



ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

CHẤN THƯƠNG – VẾT THƯƠNG DƯƠNG VẬT – BÌU

(Đối tượng: SV Y4)

ThS. BS. Đỗ Lệnh Hùng





MỤC TIÊU

- Kể tên các dạng bệnh cảnh LS và định nghĩa từng thể bệnh.
- Nhận biết các dạng thương tổn.
- Nắm chỉ định can thiệp ngoại khoa và nguyên tắc xử lý.





CHẤN THƯƠNG BÌU

- **TỤ MÁU DA BÌU (Cutaneous Scrotal Hematoma)**
- **TRÀN MÁU BÌU (Hematocele))**





TỤ MÁU DA BÌU

- Khu trú da bìu, không lan đến khoang giữa bao trắng và tinh mạc.
- Nguyên nhân có thể:
 - ✓ CT trực tiếp vào bìu.
 - ✓ CT niệu đạo.
 - ✓ Máu lan dưới da từ những nguồn chảy máu lân cận.





TRÀN MÁU BÌU

- Là sự tích tụ máu trong khoang giữa bao trắng và tinh mạc.
- Nguyên nhân:
 - ✓ CT bìu, tinh hoàn, mào tinh hoặc thừng tinh. Hầu hết do vỡ tinh hoàn.
 - ✓ Sau phẫu thuật (Thắt ống dẫn tinh, tràn dịch tinh mạc v.v...)
 - ✓ Máu trong khoang bụng có thể tích tụ ở bìu khi còn tồn tại ống phúc tinh mạc.





TRÀN MÁU BÌU





ĐÁNH GIÁ TỤ MÁU BÌU (1)

Bệnh sử và khám lâm sàng lưu ý:

- Máu tụ tăng sinh môn
- Tụ máu dương vật
- Ra máu miệng niệu đạo ngoài (thường thấy trong CT niệu đạo).





ĐÁNH GIÁ TỤ MÁU BÌU (2)

Siêu âm Doppler bìu

- Biện pháp đầu tiên
- Đánh giá sự toàn vẹn của bao trắng tinh hoàn
(thấy vị trí bị vỡ 20% TH)
- Đánh giá độ phản âm của tinh hoàn
(Phản âm không đồng nhất sau CT: dấu hiệu chẩn đoán)
- Đánh giá tưới máu tinh hoàn với Doppler





ĐÁNH GIÁ TỤ MÁU BÌU (2)

- **TPTNT**

(HC trong nước tiểu gợi ý CT niệu đạo)

- **Chụp niệu đạo ngược dòng có cản quang**

(khi nghi ngờ CT niệu đạo)

- **CTscan có cản quang**

(khi nghi ngờ có xuất huyết nội)





ĐIỀU TRỊ

- Khi tụ máu bầm gây ra do những tổn thương phối hợp (CT niệu đạo, vỡ tinh hoàn, CT trong ổ bụng, v.v...) cần điều trị những tổn thương phối hợp.
- Tụ máu da bầm thường tự có thể giải quyết không cần can thiệp đặc hiệu và được điều trị hỗ trợ với băng nâng đỡ bầm và chườm lạnh cách hồi.





ĐIỀU TRỊ

Tràn máu bìu sau mổ hoặc do xuất huyết nội:

- Tụ máu nhỏ, ổn định (ngưng chảy máu): có thể điều trị bảo tồn bằng băng nâng đỡ bìu và chườm lạnh cách hồi.
- Tràn máu lớn: khuyến cáo dẫn lưu bìu ngừa nhiễm trùng, đau kéo dài, thiếu máu tinh hoàn do chèn ép.





ĐIỀU TRỊ

Tràn máu do CT:

- Hầu hết do vỡ tinh hoàn.
- Khi cơ chế CT gợi ý tổn thương tinh hoàn nặng và vỡ tinh hoàn:

Chỉ định can thiệp ngoại khoa.





CHẤN THƯƠNG TINH HOÀN (1)

- Phần lớn gây ra do những CT kín từ hoạt động thể dục thể thao.
- Có thể ảnh hưởng lên chức năng sinh sản và nội tiết.





CHẨN THƯƠNG TINH HOÀN (2)

- **TỤ MÁU TINH HOÀN (không vỡ)**
- **VỠ TINH HOÀN**
- **XOẮN TINH HOÀN**
- **TINH HOÀN CHUYỂN VỊ**





TỤ MÁU TINH HOÀN (không vỡ)

- Siêu âm: 1 vùng echo kém hoặc không đồng nhất.
- LS và hình ảnh học không thể phân biệt chắc chắn tụ máu và vỡ TH.
- ➔ Cần mổ thám sát loại trừ vỡ TH.
- Cơ chế CT gợi ý CT nặng, nghi ngờ vỡ TH: chỉ định can thiệp ngoại khoa.
- Trong một vài trường hợp, siêu âm gợi ý tụ máu trong tinh hoàn nhưng mổ thám sát không thấy vỡ tinh hoàn. Trong những trường hợp này, chẩn đoán phân biệt bao gồm: tụ máu tinh hoàn (không vỡ) và bứt rứt tinh hoàn phát hiện tình cờ. Cần theo dõi bằng siêu âm nhiều tuần sau để chứng minh tụ máu trong tinh hoàn đã được thu xếp. Nếu sang thương không được tự giải quyết, phải nghi ngờ bứt rứt tinh hoàn.





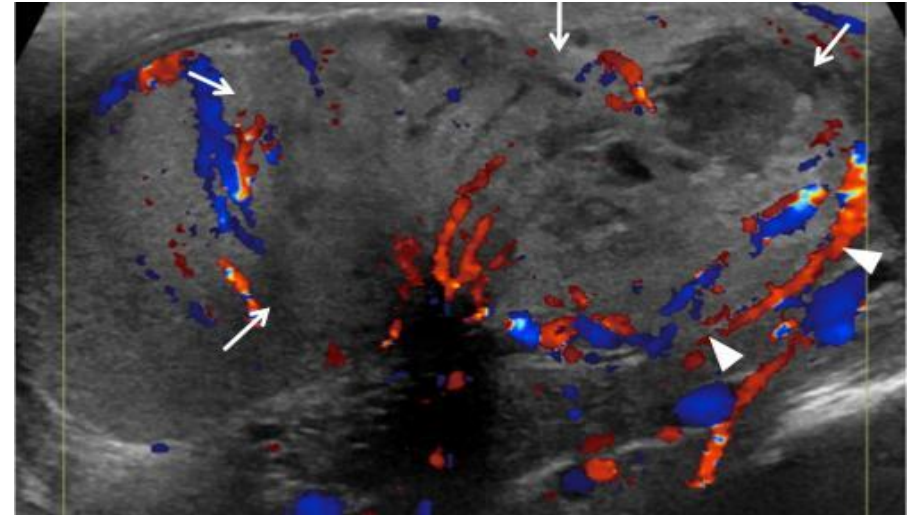
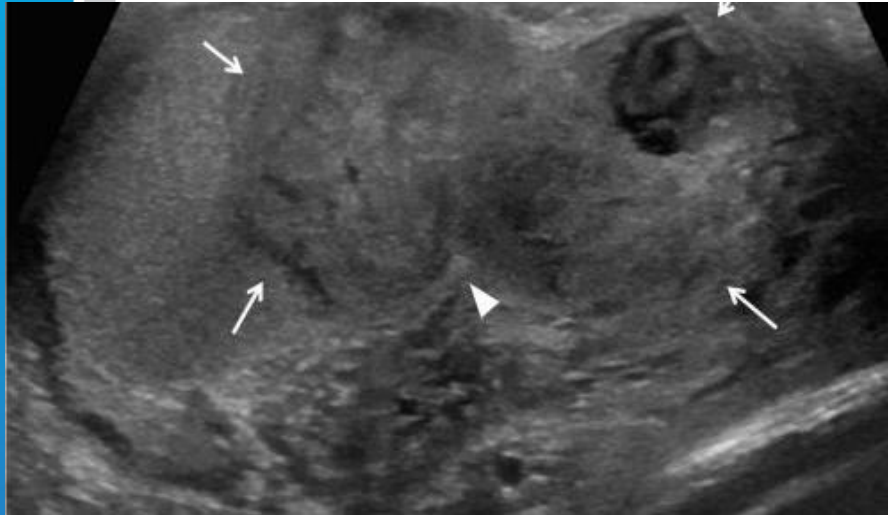
VỠ TINH HOÀN (1) (Testicular rupture)

- Là tình trạng rách bao trắng của tinh hoàn, thường dẫn đến tình trạng phòi ra các ống sinh tinh và tràn máu tinh mạc.
- Siêu âm: cấu trúc echo không đồng nhất. 20% thấy vị trí vỡ ở bao trắng. Sự trôi ra của những ống sinh tinh có thể thấy.
- Cơ chế CT gợi ý CT tinh hoàn nặng và vỡ tinh hoàn: chỉ định can thiệp ngoại khoa nhanh chóng, cả khi siêu âm không xác định được.
- Là một cấp cứu đòi hỏi can thiệp ngoại khoa không trì hoãn. 80 – 90% được cứu sống khi PT trong vòng 72 giờ (CT kín). 32 – 45% nếu trì hoãn sau 72 giờ. PT nhanh chóng giúp tránh tình trạng mất TH, NT, vô sinh và đau mạn tính.





VỠ TINH HOÀN (2)



Gray scale US images of the left testis show disruption of the tunica albuginea (arrowhead in A) in the inferior medial portion of the left testicle with a contour (arrows in A, B) abnormality secondary to extruded testicular parenchyma with accompanying hematoma (arrow in B).





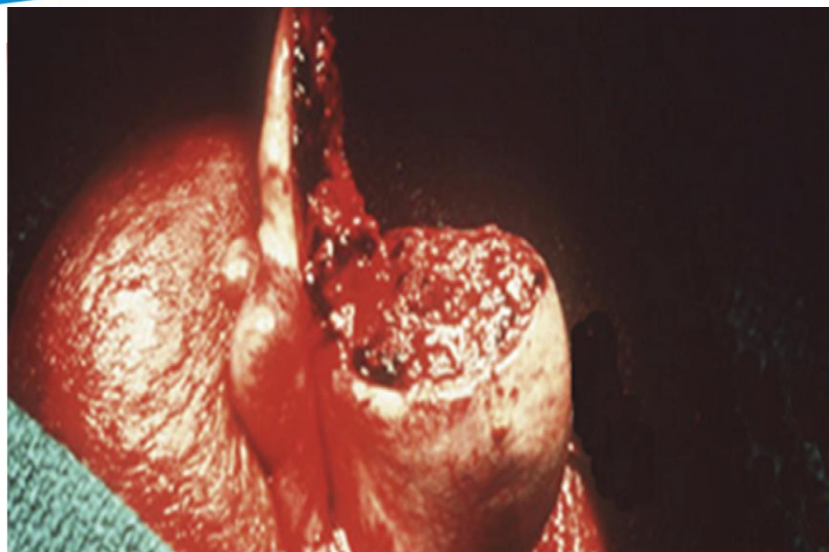
CAN THIỆP NGOẠI KHOA

- Mở bìu và dẫn lưu máu tụ.
- Cắt lọc phần ống sinh tinh phôi ra và mô hoại tử.
- Khâu lại bao trắng với chỉ tan 4/0.
- Sửa chữa những thương tổn ở mào tinh.
- Dẫn lưu penrose khoang cạnh tinh hoàn và đưa ra ngoài da không qua vết mổ. Lưu dẫn lưu 24 – 36 giờ.
- Dùng kháng sinh phổ rộng 7 ngày.
- Nếu chỉ còn ít mô tinh hoàn có thể sống được nên cắt bỏ tinh hoàn.





CAN THIỆP NGOẠI KHOA





XOẮN TINH HOÀN (Testicular Torsion)

- Cần mổ cấp cứu ngay, tháo xoắn và cố định 2 tinh hoàn.





TÌNH HOÀN CHUYỂN VỊ (1)

- Là tình trạng tinh hoàn di chuyển đến vị trí khác không nằm trong bìu. Thường xảy ra do CT kín vào bìu hay tầng sinh môn, đặc biệt là những tai nạn xe mô tô tốc độ cao, người lái xe đập bìu và tầng sinh môn vào bình xăng.
- Chuyển vị tinh hoàn có thể một hoặc hai bên.
- Những vị trí có thể chuyển vị vào: bụng, mu, ống bẹn, ống đùi, dương vật và tầng sinh môn.
- Xoắn và vỡ có thể xảy ra ở một tinh hoàn bị chuyển vị.





TÌNH HOÀN CHUYỂN VỊ (2)

- BN đến khám với một bên búi không thấy TH và đau cùng bên. Khi nghi ngờ TH chuyển vị và không sờ thấy khi khám, siêu âm và CT scan có thể giúp xác định vị trí. Siêu âm Doppler giúp xác định xoắn hoặc vỡ tinh hoàn phối hợp.
- Điều trị đòi hỏi mổ thám sát nhanh chóng đính lại tinh hoàn ngăn ngừa teo tinh hoàn, vô sinh và mất chức năng nội tiết. Khuyến cáo mổ đường bẹn tránh thao tác mù trên mạch máu tinh.





GÃY DƯƠng VẬT (1) (Penile Fracture)

- Là tình trạng vỡ hoặc rách bao trắng thể hang, xảy ra khi một lực gấp mạnh quá mức tác động lên dương vật đang cương cứng.
- Ở phương Tây, thường xảy ra trong quá trình giao hợp thô bạo, DV bị trượt ra khỏi âm đạo và đập vào tầng sinh môn hay xương mu. Ở VN, nguyên nhân thường gặp là do dùng tay bẻ.





GÃY DƯƠNG VẬT (2)

- Gãy DV hầu như luôn luôn xảy ra ở DV đang cương cứng. Vết rách hầu như luôn xảy ra ở phía xa dây chằng treo DV và thường theo chiều ngang.
- Nguy cơ lâu dài của gãy DV: rối loạn cương và bệnh Peyronie's (mảng cứng, DV cong và đau khi cương). Khi có tổn thương niệu đạo kèm theo, nguy cơ về sau có thể kèm: hẹp NĐ, ngắn dương vật.





BIỂU HIỆN LS (1)

- Ở thời điểm gãy, nghe tiếng bốp hay rắc như tiếng “bẻ ngón tay” và ngay sau đó DV sẽ mềm xuống lập tức và đau.
- Chảy máu từ chỗ gãy thường làm đầy mô dưới da, tạo ra khối máu tụ với sưng và mảng bầm máu dưới cân Buck. Khối máu tụ thường làm cho dương vật cong sang bên, nhìn giống như hình ảnh quả cà tím “eggplant deformity”. Nếu như cân Buck bị rách, khối máu tụ có thể lan rộng đến tầng sinh môn, bìu và vùng mu. Thỉnh thoảng, những máu cục hình thành tại chỗ rách có thể làm giảm chảy máu vào mô xung quanh và làm cho biểu hiện lâm sàng ít ấn tượng.





BIỂU HIỆN LS (2)





BIỂU HIỆN LS (3)

- Khoảng 10 – 20% trường hợp, vết rách thể hang lan đến niệu đạo gây tổn thương niệu đạo, thường biểu hiện với ra máu miệng niệu đạo ngoài và tiểu khó. Có thể kèm tiểu máu, tiểu đau và bí tiểu. Tuy nhiên, vẫn có thể có tổn thương niệu đạo kèm theo mà không xuất hiện những biểu hiện trên. CT niệu đạo có khả năng xảy ra với vỡ thể hang 2 bên hơn là 1 bên.
- Những nguyên nhân khác có biểu hiện LS giống như gãy DV gồm: rách ĐM lưng DV, rách tĩnh mạch DV và rách dây chằng treo DV.





CHẨN ĐOÁN (1)

- Chủ yếu dựa vào LS. Khi LS phù hợp, các xét nghiệm CLS không cần thiết.
- Khi biểu hiện LS không rõ, cần mổ thám sát vì các xét nghiệm nói chung không mấy đáng dựa vào, tuy nhiên một số xét nghiệm có thể hỗ trợ thêm như:
 - ✓ Chụp hình thể hang (ít thực hiện)
 - ✓ Siêu âm: âm tính không thể loại trừ vì 1 cục máu cục có thể che lấp chỗ gãy và những vết rách nhỏ ở bao trắng có thể bị bỏ sót.
 - ✓ MRI: có thể chính xác hơn chụp hình thể hang và siêu âm.





CHẨN ĐOÁN (2)

- Hội nghị SIU 2004 đồng thuận chụp hình niệu đạo cản quang ngược dòng (RUG/UCR) để phát hiện CT niệu đạo cho tất cả trường hợp gãy DV.
- RUG/UCR cần chắc chắn được thực hiện khi có những tiêu chuẩn sau: ra máu miệng niệu đạo ngoài, tiểu máu, tiểu khó, vỡ thể hang 2 bên hoặc nghi ngờ có tổn thương niệu đạo.





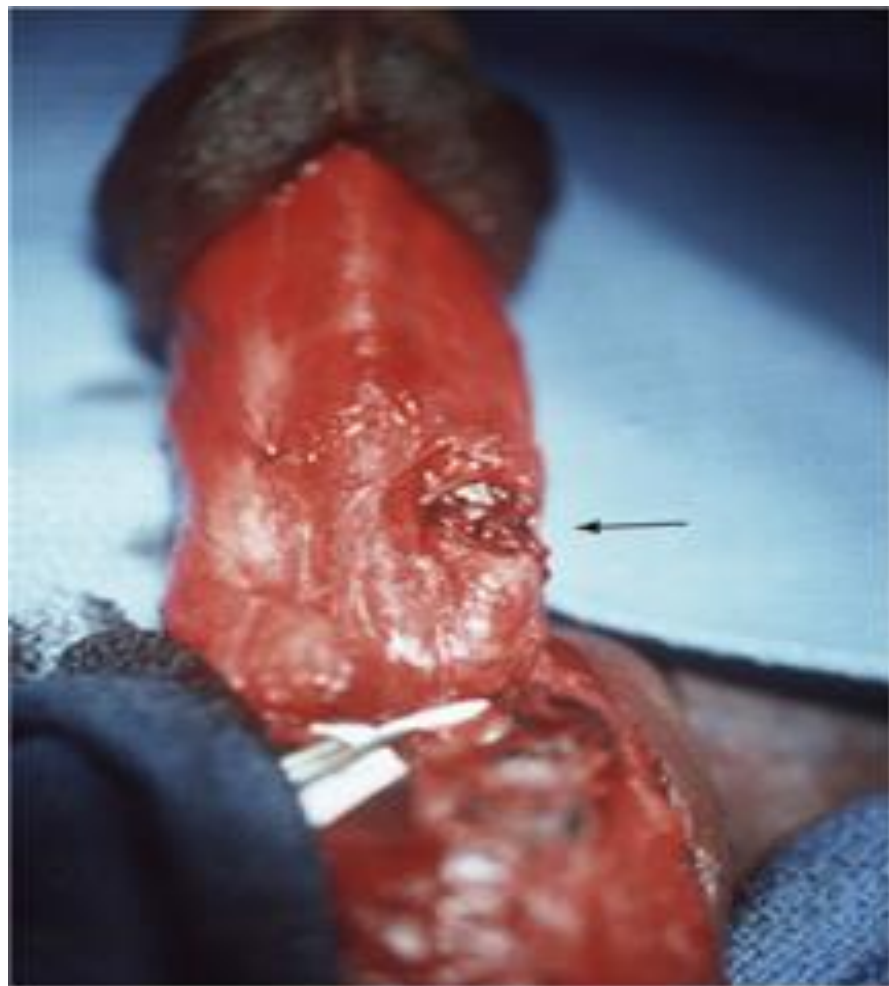
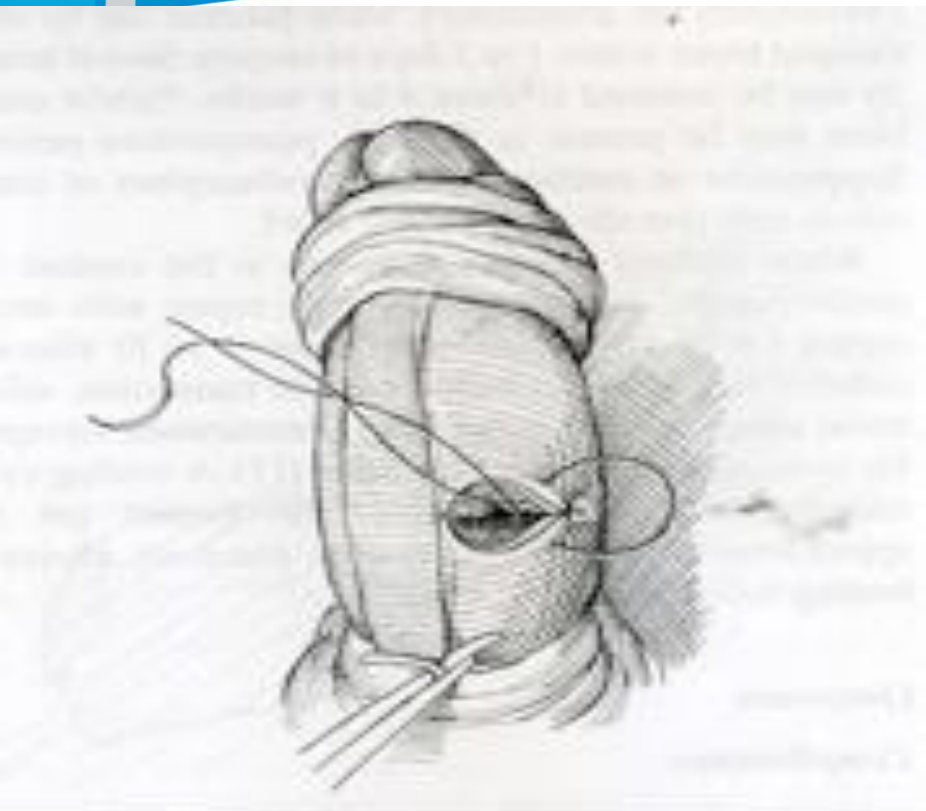
ĐIỀU TRỊ (1)

- Là 1 cấp cứu ngoại khoa không trì hoãn. Điều trị sớm có ít nguy cơ bị cong DV, rối loạn cương.
- Điều trị ngoại khoa:
 - Vết mổ:
 - Đường rạch vòng quanh thân DV đoạn xa (đường mổ cắt da quy đầu): tuột da dương vật xuống giúp bộc lộ toàn bộ vật hang và niệu đạo.
 - Vết mổ trực tiếp trên chỗ khuyết thể hang không được ưa chuộng nhiều vì bộc lộ giới hạn.
 - Quan sát vật hang và vật xóp tìm chỗ tổn thương.
 - Lấy máu tụ và cầm máu.
 - Cắt lọc chỉ khi thực sự cần thiết.
 - Khâu kín vết rách bao trắng bằng chỉ tan. Nên khâu để mỗi chỉ vào trong tránh sờ thấy mỗi chỉ bên ngoài da.





ĐIỀU TRỊ (2)





ĐIỀU TRỊ (3)

Tổn thương niệu đạo kèm theo:

- Đứt rời niệu đạo: bóc tách di động niệu đạo và cắt lọc tránh căng miệng nối. Khâu nối niệu đạo thì đầu với chỉ tan bên trên ống thông niệu đạo làm nòng.
- Rách một phần niệu đạo:
 - ✓ Đặt thông niệu đạo – bàng quang lưu.
 - ✓ Mở bàng quang ra da.
 - ✓ Khâu lại niệu đạo với thông niệu đạo làm nòng.





ĐIỀU TRỊ (4)

- Cường DV hậu phẫu: thường không là vấn đề. Tuy nhiên, nếu DV cương thường xuyên và đau nhiều, có thể ức chế cương bằng: benzodiazepine, amyl nitrate hoặc ketoconazole.





VẾT THƯƠNG DV - BÌU

- Đòi hỏi phải được thám sát và sửa chữa bằng ngoại khoa.
- Điều trị VT thể hang dương vật tương tự như điều trị gãy dương vật.
- Điều trị VT tinh hoàn tương tự như điều trị CT vỡ tinh hoàn.
- Mạch máu thường tinh bị rách có thể được cột. Thương tổn cắt ngang thường tinh có thể cần phải nối lại bằng vi phẫu thuật.
- Cố gắng bảo tồn càng nhiều mô sống có thể.
- Rách và mất da nhỏ có thể cắt lọc và khâu da thì đầu. Mất da rộng cần phải cắt lọc và sửa chữa thì 2, thường cần phải ghép da.





CẮT DƯỠNG VẬT (AMPUTATION) (1)

Xử lý đoạn dương vật bị cắt rời: rửa sạch, bọc trong gạc sạch ẩm, đặt trong 1 túi nhựa vô trùng, đặt trong một thùng chứa nước đá khi đưa đến cơ sở y tế

Trước khi tiến hành nối dương vật, đoạn dương vật bị cắt rời được rửa sạch bằng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng có pha kháng sinh (phổ rộng). Bơm rửa các mạch máu lưng dương vật bằng dung dịch vô trùng có pha Héparine





CẮT DƯỞNG VẬT (AMPUTATION) (2)

Các bước tiến hành nối dương vật:

- Nối niệu đạo 2 lớp trên một ống thông làm nòng
- Khâu bao trắng với chỉ tan 4-0
- Nối vi phẫu động mạch lưng dương vật với nylon 11-0, và nối tĩnh mạch lưng dương vật với nylon 9-0
- Nối thần kinh quanh tĩnh mạch lưng dương vật với nylon 10-0
- Mở bàng quang ra da
- Không cần thiết phải khâu nối động mạch thể hang

Trường hợp không mang theo đoạn dương vật bị cắt hoặc đoạn này quá dập nát không nối lại được: khâu cầm máu hai thể hang và mở niệu đạo ra da



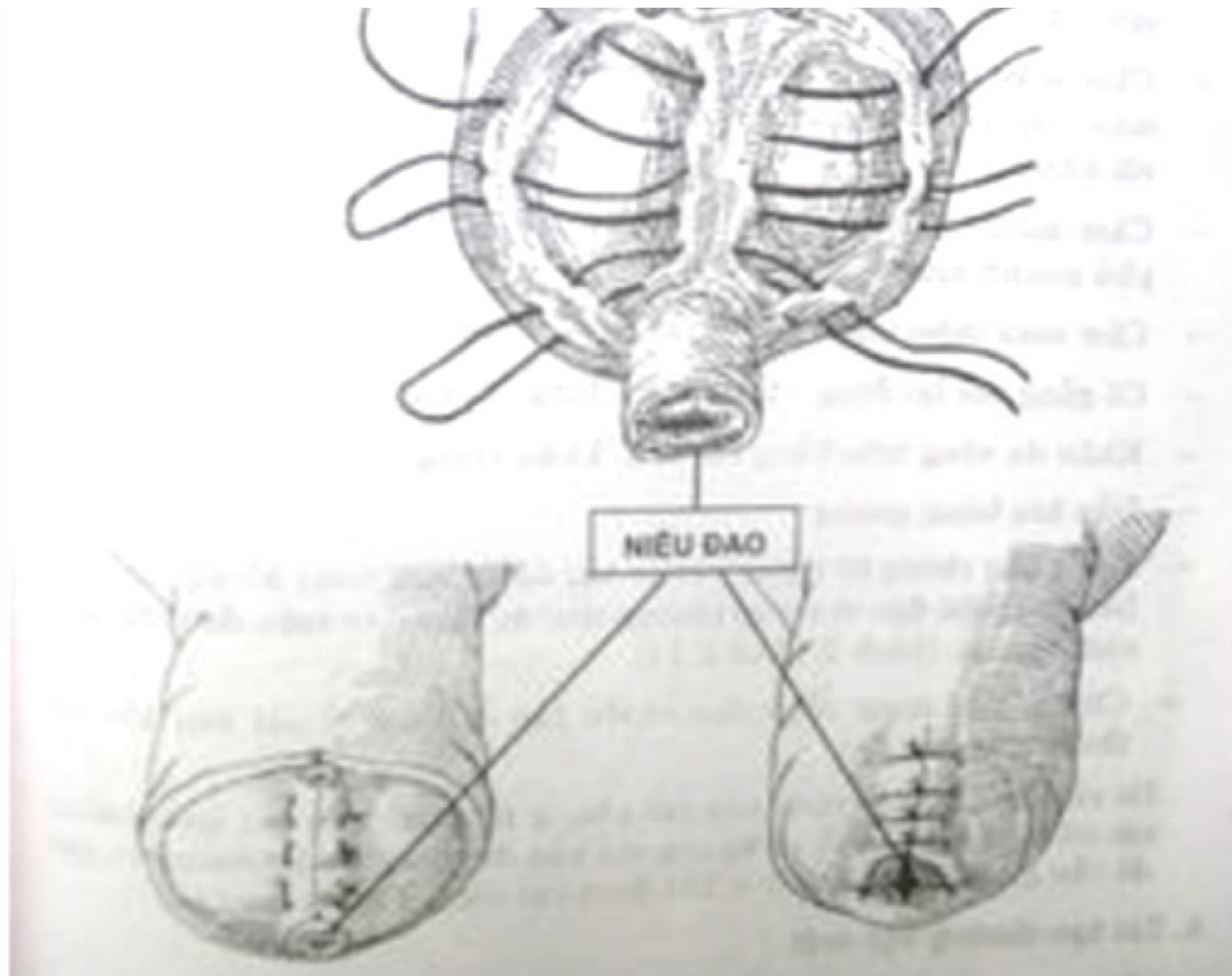


CẮT DƯỞNG VẬT (AMPUTATION) (3)





CẮT DƯỞNG VẬT (AMPUTATION) (3)





ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

CHẤN THƯƠNG – VẾT THƯƠNG CƠ QUAN SINH DỤC NGOÀI Ở NỮ

(Đối tượng: SV Y4)

PGS.TS.BS. Trần Lê Linh Phương
BS. Đỗ Lệnh Hùng





ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương cơ quan SD gặp ở mọi tuổi.
- Chấn thương cơ quan sinh dục ngoài ở nữ ít gặp hơn so với nam, do cấu tạo cơ quan sinh dục ngoài.
- Thường gặp là chấn thương kín (80%), vết thương xuyên thấu (20%).
- Thương tổn phối hợp (BQ, niệu đạo, âm đạo, trực tràng...) thường gặp ở nữ nhiều hơn nam.





SINH LÝ BỆNH HỌC

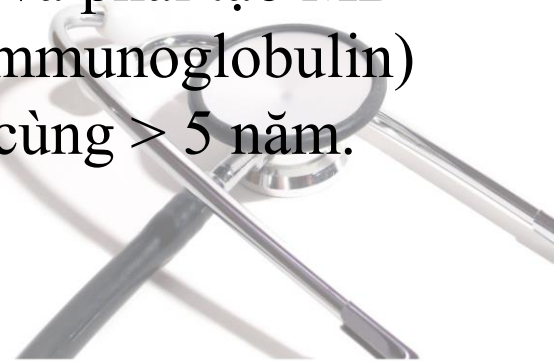
- Chấn thương kín:
 - Chấn thương kín âm hộ ở nữ rất hiếm.
 - Hematoma âm hộ do chấn thương sau sinh ngã âm đạo là 1/310. hematoma không liên quan sản khoa: hiếm gặp.
 - Xuất hiện hematoma vùng âm hộ là chỉ điểm của tổn thương âm đạo và các cơ quan vùng bụng, chậu.
 - Goldman và cs. Báo cáo chấn thương kín vùng âm hộ gặp trong chấn thương vùng chậu (30%), giao hợp (25%), cưỡng dâm (20%) và chấn thương kín khác (15%)





SINH LÝ BỆNH HỌC

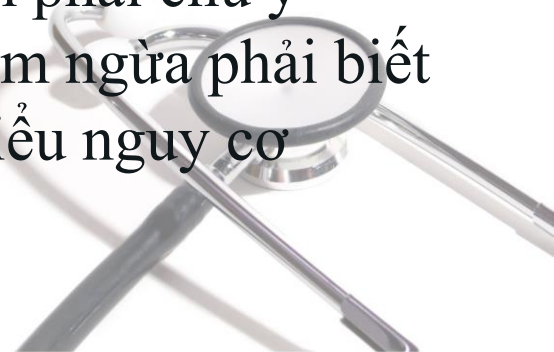
- Vết thương xuyên thấu:
 - Đạn bắn, dao đâm, vật nhọn đâm vào, thú vật cắn...
 - Thường đi kèm với tổn thương các cơ quan khác.
 - Trẻ em: do té dạng chân hoặc té từ trên cao đâm vào vật nhọn.
 - VT xuyên thấu: ngựa uốn ván là bắt buộc, tạo MD chủ động (tetanus toxoid booster) và phải tạo MD thụ động (250 IE human tetanus immunoglobulin) nếu BN chích ngựa mũi UV cuối cùng > 5 năm.





SINH LÝ BỆNH HỌC

- Vết thương xuyên thấu:
 - Các VK thường gặp trong vết thương do chó cắn: *Pasturella multocida* (50%), các loại VK khác như *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides* and *Fusobacterium spp.* Kháng sinh lựa chọn đầu tay là penicillin kể đến là cephalosporin hoặc erythromycin
 - Trong tất cả các VT do thú vật cắn phải chú ý nguy cơ nhiễm bệnh dại, ngoài tiêm ngừa phải biết xử trí và săn sóc VT giúp giảm thiểu nguy cơ nhiễm bệnh.





CHẨN ĐOÁN

- Thăm khám chấn thương cơ quan sinh dục ngoài cần phải thu thập thông tin liên quan đến vụ tai nạn và khám xét lâm sàng.
- Đối với TH chấn thương CQSD do cưỡng dâm thầy thuốc cần phải lịch sự và nhã nhặn. Trong TH nghi ngờ có thể phết âm đạo bằng đũa tìm tinh trùng
- Đối với VT xuyên thấu phải hỏi rõ về vật gây chấn thương và cơ chế chấn thương.
- XN TPTNT tìm máu nhằm giúp làm các XN tiếp theo như soi NĐ - BQ loại trừ tổn thương niệu đạo và BQ





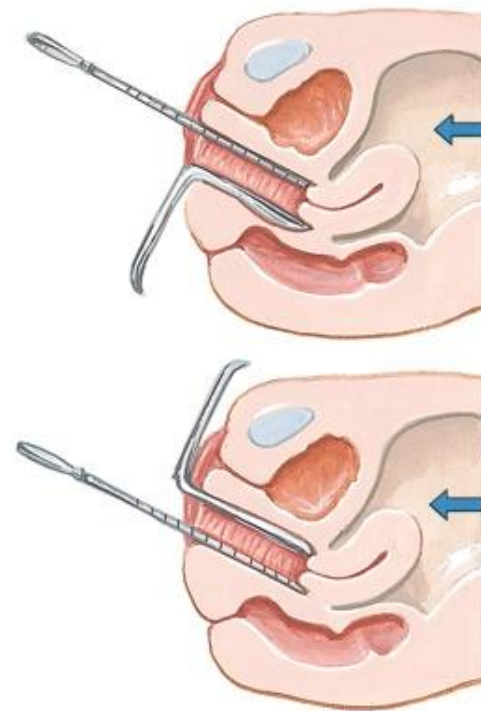
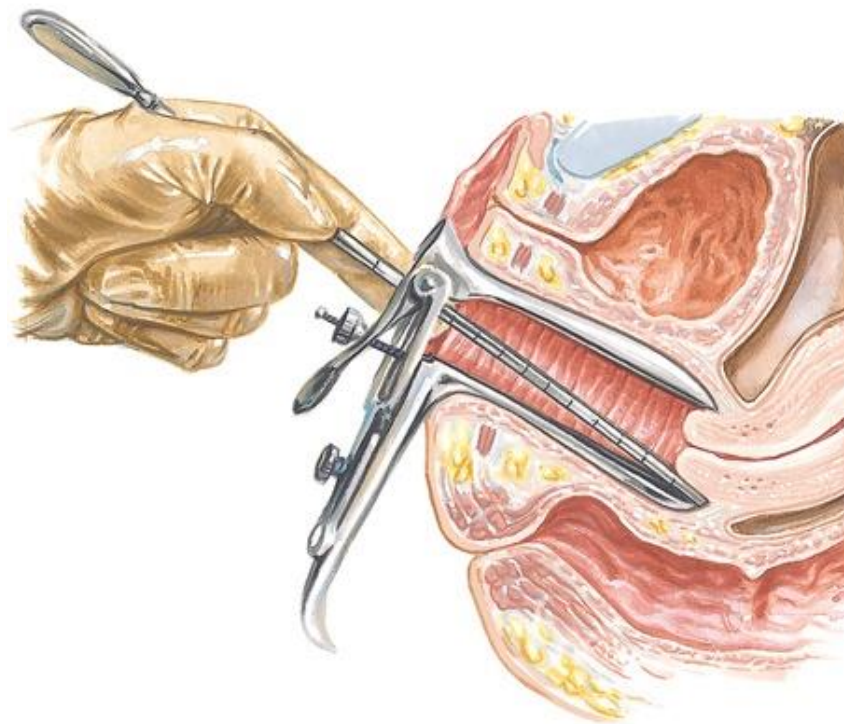
CHẨN ĐOÁN

- Nếu có máu ở âm đạo phải khám xét kỹ để chắc rằng đây không phải là máu kinh.
- Trong mọi trường hợp đều phải khám xét kỹ xem có tổn thương âm đạo, thường khám kỹ bằng mỏ vịt dưới tình trạng tiền mê hoặc mê toàn thân vì BN sẽ rất đau.
- Trong TH chấn thương kín cơ quan SD ngoài, nên chụp CT scan hoặc MRI để tầm soát các thương tổn kèm theo cũng như các tụ máu vùng chậu.





CHẨN ĐOÁN



*Thăm khám kỹ phát hiện thương tổn đi kèm với tiền
mê hoặc mê toàn thân*





CHẨN ĐOÁN

- Đối với TH VT xuyên thấu, cần soi ổ bụng chẩn đoán trong TH huyết động ổn định và CT scan không thể loại trừ tổn thương ruột hoặc có chảy máu trong ổ bụng.





ĐIỀU TRỊ

- Chấn thương kín vùng âm hộ thường hiếm và thường biểu hiện là khối hematoma lan rộng ở vùng âm hộ. Tuy nhiên khác với nam, chấn thương kín thường đi kèm với các rối loạn về đi tiểu.
- Nếu không có tổn thương BQ đi kèm, thông tiểu sẽ được chỉ định. Hematoma âm hộ thường hông cần phải can thiệp phẫu thuật trong hầu hết mọi trường hợp mặc dù nó có thể gây mất máu buộc phải truyền máu





ĐIỀU TRỊ

- Đối với những BN huyết động ổn định, chỉ cần cho thuốc non-steroidal antirheumatics và giảm đau. Không cần thiết phải phẫu thuật trong hầu hết mọi trường hợp.
- Đối với những TH khối hematoma lan rộng và huyết động không ổn định can thiệp phẫu thuật được chỉ định.
- Kháng sinh được chỉ định trong những TH chấn thương âm hộ nặng.





ĐIỀU TRỊ

- Hematoma âm hộ và ra máu ở âm đạo là chỉ định bắt buộc phải khám xét âm đạo dưới tiền mê hoặc mê toàn thân để tìm tổn thương âm đạo hay trực tràng đi kèm theo.
- Trong TH có rách âm đạo, phải khâu lại AĐ, nếu có các thương tổn khác đi kèm như tổn thương bàng quang, trực tràng, ruột... cần phải khâu nối hay đưa ra da làm hậu môn tạm.





THANK YOU!