

3. áp lực của niệu quản tăng đột ngột 1/3 trên (12 mmHg) nên 1/3 dưới (40mmHg) có tác động y dòng ngược, chứng hiện tăng trào ngược ngược niệu quản bàng quang, niệu quản ở trên phần ngược dòng lên thận.

III. Sinh lý và giải phẫu bệnh sinh niệu quản.

1. Sinh niệu quản ở trung tâm lưng dưới niệu quản, dù tăng hoàn toàn hay không hoàn toàn vẫn gây hiện tượng ngược niệu quản trên sinh.

2. Hinmann 1934 theo dõi thí nghiệm thực nghiệm:

1) Gây tăng niệu quản bằng cách buộc niệu quản 1 bên, sau 2 tuần cắt thận bên bị đi, tháo gỡ niệu quản buộc thì thận phục hồi, về thí nghiệm vẫn sống.

2) Gây tăng niệu quản, 3 tuần sau cắt thận bên bị đi, tháo gỡ niệu quản buộc, chức năng thận phục hồi 50%.

3) Gây tăng niệu quản, 4 tuần sau cắt thận bên bị đi, tháo gỡ niệu quản buộc thì thận không phục hồi, về thí nghiệm không sống sót.

4) Nghiên cứu giải phẫu bệnh tăng niệu quản xuất hiện như sau:

- 7 ngày: niệu quản giãn, giãn các ống góp, có chèn ép.

- 14 ngày: các ống lớn xa, lớn gần có phần tăng xơ collagen làm rối loạn nhu động thận niệu quản.

- 28 ngày: 50% vùng tuỷ thận thoái hoá, cấu trúc quá sụn, kết tuỷ thận chứa các fibroblast, tế bào nhân, tế bào mỡ. Các mạch máu vùng tuỷ thận thì co thắt, ngừng tế bào mạch máu cấu trúc tuỷ thận sụp đổ.

- 8 tuần: nhu mô thận bị dẫn máu 1 cm.

3. Thay đổi nội tạng gây chết thận niệu quản.

4. Các biến chứng chính của sinh niệu quản:

- Viêm nhiễm: viêm bể thận, viêm thận cấp.

- Ngược niệu quản-nhiễm khuẩn: thận nhiễm, thận mủ.

- Thận niệu, vô niệu.

IV. Chẩn đoán sinh niệu quản:

1. Dấu hiệu:

0) Tuổi: thường gặp tuổi 30 – 50.

1) Gi i:

- Nam/n = 2/1.

- Có s liên quan gi a gi i và tính ch t s i (nam hay g p s i canxiphosphat, canxi oxalat, n hay g p s i phosphat – amoniaco – magnesi)

2) i u ki n sinh ho t:

- Ch n nhi u canxi, phosphat, oxalat d hình thành s i.

- Khí h u nóng, khô, h n ch l ng n c ti u bài ti t c ng d hình thành s i.

3) Y u t di truy n c ng c nh c t i trong l s b nh c nh v s i cystin, s i canxi...

4) Nh ng b nh m n tính n m lâu và bi n ch ng c a n m lâu c ng d hình thành s i.

2. Lâm sàng

1) C n ng:

- C n au s i ni u qu n:

+ au qu n th t l ng t ng c n d d i kéo dài vài phút t i hàng gi , khó c t c n au n u không c i u tr thu c gi m au.

+ C n au xu t hi n sau khi b nh nhân i l i, v n ng nhi u, lao ng n ng.

C n au d u i khi c ngh ng i.

+ V trí: Vùng h th t l ng, lan xu ng d i theo ng i c a ni u qu n t n h t nhi u v trí khác nhau tu vào v trí s i: S i 1/3 d i ni u qu n: lan xu ng bìu.

S i 1/3 gi a ni u qu n: lan xu ng h ch u. S i 1/3 trên: lan d c xu ng tinh hoàn cùng bên.

+ Nguyên nhân: Do co th t viêm phù n ni u qu n.

+ au âm c ng t c vùng th t l ng khi có ng ni u qu n – b th n.

- á máu: á n c ti u h ng hay (ít g p), có th á máu vi th (< 100000 h ng c u/ml n c ti u).

- á r t, á bu t: khi s i ni u qu n v trí sát bàng quang gây kích thích bàng quang.

- H i ch ng sau phúc m c: Trong c n au b nh nhân có th có nôn, b ng ch ng.

2) Toàn thân: Khi ch a có bi n ch ng thì ch a có bi u hi n gì c bi t.

3) Th c th :

- Khi có c n au c a s i ni u qu n, có th th y au co c ng c th t l ng, co c ng n a b ng, b ng ch ng.

- Có th ch m th n, b p b nh th n (+).

- V vùng h th t l ng au t ng.

3. C n lâm sàng:

- Xét nghi m máu:

+ Công th c máu: h ng c u bình th ng, b ch c u t ng cao, a nhân trung tính t ng cao (>75%). T c l ng máu t ng: Khi có nhi m khu n.

+ Hoá sinh máu: có th th y các nguyên nhân gây ra s i: Ca t ng, oxalat t ng....

+ N u nhi m khu n huy t: xét nghi m có vi khu n trong máu.

+ Ure, creatinin t ng cao: có suy th n c p/ t c p c a suy th n m n.

- Xét nghi m n c ti u:

+ T bào: H ng c u (+++), b ch c u (+++), t bào bi u mô ng ni u (+++)

+ Protein v t (<1g/24h).

+ Vi khu n n c ti u(+) (> 10000/ml): th ng g p E.Coli 60 – 80%, liên c u, t c u vàng Proteus các ch ng. áng s nh t là tr c khu n m xanh.

- Xquang h ti t ni u không chu n b th ng nghiêng:

+ Phát hi n s i ni u qu n tr các tr ng h p s i urat, acid uric. Hình nh c n quang c a s i n m trên ng i c a ni u qu n, hình thoi 2 u h ng lên trên và xu ng d i.

+ Trên phim nghiêng th y s i n m sau c t s ng và ch n oán phân bi t v i s i túi m t vôi hoá, h ch vôi hoá...

+ Bóng th n to.

- Siêu âm: Kích th c th n to h n bình th ng, bao th n dày. ài b th n giãn nh , ni u qu n trên s i giãn, vùng v tu còn phân bi t rõ và âm ng u,

không cho i t . Siêu âm phát hi n s i ni u qu n là hình t ng âm có bóng c n ngay c s i urat, acid uric, nh ng siêu âm khó phát hi n s i ni u qu n 1/3 gi a vì h i các quai ru t và x ng ch u.

- Ch p ni u t nh m ch:

+ Xác nh v trí s i trên ng i c a ni u qu n, không b sót s i không c n quang.

+ ánh giá ch c n ng th n thông qua m c bài ti t c a th n theo th i gian

+ Hình thái ài b th n, th n.

+ M c giã c a ni u qu n, ài b th n trên v trí c a s i.

+ Phát hi n các d d ng c a s i.

- Ch p ni u qu n – b th n ng c dòng: c ng có giá tr ch n oán s i, t c ni u qu n... nh ng ít dùng do có th gây bi n ch ng nhi m khu n.

* Nh v y qua các b c th m khám trên ta có th s b ch n oán c s i ni u qu n và v trí c a nó trên ni u qu n. i u quan tr ng là phát hi n ra nó có bi n ch ng hay ch a có thái x trí phù h p.

V. Các bi n ch ng chính c a s i ni u qu n:

A. Các bi n ch ng tr c m :

1) Bi n ch ng do nguyên nhân tr :

1) Nhi m khu n n c ti u:

- Khi tr , n c ti u r t d nhi m khu n, vi khu n hay g p là vi khu n ng ru t và áng s nh t là tr c khu n m xanh.

- Các tri u ch ng kèm theo tri u ch ng c a s i ni u qu n:

+ ái c, m c ph thu c vào m c nhi m khu n.

+ Toàn thân có th có s t, không s t.

+ Xét nghi m th y có tr b ch c u, t bào m trong n c ti u, vi khu n.

2) Viêm th n - b th n: bài riêng.

3) Áp xe th n.

- Các tri u ch ng c a viêm th n – b th n nh ng n ng h n nhi u.

- Siêu âm: hình nh các áp xe li ti kh p th n ho c có th g p 1 vài to

- i u tr nh v i viêm th n, b th n.

4) Nhi m khu n huy t: là m t bi n ch ng n ng.

- Toàn thân có h i ch ng nhi m khu n – nhi m c n ng. Trong máu có vi khu n khi nuôi c y.

- i u tr :

+ H i s c th n: Truy n Lasix, huy t thanh ng t. Theo dõi l ng n c ti u khi truy n.

+ H i s c toàn thân : C i thi n tình tr ng huy t ng, theo dõi CVP.

+ Kháng sinh m nh di t vi khu n G(-).

+ M c p c u l y s i.(?)

5) Viêm th n k , x teo th n.

- Huy t áp cao.

- Siêu âm: th n teo nh h n bình th ng.

- Doppler màu, ch p ng m ch th n ch n l c: gi m m ch máu trong th n.

- X trí: N u th n bên i di n t t: c t b th n và ni u qu n bên t n th ng.

6) Viêm nhi m thành ni u qu n: ni u qu n viêm nhi m làm t ch c ni u qu n dày lên, x hoá, chít h p ni u qu n.

7) Th ng thành ni u qu n: gây dò n c ti u.

- Dò ra ngoài: viêm t y sau phúc m c.

- Dò vào trong: gây viêm phúc m c n c ti u.

- X trí: ph u thu t l y s i, khâu ph c h i hay c t o n, n i t n t n ni u qu n.

8) Viêm quanh th n.

9) Áp xe quanh th n: H u qu n ng, d l i m : ph u thu t đ n l u áp xe quanh th n ho c c t th n n u không còn kh n ng b o t n.

2. Bi n ch ng do chít t c

1) Th n n c: bài riêng.

2) Th n n c nhi m khu n.

3) Th n m : bài riêng.

4) Suy th n c p vô ni u: bài riêng.

5) Suy th n m n tính c 2 bên.

6) T ng huy t áp: S i ni u qu n →viêm th n c p/m n, n c b th n →t ng huy t áp (?). i u tr : i u tr t ng huy t áp và l y s i ni u qu n.

B. Các bi n ch ng trong m :

1) Làm rách phúc m c t o l l thông t ngoài vào trong b ng.

2) Làm th ng các t ng trong b ng: tá tràng, i tràng.

3) Ch y máu: Do làm rách các m ch máu nh quanh ni u qu n và ti u khung.

4) C t t ng m ch và t nh m ch th n.

5) Rách t nh m ch ch .

C. Các bi n ch ng lâu dài:

1) Chít h p ni u qu n do khâu quá k , lòng ng ni u qu n b h p l i

2) Ròn c ti u t ni u qu n do o n chít h p ni u qu n phía đ i hòn s i ch a gi i quy t tri t .

3) Suy th n không bù tr . Tuy ã gi i quy t nguyên nhân nh ng th n không ph c h i c.

Viêm thận, viêm đài bể thận, viêm thận cấp

I. Định nghĩa

1. Siniuquin làm cản trở lưu thông, ngưng tụ tiểu, nhiễm khuẩn nặng tiểu niu có thể ngưng đọng lên nhu mô thận (mô liên kết kết thận – nang thận gây viêm cấp hay mạn tính).
2. Viêm đài bể thận cấp tính ví dụ như nhiễm lâm sàng rớm rớm nh huyết niệu chèn ng bài tiểu tiện, nhất là siniuquin 2 bên hay siniuquin 1 bên và sốt 1 bên.
3. Nếu bệnh phát hiện sớm ngay tại cấp tính đầu tiên, tiểu nguyên nhân kịp thời (lý siniuquin) thì tình trạng viêm đài bể thận sẽ khỏi, chèn ng, hình thái thận có thể hồi phục hoàn toàn.
4. Nếu bệnh kéo dài không phát hiện ra nguyên nhân siniuquin, sau nhiều đợt viêm đài bể thận cấp tính, phần nặng viêm sẽ trở thành viêm đài bể thận mạn tính, chèn ng và hình thái thận ít có khả năng phục hồi tốt cho dù lý siniuquin.
5. Các vi khuẩn gây bệnh thường là vi khuẩn G(-) như E.Coli, Klebsiella, Proteus theo ngưng tụ ngưng đọng lan lên thận. Các vi khuẩn G(+) như liên cầu khuẩn, tụ cầu có thể gây viêm đài bể thận theo đường máu hay đường kính ít gặp.

II. Các biến chứng của viêm đài bể thận – viêm thận cấp:

1. Viêm mô đài bể thận viêm phù xung huyết, rỉ rác có thể loét chảy máu. Viêm đài bể thận dẫn nhễm trùng ngược gây ngưng tụ tiểu (nhiễm huyết niệu, bạch cầu, tiểu bào niệu mô đài bể thận, vi khuẩn). Vùng thận phần nặng viêm phù cấp, các gai thận, thấp thận các mô kết thận, thâm nhiễm niệu bạch cầu nhân trung tính, lympho, đại thực bào. Vùng tu thận cấp có thể ngừng thận vĩnh viễn.
2. Thận phù nề sưng to, bao thận nguyên nhân nh huyết khối mangan.

3. Thận trọng bệnh mắt bóng nhẫy, không hăng cng mà gì ng nh mô tuy n giáp. Phấn nhu mô thận x hoá ch y ut k thận v i s thâm nhiễm các tế bào lympho bạch cầu nhân. Viêm ãi b thận – thận m n tính do s i ni u qu n nói riêng hay s i ti t ni u nói chung u có m c giã ãi b thận, niêm m c ãi b thận x dày cùng các gai thận teo m ng. Các ng thận c ng giã hay xen k nh ng ch th t h p x hoá niêm m c ng thận, trong lòng ng thận ch a các th cast đ ng keo. Nhu mô thận m ng không phân biệt vùng v và tu thận. X hoá có thể tiến triển t i quanh c u thận và các tiểu m ch.

4. Viêm thận k m n tính là hậu quả của quá trình viêm ng ti t ni u do s i.

III. Triệu chứng:

1. Chẩn đoán:

1) Chẩn đoán lâm sàng:

- Đau lưng thất thường c n d d i kéo dài vài phút t i hàng gi , khó c t c n au n u không c i u tr thu c gi m au.

- Chẩn đoán xuất hiện sau khi bệnh nhân i l i, v n ng nhi u, lao ng n ng. Chẩn đoán đ u i khi c ngh ng i.

- Vị trí: Vùng hạ thất lưng, lan xuống đ i theo ng i c a ni u qu n t n h t nhi u vị trí khác nhau tu vào vị trí s i:

+ S i 1/3 đ i ni u qu n: lan xuống bìu.

+ S i 1/3 gi a ni u qu n: lan xuống hông ch u.

+ S i 1/3 trên: lan đ c xuống tinh hoàn cùng bên.

- Nguyên nhân: Do cơ thể viêm phù n ni u qu n.

- Đau âm c ng t c vùng thất lưng khi có ng ni u qu n – b thận.

2) Huyết sắc tố: Huyết sắc tố u h ng hay (ít g p), có thể huyết sắc tố vi th (< 100000 h ng c u/ml n c ti u).

3) Huyết sắc tố: Huyết sắc tố s m màu do các tế bào niêm m c ãi b thận viêm long th i theo n c ti u, do nhiễm khuẩn. M c ph thu c nhi u vào m c nhiễm khuẩn, vị khuẩn.

4) Ít r t, ái bu t: khi s i ni u qu n v trí sát bàng quang gây kích thích bàng quang.

5) Trong c n au b nh nhân có th có nôn, b ng ch ng.

2. Toàn thân: Bi u hi n tình tr ng nhi m khu n nhi m c r m r :

- S t cao dao ng 38,5 - 39°C âm không thành c n và kéo dài trong nhi u ngày.

- Toàn thân suy sút nhanh, môi khô, l i b n, chán n m t m i (au s t không d t).

- N u b nh tỉ n tri n nhanh chóng có th gây ure máu cao, thi u ni u, vô ni u, phù do suy th n.

3. Th c th :

- Khi có c n au c a s i ni u qu n, có th th y au co c ng c th t l ng, co c ng n a b ng, b ng ch ng.

- Có th ch m th n, b p b nh th n (+) n u kèm theo n c, m th n.

- V vùng h th t l ng au t ng.

*Các tri u ch ng trên th ng hay g p tái di n, nh ng l n sau n ng h n.

4. C n lâm sàng:

- Xét nghi m máu:

+ Công th c máu: h ng c u bình th ng, b ch c u t ng cao, a nhân trung tính t ng cao (>75%).

+ T c l ng máu t ng.

+ Hoá sinh máu: có th th y các nguyên nhân gây ra s i: Ca t ng, oxalat t ng...

+ N u nhi m khu n huy t: xét nghi m có vi khu n trong máu.

+ Ure, creatinin t ng cao: có suy th n c p/ t c p c a suy th n m n.

- Xét nghi m n c ti u :

+ T bào: H ng c u (+++), b ch c u (+++), t bào bi u mô ng ni u (+++)

+ Protein v t (<1g/24h).

+ Vi khuẩn đếm tế bào (+) (> 10000/ml) : thường gặp E.Coli 60 – 80%, liên cầu, tụ cầu vàng Proteus các chủng. Đáng chú ý là trực khuẩn m. xanh.

- Xquang hình thái niệu:

+ Phát hiện sỏi niệu quản trên các trường hợp sỏi urat, acid uric. Hình ảnh trên quang cao s. i. n. m. trêm. ng. i. c. a. ni. u. qu. n., hình thoi 2. u. h. ng. lên. trên. và. xu. ng. d. i.

+ Bóng thận to.

- Siêu âm: Kích thước thận to hơn bình thường, bao thận dày. Đài bể thận giãn nhẹ, niệu quản trên s. i. giãn, vùng v. và tu. còn phân biệt rõ và âm. ng. u., không ch. ho. i. t. Siêu âm phát hiện sỏi niệu quản là hình ảnh âm có bóng c. n. ngay c. s. i. urat, acid uric, nhưng siêu âm khó phát hiện sỏi niệu quản 1/3 gần vì hình ảnh các quai ruột và xương ch. u.

- Chẩn đoán lâm sàng khi hist. t. viêm cấp tính:

+ Xác định vị trí sỏi trên ng. i. c. a. ni. u. qu. n., không bắt sỏi sỏi không c. n. quang.

+ Đánh giá chức năng thận thông qua m. c. bài tiết creatinin theo thời gian

+ Hình thái đài bể thận, thận.

+ M. c. giãn c. a. ni. u. qu. n., đài bể thận trên vị trí c. a. s. i.

+ Phát hiện các dạng sỏi.

- Chẩn đoán niệu – b. th. n. ng. c. dòng: c. ng. có giá trị chẩn đoán sỏi, tế bào niệu quản... nhưng ít dùng.

IV. Diagnostics:

1. Viêm đài bể thận cấp: nếu cần kháng sinh ngay khi u. l. c. t. t. có thể tiến triển 5 – 7 ngày: hình ảnh viêm phù nề niệu quản, niệu quản c. l. u. thông có m. c. v. i. l. u. l. ng. n. c. t. u. t. ng. d. n. b. nh. nhân sỏi m. d. n. au, h. s. t. và s. qua. t. nhi. m. khu. n. c. p. tính.

2. Tình trạng viêm đài bể thận mạn tính vì sỏi niệu quản là hậu quả của bệnh lý sỏi không điều trị đúng, sẽ coi như bệnh nhân có sỏi, khi đi cầu đau

ri b qua, ngay c các tr ng h p sau khi ã i u tr s i ni u qu n giai o n mu n có bi n ch ng. Viêm ài b th n – th n m n tính v n có th nh ng t bùng phát c p tính khi b i nhi m t ng thêm, làm suy gi m d n ch c n ng th n và giãn ài b th n.

V. Viêm ài b th n 2 bên.

1. Viêm ài b th n c p 2 bên: u do s i hay viêm ài b th n c p 1 bên và th n i di n là th n b nh lý (m s i ti t ni u c , viêm th n , teo th n ..) các tri u ch ng bi u hi n b ng c n au s i ni u qu n, s t cao, ng th i thi u ni u, vô ni u, ure, creatinin t ng.

2. Viêm ài b th n m n tính 2 bên: do s i ni u qu n hai bên hay 1 bên s i, 1 bên nhi m khu n ng c dòng ài b th n không có s i.

- Bi u hi n tình tr ng viêm ng ti t ni u trên và suy th n m n tính v i m c khác nhau.
- Toàn tr ng chung suy gi m, niêm m c nh t, có th phù kín áo hay r ã r t, m t m i, chán n, ng mi ng do ure, creatinin t ng.
- Các xét nghi m sinh hoá thay i nhi u: ure, creatinin các ch t i n gi i máu Na^+ , K^+ t ng và toan hoá. M c l c c u th n gi m, h s thanh th i ure, creatinin u gi m.
- Xét nghi m máu h ng c u gi m < 3000000 hay th p h n n a thi u máu nh c s c , b ch c u t ng, a nhân trung tính và lympho t ng.
- Xét nghi m n c ti u có y d u hi u viêm ng ti t ni u.

VI. i u tr

1. Nguyên t c là i u tr tình tr ng viêm ài b th n c p do s i ni u qu n tr c và gi i phóng s m ni u qu n kh i b t c s i.

2. C th :

1) Gi m au :

- Atropin, papaverin, morphin, dolargan.
- L i ti u nh (không dùng Lasix là thu c l i ti u m nh).

2) Kháng sinh:

- Chẩn xét nghi m vi khu n và kháng sinh thì m t tính c p c u c a viêm ài b th n c p có th ti n hành i u tr (thu c di t vi khu n G(-)):

+ V i viêm ài b th n nh và trung bình có th dùng: Cephlosporin u ng (Cefalexin), Augmentin.

+ V i viêm ài b th n n ng có th dùng: Cefotaxim

+ Có th i u tr : Erythromycin và Biseptol 0,48gx 2viên/24h.

- i u ch nh kháng sinh sau khi có xét nghi m vi khu n và kháng sinh .
L u ý dùng các kháng sinh ít c v i th n trong tr ng h p có suy th n (tránh dùng gentamycin, streptomycin).

- t i u tr 5 – 7 ngày ph i d t i m: C t c n au qu n th n, h t s t, h t nhi m khu n ti t ni u, l ng n c ti u t ng, toàn tr ng n nh, n u không n nh nh ng ng kháng sinh ti n hành các ch n oán b sung (ch p UIV) b nh c nh lâm sàng l i tái di n ph i tính n vi c can thi p ph u thu t s m: m ni u qu n l y s i và t thông ni u qu n t th n các bi n pháp can thi p khác.

3) Tìm và lo i b s i ni u qu n và các nguyên nhân khác gây ra s i ni u qu n:

Khi tình tr ng viêm ài b th n c p n nh: ch p UIV ánh giá s i ni u qu n, s i ti t ni u và nh h ng ch c n ng th n.

- S i nh < 1cm, tròn nh n:

+ 1/3 trên, gi a ni u qu n: t thông ni u qu n y s i lên th n, tán s i th n ngoài c th (tán s i qua da).

+ 1/3 d i ni u qu n: n i soi s i ni u qu n l y s i hay tán s i ngoài c th .

+ N u c s không có trang b chuy n b nh nhân v các trung tâm ti t ni u. B nh nhân không có i u ki n chuy n vi n, m ni u qu n l y s i s m.

- S i > 1cm xù xì có d ng ni u qu n: nên ph u thu t l y s i l p l i l u thông ni u qu n/m n i soi.

- Làm cho s i t t xu ng bàng quang.

4) Ch dinh d ng h p lí:

- n nh , u ng nhi u n c l c, n c hoa qu (n u có vô ni u thì kiêng rau qu và h n ch n c).
 - Bùn c, i n gi i b ng ng t nh m ch n u có m t nhi u n c.
 - N u có suy th n: ch n nh t, gi m m.
3. K t qu i u tr viêm ài b th n – th n c p t t là: sau m hay can thi p s m s i ni u qu n và ng ti t ni u c l y h t, các xét nghi m t bào h ng c u (-), b ch c u (-).
4. i u tr viêm ài b th n – th n m n i v i l th n ni u qu n có s i: kh n ng h i ph c ch c n ng th n là r t h n ch , nh ng ch c n ng th n i di n s bù tr hoàn toàn nên th tr ng chung và ch t l ng cu c s ng v n m b o.
5. Viêm ài b th n m n tính 2 bên sau khi can thi p s i ni u qu n ti t ni u 2 bên không làm viêm ài b th n – th n n ng thêm nh ng tình tr ng suy th n ít có kh n ng h i ph c (nh t là các tr ng h p suy th n giai o n III – IV) tiên l ng x u ph i i u tr b ng l c máu chu k .

Th n n c

I. i c ng

1. Th n n c là h u qu c a r t nhi u nguyên nhân gây t c ng d n ni u, trong ó do s i ni u qu n là m t trong nh ng nguyên nhân ph bi n, b nh có th c p hay m n tính.
 2. S i ni u qu n là l c n tr dòng n c ti u dù t c hoàn toàn hay không hoàn toàn gây ng n c ti u và nhi m khu n ng ti t ni u do chít h p.
 3. V trí chít h p: Th ng g p 1/3 gi a (ngay sát trên ng m ch ch u), 1/3 d i (sát bàng quang). Trong quá trình viêm nhi m các th ng t n viêm x viêm m c, d i niêm m c n c thành ni u qu n s gây chít h p ngay t i ch s i ni u qu n.
 4. Khi s i t c không hoàn toàn: n c ti u c, th n to ít. Khi s i t c hoàn toàn: th n to c ng, nhu mô th n giãn m ng có khi nh màng nilon thành 1 b c ch a ng n c ti u (500 – 530 ml).
 5. Th n c ng to n c d n n s hu ho i v c u trúc làm suy ch c n ng th n. N u gi i phóng t c ngh n s m thì ch c n ng th n c h i ph c l ph n hay hoàn toàn. N u là t c hoàn toàn trong vòng 1 tu n l thì th n b suy khó h i ph c. Do v y trên lâm sàng c n phát hi n s m và x trí s m bi n ch ng này c a s i ni u qu n.
 6. Th n n c n thu n theo logic không th có, nh ng trên lâm sàng các tr ng h p “th n n c ti u trong”, xét nghi m không có vi khu n nên danh t th n n c v n có giá tr th c t .
 7. Tr ng h p th n n c kèm theo nhi m khu n s d n n m th n.
 8. Trong i u tr th n n c ph i quan tâm b o t n th n ngay c giai o n 3, 4.
- II. Tri u ch ng lâm sàng: tu thu c vào tính ch t t c ngh n (c p hay m n), v trí t c (th p hay cao, 1 hay c 2 bên, có kèm nhi m khu n hay không).

1. Bệnh nhân có bệnh sử sởi ni u qu n (có các triệu chứng cơ bản sởi ni u qu n trong tiền sử ... hoặc những triệu chứng cơ bản điển hình của bệnh).

2. Cận cảnh:

1) Hội chứng thận trọng trên do sởi ni u qu n: đau vùng thắt lưng do thận nặng có các triệu chứng khác với đau vùng thắt lưng do sởi ni u qu n nhẹ như:

- Đau âm liên tục, đau nhức về đêm.
- Chứng tăng huyết áp, chán ăn, buồn nôn.
- Đau làm mất khả năng vận động và lao động.

Mất sự tăng bạch cầu th t l ng âm , thậm chí không đau do sởi ni u qu n nhẹ , trung, có thể lâm sàng nặng tiến triển tới viêm thận cấp, ni u qu n và thận giãn to đ n. Chứng có khi đau xuất hiện khi r n ái bì u hi n s ph t ng c dòng bàng quang-ni u qu n.

2) Ái niệu, hay ái về đêm, tăng n c ti u th p (n u n c dài ngày).

3) Các triệu chứng cận cảnh khác cơ bản sởi ni u qu n...

3. Toàn thân:

- Toàn trạng vận bình thường, có thể giảm sốt 37 – 38°C do bệnh nhân (thần kinh khu vực). Nếu các triệu chứng thận nặng 2 bên, toàn trạng suy sụp hơn: gầy, da khô, phù, thiếu máu, chán ăn, mất m i, không muốn vận động vì đau các thận 2 bên th t l ng. Ít

- Tăng huyết áp: tăng nhẹ hoặc trung bình do thận tăng tiết Renin hoặc do giảm c, giảm m i. Áp huyết khi lo i b sởi ni u qu n thì huyết áp trở lại bình thường, 1 số triệu chứng tăng cao huyết áp thể hiện m i i u ch nh c.

- Suy thận cấp.

- Suy thận mạn tính 2 bên: triệu chứng thận nặng 2 bên kéo dài.

+ Hội chứng ure máu cao:

+ Hội chứng thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, mệt mỏi.

+ Phù.

+ Ít.

+ Trạng hình bệnh (suy thận giai đoạn cuối không hồi phục): khó thở toàn thân, xuất huyết, nhiễm trùng, vô niệu: hôn mê, t đờm.

4. Đặc điểm:

- Các triệu chứng phù nề, tăng huyết áp.

- Thận to nhều khi ở vùng thượng thận, ít khi có khi bệnh nhân sốt, thay đổi phát hiện: Thận to cấp, mức độ ảnh hưởng vào khi thận bệnh nhân tự nhiên: chứng thận(+), bệnh thận(+).

- Có phần nặng thành bệnh tích tụ thành bệnh.

Đôi khi có những triệu chứng viêm thận cấp tính, sỏi di chuyển, nhiễm trùng đường tiết niệu, thận lý tế bào.

III. Triệu chứng lâm sàng

1. Xét nghiệm nước tiểu:

- Ít máu trắng hay vi khuẩn.

- Nhiễm khuẩn cấp, bệnh nhân thoái hóa: nhiễm khuẩn nước tiểu.

- Lymph nước tiểu âm tính tìm vi khuẩn (nhiễm trùng niệu gia dòng/chức hút bằng quang, thông đại): > 100000 vi khuẩn/ml: nhiễm khuẩn nước tiểu. Làm kháng sinh.

- Protein niệu(+): có viêm thận, bệnh thận kèm theo.

2. Xét nghiệm máu:

- Huyết cầu bình thường, trong những triệu chứng hạ huyết cầu do thận nước tiểu sản xuất nhiều erythropoietin thì huyết cầu tăng, bệnh nhân thiếu máu.

- Tốc độ máu lắng bình thường.

- Các xét nghiệm sinh hóa gần như bình thường nếu là sỏi niệu quản bên thận bên di niệu. Xét nghiệm sinh hóa có nhiều bất thường: ure, creatinin tăng, rilon nước tiểu, Na⁺, K⁺ tăng, toan hóa máu, điện giải, pH máu thấp.

IV. Chẩn đoán hình ảnh:

1. Chụp siêu âm tĩnh mạch không chèn ép:

- Bóng thận to.
 - Phát hiện sỏi niệu quản 1 bên hay 2 bên (93 - 95%) trên trình hình siêu âm.
- Khi thận to quá có thể thấy niệu quản, sỏi ở phía đi di n trùng vị c t s ng khó nhìn thấy sỏi, hoặc nhầm lẫn sỏi niệu quản bên không có thận to.

2. Siêu âm:

- Đánh giá tình trạng nhu mô thận, niệu quản, mô thận.
- Là phương tiện chẩn đoán sỏi niệu quản ngay cả sỏi urat, nhưng khó phát hiện sỏi 1/3 gần vì vùng ruột và khung chậu.
- Phân biệt với bệnh thận có nang.

3. Chụp UIV:

- Thấy chức năng thận bên có sỏi bàng quang, niệu quản.
- + Bóng thận bên tắc thận hình nốt thận.
- + Bài thận giãn rộng.
- + Niệu quản phình, giãn ngược.
- Đánh giá chức năng thận thận bên đi di n.

Khi có sỏi niệu quản 1 bên thận bên đi di n s bù tr . Trong các trình hình siêu âm này thận bên có sỏi niệu quản thu c kém hay không thu c ch a h n là thận m t ch c n ng. Cần theo dõi bằng phim chụp ch m sau 60 – 90 – 120 phút

đánh giá chức năng và hình thái bài thận thận. Các trình hình siêu âm niệu quản 2 bên chụp phim chụp UIV ch m đánh giá chức năng và hình thái thận. Nếu 2 thận không thu c trong các phim chụp ch m 120 – 180 phút sẽ khó khăn cho thái xử trí. Chụp phóng xạ với $^{99m}\text{TcDTPA}$ cho phép đánh giá chức năng thận thận bên khi UIV không thu c. Nếu chức năng thận < 5% thì chức năng thận thận không còn.

4. CTscanner: các trình hình chụp rõ ràng.

V. Chẩn đoán mô thận thận: Dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh chủ yếu là siêu âm và UIV, chia 4 :

1. 1: th n to h n bình th ng, th n gi m ti t thu c (ch m sau 15 phút), ài b th n giãn r ò hình chu , nhu mô th n dày h n 10mm.
2. 2 : th n to r ò r t 12x10cm, th n gi m ti t thu c (ch m sau 30 phút), ài b th n m giãn hình chùm nho (ng kính 2cm), nhu mô th n 10 – 5mm.
3. 3: th n to r ò r t 15x12 cm, th n gi m ti t nhi u (ch m sau 45 phút) ài b th n m hình qu bóng bàn (>2cm) nhu mô th n 5 – 3 mm.
4. 4: th n to r ò r t, ch c n ng th n gi m nhi u, không ti t thu c (ch m sau 60 phút), không th y hình ài b th n, nhu mô th n d i 3mm ho c không o c.

VI. X trí :

1. Nguyên t c:

- 1) Nhanh chóng ch n oán và x trí kh n tr ng th n n c.
- 2) Lo i b y u t gây t c: l y s i ni u qu n.
- 3) Ch ng nhi m khu n s m, chính xác và tích c c n u không th n n c s chuy n sang th n m gây hu ho i nhu mô th n, hu ho i toàn b th n.
- 4) Ch ng r i lo n cân b ng n c, di n gi i: ch ng m t n c, tru m ch trong tr ng h p có ái nhi u trên 2,5l/24h b ng cho u ng và truy n t nh m ch b ng dung d ch thích h p.
- 5) Ch a suy th n b ng ch n gi m m ho c l c máu ngoài th n.
- 6) Ch nh ngo i khoa úng.

2. i u tr ngo i khoa: Chú ý kh n ng b o t n, h t s ch n ch c t b th n.

a. Ph u thu t b o t n th n: khi ch c n ng th n ch a b m t hoàn toàn (bao g m c tr ng h p UIV bài ti t ch m 60 – 120 phút), nhu mô th n còn dày 3 – 5 mm, n c ti u c vi khu n $N < 10^4$ /ml.

- Th n n c 1 – 2: tán s i ngoài c th , n i soi ni u qu n, m l y s i, ph c h i l u thông ni u qu n n thu n hay t thông ni u qu n.
- Th n n c 3 – 4: m l y s i ni u qu n, ph c h i l u thông v i ng thông ni u qu n hay d n l u th n m b o an toàn cho ph u thu t.

- Trường hợp có chỉ định phẫu thuật (khi phẫu thuật thẩm mỹ hoặc niệu quản thông 8 Ch không thông) có thể tổ chức phẫu thuật nội tiết trên ống thông niệu quản, hay dẫn lưu tạm thời và chuyển bệnh nhân các trung tâm ngoại khoa tiếp nhận.
 - Số niệu quản hai bên cần đánh giá toàn trạng, cân nhắc can thiệp 2 bên trong 1 lần mổ.
- b. Cost-thin check-check trong các trường hợp thận nặng 4 (20 – 25%) và khi thận đã mất hết chức năng thì còn là túi chứa nước tiểu, thận bên bị di niệu trừ hoàn toàn.

Th n m

I. i c ng:

1) S i ni u qu n là l c n tr dòng n c ti u dù t c hoàn toàn hay không hoàn toàn gây ng n c ti u và nhi m khu n ng ti t ni u do chít h p.

2) V trí chít h p: Th ng g p 1/3 gi a ngay sát trên ng m ch ch u, 1/3 d i sát bằng quang. Trong quá trình viêm nhi m các th ng t n viêm x viêm m c, d i niêm m c n c thành ni u qu n s gây chít h p ngay t i ch s i ni u qu n.

3) Khi s i t c không hoàn toàn: n c ti u c, th n to ít. Khi s i t c hoàn toàn: th n to c ng, nhu mô th n giãn m ng có khi nh màng nilon thành l b c ch a ng n c ti u (500 – 530 ml).

4) Th n m là tình tr ng s i ni u qu n t c gây ng và nhi m khu n n c ti u do quá mu n không i u tr .

II. Gi i ph u b nh: Th n m th ng to ch c, ít khi teo nh . Khi m có th th y ài b th n giãn r ng ch a y m tr ng, c nh n c vo g o, nh s a, ôi khi có màu nâu nh s a chocolate do ho i t ch y máu l n m . Nhu mô th n b phá hu , các ng th n c ng giãn m ng thành nh ng h c ch a y m . L p v th n dày x hoá bao b c nh ng m to nh khác nhau, và các l p m xung quanh dính vào v th n. Ho i t nhu mô th n có th không hoàn toàn nh ng do apxe r i rác nên làm h ng th n, b nh nhân s ng ch y u v i th n bên i di n.

III. Tri u ch ng lâm sàng:

1. B nh nhân có b nh s s i ni u qu n v i nh ng c n au qu n th t l ng và nhi m khu n nhi u t.

2. C n ng:

- au th t l ng tr i lên c ng t c, không n ng c.
- ái n c ti u c nh n c vo g o hay nh s a.
- Các tri u ch ng c a s i ni u qu n kèm theo.

3. Toàn thân:

- Thân trọng gày sút, da xanh, thi u máu s t cao rét run 39 - 40°C khó i u tr .
- T ng huyết áp: t ng nh ho c trung bình do th n t ng ti t Renin ho c do gi n c, gi mu i. a ph n khi lo i b s i ni u qu n thì huyết áp tr l i bình th ng, l s tr ng h p t ng cao ph i c t b th n m i i u ch nh c.
- Suy th n c p.
- Suy th n m n tính c 2 bên: tr ng h p th n n c c 2 bên kéo dài.

+ H i ch ng ure máu cao.

+ H i ch ng thi u máu: da xanh, niêm m c nh t, m ch nhanh.

+ Phù.

+ Tr ng h p n ng (suy th n giai o n cu i không h i ph c): ti ng c màng tim, khó th toan huyết, xu t huyết, i l ng, ch ng b ng: hôn mê, t vong.

4. Th c th :

- Khám th y th n to c ng, ch c, r t au ít di ng (nh l u th n) khác v i th n n c (th n c ng m m, có th di ng c).
- C th t l ng phù n t y do th m n c ti u, m ra quanh th n.
- Ph n ng thành b ng vùng th t l ng.

5. C n lâm sàng:

- Xét nghi m máu:

+ H ng c u gi m, b ch c u t ng ch y u là a nhân trung tính và lympho.

+ T c l ng máu cao.

+ Ure máu, creatinin máu bình th ng hay t ng nh (do th n bên i di n bù tr), có th t ng cao n u có suy th n.

- Xét nghi m n c ti u:

+ B ch c u thoái hoá nhi u, h ng c u (+++)

+ Vi khu n: E. coli ho c Proteus ... s l ng $N > 10^4$ /ml.

- Xquang h ti t ni u không chu n b : c vùng th t l ng m , bóng th n to và s i ni u qu n.

- Siêu âm: ni u qu n ài b th n giãn to, ch a d ch m âm không ng u, nhu mô th n m ng. Phát hi n s i ni u qu n. ánh giá m c th n m : nh v i th n n c: 4 .

- Ch p UIV:

+ ánh giá ch c n ng th n bên có s i: gi m ho c m t: bóng th n bên t c th ng m nét h n, ài b th n giãn r ng, ni u qu n phình giãn ngo n ngoèo.

+ ánh giá ch c n ng c a th n bên i di n.

IV. Th lâm sàng:

1. Th bán c p hay m n tính: tình tr ng nhi m khu n không n ng (nh s t cao), i ti u c t ng t nh ng toàn thân suy s p, gày, da xanh thi u máu. H ng c u, hematocrite th p, b ch c u t ng cao, t c l ng máu cao.

2. Th có kh i vùng th t l ng to, ch c, au c n phân bi t v i kh i ung th th n.

3. Th suy th n ure huy t cao: th n m n c 2 bên.

V. Thái x trí:

1. Nguyên t c:

2) Nhanh chóng ch n oán và x trí th n n c.

3) Lo i b y u t gây t c: l y s i ni u qu n.

4) Ch ng nhi m khu n s m, chính xác và tích c c n u không th n n c s chuy n sang th n m gây hu ho i nhu mô th n, hu ho i toàn b th n.

5) Ch ng r i lo n cân b ng n c, i n gi i: ch ng m t n c, tru m ch trong tr ng h p có ái nhi u trên 2,5l/24h b ng cho u ng và truy n t nh m ch b ng dung d ch thích h p.

6) Ch a suy th n b ng ch n gi m m ho c l c máu ngoài th n.

2. i u tr ph u thu t:

a. Nguyên t c:

- Th n m là tình tr ng nhi m khu n ng ti t ni u trên r t n ng.

- C t th n c ch nh.

- Có khi ph i b o t n vì th n bên i di n là th n b nh lý, ch l y s i ni u qu n và d n l u th n m .

b. Ph u thu t b o t n th n: khi ch c n ng th n ch a b m t hoàn toàn (bao g m c tr ng h p UIV bài ti t ch m 60 – 120 phút), nhu mô th n còn dày 3 – 5 mm, n c ti u c vi khu n $N < 10^4$ /ml.

- Các tr ng h p th n m nhi m khu n c p hay nhi m khu n huy t, ái tháo ng, suy th n, th tr ng b nh nhân suy s p e do tính m ng trong c p c u thì ch d n l u th n i u tr n i khoa r i ánh giá l i tình tr ng toàn thân, ch c n ng 2 th n, s can thi p tri t sau.

a. C t th n m là 1 ph u thu t khó, c n chu n b b nh khi m tránh các tai bi n làm th ng t n các t ng hay m ch máu.

Suy thận cấp

I. Định nghĩa

1. Suy thận cấp là 1 trong những nguyên nhân gây tử vong, vô niệu – suy thận cấp sau thận.
2. Tử vong khi lượng nước tiểu < 400ml/24h, vô niệu khi < 100ml/24h.
3. Suy thận cấp sau thận do sỏi niệu quản hay gặp sỏi niệu quản 2 bên (hoặc sỏi thận 1 bên, 1 bên là sỏi niệu quản).
4. Sỏi niệu quản 1 bên nếu vô niệu thì thường là thận bên đó di động bất thường, tuy nhiên sỏi niệu quản 1 bên gây vô niệu cũng có gặp trong y văn gọi là vô niệu phản xạ.

II. Sinh bệnh học:

1. Sỏi gây viêm tắc niệu quản cấp tính nặng quá mức thận, trong tình trạng giãn đài bể thận đã có tắc, tụt phản xạ ngược bài tiết thận. Thận chết suy thận cấp do sỏi niệu quản (sỏi tiết niệu) là suy thận cấp sau thận nặng chính tại thận cũng đã có sỏi thận.
2. Nhiễm khuẩn tác động lên tính chất bệnh lý của sỏi niệu quản làm tăng nguy cơ suy thận cấp.
3. Rối loạn nồng độ ion: Na^+ tăng, K^+ tăng.
4. Rối loạn toàn thân: ure máu tăng, creatinin máu tăng, đường huyết giảm, pH máu giảm.

III. Triệu chứng:

1. Nhóm các triệu chứng của sỏi niệu quản:
 - 1) Bệnh nhân có bệnh sỏi niệu quản (thận), cần chú ý triệu chứng như sau... bệnh nhân sỏi niệu quản có diễn biến bất thường: nhiễm khuẩn tiết niệu, hay sau khi đi xa, lao động mệt mỏi gây suy thận cấp.
 - 2) Đau vùng thắt lưng dữ dội kèm theo đau bụng, buồn nôn, buồn nôn.
 - 3) Ít đi tiểu hoặc không có nước tiểu.
 - 4) Thận to.

2. Toàn thân:

- Suy s p nhanh, m t m i, chán n, ng mi ng, b nh nhân không mu n n, s u ng n c, da khô m t n c.
- Niêm m c nh t thi u máu.
- Tu n hoàn r i lo n: nh p tim t ng, huy t áp cao.
- Th nhanh nông.
- Các tri u ch ng di n ra r m r ti n tri n nhanh trong 2 –3 ngày: l m , hôn mê, v t vấ.
- Có th phù ph i c p.

3. C n lâm sàng:

1) Xét nghi m máu:

- H ng c u < 3 tri u, b ch c u t ng cao, máu l ng t ng cao.
- Trong các tr ng h p thi u ni u, vô ni u do s i ni u qu n th ng ure máu ã cao g p 2 – 3 l n bình th ng (> 30mol/l).
- R i lo n n c i n gi i nh t là $K^+ > 5\text{mEq}$ và trên i n tâm có ST chênh, kèm r i lo n toan chuy n hoá.

2) Xquang h ti t ni u: s i ni u qu n 1 bên ho c 2 bên ho c 1 bên s i ni u qu n 1 bên s i th n. Bóng th n to.

3) Siêu âm: th n to ài b th n giãn, phát hi n s i ni u qu n và b t th ng c a th n bên i di n.

IV. Ti n tri n và tiên l ng:

1. Vô ni u 5 – 7 ngày: i u tr có kh n ng ph c h i tuy nhiên ph thu c theo tình tr ng nhu mô th n dày hay m ng, s i ni u qu n t c hoàn toàn hay không hoàn toàn.

2. Ngoài 7 – 12 ngày: i u tr ít có kh n ng h i ph c, t l t vong cao, vì nhi m khu n và ho i t nhu mô th n, x hoá ti n tri n sau khi ã i u tr l y s i.

V. i u tr :

1. Nguyên t c:

- 1) Bị ph th ng b ng n c, i n gi i, ki m toan.
- 2) L i ni u.
- 3) H huy t áp: thu c ch n beta, thu c c ch men chuy n.
- 4) Kháng sinh: Dùng kháng sinh ph r ng không c v i th n: cephalosporin 3, metronidazole, fluoroquinolon – perflacin tiêm t nh m ch.
- 5) Ph u thu t gi i quy t nguyên nhân do s i.
- 6) Ch y th n nhân t o n u c n.
- 7) Ch n u ng, sinh ho t h p lí.

2. Ph u thu t:

- 1) Can thi p s m n u ure, creatinin ch a quá cao, i n gi i máu bình th ng: t ng thông JJ, i u tr n i khoa n nh, can thi p s i ni u qu n sau.
- 2) N u ure quá cao ($>30\text{mmol/l}$), $K > 5\text{mEq/l}$, b nh nhân phù: l c máu c p c u và can thi p sau khi h K, ure, creatinin máu.

3) Ph u thu t:

- Gây tê t i ch ho c gây tê tu s ng là t t nh t. L y s i d n l u th n là ch y u ho c k th p l y s i ni u qu n m t ho c c 2 bên, chú ý m b o l u thông ni u qu n.
- Sau m b i ph th ng b ng n c, ki m toan.
- Theo dõi h i ch ng sau m s i ngày th 5 – 7:
 - + Tình tr ng m t n c và i n gi i n ng
 - + Tình tr ng nhi m khu n sau m : nhu mô th n ti p t c ho i t nên ch c n ng th n không h i ph c.
 - + Bị ph kh i l ng tu n hoàn nh ng b nh nhân v n á ít, phù t ng lên, sau 2 tu n m i tiên l ng c.
- K t h p ch y th n nhân t o trong các tr ng h p ure máu $> 30\text{mmol/l}$, $K > 5\text{mEq/l}$, phù: 1 – 2l n/tu n.
- Theo dõi các ch s ánh giá k t qu i u tr và tiên l ng: ure, creatinin máu, ure, creatinin n c ti u, các thông s ki m, pH máu, i n gi i máu, n c ti u.

Các biện pháp điều trị cận thị

I. Cận thị:

1. Cận thị trung bình:

- 1) Giảm đau: Atropin, papaverin, visceralgine...
- 2) Chống nhiễm khuẩn: theo kháng sinh

2. Cận thị nặng.

- 1) Nguyên tắc: mục đích là giúp hòn sụn di chuyển xuống bằng quang học ra ngoài.

- Dùng thuốc nhỏ.
- Truyền huyết thanh.
- Liệu thị (không dùng Lasix là một loại thuốc nhỏ mắt có thể gây viêm).
- Chống viêm.

II. Cận thị nặng thường thu: thường dùng kính trên lâm sàng thường chia cận thị thành 2 khu vực chính:

1. Cận thị trên: 1/3 trên sụn + ảnh hưởng: bài tiết.

1) Tác động ngoài kính:

- Cận thị:
- + Cận thị có kính < 2cm.
- + Cận thị có kính > 2cm: phải tán 2 – 3 lần, kết quả phần.
- + Cận thị có kính, sụn quá lớn: rút ít kết quả.
- Cận thị:
- + Cận thị quá lớn: sụn cystin, sụn acid uric.

2) Cận thị qua da: Có thể áp dụng cho mọi lứa tuổi hay gây biến chứng: chảy máu, nhiễm khuẩn...

3) Cận thị thường:

- a. Cận thị:
 - Cận thị gây biến chứng:
 - + Cận thị, cận thị, chảy máu thường.
 - Cận thị trên hoặc cận thị dưới.

- S i trên th n b nh lí: u th n, lao th n.
- S i trên b nh lí toàn thân: t ng huy t áp, b nh máu...
- X trí các bi n ch ng hay các tr ng h p không x lí c c a các ph ng pháp trên.

b. Ph ng pháp:

- M l y s i + ki m tra l u thông ng ti t ni u.
- M l y s i + t ng thông d n l u th n khi có nguy c t c, h p ng ni u.
- M c t th n khi th n b hu ho i h t ch c n ng.
- M và t o hình ng ni u (c t, n i...).
- S i 2 bên: ánh giá ch c n ng th n 2 bên r i ph u thu t m t bên tr c hay ph u thu t cùng lúc c 2 bên.

2. ng ti t ni u d i: 1/3 d i ni u qu n+ bàng quang + ni u o.

1) L y s i qua ng soi ni u qu n: Dùng máy soi ni u qu n t t ngoài vào ni u o, vào bàng quang r i a lên ni u qu n cho t i v trí hòn s i. Lúc ó có th l y hòn s i các cách:

- K p g p s i.
- Lu n s i vào r Dormia r i kéo ra ngoài.

2) Tán s i:

- Tán s i c h c: Ch y u áp d ng cho s i bàng quang không quá 1 n (4 – 5cm) b ng máy tán s i c h c hay bóp tay.
- Tán s i b ng sóng xung ng thu i n: i n c c t tr c ti p vào s i, làm s i v thành m nh nh và l y ra ngoài.
- Tán s i b ng sóng siêu âm, laser làm s i nh và l y ra ngoài.
- i v i s i ni u o, c n y s i vào bàng quang b ng các ph ng pháp tán s i l y s i ra là ch y u. t ng soi lên ni u qu n t i v trí có s i. t i n c c Laser sát hòn s i. Máy ho t ng ng th i cho dòng n c ch y vào liên t c r a cho các m nh v n s i r i xu ng.

3) Ph u thu t: ch nh:

- S i gây bi n ch ng: nhi m khu n ng ni u nhi u, n c, m th n

- S i trên b nh nh n b h p ng ti t ni u d i, không t c máy, x c b àng quang, h p ni u qu n.
 - S i trên b nh nh n có b nh lí ng ti t ni u d i nh b nh u x ti n li t tuy n, u b àng quang, túi th a b àng quang, u ni u qu n.
3. S i ni u qu n $1/3$ gi a ng i ta ho c y s i vào vào th n tán n u g n o n $1/3$ trên ho c g n o n $1/3$ d i s c l y ra ngoài qua ng soi ni u qu n.

S i t h n

1. i c n g

1. vì t nam s i t i t n i u là m t b nh ph bi n ng hàng u trong các b nh lí h t i t n i u, trong ó s i t h n c ng chi m m t t l khá cao (42%). Trên th gi i c ng r t ph bi n, nh t là châu Âu, châu á, ít h n châu Phi.

2. V d ch t :

1) Tu i: th ng g p tu i 30 – 50.

2) Gi i:

- Nam/n = 2/1.

- Có s liên quan gi a gi i và tính ch t s i (nam hay g p s i canxiphosphat, canxi oxalat, n hay g p s i phosphat – amoniaco – magnesi)

3) i u ki n sinh ho t:

- Ch n nhi u canxi, phosphat, oxalat d hình thành s i.

- Khí h u nóng, khô, h n ch l ng n c ti u bài ti t c ng d hình thành s i.

4) Y u t di truy n c ng c nh c t i trong l s b nh c nh v s i cystin, s i canxi...

3. Nguyên nhân hình thành s i.

1) S i t h phát: c hình thành do nguyên nhân n c ti u b tr , là h u qu c a s chít h p c a ài th n ho c ch n i b th n-ni u qu n do b m sinh hay sau các nhi m khu n (lao, giang mai).

2) S i nguyên phát: ph c t p. Hay g p nh t là do r i lo n chuy n hoá (nguyên nhân toàn thân) và do viêm nhi m t i th n (nguyên nhân t i ch). Ví d : r i lo n h p th ru t, c ng giáp, c ng c n giáp, ung th di c n...

3) Viên s i:

- S l ng, hình d ng, kích th c a d ng.

- C u t o: S i canxi (oxalat, phosphat), s i phosphat-amoniaco-magnesi. (trên th c t các thành ph n th ng c u t o v i nhau t o thành s i)

- V trí: hay g p b th n và d t n th ng nên nguy hi m.

4. S i th n gây ra nhi u bi n ch ng: n c, m th n, viêm th n, x hoá th n ... và có th d n n t vong.
5. Ch n oán ch y u d a vào lâm sàng – c n lâm sàng (siêu âm, UIV, các xét nghi m phát hi n bi n ch ng).
6. Trong nh ng n m g n ây ã có nhi u ti n b trong hi u bi t m i v b nh lí c a s i, ng th i ph ng pháp i u tr s i ti t ni u có nhi u bi n i to l n, nh có ti n b trong l nh v c quang h c, siêu âm và laser, các ph ng pháp i u tr n i khoa và ngo i khoa có hi u l c và y h a h n, ph ng pháp ph u thu t kinh i n thu h p d n ph m vi ch nh mà thay th d n b ng l s ph ng pháp hi n i nh tán s i ngoài c th , l y s i th n qua da, tán s i và l y s i qua ng soi ni u qu n.

II. Lâm sàng

M t s b nh nhân có s i th n không có bi u hi n lâm sàng mà ch tình c phát hi n là s i th n khi i khám l b nh khác.

b nh nhân s i th n có bi u hi n lâm sàng th ng có ti n s ái ra s i.

1. C n ng:

1) C n au qu n th n:

- V trí:

+ au vùng th n bên b nh lan xu ng d c theo ng i c a ni u qu n xu ng bàng quang và ra t n u ngoài c a b ph n sinh d c.

+ ôi khi s i m t bên l i kích thích gây au c 2 bên ho c gây au bên i di n.

- Tính ch t:

+ Th ng x y ra sau khi: lao ng, c ng quá m nh, quá s c, i l i nhi u, s d ng thu c l i ti u quá m nh.

+ au d d i nh dao âm, l n l n.

3. ái máu toàn b i.

4. ái m toàn b i.

5. H i ch ng sau phúc m c: B ng ch ng, nôn, bí trung i ti n (đ nh m v i t c ru t)

2. Th c th :

- Vùng th t l ng n au.
- Th n to: ch m th n, b p b nh th n (+)

3. Toàn thân:

2. Khi có nhi m khu n: s t cao, môi khô, l i b n, h i th hôi.

3. Khi có suy th n:phù, c tr ng...

IV. C n lâm sàng:

1. Xét nghi m:

1) Xét nghi m máu:

- Nhóm máu.
- Máu ch y máu ông
- T c l ng máu: t ng khi có nhi m khu n.
- Ure, creatinin t ng trong tr ng h p có suy th n.
- N ng Ca máu t ng trong tr ng h p s i th n Canxi.

2) Xét nghi m n c ti u:

- Có th th y tr h ng c u, b ch c u trong n c ti u.
- Các tinh th , pH n c ti u.
- Vi khu n ni u: xác nh có bi n ch ng nhi m khu n không.

3. Siêu âm: nh m xác nh:

- Hình nh c n âm c a s i (k c s i không c n quang).
- d y nhu mô th n.
- giãn ài b th n.
- c ch nh r ng rãi trong tr ng h p b nh nhân có thai, ho c khi th n không ng m thu c c n quang.

4. Xquang h ti t ni u không chu n b :

- Th ng ch p phim th ng th y các hình nh c n quang c a s i: các m c c n quang gi m đ n tu thu c thành ph n c a s i: s i canxi phosphat> s i

oxalat > s i phosphat amoniac magnesi... Riêng s i uric và s i xanthin không c n quang.

- ch n oán phân bi t gi a s i th n c n quang v i các hình nh vôi hoá không thu c s i th n nh : s i m t, s i tu , thoái hoá c t s ng, h ch vôi hoá..

5. UIV:

- M c ích: ánh giá hình thái và ch c n ng th n.

- Ch p phim ch m 3 – 6 – 12h ho c ch p nh gi t v i li u thu c c n quang nhi u g p 2 l n thông th ng.

6. CTscanner h ti t ni u.

- Trong tr ng h p khó ch n oán.

- Phát hi n nh ng t n th ng ph i h p nh u ...

7. Ch p ni u qu n – b th n ng c dòng: ít c dùng

V. Các bi n ch ng c a s i th n: S i th n gây tr n c ti u phía trên gây ra:

1. Nhi m khu n ti t ni u.

2. n c th n.

3. m th n.

4. áp xe quanh th n

5. Suy th n: suy th n còn kh n ng h i ph c, suy th n không còn kh n ng h i ph c.

6. Cao huy t áp do nguyên nhân th n.

VI. i u tr : ph i h p gi a i u tr n i khoa và ngo i khoa:

1. i u tr n i:

- i u tr tri u ch ng:

+ Gi m au: visceralgine, atropin...1 ng tiêm b p sâu.

+ Ch ng nhi m khu n: s d ng kháng sinh thích h p theo kháng sinh .

- i u tr th c th : có vai trò quan tr ng trong phòng b nh và phòng tái phát b nh. Nguyên t c:

+ U ng nhi u n c, s d ng thu c l i ni u nh , ch ng viêm nh m m c ích các hòn s i nh có th r i xu ng và ái ra ngoài.

+ H n ch t ng ti t tinh th gây ra do ngu n th c n ho c r i lo n chuy n hoá (th c n gi m l ng Ca, purin ...)

+ Ch ng nhi m khu n, c bi t là nh ng lo i vi khu n tác ng lên ure ni u (ví d : proteus)

+ Gi i quy t pH: toan hoá i v i s i nhi m khu n, ki m hoá i v i s i acid và s i cystin.

+ Gi i quy t nguyên nhân:

C t b u tuy n c n giáp.

Lo i b các nguyên nhân gây ng và nhi m khu n (di t t b m sinh, bàng quang th n kinh).

+ S d ng các lo i thu c làm tan s i (còn nhi u tranh lu n).

2. i u tr ngo i khoa:

Nh có ti n b trong l nh v c quang h c, siêu âm và lazer, ph ng pháp ph u thu t kinh i n thu h p d n ph m vi ch nh mà thay th d n b ng l s ph ng pháp hi n i nh tán s i ngoài c th , l y s i th n qua da, tán s i và l y s i qua ng soi ni u qu n.

2. Tán s i ngoài c th :

- Nguyên t c: sóng xung ng t p trung vào 1 tiêu i m (s i th n) v i áp l c cao làm v s i, sau ó các m nh này c bài ti t ra ngoài.

- Ch nh:

+ T t nh t s i < 2cm ài b th n ho c ni u qu n trên.

+ S i > 2cm: tán 2 – 3 phút, k t qu th p h n.

+ ít k t qu v i s i l n, s i san hô, s i quá r n (cystin, acid urric)

3. L y s i th n qua da:

- Ch nh: có th l y h u h t các lo i s i.

- Yêu c u: k thu t thành th o do đ bi n ch ng: ch y máu, nhi m khu n. th ng i tràng...

4. Ph u thu t kinh i n:

- Ch nh:

- + Ng bài xu t b t c.
- + Nhi m khu n n ng.
- + Suy th n vô ni u.
- + e do tính m ng b nh nhân.
- Ph ng pháp:
 - + M b th n l y s i b d i hay m t sau b th n (i v i s i b th n thông th ng).
 - + M b th n trong xoang hay m r ng ng r ch b d i vào nhu mô th n (s i san hô/ s i b th n trong xoang).
 - + R ch nhu mô th n l y s i các ài th n (i v i s i san hô: r ch nhu mô th n m r ng theo d c b ngoài th n) có th k th p v i h nhi t t i ch .
 - + C t th n bán ph n l y c s i ài b th n và lo i b nhu mô b nh lí.
 - + C t th n toàn b n u th n câm.

S i h t i t n i u

I. i c n g

1. S i h t i t n i u là m t b nh lí ngo i khoa th ãng g p, hay tái phát. Nam gi i g p g p 3 l n n gi i. V i t nam: s i th n ~ 40%, s i ni u qu n ~ 28%, s i bàng quang ~ 28%, s i ni u o ~ 5,43%.

2. Thành ph n c a s i.

1) Hay g p là canxi oxalat (70 – 80%) > canxi phosphat > amoni magne phosphat > acid uric...

2) Có liên quan v i gi i:

- Nam: hay g p là s i canxi
- N : hay g p là s i amoni magne phosphat (do nhi m khu n).

3. Nguyên nhân hình thành s i

1) S i có 2 nhóm : nguyên phát và th ã phát

- Nguyên phát: r i t th n xu ng.
- Th ã phát:

2) Y u t di truy n:

- Do gen: hay g p s i cystin, acid uric.
- Do d d ng ãng t i t n i u, r i lo n chuy n hoá, ãng, nhi m khu n.

3) ã d , khí h u: Nóng, nhi t i (hay g p s i t i t n i u h n vùng ôn ãi).

4) Ch ãn: nhi u purin, oxalat, canxi.

5) nhi m khu n, n m b t ãng lâu ngày.

4. Sinh lí b nh:

- 1) Thuy t quá m c bão hoà:
- 2) Thuy t v y u t c ch s k t tinh
- 3) Thuy t v c u trúc c t h u c .
- 4) nhi m khu n.
- 5) Thuy t h p thu các ch t sinh s i.

5. di n bi n c a s i:

1) S i nh ãn (d < 4mm) có th ã thoát ra ngoài c qua ãng t i u.

2) S i th n:

- di ng/không di ng

- không di ng:

+ C nh ài th n → giãn t ng ng 1 nhóm nhu mô th n.

+ C nh b th n, gây t c ngh n ch n i b th n – ni u qu n → ài b nhu mô th n giãn.

N u tr ng h p có nhi m khu n r t d ho i t nhu mô th n, nhi m khu n huy t.

2) S i ni u qu n: hay g p nh t o n 1/3 d i ni u qu n, n u t c 2 bên → nhi m khu n.

3) S i bàng quang:

- Th ng là th phát sau u x t i n li t tuy n, h p ni u o, h p bao qui u.

- Tiên phát: g p trong th bàng quang – th n kinh.

4) S i ni u o: ít g p, tr tr ng h p có h p ni u o.

II. Ch n oán:

1. M c ích:

- ánh giá t n th ng gi i ph u, v trí, kích th c, s l ng s i.

- ánh giá bi n ch ng (ánh giá ch c n ng th n, m c suy th n (UIV, sinh hoá), ánh giá m c nhi m khu n...)

- ánh giá m c r i lo n chuy n hoá, nguy c ... → phòng và i u tr .

2. Lâm sàng:

1) Ti n s g i ý: nhi u l n ái ra s i.

2) C n ng:

- C n au qu n th n:

+ V trí: Vùng th t l ng, c bi t khi s i di chuy n gây t c.

+ Tính ch t: au d d i vùng th t l ng, lan xu ng d i theo ng i c a ni u qu n và lan ra b ph n sinh d c ngoài (au có tính ch t t ng c n). au t ng khi v n ng, lao ng n ng nh c, gi m khi ngh ng i.

- i ti u:

+ Vô niệu trong trường hợp sỏi niệu quản 2 bên/ sỏi niệu quản gây tắc
bên nhân có 1 thận.

+ ái bu t:

+ ái máu toàn bãi : từng khi v n ng, giảm khi nghỉ ngơi.

+ ái c (m): trường hợp có kèm nhiễm khuẩn tiểu niệu.

- Bệnh ch ng, nôn m a, chán n, bí trung i tiểu (h i ch ng sau phúc m c:
gi t c ru t).

3) Toàn thân: Trong giai o n u không có biểu hiện gì c biệt

- S t: s t cao rét run g p trong trường hợp nhiễm khuẩn, viêm thận b th n.
ôi khi có nhiễm khuẩn tiểu niệu nhưng không có s t.

- Phù: G p trong trường hợp suy thận: phù tr ng, m m, n l m.

4) Th c th :

- N c tiểu h ng hay c.

- Hai h th t l ng c ng t c, n au.

- Ch m th n, b p b nh th n có th (+).

- n i m niệu quản au...

3. C n lâm sàng:

1) Xquang h ti tiểu không chu n b (th ng, nghiêng):

- Nh m phát hi n s i tiểu có c n quang (90% các trường hợp).

- Phát hi n h ch vôi hoá, c c vôi hoá tiêu hoá, s i m t, s i tu c n quang
(ch p phim nghiêng).

Hình nh s i tiểu n m trên ng i c a h ti tiểu, sau c t s ng.

2) Ch p UIV nh gi t:

- Phát hi n s i c c n quang và không c n quang.

- ánh giá ch c n ng th n bên có s i và th n bên i di n.

- ánh giá các t n th ng ph i h p.

- Trường hợp thận ng m thu c ch m, ph i ch p phim ch m 60 – 120 – 180
phút.

3) CTscanner h ti tiểu.

- ánh giá, phát hiện sỏi niệu, sỏi không cản quang.
 - Phát hiện ung thư tiền liệt tuyến: u nhú bể thận, niệu quản...
 - Ung thư giáp.
- 4) Chẩn đoán tiền liệt tuyến: nay ít dùng do diện tích khu vực.
- 5) Chẩn đoán ung thư: ánh giá sự phân bố các ung thư, phát hiện di căn (ít dùng).
- 6) Siêu âm:
- chỉ định trong trường hợp hỗ trợ cho Xquang hoặc khi chẩn đoán ung thư Xquang và UIV: có thai, vô niệu, suy thận. Cho hình ảnh siêu âm, hình ảnh tiền liệt tuyến.
- 7) Xét nghiệm:
- xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, máu chemistry máu tổng...
 - xét nghiệm chẩn đoán: trình độ creatin, trình độ creatin trong nước tiểu.
 - xét nghiệm tìm bệnh nhân:
- + ánh giá chức năng thận: ure, creatinin.
- + rối loạn chuyển hóa: phân tích thành phần canxi, phospho, oxalat, pH nước tiểu, nồng độ hormone tuyến giáp.
- + diện tích: bể thận, máu lắng.

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Chẩn đoán thận:

- 1) Tăng huyết áp
- 2) Viêm ruột thận
- 3) Viêm thận
- 4) Viêm niệu quản.

2. Trường hợp Xquang có cản quang:

- 1) Hạch vôi hóa
- 2) Ung thư bàng quang.
- 3) Sỏi túi mật.
- 4) Sỏi thận.

3. Trường hợp không có hình ảnh quang:

1) Ubicación và niếu kiện.

2) Tình hình mô.

IV. Tình trạng: tình hình hiện tại không có triệu chứng lâm sàng:

1. Viêm amidan.

2. Viêm họng.

3. Viêm mũi.

4. Viêm tai, viêm mũi,

5. Viêm kết mạc, viêm khuỷu tay.

V. Phòng bệnh:

1. Uống nước sạch, uống nhiều nước > 1,5 l/ngày.

2. Tránh viêm mũi hiện tại.

3. Uống nước pH trung tính.

4. Uống thuốc, uống nước đun sôi, mặc quần áo, uống thuốc bổ sung vitamin, uống nước.

VI. Điều trị: điều trị triệu chứng, niếu kiện và suy giảm

Chẩn đoán

I. Lịch sử:

1. Chẩn đoán trên thị giác và Việt nam do tai nạn giao thông và sinh hoạt có xu hướng gia tăng.
2. Chẩn đoán có bệnh nh lâm sàng thường rất phức tạp do chẩn đoán thường không nằm trong bệnh nhân (chẩn đoán bệnh, ung thư, virus, nhiễm khuẩn). Một chẩn đoán bệnh có thể có các triệu chứng che lấp triệu chứng của chẩn đoán hoặc lâm sàng chẩn đoán không có thể bỏ sót chẩn đoán kèm theo.
3. Nguyên nhân trực tiếp vùng thất (85 – 90%) (tai nạn giao thông ô tô, xe máy (65 – 70%), cày xe thô sơ vào vùng thất, ngã trên cao, ngã cầu thang vùng thất vào vết nứt) là các chẩn đoán mà gây chẩn đoán.
4. Nguyên nhân gián tiếp (5 – 10%) như ngã cao, các tác động mạnh làm các tầng trong buồng và thành buồng có thể gây chẩn đoán.
5. Chẩn đoán gặp nam nhiu hơn nữ 3/1, gặp mieloma tự nhiên 16 – 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao 75 – 80%, trẻ em dưới 16 tuổi 12 – 14%
6. Việc chẩn đoán và thái độ xử trí chẩn đoán thì ngoài việc dựa trên lâm sàng thì chủ yếu là dựa trên chụp UIV nh giới, chụp ng mô chẩn chẩn đoán, chụp CTscanner hoặc siêu âm. Đôi khi trong các cuộc vi phẫu bằng quang học có ý nghĩa rất lớn trong chẩn đoán.
7. Thái độ xử trí chẩn đoán trên thị giác đã có nhiều quan niệm chung, trong đó có phẫu thuật.

II. Gián tiếp.

1. Chatelain (1975 – 1982) chia thành 4 loại:

- 1) Loại 1: dạng phẳng: Là một chẩn đoán như, dạng như mô thể dẹt, không rách bao thể, không có tế bào quanh thể, có thể tế bào dẹt

bao th n. G p 70 – 75% các tr ng h p ch n th ng th n và tỉ n tri n th ng t kh i.

2) 2: D p th n: D p nhu mô th n ch y u vùng v kèm theo rách bao th n, có th lan t i tu th n thông v i ài b th n gây t máu nhu mô quanh th n và ái máu. G p t 15 –20%. Là v th n m c trung bình , m nh v không b tách r i và không m t nuôi d ng. Gây t máu quanh th n và ái máu m c v a, có th i u tr n i khoa có k t qu .

3) 3: V th n: V th n thành 2 hay nhi u m nh, gây t máu l n quanh th n sau phúc m c, c c th n v có th tách r i kh i th n và không còn c t i máu, các m nh xa v i nhau và m t c p máu. Lo i ht ng t n này n ng, gây t máu quanh th n l n và ái máu nhi u (7- 10%).

4) 4: t cu ng th n m t ph n hay toàn b liên quan n n m ch máu, b th n, ni u qu n (3- 5 %). Lo i này c n phát hi n s m và m vì nó nguy hi m t i tính m ng b nh nhân và m ch máu nuôi d ng th n.

2. Moore 1989 phân 4 m c :

- 1) ng d p th n.
- 2) D p th n nh .
- 3) D p th n n ng.
- 4) T n th ng m ch máu cu ng th n.

3. Mc Aninch, Caroll 1989, AASTRIS 1999 chia ch n th ng th n thành 5 ___:

- 1) 1: ng d p th n: ch n th ng th n gây ng d p t máu nông vùng v d i bao th n.
- 2) 2: D p th n nh : ch n th ng th n vùng v ch a lan sâu t i vùng tu th n.
- 3) 3: D p th n n ng: Ch n th ng th n vùng v lan sâu t i vùng t y th n kèm theo rách ài b th n.
- 4) 4: V th n: th n v thành 2 hay nhi u m nh, ph n th n b v m t s nuôi d ng c a các m ch máu chính c a th n.
- 5) 5: T n th ng cu ng th n, các ng t nh m ch vùng r n th n.

tr ờng h ịp máu c ả c ả bít t ả c ả nĩ u qu ả n, ho ả c ả t ả c ả u ả ng th ả n kh ả ng ả i máu. M ả t s ả i t ả i máu vi th ả : khi xét nghi ả m n ả c ả tĩ u và ch ả n ả o ả n h ả nh m ả i phát hi ả n ả c.

- ả i máu c ả n c ả ó ý ngh ả a theo d ả i di ả n bi ả n c ả a ch ả n th ả ng th ả n: ả i máu t ả i tĩ p di ả n n ả ng l ả n là tĩ p t ả c ả h ả y máu, máu nâu s ả m và vàng d ả n là c ả kh ả n ng t ả c ả m máu ả c.

- ả i máu th ả ng xu t ả hi ả n ngay sau t ả n th ả ng th ả n nh ả ng c ả ng c ả th ả g p ả i máu t ả i phát sau 5 – 7 ngày hay sau 2 tu ả n g ả p trong các tr ờng h ịp như mô th ả n d ả p nát c ả th ả thi u máu ho ả i t ả kh ả ng th ả li ả n kh ả i. Các ch ả n ả o ả n h ả nh c ả th ả xác ả nh s ả m các t ả n th ả ng này và ph ả i can thi ả p ngo ả i khoa.

- V ả nguyên t ả c, tr ả c m ả i tr ả ng h ịp ch ả n th ả ng th ả n ph ả i xem n ả c tĩ u c ả a b ả nh nh ả n ả nh giá ch ả nh xác ả i máu c ả a b ả nh nh ả n.

2. Th ả c ả th ả :

1) Co c ả ng n ả a b ả ng bên t ả n th ả ng: do máu t ả kích th ả ch sau màng b ả ng.

2) Kh ả i máu t ả th t ả l ả ng:

- H ả th t ả l ả ng y ả h ả n bình th ả ng, c ả ng n ả và r ả t ả u. N u s ả th ả y co c ả ng v ả ng th t ả l ả ng ch ả ng t ả v ả bao th ả n máu ch ả y ra quanh th ả n.

- Theo d ả i tĩ n tr ả i kh ả i máu t ả th t ả l ả ng c ả ó ý ngh ả a quan tr ả ng ả nh giá tĩ n l ả ng m ả t tr ờng h ịp ch ả n th ả ng th ả n. Kh ả i máu t ả c ả ng t ả ng nhanh th ả ch ả ng b ả ng và co c ả ng n ả a b ả ng c ả ng r ả o.

3. To ả n th ả n:

1) Shock g ả p trong 25 – 30% các tr ờng h ịp ch ả n th ả ng th ả n. X ả y ra khi c ả c ả th ả ng t ả n n ả ng nh ả : D ả p nát th ả n, t ả c ả u ả ng th ả n(12 –15%) ho ả c ả c ả tr ờng h ịp ả a ch ả n th ả ng(15-20%). Bi ả u hi ả n: V ả m h ả i, tru ả m ch, l ả m , huy t ả p t ả t (<90/50mmHg), chi tĩ m l ả nh, CVP: 3 – 5 cmH₂O.

2) Bi ả u hi ả n th ả i u máu c ả p: Da xanh, v ả m h ả i, m ả ch nhanh, huy t ả p h ả , th ả nhanh n ả ng. Xét nghi ả m: H ả ng c ả u h ả , huy t ả s ả c t ả , hematocrit g ả i m.

IV. C ả n lâm s ả ng:

1. Chẩn đoán u không chu n b: có ý nghĩa đánh giá chức năng th n.

1) Bóng th n to h n bình th ng, không nhìn rõ b c ái ch u.

2) Ru t ch ng h i, giãn.

3) Tìm các th ng t n khác: Gãy x ng s n, c t s ng.

2. Siêu âm:

1) Mang l i các thông tin v b th n, nhu mô th n, xác nh t n t i c a kh i máu t , n c ti u quanh th n. Cho th y nh ng hình nh t n th ng: Hình dáng th n không bình th ng, d p nhu mô th n, t máu trong và quanh th n, m t ng vi n liên t c bao th n.

2) Siêu âm ch n oán các t n th ng 1, 2, 3 rõ v i c hi u 80 – 85%, 4 khó nh n nh các t n th ng m ch máu.

3) Siêu âm Doppler màu có th phát hi n các th ng t n m ch máu, s c p máu hay tình tr ng t c m ch th n.

4) Siêu âm còn giúp cho theo dõi t i n t r i n c a ch n th ng th n v sau.

3. Chẩn đoán t nh m ch c p c u r t c n thi t và có th th c hi n theo ph ng pháp nh gi t t nh m ch. Chatelain, Carroll, Mc Aninch cho r ng ây là ph ng pháp c b n có giá tr cao trong ch n th ng th n.

1) Mang l i thông tin v th n ch n th ng và th n bên i di n.

2) Cho bi t hình thái và ch c n ng c a th n t n th ng: Các t n th ng ài b th n, c t c t các ài th n, ho c tràn thu c c n quang ra xung quanh th n.

- Th n b t n th ng nh , v a: th y hình nh ng thu c c n quang t i l vùng th n nh ng ng bài t i t v n bình th ng

- N u t n th ng n ng thì có hình m t hay hai ài th n b tách r i, thu c c n quang tràn ra xung quanh th n ho c không th y th n ng m thu c do ài b th n y máu c c, th n b d p nát hay t n th ng ng m ch th n.

- Th n c m không ng m thu c c n quang:

+ ài b th n y máu c c choán ch .

+ V hay d p th n n ng.

+ T n th ng ng m ch th n.

4. Scanner: Mang l i các thông tin chính xác nh t v các th ng t n th n, c bi t là trong tr ng h p ch p UIV th n không ng m thu c và các t n th ng nhu mô th n, cho bi t m c th ng t n ch nh i u tr .

5. Ch p ng m ch th n ch n l c:

- Là xét nghi m cho biết chính xác t n th ng m ch máu th n
- ch nh trong tr ng h p th n không ng m thu c trên phim UIV, nghi ng t n th ng m ch th n.

- Hình nh: Hình nh c t c t, hình nh h máu và ng thu c.

V. Ch n oán: C n ánh giá c m c a ch n th ng, có th ng t n th n hay không và n u có thì th ng t n m c nào. Ngoài ra còn ph i d oán c xu h ng di n bi n c a ch n th ng th n.

1. Trong các tr ng h p i n hình có ch n th ng vùng th t l ng d i s n thông th ng i n hình d a vào các tri u ch ng lâm sàng:

1) Sau m t ch n th ng vào vùng th t l ng hay b ng.

2) ái ra máu.

3) au c ng t c vùng th t l ng.

4) Kh i máu t vùng th t l ng.

2. Trong b nh c nh lâm sàng a ch n th ng, các d u hi u trên có th rõ ràng hay b che l p. Khi tri u ch ng lâm sàng không rõ ràng, các xét nghi m c n lâm sàng, t t nh t là CT có ý ngh a và ánh giá c t n th ng ch n th ng th n c th .

3. i chi u t n th ng gi i ph u theo Chatelain hay Mc Aninch ánh giá m c ch n th ng th n có thái x trí k p th i h p lí.

1) Ch n th ng th n nh : ng d p th n.

2) Ch n th ng th n v a (trung bình): d p th n nh .

3) Ch n th ng th n n ng: d p th n n ng, v th n.

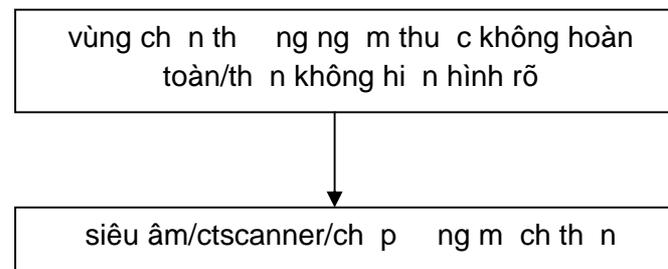
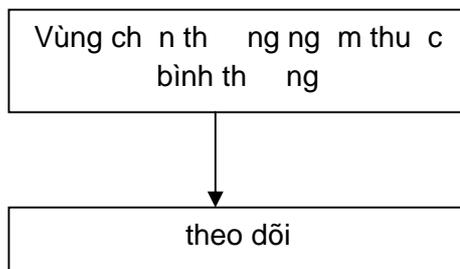
4) **T** cụ ng th n: rách ho c **T** m ch máu r n th n: tình tr ng shock và m t máu r t n ng. Tuy nhiên t n th ng nh c a ng t nh m ch cu ng th n, tình tr ng b nh nhân n nh, ch n oán hình nh m i c phát hi n.

4. Phác ch n oán:

ái máu i th

(huy t áp t t < 90mmHg + ái máu vi th)

Ch p UIV:2ml/kg



- **T** máu sau phúc m c l n.
- N c ti u, thu c c n quang ng m ra ngoài th n.
- l ph n th n không ng m thu c.
- **T** n th ng m ch máu l n c a th n: Ph u thu t.

VI. Di n bi n và bi n ch ng:

1. Xu h ng n nh:

- 1) B nh nhân b t au, b ng b t ch ng và có trung ti n, ái máu nh t màu d n, s m màu r i nâu vàng.
- 2) Kh i máu t không to, t ch c th n ng d p, li n s o và x hoá.
- 3) B nh nhân t nh táo d n, không s t.

2. Xu h ng không n nh:

- 1) au không gi m, b ng ti p t c ch ng.
- 2) ái máu ti p di n: máu c c, máu t i, kh i máu t th t l ng t ng lên, n u c truy n máu h i ph c k p th i và kháng sinh b nh s n nh, ho c ph i chuy n c p c u can thi p ph u thu t.

3. Chọn thời gian: Vết thương hay vết loét: ái ra máu d d i, kh i máu t vùng th t l ng t ng nhanh b nh nh n r i vào tình tr ng shock n ng, c n ph i h i s c và ph u thu t c p c u ngay.

4. Bi n ch ng:

1) Viêm t y h th t l ng, v i b nh c nh lâm sàng nh s t cao, au vùng th t l ng, s ng n h s n th t l ng.

2) au l ng kéo dài do viêm x quanh th n.

3) n c th n do viêm x chít quanh ni u qu n sau phúc m c.

4) Nh ng th ng t n ng t nh m ch có th gây ph ng ho c thông ng t nh m ch th n.

5) X teo th n sau ch n th ng gây cao huy t áp.

VII. Thái x trí: Tr c h t ph i ánh giá xem b nh nh n có shock hay không h i s c tích c c. Sau ó ánh giá y , c th ch n th ng th n s cho h ng x trí thích h p, ch y u d a trên:

+ M c ái máu, ti n tri n c a kh i máu t vùng th t l ng.

+ K t qu c a ch p UIV, siêu âm, scanner.

1. i u tr n i khoa:

- Ch nh: ch y u trong các tr ng h p ng d p th n, d p th n nh :

+ Toàn tr ng b nh nh n n nh, m ch, huy t áp, h ng c u gi m nh .

+ ái máu gi m d n.

+ Kh i máu t vùng th t l ng không t ng h n.

+ UIV: Th n còn ch c n ng, thu c c n quang ch ng v th n.

- Ph ng pháp:

+ B nh nh n n m b t ng t i gi ng, s n sóc i u tr t i gi ng, truy n d ch và máu n u c n thi t.

+ Kháng sinh ch ng nhi m khu n: ph i h p nhóm betalactam và nhóm aminosid.

+ L i ti u nh (Lasix 20mg): 1 – 2 ng/ ngày.

+ Sau 10 ngày ch p l i UIV ánh giá l i k t qu i u tr n i khoa.

*Trong m i tr ng h p i u tr b o t n, c n theo dõi ch t b ng lâm sàng, siêu âm và UIV.

2. i u tr ngo i khoa: Ph u thu t ch n th ng th n là b o t n th n và tránh các bi n ch ng c a ch n th ng th n. Ch nh ph u thu t ch n th ng th n chi m 30 –35%, trong ó ph u thu t b o t n chi m 70 – 80% (Mc Aninch: 88%) C t th n b t bu c trong tr ng h p d p nát th n, t cu ng th n n mu n sau 6h chi m 14 – 17% (11,9%: Mc Aninch).

1) Ch nh can thi p c p c u:

- B nh nh n có d u hi u shock m t máu n ng.
- Ch n th ng th n n ng: t cu ng th n, v th n n ng.
- Có th ng t n các t ng khác trong b ng.

2) Ch nh can thi p s m:

- Ch n th ng 3 (theo Chatelain), 3, 4 (theo Mc Aninch).
- Các tr ng h p i u tr n i khoa không n nh.
- Các tr ng h p ái máu tái phát n ng ã truy n d ch, truy n máu y : m c p c u trì hoãn 3 – 7 ngày sau ch n th ng.

3) Yêu c u gây mê h i s c - ph u thu t:

- Gây mê n i khí qu n.
- ng m s n th t l ng theo kinh i n, ho c ng tr ng gi a qua phúc m c vào tr c ti p cu ng th n.
- Ki m tra, ánh giá ngay t n th ng gi p nát, v hay t cu ng th n, tu theo th ng t n mà th c hi n các th thu t thích h p:
 - + L y máu t quanh th n, khâu c m máu ng v th n.
 - + C t th n bán ph n n u l c c th n b t r i.
 - + Th ng t n cu ng th n: Th ng t n có th b o t n c thì khâu m ch máu ho c ghép m ch, khâu b th n kèm d n l u b th n.
 - + C t th n khi v nát th n hay th ng t n cu ng th n không có kh n ng ph c h i. Khi ch nh c t th n ph i ánh giá ch c n ng th n bên i di n tr c và trong m .

VIII. Chăm sóc điều dưỡng:

1. Trường hợp nội trú nội khoa:

1) Cho bệnh nhân nằm bất động tích cực, giữ thích cho bệnh nhân vệ sinh thân thể, vệ sinh bệnh nhân, theo dõi bệnh nhân trong 7 ngày.

2) Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 3 giờ /1 lần. Theo dõi các xét nghiệm máu hàng ngày, ghi vào bệnh theo dõi.

3) Kiểm tra sonde tiểu theo dõi số lượng, màu sắc.

4) Thực hiện thu thập cho bệnh nhân: truyền dịch, kháng sinh, giảm đau. Lưu ý.

5) Lập bilan theo dõi lượng dịch vào và ra.

6) Cho bệnh nhân nằm xuống khi có trung tiện. Nếu có đi ngoài xin báo ngay cho bác sĩ điều trị.

2. Trường hợp nội trú ngoại khoa: Ngoài việc theo dõi bệnh nhân bệnh nhân sau mổ nói chung, cần chú ý:

1) Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu.

2) Số lượng, màu sắc dịch qua ống dẫn lưu.

3) Vị trí bệnh nhân khâu bó bột cần bệnh nhân nằm bất động sau mổ 7 – 10 ngày.

Chẩn đoán ni u o o tr c

I. Lịch sử:

1. Chẩn đoán ni u o là 1 cấp cứu nội khoa phải xử trí kịp thời tránh các tai biến phức tạp như bí ối, viêm lan tỵ nội tiết sinh môn và tránh các di chứng phức tạp sau: viêm ni u o, hẹp ni u o.

2. Về ph ần di n sinh lí ni u o chia làm 2 ph ần: ni u o tr c và ni u o sau. Chẩn đoán ni u o tr c và sau khác nhau v : nguyên nhân, cách chẩn đoán, lâm sàng và ph ần pháp i u tr .

3. Ni u o tr c có v t x p bao quanh g m 2 ph ần:

4) Ph ần di n tr c x ả ng mu: do v t x p ít khi bị chẩn đoán nên ni u o tr c ít khi t n th ể o n này tr khi đ ể ng v t khi c ể ng bị chẩn đoán tr c ti p: v t hang bị gãy, dao c t.

5) Ph ần c ể nh: ni u o t ể ng sinh môn (áy ch u): chẩn đoán ni u o tr c th ể ng bị đ p ho c b ể t o n này. Khi bị nh nhân ngã ng i c i ng a trên v t c ể ng (ngã m n thuy n, ngã xo c chân trên giàn giáo), t ể ng sinh môn bị ép gi a v t c ể ng và bị đ i x ả ng mu nên ni u o t ể ng sinh môn bị t n th ể ng.

4. Chẩn đoán c ể th t n th ể ng c a ni u o tr c c n đ a vào ch p ni u o ng c dòng.

5. T 1910 Marion ã mô t t ni u o tr c và t i n hành ph u thu t khâu n i ni u o t n t n trong chẩn đoán, sau ó Yong Davis (1926), Sabadini(1948), Cukier (1984) t i n hành ph u thu t khâu n i t ni u o tr c ngay thì u trong c p c u, k t qu tr thành xu h ả ng i u tr t ni u o tr c.

6. Waterhouse (1971) và Guiolleman Cukier Boccon-Gibod (1980) ch ể tr ể ng đ n l u bàng quang và soi c t trong h p ni u o thì sau.

II. Gi i ph u b nh.

1. Đ p ni u o:

4) Ni u o t n th ể ng nh , nông, b m đ p. Có th ể kèm theo t máu v t x p.

5) Cân Buck, cân Cole(?) còn nguyên vẹn.

2. t ni u o không hoàn toàn:

4) Ni u o b t 1/3 – 1/2 – 2/3 chu vi ch y u v phía t ng sinh môn.

5) V t x p b d p v .

6) Cân Cole b v , ch y máu t v t x p ra t ng sinh môn t đ i da.

3. t ni u o hoàn toàn:

4) Ni u o t hoàn toàn.

5) V t x p b t nh c t ngang, 2 u t t xa nhau 1 – 2 cm.

6) Cân Cole b t toán r ng. Ch y máu l n t v t x p, máu t l n áy ch u.

III. Ch n oán: C n ch n oán c có th ng t n ni u o tr c hay không đ a vào lâm sàng, và ch n oán c m c th ng t n c th c a ni u o đ a vào ch p ni u o bằng quang ng c dòng.

1. Lâm sàng: thay i ph thu c vào m c th ng t n. Sau m t ch n th ng ngã ng i c i ng a, b nh nhân có th ng t i 3 – 5 phút, không ng i d y c, không i l i c ngay.

4) D p ni u o:

- au nhói vùng áy ch u.

- V n ái c, n c ti u u b i, ho c ch y máu ra mi ng sáo, s l ng ít là bi u hi n có t n th ng ni u o. Máu ch y không t ng ng, k c khi b nh nhân l y tay ép vào vùng b t n th ng.

- T máu nh áy ch u hay không.

- n vùng áy ch u au ít, không làm máu ch y ra mi ng sáo.

5) t ni u o không hoàn toàn:

- Ch y máu ni u o: ch y máu ra mi ng sáo t nhiên, không t ng ng, k c khi b nh nhân l y tay ép vào vùng b t n th ng.

- Máu t đ i da t ng sinh môn hình cách b m, có th lan r ng 2 bên b n, bìu c ng to.

- Bí ti u trong nh ng gi u có th do ph n x t ng sinh môn hay do t ni u o.

- Vùng áy ch u au c ng n , b m d p, n au chói và làm cho máu ch y ra mi ng sáo.

6) t ni u o hoàn toàn:

- Ch y máu ni u o: ch y máu ra mi ng sáo nhi u. C ng au càng d ch y máu b nh nhân càng ho ng s bóp ch t l y d ng v t t ng c m máu nh ng buông tay ra máu c c có th càng bi y ra nhi u h n.

- Máu t l n d i da t ng sinh môn lan r ng 2 bên b n hình cách b m và ra phía tr c. Bìu c ng to.

- Vùng áy ch u au c ng n , b m d p, n au chói.

- Bí ti u th c s , bàng quang c ng.

2. C n lâm sàng:

4) Xquang khung ch u: có th th y các t n th ng x ng vùng áy ch u.

5) Ch p ni u o bàng quang ng c dòng:

- Bình th ng: ni u o là m t ng ng u, giã t ngoài vào t n túi cùng c a ni u o sau, sau ó h i h p l i ch các c th t tr c khi lan to vào bàng quang.

- Ch có hình nh thu c c n quang tràn ra ngoài ni u o: D p ho c t ni u o không hoàn toàn.

- Hình nh thu c c n quang ng áy ch u: N u ít thì có th t ni u o không hoàn toàn, n u nhi u là t ni u o hoàn toàn.

IV. Bi n ch ng:

1. Bí ti u: Sau 2 – 4h b nh nhân c n t c vùng h v và bí ái (b nh nhân mu n i ti u mà không ti u c). Lúc u là ph n x t v do au, v sau c th t c bàng quang ni u o co l i và b nh nhân bí ái th c s .

2. Viêm t y n c ti u t ng sinh môn: R n c ti u sau 6 – 9h do bàng quang c ng quá m c. Máu và n c ti u th m tràn ra, phù n viêm lan t y n c ti u t ng sinh môn: có th e do tính m ng b nh nhân.

3. áp xe t ng sinh môn: khi ã viêm t y n c ti u t ng sinh môn dù i u tr kháng sinh v n ph c t p, có th gây bi n ch ng áp xe và rò n c ti u t ng sinh môn v sau r t ph c t p.

4. H p ni u o tr c: nh ng tr ng h p t ni u o tr c hoàn toàn hay không hoàn toàn ch a x trí ph c h i ni u o ngay thì s m mu n ni u o ã t n th ng s x hoá h p lòng ni u o hoàn toàn hay không hoàn toàn.

V. X trí: D a vào lâm sàng và ch p ni u o bàng quang ng c dòng.

1. Khi b nh nhân t i ti u c: n c ti u trong hay có ít máu (n c ti u u bãi):

- Theo dõi, không th m dò thông ni u o.

- i u tr b o t n: ch m l nh t ng sinh môn, gi m au, kháng sinh.

- Sau 2 tu n ch p l i ni u o ng c dòng (tuy n chuyên khoa)(?) ánh giá k t qu i u tr và theo dõi, ho c nong ni u o ki m tra và theo dõi phòng h p ni u o v sau.

2. Khi b nh nhân không i ti u c:

4) tuy n c s không có chuyên khoa:

- Bí ái, bàng quang c ng, không ch y máu ni u o nhi u: thông bàng quang vô trùng và nh nhàng(?) tháo n c ti u, có th t thông t i ch 1 – 3 ngày, gi m au, kháng sinh. Sau khi rút ng thông, ch p ni u o ki m tra (ho c nong th).(?)

- Bí ái, bàng quang c ng, ch y máu ni u o nhi u: m thông bàng quang (hay cystocatheter) n thu n ho c k t h p t ng thông ni u o.

- Bí ái, bàng quang c ng, ch y máu ni u o t máu t ng sinh môn: m thông bàng quang, m t ng sinh môn l y máu t , c m máu.

- Sau ó chuy n v các trung tâm chuyên khoa t i t ni u i u tr ph u thu t thì 2 s m (3 –7 ngày sau ch n th ng).

5) tuy n chuyên khoa:

- Chọn thời gian niệu đồ chấy máu niệu đồ (tắm máu tống sinh môn): chụp niệu đồ bằng quang học dòng chọn oán t niệu đồ tr c hoàn toàn hay không hoàn toàn sau ó d n l u bàng quang hay cystocatheter.
- Nếu không có máu tống sinh môn tống thông trong 2 tuần. Khâu niệu đồ thì sau.
- Nếu có tắm máu tống sinh môn: m tống sinh môn b c l v t x p, c t l c các mô d p nát c m máu, khâu niệu đồ thì u.

3. i niệu đồ di ch ng:

- Viêm lan t y n c ti u: d n l u bàng quang hay cystocatheter, r ch r ng tống sinh môn tháo n c ti u, can thi p niệu đồ thì sau.
- Áp xe rò n c ti u tống sinh môn: d n l u bàng quang hay cystocatheter, r ch áp xe tống sinh môn d n l u, can thi p niệu đồ thì sau.
- H p niệu đồ tr c: c t n i niệu đồ t n t n theo ph ng pháp Marion – Harrison(?) hay n i soi c t x niệu đồ.

t ni u o sau

I. i c ng

1. V gi i ph u ni u o chia làm 2 ph n: ni u o tr c và ni u o sau. Ch n th ng t (d p) ni u o tr c và sau khác nhau v : nguyên nhân, c ch ch n th ng, lâm sàng, ph ng pháp i u tr .

2. t ni u o sau là 1 trong các tai bi n c a v x ng ch u (chi m t l 10 – 15%).

3. Ch n th ng v x ng ch u th ng trong b nh c nh a ch n th ng (25 – 30%) có shock m t máu và t n th ng các t ng ph i h p. t ni u o sau b che l p b i tình tr ng b nh nhân n ng, nên khó kh n ph c t p c v ch n oán và i u tr .

4. Nguyên t c x trí ch y u là h i s c, ph u thu t c p c u b nh nhân thoát kh i tình tr ng nguy k ch, sau ó ph i h p v i các chuyên khoa x ng, h i s c và ti t ni u gi i quy t các bi n ch ng t ni u o sau.

II. Nguyên nhân , c ch và t n th ng t ni u o sau:

1. Nguyên nhân: v x ng ch u do:

1) Tai n n giao thông va ch m xe c n n nhân ngã p vùng hông x ng ch u xu ng n n ng (70 – 80%).

2) Tai n n lao ng ngã cao ho c b ép vùng hông x ng ch u (15 – 20%)

3) V x ng ch u theo phân lo i c a Pennal và Tile 1980 các lo i v x ng ch u liên quan nhi u n t ni u o sau và t n th ng ng ti t ni u đ i là:

- V toác x ng mu c 2 cung tr c ngành ch u mu, ng i mu di l ch không v ng (70%).

- Toác x ng mu.

- V x ng mu 1 bên, toác kh p cùng ch u cùng bên hay bên i di n.

- V x ng mu và gãy x ng ch u Malgaigne.

2. C ch : v x ng ch u làm rách cân áy ch u gi a nên ni u o sau ch y u là ni u o màng b gi ng kéo, t hay di l ch.

3. T n th ng t ni u o sau:

1) Ni u o màng th c s là ng ni u o 2 – 2,5 cm qua cân áy ch u gi a có c th t vân bao quanh, b t hoàn toàn hay không hoàn toàn: 80%, kèm theo d p nát c vân.

2) V ti n li t tuy n (do b ép hay u x ng gãy ch c th ng) ni u o ti n li t tuy n c ng b t n th ng (5-10%).

3) Ph i h p t ni u o màng và ti n li t tuy n :10 – 15%.

4. Phân lo i: C n c vào ch p ni u o bàng quang ng c dòng:

- Lo i 1: ni u o sau c ng giãn (17%).

- Lo i 2: t ni u o sau t hoàn toàn hay không hoàn toàn nh ng cân áy ch u gi a còn nguyên v n (17%).

- Lo i 3: ni u o sau b t r i – cân áy ch u gi a b xé rách kèm theo rách ti n li t tuy n và u ni u o hành c ng b t n th ng (66%)

5. T máu cân áy ch u và trong khung ch u:

1) Là nh ng t n th ng t ng i tr m tr ng do ng t nh m ch ch u qua cân áy ch u b t và các m ch máu tr c bàng quang, ám r i Santorini, ám r i ti u khung b d p t gây ch y máu trên cân áy ch u ti u khung. Ngoài ra còn t máu sau phúc m c, h th n, quang bàng quang.(?)

2) Tumer Warwick nh n nh các m c ch y máu t máu l n: t máu khu trú trên cân áy ch u, t máu lan r ng ti u khung, t máu l n trên cân áy ch u ti n li t tuy n sau x ng mu phúc m c.

6. Các t n th ng ph i h p nh :

- Ch n th ng b ng (th ng i tràng, ru t non, v gan, lách, d p m c treo ru t 20 – 25%. Ch n th ng ng c ng c (tràn khí màng ph i): gãy x ng 10 – 15%, lóc da r ng, d p nát ph n m m t máu vùng mông th t l ng 3 – 5 %.

- T n th ng vùng ùi: gãy x ng, d p nát ph n m m.

- V x ng ch u t ni u o g p trong b nh c nh a ch n th ng bi u hi n tình tr ng lâm sàng n ng ph c t p.

III. Chẩn đoán: Có từ 2/3 s triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm thực nghiệm có tại bệnh nhân thì chẩn đoán sau có bệnh nhân r tử vong, do vậy cần thực hiện các xét nghiệm để xác định xem bệnh nhân có shock hay không, mức độ các triệu chứng kèm theo, sau đó mới xác định triệu chứng tử vong sau.

1. Lâm sàng:

1) Bệnh nhân lâm sàng chung:

a. Shock mất máu:

- Vết vã, da niêm mạc nhợt, mạch nhanh > 90, huyết áp tụt thì < 90/60, hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite giảm chi mô thấp (65 – 70%) òi h i h i s c c p c u k p th i.

- Nguyên nhân:

+ Vết xét nghiệm thực nghiệm: mất 1,5 – 2 lít máu.

+ Có vết xét nghiệm thực nghiệm + chẩn đoán các triệu chứng trong bệnh.

+ Vết xét nghiệm thực nghiệm + di chuyển bệnh nhân không đúng qui cách.

b. Bệnh nhân lâm sàng, có các triệu chứng bệnh: do t máu sau phúc mạc hoặc do t triệu chứng trong phúc mạc, nên có thể che lấp các triệu chứng tại bệnh nhân tử vong (tử vong sau, v bằg quang).

5) Triệu chứng tử vong sau – vết xét nghiệm thực nghiệm:

a. Chẩn đoán:

- Bí ẩn: bệnh nhân buồn rầu khi triệu chứng lâm sàng tử vong sau nhận thu. Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân có shock và v bằg quang ngoài phúc mạc kèm theo thì khi r tử vong sau đ i r n, không r n, không triệu chứng, mất cảm giác buồn rầu.

- Chẩn đoán máu r ra míng sáo, đau t c vùng bằg quang, đau vùng vết xét nghiệm thực nghiệm.

b. Triệu chứng:

- Bệnh nhân tím vùng vết xét nghiệm thực nghiệm.

- ép khung chậu, chẩn đoán vết xét nghiệm thực nghiệm: đau t ng.

- Bằg quang chẩn đoán: khó phân biệt v i t máu thực nghiệm bằg quang do vết xét nghiệm thực nghiệm và v bằg quang, v các triệu chứng trong bệnh.

- Có t máu tr c quanh rìa h u môn (không ph i t máu hình cánh b m)
- Th m tr c tràng au c vùng ni u o ti n li t tuy n đ i c bàng quang, có th s th y ch gẫy x ng mu.

6) Tr ng h p t ni u o sau kèm theo v bàng quang thì có thêm các tri u ch ng sau:

a. C n ng: au vùng đ i r n, m t c m giác bu n ti u, ti u khó, tia n c ti u y u, không r n, không i ti u c, khi r n au lan n đ i r n.

b. Th c th :

- t m t sonde bàng quang (không l u) sau ó b m 10 ml huy t thanh r i hút ra n u n u th tích gi m nhi u: có v bàng quang.

- Shock m t máu: tr ng h p v bàng quang n kèm t c bàng quang – ni u o, rách âm o: t l t vong cao, ph i c c p c u t i phòng m , c m máu, th t ng m ch ch u trong 1/2 bên (+/-)

- Viêm phúc m c n c ti u (v bàng quang trong phúc m c):

+ au kh p b ng, nh t là vùng đ i r n.

+ C m ng phúc m c, ph n ng thành b ng không i n hình nh viêm phúc m c do t n th ng t ng trong b ng.

7) Tri u ch ng c a v ti n li t tuy n:

a. C n ng:

- N ng, ch y máu mi ng sáo t.

- Bí ái, bàng quang c ng au t c, bu n i ti u đ đ i nh ng khó ti u do bàng quang ch a nhi u máu c c.

- Có th shock m t máu.

b. Th c th :

- Th m tr c tràng: ti n li t tuy n c ng to, m m. máu vùng trên cân áy ch u, túi cùng Douglas c ng au.

2. C n lâm sàng:

1) Xét nghi m máu:

- h ng c u gi m, hematocrite gi m.

9) Tình trạng thông niệu ở: hiện nay không dùng do đây là nguyên tác thẩm khám mù quáng có thể gây chẩy máu, nhiễm khuẩn, chuyển t niệu không hoàn toàn sang t niệu hoàn toàn.

IV. Biện chứng:

3. Viêm tiểu cầu niệu vùng trên cân áy chậu, khoang Bogros, trực bàng quang sùi nhú, thẩm xu ng bìu chứng là biện chứng nặng nề do b sót chẩn đoán t niệu sau hay xử trí không đúng nguyên tắc. bệnh nhân tuy có phẫu thuật niệu tr các thận khác có thể rơi vào tình trạng Shock không hồi phục nhiễm khuẩn nặng ure, creatinin máu để do tính nặng.

4. Nhiễm khuẩn do áp xe ổ vùng chậu nh.

5. Rò niệu ở tiểu phẫu phát sinh môn.

6. Hậu niệu sau.

7. Viêm chậu xoang chậu.

V. Thái xử trí:

8. Nguyên tắc:

10) Nhanh chóng đánh giá tình trạng m t máu và các thận phụ hồi p.

11) Chứng shock m t máu: truy n các dung dịch, hoc máu b i ph ngay khi l ng tu n hoàn. Theo dõi huyết áp, CVP.

12) Bilan các thận, xác nh t niệu sau.

13) Phẫu thuật cấp cứu thận m ch máu, vết ng c – r ng tr c, tr ng h p thận tr c tràng kèm theo có thể khâu thận và phải làm hu môn nhân tạo i tràng xích ma.

14) Sau ó xử trí t niệu sau và các thận h t niệu phải hồi p.

9. Xử trí t niệu sau: tu thủ c vào tình trạng bệnh nhân, c s v t ch t, kh n ng c a phẫu thuật viên.

15) Dẫn lưu bàng quang n thu n:

- Là phẫu pháp c b n.

- Chăm nh:

+ Tình trạng bệnh nhân nặng.

+ Bác sĩ ngoại khoa chung.

- Mục đích: tránh các biến chứng nguy hiểm tử vong sau mổ, viêm lan tỵ nhiễm trùng vùng đáy chậu.

16) Dẫn lưu bàng quang + thông niệu đạo, cảm máu, lấy máu tụy, dẫn lưu máu tụy... chỉ thực hiện khi cần thiết. Mục đích thông niệu đạo sau mổ không hoàn toàn có thể làm ngay trên thông. Có tác dụng còn cắt dây chằng mu – tĩnh mạch tụy – niệu đạo(?) chỉ thực hiện khi cần thiết, bàng quang bị kéo lên cao.

17) Dẫn lưu bàng quang, cảm máu, lấy máu tụy, dẫn lưu máu tụy, chỉ thực hiện niệu đạo, khâu niệu đạo ngay thời điểm mổ trong ổ bụng hay sau 3 – 7 ngày.

- Thông mổ bàng đờn qua xương mu/kết mạc bàng quang qua đáy chậu bằng các dụng cụ phẫu thuật niệu đạo màng bụng, tách rõ về 2 phía, cắt gần mép và khâu niệu đạo trên thông.

18) Xử trí bàng quang:

- Bàng quang ngoài phúc mạc:

+ Cắt gần mép rách, thông bàng quang, khâu bằng chỉ Vicryl số 1,2: 1 phần b và 1 phần thanh c.

+ Kiểm tra các lỗ thông khác, nhất là các lỗ thông nh.

+ Lấy huyết khối c.

+ Dẫn lưu bàng quang tạm thời lạnh.

- Bàng quang trong phúc mạc:

+ Bóc tách phúc mạc, cắt xen mép rách thông bàng quang.

+ Khâu bàng quang 1 phần b bằng Vicryl vùi niêm mạc l vào trong.

+ Khâu phần thanh c, khâu che phần l phúc mạc.

+ Dẫn lưu bàng quang tạm thời bằng thông Petzer 18 – 20 Chặt ngoài ổ bụng ngoài phúc mạc, cắt thành bàng quang về thành bàng. dẫn lưu Retzius.

19) Xử trí di chứng tử vong sau:

- áp xe t ng sinh môn: r ch r ng t ng sinh môn, c t l c, d n l u, kháng sinh.

- H p ni u o sau:

+ H p ni u o màng n thu n: 10%.

+ H p ni u o ti n li t tuy n: 15 – 20%.

+ H p ni u o toàn b : 60%.

Sau 3 – 6 tu n x ng ch u n nh v ng, tiêu khô t máu, h t nhi m khu n, tình tr ng b nh nhân h i ph c, t i l i c thì ti n hành ki m tra xác nh di ch ng h p ni u o sau qua ch p ni u o bàng quang ng c dòng, xuôi dòng có thu c c n quang th y hình nh ni u o h p.

- Ph u thu t h p ni u o sau:

+ H p ni u o màng n thu n < 2cm.

C t o n h p.

N i ni u o t n t n.

t ng thông bàng quang – ni u o 2 tu n.

+ H p ni u o màng > 3m/ h p ni u o ti n li t tuy n:

C t o n x .

L ng ni u o hành vào ni u o ti n li t tuy n theo ph ng pháp Solovop c i ti n ho c a 2 u ni u o ra da, ph u thu t t o hình ni u o thì 2.

U phì i lành tính tuyến tiền liệt

I. i c ng:

1. U phì i lành tính tuyến tiền liệt là m t b nh th ng xu t hi n nam gi i khi tu i b t u cao và t ng lên song song v i tu i th c a ng i dân (trung bình 60 tu i) và là lo i u lành tính hay g p nh t nam gi i.

2. ây là m t b nh có t n s cao th 2 trong các b nh v ti n li t tuyến di n bi n b t th ng, kh n ng áp ng, ph n ng i v i b nh c a t ng ng i r t khác nhau. Do ó ph i ch n ph ng pháp i u tr thích h p cho t ng b nh c nh lâm sàng c th và ph i i u tr tích c c.

3. B nh gây ra nhi u bi n ch ng t nh n n ng.

4. V d ch t :

- T n s m c b nh t ng lên đ n theo tu i, c bi t là khi ≥ 45 tu i.
- Không có s khác bi t v ngu n g c, ch ng t c, thành ph n xã h i, ch dinh d ng.

5. M c dù ung th ti n li t tuyến và u phì i lành tính tuyến tiền liệt hay ng i cao tu i và ôi khi cùng xu t hi n trên cùng 1 b nh nhân nh ng chúng không có liên quan gì v i nhau.

6. i u tr u phì i lành tính tuyến tiền liệt đ a vào c i m c a b nh và di n bi n c a b nh:

- + i u tr n i khoa: gi i quy t 1 s bi n ch ng thông th ng.
- + i u tr ngo i khoa, c bi t là n i soi: có k t qu t t khi b nh nhân ã có bi n ch ng n ng.

II. Gi i ph u b nh:

1. C u t o c a tuyến tiền liệt:

1) Lowsly (1812): tuyến tiền liệt g m có 5 thu : tr c, gi a, 2 bên, sau.

2) Mac Neal (1976): tuyến tiền liệt g m nhi u ph n:

- Ph n trung tâm: 20% ng Wolf.
- Vùng ngo i vi: 75% ng Wolf. Là n i xu t phát c a ung th ti n li t tuyến.

- Vùng chuyển tiếp: 4- 5% ng Wolf. Cùng với các tuyến vùng chung quanh niệu nang núi là niệu xuất phát cao phì đại lạnh tính tuyến tiểu liệt.
- Vùng quanh niệu nang: dưới 1%.
- Vùng trực tuyến: bao gồm mô và sụn tiếp giáp với bàng quang và cơ thắt vằn.

3. Giải phẫu bệnh:

- Với thể niệu đại lạnh tính tuyến tiểu liệt là một khối hình tròn hay bầu dục 2 hay 3 thu hẹp sát vào nhau phía trước và dính chặt về phía sau. Khối lượng từ 30 – 40g có khi lên đến 100g. Uống ngày càng phát triển lớn vào ngoi vi, hướng vào lòng bàng quang hay về phía trực tràng, có thể tích vùng tam giác bàng quang lên. Randal phân biệt có 5 hình thái thể niệu đại lạnh tính tuyến, có thể nhìn thấy niệu nang thoát nước tiểu ra khỏi bàng quang. Mô lạnh tiểu liệt tuyến có thể biến đổi ra ngoi vi tạo thành một vỏ bao quanh. Vì vậy khi uống có thể bóc tách dễ dàng ra khỏi bao xơ.
- Với sự phát triển cao phì đại tiểu liệt tuyến, niệu nang tiểu liệt tuyến kéo dài ra, bị chèn ép bởi 2 thu hẹp, nên thể bị thu hẹp lại. Thành bàng quang dày gấp 2 – 3 lần bình thường do các thể chóp bàng quang bị phì đại. Một trong thành bàng quang có niệu nang hình lỗ lõm mềm gọi là hình trụ mềm hình học. Một số thể có thể biến thành túi thừa. Các “van” niệu nang một tác động tạo niệu nang nước tiểu trào ngược dòng lên thận. Nhiễm khuẩn ngược dòng và suy thận là hậu quả của cùng trong bệnh lý này, nếu không có biện pháp điều trị kịp thời.
- Với việc quá trình tăng sinh của biểu mô tuyến và mô một tạo thành nên ngày càng phát triển về số lượng và kích thước. Các nhân dạng thành phần tuyến, chất keo và sụn trên vị trí khác nhau. Các sụn trên có vai trò quan trọng trong biểu hiện bệnh lý cao phì đại tiểu liệt tuyến. Thành phần tuyến gồm các chùm nang có chứa các núm bên trong. Khác với mô tiểu liệt tuyến bình thường, có thể tìm thấy đây các mạch máu, dẫn các chùm nang, dẫn các tế bào biểu mô. Tỷ lệ giữa mô tuyến và mô một là 22 – 40% và

60 – 80%. Có thể tìm thấy các hình ảnh tân sản bìu mô tinh liệt tuyến 1 và 2, 2 có coi như là tỉ lệ ung thư. Sau cùng có thể tìm thấy 10% u phôi ở tinh liệt tuyến kèm theo các ung thư khác.

- Gm niệu nhân có các thành phần:

+ tuyến (m) - chùm nang niệu như: tế bào tinh và tế bào duct.

+ X.

+ C

- Khi u to, mềm, có ranh giới rõ ràng.

III. Sinh lý bệnh:

- Sau 40 tuổi, quá trình tổng sản tinh liệt tuyến bắt đầu, điển hình hàng ca 2 yếu tố: tác động ca androgen và tuổi già.

- Vai trò ca androgen rất cần thiết vì nucleotid tinh hoàn trước tuổi dậy thì sẽ không xuất hiện nếu không có tinh liệt tuyến. Testosteron là phân tử ca tế bào Leydig trong tinh hoàn và chiếm 95% toàn bộ testosteron trong cơ thể. Nhưng testosteron là một tinh hormone. Vì vậy có hoạt tính thc s trên tế bào đích, testosteron phải chuyển thành dihydrotestosteron (dch th c), nhờ enzyme 5alpha reductase, khu trú ở tế bào đích. dch th c kết hợp với các th th androgen trong nhân tế bào và thông qua các gen chuyển mnh l nh t ng tr ng và biệt hoá tế bào.

- Vai trò estrogen rất quan trọng: nam giới bình thường estrogen tồn tại trong máu nhờ chuyển hoá nội vi hormone 4-androstenedion ca tuyến thượng thận và testosterone ca tinh hoàn. Trong thời kỳ bào thai, từ tuần thứ 20, estrogen ca mẹ và rau thai sẽ thúc đẩy quá trình biệt hoá tinh liệt tuyến ca thai nhi. Nhiều nghiên cứu cho thấy tuổi già, testosterone trong máu giảm, trong khi estrogen tăng. Chính estrogen làm tăng sản xuất ca các th th androgen, do đó tác động ca testosteron tăng dần lên ở bìu mô tuyến. Vì vậy Mac Neal (1978) cho rằng quá trình tổng sản ca tinh liệt tuyến là sự “thc t nh” quá trình hình thành tự nhiên ca tinh liệt tuyến trong thời kỳ bào thai. Th t v y, tuổi già, tuyến tinh liệt càng suy giảm về các androgen.

- Sự mất cân bằng giữa androgen và estrogen, có vai trò của quá trình viêm và các yếu tố miễn dịch. (Estrogen tăng lên → kích thích sản sinh mô mỡ và biểu mô tuyến liệt tụy).
- Ngoài vai trò của các hormon các công trình nghiên cứu thực nghiệm cho thấy tác động qua lại giữa mô mỡ và biểu mô tuyến, thông qua các yếu tố tăng trưởng hormone dạng hình thức cận tiết (paracrin) hay tiết (autocrin). Các yếu tố tăng trưởng có tính kích thích gồm có: yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGF), yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi beta (b-GF), yếu tố tăng trưởng giống insulin (IGF). Ngược lại, yếu tố tăng trưởng chuyển đổi beta (TGF- β) có tác động làm giảm sản sinh của tuyến liệt tụy.
- Issacs (1990) và Tenniswood (1986) cũng nêu một sự mất cân bằng khác xảy ra ở tuổi già, giữa khu vực các tế bào tăng trưởng và khu vực các tế bào chết theo chương trình (apoptosis) của mô tuyến, làm cho các tế bào gốc phát triển nhanh chóng trong khi quá trình chết theo chương trình của các tế bào biệt hoá chậm lại.
- Sau cùng dựa trên những cơ chế khác nhau như viêm nhiễm, tình dịch trào ngược ... hệ thống miễn dịch điều tiết tác động của các tế bào lympho T biệt hoá có thể sản xuất các loại yếu tố tăng trưởng khác gây tăng sinh tuyến liệt tụy.
- U phì đại tuyến liệt tụy làm cho cơ Detrusor quá sức, gây tắc nghẽn cổ bàng quang, bàng quang dẫn cẳng to, tăng nguy cơ tiểu đường 2h u qu : Nhiễm khuẩn ngược dòng và suy thận do trào ngược ngược tiểu.

IV. Các cơ chế bệnh lý: U phì đại lành tính tuyến liệt tụy gây chèn ép, chít hẹp cổ bàng quang.

1. Giai đoạn đầu (còn bù): Thành bàng quang dày lên, bàng quang tăng co bóp tránh các triệu chứng.
2. Giai đoạn sau (mất bù):
 - thành bàng quang mỏng, mất khả năng co bóp, các nút tắc nghẽn kinh phó giao cảm giảm dần, các nút tiết adrenalin tăng.

- Nhiệt độ trong bàng quang.

3. áp lực trong lòng bàng quang ngày một tăng, bàng quang ngày càng một khnng đàn hồi, nhiệt độ trào ngược lên niệu quản, sỏi bàng quang gây các biến chứng:

- Bí tiểu: hoàn toàn hay không hoàn toàn.(sau khi tiểu xong, nhiệt độ còn lại trong bàng quang $\geq 100\text{ml}$)

- Nhiễm khuẩn tiết niệu: viêm bàng quang, viêm tiểu niệu, viêm niệu quản, viêm bàng quang, viêm sỏi bàng quang, nhiễm khuẩn huyết.

- Sỏi tiết niệu(sỏi bàng quang).

- Túi thừa bàng quang.

- Sỏi máu.

- Suy thận.

V. Chẩn đoán xác định:

1. Hội chứng: Các triệu chứng lâm sàng có liên quan đến triệu chứng tiết niệu:

- Sỏi thận.

- Bàng quang thận kinh.

- Huyết niệu.

- Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, nội soi.

2. Các triệu chứng cận lâm sàng

1) Các triệu chứng do chèn ép.

- Rối loạn tiểu tiện.

- Sỏi thận (đưa vào lòng bàng quang), tiểu nhiệt độ và nh.

- Sỏi niệu quản thành niệu quản.

- Sỏi niệu quản (sỏi ngón chân cái) và sỏi không hình thành.

2) Triệu chứng do kích thích:

- Sỏi niệu quản ngày càng nặng hơn gây đau lưng.

- Sỏi niệu quản và cảm giác luôn muốn tiểu.

- Buồn tiểu nhưng không nhc vài phút (sỏi không hình thành).

Các triệu chứng trên ngày càng tăng khi: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt ngày càng to, khi có rối loạn thần kinh thực vật, khi có nhiễm khuẩn.

3) Các triệu chứng khi có biến chứng:

- Bí tiểu hoàn toàn, không hoàn toàn (còn nước tiểu, không thoát máu khi tiểu).
- Đau, nhiễm khuẩn trào ra khi bàng quang bị ung thư di căn.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu (viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, viêm mào tinh hoàn).
- Túi thừa bàng quang, sỏi niệu quản.
- Suy thận: phù, protein niệu.

4) Dựa vào bảng câu hỏi IPSS (international prostatic system score) gồm 7 mục và 5 mức (mức cho từ 0-5 điểm), tổng điểm từ 0-35:

- Đau không hết.
- Đau nhiều lần.
- Đau ngắt quãng.
- Đau vùng.
- Tiểu tiểu.

Nếu tổng điểm 0-7 điểm: nhẹ, bệnh nhân có thể hết, T 8-22: trung bình, có thể phải phẫu thuật, 23-35 điểm: nặng, phải can thiệp.

5) Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân liên quan đến bệnh tiết niệu
thấp: 1-2 điểm: còn, 3-4 điểm: trung bình, 5-6 điểm: không thể chịu đựng được.

3. Thăm khám:

- 1) Khám bệnh sinh dục ngoài: phát hiện các bất thường, dấu hiệu vùng sinh dục ngoài.
- 2) Khám vùng chậu: Cù bàng quang: biểu hiện tiền đái nhiễm khuẩn, bí tiểu.
- 3) Khám vùng thắt lưng 2 bên.

4) Thăm tra còng ánh giá tuyến tính: bệnh nhân mang a, bàng quang và trực tràng rỗng, ngón tay đeo găng có chàm parafin và trực tràng, tay kia thăm khám vùng hạ v. c i m u phì i lành tính tuyến tính:

- Tròn u, nh n, ng nh t, ranh gi i rõ.
- àn h i, khoonfg au.
- M t rãnh gi a.
- Không th y nhân r n 2 thu .

4. Toàn thân:

- Giai o n u ch a có gì c bi t.
- Giai o n thành bàng quang giãn: lo l ng, gày sút, m t ng .
- Giai o n có bi n ch ng: các tri u ch ng c a suy th n.

5. Các th m dò c n lâm sàng b tr :

1) Xét nghi m máu:

- Bi u hi n nhi m khu n: b ch c u t ng, b ch c u da nhân trung tính t ng.
- Ure, creatinin.

2) Xét nghi m n c ti u: vi khu n ni u, kháng sinh .

3) ánh giá l u l ng dòng ti u khi i ti u (ánh giá kh n ng co bóp c a bàng quang, tr ng l c và s c c n c a ni u o): < 10ml/s (bình th ng: 15 – 20ml/s)

4) ánh giá kh i l ng n c ti u ng sau m i l n i ti u: > 100ml

5) Siêu âm:

- Ch nh: tr c khi ph u thu t, theo dõi n i khoa.
- V trí: trên x ng mu ho c u dò tr c tràng.
- Hình nh:

+ Kích th c, v trí u.

+ ánh giá l ng n c ti u t n d .

+ tình tr ng s i, túi th a, s i bàng quang.

+ Tình tr ng th n và s i ni u qu n 2 bên.

- o kh i l ng tuyến tính qua siêu âm: $V(\text{g/cm}^3) = \frac{W.H.L}{2} (\pm 25-30\%)$

6) Chọn UIV:

- Có giá trị trong trường hợp chẩn đoán phác đồ: u, sỏi, túi thận, đái đường bẩm sinh.

- Hình ảnh:

+ Niệu quản: giãn, hình móc câu.

+ Hình khuỷu tay chậu thận hình tính tuyến tiền liệt.

+ Hình ảnh thành bàng quang: u, túi thận

+ Hình niệu quản, khi nhìn cận thận bằng bàng quang: chọn lúc niệu quản và sau khi niệu quản.

7) Soi bàng quang: phát hiện u bàng quang/siêu bàng quang không cần quang.

8) Xquang hình niệu quản không chèn ép: xem có sỏi kết tinh hay không

9) Chọn niệu quản dòng: ánh giá bệnh đái đường cao niệu quản.

Tóm tắt: Chọn chẩn đoán xác định niệu quản tuyến tiền liệt dựa vào bảng sau

Triệu chứng	phương pháp	kiểu hình	đơn vị
Các triệu chứng	Bảng câu hỏi	IPSS	0-35
chẩn đoán lâm sàng	câu hỏi	L	0-6
lưu lượng dòng niệu (Q)	đo trực tiếp hoặc trên máy.	Q/max	ml/s
niệu quản tụt (R)	đo trực tiếp		ml
khối lượng tuyến tiền liệt	Thăm trực tràng, siêu âm.		g/cm ³

VI. Chọn chẩn đoán phân biệt:

1. Trường hợp thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to:

1) Viêm tuyến tiền liệt: đây là chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất

- Viêm bàng quang không có sỏi khác biệt: Tiểu khó, tiểu máu, giao hợp đau và xuất tinh máu.

- Th m tr c tràng: có nhân n c hay nhi u nhân l n nh n c ng l bên hay m t cân i c 2 bên, hay c tuy n ti n li t là 1 kh i nh á dnh vào m t sau x ng mu. M t rãnh gi a. Không có ranh gi i rõ r t
- Th PSA (tr c khi th m tr tràng): >10ng/ml. T ng nhi u trong tr ng h p ung th ti n li t tuy n di c n x ng.
- Siêu âm: có vùng gi m âm, ranh gi i ti n li t tuy n b phá hu .
- Sinh thi t qua tr c tràng b ng kim Frazen: th 3 –5 m u xác nh t bào h c:

+ S gi m bi t hoá nhân t bào.

+ Xâm l n vào các mô êm: ranh gi i kh i u không rõ ràng.

+ C u t o h n lo n c a ung th .

- Xét nghi m PAD (acid phosphate) t ng.

2) V i viêm tuy n ti n li t m n tính:

- Ti n s viêm ti n li t tuy n, viêm mào tinh hoàn.
- Th m tr c tràng: tuy n ti n li t là m t kh i x , to h n bình th ng, m t ch c, có khi au.
- D ch ti t tuy n ti n li t c m .
- i u tr kháng sinh: Peflocin 400mg x 2/ngày ho c Noroxin 400mg x 7-10 ngày có tác d ng t t.
- Theo dõi PSA bình th ng.

2. Tr ng h p th m tr c tràng th y ti n li t tuy n bình th ng:

1) H p ni u o/x c ng c bàng quang:

- Khám phát hi n b ng d ng c .
- Ch p ni u o-bàng quang ng c dòng.
- Soi ni u o-bàng quang.

3) R i lo n co bóp c a bàng quang và c th t và các th bàng quang-th n kinh (sau t n th ng /viêm th n kinh ngo i vi, ái tháo ng, ch n th ng c t s ng).

D a vào ti n s , lâm sàng, ni u ng h c.

*Biến chứng: nhiễm khuẩn niệu, trào ngược dạ dày, viêm thận cấp
dòng → suy thận; sỏi thận phát triển (nhất là bàng quang)

VII. Điều trị: Dựa chủ yếu vào mức độ ảnh hưởng của phì đại tiền liệt tuyến
tích tụ các cấu trúc của bệnh nhân.

IPSS 0 – 7 điểm: nhẹ, theo dõi, chờ đợi (watch full waiting)

IPSS 8 – 20 điểm: trung bình (không có triệu chứng khác kèm, Q. R trong
giới hạn bình thường): điều trị nội.

IPSS 21 – 35 điểm: nặng, phải can thiệp

1. Điều trị nội:

1) Chỉ định: Đã có biểu hiện ảnh hưởng của biến chứng.

2) Nguyên tắc:

- Dùng kháng sinh thích hợp.
- Chống co thắt cơ trơn.
- Ức chế 5 α reductase.

3) Nội dung:

- Thuốc tác động lên cơ trơn tiền liệt tuyến và bàng quang: Chất α -adrenergic:

+ Alfuzosin (Xaltral) 2,5mg x 2 lần/ngày hoặc Xaltral chậm 5mg/ngày x 5-6
tháng.

+ Terazosin (Hytrin) 1-2mg, thêm dò liều 1-2mg x 15 ngày

+ Canduran (Doxazosin) 2mg x 2-3 lần/ngày.

+ Prazosin (Minipress), Tamsulosin: hiệu quả ít dùng.

- Thuốc Thrombolitic:

+ Tadalafil (Cialis) 5-20mg x 1 lần/ngày.

+ Permixon 160mg.

+ Evipostat.

- Thuốc tác động lên các thụ thể α 1-tiền liệt tuyến:

+ Kháng androgen Dihydrotestosteron (Cyproteron): Hiệu quả không còn dùng.

- + ức chế 5 α reductase(?): Finasterase 5mg x 6 tháng- 1 năm: ít hiệu quả.
- Thuốc làm giảm co bóp hình thành bàng quang: probantin, ditropan
- Thuốc kháng sinh thích hợp.

Khi điều trị nên sử dụng thuốc chẹn beta kết hợp với thionin.

- Dùng máy laser đốt cháy các tổ chức u.
- Vật lý trị liệu (nhiệt): giảm sưng huyết cấp tính, hỗ trợ chức năng mô: dùng nhiệt 40°C chậm nóng 15 phút mỗi ngày trong 15 ngày.
- Chăm sóc sinh hoạt:

+ Tránh rượu bia và các chất kích thích.

+ Lao động hợp lý, nhẹ nhàng.

+ Tránh các bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu, chú ý các bệnh ái tháo nước và các bệnh tiêu hóa (táo bón, trĩ ...)

2. Điều trị ngoại khoa:

1) Chỉ định:

- Tuy nhiên:

+ Bí tiểu hoàn toàn: Sau khi rút ống thông bàng quang nhân viên không ái tiểu.

+ Bí tiểu không hoàn toàn: Lượng nước tiểu còn lại trong bàng quang sau khi đi tiểu >100ml.

+ Tiểu máu.

+ Vô niệu, suy thận.

+ Siêu tiết niệu, túi thừa bàng quang.

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu.

+ Điều trị nội khoa, vật lý không hiệu quả.

- Trường hợp:

+ nhàn hạ nhiễm khuẩn sơ cấp và lao động (mệt mỏi ...).

+ IPSS > 10 (21 – 35), chất lượng cuộc sống 4- 6 điểm, Q < 10ml/s, R > 100ml.

2) Chỉ định mổ:

- Chỉ định mổ về tâm lý cho bệnh nhân, khám toàn diện...

- Gây tê tu s ng hay c tỉ n hành h n gây mê n i khí qu n.

3) Ph ng pháp:

- Ph u thu t ng trên, bóc u phì i lành tính tuy n tỉ n li t qua bàng quang/ngoài bàng quang vào tỉ n li t tuy n.

+ Ch nh:

Kh i u > 50g.

B nh nhân có x c ng kh p háng.

B nh nhân có h p ni u o.

+ 2 lo i:

*Ph u thu t qua thành bàng quang: áp d ng r ng rãi nh t khi b nh nhân béo, có u, túi th a bàng quang, s i bàng quang.

*Ph u thu t sau x ng mu (ph u thu t Millin)(ngoài bàng quang): c m máu thu n l i, ng tỉ t ni u c l u thông s m.

- C t n i soi qua ni u o (c t t n i soi):

+ Ch nh: u < 50g. b nh nhân già y u có b nh m n tính.

+ u: ít gây au. ít ch y máu, rút ng n th i gian i u tr .

- V i các b nh nhân còn có nhu c u tình d c ho c ch a ph u thu t c, có th s d ng các h ng pháp sau:

+ C t n i soi l ng r ch t c bàng quang t i núi.

+ Nong ni u o b ng qu bóng qua ng thông t úng vào tuy n tỉ n li t

+ i u tr sóng ng n (microwave) to nhi t 40-45°C t trong ni u o tuy n tỉ n li t ch ng viêm, phù n .

+ t d ng c nong(proscath) trong ni u o tuy n tỉ n li t ki ch a ph u thu t c cho b nh nhân.

- Ph ng pháp i u tr hi n i nh t hi n nay là dùng laser t u qua theo dõi trên màn hu nh quang.

- Chú ý: u phì i lành tính tuy n tỉ n li t hay g p ng i già nên hay có các b nh toàn thân i kèm nên ph i i u tr n nh các b nh này r i m i i u tr u

phì i lành tính tuy n tỉ n li t. Sau khi i u tr u phì i lành tính tuy n tỉ n li t l i ti p t c ph i i u tr các b nh ó.

3. Bi n ch ng sau ph u thu t:

- Ch y máu trong và sau m →t c ng thông →nhi m khu n th phát.
- Nhi m khu n.
- Suy th n.
- T n th ng c th t vân: ái r .
- H p ni u o.
- H i ch ng n i soi: tràn n c r a vào tu n hoàn (g p trong khi c t n i soi).