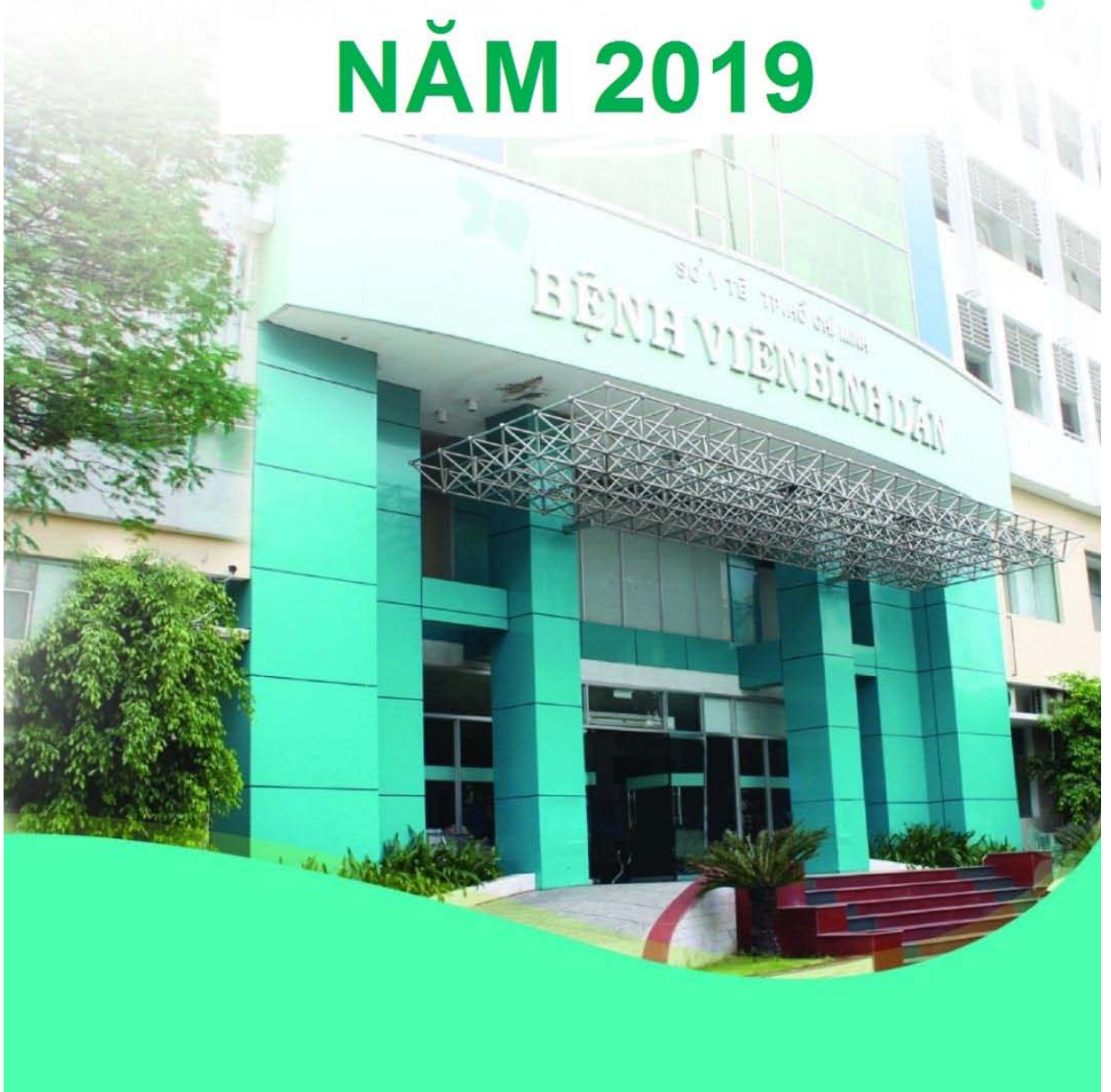




SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NĂM 2019



SỞ Y TẾ TP. HCM
BỆNH VIỆN BÌNH DÂN
Số: 7503/QĐ – BVBD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
TP. HCM, ngày 17 tháng 1 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc Ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2019”
tại Bệnh viện Bình Dân.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN BÌNH DÂN



Căn cứ quyết định số 7503/QĐ-SYT ngày 29 tháng 12 năm 2016 của Giám đốc
Sở Y tế về ban hành quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Bình Dân;
Xét đề nghị của Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện Bình Dân.

QUYẾT ĐỊNH:

- Điều 1.** Ban hành 02 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bổ sung năm 2019: Tắc ruột,
Viêm phúc mạc.
- Điều 2.** Các Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị được áp dụng cho tất cả các Bác sĩ của
bệnh viện trong việc chẩn đoán và điều trị.
- Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, KHTH.


GIÁM ĐỐC

PHÓ GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TP. HCM
BỆNH VIỆN BÌNH DÂN
Số: 123/QĐ – BVBD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
TP. HCM, ngày 12 tháng 11 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc Ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2019”
tại Bệnh viện Bình Dân.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Căn cứ quyết định số 7503/QĐ-SYT ngày 29 tháng 12 năm 2016 của Giám đốc
Sở Y tế về ban hành quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Bình Dân;
Xét đề nghị của Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện Bình Dân.

QUYẾT ĐỊNH:

- Điều 1.** Ban hành 09 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bổ sung năm 2019: Trần dịch
tinh mạc, Teo tinh hoàn, Tinh hoàn ẩn, Bàng quang tăng hoạt, Bàng quang
thần kinh, Dò bàng quang – âm đạo, Dò niệu quản – âm đạo, Sa tạng chậu
nữ, Tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở nữ.
- Điều 2.** Các Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị được áp dụng cho tất cả các Bác sĩ của
bệnh viện trong việc chẩn đoán và điều trị.
- Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, KHTH.



GIÁM ĐỐC

PBS.BS. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng
PHÓ GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TP. HCM
BỆNH VIỆN BÌNH DÂN
Số: 304/QĐ – BVBD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
TP. HCM, ngày 25 tháng 10 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc Ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2019”
tại Bệnh viện Bình Dân.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Căn cứ quyết định số 7503/QĐ-SYT ngày 29 tháng 12 năm 2016 của Giám đốc
Sở Y tế về ban hành quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Bình Dân;


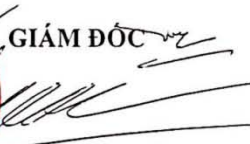
Xét đề nghị của Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện Bình Dân.

QUYẾT ĐỊNH:

- Điều 1.** Ban hành 03 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bổ sung năm 2019: Suy hô hấp cấp, Tiêu chảy cấp, Hội chứng ruột kích thích.
- Điều 2.** Các Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị được áp dụng cho tất cả các Bác sĩ của bệnh viện trong việc chẩn đoán và điều trị.
- Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, KHTH.

**GIÁM ĐỐC**

PGS. BS. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng
PHÓ GIÁM ĐỐC

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NGOẠI TỔNG QUÁT

1. Tắc ruột 1
2. Viêm phúc mạc 6

CHƯƠNG II: NGOẠI NIỆU - NAM HỌC - NIỆU NỮ

3. Trần dịch tinh mạc 16
4. Teo tinh hoàn 20
5. Tinh hoàn ẩn 25
6. Bàng quang tăng hoạt 31
7. Bàng quang thần kinh 41
8. Dò bàng quang - âm đạo 54
9. Dò niệu quản - âm đạo 62
10. Sa tạng chậu nữ 68
11. Tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở nữ 78

CHƯƠNG III: NỘI KHOA

12. Suy hô hấp cấp 87
13. Tiêu chảy cấp 95
14. Hội chứng ruột kích thích 105

TẮC RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

a. *Định nghĩa*: Tắc ruột là sự ngừng lưu thông của các chất chứa đựng trong lòng ruột.

b. *Phân loại*

- Tắc ruột cơ năng (liệt ruột): không có nguyên nhân cơ học làm hẹp lòng ruột, do mất nhu động ruột
- Tắc ruột cơ học: có nguyên nhân cơ học làm hẹp lòng ruột, còn nhu động ruột (tăng hoặc giảm)

2. Yếu tố nguy cơ

- Tiền căn có phẫu thuật vùng bụng hoặc chậu
- Thoát vị thành bụng hoặc thoát vị bẹn
- Viêm ruột
- Tiền căn hoặc đang điều trị ung thư
- Tiền căn được chiếu xạ vùng bụng

3. Nguyên nhân

a. *Tắc ruột do bít*

- Trong lòng ruột: do bã thức ăn, búi giun, sỏi mật
- Trên thành ruột: khối u, lao ruột, bệnh Crohn
- Ngoài thành ruột: dính ruột, khối u các tạng kế cận xâm lấn

b. *Tắc ruột do thắt*:

- Dây thắt
- Lòng ruột, Xoắn ruột
- Thoát vị

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

c. *Triệu chứng cơ năng*

	TẮC RUỘT ĐƠN THUẦN	TẮC RUỘT THẮT NGHỆT
Đau bụng	Đau quặn từng cơn, khoảng cách giữa 2 cơn đau ngày càng rút ngắn dần	Đau đột ngột, dữ dội liên tục
Nôn	Có, nôn xong giảm đau	Có, nôn xong không giảm đau.
Bí trung đại tiện	Rõ, thường gặp	Không rõ ràng. Có thể đi tiêu ra máu lẫn nhầy

d. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng tại đường tiêu hóa:
 - Nhìn: bụng chướng, sọc mỡ cũ, khối thoát vị
 - Nghe: nhu động ruột tăng trong cơn đau.
 - Gõ: gõ vang
 - Sờ: dấu rắn bò, dấu quai ruột nổi, có thể sờ thấy u, dị vật. Giai đoạn muộn có dấu hiệu của viêm phúc mạc do ruột hoại tử, thủng.
 - Thăm hậu môn trực tràng: trực tràng trống, có thể sờ thấy u trực tràng.
- Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:
 - Dấu mất nước: nhịp tim nhanh, huyết áp thấp hoặc tụt, khát nước.
 - Dấu hiệu nhiễm trùng

e. Tiền sử

- Phẫu thuật vùng bụng, chậu
- Phẫu thuật cắt dạ dày.
- Đang điều trị bệnh lao, bệnh Crohn
- Viêm túi thừa đại tràng, polyp đại tràng, u vùng bụng
- Tắc ruột do u phân, tắc ruột do dính,...

2. Cận lâm sàng

a. Hình ảnh học:

- X quang bụng đứng không sửa soạn: quai ruột dẫn, mực nước hơi, chuỗi tràng hạt, đại tràng xẹp, dịch ổ bụng.
- CT scan bụng chậu có cản quang:

- Thấy được vị trí chuyển tiếp của đoạn ruột giãn phía trên chỗ tắc và đoạn ruột xẹp phía dưới chỗ tắc
- Tắc ruột thắt nghẹt: hình ảnh dày thành ruột, hơi trong thành ruột, hơi trong tĩnh mạch cửa, giảm tưới máu thành ruột
- Tắc ruột quai kín: hình ảnh qua ruột dẫn thành hình chữ C hoặc chữ U, thấy được phần ruột và mạc treo bị xoắn không bắt thuốc cản quang.
- Các nguyên nhân tắc ruột: khối u, xoắn ruột...

b. Sinh hóa:

- Công thức máu: tăng bạch cầu máu, tăng Hct
- Ion đồ máu: rối loạn điện giải
- Ure, creatinine máu: suy thận cấp trước thận
- Khí máu động mạch, lactate máu, cấy máu: khi có triệu chứng toàn thân nặng (sốt, mạch nhanh, HA tụt, rối loạn tri giác)

3. Chẩn đoán xác định

a. Bệnh sử:

- Đau, nôn, bí, chướng

b. Tiền căn:

- Yếu tố nguy cơ tắc ruột

c. Khám lâm sàng:

- Bụng chướng hơi, quai ruột nổi
- Nhu động ruột tăng hoặc giảm
- Gõ vang
- Sờ: dấu rắn bò
- Thăm hậu môn trực tràng: trực tràng trống.

d. Cận lâm sàng:

- X quang bụng đứng không sửa soạn, CT scan bụng chậu có cản quang

4. Chẩn đoán phân biệt

- Liệt ruột thứ phát do viêm phúc mạc, liệt ruột sau mổ...
- Nôn ói do các nguyên nhân khác...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

a. Bồi hoàn nước và điện giải

- Loại dịch: Lactate ringer, normal saline +/- KCl 10%

Theo dõi:

- LS: lượng dịch mất qua sonde mũi dạ dày, nước tiểu, sinh hiệu, dấu mất nước
- CLS: điện giải đồ, Hct

b. Dinh dưỡng:

- Nhịn ăn
- Cân nhắc nuôi ăn đường tĩnh mạch nếu như nhịn ăn kéo dài

c. Giải áp đường tiêu hóa:

- Chỉ định: bụng chướng, nôn. Đặt thông mũi dạ dày và hút cách quãng.

d. Giảm đau:

- Chỉ định: bệnh nhân đau nhiều, không giảm đau sau điều trị ban đầu

e. Kháng sinh:

- Chỉ định:
 - Điều trị: khi có dấu hiệu nhiễm trùng
 - Dự phòng trước mổ

5. Theo dõi đáp ứng điều trị

- Thời gian: đánh giá lại mỗi vài giờ
- Nội dung đánh giá:
 - LS: mức độ đau, chướng bụng, xuất hiện các dấu hiệu nghi ngờ tắc ruột thất ngột, dấu mất nước, trung đại tiện, lượng và tính chất dịch qua thông dạ dày
 - CLS: XQ bụng đứng không sửa soạn sau 4-6h để đánh giá tình trạng cải thiện hay không
- Thời gian hồi sức:
 - Tắc ruột thất ngột: hồi sức + mổ khẩn

- Tắc ruột không đáp ứng với điều trị nội: chuyển mổ khi ổn định tạm thời về toàn thân (tối đa 12h)
- Tắc ruột do dính cải thiện với điều trị nội: điều trị nội khoa và theo dõi đến khi ổn định.

6. Ngoại khoa

- Chỉ định mổ:
 - Tắc ruột thắt nghẹt
 - Tắc đại tràng, nhất là khi van hồi manh tràng còn hiệu lực
 - Tắc ruột do dính không giảm sau 48h điều trị nội
 - Tắc ruột non hoàn toàn do nguyên nhân khác
- Mục đích: tái lập lưu thông ruột, điều trị theo nguyên nhân.

7. Biến chứng

a. Tại chỗ:

- Hoại tử ruột, Thủng ruột
- Viêm phúc mạc

b. Toàn thân:

- Rối loạn nước và điện giải
- Nhiễm trùng

Tài liệu tham khảo

1. **Liliana Bordeianou, MD, MPH- Daniel Dante Yeh, MD (Feb, 2018),** *Overview of management of mechanical small bowel obstruction in adults*, uptodate2019
2. Sabiston textbook of surgery – the biological basis of modern surgical practice, 20th edition. P1247
3. **Liliana Bordeianou, MD, MPH - Daniel Dante Yeh, MD- (Feb, 2018),** *Epidemiology, clinical features, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults*, uptodate2019
4. **Nguyễn Văn Hải (2015),** *Tắc ruột- Cấp Cứu Ngoại Khoa Tiêu Hóa- Nxb: Bộ Môn Ngoại Đại Học Y Dược TPHCM- trang 78*

VIÊM PHỨC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Viêm phúc mạc (VPM) là tình trạng viêm của lá phúc mạc do trong xoang bụng có mủ, giả mạc, dịch tiêu hóa, phân, dịch mật, nước tiểu... VPM có dạng diễn tiến cấp tính hay mạn tính, nguyên phát hay thứ phát, khu trú hay lan tỏa. Lâm sàng thường gặp là loại VPM thứ phát, cấp tính do lan tràn từ ổ nhiễm trùng, do vỡ ổ áp xe hay do thủng vỡ tạng rỗng. Đây là một biến chứng vô cùng nặng có tỉ lệ tử vong cao. VPM là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp cần được chẩn đoán sớm và xử trí đúng, kịp thời.

2. Giải phẫu và sinh lý lá phúc mạc:

2.1. Giải phẫu:

2.1.1. Lá phúc mạc: Phúc mạc là một màng trơn láng, bọc lót mặt trong thành bụng, bao bọc kín hay che phủ một phần các tạng trong xoang bụng.

Gồm 2 lá:

+ Lá thành (phúc mạc thành): phủ lót mặt trong khoang bụng. Phúc mạc thành có nhiều sợi thần kinh hướng tâm nên nhạy cảm với mọi kích thích.

+ Lá tạng (phúc mạc tạng): bao bọc ống tiêu hóa dưới cơ hoành (trừ đoạn cuối trực tràng), các tạng phụ thuộc ống tiêu hóa (gan, túi mật, lách), một phần của tạng niệu dục (bàng quang, tử cung, phần phụ). Phúc mạc tạng thì gần như vô cảm, tuy nhiên nếu kích thích đủ mạnh và kéo dài thì có thể nhận biết được.

2.1.2. Xoang phúc mạc: - Xoang phúc mạc là một khoang ảo, chứa chừng 75

- 100ml dịch màu vàng trong, , đảm bảo độ trơn láng của phúc mạc. Gồm 2 túi:

+ Túi nhỏ (hậu cung mạc nối): là một túi nằm ngang, đáy ở bên trái, cổ và miệng ở bên phải: thành trước là mặt sau dạ dày, mạc chằng vị đại tràng, thành sau là tụy, thành trên là mạc treo dạ dày, thành dưới là mạc treo đại tràng ngang, đáy túi là mạc nối tụy lách, mạc nối vị lách, miệng túi là khe Winslow.

+ Túi lớn: là phần còn lại của xoang phúc mạc, được đại tràng ngang và mạc treo của nó nằm vắt ngang qua bụng chia ra làm hai tầng.

2.2. Sinh lý: Phúc mạc có diện tích khá lớn nên thuận lợi cho việc trao đổi chất.

2.2.1. Khả năng hấp thu: Khả năng hấp thu của phúc mạc khác nhau theo từng vùng. Ở bụng trên khả năng hấp thu tốt hơn nhiều so với bụng dưới. Hấp thu được thực hiện qua đường bạch mạch (các protein huyết tương, các chất keo) hay qua đường máu (nước, điện giải, các tinh thể, các độc tố vi trùng..)

2.2.2. Khả năng bài xuất: Phúc mạc có khả năng bài xuất nước, điện giải, các protein từ huyết tương vào xoang phúc mạc. Khi phúc mạc bị viêm tiết ra rất nhiều dịch. Người ta lợi dụng tính chất này để thẩm phân phúc mạc.

2.3. Phân loại:

2.3.1. Theo nguyên nhân:

+ VPM nguyên phát: là tình trạng nhiễm trùng lan tỏa mà không có một nguồn bệnh trong ổ bụng rõ ràng. Vi trùng xâm nhập theo đường máu, đường bạch huyết, đường sinh dục nữ, thường là: liên cầu khuẩn, phế cầu, trực cầu khuẩn lao,...

+ VPM thứ phát: là tình trạng nhiễm trùng có nguồn gốc đã biết trong ổ bụng, thường là thủng đường tiêu hóa.

2.3.1.1. Do bệnh lý:

• Đường tiêu hóa:

+ Viêm ruột thừa cấp (nhiều nhất)

+ Thủng dạ dày-tá tràng.

+ Thủng hồi tràng

+ Viêm túi thừa Meckel

+ Hoại tử ruột non (nghet ruột, xoắn ruột, lồng ruột,..)

+ Thủng và hoại tử đại tràng (K, túi thừa, amip,..)

• Đường gan mật:

+ Áp xe gan, áp xe gan đường mật.

+ Viêm phúc mạc mật – Thấm mật phúc mạc.

+ Viêm hoại tử túi mật

- Tử cung, phần phụ:

+ Viêm phần phụ và áp xe tai vòi.

+ Thai ngoài tử cung vỡ, vỡ tử cung.

2.3.1.2. Do chấn thương hay vết thương bụng:

- Chấn thương bụng:

+ Vỡ ruột non (thường ở tá-hỗng tràng và gần góc hồi-manh tràng)

+ Vỡ bàng quang, dạ dày, đại tràng.

- Vết thương bụng:

+ Do vật sắc nhọn, mảnh bom, viên đạn

+ Tổn thương tạng rỗng

2.3.1.3. Do phẫu thuật:

- Không tuân thủ nguyên tắc vô trùng.

- Không lấy hết chất bẩn khi mổ VPM.

- Xi dò, bục chỉ đường khâu miệng nối đường tiêu hóa, đường mật.

2.3.2. Theo diễn tiến:

2.3.2.1. Viêm phúc mạc cấp tính: diễn tiến hàng giờ hay một vài ngày.

2.3.2.2. Viêm phúc mạc mãn tính: diễn tiến hàng tháng, hàng năm.

2.3.3. Theo mức độ lan tràn của thương tổn:

2.3.3.1. Viêm phúc mạc toàn thể: toàn bộ xoang bụng, cả bụng trên lẫn bụng dưới hay khắp bụng có dịch bẩn, có mủ.

2.3.3.2. Viêm phúc mạc khu trú : Viêm phúc mạc khu trú khi mủ và dịch bẩn chỉ khu trú tại một vùng nào đó trong xoang phúc mạc. Viêm phúc mạc khu trú nếu không được chẩn đoán và mổ kịp thời sẽ diễn biến thành viêm phúc mạc toàn thể.

2.3.4. Theo tác nhân gây bệnh:

2.3.4.1. VPM do vi khuẩn:

- Nguyên phát: liên cầu, phế cầu, trực khuẩn lao.

- Thứ phát: vi khuẩn đường ruột (E. coli, Pseudomonas,..) và VK kỵ khí.

2.3.4.2. VPM hóa học: viêm nhiễm phúc mạc do các chất (dịch vị, dịch tụy, nước tiểu,...) hoặc dị vật (bột gạo, gạo,..) kích thích phản ứng viêm (VPM vô khuẩn).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

1.1. Triệu chứng cơ năng:

1.1.1. Đau bụng: Bao giờ cũng có, trước tiên và là lý do nhập bệnh viện. Đau khắp bụng, xác định vị trí đau nhiều nhất. Liên hệ vị trí đau khởi đầu và hiện tại gợi ý chẩn đoán nguyên nhân. Tính chất đau: đau tự nhiên, đau nhiều, liên tục, đau tăng lên khi bệnh nhân vận động, nên bệnh nhân VPM bao giờ cũng nằm im bất động, không dám cử động, không dám xoay trở người, không dám ho mạnh, không dám thở sâu. Mỗi khi di chuyển hay xoay trở phải rất từ từ, nhẹ nhàng. Tư thế bệnh nhân thường là nằm ngửa đầu gối cao, hai chân co.

1.1.2. Nôn ói: Lúc đầu, nôn ói trong viêm phúc mạc chỉ là nôn khan do phúc mạc bị kích thích. Khi bệnh nhân đến trễ, ruột bị liệt vì bị ngậm trong mủ, bệnh nhân có thể nôn nhiều hơn nên dễ chẩn đoán lầm là tắc ruột cơ học.

1.1.3. Bí trung đại tiện: Giai đoạn trễ. Bí trung tiện không hoàn toàn và rõ rệt.

1.2. Triệu chứng thực thể:

1.2.1. Nhìn: Nằm yên không di động theo nhịp thở, thờ cơ nổi hẳn. Bụng trướng (nhiều hay ít tùy vào đến sớm hay muộn), trướng nhiều làm khó thở.

1.2.2. Sờ: Bao giờ cũng có 2 triệu chứng: co cứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc.

1.2.2.1. Co cứng thành bụng: Sờ nắn nhẹ nhàng thành bụng có cảm giác như đang sờ trên một mặt phẳng cứng. Sờ nắn nhẹ nhàng bệnh

nhân đã cảm thấy đau. Nếu ấn mạnh bao giờ cũng thấy đau chói rõ rệt. Trong viêm phúc mạc, co cứng thành bụng là khách quan, thường xuyên liên tục. Cần phân biệt với đề kháng thành bụng: biểu hiện một tổn thương của một tạng trong xoang phúc mạc, thường khu trú một vùng, còn VPM thường toàn thể bụng.

1.2.2.2. Cảm ứng phúc mạc: Bệnh nhân có thành bụng mỏng, yếu (trẻ em, người già, phụ nữ mới sinh hay sinh đẻ nhiều lần) hoặc ở bệnh nhân viêm phúc mạc đến trễ, triệu chứng co cứng thành bụng không rõ rệt, lúc này rõ rệt hơn là dấu hiệu cảm ứng phúc mạc. Dấu hiệu Blumberg (+): dùng ngón tay ấn từ từ, sâu dần, bệnh nhân đau không nhiều nhưng khi buông tay đột ngột thì đau nhói. Bệnh nhân ho hoặc gõ nhẹ lên thành bụng, bệnh nhân rất đau.

1.2.3. Gõ: Gõ đục vùng thấp (dịch tự do trong ổ bụng). Mất vùng đục trước gan (trong thủng tạng rỗng).

1.2.4. Nghe: Ít giá trị chẩn đoán. Nhu động thừa thớt hoặc kém co bóp hoặc không co bóp (liệt ruột cơ năng).

1.2.5. Thăm trực tràng (hay âm đạo đối với phụ nữ có gia đình): Bắt buộc trong mọi trường hợp VPM, túi cùng Douglas có dịch, mũ, máu, ... ấn chẩn vào thành trước trực tràng căng phồng và rất đau “tiếng kêu Douglas”.

1.2.6. Chọc dò xoang bụng: Phương tiện chẩn đoán sau cùng. Vị trí: hông phải (trái) hay hố chậu phải (trái). Dịch hút gửi xét nghiệm và làm kháng sinh đồ.

1.3. Triệu chứng toàn thân:

1.3.1. Biểu hiện tình trạng nhiễm trùng: Lo âu, mắt trũng và thâm quầng, môi khô, lưỡi đỏ, thở nhanh nông, cánh mũi phập phồng (về mặt người VPM). Sốt cao (39° - 40° C).

1.3.2. Giai đoạn trễ, biểu hiện tình trạng nhiễm độc: Lơ mơ, nói nhảm, Shock: mạch nhanh nhỏ khó bắt, HA kẹp tụt. Thiếu hoặc vô niệu.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Xét nghiệm:

2.1.1. Công thức máu: bạch cầu tăng $\geq 15.000-20.000$, chủ yếu là Neu(85-95%). Ion đồ: rối loạn điện giải(Na^+ , Cl^- , K^+ ...) và đờ đẫn. Urê/máu: tăng cao (100-300 mg%).

2.1.2. Chẩn đoán hình ảnh:

2.1.2.1. X-quang: chụp X-quang bụng không sửa soạn:

- Liềm hơi dưới hoành: thủng dạ dày-tá tràng hay ruột non (80% các trường hợp).
- Bụng mờ đều(do có dịch trong xoang PM).
- Thành quai ruột dày lên(dịch xen kẽ giữa các quai ruột).
- Dấu hiệu Laurell: đường sáng 2 bên thành bụng mất hay ngắt quãng.

2.1.2.2. Siêu âm:Siêu âm thấy có dịch trong xoang bụng, tự do hay khu trú, quai ruột giãn chướng hơi. Nhiều trường hợp cho biết chẩn đoán và nguyên nhân viêm phúc mạc (áp xe gan amip vỡ, viêm túi mật hoại tử,...).

2.1.2.3. CT scanner: có giá trị chẩn đoán cao nhưng đắt tiền.

3.Chẩn đoán xác định

– Căn cứ vào ba loại triệu chứng sau:

1. Đau bụng:Để phân biệt với các bệnh lý khác, ta căn cứ vào các tính chất của đau.
2. Co cứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc (đặc hiệu nhất).
3. Hội chứng nhiễm trùng.

– Các trường hợp khó chẩn đoán:

+ Trẻ em bé (khó khai thác bệnh sử,..)

- + Người già: nhất là người già lú lẫn, trả lời thiếu chính xác
- + Những người thành bụng quá nhão hoặc quá dày mỡ
- + Sản phụ trong thời kỳ chuyển dạ sanh: đau bụng do viêm phúc mạc rất dễ lẫn với cơn đau của chuyển dạ sanh.
- + Bệnh nhân đang được điều trị bằng kháng sinh.
- + VPM sau mổ: viêm phúc mạc do sau mổ bệnh nhân thường có sốt, bao giờ cũng có liệt ruột, lại hay được dùng thuốc giảm đau.
- + Bệnh nhân đã được dùng thuốc giảm đau
- + Bệnh nhân nghiện thuốc phiện: các triệu chứng thực thể ở bụng không rõ rệt.

4. Chẩn đoán nguyên nhân:

Cần thiết phải tìm nguyên nhân để dự kiến phương pháp xử trí thích hợp. Căn cứ vào:

- Triệu chứng đau lúc khởi đầu: Triệu chứng đau lúc khởi đầu có khi rõ rệt giúp chẩn đoán nguyên nhân nhưng cũng nhiều khi vị trí đau lúc khởi đầu không rõ rệt, bệnh nhân không nhớ rõ.
- Nơi đau nhiều nhất: Trong VPM toàn thể bệnh nhân đau khắp bụng nhưng trong nhiều trường hợp bệnh nhân vẫn nhận biết nơi đau nhiều nhất.
- Nơi thành bụng co cứng nhiều nhất: Nếu lúc đầu đau ở hố chậu phải và lúc khám thấy đau nhiều nhất và co cứng mạnh nhất ở hố chậu phải thì ta nghĩ tới nguyên nhân viêm ruột thừa. Tương tự ở dưới sườn phải, tanghĩ đến nguyên nhân ở gan, ở ống mật chủ hoặc túi mật.
- Trong túi dạ dày tá tràng, nơi đau nhiều nhất và co cứng nhiều nhất có thể không phải ở vùng trên rốn mà là ở hố chậu phải vì dịch dạ dày tá tràng từ trên chảy xuống và đọng lại ở hố chậu phải.
- Bệnh sử: nhiều khi bệnh sử không có một gợi ý nào nhưng nhiều khi giúp rất nhiều cho chẩn đoán.

III. ĐIỀU TRỊ

VPM mạn tính không mổ trừ khi có biến chứng tắc ruột.VPM nguyên phát, xoang bụng ít dịch cũng không mổ, chỉ điều trị nội khoa.

Nguyên tắc điều trị: VPM thứ phát, cấp tính là sự kết hợp ngoại khoa với nội khoa. Chỉ định mổ tuyệt đối nhưng bao giờ cũng có nội khoa hồi sức hỗ trợ.

1. Nội khoa:

- 1.1. Hồi sức: Bồi hoàn nước (dựa vào HAĐM, CVP). Điều chỉnh điện giải (ion đồ). Hồi sức tim mạch.
- 1.2. Chống nhiễm trùng: Nguyên nhân chưa xác định: dùng kháng sinh phổ rộng và kết hợp. Nguyên nhân đã xác định: theo kháng sinh đồ. Loại, lượng, đường dùng kháng sinh phải căn cứ vào nguyên nhân, tình trạng NT, chức năng gan, thận.
- 1.3. Hạ sốt.
- 1.4. Đặt ống Levin hút dạ dày: bớt chướng làm BN dễ thở, ruột bớt căng, bớt đau,...

Thời gian điều trị trước mổ: Phụ thuộc vào tình trạng BN khi vào viện. Hồi sức bao lâu, phụ thuộc vào kết quả hồi sức, không mổ khi tình trạng quá xấu, đợi cho tình trạng ổn định, không dài quá 3 giờ.

2. Ngoại khoa: Loại bỏ nguyên nhân và giải quyết nhiễm trùng trong xoang bụng.

- 2.1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản (tốt nhất). Bệnh nặng, nhiễm độc, già yếu, nhiều bệnh phối hợp thì gây tê và làm phẫu thuật tối thiểu.
- 2.2. Chọn đường mổ:
 - Thám sát và xử lý thương tổn dễ.
 - Lau rửa xoang bụng sạch.
 - Vết mổ ít nhiễm trùng
- 2.3. Xử lý nguyên nhân: Các biện pháp kiểm soát ổ nhiễm khuẩn như: cắt bỏ phần bệnh, đưa ra phần đó ra ngoài, dẫn lưu, cắt lọc, HMNT giải áp đường tiêu hóa.
 - VPM ruột thừa: ruột thừa được cắt bỏ.

- VPM do thủng dạ dày-tá tràng: khâu lỗ thủng, nếu có hẹp môn vị thì khâu lỗ thủng và nối vị tràng.
 - VPM do thủng ruột non(chấn thương, vết thương): khâu kín; cắt đoạn và nối ngay; đưaruột ra ngoài khi xoang bụng quá bãn(nguy cơ xì miệng nối).
 - Hoại tử túi mật: cắt túi mật, kiểm tra OMC.
 - Vỡ áp xe tồn lưu: phá vỡ góc ngách, hút hết mũ,dẫn lưu.
 - VPM do viêm phần phụ: lau sạch xoang bụng, tùy mức độ tổn thương mà bào tồn haycắt vòi trứng...
- 2.4. Làm sạch xoang bụng:Nếu không làm sạch sẽ tạo áp xe túi cùng Douglas, dưới hoành, giữa cái quai ruột, tạodây dính tắc ruột.
- VPM toàn thể: rửa bằng dung dịch sinh lý đến khi dịch trong.
 - VPM khu trú: lau, chậm sạch tại chỗ bằng gạc ướt.
 - Lưu ý: đổ kháng sinh vào ổ bụng sẽ gây phản ứng, gây dính.
- 2.5. Dẫn lưu: để thoát lưu dịch, mũ mà trong lúc mổ lấy chưa hết.
- 2.6. Đóng bụng: VM rất dễ bị nhiễm trùng do khi mổ bị dấy bãn từ dịch, mũ,... trongxoang bụng.
- 2.7. Chăm sóc sau mổ:
- 2.7.1. Toàn thân:
- Bồi nước và điện giải.
 - Các rối loạn chức năng tim, gan, phổi được đánh giá tốt hơn.
 - Suy thận do VPM đến trễ có khi chạy thận nhân tạo.
 - Dinh dưỡng: truyền đường, đạm, máu. Khi trung tiện thì cho ăn bằng đường miệng.
- 2.7.2. Tại chỗ:
- Ống dẫn lưu:Theo dõi lượng và tính chất dịch mỗi ngày để định ngày rút bỏ đúng lúc, không rút bỏquá sớm vì sẽ không dẫn lưu hết mũ hay quá muộn vì sẽ làm nhiễm trùng và trầy thanh mạc ruột.

- Vết mổ: Nếu nhiễm trùng thì cắt chỉ. Nếu đóng bụng một lớp nên cắt chỉ muộn ngày thứ 14-15.

2.7.3. Vận động sớm: Là cách kích thích nhu động ruột và phòng ngừa tắc ruột do dính sau mổ tốt nhất. Ngày đầu tiên sau mổ cho bệnh nhân lăn trở trên giường, sau đó tình trạng bệnh nhân cho phép, ập cho người bệnh ngồi dậy, đi lại quanh giường, trong phòng và ăng dần về số lần cũng như khoảng cách vận động. Vận động sớm sau mổ còn giúp phòng ngừa các biến chứng về phổi, nhiễm trùng đường tiêu, huyết khối tĩnh mạch ... và còn tạo tâm lý mau lành bệnh.

2.7.4. Phát hiện biến chứng: Thường do rửa xoang bụng không sạch, lấy không hết dịch bẩn, dẫn lưu không đúng cách, nguyên nhân VPM chưa được loại trừ hoàn toàn.

- Áp xe tồn lưu.
- Xi dò đường khâu.
- Tắc ruột sớm sau mổ.
- Biến chứng muộn: tắc ruột.

Tài liệu tham khảo

1. Sabiston textbook of surgery – the peritonitis, 20th edition.
2. **Liliana Bordeianou, MD, MPH - Daniel Dante Yeh, MD- (Feb, 2018),** *Epidemiology, clinical features, and diagnosis of peritonitis*, upto date 2019.
3. **Nguyễn Văn Hải (2015),** Viêm phúc mạc- Cấp Cứu Ngoại Khoa Tiêu Hóa- Nxb: Bộ Môn Ngoại Đại Học Y Dược TPHCM.

TRÀN DỊCH TINH MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Trong quá trình đi xuống bìu, tinh hoàn kéo theo một túi phúc mạc, tạo thành túi tinh mạc. Túi tinh mạc gồm hai phần: lá thành và lá tạng.
- Bình thường trong túi tinh mạc có một ít dịch trong
- Định nghĩa: Tràn dịch tinh mạc gây ra do quá trình tích tụ dịch giữa lá thành và lá tạng của bao tinh mạc.

2. Phân loại

- Tràn dịch tinh mạc ở trẻ em: liên quan tình trạng chưa đóng của ống phúc tinh mạc.
- Tràn dịch tinh mạc ở người lớn: mất cân bằng giữa việc tiết và tái hấp thu dịch giữa hai lá của bao tinh mạc.

3. Yếu tố nguy cơ

- Trẻ sinh non
- Chấn thương bìu
- Nhiễm trùng, bao gồm các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Viêm mào tinh hoàn
- Sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh
- Tái phát sau phẫu thuật tràn dịch tinh mạc trước đó

4. Nguyên nhân

- Ở trẻ em: Do sự đóng không hoàn toàn ống phúc tinh mạc. Thời điểm đóng tự nhiên của ống phúc tinh mạc chưa rõ. Ống này tồn tại ở 80-94% trẻ sơ sinh và 20% ở người lớn.
- Ở người lớn: Thường không có nguyên nhân. Tràn dịch tinh mạc mắc phải có thể do chấn thương bìu, nhiễm trùng, ung thư tinh hoàn, tắc bạch mạch do hậu phẫu thuật, giun chỉ...

II. LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

- Khối căng, trong ở trong bìu kích thước dao động.
- Nếu tràn dịch tinh mạc không căng lắm có thể sờ được tinh hoàn nằm ở phía sau – dưới
- Nếu tràn dịch tinh mạc căng không sờ được tinh hoàn
- Nếu tràn dịch tinh mạc do viêm sờ vào sẽ thấy sưng, nóng, đỏ, đau
- Nghiệm pháp soi đèn: cho phép chẩn đoán ở hầu hết các trường hợp

2. Siêu âm

- Chỉ định khi nghi ngờ có khối bướu bên trong bìu, chẩn đoán phân biệt với tràn dịch tinh mạc. Siêu âm có độ nhạy 100% trong chẩn đoán các sang thương ở bìu.
- Hình ảnh siêu âm: Dịch tinh mạc đẩy tinh hoàn lệch sang một bên hoặc xuống dưới.
- Phân biệt khối thoát vị, bướu tinh hoàn, giãn tĩnh mạch tinh hay xoắn dây tinh.

3. Xét nghiệm máu, nước tiểu

- Xác định xem có nhiễm trùng nhằm chẩn đoán phân biệt viêm mào tinh

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Khối căng, trong ở trong bìu
- Siêu âm dịch tinh mạc đẩy tinh hoàn lệch sang bên

2. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư tinh hoàn: khối mật độ chắc, di động kém, không căng đều. Siêu âm có thể có tràn dịch tinh mạc kèm theo
- Thoát vị bẹn: khối phồng ở bẹn có thể phồng xuống bìu, khối phồng to khi tăng áp lực ổ bụng
- Viêm tinh hoàn – mào tinh: tinh hoàn sưng to, nóng, đỏ, đau. Xét nghiệm máu, nước tiểu có tình trạng nhiễm trùng. Siêu âm tăng tưới máu tinh hoàn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Trần dịch tinh mạc ở trẻ em

- Hầu hết các trường hợp này sẽ tự hết trong năm đầu.
- Không phẫu thuật trong năm đầu tiên
- Nếu cần thiết phẫu thuật thì cần phẫu thuật qua đường bẹn để đóng ống phúc tinh mạc.

2. Trần dịch tinh mạc ở người lớn

- Phẫu thuật ngã bìu là phương pháp điều trị tốt nhất.
- Quy trình phẫu thuật:
 - o Cắt bỏ túi tinh mạc cách mép tinh hoàn khoảng 1cm, cầm máu mép đường cắt
 - o Khâu lộn bao tinh mạc , dính hai mép tinh mạc với nhau chỉ định ở các trường hợp trần dịch tinh mạc ít, vách mỏng
 - o Trường hợp trần dịch tinh mạc kích thước lớn, vách dày: tiến hành khâu viền của mép cắt bằng chỉ tan 3.0
 - o Dẫn lưu penrose bìu sau phẫu thuật.
 - o Khâu phục hồi cân Dartos và khâu da

3. Biến chứng:

- Tụ máu bìu sau phẫu thuật
- Nhiễm trùng vết mổ
- Viêm tinh hoàn
- Trần dịch tinh mạc tái phát
- Tổn thương tinh hoàn và thừng tinh

4. Tiên lượng:

- Đa phần tiên lượng tốt
- Tỷ lệ tái phát thấp
- Tỷ lệ biến chứng chung khoảng 19% sau phẫu thuật
- Với các phẫu thuật viên kinh nghiệm: tỷ lệ biến chứng trên tinh hoàn và thừng tinh thấp (khoảng 0.3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đăng Diệu (2003), “Cơ quan sinh dục nam”, *Giải phẫu ngực – bụng*, NXB Y Học, tr. 388 – 398.
2. Barthold J. (2012) “Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management” . In: *Campbell-Walsh Urology*, Elsevier Saunders: Philadelphia.
3. Celigoj F. (2016), “Surgeries of the scrotum”, *Campbell-Walsh Urology*, W.B. saunders Company, 12th edi., chapter 41.
4. Hall N. et al. (2011). “Surgery for hydrocele in children-an avoidable excess?” *Journal of Pediatric Surgery*, vol.46: pp.2401.
5. Koski M. et al. (2010). “Infant communicating hydroceles--do they need immediate repair or might some clinically resolve?” *Journal of Pediatric Surgery*, vol.45:pp.590
6. Nguyễn Quang Quyền (2001), “Cơ quan sinh dục nam”, *Bài giảng giải phẫu học*, NXB Y Học, tập 2, tr. 245 – 250.
7. Radmayr C. (2019), “Hydrocele”, *Guidelines on paediatric urology*, European Association of Urology.
8. Rubenstein R.et al. (2004). “Benign intrascrotal lesions” *Journal of Urology*, vol.171: pp.1765.

TEO TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Teo tinh hoàn là sự co rút mô tinh hoàn, và dẫn đến giảm về kích thước của tinh hoàn.

Teo tinh hoàn là sự giảm kích thước tinh hoàn của bệnh nhân, có thể là giảm so với kích thước trước đây hoặc kích thước tinh hoàn nhỏ hơn kích thước trung bình của dân số. Tình trạng này có thể là do một số nguyên nhân như: chấn thương, nhiễm trùng, tinh hoàn ẩn hoặc tiếp xúc với một số hóa chất.

2. Nguyên nhân:

Viêm tinh hoàn

Viêm tinh hoàn: Triệu chứng chính là đau và sưng ở tinh hoàn, nhưng cũng có thể bệnh nhân chỉ buồn nôn và sốt. Tình trạng viêm ban đầu có thể làm cho tinh hoàn sưng to tăng kích thước, nhưng cuối cùng đều có thể dẫn đến teo tinh hoàn về sau.

Có hai loại viêm tinh hoàn chính:

- Viêm tinh hoàn do virus. Điều này thường do virus quai bị. 1/3 bệnh nhân nam bị quai bị sau tuổi dậy thì có tình trạng viêm tinh hoàn, thường xảy ra trong vòng bốn đến bảy ngày kể từ khi bị quai bị.
- Viêm tinh hoàn do vi khuẩn: thường do nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI), chẳng hạn như bệnh lậu hoặc chlamydia. Trong một số trường hợp, do nhiễm trùng trong đường tiết niệu hoặc do đặt ống thông hoặc dụng cụ y tế khác vào niệu đạo bệnh nhân.

Nguyên nhân khác

Tuổi tác. Trong khi phụ nữ trải qua thời kỳ mãn kinh, một số nam giới trải qua một quá trình tương tự được gọi là mãn dục nam. Điều này gây ra mức testosterone thấp, có thể đồng thời với teo tinh hoàn.

Giãn tĩnh mạch tinh: thường ảnh hưởng đến tinh hoàn trái và có thể làm tổn thương các ống sinh tinh trong tinh hoàn, làm cho tinh hoàn bị ảnh hưởng teo và có kích thước nhỏ hơn tinh hoàn còn lại.

Xoắn tinh hoàn. Giảm lưu lượng máu có thể gây đau và sưng tinh hoàn. Nếu không được điều trị trong vòng vài giờ, nó có thể gây teo tinh hoàn vĩnh viễn.

Liệu pháp thay thế testosterone (TRT). Một số nam giới trải qua TRT có thể teo tinh hoàn. Điều này là do TRT có thể gây ngừng sản xuất (GnRH). Không có GnRH, tuyến yên sẽ ngừng sản xuất hormone luteinizing (LH). Không có LH, tinh hoàn ngừng tiết testosterone, dẫn đến tinh hoàn nhỏ dần.

Sử dụng steroid hoặc estrogen. Uống steroid hoặc bổ sung estrogen có thể gây ra tác dụng tương tự đối với hormone như TRT.

Rối loạn sử dụng rượu. Rượu có thể gây ra cả tổn thương mô tinh hoàn hoặc giảm testosterone, cả hai đều có thể dẫn đến teo tinh hoàn.

Một số nguyên nhân khác: Hội chứng Klinefelter, chấn thương tinh hoàn chiếu xạ tinh hoàn, hóa trị trong ung thư, bứu tuyến yên và vùng hạ đồi cắt bỏ tuyến yên hoặc xạ trị, tác dụng của thuốc: như ketoconazole, spironolactone, cimetidine, phenytoin

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Trong khi triệu chứng chính của teo tinh hoàn là giảm kích thước một hoặc cả hai tinh hoàn, một số triệu chứng khác có thể đi kèm, tùy thuộc vào sự teo tinh hoàn xảy ra ở độ tuổi nào của bệnh nhân.

Triệu chứng trước tuổi dậy thì

Các triệu chứng khác của teo tinh hoàn bao gồm: không phát triển các đặc điểm sinh dục thứ phát, như:

- Râu, tóc
- Lông mu
- Kích thước dương vật nhỏ

Triệu chứng sau tuổi dậy thì

- Giảm ham muốn tình dục
- Vô sinh
- Giảm khối lượng cơ bắp
- Không có hoặc giảm sự phát triển của râu, tóc trên khuôn mặt
- Giảm sự phát triển của lông mu
- Tinh hoàn mật độ mềm

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler mạch máu bìu bẹn: khảo sát mật độ và kích thước tinh hoàn cũng như các tổn thương kèm theo
- Nội tiết: Testosterone, LH, FSH, Prolactin, Estradiol
- Công thức máu: phát hiện tình trạng viêm tinh hoàn
- Tổng phân tích nước tiểu, soi nhuộm nước tiểu nhằm phát hiện tình trạng nhiễm khuẩn niệu hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Tinh dịch đồ: nhằm đánh giá khả năng sinh tinh của bệnh nhân
- Một số xét nghiệm hỗ trợ khác: AST, ALT, Bộ mỡ máu, PSA nhằm phục vụ điều trị thay thế Testosterone, Nhiễm sắc thể đồ, MRI tuyến yên.

III. CHẨN ĐOÁN:

Tinh hoàn với kích thước nhỏ hơn giá trị trung bình của dân số và có giảm nồng độ Testosterone hoặc giảm khả năng sinh tinh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa:

Chủ yếu liệu pháp bổ sung Testosterone nhằm đảm bảo khả năng phát triển thể chất, tinh thần và đảm bảo khả năng cương cứng của bệnh nhân.

Mục tiêu điều trị

- Tăng khối cơ, sức mạnh và chức năng cơ
- Duy trì BMI trong giới hạn bình thường và giảm nguy cơ gãy xương do loãng xương
- Cải thiện chức năng tâm thần kinh
- Cải thiện khả năng sinh dục và tình dục
- Nâng cao chất lượng cuộc sống

Liệu pháp Liệu pháp thay thế testosterone (TRT).

- Điều trị với Testosterone phụ thuộc vào liều dùng đáp ứng ở từng bệnh nhân khác nhau
- Điều trị với Testosterone có thể áp dụng ở cả nam giới trẻ tuổi và cao tuổi bị suy giảm khả năng sinh dục.
- Việc điều trị còn làm tăng mật độ khoáng trong xương và khối cơ trong cơ thể, và giảm lượng mỡ của cơ thể, tăng cường sức bền thành mạch cải thiện chức năng sinh dục, bao gồm sự ham muốn và chức năng cương cứng, cải thiện rối loạn cương.
- Ở những bệnh nhân đái tháo đường suy giảm khả năng sinh dục, đã ghi nhận sự tăng nhạy cảm với insulin, giảm glucose máu.
- Ở những nam giới chậm phát triển thể chất và dậy thì, đi điều trị với Testosterone trước tiên thúc đẩy sự tăng trưởng và sau đó gây ra sự phát triển các đặc tính sinh dục cho nam giới.
- Liệu pháp thay thế testosterone có nhiều dạng dùng phù hợp với nhu cầu của từng bệnh nhân, bao gồm dạng gel, miếng dán, viên ngậm, dạng uống, dạng tiêm hay thậm chí là cấy dưới da. Trong đó, điều trị suy giảm testosterone bằng phương pháp bổ sung testosterone dạng gel, dạng tiêm hiện đang dùng phổ biến do mang lại hiệu quả tương đối cao.

Ngoài ra, kháng sinh có thể được dùng trong trường hợp nhiễm khuẩn do các bệnh lây qua đường tình dục, viêm tinh hoàn.

2. Phẫu thuật

- Phẫu thuật tháo xoắn dây tinh trước 6 giờ góp phần giảm tình trạng teo tinh hoàn về sau ở bệnh nhân xoắn dây tinh.
- Phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh trong trường hợp teo tinh hoàn nghi do giãn tĩnh mạch tinh giúp tăng sự lưu thông và chuyển hóa trong tinh hoàn, giảm tình trạng teo tinh hoàn tiếp diễn.
- Phẫu thuật sinh thiết tinh hoàn để đánh giá khả năng sinh tinh, hoặc Micro TESE để trích tinh trùng hỗ trợ phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm.

3. Tiên lượng:

Các trường hợp teo tinh hoàn đều không có khả năng thay đổi kích thước tinh hoàn trở về bình thường. Quá trình điều trị nhằm tránh diễn tiến teo tinh hoàn tiếp diễn, thay thế chức năng nội tiết của tinh hoàn giúp bệnh nhân đảm bảo các hoạt động thể chất tinh thần, hỗ trợ sinh sản cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ammar T, Sidhu PS, Wilkins CJ. Male infertility: the role of imaging in diagnosis and management. *Br J Radiol.* 2012 Nov; 85 Spec No 1:S59-68.
2. Bassil, N., Alkaade, S., & Morley, J. E. (2009, June 22). The benefits and risks of testosterone replacement therapy: A review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 5, 42–448.
3. Borst SE, Mulligan T. Testosterone replacement therapy for older men. *Clin Interv Aging.* 2007;2(4):561–566.
4. Brookings C, Goldmeier D, Sadeghi-Nejad H. Sexually Transmitted Infections and Sexual Function in Relation to Male Fertility. *Korean J Urol.* 2013 Mar; 54(3):149-156.
5. Delavierre D. Orchi-epididymitis. *Ann Urol (Paris).* 2003 Dec; 37(6):322-38.

TINH HOÀN ẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Tinh hoàn ẩn (Cryptorchidism) là tinh hoàn không nằm trong bìu mà nằm trên đường đi xuống bình thường từ hố thận đến bìu (Chan, 1999).
- Tinh hoàn ẩn cần phân biệt với tinh hoàn lạc chỗ (ectopic testis), trong đó tinh hoàn nằm bên ngoài đường đi xuống bình thường. Thường gặp nhất là ở lỗ bẹn nông, tam giác đùi hay trong ổ bụng.

2. Nguyên nhân

- Trong bào thai, tinh hoàn di chuyển từ hố thận xuống dưới bìu, đi kèm với ống dẫn tinh, mào tinh và các mạch máu tinh. Tinh hoàn xuống bìu gần hoàn chỉnh sau tháng thứ 8 của thai kỳ.
- Các nguyên nhân gây ra tinh hoàn ẩn:
 - + Giảm áp lực trong khoang bụng
 - + Không có dây chằng bìu hay dây chằng này quá dài
 - + Khiếm khuyết bẩm sinh của tinh hoàn
 - + Các yếu tố nội tiết và môi trường, các bất thường của thần kinh sinh dục đùi (Colpi, 2006).

3. Tần suất

- Bệnh gặp ở 2-4% trẻ sinh đủ tháng, 21% trẻ sinh thiếu tháng và 1% trẻ 1 tuổi (Barhold, 2003).
- Khoảng 20% tinh hoàn ẩn không sờ thấy và 20-50% trong đó là do không có tinh hoàn (Baker, 2004).
- Khoảng 10% tinh hoàn ẩn 2 bên

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- a. *Triệu chứng cơ năng*

- Bệnh nhân thường đến khám vì tự phát hiện (trẻ lớn và người lớn) hoặc bố mẹ (trẻ nhỏ) không sờ thấy tinh hoàn nằm ở bìu, hoặc sờ thấy 1 khối nằm trên bụng.

b. Triệu chứng thực thể

- Khám tinh hoàn ẩn cần khám ở tư thế đứng và nằm ngửa. Bàn tay khám có thể sờ thấy tinh hoàn ẩn trong ống bẹn.

- Trong tinh hoàn ẩn thực sự, bìu bên có tinh hoàn ẩn thường không phát triển. Tinh hoàn lạc chỗ thường nằm ngoài ống bẹn và không thể bị đẩy xuống bìu.

c. Tiền sử

- Thường gặp ở những bệnh nhân sinh non.

2. Cận lâm sàng

a. Hình ảnh học

- Siêu âm là xét nghiệm đầu tay trong tinh hoàn ẩn. Ngoài ra có thể thực hiện chụp CT scan hoặc MRI trong những trường hợp khó.

- Việc chẩn đoán chính xác có tinh hoàn hay không là điều quan trọng giúp cho bệnh nhân tránh một cuộc mổ không cần thiết. Đặng Quang Tuấn (2010) ghi nhận chỉ có 59% trường hợp tinh hoàn ẩn không sờ thấy phát hiện được qua siêu âm, còn với CT scan là 50%.

b. Nội soi ổ bụng chẩn đoán

- Trong những trường hợp tinh hoàn ẩn không sờ thấy và các xét nghiệm hình ảnh học không ghi nhận vị trí tinh hoàn ẩn, nội soi ổ bụng là biện pháp rất có giá trị giúp xác định có tinh hoàn trong ổ bụng hay không, vị trí và các bất thường đi kèm để có kế hoạch điều trị.

- Nếu nội soi chỉ thấy mạch máu sinh dục bít thì khẳng định chẩn đoán không tinh hoàn. Nếu tìm thấy tinh hoàn, nội soi giúp điều trị hạ tinh hoàn xuống bìu hoặc cắt bỏ tinh hoàn (Schneck, 2007).

c. Các xét nghiệm khác

- Trong trường hợp nghi ngờ có bướu tinh hoàn trong tinh hoàn ẩn, cần làm thêm các marker ung thư: AFP, beta hCG, LDH máu.

- Nếu nghi ngờ bệnh nhân có bất thường về rối loạn biệt hoá giới tính, có thể làm thêm nhiễm sắc thể đồ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bước đầu

- Trẻ < 1 tuổi: theo dõi sự di chuyển tự nhiên của tinh hoàn xuống bìu.

- Trẻ > 1 tuổi và người lớn:

+ Nội tiết liệu pháp: Sử dụng hCG hoặc GnRH được ghi nhận làm tinh hoàn xuống bìu trong 15% trường hợp. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều biến chứng (ảnh hưởng sự sinh tinh trong tương lai...), thời gian điều trị kéo dài nên hiện ít được áp dụng.

+ Ngoại khoa: phẫu thuật gần như là biện pháp điều trị duy nhất đối với trẻ lớn và người lớn (Tekgul, 2018).

2. Chỉ định phẫu thuật:

- Tinh hoàn ẩn 1 bên ở người lớn: đa số có thể phẫu thuật hạ tinh hoàn xuống bìu. Theo Evans (2006), 3 lý do để phẫu thuật hạ tinh hoàn ẩn xuống bìu ở trẻ lớn và người lớn:

+ Tăng khả năng sinh sản.

+ Đặt tinh hoàn trong bìu sẽ giúp dễ phát hiện các bất thường, nhất là ung thư tinh hoàn.

+ Tâm lý và thẩm mỹ.

- Tinh hoàn ẩn 2 bên: phẫu thuật hạ tinh hoàn xuống bìu có thể thực hiện được nếu:

+ Nồng độ AFP, beta hCG, LDH máu trong giới hạn bình thường.

+ Tinh hoàn không teo quá nhỏ (<4cc), đại thể bình thường.

+ Nên sinh thiết tinh hoàn lúc mổ.

a. Tinh hoàn ẩn sờ thấy

- Phẫu thuật hạ tinh hoàn xuống bìu qua đường mổ bẹn:

+ Tinh hoàn được bóc tách cùng với cuống mạch và nhét vào túi tại cơ da bìu.

+ Cuống mạch máu tinh hoàn ngắn: có thể cắt mà không ảnh hưởng sự sống tinh hoàn (kỹ thuật Fowler-Stephens), luôn luôn hạ được tinh hoàn xuống bìu. Không

nên phẫu thuật 2 thì vì lần phẫu thuật sau mô xung quanh tinh hoàn sẽ rất dính, khó hạ tinh hoàn xuống bìu.

+ Có thể cố định tinh hoàn hoặc không.

b. Tinh hoàn ẩn không sờ thấy

- Nguyên tắc quan trọng là luôn luôn khám lại vùng bẹn sau khi gây mê bệnh nhân.

Nếu sờ được tinh hoàn sẽ mổ hở hạ tinh hoàn xuống bìu.

- Nếu không thấy tinh hoàn: nội soi ổ bụng vừa chẩn đoán và điều trị (Schneck, 2007).

+ Lỗ bẹn sâu đóng, mạch máu và ống dẫn tinh tận cùng trước lỗ bẹn sâu: không có tinh hoàn.

+ Lỗ bẹn sâu đóng, mạch máu và ống dẫn tinh hội tụ tại lỗ bẹn → cần chuyển mổ hở ngã bẹn thám sát.

+ Lỗ bẹn sâu mở, mạch máu và ống dẫn tinh đi vào lỗ bẹn: tinh hoàn nằm trong ống bẹn. Tiến hành phẫu tích kéo dài cuống mạch máu và ống dẫn tinh nội soi. Sau đó mổ hở ngã bẹn để hạ tinh hoàn xuống bìu.

*** Có tinh hoàn trong ổ bụng:**

- Có thể hạ tinh hoàn xuống bìu trong đa số trường hợp. Tiến hành cắt dây chằng bìu, phẫu tích bó mạch máu tinh hoàn khỏi phúc mạc thành sau tới hố thận nếu cần thiết, phẫu tích ống dẫn tinh và mạch máu ống dẫn tinh khỏi thành bụng, thực hiện kỹ thuật Fowler-Stephens (Lindgren, 1999) và kỹ thuật Prentiss nếu cần. Khâu đóng lại lỗ bẹn sâu sau khi hạ để tránh thoát vị bẹn hậu phẫu.

- Nếu tinh hoàn bên kia trong bìu, nên cân nhắc cắt bỏ tinh hoàn trong ổ bụng khi:

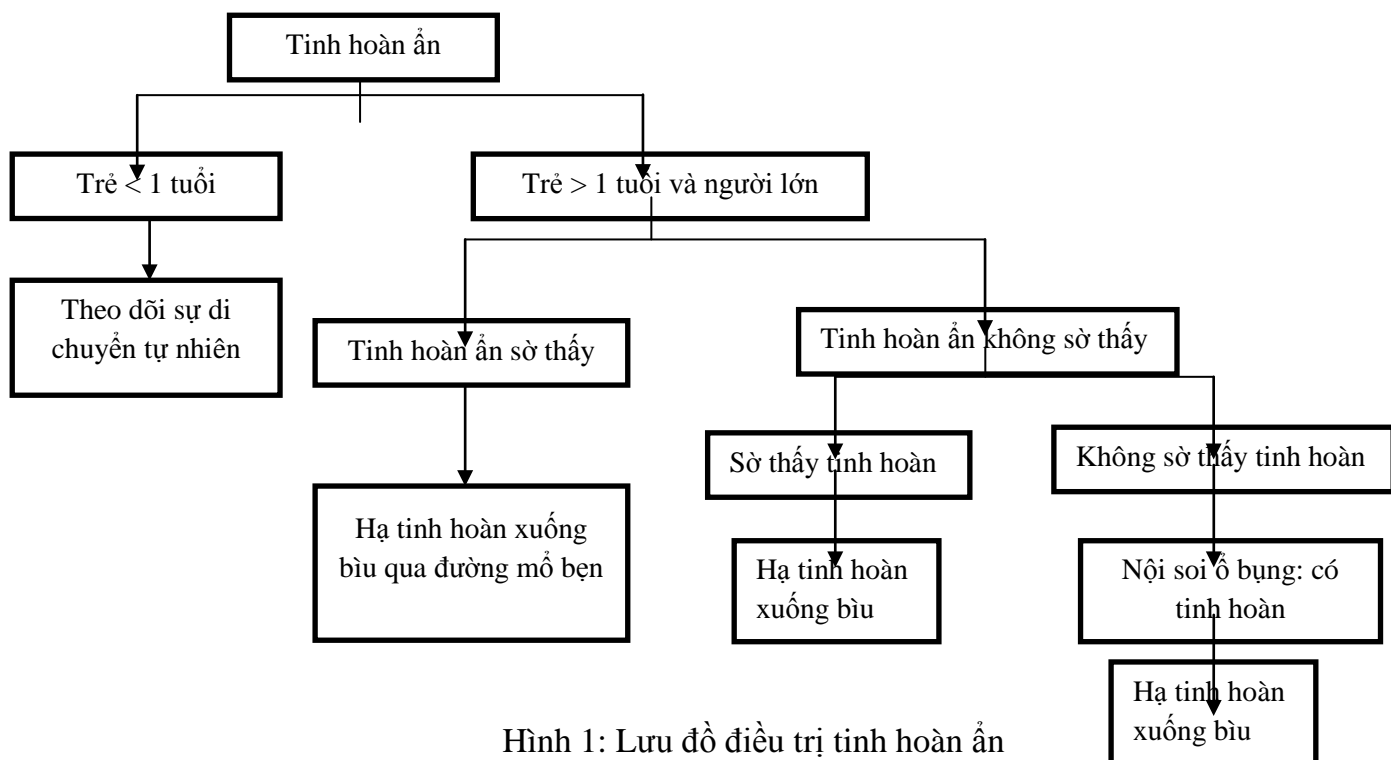
+ Tinh hoàn teo nhỏ (<4cc hoặc chiều dài <1,5cm).

+ Cuống mạch máu quá ngắn dù đã làm kỹ thuật Fowler-Stephens hoặc Prentiss.

+ Bệnh nhân có đủ 2 con.

+ Bệnh nhân > 10 tuổi và bệnh nhân, thân nhân muốn cắt bỏ tinh hoàn để phòng ngừa ung thư.

+ Bệnh nhân > 30 tuổi do không còn hi vọng tinh hoàn sinh tinh sau khi hạ xuống bìu



Hình 1: Lưu đồ điều trị tinh hoàn ẩn

3. Biến chứng

a. Ung thư tinh hoàn

- Tỷ lệ ung thư tinh hoàn ở người tinh hoàn ẩn gấp 10 lần người có tinh hoàn ở bìu (7,3% so với 0,75%), nhất là tinh hoàn trong ổ bụng. Tỷ lệ trong dân số khoảng 1 trên 2500 người.

- Hạ tinh hoàn xuống bìu không làm giảm nguy cơ ung thư nhưng tạo điều kiện thuận lợi để thăm khám tinh hoàn.

- Ở bệnh nhân bị ung thư tinh hoàn ẩn: khoảng 20% bị ung thư tinh hoàn vị trí bình thường.

b. Vô sinh

- Bệnh nhân tinh hoàn ẩn có tinh dịch đồ và khả năng sinh sản thấp hơn nhóm chứng (Kogan, 1987). 89% bệnh nhân tinh hoàn ẩn 2 bên bị vô tinh (Hadziselimovic, 2002).

- Bất thường ống dẫn tinh và mào tinh: chiếm 1/3 số bệnh nhân (Chan, 1999).

c. Biến chứng sau mổ:

- Mổ hở: tỷ lệ biến chứng rất thấp, chủ yếu: nhiễm trùng vết mổ, tụ máu vết mổ...

- Mổ nội soi: tỷ lệ biến chứng phụ thuộc rất nhiều vào tay nghề phẫu thuật viên. Các biến chứng có thể gặp: nhiễm trùng vết mổ, thủng bàng quang, thoát vị mạc nối qua lỗ trô ca ... (Baker, 2004).

Tài liệu tham khảo

1. Baker LA, Jodan GH. Laparoscopic Management of the Nonpalpable Testicle. In Glenn's Urologic Surgery, 6th ed. 2004. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Chan A, Chang B, Bauer SB. Pediatric Urology. In Manual of Urology, 1999.
3. Colpi GM, Mancini M, Piediferro G, Scropo FI. Disorders of Blood Flow: Arterial and Venous/sexual Dysfunction and Varicocele. In Andrology for the clinician, Springer, Berlin, 2006.
4. Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Thành Như. Nhân 22 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn ẩn không sờ thấy. Y học Việt Nam, số 2/2010, 135-138.
5. Evans C. Surgical Procedures in Andrology. In Andrology for the clinician, Springer, Berlin, 2006.
6. Hadziselimovic F. Cryptorchidism. An overview in 1987. Eur J Pediatr, 1987, 146 (suppl 2): S21-S24.
7. Lindgren BW, Franco I, et al. Laparoscopic Fowler-Stephens orchiopexy for the high abdominal testis. J Urol, 1999 Sep; 162(3pt2) 990-993.
8. Schneck FX, Bellinger MF. Abnormalities of the testes and scrotum and their surgical management. In Campbell-Wals Urology, 12th ed, 2016. Saunders Elsevier.
9. Tekgul S et al. Eau Guidelines on pediatric urology, 2018.

BẢNG QUANG TĂNG HOẠT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Theo Hiệp hội Tiêu Tiêu Kiểm soát Quốc tế (*International Continence Society – ICS*), chẩn đoán BQTH khi có các triệu chứng “*Tiểu gấp, thường đi kèm với tiểu nhiều lần và tiểu đêm, có hay không có tiểu gấp không kiểm soát mà không có bằng chứng về nhiễm trùng hay các bệnh căn khác*”.

2. Suất độ

– Ở châu Âu: báo cáo của Milsom (2001) ghi nhận suất độ BQTH ở châu Âu khoảng 16,6% dân số, tức khoảng 22 triệu người thời điểm đó.

– Ở Mỹ: Steward (2003) báo cáo nghiên cứu NOBLE cho thấy khoảng 16,5% dân số tương đương 33 triệu người Mỹ mắc chứng BQTH, lưu ý rằng tỉ lệ ở nữ là 16,9% trong khi tỉ lệ ở nam cũng không kém với 16,0%.

– Gần đây hơn, nghiên cứu EPIC (2006) thực hiện ở 1 nước Bắc Mỹ (Canada) và 4 nước Châu Âu (Đức, Ý, Thụy Điển, Anh) cho thấy tỷ lệ BQTH của người lớn trong cộng đồng là 11,8%, trong đó 10,8% ở nam và 12,8% ở nữ.

– Ở châu Á: Báo cáo của Moorthy, Lapitan, Queck & cs (2004) ghi nhận tỷ lệ mắc OAB dường như khá cao: 29,9%.

– Ở Việt Nam: Nghiên cứu mới đây báo cáo tháng 8/2014 ở hội nghị thường niên VUNA do Vũ Lê Chuyên & cs (sau khi khảo sát > 2000 người lớn ≥ 18 tuổi) ghi nhận tỉ lệ mắc BQTH là 12,2%, trong đó nam giới là 9,89% và nữ giới là 14,58%. Nữ có tỷ lệ cao hơn nam với $p = 0,001 < 0,05$, theo phép kiểm Chi square.

II. CHẨN ĐOÁN BẢNG QUANG TĂNG HOẠT

1. Lâm sàng:

Công tác chẩn đoán BQTH cần bám sát theo định nghĩa nêu trên, trong đó triệu chứng “tiểu gấp” là không thể thiếu. BQTH được chẩn đoán khi có triệu chứng tiểu gấp kèm theo ít nhất một trong các triệu chứng còn lại. Điều quan trọng cần lưu ý là phải loại trừ nhiễm khuẩn niệu, các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc các tác nhân

chuyển hóa kèm theo có thể gây nên các triệu chứng nêu trên. Các bước cơ bản đầu tiên để chẩn đoán BQTH như sau:

A. Hỏi bệnh.

+ *Hỏi các triệu chứng của BQTH:*

(a) *Tiểu gấp* là bệnh nhân có cảm giác bất chợt muốn đi tiểu, không được báo trước, khó mà cưỡng lại được và có nhu cầu cần phải đi tiểu ngay.

(b) *Tiểu nhiều lần*: bệnh nhân than phiền phải đi tiểu nhiều lần (trên 8 lần) trong ngày tính từ lúc thức dậy cho đến lúc đi ngủ.

(c) *Tiểu đêm*: bệnh nhân than phiền về việc phải thức dậy ban đêm từ một lần trở lên để đi tiểu mà sau đó khó ngủ trở lại gây khó chịu cho bệnh nhân.

(d) *Tiểu gấp không kiểm soát*: bệnh nhân than phiền tiểu không tự chủ theo sau cảm giác tiểu gấp.

+ *Trong trường hợp gặp khó khăn khi hỏi triệu chứng thì nên sử dụng Nhật ký đi tiểu (Voiding Diary, Bladder Diary, Frequency-Flow Chart). Đây là công cụ rất hữu ích để xác định mức độ các triệu chứng thường gặp trong BQTH. Nên ghi nhật ký đi tiểu từ 3 – 7 ngày.*

B. Khai thác tiền sử bệnh:

Cần tìm hiểu các bệnh phối hợp vì chúng có thể ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng của bàng quang gây nên các triệu chứng đường tiết niệu dưới tương tự như BQTH: (a) Hội chứng đường tiểu dưới (*Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS*), bao gồm những biểu hiện của tiểu khó; (b) Các bệnh nội khoa: đái tháo đường, suy tim ứ huyết, các bệnh thần kinh, chứng táo bón mạn tính...; (c) Các thuốc đang sử dụng: lợi tiểu, chống trầm cảm, hạ áp...; (d) Thói quen ăn uống: uống cà-phê nhiều, uống nước quá nhiều...; (e) Tiền sử sản khoa và phụ khoa, phẫu thuật vùng chậu trước đó và / hoặc xạ trị, phẫu thuật đặt mảnh ghép âm đạo

C. Khám bệnh:

– Cần khám xem có hay không tình trạng dấu hiệu cầu bàng quang không, tình trạng sa hoặc teo âm đạo (thăm khám âm đạo), phì đại tuyến tiền liệt (thăm khám

trực tràng), các dấu hiệu của bệnh lý thần kinh, hẹp da qui đầu hay hẹp miệng niệu đạo.

– Ở những bệnh nhân bị tiểu không kiểm soát (TKKS), cần phân biệt 3 loại chính: TKKS gấp, TKKS khi gắng sức và TKKS hỗn hợp. Việc phân biệt là thiết yếu, không những vì TKKS gấp là triệu chứng quan trọng trong chẩn đoán BQTH, mà còn ảnh hưởng đến thái độ xử trí (TKKS gắng sức được điều trị chủ yếu bằng ngoại khoa, trong khi TKKS gấp được điều trị chủ yếu bằng nội khoa).

2. Cận lâm sàng:

+ *Các xét nghiệm cơ bản ban đầu:*

a) Phân tích nước tiểu (bao gồm hồng cầu, bạch cầu, nitrit, glucose) để loại trừ tiểu máu hoặc nhiễm khuẩn niệu

b) Glucose và Creatinine máu để khảo sát đái tháo đường và chức năng thận – những yếu tố gây đa niệu và liên quan với những triệu chứng tương tự của BQTH

c) Siêu âm bụng khảo sát hình ảnh hệ niệu nhằm phát hiện bệnh lý hệ niệu có khả năng gây triệu chứng tương tự BQTH, và đo lượng tiểu tồn lưu nhằm đánh giá khả năng tổng xuất của bàng quang.

+ *Các xét nghiệm được xem xét làm thêm khác:*

a) Cây nước tiểu (trong trường hợp nghi ngờ mà chưa xác định có nhiễm khuẩn niệu).

b) Soi bàng quang (khi ồn tại các triệu chứng tiểu máu, đau hoặc nghi ngờ có ung thư bàng quang)

c) Khảo sát niệu động học (cho những trường hợp BQTH khó điều trị): vừa giúp đánh giá chức năng chứa đựng và chức năng tổng xuất của bàng quang, vừa để xác định xem có hay không tình trạng tăng hoạt cơ chóp (*Detrusor Overactivity*). Trong trường hợp có tăng hoạt cơ chóp, niệu động học cũng giúp đánh giá mức độ nặng của tình trạng này.

Đánh giá niệu động học nên được chỉ định khi điều trị bảo tồn và điều trị bằng thuốc thất bại, đang cân nhắc các biện pháp can thiệp xâm lấn hơn. Đối với các bệnh nhân này cần đánh giá lại bằng câu hỏi về triệu chứng một cách toàn diện,

thực hiện nhật ký đi tiểu, đo tốc độ dòng tiểu tối đa và đo lượng nước tiểu tồn lưu. Mục đích chính của các phép đo niệu động học là tái tạo các triệu chứng của bệnh nhân và xác định các yếu tố bổ sung có khả năng ảnh hưởng đến quyết định điều trị. Hai chẩn đoán niệu động học chính liên quan đến BQTH là tăng hoạt cơ Detrusor và tăng nhạy cảm ở giai đoạn chứa đựng. Chẩn đoán Tiểu không kiểm soát (urodynamic stress incontinence) và tắc nghẽn đường tiểu dưới (bladder outlet obstruction) bằng phép đo niệu động học là các yếu tố quan trọng bổ sung trong việc quyết định điều trị.

III. ĐIỀU TRỊ BẰNG QUANG TĂNG HOẠT

Sách hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị Bàng quang tăng hoạt của Hiệp hội Niệu khoa Hoa kỳ (AUA) năm 2012, cũng như nhiều tài liệu khác trong y văn đã thống nhất việc điều trị BQTH theo 3 bước: (1) Các biện pháp thay đổi hành vi; (2) Các biện pháp dùng thuốc; (3) Các biện pháp can thiệp khi kháng thuốc.

1. Thay đổi hành vi (*Behaviour Modification*)

Các liệu pháp hành vi được xem là bước điều trị trước tiên cho BQTH. Ngoài ra, liệu pháp hành vi có thể kết hợp với sử dụng thuốc kháng muscarinics. Các biện pháp thay đổi hành vi gồm có:

Hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp lành mạnh hóa thói quen bàng quang và điều chỉnh cách sống.

- *Giáo dục cho bệnh nhân* hiểu thế nào là bàng quang có chức năng bình thường và thế nào là bất thường.
- *Hướng dẫn bệnh nhân viết “nhật ký đi tiểu”*. Nhật ký đi tiểu là cơ sở dữ liệu để bác sĩ cũng như bệnh nhân nhận biết mức độ và dạng thức của OAB, hướng mục tiêu điều trị nhằm làm giảm triệu chứng, và về sau giúp theo dõi sự tiến bộ và hiệu quả điều trị.
- *Tập đi tiểu theo giờ*: Lập kế hoạch để bệnh nhân dần dần tập đi tiểu theo giờ, tập kìm nén cảm giác mắc tiểu nếu chưa đến thời gian quy định. Hướng dẫn bệnh nhân khoảng thời gian thích hợp giữa 2 lần đi tiểu là 3 – 4 giờ, và không nhất thiết cứ phải đi tiểu mỗi khi có cảm giác khác lạ trong bàng quang.

– *Điều chỉnh chế độ ăn uống*: Một số thức ăn và thức uống có tính lợi tiểu hoặc gây kích thích bàng quang. Các loại nên kiêng dùng là caffeine, bia rượu, thức uống có đường...

– *Điều chỉnh lượng nước uống* : Thường thì lượng nước uống cần thiết hàng ngày trung bình khoảng 1500 ml hay 30ml/kg thể trọng. Tuy nhiên cần điều chỉnh lượng nước uống vào của bệnh nhân theo điều kiện làm việc và sinh hoạt của họ. Bác sĩ cần biết lượng nước uống vào thường ngày của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân uống quá nhiều mức cần thiết thì khuyên họ giảm lượng nước uống vào. Nếu bệnh nhân bị tiểu đêm thì nên hạn chế uống nước sau 6 giờ tối, hoặc từ 3 – 4 tiếng trước khi ngủ.

2. Các kỹ thuật tập luyện:

– *Tập kìm nén và kiểm soát tiểu gấp*: Bệnh nhân bị tiểu gấp hay tiểu gấp không kiểm soát có khuynh hướng vội vã chạy vào nhà vệ sinh khi có cảm giác mắc tiểu. Điều này là không nên, vì chạy vội làm tăng áp lực trong bụng, dễ kích thích bàng quang co bóp nên càng làm trầm trọng thêm triệu chứng. Khuyên bệnh nhân khoan vội chạy đi tiểu mà ở lại vị trí, hít thở sâu và thư giãn. Hướng dẫn cho bệnh nhân tập kìm nén khi xuất hiện cảm giác mắc tiểu gấp.

– *Tập luyện bàng quang*: là áp dụng các biện pháp kìm nén đi tiểu nêu trên kết hợp với theo dõi trên nhật ký đi tiểu, để từ từ kéo dài khoảng thời gian giữa 2 lần đi tiểu.

– *Tập cơ thắt cơ sàn chậu*: Tập cơ sàn chậu là một trong những biện pháp chính điều trị TKKS gắng sức do suy yếu sàn chậu. Trong BQTH, tập cơ đáy chậu có ý nghĩa nhằm hỗ trợ việc kìm nén đi tiểu để điều trị tình trạng tiểu gấp hay tiểu gấp không kiểm soát.

3. Các biện pháp dùng thuốc:

A. Nhóm thuốc chủ yếu - kháng muscarinics:

Sử dụng thuốc kháng muscarinics là bước thứ hai trong điều trị BQTH nhưng được xem là bước thứ nhất của biện pháp dùng thuốc.

– *Các thuốc kháng muscarinics* có tác dụng làm giảm sự co bóp của cơ chóp bàng quang (Cơ detrusor co bóp khi acetylcholine gắn kết với muscarinic receptor. Các thuốc anticholinergics ngăn chặn sự kết hợp của acetylcholine với cảm thụ quan muscarinics vốn có nhiều ở detrusor, nên còn gọi là antimuscarinics). Các thuốc kháng muscarinics đã được thử nghiệm lâm sàng và chứng minh là có hiệu quả tốt trong điều trị BQTH gồm có darifenacin, fesoterodine, oxybutynin, solifenacin, tolterodine và trospium (xếp theo alphabet, không theo thứ tự hiệu quả).

– *Tác dụng ngoại ý của các thuốc kháng muscarinics*, do tính chất anticholinergics, bao gồm khô miệng, mờ mắt, nóng mặt, nhức đầu, tim đập nhanh, khó tiêu, táo bón ...

+ *Oxybutynin* dạng viên uống là thế hệ đầu tiên của các thuốc kháng muscarinics, có hiệu quả tốt trên BQTH nhưng tỉ lệ tác dụng ngoại ý khá cao, khiến cho khá nhiều bệnh nhân phải bỏ dở điều trị. Về sau, các hãng dược phẩm phải chế tạo oxybutynin dạng dán trên da để bệnh nhân giảm tác dụng ngoại ý, nhưng dạng bào chế này chưa có ở nước ta.

+ *Tolterodine, Trospium* là những thuốc kháng muscarinics thế hệ thứ hai, được thử nghiệm lâm sàng chứng minh là hiệu quả không kém oxybutynin nhưng ít tác dụng ngoại ý hơn.

+ *Solifenacin, Darifenacin, Fesoterodine* là những thuốc kháng muscarinics thế hệ thứ ba, cũng được thử nghiệm lâm sàng chứng minh là hiệu quả không kém thế hệ thứ nhất và thứ hai, nhưng ít tác dụng ngoại ý hơn nữa. Hiện chỉ có Solifenacin lưu hành ở thị trường trong nước.

– *Có 5 loại thụ thể muscarin từ M1 – M5*. Sở dĩ các thuốc kháng muscarinics thế hệ càng về sau càng ít bị tác dụng ngoại ý vì tác động chọn lọc nhiều hơn cho thụ thể muscarin M3 vốn chịu trách nhiệm chính cho sự co bóp bàng quang, trong khi các thuốc thế hệ đầu thì ít chọn lọc hơn nên sinh ra những tác động tại ý trên những cơ quan khác ngoài bàng quang.

– *Chống chỉ định*: Không sử dụng thuốc antimuscarinic để điều trị bàng quang tăng hoạt ở nam giới có thể tích nước tiểu tồn lưu (PVR) > 150 mL.

B. Các thuốc không chủ yếu:

Một số thuốc cũng được kê toa do ít nhiều có hiệu quả lên BQTH, tuy nhiên tác dụng yếu và cơ chế không rõ ràng. Có thể kể: (a) Flavoxate; (b) Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng (*Tricyclic antidepressants*): imipramine, amitriptyline, duloxetine; (c) Thuốc chẹn Alpha-adrenergic antagonist: tamsulosin, alfuzosin, doxazosin...

Đối với nam giới, thuốc chẹn $\alpha 1$ - adrenergic được sử dụng rộng rãi, chúng được xem là thuốc điều trị đầu tay nếu bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tổng xuất đi kèm theo. (Oelke et al, 2013).

Tỷ lệ mắc bệnh của chứng bí tiểu cấp tính ở những bệnh nhân nam dùng thuốc antimuscarinic và không dùng thuốc chẹn $\alpha 1$ -adrenergic khoảng 3% (Kaplan et al, 2011).

C. Thuốc mới Mirabegron:

Cơ chế tác động lên $\beta 3$ adrenergic receptor trong cơ chóp bàng quang, có tác dụng dẫn cơ và gia tăng dung tích bàng quang. Thuốc đã được FDA Hoa Kỳ chấp thuận năm 2012 và NICE của Anh quốc chấp thuận năm 2013. Các tài liệu mới xếp Mirabegron là bước thứ 2 trong dung thuốc điều trị BQTH. Ở Việt Nam hiện chưa có thuốc mới này.

4. Bước điều trị thứ ba: khi kháng thuốc hoặc không dung nạp thuốc

Các biện pháp sau đây được xem xét áp dụng để điều trị BQTH khi sử dụng thuốc kháng muscarinics không có hiệu quả hoặc bệnh nhân không tiếp tục dung thuốc do không chịu nổi tác dụng ngoại ý.

a. Tiêm OnabotulinumtoxinA vào bàng quang

– OnabotulinumtoxinA (BTx) là độc chất được tiết ra từ vi khuẩn yếm khí *Clostridium botulinum*, có độc tính ức chế thần kinh cực mạnh. Trích ly một lượng nhỏ của chất này có thể đem lại những lợi ích trong y học. Dùng BTx tiêm vào bàng quang ngăn chặn sự tiết ra acetylcholine tại vị trí tiền synapse của khớp nối thần kinh-cơ thuộc hệ thần kinh đối giao cảm, gây ra liệt chọn lọc sự co bóp mức độ thấp của cơ chóp trong khi vẫn duy trì sự co bóp mức độ cao nhằm khởi phát sự đi tiểu. Sự dẫn cơ và làm giảm triệu chứng tiểu gấp, tiểu nhiều lần của OAB.

– Theo dõi y văn cho thấy tỉ lệ thành công từ 60 – 96%, thời gian tác dụng kéo dài 6 – 9 tháng. Có thể tiêm lặp lại nếu tái phát triệu chứng. Ở Việt Nam, BV Bình Dân đã áp dụng tiêm BTx -A từ năm 2005 để điều trị BQTH và đã có một số báo cáo với hiệu quả tương tự y văn nước ngoài.

– Mặc dù đã được áp dụng từ lâu trên nhiều quốc gia, nhưng đến gần đây (2012), FDA Hoa Kỳ mới chấp thuận sử dụng BTx để điều trị Tăng hoạt cơ chóp bàng quang.

b. Kích thích thần kinh cùng

– Đây là phương pháp cấy các dây điện cực vào rễ thần kinh cùng S₃, nối với một máy tạo nhịp đặt dưới da vùng hông, qua đó kích thích thần kinh cùng để điều hòa các phản xạ thần kinh chi phối cơ chóp bàng quang và cơ đáy chậu. Phương pháp này được chỉ định để điều trị tình trạng ứ đọng nước tiểu trong bàng quang hay các triệu chứng của BQ TH như tiểu gấp không kiểm soát hay tiểu gấp-tiểu nhiều lần mà đã kháng trị với dùng thuốc. Phương pháp này chủ yếu sử dụng dụng cụ Interstim® của hãng Medtronic

– Nhìn chung, dụng cụ Interstim rất đắt tiền nhưng tỉ lệ thành công không cao lắm, cho nên chưa được phổ biến rộng rãi trên thế giới để điều trị BQTH. Ở Việt Nam chưa có báo cáo nào về áp dụng phương pháp này.

c. Kích thích thần kinh chày

– TK chày là dây TK hỗn hợp cảm giác và vận động từ rễ L₄ thông qua S₃, chi phối các dây thần kinh bản thể và tự động của các cơ đáy chậu, cơ bàng quang và cơ thắt niệu đạo. Y học cổ truyền Trung Hoa đã phát hiện ra việc châm cứu ở vị trí TK chày làm ức chế tình trạng quá hoạt của bàng quang. Các tác giả phương Tây tiên phong trong việc áp dụng nguyên lý kích thích TK chày để điều trị OAB là McGuire (1983), Stoller (1999).

– Hiệu quả điều trị thành công ghi nhận trong y văn là 54,9 – 79,5%. Nhìn chung đây là phương pháp điều trị ít xâm hại, ít tác dụng phụ và dễ được chấp nhận. FDA (Mỹ) đã chấp thuận đây là một phương pháp điều trị BQTH.

d. Mở rộng bàng quang bằng ruột

– Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột được chỉ định trong những trường hợp bàng quang có dung tích co nhỏ, rối loạn chức năng bàng quang với độ dẫn nơ kém. Trong BQTH, những trường hợp kháng trị với các bước điều trị 1 và 2, không áp dụng được hoặc áp dụng không thành công với các kỹ thuật nêu trên của bước điều trị thứ 3 mà bệnh nhân quá khổ sở vì các triệu chứng ảnh hưởng nặng nề lên sinh hoạt thì nên xem xét tới việc mở rộng bàng quang bằng ruột. Lưu ý nên khảo sát niệu động học trước khi thực hiện phẫu thuật phức tạp này, thường thì sẽ ghi nhận tình trạng tăng co bóp cơ chóp làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng chứa đựng của bàng quang.

– Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân về việc khắc phục các triệu chứng của BQTH ghi nhận trong y văn từ 80 – 88%. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật nặng nề và tỷ lệ bệnh nhân phải chịu thông tiểu sạch cách quãng khá cao (10 – 75%, trong đó những bệnh nhân có bệnh lý do nguyên nhân thần kinh thường có tỷ lệ cao hơn), nên mở rộng bàng quang bằng ruột chỉ áp dụng trong những trường hợp không thành công khi đã áp dụng những biện pháp ít xâm hại hơn.

– Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột đã được áp dụng và báo cáo ở Việt Nam từ năm 1995, chủ yếu trên bàng quang thần kinh – là dạng nặng của BQTH, còn gọi là Tăng hoạt cơ chóp tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh (*Neurogenic Detrusor Overactivity – NDO*)

5. Các biện pháp điều trị sau cùng

– Nhiều tác giả xem việc chuyển lưu nước tiểu (như mở bàng quang ra da) là biện pháp sau cùng nên được cân nhắc khi điều trị bảo tồn thất bại, còn các biện pháp kích thích thần kinh cùng và mở rộng bàng quang là không thích hợp hay không được bệnh nhân chấp nhận.

– Ngược lại, Hiệp hội Niệu khoa Hoa kỳ khuyên không nên sử dụng ống thông đặt lâu dài (như thông niệu đạo, thông mở bàng quang trên xương mu), trong khi phẫu thuật mở rộng bàng quang được xem là chọn lựa sau cùng cho một số ít trường hợp OAB nặng, kháng trị và có biến chứng.

IV. KẾT LUẬN

Quan điểm về bàng quang tăng hoạt có những thay đổi lớn từ khoảng hơn 10 năm nay, kể từ khi xuất hiện định nghĩa BQTH của ICS. Các phương pháp chẩn đoán đã và đang được chuẩn hóa. Điều trị dứt điểm BQTH hiện nay còn khó khăn, những nhiều nghiên cứu đã góp phần tích cực vào việc gia tăng hiệu quả điều trị. Sự xuất hiện của thuốc mới Mirabegron, việc FDA gần đây chấp thuận Botulinum toxin trong điều trị BQTH là những tín hiệu mới đáng mừng cho cả thầy thuốc lẫn bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Abrams P., Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmsten, U, et.al (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*. 2002; 21:167-178.
2. Anger JT, Weinberg A, Suttorp MJ, Litwin MS, Shekelle PG (2010). Outcomes of Intravesical Botulinum Toxin for Idiopathic Overactive Bladder Symptoms: A Systematic Review of the Literature. *J Urol* 183 (6): 2258–2264.
3. Nguyễn Văn Ân (2011). Điều trị bàng quang tăng hoạt vô căn bằng Botulinum toxin – Kinh nghiệm của BV Bình Dân TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thực hành*, 718 +719: 391-397.
4. Nguyễn Văn Ân , Đào Quang Oánh , Trần Văn Sáng (1997). Áp dụng phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột non trong điều trị bệnh lý bàng quang thần kinh. *Tạp chí Y học TP HCM* 1 (4): 18-23.
5. Arnold J, McLeod N, Thani-Gasalam R, Rashid P (2012). Overactive Bladder- Management and treatment. *Australian Family Physician* 41 (11): 878-883.

BẢNG QUANG THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa và nguyên nhân

a. Định nghĩa:

Bảng quang thần kinh (BQTK) (*neurogenic bladder*) là tình trạng rối loạn chức năng của đường tiểu dưới (ĐTD) do tổn thương hay do bệnh lý của các hệ thần kinh (TK) chi phối.

b. Nguyên nhân:

Các tổn thương TK ở não bộ có thể gây ra BQTK gồm có: bứu não, sa sút trí tuệ (*dementia*), liệt não (*cerebral palsy*), bệnh Parkinson, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não ...

Các tổn thương TK ở tủy sống có thể gây ra BQTK gồm có: xơ hóa rải rác (*multiple sclerosis*), các thương tổn tủy sống (từ 4 nhóm nguyên nhân: *chấn thương* - ví dụ chấn thương cột sống, *mạch máu* – ví dụ nhồi máu tủy, *nội khoa* – ví dụ viêm tủy cắt ngang, *bẩm sinh* – ví dụ thoát vị màng tủy do gai sống chẻ đôi), xếp đốt sống, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, phẫu thuật cột sống ...

Các tổn thương TK ngoại vi có thể gây ra BQTK bao gồm: Một số **bệnh lý nội khoa** có đặc điểm làm **tổn thương hệ TK ngoại vi** có thể gây rối loạn chức năng ĐTD như: đái tháo đường, nghiện rượu, hội chứng Guillain-Barré...; Ngoài ra, một số **phẫu thuật lớn vùng chậu** như cắt bỏ trực tràng, cắt bỏ tử cung, cắt bỏ tiền liệt tuyến ... cũng có thể làm tổn thương các dây thần kinh chi phối hoạt động của ĐTD.

2. Diễn tiến & sinh lý bệnh của BQTK:

a. Giai đoạn sốc tủy:

- Khi tổn thương TK liên quan đến các vùng chi phối hoạt động của ĐTD xảy ra đột ngột (chẳng hạn do chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, chấn thương cột sống, nhồi máu tủy, viêm tủy cắt ngang ...)

- Mất các phản xạ chức năng của ĐTD: cơ bàng quang không co bóp, cơ thắt niệu đạo không hoạt động
- Bí tiểu (bên cạnh các biểu hiện khác như liệt hạ chi, liệt tứ chi, liệt nửa người ...)

→ Gọi là giai đoạn sốc tủy, vì giai đoạn này thường kéo dài vài ngày hay vài tuần, thậm chí vài tháng. Sau đó thì phục hồi một phần hay hoàn toàn các phản xạ và các hoạt động chức năng của ĐTD

- Lưu ý rằng những trường hợp tổn thương TK diễn ra từ từ thì không thấy giai đoạn sốc tủy này.

b. Giai đoạn tiến triển:

- Ảnh hưởng lên đường tiểu dưới:

→ *Rối loạn chức năng chứa đựng*: dung tích bàng quang quá nhỏ hoặc quá lớn, có thể co bóp bất thường của cơ chóp bàng quang trong giai đoạn chứa đựng, có thể bị giảm khả năng giãn nở của bàng quang ...

→ *Rối loạn chức năng tổng xuất*: có thể gặp các triệu chứng tiểu khó, tiểu gập, tiểu nhiều lần, tiểu không kiểm soát ..., có thể ứ đọng nhiều nước tiểu trong bàng quang.

→ Nhiễm trùng ĐTD, biến thể bàng quang, sỏi bàng quang ... là những biến chứng rất thường gặp của BQTK, do hậu quả của tồn lưu nước tiểu kéo dài và của những lần thông tiểu để thoát lưu nước tiểu

- Ảnh hưởng lên đường tiểu trên:

→ Chướng nước đường tiểu trên: do hậu quả của ứ đọng nước tiểu lâu dài ở bàng quang, do chít hẹp khúc nối niệu quản-bàng quang, do biến thể thành bàng quang, hoặc do trào ngược bàng quang-niệu quản.

→ Là biến chứng đáng báo động của BQTK, bởi vì ảnh hưởng lên đường tiểu trên sẽ dẫn đến tổn hại chức năng thận và ảnh hưởng đến sinh mạng bệnh nhân

→ Áp lực cao trong BQ, bất đồng vận BQ-cơ thắt là những yếu tố làm tăng nguy cơ bị biến chứng đường tiểu trên

→Diễn tiến chướng nước thận với các mức độ từ nhẹ đến nặng, sỏi thận, thận ứ nước nhiễm trùng ... sẽ dần dần làm hủy hoại cấu trúc của thận và sau cùng dẫn đến suy thận ...

II. CHẨN ĐOÁN

Một bệnh nhân được chẩn đoán là BQTK, theo định nghĩa, là có tình trạng rối loạn chức năng ĐTD do nguyên nhân thần kinh.

Lưu ý rằng trong y văn từ hơn 10 năm qua xuất hiện khái niệm **BQTK không do TK** (*Non-neurogenic Neurogenic Bladder*). Đây là những trường hợp có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng giống hệt như BQTK, kể cả rối loạn chức năng ĐTD, lẫn diễn tiến sinh lý bệnh, tuy nhiên lại không xác định được nguồn gốc tổn thương TK gây ra tình trạng này.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

– Bệnh sử tự nhiên: sự khởi đầu của triệu chứng, sự thay đổi gần đây của triệu chứng, những triệu chứng của thoát vị đĩa đệm, tiểu đường, dùng rượu nhiều, herpes hậu môn sinh dục.

– Triệu chứng đường tiểu dưới: thời gian của các triệu chứng.

– Triệu chứng của đường tiêu hóa: không kiểm soát phân, mót rặn, táo bón mạn.

– Rối loạn chức năng tình dục: giảm ham muốn hoặc không thể giao hợp thứ phát do đau âm đạo hoặc khô âm đạo, rối loạn cương, rối loạn kích thích và cực khoái.

b. Triệu chứng thực thể

– Đánh giá thần kinh: Trạng thái tâm thần, năng lực trí tuệ quá khứ và hiện tại, phản xạ hành hang.

– Những vấn đề chung: khả năng đi lại và tiến triển gần đây, khả năng tự đặt thông niệu đạo hay cần người nhà giúp, chức năng tay, đánh giá da vùng mông và hạ vị.

– Khám vùng chậu: khám phụ khoa, khám niệu đạo.

c. Tiền sử

- Những bệnh lý nguyên nhân của bàng quang hỗn loạn thần kinh
- Những phẫu thuật lớn vùng chậu (cắt tử cung tận gốc, cắt tuyến tiền liệt tận gốc, phẫu thuật Miles...). Tiền sử xạ trị vùng chậu. Tiền sử bệnh niệu trước đây: nhiễm trùng tiểu, sử dụng thông tiểu sạch cách quãng.
 - Thuốc đang dùng ảnh hưởng đến dòng ra (đồng vận và đối vận thụ thể α), thuốc ảnh hưởng co bóp cơ chóp bàng quang (thuốc kháng cholinergic), thuốc giãn cơ, thuốc phiện.

2. Cận lâm sàng

a. Chẩn đoán hình ảnh:

- Chẩn đoán hình ảnh đánh giá nguyên nhân bàng quang hỗn loạn thần kinh.
- Chẩn đoán hình ảnh đánh giá đường tiểu trên và dưới:
 - + Bàng quang niệu đạo có cản quang: hình ảnh cây Noel (Christmas tree), ngược dòng bàng quang niệu quản, túi thừa bàng quang.
 - + Hệ niệu cản quang: đánh giá tắc nghẽn, bất thường đường tiểu trên, dò.
 - + Cắt lớp điện toán: cung cấp nhiều thông tin chính xác hơn, là lựa chọn thay thế cho siêu âm và chụp hệ niệu cản quang.

b. Niệu động học

Niệu dòng đồ (uroflowmetry) và nước tiểu tồn lưu: là những phép đo ít xâm lấn, dùng như những đánh giá ban đầu khả năng làm trống bàng quang, giúp lựa chọn bệnh nhân cho những phép đo khác và để theo dõi điều trị.

Áp lực đồ bàng quang (cystometrogram).

Điện cơ (electromyography).

Áp lực niệu dòng (pressure flow study).

3. Phân loại

Bảng 1. Phân loại rối loạn đường tiểu dưới theo chức năng

Giảm khả năng chứa đựng	Giảm khả năng tổng xuất
Do bàng quang	Do bàng quang

Giảm khả năng chứa đựng	Giảm khả năng tổng xuất
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tăng hoạt động (overactivity) <ul style="list-style-type: none"> - Co bóp tự ý - Giảm đàn hồi - Kết hợp 2. Tăng nhạy cảm (hypersensitivity) <ul style="list-style-type: none"> - Viêm/nhiễm trùng - Do thần kinh - Giảm phóng thích chất dẫn truyền thần kinh - Tâm lý - Vô căn (idiopathic) 3. Giảm hoạt động sàn chậu (decreased pelvic floor activity) 4. Kết hợp 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do thần kinh 2. Do cơ 3. Do tâm lý 4. Vô căn
<p>Do dòng ra</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kết hợp (GSI và ISD) 2. Tiểu không kiểm soát do gắng sức (genuine stress urinary incontinence (GSI)) <ul style="list-style-type: none"> - Thiếu sự nâng đỡ dưới niệu đạo - Sàn chậu lỏng lẻo, tăng động 3. Thiếu cơ vòng (intrinsic sphincter deficiency (ISD)) <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh thần kinh hoặc chấn thương - Xơ hóa (fibrosis) 	<p>Do dòng ra</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Giải phẫu <ul style="list-style-type: none"> - Tắc do tuyến tiền liệt - Co thắt cổ bàng quang - Hẹp niệu đạo - Co thắt niệu đạo, xơ hóa (urethral compression, fibrosis) 2. Chức năng <ul style="list-style-type: none"> - Bất đồng vận cơ thắt vân - Bất đồng vận cơ thắt trơn và rối loạn - Rối loạn tiểu tiện
Kết hợp	Kết hợp

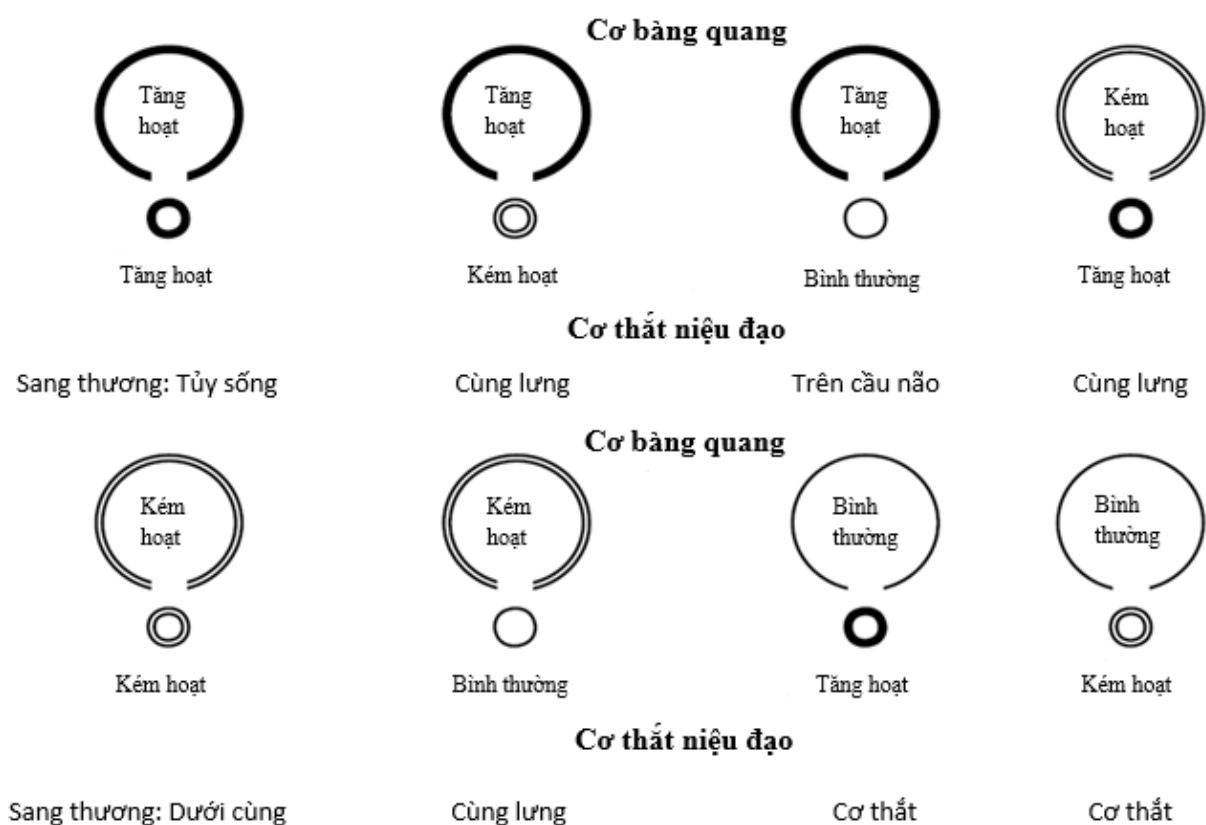
Bảng 2. Phân loại theo hội kiểm soát tiêu quốc tế (International Continence Society)

Giai đoạn chứa đựng	Giai đoạn tổng xuất
<p>Chức năng bàng quang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoạt động cơ bàng quang <ul style="list-style-type: none"> - Bình thường hoặc ổn định - Tăng hoạt - Do thần kinh - Vô căn 2. Cảm giác của bàng quang <ul style="list-style-type: none"> - Bình thường - Tăng nhạy cảm - Giảm nhạy cảm - Không cảm giác 3. Dung tích bàng quang <ul style="list-style-type: none"> - Bình thường - Cao - Thấp 	<p>Chức năng bàng quang</p> <p>Hoạt động cơ bàng quang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bình thường - Kém - Không co (acontractile) - Không phản xạ (areflexic)
<p>Chức năng niệu đạo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cơ chế đóng niệu đạo bình thường 2. Cơ chế đóng niệu đạo không hoàn toàn 	<p>Chức năng niệu đạo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bình thường 2. Bất thường <ul style="list-style-type: none"> - Tắc cơ học - Tăng hoạt động - Rối loạn tiêu - Bất đồng vận cơ bàng quang cơ thắt - Rối loạn cơ thắt niệu đạo không thư giãn (non-relaxing urethral sphincter dysfunction)

- **Phân loại Madersbacher:**Được trình bày từ năm 1990, sau đó được nhiều tác giả ủng hộ do hệ thống phân loại khá đơn giản nhưng dễ hiểu và đầy đủ, vừa thể hiện vị trí tổn thương thần kinh, vừa thể hiện hậu quả rối loạn chức năng của ĐTD. Phân loại này hiện nay được phổ biến rộng rãi, do được Hội Tiểu Không Kiểm Soát Quốc Tế (*ICS*) chấp thuận từ năm 2005 và Sách Hướng dẫn của Hội Nội Khoa Châu Âu (*EAU guideline*) áp dụng từ năm 2008.

Bảng 3. Một số hệ thống phân loại mô tả rối loạn chức năng đi tiểu

Krune – Siroky	Wein	International Continenence Society
Tăng phản xạ detrusor Các cơ thắt phối hợp tốt Bất đồng vận cơ thắt vân Bất đồng vận cơ thắt tron	Suy giảm chứa đựng Do bàng quang Do dưới bàng quang (outlet)	Detrusor Bình thường Tăng hoạt Giảm hoạt
Mất phản xạ detrusor Các cơ thắt phối hợp tốt Cơ thắt vân không dẫn Cơ thắt tron không dẫn Cơ thắt vân bị gián đoạn	Suy giảm tổng thoát Do bàng quang Do dưới bàng quang	Niệu đạo Bình thường Tăng hoạt Giảm hoạt
Phân bố thần kinh		Cảm giác Bình thường Tăng cảm Giảm cảm



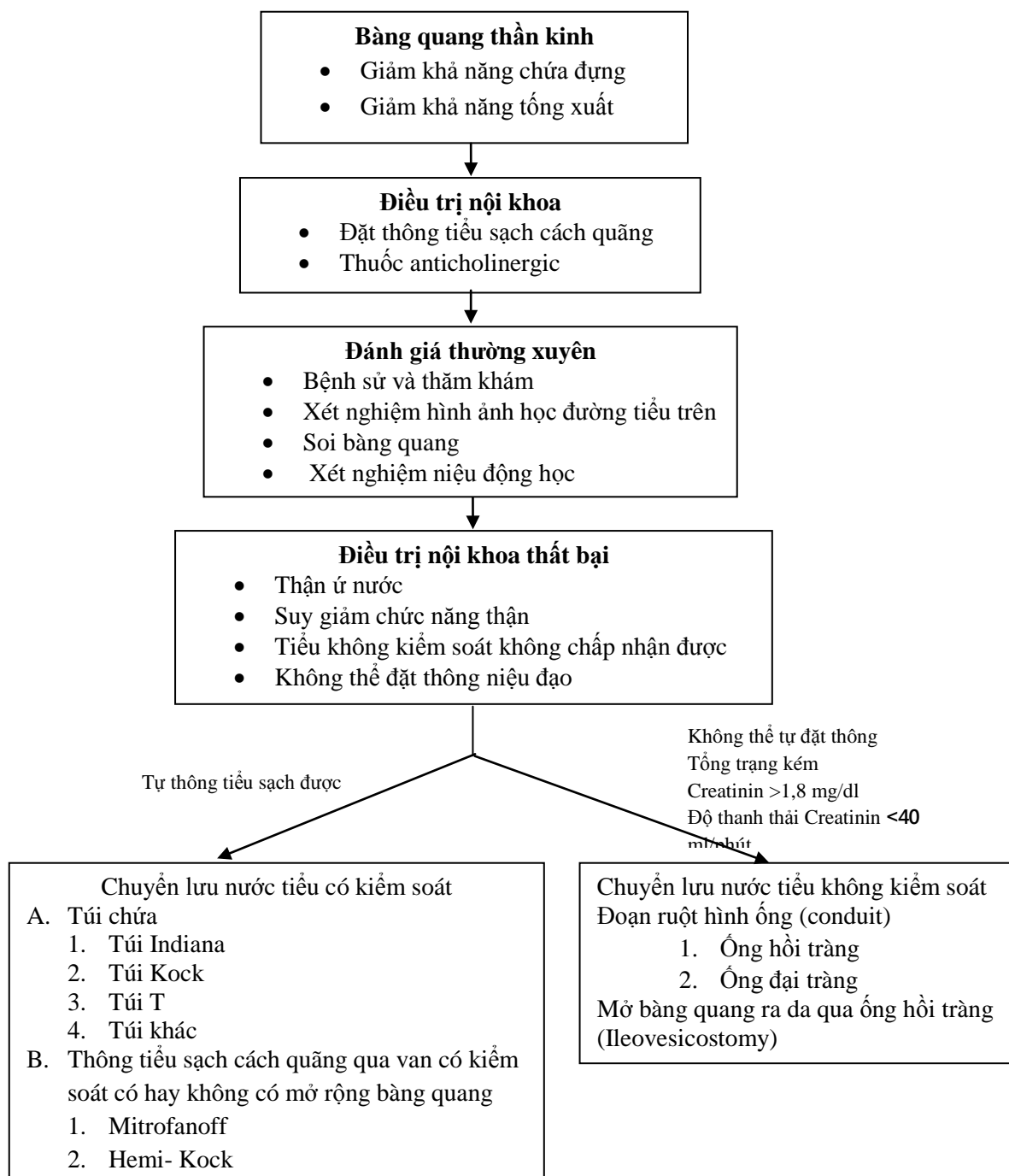
Hình. Phân loại Madersbacher (1990)

Phân loại của Madersbacher chia ra BQTK làm 8 loại, tùy theo sự kết hợp của chức năng cơ chóp bàng quang và cơ thắt vân niệu đạo. Mỗi loại thường tương ứng với vị trí tổn thương TK điều hòa hoạt động chức năng của ĐTD.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị:

- Bảo tồn chức năng thận.
- Kiểm soát nước tiểu
- Chất lượng cuộc sống
- Đảo ngược tiến trình bệnh lý bất cứ khi nào có thể.



Sơ đồ 1. Hướng dẫn điều trị chuyển lưu nước tiểu trên bệnh nhân BQTK

2. Đối với các trường hợp tăng hoạt cơ chóp:

Dạng BQTK này dễ làm suy nhược bệnh nhân, đặc biệt nếu có tiểu không kiểm soát. Hiện nay có nhiều lựa chọn trong điều trị tăng hoạt cơ chóp, nhưng không có biện pháp nào thực sự hiệu quả.

- **Dùng thuốc:**

→ *Anticholinergics* vẫn là nhóm thuốc chủ yếu. Các thuốc thông dụng gồm có: *Oxybutynin* (viên 5mg, 3 viên mỗi ngày), *Tolterodine* (viên 2mg, 1 tới 2 viên mỗi ngày), *Solifenacin* (viên 5mg, 1 tới 2 viên mỗi ngày). Tác dụng phụ của nhóm này gồm khô miệng, chóng mặt, táo bón, uể oải ... Thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân bị glôcôm góc đóng vì có thể làm tăng nhãn áp.

→ *Thuốc chống trầm cảm 3 vòng* có thể phối hợp với *anticholinergics*. Thuốc thông dụng là *Imipramine* (viên 25mg, 1 tới 4 viên mỗi ngày).

- **Phương pháp ức chế ngược sinh học (biofeedback):** có thể áp dụng tốt trên những bệnh nhân có thể di chuyển được và có thể phối hợp với dùng thuốc.

→ *Tập luyện bàng quang theo Frewen* là phương pháp đơn giản nhất: Với bảng nhật ký đi tiểu, bệnh nhân ghi chú thời gian đi tiểu và lượng tiểu. Sau đó bệnh nhân được khuyến khích tăng khoảng thời gian giữa các lần đi tiểu, kết hợp với sử dụng *anticholinergics*.

→ Những phương pháp khác phức tạp hơn, khi bệnh nhân tập kèm hãm sự co bóp bàng quang thông qua cơ chế *biofeedback* bởi thị giác hay thính giác.

- **Kích thích điện** lên niêm mạc âm đạo hay trực tràng làm co thắt cơ đáy chậu và ức chế hoạt động của cơ chóp bàng quang, dẫn đến gia tăng khả năng chứa đựng nước tiểu.

- **Tạo hình mở rộng bàng quang bằng ruột** với kỹ thuật xẻ ống ruột, vừa làm tăng dung tích bàng quang, vừa làm giảm áp lực bàng quang, là biện pháp hữu hiệu để điều trị BQTK tăng co bóp kháng trị với các biện pháp nội khoa bảo tồn.

3. Đối với các trường hợp giảm hoạt cơ chóp bàng quang:

- **Dùng thuốc:** *Sympathomimetic choline* là thuốc chủ yếu. *Betanechol chloride* đã được sử dụng từ lâu, nhưng ít hiệu quả hơn so với *anticholinergics* dùng do bàng quang tăng co bóp. Liều thường dùng 50 – 100mg, 4 lần mỗi ngày. Tác dụng phụ có thể gặp: đỏ bừng mặt, đỏ mồ hôi, nhức đầu, tiêu chảy, đau quặn dạ dày-ruột, co thắt phế quản ...

- **Thông tiểu sạch cách quăng:** Được áp dụng khá thành công đối với các bệnh nhân giảm co bóp bàng quang. Đây là phương pháp đơn giản, rẻ tiền, hiệu quả để làm trống bàng quang bị ứ đọng nước tiểu do suy cơ chóp bàng quang. Có thể kết hợp với thuốc anticholinergics để giảm mức độ tiểu không kiểm soát. Một yếu tố quan trọng là bác sĩ hoặc điều dưỡng phải hướng dẫn kỹ cách đặt, giải thích lợi ích và động viên bệnh nhân chấp nhận phương pháp tự thông tiểu sạch cách quăng.

→ **Kỹ thuật sạch:** hầu hết bệnh nhân đều có thể được huấn luyện để thực hiện phương pháp này. Qui đầu ở nam giới hoặc miệng niệu đạo ở nữ giới được làm sạch bằng povidone-iodine, hexachlorophene hay xà phòng trung tính. Bệnh nhân rửa tay sạch bằng xà phòng trước khi cầm ống thông sạch. Thông sạch loại 12 – 14F, bôi trơn bằng bất cứ loại dầu bôi trơn nào tan trong nước. Sau khi tự đặt thông lấy nước tiểu làm trống bàng quang, ống thông có thể rửa sạch và tái sử dụng nhiều lần. Thỉnh thoảng bị nhiễm trùng niệu cần dùng kháng sinh, nhưng tỉ lệ ít hơn nhiều so với lưu thông trong bàng quang thường trực. Có thể thực hiện thông tiểu sạch cách quăng qua niệu đạo hoặc qua van tân tạo.

→ **Kỹ thuật vô trùng:** chỉ cần thiết cho những bệnh nhân bị tổn thương hệ miễn dịch và những bệnh nhân có khuynh hướng nhiễm trùng niệu tái phát nhiều lần. Khác biệt duy nhất so với kỹ thuật sạch là sát trùng da, đeo găng tay vô trùng và dùng thông mới.

- **Thủ thuật Valsava và Crede:** có thể áp dụng cho hầu hết các bệnh nhân bị liệt hạ chi chùng nào mà không có bế tắc dòng tiểu rõ rệt,

4. Đối với bất đồng vận cơ chóp – cơ thắt:

Để gây trào ngược bàng quang – niệu quản nên nhìn chung cần điều trị để tránh gây tổn hại lên đường tiểu trên, nhất là ở bệnh nhân nam. Có thể áp dụng thông tiểu sạch cách quăng kết hợp dùng thuốc anticholinergics. Bệnh nhân liệt hạ chi có thể tự làm, Bệnh nhân liệt hạ chi có thể cũng được áp dụng nếu có người chăm sóc thực hiện giúp.

- **Dùng thuốc:** Một số thuốc đã được áp dụng như baclofen, dantrolene, diazepam, nhưng nhìn chung hiệu quả không cao.
- **Đặt thông niệu đạo lưu:** để giải quyết bất đồng vận cơ thắt ngoài, nhưng về lâu dài sinh ra nhiều biến chứng như nhiễm trùng niệu, viêm loét hay hẹp niệu đạo ...
- **Xẻ cơ thắt ngoài:** có thể đem lại hiệu quả giảm sự co thắt cơ thắt vận niệu đạo, nhưng có những biến chứng tiểu không kiểm soát, chảy máu, bất lực ..., và 1/3 số trường hợp tái phát sau một thời gian cần xẻ lại.

5. Niệu đạo bất toàn

Bệnh nhân BQTK thường được điều trị tương tự niệu đạo bất toàn do những nguyên nhân khác.

- **Dùng thuốc** làm tăng trương lực niệu đạo: *Pseudoephedrine hydrochloride*, 30 – 60mg, 4 lần mỗi ngày; *Phenilpropanolamine hydrochloride*, 50mg, 3 lần mỗi ngày. Nên cẩn thận khi dùng thuốc kích thích giao cảm trên những bệnh nhân lớn tuổi, cao huyết áp, tiểu đường, bệnh tim thiếu máu, tăng nhãn áp, hoặc bé tắc ĐTD do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- **Các phẫu thuật dây treo (Sling procedures):** có thể áp dụng chọn lọc cho các trường hợp són tiểu nặng kể cả do BQTK. Dây treo có thể dùng Marlex, Goretex, Polypropylene, hay cân cơ thẳng bụng tự than... Nhược điểm là có thể gây bí tiểu do điều chỉnh căng quá mức chống són tiểu, loét mòn niệu đạo do dây treo.
- **Cơ thắt nhân tạo (Artificial Urinary Sphincter):** là phương pháp điều trị hữu hiệu các trường hợp són tiểu nặng do niệu đạo bất toàn, kể cả BQTK. Chống chỉ định cho những trường hợp bàng quang bất ổn định, bàng quang tăng co bóp, bàng quang kém dẫn nở. Nhược điểm là thiết bị rất đắt tiền và chưa phổ biến ở Việt Nam, mặt khác cũng có biến chứng như hồng học cơ học, di lệch vị trí, nhiễm trùng, loét niệu đạo ...

Tài liệu tham khảo:

1. Andersson KE, Chapple CR, Cardozo L, et al, (2009) “Pharmacological treatment of overactive bladder: report from the International Consultation on Incontinence”, *Curr Opin Urol*,19 (4), pp.380-394.
2. Andrew F, Jacques C, (2008), “Management of neurogenic bladder with suprapubic cystostomy”, *Neurogenic bladder*, Informa Healthcare, 2nd edition, pp.564 -569.
3. Benson MC, Olsson CA, (1999), “Continent urinary diversion”, *Urol Clin North Am*, 26(1), pp.125–147.
4. Benson MC, McKiernan JM, Olsson CA, (2007), “Cutaneous continent urinary diversion”, *Campbell-Walsh Urology*, Saunders Elsevier, Philadelphia, 9th edition, chapter 81, pp.2579–612.
5. Cartwright PC, Snow BW, (1989), “Bladder auto-augmentation: early clinical experience”, *J Urol*, 142, pp.505–508.
6. Committee 10 on Neurogenic Bladder and Bowel of the International Consultation on Incontinence 2008-2009, (2010), Neurologic urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29(1), pp.159-164.
7. Docimo SG, Moore RG, Adams J, et al, (1995), “Laparoscopic bladder augmentation using stomach”, *Urol*,46, pp.565–569.
8. D’Souza AO, Smith MJ, Miller LA, et al (2008), “Persistence, adherence, and switch rates among extended-release and immediate-release overactive bladder medications in a regional managed care plan”, *J Manag Care Pharm*, 14(3), pp.291-301.
9. Ginger Isom-Batz, Gina Defreitas, Philippe Zimmern, (2008), “Surgery to improve bladder outlet function”, *Nuerogenic bladder*, Informa Healthcare, 2nd edittion, pp.638 -669.
10. Greg G Bailly, Sender Herschorn, (2008), “Urinary diversion”, *Neurogenic bladder*, Informa Healthcare, London, 2nd Edition, pp.670 – 685.

DÒ BÀNG QUANG – ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. **Định nghĩa:** Dò bàng quang-âm đạo (dò BQ-AD) (*vesicovaginal fistulae: VVF*) phổ biến nhất trong các bệnh lý rò niệu sinh dục.

2. Nguyên nhân

Ở các nước phát triển, bệnh chủ yếu xảy ra do tổn thương thứ phát sau phẫu thuật sản phụ khoa, trong đó phẫu thuật cắt tử cung là nguyên nhân hàng đầu. Ở các nước đang phát triển, tình trạng chăm sóc sản khoa kém là nguyên nhân hàng đầu của rò bàng quang âm đạo. Ngoài ra, những nguyên nhân khác như là phẫu thuật vùng chậu, tạo hình thành rò âm đạo, sửa sa bàng quang, điều trị tiểu không kiểm soát, xạ trị...

Bảng 1. Nguyên nhân dò bàng quang - âm đạo

Nguyên nhân gây dò bàng quang - âm đạo
Chấn thương
- Sau mổ
Cắt tử cung ngã bụng
Cắt tử cung ngã âm đạo
Phẫu thuật chữa tiểu không kiểm soát
Phẫu thuật chữa sa thành trước âm đạo
Sinh thiết âm đạo
Sinh thiết bàng quang, cắt đốt nội soi laser
Phẫu thuật vùng chậu khác: mạch máu, trực tràng
- Chấn thương bên ngoài
Xuyên thủng
Gãy khung chậu
Liên quan tình dục
Xạ trị

Nguyên nhân gây dò bàng quang - âm đạo
Bệnh lý ác tính tiên triển
Viêm, nhiễm trùng
Dị vật
Sản khoa - Chuyển dạ kéo dài (obstructed labor) - Rách do forcep - Rách tử cung - Mô lấy thai tổn thương bàng quang
Bẩm sinh

3. Bệnh học

Triệu chứng rỉ nước tiểu qua âm đạo của dò BQ-AD sau phẫu thuật thường xuất hiện sớm sau khi rút thông tiểu hoặc sau mổ 1 – 3 tuần. Một số bệnh nhân nguy cơ cao triệu chứng sẽ xuất hiện ngay sau mổ.

Dò BQ-AD do xạ trị thường có thể xuất hiện sau khi kết thúc xạ trị từ nhiều tháng đến vài năm. Điều trị những trường hợp này thường rất khó khăn do kích thước lỗ dò lớn và tính phức tạp, sự thiếu máu nuôi của mô xung quanh kết hợp những rối loạn đi tiểu do ảnh hưởng của xạ trị lên bàng quang.

4. Chẩn đoán

4.1 Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân than phiền chủ yếu là rỉ nước tiểu liên tục qua âm đạo. Lượng nước tiểu rỉ ra phụ thuộc vào kích thước lỗ dò, lượng nước tiểu tiết ra và tư thế bệnh nhân (giảm khi nằm).

Bệnh nhân cũng có thể than phiền vì viêm bàng quang tái phát, kích thích da vùng chậu do ẩm ướt liên tục, nhiễm nấm âm đạo và hiếm khi đau.

4.2 Triệu chứng thực thể

Khám vùng chậu và khám âm đạo với mô vệt giúp đánh giá chính xác vị trí, kích thước, số lượng lỗ dò. Soi âm đạo đôi lúc cần thiết trong giúp đánh giá chính xác đường dò. Dò BQ-AD sau mổ cắt tử cung thường xuất hiện ở dọc thành trước âm đạo ngang mỏm cụt. Quan sát và đánh giá bằng tay mô viêm xung quanh lỗ dò là cần thiết vì giúp tiên lượng sự khó khăn của phẫu thuật khi điều trị.

Giải phẫu âm đạo, độ sâu lỗ dò, tạng sa kèm theo, sự teo âm đạo, kích thước ống âm đạo nên được đánh giá nhằm lựa chọn đường mổ tiếp cận khi phẫu thuật.

Đánh giá những tổn thương, những bệnh kèm theo, những phẫu thuật đã được thực hiện ở vùng chậu và tầng sinh môn.

Dye test (tampon test): giúp xác định và phân biệt dò BQ-AD, dò niệu quản âm đạo, dò niệu đạo âm đạo.

4.3 Chẩn đoán hình ảnh học

Soi bàng quang: Nên thực hiện ở bệnh nhân nghi ngờ VVF. Những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý ác tính, sinh thiết lỗ dò nên được thực hiện để đánh giá sự tái phát của bệnh lý ác tính. Đánh giá các đặc điểm của lỗ dò: vị trí, kích thước, số lượng, liên quan với miệng niệu quản và tình trạng mô xung quanh lỗ dò...

X-quang bàng quang có cản quang (cystogram): Cho hình ảnh dò BQ-AD tốt nhất ở tư thế bên, thuốc cản quang thoát vào âm đạo.

X-quang bàng quang lúc rặn tiểu (voiding cystourethrogram - VCUG): có thể cần thiết ở những bệnh nhân lỗ dò nhỏ.

X-quang hệ niệu cản quang tiêm tĩnh mạch (IVU) hoặc X quang điện toán cắt lớp (CTscan): khoảng 12% dò BQ-AD có kết hợp tổn thương niệu quản hoặc dò niệu quản âm đạo vì vậy khảo sát đường tiểu trên là rất quan trọng.

5. Điều trị

5.1 Điều trị bảo tồn và xâm lấn tối thiểu

Mục tiêu của điều trị dò BQ-AD là sớm kết thúc sự rỉ nước tiểu, hồi phục chức năng tình dục và tiểu tiện bình thường.

Thông niệu đạo bàng quang có thể giảm một số triệu chứng nhưng thường không khỏi hoàn toàn sự rỉ nước tiểu nhất là những trường hợp lỗ dò lớn hoặc bàng quang tăng hoạt.

Đặt thông niệu đạo bàng quang và dung thuốc anticholinergic ít nhất 2 – 3 tuần nên được thực hiện ở những bệnh nhân mới chẩn đoán dò BQ-AD. Đường dò có thể tự lành, đặc biệt trên những bệnh nhân có lỗ rò nhỏ, đơn giản và qua thăm khám thấy chưa biểu mô hóa (nonepithelialized) đường dò. Những lỗ dò chưa lành sau đặt thông Foley 3 tuần hiếm khi tự lành nếu không can thiệp thêm.

Nhìn chung những phương pháp điều trị bảo tồn chỉ có kết quả trên những lỗ dò nhỏ, xiên, vách bàng quang âm đạo dày, và chỉ nên áp dụng trên những bệnh nhân đồng ý với lựa chọn này.

5.2 Điều trị phẫu thuật

Cơ hội để vá thành công dò BQ-AD cao nhất là ở lần mổ đầu tiên, phẫu thuật thất bại sẽ tạo nên mô sẹo và biến đổi giải phẫu gây khó khăn cho lần mổ sau. Cần lên kế hoạch để tối đa hóa tỉ lệ thành công ở lần mổ đầu tiên.

5.3 Một số vấn đề của phẫu thuật

Mổ ngay hoặc mổ trì hoãn?

Thời gian mổ dò BQ-AD còn tranh cãi. Nhìn chung, vá dò BQ-AD càng nhanh càng tốt để giảm đau khổ và khó chịu cho bệnh nhân, tuy nhiên để kết quả phẫu thuật tối ưu cần cân nhắc những yếu tố nội khoa và ngoại khoa nhằm đạt tỉ lệ thành công cao nhất.

Trước đây phẫu thuật vá dò bàng quang niệu đạo thường trì hoãn 3 – 6 tháng để giảm tình trạng viêm và phù nề nhằm dễ bóc lột hai lớp, giảm chảy máu, mô đàn hồi tốt hơn (giảm căng khi khâu lại).

Tuy nhiên trong những thập kỉ gần đây sự trì hoãn không còn thường quy nữa. Dò BQ-AD sau phẫu thuật sản phụ khoa không phức tạp có thể được vá ngay khi chẩn đoán. Ngược lại những dò BQ-AD hình thành sau cắt tử cung ngã âm đạo, hoặc sau cắt tử cung ngã bụng kèm biến chứng (áp xe, nang giả niệu) thì cần trì hoãn.

Dò BQ-AD do chuyển dạ kéo dài nên thực hiện trì hoãn 3–6 tháng để cho phép phân ranh giới rõ ràng vùng mô thiếu máu, phản ứng viêm và mô phù nề được thu xếp. Dò BQ-AD do xạ trị nên trì hoãn 6–12 tháng vì tình trạng viêm nội mạch tắc nghẽn (obliterative endarteritis) và giảm tưới máu mô rất trầm trọng.

So sánh đường mổ ngã bụng và ngã âm đạo		
Đường mổ	Ngã bụng	Ngã âm đạo
Thời gian trì hoãn	Trì hoãn 3 – 6 tháng	Có thể thực hiện ngay nếu không có nhiễm trùng và những biến chứng khác.
Bộc lộ	Lỗ dò nằm vùng tam giác và gần cổ bàng quang sẽ khó bộc lộ ngã bụng	Lỗ dò nằm cao ở móm cụt âm đạo sẽ khó bộc lộ
Vị trí của niệu quản so với lỗ dò	Lỗ dò gần lỗ niệu quản đôi khi đòi hỏi phải cấm lại niệu quản.	Cấm lại niệu quản có thể không cần thiết dù lỗ dò nằm gần lỗ niệu quản.
Chức năng ỉnh dục	Không thay đổi chiều dài âm đạo	Nguy cơ làm ngắn âm đạo (kỹ thuật Latzko)
Vạt mô ghép	Mạc nối, phúc mạc, cơ thẳng bụng	Mỡ môi lớn, cơ mông, cơ may (gracilis)
Chỉ định tương đối	Lỗ dò lớn, lỗ dò cao, âm đạo hẹp, tiếp cận ngã âm đạo thất bại, bàng quang nhỏ cần tạo hình, cần cấm lại niệu quản, bệnh nhân không nằm tư thế sản phụ kho được.	Lỗ dò không phức tạp, nằm vị trí thấp.

Đường mổ

Cắt bỏ hay không cắt bỏ đường dò

Kỹ thuật vá dò BQ-AD được miêu tả đầu tiên bởi Sim (1852) đòi hỏi cắt bỏ toàn bộ đường dò và mô sẹo nhằm tạo mép rìa đường dò có máu nuôi tốt. Ngày nay việc cắt bỏ đường dò không còn cần thiết nữa vì có thể làm rộng thêm lỗ dò, khi cắt dùng đốt điện cầm máu sẽ thiếu máu nuôi, hơn nữa những trường hợp dò mạn tính

sẽ có vòng mô sợi vững chắc ngoài đường dò đã biểu mô hóa giúp thuận lợi cho khâu vá dò.

Dùng mảnh ghép có cuống hay mảnh ghép rời: Trước khi phẫu thuật vá VVF, phẫu thuật viên nên quen với những vật ghép có cuống và mảnh ghép rời khác nhau vì thường không tiên lượng trước mổ được hết các trường hợp phức tạp. Chỉ định của vật ghép có cuống hoặc mảnh ghép rời là những trường hợp lỗ dò do xạ trị, sản khoa, đã vá thất bại, lỗ dò lớn hoặc thấy căng khi khâu.

Một số vấn đề khác

Bổ sung estrogen trước mổ có thể thực hiện trên bệnh nhân mãn kinh và teo âm đạo.

Đặt chỉ riêng thông niệu đạo sau mổ cũng đủ chuyển lưu nước tiểu. Một số tác giả khác thích mở bàng quang ra da nhằm giảm co thắt bàng quang. Tuy nhiên thông thường nhất là đặt thông niệu đạo kèm mở bàng quang ra da vì tắc thông bàng quang duy nhất sẽ làm căng bàng quang và bung chỉ khâu.

➤ ***Phẫu thuật:*** Tỷ lệ thành công của lần mổ đầu tiên là trên 90%, tuy nhiên bệnh nhân nên được giải thích sẽ mang thông sau mổ, sau khi rút thông sẽ có tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, và phương pháp mổ có thể thay đổi trong lúc mổ do khó có thể tiên lượng hết khó khăn trong mổ.

Mổ ngả âm đạo:

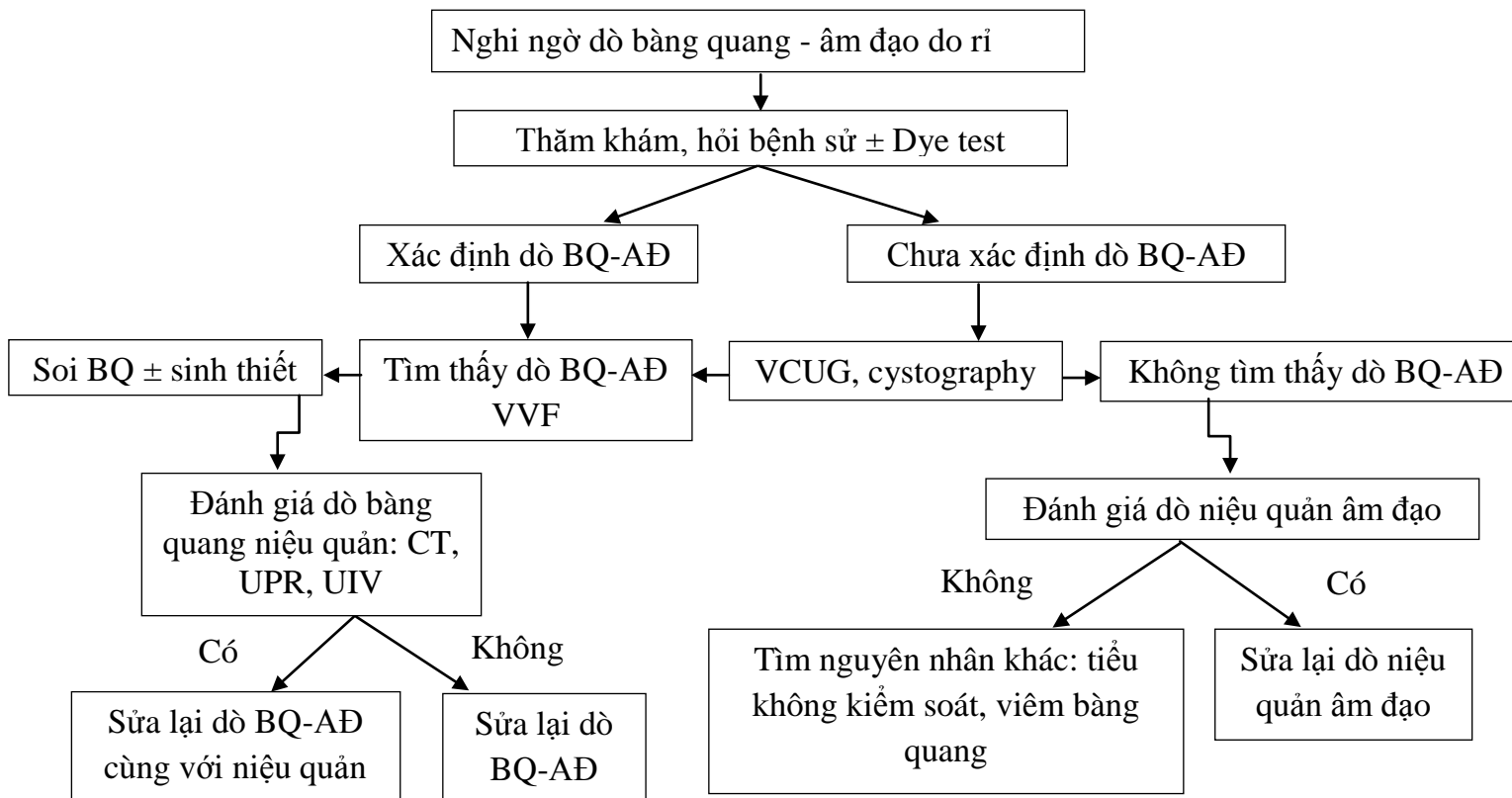
Bệnh nhân nằm thế sản phụ khoa, nếu lỗ dò nằm gần lỗ niệu quản thì nên đặt thông niệu quản. Rạch đường mổ quanh lỗ dò dạng chữ U hay J, bóc tách thành âm đạo từ gần đến xa và qua hai bên 2 – 4 cm. Sau đó tiếp tục bóc lột mạc cạnh dưới bàng quang (perivesical fascia). Khâu bàng quang bằng chỉ tan 3.0 – 4.0. Khâu mạc cạnh bàng quang với chỉ tan 2.0 – 3.0, cách mũi kim đường khâu trước 3 – 5mm, theo hướng vuông góc với đường khâu trước và không căng. Mảnh ghép rời hoặc có cuống có thể bóc tách và cố định ở đây. Cuối cùng khâu thành âm đạo với chỉ tan 2.0 mũi liên tục. Thông bàng quang lưu từ 10 – 14 ngày. Nên chụp bàng quang cản quang trước khi rút thông. Kiêng sinh hoạt tình dục 2 – 3 tháng sau mổ.

Biến chứng có thể gặp: tổn thương niệu quản, ngắn hoặc hẹp âm đạo, dò tái phát.

Mổ mở bụng

Có thể thực hiện trong phúc mạc hoặc ngoài phúc mạc (mở bàng quang). Phẫu thuật có thể thực hiện nội soi hoặc hỗ trợ của robot.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DÒ BQ – AĐ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blaiwas JG, Heritz DM, Romanzi LJ, (1995), “Early versus late repair of vesicovaginal fistulae: vaginal abdominal approaches”, *J Urol*, 153(4), pp.1110–1112.
2. Eilber KS, Kavalier E, Rodriguez LV, (2003), “Ten-year experience with transvaginal vesicovaginal fistula repair using tissue interposition”, *J Urol*, 169(3):1033–1036.
3. Eric SR, (2012), “Urinary Tract Fistulae”, *Campbell-Walsh Urology*, Saunders Elsevier, Philadelphia, 10th edition, chapter 77, pp.2221–2261.
4. Gerber GS, Schoenberg HW, (1992), “Female urinary tract fistulae”, *J Urol*, 149(2), pp.229–236.

DÒ NIỆU QUẢN – ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là tình trạng tồn tại đường rò giữa niệu quản và vách âm đạo gây rỉ nước tiểu liên tục ra âm đạo.

2. Yếu tố nguy cơ

- Lạc nội mạc tử cung
- Béo phì
- Bệnh lý viêm vùng chậu
- Xạ trị và ung thư vùng chậu.

3. Nguyên nhân

– Tồn thương niệu quản cấp có thể do chấn thương bên ngoài, mổ mở, phẫu thuật nội soi, nội soi niệu quản. Tồn thương niệu quản do phẫu thuật thể xảy ra trong tất cả các trường hợp phẫu thuật khó khăn vùng bụng chậu: phụ khoa, sản khoa, phẫu thuật tiêu hóa, tiết niệu... Những tổn thương niệu quản nếu không phát hiện và điều trị có thể dẫn đến những biến chứng như: nang giả niệu, áp xe, hẹp niệu quản, rò niệu quản.

– Phần lớn những trường hợp rò niệu quản âm đạo là do tổn thương niệu quản đoạn xa trong phẫu thuật sản phụ khoa, thường là do những phẫu thuật điều trị các bệnh lý lành tính vùng chậu hơn là những bệnh lý ác tính, thường gặp nhất là phẫu thuật cắt tử cung ngã bụng, bên cạnh đó có thể là phẫu thuật mổ lấy thai, điều trị sa bàng quang, phẫu thuật điều trị vô sinh.

Bảng 1. Nguyên nhân rò niệu quản - âm đạo

<i>Nguyên nhân rò niệu quản - âm đạo</i>	
Phẫu thuật phụ khoa	Cắt tử cung ngã bụng Cắt tử cung ngã âm đạo Cắt tử cung tận gốc

	Mổ lấy thai Tạo hình thành trước âm đạo (anterior colporrhaphy)
Phẫu thuật vùng chậu khác	Phẫu thuật mạch máu Nâng đỡ cổ bàng quang sau xương mu Phẫu thuật đại tràng
Nguyên nhân khác	Ung thư tiến triển tại chỗ Xạ trị Bệnh lý viêm mạn: actinomycosis

– Phần lớn các trường hợp sẽ có triệu chứng rỉ nước tiểu sau phẫu thuật 1 – 4 tuần, tuy nhiên khác với rò bàng quang âm đạo, bệnh nhân rò niệu quản âm đạo vẫn còn tiểu được thành dòng do thận bên kia vẫn tiết nước tiểu vào bàng quang. Triệu chứng thường bắt đầu với đau bụng và hông lưng nhiều ngày kèm buồn nôn, sốt nhẹ sau phẫu thuật do nang giả niệu hoặc thận ú nước. Tùy theo cơ chế tổn thương mà thời gian bắt đầu xảy ra triệu chứng sẽ khác nhau:

- 1 – 2 ngày: tổn thương niệu quản trực tiếp (rỉ nước tiểu qua âm đạo ngay sau phẫu thuật).
- 1 tuần: hoại tử do chèn ép hoặc do khô.
- 1 – 2 tuần: hoại tử do tổn thương mạch máu và thiếu máu nuôi.

II. CHẨN ĐOÁN

– Bệnh nhân có triệu chứng rỉ nước tiểu liên tục qua âm đạo, kèm theo đau hông lưng, nôn, buồn nôn. Bệnh nhân thường có tiền sử phẫu thuật sản phụ khoa hoặc phẫu thuật vùng chậu.

– Dye test: giúp phân biệt rò bàng quang âm đạo và rò niệu quản âm đạo. Đặt một tampon hay gạc vào âm đạo, bơm blue methylene vào bàng quang.

- Nếu tampon nhuộm xanh thì có thể rò bàng quang âm đạo hoặc rò niệu đạo âm đạo.
- Nếu tampon không nhuộm xanh thì tiếp tục tiêm blue methylene tĩnh mạch. Kết quả nếu thấy tampon nhuộm xanh thì có thể xem là rò niệu quản âm đạo hoặc rò niệu quản tử cung. Soi âm đạo sẽ phân biệt được.

Chẩn đoán hình ảnh:

- CTscan hoặc UIV: có sự bế tắc niệu quản, sự ứ nước đài bể thận kết hợp với giãn niệu quản. Những dấu hiệu này kết hợp với triệu chứng rỉ nước tiểu liên tục giúp nghĩ nhiều đến rò niệu quản âm đạo. Ngoài ra CT còn cho thấy áp xe và nang giả niệu vùng chậu.
- Chụp bể thận niệu quản ngược chiều (UPR): cho thấy rò niệu quản âm đạo hoặc hình ảnh niệu quản mất liên tục cách lỗ niệu quản 2 – 4 cm.
- Chụp âm đạo cản quang (vaginography): chỉ cho thấy dò khi áp lực được bơm đủ.
- Chụp bàng quang cản quang lúc rặn tiểu (VCUG): phát hiện rò bàng quang âm đạo kèm theo.

III. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là giải quyết triệu chứng rỉ nước tiểu, tránh nhiễm khuẩn huyết từ đường niệu (urosepsis) và bảo tồn chức năng thận.

Sau khi chẩn đoán rò niệu quản âm đạo, nếu không thể phẫu thuật ngay thì nên đặt thông double-J hoặc mở thận ra da ngay.

1. Điều trị bảo tồn

Rò niệu quản âm đạo ít khi tự lành, nhưng đặt thông double-J và theo dõi sau đó có thể là lựa chọn nếu niệu quản còn liên tục, tổn thương một bên niệu quản và thận bên còn lại bình thường, thận cùng bên chưa bị ảnh hưởng, được khâu bằng chỉ tan, niệu quản dưới tổn thương bình thường.

2. Phẫu thuật

Nếu đặt thông double-J không thành công do niệu quản tắc hoàn toàn hoặc rỉ nước tiểu tồn tại kéo dài dù đã đặt double-J thì nên phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật còn nhiều tranh cãi, một số tác giả chủ trương mổ sớm, những tác giả khác khuyến cáo trì hoãn 4–8 tuần. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật thường trên 90%. Các biện pháp phẫu thuật bao gồm:

- **Đối với niệu quản đoạn xa:**

Vị trí dò niệu quản âm đạo thường ở đoạn xa và được bao xung quanh bởi mô sợi và mô viêm nên phẫu thuật mổ mở cắm lại niệu quản vào bàng quang có hay không có dùng kỹ thuật bàng quang cơ thăn hoặc Boari là thường dùng nhất. Niệu quản được bộc lộ càng gần vùng chậu càng tốt và cố gắng bảo tồn lớp áo niệu quản nhằm tránh thiếu máu cục bộ.

– **Cắm lại niệu quản vào bàng quang (ureteroneocystostomy):** Nguyên tắc cắm lại niệu quản vào bàng quang là tạo một đường hầm chống trào ngược bàng quang niệu quản bằng cách tạo đường hầm dưới niêm mạc với chiều dài đường hầm ít nhất dài hơn 3 lần đường kính niệu quản. Khâu niệu quản vào bàng quang theo lỗ niệu quản mới với chỉ tan 6-0 mũi rời và đặt stent niệu quản.

Một số trường hợp có thể không cần tạo đường hầm chống trào ngược bàng quang niệu quản nếu chiều dài niệu quản không đủ để tạo đường hầm hiệu quả hoặc trong trường hợp phẫu thuật viên nghĩ đường hầm chống trào ngược sẽ tăng nguy cơ hẹp niệu quản.

– **Bàng quang cơ thăn (Psoas bladder hit):** là một trong những phương pháp chính để điều trị tổn thương 1/3 dưới niệu quản với tỉ lệ thành công cao (95% - 100%). Phương pháp này được ưa thích hơn cắm lại niệu quản tổn thương vào niệu quản đối diện (ureteroureterostomy) vì niệu quản đưa sang đối diện sẽ dễ bị thiếu máu nuôi.

– **Cắm lại niệu quản vào bàng quang phương pháp Boari (Boari flap):** sử dụng một vạt mô bàng quang, quặt ngược lên, cuốn ống và khâu nối với niệu quản. Phương pháp này ít được sử dụng nhưng nhiều tác giả báo cáo tỉ lệ thành công cao.

• **Đối với niệu quản đoạn giữa:**

– **Khâu nối sau khi xẻ vát hai đầu niệu quản (spatulated end-to-end anastomosis):** bộc lộ niệu quản di động vừa đủ để không căng sau khâu nối, cắt lọc đoạn niệu quản bệnh lý, xẻ dọc niệu quản 5 – 6 mm tạo vát (spatulate), nếu nông rộng được niệu quản thì có thể chỉ cần cắt xéo tạo vát là đủ. Khâu nối niệu quản tận – tận bằng chỉ tan và lưu thông double J 4 – 6 tuần sau mổ.

– **Cắm vào niệu quản đối diện** (*transureteroureterostomy*): chống chỉ định tuyệt đối nếu chiều dài niệu quản không đủ tiếp cận niệu quản còn lại, chống chỉ định tương đối gồm: tiền sử sỏi niệu, xơ hóa sau phúc mạc, ung thư niệu mạc, viêm thận bể thận mạn tính, xạ trị vùng chậu.

– **Thay thế một phần với hồi tràng** (*ureteroileoneocystostomy*): Sau khi đoạn niệu quản bệnh lý được bóc lột và cắt bỏ, một đoạn hồi tràng phù hợp được đưa qua mạc treo đại tràng khô vào hai đầu niệu quản. Kỹ thuật này ít được sử dụng trên thế giới, gần đây một số tác giả báo cáo đã thực hiện thành công bằng phẫu thuật nội soi, tuy nhiên rút ngắn thời gian nằm viện nhưng thời gian phẫu thuật kéo dài.

– **Ghép thận tự thân**: nhìn chung ghép thận tự thân chỉ định khi thận độc nhất hoặc thận còn lại kém chức năng và những phương pháp ngoại khoa khác không thuận lợi.

3. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu

Gần đây có nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc phẫu thuật robot hỗ trợ trong điều trị rò bàng quang niệu quản với các loại phẫu thuật cắm lại niệu quản vào bàng quang, bàng quang cơ thăn, phương pháp Boari.

– Tổng kết của Organ năm 2008 cho thấy kết quả của phẫu thuật nội soi cắm lại niệu quản vào bàng quang tương đương mổ mở.

– Năm 2009 Seideman báo cáo 45 trường hợp phẫu thuật nội soi cắm lại niệu quản vào bàng quang cho thấy tỉ lệ thành công 96%.

Mặc dù số liệu chưa nhiều và kết quả lâu dài cần đánh giá thêm nhưng nhiều trung tâm xem phẫu thuật nội soi trong điều trị cắm lại niệu quản vào bàng quang là lựa chọn đầu tiên. Trong tương lai, phẫu thuật nội soi hoặc robot sẽ là điều trị tiêu chuẩn của tổn thương niệu quản.

4. Biến chứng

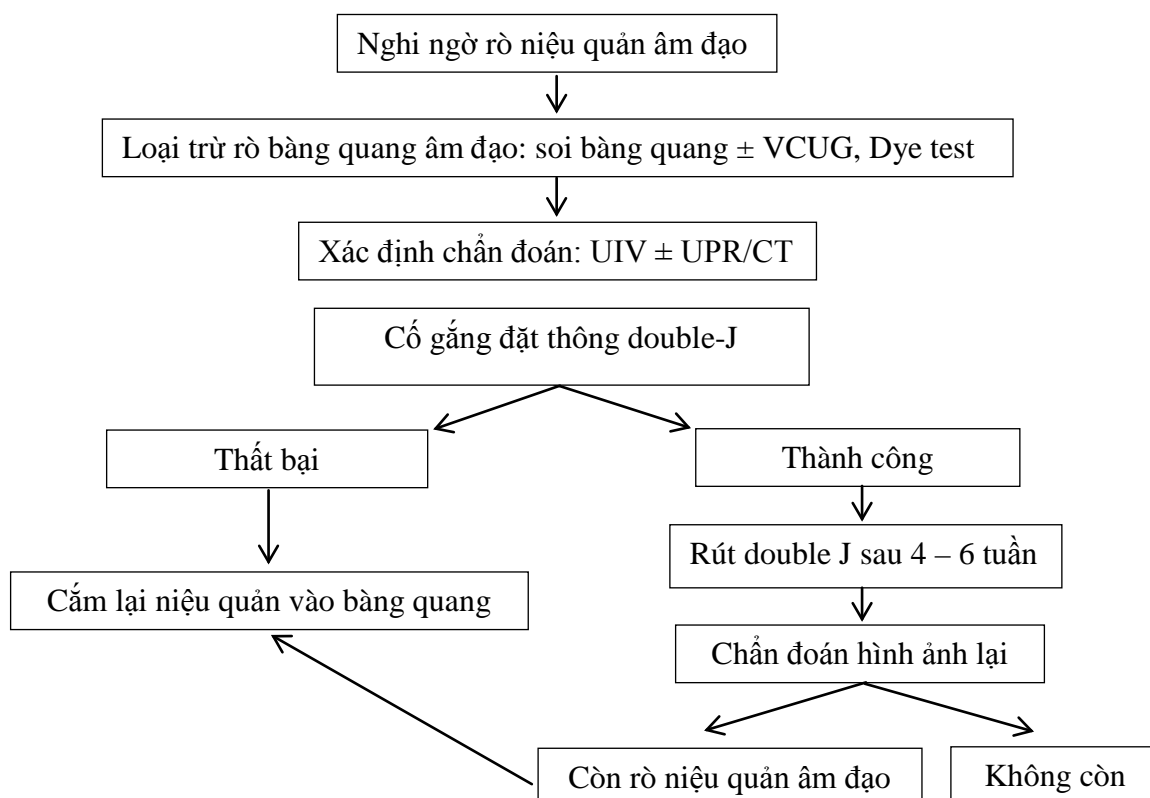
- Chảy máu
- Nhiễm trùng niệu
- Hẹp niệu quản
- Rò nước tiểu, rò tái phát

- Ngược dòng bàng quang niệu quản
- Tổn thương cơ quan lân cận

5. Phòng ngừa

- Chẩn đoán chính xác vị trí rò, nguyên nhân rò, bệnh lý kèm theo.
- Nâng tổng trạng trước mổ tốt.

LƯU ĐỒ



Tài liệu tham khảo

1. Eric SR, (2012), “Urinary Tract Fistulae”, *Campbell-Walsh Urology*, Saunders Elsevier, Philadelphia, 10th edition, chapter 77, pp.2221–2261.
2. Richard A S, Leo R D (2012), “Upper urinary tract trauma”, *Campbell-Walsh Urology*, Saunders Elsevier, Philadelphia, 10th edition, chapter 42, pp.1169–1189.
3. Gerber GS, Schoenberg HW (1993), “Female urinary tract fistulae”, *J Urol*, 149(2), pp. 229–236.

SA TẠNG CHẬU NỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

Sa tạng chậu là sự sa qua khe niệu dục của các tạng vùng sàn chậu do suy yếu các cơ và mô liên kết vùng chậu dẫn đến các tạng chậu thoát vị vào lòng âm đạo.

Theo tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu của phụ nữ (Women's Health Initiative) tỉ lệ chung của sa tạng chậu khoảng 41%, sa bàng quang 25-34%, túi sa trực tràng 13-19%, sa tử cung 4-14%.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng:

Mức độ triệu chứng của sa tạng chậu không liên quan đến mức độ sa.

- Cảm giác một khối phồng trong âm đạo, gây đau, lồi ra ngoài màng trinh.
- Rối loạn tiểu tiện: tiểu khó, tiểu không kiểm soát...
- Rối loạn đại tiện: táo bón, trung tiện không kiểm soát, đại tiện không kiểm soát...
- Rối loạn chức năng tình dục: giao hợp đau, giảm khoái cảm...
- Đau lưng thấp, đau vùng chậu.

2. Triệu chứng thực thể:

Khi thăm khám, bệnh nhân nên nằm tư thế sản phụ khoa hoặc thể đứng với chân gác cao, thực hiện nghiệm pháp Valsava, khi khám dùng mỏ vịt hoặc van kèm thước đo.

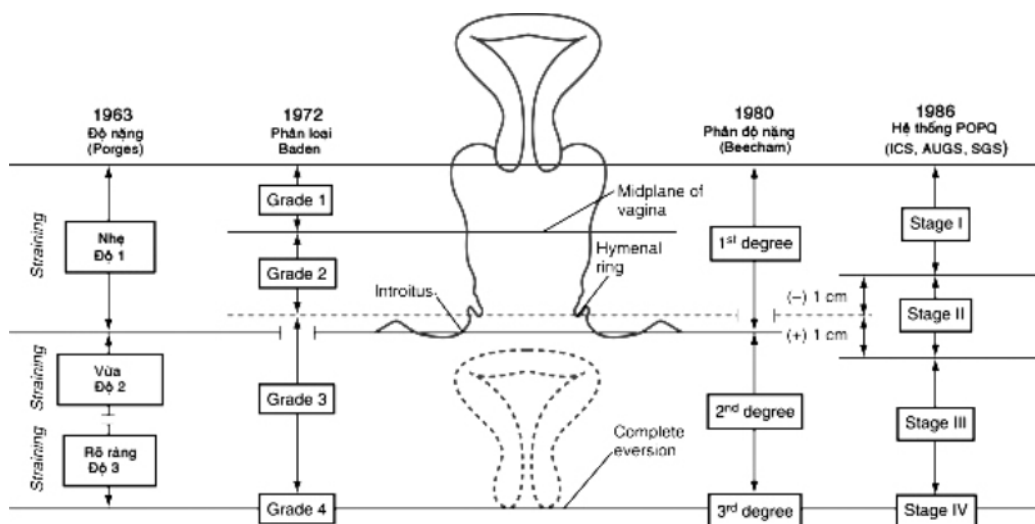
- Khám thần kinh: phản xạ hành hang, ghi nhận sự co thắt cơ thắt hậu môn, trương lực cơ sàn chậu...

- Khám âm đạo: đánh giá tình trạng teo mỏng, viêm loét niêm mạc âm đạo, sự mất nếp gấp âm đạo bất thường, xác định vị trí và kích thước cũng như mức độ tổn thương, những tổn thương nghi ngờ ác tính, khám thể sàn chậu, phối hợp vừa khám trực tràng cùng lúc với khám âm đạo.

- Đo và phân độ tạng sa theo thang điểm POP-Q.

III. PHÂN ĐỘ SA TẠNG CHẬU

Năm 2002, hội kiểm soát tiêu (ICS) đã phát triển hệ thống phân loại trước đó của Bump thành một hệ thống phân loại định lượng (POP-Q) và được khuyến khích sử dụng rộng rãi trên thế giới.



IV. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- Siêu âm đầu dò trực tràng, siêu âm đầu dò âm đạo.
- X quang bàng quang cản quang lúc rặn tiểu (VCUG: Voiding cystourethrogram).
- X quang defecography
- X quang colpocystodefecography.
- MRI động (dynamic Magnetic Resonance Imaging)

V. NIỆU ĐỘNG HỌC

Tiểu khó do sa tạng chậu thường có tốc độ dòng tiêu yếu, thời gian đạt Qmax chậm, thời gian đi tiểu kéo dài, dạng biểu đồ nhấp nhô hoặc có khi gián đoạn. Những trường hợp sa tạng chậu phức tạp hoặc nghi ngờ có rối loạn chức năng bàng quang, nên thực hiện khảo sát niệu động học chi tiết sẽ giúp ích cho điều trị và tiên lượng kết quả điều trị.

VI. ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT

1. Thay đổi lối sống, thói quen, thức ăn, bổ sung nội tiết

2. Nâng đỡ cơ học:

Pessary nâng đỡ những tạng chậu bị sa về vị trí giải phẫu bình thường, từ đó làm giảm triệu chứng.

- **Chỉ định:**

- + Bệnh nhân không thích hợp cho phẫu thuật.
- + Bệnh nhân chờ phẫu thuật.
- + Bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

Những yếu tố ảnh hưởng đến thành công: tình trạng nội tiết, hoạt động tình dục, cắt tử cung trước đó, âm đạo ngắn (<6cm), âm đ ạo quá rộng (>4 khoát ngón tay), sức cơ vùng chậu, giai đoạn và vị trí sa.

- **Biến chứng:** kích thích thành âm đạo, chảy máu, loét, đau, đ ỉ và thoát v ị ruột.
- **Theo dõi:** tái khám lần đầu sau 1-2 tuần, sau đó tái khám mỗi 3-6 tháng.

3. Tập cơ sàn chậu và liệu pháp phản hồi sinh học:

Làm hạn chế quá trình tiến triển và giảm bớt triệu chứng của sa tạng chậu như đau vùng lưng thấp và căng tức vùng chậu. Tập sàn chậu thường có giá trị khi sa tạng chậu chưa quá màng trinh.

4. Điều trị với laser phụ khoa:

Laser sẽ tác động lên mô mềm giúp tái tạo collagen sâu và tạo collagen mới, giúp điều trị sa tạng chậu, tiểu không kiểm soát, hội chứng giãn âm đạo...

VII. PHẪU THUẬT

Phẫu thuật là điều trị chủ yếu trong sa tạng chậu, phục hồi giải phẫu và chức năng của những cơ quan vùng chậu và âm đạo.

Những yếu tố góp phần lựa chọn điều trị phẫu thuật sa tạng chậu
<ul style="list-style-type: none">- Mức độ sa- Vị trí của tổn thương (location of defect).- Phẫu thuật âm đạo hay vùng chậu trước đây (prior vaginal or pelvic repairs)- Tiểu không kiểm soát kết hợp và tiềm ẩn- Rối loạn đường tiểu kết hợp

- Chức năng tình dục
- Mức độ vận động (level of activity)
- Tình trạng đường tiểu trên
- Tình trạng nội tiết
- Tử cung còn hay đã cắt
- Những bệnh kèm theo (medical comorbidities)
- Những yếu tố gây tái phát: béo phì, bệnh phổi mãn tính, táo bón mãn tính...

1. Điều trị sa khoang trước (anterior compartment repair):

Sa bàng quang là sa khoang trước thường gặp nhất. Trước khi quyết định lựa chọn kỹ thuật điều trị sa bàng quang có triệu chứng cần xét những yếu tố sau:

❖ Phẫu thuật Raz (Four corner suspension):

Được miêu tả đầu tiên bởi Raz, nhằm điều trị bệnh nhân tiểu không kiểm soát do stress, tăng động niệu đạo, sa bàng quang từ nhẹ đến trung bình với khiếm khuyết (defect) bên. Ngày nay thường được thay đổi thành “six-corner suspension” bằng cách thêm mũi khâu ngang mức dây chằng cardinal để nâng bàng quang.

Kỹ thuật: Rạch hai đường chéo hoặc dạng chữ U ngược từ niệu đạo giữa về phần gần âm đạo. Bộc lộ mạc mu cổ vào khoang sau xương mu bằng cách mở mạc nội chậu. Mỗi bên khâu 3 mũi polypropylene, từng mũi khâu xuyên qua mô thành âm đạo 2-3 lần và đặt theo chiều ngang để tránh se cạnh niệu đạo và bế tắc dòng tiểu. Mũi gần thì xuyên qua dây chằng cardinal và thành âm đạo để nâng đáy bàng quang. Mũi giữa ngang mức cổ bàng quang và mũi xa ngang mức niệu đạo gần.

Kết quả: kết quả sớm đáng khích lệ (tái phát sớm 2%), nhưng tỉ lệ tái phát muộn cao nên ngày nay không còn phổ biến.

Biến chứng: tổn thương bàng quang, niệu quản, dây thần kinh chậu bên, sinh dục đùi.

❖ Phẫu thuật khâu gấp nếp đường giữa (anterior colporrhaphy):

Mục tiêu: còn gọi là phẫu thuật Kelly, là phẫu thuật tạo hình thành tư ớc âm đạo được sử dụng nhiều nhất để khâu đóng lại khiếm khuyết trung tâm của sa bàng quang.

Kỹ thuật: mở đường giữa thành trước âm đạo, bộc lộ mạc mu cổ, nếu khối sa bàng quang nhỏ thì dùng mũi Lembert với chỉ tan để khâu lại qua đường giữa, nếu khối sa lớn thì khâu gấp nếp (midline plicaton).

Biến chứng: tổn thương niệu quản, dò bàng quang - âm đạo, niệu quản - âm đạo, niệu đạo - âm đạo, tiểu không kiểm soát (8-22%).

❖ **Phẫu thuật tạo hình thành tư ớc âm đạo ngã bụng (transabdominal paravaginal repair):**

Có thể thực hiện qua mổ mở hoặc nội soi

Mục tiêu: Khâu thành bên âm đạo vào đường trắng (cung gân mạc chậu: ATFP-arcus tendineus fascia pelvis) để sửa chữa khiếm khuyết bên.

Kỹ thuật: Khâu 4-6 mũi chỉ không tan từ thành bên âm đạo (nơi có khiếm khuyết bên) vào cung gân mạc chậu từ gai hông đến xương mu.

Biến chứng: mất máu (tỉ lệ truyền máu từ 0-16%), tổn thương bàng quang, niệu quản, sa tái phát ở đường giữa (midline) là 22%, ngăn giữa (apical) là 2%, ngăn sau 11%.

❖ **Phẫu thuật đặt mảnh ghép tự nhiên (nonsynthetic graft interposition):**

Mục tiêu: cân hoặc da dùng làm những vật liệu ghép khác loài (xenograft) để hạn chế tái phát trên những sa bàng quang mức độ nặng.

Kỹ thuật: mở thành trước âm đạo từ niệu đạo giữa đến bờ trước cổ tử cung, bóc tách mở mạc nội chậu và đặt mảnh ghép 6x8cm (kích thước mảnh ghép tùy thuộc vào giải phẫu bệnh nhân và sở thích của phẫu thuật viên). Khâu các góc mảnh ghép vào bờ trong cơ nâng với chỉ tan.

Kết quả: tỉ lệ thành công tăng lên theo cải tiến kỹ thuật và vật liệu ghép, tuy nhiên kết quả lâu dài của mảnh ghép khác loài chưa được đánh giá.

Biến chứng: bí tiểu, lộ mảnh ghép.

❖ **Phẫu thuật nâng đỡ thành trước âm đạo bằng mảnh ghép prolene (tension-free cystocele repair using prolene mesh):**

Do mạc mu cổ nâng đỡ bàng quang thường quá mỏng, dễ tổn thương nghiêm trọng nên khuyến khích đặt mảnh ghép tổng hợp ngày càng phổ biến.

Ưu điểm của mảnh ghép tổng hợp là giảm chi phí và loại bỏ những mối quan tâm về lây nhiễm bệnh. Ngày nay mảnh ghép tổng hợp được khuyến cáo sử dụng nhất là polypropylene loại I, có đặc điểm đơn sợi, lỗ to (khoảng 75 micron) và trọng lượng nhẹ (36 g/m²).

Kỹ thuật: đặt mảnh ghép 4 nhánh (hoặc 6 nhánh) xuyên qua lỗ bịt trên đường trắng (cung gân mạc chậu) dưới sự hỗ trợ của kim chuyên dùng theo kỹ thuật không căng.

Biến chứng: nhiễm trùng, xói mòn lộ mảnh ghép, hơn nữa ảnh hưởng của mảnh ghép tổng hợp lên tiểu tiện, đại tiện, hoạt động tình dục còn chưa được nghiên cứu kỹ.

2. Điều trị sa khoang giữa (apical compartment repair):

Sa vòm âm đạo xảy ra kết hợp với sa tử cung hoặc xảy ra sau nhiều năm cắt tử cung.

Phẫu thuật qua ngã âm đạo được cân nhắc trước tiên vì ít tàn phá và phục hồi nhanh. Điều này đặc biệt quan trọng ở phụ nữ lớn tuổi (>65 tuổi).

Loét niêm mạc âm đạo kết hợp với mức độ sa nặng là lựa chọn của phẫu thuật ngã âm đạo. Sử dụng estrogen trước mổ 4-6 tuần sẽ giúp cải thiện chất lượng mô.

Phẫu thuật qua ngã bụng nên lựa chọn cho phụ nữ trẻ, bệnh nhân có âm đạo ngắn hoặc những trường hợp sa tái phát.

A. Phẫu thuật ngã âm đạo

a) Phẫu thuật Mccall (Mayo) culdoplasty

Ban đầu kỹ thuật này được miêu tả bổ sung với phẫu thuật cắt tử cung ngã âm đạo nhằm sửa túi sa ruột non và nâng đỡ mỏm âm đạo. Ngày nay phẫu thuật này chủ yếu dùng để ngăn sự hình thành túi sa ruột non sau cắt tử cung ngã âm đạo.

b) Phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai (saorospinous ligament fixation):

Kỹ thuật: Khâu 1-2 mũi chỉ không tan (hoặc tan chậm) xuyên lớp dưới niêm thành túi cùng sau âm đạo vào dây chằng cùng gai, trong gai chậu 2 khoát ngón tay, tránh tổn thương dây thần kinh hông (sciatic nerve) và bó mạch thần kinh thẹn (pudendal nerve and vessel).

Biến chứng: tổn thương động mạch mông dưới, động mạch thẹn, tổn thương thần kinh, sa bàng quang.

c) Phẫu thuật cố định vào dây chằng tử cung cùng (uterosacral ligament fixation):

Kỹ thuật: Nguyên tắc của phẫu thuật này giống như phẫu thuật cố định vào dây chằng cùng gai nhằm nâng đỡ vòm âm đạo. Rạch mở niêm mạc thành âm đạo bộc lộ toàn bộ phần sa. Khâu vào dây chằng tử cung cùng chỉ không tan 1.0 phía trước vào phúc mạc - mạc mu cổ - biểu mô âm đạo và phía sau vào phúc mạc-vách trực tràng âm đạo- biểu mô âm đạo.

Biến chứng: tổn thương niệu quản...

d) Phẫu thuật tạo hình cơ nâng (levator myorrhaphy):

Kỹ thuật: Khâu lại cơ nâng hai bên vào nhau bằng chỉ tan, bắt đầu trên nơi giao nhau giữa cơ nâng và trực tràng 3cm, sau đó khâu âm đạo vào đĩa cơ nâng tái tạo, kỹ thuật này tạo nên một đĩa cơ nâng đủ mạnh đóng vai trò như một mặt chân đế rộng để nâng đỡ vòm âm đạo.

Biến chứng: chảy máu, tổn thương niệu quản, tổn thương trực tràng, rối loạn chức năng tình dục.

e) Phẫu thuật đóng âm đạo (colpocleisis)

Chỉ định: những bệnh nhân cao tuổi, không còn quan hệ tình dục, không chịu được cuộc mổ kép dài.

Kỹ thuật: Bệnh nhân nằm thế sản phụ khoa, rạch vòng tròn niêm mạc thành âm đạo ở mức đáy túi sa, gỡ vết tích màng trinh, bóc tách thành âm đạo và mạc bên

dưới, khâu mạc ở thành trước và sau với nhau bằng chỉ tan (và với mạc nội chậu) để làm giảm khối sa.

f) Phẫu thuật điều trị sa khoang trước và khoang giữa

Chỉ định: Những trường hợp sa khoang trước và khoang giữa có chỉ định phẫu thuật.

Kỹ thuật: phẫu thuật đặt mesh 6 chi qua ngã âm đạo, phẫu thuật đặt mesh 4 chi kèm cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai, phẫu thuật ngã bụng cố định âm đạo vào xương cùng hoặc xương mu.

B. Phẫu thuật ngã bụng

a) Phẫu thuật cố định âm đạo vào ụ nhô xương cùng bằng mesh qua ngã bụng (abdominal mesh sacrocolpopexy):

Kỹ thuật: Mở phúc mạc thành sau từ mỏm nhô xương cùng đến túi cùng Douglas, bóc tách giữa trực tràng và thành sau âm đạo đến cơ nâng. Nếu có sa thành trước âm đạo thì mở phúc mạc và bóc tách giữa thành trước âm đạo và bàng quang. Dùng mesh khâu lớp ngoài thành âm đạo, khâu mesh vào mỏm nhô bằng 1-2 mũi chỉ không tan vào mỏm nhô xương cùng, đóng lại phúc mạc thành sau.

Biến chứng: lộ lưới, tổn thương mạch máu trước xương cùng, viêm đĩa đệm đốt sống.

b) Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định âm đạo vào xương cùng hoặc xương mu bằng mesh qua ngã bụng (laparoscopic sacrocolpopexy):

Phẫu thuật nội soi cũng thực hiện các bước như mổ mở, thường thực hiện thông qua 4 - 5 trocar. Có thể cố định âm đạo vào ụ nhô, hai bên ụ nhô hoặc ngành mu. Kết quả của phẫu thuật nội soi có thể so sánh với mổ mở.

3. Điều trị sa khoang sau (posterior compartment repair)

A. Sa ruột non (enterocele):

– Phẫu thuật ngã âm đạo (vaginal repair):

Khâu cột miệng túi bằng 1-2 mũi chỉ không tan gồm mạc trước trực tràng ở phía sau, phúc mạc thành bên và bề mặt phúc mạc sau của bàng quang.

– **Phẫu thuật ngã bụng (abdominal repair):**

Halban và Nichols khâu mũi rời chỉ không tan mỏm âm đạo vào mạc trước trực tràng và đại tràng sigma để xóa túi cùng Douglas.

Moschowitz dùng nhiều mũi túi khâu kết hợp mỏm âm đạo, phức hợp dây chằng chính tử cung cùng, mạc cạnh bàng quang và trước trực tràng để xóa túi cùng Douglas từ đáy.

– **Phẫu thuật nội soi (laparoscopic repair):**

Túi sa ruột non được bóc tách và cắt bỏ bằng đốt điện, khâu lại mạc mu cổ và mạc trước trực tràng âm đạo bằng mũi rời.

B. Túi sa trực tràng (rectocele):

a) **Phẫu thuật ngã âm đạo:**

– **Phẫu thuật tạo hình thành sau âm đạo (posterior colporrhaphy):**

Bộc lộ khoang trước trực tràng, nhận diện vị trí túi sa gần giữa khe cơ nâng và mạc trước trực tràng. Mạc trước trực tràng có thể khâu gấp nếp bằng chỉ tan mũi rời. Nhiều mũi chỉ tan khâu liên tục từ xa đến nút gân trung tâm đáy chậu.

– **Phẫu thuật sửa chữa ngay khiếm khuyết cụ thể (site specific repair):**

Rạch thành sau âm đạo ngay vị trí túi sa, bóc tách bộc lộ túi sa, nhận diện vị trí vách trực tràng âm đạo bị rách, khâu lại bằng mũi rời.

– **Phẫu thuật đặt mảnh ghép thành sau âm đạo (graft interposition):**

Bộc lộ khoang giữa trực tràng và âm đạo, kích thước mảnh ghép thay đổi theo thói quen bác sỹ phẫu thuật và từng bệnh nhân khác nhau, khâu mảnh ghép vào cơ nâng hai bên hoặc sử dụng kỹ thuật không căng bằng cách đặt hai nhánh của mảnh ghép xuyên dây chằng cùng gai.

b) **Phẫu thuật ngã bụng (abdominal repair):**

Túi sa trực tràng lớn kết hợp với nhão thể sàn chậu và sa vòm âm đạo có thể tạo hình qua ngã bụng tương tự như phẫu thuật cố định âm đạo vào ụ nhô xương cùng, trong trường hợp này mảnh mesh được khâu với thể sàn chậu.

Phẫu thuật sa tạng chậu nên được cân nhắc chỉ định cho từng trường hợp bệnh nhân khác nhau. Trước khi điều trị cần xét đến nhiều khía cạnh: độ sa, vị trí sa, chất

lượng mô, yếu tố nguy cơ, mục tiêu của bệnh nhân, tất cả đều được tính đến để mang lại sự hài lòng. Phẫu thuật điều trị sa tạng chậu là một thách thức, đòi hỏi sự hiểu biết thấu đáo về giải phẫu, sinh bệnh học, những ưu khuyết điểm cũng như biến chứng của từng kỹ thuật mổ. Mục tiêu cuối cùng của từng kỹ thuật mổ là phục hồi giải phẫu vùng chậu, phục hồi lại giải phẫu và chức năng cơ quan bị sa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Alka A. (2018), International urogynecology Journal, “The use of laser in urogynecology”, 30 (5): 683–692.
2. David A. (2007), Female urology, “*Treatment of Vaginal Wall Prolapse*”, Humana Press Inc, pp: 280-296.
3. Jack CW. (2012), Urology, “*Vaginal and abdominal reconstructive surgery for pelvic organ prolapse*”, 10th Edition, Saunders Elsevier Inc, pp: 2069-2114.
4. Jason P. (2008), Multidisciplinary Management of Female Pelvic Floor Disorders, “*Surgical Management: The Urologist's Approach*”, Saunders Elsevier Inc, pp: 196-221.
5. Peggy A. (2008), Female urology, “*Nonsurgical Treatment of Vaginal Prolapse: devices for prolapse and incontinence*”, Saunders Elsevier Inc, pp: 603-608.
6. Sandip P, Matthew B (2007), Female urology, “Evaluation and management of anterior vaginal wall prolapse”, Humana Press Inc, pp: 267-279.

TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC Ở NỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (SUI) là một hiện tượng thoát nước tiểu ra ngoài niệu đạo không theo ý muốn, xảy ra khi có sự tăng áp lực ổ bụng.

ICS (2002) định nghĩa tiểu không kiểm soát (TKKS) trên niệu động học là tình trạng thoát nước tiểu không thể kiểm soát được trong giai đoạn gia tăng áp lực ổ bụng (giai đoạn đồ đầy / áp lực đồ bàng quang) mà cơ chóp bàng quang không co bóp.

2. Yếu tố nguy cơ:

Tuổi cao, béo phì, hút thuốc lá, ho mạn tính, táo bón, lao động nặng, sinh con nhiều lần, tổn thương thần kinh, phẫu thuật vùng chậu.

3. Sinh lý bệnh:

Có nhiều cơ chế phối hợp phức tạp gây ra SUI. Một trong những yếu tố quan trọng nhất là sự di động niệu đạo, khi đó niệu đạo gần đi xuống bên dưới sàn chậu và nằm bên ngoài khoang bụng nên không còn có thể nhận được áp lực truyền từ ổ bụng. Khi áp lực trong ổ bụng không còn được truyền tới niệu đạo gần, kháng lực niệu đạo bị mất gây nên SUI. Niệu đạo tăng động xảy ra có liên quan đến quá trình sinh qua ngã âm đạo, loạn sản mô bẩm sinh, tiền căn phẫu thuật vùng chậu, ho mãn tính hoặc táo bón, béo phì, hoạt động nặng, hội chứng suy giảm estrogen, và lão hóa.

II. CHẨN ĐOÁN TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC

1. Lâm sàng:

D. Hỏi bệnh.

Mục đích của việc hỏi bệnh để phân biệt các dạng tiểu không kiểm soát bằng cách phân tích kỹ các triệu chứng than phiền của BN. Tiểu KKS bao gồm tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tiểu gấp KKS, tiểu KKS do tràn đầy khi bí tiểu mạn tính, đái dầm vào ban đêm và TKKS kết hợp các dạng với nhau. Khi hỏi bệnh cần chú ý khai thác đầy đủ các triệu chứng để phân loại tiểu KKS, độ nặng, mức độ ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của BN.

Khi hỏi cần đánh giá các triệu chứng liên quan đến khả năng chứa đựng và tổng xuất của bàng quang. Triệu chứng đánh giá khả năng chứa đựng bao gồm tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp và tiểu không kiểm soát. Triệu chứng đánh giá khả năng tổng xuất bao gồm tiểu ngập ngừng, tiểu chậm, tiểu khó, cảm giác tiểu không hết, cần phải đi tiểu lại sau khi đi tiểu lại, nước tiểu rỉ ra sau khi đi tiểu.

E. Khai thác tiền sử bệnh:

Cần tìm hiểu các bệnh phối hợp vì chúng có thể ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng của bàng quang gây nên các triệu chứng đường tiết niệu dưới tương tự như BQTH: (a) Hội chứng đường tiểu dưới (*Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS*), bao gồm những biểu hiện của tiểu khó; (b) Các bệnh nội khoa: đái tháo đường, suy tim ứ huyết, các bệnh thần kinh, chứng táo bón mạn tính ...; (c) Các thuốc đang sử dụng: lợi tiểu, chống trầm cảm, hạ áp ...; (d) Thói quen ăn uống: uống cà-phê nhiều, uống nước quá nhiều ...

F. Khám bệnh:

Mục đích đầu tiên của khám lâm sàng để loại trừ các yếu tố gây nhiễu hoặc các yếu tố gây ra tiểu KKS, vd túi thừa niệu đạo, rò âm đạo, niệu quản cầm lạc chỗ. POP ra ngoài màng trinh đã được chứng minh có thể gây ra SUI phức tạp vì POP gây ra tình trạng tắc nghẽn tương đối của niệu đạo. Tuy nhiên có thể che khuất hoặc làm giảm mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng SUI; hiện tượng này được gọi là SUI tiềm ẩn. Khi khám lâm sàng, ta có thể làm giảm mức độ sa bằng pessary hoặc chèn 1 miếng gạc lớn vào âm đạo, khi đó SUI có thể nhận biết rõ ràng.

Khám cầu bàng quang để loại trừ tiểu không kiểm soát do tràn đầy.

Xác định tiểu không kiểm soát khi gắng sức bằng test ho: BN nằm ngửa, yêu cầu BN ho, nếu thấy nước tiểu rỉ ra ở niệu đạo chứng minh có tình trạng SUI. Tuy nhiên nếu không thấy nước tiểu rỉ ra ở niệu đạo cần thực hiện lại test đánh giá, yêu cầu BN đứng và đảm bảo bàng quang đầy (thể tích bàng quang tối thiểu là 250 - 300 ml) để đảm bảo tối ưu hóa độ nhạy của test. Nếu test vẫn tiếp tục âm tính cần cho BN đo áp lực đồ BQ.

Đánh giá tình trạng di động niệu đạo: Di động niệu đạo được định nghĩa khi góc giữa niệu đạo và mặt phẳng ngang > 30 độ khi bn nằm tư thế sản phụ khoa và rặn mạnh.

2. Cận lâm sàng:

+ *Các xét nghiệm cơ bản ban đầu:*

(a) Phân tích nước tiểu (bao gồm hồng cầu, bạch cầu, nitrit, glucose) để loại trừ tiểu máu hoặc nhiễm khuẩn niệu

(c) Siêu âm bụng khảo sát hình ảnh hệ niệu nhằm phát hiện bệnh lý hệ niệu có khả năng gây triệu chứng tương tự tiểu không kiểm soát, và đo lượng tiểu tồn lưu nhằm đánh giá khả năng tổng xuất của bàng quang.

+ *Các xét nghiệm được xem xét làm thêm khác:*

(a) Cây nước tiểu (trong trường hợp nghi ngờ mà chưa xác định có nhiễm khuẩn niệu).

(b) Đo áp lực đồ bàng quang:

- Nhằm chẩn đoán tiểu không kiểm soát khi gắng sức đơn thuần và phức tạp (thể phối hợp).
- Đánh giá một cách khách quan mức độ trầm trọng của hiện tượng tiểu không kiểm soát khi gắng sức.
- Tìm ra được những chẩn đoán của các bất thường của hệ thần kinh phối hợp, có khả năng gây ra rối loạn về chức năng của bàng quang- cơ vòng.

- Có thể giúp xác định được một phần các rối loạn của cơ detrusor và các tắc nghẽn ở vùng cổ bàng quang- niệu đạo sau điều trị ngoại khoa các rối loạn thẳng bằng vùng chậu hoặc các điều trị ngoại khoa khác ở vùng chậu.
- Có thể kiểm tra các rối loạn về độ giãn nở của bàng quang ở những bệnh nhân có tiền sử gợi ý: xạ trị vùng chậu, phẫu thuật rộng ở vùng chậu, bệnh nhân mang thông tiểu kéo dài.
- Có thể chẩn đoán các bế tắc đường tiểu dưới.
- Có thể chẩn đoán tình trạng suy yếu cơ vòng gây ra tiểu không kiểm soát khi gắng sức trầm trọng nhưng khám lâm sàng lại không có tăng dịch chuyển niệu đạo.

III. ĐIỀU TRỊ TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC

1. Thay đổi hành vi

Các liệu pháp hành vi được xem là bước điều trị trước tiên cho tiểu không kiểm soát, mục tiêu của liệu pháp hành vi là để giúp lấy lại được kiểm soát bàng quang bằng cách tăng dung tích dùng được của bàng quang, và từ đó làm giảm các triệu chứng tiểu không kiểm soát.

Giáo dục cho bệnh nhân hiểu thế nào là bàng quang có chức năng bình thường và thế nào là bất thường.

Hướng dẫn bệnh nhân viết “nhật ký đi tiểu”

Tập đi tiểu theo giờ: Lập kế hoạch để bệnh nhân dần dần tập đi tiểu theo giờ, tập kìm nén cảm giác mắc tiểu nếu chưa đến thời gian quy định. Hướng dẫn bệnh nhân khoảng thời gian thích hợp giữa 2 lần đi tiểu là 3 – 4 giờ, và không nhất thiết cứ phải đi tiểu mỗi khi có cảm giác khác lạ trong bàng quang.

Tránh các yếu tố làm nặng nề thêm tình trạng TKKS như: táo bón, ho mạn tính, các công việc nặng nhọc, béo phì.

2. Các kỹ thuật tập luyện bàng quang:

Tập luyện bằng quang: bài tập Kegel

Tập cơ thắt cơ sàn chậu (PFMT): Tập cơ sàn chậu là một trong những biện pháp chính điều trị TKKS gắng sức do suy yếu sàn chậu. Tác động của PFMT tới những chức năng của các cơ đường tiêu dưới chưa được hiểu hết; tuy nhiên, người ta tin rằng có tồn tại một mối quan hệ giữa những sự thay đổi ở nhiều cách đo đặc sức mạnh của sàn chậu, như sức mạnh cơ thắt vòng hậu môn, hoặc tăng áp lực thắt chặt niệu đạo, và kháng trở, và tất cả những điều này ngăn không cho nước tiểu rò rỉ. Trong lúc dạy các bài tập PFMT, hầu hết các nghiên cứu đã thêm vào một số hình thức của liệu pháp biofeedback để có thể định danh được nhóm cơ đó. Kích thích điện cơ sàn chậu cũng đã được thêm vào và sử dụng. Biofeedback, 1 phần của chương trình phục hồi cơ vùng chậu trong điều trị tiểu không tự chủ, sẽ dịch những hoạt động của cơ sàn chậu thành những tín hiệu dễ hiểu cho bệnh nhân. Kỹ thuật này đặc biệt hữu ích ở những bệnh nhân nữ gặp khó khăn trong việc xác định và cô lập cơ chính xác. Các điện cực bề mặt, âm đạo và hậu môn có thể được dùng để đo cơ co của cơ.

3. Dụng cụ nâng đỡ âm đạo (Pessary)

Pessary ban đầu được sử dụng để điều trị sa tạng chậu mức độ nhẹ hoặc sa tạng chậu mức độ nặng nhưng không thể phẫu thuật. Sau đó nó đã được chứng minh làm thay đổi góc niệu đạo và tăng áp lực đóng niệu đạo đáng kể nên được sử dụng trong điều trị SUI.

Ưu điểm của dụng cụ âm đạo bao gồm:

- Chúng có khả năng áp dụng đối với phần lớn những BN tiểu không kiểm soát, có thể điều trị SUI đơn thuần và hỗn hợp, cũng như những trường hợp có tăng động niệu đạo.
- Không cần làm những xét nghiệm chuyên biệt, chẳng hạn như urodynamics.
- Có thể được sử dụng để điều trị SUI tiềm ẩn khi kèm những bệnh lý khác

- Gây các phản ứng phụ nhẹ phụ thuộc vào viêm âm đạo thỉnh thoảng gây khó chịu nhẹ tại chỗ.
- Một số thiết bị có thể được sử dụng để điều trị sa tạng chậu và SUI.

Nhược điểm của các thiết bị hỗ trợ âm đạo bao gồm:

- Không thể điều trị cho những trường hợp tiểu không kiểm soát do suy cơ thắt nên không có hiệu quả cho những TH không có tăng động niệu đạo
- BN không được giải quyết dứt khoát các vấn đề có thể chữa được trong khi bệnh lý ngày càng trở nên tồi tệ hơn theo thời gian, sức khỏe của bệnh nhân có thể bị suy giảm

4. Thuốc

A. Hormone:

Hormone tình dục có thể ảnh hưởng tới việc kiểm soát được tiểu thông qua thụ thể của chúng trên đường tiểu nữ cũng như ở những vùng trong não có liên quan tới việc kích thích đi tiểu và kiểm soát được tiểu. Các thụ thể estrogen được hiện diện trong niệu đạo cũng như cơ detrusor, cơ mu cùng (pubococcygeal) ở sàn chậu. Các thụ thể cũng được tìm thấy ở bàng quang và niệu đạo nữ, nhưng chức năng của chúng thì chưa rõ.

Hiệu quả của việc sử dụng estrogen trong điều trị SUI đã được báo cáo là cải thiện triệu chứng ở những bệnh nhân mãn kinh cũng như trên kết quả của các phép đo khách quan như đo áp lực niệu đạo....

B. Ức chế α – adrenergic

Hiện tại có ít bằng chứng để chứng minh hiệu quả của chất ức chế α - adrenergic tốt hơn so với giả dược như giảm số lượng pad và cải thiện các triệu chứng chủ quan

5. Laser phụ khoa.

Laser trong phụ khoa là phương pháp mới, hiện đại đã và đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới trong điều trị TKKS khi gắng sức mức độ nhẹ và trung bình, TKKS thể hỗn hợp. Nhiều nghiên cứu lâm sàng gần đây đã cho thấy hiệu quả, dễ thực hiện và an toàn.

Liệu pháp Laser nhẹ nhàng, không xâm lấn, không đau hay chảy máu. Năng lượng Laser giúp phục hồi cấu trúc Collagen âm đạo, kích thích tăng sinh mô đệm, nguyên bào sợi cũng như collagen âm đạo và vùng chậu xung quanh. Từ đó giúp gia tăng lượng máu nuôi âm đạo, độ dày của niêm mạc và săn chắc âm đạo và mô nâng đỡ vùng chậu.

6. Phẫu thuật

A. Phẫu thuật chỉnh sửa thành trước (Phẫu thuật Kelly)

Không khuyến cáo sử dụng phẫu thuật Kelly trong việc điều trị SUI vì hiệu quả về lâu dài kém và độ bền kém.

B. Phẫu thuật treo niệu đạo sau xương mu

Ưu điểm: giải phẫu sau xương mu quen thuộc với nhiều nhà niệu học, phẫu thuật có thể bộc lộ tốt và tiếp cận được các thành phần giải phẫu quan trọng cho giải phẫu, và cơ hội để có thể sửa chữa các tình trạng bệnh lý thông qua đường rạch đó hoặc hơi nâng lên một chút.

Khuyết điểm bao gồm: đường rạch lớn, nằm viện lâu, thời gian hồi phục lâu, và khó tiếp cận cũng như sửa chữa bệnh lý âm đạo thông qua đường rạch đó. 3 loại phẫu thuật treo sau xương mu hở chính là phẫu thuật Marshall-Marchetti-Krantz (MMK), Burch colposuspension và phẫu thuật chỉnh sửa xung quanh âm đạo (Richardson). Khi được sử dụng là phương pháp phẫu thuật nguyên phát hoặc thứ phát, những thủ thuật này có tỷ lệ thành công lâu dài rất tốt, hơn 4 năm trên 80% sau phẫu thuật

C. Phẫu thuật treo niệu đạo giữa

Các nghiên cứu lâu dài sử dụng dải treo (sling) làm bằng vật liệu tự thân hoặc nhân tạo đã cho thấy tỉ lệ chữa khỏi là trên 80% và tỉ lệ cải thiện hơn 90%.

Tỷ lệ thành công 5 năm rất tốt và tỷ lệ biến chứng ít khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Hiện tại phẫu thuật treo niệu đạo giữa có thể sử dụng mảnh ghép nhân tạo hoặc cân tự thân. Mảnh ghép được đặt sau xương mu hoặc xuyên lỗ bịt. Phương pháp treo niệu đạo giữa sau xương mu có tỷ lệ biến chứng thủng bàng quang trong lúc phẫu thuật cao hơn phương pháp treo xuyên lỗ bịt. Phương pháp treo niệu đạo giữa xuyên lỗ bịt có nguy cơ cao sẽ bị đau đùi. Cần sử dụng máy soi bàng quang kiểm tra đối với kỹ thuật treo niệu đạo giữa sau xương mu hoặc khi thao tác đâm kim xuyên lỗ bịt khó khăn hoặc BN có sa bàng quang.

Các biến chứng sau mổ:

- Tiêu khó sau mổ hoặc bí tiểu, đôi khi phải thông tiểu sạch cách quãng.
- Phẫu thuật qua ngã âm đạo có thể ảnh hưởng hoạt động tình dục.
- Lộ lưới thường rất hiếm.

D. Những chất làm phòng niệu đạo

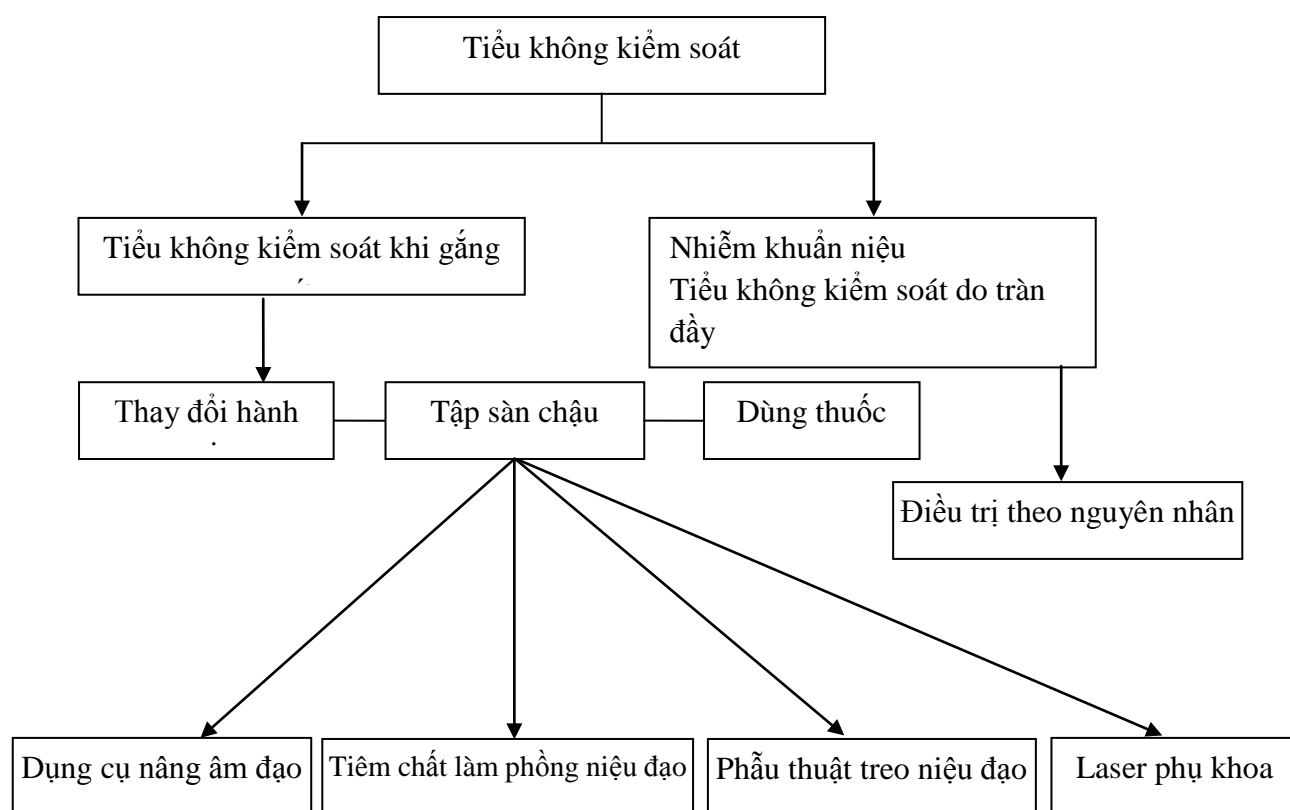
Những chất có thể tiêm vào xung quanh niệu đạo đã được sử dụng để điều trị SUI ở phụ nữ hàng thập kỷ qua, hầu hết được tiêm ngược dòng dưới hướng dẫn của bàng quang đồ. Cơ chế chưa rõ, cũng như cơ chế thất bại cũng chưa rõ, mặc dù người ta đã từng nghĩ rằng tái hấp thu sinh học (GAX collagen), sự di chuyển của các hạt và thoái hoá hệ cơ thắt có thể là những nguyên nhân.

Nhìn chung, biến chứng liên quan tới những chất tiêm vào xung quanh niệu đạo thì thấp. Nhiễm trùng tiểu, rối loạn chức năng đi tiểu ngắn hạn, bao gồm tổn động nước tiểu, tiểu máu là những tác dụng phụ ở hầu hết những chất tiêm xung quanh niệu đạo, tuy nhiên những tác dụng phụ này hầu hết sẽ tự khỏi.

IV.KẾT LUẬN

Hiện tại, có rất nhiều phương pháp điều trị tiểu không kiểm soát. Vì những rủi ro vốn có của các phẫu thuật, chi phí nằm viện, và thời gian hồi phục, các bác sĩ phẫu thuật tiếp tục thay đổi kỹ thuật để nâng cao hiệu quả, an toàn, và hiệu quả về chi phí, và xâm lấn tối thiểu. Không có thủ tục hoặc can thiệp nào là tối ưu cho tất cả các bệnh nhân. Tùy theo mong muốn và nhu cầu của từng bệnh nhân để tối ưu hóa điều trị sau khi cân bằng nhiều yếu tố.

LƯU ĐỒ



Tài liệu tham khảo

1. Abrams P., Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmsten, U, et.al (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*. 2002; 21:167-178.
2. Rezapour M, Ulmsten U (2001). “Tension-free vaginal tape (TVT) in women with recurrent stress urinary incontinence- a long-term follows up”. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, volume 12 Suppl 2, pp. S9-11

SUY HÔ HẤP CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Suy hô hấp cấp là một cấp cứu nội khoa, xảy ra khi hệ thống hô hấp không thể đáp ứng được nhu cầu chuyển hóa của cơ thể. Có 2 dạng suy hô hấp:

- Type I : Thiếu oxy máu khi $PaO_2 \leq 50-60\text{mmHg}$.
- Type II: Tăng CO_2 máu khi $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ kèm theo tình trạng toan máu $pH < 7,35$.

2. Nguyên nhân

2.1. Nhóm bệnh phổi

- Viêm phổi
- Hội chứng nguy ngập ngô hấp cấp (ARDS)
- Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Con hen phế quản
- Lao phổi tiến triển
- Tràn dịch màng phổi
- Tràn khí màng phổi
- Hít sặc
- Dị vật đường thở

2.2. Bệnh tim mạch

- Phù phổi cấp
- Thuyên tắc phổi
- Chèn ép tim

2.3. Bệnh thần kinh cơ

- Nhược cơ
- Hội chứng Guillain barre
- Xuất huyết não
- Chấn thương não – tủy sống cổ

- Sau gây mê phẫu thuật
- 2.4. Một số nguyên nhân khác
- Ngộ độc khí
 - Nhiễm trùng huyết
 - Viêm tụy nặng
 - Đa chấn thương

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng có thể chỉ xuất hiện khi đã suy hô hấp nặng, khi đã có các rối loạn trao đổi khí nặng nề và nguy hiểm. Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của suy hô hấp là không đặc hiệu, có thể cũng xuất hiện trong các trường hợp không có suy hô hấp.

1.1. Triệu chứng cơ năng

Khó thở là triệu chứng báo hiệu quan trọng và nhạy. Khó thở nhanh (> 25 lần/phút) hoặc chậm (< 12 lần/phút) hoặc loạn nhịp thở (Kussmaul, Cheyne – Stokes...), biên độ thở nông hoặc sâu.

Ho khan hay ho có đờm. Máu sắc đờm giúp nhận biết dấu hiệu nhiễm trùng là đờm đục, vàng hay xanh.

Ho ra máu là triệu chứng gợi ý chảy máu đường thở. Cần phân biệt với khạc ra máu hay nôn ra máu.

Sốt gợi ý nguyên nhân do nhiễm trùng

1.2. Khám lâm sàng

Tím: có thể chỉ xuất hiện khi $\text{PaO}_2 < 45\text{mmHg}$, Hb khử $> 5\text{g/dl}$ là biểu hiện của suy hô hấp nặng.

- Sớm: tím quanh môi, môi, đầu chi.
- Nặng, muộn: tím lan rộng ra toàn thân. Không có tím hoặc tím xuất hiện muộn nếu ngộ độc khí CO.

Vã mồ hôi

Rối loạn tim mạch:

- Mạch nhanh, có thể rối loạn nhịp (rung nhĩ, cơn nhịp nhanh trên thất, rung thất...).
- Huyết áp tăng, nếu nặng có thể tụt huyết áp.
- Thường kết hợp triệu chứng suy hô hấp và suy tuần hoàn. Thực tế cần phân biệt suy hô hấp là nguyên nhân hay hậu quả.

Rối loạn thần kinh và ý thức: là triệu chứng nặng của suy hô hấp.

- Nhẹ: lo lắng, hốt hoảng, thất điều.
- Nặng: vật vã hoặc ngủ gà, lơ đãng, hôn mê, co giật.

Khám ngực:

- Lồng ngực hình thùng
- Co kéo cơ liên sườn
- Lồng ngực căng phồng một bên gợi ý tràn khí màng phổi áp lực
- Rale phổi: rale rít, rale ngáy, rale nổ . rale ẩm.
- Giảm hay mất âm phế bào

2. Cận lâm sàng

2.1. Khí máu động mạch

PaO₂ : Bình thường > 60 mmHg. Nếu < 60 mmHg là có suy hô hấp và < 40 mmHg là suy hô hấp nặng.

Tỉ lệ PaO₂/FiO₂ bình thường > 500. Nếu tỉ lệ càng giảm tức tình trạng suy hô hấp càng kém đáp ứng với Oxy liệu pháp.

PaCO₂: bình thường khoảng 35-45 mmHg. Nếu tăng là dạng suy hô hấp tăng thán khí. Nếu giảm là có tình trạng suy hô hấp tăng thông khí như trong bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm toan nặng.

2.2. X Quang ngực

X Quang ngực giúp ích chẩn đoán một số nguyên nhân suy hô hấp thường gặp đồng thời giúp ích trong theo dõi điều trị như:

- Viêm phổi
- Phù phổi
- Tràn dịch màng phổi
- Tràn khí màng phổi
- ARDS

2.3. Siêu âm tim

Giúp chẩn đoán những nguyên nhân suy hô hấp do tim như suy tim nặng, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tràn dịch màng tim.

2.4. CT scan ngực

Chẩn đoán bệnh lý phổi – mạch máu khó phát hiện trên X quang qui ước: thuyên tắc phổi, ung thư phổi..

2.5. Một số cận lâm sàng khác

D-Dimer: giúp tầm soát thuyên tắc phổi

Procalcitonin giúp chẩn đoán nhiễm trùng và điều chỉnh kháng sinh

Xét nghiệm thường qui: công thức máu, Ure, Creatinin....

II. CHẨN ĐOÁN BỆNH

1. Chẩn đoán xác định

Suy hô hấp được chẩn đoán khi:

- Lâm sàng: Thở nhanh gắng sức hoặc thở chậm, SpO₂ giảm < 90%, rối loạn ý thức, tím tái, vã mồ hôi.
- Khí máu động mạch: PaO₂ < 60 mmHg, PaO₂/FiO₂ < 300; PaCO₂ > 50 mmHg.

2. Đánh giá mức độ

Yếu tố	TRUNG BÌNH	NẶNG	NGUY KỊCH
Glasgow	15đ	13-15đ	< 13đ Lơ mơ, hôn mê
Mạch	100-120	120-140	>140
Nhịp thở	25-30	30-40	>40 hoặc <10
Nói	Câu dài	Câu ngắn	-
Tím	+	++	+++
Vã mồ hôi	+	++	+++
HA	bình thường	tăng	giảm
pH	7,35-7,45	7,25-7,35	<7,25
PaO2	>60	55-60	<55
PaCO2	45-55	55-60	>60

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Hồi sức ban đầu theo trình tự A(Air way) - B (Breathing) - C(Circulation)

Điều trị nguyên nhân

Dự phòng biến chứng

2. Hồi sức ban đầu

2.1. Kiểm soát đường thở (A-Airway)

Nằm đầu cao

Ngửa đầu nâng cằm

Hút đàm hầu họng

Đặt ống ngậm Airway nếu bệnh nhân có dấu hiệu rớt lưỡi.

Đặt nội khí quản nếu suy hô hấp nặng nguy kịch

2.2. Hỗ trợ thở (B-Breathing)

Oxy liệu pháp

Mục tiêu duy trì SpO₂ > 92%

Phương pháp:

- Oxy mũi Canula 2 nhánh: cung cấp FiO₂ theo công thức $20 + 2n$, lưu lượng tối đa 6 lít/phút.
- Mặt nạ kèm hoặc không kèm van không thở lại: FiO₂ > 60% và lưu lượng khí tối thiểu > 6 lít/phút để tránh ứ CO₂.

Thông khí áp lực dương không xâm lấn (NIPPV – NonInvasive Positive Pressure Ventilation)

Chỉ định

- Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Con hen phế quản cấp
- Phù phổi cấp do tim
- Giai đoạn sau cai máy thở xâm lấn và rút nội khí quản
- Giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật có gây mê nội khí quản
- Suy hô hấp nặng có dấu hiệu mệt cơ

Chống chỉ định

- Nguy cơ ngưng hô hấp tuần hoàn: Suy hô hấp nguy kịch, shock , Suy đa cơ quan, Rối loạn nhịp nguy hiểm
- Bệnh không thể tự bảo vệ đường thở: Hôn mê, Tăng tiết đàm, Tắc nghẽn hô hấp trên, Nôn ói, Phẫu thuật tiêu hoá trên hoặc đường hô hấp trên gần đây.
- Vật vã hay không hợp tác.

Phương thức thở: thường dùng là PS/CPAP (hay còn gọi là BiPAP) hay CPAP.

Thông khí áp lực dương xâm lấn (IPPV - Invasive Positive Pressure Ventilation)

Chỉ định:

- Suy hô hấp nặng nguy kịch
- Suy hô hấp nặng có chống chỉ định của thở không xâm lấn.
- Phương thức thở: VC, PC, SIMV..

2.3. Hồi sức tuần hoàn (C-Circulation)

Bù dịch nếu huyết áp tụt. Thận trọng ở bệnh nhân suy tim và suy thận vô niệu

Vận mạch nếu huyết áp tụt không đáp ứng bù dịch.

3. Điều trị nguyên nhân

Viêm phổi: kháng sinh theo kinh nghiệm, cấy đàm và điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Đợt cấp BPTNMT và cơn hen phế quản: Dẫn phế quản dạng khí dung (Salbutamol, Ipratropium), Corticoid xịt (Budesonid) hay corticoid toàn thân.

Phù phổi cấp do tim: Nitrat bơm điện , Dobutamin và tìm nguyên nhân thúc đẩy suy tim mất bù (như nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp..)

Tràn dịch hay tràn khí màng phổi: chọc hút hay dẫn lưu màng phổi.

Thuyên tắc phổi: kháng đông , hội chẩn chuyên khoa điều trị can thiệp nội mạch, tiêu sợi huyết.

4. Điều trị dự phòng biến chứng

Loét dạ dày do Stress: dùng PPIs

Huyết khối tĩnh mạch sâu: Enoxaparin, bơm áp lực ngắt quãng hai chân, vật lý trị liệu.

Loét tì đè: Xoay trở chống loét.

5. Theo dõi bệnh

5.1. Lâm sàng

A. Theo dõi sinh hiệu: Tri giác, kiểu thở, mạch, huyết áp, SpO2 và nhịp tim bằng máy Monitor.

5.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm: công thức máu, chức năng gan thận, Procalcitonin và khí máu động mạch.

X quang ngực thẳng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Anh and Ngô Quý Châu (2011), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa - Bệnh viện Bạch Mai", *Nhà xuất bản y học*, Page. 83-78.
2. Nguyễn Thị Xuyên and cs (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực", *Ban hành kèm theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế*, Page. 01-08.
3. David P. Gurka and Robert A. Balk, "Acute Respiratory Failure", *Critical Care Medicine - Principles Of Diagnosis And Management In The Adult*. 4, Page. 629-641.
4. Rosen' Emergency medicine (2006), "Concepts and Clinical Practice", *Mosby* 6th edition.

TIÊU CHẢY CẤP

(NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêu chảy cấp là tình trạng đi tiêu ra khối lượng phân và dịch > 200g/ 24 h trong vài ngày và bị ít hơn 2 tuần.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Vi trùng: Diarrheagenic **Escherichia coli**, **Campylobacter jejuni**, **Vibrio cholerae O1**, *V. cholerae* O139*, *Shigella* species, *V. parahaemolyticus*, *Bacteroides fragilis*, Nontyphoidal *Salmonellae*, **Clostridium difficile**, *Yersinia enterocolitica*, *Y. pseudotuberculosis*

2.2. Virus: Rotavirus, Norovirus (calicivirus), Adenovirus (serotype 40/41), Astrovirus, Cytomegalovirus

2.3. Ký sinh trùng:

- ✓ Protozoan (nguyên sinh bào): *Cryptosporidium parvum*, **Giardia intestinalis**, *Microsporidia**, **Entamoeba histolytica**, *Isospora belli**, *Cyclospora cayetanensis*, *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis hominis*
- ✓ Helminths (giun, sán): **Strongyloides stercoralis**, **Angiostrongylus costaricensis**, *Schistosoma mansoni*, *S. japonicum*

II. CHẨN ĐOÁN

1. LÂM SÀNG

- Hỏi bệnh sử:
Có ăn uống gì lạ ở ngoài đường? Có đi du lịch? Có tiền căn đang dùng kháng sinh hay đang điều trị bệnh nào khác? Dị ứng, miễn dịch giảm?
- Kiểu tiêu chảy ít đau bụng kèm lượng phân nhiều nhĩ nhiều đến tổn thương ruột non hay đoạn ruột già gần

- Tiêu chảy phân ít, cảm giác mót rặn (tenesmus) có đờm máu và đau bụng nhiều tổ thương trực tràng hay đại tràng thấp
- Bệnh nhân có sốt, tụt huyết áp, tim nhanh, da khô thiếu nước, khô miệng là những dấu mất nước nghiêm trọng.
- Cần phải để ý loại trừ các bệnh lý ngoại khoa (dấu hiệu phản ứng phúc mạc): viêm ruột thừa cấp, túi thừa

2. CẬN LÂM SÀNG

- Đa số các trường hợp tiêu chảy cấp nhẹ thương tự khỏi sau vài ngày cho nên cần thăm khám kỹ trước khi cho xét nghiệm nếu thấy thực sự cần thiết.
- Cây phân khi nào: khi bệnh nặng, sốt cao, tiêu đờm máu, phân soi có bạch cầu, bệnh suy giảm miễn dịch và bệnh nhân có tiền sử bị hội chứng ruột kích thích.
- Cây máu: khi sốt cao, dọa shock, hay suy giảm miễn dịch nặng

❖ **Chẩn đoán hình ảnh**

- + Siêu âm
- + Chụp phim bụng đứng khi nghi ngờ bệnh nhân có bệnh lý ngoại khoa, nhiễm *C.difficile*, amib.
- + MSCT bụng
- + **Nội soi trực tràng:**
 - Chỉ định: phân có máu, mót rặn kéo dài 3-4 ngày liền.
 - Soi kèm sinh thiết giúp chẩn đoán phân biệt nhiễm trùng và đợt bùng phát (flare) của viêm loét ruột .
 - Soi giúp chẩn đoán loại trừ viêm ruột do thiếu máu cục bộ
 - Soi giúp chẩn đoán tiêu chảy do nhiễm *C.difficile* nhanh nếu có hình ảnh màng giả mạc đặc trưng.
 - Soi và quan sát thêm trên kính hiển vi mẫu mô + làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán bệnh lý amib

- Sinh thiết qua soi trực tràng giúp chẩn đoán bệnh lý viêm hậu môn trực tràng cấp do Cytomegalo virus hay herpes virus.

III. ĐIỀU TRỊ

1. ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

1.1. Bù dịch

- + Nếu nhẹ thì cho uống nước ORS có tỷ trọng thấp (nồng độ natrichlorid 2,6g/l; glucose 13,5g/l , 1,5g potassium chloride, 2,5g sodium bicarbonate và có tổng độ thẩm thấu (245mOsm/l)).
- + Nặng: truyền dịch đẳng trương (NaCl 0,9% hoặc Lactated Ringer)
- + Bổ sung thêm kali clorid (KCl): mỗi 1 lít dịch truyền pha thêm 1g KCl.

1.2. Thuốc chống tiêu chảy

- ✓ Loperamide (Imodium) chỉ cho khi bệnh nhân không có sốt, không bị liệt ruột, không có tiêu đàm máu.
 - + Loperamide có thể làm giảm thời gian phóng thích phân tạo điều kiện cho trực khuẩn lỵ và ETEC xâm nhập đường ruột.
 - + Loperamide chống chỉ định trong toxic megacolon (viêm loét đại tràng nhiễm độc).
 - + Liều dùng thường :
 - bắt đầu bằng 1-2 viên.
 - sau đó duy trì 1-2 viên / 6 -8 giờ.
- ✓ Các thuốc hấp phụ khác có thể an toàn hơn Loperamide:
 - + Than Hoạt : Carbotrim : 1-2 viên x 3-4 lần/ngày.
 - + Đất sét: Smecta: 1-2 gói x 2- 4 lần/ ngày.
- ✓ Men vi sinh đường ruột : Antibio, Enterogermina, Lactomine, Bioflora
 - + Có thể sử dụng nhưng chứng cứ để khuyến cáo dùng thường qui là chưa có.
 - + Tuy nhiên thuốc đặc biệt hiệu quả trong trường hợp tiêu chảy cấp do loạn khuẩn do dùng kháng sinh.

1.3. Kháng sinh

- + Nếu tiêu chảy do EHEC(Enterohaemorrhagic Escherichia coli serotype O157:H7) thì càng không nên dùng vì nguy cơ bị hội chứng HUS (tán huyết và suy thận cấp)
- + Đa số các tiêu chảy cấp tự khỏi trong vòng 2-4 ngày. Tình trạng sử dụng kháng sinh vẫn khá phổ biến.
- + Tiêu chảy cấp do siêu vi không nên dùng kháng sinh.
- + Kháng sinh chỉ có lợi cho một số trường hợp như nhiễm Campylobacter hay Aeromonas, Yersinia.
- + Kháng sinh theo kinh nghiệm (thường là nhóm quinolone) nên cho khi: Sốt cao >38,9 độ, trụy mạch, tiêu máu nhiều, bệnh đi du lịch mới phát và có biểu hiện tiêu chảy nhiều, mất nước nặng và kéo dài hơn 1 tuần.

2. ĐIỀU TRỊ THEO NGUYÊN NHÂN

2.1. Tiêu chảy do nhiễm siêu vi

❖ Nhóm Norovirus

- + Ủ bệnh 12-48h sau nhiễm, triệu chứng có thể: buồn nôn, ói, tiêu chảy nước, quặn bụng và có thể kèm sốt nhẹ <38,6 độ.
- + Bệnh kéo dài khoảng 3 ngày.
- + Điều trị triệu chứng(loperamide, bismuth salicylate), bù nước và điện giải.

❖ Rotavirus (bệnh có thể ngừa bằng vaccine)

- + Bệnh thường mùa lạnh, gặp ở trẻ em và sơ sinh.
- + Triệu chứng là tiêu chảy nước và ói nhiều kèm sốt. Làm trẻ dễ bị mất nước nặng. - Nên điều trị bù nước tích cực.
- + Trẻ lớn và người lớn thường bị tái nhiễm nhiều lần không triệu chứng.

- ❖ **Các siêu vi khác:** Enteric adenovirus , Astrovirus, Cytomegalovirus điều trị cũng chủ yếu là bù nước và điều trị triệu chứng.

2.2. Tiêu chảy do vi trùng

❖ Shigellose

- + fluoroquinolone cho người lớn
- + azithromycin cho trẻ em .

- ❖ **Nontyphoidal Salmonellosis (*Salmonella typhimurium* và *Salmonella enteritidis*)**
 - + Nhiễm trùng qua đường phân miệng, đồ ăn (thịt bò xay, thịt gia cầm, trứng, sữa, rau không sạch, bơ đậu phộng...)
 - + sử dụng nhóm fluoroquinolone.
- ❖ **Campylobacter**

Dùng nhóm Macrolide: Erythromycin, Azithromycin hoặc fluoroquinolones thay thế nếu thấy có kháng thuốc.
- ❖ **Yersinia**

Dùng kháng sinh khi có bằng chứng do Yersinia.

Fluoroquinolones cho người lớn

Sulfamethoxazoletrimethoprim (bactrim) cho trẻ em trong vòng 5-7 ngày.

Nếu cần cho kháng sinh chích thì nhóm Cephalosporin 3 có thể cho 2-3 tuần.
- ❖ **Listeriosis - Nhiễm *Listeria monocytogenes***
 - + Là 1 trực khuẩn giống Bạch hầu có nhiều trong đất, động vật, đồ ăn: bơ, sốt, và thịt chế biến sẵn.
 - + Điều trị: kháng sinh Ampicillin, penicillin G, Bactrim,
- ❖ **Phẩy khuẩn noncholera (*Noncholera Vibrio*)**

Điều trị chủ yếu là bù nước, điện giải có thể sử dụng thêm kháng sinh nhóm Doxycillin hay Quinolone sẽ giảm nhanh triệu chứng và nằm viện.
- ❖ **Phẩy khuẩn tả**
 - + Dịch tả thường có ở vùng châu Á, Phi, Trung và Nam Mỹ, nguyên do chủ yếu là nguồn nước hay thức ăn nhiễm khuẩn.
 - + Kháng sinh có thể dùng là Tetracycline, doxycyclin, azithromycin sẽ giảm sự mất nước.
- ❖ **Aeromonas**

Điều trị: Bactrim, fluoroquinolone
- ❖ ***Plesiomonas shigelloides* giống *Aeromonas* cũng gây bệnh cho cá, động vật.**

Điều trị: Bactrim, fluoroquinolones, cephalosporin.

❖ **Enterotoxigenic E coli (ETEC)**

Điều trị triệu chứng bù nước, điện giải, và kháng sinh ngăn ngày.

❖ **Enteropathogenic E coli (EPEC)**

Điều trị : bù nước, điện giải, kháng sinh Bactrim, colistin

❖ **Enteraggregative E coli (EAEC)**

Điều trị: Ciprofloxacin, Rifaximin, Azithromycin

❖ **Enteroinvasive E coli (EIEC)**

Điều trị: Trẻ em: azithromycin, người lớn: fluoroquinolone

❖ **Enterohemorrhagic E coli(EHEC)**

+ Điều trị nâng đỡ truyền dịch, **không được dùng thuốc nhóm loperamide.**

+ **Kháng sinh không có lợi trong bệnh này mà có khi có hại khi làm tăng nguy cơ dẫn đến hội chứng tán huyết do tăng ure máu ở trẻ < 10 tuổi (đã có nghiên cứu dùng kháng sinh bất lợi hơn không dùng).**

❖ **Staphylococcus aureus**

Bù nước và điện giải, chú ý điều chỉnh kiềm chuyển hoá do ói nhiều.

❖ **Bacillus cereus**

+ Có thể có trong cơm bảo quản không tốt sau nấu chín, thịt không sạch, các loại xôi và thực phẩm khác.

+ Điều trị triệu chứng bù nước điện giải.

❖ **Clostridium difficile**

✓ Trục khuẩn gram dương, có thể gây tiêu chảy nặng phải nhập viện.

✓ Vi trùng có thể biến đổi tăng sinh khi vi trùng đường ruột bị thay đổi sau 1 đợt dung kháng sinh: aminopenicillin, fluoroquinolone, cephalosporin, clindamycin, và ngay cả nhóm metronidazole.

✓ Vi trùng có thể phát triển ở bệnh nhân đang hóa trị ung thư hay 1 đợt cấp của hội chứng ruột kích thích (IBD)

✓ Sau khi sinh sôi trong ruột nó sẽ tạo ra 2 độc chất A và B gây độc niêm mạc ruột và tạo ra sự xuất tiết.

- ✓ Người bệnh có thể mang trùng không triệu chứng. Có thể bị triệu chứng nặng sau 1 đợt điều trị kháng sinh: mệt mỏi, tiêu chảy nhiều, đau bụng, sốt nhẹ, tiêu có thể có máu, bạch cầu trong phân.
- ✓ Chẩn đoán viêm ruột do *C. difficile* bằng tìm độc chất trong phân thông qua tế bào fibroblast trong phân.
- + Soi hậu môn trực tràng tìm hình ảnh giả mạc là hình ảnh có thể của viêm do *C.difficile*.
- + Nếu lâm sàng đột ngột thay đổi từ tiêu chảy cấp > 10 lần, ngưng đi cầu đột ngột mà không cải thiện: đau bụng nhiều, chướng bụng, sốt cao, hạ huyết áp, tăng creatinin, giảm albumin máu và có hình ảnh dẫn các quai ruột thì nên nghĩ đến toxic megacolon ngay và cần theo dõi can thiệp ngoại khoa.
- ✓ Hướng dẫn điều trị (guideline treatment): **nên ngưng toàn bộ các kháng sinh đã dùng, ngưng thu ốc giảm nhu động ruột điều trị tiêu chảy nhóm loperamide.**
- + Bệnh nhẹ hay mức độ trung bình: Metronidazole 500mg x 3 lần /ngày x 10-14 ngày.
- + Bệnh nặng: uống Vancomycin 125mg mỗi 6 giờ trong 10-14 ngày.

* **Tiêu chuẩn bệnh nặng:**

1. Tiêu chảy 8-10 lần/ ngày
2. Bạch cầu tăng trên 15.000
3. Sốt cao trên 38,8 độ C
4. Giảm albumin máu, tăng creatinin

* **Tiêu chuẩn bệnh rất nặng:** tiêu chảy >10 lần, BC>25.000, sốt >38,9 độ C, đau bụng nhiều, dẫn đường ruột, rối loạn huyết động thì

==>vừa cho uống vancomycin 500mg/6h và truyền metronidazole 500mg/ 8h.

==> Theo dõi sát tình trạng bụng, chụp XQ bụng mỗi ngày để đánh giá các quai ruột, phẫu thuật cắt bỏ ruột nếu có toxic megacolon.

- Sau khi điều trị khỏi nhiễm trùng *C.difficile* có thể bị hội chứng ruột kích thích.

- Tình trạng thất bại và tái phát có thể xảy ra 10-25% trường hợp.

Điều trị lại với vancomycin uống 125mg x4 /ngày/7 ngày ->125mg x 2/ 3 ngày - >125mg/ ngày (tổng cộng 2 tuần).

2.3. Tiêu chảy do nhiễm ký sinh trùng:

❖ **Giardia lamblia**

- Soi phân tìm ký sinh trùng và dạng trứng: 3 mẫu tìm được 80-90% ca bệnh.
- Điều trị: metronidazole 250mg x3 / 7 ngày.

❖ **Cryptosporidiosis:**

- Xét nghiệm: phân, dịch mật, mẫu mô tìm KST.
- Điều trị: nitazoxanide, paronomycin, metronidazole, clarithromycin, và nâng đỡ.

❖ **Cyclospora cayetanensis và Isospora belli**

- Thường gặp ở bệnh nhân HIV.
- Điều trị: Bactrim 960mg x 2 / 7 ngày (cyclospora) và 4 tuần với isospora.

❖ **Entamoeba histolytic**

- Lây nhiễm phân miệng, tình dục (homosexual) dạng bào nang vào cơ thể đến ruột chuyển hóa thành dạng hoạt động gây viêm và loét ruột già. Có 1 số đến gan gây absces gan.
- Triệu chứng: Tiêu chảy, đàm, máu, đau bụng, mót rặn, sốt nhẹ, thiếu máu, giảm albumin máu.
- Xét nghiệm: soi phân, tìm kháng thể trong phân (nhạy 90%). Soi trực tràng sinh thiết bờ tổn thương để soi kính hiển vi và test tìm kháng thể.
- Test huyết thanh khi bệnh 7-10 ngày mà chưa có kháng thể trong phân.
- Điều trị:
 - + khi xác định được bệnh ngay cả khi không có triệu chứng bằng Metronidazole 500 mg x3 / ngày/ 10 ngày
 - + Điều trị thể bào nang bằng thuốc thấm vào màng ruột: Metronidazole sau đó điều trị thêm vào Iodoquinone (Direxiole) 650mg x 3/ngày trong 20 ngày hoặc paronomycin 10mg x 3 lần/ngày trong 7 ngày.

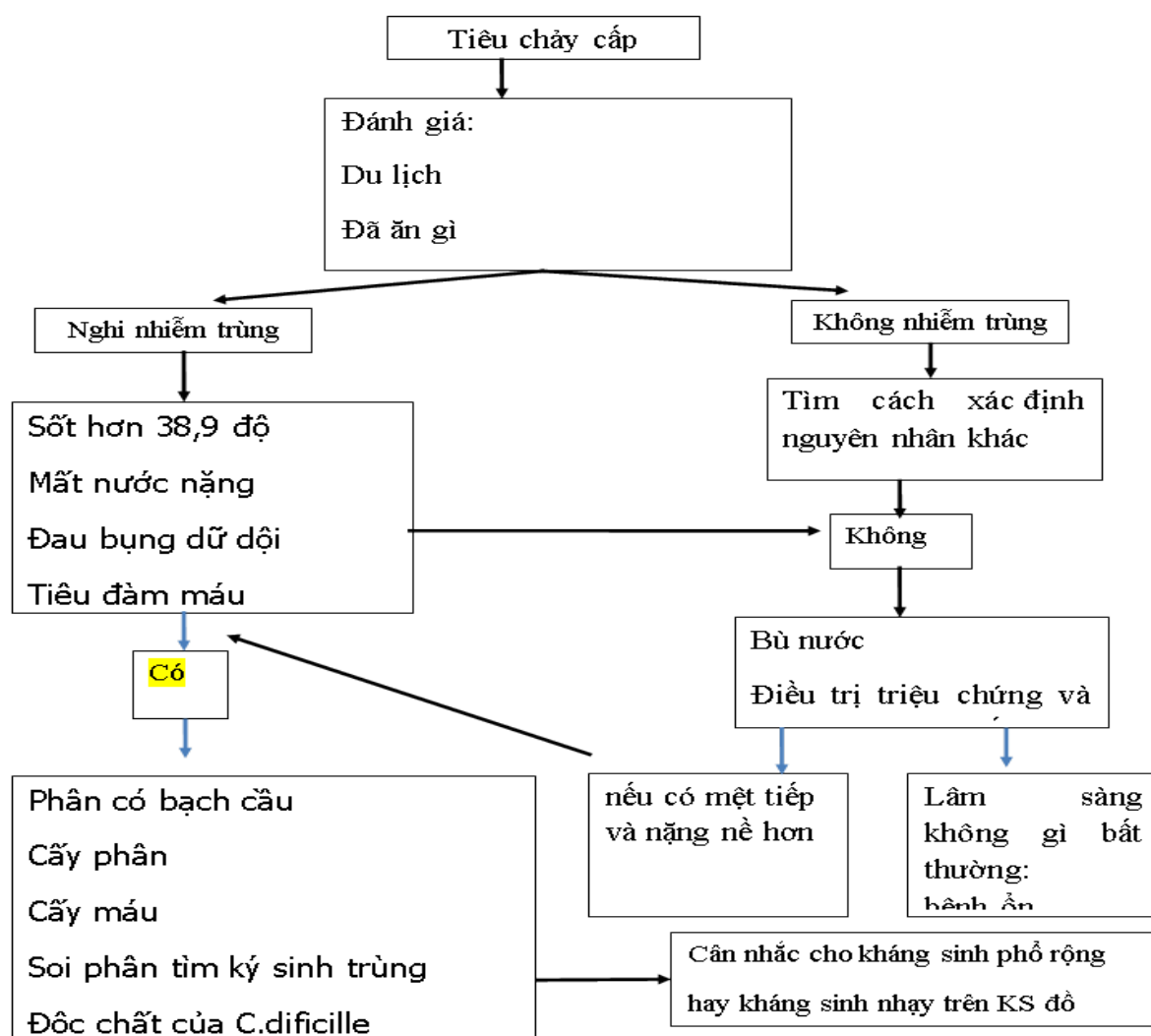
2.4. Nhiễm nấm: Microsporidia

- Thường gặp ở bệnh nhiễm HIV, gây tiêu chảy, mất nước và kém hấp thu.
- Xét nghiệm phân tìm nấm, nhuộm, soi.
- Có thể sinh thiết ruột tìm nguyên nhân qua nội soi trực tràng.

2.5. Tiêu chảy do đi du lịch:

- Tiêu chảy >3 lần/ trong 24h sau khi du lịch về từ 2-10 ngày.
- Triệu chứng rất đa dạng: sốt, đau bụng, buồn nôn....
- Khám và hỏi bệnh sử kỹ để khu trú loại nguyên nhân.
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân và theo dõi.
- Điều trị triệu chứng kết hợp kháng sinh nếu cần

LƯU ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIÊU CHẢY CẤP



Bảng: Đánh giá mức độ mất nước

Mất nước nhẹ	Mất nước trung bình	Mất nước nặng
Chỉ khát nước, không có dấu hiệu thực thể của tình trạng mất nước.	<ul style="list-style-type: none"> Niêm mạc miệng khô. Mắt trũng (ít hoặc không nước mắt khi khóc). Thời gian làm đầy mao mạch và dấu véo da < 2 giây. Tình trạng tri giác có biến đổi (ngủ gà hoặc kích thích). Thở sâu (kiểu toan huyết). 	<p>Các dấu hiệu ở nhóm “mất nước vừa” tăng thêm</p> <p>Cộng với:</p> <ul style="list-style-type: none"> Giảm tưới máu ngoại vi (tay chân lạnh, tái; thời gian làm đầy mao mạch và dấu véo da ≥ 2 giây). Huyết áp hạ (HA tâm thu < 80 mmHg) hoặc kẹt (khoảng cách HA tâm thu - tâm trương < 20 mmHg). Mạch nhanh nhẹ khó bắt, HA không đo được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Bệnh học nội khoa trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (2019)
- 2) ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults (2015)
- 3) Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea (2017)

HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA :

- Là rối loạn chức năng của đại tràng.
- Trước đây, nhiều tên gọi : viêm đại tràng co thắt, bệnh đại tràng thần kinh, co thắt đại tràng.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Rối loạn vận động ruột
- Tăng cảm nội tại : thay đổi tính thấm ruột, kích hoạt hệ thống miễn dịch.
- Rối loạn trục não – ruột : rối loạn hệ vi sinh đường ruột là yếu tố chính
- Sau nhiễm trùng : 31% BN sau nhiễm trùng xuất hiện hội chứng ruột kích thích, cao gấp 7 lần những Bệnh nhân thông thường.
- Rối loạn hệ thần kinh trung ương. BỆNH NHÂN IBS có thể gia tăng stress và điều này làm nặng lên các triệu chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng + Cận lâm sàng bình thường

1. LÂM SÀNG : Có thể có các biểu hiện sau đây

- Đau bụng / khó chịu ở bụng
- Tiêu chảy: thường gặp
- Táo bón: đi cầu < 3 lần/ tuần
- Táo bón / xen kẽ tiêu chảy.
- Chướng bụng
- Cảm giác đi cầu không hết

2. CẬN LÂM SÀNG : Phải có đầy đủ các xét nghiệm sau đây

- XN MÁU:CTM, VS, ĐƯỜNG, TSH , ION ĐỎ : Bình thường
- XN PHÂN : Máu ẩn/phân (-), KSTĐR (-)
- XQ ĐẠI TRÀNG / SOI ĐẠI TRÀNG : Bình thường.

3. TRƯỜNG HỢP Ở PHÒNG KHÁM, CHƯA CÓ CÁC CẬN LÂM

SÀNG: Phải thỏa mãn đủ cả 2 điều kiện sau:

- Không có dấu hiệu báo động.
- Phù hợp tiêu chuẩn ROME IV

*** TIÊU CHUẨN ROME IV:**

IBS là rối loạn ruột mạn tính, đặc trưng bởi đau bụng tái phát, xảy ra ít nhất 1 ngày mỗi tuần, trong 3 tháng gần đây kết hợp với ≥ 2 tiêu chuẩn sau đây :

- Có liên quan đến đi tiêu
- Thay đổi số lần đi tiêu
- Thay đổi hình dạng phân

*** DẤU HIỆU BÁO ĐỘNG**

HỎI BỆNH	KHÁM
Khởi phát tuổi > 50	Thăm trực tràng có máu
Tiền sử gia đình: polyp , K đại tràng	Thiếu máu
Có máu trong phân	Sờ thấy khối ở bụng
Sốt	Có dấu tắc ruột / bán tắc
Sụt cân	Suy kiệt
Tiêu chảy liên tục	

4. PHÂN LOẠI

4.1. Thể táo bón(IBS-C): đi tiêu ít hơn 3 lần /tuần, phân cứng , đi phải rặn

4.2. Thể tiêu chảy(IBS-D): đi tiêu trên 3 lần /ngày, phân lỏng , nhiều nước không nín được

4.3. Thể hỗn hợp(IBS-M): táo bón xen lẫn tiêu chảy

4.4. Thể không phân loại được: bất thường phân không đủ tiêu chuẩn trên

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Cần loại trừ các nguyên nhân thực thể, phát hiện các triệu chứng báo động

III. ĐIỀU TRỊ:

1. ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC :

- Giải thích trấn an bệnh nhân .
- Tâm lý liệu pháp, thư giãn.
- Chế độ ăn uống : hạn chế FODMAPS (Fermentable Oligosaccharides (nhóm thực phẩm có thể lên men), Disaccharides, Monosaccharides và Polyols), bổ sung chất xơ, tinh dầu bạc hà.

2. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

2.1. THUỐC TÁC ĐỘNG NHU ĐỘNG RUỘT → Giảm triệu chứng đau bụng → Có thể dùng 01 trong 2 nhóm thuốc sau

✓Ức chế phó giao cảm :

- + ATROPINE: Chỉ có dạng chích
- + Dẫn xuất Atropine: Hyoscin (Buscopan 10mg) 1v x 3 (u)
- + Tác dụng phụ: # Atropine
- + CCD: Bí tiểu, Glaucoma.

✓GIÃN CƠ TRƠN :

- + Ít tác dụng phụ, không có chống chỉ định
- + Spasmaverin, Alverin (Meteospasmyl), drotaverin (Nospa)
- + Trimebutine (Debridat): Điều hòa nhu động ruột
- + Liều dùng: 1-2 viên x 2-3 lần / ngày (u)

2.2. THUỐC GIẢM TIÊU CHẢY :

- Loperamide (Imodium): 1v x 2-3 lần/ngày
- Bảo vệ niêm mạc ruột: Smecta, Actapulgate, Bismuth, Newdiatab
- + Than hoạt (CARBOGAST, CARBOTRIM) 2 viên x 2-3 lần/ngày
- + Đất sét (Smecta, Actapulgate): 1 gói x 2-3 lần/ngày
- Vi khuẩn thay thế:Antibio, Lacteol, Enterogermia, Bioflora 200mg (hiệu quả không cao)

2.3. THUỐC NHUẬN TRƯỜNG THÂM THẤU → giảm triệu chứng táo bón.

+ Đường: Sorbitol, Lactulose (Duphalac) 1 gói x 2-3 lần/ngày

+ Cao phân tử : Macrogol (FORLAX) 1 gói x 1-3 lần/ngày

2.4. THUỐC GIẢI LO ÂU – AN THẦN.

+ Hiệu quả khi bệnh nhân quá lo âu, stress, căng thẳng.

+ Thường dùng Diazepam 5mg: 1 v (u) tối.

+ Hoặc Sulpiride 50mg : 1 v x 2-3 lần/ngày.

2.5. KHÁNG SINH

Rifaximin 550mg 1 viên x 3 lần/ ngày trong 2 tuần. Thuốc được FDA chấp thuận năm 2016.

2.6. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ MỚI

- Ghép bào tử vi khuẩn/ phân: mức độ bằng chứng và hiệu quả : thấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Bệnh học nội khoa trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
- 2) Guidelines on the management of irritable bowel syndrome, Gastroenterology Rev 2018; 13 (4): 259–288
- 3) WGO Practice Guideline - Irritable Bowel Syndrome (IBS) 2018