

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN QUẬN 9



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA NGOẠI TỔNG QUÁT

Số: /QĐ-BV

Quận 9, ngày tháng năm

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu “Phác đồ điều trị - Khoa Ngoại Tổng quát”

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 về việc ban hành Quy chế bệnh viện;

Xét Biên bản họp của Ban thẩm định chuyên khoa Ngoại – Sản;

Theo đề nghị của Trưởng khoa Ngoại Tổng quát.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành kèm Quyết định này tài liệu “Phác đồ điều trị - Khoa Ngoại Tổng quát” gồm 25 phác đồ.

Điều 2: Tài liệu “Phác đồ điều trị - Khoa Ngoại Tổng quát” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại Bệnh viện Quận 9.

Điều 3: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4: Các Ông/Bà Trưởng phòng Tổ chức hành chánh, Kế hoạch tổng hợp, Khoa Ngoại Tổng quát và các khoa/phòng liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 4
- Lưu: VT, KHTH

GIÁM ĐỐC

MỤC LỤC

1.	BỎNG.....	3
2.	CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN.....	7
3.	VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG.....	11
4.	VIÊM TÚI MẬT CẤP.....	16
5.	RÒ HẬU MÔN.....	21
6.	PHÌNH GIÁP.....	31
7.	BƯỞU BÀNG QUANG.....	34
8.	BƯỞU LÀNH TÍNH Ở THẬN (Benign Renal Tumors).....	38
9.	BƯỞU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIỂU TRÊN.....	48
10.	BƯỞU SAU PHÚC MẠC.....	53
11.	BƯỞU TUYẾN THƯƠNG THẬN.....	58
12.	CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN.....	64
13.	CHẤN THƯƠNG THẬN.....	66
14.	CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO.....	69
15.	GIẪN TĨNH MẠCH TINH TRONG VÔ SINH.....	73
16.	GẤY DƯƠNG VẬT.....	75
17.	LAO NIỆU SINH DỤC.....	77
18.	NHIỄM KHUẨN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU.....	86
19.	SỎI BÀNG QUANG.....	93
20.	SỎI NIỆU ĐẠO.....	96
21.	SỎI NIỆU QUẢN.....	98
22.	SỎI THẬN.....	103
23.	TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT.....	105
24.	VỠ BÀNG QUANG.....	114
25.	XOẮN DÂY TINH.....	119

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỎNG

I. KHÁI NIỆM

Khám người bị bỏng là khám toàn diện người bị bỏng và khám tại chỗ tổn thương bỏng bằng lâm sàng để chẩn đoán diện tích, độ sâu bỏng, tiên lượng và đề ra phương pháp điều trị thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bị bỏng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa bỏng
- Bác sỹ ngoại khoa được đào tạo thêm về bỏng
- Bác sỹ đa khoa được đào tạo thêm về bỏng
- Điều dưỡng ngoại khoa được đào tạo thêm về bỏng

2. Phương tiện

- Dụng cụ khám toàn thân: Ống nghe; huyết áp kế; nhiệt kế; bộ dụng cụ khám tai mũi họng
- Dụng cụ khám tổn thương bỏng: Nĩa, giấy quỳ, găng tay vô trùng, gạc vô trùng, thuốc dây.
- Khám tại buồng cấp cứu hoặc buồng băng tùy tình trạng người bệnh.
- Trang thiết bị cấp cứu, theo dõi người bệnh.

3. Người bệnh

- Nằm hoặc ngồi tùy theo tình trạng người bệnh
- Bộc lộ hết vùng bị bỏng

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa bỏng hoặc bệnh án ngoại khoa theo quy định chung
- Có sơ đồ mô tả tổn thương bỏng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Việc khám, chẩn đoán diện tích và độ sâu bỏng bằng lâm sàng cần được tiến hành càng sớm càng tốt, ngay sau khi người bệnh đến cơ sở y tế.

1. Phần hỏi bệnh (hỏi người bệnh hoặc hỏi người nhà)

- Tên, tuổi, nghề nghiệp, giới, cân nặng
- Thời gian bị bỏng
- Tác nhân gây bỏng thời gian tiếp xúc với tác nhân gây bỏng

- Hoàn cảnh, vị trí nơi bị bỏng
- Xử trí tuyến trước
- Tiền sử người bệnh
- Loại phương tiện vận chuyển

2. Khám toàn thân (theo quy định chung như khám cho mọi người bệnh) lưu ý:

2.1. Khám toàn trạng

Ý thức (tỉnh, lơ mơ, vật vã, kích thích, hôn mê), da niêm mạc (tím tái, nhợt, phù nề); nhiệt độ; mồ hôi lạnh; thể trạng (béo, gầy, suy dinh dưỡng...); cân nặng...

2.2. Khám tuần hoàn

Đo mạch, huyết áp động mạch, nghe tim...

2.3. Khám hô hấp

Tình trạng khó thở, tần số nhịp thở, nghe phổi, khám mũi họng, thử giọng nói xem có bồng đường hô hấp không...

2.4. Khám tiêu hoá

- Lưỡi rêu, chất lưỡi...
- Tình trạng chương bụng, liệt ruột, chất nôn, màu sắc phân nếu có
- Gan, lách...

2.5. Khám tiết niệu

- Cầu bàng quang...
- Đo lượng nước tiểu, màu sắc, mùi...

2.6. Các xét nghiệm

- Các xét nghiệm an toàn: HIV; viêm gan B, C
- Các xét nghiệm huyết học: hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, công thức bạch cầu, hematocrit, tiểu cầu, nhóm máu...
- Các xét nghiệm sinh hóa: urê, creatinin, glucose, điện giải đồ, SGOT, SGPT, khí máu...
- Nước tiểu: protein, glucose, Hb, tỷ trọng...

3. Khám bồng đường hô hấp (theo quy trình riêng).

Lưu ý:

- Tiếng nói: khàn, mất tiếng, khó thở
- Ho: khàn, đờm màu xanh đen xám, có rỉ máu
- Mồm, họng: viêm nề, tiết dịch, đám hoại tử
- Mũi: chấy lông mũi, viêm nề tiết dịch
- Phổi: ran bệnh, X-quang. Soi khí, phế quản nếu có chỉ định.

4. Khám tổn thương bỏng: mô tả diện tích, độ sâu và tính chất tổn thương ở từng vị trí.

4.1. Khám tổn thương bỏng

- Nhìn (quan trọng): có nốt phỏng không, tính chất nốt phỏng, màu sắc của nền tổn thương bỏng, màu sắc của vùng da lành xung quanh, tình trạng tiết dịch của vết bỏng, tình trạng hoại tử (khô, ướt, tính chất...), các dấu hiệu khác: lộ mạch máu, thần kinh, gân, cơ, xương, khớp, các tạng...
- Thực hiện các thủ thuật chẩn đoán: nhỏ thử lông, dùng gạc quệt nhẹ vùng bỏng; dùng nĩa chạm nhẹ vùng bỏng để thử cảm giác đau (không tiến hành với trẻ em), đo pH vùng bỏng.

4.2. Chẩn đoán độ sâu của bỏng:

a. Xác định bỏng nông, bỏng sâu

- Bỏng nông (chỉ cần 1 trong 3 dấu hiệu sau đã đủ giúp chẩn đoán):
 - + Có nốt phỏng
 - + Nền tổn thương bỏng có màu hồng hoặc đỏ
 - + Còn cảm giác đau vùng bỏng.
- Bỏng sâu (chỉ cần 1 trong 3 dấu hiệu sau đã đủ giúp chẩn đoán):
 - + Có hoại tử bỏng: hoại tử ướt (màu trắng bệch như thịt luộc, màu trắng xám, xanh xám khi đã có nhiễm khuẩn, phù nề gồ cao hơn vùng da lành, mềm ướt khi sờ); hoặc hoại tử khô (màu đen hoặc vàng xám, lõm hơn da lành, khô ráp khi sờ, có các dấu hiệu tắc mạch phía dưới).
 - + Mất hoàn toàn cảm giác đau tại vùng bỏng
 - + Có các dấu hiệu tại vùng bỏng như: lộ cơ, mạch máu, xương, khớp, gân hay các tạng khác dưới da.

b. Xác định độ sâu bỏng theo cách chia 5 độ

- Bỏng độ I: da đỏ, đau rát, phù nhẹ.
- Bỏng độ II: nốt phỏng vòm mỏng, dịch nốt phỏng màu vàng chanh, nền nốt phỏng màu hồng nhạt, không có rớm máu, chạm vào nền vết bỏng đau nhiều.
- Bỏng độ III: nốt phỏng vòm dày, dịch nốt phỏng có thể có màu hồng, nền nốt phỏng xung huyết đỏ, có thể rớm máu, chạm vào nền vết bỏng đau.
- Bỏng độ IV: hoại tử ướt màu trắng bệch, nổi cao hơn da bình thường; hoại tử khô đen xám lõm dày cứng, có hình mạch máu dưới da bị đông tắc. Có thể rút lông ra khỏi da một cách dễ dàng hoặc dùng đầu kim nhọn chọc vào các đám tử hoại, người bệnh không thấy đau.
- Bỏng độ V: đến gân cơ xương khớp và các tạng ở sâu.

4.3. Tính diện tích bỏng: theo % diện tích cơ thể

a. Sử dụng phương pháp con số 9 ở người lớn

- Đầu mặt cổ 9%
- Thân trước 18%
- Thân sau và 2 hông 18%

- Một chi trên 9%
- Một chi dưới 18%
- Sinh dục ngoài 1%

b. Sử dụng phương pháp các con số 1, 3, 6, 9, 18 ở người lớn

- 1%: mu, gan bàn tay, tầng sinh môn, cổ, gáy
- 3%: cánh, cẳng tay, da mặt, da đầu, 1 bàn chân
- 6%: cẳng chân, 2 mông
- 9%: đùi, 1 chi trên
- 18%: 1 chi dưới, thân trước, thân sau (cả 2 mông)

c. Cách tính diện tích bỏng trẻ em dựa vào bảng

Phần cơ thể Tuổi	Đầu và Mặt (%)	Hai đùi (%)	Hai cẳng chân (%)
1	17	13	10
5	13	16	11
10	10	18	12

Các thành phần khác của cơ thể cách tính diện tích như ở người lớn

d. Phương pháp bàn tay người bệnh: tương đương 1%

4.4. Cách ghi chẩn đoán bỏng

Diện tích bỏng chung (độ sâu %) - Tác nhân bỏng

Bỏng ----- + Thời gian, bệnh kèm theo

Độ bỏng + Vị trí bỏng

- Vẽ sơ đồ tổn thương kèm theo.

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. **Định nghĩa:** là chấn thương gây tổn thương thành bụng và các tạng trong ổ bụng nhưng không thủng phúc mạc.
 - Trong 40% - 60% trường hợp phối hợp nhiều thương tổn ngoài ổ bụng như chấn thương sọ não, chấn thương ngực, chấn thương cột sống, gãy nhiều xương...
 - Tạng thường bị tổn thương theo thứ tự là lách, gan, sau phúc mạc, ruột non, thận, bàng quang, ruột già, cơ hoành, tụy.
2. **Nguyên nhân**
 - Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, xung đột.
3. **Cơ chế**
 - Sự giảm tốc đột ngột → các tạng khác nhau di chuyển với tốc độ khác nhau, tổn thương là rách do bị chằng kéo.
 - Sự đè ngiêng → các tạng bị ép giữa thành bụng và cột sống hay thành ngực sau. Các tạng gan, lách, thận thường bị tổn thương.
 - Sự tăng áp lực trong xoang bụng đột ngột → vỡ tạng rỗng.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

1. **Bệnh sử**
 - Hỏi bệnh tỉ mỉ để biết cơ chế, thời điểm bị tai nạn, tình trạng sau tai nạn, tiền sử bệnh nội, ngoại khoa.
 - Khai thác bệnh sử khó khăn trong một số trường hợp như:
 - + Bị các tổn thương phối hợp đánh lạc hướng.
 - + Tri giác bệnh nhân bị sút giảm do chấn thương sọ não, ngộ độc (rượu, heroin,...).
 - Thường bệnh nhân vào với bệnh cảnh đa chấn thương, trong đó triệu chứng cơ năng quan trọng là đau bụng, bệnh nhân than đau bụng, chướng bụng, hay thở mạnh thấy đau tức bụng, các dấu hiệu của tiêu máu, xuất huyết tiêu hoá...
2. **Khám lâm sàng**
 - Toàn thân có thể có hội chứng mất máu (mạch nhanh da niêm nhợt..), hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, môi khô, lưỡi dơ...)
 - Nhìn: có dấu hiệu chấn thương vùng bụng như bầm máu, trầy xước, tùy vị trí bị chấn thương mà thầy thuốc có thể dự đoán được tạng tổn thương.
 - Sờ: ấn bụng có dấu hiệu đau, đề kháng thành bụng, cảm ứng phúc mạc...
 - Gõ: dấu hiệu đục vùng thấp hoặc mất vùng đục trước gan.
3. **Cận lâm sàng**
 - 3.1. *Thường quy*

- CTM (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipase, Xquang ngực- bụng, khung chậu, siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần).

3.2. Đặc hiệu

- Chọc dò hay chọc rửa ổ bụng, lấy dịch làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào.
- Chụp dạ dày tá tràng có cản quang tan trong nước, chụp bàng quang ngược dòng có cản quang.
- CT scan bụng có cản quang, mở cửa sổ khí, chụp DSA, CT scan bụng là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tổn thương tạng đặc.

III. CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

- 1. Chẩn đoán xác định:** Vỡ tạng đặc(gan, lách, tụy.), vỡ tạng rỗng(dạ dày, tá tràng, vỡ ruột non, đại tràng, bàng quang..), chủ yếu dựa vào CT scan bụng
- 2. Chẩn đoán phân biệt:** Tụ máu sau phúc mạc do gãy khung chậu, do chấn thương cột sống thắt lưng, chấn thương thận.

IV. ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

1. Nguyên tắc điều trị

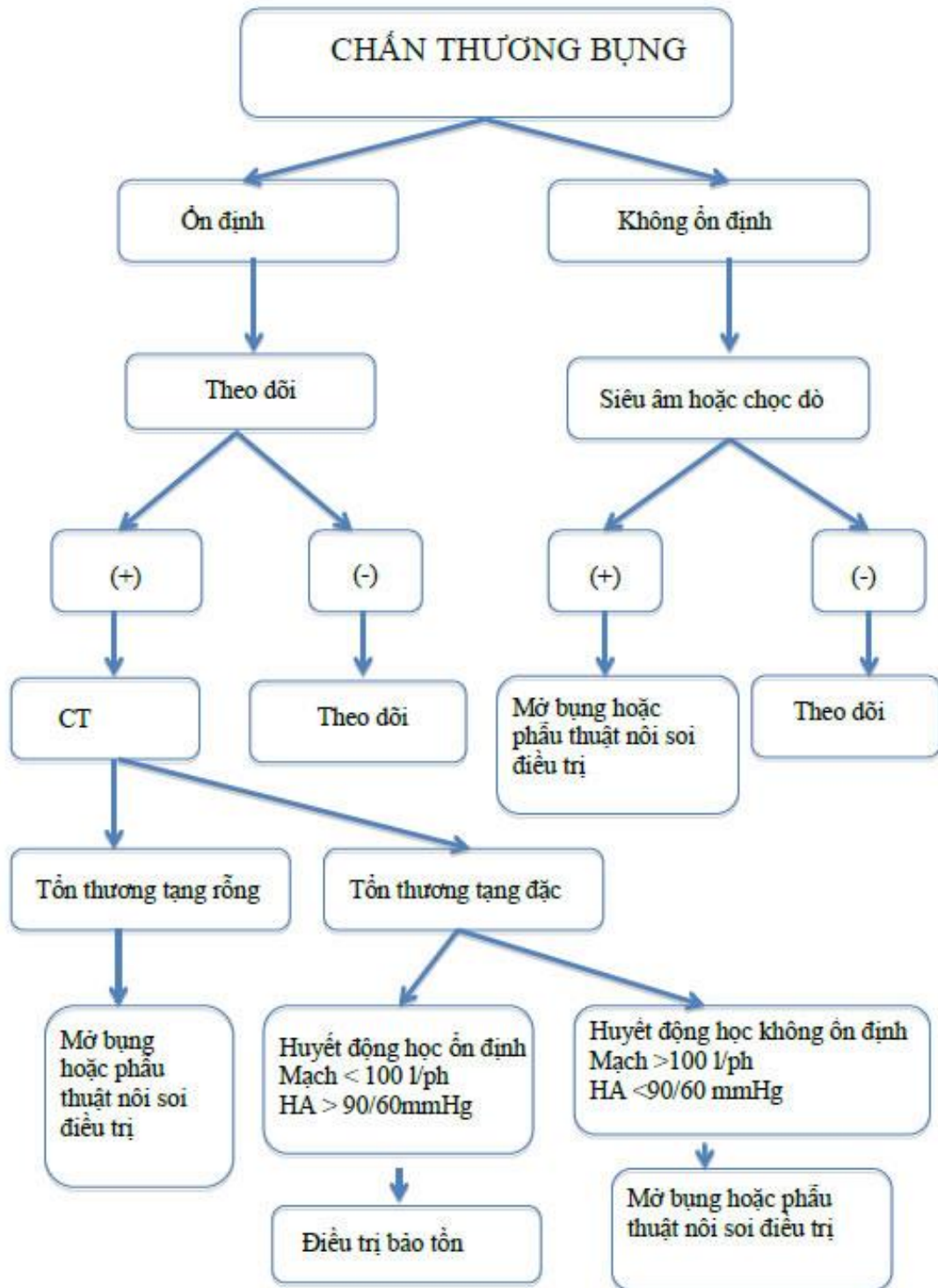
- Vỡ tạng rỗng:
 - + Khi chưa có dấu hiệu rõ hoặc nghi ngờ có thương tổn phải theo dõi sát, khám đi khám lại nhiều lần để phát hiện kịp thời và xử trí tránh bỏ sót thương tổn.
 - + Có dấu hiệu vỡ tạng rỗng như: dạ dày, ruột, bàng quang phải mở bụng xử trí tổn thương hay phẫu thuật nội soi điều trị.
- Đối với vỡ tạng đặc:
 - + Mục tiêu: Cầm máu và bảo tồn chức năng của tạng, ngăn muện.

2. Điều trị đặc hiệu

- Huyết động không ổn định ($M > 100$, $HA < 90/60$ mmHg): mở bụng ngay để xử trí thương tổn.
 - + Tổn thương gan: khâu gan, cắt gan không điển hình, chèn gạc cầm máu...
 - + Tổn thương lách: cố gắng khâu bảo tồn lách, không được mới cắt bỏ lách.
 - + Tổn thương tụy: bảo tồn hay cắt bỏ một phần tụy.
- Huyết động ổn định: ($M < 100$, $HA > 90/60$ mmHg)
 - + Vỡ lách: có thể điều trị bảo tồn hoặc phối hợp làm tắc mạch (TAE), nhưng đa số đều phải phẫu thuật.
 - + Vỡ gan: 50% có thể điều trị bảo tồn kèm làm TAE qua DSA; 20% có thể điều trị bằng khâu cầm máu trực tiếp hoặc sử dụng các tác nhân cầm máu như fibrillar collagen; 30% phải xử lý triệt để hơn như cắt gan.

- + Vỡ tụy: tùy tổn thương nhu mô đơn thuần hoặc kết hợp tổn thương ống tụy, ống mật chủ, tá tràng v.v. mà phương pháp xử trí có thể chỉ là khâu đơn thuần, khâu và dẫn lưu ống tụy, cắt tụy hoặc cắt khối tá tụy.

3. Phác đồ chẩn đoán và xử trí:



V. THEO DÕI, TÁI KHÁM

1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vỡ tạng rỗng hay vỡ tạng đặc huyết động học không ổn định → nhập viện phẫu thuật.
- Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ tạng đặc huyết động ổn định hay nghi ngờ chấn thương bụng kín tổn thương tạng → nhập viện để theo dõi xác định chẩn đoán hướng điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

b. Theo dõi:

- Đối với chấn thương tạng rỗng: theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc, nhiễm trùng của bệnh nhân chấn thương bụng kín đơn thuần hoặc trên bệnh nhân đang điều trị bảo tồn chấn thương tạng đặc đã xác định (có CT Scan bụng). sau mổ theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc hậu phẫu do xì rò hay bỏ sót tổn thương, tắc ruột sớm.
- Đối với chấn thương tạng đặc: theo dõi các biến chứng chảy máu tái phát sau mổ hoặc các biến chứng rò mật, rò tụy mà có hướng xử trí thích hợp như mổ bụng lại hoặc can thiệp bằng ERCP, hay dẫn lưu dịch máu ổ bụng.

c. Biến chứng

- Sốt, chảy máu tái phát, rò mật, tụ dịch trong gan, áp-xe.
- Điều kiện: phối hợp hồi sức, phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh, phòng mổ tốt và phẫu thuật viên có kinh nghiệm. theo dõi sinh hiệu, tình trạng bụng, Hct, dịch bụng (siêu âm).

d. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn uống, trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt.

e. Tái khám

- Sau xuất viện 2-4 tuần để đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau mổ, sự lành vết thương, ống dẫn lưu (ống T dẫn lưu đường mật, ống dẫn lưu ổ tụy v.v...) để có hướng xử trí thích hợp (rút ống dẫn lưu, can thiệp qua nội soi mật-tụy ngược dòng để đặt stent đường mật nếu có rò mật, hoặc chọc dẫn lưu ổ tụy nếu có rò tụy v.v...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng triệu chứng và điều trị ngoại khoa trường Đại học Y Dược TPHCM, 2007
2. BS William W.Hope, Journal of Emergency Medicine, 2012
3. Croce M.A, et al., Non-operative management of blunt hepatic trauma in the treatment of choice for hemodynamically stable patient, Annals of Surgery, Vol 221, No 6, 2011
4. Brown MA, Casola G, Sirlin CB, Patel NY, Hoyt DB (2010). Blunt Abdominal Trauma, 218: 352-358
5. Lingawi SS, Buckley AR (2010). Focused Abdominal US in Patients with Trauma. Radiology, 217: 426-429

VẾT THƯƠNG THÁU BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng thủng cơ hoành, vết thương vùng hông lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

1.2. Nguyên nhân

- Thời bình: thường do bạch khí (dao, vật sắc nhọn), có thể do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, té ngã, đả thương ...
- Thời chiến: thường do hỏa khí (đạn, mảnh bom, mìn)

1.3. Phân loại

- Vết thương thấu bụng không tổn thương tạng
- Vết thương thấu bụng tổn thương tạng (tạng rỗng, tạng đặc, mạch máu)

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Hỏi bệnh sử cần chú ý khai thác giờ xảy ra tai nạn, hướng tác động, lực tác động, tác nhân gây tổn thương (hình dạng, kích thước) → có thể tiên đoán trước mức độ thương tổn cũng như tạng bị tổn thương.

2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, ói ra máu, tiêu ra máu, tiểu ra máu.

2.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: có vết thương vùng bụng trước hay hông lưng. Các vết thương vùng ngực thấp bên (T), (P), (gian sườn 6,7,8), vết thương có lòi mạc nổi, ruột, các sonde mũi-dạ dày, sonde tiểu có máu.
- Sờ: ấn bụng đau, có thể có đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc.
- Gõ đục vùng thấp khi có chảy máu hoặc dịch trong ổ bụng. Khoảng 40% xuất huyết nội không có biểu hiện lâm sàng ở lần thăm khám đầu tiên, vì vậy việc thăm khám định kỳ và thường xuyên là rất quan trọng.

2.4. Cận lâm sàng

2.4.1. Cận lâm sàng thường qui

- Công thức máu (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipate...), X-quang ngực.

2.4.2. Cận lâm sàng giúp chẩn đoán

- X quang bụng đứng không sửa soạn: Khí tự do trong ổ bụng hay không?
- Siêu âm bụng: Có dịch, có khí trong ổ bụng không?
- CT Scan bụng: Có thể phát hiện dịch hoặc khí trong ổ bụng, các cơ quan bị thương tổn và mức độ thương tổn các cơ quan đó.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1. Vết thương thấu bụng:

- Có tạng trong ổ bụng (mạc nối, ruột non...) phòi ra ngoài hoặc khi thăm sát vết thương thấy có thùng phúc mạc hoặc siêu âm có dịch ổ bụng hoặc X-quang bụng có hơi tự do trong ổ bụng.

3.2. Vết thương thành bụng

- Siêu âm không có dịch ổ bụng.
- X-quang bụng không có hơi tự do trong ổ bụng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Có vết thương thấu bụng thì phải mở bụng hoặc nội soi ổ bụng thăm sát (nếu có huyết động ổn định) và xử trí thương tổn nếu có.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Bệnh nhân có vết thương thấu bụng mà huyết động học không ổn định thì phải mở bụng thăm sát và xử trí thương tổn. Nếu huyết động ổn định thì thăm sát vết thương tại chỗ, nếu không thùng phúc mạc thì tiếp tục theo dõi, nếu thùng phúc mạc thì có thể nội soi ổ bụng chẩn đoán. Nếu qua nội soi ổ bụng có thùng lá phúc mạc mà không tổn thương nội tạng bụng (tỉ lệ này từ 40%-58%) thì tiếp tục theo dõi. Nếu thùng phúc mạc và có tổn thương tạng: phẫu thuật nội soi điều trị (khâu thùng tạng rỗng hoặc đốt, khâu cầm máu tạng đặc) hay mở bụng xử trí thương tổn.

4.2.1. Tạng rỗng

- Đối với dạ dày: có thể khâu 1 hoặc 2 lớp. vết thương 1 lỗ đơn độc ở ruột non chỉ cần cắt lọc và khâu lại là đủ. Hai lỗ thùng ruột non kề cận nhau có thể được cắt xén thành 1 lỗ duy nhất và khâu lại để tránh bị hẹp ruột. Nhiều lỗ thùng nhỏ rải rác trên 1 đoạn ruột cũng có thể lần lượt được khâu lại hoặc cắt đoạn trong khi thùng và rách một đoạn ruột non dài kèm với bầm dập ruột có thể được cắt bỏ đi và nối lại tận-tận.

- Đối với tổn thương tá tràng: bắt buộc mở bụng điều trị. Khoảng 75%-80% tổn thương tá tràng có thể được xử trí bằng cách cắt lọc mép vết thương và khâu lại đơn thuần. 20%-25% trường hợp cần phải xử trí phức tạp hơn như:

- Khâu lỗ vỡ và dung một quai hồng tràng đắp lên chỗ vỡ (patch).
- Khâu lỗ vỡ và nối vị tràng.
- Khâu lỗ vỡ và cắt dạ dày.
- Cắt đôi tá tràng, đóng đầu dưới, đưa một quai hồng tràng lên nối với đầu trên tá tràng kiểu Rouxen-Y.
- Cắt tá tràng-đầu tụy theo phương pháp Whipple (khi có tổn thương tá tràng và đầu tụy kết hợp) v.v...

- Đối với thương tổn ruột già: khâu hoặc làm hậu môn tạm.

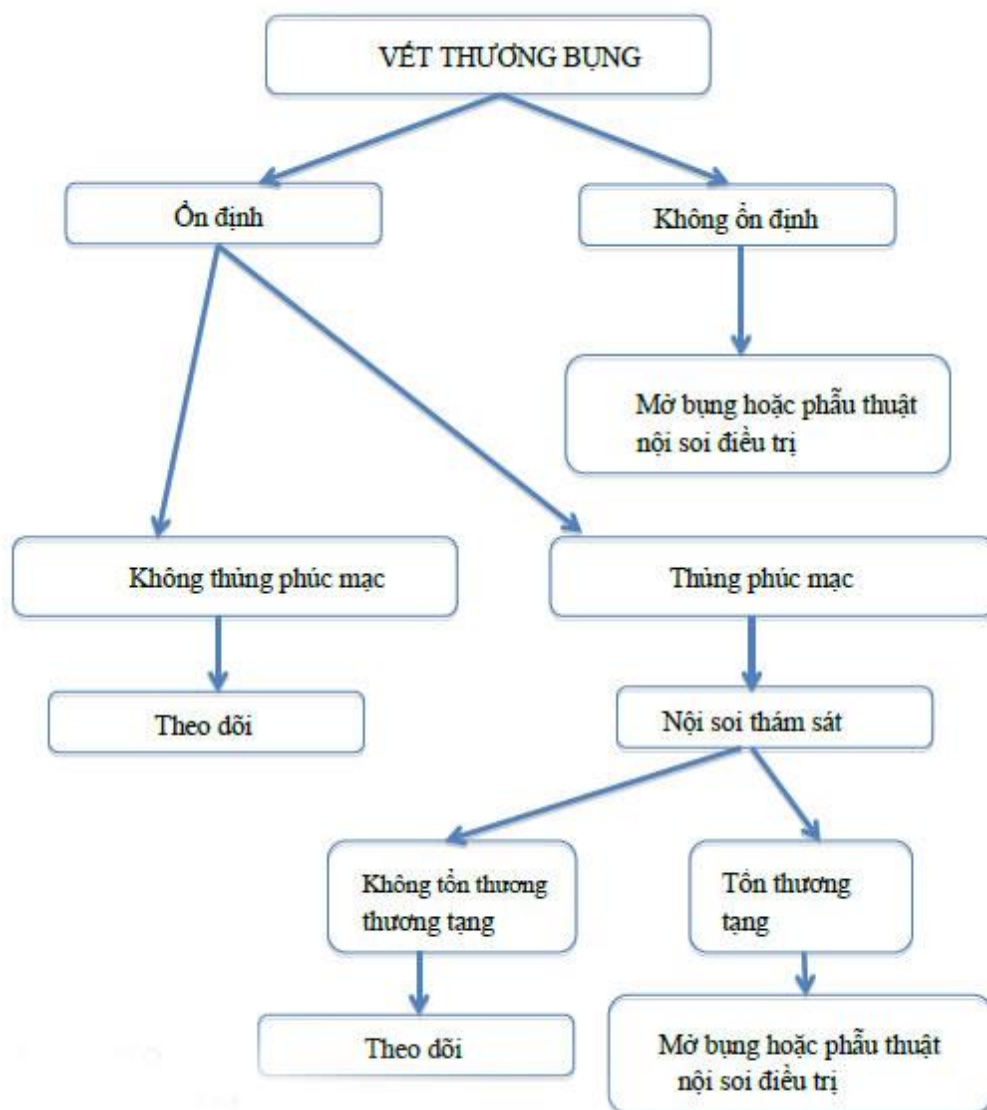
4.2.2. Tạng đặc

- Đối với vết thương gan, trong 50% trường hợp, chảy máu tự cầm hoặc cầm khi đè bằng gạc, hoặc khâu cầm máu chỗ vỡ gan, tốt nhất là cầm máu từng điểm ở hai mép chỗ vỡ, hoặc cắt phần gan bị bầm dập hoặc cắt thùy gan trong trường hợp không thể khâu được. Nếu lách bị đứt một đoạn ngắn, máu chỉ chảy rỉ rả thì chúng ta có thể khâu bảo tồn lách, nếu máu chảy nhiều nhưng khu trú, rốn lách không bị ảnh hưởng thì có thể cắt lách bán phần, nếu máu chảy nhiều hoặc vỡ đến cuống lách thì nên cắt lách toàn phần.

- Đối với vết thương tụy, chẩn đoán thường khó khăn, trong mổ dựa vào hai dấu hiệu kinh điển là tụ máu hậu cung mạc nối và vậy nên (khi mổ muộn sau 24h). Thương tổn tụy thường dựa theo bảng phân loại của Moore (1990) từ độ I đến độ V, nặng ở các vị trí đầu tụy và cổ tụy và mức độ nặng ở độ III, IV và V.

- Thương tổn tụy độ I, chỉ cần dẫn lưu ổ tụy.
- Độ II, khâu lại nhu mô và dẫn lưu ổ tụy.
- Độ III có thương tổn ống tụy, nên cắt bỏ đuôi tụy hoặc thân đuôi tụy kèm cắt lách hoặc khâu tụy và khâu ống Wirsung có đặt stent trong lòng dẫn vào tá tràng.
- Độ IV, khâu bịt mồm của đầu tụy và nối thân đuôi tụy với hồng tràng kiểu Rouxen-Y.
- Độ V, cắt khối tá tụy.

4.3. Phác đồ xử trí.



5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh nhân được chẩn đoán vết thương thấu bụng → nhập viện phẫu thuật (nội soi thăm sát, xử trí thương tổn).
- Bệnh nhân nghi ngờ vết thương thấu bụng (sau khi thăm sát tại chỗ không thủng phúc mạc) → nhập viện theo dõi xác định chẩn đoán.
- Theo dõi sau mổ: Cần theo dõi tình trạng bụng, các ống dẫn lưu, các biến chứng sau mổ như chảy máu, xì phân, rò mật, rò tụy, áp-xe tụy, viêm tụy cấp, nang giả tụy và nặng nhất là hoại tử tụy hầu như tử vong 100%.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn uống, trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt.

7. TÁI KHÁM

- Khi đau bụng, sốt hay có dấu hiệu bất thường khác...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng triệu chứng và điều trị ngoại khoa trường Đại học Y Dược TPHCM, 2007
2. BS William W. Hope, Journal of Emergency Medicine, 2012
3. Croce M.A, et al., Non-operative management of blunt hepatic trauma in the treatment of choice for hemodynamically stable patient, Annals of Surgery, Vol 221, No 6, 2011
4. Brown MA, Casola G, Sirlin CB, Patel NY, Hoyt DB (2010). Blunt Abdominal Trauma, 218: 352-358
5. Lingawi SS, Buckley AR (2010). Focused Abdominal US in Patients with Trauma. Radiology, 217: 426-429

VIÊM TÚI MẬT CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Viêm túi mật cấp được định nghĩa là tình trạng viêm của túi mật, với nguyên nhân thường gặp là do tắc nghẽn do sỏi kẹt cổ ống túi mật.

- Khoảng 90% các ca lâm sàng liên quan đến sỏi túi mật, 10% các ca còn lại viêm túi mật xảy ra khi không có bằng chứng của sỏi túi mật.

- Viêm túi mật không do sỏi thường có liên quan đến vấn đề ứ mật như : suy kiệt không ăn uống hoặc ăn kém, chịu phẫu thuật lớn, chấn thương nặng, sốc nhiễm trùng, nuôi ăn qua mạch máu kéo dài v.v...

- Vài nguyên nhân khác có thể góp phần gây viêm túi mật không do sỏi như: bệnh lý tim mạch (ĐB nhồi máu cơ tim), bệnh hồng cầu hình liềm, nhiễm thương hàn salmonella, tiểu đường, bệnh nhân nhiễm HIV (nhiễm các dòng cytomegalovirus, cryptosporidiosis, microsporidiosis...).

1.2. Diễn tiến

1. Bắt đầu: sỏi kẹt cổ gây viêm túi mật thể sung huyết hay xuất tiết.

2. Viêm túi mật mưng mủ.

3. Viêm túi mật hoại tử.

4. Thấm mật phúc mạc.

5. Viêm phúc mạc mật hay thủng túi mật.

6. 2+3: có thể tạo đám quánh túi mật nhờ các tạng xung quanh bao bọc tốt.

7. Ung thư túi mật diễn ra trên nền sỏi túi mật hoặc polyp túi mật có thể biểu hiện bằng tình trạng viêm túi mật.

1.3. Tiên lượng

- Viêm túi mật không có biến chứng thường có tiên lượng tốt, tỷ lệ tử vong khá thấp. Hầu hết viêm túi mật khi được điều trị thích hợp thì có thể thuyên giảm triệu chứng sau 1-4 ngày. Tuy nhiên, có khoảng 25-30% số ca không đáp ứng điều trị, phát triển thành dạng biến chứng cần phải can thiệp bằng phẫu thuật.

- Ngược lại, khi túi mật có biến chứng hoại tử hoặc thủng thì tiên lượng khá nghèo nàn. Thủng túi mật xảy ra ở 10-15% trường hợp. Những bệnh nhân viêm túi mật không do sỏi có tỷ lệ tử vong vào khoảng 10-50%, lớn hơn nhiều so với tỷ lệ 4% của các ca viêm có sỏi.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Lâm sàng

- Khởi phát là cơn đau quặn mật : đau quặn cơn ở thượng vị hay hạ sườn phải, có thể lan lên vai phải, buồn nôn và nôn, đau thường diễn ra sau bữa ăn nhiều dầu mỡ...

- Sau hơn 6 tiếng, cơn đau không giảm đau liên tục, có thể có sốt (38 hoặc 38,5 độ).

Khám thấy nghiệm pháp Murphy dương tính.

- Nếu đến muộn hơn, bệnh nhân đau nhiều, dữ dội, đề kháng cả vùng hạ sườn phải, sốt cao hơn (39- 40 độ), hội chứng nhiễm trùng rõ rệt.

- Một số trường hợp viêm túi mật có thể xuất hiện thêm vàng da. Lúc đó cần chú ý đến các vấn đề: viêm túi mật có kèm theo sỏi đường mật, viêm túi mật có sỏi làm nghẽn đường mật (hội chứng Mirrizzi), viêm túi mật có biến chứng gây thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật, có bệnh lý viêm gan kèm theo v.v...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Các xét nghiệm về máu

- Bạch cầu tăng cao, chuyển trái.
- AST, ALT, Bilirubin toàn phần-trực tiếp: nếu có tăng nên chú ý vấn đề có bệnh kết hợp.
- Amylase: nếu tăng có thể nghi có viêm tụy hoặc không.
- Các xét nghiệm cần thiết khác để đánh giá bệnh nhân: đường huyết, chức năng thận, chức năng đông máu, nhóm máu.... và một số xét nghiệm khác nếu lâm sàng có nghi ngờ.

2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm là phương tiện đầu tay: siêu âm nhận thấy túi mật căng to, thành túi mật dày > 4mm, có thể có hoặc không sỏi, đánh giá sỏi đường mật kết hợp hoặc các bệnh lý trong chẩn đoán phân biệt.
- XQ bụng đứng và XQ ngực thẳng: để loại trừ các vấn đề thủng tạng rỗng, tắc ruột, viêm đáy phổi phải....
- CT scan được chỉ định trong các trường hợp khó chẩn đoán hoặc nghi ngờ viêm túi mật có biến chứng hoặc có bệnh lý kết hợp.
- MRI cũng được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán viêm túi mật cấp, đặc biệt là trên những bệnh nhân triệu chứng không rõ ràng hoặc phụ nữ có thai.
- Nội soi dạ dày tá tràng có thể được chỉ định nếu bệnh nhân đã đáp ứng điều trị nội khoa, được xếp mổ chương trình và có yếu tố nghi đến bệnh lý dạ dày tá tràng trước đó.

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Thường cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau đây:

1. Bệnh mạch vành
2. Viêm tụy cấp
3. Loét dạ dày tá tràng
4. Viêm ruột thừa
5. Cơn đau quặn thận

Các bệnh sau đây cũng nên được nghĩ tới nếu có yếu tố nghi ngờ

1. Phình động mạch chủ bụng
2. Thiếu máu mạc treo
3. Viêm đài bể thận cấp
4. Viêm phần phụ

4. ĐIỀU TRỊ

- Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa có tri hoãn và bệnh nhân cần được theo dõi tại khoa Ngoại

4.1. Nội khoa

Giai đoạn đầu của điều trị là điều trị nội khoa.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

- Nhịn ăn, có thể cho đặt thông mũi-dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
- Truyền dịch nuôi dưỡng và nâng đỡ.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng viêm: NSAIDS, Parafalgan....
- Thuốc giảm co bóp hoặc ức chế phó giao cảm: atropine, nospa, alverine...
- Kháng sinh: theo khuyến cáo của Sanford

+ Những trường hợp viêm túi mật cấp mức độ nhẹ- trung bình, khởi đầu dùng kháng sinh đơn trị. Khuyến cáo chọn lựa các loại kháng sinh sau: Piperacilin/tazobactam, ampicillin/sulbactam, carbapenem... Trong trường hợp viêm nặng có đe dọa tính mạng, Sanford khuyến cáo dùng đến kháng sinh imipenem/cilastatin.

+ Điều trị tiếp theo có thể kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ III với metronidazole.

- Theo dõi công thức bạch cầu mỗi 6 tiếng, khám lại và lấy nhiệt độ mỗi 2-3 giờ , tốt nhất nên cùng một bác sĩ hoặc một nhóm trực.
- Đa số viêm túi mật có thể thoái lui, bệnh nhân giảm đau cũng nên được sắp xếp mổ chương trình. Khoảng N trường hợp sau điều trị nội sẽ diễn tiến đến viêm túi mật hoại tử hoặc viêm phúc mạc, cần được mổ cấp cứu.

4.2. Ngoại khoa

- Điều trị ngoại khoa nên bắt đầu sớm trong vòng 72 giờ đầu sau khi dùng kháng sinh hoặc sớm hơn nếu có bằng chứng của viêm túi mật có biến chứng.

- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được khuyến cáo trong trường hợp túi mật viêm đã được điều trị nội ổn định và nên được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi chuyển mổ hở trong cắt túi mật chương trình vào khoảng 5%. Tỷ lệ này cao hơn hẳn trong trường hợp phải mổ cấp cứu, khoảng 30%

- Khi đã chẩn đoán viêm túi mật có biến chứng cần mổ ngay (nội soi hoặc mổ hở) , hoặc mở túi mật ra da nếu bệnh nhân nặng, không chịu nổi cuộc mổ kéo dài.

- Tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân mổ thông túi mật ra da cao gấp 5-10 lần bình thường do đa số bệnh nhân đều là bệnh nặng, nguy kịch.

- ERCP cần được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có sỏi ống mật chủ kèm theo hay tắc nghẽn đoạn cuối chưa rõ nguyên nhân.

- ERCP và phẫu thuật nội soi cắt túi mật có thể làm trong 1 lần hay chia 2 lần khác nhau. ERCP nên làm trước phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

4.2.1. Các chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt túi mật bao gồm

- Nguy cơ cao khi gây mê toàn thân
- Bệnh nhân quá béo phì
- Có các dấu hiệu của thủng túi mật: apxe, viêm phúc mạc, dò...
- Sỏi mật quá lớn hoặc nghi ngờ có bệnh lý ác tính.
- Bệnh suy gan nặng (có tăng áp cửa và rối loạn đông máu nặng)
- Sốc nhiễm trùng đường mật
- Viêm tụy cấp
- Thiếu ê kíp mổ hoặc trang bị không đảm bảo
- Phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm
- Chống chỉ định tương đối: bụng có vết mổ cũ

4.2.2. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật

- Tồn thương đường mật là tai biến đáng sợ nhất. Do đó phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và phẫu tích tốt vùng tam giác Calot trước khi cắt, nếu nghi ngờ cần chụp đường mật trong mổ hoặc chuyển qua mổ hở cho an toàn.

- Chảy máu: đa số chảy máu từ giường túi mật hay từ một nhánh nhỏ của động mạch túi mật. Thường chảy máu phát hiện trong vòng 12 tiếng sau mổ. Những bệnh nhân này nên được mổ lại để giải quyết chỗ chảy máu và lấy máu đông.

- Nhiễm trùng, apxe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

5. TIÊU CHUẨN NHẬP, XUẤT VIỆN

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: tất cả các bệnh nhân viêm túi mật cấp cần được nhập viện, theo dõi và điều trị tại khoa Ngoại.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: Tất cả bệnh nhân có viêm túi mật cần được phẫu thuật cắt túi mật (chương trình hoặc cấp cứu) trừ những trường hợp có chống chỉ định của phẫu thuật thì cần điều trị nội khoa tích cực. Tiêu chuẩn có thể xuất viện là:

- Hết đau
- Không sốt
- Bụng xẹp
- Ăn uống, trung tiện bình thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ian F. Yusoft et al. **Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis.** Gastroenterol Clin NAm 32(2007) 1145-1168.
2. Alan A Bloom et al. **Cholecystitis** (emedicine 2011
<http://emedicine.medscape.com/article/171886-overview> - seen at 06/09/2013).
3. Salam S. Zakko et al. **Treatment of acute cholecystitis** (uptodate 2013:
<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-cholecystitis>- seen at 06/09/2013).
4. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa Bệnh viện Chợ Rẫy (2013). **Viêm túi mật cấp.**
5. **Viêm túi mật.** Bệnh học và điều trị học ngoại khoa tiêu hóa (2007) NXB Y học TPHCM.

RÒ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng.
- Rò hậu môn là một nhiễm khuẩn mãn tính ở vùng hậu môn trực tràng, đường rò là một đường hầm, lớp trong là một tổ chức hạt do quá trình viêm tạo nên.
- Rò hậu môn là hậu quả của một áp xe quanh hậu môn trực tràng không được điều trị. Nó bắt đầu như một vết loét bề, mà bị nhiễm tạo ra một áp xe hậu môn mà sau đó vỡ ra để lại một đường thông nối giữa hậu ổ áp xe vỡ ra ngoài thành một đường rò. Lỗ rò gây ra một rỉ mủ mãn tính mà thường có mùi khó chịu.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Nguyên nhân không đặc hiệu

90% do nhiễm trùng khe tuyến, vi khuẩn như trực khuẩn coli, tụ cầu trùng, liên cầu trùng...

1.2.1. Nguyên nhân đặc hiệu

Nhiều bệnh lý có thể đưa đến rò hậu môn:

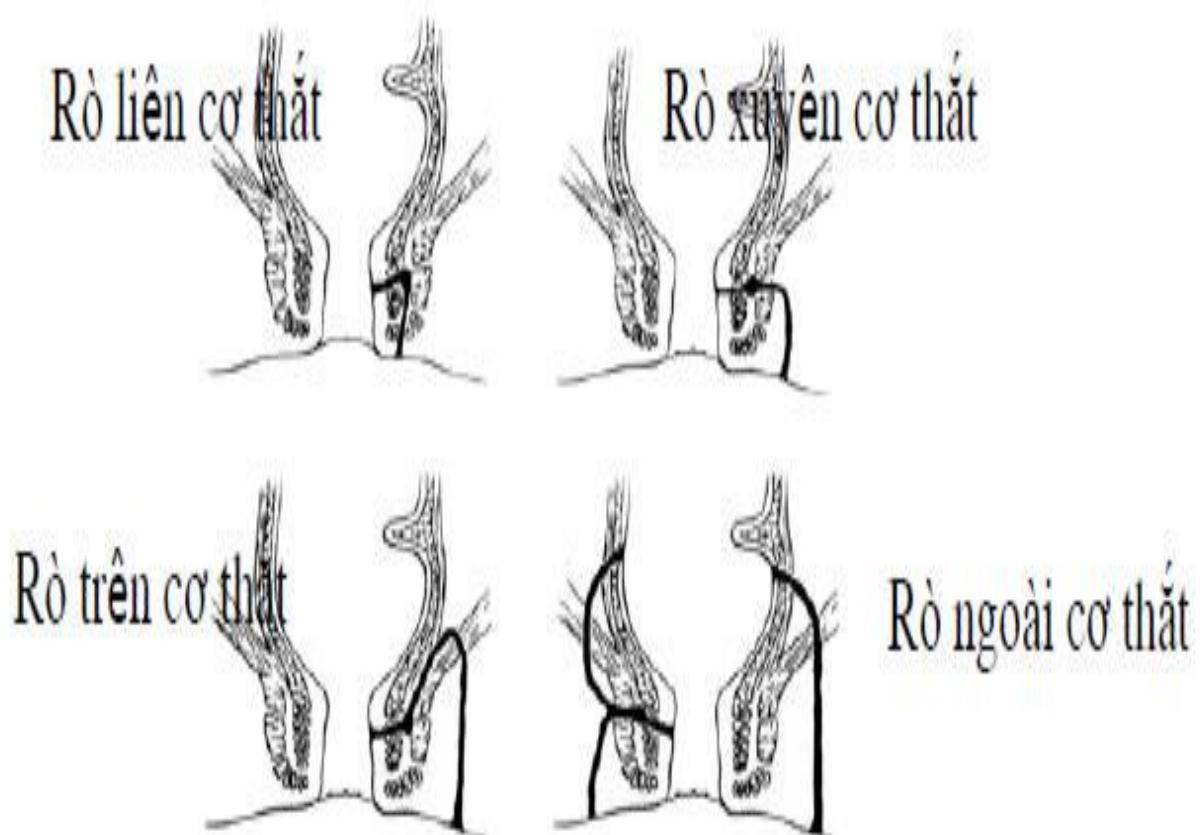
- Viêm túi thừa
- Bệnh lao
- Bệnh Crohn
- Nấm actinomycosis, chlamydia, lymphogranuloma venereum (LGV), bệnh giang mai, bệnh HIV. Khoảng 30% bệnh nhân nhiễm HIV phát triển áp xe hậu môn trực tràng và lỗ rò.
- Dị vật vùng hậu môn và tăng sinh môn
- Ung thư hậu môn trực tràng
- Chấn thương: do đụng dập, do phẫu thuật như phẫu thuật tiền liệt tuyến, cắt tăng sinh môn lúc sanh, mổ trĩ
- Chiếu xạ vùng chậu
- Ung thư bạch huyết
- Lymphogranuloma venereum
- Bệnh lý về tuyến pilonidal (pilonidal disease)

1.3. Phân loại

Sự thành công trong phẫu thuật rò hậu môn tùy thuộc vào sự phát hiện đường đi của đường rò qua cấu trúc giải phẫu của cơ vòng hậu môn. Nếu không biết được mối liên quan này thì thường dẫn đến thất bại trong phẫu thuật và kết quả là rò tái phát hay đi cầu mất tự chủ. Vì vậy phân loại giải phẫu bệnh của đường rò là điều rất quan trọng.

Có nhiều cách phân loại khác nhau

- Theo tính chất của đường rò
 - + Rò hoàn toàn, đường rò có hai lỗ thông nhau.
 - + Rò không hoàn toàn, đường rò chỉ có một lỗ.
 - + Rò đơn giản và rò phức tạp (có nhiều đường rò, nhiều lỗ rò).
- Theo quan hệ giữa đường rò với cơ thắt: mối liên quan giữa đường rò với giải phẫu của cơ vòng hậu môn.
 - Rò dưới niêm mạc
 - Rò liên cơ thắt: lỗ rò nằm phía ngoài gần lỗ hậu môn.
 - Rò xuyên cơ thắt thấp: đường rò đi xuyên qua phần dưới cơ thắt hậu môn, lỗ ngoài nằm xa lỗ hậu môn.
 - Rò xuyên cơ thắt cao: đường rò đi xuyên qua phần trên cơ thắt hậu môn, lỗ ngoài nằm xa lỗ hậu môn.
 - Rò trên cơ thắt: đường rò đi qua phần trên cơ thắt hậu môn, lỗ ngoài nằm xa lỗ hậu môn.
 - Rò ngoài cơ thắt: đường rò đi từ khoang trên cơ nâng xuyên qua cơ nâng (không xuyên qua cơ thắt) loại này là hậu quả của áp xe trên cơ nâng hậu môn.
- Ngoài ra còn có loại rò chột là loại rò không có lỗ trong.



2. LÂM SÀNG

Bệnh sử, bệnh nhân bị nhiễm trùng quanh hậu môn thường có xu hướng đến khám sớm, 2-3 ngày sau triệu chứng đầu tiên xuất hiện, với triệu chứng đau và (sưng) có một khối căng sờ được ở rìa lỗ hậu môn, có rỉ dịch mủ hậu môn kích thích đi cầu. Bệnh nhân với áp xe ở ụ ngồi có xu hướng đến bệnh viện trễ hơn, với những than phiền mơ hồ hơn, nhưng bởi vì với ổ tụ mủ tương đối lớn ở mô quanh ụ ngồi nên thường có dấu hiệu sốt và ảnh hưởng đến tổng trạng chung, khám sẽ thấy một khối căng, đổi màu da quanh hậu môn. Nếu ổ nhiễm trùng cao hơn ở trên cơ nâng hậu môn thì bệnh nhân có triệu chứng đau ở trực tràng, rối loạn đi cầu. Trường hợp áp xe dưới niêm mạc ở ống hậu môn khi thăm trực tràng sẽ phát hiện một khối căng ở ống hậu môn và bệnh nhân sẽ cảm thấy giảm đau và dễ chịu khi có mủ chảy ra ở hậu môn. Bệnh nhân với lỗ rò đã hình thành thường có tiền sử có những cơn đau ngắt quãng và mủ chảy ra từ một lỗ ở tầng sinh môn, cơn đau tăng lên khi mủ không chảy ra và giảm đau khi có mủ thoát ra. Trường hợp có lỗ trong ở trực tràng to thì có thể thấy phân chảy ra ở lỗ rò ngoài.

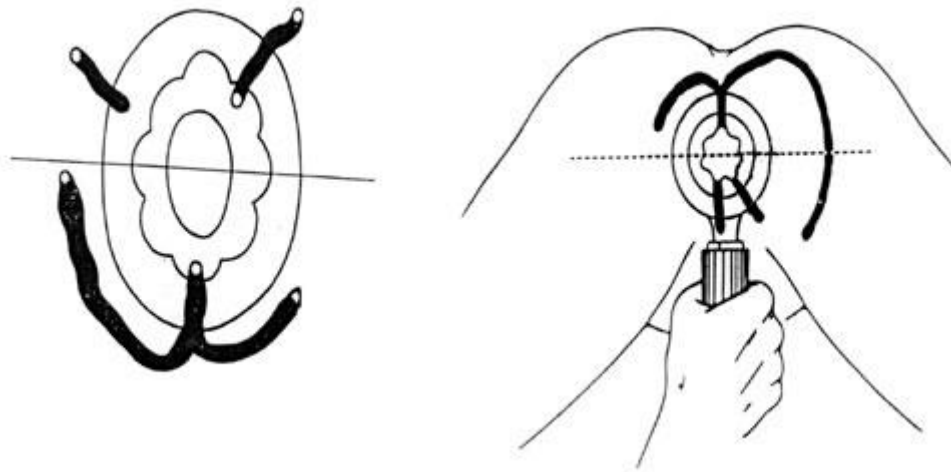
Những điểm quan trọng trong bệnh sử của bệnh nhân có thể nghĩ đến một lỗ rò phức tạp bao gồm:

- Bệnh viêm ruột, viêm túi thừa.
- Xạ trị trước đó cho tuyến tiền liệt hoặc ung thư trực tràng.
- Lao, Tiêu đường, Điều trị steroid.
- Suy giảm miễn dịch (HIV).
- Sau ổ áp xe quanh hậu môn tự vỡ ra, thường tự liền lại nhưng để lại một núm tổ chức hạt lồi hoặc hơi lõm, tại vị trí này thường có dịch chảy ra, hoặc mủ.
- Sờ thấy chắc, cứng, ấn đau.
- Thăm trực tràng có thể thấy lỗ trong của đường rò.

*** Theo Goodsall và Miles** có 5 điểm thiết yếu trong chẩn đoán rò hậu môn:

1. Xác định vị trí lỗ rò ngoài.
2. Xác định vị trí lỗ rò trong.
3. Phát hiện đường đi của đường rò nguyên phát.
4. Phát hiện sự hiện diện của đường rò thứ phát (đường nhánh).
5. Phát hiện sự hiện diện của bệnh lý khác gây ra rò.

Định luật Goodsall giúp ta tìm được lỗ rò trong khi thấy được lỗ rò ngoài.



* **Định luật Goodsall** (tìm lỗ rò trong nguyên ủy): trong loại rò mà lỗ nông nằm ở nửa sau của đường thẳng ngang đi qua lỗ hậu môn thì có lỗ sâu nằm ở đường giữa sau. Trong loại rò mà lỗ nông nằm ở nửa trước của đường thẳng đi ngang qua lỗ hậu môn thì đường rò đi thẳng trong ống hậu môn theo chiều hướng tâm.

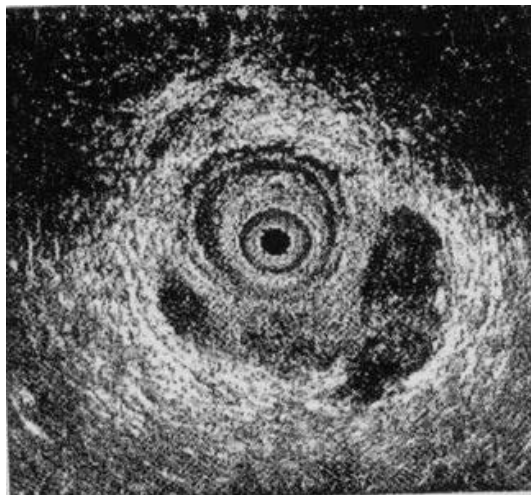
Tuy nhiên định luật này có một ngoại trừ là nếu lỗ rò ngoài xa rìa hậu môn $> 3\text{cm}$ và đường rò kèm với bệnh lý khác như bệnh Crohn's và bệnh lý ác tính.

3. CẬN LÂM SÀNG

Chụp đường rò có bơm thuốc cản quang Telebrix.

Các xét nghiệm tiền phẫu.

- Glucose, Urê, Creatinine, AST, ALT, Điện giải đồ 3 thông số.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TQ, TCK, Nhóm máu ABO, RhD.
- ECG, siêu âm Doppler tim màu với Bn > 60 tuổi hay có bệnh tim mạch đi kèm.
- CT tim phổi thẳng; Nội soi hậu môn trực tràng.
- Siêu âm qua ngã trực tràng.
- MRI.



Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán: siêu âm qua nội soi hậu môn trực tràng

4. ĐIỀU TRỊ

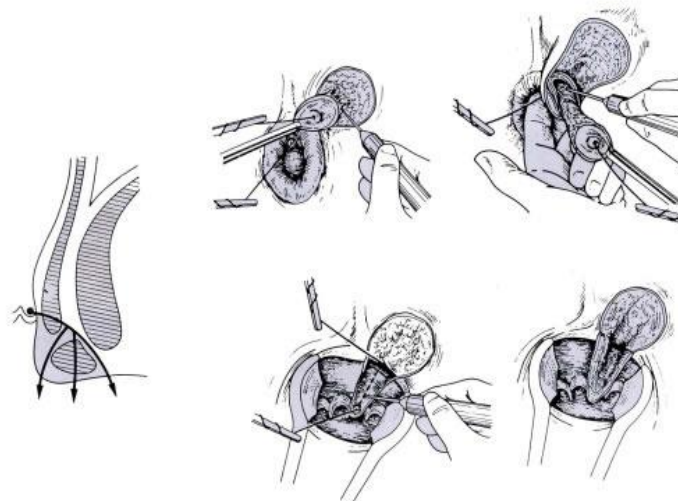
4.1. Nguyên tắc phẫu thuật

- Tìm được lỗ rò trong (lỗ rò nguyên phát)
- Lấy hết tổ chức xơ, cắt bỏ đường rò - Tránh làm tổn thương các cơ thắt (áp dụng pp cắt từ từ hay mổ làm nhiều thì)

4.2. Các phương pháp phẫu thuật

4.2.1. Mở đường rò

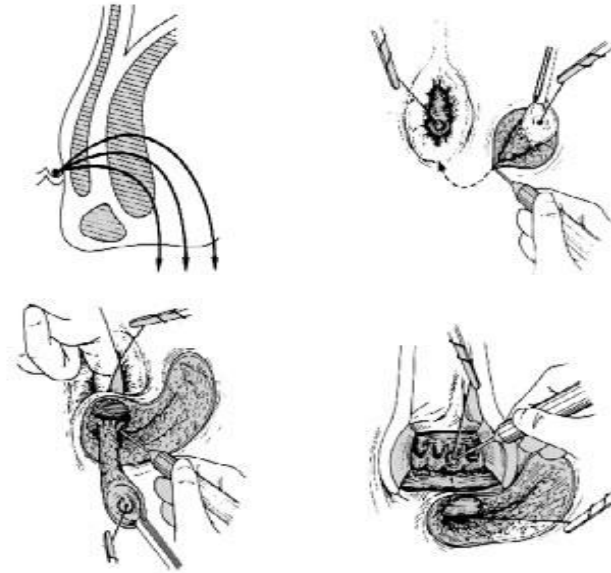
Nong rộng hậu môn, dùng một que thông có rãnh đưa từ lỗ rò ngoài theo đường rò nguyên phát vào đến lỗ rò trong, sau đó rạch trên que thông suốt dọc đường đi từ lỗ ngoài đến lỗ trong, đường rò được mở hoàn toàn và để đường rò đó lành thứ phát. Khi áp dụng phương pháp này, vấn đề quan trọng hàng đầu là không để có biến chứng đi cầu mất tự chủ. Vì vậy các loại rò xuyên cơ thắt cao, nhất là đường rò ở phía trước ở phái nữ và rò trên cơ thắt thường không áp dụng được phương pháp này. Phương pháp này áp dụng tốt cho loại rò giữa cơ thắt và xuyên cơ thắt thấp nhưng còn phải tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong việc nhận định thương tổn.



Mở đường rò khi rò thấp

4.2.2. Cắt đường rò

Là kỹ thuật mổ lấy trọn mô xơ đường rò dành cho các đường rò nông, khởi đầu cắt từ lỗ rò ngoài và theo mô đường rò đi lần vào đến lỗ rò trong bằng dao thường hay dao điện. (Hình 8AB). Điều quan trọng là vết mổ không lành da sớm sẽ gây ra một lỗ rò tái phát. Kết quả kiểm tra siêu âm có thể giúp phân biệt xơ sớm. Lành vết thương thường xảy ra trong vòng 6 tuần. Tỷ lệ lành 85%-95%.



Cột cơ thắt khi rò trên, xuyên cơ thắt cao

4.2.3. Cột dây thun

Chỉ định cột dây thun cho các lỗ rò cao xuyên cơ thắt, rò tái phát, rò phức tạp cơ xuyên cơ thắt ngoài. Rò phía trước ở nữ, và những trường hợp suy giảm miễn dịch.

Đặt một dây thun vào đường rò sau khi đã cắt được đường rò nhưng không xác định được khối cơ vòng ngoài liên quan với đường rò, việc cột dây thun này còn có tác dụng dẫn lưu mủ và an toàn cho phẫu thuật đường rò. Việc cột dây thun này có 3 tác dụng:

- Bảo vệ sự toàn vẹn cơ vòng ngoài.
- Dẫn lưu ổ nhiễm trùng và làm thay đổi tình trạng nhiễm trùng cấp tính.
- Như là phương pháp mở rộng đường rò nhưng giảm bớt hậu quả của việc cắt tổng số cơ trong một phẫu thuật.

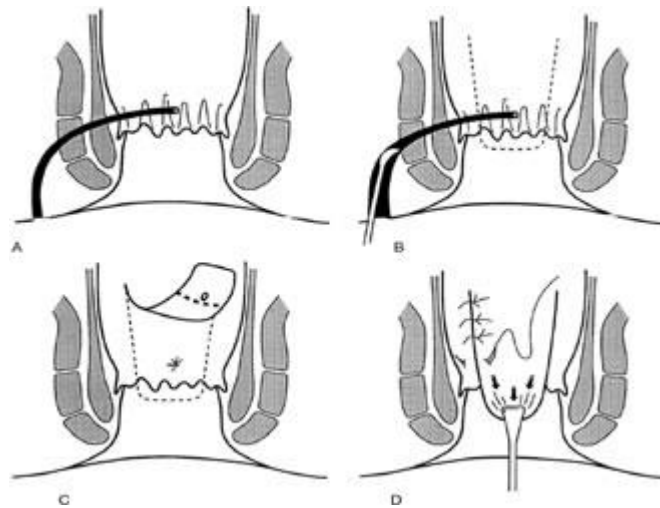
Chìa khóa của phương pháp cột dây thun là tổng số cơ bị cắt được thực hiện từng giai đoạn và có thời gian cho phép sự phát triển mô sợi giữa cơ bị cắt. Trước khi cơ vòng bị cắt một khối lớn. Tại bệnh viện St Mark áp dụng phương pháp cột dây thun trong trường hợp đường rò ngoài cơ thắt với lỗ rò trong ở trên cao, đường rò xuyên cơ thắt cao ở phía sau và đường rò trên cơ thắt (Hình 9.A.B.C). Tỷ lệ thành công để cắt rò cột thun là khoảng 60 – 78%. Tuy nhiên, tỷ lệ tiêu không tự chủ lâu dài có thể vượt quá 30%.

4.2.4. Kỹ thuật hạ niêm mạc trực tràng che phủ với lỗ rò trong ở trên cao

Chỉ định như cột thun, ưu điểm là không làm tổn thương cơ thắt và tỷ lệ thành công khả năng tái phát tại 19 tháng là 8% so với 7%. Với những bệnh nhân có thể tái phát cao hơn khi đường khâu bị nhiễm trùng.

4.2.5. Keo sinh học và nút vá lỗ rò

Kỹ thuật này không làm tổn thương thêm cơ thắt nhưng chỉ áp dụng cho những đường rò đơn giản và tỷ lệ tái phát rất cao cho những rò phức tạp.



Cắt bỏ 1 phần đường rò, khâu lỗ rò trong, hạ niêm mạc che phủ lỗ rò

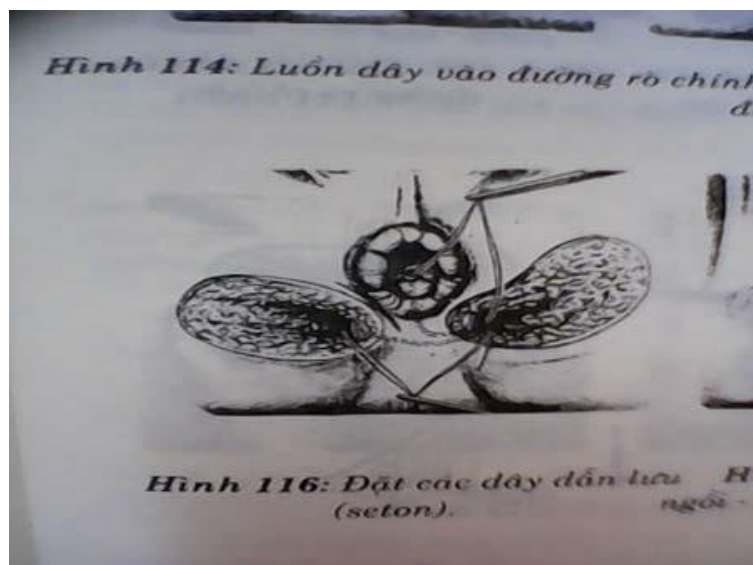
Điều trị rò móng ngựa: làm 2 thì

4.2.6. Kỹ thuật Lift

Cắt cột đường rò xuyên cơ thắt có khâu kín lỗ rò trong: Xác định lỗ rò trong bằng van Ferguson hay banh hậu môn, sau đó thăm dò bằng que, mở đường mổ gian cơ thắt hình cung. Bóc tách tỉ mỉ bộc lộ đường rò lấy đi đường rò và lỗ rò trong khâu kín lại. Phần bên ngoài được cắt bỏ hay nạo sạch kiểm tra kỹ đường rò được lấy đi hoàn toàn. Tỷ lệ thành công tái phát 1/22 ca trong 6 tháng (Nguyễn Trung Tín)

4.2.7. Làm hậu môn nhân tạo trên dòng

Để tạo thuận lợi cho việc điều trị kéo dài lỗ rò hậu môn phức tạp. Chỉ định thường gặp nhất bao gồm những bệnh nhân bị hoại tử đáy chậu, bệnh Crohn hậu môn trực tràng nặng, lỗ rò trực tràng âm đạo, và lỗ rò do phóng xạ gây ra. Hậu môn nhân tạo sẽ có hiệu quả ở những bệnh nhân kiểm soát nhiễm trùng huyết Hoại thư Fournier vùng tầng sinh môn, bộ phận sinh dục, hoặc quanh hậu môn.



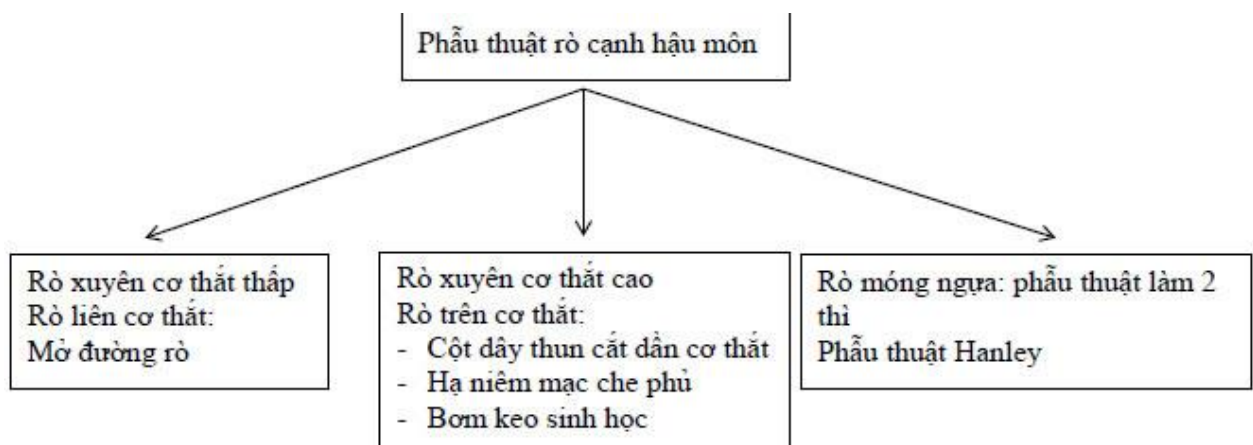


Thì 1: lấy bỏ phần đường rò ngoài cơ thắt 2 bên

Thì 2: phẫu thuật đường rò chính



4.3. Phác đồ phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật phụ thuộc mối liên quan giữa đường rò và cơ thắt.



4.4. Điều trị sau mổ: Kháng sinh, giảm đau hiệu quả, ngâm hậu môn, thay băng.

4.5. Tiên lượng

- Cắt đường rò - Tỷ lệ báo cáo tái phát là 0-18%.
- Cột dây thun - Tỷ lệ báo cáo tái phát là 0-17%.
- Kỹ thuật hạ niêm mạc trực tràng - Tỷ lệ báo cáo tái phát là 1-17%, và tỷ lệ của bất kỳ tiêu không tự chủ là 6-8%.

4.6. Biến chứng

Biến chứng sau phẫu thuật sớm có thể bao gồm

- Bí tiểu
- Chảy máu
- Són phân
- Thuyên tắc trĩ

Biến chứng sau phẫu thuật chậm trễ có thể bao gồm

- Tái phát
- Tiêu không tự chủ (phân)
- Hẹp hậu môn - Các quá trình chữa bệnh gây xơ của ống hậu môn.
- Chậm lành vết thương - Hoàn chữa bệnh xảy ra 12 tuần nếu một quá trình bệnh lý là hiện nay (tức là, tái phát, bệnh Crohn)

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: khám hậu môn_ trực tràng phát hiện đường rò.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: hậu phẫu ngày thứ 2_3 ổn cho xuất viện, dặn bệnh nhân ngâm hậu môn với nước muối ấm ngày 2 lần.

5.3. Theo dõi tái khám

- Biến chứng hay gặp là mất tự chủ hậu môn do tổn thương cơ thắt.
- Chảy máu vết mổ.
- Tái phát đường rò.
- Hẹn tái khám sau 2 tuần kiểm tra dây thun thắt, sự liền vết mổ, tái phát đường rò.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Đình Hối. Áp xe và rò hậu môn. Hậu môn trực tràng học. NXB Y học 2002: 116-46.
2. Juan L Poggio. Fistula-in-Ano. <http://emedicine.medscape.com> 2013
3. Peter J. Lunniss and Robin K. S. Philips. Anal fistula. Colorectal surgery, Saunders 1998: 261-88.
4. Richard Melson Anorectal abscess fistula. The surgical clinics of North America,

December 1994: 1139-52.

5. Stanley M.Goldberg. Anorectal abscesses and fistula-in-ano. Essentials of anorectal surgery, 1980: 100-22.

6. Nguyễn Trung Tín. Kết quả phẫu thuật Lift trong điều trị bệnh rò hậu môn. Y học TP.Hồ Chí Minh* Tập 15* Phụ Bản số 1* 2011

PHÌNH GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phình giáp là bệnh thường gặp trong nhóm bệnh nội tiết.
- Bệnh chiếm tỷ lệ 4-7% dân số, nữ nhiều hơn nam, 95% bệnh nhân là phình giáp lan tỏa, 5% là phình giáp nhân hoặc đa nhân.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Phần lớn phình giáp không có triệu chứng. Có thể phát hiện tình cờ bệnh khi khám sức khỏe, hay than phiền cảm thấy nghẹn ở vùng cổ, nuốt vướng. Một số trường hợp đau tự nhiên do xuất huyết trong phình giáp nhân, nhân lớn nhanh, có thể ghi nhận các triệu chứng xâm lấn tại chỗ như: nuốt khó, khàn giọng, sờ có thể thấy hạch vùng cổ, tuyến giáp cứng khó di động.
- Một số dấu hiệu gợi ý nghi ngờ ung thư giáp:
 - Phái nam.
 - Tuổi <20 hay > 40.
 - Nhân lớn nhanh.
 - Những triệu chứng xâm lấn tại chỗ, nuốt khó, đau thùy cổ, khàn giọng, thở hơi ngắn.
 - Có tiền sử xạ vùng cổ.
 - Có tiền sử gia đình ung thư giáp dạng nhú, ung thư giáp dạng tủy hay đa u tuyến nội tiết (MEN).

2. Xét nghiệm cận lâm sàng

a. Xét nghiệm sinh hóa FT4 (T4), T3 (FT3), TSH

- Thường ghi nhận chức năng tuyến giáp bình giáp trong hầu hết trường hợp.

b. Siêu âm tuyến giáp

- Cần có để phân biệt phình giáp lan tỏa với phình giáp nhân.
- Siêu âm khả năng phát hiện nhân giáp cao, ngay cả những nhân có kích thước <10mm khó sờ.
- Siêu âm giúp phân biệt phình giáp nhân với ung thư tuyến giáp nhờ các dấu hiệu gợi ý ác tính:
 - Hình dạng nhân không đồng đều.
 - Tính chất echo kém.
 - Bờ nhân xác định không rõ.
 - Dấu hiệu Halo dày không hoàn toàn.
 - Sự hiện diện vi hạt calci hóa.
 - Sự hiện diện phân phối của mạch máu trong nhân.

c. Xạ hình tuyến giáp

- Chỉ thực hiện trong trường hợp nghi ngờ phình giáp có nhân cường giáp hoặc nghi ác tính.
- Nhân bắt xạ, còn gọi là nhân nóng, là nhân có chức năng tự động cao, nhân này được xác định rõ do vùng nhân bắt giữ chất phóng xạ hơn vùng mô chung quanh hay vùng mô xung quanh bị ức chế.
- Nhân đẳng xạ, là nhân có chức năng bắt xạ bình thường như những vùng xung quanh.
- Nhân không bắt xạ, còn gọi là nhân lạnh, là nhân giảm chức năng hay không có chức năng.
- Xạ hình bằng technetium (Tc 99) thì nhanh chóng và dễ dàng cho hình ảnh rõ nét sau thời gian 20-30 phút.
- I131 là chất đồng vị phóng xạ cho hình ảnh và chức năng. Hạn chế do tính kích thích tuyến giáp.
- I121 và I123 được khuyến cáo sử dụng vì khắc phục được khuyết điểm của Technetium và của I131.
- Độ nhạy của xạ hình trong ung thư giáp 89-93%, nhưng độ chuyên chỉ có 5% với giá trị tiên đoán dương chỉ 10%.

d. Chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ

Chỉ định trong trường hợp phình giáp nhân có nghi ngờ ác tính trên lâm sàng hoặc siêu âm. Dễ thực hiện có độ chính xác cao độ nhạy 83-95%, độ chuyên 92%-97%, âm giả 0,3-6%, dương giả 0-10%.

III. Điều trị

1. Nội khoa

Chỉ định:

- Phình giáp lan tỏa.
- Phình giáp đơn nhân hoặc đa nhân lành tính, kích thước nhân lớn nhất < 2 cm
- Thuốc dùng: Levothyrox (Berlthyrox) 50- 200 µg/ngày.
- Khởi đầu bằng liều nhỏ sau đó chỉnh liều tăng dần để duy trì ức chế TSH từ 0,1 – 0,5 µU/ml bằng xét nghiệm mỗi tháng trong 3 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong những tháng tiếp theo. Chú ý ngưng thuốc nếu có tác dụng phụ như hồi hộp, mất ngủ.
- Thời gian liên tục trung bình từ 6 tháng - 1 năm.
- Theo dõi kích thước tuyến giáp hoặc nhân giáp bằng siêu âm tuyến giáp mỗi 3 tháng.
- Phình giáp không đáp ứng với điều trị nội khoa khi dùng đúng liều và thời gian mà phình giáp không nhỏ lại hoặc phải ngưng thuốc do có tác dụng phụ.

2. Ngoại khoa

- Bệnh nhân sẽ được phẫu thuật trong các trường hợp:
 - + Phình giáp có nhân nghi ngờ ác tính trong chẩn đoán tế bào học.

- + Phình giáp nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa, nhân > 2cm.
- + Phình giáp lan tỏa lớn độ III (theo OMS) không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Những trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa nhưng cũng không có chỉ định mổ sẽ được theo dõi định kỳ 6 tháng cho đến khi có chỉ định mổ (theo phác đồ bướu giáp nhân hoặc cường giáp)

BƯỚU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phân loại TNM (2009)

T – Bướu nguyên phát

TX	Không đánh giá được
T0	Không bướu
Ta	Carcinom khu trú ở niêm mạc
Tis (CIS) Carcinoma in situ	Carcinom phẳng
T1	Chân bướu đến lớp niêm mạc và dưới niêm mạc
T2	Xâm lấn cơ
T2a	Xâm lấn lớp cơ nông (lớp trong)
T2b	Xâm lấn lớp cơ sâu (lớp ngoài)
T3	Ra ngoài lớp cơ ngoài bàng quang
T3a	Vi thể
T3b	Đại thể (khối u ngoài bàng quang)
T4	Xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo, thành chậu
T4a	Xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo
T4b	Xâm lấn thành chậu

N – Hạch bạch huyết

NX	Không đánh giá được
N0	Chưa di căn hạch
N1	Di căn 1 hạch tại vùng chậu (hạ vị, bịt, trước thiêng, chậu ngoài)
N2	Di căn nhiều hạch tại vùng chậu (hạ vị, bịt, trước thiêng, chậu ngoài)
N3	Di căn hạch quá vùng chậu

M – Di căn cơ quan

MX	Không đánh giá được
M0	Chưa di căn cơ quan khác
M1	Có di căn cơ quan khác

Phân loại bướu chưa và đã xâm lấn cơ

- Bướu chưa xâm lấn cơ (bướu nông): Ta, T1, CIS.
- Bướu xâm lấn cơ (bướu không nông): T2, T3, T4.

Phân loại mô học WHO (1973 và 2004:

b. WHO 1973:

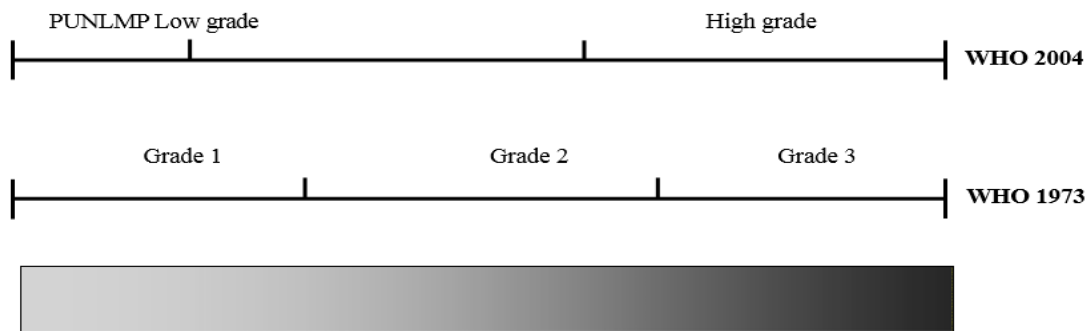
- Bướu dạng gai niệu mạc
 - + Grade 1: biệt hóa tốt
 - + Grade 2: biệt hóa vừa
 - + Grade 3: biệt hóa kém

c. WHO 2004:

- Sang thương phẳng
 - + Tăng sản
 - + Phản ứng không điển hình

- + Dị sản niệu mạc
- Bướu phẳng: CIS (carcinom phẳng)
- Bướu dạng gai
- + Lành tính
- + Bướu dạng gai tiềm năng hóa ác thấp (PUNLMP, Papillary urothelial neoplasms of low malignant potential)
- + Carcinom niệu mạc dạng gai grade thấp
- + Carcinom niệu mạc dạng gai grade cao

So sánh 2 cách phân loại mô học WHO 2004 và WHO 1973

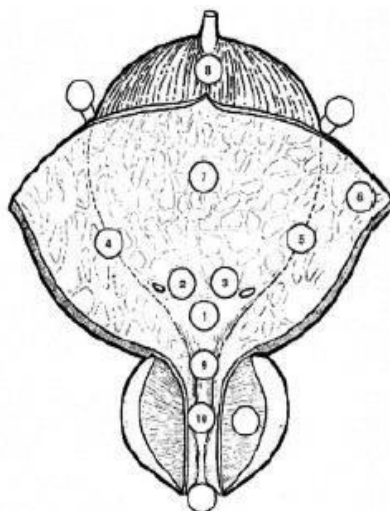


II. CHẨN ĐOÁN

Bệnh sử: Chú ý đến thói quen (hút thuốc) và nghề nghiệp. Khai thác tất cả các triệu chứng của đường tiết niệu dưới, chú ý đến triệu chứng tiểu máu.

- Siêu âm thận và bàng quang. CT scan, Xquang có cản quang (UIV) chỉ nên thực hiện trong một số trường hợp chọn lọc (ví dụ: bướu ở vùng tam giác bàng quang)
- Soi bàng quang thực hiện trong tất cả các trường hợp nếu có nghi ngờ đến bướu bàng quang

Khi soi bàng quang phải mô tả tất cả các bất thường thấy được. Nếu có bướu đại thể, cần ghi nhận vị trí, kích thước, số lượng, hình dạng. Nên vẽ lại sơ đồ: chú ý đến các vị trí như đỉnh, các mặt thành trước, thành sau, 2 thành bên, vùng tam giác, 2 lỗ niệu quản. cổ bàng quang, niệu đạo sau, tuyến tiền liệt.



Hình ảnh sơ đồ các vị trí cần ghi nhận

III. ĐIỀU TRỊ

1. BƯỚU CHƯA XÂM LẤN CƠ (BƯỚU NÔNG)

1.1. Cắt đốt nội soi (TURBT)

- Là phương pháp điều trị cơ bản đối với bướu chưa xâm lấn cơ.
- Trước khi đặt máy: Khi bệnh nhân đã được gây tê – mê, phải thăm khám kỹ bằng ấn chẩn 2 tay sau khi đã lấy hết nước tiểu ra khỏi bàng quang.
- Trước khi cắt đốt: quan sát từ niệu đạo vào đến trong bàng quang, tắt cả các vị trí nghi ngờ, ghi nhận lại sơ đồ. Sinh thiết những vị trí nghi ngờ. Nên có máy soi huỳnh quang (fluorescence-guided-PDD) hoặc NBI (Narrow Band Image) để đánh dấu những vị trí nghi ngờ bướu.
- Đối với bướu có kích thước ≤ 1 cm, cắt đốt lấy bướu nguyên khối, có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm
- Đối với bướu có kích thước > 1 cm, có thể cắt đốt từng phần bướu, cần có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm
- Khi có bướu tại vùng tam giác và cổ bàng quang thì cần phải sinh thiết thêm tại niệu đạo sau.
- Nên có máy soi huỳnh quang (fluorescence-guided-PDD) hoặc NBI kiểm tra lại và hướng dẫn sinh thiết nếu thấy hoặc nghi ngờ có hiện diện của CIS.
- Các mẫu bệnh phẩm phải để riêng biệt, đánh dấu các vị trí trên sơ đồ trước khi gửi thử GPB.
- Cắt đốt lặp lại lần 2:

Cắt đốt lần 2 thực hiện tại vị trí bướu nguyên phát, thời gian thực hiện là 2 – 6 tuần sau cắt đốt lần đầu. Chỉ định cắt đốt nội soi ung thư BQ lần 2:

- Không cắt hết bướu trong lần cắt đốt đầu tiên.
- Không có cơ BQ trong mẫu thử sau lần cắt đốt đầu tiên (ngoại trừ dạng bướu TaG1 hay CIS nguyên phát).
- Tất cả bướu T1.
- Tất cả bướu có độ ác cao (ngoại trừ CIS nguyên phát).

1.2. Phân nhóm nguy cơ:

Nguy cơ thấp

- Tiên phát, một bướu, T1, G1 (low grade), < 3 cm, không có hiện diện CIS.

Nguy cơ trung bình

- Không thể sắp vào (ở giữa) 2 nhóm kia.

Nguy cơ cao

- T1
- G3
- CIS
- Nhiều bướu và tái phát
- Ta G1G2 kích thước > 3 cm

Nguy cơ rất cao

- T1G3 kết hợp CIS, có nhiều bướu hay kích thước lớn > 3 cm, bướu tái phát, ở vị trí niệu đạo sau.
- Tái phát sau điều trị hỗ trợ bằng BCG.

1.3. Điều trị hỗ trợ sau cắt đốt bướu

- Điều trị hỗ trợ phải dựa trên kết quả phân loại nhóm nguy cơ
- Hóa trị tại chỗ (thuốc bơm vào bàng quang) chu phẫu: nhóm nguy cơ thấp và trung bình, tốt nhất trong 6 giờ đầu. Chống chỉ định nếu thủng bàng quang hoặc không cảm màu tốt.
- Nhóm nguy cơ thấp: chỉ cần 1 lần hóa trị trong bàng quang duy nhất (chu phẫu).
- Nhóm nguy cơ trung bình: cần tiếp tục hóa trị tại chỗ mỗi tuần 1 lần, trong 6 – 8 lần liên tục bằng hóa chất.
- Nếu sử dụng BCG thì phải thực hiện tối thiểu 2 tuần sau cắt đốt và khi chắc chắn tổn thương tại bàng quang đã lành hẳn.
- Nhóm nguy cơ cao: cần tiếp tục điều trị miễn dịch tại chỗ trong 1-3 năm bằng miễn dịch BCG.
- Chống chỉ định BCG: đang điều trị lao hệ tiết niệu hay lao tại các cơ quan khác. Đang nhiễm trùng hệ tiết niệu. Tiểu máu đại thể. Thể trạng kém.
- Hiện có thể sử dụng Doxorubicin, Epirubicin hay Mitomycin C trong hóa trị tại chỗ hỗ trợ điều trị bướu bàng quang. Có thể sử dụng nước cất hay NaCl 0,9% để pha thuốc. Chú ý đến nồng độ và pH dung dịch khi pha. Thời gian giữ thuốc trong bàng quang khoảng 2 giờ.

1.4. Cắt bàng quang tận gốc: Nhóm nguy cơ rất cao

2. BƯỚU XÂM LẤN CƠ (BƯỚU SÂU)

2.1. Cắt bàng quang tận gốc

- Là phương pháp điều trị cơ bản
- Tùy thể trạng bệnh nhân, tuổi, tình trạng chức năng thận, đã từng mổ hay có bệnh lý trên hệ tiêu hóa không, và ý muốn chủ quan của bệnh nhân, thì sau cắt bàng quang có thể chọn lựa một trong các phương thức chuyển lưu nước tiểu sau :

2.2. Chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát

- Đem 2 niệu quản ra da
- ống hồi tràng hay ống đại tràng

2.3. Chuyển lưu nước tiểu có kiểm soát

- Túi hồi tràng, hồi – manh tràng, đại tràng có van chuyển lưu
- Bàng quang trực vị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babjuk M, Burger M, Zigeuner R, Shariat S, Rhijn BV, Comperat E, Sylvester R, Kaasinen E, Bohle A, Palou J, Roupret M (2014), “Guidelines on non – muscle invasive bladder cancer”, *European Association of Urology*, pp. 4 – 42.
2. Berglund RK, Herr HW (2012), “Surgery for Bladder Cancer”, *Campbell Walsh Urology*, 10th edition, 83, pp. 2375 – 2385.
3. Clark PE, Agarwal N, Biagioli MC, Eisenberger MA, Greenberg RE, Herr HW, Inman BA, Kuban DA, Kuzel TM (2013), “ NCCN Guidelines for Bladder Cancer”, *National Comprehensive Cancer Network*, Version 1.2013 Updates.
4. Jeong P, Ha YS, Cho IC, Yun SJ, Yoo ES, Kim IY, Choi YH, Moon SK, Kim WJ (2011), “Three – gene signature predicts disease progression of non – muscle invasive bladder cancer”, *Oncology Letters*, 2, pp. 679 – 684.
5. Kobayashi H, Kikuchi E, Mikami S, Maeda T, Tanaka N, Miyajima A, Nakagawa K, Oya M (2014), “Long term follow – up in patients with initially diagnosed low grade Ta non – muscle invasive bladder tumors: tumor recurrence and worsening progression”, *BMC Urology*, 14 (5). doi:10.1186/1471-2490-14-5.

6. [Kramer MW, Abdelkawi IF, Wolters M, Bach T, Gross AJ, Nagele U, Merseburger AS \(2014\), “Current evidence for transurethral en bloc resection of non – muscle invasive bladder cancer”, *information healthcare*, pp. 1 – 8.](#)

BƯỚU LÀNH TÍNH Ở THẬN

(Benign Renal Tumors)

I. NANG THẬN

Bệnh nang thận có thể gặp ở 50% dân số nhưng thường thầm lặng và được phát hiện tình cờ qua các xét nghiệm hình ảnh hoặc sau khi tử thi.

Trong nghiên cứu bởi Terada và cộng sự (2008) 61 bệnh nhân có nang thận đơn giản và theo dõi trung bình 10 năm, các tác giả lưu ý rằng các nang tăng cả về kích thước và số lượng theo thời gian. Mức tăng trung bình là 1,9 mm mỗi năm. Điều thú vị là có hai nang phát triển thành ung thư trong quá trình nghiên cứu và không ghi nhận sự khác biệt về lâm sàng với các bướu lành tính khác. Các yếu tố nguy cơ cho sự phát triển của nang gồm: tuổi, nam giới, tăng huyết áp, suy thận (Terada và cộng sự, 2004).

Nang thận là tổn thương thận lành tính thường gặp nhất, chiếm hơn 70% các khối ở thận không có triệu chứng. Các nang có thể đơn độc hay nhiều nang, 1 bên hoặc 2 bên thận (Terada và cộng sự, 2002).

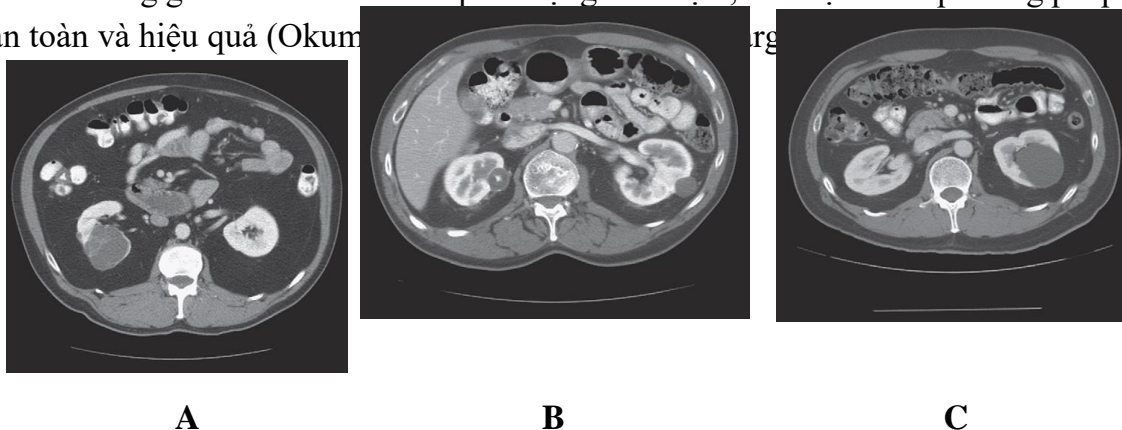
Nang thận có thể gây ra các triệu chứng như: đau hoặc cảm giác nặng vùng hông lưng, cao huyết áp, tiểu máu, nhiễm trùng, chèn ép gây bế tắc đường tiết niệu trên.

Nang thận có thể được khảo sát bằng siêu âm, CT hoặc MRI. Trên siêu âm, nang thận đơn giản có thành trơn láng, dịch bên trong không phản âm. Nếu có phản âm, vôi hóa, nốt, hoặc vách trong nang qua siêu âm là những nang phức tạp và cần được khảo sát bằng hình ảnh học có tiêm thuốc cản quang (Quaia et al, 2008 ; Eknayan , 2009).

Phân loại Bosniak là phương pháp hữu ích nhất trong việc khảo sát các nang thận (Israel và Bosniak năm 2005; Warren và McFarlane, 2005). Nhìn chung, Bosniak type I, II, và IIF thường là lành tính, do đó không cần điều trị, cần theo dõi bằng hình ảnh học.

Phân loại Bosniak	Hình ảnh học	Tỉ lệ ung thư	Điều trị
I	Nang đơn giản, vách mỏng không vôi hóa, dịch trong nang mật độ nước, không bắt thuốc cản quang.	1.7%	Không điều trị, theo dõi
II	Có thể có vài vách mỏng và ít vôi hóa trên thành hoặc vách. Tổn thương đồng dạng <3cm (còn gọi là bướu nang mật độ cao) giới hạn rõ và bắt thuốc cản quang.	18.5%	Không điều trị, theo dõi
IIF	Có thể chứa nhiều nốt vôi hóa, vách mỏng, thành hoặc vách dày. Không bắt thuốc cản quang, bờ giới hạn rõ. Tổn thương ≥ 3 cm cũng được xếp vào loại này.	18.5%	Chụp lại để theo dõi kích thước
III	Thành và vách nang dày không đều, khó xác định. Tăng cản quang	33%	Cắt bỏ
IV	Nang gần như ác tính, gồm loại III + tăng cản quang mô mềm.	92.5%	Cắt bỏ

Vì loại III và IV nguy cơ ác tính cao nên cần được điều trị phẫu thuật cắt bỏ. Đa số bướu nang đơn giản thường không cần tiếp tục theo dõi hoặc điều trị (Eknoyan, 2009). Nang lành tính hiếm khi to lên gây đau hoặc tăng huyết áp (Porpiglia et al, 2009; Zerem et al, 2009). Triệu chứng này cũng có thể xảy ra do hậu quả của xuất huyết trong nang tự phát hoặc chấn thương làm vỡ nang (Hughes và cộng sự, 1995; Rainio et al, 2006; Ishikawa và cộng sự, 2008; Vaidyanathan và cộng sự, 2008). Đối với các trường hợp nang thận có kích thước lớn và có triệu chứng thì có chỉ định can thiệp bằng cách chọc hút nang thận dưới hướng dẫn siêu âm và chích xơ bằng ethanol 95 độ hoặc cắt bỏ chỏm nang qua phẫu thuật nội soi. Do nang gắn với các cấu trúc quan trọng của thận, nên nội soi là phương pháp tiếp cận an toàn và hiệu quả (Okumura et al, 2009).



Hình 1. A: nang thận Bosniak I. **B:** nang thận Bosniak II, có vôi hóa bên trong. **C:** nang thận Bosniak IIF, có vài vách mỏng trong nang (Copyright 2009, C.G. Wood.)

II. BƯỚU TUYẾN VỎ THẬN (RENAL CORTICAL ADENOMA)

Bướu tuyến vỏ thận vẫn còn là một đề tài tranh cãi trong tiết niệu. Tỷ lệ mắc bướu tuyến vỏ thận tăng theo độ tuổi và giới tính nam, và những khối bướu này cũng có liên quan đến nang thận ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (Leroy và cộng sự, 2001; Denton và cộng sự, 2002; Snyder et al, 2006; Ferda và cộng sự, 2007). Bướu thường nhỏ, nằm ở phần ngoài vỏ thận và có hình nhú về mô học. Phần lớn không có triệu chứng lâm sàng và chỉ được phát hiện lúc mổ tử thi hay trên thận được cắt bỏ vì nguyên nhân khác. Tỷ lệ mắc bướu tuyến vỏ thận trong khám nghiệm tử thi khoảng 7% đến 23% (Licht, 1995; Renshaw, 2002; Minor et al, 2003). Trước đó Bell (1950) nhận thấy qua giải phẫu tử thi thì các bướu dưới 3cm ít gây di căn, trong khi các bướu lớn hơn 3cm lại có di căn nhiều hơn.

Bướu tuyến vỏ thận có thể có mối liên quan sinh học với sự phát triển của RCC và có khả năng hoá ác.

Đa số bướu tuyến vỏ thận không triệu chứng, và thường không thể phát hiện qua hình ảnh học do kích thước nhỏ (<1 cm), và không cần điều trị thêm. Chẩn đoán bướu tuyến vỏ thận vẫn còn gây tranh cãi, nhiều người tin rằng tất cả chúng có nguồn gốc từ biểu mô thận đặc có tiềm năng ác tính, do đó cần điều trị (Renshaw, 2002).

III. BƯỚU TUYẾN TRUNG THẬN (METANEPHRIC ADENOMA):

Bướu tuyến trung thận mới được mô tả gần đây, là bướu lành tính hiếm mà hình ảnh

học thường khó phân biệt được với RCC. Bướu thường được tìm thấy tình cờ, ở nữ, khoảng 50-60 tuổi.

Chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt bướu.



Hình 2. CT scan bướu tuyến trung thận của một bệnh nhân nữ trung niên

IV. ONCOCYTOMA

Oncocytoma thận là bướu lành tính thường gặp nhất xuất hiện như một khối tăng cản quang trên hình ảnh cắt ngang và được xem là RCC cho đến khi có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cắt bướu. Đây là một trong những thách thức trong chẩn đoán trước phẫu thuật cho các bác sĩ niệu khoa, chiếm 3% đến 7% bướu thận (Morra và Das, 1993). Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh nhiều gấp đôi nữ (2 : 1), bệnh thường xuất hiện sau 50 tuổi.

Oncocytoma thận thường có một bao xơ bọc bên ngoài, ít khi xâm lấn bao thận, các đài bể thận hay mô quanh thận. bướu thường có màu vàng hay màu nâu nhạt, trung tâm có sẹo hình sao, và không có mô hoại tử. Oncocytoma ít khi xuất hiện trên cả hai thận.

Về mô học, oncocytoma biệt hóa bao gồm các tế bào biểu mô to, đồng đều, với bào tương ưa eosin. Oncocytoma có nguồn gốc từ các ống thận xa, tương tự như chromophobe RCC, và có thể nằm trong hội chứng di truyền Birt-Hogg-Dube. Tuy nhiên, không có bằng chứng cho thấy oncocytoma chuyển thành ác tính.

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, bệnh nhân có biểu hiện đau vùng thắt lưng và tiểu máu khoảng 20% trường hợp. Nếu nghi ngờ Oncocytoma trước mổ, có thể sinh thiết bướu qua da nếu bướu ở vị trí thuận lợi. Cắt lạnh bướu không đáng tin cậy phân biệt oncocytoma và RCC, do đó không nên sử dụng để hướng dẫn phẫu thuật.



Hình 3. CT scan của bệnh nhân có oncocytoma thận 2 bên (Copyright 2009, S.F. Matin.)

V. BƯỚU CƠ MỠ MẠCH MÁU (ANGIOMYOLIPOMA)

Bướu mỡ - cơ – mạch (AML) thận là một khối bướu lành tính bao gồm mạch máu,

các tế bào cơ trơn và tế bào mỡ. Mô mỡ chiếm tới 80% khối lượng. Phần lớn mô mỡ thuộc nhóm trưởng thành nên có trị số hấp thu âm tính trên chụp cắt lớp vi tính.

Bướu AML thận được xác định đầu tiên bởi Fischer 1911, tên hiện tại của nó đã được đưa ra bởi Morgan năm 1951.

Khác với các loại bướu xuất hiện lẻ tẻ, thể xơ củ (tuberous sclerosis) được Bourneville mô tả năm 1880, bao gồm các triệu chứng chậm phát triển trí tuệ, động kinh, bướu tuyến bã đậu ở mặt và bướu AML thận.

- Về phân loại:

AML là các khối bướu bao gồm những tế bào thượng bì ngoại vi mạch, nghĩa là các tế bào tìm thấy quanh các mạch máu nhỏ dính hoặc đi kèm với các tế bào biểu mô. Khối bướu loại này được biết đến như là PECOMA, chính là loại khối bướu nhu mô mạc treo có liên quan đến các tế bào hình thành nên mô liên kết, hệ lympho và tim mạch.

Bướu AML thận từng được coi là một Hamartoma (các khối bướu lành tính bao gồm các tế bào nằm đúng vị trí nhưng hình thành các khối bướu do bị rối loạn tổ chức), hay Choristoma (là các khối bướu lành tính gồm các tế bào bình thường trong một vị trí khác thường).

- Có 2 loại thể bệnh:
 - + **Thể xơ củ chiếm 20% các AML thận, ở 1 thận hay 2 thận**, thường hay phát triển to và gây chảy máu.
 - + Loại bướu xuất hiện lẻ tẻ, chiếm 80% các AML thận, có xu hướng xuất hiện muộn hơn ở người trưởng thành hoặc ở phụ nữ tuổi trung niên và ít gây biến chứng hơn.
- Có nhiều thụ thể của progesteron và estrogen được tìm thấy ở nhân tế bào cơ trơn của bướu.
- Trong phức hợp xơ củ có **2 gen** được tìm thấy là gen TSC1 ở nhiễm sắc thể 9 và gen TSC2 ở nhiễm sắc thể 16, có sản xuất chất tuberin. Di truyền theo kiểu autosôm trội, nhưng lại xuất hiện bất thường, có thể là do các gen này là gen ức chế bướu.

Đặc điểm lâm sàng:

Tình huống phát hiện bướu thận là phần lớn phát hiện tình cờ bằng siêu âm vì bệnh nhân đi khám vì triệu chứng tiết niệu hay bệnh khác. Khi chẩn đoán một trường hợp bướu thận, đầu tiên nên nghĩ đến RCC.

Tương tự như ung thư tế bào thận (RCC), hầu hết các bướu AML thận được chẩn đoán một cách tình cờ.

Bệnh nhân đến khám thường là nữ, độ tuổi 40, có những triệu chứng sau:

- Đau bụng và thắt lưng (80%)
- Bướu thận to (50%),
- Tiểu ra máu (25%),
- Xuất huyết sau phúc mạc (30%)
- Tăng huyết áp (20%),
- Thiếu máu (20%),
- Suy thận (5%),
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (5%).

- Khi có hội chứng xơ cũ, bướu AML xuất hiện ở 1 hay 2 thận gây suy thận nếu bướu phát triển quá to.

Bướu AML thận nhỏ hơn 4cm thường được theo dõi dè dặt, tuy nhiên bướu AML lớn hơn 4cm có triệu chứng trong khoảng 82% các trường hợp và đòi hỏi can thiệp. Vấn đề thường gặp là đau bụng, sờ thấy khối bướu và chứng phình vỡ động mạch tự phát.

Triệu chứng của bướu AML thận xuất hiện khi bướu lớn, nhưng tập trung nhiều khi bướu > 4 cm. Có 82% bệnh nhân có bướu > 4 cm có triệu chứng, với 9% trường hợp sốc do xuất huyết bướu. Ngược lại, bệnh nhân có bướu nhỏ chỉ có 23 % là có triệu chứng.

Có thể sờ thấy khối bướu ở bụng khi khối bướu đã quá lớn. 87% có triệu chứng xuất huyết trong bướu hoặc xuất huyết sau phúc mạc lớn, trong đó xuất huyết sau phúc mạc là biến chứng quan trọng nhất của bướu AML thận chiếm 10 % bệnh nhân.

Nguyên nhân phổ biến nhất của xuất huyết sau phúc mạc tự phát là bướu AML thận, tiếp theo là RCC. Trong giai đoạn mang thai sẽ làm gia tăng nguy cơ xuất huyết từ bướu AML thận.

Nếu mạch máu bị dẫn rộng trong bướu AML thận vỡ ra, dẫn đến hậu quả xuất huyết vào khoang sau phúc mạc lớn, gây đau đột ngột kèm theo buồn nôn và nôn ói. Khi bệnh nhân đến nhập viện vào khoa cấp cứu thì có đến 20% trường hợp bị sốc. **Chẩn đoán cận lâm sàng.**

1. Siêu âm bụng tổng quát:

Phân biệt bướu AML thận và bướu RCC thận trên siêu âm:

- Chẩn đoán bướu AML thận dựa vào siêu âm có thể thường nhầm lẫn với bướu RCC thận lên đến 12% và tăng đến hơn 30% khi bướu nhỏ (<3 cm).
- So sánh các đặc điểm siêu âm của AML và RCC cho thấy một vành giảm cản âm và/hoặc trong nang gợi ý nhiều RCC, cản âm dày có bóng lưng trong 33% của AML và không có trong RCC.
- Tổn thương thận nhỏ (<3 cm) bướu AML thận có thể có bóng lưng (21%), nhưng không có trong bướu RCC thận. Bướu thận có cản âm dày với bóng lưng gợi ý nhiều đến AML, nhưng không phải là phương pháp có độ nhạy cao.
- Bướu AML thận có ít mỡ có các cản âm cùng đậm độ, đồng nhất trong bướu AML thận và không có trong bướu RCC thận.

2. CT scan bụng cản quang và không cản quang:

- Giúp phát hiện ra bướu thận hoặc các tổn thương nghi ngờ là bướu. Chụp CT bụng không cản quang trước, sau đó bơm thuốc cản quang, phim chụp sau 1 phút sẽ thấy rõ nhu mô thận, sau đó 10 phút chụp 1 phim.
- CT cho kết quả mô tả chi tiết và nhanh chóng cũng như cho phép đo kích thước chính xác. Song, nếu có tiêm thuốc cản quang để mô tả kỹ hơn cho tổn thương của bướu thì sẽ có nguy cơ nguy hiểm và gây độc cho thận.
- CT có thể đánh giá sự xâm lấn vùng của bướu và xâm lấn mạch máu (hay có hiện diện của chồi bướu trong tĩnh mạch), khi có hiện diện của thành phần mỡ trong bướu có thể là bướu AML thận trong những trường hợp khó chẩn đoán bằng siêu âm.

3. CT cũng cho phép phát hiện sự bất thường của thận đối diện hay không.

MRI an toàn hơn CT nhưng nhiều bệnh nhân (đặc biệt trên các bệnh nhân có rối loạn hành vi và trên các bệnh nhân có tuberous sclerosis) đòi hỏi phải dùng thuốc an thần hoặc gây mê và vì thế scan không thể thực hiện nhanh chóng được.

MRI cũng được chỉ định khi nghi ngờ có chồi bướu trong tĩnh mạch, xác định xem nó ăn lan tới đâu (tĩnh mạch chủ hay tới tâm nhĩ phải), MRI cũng có thể thay thế CT để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bướu khi không thể thực hiện CT như dị ứng thuốc, suy thận.

Theo dõi và điều trị bướu AML thận

Hầu hết AML thận không phát triển thêm. Tuy nhiên, một số phát triển chậm, thường với tỉ lệ 5% mỗi năm tương đương 0,088 cm mỗi năm.

Một số bướu AML thận, đặc biệt là bướu lớn hơn 4 cm, có thể gây chảy máu nhiều và trầm trọng, có thể đe dọa tính mạng. Như vậy, dù bướu AML thận là lành tính, một số bướu có thể được chỉ định theo dõi hình ảnh học ngay cả khi không có triệu chứng.

Các điều trị bảo tồn thận với bướu AML thận nhỏ cần can thiệp

- + Tắc mạch chọn lọc
- + Cắt thận bán phần
- Truyền tắc mạch chọn lọc lựa chọn cho các bệnh nhân có thể ảnh hưởng chức năng thận trong tương lai như:
 - + Bướu AML thận trong TSC bị bướu 2 bên
 - + Suy thận đã có từ trước
 - + Bướu AML thận lớn trên thận đơn độc
 - + Bệnh cấp cứu và có khả năng xuất huyết đe dọa tính mạng yêu cầu cắt thận Mặc dù, tắc mạch chọn lọc ghi nhận thành công lâu dài trong các trường hợp nhưng có một tỉ lệ lớn bệnh nhân phải trải qua tắc mạch lặp đi lặp lại khi có xuất huyết bướu tái phát, đôi khi cần cắt thận bán phần.

Phương pháp điều trị xâm lấn như cắt bỏ khối bướu bằng đốt nhiệt cũng đã được sử dụng để điều trị bướu AML thận, nhưng thời gian theo dõi vẫn còn ngắn, đánh giá thành công vẫn còn kém và thời gian để tiếp tục theo dõi bằng hình ảnh học là không rõ.

Phương pháp điều trị xâm lấn này có thể có vai trò để điều trị bệnh nhân bướu AML thận có TSC hoặc bệnh nhân lớn tuổi với các bệnh đi kèm cần điều trị và không điều trị tắc mạch được.

- Chỉ định chính để can thiệp phẫu thuật điều trị, bao gồm:
 - + Có triệu chứng đau
 - + Xuất huyết khối bướu sau phúc mạc
 - + Nghi ngờ ác tính.

Theo Hướng dẫn điều trị của Hội nội khoa Châu Âu 2014 thì bướu AML thận xem xét điều trị (phẫu thuật, đốt nhiệt, tắc mạch chọn lọc) trong các trường hợp:

- + Bướu lớn (ngưỡng đề nghị can thiệp không rõ, thường kích thước bướu >4 cm)
- + Phụ nữ tuổi sinh đẻ dự định có thai

- + Bệnh nhân đang theo dõi bướu AML và không có điều kiện can thiệp cấp cứu đầy đủ.

Đối với bướu AML thận nhỏ hơn 4 cm và không có triệu chứng, theo dõi với siêu âm mỗi 12 tháng.

Nếu khối bướu nhỏ hơn 4 cm và người bệnh có triệu chứng, có thể chọn kỹ thuật điều trị bằng làm tắc mạch chọn lọc hoặc cắt thận bán phần nhưng theo dõi thường được lựa chọn trong thực hành lâm sàng.

Đối với những khối bướu lớn ở những bệnh nhân không có triệu chứng, theo dõi với CT hoặc siêu âm bụng tổng quát được khuyến khích.

Bệnh nhân có triệu chứng với những khối bướu lớn hơn 4 cm, đặc biệt là những người có khối bướu đã bị xuất huyết, điều trị tắc mạch chọn lọc hoặc cắt thận bán phần thường được khuyến cáo.

VI. BƯỚU THẬN DẠNG NANG VÀ BƯỚU HỖN HỢP MÔ ĐỆM/BIỂU MÔ (CYSTIC NEPHROMA AND MIXED EPITHELIAL/STROMAL TUMOR)

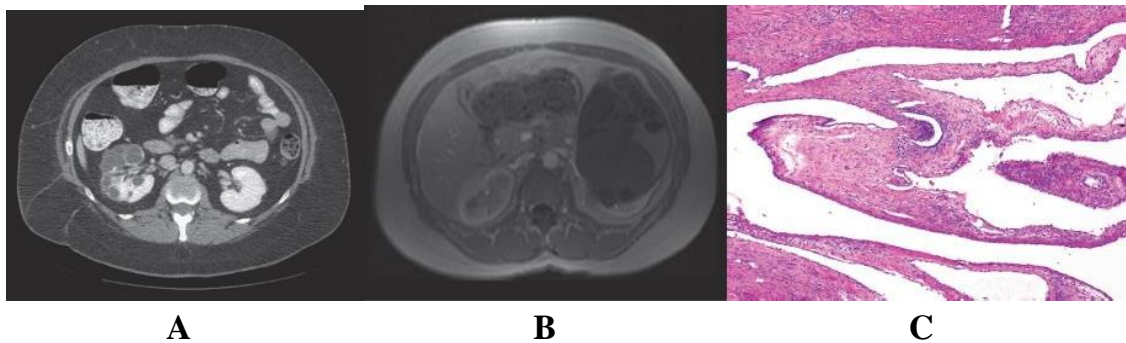
Mặc dù được WHO phân thành 2 loại bướu riêng biệt, bướu thận dạng nang và bướu hỗn hợp mô đệm/biểu mô là bướu lành tính có lâm sàng và hình ảnh học chồng chéo nhau. Các hormon giới tính có thể đóng vai trò trong sinh bệnh học của các tổn thương trên.

1. Bướu thận dạng nang

Bướu thận dạng nang là một tổn thương thận, với đỉnh tuổi 2-3 tuổi (chủ yếu ở nam giới), và 40-50 tuổi (nữ gấp 8 lần nam).

Khó phân biệt trên hình ảnh học giữa bướu thận dạng nang với bướu Wilms ở trẻ em và RCC ở người lớn (Vujanic và cộng sự, 2000).

Hầu hết bướu thận dạng nang trẻ em được cắt thận triệt để, trong khi ở người lớn cắt bán phần thận.



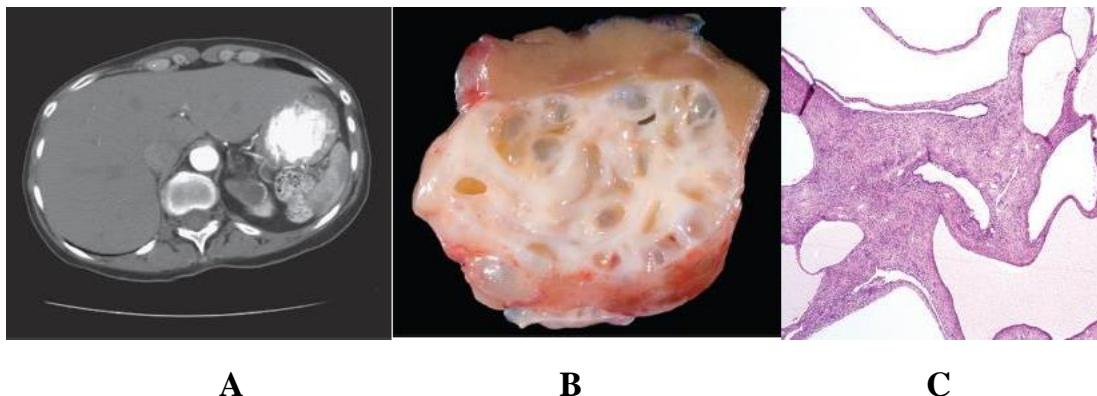
Hình 5. CT (hình A) và MRI (hình B) không giúp phân biệt với RCC hoặc bướu Wilms dạng nang. **Hình C:** các khoảng không gian trong nang được lót bởi biểu mô phẳng.

2. Bướu mô hỗn hợp đệm/biểu mô (MEST):

MEST là một bướu thận lành tính hiếm gặp với thành phần hỗn hợp biểu mô và trung mô. Tương tự như bướu thận dạng nang, MEST ưu thế ở nữ, khoảng 40 tuổi. Đa số bệnh nhân nữ có tiền căn sử dụng liệu pháp thay thế estrogen, và bệnh nhân nam duy nhất bị MEST do sử dụng kháng androgen điều trị ung thư tuyến tiền liệt (Adsay và cộng sự, 2000).

Hình ảnh của MEST là một khối nang thận phức tạp, thuộc Bosnia loại III IV, không thể phân biệt với RCC (Adsay và cộng sự, 2000).

Chẩn đoán MEST trước phẫu thuật cần được xem xét với phụ nữ quanh mãn kinh được điều trị nội tiết tố; Tuy nhiên, vì hình ảnh học không đáng tin cậy để phân biệt với RCC, nên phương pháp thích hợp với bệnh nhân là phẫu thuật.

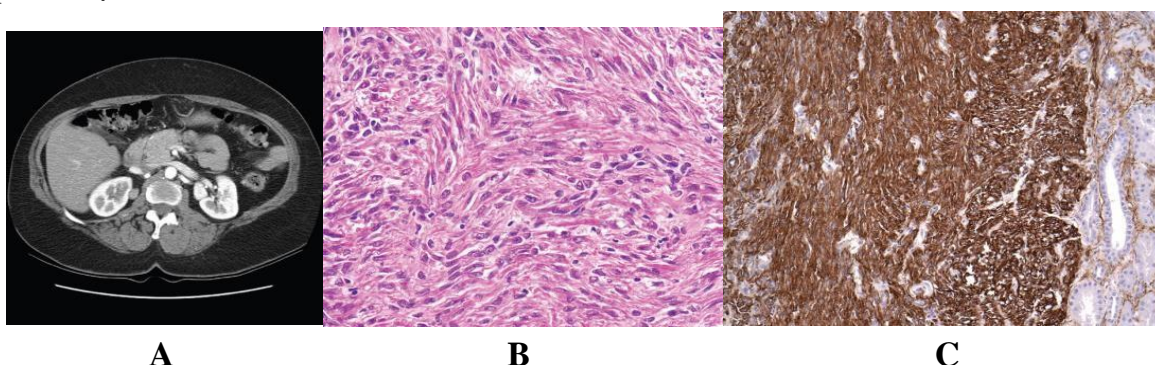


Hình 6. Hình A: CT scan không thể giúp phân biệt với RCC. **Hình B:** hình đại thể cắt một phần thận thấy nhiều nang kích thước khác nhau được ngăn cách bởi các vách dày màu trắng. **Hình C:** các nang được lót bởi các tế bào đầu đỉnh và mô đệm tế bào hình thoi.

3. Bướu cơ trơn:

Bướu cơ trơn rất hiếm, có thể phát sinh từ các tế bào cơ trơn bất cứ nơi nào dọc theo đường sinh dục (Tamboli và cộng sự, 2000). Ở thận thường phát sinh từ bao thận, nhưng bể thận và tĩnh mạch thận cũng có thể gặp (Wells và cộng sự, 1981; Steiner et al, 1990; O'Brien và cộng sự, 1992; Rao và cộng sự, 2001). Bướu cơ trơn chiếm khoảng 4,2% đến 5,2% khi khám nghiệm tử thi, nhưng chỉ chiếm khoảng 1,5% của tất cả các khối bướu lành tính thận điều trị phẫu thuật (Romero và cộng sự, 2005).

Khó phân biệt bướu cơ trơn và RCC trên hình ảnh học (Steiner et al, 1990; Derchi et al, 2008). Bướu lớn có thể phải cần cắt thận, nhưng với bướu ngoại biên nhỏ chỉ cần cắt một phần thận.



Hình 7. Hình A: CT scan cho thấy có một khối ở thận bắt nguồn từ bao thận. **Hình B:** Tế bào hình thoi đồng dạng, nhân hình điều xì gà mỏng không có dị dạng nhân. **Hình C:** Hóa mô miễn dịch dương mạnh với SMA trong tế bào cơ trơn. Các ống thận bình thường bên phải âm tính với SMA.

4. Các bướu thận lành tính khác:

Các khối bướu lành tính hiếm có nguồn gốc từ các thành phần trung mô khác nhau của thận đã được mô tả bao gồm: bướu xơ, bướu mỡ, bướu bạch huyết, và bướu mạch máu (Ligato và cộng sự, 1999; Tamboli và cộng sự, 2000).

Hình ảnh học hiện tại không giúp phân biệt các bướu lành tính với tổn thương thận ác tính, cần phải phẫu thuật làm giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán.

Bướu tiết renin là bướu lành tính của phức hợp cạnh cầu thận, là một nguyên nhân quan trọng nhưng hiếm gặp của tăng huyết áp thứ phát và hạ kali máu. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là tăng tiết renin: tăng huyết áp, hạ kali máu và các triệu chứng liên quan như đa niệu, đau cơ và đau đầu (Schonfeld et al, 1991; Rubenstein và cộng sự, 2002). Chẩn đoán dựa vào hội chứng cường aldosteron thứ phát, được xác định bằng định lượng renin trong tĩnh mạch thận. Điều trị bằng cách phẫu thuật cắt bướu rất có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kissane JM. The morphology of renal cystic disease. Cystic diseases of the kidneys. John Wiley.
2. Rubenstein CH, Hulbert JC, Pharand D et al. Laparoscopic ablation of symptomatic renal cysts. J Urol 1993.
3. Alan, Wein and MD PhD (Hon) (2012), "Benign Renal Tumors: Angiomyolipoma. ", *Campbell-Walsh Urology – 10th ed*, 51, pp. 1498-1501.
4. Badrinath R, Konety MD, MBA, et al. (2012), "Renal Parenchymal Neoplasms", Smith & Tanagho's General Urology, 8 (22), pp. 330-349.
5. Bissler JJ and Henske EP (2010), "Renal Manifestations of Tuberous Sclerosis Complex", Tuberous Sclerosis Complex: Genes, Clinical Features and Therapeutics. Wiley-VCH Verlag GmbH, pp. 321-325.
6. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, et al. (2004), "World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics. Tumors of the urinary system and male genital organs", Lyon: IARC Press.
7. Forman HP Middleton WD, Melson GL, et al (1993), "Hyperechoic renal cell carcinomas: increase in detection at US", Radiology, 188, pp. 431-434.
8. Jinzaki M, Stuart G., Silverman, et al. (2014), "Renal angiomyolipoma: a radiological classification and update on recent developments in diagnosis and management", Abdomen Imaging.
9. Lane BR, Aydin H, Danforth TL, et al. (2008), "Clinical correlates of renal angiomyolipoma subtypes in 209 patients: classic, fat poor, tuberous sclerosis associated and epithelioid", J Uro, (180), pp. 836-843.
10. Ljungberg, Bensalah, Bex, et al. (2015), "Guidelines on Renal Cell Carcinoma", European Association of Urology Guidelines 2015, pp. 31.
11. Nelson CP and Sanda MG (2002), "Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma", J Urol, (168), pp. 1315–1325.
12. Oesterling JE, Fishman EK, Goldman SM, et al. (1986), "The management of renal angiomyolipoma", J Urol (135), pp. 1121-1124.
13. Rimon U, Duvdevani M, Garniek A, et al. (2006), "Large renal angiomyolipomas: digital subtraction angiographic grading and presentation with bleeding", Clin Radiol (61), pp. 520-526.

14. Sanjana Gupta, Gonzalo Correa and Mahmoud Al-Akraa (2012), "*Managing a massive renal angiomyolipoma*", Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports, (3), pp. 27.
15. Seyam RM, Bissada NK, Kattan SA, et al. (2008), "*Changing trends in presentation, diagnosis and management of renal angiomyolipoma: comparison of sporadic and tuberous sclerosis complex-associated forms*", Urology (72), pp. 1077-1082.
16. Siegel CL, Middleton WD, Teefey SA, et al. (1996), "*Angiomyolipoma and renal cell carcinoma: US differentiation*", Radiology (198), pp. 789-793.

BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIỂU TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

a. Sơ lược nội dung

- Bướu niệu mạc đường tiểu trên (BNMĐTT) khá hiếm gặp: 5-10 % các trường hợp bướu của niệu mạc (4),(6).
- Bướu ở vị trí đài-bể thận nhiều gấp 2 lần ở niệu quản. 17% trường hợp có bướu bàng quang phát hiện đồng thời (7).
- Tỷ lệ tái phát tại bàng quang: 22-47% (8)(9)(10). Tỷ lệ tái phát tại đường tiểu trên ở đối bên: 2-6% (11)(12).
- 60% BNMĐTT ở giai đoạn xâm lấn vào thời điểm chẩn đoán (13),(14).
- Xuất độ cao nhất trong độ tuổi 70-80. Nam mắc bệnh nhiều gấp 3 lần nữ (15),(16).

b. Phân loại

Phân loại TNM 2009	
T - Primary Tumor (Bướu nguyên phát)	
Tx	Không đánh giá được bướu nguyên phát
T0	Không có bằng chứng của bướu nguyên phát
Ta	Carcinoma dạng nhú, không xâm lấn
Ti	Carcinoma in situ: Bướu xâm lấn mô liên kết dưới niệu mạc
T1	Bướu xâm lấn lớp cơ
T2	Bể thận: bướu xâm lấn quá lớp cơ đến mỡ quanh bể thận hoặc đến nhu mô thận
T3	Niệu quản: bướu xâm lấn quá lớp cơ đến mỡ quanh niệu quản
T4	Bướu xâm lấn cơ quan lân cận hoặc mỡ quanh thận
N - Regional lymph Nodes (Hạch vùng)	
Nx	Không đánh giá được hạch vùng
N0	Không di căn hạch vùng
N1	1 hạch di căn $\leq 2\text{cm}$
N2	1 hạch di căn $2\text{cm} < \dots \leq 5\text{cm}$ hoặc nhiều hạch $\leq 5\text{cm}$ Hạch
N3	$> 5\text{cm}$
M - Distant Metastasis (Di căn xa)	
M0	Không Có
M1	

2. Phân loại Grade mô học

- Theo WHO 1973:
 - G1: Biệt hoá tốt, độ ác thấp
 - G2: Biệt hoá vừa, độ ác trung bình
 - G3: Biệt hoá kém, độ ác cao
- Theo WHO 2004:
 - Tăng sinh niệu mạc dạng nhú, khả năng ác tính thấp
 - Carcinoma có độ ác thấp
 - Carcinoma có độ ác cao

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chẩn đoán tình cờ hoặc có triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng
 - + Tiểu máu: vi thể hoặc đại thể, chiếm 70-80% (40).
 - + Đau hông lưng: 20-40%
- Triệu chứng thực thể
 - + Khối u vùng hông lưng: 10-20% (41),(42).

2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh học, nội soi bàng quang, tế bào học nước tiểu và nội soi niệu quản chẩn đoán
a. Chẩn đoán hình ảnh

CT scan hệ niệu có cản quang

- Có độ chính xác cao nhất, thay thế UIV và siêu âm, được coi là xét nghiệm hình ảnh học đầu tay.
- Độ nhạy: 67% - 100%. Độ đặc hiệu: 93% - 99% (43),(45).

MRI

- Được chỉ định cho bệnh nhân không chụp được CT scan
b. Nội soi bàng quang và tế bào học nước tiểu
- Nội soi bàng quang giúp loại trừ bướu bàng quang phát hiện đồng thời.
- Tế bào học nước tiểu: cần lấy nước tiểu chọn lọc.
- Chụp niệu quản – bể thận ngược dòng (UPR): Vẫn còn là lựa chọn để loại trừ bướu trong đường tiểu trên.
- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm tế bào học phải được thực hiện trước khi bơm thuốc cản quang chụp UPR.

3. Chẩn đoán xác định

- Nội soi niệu quản chẩn đoán và sinh thiết bướu

4. Tiên lượng

Bướu xâm lấn thành cơ thường có tiên lượng xấu. Các yếu tố tiên lượng theo thứ tự quan trọng giảm dần: giai đoạn và grade mô học, carcinoma in situ đồng thời, tuổi, xâm lấn mạch bạch huyết, cấu trúc bướu, hoại tử bướu rộng, vị trí bướu, phái tính

5. Tổng kết tình hình trước mổ (bilan)

Khuyến cáo chẩn đoán BNMDTT	GR
Tế bào học nước tiểu	A
Nội soi bàng quang	A
CT scan có cản quang hệ niệu	A
Nội soi niệu quản chẩn đoán và sinh thiết	C
Chụp UPR	C

III. ĐIỀU TRỊ

1. Bệnh khu trú

Cắt thận-niệu quản tận gốc

- Cắt thận-niệu quản và một phần bàng quang là tiêu chuẩn vàng trong điều trị BNMDTT, bất kể vị trí của bướu trong đường tiểu trên.
- Những lưu ý cần phải đảm bảo khi thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS):

- Tránh thương tổn thông thương vào đường niệu.
- Tránh chạm dụng cụ phẫu thuật vào bướu.

Khuyến cáo điều trị cắt thận-niệu quản tận gốc	
Chỉ định	GR
Nghi ngờ bướu xâm lấn trên hình ảnh học	B
Bướu độ ác tính cao (tế bào học nước tiểu)	B
Nhiều bướu (chức năng 2 thận tốt)	B
Bướu lớn > 2cm dù không xâm lấn	B
Kỹ thuật mổ	
Mổ mở và PTNS có hiệu quả tương đương	B
Cắt bỏ một phần bàng quang là bắt buộc	A
Nạo hạch trong trường hợp bướu xâm lấn	C
Hoá trị bơm bàng quang sau mổ ngừa tái phát tại bàng quang	B

- PTNS phải được thực hiện trong một hệ thống kín và bệnh phẩm phải được đặt vào túi cách ly trước khi lấy ra ngoài.
- Thận và niệu quản phải được cắt bỏ cùng một phần bàng quang thành một khối (en-bloc).
- Bướu T3/T4 và/hoặc N+/M+ là chống chỉ định thực hiện PTNS.

Phẫu thuật bảo tồn

- Được xem xét trong những trường hợp đặc biệt
 - Bắt buộc: suy thận, thận độc nhất
 - Chọn lọc: giai đoạn bướu và độ mô học thấp

Khuyến cáo điều trị bảo tồn (bướu nguy cơ thấp)	
Chỉ định	GR
Bướu đơn độc	B
Kích thước nhỏ < 1cm	B
Độ ác tính thấp (tế bào học hoặc sinh thiết)	B
Không có bằng chứng bướu xâm lấn trên CT scan	B
Bệnh nhân tuân thủ việc theo dõi chặt chẽ	B
Kỹ thuật mổ	
Nên dùng laser nếu điều trị nội soi (endoscopy)	C
Máy soi mềm được ưa chuộng hơn máy soi cứng	C
Tiếp cận ngả qua da được lựa chọn trong trường hợp bướu nhỏ, grade thấp, bướu ở đài thận khó khăn nếu tiếp cận qua soi niệu quản ngược dòng	C
Cắt nối niệu quản tận-tận là lựa chọn đối với trường hợp bướu không xâm lấn, grade thấp, của niệu quản 1/3 trên và giữa, không thể lấy bỏ hoàn toàn qua phương pháp nội soi endoscopy	C
Cắt niệu quản đoạn xa và 1 phần bàng quang là lựa chọn trong trường hợp bướu không xâm lấn, grade thấp, ở niệu quản đoạn xa, không thể lấy bỏ hoàn toàn qua phương pháp nội soi endoscopy	C

Truyền BCG hoặc Mitomycin C vào đường niệu qua ngả mở thận ra da hoặc qua thông niệu quản có thể thực hiện sau điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, lợi ích vẫn chưa được chứng minh.

2. Bệnh tiến triển

Cắt thận-niệu quản tận gốc không có lợi đối với bệnh đã di căn, nhưng có thể xem xét như phương pháp điều trị tạm bợ.

3. Theo dõi

Khuyến cáo	
Sau điều trị tận gốc, tối thiểu 5 năm	GR
Bước không xâm lấn	
Nội soi BQ / Tế bào học nước tiểu ở 3 tháng, sau đó mỗi năm	C
CT scan mỗi năm	C
Bước xâm lấn	
Nội soi BQ/ Tế bào học nước tiểu ở 3 tháng, sau đó mỗi năm	C
CT scan mỗi 6 tháng trong 2 năm , sau đó mỗi năm	C
Sau điều trị bảo tồn, tối thiểu 5 năm	
Tế bào học nước tiểu và CTscan ở 3 tháng, 6 tháng và mỗi năm sau đó	C
Nội soi BQ, nội soi niệu quản và tế bào học tại chỗ ở 3 tháng, 6 tháng, mỗi 6 tháng trong 2 năm và mỗi năm sau đó	C

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.** Upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2011 update. *Eur Urol* 2011;59:584–94.
- 2.** Ploeg M, Aben KK, Kiemeny LA. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. *World J Urol* 2009;27:289–93.
- 3.** Cosentino M, Palou J, Gaya JM, et al. Upper urinary tract urothelial cell carcinoma: location as a predictive factor for concomitant bladder carcinoma. *World J Urol* 2013;31:141–5.
- 4.** Xylinas E, Rink M, Margulis V, et al. Multifocal carcinoma in situ of the upper tract is associated with high risk of bladder cancer recurrence. *Eur Urol* 2012;61:1069–70.
- 5.** Li W-M, Shen J-T, Li C-C, et al. Oncologic outcomes following three different approaches to the distal ureter and bladder cuff in nephroureterectomy for primary upper urinary tract urothelial carcinoma. *Eur Urol* 2010;57:963–9.
- 6.** Margulis V, Shariat SF, Matin SF, et al. Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. *Cancer* 2009;115:1224–33.
- 7.** Rink M, Robinson BD, Green DA, et al. Impact of histological variants on clinical outcomes of patients with upper urinary tract urothelial carcinoma. *J Urol* 2012;188:398–404.
- 8.** Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours. Urological tumours, renal pelvis and ureter. ed.7. rev. New York, NY: Wiley- Blackwell; 2009. p. 258–61.
- 9.** Roscigno M, Cha EK, Rink M, et al. International validation of the prognostic value of subclassification for AJCC stage pT3 upper tract urothelial carcinoma of the renal pelvis. *BJU Int* 2012;110: 674–81.
- 10.** Inman BA, Tran VT, Fradet Y, et al. Carcinoma of the upper urinary tract: predictors of survival and competing causes of mortality. *Cancer* 2009;115:2853–62.

BƯỞU SAU PHÚC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

U sau phúc mạc hiếm gặp trên lâm sàng, chiếm tỉ lệ 0,2 – 0,6% tất cả các u, bao gồm u lành và u ác. Tỉ lệ u sau phúc mạc ác tính khoảng 80 – 85% trường hợp (trong số này 35% là sarcom). Tần suất u không khác nhau nhiều giữa nam và nữ, hầu hết xảy ra giữa 60 và 70 tuổi.

U sau phúc mạc còn gây nhiều thách thức trong điều trị vì bệnh nhân thường đến muộn và u thường nằm gần những cấu trúc quan trọng sống còn của cơ thể (đặc biệt là mạch máu) nên khó cắt bỏ.

2. Phân loại

U nguyên phát: Hình thành từ mô sau phúc mạc

U nguồn gốc trung phôi bì (75%)	
Nguồn gốc mô mỡ	Lipoma/liposarcoma
Nguồn gốc cơ trơn	Leiomyoma/leiomyosarcoma
Nguồn gốc mô liên kết	Firoma/firosarcoma
Nguồn gốc mô bạch huyết	Lymphangioma/lymphangiosarcoma
Nguồn gốc trung mô	Myxoma/myxiosarcoma
Nguồn gốc mạch máu	Hemangioma/hemangiosarcoma/ hemangiopericytoma
Không rõ nguồn gốc	Xanthogranuloma
U nguồn gốc thần kinh (25%)	
Nguồn gốc thần kinh	Neurofibroma/Neurilemmoma/malignant Schwannoma
Nguồn gốc giao cảm	Ganglioneuroma/Ganglioneuroblastoma/Neuroblastoma
Nguồn gốc adreno – chromaffin	Cortical Carcinoma/Paraganglioma/Pheocromocytoma
U nguồn gốc dây sống hoặc phôi thai	
Nguồn gốc phôi thai	Teratoma lành tính hoặc ác tính
Nguồn gốc dây sống	Chordoma

U thứ phát:

Theo tần suất	
Thường gặp	Cổ tử cung, đại tràng, tuyến tiền liệt, bàng quang
Ít gặp hơn	Tụy, buồng trứng, tử cung, dạ dày, vú, phổi, tinh hoàn

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. Triệu chứng cơ năng

- U lớn dần, thường không có triệu chứng, khi có triệu chứng khiến bệnh nhân đến khám bệnh thường là giai đoạn muộn. Những triệu chứng thường gặp như:
- Hội chứng cận ung thư:
 - Buồn nôn, nôn

- Chán ăn, giảm cân
- Khối u ở bụng (80%).
- Những triệu chứng do u chèn ép:
 - Đau bụng, táo bón.
 - Nôn ra máu, trĩ.
 - Đau lưng, đau thần kinh tọa.
 - Đau quặn từng cơn: mặt dù u thường làm di lệch niệu quản và ống tiêu hóa nhưng hiếm khi xâm lấn vào niệu quản và ống tiêu hóa. Những triệu chứng của dạ dày – ruột và thận không thường gặp.
- Bí tiểu, tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu máu.

b. Triệu chứng thực thể

- Những chuỗi hạch, tinh hoàn, tuần hoàn bàng hệ trong thành bụng, phù chi dưới, giãn tĩnh mạch tinh.

2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm

- Hạ đường huyết, tăng canxi máu, tăng ESR, α – fetoprotein, β – HCG (ngghi ngờ ung thư tinh hoàn), catecholamin.

b. Chẩn đoán hình ảnh

- X quang ngực: di căn phổi
- X quang bụng: sự thay đổi vị trí của đường viền ngoài thận (displacement of the renal outline), xóa mờ ranh giới cơ psoas (obliteration of the psoas), cảm giác khối ở bụng (sensation of the mass).
- UIV: bể tắc hoặc thay đổi vị trí của niệu quản, vị trí thận bất thường, sự biến dạng của sỏi hoặc bể thận (distortion of stones or renal pelvis), hình ảnh chèn ép bàng quang.
- Siêu âm bụng: đánh giá bản chất u là rắn hay lỏng, liên quan với những cơ quan lân cận.
- CT scan:
 - Lipoma: mật độ mỡ đồng nhất.
 - Malignant fibrous histiocytoma: vôi hóa.
 - Neurofibroma: mật độ thấp đồng nhất.
 - Teratoma: thành phần hỗn hợp.
 - Paraganglioma: cạnh động mạch chủ.
 - Neuroblastoma: vôi hóa, u thường gặp ở trẻ em.
 - Leiomyosarcoma: vùng hoại tử rộng.
 - Liposarcoma: mật độ mỡ đồng nhất.
 - Hemangiopericytoma: nhiều mạch máu.
- Chụp động mạch: không còn được sử dụng nhiều.
- MRI: ngày càng quan trọng, luôn thực hiện trước sinh thiết. Hình ảnh “lightbulb” của pheochromocytoma vỏ thượng thận.
- PET: theo dõi những sang thương trao đổi chất mạnh (paraganglioma), tương quan với độ mô học, theo dõi đáp ứng điều trị.

c. Sinh thiết

- Sinh thiết bằng kim dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CT scan: giúp đánh giá mô học trước khi điều trị.

d. Nội soi chẩn đoán

- Nội soi ổ bụng hoặc nội soi sau phúc mạc.

e. Chẩn đoán xác định

Phân loại TNM (UICC, 2009)		
U nguyên phát	T _x T ₀ T ₁ T _{1a} T _{1b} T ₂ T _{2a} T _{2b} T ₃	U nguyên phát không đánh giá được Không có u nguyên phát Khối u ≤ 5cm Bướu nông Bướu sâu Khối u ≥ 5cm Bướu nông Bướu sâu U xâm lấn đại thể: xương, mạch máu, thần kinh
Hạch vùng	N _x N ₀ N ₁	Những hạch vùng chưa được đánh giá Chưa di căn hạch vùng Di căn hạch vùng
Di căn xa	M _x M ₀ M ₁	Di căn xa chưa được đánh giá Chưa di căn xa Di căn xa

Phân độ mô học	
G _x	Chưa thể đánh giá mô học
G ₁	Độ ác tính thấp
G ₂	Độ ác tính trung bình
G ₃	Độ ác tính cao

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật

Phẫu thuật là lựa chọn điều trị chính của u sau phúc mạc. Có thể sử dụng đường mổ giữa bụng, lưng, ngực bụng, đường Chervon...

Cắt u tận gốc: Phẫu thuật cắt u tận gốc thực hiện được khoảng 38 – 70% trường hợp, đôi khi phải chấp nhận tổn thương những cơ quan lân cận. Phẫu thuật được thực hiện bằng cách cắt thành một khối trọn vẹn khối u và những cơ quan tiếp giáp bị khối u bao lấy hoặc dính vào khối u dưới quan sát đại thể. Không cố gắng cắt trọn cơ quan mà chỉ cắt phần cơ quan dính vào khối u. Trong giai đoạn trước phẫu thuật, cả thầy thuốc và bệnh nhân phải nhận thức được khả năng phải cắt những cơ quan bị ảnh hưởng cùng một khối với u. Những cơ quan này có thể bao gồm cấu trúc mạch máu, thận cũng như một phần cơ hoành, gan, dạ dày, túi mật, lách, tụy. Thống kê nhiều báo cáo cho thấy đến 68% phải cắt ít nhất một cơ quan tiếp giáp u để đạt được bờ rìa vết cắt âm tính.

Xu hướng chính hiện nay là hướng tới tạo hình mạch máu sau khi cắt những mạch máu lớn dính u trong nỗ lực đảm bảo rìa vết cắt không còn tế bào ung thư. Có vài báo cáo đánh giá cao vai trò của việc cắt trọn khối u sau phúc mạc bằng cách giữ lại một lớp vỏ mô lành bao quanh u và cố

gắng giữ lại những cấu trúc quan trọng. Tuy nhiên còn nhiều tranh cãi về vấn đề này. Liệu việc cắt bỏ những cơ quan tiếp giáp có thể cắt (đại tràng, thận, cơ psoas) trong khi cố gắng giữ lại những cấu trúc quan trọng (tĩnh mạch chủ, động mạch chủ, động mạch mạc treo tràng, gan) có thành công trong việc cải thiện tỉ lệ sống còn?

Tái phát xảy ra trên phần lớn bệnh nhân, và là nguyên nhân của 75% tử vong liên quan đến sarcoma. Khả năng cắt bỏ trọn vẹn u phụ thuộc vào sinh học khối u (tumour biology), xâm lấn cơ quan lân cận và mạch máu, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, được điều trị ở trung tâm lớn. Tỉ lệ phải cắt bỏ những cơ quan nội tạng lân cận từ 34 – 93%, những cơ quan nội tạng thường phải cắt bỏ là đại tràng, thận, tụy, lách.

Điều trị u tái phát: Tỉ lệ u tái phát cao và là nguyên nhân chính của tử vong. CT scan được chỉ định khi xuất hiện triệu chứng mới hoặc sờ thấy khối trên khám lâm sàng. Phẫu thuật lại được chỉ định khi bệnh nhân xuất hiện nhiều triệu chứng đáng kể hoặc nếu chậm trễ sẽ làm phẫu thuật về sau khó khăn hơn. Tỉ lệ đạt được bờ rìa vết cắt không còn tế bào ung thư ít hơn lần phẫu thuật đầu tiên nhiều. Tuy nhiên vẫn nên phẫu thuật cắt u tái phát trên những bệnh nhân tái phát có triệu chứng vì làm giảm đau và cải thiện sống còn trên những bệnh nhân. Phẫu thuật giảm nhẹ (cắt không hoàn toàn u, để lại những phần không thể cắt bỏ) trong những u sarcoma tái phát có thể đặt ra để kiểm soát triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Biến chứng phẫu thuật: dò bạch huyết, tổn thương mạch máu lưng và cơ quan lân cận.

Kết quả phẫu thuật: Những báo cáo gần đây cho thấy cắt u tận gốc thực hiện được 60 – 80% do sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, chuẩn bị trước mổ và kỹ thuật mổ. Tỉ lệ sống còn trung bình sau 5 năm là 54% trong trường hợp cắt trọn u so với 17% trong trường hợp không cắt trọn u.

2. Xạ trị

Vì tỉ lệ tái phát tại chỗ cao, xạ trị bổ sung cho phẫu thuật khi vẫn sót u sau phẫu thuật nhằm giảm tỉ lệ tái phát. Xạ trị phối hợp phẫu thuật điều trị sarcoma đã trở thành tiêu chuẩn trong thực hành lâm sàng.

3. Hóa trị

Hóa trị là một phần quan trọng trong điều trị, hóa trị giúp cải thiện tỉ lệ sống còn. Hóa trị phối hợp đa trị liệu (*Adriamycin, Cyclophosphamide, Vincristine, Dacarbazine, Doxorubicin, Isophosphamide*). Kết quả tốt trong lymphoma và u tế bào mầm.

4. Tiên lượng

Các yếu tố tiên lượng tốt

- Chẩn đoán sớm.
- Cắt được trọn vẹn khối u.

Các yếu tố tiên lượng xấu

- Mô học: xâm lấn mạch máu, mật độ vi mạch cao, sự tăng nhanh của marker ung thư, đột biến gen p53.
- Kích thước.
- Độ biệt hóa.
- Rìa phẫu thuật còn tế bào ung thư.
- Hoại tử.
- Trên 50 tuổi.
- Nam giới.

Di căn xa thường hiếm (5%, đến phổi, gan, xương, não), nhưng thường xâm lấn cơ quan lân cận (60 – 70%). Tỉ lệ sống còn sau 5 năm thấp. Thời gian sống trung bình là 60 tháng sau cắt trọn vẹn u.

Tái phát tại chỗ của u nguyên phát khoảng 40 – 82% trường hợp(thường sau 15 – 44 tháng), đây là nguyên nhân hàng đầu của tử vong do ung thư.

Theo dõi: 2 – 3 năm đầu tiên với CT scan hoặc MRI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonvalot S, Rivoire M, Castaing M *et al.* Primary retroperitoneal sarcomas: multivariate analysis of surgical factors associated with local control. *J Clin Oncol* 2009;
2. Clark MA, Fisher C, Judson I, Thomas JM. Soft-tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med* 2005; **353**: 701–711.
3. Dirk C Strauss, Andrew J Hayes, J Meirion Thomas. Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93: 275–280
4. Gronchi A, Lo Vullo S, Fiore M *et al.* Aggressive surgical policies in a retrospectively reviewed single-institution case series of retroperitoneal soft tissue sarcoma patients. *J Clin Oncol* 2009; **27**: 24–30.
5. Neuhaus SJ, Barry P, Clark MA *et al.* Surgical management of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg* 2005; **92**: 246–252.
6. Shibata D, Lewis JJ, Leung DH, Brennan MF. Is there a role for incomplete resection in the management of retroperitoneal liposarcomas? *J Am Coll Surg* 2001; **193**: 373–379.
7. Malkowicz SB. Retroperitoneal Tumors, *Campbell Walsh of urology*, 10th edition, pp: 1506–1515.
8. Van Dalen T, Hoekstra HJ, van Geel AN *et al.* Locoregional recurrence of retroperitoneal soft tissue sarcoma: second chance of cure for selected patients. *Eur J Surg Oncol* 2001; **27**: 564–568.

BƯỚU TUYẾN THƯỢNG THẬN

I. GIỚI THIỆU

Tuyến thượng thận rất quan trọng trong cân bằng nội môi, các bệnh lý liên quan với một số hội chứng đã được biết đến nhiều. Sự hiểu biết của tuyến thượng thận bắt đầu từ năm 1805, lần đầu tiên Currier mô tả cấu trúc giải phẫu của tủy và vỏ thượng thận. Năm 1855, Addison mô tả những biểu hiện lâm sàng của suy thượng thận. Thomas Addison mô tả sự liên quan tăng huyết áp với khối u thượng thận vào năm 1886. Phác đồ điều trị bướu tể bào ưa Crom (pheochromocytoma) được mô tả đầu tiên tại Hoa Kỳ bởi Mayo gần như không thay đổi cho đến những năm 1960, khi Crout và cộng sự làm sáng tỏ chu trình sinh hóa và các nghiên cứu về catecholamine. Bướu tuyến thượng thận tình cờ phát hiện trong 2% trường hợp khám nghiệm tử thi, đây là một trong những tổn thương phổ biến nhất của u tuyến lành tính.

Tại Hoa Kỳ, u vỏ thượng thận phát hiện trong 2% các khám nghiệm tử thi, với tổn thương phổ biến nhất là một u tuyến lành tính. Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến thượng thận được ước tính là 01 trường hợp mỗi 1,7 triệu, và chiếm 0.02% của tất cả các bệnh ung thư.

II. PHÂN ĐỘ VÀ GIAI ĐOẠN

Hệ thống đánh giá giai đoạn khối u (TNM)

- T1 - khối u giới hạn ở tuyến thượng thận và nhỏ hơn 5 cm
- T2 - khối u giới hạn ở tuyến thượng thận và lớn hơn 5 cm
- T3 - khối u xâm lấn lớp mỡ quanh tuyến thượng thận
- T4 - khối u xâm lấn cơ quan lân cận

Hạch

- N0 - hạch bạch huyết dương tính.
- N1 - hạch bạch huyết âm tính.

Di căn

- M0 - Không có di căn
- M1 - di căn xa

Bảng định giai đoạn ung thư tuyến thượng thận theo giai đoạn TNM

- Giai đoạn I: T1, N0, M0
- Giai đoạn II: T2, N0, M0
- Giai đoạn III: T3, N0, M0 hoặc T1-2, N1, M0
- Giai đoạn IV: Bất kỳ T, N, M1, hoặc T3-4, N1, M0

III. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG THẬN

1. Cường Aldosteron nguyên phát

Mô tả lần đầu vào năm 1955 bởi Jerome Conn, điểm nổi bật cường aldosteron chính là tăng huyết áp, hạ kali máu, tăng Natri huyết, nước tiểu có nồng độ aldosterone cao, cũng như giảm hoạt động renin và kiềm chuyển hóa với tăng bài tiết kali niệu. Nguyên nhân phổ biến nhất của cường aldosterone là tăng sản thượng thận nguyên phát hoặc trong tăng sản thượng thận hai bên, hay thứ phát do ung thư biểu mô tuyến thượng thận. Phân biệt giữa các nguyên nhân bệnh rất quan trọng vì tiếp cận điều trị khác nhau. Nồng độ renin của bệnh nhân cần kiểm tra để loại trừ nguyên nhân gây cường aldosteron thứ phát, như do hẹp động mạch thận. Nồng độ renin tăng lên ở những người

bị hẹp động mạch thận và giảm trong trường hợp bị cường aldosteron tiên phát. Bướu tuyến thượng thận lành tính, khoảng 60% tổn thương một bên (thường được điều trị bằng phẫu thuật), trong khi 40% là tổn thương hai bên được điều trị nội khoa với spironolactone, trừ khi có tăng tiết aldosterone được đánh dấu không đối xứng. Trong trường hợp này, tuyến chiếm ưu thế thường được cắt bỏ, nếu cả hai không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa bảo tồn. Triệu chứng của cường aldosteron tiên phát bao gồm tăng huyết áp, hạ kali máu, chứng tăng Natri huyết, nước tiểu và nồng độ aldosterone cao, cũng như giảm hoạt động renin và nhiễm kiềm với tăng bài tiết kali niệu.

2. Hội chứng Cushing

Chẩn đoán hội chứng Cushing được thực hiện dựa trên những thay đổi bất thường cortisol nước tiểu, huyết tương và nội tiết tố vỏ thượng thận (ACTH). Hội chứng xảy ra thường là do thần kinh trung ương, vùng dưới đồi, tuyến yên hoặc do tiết quá mức ACTH (bệnh Cushing), cường cortisol tiên phát thượng thận, hoặc tăng tiết ACTH do lạc chỗ. Biểu hiện lâm sàng gồm tăng huyết áp, mặt tròn như mặt trăng, vết hằn trên bụng, bướu trâu, nhược cơ, vô kinh, giảm ham muốn tình dục, loãng xương, mệt mỏi, rậm lông, và béo phì.

3. Bướu tế bào ưa Crom

Những khối u này phát sinh từ các tế bào ưa crom của tủy thượng thận. Mười phần trăm các trường hợp có thể do yếu tố gia đình, và 10% có thể do cả hai hoặc tại các cơ quan ngoài thượng thận di căn. Nếu khối u phát sinh từ một cơ quan khác với thượng thận, nó được gọi là một bướu cận hạch. Những bướu cận hạch đã được báo cáo tại các cơ quan từ cổ xuống xương chậu. Trong khi bướu tế bào ưa crom theo "quy tắc của 10s," chỉ có 10% các trường hợp liên quan đến các khối u ác tính, 50% các trường hợp bướu cận hạch đã báo cáo là u ác tính. Bướu tế bào ưa Crom cũng có thể là một phần của hội chứng nội tiết như đa nội tiết tố (MEN) IIa, IIb MEN, bệnh von Hippel-Lindau, hoặc bệnh von Recklinghausen. Biểu hiện của các Bướu tế bào ưa Crom tùy vào thay đổi hoạt động các hormone tiết ra. Bướu tế bào ưa Crom thường phát triển ở người trẻ đến trung niên. Tam chứng cổ điển là đau đầu từng cơn, nhịp tim nhanh, vã mồ hôi. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất của bướu tế bào ưa Crom là tăng huyết áp. Người có tình trạng này có thể gặp cao huyết áp thường xuyên, cao huyết áp kịch phát, hoặc cao huyết áp duy trì với nhiều cơn kịch phát. Dấu hiệu phổ biến khác là hồi hộp, lo lắng, run rẩy, đau ngực, buồn nôn và nôn. Một số ít bệnh nhân này có bệnh lý tim mạch do tiết thường xuyên catecholamine. Triệu chứng suy giảm chức năng tim và suy tim sung huyết. Nói chung, bệnh lý tim mạch có thể ổn định khi sử dụng yếu tố chặn kháng-giao cảm và alpha-methylparatyrosine, một chất ức chế tổng hợp catecholamine.

4. Bướu nguyên bào thần kinh

Phát sinh từ nguyên bào thần kinh giao cảm và hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em. Bướu nguyên bào thần kinh xuất hiện là các khối u đặc nằm ngoài sọ và phổ biến nhất ở trẻ em, và khoảng 1/3 bướu nguyên bào thần kinh phát sinh từ tuyến thượng thận. Phẫu thuật bướu nguyên bào thần kinh là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán, giai đoạn, và điều trị trẻ bị bướu nguyên bào thần kinh. Phẫu thuật là điều trị chọn lựa cho bệnh nhân ở giai đoạn I và đầu giai đoạn II, với báo cáo sau 2 năm tỉ lệ sống 89%. Nghiên cứu này kết luận an toàn và tỉ lệ biến chứng thấp, thường ít hơn 10%. Khối u giai đoạn tiến triển thường đòi hỏi phải có sự kết hợp của phẫu thuật, hóa trị liệu, và / hoặc xạ trị. Bướu nguyên bào thần kinh phát sinh từ nguyên bào thần kinh giao cảm và hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em. Bướu nguyên bào thần kinh xuất hiện là các khối u đặc nằm ngoài sọ và phổ biến nhất ở trẻ em, và khoảng một phần ba bướu nguyên bào thần kinh phát sinh từ tuyến thượng thận. Triệu chứng phát triển nhanh chóng do tăng trưởng khối bướu và trao đổi chất hoạt động; tuy nhiên phần lớn là do kích thước bướu.

5. Bướu mỡ tủy bào (Myelolipoma)

Bướu mỡ tủy bào thượng thận là khối u lành tính hiếm gặp, chứa các tế bào mỡ và tế bào tạo máu. Đó là khối u không hoạt động nội tiết. Diễn hình, chúng không có triệu chứng, nhưng một số trường hợp biểu hiện đau hông lưng hoặc đau bụng. Bướu mỡ tủy bào thượng thận thường có thể được xác định bằng chẩn đoán hình ảnh. Trên CT scan, bướu mỡ tủy bào có ranh giới rõ, và giảm đậm độ do hiện diện mô mỡ. Khi chẩn đoán chưa chắc chắn, thì sinh thiết kim qua hướng dẫn siêu âm có thể hữu ích. Bướu mỡ tủy bào là tổn thương lành tính không có hoạt động nội tiết tố, hầu hết các bác sĩ khuyên nên theo dõi trừ khi có triệu chứng hoặc khối u bắt đầu phát triển trong thời gian theo dõi.

6. Ung thư biểu mô tuyến thượng thận (Adrenocortical carcinoma)

Ung thư biểu mô tuyến thượng thận là một bệnh hiếm gặp với tiên lượng xấu. Lên đến 80% ung thư biểu mô tuyến thượng thận là có chức năng và tiết ra nhiều loại hormone. Như tên của nó, ung thư biểu mô tuyến thượng thận phát sinh từ vỏ. Vỏ thượng thận trong tạo thành 3 vùng riêng biệt: glomerulosa (lớp ngoài), fasciculata (giữa), và reticularis (lớp trong). Lần lượt 3 vùng tương ứng tiết aldosterone, cortisol, và sản xuất steroid giới tính. Các học môn phổ biến nhất là tiết glucosteroids, tiếp theo là nội tiết tố androgen, estradiol, cuối cùng aldosterone. Ung thư biểu mô tuyến thượng thận có thể được phân loại theo khả năng sản xuất học môn của tuyến thượng thận. Bệnh nhân có các triệu chứng như giảm cân, sốt và khó chịu. Lên đến 80% ung thư biểu mô tuyến thượng thận là có chức năng và sẽ có biểu hiện của hội chứng Cushing. Tăng nồng độ steroid giới tính có thể dẫn đến thiếu kinh, nam hóa, hoặc nữ hóa. Triệu chứng phổ biến nhất của ung thư biểu mô tuyến thượng thận là bướu phát hiện tình cờ. Lúc phát hiện bệnh, 19% có xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới và 32% có di căn.

7. Tổn thương di căn đến tuyến thượng thận

Bướu thượng thận phát sinh từ khối u ác tính di căn xa bao gồm, ung thư phổi, ung thư biểu mô tế bào thận, và bệnh lý ung thư vú. Nên được hội chẩn với các chuyên khoa chính của các tổn thương, bướu thượng thận di căn thường được cắt bỏ qua nội soi.

IV. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

1. Chỉ định mổ

Bướu tuyến thượng thận được chỉ định phẫu thuật cho tổn thương mới được phát hiện, người ta phải xác định xem có triệu chứng và nếu có dấu hiệu của bướu ác tính. Ngoại trừ bướu thượng thận cả hai bên, có thể được điều trị nội khoa với spironolactone, hầu hết bướu có triệu chứng nên được phẫu thuật cắt bỏ.

Dấu hiệu của khối u ác tính được dựa trên kích thước khối u, dấu hiệu X quang, và lịch sử của ung thư biểu mô.

- Kích thước khối u: Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng bướu thượng thận kích thước > 6 cm có tỉ lệ ác tính cao. Vì CT scan có xu hướng đánh giá thấp kích thước khối u hơn 20%, nên trên CT scan thường chọn kích thước thượng thận là 4 – 6 cm. Vì vậy, thượng thận > 4 – 6 cm trên CT scan được coi là có nguy cơ cao đối với ung thư và cần được phẫu thuật cắt bỏ.
- Dấu hiệu trên hình ảnh quang tuyến: ung thư biểu mô tuyến thượng thận và bướu tế bào ưa Crom đã được chứng minh là tăng tín hiệu trên MRI T2W. Nếu cường độ của tổn thương tuyến thượng thận liên quan đến gan hoặc lá lách trên hình ảnh MRI T2 dưới 80%, tổn thương có nhiều khả năng là một u tuyến vỏ thượng thận. CT phát hiện gợi ý của ung thư biểu mô tuyến thượng thận bao gồm các tổn thương có bờ không đều, không đồng nhất, và có mật độ cao trên hình ảnh không tiêm thuốc. Hoại tử và vôi hóa cũng thường gắn liền với ung

thư biểu mô tuyến thượng thận. Hầu hết các u tuyến có mật độ mô mỡ phong phú và mật độ dưới 10 đơn vị Hounsfield. Hơn nữa, mật độ của u tuyến trên hình ảnh tương phản tri hoãn giảm ít nhất 60%, không giống như ung thư biểu mô tuyến thượng thận. SPETCT sử dụng metaiodobenzylguanidine (MIBG) và NP-59 (131-6- β -iodomethylnorcholesterol) có thể giúp phân biệt bướu tế bào ưa Crom và ung thư biểu mô tuyến.

- Tiền sử có ung thư: Bệnh nhân có tiền sử ung thư và bướu thượng thận mới được phát hiện thì 32 – 73% là do di căn đến. Ung thư di căn đến tuyến thượng thận phổ biến nhất là ung thư phổi, vú và thận. Sinh thiết tổn thương thượng thận thích hợp ở bệnh nhân có tiền sử ung thư. Nếu mẫu sinh thiết dương tính với di căn, quyết định về việc hóa trị liệu, có hoặc không có phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận, cần được nghiên cứu thêm. Trong hầu hết các trường hợp di căn, phẫu thuật tuyến thượng thận sẽ không được chỉ định.

Chú ý chẩn đoán bướu thượng thận được phát hiện tình cờ ngày càng tăng, trong đó đề cập đến bướu thượng thận không triệu chứng lâm sàng được phát hiện với chẩn đoán hình ảnh thực hiện cho những trường hợp không liên quan đến bệnh tiết niệu. Ước tính tỉ lệ phát hiện tình cờ bướu thượng thận dao động từ 0,1% -4,3%. Viện Y tế Quốc gia (NIH) hiện nay khuyến nghị những bệnh nhân này phải kiểm tra nội tiết tố, trong đó có kiểm tra dexamethasone qua đêm, metanephrine tự do trong huyết tương, và nghiên cứu về mức độ hoạt động renin aldosterone trong huyết tương. [4] Nói chung, bướu thượng thận phát hiện tình cờ có bất thường nội tiết tố tuyến thượng thận phải trải qua phẫu thuật. Bướu lớn hơn 6 cm có nguy cơ 25% ung thư, cần được điều trị bằng phẫu thuật.

Nếu bướu không có chức năng và không có dấu hiệu của bệnh ác tính (tức là, < 6 cm), bệnh nhân được tái khám theo dõi. MSCT mỗi 6 tháng và kiểm tra nội tiết hàng năm trong 4 năm. Nếu kích thước tăng hoặc ảnh hưởng đến chức năng nội tiết, cần được loại bỏ. Một số bác sĩ tin rằng nếu kích thước ổn định trên CT scan tại 3 và 12 tháng và không phải là bướu có triệu chứng, việc thường xuyên theo dõi là không cần thiết.

2. Chống chỉ định mổ

- Bệnh di căn giai đoạn tiến triển.

V. CẬN LÂM SÀNG

1. Huyết thanh

- Điện giải đồ
- Cortisol
- Androgen
- Metanephrine tự do (xét nghiệm nhạy nhất để chẩn đoán pheochromocytoma)

2. Nước tiểu

- Catecholamine/24h
- Metanephrine/ 24h (xét nghiệm đặc hiệu nhất để chẩn đoán pheochromocytoma)
- Cortisol tự do/ 24h
- 17-ketosteroids và 17-hydroxycorticosteroids.

Nếu nghi ngờ pheochromocytoma, cần thực hiện test ức chế Clonidine hoặc test kích thích glucagon để xác định chẩn đoán.

3. Hình ảnh học

- CT scan là xét nghiệm hình ảnh tiêu chuẩn giúp chẩn đoán.
- MRI thường được chỉ định giúp phân hóa tổn thương. Trong trường hợp ung thư vỏ thượng

thận (adrenocortical carcinoma), bất kể kích thước hay bướu có chức năng hay không, nếu hình ảnh T2w trên MRI có tín hiệu tăng đậm độ, dấu hiệu này gợi ý rất có khả năng ác tính, và cần thiết phẫu thuật.

- Xạ hình nhân (nuclear scans) như MIBG scan hoặc NP-59 scan cũng có thể giúp phân biệt tổn thương lành tính hay ác tính. MIBG scan có thể giúp chẩn đoán pheochromocytomas bởi vì MIBG được hấp thu vào chu trình norepinephrine và biểu hiện chức năng. NP-59 được hấp thụ bởi vỏ thượng thận và những khối u tuyến. những khối choán chỗ, như u vỏ tuyến thượng thận (adrenocortical carcinoma), không bắt thuốc.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Hóa trị

Hóa trị phần lớn không thành công trong việc điều trị ung thư biểu mô tuyến thượng thận. Chất hóa trị liệu phổ biến nhất được sử dụng là mitotane. Trong một tổng kết từ 551 trường hợp ung thư tuyến thượng thận, mitotane giúp đáp ứng trong 35% bệnh nhân. Tuy nhiên, mitotane đến nay cho thấy không giúp gia tăng lợi ích sống còn^[5].

2. Phẫu thuật

Nguyên tắc cơ bản cho tất cả các trường hợp cắt bỏ tuyến thượng thận là hạn chế tối đa cầm nắm tuyến thượng thận, hoặc tách bệnh nhân ra khỏi khối u, bởi vì thượng thận là một cơ quan vô cùng mong manh. Kéo nhẹ nhàng có thể được thực hiện bằng cách sử dụng thận như cánh tay cầm (handle). Có thể áp dụng cách tiếp cận tiêu chuẩn, phía sau hoặc phía sau cải biên, hoặc phẫu thuật nội soi được sử dụng cho các khối u nhỏ. Với những khối u lớn hơn có thể cần tiếp cận theo ngả hông, xuyên bụng, hoặc ngực bụng, nhưng cũng có thể được cắt bỏ thành công với phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng. Tĩnh mạch thượng thận bên phải ngắn và đi vào phía sau IVC. Do đó, bướu tuyến thượng thận bên phải tốt nhất nên tiếp cận thông qua ngả sau hoặc ngả sau cải biên. Tuyến thượng thận trái nằm sát với cực trên của thận trái. Vì vậy, đối với bướu tuyến thượng thận trái lớn, tiếp cận ngả hông lưng hoặc ngả ngực bụng giúp bộc lộ bướu tốt nhất. Hiện nay, phương pháp nội soi được coi là tiêu chuẩn để phẫu thuật tuyến thượng thận.

3. Điều trị nội tiết trước mổ

a. Cường tuyến thượng thận nguyên phát

Điều trị trước phẫu thuật cho cường aldosteron nguyên phát nhằm mục đích kiểm soát được huyết áp với spironolactone. Thông thường, tác nhân gây bệnh là một u tuyến đơn độc hoặc ung thư biểu mô vỏ tuyến thượng thận (unilateral adenoma or adrenocortical carcinoma).

b. Pheochromocytoma

Điều trị trước phẫu thuật pheochromocytoma là nhằm mục đích kiểm soát sự bài tiết catecholamine và tai biến tim mạch của nó. Tăng huyết áp thường được kiểm soát trước phẫu thuật với ức chế alpha-adrenergic. Bệnh nhân được dùng thuốc ức chế alpha- adrenergic với các thuốc như phenoxybenzamine cho tối thiểu là 2 tuần trước mổ, và họ duy trì tình trạng bổ sung nước cho cơ thể đầy đủ. Dùng thuốc chẹn beta trước phẫu thuật (ví dụ, propranolol) sau khi dùng alpha-blocker để giúp kiểm soát chứng loạn nhịp tim. Dùng alpha-blockers đầu tiên; nếu không, tình trạng tăng huyết áp có thể trầm trọng thêm. Hiện nay, một số trung tâm sử dụng thuốc chẹn kênh Calci tác dụng lâu dài (ví dụ, verapamil SR, nifedipine XL) như là đơn trị liệu trước phẫu thuật, giúp kiểm soát cả tăng huyết áp và loạn nhịp. Hầu hết các tác giả đề nghị trước phẫu thuật nên bổ sung dịch đầy đủ để ngăn chặn tình trạng tụt huyết áp nhanh chóng sau khi tình trạng tiết alpha-

adrenergic được dừng lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. [Guideline] Grumbach MM, Biller BM, Braunstein GD, Campbell KK, Carney JA, Godley PA, et al. Management of the clinically inapparent adrenal mass ("incidentaloma"). *Ann Intern Med.* Mar 4 2003;138(5):424-9. [Medline].
 2. Albala DM. Laparoscopic adrenalectomy. In: Marshall FF, ed. *Textbook of Operative Urology*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1996:193.
 3. Bloom LS, Libertino JA. Surgical management of Cushing's syndrome. *Urol Clin North Am.* Aug 1989;16(3):547-65. [Medline].
 4. Caplan RH, Strutt PJ, Wickus GG. Subclinical hormone secretion by incidentally discovered adrenal masses. *Arch Surg.* Mar 1994;129(3):291-6. [Medline].
 5. Chan JE, Meneghetti AT, Meloche RM, Panton ON. Prospective comparison of early and late experience with laparoscopic adrenalectomy. *Am J Surg.* May 2006;191(5):682-6. [Medline].
- 5-minute clinical consult

CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Một chấn thương vùng bìu có thể gây nên các tổn thương: tinh hoàn chuyển chỗ (testicular dislocation), tụ máu tinh hoàn (testicular haematocoele), vỡ tinh hoàn (testicular rupture), có thể có kèm tụ máu bìu (scrotal haematoma), hoặc xoắn tinh hoàn.

2. Yếu tố nguy cơ

Thường do ấu dâm, tai nạn giao thông, liên quan hoạt động thể thao. Tổn thương tinh hoàn 75% các trường hợp chấn thương bìu (McAninch et al, 1984; Cass và Luxenberg, 1991).

3. Phân độ chấn thương tinh hoàn

Theo AAST 2010

Độ	Đặc điểm tổn thương tinh hoàn
1	Tụ máu tinh hoàn
2	Rách bao trắng tinh hoàn dưới nhưng không phát hiện trên lâm sàng
3	Rách bao trắng tinh hoàn với tổn thương nhu mô < 50 %
4	Rách bao trắng tinh hoàn với tổn thương nhu mô > 50 %
5	Tổn thương dập nát hết tinh hoàn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Buồn nôn
- Choáng

b. Triệu chứng thực thể

- Một bên bìu sưng, đau, bầm máu
- Tinh hoàn khó sờ thấy do tình trạng tụ máu
- Cần đánh giá tổn thương niệu đạo nếu bệnh nhân có tiểu máu và chảy máu miệng sáo
- Không có sự tương xứng giữa mức độ tụ máu bìu và chấn thương tinh hoàn.

2. Cận lâm sàng

a. Siêu âm Doppler

Siêu âm Doppler thường có thể phân biệt vỡ tinh hoàn và tụ máu tinh hoàn độ đặc hiệu (78%) and độ nhạy (28%). Siêu âm đánh giá sự toàn vẹn của tinh hoàn và tưới máu tinh hoàn.

b. Siêu âm Colour Doppler-duplex

- Có thể cung cấp nhiều thông tin hơn về cấu trúc tinh hoàn.

c. CT hoặc MRI có thể được dùng

- Tuy nhiên không được sử dụng phổ biến vì mắc tiền, có thể làm trì hoãn phẫu thuật.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Tinh hoàn chuyển chỗ

Can thiệp bằng thủ đưa tinh hoàn xuống bằng tay, nếu tinh hoàn không xuống đòi hỏi phẫu thuật.

2. Tụ máu tinh hoàn

- Nên phẫu thuật khi khối máu tụ lớn hơn 1/3 kích thước tinh hoàn (EAU 2016)
- Khi khối máu tụ quá lớn thì khả năng điều trị bảo tồn thường thất bại và cần phẫu thuật và nếu > 3 ngày có tỷ lệ phẫu thuật cắt tinh hoàn cao hơn nhóm phẫu thuật từ sớm.
- Các bệnh nhân điều trị bảo tồn có thể cần can thiệp lại nếu bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng và đau không giảm.

3. Vỡ tinh hoàn

- Nếu không thể loại trừ phẫu thuật thám sát cần thực hiện (EAU 2016)
- Phẫu thuật gồm các bước: phẫu thuật lấy máu tụ tinh hoàn và cắt các ống sinh tinh hoại tử. Khâu bao trắng tinh hoàn bằng chỉ tan

4. Tụ máu bìu

- Có thể điều trị nội khoa nếu không có chấn thương tinh hoàn kèm theo. Nếu khối máu tụ lớn có thể phẫu thuật dẫn lưu máu tụ góp phần tang khả năng hồi phục của bệnh nhân

5. Xoắn dây tinh

- Phẫu thuật tháo xoắn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marekovic Z, Derezic D, Krhen I, et al. Urogenital war injuries. Mil Med 1997 May;162(5):346-8
2. Monga M, Hellstrom WJ. Testicular Trauma. Adolesc Med 1996 Feb;7(1):141- 148.
3. Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genitalia trauma: a 30-year single institution experience. J Urology 2008 Jul;180(1):192-5
4. Haas CA, Brown SL, Spirnak JP. Penile fracture and testicular rupture. World J Urol 1999 Apr;17(2): 101-6
5. Shefi S, Mor Y, Dotan ZA, et al. Traumatic testicular dislocation: a case report and review of published reports. Urology 1999 Oct;54(4):744.
6. Pollen JJ, Funckes C. Traumatic dislocation of the testes. J Trauma 1982 Mar;22(3):247-9.
7. Cass AS, Luxenberg M. Testicular injuries. Urology 1991 Jun;37(6):528-30.
8. Wasko R, Goldstein AG. Traumatic rupture of the testicle. J Urol 1966 May;95(5):721-3.
9. Mulhall JP, Gabram SG, Jacobs LM. Emergency management of blunt testicular trauma. Acad Emerg Med 1995 Jul;2(7):639-43.
10. Martinez-Piñeiro L Jr, Cerezo E, Cozar JM, et al. Value of testicular ultrasound in the evaluation of blunt scrotal trauma without haematocele. Br J Urol 1992 Mar;69(3):286-90.
11. Altarac S. Management of 53 cases of testicular trauma. Eur Urol 1994;25(2):119-23.
12. Cass AS, Luxenberg M. Value of early operation in blunt testicular contusion with hematocele. J Urol 1988 Apr;139(4):746-7.

CHẤN THƯƠNG THẬN

I. CƠ CHẾ

Thận nằm cao ở vùng sau phúc mạc, thận được che chở tương đối an toàn bởi xương sườn, xương sống và cơ lưng. Tuy nhiên, chấn thương làm gãy xương sườn hoặc xương sống có thể gây tổn thương thận. Chấn thương thận xảy ra khoảng 50% trong tất cả chấn thương niệu dục và thường xảy ra ở lứa tuổi dưới 30 (trên 50%). Tỷ lệ nam nữ là 4:1.

1. Chấn thương thận kín

Bụng, hông hay lưng gây ra trên 80% tất cả tổn thương thận. Nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông, té, tai nạn thể thao và bị tấn công hành hung. Tai nạn giao thông hoặc té cao có thể làm rách động mạch thận hoặc đứt hoàn toàn. Nếu sau chấn thương thận, có triệu chứng tiểu máu nhiều, và sốc, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn của thận rất cao (khoảng 20%).

2. Vết thương thận

Phần lớn là do dao đâm và đạn. Khoảng 85% vết thương hở thường kèm theo tổn thương kết hợp ở những bộ phận khác trong bụng. Trẻ em dễ bị chấn thương thận hơn người lớn vì cơ lưng và xương sườn chưa phát triển đầy đủ và thận to hơn lúc trưởng thành. Ngoài ra thận trẻ em không được che chở tốt bởi mỡ quanh thận và cân Gerota là lớp đệm chống lại rất hữu hiệu trong chấn thương. Thận trương nước hoặc bứu thận làm cho thận dễ bị vỡ sau chấn thương.

II. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG

1. Phân độ 1

Còn gọi là dập thận, chỗ mô thận bị dập chưa vỡ. Thận còn nguyên vẹn, kèm theo máu tụ dưới vỏ bao và quanh thận. Tổn thương trên gặp nhiều nhất trong chấn thương thận.

2. Phân độ 2

Gồm vỡ vỏ bao và chủ mô thận dưới 1cm. Tổn thương không ảnh hưởng tới đài, bể thận và phần tủy thận. Độ 1 và 2 được gọi là tổn thương nhỏ, nhẹ xảy ra trong 85% tất cả tổn thương thận.

3. Phân độ 3

Vỡ chủ mô thận trên 1cm.

4. Phân độ 4

Vết vỡ lớn ăn tới đài, bể thận gây ra rò nước tiểu. Tổn thương những mạch máu nhỏ được phân loại độ 4.

5. Phân độ 5

Gồm vỡ thận nhiều mảnh và tổn thương mạch máu thận lớn.

Chú ý:

Phân độ 3,4,5 được gọi là tổn thương lớn nặng.

Vỡ thận thường gặp trong 15% trường hợp chấn thương thận kín và 30% trong vết thương thận.

Tổn thương động mạch thận bao gồm tắc hoặc rách động mạch thận hoặc một trong những nhánh phụ. Thường xảy ra dưới 1% trong chấn thương thận kín và 10% trong vết thương thận. Thận không thể phục hồi sau 1 giờ mất nguồn máu cung cấp hoàn toàn và việc định bệnh tổn thương mạch máu thận rất khó.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn định

Bệnh nhân phải được mổ thăm dò ngay. Bác sĩ Tiết niệu thường được gọi vào phòng mổ để tham vấn sau khi bệnh nhân đã được mổ thăm sát bởi bác sĩ tổng quát. Bác sĩ niệu phải đánh giá

chức năng 2 thận. Điều này có thể thực hiện bằng chụp ngay trên bàn mổ 1 phim UIV hoặc MSCT scan (1). Nếu không thấy tổn thương thận không cần thám sát thận. Tổn thương lớn phải được mổ thám sát. Nếu thấy tổn thương nhỏ trên UIV hoặc MSCT scan kèm theo chảy máu sau phúc mạc thận phải được mổ thám sát và khâu lại.

2. Bệnh nhân có mạch và huyết áp ổn

- MSCT cần sử dụng như là xét nghiệm X quang ban đầu.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Tùy thuộc vào nguyên nhân và tình trạng nặng nhẹ của tổn thương (3).

1. Chấn thương thận kín

Khả năng chấn thương kín với mạch và huyết áp ổn, không tiểu máu xảy ra rất ít (2). Bệnh nhân với tiểu máu vi thể, mạch và huyết áp ổn ít có nguy cơ tổn thương thận, phải được theo dõi.

Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn hoặc tiểu máu có nhiều nguy cơ tổn thương thận và phải được chụp X quang. Bệnh nhân trên được theo dõi về triệu chứng chảy máu như thay đổi dấu hiệu sinh tồn và thể hiện hồng cầu thấp và sự lan rộng của khối máu tụ ở trong.

Bệnh nhân có thận vỡ hoặc tổn thương mạch máu thận cần được mổ khâu thận ngay và cắt thận cấp cứu. Điều trị dò nước tiểu trong chấn thương thận kín còn được bàn cãi: một số tác giả điều trị bảo tồn, một số khác thích mổ sớm. Kháng sinh thường được dùng đặc biệt nếu nước tiểu bị nhiễm trùng trong lúc tổn thương. Siêu âm cần được sử dụng để theo dõi sự thay đổi khối máu tụ. Nếu thấy có triệu chứng áp xe hoặc nhiễm trùng nang giả niệu bệnh nhân cần được dẫn lưu bằng mổ mở hoặc mổ ra da. Cái lợi của thám sát sớm trên bệnh nhân rò nước tiểu là nằm viện ngắn và giảm triệu chứng nang giả niệu nhiễm trùng, tuy nhiên tỉ lệ mổ cắt thận rất cao trong lúc mổ thám sát.

2. Vết thương thận

Tất cả các vết thương thận do đạn hay do dao đâm cần được mổ thám sát. Những bệnh nhân bị đau hay dao đâm và không tiểu máu, có UIV và MSCT bình thường có thể điều trị nội khoa.

Trong vết thương thận, bụng phải được thám sát để tìm những tổn thương kết hợp. Phương pháp điều trị vết thương thận gồm: kiểm soát cuốn thận, cầm máu, cắt lọc, khâu đài bể thận và dẫn lưu hữu hiệu. Trong trường hợp nặng không thể điều trị như trên, cắt thận là giải pháp duy nhất, thường gặp khoảng 10% bệnh nhân bị đâm và 40% bệnh nhân bị bắn.

V. THEO DÕI SAU CHẤN THƯƠNG

- Các biến chứng của tổn thương thận bao gồm chảy máu trễ, huyết áp cao, dò động tĩnh mạch, thận trương nước và mất chủ mô thận.
- Chảy máu trễ thường xảy ra 1 tháng sau tổn thương (4).
- Tiểu máu kéo dài có thể là triệu chứng của rò động tĩnh mạch hậu chấn thương, bệnh nhân cần được chụp động mạch thận.
- Trong 6 tháng đầu cần được theo dõi huyết áp.
- Sau 6 tháng cần làm Siêu âm, hoặc chụp MSCT để theo dõi thương tổn ở thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretan Jr PN, McAninch JW, Federle MP, Jeffrey Jr RB (1986): Computerized tomographic staging of renal trauma: 85 consecutive cases. *J Urol*; 136:561-565.
2. Chandhoke PS, McAninch JW (1988): Detection and significance of microscopic hematuria in patients with blunt renal trauma. *J Urol*; 140:16-18.

3. Coburn M (2002): Damage control surgery for urologic trauma: An evolving management strategy. *J Urol*; 160:13.
4. Santucci RA, McAninch JW (2000): Diagnosis and management of renal trauma: Past, present and future. *J Am Coll Surg*; 191:443-451.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Nguyên nhân

a. Niệu đạo trước

- Chấn thương kín: tai nạn giao thông, té kiêu cưỡi ngựa, đập vật cứng vào tầng sinh môn.
- Quan hệ tình dục: gãy dương vật, dụng cụ kích dục vào lòng niệu đạo
- Vết thương: đạn bắn, bị đâm, chó cắn, cắt bỏ dương vật
- Dải co thắt niệu đạo trong điều trị tiểu không kiểm soát
- Tổn thương niệu đạo do điều trị (iatrogenic): dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo

b. Niệu đạo sau

- Vỡ khung chậu
- Do điều trị: dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo, cắt tuyến tiền liệt tận căn.

c. Niệu đạo nữ

- Đụng dập do quá trình chuyển dạ.
- Vỡ khung chậu nghiêm trọng kèm theo tổn thương cổ bàng quang và âm đạo.
- Do điều trị: đặt thông niệu đạo kéo dài, xạ trị vùng chậu, phẫu thuật cắt túi thừa niệu đạo, phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát.

2. Phân loại

Bảng 1: Phân loại chấn thương niệu đạo theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ

Độ	Mô tả	Biểu hiện
I	Đụng dập	Chảy máu miệng niệu đạo Chụp niệu đạo bình thường
II	Kéo dẫn	Niệu đạo bị kéo dẫn nhưng không thoát thuốc cản quang ra ngoài khi chụp niệu đạo
III	Vỡ một phần	Thoát thuốc cản quang ra ngoài niệu đạo nhưng thuốc cản quang vẫn còn vào được bàng quang
IV	Vỡ hoàn toàn	Thoát thuốc cản quang ra ngoài tại vị trí tổn thương, thuốc cản quang không vào được bàng quang Chiều dài niệu đạo đứt xa < 2 cm
V	Vỡ hoàn toàn	Đứt niệu đạo hoàn toàn $\geq 2\text{cm}$, hoặc tổn thương kéo dài đến tuyến tiền liệt hoặc âm đạo

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

- Chảy máu ở miệng niệu đạo
- Máu ở âm hộ (ở nữ)
- Tiểu máu
- Tiểu đau
- Tiểu khó hoặc bí tiểu
- Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn

- Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)

2. Cận lâm sàng

- Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
- Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phối hợp chấn thương niệu đạo
- CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
- Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

Bảng 2: Phân loại Goldman chấn thương niệu đạo dựa trên RUG

Phân loại	Mô tả
Loại 1	Niêu đạo sau bị kéo dẫn, nhưng còn nguyên vẹn
Loại 2	Rách niệu đạo tuyến tiền liệt - màng phía trên hoành niệu dục
Loại 3	Rách một phần hoặc toàn bộ niệu đạo trước và sau, với sự gián đoạn của hoành niệu dục
Loại 4	Chấn thương bàng quang kéo dài đến niệu đạo
Loại 4a	Chấn thương tại bàng quang gây thoát thuốc cản quang quanh niệu đạo tạo hình ảnh giống chấn thương niệu đạo sau
Loại 5	Chấn thương niệu đạo trước đơn thuần một phần hoặc hoàn toàn

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng
- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

2. Niệu đạo trước

a. Chấn thương kín

Xử trí cấp cứu: tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.

Điều trị tiếp theo: Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạo ít nhất sau 3 tháng để đánh giá:

- Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.
- Hẹp nặng, đoạn hẹp < 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận – tận,
- Hẹp nặng, đoạn hẹp ≥ 1cm: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vật da có cuống (nối tận - tận sẽ bị cong dương vật).

b. Vết thương

- Xử trí cấp cứu:
 - + Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.
 - + Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.
 - + Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.
- Điều trị tiếp theo: Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thì. Phẫu thuật lại sau

ít nhất 3 tháng.

3. Niệu đạo sau

a. Chấn thương

- Xử trí cấp cứu:
 - + Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.
 - + Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phối hợp.
 - + Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:
 - + Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo
 - + Mở mở làm thẳng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cổ bàng quang và trực tràng
 - + Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sớm **không** được chỉ định.
- Điều trị tiếp theo
 - + Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương: được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)
 - + Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)
 - + Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

b. Vết thương

- Xử trí ban đầu: Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mổ mở nối niệu đạo nên được thực hiện.
- Điều trị trì hoãn: Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn.

Bảng 3: Chấn thương niệu đạo và hướng xử trí theo Hội Tiết niệu châu Âu

Phân loại	Mô tả	Hướng xử trí
Loại 1	Tổn thương kéo dài. Niệu đạo bị kéo dài mà không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Không cần điều trị
Loại 2	Đụng Dập. Chảy máu miệng niệu đạo nhưng không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 3	Vỡ một phần của niệu đạo trước hoặc sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc còn vào được bàng quang	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 4	Vỡ hoàn toàn niệu đạo trước. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào niệu đạo sau và bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 5	Vỡ hoàn toàn niệu đạo sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 6	Vỡ hoàn toàn hay một phần niệu đạo sau kết hợp với rách cổ bàng quang hay âm đạo	Yêu cầu phẫu thuật mở sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ackerman AL, Blaivas J, Anger JT. Female Urethral Reconstruction. Curr Bladder Dysfunct Rep 2010; 5:225–232.
2. Goldman SM, Sandler CM, Corriere JN Jr, McGuire EJ. Blunt urethral trauma: a unified anatomical mechanical classification. J Urol 1997; 157: 85–89.
3. Martínez-Pinheiro L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN, Hohenfellner M. EAU guidelines on urological trauma. Eur Urol 2010; vol 57, pp. 791–803.
4. Summerton DJ, Djakovic N, Kitrey ND, Kuehhas F, Lumen N, Serafetinidis E. Urethral trauma. Guidelines on Urological Trauma. EAU Guidelines 2013; 45-65

GIÃN TĨNH MẠCH TĨNH TRONG VÔ SINH

Giãn tĩnh mạch tinh là một bệnh lý thường gặp liên quan với các vấn đề sau trong Nam khoa:

- Tinh hoàn kém phát triển
- Triệu chứng đau và khó chịu ở bìu
- Vô sinh nam
- Suy sinh dục

I. PHÂN ĐỘ

Phân độ sau đây của giãn tĩnh mạch tinh thường phổ biến trên lâm sàng:

- Dưới lâm sàng: không sờ thấy khi nghỉ ngơi hay trong khi làm nghiệm pháp Valsava nhưng có thể phát hiện qua các xét nghiệm đặc biệt (như siêu âm Doppler).
- Độ 1: sờ thấy trong khi làm nghiệm pháp Valsava
- Độ 2: sờ thấy khi nghỉ ngơi nhưng không nhìn thấy
- Độ 3: nhìn thấy và sờ thấy khi nghỉ ngơi

II. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh dựa trên thăm khám lâm sàng và nên được khẳng định trên siêu âm kết hợp với phân tích Doppler màu.
- Ở các trung tâm điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng thuyên tắc xuôi dòng hoặc ngược dòng, chẩn đoán còn dựa trên X quang.

1. Đánh giá cơ bản

a. Giãn tĩnh mạch tinh và sinh sản

- Giãn tĩnh mạch tinh là tình trạng bất thường hiện diện trong 11.7% nam giới trưởng thành và 25.4% ở nam giới có tinh dịch đồ bất thường.
- Mối liên quan xác định giữa giãn tĩnh mạch tinh và giảm khả năng sinh sản không rõ nhưng một phân tích tổng quan gần đây cho thấy sự cải thiện tinh dịch đồ được ghi nhận sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh. Cột tinh mạch tinh có thể làm hồi phục quá trình tổn thương DNA tinh trùng

b. Phẫu thuật cột tinh mạch tinh

- Phẫu thuật cột tinh mạch tinh đã được tranh luận trong suốt nhiều thập kỷ qua. Một phân tích tổng quan nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng và nghiên cứu quan sát cho thấy phẫu thuật cột tinh mạch tinh có hiệu quả trong cải thiện các thông số tinh dịch đồ ở các trường hợp có bất thường tinh dịch đồ, nhưng chỉ ở các trường hợp độ giãn tĩnh mạch tinh ghi nhận trên lâm sàng.
- Trong các nghiên cứu ngẫu nhiên, phẫu thuật cột tinh mạch tinh ở nam giới với độ giãn dưới lâm sàng cho thấy không có hiệu quả trong việc tăng khả năng có thai tự nhiên. Tương tự vậy, trong những nghiên cứu ngẫu nhiên khác trên các nam giới có tinh dịch đồ bình thường, không ghi nhận lợi ích của việc cột tinh mạch tinh so với nhóm quan sát.
- Một tổng quan Cochrane từ 2013 kết luận rằng có bằng chứng ủng hộ việc cột tinh mạch tinh trên các cặp vợ chồng mà nguyên nhân vô sinh chưa ghi nhận rõ ràng sẽ cải thiện khả năng có con của họ. Trong một phân tích các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng khác kết luận rằng cột tinh mạch tinh sẽ cải thiện tinh trùng yếu so với nhóm quan sát 2.39 lần.

2. Cột tinh mạch tinh dự phòng

- Ở nam giới trưởng thành có giãn tĩnh mạch tinh, các nghiên cứu ghi nhận nguy cơ điều trị quá tay vì hầu hết các trường hợp này có khả năng có con bình thường về sau.
- Điều trị dự phòng giãn tĩnh mạch tinh chỉ nên xem xét ở các trường hợp tinh hoàn kém phát

triển so với bên còn lại qua thăm khám lâm sàng và các trường hợp chất lượng tinh dịch đồ bị ảnh hưởng nặng.

III. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh. Các bằng chứng cho thấy cột tĩnh mạch tinh vi phẫu là phương pháp hiệu quả nhất trong số các kỹ thuật cột tĩnh mạch tinh.

Cột tĩnh mạch tinh vi phẫu có tỉ lệ biến chứng ít hơn và tái phát ít hơn so với các phương pháp phẫu thuật khác. Tuy nhiên phương pháp này cần đòi hỏi các phẫu thuật viên được đào tạo qua lớp vi phẫu.

Các phương pháp phẫu thuật khác hiện nay vẫn còn là lựa chọn thay đổi dù tỉ lệ tái phát cũng như tràn dịch tinh mạc sau mổ có thể xảy ra.

Các khuyến cáo điều trị hiện nay

- Điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở nam giới trưởng thành với bằng chứng tinh hoàn kém phát triển sau khi thăm khám lâm sàng nên được khuyến cáo.

- Không điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở các trường hợp vô sinh nam có tinh dịch đồ bình thường và các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh dưới lâm sàng.

- Điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở các nam giới có độ giãn tĩnh mạch ghi nhận trên lâm sàng, tinh trùng yếu và các trường hợp không giải thích được nguyên nhân gây vô sinh ở các cặp vợ chồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pryor JL, Howards SS. Varicocele. Urol Clin North Am 1987;14:499
2. Goldstein M: Surgical management of male infertility and other scrotal disorder. In Walsh PC et al Eds, Campbell's Urology, W.B Saunders (2002): 1532- 1587.
3. Gianpiero D Palermo, Queenie V Neri, Takumi Takeuchi, Simon J Hong, Zev Rosenwaks. Textbook of Assisted Reproductive Technologies 2009, 3rd edition, p171- p180.
4. AUA and ASRM. Report on varicocele and infertility. April, 2001

GÃY DƯƠNG VẬT

Gãy dương vật là cấp cứu tiết niệu – nam khoa.

I. NGUYÊN NHÂN

Rách bao trắng thể hang khi dương vật cương cứng khi đang quan hệ, tự bẻ dương vật... gây. Tại các nước phương Tây, nguyên nhân gãy dương vật do quan hệ tình dục chiếm 60% và tự thể người bạn tình (vợ) ở phía trên. Tại Việt Nam gãy dương vật do tự bẻ chiếm 59% và do quan hệ tình dục là 36,4%.

II. Thương Tổn

- Rách bao trắng thể hang, tổn thương niệu đạo kèm theo 10 – 22%

III. TRIỆU CHỨNG

- Nghe tiếng gãy khi dương vật đang cương cứng.
- Dương vật giảm cương nhanh chóng
- Máu tụ dương vật và có thể lan xuống bìu.
- Điểm đau chói thể hang bên gãy
- Và có máu ở miệng sáo.

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Siêu âm Doppler mạch máu bẹn bìu
- Xét nghiệm tiền phẫu
- TPTNT
- MRI

V. ĐIỀU TRỊ

- Không có chỉ định điều trị nội khoa vì máu sẽ theo vết rách thể hang lan xuống bìu, tăng sinh môn gây biến chứng nhiễm trùng, dò niệu đạo, cong dương vật, rối loạn cương.
- Cần phẫu thuật sớm để khâu bao trắng thể hang.
- Nếu có tổn thương niệu đạo: khâu nối niệu đạo

VI. BIẾN CHỨNG

- Cong dương vật
- Rối loạn cương (hiếm).
- Tâm lý lo sợ khi quan hệ tình dục

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. J Urol 2000 Aug;164(2):364-6.
2. Haas CA, Brown SL, Spirnak JP. Penile fracture and testicular rupture. World J Urol 1999 Apr;17(2):101-6.
3. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, et al. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. J Urol 1983 Nov;130(5):917-9.
4. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury. J Urol 1992 Feb;147(2):466-8.
5. Mydlo JH, Hayyeri M, Macchia RJ. Urethrography and cavernosography imaging in a small series of penile fractures: a comparison with surgical findings. Urology 1998 Apr;51(4):616-9.

6. Lee SH, Bak CW, Choi MH, et al. Trauma to male genital organs: a 10-year review of 156 patients, including 118 treated by surgery. *BJU Int* 2008 Jan;101(2):211-5.

LAO NIỆU SINH DỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Dịch tễ học

Ở các nước phát triển, việc phát hiện ca lao mới và điều trị lao đã làm giảm tần suất khoảng 7,8% mỗi năm. Tỷ lệ này cộng với tỷ lệ giảm 5% thành tỷ lệ giảm mắc bệnh trên 12% mỗi năm [2,4,7]. Ngược lại, ở nhiều nước đang phát triển, khuynh hướng giảm bệnh rất thấp: tỷ lệ nhiễm lao vẫn ở khoảng 2,6%, cho thấy khuynh hướng tăng các ca mới. Trên toàn thế giới, lao niệu sinh dục chiếm 14% lao ngoài phổi, trong đó chỉ 20% ở người da trắng [2,4,7].

Việt Nam là một 7 quốc gia châu Á và là một trong 22 quốc gia trên thế giới phải đối diện với bệnh lao nghiêm trọng với nguy cơ nhiễm lao khoảng 2% năm, đứng thứ 14 trong 27 quốc gia có tỷ lệ lao đa kháng thuốc cao nhất. Tần suất lao mới khoảng 173/100 000 dân, tỷ lệ hiện mắc là 225/100000 dân. Tỷ lệ tử vong do lao là 23/100000 dân [3,10].

II. CHẨN ĐOÁN

1. Đặc điểm lâm sàng

- Tỷ lệ nam : nữ là 2 : 1. Hầu hết bệnh nhân ở nhóm tuổi 20-40 [2,4,7,9,14].
- Bệnh nhân thường có triệu chứng tiểu nhiều lần nặng dần, không đáp ứng với điều trị bằng kháng sinh thường. Triệu chứng tiểu gấp hiếm gặp hơn. Nước tiểu thường vô khuẩn và có một tỷ lệ lớn bệnh nhân có trên 20 tế bào mủ trên quang trường lớn. Có 20% bệnh nhân không có tế bào mủ trong nước tiểu. Bội nhiễm vi khuẩn thường chiếm 20% trường hợp, 90% do *E. coli* [2,4,6,7,18].
- Tiểu máu đại thể (10%) hay tiểu máu vi thể (50%). Đau quặn thận ít gặp. Xuất tinh máu là triệu chứng hiếm. Một số ít bệnh nhân chỉ có triệu chứng sưng đau tinh hoàn. Tam chứng mệt mỏi, sụt cân, chán ăn không bao giờ thấy ở giai đoạn sớm của bệnh
- Viêm bàng quang tái phát là triệu chứng báo động. Nhiễm trùng do *E.coli* đáp ứng với kháng sinh thường nhưng tái phát nhiều lần thì cần phải loại trừ lao. Phải xét nghiệm nhiều lần vì *M. tuberculosis* rất khó phân lập từ nước tiểu khi bệnh nhân chỉ mới có những tổn thương nhỏ.

2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm tìm lao [2,4,6,7]

Phản ứng tuberculin (IDR)

- Phản ứng dương tính chỉ nói lên bệnh nhân đã bị nhiễm lao, không phải là bệnh lao tiến triển hay các triệu chứng là do bệnh lao.
- Tiêu chuẩn test tuberculin dương tính theo nhóm nguy cơ (theo CDC)

Vùng cứng ≥ 5 mm

- Người HIV dương tính
- Bệnh nhân có tiếp xúc với bệnh nhân lao gần đây.
- Tổn thương xơ hóa trên phim ngực nghĩ do lao trước kia.
- Bệnh nhân có ghép cơ quan hay suy giảm miễn dịch (dùng liệu tương đương receiving 15 mg prednisone /ngày trong một tháng hoặc hơn)

Vùng cứng ≥ 10 mm

- Người mới nhập cư từ các nước có tần suất lao cao.
- Người lạm dụng thuốc tiêm.
- Cư dân hoặc nhân viên cho nhóm nguy cơ cao: nhà tù, nhà dưỡng lão, trung tâm y tế, nhà cho người vô gia cư.

- Nhân viên phòng xét nghiệm Mycobacterium
- Người có các tình trạng lâm sàng sau: bệnh bụi phổi, đái tháo đường, suy thận mạn, một số bệnh huyết học (bệnh bạch huyết, lymphoma), bệnh ác tính khác (ung thư biểu mô đầu hoặc cổ và phổi), sụt cân $\geq 10\%$ thể trọng lý tưởng, cắt dạ dày, nổi tất hồng-hôi tràng.
- Trẻ em nhỏ hơn 4 tuổi hay nhũ nhi, trẻ em hay trẻ lớn có tiếp xúc với người lớn nguy cơ cao.

Vùng cứng ≥ 15 mm

- Bệnh nhân không có nguy cơ nhiễm lao.

b. Xét nghiệm nước tiểu

- Tổng phân tích nước tiểu: tìm hồng cầu, bạch cầu, pH, tỉ trọng nước tiểu.
- Cấy nước tiểu tìm vi trùng thường.
- Cận Addis (hồng cầu, bạch cầu/phút) đánh giá tình trạng tiểu mủ. “Tiểu mủ vô khuẩn” là dấu hiệu cổ điển của lao niệu.
- Xét nghiệm nước tiểu tìm trực khuẩn lao để chẩn đoán lao niệu: cần phối hợp cả 3 phương pháp sau [11,14] để có kết quả chẩn đoán cao:
- Lấy 3 mẫu nước tiểu 3 ngày liên tiếp hứng trong 12 giờ nhuộm Ziehl-Neelsen tìm trực khuẩn kháng axit-còn.
- Cấy nước tiểu trên môi trường Lowenstein-Jensen tìm *M.tuberculosis*, BCG, các mycobacterium nontuberculosis. Là xét nghiệm chẩn đoán chắc chắn lao niệu [2,4,6,7,18].
- Phản ứng PCR nước tiểu (Polymerase Chain Reaction): cho kết quả sau 24 giờ, độ nhạy: 74-91%; độ đặc hiệu: 95-100% [4,7,17,19]. Có 2 kỹ thuật: (1) phản ứng IS6110- PCR để tìm *M. tuberculosis*; (2) phản ứng 16S rRNA gen-PCR: tìm các mycobacterium khác.

c. Xét nghiệm máu

- Công thức máu, tốc độ lắng máu, chức năng thận, điện giải đồ.

d. Triệu chứng X-quang [2,4,7]

X-quang không chuẩn bị

- Trên phim KUB có thể thấy dấu vôi hóa ở thận và đường tiểu dưới.
- X quang ngực và cột sống để loại trừ lao phổi cũ hay lao tiến triển và lao cột sống.

Chụp đường niệu nội tĩnh mạch (IVU, UIV)

- UIV liệu cao hiện nay vẫn là tiêu chuẩn [2,4,7,11]. Có thể phối hợp với CT. Ngoài ra, UIV dưới màn huỳnh quang tăng sáng cho phép làm xét nghiệm động học niệu quản.
- Trên UIV có thể thấy thận mất chức năng hoặc tổn thương thận nặng. Viêm niệu quản biểu hiện bằng giãn niệu quản trên chỗ hẹp niệu quản—bàng quang hay niệu quản xơ hóa. Thì bàng quang cho thấy bàng quang nhỏ, co thắt hay bàng quang bất đối xứng.

Chụp bể thận ngược chiều (UPR)

- Khi cần xác định chiều dài đoạn hẹp và mức độ tắc nghẽn và giãn nở niệu quản trên chỗ hẹp hoặc khi cần đặt thông niệu quản để lấy nước tiểu từng thận riêng rẽ làm xét nghiệm vi trùng học. Cần làm dưới màn huỳnh quang tăng sáng và làm xét nghiệm động học niệu quản [2,4,7,11].

Chụp bể thận xuôi chiều qua da

- Chỉ định trong trường hợp thận không phân tiết trên UIV hay để xem tình trạng đường xuất tiết trên chỗ hẹp hoặc có thể lấy nước tiểu từ bể thận gửi xét nghiệm vi trùng học [2,4,7,11].

Xét nghiệm đồng vị phóng xạ

- Xạ hình thận cho biết chức năng thận và bất thường chủ mô thận.

e. Siêu âm và CT

- Siêu âm để theo dõi một tổn thương thận phát hiện trên UIV trong quá trình điều trị (hang lao) [2,4,7].

- CT để khảo sát tổn thương nhu mô thận, quanh thận hay khi nghi ngờ có ung thư thận đi kèm [2,4,7]. CT đa lát cắt (MSCT) với kỹ thuật tái tạo hình ảnh rất có ích trong chẩn đoán các dạng biến thể đường tiểu [4,7,12,14].

f. Triệu chứng nội soi

Soi bàng quang

- Nội soi tìm những sang thương lao ở bàng quang (sang thương dạng hạt, dạng loét) và viêm lao miệng niệu quản, miệng niệu quản nở rộng. Dùng để đánh giá độ trầm trọng của bệnh và đáp ứng với hóa trị liệu lao.
- Vai trò của sinh thiết bàng quang còn bàn cãi. Chỉ sinh thiết khi có tổn thương dạng củ hay loét cách xa miệng niệu quản vì tổn thương này có thể là ung thư biểu mô phổi hợp [2,4,7,14].

Soi niệu quản

- Nội soi niệu quản là chỉ định hiếm. Soi để khảo sát ảnh hưởng của bệnh lên niệu quản-bể thận hoặc để lấy mẫu nước tiểu thử vi trùng học.

III. ĐIỀU TRỊ

Có thể cho bệnh nhân nhập viện trong tháng đầu để bảo đảm bệnh nhân uống thuốc kháng lao đều đặn, sau đó sẽ theo dõi ngoại trú. Cần đánh giá chức năng gan của bệnh nhân. Nếu cần phẫu thuật thì mổ chương trình và cho bệnh nhân nhập viện tối thiểu 6 tuần sau khi bắt đầu điều trị tấn công.

Bác sĩ CK Tiết niệu nên là người theo dõi quá trình hóa trị lao. Nếu có vấn đề kháng thuốc thì cần hội chẩn bác sĩ CK Lao nhưng bác sĩ Tiết niệu phải chịu trách nhiệm cả quá trình điều trị của bệnh nhân, nếu không tổn thương thận hoặc đường xuất tiết không hồi phục có thể xảy ra [2,4,7,9,14]. Cần chú ý hiện tượng “xơ hóa do lành sẹo” diễn tiến nhanh trong quá trình điều trị thuốc lao nhất là trong thời gian điều trị tấn công có thể dẫn đến bế tắc đường tiểu trên cấp tính và hủy hoại chức năng thận nhanh chóng [11,15].

Mục đích điều trị là: (1) Điều trị căn bệnh tiến triển (2) Làm cho bệnh nhân không còn khả năng lây nhiễm càng sớm càng tốt (3) Bảo tồn tối đa chức năng thận.

Cần theo dõi bệnh nhân 3, 6, 12 tháng sau khi ngưng thuốc. Trong mỗi lần khám, cần làm xét nghiệm nước tiểu sáng sớm 3 ngày liên tục và làm HIV.

1. Các thuốc kháng lao [4,7,10]

Các thuốc kháng lao hàng đầu là INH, rifampicin, pyrazinamide, streptomycin, và ethambutol. Bốn thuốc đầu là diệt trùng. Hóa trị lao là điều trị đa kháng sinh nhằm làm giảm thời gian điều trị và làm giảm hiện tượng kháng thuốc. Từ khi có rifampicin và các thuốc kháng lao mới thời gian điều trị giảm còn 6 - 9 tháng.

CÁC THUỐC KHÁNG LAO THIẾT YẾU

Xếp loại	Thuốc	Tác dụng
Thuốc kháng lao chủ lực	Rifampicin (R) Isoniazid (H) Pyrazinamide (Z) Streptomycin (S)	Diệt khuẩn
Thuốc kháng lao thứ cấp	Ethambutol (E) Ethionamide Cycloserine	Kềm khuẩn
Các thuốc phụ	Kanamycin Thiocetazone (T hay TB1)	Kềm khuẩn

Cơ chế tác dụng/ kháng thuốc của các thuốc kháng lao thông dụng

Thuốc	Cơ chế tác dụng	Vị trí đột biến kháng thuốc (gen)
Isoniazid acid mycolic	Ức chế tổng hợp	<i>inhA</i> (vùng điều hòa) (gen mycolic acid)
Men catalase-peroxidase		<i>katG</i> (gen catalase-peroxidase)
Rifampin	Ức chế tổng hợp RNA	α -Subunit <i>rpoB</i> (gen polymerase) RNA
Pyrazinamide	Ức chế tổng hợp acid béo	<i>pncA</i> (gen pyrazinamidase)
Ethambutol	Ức chế tổng hợp thành tế bào (chẹn arabinosyl transferase)	<i>embB</i> (gen cho men arabinosyl transferase)
Streptomycin	Ức chế tổng hợp protein	<i>rpsL</i> (gen của protein S12 ribosome); gen16-S RNA của ribosome
Amikacin	Ức chế tổng hợp protein	gen16-S RNA của ribosome
Capreomycin	Ức chế tổng hợp thành tế bào	Không rõ
Quinolones	Ức chế cấu trúc DNA	<i>GyrA</i> (gen gyrase A)

Liều tối ưu của các thuốc kháng lao

Tên thuốc	Liều lượng hàng ngày (mg/kg)	Liều cách quãng	
		3 lần/ tuần (mg / kg)	2 lần / tuần (mg / kg)
Isoniazid	5 (4-6)	10 (8 – 12)	15 (13 - 17)
Rifampicin	10 (8 – 12)	10 (8 – 12)	10 (8 – 12)
Pyrazinamide	15 (20 – 30)	35 (30 – 40)	50 (40 – 60)
Ethambutol	15 (15 – 20)	30 (25 – 35)	45 (40 – 50)
Streptomycin	15 (12 – 18)	15 (12 – 18)	15 (12 – 18)

2. Phác đồ điều trị cho nhiễm khuẩn vi khuẩn nhạy cảm

Tử vong do lao ngày nay là không đáng kể nếu điều trị sớm và đúng cách, bệnh nhân uống thuốc đủ. Cần làm thử nghiệm độ nhạy cảm của mycobacterium với thuốc trên các chủng được phân lập, áp dụng điều trị quan sát trực tiếp (DOT) cho bệnh nhân [4,5,7,14].

Hóa trị lao là điều trị đa kháng sinh nhằm làm giảm thời gian điều trị và làm giảm khả năng vi khuẩn kháng thuốc. Thời gian điều trị trước đây từ 2 năm nay giảm còn 6– 9 tháng từ khi có rifampicin và các thuốc kháng lao mới khác [2,4,7,9]. Phối hợp với chương trình chống lao quốc gia để cấp thuốc lao, vừa theo dõi sát bệnh nhân, nhất là trong thời gian dùng liều tấn công [11,14].

Các cytokine hỗ trợ như interferon- γ , interleukin-2 (IL-2), yếu tố kích thích dòng đại thực bào-bạch cầu hạt, và IL-12, hoặc miễn dịch trị liệu bằng *M. vaccae* có thể làm giảm thời gian điều trị hơn nữa và chống kháng thuốc [4,7].

Khuyến cáo của Trung tâm phòng bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ hiện tại là điều trị bệnh nhân lao niệu sinh dục với vi khuẩn nhạy cảm từ 6 đến 9 tháng [2,4,7] Ở bệnh nhân lao thận, sau 2 tuần điều trị sẽ không còn phân lập được *M. tuberculosis* trong nước tiểu. Phác đồ 6 tháng thường dùng R,H,Z với tỉ lệ có vi khuẩn tái phát là 1%. Điều trị với S,H,R,Z trong 2 tháng đầu, theo sau là H,R,Z hay H, R trong 4 tháng kế.

Nên uống thuốc liều duy nhất chung một lần vào buổi tối, có thể uống với sữa giúp bệnh nhân dung nạp thuốc tốt nhất. Nên dùng S trong thời gian điều trị tấn công khi có triệu chứng viêm bàng quang cấp nặng. Có thể dùng thêm Prednisolone, 20mg x 3 lần mỗi ngày dùng với 4 loại thuốc lao trong 4 tuần, giúp làm giảm viêm bàng quang cấp.

3. Lao đa kháng thuốc

Trong thập niên 1990, lao đa kháng thuốc (MDR) trở thành vấn đề y tế quan trọng đặc biệt trong đó có 1/3 các ca kháng với một hay nhiều loại thuốc. Sau này MDR giảm hẳn do chương trình DOT và nhiều yếu tố khác. Phác đồ điều trị lao MDR phải theo tình trạng nhạy cảm của vi khuẩn và tiếp tục trong 18 - 24 tháng hay 12 tháng sau khi cấy âm tính [2,4,6,7]

4. Phẫu thuật

Có nhiều phương pháp phẫu thuật đi cùng với phác đồ điều trị lao ngắn hạn. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong triết lý điều trị hiện đại lao niệu sinh dục, gồm phẫu thuật cắt bỏ và phẫu thuật tạo hình [2,4,7,9,14].

a. Cắt bỏ cơ quan/mô

Cắt thận

Chỉ định cắt thận là: (1) Thận mất chức năng có hay không có vôi hóa; (2) Bệnh tiến triển trên toàn thể thận cùng với cao huyết áp và hẹp khúc nối bể thận-niệu quản; (3) Bướu thận phối hợp [2,4,7,14,16].

Xử trí thận lao bị mất chức năng là không bàn cãi và cắt thận là bắt buộc [2,4,6,7,14]. Thận mất chức năng do lao ngày nay không còn là chống chỉ định của cắt thận qua nội soi ổ bụng [13,14].

Cắt thận niệu quản

Hiếm khi được chỉ định, chỉ làm khi niệu quản bị tổn thương nặng cần cắt bỏ phần lớn niệu quản.

Cắt một phần thận

Có hai chỉ định : (1) Tổn thương khu trú ở cực thận có vôi hóa không đáp ứng sau 6 tuần hóa trị tấn công. (2) Một vùng vôi hóa lớn đe dọa phá hủy tồn bộ thận.

Dẫn lưu áp xe

Không dẫn lưu ổ áp xe vì ngày nay có thể dùng các kỹ thuật X quang ít xâm lấn để hút dịch áp xe. Dịch hút ra có thể làm xét nghiệm vi trùng học. Nếu có vôi hóa nhiều ở thành ổ áp xe thì nên cắt một phần thận.

Cắt bỏ mào tinh

Thăm sát bìu với dự kiến cắt bỏ mào tinh vẫn còn cần thiết. Chỉ định chính là áp xe bã đậu không đáp ứng với hóa trị. Chỉ định khác là một khối u chắc không đổi hay lớn dần mặc dù điều trị với kháng sinh thường hay hóa trị lao.

Nên mổ qua ngả bìu, bóc tách đuôi mào tinh trước, sau đó đến thân và đầu mào tinh. Cô lập ống dẫn tinh và đem ra ngả bẹn qua một đường rạch da riêng để tránh tạo áp xe dưới da.

b. Phẫu thuật tạo hình

Hẹp niệu quản

Vị trí thường gặp là ở khúc nối niệu quản–bàng quang; cũng có thể hẹp ở khúc nối bể thận–niệu quản, hiếm khi ở niệu quản phần ba giữa. Rất ít khi hẹp toàn bộ niệu quản (thường thận đã tổn thương nặng nên không thể tạo hình niệu quản).

Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản

Rất ít gặp [4,7,11,15]. Nếu thận còn bài tiết trên UIV thì phải giải quyết bế tắc càng sớm càng tốt bằng đặt thông JJ từ ngã nội soi bàng quang. Nếu không đặt được thông JJ thì mở thận ra da qua da, qua đó bơm rửa bể thận với thuốc kháng lao. Theo dõi diễn tiến hẹp bằng siêu âm hay làm UIV với phim 25 phút mỗi tuần, nếu diễn tiến xấu thì cần phẫu thuật ngay. Phẫu thuật có thể cần sau khi rút thông JJ chụp UIV kiểm tra thấy hẹp không cải thiện.

Dùng kỹ thuật Hynes-Anderson hay Culp, khâu nối trên ống thông JJ làm nòng đặt tại chỗ trong 3 tuần. Nếu trước mổ chưa mở thận ra da thì lúc tạo hình phải mở bể thận ra da. Nếu lúc mổ có hiện tượng viêm niệu quản nhiều thì nên để thông JJ tại chỗ 5-6 tuần và trong thời gian này sẽ thực hiện bơm thuốc kháng lao tại chỗ.

Vai trò của cắt xẻ rộng bể thận qua nội soi là không rõ ràng.

Hẹp niệu quản đoạn giữa

Phương pháp điều trị tốt nhất là cắt xẻ niệu quản và đặt thông nòng kiểu Davis hay đặt thông JJ niệu quản tại chỗ ít nhất 6 tuần. Theo dõi bệnh nhân sát, chụp UIV kiểm tra mỗi 3 tháng, theo dõi ít nhất 12 tháng.

Hẹp niệu quản đoạn cuối

Có nhiều trường hợp hẹp là do phù nề và đáp ứng tốt với hóa trị lao [4,7,11,14]. Phác đồ điều trị là hóa trị lao trước, kiểm tra hàng tuần bằng UIV một phim 25 phút, theo dõi diễn tiến. Nếu sau 3 tuần tiến triển xấu hoặc không cải thiện thì dùng thêm corticosteroids. Chụp UIV kiểm tra hàng tuần, nếu không cải thiện sau 6 tuần sẽ mổ cầm lại niệu quản sau khi thử nong niệu quản nội soi thất bại. Trong thời gian này nên đặt thông JJ để đánh giá hiệu quả điều trị nội khoa [2,4,7,11].

Nếu có hẹp niệu quản khi bắt đầu điều trị kháng lao thì trong phác đồ điều trị kháng lao tránh dùng Streptomycin vì thuốc này có thể gây “xơ hóa do lạnh sẹo” diễn tiến nhanh gây bế tắc đường tiểu trên cấp tính hay hủy hoại chức năng thận nhanh chóng [11,14,15]

Vai trò của corticosteroids trong điều trị viêm hẹp niệu quản là không rõ ràng, các tác giả chủ yếu dùng corticosteroids trong điều trị triệu chứng viêm bàng quang cấp do lao với thời gian không quá 2 tháng vì sợ bệnh lao bùng phát toàn thân [2,4,7,12,14]

Nong niệu quản nội soi ít có số liệu trên loạt lớn bệnh nhân. Thường phải nong nhiều lần với gây mê, kết quả không cao: 36 - 64% [1,2,4,7,8,11] nên phương pháp này không được nhiều tác giả ủng hộ. Vô cảm bệnh nhân, nong bằng thông Braasch 8 Fr hay 2 thông niệu quản 5 Fr, hay bằng thông bong bóng. Lúc đầu nong lại cách mỗi 2 tuần, sau đó mỗi 1 đến 2 tháng cho đến khi đường tiểu trên ổn định. Cũng có thể nong niệu quản kết hợp với corticosteroids hệ thống hóa trước khi mổ tạo hình niệu quản [4,7,8], đặc biệt ở người trẻ.

Hầu hết hẹp niệu quản không dài quá 5 cm và bắt đầu ở đoạn nội thành bàng quang. Nên cầm lại niệu quản vào bàng quang. Nên áp dụng kỹ thuật chống ngược dòng khi có thể, làm đường hầm dưới niêm mạc ít nhất 2 cm. Nên cầm lại niệu quản vào bàng quang ngã ngoài bàng quang vì có nhiều lợi điểm như thời gian mổ nhanh, kỹ thuật tương đối đơn giản, thời gian nằm viện ngắn [11,14].

Nếu đoạn hẹp dài hơn 5 cm, không thể cầm niệu quản trực tiếp vào bàng quang mà phải làm bàng quang cơ thần hay phẫu thuật Boari. Dùng phẫu thuật Boari có thể cầm lại niệu quản sau khi cắt bỏ đoạn hẹp dài 14 – 15 cm.

Nếu hẹp nhiều trên một hay cả hai niệu quản, có thể khai khẩu niệu quản vào niệu quản và

cắm lại niệu quản dài hơn vào bàng quang, dùng kỹ thuật chống ngược dòng. Nếu bàng quang tổn thương nặng thì có thể phải tạo hình làm rộng bàng quang bằng ruột.

Tạo hình làm rộng bàng quang

Các triệu chứng chính báo động cần tạo hình làm rộng bàng quang là tiểu nhiều lần cả ngày lẫn đêm không chịu đựng được, đi kèm với đau, tiểu gấp, tiểu máu. Chụp UIV thấy bàng quang nhỏ, co thắt, tăng trương lực và thường là không có nước tiểu tồn lưu. Soi bàng quang thấy niêm mạc bàng quang có vẻ “như nhung” và dung tích bàng quang ≤ 100 mL.

Chỉ định tạo hình làm rộng bàng quang khi dung tích bàng quang 30 - 150 mL, làm bàng quang thay thế nối thẳng (orthotopic neobladder) khi dung tích bàng quang < 30 mL và dùng dạ dày khi có suy thận, dùng đại tràng sigma và hồi manh tràng khi cần cắm lại niệu quản vào bàng quang tân tạo. Tạo hình bàng quang bằng dạ dày thường áp dụng nhiều ở trẻ em, ở người suy thận nhiều, nhưng không cho thấy ưu thế hơn tạo hình bàng quang bằng đại tràng, manh tràng hay hồi tràng [2,4,7].

Bệnh nhân phải được điều trị ít nhất 4 tuần hóa trị tấn công trước khi mổ. Trước mổ cần đánh giá niệu dòng đồ. Nếu lưu lượng nước tiểu giảm thì ở bệnh nhân nữ sẽ xé cổ bàng quang qua nội soi ở 3 giờ và 9 giờ, ở nam sẽ cắt đốt nội soi cổ bàng quang 3-6 tuần trước khi mổ làm rộng bàng quang [2,4,7]. Cần giữ lại phần bàng quang lành càng nhiều càng tốt vì phần này có vai trò trong tổng xuất nước tiểu. Có thể tạo hình bằng mổ mở hay qua nội soi ổ bụng [12,14].

Suy thận không phải là chống chỉ định. Không có chống chỉ định làm rộng bàng quang khi độ thanh thải creatinin ≥ 15 ml/phút. Nhiều bệnh nhân có cải thiện chức năng thận sau mổ. Chống chỉ định là: tiểu dầm, tiểu không kiểm soát, rối loạn tâm thần (chỉ định chuyển lưu nước tiểu).

c. Chuyển lưu nước tiểu

Có 3 chỉ định chuyển lưu nước tiểu vĩnh viễn : (1) Rối loạn hoặc thiếu năng tâm thần, (2) Tiểu dầm không do bàng quang nhỏ, (3) Tiểu nhiều lần ban ngày với tiểu không kiểm soát không đáp ứng với hóa trị lao hay nong cổ bàng quang. Chuyển lưu qua hồi tràng hay đại tràng với cắm lại niệu quản có chống ngược dòng.

Không nên cắm niệu quản vào đại tràng sigma vì thường gây tiểu không kiểm soát và có thể gây ung thư ở vị trí cắm niệu quản.

IV. KẾT LUẬN

Lao niệu sinh dục, cũng như các dạng lao ngoài phổi khác, được xếp thành lao nặng với các triệu chứng mơ hồ (Mức độ 3). Bác sĩ Tiết niệu cần biết nghi ngờ lao niệu khi bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu kéo dài mà không có nguyên nhân rõ ràng (Mức độ 4).

Chẩn đoán lao niệu sinh dục chủ yếu dựa vào xét nghiệm vi trùng trong nước tiểu. Trong điều kiện Việt Nam, nên phối hợp cả 3 xét nghiệm nhuộm trực tiếp, phản ứng PCR nước tiểu và cấy nước tiểu (3-5 mẫu nước tiểu liên tiếp) trong môi trường đặc hiệu tìm trực khuẩn lao.

Trong giai đoạn sớm của bệnh, thường trên phim UIV có thể thấy những thay đổi ở đài thận. Các tổn thương thận có thể là biến dạng đài thận, đài thận xơ hóa và tắc nghẽn hoàn toàn (đài thận bị cô lập), biến dạng nhiều đài thận, hay phá hủy đài thận hay chủ mô thận nặng. Trong trường hợp nặng, trên UIV có thể thấy biến dạng đài thận, hẹp niệu quản, hay xơ hóa bàng quang (Mức độ 4).

Điều trị nội khoa là điều trị bước một trong lao niệu sinh dục. Thời gian điều trị hiện nay giảm còn 6 tháng trong những trường hợp không phức tạp. Chỉ trong những trường hợp phức tạp (lao tái phát, bệnh nhân bị ức chế miễn dịch và HIV/Aids) mới cần điều trị 9 – 12 tháng (Cấp độ B).

Đặt stent niệu quản hay mở thận ra da qua da (PCN) sớm ở bệnh nhân hẹp niệu quản do lao có thể làm tăng tỉ lệ mổ tạo hình và làm giảm thận mất chức năng (Mức độ 2a). Trong các tình

huống khác, bệnh nhân nên được điều trị bằng thuốc kháng lao ít nhất 4 tuần trước phẫu thuật (Mức độ 4).

Có thể dùng thông JJ cho tất cả các loại hẹp niệu quản cho nhiều mục đích như thông nông sau khi nong, dẫn lưu nước tiểu trong tiến trình lành bệnh sau điều trị nội khoa hay phẫu thuật, và để đánh giá hiệu quả điều trị (Cấp độ B).

Cắt thận được khuyến cáo khi thận mất chức năng hoàn toàn hay giảm nặng chức năng. (Cấp độ B). Cho dù nước tiểu bệnh nhân vô khuẩn sau hóa trị lao, 50% mẫu mô cắt thận cho thấy có lao tiềm ẩn (Mức độ 3).

Có đến 50-75% bệnh nhân lao sinh dục có bất thường đường tiết niệu trên X quang (Mức độ 4). Do đó nên khảo sát đường tiết niệu của bệnh nhân lao khởi đầu ở mào tinh (Cấp độ B). Cần thăm sát sớm nếu bệnh nhân nghi ngờ lao mào tinh hay lao tinh hoàn không đáp ứng nhanh với hóa trị lao (Cấp độ C).

Chẩn đoán viêm lao tuyến tiền liệt có thể do phát hiện tinh cò sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo qua mẫu mô bệnh học (Mức độ 3). Những bệnh nhân này nên được điều trị bằng thuốc kháng lao (Cấp độ C).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cos L.R., Cockett A.T. [Genitourinary tuberculosis revisited](#). *Urology*. 1982 Aug; 2(2), pp. 111-7.
2. Çek M., Lenk S., Naber K.G., Bishop M. C., Johansen T.E.B., Botto H., Grabe M., Lobel B., Redorta J. P., Tenke P., EAU Guidelines for the management of genitourinary tuberculosis, *Eur Urol*, 2005, pp.353–62.
3. Đỗ Châu Giang, Tình hình bệnh lao trên thế giới và tại Việt Nam. Hội thảo công tác kháng lao quốc gia, bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TP HCM, 2004, tr.1-11.
4. Ghoneim I.A., Rabets J.C., Mawhorter S.D., Tuberculosis and other opportunistic infections of the genitourinary system. *Campbell - Walsh Urology, 10th Ed*. ISBN: 978-1-1460-6911-9, Copyright©2012, by Saunders, an imprint of Elsevier Inc, pp.468-494.
5. Lê Bá Tung, Điều trị bệnh lao và quản lý theo chiến lược « DOTS ». Phát hiện- chẩn đoán và quản lý điều trị trong chương trình kháng lao quốc gia, bệnh viện Lao và bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch TP HCM, 2001, tr. 28-43.
6. Lenk S., Yasuda M. Urinary tuberculosis, *Urogenital Infections*, Copyright © 2010 European Association of Urology (EAU) – International Consultation on Urological Diseases (ICUD). p.864.
7. McAleer S.J., Johnson C.W., Johnson Jr. W.D., Genitourinary Tuberculosis, in *Campbell-Walsh Urology: 9th Ed.*, Wein A.J., Editor. 2007, Elsevier Saunders: Philadelphia, Pa. ; Edinburgh. p. xxviii, 528 p.
8. Murphy D. M., Fallon B., Lane V., O'Flynn J. D., Tuberculous stricture of ureter, *Urology*, 1982, 20:382.
9. Ngô Gia Hy, Tổng quan về lao niệu sinh dục. *Thời sự Y dược học, 2000*, Hội Y dược học TP Hồ Chí Minh, tr.68-72.
10. Nguyễn Ngọc Lan, Tình hình bệnh lao năm 2010. Tập huấn về bệnh Lao phổi- Lao ngoài phổi, bệnh viện Lao và Bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch TPHCM, năm 2010.
11. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Chẩn đoán, kết quả điều trị hẹp niệu quản do lao niệu sinh dục. *Luận án Tiến sĩ Y học, 2008*.
12. Nguyen Phuc Cam Hoang, Le Van Hieu Nhan, Tran Ngoc Khac Linh, Nguyen Viet Cuong,

- Vu Le Chuyen, Laparoscopic augmentation ileocystoplasty for tuberculous contracted bladder: report of 2 initial cases.. 17th FAUA Annual meeting, June 2009. *Congress book*, p.76.
13. Nguyen Phuc Cam Hoang. Are tuberculous nonfunctioning kidneys amenable to laparoscopic nephrectomy ? (Abstract), *Urology*74 (*Suppl. 4A*), 30th Congress of the Société Internationale d'Urologie, Nov.2009.S189.
 14. Nguyen Phuc Cam Hoang, Vu Le Chuyen. Genitourinary tuberculosis in a developing country (Vietnam): diagnosis and treatment, *Urogenital Infections*, Copyright © 2010 European Association of Urology (EAU) – International Consultation on Urological Diseases (ICUD), p.892.
 15. Psihramis K. E., Donahoe P. K. Primary genitourinary tuberculosis: rapid progression and tissue destruction during treatment, *J Urol*, 1986, 135, pp.1033-6.
 16. Tostain J., Gilloz A., Cancer developé sur rein mastic tuberculeux. Une nouvelle observation. *Ann Urol.*,1982,16(4), pp.245-46.
 17. Van Vollenhoven P., Heyns C. F., de Beer P. M., Whitaker P., van Helden P. D., Victor T. Polymerase chain reaction in the diagnosis of urinary tract tuberculosis, *Urol Res*, 1996,24,(2), pp.107-11.
 18. Whitelaw A.C., Sturm W.A. Microbiological testing for Mycobacterium tuberculosis. *Tuberculosis: a comprehensive clinical reference*, 1st Ed., Saunders, 2009, pp.169-78.
 19. Yazdani M., Shahidi S., Shirani M. Urinary Polymerase Chain Reaction for Diagnosis of Urogenital Tuberculosis. *Urology Journal*, 2007,Vol.5,(1), pp.46-9.

NHIỄM KHUẨN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

I. GIỚI THIỆU

NKĐTN gồm NKĐTN dưới (viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt) và đường tiết niệu trên (viêm thận-bể thận). Cũng có thể phân loại NKĐTN đơn thuần (bệnh nhân không có cấu trúc bất thường của đường tiết niệu, hoặc không có thay đổi về niệu động học) hoặc phức tạp (ở bệnh nhân nam giới hoặc ở bệnh nhân có bất thường về cấu trúc đường tiết niệu hoặc có thay đổi về niệu động học). NKĐTN dưới thường liên quan với số lần đi tiểu như tiểu lắt nhắt và đau khi đi tiểu như tiểu gắt, tiểu khó, trong khi NKĐTN trên thường có đau vùng hông lưng và các triệu chứng như sốt, mệt mỏi; 30% số trường hợp NKĐTN dưới có nhiễm khuẩn ngược dòng. Số lượng vi khuẩn có ý nghĩa trong NKĐTN, theo truyền thống được xác định là $\geq 10^5$ cfu/mL, nhưng theo nhiều nghiên cứu gần đây và một số hướng dẫn điều trị thì nhiễm khuẩn có triệu chứng có thể xảy ra với số lượng vi khuẩn 10^3 cfu/mL.

Bệnh nhân được chẩn đoán NKĐTN có những triệu chứng sốt, lạnh run, có thể cần nhập viện ngay và điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch. Lý tưởng nhất là trước khi cho kháng sinh cần lấy mẫu nước tiểu để phân tích, cấy và làm kháng sinh đồ. Điều trị NKĐTN với mục tiêu sau cùng là phải thải trừ vi khuẩn phát triển trong đường tiết niệu. Điều này có thể xảy ra trong vòng vài giờ nếu sử dụng đúng kháng sinh.

I. MỘT SỐ NGUYÊN TẮC VỀ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH TRONG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

- NKĐTN có thể được trị khỏi với những thuốc đạt nồng độ điều trị chỉ trong nước tiểu. Điều trị khỏi NKĐTN phụ thuộc vào nồng độ kháng sinh trong nước tiểu hơn là trong huyết thanh. Khi có nhiễm khuẩn huyết đồng thời xảy ra với NKĐTN, nồng độ kháng sinh đạt được trong máu rất quan trọng và cần điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Bệnh nhân NKĐTN có sốt cao, lạnh run và tăng bạch cầu máu cần điều trị kháng sinh khởi đầu bằng đường tĩnh mạch, được hướng dẫn bằng phết nhuộm gram nước tiểu.
- Bệnh nhân NKĐTN trên cần điều trị kháng sinh từ 10 ngày đến 2 tuần.
- Ở những bệnh nhân NKĐTN trên đơn thuần, kháng sinh trị liệu có thể được chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống sau khi hết sốt vài ngày. Nhóm kháng sinh fluoroquinolones có thể dùng mở rộng trong trường hợp này. Những bệnh nhân chọn lọc không nhiễm độc, giảm miễn dịch, có thai hoặc ới mửa có thể điều trị ban đầu bằng đường uống.
- Vi khuẩn phải được thanh lọc khỏi nước tiểu trong vòng 24 đến 48 giờ sau điều trị, nếu vẫn còn vi khuẩn trong nước tiểu, kháng sinh trị liệu nên được thay đổi dựa trên kết quả nhạy cảm của kháng sinh.
- Bệnh nhân nhiễm khuẩn mắc phải từ cộng đồng của đường tiết niệu trên có kết quả nhuộm gram với vi khuẩn gram âm cần được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng. Những kháng sinh phổ rộng được khuyến cáo có thể là cephalosporins thế hệ 3, aztreonam, và aminopenicillins.
- Bệnh nhân vẫn còn sốt hoặc nhiễm độc mặc dù đã trị liệu với kháng sinh thích hợp, nên tìm những ổ áp xe quanh thận hoặc áp xe của vỏ thận.
- Ở những bệnh nhân viêm thận-bể thận do nhiễm khuẩn mắc phải từ bệnh viện, có bệnh sử nhiễm khuẩn tái đi tái lại hoặc nhiễm khuẩn lần đầu với vi khuẩn kháng thuốc, điều trị kháng sinh ban đầu phải là một kháng sinh phổ rộng kháng được vi khuẩn *Pseudomonas*. Khi đã có kết quả vi khuẩn học và thử nghiệm nhạy cảm của kháng sinh, có thể điều chỉnh kháng sinh điều trị.
- Nhiễm nấm candida đường tiết niệu cũng thường gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân đái tháo đường hoặc bệnh nhân đã có điều trị kháng sinh trước đó.

- NKĐTN với đa vi khuẩn có thể gặp ở bệnh nhân có sỏi thận, áp xe thận mạn, đặt ống thông niệu đạo-bàng quang, hoặc bệnh nhân có lỗ rò bàng quang với ruột hoặc rò bàng quang-âm đạo.
- Ở những bệnh nhân có suy thận cần phải điều chỉnh liều kháng sinh cho những kháng sinh thải trừ chủ yếu qua thận mà không có cơ chế thải trừ khác. Khi có suy thận, thận có thể không đủ khả năng cô đặc kháng sinh trong nước tiểu, tắc nghẽn đường tiết niệu cũng có thể làm giảm nồng độ kháng sinh trong nước tiểu, như vậy sẽ ảnh hưởng đến việc thải trừ vi khuẩn trong nước tiểu.
- Liệu trình ngắn ngày (3 ngày) cho NKĐTN dưới (viêm bàng quang ở bệnh nhân nữ trẻ) có hiệu quả như liệu trình 7- 14 ngày. Bệnh nhân nam bị viêm bàng quang nói chung được điều trị kháng sinh ít nhất 7 ngày vì có liên quan đến các yếu tố gây biến chứng, đặc biệt viêm tuyến tiền liệt.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU ĐƠN THUẦN

A. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở PHỤ NỮ

1. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ

Vi khuẩn phân lập chủ yếu là E.coli (75-95%). Các thuốc hay được sử dụng nhất là nitrofurantoin, trimetoprim-sulfamethoxazol (TMP-SMX), nhóm beta-lactamin, nhóm aminoglycoside, nhóm quinolone. Do tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn với ampicillin và amoxicillin cao (có thể 40-80%), và số chủng vi khuẩn sản xuất ESBL(+) ngày càng tăng trong cộng đồng, hiện nay không khuyến cáo sử dụng theo kinh nghiệm các loại thuốc này đơn độc để điều trị viêm bàng quang cấp. Đối với các bệnh nhân có tình trạng chung tốt, có thể dùng phác đồ 3 ngày.

Bảng 1: Thuốc kháng sinh và liều sử dụng cho điều trị NKTN đơn thuần trong cộng đồng

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Thời gian điều trị
Trimethoprim- Sulfamethoxazol (TMP- SMX)	800/160 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Ciprofloxacin	250-550 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Ofloxacin	200 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Levofloxacin	250 mg	1 viên/ngày	3 ngày
Gatifloxacin	400 mg	1 viên x 1 lần	1 liều
Cefixime Cerfuroxim	400 mg 125-250 mg	1 viên/ngày 1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày 3-7 ngày
Amoxicillin-Acid Clavulanic	625 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày
Ampicillin-Sulbactam	375 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày
Nitrofurantoin	100 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày

Nếu tỉ lệ kháng TMP-SMX trong khu vực là >20%, hoặc nếu đã sử dụng TMP- SMX để điều trị viêm bàng quang cấp trong vòng 3 tháng trở lại thì fluoroquinolones nên là lựa chọn đầu tay. Phác đồ 3 ngày có hiệu quả điều trị tương đương phác đồ 7 ngày nhưng ít tác dụng phụ hơn. Tuy nhiên, tỉ lệ làm sạch vi khuẩn sau điều trị 4-6 tuần ở nhóm bệnh nhân dùng fluoroquinolones cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân dùng TMP-SMX. Tỉ lệ E.coli kháng Ampicillin và

Amoxicillin tùy theo từng khu vực có thể ở mức 40%-80%, vì vậy nên tránh dùng 2 loại kháng sinh này.

Nên đề dành fluoroquinolones cho những trường hợp nhiễm khuẩn trầm trọng hơn là viêm bàng quang cấp và lưu ý rằng tỉ lệ kháng fluoroquinolones cũng có xu hướng tăng. Nếu bệnh nhân có chống chỉ định dùng TMP-SMX, fluoroquinolones, hoặc nitrofurantoin, có thể sử dụng các thuốc nhóm cephalosporin thay thế với thời gian điều trị trung bình 5-7 ngày. Tuy nhiên, tỉ lệ khỏi bệnh khi dùng cephalosporin thấp hơn rõ rệt so với dùng TMP-SMX hoặc fluoroquinolones.

Trong cộng đồng, việc chỉ định điều trị kháng sinh có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng theo kinh nghiệm mà không bắt buộc phải có kết quả cấy nước tiểu, thậm chí không cần cả xét nghiệm nước tiểu trước điều trị. Tuy nhiên, để theo dõi đáp ứng điều trị một cách khách quan, kết quả xét nghiệm nước tiểu sau điều trị được cải thiện so với trước điều trị là bằng chứng rõ ràng chứng minh hiệu quả của phác đồ đã được sử dụng bên cạnh sự cải thiện triệu chứng lâm sàng. Khi triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu không điển hình, hoặc khi triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu đi kèm với khí hư âm đạo hoặc ngứa, rát âm đạo; hoặc triệu chứng không cải thiện sau khi kết thúc liệu trình; hoặc triệu chứng tái phát trong vòng 2 tuần sau khi đã hết cần làm xét nghiệm nước tiểu và cấy nước tiểu trước khi bắt đầu lại một liệu trình kháng sinh khác với thuốc đã sử dụng đợt đầu.

2. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ lớn tuổi

Có thể dùng phác đồ điều trị kháng sinh 3 ngày và chọn 1 trong số các thuốc đã được liệt kê trong bảng 1. Phác đồ 3 ngày có hiệu quả tương đương với phác đồ 7 ngày tuy nhiên phác đồ 7 ngày gây tác dụng phụ hơn hẳn so với phác đồ 3 ngày. Thận trọng khi sử dụng fluoroquinolones cho người cao tuổi do tăng nguy cơ gây tăng đường huyết, loạn nhịp tim.

Những bệnh nhân không cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 3 ngày điều trị cần được cấy nước tiểu, đổi kháng sinh theo kinh nghiệm trong khi chờ đợi kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ. Không bắt buộc phải cấy nước tiểu kiểm tra sau điều trị cho những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng hoàn toàn mất sau 3 ngày điều trị kháng sinh.

Những bệnh nhân có triệu chứng không cải thiện sau 7 ngày điều trị cần được xử trí như viêm bàng quang cấp có biến chứng.

3. Viêm bàng quang tái phát ở phụ nữ

Sau khi điều trị khỏi các đợt viêm cấp, cần cấy lại nước tiểu sau 1-2 tuần để chắc chắn là đã hết vi khuẩn niệu. Điều trị dự phòng chỉ được áp dụng khi nước tiểu đã sạch vi khuẩn sau điều trị 1-2 tuần. Để phòng ngừa tái phát, sau khi đã tư vấn kỹ và hướng dẫn thay đổi lối sống có thể xem xét chỉ định kháng sinh phòng ngừa. Bệnh nhân không đáp ứng với các biện pháp phòng ngừa không dùng kháng sinh có thể uống kháng sinh phòng ngừa sau mỗi lần có quan hệ tình dục hoặc liên tục.

Bảng 2: Phác đồ dùng liên tục kéo dài trong cộng đồng

Phác đồ	Các đợt NKTN có thể xảy ra/1 năm
TMP-SMX 40/200mg 1 lần/ngày	0-0,2
TMP-SMX 40/200mg 3 lần/tuần	0,1
Trimetoprim 100mg 1 lần/ngày	0-1,5
Nitrofurantoin 50mg 1 lần/ngày	0-0,6
Nitrofurantoin 100mg 1 lần/ngày	0-0,7
Cefaclor 250mg 1 lần/ngày	0,0

Cephalexin 125mg 1 lần/ngày	0,1
Cephalexin 250mg 1 lần/ngày	0,2
Norfloxacin 200mg 1 lần/ngày	0,0
Ciprofloxacin 125mg 1 lần/ngày	0,0
Fosfomycin 3g 1 lần/10 ngày	0,14

B. KHUẨN NIỆU KHÔNG TRIỆU CHỨNG (ASYMPTOMATIC BACTERIURIA) Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Chỉ định điều trị khuẩn niệu không triệu chứng:

- Các bệnh nhân chuẩn bị có can thiệp đường tiết niệu-sinh dục;
- Các bệnh nhân sau ghép thận trong vòng 6 tháng đầu;
- Các bệnh nhân bị đái tháo đường nhưng kiểm soát đường huyết không tốt, có bệnh lý thần kinh tự động hoặc có suy thận;
- Tất cả phụ nữ đang mang thai

Có thể chọn 1 trong số các kháng sinh dùng cho viêm bàng quang cấp đơn thuần, nhưng với thời gian điều trị 7-14 ngày. Đối với phụ nữ mang thai xem phần hướng dẫn riêng.

Khuẩn niệu không triệu chứng ở phụ nữ mang thai

Cấy nước tiểu chủ động để chẩn đoán khuẩn niệu không triệu chứng. Tình trạng này được xác định khi có từ 10^5 khuẩn lạc/ml nước tiểu nuôi cấy trở lên và người bệnh không có triệu chứng lâm sàng. Việc lựa chọn kháng sinh dựa vào kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu và kháng sinh đồ. Trong khi chờ đợi có thể bắt đầu bằng Amoxicillin-Acid Clavulanic hoặc Fosfomycin. Tránh dùng Nitrofurantoin cho những phụ nữ sắp sinh, và tránh dùng TMP-SMX trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối của thai kỳ. Thời gian điều trị được khuyến cáo là 7 ngày.

C. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở NAM GIỚI

1. Viêm bàng quang cấp ở nam giới trẻ tuổi

Nam giới không có bất thường về giải phẫu và chức năng đường tiết niệu hiếm khi bị viêm bàng quang cấp đơn thuần. Xác định chẩn đoán dựa vào kết quả xét nghiệm tế bào và nuôi cấy nước tiểu. Thời gian điều trị kháng sinh được khuyến cáo là 7 ngày. Tác nhân gây viêm bàng quang cấp đơn thuần ở nam giới và tình trạng nhạy kháng sinh cũng tương tự như ở nữ giới, do vậy có thể lựa chọn những loại kháng sinh như trong điều trị viêm bàng quang cấp đơn thuần ở phụ nữ. Fluoroquinolones là nhóm thuốc có phổ kháng khuẩn và khả năng thâm nhập vào nhu mô tuyến tiền liệt ở nam giới tốt nhất.

Nên hạn chế sử dụng nitrofurantoin và các thuốc nhóm beta-lactamin để điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ở nam giới do các thuốc này không đạt được nồng độ ổn định trong mô và ít hiệu quả hơn đối với viêm tuyến tiền liệt tiềm tàng. Nếu nghi vi khuẩn gây bệnh là Enterococcus, cần thêm Amoxicillin vào phác đồ điều trị.

2. Viêm tuyến tiền liệt cấp do vi khuẩn

Cần bắt đầu điều trị ngay theo kinh nghiệm khi có dấu hiệu viêm tuyến tiền liệt cấp do nhiễm khuẩn. Cần duy trì đủ dịch, nghỉ ngơi, có thể cần dùng thuốc giảm đau chống viêm (ví dụ: nhóm NSAIDS).

Kháng sinh lựa chọn bao gồm: TMP-SMX, fluoroquinolones (trong khi chờ đợi kết quả cấy nước tiểu và kháng sinh đồ). Ưu tiên lựa chọn fluoroquinolones. Sau khi có kết quả nuôi cấy cần lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ.

Thời gian điều trị tối thiểu là 2 tuần để tránh chuyển thành viêm tuyến tiền liệt mạn tính. Nếu triệu chứng không cải thiện sau 1 tuần điều trị, cần đổi kháng sinh và cấy dịch tuyến tiền liệt. Các bệnh nhân có triệu chứng nặng cần được nhập viện để điều trị và dùng kháng sinh đường tĩnh mạch. Có thể phối hợp kháng sinh nhóm Aminoglycosides với nhóm Penicillin hoặc với nhóm fluoroquinolones.

Khi có biến chứng bí tiểu hay áp xe tuyến tiền liệt cần chuyển bệnh nhân sang Khoa Tiết niệu theo dõi và điều trị.

3. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính

Lựa chọn đầu tay là các thuốc nhóm fluoroquinolones như:

Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc

Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày trong 28 ngày Trong trường hợp dị ứng với fluoroquinolones có thể chọn:

Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc

Trimetoprim 200mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc

TMP-SMX 160/800mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày

Điều trị triệu chứng, hỗ trợ bằng ngâm nước ấm, thuốc chống viêm giảm đau, mát-xa tuyến tiền liệt có thể áp dụng khi cần thiết. Khi bệnh nhân không đáp ứng với kháng sinh liều đủ, có thể cho liều thấp với thời gian kéo dài hơn, ví dụ TMP-SMX 160/800mg 1 viên/ngày trong 4-6 tuần. Trong trường hợp điều trị thất bại cần xem xét chỉ định điều trị phẫu thuật.

4. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em

Tần suất mới mắc phụ thuộc vào tuổi và giới. Thông thường, tần suất mới mắc ở trẻ em gái cao hơn trẻ em trai, trừ 3 tháng đầu sau sinh lại gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ em gái. Đây là lý do thường gặp nhất của sốt không rõ nguyên nhân ở trẻ em trai dưới 3 tuổi. Biểu hiện lâm sàng có thể từ sốt cho đến các rối loạn tiêu hóa như nôn, tiêu chảy... và từ NKĐTN dưới cho đến NKĐTN trên.

Đối với trẻ em gái, sau 2 đợt bị NKĐTN và đối với trẻ em trai chỉ sau 1 đợt bị NKĐTN cần làm các thăm dò để phát hiện các yếu tố thuận lợi (tắc nghẽn đường tiết niệu, ngược dòng bàng quang - niệu quản, rối loạn đi tiểu), mà chủ yếu là do nguyên nhân thần kinh gây ra. NKĐTN phối hợp với ngược dòng bàng quang - niệu quản hoặc trong thận gây viêm thận bể thận mạn và tạo sẹo, đôi khi có thể trong giai đoạn bào thai nếu có tình trạng loạn sản thận. Điều này có thể gây các hậu quả trầm trọng như tăng huyết áp và suy thận mạn.

Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là vi khuẩn Gram âm, chủ yếu là E.coli. Ở trẻ sơ sinh tương đối thường gặp liên cầu khuẩn nhóm A và B. Ở trẻ em, thông thường NKĐTN có cơ chế ngược dòng. Dị dạng đường tiết niệu bẩm sinh, hẹp bao quy đầu... dẫn tới tắc nghẽn đường tiết niệu, các bệnh lý thần kinh gây rối loạn tiểu tiện, tạo thuận lợi cho nhiễm khuẩn.

Ở trẻ em có thể phân loại thành 2 nhóm theo biểu hiện lâm sàng, là nhiễm khuẩn trầm trọng và nhiễm khuẩn đơn giản.

Bảng 3: Phân loại lâm sàng NKĐTN ở trẻ em

NKĐTN trầm trọng	NKĐTN đơn giản
Sốt cao >39°C	Sốt nhẹ, vừa
Nôn liên tục	Có thể uống được dễ dàng
Mất nước nặng	Mất nước nhẹ

Không tuân thủ điều trị được	Tuân thủ điều trị tốt
------------------------------	-----------------------

Cần thăm khám lâm sàng kỹ để phát hiện các dị tật đường tiết niệu-sinh dục ngoài, các dấu hiệu viêm thận-bể thận, viêm tinh hoàn-mào tinh, hay dấu hiệu của gai đôi cột sống.

Bảng 4: Tiêu chuẩn chẩn đoán NKĐTN ở trẻ em dựa vào kết quả cấy nước tiểu

Nước tiểu lấy bằng cách chọc trên xương mu	Nước tiểu lấy bằng cách đặt thông niệu đạo – bằng quang	Nước tiểu giữa dòng
>10 cfu/ml trở lên	>1000-50000 cfu/ml	>10* cfu/ml nếu có triệu chứng >10* cfu/ml nếu không triệu chứng

Có tế bào mủ trong nước tiểu tươi (> 5BC/vi trường), Nitrite và Esterase bạch cầu là dấu hiệu củng cố thêm cho chẩn đoán lâm sàng.

Điều trị NKĐTN ở trẻ em nhằm 4 mục tiêu sau:

Cải thiện triệu chứng và làm sạch vi khuẩn niệu trong đợt cấp

Phòng ngừa tạo thành sẹo ở nhu mô thận

Phòng ngừa NKĐTN tái phát

Sửa chữa các thương tổn và bất thường đường tiết niệu đi kèm

Đối với NKĐTN trầm trọng cần cho truyền dịch và kháng sinh phù hợp, bắt đầu bằng Cephalosporin thế hệ 3. Khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn Gram dương có thể cho Aminoglycoside phối hợp Ampicillin hoặc Amoxicillin/Clavulanate. Sau khi có kết quả nuôi cấy nước tiểu cần điều chỉnh kháng sinh cho phù hợp với kháng sinh đồ. Nếu bệnh nhi dị ứng với Cephalosporin có thể lựa chọn Aztreonam hay Aminoglycoside.

Ở trẻ em cần tránh dùng Chloramphenicol, Sulphamides, Tetracycline, Rifampicin, Amphotericin B. Tránh sử dụng Ceftriaxone do có nguy cơ gây vàng da.

Có thể bắt đầu điều trị bằng đường tiêm truyền trong bệnh viện, sau khi bệnh nhi hết sốt và uống được thì chuyển đường uống ngoại trú.

Đối với NKĐTN đơn giản thường điều trị theo kinh nghiệm bằng TMP/TMP- SMX, Cephalosporin hay Amoxicillin-Clavulanat đường uống. Trường hợp không đáp ứng điều trị hoặc xuất hiện biến chứng cần cho trẻ nhập viện để điều trị bằng đường tiêm truyền.

Bảng 5: Lựa chọn kháng sinh trong NKĐTN ở trẻ em

Thuốc	Đường dùng	Độ tuổi	Liều	Số ngày dùng
Ampicillin	TM	3-12 tháng	100-300 mg/kg	3
Ampicillin	TM	1-12 tuổi	60-150 (-300)/kg	3
Amoxycillin	Uống	3 tháng-12 tuổi	50-100 mg/kg	2-3
Amoxycillin+A.Clavulanic	TM	3 tháng – 12 tuổi	60-100 mg/kg	3
Amoxycillin+A.Clavulanic	Uống	3 tháng – 12 tuổi	37,5 -75 mg/kg	2-3
Cephalexin	Uống	3 tháng – 12 tuổi	50-100 mg/kg	3
Cefixim	Uống	3 tháng – 12 tuổi	8-12 mg/kg	1

Ceftriaxone	TM	3 tháng – 12 tuổi	50-100 mg/kg	1
Aztreonam	TM	3 tháng – 12 tuổi	(50)-100 mg/kg	3
Gentamycin	TM	3-12 tháng	5-7,5 mg/kg	1-3
Gentamycin	TM	1-12 tuổi	5 mg/kg	1-3
Trimetoprim	Uống	1-12 tuổi	6 mg/kg	2
Nitrofurantoin	Uống	1-12 tuổi	3-5 mg/kg	2

Thời gian điều trị NKĐTN đơn giản ở trẻ em thường phải kéo dài từ 5-7 ngày, còn đối với NKĐTN trầm trọng thường là 10-14 ngày

Khi có nguy cơ viêm thận-bể thận cần điều trị phòng ngừa NKĐTN ở trẻ em bằng Nitrofurantoin, TMP, Cephalexin, hoặc Cefaclor.

5. Phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Các bước làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đặc biệt là đối với phụ nữ:

- Uống nhiều nước mỗi ngày
- Không nhịn tiểu mỗi khi buồn tiểu
- Mỗi khi đi tiểu hay đại tiện cần lau từ trước ra sau để tránh sự lây lan vi khuẩn từ hậu môn lên âm đạo và niệu đạo
- Đi tiểu ngay sau khi có quan hệ tình dục
- Tránh kích thích niêm mạc đường sinh dục như dùng các loại sản phẩm xịt thơm, vòi xịt...

SỎI BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Sỏi bàng quang là sỏi đường tiết niệu dưới thường gặp nhất. Chiếm tỉ lệ 5% sỏi tiết niệu và 1,5% bệnh tiết niệu phải nhập viện.

Theo Ngô Gia Hy:

- Sỏi bàng quang nguyên phát là sỏi từ thận rơi xuống bàng quang thông qua niệu quản.
- Sỏi bàng quang thứ phát là sỏi tăng trưởng ngay tại bàng quang.

Theo Benway B.M (Campbell 2015)

- Sỏi nguyên phát/địa phương: gặp ở trẻ em; sự hình thành sỏi không có các yếu tố bất thường chức năng, giải phẫu hay nhiễm khuẩn; tác động hình thành sỏi chủ yếu do các yếu tố dinh dưỡng và kinh tế xã hội.
- Sỏi thứ phát: thường gặp đàn ông lớn tuổi; kèm theo những bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, sỏi trưởng thành tại chỗ trong bàng quang hoặc từ nhân sỏi từ đường tiết niệu trên; thành phần sỏi phụ thuộc nhiều vào quá trình bệnh học và có/không tình trạng nhiễm khuẩn

2. Yếu tố nguy cơ

Tắc nghẽn đường thoát bàng quang làm tổng xuất nước tiểu và mảnh sỏi nhỏ không hoàn toàn là điều kiện thuận lợi hàng đầu để hình thành sỏi (45% – 79% bệnh nhân sỏi BQ).

Các nguyên nhân thường gặp là:

- Nam: tăng sinh tuyến tiền liệt
- Nữ: niệu đạo gấp xoắn (kinking) do thoát vị bàng quang, sa sàn chậu
- Khác: hẹp niệu đạo, co thắt cổ bàng quang, túi thừa bàng quang không hoàn toàn Các bệnh lý đường tiết niệu dưới mắc phải khác cũng tạo điều kiện để tạo sỏi bàng quang như dị vật bàng quang, bàng quang hỗn loạn thần kinh,...

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Tiểu gắt: lan đến vùng hội âm, vùng quai đầu, tinh hoàn, dương vật. Triệu chứng này giảm khi bất động, gia tăng khi đi tiểu.
- Tiểu nhiều lần, tiểu ngắt quãng, tia nước tiểu yếu.
- Tiểu ra máu: tiểu máu cuối dòng, xảy ra khi rặn tiểu hay khi sỏi di chuyển.
- Bí tiểu do sỏi kẹt niệu đạo.
- Tiểu không kiểm soát: Sỏi rơi vào niệu đạo nhưng không làm nghẽn hoàn toàn niệu đạo

b. Triệu chứng thực thể

- DRE, DVE: có thể sờ thấy sỏi (nữ), bướu tuyến tiền liệt (nam).
- Thăm dò bằng dụng cụ: thấy dấu hiệu chạm sỏi.

c. Tiền sử

- Thường ghi nhận có tiền căn bệnh lý đường tiểu dưới.

2. Cận lâm sàng

- *Xét nghiệm nước tiểu*: pH, hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn, cặn lắng.
- *Siêu âm*: số lượng, kích thước sỏi, kích thước tuyến tiền liệt, ứ nước đường tiết niệu trên.
- *KUB*: số lượng, kích thước sỏi,; sỏi thận, niệu quản kèm theo
- *UIV*: mức độ ảnh hưởng của sỏi lên thận, bệnh lý khác hệ niệu (lao, bướu)
- *MSCT-scan*: tiêu chuẩn vàng chẩn đoán sỏi niệu, đánh giá bất thường hệ niệu

- *Nội soi bàng quang*: số lượng, vị trí, hình dáng sỏi; túi thừa bàng quang, búi bàng quang, bất thường niệu đạo, búi tuyến tiền liệt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định thường dựa trên hình ảnh học (siêu âm, KUB, MSCT), nội soi bàng quang thấy sỏi.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với sỏi đường tiết niệu dưới khác như sỏi niệu đạo, sỏi tuyến tiền liệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị

Nhằm ba mục tiêu:

- + Điều trị sạch sỏi
- + Điều trị căn nguyên
- + Điều trị biến chứng

2. Điều trị nội khoa

Thuốc tan sỏi hiếm khi được ưu tiên vì thời gian điều trị kéo dài và không điều trị được nguyên nhân

3. Ngoại khoa

- Tán sỏi bàng quang ngoài cơ thể
- Nội soi bàng quang bóp sỏi/tán sỏi qua ngã niệu đạo bằng laser, máy tán sỏi siêu âm cho những sỏi có kích thước không quá 5cm.
- Lấy sỏi bàng quang qua da
- Mở mở lấy sỏi bàng quang

4. Điều trị biến chứng

- Sỏi gây ung thư bàng quang: điều trị ung thư bàng quang
- Bàng quang nhỏ vì hóa xơ: mở rộng bàng quang bằng ruột
- Nếu sỏi bàng quang gây suy thận: đặt Foley tại chỗ để tránh ứ đọng nước tiểu
- Điều trị viêm bàng quang, viêm thận bể thận ngược chiều.

5. Điều trị căn nguyên

Nếu có căn nguyên kèm theo phải điều trị để tránh tái phát

- Cắt túi ngách bàng quang
- Cắt bỏ mô xơ cổ bàng quang
- Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt
- Cắt bao qui đầu hẹp
- Điều trị hẹp niệu đạo
- Điều trị ung thư dương vật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1980), “Sỏi cơ quan niệu”, Niệu Học tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 50 – 146
2. Benway B.M. and Bhayani SB. (2015), “Lower Urinary Tract Calculi”, *Campbell- Walsh Urology* 11th ed., Saunders. An Imprint of Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania, pp. 1291-1299
3. KHAI-LINH V. HO and SEGURA JW. (2007), “Lower Urinary Tract Calculi”, *Campbell- Walsh Urology* 9th ed., Saunders. An Imprint of Elsevier, Philadelphia, pp. 1291-1299
4. Scapero HM. and Walsh DL., “Cystolithotomy”, *Hinman’s Atlas of Urologic Surgery* 3rd ed., Saunders. An Imprint of Elsevier, China, pp. 537 – 539

SỎI NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Ít gặp nhất trong các loại sỏi đường tiết niệu dưới, chiếm 0,3% sỏi niệu.

Được chia thành 2 loại:

- Sỏi nguyên phát: sỏi phát triển tại chỗ. Sỏi phát triển tại niệu đạo do sự kết tụ tại chỗ trên một vật lạ hoặc do ứ đọng nước tiểu như túi thừa niệu đạo. Sỏi loại này chủ yếu là sỏi Struvite, thường có kèm nhiễm khuẩn niệu.
- Sỏi thứ phát: sỏi di chuyển xuống từ bàng quang hay đường tiết niệu trên. Chiếm tỉ lệ lớn sỏi niệu đạo ở các nước kém phát triển. Những bệnh lý đường tiết niệu dưới là yếu tố nguy cơ ngăn chặn sự tống xuất sỏi như: tăng sinh tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, tiền sử can thiệp dụng cụ qua niệu đạo, tự làm tổn thương.

2. Nguyên nhân

Niệu đạo nam có 3 đoạn phình: hố thuyền ở đầu dương vật, đoạn niệu đạo ở hành dương vật và đoạn niệu đạo tuyến tiền liệt. Sỏi thường mắc kẹt ở những đoạn phình này và phát triển to dần đến khi bít hẳn lòng niệu đạo.

Niệu đạo nam có 4 đoạn hẹp tự nhiên: lỗ niệu đạo ngoài, đoạn niệu đạo trong vật xóp, đoạn niệu đạo màng, đoạn niệu đạo ở cổ bàng quang. Sỏi thường hay kẹt lại ở những đoạn này. Sỏi niệu đạo thường thấy ở phái nam hơn phái nữ vì niệu đạo nam dài hơn lại có đường cong và những nơi hẹp tự nhiên trên.

Vị trí thường gặp: 1/3 ở niệu đạo sau, 2/3 ở niệu đạo trước: xoang tuyến tiền liệt, niệu đạo hành, hố thuyền.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Hỗn loạn đi tiểu thường nặng hơn sỏi bàng quang mà chủ yếu là tiểu khó, tiểu buốt, tiểu nhiều lần hay tiểu ra máu.
- Cầu bàng quang nếu sỏi gây tắc nghẽn nặng.
- Áp xe và rò rỉ hội âm.
- Viêm thận ngược chiều

Triệu chứng thực thể

- Ấn chẩn hậu môn có thể sờ thấy hòn sỏi kẹt trong niệu đạo trước, hay sờ dọc niệu đạo sẽ cảm nhận được sỏi.
- Thăm bàng quang ống thông sắt (Béniqué) sẽ cảm giác ống thông chạm sỏi

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: Có tế bào mủ do viêm niệu đạo, tế bào máu.
- Sinh hóa máu: Urê, creatinin máu cao nếu có biến chứng viêm thận ngược chiều
- X-quang hệ niệu không chuẩn bị (KUB)

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Thường bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới cấp tính kèm KUB thấy sỏi niệu đạo.

2. Chẩn đoán phân biệt

Sỏi tuyến tiền liệt: nằm rải rác hai bên xương mu, nông niệu đạo không có cảm giác chạm

sỏi. bệnh thường đi đôi với tăng sinh tuyến tiền liệt hay viêm tuyến tiền liệt.

Phân hóa vôi trong trực tràng: ấn chẩn hậu môn thấy phân. Cho rửa ruột, chụp X-quang vùng tiểu khung sẽ thấy mất hình ảnh hóa vôi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

- Chỉ định dựa vào
 - + Vị trí sỏi
 - + Bất thường giải phẫu đi kèm

2. Ngoại khoa

Sỏi niệu đạo sau

- Đẩy sỏi vào bàng quang, sau đó nội soi bóp sỏi, tán sỏi tốt nhất thực hiện dưới hướng dẫn nội soi.
 - Thành công 66 – 88% (Verit,2006; Kamal,2004)
 - Nếu không thành công, mổ mở bàng quang lấy sỏi

Sỏi niệu đạo trước

- Gấp sỏi: sỏi ở miệng niệu đạo, trơn láng
- Không khuyến cáo nếu sỏi lớn, gai góc

Sỏi không lấy ra được dễ dàng

- Mổ niệu đạo lấy sỏi
- Xử trí nguyên nhân, biến chứng: tạo hình niệu đạo, PT sửa rò niệu đạo ra da.
- Nội soi tán sỏi niệu đạo bằng laser: thành công đến 80%
- Sỏi trong túi thừa: mổ mở lấy sỏi, cắt túi thừa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1980), “Sỏi cơ quan niệu”, Niệu Học tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 50 – 146
2. Benway B.M. and Bhayani SB. (2015), “Lowe Urinary Tract Calculi”, *Campbell- Walsh Urology* 11th ed., Saunders. An Imprint of Elsevier., Philadelphia, Pennsylvania, pp. 1291-1299

SỎI NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Sỏi niệu quản (NQ) sỏi được hình thành từ thận và di chuyển xuống NQ và dừng lại ở những vị trí hẹp tự nhiên của NQ. So với sỏi thận thì sỏi NQ chiếm tỉ lệ ít hơn và tương đối dễ định bệnh, dễ điều trị hơn nhưng sớm ảnh hưởng đến chức năng thận nếu bị bế tắc lâu ngày. Phần lớn sỏi có kích thước chiều ngang (so với NQ) nhỏ hơn 5 mm sẽ được tống xuất tự nhiên theo dòng nước tiểu.

2. Nguyên nhân sỏi NQ

Có hai loại sỏi tiết niệu: sỏi cơ thể (sỏi nguyên phát) và sỏi cơ quan (sỏi thứ phát). Sự rối loạn sinh hóa trong cơ thể sẽ sinh ra sỏi nguyên phát, sỏi thứ phát bắt nguồn từ những nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết dẫn đến ứ đọng nước tiểu.

Hầu hết sỏi NQ có nguồn gốc từ thận, di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của NQ, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

3. Diễn tiến của sỏi NQ

Khả năng sỏi từ thận di chuyển xuống bàng quang phụ thuộc vào 2 yếu tố: kích thước và vị trí của sỏi. Sỏi NQ đoạn xa dễ di chuyển xuống bàng quang hơn sỏi NQ đoạn giữa và NQ đoạn gần. Chiều ngang của viên sỏi là chỉ số quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự di chuyển của sỏi. Phần lớn sỏi niệu quản sẽ di chuyển xuống bàng quang trong vòng 4–6 tuần. Đối với sỏi 2–4 mm, 95% di chuyển xuống bàng quang trong vòng 31 đến 40 ngày. Tỉ lệ sỏi di chuyển tự nhiên phụ thuộc nhiều vào vị trí sỏi, lần lượt là 22%, 46%, 71% theo NQ đoạn gần, đoạn giữa và đoạn xa. Do đó, điều trị nội khoa chờ sỏi được tống xuất tự nhiên sẽ áp dụng với sỏi kích thước ≤ 5 mm, ngược lại cơ hội tống xuất tự nhiên đối với sỏi trên 5 mm rất thấp và can thiệp lấy sỏi chủ động cần được xem xét. Các vị trí sỏi dễ bị kẹt là khúc nối bể thận–niệu quản (10%), chỗ NQ bắt chéo bó mạch chậu (20%), đoạn NQ nội thành bàng quang (70%). Trong khi di chuyển, sỏi NQ gây ra các tổn thương cho NQ. Sự phù nề của niêm mạc xung quanh hòn sỏi tạo điều kiện cho sỏi bám vào niêm mạc, không thể di chuyển

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Đau: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố: tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.
- Con đau quặn thận: đây là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh. Sỏi NQ thường gây ra cơn đau bão thận hơn sỏi thận vì: i) sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi; ii) NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận, bể thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiểu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).
- Đau do kích ứng: tiểu gắt, tiểu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích, phóng tính đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậu, đoạn sát bàng quang.
- Tiểu máu: có thể vi thể hoặc đại thể.
- Tiểu đục: nước tiểu đục, có mủ là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều, nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.

- Vô niệu: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiểu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bế tắc đường tiểu được giải quyết, thận cũng sớm hồi phục.
- Triệu chứng suy thận mạn tính: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sinh bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ ...
- Những triệu chứng không điển hình: đôi khi sỏi NQ diễn tiến mờ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bế tắc đường tiểu cấp tính. Mỗi lưng là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng.

Triệu chứng thực thể

- Thăm khám vùng bụng và hông lưng có thể phát hiện thận lớn với dấu hiệu chạm thận dương tính nếu thận bị ứ nước, đau vùng hông lưng nếu viêm quanh thận.
- Cảm giác đau được nhận biết khi thăm khám vùng hố chậu, cho phép gợi ý sỏi NQ đoạn giữa, đặc biệt khi có phản ứng viêm quanh NQ.
- Đau dưới sườn nhưng không co cứng thành bụng gập trong sỏi NQ đoạn trên.

2. Cận lâm sàng

Tổng phân tích và cấy nước tiểu

- Hiện diện nhiều hồng cầu, có thể có bạch cầu và vi trùng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể gây albumin trong nước tiểu.
- Các loại vi khuẩn được phân lập từ nước tiểu chủ yếu là gram âm, bao gồm E. coli (38,3%), Proteus spp. (13,6%), Staphylococcus spp. (8,2%), Klebsiella spp. và Pseudomonas aeruginosa (5,5%).

Chụp X quang bộ niệu không chuẩn bị (KUB)

Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi, từ đó cho phép dự đoán khả năng đào thải tự nhiên của viên sỏi cũng như lựa chọn phác đồ điều trị. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB tương đối thấp, lần lượt từ 44 - 77% và 80 - 87%. KUB không phát hiện các loại sỏi không cản quang. Phim KUB chỉ có thể dự đoán khoảng 39 - 40% thành phần sỏi nên không thể sử dụng để phân tích thành phần sỏi trên lâm sàng.

Siêu âm bụng

Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận. Siêu âm cũng cho phép quan sát phần nào sỏi NQ, đặc biệt sỏi kém cản quang. Mặc dù rất hữu ích trong cấp cứu nhưng siêu âm mang tính định hướng nhiều hơn vì không mô tả được vị trí của sỏi và chức năng thận.

Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)

Là phương pháp rất giá trị trong các trường hợp sỏi niệu buộc phải can thiệp phẫu thuật. Phim UIV mô tả hai điểm cơ bản: hình thể đài bể thận và NQ, nhờ đó xác định vị trí của hòn sỏi trong đường tiết niệu cũng như mức độ giãn nở của đài bể thận. Ngoài ra, UIV phản ánh chức năng của thận có sỏi và thận bên đối diện.

Trong trường hợp ứ nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.

Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi. Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện

đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ vùng hố chậu với những vết vôi hóa trong vùng này, trên phim chụp nghiêng vẫn thấy sỏi NQ nằm trên đường đi của NQ, trong khi các vết vôi hóa định vị bên ngoài.

Chụp NQ–bể thận ngược dòng (UPR)

Trong trường hợp các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) khác kể cả UIV chưa thể kết luận sỏi NQ, UPR trở nên cần thiết. Trước khi bơm chất cản quang, việc đưa ống thông lên chạm sỏi cũng là một yếu tố giúp chẩn đoán. Hình ảnh UPR cản quang cho thấy sỏi màu trắng nhạt giữa một màu trắng đậm, hoặc hình ảnh khuyết giữa NQ màu trắng đậm. Hình ảnh thuốc cản quang được bơm ngược theo ống thông NQ đến chỗ có sỏi sẽ bị dội xuống cho phép phát hiện vị trí sỏi NQ hoặc hẹp NQ.

UPR chỉ nên áp dụng khi thật cần thiết vì thủ thuật này có tính xâm hại và có thể đưa vi khuẩn từ niệu đạo lên đường tiểu trên. Ngày nay, CTscan đã thay thế kỹ thuật này.

Multislice CTScan (MSCT)

CT scan có thể xác định sỏi và mức độ tắc nghẽn với độ nhạy 96% so với 87% của KUB. CT scan không tiêm cản quang cung cấp nhiều dữ liệu về mật độ cũng như thành phần sỏi. CT scan hiệu quả trong trường hợp sỏi NQ kém cản quang và chụp UIV không thấy hình ảnh của thận và vị trí NQ bị tắc nghẽn. Ngoài ra, CT scan cũng đánh giá được chức năng thận.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán đau hông lưng cấp

1	Phương tiện chẩn đoán	LE	GR
1	CT không tiêm cản quang	1	A
1	UIV	Xét nghiệm chuẩn	
2	KUB + Siêu âm	2a	B

III. ĐIỀU TRỊ

1. Các phương pháp điều trị sỏi niệu quản

Kích thước sỏi rất thay đổi, từ 2 mm đến >2 cm. Hầu hết sỏi < 5 mm đều có thể di chuyển tự nhiên ra ngoài. Kích thước sỏi là một yếu tố quan trọng cùng với mức độ đau trên lâm sàng, mức độ bế tắc, tình trạng nhiễm trùng niệu, chức năng thận sẽ quyết định phác đồ điều trị: theo dõi điều trị nội chờ sỏi tự ra ngoài hay cần phải can thiệp lấy sỏi chủ động.

2. Điều trị cấp cứu

Trong những trường hợp sỏi niệu quản gây nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn cần xử trí như sau: (1) Mở thận ra da (2) Hoặc đặt thông niệu quản và phối hợp với kháng sinh thích hợp. Điều trị sỏi niệu quản trong trường hợp này được dời lại đến khi nào tình trạng nhiễm khuẩn được giải quyết.

Ngoài ra, chỉ định cấp cứu còn được thực hiện trong những trường hợp sỏi niệu quản hai bên hay sỏi niệu quản một bên trên thận độc nhất, gây tắc nghẽn với tổn thương thận cấp tính.

Trong điều trị đau quặn thận, thuốc kháng viêm không steroids (NSAID) là thuốc được lựa chọn đầu tiên. NSAID có tác dụng giảm đau tốt hơn các thuốc opioid trong điều trị đau quặn thận. Diclofenac sodium, 100–150 mg/ngày, 3 – 10 ngày.

Các thuốc được sử dụng trong cơn đau quặn thận

Thứ tự ưu tiên	Thuốc	LE	GR
-----------------------	--------------	-----------	-----------

1	Diclofenac sodium	1b	A
1	domethacin Ibuprofen	1b	A
2	phine hydrochloride Methamizol Pentazocine Tramadol	4	C

3. Điều trị nội khoa

Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi sỏi còn nhỏ, đường kính ≤ 5 mm, sỏi nhẵn, bờ rõ nét, chức năng thận và NQ bình thường, có khả năng theo dõi sát bệnh nhân. Phác đồ dựa trên nguyên tắc tạo điều kiện để sỏi di chuyển ra ngoài bằng cách giảm co thắt, giảm đau nếu BN trong cơn đau, uống nhiều nước hoặc truyền nhiều dịch mặn, ngọt đẳng trương. Sỏi > 6 mm, tỉ lệ tự đào thải chỉ khoảng 8%.

Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong 65% bệnh nhân dùng thuốc ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} nhiều hơn nhóm không dùng thuốc. Điều trị nội khoa không những làm tăng tỉ lệ sỏi di chuyển xuống bàng quang mà còn giảm bớt thời gian di chuyển của sỏi và những cơn đau quặn thận. Thuốc giãn NQ như ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} còn làm tăng áp suất thủy tĩnh phía trên sỏi nên giúp sỏi di chuyển dễ dàng. Tác dụng phụ thường gặp là hạ huyết áp thoáng qua và mạch chậm khoảng 3,5% trường hợp.

Tamsulosin là chất ức chế thụ thể adrenergic được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, terazosin và doxazosin cũng có hiệu quả tương đương.

4. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định can thiệp ngoại khoa

- Sỏi có khả năng di chuyển tự nhiên thấp (> 5 mm).
- Sỏi NQ gây tắc nghẽn + nhiễm khuẩn đường tiết niệu
- Không đáp ứng với giảm đau.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Ảnh hưởng chức năng thận (suy thận, sỏi NQ/thận độc nhất, sỏi NQ hai bên).

b. Sỏi NQ đoạn gần ≤ 1 cm

- Điều trị nội khoa đối với sỏi có đường kính chiều ngang < 7 mm. Nếu điều trị nội khoa 1 tháng sỏi không di chuyển phải can thiệp lấy sỏi chủ động như tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).
- Đối với sỏi có đường kính ngang > 7 mm đến ≤ 1 cm, TSNCT là lựa chọn đầu tiên. Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước ≤ 1 cm.

c. Sỏi NQ đoạn gần > 1 cm

- Nội soi tán sỏi ngược chiều.
- Tán sỏi ngoài cơ thể.
- Nội soi tán sỏi qua da.
- Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi Mở mở lấy sỏi.

d. Sỏi NQ đoạn xa

- Nội soi tán sỏi ngược dòng là phương pháp được lựa chọn.
- Các lựa chọn tiếp theo: tán sỏi ngoài cơ thể, PTNS sau phúc mạc, xuyên phúc mạc, mở mở lấy sỏi.

5. Những cân nhắc đặc biệt trong chỉ định mổ lấy sỏi, nội soi tán sỏi

	LE	GR
--	----	----

Điều trị kháng sinh nên thực hiện trước khi can thiệp ở bệnh nhân có cấy nước tiểu (+), TPTNT có nhiễm trùng	3	B
Salicylate nên ngưng 10 ngày trước khi can thiệp thủ thuật	3	B
TSNCT và lấy sỏi qua da chống chỉ định ở phụ nữ có thai	4	C
TSNCT có thể thực hiện ở bệnh nhân có máy tạo nhịp	4	C

6. Khuyến cáo về điều trị chuỗi sỏi (Steinstrasse)

Vị trí sỏi	Không tắc nghẽn	Tắc nghẽn/có triệu chứng	LE	GR
NQ đoạn gần	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn giữa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn xa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C

7. Dự phòng sỏi tái phát

Lượng nước nhập	Lượng nước nhập: 2,5 – 3,0 lít / ngày Uống mỗi 2 – 4 giờ Đi tiểu: 2,0 – 2,5 lít/ngày Thức uống có pH trung tính
Chế độ ăn	Ăn kiêng (tránh tiêu thụ lượng lớn vitamin). Ăn nhiều rau và chất xơ. Lượng calcium: 1000 – 1200 mg/ngày Hạn chế muối: 4 – 5g/ngày Hạn chế protein động vật 0,8 – 1,0g/kg/ngày.
Lối sống	BMI: 18 – 25 kg/m ² Hoạt động thể lực, cân bằng lượng nước mất

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matlaga B.R., Lingeman J.E. "Surgical management of upper urinary tract calculi". Campbell–Walsh's Urology, 10th ed., 2012.
2. Turk C., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz C., "Guidelines on urolithiasis". 2013.

SỎI THẬN

I. DỊCH TỄ HỌC

Ở Mỹ, hằng năm có hơn 400 000 bệnh nhân nhập viện vì sỏi niệu. Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 – 50. Nam có tỉ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ. Người da trắng nhiều hơn gấp 4- 5 lần so với người da đen. Một người có tiền căn tiểu ra sỏi, 15% có khả năng tiểu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỉ lệ này là 30%. Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.

II. SỎI THẬN

1. Biểu hiện lâm sàng

Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khi sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau, nhiễm trùng, buồn nôn, ói mửa. Con đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Khoảng 25% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị sỏi niệu. Lúc đau thường kèm theo tiểu máu đại thể hay vi thể. Nếu quan sát kỹ cặn lắng trong nước tiểu có thể cho ta đoán được bản chất sỏi là loại nào.

2. Chẩn đoán lâm sàng

Trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu và chụp phim KUB. Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB. Sau đó là làm siêu âm thận. Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.

Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.

Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chồng lên các xương cột sống. Chụp phim nghiêng giúp ta phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch. Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan thì nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

3. Điều trị

Việc điều trị cơn đau quận thận cấp phụ thuộc vào kích thước sỏi, vị trí, mức độ bế tắc và tổng trạng bệnh nhân.

Chỉ định các phương pháp điều trị

- Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu, hoặc mở thận ra da bằng cách chọc dò qua da.
- Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiểu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiểu ra sỏi chỉ khoảng 20%.
- Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ: (1) khúc nối bể thận niệu quản, (2) niệu quản bắt chéo động mạch chậu, (3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bàng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiểu ra hơn sỏi với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

Điều trị nội khoa

- Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gây triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.
- Bệnh nhân được khuyên uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiểu, và phải hứng lấy sỏi để phân tích nếu tiểu ra sỏi. Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi. Thường sẽ tiểu ra sỏi sau 4-6 tuần.

Gấp sỏi qua nội soi

- Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại (5). Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gấp sỏi mù hoặc gấp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gấp 3 chấu hoặc dùng rọ để gấp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gấp sỏi ra. Tỷ lệ thành công 95%.

Tán sỏi ngoài cơ thể

- Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận (1), ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi

- Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bòn thận đơn giản (2)

Lấy sỏi thận qua da

- Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bòn thận (4).

Mổ hở lấy sỏi niệu quản

- Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gấp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mổ mở lấy sỏi niệu quản.

III. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

- Nên uống nhiều nước, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.
- Ăn nhạt, ít muối. Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.
- Nên ăn nhiều rau tươi.
- Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.
- Hạn chế thức ăn dễ tạo sỏi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.
2. Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatomic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.
3. Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.
4. Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071. Harmon et al., 1997. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32

TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (thuật ngữ khác: u xơ tuyến tiền liệt, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt) là một loại bướu lành tính thường gặp trong bệnh lý của hệ tiết niệu và thường xuất hiện ở nam giới lớn tuổi. Mặc dù có thể thấy tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt xuất hiện ở người trẻ < 30 tuổi, nhưng chủ yếu bướu bắt đầu ở tuổi 40 và tỉ lệ tăng nhanh theo tuổi. Theo nghiên cứu của Barry và cộng sự năm 1984 trên tử thi của những bệnh nhân chết vì mọi nguyên nhân đã thấy bướu xuất hiện ở tuổi 40 và tăng nhanh theo tuổi: 50% ở tuổi 60, 70% ở tuổi 70, 90% ở tuổi 90.

Ở nam giới trên 50 tuổi, khoảng 40,5% có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS), 26,9% có tuyến tiền liệt lớn lành tính (BPE) và khoảng 17,3% có tình trạng dòng tiểu kém nghi ngờ có tình trạng tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (BPO). Từ tuổi 50 đến 80, thể tích tuyến tiền liệt có sự tăng lên đáng kể (24 lên 38ml) và tốc độ dòng tiểu giảm đi rõ (22,1 còn 13,7ml/s). Ở Việt Nam hiện nay vẫn chưa có thống kê về tần suất mắc bệnh chung.

Một số khái niệm:

- Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH: Benign prostatic hyperplasia): Được chẩn đoán thông qua giải phẫu bệnh lý. Đặc trưng về phương diện giải phẫu bệnh lý là sự tăng sinh lành tính của tế bào cơ, tổ chức liên kết và/hoặc tế bào chuyển tiếp.
- Tuyến tiền liệt lớn lành tính (PBE: Benign prostatic enlargement): Tuyến tiền liệt của người trưởng thành khoảng 25ml. Gọi là tuyến tiền liệt lớn khi kích thước >25ml. Đo kích thước chính xác dựa vào siêu âm qua ngả trực tràng.
- Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (PBO: Benign protastic obstruction): Niệu đạo bị chèn ép bởi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hoặc do tuyến tiền liệt lớn lành tính.
- Triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS: Lower urinary tract symptoms): Bao gồm các triệu chứng của đường tiết niệu dưới do tình trạng kích thích bàng quang, tắc nghẽn ở niệu đạo, các triệu chứng xuất hiện sau khi đi tiểu.
- Tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (BOO: bladder outlet obstruction): Xảy ra do tắc nghẽn cơ học đoạn từ cổ bàng quang đến miệng sáo.

2. Yếu tố nguy cơ

Một số yếu tố liên quan

- **Tôn giáo:** Nghiên cứu của Morrison 1978, Lytton 1968 cho thấy những người theo đạo Do Thái có tỉ lệ cao hơn bị BPH (gấp hơn 2 lần).
- **Yếu tố kinh tế xã hội:** Chưa có bằng chứng thuyết phục về mối liên quan giữa thu nhập kinh tế với BPH. Giáo dục và tình trạng kinh tế xã hội không ảnh hưởng đến việc phản hồi các triệu chứng trong IPSS.
- **Hoạt động tình dục:** Ekman 1989 cho rằng tăng sản mô cơ sợi của tiền liệt tuyến là kết quả của hoạt động tình dục. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy không có mối liên hệ này. Nhưng có một điều thực tế rằng, khi tuổi càng cao suy giảm chức năng tình dục đặc biệt là kèm theo rối loạn cương dương thì triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới càng xuất hiện nhiều.
- **Rượu và xơ gan:** Chưa có bằng chứng thuyết phục liên quan giữa xơ gan và nghiện rượu mặc dù người ta biết rượu làm giảm testosterone máu và làm tăng độ thanh thải testosterone.
- **Tăng huyết áp:** Do tuổi cao thường đi kèm với tăng huyết áp và triệu chứng của LUTS nên chưa có nghiên cứu chứng minh rõ ràng mối liên quan giữa BPH và tăng huyết áp.

- **Thuốc lá:** nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa thuốc lá và BPH, thuốc lá làm tăng nồng độ testosterone và estrogen trong máu.
- **Các yếu tố khác:** ít hoạt động thể lực, béo phì vùng bụng, BMI cao có liên quan đến BPH. Các loại thuốc chống trầm cảm, kháng histamin và giãn phế quản cũng làm tăng 2, 3 điểm trong IPSS.

3. Nguyên nhân

- BPH bắt đầu phát sinh từ mô sợi quanh niệu đạo trên lồi tinh. Các tổ chức sợi này sẽ kết hợp với những mô tuyến thành những nhân xơ. Các nhân xơ sẽ phát triển dần và đẩy mô lành ra vùng chung quanh bướu. Giữa bướu và mô lành còn lại của TTL có một đường ranh giới rõ rệt, và mô lành trở thành vỏ bọc của bướu.
- Trong bướu có 3 loại tổ chức: Tổ chức sợi chiếm trung bình 60%, tổ chức tuyến và tổ chức cơ mỗi loại chiếm trung bình 20%. Tổ chức sợi càng nhiều thì bướu càng xơ cứng gây ra hiện tượng bế tắc càng cao.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Có 2 đặc điểm:

- Bệnh phát triển rất chậm, kéo dài nhiều năm do đó bệnh nhân thích nghi dần, khó xác định được thời điểm khởi phát bệnh.
- Các rối loạn lúc tăng lúc giảm do ảnh hưởng của chế độ làm việc, ăn uống hay nghỉ ngơi, do đó khó đánh giá được tác dụng của thuốc khi điều trị.
- Các triệu chứng chủ quan gồm có hai nhóm chủ yếu:
- Triệu chứng bàng quang quá mẫn cảm: Bàng quang chống đối sẽ dễ bị kích thích hơn bình thường. Thể hiện qua 2 triệu chứng:
 - Đái gấp tức là khi mới đi tiểu bệnh nhân khó nhịn lại được
 - Đêm phải đi tiểu nhiều lần (từ 2 lần trở lên và loại bỏ các yếu tố khác gây tiểu nhiều lần về đêm).
- Triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới: Gồm tiểu khó và còn nước tiểu tồn lưu.
 - Tiểu khó: phải rặn mới khởi động tiểu được, tia nước tiểu yếu, tiểu làm nhiều giai đoạn.
 - Còn nước tiểu tồn lưu: tiểu xong có cảm giác tiểu chưa hết, phải đi tiểu lại trong vòng chưa đầy 2 giờ.

Năm 1992, Hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) thiết lập thang điểm dựa trên 7 triệu chứng than phiền kể trên gọi là International Prostate Symptom Score (IPSS). Sau này có bổ sung thêm 1 câu hỏi nữa dựa trên đánh giá của bệnh nhân về chất lượng cuộc sống (Quality of Life – QoL).

Bảng 1. Đánh giá triệu chứng tiền liệt tuyến theo thang điểm IPSS

Trong tháng vừa qua	Không lần nào	< 1/5 lần	< 1/2 lần	1/2 lần	> 1/2 lần	Gần như luôn luôn	Điểm
1. Đái không hết	0	1	2	3	4	5	
2. Đi đái lại < 2h	0	1	2	3	4	5	
3. Đái ngập ngừng	0	1	2	3	4	5	
4. Đái gấp	0	1	2	3	4	5	
5. Đái tia nhỏ	0	1	2	3	4	5	
6. Rặn mới đái được	0	1	2	3	4	5	
	Không	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
7. Đái đêm	0	1	2	3	4	5	
Tổng điểm							

Đánh giá: Tổng điểm

▪ 0 – 7: bình thường

▪ 8 – 19: trung bình

▪ > 20: nặng

Bảng 2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Chất lượng cuộc sống	Hoàn nghênh	Tốt	Khá	Tạm	Khó chịu	Khổ	Khổ sở
Bạn cảm thấy như thế nào nếu như bạn phải sống hết quãng đời còn lại với những triệu chứng này?	0	1	2	3	4	5	6

Đánh giá triệu chứng chủ quan của bệnh nhân dựa trên thang điểm IPSS giúp định hướng chẩn đoán BPH. Các dấu hiệu trên có lúc tăng lúc giảm trên cùng một bệnh nhân ở những thời điểm khác nhau. Do đó để đánh giá được đầy đủ cần lấy điểm trung bình của 5 lần đi tiểu và theo dõi trong khoảng 1 tháng. Tuy nhiên, 7 triệu chứng kể trên hay còn gọi là triệu chứng của của đường tiểu dưới (LUTS) không chỉ đơn thuần là do BPH gây ra mà còn do một số nguyên nhân như: BPO, sỏi niệu đạo, bướu bàng quang, hẹp niệu đạo, viêm TTL, bàng quang thần kinh, nhiễm trùng niệu, dị vật đường niệu....

b. Triệu chứng thực thể

- Khám hệ tiết niệu: khám thận, khám cầu bàng quang đặc biệt để xác định cầu bàng quang mạn, khám bộ phận sinh dục ngoài.
- Thăm trực tràng là bắt buộc để đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt như kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của tuyến tiền liệt với các cơ quan xung quanh.
- Tiền sử: Chú ý khai thác kỹ các triệu chứng đường tiểu dưới trong tiền căn của BN.

2. Cận lâm sàng

- Phân tích nước tiểu: nhằm xác định sơ bộ tình trạng nhiễm khuẩn niệu (nitrite, bạch cầu niệu), hồng cầu niệu, đường niệu...
- Xét nghiệm máu.
- Đánh giá chức năng thận: định lượng creatinine, ure máu.
- Xét nghiệm định lượng PSA: theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam, không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến

tiền liệt. **i)**PSA < 2.5 ng/l, xét nghiệm kiểm tra 2 năm/lần; **ii)**PSA 2.5- 4 ng/l, xét nghiệm kiểm tra mỗi năm/lần; **iii)**PSA 4-10 ng/l, thử tỉ lệ tự do/toàn phần. Nếu tỉ lệ < 20: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu tỉ lệ >20: theo dõi năm/lần; **iv)** PSA >10 ng/l, chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu kết quả bình thường, xét nghiệm kiểm tra PSA 1 năm/lần.

❖ **Chú ý:** PSA có thể tăng theo thể tích tổ chức tuyến tiền liệt, hoặc trong trường hợp viêm tuyến tiền liệt, đặt thông tiểu, bí tiểu cấp...

- Siêu âm
 - Khảo sát tuyến tiền liệt qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng: khảo sát hình thái, tính chất, thể tích tuyến tiền liệt.
 - Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành bàng quang, giãn đường tiết niệu trên...
 - Đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Bình thường < 30ml. >100ml: có tình trạng tắc nghẽn có ý nghĩa.

Những xét nghiệm nên làm

- **Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry):** bằng máy hoặc phương pháp thủ công để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), lượng nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu... Chỉ có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi lượng nước tiểu mỗi lần tiểu > 150ml. Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới:
 - Trung bình: Qmax 10-15ml/s.
 - Nặng: Qmax <10ml/s
- **Cấy nước tiểu:** trong trường hợp xác định nhiễm khuẩn đường tiết niệu và định danh vi khuẩn, sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.
- **Chụp X quang hệ tiết niệu:** khi nghi ngờ có sỏi bàng quang hoặc sỏi hệ tiết niệu kèm theo.
- **Soi bàng quang - niệu đạo:** khi nghi ngờ có bệnh lý khác kèm theo ở bàng quang, niệu đạo như u bàng quang.
- **Đo áp lực bàng quang, niệu đạo:** khi nghi ngờ có một số bệnh lý ở bàng quang kèm theo như bàng quang tăng hoạt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

2. Chẩn đoán phân biệt

Có 2 tình huống

- 1. Tuyến tiền liệt to lúc thăm khám trực tràng
 - Ung thư TTL: có nhân cứng, mất ranh giới, cần định lượng PSA, kiểm tra siêu âm (có vùng giảm âm, ranh giới bị phá hủy, túi tinh bị xâm lấn), chụp Xquang xương chậu, thắt lưng, sinh thiết vùng nghi vấn...
 - Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: bệnh nhân có tiền sử viêm TTL, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng TTL to, ấn đau, có chỗ cứng...
- 2. Tuyến tiền liệt bình thường
 - Hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang: thăm khám niệu đạo, chụp niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng, soi bàng quang...
 - Không có chương ngại vật cần kiểm tra bàng quang thần kinh, ung thư bàng quang...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

Theo dõi

- Chỉ định: cho bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ và vừa, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, bệnh nhân chưa có những than phiền về các triệu chứng trên. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.
- Các chỉ tiêu theo dõi: theo dõi định kỳ 6 - 12 tháng
 - Thăm khám để biết mức độ phản nản của BN về các triệu chứng đường tiết niệu dưới
 - Đánh giá chỉ số IPSS và QoL
 - Siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt, khảo sát hình thái hệ tiết niệu, đo thể tích nước tiểu tồn lưu
 - Xét nghiệm nước tiểu
 - Đo lưu lượng dòng tiểu (nếu cần thiết). Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

2. Điều trị nội khoa

a. Các thuốc

Các thuốc chọn alpha

- **Alfuzosin**: liều 10mg x 1lần/ngày.
- **Tamsulosin**: Liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày (1 lần) không cần điều chỉnh liều. Thuốc nên được uống 30 phút sau bữa ăn và cùng một thời điểm giữa các ngày, không được nghiền, nhai hay mở viên nang.
- **Doxazosin**: Liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg.
- **Terazosin**: Liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10mg/ngày.

Thuốc ức chế 5-alpha reductase (5 - ARI)

- **Dutasteride**: thuốc ức chế cả hai men 5-alpha reductase type I và II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 0,5 mg/ngày.
- **Finasteride**: thuốc ức chế men 5 alpha reductase type II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 5mg/ngày.

Thuốc kháng muscarinic

- Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarinic (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ detrusor. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang. Các loại thuốc được sử dụng hiện nay ở Việt Nam.
 - Oxybutynin ER 2-3 lần x 5 mg
 - Solifenacin: 1 lần x 5-10 mg

Thuốc đối kháng vassopressin – desmopressin

- Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu ban đêm
- Thuốc chống lợi niệu hóc môn arginine vasopressin (AVP) có vai trò chủ đạo trong việc giữ nước trong cơ thể và kiểm soát sự sản sinh nước tiểu do gắn với thụ thể V2 trong ống góp của thận
- Desmopressin: 1 lần x 0,1-0,4mg/uống trước khi đi ngủ

Thảo dược

- Một số các loại cây có tác dụng lên tuyến tiền liệt cũng đang được áp dụng trong điều trị ở nhiều nước, tuy nhiên cơ chế tác dụng cho đến nay vẫn chưa được rõ. Nguồn gốc dược thảo gồm: cây cọ lùn Nam Mỹ (serenoa repens), cây mận châu Phi (pygeum africanum), cỏ ngô sao Nam Phi (hypoxis rooperi), cây thông, cây vân sam (pinus, picea), cây tầm ma (urtica

dioica et urens), phấn hoa (secale cereale), hạt bầu bí (cucurbita pepo), hoa cây xương rồng (opuntia), cây trinh nữ hoàng cung (crinum latifolium)...

b. Chỉ định điều trị

- Thuốc chẹn alpha: được sử dụng ưu tiên cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình. Thuốc tác dụng sớm.
- Thuốc 5ARI: thuốc được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml. 5ARI có thể làm giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật. Thuốc có công dụng làm giảm kích thước tuyến tiền liệt và đạt hiệu quả lâm sàng tối đa bắt đầu từ tháng thứ 3.
- Phác đồ phối hợp 5ARI với thuốc chẹn alpha được chỉ định điều trị ưu tiên trong những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml, Qmax giảm. Phác đồ phối hợp cũng có hiệu quả trong những trường hợp điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.
- Thuốc kháng muscarinic được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình đồng thời có triệu chứng của bàng quang nổi trội. Cần thận trọng đối với bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, chống chỉ định khi thể tích nước tiểu tồn lưu > 100ml.
- Phác đồ phối hợp thuốc kháng muscarinic với thuốc chẹn alpha có thể được sử dụng khi mỗi thuốc hiệu quả chưa cao.
- Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.
- Các thảo dược hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng.

3. Ngoại khoa

a. Chỉ định

Chỉ định tuyệt đối

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.
- Có kèm sỏi bàng quang
- Tiểu máu tái diễn
- Bí tiểu cấp tái diễn
- Giãn niệu quản nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính

Chỉ định tương đối

- Điều trị nội khoa không hiệu quả

b. Cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Dao cắt đơn cực, lưỡng cực, Laser.
- Chỉ định: những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

c. Các thay đổi kỹ thuật nội soi qua niệu đạo

Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Chỉ định: thể tích tuyến tiền liệt < 30ml và không có thùy giữa lớn. Nên chỉ định cho bệnh nhân < 60 tuổi.
- Phương pháp này ít biến chứng hơn so với cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Cắt đốt tăng sinh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực

- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao cắt lưỡng cực
- Chỉ định: như đối với cắt đốt nội soi bằng dao đơn cực.
- Ưu điểm: so với cắt đốt bằng dao đơn cực thì hiệu quả tức thời tốt hơn. Có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt.

Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Thulium, bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser Thulium

- Bộ dụng cụ gồm có: Màn hình nội soi, nguồn sáng. Máy nội soi hiệu, có hệ thống tưới rửa liên tục dưới áp suất thấp (đường nước vào và nước ra). Máy LASER Thulium. Một số dụng cụ khác: thông Foley, bơm thủy tinh súc rửa, bơm tiêm....
- Chỉ định: như đối với cắt đốt nội soi bằng dao đơn cực.
- Ưu điểm: có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt nên không sợ biến chứng rối loạn điện giải.

Mổ mở

- Phương pháp: sử dụng đường vào qua bàng quang hoặc đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt.
- Chỉ định:
 - Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml, hoặc bướu tuyến tiền liệt nhưng có yếu tố cản trở không cắt đốt nội soi được
 - Bướu tuyến tiền liệt kèm túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ.
 - Phẫu thuật nội soi thất bại.
 - Sỏi bàng quang lớn.

Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo (Transurethral Microwave Therapy- TUMT)

- Điều trị bằng nhiệt vi sóng dựa trên nguyên lý sử dụng bức xạ vi sóng phát ra từ một thiết bị an-ten đặt trong niệu đạo nhằm làm tăng nhiệt độ ở tuyến tiền liệt. Mô sẽ bị phá hủy khi nhiệt độ tăng lên trên ngưỡng gây độc tế bào (>45°C).
- Chỉ định: Giống chỉ định của TUNA.

Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo (Transurethral Needle Ablation - TUNA)

- TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đông ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.
- Chỉ định cho bệnh nhân không muốn điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phóng tinh ngược dòng.

Chú ý: Cần cảnh báo cho bệnh nhân về tỉ lệ phải điều trị lại cao và ít cải thiện về triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống. Phương pháp này không chỉ định cho bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt lớn (>75ml).

Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Holmium

- Sử dụng laser holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho:YAG) với bước sóng 2140nm để bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt. Đây là loại laser rắn.
- Cắt tuyến tiền liệt nên chỉ định đối với tuyến <60ml.
- Bóc tuyến tiền liệt có thể áp dụng đối với tuyến lớn hơn

Bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh 532 nm ('Greenlight') laser

- Sự bóc hơi mô tuyến tiền liệt khi có sự tăng đột ngột nhiệt độ trong mô từ 50°C đến 100°C nhờ năng lượng của laser.
- Chỉ định: Bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt bằng laser được chỉ định như cắt đốt nội soi qua niệu đạo.
- Nhược điểm: không có mẫu mô để làm giải phẫu bệnh lý.

4. Biến chứng

Các biến chứng của phẫu thuật có thể gặp

- Chảy máu
- Tổn thương cơ quan lân cận
- Hội chứng cắt đốt nội soi
- Tiểu không tự chủ
- Bí tiểu và nhiễm trùng niệu
- Hẹp niệu đạo
- Xơ hẹp cổ bàng quang
- Phóng tinh ngược dòng
- Rối loạn cương

5. Xử trí một số tình huống lâm sàng

Bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

a. Thông niệu đạo- bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo- bàng quang: dùng thông Foley 16-18Fr.
- Thuốc:
 - Kháng sinh: đường uống hoặc tiêm
 - Thuốc chẹn alpha
- Nghiệm pháp rút thông thử: cho rút thông Foley, thời gian rút dưới 3 ngày kể từ ngày đặt thông. Nếu bệnh nhân tiểu được, tiếp tục đánh giá để có thái độ xử trí tiếp. Nếu bệnh nhân không tiểu được, chọn lựa phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

b. Thông niệu đạo-bàng quang thất bại

- Trường hợp đặt thông thất bại, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên xương mu bằng tro-ca. Sau đó đánh giá lại bệnh nhân và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

c. Suy thận do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

- Bệnh nhân có tình trạng giãn niệu quản 2 bên, cầu bàng quang mạn, ure và creatinin tăng cao. Tiến hành đặt thông niệu đạo-bàng quang cho bệnh nhân, sau 2-3 ngày thử lại các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.
 - Nếu cải thiện và trở về bình thường, tiến hành đánh giá và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.
 - Nếu xét nghiệm chức năng thận có thay đổi theo chiều hướng tốt lên nhưng chưa về bình thường, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên xương mu bằng tro-ca. Theo dõi và đánh giá tiếp cho đến khi chức năng thận trở về bình thường, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

d. Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính có viêm mủ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, các bệnh lý nội khoa nặng

- Mở thông bàng quang trên xương mu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA). Xuất bản năm 2013.
2. Chute CG, Panser LA, Girman CJ, Oesterling JE, Guess HA, Jacobsen SJ. The prevalence of prostatism: a population based survey of urinary symptoms. J Urol 1993; 150: 85-89.
3. Dahlstrand C, Walden M, Deirsson G, Pettersson S. Transurethral microwave thermotherapy versus transurethral resection for symptomatic benign prostatic obstruction: a prospective

- randomized study with a 2-year follow-up. Br J Urol 1995; 76: 614-618.
4. Oswald M, Schmidlin F, Jichilinski P et al. Combination of thermocoagulation and vaporisation using a Nd:YAG/KTP laser versus TURP in BPH treatment: preliminary results of a multicenter prospective randomized study. J Urol 1997; 157: 42A.
 5. Schatzl G, Madersbacher S, Lang T, Marberger M. The early postoperative morbidity of transurethral resection of the prostate and of four minimally invasive treatment alternatives. J Urol 1997; 158: 105-110.
 6. Barry MJ (2001), “ *Evaluation of symptom and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia*”, Urology, 58 (Supplement 6A), pp.25-32.
 7. Mc Connell J.D, Barry NJ, et al (1996) “*Clinical practice guideline of benign prostatic hyperplasia*”. Edited by Public Health Service and Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), Publication No 94-0582, number 8, 1994, in Urology Medicine 96, National Library of Medicine USA.
 8. Kirby R, Lepor (2007), “*Evaluation and nonsurgical management of Benign Prostatic Hyperplasia*”, Campbell-Walsh Urology, Published by Saunders WB Company, Ninth Edition, Philadelphia, Volum III(87), pp.2766-2802.
 9. Presti JC (2004), “*Neoplasms of the Prostate Gland*”, Smith’s General Urology, Published by the Mc Graw-Hill Companies, Sixteenth Edition, pp.367-385.

VỖ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn, dưới bệnh cảnh là một tình trạng vỡ tạng rỗng.

Tuy bàng quang là một tạng rỗng nhưng không giống như ống tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm bệnh học và lâm sàng riêng biệt. Việc điều trị cần phải tôn trọng các nguyên tắc của bệnh lý này

1. Một số đặc điểm giải phẫu của bàng quang

Bàng quang là một tạng nằm dưới phúc mạc. Ở người trưởng thành và khi rỗng, bàng quang nằm hoàn toàn trong phần trước vùng chậu. Phía trước bàng quang là xương mu, phía sau là các tạng sinh dục và trực tràng, phía dưới là hoành chậu. Khi căng đầy bàng quang có hình cầu và nằm trong ổ bụng. Phần bàng quang được bao phủ bởi phúc mạc có một diện tích lớn hơn nhiều so với phần nằm dưới phúc mạc.

Mặt trước và mặt bên của bàng quang được khung chậu bảo vệ nên ít bị thương tổn. Vùng này chỉ bị thương tổn khi khung chậu gãy và mảnh xương sắc nhọn đâm thủng bàng quang (VBQNPM).

Vùng tam giác và mặt dưới của bàng quang được bảo vệ rất chắc chắn bởi hoành niệu dục, chỉ bị tổn thương trong trường hợp bị té ngồi trên một vật sắc nhọn, sanh khó hoặc do thủ thuật sản khoa.

Phần đỉnh bàng quang là phần yếu nhất. Đây là phần được bao bọc bởi phúc mạc và khi bàng quang căng đầy, nó nhô lên khỏi khớp mu nằm ngay ở hạ vị. Vì vậy, khi có chấn thương trực tiếp vào vùng hạ vị lúc bàng quang đầy nước tiểu, bàng quang sẽ bị toác phần này và nước tiểu sẽ tràn vào ổ phúc mạc.

2. Yếu tố nguy cơ

- Bàng quang căng chứa đầy nước tiểu.
- Bàng quang có sang thương sẵn có:
- Có tắc nghẽn vùng cổ bàng quang và niệu đạo.

3. Nguyên nhân

- Do chấn thương
- Do thầy thuốc
- Do bệnh lý: vỡ tự nhiên.

Bảng 1: Tỷ lệ chấn thương vỡ bàng quang do thầy thuốc

Thủ thuật hoặc phẫu thuật	Tỷ lệ (%)
Sản khoa	
Mổ bắt con	0.0016-0.94
Phụ khoa	
Nội soi ổ bụng triệt sản	0.02
Nội soi ổ bụng chẩn đoán	0.01
Nội soi ổ bụng cắt tử cung	0.05-0.66

Mổ cắt tử cung qua ngã âm đạo (bệnh lành tính)	0.6
Mổ cắt tử cung qua ngã bụng (bệnh lành tính)	0.9
<i>Ngoại tổng quát</i>	
Phẫu thuật trên ruột non hay đại tràng	0.12-0.14
Phẫu thuật trực tràng	0.27-0.41
Phẫu thuật trong ổ bụng làm sạch bướu	4.5
<i>Niệu khoa</i>	
Treo niệu đạo sau xương mu ở nam	8.0-50
Nội soi ổ bụng treo tử cung vào mỏm nhô	1.9
Phẫu thuật Burch	1.0-1.2
Phẫu thuật TOT	0-2.4
Phẫu thuật TVT	3.2-8.5
Đặt dải treo bằng mảnh ghép tự thân	2.8
Đặt lưới nâng đỡ qua ngã âm đạo	1.5-3.5
Phẫu thuật tạo hình thành trước âm đạo (điều trị sa bàng quang và sa trực tràng)	0.5
TURB	3.5-58
TURP	0.01

TURB :nội soi cắt đốt bàng quang qua ngã niệu đạo

TURP: nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến qua ngã niệu đạo

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.
- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu. Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.
- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.
- Xuất huyết niệu đạo.
- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ổ máu tụ hoặc vào phúc mạc.

b. Triệu chứng đặc hiệu

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào. Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.
- Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gãy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn

máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ổ máu tụ. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mạch nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

- Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.
- Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với những triệu chứng của gãy xương chậu

2. Cận lâm sàng

a. Sinh hóa

- CTM: xem tình trạng nhiễm trùng và mất máu của bệnh nhân.
- Creatinin máu có thể tăng khi có sự hấp thụ chất này vào màng bụng từ nước tiểu trong ổ bụng.
- TPTNT, cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ.

b. Siêu Âm

- Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch. Ngoài ra có thể thấy những tổn thương đi kèm.

c. X.quang

- Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột

- Chụp cystography

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy: Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu. Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.
- Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang. Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.
- Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liềm hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.

d. CT cystography: dùng để phân biệt các tổn thương hoặc nguyên nhân khác gây đau bụng.

3. Chẩn đoán xác định: bằng chẩn đoán hình ảnh học (cystography và CT cystography)

- Cần chẩn đoán mức độ thương tổn và các thương tổn kết hợp nếu có: vd: gãy khung chậu, chấn thương niệu đạo, trực tràng và các thương tổn kết hợp trong ổ bụng.

Bảng 2 - Phân loại vỡ bàng quang theo AAST

(Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

Độ (Grade)	Đặc điểm
I	Dập (contusion) tụ máu trong thành bàng quang hoặc rách một phần độ dày của thành bàng quang.
II	Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc ≤ 2 cm.
III	Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc hơn 2cm hoặc vỡ bàng quang trong phúc mạc ≤ 2 cm.
IV	Vỡ bàng quang trong phúc mạc > 2 cm.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Chấn thương thận.
- Chấn thương niệu đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

- *Điều trị sốc chấn thương và mất máu*: thuốc giảm đau, an thần, truyền dịch và máu sau khi xét nghiệm máu.

2. Điều trị bảo tồn: theo dõi lâm sàng, dẫn lưu nước tiểu liên tục và kháng sinh dự phòng.

- Đây là điều trị tiêu chuẩn cho **vỡ bàng quang ngoài phúc mạc không phức tạp** (do chấn thương kín hoặc sau TURB, hoặc sau các phẫu thuật khác mà không được phát hiện trong lúc mổ).
- Đây cũng là một lựa chọn điều trị cho **vỡ bàng quang trong phúc mạc không phức tạp** (sau TURB hoặc không phát hiện được trong quá trình mổ) nhưng với **điều kiện** không có **viêm phúc mạc** và **tắc ruột**. Trong trường hợp điều trị bảo tồn này việc đặt một dẫn lưu trong phúc mạc được ủng hộ đặc biệt là những trường hợp vết rách bàng quang lớn.

3. Ngoại khoa

Phương pháp được sử dụng nhiều là khâu bàng quang 2 lớp bằng chỉ tan (lớp cơ và lớp thanh mạc)

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc cần phẫu thuật khi có ảnh hưởng đến cổ bàng quang, có mảnh xương gãy trong thành bàng quang hoặc có thương tổn trực tràng kết hợp, hoặc khi lỗ thủng lớn phức tạp gây tụ dịch ngoài bàng quang có triệu chứng.

Vỡ bàng quang trong phúc mạc luôn luôn được phẫu thuật để tránh viêm phúc mạc do nước tiểu, nhiễm trùng huyết và tử vong. Nội soi ổ bụng khâu vết rách được lựa chọn khi không có thương tổn kết hợp với các tạng khác trong ổ bụng.

a. Vết thương không do thầy thuốc

Điều trị tiêu chuẩn là mổ cấp cứu: **cắt lọc mô hoại tử** và **khâu bàng quang một thì**. Đường mổ nên đi đường giữa để quan sát thành bàng quang và đầu xa của niệu quản. Vết thương đạn bắn thường có thương tổn kết hợp ở ruột và trực tràng nên cần chuyển lưu phân. Hầu hết vết thương đạn bắn có đầu vào và đầu ra của viên đạn do đó nên kiểm tra kỹ bàng quang xem có 2 vết thương hay không. Nên dùng kháng sinh trong trường hợp đạn và dao gây vết thương không được vô trùng.

b. Chấn thương không do thầy thuốc kèm theo mất thành bụng dưới hoặc vùng tầng sinh môn hoặc là mất mô bàng quang

Cố gắng khâu kín bàng quang có thể gây thiếu máu nuôi, căng vết khâu thậm chí bung vết khâu. Vạt da cơ khép đùi ngoài nên được dùng để tạo hình phục hồi làm thành bàng quang, thành bụng dưới và vùng tầng sinh môn.

c. Chấn thương bàng quang do thầy thuốc

Lỗ thủng nếu được phát hiện trong lúc mổ sẽ được khâu lại.

Nếu tổn thương nếu không được phát hiện trong lúc mổ hoặc tổn thương bên trong bàng quang thì cần được chẩn đoán là vỡ bàng quang trong hay ngoài phúc mạc. Nếu **vỡ trong phúc mạc** thì điều trị tiêu chuẩn là phẫu thuật khâu lại chỗ vỡ, nếu vỡ trong phúc mạc sau TURB thì cần kiểm tra ruột đồng thời với khâu chỗ vỡ. Nếu **vỡ ngoài phúc mạc có lỗ thủng lớn phức tạp**

có tụ dịch ngoài bàng quang có triệu chứng mới cần can thiệp: dẫn lưu ổ tụ dịch kết hợp với khâu lỗ thủng hoặc không cần khâu.

4. Biến chứng

Viêm nhiễm quanh bàng quang, viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng, tử vong.

5. Theo dõi

Điều trị bảo tồn được theo dõi bằng cách **khám lâm sàng** và **chụp cystography**, thời gian chụp sau tổn thương từ 7-14 ngày tùy thuộc vào kích thước vết rách, ống dẫn lưu được rút khi nước tiểu không còn thoát ra ngoài bàng quang, nếu nước tiểu còn thoát ra ngoài thì cần chụp cystography kiểm tra tiếp sau đó một thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1985), Vết thương bụng đài do hoả khí, Niệu học tập I, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.
2. Trần Lê Linh Phương (2003), Điều trị chấn thương đường niệu dưới phúc tạp trong gãy khung chậu nặng, Luận án tiến sĩ y học.
3. Trần Văn Sáng (1998), Vỡ bàng quang, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61
4. Dương Quang Trí (2002), Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục, Niệu học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.
5. Lê Ngọc Từ (2003), Chấn thương bàng quang, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.
6. Allen F. Morey (2012), Genital and Lower Urinary Tract Trauma, Campbell – Wash Urology, 10th Edition, volume 3, pp: 2507-2520.
7. Jack W.McAnich (2008), Injuries to the Genitourinary Tract, Smith's General Urology, 17th Edition, The McGraw – Hill Companies, pp: 278-296.
8. EAU guidelines on Urological Trauma 2016

XOẮN DÂY TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Xoắn dây tinh là một cấp cứu niệu khoa đã được Delasiauve mô tả lần đầu tiên năm 1840
- Là hiện tượng dây tinh bị xoắn quanh trục của nó dẫn đến hiện tượng phù nề sung huyết và ứ trệ máu tại tinh hoàn, đưa đến hoại tử tinh hoàn.

2. Yếu tố nguy cơ

- Thay đổi đột ngột nhiệt độ từ nóng sang lạnh.
- Tinh hoàn ẩn.
- Đã chẩn đoán xoắn dây tinh.
- Thoát vị bẹn.
- Sau chấn thương.

3. Nguyên nhân

- Bất thường về vị trí của tinh hoàn nằm trong bìu, tinh hoàn giống quả lắc đồng hồ.

4. Tần suất

- 8,6 /100000 trẻ nam từ 10 – 19 tuổi, lứa tuổi thường gặp nhiều 12 – 16 tuổi, xoắn dây tinh bên trái chiếm ưu thế và rất hiếm gặp xoắn dây tinh hai bên.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

- Đau đột ngột vùng bìu, bẹn.
- Nôn ói
- Tinh hoàn sưng nề và bị kéo sát gốc bìu dương vật.
- Tinh hoàn bị xoay trục.
- Mất phản xạ cơ bìu.
- Có thể chạm nốt xoắn dây tinh
- Tiểu khó và tăng thân nhiệt: rất hiếm xảy ra

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler mạch máu bìu bẹn: nút xoắn, tưới máu và có hoại tử tinh hoàn không
- Tổng phân tích nước tiểu: phân biệt viêm tinh hoàn
- Công thức máu: phân biệt viêm tinh hoàn

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh khởi đầu với đau bìu đột ngột, không sốt, khám trực tinh hoàn bị đẩy lên cao, có thể sờ thấy nút xoắn.
- Siêu âm đánh giá nút xoắn, độ tưới máu và có hoại tử tinh hoàn hay không

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tinh hoàn mào tinh: diễn tiến đau từ từ, sốt, tinh hoàn sưng to, trục không lệch, công thức máu và nước tiểu có tình trạng nhiễm khuẩn, siêu âm bìu còn tưới máu tinh hoàn.
- Xoắn máu phụ tinh hoàn – mào tinh: bệnh cảnh giống nhưng lâm sàng trực tinh hoàn không bị kéo cao, siêu âm bìu còn tưới máu tinh hoàn và có thể thấy hình ảnh phù nề máu phụ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

- Có thể tháo xoắn bằng tay để giảm đau và tăng tưới máu tinh hoàn

2. Phẫu thuật

- Phẫu thuật khẩn với mục đích thám sát bìu, tháo xoắn dây tinh và cố định tinh hoàn.
- Cố định tinh hoàn bên không bị xoắn.

3. Biến chứng

- Viêm tinh hoàn
- Nhiễm trùng vết mổ
- Hoại tử tinh hoàn
- Xoắn tái phát rất hiếm

4. Tiên lượng

- Tuỳ vào mức độ xoắn và thời gian phẫu thuật từ lúc khởi đầu đau bìu
- Các trường hợp đến sớm trước 24 tiếng khả năng giữ tinh hoàn cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arun S. (2011), “History and physical examination findings predictive of testicular torsion: An attempt to promote clinical diagnosis by house staff”, *Journal of Pediatric Urology* vol. 7, pp. 470 – 474
2. Phạm Đăng Diệu (2003), “Cơ quan sinh dục nam”, Giải phẫu ngực – bụng, NXB Y Học, tr. 388 – 398.
3. Fawzi A. (2005), “The acute scrotum: A review of 40 Cases”, *Medical principal practice*, vol. 14, pp. 177 – 181
4. Lane .P (2016), “Management of Abnormalities of the external genitalia”, *Campbell’s urology*, W.B. saunders Company, 11th edi., chapter 146, pp. 3388.
5. John M. (2007), “Current management of the acute scrotum”, *Seminars in Pediatric Surgery*, vol. 16, pp. 58 – 63
6. Marcel D. (2013), “Torsion of spermatic cord in children: A review”, *Journal of Pediatric Urology*, vol. 9, pp. 259 – 266
7. Matthias W. (2010), “Color Doppler sonography reliably identifies testicular torsion in boys”, *Pediatric Urology*, vol. 75, pp. 1170 – 1174, *Guidelines on paediatric urology*, pp. 17 – 20
8. Nguyễn Thành Như (2013), “Xoắn tinh hoàn”, Nam khoa lâm sàng, NXB Tổng Hợp.
9. Nguyễn Quang Quyền (2001), “Cơ quan sinh dục nam”, Bài giảng giải phẫu học, NXB Y Học, tập 2, tr. 245 – 250.
10. Tali B. (2010), “Clinical predictors for testicular torsion as seen in the pediatric ED”, *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 28, pp. 786 – 789
11. Tekgul S. (2017), “Acute scrotum in children”, *Guidelines on paediatric urology*, pp. 17 - 20