

CHẨN THƯƠNG BÀNNG QUANG (Guideline EAU 2017)

Bs TÔ QUỐC HÃN

Phân loại

a) Dựa vào vị trí:

- Trong phúc mạc
- Ngoài phúc mạc
- Kết hợp trong và ngoài

Phân loại

b) Dựa vào tác nhân

- Chấn thương không do y thuật : không xuyên thấu (trong/ngoài) hoặc xuyên thấu
- Chấn thương do y thuật : Trong phúc mạc, ngoài phúc mạc, dị vật

Dịch tễ và bệnh sinh

a) Chấn thương không do y thuật

- Tai nạn giao thông thường gặp nhất
- 44 - 68,5% có kèm theo ít nhất một chấn thương bụng
- Gãy khung chậu kèm theo 3,6%
- 10 -20% có kèm chấn thương niệu đạo
- Vỡ bàng quang trong phúc mạc sau một chấn thương làm tăng áp lực đột ngột gây vỡ ở phần vòm.
- Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc kết hợp vỡ khung chậu (hơn 1 cm) hoặc di lệch khớp mu hơn 1 cm.
- Chấn thương xuyên thấu do đạn hoặc dao đâm...

Dịch tể và bệnh sinh

b) Chấn thương do y thuật:

Trong phúc mạc thương do sau Turb

Ngoài phúc mạc thương gặp hơn , do phẫu thuật sản phụ khoa, ngoại tổng quát, niệu

Dị vật trong bàng quang: dụng cụ nội soi, kim chỉ lằng quên, mesh do phẫu thuật sàn chậu...

Triệu chứng lâm sàng

a) Nhóm triệu chứng vỡ bàng quang chung

- Triệu chứng của chấn thương chung
- Tiểu máu đại thể
- Không thể đi tiểu
- Đau bụng/ Căng tức bụng
- Lượng nước tiểu ra không phù hợp
- Ure máu tăng
- Vết thương đầu ra đầu vào ở bụng, phúc mạc, mông

Triệu chứng lâm sàng

b) Nhóm triệu chứng vỡ bàng quang đặc hiệu

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc (IBT) thường xảy ra sau 1 tai nạn mà lúc đó bàng quang bệnh nhân đang căng
- IBT có thể xảy ra sau 1 phẫu thuật tiết niệu như Turb, các phẫu thuật sàng chậu như TVT, TOT.
- Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc (EBT) xảy ra kèm vỡ khung chậu, di lệch khớp mu.

Cận lâm sàng

1. Siêu âm: không đủ đánh giá vỡ bàng quang, chỉ cung cấp thông tin như bàng quang xẹp, dịch ổ bụng.
2. KUB: đánh giá khung chậu
3. Chụp bàng quang cản quang (Cystography)
 - Cần thiết trong chẩn đoán vỡ bàng quang không do y thuật (Trong/ Ngoài)
 - Bơm ngược dòng vào bàng quang với 350cc và pha loãng thuốc cản quang
 - IBT có hình ảnh thuốc lan tỏa ổ bụng
 - EBT có hình ngọn lửa

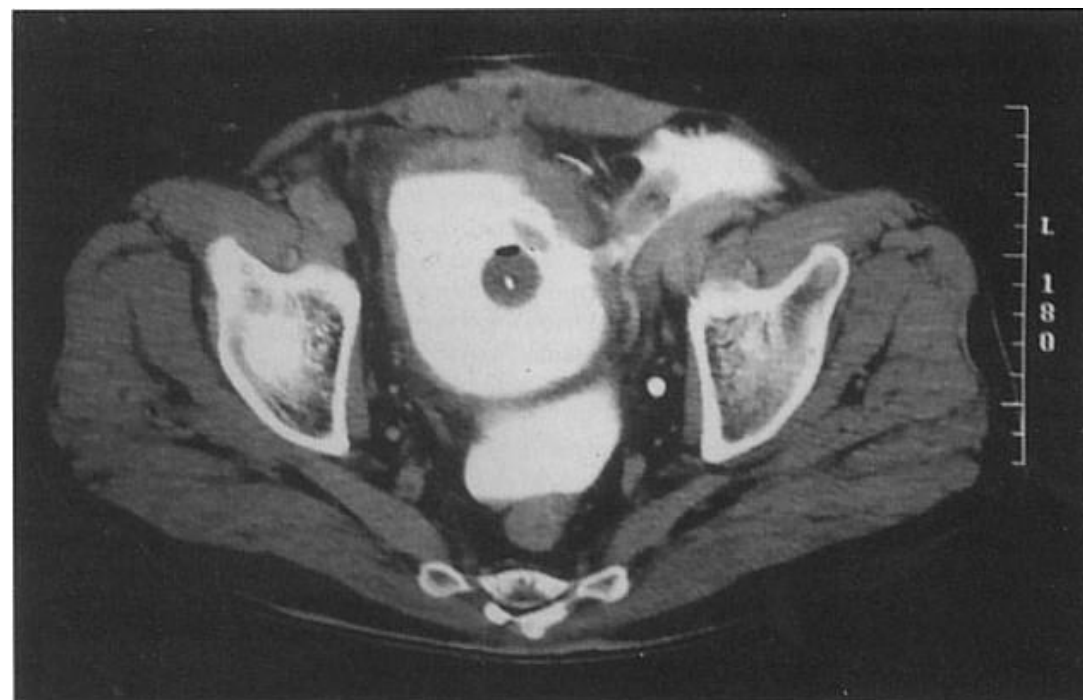
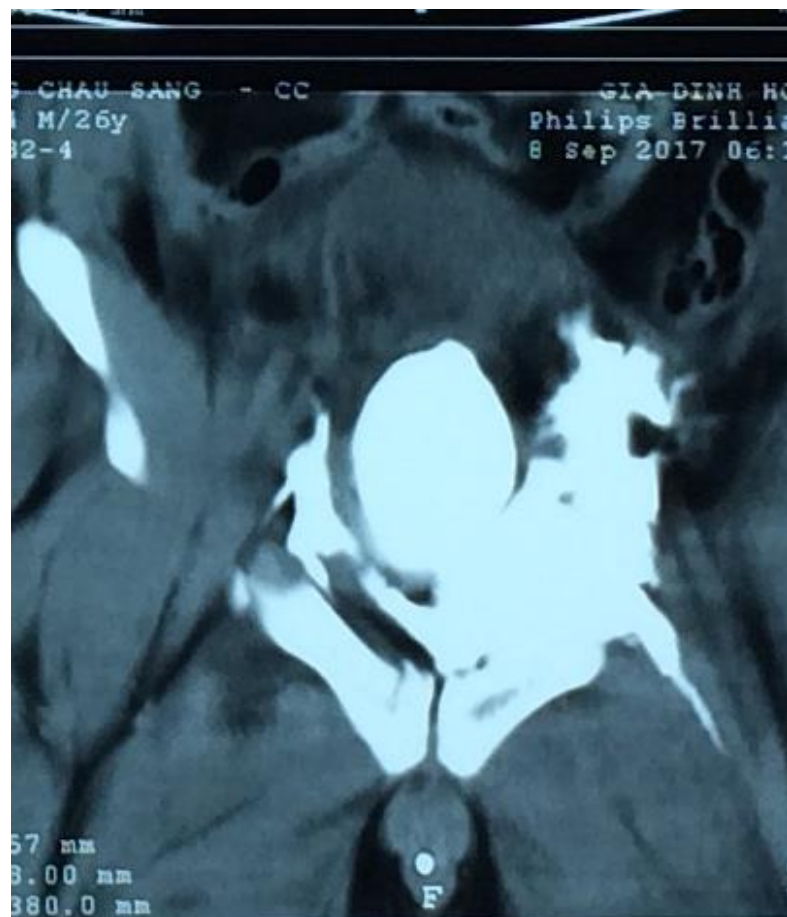
Hình chụp Cystography



Cận lâm sàng

4. 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



Cận lâm sàng

5. Soi bàng quang

- Giúp chẩn đoán những trường hợp tổn thương bàng quang sau phẫu thuật
- Chẩn đoán rò bàng quang
- Dị vật bàng quang

Điều trị

a) Chấn thương bàng quang không do y thuật

- Trong phúc mạc : Phẫu thuật để sửa chữa lại bàng quang (Nội soi hoặc mổ hở), dẫn lưu dịch ổ bụng và đánh giá thương tổn khác.
- Ngoài phúc mạc : Có thể điều trị bảo tồn (kháng sinh, giảm đau và đặt thông niệu đạo bàng quang). Can thiệp phẫu thuật khi tổn thương cổ bàng quang, mảnh xương gài vào thành bàng quang, tổn thương âm đạo, trực tràng.

Điều trị



Điều trị



Điều trị

b) Chấn thương bành quang do y thuật

- Nếu thương tổn bành quang (trong hay ngoài phúc mạc) được phát hiện trong hoặc sau mổ, Phẫu thuật sửa chữa là điều trị tiêu chuẩn.
- Một số phẫu thuật đặt lưới / Mesh gây tổn thương bành quang, có thể điều trị bảo tồn
- Dị vật nên được nội soi hoặc mổ hở lấy ra.

Theo dõi điều trị

- Thông tiểu lưu ít nhất 7-10 ngày
- Nếu điều trị bảo tồn, soi bàng quang nên được thực hiện sau 7-10 ngày xem có rò nước tiểu.

Phòng ngừa

- Làm trống bàng quang khi phẫu thuật vùng chậu
- Đối với mổ Turb nên gây mê với giãn cơ hoặc phong bế thần kinh bịt
- Đi toilet sau tiệc nhậu
- Sử dụng thiết bị bảo vệ vùng chậu (combat pelvic protection system)

Phòng ngừa

