

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA
NGOẠI TIẾT NIỆU

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. MỤC LỤC	2
2. SỎI THẬN	3
3. SỎI NIỆU QUẢN	6
4. SỎI BÀNG QUANG	9
5. SỎI NIỆU ĐẠO	12
6. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU	15
7. TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT	22
8. CHẤN THƯƠNG THẬN	29
9. XOẮN DÂY TINH	32
10. BƯỚU LÀNH TÍNH Ở THẬN	34
11. CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN	41

SỎI THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau bụng? đau hông lưng?
- Bệnh sử: tiền căn siêu âm, chụp phim x quang phát hiện sỏi ở thận.
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen uống nước hằng ngày,...

2.1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Thông thường bệnh nhân không có triệu chứng gì đến khi sỏi kẹt hoặc viêm nhiễm quanh thận

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: không có những thay đổi đặc hiệu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng, CT Scan bụng,...

2.2. Chẩn đoán xác định

- 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. Chẩn đoán phân biệt

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Yếu tố nguy cơ lớn nhất của sỏi thận là uống ít nước. Tức là cơ thể tạo ra ít hơn 1 lít nước tiểu mỗi ngày. Sỏi thận rất dễ xảy ra ở những người trong độ tuổi từ 40 – 60 và trẻ sinh non có vấn đề về thận, xảy ra ở nam nhiều hơn nữ.

- Một người từng bị sỏi thận có ít nhất 50% nguy cơ sẽ bị sỏi thận trong 5 – 7 năm tới. Một người có tiền sử thành viên trong gia đình bị sỏi thận cũng có thể bị sỏi thận, mặc dù trường hợp này khá hiếm gặp.

Ngoài ra, các yếu tố sau đây có thể khiến một người dễ bị sỏi thận hơn:

- Chế độ ăn uống nhiều protein, muối hoặc đường

- Ít vận động
- Thừa cân béo phì
- Bệnh tiểu đường
- Huyết áp cao
- Phẫu thuật đường tiêu hóa (ví dụ phẫu thuật cắt dạ dày)
- Bệnh gout làm tăng nồng độ axit uric
- Nhiễm trùng đường tiết niệu
- Cường tuyến cận giáp
- Bệnh thận đa nang hoặc thận có cấu trúc bất thường
- Bệnh viêm ruột (ảnh hưởng đến cách cơ thể hấp thụ canxi)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

- Điều trị bao gồm điều trị nội khoa, ngoại khoa.

3.2. Điều trị

3.2.1. Điều trị cụ thể

- Điện 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 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: khúc nối bể thận niệu quản, niệu quản bất chéo động mạch chậu và khúc nối niệu quản bàng quang Vận động trị liệu

3.2.2. 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 KUB, siêu âm bụng mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi.

- Truyền dịch

- Kháng sinh: 1 hay nhiều kháng sinh kết hợp. Vd: Cephalosporin + Quinolone + Aminoglycozide

- Giảm đau: các loại từ tại chỗ tới trung ương. Vd: paracetamol, pethidine, tramadol, voltaren, morphin...

- Chống co thắt cơ trơn. Vd: drotaverine, hyoscin...

- Chống nôn, sát khuẩn nước tiểu. Vd: Domitazol, betashyphon....

3.2.3 .Điều trị ngoại khoa

Gấp sỏi qua nội soi

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại. 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.

Tán sỏi ngoài cơ thể

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận, 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 bể thận đơn giản Lấy sỏi thận qua da phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bể thận

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.

4. DỰ PHÒNG

- Nên uống nhiều nước, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.
- Ăn ít muối. Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.
- Nên ăn nhiều rau tươi
- Tái khám định kỳ để theo dõi.

5. 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. Phác đồ Ngoại khoa Tập 2 ngoại niệu bệnh viện Bình Dân; 64-66

SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi niệu quản thường là sỏi di chuyển từ thận xuống niệu quản. Loại sỏi này gây cản trở dòng nước tiểu từ thận xuống bàng quang. Sự tắc nghẽn này dẫn đến tình trạng nước tiểu bị ứ đọng, lâu ngày sẽ xuất hiện các biến chứng nguy hiểm

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau bụng? đau hông lưng? Nước tiểu?
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất đau, vị trí đau thói quen đi tiểu, nôn ói
- Tiền sử: tiền căn sỏi thận

2.1.2. 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.
- 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 ...

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.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: 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

- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, KUB, CT Scan bụng

2.2. Chẩn đoán xác định

- Chụp X quang bộ niệu không chuẩn bị (KUB)
Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi.
- 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.

- 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

3. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu: Điều trị bao gồm điều trị nội khoa, ngoại khoa và điều trị hỗ trợ.

3.1. Các phương thức 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

- Truyền dịch

- Kháng sinh: 1 hay nhiều kháng sinh kết hợp. Vd: Cephalosporin + Quinolone + Aminoglycoside

- Giảm đau: các loại từ tại chỗ tới trung ương. Vd: paracetamol, pethidine, tramadol, voltaren, morphin...

- Chống co thắt cơ trơn. Vd: drotaverine, hyoscin...

- Chống nôn, sát khuẩn nước tiểu. Vd: Domitazol, betashyphon....

3.4. Điều trị ngoại khoa

- 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).

- Các phương pháp:

Nội soi tán sỏi ngược chiều.

Tán sỏi ngoài cơ thể.

Nội soi tán sỏi qua da.

Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi.

Mổ mở lấy sỏi.

4. DỰ PHÒNG

- Bổ sung đầy đủ nước cho cơ thể: Đối với người bệnh có tiền sử sỏi thận, bạn nên thải ra ngoài cơ thể khoảng 2,5 lít nước tiểu mỗi ngày. Nước tiểu màu vàng nhạt và trong là dấu hiệu cơ thể đã được cung cấp đủ nước.

- Hạn chế bổ sung các loại thực phẩm chứa nhiều canxi oxalat như phô mai, sữa, nước chè đặc, củ cải, đậu bắp.

- Hạn chế ăn muối, protein động vật: Trong bữa ăn hàng ngày, nên giảm lượng muối, chọn nguồn đạm có nguồn gốc từ thực vật như nấm, các loại đậu...

- Cần trọng khi bổ sung canxi: Canxi trong thức ăn thường không ảnh hưởng tới nguy cơ sỏi thận. Do đó, bạn vẫn có thể tiếp tục bổ sung các loại thực phẩm giàu canxi, chỉ trừ các trường hợp bác sĩ khuyến cáo không nên. Vì khi cơ thể bị thiếu canxi rất dễ dẫn tới các bệnh lý liên quan tới xương khớp.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tập 2 ngoại niệu bệnh viện Bình Dân, 67-74
2. Matlaga B.R., Lingeman J.E. "Surgical management of upper urinary tract calculi". Campbell–Walsh's Urology, 10th ed., 2012.
3. Turk C., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz C., "Guidelines on urolithiasis". 2013.

SỎI BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi bàng quang có thể là sỏi từ thận rơi xuống bàng quang thông qua niệu quản hoặc sỏi hình thành ngay tại lòng bàng quang

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau bụng? tiểu khó, tiểu lắt nhắt, nhiều lần?
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: tiền sử từng phát hiện sỏi thận

2.1.2. Khám

Triệu chứng cơ năng

- Tiểu gắt: lan đến vùng hội âm, vùng quai đầu, tinh hoàn, dương vật.
- 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

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.

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, KUB, CT Scan bụng.

2.2. 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
- 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, bướu bàng quang, bất thường niệu đạo, bướu tuyến tiền liệt.

2.3. Chẩn đoán xác định

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

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

Theo Ngô Gia Hy:

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

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu

- Điều trị sạch sỏi
- Điều trị căn nguyên
- Điều trị biến chứng
- Điều trị cụ thể

3.2. Điều trị nội khoa

- Truyền dịch
- Kháng sinh: 1 hay nhiều kháng sinh kết hợp. Vd: Cephalosporin + Quinolone + Aminoglycoside
- Giảm đau: các loại từ tại chỗ tới trung ương. Vd: paracetamol, pethidine, tramadol, voltaren, morphin...
- Chống nôn

3.3. Điều trị 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.
- Mở mở lấy sỏi bàng quang

3.4. Điều trị biến chứng

- 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

3.5. 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

4. DỰ PHÒNG

- Uống nhiều nước: Mỗi ngày bạn nên uống 2 – 3 lít nước, giúp cơ thể đào thải những chất độc, cặn bã ra khỏi thận, bàng quang, từ đó tránh sự kết tủa tạo sỏi.
- Bổ sung thực phẩm ít chất béo: Các loại thực phẩm như trái cây, rau, ngũ cốc nguyên hạt, sữa ít béo hay không béo nên được bổ sung vào thực đơn mỗi ngày.
- Ở những người có tăng axit uric trong máu nên hạn chế thức ăn giàu đạm: Đạm có khả năng làm tích tụ axit uric trong máu, làm hình thành tinh thể muối urat và tích tụ ở bàng quang.
- Bổ sung thực phẩm giàu chất xơ
- Tránh sử dụng các chất kích thích: Bạn nên hạn chế sử dụng bia, rượu, thuốc lá và các chất kích thích khác..
- Khi có dấu hiệu sỏi ở hệ tiết niệu, người bệnh nên nhanh chóng đi thăm khám và điều trị sớm.

5. 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.,

SỎI NIỆU ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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. Những bệnh lý đường tiết niệu dưới là yếu tố nguy cơ ngăn chặn sự tổng 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. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vùng koox tiểu? tiểu nhiều lần, tiểu không hết?
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: tiền sử phát hiện sỏi trước đây

2.1.2. Khám

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.

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 bằng ống thông sắt (Béniqué) sẽ cảm giác ống thông chạm vào sỏi

2.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: Xét nghiệm nước tiểu: có tế bào mũ do viêm niệu đạo, tế bào máu. TPTTBM, Sinh hóa máu: Urê, Creatinin máu cao nếu có biến chứng viêm thận ngược chiều
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng, KUB, CT Scan bụng

2.2. Chẩn đoán xác định

- Thường bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới cấp tính kèm siêu âm, KUB thấy sỏi niệu đạo, nội soi niệu đạo chẩn đoán

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Sỏi tuyến tiền liệt: nằm rải rác hai bên xương mu, nong niệu đạo không có cảm giác chạm sỏi. Bệnh thường đi đôi với tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

2.4. Chẩn đoán 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..

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Xử trí ban đầu

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

3.2. Điều trị nội khoa

- Truyền dịch
- Kháng sinh: 1 hay nhiều kháng sinh kết hợp. Vd: Cephalosporin + Quinolone + Aminoglycoside
- Giảm đau: các loại từ tại chỗ tới trung ương. Vd: paracetamol, pethidine, tramadol, voltaren, morphin...

3.3. Điều trị 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.

- Nếu không thành công, mổ mở bàng quang lấy sỏi

Sỏi niệu đạo trước

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

4. DỰ PHÒNG

- Điều trị triệt để các nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Uống nhiều nước, hạn chế tối đa nhịn tiểu trong cuộc sống và công việc hàng ngày. Người bình thường, được khuyến cáo uống 2 lít nước một ngày.
- Tránh các trường hợp bất động lâu ngày. Việc chăm chỉ hoạt động thể chất luôn là một cách dự phòng tốt nhất để có một cơ thể khỏe mạnh
- Hãy thực hiện một chế độ ăn giảm natri và tăng kali, hạn chế đạm động vật...

5. 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

1. 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

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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.

2. 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.
- 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.

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%).

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	400 mg	1 viên/ngày	3 ngày
Cerfuroxim	125-250 mg	1 viên x 2 lần/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

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.

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. NHIỄM KHUẨN NIỆU KHÔNG TRIỆU CHỨNG 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.

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 – bàng 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, Sulphonamides, Tetracycline, Rifampicin, Amphotericin B. Tránh sử dụng Ceftriaxone do có nguy cơ gây vàng da.

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

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.

- 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...

TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: tiểu nhiều lần
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: tuổi, gia đình

2.1.2. Khám

Triệu chứng cơ năng

Có 2 đặc điểm:

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.

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							

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).

Chất lượng cuộc sống	Hoan ngênh	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

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

Đánh giá:	▪ 0 – 7: bình thường
Tổng điểm	▪ 8 – 19: trung bình
	▪ > 20: nặng

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

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, bứu bàng quang, hẹp niệu đạo, viêm TTL, bàng quang thần kinh, nhiễm trùng niệu, dị vật đường niệu....

a. 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.

1. 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: TPTTBM, ion đồ...
- 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.

1.2. Chẩn đoán xác định

1.3. 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 chướng ngại vật cần kiểm tra bàng quang thần kinh, ung thư bàng quang...

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. 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 phàn nàn của BN về các triệu chứng
- + 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.

2.2. Điều trị nội khoa

Các thuốc chẹn alpha

- *Alfuzosin*: liều 10mg x 1 lần/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.

- Oxybutynin ER 2-3 lần x 5 mg
- Solifenacin (versicare): 1 lần x 5-10 mg

Thuốc đối kháng vasopressin - 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
- 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 được thảo gồm: cây cọ lùn Nam Mỹ (*serenoa repens*), cây mận châu Phi (*pygeum africanum*), cỏ ngò 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*)...

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.

2.3. Điều trị ngoại khoa

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

A. 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.

A. 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.

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

2.4. 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. 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 mu. 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.

3. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- . Cần tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh thuốc.

4. 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

CHẤN THƯƠNG THẬN

1. 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.

1. Chấn thương thận kín

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

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.

3. Phân loại tổn thương

a. 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.

b. 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.

c. Phân độ 3

Vỡ chủ mô thận trên 1cm.

d. 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.

e. 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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh nhân với mạch 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 thăm sát thận. Tổn thương lớn phải được mổ thăm sát. Nếu thấy tổn thương nhỏ trên UIV hoặc MSCT scan kèm theo chảy máu sau phúc mạc thận phải được mổ thăm sát và khâu lại

2.2. Bệnh nhân với mạch huyết áp ổn định

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

3. ĐIỀU TRỊ

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.

3.2. Vết thương thận

Tất cả các vết thương thận do đạn hay do dao đâm cầm 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.

4. 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.
- 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.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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.
- Chandhoke PS, McAninch JW (1988): Detection and significance of microscopic hematuria in patients with blunt renal trauma. *J Urol*; 140:16-18.
- Coburn M (2002): Damage control surgery for urologic trauma: An evolving management strategy. *J Urol*; 160:13.
- Santucci RA, McAninch JW (2000): Diagnosis and management of renal trauma: Past, present and future. *J Am Coll Surg*; 191:443-451.

XOẮN DÂY TINH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- 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. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các công việc của chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau tinh hoàn
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: Thay đổi đột ngột nhiệt độ từ nóng sang lạnh, tinh hoàn ỉn, đã chẩn đoán xoắn dây tinh, thoát vị bẹn, sau chấn thương.

2.1.2. Khám

- 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

- 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

2.2. 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

2.3. 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

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

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

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Xử trí ban đầu

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

3.2. 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

Thuốc:

- Truyền dịch
- Kháng sinh: 1 hay nhiều kháng sinh kết hợp. Vd: Cephalosporin + Quinolone + Aminoglycoside
- Giảm đau: các loại từ tại chỗ tới trung ương. Vd: paracetamol, pethidine, tramadol, voltaren, morphin...

3.3. Biến chứng

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

4. TIỀN 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.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Đăng Diệu (2003), “Cơ quan sinh dục nam”, Giải phẫu ngực – bụng, NXB Y Học, tr. 388 – 398.
- Nguyễn Thành Như (2013), “Xoắn tinh hoàn”, Nam khoa lâm sàng, NXB Tổng Hợp.
- Nguyễn Quang Quyền (2001), “Cơ quan sinh dục nam”, Bài giảng giải phẫu học, NXB Y Học, tập 2, tr. 245 – 250.
- Tali B. (2010), “Clinical predictors for testicular torsion as seen in the pediatric ED”, *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 28, pp. 786 – 789
- Tekgul S. (2017), “Acute scrotum in children”, *Guidelines on paediatric urology*, pp. 17 – 20

BUỚU LÀNH TÍNH Ở THẬN

1. 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.

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

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

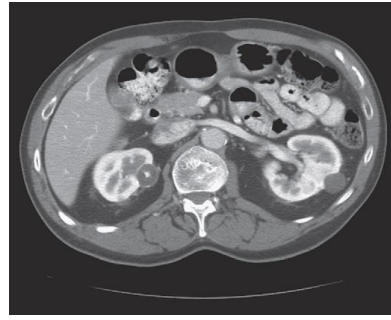
Phân loại Bosniak là phương pháp hữu ích nhất trong việc khảo sát các nang thận. Nhìn chung, Bosniak type I, II, và IIF thường là lành tính, do đó không cần điều trị, cần theo dõi bằng hình ảnh học.

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 bứu 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 hoá, 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

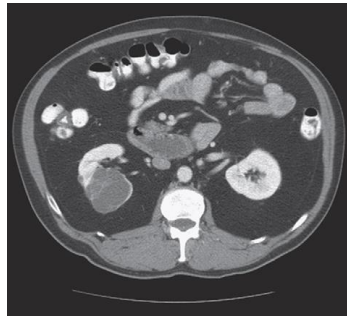
Vì loại III và IV nguy cơ ác tính cao nên cần được điều trị phẫu thuật cắt bỏ. Đa số bứu nang đơn giản thường không cần tiếp tục theo dõi hoặc điều trị. Nang lành tính hiếm khi to lên gây đau hoặc tăng huyết áp. Triệu chứng này cũng có thể xảy ra do hậu quả của xuất huyết trong nang tự phát hoặc chấn thương làm vỡ nang. 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 gần với các cấu trúc quan trọng của thận, nên nội soi là phương pháp tiếp cận an toàn và hiệu quả



A



B



C

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

2. 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.

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.

Về mô học, oncocytoma biệt hóa bao gồm các tế bào biểu mô to, đồng đều, với bào tương ư 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

3. 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.

- 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.

Có hai 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

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.

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.

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

Chụp cộng hưởng từ (MRI):

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

Thuyên 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 niệu 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

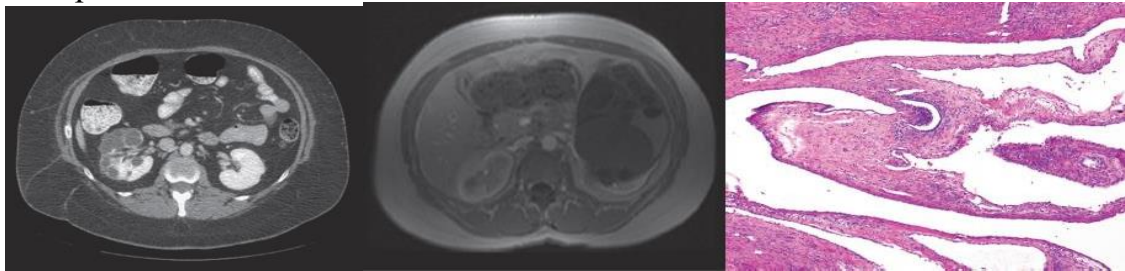
người có khối bướu đã bị xuất huyết, điều trị tắc mạch chọn lọc hoặc cắt thận bán phần thường được khuyến cáo.

4. 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

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

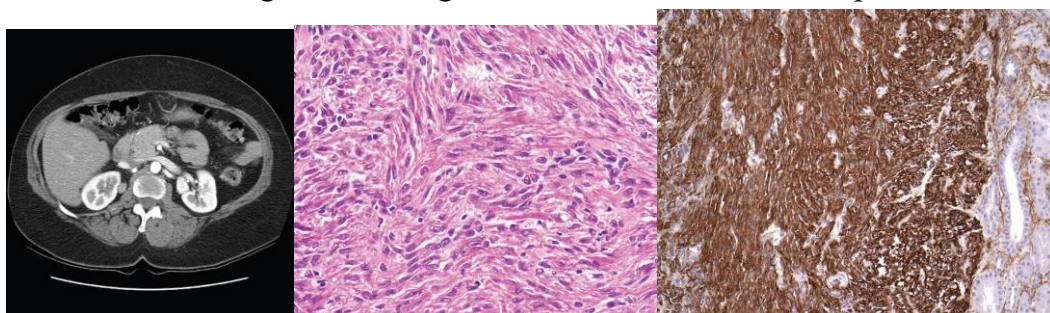


Hình 5. CT (hình A) và MRI (hình B) không giúp phân biệt với RCC hoặc bướu Wilms dạng nang. **Hình C:** các khoảng không gian trong nang được lót bởi biểu mô phẳng.

- 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. Ở thận thường phát sinh từ bao thận, nhưng bể thận và tĩnh mạch thận cũng có thể gặp. 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

Khó phân biệt bướu cơ trơn và RCC trên hình ảnh học. Bướu lớn có thể phải cần cắt thận, nhưng với bướu ngoại biên nhỏ chỉ cần cắt một phần thận.



A

B

C

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 đoạn của bệnh.

5. 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

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. 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

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kissane JM. The morphology of renal cystic disease. Cystic diseases of the kidneys. John Wiley.

- Rubenstein CH, Hulbert JC, Pharand D et al. Laparoscopic ablation of symptomatic renal cysts. J Urol 1993.

- Alan, Wein and MD PhD (Hon) (2012), "Benign Renal Tumors: Angiomyolipoma.", *Campbell-Walsh Urology – 10th ed*, 51, pp. 1498-1501.

- Badrinath R, Konety MD, MBA, et al. (2012), "*Renal Parenchymal Neoplasms*",

- Smith & Tanagho's General Urology, 8 (22), pp. 330-349.

- 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.

- 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.

- 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*", JUro, (180), pp. 836-843.

CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa

Một chấn thương vùng bìu có thể gây nên các tổn thương: tinh hoàn chuyển chỗ, tụ máu tinh hoàn, vỡ tinh hoàn, có thể có kèm tụ máu bìu, hoặc xoắn tinh hoàn.

Yếu tố nguy cơ

Thường do ẩu đả, tai nạn giao thông, liên quan hoạt động thể thao. Tổn thương tinh hoàn 75% các trường hợp chấn thương bìu.

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Đau

Buồn nôn

Choáng

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

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler

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

- Siêu âm Colour Doppler-duplex

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

- CT hoặc MRI có thể được dùng

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

- Điều trị bao gồm điều trị nội khoa, ngoại khoa.

3.2. Điều trị

1. Tinh hoàn chuyển chỗ

Can thiệp bằng thử 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 tăng khả năng hồi phục của bệnh nhân

5. Xoắn dây tinh

- Phẫu thuật tháo xoắn

4. 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