

TIỀN LIỆT TUYẾN

Tăng sản TLT

a. **LS + CLS**

- **Tiêu máu là triệu chứng thường gặp nhất 80%**
- **IPSS: dùng để đánh giá và theo dõi tắc nghẽn**
 - ♣ 0 – 7: bình thường
 - ♣ 8 – 19: trung bình
 - ♣ 20-35: nặng

QoL: chỉ gồm 1 câu hỏi (nếu phải sống với tình trạng hiện tại đến cuối đời thì cảm thấy thế nào?) 0-6 điểm. BN tự đánh giá chủ quan

- **PSA: không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.**
 - PSA < 2.5 ng/l, xét nghiệm kiểm tra 2 năm/lần
 - PSA 2.5 - 4 ng/l, xét nghiệm kiểm tra mỗi năm/lần
 - PSA 4-10 ng/l => thử tỉ lệ tự do/toàn phần
 - tỉ lệ < 20: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng
 - tỉ lệ >= 20: theo dõi năm/lần
 - 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.
- **RUV: đo qua siêu âm - thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu.**
 - Bình thường < 30ml.
 - >100ml: có tình trạng tắc nghẽn có ý nghĩa. >300ml nghi BQTK
- **Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry):**
 - 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

đo tốc độ nước tiểu

không có giá trị chẩn đoán BPH, chỉ dùng để theo dõi và điều trị

Áp lực đồ bàng quang: làm khi RUV > 300ml nghi BQ TK

Nội soi BQ: không làm thường quy vì có thể gây tổn thương niệu đạo, gây hẹp niệu đạo.
Làm khi thấy bướu nhỏ mà BN có trchung bẽ tắc nhiều, làm để coi cổ BQ có cao không

Điều trị: (sau khi giải quyết vấn đề cấp cứu. Còn cấp cứu coi ở bên

i. Theo dõi:

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

ii. Điều trị nội: xài khi ko có chỉ định điều trị ngoại nhưng lại ko thỏa theo dõi

- **Chẹn alpha:** 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 có vai trò giảm kích thước khi bứu >40g
- **Thuốc 5ARI - 5 alpha reductase:** cơ chế tĩnh
 - 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
 - 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.
- **5ARI + thuốc chẹn alpha:** CD
 - có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml, Qmax giảm.
 - điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.

iii. Điều trị ngoại

- **Chỉ định điều trị ngoại** gồm 2 nhóm:

- **CD tuyệt đối:** Giai đoạn biến chứng khi bù trừ ko hiệu quả

+ Tắc nghẽn nặng: Bí tiểu nhiều lần, RUV > 100 ml

+ Có biến chứng:

+ Sỏi BQ, sỏi trong túi ngách

+ Túi thừa BQ

+ NTT tái phát

+ Tiểu máu tái đi tái lại

+ Thận ứ nước dân NQ, suy thận

- **CD tương đối Điều trị nội không hiệu quả**

- **Phương pháp:**
 - **Cắt đốt nhân BPH nội soi qua niệu đạo - TURP:**
 - **tiêu chuẩn vàng** trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt
 - Chỉ định: bứu < 80ml
 - **Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo - TUIP**
 - 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.
 - **Mổ mở :**Chỉ định:
 - **Khó cắt qua nội soi**
 - Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt **có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml** (slide ghi 100g)
 - có yếu tố cản trở không cắt đốt nội soi được
 - **Bứu 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 cấp cứu - theo phác đồ BVBD + giải đáp bộ môn y12 TN1

- Bí tiểu cấp => Đặt sonde tiểu 3 ngày + KS + chen alpha; thất bại thì dẫn lưu BQ trên xương mu
- Suy thận cấp (dẫn NQ, BUN creatinin tăng, cầu BQ mạn tính) => sonde tiểu => Nếu ko cải thiện nhiều thì dẫn lưu bq trên mu. Nhưng mà có câu 113 y12 tn1 thì suy thận cấp lại chọn mổ bq ra da luôn, kì vl
- NTT, viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn => mổ bq trên xương mu

=> nhưng theo giải đáp của bộ môn thì sonde tiểu có vai trò hạn chế, hơn nữa đặt sonde tiểu lưu có nguy cơ nhiễm trùng => Tối ưu nhất vẫn là mổ BQ ra da đối với điều trị cấp cứu phì đại TLT gây STC

CHẤN THƯƠNG HỆ NIỆU

Tổn thương bàng quang

a. Vỡ BQ

• Chấn vỡ BQ:

- Cơ chế CT
- TCLS chung vỡ BQ: tứ chứng
 - **Choáng**: xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng 30p đầu sau chấn thương.
 - **Đau vùng hạ vị** lan đến hai hố chậu ± phản ứng thành bụng.
 - **Buồn tiểu nhưng không tiểu được** hoặc **tiểu máu 20-40 ml**
 - **Đặt thông niệu đạo-bàng quang**: chỉ ra khoảng **20-40ml nước tiểu lẫn máu**. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước thoát ra ít hơn nước bơm vào, trừ khi

ống thông chui qua lỗ thủng vào ổ máu tụ hoặc vào phúc mạc.

- **CLS**: CĐXD và mức độ = **cystography** và **CT cystography** (chụp khi có tiểu máu đại thể hoặc các DH khác nghi ngờ TT BQ)

• Cystography: chỉ định

- Chấn tổn thương bàng quang **ko do phẫu thuật**
- **Gãy xương chậu + tiểu máu đại thể**
- **Tiểu máu đại thể**

=> UCR và XQBĐKSS chẩn đoán được 100% tổn thương BQ

• CT cystography

- Độ nhạy 90-95% Độ đặc hiệu 100%
- Giúp chẩn đoán **mảnh xương vỡ trong bàng quang, tổn thương cổ bàng quang**. Đánh giá các cơ quan khác => Có mảnh xương

vỡ hoặc tổn thương cổ BQ là chỉ định PT của vỡ VQ ngoài phúc mạc

• Soi bàng quang: Chẩn đoán tổn thương bàng quang sau phẫu thuật

- Chẩn đoán rò bàng quang
- Dị vật bàng quang

	Tổn thương đụng dập	Vỡ BQ trong PM	Vỡ BQ ngoài PM	Vỡ BQ phức tạp
Bệnh cảnh		<ul style="list-style-type: none">• sau 1 tai nạn mà lúc đó bàng quang bệnh nhân đang căng• sau 1 phẫu thuật tiết niệu như Turb, các phẫu thuật sàng chậu như TVT, TOT	Thường xảy ra kèm vỡ khung chậu, di lệch khớp mu. Sau 1 PT do phẫu thuật sản phụ khoa, ngoại tổng quát, niệu	
LS	Tiểu máu, ko có các TC nặng các thể khác Nếu tổn thương nặng - thành bàng quang bị hoại tử sau 3-5 ngày => thủng, rò bàng quang-ÂĐ/sau sanh, vỡ bàng quang vào ổ bụng/4-7 ngày sau mổ.	- HC xuất huyết nội: tiếng kêu Douglas, PU phúc mạc sau 12h. cả bụng, chướng bụng sau 24h - Gõ đục 2 bên hông	- Gãy cung trước xương chậu, lệch khớp mu - Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị - Sốt cao sau 24 giờ. - Sau 72 giờ có HC nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân sốt cao mach 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, vùng hội âm	Bệnh cảnh gãy khung chậu nặng, gây ra: <ul style="list-style-type: none">• Vỡ BQ dưới PM• Vỡ mặt trước trực tràng (dưới PM) => Phân lẫn máu và nước tiểu• Rách HM – cơ thắt HM

Sonde tiểu (sau khi chụp UCR – ĐB máu ở lỗ niệu đạo)	Nước tiểu ra bình thường	Đặt thông niệu đạo-bàng quang: chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang: thấy nước thoát ra ít		
UCR aka cystography	Không thoát thuốc cản quang	Thuốc cản quang lan tỏa vào giữa các quai ruột. Sau tháo thuốc ra: <ul style="list-style-type: none">▪ Thuốc ứ đọng ở 2 hốc chậu.▪ Thuốc đọng ở túi cùng Douglas. Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liềm hơi dưới hoành	Bàng quang có hình giọt nước, hình ngọn lửa + Thuốc đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang. sau khi tháo thuốc ra → Thuốc đọng lại ở khớp mu	
Điều trị CT BQ không do y thuật	Điều trị bảo tồn (chống shock nếu có, KS, dẫn lưu nước tiểu liên tục)	- Gần như luôn phải PT + dẫn lưu dịch ổ bụng - Nếu TT không phức tạp (sau TURB hoặc không phát hiện được trong quá trình mổ) không có viêm phúc mạc và tắc ruột à Dẫn lưu trong PM, điều trị bảo tồn <i>TURB là cắt bướu BQ qua đường niệu đạo</i>	Có thể điều trị bảo tồn (kháng sinh, giảm đau và đặt thông niệu đạo bàng quang). PT khi <ul style="list-style-type: none">• ảnh hưởng đến cổ bàng quang• mảnh xương gãy trong thành bàng quang• thương tổn trực tràng âm đạo kết hợp,• lỗ thủng lớn phức tạp gây tụ dịch ngoài bàng quang có triệu chứng.	PT <ul style="list-style-type: none">• Dẫn lưu máu tụ ở vị trí thấp nhất + HMNT chuyên lưu nếu có VT trực tràng.• Khâu vết rách, mở BQ ra da• Cố định xương chậu• Đóng HMT khi ổn• Thương tổn niệu đạo: xử trí sau 36m khi nhiễm trùng đã khỏi => Chỉ thực hiện các PT cần thiết cứu sống BN, tạo điều kiện PT tạo hình về sau

CHẤN THƯƠNG THẬN

CHẨN ĐOÁN

- Cơ chế chấn thương
- Tiểu máu
- Hở thất lưng đầy, đau và đề kháng nửa bụng bên bị chấn thương, sờ thấy khối máu tụ quanh thận là các dấu hiệu chấn thương thận nặng
- Choáng
 - Chỉ định phải mổ thám sát thận:
 - Tuyệt đối
 - Có dấu hiệu thận đang chảy máu
 - Khối máu tụ quanh thận lan rộng
 - Sờ thấy khối máu tụ quanh thận đập theo nhịp mạch
 - Tương đối
 - Thoát nước tiểu
 - Nghi ngờ tổn thương ĐM phân thùy thận: CT scan không quan sát thấy rõ hình ảnh của một vùng chủ mô thận tương ứng với 1 phân thùy thận, khoảng 20% TH do tổn thương một mạch máu phân thùy)
 - Tổn thương > 20% diện tích nhu mô

Tuyệt đối - slide tiếng anh

- Tổn thương cuống thận độ V => Cắt thận
- Mất máu nhiều => Cắt thận/khâu thận

Tương đối:

- chảy máu dai dẳng > 2 đơn vị ngày
- Thoát nước tiểu ra ngoài vỏ bao KÈM thiếu máu vùng nhu mô thận
- Đánh giá giai đoạn ko đầy đủ: chỉ khi khối tụ máu lớn + bất thường trên phim one-shot IVP trong mổ (là chụp X quang bể thận bằng đường tĩnh mạch ở phòng mổ, mục đích để kiểm tra thận đối bên có bình thường ko, trước khi thực hiện thám sát và có thể cắt bỏ thận chấn thương. Chỉ định của IVP là khi BN huyết động phải đi mổ ngay ko kịp làm CT)
- CT tụy/ruột đi kèm

- Cắt bỏ thận nếu:
 - Shock mất máu do CT thận
 - Thận dập nát ko bảo tồn được
 - Cắt thận bán phần nếu 1 cực bị dập nát
- Các tổn thương khác:
 - Khi bị đứt đm thận, nếu đến sớm và thận có thể phục hồi được → khâu lại đm thận.
 - huyết khối đm thận: cắt và nối bằng đm hạ vị hoặc đm lách. (THA sau mổ 43%).
 - Khâu lại niệu quản, bể thận + đặt thông dẫn lưu trong NQ nếu có tổn thương

SỎI

II. Đại cương

- Mức độ cản quang giảm dần theo thứ tự:
 - sỏi phosphate calci:
 - trắng ngà, dễ vỡ
 - có thể tạo nên những khối sỏi lớn như san hô.
 - oxalate calci:
 - hay gặp nhất 80% (tính chung oxalate + phosphate là 90%)
 - Nâu đen, rất rắn
 - Gồ ghề => Khó di chuyển
 - sỏi struvite aka PAM:
 - trắng rắn
 - Do NTT => Dễ tái phát

- Do đo thường ở nữ
- đặt sonde, bàng quang tk...
- Gây kiềm hóa nước tiểu do VK tiết men urease
- tạo sỏi san hô: nhắc tới sỏi san hô thì nhớ tới sỏi struvite và NTT nha :3
- Cystine:
 - vàng nhạt
 - Do RL di truyền làm giảm tái hấp thu => gặp ở cả 2 thận
- Ko cản quang:
 - sỏi acid uric
 - nâu sẫm, tròn đều nhẵn, dễ di chuyển => tạo hình ảnh khuyết ở đài bể thận trên UIV - do ko cản quang
 - Dễ tạo nếu pH thấp => Do đó điều trị sỏi urate = kiềm hòa nước tiểu
 - xanthine
- Quá trình bão hòa tạo sỏi: phụ thuộc lượng chất hòa tan, nhiệt độ và pH
- **chất ức chế sự hình thành sỏi: Pyrophosphate, Citrate, Magné, kẽm**
- Mucoprotein:
 - Làm kết tụ ion hòa tan thành tinh thể
 - Nhưng lại ức chế tạo sỏi ở những trường hợp ko tạo sỏi

I. Điều trị sỏi đường niệu

a. Cấp cứu

i. Sỏi thận:

- Nếu bệnh nhân có **niêm 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%.

II. Sỏi NQ:

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 quận 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 quận thận. Diclofenac sodium, 100–150 mg/ngày, 3 – 10 ngày.

Đánh đề thì thấy xử trí NTT/sỏi NQ là vậy:

- **Đầu tiên: điều trị = NSAIDs + giảm co thắt + KS**
- **Ko hết => Dẫn lưu (sonde, mở BQ ra da)**

a. Sau điều trị cấp cứu ổn

i. **Điều trị nội: thuốc giảm co thắt (ức chế alpha) + NSAIDs + nước nếu sỏi chưa có chỉ định ngoại khoa**

• **Điều trị nội khoa thất bại khi**

- Điều trị nội khoa 2 tháng mà sỏi không có dấu hiệu di chuyển (qua 2 lần chụp KUB).
- Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đớn không lao động được.

• **Không có chỉ định phẫu thuật hay thủ thuật trong các trường hợp:**

² Sỏi < 5-6mm, không tiến triển, không gây biến chứng như đau, tiểu máu, nhiễm khuẩn hay bế tắc.

² Màng Randall: nếu màng này còn nằm dưới niêm mạc, chưa phải là sỏi đường tiết niệu.

² Sỏi san hô ở người lớn tuổi có ít hoặc không có triệu chứng.

² Toàn hoá máu do bệnh ống thận.

ii. **Điều trị ngoại**

1. **Chỉ định**

- Sỏi niệu quản $\geq 7\text{mm}$ (khả năng sỏi tự ra rất thấp)
- đau không khống chế được bằng thuốc.
- Gây biến chứng/nguy cơ biến chứng
 - Sỏi gây bế tắc làm NTT
 - Có nguy cơ gây thận ứ mủ hoặc nhiễm khuẩn huyết
 - Sỏi gây bế tắc/thận độc nhất hoặc bế tắc 2 bên

2. **Phương pháp điều trị**

Đoạn xa thì PCNL bị hạn chế, do đường vào là từ thận \Rightarrow tới đoạn xa thì xa nên khó lấy, kiểu như sỏi đoạn cuối OMC thì PTBD ko lấy được á :v

> 2cm thì ESWL hạn chế rồi. Khi đó nếu đoạn gần thì PCNL, đoạn xa thì URS

a. **Tán sỏi ngoài cơ thể ESWL:**

- Vị trí thường được lựa chọn là sỏi thận và niệu quản đoạn trên

☆ **Chỉ định:**

- Sỏi đài bể thận, niệu quản lưng kích thước sỏi dưới 2 cm (cũng có thể chỉ định với sỏi niệu quản đoạn chậu nhưng kết quả thành công thấp hơn nội soi tán sỏi ngược chiều).
- Đường tiểu dưới thận phải thông suốt (để có thể tổng xuất sỏi vụn sau khi tán ra ngoài).
- Không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu (nếu có phải được điều trị ổn định trước khi tiến hành thủ thuật).
- Không có các chống chỉ định toàn thân như béo phì, rối loạn đông máu...

☆ **Chống chỉ định:**

- Phụ nữ đang mang thai.
- Bệnh nhân có suy gan, suy thận.

✧ Tai biến - biến chứng:

- Máu tụ quanh thận.
- Tiểu máu
- Sỏi kẹt niệu quản gây cơn đau bão thận hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Với những trường hợp các mảnh vỡ tạo thành chuỗi (steinstrasse), nếu không gây bế tắc, điều trị nội khoa bằng thuốc ức chế thụ thể alpha adrenergic, tán sỏi ngoài cơ thể hoặc nội soi niệu quản ngược chiều. Nếu có bế tắc hoặc có triệu chứng, tùy trường hợp có thể mở thận ra đa chuyển lưu nước tiểu, nội soi đặt thông niệu quản, nội soi niệu quản ngược chiều hoặc tán sỏi ngoài cơ thể.

b. **Tán sỏi qua da**

✧ Chỉ định:

- Sỏi thận và sỏi niệu quản đoạn lưng thất bại hoặc quá chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể.
- Sỏi niệu quản đoạn lưng, cứng, khâm, kích thước lớn, sỏi niệu quản gây thận ứ nước hoặc bế tắc hoàn toàn. Lúc này tán sỏi niệu quản qua da là bước tiếp theo sau khi dẫn lưu thận và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Phối hợp tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi qua da.

✧ Chống chỉ định

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa điều trị.
- Rối loạn đông máu. Nên ngừng sử dụng Salicylate trước khi can thiệp lấy sỏi tối thiểu 10 ngày.
- Phụ nữ có thai.

✧ Hiệu quả: Sỏi kích thước 3 – 4 cm là 90%.

e. **PTNS lấy sỏi niệu quản qua ngã sau PM**

Hình 8: phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản

✧ Chỉ định:

- Các sỏi niệu quản có kích thước lớn, khâm hoặc gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu không có chỉ định hoặc thất bại qua các phương pháp ESWL, PCNL hay URS.
- Sỏi bể thận đơn giản với bể thận ngoài xoang.
- Không có các phương tiện điều trị ít xâm hại.

✧ Chống chỉ định: sỏi thận, sỏi niệu quản tái phát là chống chỉ định tương đối.

✧ Hiệu quả: PTNS lấy sỏi niệu quản cho kết quả thành công cao > 95%, thất bại thường là trong số chuyển mổ mở lấy sỏi.

✧ Tai biến – biến chứng: biến chứng thường gặp là rò nước tiểu và hẹp niệu quản.

f. **Mổ mở**

✧ Chỉ định:

- Sỏi đường tiết niệu cần can thiệp, nhưng không có chỉ định hoặc thất bại điều trị với các phương pháp ít xâm hại
- Sỏi tái phát hoặc có kèm theo bất thường đường tiết niệu như hẹp, bướu...

✧ Chống chỉ định: chống chỉ định chung của phẫu thuật.

✧ Hiệu quả: nhìn chung mổ mở lấy sỏi đường tiết niệu có tỉ lệ thành công cao > 95%.

Nhiễm trùng tiểu

- Viêm đài bể thận mạn thường ko kèm nhiễm trùng niệu
- <1t: là lứa tuổi duy nhất NTT nam > nữ => do YTNC là da quy đầu
- 1-5t: lq bất thường cấu trúc đường niệu
- 6-16t: liên quan bất thường chức năng
- Phụ nữ trẻ: 20% bị NTT
- > 65t: nam gần nữ và tỷ lệ NTT cao nhất ở nhóm tuổi này (35% và 40%)
- Bệnh nhân nhỏ hơn 1 tuổi và lớn hơn 65 tuổi có tỉ lệ thương tật và tử vong cao nhất.
- Lấy qua đường máu:
 - ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch và ở trẻ sơ sinh.
 - Tụ cầu, lao, nấm Candida
- NT bệnh viện: Pseudomonas và tụ cầu
- PN có thai: GBS
- Phụ nữ trẻ: S.saprophyticus
- Trẻ em: VK ko điển hình (Klebsiella), Enterobacter
- Ko phải NT niệu, chỉ là vẩy trùng:
 - VK yếm khí
 - Lactobaccili
 - Corynebacteria
 - streptococci (không kể enterococci)
 - S.epidermidis
-
- Nghi VBQ tái phát do tái nhiễm => xem có rò ko
- Viêm tiền liệt tuyến:
 - CĐXD = cấy dịch TLT sau mát xa + nước tiểu sau matxa
 - Siêu âm qua lòng trực tràng:
 - VTTLT cấp: khi ko đáp ứng điều trị
 - VTTLT mạn: khi nghi áp xe TLT
- Viêm niệu đạo:
 - cấy mẫu dịch tiết trong niệu đạo
 - UCR: khi viêm niệu đạo tái phát, có TC tắc nghẽn đường tiểu
- Xạ hình thận với DMSA là phương pháp tốt nhất để thấy tạo sẹo ở thận.