

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TIẾT NIỆU



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA
TIẾT NIỆU

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006

CHỦ BIÊN

GS. NGUYỄN BỬU TRIỀU

Nguyên Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại
Trường Đại học Y Hà Nội Nguyên Chủ
nhiệm Khoa Tiết niệu BV Việt Đức

GS.TS TRẦN QUÁN ANH

THAM GIA BIÊN SOẠN

GS.TS TRẦN QUÁN ANH

TH.S VŨ NGUYỄN KHÁI CA

Chủ nhiệm Khoa Tiết niệu BV Việt Đức

GS.TS TRẦN ĐỨC HOÈ

Nguyên Chủ nhiệm Khoa Tiết niệu
Quân y viện 108

TH.S NGUYỄN PHƯƠNG HỒNG

Phó Chủ nhiệm Khoa Tiết niệu BV Việt Đức

PGS.TS NGUYỄN KỶ

Nguyên Phó Chủ nhiệm Khoa Tiết niệu
BV Việt Đức

GS. NGUYỄN BỬU TRIỀU

PGS.TS LỆ NGỌC TỬ

LỜI NÓI ĐẦU

Cấp cứu ngoại khoa, luôn là vấn đề thời sự, cấp thiết không những của những phẫu thuật viên mà còn là của tất cả những người làm công tác y tế.

Những năm trước đây của thế kỷ trước, Nhà xuất bản Y học đã ấn hành quyển **Cấp cứu ngoại khoa**, nhưng trải qua một thời gian dài với những tiến bộ trong y học nói chung cũng như sự phát triển của ngành ngoại khoa nước ta nói riêng, chúng tôi biên soạn lại quyển **Cấp cứu ngoại khoa** với sự tham gia của nhiều phẫu thuật viên chuyên khoa có kinh nghiệm.

Quyển sách sẽ được xuất bản làm nhiều tập, mỗi tập ứng với một chuyên khoa như: Nhi khoa, Thần kinh, Tim mạch lồng ngực, Tiêu hoá, Tiết niệu, Chấn thương.

Chúng tôi hy vọng với lần xuất bản này, quyển sách sẽ đáp ứng tốt hơn với lòng mong đợi của các bạn đồng nghiệp.

ĐẶNG HANH ĐỆ

MỤC LỤC

		Trang
1	Cơn đau quặn thận	Nguyễn Hữu Triều 5
2	Vô niệu do tắc nghẽn	Nguyễn Hữu Triều 9
3	Đái máu	Nguyễn Hữu Triều 13
4	Bí đái cấp	Nguyễn Hữu Triều 16
5	Sỏi kẹt ở niệu đạo	Nguyễn Hữu Triều 19
6	Chấn thương thận	Vũ Nguyễn Khải Ca 21
7	Chấn thương – Vết thương niệu quản	Lê Ngọc Từ 27
8	Vỡ bàng quang do chấn thương	Trần Đức Hoè 30
9	Chấn thương niệu đạo	Trần Quán Anh 36
10	Vết thương niệu đạo	Trần Quán Anh 44
11	Chấn thương vùng bìu	Trần Quán Anh 51
12	Cương đau dương vật kéo dài	Trần Quán Anh 53
13	Vết thương dương vật	Trần Quán Anh 58
14	Vỡ vật hang	Trần Quán Anh 62
15	Xoắn tinh hoàn	Trần Quán Anh 64
16	Úmủ thận	Nguyễn Kỳ 68
17	Viêm tấy quanh thận	Nguyễn Kỳ 75
18	Áp xe và nhọt thận	Nguyễn Kỳ 79
19	Viêm tuyến tiền liệt	Nguyễn Kỳ 84
20	Hoại thư cơ quan sinh dục – Bệnh Fournier	Trần Quán Anh 87

CƠN ĐAU QUẶN THẬN

Cơn đau quặn thận là triệu chứng cảm nhận khi áp lực trong đường niệu trên tăng lên đột ngột do tắc ở trong hay ở ngoài niệu quản. Nguyên nhân gây tắc thường gặp là sỏi niệu quản đang di chuyển. Cần chẩn đoán chính xác và sớm. Việc điều trị nhằm giải quyết cơn đau và hậu quả của hội chứng tắc đường niệu trên.

1. CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1.1. Tiền sử

Bản thân hoặc người trong gia đình có sỏi thận, cơn đau xuất hiện sau một chuyến du lịch hoặc sau tập thể dục nặng.

1.2. Các triệu chứng cơ năng

- Bệnh nhân kêu đau ở một bên thắt lưng, đau đột ngột, dữ dội, từng cơn với cường độ tăng lên, lan toả xuống vùng bẹn và sinh dục ngoài. Mọi tư thế giảm đau đều không có hiệu quả.
- Cơn đau kèm theo buồn nôn hoặc nôn.
- Đi tiểu nhiều lần, đái khó hoặc buốt, có khi có máu.

1.3. Các triệu chứng thực thể

- Thăm khám nhẹ nhàng vùng thắt lưng, bệnh nhân rất đau bên trong. Có khi sờ thấy thận to.
- Các vùng khác bình thường, bụng hơi trướng, không có thoát vị.
- Thăm trực tràng: bình thường, trừ khi sỏi nằm sát thành bàng quang.

1.4. Các triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân kêu la, luôn thay đổi tư thế.
- Mạch và huyết áp có thể tăng lên.
- Nhiệt độ bình thường, hoặc có sốt nhẹ.

2. CÁC XÉT NGHIỆM SINH HOÁ

2.1. Xét nghiệm nước tiểu

- Nhiều hồng cầu và bạch cầu thoái hoá.

2.2. Xét nghiệm máu

- Urê và creatinin máu: bình thường hay tăng lên.

- Công thức bạch cầu: thường không tăng.

3. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

3.1. Chụp Xquang bụng không chuẩn bị

- Chụp thẳng hay nghiêng.
- Phân biệt sỏi niệu quản dọc theo đường đi của niệu quản với hạch vôi hoá và tĩnh mạch vôi hoá (phlebolithe).

3.2. Siêu âm vùng thắt lưng

- Phát hiện sỏi có hình tăng âm kèm theo bóng cản, số lượng sỏi.
- Bóng thận, nhu mô dày hay mỏng, đài bể thận và niệu quản có giãn hay không.
- Hình ảnh bất thường: ung thư tế bào chuyển tiếp ở bể thận, niệu quản (ít gặp).

Với hai phương pháp trên đây thường có thể chẩn đoán thể thông thường của cơn đau quặn thận.

3.3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch

- Chỉ nên làm ngoài cơn đau, để thu thập thông tin về vật cản, nguyên nhân (sỏi hay u).
- Cho biết chức năng thận: giãn đài bể thận, chậm bài tiết hoặc chậm bài xuất.
- Thận "câm", ngừng hoạt động tạm thời do phản xạ hoặc mất hết chức năng.

3.4. Chụp cắt lớp

Khi chưa xác định được chẩn đoán

4. CÁC THỂ LÂM SÀNG

4.1. Thể không có biến chứng

- Hay gặp, do sỏi niệu quản 4 - 5mm, không gây nhiễm khuẩn hoặc gây tắc hoàn toàn.
- Diễn biến thuận lợi, sỏi di chuyển và có thể bị loại ra ngoài bằng điều trị nội khoa.

4.2. Thể có biến chứng

- Sỏi gây thận ứ nước nhiễm khuẩn, có thể gây nhiễm khuẩn huyết, cần điều trị ngoại khoa khẩn cấp.
- Vô niệu do sỏi trên thận duy nhất hoặc khi thận bên kia mất chức năng. Điều trị ngoại khoa là cần thiết để giải phóng chức năng thận.
- Cơn đau kéo dài và dữ dội, không giảm với thuốc giảm đau, có thể phải điều trị ngoại khoa.

- Sỏi tiết niệu trên bệnh nhân có thai kèm theo nhiễm khuẩn rất nặng.

5. CÁC THỂ DO NGUYÊN NHÂN KHÁC

5.1. Nguyên nhân tắc từ bên trong đường tiết niệu trên

- Hay gặp nhất là sỏi cản quang (oxalat calci, phosphat calci) không cản quang (acid uric).
- Ung thư tế bào chuyển tiếp, hẹp niệu quản - bể thận do lao.

5.2. Nguyên nhân gây tắc từ bên ngoài đường tiết niệu trên

- Hạch
- U ác tính, lành tính (u xơ tử cung).
- Bệnh xơ mô sau phúc mạc.

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cơn đau quặn thận phải được chẩn đoán phân biệt với:

6.1. Các bệnh cấp cứu có sốt

- Viêm đường mật
- Viêm ruột thừa
- Viêm phổi.

6.2. Các bệnh cấp cứu khác

- Cơn đau dạ dày.
- Viêm tụy cấp.
- Giun chui ống mật.
- U nang buồng trứng xoắn.

Chú ý: Không để sót phồng động mạch chủ bụng.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Đối với các thể không biến chứng

- Hạn chế uống nước.
- Dùng các loại thuốc chống viêm không steroid tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch.
- Đau nhiều có khi phải dùng morphin, theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

7.2. Đối với các loại có biến chứng (có nhiễm khuẩn, vô niệu)

- Kháng sinh: loại cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3.
- Dẫn lưu thận qua da, hoặc phẫu thuật dẫn lưu thận.
- Lúc ổn định, nếu nguyên nhân là sỏi, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi niệu quản nội soi. Mổ lấy sỏi qua nội soi hay qua phẫu thuật.
- Điều trị nguyên nhân sau khi ổn định:
 - + Hẹp niệu quản do lao (nong niệu quản, tạo hình niệu quản).
 - + Chèn ép từ bên ngoài niệu quản do u xơ tử cung (phẫu thuật), do xơ mô sau phúc mạc (gỡ dính và dùng phúc mạc bọc quanh niệu quản).

Tóm lại, cơn đau quặn thận là một cấp cứu ngoại khoa, thường do sỏi niệu quản gây nên. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm và lúc đỡ cơn đau, chụp niệu đồ tĩnh mạch. Tuy nhiên cần làm giảm cơn đau và tạo điều kiện cho sỏi di chuyển xuống dưới. Nếu vô niệu hoặc có nhiễm khuẩn, cần điều trị kháng sinh kịp thời và có biện pháp dẫn lưu nước tiểu thích hợp. Lúc đã ổn định, cần điều trị nguyên nhân.

VÔ NIỆU DO TẮC NGHẼN

1. ĐỊNH NGHĨA.

1.1. Vô niệu do tắc nghẽn là hội chứng thận ngừng bài xuất làm cho bàng quang không có hoặc có ít (< 200ml) nước tiểu. Khác với bí đái, vô niệu do tắc nghẽn là suy thận dưới thận do có chướng ngại vật ở trong hay ngoài đường dẫn niệu trên. Nguyên nhân hay gặp nhất là sỏi niệu quản. Vô niệu do tắc nghẽn là một cấp cứu nội ngoại khoa cần chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời để tránh suy thận nặng và các biến chứng toàn thân nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân.

1.2. Sinh lý bệnh

Khi bị tắc nghẽn, áp lực trong hệ thống đường dẫn niệu trên tăng lên đột ngột. Lúc áp lực trong ống thận tăng lên trên 40cm H₂O thì chức năng lọc của cầu thận ngừng hẳn. Do vậy xuất hiện các rối loạn của suy thận cấp:

- Ứ nước và điện giải gây phù nề.
- Tăng kali máu.
- Toan chuyển hoá
- Urê và creatinin máu tăng.
- Có thể kèm theo hội chứng nhiễm trùng.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC NGHẼN

2.1. Vô niệu do sỏi hay gặp nhất

- 80% là sỏi niệu quản trên thận duy nhất còn hoạt động.
- 20% sỏi niệu quản 2 bên, thường ở 1/3 dưới niệu quản.

2.2. Niệu quản bị tắc nghẽn do mắu ung thư thận, ung thư niệu quản, mảnh hoại tử nhũ thận, hẹp niệu quản do lao tiết niệu.

2.3. Niệu quản bị chèn ép

- Tại lỗ niệu quản do u bàng quang, ung thư tuyến tiền liệt xâm lấn.
- Ở đoạn sát bàng quang do ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, u xơ tử cung, ung thư trực tràng, bệnh xơ hoá sau phúc mạc.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1. Tiền sử

Sỏi, cát thận, ung thư vùng chậu, thận duy nhất bẩm sinh.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng tiết niệu

- Vô niệu (bàng quang không có nước tiểu).
- Thiếu niệu (lượng nước tiểu < 200ml/24giờ)
- Cơ đau quặn thận.
- Thăm trực tràng, âm đạo: ung thư.
- Sau phẫu thuật vùng khung chậu.

3.2.2. Triệu chứng toàn thân: tùy theo mức độ suy thận.

- Phù, nôn, khó thở.
- Nhịp tim nhanh, tăng huyết áp.
- Rối loạn tri giác.

3.3. Xét nghiệm sinh hoá: *bắt đầu nguy hiểm nếu:*

- Creatinin huyết tương > 150 micromol/L
- Urê máu > 17 mmol/L
- Kali máu > 6 mmol/L
- Dự trữ kiềm > 15 mmol/L
- pH máu < 7.25
- Bạch cầu trong máu tăng.

3.4. Chẩn đoán hình ảnh: rất quan trọng

3.4.1. Chụp phim không chuẩn bị

- Bóng thận, sỏi cản quang.

3.4.2. Siêu âm rất có giá trị

- Bóng thận, nhu mô thận.
- Mức độ giãn của đài bể thận, niệu quản.
- Sỏi không cản quang.
- Khối u trong bàng quang, trong khung chậu.

3.4.3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch, nếu không có phản chỉ định

- Chụp phim sớm và muộn (sau 12 giờ)
- Phát hiện nguyên nhân và vị trí tắc.

3.4.4. Soi bàng quang và chụp niệu quản ngược dòng

3.4.5. Chụp cắt lớp vi tính

Chú ý:

Tránh chụp phim thường và chụp niệu đồ tĩnh mạch khi bệnh nhân có thai trong 3 tháng đầu.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Vô niệu do suy thận trước thận (suy thận chức năng)

- Choáng mất máu, nhiễm khuẩn.
- Mất nước ngoài tế bào
- Tắc tĩnh mạch thận.

4.2. Vô niệu do suy thận tại thận

- Viêm ống thận kẽ (hậu sản).
- Ngộ độc (sốt rét ác tính, mật cá trắm).

4.3. Vô niệu do tắc nghẽn sau thận

- Sỏi tiết niệu.
- Ung thư tuyến tiền liệt, cổ tử cung, buồng trứng.
- Tổn thương niệu quản sau phẫu thuật vùng chậu.

5. TIÊN LƯỢNG: Phụ thuộc vào:

5.1. Nguyên nhân gây tắc

- Kém nếu là ung thư.
- Thuận lợi nếu sỏi niệu quản chưa gây biến chứng.

5.2. Thời gian đến điều trị

Nếu đến chậm sau 48 giờ, các rối loạn điện giải, đặc biệt Kali máu tăng, phù phổi nặng, nguy cơ nhiễm trùng tăng.

5.3. Chức năng thận hiện tại, tình trạng toàn thân

5.4. Chiến thuật xử lý và khả năng điều trị của cơ sở (hồi sức cấp cứu, thận nhân tạo)

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Giải phóng tắc nghẽn là ưu tiên hàng đầu. Hiện nay có nhiều biện pháp:

- Dẫn lưu thận bằng phẫu thuật hay qua da dưới hướng dẫn của siêu âm
- Đưa ống thông niệu quản vượt qua viên sỏi và đặt ống thông chữ J.
- Lấy sỏi niệu quản bằng phẫu thuật hay tán sỏi qua nội soi niệu quản.
- Đưa niệu quản ra da.
- Nếu tổn thương do phẫu thuật, nối phục hồi lưu thông niệu quản và dẫn lưu thận qua da hay đặt ống thông chữ j.

6.2. Điều trị các biến chứng của suy thận cấp và nhiễm khuẩn

- Hồi sức tích cực và nếu cần chạy thận nhân tạo khi xuất hiện các yếu tố nguy cơ: creatinin máu > 800 micromol/L, urê máu > 45 mmol/L, kali máu > 6 mmol/L, pH máu < 7,15.
- Điều trị kháng sinh, nếu bệnh nhân sốt cao, rét run, bạch cầu máu tăng cao, do đến điều trị chậm hoặc có nhiễm khuẩn từ trước.
- Sau khi dẫn lưu thận rồi, đề phòng các biến chứng sau khi lấy chướng ngại vật: đa niệu, rối loạn điện giải, đặc biệt mất Kali.

6.3. Một khi giải quyết xong vô niệu do tắc nghẽn cần giải quyết nguyên nhân

- Điều trị sỏi bằng các phương pháp nội khoa (acid uric) và ngoại khoa (tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi qua nội soi niệu quản, tán sỏi và lấy sỏi qua da).
- Ung thư bàng quang: cắt bàng quang toàn bộ, tạo hình bàng quang.
- Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn: đưa 2 niệu quản ra da. Cắt tinh hoàn và điều trị bằng fluramid.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng: đưa 2 niệu quản ra da, tia xạ đối với ung thư cổ tử cung.
- Xơ mô sau phúc mạc: Bóc niệu quản đoạn hẹp và bọc lại bằng phúc mạc - Điều trị tiếp bằng cortisol.

Kết luận: Vô niệu do tắc nghẽn, thường do sỏi niệu quản, là một cấp cứu nội ngoại khoa, cần được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời giải quyết sự tắc nghẽn song song với hồi sức nội khoa tích cực trước, trong và sau điều trị ngoại khoa. Sau giai đoạn điều trị cấp cứu, cần chú ý giải quyết các nguyên nhân gây tắc nghẽn.

ĐÁI MÁU

1. ĐỊNH NGHĨA

Đái máu khi nước tiểu đỏ và có số lượng hồng cầu nhiều hơn 500 Hc/mm³. Người ta còn gọi là đái máu đại thể, để phân biệt với đái máu vi thể, khi nước tiểu không có màu đỏ lúc nhìn bằng mắt thường, nhưng có số lượng hồng cầu cao hơn bình thường, tức là từ 2 đến 5 hồng cầu trên 1 vi trường.

Cần phân biệt đái máu với:

- Chảy máu niệu đạo hoặc nước tiểu lẫn máu lúc hành kinh.
- Nước tiểu không có hồng cầu, mà chỉ có sắc tố mật, hemoglobin, myoglobin.
- Nước tiểu có màu sắc của thuốc (phenothiazin, rifampicin) hay của thức ăn (củ cải).

2. CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Tiền sử: Sỏi thận, thận đa nang, lao thận, u bàng quang, phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt.

2.2. Thời điểm xuất hiện đái máu:

- Đái máu lúc đầu: tổn thương ở cổ bàng quang và trước bàng quang.
- Đái máu cuối lúc là do u bàng quang.
- Đái máu toàn bộ là do tổn thương trên thận (lao, u thận, u biểu mô chuyển tiếp) hoặc là do u bàng quang gây chảy máu nặng. Đái máu đại thể thường kèm theo máu cục

2.3. Khám toàn thân

- Có trường hợp đái máu nặng (chấn thương thận độ 4, 5, u thận vỡ, chảy máu sau phẫu thuật thận, tuyến tiền liệt), bệnh nhân mạch nhanh, tụt huyết áp, máu tụ sau phúc mạc lớn, cầu bàng quang căng to. Cần phải xử trí cầm máu ngay.
- Trong các trường hợp khác, khám vùng thắt lưng, kiểm tra thận to, ứ nước, kiểm tra vùng hạ vị. Sau cùng thăm khám trực tràng, kiểm tra tuyến tiền liệt và đáy bàng quang.

3. XÉT NGHIỆM SINH HOÁ

- Xét nghiệm: Urê máu, creatinin máu, công thức bạch cầu, lúc cần các yếu tố đông máu.

- Xét nghiệm tế bào, vi khuẩn nước tiểu, tinh thể, tế bào ung thư thận, bàng quang, trụ niệu, protein niệu, nấm.

4. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Rất cần thiết để biết rõ nguyên nhân và mức độ tổn thương.

- Siêu âm được sử dụng trước tiên để kiểm tra các tổn thương ở thận (chấn thương, sỏi, nang) hoặc các tổn thương ở bàng quang và cổ bàng quang.
- Chụp niệu đồ tĩnh mạch cho phép phát hiện sỏi thận, lao thận, chức năng thận từng bên, u bàng quang.
- Soi bàng quang và đưa ống thông lên thận chụp niệu quản bể thận ngược dòng.
- Chụp cắt lớp có khi cần thiết để làm rõ nguyên nhân và mức độ tổn thương.
- Chụp động mạch thận để phát hiện các bất thường về mạch máu trong nhu mô thận.

5. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

5.1. Nguyên nhân dễ chẩn đoán

- Chấn thương thận, bàng quang.
- Sau phẫu thuật thận, u bàng quang, tuyến tiền liệt, đặc biệt có nhiễm khuẩn, nhiễm nấm.

5.2. Các nguyên nhân theo tuổi bệnh nhân

Trẻ em: U Wilms, u cơ trơn bàng quang.
Sỏi thận trên dị dạng bẩm sinh.
Sỏi bàng quang.

- Thanh thiếu niên: Chấn thương thận, sỏi thận, vỡ bàng quang.
- Người lớn: Sỏi thận, ung thư thận, ung thư bàng quang.
- Người già: U phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư thận.

5.3. Nguyên nhân ít gặp

- Rối loạn động mạch (bệnh ưa chảy máu).
- Bất thường về động mạch, tĩnh mạch thận (thông động tĩnh mạch thận, phồng động mạch thận).

6. HƯỚNG XỬ TRÍ

Nguyên tắc:

- Hồi sức cấp cứu, bồi phụ máu.
- Cầm máu và giải quyết nguyên nhân.
- Chú ý bảo tồn chức năng thận.

Sau đây là hướng điều trị cho một số trường hợp đặc biệt

6.1. Chấn thương thận nặng độ 4 và độ 5

Nếu tổn thương nặng, đứt cuống thận hoặc huyết động không ổn định và kèm theo các tổn thương khác trong ổ bụng, cần xử trí cấp cứu. Chú ý là nếu bệnh nhân đến bệnh viện sớm, hồi sức cấp cứu tốt, thì khả năng kỹ thuật hiện nay cho phép điều trị bảo tồn cao hơn trước. Khâu cầm máu nhu mô thận, phục hồi mạch máu, cắt bán phần là những phương pháp điều trị có hiệu quả khi có chỉ định. Trong những trường hợp điều trị cấp cứu có trì hoãn, đặc biệt trong vết thương thận, chảy máu sau phẫu thuật thận, cầm máu bằng nút mạch máu chọn lọc là một lựa chọn có thể đem lại kết quả tốt.

6.2. Chảy máu nặng do u bàng quang

Cắt bỏ khối u, cắt bán phần bàng quang hay nâng cao thể trạng và cắt bỏ bàng quang là những biện pháp để cầm máu triệt để. Tuy nhiên, do bệnh nhân quá yếu hoặc do kèm theo suy thận, có thể cầm máu bằng nút động mạch chậu trong hoặc nút chọn lọc nhánh trước của động mạch chậu trong cung cấp máu cho 3 động mạch bàng quang trên, giữa và dưới.

6.3. Chảy máu do dị dạng động tĩnh mạch thận

Thường chẩn đoán khó khăn và phải dựa vào chụp động mạch thận chọn lọc. Phương pháp chụp động mạch được sử dụng để chẩn đoán và điều trị.

6.4. Đái ra máu trong bệnh lý giun chỉ gây đái dưỡng chấp kèm theo có máu.

Có thể bơm dung dịch có chứa 0,1% - 0,5% nitrat bạc vào bể thận có thoát dưỡng chấp và máu.

Kết luận: Đái máu rất hay gặp trong cấp cứu nội khoa hay ngoại khoa. Trừ một số trường hợp đặc biệt, chẩn đoán thường không khó. Nhưng điều trị đái máu nặng cần hồi sức cấp cứu, có biện pháp xử trí thích hợp về ngoại khoa và Xquang can thiệp.

BÍ ĐÁI CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Bí đái cấp là triệu chứng không thể chủ động cho nước tiểu thoát ra khỏi bàng quang, gây đau đón, mặc dầu rất buồn đi tiểu. Khác với vô niệu, bí đái được thể hiện có cầu bàng quang.

Cần phân biệt bí đái cấp với:

- Bí đái mạn tính, không đau, thường gặp ở người già có u phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Khi quá đầy, nước tiểu tự tràn ra.
- Bí đái không hoàn toàn, khi bệnh nhân vẫn đi tiểu bình thường, nhưng lượng nước tiểu tồn dư trên 50 – 100ml.

2. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

2.1. Tiền sử

- Trẻ hay già.
- Rối loạn tiểu tiện (đái khó, đái nhiều lần).
- Đã bị chấn thương vùng chậu và sinh dục.
- Tiền sử tiết niệu, hoặc có mổ về sản phụ khoa, đại trực tràng.

2.2. Khám lâm sàng

- Toàn thân: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, bệnh nhân giãy dụa, kêu la.
- Cần phát hiện ngay cầu bàng quang có khi to lên đến rốn, gõ đục và đau.
- Khám niệu đạo (hẹp lỗ sáo, sỏi niệu đạo).
- Thăm trực tràng: Kiểm tra tuyến tiền liệt.
- Nếu là phụ nữ: Thăm âm đạo (sa tử cung, u xơ tử cung, ung thư niệu đạo).
- Khám thần kinh: Tìm phản xạ cơ thắt hậu môn, phản xạ hành hang ở nam giới.

2.3. Xét nghiệm sinh hoá

- Urê máu và creatinine máu.
- Công thức bạch cầu.

2.4. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp phim không chuẩn bị: tìm sỏi bàng quang, niệu đạo.

- Siêu âm: bàng quang căng đầy nước tiểu, u phì đại tuyến tiền liệt, u bàng quang mức độ giãn đường niệu trên.

2.5. Thăm dò niệu đạo bằng ống thông nelaton mềm 18 inch

- Hẹp niệu đạo trước hay niệu đạo sau.
- Xơ cứng cổ bàng quang.

3. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

3.1. Các bệnh tuyến tiền liệt

- Người già:
 - + U phì đại tuyến tiền liệt: rối loạn tiểu tiện trong tiền sử, thăm khám trực tràng.
 - + Ung thư tuyến tiền liệt: thăm khám trực tràng, PSA tăng trong các xét nghiệm trước đó.
- Người trẻ: Viêm tuyến tiền liệt, áp xe tuyến tiền liệt.

3.2. Các bệnh ở bàng quang

- Xơ cứng cổ bàng quang, nguyên phát hay mắc phải sau mổ.
- U cổ bàng quang làm tắc nghẽn.

3.3. Các bệnh ở niệu đạo

- Sỏi kẹt niệu đạo.
- Hẹp lỗ sáo, hẹp niệu đạo trước, hẹp niệu đạo sau.
- Ung thư niệu đạo ở nữ và nam.
- Van niệu đạo sau ở trẻ em nam.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bí đái mạn tính.
- Bí đái không hoàn toàn.
- Bí đái do phản xạ sau mổ.
- Bí đái do nguyên nhân thần kinh.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Đặt ống thông đái theo nguyên tắc

Vô trùng, nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật với ống thông mềm 18 F Nelaton hay Tieman, tùy theo bệnh lý.

Chú ý là cho nước tiểu ra từ từ, tránh gây chảy máu ở niêm mạc bàng quang do nước tiểu thoát ra quá nhanh (chảy máu a vacuo).

Chống chỉ định: viêm tuyến tiền liệt, đứt niệu đạo, viêm mủ bàng quang.

5.2. Chọc dẫn lưu bàng quang qua da, hay dẫn lưu bàng quang qua da

Chống chỉ định: chọc dẫn lưu qua da nếu u bàng quang, gây chảy máu và lan rộng ung thư.

5.3. Trường hợp đặc biệt

- Sỏi niệu đạo: cần bơm đẩy sỏi vào bàng quang và tán sỏi nội, soi. Nếu không đẩy được vào bàng quang, cần rạch niệu đạo ở phía trên và khâu vùi nhiều lớp để tránh rò niệu đạo.
- Áp xe tuyến tiền liệt: nên dẫn lưu bàng quang và chọc mủ qua tầng sinh môn.

Trong mọi trường hợp sau khi dẫn lưu nước tiểu, cần chuẩn bị bệnh nhân để giải quyết nguyên nhân gây bí đái.

SỎI KẾT Ở NIỆU ĐẠO

Sỏi kết ở niệu đạo gây đau đớn, đái khó và có khi gây bí đái.

Sỏi thường từ trên thận rơi xuống vào bàng quang và tắc ở niệu đạo. Hay gặp là sỏi oxalat calci xù xì có nhiều gai và khá rắn.

Trong một số trường hợp khác, sỏi được hình thành trên một đoạn hẹp của niệu đạo có từ trước. Sỏi loại này thường là sỏi phosphat calci, màu trắng ngà và dễ vỡ.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Tiền sử

- Bệnh nhân có sỏi thận và có đái ra sỏi một vài lần.
- Hoặc có hẹp niệu đạo, đái khó từ trước.

1.2. Các triệu chứng thường dễ chẩn đoán

- Bệnh nhân thấy đau vùng niệu đạo, đái khó, có khi bí đái hoàn toàn.
- Thăm khám: có thể sờ thấy chỗ phồng lên ở gần lỗ sáo hay ở niệu đạo gốc dương vật hay vùng bìu.
- Nếu sỏi nằm sâu ở đoạn trên niệu đạo, cần siêu âm, chụp xquang hay thăm dò bằng que nong.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Trước hết tránh dùng kim phẫu thuật gắp sỏi ra ngoài, vì chắc chắn là làm tổn thương niêm mạc niệu đạo và thường là không có kết quả.

2.2. Có nhiều trường hợp sỏi kết niệu đạo

- Nếu sỏi ở ngay gần lỗ sáo, thì nên rạch rộng lỗ sáo về phía 6 giờ và sau khi lấy sỏi cần khâu lại phục hồi lỗ sáo.
- Nếu sỏi kết ở niệu đạo ở gốc dương vật hay vùng bìu, thì nên dùng áp lực nước đẩy sỏi vào bàng quang, sau đó dùng máy tán sỏi qua nội soi.
- Nếu sỏi bị kẹt lâu ngày, hoặc có chít hẹp ở phía trước, có thể rạch niệu đạo lấy sỏi. Để tránh rò niệu đạo, nên rạch niệu đạo ở phía trên (12 giờ) sau khi bộc lộ và xoay niệu đạo 90°, sau đó khâu lại niệu đạo và đặt vào vị trí cũ.

3. SAU KHI LẤY SỎI NIỆU ĐẠO, CẦN GIẢI QUYẾT NGUYÊN NHÂN

- Sỏi trên thận và niệu quản: tán sỏi ngoài cơ thể hay tán sỏi nội soi niệu quản.
- Sỏi bàng quang: giải quyết hẹp cổ bàng quang, điều trị u phì đại tuyến tiền liệt.
- Điều trị hẹp niệu đạo: cắt trong niệu đạo hay tạo hình niệu đạo.

Tóm lại, việc chẩn đoán sỏi kẹt niệu đạo không khó, nhưng cần tìm biện pháp lấy sỏi kẹt niệu đạo an toàn nhất đối với niệu đạo. Sau khi lấy sỏi niệu đạo, cần điều trị nguyên nhân ở thận, niệu quản, bàng quang hay ở ngay niệu đạo.

CHẤN THƯƠNG THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thận nằm sau phúc mạc, phần lớn được che bởi vòm sườn lưng và khối cơ chung phía sau. Tuy nhiên chấn thương thận gặp nhiều hơn các bộ phận khác của hệ tiết niệu.

Những nguyên nhân chấn thương trực tiếp vùng thắt lưng do tai nạn giao thông (40% - 65%), ngã từ trên cao, đâm vào vật cứng (85% - 90%), nguyên nhân gián tiếp như ngã cao, các động tác thể thao mạnh làm tạng trong ổ bụng và thận bị dồn mạnh cũng có thể gây chấn thương thận (5-10%).

Chấn thương thận thường xảy ra trong bệnh cảnh đa chấn thương 45- 55% và chiếm tỷ lệ 15 - 20% chấn thương bụng.

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp niệu đồ tĩnh mạch giở giọt cấp cứu, siêu âm, chụp cắt lớp, chụp động mạch thận cho những hình ảnh có giá trị đặc hiệu và tin cậy để chẩn đoán và xử trí kịp thời.

2. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

Thận là tạng đặc, giàu mạch máu và tùy lực tác động có thể có các thương tổn mức độ khác nhau.

Chatelain (1975, 1982) đã đưa ra phân loại 4 mức độ chấn thương thận.

Mức độ I

Đụng giập thận (renal contusion) giập nhu mô thận dưới bao, không vỡ bao thận, có thể có tụ máu dưới bao, chiếm tỷ lệ 70 - 75% các trường hợp chấn thương thận.

Mức độ II

Giập thận (renal laceration) giập nhu mô thận chủ yếu vùng vỏ kèm theo rách bao thận, có thể lan tới vùng tuỷ thận thông với đài bể thận gây tụ máu nhu mô quanh thận, đái máu, chiếm tỷ lệ 15-20% chấn thương thận.

Mức độ III

Vỡ thận (Fractured kidney) thận vỡ thành 2 hay nhiều mảnh gây chảy máu, tụ máu lớn quanh thận sau phúc mạc. Cực thận vỡ có thể bị tách rời khỏi thận và không còn được tưới máu: 7 - 10%.

Mức độ IV

Đứt cuống thận một phần hay toàn bộ ngang vùng rốn thận, liên quan đến các mạch máu và bể thận niệu quản : 3 - 5%.

Theo Mc Aninch JW, AASTRIS (American Association for the Surgery of Trauma Renal Injury Scale) 1999 với cách phân chia 5 mức độ được các trung tâm tiết niệu nhiều nước áp dụng để đánh giá chấn thương thận:

Mức độ I: Đụng giập thận

Mức độ II: Giập thận nhẹ (minor laceration) chấn thương thận vùng vỏ chưa đến vùng tuỷ thận.

Mức độ III: Giập thận nặng (major laceration) chấn thương thận vùng vỏ lan sang cả vùng tuỷ thận kèm theo rách đài bể thận.

Mức độ IV: Vỡ thận (fractured kidney)

Mức độ V: Tổn thương cuống thận, các động tĩnh mạch vùng rốn thận (H.21).

Chấn thương thận 1 bên thường gặp, thương tổn thận trái nhiều hơn thận phải, thương tổn hai thận rất hiếm.

Chấn thương thận có thể gặp trên các thận bệnh lý mắc phải hay bẩm sinh (14–16%) như sỏi thận niệu quản, lao thận, thận ú nước do hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, nang thận, thận móng ngựa.

Thương tổn phối hợp trong các trường hợp đa chấn thương: Chấn thương thận phối hợp với các chấn thương khác 45 – 60% (bụng, ngực, gãy xương ...), chấn thương các tạng trong ổ bụng: Lách, gan, mạc treo ruột, túi đại tràng, ruột non kèm theo chấn thương thận 10 – 15%.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Đau vùng thắt lưng và trướng bụng: trong đó đa số các trường hợp chấn thương thận đều biểu hiện đau tức và co cứng cơ vùng thắt lưng. Đau tăng theo tiến triển của thương tổn thận, đau lan lên góc sườn hoành, xuống hố chậu. Đau tăng lên là do khối máu tụ to, nước tiểu thấm ra vùng quanh thận thắt lưng.

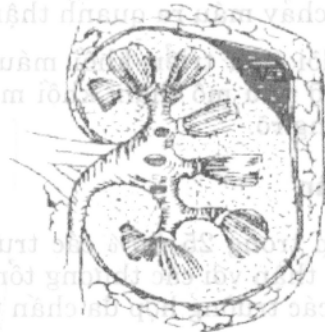
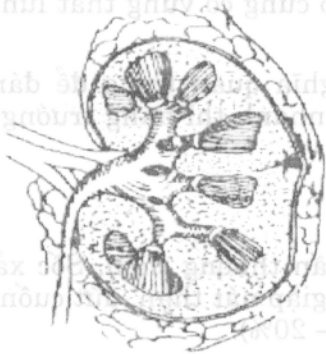
Bụng trướng và nôn là dấu hiệu thường gặp trong chấn thương thận, chứng tỏ có giập thận tụ máu hay thấm nước tiểu sau phúc mạc, bụng trướng kéo dài trong tiến triển của chấn thương thận.

Đái máu sau chấn thương là biểu hiện có thương tổn thận thông với bể thận (90 – 95%). Đái máu toàn bãi nước tiểu hồng đỏ tươi hay máu cục, tuy nhiên đái máu không tương xứng với tổn thương vì có một khối lượng không ít máu sau phúc mạc, hay máu cục tắc niệu quản, đứt cuống thận không đái máu. Một số ít đái máu vì thể khi xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh mới phát hiện có chấn thương thận.

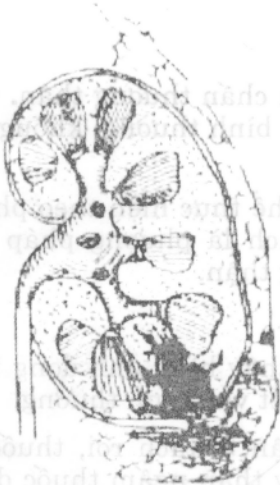
Theo dõi đái máu và toàn thân cũng cho biết diễn biến của chấn thương thận nếu đái máu tươi tiếp diễn nặng lên là tiếp tục chảy máu, máu sẫm nâu và vàng dần là có khả năng tự cầm máu được. Đái máu tái phát sau 5 – 7 ngày hay sau 2 tuần gặp trong các trường hợp nhu mô thận giập nát thiếu máu hoại tử. Các chẩn đoán hình ảnh có thể xác định sớm các thương tổn này và thường phải can thiệp ngoại khoa.

Chấn thương thận

Tụ máu dưới bao

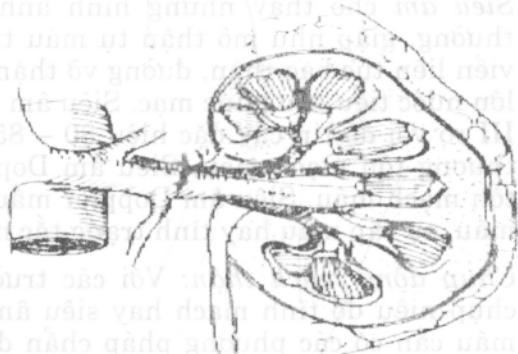
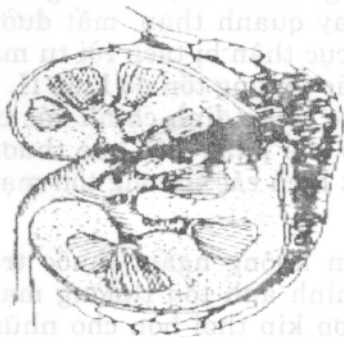


I. Đụng giập thận (70 – 75%)



II. Giập thận nhẹ 10 – 15%

III. Giập thận nặng (7 – 10%)



IV. Vỡ thận (5 – 7%)

V. Đứt cường thận (1 – 3%)

Hình 6.1. Tổn thương thận

3.2. Triệu chứng thực thể

Khối máu tụ hố thắt lưng: Khám (sờ, nắn, nhìn) vùng thắt lưng thấy đầy hơn bình thường, căng nề và rất đau sờ thấy co cứng cơ vùng thắt lưng, chứng tỏ vỡ bao thận chảy máu ra quanh thận.

Theo dõi tiến triển khối máu tụ có ý nghĩa quan trọng để đánh giá tiên lượng gặp vỡ nhu mô thận: khối máu tụ căng nhanh thì bụng trương tăng và co cứng nửa bụng rõ.

3.3. Toàn thân

Sốc gặp trong 25–30% các trường hợp chấn thương thận. Sốc xảy ra trong chấn thương thận với các thương tổn nặng như gặp nát thận, đứt cuống thận (12–15%), trong các trường hợp đa chấn thương (15 – 20%).

Thiếu máu cấp do chảy máu: Da, niêm mạc nhợt nhạt, bệnh nhân toát mồ hôi, mạch nhanh huyết áp hạ, hồng cầu giảm, hematocrit giảm.

4. CẬN LÂM SÀNG

- X quang có ý nghĩa rất lớn để đánh giá thương tổn chấn thương thận. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị thấy bóng thận to hơn bình thường, không nhìn rõ bờ cơ đáị chậu, các quai ruột giãn đầy hơi.
- *Chụp niệu đồ tĩnh mạch cấp cứu* rất cần thiết có thể thực hiện theo phương pháp tĩnh mạch nhỏ giọt. Chụp niệu đồ tĩnh mạch là phương pháp chẩn đoán hình ảnh cơ bản giá trị cao trong chấn thương thận.
- Thận bên đối diện bình thường hay là thận bệnh lý.
- Thận bị chấn thương: Nếu thương tổn nhẹ, vừa – thấy hình ảnh đọng thuốc cản quang tại một vùng ở thận, nhưng đường bài tiết vẫn bình thường.
- Nếu thương tổn nặng thì có hình một hai đài thận bị tách rời, thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận hoặc không thấy thận ngấm thuốc do đài bể thận ứ đầy máu cục, thận bị gặp nát hoặc thương tổn động mạch thận.
- *Siêu âm* cho thấy những hình ảnh tổn thương: Hình thận không bình thường, gặp nhu mô thận tụ máu trong thận hay quanh thận, mất đường viền liên tục bao thận, đường vỡ thận, một phần cực thận bị tách rời tụ máu lớn nước tiểu sau phúc mạc. Siêu âm chẩn đoán các thương tổn độ I, độ II, độ III rõ với độ tin cậy đặc hiệu 80 – 85%, độ IV khó nhận định chính xác các thương tổn mạch máu. Siêu âm Doppler màu có thể phát hiện các thương tổn mạch máu. Siêu âm Doppler màu có thể phát hiện các thương tổn mạch máu, sự cấp máu hay tình trạng tắc mạch thận.
- *Chụp động mạch thận*: Với các trường hợp thận không ngấm thuốc trên chụp niệu đồ tĩnh mạch hay siêu âm không rõ hình ảnh tổn thương mạch máu cần có các phương pháp chẩn đoán thích hợp kịp thời hơn cho những hình ảnh cụ thể hơn: Động mạch bị cắt đứt, hình ảnh hồ máu và ứ đọng thuốc, phần thận mất sự tưới máu. Chụp động mạch là phương pháp chẩn đoán có giá trị nhất với các tổn thương mạch máu thận, nhưng có những tai biến nhất định.
- *Chụp cắt lớp vi tính* có thuốc cản quang đưa lại hình ảnh chính xác các mức độ tổn thương chấn thương thận.



Hình 6.2. Chụp siêu âm độ tinh mạch chẩn thương thận P trước trà ra quanh thận chụp siêu âm độ tinh mạch: Chẩn thương thận P: 1 cục thận bị tách rời.



Hình 6.3. Chụp cắt lớp vi tinh chẩn thương vỏ thận P máu quanh thận

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Điều trị bảo tồn hay can thiệp phẫu thuật phải dựa vào yếu tố sau: Mức độ đái ra máu, tiến triển chung của khối máu tụ vùng thất lưng, kết quả của chụp siêu âm độ tinh mạch, siêu âm và chụp CLVT.

5.1. Điều trị nội khoa

Trong các trường hợp đung giập thận; tình trạng bệnh nhân ổn định: mạch huyết áp, hồng cầu huyết sắc tố không giảm nhiều, đái ra máu giảm dần, khối máu tụ vùng thất lưng không tăng hơn. Chụp siêu âm độ tinh mạch thận thấy đài bể thận còn ngấm thuốc hoặc thuốc cản quang đọng khu trú trong vỏ thận:

Nằm bất động, săn sóc tại giường, truyền dịch và máu nếu cần thiết.

Thuốc giảm đau, chườm lạnh vùng thất lưng.

Kháng sinh, có thể phối hợp nhóm β lactamin và aminosid

Lasilix 20mg/1-2 ống ngày

Sau 10 ngày kiểm tra lại bằng chụp niệu đồ tĩnh mạch để đánh giá kết quả điều trị nội khoa

5.2. Điều trị ngoại khoa

5.2.1. Chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu trong những chấn thương thận nặng như đứt cuống thận, vỡ thận, có thương tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng.

5.2.2. Chỉ định can thiệp sớm: Chấn thương độ III (theo Chatelain) độ III, IV (theo McAninch): các trường hợp điều trị nội khoa không ổn định bệnh diễn biến nặng lên như đái ra máu tăng, khối máu tụ tăng, toàn thân thay đổi sốc và mất máu. Chẩn đoán hình ảnh giúp và vỡ thận một cực một phần thận không ngưng thuốc, hình ảnh thuốc cản quang tràn ra bao thận. Các trường hợp đái ra máu tái phát nặng đã truyền dịch máu đầy đủ: mổ cấp cứu trì hoãn 3-6 ngày sau chấn thương.

Đường mổ sườn thất lưng theo kinh điển hay đường trắng giữa qua phúc mạc vào trực tiếp cuống thận.

Kiểm tra đánh giá thương tổn mà thực hiện các thủ thuật thích hợp:

Khâu cầm máu lấy máu tụ quanh ổ thận

Cắt thận bán phần, một cực thận bị vỡ đứt

Cắt thận khi vỡ nát thận hay đứt cuống thận và thận bên đối diện còn chức năng tốt.

Phẫu thuật chấn thương thận nhằm bảo tồn thận và tránh các biến chứng của thận chấn thương.

CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG NIỆU QUẢN

Trong chấn thương, thương tổn niệu quản rất hiếm gặp, thường là các thương tổn trong phẫu thuật vùng tiểu khung (phẫu thuật sản phụ khoa, phẫu thuật đại tràng).

Nếu phát hiện và xử trí ngay thì kết quả rất khả quan, nếu muộn việc điều trị thường phức tạp và để lại nhiều biến chứng đối với chức năng thận.

1. NGUYÊN NHÂN

Chấn thương niệu quản có thể gặp trong các trường hợp chấn thương thận hay gặp rách niệu quản ngay chỗ nối bể thận niệu quản hay 1/3 trên niệu quản.

Vết thương niệu quản do dao đâm hay hoả khí ít gặp thường kèm theo nhiều tổn thương phối hợp

Phẫu thuật sản phụ khoa và tiêu hoá có thể gây tổn thương niệu quản, đặc biệt ở đoạn 1/3 dưới.

- Mổ sản phụ khoa:
 - + Mổ lấy thai qua eo tử cung
 - + Mổ vỡ tử cung, vì rách rộng lúc khâu phục hồi tử cung khâu thắt vào niệu quản.
 - + Mổ khối u tử cung, u nang, ung thư lớn và dính khi chảy máu bóc tách cấp cắt bất buộc vào niệu quản.
- Phẫu thuật đại tràng sigma, khối u tiểu khung (teratom, rhabomyosarcom), cắt cả niệu quản dính lẫn trong khối u.

2. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

Tổn thương niệu quản trong phẫu thuật sản phụ khoa thường xảy ra ở ba giai đoạn: lúc thắt động mạch tử cung, lúc thắt dây chằng lưng buồng trứng và lúc phục hồi phúc mạc. Tổn thương có thể:

- Chỉ buộc thắt chít niệu quản: thường là đoạn niệu quản sát bàng quang, trên dưới chỗ bắt chéo động mạch tử cung
- Vết thương niệu quản: gây giãn niệu quản đoạn trên hoặc gây rò nước tiểu
- Cắt đôi niệu quản: dễ phát hiện khi thấy sau 5-10 phút nước tiểu trào vào vùng mổ.

3. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

3.1. Ngay trong khi phẫu thuật

Cảnh giác về tai biến niệu quản trong phẫu thuật tiểu khung, kiểm tra lại niệu quản từ chỗ bắt chéo động mạch chậu chia nhánh trong và ngoài, xuống sát tận bàng quang chỗ bắt chéo động mạch tử cung. Kiểm tra hai bên.

3.1.1. Buộc thất niệu quản: nhu động niệu quản tăng. Niệu quản bắt đầu ứ nước tiểu càng.

3.1.2. Cắt đứt niệu quản một phần hay hoàn toàn

- Tràn nước tiểu vùng mổ có thể lẫn với chảy máu trong lúc mổ, máu ứ đọng, dịch tiết: hút hết dịch, cầm máu tốt sẽ đánh giá rõ nước tiểu trào ra.
- Tìm niệu quản để phát hiện thương tổn niệu quản.

3.2. Sau phẫu thuật (sớm trong 24 giờ)

3.2.1. Buộc thất niệu quản một bên rất khó phát hiện

- Thận bên đối diện có thể có phản ứng tốt hay xấu. Không có (ít) nước tiểu sau hậu phẫu mạc dù hồi sức tốt.
- Bệnh nhân đau căng tức vùng thắt lưng
- Bụng trướng
- Ure máu tăng, creatinin máu tăng

3.2.2. Soi bàng quang với nghiệm pháp màu indigo carmin 6% 10-20ml tiêm tĩnh mạch. Theo dõi phụt chất màu hay không phụt chất màu để xác định bên niệu quản bị thất buộc.

3.2.3. Chụp niệu đồ tiêm tĩnh mạch thường thận bị ức chế

- Phát hiện hình ảnh chụp chậm sau 45 phút - 60 phút - 120 phút và cho Lasilix.
- Niệu quản giãn
- Thuốc đọng chỗ thất hẹp niệu quản
- Siêu âm sau 24 giờ có thể đã phát hiện được niệu quản bị giãn

3.2.4. Cắt đứt niệu quản

- Tràn nước tiểu qua các ống dẫn lưu, thử Ure, creatinin hoặc nước tiểu ứ đọng thành khối sau phúc mạc (urinom).
- Bụng trướng.
- Nghiệm pháp chất màu: tiêm indigo carmin 6% vào tĩnh mạch, màu xanh tràn ra ống dẫn lưu.
- Chụp niệu đồ tiêm tĩnh mạch phát hiện bên niệu quản bị cắt đứt.
- Siêu âm phát hiện tràn nước tiểu sau phúc mạc hoặc tích tụ thành khối.

3.3. Chấn thương niệu quản bị bỏ sót và chẩn đoán muộn

Thường là thất, khâu niệu quản một bên hoàn toàn hay không hoàn toàn nhưng thận bên đối diện đã bù trừ được.

Lâm sàng.

Bệnh nhân đau thắt lưng, sốt.

Thận ứ nước to dần.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch: phát hiện niệu quản chít hẹp hoặc thận không ngấm thuốc.

Siêu âm: Thận và niệu quản giãn to ứ nước.

4. THÁI ĐỘ XỬ LÝ

4.1. Can thiệp giải quyết ngay trong phẫu thuật

Giải phóng lưu thông lại niệu quản : cắt chỉ buộc khâu vào niệu quản, kiểm tra lại nhu động niệu quản.

Đặt ống thông niệu quản chữ J hai đầu(double J) sau khi mổ.

Vết thương cắt đứt niệu quản: khâu phục hồi niệu quản nối tận tận và đặt ống thông niệu quản dẫn lưu vào bàng quang.

4.2. Mổ sau 24 giờ

Tuỳ theo thương tổn niệu quản, thiếu máu tại chỗ trắng bột, mất trương lực tại vết thắt hay đầu cắt niệu quản: cắt chỗ hẹp niệu quản và khâu nối niệu quản trên ống thông.

Nếu viêm tấy nước tiểu sau phúc mạc tiểu khung, nên đặt ống thông lên thận, đưa đầu niệu quản ra da.

4.3. Phẫu thuật điều trị di chứng phục hồi niệu quản

4.3.1. Cắt đoạn hẹp niệu quản dưới 4cm khâu nối tận trên ống thông chữ J hai đầu (double J).

4.3.2. Nếu mất đoạn niệu quản dài trên 6cm:

- Di chuyển bàng quang lên cố định vào cơ đái (phẫu thuật Turner Warwick) cắm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Politano-Leadbetter hoặc Lich-Grégoire.
- Hoặc tạo hình một đoạn niệu quản bằng bàng quang nối với niệu quản đoạn trên (phương pháp Boari).

VỠ BÀNG QUANG DO CHẤN THƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bàng quang là một tạng rỗng, nằm sâu trong khoang chậu hông bé và sau xương mu, được bảo vệ chắc chắn bởi đai chậu. So với một số tạng khác trong chấn thương bụng, bàng quang ít bị vỡ hơn. Song vì số lượng tai nạn giao thông, tai nạn lao động ngày càng nhiều nên vỡ bàng quang (VBQ) không còn là một cấp cứu ít gặp nữa. Mỗi năm VBQ lại có xu hướng tăng lên, theo nhiều thống kê, 7% - 15% vỡ xương chậu (VXC) có VBQ phối hợp, nhưng trong số VBQ thì 75% - 90% số bệnh nhân có VXC. Bàng quang bị vỡ thường do một chấn thương mạnh gây nên. Phần lớn các bệnh nhân ở trong tình trạng sốc đa chấn thương, có nhiều thương tổn phối hợp. Những triệu chứng của các tổn thương đường tiết niệu nói chung (thận, niệu đạo, ...) cũng như của bàng quang nói riêng dễ lẫn lộn với nhau, nhiều khi bị lu mờ, bị che khuất bởi các triệu chứng của sốc, của các thương tổn ở lồng ngực, ổ bụng, ổ sọ não, ... Vào đầu thế kỷ XX, tỷ lệ tử vong của Viêm bàng quang còn rất cao (86,7%).

Hiện nay, nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ này còn từ 10% đến 35%. Chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời các thương tổn của bàng quang cũng như những thương tổn phối hợp, nhằm hạ thấp tỷ lệ tử vong và các biến chứng do chấn thương gây ra.

2. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ, PHÂN LOẠI CÁC THƯƠNG TỔN CỦA VỠ BÀNG QUANG

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Do chấn thương trực tiếp vào vùng dưới rốn khi bàng quang đang căng ứ nước tiểu như

- Sau khi uống nhiều bia, rượu và chưa đi tiểu, bệnh nhân bị đá, bị đâm, bị đánh bằng gậy, ... vào vùng dưới rốn.
- Hoặc bị ngã từ trên mái nhà, ngã giàn giáo, ngã cầu thang, ... đập vùng bụng dưới rốn vào vật cứng.

2.1.2. Do vỡ xương chậu hoặc tách rời khớp mu, như

- Vùng dưới rốn bị nghiền ép bởi bánh xe máy, bánh xe ô tô, bánh tàu hoả, ...
- Hoặc tường đờ, hầm sập, đất đá đổ, ... đè vào vùng xương chậu.

2.2. Cơ chế

2.2.1. Đối với vỡ bàng quang trong phúc mạc (VBQ TPM)

- Khi bàng quang căng ứ nước tiểu thành bàng quang mỏng đi, ở vùng chỏm, vì các bó cơ dọc của lớp ngoài nằm cách xa nhau, phúc mạc dính rất chặt vào bàng quang, nên khi có một lực tác động đột ngột trực tiếp vào vùng

dưới rốn, bàng quang bị nổ vỡ tại điểm yếu nhất là phần trên sau của vùng chòm và phúc mạc cũng bị xé rách một đoạn chồng chất với tổn thương mở thông vào trong ổ phúc mạc.

- Mặt khác khi bàng quang căng phồng nước tiểu, túi cùng phúc mạc trước được nâng lên, nhưng nếp phúc mạc ở phần trên của mặt sau bàng quang do lật sang che phủ tử cung (ở nữ giới) hoặc túi tinh (ở nam giới) và trực tràng, nên không thể nâng lên được, do đó vùng trên sau của chòm bàng quang dễ bị vỡ hơn.

2.2.2. Đối với vỡ bàng quang ngoài phúc mạc (VBQ NPM)

Cổ bàng quang được coi như một điểm cố định chắc chắn với các thành phần ở xung quanh bởi dây chằng mu – bàng quang, mu – tuyến tiền liệt. Các cơ bịt và hoành tiết niệu sinh dục tạo nên một sàn cố định vào khung xương chậu.

- Xương chậu gãy không vững làm đứt các dây chằng mu – bàng quang, đồng thời giập rách bàng quang ở nơi bám của các dây chằng đó.
- Xương chậu gãy không vững, di lệch nhanh trong một thời điểm ngắn, làm đầu nhọn sắc của các đoạn xương gãy đâm vào thành bàng quang.

2.3. Phân loại các thương tổn của bàng quang

2.3.1. Phân loại theo tính chất của đường vỡ

- Giập thành bàng quang: Thương tổn chỉ chiếm một phần chiều dày của thành bàng quang. Rách lớp niêm mạc, tụ máu xen kẽ trong các lớp cơ bàng quang.

Thương tổn luôn đi từ trong ra ngoài thành bàng quang. Đối với một số trường hợp, sau một thời gian, chỗ giập thành bàng quang có thể bị hoại tử, gây ra thủng bàng quang thì hai. Đây là loại thương tổn khó chẩn đoán xác định, dễ nhầm với đứt niệu đạo sau không hoàn toàn.

- Vỡ bàng quang hoàn toàn: Đường vỡ ở cả 3 lớp của bàng quang, bàng quang mở thông vào ổ phúc mạc (VBQ TPM) hoặc mở ra tổ chức tế bào trong khoang chậu hông dưới phúc mạc (VBQ NPM). Thông thường có một đường rách duy nhất, cũng có khi là một lỗ thủng hoặc rách hình chân chim. Bờ vết rách nham nhở, đôi khi có hai, ba, hoặc bốn đường vỡ tách biệt với nhau.

2.3.2. Phân loại theo vị trí của đường vỡ

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Đường vỡ hay gấp ở phần trên sau của vùng chòm bàng quang. Máu và nước tiểu chảy vào trong ổ phúc mạc, gây nên viêm phúc mạc toàn bộ.
- Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc: Đường vỡ thường ở phía dưới của mặt trước bàng quang (gần cổ bàng quang). Gấp ít hơn, ở 2 mặt bên và ít nhất ở mặt sau bàng quang. Máu và nước tiểu chảy vào khoang tổ chức tế bào quanh bàng

quang hoặc lan rộng ra toàn bộ khoang chậu hông dưới phúc mạc, lan xuống đáy chậu.

- Võ bìng quang thể hỗn hợp (VBQ HH): Thực chất là loại võ bìng quang ngoài phúc mạc mà đường rách kéo dài lên vùng chòm của bìng quang.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Các triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Võ bìng quang trong phúc mạc

- Đau bìng với các tính chất sau: Ngay sau khi bị đâm, bị đá, bị đánh bằng gậy vào vùng dưới rốn, bệnh nhân cảm thấy đau điếng vùng hạ vị. Đau bìng có thể dịu đi để sau đó đau tăng lên và lan ra khắp bìng.
- Bệnh nhân có thể buồn nôn hoặc nôn ra thức ăn và dịch tiêu hoá.
- Rối loạn tiểu tiện: Bệnh nhân cảm thấy buốt, mót đi tiểu liên tục, nhưng không đái được hoặc chỉ đái được vài giọt, vài ml nước tiểu lẫn máu.
- Triệu chứng của viêm phúc mạc toàn thể.
 - + Bìng trướng
 - + Gõ đục vùng thấp
 - + Có phản ứng thành bìng, thành bìng co cứng hoặc có cảm ứng phúc mạc.
- Không có cầu bìng quang

3.1.2. Võ bìng quang ngoài phúc mạc

- Phần lớn bệnh nhân được đưa vào khám cấp cứu trong tình trạng sốc nặng.
 - + Da, niêm mạc nhợt, tái.
 - + Vã mồ hôi, chân tay lạnh.
 - + Thở nhanh, nóng
 - + Mạch nhanh yếu trên 100lần/1 phút
 - + HA dưới 90mmHg.Có nhiều trường hợp mạch không bắt được, huyết áp không đo được.
- Đối với những bệnh nhân không bị sốc nặng.
 - + Đau bìng dữ dội vùng dưới rốn, đau lan ra bên, bìu, tăng sinh môn.
 - + Rối loạn tiểu tiện (như VBQ TPM).
 - + Khám bìng
 - Bìng không trướng
 - Vùng trên rốn mềm

Khối máu tụ ở vùng trên xương mu, lan lên tới rốn, lan lệch sang một hoặc cả hai bên hố chậu.

Không có cầu bàng quang.

- Nhiều bệnh nhân có triệu chứng của vỡ xương chậu.
 - + Dồn, ép nhẹ nhàng khung chậu, bệnh nhân đau
 - + Sờ thấy toác và di lệch của khớp mu
 - + Có điểm đau chói ở vùng u ngối.
 - + Gãy và di lệch của xương cánh chậu.

3.1.3. Đối với cả 2 loại vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc

- Thăm trực tràng: Túi cùng Douglas đau, thấy khối máu – nước tiểu tụ bưng nhùng sau bàng quang.
- Khám âm hộ, thăm âm đạo (đối với nữ giới) để tìm thương tổn (đường sinh dục, rách âm đạo, ...phối hợp).
- Thông đái được tiến hành nhẹ nhàng, đảm bảo vô trùng, khi không có chảy máu niệu đạo cũng như không nghi ngờ có đứt niệu đạo. Trong trường hợp vỡ bàng quang.
 - + Ống thông đái đưa qua niệu đạo vào bàng quang dễ dàng
 - + Không có nước tiểu hoặc chỉ có vài ml nước tiểu đỏ lẫn máu cục nhỏ.
 - + Không có “tia nước tiểu xoáy cuối bãi”.

3.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm ổ bụng và hệ tiết niệu cho thấy các dấu hiệu

- Có dịch trong ổ bụng (VBQ TPM)
- Có dịch ở dưới phúc mạc (VBQ NPM)
- Không thấy hình ảnh bàng quang (mặc dù bệnh nhân chưa được thông đái).
- Hình ảnh khối máu cục trong bàng quang (một khối tăng âm, không kèm nón cản âm, di chuyển trong bàng quang).

Tuỳ từng trường hợp cụ thể mà chúng ta có được 2, 3 hay 4 dấu hiệu ở trên.

3.2.2. Chụp bụng không chuẩn bị có thể cho thấy

- Các dấu hiệu có dịch trong ổ bụng
 - + Ổ bụng mờ ở vùng thấp
 - + Ruột giãn hơi
 - + Thành các quai ruột dày.
- Các dấu hiệu vỡ xương chậu.

3.2.3. Chụp bàng quang ngược dòng

- Chỉ tiến hành khi bệnh nhân không có sốc nặng, đã hỏi khám bệnh và làm các xét nghiệm như trên mà chưa khẳng định được VBQ.
- Có thể nhận thấy các hình ảnh.
 - + Bàng quang co lại và vồng lên, có hình giọt nước, quả lê, tam giác, ... do bị khối máu tụ dưới phúc mạc và quanh bàng quang đè đẩy.
 - + Chất cản quang toả ra vùng thấp, quanh bàng quang, dưới dạng hình vệt dài, không đều, ... (gặp trong VBQ NPM).
 - + Chất cản quang toả ra khắp ổ bụng, lan lên rãnh đại tràng hoặc đổ khuôn các quai ruột, ... (gặp trong VBQ TPM).

3.2.4. Xét nghiệm máu

Đối với hầu hết các trường hợp (kể cả vỡ bàng quang trong phúc mạc), Urê và creatinin máu ở trong giới hạn bình thường.

3.3. Chẩn đoán

- Dựa vào nguyên nhân tai nạn, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó thủ thuật thông đái được nhiều tác giả khuyến dùng nhất là để chẩn đoán phân biệt giữa vỡ bàng quang và đứt niệu đạo.
- Khi được chẩn đoán xác định chắc chắn vỡ bàng quang, chụp bàng quang ngược dòng có giá trị khẳng định chẩn đoán trong nhiều trường hợp.
- Đối với các trường hợp khó (vỡ bàng quang thể giập thành bàng quang hay đứt niệu đạo bán phần), ngay cả khi đã chụp bàng quang ngược dòng vẫn chưa khẳng định được chẩn đoán, thì soi bàng quang niệu đạo cho phép thấy được các thương tổn.
- Nếu trong mổ thăm dò ổ bụng mà trước cuộc mổ bệnh nhân chưa được đặt ống thông niệu đạo để đánh giá màu sắc nước tiểu, khi thấy tụ máu lớn ở dưới phúc mạc trên bệnh nhân có vỡ xương chậu thì ngoài việc thăm dò hai thận, như kiểm tra tình trạng của bàng quang, việc kiểm tra bàng quang cần tiến hành ở lớp niêm mạc trước rồi sau đó mới kiểm tra phía ngoài bàng quang.

4. BIẾN CHỨNG

Vỡ bàng quang không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời, có thể gây ra các biến chứng nặng, thậm chí có thể gây ra tử vong.

- Viêm phúc mạc nước tiểu toàn thể.
- Viêm áp xe khoang chậu hông dưới phúc mạc có thể vỡ ra vùng bẹn, bìu, tầng sinh môn.
- Áp xe hố ngồi – trực tràng
- Viêm khớp mu, viêm các đoạn xương chậu đã bị gãy.

5. XỬ TRÍ

5.1. Chống sốc

Sốc là do mất máu và do đau, sốc đe dọa trực tiếp tính mạng người bệnh, phải nắm ngay các thông số: Nhịp thở, mạch huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung ương, số lượng hồng cầu, tỷ lệ huyết sắc tố, tỷ lệ hematocrit lượng nước tiểu/ 1 giờ. Song song với việc bảo đảm tốt hô hấp truyền máu và các dung dịch, bất động các chi gãy, phải nhanh chóng khám, thống kê và giải quyết các thương tổn. Nhiều trường hợp rất nặng phải chuyển bệnh nhân ngay vào phòng mổ, vừa hồi sức tích cực, vừa khám và sau đó vừa mổ.

5.2. Đối với các thương tổn vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, vỡ bàng quang hỗn hợp.

- Chỉ định mổ cấp cứu không trì hoãn.
- Đối với vết rách bàng quang
 - + Sau khi cắt lọc, khâu kín bàng quang bằng hai lớp, lớp toàn thể và lớp thanh cơ, dùng chỉ tự tiêu chậm (vicryl 3%, hoặc monofil 3%...) khâu vát hoặc khâu mũi rời. Đối với vết thương ở sát cổ bàng quang, gần 2 lỗ niệu quản, phải chú ý để không khâu phải 2 lỗ niệu quản.
 - + Thực hiện dẫn lưu bàng quang trên xương mu như một nguyên tắc. Ống dẫn lưu này cho phép tránh được những thương tổn ở niệu đạo do đặt ống thông nhiều ngày gây nên và giảm tỷ lệ nước tiểu, áp xe khoang Retzius, nhiễm trùng vết mổ do tắc ống thông niệu đạo gây ra.
 - + Dẫn lưu khoang Retzius, tốt nhất được nối với hệ thống hút liên tục, dưới áp lực thấp. Khi có máu tụ dưới phúc mạc nhiều, thì dùng 2 ống, mỗi bên 1 ống, ống dẫn lưu Retzius không rút sớm như trong các trường hợp thông thường mà được để lâu hơn: 3, 4, 5, ... ngày, khi không còn dịch vàng ra nữa mới được rút. Dẫn lưu bàng quang không đúng kỹ thuật, dẫn lưu khoang Retzius bằng ống nhỏ và rút sớm là nguyên nhân chủ yếu gây ra viêm phúc mạc nước tiểu toàn thể, áp xe khoang Retzius, nhiễm trùng và toác vết mổ.
 - + Không nên chỉ đặt ống thông niệu đạo đơn thuần.
- Trong trường hợp vỡ xương chậu nặng, tụ máu lớn sau phúc mạc, các thương tổn của bàng quang và của các tạng khác phối hợp đã được giải quyết mà tình trạng huyết động vẫn không ổn định, cần buộc động mạch chậu trong 2 bên để cầm máu.
- Xử trí những thương tổn phối hợp như:
 - + Rách âm đạo
 - + Thủng trực tràng.

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương niệu đạo là cấp cứu ngoại khoa phải được xử trí kịp thời để tránh các tai biến trước mắt là bí đái, viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn, và tránh các di chứng phức tạp về sau: viêm niệu đạo, hẹp niệu đạo.

Về giải phẫu, niệu đạo chia làm hai phần: niệu đạo trước và niệu đạo sau.

Chấn thương niệu đạo trước và sau khác hẳn nhau về:

- Nguyên nhân sinh bệnh.
- Lâm sàng
- Phương pháp điều trị.

2. ĐÚT NIỆU ĐẠO TRƯỚC

Niệu đạo trước có vật xóp bao bọc hai phần:

- Phần di động trước xương mu: niệu đạo dương vật ít bị tổn thương: bị vỡ khi vật hang bị bẻ gãy hay bị dao cắt.
- Phần cố định: niệu đạo tầng sinh môn thường bị giập hoặc bị đứt.

2.1. Nguyên nhân, cơ chế

- Phần niệu đạo cố định ở tầng sinh môn.

Khi bị tai nạn, người bệnh ngồi xoạc hai chân trên vật cứng như trượt ngã ngồi trên mạn thuyền, trên cầu hay ngã xoạc chân trên giàn giáo.

Dưới trọng lượng cơ thể, tầng sinh môn bị nén giữa vật cứng và bờ dưới xương mu làm giập hay đứt niệu đạo (Hình 9.1).

2.2. Tổn thương giải phẫu bệnh lý

Tuỳ theo tình thế, tai nạn tổn thương niệu đạo có thể xảy ra:

2.2.1. Đứt niệu đạo không hoàn toàn

- Giập vật xóp.
- Niệu đạo bị giập, bị đứt một phần.

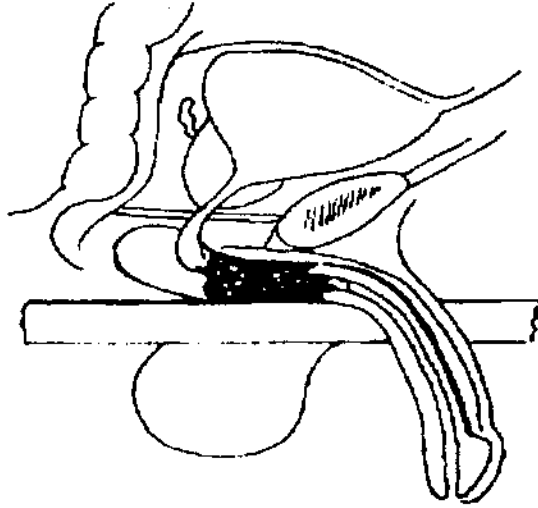
Đoạn xóp niệu đạo bị giập 1-2cm kèm theo tụ máu, gây chảy máu niệu đạo.

2.2.2. Đứt niệu đạo hoàn toàn

- Vật xóp bị đứt như cắt ngang.

- Hai đầu niệu đạo rời xa nhau 1-2cm kèm theo bầm giập tổ chức vật xốp rộng hơn và chảy máu dữ dội.

Do các thương tổn như trên mà biểu hiện lâm sàng có mức độ khác nhau.



Hình 9.1. Giập niệu đạo

2.3. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán

Sau khi bị ngã ngồi xoạc hai chân, đập tầng sinh môn lên vật cứng, nạn nhân thấy:

2.3.1. Đau nhói ở tầng sinh môn, có khi mạnh quá có thể ngắt đi không ngồi dậy được, không đi lại được ngay.

2.3.2. Chảy máu ở miệng sáo nhiều hay ít từng đợt hay liên tục, không tự ngừng, mặc dầu bệnh nhân tự lấy tay ép vào vùng bị tổn thương.

2.3.3. Thăm khám tại chỗ

- Ấn tầng sinh môn có điểm đau chói và thấy máu chảy ra miệng sáo.
- Tầng sinh môn bầm tím tụ máu hình cánh bướm to hoặc nhỏ. Máu tụ lớn có thể lan rộng hai bên bẹn và ra phía trước, bùi căng to.

Tùy theo mức độ thương tổn (đứt niệu đạo không hoàn toàn hay hoàn toàn), có những biểu hiện sau đây:

- Giập vật xốp chủ yếu là máu tụ to hay nhỏ ở tầng sinh môn.
- Đứt niệu đạo máu chảy ra ở miệng sáo
- Đứt niệu đạo hoàn toàn, máu tụ niệu đạo và máu chảy tụ hình cánh bướm ở tầng sinh môn.

3. DIỄN BIẾN

3.1. Bí đái: sau tai nạn đứt niệu đạo 2-4 giờ nạn nhân cảm thấy căng tức vùng hạ vị và bí đái. Bí đái lúc đầu là phản xạ tự vệ, về sau các cơ thắt bàng quang niệu đạo co lại và bệnh nhân bí đái thực sự.

3.2. Viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn: bí đái mỗi lúc một tăng hơn, bàng quang căng quá mức, nước tiểu rỉ ra ứ đọng lại ở tầng sinh môn gây viêm tấy nước tiểu ở tầng sinh môn, có thể đe dọa tính mạng người bệnh.

3.3. Áp xe tầng sinh môn

3.4. Hẹp niệu đạo: hẹp niệu đạo là biến chứng thường gặp sau đứt niệu đạo. Những trường hợp đứt niệu đạo không hoàn toàn hay hoàn toàn mà xử trí ban đầu chưa giải quyết phục hồi niệu đạo ngay, chỉ một thời gian ngắn niệu đạo tiến triển xơ gây hẹp niệu đạo không hoàn toàn hay hoàn toàn.

4. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Đứt niệu đạo trước dựa hoàn toàn vào lâm sàng để chẩn đoán và đánh giá:

- Đứt niệu đạo không hoàn toàn (nhẹ hay nặng).
 - Đứt niệu đạo hoàn toàn: phải xử trí ngoại khoa cấp cứu
- Vì vậy các triệu chứng lâm sàng rất có ý nghĩa để theo dõi định thái độ xử trí.
- Bệnh nhân đái được hay không đái được, bí đái, bàng quang căng.
 - Chảy máu niệu đạo nhiều, không tự cầm.
 - Có khối máu tụ, tầng sinh môn hình cánh bướm to và lan nhanh.
 - Bệnh nhân đến muộn có viêm tấy nước tiểu vùng tầng sinh môn.

5. CÁC GIẢI PHÁP CỤ THỂ

5.1. Trường hợp bệnh nhân đái được

- Nước tiểu trong
- Nước tiểu đỏ đầu bãi

Theo dõi, giảm đau và kháng sinh và không can thiệp gì.

Sau một tuần ngưng niệu đạo, chụp niệu đạo kiểm tra.

5.2. Bệnh nhân không đái được

- Có cầu bàng quang.
- Không chảy máu niệu đạo nhiều.

Thông bàng quang: vô trùng và nhẹ nhàng để tháo nước tiểu, có thể đặt thông tại chỗ 1-3 ngày, giảm đau, kháng sinh. Sau khi rút ống thông, chụp niệu đạo kiểm tra (hoặc ngưng thủ).

5.3. Bệnh nhân không đái được

- Bàng quang căng.
- Chảy máu niệu đạo nhiều.

Mở thông bàng quang đơn thuần hoặc mở thông bàng quang kết hợp đặt ống thông niệu đạo.

5.4. Trường hợp máu tụ vùng tầng sinh môn lớn, hoặc viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn

- Mở thông bàng quang
 - Mở tầng sinh môn: khâu cầm máu
- Niệu đạo đứt, lấy máu tụ tầng sinh môn.

Hoặc viêm lan tấy nước tiểu, rạch rộng tầng sinh môn tháo nước tiểu.

5.5. Phẫu thuật khâu nối phục hồi niệu đạo ngay thì đầu

Phẫu thuật niệu đạo ngay thì đầu có những nhược điểm vì:

- Đoạn niệu đạo bị giập nát thấm máu nước tiểu dễ nhiễm khuẩn.
- Điều kiện khâu nối thì đầu không phải ở đầu, lúc nào cũng thuận lợi thực hiện được.

Vì vậy, đa số các tác giả chủ trương là:

Thì đầu: cấp cứu. Dẫn lưu bàng quang kết hợp lấy máu tụ tầng sinh môn, cầm máu niệu đạo.

Thì hai: mổ sớm: cắt đoạn niệu đạo khâu nối, kết quả sẽ chắc chắn hơn.

6. ĐỨT NIỆU ĐẠO SAU

Đứt niệu đạo sau là một trong những tai biến của vỡ xương chậu (VXC).

Thái độ xử trí tùy theo tình trạng chấn thương VXC hay đa chấn thương.

6.1. Thương tổn giải phẫu bệnh lý

6.1.1. Vỡ xương chậu: 10-20% vỡ xương chậu chủ yếu là gãy các ngành mu chậu và mu ngồi hai bên hoặc một bên hoặc toác xương mu gây đứt niệu đạo sau.

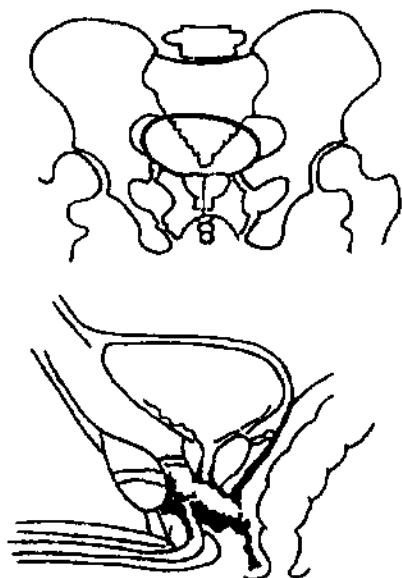
6.1.2. Đứt niệu đạo sau chủ yếu là đứt niệu đạo màng khi vỡ cung trước xương chậu hoặc toác khớp mu gây đứt cân đáy chậu giữa. Niệu đạo đi qua cân này cũng bị kéo rách đứt không hoàn toàn hay hoàn toàn.

6.1.3. Các thương tổn khác có thể gặp

Vỡ niệu đạo tuyến tiền liệt: do đầu xương mu bị gãy đè vỡ tuyến tiền liệt.

Vỡ bàng quang phối hợp với đứt niệu đạo sau.

6.1.4. Vỡ xương chậu cũng có thể trong bệnh cảnh của đa chấn thương với các thương tổn các tạng khác ở bụng ngực, gây xương phối hợp (Hình (9.2))



Hình 9.2. Thương tổn niệu đạo do vỡ xương chậu
a. Vỡ xương chậu. Đứt niệu đạo sau; b. đứt niệu đạo màng.

7. LÂM SÀNG

Thể điển hình: đứt niệu đạo màng do vỡ xương chậu.

7.1. Bệnh cảnh chung

7.1.1. Sốc vừa và nặng

Mạch nhanh, huyết áp hạ, chiếm tỷ lệ 75% các trường hợp. Sốc do gãy xương, do máu tụ quanh bàng quang, sau phúc mạc vì tổn thương các tĩnh mạch đám rối Santorini, ở tiểu khung.

7.1.2. Tụ máu lớn trước bàng quang, sau phúc mạc

Gây nhăm lẩn hay che dấu những tổn thương trong phúc mạc. Bụng căng trướng và đau âm ỉ.

Tình trạng nguy kịch của chấn thương vỡ xương chậu dễ làm lu mờ triệu chứng đứt niệu đạo:

7.2. Triệu chứng đứt niệu đạo sau

Khi phát hiện vỡ xương chậu, phải nghĩ tới đứt niệu đạo sau. Tìm các triệu chứng sau:

7.2.1. Chảy máu niệu đạo thường ít

Có khi không chảy máu ra miệng sáo hoặc máu rỉ ra rất ít ở miệng sáo.

7.2.2. Bí đái: sau khi hồi sức chống sốc bệnh nhân tỉnh lại, muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu tiện được và bàng quang căng.

Phân biệt khó với các trường hợp tụ máu lớn trước bàng quang.

7.2.3. Thăm khám: Không có máu tụ tầng sinh môn chỉ có thể có máu tụ quanh trước hậu môn. Khám trực tràng có vùng đau tương ứng với niệu đạo sau ở thành trước trực tràng.

8. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán rất quan trọng vì triệu chứng đứt niệu đạo sau thường rất kín đáo.

8.1. Chẩn đoán xác định

1. Do vỡ xương chậu
2. Khi có bí đái. Bàng quang căng.
3. Máu chảy ra miệng sáo ít hay không có.
4. Thông bàng quang (vô trùng và nhẹ nhàng), ống thông dừng lại. Lúc rút ống thông ra có máu chảy ra miệng sáo: đứt niệu đạo sau.
5. X quang: chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng, thuốc cản quang trào ra ngoài niệu đạo.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch ít được sử dụng, thường có chỉ định khi cần phát hiện các thương tổn ở thận, niệu quản, bàng quang. Chụp phim chậm, thấy thuốc cản quang thoát ra ngoài niệu đạo.

8.2. Chẩn đoán phân biệt

8.2.1. Đứt niệu đạo tuyến tiền liệt

- Chảy máu niệu đạo dữ dội: chảy máu ra miệng sáo và bàng quang căng tức vì chứa máu cục.
- Bệnh nhân đau tức bàng quang vùng dưới rốn, vật vã dữ dội.
- Nhiều khi mổ mới chẩn đoán xác định được.

8.2.2. Vỡ bàng quang

- Chẩn đoán phân biệt được khi thông bàng quang dễ, ống thông vào bàng quang có nước tiểu chảy ra có máu và tia nước tiểu chảy ra yếu.
- Phân biệt với đứt niệu đạo sau không hoàn toàn: thông bàng quang cũng vào được và nước tiểu có máu như trên.
- Bệnh nhân đau vùng dưới rốn – bàng quang, và tăng lên nhanh thành cảm ứng phúc mạc (nhất là vỡ bàng quang vào trong phúc mạc).

Siêu âm có thể ghi được hình ảnh để chẩn đoán vỡ bàng quang có khối dịch, khối máu tràn ra xung quanh bàng quang hoặc tràn vào ổ bụng.

Các thương tổn trên đều có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

9. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

Tùy theo tình trạng bệnh nhân có thương tổn phối hợp mà định thái độ xử trí.

9.1. Hồi sức chống sốc trước để bồi phụ khối lượng tuần hoàn kịp thời và đầy đủ.

9.2. Đánh giá các thương tổn bụng ngực, gãy xương, tùy theo các thương tổn các cơ quan phải ưu tiên phẫu thuật cấp bách để cứu sinh mạng bệnh nhân.

Phẫu thuật niệu đạo có thể mổ cùng một thời gian với phẫu thuật cấp bách hoặc chỉ mổ thông bàng quang đơn thuần.

9.3. Khi bệnh nhân trong tình trạng chảy máu nặng và khối máu tụ tăng nhanh trước bàng quang, sau phúc mạc, có chỉ định mổ cầm máu hoặc thắt động mạch chậu trong một bên hai bên.

9.4. Thái độ xử trí dứt niệu đạo sau căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, thương tổn cụ thể, cơ sở và trang bị, trình độ phẫu thuật viên, mà xử trí thích hợp.

9.4.1. Mở thông bàng quang đơn thuần:

- Tình trạng bệnh nhân nặng có thương tổn phối hợp khác.
- Cơ sở trang bị thiếu thốn.
- Phẫu thuật viên chưa quen phẫu thuật tiết niệu, mở thông bàng quang đơn thuần là một giải pháp cần thiết để cứu sống bệnh nhân trong tình trạng nặng, phẫu thuật phục hồi sẽ tiến hành sau.

9.4.2. Mở thông bàng quang và đặt ống thông niệu đạo, chỉnh lại niệu đạo (hình 9.3)

- Tình trạng bệnh nhân không quá nặng.
- Cơ sở trang bị tạm đầy đủ và phẫu thuật viên có thể thực hiện được.

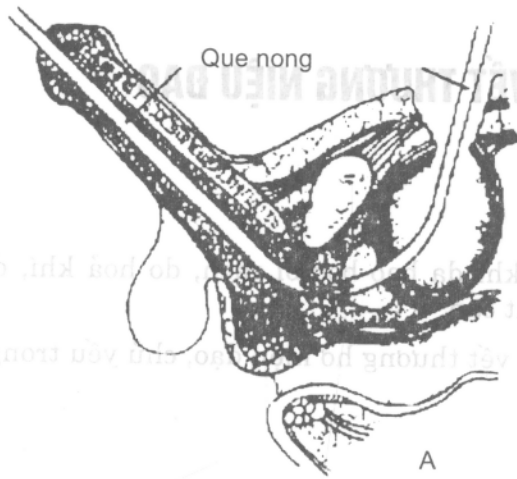
Đặt ống thông niệu đạo với mục đích điều chỉnh đi lệch niệu đạo để quá trình liền xơ trên ống thông hạn chế một phần chít hẹp phức tạp niệu đạo sau.

Kết quả chỉ 30% bệnh nhân có niệu đạo lưu thông được.

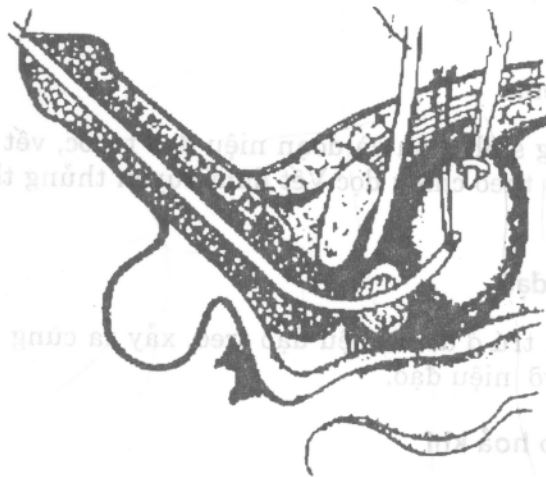
9.4.3. Phục hồi lưu thông dứt niệu đạo sau ngay thì đầu

- Trường hợp dứt niệu đạo đơn thuần
- Cơ sở trang thiết bị đầy đủ.
- Phẫu thuật chuyên khoa quen thuộc

Phục hồi lưu thông dứt niệu đạo sau đặt ra vấn đề cùng điều chỉnh đi lệch vỡ xương chậu – xương mu.



Ống thông chất dẻo Ống dẫn lưu Dẫn lưu bàng quang



Hình 9.3. Cách đặt ống thông để chỉnh lại niệu đạo

Chủ trương khâu nối niệu đạo ngay sau xương mu hay qua xương mu với kết hợp chỉnh hình là biện pháp điều trị triệt để trong hẹp niệu đạo sau phức tạp. Nhưng thực tế không phải bao giờ cũng có điều kiện thực hiện được.

Giải pháp thông thường được áp dụng là dẫn lưu bàng quang có hoặc không đặt ống thông điều chỉnh niệu đạo.

Tuy nhiên xu hướng hiện nay là sau thời gian tình trạng sốc được ổn định và khi cơ thể của bệnh nhân phục hồi, nên mổ sớm trong tuần đầu hoặc ba tuần đầu để phục hồi lưu thông niệu đạo và đảm bảo chức năng tiểu tiện và sinh dục.

VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương niệu đạo khi da bao bọc bị rách, do hoả khí, do bị chọc thủng, đâm chém hoặc do bị con vật cắn.

Ít gặp trong thời bình: vết thương hở niệu đạo, chủ yếu trong thời chiến.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Vết thương do chọc thủng

Bởi còng pháo gốc cây , sừng trâu húc vào. Thường khu trú ở đoạn niệu đạo hành, ít gặp ở niệu đạo sau.

2.2. Vết thương do đâm chém

Thường khu trú ở tầng sinh môn và đoạn niệu đạo trước, vết đâm đi xuyên, theo chiều ngang, rất ít gặp theo chiều dọc.Vết đâm xuyên thủng thành niệu đạo, có khi thủng không toàn bộ.

2.3. Vết thương do vỡ niệu đạo

Rất hiếm, thương khu trú ở đoạn niệu đạo treo, xảy ra cùng một lúc: dương vật bị bẻ gãy làm cho rách vỡ niệu đạo.

2.4. Vết thương niệu đạo do hoả khí

Đặc điểm của vết thương hoả khí là thành niệu đạo bị phá huỷ rộng, có nhiều vết thương phối hợp ở xương, trực tràng, dương vật, tinh hoàn.

2.5. Phân loại

Phân loại lâm sàng như sau:

1. Vết thương rách toàn bộ thành niệu đạo
2. Đứt đoạn niệu đạo
3. Vết thương làm mất đoạn niệu đạo
4. Vết thương gây rò niệu đạo trực tràng

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Bí đái

Là dấu hiệu đặc biệt của thương tổn niệu đạo. Hầu hết các trường hợp đều bị đái sau khi bị tổn thương.

3.2. Mót đái

Xảy ra sau khi bị thương một thời gian, do bàng quang căng đầy nước tiểu.

3.3. Rỉ máu ra miệng sáo

Có thể nhiều hay ít, xảy ra một thời gian ngắn hoặc kéo dài. Rỉ máu ra miệng sáo nhiều không phải là dấu hiệu nói lên niệu đạo bị tổn thương nặng hay nhẹ. Thường máu rỉ ra nhiều, khi mà cùng với tổn thương ở niệu đạo lại kèm theo tổn thương ở thể hang và động mạch hành lang. Đối với các vết thương hở khí niệu đạo, rỉ máu ra miệng sáo thường chỉ xảy ra trong ngày đầu, một số ít trường hợp rỉ máu nhiều và kéo dài.

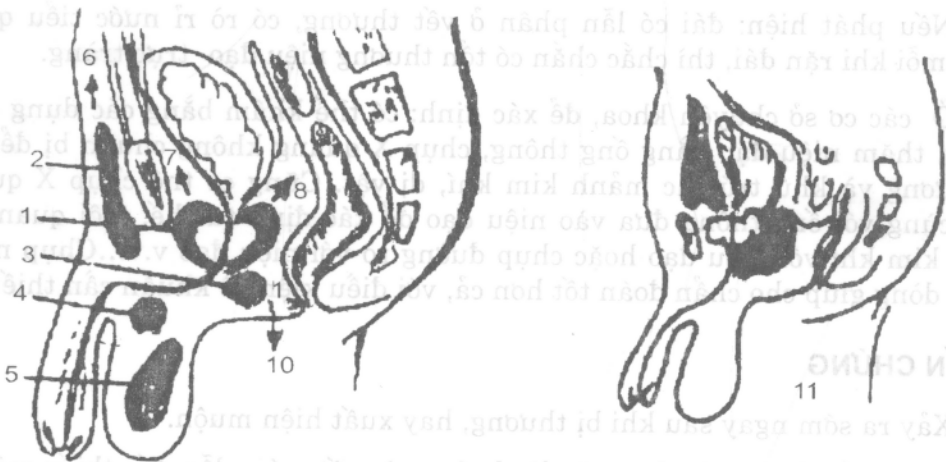
3.4. Ổ máu tụ ở các tổ chức quanh niệu đạo

Có thể lan rộng ra tới bìu, tầng sinh môn, hố chậu. Ở một số trường hợp còn lan rộng ra phía bên, xương mu (Hình 10.1).

Nếu có bí đái, khi sờ gõ phía trên xương mu sẽ thấy cầu bàng quang, căng to. Tuy nhiên, nếu khoang trước bàng quang có máu tụ, thường sờ và gõ không thấy được rõ dấu hiệu của bàng quang căng đầy nước tiểu. Ngược lại khi có máu tụ ở khoang sau bàng quang, mặc dầu căng đầy nước tiểu, thăm trực tràng cũng khó sờ thấy và phân biệt được.

3.5. Rò rỉ nước tiểu ra vết thương

Tới 40-54% các trường hợp. Khác với vết thương bàng quang, ở đây nước tiểu chỉ rò rỉ ra vết thương, lúc bệnh nhân rặn đái mà thôi.



Hình 10.1. Sơ đồ lan toả các ổ đọng nước tiểu và máu khi đứt niệu đạo

1. Xung quanh tuyến tiền liệt; 2. Vùng trước xương mu; 3. Vùng tầng sinh môn;
4. Vùng dưới thể hang dương vật; 5. Vùng hạ nang; 6. Phía trước phúc mạc;
7. Vùng tổ chức tế bào trước bàng quang; 8. Vùng tổ chức tế bào trước trực tràng;

11. Hình ảnh lan toả các ổ máu tụ khi bị tổn thương niệu đạo sau.

4. CHẨN ĐOÁN

Cần xác định xem niệu đạo có bị tổn thương không, khu trú ở đoạn nào, tính chất và đặc điểm hình thái tổn thương cùng với các tổn thương phối hợp ở các cơ quan khác. Chẩn đoán sớm và đúng để có thái độ xử trí đúng, loại trừ được các tai biến, biến chứng về sau, nhất là các di chứng rất khó sửa.

Trước hết phải khai thác, thu thập tất cả các dấu hiệu lâm sàng qua thăm khám, rồi mới dùng đến các nghiệm pháp chẩn đoán bằng dụng cụ và X quang.

Trước bệnh nhân với các triệu chứng như : bí đái, rỉ máu ra miệng sáo, ổ máu tụ, nước tiểu rỉ ra lỗ vết thương mỗi khi rặn đái, đau ở phía bụng dưới, bàng quang căng, biết được hướng đi, lỗ ra, lỗ vào của vết thương, thăm khám trực tràng, đã có thể nghĩ đến tổn thương niệu đạo.

Không nên dùng ống thông để thăm khám niệu đạo, vì dễ gây tai biến nhất là khi làm ở tuyến trước.

Quan trọng là xác định lỗ vào, lỗ ra của vết thương, hướng đi của nó, có thể ở phía ụ ngồi, tầng sinh môn, đùi, hạ nang, xương mu; đôi khi ở vùng bẹn và bụng dưới, v.v...Điều này giúp cho, không những xem niệu đạo có tổn thương mà biết cả các tổn thương kèm theo khác nữa.

Thăm trực tràng ở các cơ sở điều trị tuyến trước, giúp cho biết xem có gãy xương chậu không, có ổ máu tụ ở vùng hố chậu, từ đó có thể sơ bộ chẩn đoán các thương tổn niệu đạo sau.

Đối với phụ nữ, thăm khám qua âm đạo, có thể sờ thấy các mảnh xương gãy chọc thủng âm đạo và các ổ máu tụ.

Nếu phát hiện: đái có lẫn phân ở vết thương, có rò rỉ nước tiểu qua trực tràng mỗi khi rặn đái, thì chắc chắn có tổn thương niệu đạo- trực tràng.

Ở các cơ sở chuyên khoa, để xác định: có thể khám bằng các dụng cụ và X quang, thăm niệu đạo bằng ống thông, chụp X quang không chuẩn bị để xem có gãy xương và khu trú các mảnh kim khí, dị vật. Cũng có thể chụp X quang hố chậu cùng với ống thông đưa vào niệu đạo để xác định tư thế, mối quan hệ của mảnh kim khí với niệu đạo hoặc chụp đường rò với niệu đạo v.v...Chụp niệu đạo ngược dòng giúp cho chẩn đoán tốt hơn cả, với điều kiện vô khuẩn cần thiết.

5. BIẾN CHỨNG

Xảy ra sớm ngay sau khi bị thương, hay xuất hiện muộn.

Loại biến chứng sớm hay gặp là choáng và mất máu, dẫn đến thiếu máu nặng, có nguy cơ dẫn đến tử vong. Nguồn gốc chảy máu là vết thương ở đám rối tĩnh mạch Santorini, đoạn niệu đạo tuyến tiền liệt và thể hang, thể xốp của dương vật.

Loại biến chứng gần là: rò rỉ nước tiểu ra các mô xung quanh, các ổ mủ máu nước tiểu, viêm tắc tĩnh mạch, cốt tuỷ viêm, nhiễm khuẩn huyết. Nguy hiểm hơn cả là rò, rỉ nước tiểu ở vùng chậu, sau đó biến thành cốt tuỷ viêm, viêm lan toả,

viêm tắc tĩnh mạch, viêm tĩnh mạch; các ổ mũ ở xa; phổi gan, v.v... có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và tử vong. Ngày nay, nhờ có nhiều tiến bộ về cấp cứu, vận chuyển bệnh nhân sớm, hồi sức tích cực, nên loại biến chứng này tuy còn rất nặng nhưng một số lớn đã được điều trị có hiệu quả.

Các loại di chứng hay gặp là : chít hẹp niệu đạo, rò nước tiểu, viêm bể thận, sỏi tiết niệu, v.v...

5.1. Chít hẹp niệu đạo

Là loại di chứng thường gặp, có thể là chít hẹp hoặc tắc hoàn toàn niệu đạo. Chít hẹp niệu đạo vẫn có thể xảy ra khi lớp niêm mạc niệu đạo bị thương tổn nhẹ, do quá trình viêm nhiễm các mô xung quanh niệu đạo.

Các đoạn niệu đạo tầng sinh môn, niệu đạo màng và đoạn tuyến tiền liệt bị thương tổn dễ bị chít hẹp hoặc tắc hoàn toàn hơn cả.

Vết thương hoá khí làm mất nhiều mô ở thành niệu đạo, dễ dẫn đến chít hẹp, làm tắc hoàn toàn niệu đạo. Thời gian xuất hiện chít hẹp từ 2 tuần lễ đến 1,5 - 2 tháng sau khi bị thương.

Chít hẹp niệu đạo có thể là một đoạn ngắn, hoặc cả một đoạn dài hoặc toàn bộ niệu đạo. Đoạn niệu đạo trên lỗ chít hẹp giãn rộng ra.

Nếu không kịp thời điều trị, lớp cơ của thành bàng quang sẽ phì đại, mất trương lực và khả năng co bóp để tống nước tiểu ra ngoài sẽ giảm gây ra viêm bàng quang, viêm bể thận. Về lâm sàng thường biểu hiện đái khó, phải rặn, tia đái nhỏ bằng đầu tăm, phải đái lâu mới hết nước tiểu.

5.2. Rò rỉ nước tiểu

Chiếm khoảng 38 - 42% các vết thương niệu đạo do hoá khí.

5.3. Sỏi tiết niệu

Chiếm 14% các vết thương niệu đạo. Ở Việt Nam trong chiến tranh chống Mỹ, tỷ lệ này là 15,3% các trường hợp (Trần Đức Hoà, 1983). Sỏi bàng quang có từ 1,5 - 2 tháng sau khi bị thương ở thận 5- 6 tháng.

6. ĐIỀU TRỊ

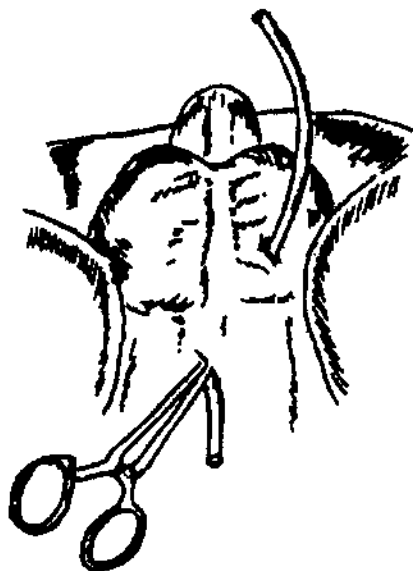
6.1. Về cơ bản

Việc điều trị các vết thương niệu đạo hở cũng giống như đối với các chấn thương kín. Tuy nhiên, vì tính chất vết thương, các biện pháp điều trị phải làm sớm và toàn diện.

Việc đầu tiên là phải điều trị chống choáng và mất máu, sau đó phải dẫn lưu sớm nước tiểu. Không nên dẫn lưu nước tiểu bằng ống thông đặt qua niệu đạo.

Một việc rất quan trọng là phải rạch rộng các ổ máu tụ, các ổ ú đọng nước tiểu để dự phòng việc hình thành các ổ áp xe, ổ máu mũ - nước tiểu. Thường phải

rạch bìu ở chỗ góc nối tiếp bìu – tầng sinh môn (hình 10.2). Nếu niệu đạo sau đó bị thương, phải dẫn lưu qua lỗ bịt kiểu Froumkin A.P. Nếu có tổn thương vỡ xương chậu, găm các đầu nhọn của mảnh xương gãy. Trường hợp có thủng niệu đạo – trực tràng sau khi dẫn lưu bàng quang, phải làm hậu môn nhân tạo.



Hình 10.2. Dẫn lưu qua lỗ bịt kiểu Froumkin

Phẫu thuật phục hồi sự lưu thông toàn vẹn của niệu đạo sau khi bị thương là một giai đoạn rất quan trọng. Chỉ nên phẫu thuật vết thương niệu đạo kỹ đầu trong hoà bình, khi điều kiện vận chuyển bệnh nhân về các cơ sở điều trị chuyên khoa được sớm, và được theo dõi chăm sóc chu đáo sau khi mổ. Còn trong hoàn cảnh chiến tranh không đặt vấn đề phẫu thuật khâu nối niệu đạo từ đầu, trừ khi có điều kiện đặc biệt (vận chuyển sớm, vết thương không phức tạp, có điều kiện xử trí và theo dõi tốt).

Việc điều trị vết thương niệu đạo có thể áp dụng các biện pháp đối với từng loại như sau:

6.1.1. Đối với vết thương niệu đạo bị chọc thủng

Nếu vết thương ngắn, không có dị vật, chỉ cần kiểm tra vết thương, băng vô trùng và dẫn lưu nước tiểu bằng chọc dò trên xương mu. Ngược lại, khi niệu đạo bị chọc thủng phải dẫn lưu các ổ máu tụ nước tiểu.

6.1.2. Vết thương niệu đạo bị đâm chém

Thường kèm theo tổn thương thể xốp và thể hang, đòi hỏi phải can thiệp cầm máu sớm. Có thể khâu niệu đạo bằng catgut, dẫn lưu nước tiểu trên xương mu. Để dự phòng dương vật cương sau khi mổ, cho bromua kali. Nếu dương vật và niệu đạo cùng bị cắt đứt đoạn, phải khâu niêm mạc niệu đạo mỏm cụt dương vật ra ngoài da, và dẫn lưu niệu đạo bằng ống thông niệu đạo.

6.1.3. Vết thương niệu đạo do bị con vật cắn

Nên xử trí ngay kí đầu vì vết thương không rộng. Phải cho thuốc phòng dại.

6.1.4. Vết thương niệu đạo do chấn thương làm rách, giập vỡ

Thường kèm theo tổn thương vỡ xương chậu, rách tầng sinh môn, v.v... Đó là loại tổn thương nặng cần dẫn lưu bàng quang trên xương mu, mở rộng và dẫn lưu ổ máu tụ, ổ đọng nước tiểu cạnh niệu đạo, hố chậu, v.v...

6.1.5. Vết thương niệu đạo do hoá khí

Phải chống choáng, mất máu. Trừ trường hợp niệu đạo bị giập, sứt không thủng, phải dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Xử trí vết thương bằng rạch mở rộng các ổ máu tụ, các ổ ứ đọng dịch, nước tiểu. Nói chung, khâu nối niệu đạo trước, niệu đạo bìu kỳ đầu hoặc kì hai chỉ làm khi niệu đạo ít mất đoạn và điều kiện thực hiện phẫu thuật cho phép, với phẫu thuật viên chuyên khoa. Ngoài ra phải đợi ổn định, mới mổ tạo hình niệu đạo

7. ĐIỀU TRỊ CÁC DI CHỨNG DO VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

Các di chứng thường hay gặp hơn cả là: chít hẹp và tắc hoàn toàn niệu đạo, rò rỉ nước tiểu, rò niệu đạo – trực tràng. Việc điều trị các loại di chứng này rất phức tạp.

Điều trị chít hẹp niệu đạo: có hai cách là nong niệu đạo bằng dụng cụ và phẫu thuật.

7.1. Nong niệu đạo

Nong không những có tác dụng làm giãn rộng các tổ chức xơ mà còn làm nó mềm ra. Nếu không nong được bằng các que nong sắt thì phải dùng các giấy nong nhỏ (bongie filliorne) để giấy nong nhỏ đó trong niệu đạo từ 24 -48 giờ, vận đầu dưới của giấy nong vào đầu của que nong Léo và kéo vào bàng quang qua chỗ chít hẹp để nong lần lượt, cứ cách 2- 3 ngày lại nong một lần. Tiếp tục nong bằng que nong số 18- 20 Charrière. Đồng thời với việc nong niệu đạo, có thể cho bệnh nhân các loại thuốc làm mềm sẹo như Aloes, Pyrogenal, men hyaluronidase, corticoid, α chymotrypsin, v.v...

Nếu kẹp ống dẫn lưu bàng quang bệnh nhân đi tiểu lưu thông, cần kiểm tra hoặc soi bàng quang, rồi đóng rò bàng quang trên xương mu.

7.2. Mổ

Thường nong không đem lại kết quả khi có xơ chai cứng ở đoạn chít hẹp. Lúc này tốt hơn hết là mổ cắt bỏ đoạn chít hẹp niệu đạo, cắt hết tổ chức xơ chai, giải phóng hai đầu niệu đạo, rồi khâu nối hai đầu lại kiểu *Marion Kholtsov*.

Đây là phương pháp phục hồi sự lưu thông niệu đạo là lý tưởng đối với các chít hẹp niệu đạo ở đoạn trước, hạ bìu và tầng sinh môn, khi mà đoạn niệu đạo bị chít hẹp không dài quá 3 cm.

7.3. Đối với các chít hẹp ở đoạn niệu đạo tuyến tiền liệt, phải phục hồi lưu thông niệu đạo theo phương pháp Solovof – Badenoch

Chỉ định của phương pháp này là: chít hẹp dài ở đoạn niệu đạo màng và tuyến tiền liệt. Sau khi đã cắt bỏ đoạn niệu đạo chít hẹp, di chuyển đoạn niệu đạo trước để cắm vào cổ bàng quang. Nhiều tác giả đã lồng niệu đạo trước vào đoạn dưới của niệu đạo tuyến tiền liệt.

7.4. Phương pháp Bengt Johanson

Tạo hình niệu đạo hai thì

- Thì một: bỏ đôi đoạn niệu đạo bị chít hẹp và khâu hai mép vào da tạo thành hình máng.
- Thì hai: cuộn hai mép da thành ống niệu đạo sau 4-6 tuần lễ. Nhược điểm là nếu lấy da bìu để cuộn lại có nguy cơ sinh sỏi trên lông còn bám ở da.

Nhưng khó khăn nhất vẫn là xử trí phục hồi lưu thông niệu đạo ở người bị mất đoạn dài từ 6 -10cm. Điều lí tưởng cần đạt được là làm sao khôi phục được chức năng sinh dục và chức năng tiểu tiện, chức năng tiểu tiện phải làm sao các thể hang dương vật không bị co ngắn, bệnh nhân đi tiểu được dễ dàng không cần phải nong.

CHẤN THƯƠNG VÙNG BÌU

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương thời chiến do hoả khí ở riêng biệt vùng này hiếm gặp, nhưng trong thời bình, các tai nạn trong sinh hoạt, tai nạn giao thông, tai nạn trong các hoạt động thể dục thể thao như võ dùi chân đá... chấn thương vùng bìu thường hay gặp.

2. NGUYÊN NHÂN

- Bị đá trực tiếp vào vùng bìu
- Ngã ở tư thế cưỡi ngựa (có thể bị chấn thương niệu đạo trước hoặc có thể bị chấn thương bìu)
- Trong các trận đấu thể thao và võ thuật.
- Do hoả khí

Cần lưu ý là ngoài những chấn thương có nguyên nhân rõ ràng, cần phải phân biệt những thương tổn bên trong bìu do viêm nhiễm hoặc khối u.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Vùng da bìu gồm rất nhiều lớp cho nên các thương tổn bệnh lý giải phẫu được thể hiện ở nhiều mức độ khác nhau.

Tụ máu nông ở da và dưới da; tụ máu lan rộng trên mặt da.

Tụ máu ở sâu, giữa lớp mô sợi và màng tinh hoàn.

Tụ máu ở trong màng tinh hoàn

Thương tổn giập nát mào tinh hoàn, tinh hoàn

Xoắn tinh hoàn

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Sau chấn thương, xuất hiện đau dữ dội và thường ngắt đi. Khởi đầu trên lớp da bìu có những đấm chấm xuất huyết, sau đó da bìu bầm tím tụ máu rõ, sưng to dần và rắn. Bệnh nhân vẫn đi bình thường.

Nếu có xoắn tinh hoàn cơn đau ngày một tăng, bìu đau co thắt nên bệnh nhân rất sợ bị sờ nắn, bìu to dần đỏ thẫm hoặc bầm tím, dưới da bìu nổi nên một khối (tinh hoàn và mào tinh hoàn) co rút về phía lỗ ben, thừng tinh đau, cơn đau có thể tạm ngừng rồi lại tiếp tục (đó là dấu hiệu thường làm người thầy thuốc bỏ sót trong chẩn đoán).

Trong chẩn đoán phân biệt nên lưu ý loại trừ những trường hợp chấn thương niệu đạo (bí đái và chảy máu niệu đạo) nhất là các bệnh viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn thời kỳ khởi phát nhân cơ hội có một chấn thương tình cờ không đáng kể.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa khi chắc chấn thương tổn nhẹ. Các đám tụ máu chỉ khu trú ở nông và nhất là không tiến triển lan rộng. Bệnh nhân hết đau, chỉ cần:

- Nằm nghỉ
- Băng treo cố định vùng bìu lên cao (kiểu như mặc một chiếc quần lót bằng chun chặt)
- Có thể cho: kháng sinh, các loại thuốc giúp cho việc tiêu máu nhanh như alpha chymotrypsin.
- Chườm đá tại chỗ

5.2. Điều trị phẫu thuật

Quan niệm mới về hướng điều trị hiện nay là nên mở rộng chỉ định mổ thăm dò nhưng khi xử trí các thương tổn ở tinh hoàn (nếu có) thì cố gắng bảo tồn hoặc nếu cắt bỏ từng phần thì hết sức tiết kiệm nhằm cố giữ được càng nhiều càng tốt tinh hoàn.

- Rạch rộng da bìu
- Cầm máu cẩn thận qua từng lớp
- Thăm dò tinh hoàn

Nếu tinh hoàn vỡ gọn: khâu cầm máu bao tinh hoàn. Lấy hết máu cục, khâu da

Nếu giập vỡ một phần, chỉ cắt bỏ phần giập nát sau đó khâu bao tinh hoàn.

Trường hợp tinh hoàn bị giập nát hoàn toàn thì mới phải cắt bỏ

Cũng như xoắn tinh hoàn tháo xoắn và bảo tồn, trừ trường hợp tinh hoàn đã hoại tử, bầm tím đen.

Để tránh gây ảnh hưởng về tâm lý, người ta thay thế vào đó tinh hoàn nhân tạo.

- Với những vết thương vùng bìu, cần thiết phải mổ thăm dò và xử trí tụy theo thương tổn trên.

Với các vết thương tới muộn phải dẫn lưu và điều trị kháng sinh.

CƯƠNG ĐAU DƯƠNG VẬT KÉO DÀI (PRIAPISM)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Cương đau dương vật kéo dài là hiện tượng cương cứng vật hang do máu được tích tụ tối đa, nhưng từ vật hang lượng máu đó không thể thoát qua được hệ tĩnh mạch dương vật để trở về hệ tĩnh mạch trung ương. Từ đó dương vật cương cứng kéo dài không thể nào mềm xỉu được và rất đau, thời gian quá 6 tiếng đồng hồ. Trong khi đó sự lưu thông mạch máu ở vùng vật xóp vẫn bình thường cho nên không gây ra các rối loạn tiểu tiện.

Cương đau dương vật kéo dài không bao giờ tự mềm xỉu trở lại trừ khi được điều trị đúng thuốc hoặc được điều trị bằng phẫu thuật. Bệnh gây đau đớn và rất khó chịu. Bệnh không xuất hiện khi giao hợp còn nếu đang trong tình trạng bệnh lý này mà cố giao hợp thì càng tăng thêm đau đớn và cũng không giải quyết được gì để dương vật mềm xỉu.

Nguyên nhân gây bệnh rất đa dạng, thường chỉ xuất hiện ở một số lứa tuổi, nhưng thông thường yếu tố nguyên nhân lại rất khác nhau ở từng lứa tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

2.1. Nguyên nhân cơ giới: Một số bệnh gây chít tắc hệ tĩnh mạch của vật.

2.1.1. Bệnh thiếu máu do hồng cầu liếm (sickle – cell anemia). Theo cơ chế chung, khi bị thiếu oxy, hồng cầu bị biến dạng, vỡ ra từng mảng hình như lưới liếm, và vón kết lại thành từng đám.

2.1.2. Bệnh tăng bạch cầu (Leukemia)

2.1.3. Một số bệnh khác về máu

- Bệnh đa hồng cầu.
- Viêm tắc tĩnh mạch hoặc nhiễm khuẩn vùng quanh niệu đạo – tiểu khung.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Bệnh đa tiểu cầu sau cắt lách.
- Các bệnh gây tăng đông máu.

2.2. Bị chèn ép do các khối u

Các khối u hoặc di căn ung thư ở hệ thống tiết niệu sinh dục như ung thư tuyến tiền liệt, ung thư bàng quang, ung thư tinh hoàn gây chèn ép làm tắc tuần hoàn tĩnh mạch dương vật.

2.3. Nguyên nhân thần kinh

- Một số bệnh gây kích thích vỏ đại não thí dụ cương đau dương vật kéo dài là triệu chứng khởi đầu của bệnh chó dại khi lên cơn.
- Stress cũng có thể gây ra hiện tượng cương đau dương vật kéo dài.
- Một số bệnh hoặc chấn thương vùng tuỷ sống.

2.4. Nguyên nhân chấn thương

Các chấn thương vùng dương vật, bìu, ống bẹn đều có thể gây ra hậu quả các huyết khối làm tắc tuần hoàn tĩnh mạch vùng dương vật.

2.5. Do thuốc nhất là tiêm thuốc vào vật hang

Khi dùng nhiều các loại cholinergic hoặc chống α Adrenergic gây giãn mạch.

3. CHẨN ĐOÁN

Bệnh thường xảy ra đột ngột. Có tới 60% bệnh nhân không rõ nguyên nhân vì sao. Bệnh nhân thường tới muộn (quá 12 giờ) với tình trạng vật hang hai bên cương cứng.

Bệnh sẽ diễn biến qua hai giai đoạn:

- Giai đoạn đầu: Máu ứ đọng ở vật hang có hiện tượng thiếu oxy và thừa CO_2 có thể lẫn máu cục.
- Giai đoạn 2: Nếu để lâu không điều trị sẽ gây ra hiện tượng xơ hoá vật hang làm cho dương vật bị biến dạng và nhất là để lại hậu bị quả rối loạn cương dương.

4. ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị cương đau dương vật kéo dài phải đạt được hai mục đích:

- Làm đỡ đau dương vật bằng cách làm xẹp vật hang, hồi phục tuần hoàn tĩnh mạch trở về của vật hang
- Tránh được biến chứng liệt dương sau khi điều trị.

4.1. Điều trị nội khoa

4.1.1. Loại trừ tác dụng của các loại thuốc đã gây ra bệnh

Thí dụ do papaverin gây ra có thể dùng adrenalin. Cho các loại thuốc an thần và giảm đau.

4.1.2. Phong bế tại chỗ gốc dương vật bằng dung dịch xylocain

Phong bế vùng thần kinh đuôi ngựa; gây tê tuỷ sống hoặc ngoài màng cứng vùng tuỷ sống thắt lưng; có khi phải sử dụng gây mê toàn thân. Mục đích để cắt hoàn toàn cung phản xạ và làm xẹp vật hang.

4.1.3. Hạ huyết áp động mạch có điều khiển kết hợp với gây mê toàn thân

Dùng 50mg natri nitroprussiat hoà lẫn trong 500ml huyết thanh ngọt và truyền tĩnh mạch bằng bơm tiêm???. Natri nitroprussiat có tác dụng làm hạ huyết áp và tác dụng trực tiếp lên các cơ nhẵn. Giữ huyết áp động mạch ở mức độ 50-60mm/Hg. Hiện tượng cương dương vật có thể giảm từ 1 đến 6 giờ từ khi bắt đầu điều trị.

4.1.4. Tiêm thuốc vào vật hang

Có thể kết hợp chọc kim vào vật hang hút hết máu đọng sau đó 5 phút một lần tiêm liên tục vào vật hang các loại thuốc sau đây cho tới khi dương vật mềm xiu.

Thuốc	Liều lượng một mũi tiêm
Epinephrin	10-20 μ g (microgam)
Phenylephrin	100-500 μ g (microgam)
Ephedrin	50-100mg (miligam)
Norepinephrin	10-20 μ g (microgam)

4.2. Điều trị ngoại khoa – tạo ra lỗ rò vật hang – vật xóp

Dựa trên nguyên tắc: Trong bệnh cương đau dương vật kéo dài, máu chỉ bị ứ trệ tại vật hang, trong khi đó tuần hoàn tĩnh mạch trở về của vật xóp vẫn bình thường. Tạo lỗ rò vật hang – vật xóp nhằm mục đích để máu từ vật hang thoát qua vật xóp và từ từ trở về theo tuần hoàn tĩnh mạch của vật xóp.

4.2.1. Phương pháp của Ebbehøj

Rạch ở 2 bên đầu dương vật bằng lưỡi dao nhọn và nhỏ (số 11), dùng mũi dao nhọn chọc sâu theo trục của dương vật cho tới vật hang để tạo thành lỗ rò vật hang - vật xóp (đầu dương vật thuộc tổ chức vật xóp).

4.2.2. Phương pháp của AL Gohlab

Khác phương pháp kinh điển ở chỗ đường rạch ngang trên quy đầu 2cm và ở phía trước rãnh quy đầu 0,5cm. Rạch xuống sâu cho tới khi chọc thủng được lớp cân của vật hang. Khâu chỗ rạch ở đầu dương vật bằng chỉ tiêu 4 - 0 (hình 12.11)

4.2.3. Phương pháp tại Bệnh viện Việt Đức

Như phương pháp Ebbehøj huyết thanh mặn nhưng dùng thêm ống thông nhỏ luồn vào vật hang để bơm rửa bằng Ebbehøj huyết thanh mặn pha thêm Héparin hay vài giọt Adrénalin để lấy hết máu cục.

- Băng chặt dương vật trong 24 giờ ở tư thế đầu dương vật xuôi xuống đùi.
- Đặt ống thông Foley lưu ở bàng quang để phòng việc băng chặt gây khó đái trong 24 giờ (hình.12.1).

4.2.4. Nối khâu vật hang và vật xóp

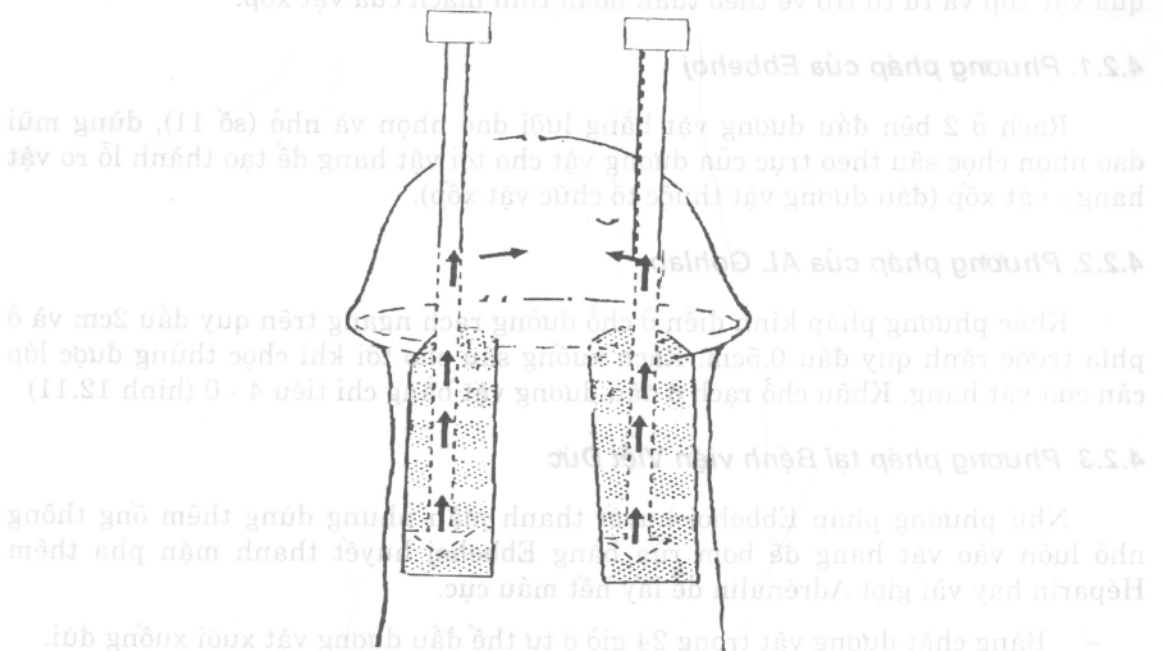
- Rạch tầng sinh môn, bộc lộ vật hang và vật xóp, rạch và khâu nối bên - bên vật hang và vật xóp. Có thể tiến hành một bên hoặc cả 2 bên vật hang.
- Phương pháp khâu nối như khâu nối mạch máu này cho kết quả tốt rõ rệt. Dương vật xẹp xuống nhanh nhưng theo dõi lâu dài, tỷ lệ bị biến chứng liệt dương nhiều hơn (hình 12.2)

4.2.5. Điều trị ngoại khoa – khâu nối vật hang với tĩnh mạch trong

Để thực hiện kỹ thuật này, cần phải có sự kết hợp giữa phẫu thuật nội khoa và ngoại khoa. Trước tiên, cần phải tiến hành các xét nghiệm để đánh giá tình trạng của tĩnh mạch và vật hang. Sau đó, tiến hành phẫu thuật để khâu nối vật hang với tĩnh mạch trong.

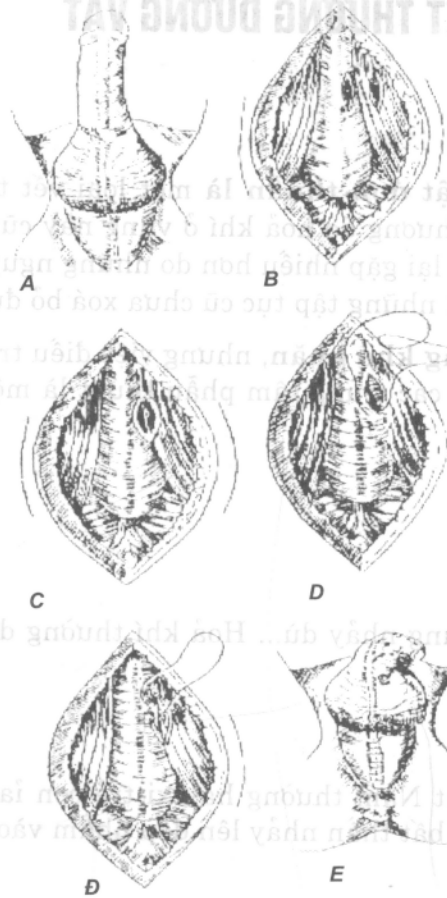


Hình 12.1. Tạo đường rò vật hang – vật xóp theo đường bên



Hình 12.2. Tạo đường rò vật hang – vật xóp theo đường thẳng từ quy đầu (phương pháp làm tại bệnh viện Việt Đức)

VẾT THƯƠNG DƯƠNG VẬT



Hình 12.3. Kỹ thuật nối vật hang - vật xô

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương dương vật là một loại vết thương rất hiếm gặp. Ngay trong thời chiến, vết thương dương vật khi ở vị trí này cũng được xếp loại cuối cùng, nhưng trong sinh hoạt lại gặp nhiều hơn do những nguyên nhân rất kỹ thuật mà có lẽ chỉ có ở Việt Nam vì những tập tục cũ chưa xoá bỏ được.

Việc chẩn đoán không khó khăn, nhưng điều trị lại tuyến đầu sơ cứu đến việc điều trị triệt để tại chỗ là một vấn đề cần hết sức chú ý.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Vết thương do hoá khí

Thường gặp ở binh chủng nhảy dù... Hết kết thường do mìn hoặc đạn pháo văng mạnh từ dưới đất lên.

2.2. Do chó cắn

Tập tục nông thôn Việt Nam thường... là dài ngay trong nhà. Chó lần quấn ở bên cạnh rồi nhảy lên... vào dương vật của trẻ.

2.3. Do lợn cắn

Khi chiến lợn thường... hai đực. Khi chiến lợn đực, gây giữa cần lưng và cần vào dương vật. Trong những trường hợp này thường dương vật bị đứt là hoàn toàn.

2.4. Bị người khác cắt bằng dao do thù hận, ghen tuông

2.5. Do tai nạn giao thông, sinh hoạt, tai nạn lao động trong một tư thế tinh cở hoặc hết sức đặc biệt thì dù như xoài trên bán đạp xe đạp chỉ còn trực nhận hoặc dùng đai ở đầu cần đạp bên; đầu kia bán đạp chân mạnh thành cần đạp trúng vào dương vật, đứng vững hay gây chấn thì chặt gốc dương vật.

3. GIẢI PHÁP BỆNH LÝ

Lần lượt từ nhẹ đến nặng, các thương tổn gồm có:

- Hết tử toàn bộ da dương vật ở chỗ bị chặt hẹp như nước ga rò, vật hang vật xô hình thường
- Hết tử toàn bộ da dương vật ở chỗ bị chặt hẹp như nước ga rò, vật hang vật xô hình không bị tổn thương
- Hết cả tử vừng bít để lộ cả hai tinh hoàn. Tuy nhiên tinh hoàn, vật hang và vật xô hình không bị tổn thương
- Lóc da dương vật từng phần, hoặc toàn phần như lột vỏ chuối. Có khi da bị lột cả tử vừng bít để lộ cả hai tinh hoàn. Tuy nhiên tinh hoàn, vật hang và vật xô hình không bị tổn thương

VẾT THƯƠNG DƯƠNG VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương dương vật đơn thuần là một loại vết thương rất hiếm gặp. Ngay trong thời chiến, vết thương do hoả khí ở vùng này cũng được xếp loại cuối cùng, nhưng trong sinh hoạt lại gặp nhiều hơn do những nguyên nhân rất kỳ quặc mà có lẽ chỉ có ở Việt Nam vì những tập tục cũ chưa xoá bỏ được.

Việc chẩn đoán không khó khăn, nhưng việc điều trị từ tuyến đầu sơ cứu đến việc điều trị triệt để tại các trung tâm phẫu thuật là một vấn đề cần hết sức chú ý.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Vết thương do hoả khí

Thường gặp ở binh chủng nhảy dù... Hoả khí thường do mìn hoặc đạn pháo văng mảnh từ dưới đất lên.....

2.2. Do chó cắn

Tập tục nông thôn Việt Nam thường hay xi trẻ con ỉa đái ngay trong nhà. Chó lẫn quần ở bên cạnh rồi bất thần nhảy lên đớp nhâm vào dương vật của trẻ

2.3. Do lợn cắn

Khi thiến lợn thường dốc ngược đầu lợn xuống kẹp ở hai đùi. Khi thiến lợn đau, giãy giụa cắn lung tung và cắn vào dương vật. Trong những trường hợp này thường dương vật bị đứt lìa hoàn toàn.

2.4. Bị người khác cắt bằng dao do thù hận, ghen tuông

2.5. Do tai nạn giao thông, sinh hoạt, tai nạn lao động trong một tư thế tình cờ hoặc hết sức đặc biệt thí dụ như ngã xoài trên bàn đạp xe đạp chỉ còn trục nhọn hoắt; đứng đái ở đầu cầu bập bênh; đầu kia bạn dậm chân mạnh thành cầu đạp trúng vào dương vật, dùng vòng hay giây chun thít chặt gốc dương vật.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Lần lượt từ nhẹ đến nặng, các thương tổn gồm có

- Lóc da dương vật từng phần, hoặc toàn phần như lột vỏ chuối. Có khi da bị lột cả từ vùng bìu để lộ cả hai tinh hoàn. Tuy nhiên tinh hoàn, vật hang và vật xộp hoàn toàn không bị tổn thương
- Hoại tử toàn bộ da dương vật ở chỗ bị chít hẹp như buộc ga rô, vật hang, vật xộp bình thường

- Hoại tử vòng quanh dương vật, ăn sâu vào vật hang, vật xóp. Niệu đạo bình thường.
- Vết cắt hoặc giập nát từng phần hoặc toàn phần vật hang và vật xóp, niệu đạo vẫn bình thường.
- Cắt đứt hoặc giập vỡ hoàn toàn rời hẳn một đoạn dương vật, niệu đạo cũng bị cắt rời.
- Mất hoàn toàn dương vật cả vùng bìu trong đó mất cả hai tinh hoàn.

Dương vật có thể bị cắt gọn bởi các vật sắc hoặc bầm giập nát tùy mức độ khác nhau ở mồm cụt dương vật.

Cũng cần phải lưu ý vết thương tới sớm hay tới muộn, vết thương sạch hay vết thương bẩn lẫn nhiều dị vật.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Cần đánh giá mức độ thương tổn. Trong trường hợp bị thít chặt ngoài dương vật như kiểu đeo nhẫn, bệnh nhân có triệu chứng bí đái hoàn toàn và dương vật ngày một cương to, phù nề nhiều. Trong trường hợp có thương tổn tới niệu đạo hoặc bị đứt rời hoàn toàn sẽ có triệu chứng bí đái, máu chảy dữ dội ở mồm cụt. Bệnh nhân thường phải dùng những sợi dây hoặc vải gạc tự buộc chặt ở đầu mồm cắt như một kiểu ga rô.

4.2. Chẩn đoán thương tổn phối hợp

Phải hết sức quan tâm trong cấp cứu nhất là những trường hợp thương tổn do hoả khí hoặc bị các vật sắc nhọn đâm xuyên sâu thương tổn phối hợp ở:

Trực tràng, Bàng quang, Bìu và tinh hoàn, Vết thương thấu bụng gây thương tổn các tạng trong phúc mạc.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Những trước hợp lóc da đơn thuần

Cắt lóc sạch. Cố gắng giữ những vật da còn dính lại để che phủ dương vật.

- Trong trường hợp thiếu da có thể bóc tách lớp da ở bìu để kéo lên.
- Kéo da trên bụng xuống.
- Vá da thì 2 ở những lớp da bị hoại tử
- Đặt 1 ống thông Foley hoặc dẫn lưu bàng quang.

5.2. Bị chặt gốc dương vật do các vòng kim loại

- Dẫn lưu bàng quang hoặc chọc dẫn lưu bàng quang qua da.

- Cắt bỏ vòng kim loại.
- Nếu dùng cửa phải vừa cửa vừa tưới nước để tránh gây bỏng.

5.3. Dương vật bị cắt cụt hoàn toàn

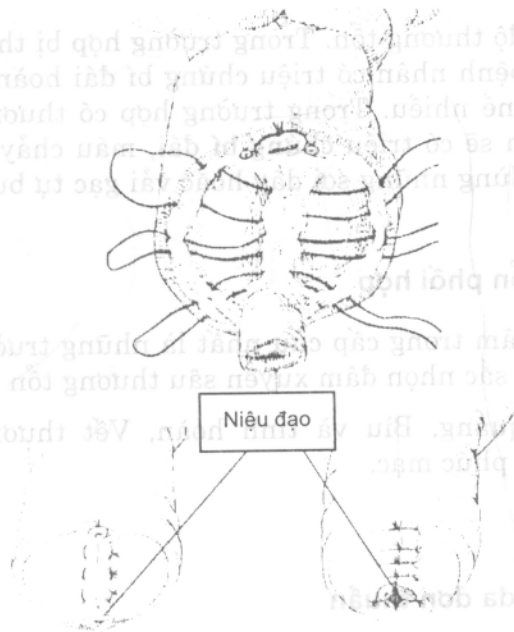
Có 2 tình huống xảy ra

5.3.1. Trường hợp tới muộn và mất đoạn bị cắt rời.

- Cắt lọc tiết niệu mồm cụt
- Khâu cầm máu

Niệu đạo thương bị cơ tụt vào phía trong. Cần bộc lộ dài đoạn mồm niệu đạo rồi khâu lộn đầu niệu đạo ra ngoài da để tránh đầu niệu đạo sẽ tụt vào gây hẹp.

- Đặt ống thông Foley hay dẫn lún bàng quang.



Hình 13. Vết thương cắt cụt hoàn toàn dương vật. Tạo hình niệu đạo ra đầu mồm cụt

5.3.2. Trường hợp tới sớm, và còn đoạn cắt này cần nối lại dương vật.

- Cắt lọc tiết niệu hai đầu mồm cắt
- Bộc lộ hai đầu niệu đạo để khâu nối bằng các mũi khâu riêng. (chỉ Vicryl 4.0)
- Cầm máu vật hang và vật xoắn.
- Nối lại động - tĩnh mạch lưng dương vật
- Dẫn lưu bàng quang

- Đặt ống thông niệu đạo làm nòng cho việc liên sẹo niệu đạo.
- Nong niệu đạo nhiều lần khi vết thương đã liền sẹo.

Do việc tưới máu ở vùng này rất phong phú nên kết quả thường rất tốt rất ít khi đoạn cắt rời bị hoại tử.

5.4. Tạo dương vật mới

Tạo ra một dương vật mới nhưng vẫn đảm bảo được 2 yêu cầu: dài được bình thường và nhất là vẫn có thể giao hợp được. Yêu cầu thứ hai là yêu cầu chính của bệnh nhân.

Tạo các quai Filatov có cuống nuôi dưỡng ở vùng bụng hoặc ở các vùng khác trên cơ thể. Khi các quai Filatov được nuôi dưỡng tốt, chuyển các quai (đã được ghép thêm sụn sườn hoặc xương mào chậu xuống mồm cụt.

VỠ VẬT HANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ vật hang: là do chấn thương làm rách vỏ trắng bao quanh vật hang, máu trong vật hang chảy ra lan tràn dưới mạc dương vật, hoặc rách cả hai lớp mạc nông và mạc sâu dương vật gây tụ máu da dưới bìu, tầng sinh môn, vùng bẹn và vùng trên xương mu, khi dương vật đang cương cứng.

Diễn biến tự nhiên của tổn thương vật hang

- Nhiễm trùng khối máu tụ: Hiếm gặp, trừ những trường hợp thương tổn cả niệu đạo, nước tiểu rỉ lẫn vào đám máu tụ.
- Hình thành mảng xơ: kéo dài 3 tuần đến 2 tháng
- Gấp khúc dương vật: có thể tới 90° .
- Mất cương cứng dương vật
- Nhiễm trùng niệu đạo, áp xe dương vật
- Hoại tử tổ chức liên kết, gây rò nước tiểu qua da, tắc niệu đạo.

2. NGUYÊN NHÂN

Thường xảy ra lúc dương vật cương cứng cao độ. Lúc đó các lớp mạc bao quanh vật hang bị giãn căng ra nên rất mỏng và yếu, chỉ cần một động tác nhẹ làm gấp góc dương vật hoặc va chạm vào dương vật cũng đủ làm cho các lớp mạc quanh vật hang bị vỡ ra gây máu từ vật hang thoát ra ngoài.

Theo y văn thế giới, vỡ vật hang chủ yếu xảy ra khi giao hợp.

3. CHẨN ĐOÁN

Bệnh nhân khi tới bệnh viện thường có 2 tâm trạng:

- Rất xấu hổ không dám kể về nguyên nhân gây bệnh.
- Ngược lại rất lo lắng, sợ hãi về tương lai sức khỏe sinh sản của mình sau này.

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Bệnh nhân thường kể sau tai nạn lúc dương vật cương cứng

Có cảm giác vỡ bực ở dương vật nghe thấy tiếng kêu “rắc”, rồi bắt đầu thấy đau chói ở vùng đó và dương vật bắt đầu sưng to lên.

3.1.2. Khám sẽ thấy

- Dương vật căng mọng, tụ máu bầm tím, đám tụ máu có thể lan xuống khắp cả bìu, tầng sinh môn, vùng bẹn và ống bẹn, vùng trên xương mu ...
- Dương vật bị biến dạng, thường đầu dương vật bị vẹo lệch sang phía đối diện với chỗ vỡ vật hang.

- Sờ nắm tìm thấy điểm yếu chỗ vỡ vật hang và bệnh nhân thấy đau chói.
- Nếu là vết thương sẽ thấy máu tiếp tục chảy ra qua vết thương
- Đái khó nhưng rất ít khi bí đái nếu như chưa thương tổn tới niệu đạo.

3.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp vật hang: Gemayel đề nghị bơm với thuốc cản quang vào vật hang.
- Chụp cộng hưởng từ thấy hình khuyết vật hang.
- + Chụp động mạch dương vật:
- Siêu âm có giá trị chẩn đoán khối máu tụ

3.3. Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh tắc tĩnh mạch lưng sâu

Cần chẩn đoán vị trí vỡ: bên phải hay bên trái.

Ổ gốc dương vật, ở 1/3 giữa, hay ở phía gần đầu dương vật.

Là một việc khó khăn và cần thiết đối với phẫu thuật viên để quyết định đường rạch ở bên ngoài đi vào tìm chỗ vỡ vật hang.

4. ĐIỀU TRỊ VỠ VẬT HANG

4.1. Mục đích

- Lấy hết khối máu tụ
- Cầm máu vật hang
- Cắt sén gọn gàng lớp mạc bọc quanh vật hang bị vỡ
- Khâu kín vỏ trắng vật hang chỗ vỡ

4.2. Cách thức phẫu thuật

Chọn đường rạch ngoài da: rạch dọc hay ngang

- Lấy hết máu cục: Rửa sạch bằng huyết thanh mặn 9‰ cho hết các máu đọng quanh chỗ thương tổn vật hang.

- Tìm vị trí thương tổn vật hang: Đường vỡ thường là gọn nhưng cũng có thể vỡ theo hình sao nham nhỏ.

Cắt xén tiết kiệm hai mép vỏ trắng vật hang

Khâu vỏ trắng vật hang bằng chỉ khâu mạch máu 6.0

Khâu phục hồi lớp mạc sâu và mạc nông ở bên ngoài bằng chỉ Vicryl 4.0

Khâu da:

4.3. Hậu phẫu

- Dùng thuốc kháng sinh, an thần và thuốc chống phù nề: α - chymotrypsin
- Đặt sonde niệu đạo.

XOẮN TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Xoắn tinh hoàn là hiện tượng tinh hoàn xoay nhiều vòng làm cho thừng tinh và cuống mạch xoắn lại gây thiếu máu tại tinh hoàn.
- Xoắn tinh hoàn là một bệnh cấp cứu trong ngoại khoa. Phải chẩn đoán và xử trí kịp thời trước 6 giờ thì mới hi vọng bảo tồn và hồi phục được tinh hoàn.
- Nếu tinh hoàn phải cắt bỏ thì không những chỉ gây ảnh hưởng đến việc sinh con cái do thiếu tinh trùng mà còn ảnh hưởng đến nhiều triệu chứng toàn thân do thiếu testosteron.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Xoắn tinh hoàn và các phần phụ ở tinh hoàn không phải là hiếm gặp.

Xoắn tinh hoàn thường gặp ở trẻ nhỏ, tuổi dậy thì. Trẻ em sinh đôi, trẻ thứ hai thường bị xoắn tinh hoàn (25 – 50%).

Cơ chế:

- Do cơ cơ bìu đột ngột và dữ dội nhưng thực tế chỉ xảy ra trên bệnh nhân có dị dạng giải phẫu:
 - + Màng tinh hoàn rộng, tinh hoàn di động dễ dàng như quả lắc.
 - + Mạc treo tinh hoàn rộng, tinh hoàn dễ di động.
 - + Thừng tinh hoàn dài, dây kéo tinh hoàn dài, hoặc thừng tinh ngắn, mạc treo tinh hoàn hẹp kéo ngược tinh hoàn lên.
 - + Mào tinh hoàn tách rời không dính với tinh hoàn.

3. BỆNH LÝ GIẢI PHẪU

Mức độ xoắn thừng tinh và cuống mạch có thể từ 1-3 vòng.

Thương tổn giải phẫu được chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn sớm trước 6 giờ, các thương tổn sớm có khả năng hồi phục: tinh hoàn chỉ có cương tụ dữ dội các mao mạch, mạch máu nhỏ căng đỏ thẫm, màng tinh hoàn bị phù xuất huyết, hồng cầu thoát mạch tràn dịch màng tinh hoàn màu hồng.
- Thương tổn muộn sau 6 giờ, tinh hoàn hoại tử chảy máu từng đám hay nhồi máu hoại tử lan rộng: tinh hoàn tím đen. Vì thế: các dòng tế bào sinh tinh, tế bào Leydig đã bị phá huỷ phản ứng các mô kẽ.

4. TRIỆU CHỨNG

Thể điển hình thường gặp ở trẻ lớn. Xoắn tinh hoàn thường xảy ra trong khi ngủ. Cũng có thể xảy ra sau một cử động quá mạnh và đột ngột.

- Cơ năng: đau bìu đột ngột, ban đêm bệnh nhân bật thức dậy, giờ bắt đầu có thể nhớ rõ, tính được. Đau dữ dội lan dọc theo thừng tinh, ống bẹn đến hố chậu kèm theo cảm giác buồn nôn hay nôn.

Đau liên tục không thành cơn nhưng mỗi lúc mỗi tăng, thực tế bìu đau co thắt lại bệnh nhân rất sợ va chạm phải gấp đùi vào để bảo vệ nên khó khám. Dưới da bìu nổi lên một khối (tinh hoàn và mào tinh hoàn) co rút về phía bẹn, thừng tinh đau.

Bìu to dần, da bìu còn đỏ thắm hay bầm tím.

Phù lan rộng sang cả bìu bên đối diện.

Thời gian đau kéo dài, nhưng nếu đi rồi để theo dõi là dễ bỏ quên.

- Một số trường hợp xoắn tinh hoàn tự tháo nhưng có thể tái diễn bất thường.
- Nguy hiểm nhất là mất triệu chứng báo động, giảm đau cũng là lúc tinh hoàn đã hỏng.

Bìu vẫn phù có tràn dịch màng tinh hoàn ít, có thể có phản ứng sốt, che lấp thương tổn tinh hoàn mào tinh hoàn.

- Tiến triển: tinh hoàn teo dần rất hiếm các trường hợp bị mưng mủ.

5. CHẨN ĐOÁN

Cần phải có phản xạ nhạy cảm trong chẩn đoán, thường dễ lạc hướng sang các bệnh viêm tinh hoàn cấp, nếu chẩn đoán nhầm bỏ sót sẽ gây nên mất tinh hoàn.

5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng: đau đột ngột dữ dội vùng bìu, ống bẹn. Thực thể bìu sưng to, nhanh và nổi khối u tại bìu.

Cận lâm sàng cần lưu ý làm siêu âm, nhất là siêu âm Doffler.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

5.2.1. Viêm mào tinh hoàn – tinh hoàn cấp thường hay lẫn lộn nhưng có khác biệt: Bệnh khởi phát sốt đau, rối loạn tiểu tiện (đái rất, đái buốt). Đau khu trú ở tinh hoàn, mào tinh hoàn cũng lan lên hố chậu. Nếu nghi ngờ khó phân biệt xoắn tinh hoàn, can thiệp sớm cũng cần thiết.

5.2.2. Thoát vị bẹn nghẹt, viêm ruột thừa cấp thể tiểu khung. Theo bệnh cảnh lâm sàng, đều có chỉ định can thiệp cấp cứu.

6. THỂ LÂM SÀNG

6.1. Theo tiến triển

6.1.1. Bán cấp

Đau vừa phải khu trú không rõ, cảm giác tinh hoàn bị kéo căng.

Bìu phù ít, phản ứng tràn dịch màng tinh hoàn làm khó khám thương tổn bên trong. Tiến triển dần sẽ hoại tử.

Chẩn đoán khó thường để muộn, nhưng phẫu thuật dấu muộn có khi vẫn cứu vãn giữ được tinh hoàn nếu xoắn tinh hoàn không hoàn toàn. Chẩn đoán khó kết hợp echo – Doppler để xác định.

6.1.2. Thể tái diễn

Đợt đau bìu xảy ra không dữ dội nhưng biết bìu căng trong 2-3 giờ rồi tự nhiên khỏi, diễn biến vẫn có thể teo tinh hoàn.

Chẩn đoán xác định sớm và chỉ định mổ sớm, nên cố định tinh hoàn.

6.2. Theo tuổi

Xoắn tinh hoàn ở trẻ sơ sinh có thể ngay sau khi đẻ. Khám phát hiện bìu to một bên hơi khác, da bìu phù căng. Các dấu hiệu khác kín đáo, không đau, thể trạng bình thường. Chẩn đoán phân biệt với thoát vị bẹn và tràn dịch màng tinh hoàn.

Echo – Doppler xác định thêm chẩn đoán.

- Ở trẻ còn bú: đau khóc thét, bỏ bú, bìu sưng to một bên đỏ thẫm.

Chẩn đoán phân biệt: lồng ruột, thoát vị nghẹt, viêm ruột thừa cấp.

6.3. Theo giải phẫu

6.3.1. Xoắn tinh hoàn cả màng tinh hoàn

Tinh hoàn, mào tinh hoàn cả màng tinh hoàn bị xoắn, thường gặp ở trẻ sơ sinh, ở người lớn rất hiếm và không giải thích được nguyên nhân.

6.3.2. Xoắn tinh hoàn lạc chỗ

6.3.3. Xoắn các phần phụ

Xoắn nang Morgagni, cơ quan Giraldès, tắc mạch máu bất thường Haller.

Bệnh nhân ít đau dữ dội, phù bìu nhanh. Sở nắn ngoài tinh hoàn ra còn có nhân cứng đau, có tràn dịch màng tinh hoàn ít nhiều.

Chẩn đoán xác định có khi phải phẫu thuật để tránh bỏ sót.

7. ĐIỀU TRỊ

. Phẫu thuật

Can thiệp phẫu thuật cấp cứu nhằm:

- Cứu vãn tinh hoàn trước 6 giờ
- Đề phòng tái phát
- Đề phòng kích thích xoắn bên đối diện
- + Mở sớm trước 3 giờ cứu tinh hoàn: tháo xoắn
- + Mở đường ống bẹn hay bìu để tháo xoắn chờ đợi 10 phút nếu hồng trở lại, mạch máu đập rõ ràng là bảo tồn được. Nếu tinh hoàn tím đen mọng, tiết dịch lỏng đọng, phải cắt bỏ. Cắt bỏ là bắt buộc khi tinh hoàn đã hoại tử.
- + Đề phòng tái phát: đa số các tác giả khuyên nên cố định tinh hoàn với cân cơ bìu.

Màng tinh hoàn có thể cắt hay lộn lại.

Ứ MỦ THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Ứ mủ thận là một tình trạng bệnh lý nặng, do ứ đọng mủ tại đường bài tiết của thận và nhiễm khuẩn nhu mô thận dẫn đến phá huỷ nhu mô thận, làm thận mất chức năng hoạt động, nguy hiểm cho người bệnh.

2. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Nguyên nhân chính sinh bệnh ứ mủ thận là ứ tắc đường tiết niệu và nhiễm khuẩn (ở đây không nói đến nguyên nhân do lao).

2.1. Nguyên nhân gây ứ tắc đường niệu

- Sỏi: sỏi là nguyên nhân phổ biến gây ứ mủ thận, thông thường là sỏi bể thận hay sỏi niệu quản làm tắc đường tiết niệu gây ứ nước thận. Dần dần thành ứ mủ thận khi có nhiễm khuẩn kèm theo. Sỏi san hô cũng là một nguyên nhân kinh điển, vì sỏi san hô có thể gây tắc các đài thận, làm ứ đọng nước tiểu.
- Dị tật bẩm sinh: các dị tật bẩm sinh ở thận và niệu quản có khả năng làm ứ tắc đường niệu, gây ứ đọng nước tiểu và ứ mủ thận, tuy nguyên nhân này hiếm gặp hơn. Hai loại dị tật thường gặp là hẹp bể thận niệu quản và hẹp niệu quản bàng quang. Ngoài ra các nguyên nhân khác gây chít hẹp đường bài tiết dần dần như: hẹp niệu quả, u niệu quản, u ngoài niệu quản chèn ép vào niệu quản v.v... cũng có thể gây ứ tắc đường tiết niệu, tham gia vào quá trình ứ đọng mủ ở thận.

2.2. Nguyên nhân do vi khuẩn

Loại trừ trực khuẩn lao (BK), loại vi khuẩn thường gặp, gây ứ mủ thận là loại trực khuẩn Gram (-) như trực khuẩn Coliproteus... Loại vi khuẩn Gram (+) ít gặp hơn.

Thông thường vi khuẩn hay phối hợp 2, 3 chủng loại.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Đại thể

Thận ứ mủ thường to, rắn chắc. Ít khi bị teo nhỏ. Tổ chức thận bị phá huỷ, bao bọc bởi lớp vỏ thận dày, xơ hoá và dính chắc. Bỏ đôi thận ta thấy lớp vỏ xơ dày chắc, lớp nhu mô thận bị phá huỷ, xơ hoá, tạo thành những ổ to nhỏ khác nhau chứa đầy dịch mủ.

Các ổ mủ có thể ở bể thận, đài thận, và cũng có thể ở nhu mô thận.

3.2. Vi thể

Nhu mô bị phá huỷ có nhiều ổ áp xe nhỏ mà điểm khởi phát thường ở các gai thận, kèm theo những thương tổn viêm thận kẽ. Các đường bài tiết bị viêm nhiễm và có nhiều tổ chức xơ hoá ở các lớp cơ.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Tuỳ theo diễn biến bệnh cấp tính hoặc từ từ mà có những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Thông thường ứ mủ thận biểu hiện trong tình trạng cấp tính ồn ào.

4.1. Thể cấp tính

4.1.1. Triệu chứng toàn thân

Bệnh diễn biến nhanh trong tình trạng nhiễm khuẩn:

Sốt cao 39^o-40^oC, rét run, mạch nhanh, lưỡi bẩn. Nếu bệnh kéo dài: tình trạng toàn thân của người bệnh bị ảnh hưởng: gầy sút, kém ăn, mất ngủ, đáng vẻ sợ hãi.

4.1.2. Triệu chứng cơ năng

Đau vùng hố thắt lưng. Tuy không đau dữ dội như cơn đau quặn thận điển hình, cơn đau nhẹ hơn, kéo dài có khi âm ỉ suốt ngày, vì các đường bài tiết của thận bị giãn căng do ứ nước tiểu chuyển sang ứ mủ.

4.1.3. Triệu chứng thực thể

Vùng thận bị ứ mủ đau. Khi khám ta thấy thận to, đau chắc và có dấu hiệu chạm thận rõ. Tuy nhiên nhiều trường hợp, thận đau, viêm dính với tổ chức xung quanh nên khi khám ra thấy một khối u ở vùng hố thận, đau, không di động, không rõ chạm thận, phải chờ vào các triệu chứng cận lâm sàng khác để xác định.

4.2. Thể diễn biến từ từ

Thận ứ mủ cũng có thể diễn biến từ từ. Sau đợt sốt cao do nhiễm khuẩn, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn và bỏ qua diễn biến tiềm tàng của bệnh.

Tình trạng toàn thân suy giảm dần dần, người gầy, da xanh ăn uống kém hơn trước. Bệnh nhân cảm thấy đau tức nhẹ vùng thận và đôi khi cảm thấy có một khối u nặng nặng vùng hố thận. Thỉnh thoảng bệnh nhân có những đợt đái đục hoặc đái mủ rồi lại qua đi.

Khám thực thể thấy thận to rắn chắc, đau ít, nhiều khi có cảm giác như u thận, phải dựa vào triệu chứng cận lâm sàng để chẩn đoán.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán quyết định

Triệu chứng lâm sàng kinh điển của ứ mủ thận gồm:

- Hội chứng nhiễm khuẩn
- Đau vùng thắt lưng
- Thận to
- Đái ra mủ

Nếu các triệu chứng trên cùng diễn biến thì chẩn đoán dễ dàng. Nhưng nhiều khi bệnh diễn biến bán cấp, từ từ không đủ triệu chứng do đó cần dựa thêm vào dấu hiệu cận lâm sàng để chẩn đoán. Xét nghiệm cận lâm sàng:

5.1.1. Xét nghiệm máu

Bạch cầu tăng, nhiều khi tăng cao tới 30.000/mm³ trong đó bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

- Hồng cầu thấp trong trường hợp mạn tính làm bệnh nhân thiếu máu.
- Tốc độ máu lắng cao.
- Urê cao
- Creatinin cao

5.1.2. Xét nghiệm nước tiểu

- Xét nghiệm nước tiểu thấy tế bào mủ, bạch cầu (có khi có hồng cầu) và vi khuẩn. Định lượng vi khuẩn có ý nghĩa khi số lượng vi khuẩn cao trên 10⁵/ml.
- Nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ để định hướng điều trị.
- Nếu xét nghiệm tìm vi khuẩn cũng như nuôi cấy kết quả (-) mà triệu chứng lâm sàng biểu hiện ứ mủ thận, thì có hai khả năng có thể xảy ra:
Hoặc bệnh nhân đã điều trị kháng sinh làm nuôi cấy không có kết quả.

Hoặc ổ nhiễm bị cô lập tách ra khỏi đường bài tiết hoặc thận đã hỏng bị tắc hoàn toàn không có nước tiểu từ thận tổn thương xuống đường bài tiết.

Trong những trường hợp này, nếu bệnh nhân vẫn sốt thì phải làm đi làm lại xét nghiệm, hoặc phải chọc dò qua da trực tiếp vào (thận) lấy nước tiểu hoặc mủ để xét nghiệm.

5.1.3. X quang

Có 3 mục đích:

- Chẩn đoán
- Đánh giá chức năng thận bị tổn thương
- Đánh giá chức năng thận lành
- *Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị*
 - Bóng thận to lên
 - Hình ảnh cản quang của sỏi gây tắc đường niệu

- *Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV)*

- Thận cảm: gần 2/3 trường hợp thận ứ mủ là thận cảm, nên phối hợp với siêu âm để đánh giá thận cảm do ứ đọng gây giãn đài bể thận, nhưng nhu mô thận còn đầy, hay thận cảm do bị huỷ hoại hoàn toàn.
- Thận còn hoạt động nhưng chức năng giảm biểu hiện bằng sự bài tiết thuốc chậm, đài bể thận giãn, nhu mô mỏng, bờ thận phẳng cứng và có khi phát hiện được hình sỏi trong đài bể thận. Chụp niệu đồ tĩnh mạch còn cho ta biết chức năng hoạt động của thận lành: nhiều khi thận lành to, chức năng tốt biểu hiện hoạt động bù trừ cho thận bệnh.

- *Chụp niệu quản bể thận ngược dòng (UPR):*

Cần thận trọng vì có nguy cơ nhiễm khuẩn. Chụp niệu quản bể thận ngược dòng xác định vị trí gây tắc đường niệu đôi khi còn cho thấy nguyên nhân gây tắc và hình ảnh đường niệu dưới chỗ bị tắc.

- *Chụp bể thận – niệu quản xuôi dòng*

Khi thật cần thiết, ta có thể chọc dò vào đài – bể thận từ phía sau hố thất lưng, rồi bơm thuốc cản quang xuôi dòng để chụp.

Hình ảnh cho thấy kích thước, hình dáng đài bể thận và nguyên nhân gây tắc đường niệu.

5.1.4. Siêu âm

Siêu âm cho thấy hình ảnh đài- bể thận giãn, phát hiện nguyên nhân tắc do sỏi, do u, do hẹp bể thận niệu quản. Siêu âm còn đánh giá chiều dày của nhu mô thận và phát hiện thương tổn hoặc dịch ứ đọng ở tổ chức xung quanh thận.

5.1.5. Chụp cắt lớp vi tính

Ta thấy được hình dáng kích thước và thương tổn của thận bệnh và thận lành.

Ngoài ra còn biết nguyên nhân gây bệnh cũng như tình trạng tổ chức quanh thận để dự kiến phẫu thuật.

5.1.6. Các xét nghiệm khác

Trường hợp nghi ngờ u thận: chụp động mạch thận hoặc có thể chụp nhấp nháy thận đồ (scintigraphie) để đánh giá chức năng thận bệnh cũng như thận lành.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Thường đặt ra trong thể ứ thận mủ thể mạn tính

5.2.1. Ứ nước thận

Không có biểu hiện nhiễm khuẩn, thận có thể căng to nhưng không đau, không rắn chắc. Chụp niệu đồ tiêm tĩnh mạch, thận có thể còn chức năng và làm siêu âm thì dịch ứ đọng trong.

5.2.2. Hội chứng hẹp bể thận – niệu quản (syndrome de jonction)

Nhu mô thận còn dày trong khi bể thận giãn. Chụp niệu đồ tĩnh mạch có thể thấy rõ bể thận to, và chít hẹp bể thận niệu quản.

5.2.3. Ung thư thận làm thận to

Dựa vào hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp, có thể thấy rõ hình ảnh của khối u.

5.2.4 Lao thận

Bệnh nhân gây yếu có triệu chứng đái máu, xét nghiệm nước tiểu có BK.

Niêu đồ tĩnh mạch có hình ảnh loét lao ở đài thận, hình ảnh nhậy cản.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

6.1. Huỷ hoại làm hồng thận

Ứ mủ thận không được giải quyết kịp thời, sẽ làm cho nhu mô thận càng ngày càng bị huỷ hoại, thận sẽ bị phá huỷ hoàn toàn và mất chức năng.

6.2. Nhiễm khuẩn huyết

Ứ mủ thận gây nhiễm khuẩn huyết. Nhiều khi có nhiễm khuẩn huyết, người ta mới thấy nguồn gốc là do ứ mủ thận trong những trường hợp diễn biến tiềm tàng, không có triệu chứng rõ ràng.

Vi khuẩn tìm thấy thường là trực khuẩn Coli.

6.3. Viêm tấy quanh thận

Ứ mủ thận làm tổ chức quanh thận bị viêm tấy, nước tiểu và mủ thoát ra ngoài thận.

Bệnh diễn biến nặng, có thể lan rộng cả vùng thất lưng quanh thận, có khi xa hơn tới cả thành bụng và cơ đái chậu.

6.4. Áp xe quanh thận

Ổ nhiễm khuẩn quanh thận khu trú lại thành ổ áp xe. Ổ áp xe lớn có thể phá ra ngoài và vỡ ra ngoài thành bụng gây ra những lỗ rò rỉ ở thành bụng. Lỗ rò do áp xe vỡ có thể ở ngay thành hố thất lưng, nhưng có khi ở xa hơn, làm nhầm tưởng tới lỗ rò do lao.

6.5. Viêm phúc mạc

Tuy ít khi xảy ra vì phúc mạc có tính chất bảo vệ, nhưng cũng có khi mủ có thể vỡ vào bụng hoặc rò rỉ vào bụng gây viêm phúc mạc. Bệnh nhân bị viêm phúc mạc nhiều khi không chẩn đoán được nguyên nhân, mà chỉ phát hiện được khi phẫu thuật, thấy mủ xuất phát từ thận.

6.6. Lỗ rò vào phủ tạng

Ít xảy ra nhưng có khi ổ mủ vỡ vào các phủ tạng xung quanh gây nên lỗ rò thận- tá tràng, thận- đại tràng hoặc thận- màng phổi.

7. ĐIỀU TRỊ

Khi thận bị ứ nước và bị nhiễm khuẩn thành ứ mủ thận, huỷ hoại tổ chức thận, việc điều trị phải được tiến hành ngay, chủ yếu bằng ngoại khoa, dẫn lưu mủ, lấy nguyên nhân gây ứ tắc hoặc cắt bỏ thận đã hỏng.

Trước khi mổ cần chẩn đoán và xác định:

- Tình trạng thận bệnh hỏng hoàn toàn hay chỉ suy giảm bài tiết.
- Tình trạng thận lành chức năng tốt hay xấu. Có hoạt động bù trừ không?
- Nguyên nhân gây ứ tắc có khả năng giải quyết hay không?
- Bệnh nhân có hai thận, hay một thận? Có dị tật bẩm sinh ở thận không?
- Tình trạng toàn thân?

7.1. Cắt bỏ thận

Khi thận bị phá huỷ nhiều hoặc hoàn toàn: phẫu thuật cắt bỏ thận sẽ là phương pháp tốt nhất và tránh cho bệnh nhân bị tái phát.

Tuy nhiên trước khi cắt thận cần cân nhắc:

- Nếu đánh giá thận còn chức năng bằng 1/3 thận lành, nên cân nhắc điều trị bảo tồn, hoặc cắt một phần thận, trong trường hợp thận bên kia cũng bị tổn thương hoặc chức năng kém. Nhiều khi phải điều trị nội khoa kể cả thăm phân phúc mạc hoặc chạy thận nhân tạo.
- Trường hợp thận duy nhất hoặc dị dạng, bệnh lý lại càng cần cân nhắc, không được cắt thận vội vã.

Cuối cùng cắt thận ứ mủ khó hơn cắt thận thông thường vì tổ chức quanh thận viêm dính vỏ thận dày, cuống thận viêm dày v.v... dễ có tai biến khi phẫu thuật.

7.2. Điều trị bảo tồn

Khi thận đối diện có nguy cơ không bảo đảm chức năng bài tiết tốt, hoặc thận bệnh còn có phần nào phục hồi, nên cố gắng điều trị bảo tồn, giải quyết nguyên nhân gây ứ tắc đường niệu.

Sau khi lấy nguyên nhân gây tắc (sỏi) nên dẫn lưu thận hoặc dẫn lưu bể thận, hoặc đặt thông J vào niệu quản.

7.3. Điều trị tạm thời, chờ đợi

Dẫn lưu thận tạm thời để chờ đợi nâng cao thể trạng bệnh nhân, ổn định tổ chức viêm nhiễm, trước khi điều trị thực thụ.

Nhiều trường hợp, sau khi dẫn lưu thận, thể trạng bệnh nhân hồi phục và chức năng thận cả hai bên được cải thiện, chỉ định sẽ thay đổi.

7.4. Điều trị nội khoa phối hợp

Để hỗ trợ cho việc điều trị ngoại khoa tốt, đặc biệt cơ thể người bệnh bị ứ mủ thận thường suy yếu, một số chức năng của cơ thể bị suy giảm, do đó nên kết hợp:

- Kháng sinh trước mổ để hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn, đồng thời điều trị trong và sau mổ với các loại kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ.
- Hồi sức tích cực trước, trong và sau mổ.

VIÊM TẤY QUANH THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tấy quanh thận là trường hợp sưng mủ, viêm tấy ở lớp tổ chức giữa vỏ thận và lớp cân Gerota quanh thận, đặc biệt ở phía sau và phía dưới thận là nơi có nhiều tổ chức mỡ lỏng lẻo quanh thận

2. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Cũng như nhọt hoặc áp xe thận, viêm tấy quanh thận thường do tụ cầu Gram (+) gây nên nhưng cũng có thể do trực khuẩn Gram (-) và thường là một biến chứng của bệnh nhọt hoặc áp xe thận vị vỡ, rò mủ vào tổ chức quanh thận

Viêm tấy quanh thận còn có thể là hậu quả của ứ mủ thận do sỏi, hoặc sự rò rỉ nước tiểu viêm nhiễm sau chấn thương ở thận, khối máu tụ. v.v...

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Đại thể

Trong giai đoạn cấp, viêm tấy quanh thận được đặc trưng bởi một khoang chứa mủ ở quanh thận. Khoang mủ này có một lớp vỏ mỏng bao bọc.

Lớp mủ có thể lan rộng ra phía trước về phía màng bụng, xuống dưới đến khoang Bogros gây nên viêm cơ đáichiậu và lên trên cao gây phản ứng màng phổi.

3.2. Vi thể

Lớp vỏ bao dày dần lên do tổ chức mỡ xơ hoá bao quanh thận và bóp nghẹt thận, ảnh hưởng tới hoạt động của thận.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng toàn thân

Trong thể điển hình, bệnh xuất hiện đột ngột, sốt cao 39⁰-40⁰, rét run, mạch nhanh, hoặc sốt cao giao động tình trạng toàn thân bị ảnh hưởng, bệnh nhân lo lắng, kém ăn, kém ngủ... Đau vùng thắt lưng dữ dội, thường xuyên, nhưng thông thường bệnh diễn biến sau những đợt nhiễm khuẩn tiết niệu. Bệnh nhân sốt vừa phải, có thể dai dẳng, đau âm ỉ hoặc đau nhiều hơn ở vùng thắt lưng, và cảm thấy có một khối cứng ở vùng thắt lưng

4.2. Triệu chứng thực thể

Do đau bệnh nhân nằm nghiêng, gập chân, rất khó nằm ngửa. Vùng thất lưng đỏ phù nề.

Khi thăm khám vùng thất lưng, bệnh nhân đau dữ dội và có phản ứng. Có thể sờ thấy một khối cứng, đau, không di động căng phồng cả vùng hố thất lưng.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Xét nghiệm máu

Biểu hiện hội chứng nhiễm khuẩn gồm:

- Bạch cầu tăng nhất là bạch đa nhân trung tính
- Tốc độ máu lắng cao
- Ure máu và creatinin máu không thay đổi hoặc hơi cao hơn bình thường

5.2. Xét nghiệm nước tiểu

- Xét nghiệm nước tiểu bình thường khi nguyên nhân gây bệnh từ tụ cầu Gram(+).
- Xét nghiệm có thể thấy nhiễm khuẩn khi nguyên nhân gây bệnh từ đường tiết niệu bị nhiễm khuẩn trước.

5.3. X quang

- Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy hình ảnh của một khối đậm ở vùng thất lưng. Bóng thận và bóng cơ đái chậu nhìn không rõ do tổ chức xung quanh bị phù nề. Bóng cơ hoành đẩy lên cao và kém di động. Cột sống lưng hơi cong về phía bên thương tổn.

Có thể thấy hình ảnh sỏi cản quang đường tiết niệu, và hãn hữu có thể thấy cả bóng hơi ở vùng viêm tấy do vi khuẩn kỵ khí gây nên.

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV)

Thường biểu hiện bằng sự bài tiết thuốc chậm ở bên thận bệnh, nhu mô thận và bờ thận nhìn không rõ, thận không di động và có khi bị đẩy lệch sang bên.

- Chụp khung đại tràng thấy đại tràng bị đẩy ra trước, xuống dưới hoặc sang bên.
- Chụp lồng ngực:

Khi có phản ứng màng phổi, tràn dịch màng phổi.

5.4. Siêu âm

Chụp siêu âm thấy hình ảnh khối dịch (mủ) ở quanh thận, có thể xác định mức độ viêm tấy còn khu trú hay đã lan rộng xuống dưới hoặc lên trên.

5.5. Chụp cắt lớp vi tính

Cũng cho hình ảnh viêm tấy, tình trạng thận và có khi có nguyên nhân gây bệnh (sỏi, u) như hình ảnh siêu âm.

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

6.1. Viêm thận bể thận mãn tính

Trong các đợt viêm cấp cũng có thể sốt cao, đau vùng thắt lưng và co cứng thắt lưng làm ta có thể nhầm với viêm tấy quanh thận.

Xét nghiệm nước tiểu có thể thấy vi khuẩn.

Chụp phim hệ tiết niệu không chuẩn bị hay niệu đồ tĩnh mạch thấy được bóng thận, bóng cơ đài chậu và hình ảnh của viêm thận - bể thận.

6.2. Thận ứ nước nhiễm khuẩn hay thận ứ mủ

Sốt cao, đau và cứng vùng thắt lưng làm ta có thể nhầm với viêm tấy quanh thận.

Thử nước tiểu có nhiễm khuẩn

Hình ảnh siêu âm và niệu đồ tĩnh mạch giúp ta chẩn đoán phân biệt bệnh.

6.3. Áp xe thành bụng vùng thắt lưng

Áp xe thành bụng vùng thắt lưng, có thể là những ổ áp xe do tụ cầu nhưng cũng có thể là ổ mủ do lao từ đốt sống lưng chảy ra tích tụ lại.

Chụp phim bụng không chuẩn bị, có thể thấy thương tổn ở đốt sống thắt lưng, chụp niệu đồ tĩnh mạch bình thường.

6.4. Ngoài ra trong trường hợp cấp tính

Cũng cần chẩn đoán phân biệt với viêm ruột thừa thể cao và quặt sau manh tràng, và viêm túi mật cấp.

7. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Thông thường viêm tấy quanh thận có xu hướng thành lỗ rò: lỗ rò trên mào chậu, hiếm hơn lỗ rò ra phía trước vào hố chậu và ống bẹn, cũng có khi vượt qua gai sống sang bên đối diện.

Nếu phát triển về phía ổ bụng nó có thể vỡ qua phúc mạc vào ổ bụng gây nên viêm phúc mạc toàn thể hay một ổ áp xe dưới cơ hoành, rất nặng cho người bệnh.

Cũng có trường hợp lỗ rò thủng vào tạng rỗng như tá tràng hoặc đại tràng gây nên lỗ rò tiết niệu - tiêu hoá.

Viêm tấy quanh thận cũng có thể diễn biến từ từ làm xơ hoá các tổ chức quanh thận, thành một lớp vỏ chắc bốp nghẹt thận, hoặc làm tắc nghẽn động mạch, tĩnh mạch ở cuống thận.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Điều trị kháng sinh

Điều trị kháng sinh nên dựa vào kết quả của kháng sinh đồ

- Nếu chủng gây bệnh được xác định rõ, dùng kháng sinh đặc hiệu và chỉ dùng một loại kháng sinh.
- Nếu chủng gây bệnh không được xác định, cần dùng kháng sinh phổ rộng, một loại kháng sinh hoặc phối hợp nhiều loại kháng sinh

8.2. Chọc dò qua da

Chọc dò qua da là một thủ thuật đơn giản vừa giúp chẩn đoán, vừa điều trị. Qua chọc dò, có thể luồn ống dẫn lưu vào ổ mủ, bơm rửa và bơm kháng sinh tại chỗ.

8.3. Phẫu thuật

Khi viêm tấy, nhất là khi có mủ, rạch rộng, tháo mủ, lấy tổ chức hoại tử và dẫn lưu là phương pháp điều trị tốt nhất.

Cần quan tâm tới ba điều:

Tránh mổ hoặc cắt xương sườn vì rất dễ có nguy cơ gây viêm xương sườn

Lấy mủ nuôi cấy để tìm chủng gây bệnh, đặc biệt loại trực khuẩn lao (BK)

Lấy tiêu bản làm giải phẫu bệnh ở lớp vỏ, lớp nhu mô thận sát với vỏ và ở những chỗ còn nghi ngờ.

8.4. Phẫu thuật lấy sỏi thận hay cắt thận

Khi nguyên nhân gây bệnh do sỏi gây ra ứ nước thận, ứ mủ thận thì lấy sỏi thận hay cắt thận. Mổ ngay cùng với dẫn lưu ổ viêm tấy, hay mổ sau một thời gian là tùy thuộc tình trạng của người bệnh.

ÁP XE VÀ NHỌT THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trước kia người ta quan niệm sự sưng mủ ở thận và tổ chức quanh thận là do tụ cầu (Staphylocoques) gây nên nhưng ngày nay quan niệm này đã thay đổi rất nhiều vì khi làm xét nghiệm và nuôi cấy vi khuẩn Gram (-) cũng gây nên mủ tại nhu mô thận và tổ chức xung quanh thận.

Khi biết rõ ràng nguyên nhân gây bệnh “mủ ở nhu mô thận” do tụ cầu từ các ổ nhiễm khuẩn như mụn nhọt ở da, ổ áp xe răng lợi v.v..., tới thận thì gọi là nhọt thận.

Thực tế áp xe thận và nhọt thận chỉ khác nhau về nguồn gốc, còn bệnh lý và lâm sàng... đều giống nhau, do đó có khi người ta gọi chung là áp xe thận.

2. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Nguyên nhân sinh bệnh của nhọt thận là tụ cầu đi từ các ổ nhiễm khuẩn của cơ thể như mụn nhọt ngoài da, hoặc từ các ổ áp xe của cơ thể, ngoài thận, như áp xe răng, áp xe phổi v.v... theo đường máu đi tới thận, vào nhu mô thận rồi từ đó mưng mủ gây nên.

Áp xe thận còn có thể do trực khuẩn Gram (-) ở các ổ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, hoặc do ứ tắc đường niệu (sỏi, khối u...) vi khuẩn vào máu tới thận, hoặc do sự lan truyền từ ổ nhiễm khuẩn, trào ngược nước tiểu, vi khuẩn vào thận gây áp xe.

Trong nguyên nhân sinh bệnh còn cần phải kể đến yếu tố thuận lợi cho bệnh phát triển như cơ thể suy nhược có mắc thêm một bệnh khác, đặc biệt là bệnh đái đường (10%).

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Đại thể

Có thể gây một ổ mủ duy nhất thường hay gặp ở cực trên thận phải và hay gặp ở người trẻ tuổi, ở nam nhiều gấp hai lần ở nữ giới.

Nhưng nhiều khi có thể gây nhiều ổ mủ ở nhiều nơi, ở một thận hoặc ở cả hai thận, tiên lượng nặng hơn nhiều.

Các ổ mủ không thông với đường bài tiết, trừ khi ổ mủ vỡ vào đài bể thận làm cho bệnh nhân đái ra mủ.

3.2. Vi thể

Ở nhu mô thận các ổ mủ (áp xe) chứa đầy mủ. Lớp vỏ ổ mủ lúc đầu chỉ là tổ chức viêm nhiễm, dần dần bị xơ hoá tạo thành một vỏ ngăn cách rõ rệt với nhu mô xung quanh.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng cơ năng và toàn thân

Trong trường hợp điển hình, bệnh nhọt thận do cầu khuẩn gây nên thường xuất hiện đột ngột, có hội chứng nhiễm khuẩn rõ rệt, sốt cao, rét run, mạch nhanh, kèm theo đau nhiều ở hố thắt lưng, như một bệnh cảnh của viêm thận – bể thận cấp. Ở giai đoạn đầu không đái ra mủ và nước tiểu hoàn toàn bình thường, vì ổ mủ không thông với đường niệu.

Ngược lại nhiều trường hợp áp xe thận diễn ra từ từ, có những đợt sốt tình trạng sức khoẻ suy sụp dần, và đau vùng thắt lưng như trường hợp viêm thận – bể thận mạn.

4.2. Triệu chứng thực thể

Trường hợp cấp tính, ta thấy vùng thắt lưng đau cứng, hoặc phù nề đỏ, có khi sờ thấy một khối u đau căng và có phản ứng khi thăm khám.

Khi diễn biến từ từ khám vùng thắt lưng, không có phản ứng dữ dội, nhưng có thể thấy thận to, căng đau, hoặc thấy được ổ áp xe, chọc dò có thể lấy được mủ.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán quyết định

Ở giai đoạn đầu, nhất là khi triệu chứng tại chỗ chưa có biểu hiện rõ ràng, việc chẩn đoán một trường hợp sốt cao do bị nhiễm khuẩn gây nhọt hay áp xe thận là rất khó. Chỉ khi có triệu chứng tại chỗ: đau vùng thắt lưng, thận to và đau hoặc khối cơ thành hố thắt lưng viêm tấy, phù nề, đau, hướng tới một trường hợp thận nhiễm mủ giúp ta chẩn đoán dễ dàng hơn. Tuy nhiên ngay cả trong trường hợp này, người ta cũng dễ chẩn đoán nhầm với một số bệnh khác như viêm ruột thừa sau manh tràng, dưới gan, viêm túi mật cấp, tràn mủ màng phổi v.v...

5.1.1. Xét nghiệm

a. *Xét nghiệm máu*: Bạch cầu tăng nhất là bạch cầu đa nhân trung tính.

Tốc độ máu lắng tăng.

Hồng cầu giảm trong trường hợp bệnh kéo dài gây thiếu máu. Urê máu, creatinin máu thường không cao trong trường hợp nhiễm khuẩn tụ cầu cấp tính, nhưng sẽ cao trong trường hợp nhiễm khuẩn Gram (-) kéo dài.

b. *Xét nghiệm nước tiểu* giai đoạn đầu, khi nhọt thận nhiễm tụ cầu, không vỡ vào đường niệu, xét nghiệm nước tiểu không có biểu hiện thay đổi.

Trường hợp nhiễm khuẩn kéo dài, hoặc ổ mủ vỡ vào đài bể thận, bệnh nhân đái ra mủ, nước tiểu đục. Khi xét nghiệm thấy tế bào mủ và vi khuẩn. Nuôi cấy vi

khuẩn có thể phát hiện được chủng loại gây bệnh tụ cầu Gram (+) hoặc trực khuẩn Gram(-), hoặc cả hai, qua nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ để biết loại kháng sinh nhạy cảm với vi khuẩn.

5.1.2. X quang

- Chụp bụng không chuẩn bị

Bóng thận thường to ra và có hình lồi ở bờ thận chụp rõ nét, nhưng nhiều khi tổ chức xung quanh thận bị phù nề làm cho bờ thận vùng nhiễm khuẩn không rõ.

Có thể thấy hình sỏi thận trong đài, bể thận.

- Chụp niệu đồ tiêm tĩnh mạch (UIV): có thể thấy hình ảnh sỏi thận và chức năng bài tiết của thận bị giảm sút.
- Chụp động mạch thận: vùng áp xe không có thuốc cản quang, thành không đều. Xung quanh ổ áp xe có nhiều mạch máu. Hình ảnh quan trọng là nhiều mạch máu ở lớp vỏ ổ áp xe.

5.1.3. Siêu âm

Đây là phương pháp chẩn đoán tốt nhất: thấy một khối u có dịch ở trong, trong lòng khối u có một số hình ảnh đậm âm (mủ) và thành áp xe dày hơn nhu mô bình thường của thận.

5.1.4. Chụp cắt lớp vi tính

Có thể thấy khối u kém đậm đặc, có phù nề ở tổ chức xung quanh và không đều ở giữa. Tùy theo số lượng mủ và cận mủ ở trong ổ áp xe, người ta phân biệt với một kén thận hoặc một khối u ác tính hoại tử.

5.1.5. Chụp nhấp nháy thận đồ

Thấy được vùng thương tổn vô mạch của ổ áp xe và hình ảnh tổ chức viêm

Ngoài ra chụp nhấp nháy thận đồ cho phép ta đánh giá thêm được chức năng của thận bị thương tổn.

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Ở giai đoạn cấp tính, một số bệnh lý sau dễ chẩn đoán nhầm:

6.1. Viêm ruột thừa cấp sau manh tràng, dưới gan

6.2. Viêm túi mật cấp

Đau và có phản ứng vùng hạ sườn phải, ở phía trước nhiều hơn. Khi khám thấy túi mật to đau.

Hình ảnh siêu âm xác định túi mật viêm dày hoặc có sỏi.

6.3. Tràn mủ màng phổi

6.4. Viêm thận - bể thận cấp

Chẩn đoán phân biệt khó hơn vì triệu chứng lâm sàng giống như bệnh nhọt và áp xe thận, nhưng không có hình ảnh ổ áp xe khi chụp X quang, niệu đồ tĩnh mạch và làm siêu âm.

Trường hợp bệnh diễn biến mạn tính, cần chẩn đoán phân biệt với:

6.5. Kén thận

Bệnh nhân không có hội chứng nhiễm khuẩn.

7. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Viêm tấy quanh thận

Khi ổ áp xe phát triển vỡ ra ngoài thận gây nên viêm tấy quanh thận

7.2. Áp xe vỡ vào đường niệu

Ổ áp xe vỡ thông vào đường niệu làm cho đáí ra mủ. Sau khi mủ tháo qua đường niệu bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, có khi khỏi bệnh, tuy nhiên nếu không được theo dõi và điều trị tiếp, có thể thành viêm mãn tính hay tái phát.

7.3. Nhiễm khuẩn huyết

Bệnh diễn biến từ từ không sốt cao, dấu hiệu nghèo nàn, nhưng bệnh nhân suy nhược dần, gây yếu, chức năng thận suy giảm và thận bị phá huỷ dần dần.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Các phương pháp điều trị

8.1.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu nâng cao thể trạng và dùng kháng sinh

8.1.2. Điều trị ngoại khoa

Chọc dọc ổ áp xe qua thành bụng, hút mủ, sau đó bơm rửa ổ áp xe rồi bơm kháng sinh vào điều trị tại chỗ.

Chọc dò dưới siêu âm có thể qua kim chọc dò luồn ống dẫn lưu để dẫn lưu ổ mủ.

- Trích tháo mủ và dẫn lưu mủ là chính

- Mổ lấy sỏi thận
- Chỉ cắt thận bán phần hay toàn bộ khi xác định phần thận bị huỷ hoại hoàn toàn mất chức năng.

8.2. Chỉ định điều trị

Khi bệnh cấp tính chỉ có biểu hiện lâm sàng, chưa có dấu hiệu ổ mủ khu trú, chủ yếu dùng có kháng sinh thích hợp và nâng cao thể trạng.

Tuy nhiên phải theo dõi đề phòng tái phát và bệnh chuyển thành mãn tính.

Khi ổ mủ đã hình thành (nhọt hoặc áp xe)

Trích tháo mủ phối hợp với kháng sinh.

Điều trị biến chứng

Khi ổ mủ vỡ vào các cơ quan lân cận gây biến chứng phải mổ điều trị biến chứng như dẫn lưu mủ màng phổi, màng bụng hoặc cắt bỏ đường dò ra ngoài da..vv.

Điều trị nhiều ổ áp xe nhỏ hay nhiều nhọt nhỏ như kê, thì chủ yếu điều trị bằng kháng sinh, có khi phải phối hợp với lọc máu và corticoid, nhiều khi phải giải quyết nguyên nhân gây bệnh như mổ lấy sỏi, giải quyết ứ tắc đường niệu.

VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT CẤP TÍNH

Là một bệnh riêng biệt của nam giới về định nghĩa chung có thể tóm tắt:

Viêm tuyến tiền liệt khi có biểu hiện viêm nhiễm vùng túi nang và tổ chức đệm của tuyến.

Viêm tuyến tiền liệt gặp nhiều trên những người trẻ tuổi.

1. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Phần lớn do vi khuẩn gram âm như *Escherichia coli*, đôi khi cũng gặp các loại vi khuẩn đường ruột khác như *Proteus vulgaris*, *Klebsiella*, *Pneumonie*, *Enterocoque*.. nguyên nhân do *Gonocoque* hiện nay rất hiếm gặp ở châu Âu, ngược lại tại các nước châu á trong đó có Việt Nam chủng loại này vẫn phải lưu ý cảnh giác. Đường vào của các vi khuẩn chủ yếu từ niệu đạo; hoặc do nhiễm khuẩn ở niệu đạo sau các quan hệ tình dục; hoặc do nhiễm khuẩn niệu đạo vì nhiễm khuẩn nước tiểu do tắc ở đường dẫn tiểu phía dưới, cũng có thể do các thầy thuốc làm các thủ thuật và đưa vi khuẩn vào; rất hiếm thấy những trường hợp viêm tuyến tiền liệt cấp tính lan truyền từ đường máu. Nếu điều trị không được triệt để, sẽ dẫn tới áp xe tuyến tiền liệt.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng: ở những thanh niên trẻ, có những biểu hiện:

- Bí đái cấp tính
- Đái khó, đái rất, đau và có cảm giác bỏng rát khi đái.

2.1.2. Triệu chứng thực thể: chủ yếu là động tác thăm khám trực tràng, sẽ thấy:

- Tuyến tiền liệt sưng to
- Khi sờ có cảm giác nóng
- Ấn vào rất đau

2.1.3. Triệu chứng toàn thân, biểu hiện một tình trạng nhiễm khuẩn:

- Sốt cao 39⁰-40⁰, rét run
- Bạch cầu trong máu tăng cao nhất là bạch cầu đa nhân.
- Tốc độ máu lắng tăng cao.

2.2. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán xác định dựa vào:

a. Các triệu chứng lâm sàng.

b. Các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân:

- Lấy bệnh phẩm:
 - + Những ml nước tiểu đầu tiên của bãi đái có tác dụng rửa niệu đạo.
 - + 15ml nước tiểu ở giữa bãi: nước tiểu của bàng quang.
 - + Cho bệnh nhân nhịn đái; dùng ngón tay ma sát kích thích tuyến tiền liệt; hứng từ lỗ sáo niệu đạo chất dịch của tuyến tiền liệt chảy ra.
 - + Dùng ngón tay ma sát kích thích tuyến tiền liệt, sau đó cho bệnh nhân tự đái. Mục đích như dùng nước tiểu rửa niệu đạo. Trong nước tiểu đó sẽ có các chất dịch của tuyến tiền liệt. Nước tiểu lấy được có thể dùng trực tiếp hoặc quay ly tâm lắng cặn.
- Phân tích chất dịch chảy ra từ tuyến tiền liệt sẽ thấy:
 - + Có hiện tượng viêm sẽ thấy có sự hiện diện của bạch cầu với số lượng cao trong một vi trường.
 - + Có sự hiện diện của vi khuẩn qua các phương pháp nhuộm, nuôi cấy.
 - + Giảm đậm độ bài tiết spermin phosphatase acid và cholesterol
 - + Nước tiểu bị kiểm hoá kèm theo sự thay đổi thẳng bằng của các loại enzym LDH.
- Dùng các phương pháp xét nghiệm về miễn dịch học.

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh: u lành phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt, áp xe tuyến tiền liệt.

Tiến triển của bệnh: nếu được điều trị đúng quy cách, bệnh sẽ khỏi biểu hiện ở các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng sẽ tốt dần; ngược lại sẽ để lại nhiều biến chứng.

3. BIẾN CHỨNG

3.1. Toàn thân

a. Nhiễm khuẩn huyết

b. Viêm nội mạc cơ tim

3.2. Tại chỗ

- Bí đái cấp tính
- Áp xe tuyến tiền liệt

- Viêm mào tinh hoàn
- Viêm tinh hoàn
- Viêm tuyến tiền liệt tái phát nếu như những chỗ tắc hoặc chít hẹp phía dưới đường dẫn tiểu chưa được giải quyết.

4. ĐIỀU TRỊ

Cần kết hợp các phương pháp như sau:

1. Nằm nghỉ trên giường
2. Ngâm toàn bộ, bộ phận sinh dục và hậu sản vào nước ấm
3. Nếu có bí đái cần dẫn lưu nước tiểu qua da, trên xương mu (cysto-catheter)
4. Kháng sinh: tùy thuộc vào kết quả kháng sinh đồ,:
5. Trong trường hợp đã có biến chứng áp xe tuyến tiền liệt cần tiến hành ngay:
 - Dẫn lưu bàng quang (cysto – catheter)
 - Dẫn lưu ổ áp xe qua đường hậu môn, trực tràng.
 - Dẫn lưu ổ áp xe qua nội soi
 - Chọc hút ổ áp xe theo sự định hướng của siêu âm.
6. Biến chứng viêm mào tinh hoàn ít gặp hơn, nhưng nếu có điều trị như một trường hợp viêm mào tinh hoàn cấp.

HOẠI THƯ CƠ QUAN SINH DỤC: BỆNH FOURNIER

1. ĐẠI CƯƠNG

Năm 1883 Jean Alfred Fournier đã mô tả bệnh với từ ngữ “hoại thư sét đánh vùng dương vật” trên 5 trường hợp viêm hoại thư cơ quan sinh học nam giới mà nguyên nhân không thể giải thích được. Tác giả đã ghi lại 3 đặc điểm của bệnh nhân: khởi đầu đột ngột dữ dội ở một người có sức khoẻ hoàn toàn bình thường, tiến triển hoại thư nhanh như tia sét đánh, hoàn toàn không có nguyên nhân rõ ràng.

Là một bệnh nặng vẫn còn gây tử vong cao.

Có thể định nghĩa là một biểu hiện hoại tử nhiễm khuẩn dưới da bắt đầu từ bìu rồi lan toả dần lên tới vùng các lớp cân. Tiên lượng tuy thuộc vào việc chẩn đoán sớm và việc điều trị có tích cực hay không.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Bệnh hoại thư của Fournier là một quá trình viêm nhiễm do các loại vi khuẩn:

- Do vi khuẩn yếm khí: *Bacteroid*, *Claustridae*.
- Do vi khuẩn ái khí: *Escherichia coli*, *Streptococcus Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*.

Do sự nhiễm khuẩn cả 2 chủng loại: ái khí và yếm khí gây tác dụng cộng hưởng lên gấp nhiều lần. Vi khuẩn ái khí giúp cho sự tăng sản của các vi khuẩn yếm khí và làm giảm áp lực oxy trong các vùng bị huỷ hoại; sự chuyển hoá của các vi khuẩn yếm khí sản sinh ra khí hydro và azot tạo ra những tiếng lạo sạo dưới da. Việc tăng sản vi khuẩn tạo ra các cục huyết khối làm tắc mạch máu ở da, dưới da. Đó là nguồn gốc hoại thư lớp da. Đường vào của các vi khuẩn có thể từ một thương tích khu trú ở vùng niệu- dục; đôi khi rất nhỏ từ các vết xước do gãi hoặc do các vết cắn. Những động tác phẫu thuật vùng bẹn, bìu, bụng dưới, các bệnh hậu môn- trực tràng; nhiễm khuẩn nước tiểu thứ phát do hẹp niệu đạo, hay áp xe nhỏ niệu đạo đều được coi như nguồn gốc gây ra loại bệnh này.

Viêm nhiễm sẽ lan theo chiều dài các lớp cân nông, các tổ chức dưới da của thành bụng trước rồi lan dần đến các lớp cân phía sâu như theo chiều dài của cân cơ đùi và phía dưới của dây chằng ống bẹn.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng cơ năng

Khởi đầu thường dữ dội:

- Bắt đầu từ biểu hiện đau vùng bìu kèm theo hiện tượng phù nề gây căng phồng tại chỗ.

- Rất nhanh bìu trở nên rắn, đau, sưng đỏ và tiết dịch. Các vết lằn màu nhạt trên da bắt đầu xuất hiện.

3.2. Triệu chứng toàn thân

Biểu hiện những dấu hiệu nhiễm độc toàn thân và suy kiệt.

- Sốt cao, rét run (đôi khi nhiệt độ hạ quá thấp).
- Mạch nhanh, huyết áp hạ, nhịp thở nhanh.
- Kèm theo hội chứng rối loạn tiêu hoá như buồn nôn hoặc nôn.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Rất nhanh các dấu hiệu tại chỗ lan xuống dưới bìu và lên cao trên bụng.
- Sờ thấy tiếng lạo sạo của hơi ở dưới da.

3.4. Các dấu hiệu cận lâm sàng biểu hiện

- Tăng bạch cầu trong máu.
- Tốc độ máu lắng cao.
- Rối loạn điện giải.

Chú ý: Bên cạnh những thể có tính chất bùng nổ rõ ràng còn có những thể ẩn đánh lừa định hướng chẩn đoán của người thầy thuốc. Biểu hiện chỉ là đau ở vùng bìu kèm theo sốt, vùng bìu chỉ phù nề và sưng đỏ (rất dễ nhầm với viêm mào tinh hoàn hoặc viêm tinh hoàn). Nhưng đến khi hiện tượng hoại thư hình thành, tiến triển của thời kỳ bùng nổ được thể hiện rõ ràng.

4. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

Sau khi lấy các mẫu bệnh phẩm để nuôi cấy việc điều trị kháng sinh phối hợp và với liều lượng mạnh là một điều quan trọng. Cụ thể:

- Dùng penicillin kết hợp với một loại aminoglycosid và kháng sinh chống vi khuẩn yếm khí như clindamycin hay cephoxytin.
- Hồi sức toàn thân cần tiến hành đồng thời.
- Tại chỗ nên rạch rộng cắt bỏ toàn bộ những tổ chức hoại tử và tổ chức dưới da cho tới các tổ chức lành. Trên dương vật và tinh hoàn khi cắt lọc cần hết sức tiết kiệm để giữ được các chức năng về niệu – dục sau này.
- Có khi phải mở thông đại tràng hoặc hậu môn nhân tạo trong những trường hợp ổ viêm nhiễm nguyên nhân gây bệnh khu trú ở trực tràng hoặc quanh hậu môn.
- Có thể chụp niệu đạo ngược dòng ngay trên bàn mổ để dò tìm những đoạn chít hẹp ở niệu đạo hoặc thuốc cản quang trào ra các ổ mà từ đó là nguồn gốc của hội chứng nhiễm khuẩn khi đó cần dẫn lưu bàng quang.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CẤP CỨU NGOẠI KHOA TIẾT NIỆU

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Sửa bản in:</i>	BS. NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	BÙI HUỆ CHI

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/361 - 271/YH
In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2006.

Tìm đọc

- ❖ *Cấp cứu tai mũi họng*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa (nhi khoa)*
- ❖ *Cấp cứu ngoại*
- ❖ *Cấp cứu tại chỗ*
- ❖ *Hồi sức cấp cứu toàn tập*
- ❖ *Cấp cứu ngộ độc*
- ❖ *Xử trí cấp cứu nội khoa*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa tim mạch lồng ngực*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa thần kinh*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 04.7625922 - 7625934 - 7.627819 - Fax: 04.7625923
E-mail: Xuatbanyhoc@fpt.vn
Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc

GIÁ: 22.000Đ

