệu qua 2 đường chủ yếu:

Qua đường ống, từ niệu đạo ngược trở lên.

Qua đường máu.

1. Qua đường ống, từ niệu đạo:

Vi trùng thường có ở vùng quanh hậu môn và âm hộ, nhất là trường hợp bệnh nhân nữ có bệnh phụ khoa từ trước. Từ đó vi trùng xâm nhập vào bàng quang qua đường niệu đạo. Đường xâm nhập này rất dễ đối với phụ nữ. Vì niệu đạo của phụ nữ ngắn, và có những điều kiện thuận lợi cho vi trùng xâm nhập như động tác giao hợp. Ở nam giới, đặt thông tiểu là nguyên nhân đưa vi trùng vào bàng quang.

Từ bàng quang vi trùng khó xâm nhập ngược chiều lên đường niệu trên, nhờ có nếp niêm mạc ở lỗ niệu quản, có tác dụng như một chiếc van đập lại lúc bàng quang co bóp làm cho nước tiểu không trào ngược được từ bàng quang lên niệu quản. Tuy nhiên, nước tiểu có thể trào ngược được trong những điều kiện sau đây:

Trong viêm bàng quang cấp, niêm mạc bàng quang bị phù nề, nếp niêm mạc ở miệng niệu quản không còn đầy kín được lúc áp lực của bàng quang tăng cao khi đi tiểu. Khi ấy, nước tiểu có chứa đựng vi trùng sẽ trào ngược lên niệu quản.

- Lổ niệu quản bị hở do bị tật bẩm sinh.

- Bàng quang chống đối lâu ngày do các bệnh gây bế tắc đường tiểu dưới như hẹp niệu đạo hay bướu tiền liệt tuyến, bàng quang hỗn loạn thần kinh... Dưới áp lực cao của nước tiểu, nếp niêm mạc ở lỗ niệu quản có thể bị phá vỡ, và nước tiểu có thể trào ngược lên niệu quản, và có thể lên đến bể thận.

2. Qua đường máu:

Trên thực nghiệm, các tác giả nhận thấy rằng khi tiêm vi trùng vào trong máu, vi trùng nhanh chóng bị hệ bạch cầu phá hủy, và chỉ có vi trùng lao là có thể gây nhiễm trùng niệu qua đường máu. Tuy nhiên vi trùng E. Coli có thể gây bệnh ở thận trong 2 trường hợp:

- Có sự cản trở đường lưu thông của nước tiểu như trường hợp hẹp hay sỏi niệu quản.

- Có gây chấn thương ở thận trước khi tiêm vi trùng vào máu.

B. Nguyên nhân làm cho vi trùng phát triển

Nhiễm trùng niệu phụ thuộc vào 3 yếu tố:

- Tính gây bệnh của chủng loại vi trùng.

- Tình trạng của bệnh nhân.
- Tình trạng của đường tiết niệu.

1. Tính gây bệnh của vi trùng:

Tuyệt đại đa số các loại vi trùng gây nhiễm trùng niệu là loại E.coli. Có rất nhiều chủng loại E. Coli trong số đó các chủng loại O₁, O₂, O₄, O₆, O₁₈, O₇₅ có khả năng gây bệnh cao. Các loại này có 2 đặc điểm là trên vỏ bọc của nó có vi mao (Pili) giúp nó bám dính vào niêm mạc âm đạo quanh niệu đạo và vào niệu mạc đường tiết niệu (theo Schacffer, 1997) Ngoài ra, nước tiểu là môi trường thuận lợi để vi trùng phát triển, vì nước tiểu có chứa ure và có độ pH thích hợp. Khả năng gây bệnh của các loại E.coli này dựa vào 2 yếu tố chính:

a. Pili: các pili thường hay gặp trên vỏ bọc của các loại Coli bacille gây bệnh gồm có:

- Pili type I, có đặc điểm là cảm ứng với chất mannose và bám dính vào niêm mạc của đường niệu dưới (tam giác bàng quang-niệu đạo).

- Pili type II (còn gọi là Fimbriae P), không cảm ứng với chất mannose và bám dính vào niêm mạc của đường niệu trên và thành của các ống lượn trong chủ mô thận (trong 90% trường hợp). Sự bám dính này giúp cho vi trùng không bị dòng nước tiểu cuốn đi và có thể phát triển ngược dòng từ đường niệu dưới lên đến đường niệu trên.

b. Kháng nguyên:

Kháng nguyên R: có trên bề mặt của vi khuẩn và có tác dụng chống lại sự thực bào của bạch cầu. Điều này làm cho vi trùng chống đỡ rất tốt đối với sức đề kháng của cơ thể.

Kháng nguyên O: có tác dụng trên các cơ trơn của đường tiết niệu, làm giảm nhu động của bể thận và niệu quản, gây ra sự ứ đọng của nước tiểu, làm tăng thêm nguy cơ nhiễm trùng.

2. Tình trạng của bệnh nhân:

Đối với phụ nữ khỏe mạnh, dịch âm đạo có tính acid và có tác dụng chống lại sự bám dính của vi trùng ở vùng âm hộ và quanh lỗ sáo. Trong trường hợp tiền mãn kinh và mãn kinh, dịch âm đạo trở nên ít, âm đạo khô hơn bình thường, và sự bám dính của vi trùng dễ dàng hơn.

Đối với nam giới khỏe mạnh trong dịch của tiền liệt tuyến có chứa chất kẽm (Zn) do đó có tác dụng kháng khuẩn nhất định, (theo Fair Couch Wehner, 1976) Trong trường hợp bị viêm mạn tiền liệt tuyến, tỷ lệ chất kẽm (Zn) trong dịch xuất tinh của tiền liệt tuyến bị suy giảm, do đó bệnh dễ bị tái phát.

3. Tình trạng của đường tiết niệu:

Bàng quang chống đỡ rất tốt với vi trùng bằng hai cách:

- Bàng quang luôn luôn được rửa sạch bởi

nước tiểu mới vô trùng, vì lúc đi tiểu bàng quang tống hết nước tiểu lẫn vi trùng ra ngoài và nước tiểu từ thận xuống là vô trùng.

- Niêm mạc bàng quang có khả năng thực bào. Số ít vi trùng còn dính lại trên niêm mạc bàng quang sẽ bị niêm mạc phá huỷ. Tuy nhiên nếu niêm mạc bàng quang bị viêm nhiễm và phù nề do vi trùng xâm nhập với khối lượng quá lớn, thì khả năng thực bào không còn nữa, đưa đến bệnh nhân bị viêm bàng quang. Có 2 nguyên nhân làm duy trì sự nhiễm trùng:

- Có nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Hiện tượng này có thể gây nên do một số bệnh như: bướu tiền liệt tuyến, bàng quang thần kinh, túi ngách bàng quang...

- Nước tiểu trào ngược lên niệu quản.

Hai hiện tượng này làm cho nước tiểu bị ứ đọng và vi trùng có thời gian để phát triển. Ngoài ra sỏi niệu là một nơi để vi trùng ẩn náu bên trong và thuốc kháng sinh khó có thể giải quyết được.

4. Định lượng vi khuẩn:

Nhiễm trùng niệu có đặc điểm chung là có vi trùng trong nước tiểu. Như vậy vấn đề định lượng vi khuẩn trong nước tiểu là vấn đề rất quan trọng. Bình thường ở quanh lỗ sáo, nhất là ở phụ nữ, bao giờ cũng có vi trùng bám chung quanh. Như vậy, khi để bệnh nhân đi đái để lấy nước

tiểu, bao giờ nước tiểu cũng bị vấy trùng và vi trùng sinh sôi, nảy nở rất nhanh trong môi trường nước tiểu. Cần phải lấy nước tiểu đúng quy cách:

Nghĩa là:

- Phải rửa sạch quy đầu đối với nam và hội âm đối với nữ trước khi đi tiểu.

- Phải loại bỏ nước tiểu đầu dòng và lấy nước tiểu giữa dòng để thử.

- Sau khi lấy nước tiểu, phải giữ nước tiểu ở độ 4°C.

Định lượng vi khuẩn dựa trên nguyên tắc, nước tiểu là môi trường nuôi cấy vi trùng rất tốt, nên giữa hai lần đi tiểu, vi khuẩn có đủ thời gian để nảy nở. Do đó, nước tiểu nhiễm trùng có nhiều vi khuẩn, mà có thể thấy ngay khi xét nghiệm trực tiếp. Tuy nhiên muốn có độ chính xác cao cần phải đếm các khuẩn lạc sau khi nuôi cấy.

- Trong nước tiểu mới đái mà có 10.000 khuẩn lạc/ml thì không phải là nhiễm trùng niệu mà chỉ là vấy trùng.

- Nếu định lượng là 100.000/ml khuẩn lạc trở lên, là nhiễm trùng niệu.

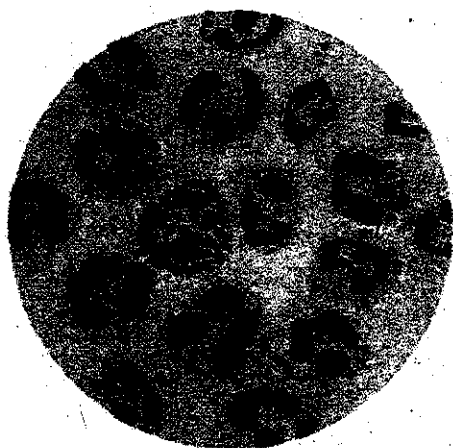
- Nếu định lượng dưới 100.000/ml nhưng trên 10.000 là nghi ngờ có nhiễm trùng niệu.

Các xét nghiệm định lượng vi khuẩn chỉ có giá trị nếu bệnh nhân chưa được dùng kháng sinh trước đó. Nếu bệnh nhân đã dùng thuốc kháng

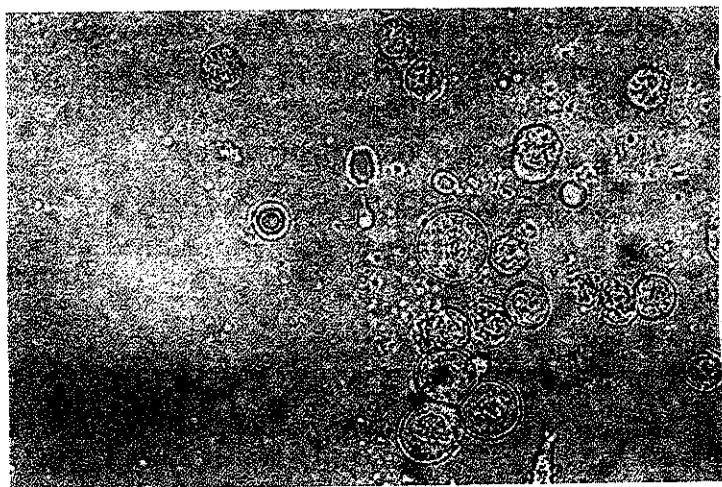
sinh, thì có thể không tìm thấy vi khuẩn trong nước tiểu. Khi nuôi cấy vi khuẩn, chúng ta có thể xác định được chủng loại vi trùng, ngoài ra, còn có thể làm kháng sinh đồ để vừa chẩn đoán được bệnh, vừa giúp lập phương án điều trị kháng sinh thích hợp và hiệu quả.

Các chủng vi trùng thường gây trong nhiễm trùng niệu là các chủng Gram(-), đặc biệt là loại *Escherichia Coli* và sau đó là các loại *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*. Các chủng gram (+) gồm có: *Staphylococcus*, *streptococcus*.

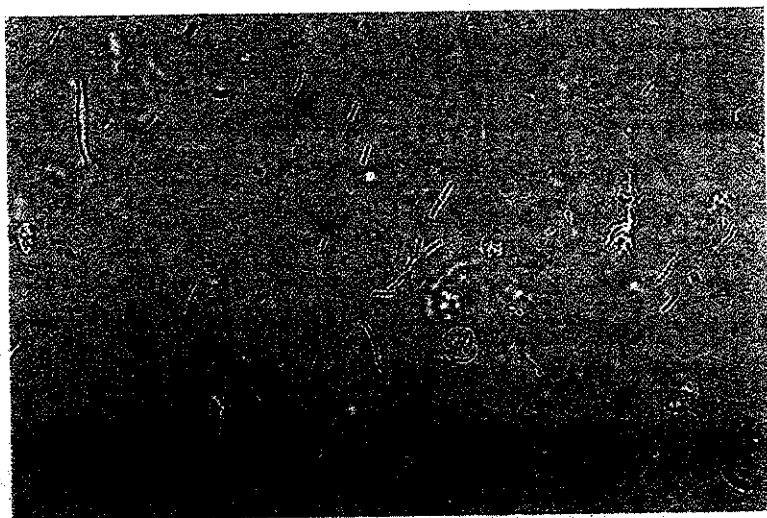
Ngoài ra có thể có một số chủng loại có thể lây truyền qua đường tình dục như: *Neisseria gonorrhoeae*, *chlamydia Trichomatis*, *Ureaplasma, urealyticum*, *garnerella vaginalis*.



Hình 2.4: Hình dạng song cầu trùng



Hình 2.5: Bạch cầu, hồng cầu và tế bào biểu mô Gram (-) nằm trong tế bào bạch cầu



Hình 2.6: vi khuẩn trong tế bào tiểu

Các bệnh nhiễm trùng niệu

Tuỳ theo vị trí có thể có 2 loại :

- Nhiễm trùng đường niệu trên
- Nhiễm trùng đường niệu dưới

Nhiễm trùng đường tiết niệu trên

Những bệnh thường gặp trong nhiễm trùng đường niệu trên gồm có:

1. Viêm bể thận-thận.
2. Áp xe thận và viêm tấy quanh thận.

Viêm Thận bể Thận Cấp Tính:

A. Đại Cương;

Viêm thận-bể thận cấp tính là một trường hợp viêm cấp đài bể thận, cùng với chủ mô thận kế cận. Về lâm sàng bệnh nhân có bệnh cảnh của một cơn đau bao thận kèm theo có sốt và rét run.

Vi trùng gây bệnh chủ yếu là loại E.coli trong 80% các trường hợp kèm theo là các loại vi trùng Gram (-) có nguồn gốc từ đường ruột như: Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Enterobacter,..... Staphylococcus aureus ít gặp hơn rất nhiều. Đường xâm nhập của vi trùng là đường ống, đi từ bàng quang ngược lên niệu quản để đến thận, như đã được trình bày ở phần trên. Một số ít các trường hợp vi trùng gây bệnh là loại Staphylococcus và đường thâm nhập là đường máu. Vi trùng đi từ

một ổ nhiễm trùng có sẵn trong cơ thể, như nhiễm trùng ở hầu họng, nhiễm trùng hậu sản và theo đường máu để đến thận. Trong trường hợp này có thể gây ra áp xe ở thận và bệnh sẽ rất nặng.

Nguyên nhân đưa đến nhiễm trùng có thể là sỏi thận gây bế tắc hay một sự can thiệp nội soi qua niệu quản trong trường hợp nước tiểu đã có nhiễm trùng.

Ngoài ra cũng có một số trường hợp viêm thận - bể thận cấp mà người ta không tìm ra được nguyên nhân.

Viêm thận - bể thận cấp là một trường hợp nặng có thể gây ra nhiễm trùng huyết và tử vong. Đây là một trường hợp ***cấp cứu niệu khoa***.

B. Giải phẫu bệnh:

Vi khuẩn từ đài bể thận xâm nhập vào chủ mô thận qua mô kẽ, tức là các mô liên kết đệm ở giữa các đơn vị thận.

Trong đợt viêm cấp tính, thận hơi to do có hiện tượng phù nề. Bỏ đôi thận sẽ thấy những ổ áp xe nhỏ trong chủ mô thận và niêm mạc của đài bể thận bị phù nề đỏ. Đặc biệt là vùng viêm nhiễm có thể khu trú ở một vùng nhất định của chủ mô thận và các vùng khác của thận có thể còn tốt. Hết đợt cấp tính các ổ viêm nhiễm sẽ lành bằng các tổ chức sẹo, làm teo lại chỗ chủ mô thận bị viêm nhiễm và phù nề trước đó, do đó sẽ làm

lõm bề mặt của thận và đài thận bị kéo ra gần vỏ thận. Có thể nhìn thấy những vùng sẹo do các lần viêm nhiễm trước, xen kẽ với vùng mới bị viêm nhiễm. Zapp nhận thấy các tổ chức sẹo chèn ép các ống lượn và bóp nghẹt các đơn vị thận. Trong các tổ chức sẹo này vi trùng ẩn náu một cách yên tĩnh trong một vùng mà máu đến được rất ít, do đó thuốc kháng sinh cũng ít đến được. Ngoài ra Haschek cũng nhận thấy sau một đợt dùng thuốc kháng sinh màng tế bào của vi trùng bị hư hại nặng, nhưng vi trùng vẫn có thể tồn tại dưới dạng chỉ còn nguyên sinh chất (Forme protoplasmique hay L.Form) Nguyên nhân là vì ở tủy của thận, nước tiểu có tính chất ưu trương và có nhiều NH_3 , thích hợp cho sự tồn tại của vi trùng ở dạng này. Mỗi khi sức đề kháng của cơ thể suy giảm vi trùng từ thể L.form, sẽ trở lại thể gây bệnh và bệnh sẽ tái phát. Qua nhiều đợt tái phát chủ mô thận dần dần bị phá huỷ cho đến hết. Nếu viêm bể thận-thận có kèm theo sỏi hay bế tắc niệu quản thì không thể điều trị khỏi bệnh được nếu chưa giải quyết lấy sỏi hoặc giải quyết hiện tượng bế tắc.

C. Bệnh cảnh lâm sàng:

Bệnh nhân kêu đau ở một bên hông lưng, có thể đau lói bên trong rất khó chịu, đau lan ra phía trước bụng và lan xuống bộ phận sinh dục, giống như một cơn đau bão thận.

Tuy nhiên, cơn đau bao thận thường chỉ kéo dài trong 6 đến 10 giờ, nhưng ở đây đau kéo dài lâu hơn nhiều: một vài ngày.

- Kèm theo bệnh nhân có sốt cao và rét run.

- Mệt mỏi, buồn nôn, bụng hơi chướng và có phản ứng thành bụng ở nửa bụng phía bên đau. Nếu bệnh nhân đau bên phải trong nhiều trường hợp có thể chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa, vì bạch cầu cũng tăng cao. Bệnh nhân có tiền sử sỏi thận hoặc sỏi niệu quản hoặc đã được can thiệp qua nội soi như tán sỏi niệu quản, hay chụp X-quang thận hay niệu quản ngược dòng. (UPR= Uretero-Pyelo Retrograde).

Đái buốt, đái gắt có thể xảy ra.

Thăm khám: thấy hố thắt lưng đau và có dấu hiệu rung thận dương tính rất rõ.

Mạch nhanh, huyết áp có thể hạ.

Trong trường hợp nặng có thể có choáng nhiễm trùng.

D. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu thấy số lượng bạch cầu, và bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

Nước tiểu có nhiều bạch cầu. Nuôi cấy sẽ tìm thấy vi trùng gây bệnh. Đồng thời, cần làm ngay kháng sinh đồ trước khi dùng thuốc kháng sinh. Hình ảnh y khoa sẽ có lợi cho chẩn đoán.



Hình 2.7: Nhiều tế bào bạch cầu trong nước tiểu

Siêu âm: Có thể cho ta thấy nguyên nhân gây ra nhiễm trùng như: sỏi niệu quản, sỏi bể thận, thận chướng nước, thận bị phù nề, phân biệt vỏ-tủy kém...

Chụp điện thận cắt lớp: (MSCT) Có thể thấy hình ảnh rất đặc hiệu của viêm bể thận-thận. Cần chụp MSCT có tiêm thuốc cản quang và dựng hình sau chụp cắt lớp.

Trong trường hợp chủ mô thận bị viêm nhiễm, hiện tượng phù nề sẽ chèn ép các mạch máu trong chủ mô thận và chèn ép các ống thận. Trên phim CT có tiêm thuốc cản quang, sẽ có một hay nhiều chỗ kém ngấm thuốc cản quang. Thể hiện ở những

ổ viêm nhiễm. Ngoài ra CT còn cho thấy có trường hợp sỏi thận, sỏi niệu quản, thận chướng nước, hay trường hợp bệnh lý khúc nối.

Chụp UIV

Nếu không có MSCT có thể chụp X-quang bộ niệu và chụp UIV. Có thể thấy hình ảnh một bên thận chậm ngấm thuốc cản quang, hình ảnh các đài thận bị đẩy sang một bên do có một phần vùng chủ mô thận bị phù nề, có thể thấy được sỏi và các hiện tượng bế tắc đường tiết niệu v.v...



Hình 2.8: Hình ảnh viêm thận-bể thận

- Một ổ viêm nhiễm ở mặt trước thận phải gần với rốn thận.
- Một ổ viêm nhiễm ở bờ ngoài thận phải hình ảnh bắt thuốc cản quang rất kém sắp áp xe hóa.

E. Điều trị:

Thông thường trong các trường hợp cấp tính, không thể chờ được kết quả của kháng sinh đồ. Cần tiến hành sớm việc điều trị bằng thuốc kháng sinh.

Phải chọn loại thuốc kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn đường niệu, đồng thời có độ tập trung cao trong chủ mô thận và trong nước tiểu, phải chọn loại kháng sinh có phổ diệt khuẩn rộng và phải dùng đường tiêm, tốt nhất là đường truyền tĩnh mạch. Thuốc có thể được chọn là Cephalosporine thế hệ thứ 3-4 hoặc Fluoroquinolone truyền tĩnh mạch trong 3 ngày đầu. Thông thường, bệnh nhân sẽ hết sốt. Sau đó có thể duy trì thuốc trong 3 tuần bằng đường uống theo sự hướng dẫn của kháng sinh đồ.

Tuy nhiên một điều rất quan trọng là nếu có hiện tượng bế tắc kèm theo, ví dụ như sỏi bể thận, sỏi niệu quản thì hiện tượng bế tắc sẽ làm cho nhiễm trùng nặng thêm và nhanh chóng phá hủy chức năng thận. Như vậy kháng sinh trị liệu ở đây chỉ có tác dụng làm nguôi hiện tượng nhiễm trùng cấp tính. Nếu không đẩy lùi được cơn sốt trong 24 giờ thì phải nhanh chóng chuyển sang phẫu thuật để giải phóng hiện tượng bế tắc như lấy sỏi niệu quản hay mở thận ra da để dẫn lưu mủ trong trường hợp nước tiểu bị nhiễm trùng

nặng. Nếu dễ nặng hơn thì bệnh sẽ chuyển sang nhiễm trùng huyết, hay choáng nhiễm trùng với tỷ lệ tử vong cao.

F. Các thể lâm sàng:

a. Viêm thận-bể thận ở phụ nữ có mang.

- Ở phụ nữ có thai đặc điểm là:

Không có triệu chứng lâm sàng. Đây là những trường hợp nhiễm trùng tiềm tàng.

Lúc có mang, do sự thấm ngấm của nội tiết tố nên nhu động của niệu quản kém hơn người bình thường, do đó sự nhiễm trùng ngược dòng từ bàng quang lên thận dễ xảy ra, nhất là đối với các trường hợp nhiễm trùng niệu tiềm tàng, không triệu chứng.

Các triệu chứng lâm sàng cũng điển hình như trường hợp viêm thận-bể thận bình thường nhưng có một số đặc điểm cần lưu ý:

- Nếu viêm thận bể thận xảy ra ở quý ba của thai kỳ, trong các cơn sốt cao thường có thể xảy ra cơn co bóp tử cung, và do đó, có sự đe dọa sanh non, nên viêm thận bể thận cấp ở phụ nữ có mang cần được theo dõi tại bệnh viện và có sự hỗ trợ của bác sĩ sản khoa.

- Trong điều trị cần chọn loại thuốc kháng sinh không có hại cho thai nhi. Các loại thuốc kháng sinh có thể được chọn được là loại Beta-Lactamine và cephalosporine.

X quang có thể không tốt cho thai nhi nên khi muốn khảo sát đường tiết niệu, siêu âm là phương tiện rất tốt và vô hại.

b. Viêm thận - bể thận tái phát.

Nguyên nhân có thể là vẫn còn tồn tại sỏi niệu gây bế tắc, hoặc hiện tượng trào ngược nước tiểu từ bàng quang lên bể thận mà chưa được giải quyết. Tuy nhiên cũng có một số đáng kể các trường hợp bệnh tái phát nhiều lần mà không tìm ra được nguyên nhân. Trong các trường hợp này, có thể các lần điều trị trước chưa điều trị triệt để và các ổ nhiễm trùng chưa được giải quyết tốt vì trùng còn tồn tại dưới dạng L-Form và khi ngưng thuốc kháng sinh vi trùng lại phát triển trở lại. Mỗi lần bệnh tái phát, là có thêm một phần chủ mô bị phá hủy, và chủ mô thận bị phá hủy dần cho đến hết, đưa đến thận xơ teo.

c. Viêm thận-bể thận thể vô niệu

Vô niệu có thể xảy ra trong 2 trường hợp

Viêm thận - bể thận xảy ra trên thận độc nhất.

Sốc nhiễm trùng nặng gây ra vô niệu do huyết áp hạ.

Đây là trường hợp rất nặng cần được điều trị tích cực bằng thuốc kháng sinh và phải có sự hỗ trợ của thận nhân tạo.

Áp xe thận và viêm tấy quanh thận:

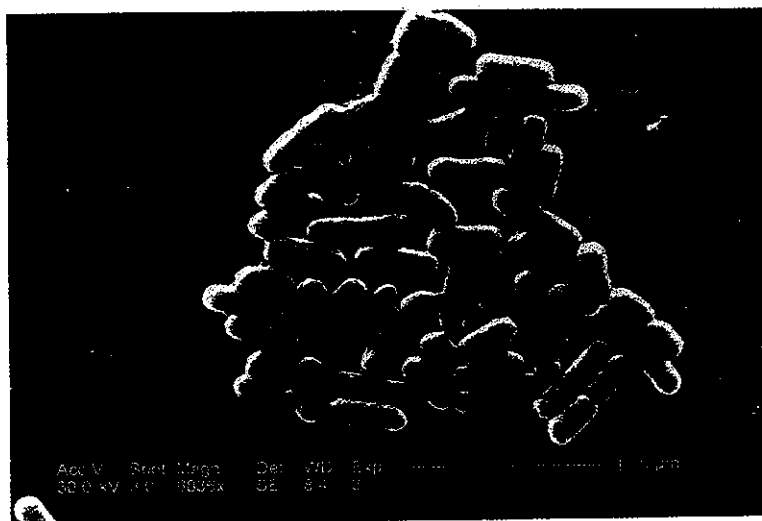
Từ trước những năm 1960, áp xe thận được coi là do các vi trùng mưng mủ thông thường như *Staphylococcus* gây nên. Đường xâm nhập của vi trùng là đường máu. Ổ nhiễm trùng nguyên thủy có thể là nhiễm trùng ở hầu, họng, hay nhiễm trùng ở da như nhọt tổ ong (*Anthrax*) hay chín mé (*panaris*)... vi trùng từ đó xâm nhập vào máu và dừng lại ở một số nơi có nhiều mạch máu như chủ mô thận hay đầu của các xương dài như xương chầy và gây ra ổ áp xe ở đó (áp xe thận, cốt tủy viêm).

Chúng tôi thường gặp các loại thương tổn như trên trong những năm 1954-1964 ở bệnh viện Việt Đức, Hà Nội hay ở bệnh viện tỉnh Nghệ An.

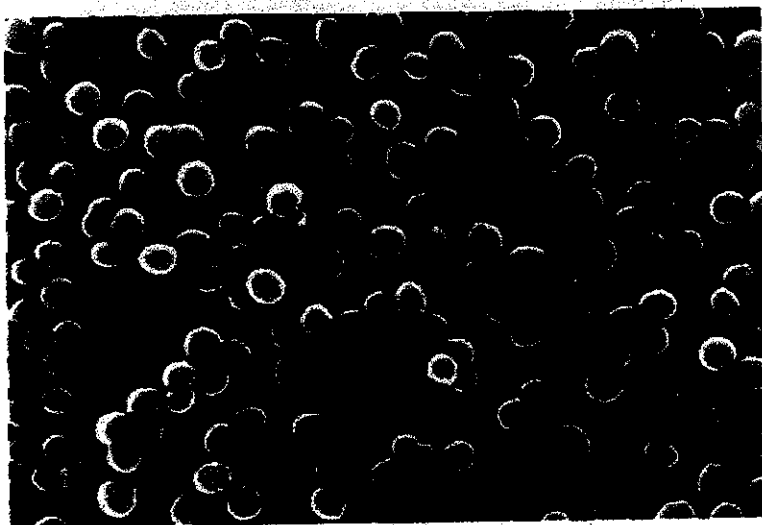
Từ sau năm 1975 đến nay nhờ sự phát triển của thuốc kháng sinh, các ổ nhiễm trùng thường được giải quyết tốt ngay từ đầu, nên áp xe thận do *Staphylococcus* không còn được thấy nữa. Thay vào đó áp xe chủ mô thận thường được gây nên do các chủng *Coli*. Vi trùng xâm nhập vào thận theo đường ngược dòng, từ đài bể thận vào mô kẽ, gây ra viêm thận kẽ ở một vùng kề cận với đài thận, nếu không được điều trị tốt, ổ viêm này sẽ áp xe hóa và trở thành áp xe thận.

Ngoài ra bệnh đái đường sẽ làm suy giảm sức đề kháng của cơ thể và tạo môi trường thuận lợi cho sự hình thành của áp xe thận. Gần 10%

các trường hợp áp xe thận có kèm theo bệnh đái đường. Áp xe thận thường xảy ra ở một cực thận thường là ở cực trên... Ổ áp xe lớn dần và có thể phá hủy vỏ thận lan ra đến vỏ mỡ quanh thận và gây ra viêm tấy quanh thận. Một khi lớp mỡ quanh thận bị thâm nhiễm thì hiện tượng viêm tấy sẽ lan rộng rất nhanh vì tổ chức quanh thận là mô lỏng lẻo khả năng đề kháng kém, không có xu hướng khu trú được viêm nhiễm. Nếu không được điều trị ổ mủ sẽ lớn dần, bao bọc quanh thận và tự tìm đường để thoát lưu tự nhiên qua các điểm yếu của thành lưng như vùng tam giác Grynfeldt (Rouvier trang 954 hình 581-582). Khi mủ đã xuyên qua được cân của cơ ngang bụng sẽ lan ra vùng dưới da ngay phía dưới sườn XII và khối cơ của thắt lưng vào lớp mỡ dưới da và sẽ lan rộng về phía dưới cho đến mào chậu. Nếu khối mủ lan ra mặt trước thận có thể lan đến phúc mạc, bóc tách phúc mạc, lan theo niệu quản cho đến hốc chậu và có thể nhầm lẫn với áp xe cơ đáy chậu (cơ psoas).



Hình 2.9: hình trực khuẩn Escherichia Coli



Hình 2.10: Hình cầu khuẩn Staphylococcus Aureus.

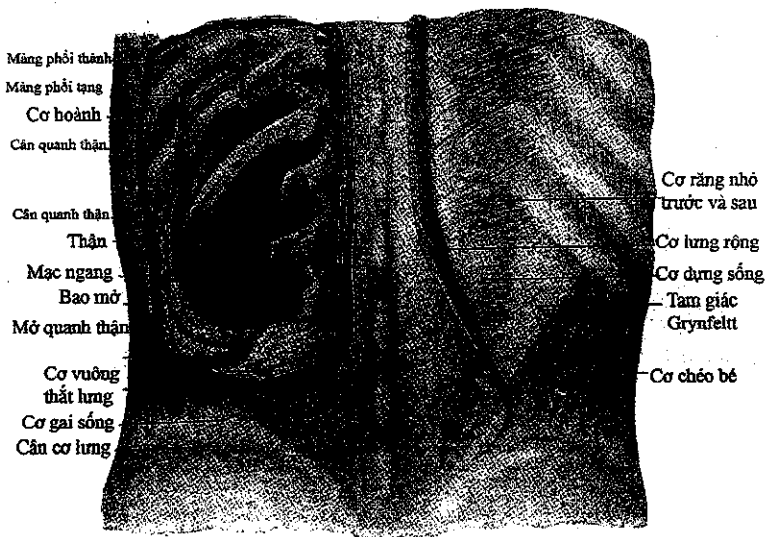
Bệnh cảnh lâm sàng

Có 2 trường hợp:

1. Bệnh bắt đầu một cách rầm rộ trong trường hợp điển hình: Sốt cao 39°C hoặc 40°C rét run bệnh nhân vã mồ hôi, mệt lả, có khi buồn nôn và cảm thấy đau lói bên trong một bên hố thắt lưng như trường hợp cơn đau bão thận. Thăm khám, thấy hố thắt lưng đầy và chạm vào phía dưới sườn XII bệnh nhân cảm thấy đau lói.



Hình 2.11: Một ổ áp xe ở gần bờ ngoài của thật trái



Hình 2.12: liên quan mặt sau thận

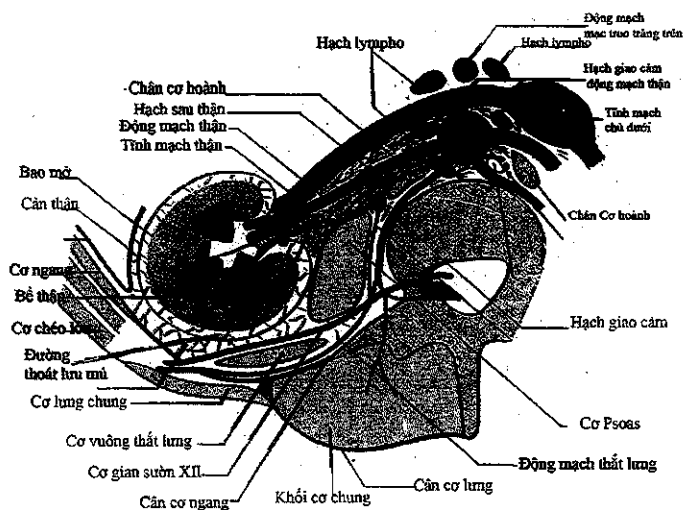
2. Bệnh khởi đầu một cách âm thầm hơn: sốt vừa 38°C , nhưng kéo dài. Đau một bên hố thắt lưng, nhất là khi cử động hay chạm đến. Đau tăng dần trong những ngày tiếp theo, thể trạng của bệnh nhân cũng suy yếu dần.

- Công thức bạch cầu tăng cao và đa nhân trung tính tăng.

- Chụp X-quang thận không thuốc cản quang thấy bóng thận mờ phía bên đau, và bóng cơ psoas không nhìn thấy rõ.

Siêu âm phát hiện ở thận có một vùng kém phản âm và phân biệt vỏ-tủy không rõ có thể thấy hiện tượng tụ dịch quanh thận và góc sườn hoành có tụ dịch.

CT có tiêm thuốc cản quang sẽ cho thấy rõ một vùng thận bị viêm nhiễm, bắt thuốc cản quang kém. Chẩn đoán bệnh hay gặp khó khăn vì bệnh nhân đã dùng thuốc kháng sinh và các triệu chứng nhiễm trùng cũng như triệu chứng đau bị lu mờ đi rất nhiều. Trong trường hợp này siêu âm và nhất là CT có một vai trò rất quan trọng. Nó sẽ cho thấy hình ảnh rõ của áp xe thận và viêm tấy quanh thận.



Hình 2.13: Thiết đồ cắt ngang cho thấy đường thoát lưu mủ qua tam giác Grynfeltt

G. Điều trị:

1. Trong trường hợp ổ áp xe còn nằm sâu trong chủ mô thận, chọc dò là động tác đầu tiên nên làm: Nếu chọc dò ra mủ, cần phải mở dẫn lưu ổ mủ. Chú ý phải lấy mủ để thử xét nghiệm và tìm BK vì có nhiều trường hợp áp xe có thể do vi trùng lao.

2. Trường hợp viêm mủ quanh thận đã hình thành, cần mở dẫn lưu mủ quanh thận qua đường hông lưng.

3. Trường hợp mủ đã lan ra tới vùng dưới da qua tam giác Grynfeldt. Khám sẽ thấy có một khối mủ phập phều, nằm ngay dưới da.

Rạch da sẽ vào ngay ổ mủ.

Cần lưu ý, cho ngón tay phá các góc ngách của ổ mủ, sẽ thấy ở đáy của ổ áp xe dưới sườn 12 có một lỗ thông vào bên trong cho đến hốc thận, có thể cho được ngón trở vào khe hở này vào đến hố thận. Cho một ống dẫn lưu vào bên trong, qua khe hở này, đầu ống dẫn lưu hướng về cực dưới của thận. Cố định ống dẫn lưu vào da bằng một mũi khâu.

Tiên lượng thường là tốt, ổ áp xe được dẫn lưu sẽ cạn mủ dần.

Sau đó cần tìm nguyên nhân gây ra nhiễm trùng như sỏi niệu quản, hẹp niệu quản và điều trị các nguyên nhân trên khi bệnh nhân đã hết nhiễm trùng.

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG NIỆU DƯỚI

Do cấu trúc của đường niệu dưới có khác nhau giữa nam và nữ, nên nguyên nhân gây bệnh cũng như bệnh cảnh lâm sàng cũng có những đặc điểm khác nhau.

Nhiễm trùng đường niệu dưới ở phụ nữ:

Ở phụ nữ niệu đạo, âm đạo và hậu môn nằm ở vị trí rất gần nhau và vùng quanh hậu môn chứa đựng rất nhiều vi trùng đường ruột. Do đó các bệnh như viêm đại tràng, viêm âm đạo dễ có ảnh hưởng trực tiếp đến đường niệu dưới của phụ nữ. Do đó viêm bàng quang là bệnh rất thường gặp ở phụ nữ và khi điều trị viêm bàng quang nhất là viêm bàng quang tái phát nhiều lần, không thể không khảo sát đến các bệnh có liên quan như huyết trắng, viêm đại tràng mạn.

1. Viêm bàng quang ở phụ nữ: là một bệnh rất thường gặp ở phụ nữ, theo E.j. Seidmon, 20% phụ nữ có một lần bị viêm bàng quang trong đời và trong đó 20% có tái phát: 1/3 trong vòng 3 tháng, hơn một nửa trong vòng 12 tháng và 4% có để lại di chứng viêm bể thận - thận do nhiễm trùng ngược dòng.

a. Nguyên nhân sinh bệnh:

Vi trùng gây bệnh chủ yếu là vi trùng đường

ruột: Vi trùng từ vùng quanh hậu môn, lan sang vùng âm đạo, quanh lỗ sáo và từ đó đi ngược dòng lên niệu đạo và bàng quang, vi trùng gây bệnh chủ yếu là E.coli (70-85%) sau đó là các loại staphylococcus (10-20%). Ngoài hai chủng loại trên còn có thể gặp các loại Proteus Mirabilis, Klebsiella, Pneumonia, Enterococcus, Fecalis. Aerobacter aerogenes.

Sự đề kháng tự nhiên của cơ thể gồm có.

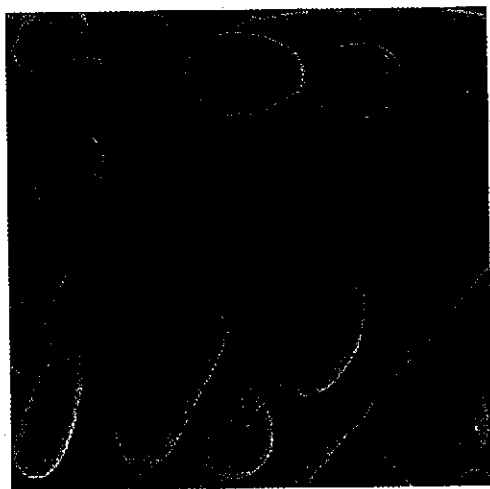
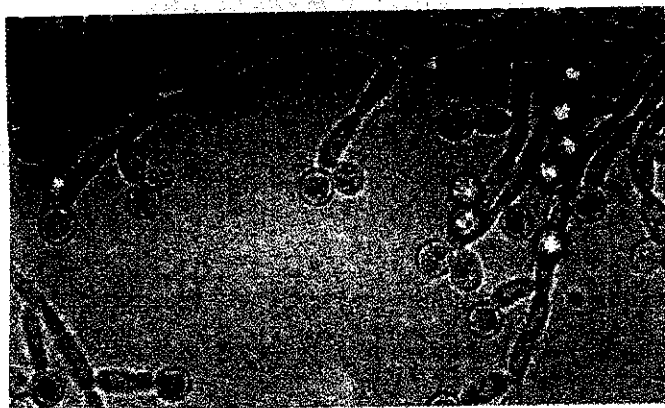
- Dịch âm đạo, với tính acid ($\text{pH} < 4.5$) có vai trò rất quan trọng vì nó chống sự bám dính của vi trùng ở vùng âm đạo và âm môn. Khi đến tuổi mãn kinh dịch âm đạo chỉ còn rất ít nên sức đề kháng tự nhiên của người phụ nữ ở tuổi này giảm sút đi rất nhiều.

- Bàng quang luôn được rửa sạch bởi nước tiểu mới vô trùng từ thận xuống. Bề mặt của niêm mạc bàng quang có phủ chất Glycoaminoglycans, IgA nên có thể diệt được số vi khuẩn còn sót lại sau mỗi lần đi tiểu.

- Nước tiểu có tính ưu trương và có tính axit nhẹ ($\text{pH} < 7$) và có chứa urê nên cũng có tính kháng khuẩn nhẹ.

Trong một số trường hợp đặc biệt ngoài những vi trùng gây bệnh thông thường như đã nêu ở trên còn có những trường hợp nhiễm nấm (Candida Albicans) hoặc Chlamydiae và mycoplasma, các

loại này có thể tồn tại trong những trường hợp viêm bàng quang mạn tính và bệnh nhân đã dùng nhiều loại kháng sinh, thông thường. Ngoài ra đối với các trường hợp mạn tính cần tìm BK trong nước tiểu để phát hiện bệnh lao niệu.





Hình 2.14: Nấm Candida Albican trong dịch âm đạo

2. Triệu chứng lâm sàng viêm bàng quang cấp

Trường hợp điển hình một bệnh nhân trẻ mới lấy chồng, hay một phụ nữ ở tuổi mãn kinh có quan hệ tình dục một hoặc hai ngày trước đó.

Bệnh xuất hiện một cách mau lẹ với các triệu chứng đái buốt dọc theo đường niệu đạo và khi đái gần hết, triệu chứng gắt buốt tăng thêm (đái buốt cuối dòng)

Ngoài ra, bệnh nhân có triệu chứng đái gấp, nghĩa là khi mắc tiểu phải đi đái ngay và có khi đi đái không kịp.

- Đái nhiều lần, mỗi lần ít nước tiểu hơn bình thường.

- Đái đêm nhiều. Đêm ngủ phải thức dậy đái từ 3 đến 4 lần hay nhiều hơn.

Nguyên nhân là vì niêm mạc bàng quang bị viêm nhiễm, dễ bị kích thích, sức dẫn nở của bàng quang để chứa đựng bị giảm sút

- Bệnh nhân có thể bị sốt nhẹ: 38°C

- Nước tiểu sẫm màu và trong nhiều trường hợp, có đái ra máu, nước tiểu màu hồng.

- Ngoài ra, có một số triệu chứng phụ như: đau tức vùng hạ vị, trên xương mu, đau lưng, mệt mỏi.

3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm nước tiểu là xét nghiệm đầu tiên phải làm, sẽ tìm thấy:

+ Bạch cầu: trên 10 BC trong một vi trường,

+ Hồng cầu 10-20 HC trong một vi trường.

- Cấy nước tiểu thấy trên 10^5 khuẩn lạc trên 1ml nước tiểu và cấy nước tiểu sẽ phát hiện được vi trùng gây bệnh. Cần làm kháng sinh đồ xét nghiệm nước tiểu và cấy nước tiểu. Làm kháng sinh đồ là đủ trong trường hợp viêm bàng quang cấp.

- Soi bàng quang là không cần thiết, bệnh nhân có nguy cơ tăng thêm nhiễm trùng.

4. Điều trị viêm bàng quang cấp: có thể chọn lựa một trong các công thức sau đây:

Sulfamethoxazol. Trimethoprim 800 mg, mỗi ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên trong 7-10 ngày.

Fluoroquinolone như Ciprobay (ciprofloxacin) viên 500, mỗi ngày 2 viên trong 7 ngày.

Nếu đồng thời bệnh nhân có kèm theo huyết trắng thì cần phối hợp với phụ khoa để điều trị huyết trắng.

Thông thường viêm bàng quang cấp sẽ khỏi sau khi dùng thuốc kháng sinh như trên, nhưng một số đáng kể các phụ nữ có thể bị tái phát bệnh và đa số các trường hợp bệnh nhân bị tái phát bởi vi trùng khác xâm nhập tiếp tục qua đường niệu đạo.

Đối với phụ nữ khi mang thai, các loại kháng sinh thuộc các nhóm aminoglycosides, tetracyclines, chloramphenicol và quinolone là các loại không nên dùng nhất là ở 2 tháng cuối của thai kỳ vì không tốt cho thai nhi. Các loại nitrofurantoin, penicillin và cephalosporine được coi như an toàn hơn.

5. Các thể lâm sàng:

a. Viêm bàng quang tái phát.

Thông thường khoảng 20% các phụ nữ viêm bàng quang sẽ bị tái phát lại trong 3 đến 12 tháng sau. Các triệu chứng lâm sàng cũng giống như

viêm bàng quang cấp, nhưng ít rầm rộ hơn. Triệu chứng đái buốt có thể nhẹ hơn, triệu chứng chủ yếu là đái nhiều lần, đái gấp: phải đi ngay và có lúc đi không kịp. Đái đêm nhiều: Từ 3-5 lần, bệnh nhân cảm thấy nặng ở vùng hạ vị khi mới đi tiểu. Nguyên nhân của các lần tái phát có thể liên quan đến sinh hoạt tình dục. Sau sinh hoạt tình dục 24h, bệnh nhân mới có dấu hiệu rối loạn đi tiểu, vì vi trùng sau khi xâm nhập qua đường niệu đạo còn phải có một thời gian nhất định để sinh sôi nảy nở.

Điều trị kháng sinh giống như trường hợp viêm bàng quang cấp. Lưu ý nếu bệnh nhân ở giai đoạn tiền mãn kinh, ngoài thuốc kháng sinh nên cho thêm viên promestriene (colpotrophine) viên âm đạo 10mg, đặt một ngày một viên, trong 10-20 ngày để phục hồi lại niêm mạc của âm đạo, giúp tăng sức đề kháng của âm đạo. Ngoài ra khuyên bệnh nhân sau khi sinh hoặc quan hệ tình dục mà cảm thấy hơi rất khó chịu thì nên làm ngay 2 việc:

- Đi đái ngay để đẩy các vi trùng mới xâm nhập trở ra ngoài.

- Uống một viên thuốc kháng sinh mà bệnh nhân đã dùng để điều trị những lần bị viêm bàng quang từ trước.

Những biện pháp hỗ trợ như trên tỏ ra khá hữu hiệu trong việc phòng ngừa viêm bàng quang tái phát.

b. Viêm bàng quang mạn.

Viêm bàng quang mạn là hậu quả của viêm bàng quang cấp điều trị không đến nơi đến chốn, hoặc viêm bàng quang tái phát nhiều lần. Việc điều trị sẽ khó khăn lâu dài.

Nguyên nhân có thể là:

- Nhiễm thứ phát do nhiễm trùng từ đường tiểu trên lan xuống như sỏi thận, viêm bể thận.

- Còn nước tiểu tồn tại trong bàng quang sau mỗi lần đi tiểu như trong trường hợp bàng quang hỗn loạn thần kinh, xơ hóa cổ bàng quang.

- Niêm mạc bàng quang đề kháng kém, như trường hợp tiền mãn kinh. Niêm mạc bàng quang nhất là vùng tam giác bàng quang, nhạy cảm với nội tiết tố đối với nữ giới.

- Ngoài ra, còn nhiều trường hợp viêm bàng quang mạn mà người ta không tìm được nguyên nhân. Trong các trường hợp này, cần lưu ý tìm các chủng vi trùng như chlamydia, Urea plasma, mycoplasma... và cuối cùng, cần tìm BK trong nước tiểu, vì đa số các trường hợp lao niệu được thể hiện bằng các triệu chứng đái gắt, đái buốt và điều trị bằng các loại thuốc kháng sinh thông thường không đem lại kết quả.

6. Lâm sàng:

Các bệnh nhân thường đến khám với các triệu chứng là:

- Đái nhiều lần, mỗi lần đi đái, nước tiểu trung bình, nhưng đặc biệt là đái gấp. Khi buồn đi tiểu, thì phải đi ngay. Điều này làm bệnh nhân khó chịu khi phải ngồi trong buổi họp hay phải đi xe đường dài.

- Đêm đái nhiều lần làm bệnh nhân mất ngủ. Đêm đái 3-4 lần.

- Đau tức ở hạ vị mỗi khi mót đi tiểu.

Xét nghiệm thấy chức năng thận bình thường, trong nước tiểu có một ít hồng cầu và bạch cầu, PH nước tiểu có thể trên 6,5.

Soi bàng quang thấy niêm mạc bàng quang hơi nhợt màu, nhưng tam giác bàng quang có phần nào xung huyết và đôi khi thấy có mảng sần trắng.

Xét nghiệm máu có thể phát hiện đường máu cao trong một số trường hợp.

Siêu âm có thể đo được nước tiểu tồn lưu (trên 40ml) hoặc phát hiện được sỏi đường tiết niệu trên, nguyên nhân duy trì nhiễm trùng tiểu.

Điều trị: gồm có

- Cho uống thuốc kháng sinh theo sự hướng dẫn của kháng sinh đồ, cần điều trị trong một thời gian đủ lâu, thông thường là 30 ngày hay nhiều hơn. Do đó cần cho loại kháng sinh ít độc cho thận và có nồng độ cao trong nước tiểu. Có thể dùng:

+ Cephalexin 500mg hai viên mỗi ngày trong 10 ngày.

+ Sulfamethoxazole_trimethoprim(Bactrim) mỗi ngày 2 viên trong 10 ngày.

+ Ciprofloxacin 500mg (Ciprobay) mỗi ngày 2 viên trong 10 ngày.

Cho các loại thuốc giảm sự kích thích của bàng quang.

+ Genurine mỗi ngày 3 viên trong 10 ngày.

+ Domitazol ngày 3-4 viên trong 10 ngày.

Nếu bệnh nhân có huyết trắng, cần kết hợp phụ khoa để điều trị

Nếu bệnh nhân hay có những đợt đại tiện phân nhão nên cho thêm:

Metronidazole 250mg mỗi ngày 2 viên trong 10 ngày.

Nếu bệnh nhân ở tuổi tiền mãn kinh hay đã mãn kinh, cho đặt âm đạo viên promestiene 10mg một viên, buổi tối trước khi đi ngủ, trong 20 ngày để phục hồi sức đề kháng của âm đạo (Colpotrophine).

Khuyến bệnh nhân uống nhiều nước vì có nhiều nước tiểu, bàng quang sẽ được rửa sạch tốt hơn. Có nhiều bệnh nhân thấy nhiều lần đi tiểu nên ngại uống nước.

Sau mỗi lần giao hợp nên đi đại ngay và uống một viên kháng sinh đã được dùng từ trước.

Nếu đang có mang hay cho con bú nên dùng các loại Nitrofurantoin, cephalosporin không nên dùng các loại quinolone, tetracycline, aminoglycozides và Sulfonamides.

B. Nhiễm trùng đường niệu dưới ở nam giới:

1. Viêm tiền liệt tuyến cấp do vi khuẩn:

Viêm tiền liệt tuyến cấp do vi khuẩn là một bệnh tương đối ít gặp: Theo thống kê của viện Nghiên cứu Sức khỏe của Hoa Kỳ (NIH=National Institutes of Health), tỷ lệ chẩn đoán được dưới 0,02% của những bệnh nhân viêm tiền liệt tuyến. Tuy nhiên, đây là một bệnh cấp tính dễ đưa đến hậu quả nghiêm trọng như bí đái cấp, áp xe tiền liệt tuyến...

- Nguyên nhân gây bệnh: bệnh được gây nên chủ yếu bởi các chủng vi trùng gram âm, chủ yếu là *Escherichia Coli* (87%). Trong một số đáng kể các trường hợp có thể có sự kết hợp của nhiều chủng loại vi trùng với tỷ lệ như sau: *E.Coli* (64%) *Enterococcus* (7%) *Pseudomonas* (6%) và các chủng gram(-) khác (12%). Ngoài ra, những chủng vi trùng lây truyền qua đường tình dục chiếm khoảng 2% (*Nesseiria Gonorrhea*, *chlamydiae trachomolis*).

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Triệu chứng toàn thân: thường nổi bật, đặt biệt trong ngày đầu, biểu hiện một tình trạng

nhiễm khuẩn nặng: sốt cao, rét run, mệt lả, đau lưng, không muốn ăn.

+ Bạch cầu trong máu tăng, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính.

+ Tốc độ máu lắng tăng cao.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đái gắt, rất đau, đau nhiều nhất là lúc đái gần hết.

+ Đái lắt nhắt: Đái nhiều lần, mỗi lần chỉ được một ít nước tiểu

+ Đái khó, tia nước tiểu yếu.

Trong một số trường hợp nặng, bệnh nhân có bí đái cấp tính. Thăm trực tràng sẽ thấy tiền liệt tuyến hơi to và rất đau.

- Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm và cấy nước tiểu: là xét nghiệm cơ bản cần phải làm đầu tiên, chỉ cần lấy nước tiểu giữa dòng để làm xét nghiệm (bỏ độ 10ml đầu tiên của dòng nước tiểu) là đủ. Theo Trung tâm Nghiên cứu Sức khỏe Hoa Kỳ (NIH), việc xoa tiền liệt tuyến để lấy dịch xuất tinh hay lấy nước tiểu sau khi xoa tiền liệt tuyến là không được khuyến cáo vì làm như thế rất đau cho bệnh nhân và có thể làm tăng thêm hiện tượng phù nề, có thể đưa thêm vi trùng vào máu hoặc gây ra bí đái gấp.

+ Xét nghiệm nước tiểu cho thấy trong nước tiểu có nhiều bạch cầu, hồng cầu.

+ Cần lấy nước tiểu để nuôi cấy vi trùng và đồng thời làm kháng sinh đồ,

+ Nếu bệnh nhân lớn tuổi nên làm siêu âm bụng, đo kích thước của tiền liệt tuyến và đo khối lượng nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu.

+ Siêu âm tiền liệt tuyến qua ngả trực tràng cũng ít khi cho thấy được tổn thương gì, đặc biệt ở tiền liệt tuyến. Siêu âm tiền liệt tuyến qua ngả trực tràng (TRUS) chỉ có ích để phát hiện có sự hình thành của áp xe tiền liệt tuyến.

+ Xét nghiệm PSA: viêm tiền liệt tuyến cấp sẽ làm tăng tỷ số PSA toàn phần, nhất là khi bệnh nhân đang sốt và sau điều trị hết viêm nhiễm, tỷ số PSA sẽ giảm trở lại sau đó.

Điều trị viêm tiền liệt tuyến cấp:

Cần tiến hành cho thuốc kháng sinh sớm. Trong những ngày đầu khi chưa có kết quả của kháng sinh đồ, có thể dùng thuốc kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng và có độ khuếch tán cao như loại Cephalosporine thế hệ thứ 3-4 hoặc Fluoroquinolone, kèm theo thuốc giảm đau và thuốc hạ sốt: Nếu bệnh nhân có bí tiểu cấp, có thể đã hình thành áp xe tiền liệt tuyến. Trong trường hợp này không nên đặt thông tiểu, vì làm như vậy rất đau cho bệnh nhân và sẽ có nguy cơ làm cho bệnh nặng thêm. Nên mở bàng quang ra da và làm siêu âm tiền liệt tuyến qua ngả trực tràng.

Nếu siêu âm phát hiện có ổ áp xe có thể hút mủ qua ngã trực tràng dưới sự hướng dẫn của siêu âm (TRUS). Trong trường hợp này TRUS có rất nhiều ưu điểm và theo NIH, CT hay MRI cũng không đem lại lợi ích gì nhiều hơn là TRUS.

Nếu trong trường hợp viêm tiền liệt tuyến cấp không có áp xe hóa, thì sau khi dùng kháng sinh mạnh trong 48 giờ bệnh nhân sẽ đỡ sốt và đỡ đau. Sau đó dùng thuốc kháng sinh theo sự hướng dẫn của kháng sinh đồ, thông thường là Fluoroquinolone có thể kết hợp với Doxycycline trong 20 ngày. Sau đó, theo nhiều tác giả nên tiếp tục dùng Fluoroquinolone trong 4 tuần để tránh bệnh tái phát lại và trở thành mạn tính.

Nếu bệnh nhân có triệu chứng đái khó, cần siêu âm kiểm tra nước tiểu tồn lưu. Nếu nước tiểu tồn lưu trên 50ml có thể cho thêm thuốc ức chế Alpha (Xatral 10mg) mỗi ngày 1 viên buổi tối. Sau khi điều trị 4 tuần bằng thuốc kháng sinh, cho làm siêu âm kiểm tra lại. Nếu bệnh nhân có bướu lành tiền liệt tuyến và RUV trên 80ml cần cắt đốt nội soi bướu lành tiền liệt tuyến. Chú ý không nên cắt đốt nội soi khi bệnh nhân đang có dấu hiệu viêm tiền liệt tuyến vì làm như vậy dễ gây nhiễm trùng sau cắt đốt và hậu phẫu sẽ phức tạp.

2. Viêm tiền liệt tuyến mạn do vi khuẩn.

Theo viện Nghiên cứu Sức khỏe Hoa Kỳ (Na-

tional institute of health-NIH) viêm tiền liệt tuyến được chia làm 3 loại:

- Loại I: viêm tiền liệt tuyến cấp do vi khuẩn (Acute bacterial prostatitis- NIH category I)

- Loại II: viêm tiền liệt tuyến mạn do vi khuẩn (Chronic bacterial prostatitis-NIH category II)

- Loại III: viêm mạn tiền liệt tuyến, đau mạn tính vùng chậu hông bé (Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (NIH - Category III).

Được gọi là viêm tiền liệt tuyến mạn do vi khuẩn khi bệnh nhân có các triệu chứng về tiền liệt tuyến và các triệu chứng này kéo dài ít nhất là trên 3 tháng và gây nên do cùng một chủng loại vi trùng.

Viêm tiền liệt tuyến mạn thông thường xảy ra sau đợt viêm tiền liệt tuyến cấp nhưng không được điều trị đầy đủ và đến nơi đến chốn, để bệnh tái phát nhiều lần. Điều kiện thuận lợi có thể là.

- Bệnh nhân có bươu lành tiền liệt tuyến và do đó có một số lượng nước tiểu tồn lưu nhất định, số lượng nước tiểu tồn lưu này làm cho nhiễm trùng không được giải quyết triệt để.

- Bệnh nhân bị hẹp niệu đạo sau

- Bệnh nhân bị thông tiểu nhiều lần hay phải đặt thông niệu đạo, để lưu trong nhiều ngày.

Về giải phẫu bệnh: trong chủ mô tiền liệt

tuyến có những thương tổn mới xen kẽ với những thương tổn cũ. Thương tổn mới có đặc điểm là phù nề, viêm tấy và có thể có nơi biến thành ổ mủ nhỏ và các ổ mủ này có thể vỡ vào niệu đạo tiền liệt tuyến.

Những thương tổn cũ sẽ là nhu mô xơ cứng và có những nơi vôi hóa. Các loại thương tổn này xen kẽ với nhau. Do đó khi thăm tiền liệt tuyến qua trực tràng, có thể sờ thấy tiền liệt tuyến có chỗ cứng, chỗ mềm làm khó phân biệt với ung thư tiền liệt tuyến.

Vì trùng gây bệnh: Thường giống như trường hợp viêm tiền liệt tuyến cấp nghĩa là colibacille là loại vi trùng chủ yếu. Ngoài ra còn có thể có các loại Proteus, Staphylocoques và cả gonocoques. Trong một số trường hợp còn có thể có các loại Chlamydiae và ureaplasma urealytium.

Triệu chứng lâm sàng:

a) Nổi bật là các triệu chứng về đi tiểu. Bệnh nhân đái gấp, đái buốt là chủ yếu.

- Đái nhiều lần: mỗi lần đái không nhiều nước tiểu

- Buồn đi tiểu phải đi đái ngay, có khi đi đái không kịp (đái gấp)

- Đái nhiều ban đêm: Đêm ngủ thức dậy đái trên 2 lần.

- Đái gắt cuối dòng, khi đái gần hết bệnh

nhân có cảm giác khó chịu, đau dọc theo đường niệu đạo ra đến lỗ sáo.

b) Xuất tinh ra máu trong 20% các trường hợp. Triệu chứng này làm cho thầy thuốc chú ý đến tiền liệt tuyến.

Thăm khám tiền liệt tuyến qua trực tràng rất quan trọng sẽ cho thấy tiền liệt tuyến hơi to và đau. Ngoài ra còn cho thấy bề mặt của tiền liệt tuyến không đều, có chỗ cứng, có chỗ mềm và đau. Nếu bệnh nhân trên 60 tuổi và tiền liệt tuyến đau ít, có thể phải chẩn đoán phân biệt với ung thư tiền liệt tuyến. Khi thăm tiền liệt tuyến qua trực tràng, nên để bệnh nhân ở tư thế đứng và khom người ra phía trước, tranh thủ xoa nhẹ tiền liệt tuyến trong một đến 2 phút sẽ thấy có một hay hai giọt dịch chảy ra ở niệu đạo. Lấy dịch ấy làm xét nghiệm tế bào, vi trùng, và làm kháng sinh đồ. Sau đó cho bệnh nhân đi đái và lấy nước tiểu làm xét nghiệm tế bào và vi trùng. Có thể tìm thấy trong nước tiểu bạch cầu, hồng cầu và vi trùng gây bệnh: ngoài E.Coli còn có một số vi trùng khác như: Trichomonas và chlamydiae, nấm candida. Hiện nay, người ta có thể phát hiện Chlamydia và candida bằng xét nghiệm máu, tìm IgG, IgM205

Siêu âm: Có thể thấy tiền liệt tuyến hơi lớn, mức độ phản âm có chỗ không đồng đều và có

nhiều điểm vô hóa.

Điều trị: đặc biệt, trong tiền liệt tuyến có chứa tinh dịch với nồng độ kiềm cao, nên cần cho thuốc kháng sinh có độ thẩm thấu cao vào mô của tiền liệt tuyến, nhất là mô sẹo gây nên do viêm mạn tính. Các loại thuốc thường dùng là loại Fluoroquinolone; trimethoprim-Sulfamethoxazole. Ngoài ra còn có các loại cyclin. Có tác dụng rất tốt đối với vi trùng chlamydie (Doxycyclin)

Thời gian dùng thuốc kháng sinh phải được kéo dài dùng 4 tuần: Sau 4 tuần, cần kiểm tra bệnh nhân. Nếu bệnh nhân vẫn còn các triệu chứng như đái nhiều, đau vùng hạ vị lan xuống tầng sinh môn và xuống bìu, cần phải tiếp tục điều trị kháng sinh kết hợp với thuốc chống viêm trong một đến hai tháng nữa và theo dõi. Ngoài ra có thể cho thêm các loại thuốc để cho bệnh đi tiểu dễ dàng hơn như Alfuzosin và serenoa Repens (Permixon).

3. Viêm tiền liệt tuyến mạn. Hội chứng đau mạn tính vùng chậu hông bé (Chronic Pevlic Pain Syndrom) (NIH -Calegory III)

- Nguyên nhân sinh bệnh: Viêm tiền liệt tuyến mạn còn được gọi là hội chứng đau mạn tính vùng chậu hông bé là một trường hợp rất thường gặp, nhưng được hiểu biết chưa đầy đủ. Nó được chia làm 2 thể:

+ Thể có viêm nhiễm (inflammatory form hay category III A)

+ Thể không viêm nhiễm (Non inflammatory form hay category III B)

- Dựa theo trong dịch của tiền liệt tuyến có bạch cầu hay không.

Thể có viêm nhiễm còn được gọi là viêm tiền liệt tuyến không do vi trùng (non bacterial prostatitis), và có hiện tượng tăng nồng độ prostatic immunoglobulin.

Thể không có viêm nhiễm còn được gọi là Prostatodynia và ở đây không có hiện tượng tăng nồng độ immunoglobulin (Shortliffe và Wehner, 1986) Tuy nhiên biểu hiện lâm sàng của hai thể này đều giống nhau.

Nguyên nhân sinh bệnh đã được nhiều nhóm tác giả nghiên cứu nhưng chưa có được kết luận thống nhất. Những nguyên nhân được nêu và có thể tóm tắt như sau:

- Nguyên nhân do chlamydiae vì nhiều tác giả đã tìm thấy có kháng nguyên của chlamydiae trong dịch của tiền liệt tuyến của bệnh nhân và kháng thể chống chlamydiae trong máu (Abaelati. Mac Guire. 1996 Weidner. 1998). Nhưng nhóm tác giả khác lại phủ nhận điều ấy (Shortliffe. 1992) Doble và cs 1989)

- Một nguyên nhân khác được nêu lên là sự

trào ngược của nước tiểu vào bên trong của các ống bài tiết của tiền liệt tuyến và sự trào ngược này gây ra hiện tượng viêm nhiễm mạn trong nhu mô tiền liệt tuyến. Ứng hộ quan điểm này nhiều tác giả như Barbalias, Nikifoudis và Liatsikos (1998), nhận xét thấy có hiện tượng tăng trương lực của cơ thắt trơn và giảm niệu dòng đồ ở bệnh nhân và điều này có thể làm cho nước tiểu trào ngược vào trong chủ mô của tiền liệt tuyến.

Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng ở thể có viêm nhiễm và không có viêm nhiễm đều giống nhau .

- Đau là triệu chứng nổi bật nhất. Bệnh nhân cảm thấy đau dọc theo đường niệu đạo ra tới quy đầu. Đau lan xuống tầng sinh môn phía trước hậu môn. Đau ở vùng bẹn một hoặc hai bên và đau lan xuống bìu và tinh hoàn.

- Rối loạn đi tiểu bệnh nhân có dấu hiệu đái nhiều lần đái gấp, đái đêm nhiều, 2-4 lần và kéo dài nhiều tuần hay nhiều tháng.

- Thăm khám tiền liệt tuyến qua trực tràng thấy tiền liệt tuyến hơi to và có đau nhẹ, điểm đau không rõ ràng. Trương lực của cơ thắt hậu môn cao hơn bình thường.

- Xét nghiệm dịch xuất tiết sau khi xoa tiền liệt tuyến thấy có nhiều bạch cầu; 4-5 lần nhiều hơn người bình thường.

- Tuy nhiên trong trường hợp viêm tiền liệt tuyến mà không do viêm nhiễm, không có hiện tượng tăng số lượng bạch cầu trong dịch của tiền liệt tuyến, siêu âm tiền liệt tuyến qua ngã trực tràng cũng sẽ không thấy có dấu hiệu gì đặc biệt.

Điều trị:

Điều trị có khi mang lại kết quả một phần nào và cũng có khi không có kết quả

Các phương pháp điều trị gồm có:

- Cho thuốc kháng sinh thường là Fluoroquinolone, nếu nghi ngờ có nhiễm chlamydiae có thể cho thêm Tetracycline hoặc Doxycycline. Thời gian điều trị có thể 4-6 tuần.

- Cho thuốc ức chế alpha như Alfuzosin 10mg buổi tối để giảm trương lực của cơ thắt trơn và qua đó giảm hiện tượng trào ngược nước tiểu vào trong chủ mô tiền liệt tuyến .

- Cho Allopurinol viên 300mg 1 viên mỗi ngày để giảm sự kích thích của nước tiểu đối với chủ mô của tiền liệt tuyến, khi có trào ngược nước tiểu Allopurinol, một chất làm ức chế men xanthine oxydase sẽ làm giảm chất urate trong dịch của tuyến tiền liệt và nhờ đó bệnh nhân có cảm giác dễ chịu hơn.

- Thuốc kháng viêm không steroid AINS cũng có tác dụng tốt và có thể sử dụng kết hợp với thuốc kháng sinh.

C. Viêm mào tinh hoàn

Viêm mào tinh hoàn thường là một bệnh thứ phát sau khi bệnh nhân bị viêm tiền liệt tuyến. Vi trùng từ tiền liệt tuyến sẽ đi qua mào tinh hoàn ngược chiều theo ống dẫn tinh và điểm đến đầu tiên là đuôi của mào tinh hoàn. Bệnh thường hay gặp ở người nam giới trẻ, dưới 35 tuổi.

Những trường hợp viêm mào tinh hoàn xảy ra sau quan hệ tình dục, thông thường là những trường hợp gây nên do các vi trùng Gonocoque hay Chlamydia trachomatis và thuộc về lĩnh vực của chuyên khoa da liễu. Trong phần này chúng tôi chỉ đề cập đến viêm mào tinh hoàn do vi khuẩn thông thường.

1. Giải phẫu bệnh lý:

Hiện tượng viêm nhiễm khởi đầu từ ống dẫn tinh làm cho thừng tinh trở nên dày và đau, sau đó lan đến đuôi của mào tinh hoàn (ở phần cực dưới của tinh hoàn). Đuôi của mào tinh hoàn sưng to có thể kèm theo các ổ áp xe li ti bên trong. Có hiện tượng phản ứng của tinh mạc. Tinh mạc tiết ra một chất dịch đục. Tinh hoàn bị phù nề nhưng ít khi bị viêm nhiễm nặng.

Hiện nay nhờ có các thuốc kháng sinh tốt nên viêm mào tinh hoàn có thể chữa được hoàn toàn. Tuy nhiên, có thể để lại các sẹo xơ, chủ yếu ở phần đuôi mào tinh hoàn làm tắc đường dẫn tinh, gây ra vô sinh, nếu bệnh nhân bị viêm cả

hai mào tinh.

2. Lâm sàng

Bệnh khởi đầu bằng cơn sốt cao 39-40⁰ bệnh nhân cảm thấy đau tức ở thượng tinh và bìu, khám thấy một bên bìu sưng to. Da bìu có thể căng do phù nề, kèm theo bệnh nhân có thể có các triệu chứng đái gắt, đái buốt, do tiền liệt tuyến cũng bị viêm nhiễm.

- Sờ nắn sẽ gây cảm giác rất đau

- Ranh giới giữa mào tinh hoàn và tinh hoàn rất khó phân biệt.

- Thường tinh dày do phù nề, và có thể có dịch ở màng tinh do phản ứng làm cho việc thăm khám khó có thể chính xác khi muốn phân biệt đường rãnh giữa mào tinh hoàn và tinh hoàn.

- Thăm trực tràng thấy tuyến tiền liệt hơi to và đau, như trong viêm tiền liệt tuyến mạn tính.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu rất quan trọng, có thể thấy trong nước tiểu có nhiều bạch cầu và nuôi cấy có thể tìm được vi trùng gây bệnh.

- Cho hút chất dịch ở màng tinh hoàn nếu thấy có tràng dịch màng tinh hoàn, có thể thấy trong chất dịch có nhiều bạch cầu.

- Siêu âm tinh hoàn sẽ thấy nhiều thương tổn xảy ra chủ yếu ở mào tinh, còn tinh hoàn hơi to nhưng không có ổ viêm nhiễm hay áp xe bên

trong. Siêu âm còn giúp loại trừ trường hợp xoắn tinh hoàn.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm mào tinh hoàn do lao

Viêm mào tinh hoàn do lao thường không có triệu chứng lâm sàng, không đau, không sốt, khác hẳn với viêm mào tinh cấp. Tuy nhiên trong viêm mào tinh mạn có thể khó chẩn đoán phân biệt. Có hai đặc điểm đáng lưu ý là:

+ Trong viêm mào tinh hoàn do lao, khối nhân cứng thường ở phần đầu của mào tinh còn trong viêm mào tinh hoàn do vi khuẩn, nhân cứng ở phần đuôi của mào tinh

+ Lao mào tinh hoàn là một dấu hiệu của bệnh lao niệu sinh dục: thử nước tiểu có thể tìm thấy BK, hoặc trong nước tiểu có nhiều bạch cầu và không tìm thấy vi trùng gây bệnh, pH nước tiểu vẫn bình thường.

- Xoắn tinh hoàn: cần phải đặc biệt lưu ý vì các triệu chứng của xoắn tinh hoàn rất giống với viêm mào tinh hoàn cấp. Có một số đặc điểm như sau.

+ Xoắn tinh hoàn rất hay gặp ở trẻ em và ngược lại ở trẻ em ít khi viêm mào tinh cấp.

+ Khám bìu sẽ thấy dưới da bìu nổi lên một khối co rút về phía lỗ bẹn vì khi bị xoắn thừng tinh sẽ bị ngăn lại

+ Thường tình rất đau.

+ Nâng bìu lên phía xương mu, dấu hiệu đau sẽ giảm trong viêm mào tinh hoàn nhưng sẽ tăng trong xoắn tinh hoàn.

+ Thử phản xạ da bìu. Trong viêm mào tinh hoàn phản xạ vẫn còn nhưng trong xoắn tinh hoàn phản xạ sẽ mất, đây là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán phân biệt.

+ Siêu âm doppler sẽ thấy mạch máu đến tinh hoàn sẽ bị tắc nghẽn ở chỗ thường tình bị xoắn.

- Ung thư tinh hoàn: là một khối u chắc không đau nằm trong tinh hoàn và có thể phân biệt được với mào tinh hoàn bình thường. Đôi khi có hiện tượng xuất huyết trong khối u làm cho khối u to nhanh và đau và bệnh nhân không biết rằng mình có khối u tinh hoàn từ trước. Trong trường hợp này siêu âm sẽ thấy khối u nằm trong tinh hoàn và mào tinh hoàn bình thường.

1. Điều trị: Như viêm tinh hoàn thông thường, nhưng nguyên nhân không do lậu. Có thể được điều trị như sau:

- Cho thuốc kháng sinh như trong trường hợp viêm tiền liệt tuyến cấp: Fluoroquinolone, Doxycycline, Sulfamethoxazole - Trimethoprim.

- Nằm nghỉ trên giường.

- Dùng băng keo cố định tinh hoàn ở tư thế cao.

Dùng thuốc kháng viêm thông thường (AINS, steroide) với mục đích để tránh hẹp các ống dẫn tinh (Prednisone 5mg mỗi ngày 6 viên trong 20 ngày).

Nếu chẩn đoán và điều trị đúng quy cách, các triệu chứng lâm sàng sẽ giảm trong 2 tuần, còn khối căng phồng ở mào tinh hoàn sẽ nhỏ lại lâu hơn, sau nhiều tuần lễ.

Nếu điều trị không đúng quy cách sẽ để lại biến chứng xơ hẹp đường ống dẫn tinh, dẫn đến bệnh vô sinh ở nam giới.

VIÊM TINH HOÀN

Viêm tinh hoàn được chia ra làm hai loại:

- Viêm tinh hoàn không đặc hiệu
- Viêm tinh hoàn đặc hiệu

A. Viêm tinh hoàn không đặc hiệu

1. Nguyên nhân gây bệnh:

Viêm tinh hoàn loại này là hậu quả của nhiễm trùng xuất phát từ đường niệu đạo như cát bấu lành tiền liệt tuyến mà không có buộc hai ống dẫn tinh, thăm khám bằng dụng cụ đường niệu đạo như nong niệu đạo bằng thông sắt, đặt thông để lưu trong niệu đạo. Chúng loại vi trùng tìm được đều là những chủng loại thường gặp trong nhiễm trùng đường niệu dưới.

2. Giải phẫu bệnh lý:

Tinh hoàn căng sưng to với các chấm xuất huyết ở mặt ngoài tinh hoàn. Có thể tìm thấy rất nhiều ổ hoại tử kèm theo hiện tượng phù nề nặng và thâm nhập của bạch cầu đa nhân vào các mô kẽ, các ống dẫn tinh có hiện tượng thiếu máu. Dấu hiệu viêm nhiễm như trên dần dần lan tỏa tới toàn bộ tinh hoàn, dẫn tới áp xe tinh hoàn.

3. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán:

Các triệu chứng thường xảy ra một cách rầm rộ.

- Bệnh nhân sốt cao, rét run, buồn nôn.
- Đau ở tinh hoàn, lan ra tới vùng ống bẹn.
- Da bìu đỏ, phù nề.
- Tinh hoàn căng, rất đau. Đôi khi sờ nắn thấy có cảm giác lùng nhùng
- Có khi có tràn dịch màng tinh hoàn
- Siêu âm sẽ cho thấy các ổ áp xe trong tinh hoàn. Siêu âm ở đây rất cần thiết để chẩn đoán phân biệt với xoắn tinh hoàn, một trường hợp cấp cứu cần phải mổ gấp

4. Điều trị:

Trong giai đoạn đầu chưa áp xe hoá điều trị chủ yếu là bằng thuốc kháng sinh như trong trường hợp viêm mào tinh hoàn. Thực ra, rất khó chẩn đoán phân biệt với viêm mào tinh hoàn cấp. Khi đã hình thành áp xe tinh hoàn cần rạch rộng chỗ áp xe để tháo sạch mủ và các tổ chức hoại tử của nhu mô tinh hoàn

B. Viêm tinh hoàn đặc hiệu (Viêm tinh hoàn hậu quai bị)

1. Nguyên nhân sinh bệnh:

Là hậu quả của viêm tuyến mang tai do virus (còn gọi là quai bị) nên có thể gọi là viêm tinh hoàn hậu quai bị. (Orchite ourlienne). Bệnh này ít gặp ở trẻ con trước tuổi dậy thì, và thường gặp ở người trẻ tuổi và đã trưởng thành. Ở nhóm tuổi

này bệnh viêm tuyến mang tai do siêu vi gây biến chứng viêm tinh hoàn ở một tỉ lệ khá cao (từ 20% đến 35%) trong đó 10% bị cả hai bên. Viêm tinh hoàn hậu quai bị thường xảy ra 4 ngày sau viêm tuyến mang tai do quai bị

Ngoài trường hợp viêm tinh hoàn hậu quai bị, các trường hợp viêm tinh hoàn khác có thể gặp là:

- Viêm tinh hoàn do giang mai
- Viêm tinh hoàn hạt

Các trường hợp nặng rất hiếm gặp

2. Giải phẫu bệnh lý:

Về đại thể, tinh hoàn to nhiều và có màu xanh nhợt. Nếu cắt, sẽ thấy có phản ứng phù nề trong mô tinh hoàn. Trong thời kỳ liên sẹo, tinh hoàn sẽ teo nhỏ.

3. Lâm sàng:

Bệnh khởi đầu một cách đột ngột, 3 đến 4 ngày sau khi xuất hiện quai bị: tinh hoàn đau, bìu sưng đỏ, phù nề, bệnh nhân sốt cao 39° - 40° . Khám bìu, bệnh nhân rất đau có khi có tràng dịch màng tinh hoàn kèm theo.

4. Xét nghiệm:

Xét nghiệm nước tiểu cho kết quả âm tính, khác hẳn với trường hợp viêm mào tinh hoàn

5. Biến chứng:

Nguy hiểm để lại của bệnh là teo tinh hoàn và rối loạn về sản xuất tinh trùng đưa đến vô sinh nam. Nếu viêm cả hai tinh hoàn, bệnh nhân sẽ có rối loạn về hoạt động tình dục.

6. Điều trị:

Hầu như không có phương pháp điều trị đặc hiệu nào với bệnh này. Có thể cho dùng cortisone: trong 10 ngày, nhưng thuốc có tác dụng giảm đau, quá trình diễn biến của bệnh hầu như không thể làm giảm bớt được.

HOẠI TỬ CƠ QUAN SINH DỤC

(Bệnh Fournier)

A. Đại cương:

Năm 1883, Jean Alfred Fournier đã mô tả bệnh này với tiêu đề là “hoại tử sét đánh vùng dương vật” trên 6 trường hợp hoại tử cơ quan sinh dục nam mà nguyên nhân không thể giải thích được. Tác giả đã ghi lại 3 đặc điểm:

- Khởi đầu đột ngột và rầm rộ, ở một người có sức khoẻ hoàn toàn bình thường

- Tiến triển hoại tử nhanh như là sét đánh

- Hoàn toàn không có nguyên nhân rõ ràng có thể nói đây là trường hợp hoại tử sinh hơi bắt đầu từ bìu, lan đến da dương vật và da vùng tầng sinh môn. Tiên lượng rất xấu và phụ thuộc vào việc được chẩn đoán sớm và điều trị thật tích cực.

1. Nguyên nhân sinh bệnh:

Đây là trường hợp nhiễm trùng lan rộng tế bào dưới da vùng tầng sinh môn bởi các vi trùng có độc tính cao

Vi trùng yếm khí như: *Streptococcus*
Claustidia Perfringens

Vi trùng ái khí như: *E. Coli*, *Enterobacter*
Proteus.

Do sự nhiễm khuẩn của cả 2 chủng loại hiếu

khí và yếm khí, nên độc tính của vi trùng tăng lên nhiều lần. Sự chuyển hóa của vi trùng yếm khí sản sinh ra khí hydro và nitơ tạo ra những tiếng lạo xạo dưới da, đây là trường hợp hoại thư sinh hơi rất độc. Đặc biệt các chủng loại vi trùng *Perfringens* có sản sinh ra Alpha toxine, rất độc cho cơ thể. Việc tăng sản các vi khuẩn tạo ra các huyết khối làm tắt các mạch máu dưới da đưa đến hoại tử các tổ chức. Đường vào của vi khuẩn có thể là rất nhỏ, có thể từ một vết trầy xước do gãi, hay một vết cắn của côn trùng. Viêm nhiễm sẽ lan theo các lớp cân nông và lan khắp tầng sinh môn lên tới tận bẹn.

2. Lâm sàng và điều trị:

- Giai đoạn đầu: bệnh bắt đầu bằng dấu hiệu phù nề và viêm đỏ vùng bìu và da dương vật bệnh nhân không cảm thấy đau đớn đáng kể. Sau đó dấu hiệu nhiễm trùng xuất hiện một cách nhanh chóng: sốt cao, rét run, mạch nhanh huyết áp hạ. Giai đoạn này kéo dài trong vòng hai ngày

- Giai đoạn hoại tử: ở giai đoạn này thể trạng bệnh nhân suy sụp hẳn: sốt cao, mệt lả, buồn nôn, không ăn uống được. Ở vùng bìu và da dương vật, xuất hiện những đám da hoại tử, bên dưới các đám, hoại tử, có nhiều tổ chức hoại tử, và có mùi rất hôi. Cắt lọc các tổ chức hoại tử, kèm theo có mủ loãng và rất hôi. Mủ loãng sẽ ăn luôn dưới da, rộng hơn các điểm hoại tử rất nhiều. Cần mở

rộng thêm các vết rạch dưới da để tháo lưu mủ và lúc đó sẽ thấy hai tinh hoàn bị bộc lộ ra ngoài nhưng không bị hoại tử. Cần cho nhỏ giọt liên tục các tổ chức hoại tử bằng thuốc tím 1/1000 hoặc bằng dung dịch Dakin và hồi sức tích cực, đồng thời cho dùng thuốc kháng sinh liều cao và phổ rộng chống vi khuẩn ái khí và yếm khí như Metronidazol, Ampicilline hoặc Cephalosporine, tử vong thường xảy ra ở giai đoạn này

- Giai đoạn phục hồi: nếu bệnh nhân qua được giai đoạn cấp tính các tổ chức hoại tử sẽ rụng hết và các tổ chức hạt sẽ mọc lên, tạo một nền tốt để ghép da.

NHIỄM TRÙNG NIỆU ĐẶC HIỆU

(Lao niệu sinh dục)

Là một trường hợp lao ngoài phổi thường gặp nhất: Lao niệu thường xuất hiện muộn sau lao sơ nhiễm đầu tiên và kèm theo với lao sinh dục ở nam giới. Thường gặp ở tuổi trung niên, 30-45 tuổi, nhưng cũng có thể gặp ở trẻ con và người già.

Vi trùng lao xâm nhập vào thận qua đường máu, do đó cả hai thận có thể bị nhiễm lao, nhưng thông thường các thương tổn lao thể hiện rõ rệt ở một thận.



Hình 2.15: Trùng khuẩn lao Mycobacterium Tuberculosis

A. Giải phẫu bệnh:

Thương tổn ban đầu là những “củ lao” nằm trong chủ mô thận. Các củ lao phát triển lớn, và gắn với nhau, sau đó trở thành bã đậu hóa để tạo thành một hang lao. Ban đầu, hang lao chưa thông với đài thận nên chưa có thể hiện qua lâm sàng. Đó là hang lao kín. Khi hang lao phát triển lớn, sẽ vỡ vào một đài thận: lúc bấy giờ vi trùng lao xuất hiện trong nước tiểu, và bệnh sẽ thể hiện ra các dấu hiệu lâm sàng (hang lao mở). Vi trùng lao sẽ đi theo dòng nước tiểu và ngược dòng của đường dẫn tinh, và sẽ gây ra các thương tổn lao trên đường đi của nó: ở đài thận, bể thận niệu quản, bàng quang, tiền liệt tuyến, túi tinh, mào tinh hoàn. Ít khi thương tổn lao lan đến tinh hoàn.

- Vi trùng lao sẽ phá huỷ các tổ chức, gây ra những hang lao ở chủ mô thận, viêm loét niêm mạc của đường tiết niệu.

- Song song với quá trình phá huỷ của vi trùng lao, cơ thể sẽ phản ứng tự vệ bằng cách hình thành những tổ chức xơ ở chung quanh để khu trú và hạn chế quá trình phát triển của tổn thương lao. Các tổ chức xơ sẽ co rút lại thu hẹp các tổn thương, nhưng nếu xảy ra ở phần rộng như đài bể thận, niệu quản và bàng quang, thì nó sẽ gây ra hiện tượng bí hẹp. Sau khi điều trị bằng thuốc kháng lao, hiện tượng bí hẹp ở các phần trên vẫn còn tồn tại, và đó là di chứng cần

phải được giải quyết bằng phẫu thuật tạo hình sau này.

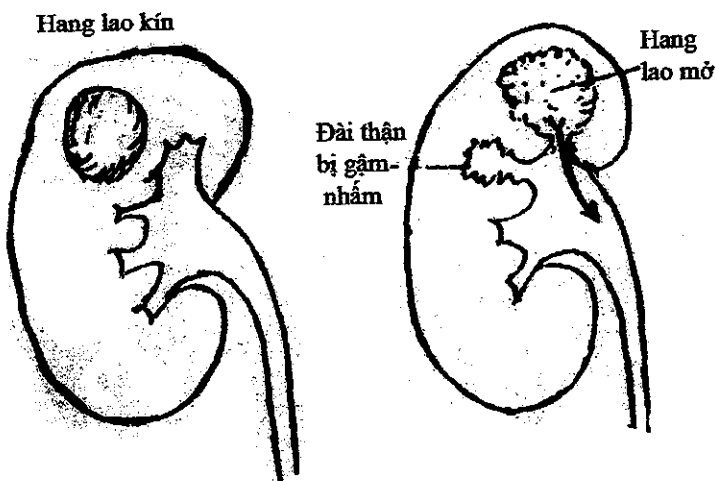
Tóm lại: Vì trùng lao khoét các tổ chức đặc, và làm hẹp các tổ chức rỗng.

Các di chứng hẹp sẽ gây ra các biến chứng là:

- Hẹp bể thận, niệu quản, gây ra thận chướng nước hoặc chướng mủ.

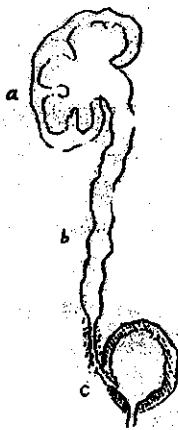
- Hẹp bàng quang gây ra hội chứng bàng quang nhỏ.

- Hẹp ống dẫn tinh đưa đến vô sinh.





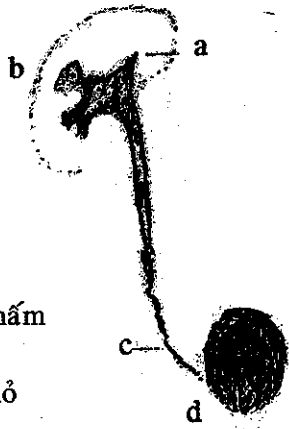
Hẹp cổ đài thận lớn



a. Thận chương mũ

b. Niệu quản dẫn

c. Bàng quang teo nhỏ



a. Đài thận bị cắt đứt

b. Đài thận bị gập nhăm

c. Hẹp niệu quản

d. Bàng quang teo nhỏ

Hình 2.16: Hình ảnh các thương tổn ở thận gây nên bởi trực khuẩn lao.

B. Lâm sàng:

1. Ở giai đoạn đầu: khi hang lao còn kín thì chưa có triệu chứng lâm sàng về tiết niệu. Bệnh nhân có thể có các dấu hiệu toàn thân của lao như:

- Sốt nhẹ về chiều
- Kém ăn
- Sút cân

2. Ở giai đoạn lâm sàng: dấu hiệu nổi nhất là dấu hiệu của bàng quang (hang lao đã vỡ vào đài thận) bệnh nhân đái buốt, đái gắt, đái nhiều lần, như trong trường hợp viêm bàng quang, nhưng điều trị bằng thuốc kháng sinh thông thường, bệnh không thuyên giảm. Dấu hiệu ở bàng quang có thể là dấu hiệu duy nhất mà bệnh nhân cảm nhận được khi bệnh mới khởi phát.

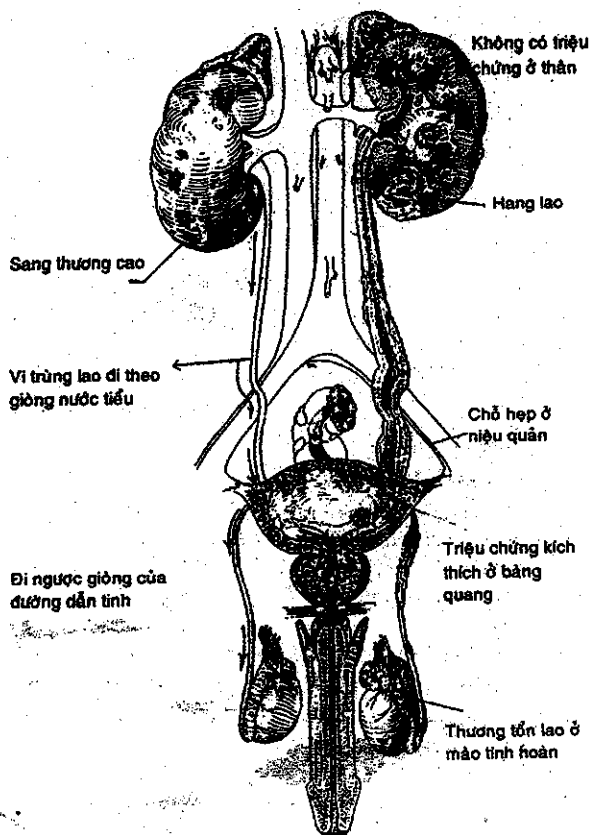
Các dấu hiệu ở thận thường rất lu mờ: bệnh nhân có thể thấy ê ẩm ở vùng thắt lưng, nhưng không có gì đặc hiệu. Chỉ trong trường hợp thận ứ mủ, thì mới có thể sờ thấy thận to.

Tóm lại: Trong lao niệu, bàng quang kêu to các thương tổn của nó, trong khi đó, thì thận chết một cách âm thầm.

3. Đối với nam giới:

Khám tinh hoàn, có thể sờ thấy được nhân cứng ở mào tinh hoàn, không đau, và chủ mô của tinh hoàn bình thường. Khối nhân cứng thương

xuất hiện ở phần đầu của mào tinh. Thăm tiền liệt tuyến qua trực tràng có thể thấy được nhân cứng ở một thùy bên của tiền liệt tuyến và cho tay vào sâu, ở góc trên tiền liệt tuyến, có thể sờ thấy túi tinh bị xơ cứng.



Hình 2.17: Hình ảnh mô tả hướng lan truyền bệnh của vi trùng lao

C. Cận lâm sàng:

1. Các dấu hiệu của lao nói chung: như

- Tốc độ máu lắng tăng cao (VS).
- Thử phản ứng lao tố dương tính IDR (+), PCR lao (+).

2. Các dấu hiệu của lao niệu:

Dấu hiệu đặc trưng là tìm thấy vi trùng lao trong nước tiểu. Vi trùng lao thường khó tìm vì xuất hiện không thường xuyên trong nước tiểu, và số lượng vi trùng thường cũng rất ít. Do đó phải thử trong 3 ngày liên tiếp: Cho bệnh nhân nhịn uống trong đêm, và lấy nước tiểu buổi sáng khi bệnh nhân mới đi tiểu để ly tâm và nhuộm Ziehl-Nielsen để tìm vi trùng lao. Nếu không tìm thấy, có thể cấy nước tiểu trên môi trường Lowenstein. Nuôi cấy như vậy phải mất một tháng

Có thể tiêm nước tiểu vào cho chuột lang-Sau 6 đến 8 tuần, mổ chuột để tìm hạch lao trong mạc treo của ruột non.

Với các phương pháp này, có thể phát hiện vi trùng lao trong 70% các trường hợp

Có vi trùng lao trong nước tiểu là một dấu hiệu chắc chắn của lao niệu, tuy nhiên nó không định vị được thương tổn lao ở đâu (thận phải hay trái) và đòi hỏi nhiều công phu và thời gian, đòi hỏi mà không phải ở nơi nào cũng có được. Vì vậy, có một số dấu hiệu gián tiếp, mà nếu kết

hợp lại cũng rất có giá trị trong chẩn đoán

3. Các dấu hiệu gián tiếp của lao niệu:

- Dấu hiệu viêm bàng quang mạn (đái gắt, buốt) mà điều trị bằng thuốc kháng sinh thông thường không khỏi

- Trong nước tiểu có nhiều bạch cầu, nhưng không tìm thấy vi trùng bằng phương pháp nhuộm thông thường

- PH nước tiểu vẫn bình thường khoảng 6, nhưng tỷ trọng nước tiểu giảm còn khoảng 1.015 vì thận lao có đặc nước tiểu kém.

- Soi bàng quang thấy có những vết loét do lao (đáy vết loét trắng, bờ nhám nhô) ở cạnh một lỗ niệu quản và ở đỉnh bàng quang.

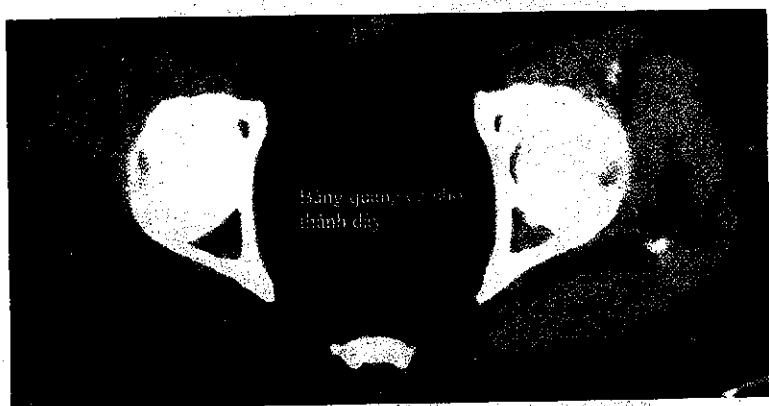
- Chụp X. quang: UIV (niệu ký nội tĩnh mạch) sẽ cho thấy các thương tổn đặc hiệu của lao niệu. Lưu ý phải tiêm thuốc cản quang đủ liều thì hình ảnh chụp mới rõ để có thể chẩn đoán được, tức là phải tiêm từ 1ml đến 1.5ml cho 1kg cân nặng của bệnh nhân, và phải chụp film có ép niệu quản. Có thể nhìn thấy hình ảnh. (hình 2.16)

a. Các đài thận như bị gập nhăm, do viêm loét gây nên

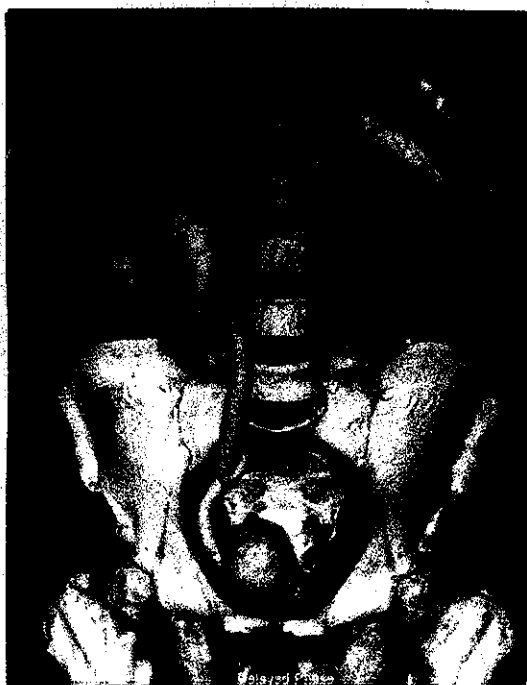
b. Hình ảnh hẹp ở đài thận lớn, và giãn nở các đài thận bị phía trên chỗ hẹp

c. Nếu đài thận bị bít hẹp hoàn toàn, có thể thấy đài thận bị cắt cụt

- d. Bể thận bị hẹp
- e. Niệu quản bị gập nhăm, có chỗ to chỗ bé
- f. Bàng quang teo nhỏ, hình tròn



Hình 2.18: Di chứng lao niệu: bàng quang thành dây, dung tích nhỏ



Hình 2.19: Di chứng lao niệu: bàng quang co nhỏ, hẹp niệu quản nhiều đoạn, ngược dòng gây thận ứ nước.

D. Tiến triển:

Nếu không được điều trị, các thương tổn lao sẽ nặng thêm, chủ mô thận bị phá hủy dần cho đến hết và cuối cùng chỉ còn lại một túi chứa đựng các tổ chức bã đậu và vôi hoá (thận mastic). Các thương tổn lao có thể xâm lấn vào các tổ chức lân cận như vỏ mỡ quanh thận, đại tràng, thành bụng sau. Thành niệu quản trở nên xơ dày làm cho niệu quản tri bí hẹp, nhất là ở 1/3 dưới, gây

ra thận chướng nước và chướng mủ. Thành bàng quang sẽ xơ dầy làm cho bàng quang teo nhỏ lại, mất chức năng chứa đựng nước tiểu

E. Điều trị:

Khi đã có chẩn đoán xác định là lao niệu, bao giờ cũng phải bắt đầu điều trị bằng các thuốc kháng lao. Trong 3 tháng đầu, dùng liều tấn công với 3 loại thuốc kháng lao.

- Rifam picin 400 – 600 mg.
- INH 300 mg
- Ethambutol 800mg.

Một số tác giả dùng Pyrazinamide thay cho Ethambutol, nhưng nên nhớ Pyrazinamide độc cho gan.

Sau khi dùng thuốc từ 1 đến 2 tháng, có thể hết BK trong nước tiểu nhưng trong quá trình lành, các thương tổn lao có thể để lại các thương tổn xơ hẹp. Do đó sau khi điều trị 2 tháng, phải làm UIV kiểm tra. Nếu thấy có hiện tượng hẹp, nhất là hẹp 1/2 dưới của niệu quản, phải cho thêm corticoide trong 2 tháng, đồng thời đặt thông vào niệu quản để làm nòng trong 2 đến 3 tuần.

Nếu thương tổn lao được giải quyết bằng phẫu thuật như cắt bỏ thận, làm phẫu thuật tạo hình đường tiết niệu, nên phẫu thuật sau khi đã điều trị, hết liều tấn công.

- Ba tháng kế tiếp: cho liều duy trì gồm hai

loại thuốc kháng lao là INH và Ethambutol, liều lượng cũng như trên.

- Ba tháng cuối: chỉ cần cho một loại thuốc là INH. Bệnh lao niệu rất dễ tái phát sau khi điều trị. Nguyên nhân là còn sót lại những hang lao kín trong chủ mô thận. Do đó sau 6 tháng điều trị phải làm UIV kiểm tra, hoặc làm siêu âm. Nếu còn sót các hang lao, cần phải mổ dẫn lưu. Nếu phát hiện hẹp ở niệu quản (sau khi đã đặt thông nòng) hoặc bàng quang bị teo nhỏ quá mức, phải làm phẫu thuật tạo hình.

- Có thể dùng hồi tràng hoặc manh tràng để mở rộng dung tích bàng quang.

Mục lục

Lời nói đầu.....	5
CHƯƠNG I:	
CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU	7
- Chấn thương và vết thương thận	9
I. Đặc điểm về giải phẫu của thận	10
II. Chấn thương thận kín.....	13
III. Điều trị.....	34
IV. Vết thương thận	41
+ Câu hỏi kiểm tra	49
+ Câu hỏi trắc nghiệm	50
+ Đáp án.....	58
- Vỡ bàng quang	60
I. Đặc điểm về giải phẫu	61
II. Nguyên nhân sinh bệnh	66
III. Giải phẫu bệnh	68
IV. Lâm sàng	71
V. Điều trị.....	78

+ Câu hỏi kiểm tra	82
+ Câu hỏi trắc nghiệm	83
- Vỡ niệu đạo	89
I. Đặc điểm về giải phẫu của niệu đạo	90
II. Vỡ niệu đạo trước	93
III. Vỡ niệu đạo sau	103
IV. Điều trị vỡ niệu đạo sau	120
+ Câu hỏi kiểm tra	129
+ Câu hỏi trắc nghiệm	130
THƯƠNG TỔN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU GÂY NÊN DO THỦ THUẬT SẢN PHỤ KHOA	137
I. Thương tổn ở niệu quản	137
1. Lâm sàng	142
2. Điều trị	146
II. Thương tổn ở bàng quang	153
CHƯƠNG II	
NHIỄM TRÙNG NIỆU	159
A. NHIỄM TRÙNG NIỆU KHÔNG ĐẶC HIỆU	161
+ Nhiễm trùng đường niệu trên	172
+ Viêm thận bể thận cấp tính	172
+ Apxe thận và viêm tấy quanh thận	181
- Nhiễm trùng đường niệu dưới	188
1. Viêm bàng quang ở phụ nữ	188
2. Triệu chứng lâm sàng viêm bàng quang cấp	191

- Nhiễm trùng đường niệu dưới ở nam giới..	198
1. Viêm tiền liệt cấp do vi khuẩn	198
2. Viêm tiền liệt tuyến mạn do vi khuẩn ..	201
3. Viêm tiền liệt tuyến mạn. Hội chứng đau mạn tính vùng chậu hông bẻ	205
VIÊM TINH HOÀN	214
HOẠI TỬ CƠ QUAN SINH DỤC	218
B. NHIỄM TRÙNG NIỆU ĐẶC HIỆU	
(Lao niệu sinh dục)	221
A. giải phẫu bệnh	222
B. Lâm sàng.	225
C. Cận lâm sàng	227
D. Tiến triển	230
E. Điều trị	231

*Vinh quang những người kế tiếp tôi
Rạng danh sự nghiệp của một thời
Hàng ngũ Niệm Khoa nay vững mạnh
Màng lưới chuyên môn rộng khắp nơi.*

GS. Trần Văn Sáng

■ **BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NIỆU KHOA**

(Kiến thức y học)

Chịu trách nhiệm xuất bản: Quang Thắng

Biên tập nội dung: Viễn Phương

Sửa bản in: Minh Như

Bìa: Thùy Trâm

In 1.500 bản, khổ 14x20cm

tại Xưởng in Ngọc Hoan

25 Lê Văn Quới, Q. Bình Tân, TP. Hồ Chí Minh

Số đăng ký kế hoạch xuất bản:

36-2011/CXB/14-612/PĐ

Cục xuất bản ký ngày 31 tháng 12 năm 2010

In xong và nộp lưu chiểu tháng 03 năm 2011

