

BỆNH VIỆN ĐKKV BÔNG SƠN
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

MỤC LỤC

Xoắn tinh hoàn	1
Vỡ bàng quang	3
Viêm tinh hoàn - mào tinh	6
Viêm bàng quang cấp	9
Tinh hoàn ẩn	12
Tiểu máu	17
Phác đồ điều trị tăng sinh lạnh tinh tuyến tiền liệt	21
Phác đồ điều trị sỏi tiết niệu	25
Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản	36
Hẹp bao qui đầu	38
Nang mào tinh - thừng tinh	41
Gãy dương vật	43
Cương dương vật kéo dài	45
Chấn thương và vết thương niệu đạo	49
Chấn thương bìu – tinh hoàn	54
Bí tiểu cấp	56
Chấn thương và vết thương thận	58
Tắc ruột	61
Viêm ruột thừa	64
Chấn thương bụng kín	66
Viêm túi mật cấp	70
Sa trực tràng	75
Thoát vị bẹn	80
Thủng dạ dày-tá tràng	85
Vết thương thấu bụng	89
Sỏi đường mật	94
Áp - xe gan do amip	100
Rò hậu môn	106
Bệnh trĩ	113
Sỏi đường mật ngoài gan	117
Viêm tụy cấp	119
Mở thông dạ dày nuôi dưỡng	124
Lồng ruột	126

XOẮN DÂY TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Xoắn dây tinh là một cấp cứu niệu khoa đã được Delasiauve mô tả lần đầu tiên năm 1840

- Là hiện tượng dây tinh bị xoắn quanh trục của nó dẫn đến hiện tượng phù nề sung huyết và ứ trệ máu tại tinh hoàn, đưa đến hoại tử tinh hoàn.

2. Yếu tố nguy cơ

- Thay đổi đột ngột nhiệt độ từ nóng sang lạnh.
- Tinh hoàn ẩn.
- Đã chẩn đoán xoắn dây tinh.
- Thoát vị bẹn.
- Sau chấn thương.

3. Nguyên nhân

Bất thường về vị trí của tinh hoàn nằm trong bìu, tinh hoàn giống quả lắc đồng hồ.

4. Tần suất

8,6 /100.000 trẻ nam từ 10 – 19 tuổi, lứa tuổi thường gặp nhiều 12 – 16 tuổi, xoắn dây tinh bên trái chiếm ưu thế và rất hiếm gặp xoắn dây tinh hai bên.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

- Đau đột ngột vùng bìu, bẹn.
- Nôn ói
- Tinh hoàn sưng nề và bị kéo sát gốc bìu dương vật.
- Tinh hoàn bị xoay trục.
- Mất phản xạ cơ bìu.
- Có thể chạm nốt xoắn dây tinh
- Tiểu khó và tăng thân nhiệt: rất hiếm xảy ra

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler mạch máu bìu bẹn: nút xoắn, tưới máu và có hoại tử tinh hoàn không

- Tổng phân tích nước tiểu
- Công thức máu: phân biệt viêm tinh hoàn

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh khởi đầu với đau bìu đột ngột, không sốt, khám trực tinh hoàn bị đẩy lên cao, có thể sờ thấy nút xoắn.
- Siêu âm đánh giá nút xoắn, độ tưới máu và có hoại tử tinh hoàn hay không

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tinh hoàn mào tinh: diễn tiến đau từ từ, sốt, tinh hoàn sưng to, trực không lệch, công thức máu và nước tiểu có tình trạng nhiễm khuẩn, siêu âm bìu còn tưới máu tinh hoàn.
- Xoắn máu phụ tinh hoàn – mào tinh: bệnh cảnh giống nhưng lâm sàng trực tinh hoàn không bị kéo cao, siêu âm bìu còn tưới máu tinh hoàn và có thể thấy hình ảnh phù nề máu phụ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

- Có thể tháo xoắn bằng tay để giảm đau và tăng tưới máu tinh hoàn

2. Phẫu thuật

- Phẫu thuật khẩn với mục đích thám sát bìu, tháo xoắn dây tinh và cố định tinh hoàn.
- Cố định tinh hoàn bên không bị xoắn.

3. Biến chứng

- Viêm tinh hoàn
- Nhiễm trùng vết mổ
- Hoại tử tinh hoàn
- Xoắn tái phát rất hiếm

4. Tiên lượng

- Tùy vào mức độ xoắn và thời gian phẫu thuật từ lúc khởi đầu đau bìu
- Các trường hợp đến sớm trước 24 tiếng khả năng giữ tinh hoàn cao.

VỠ BÀNG QUANG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Choáng sau chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.
- Đau vùng hạ vị. Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.
- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.
- Xuất huyết niệu đạo.
- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ổ máu tụ hoặc vào phúc mạc.
- Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu.
- Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gãy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ổ máu tụ.

2. Cận lâm sàng

a. Sinh hóa

- CTM: xem tình trạng nhiễm trùng và mất máu của bệnh nhân.
- Creatinin máu có thể tăng khi có sự hấp thụ chất này vào màng bụng từ nước tiểu trong ổ bụng.
- TPTNT, cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ.

b. Siêu âm

Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch. Ngoài ra có thể thấy những tổn thương đi kèm.

c. X.quang

- Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột
- Chụp cystography
 - + Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy: Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu. Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.
 - + Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang. Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.

+ Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liền hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.

c) CT cystography: dùng để phân biệt các tổn thương hoặc nguyên nhân khác gây đau bụng.

* Phân loại vỡ bàng quang theo AAST (Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

Độ (Grade)	Đặc điểm
I	Dập (contusion) tụ máu trong thành bàng quang hoặc rách một phần độ dày của thành bàng quang.
II	Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc $\leq 2\text{cm}$
III	Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc hơn 2cm hoặc vỡ bàng quang trong phúc mạc $\leq 2\text{ cm}$.
IV	Vỡ bàng quang trong phúc mạc $> 2\text{ cm}$.
V	Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc hoặc trong phúc mạc mà vết rách kéo dài đến cổ bàng quang hoặc hai miệng niệu quản

II. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

Điều trị sốc chấn thương và mất máu: thuốc giảm đau, an thần, truyền dịch và máu sau khi xét nghiệm máu.

2. Điều trị bảo tồn: theo dõi lâm sàng, dẫn lưu nước tiểu liên tục và kháng sinh dự phòng.

Đây là điều trị tiêu chuẩn cho vỡ bàng quang ngoài phúc mạc không phức tạp (do chấn thương kín hoặc sau các phẫu thuật khác mà không được phát hiện trong lúc mổ).

3. Ngoại khoa

Phương pháp được sử dụng nhiều là khâu bàng quang 2 lớp bằng chỉ tan (lớp cơ và lớp thanh mạc).

a. Chấn thương kín

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc cần phẫu thuật khi có ảnh hưởng đến cổ bàng quang, có mảnh xương gãy trong thành bàng quang hoặc có thương tổn trực tràng kết hợp, hoặc khi lỗ thủng lớn phức tạp gây tụ dịch ngoài bàng quang có triệu chứng.

Vỡ bàng quang trong phúc mạc luôn luôn được phẫu thuật để tránh viêm phúc mạc do nước tiểu, nhiễm trùng huyết và tử vong. Nội soi ổ bụng khâu vết rách được lựa chọn khi không có thương tổn kết hợp với các tạng khác trong ổ bụng.

b. Vết thương bàng quang

Điều trị tiêu chuẩn là mổ cấp cứu: cắt lọc mô hoại tử và khâu bàng quang một thì. Đường mổ nên đi đường giữa để quan sát thành bàng quang và đầu xa của niệu quản.

Vết thương đạn bắn thường có thương tổn kết hợp ở ruột và trực tràng nên cần chuyển lưu phân. Hầu hết vết thương đạn bắn có đầu vào và đầu ra của viên đạn do đó nên kiểm tra kỹ bàng quang xem có 2 vết thương hay không. Nên dùng kháng sinh trong trường hợp đạn và dao gây vết thương không được vô trùng.

c. Chấn thương kèm theo mất thành bụng dưới hoặc vùng tầng sinh môn hoặc là mất mô bàng quang

Cố gắng khâu kín bàng quang có thể gây thiếu máu nuôi, căng vết khâu thậm chí bung vết khâu. Vạt da cơ khép đùi ngoài nên được dùng để tạo hình phục hồi làm thành bàng quang, thành bụng dưới và vùng tầng sinh môn.

d. Chấn thương bàng quang do thầy thuốc

Lỗ thủng nếu được phát hiện trong lúc mổ sẽ được khâu lại.

Nếu tổn thương nếu không được phát hiện trong lúc mổ hoặc tổn thương bên trong bàng quang thì cần được chẩn đoán là vỡ bàng quang trong hay ngoài phúc mạc.

Nếu vỡ trong phúc mạc thì điều trị tiêu chuẩn là phẫu thuật khâu lại chỗ vỡ, nếu vỡ trong phúc mạc sau TURB thì cần kiểm tra ruột đồng thời với khâu chỗ vỡ. Nếu vỡ ngoài phúc mạc có lỗ thủng lớn phức tạp có tụ dịch ngoài bàng quang có triệu chứng mới cần can thiệp: dẫn lưu ổ tụ dịch kết hợp với khâu lỗ thủng hoặc không cần khâu.

4. Biến chứng

Viêm nhiễm quanh bàng quang, viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng, tử vong.

5. Theo dõi

Điều trị bảo tồn được theo dõi bằng cách khám lâm sàng và chụp cystography, thời gian chụp sau tổn thương từ 7-14 ngày tùy thuộc vào kích thước vết rách, ống dẫn lưu được rút khi nước tiểu không còn thoát ra ngoài bàng quang, nếu nước tiểu còn thoát ra ngoài thì cần chụp cystography kiểm tra tiếp sau đó một thời gian.

VIÊM TINH HOÀN - MÀO TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Viêm tinh hoàn - mào tinh là hiện tượng viêm nhiễm ở tinh hoàn và mào tinh.

Viêm tinh hoàn - mào tinh cấp biểu hiện bằng đau và sưng đột ngột của tinh hoàn hoặc mào tinh. Viêm tinh hoàn mạn thường đau mà không viêm, kéo dài hơn 6 tuần.

Hiện tượng tăng sản sinh mạch máu và bạch mạch ở tinh hoàn, mào tinh là những biểu hiện của phản ứng viêm.

2. Nguyên nhân

Viêm nhiễm ở tinh hoàn theo 3 đường chính:

- Lan truyền ngược dòng từ viêm ống dẫn tinh và mào tinh: trên lâm sàng, thường gặp nguyên nhân này. Nguồn lan truyền của vi khuẩn là từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu (viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo nhất là niệu đạo sau). Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là nguyên nhân thường gặp ở trẻ em và người già. Ở người bệnh trong độ tuổi hoạt động tình dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục là nguyên nhân thường gặp.

- Lan truyền theo đường máu: vi khuẩn thường gặp gây viêm tinh hoàn sau đó mới thâm nhập mào tinh hoàn. Thường là biến chứng sau cắt bỏ tuyến tiền liệt bằng cắt đốt nội soi hoặc cắt toàn phần tuyến tiền liệt, đặt thông niệu đạo, hoặc thăm khám đường tiết niệu bằng dụng cụ.

- Lan truyền theo đường bạch huyết.

Loại vi khuẩn tìm được là những chủng loại trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu, thường gặp là *E. coli* và *Pseudomonas*, ít gặp hơn là *Staphylococcus* sp và *Streptococcus*. Nhóm tác nhân gây bệnh do lây truyền qua đường tình dục thường gặp nhất là *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* và *Treponema pallidum*.

Trong nhóm viêm tinh hoàn - mào tinh đặc hiệu:

- Nhóm *Mycobacterial* gây viêm tinh hoàn, lao thường gặp hơn phong.
- Virus thường gây viêm tinh hoàn nhất là quai bị.
- Loại nấm thường gây viêm tinh hoàn là *Candidiasis*, *Aspergilosis*, *Histoplasmosis*, *Coccidioidomycosis*, *Blastomycosis* và *Actinomyces*.
- Ký sinh trùng hiếm khi gây viêm tinh hoàn ở phương Tây, nhưng giun chỉ

và bệnh phù voi tìm thấy tại Châu Phi, Châu Á và Nam Mỹ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Bệnh cảnh điển hình trên một bệnh nhân sau 24 giờ: sốt cao với những cơn rét run, đau dữ dội ở một hoặc hai bên bẹn, da bẹn căng đỏ và bẹn to dần, kèm tiểu gắt buốt, nước tiểu đục, buồn nôn hoặc nôn.

b. Triệu chứng thực thể

Da bẹn đỏ và phù nề

Tinh hoàn căng, đôi khi sờ nắn thấy cảm giác lũng nhùng chất dịch, thừng tinh lớn và rất đau.

Có thể tràn dịch hoặc tràn mủ màng tinh hoàn cấp tính với viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn hoặc viêm nhiễm vùng quanh tinh hoàn.

Có thể kèm theo các dấu hiệu của viêm niệu đạo, viêm tuyến tiền liệt.

Một dạng lâm sàng khác diễn tiến âm ỉ với triệu chứng kín đáo là mào tinh lớn dần, chỉ hơi đau. Tinh hoàn có những vùng rắn, đau nhẹ. những người bệnh bí tiểu phải đặt thông niệu đạo nhiều lần, hoặc có ống thông niệu đạo lưu, hoặc có viêm niệu đạo- viêm tiền liệt tuyến mạn tính.

c. Tiền sử

Thường gặp ở những bệnh nhân bí tiểu phải đặt thông niệu đạo nhiều lần, hoặc có ống thông niệu đạo lưu, hoặc có viêm niệu đạo - viêm tuyến tiền liệt mạn tính.

2. Cận lâm sàng

a. Sinh hóa

Xét nghiệm máu thấy bạch cầu máu tăng. Tổng phân tích nước tiểu có thể thấy bạch cầu niệu. Cần soi tìm vi khuẩn và cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ.

b. Siêu âm

Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất của viêm tinh hoàn ở người trẻ là xoắn tinh hoàn. Siêu âm Doppler bẹn bẹn cho thấy hình ảnh tưới máu tinh hoàn, đặc biệt hữu ích giúp chẩn đoán phân biệt.

III. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là điều trị nội khoa. Việc điều trị gồm 2 phần:

1. Kháng sinh

Kháng sinh điều trị nên dựa vào kết quả cấy, soi nước tiểu hoặc nhuộm Gram.

Trong thời gian đầu hoặc khi kết quả soi cấy âm tính, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm: tốt nhất nên chọn nhóm Flouroquinolone.

Viêm mào tinh hoàn kết hợp viêm niệu đạo do nhiễm Chlamydia trachomatis hoặc Neisseria gonorrhoeae, nên dùng:

Tetracycline 500mg, 4 lần/ngày, trong 3 tuần.

Doxycycline 100mg, 2 lần/ngày, trong 3 tuần.

Ampicycline 500mg, 4 lần/ngày, trong 3 tuần.

Hầu hết bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú. Rất ít chỉ định can thiệp phẫu thuật, trừ khi nghi ngờ xoắn tinh hoàn.

2. Điều trị hỗ trợ

- Nằm nghỉ tại giường.
- Băng treo cổ định vùng bìu.
- Dùng giảm đau và hạ nhiệt
- Dùng các loại kháng viêm thông thường (non-steroids). Các loại steroids nhằm tránh hẹp và tắc ống dẫn tinh (nếu không có chống chỉ định).
- Phong bế tại chỗ bằng 20ml dung dịch Procain hydroclorid 1% ở vùng thừng tinh để giảm đau.

3. Theo dõi và phòng ngừa biến chứng

- Viêm tinh hoàn thường tự giảm trong vài tuần.
- Biến chứng có thể gặp là áp xe tinh hoàn.
- Phẫu thuật cắt tinh hoàn khi áp xe tinh hoàn, không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác
- Hậu quả teo tinh hoàn thứ phát hoặc giảm khả năng sinh sản tinh trùng do xơ hóa hoặc hủy hoại các ống dẫn.

4. Phòng ngừa

Quai bị có thể dự phòng được bằng chủng ngừa. Các trường hợp viêm do vi khuẩn, chẩn đoán sớm, điều trị đúng và đủ giúp ngăn ngừa teo tinh hoàn và vô sinh.

VIÊM BÀNG QUANG CẤP

1. Chẩn đoán

Triệu chứng lâm sàng

Tổng phân tích nước tiểu: hồng cầu, bạch cầu trong nước tiểu

Soi tươi nước tiểu hiện diện tế bào mũ (> 5 BC / QT40)

Cấy nước tiểu $\geq 10^5$ vi khuẩn / ml

2. Phân loại

Viêm bàng quang cấp đơn thuần (nhiễm khuẩn lần đầu)

Viêm bàng quang tái phát

Viêm bàng quang ở phụ nữ mang thai

Viêm bàng quang không triệu chứng

3. Xử trí

3.1. Viêm bàng quang cấp đơn thuần: vi khuẩn phân lập được chủ yếu là E.coli (75–95%). Trong cộng đồng, việc điều trị kháng sinh có thể dựa vào lâm sàng, theo kinh nghiệm mà không bắt buộc phải có kết quả cấy nước tiểu.

Các thuốc thường dùng: Nitrofurantoin, trimetoprim-sulfamethoxazol (TMP-SMX), nhóm bata-lactamin, nhóm aminoglycosid và nhóm quinolone.

Riêng ampicillin và amoxicillin không khuyến cáo sử dụng đơn độc do tỉ lệ E.coli đề kháng cao (40% - 80%).

Thuốc kháng sinh và liều sử dụng:

- Dùng liều duy nhất:

+ Pefloxacin liều duy nhất: 400mg 2 viên x 1 lần uống hoặc

+ Gatifloxacin 400mg 1 viên x 1 lần uống hoặc

+ Fosfomycin 3gr 1 gói x 1 lần uống.

- Dùng thuốc 3 ngày:

+ TMP-SMX 800/160mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc

+ Ciprofloxacin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc

+ Ofloxacin 200mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc

- + Pefloxacin 400mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc
- + Norfloxacin 40mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc
- + Levofloxacin 250mg 1 viên x 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc
- + Cefixime 400mg 1 viên x 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc
- + Cefpodoxim 100mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày.
- Dùng 5 – 7 ngày:
- + Cefuroxim 250mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày hoặc
- + Amoxicillin-Acid Clavulanic 625mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày hoặc
- + Ampicillin – sulbactam 375mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày hoặc
- + Nitrofurantoin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

Mặc dù Quinolone là nhóm kháng sinh rất hữu hiệu trong viêm bàng quang cấp, nhưng nên để dành nhóm này cho những nhiễm khuẩn trầm trọng hơn là viêm bàng quang cấp.

Để theo dõi đáp ứng sau điều trị cần xét nghiệm nước tiểu sau điều trị đánh giá sự cải thiện so với nước tiểu trước điều trị.

3.2. Viêm bàng quang tái phát

Khoảng 50% phụ nữ bị nhiễm khuẩn lần 2 trong 1 năm, đợt nhiễm khuẩn cấp nên được điều trị bằng phát đồ 3 ngày hoặc 5-7 ngày. Sau khi điều trị khỏi các đợt viêm cấp, cần cấy lại nước tiểu để chắc chắn là hết khuẩn niệu.

Ở phụ nữ có từ 3 đợt nhiễm khuẩn mỗi năm, xác định xem có liên hệ với giao hợp không, cần dùng kháng sinh phòng ngừa sau mỗi lần quan hệ tình dục hoặc dùng kháng sinh phòng ngừa liên tục nếu các biện pháp phòng ngừa khác không hiệu quả.

Kháng sinh phòng ngừa có thể lựa chọn một trong các loại kháng sinh trên nhưng nên giảm nửa liều điều trị, và dùng 1 lần/ngày.

3.3. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ mang thai

E.coli vẫn là vi khuẩn thường gặp.

Cần điều trị ngay tình trạng viêm bàng quang cấp ở phụ nữ mang thai để phòng ngừa vi khuẩn đi ngược lên thận.

Cần lựa chọn kháng sinh sao cho nhạy với vi khuẩn và phải đảm bảo an toàn trong thời gian mang thai.

Tránh dùng nhóm fluoroquinolone và TMP-SMX.

Cần dùng kháng sinh theo kinh nghiệm trước khi có kết quả cấy nước tiểu và kháng sinh đồ. Nếu kết quả cấy nước tiểu là vi khuẩn kháng với kháng sinh đã lựa chọn, cần thay kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.

Nếu kết quả cấy nước tiểu âm tính, có thể dùng tiếp kháng sinh ban đầu. Nếu chỉ còn khuẩn niệu không triệu chứng cần đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

3.4. Khuẩn niệu không triệu chứng

Chỉ định điều trị cho các trường hợp sau:

- Bệnh nhân chuẩn có bị can thiệp đường tiết niệu sinh dục.
- Bệnh nhân sau ghép thận trong vòng 6 tháng đầu.
- Bệnh nhân đái tháo đường kiểm soát đường huyết không tốt hoặc có biến chứng suy thận.
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch
- Phụ nữ mang thai.

Có thể lựa chọn 1 trong các kháng sinh dùng cho viêm bàng quang cấp đơn thuần nhưng với thời gian điều trị từ 7 – 14 ngày.

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 ổ 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 bị 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).

- + Cuồng mạch máu quá nặng 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.

3. Biểu 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

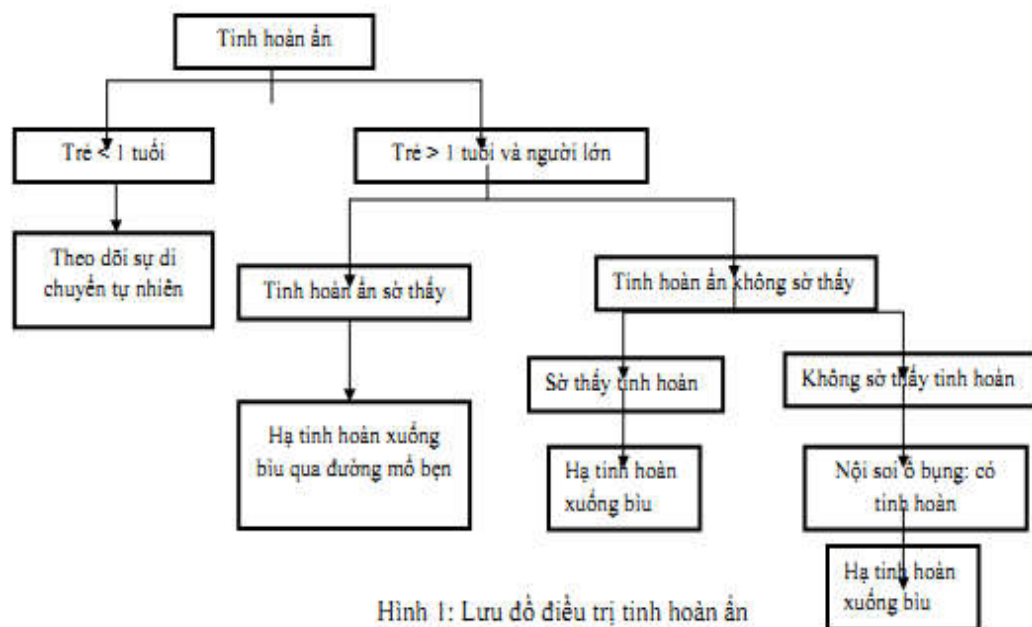
- Bệnh nhân tinh hoàn ẩn có tinh dịch đồ và khả năng sinh sản thấp hơn nhóm chứng (Kogan, 1987). 89% bệnh nhân tinh hoàn ẩn 2 bên bị vô tinh (Hadziselimovic, 2002).

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

c. Biểu 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 trờ ca ... (Baker, 2004).



Hình 1: Lưu đồ điều trị tinh hoàn xoắn

TIỂU MÁU

1. Định nghĩa và phân loại

1.1. Tiểu máu: có sự hiện diện của tế bào máu trong nước tiểu.

1.2. Có hai loại tiểu máu

- Tiểu máu đại thể: tiểu máu có thể nhìn thấy.
- Tiểu máu vi thể: chỉ có thể nhìn thấy dưới kính hiển vi.

2. Triệu chứng

- Dấu hiệu nhìn thấy được: nước tiểu hồng, đỏ, có máu cục hoặc màu nước tiểu nâu sậm.
- Trong nhiều trường hợp, máu trong nước tiểu chỉ có thể nhìn thấy dưới kính hiển vi.
- Thể hiện triệu chứng bệnh gây ra tiểu máu (sỏi niệu, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, nhiễm khuẩn đường tiết niệu...)

3. Nguyên nhân

3.1. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đặc biệt phổ biến ở phụ nữ mặc dù cũng gặp ở đàn ông. Các triệu chứng có thể gồm sự liên tục kích thích đi tiểu, đau và buốt khi đi tiểu, nước tiểu có mùi rất nặng.

3.2. Nhiễm khuẩn ở thận

Nhiễm khuẩn thận (viêm thận-bể thận) có thể xảy ra khi vi khuẩn xâm nhập thận từ dòng máu hoặc di chuyển ngược chiều từ bàng quang lên niệu quản đến thận. Các dấu hiệu và triệu chứng thường tương tự như nhiễm khuẩn ở bàng quang, nhưng nhiễm khuẩn thận thường kèm sốt và đau vùng sườn lưng.

3.3. Sỏi niệu

Thường không đau và không biết có sỏi trừ khi sỏi gây tắc nghẽn hoặc sỏi đang di chuyển gây tiểu máu đại thể hoặc vi thể.

3.4. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Các dấu hiệu và triệu chứng: tiểu khó, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, và tiểu máu đại thể hoặc vi thể. Nhiễm khuẩn tuyến tiền liệt (viêm tuyến tiền liệt) có thể gây ra các dấu hiệu và triệu chứng tương tự.

3.5. Bệnh thận

- Viêm cầu thận diễn tiến
- Viêm thận mô kẽ
- Hội chứng thận hư

Viêm cầu thận, gây viêm hệ thống lọc của thận. Viêm cầu thận có thể là một phần của một bệnh hệ thống, chẳng hạn như đái tháo đường, hoặc có thể xảy ra riêng một mình. Bệnh có thể được kích hoạt bởi nhiễm virus hoặc các bệnh mạch máu (viêm mạch), các vấn đề miễn dịch như bệnh lý thận IgA, ảnh hưởng đến các mao mạch nhỏ, lọc máu trong thận.

3.6. Ung thư

Nhìn thấy nước tiểu có máu có thể là một dấu hiệu của ung thư thận (RCC), bàng quang (TCC) hoặc ung thư tuyến tiền liệt.

3.7. Rối loạn di truyền

Hội chứng Alport có thể gây tiểu máu do ảnh hưởng đến các màng lọc ở cầu thận của thận.

3.8. Chấn thương thận

3.9. Thuốc

Thuốc thường gặp có thể gây ra tiểu máu bao gồm aspirin, penicillin, heparin và các thuốc chống ung thư như cyclophosphamide.

3.10. Tập thể dục, vận động nặng

Chưa rõ lý do tại sao tập thể dục gây ra tiểu máu đại thể.

4.Yếu tố nguy cơ

4.1. Tuổi

Đàn ông trên 50 tuổi có nguy cơ do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

4.2. Giới tính

- Phụ nữ thường sẽ bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ít nhất một lần trong đời, trong đợt bệnh có triệu chứng tiểu máu.

- Hội chứng Alport (viêm thận mạn tính di truyền) : hội chứng được di truyền theo nhiều kiểu (trên nhiễm sắc thể thân hay trên nhiễm sắc thể X), gặp ở nữ giới nhiều hơn.

4.3. Nhiễm khuẩn gần đây

Viêm thận sau khi bị nhiễm virus hoặc vi khuẩn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tiểu máu ở trẻ em.

4.4. Tiền sử gia đình

Có thể bị tiểu máu nếu có tiền sử gia đình mắc bệnh thận hoặc sỏi thận, ung thư tuyến tiền liệt.

4.5. Thuốc

Aspirin và các thuốc giảm đau không steroid khác, kháng sinh như penicillin được ghi nhận làm tăng nguy cơ tiểu máu

4.6. Tập thể dục quá sức

4.7. Thói quen hoặc yếu tố nghề nghiệp

Hút thuốc, tiếp xúc với hóa chất (benzene, aromatic amines) dễ bị ung thư bàng quang).

5. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu và cận Addis thường được thực hiện khi có tiểu máu đại thể. Kết quả thu được gợi ý cho ta hướng tới nguyên nhân tiểu máu. Ví dụ nước tiểu có protein và trụ hồng cầu hướng đến bệnh lý ở thận, nước tiểu có bạch cầu, hồng cầu, có trụ bạch cầu hướng đến bệnh lý nhiễm khuẩn.

- Xét nghiệm máu, sinh hoá để tầm soát nhiễm khuẩn, các bệnh về máu, bệnh hệ thống (lupus ban đỏ), bệnh đái tháo đường, hội chứng thận hư,... và đánh giá chức năng thận còn tốt hay không.

- Siêu âm bụng: phát hiện sỏi hệ niệu (thận, niệu quản, bàng quang), khối bướu ở thận, bàng quang hay có sự tắc nghẽn mạch máu thận hay không.

- Soi bàng quang: có thể xác định hầu hết các nguyên nhân ở đường tiểu dưới như niệu đạo (có viêm nhiễm, xuất huyết hay không), bàng quang (khối u, chảy máu, hay ung thư) và bướu tuyến tiền liệt.

- Chụp UIV, chụp niệu quản bể thận ngược dòng: thường để phát hiện sự tắc nghẽn, các bệnh lý thận mạn, sỏi thận, lao thận và khối bướu.

- Chụp cắt lớp (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI): cho kết quả chi tiết hơn phương pháp chụp UIV trong bệnh lý bướu thận, bệnh lý mạch máu thận.

Nguyên nhân của chảy máu đường tiết niệu có thể không tìm thấy. Trong trường hợp đó, nên khuyến nghị kiểm tra thường xuyên theo dõi, đặc biệt là nếu có yếu tố nguy cơ ung thư bàng quang chẳng hạn như hút thuốc lá, tiếp xúc với chất độc môi trường và tiền sử liệu pháp dùng tia xạ.

6. Điều trị

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu : Kháng sinh điều trị cho nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Sỏi thận : theo dõi, điều trị nội khoa, tán sỏi thận qua da) hoặc tán sỏi ngoài cơ thể, phẫu thuật...

- Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt: nội khoa, ngoại khoa

- Bệnh thận : Nhiều vấn đề về thận thường cần điều trị. Mục đích là để làm giảm viêm nhiễm và hạn chế thiệt hại thêm cho thận.

- Ung thư : Mặc dù có một số lựa chọn điều trị ung thư thận và bàng quang, phẫu thuật để loại bỏ các tế bào ung thư vẫn là lựa chọn đầu tiên nếu còn chỉ định mổ. Trong một số trường hợp, phẫu thuật có thể được kết hợp với hóa trị, xạ trị.

- Rối loạn di truyền : Tiểu máu gia đình lành tính thường không cần điều trị, những người bị hội chứng Alport nghiêm trọng có thể cần phải lọc máu. Thiếu máu hồng cầu hình liềm được điều trị bằng truyền máu, hoặc cấy ghép tủy

xương.

7. Phòng ngừa

Nhằm làm giảm nguy cơ của một số các bệnh gây ra tiểu máu. Chiến lược phòng ngừa bao gồm:

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu : Uống nhiều nước, không nhịn tiểu lâu, phụ nữ đi tiểu sớm sau khi giao hợp, phụ nữ sau khi đi vệ sinh nên lau vùng tầng sinh môn từ trước ra sau, các sản phẩm vệ sinh phụ nữ có thể làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Sỏi thận : uống nhiều nước và chế độ ăn thích hợp, hạn chế muối, protein và các thực phẩm chứa oxalate.

- Ung thư bàng quang : Ngưng hút thuốc, tránh tiếp xúc với hóa chất và uống nhiều nước có thể giảm nguy cơ ung thư bàng quang.

- Ung thư thận : Để giúp ngăn ngừa ung thư thận, ngưng hút thuốc, duy trì một thể trạng khỏe mạnh, ăn chế độ ăn uống lành mạnh, hoạt động thể chất và tránh tiếp xúc với hóa chất độc hại.

TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

I. Chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

1. Lâm sàng tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt:

- Tiểu khó
- Tiểu nhiều lần
- Tiểu đêm
- Khám hệ tiết niệu: khám thận, khám cầu bàng quang đặc biệt để xác định cầu bàng quang mạn, khám bộ phận sinh dục ngoài.
- Thăm trực tràng là bắt buộc để đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt như kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của tuyến tiền liệt với các cơ quan xung quanh.

2. IPSS (International Prostate Symptom Score)

- Từ 0 đến 7 điểm: mức độ nhẹ
- Từ 8 đến 19 điểm: mức độ trung bình
- Từ 20 đến 35 điểm: mức độ nặng

3. Đánh giá điểm chất lượng cuộc sống (QoL: Quality of Life)

- Từ 1 đến 2 điểm: sống tốt hoặc bình thường
- Từ 3 đến 4 điểm: sống được hoặc tạm được
- Từ 5 đến 6 điểm: không chịu được

4. Cận lâm sàng tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt:

- Phân tích nước tiểu: nhằm xác định sơ bộ tình trạng nhiễm khuẩn niệu (nitrite, bạch cầu niệu), hồng cầu niệu, đường niệu...

- Xét nghiệm máu.

- Đánh giá chức năng thận: định lượng creatinine, ure máu.

- Xét nghiệm định lượng PSA:

*Chú ý: PSA có thể tăng theo thể tích tổ chức tuyến tiền liệt, hoặc trong trường hợp viêm tuyến tiền liệt, đặt thông tiểu, bí tiểu cấp...

- Siêu âm

+ Khảo sát tuyến tiền liệt qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng: khảo sát hình thái, tính chất, thể tích tuyến tiền liệt.

+ Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành bàng quang, giãn đường tiết niệu trên...

+ Đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Bình thường < 30ml. >100ml: có tình trạng tắc nghẽn có ý nghĩa.

* Những xét nghiệm nên làm

- Cấy nước tiểu: trong trường hợp xác định nhiễm khuẩn đường tiết niệu và định danh vi khuẩn, sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

- Chụp X quang hệ tiết niệu: khi nghi ngờ có sỏi bàng quang hoặc sỏi hệ tiết niệu kèm theo.

- Soi bàng quang - niệu đạo: khi nghi ngờ có bệnh lý khác kèm theo ở bàng quang, niệu đạo như u bàng quang.

- Đo áp lực bàng quang, niệu đạo: khi nghi ngờ có một số bệnh lý ở bàng quang kèm theo như bàng quang tăng hoạt.

II. Điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt:

1. Theo dõi: Chỉ theo dõi định kỳ 6 hoặc 12 tháng bằng thang điểm IPSS và siêu âm, không điều trị khi:

- IPSS dưới 19 điểm

- Chưa có bí tiểu cấp tính

2. Điều trị nội khoa:

a. Chỉ định điều trị nội khoa khi:

- IPSS bằng và trên 19 điểm

- Bí tiểu cấp tính lần đầu

b. Thuốc:

- Thuốc chẹn alpha:

+ Alfuzosin: 10mg 1 lần/ngày

+ Tamsulosin: 0,4 đến 0,8mg 1lần/ngày

+ Doxazosin: 1 đến 8mg 1lần/ngày

+ Tarazosin: 1 đến 10mg 1lần/ngày

- Thuốc ức chế 5 alpha reductase (5 - ARI)

+ Dutasteride: 0,5mg 1lần/ngày

+ Finasteride: 5mg 1lần/ngày

- Thuốc kháng muscarinic:

+ Oxybutynin ER: 5mg 2 đến 3 lần/ngày

+ Solifenacin: 5 đến 10mg 1lần/ngày

- Thuốc đối kháng Vasopressin - Desmopressin chỉ định khi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.

+ Desmopressin: 0,1mg đến 0,4mg 1 lần trước khi đi ngủ

3. Điều trị ngoại khoa:

a. Chỉ định:

- Nhiễm trùng tiết niệu tái diễn
- Sỏi bàng quang
- Đái máu tái diễn
- Bí tiểu cấp tái diễn
- Giãn niệu quản do bướu tiền liệt tuyến
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận sau thận do bướu chèn ép niệu quản
- Điều trị nội khoa không kết quả (chỉ định tương đối)

b. Phương pháp can thiệp ngoại khoa

- Cắt đốt qua ngả niệu đạo
- Mổ hở
- Đốt bằng vi sóng, laser, nhiệt

4. Xử trí một số tình huống lâm sàng

Bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

a. Thông niệu đạo- bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo- bàng quang: dùng thông Foley 16-18Fr.

- Thuốc:

+ Kháng sinh: đường uống hoặc tiêm

+ Thuốc chẹn alpha

- Nghiệm pháp rút thông thử: cho rút thông Foley, thời gian rút dưới 3 ngày kể từ ngày đặt thông. Nếu bệnh nhân tiểu được, tiếp tục đánh giá để có thái độ xử trí tiếp.

Nếu bệnh nhân không tiểu được, chọn lựa phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

b. Thông niệu đạo-bàng quang thất bại

- Trường hợp đặt thông thất bại, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên xương mu bằng tro-ca. Sau đó đánh giá lại bệnh nhân và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

c. Suy thận do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

- Bệnh nhân có tình trạng giãn niệu quản 2 bên, cầu bàng quang mạn, ure và creatinin tăng cao. Tiến hành đặt thông niệu đạo-bàng quang cho bệnh nhân, sau 2-3 ngày thử lại các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.

+ Nếu cải thiện và trở về bình thường, tiến hành đánh giá và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

+ Nếu xét nghiệm chức năng thận có thay đổi theo chiều hướng tốt lên nhưng chưa về bình thường, tiến hành dẫn lưu bàng quang trên mu bằng tro ca. Theo dõi và đánh giá tiếp cho đến khi chức năng thận trở về bình thường, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

d. Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính có viêm mủ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, các bệnh lý nội khoa nặng

- Mở thông bàng quang trên xương mu.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI TIẾT NIỆU

I. Sỏi thận - bể thận:

1. Chẩn đoán:

1.1. Lâm sàng

Phần lớn bệnh nhân có những triệu chứng đặc hiệu. Đôi khi những triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn.

- Đau lưng
- Tiểu máu
- Tiểu đục
- Thiếu niệu hoặc vô niệu
- Tiểu ra sỏi đôi khi tiểu ra những hòn sỏi nhỏ
- Tiểu gắt, tiểu buốt
- Triệu chứng toàn thân: có thể sốt cao lạnh run, buồn nôn hay nôn ói, phù toàn thân. Dấu hiệu sốt trong sỏi thận là tình trạng cấp cứu vì có nguy cơ dẫn đến choáng nhiễm trùng.
- Khám bụng: bụng chướng nhẹ, ấn đau nhiều vùng hông lưng bên thận có sỏi, dấu hiệu rung thận đau, nếu thận có chướng nước nhiều sẽ có dấu hiệu chạm thận, nếu thận ứ mủ sẽ có phản ứng thành bụng.

1.2. Cận lâm sàng

- **Xét nghiệm nước tiểu:** TPTNT là xét nghiệm đầu tiên phải làm. Nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu và nhiều tinh thể. Nếu nghi ngờ nhiễm trùng, tìm vi khuẩn và cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ.

- Xét nghiệm máu:

+ Công thức máu: chủ yếu xác định tình trạng nhiễm trùng với bạch cầu tăng cao.

+ Urê, creatinine, ion đồ.

- **Siêu âm:** Là một xét nghiệm đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện, ít xâm hại. Đánh giá có sỏi hay không có sỏi thận, vị trí sỏi, thận có chướng nước hay không, độ dày còn lại của nhu mô thận, đánh giá hình dạng của hai thận.

- Xquang:

+ KUB: Đây là xét nghiệm cơ bản nhất của niệu khoa. Cho thấy có những hòn sỏi ở thận không, hình dạng, kích thước, số lượng, vị trí như thế nào. và bóng thận to hay nhỏ. Tuy nhiên chỉ thấy được những sỏi có cản quang.

+ UIV: cho thấy những vị trí, hình dạng của sỏi, độ giãn nở của các đài thận, bể thận, độ to nhỏ của thận và chức năng bài tiết của cả hai thận.

+ CTScan bụng có cản quang: vừa để phân biệt sỏi niệu với bướu đường niệu, thấy được hình dạng, vị trí, kích thước sỏi thận, và đánh giá chức năng của hai thận.

+ MRI không chỉ phát hiện sỏi thận, đánh giá chức năng thận mà còn phát hiện những bế tắc ở đường niệu và những bất thường khác của thận, bể thận và niệu quản.

- **Xạ hình thận:** Rất cần thiết trong trường hợp chụp UIV thấy thận có sỏi kém chức năng hay cần để có tiên lượng cắt thận.

2. Điều trị:

2.1. Trong trường hợp cấp cứu

- Bệnh nhân vô niệu hay thiếu niệu: xét nghiệm urê, creatinine tăng cao, kali máu tăng cao. Trong trường hợp này cần phải chạy thận nhân tạo trước, để bệnh nhân ổn định. Sau đó, chụp UIV hoặc CT scan và quyết định phẫu thuật lấy sỏi tùy theo vị trí sỏi.

- Bệnh nhân sốt cao có hội chứng nhiễm trùng nặng hay thận ứ mủ: cần phải hồi sức bệnh nhân tích cực: kháng sinh, truyền dịch, hạ sốt, giảm đau và mổ cấp cứu dẫn lưu thận ra da tạm thời, đợi khi nào bệnh nhân ổn định sẽ phẫu thuật lấy hết sỏi sau đó.

2.2. Trong những trường hợp không cấp cứu

a. Điều trị nội khoa

+ Điều trị nội khoa gồm các biện pháp phòng bệnh và sử dụng các thuốc để tránh sỏi tái phát.

+ Điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu: đặc biệt với nữ giới hoặc trường hợp có dị tật bẩm sinh như bàng quang thần kinh ở trẻ nhỏ.

+ Bệnh nhân cần uống nước đầy đủ, mỗi ngày đảm bảo bài tiết trên 1,5 lít nước, tổ chức cuộc sống lành mạnh, có thời gian vận động nâng cao thể trạng.

+ Hạn chế dùng những thức ăn sinh ra những tinh thể gây sỏi (calci, purine) hay chuyển hóa thiazide và orthophosphate đối với sỏi calci, allupurinol đối với sỏi uric.

+ Thay đổi pH nước tiểu (kiềm cho loại uric và cystine, toan cho nhiễm khuẩn và phosphate calci).

+ Sỏi calci: cần hạn chế thức ăn chứa nhiều calci trong các bệnh cảnh cường calci niệu, do tăng hấp thu ở ruột, ngoài ra không nên ăn nhiều thức ăn mặn chứa nhiều protein và oxalat. Tránh sử dụng các thuốc lợi tiểu (Hydrochlorothiazid) vì nó có tác dụng hạn chế bài tiết calci trong bệnh cường calci niệu.

+ Sỏi oxalate: thường kèm với chuyển hóa hydratecarbon không toàn vẹn, ăn ít chất hydratecarbon hoặc chất béo. Dùng Citrate Magie (0,5-1g mỗi ngày) làm

oxalate dễ tan.

+ Sỏi phosphate: cần hạn chế ít ăn rau và hoa quả. sỏi phosphate thường hiện diện với pH nước tiểu $>6,5$. Có thể dùng thuốc hạ pH nước tiểu như Vitamin c để sỏi không kết tủa.

+ Sỏi urat: Hạn chế các thức ăn chứa nhiều purin và protein (thận heo, gan). Trong nước tiểu PH thường < 6 và có đặc điểm là sỏi sẽ tan nếu chúng ta cho thuốc làm kiềm hoá nước tiểu.

+ Thuốc tan sỏi Piperazen, THAM (trihydroxy methyl aminomethan), Alcaphor.

+ Sỏi cystin: cần tăng pH nước tiểu như ăn nhiều rau, hoa quả, ít ăn protein. Dùng thuốc Citrate Kali, Bicarbonate Natri.

+ Giải quyết nguyên nhân như cắt bỏ bướu tuyến cận giáp, dị tật bẩm sinh đường niệu.

b. Điều trị ngoại khoa

+ Khi có bế tắc đường tiểu, nhiễm khuẩn.

+ Bất cứ phẫu thuật nào khi giải quyết sỏi thận cũng có những khó khăn và biến chứng.

+ Đôi khi cần sửa chữa dị tật bẩm sinh đường tiết niệu.

- Mở mổ lấy sỏi

+ *Chỉ định phẫu thuật:*

- Sỏi phức tạp.
- Sỏi thận điều trị nội khoa, tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi qua da thất bại.
- Sỏi thận với bất thường giải phẫu như: hẹp cổ bể thận, hẹp khúc nối bể thận-niệu quản.

- Sỏi trên người béo phì nặng.
- Sỏi ở cực dưới thận hay thận mất chức năng.
- Bệnh nhân chọn lựa điều trị một lần cho hết sỏi.
- Sỏi ở thận ghép.
- Sỏi ở thận lạc chỗ.
- Sỏi lớn ở trẻ em.

+ *Nguyên tắc mổ lấy sỏi thận:*

- Lấy hết sỏi.
- Hạn chế tối đa tổn thương nhu mô thận.
- Bảo tồn thận tối đa.
- Ít gây tai biến, biến chứng trong khi mổ.

- Tránh gây tái phát sỏi (làm lưu thông tốt đường niệu).

+ *Phương pháp mổ sỏi thận*

• **Rạch mở bể thận:** Rạch mở bể thận lấy sỏi là phương pháp mổ ít biến chứng nhất. Khoảng 70% sỏi thận có thể lấy qua đường này. Trong trường hợp thận ứ mủ, bể thận rất bở có thể đặt ống thông JJ hoặc ống Feeding Tube làm nòng niệu quản. Đóng lại vết mổ 2 hay 3 lớp.

• **Rạch nhu mô lấy sỏi:** Rạch mở nhỏ nhu mô thận tại vị trí có sỏi. Thường dùng để lấy những sỏi nhỏ ở đài thận. Bổ sung cho rạch bể thận nhưng không thể lấy hết sỏi nằm ở những vị trí tách biệt trong nhu mô hay trong đài thận. Trong trường hợp thận chướng nước thì nhu mô thận giãn mỏng, việc tìm vị trí sỏi thận không khó.

• **Cắt thận:** Cắt bỏ thận do sỏi là lựa chọn cuối cùng, chỉ nên áp dụng khi thận bị hoá mủ, bị viêm mủ quá nặng, hay bị teo. Bắt buộc phải làm xạ hình thận để xác định chức năng của thận, và chỉ cắt thận khi thận mất chức năng hoàn toàn.

- **Tán sỏi ngoài cơ thể (extracorporeal shock wave lithotripsy - ESWL)**

+ *Chỉ định:* sỏi thận <20mm

+ *Chống chỉ định:*

- Sỏi quá cứng hoặc quá mềm.
- Nhiễm trùng niệu.
- Hẹp đường tiết niệu.
- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, đang dùng thuốc chống đông.
- Dị dạng cột sống.
- Bệnh nhân đã đặt máy tạo nhịp tim.

* Biến chứng cần chú ý: máu tụ quanh thận, sỏi rơi xuống niệu quản gây tắc nghẽn đường tiểu trên.

- **Lấy sỏi qua da (percutaneous nephrolithiotripsy - PCNL):**

+ *Chỉ định:*

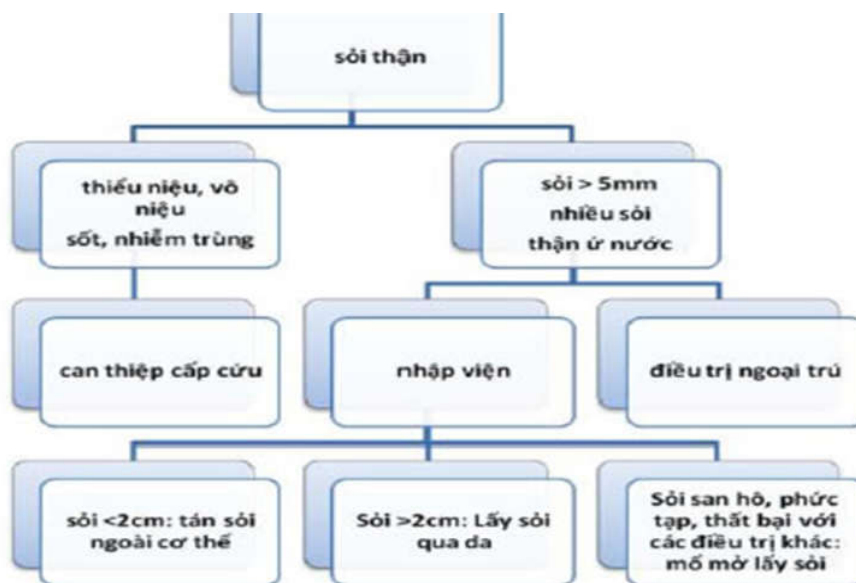
- Sỏi thận.
- Sỏi san hô hay bán san hô.
- Sỏi sót hay tái phát sau phẫu thuật.

+ *Chống chỉ định:*

- Nhiễm trùng niệu.
- Rối loạn đông máu.

* Biến chứng cần chú ý: chảy máu (1-2%), thủng đại tràng (1%).

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ



II. Sỏi niệu quản

1. Chẩn đoán:

1.1. Lâm sàng

- Cơn đau quặn thận.
- Tiểu gắt, tiểu buốt.
- Tiểu máu: có thể vi thể hoặc đại thể.
- Tiểu đục: nước tiểu đục, có mủ là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều, nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.
- Vô niệu
- Triệu chứng suy thận mạn tính
- Thăm khám vùng bụng và hông lưng có thể phát hiện thận lớn với dấu hiệu chạm thận dương tính nếu thận bị ứ nước, đau vùng hông lưng nếu viêm quanh thận.
- Cảm giác đau được nhận biết khi thăm khám vùng hố chậu, cho phép gợi ý sỏi NQ đoạn giữa, đặc biệt khi có phản ứng viêm quanh NQ.

- Đau dưới sườn nhưng không có cứng thành bụng gập trong sỏi NQ đoạn trên.

1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, CRP, Ure, Creatinin

Bạch cầu và CRP tăng có tình trạng nhiễm khuẩn. Ure, Creatinin đánh giá chức năng thận.

- Tổng phân tích và cấy nước tiểu

- + Hiện diện nhiều hồng cầu, có thể có bạch cầu và vi trùng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể gây albumin trong nước tiểu.

- + Các loại vi khuẩn được phân lập từ nước tiểu chủ yếu là gram âm, bao gồm E. coli (38,3%), Proteus spp. (13,6%), Staphylococcus spp. (8,2%), Klebsiella spp. và Pseudomonas aeruginosa (5,5%).

- Chụp X quang hệ niệu không chuẩn bị (KUB)

Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi, từ đó cho phép dự đoán khả năng đào thải tự nhiên của viên sỏi cũng như lựa chọn phác đồ điều trị.

+ Siêu âm bụng

Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận.

+ Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)

Là phương pháp rất giá trị trong các trường hợp sỏi niệu buộc phải can thiệp phẫu thuật. Phim UIV mô tả hai điểm cơ bản: hình thể đài bể thận và NQ, nhờ đó xác định vị trí của hòn sỏi trong đường tiết niệu cũng như mức độ giãn nở của đài bể thận. Ngoài ra, UIV phản ánh chức năng của thận có sỏi và thận bên đối diện.

+ Multislice CTScan (MSCT)

CT scan có thể xác định sỏi và mức độ tắc nghẽn với độ nhạy 96% so với 87% của KUB. CT scan không tiêm cản quang cung cấp nhiều dữ liệu về mật độ cũng như thành phần sỏi. CT scan hiệu quả trong trường hợp sỏi NQ kém cản quang và chụp UIV không thấy hình ảnh của thận và vị trí NQ bị tắc nghẽn. Ngoài ra, CT scan cũng đánh giá được chức năng thận.

2. Điều trị

2.1. Các phương pháp điều trị sỏi niệu quản

Kích thước sỏi rất thay đổi, từ 2 mm đến >2 cm. Hầu hết sỏi < 5 mm đều có thể di chuyển tự nhiên ra ngoài. Kích thước sỏi là một yếu tố quan trọng cùng với mức độ đau trên lâm sàng, mức độ bế tắc, tình trạng nhiễm trùng niệu, chức năng thận sẽ quyết định phác đồ điều trị: theo dõi điều trị nội chờ sỏi tự ra ngoài hay cần phải can thiệp lấy sỏi chủ động.

2.2. Điều trị cấp cứu

Trong những trường hợp sỏi niệu quản gây nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn cần xử trí như sau: (1) Mở thận ra da (2) Hoặc đặt thông niệu quản và phối hợp với kháng sinh thích hợp. Điều trị sỏi niệu quản trong trường hợp này được dời lại đến khi nào tình trạng nhiễm khuẩn được giải quyết.

Ngoài ra, chỉ định cấp cứu còn được thực hiện trong những trường hợp sỏi niệu quản hai bên hay sỏi niệu quản một bên trên thận độc nhất, gây tắc nghẽn với tổn thương thận cấp tính.

Trong điều trị đau quặn thận, thuốc kháng viêm không steroids (NSAID) là thuốc được lựa chọn đầu tiên. NSAID có tác dụng giảm đau tốt hơn các thuốc opioid trong điều trị đau quặn thận. Diclofenac sodium, 100–150 mg/ngày, 3 – 10 ngày.

Các thuốc được sử dụng trong cơn đau quặn thận

Thứ tự ưu tiên	Thuốc
1	Diclofenac sodium
1	Indomethacin Ibuprofen
2	Hydromorphone hydrochloride Methamizol Pentazocine Tramadol

2.3. Điều trị nội khoa

Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi sỏi còn nhỏ, đường kính ≤ 5 mm, sỏi nhẵn, bờ rõ nét, chức năng thận và NQ bình thường, có khả năng theo dõi sát bệnh nhân. Phác đồ dựa trên nguyên tắc tạo điều kiện để sỏi di chuyển ra ngoài bằng cách giảm co thắt, giảm đau nếu BN trong cơn đau, uống nhiều nước hoặc truyền nhiều dịch mặn, ngọt đẳng trương. Sỏi > 6 mm, tỉ lệ tự đào thải chỉ khoảng 8%.

Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong 65% bệnh nhân dùng thuốc ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} nhiều hơn nhóm không dùng thuốc. Điều trị nội khoa không những làm tăng tỉ lệ sỏi di chuyển xuống bàng quang mà còn giảm bớt thời gian di chuyển của sỏi và những cơn đau quặn thận. Thuốc giãn NQ như ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} còn làm tăng áp suất thủy tĩnh phía trên sỏi nên giúp sỏi di chuyển dễ dàng. Tác dụng phụ thường gặp

là hạ huyết áp thoáng qua và mạch chậm khoảng 3,5% trường hợp.

Tamsulosin là chất ức chế thụ thể adrenergic được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, terazosin và doxazosin cũng có hiệu quả tương đương.

2.4. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định can thiệp ngoại khoa

- Sỏi có khả năng di chuyển tự nhiên thấp (> 5 mm).
- Sỏi NQ gây tắc nghẽn + nhiễm khuẩn đường tiết niệu
- Không đáp ứng với giảm đau.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Ảnh hưởng chức năng thận (suy thận, sỏi NQ/thận độc nhất, sỏi NQ hai bên).

b. Sỏi NQ đoạn gần ≤ 1 cm

- Điều trị nội khoa đối với sỏi có đường kính chiều ngang < 7 mm. Nếu điều trị nội khoa 1 tháng sỏi không di chuyển phải can thiệp lấy sỏi chủ động như tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).

- Đối với sỏi có đường kính ngang > 7 mm đến ≤ 1 cm, TSNCT là lựa chọn đầu tiên.

Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước ≤ 1 cm.

c. Sỏi NQ đoạn gần > 1 cm

- Nội soi tán sỏi ngược chiều.
- Tán sỏi ngoài cơ thể.
- Nội soi tán sỏi qua da.
- Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi.
- Mở mở lấy sỏi.

*** Sỏi NQ đoạn xa**

- Nội soi tán sỏi ngược dòng là phương pháp được lựa chọn.
- Các lựa chọn tiếp theo: tán sỏi ngoài cơ thể, PTNS sau phúc mạc, xuyên phúc mạc, mở mở lấy sỏi.

2.5. Những cân nhắc đặc biệt trong chỉ định mổ lấy sỏi, nội soi tán sỏi

Điều trị kháng sinh nên thực hiện trước khi can thiệp ở bệnh nhân có cấy nước tiểu (+), Tổng phân tích nước tiểu có nhiễm trùng

Salicylate nên ngưng 10 ngày trước khi can thiệp thủ thuật
TSNCT và lấy sỏi qua da chống chỉ định ở phụ nữ có thai
TSNCT có thể thực hiện ở bệnh nhân có máy tạo nhịp

2.6. Khuyến cáo về điều trị chuỗi sỏi (Steinstrasse)

Vị trí sỏi	Không tắc nghẽn	Tắc nghẽn/có triệu chứng
NQ đoạn gần	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT
NQ đoạn giữa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT
NQ đoạn xa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT

2.7. Dự phòng sỏi tái phát

Lượng nước nhập	Lượng nước nhập: 2,5 – 3,0 lít / ngày Uống mỗi 2 – 4 giờ Đi tiểu: 2,0 – 2,5 lít/ngày Thức uống có pH trung tính
Chế độ ăn	Ăn kiêng (tránh tiêu thụ lượng lớn vitamin). Ăn nhiều rau và chất xơ. Lượng calcium: 1000 – 1200 mg/ngày Hạn chế muối: 4 – 5g/ngày Hạn chế protein động vật 0,8 – 1,0g/kg/ngày.
Lối sống	BMI: 18 – 25 kg/m ² Hoạt động thể lực, cân bằng lượng nước mất

III. Sỏi bàng quang

1. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng

- Tiểu gắt:
- Tiểu nhiều lần, tiểu ngắt quãng, tia nước tiểu yếu.
- Tiểu ra máu
- Bí tiểu do sỏi kẹt niệu đạo.
- Tiểu không kiểm soát

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: pH, hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn, cặn lắng.
- Siêu âm: số lượng, kích thước sỏi, kích thước tuyến tiền liệt, ứ nước đường tiết niệu trên.
- KUB: số lượng, kích thước sỏi; sỏi thận, niệu quản kèm theo
- UIV: mức độ ảnh hưởng của sỏi lên thận, bệnh lý khác hệ niệu (lao, bướu)
- MSCT-scan: tiêu chuẩn vàng chẩn đoán sỏi niệu, đánh giá bất thường hệ niệu
- Nội soi bàng quang: số lượng, vị trí, hình dáng sỏi; túi thừa bàng quang, bướu bàng quang, bất thường niệu đạo, bướu tuyến tiền liệt.

2. Điều trị

2.1. Điều trị nội khoa

Thuốc tan sỏi hiếm khi được ưu tiên vì thời gian điều trị kéo dài và không điều trị được nguyên nhân

2.2. Ngoại khoa

- Tán sỏi bàng quang ngoài cơ thể
- Nội soi bàng quang bóp sỏi/tán sỏi qua ngã niệu đạo bằng laser, máy tán sỏi siêu âm cho những sỏi có kích thước không quá 5cm.
- Lấy sỏi bàng quang qua da
- Mở mở lấy sỏi bàng quang

IV. Sỏi niệu đạo

1. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng

- Hỗn loạn đi tiểu thường nặng hơn sỏi bàng quang mà chủ yếu là tiểu khó, tiểu buốt, tiểu nhiều lần hay tiểu ra máu.
- Cầu bàng quang nếu sỏi gây tắc nghẽn nặng.

- Áp xe và rò rỉ hội âm.
- Viêm thận ngược chiều.
- Ấn chẩn hậu môn có thể sờ thấy hòn sỏi kẹt trong niệu đạo trước, hay sờ dọc niệu đạo sẽ cảm nhận được sỏi.
- Thăm bằng ống thông sắt (Béniqué) sẽ cảm giác ống thông chạm vào sỏi

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: có tế bào mủ do viêm niệu đạo, tế bào máu.
- Sinh hóa máu: Urê, Creatinin máu cao nếu có biến chứng viêm thận ngược chiều
- X - quang hệ niệu không chuẩn bị (KUB)

2. Điều trị

2.1. Sỏi niệu đạo sau

- Đẩy sỏi vào bàng quang, sau đó nội soi bóp sỏi, tán sỏi tốt nhất thực hiện dưới hướng dẫn nội soi.
- + Thành công 66 - 86%
- + Nếu không thành công, mổ mở bàng quang lấy sỏi

2.2. Sỏi niệu đạo trước

- Gắp sỏi: sỏi ở miệng niệu đạo, trơn láng
- Không khuyến cáo nếu sỏi lớn, gai góc

2.3. Sỏi không lấy ra được dễ dàng

- Mở niệu đạo lấy sỏi
- Xử trí nguyên nhân, biến chứng: tạo hình niệu đạo, PT sửa rò niệu đạo ra da.
- Nội soi tán sỏi niệu đạo bằng laser: thành công đến 80%
- Sỏi trong túi thừa: mổ mở lấy sỏi, cắt túi thừa

HỆP KHÚC NỔI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau hông lưng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu: là các triệu chứng thường gặp nhất

- Khối u vùng hông lưng: thường gặp ở trẻ sơ sinh và nữ nhi
- Tiểu máu đại thể / vi thể
- Các triệu chứng tiêu hóa: đầy hơi, nôn ói, ...
- Các triệu chứng do urea huyết cao, nếu bệnh nhân đến ở giai đoạn trễ

2. Cận lâm sàng

- CTM, Ure, Creatinin
- Tổng phân tích nước tiểu
- Siêu âm: có thể dùng để chẩn đoán sớm bệnh lý trong thai kỳ, giúp chẩn đoán phân biệt bệnh lý khúc nối gây thận ứ nước với thận đa nang.
- Niệu ký nội tĩnh mạch (UIV): trước đây là phương tiện chẩn đoán kinh điển trong bệnh lý khúc nối, tuy nhiên ngày nay ít được sử dụng ở các nước phát triển.
- Chụp X quang cắt lớp điện toán (CT scan): cung cấp thông tin chi tiết về mặt cấu trúc cũng như chức năng của thận bệnh lý, xác định vị trí bế tắc của niệu quản.
- Niệu ký niệu quản bể thận ngược chiều (UPR): giúp xác định vị trí và chiều dài của đoạn niệu quản hẹp.
- Xạ hình thận có furosemide: là phương tiện chẩn đoán rất cần thiết trong bệnh lý khúc nối, nhất là trong trường hợp thận kém phân tiết trên X quang đường tiết niệu.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

- Chỉ định cho bệnh nhân có thận ứ nước nhẹ, chức năng thận bình thường, không có triệu chứng lâm sàng và không có tiền căn nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

2. Điều trị phẫu thuật

a. Chỉ định phẫu thuật

- Hẹp khúc nối có triệu chứng lâm sàng
- Hẹp khúc nối gây suy thận

- Hẹp khúc nối gây suy giảm tiến triển chức năng thận bệnh lý
- Hẹp khúc nối gây nhiễm khuẩn niệu hoặc tạo sỏi thứ phát
- Hẹp khúc nối gây tăng huyết áp

b. Các phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật mở tạo hình khúc nối: là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý khúc nối với tỉ lệ thành công > 90%.

- Đường mổ: hông lưng (sau phúc mạc), hạ sườn (trong phúc mạc)
- Kỹ thuật tạo hình: cắt rời (Anderson-Hynes), không cắt rời (Fenger, Foley Y-V, vật thẳng, vật xoay, Davis).

Cắt xẻ khúc nối qua nội soi: tỉ lệ thành công 70 – 80%.

- Nguyên tắc: đường xẻ ở đoạn khúc nối hẹp phải qua hết chiều dày niệu quản, từ lòng niệu quản đến lớp mỡ quanh bể thận niệu quản. Một ống thông niệu quản được đặt lưu tại chỗ 4-6 tuần làm nề cho mô khúc nối mọc tái tạo quanh ống.

- Các phương pháp: nội soi qua da, nội soi niệu quản ngược chiều, xẻ bằng bóng Acucise, nong khúc nối bằng bong bóng.

Phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình khúc nối: ngày nay được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị bệnh lý khúc nối, tương đương với phẫu thuật mở.

- Đường vào: trong phúc mạc, sau phúc mạc, hỗ trợ bằng robot.
- Kỹ thuật tạo hình: cắt rời, Fenger, Foley Y-V, Davis.

Cắt thận: chỉ định khi thận ứ nước mất chức năng.

3. Hậu phẫu

- Rút thông tiểu sau 48 – 72 giờ nếu nước tiểu ra trong
- Rút dẫn lưu vết mổ nếu lượng dịch ra dưới 50ml
- Kháng sinh chích 24 – 48 giờ đầu, sau đó chuyển kháng sinh uống 7 – 14 ngày
- Giảm đau thông thường, Paracetamol hoặc NSAIDS
- Biện chứng: rò nước tiểu, nhiễm khuẩn niệu, nhiễm khuẩn vết mổ

4. Theo dõi

- Tái khám sau 4 – 6 tuần để nội soi bàng quang rút thông JJ
- Sau 3 tháng để đánh giá tình trạng lâm sàng và siêu âm hệ niệu kiểm tra
- Sau 6 – 12 tháng để đánh giá lâm sàng, chụp X quang đường tiết niệu hoặc xạ hình thận
- Sau đó theo dõi mỗi năm một lần để đánh giá lâm sàng và siêu âm hệ niệu

HỆP BAO QUI ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp bao qui đầu có thể gây thất nghẽn bao qui đầu là một cấp cứu niệu khoa thường gặp ở nam giới.

- Hẹp bao qui đầu có thể là hẹp sinh lý hoặc hẹp bệnh lý:

+ Hẹp sinh lý (hẹp tiên phát) là hẹp do dính, bao qui đầu dính với qui đầu để bảo vệ qui đầu và lỗ tiểu lúc trẻ mới sinh ra. Đa số bé trai mới sinh (96%) đều có hẹp bao qui đầu sinh lý, đến 3 tuổi, tỉ lệ này giảm dần xuống còn 10% và giảm xuống còn 1% lúc 14 tuổi.

+ Hẹp bệnh lý (hẹp thứ phát, mắc phải) là hẹp thực sự khi có sự hiện diện của sẹo xơ. Sẹo xơ được hình thành là do viêm nhiễm ở những bao qui đầu bình thường hoặc bao qui đầu dài, cũng có thể do những lần nồng bao qui đầu quá mạnh bạo trước đó.

- Cắt bao qui đầu đã được thực hiện từ 6.000 năm trước ở Ai Cập, được coi là phương pháp điều trị kinh điển cho những trẻ em bị hẹp bao qui đầu, ngoài ra còn vì lý do phong tục, tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phòng ung thư dương vật... Phương pháp này có kết quả nhưng cũng có nhiều biến chứng. Những năm gần đây, nhiều báo cáo đã mô tả các phương pháp điều trị bảo tồn hẹp bao qui đầu, sử dụng kem chống viêm steroid bôi da tại chỗ với tỉ lệ thành công khá cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hẹp bao qui đầu có biến chứng

a. Triệu chứng cơ năng

Dương vật sưng với cơn đau cấp tính.

b. Triệu chứng thực thể

Dương vật phù nề, thấy vòng thắt ngay tại khấc dưới qui đầu dương vật.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vùi dương vật (buried penis): dương vật bị vùi dưới lớp mỡ trước xương mu kèm hẹp bao qui đầu.

- Thất nghẽn bao qui đầu (paraphimosis): bao qui đầu bị thất nghẽn ở khấc qui đầu tạo garô dương vật sau khi tách bao qui đầu ra khỏi qui đầu.

- Dài bao qui đầu (long prepuce): bao qui đầu dài nhưng không bị hẹp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa: khi có biến chứng

- Giảm đau
- Kháng viêm
- Đẩy khác dương vật qua qui đầu lại vị trí thông thường.

2. Ngoại khoa

a. Chỉ định và chống chỉ định

+ Chỉ định:

- Điều trị bảo tồn thất bại.
- Hẹp bao qui đầu thực sự (có vòng xơ).
- Có thất nghẽn bao qui đầu.
- Theo yêu cầu của gia đình bệnh nhân.

+ Chống chỉ định:

- Vùi dương vật.
- Viêm bao qui đầu.
- Hẹp niệu đạo.

b. Kỹ thuật cắt bao qui đầu

+ Vô cảm: Thủ thuật cắt bao qui đầu được thực hiện gây mê với trẻ nhỏ và tê tại chỗ với người lớn.

+ Các kỹ thuật cắt bao qui đầu thường được sử dụng:

- Cắt toàn bộ bao qui đầu (kiểu “cắt trọc đầu”).
- Cắt phần hẹp bao qui đầu.
- Kiểu cắt bao qui đầu theo đường đánh dấu.
- Kiểu Duhamel (xẻ lưng).
- Kiểu mở rộng bao qui đầu (rạch dọc khâu ngang).

c. Chăm sóc sau mổ

- Cắt bao qui đầu là thủ thuật về trong ngày.
- Toa thuốc: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.
- Thay băng mỗi ngày tại y tế địa phương.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

a. Biến chứng khi điều trị bảo tồn tại nhà: chảy máu hoặc thất nghẽn bao qui đầu => đến cơ quan y tế gần nhất để điều trị ngay.

b. Biến chứng sau cắt bao qui đầu

+ Biến chứng sớm

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thừng, mạch máu dưới bao qui đầu) => cầm máu (băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu).
- Phù nề, máu tụ => đắp ẩm hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.
- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.
- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.
- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

+ Biến chứng muộn:

- Dính bao qui đầu sau cắt (do chưa lại bao qui đầu quá nhiều) => tách dính, hoặc cắt lại bao qui đầu.
- Thất nghẽn bao qui đầu (do phù nề, chưa cắt hết vòng thất bao qui đầu) => giảm phù nề (đắp ẩm, thoát dịch, thuốc alphachymotrypsin) hoặc cắt vòng thất.
- Sẹo xấu (thường ở vị trí dây thừng) => cắt sẹo, tạo hình lại bao qui đầu. Nếu cơ địa sẹo lồi => dùng corticoid.
- Hẹp lỗ tiểu (do tổn thương mạch nuôi lỗ tiểu) => mở rộng lỗ tiểu.
- Rò niệu đạo (do tổn thương niệu đạo trong lúc mổ) => vá rò.

2. Tái khám

Tái khám sau 1-2 tuần

NANG MÀO TINH - THƯỜNG TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Nang mào tinh, thường tinh là cấu trúc nang hình thành từ mào tinh, lưới tinh hay các ống xuất, chứa dịch có tinh trùng.

2. Nguyên nhân

Khoảng 30% nam giới tình cờ phát hiện có nang mào tinh - thường tinh qua siêu âm bìu. Càng lớn tuổi thì tần suất có nang mào tinh - thường tinh càng cao. Nang mào tinh adenoma thuộc bệnh cảnh của bệnh von Hippel-Lindau. Nguyên nhân của nang mào tinh - thường tinh thường không rõ, có thể do chấn thương, nhiễm trùng hay viêm tại mào tinh hay tại bìu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Nang thường không có triệu chứng, bệnh nhân tình cờ phát hiện qua tự sờ bìu thấy có 1 khối hình cầu ở bìu, nằm tách biệt với tinh hoàn. Đôi khi nang lớn nhanh quá gây đau.

b. Triệu chứng thực thể

Các nang mào tinh - thường tinh có dạng cầu, nằm tách biệt với tinh hoàn, thường ở đầu mào tinh hoàn hơn các nơi khác.

2. Cận lâm sàng

Siêu âm: chẩn đoán xác định nang mào tinh - thường tinh.

3. Chẩn đoán xác định

Nang mào tinh - thường tinh trái/phải

4. Chẩn đoán phân biệt

- U mào tinh: khối đặc và thường đau.
- U tinh hoàn

III. ĐIỀU TRỊ

Đa số các nang mào tinh - thường tinh không cần điều trị. Các nang to, đau và gây khó chịu cho bệnh nhân mới cần điều trị.

Bệnh nhân đau ít, có thể điều trị nội khoa.

Với các nang lớn, gây đau nhiều có thể xem xét can thiệp. Điều trị nang mào tinh có thể bằng chọc hút và tiêm chất gây xơ. Phẫu thuật bao gồm cắt bỏ nang, cột cổ nang dính với mào tinh. Phẫu thuật có thể gây vô sinh do tổn thương ống mào tinh, ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn.

GÃY DƯƠNG VẬT

1. Nguyên nhân

Rách bao trắng thể hang khi dương vật cương cứng khi đang quan hệ, tự bẻ dương vật... gây. Tại các nước phương Tây, nguyên nhân gãy dương vật do quan hệ tình dục chiếm 60% và tự thể người bạn tình (vợ) ở phía trên. Tại Việt Nam gãy dương vật do tự bẻ chiếm 59% và do quan hệ tình dục là 36,4%.

2. Thương tổn

- Rách bao trắng thể hang, tổn thương niệu đạo kèm theo 10 – 22%

3. Triệu chứng

- Nghe tiếng gãy khi dương vật đang cương cứng.
- Dương vật giảm cương nhanh chóng
- Máu tụ dương vật và có thể lan xuống bìu.
- Đau chói thể hang bên gãy
- Và có máu ở miệng sáo.

4. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler mạch máu bẹn bìu
- Xét nghiệm tiền phẫu
- TPTNT
- MRI

5. Điều trị

- Không có chỉ định điều trị nội khoa vì máu sẽ theo vết rách thể hang lan xuống bìu, tăng sinh môn gây biến chứng nhiễm trùng, dò niệu đạo, cong dương vật, rối loạn cương.

Điều trị ngoại khoa:

- Mục đích:
 - Lấy hết khối máu tụ.
 - Cầm máu vật hang.
 - Khâu kín vỏ trắng vật hang chỗ vỡ.

• Đường rạch ngoài da: dọc trục dương vật, đường rạch vòng ngang thân dương vật, rạch vòng quanh rãnh quy đầu rồi lột lớp da xuống tận gốc dương vật tìm chỗ vỡ vật hang.

- Hậu phẫu:
 - Kháng sinh tiêm mạch 3 -4 ngày sau mổ.

- An thần: seduxen 5mg 1v x 2 chống cương dương vật.
- Chống phù nề: men kháng viêm.
- Thay băng mỗi ngày.
- Đặt sonde niệu đạo nếu có tổn thương niệu đạo đi kèm.

6. Biến chứng

- Cong dương vật
- Rối loạn cương (hiếm).
- Tâm lý lo sợ khi quan hệ tình dục

CƯƠNG DƯƠNG VẬT KÉO DÀI

I. ĐỊNH NGHĨA

Cương dương vật kéo dài là tình trạng cương một cương cứng một phần hoặc toàn bộ dương vật kéo dài hơn 4 giờ vượt quá sự kích thích tình dục và cực khoái hoặc không liên quan đến sự kích thích tình dục.

II. PHÂN LOẠI

Cương dương vật thể thiếu máu (Còn gọi thể tắc tĩnh mạch, thể lưu lượng thấp): là tình trạng cương dương vật kéo dài đồng thời có ít hoặc không có dòng máu động mạch thể hang. Can thiệp quá 48 đến 72 giờ sau khởi phát có thể giúp làm giảm sự cương cứng và đau đớn nhưng có rất ít bảo tồn khả năng cương.

Cương dương vật thể không thiếu máu (Còn gọi thể động mạch, thể lưu lượng cao): gây ra bởi dòng chảy máu động mạch thể hang không được kiểm soát do một lỗ rò động mạch thể hang và thể hang.

Cương dương vật thể tái diễn (không liên tục) được đặc trưng bởi sự tái phát. Bệnh sử thường gặp ở những người bị bệnh hồng cầu hình liềm (SCD). Xác suất cuộc đời của một bệnh nhân hồng cầu hình liềm bị cương dương vật từ 29% đến 42%.

III. NGUYÊN NHÂN

- Bệnh huyết học (bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia, bệnh bạch cầu, đa u tủy, Hb Olmsted (beta 141 Leu-->Arg), thuyên tắc mỡ trong khi truyền dịch dinh dưỡng, chạy thận nhân tạo, thiếu dehydrogenase glucose-6-phosphate, đột biến yếu tố V Leiden)

- Nhiễm trùng (độc tố qua trung gian) (bọ cạp chích, nhện cắn, bệnh dại, sốt rét)

- Rối loạn chuyển hóa (ví dụ amyloidosis, bệnh Fabry, gout)

- Rối loạn thần kinh (ví dụ bệnh giang mai, chấn thương tủy sống, hội chứng equina cauda, bệnh thần kinh tự chủ, Thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, tai biến mạch máu não, u não, gây tê tủy sống)

- Bệnh ác tính (di căn hoặc xâm lấn) (ung thư các cơ quan như tuyến tiền liệt, niệu đạo, tinh hoàn, bàng quang, trực tràng, phổi, thận)

- Chấn thương dương vật (tạo đường dò động tĩnh mạch gây cương đau dương vật lưu lượng cao high-flow priapism), thận nhân tạo, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch, kết hợp chấn thương vùng chậu

Thuốc

- Thuốc kích thích cương dương vật (papaverine, phentolamine,

prostaglandin E1 / alprostadil, nhóm thuốc tiêm vào thể hang gây cương)

- Đối kháng thụ thể Alpha-adrenergic (ví dụ: prazosin, terazosin, doxazosin, tamsulosin)
- Thuốc chống lo âu (hydroxyzine)
- Thuốc chống đông máu (heparin, warfarin)
- Thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần (ví dụ: trazodone, bupropion, fluoxetine, sertraline, lithium, clozapine, risperidone, olanzapine, chlorpromazine, thiorizadine, phenothiazin)
- Thuốc hạ huyết áp (ví dụ hydralazine, guanethidine, propranolol)
- Kích thích tố (ví dụ: gonadotropin-releasing hormone, testosterone)
- Thuốc giải trí (ví dụ: rượu, cần sa, cocaine,)

IV. CHẨN ĐOÁN

Bất cứ một sự cương dương vật nào kéo dài hơn 4 giờ phải được coi là cương đau dương vật, và người bệnh phải đến khám niệu khoa ngay. Trong vòng 6 – 8 giờ đầu, đau chưa xảy ra nhưng trong thực tế, đa số bệnh nhân đến khám khi cương dương vật kéo dài hơn 24 giờ. Điều trị ngay lập tức ở thời điểm này có thể bảo tồn được chức năng cương, nhưng nếu xử lý trễ, khả năng rối loạn chức năng cương rất cao.

Khám lâm sàng để xác nhận tình trạng cương đau dương vật với cương dương vật bình thường, trong cương đau dương vật chỉ có thể hang cương cứng, qui đầu nhỏ, mềm, mặt bụng của dương vật phẳng vì thể xốp không cương, tiêu bình thường.

V. CẬN LÂM SÀNG

- Bao gồm xét nghiệm máu, bạch cầu, giảm tiểu cầu và chức năng đông máu để đánh giá thiếu máu và phát hiện bất thường huyết học
- Phân tích khí máu là điều cần thiết để phân biệt giữa cương dương vật thể thiếu máu cục bộ và nhóm còn lại.
- Các xét nghiệm cụ thể để chẩn đoán thiếu máu hồng cầu hình liềm, hoặc bệnh lý hemoglobin khác (ví dụ: điện di hemoglobin) hoặc xét nghiệm nước tiểu và các xét nghiệm độc chất trong máu khi có nghi ngờ sử dụng các loại thuốc hướng thần kinh.
- Siêu âm Doppler dương vật và đáy chậu được khuyến dùng và có thể phân biệt cương dương vật thể thiếu máu và thể động mạch thay thế hoặc bổ sung cho phân tích khí máu.
- Vai trò của MRI trong đánh giá chẩn đoán cương dương vật đang còn tranh cãi. Trong cương dương vật thể động mạch, vai trò của nó bị giới hạn vì các thông nối động tĩnh mạch có thể không dễ dàng phát hiện.
- Chụp mạch máu vùng hội âm chọn lọc có thể tiết lộ đặc trưng các tổn

thương động mạch thể hang trong cương dương vật thể động mạch. Tuy nhiên, do sự xâm lấn nên thường được thực hiện trong qua trình thuyên tắc thông nối động tĩnh mạch.

VI. ĐIỀU TRỊ

Mục đích điều trị là làm cho dương vật xẹp nhanh ,giảm đau và bảo tồn chức năng cương

1. Chọc hút và tưới rửa thể hang

Là điều trị chủ yếu nếu bệnh nhân đến trong vòng 24 giờ. Máu được hút ra từ thể hang với kim bướm 19G và đem gửi thử khí máu để xác định mức độ thiếu máu .Cương đau dương vật điển hình thể 1 (lưu lượng thấp) có máu đen và $pO_2 < 30$, $pCO_2 > 60$, $pH < 7.25$. Trái lại nếu máu thể hang đỏ tươi có nồng độ O_2 cao xảy ra ở bệnh nhân có tiền căn chấn thương đáy chậu thì phải làm Doppler Duplex ngay. Siêu âm sẽ giúp thấy được nơi dò động mạch và hướng dẫn cho điều trị. Thể hang sẽ được tưới rửa bằng cách hút bỏ 10 – 15ml máu rồi bơm trở lại với nước muối sinh lý cùng thể tích lập lại quá trình này cho tới khi máu hút ra đỏ tươi. Nếu chọc hút và tưới rửa thất bại, bơm vào thể hang chất đồng vận adrenergic.

2. Điều trị nâng đỡ

Bao gồm giảm đau, ủ ấm hay ủ lạnh. Ketamine tiêm tĩnh mạch có thể gây ra ảo giác ,các thuốc hạ huyết áp và thuốc chống đông có thể sử dụng trong những trường hợp đặc biệt. Ketamine có thể thành công trong việc gây xù ở 50% các trường hợp tới sớm.

Nếu có bệnh tiềm ẩn là nguyên nhân gây cương đau dương vật phải điều trị bệnh đó ngay lập tức.

- Bệnh hồng cầu hình liềm phải điều trị bù nước,kiềm hóa và truyền máu để tăng nồng độ Hb >10 mg/dl .Như vậy sẽ làm giảm tình trạng toan hóa trong thể hang .Nếu bệnh nhân có cương đau dương vật từng đợt có thể điều trị bằng chích leuprolide acetate (chất đồng vận LHRH) mỗi tháng một lần.

- Ung thư máu thâm nhiễm vào thể hang có thể đáp ứng với xạ trị dương vật và hóa trị toàn thân.

3. Điều trị phẫu thuật

- Nếu bệnh nhân đến sau 24 giờ doạc dương vật không xù sau khi đã chích chất đồng vận adrenergic nhiều lần phải có chỉ định phẫu thuật tạo cầu nối thể hang-thể xóp bằng cách tạo một đường dò giữa qui đầu và thể hang hoặc bởi một thể hang – thể xóp cầu nối.

- + Thủ thuật Winter là một phương pháp đơn giản và an toàn bao gồm việc tạo ra một đường dò giữa qui đầu và thể hang bằng kim sinh thiết. hoặc dao mổ.

Thủ thuật tạo ra đường dò tạm thời và có thể thực hiện ngay tại giường với vô cảm tại chỗ. Kết quả rất thay đổi vì đường dò thường tự đóng sớm

- + Phẫu thuật Al- Ghorab: tạo ra một cầu nối giữa qui đầu và thể hang.

Điều trị cương dương vật thể động mạch

- Điều trị triệt Androgen (tiêm leuprolide, bicalutamide và ketoconazole) đã được báo cáo trong hàng loạt trường hợp cho phép đóng lỗ rò tự phát và tình trạng cương cứng ảnh hưởng giấc ngủ. Tuy nhiên, rối loạn chức năng tình dục do các phương pháp điều trị phải được xem xét

- Thuyên tắc lỗ dò động tĩnh mạch nên ưu tiên được áp dụng cho các bệnh nhân.

- Điều trị phẫu thuật thất có chọn lọc các lỗ rò thông qua tiếp cận thể theo hướng dẫn của siêu âm. Kỹ thuật này hiếm khi được thực hiện và chỉ nên được xem xét khi có chống chỉ định với kỹ thuật thuyên tắc chọn lọc, hoặc thuyên tắc thất bại

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Nguyên nhân

Niệu đạo trước

- Chấn thương kín: tai nạn giao thông, té kiêu cưỡi ngựa, đập vật cứng vào tầng sinh môn.
- Quan hệ tình dục: gãy dương vật, dụng cụ kích dục vào lòng niệu đạo
- Vết thương: đạn bắn, bị đâm, chó cắn, cắt bỏ dương vật
- Dải co thắt niệu đạo trong điều trị tiểu không kiểm soát
- Tổn thương niệu đạo do điều trị (iatrogenic): dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo

Niệu đạo sau

- Vỡ khung chậu
- Do điều trị: dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo, cắt tuyến tiền liệt tận căn.

Niệu đạo nữ

- Đụng dập do quá trình chuyển dạ.
- Vỡ khung chậu nghiêm trọng kèm theo tổn thương cổ bàng quang và âm đạo.
- Do điều trị: đặt thông niệu đạo kéo dài, xạ trị vùng chậu, phẫu thuật cắt túi thừa niệu đạo, phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát.

2. Phân loại

Bảng 1: Phân loại chấn thương niệu đạo theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ

Độ	Mô tả	Biểu hiện
I	Đụng dập	Chảy máu miệng niệu đạo Chụp niệu đạo bình thường
II	Kéo dẫn	Niệu đạo bị kéo dẫn nhưng không thoát thuốc cản quang ra ngoài khi chụp niệu đạo
III	Vỡ một phần	Thoát thuốc cản quang ra ngoài niệu đạo nhưng thuốc cản quang vẫn còn vào được bàng quang
IV	Vỡ hoàn toàn	Thoát thuốc cản quang ra ngoài tại vị trí tổn thương,

		thuốc cản quang không vào được bàng quang Chiều dài niệu đạo đứt xa < 2 cm
V	Vỡ hoàn toàn	Đứt niệu đạo hoàn toàn ≥ 2 cm, hoặc tổn thương kéo dài đến tuyến tiền liệt hoặc âm đạo

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

- Chảy máu ở miệng niệu đạo
- Máu ở âm hộ (ở nữ)
- Tiểu máu
- Tiểu đau
- Tiểu khó hoặc bí tiểu
- Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn
- Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)

2. Cận lâm sàng

- CTM
- Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
- Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phối hợp chấn thương niệu đạo
- CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
- Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

Bảng 2: Phân loại Goldman chấn thương niệu đạo dựa trên RUG

Phân loại	Mô tả
Loại 1	Niệu đạo sau bị kéo dẫn, nhưng còn nguyên vẹn
Loại 2	Rách niệu đạo tuyến tiền liệt - màng phía trên hoành niệu dục
Loại 3	Rách một phần hoặc toàn bộ niệu đạo trước và sau, với sự gián đoạn của hoành niệu dục
Loại 4	Chấn thương bàng quang kéo dài đến niệu đạo

Loại 4a	Chấn thương tại bàng quang gây thoát thuốc cản quang quanh niệu đạo tạo hình ảnh giống chấn thương niệu đạo sau
Loại 5	Chấn thương niệu đạo trước đơn thuần một phần hoặc hoàn toàn

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng
- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

2. Niệu đạo trước

a. Chấn thương kín

Xử trí cấp cứu: tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.

Điều trị tiếp theo: Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạo ít nhất sau 3 tháng để đánh giá:

- Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.
- Hẹp nặng, đoạn hẹp < 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận – tận,
- Hẹp nặng, đoạn hẹp $\geq 1\text{cm}$: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vạt da có cuống (nối tận – tận sẽ bị cong dương vật).

b. Vết thương

- Xử trí cấp cứu:

+ Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.

+ Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.

* Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.

- Điều trị tiếp theo: Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thì. Phẫu thuật lại sau ít nhất 3 tháng.

3. Niệu đạo sau

a. Chấn thương

- Xử trí cấp cứu:

+ Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.

+ Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra da. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phối hợp.

+ Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:

Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo

Mở mở làm thẳng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cổ bàng quang và trực tràng

* Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sớm không được chỉ định.

- Điều trị tiếp theo

+ Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương: được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)

+ Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

+ Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

b. Vết thương

- Xử trí ban đầu: Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mổ mở nối niệu đạo nên được thực hiện.

- Điều trị trì hoãn: Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn.

Bảng 3: Chấn thương niệu đạo và hướng xử trí theo Hội Tiết niệu châu Âu

Phân loại	Mô tả	Hướng xử trí
Loại 1	Tổn thương kéo dài. Niệu đạo bị kéo dài mà không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Không cần điều trị
Loại 2	Đụng Dập. Chảy máu miệng niệu đạo nhưng không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 3	Vỡ một phần của niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng

	trước hoặc sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc còn vào được bàng quang	với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 4	Vỡ hoàn toàn niệu đạo trước. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào niệu đạo sau và bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 5	Vỡ hoàn toàn niệu đạo sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào bàng quang	Sẽ cần điều trị mổ mở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 6	Vỡ hoàn toàn hay một phần niệu đạo sau kết hợp với rách cổ bàng quang hay âm đạo	Yêu cầu phẫu thuật mở sớm

CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Một chấn thương vùng bìu có thể gây nên các tổn thương: tinh hoàn chuyển chỗ (testicular dislocation), tụ máu tinh hoàn (testicular haematocoele), vỡ tinh hoàn (testicular rupture), có thể có kèm tụ máu bìu (scrotal haematoma), hoặc xoắn tinh hoàn.

2. Yếu tố nguy cơ

Thường do ẩu đả, tai nạn giao thông, liên quan hoạt động thể thao. Tổn thương tinh hoàn 75% các trường hợp chấn thương bìu (McAninch et al, 1984; Cass và Luxenberg, 1991).

3. Phân độ chấn thương tinh hoàn

Theo AAST 2010

Độ	Đặc điểm tổn thương tinh hoàn
1	Tụ máu tinh hoàn
2	Rách bao trắng tinh hoàn dưới nhưng không phát hiện trên lâm sàng
3	Rách bao trắng tinh hoàn với tổn thương nhu mô < 50 %
4	Rách bao trắng tinh hoàn với tổn thương nhu mô > 50 %
5	Tổn thương dập nát hết tinh hoàn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Buồn nôn
- Choáng

b. Triệu chứng thực thể

- Một bên bìu sưng, đau, bầm máu
- Tinh hoàn khó sờ thấy do tình trạng tụ máu
- Cần đánh giá tổn thương niệu đạo nếu bệnh nhân có tiểu máu và chảy

máu miệng sáo

- Không có sự tương xứng giữa mức độ tụ máu bìu và chấn thương tinh hoàn

2. Cận lâm sàng

a. Siêu âm Doppler

Siêu âm Doppler thường có thể phân biệt vỡ tinh hoàn và tụ máu tinh hoàn độ đặc hiệu (78%) và độ nhạy (28%). Siêu âm đánh giá sự toàn vẹn của tinh hoàn và tưới máu tinh hoàn.

b. CT hoặc MRI có thể được dùng

- Tuy nhiên không được sử dụng phổ biến vì mắc tiền, có thể làm trì hoãn phẫu thuật.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Tinh hoàn chuyển chỗ

Can thiệp bằng thủ đưa tinh hoàn xuống bằng tay, nếu tinh hoàn không xuống đòi hỏi phẫu thuật.

2. Tụ máu tinh hoàn

- Nên phẫu thuật khi khối máu tụ lớn hơn 1/3 kích thước tinh hoàn (EAU 2016)

- Khi khối máu tụ quá lớn thì khả năng điều trị bảo tồn thường thất bại và cần phẫu thuật và nếu > 3 ngày có tỷ lệ phẫu thuật cắt tinh hoàn cao hơn nhóm phẫu thuật từ sớm.

- Các bệnh nhân điều trị bảo tồn có thể cần can thiệp lại nếu bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng và đau không giảm.

3. Vỡ tinh hoàn

- Nếu không thể loại trừ phẫu thuật thám sát cần thực hiện (EAU 2016)

- Phẫu thuật gồm các bước: phẫu thuật lấy máu tụ tinh hoàn và cắt các ống sinh tinh hoại tử. Khâu bao trắng tinh hoàn bằng chỉ tan

4. Tụ máu bìu

- Có thể điều trị nội khoa nếu không có chấn thương tinh hoàn kèm theo. Nếu khối máu tụ lớn có thể phẫu thuật dẫn lưu máu tụ góp phần tang khả năng hồi phục của bệnh nhân

5. Xoắn dây tinh

- Phẫu thuật tháo xoắn

BÍ TIỂU CẤP

1. Định nghĩa

Bí tiểu cấp là tình trạng không đi tiểu được và căng đầy nước tiểu của bàng quang. Đây là một cấp cứu trong tiết niệu.

2. Nguyên nhân

a. Tắc nghẽn

- Bướu tuyến tiền liệt
- Sỏi kết niệu đạo, cục máu đông bít tắc niệu đạo, ung thư cổ bàng quang
- Sau thủ thuật niệu khoa như soi bàng quang, nong niệu đạo, sinh thiết tuyến tiền liệt, cắt đốt tuyến tiền liệt bằng sóng viba (TUNA, TUMT) ...

b. Thuốc chẹn β cholinergic

c. Thời tiết lạnh, đau quá, uống nhiều rượu

d. Viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo

e. Thần kinh

Sau gây tê mổ vùng chậu, mổ trĩ, chấn thương cột sống...

f. Sau xạ trị tại chỗ vùng chậu

g. Chấn thương bàng quang, vỡ niệu đạo...

h. Rút thông tiểu sớm sau TURP, cắt tuyến tiền liệt tận gốc...

i. Liên quan thai kỳ (tuần 16 trở đi)

3. Chẩn đoán

a. Lâm sàng

+ Hỏi bệnh sử, thuốc uống, chấn thương, sau mổ, sau thủ thuật, xạ trị, có thai,...

+ Thăm khám

- Thăm trực tràng để xác định bệnh lý tại tuyến tiền liệt : to, đau, cứng...
- Cầu bàng quang (+)
- Các dấu hiệu chấn thương như tụ máu hình cánh bướm hội âm, hai bên bẹn, hố chậu,...
- Máu rỉ ra ở lỗ sáo

b. Cận lâm sàng

+ CTM, PSA, Ure, Creatinin

+ Siêu âm tìm nguyên nhân

+ Chụp KUB, MSCT

4. Điều trị

- Đặt thông niệu đạo
- Chọc hút nước tiểu trên xương mu (nếu đặt thông niệu đạo không được)
- Mở bàng quang ra da (nếu có chống chỉ định hay đặt thông niệu đạo thất bại)
- Nội soi bàng quang điều trị cấp cứu (gấp sỏi kẹt)

5. Điều trị cụ thể

a. Tắc nghẽn

- Bướu tuyến tiền liệt: đặt thông tiểu
- Sỏi kẹt niệu đạo, cục máu đông bít tắc niệu đạo, ung thư cổ bàng quang : đặt thông tiểu, bơm rửa bàng quang, nội soi bóp sỏi.
- Sau thủ thuật niệu khoa như soi bàng quang, nong niệu đạo, sinh thiết tiền liệt tuyến, đốt tuyến tiền liệt bằng sóng vi ba (TUNA,TUMT): đặt thông tiểu

b. Thuốc chẹn β cholinergic : đặt thông tiểu

c. Thời tiết lạnh, đau quá, uống nhiều rượu : đặt thông tiểu

d. Viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo : đặt thông tiểu

e. Thần kinh: Sau gây tê mổ vùng chậu, mổ trĩ, chấn thương cột sống : đặt thông tiểu

f. Sau xạ trị tại chỗ vùng chậu: đặt thông tiểu

g. Chấn thương bàng quang, vỡ niệu đạo : mở bàng quang ra da

h. Rút thông tiểu sớm sau TURP, cắt tuyến tiền liệt tận gốc: đặt thông tiểu

i. Liên quan thai kỳ (tuần 16 trở đi) : đặt thông tiểu

6. Phòng ngừa

- Bướu tuyến tiền liệt : thuốc ức chế α kết hợp với ức chế 5- α reductase
- Các thủ thuật niệu khoa phải nhẹ nhàng.
- Tránh các thuốc nhóm ức chế β cholinergic với người có bướu tuyến tiền liệt
- Điều trị kháng sinh, kháng viêm cho bệnh lý viêm nhiễm.
- Nên đặt thông tiểu trong những cuộc phẫu thuật dài, kết hợp với thuốc ức chế α ...

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG THẬN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Sau chấn thương, vết thương vào vùng hông lưng hoặc hạ sườn.
- Đau bụng, đau nhiều vùng thận hoặc đau khắp bụng nếu có tổn thương kết hợp.
- Đái ra máu, máu cục trong bàng quang trong trường hợp chấn thương nặng.
- Trường hợp nặng, sẽ mất máu cấp, sẽ có triệu chứng choáng: niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ, cần phải chống choáng tích cực và theo dõi kỹ bệnh nhân, kế hoạch mổ can thiệp khẩn.

2. Khám lâm sàng

- Vết bầm vùng chấn thương, vết thương và hướng đi của vết thương (thấu bụng?)
- Bụng chướng, hố thất lưng đầy.
- Sờ thấy có dấu hiệu phản ứng nửa bụng bên bị chấn thương; khối máu tụ sau phúc mạc quanh thận chấn thương.
- Dấu hiệu đề kháng thành bụng toàn diện khi có chấn thương tạng khác kèm theo kèm các dấu hiệu xuất huyết nội hoặc viêm phúc mạc.

3. Cận Lâm sàng.

- Công thức máu khẩn, dung tích hồng cầu (Hct), Hb, làm nhiều lần mỗi giờ, mỗi 2 giờ... tùy diễn tiến của bệnh.
- BUN, Creatinin huyết thanh để theo dõi chức năng thận.
- Siêu âm cấp cứu có tác dụng chỉ điểm thận hoặc tạng đặc trong ổ bụng bị tổn thương hoặc đánh giá thận bên đối diện và theo dõi diễn tiến khối máu tụ những ngày sau.
- X quang điện toán cắt lớp (CT scanner) có cản quang; nếu chụp CT thường cần chụp thêm một KUB sau 15 phút hoặc CT xoắn ốc cần dựng hình hệ tiết niệu. CT giúp phân loại chấn thương theo AÁT. Chống chỉ định khi bệnh nhân đang choáng.
- Chụp UIV (không ép) nếu không có CT.
- CT hoặc UIV có thể chụp nhiều lần để theo dõi bệnh nhân (ngày thứ 5-7 sau chấn thương).
- Chụp DSA khi bệnh nhân còn tiểu máu kéo dài (chưa choáng) để có chỉ định làm thuyên tắc mạch chọn lọc.

4. Phân loại: Theo bảng phân loại chấn thương thận của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (AAST).

Phân độ	Loại thương tổn	Tổn thương giải phẫu bệnh (qua CT)
I	Đụng dập	Chủ mô thận bị dập nhưng chưa vỡ, thận còn nguyên vẹn
	Tụ máu	Tụ máu dưới vỏ bao thận
II	Tụ máu	Tụ máu quanh thận, không lan rộng
	Vỡ thận	Vỡ chủ mô vùng vỏ thận < 1cm
III	Vỡ thận	Vỡ chủ mô vùng vỏ thận > 1cm, không thông với hệ thống đài bể thận.
IV	Vỡ thận	Vỡ nhu mô lan rộng từ vỏ thận, tủy thận, vào đến hệ thống đài bể thận
	Mạch máu	Huyết khối động mạch hoặc tĩnh mạch chính.
V	Vỡ thận	Thận vỡ nhiều mảnh.
	Mạch máu	Đứt cuốn thận

II. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa (bảo tồn): trong đa số các trường hợp.

- Nằm yên.
- Giảm đau: thuốc giảm đau (không dùng NSAID để tránh chảy máu), thuốc cầm máu (Adrenoxyl, transamin...), vitamin.
- Kháng sinh phổ rộng (liều phòng ngừa).
- Theo dõi diễn tiến: Sinh hiệu, tình trạng mất máu, hiệu quả các biện pháp nội khoa, chú ý các tổn thương kết hợp.

* Điều trị nội khoa: thường với vết thương dao đâm (bạch khí), tổn thương thận đơn thuần, không tổn thương tạng và các cơ quan lân cận, không đe dọa sinh mạng qua theo dõi sinh hiệu và các xét nghiệm cận lâm sàng.

2. Điều trị ngoại khoa (mổ khẩn):

- Độ chấn thương AAST chỉ có giá trị tham khảo
- Theo tiêu chuẩn: Mất máu, có thể đe dọa mạng sống: dọa choáng hoặc choáng (Huyết áp dao động, tụt, mạch nhanh, sau truyền 500ml máu). Nguyên tắc là cắt thận chấn thương (thận đối diện phải tốt); bảo tồn chỉ thực hiện có tham khảo ý kiến hội chẩn cụ thể.

- Thận chấn thương có bệnh lý bế tắc: can thiệp ngay, giải quyết bế tắc (sỏi, hẹp khúc nối...)

- Trường hợp mở bụng “ trắng” hay can thiệp các tạng chấn thương, nếu trên bàn mổ nhận thấy chảy máu do chấn thương thận không đe dọa, không mở phúc mạc sau, sẽ đóng bụng theo dõi tiếp, can thiệp sau nếu cần.

- Can thiệp làm tắc mạch thận chọn lọc: khi đái máu kéo dài, không choáng.

- Can thiệp muộn: khi tiểu máu tái phát, u nang giả niệu. Bảo tồn thận là chính.

- Trường hợp vết thương thận; can thiệp khẩn khi có dấu hiệu tổn thương các cơ quan trong bụng, mạch máu lớn, không chờ có dấu hiệu choáng. Can thiệp nội mạch và các tình huống có phần giống như chấn thương thận kín.

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh viện bình dân, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2017”
2. Bệnh viện bình dân, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2018”
3. Bệnh viện bình dân, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2019”
4. Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, “Phác đồ điều trị”.
5. Bộ Y Tế, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận tiết niệu” (ban hành kèm theo quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của bộ trưởng bộ Y tế)
6. Trần Lê Linh Phương, “Điều trị sỏi niệu bằng phẫu thuật ít xâm lấn”, NXB Y học 2008.
7. Bệnh viện Chợ Rẫy, “Phác đồ điều trị phần ngoại khoa”, NXB Y học 2013.

TẮC RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là sự ngưng trệ lưu thông các chất trong lòng ruột như hơi, dịch, đồ ăn, phân không di chuyển được từ trên xuống dưới để tống qua hậu môn ra ngoài. Tắc ruột rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa. Nguyên nhân gây bệnh thì có nhiều và rất khác nhau

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau bụng từng cơn, nôn ói, bí trung-đại tiện.
- Khám bụng chướng, có thể có quai ruột nổi ± sọc mỡ cũ, dấu rắn bò (triệu chứng đặc hiệu). Nếu bệnh nhân đến trễ: dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, đôi khi có sốc. Khám vùng bẹn - đùi tìm thoát vị nghẽn
- Thăm trực tràng: Bóng trực tràng rỗng, đôi khi sờ chạm u giúp chẩn đoán nguyên nhân

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: phát hiện rối loạn nước-điện giải, bạch cầu và CRP máu tăng trong trường hợp nhiễm trùng.
- X quang bụng đứng không sửa soạn: hình ảnh mực nước-hơi (ruột non: chân rộng, vòm thấp; đại tràng: chân hẹp, vòm cao).
- Siêu âm bụng: hiện diện quai ruột dẫn (>2,5 cm) nằm kế quai ruột xẹp, dấu hiệu máy giặt, giúp chẩn đoán nguyên nhân: u, lồng ruột...
- CT Scanner bụng: Quai ruột dẫn nằm kế quai ruột xẹp, các quai ruột dẫn hội tụ về vị trí tắc (dấu chuyển tiếp), giúp chẩn đoán nguyên nhân do u, lồng ruột, thoát vị...
- Cận lâm sàng tiền phẫu (xét nghiệm tiền phẫu (QT, APTT, nhóm máu, ure, creatinin. Glucose), chụp X quang tim-phổi thẳng, đo điện tim, nếu có tiền sử bệnh tim mạch và/hoặc bệnh kèm tim mạch cần làm thêm siêu âm tim)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa trước mổ

- Đặt thông mũi-dạ dày và hút dạ dày
- Bù nước-điện giải
- Kháng sinh phổ rộng ngăn chặn nhiễm trùng, làm chậm hoại tử ruột. Cephalosporine thế hệ thứ 3 hoặc 2 phối hợp với nhóm Imidazole, có thể kết hợp thêm với nhóm Aminoglycoside hoặc nhóm Quinolone

Tắc ruột do bít là cấp cứu có trì hoãn, tuy nhiên tắc ruột do thắt phải vừa mổ vừa hồi sức vì dễ chậm quay ruột sẽ hoại tử.

2. Phẫu thuật

2.1 Chỉ định

- Có biến chứng: hoại tử ruột, viêm phúc mạc...
- Có những dấu hiệu tăng nặng: sốt, sốc, nôn ra phân...
- Thất bại điều trị nội.

2.2 Xử trí nguyên nhân

- Tắc ruột do dây dính: Gỡ dính, cắt dây chằng
- Thoát vị nghẹt: Giải phóng cổ thoát vị
 - + Nếu ruột hoại tử: Cắt và nối ruột ngay
 - + Nếu ruột chưa hoại tử: Đưa ruột vào ổ bụng, phục hồi thành bụng
- Lòng ruột ở trẻ em
 - + Tháo lòng bằng hơi
 - + Tháo lòng bằng tay ± cắt khối lòng nếu ruột hoại tử
- Lòng ruột người lớn: Cắt đoạn ruột
- Vật lạ trong lòng ruột: Mở ruột lấy vật lạ, khâu kín
- Xoắn ruột non
 - + Ruột chưa hoại tử: Tháo xoắn
 - + Ruột hoại tử: Cắt ruột, không tháo xoắn trước khi cắt.
- Xoắn đại tràng chậu hông: Tháo xoắn hoặc làm phẫu thuật Hartmann nếu ruột hoại tử
 - Ung thư đại tràng phải: Cắt đại tràng phải hay nối tắt.
 - Ung thư đại tràng trái
 - + Làm hậu môn nhân tạo trên dòng
 - + Cắt ruột, đưa 2 đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo
 - + Cắt nối có rửa hay không rửa đại tràng trong mổ
 - Ung thư đại-trực tràng bị thủng
 - + Cắt bỏ đoạn thủng rồi đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo hoặc làm phẫu thuật Hartmann
 - + Nếu bướu nằm ở vị trí trực tràng thấp không đưa ra được, có thể khâu lỗ thủng và làm hậu môn nhân tạo trên dòng
 - Ung thư trực tràng: Làm hậu môn nhân tạo đại tràng chậu hông.

IV. SẴN SỐC SAU MỔ VÀ TÁI KHÁM

- Hút dạ dày đến khi bệnh nhân trung tiện được
- Bồi phụ nước và điện giải
- Kháng sinh: Cephalosporine thế hệ thứ 3 hoặc 4 phối hợp với nhóm Imidazole, có thể kết hợp thêm với nhóm Aminoglycozide hoặc nhóm Quinolone
- Theo dõi các biến chứng: viêm phúc mạc, tắc ruột lại

VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất. Tuổi thường gặp là từ 10 đến 30 tuổi. Chẩn đoán dễ ở thể điển hình, khó ở các thể ít gặp

II. CHẨN ĐOÁN

- Đau bụng khởi đầu ở thượng vị, quanh rốn hoặc ngay hố chậu phải, vài giờ sau khu trú hố chậu phải, đau âm ỉ tăng dần
- Rối loạn tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn, đôi khi tiêu lỏng
- Ấn điểm Mac Burney đau, dấu Rovsing dương tính
- Khi viêm ruột thừa vỡ mủ có cảm ứng phúc mạc khu trú hoặc toàn thể
- Dấu cơ thắt lưng – chậu dương tính nếu ruột thừa nằm sau manh tràng
- Hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô lưỡi bẩn, bạch cầu tăng nhất là đa nhân trung tính, CRP tăng
- Siêu âm bụng: ruột thừa có hình bia tăng kích thước, mạc nối dày ở hố chậu phải, đôi khi có dịch ổ bụng nếu ruột thừa vỡ mủ hoặc khối echo hỗn hợp ở hố chậu phải nếu là abscess ruột thừa
- Scanner bụng có cản quang: trong trường hợp khó chẩn đoán, phát hiện ruột thừa tăng kích thước, thâm nhiễm viêm quanh ruột thừa, khối abscess, đám quánh hay dịch ổ bụng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị trước mổ

- Cận lâm sàng tiền phẫu (xét nghiệm tiền phẫu (QT, APTT, nhóm máu, ure, creatinin. Glucose), chụp X quang tim-phổi thẳng, đo điện tim, nếu có tiền sử bệnh tim mạch và/hoặc bệnh kèm tim mạch cần làm thêm siêu âm tim)
- Bệnh nhân nhịn ăn uống, được truyền dịch: NaCl 0,9%, Ringerlactat hay Glucose 5%, 10% hay 20%
- Kháng sinh ± giảm đau (Paracetamol 1g) trong khi chờ mổ
- Điều chỉnh các rối loạn cận lâm sàng nếu có

2. Phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật hở

- Viêm ruột thừa mủ chưa vỡ: cắt ruột thừa
- Viêm ruột thừa hoại tử, viêm phúc mạc ruột thừa: Cắt ruột thừa ± dẫn lưu

- Abces ruột thừa: Hút mủ, có thể cắt ruột thừa nếu tìm thấy, dẫn lưu
- Đám quánh ruột thừa: không có chỉ định phẫu thuật cấp cứu, hẹn phẫu thuật chương trình cắt ruột thừa sau 3 tháng
- Khi gốc ruột thừa hoại tử hay hoại tử lan rộng đáy manh tràng, tùy mức độ có thể khâu ngay hay mở manh tràng ra da hay cắt khối hồi-manh tràng

3. Biện chứng phẫu thuật

- Chảy máu
- Nhiễm trùng vết mổ
- Áp xe tồn lưu
- Dò manh tràng
- Tắc ruột
- Thoát vị vết mổ

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tiếp tục truyền dịch khi bệnh nhân chưa ăn uống được
- Kháng sinh điều trị tốt nhất theo kháng sinh đồ, nếu chưa có kháng sinh đồ có thể dùng đơn lẻ hay phối hợp các kháng sinh tùy độ nặng của bệnh (Cephalosporine thế hệ thứ 3 hoặc 4 phối hợp với nhóm Imidazole, có thể kết hợp thêm nhóm Aminoglycozide hoặc nhóm Quinolone)
- Giảm đau
- Cho bệnh nhân vận động sớm
- Cho bệnh nhân uống ít nước đường ngay hậu phẫu ngày 1, khi có trung tiện thì cho ăn từ lỏng đến đặc
- Rút ống dẫn lưu (nếu có) khi hết dịch dẫn lưu
- Cho bệnh nhân ra viện khi hết tình trạng nhiễm trùng, hệ tiêu hóa hoạt động bình thường, không đau bụng, làm lại các cận lâm sàng bất thường trở về bình thường
- Tái khám sau 1 tuần

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định Nghĩa: là chấn thương gây tổn thương thành bụng và các tạng trong ổ bụng nhưng không thủng phúc mạc. Tạng thường bị tổn thương theo thứ tự là lách, gan, ruột non, thận, bàng quang, ruột già, cơ hoành, tụy.

1.2. Nguyên Nhân: Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, xung đột...

1.3. Cơ Chế

- Sự giảm tốc đột ngột → các tạng khác nhau di chuyển với tốc độ khác nhau, tổn thương là rách do bị chằng kéo.
- Sự đè nghiền → các tạng bị ép giữa thành bụng và cột sống hay thành ngực sau. Các tạng gan, lách, thận thường bị tổn thương.
- Sự tăng áp lực trong xoang bụng đột ngột → vỡ tạng rỗng.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh Sử

- Hỏi bệnh tỉ mỉ để biết cơ chế, thời điểm bị tai nạn, tình trạng sau tai nạn, tiền sử bệnh nội, ngoại khoa.
- Khai thác bệnh sử khó khăn trong một số trường hợp như:
 - Bị các tổn thương phối hợp đánh lạc hướng.
 - Tri giác bệnh nhân bị sút giảm do chấn thương sọ não, ngộ độc (rượu, heroin,...).
- Thường bệnh nhân vào với bệnh cảnh đa chấn thương, trong đó triệu chứng cơ năng quan trọng là đau bụng, bệnh nhân than đau bụng, chướng bụng, hay thở mạnh thấy đau tức bụng, các dấu hiệu của tiểu máu, xuất huyết tiêu hoá.

2.2. Khám Lâm Sàng

- Toàn thân có thể có hội chứng mất máu (mạch nhanh da niêm nhợt...), hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn...)
- Nhìn: Có dấu hiệu chấn thương vùng bụng như bầm máu, trầy xước, tùy vị trí bị chấn thương mà thầy thuốc có thể dự đoán được tạng tổn thương
- Sờ: Ấn bụng có có dấu hiệu đau, đề kháng thành bụng, cảm ứng phúc mạc
- Gõ: Dấu hiệu đục vùng thấp hoặc mất vùng đục trước gan.

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. Thường quy: CTM (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ,

chức năng gan, chức năng thận, amylase, đường máu, điện giải đồ, nhóm máu; Xquang ngực bụng và khung chậu, siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần), XQ tim phổi thẳng, điện tim, nếu có tiền sử bệnh tim mạch và/hoặc bệnh kèm tim mạch cần làm thêm siêu âm tim

2.3.2. Đặc hiệu

- Chọc dò hay chọc rửa ổ bụng, lấy dịch làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào. CT scan bụng có cản quang, CT scan bụng là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tổn thương tạng đặc.

3. CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

3.1. Chẩn đoán xác định: Vỡ tạng đặc (gan, lách, tụy.), vỡ tạng rỗng (dạ dày, tá tràng, vớ ruột non, đại tràng, bàng quang...), chủ yếu dựa vào CT scan bụng

3.2. Chẩn đoán phân biệt: Tụ máu sau phúc mạc do gãy khung chậu, do chấn thương cột sống thắt lưng, chấn thương thận.

4. ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Vỡ tạng rỗng:

- Khi chưa có dấu hiệu rõ hoặc nghi ngờ có thương tổn phải theo dõi sát, khám đi khám lại nhiều lần để phát hiện kịp thời và xử trí tránh bỏ sót thương tổn.

- Có dấu hiệu vỡ tạng rỗng như: dạ dày, ruột, bàng quang phải mở bụng xử trí tổn thương hay phẫu thuật nội soi điều trị.

- Đối với vỡ tạng đặc: Mục tiêu: Cầm máu và bảo tồn chức năng của tạng.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Huyết động không ổn định ($M > 100$, $HA < 90/60$ mmHg): mở bụng ngay để xử trí thương tổn.

- Tổn thương gan: khâu gan, cắt gan không điển hình, chèn gạc cầm máu...

- Tổn thương lách: cố gắng khâu bảo tồn lách, không được mới cắt bỏ lách.

- Tổn thương tụy: bảo tồn hay cắt bỏ một phần tụy.

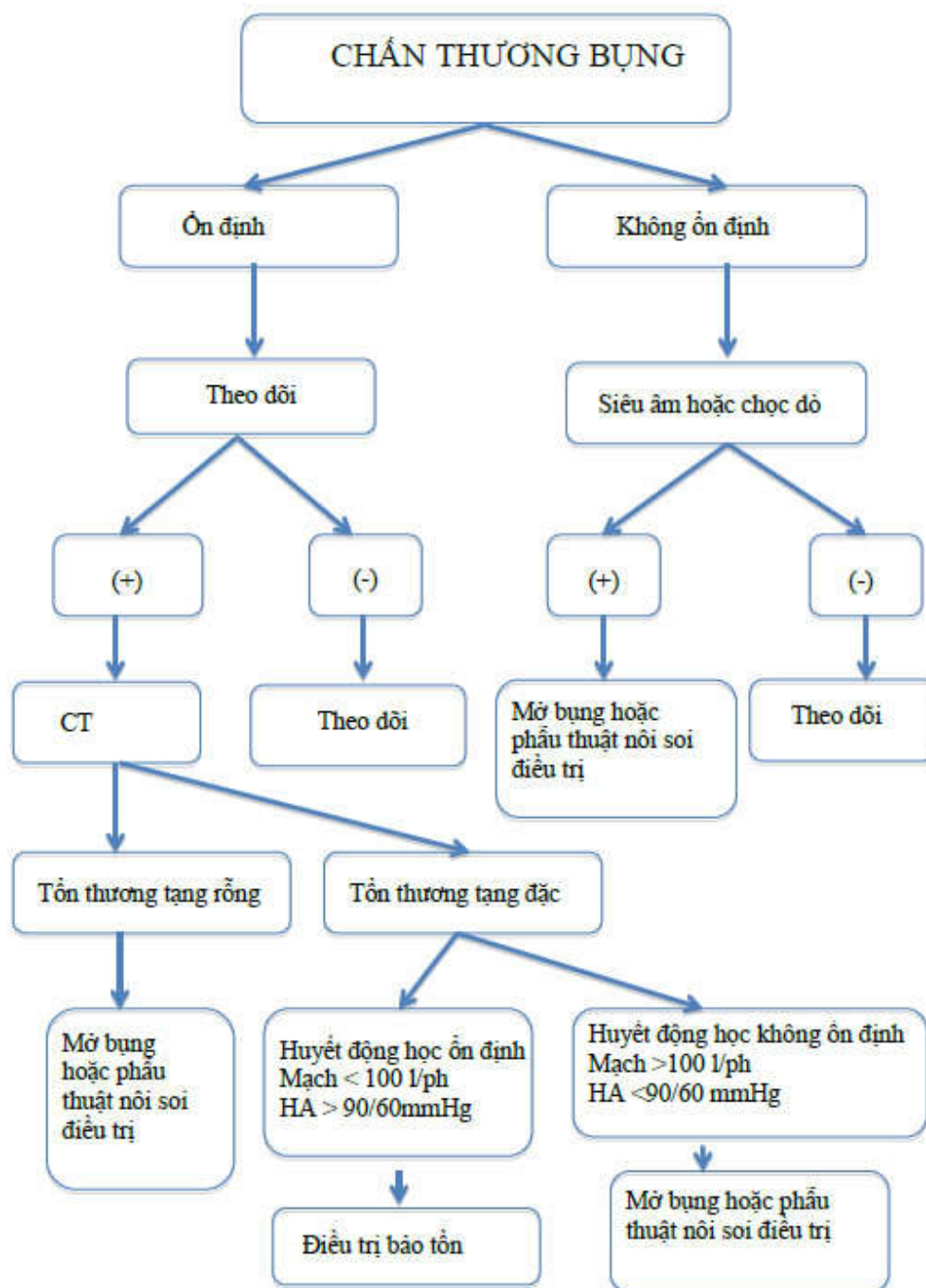
- Huyết động ổn định: ($M < 100$, $HA > 90/60$ mmHg)

- Vỡ lách: có thể điều trị bảo tồn, nhưng đa số đều phải phẫu thuật.

- Vỡ gan: 50% có thể điều trị bảo tồn, 20% có thể điều trị bằng khâu cầm máu trực tiếp, 30% phải xử lý triệt để hơn như cắt gan.

- Vỡ tụy: tùy tổn thương nhu mô đơn thuần hoặc kết hợp tổn thương ống tụy, ống mật chủ, tá tràng v.v. mà phương pháp xử trí có thể chỉ là khâu đơn thuần, khâu và dẫn lưu ống tụy, cắt tụy hoặc cắt khối tá tụy.

4.. Phác đồ chẩn Đoán và xử trí



5. THEO DÕI, TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vỡ tạng rỗng hay vỡ tạng đặc huyết động học không ổn định → nhập viện phẫu thuật.
- Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ tạng đặc huyết động ổn định hay nghi ngờ chấn thương bụng kín tổn thương tạng → nhập viện để theo dõi xác định chẩn đoán hướng điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

5.2. Theo dõi:

- Đối với chấn thương tạng rỗng: theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc, nhiễm trùng của bệnh nhân chấn thương bụng kín đơn thuần hoặc trên bệnh nhân đang điều trị bảo tồn chấn thương tạng đặc đã xác định (có CT Scan bụng), sau mổ theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc hậu phẫu do xì rò hay bỏ sót tổn thương, tắc ruột sớm.
- Đối với chấn thương tạng đặc: theo dõi các biến chứng chảy máu tái phát sau mổ hoặc các biến chứng rò mật, rò tụy mà có hướng xử trí thích hợp như mở bụng lại hay dẫn lưu dịch máu ổ bụng.

5.3. Biến Chứng

- Sốt, chảy máu tái phát, rò mật, tụ dịch trong gan, áp-xe.
- Điều kiện: phối hợp hồi sức, phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh, phòng mổ tốt và phẫu thuật viên có kinh nghiệm, theo dõi sinh hiệu, tình trạng bụng, Hct, dịch bụng (siêu âm).

5.4. Tiêu Chuẩn Ra Viện

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn uống, trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt, làm lại các cận lâm sàng bất thường trở về bình thường.

5.5. Tái Khám

- Sau xuất viện 2-4 tuần để đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau mổ, sự lành vết thương, ống dẫn lưu (ống T dẫn lưu đường mật, ống dẫn lưu ổ tụy v.v...) để có hướng xử trí thích hợp.

VIÊM TÚI MẬT CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định Nghĩa: Viêm túi mật cấp được định nghĩa là tình trạng viêm của túi mật, với nguyên nhân thường gặp là do tắc nghẽn do sỏi kẹt cổ ống túi mật.

- Khoảng 90% các ca lâm sàng liên quan đến sỏi túi mật, 10% các ca còn lại viêm túi mật xảy ra khi không có bằng chứng của sỏi túi mật.

- Viêm túi mật không do sỏi thường có liên quan đến vấn đề ứ mật như: suy kiệt không ăn uống hoặc ăn kém, chịu phẫu thuật lớn, chấn thương nặng, sốc nhiễm trùng, nuôi ăn qua mạch máu kéo dài v.v...

- Vài nguyên nhân khác có thể góp phần gây viêm túi mật không do sỏi như: bệnh lý tim mạch (đặc biệt là nhồi máu cơ tim), bệnh hồng cầu hình liềm, nhiễm thương hàn salmonella, tiểu đường, bệnh nhân nhiễm HIV (nhiễm các dòng cytomegalovirus, cryptosporidiosis, microsporidiosis...).

1.2. Diễn tiến

1. Bắt đầu: sỏi kẹt cổ gây viêm túi mật thể sung huyết hay xuất tiết.
2. Viêm túi mật mưng mủ
3. Viêm túi mật hoại tử
4. Thâm mật phúc mạc
5. Viêm phúc mạc mật hay thủng túi mật
6. 2+3: có thể tạo đám quánh túi mật nhờ các tạng xung quanh bao bọc tốt
7. Ung thư túi mật diễn ra trên nền sỏi túi mật hoặc polyp túi mật có thể biểu hiện bằng tình trạng viêm túi mật.

1.3. Tiên lượng

- Viêm túi mật không có biến chứng thường có tiên lượng tốt, tỷ lệ tử vong khá thấp. Hầu hết viêm túi mật khi được điều trị thích hợp thì có thể thuyên giảm triệu chứng sau 1-4 ngày. Tuy nhiên, có khoảng 25-30% số ca không đáp ứng điều trị, phát triển thành dạng biến chứng cần phải can thiệp bằng phẫu thuật

- Ngược lại, khi túi mật có biến chứng hoại tử hoặc thủng thì tiên lượng khá nghèo nàn. Thủng túi mật xảy ra ở 10-15% trường hợp. Những bệnh nhân viêm túi mật không do sỏi có tỷ lệ tử vong vào khoảng 10-50%, lớn hơn nhiều

so với tỷ lệ 4% của các ca viêm có sỏi

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Lâm sàng

- Khởi phát là cơn đau quặn mật: đau quặn cơn ở thượng vị hay hạ sườn phải, có thể lan lên vai phải, buồn nôn và nôn, đau thường diễn ra sau bữa ăn nhiều dầu mỡ...

- Sau hơn 6 tiếng, cơn đau không giảm đau liên tục, có thể có sốt (38 hoặc 38,5 độ C). Khám thấy nghiệm pháp Murphy dương tính

- Nếu đến muộn hơn, bệnh nhân đau nhiều, dữ dội, đề kháng cả vùng hạ sườn phải, sốt cao hơn (39- 40 độ C), hội chứng nhiễm trùng rõ rệt.

- Một số trường hợp viêm túi mật có thể xuất hiện thêm vàng da. Lúc đó cần chú ý đến các vấn đề : viêm túi mật có kèm theo sỏi đường mật, viêm túi mật có sỏi làm nghẽn đường mật (hội chứng Mirrizzi), viêm túi mật có biến chứng gây thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật, có bệnh lý viêm gan kèm theo v.v...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Các xét nghiệm về máu

- PTCSHH: Bạch cầu tăng cao, chuyển trái

- AST, ALT, Bilirubin toàn phần-trực tiếp: nếu có tăng nên chú ý vấn đề có bệnh kết hợp

- Amylase: nếu tăng có thể nghi có viêm tụy hoặc không

- Các xét nghiệm cần thiết khác để đánh giá bệnh nhân: đường huyết, chức năng thận, chức năng đông máu, nhóm máu.... và một số xét nghiệm khác nếu lâm sàng có nghi ngờ.

2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm là phương tiện đầu tay: siêu âm nhận thấy túi mật căng to, thành túi mật dày > 5mm, có thể có hoặc không sỏi, đánh giá sỏi đường mật kết hợp hoặc các bệnh lý trong chẩn đoán phân biệt.

- XQ bụng đứng và XQ tim phổi thẳng: để loại trừ các vấn đề thủng tạng rỗng, tắc ruột, viêm đáy phổi phải....

- CT scan được chỉ định trong các trường hợp khó chẩn đoán hoặc nghi ngờ viêm túi mật có biến chứng hoặc có bệnh lý kết hợp

- MRI cũng được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán viêm túi mật cấp, đặc biệt là trên những bệnh nhân triệu chứng không rõ ràng hoặc phụ nữ có thai.

- Nội soi dạ dày tá tràng có thể được chỉ định nếu bệnh nhân đã đáp ứng

điều trị nội khoa, được xếp mô chương trình và có yếu tố nghĩ đến bệnh lý dạ dày tá tràng trước đó.

Ngoài ra cần làm thêm điện tim, đối với bệnh nhân lớn tuổi và có tiền sử bệnh tim mạch nên làm thêm siêu âm tim

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Thường cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau đây:

1. Bệnh mạch vành
2. Viêm tụy cấp
3. Loét dạ dày tá tràng
4. Viêm ruột thừa
5. Con đau quặn thận

Các bệnh sau đây cũng nên được nghĩ tới nếu có yếu tố nghi ngờ

1. Phình động mạch chủ bụng
2. Thiếu máu mạc treo
3. Viêm đài bể thận cấp
4. Viêm phần phụ

4. ĐIỀU TRỊ

- Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa có tri hoãn và bệnh nhân cần được theo dõi tại khoa Ngoại

4.1. Nội khoa

Giai đoạn đầu của điều trị là điều trị nội khoa.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

- Nhịn ăn, có thể cho đặt thông mũi-dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
- Truyền dịch nuôi dưỡng và nâng đỡ.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng viêm: NSAIDS, paracetamol....
- Thuốc giảm co bóp hoặc ức chế phó giao cảm : atropine, nospa, alverine...
- Kháng sinh:

+ Những trường hợp viêm túi mật cấp mức độ nhẹ - trung bình, khởi đầu dùng kháng sinh đơn trị. Khuyến cáo chọn lựa các loại kháng sinh sau: cephalosporin thế hệ III, Piperacilin/tazobactam, ampicinin/sulbactam,

imipenem, carbapenem...

+ Điều trị tiếp theo có thể kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ III với metronidazole.

- Theo dõi công thức bạch cầu mỗi 6 tiếng, khám lại và lấy nhiệt độ mỗi 2-3 giờ, tốt nhất nên cùng một bác sĩ hoặc một nhóm trực.

- Đa số viêm túi mật có thể thoái lui, bệnh nhân giảm đau cũng nên được sắp xếp mổ chương trình; nếu sau điều trị nội sẽ diễn tiến đến viêm túi mật hoại tử hoặc viêm phúc mạc, cần được mổ cấp cứu.

4.2. Ngoại khoa

- Điều trị ngoại khoa nên bắt đầu sớm trong vòng 72 giờ đầu sau khi dùng kháng sinh hoặc sớm hơn nếu có bằng chứng của viêm túi mật có biến chứng.

- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được khuyến cáo trong trường hợp túi mật viêm đã được điều trị nội ổn định và nên được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi chuyển mổ hở trong cắt túi mật chương trình vào khoảng 5%. Tỷ lệ này cao hơn hẳn trong trường hợp phải mổ cấp cứu, khoảng 30%

- Khi đã chẩn đoán viêm túi mật có biến chứng cần mổ ngay (nội soi hoặc mổ hở), hoặc mở túi mật ra da nếu bệnh nhân nặng, không chịu nổi cuộc mổ kéo dài.

- Tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân mở thông túi mật ra da cao gấp 5-10 lần bình thường do đa số bệnh nhân đều là bệnh nặng, nguy kịch.

4.2.1. Các chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt túi mật bao gồm

- Nguy cơ cao khi gây mê toàn thân
- Bệnh nhân quá béo phì
- Có các dấu hiệu của thủng túi mật: áp xe, viêm phúc mạc, dò...
- Sỏi mật quá lớn hoặc nghi ngờ có bệnh lý ác tính.
- Bệnh suy gan nặng (có tăng áp cửa và rối loạn đông máu nặng)
- Sốc nhiễm trùng đường mật
- Viêm tụy cấp
- Thiếu ê kíp mổ hoặc trang bị không đảm bảo
- Phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm
- Chống chỉ định tương đối: bụng có vết mổ cũ

4.2.2. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật

- Tổn thương đường mật là tai biến đáng sợ nhất. Do đó phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và phẫu tích tốt vùng tam giác gan mật trước khi cắt, nếu nghi ngờ cần chụp đường mật trong mổ hoặc chuyển qua mổ hở cho an toàn.

- Chảy máu: đa số chảy máu từ giường túi mật hay từ một nhánh nhỏ của động mạch túi mật. Thường chảy máu phát hiện trong vòng 12 tiếng sau mổ. Những bệnh nhân này nên được mổ lại để giải quyết chỗ chảy máu và lấy máu đông.

- Nhiễm trùng, áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ

5. TIÊU CHUẨN NHẬP, XUẤT VIỆN

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện : tất cả các bệnh nhân viêm túi mật cấp cần được nhập viện, theo dõi và điều trị tại khoa Ngoại.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: Tất cả bệnh nhân có viêm túi mật cần được phẫu thuật cắt túi mật (chương trình hoặc cấp cứu) trừ những trường hợp có chống chỉ định của phẫu thuật thì cần điều trị nội khoa tích cực. Tiêu chuẩn có thể xuất viện là:

- Hết đau - Không sốt - Bụng xẹp
- Ăn uống, trung tiện bình thường

SA TRỰC TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Sa trực tràng là bệnh xảy ra khi niêm mạc trực tràng hoặc toàn bộ cấu trúc của trực tràng chui ra khỏi lỗ hậu môn và nằm ngoài ống hậu môn. Chính sự sa ra này gây ra các vấn đề của bệnh nhân như sự đi tiêu khó cầm được, táo bón hoặc viêm loét trực tràng.

- Có 3 kiểu lâm sàng khác nhau của sa trực tràng, và thường được gom chung dưới một thuật ngữ là "sa trực tràng":

+ Sa toàn bộ trực tràng (gồm toàn bộ các cấu trúc của trực tràng).

+ Sa niêm mạc trực tràng.

+ Lòng trong của trực tràng (internal prolapse, internal intussusception): là dạng sa mà phần trực tràng sa không vượt quá ống hậu môn và lỗ hậu môn. Nguyên nhân của kiểu sa này là do rối loạn một phần hoặc toàn thể của thành trực tràng.

- Sa trực tràng là bệnh lành tính, không có biến chứng nặng nề và không có diễn biến phức tạp. Nhưng bệnh gây cho bệnh nhân nhiều phiền hà trong sinh hoạt và ảnh hưởng không ít đến năng suất lao động.

- Điều trị bệnh sa trực tràng chủ yếu là phẫu thuật và có nhiều phương pháp mổ dựa trên các nguyên lý khác nhau. Điều trị nội khoa là cần thiết nhưng chỉ góp phần vào phương pháp điều trị.

1.2. Nguyên nhân

- Sinh lý bệnh của sa trực tràng đến nay vẫn chưa được giải thích cặn kẽ, đến nay vẫn đang có nhiều ý kiến bàn luận về các nguyên nhân sinh lý bệnh này.

1.2.1. Các nguyên nhân giải phẫu: có các ý kiến sau đây:

- Do trực tràng không dính vào thành bụng sau nên dễ dàng trượt xuống và sa ra ngoài.

- Do túi cùng Douglas thấp nên khi tăng áp lực ổ bụng, lâu dần đẩy trực tràng sa ra.

- Nguyên nhân khiếm khuyết đáy chậu do bẩm sinh.

- Do thiếu độ cong của xương cùng.

- Do độ gấp của bóng trực tràng và ống hậu môn không đủ lớn để giữ trực tràng lại.

1.2.2. Các nguyên nhân mắc phải

- Sau các tiền sử về chấn thương hoặc can thiệp vùng đáy chậu. Đặc biệt là các can thiệp trong sản phụ khoa. 25% bệnh nhân sa trực tràng có liên quan đến tiền sử can thiệp sản phụ khoa.

- Táo bón hoặc tiêu chảy kinh niên: cả 2 động tác này gây tăng áp lực ổ bụng mạn tính, từ đó gây sa trực tràng. Có khoảng gần 50% bệnh nhân có liên quan đến 2 nhóm nguyên nhân này.

- Một số các nguyên nhân khác (thường liên quan đến việc tăng áp lực ổ bụng) có thể kể đến như: thai kỳ, tiền căn phẫu thuật, phì đại tuyến tiền liệt, COPD, bệnh xơ hóa nang, ho kéo dài, rối loạn vận động sàn chậu, nhiễm ký sinh trùng, các rối loạn thần kinh ảnh hưởng đến sàn chậu, rối loạn tổng phân v.v...

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

- Bệnh nhân thường đến khám là do có khối ở hậu môn gây bất tiện cho sinh hoạt. Có một số bệnh nhân đến khám muộn, có khi đến 10-20 năm sau khi khởi phát bệnh mới đi khám.

- Bệnh sử ngoài các vấn đề liên quan đến yếu tố bệnh nguyên đã bàn ở trên thì thường có thêm 2 triệu chứng là có khối sa ở hậu môn và đi tiêu có máu.

- Khám thực thể thường chỉ nhìn là có thể chẩn đoán được bệnh. Khối sa trực tràng đặc trưng là một khối đỏ hồng có nhiều vòng niêm mạc đồng tâm, sa ra ngoài hậu môn khi rặn hoặc ngồi xổm. Đôi khi trên bề mặt khối sa có vết lõ loét do cọ sát gây chảy máu. Nếu có biến chứng nghẹt thì khối sẽ chuyển sang màu tím sẫm.

2.1. Các dấu hiệu lâm sàng của sa trực tràng

- Niêm mạc trực tràng nhô ra ngoài.
- Các vòng tròn niêm mạc dày đồng tâm.
- Có rãnh ở giữa ống hậu môn và trực tràng.
- Có vết loét trên thành trực tràng sa (10-25%) và có thể chảy máu.
- Sự giảm trương lực của cơ thắt hậu môn.
- Chú ý thăm khám bệnh nguyên của sa trực tràng và bệnh lý phối hợp.

2.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm có thể hữu ích vì nó giúp đánh giá biến chứng của sa trực tràng và các tình trạng bệnh phối hợp.

2.2.1. Các cận lâm sàng cơ bản: tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, điện giải đồ, 10 thông số nước tiểu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

- Nếu bệnh nhân có nguy cơ cần đánh giá chức năng hô hấp, tim mạch hoặc các bệnh có liên quan.

2.2.2. Các xét nghiệm hình ảnh

- Nội soi trực tràng: giúp đánh giá các tổn thương phối hợp của trực tràng, đặc biệt trong trường hợp có vết loét trên bề mặt khối sa. Nội soi còn giúp sinh thiết nếu có sang thương nghi ngờ.

- Nội soi khung đại tràng và chụp khung đại tràng cản quang: là xét nghiệm quan trọng do cần phải đánh giá phần trực tràng hoặc đại tràng còn lại sau khi cắt bớt phần sa, đánh giá các tổn thương phối hợp có thể có (u đại tràng, viêm loét đại tràng v.v...). Chụp khung đại tràng giúp đánh giá phần đại tràng còn lại và có thể phát hiện sự dài bất thường của đại tràng sigma hoặc đại tràng ngang.

3. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định thường không khó, đôi khi chỉ cần nhìn vào khối sa là có thể định bệnh là sa trực tràng. Tuy nhiên một số trường hợp khối sa nhỏ hoặc mắc phải thì cần có cận lâm sàng hỗ trợ.

- Ngược lại, chẩn đoán nguyên nhân gây sa trực tràng rất khó, thường không thể xác định nguyên nhân một cách chắc chắn.

- Các chẩn đoán phân biệt nên được nghĩ đến :

- + Khối trĩ sa
- + Bệnh viêm trực tràng
- + Lòng ruột
- + Polyp trực tràng

4. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị chính của sa trực tràng là phẫu thuật.

- Điều trị nội khoa có tác dụng giúp thêm cho kết quả của phẫu thuật.

4.1. Nội khoa

Mục đích của điều trị nội khoa:

- Giúp bệnh nhân đi tiêu dễ dàng, không phải rặn: chế độ ăn thức ăn dễ tiêu, dùng các thuốc nhuận trường (Forlax, Laevolac, Fleet Enema, dầu oliu v.v...)

- Điều trị một số bệnh nguyên gây ra hoặc làm nặng thêm sa trực tràng: viêm loét đại tràng, lỵ amip, hội chứng ruột kích thích, tăng sản tiền liệt tuyến v.v...

4.2. Ngoại khoa

- Vì nguyên nhân bệnh sinh không chắc chắn nên có rất nhiều phương pháp phẫu thuật, mỗi phương pháp thương dựa trên một quan điểm về nguyên nhân sinh bệnh.

Có 2 loại phẫu thuật: loại mổ theo đường tầng sinh môn và loại mổ theo ngã bụng.

4.2.1. Phẫu thuật ngã tầng sinh môn

- Tạo dính giữa trực tràng và xương cùng: phương pháp này có tỷ lệ tái phát lên đến 80%, hiện nay không còn dùng.

- Khâu quần vòng lõ hậu môn để tạo một vòng xơ ở cơ thắt hậu môn (phẫu thuật Thiersch). Phương pháp là dùng chỉ vicryl tan chậm khâu thành vòng tại cơ thắt ngoài, sau một khoảng thời gian chỗ khâu tạo thành vòng xơ giúp ngăn cản trực tràng sa xuống. Tỷ lệ tái phát của phương pháp này cũng khá cao, khoảng 60%.

Thường phương pháp này chỉ được dùng ở trẻ em và các bệnh nhân ốm yếu không chịu nổi phẫu thuật lớn.

- Cố định trực tràng vào ụ nhô xương cùng qua ngã tầng sinh môn

- Cắt đoạn trực tràng bị sa (Phương pháp Altemeier): thường dùng khi đoạn trực tràng sa đã nghẹt hoặc hoại tử, hoặc quá chai không thể đẩy lên được.

- Khâu gấp cơ trực tràng (Phương pháp Delorme): cắt lớp niêm sa và khâu gấp lại phần cơ sa lại.

- Dùng máy khâu nối tự động như trong phẫu thuật cắt trĩ để kéo phần trực tràng sa lên. Chỉ định là khi bệnh nhân bị táo bón do hội chứng bế tắc đường ra, sa niêm mạc trực tràng.

4.2.2. Phẫu thuật ngã bụng

- Khâu bít túi cùng Douglas: làm đơn thuần thì tỷ lệ tái phát 50%. Ngày nay được xem như một thì của phẫu thuật.

- Khâu cơ nâng hậu môn: cách làm rất phức tạp và nguy hiểm nên ít được dùng.

- Phẫu thuật cố định trực tràng : các thì chính của phẫu thuật gồm :

+ Bóc tách và di động trực tràng: để kéo trực tràng lên cao

+ Cố định trực tràng : có nhiều cách khác nhau

• Kỹ thuật Orr-Loygue: dùng 2 dải băng khâu vào phần thấp bên của trực tràng rồi dính vào ụ nhô xương cùng.

• Kỹ thuật Wells: Dùng dải băng khâu bó mặt sau trực tràng sau đó dính mảnh này vào mặt trước xương cùng.

- Kỹ thuật Ripstein: dùng một mảnh teflon khâu quanh trực tràng rồi cố định 2 ngành vào trước xương cùng.

- Kỹ thuật Sarles: khâu mặt sau trực tràng vào xương cùng, khâu mặt trước vào dải teflon rồi cố định vào xương cùng sau đó. Chú ý không quá kéo căng trực tràng..

- Có thể khâu cố định trực tiếp trực tràng vào màng xương cùng mà không dùng mảnh ghép (Nguyễn Đình Hối): khâu vào ụ nhô xương cùng và đính vào trực tràng theo một diện tam giác.

- Khâu bó túi cùng Douglas

- Tùy thuộc phần đại tràng sigma có quá dài hay không mà có thể dùng thêm các cách khâu gấp đại tràng hoặc cắt phần đại tràng quá thừa.

4.2.3. Phẫu thuật nội soi: để cố định trực tràng theo các phương pháp trên đang được nghiên cứu và ứng dụng. Các nghiên cứu bước đầu cho thấy kết quả cũng tốt như phẫu thuật đường bụng.

4.4. Biến chứng của phẫu thuật

- Chảy máu : chảy máu có thể từ mặt trước xương cùng xảy ra trong lúc bóc tách và cố định trực tràng, cũng có thể chảy từ niêm mạc trực tràng (Phẫu thuật Delorme hay phẫu thuật có cắt nối ruột)

- Rối loạn vận động tiêu, đại tiện và chức năng sinh dục: do ảnh hưởng của bóc tách các sợi thần kinh, các rối loạn này sẽ mất nhanh.

- Đau do kéo quá căng trực tràng

- Nhiễm trùng khoang sau trực tràng

- Xi dò trực tràng: xảy ra nếu có cắt nối ruột hay làm tổn thương thành ruột.

- Táo bón: táo bón có thể do trực tràng kéo quá căng làm liệt các cơ trực tràng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Bệnh nhân sa trực tràng và cần điều trị

5.2. Tiêu Chuẩn Xuất Viện

- Bệnh nhân sa trực tràng độ nhẹ và đáp ứng điều trị nội

- Bệnh nhân được phẫu thuật và hậu phẫu ổn, không biến chứng.

5.3. Theo Dõi Sau Xuất Viện

- Táo bón

- Tái phát sa trực tràng

THOÁT VỊ BỆN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: thoát bẹn là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

1.2. Phân loại

1.2.1. Theo cơ chế bệnh sinh

- Thoát vị bẹn gián tiếp: tạng thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, vào trong ống bẹn, thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh.

- Thoát vị bẹn trực tiếp: tạng thoát vị đi qua tam giác bẹn. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.

- Thoát vị bẹn thể kết hợp gián tiếp và trực tiếp

1.2.2. Theo nyhus (1991)

- Độ I: Thoát vị gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường.

- Độ II: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng, thành bẹn sau còn tốt (bó mạch thượng vị dưới không bị đẩy lệch). Thoát vị chưa xuống bìu.

- Độ III: Thành bẹn sau hư.

A: Thoát vị bẹn trực tiếp.

B: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu dẫn, mạc ngang của tam giác Hesselbach bị phá hủy hoặc thoát vị hỗn hợp.

C: Thoát vị đùi.

- Độ IV: Thoát vị tái phát.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Ở giai đoạn sớm của thoát vị, bệnh nhân hầu như không có triệu chứng gì. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là bệnh nhân phát hiện được một khối phồng

ở vùng bẹn. Khối phòng này xuất hiện khi nâng một vật nặng, khi nhảy hoặc khi rặn. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác cơ kéo và đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp. Khi khối thoát vị lớn dần nó tạo cảm giác không thoải mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc lấy tay đẩy vào.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng đặc hiệu của thoát vị là nhìn hoặc sờ thấy khối phòng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng, rặn hay ho; ngược lại khi nằm hoặc dùng tay đẩy vào thì khối phòng biến mất. Thoát vị đi xuống tận bìu bao giờ cũng là thoát vị gián tiếp. Thoát vị trực tiếp bao giờ cũng có dạng khối tròn và đối xứng, ở cạnh xương mu khi ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa. Trong khi đó, thoát vị gián tiếp thường có dạng elip và khó tự biến mất hơn.

- Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu thậm chí khuyết hần trong thoát vị trực tiếp. Khi bệnh nhân ho hay rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra chạm lòng ngón còn thoát vị gián tiếp chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón (nghiệm pháp chạm ngón). Khi dùng tay chèn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, rặn nếu là gián tiếp thì thoát vị không xuống được, nhưng khối thoát vị trực tiếp vẫn trồi ra được (nghiệm pháp chèn lỗ bẹn sâu).

- Soi đèn: Soi bằng đèn bấm trong phòng tối. Soi từng bên bìu và so sánh bên đối diện. Trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn, tràn dịch ống Nuck hay nang nước thừng tinh, nang ống Nuck thì có hiện tượng thấu sáng. Trong trường hợp thoát vị bẹn thì giảm sáng so với bên đối diện.

2.3. Cận lâm sàng

Việc chẩn đoán thoát vị hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

- Siêu âm: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị bẹn. Siêu âm cho thấy hình ảnh của các quai ruột hay mạc nối trong khối phòng. Đôi khi siêu âm cho phép đo được đường kính lỗ bẹn sâu.

- CT scan bụng cản quang: có thể thấy rõ hơn, nhưng tốn kém, thường không cần thiết.

- Đối với thoát vị bẹn nghẹt: những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm công thức máu, ure niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu,... để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đây mà hồi sức thích hợp.

- Chụp X - quang bụng không chuẩn bị: phát hiện các dấu hiệu tắc ruột.

- Các cận lâm sàng cơ bản: tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, 10 thông số nước tiểu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Việc chẩn đoán thoát vị bẹn hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dẫn tĩnh mạch thừng tinh.
- Tràn dịch màng tinh hoàn.
- Nang nước thừng tinh.
- Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh,...
- U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn,....

3.3. Chẩn đoán biến chứng

Hai biến chứng thường gặp nhất là thoát vị kẹt và thoát vị nghẹt

- Thoát vị kẹt: Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không đẩy lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

- Thoát vị nghẹt: Đây là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất. Nguyên nhân là do tạng thoát vị bị xiết ở cổ túi, khiến cho không những bản thân tạng đó không thể tự tụt trở vào ổ bụng được mà mạch máu nuôi tạng đó cũng bị chèn ép, khiến cho tạng có nguy cơ bị hoại tử. Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián tiếp. Khám lâm sàng phát hiện một khối chắc vùng bẹn, đau, không đẩy xẹp được và đôi khi có hội chứng tắc ruột. Đây là tình huống phải can thiệp cấp cứu tránh hoại tử ruột.

- Ngoài hai biến chứng trên còn có biến chứng chấn thương tạng thoát vị. Biến chứng này thường gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Nguyên tắc là điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tuổi và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp ngoại khoa hay không và nếu có thì nên can thiệp ngoại khoa khi nào.

- Vấn đề băng treo bìu có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý

nội khoa nặng nề, không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ tử thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cầm tù trở nên nghẹt.

4.2. Kỹ thuật dùng mô tự thân

4.2.1. Kỹ thuật Bassini: Lớp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời. Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

4.2.2. Kỹ thuật Shouldice: Tương tự Bassini, có sử dụng dây chằng bẹn, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần vào dây chằng bẹn, Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục. Nếu Bassini không chú trọng đến việc làm dày lớp mạc ngang (thành sau của ống bẹn) thì Shouldice lại nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng 2 mũi khâu vắt nhằm sửa chữa thành sau của ống bẹn.

4.2.3. Kỹ thuật Mc Vay: Khâu cung cân cơ ngang bụng vào dây chằng Cooper bằng các mũi chỉ rời bắt đầu từ sát xương mu đi ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Ưu điểm là sử dụng dây chằng Copper rất chắc nằm ở lớp sâu nên chỗ khâu cũng vững và hợp sinh lý hơn so với dây chằng bẹn, điều trị đồng thời cả thoát vị bẹn và đùi. Nếu làm tốt, tỉ lệ tái phát thấp. Nhược điểm là dễ căng chỗ khâu phải thực hiện thêm đường rạch dẫn trên bao cơ thẳng và nếu không cẩn thận có thể gây tai biến làm rách tĩnh mạch đùi.

4.3. Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo:

- Ưu điểm: không gây căng, do đó ít đau sau mổ, phục hồi nhanh hơn. Mảnh ghép nhân tạo khi được tổ chức hóa thì trở thành lớp cân mới rất chắc chắn.

- Nhược điểm: Có thể bị nhiễm trùng mảnh ghép thì rất khó trị, do đó điều kiện vô trùng phải đảm bảo.

4.3.1. Kỹ thuật Lichtenstein: Đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ chỗ yếu thành bụng, đầu dưới phủ lên củ mu, bờ ngoài dính vào dây chằng bẹn, bờ trong dính vào lớp cân của cơ chéo bụng trong và bao cơ thẳng bụng. Phần đuôi mảnh ghép được xẻ ra ôm lấy thùng tinh tại lỗ bẹn sâu.

4.3.2. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong ổ bụng: Mảnh ghép lớn được đặt trong ổ bụng phủ kín chỗ khiếm khuyết gây thoát vị. Mảnh ghép cố định bằng tacker, khâu hoặc clip. Khuyết điểm là mảnh ghép được đặt trong bụng có thể gây các tai biến: tổn thương các tạng, mạch máu, thần kinh và các biến chứng như dính ruột, tắc ruột, thủng ruột,...

4.3.3. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua ngã bụng:

Đầu tiên sẽ vào bụng, sau đó cắt phúc mạc, phẫu tích vùng thoát vị, lồng cơ lược và đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ vùng thoát vị, lồng cơ lược, cố định mảnh ghép. Sau đó phúc mạc được khâu lại.

4.3.4. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc: Phẫu thuật viên sẽ đi vào khoang ngay phía sau cơ thẳng bụng. Đây là vùng vô mạch nên ít gây chảy máu.

Mảnh ghép được đặt vào khoang này che phủ vùng thoát vị.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Khối thoát vị có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng cần phải phẫu thuật.

5.2. tiêu chuẩn xuất viện

- Sau phẫu thuật phục hồi thành bẹn, bụng.
- Thoát vị không nghẹt hoặc kẹt, không đau, bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa.

5.3. Theo dõi tái khám

- Tái khám 1 tuần sau phẫu thuật
- Tái khám khi vết mổ nhiễm trùng. Nhận biết sớm dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ để phẫu thuật lấy mảnh ghép.

THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thủng dạ dày - tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp của các ổ loét tá tràng, các ổ loét dạ dày và đôi khi của bệnh ung thư dạ dày.
- Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp và chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Hậu quả lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là viêm phúc mạc.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân thường đau bụng đột ngột, dữ dội giống như giao đâm vùng thượng vị làm cho bệnh nhân nhớ rất rõ thời điểm đau, sau đó lan khắp bụng. Đau nhiều đến nỗi bệnh nhân không dám xoay trở người. Đau là triệu chứng chính và cũng là nguyên nhân đưa bệnh nhân đến bệnh viện.

- Trong giai đoạn đầu, dấu hiệu sinh tồn chưa thay đổi, khoảng 30% bệnh nhân bị sốc trong những giờ đầu sau khi thủng. Sốc thường thoáng qua vài phút đến nửa giờ với các biểu hiện: mặt tái nhợt, toát mồ hôi lạnh, hạ thân nhiệt, huyết áp giảm nhẹ, sau đó toàn thân trở về bình thường. Ở giai đoạn viêm phúc mạc do vi trùng, bệnh nhân sốt cao, mạch nhanh, nước tiểu giảm. Nếu bệnh nhân được phát hiện trễ sẽ dẫn tới tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Giai đoạn trễ, tình trạng viêm phúc mạc nặng có thể đưa tới liệt ruột, làm bệnh nhân có triệu chứng bí trung đại tiện, nhu động ruột không nghe thấy, bụng chướng căng.

- Triệu chứng viêm phúc mạc toàn thể biểu hiện rất rõ: bệnh nhân nằm yên, không dám cử động vì đau, bụng không di chuyển theo nhịp thở. Bụng gồng cứng như gỗ, có thể mất vùng đục trước gan. Khám trực tràng - âm đạo, bệnh nhân thấy đau ở túi cùng Douglas.

2.2. Cận lâm sàng

- X-quang phổi hoặc chụp bụng không chuẩn bị tìm liềm hơi. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên là mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thể chụp được, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc nằm giữa thành ngực.

- Khi nghi ngờ thủng dạ dày hoặc tá tràng mà trên phim X quang không

thấy liềm hơi không được loại trừ chẩn đoán, có thể đặt ống thông dạ dày bơm hơi vào dạ dày sau đó chụp.

- Siêu âm bụng có khi xác định được hơi và dịch tự do ổ bụng.
- CT Scan bụng cản quang cũng cần thiết để xác định chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt với một số nguyên nhân khác.
- Xét nghiệm có giá trị hồi sức và điều trị chủ yếu là xét nghiệm máu, điện giải đồ....
- Các cận lâm sàng thường quy: tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Có tiền sử loét dạ dày tá tràng.
- Đau bụng dữ dội đột ngột.
- Co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
- Mất vùng đục trước gan.
- X quang thấy liềm hơi dưới hoành.
- Siêu âm bụng, CT scan bụng có hơi và dịch tự do.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Thủng một tạng khác:
 - + Thủng ruột non do thương hàn.
 - + Thủng túi thừa.
 - + Thủng ruột non, đại tràng sau chấn thương bụng kín. Đây là trường hợp hay gặp nhưng thường được chẩn đoán trễ khi có dấu hiệu của viêm phúc mạc rõ ràng.
 - + Thủng đại tràng do bệnh lý.
- Thấm mật phúc mạc do viêm phúc mạc mật.
- Viêm tụy cấp

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Thủng dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa. Hầu hết thủng dạ dày - tá tràng đều phải phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp thủng bít có

thể không cần phẫu thuật.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

- Dùng giảm đau khi đã có chẩn đoán xác định.
- Đặt thông mũi dạ dày và hút.
- Nhịn ăn uống.
- Bồi hoàn nước và điện giải, máu và các chất dinh dưỡng.
- Kháng sinh mạnh đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể đặt sonde foley theo dõi nước tiểu.

4.2.2. Ngoại khoa

- Thăm dò: đánh giá tình trạng ổ bụng dịch, thức ăn, giả mạc nhiều hay ít, bẩn hay sạch.
- Đánh giá tổn thương: tìm lỗ thủng, lỗ thủng to hay nhỏ, cứng hay mềm, mủn, phù nề .

4.3. Các phẫu thuật điều trị biến chứng thủng

4.3.1. Khâu lỗ thủng đơn thuần

- Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng (thủng ổ loét hành tá tràng, bệnh nhân trẻ, đến sớm dưới 12 giờ, không có bệnh lý nặng đi kèm) khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu gấp theo trục dạ dày - tá tràng bằng các mũi chỉ không tiêu, mũi rời, có thể phủ mạc nối lớn lên.

- Mở hở khâu lỗ thủng.
- Khâu lỗ thủng kết hợp với kết hợp với tiết trừ H. Pylori giúp ngăn ngừa biến chứng loét tái phát.

4.3.2. Phẫu thuật cắt dạ dày

- Phẫu thuật cắt dạ dày 2/3 vừa điều trị biến chứng thủng, vừa điều trị bệnh loét. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật nặng, có thể có những biến chứng, di chứng về sau nhất là khi bệnh nhân không được chuẩn bị kỹ, khoang bụng bẩn,...

Chỉ định:

- Thủng trên loét xơ chai to, khó khâu và dễ bục.
- Thủng kèm với các biến chứng khác như chảy máu hoặc hẹp môn vị.
- Thủng dạ dày nghi ngờ ung thư.

Điều kiện:

- Khoang bụng phải sạch.
- Thể trạng bệnh nhân tốt.
- Phòng mổ trang bị tốt, và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

4.3.3. Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X siêu chọn lọc

- Cũng như phẫu thuật cắt dạ dày, đây là phương pháp phẫu thuật nhằm điều trị triệt căn bệnh loét.

- Chỉ định: Phẫu thuật cắt dây thần kinh X siêu chọn lọc chỉ có tác dụng với ổ loét tá tràng, không tác dụng với ổ loét dạ dày.

- Điều kiện: Khoang bụng sạch vì đòi hỏi bóc tách nhiều, việc bóc tách dễ gây nhiễm trùng ở vùng này nếu khoang bụng bẩn. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

4.3.4. Phương pháp Newmann

- Với những lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ mủn nát, dễ bục chỉ, tình trạng bệnh nhân yếu, không cho cắt dạ dày ngay, lúc đó có thể đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và dính vào thành bụng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM .

1. Tiêu chuẩn nhập viện: đau bụng cấp

5.2. Theo dõi: theo dõi và điều trị nguyên nhân tiếp theo cho bệnh nhân: (thuốc kháng tiết, tiết trừ *Helicobacter pylori*). Hẹn nội soi tiêu hóa trên sau 1 tháng.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện: bệnh nhân ăn uống, trung tiện được, đau vết mổ ít.

5.4. Tái khám: sau 7 ngày, đánh giá lại kết quả phẫu thuật và lấy kết quả giải phẫu bệnh lý.

VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng thủng cơ hoành, vết thương vùng hông lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

1.2. Nguyên nhân

- Thời bình: Thường do bạch khí (dao, vật sắc nhọn), có thể do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, té ngã, đá thương ...
- Thời chiến: Thường do hỏa khí (đạn, mảnh bom, mìn)

1.3. Phân loại

- Vết thương thấu bụng không tổn thương tạng
- Vết thương thấu bụng tổn thương tạng (tạng rỗng, tạng đặc, mạch máu)

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Hỏi bệnh sử cần chú ý khai thác giờ xảy ra tai nạn, hướng tác động, lực tác động, tác nhân gây tổn thương (hình dạng, kích thước) → có thể tiên đoán trước mức độ thương tổn cũng như tạng bị tổn thương.

2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, ói ra máu, tiểu ra máu, tiêu ra máu.

2.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: có vết thương vùng bụng trước hay hông lưng. Các vết thương vùng ngực thấp bên (T), (P), (gian sườn 6,7,8.) vết thương có lòi mạc nổi, ruột. các sonde mũi-dạ dày, sonde tiểu có máu.
- Sờ: ấn bụng đau, có thể có đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc.
- Gõ đục vùng thấp khi có chảy máu hoặc dịch trong ổ bụng. Khoảng 40% xuất huyết nội không có biểu hiện lâm sàng ở lần thăm khám đầu tiên, vì vậy việc thăm khám định kỳ và thường xuyên là rất quan trọng.

2.4. Cận lâm sàng

2.4.1. Cận lâm sàng thường quy

- Công thức máu (có thể làm nhiều lần), nhóm máu, đông máu toàn bộ, xét

nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipase, đường máu...), XQ tim phổi thẳng, điện tim.

2.4.2. Cận lâm sàng giúp chẩn đoán

- X quang bụng đứng không sửa soạn: Khí tự do trong ổ bụng hay không?
- Siêu âm bụng: Có dịch, có khí trong ổ bụng không?
- CT Scan bụng: Có thể phát hiện dịch hoặc khí trong ổ bụng, các cơ quan bị thương tổn và mức độ thương tổn các cơ quan đó.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1. Vết thương thấu bụng:

- Có tạng trong ổ bụng (mạc nối, ruột non...) phòi ra ngoài hoặc khi thăm sát vết thương thấy có thủng phúc mạc hoặc siêu âm có dịch ổ bụng hoặc X-quang bụng có hơi tự do trong ổ bụng.

3.2. Vết thương thành bụng

- Siêu âm không có dịch ổ bụng. X-quang bụng không có hơi tự do trong ổ bụng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Có vết thương thấu bụng thì phải mở bụng hoặc nội soi ổ bụng thăm sát (nếu có huyết động ổn định) và xử trí thương tổn nếu có.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Bệnh nhân có vết thương thấu bụng mà huyết động học không ổn định thì phải mở bụng thăm sát và xử trí thương tổn. Nếu huyết động ổn định thì thăm sát vết thương tại chỗ, nếu không thủng phúc mạc thì tiếp tục theo dõi, nếu thủng phúc mạc thì có thể nội soi ổ bụng chẩn đoán. Nếu qua nội soi ổ bụng có thủng lá phúc mạc mà không tổn thương nội tạng bụng (tỉ lệ này từ 40%-58%) thì tiếp tục theo dõi. Nếu thủng phúc mạc và có tổn thương tạng: phẫu thuật nội soi điều trị (khâu thủng tạng rỗng hoặc đốt, khâu cầm máu tạng đặc) hay mở bụng xử trí thương tổn.

4.2.1. Tạng rỗng

- Đối với dạ dày: có thể khâu 1 hoặc 2 lớp. vết thương 1 lỗ đơn độc ở ruột non chỉ cần cắt lọc và khâu lại là đủ. Hai lỗ thủng ruột non kề cận nhau có thể được cắt xén thành 1 lỗ duy nhất và khâu lại để tránh bị hẹp ruột. Nhiều lỗ thủng nhỏ rải rác trên 1 đoạn ruột cũng có thể lần lượt được khâu lại hoặc cắt đoạn trong khi thủng và rách một đoạn ruột non dài kèm với bầm dập ruột có thể được cắt bỏ đi và nối lại tận-tận.

- Đối với tổn thương tá tràng: bắt buộc mở bụng điều trị. Khoảng 75%-80% tổn thương tá tràng có thể được xử trí bằng cách cắt lọc mép vết thương và khâu lại đơn thuần. 20%-25% trường hợp cần phải xử trí phức tạp hơn như:

- > Khâu lỗ thủng và dung một quai hồng tràng đắp lên chỗ vỡ (patch).
 - > Khâu lỗ thủng và nối vị tràng.
 - > Khâu lỗ thủng và cắt dạ dày.
 - > Cắt đôi tá tràng, đóng đầu dưới, đưa một quai hồng tràng lên nối với đầu trên tá tràng kiểu Rouxen-Y.
 - > Cắt tá tràng-đầu tụy theo phương pháp Whipple (khi có tổn thương tá tràng và đầu tụy kết hợp) v.v...
- Đối với thương tổn ruột già: khâu hoặc làm hậu môn tạm.

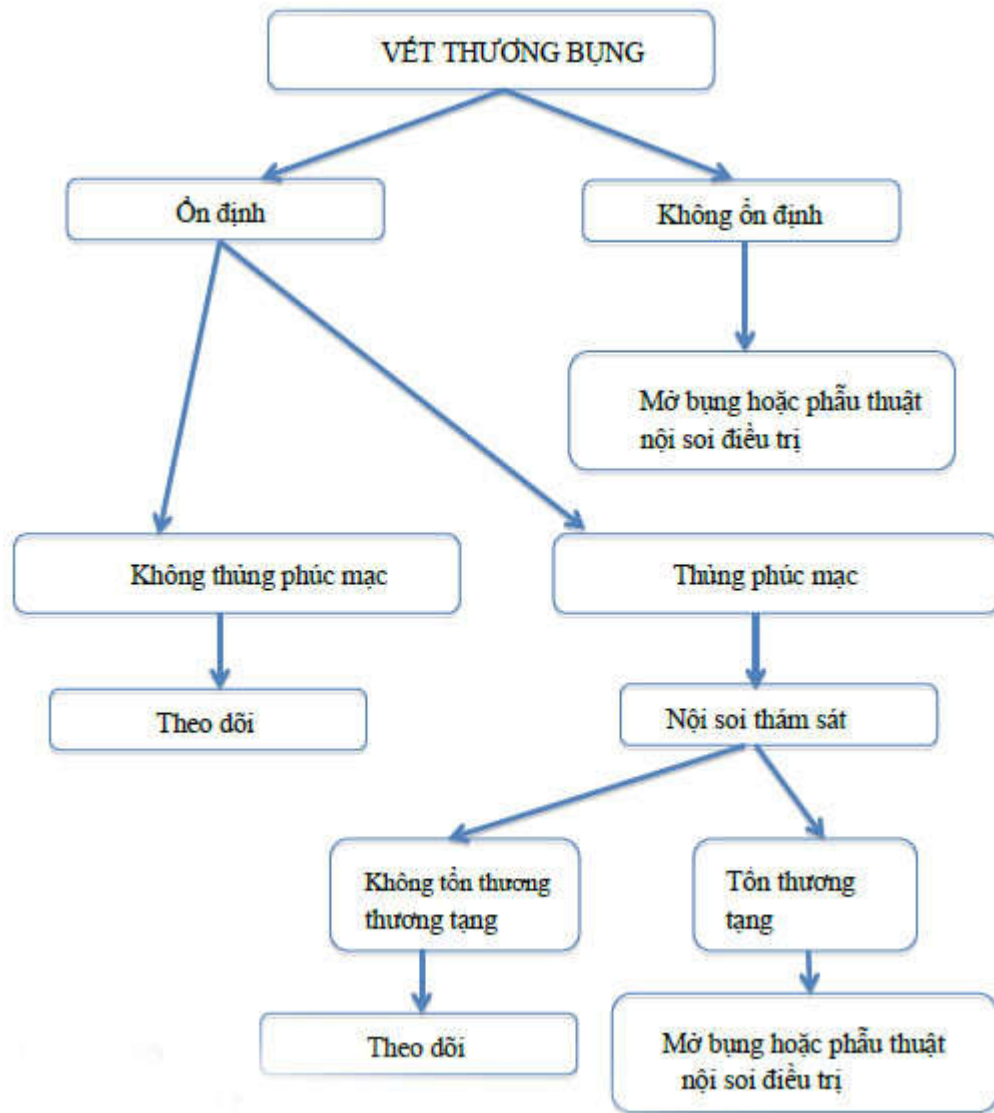
4.2.2. Tạng đặc

- Đối với vết thương gan, trong 50% trường hợp, chảy máu tự cầm hoặc cầm khi đè bằng gạc, hoặc khâu cầm máu chỗ vỡ gan, tốt nhất là cầm máu từng điểm ở hai mép chỗ vỡ, hoặc cắt phần gan bị bầm dập hoặc cắt thùy gan trong trường hợp không thể khâu được. Nếu lách bị đứt một đoạn ngắn, máu chỉ chảy rỉ rả thì chúng ta có thể khâu bảo tồn lách, nếu máu chảy nhiều nhưng khu trú, rốn lách không bị ảnh hưởng thì có thể cắt lách bán phần, nếu máu chảy nhiều hoặc vỡ đến cuống lách thì nên cắt lách toàn phần.

- Đối với vết thương tụy, chẩn đoán thường khó khăn, trong mổ dựa vào hai dấu hiệu kinh điển là tụ máu hậu cung mạc nối và vẩy nến (khi mổ muộn sau 24h). Thương tổn tụy thường dựa theo bảng phân loại của Moore (1990) từ độ I đến độ V, nặng ở các vị trí đầu tụy và cổ tụy và mức độ nặng ở độ III, IV và V.

- > Thương tổn tụy độ I, chỉ cần dẫn lưu ổ tụy.
- > Độ II, khâu lại nhu mô và dẫn lưu ổ tụy.
- > Độ III có thương tổn ống tụy, nên cắt bỏ đuôi tụy hoặc thân đuôi tụy kèm cắt lách hoặc khâu tụy và khâu ống Wirsung có đặt stent trong lòng dẫn vào tá tràng.
- > Độ IV, khâu bịt mồm của đầu tụy và nối thân đuôi tụy với hồng tràng kiểu Rouxen-Y.
- > Độ V, cắt khối tá tụy.

4.3. Phác đồ xử trí



5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Bệnh nhân được chẩn đoán vết thương thấu bụng → nhập viện phẫu thuật (nội soi thăm sát, xử trí thương tổn).
- Bệnh nhân nghi ngờ vết thương thấu bụng (sau khi thăm sát tại chỗ không thủng phúc mạc) → nhập viện theo dõi xác định chẩn đoán.

5.2. Theo dõi sau mổ

Cần theo dõi tình trạng bụng, các ống dẫn lưu, các biến chứng sau mổ như chảy máu, xì phân, rò mật, rò tụy, áp-xe tụy, viêm tụy cấp, nang giả tụy và nặng nhất là hoại tử tụy hầu như tử vong 100%.

5.3. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn

uống trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt.

5.4. Tái khám

- Khi đau bụng, sốt hay có dấu hiệu bất thường khác...

SỎI ĐƯỜNG MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Sỏi mật bao gồm sỏi đường mật (trong, ngoài gan) và sỏi túi mật.

1.2. Nguyên nhân: Sỏi đường mật có hai nguồn gốc khác nhau là hình thành tại chỗ hoặc di chuyển từ túi mật vào đường mật. Sỏi đường mật ở Việt Nam chủ yếu là sỏi hình thành tại chỗ do yếu tố vi khuẩn và ký sinh trùng đường mật.

1.3. Phân loại:

- Theo thành phần: Thành phần chủ yếu trong sỏi đường mật là muối mật (bilirubin) được xếp thành từng lớp đồng tâm và có khi lẫn với trứng giun và xác giun đũa.

- Theo vị trí:

- + Sỏi nằm trong ống mật chủ (OMC) hay gặp nhất là đoạn sau tá tụy và đoạn thấp của OMC

- + Sỏi ở các ống gan, sỏi nằm trong ống gan hạ phân thùy III, V và VII thường rất khó lấy vì sự gấp khúc của các nhánh đường mật.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử, khám lâm sàng

- Khi sỏi còn nhỏ di chuyển được thường không có triệu chứng hoặc chỉ có biểu hiện bằng cơn đau nhẹ thoáng qua vùng dưới sườn phải.

- Sỏi OMC gây tắc mật điển hình biểu hiện bằng bệnh cảnh lâm sàng kinh điển của sỏi OMC phối hợp của cơn đau bụng gan, vàng da và hội chứng nhiễm trùng với các mức độ khác nhau.

2.1.1. Bệnh sử

- Đau bụng: điển hình là cơn đau bụng gan. Đau dưới sườn phải, xuyên ra sau lưng và lan lên vai phải, cường độ đau thay đổi theo mức độ và thời gian tắc mật, tình trạng nhiễm trùng đường mật. Cơn đau khởi phát và kết thúc thường đột ngột, khi kèm theo tắc mật, ứ đọng và nhiễm trùng trong đường mật sẽ có các triệu chứng kết hợp sốt rồi vàng da xuất hiện (tam chứng Charcot).

- Sốt: Khi có dấu hiệu viêm, nhiễm trùng đường mật sẽ sốt cao, rét run. Nhiễm khuẩn nặng với viêm mủ đường mật sốt cao nhiệt độ 39°C - 40°C và rất dễ dàng dẫn đến nhiễm khuẩn máu.

- Vàng da: Khi sỏi OMC gây cản trở lưu thông mật, vàng da sẽ xuất hiện. Nếu được điều trị chống nhiễm khuẩn, giảm đau, tình trạng lưu thông đường mật có thể tạm thời hồi phục vàng da có thể hết. Tuy nhiên, tắc mật lại có thể xuất hiện trở lại với các triệu chứng đau bụng, sốt và vàng da.

- Ngứa biểu hiện do ứ đọng axit mật gây kích thích các tận cùng thần kinh ở dưới da.

- Nước tiểu vàng, sẫm màu do có sắc tố mật.

- Phân màu sắc bình thường ngay cả khi có nhiều sỏi và sỏi lớn ở OMC.

- Các triệu chứng khác: Mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân.

2.1.2. Khám lâm sàng

- Da, niêm mạc vàng.

- Gan to do ứ mật.

- Túi mật to do ứ mật.

- Triệu chứng khác: Vết trầy xước da do gãi ngứa, mạch chậm do tăng axit mật trong máu kích thích nhân của dây thần kinh X.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Công thức máu, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, ALT, AST, GGT, CRP, ure, creatinin, đường máu, cholesterol và các thành phần của lipid máu, 10 thông số nước tiểu...

- Siêu âm bụng: Dấu hiệu trực tiếp của sỏi mật như hình ảnh sỏi cản âm với bóng lưng cản âm, vị trí, kích thước, số lượng sỏi. Dấu hiệu gián tiếp của tắc mật do sỏi như kích thước ống mật, túi mật, thành túi mật, gan...

- X quang: Chụp X quang bụng không chuẩn bị có thể thấy hình cản quang của sỏi mật vôi hóa.

- Chụp đường mật ngược dòng qua nội soi (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography): Nội soi dạ dày, tá tràng để đặt catheter qua cơ Oddi vào OMC bơm thuốc cản quang và chụp.

- Chụp đường mật qua da (PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography): Chọc dò đường mật qua da và nhu mô gan hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm bơm thuốc cản quang vào đường mật và chụp X quang. Thực hiện khi đường mật trong gan giãn và đôi khi ở những trường hợp chụp nội soi mật tụy ngược dòng không thực hiện được.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scaner); Thấy được sỏi và kích thước của các ống mật. Mặc dù giá thành cao, nhưng lại có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá được các tạng lân cận và liên quan, đặc biệt là tụy.

- Chụp cộng hưởng từ đường mật MRCP (Magnetic Resonance Cholangio - Pancreatography): là kỹ thuật tạo hình chuẩn, có độ nhạy cao, không dùng tia xạ, không có tác dụng sinh học có hại, có thể khảo sát dòng chảy mà không dùng chất tương phản. Có thể dựng lại hình ảnh toàn thể đường mật. Tuy nhiên giá thành cao.

- Chụp đường mật trong mổ, nội soi đường mật trong mổ: Thực hiện sau khi mở OMC lấy sỏi, qua ống Kehr bơm thuốc cản quang chụp hoặc đặt ống soi vào trong đường mật kiểm tra trực tiếp đường mật từ bóng Vater đến ngã ba ống gan để đánh giá tình trạng lòng ống mật, xem có sỏi sỏi, qua nội soi có thể lấy sỏi và dị vật sỏi.

- Nội soi đường mật qua da: Dùng ống soi mềm, nhỏ qua da vào OMC. Phương pháp này hiện đang được phát triển, có giá trị chẩn đoán và điều trị lấy sỏi tốt.

- Các cận lâm sàng thường quy: nhóm máu, chức năng đông máu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: dựa vào tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), tiểu vàng, ngứa.

- Cận lâm sàng: bilirubin máu tăng (trực tiếp > gián tiếp), siêu âm đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật.

3.2. Chẩn đoán phân biệt: nguyên nhân của hội chứng vàng da tắc mật không do sỏi, vàng da tại gan, vàng da trước gan.

3.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

- Thể tắc mật.
- Thể vàng da liên tục.
- Thể không vàng da.
- Các thể giải phẫu đặc biệt.

3.4. Chẩn đoán biến chứng

- Thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật.
- Viêm mũ đường mật và áp xe đường mật.
- Chảy máu đường mật.
- Áp xe túi mật, đám quánh túi mật.

- Viêm tụy cấp.
- Hội chứng gan thận, viêm thận cấp.
- Sỏi mật gây tắc mật, tái diễn nhiều lần, diễn biến đến xơ gan do ứ mật.

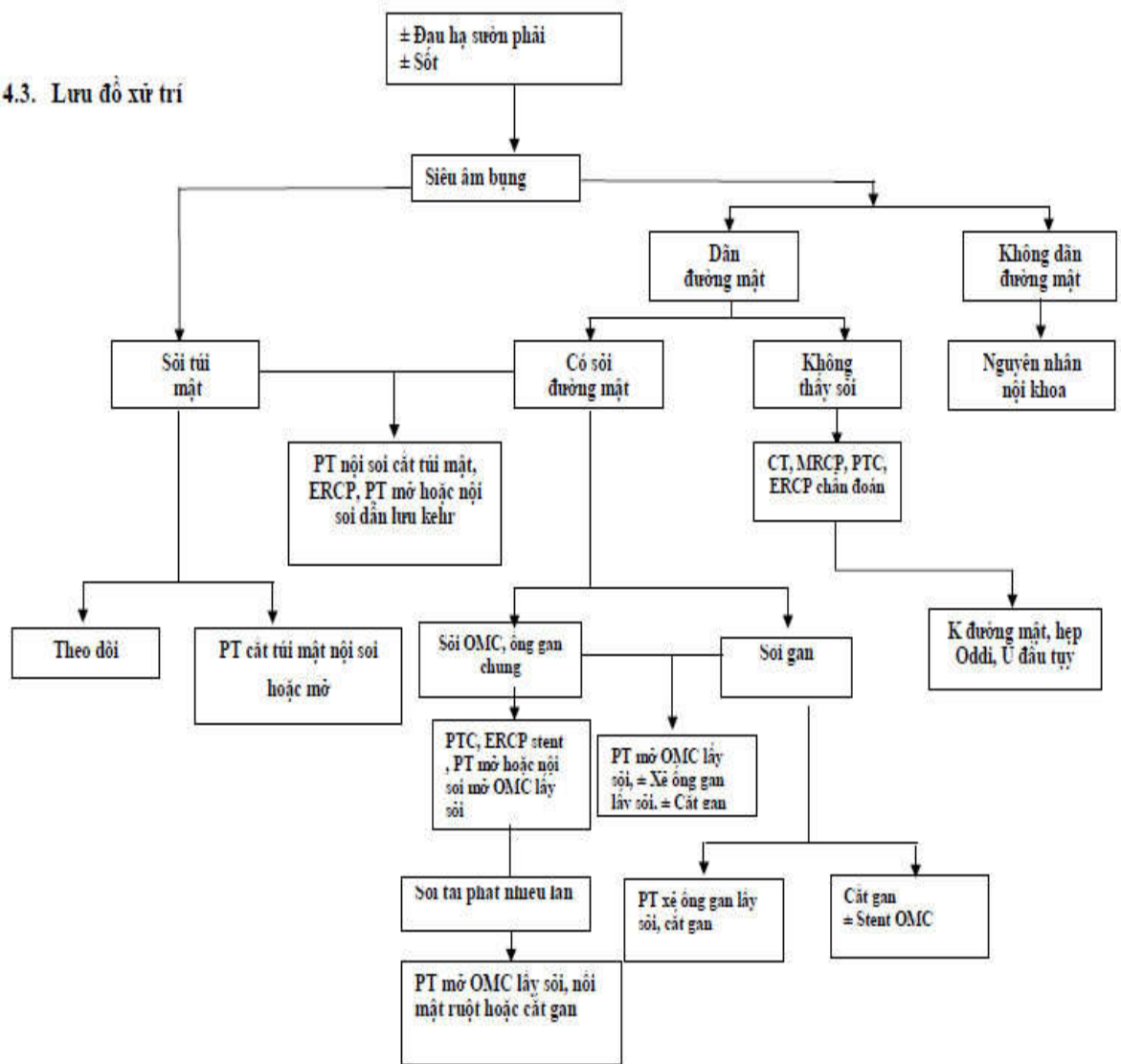
4. ĐIỀU TRỊ - CHỮA BỆNH SỎI ĐƯỜNG MẬT

4.1. Nguyên tắc điều trị: lấy sạch sỏi, tạo lưu thông đường mật và chống nhiễm khuẩn.

4.2. Điều trị cụ thể

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), mở cơ vòng lấy sỏi.
- Phẫu thuật (PT) mở OMC (OMC) lấy sỏi, với nhiều kỹ thuật dẫn lưu: dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr), dẫn lưu kiểu Volker (dẫn lưu OMC qua cơ Oddi và thành tá tràng), dẫn lưu ống mật hạ phân thùy trong gan qua nhu mô gan ra da, dẫn lưu trong qua miệng nối mật - ruột (nối OMC với đường tiêu hóa).
- Tán sỏi trong và ngoài cơ thể.

4.3. Lưu đồ xử trí



5. THEO DÕI, TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

Có đau bụng gan, sốt, vàng da, xét nghiệm bilirubin máu tăng (bilirubin trực tiếp tăng ưu thế), siêu âm có giãn đường mật trong hoặc cả trong và ngoài gan, có hình ảnh sỏi đường mật.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện

Bệnh nhân được điều trị lấy sỏi hết đau bụng, hết sốt, vàng da giảm dần, xét nghiệm bilirubin máu dần trở về bình thường, ăn uống, tiêu tiểu bình thường, sức khỏe hồi phục dần.

5.3. Theo dõi

Những trường hợp sau mổ cắt túi mật, nếu xuất hiện vàng da cần lưu ý

đến khả năng sót sỏi OMC hoặc biến chứng hẹp đường mật sau mổ. Cần xác định nguyên nhân để có hướng điều trị thích hợp.

Sau mở OMC: Nếu còn sót sỏi cần lưu ống Kehr để tán sỏi qua đường hầm Kehr, ERCP.

5.4. Tái khám

Khi có sỏi túi mật, sỏi gan mà đường mật ngoài gan không dẫn, không triệu chứng lâm sàng, chưa có chỉ định mổ, chỉ cần theo dõi và tái khám, siêu âm bụng mỗi 2-3 tháng hay khi đau bụng, sốt, vàng da.

ÁP - XE GAN DO AMIP (ENTAMOEBA HISTOLYTICA)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe gan do amip là một bệnh nhiễm khuẩn hay gặp ở Việt Nam, chiếm khoảng 80% các nguyên nhân gây áp xe gan. Đầu tiên chúng gây ra các vi huyết khối do tắc mạch, các vi huyết khối này sẽ bị hoại tử và tạo thành các ổ áp xe .

1.1. Nguyên nhân: Do các thể amíp gây ra, trong đó hay gặp nhất là thể *Entamoeba histolytica*.

- Amip thường cư trú ở đại tràng, sau đó nó theo các tĩnh mạch mạc treo đại tràng vào gan...ổ áp xe gan hay gặp ở gan phải, một hoặc nhiều ổ, kích thước to nhỏ khác nhau. Mủ chọc ra thường có màu sôcôla, không mùi và không có vi khuẩn.

- Đường lây qua phân người bệnh.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Lâm Sàng

- Tam chứng Fontan: Sốt, đau hạ sườn phải, gan to và đau.

+ Sốt: xuất hiện trước tiên, sốt cao từng cơn hoặc liên tục, có thể sốt nhẹ. Sốt thường kèm với nhịp tim nhanh, vã mồ hôi.

+ Đau hạ sườn phải: Mức độ nặng đau làm người bệnh khó chịu, đau xuyên lên vai phải, đau triền miên. Mức độ nhẹ người bệnh có cảm giác nặng nề, căng tức ở vùng hạ sườn phải.

+ Gan to và đau: Gan to, mặt nhẵn, bờ tù, ấn đau, ấn kẽ sườn có điểm đau chói. Có thể gan không to.

- Ngoài ra có thể gặp các triệu chứng của nhiễm amip ruột: đi ngoài phân lỏng, có máu, nhiều lần trong ngày, soi đại tràng có loét ở đại tràng Sigma và trực tràng.

Bệnh nhân có thể mệt mỏi, kém ăn, phù, cổ chướng do nung mủ kéo dài làm hạ protein máu, lách to, tràn dịch màng phổi.

2.2. Biến chứng có thể gặp

- Amip di chuyển đến não, phổi

- Vỡ ổ áp-xe

- Vỡ vào phổi, màng phổi: gây áp-xe phổi, tràn dịch màng phổi, dò gan - phế quản... (thường gặp ở ổ áp - xe thùy phải)

- Võ vào màng ngoài tim: gây tràn dịch màng ngoài tim, chèn ép tim, viêm màng ngoài tim.....(thường gặp ở ổ áp - xe thùy trái)
- Võ vào ổ bụng: gây tràn dịch màng bụng, viêm phúc mạc.....
- Bội nhiễm
- Suy gan

2.3. Cận Lâm Sàng

- Huyết học: Bạch cầu tăng, máu lắng tăng, CRP tăng.
- Sinh hoá: chức năng gan ít biến đổi. Trường hợp ổ áp xe lớn thì chức năng gan bị thay đổi. AST, ALT, GGT, alkaline phosphatase tăng.
- Phản ứng huyết thanh: Phản ứng miễn dịch huỳnh quang với amip và phản ứng ELISA với một men thích hợp là 2 phản ứng rất có giá trị để chẩn đoán áp xe gan do amip với độ nhạy và tính đặc hiệu rất cao. Phản ứng được coi là dương tính khi hiệu giá ngưng kết $> 1/160$ với phản ứng miễn dịch huỳnh quang và $> 1/200$ đối với phản ứng ELISA.

❖ Chẩn đoán hình ảnh:

- X quang phổi: Cơ hoành bị đẩy lên cao, di động kém, có thể gặp hình ảnh tràn dịch màng phổi trong 80% các trường hợp.
- Siêu âm bụng : Thường là 01 sang thương đơn độc echo kém hay hỗn hợp, dạng tròn hay bầu dục. Có giá trị nhất để chẩn đoán áp xe gan. Hình ảnh trên siêu âm là tổ chức giảm âm, ranh giới rõ. Mủ càng loãng thì hình ảnh siêu âm ổ áp xe càng giảm âm hoặc trống âm.
- Chụp cắt lớp vi tính gan mật: Khi siêu âm không phân biệt rõ u gan hay áp xe gan. Tổn thương là tổ chức giảm âm, không ngấm thuốc cản quang. Chụp CT Scanner gan giúp chẩn đoán chính xác vị trí ổ áp xe, chẩn đoán phân biệt với u gan, đặc biệt là hình ảnh di căn gan.

❖ Các xét nghiệm để tìm nguyên nhân gây áp - xe gan (vi trùng sinh mủ, sán lá gan, Amip)

- Xét nghiệm huyết thanh học
- Xét nghiệm phân
- Cấy máu
- Chọc hút ổ áp- xe, xét nghiệm mô bệnh học, cấy mủ. Đặc điểm mủ trong áp -xe gan do amíp: mủ màu nâu, không mùi. Trường hợp đã bội nhiễm mủ thường có mùi hôi
- Mô bệnh học: Có thể thấy Amip ở thành ổ áp xe; 04 vùng từ trong ra ngoài: mủ, hoại tử, viêm sung huyết, bình thường.

* Các cận lâm sàng thường quy: chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, nhóm máu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán

- Dựa vào tiền sử và bệnh sử ly amibe. Chẩn đoán gợi ý khi có tam chứng Fontan: Sốt, gan lớn và đau.

- Chẩn đoán đặt ra khi trên siêu âm hoặc CT cho hình ảnh Abces. Dựa vào chỉ điểm amibe bằng huyết thanh học.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe gan do vi khuẩn: Hay gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết. Tổn thương thường là nhiều ổ nhỏ, chọc hút mủ có màu xanh hoặc vàng, cấy có vi khuẩn mọc.

- Ung thư gan: Trong ung thư gan hay gặp da sạm, giãn mạch, lòng bàn tay son, môi tím. Xét nghiệm máu thường Alpha FP tăng cao, siêu âm có khối tăng âm ở gan, chọc hút không ra mủ và xét nghiệm có tế bào ung thư.

- Áp xe đường mật do sỏi hoặc giun: Bệnh nhân thường có tiền sử đau hạ sườn phải, sốt... Mủ chọc ra màu sữa hoặc vàng, có mùi thối, cấy có vi khuẩn mọc, thường là vi khuẩn Gram âm.

- Viêm túi mật: Bệnh bắt đầu đột ngột bằng sốt và đau hạ sườn phải, thường sốt cao và đau dữ dội, có điểm đau chói vùng túi mật. Siêu âm có hình ảnh viêm túi mật do sỏi hoặc giun.

- Tràn dịch màng phổi do bệnh phổi: Trong trường hợp áp xe gan vỡ lên khoang màng phổi: Bệnh nhân đột ngột khó thở, khám có hội chứng ba giảm đáy phổi, siêu âm có áp xe ở gan, chọc màng phổi hút ra dịch mủ.

- Tràn mủ màng ngoài tim: Trong trường hợp áp xe gan vỡ vào màng ngoài tim.

3.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Cần phân biệt áp xe gan amíp với áp xe đường mật do sỏi hoặc giun trong trường hợp triệu chứng tắc mật không rõ, và với những áp xe do những nguyên nhân nhiễm trùng khác. Trong trường hợp này; làm thêm một số xét nghiệm khác như cấy máu, thử phản ứng miễn dịch đặc hiệu đối với amíp sẽ giúp xác định được nguyên nhân.

- Tìm amíp trong mủ hút ra thường ít thấy.

- Tìm thấy amíp trong phân chỉ khoảng 10% trường hợp.

- Phản ứng ELISA với amíp: dương tính với hiệu giá kháng thể $> 1/200$.

- Kháng thể IgM với *Entamoeba histolytica* dương tính 90- 100%.
- Lâm sàng: bệnh nhân không có vàng da, không có tiền sử sỏi mật, giun chui ống mật.
- Chọc ra mủ màu sôcôla, không mùi, cấy không có vi khuẩn.
- Điều trị bằng thuốc chống amip có kết quả tốt.

4. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là điều trị nội khoa: Dùng thuốc kết hợp với chọc hút mủ dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Điều trị ngoại khoa chỉ trong trường hợp đặc biệt khi có biến chứng

4.1. Nội khoa

4.1.1. Chỉ định

- Dùng thuốc diệt Amip đơn thuần với các áp xe gan do Amip thể nhẹ hoặc thể vừa.
- Dùng thuốc diệt Amip đơn thuần với loại áp xe gan Amip có kích thước không lớn quá (đường kính khoảng 6cm).
- Dùng thuốc diệt Amip đơn thuần cho những bệnh nhân bị áp xe gan do Amip đến sớm (trước 1 tháng)

4.1.2. Các nhóm thuốc diệt amip

Thuốc diệt amip dạng hoạt động: chọn 1 trong các thuốc sau

- Metronidazole: 30mg / kg / ngày - chia 3 lần / ngày
- Tinidazole: 2g / ngày - dùng 1 lần duy nhất / ngày
- Ementine: 1 mg / kg / ngày
- Dihydroementine: 1 - 1.2mg / kg / ngày

Thuốc diệt amip dạng bào nang: chọn 1 trong các thuốc sau

- Iodoquinol: 630 - 650mg x 3lần / ngày x 21 ngày.
- Diloxanide furoate: 500mg x 3 lần / ngày x 10 ngày.
- Paromomycine: 10mg / kg / ngày - chia 3 lần / ngày x 7 ngày.

4.1.3. Kháng sinh

- Sử dụng để tránh chậm trễ trong điều trị cho bệnh nhân trong lúc chưa xác định được nguyên nhân gây áp - xe gan (vì trùng sinh mủ, amip, sán lá gan).
- Sử dụng để phòng bội nhiễm hay để điều trị những trường hợp đã bội nhiễm.

4.2. Chỉ định thủ thuật chọc hút ổ áp - xe

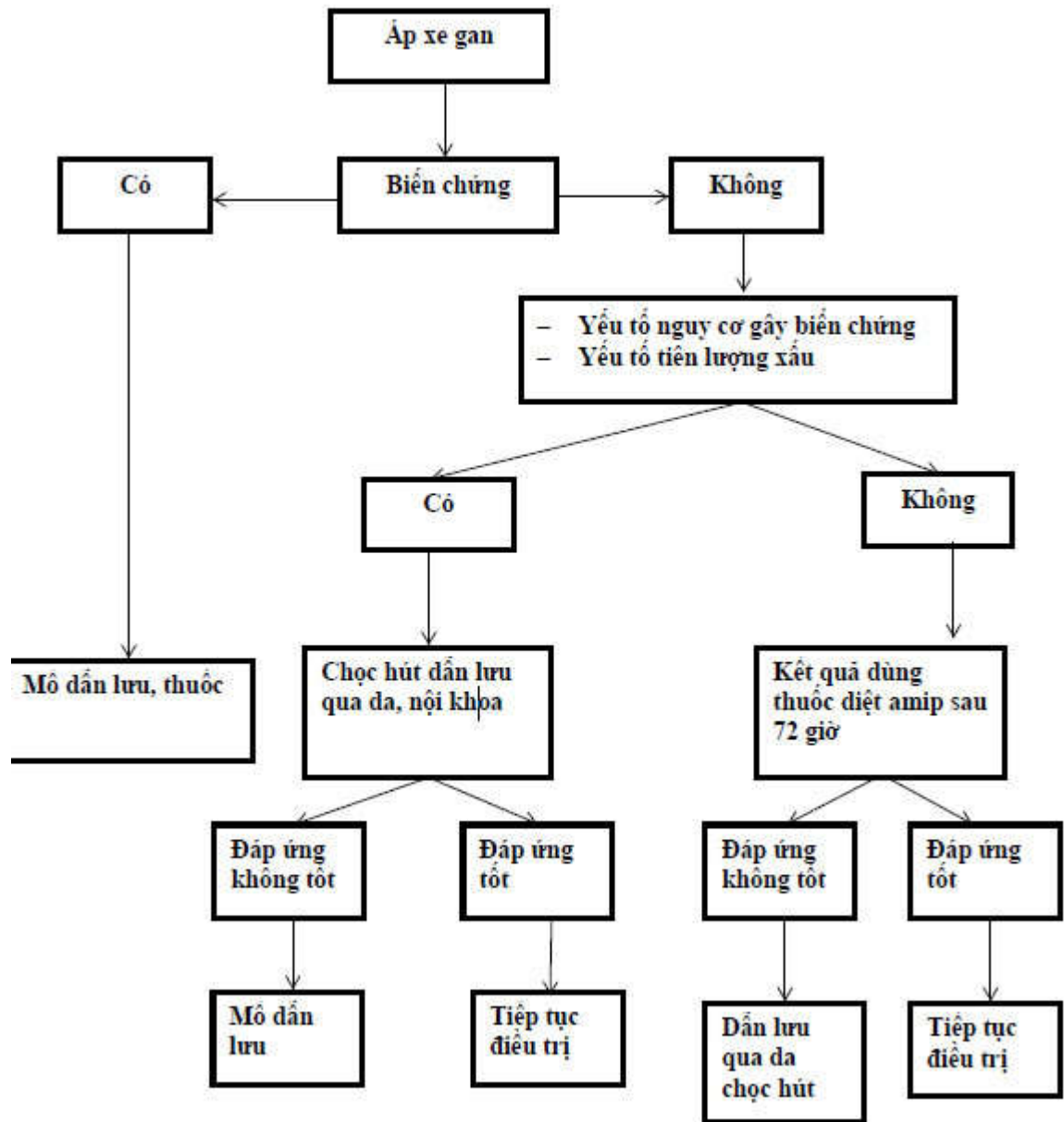
- Ổ áp xe gan quá to đường kính $> 6\text{cm}$.
- Bệnh nhân bị áp xe gan do Amip đến muộn trên 1 tháng
- Ổ áp - xe thùy trái
- Hỗ trợ cho chẩn đoán
- + Chọc hút mũ dưới hướng dẫn của siêu âm
- + Số lần và khoảng cách các lần chọc tùy thuộc kích thước và số lượng ổ áp xe. Khi kiểm tra trên siêu âm ổ áp xe dưới 4 cm và đã có nhu mô gan ở trong thì không cần chọc hút nữa.

4.3. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật khi:

- Áp xe gan điều trị bằng chọc hút mũ và điều trị nội khoa không hiệu quả.
- Áp xe gan đa ổ không thông với nhau.
- Áp xe có lỗ rò thông với hệ đường mật.
- Nếu có biến chứng sau chọc hút hoặc chọc hút nhưng mũ quá đặc, hoặc ổ áp xe ở vị trí khó chọc và dễ gây tai biến. Như ở sâu trong nhu mô gan gần rốn gan, nhưng điều trị nội không đáp ứng.
- Áp xe gan có biến chứng vỡ vào ổ bụng
- Áp xe dọa có biến chứng mà không thể chọc hút được dưới siêu âm.

4.4. Phác đồ điều trị



5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: đau hạ sườn phải hoặc phát hiện u ở gan qua siêu âm

5.2. Theo dõi: kích thước ổ áp xe qua siêu âm, công thức máu, CRP

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện: bệnh nhân không sốt, không đau bụng, kích thước ổ áp xe nhỏ dần

5.4. Tái khám: Lượng giá kích thước ổ áp xe qua siêu âm

RÒ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng.
- Rò hậu môn là một nhiễm khuẩn mãn tính ở vùng hậu môn trực tràng, đường rò là một đường hầm, lớp trong là một tổ chức hạt do quá trình viêm tạo nên.
- Rò hậu môn là hậu quả của một áp xe quanh hậu môn trực tràng không được điều trị, ổ áp xe vỡ ra ngoài thành một đường rò.

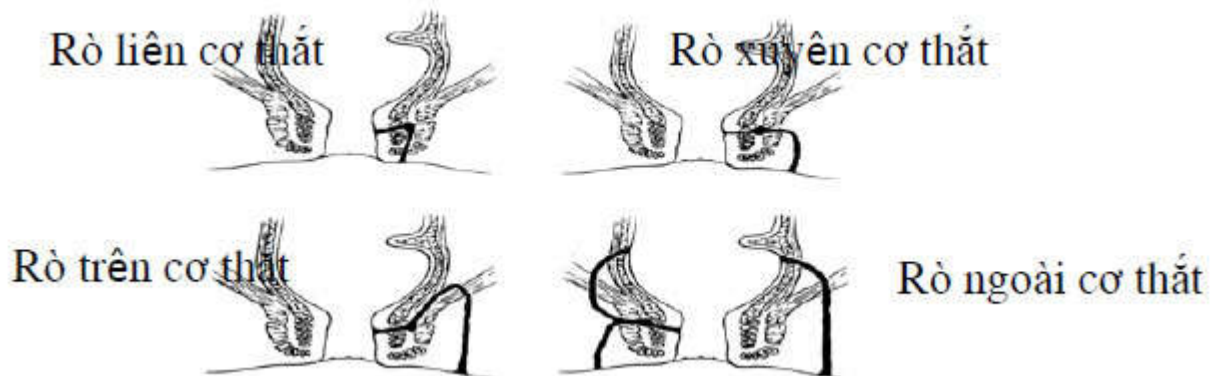
1.2. Nguyên nhân

- Đặc hiệu 10% do lao, crohn, nấm.
- Không đặc hiệu 90% do nhiễm trùng khe tuyến.

1.3. Phân loại

Có nhiều cách phân loại khác nhau

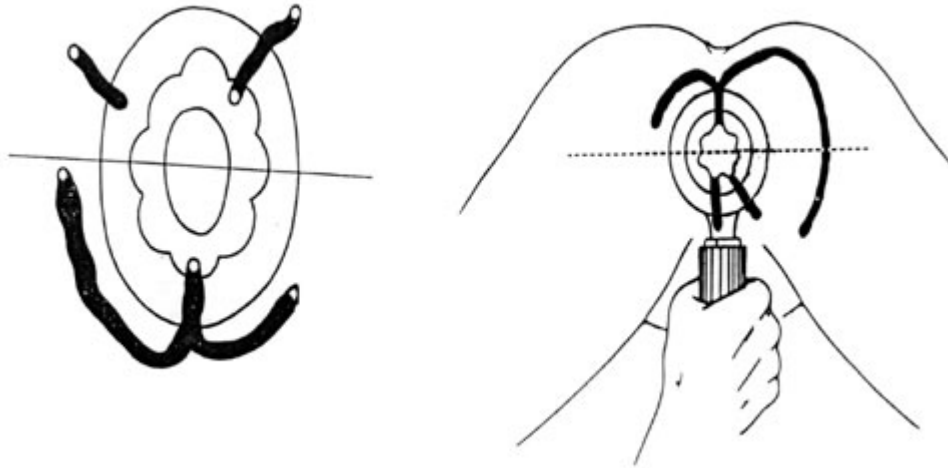
- Theo tính chất của đường rò
 - + Rò hoàn toàn, đường rò có hai lỗ thông nhau + Rò không hoàn toàn, đường rò chỉ có một lỗ + Rò đơn giản và rò phức tạp (có nhiều đường rò, nhiều lỗ rò).
- Theo quan hệ giữa đường rò với cơ thắt: mối liên quan giữa đường rò với giải phẫu của cơ vòng hậu môn.



- Sau ổ áp xe quanh hậu môn tự vỡ ra, thường tự liền lại nhưng để lại một núm tổ chức hạt lồi hoặc hơi lõm, tại vị trí này thường có dịch chảy ra, hoặc mủ.
- Sờ thấy chắc, cứng, ấn đau.
- Thăm trực tràng có thể thấy lỗ trong của đường rò.

Theo Goodsall và Miles có 5 điểm thiết yếu trong chẩn đoán rò hậu môn:

- 1, Xác định vị trí lỗ rò ngoài.
- 2, Xác định vị trí lỗ rò trong.
- 3, Phát hiện đường đi của đường rò nguyên phát.
- 4, Phát hiện sự hiện diện của đường rò thứ phát (đường nhánh).
- 5, Phát hiện sự hiện diện của bệnh lý khác gây ra rò.



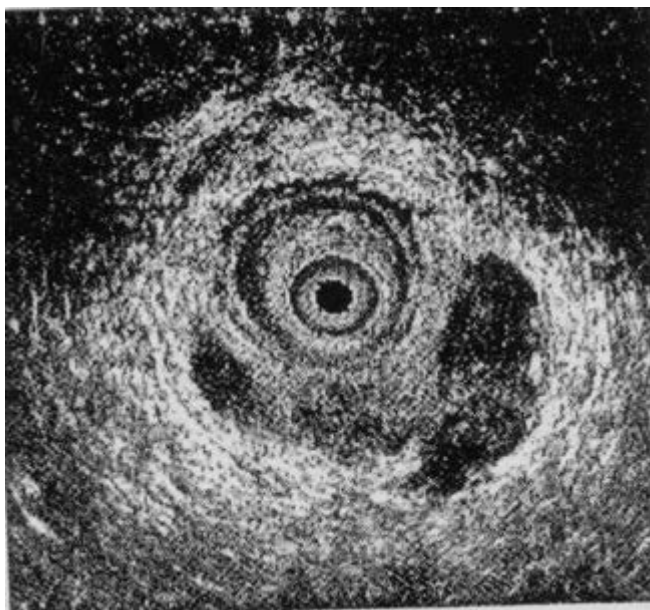
Định luật Goodsall (tìm lỗ rò trong nguyên ủy): trong loại rò mà lỗ nông nằm ở nửa sau của đường thẳng ngang đi qua lỗ hậu môn thì có lỗ sâu nằm ở đường giữa sau. Trong loại rò mà lỗ nông nằm ở nửa trước của đường thẳng đi ngang qua lỗ hậu môn thì đường rò đi thẳng trong ống hậu môn theo chiều hướng tâm

3. CẬN LÂM SÀNG

Chụp đường rò có bơm thuốc cản quang Telebrix.

Các xét nghiệm tiền phẫu.

- Glucose, Ure , Creatinine, 10 thông số nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TQ, TCK, Nhóm máu ABO.
- ECG, siêu âm Doppler tim màu với Bn > 60 tuổi hay có bệnh tim mạch đi kèm.
- XQ tim phổi thẳng; Nội soi hậu môn trực tràng.
- Siêu âm qua ngã trực tràng.
- MRI.



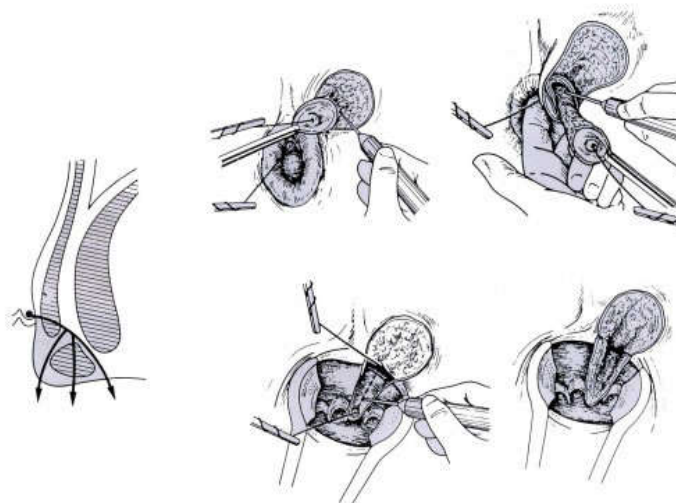
Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán: siêu âm qua nội soi hậu môn trực tràng

4. ĐIỀU TRỊ

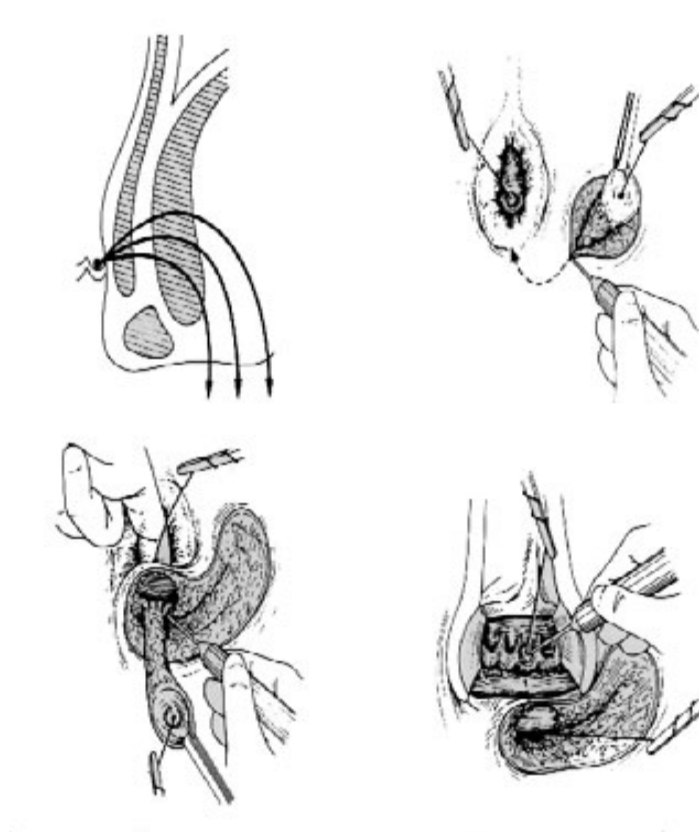
4.1. Nguyên tắc phẫu thuật

- Tìm được lỗ rò trong (lỗ rò nguyên phát)
- Lấy hết tổ chức xơ, cắt bỏ đường rò - Tránh làm tổn thương các cơ thắt (áp dụng pp cắt từ từ hay mổ làm nhiều thì)

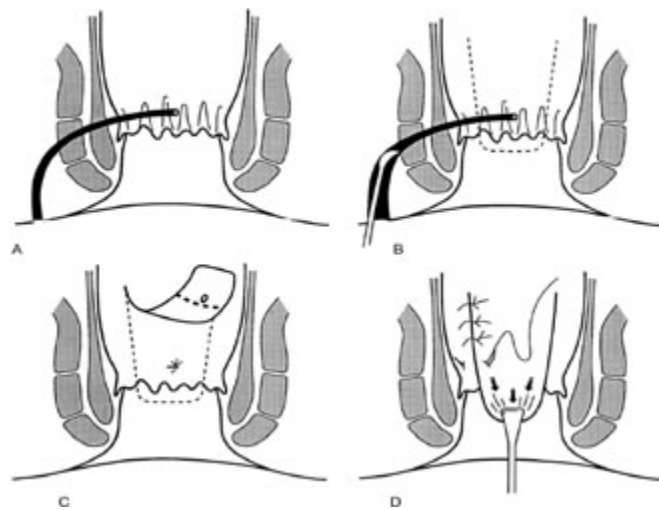
4.2. Các phương pháp phẫu thuật



Mở đường rò khi rò thấp



Cột cơ thắt khi rò trên, xuyên cơ thắt cao



Cắt bỏ 1 phần đường rò, khâu lỗ rò trong, hạ niêm mạc che phủ lỗ rò
Điều trị rò móng ngựa: làm 2 thì

Hình 114: Luồn dây vào đường rò chính

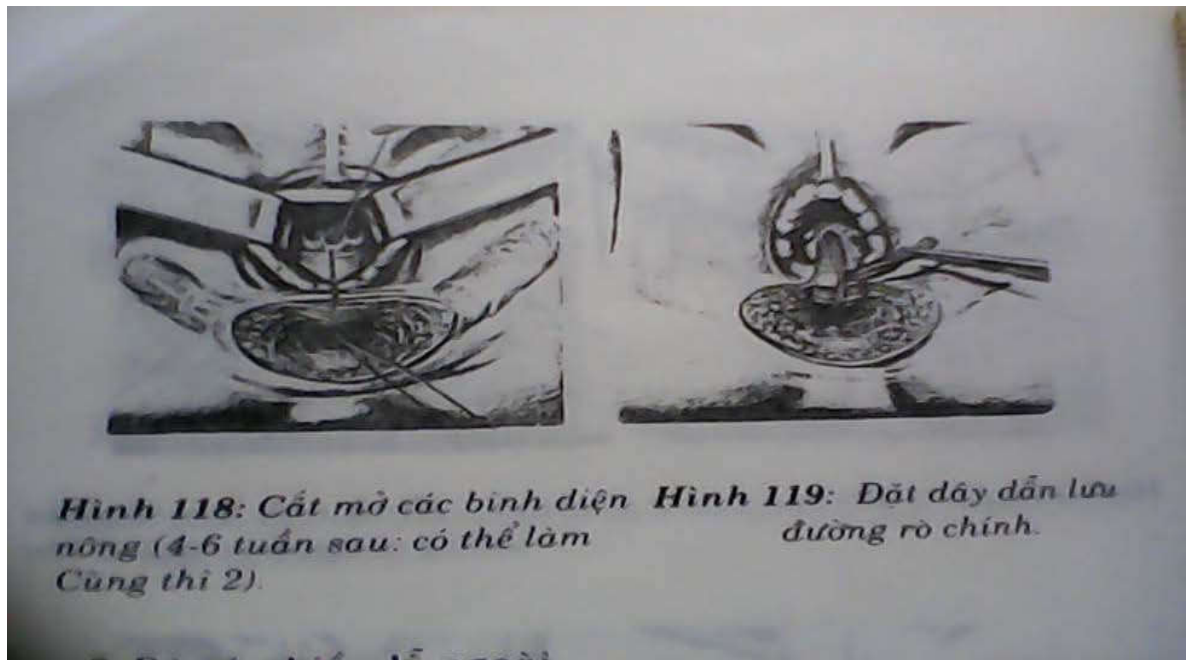


Hình 116: Đặt các dây dẫn lưu (seton).

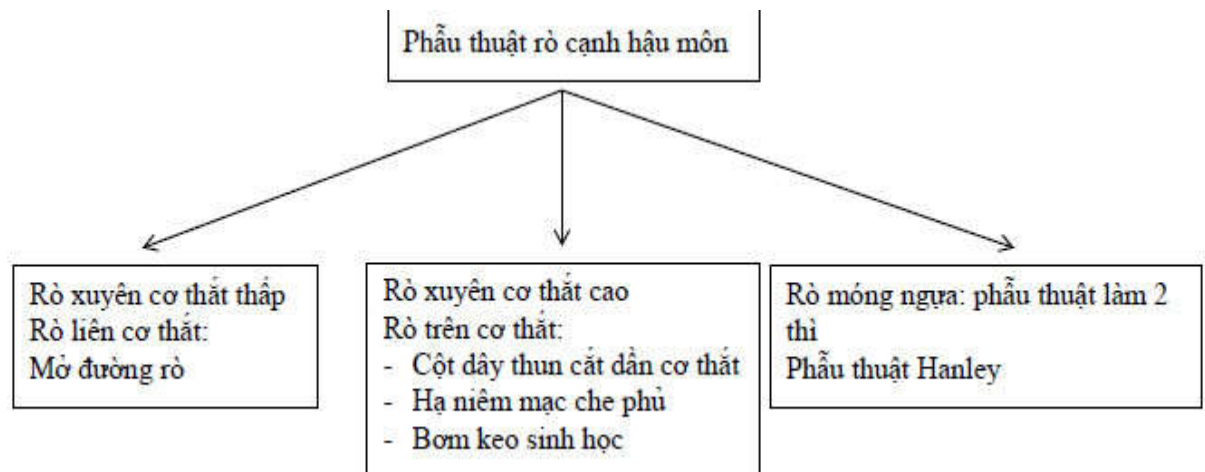


Thì 1: lấy bỏ phần đường rò ngoài cơ thắt 2 bên

Thì 2: phẫu thuật đường rò chính



4.3. Phác đồ phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật phụ thuộc mối liên quan giữa đường rò và cơ thắt.



4.4. Điều trị sau mổ: Kháng sinh, giảm đau hiệu quả, ngâm hậu môn, thay băng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: khám hậu môn_trực tràng phát hiện đường rò.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện: hậu phẫu ngày thứ 2_3 ổn cho xuất viện, dặn bệnh nhân ngâm hậu môn với nước muối ấm ngày 2 lần.

5.3. Theo dõi tái khám

- Biến chứng hay gặp là mất tự chủ hậu môn do tổn thương cơ thắt.
- Chảy máu vết mổ.
- Tái phát đường rò.
- Hẹn tái khám sau 2 tuần kiểm tra dây thun thắt, sự liền vết mổ, tái phát đường rò

BỆNH TRĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định Nghĩa

- Trĩ là một bệnh rất phổ biến, tỷ lệ mắc trong cộng đồng khoảng 35%. Bản chất của trĩ là hiện tượng dẫn của các tĩnh mạch hậu môn trực tràng
- Trĩ hình thành do sự dẫn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ
- Trĩ nội trên đường lược
- Trĩ ngoại nằm dưới đường lược

1.2. Nguyên Nhân

- Thuyết cơ học: các mô sợi cơ đàn hồi giữ đám rối tĩnh mạch chùng dần dần, mô lỏng lẻo nhất là khi áp lực xoang bụng tăng gây ra sa trĩ. Các nguyên nhân làm tăng áp lực trong ổ bụng, các nguyên nhân táo bón, bí tiểu, ngồi nhiều, đứng nhiều, mang vác nặng
- Thuyết huyết động học: cơ chế đóng mở các shunt động tĩnh mạch vùng ống hậu môn

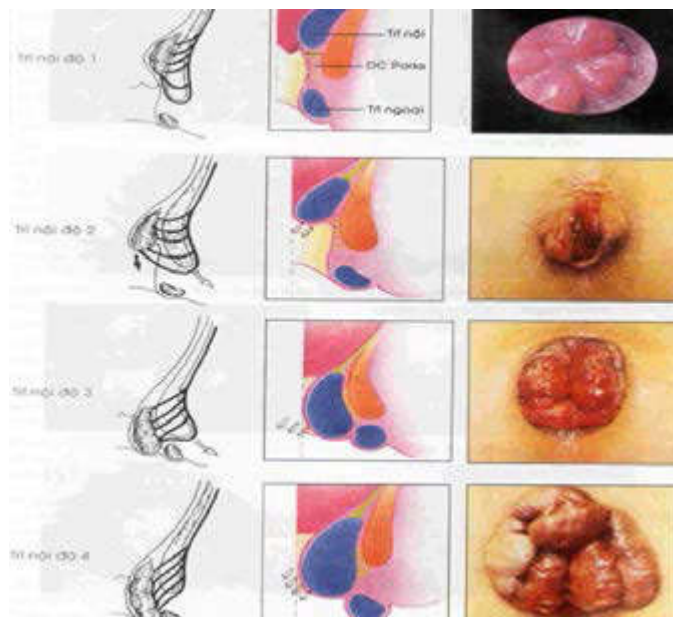
1.3. Phân Loại

- Theo Milligan-Morgan: Gồm có 3 loại

Trĩ nội Trĩ ngoại

Trĩ hỗn hợp; trĩ vòng

- Mức độ: Chia làm 4 phân độ



- Độ I: Nằm hoàn toàn trong ống hậu môn
- Độ II: Sa khi đi cầu tự thụt vô
- Độ III: Sa khi đi cầu, nghỉ ngơi tự trở vô hoặc dùng tay nhét trĩ vô
- Độ IV: Thường xuyên nằm ngoài

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh Sử

- Đi ngoài ra máu tươi
- Cảm giác nặng tức ở hậu môn, mót rặn
- Búi trĩ sa ra ngoài
- Nếu có biến chứng thuyên tắc, nứt kẽ hậu môn cảm giác đau dữ dội.

2.2. Khám Lâm Sàng

- Thăm trực tràng là động tác quan trọng: trĩ nghẹt, thuyên tắc, rối loạn chức năng cơ thắt

- Soi hậu môn
- Khám toàn thân: xơ gan gây trĩ triệu chứng

2.3. Cận Lâm Sàng

Các xét nghiệm tiền phẫu

- Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, 10 thông số nước tiểu

- ECG, siêu âm Doppler tim màu với Bn > 60 tuổi hay có bệnh tim mạch đi kèm

- XQ tim phổi thẳng
- Nội soi hậu môn trực tràng
- Videoproctoscope

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

-Ỉa máu tươi: U trực tràng, Polyp trực tràng, ly, viêm trực tràng, lồng ruột, động tác thăm hậu môn trực tràng và soi trực tràng sẽ xác định chẩn đoán

Sa trực tràng: quan sát thấy các rãnh niêm mạc trực tràng tạo thành vòng tròn đồng tâm.

- Đau tức hậu môn: Nứt hậu môn.

4. ĐIỀU TRỊ

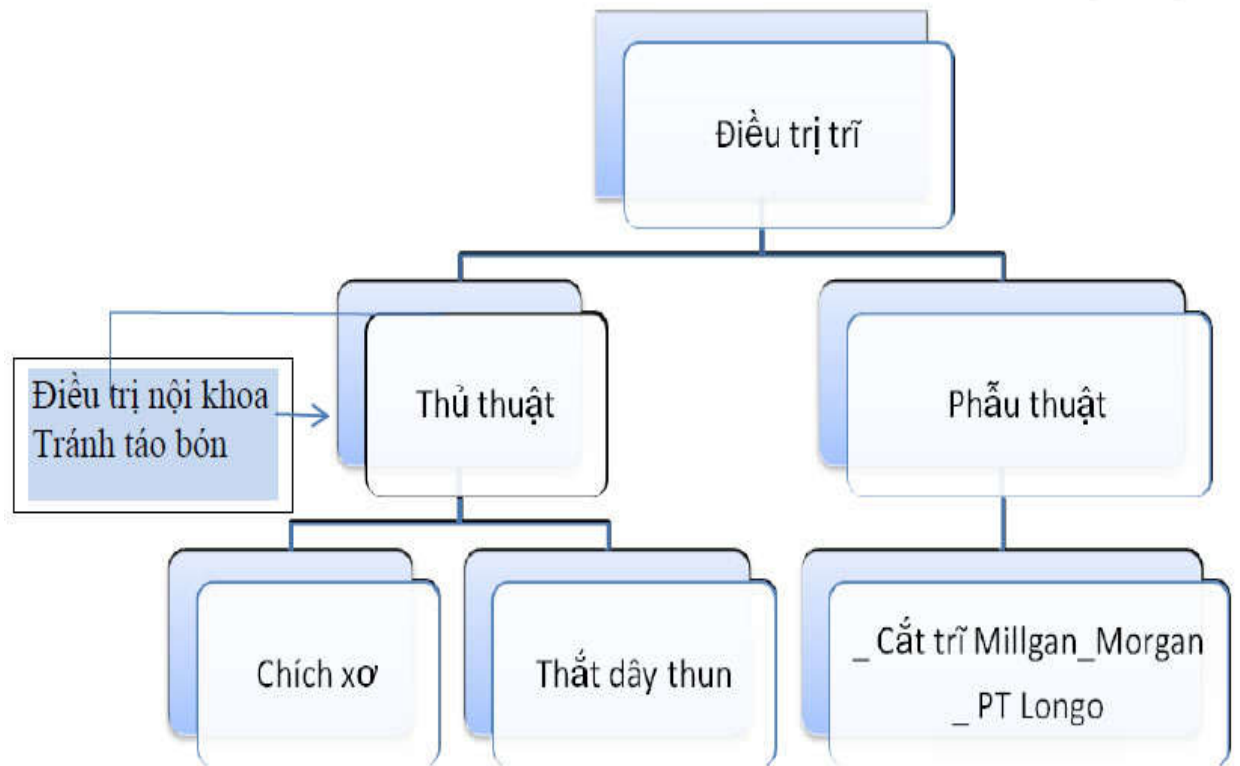
4.1. Điều Trị Nội

- Chỉ định cho trĩ độ I và độ II
- Cách thức: Nghĩ ngơi, thay đổi chế độ ăn, chống táo bón, thể dục nhẹ nhàng, thuốc Daflon, Ginkor fort, Proctolog

4.2. Thủ Thuật: Thắt thun với trĩ độ II, tiêm thuốc gây xơ hóa búi trĩ

4.3. Điều Trị Phẫu Thuật

- Chỉ định cho trĩ độ III và độ IV, trĩ ngoại thuyên tắc huyết khối
 - Phẫu thuật Milligan-Morgan; phẫu thuật Ferguson; PT Whitehead
 - Phẫu thuật Longo: giảm lưu lượng máu đến búi trĩ; treo đệm hậu môn vào ống hậu môn.
 - Kỹ thuật khâu treo trĩ bằng tay M.Hussen, Nguyễn Trung Tín (cải biên từ phương pháp Longo): bao gồm đường khâu triệt mạch và đường khâu treo trĩ
 - Đường khâu triệt mạch gồm 12 mũi khâu chữ X, trên đường lược 2 cm, lấy lớp niêm mạc và dưới niêm
 - Đường khâu treo trĩ: 8 mũi khâu chữ I khâu treo đường khâu thứ nhất, trên đường lược 6cm, lấy niêm mạc_dưới niêm mạc và một phần vào lớp cơ trực tràng
- Xu hướng điều trị trĩ hiện nay: bảo tồn lớp đệm hậu môn, giảm thể tích búi trĩ, ít đau, sử dụng vùng trên đường lược.



5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu Chuẩn Nhập Viện

- Trĩ nội sa độ 3, độ 4; trĩ vòng sa độ 3, 4; trĩ ngoại tắc mạch; trĩ loét bội nhiễm

5.2. Tiêu Chuẩn Xuất Viện

- Hậu phẫu ngày thứ 2, 3 ổn cho xuất viện.

5.3. Theo Dõi, Tái Khám

- Chảy máu vết mổ, bí tiểu hậu phẫu, đau sau mổ, hẹp hậu môn, đại tiện không tự chủ, thủng trực tràng (biến chứng Longo)

- Tái khám khi có biến chứng, tái phát

SỎI ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN

Sỏi đường mật ngoài gan, ngoài sỏi túi mật là sỏi ống mật chủ.

Sỏi ống mật chủ (OMC) có thể là sỏi tiên phát, sinh ra tại đường mật do vi trùng trong dịch mật từ đường tiêu hóa; hoặc sỏi thứ phát có nguồn gốc từ túi mật.

Sỏi OMC thường gây bệnh cảnh nhiễm trùng đường mật cấp (NTĐM), nặng hơn là sốc nhiễm trùng có trường hợp kèm theo viêm tụy.

1. Lâm Sàng:

- BN thường nhập viện cấp cứu vì nhiễm trùng đường mật cấp với tam chứng Charcot, hiện nay thường gặp hơn là đau nửa bụng trên (P) và sốt, vàng da gặp ít hơn và chậm hơn.

- Khoảng 10% Bệnh nhân (BN) nhập viện trong tình trạng sốc nhiễm trùng đường mật.

- Tiền sử: thường BN đã có mổ sỏi mật một vài lần hay đã làm ERCP lấy sỏi mật.

2. Sinh Hóa:

- Bạch cầu, Bilirubin, Phosphatse kiềm, đôi khi amylase tăng...

- Cây máu # 25% (+) với vi trùng thường gặp là E.coli hay Klebsiella.

3. Hình Ảnh Học:

- Siêu âm: hình ảnh tắc mật, dẫn đường mật trong ngoài gan, OMC dẫn, khoảng 50-60% thấy sỏi OMC.

- ERCP (nội soi mật-tụy ngược dòng) là hình ảnh học tốt nhất để chẩn đoán đồng thời lấy sỏi OMC.

- MSCT (chụp điện toán cắt lớp), MRCP (chụp cộng hưởng từ mật-tụy) chỉ thực hiện khi lâm sàng và siêu âm không phù hợp chẩn đoán sỏi OMC.

4. Cận lâm sàng thường quy: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, 10 thông số nước tiểu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

4. Điều Trị:

4.1. Sốc Nhiễm Trùng Đường Mật.

- Hồi sức, kháng sinh nhóm Carbapenem.

- ERCP giải áp đường mật cấp cứu (thành công cao).

- PTBD (dẫn lưu mật xuyên gan qua da) nếu tắc nghẽn cao (thành công cao).
- Nếu ERCP, PTBD thất bại thì phẫu thuật giải áp đường mật cấp cứu.
- Nếu ERCP, PTBD thành công, BN qua khỏi tình trạng NTĐM thì giải quyết lấy sỏi chương trình sau bằng ERCP, nếu thất bại mới phẫu thuật nội soi (PTNS) hay phẫu thuật mở.

4.2. Nhiễm Trùng Đường Mật Cấp:

- Hồi sức, kháng sinh nhóm Carbapenem, Ticarcillin, Tazocin ... hoặc dùng Cephalosporin thế hệ III kết hợp Metronidazole (có thể kết hợp thêm nhóm Aminocyclitol và/hoặc nhóm Quinolone)
- Gần 90% trường hợp đáp ứng hồi sức.
- Giải quyết lấy sỏi mật chương trình.
- ERCP-ES lấy sỏi chương trình (thành công cao), ít xâm hại.
- PTNS lấy sỏi OMC (khi ERCP thất bại).
- Mở mở lấy sỏi khi ERCP và PTNS không thực hiện được.

4.3. Sỏi OMC ổn Định:

- Chẩn đoán dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
- Giải quyết sỏi mật:
 - + ERCP -ES chẩn đoán và lấy sỏi mật (thành công cao), ít xâm hại.
 - + PTNS lấy sỏi OMC.
 - + Mở mở lấy sỏi khi 2 phương pháp trên không thực hiện được.

VIÊM TỤY CẤP

Bệnh viêm tụy cấp thường nhẹ, đa số bệnh viêm tụy cấp thể nhẹ không có biến chứng và được điều trị nội khoa. Tuy nhiên nếu bệnh trở nặng và có biến chứng nặng cần can thiệp ngoại khoa.

1. Triệu chứng lâm sàng:

1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: đau sau bữa ăn thịnh soạn hay sau tiệc rượu. Đau thượng vị lan ra sau lưng.

- Nôn: sau đau bụng, nôn nhiều lần.

1.2. Triệu chứng thực thể:

- Bụng chướng do liệt ruột

- Có cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng

- Có dấu Turner (đổi màu da vùng hông lưng trái do xuất huyết)

- Có dấu Cullen (đổi màu da vùng quanh rốn do xuất huyết). Dấu Turner và Cullen chứng tỏ viêm tụy cấp hoại tử xuất huyết nên là bệnh đã rất nặng.

- Hồng ban ở da

- Có điểm đau Mayo-Robson: đau ở điểm giao nhau của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái khi ấn vào điểm này.

- Mất hoặc giảm tiếng nhu động ruột

- Vàng mắt vàng da: nếu viêm tụy cấp do sỏi mật

- Dấu co rút ngón tay: nếu calci máu giảm.

1.3. Triệu chứng toàn thân:

- Sốt: thường sốt nhẹ, mạch nhanh và huyết áp thấp hoặc có hội chứng sốc trong viêm tụy cấp nặng. Trong viêm tụy cấp nặng còn có triệu chứng thần kinh như bứt rứt luôn thay đổi thể nằm, có thể lú lẫn, kích động nói nhảm.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Sinh hóa:

- Amylase máu tăng từ 2 - 12 giờ đầu và trở lại bình thường sau 3 - 4 ngày

- Amylase nước tiểu tăng và tồn tại đến ngày thứ 10

- Tỷ lệ thanh thải amylase/creatinine: bình thường tỷ lệ này là 1-4%, nếu >6% là viêm tụy cấp

2.2 Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm: kích thước tụy to do phù nề và ranh giới của tụy mờ, ống tụy dẫn có sỏi tụy, dịch quanh tụy, dịch trong ổ bụng, áp xe tụy, nang tụy, sỏi đường mật.

- CT Scan: thấy rõ các dấu hiệu hơn siêu âm, có thể thấy hoại tử, CT Scan giúp theo dõi diễn tiến

2.3 Các cận lâm sàng thường quy: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, 10 thông số nước tiểu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Thủng dạ dày tá tràng
- Sỏi mật
- Tắc ruột
- Tắc mạch mạc treo

4. Dự hậu:

- Viêm tụy cấp 90% là thể nhẹ, 10-15% ở thể nặng cần phải nằm viện theo dõi và điều trị tích cực

- Về tiên lượng dựa vào dấu hiệu tiên lượng của Ranson, xếp loại Apache II hoặc xếp nhóm Atlanta

5. Điều trị:

5.1: Điều trị viêm tụy cấp thể nhẹ và vừa

- Đặt thông mũi dạ dày
- Bồi hoàn nước điện giải
- Điều trị giảm đau
- Dùng các thuốc ngăn chặn tiết ra các men ngoại tiết của tụy như: thuốc ức chế H₂ Somatostatin, Octreotide

5.2 Điều trị biến chứng sớm của viêm tụy cấp:

- Trong trụ tim mạch bởi viêm phúc mạc do viêm tụy: cần có đường truyền tĩnh mạch trung tâm, theo dõi sát mạch, huyết áp, lượng nước tiểu
- Biến chứng ở phổi có thể là xẹp phổi, hội chứng suy hô hấp cấp cần làm thông tốt đường hô hấp qua hút đàm giải, cho thở oxy, nếu nặng giúp thở máy
- Biến chứng suy thận: điều trị lợi tiểu nếu thất bại cần chạy thận nhân tạo
- Biến chứng xuất huyết tiêu hóa: Dùng thuốc ức chế H₂, thuốc ức chế bơm Proton, nếu có biến chứng xuất huyết nặng cần làm thuyên tắc mạch hoặc phẫu thuật cầm máu

- Viêm tụy cấp do sỏi mật:

* Nội soi mật tụy ngược dòng nếu có sỏi ở đoạn cuối ống mật chủ, tụy nhiên biến chứng khá cao khi lấy sỏi qua nội soi mật tụy trong viêm tụy cấp

* Viêm tụy cấp do sỏi túi mật: bệnh nhân có tiền căn viêm túi mật, có cơn đau quặn mật thì có chỉ định cắt túi mật trong viêm tụy cấp.

5.3 Điều trị viêm tụy cấp có biến chứng muộn:

- Điều trị tụ dịch vô trùng hay nhiễm trùng quanh tụy:

* Tụ dịch quanh tụy không nhiễm trùng thường tự khỏi không cần điều trị

* Tụ dịch nhiễm trùng tạo mũ cần được mổ hở hay nội soi lấy mũ và mô hoại tử dẫn lưu kết hợp dùng kháng sinh

- Điều trị mô hoại tử:

* Nếu mô hoại tử không nhiễm trùng: đa số các trường hợp không cần mổ

* Mô hoại tử nhiễm trùng trong viêm tụy cấp thường xảy ra sau 3-4 tuần, phẫu thuật lấy mô hoại tử nhiễm trùng, dẫn lưu kết hợp đưa hồng tràng ra da nuôi ăn, điều trị kháng sinh

- Điều trị nang giả tụy: đa số nang tự khỏi, điều trị khi nang lớn hay có biến chứng:

+ Nang ở đuôi tụy thì cắt đuôi tụy, nang lớn có triệu chứng đau, có biến chứng chèn ép điều trị bằng phẫu thuật: nối nang với dạ dày, dẫn lưu nang qua nhú tá lớn, nối nang với hồng tràng kiểu RouX en Y

- Điều trị áp xe tụy: mổ lấy hết mũ, mô hoại tử và dẫn lưu

- Điều trị dịch tụy ổ bụng và dò dịch tụy lên màng phổi.

+ Dò dịch tụy trong ổ bụng thường điều trị nội và theo dõi, nếu điều trị nội không khỏi thì điều trị bằng nội soi hay phẫu thuật

+ Điều trị dò dịch tụy lên màng phổi hiếm và điều trị như dịch tụy trong ổ bụng

- Điều trị viêm tụy cấp gây túi phình giả động mạch bằng phương pháp làm thuyên tắc mạch (Angiographic embolization) đặc biệt túi phình giả ở đầu tụy. Túi phình giả động mạch ở đuôi tụy thì mổ cắt bỏ đuôi tụy

- Điều trị viêm tụy cấp gây thuyên tắc tĩnh mạch lách: thuyên tắc tĩnh mạch lách có 10% gây xuất huyết vào ổ bụng do tĩnh mạch trướng vì tăng áp lực và vỡ, điều trị cắt lách cầm máu.

MỞ THÔNG DẠ DÀY NUÔI DƯỠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở thông dạ dày là phẫu thuật tạo ra một lỗ mở trực tiếp vào dạ dày để hút dạ dày hoặc nuôi dưỡng người bệnh tạm thời hay vĩnh viễn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nuôi dưỡng trong: ung thư thực quản, hầu họng, không có khả năng phẫu thuật.
- Nuôi dưỡng tạm thời: hẹp thực quản do bọng, viêm và sau phẫu thuật lớn ở bụng cần được nuôi dưỡng bổ sung.
- Hút dịch dạ dày - ruột để giảm áp lực đường tiêu hóa trong một thời gian.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại chung
2. Phương tiện
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật
 - Ống thông: chọn một trong các loại Malecot, Pezzer, Nelaton, cỡ 22- 24 Ch
3. Người bệnh
 - Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường máu, điện giải đồ, 10 thông số nước tiểu, XQ tim phổi thẳng, điện tim.
 - Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu cũng cách chăm sóc về sau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.
2. Vô cảm: Có thể gây mê nội khí quản, tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.
3. Kỹ thuật
 - Yêu cầu kỹ thuật:
 - + Đặt dẫn lưu vào lòng dạ dày càng cao càng tốt (phình vị)
 - + Cố định dẫn lưu lâu ngày. Không được tuột ít nhất 10 ngày.
 - Tiến hành:
 - + Mở bụng: đường trắng giữa trên rốn hay bờ ngoài cơ thẳng to bên trái.
 - + Vào ổ bụng, tìm phình vị, đục lỗ qua thành dạ dày. Đặt ống dẫn lưu vào, cố định bằng 2 - 3 mũi khâu túi. Theo phương pháp Witzel: khâu ép dẫn lưu trên dọc thành dạ dày dài 8 - 10 cm. Khâu dính đường hầm vào thành bụng.

+ Đưa dẫn lưu ra ngoài bằng lỗ đối chiếu trên thành dạ dày. Cố định ống dẫn lưu vào thành bụng. Khâu lại thành bụng và da.

V. THEO DÕI

- Thay băng hàng ngày
- Bắt đầu bơm cho ăn qua ống thông 24 giờ: thức ăn lỏng, sữa, dung dịch nuôi dưỡng. Người bệnh cần nằm cao đầu, sau ăn rửa ống thông bằng 20 ml nước muối đẳng trương để tránh tắc. Từ ngày thứ 10 sau phẫu thuật có thể thay ống thông mới (nếu cần).

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rơi ống dẫn lưu quá sớm, đường hầm chưa hình thành: phẫu thuật đặt lại
- Hẹp đường hầm
- Viêm phúc mạc do dò dịch dạ dày thức ăn vào ổ bụng: phẫu thuật lại

LỒNG RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là trạng thái bệnh lý được tạo ra do một đoạn ruột chui vào đoạn ruột kế cận gây nên hội chứng tắc ruột theo cơ chế bít nút và thắt nghẹt.

2. Tần suất

- 1.6 – 4/ 1.000 trẻ sinh sống.
- Tỷ lệ nam:nữ = 2:1.
- 80 – 90% xảy ra ở trẻ dưới 24 tháng, đỉnh cao 3 – 6 tháng.
- Kinh điển lồng ruột thường xảy ra ở trẻ dinh dưỡng tốt.

3. Phân loại

- Lồng ruột hồi – đại tràng khi van hồi manh tràng và ruột thừa nằm ở vị trí bình thường.
- Lồng ruột hồi-manh-tràng khi ruột thừa đi vào trong khối lồng.
- Lồng ruột hồi-hồi tràng hay đại-tràng đơn thuần: hiếm gặp 5%.

4. Nguyên nhân

- 95% lồng ruột không rõ nguyên nhân.
- 4% có nguyên nhân: có thể gặp ở bất cứ tuổi nào nhưng đặc biệt chú ý tuổi sơ sinh hay trên 5 tuổi (túi thừa Meckel, polyp ruột, nang ruột đôi, Henoch-Scholein...).
- 1% sau phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Thường ở trẻ trai bụ bẫm, 3 – 9 tháng tuổi:

- Khóc thét từng cơn: đánh giá thời điểm lồng.
- Nôn.
- Xanh tái.
- Bỏ bú.
- Tiêu chảy máu sau thời điểm đau bụng 6 – 12 giờ.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Khối lồng: bầu dục, chắc, di động theo khung đại tràng, sờ đau.

– Thăm trực tràng thấy máu theo găng.

3. Cận lâm sàng

– Huyết đồ.

– Ion đồ.

– X-quang bụng không sửa soạn có độ chính xác là 25 – 50%: mờ hồ chậu phải, dấu tắc ruột nếu đến trễ.

– Siêu âm: có thể lên đến 100% nếu người siêu âm có kinh nghiệm.

+ Diện cắt ngang: hình bia với trung tâm tăng âm, ngoại vi giảm âm.

+ Diện cắt dọc: hình ảnh Sandwich.

+ Nguyên nhân lồng ruột.

4. Chẩn đoán

– Chẩn đoán xác định:

+ Hội chứng tắc ruột kèm một trong những dấu hiệu sau:

- Tiêu máu.
- Khối lồng.
- Siêu âm.

+ Trường hợp đến sớm: dựa vào phương trình Fevre để chẩn đoán.

Đau bụng dữ dội từng cơn + khối lồng = Lồng ruột.

Đau bụng dữ dội từng cơn + nôn + thăm trực tràng có máu = Lồng ruột.

Đau bụng dữ dội từng cơn + hình ảnh X quang (hoặc siêu âm) đặc hiệu = Lồng ruột.

+ Trường hợp đến muộn: dựa vào phương trình Ombredan để chẩn đoán.

Triệu chứng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc + ra máu nhầy hậu môn = Lồng ruột.

– Chẩn đoán phân biệt:

+ Lỵ.

+ Tắc ruột do giun.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

– Bồi hoàn nước điện giải.

– Đặt thông dạ dày nếu ói.

– Kháng sinh khi tình trạng bệnh nặng và có khả năng phẫu thuật.

– Đăng ký máu nếu cần.

– Chuẩn bị phòng mổ.

Bơm hơi tháo lồng:

Chống chỉ định: đến muộn.

- + Tình trạng sốc.
- + Tắc ruột hoàn toàn.
- + Thủng ruột.

Thực hiện:

- + Đặt thông dạ dày và thông trực tràng.
- + Vô cảm: tiền mê hoặc gây mê qua nội khí quản.
- + Bơm với áp lực 80 – 100mmHg.
- + Không bơm quá 3 lần.

Sau bơm hơi tháo lồng:

- + Bỏ thông dạ dày và trực tràng khi bụng xẹp.
- + Bắt đầu cho bú lại sau tháo lồng 3 giờ.
- + Siêu âm kiểm tra nếu cần.

2. Phẫu thuật

Khi có chống chỉ định tháo lồng bằng hơi hay tháo lồng bằng hơi thất bại, mổ nội soi hoặc mổ mở

Mổ mở:

- Đường mổ ngang trên rốn bên phải.
 - Khối lồng chưa hoại tử: tháo lồng bằng tay, tìm nguyên nhân thực thể.
- Có thể cắt ruột thừa.

- Khối lồng hoại tử: cắt nối ruột.

3. Sau mổ

- Tiếp tục bù nước và điện giải.
- Thông dạ dày được lấy đi khi có lại nhu động

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện bình dân, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2017”
2. Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, “Phác đồ điều trị”.
3. Bộ Y Tế, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận tiết niệu” (ban hành kèm theo quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của bộ trưởng bộ Y tế)
4. Trần Lê Linh Phương, “Điều trị sỏi niệu bằng phẫu thuật ít xâm lấn”, NXB Y học 2008.
5. Bệnh viện Chợ Rẫy, “Phác đồ điều trị phần ngoại khoa”, NXB Y học 2013.