

# BÀI 1: TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỎNG

## I. MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm về bỏng.
- Chẩn đoán, đánh giá độ nặng của 01 ca bỏng.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bỏng.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các nguyên tắc xử trí của bỏng.
- Tiếp cận điều trị và chăm sóc ban đầu 01 ca bỏng.

## II. ĐẠI CƯƠNG:

Bỏng là một cấp cứu thường gặp trong cuộc sống đời thường. Thỉnh thoảng phải cấp cứu bỏng hàng loạt. Đến 80 % tổng số bệnh nhân là bỏng nông trên diện hẹp, chiếm dưới 20% diện tích da của cơ thể.

Bỏng là một tổn thương ngoại khoa thường gặp trong cuộc sống hàng ngày; những tiến bộ về chăm sóc bỏng trong 3 thập kỷ qua, đặc biệt là công tác sơ cứu và cấp cứu bỏng, đã cải thiện chất lượng điều trị bỏng và giảm tỉ lệ tử vong đối với các trường hợp bỏng nặng.

### 1. Tác nhân gây bỏng:

**1.1. Bỏng do nhiệt:** thường gặp nhất, khoảng 90% các tổn thương bỏng; đại đa số là bỏng do nhiệt độ cao; gồm 2 nhóm:

#### 1.1.1 .Bỏng do nhiệt độ cao:

- Bỏng do sức nhiệt khô: bỏng do lửa cháy nhiệt độ cao như củi gỗ cháy, xăng cháy, hóa chất cháy ( $\text{NH}_4\text{NO}_3$ ,  $\text{C}_2\text{H}_2$ ,...); bỏng do tia lửa điện (3200-48000C); bỏng do vật nóng như kim loại nóng chảy (1800-20000C); bỏng do các chất nóng dính như nhựa đường nóng chảy... ..Thường bỏng sâu và nặng.

- Bỏng do sức nhiệt ướt: nhiệt độ gây bỏng thường không cao, có thể do nước sôi, thức ăn nóng sôi, dầu mỡ sôi, hơi nước từ nồi áp suất.

- Cơ chế bỏng của sức nhiệt: khi tế bào bị nóng do nhiệt sẽ xuất hiện các tổn thương tùy thuộc nhiệt độ và thời gian tiếp xúc.

1.1.2. *Tổn thương do nhiệt độ quá thấp:* là tổn thương do còng lạnh gây ra; cơ chế chủ yếu là do tổn thương mạng lưới vi tuần hoàn.

### 1.2. Bỏng do luồng điện:

- Mức độ tổn thương bỏng tùy thuộc vào điện thế, điễm vào và điễm ra của luồng điện, thời gian bị, khu vực cơ thể chịu ảnh hưởng của luồng điện.

Tổn thương tại chỗ thường sâu tới gân cơ, xương khớp, mạch máu, thần kinh..  
Tỉ lệ bệnh nhân tử vong khá cao.

- Bỏng do điện có 3 cơ chế: bỏng do luồng điện, bỏng do tia lửa điện, bỏng vừa do luồng điện vừa do tia lửa điện.

### 1.3. Bỏng do hóa chất:

- Bao gồm các chất oxy hóa, chất khử oxy, chất ăn mòn, chất gây độc cho nguyên sinh chất, chất làm khô, chất làm rộp da, các chất kiềm mạnh.

- Mức độ tổn thương bỏng phụ thuộc loại hóa chất, nồng độ và thời gian tiếp xúc của hóa chất đó trên da và niêm mạc.

- Bỏng do axit thường có độ rộng giới hạn, nhưng tổn thương sâu. Bỏng kiềm thường sâu, tiếp tục tiến triển, và trầm trọng hơn bỏng axit.

### 1.4. Bỏng Do Bức Xạ:

- Bỏng do tia hồng ngoại.

- Bỏng do tia Röntgen, tia laser.

- Bỏng do tia gamma, hạt cơ bản beta.

- Bỏng do nắng mặt trời cũng là loại bỏng do bức xạ ánh sáng.

Cơ chế gây bỏng: do nhiệt lượng của tia xạ, do phản ứng quang hóa học, làm khô gây bốc hơi nước, do ion hóa gây bức xạ xuyên...

### 1.5. Các tổn thương giống bỏng:

- Một số bệnh lý gây phỏng da, tróc vảy và hoại tử da nặng sẽ có tổn thương giống bỏng

- Tổn khuyết da do tai nạn: sinh hoạt, giao thông, lao động.

- Tổn thương da do dị ứng: ban đỏ, hội chứng Steven Johnson, hoại tử da nhiễm độc.

- Loét do tì đè

## 2. Cách tính diện tích bỏng

- Có nhiều cách tính diện tích bỏng, người lớn tính khác trẻ em vì ở trẻ em tỷ lệ giữa đầu - mặt - cổ so với các chi lớn hơn người lớn:

- Người lớn theo “luật 9” của Wallace:

Vị trí	Diện tích ( %)	Cộng
Đầu - mặt - cổ	9 %	9 %
Thân mình phía trước	9 % x 2	18 %
Thân mình phía sau	9 % x 2	18 %
Một chi trên	9 %	18 % ( 2 tay)
Một chi dưới	9 % x 2	36 % ( 2 chân )
Vùng hậu môn sinh dục	1 %	1 %

		100 %
--	--	-------

Cách tính bằng lòng bàn tay ( theo Faust ): Mỗi lòng bàn tay của bệnh nhân được tính bằng 1 % diện tích da bị bỏng.

Đối với trẻ em: Trẻ em càng nhỏ tuổi thì tỷ lệ đầu mặt cổ so với chi dưới càng lớn hơn người lớn.

Vị trí	Mới đẻ	1 tuổi	5 tuổi	10 tuổi	13 tuổi
Đầu mặt	20%	17%	13%	10%	8%
Hai đùi	11%	13%	16%	18%	19%
Hai cẳng chân	9%	10%	11%	12%	13%

Bảng trên 15 % diện tích cơ thể ở người lớn và trên 8 % ở trẻ em là bỏng nặng.

### 3. Phân loại độ sâu bỏng

Người ta dựa vào nguyên nhân gây bỏng ( bỏng xăng sâu hơn bỏng nước sôi...), thời gian gây bỏng ( ngâm trong nước sôi thì nặng hơn bị dội thoáng qua...) và diễn biến lâm sàng ( từ độ nhẹ có thể thành độ nặng ...) mà chia độ sâu của bỏng ra các loại : bỏng nông, bỏng sâu, bỏng trung gian.

*Bỏng nông:* Là bỏng nhẹ, dễ khỏi và khi khỏi không để lại sẹo.

Bỏng độ 1: Là bỏng ở lớp sừng. Chỗ da bị bỏng đỏ, rát, 2 – 3 ngày thì khỏi và không để lại sẹo. Hay gặp: bỏng nắng, bỏng nước sôi chỗ không có quần áo.

Bỏng độ 2: Thương tổn lớp biểu bì. Trên nền da đỏ, xuất hiện những nốt phỏng nước chứa dịch trong. Vì chưa tới lớp tế bào đáy nên khi khỏi không để lại sẹo. Khỏi sau 10 – 14 ngày. Hay gặp: bỏng nước sôi chỗ có quần áo...

*Bỏng sâu:* Là loại bỏng nặng và rất nặng, tác nhân gây bỏng phá hủy lớp tế bào đáy, để lại sẹo dùm dó, đa số cần phải lại vá da.

Bỏng độ 3: Lớp tế bào đáy bị phá hủy, bỏng ăn lan tới trung bì, gây hoại tử da diện rộng. Vì mất lớp tế bào sinh sản, da không được bảo vệ, nên bỏng loại này hầu hết bị nhiễm khuẩn. Thường gặp bỏng do xăng, acid, bỏng điện...

Bỏng độ 4: Tác nhân gây bỏng phá hủy hết da, bỏng ăn tới tận cơ, xương, cả một vùng của chi bị cháy đen. Thường gặp do điện cao thế, sét đánh, cháy nhà ( trong các thảm họa cháy nhà cao tầng), cháy ô tô trở khách...).

*Bỏng trung gian:* Là loại bỏng nằm giữa giới hạn bỏng nông và bỏng sâu. Bỏng lan tới một phần của lớp tế bào đáy ( lớp nông, phần uốn lượn lên

xuống ). Bỏng loại này tiến triển tốt, nhưng cũng có thể nặng lên và thành bỏng sâu. Thường gặp bỏng nước sôi chỗ có quần áo...

#### **4. Chẩn đoán độ sâu của bỏng**

Một số nghiệm pháp đơn giản để chẩn đoán bỏng nông và bỏng sâu:

- Thử cảm giác vùng da bị hoại tử bỏng: dùng kim nhọn, tăm bông.
- Bỏng thượng bì: Đau sẽ tăng.
- Bỏng trung bì: Còn đau nhưng giảm.
- Bỏng sâu: Không biết đau.
- Cặp rút lông ở vùng hoại tử bỏng: Nếu không đau, rút dễ là bỏng sâu.

- Nghiệm pháp tuần hoàn vùng bỏng: Đặt vòng vải của dụng cụ đo HA lên trên của vùng chi bị bỏng. Bơm không khí đến 80 – 90 mmHg để 10 phút. Nếu là bỏng nông màu sẽ tím dần. Nếu là bỏng sâu sẽ không thay đổi màu sắc ( do tắc mạch).

#### **5. Tiên lượng bỏng**

- Nguyên nhân gây bỏng: Bỏng do hoá chất nặng hơn bỏng nhiệt...
- Diện tích và độ sâu của bỏng: diện tích bỏng rộng nặng hơn diện tích bỏng hẹp..., bỏng sâu nặng hơn bỏng nông...
- Cơ địa bệnh nhân: bỏng ở trẻ em và người già yếu tiên lượng nặng. Người lớn, bỏng độ 2 quá 30 %, độ 3 quá 15 % là bỏng nặng. Nhưng trẻ em, bỏng độ 2 quá 12 %, độ 3 quá 6 % đã là nặng.
- Dựa vào vị trí bỏng: bỏng đường hô hấp hiếm gặp hơn nhưng rất nặng. Bỏng vùng đầu mặt, tiên lượng nặng có lẽ do rối loạn vận mạch gây thiếu máu não, gây phù não. Bỏng vùng hậu môn sinh dục dễ bị nhiễm khuẩn. Bỏng bàn tay gây sẹo co và dẫn đến mất chức năng của bàn tay...

#### **6. Diễn biến lâm sàng của bỏng**

Đa số bỏng nông, diện tích hẹp nên tiên lượng nhẹ, chỉ cần chăm sóc tại chỗ là khỏi. Bỏng nặng diễn biến qua các giai đoạn:

- *Giai đoạn đầu*: sốc bỏng: Trong 48 giờ đầu.
  - + Do đau: Bệnh nhân kêu la vật vã, nôn và buồn nôn, dần dần nằm lả đi, vẻ mặt thờ ơ, vã mồ hôi ở trán, mũi, lạnh đầu chi.
  - + Do giảm khối lượng tuần hoàn: Huyết tương thoát ra ngoài mạch, ngấm vào tổ chức gây phù nề. Nạn nhân nằm lả đi, mạch nhanh nhỏ, HA tụt.
  - + Xét nghiệm máu: Máu bị cô đặc, dự trữ kiềm giảm, BN nhiễm toan. Kali máu tăng, creatinin tăng.
  - + Các cơ quan bị ảnh hưởng của sốc là: Não, gan, thận, trong đó thận nặng nề nhất. Dễ bị viêm thận do sốc bỏng: nước tiểu ngày càng ít đi, đỏ

đặc, đái ra huyết cầu tố, protein... Từ thiếu niệu, dần dần trở nên vô niệu - suy thận cấp.

+ Nếu không bồi phụ khối lượng tuần hoàn sớm và đầy đủ, tỷ lệ tử vong rất cao.

- *Giai đoạn 2:* Nhiễm độc cấp tính bắt đầu từ ngày thứ 3 trở đi (3 - 15 ngày) do nhiễm khuẩn, do hấp thu những chất độc của tổ chức hoại tử.

Về lâm sàng: BN kích thích vật vã, lơ mơ, tri giác kém dần, có thể đi vào hôn mê. BN sốt cao 40 – 41°C, da lạnh, nổi vân tím. BN thở nhanh nông, không đều, do bị viêm phổi. BN chán ăn, nôn, đi ỉa lỏng và thậm chí còn bị chảy máu tiêu hoá.

Trong máu: Lượng hồng cầu giảm do máu bị cô đặc, rối loạn điện giải và toan hoá máu. Ure và creatinin tăng cao, protein giảm.

Đây là giai đoạn nguy hiểm nhất của bọng vì dễ dẫn đến tử vong. Vì vậy cần điều trị tại chỗ, cắt lọc tổ chức hoại tử tốt, bồi phụ đủ khối lượng tuần hoàn, cân bằng đực điện giải máu cho BN

- *Giai đoạn 3:* Nhiễm trùng là chính, do mất một diện tích da rộng và trong thời gian dài. Các vi khuẩn thường gặp là tụ cầu vàng, liên cầu tan huyết, trực khuẩn mủ xanh, có thể cả uốn ván. Nhiễm trùng tại chỗ bọng có thể gây nhiễm khuẩn máu. Những trường hợp bọng nặng, nếu qua được thời kỳ sóc bọng, thì 70 % tử vong trong giai đoạn này.

Về điều trị: bồi phụ máu, dịch đủ và vá da sớm cho bệnh nhân.

- *Giai đoạn 4:* Hồi phục và suy kiệt

Nếu điều trị tốt, bọng nhẹ, vá da sớm... thì BN hồi phục dần.

Nếu điều trị kém, bọng nặng...BN suy kiệt dần - một vòng luẩn quẩn: Thiếu máu, thiếu protein, nhiễm khuẩn... càng loét thêm, miếng da vá bị bong không đạt kết quả.

## **7. Phân loại bệnh nhân**

Cần phân ra hai loại: bọng nhẹ (có thể điều trị ngoại trú) và bọng cần nhập viện, để kịp quyết định hướng xử trí tiếp. Người thầy thuốc đầu tiên khám cho bệnh nhân bọng thường dễ đánh giá thấp độ sâu của bọng, do thiếu điều kiện thực hiện việc thăm khám (thời gian, ánh sáng, quần áo bệnh nhân...). Mặt khác, độ sâu của vết bọng lúc mới bị tổn thương cũng chưa thật ổn định.

Chỉ định điều trị nội trú: áp dụng công thức 5-10-20 của Hiệp hội Bọng Hoa kỳ:

- Diện tích bọng > 20%.

- Diện tích bọng > 10% đối với bệnh nhân già hoặc trẻ em

- Diện tích bọng sâu > 5%.

Ngoài ra, bắt buộc nhập viện không cần tính đến diện tích bỏng đối với các trường hợp sau:

- Bỏng bàn tay, bàn chân, mặt, tầng sinh môn.
- Bỏng mắt hoặc tai.
- Nghi ngờ tổn thương do hít.
- Bỏng điện và bỏng hóa chất.
- Bệnh nhân suy kiệt.
- Bệnh nhân có tổn thương khác kèm theo.

## **8. Điều trị:**

### *8.1. Sơ cấp cứu bệnh nhân Bỏng:*

#### *8.1.1. Mục đích của sơ cấp cứu Bỏng:*

- Nhanh chóng loại trừ tác nhân gây bỏng ra khỏi cơ thể.
- Giải quyết khẩn cấp những tình trạng ảnh hưởng đến tính mạng: sốc do điện, ngạt thở...
- Hạn chế ô nhiễm tổn thương bỏng, băng bó tổn thương bỏng, vận chuyển đến cơ sở y tế.

#### *8.1.2. Yêu cầu của công tác sơ cấp cứu Bỏng:*

- Tiến hành càng sớm càng tốt.
- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân và người tham gia cấp cứu.
- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trên đường vận chuyển đến cơ sở y tế.

#### *8.1.3. Các bước tiến hành sơ cấp cứu Bỏng:*

##### *8.1.3.1. Đối với Bỏng nhiệt:*

- \* Bước 1: Cách ly nạn nhân khỏi tác nhân gây bỏng càng sớm càng tốt.
  - Nhanh chóng cởi bỏ quần áo bị cháy.
  - Các vật dụng như nhẫn, đồng hồ, nữ trang, thắt lưng cũng phải tháo bỏ vì có thể chúng còn nóng và có thể tạo ra hậu quả giống như garô gây thiếu máu cục bộ chi, đầu ngón.
  - Tiến hành cấp cứu toàn thân khi có ngừng hô hấp, tuần hoàn, đa chấn thương....
- \* Bước 2: Làm mát phần cơ thể bị bỏng, có tác dụng:
  - Hòa loãng, rửa trôi tác nhân gây bỏng còn bám trên da.
  - Làm hạ nhiệt độ vùng da bỏng, từ đó giảm độ sâu bỏng.
  - Giảm đau, góp phần làm giảm các rối loạn toàn thân.
  - Giảm phù nề, qua đó giảm tiết dịch tại vết thương.

Thời điểm ngâm rửa càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong 30' đầu sau bỏng; sau khoảng thời gian đó, việc ngâm rửa sẽ ít có giá trị. Thời gian ngâm rửa 15-30-45', thường là tới khi hết đau rát.

Nhiệt độ nước ngâm rửa lý tưởng là từ 16-20°C. tránh nước quá lạnh vì có thể gây hạ thân nhiệt kèm theo rung nhĩ hoặc vô tâm thu.

\* Bước 3: Che phủ tạm thời vết bỏng: băng ép vừa phải vết bỏng bằng băng vô khuẩn, không bôi một chất gì khác vào vùng bỏng. ở vùng mặt và tầng sinh môn chỉ cần phủ bằng lớp gạc vô khuẩn. Nếu bỏng có vết thương kèm theo, phải băng bó lại dù ở vị trí nào.

\* Bước 4: Bù nước điện giải: nếu bệnh nhân không nôn, không chướng bụng, tỉnh táo; cho bệnh nhân uống Oresol, trà đường, cháo loãng.

\* Bước 5: Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để được chăm sóc chuyên môn. Chú ý trong trường hợp tai nạn, nạn nhân cần được nẹp cố định vùng cổ và vận chuyển nạn nhân giống như có chấn thương cột sống.

#### *8.1.3.2. Đối với bỏng hóa chất: công tác sơ cấp cứu cơ bản giống bỏng nhiệt*

- Nhanh chóng cởi bỏ quần áo bị dính hóa chất. Rửa sạch các hóa chất dạng bột dính trên da. Rửa liên tục với nước sạch nếu hóa chất dạng lỏng; cần cô lập vùng rửa để tránh làm lan hóa chất tới những vùng không bị tổn thương; việc rửa được tiến hành liên tục từ khi sơ cứu cho đến khi nhập viện, thời gian ngâm rửa kéo dài hơn so với bỏng nhiệt 30-60'

- Không nên cố gắng dùng hóa chất trung hòa mạnh vì phản ứng trung hòa sẽ tạo nhiệt làm nặng thêm tổn thương bỏng.

#### *8.1.3.3. Đối với bỏng điện:*

- Bình tĩnh, nhanh chóng tắt nguồn điện hoặc dùng vật dụng cách điện để cách ly nạn nhân khỏi nguồn điện. Chú ý không được dùng tay trần chạm trực tiếp vào người nạn nhân cho đến khi cắt được nguồn điện.

- Ngay sau đó kiểm tra mạch, nhịp thở của nạn nhân. Khi phát hiện ngừng tim, ngừng thở, tiến hành cấp cứu ngay lập tức tại nơi xảy ra tai nạn, không được vận chuyển nạn nhân.

- Chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để theo dõi, xử lý vết thương khi sinh hiệu ổn định. Chú ý, khi nạn nhân đã tự thở và tim đập trở lại, tình trạng ngưng tim ngưng thở vẫn có thể xảy ra trong quá trình vận chuyển.

#### *8.1.3.4. Bỏng đường Hô Hấp:*

- 20-30% các trường hợp bỏng nặng kèm theo tổn thương do hít làm tăng tỉ lệ tử vong lên 25-50%.

- 80% các trường hợp bệnh nhân bỏng tử vong ngoài nguyên nhân bỏng còn do hít các sản phẩm độc do cháy, các hóa chất độc hại hiện diện trong khói cùng tác động làm tăng tỉ lệ tử vong. Các hóa chất này chủ yếu là carbon

monoxide (CO), hydrogen cyanide (HCN); chúng làm giảm oxy mô, nhiễm toan, làm giảm hấp thụ và chuyển hóa oxy ở não. Ngoài ra còn có các chất khác như hydrogen chloride, nitrogen oxide, các aldehydes; chúng gây ra phù phổi, viêm phổi do hóa chất, tình trạng kích thích hô hấp.

- Cần phải nghĩ đến bồng đường hô hấp nếu nạn nhân có tiếp xúc với khói trong buồng kín, nạn nhân bị bồng vùng mặt, lông mũi bị cháy.

- Sơ cấp cứu:

+ Đưa ngay nạn nhân ra chỗ thoáng khí, làm hô hấp nhân tạo nếu nạn nhân ngưng thở.

+ Để nạn nhân nằm bất động để giảm yêu cầu tiêu thụ oxy.

+ Cho thở oxy ngay (nếu có trang bị bình oxy) và duy trì thở oxy 40-60' hoặc hơn.

*8.2. Cấp Cứu: cần đánh giá lại và khám toàn trạng bệnh nhân để có thể phát hiện các tổn thương kết hợp và để có điều trị thích hợp.*

❖ Phòng ngừa tắc nghẽn đường thở:

- Lòng ngực bệnh nhân cần được để trần để có thể đánh giá tình trạng hô hấp của bệnh nhân.

- Tất cả bệnh nhân đều phải được cho thở oxy ẩm 100% mặc dù không có dấu hiệu rối loạn hô hấp vì tình trạng tắc nghẽn đường hô hấp trên có thể tiến triển nhanh chóng sau tổn thương.

- Khàn giọng là dấu hiệu đe dọa tắc nghẽn đường thở, khi đó cần đặt nội khí quản ngay lập tức trước khi phù nề làm mất cấu trúc giải phẫu vùng này.

- Cần thiết đặt nội khí quản đối với bệnh nhân hôn mê, bệnh nhân bị bồng vùng mặt và cổ.

❖ Phòng ngừa sốc bồng:

◆ Bảo đảm thể tích tuần hoàn: các bệnh nhân có chỉ số FRANK > 30 hoặc chỉ số BULL > 50 điểm; nên đặt tối thiểu 2 đường truyền; tùy điều kiện có thể áp dụng 1 trong các công thức sau đây:

- Dung dịch Ringger lactate: 2-4ml/kg/% diện tích bồng/24giờ.

- Đối với trẻ em có thể dùng công thức:

$Q = 5000\text{ml}/\text{m}^2/\% \text{ diện tích bồng}/24\text{giờ} + 2000\text{ml dextrose } 5\%/\text{m}^2/\text{diện tích cơ thể}/24\text{giờ}.$

Tổng thể tích dịch truyền được phân phối truyền như sau:

Q/2 trong 8giờ đầu.

Q/2 còn lại trong 16 giờ sau.

◆ Giảm đau toàn thân.



❖ Phòng ngừa nhiễm trùng uốn ván và nhiễm trùng khác: SAT và kháng sinh toàn thân phổ rộng.

❖ Phòng ngừa hội chứng chèn ép khoang: rạch giải áp (rạch lớp vỏ cứng, có thể cần rạch cả cân); chú ý vùng cổ ngực bụng và tứ chi.

❖ Phòng ngừa biến chứng đường tiêu hóa: xuất huyết tiêu hóa là biến chứng nặng hay gặp trong bỏng; có thể là chảy máu từ ổ loét có trước hoặc loét trượt, viêm niêm mạc đường tiêu hóa. Để phòng ngừa có thể dùng thuốc kháng H2, thuốc ức chế bơm proton....

❖ Các trường hợp đặc biệt: nên phối hợp với các bác sĩ chuyên khoa.

◆ Bỏng đường hô hấp:

• Điều trị tổn thương đường hô hấp: kháng sinh, kháng viêm, giãn phế quản, thở oxy, thở máy....

• Điều trị tình trạng nhiễm các khí độc oxyt cacbon, xăng, chì trong xăng, các khí độc khác.

◆ Bỏng điện: chú ý tình trạng tim mạch.

◆ Bỏng hóa chất: tiếp tục rửa vùng bỏng, dùng hóa chất trung hòa.

### 8.3. Vận chuyển bệnh nhân đến Trung tâm điều trị chuyên khoa:

Trước khi chuyển bệnh nhân đến các trung tâm điều trị chuyên khoa cần bảo đảm tình trạng bệnh nhân tạm ổn định:

- Đã thiết lập 2 đường truyền.
- Đã đặt thông tiêu theo dõi.
- Đã đặt thông dạ dày.
- Duy trì thân nhiệt 38-39<sup>0</sup>C.
- Không cho thuốc an thần.
- Đối với các nạn nhân bị bỏng <24giờ, chỉ dùng dung dịch Ringer.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hiệp. Bỏng. Hội nghị khoa học toàn quốc về bỏng lần IV, bệnh viện Chợ Rẫy TP. Hồ Chí Minh, 10-1996.
2. Lê Thế Trung. Bỏng. Nhà xuất bản Y học, 1997.
3. Curreri PW, Luterman A. Burns. In Schwartz: Principles of Surgery. McGraw Hill Book Company, 1989.
4. Reginald L Richard, Marly J Staley. Burn care and Rehabilitation. Principles and Practice. FA Davis Company, 1994

## **BÀI 2: CẤP CỨU NGOẠI KHOA; CHẤN THƯƠNG BỤNG NGOẠI KHOA**

### **\* MỤC TIÊU:**

- Nêu được khái niệm về Chấn thương, Bụng ngoại khoa
- Nhận biết được các triệu chứng của Chấn thương, Bụng ngoại khoa
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Chấn thương, Bụng ngoại khoa.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các nguyên tắc xử trí của Chấn thương, Bụng ngoại khoa
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca Chấn thương.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca Bụng ngoại khoa.

### **PHẦN I: ĐAU BỤNG CẤP**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Đau bụng cấp là một tình trạng rất hay gặp tại khoa cấp cứu, nguyên nhân vô cùng đa dạng. Điều khó khăn nhất là phân biệt được cơn đau bụng này có chỉ định ngoại khoa hay không với các cơn đau bụng khác. Đôi khi cơn đau bụng ngoại khoa có biểu hiện sớm rất kín đáo. Ngoài các thăm dò chức năng hỗ trợ chẩn đoán, theo dõi sát các cơn đau chưa loại trừ nguyên nhân ngoại khoa giúp chúng ta tránh được những sai sót không đáng có.

#### **II. CHẨN ĐOÁN CƠN ĐAU BỤNG CẤP**

Chẩn đoán đau bụng phải dựa vào khai thác tiền sử, khám lâm sàng và các xét nghiệm thăm dò.

- Khai thác tính chất cơn đau

+ Cơn đau co thắt, từng cơn, giữa các cơn có thể hết hoặc âm ỉ (ví dụ: đau quặn gan, co thắt ruột, tắc ruột...).

+ Cơn đau kích ứng thành bụng: liên tục, âm ỉ, không dứt, thường có phản ứng (ví dụ: viêm phúc mạc ruột thừa, chảy máu trong ổ bụng, thủng tạng rỗng...).

+ Cơn đau lan: liên quan tới tư thế, nhịp thở... (ví dụ: viêm phổi, áp xe cơ thắt lưng chậu, tràn mủ màng phổi...).

- Khai thác vị trí cơn đau (mỗi vị trí đau có giá trị gợi ý tổn thương tạng bên dưới).

+ Đau thượng vị: viêm dạ dày, viêm tụy, nhồi máu cơ tim, thoát vị, giun chui ống mật,...

+ Đau hạ vị: viêm bàng quang, sỏi bàng quang, viêm tử cung phần phụ, chửa ngoài tử cung,...

+ Đau quanh rốn: viêm dạ dày-ruột,...

+ Đau hạ sườn phải: áp xe gan, giun chui ống mật, viêm túi mật cấp,...

+ Đau hố chậu phải: viêm ruột thừa, viêm manh tràng, sỏi niệu quản,...

+ Đau hố chậu trái: sỏi niệu quản, viêm túi thừa,...

+ Đau hai bên mạng sườn: sỏi niệu quản.

- Xác định mức độ đau:

+ Phải xác định mức độ đau để cho thuốc giảm đau sớm. Dùng thuốc giúp cho chẩn đoán dễ dàng và chính xác hơn chứ không phải làm mất triệu chứng.

+ Thang điểm đau yêu cầu bệnh nhân tự đánh giá.

+ Điểm 0: không đau; điểm 10: đau dữ dội nhất.

+ Yêu cầu bệnh nhân đánh giá mức độ từ 0 tới 10 và ghi nhận kết quả: ví dụ 4/10, 7/10.

- Khai thác tiền sử:

+ Thời gian xuất hiện cơn đau.

+ Yếu tố liên quan bữa ăn: ngộ độc, dị ứng?

+ Các bệnh lý toàn thân từ trước: viêm tụy mạn, sỏi mật, sỏi thận,...

+ Sốt?

+ Thiếu máu?

Khám lâm sàng:

+ Khám kỹ bụng (nhìn, sờ, gõ, nghe) và các lỗ thoát vị, trực tràng.

+ Tìm các dấu hiệu ngoại khoa: bụng trướng, tăng nhu động, quai ruột nổi, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, thoát vị nghẹt...

+ Toàn thân: ý thức, mạch, HA, nhịp thở, sắc, thiếu máu, toan nặng,...

Cận lâm sàng: Nên lựa chọn tùy bệnh nhân và định hướng lâm sàng:

+ Chụp bụng không chuẩn bị: tắc ruột, thủng tạng rỗng.

+ Siêu âm bụng: nhiều tác dụng, phát hiện bệnh lý tụy, gan, đường mật, túi mật, thận, bàng quang, động mạch chủ... siêu âm định hướng trong chấn thương (FAST).

+ Chụp cắt lớp ổ bụng: viêm tụy, sỏi niệu quản, viêm ruột thừa...

+ Chụp mạch máu: phình tách động mạch chủ (ĐMC), tắc mạch mạc treo.

+ Xét nghiệm hỗ trợ: công thức máu, amylase, D dimer, LDH, men gan,...

### **III. ĐỊNH HƯỚNG CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG**

Thông thường bụng là cơ quan có nhiều tổ chức bên dưới, do vậy việc chẩn đoán ra một bệnh cụ thể dựa vào lâm sàng rất khó khăn. Sử dụng các thăm dò chức năng để xác định và tìm chẩn đoán ngày càng quan trọng.

Thủng tạng rỗng: cơn đau đột ngột dữ dội, liên tục kiểu ngoại tạng (parietal): bụng cứng, phản ứng thành bụng.

Viêm tụy cấp: đau thượng vị, thường kèm theo nôn nhiều và bụng trướng hay gặp bệnh nhân nghiện rượu.

- Tắc ruột: đau bụng từng cơn kiểu nội tạng (visceral), bụng trướng, bí trung, đại tiện.

- Tắc mật (sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ...): đau bụng mạng sườn phải, sốt, vàng da đôi khi khám thấy túi mật to, ấn điểm túi mật đau.

- Cơn đau quặn thận: đau dữ dội mạng sườn, lan xuống dưới hoặc xuống bìu, tiểu buốt rất hoặc có máu.

- Viêm ruột thừa: triệu chứng thường phụ thuộc vào thời gian tới khám. Giai đoạn sớm đôi khi chỉ đau vùng thượng vị, sốt nhẹ; giai đoạn muộn hơn: đau khu trú hố chậu phải, ấn có phản ứng rõ.

#### **IV. HƯỚNG XỬ TRÍ**

Xác định đây có phải là đau bụng không ổn định: là những trường hợp đau bụng có ảnh hưởng chức năng sống. Ví dụ:

+ Tụt huyết áp, mạch nhanh.

+ Nhiễm trùng – nhiễm độc.

+ Thiếu máu nặng.

+ Rối loạn ý thức.

+ Suy hô hấp.

Các bước cần làm ngay:

+ Mặc monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, điện tim tùy theo trường hợp cụ thể.

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch, nếu có sốc phải đặt 2 đường ngoại vi cỡ lớn.

+ Nhịn ăn nếu bệnh nhân có nghi ngờ chỉ định ngoại khoa.

+ Làm các xét nghiệm cơ bản, đông máu và các xét nghiệm cần cho phẫu thuật.

+ Đặt ống thông dạ dày dẫn lưu nếu bụng trướng, cần theo dõi dịch dạ dày.

+ Hạn chế hoặc chú ý đặc biệt khi di chuyển bệnh nhân đi chụp chiếu, siêu âm. Ưu tiên làm các thăm dò tại chỗ (hạn chế rủi ro khi phải chuyển bệnh nhân ra ngoài khoa và có thể làm nhiều lần để theo dõi tiến triển).

+ Lưu ý phát hiện và xử trí hội chứng khoang bụng cấp (tăng áp lực trong ổ bụng).

Giảm đau đầy đủ:

+ Cần cho giảm đau cấp cứu nếu đau > 4/10

+ Tùy theo loại cơn đau mà cho thuốc phù hợp:

Cơn đau co thắt: Buscopan, Visceralgin, Nospa, atropin.

Cơn đau kích thích thành bụng: Pentalgin, Efferalgan, bọc dạ dày.

Cơn đau lan: phong bế thuốc tê: Feldene.

Cơn đau phối hợp: phối hợp nhiều thuốc hoặc morphin (nên dùng đúng liều).

Các biện pháp giảm đau phối hợp: chườm lạnh, động viên, chọn tư thế đỡ đau...

Luôn chú ý xác định có chỉ định ngoại khoa cấp hay không:

Dấu hiệu cần phát hiện: co cứng thành bụng, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, dấu hiệu của tắc ruột, đau hố chậu phải.

Với các trường hợp đau bụng đã có nguyên nhân rõ ràng và toàn trạng ổn định:

+ Giảm đau đầy đủ.

+ Gửi chuyên khoa điều trị.

- Trường hợp chưa rõ chẩn đoán:

+ Loại trừ các nguyên nhân nguy hiểm biểu hiện kín đáo: chữa ngoài tử cung, vỡ tạng rỗng, viêm ruột thừa không điển hình, tắc mạch mạc treo, viêm túi thừa.

+ Những cơn đau bụng cấp chưa rõ nguyên nhân mặc dù đã khám kỹ và làm nhiều thăm dò và xét nghiệm:

Cần theo dõi sát nếu cơn đau dai dẳng không dứt.

Lưu bệnh nhân nằm lưu lại để theo dõi (nhiều trường hợp nguyên nhân chỉ lộ rõ sau khi theo dõi nhiều giờ đến vài ngày).

## **PHẦN II. CẤP CỨU NGOẠI KHOA- CHẨN THƯƠNG BỤNG NGOẠI KHOA**

### **I. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU BỤNG:**

- Các bệnh của ổ bụng cần được xử trí bằng ngoại khoa được gặp hàng ngày tại các bệnh viện tỉnh và các bệnh viện thành phố. Bệnh thường đặt ra cho người thầy thuốc những khó khăn vì trong một thời gian ngắn, có khi rất ngắn, phải có những quyết định liên quan tới tính mạng người bệnh.

- Bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng cấp cứu, với các triệu chứng:

+ Ít hay nhiều.

+ Rõ rệt hay không rõ rệt.

- + Phù hợp hay không phù hợp, có khi mâu thuẫn nhau.
- + Diễn biến nhanh hay chậm hoặc không thay đổi sau nhiều giờ.
- + Trước người mang bệnh, thầy thuốc cần phải tìm đúng bệnh mà họ đang mang. Muốn xác định đúng bệnh, cần phải:
  - + Khai thác đầy đủ, không bỏ sót một triệu chứng nào dù kín đáo. Muốn vậy phải thăm khám tỉ mỉ và kiên nhẫn.
  - + Đánh giá phải chính xác. Muốn vậy khi nhận định phải hết sức khách quan, không ràng buộc.
  - + Kết luận phải đúng đắn. Muốn vậy khi phân tích và tổng hợp phải hiểu biết.

Cùng một bệnh nhưng biểu hiện không bao giờ hoàn toàn giống nhau vì đáp ứng của mỗi cơ thể trước những tác động của các kích thích bên ngoài khác nhau. Vì vậy người thầy thuốc phải tinh tường, có nhạy cảm lâm sàng và có nhiều kinh nghiệm.

## **II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

Khi bệnh nhân vào viện, triệu chứng này hay triệu chứng kia nổi bật. Để dễ theo dõi, chúng ta lần lượt xem xét:

### **A. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG**

#### **1. Đau bụng:**

- Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất đưa bệnh nhân tới bệnh viện.
- Những thống kê với số liệu hàng ngàn bệnh nhân cho thấy tỉ lệ đau theo thứ tự từ nhiều tới ít như sau: viêm ruột thừa, viêm túi mật, tắc ruột, các bệnh niệu khoa, thủng dạ dày, viêm tụy cấp.
- Vì đau là triệu chứng của nhiều bệnh nên không thể căn cứ vào sự có mặt của đau mà chẩn đoán. Muốn chẩn đoán phải dựa vào tính chất của đau.
  - a. Vị trí đau, là căn cứ đầu tiên:*
    - Đau không có vị trí nhất định, lúc đau chỗ này lúc đau chỗ khác, như đau trong tắc ruột.
    - Đau toàn thể bụng như trong viêm phúc mạc toàn thể, thủng dạ dày ...
    - Đau khu trú ở một điểm hay một vùng nhất định. Đau điểm McBumey trong viêm ruột thừa đến sớm. Đau ở dưới bờ sườn phải nghĩ đến các bệnh gan mật. Đau dưới vùng hố chậu một hay hai bên, hướng tới viêm phần phụ hay thai ngoài tử cung vỡ.
    - Nhưng cũng có khi nơi đau không tương ứng với nơi có thương tổn. Đau ở hố chậu trái trong vỡ lách hay vỡ gan, đau ở hố chậu phải trong thủng dạ dày.

- Vị trí đau thay đổi. Nhiều viêm ruột thừa lúc đầu đau ở vùng thượng vị, sau nhiều giờ không đau ở thượng vị nữa mà đau ở hố chậu phải. Những bệnh nhân này thường bị chẩn đoán lầm là cơn đau của viêm loét dạ dày tá tràng.

*b. Mức độ đau:*

Đau có rất nhiều mức độ. Thường được chia thành các mức độ sau:

- Đau vừa phải: bệnh nhân nhăn nhó, khó chịu như trong viêm ruột thừa, viêm túi mật, sỏi ống mật chủ, viêm phần phụ...

- Đau nhiều: bệnh nhân thường phải kêu la, rên rĩ như trong tắc ruột, tắc mật...

- Đau dữ dội: đau như xé ruột, xé gan, như dao đâm trong thủng dạ dày, xoắn ruột...

Mức độ đau có thể thay đổi theo thời gian, tăng lên hay giảm xuống một cách nhanh chóng hay chậm chạp.

*c. Kiểu đau:*

- Đau từng cơn, ngoài cơn đau hoàn toàn bình thường, bệnh nhân biết cơn đau sắp chấm dứt rồi lại biết cơn đau sắp trở lại, như trong tắc ruột cơ học.

- Đau bắt bệnh nhân kêu la, xoay vặn người, gập ưỡn bụng. Làm như vậy sẽ bớt đau. Gặp trong cơn đau của sỏi ống mật chủ, sỏi niệu quản...

- Đau bắt bệnh nhân nằm im không dám thở sâu, nói to, ho mạnh, xoay hờ người, đi lại. Mọi động tác phải nhẹ nhàng từ từ chậm chạp như đau trong viêm phúc mạc, áp xe gan, áp xe dưới hoành, áp xe ruột thừa...

*d. Cách bắt đầu đau:*

- Bắt đầu đột ngột, thường được ví như “tiếng sét giữa trời quang mây tạnh”, thấy trong thủng dạ dày...

- Lúc mới bắt đầu đau ít, về sau đau mỗi lúc một tăng, thấy trong viêm ruột thừa, viêm phần phụ, áp xe gan...

*e. Thời gian đến bệnh viện:*

- Vừa mới đau, đau đã nhiều giờ hay một vài ngày. Nếu đã hàng tuần thì lại thường do các bệnh mạn tính.

- Trên cơ sở mạn tính bệnh có thể bị biến chứng. Loét dạ dày tá tràng là bệnh mạn tính, đau đã nhiều tháng, nhiều năm. Vài giờ trước khi tới bệnh viện, ổ loét thủng gây đau dữ dội. Túi mật viêm mạn tính đau ít, có thể diễn biến cấp tính đau nhiều.

*f. Hướng lan:*

- Đau chỉ khu trú tại một vùng.

- Đau có thể lan tới vùng khác. Cơn đau của sỏi niệu quản lan xuống bìu, của viêm tụy lan sau lưng, vỡ lách lan lên vai trái.

*g. Hoàn cảnh thuận lợi:*

- Con đau có thể xuất hiện bất cứ lúc nào.

- Nhưng cũng nhiều khi xuất hiện trong những hoàn cảnh nào đó. Con đau của viêm tụy cấp xuất hiện sau bữa ăn thịnh soạn. Con đau của loét dạ dày tá tràng xuất hiện khi thay đổi thời tiết. Con đau của sỏi niệu quản xuất hiện khi chạy nhảy...

*h. Tác dụng của thuốc:*

- Trên lâm sàng, người ta thường dùng các thuốc chống co thắt để phân biệt một thương tổn thực thể với một tình trạng co thắt.

- Dưới tác dụng của thuốc chống co thắt:

+ Con đau dịu đi hay mất hẳn, thường do hiện tượng co thắt.

+ Con đau vẫn tồn tại như trước khi dùng thuốc thường là con đau của một thương tổn thực thể.

## **2. Nôn ói**

Nôn ói do nhiều nguyên nhân:

- Phản xạ sinh lý như nôn ói do say tàu xe, do thai nghén.

- Triệu chứng của một bệnh ngoài đường tiêu hóa như tăng áp lực trong sọ (chấn thương sọ não, áp xe não, u não)...

- Triệu chứng của một bệnh nội khoa thuộc đường tiêu hóa như ngộ độc đồ ăn.

- Triệu chứng của một bệnh ngoài khoa thuộc đường tiêu hóa khi phúc mạc bị kích thích như viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp, sỏi ống mật chủ, u nang buồng trứng xoắn...

- Tắc nghẽn đường tiêu hóa như hẹp môn vị, tắc ruột...

Vì vậy, không thể căn cứ vào sự hiện diện của nôn để làm chẩn đoán. Để chẩn đoán phải căn cứ vào tính chất của nó. Khi muốn phân biệt giữa hẹp môn vị và tắc ruột, phải căn cứ vào chất nôn. Trong hẹp môn vị chất nôn có màu xanh đen, trong tắc ruột chất nôn có màu vàng của mật.

## **3. Nôn máu:**

- Trước hết phải phân biệt nôn máu với khạc máu.

- Chẩn đoán nguyên nhân của nôn máu có khi dễ nhưng nhiều khi rất khó. Để xác định chẩn đoán, căn cứ vào hình thức nôn, tính chất máu và các triệu chứng đi kèm, nếu có.

- Hình thức nôn máu:

+ Nôn ít, nôn nhiều, nôn dữ dội.

+ Số lần nôn trong ngày, số ngày nôn.

+ Khối lượng máu ít hay nhiều.



+ Tính chất máu: loãng hay cục; đỏ tươi, đỏ thẫm hay đen.

- Các triệu chứng của bệnh nguyên nhân:

+Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: bụng báng, gan xơ, lách to, tuần hoàn bàng hệ ...

+Hội chứng loét dạ dày tá tràng: tiền sử những cơn đau có chu kỳ ...

+Hội chứng vàng da tắc mật: tam chứng Charcot.

#### **4. Bí trung tiện:**

Bí trung tiện là khi bệnh nhân đau bụng, cảm thấy nếu trung tiện được thì sẽ hết đau, nhưng không thể được. Bí trung tiện thường do tắc ruột cơ học nhưng cũng có thể do phúc mạc bị kích thích gây liệt ruột cơ năng như khi có máu tụ sau phúc mạc, khi có tình trạng viêm phúc mạc.

#### **5. Tiêu phân đen:**

Phân có màu đen ánh, sền sệt không đóng khuôn, mùi khắm. Mùi khắm rất đặc hiệu, không giống bất cứ một loại mùi nào. Màu đen vì máu chảy từ phía trên của đường tiêu hóa, khi đi xuống, qua cả chiều dài của ruột, dưới tác dụng của dịch tiêu hóa, màu đỏ biến thành màu đen. Phân đen khác với máu cục, với thối phân có màu đen do táo bón.

Phân đen là triệu chứng của chảy máu đường tiêu hóa trên. Trường hợp máu chảy nhiều phải thải ra nhanh, phân có thể còn tương đối đỏ.

#### **6. Tiêu máu:**

- Máu đỏ tươi, chảy từ các chỗ niêm mạc búi trĩ bị trầy loét.

- Máu chảy thành tia, bệnh nhân thường ví máu chảy như cắt tiết gà, từ các tĩnh mạch trĩ vỡ do rạn mạnh.

- Máu có màu đỏ lò lờ, chảy từ các khối u sùi loét của một ung thư hậu môn trực tràng.

- Máu cục, chảy từ búi trĩ hay từ u đại tràng đọng lại trong lòng trực tràng nhiều giờ sau đó mới thải ra ngoài.

#### **7. Đái máu:**

- Đái máu là triệu chứng của hệ niệu:

- Đái máu toàn dòng do các bệnh ở thận, niệu quản, bàng quang.

- Đái máu đầu dòng là từ niệu đạo, tuyến tiền liệt.

- Đái máu cuối dòng là từ bàng quang.

#### **8. Chảy máu lỗ sáo:**

Chảy máu lỗ sáo là khi ở lỗ sáo có vài giọt máu, triệu chứng của chấn thương vỡ niệu đạo.

#### **9. Tiểu bất thường:**

a. *Vô niệu*: bàng quang không có nước tiểu do suy thận cấp tính, huyết áp dưới ngưỡng bài tiết.

b. *Không tiểu*: bàng quang không có nước tiểu do bị vỡ, nước tiểu chảy vào ổ bụng. Triệu chứng viêm phúc mạc do nước tiểu không rõ rệt như trong viêm phúc mạc do các nguyên nhân khác.

c. *Bí tiểu*:

- Bí tiểu hoàn toàn: khi bàng quang chứa đầy nước tiểu mà bệnh nhân dù cố rặn nhưng không thể tiểu được. Rất đau tức. Khám thấy có cầu bàng quang. Nguyên nhân là sỏi bàng quang kẹt lỗ niệu đạo, u xơ tuyến tiền liệt, liệt bàng quang do chấn thương cột sống, sau mổ...

- Bí tiểu không hoàn toàn: khi bệnh nhân vẫn tiểu được nhưng tiểu không hết. Sau tiểu, còn nước tiểu sót lại ở bàng quang. Đặt thông bàng quang có nước tiểu chảy rã. Siêu âm thấy còn nước tiểu. Nguyên nhân của sót nước tiểu thường là u xơ tuyến tiền liệt hay bệnh cổ bàng quang.

d. *Tắc tiểu*: khi bệnh nhân đang đái bỗng ngưng dòng nước tiểu tắc hoàn toàn hay nước tiểu chảy nhỏ giọt xuống chân. Nguyên nhân là sỏi bàng quang.

e. *Tiểu dắt*: tiểu nhiều lần, mỗi lần ít một. Nguyên nhân là viêm bàng quang, viêm niệu đạo.

## **10. Chảy máu âm hộ:**

- Cần phân biệt chảy máu âm hộ với kinh nguyệt. Phân biệt bằng tính chất máu và thời kỳ kinh nguyệt.

- Chảy máu âm hộ gặp trong thai ngoài tử cung vỡ. Máu có màu đỏ lò lờ, giống như máu cá. Máu chảy ngoài thời kỳ kinh nguyệt. Bệnh nhân thường có trễ kinh vài tuần lễ.

## **KHÁM BỤNG NGOẠI KHOA**

### **B. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ**

Trong cấp cứu bụng ngoại khoa, các triệu chứng thực thể thường quyết định chẩn đoán.

#### **1. Nhìn**

a. *Bụng trướng*:

- Bụng trướng do hơi tích tụ lại trong lòng đường tiêu hóa. 80% hơi trong ruột là do nuốt vào. Cần phân biệt bụng trướng với bụng báng.

- Bụng trướng khu trú ở một vùng. Trướng ở bụng trên trong hẹp môn vị...

- Bụng trướng lệch trong xoắn đại tràng chậu hông.

- Bụng trướng toàn bộ trong liệt ruột, tắc ruột do ung thư đại trực tràng.

b. *Quai ruột nổi*:

Nhìn hay vuốt nhẹ trên thành bụng thấy nổi một hay nhiều quai ruột. Quai ruột nổi là dấu hiệu của tắc ruột, cả cơ học lẫn cơ năng. Quai ruột nổi một nơi và nằm im lìm là dấu hiệu Von Wahl, thấy trong tắc ruột kín.

*c. Dấu rắn bò:*

Một hay hai ba quai ruột từng lúc nổi lên rồi lại mất đi, hoặc di chuyển trên thành bụng, giống như con rắn đang bò. Dấu rắn bò là triệu chứng đặc hiệu của tắc ruột cơ học. Đặc hiệu vì có dấu rắn bò là chắc chắn có tắc ruột cơ học, ngoài tắc ruột cơ học không có bệnh nào có dấu rắn bò.

*d. Bụng không thở:*

Bình thường thành bụng di động theo nhịp thở. Bụng không thở do các cơ thành bụng co cứng. Gặp trong viêm phúc mạc, rõ nhất trong thủng dạ dày.

*e. Cơ nổi hằn:*

Nhìn thành bụng thấy các cơ nổi hằn. Giữa là cơ thẳng bụng, hai bên là cơ chéo ngoài. Cơ nổi hằn vì co cứng mạnh, khi phúc mạc bị kích thích gặp trong viêm phúc mạc, đặc biệt trong thủng dạ dày vì tính acid của dịch vị kích thích phúc mạc rất mạnh.

*f. Da phù nề tẩy đỏ:*

Da phù nề tẩy đỏ là dấu hiệu của khối tụ mủ trong ổ bụng như áp xe gan amíp, áp xe ruột thừa, đang tìm cách thoát mủ ra ngoài.

*g. Vết bầm máu:*

Vết bầm máu vùng hông (dấu hiệu Gray- Tumer), vết bầm máu quanh rốn (dấu hiệu Cullen) gặp trong viêm tụy cấp thể xuất huyết.

*h. Khối u:*

- Thời gian xuất hiện khối u giúp ích nhiều cho chẩn đoán. Mới xuất hiện nhiều giờ hay một vài ngày, có khi đã có từ lâu nhưng mới đây thay đổi tính chất.

- Ở phụ nữ, u ở hố chậu to nhanh, tròn căng, ấn đau là nang buồng trứng xoắn, u ở dưới sườn phải hình quả lê, căng đau là túi mật căng to. U nằm dọc khung đại tràng là ung thư đại tràng hay khối lồng ruột, u nằm vùng bẹn là thoát vị bẹn nghẹt.

*i. Sẹo mổ:*

Sự hiện diện của sẹo mổ và các tính chất của nó như vị trí, to nhỏ, sẹo ống dẫn lưu ... giúp thêm cho chẩn đoán, nhất là chẩn đoán tắc ruột sau mổ.

*j. Vết trầy sát:*

Vị trí vết trầy sát trên thành bụng chỉ điểm tạng bị tổn thương, vết trầy sát ở mạng sườn phải nghĩ tới vỡ gan, ở mạng sườn trái nghĩ tới vỡ lách, sau lưng nghĩ tới giập thận...

*k. Vết thương thành bụng:*

Vết thương chột hay đâm xuyên, một hay nhiều, ở bụng trên hay bụng dưới, ở bên phải hay bên trái, to hay nhỏ... Tính chất vết thương giúp dự đoán thương tổn các tạng trong bụng.

### **1. Di vật:**

Có mạc nối lớn, ruột là có rách phúc mạc. Có đồ ăn, nước vàng, phân là có thủng đường tiêu hóa. Có nhiều máu là có vỡ gan, vỡ lách hay đứt mạch máu.

### **2. Sờ nắn thành bụng:**

#### *a. Co cứng:*

- Co cứng toàn bộ hay co cứng một vùng của thành bụng hoặc co cứng nhiều ở một vùng, các vùng còn lại cứng ít hơn.

- Bệnh nhân nằm ngửa, đầu gối cao, hai chân co. Sờ nắn nhẹ thấy thành bụng cứng. Yêu cầu bệnh nhân thở sâu, thành bụng vẫn không thể mềm được. Cứng liên tục với nhiều mức độ. Khi cứng nhiều, nhận định dễ dàng. Khi cứng ít, nhận định khó khăn, phải là bàn tay của những thầy thuốc nhiều kinh nghiệm mới khẳng định được.

- Bụng cứng và đau là triệu chứng quan trọng nhất của viêm phúc mạc. Co cứng toàn bộ thành bụng trong viêm phúc mạc toàn thể. Co cứng cục bộ trong viêm phúc mạc khu trú. Cứng rõ rệt nhất trong thủng dạ dày, được gọi là cứng như gỗ.

#### *b. Phản ứng thành bụng:*

- Phản ứng thành bụng khác với co cứng. Trong phản ứng thành bụng có sự đáp ứng của bệnh nhân. Khi bàn tay mới sờ nhẹ vào thành bụng thấy mềm. Khi ấn sâu hơn, đè thành bụng mạnh hơn đến một mức nào đó, bệnh nhân phản ứng lại bằng cách gồng bụng lên không cho thầy thuốc ấn sâu hơn nữa vì ấn sâu sẽ đau nhiều hơn.

- Có phản ứng thành bụng khi có thương tổn của một cơ quan trong ổ bụng như viêm ruột thừa cấp, viêm túi mật cấp, viêm tụy cấp, ổ áp xe ...

#### *c. Cảm ứng phúc mạc:*

- Cảm ứng phúc mạc là khi ấn đầu ngón tay lên thành bụng, thành bụng lõm xuống đè vào phúc mạc, bệnh nhân đau. Đau vì phúc mạc tăng cảm giác khi bị viêm, bị nhiễm trùng, và đau rõ rệt nhất trong trường hợp có máu trong phúc mạc. Cảm ứng phúc mạc bao giờ cũng kèm với trướng bụng và thường có co cứng kèm theo nhưng ở mức độ nhẹ.

- Cũng như co cứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc là triệu chứng của viêm phúc mạc. Co cứng thành bụng thường có trước cảm ứng phúc mạc. Thủng dạ dày đến sớm biểu hiện nổi bật là co cứng thành bụng nhưng đến muộn thì co cứng bớt dần và thay vào đó là cảm ứng phúc mạc. Viêm phúc mạc ở người già yếu thường thể hiện bằng triệu chứng cảm ứng phúc mạc.

#### *d. Phản ứng dội (Dấu hiệu Blumberg):*

- Phản ứng dội là khi đặt tay lên thành bụng, ấn sâu dần, bệnh nhân không đau rõ rệt nhưng khi đột ngột nhấc tay ra thì đau chói.

- Phản ứng dội cũng có ý nghĩa như cảm ứng phúc mạc nhưng ở mức độ nhẹ hơn.

*e. Các điểm đau và các vùng đau:*

- Điểm McBurney, điểm Lanz, điểm Clado... đau khi ruột thừa viêm sung huyết. Vùng hố chậu phải đau khi ruột thừa viêm mủ.

- Điểm túi mật đau trong viêm túi mật cấp. Vùng dưới sườn phải có phản ứng khi túi mật viêm hoại tử hay một nhiễm trùng đường mật nặng.

- Điểm mũi ức đau gặp trong giun chui ống mật. Vùng tam giác Chauffard-Rivet đau là triệu chứng của các bệnh đường mật chính hay của tụy.

- Điểm sườn thất lưng phải đau trong viêm tụy cấp.

- Điểm niệu quản đau khi có cơn đau quặn thận.

*f. Các dấu hiệu:*

- Dấu hiệu Rovsing dương tính trong viêm ruột thừa. Ấn hố chậu trái để đẩy ruột non chuyển sang vùng hố chậu phải, hoặc để dồn hơi trong đại tràng sang manh tràng gây ra đau tại điểm McBurney ở một số bệnh nhân viêm ruột thừa. Giúp phân biệt viêm ruột thừa với viêm các phần phụ bên phải ở phụ nữ.

- Dấu hiệu cơ thăn dương tính trong viêm ruột thừa sau manh tràng. Bệnh nhân nằm ngửa, chân phải co, đè vào đầu gối để duỗi thẳng chân thì lưng ưỡn cong lên.

- Dấu hiệu cơ bịt dương tính trong viêm ruột thừa tiểu khung. Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm đùi gấp, gối gấp, khi xoay đùi vào trong bệnh nhân thấy đau ở vùng dưới rốn lan xuống vùng các cơ khép đùi. Có tác giả giải thích dấu hiệu này như sau: Đau khi đè phía ngoài lỗ bịt, đó là dấu hiệu của viêm bao dây thần kinh bịt mà có thể là do viêm ruột thừa gây ra.

- Nghiệm pháp Murphy dương tính trong viêm túi mật mạn. Đặt đầu các ngón tay vào vùng túi mật, mỗi động tác hít vào thì bàn tay ấn sâu hơn, tới một lúc nào đó bệnh nhân ngưng thở do đau.

- Nghiệm pháp rung gan dương tính trong áp xe gan. Đặt các ngón tay 2, 3, 4, 5 bàn tay trái lên các khoang liên sườn tương ứng với vùng gan. Bàn tay phải chặt nhẹ lên bàn tay trái, bệnh nhân đau chói, nín thở.

### **3. Gõ:**

Gõ để phát hiện vùng trong và vùng đục bất thường.

*a. Mất vùng đục trước gan:*

- Gan là một tạng đặc nên khi gõ vào vùng mạng sườn phải trước gan sẽ nghe tiếng đục. Trường hợp trong ổ bụng có hơi, hơi xen giữa thành bụng và gan. Để bệnh nhân nằm đầu cao, gõ vào vùng gan sẽ nghe tiếng trong của hơi.

- Dấu hiệu này chỉ có giá trị tương đối vì khi có quá ít hơi rất khó nhận biết. Khi bụng trướng, ruột xen vào giữa gan và thành bụng, gõ cũng nghe tiếng trong.

*b. Đục vùng thấp:*

- Bụng dưới có ruột, trong ruột có hơi, khi gõ sẽ nghe tiếng trong. Khi ổ bụng có dịch có máu, chúng đọng lại ở vùng thấp nên gõ ở bụng dưới sẽ nghe tiếng đục. Nếu trong ổ bụng không có nhiều dịch, nhiều máu thì đặt bệnh nhân nằm nghiêng để dịch, máu dồn về vùng thấp. Khi nghi ngờ vỡ gan để bệnh nhân nằm nghiêng phải. Khi nghi ngờ vỡ lách để bệnh nhân nằm nghiêng trái.

- Trong chấn thương bụng kín, khi vỡ tạng đặc, trong ổ bụng có máu. Máu kích thích phúc mạc không nhiều nên thành bụng không bị kích thích nhiều, các cơ thành bụng không co cứng mãnh liệt nên gõ đục vùng thấp rất có giá trị trong chẩn đoán.

- Trong viêm phúc mạc, mủ hay dịch tiêu hóa, trong nhiều trường hợp không có nhiều nên gõ không thấy rõ tiếng đục. Tuy mủ và dịch không nhiều nhưng kích thích phúc mạc mạnh nên bụng co cứng rõ rệt vì thế triệu chứng co cứng thành bụng có giá trị hơn cả.

#### **4. Nghe:**

- Đặt ống nghe ở nhiều nơi trên thành bụng sẽ nghe được tiếng nhu động ruột. Trong tắc ruột cơ học, ruột co bóp nhiều hơn, mạnh hơn để cố tổng các chất chứa đựng trong lòng ruột ở trên qua chỗ tắc xuống phía dưới nên nghe sẽ thấy tiếng réo của ruột nhiều hơn (tăng về tần số), mạnh hơn (tăng về cường độ) và âm sắc thanh hơn (tiếng kim loại).

- Nghe là động tác bắt buộc trong chẩn đoán phân biệt tắc ruột cơ học với tắc ruột cơ năng. Ngược với tắc ruột cơ học, trong tắc ruột cơ năng tiếng ruột mất hoặc thưa thớt và yếu ớt.

#### **5. Thăm trực tràng hoặc âm đạo:**

- Trong những trường hợp mà các triệu chứng ở thành bụng đã rõ ràng thì có thể bỏ qua động tác thăm khám này. Nhưng khi nghi ngờ có thương tổn ở bụng dưới mà các triệu chứng ở thành bụng không rõ rệt, đặc biệt với những bệnh nhân mập có thành bụng dày thì thăm trực tràng hay âm đạo là động tác bắt buộc.

- Ngón trở ấn vào thành trước trực tràng hay túi cùng sau âm đạo bệnh nhân kêu đau. Tiếng kêu Douglas là triệu chứng đau dữ dội khiến bệnh nhân phải kêu lên khi thăm khám sâu vào túi cùng Douglas trong trường hợp chứa đầy máu, thường gặp trong vỡ chữa ngoài tử cung. Túi cùng Douglas căng phồng là triệu chứng của áp xe Douglas. Thành phải trực tràng hay túi cùng phải âm đạo ấn đau là triệu chứng của viêm ruột thừa tiêu khùng.

- Thăm trực tràng rất cần thiết khi bệnh nhân đến vì các triệu chứng của tắc ruột. Nếu là tắc ruột thì trực tràng không có phân. Nếu tắc ruột do ung thư

đoạn thấp của bóng trực tràng hay của ống hậu môn thì ngón tay sẽ chạm một khối u sần sùi có khi làm hẹp hoặc làm tắc lòng trực tràng, khi rút tay có máu theo găng. Ở nữ nhi, một cấp cứu ngoại khoa hay gặp là lồng ruột cấp tính. Có dính máu găng là triệu chứng rất có giá trị trong chẩn đoán.

- Thăm âm đạo rất cần thiết khi chẩn đoán các bệnh sản phụ khoa. Túi cùng hai bên đau kèm theo nhiều khí hư hôi là triệu chứng của viêm phần phụ. Túi cùng âm đạo đau, có khi phồng, rút tay có máu theo găng là triệu chứng của thai ngoài tử cung vỡ.

## **6. Chọc dò ổ bụng:**

- Khi các triệu chứng lâm sàng không rõ rệt, có thể chọc dò ổ bụng. Chọc qua thành bụng hay chọc qua túi cùng sau âm đạo. Phương pháp này ngày nay ít sử dụng vì có siêu âm thay thế. Khi chọc phải tuân thủ các qui định sau:

- Tuyệt đối vô trùng, nếu không sẽ làm nhiễm trùng ổ phúc mạc.

- Chọc đúng nơi có dịch, có máu. Vì vậy cho nên nếu chọc một chỗ mà chưa thấy máu, thấy dịch thì phải chọc nhiều chỗ. Chọc nơi nào trước là do chỉ dẫn của lâm sàng.

- Kim chọc dò phải đủ dài để đầu kim vào tới chỗ dịch, máu đọng, đủ to để hút dễ dàng.

- Tỷ lệ âm tính giả khá cao. Âm tính giả là khi trong ổ bụng có dịch, máu mà hút không ra gì. Nguyên nhân của âm tính giả có thể là những sai sót kỹ thuật. Thường là do lượng dịch ít, dưới 200ml. Vì vậy, khi chọc không ra gì, trong những trường hợp nghi có máu trong ổ bụng, người ta bơm thêm nước vào để tăng thêm khối lượng dịch (chọc rửa ổ bụng). Có một thời gian phương pháp chọc rửa ổ bụng được sử dụng nhiều.

Vì tỷ lệ âm tính giả cao, tới 20% nên trong những trường hợp mà chọc hút không ra gì thì không được loại trừ chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng. Vì tỷ lệ dương tính giả (trong ổ bụng không có máu nhưng chọc hút có máu) rất thấp nên khi chọc hút có máu thì gần như chắc chắn là có chảy máu.

## **7. Soi ổ bụng:**

Ngày nay, ống soi mềm với ánh sáng lạnh, có thể nhìn thấy rõ dịch, máu trong ổ bụng. Còn cho thấy các thương tổn của gan, lách. Được dùng nhiều khi nghi ngờ có chấn thương tạng đặc.

## **C. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN**

### **1. Tư thế bệnh nhân:**

Mỗi bệnh có một tư thế riêng:

- Nằm ngửa, đầu gối cao, hai chân co, thấy trong thủng dạ dày, viêm phúc mạc...

- Lăn lộn, ưỡn người, chân gác lên tường là tư thế của sỏi ống mật chủ, giun chui ống mật ...

- Nằm nghiêng phải, không dám cử động mạnh, không dám ho mạnh, không dám nói to, mỗi lần xoay trở phải rất nhẹ nhàng là tư thế của áp xe gan phải...

## **2. Tổng trạng:**

- Môi khô, lưỡi đỏ, hơi thở hôi khi có tình trạng nhiễm trùng trong ổ bụng, thấy trong viêm phúc mạc, viêm ruột thừa, viêm túi mật, viêm phần phụ...

- Mặt mày hốc hác, mắt trũng, da khô biểu hiện tình trạng mất nước, thấy trong tắc ruột.

- Tình trạng nhiễm trùng kèm theo thở nhanh nông do bụng đau và trướng, thấy trong viêm phúc mạc.

- Da tái xanh, niêm mạc nhợt kèm theo vật vã hốt hoảng hay ngược lại nằm im lìm, thờ ơ là bệnh cảnh của tình trạng thiếu máu. Bệnh nhân thường kêu khát nước, đòi uống.

- Tình trạng lơ mơ, trả lời không chính xác khi có nhiễm độc, thấy trong viêm phúc mạc đến trễ, sốc nhiễm trùng. Lúc này có thiếu niệu hoặc vô niệu.

## **3. Dấu hiệu sinh tồn:**

- Mạch nhanh, rõ thấy trong tình trạng nhiễm trùng. Mạch nhanh, yếu thấy khi mất máu.

- Huyết áp tụt là do mất máu, rất có giá trị chẩn đoán khi nghi ngờ có vỡ lách, vỡ gan, vỡ thai ngoài tử cung. Nhưng rất nhiều trường hợp trong ổ bụng khá nhiều máu mà mạch và huyết áp không thay đổi. Mạch nhanh và huyết áp hạ là triệu chứng muộn của chảy máu ổ bụng. Huyết áp thấp cũng gặp trong tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng như nhiễm trùng đường mật, viêm phúc mạc đến trễ.

- Thân nhiệt cao khi có nhiễm trùng, có giá trị chẩn đoán trong những trường hợp mà triệu chứng thực thể ít rõ rệt như khi chẩn đoán viêm ruột thừa thể sung huyết. Thường thì thân nhiệt tỉ lệ thuận với mức độ thương tổn. Nhiệt độ trong viêm ruột thừa thể sung huyết, trong viêm ruột thừa thể mưng mủ, trong áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa không giống nhau, cần nhớ, sốt là triệu chứng rất thường gặp trong nhiều bệnh khác nhau nên trong chẩn đoán không thể đơn thuần căn cứ vào sốt mà trong mọi trường hợp nó chỉ là triệu chứng trợ giúp. Khi đang phân vân giữa một viêm ruột thừa hay một thủng dạ dày thì thân nhiệt có thể giúp ích cho chẩn đoán phân biệt.

- Số lượng nước tiểu mỗi giờ là dữ kiện rất tốt trong việc đánh giá tình trạng bệnh nhân. Thiếu niệu và vô niệu là những triệu chứng của nhiễm độc, thấy trong các trường hợp nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

Trong nhiều trường hợp cấp cứu bụng ngoại khoa, các triệu chứng lâm sàng kể trên đầy đủ và rõ rệt, có thể làm ngay được chẩn đoán, không cần thêm bất cứ một phương tiện nào khác nữa vì không cần thiết và vì tính chất cấp cứu của chúng. Nhưng cũng trong nhiều trường hợp để có chẩn đoán cần



phải nhờ vào các phương tiện cận lâm sàng như siêu âm, X quang, nội soi, xét nghiệm máu, nước tiểu... Mức độ cần thiết, thứ tự cần thiết của các phương tiện cận lâm sàng khác nhau tùy theo thương tổn và tùy theo bệnh nhân. Thầy thuốc cần phải biết giá trị của từng phương tiện, những bất lợi của từng phương tiện mà sử dụng ưu tiên hợp lý.

## **CẬN LÂM SÀNG BỤNG NGOẠI KHOA**

### **I. NHỮNG ĐÒI HỎI CẬN LÂM SÀNG**

#### **D. CHẤN THƯƠNG**

##### **1. Vỡ lách**

- Siêu âm là phương tiện rất tốt trong chẩn đoán vỡ lách. Siêu âm cho thấy máu ở hố chậu, những cục máu đông ở quanh lách, đường vỡ ở lách, khối máu tụ trong mô lách.

- X quang bụng không sửa soạn ở tư thế đứng thấy cơ hoành trái dầy và bị đẩy lên cao, dạ dày đầy hơi, bị đẩy vào trong, có khi thấy bờ cong lớn có hình răng cưa do các cục máu đông tạo nên, góc lách của đại tràng bị đẩy xuống thấp và có thể bị đẩy vào trong, xương sườn 9-10 trái có khi bị gãy.

- Số lượng hồng cầu, hematocrit, tỉ lệ huyết sắc tố giảm nhiều hay ít tùy theo máu mất nhiều hay ít. Nếu lần thử đầu tiên mà chưa có thay đổi rõ rệt thì vài giờ sau làm lại. Biểu đồ chỉ sự thay đổi các số liệu về máu rất có giá trị trong chẩn đoán.

##### **2. Vỡ gan**

- Siêu âm phát hiện máu đọng ở hố chậu, dưới gan, đường vỡ ở gan, khối máu tụ trong gan.

- Khi máu chảy nhiều sẽ có những thay đổi về các chỉ số đánh giá tình trạng mất máu. Vận tốc lắng máu, bilirubin có thể tăng, prothrombin giảm.

##### **3. Giập tụy**

- Siêu âm và X quang dạ dày tá tràng thấy dạ dày bị đẩy ra trước, khung tá tràng rộng. Nguyên nhân là do có khối máu tụ ở tụy hoặc quanh tụy.

– Có thể thấy Amylase máu tăng cao.

##### **4. Vỡ ruột non**

Khi vỡ ruột non, hơi trong đường tiêu hóa thoát vào ổ bụng. X quang bụng không sửa soạn ở tư thế đứng nhiều khi có liềm hơi dưới hoành một hay hai bên.

#### **E. BỆNH**

##### **1. Viêm ruột thừa**

- Khi ruột thừa sưng huyết thì siêu âm rất khó nhận định. Hình ảnh sẽ rõ khi ruột thừa sưng mủ, áp xe.

- Số lượng bạch cầu cao và trong công thức bạch cầu thì tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Bình thường bạch cầu vào khoảng 6.000-9.000/mm<sup>3</sup>, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính 60-65%. Mức độ tăng của số lượng bạch cầu thường tỉ lệ với mức độ thương tổn. Khi ruột thừa mưng mủ bạch cầu có thể lên tới 13.000-15.000/mm<sup>3</sup>. Trong viêm phúc mạc hay áp xe ruột thừa bạch cầu có thể lên tới 20.000/mm<sup>3</sup>. Cần nhớ là số lượng bạch cầu giúp một phần cho chẩn đoán nhất là khi các triệu chứng lâm sàng không rõ rệt. Nhưng trên lâm sàng nhiều trường hợp thương tổn viêm một thừa rất rõ rệt mà số lượng bạch cầu không thay đổi. Ngoài ra bạch cầu cao trong nhiều bệnh khác.

## **2. Viêm túi mật cấp**

- Siêu âm là phương tiện rất tốt, giúp rất nhiều cho chẩn đoán. Siêu âm cho biết kích thước túi mật, sỏi trong túi mật, độ dày thành túi mật, dịch quanh túi mật...

- Bạch cầu tăng cao.

## **3. Nhiễm trùng đường mật**

- Siêu âm cho biết chính xác đường kính ống mật chủ, các ống gan cùng với sự hiện diện của sỏi, giun trong lòng. Siêu âm còn cho thấy hơi trong đường mật khi có thông đường mật với đường tiêu hóa.

- Chụp đường mật qua da xuyên gan và chụp đường mật tụy ngược dòng giúp chẩn đoán xác định sỏi mật và vị trí của chúng.

- Tình trạng nhiễm trùng biểu hiện bằng số lượng bạch cầu tăng cao. Tình trạng ứ mật biểu hiện bằng bilirubin trong máu tăng và xuất hiện muối mật và sắc tố mật trong nước tiểu.

## **4. Viêm tụy cấp**

- Amylase tăng cao. Amylase máu tăng trước Amylase nước tiểu và khi bệnh thoái lui thì cũng giảm trước. Amylase tăng cao không những trong viêm tụy cấp mà còn trong một số cấp cứu bụng khác. Tỉ số giữa hệ số thanh thải của Amylase và hệ số thanh thải của Créatinin đặc hiệu hơn.

-  $(\text{Amylase nước tiểu}/\text{Amylase huyết thanh}) \times (\text{Créatinin huyết thanh}/\text{Créatinin nước tiểu}) \times 100$

- Bình thường: 1,5-3. Viêm tụy cấp: 6-9.

- Siêu âm giúp đánh giá kích thước của tụy. Siêu âm còn giúp rà tìm các thương tổn của đường mật mà trong khoảng 50% các viêm tụy cấp có nguyên nhân là sỏi mật.

- X quang bụng không sửa soạn có hình quai ruột canh gác. Chụp khung tá tràng thấy giãn rộng do tụy bị phù nề.

## **5. Thủng dạ dày tá tràng**

Trong những trường hợp các triệu chứng lâm sàng không rõ rệt có thể chụp bụng không sửa soạn ở tư thế đứng. Hình ảnh X quang trong thủng dạ

dày tá tràng là liền hơi dưới cơ hoành một hay hai bên. Liền hơi chỉ có trong 80% các trường hợp, vì vậy khi có liền hơi thì chắc chắn là có thủng dạ dày (hay ruột non). Khi không có liền hơi không được loại trừ chẩn đoán.

## **6. Viêm phúc mạc**

- Số lượng bạch cầu tăng cao và thường khá cao.

- X quang bụng không sửa soạn có thể thấy: xoang bụng mờ, các quai ruột non dẫn, thành các quai ruột dày do có nước xen vào giữa, đường sáng hai bên bụng mất hoặc bị gián đoạn (dấu hiệu Laurell) do lớp mỡ cạnh phúc mạc viêm dầy. Phim chụp bụng không sửa soạn còn có thể cho biết một số nguyên nhân của viêm phúc mạc. Có hơi tự do trong xoang bụng là có thủng đường tiêu hóa. Bóng gan to cho biết nguyên nhân của viêm phúc mạc là áp xe gan vỡ...

- Chọc dò ổ bụng có thể hút ra dịch, cần xét nghiệm vi khuẩn, tế bào, sinh hóa dịch hút.

## **7. Vỡ thai ngoài tử cung**

- Siêu âm là phương tiện rất tốt trong chẩn đoán thai ngoài tử cung. Khi thai ngoài tử cung đã vỡ, siêu âm dễ dàng phát hiện máu trong ổ bụng.

- Khi nghi ngờ có vỡ thai ngoài tử cung mà các triệu chứng mất máu không thể hiện lâm sàng thì xét nghiệm số lượng hồng cầu, hematocrit, tỉ lệ huyết sắc tố là bắt buộc. Cần theo dõi sự diễn biến của chúng.

- Khi cần, chọc dò ổ bụng qua thành bụng trước hay qua âm đạo. Trong đa số trường hợp hút ra máu dễ dàng.

## **8. Tắc ruột**

- Trong những trường hợp khó, X quang bụng không sửa soạn quyết định chẩn đoán. Hình ảnh đặc hiệu của tắc ruột cơ học là mức nước-hơi. Mức nước-hơi không những giúp cho chẩn đoán xác định mà còn giúp cho chẩn đoán vị trí tắc.

- Khi nghi ngờ tắc ở đại tràng thì phim chụp đại tràng giúp cho chẩn đoán nguyên nhân của tắc là lồng ruột, ung thư hay xoắn đại tràng chậu hông... Nếu là tắc do ung thư thì X quang giúp cho chẩn đoán vị trí của ung thư.

## **9. Chảy máu đường tiêu hóa trên**

Hai câu hỏi được đặt ra:

- Khối lượng máu chảy. Để biết máu chảy nhiều hay ít bắt buộc phải có các xét nghiệm đánh giá tình trạng mất máu: số lượng hồng cầu, hematocrit, tỉ lệ huyết sắc tố.

- Nguyên nhân chảy máu. Để chẩn đoán nguyên nhân của chảy máu, hai phương tiện được sử dụng là chụp X quang và nội soi dạ dày tá tràng. Phương pháp chụp dạ dày tá tràng trong những năm 1960-70 được sử dụng nhiều, nó cho kết quả đúng tới 80%. Hiện nay phương pháp này ít được sử dụng vì có

nhiều bất lợi và vì có phương tiện nội soi. So với X quang, nội soi chính xác hơn, giúp ích nhiều hơn. Ngày nay nội soi hầu như đã hoàn toàn thay thế X quang.

### **10. Chảy máu trực tràng**

Trước một bệnh nhân chảy máu trực tràng, trước hết phải soi hậu môn, nếu cần soi trực tràng-đại tràng chậu hông. Ống soi cứng chỉ phát hiện được những thương tổn trong khoảng 25cm. Ngoài giới hạn đó phải dùng ống soi mềm hoặc chụp đại trực tràng với Barium lớp mỏng.

Trong cấp cứu bụng ngoại khoa, người bệnh đến bệnh viện với nhiều triệu chứng, người thầy thuốc phải tìm kiếm, khai thác, phân tích các triệu chứng đó để có chẩn đoán hay để có hướng chẩn đoán. Nếu chẩn đoán rõ ràng thì các phương tiện cận lâm sàng không thật cần thiết. Nhưng khi các triệu chứng lâm sàng không đầy đủ, không rõ rệt, chẩn đoán chưa chắc chắn thì phải có các phương tiện cận lâm sàng. Tùy bệnh, tùy bệnh nhân, tùy thời gian đến bệnh viện, tùy hoàn cảnh mà chọn phương pháp này hay phương pháp kia. Sử dụng phương tiện nào, phương tiện nào trước phương tiện nào sau là do sự hiểu biết và kinh nghiệm của người thầy thuốc. Trong những năm gần đây, siêu âm bụng và nội soi tiêu hóa đã giúp rất nhiều cho chẩn đoán các cấp cứu bụng ngoại khoa. Ngoài ra còn các phương tiện khác như chụp cắt lớp điện toán, cộng hưởng từ... Ở nước ta còn có nhiều khó khăn về điều kiện, thời gian, kinh phí nên các phương tiện này chưa được sử dụng trong cấp cứu.

Luôn phải nhớ là trong hoàn cảnh cấp cứu không có nhiều thì giờ, phải khẩn trương để bệnh nhân được điều trị sớm nhất.

# BÀI 3: BỆNH LÝ GAN, MẬT, TUY, LÁCH

## \* MỤC TIÊU:

- Nêu được khái niệm về các bệnh lý gan, mật, tụy, lách.
- Nhận biết được các triệu chứng của các bệnh lý gan, mật, tụy, lách.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của các bệnh lý gan, mật, tụy, lách.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của các bệnh lý gan, mật, tụy, lách.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Bệnh lý gan, mật, tụy, lách.

## PHẦN I: TRIỆU CHỨNG HỌC GAN MẬT

### I. CÁCH TIẾP CẬN BỆNH NHÂN GAN MẬT

Khi tiếp cận với một bệnh nhân đã xác định hay nghi ngờ mắc bệnh về gan mật thì việc quan tâm đến những than phiền của bệnh nhân, những câu hỏi liên quan đặt ra vô cùng quan trọng. Hỏi bệnh giúp người thầy thuốc định hướng trong chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh.

#### A. TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

#### B. CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG CẦN HỎI

- Cơn đau hạ sườn phải hoặc thượng vị. Cơn đau quặn gan thường hay lan lên bả vai phải hoặc ra sau lưng. Cần hỏi về mức độ và thời gian kéo dài cơn đau.

- Sốt là dấu hiệu thường gặp trong bệnh viêm gan, viêm đường mật, áp xe gan, viêm túi mật.. Có thể dấu hiệu này không rõ ở bệnh nhân tiểu đường, suy giảm miễn dịch hoặc đã sử dụng kháng sinh.

- Vàng da có thể phát hiện trên lâm sàng khi bilirubin máu  $>3\text{mg/dl}$ .

- Tiểu vàng sậm, phân bạc màu, ngứa thường gặp ở bệnh nhân tắc mật ngoài gan.

- Biếng ăn, sụt cân gặp trong bệnh ung thư gan, đường mật hay tụy tạng.

- Buồn nôn và ói mửa.

- Nôn ra máu: Gặp ở bệnh nhân vỡ do dẫn tĩnh mạch thực quản trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tình trạng tâm thần của bệnh nhân, dấu hiệu bệnh não gan.

#### C. TIỀN SỬ CẦN HỎI

- Uống rượu: Cần chú ý ở bệnh nhân nam.

- Viêm gan: Tiền sử tiêm chích, truyền máu trước đây, nghề nghiệp liên quan đến máu (nhân viên y tế, đặc biệt là các y phẫu thuật viên, xét nghiệm, điều dưỡng...).

- Mồ sởi mật, viêm tụy cấp, tiểu đường...
- Môi trường sống, bệnh nhân từng bị nhiễm độc (carbon tetrachloride, beryllium, vinyl chloride). Bệnh nhân mắc phải bệnh địa phương khi du lịch... ví dụ như viêm gan, sốt rét...

## **II. CÁCH KHÁM BỆNH NHÂN GAN MẬT**

### **A. KHÁM TOÀN THÂN**

- Vàng da hay vàng kết mạc mắt hoặc vàng niêm mạc dưới lưỡi cần được phát hiện dưới ánh sáng tự nhiên. Đôi khi triệu chứng này rất kín đáo khó phát hiện.

- Sốt hay gập ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật, viêm gan, áp xe gan...

- Dấu sao mạch thường gặp ở bệnh nhân bệnh gan và hay thấy ở vùng ngực bệnh nhân.

- Dấu xuất huyết dưới da khi có tình trạng rối loạn đông máu do suy gan hay tắc mật kéo - dài.

- Phù do bệnh gan mật là phù mềm, ấn lõm.

- Mập phì hay gập ở bệnh nhân sỏi túi mật, viêm tụy cấp...

### **B. KHÁM BỤNG**

- Báng bụng: Bụng bệnh nhân bè ra hai bên, khám có dấu hiệu sóng vỗ.

- Rốn lõm thường do tăng áp lực trong ổ bụng khi có báng bụng đẩy rốn lõm ra ngoài.

Cần phân biệt với thoát vị rốn thường do các quai ruột lõm ra ngoài do có lỗ thoát vị ở phúc mạc thành - Tuần hoàn bàng hệ (THBH): Thường thì THBH cửa chủ ly tâm từ rốn; còn THBH chủ-chủ thường dọc hai bên hông.

### **C. KỸ THUẬT KHÁM GAN**

Khám gan phải luôn tương tự đến hình chiếu của gan trên thành bụng và ngực. Bình thường bờ trên gan là đường thẳng ngang ngay dưới 2 núm vú. Bờ dưới nối liền từ đầu xương sườn 10 bên phải với điểm ngay dưới núm vú trái. Nên nhớ gan là cơ quan nằm ngay dưới cơ hoành nên sẽ di chuyển theo nhịp thở của bệnh nhân.

#### **1. Tư thế khám**

Thầy thuốc đứng hoặc ngồi bên phải bệnh nhân. Thường khám bằng cả hai bàn tay, chú ý sử dụng các đầu ngón tay. Khám với một bàn tay cũng đôi khi được sử dụng.

#### **2. Gan to**

Phát hiện bằng ấn chẩn và gõ. Luôn luôn khám từ dưới hố chậu phải đi dần lên bờ sườn phải. Cần mô tả kích thước gan (bờ dưới so với bờ sườn phải, bờ trên ở gian sườn mấy), mật độ cứng và bề mặt lồi nhô ở bệnh nhân ung

thư gan, mật độ chắc và bờ sắc ở bệnh nhân xơ gan, mật độ mềm và bờ tù ở bệnh nhân áp xe gan hay gan to ứ huyết.

### **3. Dấu hiệu rung gan**

Bệnh nhân đau khi dùng bờ trụ của bàn tay phải gõ nhẹ lên mặt mu bàn tay trái đặt trên mặt gan với các ngón tay đặt theo các kẽ liên sườn. Dấu này hay gặp ở bệnh nhân viêm gan hay viêm đường mật.

### **4. Dấu hiệu ấn kẽ sườn đau chói**

Hay gặp ở bệnh nhân áp xe gan.

## **D. KHÁM TÚI MẬT VÀ CÁC ĐIỂM ĐAU**

### **1. Túi mật to**

Khối căng đau ở vùng hạ sườn phải có thể là túi mật to thường là tắc mật do sỏi. Túi mật căng to nhưng không đau và di động thường là tắc mật do ung thư.

### **2. Nghiệm pháp Murphy**

Dùng các đầu ngón tay ấn vào điểm túi mật khi bệnh nhân hít vào thì bệnh nhân đau và phải nín thở.

### **3. Đau vùng tam giác Chauffard-Rivet hay điểm sườn ức**

Ấn vùng này bệnh nhân đau trong bệnh sỏi đường mật.

## **E. CÁC DẤU HIỆU KHÁC**

- Lách to kèm báng bụng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Tuyến phó giáp to.
- Vú nữ hóa (gynecomastia).
- Teo tinh hoàn.
- Vẻ mặt Cushing.

## **III. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG**

### **A. XÉT NGHIỆM CHỨC NĂNG GAN**

#### **1. Thương tổn hoại tử tế bào gan**

- Thương tổn tế bào gan làm phóng thích các men gan vào máu:
  - Transaminase
    - Aspartate Aminotransferase (AST) hay Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT). Hiện diện trong tế bào gan, tim, thận và cơ vân. Mức độ bình thường: 0-40 UI/L.
    - Alanine Aminotransferase (ALT) hay Serum Glutamic- Pyruvic Transaminase (SGPT). Men này chủ yếu hiện diện trong tế bào gan hơn những nơi khác trong cơ thể. Mức độ bình thường: 0-40 UI/L
  - Lactate Dehydrogenase (LDH)
- Men này có trong tế bào gan, cơ vân và trong một vài loại ung thư.

- Mức độ bình thường: 5-30 UI/L.

## 2. Tắc mật

- Tắc mật ngoài gan hay vàng da ngoại khoa: Do nghẽn tắc cơ học ống mật ngoài gan.
- Tắc mật trong gan hay vàng da nội khoa: Do tế bào gan không bài tiết mật vào ống mật do bệnh lý của tế bào gan.

### ▪ Enzyme

- Alkaline Phosphatase (AP): Men này hiện diện trong gan và xương, một ít ở ruột và nhau. Để phân biệt nguồn gốc AP từ gan hay xương phải thử thêm  $\gamma$ -Glutamyl transpeptidase (GGT) hoặc 5'-nucleotidase. Nếu GGT tăng thì AP có nguồn gốc từ gan. -Nếu GGT bình thường AP có nguồn gốc từ xương.

-  $\gamma$ -Glutamyl transferase (GGT) hay  $\gamma$ -Glutamyl transpeptidase (GGTP): Đây là xét nghiệm rất nhạy để đánh giá chức năng bài tiết của gan. Thận, tụy và ruột cũng góp một phần nhỏ. Men này còn có thể tăng khi bệnh nhân uống rượu, dùng thuốc (Acetaminophen...) hay trong gan nhiễm mỡ. Mức độ bình thường: 30 UI/L.

- 5'-nucleotidase: Đây cũng là xét nghiệm đánh giá chức năng bài tiết của tế bào gan. Mức độ bình thường: 0,3-2,6 dv Bodansky/dL.

### ▪ Bilirubin

- Đây là sản phẩm cuối cùng của sự thoái hóa hemoglobin. Bilirubin tự do (gián tiếp) kết hợp với albumin trong huyết tương có thể tan trong mỡ. Khi đến gan bilirubin kết hợp với diglucuronide trở thành bilirubin kết hợp (trực tiếp) có thể tan trong nước và bài tiết vào mật. Bilirubin tăng trong suy chức năng gan cũng như trong tắc mật. Mức độ bình thường: Bilirubin toàn phần 0,1-1mg/dL, bilirubin trực tiếp 0-0,2 mg/dL, bilirubin gián tiếp 0,8-1 mg/dL.

- Cùng với bilirubin/huyết tương tăng, Urobilinogen/nước tiểu cũng tăng trong tắc mật. Mức độ bình thường: 0-4mg/ 24 giờ.

### ▪ Cholesterol

- Giảm trong viêm gan cấp và tăng trong tắc mật kéo dài. Mức độ bình thường: <200mg/dL.

## Chức năng tổng hợp protein

Khác với men gan, mức độ protein trong huyết tương phản ánh chức năng tổng hợp của tế bào gan hơn là sự hủy hoại tế bào gan.

### \* Albumin và Globulin

Nồng độ albumin trong huyết tương bị ảnh hưởng bởi chức năng gan, sự dinh dưỡng hoặc do bệnh gây mất albumin (hội chứng thận hư...). Nồng độ bình thường: 3,5-5,5g/dL. Sự suy giảm albumin thường do bệnh gan mạn tính như xơ gan hơn là cấp tính. Trong trường hợp này nếu làm điện di đạm sẽ thấy  $\gamma$ -Globulin tăng cao.



### \* Các yếu tố đông máu

Đây là xét nghiệm tốt để đánh giá chức năng tổng hợp của tế bào gan. Trong suy chức năng gan các yếu tố đông máu (trừ yếu tố VIII) sẽ không tổng hợp được. Tắc mật có thể làm kéo dài thời gian tạo lập Prothrombin (PT). Vì các acid mật cần thiết cho sự hấp thu vitamin K (cũng như các vitamin A, D, E là các vitamin tan trong mỡ), mà vitamin K cần thiết cho sự tổng hợp prothrombin và các yếu tố đông máu khác như VII, IX, X. Mức độ bình thường PT (còn gọi là thời gian Quick): 11-13".

## **B. CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC**

Huyết thanh chẩn đoán siêu vi gây viêm gan: A (HAV), B (HBV), C (HCV)...

a-Foetoprotein (a-FP): Tăng trong ung thư tế bào gan nguyên phát. Mức độ bình thường 0-20 ng/ml. a-FP (+) khi > 400ng/mL.

Carcinoembryonic Antigen (CEA): Tăng trong ung thư gan thứ phát di căn từ ung thư đại tràng, tụy... Mức độ bình thường từ 0-5ng/mL.

Cancer Antigen 19-9 (CA 19-9): Tăng trong ung thư tụy. Tuy nhiên CA 19-9 đôi khi cũng tăng trong ung thư đường mật và ung thư túi mật... Mức độ bình thường từ 17-40 UI/mL.

Huyết thanh miễn dịch chẩn đoán sỏi lá gan...

Amylase: Nhiều bệnh gan mật có liên quan đến tụy tạng (viêm tụy do sỏi mật, do rượu, do tăng triglycerid huyết.). Mức độ bình thường là 60-80 đv Somogyi/dl.

Phân tích dịch mật: Dịch mật được lấy ở tá tràng sau khi chích cholecystokinin, mục đích để tìm các tinh thể cholesterol trong bệnh sỏi túi mật.

## **IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH**

### **A. SIÊU ÂM**

Là phương tiện chẩn đoán không xâm hại không thể thiếu trong chẩn đoán bệnh gan mật tụy, đặc biệt giúp chẩn đoán sớm bệnh sỏi mật. Siêu âm có thể phát hiện sỏi với hình ảnh cản âm mạnh và bóng lưng. Ngoài ra siêu âm còn cho thấy hình ảnh đường mật dẫn trong tắc mật và bề dày thành túi mật trong viêm túi mật. Các bệnh ở gan như ung thư gan, áp xe gan hay xơ gan cũng có thể chẩn đoán bằng siêu âm.

### **B. X QUANG**

X quang bụng không sửa soạn: Có thể phát hiện hình ảnh sỏi cản quang ở túi mật, hơi trong đường mật, bóng gan và bóng túi mật to...

Chụp túi mật đường uống: Thuốc cản quang có Iod được cho bệnh nhân uống hấp thu qua ruột đến gan rồi bài tiết và tập trung ở túi mật. Sỏi túi mật có thể thấy dưới hình ảnh không ngấm thuốc. Túi mật không hiện hình thường do tắc ống túi mật hoặc suy chức năng gan.

Chụp đường mật xuyên gan qua da (Percutaneous Transhepatic Cholangiography: PTC): Dùng kim Chiba chọc qua da xuyên gan vào ống mật sau đó bơm thuốc cản quang và chụp hình. Có thể thấy toàn bộ hình ảnh hệ thống đường mật trong và ngoài gan. Đôi khi kết hợp vừa chẩn đoán vừa điều trị như đặt ống dẫn lưu mật qua da (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD) hay đặt thông nòng (stent)..

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP): Dùng ống soi dạ dày với kính nhìn bên tìm nhú Vater ở tá tràng đặt một cathéter vào đường mật và bơm thuốc ngược dòng để chụp hình. ERCP cho thấy hình ảnh đường mật với bóng sỏi hoặc hình khuyết của ung thư đường mật và có khi thấy cả ống Wirsung. Kỹ thuật đôi khi được kết hợp với điều trị cắt cơ vòng lấy sỏi, giun, đặt thông nòng, sinh thiết khối u bóng Vater...

Chụp cắt lớp điện toán (Computerized Tomography-CT-scan) và chụp cộng hưởng từ gan mật (Magnetic Resonance Imaging-MRI). Là những kỹ thuật hiện đại cho hình ảnh rất rõ ràng chính xác những máy móc trang bị rất đắt tiền.

Xạ hình gan mật: Chụp xạ hình gan mật với Tc99m giúp chẩn đoán các bệnh gan mật, đặc biệt là trong trường hợp tắc ống túi mật và tắc OMC.

## **V. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHÁC**

- Chụp động mạch gan chọn lọc với kỹ thuật chụp mạch máu xóa nền (DSA-Digital -Subtraction Angiography).

- Sinh thiết gan.
- Siêu âm gan mật qua soi ổ bụng
- Siêu âm nội soi phát hiện các thương tổn đoạn cuối OMC và đầu tụy...

## **VI. CÁC HỘI CHỨNG THƯỜNG GẶP TRONG BỆNH GAN MẬT**

### **A. HỘI CHỨNG VÀNG DA TẮC MẬT**

Vàng da tắc mật là một hội chứng thường gặp. Khi có vàng da làm hưởng đến bệnh gan mật.

Cần phân biệt vàng da tắc mật trong gan (nội khoa) và tắc mật ngoài gan (ngoại khoa). Vàng da tắc mật ngoài gan thường do nguyên nhân cơ học như sỏi mật, ung thư đầu tụy, u bóng Vater, ung thư đường mật, hạch cuống gan... gây tắc mật một phần hay hoàn toàn. Lâm sàng nổi bật là dấu hiệu vàng da niêm, gan to, túi mật to hoặc không. Xét nghiệm cho thấy sự gia tăng bilirubin máu toàn phần và liên hợp, nước tiểu có sắc tố mật và muối mật. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán có độ nhạy và độ chính xác cao. Hình ảnh siêu âm gan mật cho thấy đường mật trong và ngoài gan dẫn to, OMC dẫn và túi mật to. Người ta có thể đo được cả đường kính OMC

và kích thích túi mật. Nguyên nhân gây tắc cũng được xác định về bản chất và kích thước. Ngoài ra X quang đường mật xuyên gan qua da (PTC) và chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP) cũng có giá trị chẩn đoán rất tốt.

## **B. HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA**

Nguyên nhân thường gặp nhất là do xơ gan. Lâm sàng với các biểu hiện báng bụng, lách to, tuần hoàn bàng hệ, dấu sao mạch... Xét nghiệm cho thấy sự suy giảm albumin máu, tỷ lệ A/G (Albumin/Globulin) giảm, điện di đạm thấy tỷ lệ Y-globulin tăng. Các yếu tố đông máu cũng suy giảm, tỷ lệ Prothrombin thấp và thời gian Quick kéo dài. Siêu âm dễ dàng phát hiện dịch ổ bụng, gan thô và lách to. Nội soi có thể phát hiện các tĩnh mạch thực quản ở 1/3 cuối gần tâm vị dẫn, có thể vỡ gây chảy máu tiêu hóa.

## **PHẦN II: BỆNH LÝ TUYẾN TUY**

### **Cấu tạo chức năng và các bệnh lý thường gặp**

Tụy là một cơ quan nằm sau phúc mạc, sau dạ dày sát thành sau của ổ bụng. Đây là một tuyến thuộc bộ máy tiêu hóa vừa đảm nhiệm chức năng ngoại tiết (tụy sản xuất và bài tiết các dịch tụy chứa các men tiêu hóa hay enzyme tiêu hóa), vừa đảm nhiệm chức năng nội tiết (tụy sản xuất và tiết vào trong máu các nội tiết tố hay hormon).

#### **1. Cấu tạo của tuyến tụy**

Tụy có cấu trúc gồm ba phần: đầu tụy, thân tụy và đuôi tụy. Đầu tụy nằm sát đoạn tá tràng và đuôi tụy kéo dài đến sát lách. Ống tụy nằm dọc suốt chiều dài của tụy và dẫn lưu dịch tụy đổ vào tá tràng. Tụy có khối lượng khoảng 80 gram, có màu trắng nhạt, ở một số loài động vật có thể có màu hồng nhạt, mỗi ngày trung bình tụy có thể tiết ra khoảng 0,8 lít dịch tiết.

#### **2. Chức năng của tuyến tụy**

Tụy là một tuyến thuộc bộ máy tiêu hóa của con người. Chúng sản xuất dịch tiêu hóa có khả năng tiêu hóa hầu hết các thành phần thức ăn (tụy ngoại tiết – chức năng ngoại tiết) và còn sản xuất nội tiết tố hay hormon trong máu (tụy nội tiết – chức năng nội tiết).

##### *2.1. Chức năng ngoại tiết (Tụy ngoại tiết)*

- Tụy được bao bọc bởi bao tụy. Bao tụy cũng có tác dụng phân chia tụy thành các tiểu thùy. Nhu mô của tụy được cấu tạo bởi các tế bào tụy ngoại tiết. Các tế bào này chứa đựng rất nhiều các hạt nhỏ chứa enzyme tiêu hóa dưới dạng tiền chất. Khi có kích thích thích hợp, các men tụy sẽ được tiết vào ống tụy và sau đó đổ vào ruột non.

- Dịch tụy là nguồn chứa các men tiêu hóa mỡ và protein còn niêm mạc ruột lại có các men tiêu hóa được đường. Dịch tụy cũng chứa các ion

bicarbonate có tính kiềm để trung hòa lượng dịch lượng acid trong thức ăn từ dạ dày đi xuống.

- Việc kiểm soát chức năng ngoại tiết của tụy được thực hiện thông qua các men (enzyme). Các men này được các tế bào của dạ dày và tá tràng tiết ra dưới kích thích của thức ăn hiện diện trong ống tiêu hóa và bởi chính dịch tụy.

- Vì một lý do nào đó như sự ứ trệ, nhiễm trùng, chấn thương..., các men kiểm soát chức năng ngoại tiết của tụy được hoạt hóa ngay trong lòng tụy gây nên sự tự tiêu hủy tụy gọi là viêm tụy cấp. Trên lâm sàng có thể gặp tình trạng viêm tụy cấp do sỏi, do giun chui ống mật – tụy...

### 2.2. Chức năng nội tiết (tụy nội tiết):

Tụy nội tiết là một phần nhỏ của tuyến tụy thường nằm ở gần mạch máu, đổ vào tĩnh mạch cửa. Tụy nội tiết có chức năng tiết các hormone quan trọng là insulin, glucagon và các hormone khác. Tụy nội tiết gồm ba loại tế bào chính là: tế bào alpha, tế bào beta, tế bào delta. Trong ba loại này thì tế bào beta chiếm số lượng nhiều nhất và sản xuất insulin. Các tế bào alpha sản xuất glucagon và tế bào delat sản xuất somatostatin. Somatostatin có tác dụng làm giảm nồng độ của glucagon và insulin trong máu.

## 3. Những dấu hiệu nào cảnh báo tuyến tụy đang gặp vấn đề

Các triệu chứng của bệnh ở tuyến tụy thường khó để phát hiện ra, nhưng bạn có thể dựa vào một số dấu hiệu sau đây để nhận biết. Chúng bao gồm:

### 3.1. Phân khác thường

Phân có vẻ khác thường ở đây có thể là tình trạng phân lỏng, nhẹ hơn, trông rất nhờn hoặc có mùi hôi. Đây có thể là biểu hiện cho thấy tuyến tụy đang bị rối loạn do ảnh hưởng của một vấn đề bệnh lý nào đó. Và làm ảnh hưởng hoạt động sản xuất các enzyme giúp tiêu hóa chất béo và hấp thụ các vitamin như A, E, K của tuyến tụy, dẫn đến triệu chứng này khi đi ngoài.

### 3.2. Đau bụng

Khi cơ quan này gặp vấn đề cũng có thể gây ra các cơn đau bụng với tính chất đau khác nhau ở trường hợp bị bệnh ung thư tuyến tụy hoặc viêm tụy cấp.

### 3.3. Buồn nôn và nôn sau khi ăn thức ăn nhiều chất béo

Buồn nôn và nôn sau khi ăn đồ ăn có nhiều dầu mỡ và chất béo cũng là một dấu hiệu cảnh báo có một vấn đề nào đó liên quan đến tuyến tụy. Bởi tình trạng này xảy ra khi các enzyme do cơ quan này sản xuất ra không thể phá vỡ được các chất béo. Từ đó, làm xuất hiện cảm giác buồn nôn. Trong đó, có một số thực phẩm như quả bơ, các loại hạt, hamburgers hay pizza, bơ,... thường dễ gây buồn nôn.

### 3.4. Bị sụt cân nhanh

Tình trạng bị sụt cân nhanh không rõ nguyên nhân cũng là một trong các triệu chứng biểu hiện của bệnh ung thư tuyến tụy. Đó là khi sự xuất hiện của

khối u làm phá vỡ quá trình cơ quan này sản xuất enzyme tiêu hóa giúp cơ thể hấp thụ hoàn toàn các chất dinh dưỡng có trong thức ăn, làm cơ thể người bệnh đối diện với những khó khăn trong việc tiêu hóa thức ăn. Do vậy, khiến tình trạng bị giảm cân nhanh xuất hiện.

#### **4. Các bệnh thường gặp liên quan đến tuyến tụy**

Tiểu đường (hay đái tháo đường) là một trong những bệnh lý được biết đến nhiều nhất do rối loạn chức năng hệ thống nội tiết.

Với một số loại bệnh tiểu đường, tuyến tụy không sản xuất đủ insulin để duy trì nồng độ đường máu, từ đó có thể gây ra các biến chứng khắp cơ thể như:

- Cảm thấy khát nhiều
- Cảm thấy kiệt sức mà không rõ nguyên nhân
- Sụt cân khi không thay đổi chế độ ăn uống hoặc tập thể dục
- Đi tiểu thường xuyên
- Mờ mắt
- Cảm giác ngứa ran ở bàn tay và bàn chân
- Sưng hoặc nhạy cảm ở nướu răng

Các rối loạn ảnh hưởng đến tuyến tụy bao gồm viêm tụy, các tình trạng tiền ung thư như PanIN và IPMN, và ung thư tuyến tụy. Mỗi rối loạn có thể có những biểu hiện khác nhau và cần các phương pháp điều trị khác nhau.

##### **\*Viêm tụy**

Viêm tụy xảy ra khi các chất tiết enzym tuyến tụy tích tụ và bắt đầu tự tiêu hóa cơ quan này. Nó có thể xảy ra dưới dạng cơn đau cấp tính kéo dài vài ngày hoặc có thể là một tình trạng mãn tính tiến triển trong khoảng thời gian nhiều năm.

Triệu chứng điển hình của bệnh:

- Đau bụng trên.
- Tiêu chảy.
- Buồn nôn và nôn.
- Sụt cân nhanh.
- Vàng da, vàng mắt.
- Sốt
- Chóng mặt.

##### **\*Ung thư tụy**

Dạng ung thư tuyến tụy phổ biến nhất là ung thư biểu mô tuyến tụy, một khối u ngoại tiết phát sinh từ các tế bào lót trong ống tụy. Một dạng ít phổ biến hơn, khối u nội tiết, chiếm ít hơn 5% tổng số các khối u tụy và đôi khi được gọi là khối u tế bào nội tiết.

Nhìn chung đây là loại bệnh ung thư vô cùng nguy hiểm vì nó không có triệu chứng ở giai đoạn đầu, hầu hết người bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn và điều trị khó khăn, tử vong cao.

Các triệu chứng ung thư tuyến tụy đặc trưng:

Giảm cân nhanh mà không rõ nguyên nhân.

Khó tiêu.

Vàng da.

### **\*U nang tuyến tụy**

U nang tuyến tụy là hiện tượng hình thành một túi dịch kín bên trên hoặc trong tụy. Đa số các trường hợp u nang là lành tính và có thể chỉ gây viêm tụy. Tuy nhiên, một số u nang vẫn có thể tiến triển thành ung thư hoặc tiền ung thư nếu không được can thiệp điều trị sớm.

U nang tuyến tụy thường có ít hoặc thậm chí không có triệu chứng ở giai đoạn đầu. Phần lớn các ca mắc bệnh này được phát hiện tình cờ khi khám sàng lọc sức khỏe, chụp CT hoặc MRI vùng bụng. Khi u nang phát triển đến một mức độ nhất định, người bệnh có thể gặp phải các triệu chứng sau:

- Đau lưng.
- Đau, sưng tại bụng trên.
- Vàng da.
- Nước tiểu tiết ra có màu trà.
- Phân nhạt màu.
- Tiêu chảy
- Chán ăn
- Giảm cân
- Buồn nôn và nôn

### **5. Ngăn ngừa bệnh lý tuyến tụy:**

Để ngăn ngừa viêm tụy cũng như các bệnh lý liên quan đến rối loạn chức năng tuyến tụy, bạn hãy thực hiện theo các cách dưới đây:

-Duy trì chế độ ăn uống ít chất béo: Chất béo và cholesterol có thể góp phần vào sự phát triển của sỏi mật, có thể dẫn đến viêm tụy. Nồng độ chất béo trung tính (tryglyceride) rất cao trong máu có thể gây viêm tụy. Ăn nhiều ngũ cốc nguyên hạt, trái cây và rau, đặc biệt là bông cải xanh, súp lơ trắng hoặc bắp cải. Tránh ăn quá nhiều thức ăn chiên rán hoặc các sản phẩm từ sữa giàu chất béo.

- Giảm cân và giữ dáng: Tập thể dục thường xuyên (20 đến 30 phút mỗi ngày) và duy trì cân nặng hợp lý để ngăn ngừa bệnh đái tháo đường và sỏi

mật có thể dẫn đến viêm tụy cũng như cải thiện sức khỏe thể chất tổng thể của bạn.

- **Đừng tuân theo các kế hoạch ăn kiêng hứa hẹn giảm cân nhanh chóng:** Gan của bạn có thể tích tụ nhiều chất béo khi bạn tuân theo các chế độ ăn kiêng khắc nghiệt này, từ đó làm tăng nguy cơ phát triển sỏi mật.

- **Đừng uống quá nhiều rượu:** Rượu được biết đến là nguy cơ gây viêm tụy và ung thư tuyến tụy.

- **Không hút thuốc lá hoặc sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác:** Bất kỳ loại sản phẩm thuốc lá nào cũng có thể làm tăng nguy cơ ung thư trong cơ thể, bao gồm cả tuyến tụy: Từ 20 đến 30% các trường hợp ung thư tuyến tụy có liên quan đến việc sử dụng thuốc lá.

- **Đi khám sức khỏe thường xuyên:** Ung thư tuyến tụy khó phát hiện ở giai đoạn đầu: Nếu bạn có nhiều nguy cơ cao mắc ung thư, hãy thường xuyên khám kiểm tra định kỳ hàng năm để phát hiện sớm ung thư tuyến tụy trước khi các tế bào ung thư phát triển và di căn.

### **PHẦN III: BỆNH LÝ LÁCH**

Lách là một cơ quan có kích thước khoảng một nắm tay, nằm ở phía trên bên trái của bụng, bên cạnh dạ dày và phía sau xương sườn trái.

Lách là một phần quan trọng của hệ thống miễn dịch, nhưng bạn vẫn có thể sống nếu không có lách. Điều này là do gan có thể đảm nhận nhiều chức năng của lách.

#### **Chức năng của lách**

- Lách có một số chức năng quan trọng:
- Chống lại vi trùng xâm nhập vào máu (lách chứa các tế bào bạch cầu chống nhiễm trùng)
- Điều hòa số lượng của các tế bào máu (bạch cầu, hồng cầu và tiểu cầu)
- Lọc máu và loại bỏ các tế bào hồng cầu già hoặc bị hư hỏng

#### **Khám lách**

**Thăm khám:** Bằng cách ấn vào bụng phần dưới lồng ngực bên trái, bác sĩ có thể sờ thấy lách to. Bác sĩ cũng có thể tìm kiếm các dấu hiệu khác của bệnh lý gây ra lách to.

**Chụp cắt lớp vi tính (CT scan):** Máy quét CT dùng nhiều tia X và máy tính tạo ra hình ảnh chi tiết của vùng bụng. Có thể dùng thuốc cản quang đường tĩnh mạch để cho thấy hình ảnh rõ hơn.

**Siêu âm:** Một đầu dò được đặt trên bụng, các sóng siêu âm tạo ra hình ảnh bằng cách tương phản lại hình ảnh lá lách và các cơ quan khác. Có thể phát hiện lách to bằng siêu âm.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): Sóng từ tạo ra hình ảnh rất chi tiết của vùng bụng. Bằng cách sử dụng thuốc cản quang, lưu lượng máu đến lách cũng có thể được đo bằng MRI.

Sinh thiết tủy xương: Dùng kim chọc vào xương dẹt (chẳng hạn như xương chậu) và lấy một mẫu tủy xương. Bệnh bạch cầu hoặc ung thư hạch bạch huyết gây ra tình trạng lách to, đôi khi được chẩn đoán bằng sinh thiết tủy xương.

Chụp gan và lá lách: Một lượng nhỏ thuốc nhuộm phóng xạ được tiêm vào cơ thể. Thuốc phóng xạ di chuyển khắp cơ thể và được thu thập ở cả hai cơ quan này.

### **Lách hoạt động bất thường**

Nếu lá lách hoạt động bất thường, nó có thể loại bỏ các tế bào máu khỏe mạnh.

Điều này có thể dẫn đến:

- Thiếu máu do giảm số lượng tế bào hồng cầu
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng do số lượng bạch cầu giảm
- Chảy máu hoặc bầm tím do giảm số lượng tiểu cầu

### **Đau vùng lách**

Đau vùng lách thường được mô tả như một cơn đau phía sau xương sườn bên trái. Có thể có phản ứng khi chạm vào vùng này.

Đây có thể là dấu hiệu của lách bị chấn thương hoặc phì đại

Lách to: thường do tăng bạch cầu đơn nhân do virus (“mono”), bệnh gan, ung thư máu (ung thư hạch và bệnh bạch cầu) hoặc các bệnh lý khác.

Vỡ lách: Lá lách dễ bị tổn thương và bị vỡ có thể gây chảy máu trong nghiêm trọng đe dọa tính mạng – một trường hợp cấp cứu. Lách cũng có thể bị tổn thương hoặc vỡ ngay thời điểm chấn thương hoặc vài ngày đến vài tuần sau đó.

### **Bệnh lý lách**

Bệnh hồng cầu hình liềm: Trong bệnh lý thiếu máu di truyền này, các tế bào hồng cầu bất thường chặn dòng chảy của máu trong lòng mạch và dẫn đến tổn thương các cơ quan, bao gồm cả tổn thương lách. Những người bị bệnh hồng cầu hình liềm cần được tiêm phòng để ngừa các bệnh lý do lách gây ra.

Giảm tiểu cầu: Lá lách to đôi khi do dự trữ quá nhiều số lượng tiểu cầu. Lách to có thể bắt giữ nhiều tiểu cầu hơn bình thường do đó số lượng tiểu cầu trong máu giảm.

Lá lách phụ: Khoảng 10% người có thêm một lá lách phụ nhỏ. Nói chung nó không gây ra vấn đề về sức khỏe.

### **Chấn thương lách**



Lá lách có thể bị tổn thương hoặc vỡ sau một chấn thương chẳng hạn như một cú đánh vào bụng, tai nạn xe hơi, tai nạn thể thao hoặc gãy xương sườn.

Vỡ lách có thể xảy ra ngay hoặc vài tuần sau chấn thương.

Các dấu hiệu của chấn thương lách là:

- Đau sau xương sườn trái và đau khi chạm vào vùng này
- Chóng mặt và nhịp tim nhanh (dấu hiệu của hạ huyết áp do mất máu)
- Cảm thấy đau nhức ở mồm cùng vai trái khi nằm xuống và nâng cao chân lên
- Vỡ lách là một trường hợp cấp cứu, vì nó có thể gây chảy máu đe dọa tính mạng.

### **Lách to**

Lách có thể bị sưng lên sau khi bị nhiễm trùng hoặc chấn thương. Nó cũng có thể phì đại do bệnh lý như xơ gan, bệnh bạch cầu hoặc viêm khớp dạng thấp.

Lách to không phải lúc nào cũng gây ra các triệu chứng.

Một số triệu chứng có thể gặp:

- Cảm thấy no nhanh sau khi ăn (lá lách to có thể đè lên dạ dày)
- Cảm thấy khó chịu hoặc đau sau xương sườn trái
- Thiếu máu và mệt mỏi
- Thường xuyên bị nhiễm trùng
- Dễ chảy máu

Các bác sĩ có thể chẩn đoán lách to bằng khám bụng. Xét nghiệm máu, chụp CT hoặc chụp MRI có thể giúp chẩn đoán xác định.

Lách to thường không cần phẫu thuật cắt bỏ. Khi đó cần được theo dõi và điều trị các bệnh lý nên gây ra lách to. Người bệnh có thể được điều trị kháng sinh cho tình trạng nhiễm trùng.

Người bệnh sẽ cần tránh hoạt động thể thao trong một thời gian, vì có nguy cơ bị vỡ lách cao hơn khi lách to.

Phẫu thuật chỉ cần thiết khi lách to gây ra các biến chứng nghiêm trọng hoặc không tìm được nguyên nhân.

### **Phẫu thuật cắt lách**

Người bệnh được chỉ định phẫu thuật cắt lách nếu nó hoạt động không bình thường hoặc bị tổn thương, bệnh lý hoặc lách to.

Đôi khi chỉ cần phẫu thuật cắt bỏ một phần lách.

Nếu có thể trì hoãn, người bệnh sẽ được khuyên nên tiêm phòng trước khi phẫu thuật. Điều này là do việc cắt bỏ lách làm suy yếu hệ thống miễn dịch và có thể dễ bị nhiễm trùng.

## **Phẫu thuật nội soi**

Hầu hết các thao tác để loại bỏ lách được thực hiện bằng phương pháp phẫu thuật “lỗ khóa” (hay còn gọi là nội soi ổ bụng).

Cắt lách bằng nội soi cho phép bác sĩ phẫu thuật can thiệp vào bên trong bụng mà không cần rạch bụng nhiều.

Do đó sẽ để lại ít sẹo hơn và phục hồi sau phẫu thuật nhanh hơn. Nhưng bạn vẫn cần được gây mê toàn thân.

## **Hồi phục sau phẫu thuật cắt lách**

Sau mổ người bệnh có cảm giác đau và bầm tím. Đây là triệu chứng thường gặp và thường điều trị bằng thuốc giảm đau.

Người bệnh có thể ăn uống bình thường ngay sau khi phẫu thuật.

Giống như bất kỳ cuộc phẫu thuật nào, việc cắt bỏ lách cũng có biến chứng nhẹ như chảy máu và nhiễm trùng.

Người bệnh nên thực hành các bài tập thở và tập chân tại nhà để giảm nguy cơ huyết khối và viêm phổi.

Một nguy cơ khác như vết mổ bị nhiễm trùng.

## **Sống chung với cơ thể không có lách**

Khi lách cần được cắt bỏ, các cơ quan khác như gan có thể đảm nhận nhiều chức năng của lách.

Điều này có nghĩa là người bệnh vẫn có thể đối phó với hầu hết các bệnh nhiễm trùng. Nhưng có một nguy cơ là nhiễm trùng nghiêm trọng có thể phát triển nhanh. Nguy cơ nhiễm trùng có thể xảy ra suốt đời kể từ khi cắt lách.

Trẻ nhỏ có nguy cơ bị nhiễm trùng nặng cao hơn người lớn, nhưng nguy cơ vẫn thấp.

Nguy cơ cũng tăng lên nếu người bị bệnh lý như thiếu máu hồng cầu hình liềm hoặc bệnh celiac hoặc tình trạng sức khỏe ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch chẳng hạn như HIV.

Nguy cơ này có thể được giảm thiểu bằng cách thực hiện các biện pháp đơn giản để ngăn ngừa nhiễm trùng.

## **Tiêm vaccine**

Người bệnh cũng nên được tiêm các loại vaccine ngừa:

- Nhiễm trùng phế cầu khuẩn chẳng hạn như viêm phổi, tiêm nhắc lại mỗi 5 năm
- Cúm (hàng năm)
- Viêm màng não cầu khuẩn: MenACWY
- Viêm màng não cầu khuẩn: MenB

## **Thuốc kháng sinh**

Người bệnh có thể phải dùng thuốc kháng sinh liều thấp hàng ngày để ngăn ngừa nhiễm trùng do vi khuẩn.

Đối tượng cần dùng kháng sinh:

- Trẻ em dưới 16 tuổi
- Trong 2 năm đầu tiên sau khi cắt lách
- Nếu hệ thống miễn dịch không hoạt động bình thường

### **Cảnh giác với các dấu hiệu nhiễm trùng**

Các dấu hiệu nhiễm trùng như:

- Sốt
- Đau họng
- Ho
- Đau đầu dữ dội
- Đau đầu kèm theo lơ mơ hoặc phát ban
- Đau bụng
- Đỏ và sưng quanh vết mổ

Những người không lách có nguy cơ cao mắc bệnh sốt rét ác tính.

Nếu có thể, hãy tránh những quốc gia có bệnh sốt rét.

# **BÀI 4: TIẾP CẬN BƯỚU GIÁP, BỆNH LÝ MẠCH MÁU**

## **\* MỤC TIÊU**

- Nêu được khái niệm về bướu giáp, bệnh lý mạch máu.
- Nhận biết được các triệu chứng và mức độ nặng của bướu giáp, bệnh lý mạch máu.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bướu giáp, bệnh lý mạch máu Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị của bướu giáp, bệnh lý mạch máu.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca bướu giáp, bệnh lý mạch máu.

## **PHẦN I: TUYẾN GIÁP: CẤU TRÚC, CHỨC NĂNG VÀ CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP**

### **1. Hình thể tuyến giáp**

Là tuyến nội tiết lớn nhất của cơ thể.

Nằm ở phần trước của cổ, ở trước các vòng sụn khí quản trên và hai bên thanh quản, ngang mức các đốt sống C5-D1.

Là tuyến có nhiều mạch máu, có màu nâu đỏ, nặng khoảng 20 – 30g.

Kích thước thay đổi tùy từng người, nó tỷ lệ với cân nặng và tăng nhẹ theo tuổi. Kích thước trung bình:

- Cao: 40 – 60 mm
- Ngang: 10 – 20 mm
- Dày: 20 mm
- Thể tích:  $10 \pm 4$  ml

Ở phụ nữ, tuyến giáp thường to hơn nam giới. Nó cũng thường to lên trong thời kì kinh nguyệt và thai nghén.

Tuyến giáp có 2 thùy bên nối với nhau bởi eo giữa. Các thùy thường không hoàn toàn cân đối nhau, thường bên phải to hơn bên trái.

Tuyến giáp di chuyển theo thanh quản khi nuốt. Đây là đặc điểm phân biệt bướu giáp với các bướu khác ở cổ.

### **2. Chức năng tuyến giáp**

Tuyến giáp tiết 2 hormon chính: thyroxine (T4) và triiodothyronine (T3).

Cả 2 hormon này làm tăng chuyển hóa chất của cơ thể. Thiếu hụt hoàn toàn hormon T3, T4 thường làm cho chuyển hóa cơ sở giảm 40 – 50% dưới

mức bình thường. Bài tiết T3, T4 quá mức có thể tăng chuyển hóa cơ sở tới 60%-100% trên mức bình thường.

Bài tiết hormone tuyến giáp được kiểm soát chủ yếu bởi thyroid-stimulating hormone (TSH) – được tiết bởi tuyến yên.

Tuyến này cũng tiết calcitonin, một hormon liên quan đến chuyển hóa calci do tế bào cạnh nang giáp tiết (tế bào C).

### **3. Ảnh hưởng của hormon tuyến giáp lên sự phát triển**

Hormone tuyến giáp có cả tác động chung và riêng lên sự phát triển.

Ở những trẻ bị cường giáp, phát triển cơ thể sẽ chậm lại. Ở những trẻ bị suy giáp thường xảy ra phát triển xương quá mức, làm cho trẻ có chiều cao hơn so với tuổi. Tuy nhiên, do trưởng thành nhanh hơn và cốt hóa sớm hơn, bé dậy thì sớm hơn và có chiều cao của người trưởng thành sớm hơn.

Ảnh hưởng quan trọng của hormone tuyến giáp là thúc đẩy trưởng thành và phát triển của não trong thời kỳ bào thai và những năm đầu sau sinh. Nếu lượng hormone T3, T4 không được bài tiết đủ trong thời kỳ bào thai thì sự phát triển và trưởng thành của não trước và sau sinh sẽ chậm lại, não sẽ nhỏ hơn bình thường. Nếu không được điều trị bằng liệu pháp hormon thích hợp, trẻ sẽ có thể phải sống trong tình trạng thiếu năng trí tuệ suốt cuộc đời.

### **4. Những bệnh lý liên quan đến tuyến giáp**

#### *4.1 Bệnh suy tuyến giáp/Suy giáp (hypothyroidism)*

Suy giáp là một bệnh lý tuyến giáp hoạt động kém hiệu quả, không thể tiết đủ hormone Thyroxine. Có thể kê đến một vài nguyên nhân gây bệnh sau:

- Người bệnh bị teo tuyến giáp.
- Cơ thể người bệnh tự thiết lập cơ chế phá hủy tự miễn dịch, tình trạng viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto.
- Biến chứng sau điều trị cường giáp, người bệnh bị ảnh hưởng bởi phẫu thuật, đồng hóa trị.
- Thiếu i-ốt trong chế độ ăn hằng ngày.
- Suy giáp bẩm sinh.
- Thứ phát sau khi bị bệnh ở tuyến yên hoặc vùng dưới đồi.

Bệnh suy giáp có những dấu hiệu rất mơ hồ và giống với biểu hiện của một số bệnh lý khác như buồn ngủ, mệt mỏi, giảm trí nhớ, khàn tiếng, táo bón, phụ nữ có thể bị chảy máu bất thường ở âm đạo, da khô, mắt và mặt bị phù nhẹ... Trong trường hợp bệnh phát triển ở giai đoạn muộn, người bệnh có thể có các biểu hiện nghiêm trọng hơn như chán ăn, tinh thần và thể lực suy kiệt, rụng tóc nhiều, hội chứng da và niêm mạc biểu hiện với phù niêm, lưỡi to bè ra hai bên, những biểu hiện khác như nhịp tim chậm, huyết áp thấp, thậm chí có thể bị hôn mê đột ngột.

Để điều trị chứng suy giáp, bệnh nhân cần phải kiên trì uống thuốc và làm theo các chỉ định của bác sĩ. Trong nhiều trường hợp, bệnh nhân sẽ bình phục, song cũng có bệnh nhân sẽ phải điều trị kéo dài suốt đời.

#### 4.2 Cường tuyến giáp/Cường giáp (*hyperthyroidism*)

Cường giáp là tình trạng xảy ra do tăng tiết hormon tuyến giáp (triiodothyronine và thyroxine). Ngoài ra, chúng ta có thể mắc bệnh cường giáp do nguyên nhân như: Bệnh Basedow, bệnh bướu giáp thể đa nhân, viêm giáp, u tuyến độc, ăn quá nhiều iốt... Bệnh có thể được nhận biết bệnh qua một số dấu hiệu sau:

- Sụt cân không rõ lý do dù chế độ ăn uống sinh hoạt vẫn diễn ra bình thường, thậm chí là nhiều hơn.
- Vùng cổ trước bị phình to (thường gọi là bướu cổ).
- Hồi hộp, hay đánh trống ngực, đôi khi cảm thấy đau ngực, khó thở.
- Tiêu chảy kéo dài do nhu động ruột tăng thường xuyên.
- Thường sợ nóng, không chịu được thời tiết nắng nóng hoặc những nơi có nhiệt độ cao.
- Thường bị run tay với tần số nhanh, biên độ nhỏ, người bệnh không thể tự kiểm soát.
- Thường xuyên ra mồ hôi.
- Thường bị khó ngủ, mất ngủ, giấc ngủ không yên, giấc ngủ ngắn hơn bình thường.
- Tính tình thay đổi, dễ cáu giận, lo lắng.

Theo các chuyên gia, cường giáp là một bệnh không nguy hiểm nhưng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như:

- Biến chứng tim mạch: người bệnh sẽ cảm thấy tim đập nhanh hơn bình thường, các rối loạn nhịp nghiêm trọng hơn có thể gặp phải như rung nhĩ, trường hợp xấu có thể có thể dẫn tới tình trạng suy tim.
- Cơn bão giáp: khi lượng hormone tuyến giáp tăng quá cao, biểu hiện ra các triệu chứng một các đột ngột, nếu không kịp thời được chẩn đoán và điều trị có thể đe dọa đến tính mạng của người bệnh.
- Lồi mắt ác tính: Đối với trường hợp mắc bệnh do bệnh Basedow, người bệnh có thể bị lồi mắt, nhạy cảm hơn đối với ánh sáng, hay bị chảy nước mắt và kèm theo viêm kết mạc, tổn thương giác mạc.

Để điều trị cường giáp, có rất nhiều phương pháp: Người bệnh có thể dùng thuốc ức chế sự tiết chất thyroxin của tuyến giáp; uống iod phóng xạ, ngăn sự tổng hợp chất thyroxin, ức chế các tế bào không thể sản sinh thyroxin như bình thường. Tuy nhiên, uống iod phóng xạ thường được áp dụng đối với bệnh nhân cao tuổi, hoặc bệnh nhân đã điều trị bằng thuốc uống nhưng bệnh

tái phát. Một hệ quả không mong muốn của iod phóng xạ đó là: kết thúc điều trị, tuyến giáp sẽ bị suy, nên có thể phải dùng chất thyroxin để điều trị suốt đời.

Nếu dùng thuốc không hiệu quả, người bệnh cũng có thể thực hiện phẫu thuật cắt bỏ một phần giáp trạng.

#### *4.3 Ung thư tuyến giáp*

Đây là một căn bệnh ác tính của, chiếm khoảng 1% các loại ung thư với những biểu hiện như: tuyến giáp to nhanh trong thời gian ngắn và có các hạch nổi lên bất thường vùng xung quanh; ăn nhiều mà vẫn sút cân; chịu nóng kém, hay vã mồ hôi, luôn luôn trong trạng thái tinh thần căng thẳng, mất ngủ; tính khí thất thường; tay chân run rẩy yếu đuối; hoạt động mau bị mệt, hồi hộp, khó thở; phụ nữ thấy kinh ra ít....

Bệnh được xác định bởi các nguyên nhân như: hệ miễn dịch bị rối loạn, do di truyền, sự thay đổi hormone, nhiễm chất phóng xạ.....Tùy theo loại ung thư và giai đoạn phát triển của bệnh, bệnh nhân sẽ được điều trị theo các cách khác nhau: mổ cắt bỏ khối ung thư, xạ trị,..

Khi mắc bệnh ung thư tuyến giáp, người bệnh không cần quá lo lắng bởi độ lành tính của căn bệnh này cao hơn so với các loại ung thư khác nên được tiên lượng rất tốt. Nếu bệnh phát triển ở giai đoạn đầu, cơ hội chữa khỏi bệnh lên đến hơn 97%.

#### *4.4 Bướu lành tuyến giáp*

Bướu lành tuyến giáp là loại bệnh thường gặp nhất của tuyến giáp. Bệnh phát triển âm thầm và không có những biểu hiện rõ ràng, không gây trở ngại đến đời sống sinh hoạt của bệnh nhân nên rất khó phát hiện. Người bệnh chỉ cảm thấy khó chịu khi thấy vùng cổ phình lớn, nổi u cục, chèn ép các cơ quan xung quanh gây cảm giác khó nuốt, khó thở, ho nhiều...

Bướu lành tuyến giáp được chia thành các loại:

Tuyến to không đồng đều: bệnh thường không có triệu chứng, không cần điều trị.

Tuyến giáp to đều, không đau: gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Trong trường hợp này, người bệnh cần uống thuốc thyroxine để tuyến nhỏ lại, song có thể phải dùng thuốc trong một thời gian dài, thậm chí là suốt đời để tuyến không lớn lên. Nếu dùng thuốc không kết quả cần phải phẫu thuật cắt bỏ phần lớn tuyến, chỉ chừa lại một phần nhỏ để duy trì hoạt động sản xuất chất thyroxine.

Tuyến chỉ có một vị trí to tròn lên, còn lại cả tuyến giáp bình thường: Trường hợp này cần theo dõi thường xuyên và thực hiện sinh thiết xét nghiệm khi cần thiết để phát hiện sớm dấu hiệu ác tính của khối u để xử lý kịp thời.

Trên đây là một số bệnh lý liên quan đến tuyến giáp thường gặp nhất. Nếu mắc phải một trong những bệnh lý trên cần đến các cơ sở y tế thăm khám

và điều trị. Việc phát hiện bệnh càng sớm càng có nhiều ý nghĩa đối với kết quả điều trị, điều trị càng sớm tỷ lệ thành công càng cao, chi phí càng thấp.

## **II. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU**

### **I. Đại cương:**

Vết thương mạch máu là loại tổn thương khá thường gặp trong thực hành bệnh viện ở cả trong thời chiến và thời bình.

Vết thương mạch máu có nhiều loại và nguyên nhân cũng rất phong phú. Mặc dù ngày nay Y học đã có nhiều tiến bộ về hiểu biết và kỹ thuật với những phương tiện chẩn đoán hiện đại, nhưng tới nay việc chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu vẫn còn những sai sót đáng tiếc do các nguyên nhân khác nhau.

Kết quả điều trị vết thương mạch máu được quyết định bởi nhiều yếu tố trong đó có thời gian can thiệp; kết quả sơ cứu ban đầu; tổn thương phối hợp; công tác gây mê và hồi sức. Tới nay, chỉ tính riêng vết thương mạch máu ngoại biên thì tỉ lệ tử vong và cắt cụt chi do nguyên nhân tổn thương mạch máu đã giảm một cách đáng kể.

### **II. Nguyên nhân**

Nguyên nhân gây ra vết thương mạch máu có thể gặp :

Do vật sắc nhọn như dao, kéo, mảnh thủy tinh...

Do đạn hay mảnh kim khí gây xuyên thủng.

Do gãy xương: các đầu xương gãy chọc vào bó mạch gây tổn thương.

Do đụng dập mạch máu: trong các tai nạn giao thông, trong tai nạn lao động và trong sinh hoạt...

Do thầy thuốc gây nên: như các thủ thuật chụp mạch, thông tim, do các động tác thực hiện thô bạo...

Do nhiễm trùng gây vỡ mạch : chẳng hạn nạn tiêm chích xì ke...

### **III. Phân loại**

Có thể phân loại vết thương mạch máu theo một số cách sau đây:

Phân loại theo nguyên nhân: như đã trình bày.

- Phân loại theo vị trí tổn thương:

- Vết thương mạch máu ngoại vi.
- Vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ.
- Vết thương mạch máu chủ ngực - bụng.
- Thương tổn mạch máu trong gãy xương.
- Tổn thương mạch máu do thầy thuốc gây nên.

- Phân loại theo tính chất:

- Vết thương mạch máu đơn thuần (động tĩnh mạch)



- Vết thương mạch máu phối hợp (kèm tổn thương thần kinh, xương, cơ, da..)

#### **IV. Sinh lý bệnh**

Ở mỗi vùng nhất định của cơ thể có những mạch máu nối với nhau qua các hệ thống nhánh bên. Hệ thống tuần hoàn - vòng nối này khác nhau tùy từng vị trí, trong đó có những nơi vòng nối này cực kỳ nghèo nàn cần phải nắm vững vì liên quan chặt chẽ đến thái độ xử trí (động mạch khoeo, ĐM chậu ngoài, mạch nách, mạch cánh tay trên chỗ chia ĐM cánh tay sâu).

Ý nghĩa của việc cột mạch máu và phục hồi lưu thông mạch máu có khác nhau về khả năng hồi phục chức năng phân chi sau chỗ VT mạch máu.

Vai trò của mỗi loại ĐM có khác nhau. Chẳng hạn hệ mạch máu ngoại biên có một số ĐM khi cột ít hoặc nguy hiểm không đáng kể, trái lại có loại khi cột rất nguy hiểm.

Các ĐM khi cột ít hay không gây nguy hiểm:

- + ĐM cảnh ngoài.
- + ĐM chậu trong.
- + ĐM đùi sâu.
- + ĐM cánh tay sâu.
- + ĐM chày, ĐM mác (nếu cả hai bị tổn thương, chỉ nên cột một bên).
- + ĐM quay, ĐM trụ (nếu cả hai bị tổn thương, chỉ nên cột một bên).

Các ĐM nguy hiểm vừa khi cột:

- + ĐM dưới đòn.
- + ĐM đùi nông.
- + ĐM ĐM cánh tay phía dưới chỗ chia ĐM cánh tay sâu.
- + ĐM đốt sống.

Các ĐM khi cột có rất nhiều nguy hiểm:

- + ĐM cảnh gốc.
- + ĐM cảnh trong.
- + ĐM nách.
- + ĐM cánh tay trên chỗ chia ĐM cánh tay sâu.
- + ĐM chậu ngoài
- + ĐM đùi chung.
- + ĐM Khoeo.

#### **V. Giải phẫu bệnh**

Động mạch gồm 3 lớp: vỏ ngoài gồm tổ chức liên kết, dai, lớp giữa gồm những sợi cơ nhẵn và lớp nội mạc gồm tế bào liên bào cắt lát. Vì lớp nội mạc dễ nát lại có tác dụng ngăn các tiểu cầu ngưng tập nên rất dễ bị thương tổn và hình thành máu cục. Trong khi lớp vỏ ngoài gồm các tổ chức liên kết, khó đứt nên nhìn bên ngoài ngay cả khi đã phẫu tích động mạch, tưởng là bình thường nhưng bên trong (lớp nội mạc) thì đã bị máu cục bịt kín lòng mạch).

Có 5 hình thái tổn thương tại mạch máu, xét về mặt giải phẫu bệnh như sau:

- Vết thương gây đứt đôi hay mất đoạn mạch máu: khi đó hai đầu động mạch co lại, máu cục dễ hình thành bịt lấy lòng mạch. Đôi khi hai đầu đoạn mạch tổn thương cách xa nhau, khó tìm hay dễ bị bỏ sót.
- Vết thương bên : các mép vết thương toác rộng, khó tự cầm máu.
- Vết thương làm bong lớp nội mạc.
- Vết thương xuyên cả động mạch lẫn tĩnh mạch.
- Co thắt mạch máu.

Vết thương mạch máu không chỉ đơn thuần mà có thể phối hợp như : kèm các tổn thương thần kinh, xương, cơ, da ... chính các tổn thương loại này đôi khi dẫn tới cắt cụt chi chứ không phải chỉ đơn thuần là sự lưu thông mạch máu mà thôi.

## **VI. Triệu chứng**

Về lâm sàng: Một điều cần lưu ý đối với vết thương mạch máu không phải bắt buộc chảy máu, vì nếu nghĩ như vậy sẽ có nguy cơ bỏ sót nhiều vết thương mạch máu đã ngưng chảy.

Bên cạnh đó vai trò của lâm sàng khi thăm khám Bệnh nhân có vết thương mạch máu rất quan trọng. Chỉ cần khám lâm sàng đã có thể phát hiện được vết thương mạch máu nhờ vào những dấu hiệu như :

- Bệnh nhân có vết thương bạch khí hay hỏa khí vào ngay đường đi của mạch máu.
- Gãy xương kín hoặc hở, nhất là gãy phức tạp và ở những vùng nguy cơ cao như gãy trên lồi cầu xương cánh tay, gãy trên lồi cầu xương đùi, vỡ mâm chày ...
- Sau khi bệnh nhân bị thương, qua vết thương thấy có chảy máu đỏ thành tia.
- Máu tụ quanh vết thương, diễn hình khi máu tụ lan rộng và đập theo nhịp tim, nghe tại chỗ có tiếng thổi và sờ có rung mur.
- Xuất hiện các dấu hiệu thiếu máu ngoại biên (bằng cách thăm khám kỹ và so sánh với chi đối diện) : Chi lạnh, giảm vận động và cảm giác; Mạch ngoại vi giảm hoặc mất; Độ bão hòa oxy ở phần ngọn chi giảm (SaO<sub>2</sub>).

## **VII. Những thể lâm sàng thường gặp**

- Với vết thương có chảy máu: đây là loại vết thương mà nhiều người quan niệm chính là một “VT mạch máu” , mặc dù loại tổn thương này cũng

không nhiều và chủ yếu gặp ở các mạch nông, việc chẩn đoán không còn phải thảo luận nhiều nữa mà chỉ tập trung ở vấn đề xử trí tổn thương mạch máu và các tổn thương phối hợp khác.

▪ Vết thương không còn chảy máu nữa: do tự cầm máu nhờ cục máu đông bít ở vết thương, hay do các tổ chức xung quang chèn ép, hoặc đã được sơ cứu. Có thể gặp các dạng sau:

▪ Khối máu tụ: thường gặp khối máu tụ chắc, không đập, có thể chèn ép làm thiếu máu nuôi chi phần hạ lưu.

▪ Vết thương khô: thường là vết thương gọn, nằm trên đường đi của ĐM, ít máu tụ nhưng có dấu hiệu thiếu máu ngoại vi (chi lạnh, mất mạch ...), tác nhân thường là vật sắc nhọn làm đứt đôi ĐM chạy trong khối cơ tương đối dày như ĐM đùi nông, ĐM chày sau.

Khi thăm khám lâm sàng hết sức lưu ý tình huống: Nếu chi lạnh, mất mạch ta có thể nghĩ nhiều đến tổn thương ĐM. Trái lại nếu sau một VT mạch máu mà vẫn còn mạch thì rất có thể do tổn thương thành bên (chiếm tới 60% các trường hợp). Hoặc VT đứt đôi ĐM mà còn bắt được mạch là do các vòng tuần hoàn phụ phong phú.

Chấn thương xương khớp kèm tổn thương mạch máu: có thể do đụng đập trực tiếp hoặc do các đầu xương gãy chọc vào mạch máu. Trong các trường hợp qua thăm khám đã phát hiện có hội chứng thiếu máu nuôi ngoại vi vấn đề còn lại là phải cân nhắc xem xử trí mạch máu trước hay xử trí đồng thời với chỉnh hình. Trên nguyên tắc việc xử trí VT mạch máu ở Bn có gãy xương kín và hở có khác nhau.

Tổn thương mạch máu ngoại vi trong bệnh cảnh đa chấn thương: vấn đề này tương đối khó khăn, đôi khi phải nhờ tới các phương tiện chẩn đoán hiện đại. Đồng thời trong xử trí cần cân nhắc các tác động của những phần tổn thương khác nhau.

Một số bệnh cảnh lâm sàng đặc biệt khác: Có hai loại hình cũng thường gặp là tổn thương mạch máu do thầy thuốc gây ra (sau thực hiện các thủ thuật, do các động tác thực hành thô bạo...). Gần đây có loại tổn thương mạch máu sau tiêm trích xì ke, cũng cần phân biệt với abcès hạch bạch huyết.

Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng:

Các XN huyết học, sinh hoá...

*Siêu âm Doppler hay Doppler liên tục, xung:* Với ưu điểm của loại hình thăm dò này là không gây chấn thương, giá thành rẻ, có độ tin cậy khá cao, có thể làm tại giường và thực hiện được nhiều lần. Tuy nhiên kết quả siêu âm Doppler phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người thực hiện kỹ thuật.

*Chụp động mạch* là loại thăm dò có gây chảy máu, bằng cách chọc trực tiếp hay luồn ống thông từ xa tới. Những hình ảnh giúp xác định có tổn thương mạch máu như: Thuốc cản quang tràn ra ngoài lòng mạch; Hình cắt cụt biểu hiện mạch bị đứt toàn bộ hay huyết khối; Lòng mạch nham nhở không đều có thể do thành mạch có huyết khối bám ở thành mạch; ĐM có

ngấm thuốc nhưng co nhỏ do co thắt; Thuốc từ ĐM chạy sang tĩnh mạch (như thông động - tĩnh mạch); Xuất hiện túi phồng ĐM...

Do thủ thuật chụp mạch đôi khi làm chậm thời gian can thiệp phẫu thuật nên chỉ giới hạn thực hiện thủ thuật khi: lâm sàng có nghi ngờ tổn thương mà cho còn ấm, mạch còn nhưng yếu; Có phương tiện và chuyên gia thực hiện thành thạo; Vết thương đến muôn có các di chứng như phồng hay thông động - tĩnh mạch.

Không chụp mạch khi VT gây thiếu máu ngoại vi rõ, hay bệnh cảnh đa chấn thương. Như vậy có thể phải chấp nhận mổ thăm dò.

Một số phương pháp thăm dò khác ít dùng như soi mạch máu, chụp cộng hưởng từ (MRI).

### **VIII. Chẩn đoán**

Việc chẩn đoán cần dựa vào:

Thăm khám lâm sàng.

Xét nghiệm cận lâm sàng.

Chẩn đoán phân biệt.

### **IX. Phương pháp điều trị:**

Nguyên tắc điều trị các vết thương mạch máu là xử trí sớm.

Sơ cứu ban đầu vết thương mạch máu: Mục tiêu chính trong sơ cứu ban đầu là cầm máu tạm thời và duy trì chức năng sống cho Bn.

Vấn đề đặt garo phải rất thận trọng: Mổ cắt; Chi đã giập nát không còn khả năng bảo tồn; Băng ép không có hiệu quả và thời gian Bn tới viện sớm (dưới 4 giờ); trong khi chờ mổ. Ngoài ra việc cầm máu cũng có thể đưa sonde Foley vào lòng mạch hay dùng Shunt Plastic. Sau khi garo cần khẩn trương vận chuyển bệnh nhân sớm tới tuyến trên (tiếp tục truyền máu, dịch, kháng sinh và thuốc chống uốn ván). Hết sức tránh dùng pince kẹp mò vào vết thương.

Những điều trị thực thụ:

*Thắt mạch:* có tác dụng cầm máu chắc chắn nhưng cần lưu ý tính chất mỗi loại mạch máu khi thắt, phải bộc lộ hai đầu mạch máu khi thắt và cắt rời sau khi đã thắt.

*Phục hồi lưu thông dòng máu:* có nhiều cách thực hiện.

- + Khâu hoặc vá vết thương bên.
- + Khâu nối hai đầu trực tiếp.
- + Ghép mạch.
- + Bóc lớp áo ngoài ĐM.

*Điều trị phối hợp:* gãy xương; vết thương tĩnh mạch; vết thương thần kinh; vết thương phần mềm; hội chứng tăng áp lực khoang; Thuốc chống đông; thuốc kháng sinh; kỹ thuật mổ tốt.....

*Chỉ định cắt cụt thì đầu:* phải dẫn đo kỹ từng trường hợp. Việc cắt cụt cần thực hiện trong các trường hợp như :

- + Sóc không hồi phục dù đã điều trị.
- + Tổn thương phối hợp nặng.
- + Dấu hiệu thiếu máu chi không phục hồi.
- + Tổn thương phần mềm nặng.
- + Garo quá 05 giờ liên tục.

### **Theo dõi sau mổ và các biến chứng sớm:**

Toàn trạng và các chức năng sống: Đảm bảo cung cấp đủ lượng máu và dịch truyền, tránh tình trạng gây thiếu khối lượng tuần hoàn gây tắc mạch sớm sau mổ.

Chảy máu: Chảy máu sớm sau mổ 24 giờ (thường do lỗi kỹ thuật may VT; Do cố định xương không tốt; Do sử dụng Heparin chưa phù hợp đối với Bn này. Chảy máu thứ phát vài ngày sau mổ thường gặp do nhiễm trùng. Việc xử trí là thắt mạch.

Thiếu máu: nuôi phần hạ lưu nơi tổn thương, cần được chẩn đoán và xử trí sớm. Nguyên nhân khá đa dạng như: bỏ sót tổn thương; miệng nối quá căng; kỹ thuật khâu nối chưa tốt; tụ HA kéo dài sau mổ ...

Phù chi: nguyên nhân có thể do tình trạng thiếu Oxy tổ chức kéo dài; Thương tổn Tĩnh mạch chưa giải quyết tốt; Giập nát phần mềm rộng; Do hội chứng tái lập tuần hoàn.

### **X. Yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị vết thương mạch máu**

- + Tổn thương phối hợp: có khả năng quyết định chức năng của chi và đôi khi liên quan đến tính mạch bệnh nhân.
- + Thời gian xử trí: Có vai trò rất quan trọng.
- + Trang thiết bị, kỹ thuật khâu nối mạch máu: Rất có ý nghĩa giúp phẫu thuật tối các tổn thương mạch máu phức tạp.
- + Khả năng gây mê hồi sức: Vai trò hồi sức cứu sống bệnh nhân.

### **XI. Những di chứng có thể xảy ra**

+ Tử vong do những nguyên nhân như: sốc mất máu do không sơ cứu kịp thời; sốc nhiễm độc do chuyển hóa yếm khí. nhiễm trùng đặc biệt (nhiễm trùng huyết, hoại thư sinh hơi; uốn ván).

+ Phòng ĐM hay phòng miệng nối: Bệnh nhân sờ thấy khối đập, giãn nở được. Xử trí hiện nay có thể phẫu thuật mổ cắt túi phòng hoặc áp dụng kỹ thuật can thiệp nội mạch.

+ Thông động tĩnh mạch: Có rung mur tại vết thương, tăng áp lực tĩnh mạch đoạn chi ngoại vi... xử trí có nhiều phương pháp như thắt đường dò, may vá lại vết thương, hoặc gây thuyên tắc.

+ Thiếu dưỡng chi: biểu hiện thiếu máu nuôi như bệnh nhân đi cách hời, mạch ngoại biên yếu. Nguyên nhân có thể do hẹp, tắc vị trí nối mạch máu. Việc điều trị có thể là làm cầu nối.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - NXBYH – ĐHYD TPHCM 2013
2. Ngoại khoa lâm sàng – Tổ bộ môn Ngoại bệnh viện nhân dân Gia định 2007
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa - NXBYH – HN 2006
4. Maingot's Abdominal operations Twelfth Edition – Copyright © 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc
5. David Sabiton; Textbook of Surgery , the biological basis of modern surgical practice 20TH EDITION - Copyright © 2017 by Elsevier, Inc
6. VASCULAR SURGERY - Vol I,II - 1995 - W.B. Saunders Company.

# **BÀI 5: HIỂU BIẾT MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ BỆNH LÝ UNG THƯ VÀ KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

## **\* Mục tiêu**

Nêu được khái niệm về một số bệnh lý ung thư.

Trình bày được các cơ chế bệnh sinh bệnh lý ung thư.

Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.

Trình bày được nguyên tắc điều trị và kế hoạch quản lý bệnh nhân ung thư.

## **I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM TRONG BỆNH NHÂN UNG THƯ:**

Ung thư có thể phát triển ở bất cứ đâu trong cơ thể và được đặt tên theo cơ quan mắc bệnh.

Có hai loại ung thư chính:

Ung thư hệ tạo huyết: là ung thư tế bào máu, bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư hạch và đa u tủy.

Ung thư hệ bứơc đặc: thuộc bất kỳ cơ quan hoặc mô nào trong cơ thể.

Các bệnh ung thư có sự giống nhau ở một số điểm, nhưng luôn khác nhau về tốc độ tăng trưởng, tình trạng xâm lấn, lan tràn và đáp ứng với điều trị như có loại đáp ứng tốt phẫu thuật, nhưng có loại lại đáp ứng tốt hóa trị, xạ trị.

Bướu là một khối nhô lên hoặc là vùng tăng trưởng. Một số khối u là ung thư thật sự, nhưng có những khối u bản chất chỉ là những tổn thương lành tính. Bướu ác khác biệt so với bướu lành, là nó có thể xâm lấn lan tràn các cơ quan khác trong cơ thể. Các tế bào ung thư sẽ tách ra khỏi tổn thương nguyên phát, xâm nhập mô xung quanh, xuyên thành mạch máu để vào dòng máu, từ đây tế bào ung thư tiếp tục di chuyển thông qua hệ tuần hoàn đến và kết thúc ở các hạch bạch huyết hoặc các cơ quan khác của cơ thể dẫn đến xâm lấn tại chỗ và di căn xa.

Các tế bào ung thư phát triển do có nhiều thay đổi trong cấu trúc di truyền của chúng. Những thay đổi này có thể do nhiều nguyên nhân như: thói quen lối sống, gen bệnh nhận được từ cha mẹ, phơi nhiễm với các tác nhân gây ung thư trong môi trường, tuy nhiên đôi khi không rõ nguyên nhân.

## **II: CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA BỆNH LÝ UNG THƯ**

Cơ thể được tạo thành từ hàng nghìn tỷ tế bào, chúng phải hoạt động phối hợp cùng nhau để giữ cho sự ổn định của cơ thể. Các tế bào cần có khả năng phân chia để tạo ra các tế bào mới giúp cơ thể phát triển hoặc để thay thế các tế bào đã chết. Đồng thời, sự phát triển và phân chia của tế bào cần phải được kiểm soát để các tế bào không phát triển quá mức và lấn át các tế bào xung quanh.

Hãy xem tế bào như một chiếc xe ô tô. Để nó hoạt động bình thường, cần phải có những cách để kiểm soát tốc độ của nó, tức là cách để tăng tốc độ phát triển và phân chia tế bào nếu cần thiết (như bàn đạp ga) và cách để kiểm soát hoặc làm chậm sự tăng trưởng này (như bàn đạp phanh). Cũng cần có cách sửa chữa các bộ phận của xe nếu chúng bị hư hỏng.

Sự phát triển của tế bào luôn được kiểm soát bởi hoạt động của một số gen bên trong mỗi tế bào. Ung thư bắt đầu khi các tế bào trong cơ thể trở nên bất thường và bắt đầu phát triển ngoài tầm kiểm soát. Điều này xảy ra khi có những thay đổi trong cấu trúc gen ảnh hưởng đến sự phát triển của tế bào. Các loại gen chính đóng vai trò trong bệnh ung thư là:

Gen sinh ung

Gen đè nén bướu

Gen sửa chữa DNA

Ung thư thường là hậu quả của những thay đổi xảy ra ở nhiều loại gen này kết hợp trong một tế bào.

### **1. Gen sinh ung:**

Tiền-gen sinh ung (Proto-oncogenes) là những gen thường giúp các tế bào phát triển và phân chia để tạo ra các tế bào mới hoặc giúp các tế bào sống sót. Khi một tiền-gen sinh ung bị đột biến (thay đổi) hoặc có quá nhiều bản sao của nó (bị khuếch đại quá mức), nó có thể được bật (kích hoạt), lúc này nó trở thành gen gây ung thư (gen sinh ung). Khi điều này xảy ra, tế bào có thể bắt đầu phát triển ngoài tầm kiểm soát, và dẫn đến ung thư.

Một Tiền-gen sinh ung hoạt động theo cách giống như bàn đạp ga trên ô tô, nó giúp tế bào phát triển, phân chia và gen sinh ung giống như bàn đạp ga ở trạng thái bị kẹt, khiến tế bào phân chia mất kiểm soát. Gen sinh ung có thể được bật (kích hoạt) trong tế bào theo những cách khác nhau.

+ Các biến thể/đột biến gen: Một số người có sự khác biệt trong 'mã' gen của họ, điều này có thể khiến gen sinh ung luôn được kích hoạt. Những kiểu thay đổi gen này có thể được di truyền từ cha mẹ hoặc chúng có thể xảy ra trong suốt cuộc đời của một người, lỗi xảy ra khi sao chép gen trong quá trình phân chia tế bào.

+ Thay đổi biểu sinh: Các tế bào thường có cách bật hoặc tắt gen mà không liên quan đến những thay đổi trong chính gen đó. Thay vào đó, các nhóm hóa chất khác nhau sẽ gắn vào vật liệu di truyền (DNA hoặc RNA) và gây tác động đến việc một gen có được bật hay không. Những loại thay đổi biểu sinh này đôi khi có thể dẫn đến việc kích hoạt gen sinh ung.

+ Sắp xếp lại nhiễm sắc thể: Nhiễm sắc thể là những sợi DNA dài trong mỗi tế bào chứa gen của nó. Khi một tế bào đang phân chia, trình tự DNA trong nhiễm sắc thể có thể bị thay đổi. Điều này có thể đặt một gen vào trạng thái có chức năng như một loại công tắc 'bật' bên cạnh Tiền-gen sinh ung, làm cho gen này luôn được bật lẽ ra nó phải bị tắt, hậu quả biến Tiền-gen



sinh ung thành Gen sinh ung, điều này dẫn đến việc tế bào phát triển ngoài tầm kiểm soát.

+ Sao chép gen: Một số tế bào có thêm bản sao của một gen, điều này có thể dẫn đến việc chúng tạo ra quá nhiều một loại protein nào đó.

Một số hội chứng ung thư gia đình có liên quan đến sự thay đổi di truyền trong gen sinh ung. Những thay đổi này đôi khi có thể là bước đầu tiên trong việc tế bào trở thành tế bào ung thư. Nhưng hầu hết những thay đổi liên quan đến gen sinh ung hầu hết do mắc phải trong quá trình sống của một người chứ không phải do di truyền từ cha mẹ.

## **2. Gen đề nén bươu:**

Các gen đề nén bươu là các gen bình thường có chức năng làm chậm quá trình phân chia tế bào hoặc gửi thông tin cho các tế bào biết chết vào đúng thời điểm (quá trình này được gọi là chết tế bào theo lập trình). Khi các gen đề nén bươu này không còn hoạt động như bình thường nữa thì các tế bào có thể phát triển ngoài tầm kiểm soát, dẫn đến ung thư.

Gen đề nén bươu giống như bàn đạp phanh của ô tô. Nó luôn giữ cho tế bào không phân chia quá nhanh, giống như phanh ô tô giúp kiểm soát tốc độ xe. Khi có sự cố xảy ra với gen đề nén bươu, chẳng hạn như một biến thể gen gây bệnh hay còn gọi là đột biến gen, khiến gen này ngừng hoạt động, quá trình phân chia tế bào có thể vượt khỏi tầm kiểm soát.

Những thay đổi di truyền trong gen đề nén bươu đã được tìm thấy trong một số hội chứng ung thư gia đình. Chúng gây ra một số loại ung thư di truyền trong gia đình. Cũng giống như gen sinh ung, hầu hết các đột biến gen đề nén bươu đều do mắc phải trong cuộc đời của một người, không được di truyền từ cha mẹ.

Ví dụ: TP53 là một gen đề nén bươu quan trọng. Nó mã hóa protein p53, giúp kiểm soát quá trình phân chia tế bào. Những thay đổi di truyền trong gen TP53 có thể dẫn đến hội chứng Li-Fraumeni. Các thành viên trong gia đình mắc hội chứng này có nguy cơ mắc một số loại ung thư cao hơn, bởi vì tất cả các tế bào của họ đều có sự thay đổi gen TP53 này. Bên cạnh đó cũng có những thay đổi trong gen TP53, cũng rất phổ biến trong các tế bào ung thư ở những người không mắc hội chứng ung thư di truyền, tức là những thay đổi TP53 này xảy ra mắc phải trong cuộc đời của một người. Những thay đổi này có thể giúp các tế bào ung thư phát triển, và những đột biến này chỉ được tìm thấy trong các tế bào ung thư, không có trong các tế bào khác trong cơ thể, vì vậy chúng không thể truyền sang con cái của một người.

## **3. Gen sửa chữa DNA**

Trong quá trình một tế bào phân chia để tạo ra các tế bào mới, nó cần tạo một bản sao mới giống hoàn toàn DNA của nó. Đây là một quá trình phức tạp và đôi khi dẫn đến sai sót trong DNA. Tuy nhiên sẽ có các gen sửa chữa những sai sót này. Các gen được gọi là gen sửa chữa DNA hoạt động giống

như một người sửa chữa những chỗ hư hỏng của ô tô. Chúng giúp sửa chữa các lỗi trong DNA hoặc nếu không thể sửa chữa được, chúng sẽ khiến tế bào này chết đi, nhằm mục đích để các lỗi đó không thể gây ra bất kỳ vấn đề nào nữa. Khi có sự cố xảy ra với một trong những gen sửa chữa DNA này, làm cho chúng mất chức năng sửa chữa các DNA bị lỗi, dẫn đến việc có thể tạo ra nhiều lỗi hơn và tích tụ bên trong tế bào, điều này có thể dẫn đến việc tế bào phát triển ngoài tầm kiểm soát.

Cũng như các loại thay đổi gen khác, những thay đổi trong gen sửa chữa DNA có thể được di truyền từ cha mẹ hoặc xuất hiện trong cuộc đời của một người.

Ví dụ về gen sửa chữa DNA bao gồm gen BRCA1 và BRCA2. Những người thừa hưởng một biến thể gây bệnh (đột biến) ở một trong những gen này có nguy cơ mắc một số loại ung thư cao hơn, đặc biệt là ung thư vú và buồng trứng ở phụ nữ. Tuy nhiên, những thay đổi ở nhóm gen này đôi khi cũng được tìm thấy trong tế bào khối u ở những người mà trước đó họ không được thừa hưởng những đột biến này.

Ngoài ra những thay đổi ở một số gen khác không trực tiếp dẫn đến ung thư, nhưng chúng vẫn có thể khiến chúng ta dễ bị ung thư hơn. Ví dụ, một số thay đổi xảy ra ở gen gây hạn chế khả năng phân hủy một số chất độc trong khói thuốc lá. Như vậy ở những người hút thuốc lá có kèm theo những thay đổi ở nhóm gen này có thể dễ mắc bệnh ung thư phổi và các bệnh ung thư khác liên quan đến việc hút thuốc lá. Những thay đổi gen cũng có thể đóng vai trò trong các điều kiện khác có thể đưa đến nguy cơ ung thư. Ví dụ, một số biến thể gen có thể ảnh hưởng đến trọng lượng cơ thể. Những người có trọng lượng cơ thể gia tăng sẽ có nhiều khả năng mắc một số loại ung thư, vì vậy những biến thể gen này đã gián tiếp làm gia tăng nguy cơ ung thư.

### **III. CHỈ ĐỊNH CẬN LÂM SÀNG CẦN THIẾT TRONG BỆNH LÝ UNG THƯ:**

- Các chỉ định cận lâm sàng chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm chẩn đoán xác định bệnh lý ung thư

+ Nhóm chẩn đoán giai đoạn bệnh

#### **1. Nhóm cận lâm sàng chẩn đoán xác định bệnh ung thư:**

Các xét nghiệm bao gồm chẩn đoán bằng hình ảnh, các chất đánh dấu u, sinh thiết và xét nghiệm sinh học phân tử. Sẽ có ít nhất một hoặc nhiều trong số xét nghiệm có thể được chỉ định ở những bệnh nhân đang theo dõi chẩn đoán bệnh lý ung thư.

#### **2. Xét nghiệm bằng hình ảnh:**

Chụp X-quang đơn giản, siêu âm, CTscan, chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp cắt lớp phát xạ positron (PETscan): các kỹ thuật này giúp xác định bất thường, xác định tính chất của tổn thương (dạng đặc hay nang), xác định

kích thước, vị trí và đưa ra mối liên quan với các cấu trúc xung quanh. Những thông tin này rất quan trọng khi có chỉ định phẫu thuật hoặc sinh thiết.

### 3. Chất đánh dấu u:

Có thể cung cấp bằng chứng xác thực ở những bệnh nhân có kết quả gợi ý về một loại ung thư cụ thể. Hầu hết các chất chỉ điểm u này không được chỉ định như xét nghiệm sàng lọc thường quy, trừ ở bệnh nhân có nguy cơ cao.

- AFP: [ung thư biểu mô tế bào gan](#), [ung thư tinh hoàn](#), U tế bào mầm
- CEA: [ung thư đại tràng](#), ung thư phổi không tế bào nhỏ
- Beta- hCG: ung thư nguyên bào nuôi, ung thư biểu mô tinh hoàn, U tế bào mầm
- Globulin miễn dịch trong huyết thanh: [đa u tủy xương](#)
- CA 125: [ung thư buồng trứng](#)
- CA 15-3: [ung thư vú](#)
- PSA: [ung thư tuyến tiền liệt](#)
- CA 19-9: ung thư tụy. ung thư đường mật.

### 4. Sinh thiết:

Để chẩn đoán xác định và đánh giá u nguyên phát, là tiêu chuẩn vàng, hầu như luôn cần thiết thực hiện khi nghi ngờ hoặc đã phát hiện ung thư. Lựa chọn vị trí sinh thiết dựa trên khả năng tiếp cận và mức độ xâm lấn của u. Độ mô học là đánh giá mức độ phát triển của ung thư và cung cấp thông tin tiên lượng quan trọng. Nó được xác định bằng cách kiểm tra mẫu mô. Độ mô học được đánh giá chủ yếu dựa trên hình thái của các tế bào u, bao gồm sự xuất hiện của nhân, tế bào chất và nhân con; tần số phân bào và số lượng hoại tử. Trong nhiều loại ung thư, các thang điểm độ mô học đã được xây dựng.

### 5. Xét nghiệm sinh học phân tử:

Phân tích nhiễm sắc thể, lai huỳnh quang *tại chỗ* (FISH), Hóa mô miễn dịch (IHC), phản ứng khuếch đại gen (PCR) và giải trình tự gen thế hệ mới (NGS): giúp xác định type như trong ung thư hệ huyết học (ví dụ như trong u lympho, bệnh bạch cầu..), giúp tìm nguồn gốc nguyên phát của ung thư di căn đặc biệt là đối với ung thư chưa rõ nguyên phát và giúp ích trong việc lựa chọn liệu pháp điều trị (liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch..).

### 6. Nhóm cận lâm sàng chẩn đoán giai đoạn bệnh

Một khi đã có chẩn đoán mô bệnh học, việc đánh giá giai đoạn xác định mức độ lan tràn của bệnh giúp lựa chọn điều trị và tiên lượng. Đánh giá giai đoạn trên lâm sàng dựa trên các thông tin về bệnh sử, kết quả thăm khám lâm sàng đồng thời phối hợp cận lâm sàng: chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, sinh thiết tủy xương, sinh thiết hạch hay các vị trí nghi ngờ ung thư khác.

## 7. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh

Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là CTscan, PETscan và MRI, có thể phát hiện di căn đến não, phổi hoặc bụng, bao gồm tuyến thượng thận, các hạch bạch huyết sau phúc mạc, gan và lá lách. MRI (có chất đối quang từ gadolinium) là thủ thuật được chỉ định để phát hiện và đánh giá u não, cả nguyên phát và thứ phát. Chụp PETscan ngày càng được sử dụng rộng rãi để xác định hoạt động chuyển hóa của hạch hoặc khối u nghi ung thư. Tích hợp PET-CTscan rất có giá trị, đặc biệt với ung thư phổi, ung thư vùng đầu cổ, ung thư vú và u lympho.

Siêu âm được sử dụng để đánh giá các khối u ở vú, buồng trứng, hốc mắt, tuyến giáp, gan, tụy, thận, tinh hoàn và sau phúc mạc, xâm lấn tim, màng ngoài tim. Siêu âm cũng có thể giúp hướng dẫn sinh thiết qua da và phân biệt tổn thương dạng nang và dạng đặc.

Xạ hình có thể phát hiện một số loại di căn. Xạ hình xương giúp đánh giá sự tái tạo xương bất thường (như hoạt động của tạo cốt bào) trước khi có thể phát hiện trên X-quang xương. Do đó, xạ hình xương này sẽ không hữu ích đối với các tổn thương ác tính chỉ gây phá hủy (như trong đa u tủy xương). Với những bệnh lý này, X-quang thường quy được lựa chọn.

## 8. Xét nghiệm máu

Các chất và enzym trong huyết thanh cũng có thể giúp đánh giá giai đoạn ung thư. Nồng độ men gan (phosphatase kiềm, lactate dehydrogenase, alanin aminotransferase) tăng cao và nồng độ bilirubin cao gợi ý di căn gan. Tăng hoạt độ phosphatase kiềm và nồng độ Canxi huyết thanh có thể là bằng chứng đầu tiên của di căn xương. Nồng độ nitơ urê hoặc creatinin trong máu tăng cao có thể cho thấy sự liên quan đến ung thư của thận hoặc bàng quang. Nồng độ axit uric tăng cao thường xảy ra ở những bệnh nhân ung thư tăng sinh nhanh chóng và những bệnh nhân bị rối loạn tăng sinh tủy và tăng sinh bạch huyết. Tuy nhiên, hầu hết những người có nồng độ axit uric tăng lên không bị ung thư.

**9. Các thủ thuật xâm lấn**Nội soi trung thất: đặc biệt có giá trị trong đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không phải tế bào nhỏ. Khi phát hiện có thương tổn hạch bạch huyết trung thất, bệnh nhân có thể có cải thiện bằng hóa trị liệu trước phẫu thuật và/hoặc xạ trị.

Chọc hút và sinh thiết tủy xương đặc biệt hữu ích trong việc phát hiện tổn thương do bệnh bạch cầu, u lympho và u tủy tương bào (đa u tủy) và di căn từ ung thư tế bào nhỏ phổi, ung thư vú và tuyến tiền liệt. Sinh thiết tủy xương có thể có nhiều thông tin ở những bệnh nhân có bất thường huyết học không giải thích được (tức là thiếu máu, giảm tiểu cầu).

Sinh thiết các hạch bạch huyết khu vực dẫn lưu của bướu: là một phần của việc đánh giá giai đoạn nhiều bệnh ung thư, chẳng hạn như ung thư vú, tuyến giáp, dạ dày, phổi, ruột kết và ung thư hắc tố. Cắt bỏ một hạch bạch huyết dẫn lưu theo bướu (được xác định bằng cách hấp thụ chất cản quang

hoặc phóng xạ được tiêm vào khối ung thư) có thể cho phép lấy mẫu hạch bạch huyết hạn chế nhưng triệt để ở những bệnh nhân mắc các bệnh ung thư này.

#### **IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - KẾ HOẠCH QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ:**

Hiện nay việc điều trị một bệnh lý ung thư nào đó luôn dựa trên nguyên tắc điều trị đa mô thức, tức là sẽ có sự phối hợp các mô thức điều trị như: phẫu trị, xạ trị, hóa trị, nội tiết, nhắm trúng đích, miễn dịch... Sự phối hợp này sẽ khác nhau dựa trên từng loại ung thư, giai đoạn bệnh ung thư, bản chất loại mô bệnh học, tình trạng biểu hiện sinh học phân tử... Để từ đó có những phác đồ tốt nhất cho từng bệnh nhân hay còn gọi là tối ưu hóa điều trị (Maximize Treatment), cá thể hóa điều trị (Personalized Treatment, Tailored Treatment) nhằm mục đích cuối cùng là cải thiện chất lượng sống và thời gian sống còn cho bệnh nhân.

##### **1. Phẫu trị:**

- Phẫu thuật triệt để: chỉ định cho những trường hợp ung thư ở giai đoạn sớm, chưa di căn qua cơ quan khác, mặc dù hiện nay việc điều trị ung thư đang trong kỷ nguyên của liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch... nhưng các liệu pháp này chưa thể thay thế được phẫu thuật, phẫu thuật có vai trò rất quan trọng vì phương pháp điều trị này vẫn đem lại cho bệnh nhân thời gian sống còn lâu dài.

- Phẫu thuật giảm nhẹ: chỉ định trong trường hợp ung thư xâm lấn tại chỗ tại vùng nặng hoặc di căn xa quá chỉ định phẫu thuật triệt để, trong trường hợp này nhằm giảm nhẹ triệu chứng do khối u gây ra như phẫu thuật mở thông, phẫu thuật làm sạch làm giảm tổng lượng bướu.

##### **2. Xạ trị:**

- Xạ trị triệt để: chỉ định trong trường hợp bướu còn tại chỗ tại vùng, bao gồm: Hóa-xạ trị đồng thời, xạ trị tân bổ trợ (trước phẫu thuật), xạ trị bổ trợ (sau phẫu thuật), liều xạ trong chỉ định này khá cao, tác dụng phụ do xạ trị nhiều.

- Xạ trị triệu chứng: chỉ định trong trường hợp giai đoạn muộn, di căn xa không còn khả năng phẫu thuật. Trong trường hợp này nhằm giảm nhẹ triệu chứng tại chỗ cho bệnh nhân như xạ trị giảm đau, xạ trị chống chèn ép, xạ trị cầm máu... liều xạ trong chỉ định này thấp hơn xạ trị triệt để, giúp hạn chế tối đa tác dụng phụ do xạ trị.

##### **3. Hóa trị:**

- Hóa trị triệt để: chỉ định trong trường hợp giai đoạn bệnh còn khu trú tại chỗ tại vùng, phối hợp xạ trị (hóa-xạ trị đồng thời, hóa-xạ trị luân phiên), phối hợp phẫu thuật (hóa trị tân-bổ trợ, hóa trị bổ trợ). Liều hóa chất trong chỉ định này sẽ cao, tác dụng phụ nhiều.

- Hóa trị triệu chứng: chỉ định trong trường hợp ung thư giai đoạn tiến xa, di căn, bệnh lan tràn. Hóa trị nhằm giảm nhẹ triệu chứng bệnh, kéo dài thêm thời gian sống còn so với nhóm bệnh nhân không hóa trị ở cùng giai đoạn bệnh. Liều hóa chất có thể xem xét giảm liều nhằm dung hòa giữa tác dụng phụ và hiệu quả kiểm soát triệu chứng bệnh của thuốc, nhất là nhóm bệnh nhân ở giai đoạn này thường có chỉ số hoạt động cơ thể thấp và suy kiệt.

#### **4. Liệu pháp nội tiết:**

Được áp dụng với những ung thư trong cơ chế bệnh sinh có liên quan đến nội tiết. Có thể chỉ định cho trường hợp duy trì sau phẫu thuật, giai đoạn bệnh muộn tổng trạng kém... Đã có những nghiên cứu so sánh, đa trung tâm, cho thấy liệu pháp nội tiết cho hiệu quả không thua kém so với hóa trị.

#### **5. Liệu pháp kháng sinh mạch:**

Dựa trên cơ chế bệnh sinh, hệ thống mạch máu nuôi bứu gia tăng liên tục thông qua thụ thể chính có tên VEGF. Một kháng thể đơn dòng có tên Bevacizumab, sẽ gắn vào thụ thể VEGF, ức chế cạnh tranh. Kết quả của việc này ức chế tăng sinh mạch máu nuôi bứu, gây hiệu ứng “bỏ đói khối u”, kết quả là bứu giảm kích thước và ngừng tăng trưởng. Hiện nay liệu pháp kháng sinh mạch đã được chỉ định điều trị cho nhiều loại ung thư ở giai đoạn tiến xa di căn hoặc tái phát.

#### **6. Liệu pháp nhắm trúng đích:**

Dựa trên cơ chế bệnh sinh, sự dẫn truyền tín hiệu tế bào xuất phát từ những thụ thể nằm ở màng tế bào đi vào nhân, sau khi nhận tín hiệu nhân tế bào sẽ phân chia và nhân đôi tế bào. Các hoạt chất điều trị sẽ gắn vào thụ thể màng tế bào tại các vị trí trong và ngoài màng, ức chế các tín hiệu đi vào nhân tế bào, ức chế sự phân bào, dẫn đến khối bứu ngừng sinh sản. Hiện nay liệu pháp nhắm trúng đích đã được chỉ định điều trị cho nhiều loại ung thư ở giai đoạn tiến xa di căn hay tái phát. Một số ung thư cần thực hiện xét nghiệm giải trình tự gen, nhằm tìm đột biến gen chủ đạo hoặc xét nghiệm Hóa mô miễn dịch (IHC), nhuộm lai tạo Huỳnh quang (Fish) để xác định sự hiện diện của thụ thể trước chỉ định điều trị.

#### **7. Liệu pháp miễn dịch:**

Dựa trên cơ chế bệnh sinh, hệ miễn dịch của bệnh nhân không còn nhận diện ra tế bào ung thư là do tế bào lympho T bị bất hoạt. Việc này xảy ra khi có sự gắn kết các thụ thể trên bề mặt tế bào bứu và tế bào lympho T (PDL1, PD1, CTL4..), hậu quả là hệ miễn dịch đã không được kích hoạt để tiêu diệt tế bào bứu, dẫn đến bứu tiếp tục phát triển, xâm lấn và di căn xa. Thông qua phát hiện được giải Nobel này, các nhà khoa học đã phát triển một số kháng thể đơn dòng, có tác dụng ngăn chặn sự gắn kết của các thụ thể trên, giúp Lympho T không bị bất hoạt, hệ miễn dịch được tái kích hoạt và tiêu diệt các tế bào bứu thông qua Đại thực bào, tế bào sát thủ... Hiện nay liệu pháp miễn dịch đã được chỉ định điều trị nhiều loại ung thư ở giai đoạn tiến xa di căn hay tái phát. Một số ung thư cần xét nghiệm Hóa mô miễn dịch (IHC) để

xác định tỉ lệ thụ thể hiện diện, để tiên đoán hiệu quả đáp ứng thuốc trước khi chỉ định điều trị.

## **V. KẾ HOẠCH QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ:**

Các bác sĩ cần tuân theo các hướng dẫn nhất định khi lập kế hoạch quản lý điều trị và kết hợp các phương pháp điều trị. Những hướng dẫn này dựa trên các nghiên cứu dành riêng cho từng loại và giai đoạn ung thư. Sau khi quyết định điều trị, kế hoạch quản lý điều trị có thể được tùy chỉnh cho phù hợp với từng bệnh nhân. Đây là một quá trình từng bước bao gồm một số thông tin sau:

- Chẩn đoán và giai đoạn ung thư.
- Các kết quả xét nghiệm đặc biệt, xét nghiệm sinh học phân tử, xét nghiệm dấu ấn sinh học bướu, xét nghiệm thường qui.
- Kế hoạch liệu pháp điều trị: liều lượng, lịch trình và thời gian điều trị dự kiến.
- Các tác dụng phụ phổ biến và hiếm gặp có thể xảy ra, cùng với cách quản lý chúng.
- Các phương pháp điều trị hoặc liệu pháp hỗ trợ có thể cần thiết, như vật lý trị liệu, oxy hoặc thiết bị y tế.
- Bác sĩ phụ trách, là người sẽ giải quyết các vấn đề hoặc trả lời các câu hỏi bệnh nhân.

# BÀI 6: XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

## \* Mục tiêu giảng dạy:

- Nêu được khái niệm về các bệnh lý chấn thương phần mềm cơ quan vận động.
- Phân loại vết thương.
- Nhận biết được các triệu chứng của các bệnh lý chấn thương phần mềm cơ quan vận động.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của các bệnh lý chấn thương phần mềm cơ quan vận động.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các bước cấp cứu và nguyên tắc điều trị các bệnh lý chấn thương phần mềm các cơ quan vận động.
- Chẩn đoán và xử trí 1 ca thương tích, xử trí vết thương phần mềm cơ quan vận động.

## I. ĐỊNH NGHĨA:

- Vết thương là sự mất liên tục của mô cơ thể gây ra bởi lực tác động bên ngoài do chấn thương hay do phẫu thuật.
- Vết thương phần mềm bao gồm những tổn thương ở lớp da, lớp dưới da, lớp cân và lớp cơ.
- Vết thương do phẫu thuật thường trong điều kiện vô trùng, theo từng lớp giải phẫu rõ ràng và thường được khâu kín. Vết thương do chấn thương, ngược lại, có thể hở hoặc kín.

## II. PHÂN LOẠI:

### 1. Phân loại theo nguyên nhân chấn thương:

- **Vết thương đâm:** Gây ra bởi dụng cụ sắc nhọn. Nguy cơ nhiễm trùng kị khí cao vì sâu, có thể tổn thương mạch máu, thần kinh lớn nằm dưới sâu.
- **Vết thương rạch:** Cũng gây bởi vật nhọn. Vết thương thường nông và thẳng, bờ sắc gọn và không có mô dập nát.
- **Vết thương cắt:** Tương tự vết thương rạch nhưng do dụng cụ cùn gây ra nên tổn thương dập nát nhiều và bờ nhám nhờ.
- **Vết thương dập nát:** Chấn thương do áp lực vật nặng gây tổn thương mô, có thể kín hoặc hở. Bờ vết thương không còn rõ và dập nát. Vết thương thường sưng phù và gây đau nhiều.
- **Vết thương xé:** Gây ra bởi lực xé hoặc kéo mạnh có thể đưa đến cắt đứt một phần mô tổn thương.



- **Vết thương đạn bắn:** Vết thương gồm lỗ vào, khoang tổn thương, có hoặc không có lỗ ra. Vết thương thường kèm theo dị vật, độ nặng khoang tổn thương rất thay đổi.

- **Vết thương cắn:** Vết thương dập nát và lồm chồm do răng hoặc móng của súc vật hoặc do người. Nguy cơ nhiễm trùng cao.

- **Vết thương hóa chất:**

+ Axit: Nồng độ thấp gây kích ứng da, tiết nhầy. Nồng độ cao gây hoại tử khô.

+ Bazo: Thường đưa đến hoại tử ướt. Mô liên kết trở nên lỏng lẻo làm hoại tử lan theo chiều sâu.

- **Vết thương do tia xạ:** Bức xạ ion hóa có thể gây hồng ban hoặc viêm da, để muộn có thể đưa đến xơ hóa hoặc loét.

**2. Phân loại theo độ nhiễm bẩn:**

- **Vết thương sạch:** Là vết thương phẫu thuật trong điều kiện vô trùng.

- **Vết thương sạch - nhiễm:** Là vết thương sạch, nhưng có hơi nhiễm với vi sinh vật bởi mô xung quanh hay bởi phẫu thuật viên như phẫu thuật đường tiêu hóa, đường hô hấp...

- **Vết thương nhiễm:** Mức độ phơi nhiễm cao. Thường từ vết thương có mủ, hay rò từ đường tiêu hóa, vết thương chấn thương không dị vật.

- **Vết thương bẩn:** Vết thương còn dị vật, vết thương điều trị muộn, vết thương chấn thương kéo dài.

**3. Phân loại theo thời gian chấn thương:**

- **Vết thương cấp:**

+ Đến sớm: Được can thiệp điều trị trong 8 giờ đầu.

+ Đến muộn: Điều trị muộn sau 8 giờ kèm tổn thương mất liên tục da.

- **Vết thương mạn:**

+ Không lành sau 4 tuần dù được điều trị.

+ Sau 8 tuần chưa lành và không được điều trị.

+ Thường liên quan đến quá trình lành thương bị gián đoạn.

**4. Phân loại theo độ sâu vết thương:**

- Độ 1: Tổn thương lớp biểu bì, trầy xước ngoài da

- Độ 2: Tổn thương lớp bì

- Độ 3: Tổn thương mô dưới da đến cân cơ

- Độ 4: Tổn thương lớp cơ

**III. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ LÀNH VẾT THƯƠNG:**

**Sự lành vết thương trải qua 3 giai đoạn:** Viêm, tăng sinh và tái cấu trúc. Quá trình này dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố tác động, có thể làm chậm sự lành vết thương.

**- Yếu tố tại chỗ:**

- + Vị trí vết thương.
- + Tổn thương đi kèm.
- + Cơ chế chấn thương (rạch, dập nát,...).
- + Độ nhiễm bẩn.
- + Mất mô nhiều.
- + Tổn thương mạch máu.
- + Tì đè nhiều.
- + Phơi nhiễm xạ

**- Yếu tố toàn thân:**

- + Suy dinh dưỡng, thiếu vitamin hay khoáng chất.
- + Bệnh đi kèm (ung thư, tiểu đường, tim mạch, suy thận,...).
- + Thuốc (corticoid, chống ung thư, ức chế miễn dịch, chống đông hay chống kết tập tiểu cầu...).
- + Suy giảm miễn dịch (hóa trị, AIDS).
- + Hút thuốc lá.
- + Lớn tuổi.

#### **IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM:**

**1. Cơ năng:**

Hoàn cảnh, thời gian, nguyên nhân, cơ chế tổn thương...

Biểu hiện lâm sàng trước khi vào viện: Chảy máu đỏ tươi phun thành tia.

Đã được sơ cứu vết thương như thế nào kết quả ra sao, đã điều trị gì chưa ?

**2. Toàn thân**

- Có hội chứng Shock: Gặp trong vết thương phần mềm có tổn thương phối hợp với tổn thương mạch máu, nhiều vết thương phần mềm, vết thương phần mềm ở vùng mặt, vùng đầu.

- + Hoảng hốt, vật vã, kích thích hoặc thờ ơ với ngoại cảnh.
- + Da, niêm mạc nhợt nhạt, vã mồ hôi, đầu chi lạnh.
- + Mạch nhanh, huyết áp hạ.
- + Xét nghiệm hồng cầu: Số lượng hồng cầu giảm.

- Có thể nhiễm trùng – nhiễm độc thường gặp ở những vết thương phân mềm đến muộn, rộng, có nhiều ngõ ngách, bản không được sơ cứu và điều trị kịp thời gây nên nhiễm trùng vết thương.

- + Mệt mỏi, thờ ơ với ngoại cảnh.
- + Vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.
- + Sốt cao.
- + Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- + Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu tăng.

### **3. Tại chỗ**

- Vị trí vết thương.
- Kích thước vết thương.
- Số lượng vết thương.
- Tình trạng vết thương:

+ Miệng vết thương có thể chảy máu hoặc có máu cục bít lại. Miệng vết thương có thể nhăn gọn, có thể nham nhở, giập nát toác rộng để lộ cân cơ ở dưới hoặc thiếu khuyết da, cơ.

+ Có thể là vết thương xuyên: Có lỗ vào và lỗ ra hoặc là vết thương chột chỉ có lỗ vào.

+ Vết thương có thể sạch, bẩn hoặc nhiều dị vật.

+ Vết thương có thể nhiễm trùng: Biểu hiện tại vết thương có dịch hôi, có mủ. Trong trường hợp bị nhiễm khuẩn yếm khí thì dịch vết thương có màu đen đục và rất thối.

+ Ngoài ra có thể tổn thương mạch máu, thần kinh, gân cơ.

### **4. Tiến triển và biến chứng:**

- Shock kéo dài: Do đau, do mất máu, dập nát nhiều hoặc có tổn thương phối hợp.

- Nhiễm khuẩn

+ Vết thương bị nhiễm khuẩn: Vùng vết thương viêm tấy, da căng bóng, phù nề, da và cơ có hoại tử có màu thâm tím, vết thương có dịch mủ mùi hôi hoặc tràn khí dưới da nếu bị hoại thư sinh hơi.

+ Uốn ván: Do trực khuẩn uốn ván gây nên, người bệnh bị cứng hàm, sốt, mạch nhanh, thở nhanh nông, xuất hiện co giật khi bị kích thích.

***Sau khi thăm khám phải trả lời được các câu hỏi:***

- Bệnh nhân bị thương từ bao giờ, trong hoàn cảnh nào, đã được xử trí gì chưa, kết quả ra sao?

- Có hội chứng Shock hay không: về mặt có nhợt nhạt da có xanh tái không? chân tay có lạnh không? mạch có nhanh, huyết áp có hạ không? số lượng nước tiểu nhiều hay ít?

- Có tỉnh không?,

- Người bệnh có hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc hay không: Xem mặt người bệnh có hốc hác, môi có khô, lưỡi có bẩn không? có sốt cao, mạch có nhanh không?

- Vết thương ở vị trí nào trên cơ thể?

- Có một vết hay nhiều vết thương?

- Đây là vết thương đâm chọt hay vết thương xuyên?

- Vết thương to hay nhỏ?

- Vết thương chảy máu nhiều hay ít?

- Vết thương phần mềm đơn thuần hay có tổn thương phối hợp?

- Vết thương gọn hay giập nát nhiều?

- Vết thương có nhiều dị vật, có bẩn không?

- Vết thương có biểu hiện nhiễm trùng không?

- Người bệnh có đau nhiều ở vết thương hay không?

## **V. XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM:**

### **1. Đánh giá ban đầu - Sơ cứu:**

- Phòng chống Shock cho người bệnh; Truyền dịch theo dõi dấu hiệu sinh tồn thường xuyên, theo dõi số lượng nước tiểu

- Băng cầm máu vết thương nếu có chảy máu. Cầm máu vết thương cần phải làm nhẹ nhàng, tránh gây thêm đau cho người bệnh

- Đánh giá nhanh tình trạng toàn thân.

- Thông kê đầy đủ tổn thương, lưu ý những tổn thương đi kèm như :

+ Nứt sọ gây vết thương sọ não, tụ máu trong hoặc ngoài sọ.

+ Thấu ngực, kèm tổn thương màng phổi, nhu mô phổi, tim.

+ Thấu bụng kèm những tổn thương cơ quan trong ổ bụng.

+ Gãy xương, đứt gân, tổn thương mạch máu, thần kinh.

- Đưa ra kế hoạch săn sóc, điều trị toàn diện đầy đủ.

### **2. Xử trí vết thương:**

#### **a. Chuẩn bị người bệnh :**

- Đảm bảo việc thăm khám toàn thân.

- Nên chụp X-quang để loại trừ khả năng còn dị vật bằng kim loại hay gãy xương kèm theo.

- Giải thích tường tận cho bệnh nhân hay thân nhân của bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân trong tư thế thoải mái, dễ dàng cho việc chăm sóc vết thương.

### **b. Rửa vết thương:**

- Sát khuẩn da lành ở xung quanh và xa mép vết thương bằng dung dịch sát khuẩn như cồn 70° hay Povidin.

- Gây tê quanh vết thương.

- Tưới rửa lên vết thương bằng nước muối đẳng trương. Lấy sạch đất cát hay dị vật. - Rửa vết thương với nhiều nước cho đến khi thật sạch.

- Kỹ thuật rửa vết thương : theo đường thẳng từ đỉnh đến đáy và thao tác từ trong ra ngoài, từ vết cắt theo đường thẳng chạy song song với vết thương. Luôn rửa từ vùng sạch đến vùng ít sạch và sử dụng tấm bông hoặc miếng gạc cho mỗi lần lau theo chiều đi xuống. Đối với một vết thương đã mở, làm ẩm miếng gạc bằng một tác nhân làm sạch và vắt khô dung dịch thừa, rửa vết thương bằng 1,2 vòng tròn hay cả vòng tròn đi từ trung tâm ra phía ngoài. Nên rửa vết thương tối thiểu 2,5cm vượt qua phần cuối của gạc mới, hoặc vượt qua rìa của vết thương là 5cm. Chọn miếng gạc đủ độ mềm để đưa vào chạm bề mặt vết thương.

### **c. Thám sát vết thương:**

- Trải khăn lố vô khuẩn để bảo vệ vết thương.

- Ban rộng vết thương và các góc ngách để đánh giá đầy đủ mức độ tổn thương, tìm các tổn thương phối hợp và tìm lấy bỏ dị vật.

### **d. Cắt lọc vết thương:**

- *Quy tắc cắt lọc vết thương :*

+ Phải tiến hành cắt lọc từ nông vào sâu, từ xung quanh vào giữa Xén bằng phẳng mép da nham nhở, nhưng phải tiết kiệm da.

+ Cắt ngang cân cơ nếu như sau khi rạch dọc cân vẫn khép kín vết thương làm cản trở sự thoát dịch của vết thương.

+ Cắt bỏ hết cơ dập nát cho tới vùng cơ lành (vùng cơ rớm máu, co lại khi ta động dao vào).

+ Lấy hết tổ chức mô liên kết có ứ máu tụ nhiễm màu xanh tím.

+ Dùng dung dịch NaCl 0.9% xối rửa nhiều lần vết thương.

+ Ở những lớp sâu hơn của da, có thể dùng kéo để cắt lọc mô hoại tử ở hai bên thành hay đáy vết thương.

- Để hở vết thương hoàn toàn đối với vết thương có nhiễm trùng hoặc có nghi ngờ nhiễm trùng

### **e. Cầm máu:**

- Cầm máu sớm nơi vết thương khi máu chảy nhiều, chảy thành dòng hay thành tia. Chảy máu từ mạch máu lớn phải khâu cột hay cột cầm máu.

- Việc cắt lọc mô hoại tử của vết thương cho đến tổ chức còn sống sẽ làm thành của vết thương bị rướm máu. Tình trạng này thường tự cầm nhanh, có thể dung gạc tẩm nước muối sinh lý hoặc oxy già.

#### **f. Khâu vết thương**

- Thường chỉ cần khâu 1 lớp. Vết thương tới cân cơ có thể khâu thêm lớp cân bằng chỉ tan.

- Chọn lựa loại chỉ:

+ Chỉ tan dùng để khâu lớp cân cơ, lớp mỡ, khâu dưới da.

+ Chỉ không tan thường dùng để khâu da.

+ Chọn cỡ chỉ nhỏ (4-0,5-0) cho vùng da mỏng, cần thẩm mỹ (mặt, lòng bàn tay, vú). Các vùng da còn lại sử dụng cỡ 3-0, 2-0.

- Khi đâm kim chú ý:

+ Khoảng cách đến mép da đủ rộng và đối xứng 2 bên, khoảng cách giữa 2 mũi khâu vừa đủ.

+ Láy đủ sâu (không chừa khoảng chết), láy đủ rộng (mô bên dưới hơi nhiều hơn bề mặt), láy đều 2 bên.

- Khi cột chỉ chú ý:

+ Không cột quá chặt hay quá lỏng.

+ Nơ chỉ để về một bên, không để nằm giữa đường khâu.

+ Không được lộn mép da vào trong hay mép da này chồng lên mép da kia.

\* **Lưu ý:** Tùy thời gian đến viện, vị trí vết thương và mức độ nhiễm của vết thương mà có thể:

- Khâu thưa kèm dẫn lưu.

- Khâu thì đầu muộn (sau 3-8 ngày).

- Khâu thì 2 sớm (sau 14 ngày).

- Khâu thì 2 muộn (sau 4 tuần).

- Để lành tự nhiên rồi phẫu thuật tạo hình sau đó.

#### **g. Băng vết thương:**

- Sau khi xử trí, vết thương phải được bảo vệ bằng cách băng kín.

- Băng vết thương nhằm mục đích: Giữ ẩm, loại bỏ dịch tiết, bảo vệ vết thương khỏi nhiệt và tác động cơ học, tạo hàng rào ngăn vi trùng, cho phép trao đổi khí.

### **VI. BIẾN CHỨNG SAU XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM:**

## **1. Tụ dịch:**

- Khoảng chết (khoảng vết thương) chứa đầy thanh dịch, bạch huyết hoặc máu.

- Triệu chứng gồm sưng, phập phều, thường ít khi đau, đỏ, nóng. Cần phân biệt với tụ máu và áp xe (đau, đỏ, nóng rõ rệt, có thể có sốt).

- Điều trị thủ thuật hiện còn tranh cãi và tùy thuộc vào lượng dịch và tốc độ tái lập. Điều trị chủ yếu bằng chọc hút dịch và băng ép. Nếu thất bại, có thể đặt dẫn lưu kín trong điều kiện vô trùng ở phòng mổ.

- Biện pháp phòng ngừa:

+ Không để lại khoảng chết khi đóng vết thương.

+ Dẫn lưu dự phòng khi vết thương mất mô nhiều, bệnh nhân béo phì, nguy cơ nhiễm trùng.

## **2. Tụ máu:**

- Do không cầm máu tốt hoặc có rối loạn đông máu

- Máu tụ có nguy cơ nhiễm trùng cao

- Triệu chứng gồm: Sưng, đỏ, nóng, đau, màu sắc da thay đổi theo thời gian

- Nếu khối máu tụ lớn, lan nhanh, đau nhiều hoặc gây mất cảm giác cần can thiệp điều trị. Nếu phát hiện sớm có thể chọc hút và băng ép. Trong trường hợp đến muộn hoặc thất bại, cần mở vết mổ thám sát, lấy máu tụ, cầm máu trong điều kiện vô trùng.

- Biện pháp phòng ngừa:

+ Cầm máu tốt từ lần xử trí đầu tiên.

+ Kiểm soát rối loạn đông cầm máu nếu có.

+ Tránh để lại khoảng chết, chú ý dẫn lưu khi vết mổ mất mô nhiều.

## **3. Bung vết thương:**

- Có thể bung một phần hay hoàn toàn.

- Nguyên nhân do kỹ thuật mổ (cột chỉ lỏng, tuột chỉ trong khâu liên tục), cắt chỉ quá sớm, vết mổ quá căng do tăng áp lực bên dưới hoặc ở vùng vận động nhiều, vết mổ nhiễm trùng.

- Nếu không có nhiễm trùng, có thể khâu lại trong điều kiện vô trùng.

**4. Nhiễm trùng vết thương:** Theo CDC định nghĩa nhiễm trùng vết thương dựa theo 3 tiêu chuẩn chiến lược là :

(1) Nhiễm trùng trên bề mặt vết thương.

(2) Nhiễm trùng sâu bên trong của vết thương.

(3) Nhiễm trùng các cơ quan hay các khoang của vị trí mổ.

- Có thể thay đổi từ nhẹ đến nặng, có liên quan trực tiếp đến mức độ nhiễm bẩn của vết thương.

- Triệu chứng: Sung, nóng, đỏ, đau, chảy mủ hoặc dịch bẩn từ vết thương.

- Điều trị bằng cách tách rộng vết thương tại vị trí nhiễm trùng; phá bỏ các khoảng chết; rửa bằng nước muối sinh lý, nước oxy già hoặc betadine; cầm máu; cắt lọc mô hoại tử; thay băng mỗi ngày hoặc nhiều lần trong ngày, tùy mức độ nhiễm trùng; hạn chế vận động.

- Dùng kháng sinh phối hợp, phổ rộng chủ yếu diệt vi trùng Gram dương, lưu ý tụ cầu kháng Methicillin và vi trùng kỵ khí.

**5. Rò, vết thương không lành** : thường xảy ra ở người bệnh suy kiệt, choáng, người bệnh ung thư, AIDS, nhiễm trùng, lao...

**6. Vết thương hở** : trong tình trạng nhiễm trùng nặng có nhiều mủ, bẩn, cần được chăm sóc như rạch áp-xe,...

### **7. Sẹo xấu**

- Sẹo lồi: to, dày, chắc, căng, màu tím, đỏ ngứa, không tự khỏi.

+ Sẹo phì đại: do sự phát triển không ổn định, không bình thường của chất tạo keo và mô xơ. Sẹo trở nên dày, chắc, ít di động, cảm giác căng da. Có thể tự khỏi sau 2–3 tháng.

+ Sẹo co rút: do sự phân bố không đều của sợi tạo keo.

+ Sẹo ung thư hoá: căng nứt, loét kéo dài.



# **BÀI 7: ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN BẰNG NẮN XƯƠNG BÓ BỘT**

## **\* MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:**

- Nêu được khái niệm về Nắn – Bó bột.
- Nêu được các chỉ định và quy trình của Nắn – Bó bột.
- Trình bày được các dấu hiệu nặng, biến chứng khi Nắn – Bó bột.
- Thực hành 1 ca về Nắn – Bó bột.

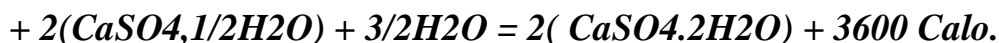
## **I. ĐẠI CƯƠNG :**

- Bó bột là phương pháp điều trị gãy xương kinh điển được áp dụng từ lâu trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

- Trong các phương pháp điều trị gãy xương hiện nay ở nước ta thì hình thức bó bột còn rất phổ biến. Vì rẻ tiền và có thể thực hiện ở nhiều tuyến cơ sở. Mục đích điều trị bó bột là bất động chi sau chấn thương như gãy xương, trật khớp, bong gân, các bệnh lý như viêm xương, lao xương, trong các bệnh chỉnh hình như bàn chân khoèo.

- Bột bó nguyên liệu chính là thạch cao có công thức hóa học là  $(CaSO_4, 1/2 H_2O)$ . Paris là nơi đầu tiên tìm ra bột bó vì vậy nó có tên gọi khác là Plaster of Paris.

- Khi cho bột ngâm với nước phản ứng xảy ra như sau:



+ Bột sẽ đông cứng lại khi ngâm vừa đủ nước . Ngâm nhiều nước quá trong một lần ngâm sẽ làm bột lâu cứng hơn.

+ Để điều trị gãy xương có rất nhiều phương pháp, trong đó điều trị bảo tồn là phương pháp cổ xưa nhất và chiếm đa số bao gồm nắn xương bó bột, kéo liên tục (kéo tạ hay kéo da), nẹp các loại (nẹp bột, nẹp nhựa, nẹp tre...), điều trị cơ năng. Nắn xương bó bột là một trong những phương pháp điều trị bảo tồn, áp dụng cho những bệnh nhân gãy xương không phức tạp. Phương pháp này đơn giản, rẻ tiền, ứng dụng được ở mọi tuyến cơ sở y tế.

## **II. MỤC ĐÍCH, NGUYÊN TẮC CỦA NẮN XƯƠNG BÓ BỘT:**

### **1. Mục đích:**

- Mục đích của nắn xương là trả lại vị trí giải phẫu bình thường của xương bị gãy bằng cách nắn hết các di lệch.

+ Hai đầu xương gãy dính sát vào nhau (nắn hết các di lệch bên).

+ Trục xương trở lại bình thường (nắn hết các di lệch gập góc).

+ Chiều dài xương trở lại bình thường (nắn hết di lệch chồng ngắn và xa).

+ Không còn độ xoay của xương (nắn hết di lệch xoay).

**2. Nguyên tắc:** cần đảm bảo 3 nguyên tắc sau:

**(1) Nắn:**

+ Nắn đoạn gãy xa theo đoạn gãy gần.

+ Nắn hết các di lệch.

**(2) Bất động:**

+ Nắn xong giữ đúng tư thế để bó bột

+ Bất động vững chắc qua hai khớp và có tư thế.

**(3) Tập vận động:**

+ Tập vận động chủ động sớm trong bột.

+ Tập vận động chủ động sớm trong bột.

**Những điều cần lưu ý khi bó bột:**

- Bó vừa khít với chi không được rộng quá. Không được chặt quá, không gây chèn ép.

- Bó bột đúng tư thế.

- Không bất động thừa hoặc thiếu.

- Cứng chắc không gãy nhất là khi bệnh nhân vận động

- Gọn nhẹ và đẹp.

**3. Các hình thức bột:**

- **Máng bột hay nẹp bột sâu:** Là loại bột ôm 2/3 chu vi chi thể sau khi nẹp thì được băng giữ.

+ **Ưu điểm:** là không cản trở lưu thông tuần hoàn khi chi sưng nề.

+ **Nhược điểm:** là cố định không thật vững chắc.

- **Bột vòng tròn kín:** Là loại bột ôm chi thể loại bột này cố định vững chắc nhưng có thể gây chèn ép tạo thành garo cản trở tuần hoàn khi có sưng nề. Ngược lại khi sưng nề hết sẽ làm lỏng bột mất tác dụng của cố định. Khi làm bột vòng tròn kín nên giữ bệnh nhân ở lại viện theo dõi chèn ép bột.

- **Bột rạch dọc:** ngăn ngừa được vấn đề chèn ép bột. Chỉ định trong trường hợp gãy xương mới không có điều kiện theo dõi bệnh nhân tại bệnh viện.

+ **Ưu điểm:** là tránh được chèn ép bột.

+ **Nhược điểm:** là cố định không thật vững chắc.

- **Bột cửa sổ:** chỉ định trong các trường hợp gãy xương có kèm theo vết thương phần mềm hoặc gãy xương hở. Sau khi bó bột vòng tròn kín mở cửa sổ để tiện chăm sóc vết thương.

### **III. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẴN BÓ BỘT:**

- Gãy xương không hoặc di lệch ít hoặc đã được nắn chỉnh tốt.
- Hầu hết các gãy xương ở trẻ em trừ gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay.

\* **Ưu điểm:** Kỹ thuật đơn giản, thuận tiện, đỡ tốn kém và dễ thực hiện tại cơ sở.

\* **Nhược điểm:**

+ Chỉ áp dụng đối với những trường hợp gãy không di lệch hoặc di lệch ít, di lệch mà đã nắn chỉnh được.

+ Có thể có biến chứng chèn ép bột. Vì thế trong những ngày đầu phải theo dõi sát biến chứng này để xử trí kịp thời.

+ Xương gãy dễ bị di lệch thứ phát trong bột. Vì vậy xương gãy cần phải được kiểm tra bằng chụp XQ theo kế hoạch. Nếu bột lỏng thì cần phải thay bột khác.

+ Thường bị teo cơ, cứng khớp do chi bị bất động trong bột lâu dài.

+ Thời gian điều trị kéo dài, liền xương chậm, loãng xương, tăng calci máu.. Bệnh nhân thường có triệu chứng đau khi vận động sau khi tháo bỏ bột, cơ năng chi bị giảm.

+ Dễ có biến chứng nhiễm khuẩn, tắc mạch do nằm lâu đối với những loại bó bột lớn đặc biệt là ở người già.

+ Có thể gặp biến chứng do tiếp xúc với bột như bỏng da, ngứa, viêm da...

+ Đối với gãy xương hở do phải mở cửa sổ bột nên bột yếu và có nguy cơ nhiễm khuẩn vết thương.

### **IV. THỰC HIỆN ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN:**

#### **1. Chuẩn bị bệnh nhân:**

Giải thích cho bệnh nhân biết tất cả các chi tiết liên quan đến bệnh nhân và những việc thầy thuốc thực hiện trên bệnh nhân (làm công tác tư tưởng và trấn an bệnh nhân tạo sự hợp tác của bệnh nhân).

#### **2. Dụng cụ:**

- Thuốc tê: Novocain 1 %, Lidocain 1 %, găng tay sạch.

- Bàn nắn xương liên hợp, bàn nắn xương chỉnh hình, bàn bó bột Hippica, bàn nắn xương kiểu Bohler.

- Các dụng cụ:

+ Máy cắt bột: Máy cưa rung Stryker, máy cưa bột có hút bụi.

+ Cưa cắt bột bàn tay Engel.

+ Kéo cắt Mayo.

- + Kềm cắt bột Stille
- + Dao cắt bột
- + Bút chì sáp.
- + Bông gòn không thấm nước.
- + Vớ thun lót.
- + Rọ mây.
- + Băng treo tay + tạ kéo.
- + Các loại bột + thau (sô nước).

### 3. Các bước tiến hành :

- **Gây tê:** Gây tê ổ gãy (gãy kín), gây tê vùng gãy (gãy hở).
- + Liều lượng thuốc tê 3-4 mg / kg.
- **Tạ kéo:** Trọng lượng tạ kéo tùy thuộc vào vị trí gãy và bệnh nhân.
- + Gãy vùng cẳng tay: trọng lượng tạ = 1/6 → 1/5 P.
- + Vùng cẳng chân: trọng lượng tạ = 1/10 → 1/8 P.
- + Vùng cánh tay: trọng lượng tạ = 0,5 → 2kg, tùy thuộc vào cơ lực của bệnh nhân.

### - **Nắn xương :**

- + Nghiên cứu phim XQ: xác định vị trí gãy, đường gãy và các di lệch.
- + Tiến hành nắn xương: nắn hết các di lệch. Quá trình nắn phải quan sát bệnh nhân, có sự cố can thiệp kịp thời, nắn tránh đau đớn và tránh làm tổn thương thêm cho bệnh nhân.

### - **Bó bột:**

- + Sau nắn giữ đúng tư thế để bó bột.
- + Sau bó bột cần kiểm tra:  
 Có tổn thương mạch máu, thần kinh hay không ?  
 Bắt mạch phần dưới chi bó bột có mạch không? Đầu chi có hồng hay tím tái?  
 Cử động các ngón tay, ngón chân có được không?

## V. BIẾN CHỨNG CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ:

### 1. Một số biến chứng thường gặp:

- + Chèn ép bột: Biến chứng này thường xảy ra do tình trạng sưng nề.  
 Phòng ngừa: Nâng chi cao hơn tim, nới bột khi có chèn ép.
- + Viêm loét da: Người bệnh có các biểu hiện như sốt, đau ở vị trí tỳ đè, dịch thấm qua bột. Xử trí: Cần liên hệ ngay với bác sĩ khi bị viêm loét da.

+ **Lông bột:** Bột bị di lệch khi cử động. Xử trí: Trường hợp này cần được thay bột để ngăn ngừa tình trạng di lệch thứ phát.

- Tùy theo thời gian mà các loại tai biến của bó bột có thể được chia thành 3 loại chính:

+ *Tai biến tức thì:*

. Đau dữ dội, choáng váng do shock... trong quá trình nắn và bó bột.

. Choáng hoặc sốc phản vệ do các loại thuốc mê, thuốc tê.

. Có dấu hiệu co thắt khí phế quản, hiện tượng trào ngược,.. khi bệnh nhân được gây mê, có thể gây ngừng thở - ngừng tim,... dẫn đến tử vong.

+ *Tai biến sớm:*

. Các tổn thương về mạch máu, thần kinh,..: đối với chi trên, một số tổn thương thường gặp là ở động mạch cánh tay, dây thần kinh giữa, thần kinh quay, thần kinh trụ,... Đối với chi dưới thường xảy ra động mạch khoeo, động mạch chày sau, thần kinh mác chung,... (khá hiếm).

. Hở thứ phát do xương chọc ra bên ngoài.

. Gãy thêm vùng xương khác, đặc biệt đối với các bệnh nhân là người cao tuổi hoặc người có các vấn đề về xương khớp.

. Rối loạn dinh dưỡng, phù nề, chèn ép khoang cấp gây hoại tử chi...

. Liệt tủy và gãy cột sống.

+ *Tai biến muộn:*

. Rối loạn dinh dưỡng bán cấp hoặc rối loạn dinh dưỡng từ từ: gây sưng nề kéo dài và cứng khớp, có thể làm suy giảm cơ năng của chi, tuy nhiên không đến mức hoại tử chi.

. Thiếu máu bán cấp và thiếu máu mãn tính, gây ra xơ hóa các cơ.

. Can lệch: thường có nguyên nhân từ kỹ thuật nắn của bác sĩ.

. Khớp giả: bệnh nhân bắt động không đúng cách, kỹ thuật nắn của bác sĩ kém, do tuổi tác hoặc do thực hiện sai chế độ ăn uống, chế độ luyện tập... xuyên suốt thời gian trong và sau khi bó bột gãy xương.

. Viêm xương: là biến chứng từ gãy xương hở, loét, tụ máu – nhiễm trùng

**1. Phòng ngừa tai biến do bó bột:** để giảm thiểu tối đa tai biến do bó bột chúng ta phải:

➤ ***Thăm khám kỹ người bệnh trước khi bó bột:***

Tình trạng toàn thân:

Tình trạng chung:

+ Tri giác: dựa vào thang điểm Glasgow: để tránh tình trạng Thầy thuốc mãi mê bó bột trong khi người bệnh rơi vào hôn mê và tử vong mà không biết, hoặc nắn gây đau đớn làm người bệnh nặng thêm về toàn thân.

+ Dấu hiệu sinh tồn: nếu có tình trạng mạch nhanh nhỏ, khó bắt hoặc huyết áp tụt hoặc khó đo, da niêm mạc nhợt,... thì không được nắn bó bột mà phải báo ngay BS trực xử trí.

Có tổn thương phối hợp không:

+ Tổn thương ở tạng khác: sọ não, ngực, bụng, tiết niệu, ...

+ Tổn thương ở chi khác: tránh tình trạng bỏ sót tổn thương các chi còn lại.

Tại chi gãy: cần thăm khám:

- Gãy hở hay kín.

- Màu sắc chi gãy: nếu hồng là tốt.

- Nhiệt độ chi gãy: nếu sờ thấy ấm là tốt.

- Bắt mạch chi gãy: xem mạch còn hay mất.

Nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc thần kinh thì không được bó bột mà chỉ làm tối thiểu: máng bột, nẹp bột, bất động nhanh và tối thiểu rồi chuyển bệnh nhân đến cơ sở cấp cứu ngoại khoa.

#### ➤ **Bó bột đúng nguyên tắc và đúng chỉ định:**

- Bó vừa khít với chi không được rộng quá. Không được chặt quá, không gây chèn ép.

- Bó bột đúng tư thế.

- Không bất động thừa hoặc thiếu.

- Cứng chắc không gãy bột nhất là khi bệnh nhân vận động.

- Gọn nhẹ và đẹp.

#### **Tổ chức kiểm tra bột, phát hiện sớm và xử trí kịp thời các tai biến**

##### **Tổ chức kiểm tra bột:**

- Thời gian kiểm tra: thường là 24 giờ, nặng là 12 giờ hoặc thậm chí từng giờ.

- Khám kiểm tra những gì?:

+ Bó bột đúng quy định chưa, có bị gãy bột hoặc lỏng bột.

+ Tình trạng chi gãy: xem các đầu ngón có hồng không? có đỡ đau hơn trước khi bó bột không? nếu đau tăng lên cần kiểm tra cẩn thận,

+ Nếu có phỏng nước sớm: dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng.

#### **2. Xử trí tai biến do bó bột:**

- Mức độ nhẹ: nới bột, gác cao chi bó bột.

- Mức độ vừa: như mức độ nhẹ, kèm thuốc chống sưng nề, phong bế gốc chi.

- Mức độ nặng (có dấu hiệu chèn ép khoang hoặc tổn thương mạch máu, thần kinh): chuyển mổ cấp cứu để xử lý theo tổn thương.

# **BÀI 8: CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CÁC LOẠI GÃY XƯƠNG ĐƠN GIẢN, BỆNH LÝ GÂN CƠ, THẦN KINH ĐƠN GIẢN**

## **(NGÓN TAY CÒ SÚNG, DE QUERVAIN, HC ÓNG CỔ TAY)**

### **Mục tiêu bài giảng :**

- Nắm được khái niệm về các loại gãy xương đơn giản, bệnh lý gân cơ, thần kinh đơn giản (ngón tay cò súng, De quervain, hc ống cổ tay, ...)

- Nhận biết được các triệu chứng của các loại gãy xương đơn giản, bệnh lý gân cơ đơn giản (ngón tay cò súng, De quervain, hc ống cổ tay, ...)

- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của các loại gãy xương đơn giản, bệnh lý gân cơ đơn giản (ngón tay cò súng, De quervain, hc ống cổ tay, ...).

- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.

- Trình bày được các nguyên tắc điều trị của các loại gãy xương đơn giản, bệnh lý gân cơ đơn giản (ngón tay cò súng, De quervain, hc ống cổ tay, ...).

- Chẩn đoán và xử trí được 01 ca gãy xương đơn giản, bệnh lý gân cơ đơn giản (ngón tay cò súng, De quervain, hc ống cổ tay, ...)

## **A. GÃY XƯƠNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG:**

**1. Định nghĩa:** Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học, làm gián đoạn sự truyền lực qua xương.

#### **2. Nguyên nhân:**

- Gãy xương do chấn thương: chiếm đa số các trường hợp gãy xương, do lực tác động từ bên ngoài lên xương lành.

- Gãy xương do lực căng kéo: gây ra mẻ xương hoặc gãy sút nơi bám tận của cơ hay nơi bám của dây chằng gây gãy xương gián tiếp.

- Gãy xương bệnh lý: xương bị phá hủy do bệnh lý( loãng xương, u xương, viêm xương ...), có thể gãy tự nhiên hoặc sau 1 lực chấn thương nhẹ.

- Gãy xương do mỏi: là trạng thái của xương lành bị gãy do những chấn thương nhẹ nhưng lặp đi lặp lại nhiều lần.

**3. Cơ chế:** gãy xương do lực chấn thương tác động có thể do 2 cơ chế:



- Chấn thương trực tiếp: nơi gãy là điểm đặt tác nhân gây chấn thương. Xương thường gãy ngang hay gãy nhiều mảnh.

- Lực chấn thương gián tiếp: nơi gãy ở xa điểm đặt tác nhân gây chấn thương. Các lực tác động vào xương có thể dưới tác dụng:

+ Lực giằng giật cơ kéo: thường gây bong đứt các máu, các mỏm xương nơi bám của các gân hoặc dây chằng.

+ Lực gập góc: làm tăng độ cong của xương, xương gãy ở điểm yếu với mảnh gãy chéo vát, có thể có mảnh rời hình cánh bướm.

+ Lực xoay: xảy ra khi bệnh nhân bị ngã chân tỳ giữ trên mặt đất trong khi người bị xoay. Xương thường bị gãy chéo vát hoặc xoắn vặn.

+ Lực đè ép: thường gãy lún ở các vùng xương xốp. Điển hình là ngã từ trên cao đập gót xuống đất gây sập đôi gót, lún mâm chày, gãy xẹp thân đốt sống.

#### **4. Các hình thức gãy xương :**

**Gãy không hoàn toàn:** thường gặp ở trẻ em, gồm có:

- Gãy cành tươi : gãy chỉ 1 bên vỏ xương làm cho xương biến dạng nhưng vỏ xương còn lại không gãy

- Gãy cong tạo hình: xương bị cong trên lâm sàng nhưng x quang không nhìn thấy đường gãy.

- Gãy bong sụn tiếp hợp: gãy nơi các đầu xương sụn chưa bị cốt hóa thành xương.

**Gãy hoàn toàn:** theo đường gãy:

- Gãy ngang: đường gãy nằm ngang tạo với trục của thân xương 1 góc  $90^0$ .

- Gãy chéo vát: đường gãy xương nằm chéch, tạo với trục thân xương 1 góc nhọn, loại gãy này thường gặp do cơ chế gián tiếp với lực xoay.

- Gãy xoắn : đường gãy xoắn vặn thường gặp do cơ chế gián tiếp với lực xoắn vặn.

- Gãy xương có mảnh rời.

- Gãy xương thành nhiều đoạn, nhiều tầng.

## **II. CÁC THỂ DI LỆCH ĐIỂN HÌNH CỦA GÃY XƯƠNG:**

Các đoạn xương gãy có thể nằm yên ở vị trí cũ, ta gọi là gãy xương không có di lệch. Song không ít các trường hợp gãy xương sẽ bị di chuyển, ta gọi là gãy xương có di lệch. Có thể phân biệt 5 thể di lệch sau đây:

**1. Di lệch sang bên:** Đoạn gãy di lệch thẳng góc với trục dọc của xương.

**2. Di lệch dọc trục chùng ngắn:** Các đoạn gãy di lệch dọc theo trục xương tiến sát lại nhau. Gọi tắt là di lệch chùng.

**3. Di lệch dọc trục xa nhau:** Các đoạn gãy di lệch dọc trục rời xa nhau. Gọi tắt là di lệch xa.

**4. Di lệch gấp góc:** Trục hai đoạn gãy tạo nên một góc (thường tính bằng góc nhọn).

**5. Di lệch xoay:** Đoạn gãy xa di lệch xoay quanh trục dọc của xương.

Một gãy xương có thể có một hoặc nhiều thể di lệch (nhiều nhất là 4). Khi mô tả di lệch thì qui ước nói sự di lệch của đoạn gãy xa.

### **III. TÁC ĐỘNG CỦA XƯƠNG GÃY ĐẾN VÙNG BỊ THƯƠNG TÍCH VÀ TOÀN THÂN:**

Khi có gãy xương chỉ biết nhìn vào phim X quang để đánh giá tổn thương xương không thôi là một sự sai lầm nghiêm trọng. Tác nhân bên ngoài làm gãy được xương cũng như sự di lệch của các đoạn xương gãy tạo thêm chấn thương bên trong sẽ ảnh hưởng đến tất cả các mô khác chung quanh nơi xương gãy ở các mức độ nhất định.

#### **1. Tác động lên các mạch máu**

Ở bất kỳ một gãy xương nào các mạch máu trong tủy xương, trong xương và ở vùng màng xương đều bị đứt. Ngoài ra lực chấn thương còn có thể gây chảy máu thêm các mô mềm chung quanh. Các chảy máu đó tạo nên máu tụ vùng gãy xương (gọi là ổ gãy). Nếu là các xương lớn bị gãy, sự chảy máu nhiều sẽ gây mất máu đáng kể và nạn nhân có thể bị choáng, (gãy kín không thấy máu chảy ra ngoài, nhưng lượng máu tụ trong ổ gãy không còn tham gia vào lưu thông tuần hoàn nên xem như đã mất).

Gãy xương vừa có đứt mạch máu trong ống tủy vừa có giập tủy nên cũng có khả năng mỡ của tủy xương tràn vào trong máu gây hội chứng tắc mạch máu do mỡ (TMMDM). Hội chứng TMMDM do gãy xương chiếm gần 50% tổng số các TMMDM là một nguyên nhân khác có thể làm chết nạn nhân gãy xương. Máu tụ vùng gãy xương nếu ít thì vài ngày sau chấn thương sẽ lan ra dưới da tạo nên dấu hiệu bầm tím muộn dưới da rồi hết dần. Nếu máu tụ lớn sẽ thấy sưng nề và bầm tím dưới da sớm, tạo lực căng đè ép gây cản trở lưu thông máu tại chỗ. Sưng nề quá nhiều có thể đe dọa gây **hội chứng chèn ép khoang** nặng hơn sẽ gây **hoại tử đoạn chi** nơi gãy xương, và có thể góp phần gây hội chứng rối loạn dinh dưỡng.

#### **2. Tác động lên cơ xung quanh**

Các cơ quanh vùng gãy xương có thể bị thương tích do tác nhân chấn thương. Ngoài ra sự phù nề gây chèn ép lưu thông máu có thể gây thiếu máu ở cơ và làm cho cơ bị hoại tử hoặc bị co rút cơ. Nếu xương gãy có di lệch chùng làm xương ngắn bớt đi thì các cơ chung quanh sẽ chùng ra và lâu dần sẽ tụ co ngắn lại. Bất kỳ một kích thích đau nào (xương gãy không được bất động, vận chuyển vội vã...) càng làm cho các cơ co ngắn thêm.

Như vậy sự co cơ phản ứng này sẽ gây khó khăn cho điều trị kéo nắn các di lệch; để càng muộn sự co cơ càng nhiều thì kéo nắn càng khó. (Tốt nhất là nên kéo nắn cấp cứu sớm các gãy xương có di lệch gập góc và di lệch chồng ngấn, nhất là ở nạn nhân có các cơ to khỏe, khi các cơ chưa có phản ứng hoặc sự co cơ chưa mạnh).

### **3. Tác động lên các dây thần kinh xung quanh**

Các dây thần kinh xung quanh ổ gãy có thể bị tổn thương do tác nhân trực tiếp hoặc gián tiếp do xương gãy di lệch va chạm. Thần kinh tổn thương có thể là rách bị đứt hoặc bị kéo căng quá mức.

Sự chèn ép thiếu máu cục bộ cũng có thể gây các rối loạn về thần kinh. Trong trường hợp này nếu nhanh chóng giải phóng thần kinh khỏi bị chèn ép thì có thể tránh được tổn thương vĩnh viễn.

### **4. Tác động lên da**

Nếu gãy xương có kèm theo tổn thương ở da do lực chấn thương từ bên ngoài gây ra hoặc do các đoạn xương gãy chọc thủng thì điều quan trọng là phải xác định xem da có còn che kín xương gãy không hay tổn thương da đã làm ổ gãy thông với bên ngoài. Theo qui ước chỉ khi nào vết thương da làm ổ gãy xương thông với bên ngoài thì mới gọi là gãy xương hở và khi đó ổ gãy mới đe dọa nhiễm trùng. Nhiễm trùng gãy xương hở là một nhiễm trùng ngoại khoa

Tóm lại các biến chứng của gãy xương được chia thành hai nhóm:

4.1. Các biến chứng đe dọa tức thì tính mạng của nạn nhân, bao gồm:

- Choáng chấn thương
- Hội chứng tắc mạch máu do mỡ

4.2. Các biến chứng ảnh hưởng chủ yếu đến vùng chi bị chấn thương, bao gồm:

- Hội chứng chèn ép khoang
- Tổn thương các mạch máu lớn chính
- Tổn thương thần kinh ngoại biên
- Gãy xương hở và nhiễm trùng
- Hội chứng rối loạn dinh dưỡng

## **IV. CHẨN ĐOÁN GÃY XƯƠNG**

**1. Các dấu hiệu lâm sàng của gãy xương :** Có nhiều dấu hiệu lâm sàng khi có gãy xương. Các dấu hiệu lâm sàng chính được phân thành 2 nhóm chính:

- **Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương :**
- + Biến dạng (5 kiểu)

- + Cử động bất thường
- + Tiếng lạo xạo
- + Sau một chấn thương nếu thấy một hoặc nhiều trong các dấu hiệu kể trên có thể nói chắc chắn có gãy xương.

**- Các dấu hiệu không chắc chắn của gãy xương:**

- + Đau
- + Sung, bầm tím
- + Mất cơ năng
- + Các trường hợp gãy xương đều có các dấu hiệu kể trên. Song các chấn thương khác (như trật khớp, bong gân, ...) cũng có các dấu hiệu đó, nên khó khẳng định có chắc là gãy xương hay không.

**2. Các Dấu Hiệu Bằng Hình Ảnh Của Gãy Xương:** Có thể dùng các hình thức hình ảnh sau đây xác định gãy xương.

- X-quang qui ước thông thường: bắt buộc phải thực hiện đối với mọi gãy xương

- Tối thiểu hai bình diện (mặt và bên).
- Các tư thế khác nếu cần.
- Chụp lấy đủ hai khớp của một thân xương dài.
- Chụp X-quang cắt lớp cổ điển hoặc cắt lớp điện toán (CT-scan).
- Đối với các gãy xương phức tạp, gãy xương vùng khớp mà X- quang thông thường khó đánh giá được.

- Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI): Ít dùng. Đặc biệt khi cần xem chi tiết các tổn thương:

- Sụn mặt khớp, sụn chêm.
- Mô mềm như cơ, dây chằng.
- Có trường hợp chỉ hỏi cơ chế chấn thương và dựa vào các dấu hiệu lâm sàng cũng có thể xác định được gãy xương, nhưng cần có phim X-quang để biết đầy đủ các chi tiết của gãy xương. Phim cho phép xác định những chi tiết gãy xương sau đây:

- Vị trí gãy (đầu xương hay đoạn 1/3 nào của thân xương).
- Đường gãy (gãy ngang, chéo, xoắn, nhiều mảnh..).
- Các di lệch.
- Các đặc điểm hình ảnh mô mềm (mức độ phù nề, các khoảng hoàn toàn không cản quang là vùng mô mềm bị mất do tổn thương hay vùng có không khí lọt vào nếu là gãy xương hở).

**V. CHẨN ĐOÁN NẠN NHÂN GỠ XƯƠNG**

**1. Chẩn đoán xác định có gãy xương:** Chú ý khẳng định gãy kín hay gãy hở, gãy nhiều xương. Có thể dựa vào:

- Cơ chế chấn thương.
- Giới và tuổi.
- Các dấu hiệu lâm sàng.

**2. Hình ảnh X-quang cho các chi tiết của xương gãy**

**3. Chẩn đoán tình trạng nạn nhân bị gãy xương**

- Có biến chứng gì không ?
- Có tổn thương kết hợp không (nạn nhân đa thương)

## **VI. ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG**

- Điều trị người bị gãy xương theo các trình tự sau đây:  
- Trước hết phải phòng, chống các biến chứng đe dọa làm chết nạn nhân.

- Điều trị xương gãy và các biến chứng khác.

### **1. Cứu sống người bị gãy xương**

- Tốt nhất là dự đoán khả năng bị biến chứng và thực hiện sớm các biện pháp phòng chống.

- Các trường hợp sau đây dễ bị choáng chấn thương:

+ Gãy xương lớn (xương đùi hoặc gãy nát khung chậu).

+ Gãy nhiều xương.

+ Có giập nát mô mềm nhiều.

+ Gãy xương không được bất động (hoặc bất động kém) mà vội vã vận chuyển.

+ Có kèm theo các tổn thương khác (lồng ngực, vỡ tạng đặc v.v...).

+ Cách phòng chống choáng có hiệu quả là thực hiện sớm:

+ Gây tê ổ gãy bằng novocain để làm bớt đau

+ Bất động tốt vùng gãy xương.

- Các hoàn cảnh dễ gây Tắc mạch máu do mỡ:

+ Các hoàn cảnh giống như ở choáng chấn thương.

+ Nạn nhân bị choáng chấn thương do mất máu.

+ Đặc biệt các gãy thân xương lớn.

### **2. Điều trị xương bị gãy**

- Từ các điều kiện cơ bản để xương liền dễ dàng ta có thể suy ra các qui tắc điều trị gãy xương.

- Ngoài ra nếu gãy xương có di lệch thì phải nắn hết các di lệch. Như vậy có 3 qui tắc điều trị gãy xương:

- Nắn hết các di lệch.

- Bất động vững chắc vùng gãy xương.

- Tập vận động chủ động (để thúc đẩy lưu thông máu vùng gãy được mạnh mẽ). Tập vận động chủ động không gây đau đớn.

- Điều kiện là điều trị càng sớm càng dễ đạt kết quả, do đó phải điều trị cấp cứu các gãy xương.

Trong nhiều hoàn cảnh chưa thể điều trị cấp cứu tức thì xương gãy:

- Ít nhất phải:

Nắn sớm, cấp cứu hết các di lệch: Trong hoàn cảnh các giờ đầu tiên sau chấn thương, máu tụ chưa nhiều do đó phù nề còn ít; các cơ chưa kịp co ngắn phản ứng chống lại đau nắn các di lệch sớm các di lệch cực kỳ dễ dàng, đạt kết quả.

- Biên điều trị gãy xương theo hai thì:

+ Nắn sớm cấp cứu hết các di lệch và bất động tạm thời (hoặc kéo liên tục duy trì kết quả nắn).

+ Cố định xương gãy muộn sau này theo chương trình.

+ Dù trong hoàn cảnh chưa thể thực hiện điều trị gãy xương trong cấp cứu, phải thực hiện muộn theo chương trình sau này thì nắn sớm các di lệch vẫn dễ đạt kết quả tốt hơn.

- Có thể thực điều trị như sau:

+ Nắn cấp cứu hết các di lệch: băng bột bất động tạm thời giữ các kết quả nắn tốt.

+ Khi có đủ các điều kiện có thể thực hiện thì sau này bất động xương gãy sau điều trị sẽ đơn giản bớt khó khăn.

+ Hoặc dùng kéo liên tục để nắn dần dần, liên tục các di lệch.

Nhất thiết phải thực hiện đúng thứ tự:

- Đầu tiên phải nắn các di lệch.

- Khi đã hết di lệch – bước tiếp theo mới cố định xương gãy.

- Một khi xương gãy đã được cố định vững chắc thì tập vận động mới không gây đau đớn.

- Thực hiện không đúng trật tự hậu quả sẽ đạt kết quả xấu (bị rối loạn liên xương hoặc can lệch xấu).

## **B. BỆNH LÝ GÂN CƠ**

## CÁC BỆNH LÝ CỦA GÂN-BAO GÂN

### I. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIÊM BAO GÂN (Tendon Sheath Inflammation; Tenosynovitis)

**1. Khái niệm:** Gân là một loại mô sợi kết nối cơ vào xương, giúp kiểm soát các hoạt động như chạy, nhảy, cầm nắm và nâng. Nếu không có gân, sẽ không thể kiểm soát chuyển động của cơ thể. Một lớp vỏ bảo vệ được gọi là màng hoạt dịch bao phủ các gân, tạo ra chất lỏng hoạt dịch, giữ cho gân được bôi trơn. Tổn thương gân có thể dẫn đến tổn thương của bao gân, từ đó bao gân có thể không tạo ra hoặc không tạo đủ chất lỏng hoạt dịch. Điều này dẫn đến gây viêm hoặc sưng bao gân. Tình trạng này được gọi là viêm bao gân.

#### 2. Nguyên nhân gây ra bệnh viêm bao gân:

(1) Chấn thương gân- cơ- xương vùng tổn thương: thường xảy ra ở các vận động viên và ở những người thực hiện nhiều hoạt động lặp đi lặp lại, chẳng hạn như công việc dây chuyền lắp ráp, đánh máy, những người thợ mộc, nhạc công, nhân viên văn phòng..., phổ biến nhất ở gân cổ tay, bàn tay và bàn chân.

(2) Bệnh lý: viêm bao gân dễ xảy ra ở các bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính như: viêm khớp dạng thấp, xơ cứng bì, bệnh gout, bệnh tiểu đường, viêm khớp phản ứng (chẳng hạn như hội chứng Reiter), bệnh da liễu....

(3) Không xác định được nguyên nhân: có thể xảy ra ở một số bệnh nhân.

(4) Trong một số trường hợp hiếm hoi, viêm bao gân là do nhiễm trùng do vết cắt hoặc vết đâm vào gân.

**3. Chẩn đoán viêm bao gân:** Viêm bao gân do chấn thương thường xảy ra ở các vị trí như bàn tay, cổ tay, bàn chân. Ngoài ra, viêm bao gân vẫn có thể xảy ra ở các vị trí khác như vai, cổ tay, vùng gối.... Các triệu chứng khác cũng thường gặp như: cứng khớp, hạn chế vận động khớp, sưng đau khớp, hoặc có thể sưng đỏ kèm sốt nếu như có kèm theo tình trạng nhiễm trùng. Một số cận lâm sàng có thể sử dụng như: siêu âm, MRI để xác định chẩn đoán hoặc để loại trừ các nguyên nhân khác như viêm khớp.

**4. Điều trị bệnh viêm bao gân:** Mục tiêu điều trị viêm bao gân là giảm viêm và đau.

(1) Sử dụng nẹp bất động vùng bị tổn thương, để chi được nghỉ ngơi và tạm ngừng các động tác gây đau.

(2) Chườm nóng hoặc lạnh cũng có thể giúp giảm sưng và đau. Các liệu pháp khác có thể sử dụng:

- Mát xa.
- Kéo giãn gân bị tổn thương.
- Kích thích điện thần kinh qua da (TENS)
- Siêu âm.

(3) Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID); hoặc corticosteroid dạng tiêm là những lựa chọn khác.

(4) Việc tiêm steroid vào bao gân thường thành công (trong trường hợp không bị nhiễm trùng).

(5) Trong một số trường hợp có thể cần phải phẫu thuật để giải phóng bao gân.

(6) Nếu có kèm theo nhiễm trùng, cần sử dụng kháng sinh.

(7) Nếu tình trạng viêm bao gân do các bệnh lý mạn tính như viêm khớp dạng thấp, bệnh gút v.v..., điều trị cũng bao gồm thuốc để điều trị những bệnh lý này.

5. **Vật Lý Trị Liệu:** Khi tổn thương bao gân đã lành, cần phải tập vật lý trị liệu để giúp tăng cường sức cơ, giúp bảo vệ gân khỏi chấn thương trong tương lai. Trong những trường hợp viêm bao gân tái phát, có thể đề nghị phẫu thuật để điều trị. Phòng ngừa viêm bao gân: Viêm bao gân có thể ngăn ngừa được nếu bạn tránh các cử động quá mức hoặc các hoạt động có tính chất lặp đi lặp lại. Cần tập VLTL tăng cường sức cơ ở vùng khớp cũng có thể giúp ngăn ngừa loại chấn thương này, cũng như các bài tập kéo giãn và phạm vi chuyển động.

## II. MỘT SỐ CÁC BỆNH LÝ VIÊM GÂN- VIÊM BAO GÂN THƯỜNG GẶP:

1. Viêm gân De Quervain (De Quervain's tenosynovitis).
2. Ngón tay bật, hoặc ngón tay cò súng (*Trigger-Finger*).
3. Viêm gân cơ chóp xoay, viêm gân nhị đầu.
4. Viêm gân cơ tứ đầu đùi, viêm gân bánh chè, viêm gân cơ chân ngỗng.
5. Viêm nơi bám gân duỗi cổ tay trụ, viêm nơi bám gân lõi cầu ngoài/trong (tenis elbow, golf's elbow); viêm nơi bám gân Achilles, viêm gân gan chân.

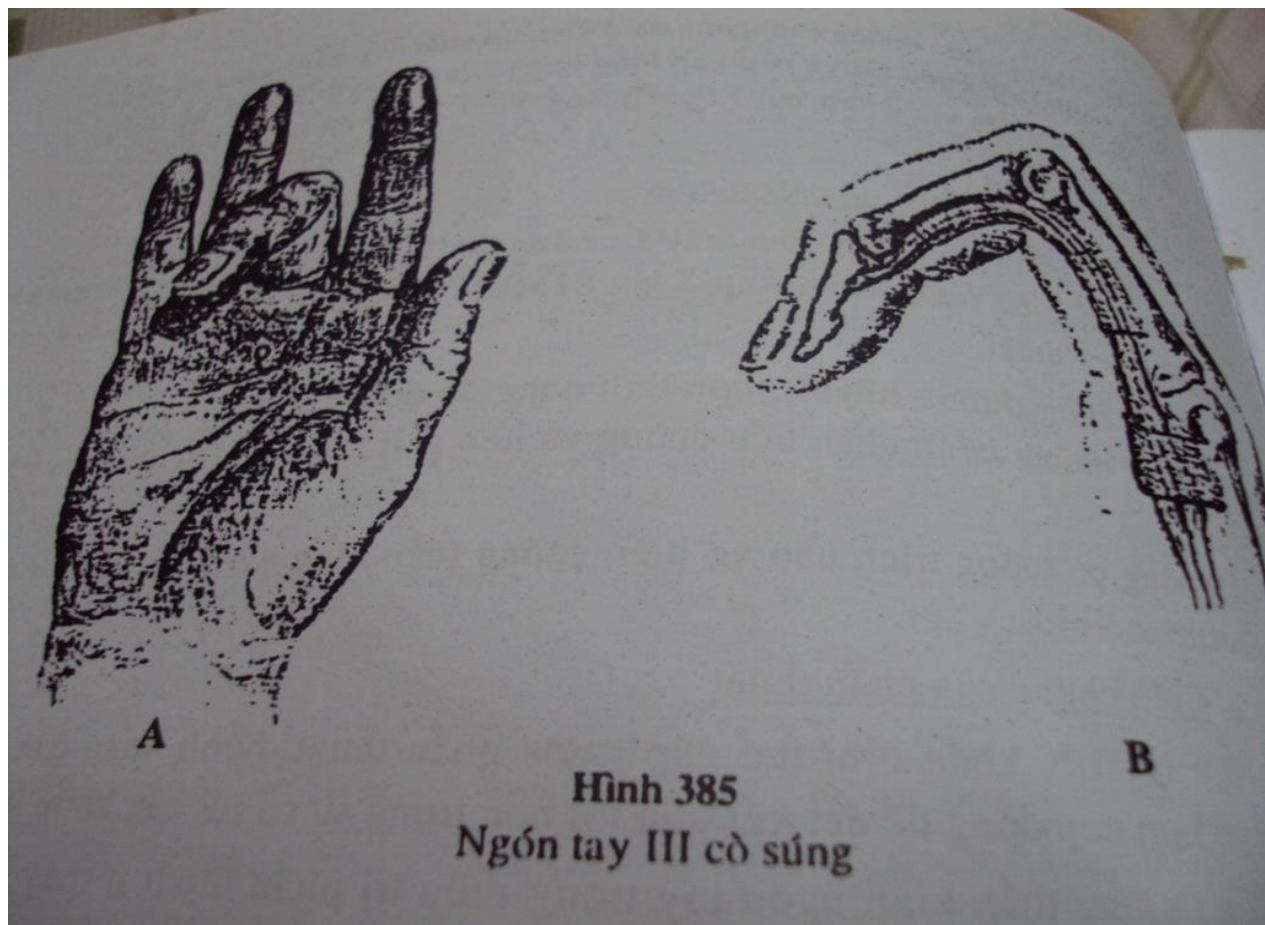
## C. NGÓN TAY BẬT (NGÓN TAY CÒ SÚNG - *TRIGGER-FINGER*)

1. **Đại cương:** Theo nhiều tác giả khác nhau ngón tay bật được xem là viêm bao hoạt dịch gân hay *viêm bao gân chít hẹp* (Stenosing tenosynovitis) mô tả sự viêm dày của bao gân gấp làm mất khả năng duỗi gấp ngón tay.

Các thay đổi về bệnh học bắt đầu với sự dày lên hoặc nổi cục bên trong gân; khi chui qua vị trí rỗng rọc A1 khít, các vùng gân dày lên hay nổi cục làm mất sự trơn nhẵn khi gấp hoặc duỗi ngón tay. Ngón tay có thể bị kẹt ở tư thế gấp, hoặc "cò súng", đột nhiên duỗi thẳng được với một tiếng bật.

Gặp ở nhiều ngón tay, nhưng ngón dài (ngón III) và ngón đeo nhẫn là hay gặp nhất.





### 1. Xuất độ:

- Thường gặp ở những người sau 45 tuổi (Campbell).
- Nữ > nam từ 2- 6 lần (tùy theo tác giả).
- Theo Scott ngón I > IV > III > V > II và thường bị trên một bàn tay (tay thuận).
- Theo TS Bùi văn Đức: ở người Việt nam : ngón III > IV > I > II, V.

### 2. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau thường xảy ra mặt lòng bàn tay ngay chỏm xương bàn khi cầm nắm, hoặc tiếng “cụp” khi gập duỗi đốt 2 ngón tay. Đôi khi ngón tay bị khóa.
- Khi gập ngón tay không gập ngay, vương lại ở tư thế duỗi, đột ngột bật nhanh qua ở tư thế gập, nghe thấy 1 tiếng động nhỏ vùng gân gập + đau nhói.
- Hiện tượng này tương tự khi duỗi ngón, đôi khi ngón không tự duỗi được, cần trợ giúp tay bên kia.

### 3. Phân độ: theo Green DP 1997 có 4 độ:

- Độ I (trước khi ngón tay bật): đau thường gặp nhất, đau ở gan bàn tay ở khớp bàn đốt, cầm nắm có lúc yếu lúc không.
- Độ II (chủ động): bn có thể việc cầm nắm yếu, có hiện tượng NTB khi bn tự duỗi ngón tay nhưng khó khăn. Dấu hiệu chuyển tiếp từ độ 1 → độ 2: sáng ngủ dậy ngón tay bị bật, cứng đơ, cử động 1 lúc thì hết.
- Độ III (thụ động): bn cầm nắm yếu, duỗi ngón thụ động (IIIA) hoặc không có khả năng tự gập ngón (IIIB), đau vùng rỗng rọc A1 rõ.

- Độ IV (co rút): sự cầm nắm có thể co rút gấp cố định ở khớp liên đốt gần → ngón tay bật bị khóa.

#### 4. Điều trị:

- Độ I và II: điều trị nội khoa có hiệu quả (nẹp cố định, nhiệt ẩm và thuốc chống viêm không steroid (NSAID)).

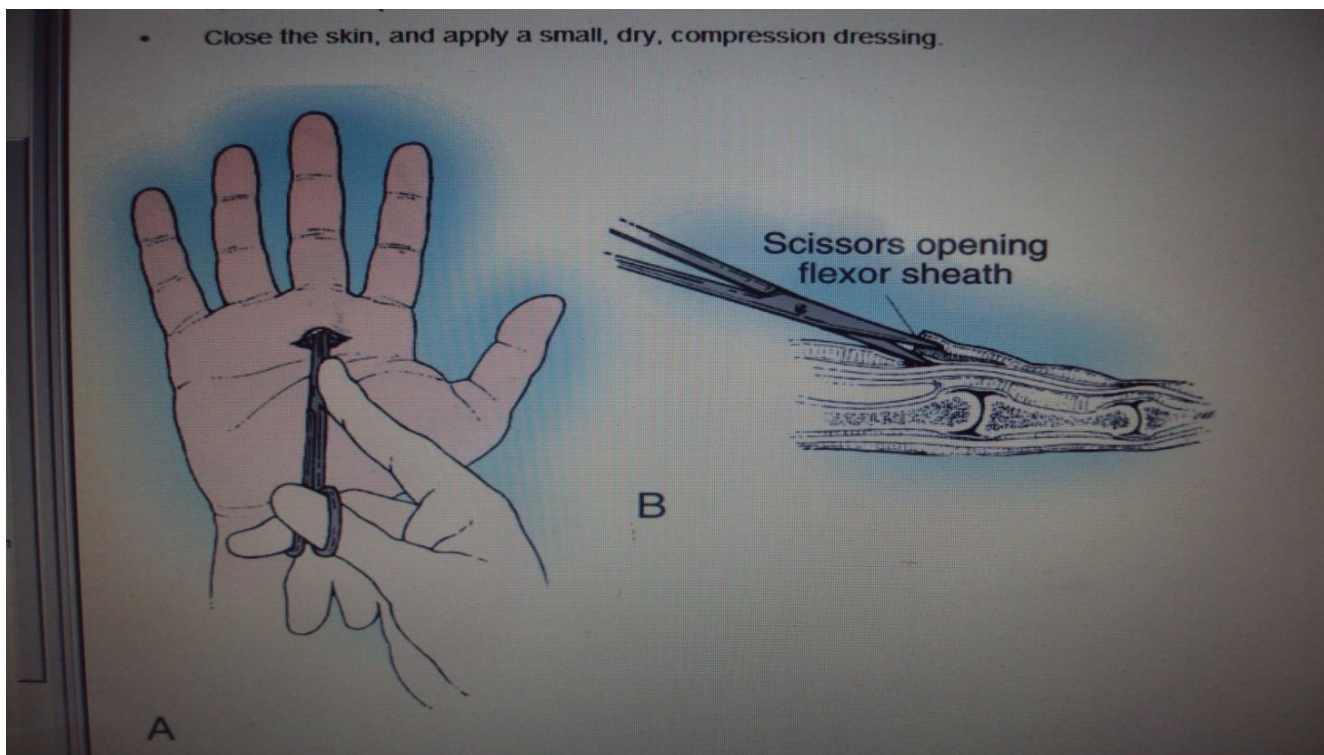
- Độ III và IV: cần phải phẫu thuật.

- Rạch da nếp gấp gan bàn tay # 2cm tương ứng bờ gân ròng rọc A1.

- Dùng kéo cắt bờ gân của bao gân gấp (phía gần của ròng rọc A1), Cầm máu, khâu da.

- Cho bn cử động ngón tay sớm sau mổ.

- Cắt chỉ 7-10 ngày sau mổ.



## D. DE QUERVAIN

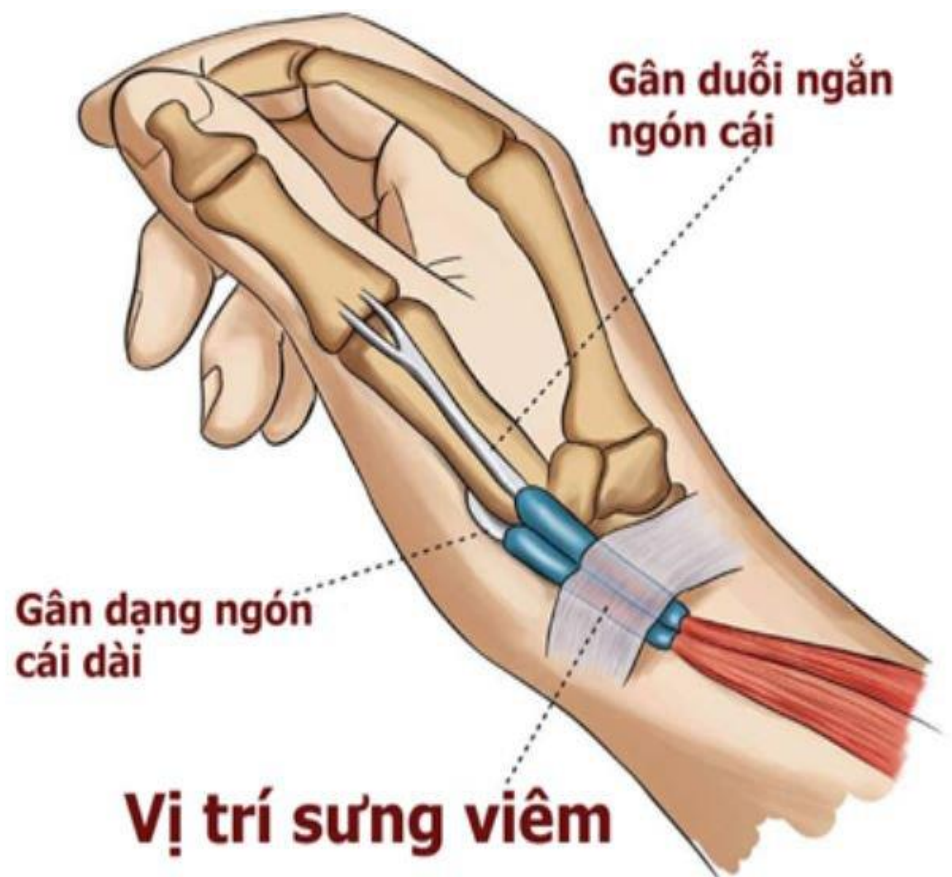
### 1. Đại cương:

- Hội chứng De quervain được mô tả lần đầu tiên vào năm 1985 bởi Giáo sư Fritz de Quervain người Thụy Sĩ, còn gọi là viêm hoạt mạc mỏm trâm quay hay là viêm gân cơ dạng duỗi ngón cái. gây đau nhức ở bên ngón cái của cổ tay.

- Tình trạng viêm này là do chít hẹp bao gân, chứ nó không liên quan đến tình trạng nhiễm trùng.

- Gặp ở người 30 -50 tuổi. Nữ > Nam 10 lần (*Campbell* ).

- Nguyên nhân hầu hết do làm việc bằng tay nhiều hoặc kết hợp với viêm khớp dạng thấp.



## 2. Nguyên nhân:

Mặc dù nguyên nhân chính xác gây ra bệnh viêm bao gân De Quervain không được biết đến, nhưng bất kỳ hoạt động nào dựa vào cử động bàn tay hoặc cổ tay lặp đi lặp lại - chẳng hạn như làm việc nội trợ, làm vườn, chơi golf hoặc chơi thể thao bằng vợt, phụ nữ có thai và bé em bé đều có thể gây lên bệnh và khiến bệnh trầm trọng hơn.

## 3. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau ở cổ tay và ngón tay cái, nặng hơn khi vận động. Tăng cảm giác đau ở vị trí gần mỏm trâm quay liên quan với bao gân.

- Đôi khi sờ thấy sự dày lên của bao sợi ở mỏm trâm quay

- Nghiệm pháp Finkelstein (có giá trị cao trong chẩn đoán hc De Quervain) :. Bệnh nhân khép ngón tay cái vào lòng bàn tay và nắm các ngón tay vào ngón cái. Uốn cổ tay về phía xương trụ. Nếu thấy đau chói vùng gân dạng dài và gân duỗi ngón cái hoặc ở gốc ngón cái là dấu hiệu dương tính của nghiệm pháp.

#### 4. Điều Trị:

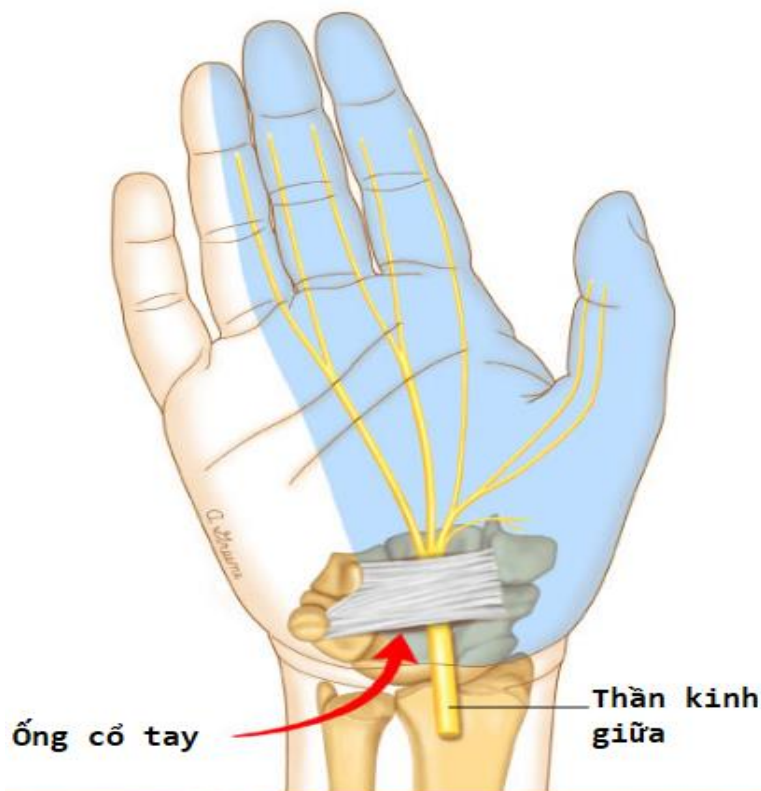
- Nghỉ ngơi, ngâm nước ấm, và thuốc chống viêm không steroid (NSAID) trong những trường hợp nhẹ của hội chứng De Quervain.

- Tiêm corticosteroid tại chỗ và băng cố định ngón tay cái giúp cải thiện 70-80% trường hợp.

- Phẫu thuật giải phóng khoang duỗi đầu tiên rất hiệu quả khi liệu pháp điều trị bảo tồn thất bại.

## E. HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

**1. Đại cương:** Hội chứng ống cổ tay (Carpal Tunnel Syndrome) là tình trạng bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên hay gặp nhất. Hội chứng này xảy ra khi thần kinh giữa bị chèn ép khi đi ngang qua ống cổ tay. Hậu quả của việc chèn ép là gây viêm, đau, tê, giảm hoặc mất cảm giác vùng da bàn tay thuộc chi phối của thần kinh giữa, khiến người bệnh khó chịu.





## **2. Nguyên nhân:** gây ra hội chứng ống cổ tay:

- Một trong những nguyên nhân gây ra hội chứng chèn ép thần kinh giữa do ống cổ tay trở nên hẹp vì các cấu trúc xung quanh cổ tay đè ép vào. Các cấu trúc này có thể tiếp tục ép các dây thần kinh giữa, gây đau và các triệu chứng khác.

- Ngoài ra, sử dụng bàn tay và cổ tay thường xuyên trong cùng một động tác, chẳng hạn như đánh máy, viết và sử dụng chuột máy tính cũng có thể gây ra hội chứng ống cổ tay. Một số bệnh như rối loạn cơ và xương, suy giáp và bệnh tiểu đường cũng có thể làm tăng nguy cơ của hội chứng ống cổ tay.

## **3. Triệu chứng lâm sàng:**

Biểu hiện của hội chứng ống cổ tay (viêm, đau, hẹp...) khá đa dạng do dây thần kinh giữa là dây thần kinh hỗn hợp: cảm giác, vận động và thần kinh thực vật. Bên cạnh đó, vì dây thần kinh giữa đi từ các rễ thần kinh cột sống cổ nên đôi khi các triệu chứng có thể bị lẫn lộn nhau hoặc cùng bị chèn ép dẫn tới tình trạng “chèn ép kép”.

Việc nắm chắc các triệu chứng lâm sàng đóng vai trò rất quan trọng trong việc phối hợp với các thăm dò hình ảnh và điện sinh lý thần kinh để làm cơ sở chẩn đoán và điều trị. Bệnh có thể gây ra các dấu hiệu sau:

### (1). Rối loạn về cảm giác

Bệnh nhân thường có cảm giác tê bì tay chân, dị cảm, đau buốt do kim châm hoặc rát bỏng ở vùng da thuộc chi phối của dây thần kinh giữa (ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa và một nửa ngón áp út), các triệu chứng này biểu hiện từ cổ tay đến các ngón. Triệu chứng về cảm giác thường tăng về đêm, làm cho người bệnh thức giấc, gây mất ngủ. Các động tác gấp hoặc ngửa cổ tay quá hoặc tỳ đè lên vùng ống cổ tay như đi xe máy cùng làm cảm giác tê tăng lên, triệu chứng giảm đi khi ngừng vận động, nghỉ ngơi, vẩy tay.

### (2). Rối loạn về vận động

Triệu chứng này xuất hiện trong giai đoạn muộn của bệnh do dây thần kinh giữa bị rối loạn vận động. Một số biểu hiện thường là cầm nắm khó, các động tác khéo léo của bàn tay giảm, hay đánh rơi đồ vật.

## **Biến chứng của hội chứng đường hầm cổ tay:**

Tình trạng chèn ép thần kinh giữa kéo dài khiến người bệnh bị hẹp ống cổ tay, gây đau, tê, giảm hoặc mất cảm giác vùng da tay thuộc chi phối của thần kinh giữa, nặng hơn có thể gây teo cơ, giảm chức năng và vận động bàn tay.

## **4. Chẩn đoán**

Để chẩn đoán chính xác người bệnh có mắc bệnh hay không, bác sĩ sẽ phối hợp giữa lâm sàng và đo điện cơ 2 tay (EMG) Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các tiêu chuẩn bao gồm:

- Có ít nhất một trong các triệu chứng cơ năng bao gồm: *đau xương ống cổ tay*; dị cảm bàn tay; tê bì bàn tay; giảm hoặc mất cảm giác vùng thần kinh giữa chi phối; yếu cổ và bàn tay, có thể xảy ra ban ngày, ban đêm hoặc liên tục cả ngày.

- Có ít nhất một triệu chứng thực thể bao gồm nghiệm pháp Phalen, Tinel, Durkan dương tính.

- *Nghiệm pháp Phalen*: Để người bệnh gấp hai cổ tay 90 độ sát vào nhau trong thời gian ít nhất là 60 giây. Nghiệm pháp Phalen ngược thì thay bằng động tác duỗi hai cổ tay. Nghiệm pháp dương tính nếu bệnh nhân xuất hiện hoặc tăng các triệu chứng về cảm giác thuộc chi phối của dây thần kinh giữa ở bàn tay. (3)

- *Nghiệm pháp Tinel*: Gõ vào vùng ống cổ tay (có thể dùng tay hoặc búa phản xạ), nghiệm pháp dương tính khi gõ sẽ gây cảm giác tê hoặc đau theo vùng da chi phối của dây thần kinh giữa ở bàn tay.

- *Nghiệm pháp Durkan*: Người khám trực tiếp làm tăng áp lực tại cổ tay bệnh nhân bằng cách sử dụng ngón cái ấn vào vị trí giữa nếp gấp cổ tay. Nghiệm pháp được coi là dương tính khi bệnh nhân thấy tê bì, đau tăng lên theo sự phân bố thần kinh khi ấn và giữ trên 30 giây.

Có ít nhất 1 trong 2 chỉ số hiệu tiềm vận động và cảm giác thần kinh giữa với thần kinh trụ cao hơn chỉ số bình thường.

## **5. Điều trị:**

- *Điều trị nội khoa*: Được chỉ định trong giai đoạn đầu của *hội chứng viêm đau ống cổ tay* trên lâm sàng. Bác sĩ có thể chỉ định dùng thuốc chống viêm non steroid, hoặc dùng corticoid đường uống; đồng thời hạn chế các vận động làm gấp hoặc ngửa cổ tay quá mức nhằm giảm áp lực trong ống cổ tay.

- *Dùng nẹp cổ tay*: Phương pháp này có thể thực hiện vào ban đêm hoặc liên tục cả ngày. Những nghiên cứu cho thấy dùng nẹp cổ tay có thể làm cải thiện các triệu chứng sau 4 tuần điều trị.

- *Điều trị ngoại khoa*: Phẫu thuật được áp dụng khi tình trạng quá nặng, sau khi đã sử dụng thuốc hoặc các phương pháp khác một thời gian dài mà không mang lại hiệu quả, hoặc đã có dấu hiệu teo cơ.

- Phẫu thuật viên cắt bỏ dây chằng ngang ống cổ tay nhằm làm giảm áp lực chèn ép lên các dây thần kinh và gân gấp.

# BÀI 9: CHẤN THƯƠNG THẦN KINH TRONG MÁU TỤ NỘI SỌ

## Mục tiêu :

- Nêu được khái niệm về Chấn thương sọ não.
- Nhận biết được các triệu chứng của Chấn thương sọ não.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Chấn thương sọ não.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các bước cấp cứu và nguyên tắc điều trị của Chấn thương sọ não.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca chấn thương sọ não.

## I. ĐẠI CƯƠNG

- CTSN là những va chạm vào đầu đủ mạnh để gây thương tổn ở xương sọ và não
- Là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của dân số từ 15-49 tuổi tại Việt Nam.
- Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu của CTSN



1. **THƯƠNG TỔN NGUYÊN PHÁT** (primary brain injury) : Là thương tổn do CTSN *ngay lúc xảy ra tai nạn* gồm:

- Vỡ xương sọ (*bone fragmentation*)
- Dập vỏ não (*cortical contusions, lacerations*)
- Tổn thương sợi trục lan tỏa (*diffuse axonal injury*), dập thân não (*brainstem contusion*)

2. **THƯƠNG TỔN THỨ PHÁT**(secondary brain injury) : *xảy ra sau tổn thương nguyên phát* gồm :

- Máu tụ trong sọ (*Intracranial Hematomas*)

- Phù não (*Edema*)
- Thiếu máu não (*hypoxemia, ischemia*) (do tăng ALNS và/hoặc choáng)
- Co thắt mạch (*vasospasm*)

## II. MỘT SỐ TỔN THƯƠNG TRONG CTSN

### 1. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO HỞ

- CTSN có sự thông thương giữa các cấu trúc trong sọ với môi trường bên ngoài
- Dò DNT trong vỡ sán sọ là CTSN hở dù da đầu không rách

### 2. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN

Không có sự thông thương giữa các cấu trúc trong sọ với môi trường bên ngoài

### 3. CHẤN ĐỘNG NÃO

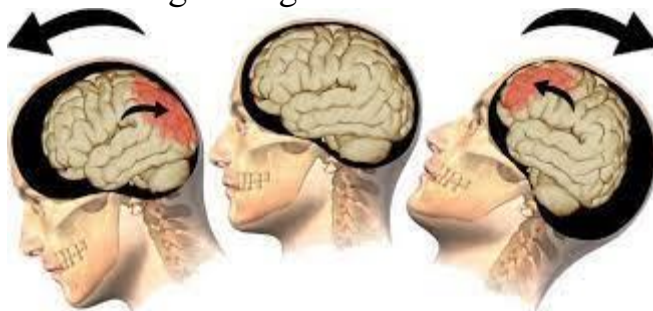
- Không thấy tổn thương trên CT
- Có thể có lú lẫn, mất trí nhớ hay mất ý thức ngắn (< 6h) , có thể do rối loạn tạm thời chức năng thần kinh, hư hại sự tự điều hòa của mạch máu não.

### 4. DẬP NÃO

- Thương tổn tế bào não kèm xuất huyết
- Phù không có hay có ít ảnh hưởng khối choán chỗ trên CT.
- Dập não thường có ở vùng sán sọ thùy trán, thái dương do não chạm vào các gờ xương của vùng này.

### 5. CHẤN ĐỘNG DỘI

- Não bị tổn thương ở phía đối diện với chấn động ngoài hộp sọ.
- Cơ chế tăng tốc – giảm tốc của não lúc di chuyển, đung, dội.



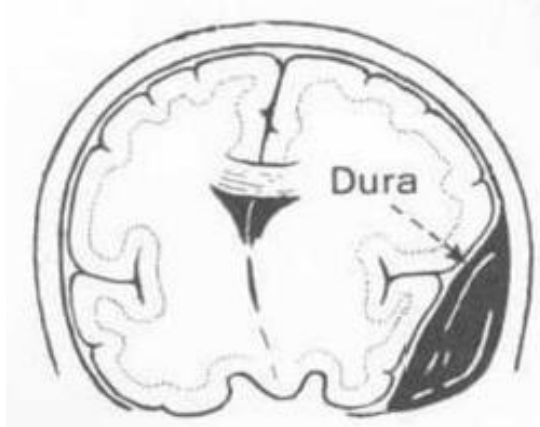
### 6. THƯƠNG TỔN SỢI TRỤC LAN TỎA

- Tổn thương nguyên phát của sự tăng tốc – giảm tốc trong CTSN với những ổ xuất huyết nhỏ ở thể chai, thân não ( vì thể có tổn thương rải rác các sợi trục)
- Làm bệnh nhân hôn mê dù có thể không có tổn thương choán chỗ trên CT



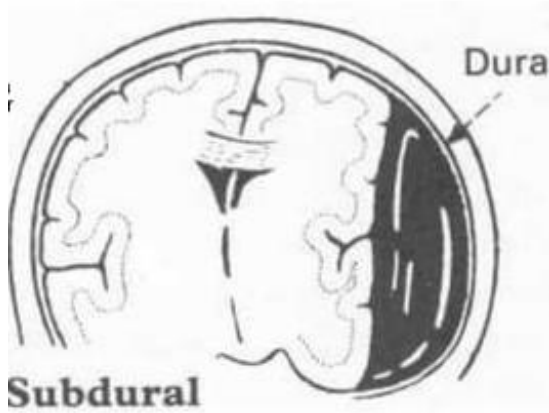
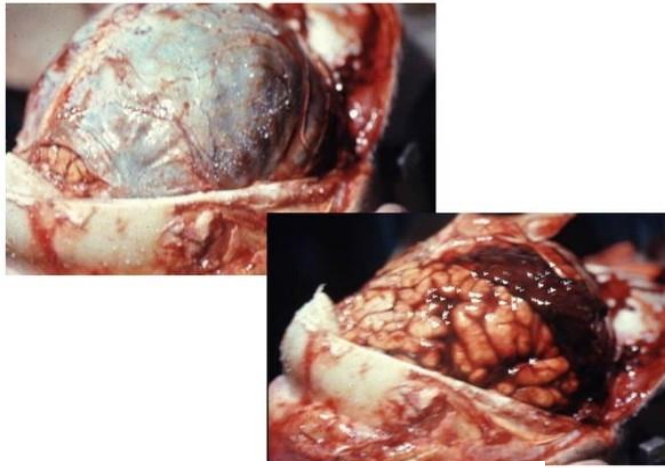
## 7. MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG

- Máu tụ nằm giữa bản trong xương sọ và màng cứng
- Thường do rách động mạch màng não giữa



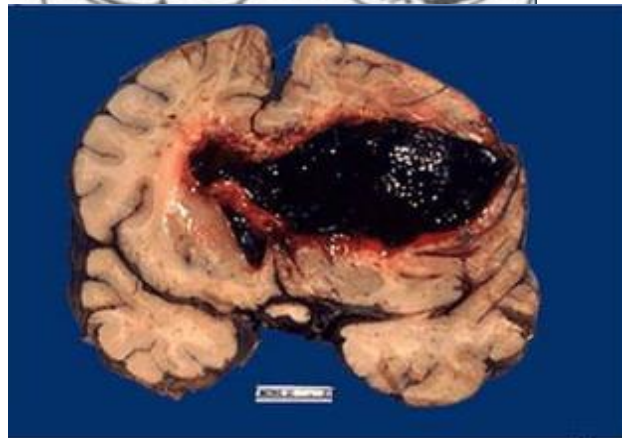
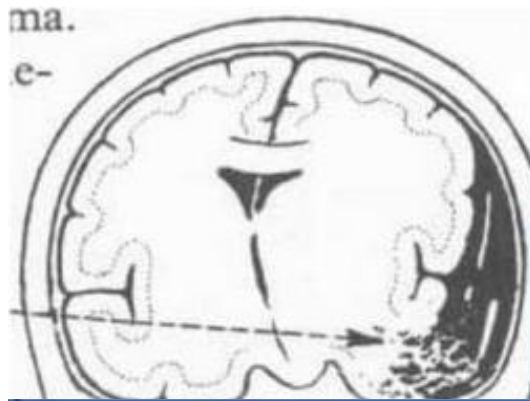
## 8. MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG

- Máu tụ nằm giữa mặt trong màng cứng và vỏ não
- Thường do rách các tĩnh mạch cầu nối



## 9. MÁU TỤ TRONG NÃO

- Máu tụ trong nhu mô não



### III. KHÁM BỆNH NHÂN CTSN

#### 1. Bệnh sử

- Loại tai nạn
- Cơ chế chấn thương
- Thời gian chấn thương
- Diễn tiến của tri giác – khoảng tỉnh
- Trí nhớ trước và sau chấn thương
- Ói mửa, động kinh sau chấn thương

#### 2. Tiền sử

- Thần kinh : động kinh, tâm thần,...
- Tim mạch : tăng huyết áp, loạn nhịp,...
- Biện dưỡng : đái tháo đường,...
- Dùng thuốc : kháng đông, ức chế kết tập tiểu cầu,...

#### 3. Khám lâm sàng

**Xem CTSN là ĐA CHẤN THƯƠNG**

##### 3.1. Đường thở:

- Thông đường thở
- Lấy dị vật, răng giả, đàm nhớt,...

- Kéo lưỡi ra trước : canule MAYO, NKQ

### 3.2. Cách thở:

- Đếm nhịp thở, kiểu thở
- Giúp thở: bóp bóng, thở máy...

### 3.3. Tuần hoàn:

- Đếm mạch, đo huyết áp
- Tụt HA: truyền dịch điện giải, đại phân tử, máu, không truyền đường

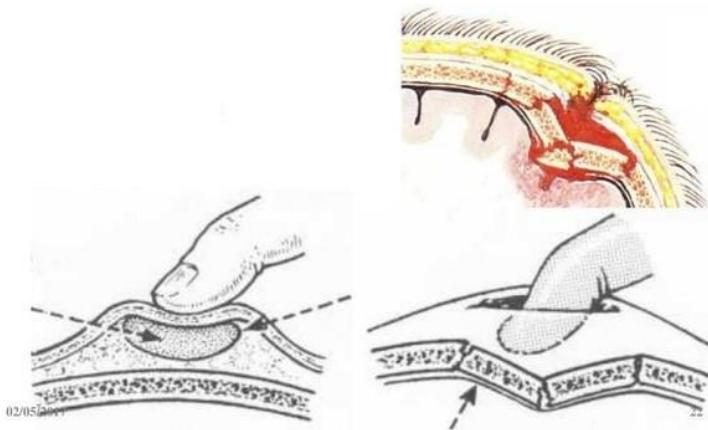
### - CTSN đơn thuần hiếm khi gây choáng

➔ Cần tìm nguyên nhân: xuất huyết nội, vỡ xương chậu

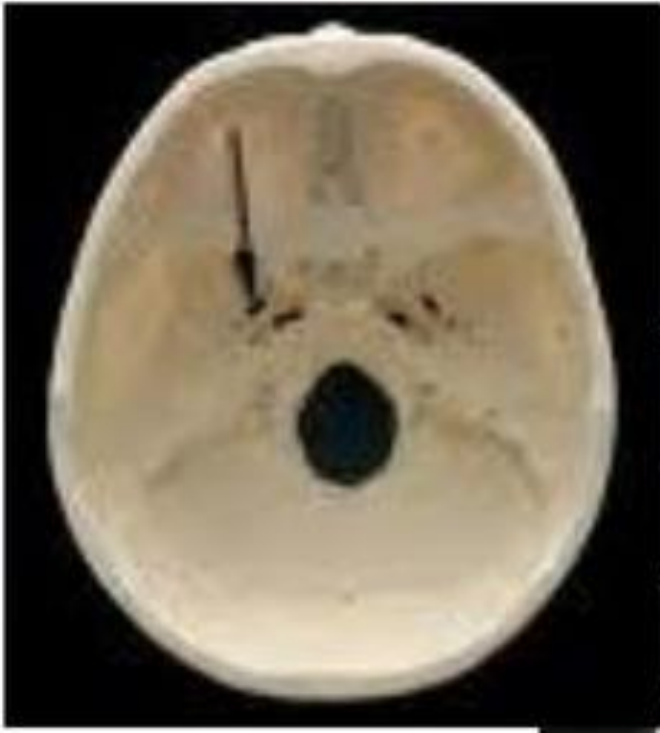
### 3.4. Khám thần kinh

#### 3.4.1. Các thương tích vùng đầu – mặt

- Rách da
- Sưng bầm
- Lòì mô não
- Lộ sọ



#### 3.4.2. Vỡ sán sọ



#### 3.4.2.1. Võ sần sọ trước

- Chảy dịch não tủy qua mũi
- Dấu kính râm (Mắt gấu trúc)



#### 3.4.2.2. Võ sần sọ giữa

- Chảy dịch não tủy qua tai

➤ Dấu bầm tai sau (Battle sign)



3.4.3. Đánh giá tri giác

GCS ( Glasgow Coma Scale)

- ❖ Do Teasdale G & Jennet B – 1974
- ❖ Dựa vào : mắt, vận động, lời nói
- ❖ Thang điểm
  - Thấp nhất : 3 điểm
  - Cao nhất : 15 điểm

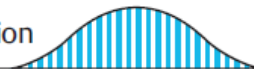
THANG ĐIỂM GLASGOW

	Mức độ	Điểm
Mắt	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi ra lệnh	3
	Mở mắt khi gây đau	2
	Không mở	1
Lời nói	Nói trả lời đúng	5
	Trả lời hạn chế	4
	Trả lời lộn xộn	3
	Không rõ nói gì	2
	Không nói	1
Vận động	Đáp ứng đúng khi ra lệnh	6
	Đáp ứng đúng chỉ khi gây đau	5
	Co chi lại, cử động không tự chủ	4
	Co cứng mất võ	3
	Duỗi cứng mất não	2
	Nằm yên không đáp ứng	1

❖ Dựa vào GCS : chia CTSN thành 3 độ :

- Nhẹ : GCS 13-15 điểm
- Trung bình : GCS 9-12 điểm
- Nặng : GCS 3-8 điểm

Minimal	Mild	Moderate	Severe
GCS = 15 No loss of consciousness (LOC) No amnesia	GCS = 14	GCS = 9-13	GCS = 5-8 (Critical TBI) GCS = 3-4
	GCS = 15 plus EITHER Brief LOC (< 5 mins) OR Impaired alertness or memory	LOC ≥ 5mins OR Focal neurologic deficit	

Concussion 

\*Abbreviations: GCS = Glasgow Coma Scale score, LOC = loss of consciousness

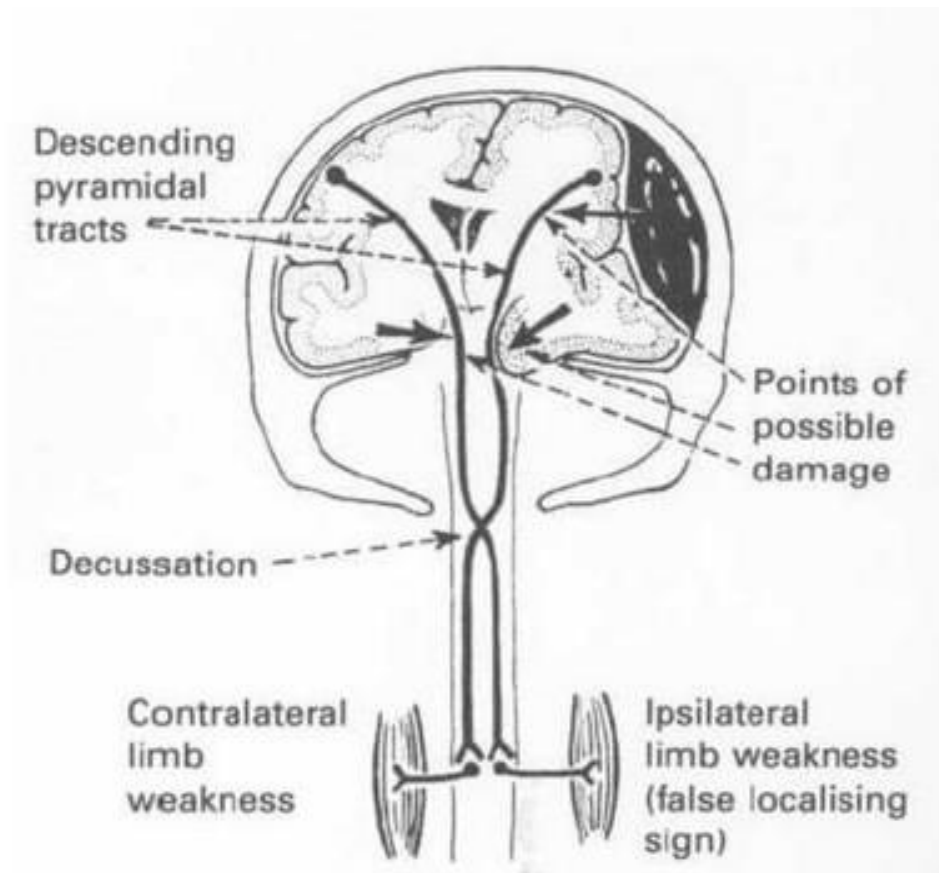
Fig. 51.1 Categorization of head injury severity.

Nguồn : Handbook of Neurosurgery, ninth edition, 2019

3.4.4. Vận động chi :



## Dấu yếu liệt ½ người

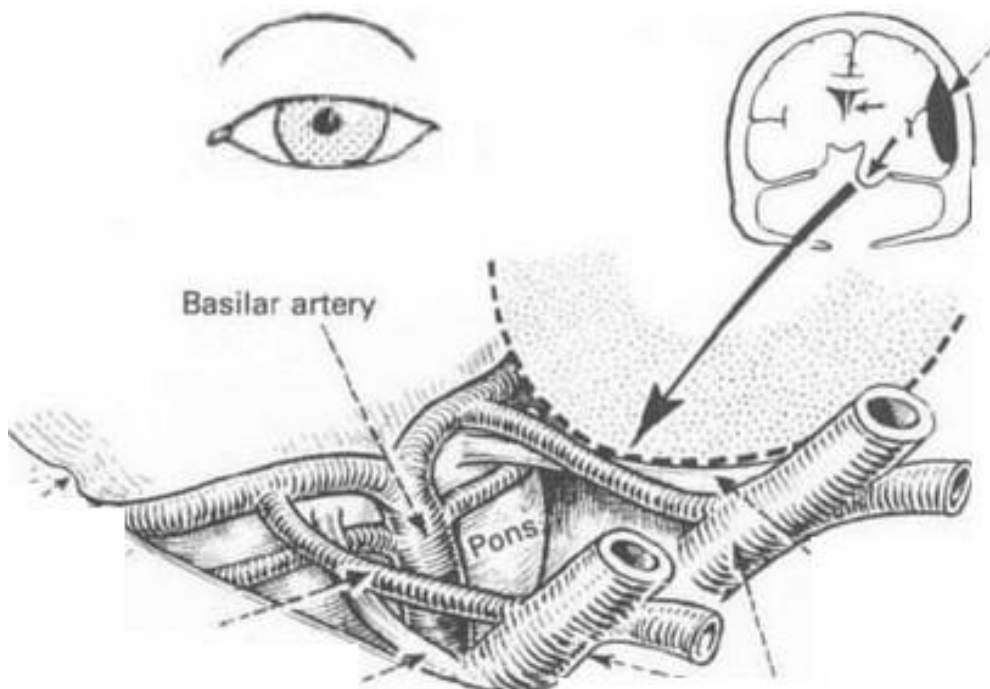


### 3.4.5. Vận động mắt và đáp ứng của đồng tử :

#### ❖ Dấu giãn đồng tử





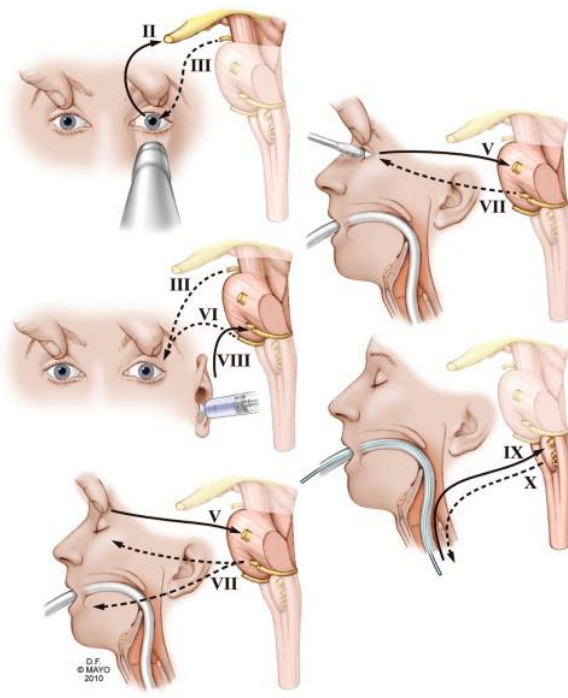


#### 3.4.6. Các dây thần kinh sọ khác :

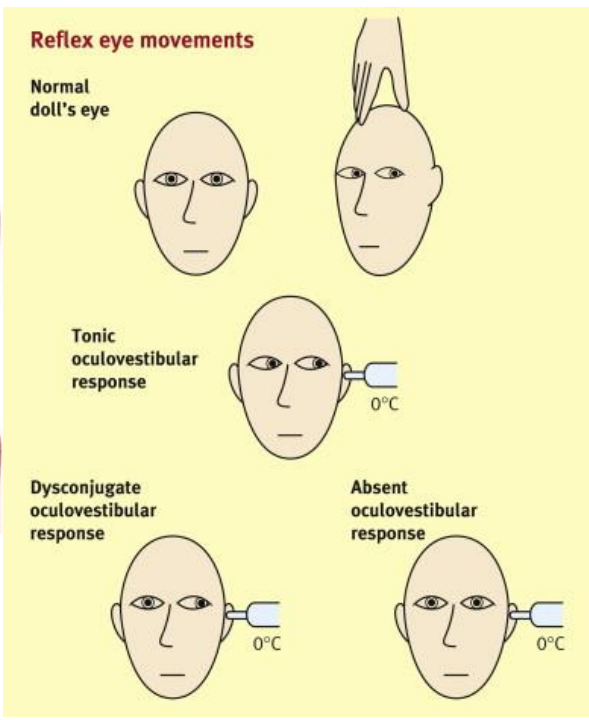
- ❖ Liệt VII ngoại biên
- ❖ Mất thị lực, bán manh do tổn thương dây II hoặc mù vỏ não do tổn thương thùy chẩm
- ❖ Đáy mắt : phù nề, xuất huyết võng mạc

#### 3.4.7. Khám chức năng thân não :

- ❖ Phản xạ xoay mắt, xoay đầu
- ❖ Phản xạ mắt búp bê
- ❖ Phản xạ mắt, tiền đình
- ❖ Phản xạ nôn sặc
- ❖ Rung giật nhãn cầu : thường gặp ở trẻ em bị máu tụ hố sau



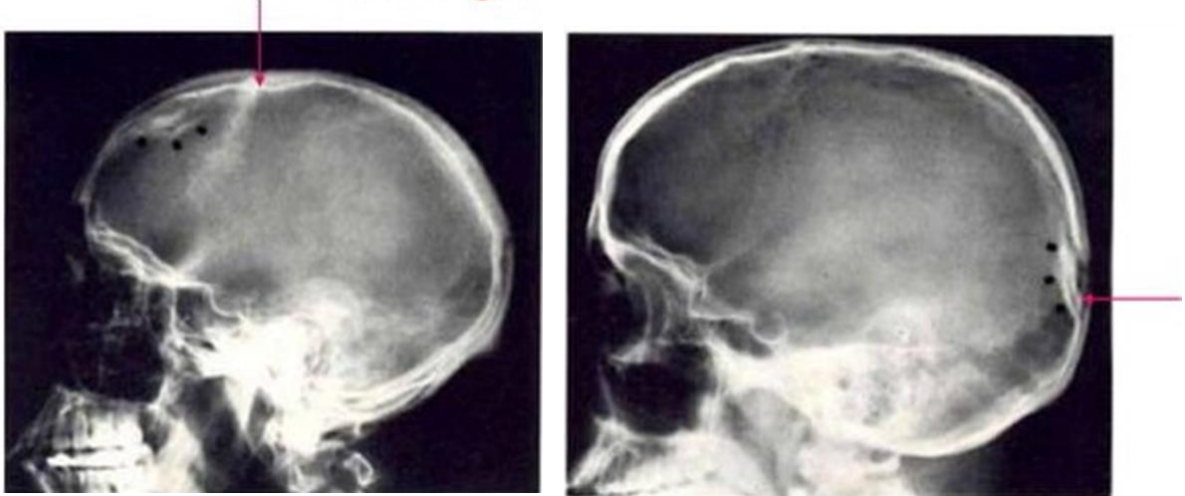
A

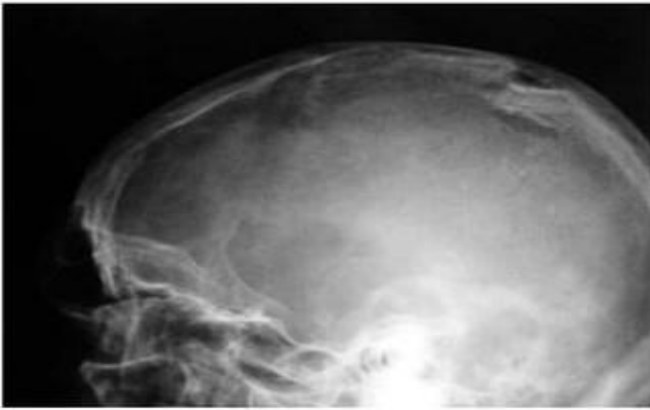


#### IV. HÌNH ẢNH HỌC

##### 1. XQUANG SỌ

- Nếu có gãy xương : tăng khả năng tổn thương trong sọ (#20 lần)
- Tuy nhiên : Xquang bình thường vẫn có tổn thương trong sọ (75%)





## 2. CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN (CT Scan-Computerized Tomography Scan) :

### ➤ **TIÊU CHUẨN VÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN CTSN**

#### ➤ Chỉ định :

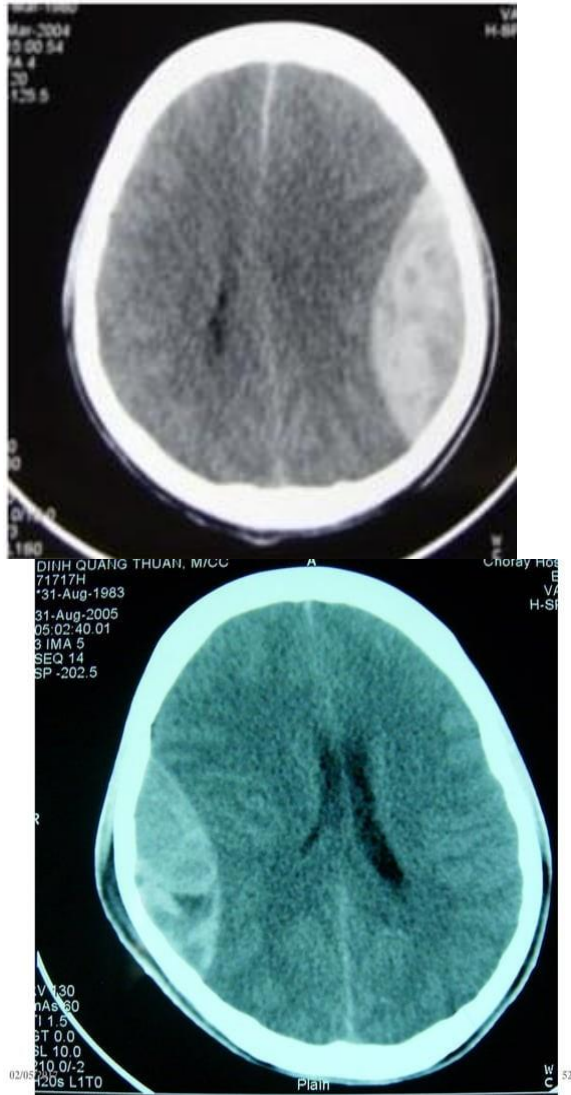
- GCS 15 đ (đau đầu nhiều, ói)
- GCS  $\leq$  14 đ
- Dấu thần kinh khu trú (giãn đồng tử, liệt ½ người)
- Tri giác giảm
- Rối loạn tâm thần sau chấn thương
- Chảy DNT qua mũi, tai
- Động kinh sau CTSN
- Nứt sọ trên Xquang
- Vết thương sọ não
- Bệnh nhân cần gây mê để làm thủ thuật
- Chụp kiểm tra sau mổ
- Chụp theo dõi điều trị bảo tồn

#### ➤ Một số hình ảnh CT sọ :

### 2.1. Máu tụ ngoài màng cứng :

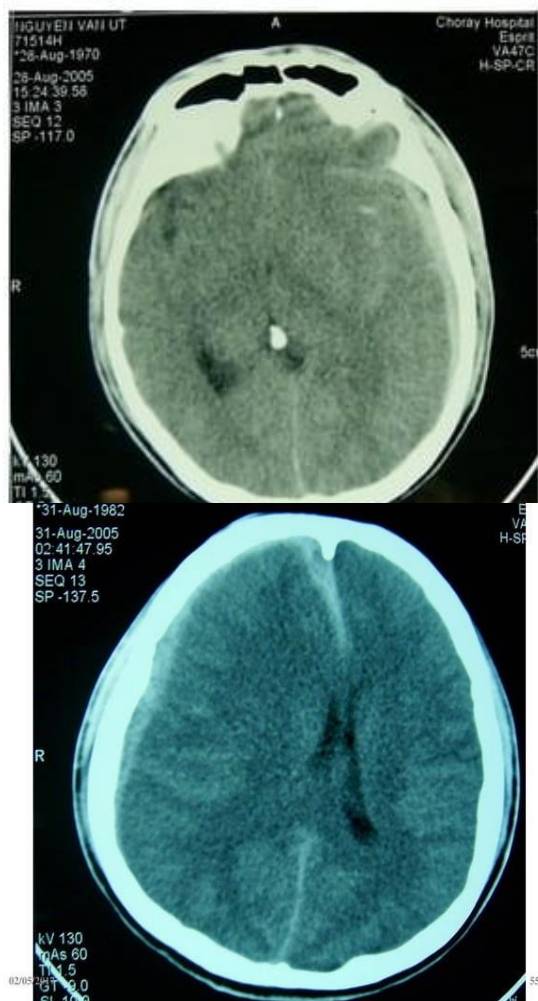
- Khối choán chỗ ngoài trục, khu trú

- Tăng đậm độ
- Hình thấu kính 2 mặt lồi
- Không qua khớp sọ
- Kèm nứt sọ, dập não
- Chèn ép não gây tụt não



## 2.2. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính:

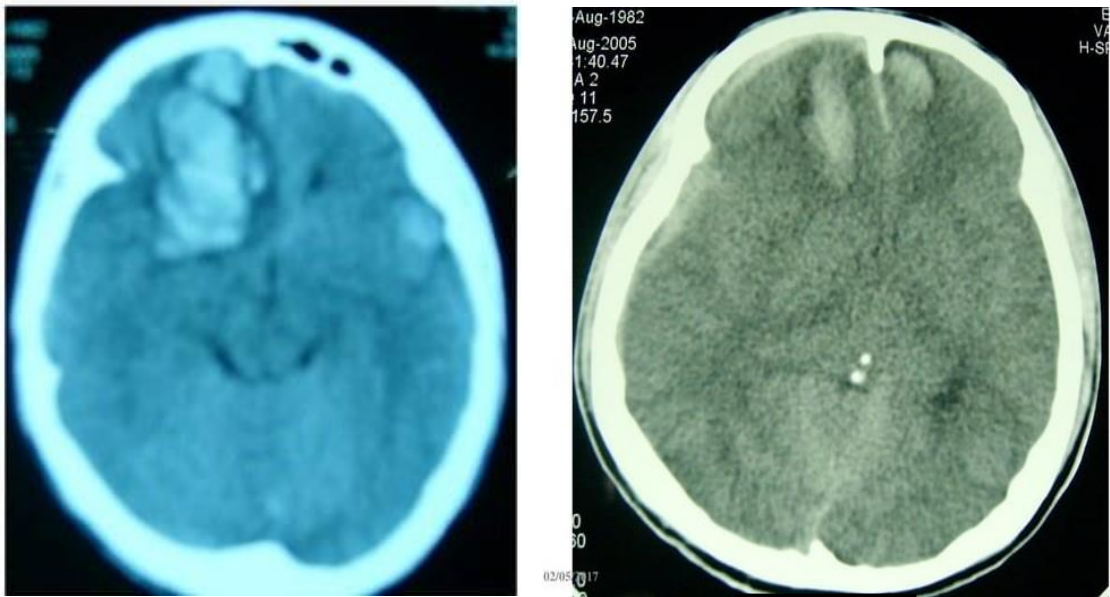
- Khối chón chỗ ngoài trục
- Tăng đậm độ
- Hình liềm
- Vượt qua được các khớp sọ
- Thường dập não
- Chèn ép não gây tụt não



### 2.3. Máu tụ trong não

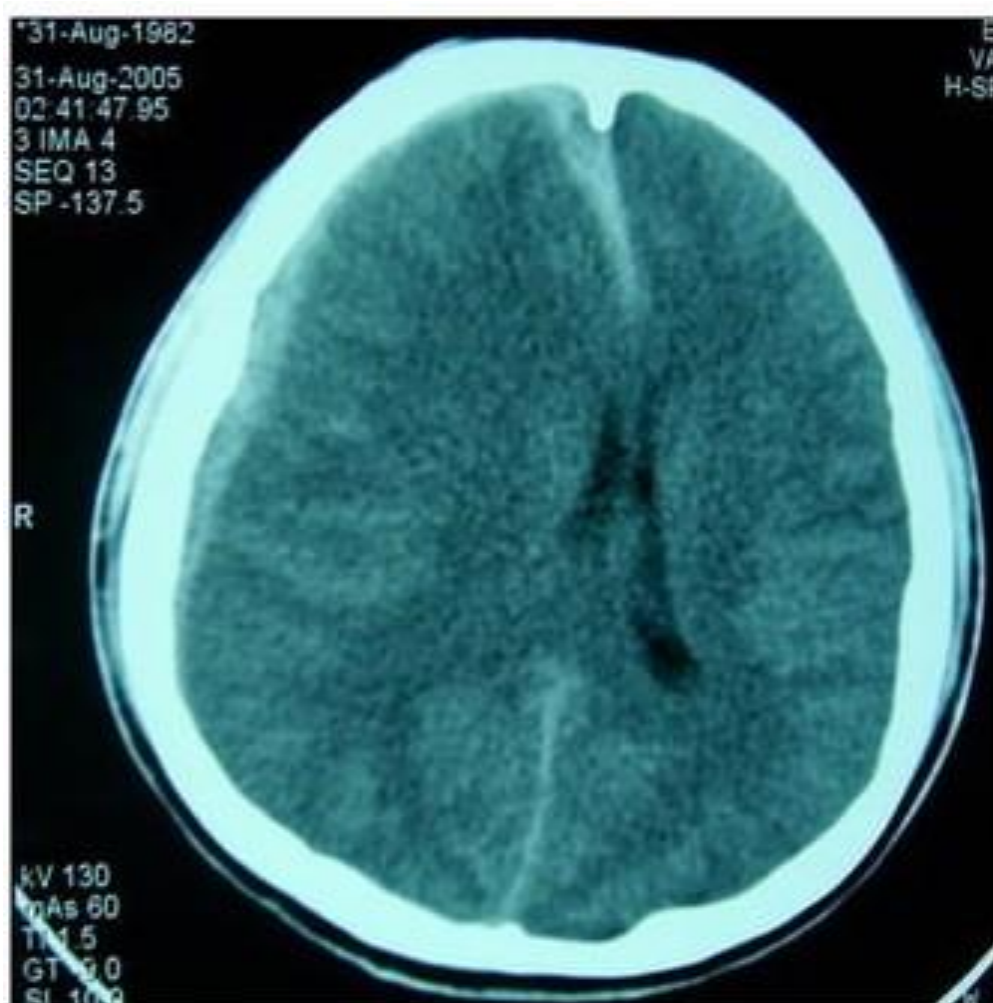
- Vị trí : trán, thái dương, đỉnh, chẩm
- Hình ảnh tăng đậm độ trong tổ chức não





#### 2.4. Xuất huyết dưới nhện

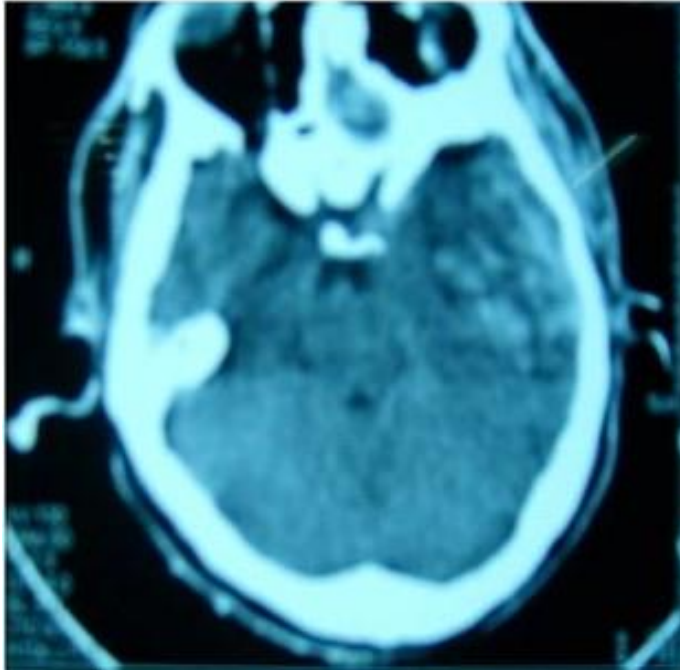
- Tăng đậm độ ở các rãnh và bể não
- Thường đi kèm các tổn thương khác



(Xuất huyết dưới nhện kèm máu tụ dưới màng cứng)

### 2.5. Dập não

- Vị trí : hay gặp ở trán và thái dương
- Cùng bên hoặc đối bên với vị trí tác động trực tiếp
- Hình ảnh giảm đậm độ do phù khu trú lẫn tăng đậm độ do xuất huyết rải rác

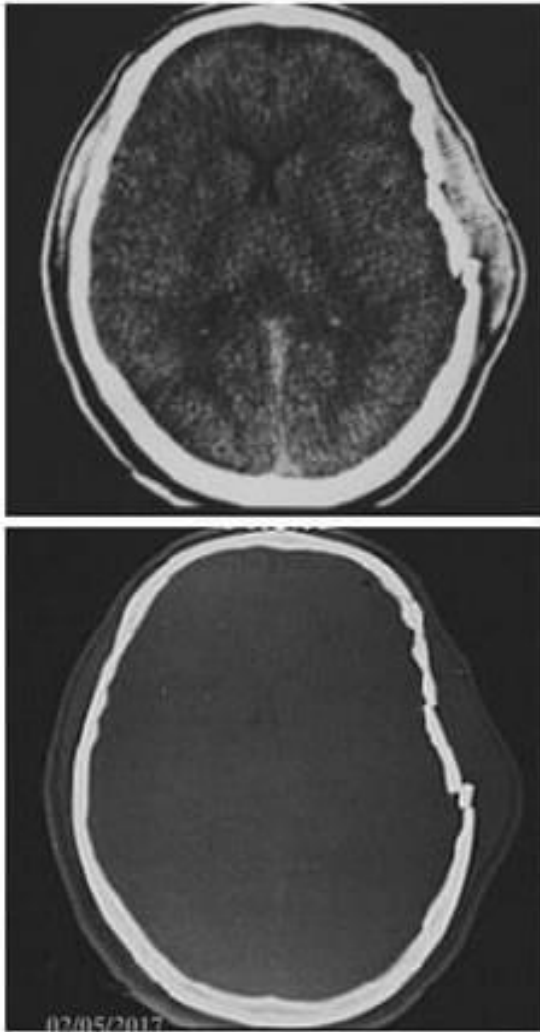


### 2.6. Phù não

- Giảm đậm độ lan tỏa
- Mất ranh giới chất trắng – xám
- Xóa các rãnh – bể não
- Não thất 2 bên nhỏ

### 2.7. Vỡ xương

- Nứt sọ dạng đường (hay gặp nhất) ; đường sáng, mất liên tục ở bản sọ
- Lún sọ
- Giãn khớp sọ
- Vỡ vụn và vỡ phức tạp



### 3. X QUANG CỘT SỐNG

- Nên chụp để làm rõ bệnh nhân CTSN có tổn thương cột sống cổ (Chụp từ C1-T1)
- Cột sống thắt lưng được chụp dựa vào những dấu hiệu lâm sàng và cơ chế chấn thương

### 4. MRI :

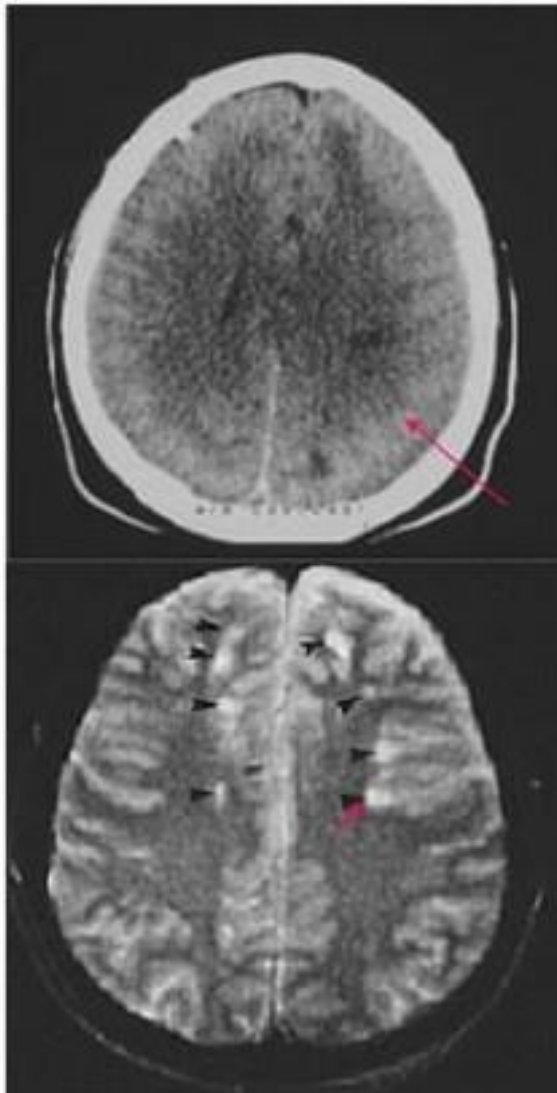
- Thường không thích hợp trong CTSN cấp ( ít dùng)
- Có thể giúp ích trong thời gian sau như để đánh giá chấn thương thân não, những thay đổi nhỏ trong chất trắng (như những đám xuất huyết nhỏ trong tổn thương sợi trục lan tỏa)

### Tổn thương sợi trục lan tỏa :

- Các lực xoay, tăng hoặc giảm tốc độ đột ngột gây kéo căng và xé rách sợi trục
- Thường tổn thương 2 bên, lan tỏa Tỷ lệ tử vong cao
- CT : đầu tiên thường bình thường,



- CT chụp chậm hơn (48-74h) thường phát hiện thêm tổn thương là các nốt xuất huyết nhỏ ở ranh giới chất xám-trắng, thể chai, cuống não
- Hay có thể biểu hiện như: mất ranh giới chất trắng-xám, hẹp xóa các bể não, não thất, phù lan tỏa



(Tổn thương sợi trục lan tỏa nặng ở chất trắng, thể chai)

## V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ

### 1. Những dấu hiệu nguy cơ của CTSN :

#### 1.1. Những dấu hiệu nguy cơ thấp của thương tổn trong sọ :

- Không có triệu chứng
- Đau đầu
- Chóng mặt
- Khó tụ máu ở da đầu, vết rách ở da đầu, vết dập hoặc trầy da.

- Không có những tiêu chí nguy cơ cao hoặc trung bình.
- 1.2. Những dấu hiệu nguy cơ trung bình của tổn thương trong sọ
- Thay đổi hoặc mất ý thức sau chấn thương
  - Đau đầu tiến triển
  - Có tình trạng say rượu
  - Động kinh sau chấn thương
  - Có bệnh sử không tin cậy được hoặc không đủ
  - Nhỏ hơn 2 tuổi (trừ chấn thương không đáng kể)
  - Ói
  - Mất trí nhớ sau chấn thương
  - Có dấu hiệu vỡ sụn sọ
  - Đa chấn thương
  - Chấn thương vùng mặt nghiêm trọng
  - Có thể có vết thương sọ não hoặc lún sọ
  - Lạm dụng trẻ em (child abuse) đáng ngờ
  - Sung bầm dưới da đầu nghiêm trọng

1.3. Những dấu hiệu nguy cơ cao của tổn thương trong sọ

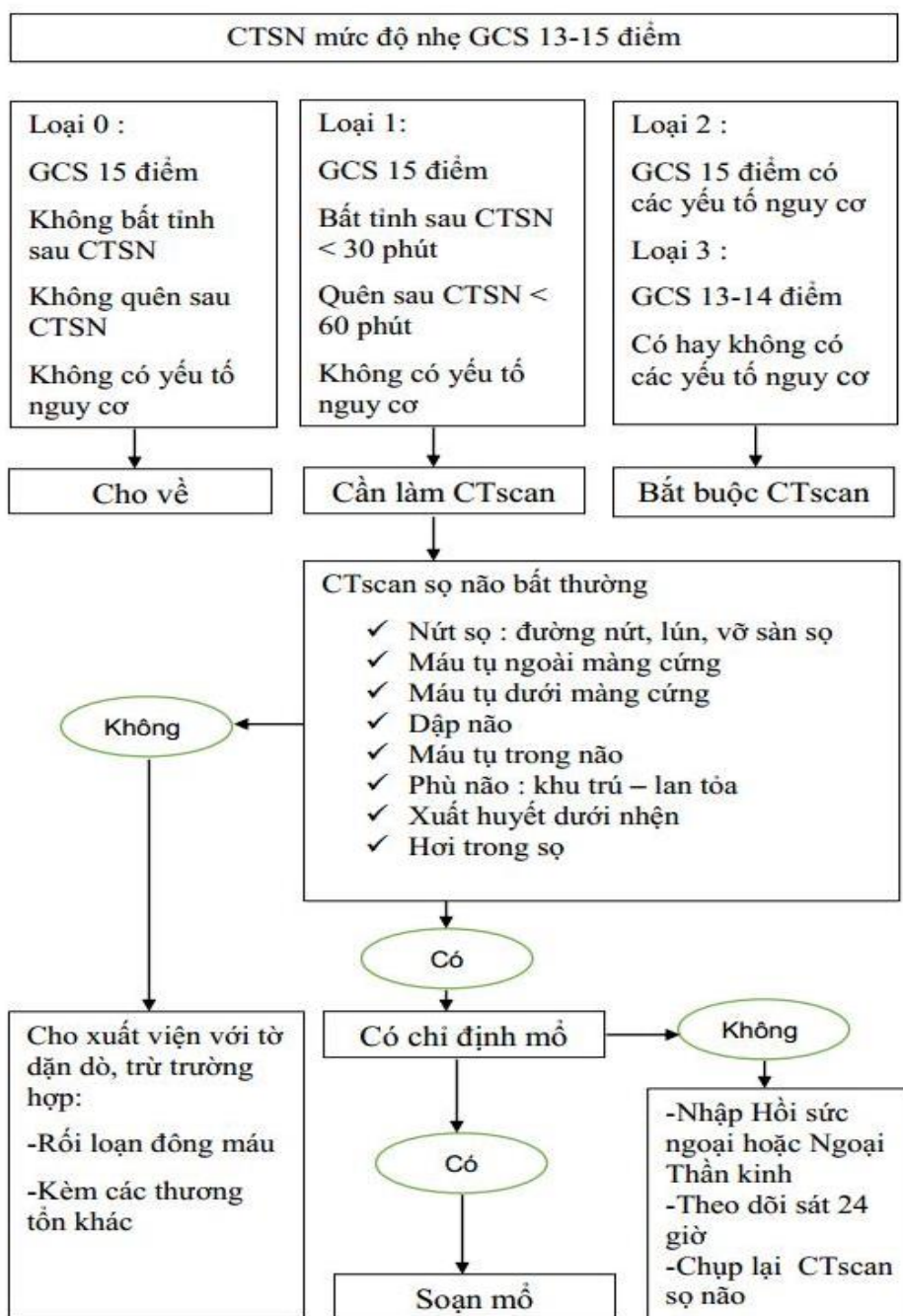
- Mức ý thức giảm không rõ do ngộ độc rượu, thuốc phiện rối loạn chuyển hóa
- Dấu thần kinh khu trú
- Mức độ ý thức giảm dần
- Chấn thương sọ xuyên thấu hay lún sọ

**2. Những tiêu chí cho việc theo dõi tại nhà**

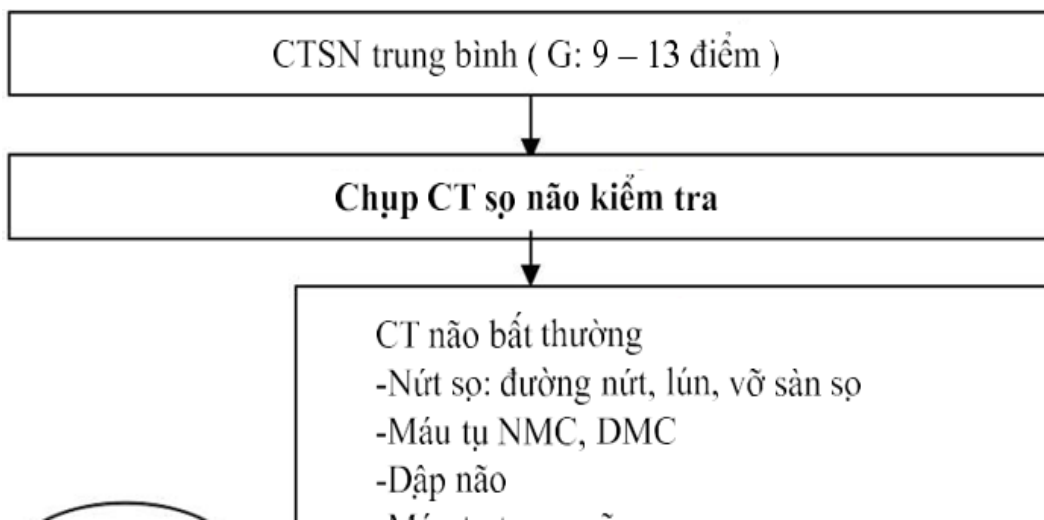
- CT sọ bình thường
- GCS lúc đầu > 14
- Không có dấu hiệu nguy cơ cao
- Không có dấu hiệu nguy cơ trung bình ngoại trừ mất ý thức
- Bệnh nhân không có dấu thần kinh khu trú
- Có một người lớn tinh táo và có trách nhiệm có thể theo dõi bệnh nhân
- Bệnh nhân có khả năng trở lại bệnh viện ngay khi cần thiết
- Không có những tình huống phức tạp (như không có nghi ngờ về bạo lực trong gia đình, kể cả lạm dụng trẻ em)

**3. Lưu đồ xử trí : 1,2,3**

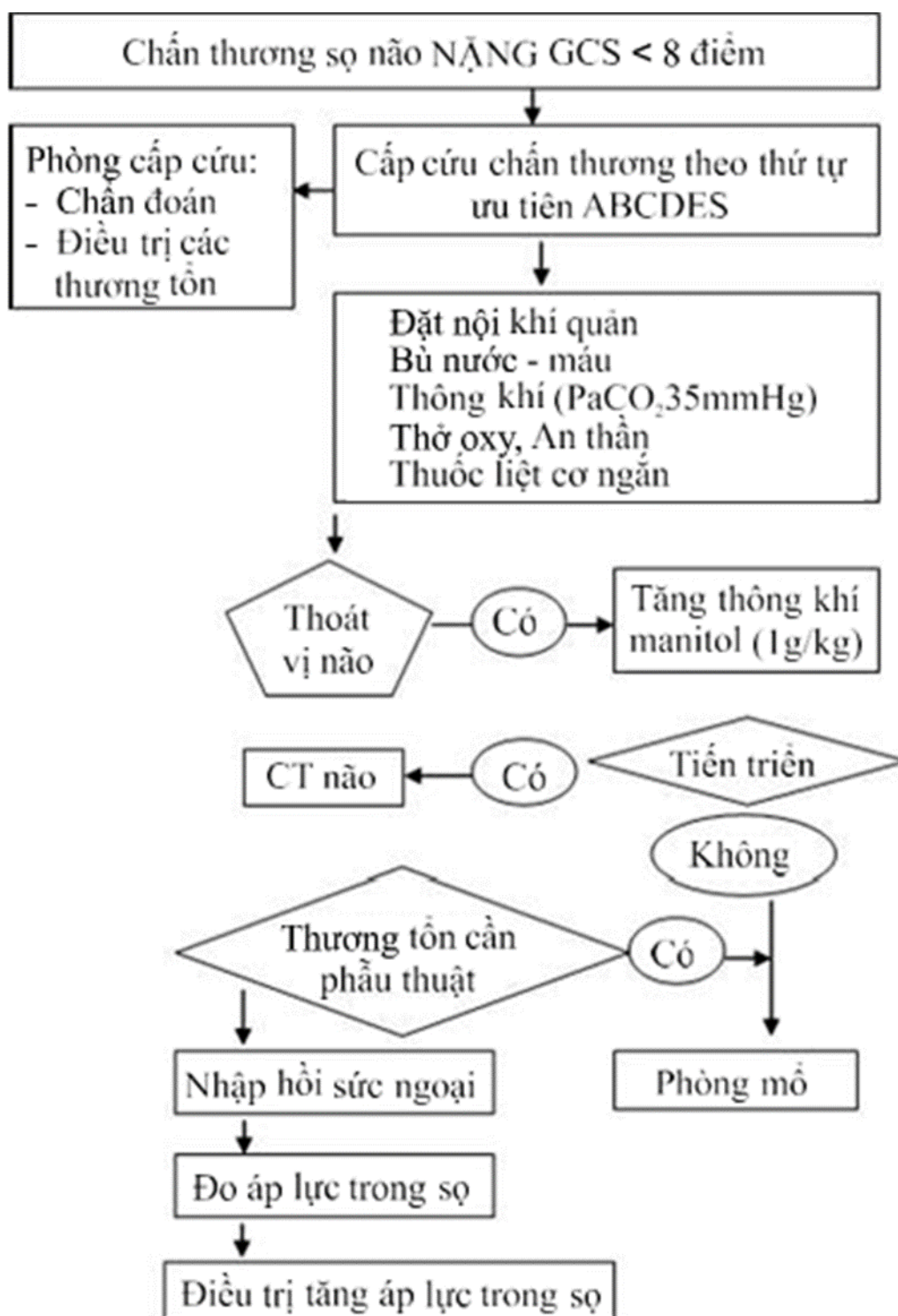
**Bảng 1: Các bước điều trị CTSN mức độ nhẹ**



**Bảng 2 : Các bước điều trị CTSN mức độ trung bình**



**Bảng 3 : Các bước điều trị CTSN mức độ nặng**



**4. Những vấn đề cần lưu ý :**

- ❖ Nên duy trì :
- ✓ HA tâm thu > 90mmHg

- ✓ PaO<sub>2</sub> > 60 mmHg
- ❖ Đặt nội khí quản
- ✓ GCS < 8
- ✓ Gãy nặng xương hàm mặt
- ✓ Không đặt nội khí quản đường mũi khi nghi vỡ sụn sọ
- ❖ Sử dụng Mannitol
- ✓ Có dấu tụt não
- ✓ Có dấu hiệu khối chèn chỗ trên lâm sàng
- ✓ Dấu tăng ALNS trên CT não
- ✓ Chức năng thân não không hoạt động

### 5. Một số chỉ định mổ :

- Thể tích khối máu tụ > 40ml
- Máu tụ DMC > 5mm, đẩy lệch đường giữa > 5mm
- Giãn não thất cấp
- Lún sọ hở
- Lún sọ kín hơn bề dày 1 bản sọ
- Vết thương sọ não
- Máu tụ hố sau gây chèn ép não thất IV
- Máu tụ trong não, dập não đẩy lệch đường giữa > 5mm
- Mở sọ giải áp : khi tăng áp lực nội sọ không kiểm soát

#### 5.1. Máu tụ ngoài màng cứng (Epidural hematoma-EDH)

Chỉ định mổ :

1. Thể tích máu tụ > 30cm<sup>3</sup>
2. Bề dày máu tụ > 15mm, di lệch đường giữa > 5mm
3. Máu tụ hố sau, xóa mắt hoặc đẩy lệch não thất IV

\* Thời điểm phẫu thuật : càng sớm càng tốt ngay sau khi có chẩn đoán

\*  $V = a \times b \times c / 2$  (cm<sup>3</sup>)

## Practice guideline: Surgical management of EDH

### Indications for surgery

Level III<sup>15</sup>:

1. EDH volume\* > 30 cm<sup>3</sup> should be evacuated regardless of GCS.
2. EDH with all of the following characteristics can be managed nonsurgically with serial CT scans and close neurological observation in a neurosurgical center:
  - a) volume\* < 30 cm<sup>3</sup>
  - b) and thickness < 15 mm
  - c) and midline shift (MLS) < 5 mm (p. 960)
  - d) and GCS > 8
  - e) and no focal neurologic deficit

### Timing of surgery

Level III<sup>15</sup>: it is strongly recommended that patients with an acute EDH and GCS < 9 and anisocoria undergo surgical evacuation ASAP

(Nguồn: Handbook of Neurosurgery, Ninth Edition, 2019)

## Practice guideline: Surgical management of traumatic posterior fossa mass lesions

### Indications for surgery

Level III<sup>89</sup>:

symptomatic posterior fossa mass lesions or those with mass effect on CT should be surgically removed. Note: mass effect on CT: defined as dislocation, compression or obliteration of the 4th ventricle; compression or loss of basal cisterns (p. 959) or the presence of obstructive hydrocephalus

- asymptomatic lesions without mass effect on CT may be managed with close observation and serial imaging

### Timing of surgery

Level III<sup>89</sup>: p-fossa mass lesions meeting surgical criteria should be evacuated ASAP due to the potential for rapid deterioration

### Surgical methods

Level III<sup>89</sup>: suboccipital craniectomy (not replacing the bone) as opposed to craniotomy, is the recommended procedure because post-op bleeding or swelling is poorly tolerated in the small confines of the posterior fossa

(Nguồn: Handbook of Neurosurgery, Ninth Edition, 2019)

### 5.2. Máu tụ dưới màng cứng cấp (Acute subdural hematoma-SDH)

1. Bề dày máu tụ > 10mm hoặc di lệch đường giữa > 5mm trên CT, nên mổ bất kể điểm GCS
2. Một bệnh nhân hôn mê (GCS ≤ 9), có máu tụ DMC với bề dày < 10mm và di lệch đường giữa < 5mm nên tiến hành phẫu thuật lấy máu tụ nếu :

- GCS giảm 2 điểm hoặc hơn từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện
- Và/hoặc giãn đồng tử
- Và/hoặc ICP > 20mmHg

# BÀI 10: CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ CHẤN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN

## Mục tiêu :

- Nêu được khái niệm về Chấn thương cột sống và chấn thương thần kinh ngoại biên.
- Nhận biết được các triệu chứng của Chấn thương cột sống và chấn thương thần kinh ngoại biên.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Chấn thương cột sống và chấn thương thần kinh ngoại biên.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các bước cấp cứu và nguyên tắc điều trị của Chấn thương cột sống và chấn thương thần kinh ngoại biên.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca Chấn thương cột sống và chấn thương thần kinh ngoại biên.

## I. ĐẠI CƯƠNG

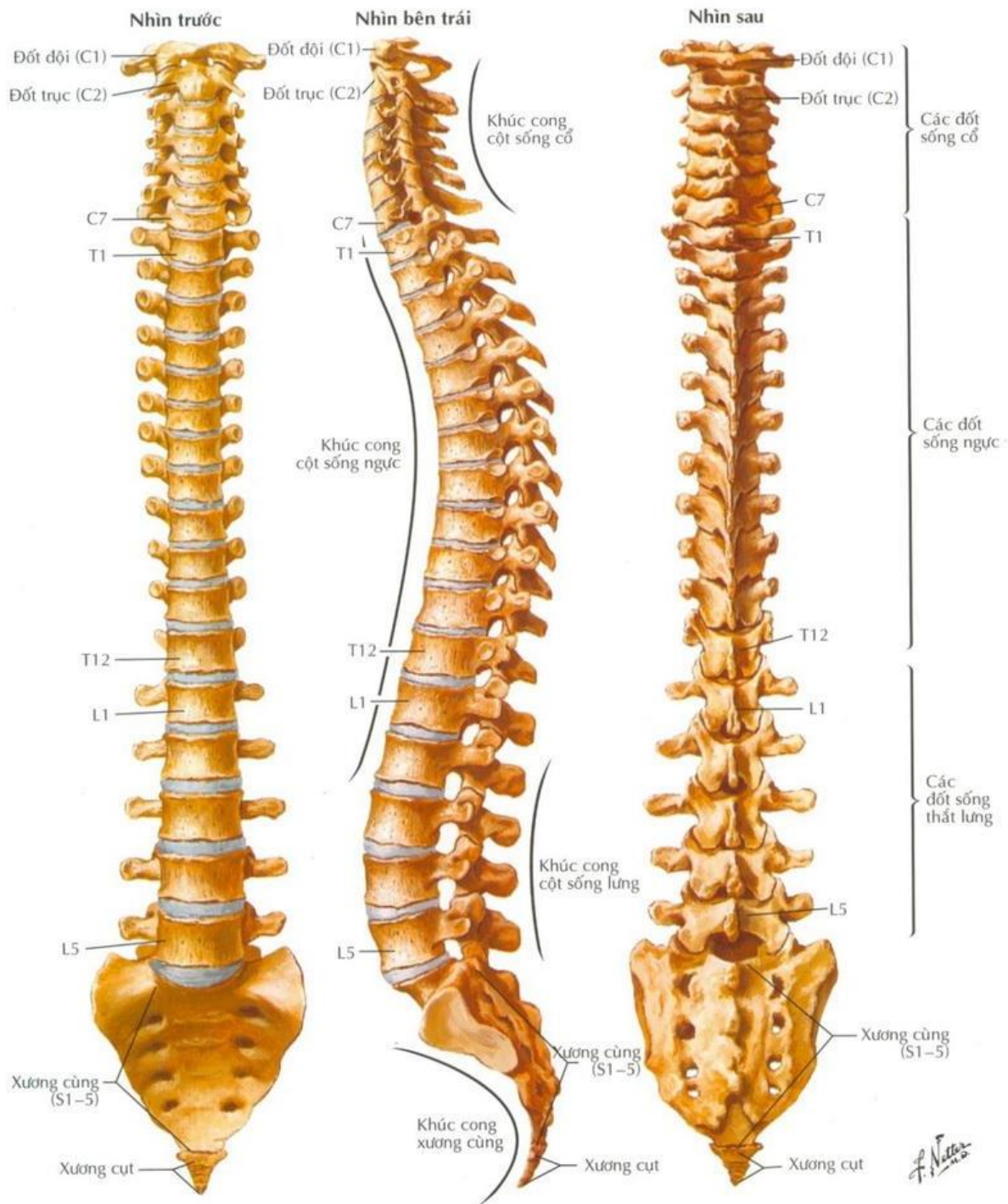
- Chấn thương Cột sống – Tủy sống (CTCS-TS) thường để lại nhiều di chứng nặng nề về mặt kinh tế - xã hội cho bệnh nhân, gia đình và xã hội
- Trong một năm điển hình, có khoảng 12.000 trường hợp tổn thương tủy sống ở Hoa Kỳ hoặc 40 trường hợp/triệu người mỗi năm.
- Tỷ lệ chấn thương cột sống có tổn thương thần kinh nói chung 15-20%, tại Việt Nam là 60% do hiểu biết và xử trí ban đầu chưa phù hợp.
- Nguyên nhân **phổ biến nhất** gây tổn thương tủy sống là :
  - ✓ Tai nạn xe máy (48%)
  - ✓ Ngã cao (16%)
  - ✓ Phần còn lại của chấn thương tủy sống là do bạo lực (12%), chấn thương thể thao (10%) và chấn thương liên quan đến lao động. Khoảng 80% bệnh nhân là nam.
  - ✓ Ở những bệnh nhân cao tuổi, té ngã là nguyên nhân phổ biến nhất.

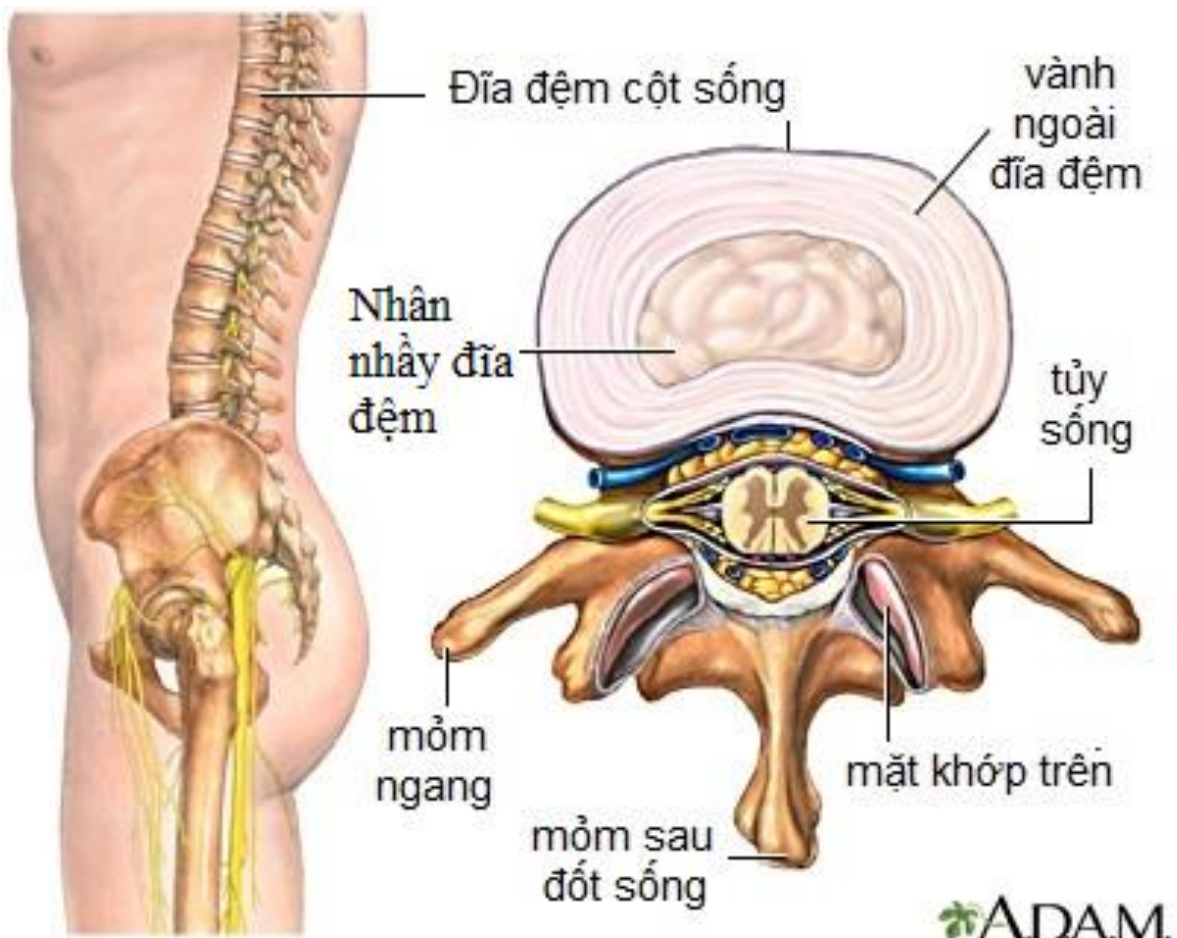
## II. GIẢI PHẪU HỌC

- Cột sống được chia làm bốn phần, không bao gồm xương cụt (xương đuôi):
  - Cột sống cổ : C1-C7
  - Cột sống ngực : D1-D12 (T1-T12)

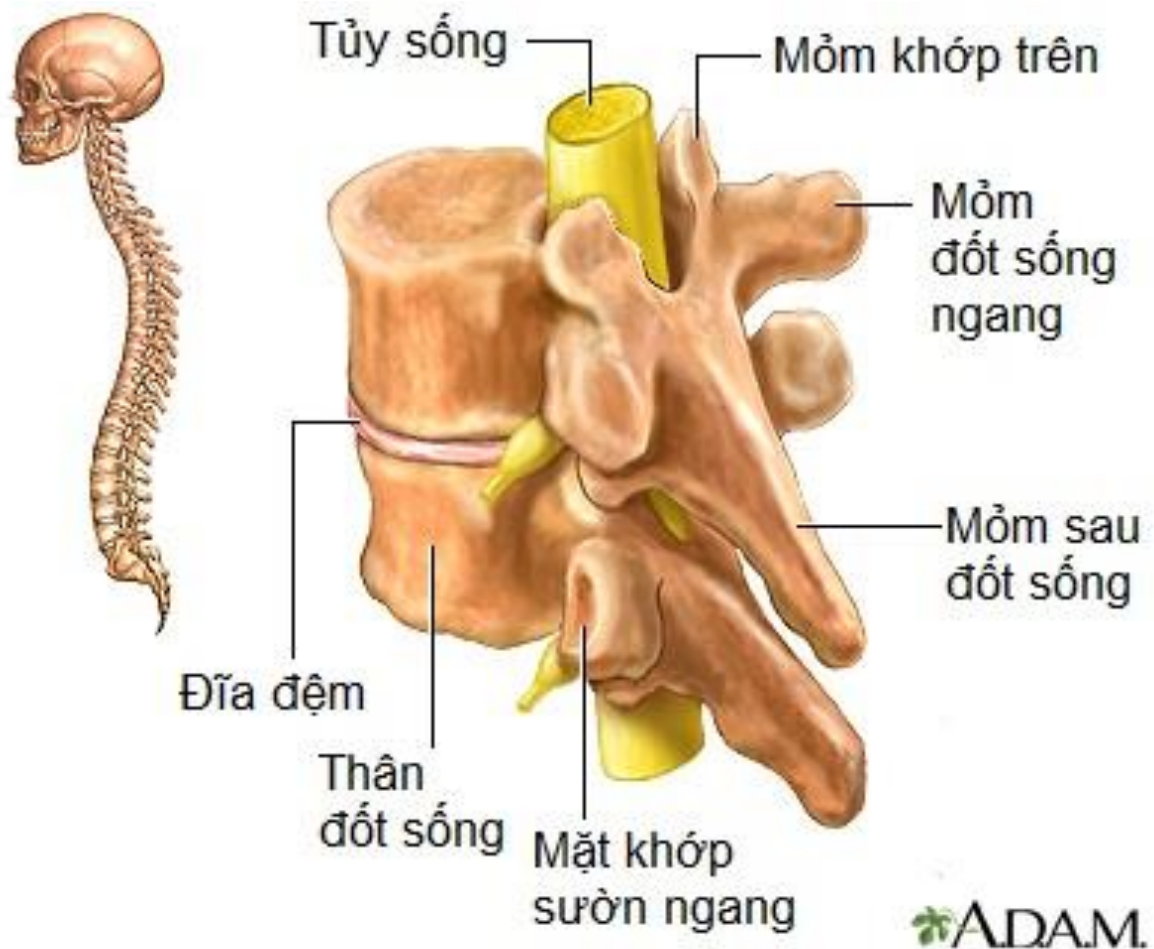


- Cột sống thắt lưng : L1-L5
- Cột sống cùng : S1-S5



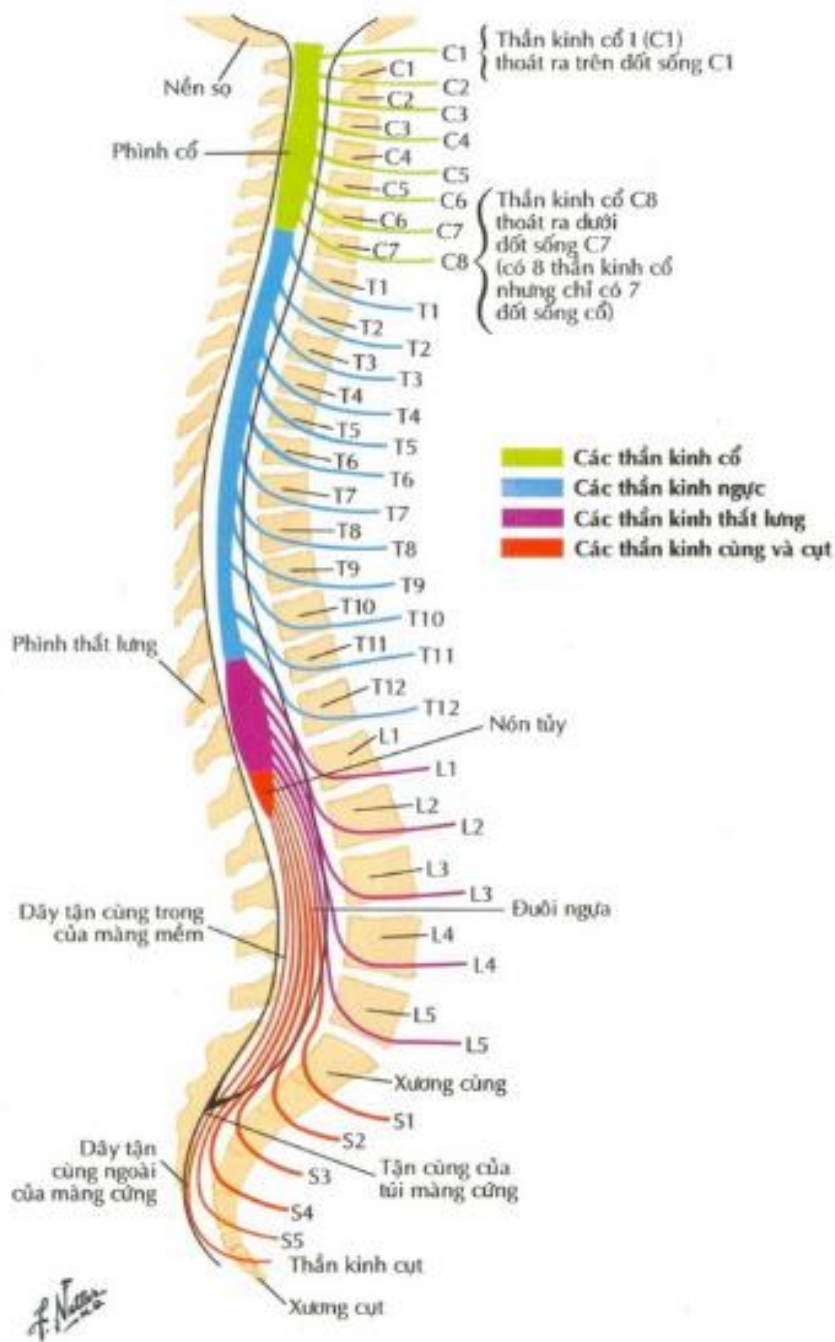


**Cấu tạo Đĩa đệm - Tủy sống - Rễ thần kinh**



## Cột sống - Đốt sống - Đĩa đệm và Tủy sống

- Có 31 đôi dây (rễ) thần kinh tủy sống :
  - 8 đôi dây thần kinh tủy cổ (C1 đến C8)
  - 12 đôi dây (rễ) thần kinh ngực (T1-T12)
  - 5 đôi dây (rễ) thần kinh thắt lưng (L1-L5)
  - 5 đôi dây (rễ) thần kinh cùng (S1-S5)



### III. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

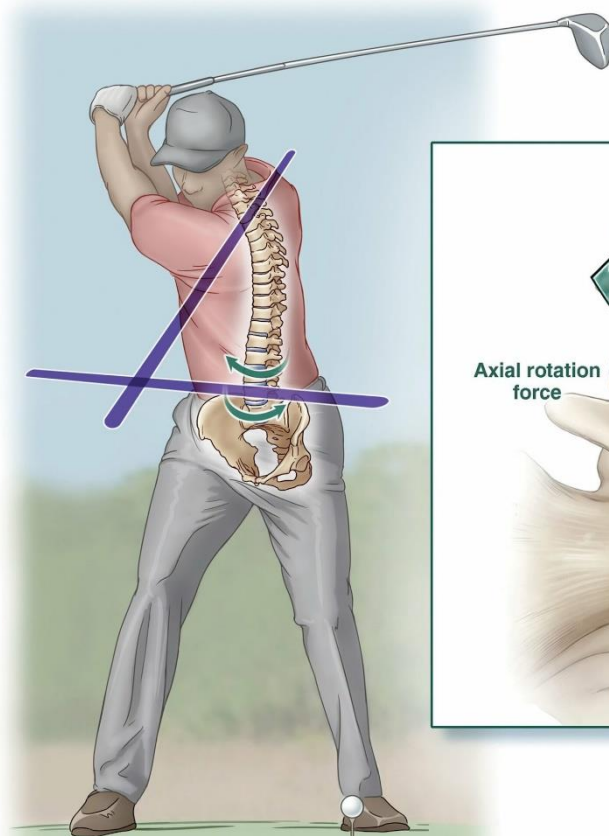
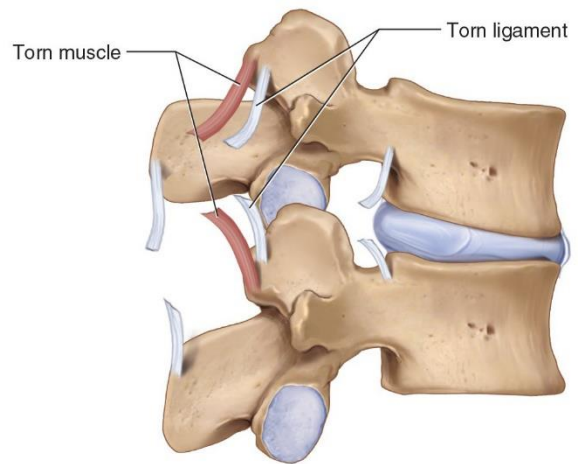
1. Chấn thương trực tiếp : hiếm gặp
2. Chấn thương gián tiếp : bao gồm
  - Gập quá mức (1)
  - Duỗi ngửa quá mức (2)
  - Kết hợp cả hai (1) + (2): Whiplash injury
3. Nén ép theo chiều đứng dọc



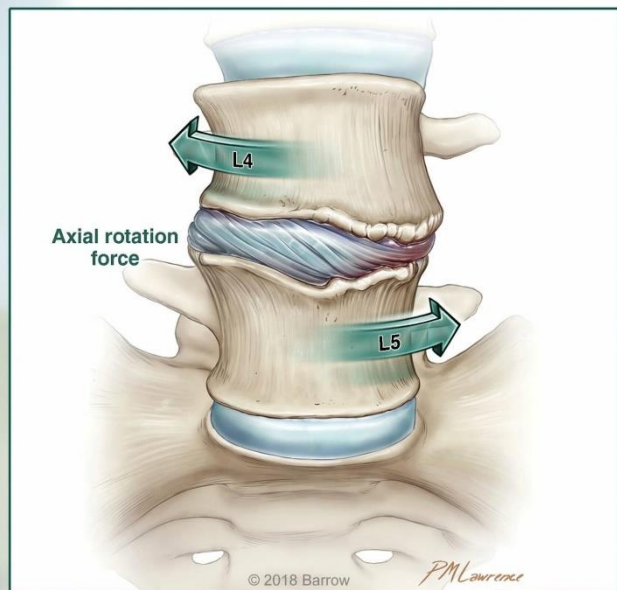
#### 4. Trật xoay theo chiều ngang : hiếm



Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins



Top of the Back Swing: "X-Factor"



© 2018 Barrow

PMLawrence



#### IV. GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

##### 1. Tổn thương xương

- Tổn thương thân đốt sống : gãy nứt, nhiều mảnh, gập góc, trật, giọt lệ (tear-drop)
- Gãy chân cung
- Gãy khối khớp trên, dưới, eo...
- Gãy bản sống, mỏm gai, mỏm ngang

##### 2. Tổn thương dây chằng : trật khớp, nong gân lạnh tính...

##### 3. Tổn thương đĩa đệm : thoát vị

##### 4. Tổn thương tủy sống, thần kinh :

- Tổn thương tủy một phần : Hội chứng tủy trung tâm, hội chứng cột trước, cột sau, cột bên (Brown-Sequard)
- Tổn thương tủy hoàn toàn : mất toàn bộ vận động, cảm giác phía bên dưới tổn thương (3% BN có thể hồi phục một phần sau 24 giờ) → tiên lượng xấu, ít khả năng hồi phục
- Dập tủy xuất huyết, hoại tử, phù nề ...
  - Xuất hiện sau vài phút đến vài giờ ,
  - Chất xám trung tâm bị tổn thương lan rộng ra chất trắng
  - Phản ứng TB đệm, thoái hóa, nang...
  - Tổn thương rễ TK : đứt, dập, chèn ép
  - Tổn thương màng tủy : rách, máu tụ NMC , DMC , nang màng nhện
- Tổn thương mạch máu tủy → nhũn tủy

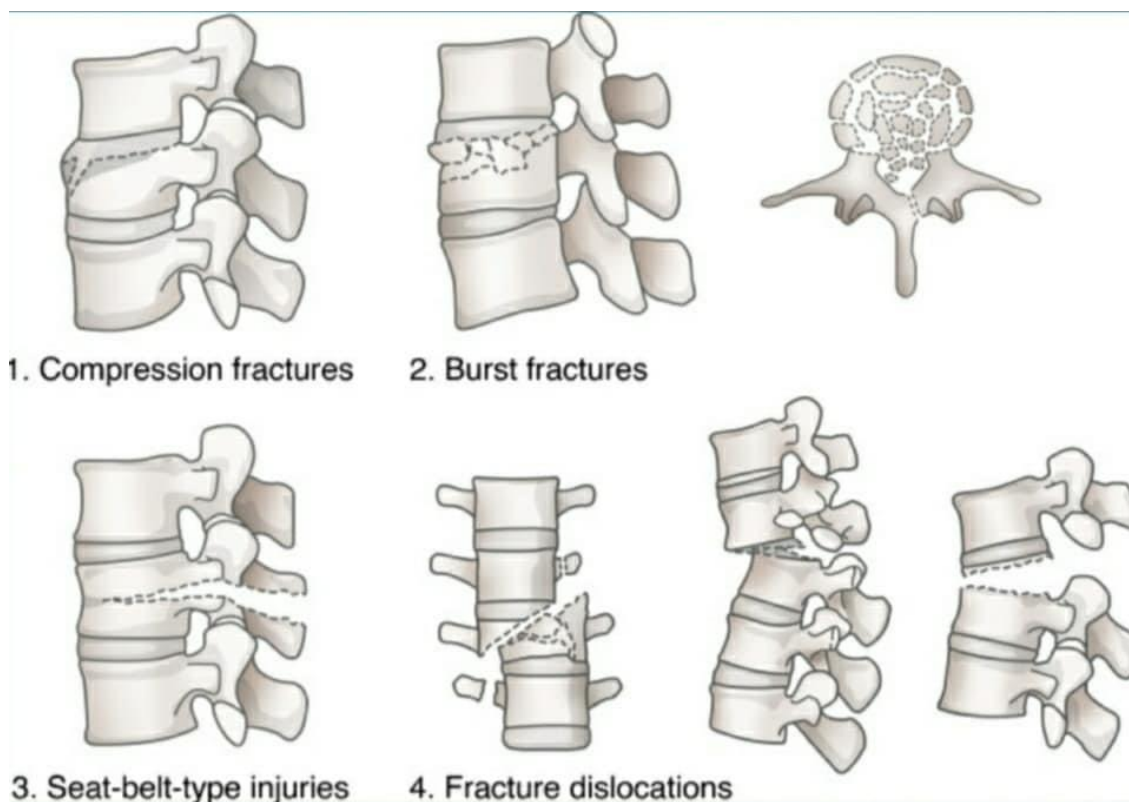
#### V. SỰ MẤT VỮNG CỘT SỐNG

1. Tổn thương nhẹ: thường gãy các mỏm gai , mỏm ngang , khối khớp ...
2. Tổn thương nặng : gồm 4 nhóm

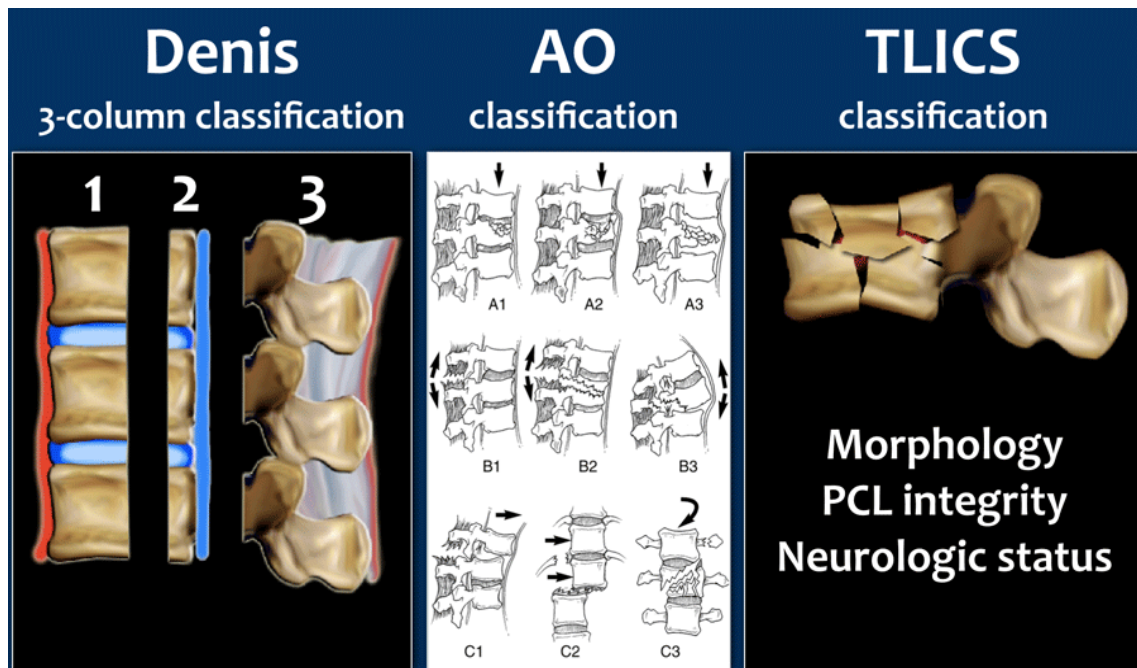
- **Gãy nén** (Compression fracture): D6 - D8, D12 - L3

Gây tổn thương cột trước và không tổn thương thần kinh.

- **Gãy vỡ** (Burst fracture): D10 - L2. Gây tổn thương cột trước và cột giữa . 50% có tổn thương TK (5% liệt hoàn toàn)
- **Gãy gập quá mức** (Seat-bell fracture): gây tổn thương cột giữa , cột sau và không tổn thương TK
- **Gãy trật** (Dislocation fracture) : thường gây tổn thương cả 3 cột và có tổn thương TK



3. Phân độ chấn thương cột sống – tủy sống :



### 3.1. THUYẾT BA CỘT CỦA DENIS

❖ 1983, Francis Denis

- Cột trước : d/c dọc trước, 1/2 trước thân sống và nhân đệm.
- Cột giữa : d/c dọc sau, 1/2 sau thân sống và nhân đệm.
- Cột sau : phức hợp sau gồm d/c liên gai, d/c vàng, khối khớp và các mòm xương.

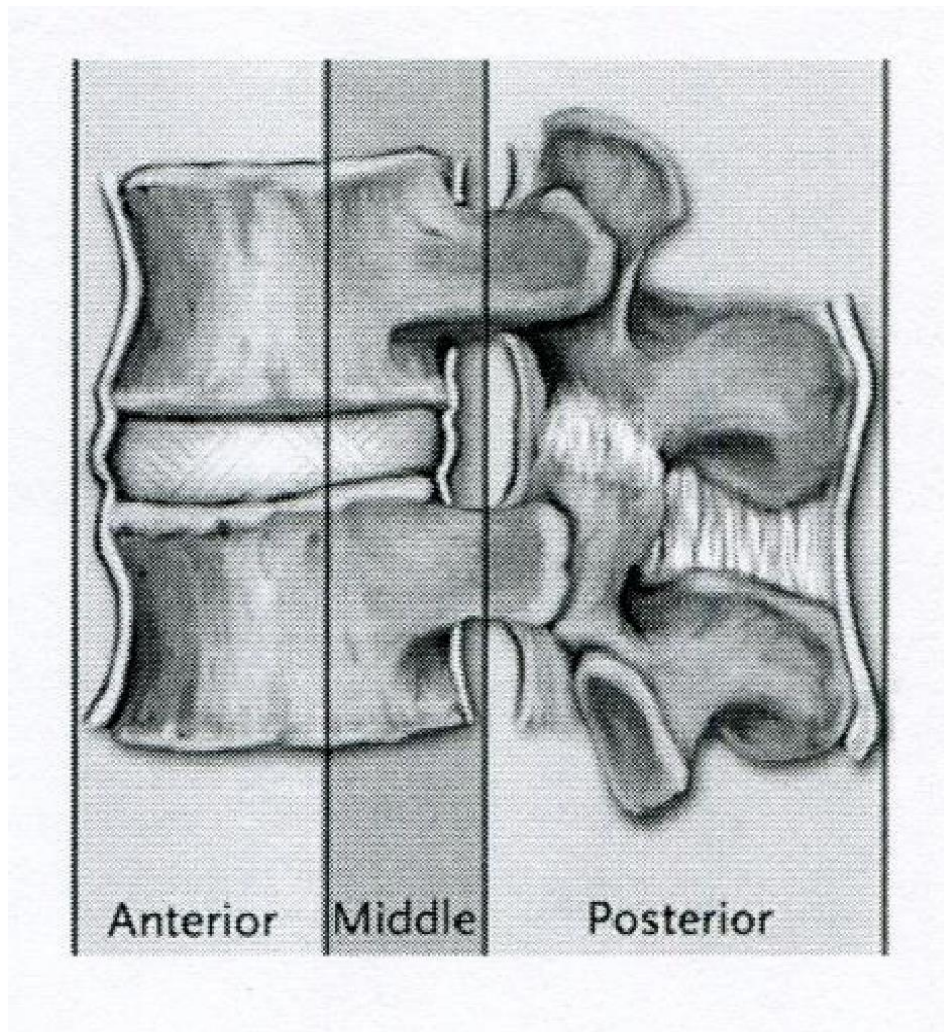
➔ Mất vững : cột giữa hoặc 2/3 cột

- Gãy cột sau và các tổn thương nhẹ *không mất vững*.
- Gãy cột trước đơn độc thì thường *không mất vững*.
- Gãy cột giữa thường bị *mất vững*, trừ một số trường hợp gãy nhẹ hoặc gãy cột sống ngực mà xương sườn và xương ức còn nguyên vẹn

❖ Có 3 loại mất vững : (1) cơ học, (2) thần kinh và (3) cả hai (“mất vững thần kinh” theo ý nghĩa tổn thương thần kinh)

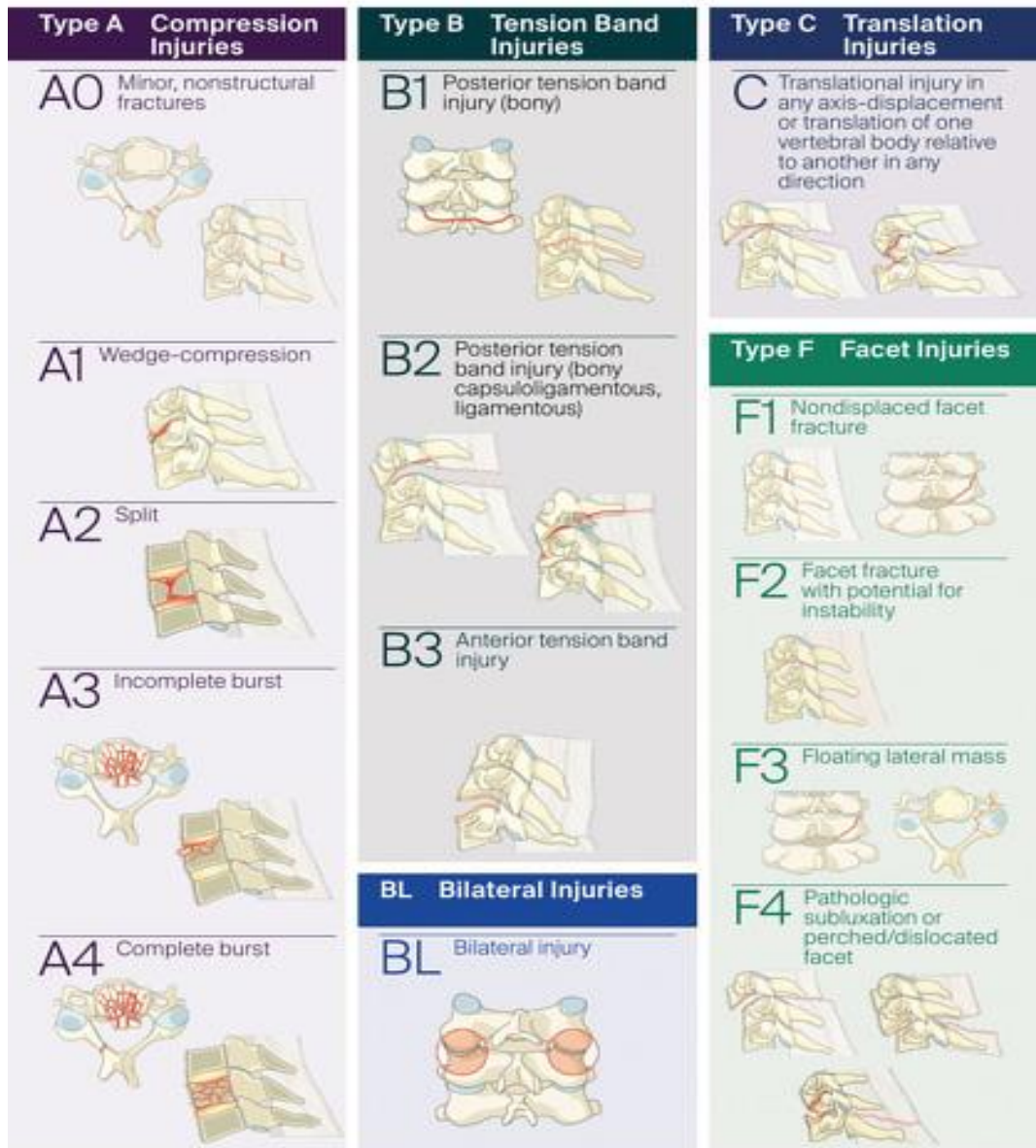
❖ *Nhược điểm* : Phân loại Denis không đánh giá được vấn đề tổn thương phức hợp dây chằng phía sau, tổn thương thần kinh.





### 3.2. PHÂN LOẠI THEO AO SIPNE

- ❖ 1994, Margerl
- ❖ Nhược điểm :
  - ✓ Phân loại phức tạp, khó ứng dụng trên lâm sàng
  - ✓ Chỉ mô tả tổn thương xương trên CT, không đánh giá được phức hợp dây chằng phía sau, tổn thương thần kinh



Contact: [research@aospine.org](mailto:research@aospine.org)

Further information: [www.aospine.org/classification](http://www.aospine.org/classification)

### 3.3. PHÂN LOẠI THEO TLICS

(Thoracolumbar injury classification and severity score (TLICS))

❖ 1995, Vaccaro

❖ Dựa vào :

1. Đặc điểm hình thái tổn thương xương trên Xquang và MSCTscan
2. Tính toàn vẹn hệ thống dây chằng trên MRI
3. Tình trạng tổn thương thần kinh trên lâm sàng

**Bảng 1. Bảng thang điểm TLICS[3]**

<b>Đặc điểm tổn thương</b>	<b>Điểm</b>
<b>1. Hình thái tổn thương</b>	
Gãy nén	1
Gãy vụn	2
Trượt/xoay	3
Gãy rời	4
<b>2. Phức hợp dây chằng phía sau</b>	
Nguyên vẹn	0
Nghi ngờ (Đụng dập)	2
Đứt	3
<b>3. Tổn thương thần kinh</b>	
Không tổn thương	0
Tổn thương chèn ép nhẹ	2
Liệt tủy hoàn toàn	2
Liệt tủy không hoàn toàn	3
Hội chứng đuôi ngựa	3

## **V. CÁC DẠNG HÌNH THÁI**

### **1. Cột sống cổ :**

- Gãy C1: Gãy Jefferson (gãy cung trước, cung sau), gãy một bên, hai bên, kết hợp gãy C2.
- Gãy C2 : thường xảy ra ở lứa tuổi 20-30 và 60-70, gồm:

- ✓ Gãy hai chân cùng : tổn thương cả hai eo
- ✓ Gãy mỏm răng: độ I (gãy đỉnh), độ II (gãy cổ), độ III (gãy nền).  
Riêng độ II cần xác định hướng gãy ra trước hay ra sau, có thể tạo nên khớp giả.
- Gãy C2C3 kết hợp : thường gãy mất vững và kèm theo các tổn thương khác
- Các tổn thương ở thân CS cột sống cổ thấp thường phối hợp với các tổn thương ở mặt khớp.
- Hiếm gặp: trật C0C1, bong gân, trật xoay C1C2 ...

## 2. Cột sống lưng – thắt lưng :

Phần lớn các tổn thương này tập trung vào thân D12-L2, với đa dạng các cơ chế tổn thương.

## VI. LÂM SÀNG

- Khám toàn diện
  - Khám cột sống
  - Khám thần kinh
  - *CTCS / Đa chấn thương* → Đặc biệt chú ý CTCS / CTSN.
  - Tình huống tai nạn, cơ chế chấn thương.
  - Vị trí đau, dị cảm, yếu chi...
  - Sờ nắn : ấn cột sống tìm điểm đau chói, vùng cơ co thắt phản ứng
  - Xác định các tổn thương thần kinh :
    - Vận động : sức cơ 0/5-5/5. Chú ý khám từng nhóm cơ ở từng chi, xác định sự yếu liệt của chi.
    - Cảm giác : khám theo từng khoanh da (dermatome)
    - Cơ vòng : cầu bàng quang, co cứng dương vật.
- xác định vị trí tổn thương tương ứng .

### 1. Khám vận động :

Thang điểm đánh giá cơ lực (ASIA 1969)

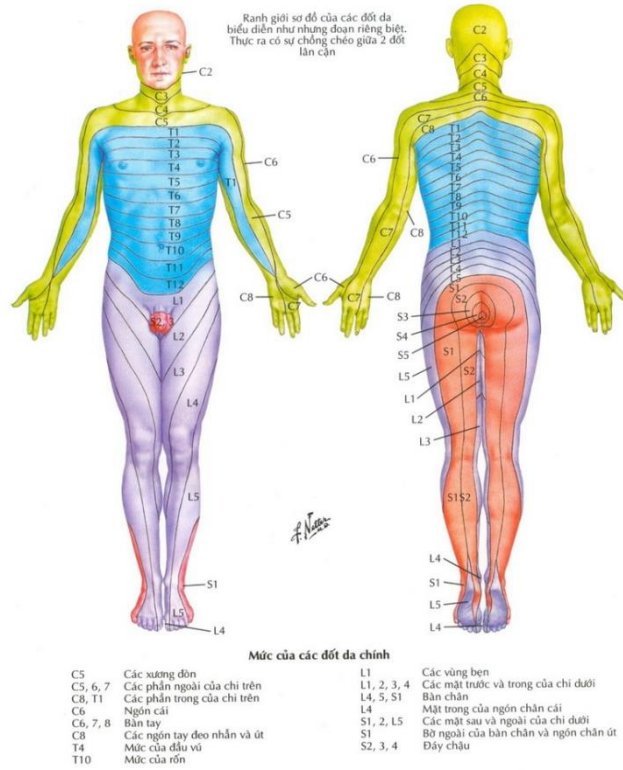
ĐIỂM	DẤU HIỆU
0	Không co cơ khi cố gắng vận động
1	Co cơ nhưng không phát sinh động tác
2	Vận động được trên mặt phẳng, không thắng được sức cản trọng lực
3	Vận động thắng được trọng lực, không thắng được sức cản
4	Vận động thắng được trọng lực và sức cản
5	Cơ lực bình thường

## 2. Khám cảm giác

- ❖ Khám theo từng khoanh da (dermatome)
- ❖ Mức độ :
  - ✓ Mất hoàn toàn cảm giác
  - ✓ Giảm cảm giác
  - ✓ Cảm giác bình thường

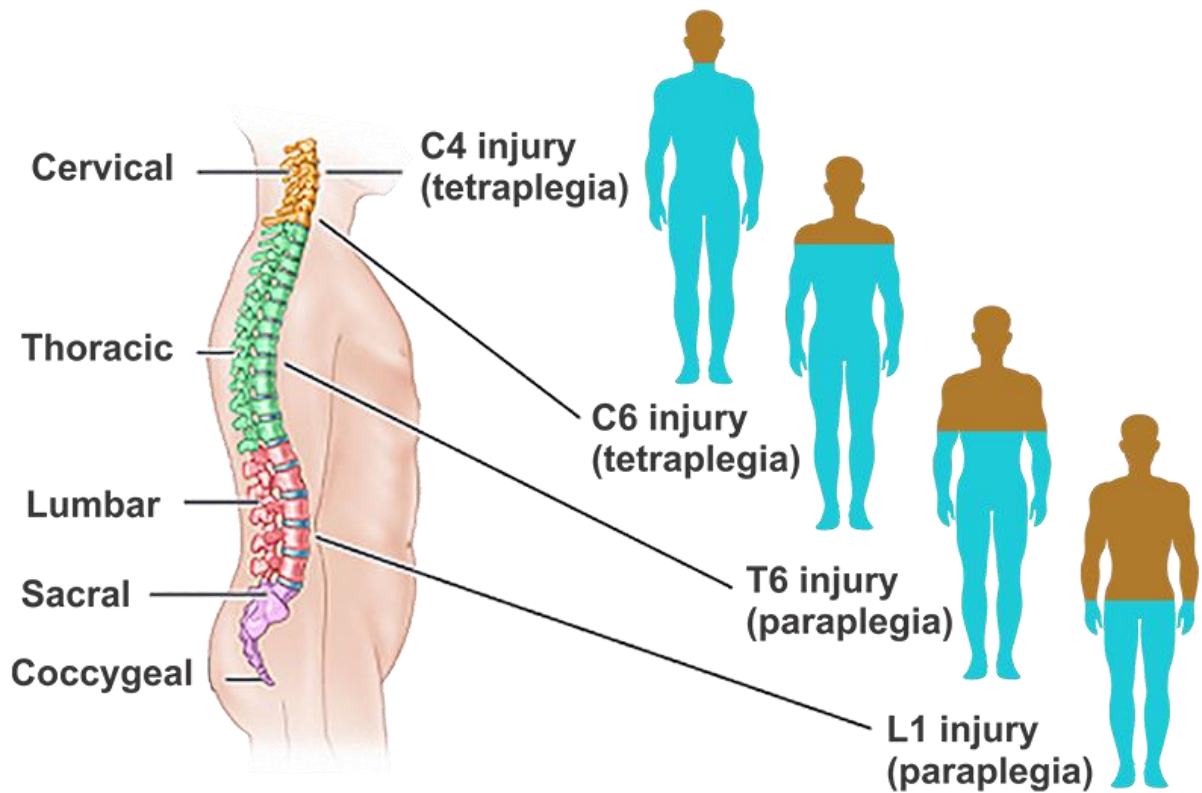


Xem thêm hình 24, 472, 474 - 476, 478, 481, 538 - 542



TỦY GAI

Hình 164



### 3. Phân loại bệnh nhân theo Frankel

Classification	Description
A	Complete motor and sensory loss
B	Complete motor loss, incomplete sensory loss
C	Incomplete motor loss, of no practical use
D	Incomplete motor loss, able to ambulate with or without walking aids
E	No neurological symptoms or signs

#### 4. Phân loại bệnh nhân theo ASIA 1992

ASIA Grade	Description
A	No motor or sensory function preserved in the sacral segments
B	Sensory but not motor function preserved in at least the sacral segments
C	Motor function preserved below the neurologic level and most key muscles have motor score <3
D	Motor function preserved below the neurologic level and most key muscles have a motor score of $\geq 3$
E	Motor and sensory function is normal.

Note.—ASIA indicates American Spinal Injury Association. Adapted from Ditunno (6).

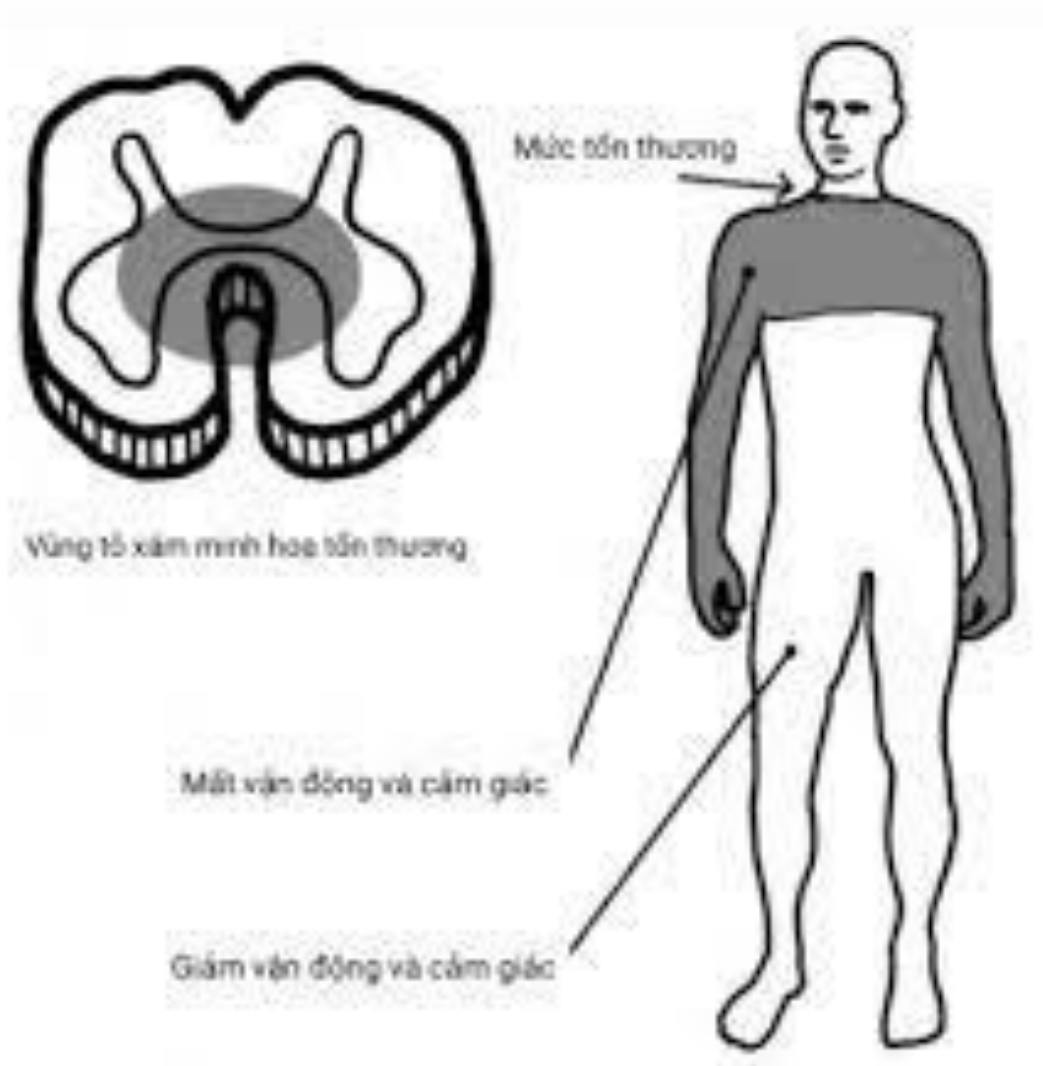
#### 5. Những tổn thương thần kinh thường gặp :

- Yếu, liệt nhóm cơ, yếu liệt chi
- Rối loạn hô hấp do liệt cơ hoành (C4)
- Dị cảm, giảm cảm giác, mất cảm giác
- Tổn thương rễ thần kinh
- Tổn thương tủy không hoàn toàn :
  - ✓ Hội chứng tủy trung tâm (syringomyelie)
  - ✓ Hội chứng cột sau,
  - ✓ Hội chứng cột trước,
  - ✓ Hội chứng cột bên (Brown-Sequard)

- Chóp tủy, chùm đuôi ngựa
- Rối loạn thần kinh thực vật : shock tủy ..

### 5.1. Hội chứng tủy trung tâm (Central cord Syndrome)

- ❖ Tổn thương vùng trung tâm của tủy sống
- ❖ Nguyên nhân:
  - ✓ Rỗng tủy (Syringomyelia)
  - ✓ Thoát vị đĩa đệm do chấn thương
  - ✓ Chấn thương duỗi quá mức
- ❖ Đặc điểm lâm sàng :
  - ✓ Gây yếu tay không cân xứng yếu chân (tay nặng hơn chân, ngón chi nặng hơn gốc chi)
  - ✓ Mất cảm giác “phân ly” : mất cảm giác thống, nhiệt kiểu áo choàng; cảm giác bản thể và / rung vẫn còn

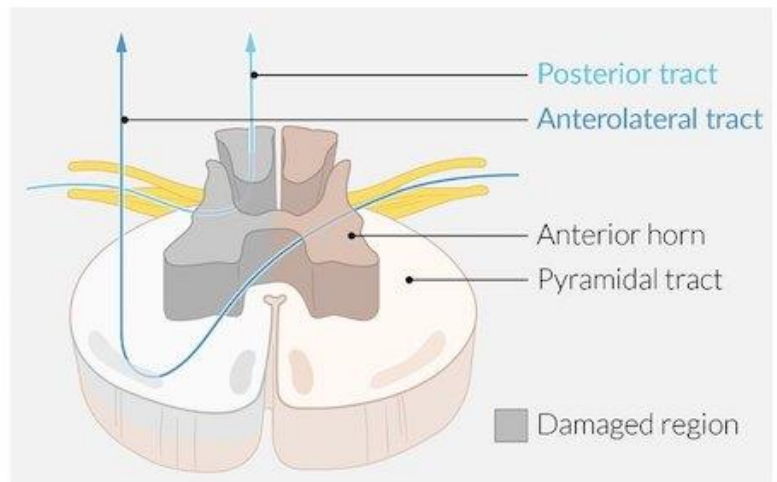
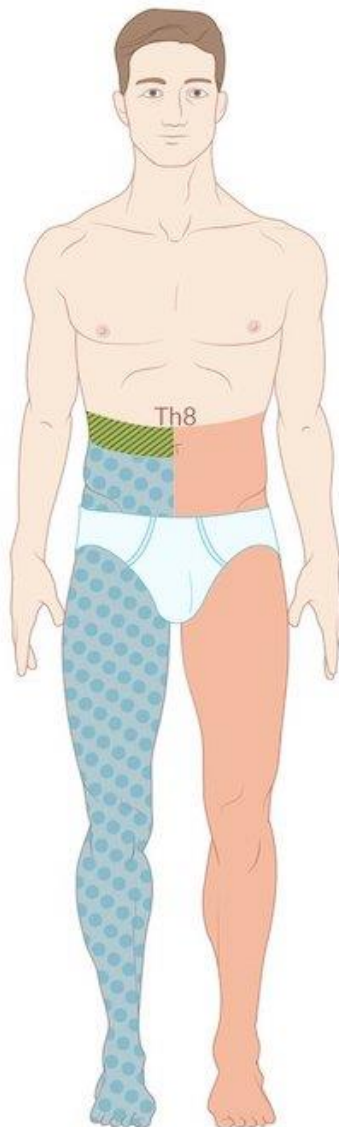




## 5.2. Hội chứng cột bên (Brown-Sequard)

- ❖ Tổn thương một bên tủy sống (thường ở tủy cổ)
- ❖ Nguyên nhân:
  - ✓ Chèn ép 1 bên thường do chấn thương
  - ✓ Ít gặp hơn : TVĐĐ, tụ máu/áp xe ngoài màng cứng tủy, uyl vùng tủy...
- ❖ Đặc điểm lâm sàng :
  - ✓ Liệt cùng bên
  - ✓ Mất cảm giác xúc giác, vị trí và cảm giác rung cùng bên
  - ✓ Mất cảm giác đau và nhiệt đối bên

Đôi khi, chỉ một phần ở một bên tủy sống bị ảnh hưởng (hội chứng Brown-Séquard không hoàn toàn)



- Mất cảm giác phân ly (đau và nhiệt)  
do tổn thương bó trước bên bên đối diện
- Liệt cứng  
Do tổn thương bó tháp
- Liệt mềm  
Do tổn thương sừng trước cùng mức
- Mất cảm giác hoàn toàn  
ở mức tổn thương
- Mất cảm thụ bản thể và cảm giác tinh  
do tổn thương bó sau cùng bên

### 5.3. Hội chứng cột trước (Anterior Cord Syndrome)

❖ Tổn thương 2/3 trước của tủy sống, thường do giảm lượng hoặc tắc động mạch tủy sống trước (95%) → hội chứng tủy sống trước

❖ Đặc điểm lâm sàng :

Mất chức năng tất cả các đường dẫn truyền thần kinh, trừ cột tủy sau, do đó không mất cảm giác vị trí và cảm giác rung

**HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH ĐÓT SỐNG TRƯỚC- TỖN THƯƠNG Ở T8**

Bó trước bên  
Bó tháp  
Sừng bên  
Sừng trước

Vùng tổn thương

Mất cảm giác phân ly (đau và nhiệt) do tổn thương đường trước bên hai bên

Rối loạn chức năng bàng quang và trực tràng do tổn thương sừng bên hai bên

Liệt cứng do tổn thương bó tháp hai bên

Liệt mềm ngang mức tổn thương do tổn thương sừng trước hai bên cùng mức tủy

PHCN Online



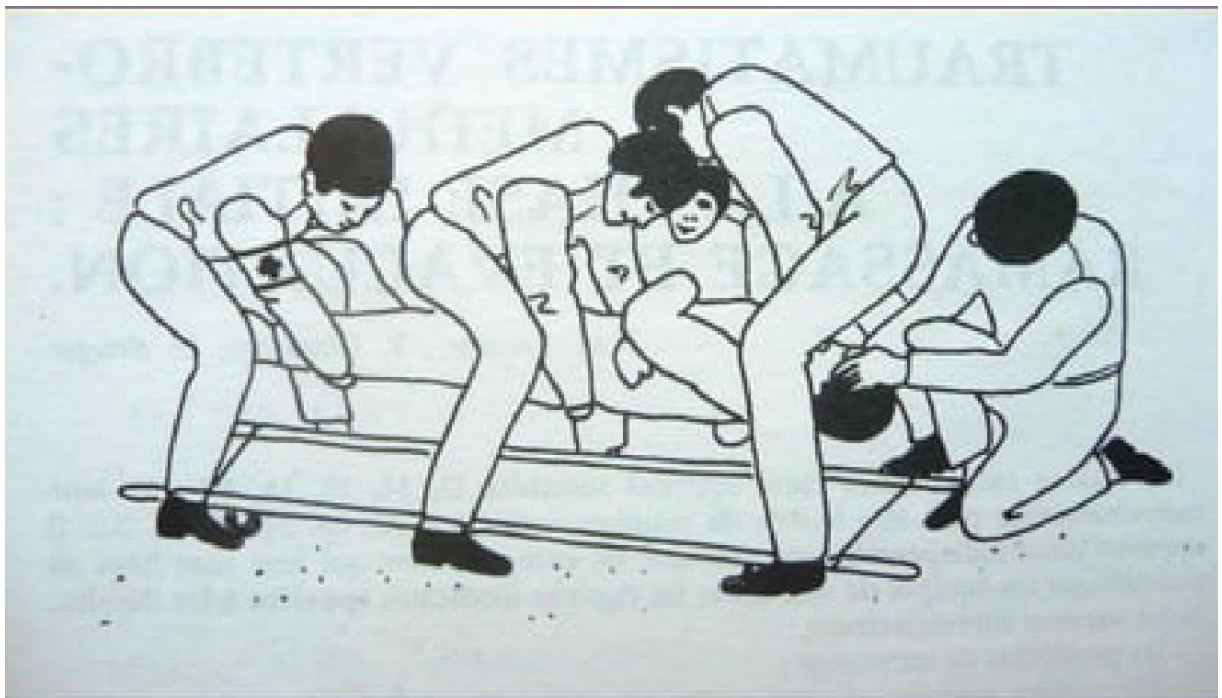
- ✓ Tụt huyết áp (shock) sau chấn thương tủy sống: do nhiều cơ chế phối hợp : tổn thương hệ thống TK thực vật, ứ máu tĩnh mạch do mất trương lực cơ của vùng liệt và mất máu do chấn thương
  - ✓ giảm thể tích tuần hoàn.
- ➔ Mất tạm thời tất cả các phản xạ bên dưới tổn thương : kéo dài 2 tuần đến vài tháng

## VII. CẬN LÂM SÀNG

1. **X quang** : các tư thế thẳng, nghiêng, chéch  $\frac{3}{4}$  .
  - Với CS cổ: hạ vai để khảo sát C6C7D1
  - Gãy mỏm răng C2 : tư thế há miệng
  - X quang tư thế động (dynamique): thực hiện cẩn thận với BS chuyên khoa, chỉ định trong những trường hợp X quang bình thường nhưng có dấu tổn thương thần kinh, khảo sát sự mất vững do tổn thương dây chằng .
2. **CT Scanner cột sống** : khảo sát các tổn thương xương , máu tụ trong ống sống, đĩa đệm...
3. **MRI cột sống** : khảo sát tổn thương đĩa đệm, dây chằng, máu tụ, nhất là các tổn thương trong nhu mô tủy sống ...

## VIII. XỬ TRÍ

1. **Sơ cứu** : chú ý bất động đúng phương pháp, chuyên nghiệp



2. **Điều trị triệu chứng** : chỉ định trong trường hợp không có tổn thương thần kinh và gãy vỡ



- Giảm đau
- Giãn cơ
- An thần
- Bất động : minerve , áo nẹp cột sống, ván cứng.

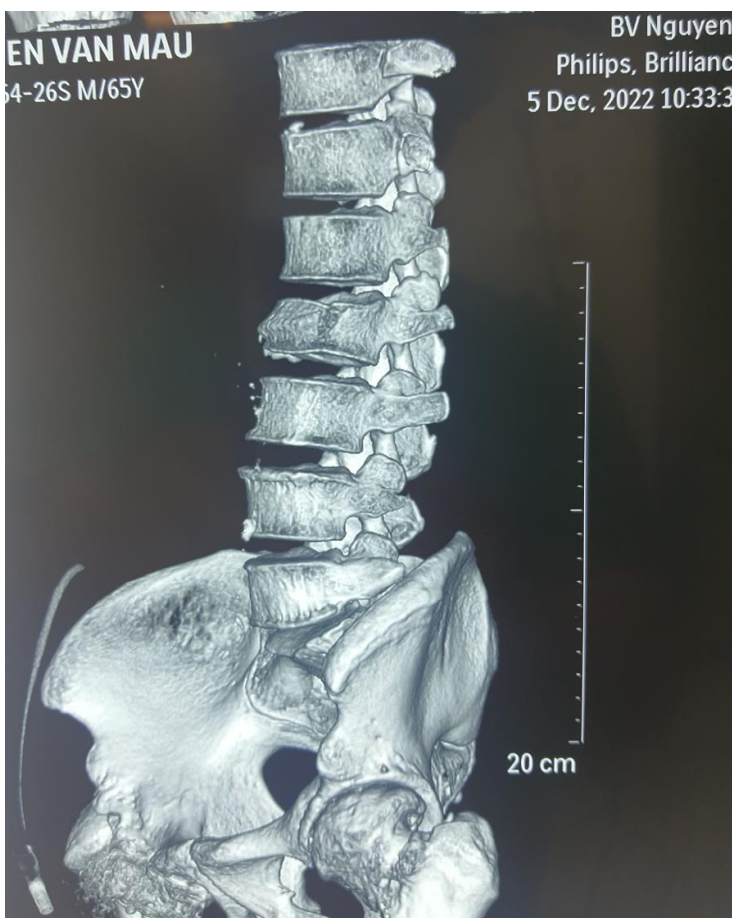
### 3. Phác đồ corticoid

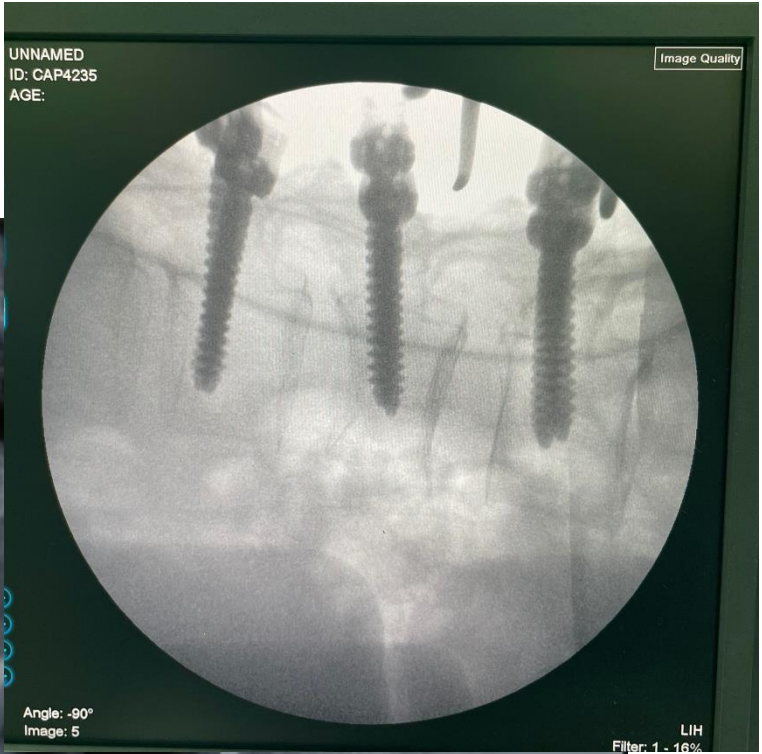
- Methylprednisolone cho bệnh nhân tổn thương tủy trong 8h đầu
- Liều 30mg/kg tiêm TM nhanh trong 15 phút đầu, nghỉ 45 phút, sau đó truyền tĩnh mạch duy trì 5,4mg/kg/giờ trong 23 giờ hoặc 47 giờ nếu thời gian bắt đầu tiêm sau khi có tổn thương tủy từ 3-8 giờ đầu
- Chú ý : các chống chỉ định Corticoide , đề phòng xuất huyết tiêu hóa .

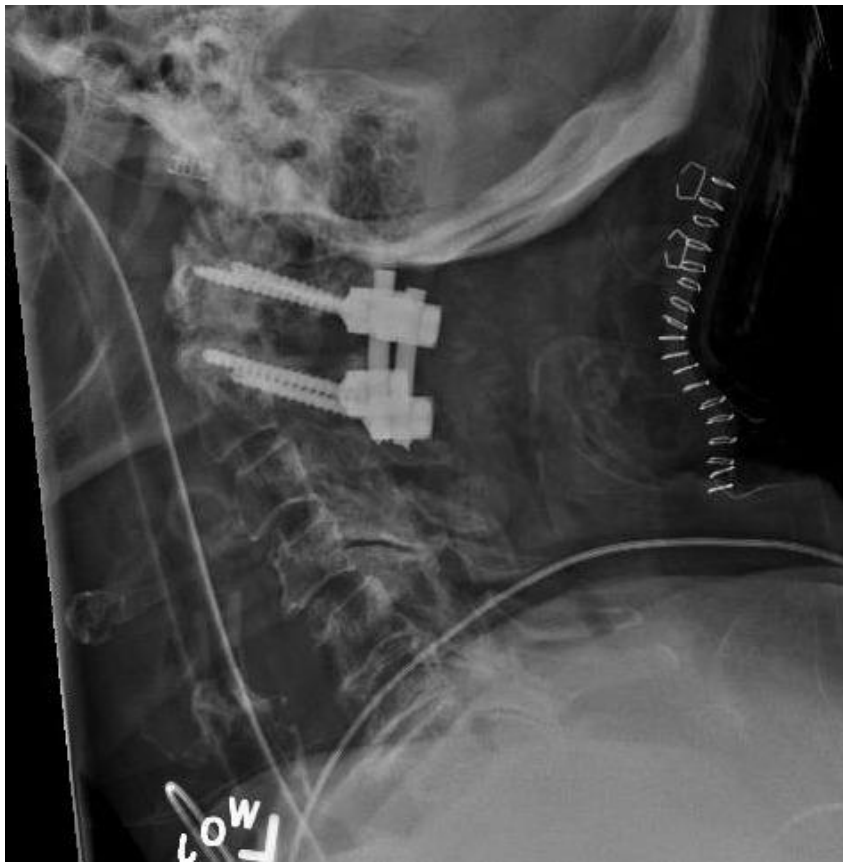
## IX. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Chỉ định trong những trường hợp gãy mất vững , hẹp ống sống , thoát vị đĩa đệm....

- Kéo nắn cột sống cổ : đặt móc Crutchfield, Gardner , Halo ...
- Phẫu thuật làm rộng ống sống : cắt bản sống giải ép, lấy thoát vị đĩa đệm
- Phẫu thuật làm vững cột sống : lõi trước , lõi sau , có ghép hoặc không ghép peek







## X. BIẾN CHỨNG

1. Loét tì đê : hoại tử da do tì đê → xoay trở mỗi 3 giờ.
  2. Nhiễm trùng : nhiễm trùng tiểu , nhiễm trùng hô hấp do nằm lâu, ít xoay trở → xoay trở, vỗ lưng, chăm sóc ống sonde tiểu, kháng sinh,...
  3. Viêm tắc tĩnh mạch chi : do nằm lâu, ít vận động → xoay trở, xoa bóp, mang vớ bó chi, thuốc kháng đông ...
  4. Co cứng chi (spasticite): vật lý trị liệu, thuốc giãn cơ (Lioresal , Baclofen ) , phẫu thuật Neurotomie , DREZ ...
- Cần chú ý vai trò của vật lý trị liệu
  - Trung tâm Phục hồi chức năng Tùy sống .

## THAM KHẢO

1. Phẫu thuật thần kinh – NXB Y Học 2013
2. Bệnh học ngoại khoa Phẫu thuật thần kinh – NXB Y Học 2021
3. Bài giảng Phẫu thuật thần kinh – NXB Y Học 2022
4. Handbook of Neurosurgery, ninth Edition, 2019

### Practice guideline: Surgical management of ASDH

#### Indications for surgery

Level III<sup>27</sup>:

1. ASDH with thickness > 10 mm or midline shift (MLS) > 5 mm (on CT) should be evacuated regardless of GCS
2. ASDH with thickness < 10 mm and MLS < 5 mm (see text regarding the evacuation of ASDH < 10 mm thick) should undergo surgical evacuation if:
  - a) GCS drops by ≥ 2 points from injury to admission
  - b) and/or the pupils are asymmetric or fixed and dilated
  - c) and/or ICP is > 20 mm Hg
3. monitor ICP in all patients with ASDH and GCS < 9

#### Timing of surgery

Level III<sup>27</sup>: ASDH meeting surgical criteria should be evacuated ASAP (for issues regarding timing of surgery, see text)

#### Surgical methods

Level III<sup>27</sup>: ASDH meeting the above criteria for surgery should be evacuated via craniotomy with or without bone flap removal and duraplasty (a large craniotomy flap is often required to evacuate the thick coagulum and to gain access to possible bleeding sites).

(Nguồn: Handbook of Neurosurgery, Ninth Edition, 2019)



## **VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phẫu thuật thần kinh – NXB Y Học 2013
2. Bệnh học ngoại khoa Phẫu thuật thần kinh – NXB Y Học 2021
3. Bài giảng Phẫu thuật thần kinh – NXB Y Học 2022
4. Handbook of Neurosurgery, ninth Edition, 2019

# BÀI 11: NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU VÀ CẤP CỨU NIỆU KHOA

- **Mục tiêu bài giảng:**

1. Nêu được khái niệm về bệnh lý Nhiễm khuẩn đường tiết niệu và cấp cứu Niệu khoa
2. Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý Nhiễm khuẩn đường tiết niệu và cấp cứu Niệu khoa
3. Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Nhiễm khuẩn đường tiết niệu và cấp cứu Niệu khoa
4. Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết
5. Trình bày được các bước cấp cứu và nguyên tắc điều trị bệnh lý Nhiễm khuẩn đường tiết niệu và cấp cứu Niệu khoa
6. Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Nhiễm khuẩn đường tiết niệu và cấp cứu Niệu khoa

## 1.1 Đại cương về nhiễm khuẩn đường tiết niệu

### 1.1.1 Các định nghĩa

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là sự đáp ứng viêm của biểu mô đường tiết niệu với sự xâm nhập của vi khuẩn, thường đi kèm với tiểu mủ và vi khuẩn niệu.

Vi khuẩn niệu là có sự xuất hiện của vi khuẩn trong nước tiểu (bình thường nước tiểu vô khuẩn). Vi khuẩn niệu có thể có hoặc không có triệu chứng.

Tiểu mủ là sự xuất hiện của những tế bào bạch cầu trong nước tiểu, thường là dấu hiệu của nhiễm khuẩn và đáp ứng viêm của niêm mạc với vi khuẩn.

### 1.1.2 Sinh lý bệnh học nhiễm khuẩn đường tiết niệu

#### 1.1.2.1 Các đường dẫn vi khuẩn tới cơ quan tiết niệu

Vi khuẩn xâm nhập vào đường tiết niệu qua 4 con đường:

- Nhiễm khuẩn ngược dòng

Nhiễm khuẩn ở thận có thể theo con đường ngược dòng (95%). Vi khuẩn (VK) từ đường tiêu hoá đến định cư ở niệu đạo, vùng quanh niệu đạo và tiền đình âm đạo rồi đi vào bàng quang, bám vào niêm mạc và tăng trưởng trong bàng quang. Từ đây, vi khuẩn theo niệu quản đến đài - bể thận và xâm nhập vào nhu mô thận.

- Nhiễm khuẩn theo đường máu

Tỉ lệ nhiễm khuẩn theo đường máu thấp hơn đường nhiễm khuẩn ngược dòng nhưng lại rất quan trọng.

Số lượng máu cung cấp qua các mạch máu vào thận chiếm khoảng 1/4 số lượng máu lưu thông từ tim, ở bất cứ thời điểm nào. Do đó khi trong máu có VK xuất phát bất cứ ở nhiễm khuẩn nào của cơ thể cũng dễ gây nhiễm khuẩn ở thận, nhất là khi trên đường niệu lại có ứ tắc hoặc khi thận bị thương tổn. Đôi khi nhiễm khuẩn theo đường máu lại phát sinh ngay từ thận, các VK có sẵn ở thận vào máu rồi lại trở lại gây tái nhiễm khuẩn ở thận bằng những ổ áp xe nhỏ trong thận.

Các loại VK gây viêm bể thận – thận qua đường máu thường gặp nhất là liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn và *Proteus* spp. VK có thể mượn đường máu gây NKĐTN. Bệnh cảnh trong trường hợp này là áp xe thận sau giai đoạn thận và nhiễm khuẩn thận có thể xảy ra khi có tổn thương hay bế tắc đường tiết niệu từ trước.

- Nhiễm khuẩn theo đường bạch huyết

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể do từ đường bạch huyết tuy ít gặp hơn. Đường bạch huyết từ ruột thừa và manh tràng thông với thận phải. Viêm cổ tử cung có thể gây nhiễm khuẩn thận qua đường bạch huyết qua niệu quản. VK theo đường bạch huyết của bể thận, của động mạch thận, của niệu quản hay của mô mỡ bao quanh thận xâm nhập nhu mô thận<sup>23</sup>.

- Nhiễm khuẩn trực tiếp

Nhiễm khuẩn có thể do thủ thuật niệu khoa đưa vi khuẩn vào đường tiết niệu như đặt thông niệu đạo - bàng quang, nội soi niệu đạo - bàng quang, đặt ống thông niệu quản, nội soi niệu quản hoặc chụp X-quang niệu quản bể thận ngược chiều cũng dễ gây nhiễm khuẩn thận. Có thể nói, đây là hình thức đưa VK trực tiếp vào thận.

### **1.1.2.2 Yếu tố bảo vệ chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu của cơ thể**

Nước tiểu là môi trường nuôi cấy VK rất tốt, đặc biệt cho VK gram âm, tính chất này do pH nước tiểu, nồng độ ure. Khả năng chống nhiễm khuẩn của nước tiểu kém hơn các dịch khác như nước bọt, dịch phê quản, vì các dịch này chứa nhiều lysozym và kháng thể hơn nước tiểu.

Mặc dù vậy, cơ thể vẫn có những yếu tố tự nhiên chống nhiễm khuẩn. Đối với phụ nữ khỏe mạnh, dịch âm đạo có tính acid và có tác dụng chống lại sự bám dính của vi khuẩn ở vùng âm đạo và niệu đạo. Đối với nam giới, trong dịch của tuyến tiền liệt có chứa chất kẽm do đó có tác dụng kháng khuẩn nhất định.

**- Đường tiết niệu dưới:**

+ *Yếu tố cơ học*: Bàng quang luôn luôn được rửa sạch bởi nước tiểu mới vô trùng, vì lúc đi tiểu bàng quang tống hết nước tiểu lẫn vi khuẩn ra ngoài và nước tiểu từ thận xuống là vô trùng.

+ *Yếu tố diệt khuẩn*: mỗi lần tiểu xong, vẫn còn màng mỏng nước tiểu đọng lại trên niêm mạc bàng quang và là nguồn duy trì VK, nhưng VK không phát triển được, chứng tỏ VK có thể bị tiêu diệt nhờ khả năng thực bào của

niêm mạc bàng quang, của bạch cầu hoặc do bàng quang bài tiết chất ức chế VK sinh trưởng.

+ *Yếu tố miễn dịch*: biểu mô lót đường tiết niệu không chỉ là hàng rào vật lý ngăn nhiễm khuẩn mà còn khả năng nhận biết vi khuẩn để kích hoạt cơ chế miễn dịch bẩm sinh của ký chủ<sup>1</sup>. Bạch cầu trung tính đóng vai trò quan trọng trong việc tiêu diệt vi khuẩn nhưng vai trò của chúng trong bàng quang chưa được xác định rõ ràng. Những tế bào niệu mạc có các thụ thể toll-like sẽ gắn kết vào những phần chuyên biệt của vi khuẩn, dẫn đến sản xuất các chất trung gian gây viêm.

#### **- Đường tiết niệu trên:**

+ *Yếu tố dòng nước tiểu*: nhu động của đường tiết niệu thúc đẩy nước tiểu liên tục thoát từ thận xuống bàng quang qua đài thận, bể thận và niệu quản, đây là yếu tố phòng vệ nhiễm khuẩn<sup>27</sup>.

+ *Yếu tố miễn dịch*: Các kháng thể đặc hiệu trong huyết thanh và nước tiểu được tạo ra bởi thận để kích thích quá trình thực bào và ức chế sự bám dính của vi khuẩn<sup>1</sup>. Vai trò của cả miễn dịch tế bào và dịch thể trong việc ngăn ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu vẫn chưa rõ ràng; sự suy giảm chức năng tế bào B hoặc tế bào T không liên quan đến việc tăng tần suất nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc làm thay đổi quá trình nhiễm khuẩn<sup>28,29</sup>. Tuy nhiên, những cơ chế phòng vệ của ký chủ có thể dẫn đến tổn thương mô và tế bào. Ở thận, tổn thương mô và sự hình thành mô sẹo sau đó có thể dẫn đến các tình trạng bệnh lý như tăng huyết áp, suy thận và tiền sản giật.

#### **1.1.2.3 Các yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu:**

##### **- Ứ đọng nước tiểu:**

Tạo điều kiện cho VK lưu lại ở đường tiết niệu sau khi đi tiểu và sinh sôi nảy nở trong môi trường thuận lợi có sẵn. Sự căng giãn thành bàng quang làm giảm diện tích bề mặt niêm mạc so với dung tích nước tiểu toàn phần của bàng quang do đó làm giảm tác dụng diệt khuẩn bề mặt niêm mạc bàng quang. Căng giãn thành bàng quang làm giảm máu tới niêm mạc bàng quang, làm tổn thương niêm mạc, giảm số lượng bạch cầu và các yếu tố kháng khuẩn tại chỗ và giúp nhiễm khuẩn phát triển.

##### **- Tổn thương niêm mạc đường tiết niệu và chủ mô thận:**

Giúp VK trụ lại và phát triển, đồng thời giảm khả năng kháng khuẩn của đường tiết niệu. Riêng tại chủ mô thận, tổn thương có thể dưới dạng rối loạn tuần hoàn, rối loạn chuyển hóa, nhiễm độc, viêm loét, phù nề, hoại tử và tất cả các yếu tố này đều giúp nhiễm khuẩn phát triển nhanh.

+ Ở nam giới: bình thường, tuyến tiền liệt có chất kẽm có khả năng chống VK, viêm tuyến tiền liệt mạn tính làm mất khả năng này và là một yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng.

##### **- Bé tắc:**

Sự cản trở dòng chảy nước tiểu ở bất cứ chỗ nào trên đường tiết niệu cho dù là thứ phát do những bất thường về giải phẫu hoặc có sự tăng áp lực chứa đựng, là yếu tố chính làm tăng khả năng nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Bế tắc trên bàng quang không nhất thiết kèm theo nhiễm khuẩn đường tiết niệu, mặc dù thận bên bế tắc dễ bị nhiễm khuẩn hơn thận bên không bế tắc.

+ Bế tắc làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn qua đường máu lẫn đường ngược dòng. Trong khi một bế tắc niệu quản hoàn toàn làm tăng đáng kể nguy cơ nhiễm khuẩn ở thận thì bế tắc không hoàn toàn diễn ra từ từ lại chỉ ảnh hưởng ít đến nguy cơ nhiễm khuẩn ở thận qua đường máu. Sự kết hợp giữa một bế tắc niệu quản không hoàn toàn và viêm bể thận - thận có thể qua cơ chế ngược dòng do thay đổi các đặc điểm niệu động học niệu quản hoặc tăng mức độ ngược dòng bàng quang – niệu quản.

+ Sự bế tắc cũng góp phần vào sự phát triển của vi khuẩn trong nước tiểu và khả năng bám dính của vi khuẩn vào các tế bào niệu mạc. Nhờ đó, vi khuẩn tăng sinh trong nước tiểu ứ đọng, trong chủ mô thận và lan truyền từ nơi này sang nơi khác. Vi khuẩn có 2 nhóm tiêm mao nhóm 1 và nhóm 2 (tiêm mao nhóm P). Tiêm mao nhóm P có thể gây đông máu ở người, gắn kết với các thụ thể glycolipid trên tế bào niệu mạc, hồng cầu và tế bào ống thận. Hầu hết *E. coli* gây bệnh đều có 2 loại tiêm mao. Một khi gắn kết vào các tế bào niệu mạc xảy ra, những yếu tố gây bệnh khác của vi khuẩn mới trở nên quan trọng. Đa số những chủng *E. coli* gây bệnh trên đường tiết niệu đều sản xuất chất gây tan máu khởi tạo quá trình xâm nhập mô và tạo ra lượng sắt cần thiết cho vi khuẩn gây bệnh.

+ Bế tắc làm tăng áp lực đài - bể thận, làm suy giảm vi tuần hoàn thận, giảm số lượng thực bào tới thận và thiếu máu thận. Hậu quả là VK xâm nhập và nhân lên. Bế tắc cũng làm tái hoạt nhiễm khuẩn ở các tổn thương chủ mô đã lành. Do đó, loại bỏ bế tắc có thể ngăn chặn sự phá hủy thận ở các thận ứ nước nhiễm khuẩn.

Ngoài ra, dựa vào nguồn nhiễm khuẩn có thể chia NKĐTN thành nhiễm khuẩn mắc phải ở cộng đồng, nhiễm khuẩn liên quan chăm sóc y tế và nhiễm khuẩn bệnh viện.

Nhiễm khuẩn bệnh viện được định nghĩa là tình trạng bệnh lý toàn thân hay tại chỗ do hậu quả của nhiễm vi sinh vật hay độc tố của nó, không có triệu chứng lâm sàng hay đang ở giai đoạn ủ bệnh của nhiễm khuẩn ở thời điểm nhập viện. Nhiễm khuẩn xảy ra hơn 48 giờ sau khi nhập viện được coi là nhiễm khuẩn bệnh viện.

### **1.1.2 Phân loại nhiễm khuẩn đường tiết niệu**

Phân loại NKĐTN có thể dựa vào:

- Mốc giải phẫu của nhiễm khuẩn: NKĐTN trên và dưới.
- Vị trí nhiễm khuẩn
- Mức độ nặng của nhiễm khuẩn
- Yếu tố nguy cơ

- Tác nhân vi sinh vật gây bệnh

Về vị trí nhiễm khuẩn:

- Viêm niệu đạo (Urethritis (UR))
- Viêm bàng quang (Cystitis (CY))
- Viêm thận – bể thận (Pyelonephritis (PN))
- Nhiễm khuẩn huyết (Urosepsis (US))
- Viêm các tuyến sinh dục ở nam (Male genital glands (MA))

Về mức độ nặng của nhiễm khuẩn:

- Nhẹ: viêm bàng quang
- Trung bình: viêm thận – bể thận đơn thuần
- Nặng: viêm thận – bể thận kèm buồn nôn, nôn
- Nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu : hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS)
- Nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu: rối loạn chức năng cơ quan
- Nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu: suy cơ quan

Về tác nhân vi sinh vật:

- Loại vi khuẩn
- Mức độ đáp ứng kháng sinh

**Bảng 1.1: Các yếu tố nguy cơ NKĐTN theo Hội Tiết niệu Châu Âu**

<b>Kí hiệu</b>	<b>Yếu tố nguy cơ</b>	<b>Ví dụ</b>
O	Không yếu tố nguy cơ (No RF)	Phụ nữ khỏe mạnh chưa mãn kinh
R	NKĐTN tái phát (Recurrent UTI RF)	Quan hệ tình dục và các dụng cụ tránh thai Suy giảm hormone tuổi mãn kinh
E	Yếu tố nguy cơ bên ngoài đường tiết niệu (Extra Urogenital RF)	Mang thai Nam giới Đái tháo đường HIV
N	Bệnh lý của thận (Nephropathic RF)	Suy thận Bệnh thận đa nang Ghép thận
U	Bệnh lý đường tiết niệu (Urological RF)	Tắc nghẽn niệu quản (sỏi, hẹp,...) Đặt thông chuyển lưu nước tiểu ngắn hạn Nhiễm khuẩn đường tiết niệu không triệu chứng

		Bàng quang hỗn loạn thần kinh được kiểm soát Phẫu thuật đường tiết niệu
C	Đặt thông đường tiết niệu (Catheter RF)	Đặt thông niệu đạo bàng quang dài hạn Tắc nghẽn đường tiết niệu không được giải quyết Bàng quang hỗn loạn thần kinh kiểm soát kém

Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022

**Bảng 1.2: Các yếu tố để phân loại và đánh giá mức độ nghiêm trọng của NKĐTN theo Hội Tiết niệu Châu Âu**

Vị trí nhiễm khuẩn	Mức độ nặng	Yếu tố nguy cơ	Tác nhân vi sinh vật
Viêm niệu đạo (UR)	1.Nhẹ: viêm bàng quang	Không YTNC (O) NKĐTN tái phát (R)	Loại vi khuẩn
Viêm bàng quang (CY)	2.Trung bình: viêm thận – bể thận đơn thuần	YTNC ngoài ĐTN (E)	Mức đáp ứng kháng sinh:
Viêm thận – bể thận (PN)	3.Viêm thận – bể thận kèm buồn nôn, nôn	Bệnh lý của thận (N)	+ Nhạy (a)
Nhiễm khuẩn huyết (US)	4.NKH từ ĐTN: SIRS	Bệnh lý hệ niệu (U)	+ Trung gian (b)
Viêm tuyến sinh dục nam (MA)	5.NKH từ ĐTN: rối loạn chức năng cơ quan	Đặt thông đường tiết niệu (C)	+ Đa kháng (c)
	6.NKH từ ĐTN: suy đa cơ quan		

Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022

Từ bảng trên, NKĐTN có thể phân loại như sau (ví dụ):

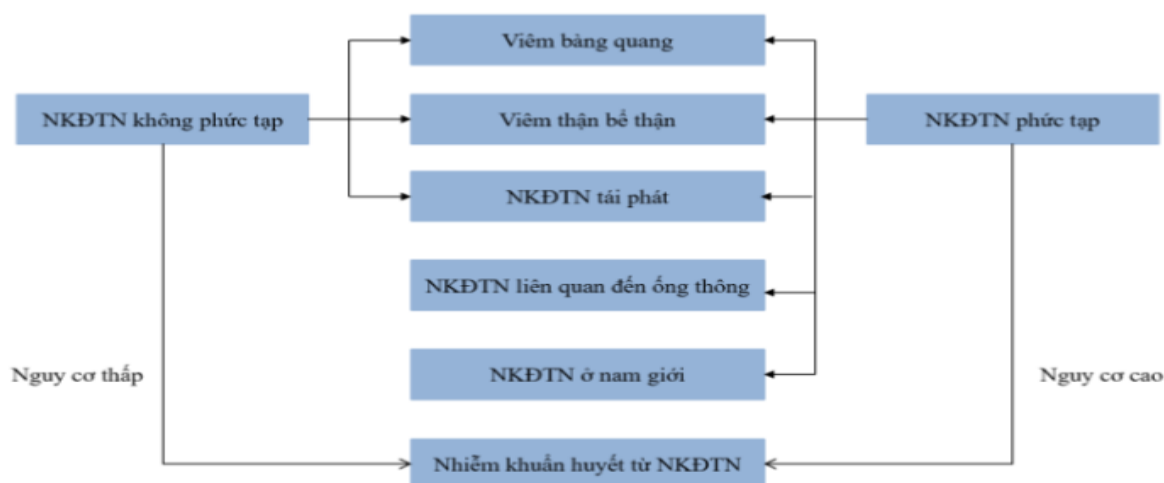
CY-1R *E. coli* (a): viêm bàng quang mức độ nhẹ nhưng tái phát bởi *E. coli* còn nhạy cảm với kháng sinh

US-5C *Enterococcus* spp. (a): nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu mức độ nặng do tác nhân *Enterococcus* spp. còn nhạy cảm kháng sinh ở bệnh nhân có đặt thông đường tiết niệu

Trong thực hành lâm sàng theo hướng dẫn của Hội Tiết niệu Châu Âu (2022), NKĐTN được chia thành:

**Bảng 1.3: Phân loại trong NKĐTN**

NKĐTN đơn thuần	NKĐTN trên và/hoặc dưới cấp tính, lẻ tẻ hoặc tái phát ở phụ nữ không mang thai, không có bất thường về giải phẫu và chức năng hệ tiết niệu hoặc bệnh đi kèm.
NKĐTN phức tạp	Tất cả các trường hợp không phải là NKĐTN đơn thuần. Bệnh nhân có một trong các yếu tố: nam giới, phụ nữ có thai, bất thường giải phẫu hoặc chức năng hệ tiết niệu, đặt ống thông hệ tiết niệu, các bệnh thận và/hoặc bệnh làm suy giảm khả năng miễn dịch như đái tháo đường.
NKĐTN tái phát	Tình trạng tái phát của NKĐTN đơn thuần và/hoặc phức tạp, với tần suất ít nhất ba lần NTKĐTN/năm hoặc hai lần NKĐTN trong sáu tháng qua.
NKĐTN liên quan ống thông	NKĐTN xảy ra ở BN hiện tại có ống thông tiểu hoặc sau khi đặt ống thông > 48 giờ.
Nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu	Tình trạng rối loạn chức năng cơ quan nguy hiểm tới tính mạng được gây ra bởi phản ứng không kiểm soát của cơ thể đối với nhiễm khuẩn có nguồn gốc từ đường tiết niệu và/hoặc cơ quan sinh dục nam.



Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022

Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022

## 1.2 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đơn thuần



### 1.2.1 Định nghĩa

NKĐTN không phức tạp (đơn thuần) là viêm bàng quang, viêm thận - bể thận, NKĐTN tái phát với điều kiện là nhiễm khuẩn xảy ra ở phụ nữ trẻ khỏe mạnh, chưa mãn kinh, không mang thai, không có bất thường cấu trúc hay chức năng của đường tiết niệu<sup>36,37</sup>.

### 1.2.2 Chẩn đoán

#### Sơ đồ 1.1: Khái niệm trong NKĐTN

Việc chẩn đoán, phân loại NKĐTN dựa trên các triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm vi sinh lâm sàng sau:

**Bảng 1.4: Bảng phân loại NKĐTN dựa trên lâm sàng và kết quả xét nghiệm vi sinh lâm sàng**

Phân loại	Tiêu chuẩn	
	Lâm sàng	Vi sinh lâm sàng
Viêm bàng quang cấp	Tiểu khó, tiểu gắt và tiểu lắt nhắt, đau vùng trên xương mu Không có triệu chứng 4 tuần trước khi xuất hiện Không sốt hay đau hông	$\geq 10$ bạch cầu/ $\mu\text{L}$ $\geq 10^3$ CFU/mL tác nhân vi khuẩn trong mẫu nước tiểu giữa dòng
Viêm thận – bể thận cấp đơn thuần	Sốt, ớn lạnh Đau hông khi khám Loại trừ các chẩn đoán khác Không có tiền sử hay lâm sàng về bất thường tiết niệu	$\geq 10$ bạch cầu/ $\mu\text{L}$ $\geq 10^4$ CFU/mL tác nhân vi khuẩn trong mẫu nước tiểu giữa dòng
NKĐTN phức tạp	Có kết hợp bất kỳ các triệu chứng liệt kê trên Có một hay nhiều yếu tố kèm với nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp*	$\geq 10$ bạch cầu/ $\mu\text{L}$ $\geq 10^5$ CFU/mL tác nhân vi khuẩn trong mẫu nước tiểu giữa dòng

Phân loại	Tiêu chuẩn	
	Lâm sàng	Vi sinh lâm sàng

Vi khuẩn niệu không triệu chứng ở phụ nữ	Không có triệu chứng tiết niệu	$\geq 10$ bạch cầu/ $\mu\text{L}$ $\geq 10^5$ CFU/mL tác nhân vi khuẩn trong 2 mẫu nước tiểu giữa dòng liên tiếp cách nhau > 24 giờ
Vi khuẩn niệu không triệu chứng ở nam giới	Không có triệu chứng tiết niệu	$\geq 10$ bạch cầu/ $\mu\text{L}$ $\geq 10^3$ CFU/mL tác nhân vi khuẩn (gợi ý) $\geq 10^5$ CFU/mL tác nhân vi khuẩn trong 1 mẫu nước tiểu giữa dòng (kháng định)

\*: NKĐTN ở nam, đặt ống thông niệu đạo bằng quang thường trực hay ngắt khoảng, có tồn dư > 100 mL nước tiểu sau khi tiểu xong, có bệnh lý tắc nghẽn tiết niệu, có bất thường cấu trúc tiết niệu, đạm máu cao (urea máu cao, kể cả không có bất thường cấu trúc) và ghép thận.

Nguồn: Tille PM, 2017

### 1.2.3 Điều trị

Theo hướng dẫn điều trị của Hội Tiết niệu Châu Âu đã đưa ra các bảng điều trị kháng sinh trong viêm bàng quang đơn thuần, viêm thận – bể thận cấp đơn thuần

Bảng 1.5: Khuyến cáo liệu pháp kháng sinh trong viêm bàng quang đơn thuần

Thuốc	Liều dùng	Thời gian dùng	Lưu ý
<b>Lựa chọn đầu tiên ở phụ nữ</b>			
Fosfomycin trometamol	3 g liều duy nhất	1 ngày	Chỉ dùng cho viêm bàng quang đơn thuần ở phụ nữ
Nitrofurantoin macrocrystal	50-100 mg x 4 lần/ngày	5 ngày	
Nitrofurantoin monohydrate/macrocrystal	100 mg x 2 lần/ngày	5 ngày	
Nitrofurantoin macrocrystal tác dụng kéo dài	100 mg x 2 lần/ngày	5 ngày	

Pivmeccillinam	400 mg x 3 lần/ngày	3-5 ngày	
<b>Lựa chọn thay thế</b>			
Cephalosporin (ví dụ: cefadroxil)	500 mg x 2 lần/ngày	3 ngày	Hoặc dùng loại tương đương
<b>Nếu vùng dịch tễ với <i>E. coli</i> &lt; 20%</b>			
Trimethoprim	200 mg x 2 lần/ngày	5 ngày	Tránh dùng 3 tháng đầu thai kỳ
Trimethoprim- sulfamethoxazole	160/800 mg x 2 lần/ngày	3 ngày	Tránh dùng 3 tháng cuối thai kỳ
<b>Đối với nam giới</b>			
Trimethoprim- sulfamethoxazole	160/800 mg x 2 lần/ngày	7 ngày	Có thể dùng fluoquinolone nếu phù hợp với kết quả kháng sinh đồ

*Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022*

**Bảng 1.6: Khuyến cáo liệu pháp kháng sinh đường uống trong viêm thận – bể thận đơn thuần**

Thuốc	Liều dùng	Thời gian dùng	Lưu ý
Ciprofloxacin	500-750 mg x 2 lần/ngày	7 ngày	Tỉ lệ đề kháng fluoroquinolone < 10%
Levofloxacin	750 mg mỗi ngày	5 ngày	
Trimethoprim- sulfamethoxazole	160/800 mg x 2 lần/ngày	14 ngày	Nếu dùng kháng sinh theo kinh nghiệm nên khởi đầu bằng kháng sinh đường tiêm tác dụng kéo dài (ví dụ: Ceftriaxone)
Cefpodoxime	200 mg x 2 lần/ngày	10 ngày	
Ceftibuten	400 mg mỗi ngày	10 ngày	

*Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022*

**Bảng 1.7: Khuyến cáo liệu pháp kháng sinh đường tiêm trong viêm thận – bể thận đơn thuần**

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
<b>“First line”</b>		
Ciprofloxacin	400 mg x 2 lần/ngày	

Levofloxacin	750 mg mỗi ngày	
Cefotaxime	2 g x 3 lần/ngày	Không có nghiên cứu khi sử dụng đơn trị liệu đối với viêm bể thận cấp đơn thuần
Ceftriaxone	1 – 2 g mỗi ngày	Tuy liều thấp hơn được nghiên cứu nhưng khuyến cáo sử dụng liều cao hơn

Thuốc	Liều dùng	Lưu ý
<b>“Second line”</b>		
Cefepime	1-2 g x 2 lần/ngày	Tuy liều thấp hơn được nghiên cứu nhưng khuyến cáo sử dụng liều cao hơn
Piperacillin/tazobactam	2,5-4,5 g x 3 lần/ngày	
Ceftolozane/tazobactam	1,5 g x 3 lần/ngày	
Ceftazidime/avibactam	2,5 g x 3 lần/ngày	
Gentamicin	5 mg/kg mỗi ngày	
Amikacin	15 mg/kg mỗi ngày	
Imipenem/cilastatin	0,5 g x 3 lần/ngày	Xem xét dùng carbapenem chỉ ở bệnh nhân kết quả cấy cho thấy vi khuẩn đa kháng
Meropenem	1 g x 3 lần/ngày	

*Nguồn: Hội Tiết niệu Châu Âu, 2022*

### 1.3 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp

#### 1.3.1 Định nghĩa

NKĐTĐN phức tạp là tất cả các trường hợp không được phân vào nhóm NKĐTĐN đơn thuần (không phức tạp). NKĐTĐN phức tạp xảy ra ở một cá nhân có các yếu tố liên quan đến vật chủ (ví dụ như bệnh đái tháo đường hoặc bị ức chế miễn dịch) hoặc các bất thường về giải phẫu hoặc chức năng cụ thể liên

quan đến đường tiết niệu (ví dụ bế tắc, tiểu không hết do rối loạn chức năng cơ bàng quang) dẫn đến nhiễm khuẩn sẽ khó điều trị triệt để như nhiễm khuẩn không phức tạp.

### 1.3.2 Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp:

Các yếu tố gây phức tạp thường gặp nhất tại Việt Nam qua các báo cáo những năm gần đây là:

- Các bất thường về cấu trúc hay giải phẫu của hệ tiết niệu (Ví dụ thận ứ nước do bị tắc đường tiết niệu, sỏi hệ tiết niệu, các dị tật bẩm sinh hệ tiết niệu, một số có kèm bướu hệ tiết niệu, có đặt y cụ vào cơ thể, chiếm tỉ lệ 87%.

- Các bất thường và chức năng của hệ tiết niệu (ví dụ: suy thận, suy giảm chức năng bàng quang như bàng quang hỗn loạn thần kinh) có tỉ lệ 23,9%.

- Các bệnh lý nền làm suy giảm khả năng miễn dịch (đái tháo đường, dùng corticoid, dùng thuốc gây ức chế miễn dịch như trong ghép thận...) có tỉ lệ 23,6%.

- Vi khuẩn đa kháng kháng sinh trong những năm gần đây nổi lên như một nguyên nhân, một thách thức lớn cho điều trị NKĐTN phức tạp. Vi khuẩn tiết men ESBL ở *E. coli* có tỉ lệ 63,4% và *Klebsiella* là 50%.

Các yếu tố liên quan dựa trên Hướng dẫn từ Ban công tác về Chính sách kháng sinh của Hà Lan (SWAB – Stichting Werkgroep Antibioticabeleid).

**Bảng 1.8: Các yếu tố liên quan đến NKĐTN phức tạp thường gặp**

<b>Bế tắc đường tiết niệu ở bất kỳ vị trí nào</b>	<b>NKĐTN ở nam giới</b>
Dị vật	Có thai
Tiểu không hết	Đái tháo đường
Ngược dòng bàng quang – niệu quản	Suy giảm miễn dịch
Bệnh sử có đặt y cụ	Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc sức khỏe
Vi khuẩn sinh ESBL được phân lập	Vi khuẩn đa kháng thuốc được phân lập

*Nguồn: Bader MS, 2017. Geerlings SE, 201. Hooton TM, 2010.*

*Peterson J, 2007*

### 1.3.3 Đánh giá chẩn đoán

#### 1.3.3.1 Lâm sàng

NKĐTN phức tạp có liên quan đến các triệu chứng lâm sàng (ví dụ như tiểu khó, tiểu gấp, tiểu nhiều lần, đau hông lưng, đau góc sườn - cột sống và sốt). Mặc dù trong một số tình huống lâm sàng, các triệu chứng có thể không

điển hình, ví dụ như bàng quang hỗn loạn thần kinh, NKĐTN liên quan đến ống thông (CA-UTI) hoặc bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc kèm chuyển lưu nước tiểu. Ngoài ra, các bệnh nhân được phẫu thuật mở thận ra da có thể có biểu hiện lâm sàng không điển hình.

Biểu hiện lâm sàng có thể thay đổi từ viêm thận - bể thận cấp tính có tác nhân nghiêm trọng (đe dọa nhiễm khuẩn huyết [urosepsis]) cho đến NKĐTN liên quan đến ống thông sau mổ, có thể biến mất một cách tự nhiên ngay sau khi rút bỏ ống thông. Bác sĩ cũng phải biết rằng các triệu chứng, đặc biệt là các triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS), không chỉ do NKĐTN mà còn do các bệnh tiết niệu khác, như tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hoặc rối loạn chức năng tiểu tự chủ ở bệnh nhân bị tổn thương cột sống và bàng quang thần kinh. Các bệnh đồng mắc, chẳng hạn như đái tháo đường và suy thận, có thể liên quan đến bất thường tiết niệu, cũng thường xuất hiện trong NKĐTN phức tạp.

### **1.3.3.2 Cây nước tiểu, cấy máu và các dịch cơ thể khác**

Xét nghiệm cấy nước tiểu là phương pháp được khuyến nghị để xác định sự hiện diện hay vắng mặt của vi khuẩn niệu (bacteriuria) có ý nghĩa lâm sàng ở những bệnh nhân nghi ngờ bị NKĐTN phức tạp.

Tổng hợp các nghiên cứu từ Việt Nam cho thấy tỉ lệ phân lập được tác nhân gây bệnh từ nước tiểu là không cao. Điều này do nhiều nguyên nhân, một trong số đó là việc dùng kháng sinh không đúng nguyên tắc trước khi chỉ định các xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn, nguyên nhân khác là do nước tiểu dưới vị trí tắc nghẽn (hoàn toàn) không có vi khuẩn... Trong các trường hợp này, cấy mủ hay dịch ứ đọng khi chọc hút, cấy máu khi có biểu hiện nhiễm khuẩn huyết, cấy mủ hay dịch ứ đọng trên chỗ tắc nghẽn khi làm thủ thuật (đặt double J, mono J) hay phẫu thuật (mở thận ra da, mở bàng quang ra da, mở niệu quản lấy sỏi,...) sẽ giúp tìm được các tác nhân gây bệnh khả thi hơn.

Soi tươi nước tiểu thu thập được và nhuộm Gram cũng có ích khi giúp phân biệt nhanh tác nhân gây bệnh, qua đó định hướng điều trị kháng sinh kinh nghiệm khi chưa có kháng sinh đồ.

### **1.3.3.3 Vi sinh học (phổ vi khuẩn và đề kháng kháng sinh)**

Một loạt các vi sinh vật gây ra NKĐTN phức tạp. Phổ vi khuẩn này lớn hơn nhiều so với NKĐTN không phức tạp và vi khuẩn có khả năng kháng thuốc cao hơn (đặc biệt là ở NKĐTN phức tạp liên quan đến điều trị) so với những vi khuẩn gây ra NKĐTN không phức tạp.

Trong khi hướng dẫn điều trị NKĐTN của Hội Tiết niệu châu Âu, những vi khuẩn phổ biến nhất được tìm thấy khi nuôi cấy là *E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Serratia spp.* và *Enterococcus spp.* Enterobacteriaceae chiếm ưu thế (60 - 75%), với *E. coli* là mầm bệnh phổ biến nhất, đặc biệt nếu NKĐTN là nhiễm khuẩn đầu tiên. Mặt khác, phổ vi khuẩn có thể thay đổi theo thời gian và theo các bệnh viện khác nhau.

Những nghiên cứu gần đây tại Việt Nam cho thấy đa số các vi khuẩn thường gặp trong NKĐTN phức tạp là vi khuẩn Gram âm (chiếm khoảng 80 - 90% các trường hợp).

- Tại các phòng khám chuyên khoa Tiết niệu: Nghiên cứu 1181 trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu được chẩn đoán và điều trị tại phòng khám chuyên khoa tiết niệu, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018, nhận thấy NKĐTN phức tạp do vi khuẩn Gram (-) 78,84%, chỉ 21,16% do Gram (+). Nổi bật 3 tác nhân là *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Enterococcus* spp. lần lượt là 33,5%, 14,9% và 12,1%.

- Ở những bệnh nhân tiết niệu được điều trị nội trú tại các Khoa Tiết niệu của Thành phố Hồ Chí Minh: Vi khuẩn Gram âm chiếm tỉ lệ 89,6%. Trong nhóm Gram âm, *E. coli* thường gặp nhất chiếm 56,9%, *Klebsiella* 14,5%, *Pseudomonas* 8,3%. Trong nhóm vi khuẩn gram dương *Enterococcus* thường gặp nhất chiếm 5,9%.

#### **1.3.3.4 Nguyên tắc chung của điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp**

- Xử trí thích hợp các bất thường tiết niệu hoặc yếu tố gây phức tạp tiềm ẩn là bắt buộc.

- Liệu pháp kháng sinh tối ưu cho NKĐTN phức tạp phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, cũng như mô hình kháng thuốc tại chỗ và các yếu tố vật chủ cụ thể (như dị ứng).

- Ngoài ra, cần tiến hành nuôi cấy nước tiểu và xét nghiệm độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

- Điều trị theo kinh nghiệm ban đầu nên được điều chỉnh sau đó bằng cách sử dụng một kháng sinh (uống) thích hợp trên cơ sở tác nhân được phân lập.

##### **1.3.3.4.1 Lựa chọn kháng sinh**

Xem xét tỉ lệ kháng hiện tại của amoxicillin, co-amoxiclav, trimethoprim và trimethoprim/sulfamethoxazole, có thể kết luận rằng các thuốc này không phù hợp để điều trị viêm thận - bể thận theo kinh nghiệm ở một vật chủ bình thường và do đó, cũng không phải điều trị theo kinh nghiệm ở bệnh nhân bình thường. Điều tương tự cũng áp dụng cho ciprofloxacin và các fluoroquinolone khác ở bệnh nhân tiết niệu.

Bệnh nhân NKĐTN có triệu chứng toàn thân cần nhập viện nên được điều trị ban đầu bằng chế độ kháng sinh tiêm tĩnh mạch, chẳng hạn như aminoglycoside có hoặc không có amoxicillin, hoặc cephalosporin thế hệ thứ hai hoặc thứ ba, hoặc penicillin phổ rộng có hoặc không có aminoglycoside.

Sự lựa chọn giữa các tác nhân này nên dựa trên dữ liệu kháng thuốc tại chỗ và chế độ điều trị phải được điều chỉnh dựa trên kết quả chẩn đoán. Những khuyến nghị này không chỉ phù hợp với viêm thận - bể thận, mà còn cho tất cả các NKĐTN phức tạp khác. Phác đồ thay thế để điều trị NKĐTN phức tạp,

đặc biệt là những nguyên nhân gây ra bởi tác nhân đa kháng thuốc đã được nghiên cứu.

Ceftolozane/tazobactam 1,5g cho mỗi 8 giờ chứng minh tỉ lệ chữa khỏi bệnh lâm sàng cao đối với bệnh NKĐTN phức tạp do Enterobacteriaceae sinh ESBL trong phân tích tổng hợp các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn.

Cefiderocol (2g) ba lần mỗi ngày không thua kém Imipenem-cilastatin (1g) ba lần mỗi ngày để điều trị NKĐTN phức tạp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn gram âm đa kháng thuốc.

Imipenem/cilastatin cộng với relebactam (250 hoặc 125 mg) có hiệu quả tương đương với Imipenem/cilastatin để điều trị NKĐTN phức tạp trong RCT giai đoạn 2.

Ceftazidime/avibactam đã được chứng minh là có hiệu quả như carbapenem trong điều trị NKĐTN phức tạp trong một tổng quan hệ thống báo cáo mức cơ bản 25% đối với Enterobacteriaceae sinh ESBL, nhưng các tác dụng phụ nghiêm trọng hơn đã được báo cáo trong nhóm ceftazidime/avibactam.

Plazomicin dùng một lần mỗi ngày được chứng minh là không thua kém meropenem trong điều trị NKĐTN phức tạp do Enterobacteriaceae gây ra, bao gồm cả các chủng đa kháng thuốc.

Xét về mức độ kháng thuốc cao, đặc biệt ở những bệnh nhân nhập viện tiết niệu, fluoroquinolones không thích hợp như liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm, đặc biệt là khi bệnh nhân đã sử dụng ciprofloxacin trong sáu tháng qua. Fluoroquinolones chỉ có thể được khuyến cáo là điều trị theo kinh nghiệm khi bệnh nhân không bị bệnh nặng và được coi là an toàn khi bắt đầu điều trị bằng đường uống hoặc nếu bệnh nhân đã có phản ứng phản vệ với kháng sinh beta-lactam. Levofloxacin tiêm tĩnh mạch 750mg một lần mỗi ngày trong 5 ngày đã được chứng minh là không thua kém một chế độ điều trị 7 - 14 ngày của levofloxacin 500mg mỗi ngày bắt đầu bằng tiêm tĩnh mạch và chuyển sang chế độ uống (dựa trên việc có giảm nhẹ các triệu chứng lâm sàng).

Năm 2020, Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam và Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam đã đưa ra Bảng phân nhóm nguy cơ nhiễm khuẩn đa kháng thuốc trên bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu và định hướng kháng sinh kinh nghiệm:

Bảng 1.9: Bảng phân loại nhóm nguy cơ nhiễm khuẩn đa kháng thuốc trên bệnh nhân NKĐTN và định hướng kháng sinh kinh nghiệm

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
<b>Yếu tố nguy cơ liên quan chăm sóc y tế/Sử dụng kháng sinh</b>		
- Chưa điều trị tại bất kỳ cơ sở y tế nào hoặc chỉ thăm	- Có nhập viện, chăm sóc y tế ngắn hạn (2-5 ngày) và/hoặc có thủ thuật xâm	- Nhập viện nhiều lần, nằm viện kéo dài ( $\geq 5$ ngày) và/hoặc có đại phẫu, hoặc



khám/làm các thủ thuật tối thiểu, hoặc chỉ lưu cấp cứu trong vòng 24 giờ. - Chưa dùng kháng sinh trước đó trong vòng 90 ngày trước.	lần (đặt catheter, ống thông bàng quang, tán sỏi ngoài cơ thể, trung phẫu) trong 12 tháng qua (hoặc đại phẫu đã qua 12 tháng) - Có dùng kháng sinh gần đây (trong vòng 3 tháng qua) - BN đến từ viện dưỡng lão, bệnh nhi có bệnh lý hệ tiết niệu đến từ các trung tâm bảo trợ trẻ khuyết tật – mồ côi	2 trung phẫu trở lên (trong 12 tháng qua), hoặc có thủ thuật nhiều xâm lấn (thông niệu đạo bàng quang lưu, ống thông JJ, nội soi tán sỏi qua da...) - Đã có chẩn đoán nhiễm khuẩn đa kháng, nhiễm khuẩn sinh ESBL trước đó (trong 12 tháng qua) - Có dùng kháng sinh phổ rộng hoặc dùng nhiều kháng sinh (trong vòng 3 tháng qua)
--	---	---

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
<b>Bệnh đi kèm/ Độ nặng lâm sàng (thang điểm, giá trị)</b>		
- Người bệnh < 65 tuổi không có bệnh đi kèm - Không có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu - Điểm KARNOFSKY: 80-100 - Điểm qSOFA = 0	- Người bệnh ≥ 65 tuổi, có bệnh đi kèm (ĐTĐ, COPD, suy chức năng thận...) - Nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp hoặc có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu. - Điểm KARNOFSKY: 50-70 - Điểm qSOFA = 1	- Người bệnh có bệnh lý đặc biệt kèm, giảm bạch cầu trung tính, suy giảm miễn dịch nặng... - Tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát do bất thường về cấu trúc/chức năng đường tiết niệu... - Điểm KARNOFSKY: 10-40 - Điểm qSOFA ≥ 2/ Sepsis
<b>Định hướng tác nhân gây bệnh</b>		
- Nguy cơ thấp nhiễm các vi khuẩn đa kháng như Enterobacteriaceae sinh ESBL, MRSA - Rất ít nguy cơ nhiễm các vi khuẩn không lên men như <i>Pseudomonas</i>	- Nguy cơ nhiễm các vi khuẩn đa kháng thường gặp như Enterobacteriaceae sinh ESBL, MRSA - Ít nguy cơ nhiễm các vi khuẩn không lên men như <i>Pseudomonas</i>	- Nguy cơ cao nhiễm các vi khuẩn đa kháng như Enterobacteriaceae sinh ESBL, <i>Pseudomonas/Acinetobacter</i> và những vi khuẩn siêu kháng như Enterobacteriaceae kháng carbapenem (CRE), Enterobacteriaceae kháng vancomycin (VRE), <i>Pseudomonas</i> kháng carbapenem (CRPA),

<i>aenginosa/ Acinetobacter baumanii.</i> - Rất ít nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn	<i>aenginosa/ Acinetobacter baumanii.</i> - Ít nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn	<i>Acinetobacter</i> kháng carbapenem (CRAB) - Có nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn; đặc biệt trên BN ghép tủy xương, ghép tạng, giảm BC hạt do hóa trị...
---	---	---

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
<b>Kháng sinh kinh nghiệm gợi ý</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kháng sinh phổ hẹp và hướng đến các tác nhân từ cộng đồng như BL-BLI đường uống<sup>a</sup>, Cephalosporin thế hệ 1 và 2<sup>b</sup>, Fluoroquinolone thế hệ 1, 2<sup>c</sup> (hạn chế sử dụng kháng sinh phổ rộng có hoạt tính trên VK sinh ESBL, <i>Pseudomonas</i> và <i>Acinetobacter</i>)</li> <li>- Chưa sử dụng thuốc kháng nấm</li> <li>- Ở những vùng dịch tễ với tỉ lệ ESBL trong cộng đồng <math>\geq 20\%</math>, cần cân nhắc KS nhóm Carbapenem nhóm I<sup>d</sup> trong viêm thận – bể thận cấp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cần chỉ định những kháng sinh có hoạt tính trên VK sinh ESBL nhưng không có/ít hoạt tính trên <i>Pseudomonas</i> như Carbapenem nhóm I<sup>d</sup></li> <li>- BL-BLI<sup>e</sup> có thể được lựa chọn thay thế trong một số tình huống với bệnh cảnh ít nghiêm trọng</li> <li>- Glycopeptide<sup>f</sup> chỉ dùng trong trường hợp nghi ngờ/ vùng dịch tễ MRSA cao</li> <li>- Chưa cần sử dụng thuốc kháng nấm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cần chỉ định các kháng sinh phổ rộng có hoạt tính trên <i>Pseudomonas</i> như Carbapenem nhóm II<sup>g</sup> hoặc BL-BLI có hoạt tính trên <i>Pseudomonas</i><sup>h</sup> đơn trị hoặc phối hợp với Aminoglycoside<sup>i</sup>/Fluoroquinolone<sup>j</sup></li> <li>- Khi nghi ngờ VK kháng rộng – XDR* (CRE, CRAB), cân nhắc Polymyxin* đơn trị hoặc kết hợp</li> <li>- Khi nghi ngờ <i>Pseudomonas</i> kháng rộng – XDR* (CRPA), cân nhắc BL-BLI thế hệ mới<sup>l</sup></li> <li>- Glycopeptide<sup>f</sup> đối với MRSA</li> <li>- Xem xét chỉ định thuốc kháng nấm<sup>m</sup></li> </ul>

Nguồn: Carmeli Y, 2006

(a): Amoxicilline-clavulanate; Ampicillin-sulbactam.

(b): Cefazolin; Cefalotin; Cefaclor; Cefuroxime.

(c): Ofloxacin; Norfloxacin; Ciprofloxacin.

(d): Ertapenem.

(e): Amoxicilline-clavulanate; Ampicillin-sulbactam. Ticarcillin-clavulanate.

(f): Vancomycin; Teicoplanin.

(g): Imipenem; Meropenem; Doripenem.

(h): Cefoperazone-sulbactam; Piperacillin-tazobactam.

(i): Gentamicin; Amikacin; Netilmicin.

(j): Ciprofloxacin; Levofloxacin.

(k): Polymycin B; Colistin.

(l): Ceftolozane-Tazobactam.

(m): Amphotericin B; Fluconazole; Caspofungin.

#### **1.3.3.4.2 Thời gian điều trị kháng sinh**

Điều trị trong 7 ngày đến 14 ngày (đối với nam giới 14 ngày khi không thể loại trừ viêm tuyến tiền liệt), nhưng thời gian nên liên quan chặt chẽ đến việc điều trị các bất thường tiềm ẩn. Khi bệnh nhân ổn định huyết động và sốt trong ít nhất 48 giờ, thời gian điều trị ngắn hơn (ví dụ: 7 ngày) có thể được xem xét ở những bệnh nhân mong muốn điều trị ngắn hạn do chống chỉ định tương đối với kháng sinh được sử dụng.

### **1.3.4 Một số nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp thường gặp**

#### **1.3.4.1 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến sỏi**

- Trong NKĐTN phức tạp liên quan đến sỏi tiết niệu, tần suất nhiễm *E. coli* và *Enterococci* đường như ít gây bệnh. Ngược lại, *Proteus* và *Pseudomonas* sp. được tìm thấy nhiều hơn.

- Trong số các vi khuẩn sinh urease, *Proteus*, *Providencia* và *Morganella* sp., và *Corynebacterium urealyticum* chiếm ưu thế, nhưng *Klebsiella*, *Pseudomonas* và *Serratia* sp. và *Staphylococci* cũng có vai trò nhất định.

- Trong số những bệnh nhân mắc bệnh sỏi san hô, 88% có NKĐTN tại thời điểm chẩn đoán, với 82% bệnh nhân bị nhiễm các vi khuẩn sinh urease. Men urease, phân tách urê thành carbon dioxide và amoniac. Sự gia tăng amoniac trong nước tiểu làm tổn thương lớp glycosaminoglycan, do đó làm tăng sự bám dính của vi khuẩn và tăng sự hình thành các tinh thể struvite. Hậu quả của các hiện tượng này tạo thành sỏi thận và sỏi bám dính trên ống thông đường tiết niệu.

- Khả năng gây bệnh của *Staphylococci coagulase* âm tính và *Streptococci* không phải nhóm D đang gây tranh cãi. Trong một số trường hợp có sự hiện diện của sỏi hoặc dị vật, *Staphylococci* có thể là vi khuẩn gây bệnh. Mặt khác, *Staphylococci* không quá phổ biến trong NKĐTN phức tạp (0 - 11%), theo báo cáo được công bố.

- **Điều trị:** Nếu như sỏi hoặc nhiễm khuẩn vẫn còn, sỏi sẽ vẫn phát triển. Cần thiết loại bỏ hoàn toàn sỏi và liệu pháp kháng khuẩn đầy đủ. Diệt trừ nhiễm khuẩn có thể sẽ loại bỏ phát triển sỏi struvite. Xem xét điều trị kháng sinh lâu dài nếu không thể loại bỏ hoàn toàn sỏi.

#### **1.3.4.2 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có tắc nghẽn đường tiết niệu**

NKĐTN rất thường xảy ra ở bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu. Tắc nghẽn có thể ở đường tiết niệu dưới, hay đường tiết niệu trên. Tắc nghẽn góp phần vào cơ chế sinh bệnh và làm NKĐTN trở nên nghiêm trọng hơn, dễ dẫn đến biến chứng nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn hơn. Do đó, NKĐTN cấp tính xảy ra trên cơ địa có tắc nghẽn đường tiết niệu phải được xem là một trường hợp cấp cứu tiết niệu, đặc biệt là trường hợp viêm thận - bể thận cấp tắc nghẽn

Thận tắc nghẽn với các dấu hiệu của NKĐTN và/hoặc vô niệu là một cấp cứu tiết niệu. Giải áp khẩn cấp thường là cần thiết để ngăn ngừa các biến chứng tiếp theo trong thận ứ nước bị nhiễm khuẩn thứ phát sau tắc nghẽn thận do sỏi, một bên hoặc hai bên.

### **Điều trị:**

Ngoài các nguyên tắc chung điều trị NKĐTN phức tạp, khi cân nhắc xử trí yếu tố gây phức tạp trong các trường hợp có tắc nghẽn, bác sĩ chuyên khoa tiết niệu cần nắm vững chỉ định, kỹ thuật và vận dụng uyển chuyển các phương pháp giải áp và dẫn lưu cơ quan tiết niệu trên tắc nghẽn, với *phương châm là dẫn lưu an toàn và hiệu quả*.

Các chọn lựa điều trị tùy vào từng trường hợp cụ thể, có thể sử dụng:

- Trường hợp nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc choáng nhiễm khuẩn đặt thông double J, phẫu thuật mở thận ra da (mổ mở, mở qua da bằng thông mono J hoặc dùng trocar), các biện pháp triệt để hơn có thể làm thì hai (phẫu thuật có kế hoạch), khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định.

- Các phẫu thuật triệt để hơn để giải quyết tắc nghẽn nếu tình trạng bệnh nhân cho phép và sau một đợt điều trị kháng sinh hoàn chỉnh (phẫu thuật mở niệu quản lấy sỏi, mở thận lấy sỏi, nội soi niệu quản tán sỏi với áp lực thấp...) cần được cân nhắc kỹ lưỡng, bảo đảm phẫu thuật an toàn.

- Xử trí nhiễm khuẩn huyết và/hoặc vô niệu ở thận bị tắc nghẽn do sỏi hệ tiết niệu

- + Giải áp: Theo Hội Tiết niệu Châu Âu, có hai tùy chọn để giải áp khẩn cấp đường tiết niệu bị tắc nghẽn: (1) Đặt một stent trong niệu quản; (2) Mở thận ra da qua da. Tại Việt Nam, tùy theo điều kiện, có thể mổ mở hoặc dùng trocar để phẫu thuật mở thận ra da.

- + Các biện pháp khác: Sau khi giải áp khẩn cấp hệ thống tiết niệu bị tắc nghẽn và nhiễm khuẩn, cả mẫu nước tiểu và máu phải được gửi để làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Kháng sinh phải được bắt đầu ngay sau đó hoặc tiếp tục, nếu đã bắt đầu trước khi xét nghiệm. Điều trị nên được đánh giá lại khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Chăm sóc chuyên sâu có thể trở nên cần thiết.

### **1.3.4.3 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan tới ống thông đường tiết niệu**

Trong NKĐTN liên quan đến ống thông, sự phân bố của vi khuẩn cũng tương tự như trên và phải xem xét sự hình thành màng sinh học (biofilm). Điều trị bằng kháng sinh chỉ có thể có hiệu quả trong đoạn đầu của nhiễm khuẩn.

**Điều trị:** Dữ liệu hiện tại không hỗ trợ điều trị vi khuẩn niệu không triệu chứng và khi đặt ống thông ngắn hạn (< 30 ngày) hoặc dài hạn, vì điều này sẽ thúc đẩy sự xuất hiện của các chủng kháng thuốc. Khi đặt ống thông ngắn hạn, kháng sinh có thể trì hoãn sự khởi phát của vi khuẩn niệu, nhưng không làm giảm biến chứng. NKĐTN phức tạp có triệu chứng liên quan đến ống thông làm nòng được điều trị bằng một kháng sinh có phổ càng hẹp càng tốt, dựa trên kết quả nuôi cấy và độ nhạy. Thời hạn tối ưu không được biết rõ. Thời gian điều trị quá ngắn cũng như quá dài có thể gây ra sự xuất hiện của các chủng kháng thuốc. Một liệu trình 7 ngày có thể là thời hạn hợp lý.

#### 1.3.4.4 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân đái tháo đường

- Vi khuẩn niệu không triệu chứng thường gặp ở phụ nữ mắc bệnh đái tháo đường. Trong một nghiên cứu tiên cứu ở phụ nữ không mang thai bị đái tháo đường, 26% bị vi khuẩn niệu đáng kể ( $> 10^5$  CFU/mL) so với 6% ở nhóm chứng. Phụ nữ mắc đái tháo đường tít 1 đặc biệt có nguy cơ nếu họ bị đái tháo đường trong một thời gian dài hoặc các biến chứng đã phát triển, đặc biệt là bệnh thần kinh ngoại biên và protein niệu. Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tiểu đường tít 2 là tuổi già, protein niệu, chỉ số khối cơ thể thấp và tiền sử NKĐTN tái phát trong quá khứ.

- Đái tháo đường làm tăng nguy cơ viêm bể thận cấp tính do nhiễm khuẩn Enterobacteriaceae bắt nguồn từ đường tiết niệu - sinh dục. Nhiễm khuẩn *Klebsiella* đặc biệt phổ biến (25% so với 12% ở người không mắc bệnh đái tháo đường).

- Hoại tử nhú thận thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường, đặc biệt liên quan đến viêm thận - bể thận cấp tính. Nó chắc chắn có liên quan đến sẹo nhu mô thận vĩnh viễn, mặc dù rất khó để loại trừ tác nghẽn bởi u nhú là nguyên nhân của bệnh thận. Dự phòng bằng kháng sinh để điều trị NKĐTN không triệu chứng có lẽ là bất buộc (GR: C).

- Bệnh nhân đái tháo đường có các dấu hiệu của nhiễm khuẩn huyết cần phải nhập viện. Cần chỉ định cấy nước tiểu và cấy máu trước khi bắt đầu điều trị. Sau đó khẩn cấp áp dụng phác đồ điều trị nhiễm khuẩn huyết.

- Một nghiên cứu 234 trường hợp NKĐTN phức tạp trên bệnh nhân đái tháo đường tại Việt Nam (2018), cho thấy do vi khuẩn Gram (-) chiếm tỉ lệ 92,8%, do Gram (+) 7,2%. *E. coli* chiếm tỉ lệ 65,6% trong các trường hợp phân lập được vi khuẩn, và 64,6% các chủng *E. coli* có tiết men ESBL. Ngoài bệnh đái tháo đường, bệnh nhân còn có thể có các yếu tố gây phức tạp khác như tắc nghẽn đường tiết niệu, suy thận, bàng quang hỗn loạn thần kinh....

- Các kháng sinh còn hiệu quả đối với các tác nhân Gram (-): nitrofurantoin, fosfomicin, amikacin, carbapenems. Các kháng sinh chỉ có

hiệu quả giới hạn với Gram (-): trimethoprim/sulfamethoxazole, fluoroquinolones.

#### **1.3.4.5 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân suy thận**

- Hầu hết các loại thuốc kháng sinh có chỉ số điều trị rộng. Không cần điều chỉnh liều là cần thiết cho đến khi GFR < 20 ml/phút, ngoại trừ kháng sinh có tiềm năng gây độc cho thận, ví dụ như aminoglycoside.

- Thuốc bị loại bỏ bằng cách lọc máu, do đó nên thực hiện thuốc sau khi lọc máu.

- Điều quan trọng cần lưu ý là thâm phân phức tạp và chạy thận nhân tạo lọc các loại kháng sinh ở mức nhất định, cho nên cần phải tránh hoặc sử dụng liều cao hơn nhiều.

- Sự kết hợp của thuốc lợi tiểu quai (ví dụ như furosemide) và cephalosporin gây độc thận.

- Nitrofurantoin và tetracycline bị chống chỉ định, nhưng doxycycline thì không.

#### **1.3.4.6 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau ghép thận**

NKĐTN là biến chứng nhiễm khuẩn phổ biến nhất sau ghép thận. Trong một cơ sở dữ liệu lớn, tỉ lệ mắc NKĐTN tích lũy trong 6 tháng đầu sau ghép thận là 17% cho cả hai giới và ở ba năm là 60% đối với nữ và 47% đối với nam giới. Nhóm người hiến thận (người hiến sống so với người hiến chết) có bằng chứng mâu thuẫn về nguy cơ NKĐTN.

NKĐTN có triệu chứng sau ghép có phổ lâm sàng rộng bao gồm viêm bàng quang cấp tính, viêm thận – bể thận ghép và viêm thận - bể thận của bệnh nhân. Các yếu tố nguy cơ bao gồm ức chế miễn dịch chuyên sâu hơn, tuổi quá lớn hay quá nhỏ, đái tháo đường, thời gian lọc máu kéo dài, đường tiết niệu dưới bất thường hoặc có tái tạo và có dùng ống thông niệu đạo bàng quang và stent kéo dài.

Các dấu hiệu và triệu chứng điển hình của NKĐTN có thể giống như các tình trạng sau ghép thông thường khác bao gồm co thắt bàng quang, kích thích do stent, bàng quang nhỏ mất chức năng, đa niệu do mất khả năng cô đặc nước tiểu, bí tiểu và sốt/ đau thận ghép do thải ghép cấp. Hơn nữa, bệnh cảnh NKĐTN có thể không rõ ràng. Ức chế miễn dịch có thể ức chế sốt, chủ yếu thông qua phong tỏa IL-1 và TNE. Số lượng bạch cầu có thể không tăng do ức chế tủy xương. Thận ghép bị mất phân bố thần kinh và không đau ngay cả khi bị viêm thận - bể thận.

Các vi sinh vật điển hình thường gây NKĐTN, tuy nhiên cũng có thể gây ra bởi vi khuẩn thường trú và khó trị, nấm, mycobacteria và virus. Một số nghiên cứu cho thấy, NKĐTN sau ghép có tác động tiêu cực đến sự sống và chức năng của mảnh ghép, mặc dù nguyên nhân chưa được thiết lập.

Tại Việt Nam, một nghiên cứu trên 304 người được ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2019) đã ghi nhận 56 đợt nhiễm khuẩn trên 38/304 (12,5%) bệnh nhân. 89% số đợt nhiễm khuẩn xảy ra trong năm đầu tiên sau ghép. Nhóm tuổi 30 - 49 chiếm tỉ lệ cao nhất. Nữ giới chiếm 60,5%. 13/38 bệnh nhân (34,2%) NKĐTN hơn 1 lần. Thời gian đặt thông niệu quản kéo dài làm tăng nguy cơ NKĐTN sau ghép. 19/56 (33,9%) đợt nhiễm khuẩn không biểu hiện triệu chứng. Trong các tác nhân phân lập được, *E. coli* chiếm tỉ lệ 40,8%, *Klebsiella* 24,5%, và *P. aeruginosa* 18,4%. 45% các chủng *E. coli* và 41,7% *Klebsiella* có tiết men ESBL.

### **Điều trị nhiễm khuẩn ở bệnh nhân ghép thận:**

- Có rất ít dữ liệu tiên cứu có thể hướng dẫn điều trị dự phòng NKĐTN hoặc điều trị về mặt tác nhân gây bệnh, hoặc thời gian điều trị; dù hầu hết các chương trình sử dụng điều trị dự phòng trong ít nhất 6 tháng (GR: B). Có thể giảm thiểu NKĐTN sau ghép bằng cách loại sỏi hoặc các dị vật trong đường tiết niệu, chẳng hạn như ống thông niệu đạo bàng quang trong, stent niệu quản (GR: C).

- Nên điều chỉnh nếu có thể các yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn (ví dụ: Kiểm soát bệnh tiểu đường, loại bỏ hoặc thay đổi stent và ống thông, giảm thiểu ức chế miễn dịch dựa trên mức độ thuốc và diễn biến lâm sàng).

- Tương tác giữa kháng sinh được sử dụng để điều trị NKĐTN và thuốc ức chế miễn dịch: Ciprofloxacin có thể làm tăng nồng độ chất ức chế calcineurin (CNI), nhưng levofloxacin và ofloxacin thường không làm tăng. Erythromycin và các thuốc kháng nấm ức chế cytochrom P450 và tăng nồng độ CNI. Rifampicin, imipenem và cephalosporin có thể làm giảm nồng độ CNI. Kháng sinh gây độc thận (ví dụ: aminoglycoside, amphotericin) có thể có tác dụng hiệp đồng với CNI, làm tăng tổn thương thận.

- Nghiên cứu tại Việt Nam (2019), cho thấy tỉ lệ nhạy kháng sinh của vi khuẩn Gram âm đối với các kháng sinh nhóm fluoroquinolone và cephalosporin khá thấp (13% nhạy với ciprofloxacin, 29% với levofloxacin, 33% nhạy với ceftriaxone hoặc ceftazidime), tỉ lệ nhạy với nitrofurantoin và carbapenems lần lượt là 58% và 100%. Trung bình nồng độ creatinine máu không khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau NKĐTN).

- NKĐTN có thể cùng tồn tại với các bệnh do virus thường gặp sau ghép (ví dụ: Cytomegalovirus). Viêm thận - bể thận ghép có thể gây tăng creatinine huyết thanh, tuy nhiên chức năng thận giảm không chỉ đơn giản là do nhiễm khuẩn mà còn có thể do nguyên nhân khác (ví dụ như tắc nghẽn, thải ghép, độc tính của thuốc). Cuối cùng, trường hợp thiếu đáp ứng điều trị nên sinh thiết thận để loại trừ thải ghép hoặc các bệnh thận khác (ví dụ: Tái phát bệnh nguyên phát).

- Vi khuẩn niệu không triệu chứng sau ghép thận không cần điều trị vượt quá điều trị dự phòng tiêu chuẩn (GR: C).

### ***Nguồn tham khảo:***

1. Ngô Gia Hy. Nhiễm trùng niệu. *Niệu học tập II*. NXB Y Học; 1982: 3-16.
2. Ngô Gia Hy. Sinh lý và sinh lý bệnh đường tiêu trên. *Niệu học tập III*. NXB Y Học; 1983: 3-20.
3. Ngô Gia Hy. Sỏi cơ quan niệu. *Niệu học tập I*. NXB Y Học; 1980: 50-142.
4. Trần Văn Sáng, Trần Ngọc Sinh. Nhiễm trùng niệu. *Bài giảng bệnh học Niệu khoa*. NXB Phương Đông; 2011: 161-232.
5. Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong can thiệp ngoại khoa đường tiết niệu. *Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu*. NXB Đại học Huế; 2020: 44-60.
6. Bộ Y Tế. Sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*. 2015: 12-18.
7. Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu. *Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh*. 2020: 10
8. EAU guidelines 2022, Urolithiasis.
9. Bader MS, Loeb M, Brooks AA. An update on the management of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. *Postgraduate medicine*. Mar 2017; 129(2): 242-258. doi:10.1080/00325481.2017.1246055
10. Bader MS, Hawboldt J, Brooks A. Management of complicated urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. *Postgraduate medicine*. Nov 2010; 122(6): 7-15. doi:10.3810/pgm.2010.11.2217
11. Carmeli Y. Predictive Factors for Multidrug-Resistant Organisms. Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; 2006



## **BÀI 12: THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG**

### **\* MỤC TIÊU**

- Nêu được khái niệm về Viêm phúc mạc do thùng dạ dày.
- Nhận biết được các triệu chứng của Viêm phúc mạc do thùng dạ dày.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Viêm phúc mạc do thùng dạ dày.
- Chỉ định được các ca lâm sàng cần thiết
- Trình bày được các bước cấp cứu cơ bản và nguyên tắc điều trị của Viêm phúc mạc do thùng dạ dày.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca Viêm phúc mạc do thùng dạ dày.

### **\* Khái niệm**

Thùng là một trong những biến chứng thường gặp của ổ loét dạ dày - tá tràng chiếm tỷ lệ 15 - 22%.

Những năm gần đây, nhờ sự hiểu biết sâu về bệnh sinh của ổ loét với vai trò của *Helicobacter Pylori*, khả năng chẩn đoán sớm, có nhiều loại thuốc điều trị tốt nên ít gặp hơn.

Chẩn đoán thường dễ vì trong đa số các trường hợp các triệu chứng khá điển hình, rõ rệt.

Điều trị phẫu thuật kết quả rất tốt nhờ chỉ định hợp lý các phương pháp phẫu thuật như khâu lỗ thùng, cắt đoạn dạ dày, cắt thần kinh X...

### **\* Đặc điểm dịch tễ học**

Giới: nam nhiều hơn nữ, các thông kê có khác nhau nhưng đa số thấy rằng tỷ lệ khoảng 90% cho nam giới và 10% cho nữ giới.

Tuổi: thường từ 35 đến 65 và nhiều nhất là ở loại tuổi từ 30 - 40 với tỷ lệ khoảng 40%. Nhưng cũng có những thùng dạ dày ở bệnh nhân trên 80 - 85 tuổi.

Loét ít gặp ở trẻ em nên cũng không thấy thùng.

### **\* Điều kiện thuận lợi**

Thời tiết: mùa rét thường gặp nhiều hơn và khi thời tiết thay đổi. Gặp nhiều vào các tháng 1,2,3,4, và ít vào các tháng 5,6,7,8,9.

Bữa ăn: thùng có thể xảy ra bất cứ lúc nào, thùng càng gần bữa ăn thì bụng càng bần và càng chóng đưa đến tình trạng viêm phúc mạc

Chấn thương tinh thần: thùng khi bị một chấn thương tinh thần mạnh như phẫu thuật, bỏng... hay đau khớp kéo dài phải dùng các loại giảm viêm không steroid, cortison...

## 1. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 1.1. Ổ loét thủng

Vị trí ổ loét thủng thường ở tá tràng, điều này cũng phù hợp vì loét tá tràng chiếm đa số' (ổ loét ở mặt trước tá tràng hay bờ cong nhỏ). Không nên quên những ổ loét mặt sau có thể thủng, phải mở mạc nối dạ dày - đại tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thủng.

Thường chỉ có một ổ loét thủng, rất ít khi có hai hay nhiều.

Lỗ thủng có khi được một phần các giả mạc bít lại, phải lau và lấy sạch mới nhìn rõ.

Bờ lỗ thủng thường chắc, xơ cứng.

### 1.2. Tình trạng ổ bụng

Khác nhau tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, thủng xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng nhỏ hay to tùy theo vị trí lỗ thủng.

Dịch trong ổ bụng thường có lẫn thức ăn.

Khi mới thủng dịch đó vô trùng và có độ toan như là dịch vị nhưng chỉ sau một thời gian ngắn chừng 18 - 24 giờ dịch đó đã nhiễm trùng và thành mủ. Nếu bệnh nhân đến muộn, trong bụng có nhiều giả mạc rải rác dính vào các tạng, các quai ruột, nhiều nhất là chung quanh lỗ thủng.

## 2. LÂM SÀNG

### 2.1. Triệu chứng toàn thân

Đến sớm:

Tình trạng toàn thân chưa thay đổi, nét mặt nhăn nhó, hai tay ôm bụng.

Mạch và huyết áp ổn định.

Khoảng 80% bệnh nhân có thể xuất hiện tình trạng sốc vì đau:

- Mặt mày xanh xám, nhợt nhạt, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi.
- Mũi và đầu chi lạnh.
- Thân nhiệt hạ thấp dưới 36°C, mạch nhỏ, nhanh có khi không đếm được.
- Sốc chỉ thoáng qua vài ba phút đến 1 giờ.

Đến muộn:

Tình trạng nhiễm trùng xuất hiện.

Bụng trướng, đau nếu nặng sẽ biểu hiện viêm phúc mạc.

### 2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng dữ dội đột ngột: Bệnh nhân đang khỏe mạnh, làm việc và sinh hoạt bình thường thì bỗng nhiên đau dữ dội vùng trên rốn, đau như dao đâm.

Đau là một triệu chứng cơ năng rất có giá trị

- Nôn:

Có thể chỉ buồn nôn.

Nôn ra dịch nâu đen nếu hẹp môn vị.

Hiếm khi có nôn ra máu nhưng nếu có thì là một trường hợp rất nặng, tiên lượng xấu, cần phải xử trí kịp thời và phải hồi sức thật tốt.

- Bí trung đại tiện.

### 2.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: bụng dẹt, nằm im không di động theo nhịp thở và bệnh nhân hoàn toàn thở bằng lồng ngực. Có khi bụng hơi trướng.

- Nắn: có cảm giác như sờ vào một mảnh gỗ, co cứng liên tục. Lúc mới bắt đầu toàn thể bụng đã co cứng, nhưng cũng có thể chỉ mới ở vùng trên rốn, hai hô' chậu còn tương đối mềm.

Co cứng thành bụng là một triệu chứng bao giờ cũng có và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán.

- Gõ: gõ vùng gan thấy mất tiếng đục bình thường.

Trong những trường hợp dạ dày chứa nhiều nước và qua một lỗ thủng to chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục ở 2 mạng sườn và hô' chậu.

- Thăm trực tràng: túi cùng Douglas phồng và đau chói khi ấn tay vào.

- Tiền sử loét dạ dày.

## 3. CẬN LÀM SÀNG

### 3.1. X quang

#### 3.1. Soi trên màn ảnh X quang

Cơ hoành di động kém, hình liềm hơi bên phải cơ hoành.

#### 3.1.2. Chụp X quang

Chụp bụng không chuẩn bị với tư thế đứng, lấy một phần ngực sẽ thấy có liềm hơi ở bên phải, có khi ở cả hai bên, ít khi thấy riêng ở bên trái.

### 3.2. Siêu âm

Đối với những trường hợp chưa xác định được chẩn đoán, siêu âm cho biết có dịch ở dưới gan, khoang Morison, rãnh phải đại tràng và dịch đọng ở hô' chậu phải, ngoài ra siêu âm còn loại trừ những bệnh lý dễ nhầm với thủng dạ dày - tá tràng như viêm tụy cấp, giun chui ống mật, viêm túi mật.

## 4. DIỄN BIẾN

### 4.1. Viêm phúc mạc toàn thể

Mặt hốc hác, mắt lờm, môi khô, lưỡi bẩn

Nhiệt độ 39 - 40°C hay là dưới 37°C khi bệnh nhân đã kiệt sức.

Mạch nhanh nhỏ, khó đếm, huyết áp thấp có khi không đo được.

Thăm khám thấy bụng trướng căng, ấn chỗ nào cũng đau. Có cảm ứng phúc mạc rõ rệt.

Bí trung tiện, đại tiện, nôn.

Bệnh cảnh lâm sàng như một tắc ruột cộng thêm các triệu chứng của viêm phúc mạc.

#### 4.2. Viêm phúc mạc khu trú

Hiếm gặp hơn, bệnh nhân đến bệnh viện ngày thứ 4, thứ 5, sau một cơn đau dữ dội và đột ngột.

Các triệu chứng toàn thân, cơ năng cũng như thực thể, giảm dần.

Bệnh nhân ngủ được, bớt sốt, đỡ đau có trung tiện.

Bụng mềm hơn nhưng vẫn còn đau và phản ứng ở dưới bờ sườn, hai hố chậu.

Sau đó bệnh nhân tiếp tục đau sốt cao 38 - 39°C, mạch nhanh 110 - 120, mặt hốc hác lưỡi bẩn, mắt ngủ kéo dài.

#### 4.3. Áp xe

Áp xe thường thành hình một hay hai tuần sau khi thủng.

Áp xe dưới cơ hoành: thấy bờ sườn dô lên, phù nề, các tĩnh mạch nổi rõ, có cảm giác một khối ở sâu, rất đau giới hạn rộng.

Triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt, gầy mòn, suy nhược, áp xe có thể vỡ qua cơ hoành vào màng phổi hay phổi, vỡ vào ruột hay theo đường máu gây áp xe gan, lách, khớp, tĩnh mạch...

Nhưng thường nhất là vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

### 5. THỂ LÂM SÀNG

#### 5.1. Thể thủng bí

Bệnh nhân cũng đau đột ngột dữ dội như trong thể điển hình nhưng rồi tình trạng toàn thân trở lại bình thường hết sốt, đỡ đau, cảm thấy dễ chịu, chỉ còn có cảm giác nặng nề, tung tức và khi sờ nắn có phản ứng nhẹ.

Nếu X quang thấy có liềm hơi thì chẩn đoán là chắc chắn, nhưng nếu không có thì cần phải theo dõi sát

Khi đã chẩn đoán được thủng dạ dày được bí cần xử trí cấp cứu như những trường hợp khác, vì nếu không có thể tiến triển thành viêm phúc mạc.

#### 5.2. Thủng ổ loét mặt sau

Những ổ loét thủng ở mặt sau chẩn đoán lâm sàng khó và ngay cả khi phẫu thuật cũng tìm kiếm khó khăn mới thay cho nên khi có một viêm phúc mạc mà tìm không thấy nguyên nhân, phải mở mạc nối vị đại tràng đi vào mặt sau dạ dày để tìm lỗ thủng.

### 5.3. Một số thể bệnh khác

- Thủng là dấu hiệu đầu tiên của ổ loét
- Thể bán cấp tính: các triệu chứng không rõ ràng, diễn biến chậm chạp.
- Thể tối cấp tính: bệnh nhân chết trong vòng 6 - 12 giờ sau khi thủng.
- Thể giống như đau ngực: bệnh nhân vẻ mặt lo âu, khó thở, tím tái, đau ở vai, là do những ổ loét ở cao.
- Thể giống như viêm ruột thừa: do lỗ thủng nhỏ của ổ loét tá tràng. Dịch tiêu hoá chảy ít và đọng lại ở hố chậu phải.
- Thủng kèm theo chảy máu: triệu chứng thủng ổ loét kèm theo nôn ra máu hay ỉa phân đen.

## 6. CHẨN ĐOÁN

### 6.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thường dễ vì các triệu chứng thường rất rõ:

- Bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày - tá tràng.
- Đau đột ngột, đau dữ dội, đau như xé ruột, như dao đâm.
- Bụng co cứng toàn bộ, cứng như gỗ.
- Nếu X quang lại có liềm hơi nữa là chẩn đoán đã rất chắc chắn.

### 6.2. Chẩn đoán phân biệt

#### 6.2.1. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa

Có trường hợp thủng ổ loét hành tá tràng dịch từ tầng trên ổ bụng theo rãnh thành đại tràng chảy xuống và khu trú ở hố chậu phải, lúc này cũng thấy hố chậu phải đau hơn, nhưng hỏi lại thì thấy bắt đầu đau ở vùng trên rốn.

#### 6.2.2. Viêm phúc mạc do mật

Bệnh nhân cũng đau dữ dội, đau liên tục nhất là nửa bụng bên phải.

Cần phải siêu âm để xác định sỏi, tình trạng đường mật và nhu mô gan.

#### 6.2.3. Viêm tụy cấp

Đau rất dữ dội, bệnh nhân kêu la, vật vã, lăn lộn, chứ không nằm im như trong thủng dạ dày. Đặc biệt là tình trạng toàn thân rất nặng, có tình trạng sốc rõ rệt.

Khám bụng có thể có co cứng nhưng không rõ rệt như ở thủng dạ dày.

Xét nghiệm cấp cứu thấy Amylase máu và nước tiểu cao.

Siêu âm chỉ thấy dịch trong ổ bụng, ít khi xác định được tụy do trương hơi, ngoài ra siêu âm chẩn đoán những nguyên nhân như sỏi mật, giun chui ống mật... Nếu cần thiết để xác định kỹ hơn nên chụp CT scanner mới thấy rõ tổn thương tụy.

#### 6.2.4. Thủng một nội tạng khác

Như thủng ruột non do thương hàn, thủng túi Meckel, thủng do viêm túi thừa đại tràng

#### 6.2.5. Các bệnh lý khác

- Tắc ruột: dễ nhầm, khi thủng dạ dày đến muộn đã có hiện tượng viêm phúc mạc gây liệt ruột, với một xoắn ruột, một huyết khối mạch máu mạc treo ruột, thoát vị bên trong, một cơn đau do loét dạ dày.

- Áp xe gan vỡ: biểu hiện viêm phúc mạc trên bệnh nhân đau sốt, vàng da, siêu âm có dịch ổ bụng và ổ áp xe gan.

Nếu là bệnh nhân nữ cần chẩn đoán phân biệt với:

- Thai ngoài tử cung vỡ.
- u nang buồng trứng xoắn.

### 7. ĐIỀU TRỊ

Những bệnh nhân được xử trí trong vòng 6 giờ đầu thì kết quả rất tốt, tỷ lệ tử vong thấp. Nếu quá 48 giờ khi đã có nhiễm trùng màng bụng thì tỷ lệ tử vong rất cao. Bệnh nhân sẽ chết trong tình trạng nhiễm độc, suy thận cấp gây urê huyết cao.

#### 7.1. Phẫu thuật

##### 7.1.1. Chuẩn bị trước mổ

Đặt ống hút dạ dày, kháng sinh và truyền tĩnh mạch nước, điện giải

##### 7.1.2. Phương pháp phẫu thuật

Mổ mở theo kinh điển vẫn được sử dụng thường xuyên trong các cơ sở phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi có những ưu điểm, tuy nhiên cần được trang bị phương tiện, máy móc và kỹ thuật cho phẫu thuật viên

- Khâu lỗ thủng. Nếu có hẹp môn vị thì bắt buộc phải làm thêm phẫu thuật nối dạ dày hồng tràng hay tạo hình môn vị.

- Cắt đoạn dạ dày cấp cứu
- Khâu lỗ thủng và cắt dây X.

#### 7.2. Phương pháp hút liên tục

Phương pháp Taylor được sử dụng như sau:

Điều kiện:

- Chẩn đoán chính xác 100%.
- Bệnh nhân đến sớm.
- Thủng xa bữa ăn, ổ bụng ít nước.
- Theo dõi chu đáo.

Phương pháp hút liên tục chỉ dùng để chuẩn bị mổ hoặc là giải pháp tình thế trong lúc chờ đợi phẫu thuật hay chuyển viện

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - NXBYH – ĐHYD TPHCM 2013
2. Ngoại khoa lâm sàng – Tổ bộ môn Ngoại bệnh viện nhân dân Gia đình 2007
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa - NXBYH – HN 2006
4. Maingot's Abdominal operations Twelfth Edition – Copyright © 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc
5. David Sabiton; Textbook of Surgery , the biological basis of modern surgical practice 20TH EDITION - Copyright © 2017 by Elsevier, Inc

# BÀI 13: THOÁT VỊ BỆNH

## \* Mục tiêu:

Nêu được khái niệm về Thoái vị bệnh

Nhận biết các triệu chứng và phân loại của Thoái vị bệnh

Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Thoái vị bệnh

Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết

Trình bày được nguyên tắc điều trị của Thoái vị bệnh

Chẩn đoán và xử trí 01 cá Thoái vị bệnh

Thoái vị bệnh là tình trạng tạng bên trong ổ bụng rời khỏi vị trí, chui qua ống bẹn hoặc điểm yếu tự nhiên của thành bụng xuống dưới da hoặc vùng bìu. Thoái vị bệnh có thể đe dọa tới tính mạng người bệnh nếu xảy ra tình trạng “ngẹt”, khối thoát vị bị phù nề và không thể đẩy lên ổ bụng khiến các tạng trong túi thoát vị bị thiếu máu nuôi dưỡng dẫn đến hoại tử.

Phần lớn người bị thoát vị bệnh là nam giới. Đối tượng có nguy cơ bị bệnh thường là người lớn tuổi có cơ thành ổ bụng yếu, người lao động mang vác nặng, người bị táo bón kéo dài... Bên cạnh đó, những người mắc bệnh u nang thừng tinh, tràn dịch tinh mạc... cũng có nguy cơ cao bị thoát vị bệnh hơn những người khác.

## 1. Giải phẫu vùng bệnh – đùi

Vùng bệnh đùi gồm ống bệnh với thân ống, lỗ bệnh nông, lỗ bệnh sâu, thừng tinh,... cùng nhiều cơ quan khác.

### **Ống bệnh:**

- Ống bệnh là một khe giữa các cơ thành bụng và nằm chéch theo hướng từ sau ra trước, từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Ống bệnh ở người trưởng thành thường dài từ 3 – 5cm, nằm ở phía trên đường nối từ gai chậu trước đến gai mu 2cm.

- Ống bệnh chứa thừng tinh ở nam và dây chằng tròn ở nữ. Cơ quan này là một ống hình trụ với 2 đầu là lỗ bệnh sâu, lỗ bệnh nông.

### **Thân ống bệnh**

Thân ống bệnh được bao quanh bởi:

Thành trước: Phần dưới của cân cơ chéo bụng ngoài.

Thành sau: Có mạch ngang và một ít thớ của cân cơ ngang bụng phía trong. Thành sau ống bệnh được động mạch thượng vị dưới chia thành 2 phần gọi là hố bệnh trong và ngoài.

Thành trên: Có bờ dưới cơ chéo trong và bờ dưới cân cơ ngang bụng, 2 cơ này dính nhau ở gần đường giữa gọi là gân kết hợp.



Thành dưới: Có dây chằng bẹn cùng dải chậu mu.

### ***Lỗ bẹn nông***

Lỗ bẹn nông nằm giữa 2 cột trụ ngoài và cột trụ trong của cân cơ chéo ngoài. Hai cột trụ này giới hạn 1 lỗ hình tam giác, được thớ liên trụ, dây chằng bẹn phản chiếu kéo lại thành một lỗ tròn.

Lỗ bẹn nông nằm ở ngay dưới da sát bên trên gai mu, là chỗ thoát ra của thừng tinh. Qua ngón tay đội da bìu lên, ta có thể chạm đến vị trí này ngay dưới da.

### ***Lỗ bẹn sâu***

Lỗ bẹn sâu nằm ở trên điểm giữa của dây chằng bẹn khoảng 1,5 – 2cm và là một chỗ lõm của mạc ngang. Lỗ bẹn sâu có cân cơ ngang bụng và cân cơ chéo nằm ở trong bao vòng phía trên và phía ngoài. Phía dưới có dải chậu mu, phía trong là động mạch thượng vị cùng dây chằng hesselbach.

Tại lỗ bẹn sâu, các thành phần của thừng tinh sẽ quy tụ để chui vào ống bẹn. Lỗ bẹn sâu tương ứng với hố bẹn ngoài được biết đến là nơi mà thoát vị bẹn gián tiếp đi qua. Túi thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, nằm bên trong thừng tinh về bản chất là do sự tồn tại của ống phúc tinh mạc, còn gọi là túi thoát vị bẹn gián tiếp.

### ***Thừng tinh***

Thừng tinh là thành phần trong ống bẹn và có chứa ống dẫn tinh, động mạch tinh hoàn, xung quanh có tĩnh mạch tạo thành đám rối hình dây leo. Đặc biệt, trong thừng tinh còn có dây chằng phúc tinh mạc của ống phúc tinh mạc. Nhiều trường hợp ống này không teo đi mà còn tồn tại, đây là đường đi và là túi thoát vị của thoát vị gián tiếp.

Ở nữ giới, dây chằng tròn đi xuống trong ống bẹn rồi hòa lẫn vào mô liên kết cận xương mu. Thoát vị bẹn ở nữ chủ yếu do tồn tại ống Nuck vốn đi theo dây chằng tròn.

### ***Nếp rốn***

Nếp rốn ngoài được tạo nên bởi động vùng mạch thượng vị dưới. Trong khi đó, nếp rốn trong do dây chằng rốn trong tạo nên bởi động mạch rốn trong thời kỳ phôi thai bị tắc sau sinh.

Nếp rốn chính giữa được xác định do dây treo bàng quang đội phúc mạc lên. Vùng bẹn từ phía trong bụng chúng ta thấy sẽ có những chỗ phúc mạc lõm xuống gọi là hố bẹn. Những hố bẹn này tạo nên và giới hạn bởi những nếp bẹn: Hố bẹn ngoài, hố bẹn trong, hố trên bàng quang.

## **1. Cơ chế chống thoát vị bẹn tự nhiên**

Có 2 cơ chế chống thoát vị bẹn tự nhiên như sau.

*Cơ chế thứ nhất:* Tác dụng của cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng ở vùng lỗ bẹn sâu. Ở lỗ bẹn sâu có sự dính nhau của cơ ngang bụng và vòng

mạc ngang giúp bờ dưới và bờ trong lỗ bẹn sâu chắc thêm. Khi cơ ngang bụng co sẽ kéo vòng mạc ngang lên trên và ra ngoài, cơ chéo bụng khi béo bờ trên và bờ ngoài lỗ bẹn sâu xuống dưới và vào trong. Hậu quả gây ra lỗ hẹp bẹn dẫu, chống thoát vị gián tiếp.

*Cơ chế thứ 2:* Tác dụng màn tập của cung cân cơ ngang bụng. Ở trạng thái bình thường, cung này tạo một đường cong lên trên. Khi cơ co thì cung này sẽ thẳng ngang và bờ dưới cung hạ thấp xuống gần sát với dây chằng bẹn, dải chậu mu ở dưới và tạo 1 lá chắn che đậy chỗ yếu của tam giác hesselbach để ngăn thoát vị trực tiếp.

Khi cơ chế thứ nhất hỏng cùng sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bẩm sinh thì thoát vị bẹn gián tiếp xảy ra. Khi mạc ngang suy yếu kèm cơ chế thứ 2 hỏng thì thoát vị bẹn trực tiếp xuất hiện.

## **2. Chẩn đoán và điều trị thoát vị bẹn:**

Trong thoát vị bẹn, tạng thoát vị đi qua chỗ yếu thành bụng vùng bẹn. Có hai chỗ yếu của thành bụng vùng bẹn: lỗ bẹn sâu và tam giác bẹn (tam giác Hessenbach). Lỗ bẹn sâu là nơi xảy ra thoát vị bẹn gián tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên trong túi thoát vị), còn tam giác bẹn là nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên ngoài túi thoát vị).

Hướng di chuyển của các tạng thoát vị trong các thoát vị bẹn:

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 ngoài bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.

Nguyên nhân của thoát vị bẹn:

Thoát vị bẩm sinh: còn tồn tại ống phúc tinh mạc (nam) hay ống Nuck (nữ).

Thoát vị mắc phải có nhiều yếu tố kết hợp:

Yếu tố thuận lợi: tư thế đứng, lao động nặng, bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng.

Yếu tố sinh học: giảm hydroxyproline, tăng sinh fibroblast, mạng microfibrin phân bố không đều, giảm quá trình hydroxyl hoá và hoạt động lysyl oxidase... tại lớp cân cơ vùng thành bẹn.

Thoát vị bẹn gián tiếp có thể bẩm sinh hay mắc phải. Thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị đùi hầu hết là mắc phải.

Có nhiều phương pháp phân loại thoát vị bẹn đùi. Phương pháp phổ biến nhất là phân loại theo Nyhus :

1	Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường. Thường gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ em và người trẻ
2	Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng nhưng sàn bẹn không bị ảnh hưởng. Khối thoát vị chưa xuống bìu.
3A	Thoát vị bẹn trực tiếp (kích thước bất kỳ)
3B	Thoát vị bẹn gián tiếp, sàn bẹn bị phá hủy. Các thoát vị xuống bìu, thoát vị trượt, thoát vị thể kết hợp(*) nằm trong nhóm này
3C	3C Thoát vị đùi
4	4 Thoát vị tái phát. Các chữ A,B,C,D thường được thêm vào sau số 4, tương ứng với với thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp, đùi và hỗn hợp.

### Phân loại thoát vị bẹn-đùi theo nyhus

(\*): Thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp cùng xuất hiện ở một bên

Nắm vững cấu trúc giải phẫu vùng bẹn đùi là yếu tố quan trọng quyết định đến sự thành công của phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đùi

#### 2.1. Chẩn đoán:

Chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào bệnh sử kết hợp thăm khám lâm sàng.

Các hình thái lâm sàng của thoát vị bẹn:

- o Không có khối phòng
- o Khối phòng xuất hiện thường trực ở vùng bẹn
- o Khối phòng xuất hiện ở vùng bẹn khi BN đứng, ho, phình bụng hay vận động mạnh.
- o Khối phòng đau vùng bẹn

Nếu BN nhập viện vì cảm giác tung tức khó chịu, đau mơ hồ hay dị cảm vùng bẹn, cần nghĩ đến khả năng BN có thể có một khối thoát vị bẹn nhỏ. Những BN có thành bụng dày mỡ, khối thoát vị, ngay cả khi đạt đến kích thước tương đối lớn, cũng vẫn có thể không quan sát được khi nhìn từ ngoài. Đặt lòng bàn tay áp vào vùng bẹn, yêu cầu BN ho hay phình bụng sẽ có cảm giác khối phòng chạm vào bàn tay. Có thể làm nghiệm pháp chạm ngón để phát hiện khối thoát vị, nhưng nghiệm pháp này thường làm cho BN khó chịu.

Nếu BN nhập viện vì khối phòng vùng bẹn xuất hiện mỗi khi đứng, ho rặn hay làm việc nặng, thoát vị bẹn là chẩn đoán đầu tiên.

BN có thể được thăm khám ở tư thế đứng hay nằm.

Trong tất cả các tình huống nêu trên, cần chú ý thăm khám các hệ cơ quan hay các tạng khác để phát hiện các yếu tố thuận lợi (bệnh lý làm tăng áp lực xoang bụng):

- o Thăm khám trực tràng và tiền liệt tuyến
- o Thăm khám bộ phận sinh dục ngoài. Chú ý đến sự hiện diện của cả hai tinh hoàn. Chú ý xem BN có bị hẹp lỗ sáo không.
- o Khám bụng để phát hiện xơ gan, bàng bụng
- o Khai thác tiền căn hút thuốc, khám phổi để phát hiện bệnh lý hô hấp mãn tính.

Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán các trường hợp sau:

- o Thăm khám lâm sàng không quan sát thấy khối thoát vị (khối thoát vị quá nhỏ, BN béo phì).
- o Khối thoát vị tương đối “cố định” (không thay đổi kích thước hay tăng áp lực khi BN ho hay phình bụng).
- o BN có khối đau vùng bẹn, nhưng tiền căn không ghi nhận có khối phồng lên xuống.
- o Phát hiện các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng (phì đại tiền liệt tuyến, xơ gan bàng bụng...).

## **2.2 Chẩn đoán phân biệt:**

o Dẫn tĩnh mạch thừng tinh: khối mềm, mật độ không đều, sờ nắn có cảm giác lổn nhổn như “búi giun”. Khi BN ho hay phình bụng, khối phồng không tăng kích thước. Siêu âm sẽ xác định chẩn đoán.

o Tràn dịch tinh mạc khu trú hay thông thương, nang nước thừng tinh: khối căng hay lũng nhùng. Khi BN ho hay phình bụng, khối không tăng kích thước.

Nghiệm pháp soi đèn dương tính. Siêu âm sẽ xác định chẩn đoán.

o Các bệnh lý khác: tinh hoàn lạc chỗ, u mỡ, u máu, nang bã, hạch bẹn, ung thư di căn...

Nếu khối phồng đau, ba bệnh lý cần phải chẩn đoán phân biệt trước tiên là: viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, xoắn tinh hoàn lạc chỗ. Các bệnh lý sau đây cũng cần phải được loại trừ: viêm hạch bẹn, áp-xe cơ psoas, viêm mào tinh...

Nếu quan sát không thấy có khối phồng, BN nhập viện vì cảm giác đau tung tức vùng bẹn, các bệnh lý sau đây có thể được nghĩ đến: viêm tinh hoàn mãn, viêm tiền liệt tuyến mãn, viêm bàng quang mãn, sỏi bàng quang, viêm trực tràng, dẫn tĩnh mạch thừng tinh...

## **3.3. Điều trị:**

### **3.3.1-Nguyên tắc điều trị:**

Tất cả các thoát vị nói chung và thoát vị bẹn nói riêng đều có chỉ định ngoại khoa.

Một số ít trường hợp thoát vị bẹn có chỉ định điều trị không phẫu thuật. BN được cho mang một loại đai đặc biệt. Các trường hợp có chỉ định điều trị không phẫu thuật là:

- o BN già yếu, nằm liệt giường
- o BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng
- o BN có thời gian sống còn lại quá ngắn

Nếu BN có bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng, nên điều trị chúng trước (hay đồng thời) với điều trị thoát vị bẹn.

BN nên được khuyến khích giảm cân trước khi được phẫu thuật. Phẫu thuật BN quá béo phì có tỉ lệ tái phát sau mổ cao.

### **3.3.2. Các phương pháp phẫu thuật phục hồi sàn bẹn:**

#### *3.3.2.1. Phẫu thuật ngã trước:*

- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Marcy
- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Bassini
- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Shouldice
- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp McVay
- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp đặt mảnh ghép ngã trước
- Phục hồi sàn bẹn bằng dải chận mu

#### *3.3.2.2. Phẫu thuật ngã sau:*

Chỉ định lý tưởng cho phẫu thuật ngã sau là các loại thoát vị bẹn mà thành trước đã bị mất cấu trúc giải phẫu bình thường (thoát vị bẹn tái phát), hay cần phải xử lý các tạng bị thoát vị (thoát vị trượt, thoát vị nghẹt và thoát vị đùi)

#### *3.3.2.3. Phẫu thuật thoát vị bẹn qua ngã nội soi*

### **3.3.3. Biến chứng phẫu thuật:**

Tụ máu vết mổ, tụ máu bìu là các biến chứng thường xảy ra. Xử trí chủ yếu là theo dõi. Nếu khối máu tụ lớn dần hay khối tụ máu to ở bìu, cần mổ lại, thoát lưu máu cục.

Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng hiếm gặp (tỉ lệ 1-2% cho phẫu thuật mở, tỉ lệ sẽ thấp hơn nếu phẫu thuật nội soi).

Biến chứng thần kinh: các sợi thần kinh vùng bẹn có thể bị tổn thương do bị căng kéo, đốt điện, bị ép hay bị cắt ngang. Thần kinh bị cắt ngang sẽ gây ra cảm giác tê ở vùng da tương ứng.

Tuy nhiên cảm giác bình thường sẽ khôi phục. Đau sau mổ do thần kinh bị căng kéo cũng thường phục hồi. Đau do sợi thần kinh bị chèn ép là biến chứng quan trọng nhất, thường kéo dài. Khâu buộc nhằm sợi thần kinh hay

đặt mảnh ghép là các nguyên nhân có thể gây chèn ép thần kinh. Điều trị đau kéo dài sau mổ bao gồm cho BN thuốc giảm đau, phong bế thần kinh, kích thích điện. Nếu các biện pháp trên không cho kết quả, có thể phải cân nhắc đến khả năng phẫu thuật lại để cắt đứt các sợi thần kinh bị chèn ép, hay gỡ bỏ mảnh ghép.

Teo tinh hoàn do thiếu máu là một biến chứng hiếm gặp. Nguyên nhân thường là do huyết khối trong đám rối tĩnh mạch thừng tinh. Ngay sau mổ, tinh hoàn bị sưng đau do ứ máu. Sau 6-12 tuần, tinh hoàn sẽ bị teo. Bóc tách quá nhiều ở thừng tinh, đặc biệt ở phần đáy của túi thoát vị, và phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát qua ngã trước là hai nguyên nhân chính gây ra huyết khối trong đám rối tĩnh mạch thừng tinh.

Tổn thương ống dẫn tinh, tổn thương động mạch tinh hoàn có thể xảy ra khi phẫu tích túi thoát vị quá lớn. Nếu phát hiện tổn thương này, tốt nhất là khâu nối lại tổn thương.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - NXBYH – ĐHYD TPHCM 2013
2. Ngoại khoa lâm sàng – Tổ bộ môn Ngoại bệnh viện nhân dân Gia định 2007
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa - NXBYH – HN 2006
4. Maingot's Abdominal operations Twelfth Edition – Copyright © 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc
5. David Sabiton; Textbook of Surgery , the biological basis of modern surgical practice 20TH EDITION - Copyright © 2017 by Elsevier, Inc

## BÀI 14: BỆNH TRĨ

### \* Mục tiêu:

- Nêu được khái niệm về Trĩ
- Nhận biết được các triệu chứng và phân loại của Trĩ
- Trình bày được cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Trĩ
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết
- Trình bày được nguyên tắc điều trị Trĩ.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca Trĩ

Trĩ là một bệnh rất phổ biến hay gặp ở người lớn, hiếm gặp ở trẻ em. Tuy bệnh ít nguy hiểm nhưng gây nhiều trở ngại, phiền phức trong sinh hoạt, từ đó ảnh hưởng đến năng suất lao động, chất lượng công tác và tâm sinh lý của người bệnh.

Độ tuổi thường đến khám vì bệnh trĩ: 45-65 tuổi.

### 1-Đại cương:

- Nhắc lại giải phẫu : bề mặt ống hậu môn được chia làm ba phần (từ ngoài vào trong) là phần da, phần chuyển tiếp và phần niêm.
- Phần da là lớp biểu mô lát tầng không sừng hoá.
- Phần chuyển tiếp, giữa phần da và phần niêm, ở hai bên đường lược (là nơi có các lỗ đổ vào của ống tuyến hậu môn).
- Phần niêm là lớp tế bào biểu mô trụ chế tiết nhầy.
- Chỉ có phần da mới có các đầu tận thần kinh cảm giác.

### 2. Cơ chế bệnh sinh:

Có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ. “*Tấm đệm hậu môn*” là cơ chế được công nhận rộng rãi nhất. Tấm đệm là một cấu trúc bình thường của bề mặt ống hậu môn, cấu tạo bởi các xoang tĩnh mạch, động mạch, các thông nối động-tĩnh mạch, tế bào sợi, sợi collagen, sợi thần kinh...Tấm đệm có vai trò trong việc ngăn ngừa sự sún phân (khi ho, rặn, tấm đệm phồng lên, bít kín ống hậu môn) và sự hình thành cảm giác chủ thể (cảm giác cứng mềm, chất dịch hay hơi...). Bình thường tấm đệm hơi phồng lên ở các vị trí tương ứng với xoang tĩnh mạch trĩ trên (trực tràng trên) và xoang tĩnh mạch trĩ dưới (trực tràng dưới). Các chỗ phồng này được gọi là các búi trĩ. Cần nhấn mạnh rằng các búi phồng (hay búi trĩ này) luôn hiện diện ở người bình thường (từ lúc bào thai cho đến lúc trưởng thành). Chỉ khi nào các búi trĩ gây ra triệu chứng, và BN than phiền về các triệu chứng này, chúng mới được gọi là bệnh trĩ. Nếu các xoang tĩnh mạch trĩ trên (trực tràng trên) phồng to, trĩ được hình thành ở trên đường lược và được gọi là trĩ nội. Nếu các xoang tĩnh mạch trĩ dưới (trực tràng dưới) phồng to, trĩ được hình thành ở

dưới đường lược và được gọi là trĩ ngoại. Do có sự thông nối giữa hệ tĩnh mạch trĩ trên và hệ tĩnh mạch trĩ dưới, sự tăng áp lực ở xoang tĩnh mạch trĩ trên tất yếu sẽ dẫn đến sự tăng áp lực ở xoang tĩnh mạch trĩ dưới. Các yếu tố thuận lợi để trĩ hình thành bao gồm gắng sức khi đi tiêu (đây là nguyên nhân quan trọng nhất), thai kỳ, tăng áp lực cơ thắt trong, viêm trực tràng mãn tính. Các yếu tố trên đều có chung đặc điểm là làm cho áp lực trong xoang tĩnh mạch trĩ tăng hơn mức bình thường mỗi khi đi tiêu. Nếu hiện tượng này kéo dài, các búi trĩ “sinh lý” phồng to hơn và gây triệu chứng, dẫn đến bệnh trĩ. Các triệu chứng của búi trĩ bao gồm: sa nghẹt, chảy máu, nhiễm trùng, huyết khối. Các triệu chứng nói trên sẽ khác nhau, tùy thuộc vào búi trĩ là trĩ nội hay trĩ ngoại.

### **3. Các điều kiện gây bệnh thường thấy:**

- Rối loạn tiêu hóa và lưu thông ruột: táo bón, ỉa lỏng, lì mót rặn nhiều.
- Một số giai đoạn sinh lý : hành kinh, có chửa, sau sinh đẻ, nội tiết.
- Một số hình thức thể dục thể thao gây một gắng sức mạnh, mất cân bằng đột ngột của tuần hoàn tại chỗ vùng hậu môn trực tràng.
- Một vài yếu tố ăn uống : ăn uống quá mức, lạm dụng các chất gia vị, uống rượu, cà phê nhiều.
- Một số dị ứng tại chỗ: do dùng kháng sinh, thuốc chống viêm, thuốc đặt ở hậu môn, thuốc chống cúm, giảm đau, thuốc ngủ.

### **4. Phân loại:**

#### **4.1. Theo bệnh sinh:**

Phân biệt bệnh trĩ và trĩ triệu chứng:

- Bệnh trĩ là hậu quả của một quá trình tăng áp lực xoang tĩnh mạch trĩ kéo dài nhưng không thường xuyên. Thời điểm tăng áp lực là lúc phải gắng sức khi đi tiêu.

- Trĩ triệu chứng là biểu hiện của sự tăng áp lực xoang tĩnh mạch trĩ thường xuyên, do bế tắc hay huyết khối tĩnh mạch, chèn ép từ bên ngoài hay dò động tĩnh mạch.

- Trong bệnh trĩ, các búi trĩ chỉ hình thành ở ống hậu môn. Còn ở BN có trĩ triệu chứng, ngoài ống hậu môn, các búi phình dẫn tĩnh mạch có thể hiện diện ở trực tràng và các tạng khác ở vùng chậu.

- Điều trị trĩ triệu chứng bắt buộc phải giải quyết các yếu tố nguyên nhân.

#### **4.2. Theo vị trí giải phẫu:**

##### **4.2.1. Trĩ nội:**

- Đặc điểm của trĩ nội:
- Xuất phát ở bên trên đường lược



- Bề mặt là lớp niêm mạc của ống hậu môn
- Diễn tiến và biến chứng: chảy máu, sa, nghẹt, viêm da quanh hậu môn.

Tùy theo diễn tiến, được phân thành bốn độ:

- Độ 1: mới hình thành, chảy máu là triệu chứng chính
- Độ 2: búi trĩ sa ra ngoài khi đi tiêu nhưng tự lên
- Độ 3: búi trĩ sa ra ngoài khi đi tiêu, phải đẩy mới lên được
- Độ 4: búi trĩ sa ra ngoài thường trực và có thể bị thắt nghẹt, dẫn đến

hoại tử

#### **4.2.2. Trĩ ngoại:**

- Đặc điểm của trĩ ngoại:
  - + Xuất phát bên dưới đường lược
  - + Bề mặt là lớp biểu mô lát tầng
  - + Có thần kinh cảm giác
  - + Diễn tiến và biến chứng: đau (do thuyên tắc), máu da thừa

#### **4.2.3. Trĩ hỗn hợp:**

Khi diễn tiến lâu ngày, phần trĩ nội và phần trĩ ngoại sẽ liên kết với nhau, tạo thành trĩ hỗn hợp. Búi trĩ nội, khi đã sa tới độ 3, thường hiện diện dưới hình thái trĩ hỗn hợp.

### **4.3. Theo tiến triển và biến chứng:**

#### **4.3.1. Trĩ thường:**

#### **4.3.2. Trĩ chảy máu kéo dài nhiều lần gây thiếu máu:**

Đây là biến chứng hay gặp, nhiều bệnh nhân đến viện với triệu chứng thiếu máu nặng. Máu chảy khi đại tiện nhỏ giọt hoặc thành tia hoặc chảy khi va chạm nhẹ.

#### **4.3.3. Trĩ có huyết khối và viêm tắc tĩnh mạch trĩ:**

Do ứ máu, chấn thương búi trĩ, rối loạn chế độ ăn uống và đặc biệt là sự co thắt của cơ thắt.

#### **4.3.4. Vỡ một búi trĩ ngoại:**

Gây ra tụ máu cấp tính ở rìa hậu môn, màu đỏ sẫm và đau dữ dội.

#### **4.3.5. Trĩ có sa búi trĩ và sa niêm mạc trực tràng:**

Bệnh trĩ lâu ngày không được điều trị dẫn đến sa các búi trĩ. Trĩ sa ra ngoài ống hậu môn là các búi tiên phát hoặc các búi tiên phát và thứ phát kết hợp với nhau tạo thành vòng trĩ có niêm mạc trực tràng cùng sa. Trĩ kết hợp với sa niêm mạc trực tràng thành vòng gọi tắt là trĩ vòng (Circular hemorrhoids).

#### **4.3.6. Trĩ nghệt:**

Do trĩ nội sa ra ngoài, cơ thắt co bóp làm nghệt, phù nề thiếu máu nuôi dưỡng dẫn tới hoại tử, viêm và chảy máu.

#### **4.3.7. Trĩ có rối loạn chức năng cơ thắt:**

- Yếu cơ thắt hậu môn : Do trĩ sa ra ngoài lâu ngày, sa thường xuyên làm yếu cơ thắt và bệnh nhân không giữ được phân, hơi (trung tiện mất tự chủ).

- Tăng trương lực cơ thắt gây co thắt dẫn tới đau. Một trong những biện pháp để đánh giá trương lực cơ thắt là đo áp lực hậu môn.

#### **4.3.8. Trĩ có các bệnh kèm theo:**

- Nứt hậu môn
- Viêm nhiễm hậu môn trực tràng ở các hốc tuyến.
- Áp xe quanh hậu môn
- Rò hậu môn.

### **5. Triệu chứng:**

#### **5.1. Cơ năng:**

- Đại tiện ra máu là triệu chứng thường gặp và là lý do để bệnh nhân đến khám bệnh. Máu thường màu đỏ tươi, chảy nhỏ giọt hoặc thành tia ở cuối bãi phân như “cắt tiết gà”, đôi khi chảy máu khi va chạm nhẹ, máu chảy kéo dài và thường xuyên là nguyên nhân của thiếu máu trong trĩ

- Đau rát, ngứa khó chịu ở hậu môn nhất là sau khi đại tiện xong.

- Sa búi trĩ ra ngoài ống hậu môn khi đại tiện, đi bộ hoặc ngồi xôm lâu, lúc đầu tự co lên về sau đẩy mới lên và cuối cùng là sa thường xuyên ra ngoài.

- Các triệu chứng khác như trung tiện mất tự chủ, ướt đũng quần, lát tầng hoá trên đường lược... chỉ là hậu quả của trĩ sa.

#### **5.2. Thực thể:**

- Thăm trực tràng là động tác bắt buộc khi khám hậu môn trực tràng nói chung và khám trĩ nói riêng. Mục đích của thăm trực tràng không những để chẩn đoán được qua sờ thấy búi trĩ (mềm, ấn vào xẹp) mà còn không để bỏ sót các bệnh lý khác mà trĩ là chỉ là một triệu chứng (ung thư trực tràng) và sơ bộ đánh giá được trương lực cơ thắt hậu môn.

- Cho bệnh nhân ngồi xôm rặn đại tiện để xem mức độ sa và chảy máu của trĩ.

- Soi hậu môn trực tràng: Khi thấy búi trĩ màu tím chân búi trĩ nằm ở vị trí nào so với đường lược có thể thấy cả một vòng lớn nhỏ nhiều búi trĩ, ngoài ra còn để phát hiện các bệnh khác.

- Khám toàn thân để phát hiện các bệnh khác mà trĩ chỉ là một biểu hiện.

\* Cần chẩn đoán phân biệt trĩ với các bệnh lý sau đây:

- Nếu BN nhập viện vì tiêu máu:
    - + Ung thư trực tràng, ung thư đại tràng
    - + Viêm trực tràng/ viêm đại tràng
  - Nếu BN nhập viện vì đau vùng hậu môn:
    - + Nứt hậu môn
    - + Viêm ống hậu môn
    - + Áp-xe cạnh hậu môn
    - + Ung thư ống hậu môn
  - Nếu BN nhập viện vì khối sa ở hậu môn:
    - + Polyp ống hậu môn
    - + Sa trực tràng
    - + Condyloma acuminatum
- +Soi trực tràng ống soi mềm, soi đại tràng, hay X-quang đại tràng có thể được chỉ định để loại trừ các tổn thương khác.

## **6. Điều trị**

Việc điều trị trĩ cần phải có hai nhận thức cần thiết:

- Trĩ chỉ được điều trị khi nó gây trở ngại, những trĩ mà trên lâm sàng cảm thì cần được tôn trọng kể cả khi kích thước có hơi lớn.
- Không có trĩ mà chỉ có người mắc bệnh trĩ, như vậy thì điều trị phải quan tâm đến các rối loạn mà trĩ gây ra, việc khám xét phải toàn diện, nhất là thăm trực tràng và soi đại trực tràng.

### **6.1. Điều trị nội khoa bằng thuốc:**

- Thuốc có tác dụng điều hoà lưu thông ruột
- Chống táo bón bằng thuốc nhuận tràng.
- Chống ỉa lỏng.
- Thuốc đạn và mỡ
- Đặt, bôi ở hậu môn có tác dụng che phủ bảo vệ niêm mạc ở búi trĩ và bôi trơn cho phân dễ đi qua.
- Các thuốc làm tăng trương lực, bền vững thành mạch.
- Các thuốc chống viêm
- Thử dục liệu pháp, đại tiện theo nề nếp nhất định, tránh ngồi lâu, ngâm rửa hậu môn nhất là sau đại tiện.
- Bôi thuốc đông y

## **6.2. Điều trị bằng các thủ thuật:**

- Nong dẫn hậu môn
- Tiêm thuốc gây sơ hoá búi trĩ
- Thắt búi trĩ bằng vòng cao su.
- Áp lạnh ( Cryotherapy )
- Thắt búi trĩ bằng chỉ không cắt

## **6.3. Điều trị phẫu thuật:**

### **6.3.1. Chỉ định mổ được áp dụng trong các trường hợp sau:**

- Trĩ nội sa ra ngoài kèm theo đau ngứa, rát, khó chịu ở hậu môn.
- Trĩ có biến chứng chảy máu dai dẳng gây thiếu máu.
- Trĩ có biến chứng yếu cơ thắt hậu môn.
- Trĩ kèm theo nứt, dò, viêm quanh hậu môn.
- Trĩ có biến chứng huyết khối, viêm, phù nề, nghẹt và hoại tử.
- Trĩ kết hợp với sa niêm mạc trực tràng (trĩ vòng).

### **6.3.2. Phẫu thuật cắt đơn lẻ từng búi trĩ:**

- Nhằm lấy đi 3 búi trĩ tiên phát để lại giữa các búi một cầu da niêm mạc lành.

- Phẫu thuật Milligan E.T.C – Morgan C. N. -1937.
- Phẫu thuật cắt trĩ dưới niêm mạc Parks A.G. – 1956:
- Phẫu thuật cắt trĩ khâu kín: Ferguson J.A – 1959.

**6.3.3. Phẫu thuật cắt toàn bộ vòng trĩ:** (Total circular hemorrhoidectomy)

Phẫu thuật Whitehead W – 1882.

### **6.3.4. Phẫu thuật Longo**

### **6.3.5. Phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ THD**

## **6.4. Các biến chứng sau mổ cắt trĩ:**

- Chảy máu hay gặp ngay ngày đầu sau mổ hoặc thứ phát vào ngày thứ 5 – 10.
- Rối loạn tiểu tiện kiểu bí đái.
- Nhiễm khuẩn mưng mủ xung nề quanh hậu môn.
- Đau rức hậu môn vì khâu buộc vào niêm mạc da ống hậu môn và cơ thắt.
- Hậu môn ướt do lộn niêm mạc trực tràng ra ngoài.
- Hẹp hậu môn.
- Máu da thừa hoặc nứt kẽ hậu môn.

- Són phân không kìm chế.
- Tái phát trữ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - NXBYH – ĐHYD TPHCM 2013
2. Ngoại khoa lâm sàng – Tổ bộ môn Ngoại bệnh viện nhân dân Gia định 2007
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa - NXBYH – HN 2006
4. Maingot's Abdominal operations Twelfth Edition – Copyright © 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc
5. Sabiton; Textbook of Surgery , the biological basis of modern surgical practice 20TH EDITION - Copyright © 2017 by Elsevier, Inc.

# BÀI 15: VIÊM RUỘT THỪA CẤP

## \* MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về Viêm ruột thừa cấp.
- Nhận biết được các triệu chứng của Viêm ruột thừa cấp.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Viêm ruột thừa cấp.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các bước cấp cứu cơ bản và nguyên tắc điều trị của Viêm ruột thừa cấp.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca Viêm ruột thừa cấp.

## 1. Đại cương:

### 1.1. Dịch tễ học:

Viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất.

Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh hơi cao hơn so với nữ (1,7:1).

Độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất: 15-30 tuổi.

### 1.2. Cơ chế

Hầu hết là do tắc nghẽn lòng ruột thừa.

Nguyên nhân của sự tắc nghẽn thường gặp nhất là sự phì đại hạch bạch huyết thành ruột thừa do viêm nhiễm.

Các nguyên nhân gây tắc nghẽn khác là: sạn phân, dị vật, u bướu...

### 1.3. Giải phẫu:

Ruột thừa có chiều dài thay đổi (2-20 cm).

Gốc ruột thừa là nơi hội tụ của ba dải cơ dọc của manh tràng.

Gốc ruột thừa tương đối cố định về mặt giải phẫu, nhưng đầu ruột thừa có thể thay đổi vị trí. Đầu của ruột thừa có thể nằm ở các vị trí sau: sau manh tràng trong phúc mạc (65%), chậu hông (30%), sau phúc mạc (2%), trước hồi tràng (1%), sau hồi tràng (0,4%).

Khi manh tràng thay đổi vị trí (do ruột xoay chưa hoàn chỉnh), ruột thừa có thể nằm ở cao hơn vị trí bình thường (dưới gan).

Ở BN bị đảo ngược phủ tạng, ruột thừa nằm ở hố chậu trái.

### 1.4. Vi khuẩn học:

Vi khuẩn gây bệnh bao gồm cả chủng hiếu khí và yếm khí. Chủng vi khuẩn hiếu khí thường gặp nhất là E. coli, chủng yếm khí thường gặp nhất là Bacteroides fragilis.

## 2-Chẩn đoán:

## 2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

### 2.1.1-Triệu chứng cơ năng:

Đau bụng và chán ăn là triệu chứng luôn có mặt.

Trong trường hợp điển hình, BN trước tiên sẽ có cảm giác âm ỉ vùng bụng quanh rốn hay thượng vị, sau đó cơn đau sẽ di trú xuống ¼ bụng dưới phải.

BN có thể sốt nhẹ.

Nôn ói có thể xảy ra nhưng thường không đáng kể.

### 2.1.2-Khám lâm sàng:

BN thường sốt nhẹ (thân nhiệt thường khoảng 38°C).

Dấu hiệu thường gặp nhất khi khám bụng là ấn đau vùng ¼ dưới phải bụng. Nếu ruột thừa nằm ở vị trí thường gặp nhất của nó, BN sẽ đau nhiều nhất khi ấn bụng ở vị trí tương ứng với điểm

Mc Burney.

Dấu hiệu đề kháng thành bụng hay phản ứng dội, hay phản ứng thành bụng, nếu có, sẽ có giá trị cao trong chẩn đoán.

## 2.2- Cận lâm sàng

### 2.2.1-Xét nghiệm huyết học:

Số lượng bạch cầu tăng (12.000-18.000, trong trường hợp ruột thừa chưa vỡ mũ), tỉ lệ neutrophil tăng.

Số lượng bạch cầu bình thường nhưng tỉ lệ neutrophil tăng cũng có giá trị chẩn.

Số lượng bạch cầu bình thường không loại trừ chẩn đoán viêm ruột thừa.

### 2.2.2-Siêu âm:

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp

Dấu hiệu trực tiếp:

- Cấu trúc hình ống (hay hình tròn), đường kính  $\geq 7$  mm, ép không xẹp
- Đường niêm mạc mất liên tục
- Hình ảnh sỏi phân

Dấu hiệu gián tiếp: ít dịch vùng ¼ bụng dưới phải.

Khi ruột thừa vỡ mũ, gây viêm phúc mạc: các quai ruột chướng hơi, có dịch trong xoang bụng.

### 2.2.3-X-quang điện toán cắt lớp (CT):

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp:

- Ruột thừa căng to (hình bia, hình ảnh “vàng hào quang”), lòng ruột thừa không có thuốc cản quang

- Có tụ dịch quanh ruột thừa

- Thành manh tràng dày, phù nề (tăng đậm độ)

- Phản ứng viêm của các bờ mỡ quanh ruột thừa (hình ảnh “mỡ dơ”)

Các dấu hiệu của áp-xe hay khối viêm tấy ruột thừa: khối có đậm độ của mỡ hay đậm độ hỗn hợp.

CT có độ nhạy trên 90%. Giá trị chẩn đoán của CT đối với áp-xe ruột thừa cao hơn viêm ruột thừa chưa vỡ mũ.

### 2.3- Thể lâm sàng

✓ Viêm ruột thừa chưa vỡ mũ

✓ Viêm phúc mạc ruột thừa

✓ Áp xe ruột thừa

✓ Đám quánh ruột thừa

### 3- Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch mạc treo không đặc hiệu

- Viêm hồi tràng đoạn cuối cấp tính

- Viêm phần phụ, vỡ nang De Graaf

- Viêm túi thừa Meckel

- Viêm túi thừa đại tràng

- Nhiễm trùng đường tiết niệu, sỏi niệu

- Viêm hoặc áp xe cơ thắt lưng chậu bên phải

### 4-Điều trị:

#### 4.1.1-Thái độ điều trị:

Phẫu thuật cắt ruột thừa là phương pháp điều trị duy nhất và được xếp vào loại phẫu thuật khẩn cấp. Điều trị nội khoa với kháng sinh liều cao (hiệu quả có thể đến 60%) chỉ được chỉ định ở BN không thể tiếp cận được các cơ sở ngoại khoa (vùng sâu, trên biển...)

#### 4.1.2-Chăm sóc sau mổ:

- Cho BN ăn ngay sau khi BN tỉnh hẳn

- Có thể cho xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2

- Thời gian để BN có thể trở lại hoạt động bình thường: từ 2-6 tuần

#### 4.2-Biến chứng phẫu thuật:

##### 4.2.1-Nhiễm trùng vết mổ:

Tỉ lệ dưới 5% nếu viêm ruột thừa chưa có biến chứng.



Chẩn đoán: sốt, đau vết mổ ngày càng tăng. Nếu nhiễm trùng nông: vết mổ sưng, đỏ.

#### 4.2.2-Áp-xe tồn lưu trong xoang bụng:

BN sốt, đau và chướng bụng, chậm trung tiện. BN có thể tiêu chảy (do bán tắc ruột) hay

tiêu phân nhầy lất nhắt (áp-xe cùng đồ sau kích thích trực tràng). Cần làm CTscan bụng hay siêu âm để xác định vị trí, kích thước, số lượng ổ áp-xe.

#### 4.2.3-Dò manh tràng:

Vết mổ chảy dịch kéo dài. BN có thể sốt hay không. Cần chụp CT scan bụng để xác định chẩn đoán. Siêu âm giúp loại trừ áp-xe tồn lưu nếu BN có sốt.

#### 4.2.4-Các biến chứng khác:

- Chảy máu
- Tắc ruột (1%): nguy cơ dính ruột ở BN bị viêm ruột thừa chưa vỡ mũ là không đáng kể, nhưng sẽ tăng đáng kể đối với BN bị viêm ruột thừa vỡ mũ.
- Thoát vị vết mổ: nguy cơ thoát vị vết mổ tỉ lệ thuận với nhiễm trùng vết mổ.
- Nhiễm trùng tiểu
- Viêm phổi

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - NXBYH – ĐHYD TPHCM 2013
2. Ngoại khoa lâm sàng – Tổ bộ môn Ngoại bệnh viện nhân dân Gia định 2007
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa - NXBYH – HN 2006
4. Maingot's Abdominal operations Twelfth Edition – Copyright © 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc
5. David Sabiton; Textbook of Surgery , the biological basis of modern surgical practice 20TH EDITION - Copyright © 2017 by Elsevier, Inc.

# BÀI 16: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BƯỚU TIẾN LIỆT TUYẾN

## \* MỤC TIÊU:

Nêu được khái niệm về bệnh lý bướu tiến liệt tuyến  
Nhận biết được các triệu chứng của bệnh lý bướu tiến liệt tuyến  
Trình bày cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý bướu tiến liệt tuyến  
Trình bày chỉ định cận lâm sàng cần thiết của bệnh lý Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt  
Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết  
Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh lý bướu tiến liệt tuyến  
Chẩn đoán và xử trí 01 ca bướu tiến liệt tuyến

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Dịch tễ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (thuật ngữ khác: u xơ tuyến tiền liệt, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt) là một loại bướu lành tính thường gặp trong bệnh lý của hệ tiết niệu và thường xuất hiện ở nam giới lớn tuổi. Mặc dù có thể thấy tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt xuất hiện ở người trẻ < 30 tuổi, nhưng chủ yếu bướu bắt đầu ở tuổi 40 và tỉ lệ tăng nhanh theo tuổi. Theo nghiên cứu của Barry và cộng sự năm 1984 trên tử thiết những bệnh nhân chết vì mọi nguyên nhân đã thấy bướu xuất hiện ở tuổi 40 và tăng nhanh theo tuổi: 50% ở tuổi 60, 70% ở tuổi 70, 90% ở tuổi 90.

Ở nam giới trên 50 tuổi, khoảng 40,5% có triệu chứng đường tiết niệu dưới (triệu chứng đường tiểu dưới), 26,9% có tuyến tiền liệt lớn lành tính (BPE) và khoảng 17,3% có tình trạng dòng tiểu kém nghi ngờ có tình trạng tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (BPO). Từ tuổi 50 đến 80, thể tích tuyến tiền liệt có sự tăng lên đáng kể (24 lên 38ml) và tốc độ dòng tiểu giảm đi rõ (22,1 còn 13,7ml/s). Ở Việt Nam hiện nay vẫn chưa có thống kê về tần suất mắc bệnh chung.

### 2. Một số khái niệm:

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH: Benign prostatic hyperplasia): Được chẩn đoán thông qua giải phẫu bệnh lý. Đặc trưng về phương diện giải

phẫu bệnh lý là sự tăng sinh lành tính của tế bào cơ, tổ chức liên kết và/hoặc tế bào chuyển tiếp.

Tuyến tiền liệt lớn lành tính (PBE: Benign prostatic enlargement): Tuyến tiền liệt của người trưởng thành khoảng 25ml. Gọi là tuyến tiền liệt lớn khi kích thước >25ml. Đo kích thước chính xác dựa vào siêu âm qua ngã trực tràng.

Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (PBO: Benign protastic obstruction): Niệu đạo bị chèn ép bởi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hoặc do tuyến tiền liệt lớn lành tính.

Triệu chứng đường tiết niệu dưới (triệu chứng đường tiểu dưới: Lower urinary tract symptoms): Bao gồm các triệu chứng của đường tiết niệu dưới do tình trạng kích thích bàng quang, tắc nghẽn ở niệu đạo, các triệu chứng xuất hiện sau khi đi tiểu.

Tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (BOO: bladder outlet obstruction): Xảy ra do tắc nghẽn cơ học đoạn từ cổ bàng quang đến miệng sáo.

### **3. Bệnh sinh**

BPH bắt đầu phát sinh từ mô sợi quanh niệu đạo trên lồi tinh. Các tổ chức sợi này sẽ kết hợp với những mô tuyến thành những nhân xơ. Các nhân xơ sẽ phát triển dần và đẩy mô lành ra vùng chung quanh bướu. Giữa bướu và mô lành còn lại của TTL có một đường ranh giới rõ rệt, và mô lành trở thành vỏ bọc của bướu.

Trong bướu có 3 loại tổ chức: Tổ chức sợi chiếm trung bình 60%, tổ chức tuyến và tổ chức cơ mỗi loại chiếm trung bình 20%. Tổ chức sợi càng nhiều thì bướu càng xơ cứng gây ra hiện tượng bế tắc càng cao.

## **II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

### **1. Lâm sàng**

Nhật ký đi tiểu: giải thích và hướng dẫn cho bệnh nhân đánh vào phiếu theo dõi tình trạng đi tiểu để đánh giá tình trạng đi tiểu của bệnh nhân trong ngày (24 giờ): số lần đi tiểu, khoảng cách giữa mỗi lần đi tiểu, lượng nước tiểu về đêm... Nhật ký đi tiểu nên được theo dõi tối thiểu là trong 3 ngày liên

tục.

Các lưu ý khi khám lâm sàng:

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 (bao qui đầu, niệu đạo).

Thăm trực tràng: là động tác bắt buộc nhằm đánh giá các đặc điểm của tuyến tiền liệt bao gồm kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của tuyến với các cơ quan xung quanh...

a. Triệu chứng cơ năng

Có 2 đặc điểm:

Bệnh phát triển rất chậm, kéo dài nhiều năm do đó bệnh nhân thích nghi dần, khó xác định được thời điểm khởi phát bệnh.

Các rối loạn lúc tăng lúc giảm do ảnh hưởng của chế độ làm việc, ăn uống hay nghỉ ngơi, do đó khó đánh giá được tác dụng của thuốc khi điều trị.

Các triệu chứng chủ quan gồm có hai nhóm chủ yếu:

Triệu chứng bàng quang quá mẫn cảm: Bàng quang chống đối sẽ dễ bị kích thích hơn bình thường. Thể hiện qua 2 triệu chứng:

Đái gấp tức là khi mới đi tiểu bệnh nhân khó nhịn lại được

Đêm phải đi tiểu nhiều lần (từ 2 lần trở lên và loại bỏ các yếu tố khác gây tiểu nhiều lần về đêm).

Triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới: Gồm tiểu khó và còn nước tiểu tồn lưu.

Tiểu khó: phải rặn mới khởi động tiểu được, tia nước tiểu yếu, tiểu làm nhiều giai đoạn.

Còn nước tiểu tồn lưu: tiểu xong có cảm giác tiểu chưa hết, phải đi tiểu lại trong vòng chưa đầy 2 giờ.

Năm 1992, Hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) thiết lập thang điểm dựa trên 7 triệu chứng than phiền kể trên gọi là International Prostate Symptom Score (IPSS). Sau này có bổ sung thêm 1 câu hỏi nữa dựa trên đánh giá của bệnh nhân về chất lượng cuộc sống (Quality of Life – QoL).

Bảng 1. Đánh giá triệu chứng tiền liệt tuyến theo thang điểm IPSS

Trong tháng vừa qua	Không lần nào	< 1/5 lần	< 1/2 lần	1/2 lần	> 1/2 lần	Gần như luôn luôn	Điểm
1. Đái không hết	0	1	2	3	4	5	
2. Đi đái lại < 2h	0	1	2	3	4	5	
3. Đái ngập ngừng	0	1	2	3	4	5	
4. Đái gấp	0	1	2	3	4	5	
5. Đái tia nhỏ	0	1	2	3	4	5	
6. Rặn mới đái được	0	1	2	3	4	5	
	Không	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
7. Đái đêm	0	1	2	3	4	5	
Tổng điểm							

- Đánh giá:**
- Tổng điểm
- 0 – 7: bình thường
  - 8 – 19: trung bình
  - > 20: nặng

**Bảng 2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân**

Chất lượng cuộc sống	Hoan nghênh	Tốt	Khá	Tạm	Khó chịu	Khô	Khô sở
Bạn cảm thấy như thế nào nếu như bạn phải sống hết quãng đời còn lại với những triệu chứng này?	0	1	2	3	4	5	6

Đánh giá triệu chứng chủ quan của bệnh nhân dựa trên thang điểm IPSS giúp định hướng chẩn đoán BPH. Các dấu hiệu trên có lúc tăng lúc giảm trên cùng một bệnh nhân ở những thời điểm khác nhau. Do đó để đánh giá được đầy đủ cần lấy điểm trung bình của 5 lần đi tiểu và theo dõi trong khoảng 1 tháng. Tuy nhiên, 7 triệu chứng kể trên hay còn gọi là triệu chứng của của đường tiểu dưới (triệu chứng đường tiểu dưới) không chỉ đơn thuần là do BPH gây ra mà còn do một số nguyên nhân như: BPO, sỏi niệu đạo, bứu bàng quang, hẹp niệu đạo, viêm TTL, bàng quang thần kinh, nhiễm trùng niệu, dị vật đường niệu....

**b. Triệu chứng thực thể**

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.

Tiền sử: Chú ý khai thác kỹ các triệu chứng đường tiểu dưới trong tiền căn của BN.

## 2. Cận lâm sàng

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: theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam, không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. **i)** PSA < 2.5 ng/l, xét nghiệm kiểm tra 2 năm/lần; **ii)** PSA 2.5 - 4 ng/l, xét nghiệm kiểm tra mỗi năm/lần; **iii)** PSA 4-10 ng/l, thử tỉ lệ tự do/toàn phần. Nếu tỉ lệ < 20: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu tỉ lệ >20: theo dõi mỗi năm/lần; **iv)** PSA >10 ng/l, chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu kết quả bình thường, xét nghiệm kiểm tra PSA 1 năm/lần.

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

**Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry):** bằng máy hoặc phương pháp

thủ công để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), lượng nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu... Chỉ có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi lượng nước tiểu mỗi lần tiểu > 150ml. Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới:

Trung bình: Qmax 10-15ml/s.

Nặng: Qmax <10ml/s

**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.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào khám lâm sàng và cận lâm sàng như trên. Trường hợp PSA ở ngưỡng nghi ngờ thì kết quả giải phẫu bệnh dựa trên sinh thiết là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán.

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

Có 2 tình huống

##### 1. Tuyến tiền liệt to lúc thăm khám trực tràng

Ung thư TTL: có nhân cứng, mất ranh giới, cần định lượng PSA, kiểm tra siêu âm (có vùng giảm âm, ranh giới bị phá hủy, túi tinh bị xâm lấn), chụp Xquang xương chậu, thắt lưng, sinh thiết vùng nghi vấn...

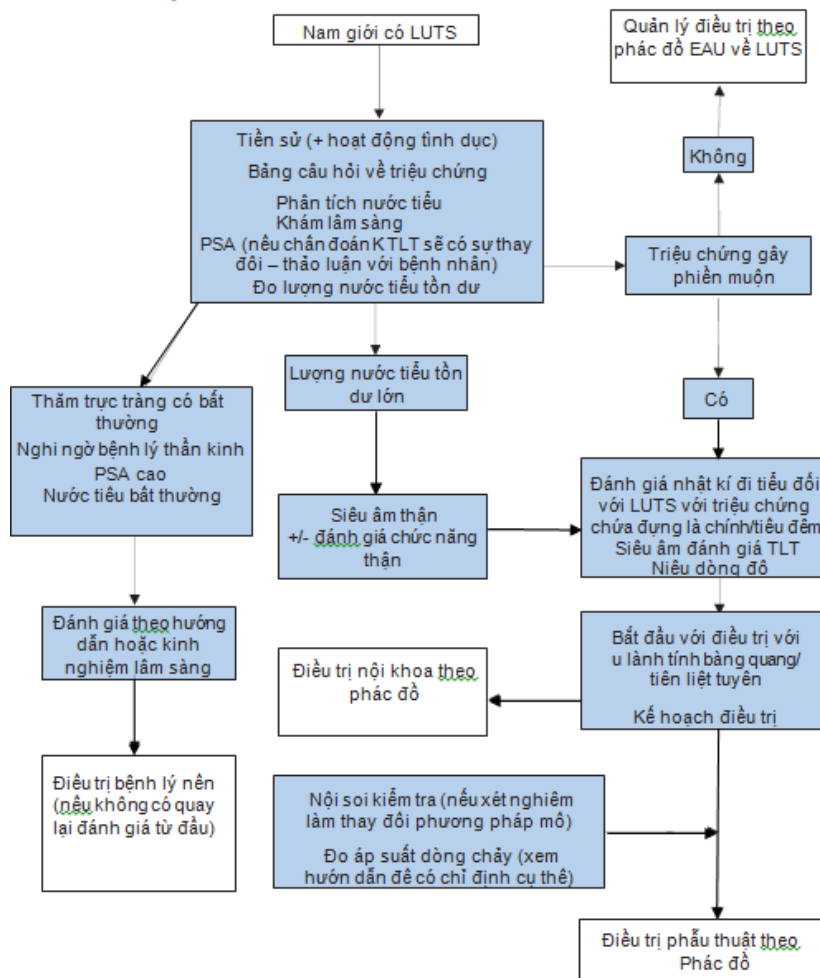
Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: bệnh nhân có tiền sử viêm TTL, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng TTL to, ấn đau, có chỗ cứng...

##### 2. Tuyến tiền liệt bình thường

Hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang: thăm khám niệu đạo, chụp niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng, soi bàng quang...

Không có chương ngại vật cần kiểm tra bàng quang thần kinh, ung thư bàng quang...

**- Lược đồ đánh giá LUTS ở những nam giới trên 40 tuổi**



- *DRE = Thăm trực tràng; FVC = Nhật kí đi tiểu; LUTS = triệu chứng đường tiểu dưới; K TLT = Ung thư tuyến tiền liệt; PVR = nước tiểu tồn dư; US = siêu âm, EAU: Hội Nội khoa Châu Âu.*

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Xử trí ban đầu**

\* Theo dõi

Chỉ định: cho bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ và vừa, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, bệnh nhân chưa có những than phiền về các triệu chứng trên. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.

Các chỉ tiêu theo dõi: theo dõi định kỳ 6 - 12 tháng

Thăm khám để biết mức độ phân nản của BN về các triệu chứng đường



tiết niệu dưới

Đánh giá chỉ số IPSS và QoL

Siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt, khảo sát hình thái hệ tiết niệu, đo thể tích nước tiểu tồn lưu

Xét nghiệm nước tiểu

Đo lưu lượng dòng tiểu (nếu cần thiết). Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

## **2. Điều trị nội khoa**

### ***Các thuốc***

Các thuốc chẹn alpha

***Alfuzosin:*** liều 10mg x 1lần/ngày.

***Tamsulosin:*** Liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày (1 lần) không cần điều chỉnh liều. Thuốc nên được uống 30 phút sau bữa ăn và cùng một thời điểm giữa các ngày, không được nghiền, nhai hay mở viên nang.

***Doxazosin:*** Liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg.

***Terazosin:*** Liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10mg/ngày.

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

***Dutasteride:*** thuốc ức chế cả hai men 5-alpha reductase type I và II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 0,5 mg/ngày.

***Finasteride:*** thuốc ức chế men 5 alpha reductase type II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 5mg/ngày.

Thuốc kháng muscarinic

Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarinic (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ detrusor. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang. Các loại thuốc được sử dụng hiện nay ở Việt Nam.

Oxybutynin ER 2-3 lần x 5 mg

Solifenacin: 1 lần x 5-10 mg

- Các loại thuốc khác:

Tên thuốc	Liều sử dụng
Oxybutynin IR	3-4 lần x 2,5-5 mg
Propiverine	2-3 lần x 15mg
Propiverine ER	1 lần x 30mg
Tolterodine IR	2 lần x 1-2mg
Tolterodine ER	1 lần x 4mg
Trospium IR	2 lần x 20mg
Trospium ER	1 lần x 60mg

Thuốc đối kháng vassopressin - desmopressin

Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu ban đêm

Thuốc chống lợi niệu hóc môn arginine vasopressin (AVP) có vai trò chủ đạo trong việc giữ nước trong cơ thể và kiểm soát sự sản sinh nước tiểu do gắn với thụ thể V2 trong ống góp của thận.

Desmopressin: 1 lần x 0,1-0,4mg/uống trước khi đi ngủ

Thuốc ức chế PDE5

Thuốc thuộc nhóm này có 3 loại tuy nhiên hiện nay mới chỉ có Tadalafil được cho phép sử dụng trong điều trị triệu chứng đường tiểu dưới ở nam giới tại các nước châu Âu.

Tadalafil 5mg: 1 lần.

Đồng vận  $\beta$ -3

*Cơ chế tác dụng:* Adrenoceptor  $\beta$ -3 là các thụ thể  $\beta$  chiếm ưu thế trong các tế bào cơ trơn của bàng quang và sự kích thích chúng được cho là gây ra sự giãn của cơ detrusor. Cách hoạt động của chất chủ vận  $\beta$ -3 chưa được làm sáng tỏ đầy đủ.

*Tính hiệu quả:* Mirabegron 50 mg là chất chủ vận beta-3 đầu tiên trên lâm sàng với sự chấp thuận cho sử dụng ở người lớn mắc OAB. Mirabegron đã trải qua đánh giá rộng rãi trong các RCT được tiến hành ở Châu Âu, Úc, Bắc Mỹ và Nhật Bản. Mirabegron cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc điều trị

các triệu chứng của OAB, bao gồm tiểu dắt, tiểu nhiều, tiểu gấp và UUI và nhận thức của bệnh nhân về lợi ích của việc điều trị. Đối tượng của những nghiên cứu này chủ yếu là nữ. Một phân tích gộp của 8 RCTs bao gồm 10,248 bệnh nhân (27% nam) thấy rằng điều trị mirabegron làm giảm số lần tiểu, tiểu gấp và tiểu không tự chủ, cũng như cải thiện thể tích mỗi lần đi tiểu với cải thiện một cách đáng kể tiểu đêm so với giả dược và tolterodine.

Mirabegron đã được đánh giá ở bệnh nhân nam có OAB trong bối cảnh triệu chứng đường tiểu dưới có liên quan hoặc không liên quan với BPO được khẳng định bằng niệu động học. Mirabegron 25 mg liều hằng ngày tăng sự hài lòng và cải thiện QoL, nhưng triệu chứng được đánh giá bởi các bộ câu hỏi (IPSS và OAB-SS), chỉ cải thiện trên bệnh nhân không có tắc nghẽn. Mirabegron được dùng như một loại điều trị bổ sung đã được nghiên cứu ở bệnh nhân OAB với tiểu không kiểm soát mặc dù đã dùng kháng muscarinic, nhưng chủ yếu các quần thể nghiên cứu đều là nữ giới. Một nghiên cứu châu Á với tỷ lệ đối tượng nam cao hơn (khoảng một phần ba) đã báo cáo sự vượt trội so với giả dược trong việc giảm tần suất tiểu dắt, nhưng không báo cáo kết quả riêng cho từng giới tính.

#### Thảo dược

Một số các loại cây có tác dụng lên tuyến tiền liệt cũng đang được áp dụng trong điều trị ở nhiều nước, tuy nhiên cơ chế tác dụng cho đến nay vẫn chưa được rõ. Nguồn gốc dược thảo gồm: cây cọ lùn Nam Mỹ (*serenoa repens*), cây mạn châu Phi (*pygeum africanum*), cỏ ngôi sao Nam Phi (*hypoxis rooperi*), cây thông, cây vân sam (*pinus, picea*), cây tầm ma (*urtica dioica et urens*), phần hoa (*secale cereale*), hạt bầu bí (*cucurbita pepo*), hoa cây xương rồng (*opuntia*), cây trinh nữ hoàng cung (*crinum latifolium*)...

#### \* Chỉ định điều trị

Thuốc chẹn alpha: được sử dụng ưu tiên cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình. Thuốc tác dụng sớm.

<b>Tổng hợp bằng chứng</b>	<b>Mức độ</b>
Các thuốc chẹn $\alpha 1$ có hiệu quả trong việc làm giảm các triệu chứng đường tiểu (IPSS) và làm tăng lưu lượng đỉnh dòng tiểu ( $Q_{max}$ ) khi so sánh với giả dược.	1a
Alfuzosin, terazosin và doxazosin cho thấy nguy cơ phát triển đáng kể có ý nghĩa thống kê các biến cố liên quan đến mạch máu so với giả dược.	1a

Sử dụng alfuzosin, doxazosin, tamsulosin hoặc terazosin có liên quan với tăng nguy cơ IFIS.	1a
Rối loạn xuất tinh phổ biến hơn một cách đáng kể khi sử dụng thuốc chẹn $\alpha 1$ so với giả dược, đặc biệt với các chất chẹn $\alpha 1$ chọn lọc như tamsulosin và silodosin.	1a

Khuyến cáo	Mức độ
Lựa chọn thuốc chẹn $\alpha 1$ cho nam giới có triệu chứng đường tiểu dưới từ vừa đến nặng.	Mạnh

Thuốc 5ARI: thuốc được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml. 5ARI có thể làm giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật. Thuốc có công dụng làm giảm kích thước tuyến tiền liệt và đạt hiệu quả lâm sàng tối đa bắt đầu từ tháng thứ 3.

Tóm tắt bằng chứng	Mức độ
Sau hai đến bốn năm điều trị, 5-ARI cải thiện IPSS khoảng 15-30%, giảm thể tích tuyến tiền liệt khoảng 18-28% và tăng Qmax thêm 1,5-2 ml/s ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới do phì đại tuyến tiền liệt.	1b
Thuốc ức chế 5 $\alpha$ -reductase có thể ngăn ngừa tiến triển bệnh liên quan đến AUR và nhu cầu cần phẫu thuật. Do khởi phát chậm, chúng chỉ phù hợp để điều trị lâu dài (hàng năm).	1a
Các tác dụng phụ phổ biến của 5-ARI chủ yếu liên quan đến chức năng tình dục, và bao gồm giảm ham muốn, ED và ít gặp hơn, rối loạn xuất tinh như xuất tinh ngược, không xuất tinh hoặc giảm thể tích tinh dịch.	1b

Khuyến cáo	Mức độ
Sử dụng các chất ức chế 5 $\alpha$ -reductase ở nam giới có triệu chứng đường tiểu dưới từ trung bình đến nặng và tăng nguy cơ tiến triển bệnh (ví dụ: thể tích tuyến tiền liệt > 40 mL).	Mạnh
Thảo luận với bệnh nhân về có tác dụng chậm của nhóm ức chế 5 $\alpha$ -reductase.	Mạnh

Phác đồ phối hợp 5ARI với thuốc chẹn alpha được chỉ định điều trị ưu tiên trong những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc

nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml, Qmax giảm. Phác đồ phối hợp cũng có hiệu quả trong những trường hợp điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.

Thuốc kháng muscarinic được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình đồng thời có triệu chứng của bàng quang nổi trội. Cần thận trọng đối với bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, chống chỉ định khi thể tích nước tiểu tồn lưu > 100ml.

<b>Tóm tắt triệu chứng</b>	<b>Mức độ</b>
Thuốc đối kháng muscarinic đơn trị liệu có thể cải thiện đáng kể triệu chứng tiểu gấp, tiểu gấp không tự chủ và tăng số lần tiểu ban ngày.	2
Thuốc đối kháng muscarinic đơn trị liệu có thể làm tăng PVR nhưng hiếm khi gây ra bí tiểu gấp ở nam giới có mức PVR nền < 150 mL.	2

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ</b>
Sử dụng chất đối kháng thụ thể muscarinic ở nam giới có triệu chứng đường tiểu dưới từ trung bình đến nặng, chủ yếu có triệu chứng chứa đựng.	Mạnh
Không sử dụng thuốc đối kháng muscarinic điều trị bàng quang tăng hoạt cho nam giới với thể tích nước tiểu tồn dư > 150 mL.	Yếu

Phác đồ phối hợp thuốc kháng muscarinic với thuốc chẹn alpha có thể được sử dụng khi mỗi thuốc hiệu quả chưa cao.

Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.

Thuốc đồng vận  $\beta$ -3:

<b>Tóm tắt bằng chứng</b>	<b>Mức độ</b>
Mirabegron cải thiện các triệu chứng chứa đựng của triệu chứng đường tiểu dưới, bao gồm tiểu nhiều, tiểu gấp và UUI.	2
Bệnh nhân được kê đơn mirabegron duy trì điều trị lâu hơn những bệnh nhân được kê thuốc kháng muscarinic.	3

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ</b>
Sử dụng chất chủ vận $\beta$ -3 ở nam giới có triệu chứng đường tiểu dưới từ trung bình đến nặng, chủ yếu có triệu chứng chứa đựng nước tiểu.	Yếu

- Thuốc ức chế PDE5:

<b>Tóm tắt bằng chứng</b>	<b>Mức độ</b>
Thuốc ức chế PDE5 cải thiện đáng kể điểm số IPSS và IIEF nhưng không cải thiện Qmax.	1a

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ</b>
Sử dụng các thuốc ức chế PDE5 ở nam giới có triệu chứng đường tiểu dưới vừa đến nặng có kèm theo hoặc không kèm theo rối loạn cương dương.	Mạnh

Các thảo dược hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng.

<b>Tóm tắt các bằng chứng</b>	<b>Mức độ</b>
Hexane được chiết xuất từ <i>Serenoa repens</i> cải thiện Qmax và có hiệu quả làm giảm số lần tiểu/tiểu đêm [0.64 (95% CI: 0.98 đến 0.31)] so với giả dược	2
Hexane được chiết xuất từ <i>Serenoa repens</i> có rất ít ảnh hưởng tiêu cực lên chức năng tình dục.	2

<b>Các khuyến cáo</b>	<b>Mức độ mạnh</b>
Đề xuất dùng hexane được chiết xuất từ <i>Serenoa repens</i> cho những nam giới có LUTS muốn tránh các tác dụng không mong muốn, đặc biệt là các tác dụng không mong muốn liên quan đến chức năng tình dục.	Yếu
Thông báo cho bệnh nhân về việc mức độ hiệu quả của HESr có thể khá hạn chế.	Mạnh

### 3. Ngoại khoa

#### a. **Chỉ định**

Chỉ định tuyệt đối

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.

Có kèm sỏi bàng quang

Tiểu máu tái diễn

Bí tiểu cấp tái diễn

Giãn niệu quản nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính

Túi thừa bàng quang

Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính

Chỉ định tương đối

Điều trị nội khoa không hiệu quả

b. Cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Dao cắt đơn cực, lưỡng cực, Laser.

Chỉ định: những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

**c. Các thay đổi kỹ thuật nội soi qua niệu đạo**

Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

Chỉ định: thể tích tuyến tiền liệt < 30ml và không có thùy giữa lớn. Nên chỉ định cho bệnh nhân < 60 tuổi.

Phương pháp này ít biến chứng hơn so với cắt đốt nội soi qua niệu đạo. Cắt đốt tăng sinh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực

Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao cắt lưỡng cực

Chỉ định: như đối với cắt đốt nội soi bằng dao đơn cực.

Ưu điểm: so với cắt đốt bằng dao đơn cực thì hiệu quả tức thời tốt hơn. Có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt.

Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Thulium, bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser Thulium

Bộ dụng cụ gồm có: Màn hình nội soi, nguồn sáng. Máy nội soi hiệu, có hệ thống tưới rửa liên tục dưới áp suất thấp (đường nước vào và nước ra). Máy LASER Thulium. Một số dụng cụ khác: thông Foley, bơm thủy tinh súc rửa, bơm tiêm....

Chỉ định: như đối với cắt đốt nội soi bằng dao đơn cực.

Ưu điểm: có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt nên không sợ biến chứng rối loạn điện giải.

Mở mở

Phương pháp: sử dụng đường vào qua bàng quang hoặc đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt. Chỉ định:

Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml, hoặc bướu tuyến tiền liệt nhưng có yếu tố cản trở không cắt đốt nội soi được

Bướu tuyến tiền liệt kèm túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ.

Phẫu thuật nội soi thất bại.

Sỏi bàng quang lớn.

Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo (Transurethral Microwave Therapy- TUMT)

Điều trị bằng nhiệt vi sóng dựa trên nguyên lý sử dụng bức xạ vi sóng phát ra từ một thiết bị an-ten đặt trong niệu đạo nhằm làm tăng nhiệt độ ở tuyến tiền liệt. Mô sẽ bị phá hủy khi nhiệt độ tăng lên trên ngưỡng gây độc tế bào (>45°C).

Chỉ định: Giống chỉ định của TUNA.

Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo (Transurethral Needle Ablation - TUNA)

TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đông ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.

Chỉ định cho bệnh nhân không muốn điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phóng tinh ngược dòng.

**Chú ý:** Cần cảnh báo cho bệnh nhân về tỉ lệ phải điều trị lại cao và ít cải thiện về triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống. Phương pháp này không chỉ định cho bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt lớn (>75ml).

Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Holmium

Sử dụng laser holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho:YAG) với bước sóng 2140nm để bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt. Đây là loại laser rắn.

Cắt tuyến tiền liệt nên chỉ định đối với tuyến <60ml.

Bóc tuyến tiền liệt có thể áp dụng đối với tuyến lớn hơn.

Bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh 532 nm ('Greenlight') laser

Sự bóc hơi mô tuyến tiền liệt khi có sự tăng đột ngột nhiệt độ trong mô



từ 50°C đến 100°C nhờ năng lượng của laser.

Chỉ định: Bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt bằng laser được chỉ định như cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Nhược điểm: không có mẫu mô để làm giải phẫu bệnh lý.

Các kỹ thuật khác:

Bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser diode.

Bóc tách dùng tia nước bằng robot dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh

(Aquabeam)

Nút mạch tuyến tiền liệt

Tách mô bằng năng lượng hơi nước tối ưu (WAVE): hệ thống Rezum

Đặt urolift

4. Biến chứng

Các biến chứng của phẫu thuật có thể gặp

- Chảy máu
- Tổn thương cơ quan lân cận
- Hội chứng cắt đốt nội soi
- Tiểu không tự chủ
- Bí tiểu và nhiễm trùng niệu
- Hẹp niệu đạo
- Xơ hẹp cổ bàng quang
- Phóng tinh ngược dòng
- Rối loạn cương

5. 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 xương 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. Tác nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính có viêm mũ bàng quang, niệu đạo, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, các bệnh lý nội khoa nặng  
Mở thông bàng quang trên xương mu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA). Xuất bản năm 2013.

2. Chute CG, Panser LA, Girman CJ, Oesterling JE, Guess HA, Jacobsen SJ. The prevalence of prostatism: a population based survey of urinary symptoms. J Urol 1993; 150: 85-89.

3. Dahlstrand C, Walden M, Deirsson G, Pettersson S. Transurethral microwave thermotherapy versus transurethral resection for symptomatic benign prostatic obstruction: a prospective randomized study with a 2-year follow-up. Br J Urol 1995; 76: 614-618.

4. Oswald M, Schmidlin F, Jichilinski P et al. Combination of thermocoagulation and vaporisation using a Nd:YAG/KTP laser versus TURP

in BPH treatment: preliminary results of a multicenter prospective randomized study. J Urol 1997; 157: 42A.

5. Schatzl G, Madersbacher S, Lang T, Marberger M. The early postoperative morbidity of transurethral resection of the prostate and of four minimally invasive treatment alternatives. J Urol 1997; 158: 105-110.

6. Barry MJ (2001), “ *Evaluation of symptom and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia*”, Urology, 58 (Supplement 6A), pp.25-32.

7. Mc Connell J.D, Barry NJ, et al (1996) “*Clinical practice guideline of benign prostatic hyperplasia*”. Edited by Public Health Service and Agency for Health Care

8. Policy and Research (AHCPR), Publication No 94-0582, number 8, 1994, in Urology Medicine 96, National Library of Medicine USA. Kirby R, Lepor (2007), “*Evaluation and nonsurgical management of Benign Prostatic Hyperplasia*”, *Campbell-Walsh Urology*, Published by Saunders WB Company, Ninth Edition, Philadelphia, Volum III(87), pp.2766-2802.

9. Presti JC (2004), “*Neoplasms of the Prostate Gland*”, *Smith’s General Urology*, Published by the Mc Graw-Hill Companies, Sixteenth Edition, pp.367-385.

# BÀI 17: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG HỆ NIỆU

## \* MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về chấn thương hệ niệu.
- Nhận biết được các triệu chứng củachấn thương hệ niệu.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của chấn thương hệ niệu.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các bước cấp cứu và nguyên tắc điều trị của chấn thương hệ niệu.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca chấn thương hệ niệu.

## I. CƠ CHẾ

Thận nằm cao ở vùng sau phúc mạc, thận được che chở tương đối an toàn bởi xương sườn,xương sống và cột sống.Tuynhiên,chấn thương làm gãy xương sườnhoặc xương sống có thể gây tổn thương thận.Chấn thương thận xảy ra khoảng 50% trong tất cả chấn thương niệu dục và thường xảyra ở lứa tuổi dưới 30 (trên 50%). Tỷ lệ nam nữ là 4:1.

### \*Chấn thương thận kín

Bụng, hông hay lưng gây ra trên 80% tất cả tổn thương thận. Nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông, té, tai nạn thể thao và bị tấn công hành hung. Tai nạn giao thông hoặc té cao có thể làm rách động mạch thận hoặc đứt hoàn toàn.Nếu sau chấn thương thận, có triệu chứng tiểu máu nhiều, và sốc, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn của thận rất cao (khoảng 20%).

### \* Vết thươngthận

Phần lớn là do dao đâm và đạn. Khoảng 85%vết thương hở thường kèm theo tổn thương kết hợp ở những bộ phận khác trong bụng. Trẻ em dễ bị chấn thương thận hơn người lớn vì cơ lưng và xương sườn chưa phát triển đầy đủ và thận to hơn lúc trưởng thành.Ngoài ra thận trẻ em không được che chở tốt bởi mỡ quanh thận và cân Gerotalà lớp đệm chống lại rất hữu hiệu trong chấn thương. Thận trướng nước hoặc bứu thận làm cho thận dễ bị vỡ sau chấn thương.

## II. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG

### - Phân độ 1:

Còn gọi là dập thận,chỗ mô thận bị dập chưa vỡ.Thận còn nguyên vẹn,kèm theo máu tụ dưới vỏ bao và quanh thận. Tổn thương trên gặp nhiều nhất trong chấn thương thận.

### - Phân độ 2

Gồm vỡ vỏ bao và chủ mô thận dưới 1cm. Tổn thương không ảnh hưởng tới đài, bể thận và phần tủy thận. Độ 1 và 2 được gọi là tổn thương nhỏ, nhẹ xảy ra trong 85% tất cả tổn thương thận

**- Phân độ 3**

Vỡ chủ mô thận trên 1cm.

**- Phân độ 4**

Vết vỡ lớn ăn tới đài, bể thận gây rò nước tiểu. Tổn thương những mạch máu nhỏ được phân loại độ 4.

**- Phân độ 5**

Gồm vỡ thận nhiều mảnh và tổn thương mạch máu thận lớn.

**\* Chú ý:**

Phân độ 3,4,5 được gọi là tổn thương lớn nặng.

Vỡ thận thường gặp trong 15% trường hợp chấn thương thận kín và 30% trong vết thương thận.

Tổn thương động mạch thận bao gồm tắc hoặc rách động mạch thận hoặc một trong những nhánh phụ. Thường xảy ra dưới 1% trong chấn thương thận kín và 10% trong vết thương thận. Thận không thể phục hồi sau 1 giờ mất nguồn máu cung cấp hoàn toàn và việc định bệnh tổn thương mạch máu thận rất khó.

### **III. CHẨN ĐOÁN**

- Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn định

- Bệnh nhân phải được mổ thăm dò ngay. Bác sĩ Tiết niệu thường được gọi vào phòng mổ để tham vấn sau khi bệnh nhân đã được mổ thám sát bởi bác sĩ tổng quát. Bác sĩ niệu phải đánh giá chức năng 2 thận. Điều này có thể thực hiện bằng chụp ngay trên bàn mô 1 phim UIV hoặc MSCT scan (1). Nếu không thấy tổn thương thận không cần thám sát thận. Tổn thương lớn phải được mổ thám sát. Nếu thấy tổn thương nhỏ trên UIV hoặc MSCT scan kèm theo chảy máu sau phúc mạc thận phải được mổ thám sát và khâu lại.

- Bệnh nhân có mạch và huyết áp ổn

- MSCT cần sử dụng như là xét nghiệm X quang ban đầu.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

Tùy thuộc vào nguyên nhân và tình trạng nặng nhẹ của tổn thương (3).

Chấn thương thận kín

Khả năng chấn thương kín với mạch và huyết áp ổn, không tiểu máu xảy ra rất ít

Bệnh nhân với ít tiểu máu vi thể, mạch và huyết áp ổn ít có nguy cơ tổn

thương thận, phải được theo dõi.

Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn hoặc tiểu máu có nhiều nguy cơ tổn thương thận và phải được chụp X quang. Bệnh nhân trên được theo dõi về triệu chứng chảy máu như thay đổi dấu hiệu sinh tồn và thể hiện hồng cầu thấp và sự lan rộng của khối máu tụ ở trong.

Bệnh nhân có thận vỡ hoặc tổn thương mạch máu thận cần được mổ khâu thận ngay và cắt thận cấp cứu. Điều trị dò nước tiểu trong chấn thương thận kín còn được bàn cãi: một số tác giả điều trị bảo tồn, một số khác thích mổ sớm. Kháng sinh thường được dùng đặc biệt nếu nước tiểu bị nhiễm trùng trong lúc tổn thương. Siêu âm cần được sử dụng để theo dõi sự thay đổi khối máu tụ. Nếu thấy có triệu chứng áp xe hoặc nhiễm trùng nang giả niệu bệnh nhân cần được dẫn lưu bằng mổ mở hoặc mổ ra da. Cái lợi của thám sát sớm trên bệnh nhân rò nước tiểu là nằm viện ngắn và giảm triệu chứng nang giả niệu nhiễm trùng, tuy nhiên tỉ lệ mổ cắt thận rất cao trong lúc mổ thám sát.

#### Vết thương thận

Tất cả các vết thương thận do đạn hay do dao đâm cần được mổ thám sát. Những bệnh nhân bị đau hay dao đâm và không tiểu máu, có UIV và MSCT bình thường có thể điều trị nội khoa.

Trong vết thương thận, bụng phải được thám sát để tìm những tổn thương kết hợp. Phương pháp điều trị vết thương thận gồm: kiểm soát cuộn thận, cầm máu, cắt lọc, khâu đài bể thận và dẫn lưu hữu hiệu. Trong trường hợp nặng không thể điều trị như trên, cắt thận là giải pháp duy nhất, thường gặp khoảng 10% bệnh nhân bị đâm và 40% bệnh nhân bị bắn.

### V. THEO DÕI SAU CHẤN THƯƠNG

Các biến chứng của tổn thương thận bao gồm chảy máu trễ, huyết áp cao, dò động tĩnh mạch, thận trương nước và mất chủ mô thận.

Chảy máu trễ thường xảy ra 1 tháng sau tổn thương (4).

Tiểu máu kéo dài có thể là triệu chứng của rò động tĩnh mạch hậu chấn thương, bệnh nhân cần được chụp động mạch thận.

Trong 6 tháng đầu cần được theo dõi huyết áp. Sau 6 tháng cần làm Siêu âm, hoặc chụp MSCT để theo dõi thương tổn ở thận.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretan Jr PN, McAninch JW, Federle MP, Jeffrey Jr RB (1986): Computerized tomographic staging of renal trauma: 85 consecutive cases. *J Urol*; 136:561-565.
2. Chandhoke PS, McAninch JW (1988): Detection and significance of microscopic hematuria in patients with blunt renal trauma. *J Urol*; 140:16-18.
3. Coburn M (2002): Damage control surgery for urologic trauma: An evolving management strategy. *J Urol*; 160:13.

4. Santucci RA, McAninch JW(2000): Diagnosis and management of renal trauma: Past, present and future. *J Am Coll Surg*; 191:443-451.

## VỠ BÀNG QUANG

### I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn, dưới bệnh cảnh là một tình trạng vỡ tạng rỗng.

Tuy bàng quang là một tạng rỗng nhưng không giống như ống tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm bệnh học và lâm sàng riêng biệt. Việc điều trị cần phải tôn trọng các nguyên tắc của bệnh lý này.

Một số đặc điểm giải phẫu củabàngquang

Bàng quang là một tạng nằm dưới phúc mạc. Ở người trưởng thành và khi rỗng, bàng quang nằm hoàn toàn trong phần trước vùng chậu. Phía trước bàng quang là xương mu, phía sau là các tạng sinh dục và trực tràng, phía dưới là hoành chậu. Khi căng đầy bàng quang có hình cầu và nằm trong ổ bụng. Phần bàng quang được bao phủ bởi phúc mạc có một diện tích lớn hơn nhiều so với phần nằm dưới phúc mạc.

Mặt trước và mặt bên của bàng quang được khung chậu bảo vệ nên ít bị thương tổn. Vùng này chỉ bị thương tổn khi khung chậu gãy và mảnh xương sắc nhọn đâm thủng bàng quang (VBQNPM).

Vùng tam giác và mặt dưới của bàng quang được bảo vệ rất chắc chắn bởi hoành niệu dục, chỉ bị tổn thương trong trường hợp bị té ngồi trên một vật sắc nhọn, sanh khó hoặc do thủ thuật sản khoa.

Phần đỉnh bàng quang là phần yếu nhất. Đây là phần được bao bọc bởi phúc mạc và khi bàng quang căng đầy, nó nhô lên khỏi khớp mu nằm ngay ở hạ vị. Vì vậy, khi có chấn thương trực tiếp vào vùng hạ vị lúc bàng quang đầy nước tiểu, bàng quang sẽ bị toác phần này và nước tiểu sẽ tràn vào ổ phúc mạc.

Yếu tố nguy cơ

- Bàng quang căng chứa đầy nước tiểu.
- Bàng quang có sang thương sẵn có:
- Có tắc nghẽn vùng cổ bàng quang và niệu đạo.

#### 1. Nguyên nhân

- Do chấn thương
- Do thầy thuốc
- Do bệnh lý: vỡ tự nhiên.

Bảng 1: Tỷ lệ chấn thương vỡ bàng quang do thầy thuốc

<b>Thủ thuật hoặc phẫu thuật</b>	<b>Tỷ lệ(%)</b>
<b>Sản khoa</b>	
Mổ bắt con	0.0016-0.94
<b>Phụ khoa</b>	
Nội soi ổ bụng triệt sản	0.02
Nội soi ổ bụng chẩn đoán	0.01
Nội soi ổ bụng cắt tử cung	0.05-0.66
Mổ cắt tử cung qua ngã âm đạo(bệnh lành tính)	0.6
Mổ cắt tử cung qua ngã bụng(bệnh lành tính)	0.9
<b>Ngoại tổng quát</b>	
Phẫu thuật trên ruột non hay đại tràng	0.12-0.14
Phẫu thuật trực tràng	0.27-0.41
Phẫu thuật trong ổ bụng làm sạch bướu	4.5
<b>Niệu khoa</b>	
Treo niệu đạo sau xương mu ở nam	8.0-50
Nội soi ổ bụng treo tử cung vào mỏm nhô	1.9
Phẫu thuật Burch	1.0-1.2
Phẫu thuật TOT	0-2.4
Phẫu thuật TVT	3.2-8.5
Đặt dải treo bằng mảnh ghép tự thân	2.8
Đặt lưới nâng đỡ qua ngã âm đạo	1.5-3.5
Phẫu thuật tạo hình thành trước âm đạo(điều trị sa bàng quang và sa trực tràng)	0.5
TURB	3.5-58
TURP	0.01

*TURB :nội soi cắt đốt bàng quang qua ngã niệu đạo TURP:nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến quang ngã niệu đạo*

## II.CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng



- Triệu chứng chung

Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.

Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố Chậu. 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.

Triệu chứng đặc hiệu

Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào. Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

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. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mach nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với những triệu chứng của gãy xương chậu.

### **3. Cận lâm sàng**

- 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.

- Siêu Âm

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

- 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 liềm 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.

**1. Chẩn đoán xác định:** bằng chẩn đoán hình ảnh học (*cystography* và *CT cystography*)

Cần chẩn đoán mức độ thương tổn và các thương tổn kết hợp nếu có: vd :gãy

Khung chậu, chấn thương niệu đạo, trực tràng và các thương tổn kết hợp trong ổ bụng. Bảng 2 - Phân loại vỡ bàng quang theo AAST (Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

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

### III. 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 TURB, hoặc sau các phẫu thuật khác mà không được phát hiện trong lúc mổ).

Đây cũng là một lựa chọn điều trị cho **vỡ bàng quang trong phúc mạc không phức tạp** (sau TURB hoặc không phát hiện được trong quá trình mổ) nhưng với **điều kiện** không có **viêm phúc mạc** và **tắc ruột**. Trong trường hợp điều trị bảo tồn này việc đặt một dẫn lưu trong phúc mạc được ủng hộ đặc biệt là những trường hợp vết rách bàng quang lớn.

### **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 không do thầy thuốc*

**Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc** cần phẫu thuật khi có ảnh hưởng đén 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 không do thầy thuốc*

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 không do thầy thuốc 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 phúc 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 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.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy(1985), Vết thương bọng đái do hoá khí, Niệu học tập I, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.
2. Trần Lê Linh Phương(2003), Điều trị chấn thương đường niệu dưới phúc tạp trong gãy khung chậu nặng, Luận án tiến sĩ y học.
3. Trần Văn Sáng (1998), Vỡ bàng quang, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61
4. Dương Quang Trí (2002), Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục, Niệu học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.
5. Lê Ngọc Từ(2003), Chấn thương bàng quang, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.
6. Allen F. Morey(2012), Genital and Lower Urinary Tract Trauma, Campbell – Wash Urology, 10<sup>th</sup> Edition, volume 3, pp: 2507-2520.
7. Jack W. McAnich(2008), Injuries to the Genitourinary Tract, Smith's General Urology, 17<sup>th</sup> Edition, The McGraw – Hill Companies, pp: 278-296.
8. EAU guidelines on Urological Trauma 2016.



# BÀI 18: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU

## \* MỤC TIÊU:

Nêu được khái niệm bệnh lý Sỏi niệu  
Nhận biết được triệu chứng của bệnh lý Sỏi niệu.  
Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của bệnh lý Sỏi niệu  
Chỉ định cận lâm sàng cần thiết.  
Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lý Sỏi niệu.  
Chẩn đoán và xử trí 01 ca bệnh lý Sỏi niệu.

## PHẦN I: SỎI THẬN

### DỊCH TỄ HỌC SỎI NIỆU

Ở Mỹ, hằng năm có hơn 400 000 bệnh nhân nhập viện vì sỏi niệu. Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 – 50. Nam có tỉ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ. Người da trắng nhiều hơn gấp 4- 5 lần so với người da đen. Một người có tiền căn tiểu ra sỏi, 15% có khả năng tiểu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỉ lệ này là 30%. Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.

### 1. SỎI THẬN

#### a. Biểu hiện lâm sàng

Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khi sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau, nhiễm trùng, buồn nôn, ói mửa. Cơn đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Khoảng 25% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị sỏi niệu. Lúc đau thường kèm theo tiểu máu đại thể hay vi thể. Nếu quan sát kỹ cận lắng trong nước tiểu có thể cho ta đoán được bản chất sỏi là loại nào.

#### b. Chẩn đoán lâm sàng

Tổng quan, trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu và chụp phim KUB. Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB. Sau đó là làm siêu âm thận. Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.

#### c. Chụp X quang hệ tiết niệu không sửa soạn (KUB)

Phim KUB có độ nhạy ước đoán 57% và độ đặc hiệu 76% trong chẩn đoán sỏi thận. KUB có thể giúp đánh giá sỏi cản quang hay kém cản quang và nên được dùng để so sánh sau điều trị.

Đặc điểm cản quang của sỏi trên KUB:

Các loại sỏi cản quang bao gồm: Calcium oxalate dehydrate, Calcium oxalate monohydrate, Calcium phosphates.

Các loại sỏi kém cản quang bao gồm: Magnesium ammonium phosphate, Apatite, Cystine.

Các loại sỏi không cản quang bao gồm: Uric acid, Ammonium urate, Xanthine 2,8-Dihydroxyadenine, sỏi do thuốc.

#### **d. Siêu âm bụng**

Siêu âm bụng là phương tiện an toàn, có thể lặp lại nhiều lần và rẻ tiền. Những dấu hiệu trên siêu âm bụng như: vị trí, kích thước sỏi, mức độ ứ nước thận. Theo Hướng dẫn điều trị sỏi tiết niệu của Hội Tiết niệu châu Âu (2021), siêu âm bụng nên là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tiên, không nên trì hoãn. Siêu âm bụng có độ nhạy thấp 61% mặc dù độ đặc hiệu cao 97% khi chẩn đoán sỏi thận.

#### **f. Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu**

CT-scan hệ tiết niệu không cản quang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán sỏi, với độ nhạy 98% và độ đặc hiệu 97%. Khi có sỏi, CT-scan không cản quang cho thông tin kích thước sỏi và đậm độ sỏi, nếu không thấy sỏi, các nguyên nhân của đau bụng cấp khác có thể thấy. Bất lợi của CT-scan không cản quang là không có thông tin về chức năng thận và giải phẫu hệ thống đài bể thận.

Gánh nặng sỏi hay tổng khối lượng sỏi được xem như yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng quyết định điều trị, tuy nhiên không có tiêu chuẩn thống nhất về gánh nặng sỏi trước mổ. Vì thế, quyết định điều trị được dựa trên chiều dài lớn nhất trên một mặt phẳng được đo trên KUB hoặc CT-scan hệ tiết niệu không cản quang. Ba chỉ số đánh giá gánh nặng của sỏi là: đường kính tích lũy tối đa của sỏi, diện tích bề mặt sỏi và thể tích sỏi.

Diện tích bề mặt sỏi (DTBMS): tính theo chiều cao và chiều rộng của sỏi trên phim KUB.

$$\text{DTBMS} = \text{đường kính lớn nhất} \times \text{chiều rộng} \times \pi / 4$$

Đo thể tích sỏi: tính kích thước 3 chiều của sỏi trên CT-scan hệ tiết niệu không cản quang. Thể tích sỏi được tính theo công thức sau:

$$V = \text{dài} \times \text{rộng} \times \text{cao} \times \pi / 6$$

Đường kính tích lũy tối đa của sỏi được đo trên phim KUB hoặc CT-scan hệ tiết niệu không cản quang. Ito và cộng sự (2012) ghi nhận đường kính tích lũy của sỏi trên KUB là chỉ số tỷ lệ nghịch với tỷ lệ sạch sỏi sau NSNQM tán sỏi có ý nghĩa thống kê.

Trong số 3 thông số đánh giá gánh nặng sỏi, diện tích bề mặt sỏi có tính ứng dụng lâm sàng và độ ưu tiên lựa chọn thấp hơn. Thể tích sỏi xác định qua CT-scan và đường kính tích lũy tối đa của sỏi trên KUB hoặc CT-scan liên quan tỷ lệ nghịch với tỷ lệ thành công sau NSNQM tán sỏi và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$  và  $p = 0,015$  lần lượt)

Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.

Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chổng lên các xương cột sống. Chụp phim nghiêng giúp ta phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch. Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan thì nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

#### g. Điều trị

Việc điều trị cơn đau quặn thận cấp phụ thuộc vào kích thước sỏi, vị trí, mức độ bế tắc và tổng trạng bệnh nhân.

#### h. Chỉ định các phương pháp điều trị

Hội Tiết Niệu châu Âu (2021) khuyến cáo chỉ định điều trị chủ động sỏi thận khi: sỏi tăng kích thước, sỏi ở bệnh nhân nguy cơ cao tạo sỏi, sỏi gây tắc nghẽn, sỏi gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu, sỏi có triệu chứng (đau hoặc tiểu máu), sỏi >15mm, sỏi <15mm nếu theo dõi không được lựa chọn, chọn lựa của bệnh nhân, bệnh lý đồng mắc, tình trạng xã hội BN (nghề nghiệp phi công hoặc du lịch).

Hội Tiết Niệu Hoa Kỳ (2016) khuyến cáo BN sỏi đài thận có đau hông lưng, không tắc nghẽn nhưng đau không giải thích được bằng các nguyên nhân khác nên điều trị lấy sỏi.

Khi sỏi thận có chỉ định điều trị, các yếu tố ảnh hưởng đến chọn lựa phương pháp điều trị là đặc điểm sỏi (gánh nặng sỏi, vị trí sỏi, thành phần sỏi), đặc điểm giải phẫu của BN (hẹp khúc nối bể thận-NQ, túi thừa đài thận, thận móng ngựa, thận lạc chỗ, sỏi đài dưới).

Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu, hoặc mở thận ra da bằng cách chọc dò qua da.

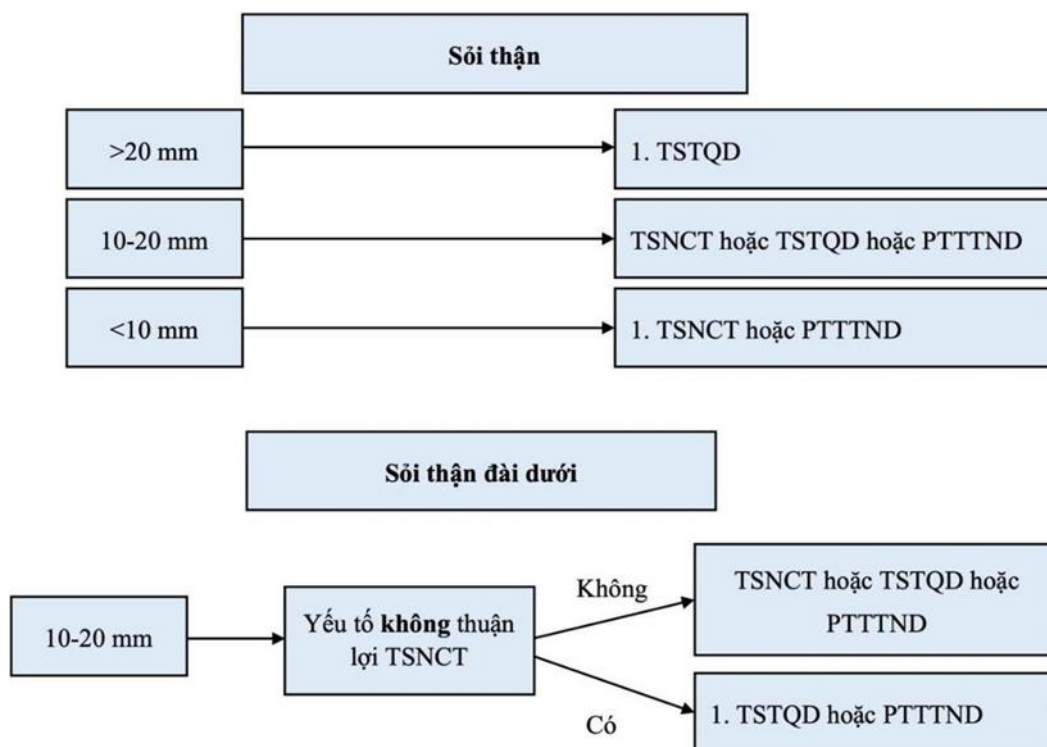
Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiểu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiểu ra sỏi chỉ khoảng 20%.

Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ: (1) khúc nối bể thận niệu quản, (2) niệu quản bắt chéo động mạch chậu, (3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bàng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiểu ra hơn sỏi với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

\* Chỉ định điều trị theo kích thước và vị trí sỏi thận



Hướng dẫn điều trị sỏi tiết niệu của Hội Tiết Niệu Châu Âu (nếu có chỉ định điều trị chủ động) năm 2021.



Hình 1.7. Lưu đồ điều trị sỏi thận theo Hội Tiết niệu Châu Âu 2021

*Ghi chú:* PTTND: phẫu thuật trong thận ngược dòng; TSNCT: tán sỏi ngoài cơ thể; TSTQD: tán sỏi thận qua da

*Nguồn:* "C. Türk, A. Neisius A.P., C. Seitz A.S., B. Somani K.T., and Gambaro G. (2021), "EAU Guidelines on Urolithiasis", European association of urology. "[17]

Những yếu tố không thuận lợi cho tán sỏi ngoài cơ thể [17],[46]:

Giải phẫu học đài dưới không thuận lợi (góc bể thận-đài dưới nhọn, hẹp cổ đài dưới, chiều dài đài dưới dài)

Đậm độ sỏi >1000 HU

Khoảng cách da đến sỏi dài >10 cm (béo phì)

Thận móng ngựa, túi thừa đài thận.

Thành phần sỏi khó tán sỏi ngoài cơ thể (cystine, brushite, calcium oxalate monohydrate).

BN mất khả năng hoạt động một phần hoặc hoàn toàn.

Theo Hướng dẫn điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu của Hội Tiết Niệu Hoa Kỳ 2016, ở BN có triệu chứng, các chọn lựa điều trị sỏi thận [10]:

- Sỏi thận ngoài trừ đài dưới, khi gánh nặng sỏi:

+  $\leq 20$  mm, nên lựa chọn tán sỏi ngoài cơ thể hoặc NSNQM (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng B).

+  $> 20$  mm, tán sỏi thận qua da được khuyến cáo đầu tiên (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng C).

- Sỏi thận đài dưới, khi kích thước:

+  $\leq 10$  mm, nên lựa chọn tán sỏi ngoài cơ thể hoặc NSNQM (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng, mức độ bằng chứng B).

+  $> 10$  mm, tán sỏi thận qua da có tỷ lệ sạch sỏi cao, nhưng đi kèm tỷ lệ biến chứng cao và không nên lựa chọn tán sỏi ngoài cơ thể là lựa chọn điều trị đầu tiên (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng B).

- Điều trị nội khoa

Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gây triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.

Bệnh nhân được khuyến uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiêu, và phải hứng lấy sỏi để phân tích nếu tiểu ra sỏi. Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi. Thường sẽ tiểu ra sỏi sau 4-6 tuần.

- Gắp sỏi qua nội soi

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại (5). Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gắp sỏi mù hoặc gắp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gắp 3 chấu hoặc dùng rọ để gắp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gắp sỏi ra. Tỷ lệ thành công 95%.

- Tán sỏi ngoài cơ thể

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận (1), ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi

Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bể thận đơn giản (2).

Lấy sỏi thận qua da

Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bể thận (4).

Mổ hở lấy sỏi niệu quản

Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gắp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mổ mở lấy sỏi niệu quản.

## **\* THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ**

Nên uống nhiều nước, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.

Ăn nhạt, ít muối. Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.

Nên ăn nhiều rau tươi.

Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.

Hạn chế thức ăn dễ tạo sỏi

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.
2. Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatrophic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.
3. Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.
4. Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071. Harmon et al., 1997. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureterscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32.

## **PHẦN II: SỎI NIỆU QUẢN**

### **\* Mục tiêu bài giảng:**

- Nêu được khái niệm bệnh lý Sỏi niệu quản
- Nêu được sinh lý bệnh sỏi niệu quản
- Nhận biết được triệu chứng của bệnh lý Sỏi niệu quản
- Trình bày chỉ định cận lâm sàng cần thiết
- Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh lý Sỏi niệu quản

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1. Định nghĩa**

Sỏi niệu quản (NQ) sỏi được hình thành từ thận và di chuyển xuống NQ và dừng lại ở những vị trí hẹp tự nhiên của NQ. So với sỏi thận thì sỏi NQ chiếm tỉ lệ ít hơn và tương đối dễ định bệnh, dễ điều trị hơn nhưng sớm ảnh hưởng đến chức năng thận nếu bị bế tắc lâu ngày. Phần lớn sỏi có kích thước chiều ngang (so với NQ) nhỏ hơn 5 mm sẽ được tống xuất tự nhiên theo dòng

nước tiểu.

## **2. Nguyên nhân sỏi NQ**

Có hai loại sỏi tiết niệu: sỏi cơ thể (sỏi nguyên phát) và sỏi cơ quan (sỏi thứ phát). Sự rối loạn sinh hóa trong cơ thể sẽ sinh ra sỏi nguyên phát, sỏi thứ phát bắt nguồn từ những nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết dẫn đến ứ đọng nước tiểu.

Hầu hết sỏi NQ có nguồn gốc từ thận, di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của NQ, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

## **3. Diễn tiến của sỏi NQ**

Khả năng sỏi từ thận di chuyển xuống bàng quang phụ thuộc vào 2 yếu tố: kích thước và vị trí của sỏi. Sỏi NQ đoạn xa dễ di chuyển xuống bàng quang hơn sỏi NQ đoạn giữa và NQ đoạn gần. Chiều ngang của viên sỏi là chỉ số quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự di chuyển của sỏi. Phần lớn sỏi niệu quản sẽ di chuyển xuống bàng quang trong vòng 4–6 tuần. Đối với sỏi 2–4 mm, 95% di chuyển xuống bàng quang trong vòng 31 đến 40 ngày. Tỷ lệ sỏi di chuyển tự nhiên phụ thuộc nhiều vào vị trí sỏi, lần lượt là 22%, 46%, 71% theo NQ đoạn gần, đoạn giữa và đoạn xa. Do đó, điều trị nội khoa chờ sỏi được tống xuất tự nhiên sẽ áp dụng với sỏi kích thước  $\leq 5$  mm, ngược lại cơ hội tống xuất tự nhiên đối với sỏi trên 5 mm rất thấp và can thiệp lấy sỏi chủ động cần được xem xét. Các vị trí sỏi dễ bị kẹt là khúc nối bể thận–niệu quản (10%), chỗ NQ bắt chéo bó mạch chậu (20%), đoạn NQ nội thành bàng quang (70%). Trong khi di chuyển, sỏi NQ gây ra các tổn thương cho NQ. Sự phù nề của niêm mạc xung quanh hòn sỏi tạo điều kiện cho sỏi bám vào niêm mạc, không thể di chuyển.

## **II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

### **1. Lâm sàng**

#### **\* Triệu chứng cơ năng**

- Đau: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố: tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.

- Con đau quặn thận: đây là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh. Sỏi NQ thường gây ra cơn đau bão thận hơn sỏi thận vì: i) sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi; ii) NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận, bể thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiểu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).

- Đau do kích ứng: tiểu gắt, tiểu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích, phóng tinh đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậu, đoạn sát bàng quang.

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: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiểu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bế tắc đường tiểu được giải quyết, thận cũng sớm hồi phục.

Triệu chứng suy thận mạn tính: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sinh bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ ...

Những triệu chứng không điển hình: đôi khi sỏi NQ diễn tiến mơ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bế tắc đường tiểu cấp tính. Mỗi lưng là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng. Triệu chứng thực thể

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.

## **2. Cận lâm sàng**

### **\* 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 bộ 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. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB tương đối thấp, lần lượt từ 44 - 77% và 80 - 87%. KUB không phát hiện các loại sỏi không cản quang. Phim KUB chỉ có thể dự đoán khoảng 39 - 40% thành phần sỏi nên không thể sử dụng để phân tích thành phần sỏi trên lâm sàng.

### **\* Siêu âm bụng**

Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận. Siêu âm cũng cho phép quan sát phần nào sỏi NQ, đặc

biệt sỏi kém cản quang. Mặc dù rất hữu ích trong cấp cứu nhưng siêu âm mang tính định hướng nhiều hơn vì không mô tả được vị trí của sỏi và chức năng 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.

Trong trường hợp ứ nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.

Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi. Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ vùng hố chậu với những vết vôi hóa trong vùng này, trên phim chụp nghiêng vẫn thấy sỏi NQ nằm trên đường đi của NQ, trong khi các vết vôi hóa định vị bên ngoài.

**\* Chụp NQ–bể thận ngược dòng (UPR)**

Trong trường hợp các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) khác kể cả UIV chưa thể kết luận sỏi NQ, UPR trở nên cần thiết. Trước khi bơm chất cản quang, việc đưa ống thông lên chạm sỏi cũng là một yếu tố giúp chẩn đoán. Hình ảnh UPR cản quang cho thấy sỏi màu trắng nhạt giữa một màu trắng đậm, hoặc hình ảnh khuyết giữa NQ màu trắng đậm. Hình ảnh thuốc cản quang được bơm ngược theo ống thông NQ đến chỗ có sỏi sẽ bị dội xuống cho phép phát hiện vị trí sỏi NQ hoặc hẹp NQ.

UPR chỉ nên áp dụng khi thật cần thiết vì thủ thuật này có tính xâm hại và có thể đưa vi khuẩn từ niệu đạo lên đường tiểu trên. Ngày nay, CTscan đã thay thế kỹ thuật này.

**\* 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.

**Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán đau hông lưng cấp**

1	Phương tiện chẩn đoán	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo
---	-----------------------	-----------------	-------------------

		<b>(LE)</b>	<b>(GR)</b>
1	CT không tiêm cản quang	1	A
1	UIV	Xét nghiệm chuẩn	
2	KUB + Siêu âm	2a	B

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 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 chớ sỏi tự ra ngoài hay cần phải can thiệp lấy sỏi chủ động.

#### 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	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo
1	Diclofenac sodium	1b	A
1	Indomethacin Ibuprofen	1b	A
2	Hydromorphone hydrochloride Methamizol Pentazocine Tramadol	4	C

### 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  $\leq 5$  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.

### 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 $\leq 1$ 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  $\leq 1$  cm, TSNCT là lựa chọn đầu tiên. Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước  $\leq 1$  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, mổ mở lấy sỏi.

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

	LE	GR
Điều trị kháng sinh nên thực hiện trước khi can thiệp ở bệnh nhân có cấy nước tiểu (+), TPTNT có nhiễm trùng	3	B
Salicylate nên ngưng 10 ngày trước khi can thiệp thủ thuật	3	B
TSNCT và lấy sỏi qua da chống chỉ định ở phụ nữ có thai	4	C
TSNCT có thể thực hiện ở bệnh nhân có máy tạo nhịp	4	C

### 2. Khuyến cáo về điều trị chuỗi sỏi (Steinstrasse)

Vị trí sỏi	Không tắc nghẽn	Tắc nghẽn/có triệu chứng	LE	GR
NQ đoạn gần	TSNCT NSTSNC	Stent NSTS NC TSNC T	4	C
NQ đoạn giữa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTS NC TSNC T	4	C
NQ đoạn xa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTS NC TSNC T	4	C

### 3. 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	<p>Ăn kiêng (tránh tiêu thụ lượng lớn vitamin). Ăn nhiều rau và chất xơ.</p> <p>Lượng calcium: 1000 – 1200 mg/ngày Hạn chế muối: 4 – 5g/ngày</p> <p>Hạn chế protein động vật 0,8 – 1,0g/kg/ngày.</p>
Lối sống	<p>BMI: 18 – 25 kg/m<sup>2</sup></p> <p>Hoạt động thể lực, cân bằng lượng nước mất</p>

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matlaga B.R., Lingeman J.E. "Surgical management of upper urinary tract calculi". Campbell–Walsh’s Urology, 10th ed., 2012.
2. Turk C., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz C., "Guidelines on urolithiasis". 2013.

## PHẦN III: SỎI BÀNG QUANG

### I. ĐẠI CƯƠNG

#### 1. Định nghĩa

Sỏi bàng quang là sỏi đường tiết niệu dưới thường gặp nhất. Chiếm tỉ lệ 5% sỏi tiết niệu và 1,5% bệnh tiết niệu phải nhập viện.

Theo Ngô Gia Hy:

Sỏi bàng quang nguyên phát là sỏi từ thận rơi xuống bàng quang thông qua niệu quản.

Sỏi bàng quang thứ phát là sỏi tăng trưởng ngay tại bàng quang. Theo Benway B.M (Campbell 2015)

Sỏi nguyên phát/địa phương: gặp ở trẻ em; sự hình thành sỏi không có các yếu tố bất thường chức năng, giải phẫu hay nhiễm khuẩn; tác động hình thành sỏi chủ yếu do các yếu tố dinh dưỡng và kinh tế xã hội.

Sỏi thứ phát: thường gặp đàn ông lớn tuổi; kèm theo những bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, sỏi trưởng thành tại chỗ trong bàng quang hoặc từ nhân sỏi từ đường tiết niệu trên ; thành phần sỏi phụ thuộc nhiều vào quá trình bệnh học và có/không tình trạng nhiễm khuẩn

#### 2. Yếu tố nguy cơ

Tắc nghẽn đường thoát bàng quang làm tống xuất nước tiểu và mảnh sỏi

nhỏ không hoàn toàn là điều kiện thuận lợi hàng đầu để hình thành sỏi (45% – 79% bệnh nhân sỏi BQ).

Các nguyên nhân thường gặp là:

Nam: tăng sinh tuyến tiền liệt

Nữ: niệu đạo gập xoắn (kinking) do thoát vị bàng quang, sa sàn chậu

Khác: hẹp niệu đạo, co thắt cổ bàng quang, túi thừa bàng quang không hoàn toàn Các bệnh lý đường tiết niệu dưới mắc phải khác cũng tạo điều kiện để tạo sỏi bàng

quang như dị vật bàng quang, bàng quang hỗn loạn thần kinh,...

## II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

### 1. Lâm sàng

\* Triệu chứng cơ năng

Tiểu gắt: lan đến vùng hội âm, vùng qui đầu, tinh hoàn, dương vật. Triệu chứng này giảm khi bất động, gia tăng khi đi tiểu.

Tiểu nhiều lần, tiểu ngắt quãng, tia nước tiểu yếu.

Tiểu ra máu: tiểu máu cuối dòng, xảy ra khi rặn tiểu hay khi sỏi di chuyển.

Bí tiểu do sỏi kẹt niệu đạo.

Tiểu không kiểm soát: Sỏi rơi vào niệu đạo nhưng không làm nghẽn hoàn toàn niệu đạo

\* Triệu chứng thực thể

DRE, DVE: có thể sờ thấy sỏi (nữ), bứu tuyến tiền liệt (nam).

Thăm dò bằng dụng cụ: thấy dấu hiệu chạm sỏi.

\* Tiền sử

Thường ghi nhận có tiền căn bệnh lý đường tiểu dưới.

### 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, bứu)

*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, bứu bàng quang, bất thường niệu đạo, bứu tuyến tiền liệt.

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán xác định thường dựa trên hình ảnh học (siêu âm, KUB, MSCT), nội soi bàng quang thấy sỏi.

#### **2. Chẩn đoán phân biệt**

Cần chẩn đoán phân biệt với sỏi đường tiết niệu dưới khác như sỏi niệu đạo, sỏi tuyến tiền liệt.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Mục tiêu điều trị**

Nhằm ba mục tiêu:

- Điều trị sạch sỏi
- Điều trị căn nguyên
- Điều trị biến chứng

#### **3. 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

#### **4. 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

#### **5. Điều trị biến chứng**

Sỏi gây ung thư bàng quang: điều trị ung thư bàng quang

Bàng quang nhỏ vì hóa xơ: mở rộng bàng quang bằng ruột

Nếu sỏi bàng quang gây suy thận: đặt Foley tại chỗ để tránh ứ đọng nước tiểu

Điều trị viêm bàng quang, viêm thận bể thận ngược chiều.

#### **6. Điều trị căn nguyên**

Nếu có căn nguyên kèm theo phải điều trị để tránh tái phát

- Cát túi ngách bàng quang
- Cát bỏ mô xơ cổ bàng quang
- Cát đốt nội soi tuyến tiền liệt
- Cát bao qui đầu hẹp
- Điều trị hẹp niệu đạo

- Điều trị ung thư dương vật

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1980), “Sỏi cơ quan niệu”, Niệu Học tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 50 – 146
  2. Benway B.M. and Bhayani SB. (2015), “Lower Urinary Tract Calculi”, *Campbell- Walsh Urology* 11th ed., Saunders. An Imprint of Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania, pp. 1291-1299
  3. KHAI-LINH V. HO and SEGURA JW. (2007), “Lower Urinary Tract Calculi”, *Campbell-Walsh Urology* 9th ed., Saunders. An Imprint of Elsevier., Philadelphia, pp. 1291-1299
- Scapero HM. and Walsh DL., “Cystolithotomy”, *Hinman’s Atlas of Urologic Surgery* 3<sup>rd</sup> ed., Saunders. An Imprint of Elsevier, China, pp. 537 – 539

## PHẦN IV: SỎI NIỆU ĐẠO

### I. ĐẠI CƯƠNG

#### 1. Định nghĩa

Ít gặp nhất trong các loại sỏi đường tiết niệu dưới, chiếm 0,3% sỏi niệu. Được chia thành 2 loại:

Sỏi nguyên phát: sỏi phát triển tại chỗ. Sỏi phát triển tại niệu đạo do sự kết tụ tại chỗ trên một vật lạ hoặc do ứ đọng nước tiểu như túi thừa niệu đạo. Sỏi loại này chủ yếu là sỏi Struvite, thường có kèm nhiễm khuẩn niệu.

Sỏi thứ phát: sỏi di chuyển xuống từ bàng quang hay đường tiết niệu trên. Chiếm tỉ lệ lớn sỏi niệu đạo ở các nước kém phát triển. Những bệnh lý đường tiết niệu dưới là yếu tố nguy cơ ngăn chặn sự tổng xuất sỏi như : tăng sinh tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, tiền sử can thiệp dụng cụ qua niệu đạo, tự làm tổn thương.

#### 2. Nguyên nhân

Niệu đạo nam có 3 đoạn phình: hố thùy ở đầu dương vật, đoạn niệu đạo ở hành dương vật và đoạn niệu đạo tuyến tiền liệt. Sỏi thường mắc kẹt ở những đoạn phình này và phát triển to dần đến khi bít hẳn lòng niệu đạo.

Niệu đạo nam có 4 đoạn hẹp tự nhiên: lỗ niệu đạo ngoài, đoạn niệu đạo trong vật xốp, đoạn niệu đạo màng, đoạn niệu đạo ở cổ bàng quang. Sỏi thường hay kẹt lại ở những đoạn này. Sỏi niệu đạo thường thấy ở phái nam hơn phái nữ vì niệu đạo nam dài hơn lại có đường cong và những nơi hẹp tự nhiên trên.

Vị trí thường gặp: 1/3 ở niệu đạo sau, 2/3 ở niệu đạo trước: xoang tuyến tiền liệt, niệu đạo hành, hó thuyên.

## **II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

### **1. Lâm sàng**

\* Triệu chứng cơ năng

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.

Triệu chứng thực thể

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

### **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)

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán xác định**

Thường bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới cấp tính kèm KUB thấy sỏi niệu đạo.

### **2. Chẩn đoán phân biệt**

Sỏi tuyến tiền liệt: nằm rải rác hai bên xương mu, nong niệu đạo không có cảm giác chạm sỏi. Bệnh thường đi đôi với tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hay viêm tuyến tiền liệt.

Phân hóa vôi trong trực tràng: ấn chẩn hậu môn thấy phân. Cho rửa ruột, chụp X – Quang vùng tiểu khung sẽ thấy mất hình ảnh hóa vôi

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Xử trí ban đầu**

Chỉ định dựa vào

Vị trí sỏi

Bất thường giải phẫu đi kèm

### **2. Ngoại khoa**

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% (Verit,2006; Kamal,2004)

Nếu không thành công, mổ mở bàng quang lấy sỏi

Sỏi niệu đạo trước

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

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

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ngô Gia Hy (1980), “Sỏi cơ quan niệu”, Niệu Học tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 50 – 146

2. Benway B.M. and Bhayani SB. (2015), “Lowe Urinary Tract Calculi”, *Campbell- Walsh Urology* 11th ed., Saunders. An Imprint of Elsevier., Philadelphia, Pennsylvania, pp. 1291-1299

# BÀI 19: XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG TIM, PHỔI

## \* MỤC TIÊU

- Nêu được khái niệm về Chấn thương tim, phổi.
- Nhận biết được các triệu chứng và mức độ nặng của Vết thương tim, phổi.
- Trình bày được các cơ chế bệnh sinh và hậu quả của Vết thương tim, phổi.
- Chỉ định được các cận lâm sàng cần thiết.
- Trình bày được các bước cấp cứu cơ bản và nguyên tắc điều trị của Vết thương tim, phổi.
- Chẩn đoán và xử trí 01 ca vết thương tim phổi.

## \* CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN VÀ VẾT THƯƠNG NGỰC:

Chấn thương (CT) ngực thường nằm chung trong bệnh cảnh đa thương như chấn thương sọ não, chấn thương bụng... kèm theo hôn mê hoặc sốc nặng, dễ bị bỏ sót.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu của CT ngực kín. Dao đâm và đạn bắn là nguyên nhân thường gặp trong vết thương (VT) thấu ngực.

### \* VỚI BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

Chú ý khai thác kỹ bệnh sử và cơ chế chấn thương. Thời gian từ khi bị thương cho đến khi đến viện.

Trong vết thương thấu ngực, nếu có VT ngực hở (nghe và thấy tiếng phì phò nơi vết thương). Phải tiến hành cắt lọc và khâu kín vết thương ngực hở ngay (biến VT ngực hở thành VT ngực kín) tránh nguy cơ tràn khí màng phổi nặng, dễ tử vong.

### Các Thể Lâm Sàng Đòi Hỏi Phải Xử Lý Tối Khẩn

Tắc nghẽn khí đạo là nguyên nhân tử vong nhanh nhất sau khi bị thương. Phải thông thoáng khí đạo trong mọi giai đoạn hồi sức và chuyển thương, cổ ngửa tối đa, kèm theo cố định cằm để hầu họng được thông thoáng. Nếu chưa được tốt thì nên đặt nội khí quản với ống > 8 mm. Nếu nghi ngờ có tổn thương cột sống cổ, nên đặt nội khí quản qua mũi với ống nhỏ hơn, qua thám sát của ống soi mềm. Nếu khó thở mà dụng cụ không có sẵn, mở khí quản để rút ngắn đường thở.

Tràn khí màng phổi áp lực Tràn khí màng phổi hở Màng sườn di động thể nặng Tràn máu màng phổi nặng

### 1. TỔN THƯƠNG THÀNH NGỰC GÂY SƯỜN ĐƠN THUẦN

#### • Chú ý:

- Gãy sườn ở trẻ em thường khó phát hiện trên X quang ngực (do xương sườn trẻ đàn hồi tốt), nhưng phải theo dõi các thương tổn nặng bên trong.

- Gãy sườn 1, 2, 3 thường có tổn thương các mạch máu lớn kèm theo, nên chụp CT scan, MRI hoặc chụp mạch đồ nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu. Phải theo dõi sát.



- Gãy sườn 11, 12 thường kèm theo tổn thương lách hoặc thận trái (nếu bên trái); và tổn thương gan hoặc thận phải (nếu bên phải).

• Xử trí gãy sườn:

- Vật lý hô hấp như thông thoáng khí đạo, ho khạc và thuốc long đàm, nhất là với bệnh nhân cao tuổi.

- Chỉ dùng thuốc giảm đau dạng chích hoặc uống. Chú ý theo dõi tổn thương kết hợp và phối hợp khi sử dụng thuốc giảm đau.

- Không nên băng keo thun bản rộng như quá khừ đã dùng, hầu tránh loét da và gây hội chứng bó ngực.

## **MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG**

Khi gãy 2 chỗ trên 1 sườn và gãy nhiều sườn liên tiếp.

- Với 1 cơ chế chấn thương ngực kín trực tiếp, cực mạnh.

- Cởi bỏ hết áo ra, dưới ánh sáng có thể thấy “hình ảnh chuyển động đảo nghịch” của mảng sườn di động, còn gọi là hô hấp đảo nghịch

- X quang chỉ đóng vai trò tham khảo và đánh giá dập phổi đi kèm. Tất cả mảng sườn di động đều có dập phổi kèm theo.

- Tiên lượng nặng: nếu gãy cung trước-bên với diện tích di động > 15 cm và biên độ di động > 1,5 cm hoặc tổn thương dập > 1/3 một bên phổi. Chú ý: suy hô hấp, tử vong cao.

Xử Trí:

- Chỉ cần giảm đau, giúp thở hoặc phong bế TK liên sườn. Chỉ định thở máy với áp lực dương cuối thời kỳ thở ra (PEEP) khi nhịp thở trên 40 lần/ phút kèm theo áp suất phần trong máu(PO<sub>2</sub>) < 60 mm Hg. Chú ý vật lý hô hấp hầu tránh viêm phổi, nhiễm trùng phổi.

- Không nên dùng băng keo thun bản to và các phương pháp mổ kết hợp xương đều không hiệu quả.

## **2. TỔN THƯƠNG PHỔI - MÀNG PHỔI**

**TRÀN KHÍ DƯỚI DA(TKDD):** 12%- 25% các trường hợp CT ngực.

-Trong hầu hết các trường hợp đều do TKMP hoặc tràn khí trung thất. Nguyên nhân: DLMP mà lỗ ống nằm trong thành ngực, sau mở khí quản, nhưng ít hơn.

-Trong một số trường hợp CT ngực kín, không có gãy sườn, không có dập phổi, nhưng sờ thấy “lép lép” dưới da là do chấn thương dập thành ngực khiến cho khoảng trống mô mềm bị tách ra, mô lỏng lẻo bị trượt lên nhau... tạo nên hiện tượng trên.

Tràn khí dưới da được chẩn đoán dễ dàng qua khám sờ thấy tiếng lép lép dưới da và trên X quang ngực. Trong trường hợp TKDD nhiều, lan rộng cả bên ngực sẽ che mờ các thương tổn phổi-màng phổi bên dưới (cả trên X quang lẫn trên lâm sàng).

-Xử trí: phải tìm ra nguyên nhân của tràn khí dưới da và chú ý hút hệ thống DLMP hiệu quả sẽ giảm TKDD.

## **TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI (TKMP)**

Thường gặp trong CT ngực kín hoặc VT ngực gây rách thành ngực, rách phổi hoặc vỡ rách các phế nang, tổn thương khí-phế quản.

- Dựa trên hình ảnh học, chia là TKMP lượng nhẹ, vừa và nặng.

- Để đánh giá tình trạng nặng, chia TKMP ra làm 3 loại:

- TKMP đơn thuần (simple pneumothorax);

- TKMP hở: đang còn phì phò (open pneumothorax).

- TKMP có chèn ép cấp hay còn gọi là TKMP áp lực (tension pneumothorax): TKMP có van gây xẹp phổi và suy hô hấp. Nguyên nhân thường là TKMP hở có van. \*Gọi là “van trong” nếu khí thoát ra 1 chiều, từ chỗ rách của nhánh khí-phế quản, bên trong phổi. \*Gọi là “van ngoài”, nếu khí thoát ra 1 chiều, từ chỗ hở của thành ngực, khiến trung thất dễ bị đẩy lệch sang bên đối diện, dễ tử vong... TKMP bên phải thường tử vong cao hơn TKMP bên (T), vì khả năng chèn ép hồi lưu tĩnh mạch, dễ gây ngưng tim đột ngột.

- Có thể có tràn khí dưới da và tràn khí trung thất kết hợp: chú ý, phải loại trừ tổn thương khí phế-quản.

- Dấu hiệu đẩy lệch trung thất sang bên đối diện, kèm theo triệu chứng suy hô hấp cấp. Thường gặp trong TKMP nặng, thì nên đặt dẫn lưu khẩn cấp và hút hệ thống dẫn lưu màng phổi liên tục dưới áp lực từ 15-20 cm H<sub>2</sub>O, mà không cần chờ đợi X quang.

Xử trí:

- Với TKMP áp lực: chọc hút khẩn cấp cứu mạng và đặt dẫn lưu tại phòng cấp cứu.

- Với TKMP lượng ít: theo dõi.

- Với TKMP lượng vừa trở lên: đặt dẫn lưu màng phổi ở liên sườn từ 4-6, đường nách giữa, tốt nhất là hút liên tục hoặc cách quãng.

### **TRÀN MÁU MÀNG PHỔI (TMMP)**

- Nguyên nhân thông thường là do rách phổi, rách động mạch liên sườn. Các trường hợp nặng như: tổn thương động mạch vú trong, các mạch máu lớn hoặc tổn thương các buồng tim.

- Chẩn đoán dựa vào tổng trạng và lượng máu mất trong khoang màng phổi, thường chia làm 3 mức độ (lượng ít, lượng vừa và lượng nhiều).

- X quang ngực thẳng tư thế đứng chỉ có thể cho thấy mờ góc sườn hoành nếu lượng máu mất vào trong khoang màng phổi 200-300ml. Trái lại trên X quang ngực thẳng tư thế nằm, bóng mờ mỏng lan đều cả 1 bên ngực khó thấy được hiện tượng dịch nếu lượng máu mất vào khoang màng phổi dưới 1 lít. Nếu TMMP nặng, trung thất có thể bị đẩy lệch sang bên đối diện.

- Người ta dựa vào TMMP ổn định, TMMP tiếp diễn hoặc TMMP đông để quyết định can thiệp nội soi hoặc phải mở ngực cấp cứu.

- Tràn máu màng phổi tiếp diễn (continuous hemothorax, continued intrapleural bleeding): là TMMP mà nguyên nhân chảy máu chưa được kiểm soát, máu vẫn còn tiếp tục chảy (nhiều hoặc ít). Chiếm tỷ lệ từ 8-15%.

- Trần máu màng phổi cũ, ổn định (stabilized hemothorax): máu chảy vào khoang màng phổi, nhưng đã tự cầm hoặc có khuynh hướng ổn định, không tiếp tục chảy nữa. Đây là đặc điểm TMMP của đa số các chấn thương ngực kín và 1 phần lớn trong vết thương thấu ngực (85%).

- Trần máu màng phổi đông (clotted hemothorax): là tình trạng máu chảy ra rồi đông lại, đóng bánh trong khoang màng phổi (8-10% các trường hợp).

• Xử trí:

- Đại đa số các trường hợp, chỉ cần đặt dẫn lưu màng phổi là đủ.

- Chỉ định mở ngực hoặc PT nội soi khi TMMP tiếp diễn hoặc TMMP đông. Chỉ định mở ngực khẩn cấp khi: Trong vòng 15 phút đầu sau vết thương thấu ngực kèm theo mờ hết 1 bên ngực (xác định qua siêu âm hoặc X quang)

Chỉ định mở ngực hoặc mổ nội soi cứu cứu khi:

- Máu ra bình dẫn lưu > 300 ml trong giờ đầu và liên tiếp chảy trong 3 giờ liền (sau khi ước lượng trừ lượng máu cũ).

- Máu chảy ra theo ống dẫn lưu > 1000 ml trong 24 giờ và vẫn còn tiếp diễn.

### **DẬP PHỔI**

- Gặp trong chấn thương ngực mạnh, thường kèm theo gãy sườn.

- Biểu hiện lâm sàng rõ ràng nhất là triệu chứng ho ra máu và nghe được ran nổ nơi tổn thương.

- X quang chẩn đoán tốt nhất: dập phổi có hình ảnh những đám mờ phế nang không rõ nét, hoặc hình ảnh đông đặc lan tỏa, tại nơi chấn thương.

### **TỤ MÁU NHU MÔ PHỔI**

- Thường gặp trong vết thương thấu ngực hoặc chấn thương ngực kín mạnh.

- Lâm sàng thường kèm theo khó thở nhiều hoặc ít.

- Trên X quang: bóng mờ với bờ viền rõ. Tuy nhiên tụ máu nhu mô phổi thường kèm theo dập phổi. Và khi đó triệu chứng dập phổi sẽ chiếm ưu thế, trừ phi tụ máu quá lớn.

Điều trị: Cả dập phổi và tụ máu nhu mô phổi đều được điều trị bảo tồn: kháng sinh, giảm đau và vật lý hô hấp-thông thoáng khí đạo.

Chỉ định thở máy hỗ trợ khi có dấu hiệu suy hô hấp và giúp thở dự phòng nếu trên 1/3 một bên phế trường bị dập trên X quang phổi trong 6 giờ đầu.

## **3. TỔN THƯƠNG CÁC CƠ QUAN TRUNG THẤT-CƠ HOÀNH**

### **TRÀN KHÍ TRUNG THẤT**

Thường gặp trong chấn thương khí áp (barotrauma) trong các trường hợp giúp thở máy với áp lực dương. Trong các trường hợp chấn thương thủng vỡ khí-phế quản.

Trên lâm sàng, tràn khí trung thất tự phát thường rõ hơn trong chấn thương. bệnh nhân đột ngột đau vùng sau xương ức và trước tim, lan ra sau lưng, lên cổ hoặc lên vai và lan ra cánh tay. Đau tăng lên mỗi khi ho, nuốt, khi hít sâu hoặc lúc nằm nghiêng. Bệnh

nhân sẽ dễ chịu khi thở nông và ngồi ngả người về phía trước. 15% các trường hợp có đau bụng và 50% kèm theo khó thở.

Thường phát hiện trên X quang. Trên phim ngực thẳng, vết khí mỏng uốn bọc ngoài bóng tim, quanh quai động mạch chủ hoặc động mạch phổi. Trên phim chụp nằm, tràn khí trung thất dễ nhầm với TKMP trước-trong và khí trong màng bao tim. Trên phim ngực tu thế đứng khí trong TKMP thường lên cao trong khoang màng phổi và khoang màng ngoài tim; nhưng với tràn khí trung thất, khí thường tụ lại tại khoảng kẽ, chỗ có nguyên nhân gây ra.

Trên CT Scan biểu hiện rõ nét nhất.

**TRÀN MÁU TRUNG THẤT** do tổn thương các mạch máu lớn. Nếu nhiều sẽ gây ra chèn ép trung thất cấp (mediastinal tamponade): Triệu chứng tương tự nhu chèn ép tim cấp nhưng diễn tiến chậm hơn và thường trầm trọng hơn, do phát hiện trễ. Chẩn đoán chính xác phải nhờ đến siêu âm, CT Scan MRI hoặc mạch dò.

### **TÔN THƯƠNG KHÍ PHẾ QUẢN**

Thường gặp trong chấn thương ngực kín nặng như xe cán ngang người. Phế quản bên phải gần chỗ chia hai thường bị ép giữa xương ức và cột sống, bị xé toác ra. Hoặc rách ngang khí quản.

- Triệu chứng thường gặp: tràn khí trung thất và vùng cổ sâu hoặc TKMP lượng nhiều. Ho ra máu, tràn khí màng phổi và tràn khí dưới da, bệnh nhân thường có triệu chứng suy hô hấp.

- Chẩn đoán xác định tổn thương khí quản chỉ dựa vào kết quả nội soi khí phế quản. Nên xử trí sớm, sự chậm trễ sẽ gây chít hẹp dẫn đến xẹp phổi, nhiễm trùng .. và sau cùng nhu mô bị tiêu hủy, sau này phải cắt phổi.

- Xử trí: Với VT nhỏ: điều trị bảo tồn và theo dõi. Nếu VT to nên mở tại chỗ hoặc mở ngực khâu lại VT, tránh hiện tượng mô hạt mọc lấp bít hẹp khí quản.

### **TÔN THƯƠNG THỰC QUẢN**

Gây ra viêm trung thất cấp, nặng, dễ tử vong nếu can thiệp trễ, sau 48 giờ, hoặc gây ra tràn mủ màng phổi nặng. Chẩn đoán dựa vào cơ chế chấn thương, kết hợp với nội soi thực quản, chụp thực quản cản quang và CT Can sau khi uống dung dịch cản quang.

Xử trí :

-Với tổn thương vùng cổ: mở cổ đường dọc trước cơ ức-đòn-chũm thám sát và khâu lại sớm và nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày.

-Với thực quản ngực: nếu phát hiện sớm, nên mở ngực khâu lại vết thương, dẫn lưu kỹ, tưới rửa 3 ngày sau mổ và mở dạ dày nuôi ăn. Nếu muộn (viêm mủ trung thất) mở ngực lấy hết mô hoại tử, rửa sạch tưới rửa nhiều ngày và mở dạ dày nuôi ăn.

**HC PURTSCHER (HC ngạt thở do chấn thương hay HC chèn ép tĩnh mạch chủ trên cấp)**

- Do chèn ép ngực kéo dài từ 2-10 phút, hoặc do dẫm đạp lên nhau trong các cuộc tháo chạy hoảng loạn.

- Dấu hiệu tím sẫm vùng đầu mặt cổ, do chèn ép tĩnh mạch chủ trên cấp tính.

- Chỉ cần hồi sức và oxy liệu pháp (thở oxy 3 lít / phút) là đủ.
- Chú ý tổn thương kết hợp (ở lồng ngực) và phổi hợp (nhất là chấn thương sọ não...v.v) là nguyên nhân chính gây tử vong.

### **VẾT THƯƠNG TIM**

- Khi lỗ vào của VT nằm trong vùng định vị của tim. Hoặc hướng VT đi xuyên ngang qua vùng tim.
- TC ngạt thở nặng, mặt nạn nhân tím sẫm lại, tĩnh mạch cổ phồng, dấu mạch nghịch, nghe tiếng tim xa xăm kèm theo huyết áp tuột (HC.chèn ép tim cấp)...
- Chụp X quang thường khó xác định, có khi thấy bóng tim hình bầu nước. Soi dưới màng huỳnh quang thấy bóng tim to đập yếu hoặc không đập.
- ECG thường không kịp làm trong cấp cứu vì nạn nhân dễ chết nhanh trong tình trạng chèn ép tim cấp (cardiac tamponade) do chảy máu trong màng ngoài tim; hoặc chảy máu ồ ạt ra các khoang lân cận (gây ra HC sốc mất máu cấp).
- ECHO tim làm ngay tại phòng cấp cứu là điều kiện tốt nhất để chẩn đoán chèn ép tim cấp (tamponade), hoặc xác định có máu trong màng ngoài tim, hầu có chỉ định mổ kịp thời, cứu sống bệnh nhân.
- Chọc dò màng ngoài tim là động tác hết sức quan trọng để chẩn đoán tràn máu màng tim và qua đó hút máu ra để giải phóng tamponade trong lúc chờ đợi mở ngực để khâu lại vết thương tim.

### **VẾT THƯƠNG THÙNG HOÀNH (vết thương ngực bụng)**

- Nếu vết thương từ vú đến ngang rốn (chiếm tỷ lệ 80 %).
- Dấu gián tiếp:
  - Nếu vết thương chột vùng ngực mà lại có HC xuất huyết nội ở bụng hoặc HC viêm phúc mạc.
  - Hoặc vết thương ở vùng bụng mà lại có HC tràn máu hoặc tràn khí màng phổi.
- Trên X quang ngực thẳng, nghiêng: thấy hình ảnh mất liên tục của vòm hoành. Bóng hoành nâng cao.

Xử trí:

- Giai đoạn cấp (trong 48 giờ): mở bụng hoặc phẫu thuật nội soi để khâu hoành.
- Giai đoạn chuyên tiếp (48 giờ-2 tuần lễ): mở ngực khâu hoành và xử lý tổn thương kết hợp.
- Giai đoạn trễ (sau 2 tuần): chỉ có mở ngực gỡ dính mới có thể khâu hoành. Trong các trường hợp lỗ rách hoành to, có thể ghép bằng màng bao tim hoặc màng cân cơ thành ngực hoặc dùng chất tơ nhân tạo như plastic mech, Dracron, Teflon) để phục hồi cơ hoành.

### **VỠ HOÀNH DO CHẤN THƯƠNG KÍN**

- Với cơ chế chấn thương nặng, như té cao, xe đụng trực tiếp hoặc xe cán ngang vùng ngực-bụng hoặc vùng bụng trên.

- Trên X quang ngực thẳng có thấy được hình ảnh thoát vị hoành:

- \*Sự mất liên tục của viền hoành;

- \*Sự nâng cao của cơ hoành;

- \*Bóng hơi bất thường (của dạ dày) trên vùng ngực.

- Xử trí: đại đa số nằm trong bệnh cảnh đa thương nặng. Ngoài hồi sức chống sốc, hầu hết phải mổ bụng khâu hoành và xử lý các tổn thương kết hợp.

#### **\* KẾT LUẬN**

Chấn thương ngực là 1 thương tổn thường gặp trong chấn thương, có tỷ lệ tử vong cao, chiếm Va số tử vong do chấn thương mà chỉ cần xử trí ban đầu đúng đắn thì chúng ta có nhiều khả năng cứu sống nạn nhân. Vấn đề quan trọng đối với một thầy thuốc ngoại khoa là phải khám kỹ nạn nhân. Đặc biệt là phải khám lại nhiều lần và theo dõi sát những trường hợp nặng (kết hợp với các phương tiện cận lâm sàng như X quang ngực, CT Scan hoặc khảo sát mạch đồ, định lượng khí máu động mạch. . . ) hầu tránh bỏ sót những tổn thương bên trong lồng ngực.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - NXBYH – ĐHYD TPHCM 2013
2. Ngoại khoa lâm sàng – Tổ bộ môn Ngoại bệnh viện nhân dân Gia định 2007
3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa - NXBYH – HN 2006
4. Phác đồ điều trị bệnh viện Trung Vương
5. Maingot's Abdominal operations Twelfth Edition – Copyright © 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc
6. David Sabiton; Textbook of Surgery , the biological basis of modern surgical practice 20TH EDITION - Copyright © 2017 by Elsevier, Inc