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

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NĂM 2017

TẬP 2: NGOẠI NIỆU

BAN SOẠN THẢO

Chủ nhiệm: TS.BS. TRẦN VĨNH HƯNG

Biên tập:

PGS.TS.BS. NGUYỄN PHÚC CẨM HOÀNG
TS.BS. ĐỖ BÁ HÙNG
BS.CKII. QUÁCH THANH HƯNG
GS.BS. VĂN TẦN
GS.TS.BS. LÊ QUANG NGHĨA
GS.TS.BS. NGUYỄN VĂN CHỪNG
GS.TS.BS. NGUYỄN CÔNG MINH
GS.TS. LÊ VĂN CƯỜNG
PGS.TS.BS. VŨ LÊ CHUYÊN
PGS.TS.BS. NGUYỄN CAO CƯƠNG
PGS.TS.BS. DƯƠNG VĂN HẢI
PGS.TS.BS. VƯƠNG THỪA ĐỨC
PGS.TS.BS. ĐÀO QUANG OÁNH
PGS.TS.BS. NGUYỄN TUẤN VINH
PGS.TS.BS NGUYỄN VĂN ÂN
BS.CKII. NGUYỄN NGỌC BÌNH
BS.CKII. LƯƠNG THANH TÙNG
ThS.BS. TRÀ ANH DUY
TS.BS. ĐỖ VŨ PHƯƠNG
ThS.BS. ĐOÀN HÙNG DŨNG
ThS.BS. NGUYỄN TRIẾT

Biên soạn:

BS.CKII. HOÀNG VĨNH CHÚC
BS.CKII. LÊ PHONG HUY
BS.CKII. LÊ HỮU PHƯỚC
TS.BS. VÕ VĂN HÙNG
BS.CKII. TRẦN CÔNG QUYỀN
BS.CKII. HỒ KHÁNH ĐỨC
TS.BS. NGÔ ĐẠI HẢI
TS.BS. NGUYỄN TIẾN ĐỆ
BS.CKII. VĨNH TUẤN
ThS.BS. NGUYỄN TẾ KHA
ThS.BS. MAI BÁ TIẾN DŨNG
BS.CKI. PHẠM HỮU ĐƯƠNG
ThS.BS. DƯƠNG DUY TRANG
BS.CKI. NGUYỄN PHÚC NGUYÊN
ThS.BS. TRẦN ĐỖ ANH VŨ
BS.CKII. TRẦN THỊ NGỌC PHƯỢNG
BS.CKII. NGUYỄN VĂN HÙNG
BS.CKII. NGUYỄN NGỌC CHÂU
BS.CKII. PHAN QUỐC VIỆT
BS.CKII. PHẠM THỊ NGA
ThS.BS. LÊ THỊ ĐAN THÙY
DS.CKI. LÊ THỊ QUÝ THẢO
BS. ĐINH NGỌC DIỆP
ThS.BS. ĐỒNG THANH THIỆN

MỤC LỤC

CHƯƠNG IV: NGOẠI NIỆU 1
A. NHIỄM KHUẨN 2
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU 2
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU ĐƠN THUẦN 6
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU PHỨC TẠP 15
NHIỄM KHUẨN TRONG THÔNG NIỆU ĐẠO – BÀNG QUANG 22
NHIỄM KHUẨN HUYẾT TỪ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU 27
NHIỄM KHUẨN NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN 39
LAO NIỆU SINH DỤC 43
KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ TIẾT NIỆU 56
B. SỎI NIỆU 64
SỎI THẬN 64
SỎI NIỆU QUẢN 67
SỎI BÀNG QUANG 75
SỎI NIỆU ĐẠO 79
C. BƯỚU NIỆU 82
BƯỚU TUYẾN THƯỢNG THẬN 82
UNG THƯ TẾ BÀO THẬN 91
BƯỚU LÀNH TÍNH Ở THẬN 127
BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIỂU TRÊN 140
BƯỚU SAU PHÚC MẠC 146
BƯỚU BÀNG QUANG 153
UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT 159
TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT 178
D. NIỆU NỮ - BÀNG QUANG THẦN KINH 191
RỐI LOẠN TÌNH DỤC NỮ 191
SA TẠNG CHẬU NỮ 198
RÒ NIỆU QUẢN – ÂM ĐẠO 206
RÒ BÀNG QUANG - ÂM ĐẠO 211
HỘI CHỨNG ĐAU BÀNG QUANG MẠN – VIÊM BÀNG QUANG KẼ 217
BÀNG QUANG TĂNG HOẠT 225
BÀNG QUANG THẦN KINH 234
TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC 242
E. CHẤN THƯƠNG 249
CHẤN THƯƠNG THẬN 249
VỠ BÀNG QUANG 253
CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO 260
F. HỖN HỢP 265
ĐAU QUẶN THẬN 265
THẬN LẠC CHỖ 268

THẬN SA....271
THẬN MÓNG NGỰA....274
TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU THẬN MẮC PHẢI....279
THẬN - NIỆU QUẢN ĐÔI....290
HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN-NIỆU QUẢN....293
NANG NIỆU QUẢN....296
VIÊM BÀNG QUANG CẤP....301
TIỂU MÁU....304
TIỂU ĐÊM VÀ ĐA NIỆU VỀ ĐÊM....308
BÍ TIỂU CẤP....316
G. NAM KHOA....318
VÔ SINH NAM....318
UNG THƯ TINH HOÀN....321
UNG THƯ DƯƠNG VẬT....328
GÃY DƯƠNG VẬT....335
XOẮN DÂY TINH....337
CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN....340
RỐI LOẠN CƯƠNG....343
CONG DƯƠNG VẬT BẨM SINH....349
CƯƠNG DƯƠNG VẬT KÉO DÀI....352
RỐI LOẠN XUẤT TINH....358
XUẤT TINH SỚM....362
GIÃN TĨNH MẠCH TINH TRONG VÔ SINH....368

CHƯƠNG IV:

NGOẠI NIỆU

A. NHIỄM KHUẨN

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

I. GIỚI THIỆU

NKĐTN gồm NKĐTN dưới (viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt) và đường tiết niệu trên (viêm thận-bể thận). Cũng có thể phân loại NKĐTN đơn thuần (bệnh nhân không có cấu trúc bất thường của đường tiết niệu, hoặc không có thay đổi về niệu động học) hoặc phức tạp (ở bệnh nhân nam giới hoặc ở bệnh nhân có bất thường về cấu trúc đường tiết niệu hoặc có thay đổi về niệu động học). NKĐTN dưới thường liên quan với số lần đi tiểu như tiểu lắt nhắt và đau khi đi tiểu như tiểu gắt, tiểu khó, trong khi NKĐTN trên thường có đau vùng hông lưng và các triệu chứng như sốt, mệt mỏi; 30% số trường hợp NKĐTN dưới có nhiễm khuẩn ngược dòng. Số lượng vi khuẩn có ý nghĩa trong NKĐTN, theo truyền thống được xác định là $\geq 10^5$ cfu/mL, nhưng theo nhiều nghiên cứu gần đây và một số hướng dẫn điều trị thì nhiễm khuẩn có triệu chứng có thể xảy ra với số lượng vi khuẩn 10^3 cfu/mL.

Lâm sàng có thể có khuẩn niệu không triệu chứng (asymtomatic bacteriuria) không cần thiết phải điều trị kháng sinh hoặc khuẩn niệu phối hợp với NKĐTN trên (viêm thận-bể thận), đường tiết niệu dưới (viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt).

Bệnh nhân được chẩn đoán NKĐTN có những triệu chứng sốt, lạnh run, có thể cần nhập viện ngay và điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch. Lý tưởng nhất là trước khi cho kháng sinh cần lấy mẫu nước tiểu để phân tích, cấy và làm kháng sinh đồ. Cấy máu cũng được thực hiện ở bệnh nhân nặng. Không nên đợi có kết quả cấy mới bắt đầu trị liệu kháng sinh. Những bệnh nhân có chẩn đoán viêm thận-bể thận trên cơ địa suy giảm miễn dịch, nhiễm HIV, ung thư hoặc suy thận cần nhập viện điều trị. Sốc nhiễm khuẩn có thể là biến chứng của NKĐTN như ápxe quanh thận, hoại tử nhú thận, ápxe thận, tắc nghẽn hoặc viêm thận-bể thận sinh hơi. Sốc nhiễm khuẩn là một cấp cứu nội khoa cần phải can thiệp ngay để ổn định tình trạng huyết động của bệnh nhân và điều trị hỗ trợ cùng với điều trị NKĐTN.

Điều trị NKĐTN với mục tiêu sau cùng là phải thải trừ vi khuẩn phát triển trong đường tiết niệu. Điều này có thể xảy ra trong vòng vài giờ nếu sử dụng đúng kháng sinh. Hiệu quả của kháng sinh phụ thuộc rất lớn vào nồng độ kháng sinh trong nước tiểu và

khoảng thời gian mà nồng độ kháng sinh duy trì trên nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) đối với vi sinh vật.

Nồng độ kháng sinh đạt được trong máu không quan trọng trong NKĐTN đơn thuần. Tuy nhiên nồng độ trong máu lại rất quan trọng ở bệnh nhân có nhiễm khuẩn huyết hoặc có sốt do NKĐTN gồm cả những thương tổn nhu mô thận và tuyến tiền liệt.

Việc chọn lựa kháng sinh trong NKĐTN và thời gian điều trị kháng sinh phải xét đến các yếu tố sau:

- Hoạt phổ của kháng sinh kháng lại vi khuẩn đã biết hoặc vi sinh vật có khả năng lây bệnh nhất.
- NKĐTN đơn thuần hoặc phức tạp.
- Tiềm năng, các biến cố bất lợi của thuốc và chi phí.
- Thuốc kháng sinh tác động lên hệ vi khuẩn của ruột và âm đạo và sinh thái vi khuẩn bệnh viện. Độ nhạy cảm của vi sinh vật sẽ rất thay đổi ở những bệnh nhân đã tiếp xúc với các kháng sinh kể cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Vì vậy, bác sĩ lâm sàng cần nắm bắt kịp thời những thay đổi về ảnh hưởng của việc dùng kháng sinh trên hệ sinh thái vi khuẩn và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với kháng sinh theo thời gian.

II. MỘT SỐ NGUYÊN TẮC VỀ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH TRONG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

1. NKĐTN có thể được trị khỏi với những thuốc đạt nồng độ điều trị chỉ trong nước tiểu. Điều trị khỏi NKĐTN phụ thuộc vào nồng độ kháng sinh trong nước tiểu hơn là trong huyết thanh. Có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ nhạy cảm của vi sinh vật với nồng độ kháng sinh đạt được trong nước tiểu. Khi có nhiễm khuẩn huyết đồng thời xảy ra với NKĐTN, nồng độ kháng sinh đạt được trong máu rất quan trọng và cần điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.

2. Bệnh nhân NKĐTN có sốt cao, lạnh run và tăng bạch cầu máu cần điều trị kháng sinh khởi đầu bằng đường tĩnh mạch, được hướng dẫn bằng phết nhuộm gram nước tiểu.

3. Bệnh nhân NKĐTN trên cần điều trị kháng sinh từ 10 ngày đến 2 tuần.

4. Ở những bệnh nhân NKĐTN trên đơn thuần, kháng sinh trị liệu có thể được chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống sau khi hết sốt vài ngày. Nhóm kháng sinh fluoroquinolones có thể dùng mở rộng trong trường hợp này. Những bệnh nhân chọn

lọc không nhiễm độc, giảm miễn dịch, có thai hoặc ói mửa có thể điều trị ban đầu bằng đường uống.

5. Vi khuẩn phải được thanh lọc khỏi nước tiểu trong vòng 24 đến 48 giờ sau điều trị, nếu vẫn còn vi khuẩn trong nước tiểu, kháng sinh trị liệu nên được thay đổi dựa trên kết quả nhạy cảm của kháng sinh.

6. Bệnh nhân nhiễm khuẩn mắc phải từ cộng đồng của đường tiết niệu trên có kết quả nhuộm gram với vi khuẩn gram âm cần được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng. Những kháng sinh phổ rộng được khuyến cáo có thể là cephalosporins thế hệ 3, aztreonam, và aminopenicillins.

7. Bệnh nhân vẫn còn sốt hoặc nhiễm độc mặc dù đã trị liệu với kháng sinh thích hợp, nên tìm những ổ ápxe quanh thận hoặc áp xe của vỏ thận.

8. Ở những bệnh nhân viêm thận-bể thận do nhiễm khuẩn mắc phải từ bệnh viện, có bệnh sử nhiễm khuẩn tái đi tái lại hoặc nhiễm khuẩn lần đầu với vi khuẩn kháng thuốc, điều trị kháng sinh ban đầu phải là một kháng sinh phổ rộng kháng được vi khuẩn Pseudomonas. Khi đã có kết quả vi khuẩn học và thử nghiệm nhạy cảm của kháng sinh, có thể điều chỉnh kháng sinh điều trị.

9. Nhiễm nấm candida đường tiết niệu cũng thường gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân đái tháo đường hoặc bệnh nhân đã có điều trị kháng sinh trước đó.

10. NKĐTN với đa vi khuẩn có thể gặp ở bệnh nhân có sỏi thận, ápxe thận mạn, đặt ống thông niệu đạo-bàng quang, hoặc bệnh nhân có lỗ rò bàng quang với ruột hoặc rò bàng quang-âm đạo.

11. Ở những bệnh nhân có suy thận cần phải điều chỉnh liều kháng sinh cho những kháng sinh thải trừ chủ yếu qua thận mà không có cơ chế thải trừ khác. Khi có suy thận, thận có thể không đủ khả năng cô đặc kháng sinh trong nước tiểu, tắc nghẽn đường tiết niệu cũng có thể làm giảm nồng độ kháng sinh trong nước tiểu, như vậy sẽ ảnh hưởng đến việc thải trừ vi khuẩn trong nước tiểu.

12. Liệu trình ngắn ngày (3 ngày) cho NKĐTN dưới (viêm bàng quang ở bệnh nhân nữ trẻ) có hiệu quả như liệu trình 7- 14 ngày. Bệnh nhân nam bị viêm bàng quang nói chung được điều trị kháng sinh ít nhất 7 ngày vì có liên quan đến các yếu tố gây biến chứng, đặc biệt viêm tuyến tiền liệt.

13. Viêm bàng quang ở phụ nữ lớn tuổi chưa được nghiên cứu nhiều. Ở phụ nữ lớn tuổi có triệu chứng điển hình của viêm bàng quang có thể được điều trị 3 ngày với

fluoroquinolones hoặc Cotrimoxazole. Tái phát sau 3 ngày điều trị nên được xem xét những chứng cứ của NKĐTN trên và hướng dẫn điều trị như đã mô tả ở trên nên được theo dõi.

14. Ở phụ nữ có thai có khuẩn niệu không triệu chứng được xem là có nguy cơ xảy ra viêm thận-bể thận sau khi có thai. Một số nghiên cứu đã ghi nhận có sự liên quan giữa khuẩn niệu không triệu chứng trong giai đoạn thai kỳ và sinh non, trẻ sơ sinh thiếu cân, tiền sản giật. Vì vậy sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu ở người có thai dù có triệu chứng hay không, phải được điều trị và theo dõi tích cực hơn những trường hợp khác.

15. Trong điều trị NKĐTN, không đủ chứng cứ chứng minh kháng sinh diệt khuẩn có hiệu quả hơn kháng sinh kìm khuẩn. Điều trị phối hợp không chọn lọc đồng thời nhiều kháng sinh không cho kết quả tỉ lệ khỏi bệnh cao hơn điều trị từng kháng sinh đơn lẻ có trong phối hợp kháng sinh.

16. Kháng sinh dùng trong điều trị NKĐTN bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi pH nước tiểu. Kiềm hóa nước tiểu làm tăng hoạt tính của nhóm kháng sinh aminoglycosides (streptomycin, kanamycin, gentamicin, tobramycin, amikacin), benzylpenicillin, và erythromycin). Toan hóa nước tiểu tăng hoạt tính của tetracyclines, nitrofurantoin và methenamine mandelate.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013

2. Grabe M., Bjerklund – Johansen T.E., H Botto et al. 2012. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. p 33-38.

3. Ksycki MF. 2009. Nosocomial urinary tract infections. Surg Clin North Am. 89 (2): p 475-481.

4. Litza JA. Urinary tract infections. 2010. Prim Care; 37 (3): p 491-507.

5. Mandell, Douglas, Bennett's. 2010. Presumptive diagnosis of urinary tract infections. Principles & Practice of Infectious Diseases, 7th edition.

6. Neal DE J. 2008. Complicated urinary tract infections. Urol Clin North Am. 35(1): p 13-22.

Nicolle LE. 2008. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. Urol Clin North Am; 35(1): p. 1-12.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU ĐƠN THUẦN

I. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở PHỤ NỮ

1. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ

Vi khuẩn phân lập chủ yếu là *E.coli* (75-95%). Các thuốc hay được sử dụng nhất là nitrofurantoin, trimetoprim-sulfamethoxazol TMP-SMX), nhóm beta-lactamin, nhóm aminoglycoside, nhóm quinolone. Do tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn với ampicillin và amoxicillin cao (có thể 40-80%), và số chủng vi khuẩn sản xuất ESBL(+) ngày càng tăng trong cộng đồng, hiện nay không khuyến cáo sử dụng theo kinh nghiệm các loại thuốc này đơn độc để điều trị viêm bàng quang cấp. Đối với các bệnh nhân có tình trạng chung tốt, có thể dùng phác đồ 3 ngày.

Bảng 1: Thuốc kháng sinh và liều sử dụng cho điều trị NKTN đơn thuần trong cộng đồng

Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng	Thời gian điều trị
Trimethoprim-Sulfamethoxazol (TMP-SMX)	800/160 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Ciprofloxacin	250-550 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Ofloxacin	200 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Perfloxacin Monodose	400 mg	2 viên x 1 lần	1 liều
Perfloxacin	400 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Norfloxacin	400 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Levofloxacin	250 mg	1 viên/ngày	3 ngày
Gatifloxacin	400 mg	1 viên x 1 lần	1 liều
Cefixime	400 mg	1 viên/ngày	3 ngày
Cerfuroxim	125-250 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3-7 ngày
Cefpodoxim	100 mg	1 viên x 2 lần/ngày	3 ngày
Fostomycin	3gr	1 gói x 1 lần	1 liều
Amoxicillin-Acid Clavulanic	625 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày
Ampicillin-Sulbactam	375 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày
Nitrofurantoin	100 mg	1 viên x 2 lần/ngày	5-7 ngày

Nếu tỉ lệ kháng TMP-SMX trong khu vực là >20%, hoặc nếu đã sử dụng TMP-SMX để điều trị viêm bàng quang cấp trong vòng 3 tháng trở lại thì fluoroquinolones

nên là lựa chọn đầu tay. Phác đồ 3 ngày có hiệu quả điều trị tương đương phác đồ 7 ngày nhưng ít tác dụng phụ hơn. Tuy nhiên, tỉ lệ làm sạch vi khuẩn sau điều trị 4-6 tuần ở nhóm bệnh nhân dùng fluoroquinolones cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân dùng TMP-SMX. Tỉ lệ E.coli kháng Ampicillin và Amoxicillin tùy theo từng khu vực có thể ở mức 40%-80%, vì vậy nên tránh dùng 2 loại kháng sinh này.

Nên để dành fluoroquinolones cho những trường hợp nhiễm khuẩn trầm trọng hơn là viêm bàng quang cấp và lưu ý rằng tỉ lệ kháng fluoroquinolones cũng có xu hướng tăng. Nếu bệnh nhân có chống chỉ định dùng TMP-SMX, fluoroquinolones, hoặc nitrofurantoin, có thể sử dụng các thuốc nhóm cephalosporin thay thế với thời gian điều trị trung bình 5-7 ngày. Tuy nhiên, tỉ lệ khỏi bệnh khi dùng cephalosporin thấp hơn rõ rệt so với dùng TMP-SMX hoặc fluoroquinolones.

Trong cộng đồng, việc chỉ định điều trị kháng sinh có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng theo kinh nghiệm mà không bắt buộc phải có kết quả cấy nước tiểu, thậm chí không cần cả xét nghiệm nước tiểu trước điều trị. Tuy nhiên, để theo dõi đáp ứng điều trị một cách khách quan, kết quả xét nghiệm nước tiểu sau điều trị được cải thiện so với trước điều trị là bằng chứng rõ ràng chứng minh hiệu quả của phác đồ dã được sử dụng bên cạnh sự cải thiện triệu chứng lâm sàng. Khi triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu không điển hình, hoặc khi triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu đi kèm với khí hư âm đạo hoặc ngứa, rát âm đạo; hoặc triệu chứng không cải thiện sau khi kết thúc liệu trình; hoặc triệu chứng tái phát trong vòng 2 tuần sau khi đã hết cần làm xét nghiệm nước tiểu và cấy nước tiểu trước khi bắt đầu lại một liệu trình kháng sinh khác với thuốc đã sử dụng đợt đầu.

2. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ lớn tuổi

Có thể dùng phác đồ điều trị kháng sinh 3 ngày và chọn 1 trong số các thuốc đã được liệt kê trong bảng 1.Phác đồ 3 ngày có hiệu quả tương đương với phác đồ 7 ngày tuy nhiên phác đồ 7 ngày gây tác dụng phụ hơn hẳn so với phác đồ 3 ngày. Thận trọng khi sử dụng fluoroquinolones cho người cao tuổi do tăng nguy cơ gây tăng đường huyết, loạn nhịp tim.

Những bệnh nhân không cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 3 ngày điều trị cần được cấy nước tiểu, đổi kháng sinh theo kinh nghiệm trong khi chờ đợi kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ. Không bắt buộc phải cấy nước tiểu kiểm tra sau điều trị cho những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng hoàn toàn mất sau 3 ngày điều trị kháng sinh.

Những bệnh nhân có triệu chứng không cải thiện sau 7 ngày điều trị cần được xử trí như viêm bàng quang cấp có biến chứng.

3. Viêm bàng quang tái phát ở phụ nữ

Sau khi điều trị khỏi các đợt viêm cấp, cần cấy lại nước tiểu sau 1-2 tuần để chắc chắn là đã hết vi khuẩn niệu. Điều trị dự phòng chỉ được áp dụng khi nước tiểu đã sạch vi khuẩn sau điều trị 1-2 tuần. Để phòng ngừa tái phát, sau khi đã tư vấn kỹ và hướng dẫn thay đổi lối sống có thể xem xét chỉ định kháng sinh phòng ngừa. Bệnh nhân không đáp ứng với các biện pháp phòng ngừa không dùng kháng sinh có thể uống kháng sinh phòng ngừa sau mỗi lần có quan hệ tình dục hoặc liên tục.

Bảng 2: Phác đồ dùng liên tục kéo dài trong cộng đồng

Phác đồ	Các đợt NKTN có thể xảy ra/1 năm
TMP-SMX 40/200mg 1 lần/ngày	0-0,2
TMP-SMX 40/200mg 3 lần/tuần	0,1
Trimetoprim 100mg 1 lần/ngày	0-1,5
Nitrofurantoin 50mg 1 lần/ngày	0-0,6
Nitrofurantoin 100mg 1 lần/ngày	0-0,7
Cefaclor 250mg 1 lần/ngày	0,0
Cephalexin 125mg 1 lần/ngày	0,1
Cephalexin 250mg 1 lần/ngày	0,2
Norfloxacin 200mg 1 lần/ngày	0,0
Ciprofloxacin 125mg 1 lần/ngày	0,0
Fosfomycin 3g 1 lần/10 ngày	0,14

4. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ mang thai

Cần điều trị ngay tình trạng viêm bàng quang cấp ở phụ nữ đang mang thai để phòng ngừa vi khuẩn đi ngược lên thận. *E. coli* vẫn là vi khuẩn thường gặp nhất. Tránh dùng TMP-SMX và fluoroquinolones. Thời gian dùng kháng sinh là 7 ngày.

Khi không có kết quả cấy nước tiểu và kháng sinh đồ cần điều trị theo kinh nghiệm dựa vào đặc điểm của các loại vi khuẩn gây NKĐTN và tình trạng nhạy cảm với kháng sinh tại khu vực. Nếu kết quả cấy nước tiểu là vi khuẩn kháng với kháng sinh đã lựa chọn theo kinh nghiệm, cần thay kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ. Nếu kết quả cấy lại nước tiểu âm tính, có thể dùng tiếp kháng sinh ban đầu. Nếu chỉ còn có khuẩn niệu không triệu chứng, cần đổi kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.

Đối với phụ nữ mang thai, sau khi đã kết thúc liệu trình kháng sinh cần phải cấy nước tiểu để khẳng định việc đã sạch vi khuẩn và đã hết tình trạng nhiễm khuẩn.

II. KHUẨN NIỆU KHÔNG TRIỆU CHỨNG (ASYMPTOMATIC BACTERIURIA) Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Chỉ định điều trị khuẩn niệu không triệu chứng:

- Các bệnh nhân chuẩn bị có can thiệp đường tiết niệu-sinh dục;
- Các bệnh nhân sau ghép thận trong vòng 6 tháng đầu;
- Các bệnh nhân bị đái tháo đường nhưng kiểm soát đường huyết không tốt, có bệnh lý thần kinh tự động hoặc có suy thận;
- Tất cả phụ nữ đang mang thai

Có thể chọn 1 trong số các kháng sinh dùng cho viêm bàng quang cấp đơn thuần, nhưng với thời gian điều trị 7-14 ngày. Đối với phụ nữ mang thai xem phần hướng dẫn riêng.

Khuẩn niệu không triệu chứng ở phụ nữ mang thai

Cấy nước tiểu chủ động để chẩn đoán khuẩn niệu không triệu chứng. Tình trạng này được xác định khi có từ 10^5 khuẩn lạc/ml nước tiểu nuôi cấy trở lên và người bệnh không có triệu chứng lâm sàng. Việc lựa chọn kháng sinh dựa vào kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu và kháng sinh đồ. Trong khi chờ đợi có thể bắt đầu bằng Amoxicillin-Acid Clavulanic hoặc Fosfomycin. Tránh dùng Nitrofurantoin cho những phụ nữ sắp sinh, và tránh dùng TMP-SMX trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối của thai kỳ. Thời gian điều trị được khuyến cáo là 7 ngày.

III. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở NAM GIỚI

1. Viêm bàng quang cấp ở nam giới trẻ tuổi

Nam giới không có bất thường về giải phẫu và chức năng đường tiết niệu hiếm khi bị viêm bàng quang cấp đơn thuần. Xác định chẩn đoán dựa vào kết quả xét nghiệm tế bào và nuôi cấy nước tiểu. Thời gian điều trị kháng sinh được khuyến cáo là 7 ngày. Tác nhân gây viêm bàng quang cấp đơn thuần ở nam giới và tình trạng nhạy kháng sinh cũng tương tự như ở nữ giới, do vậy có thể lựa chọn những loại kháng sinh như trong điều trị viêm bàng quang cấp đơn thuần ở phụ nữ. Fluoroquinolones là nhóm thuốc có phổ kháng khuẩn và khả năng thâm nhập vào nhu mô tuyến tiền liệt ở nam giới tốt nhất.

Nên hạn chế sử dụng nitrofurantoin và các thuốc nhóm beta-lactamin để điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ở nam giới do các thuốc này không đạt được nồng độ ổn định trong mô và ít hiệu quả hơn đối với viêm tuyến tiền liệt tiềm tàng. Nếu nghi vi khuẩn gây bệnh là Enterococcus, cần thêm Amoxicillin vào phác đồ điều trị.

2. Viêm tuyến tiền liệt cấp do vi khuẩn

Cần bắt đầu điều trị ngay theo kinh nghiệm khi có dấu hiệu viêm tuyến tiền liệt cấp do nhiễm khuẩn. Cần duy trì đủ dịch, nghỉ ngơi, có thể cần dùng thuốc giảm đau chống viêm (ví dụ: nhóm NSAIDS).

Kháng sinh lựa chọn bao gồm: TMP-SMX, fluoroquinolones (trong khi chờ đợi kết quả cấy nước tiểu và kháng sinh đồ). Ưu tiên lựa chọn fluoroquinolones. Sau khi có kết quả nuôi cấy cần lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ.

Thời gian điều trị tối thiểu là 2 tuần để tránh chuyển thành viêm tuyến tiền liệt mạn tính. Nếu triệu chứng không cải thiện sau 1 tuần điều trị, cần đổi kháng sinh và cấy dịch tuyến tiền liệt. Các bệnh nhân có triệu chứng nặng cần được nhập viện để điều trị và dùng kháng sinh đường tĩnh mạch. Có thể phối hợp kháng sinh nhóm Aminosides với nhóm Penicillin hoặc với nhóm fluoroquinolones.

Khi có biến chứng bí tiểu hay áp xe tuyến tiền liệt cần chuyển bệnh nhân sang Khoa Tiết niệu theo dõi và điều trị.

3. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính

Lựa chọn đầu tay là các thuốc nhóm fluoroquinolones như:

- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Ofloxacin 200mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Norfloxacin 400mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày trong 28 ngày

Trong trường hợp dị ứng với fluoroquinolones có thể chọn:

- Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Minocyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- Trimetoprim 200mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày hoặc
- TMP-SMX 160/800mg x 2 lần/ngày trong 28 ngày

Điều trị triệu chứng, hỗ trợ bằng ngâm nước ấm, thuốc chống viêm giảm đau, mát-xa tuyến tiền liệt có thể áp dụng khi cần thiết. Khi bệnh nhân không đáp ứng với kháng sinh liều đủ, có thể cho liều thấp với thời gian kéo dài hơn, ví dụ TMP-SMX 160/800mg

1 viên/ngày trong 4-6 tuần. Trong trường hợp điều trị thất bại cần xem xét chỉ định điều trị phẫu thuật.

4. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em

Tần suất mới mắc phụ thuộc vào tuổi và giới. Thông thường, tần suất mới mắc ở trẻ em gái cao hơn trẻ em trai, trừ 3 tháng đầu sau sinh lại gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ em gái. Đây là lý do thường gặp nhất của sốt không rõ nguyên nhân ở trẻ em trai dưới 3 tuổi. Biểu hiện lâm sàng có thể từ sốt cho đến các rối loạn tiêu hóa như nôn, tiêu chảy... và từ NKĐTN dưới cho đến NKĐTN trên.

Đối với trẻ em gái, sau 2 đợt bị NKĐTN và đối với trẻ em trai chỉ sau 1 đợt bị NKĐTN cần làm các thăm dò để phát hiện các yếu tố thuận lợi (tắc nghẽn đường tiết niệu, ngược dòng bàng quang - niệu quản, rối loạn đi tiểu), mà chủ yếu là do nguyên nhân thần kinh gây ra. NKĐTN phối hợp với ngược dòng bàng quang - niệu quản hoặc trong thận gây viêm thận bể thận mạn và tạo sẹo, đôi khi có thể trong giai đoạn bào thai nếu có tình trạng loạn sản thận. Điều này có thể gây các hậu quả trầm trọng như tăng huyết áp và suy thận mạn.

Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là vi khuẩn Gram âm, chủ yếu là *E.coli*. Ở trẻ sơ sinh tương đối thường gặp liên cầu khuẩn nhóm A và B. Ở trẻ em, thông thường NKĐTN có cơ chế ngược dòng. Dị dạng đường tiết niệu bẩm sinh, hẹp bao quy đầu... dẫn tới tắc nghẽn đường tiết niệu, các bệnh lý thần kinh gây rối loạn tiểu tiện, tạo thuận lợi cho nhiễm khuẩn.

Ở trẻ em có thể phân loại thành 2 nhóm theo biểu hiện lâm sàng, là nhiễm khuẩn trầm trọng và nhiễm khuẩn đơn giản.

Bảng 3: Phân loại lâm sàng NKĐTN ở trẻ em

NKĐTN trầm trọng	NKĐTN đơn giản
Sốt cao >39°C	Sốt nhẹ, vừa
Nôn liên tục	Có thể uống được dễ dàng
Mất nước nặng	Mất nước nhẹ
Không tuân thủ điều trị được	Tuân thủ điều trị tốt

Cần thăm khám lâm sàng kỹ để phát hiện các dị tật đường tiết niệu-sinh dục ngoài, các dấu hiệu viêm thận-bể thận, viêm tinh hoàn-mào tinh, hay dấu hiệu của gai đôi cột sống.

Bảng 4: Tiêu chuẩn chẩn đoán NKĐTN ở trẻ em dựa vào kết quả cấy nước tiểu

Nước tiểu lấy bằng cách chọc trên xương mu	Nước tiểu lấy bằng cách đặt thông niệu đạo – bàng quang	Nước tiểu giữa dòng
>10 cfu/ml trở lên	>1000-50000 cfu/ml	>10* cfu/ml nếu có triệu chứng >10* cfu/ml nếu không triệu chứng

Có tế bào mủ trong nước tiểu tươi (> 5BC/vi trường), Nitrite và Esterase bạch cầu là dấu hiệu củng cố thêm cho chẩn đoán lâm sàng.

Điều trị NKĐTN ở trẻ em nhằm 4 mục tiêu sau:

- Cải thiện triệu chứng và làm sạch vi khuẩn niệu trong đợt cấp
- Phòng ngừa tạo thành sẹo ở nhu mô thận
- Phòng ngừa NKĐTN tái phát
- Sửa chữa các thương tổn và bất thường đường tiết niệu đi kèm

Đối với NKĐTN trầm trọng cần cho truyền dịch và kháng sinh phù hợp, bắt đầu bằng Cephalosporin thế hệ 3. Khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn Gram dương có thể cho Aminoside phối hợp Ampicillin hoặc Amoxicillin/Clavulanate. Sau khi có kết quả nuôi cấy nước tiểu cần điều chỉnh kháng sinh cho phù hợp với kháng sinh đồ. Nếu bệnh nhi dị ứng với Cephalosporin có thể lựa chọn Aztreonam hay Aminoside.

Ở trẻ em cần tránh dùng Chloramphenicol, Sulphamides, Tetracycline, Rifampicin, Amphotericin B. Tránh sử dụng Ceftriaxone do có nguy cơ gây vàng da.

Có thể bắt đầu điều trị bằng đường tiêm truyền trong bệnh viện, sau khi bệnh nhi hết sốt và uống được thì chuyển đường uống ngoại trú.

Đối với NKĐTN đơn giản thường điều trị theo kinh nghiệm bằng TMP/TMP-SMX, Cephalosporin hay Amoxicillin-Clavulanat đường uống. Trường hợp không đáp ứng điều trị hoặc xuất hiện biến chứng cần cho trẻ nhập viện để điều trị bằng đường tiêm truyền.

Bảng 5: Lựa chọn kháng sinh trong NKĐTN ở trẻ em

Thuốc	Đường dùng	Độ tuổi	Liều	Số ngày dùng
Ampicillin	TM	3-12 tháng	100-300 mg/kg	3
Ampicillin	TM	1-12 tuổi	60-150 (-300)/kg	3
Amoxycillin	Uống	3 tháng-12 tuổi	50-100 mg/kg	2-3
Amoxycillin+A.Clavulanic	TM	3 tháng – 12 tuổi	60-100 mg/kg	3
Amoxycillin+A.Clavulanic	Uống	3 tháng – 12 tuổi	37,5 -75 mg/kg	2-3
Cephalexin	Uống	3 tháng – 12 tuổi	50-100 mg/kg	3
Cefixim	Uống	3 tháng – 12 tuổi	8-12 mg/kg	1
Ceftriaxone	TM	3 tháng – 12 tuổi	50-100 mg/kg	1
Aztreonam	TM	3 tháng – 12 tuổi	(50)-100 mg/kg	3
Gentamycin	TM	3-12 tháng	5-7,5 mg/kg	1-3
Gentamycin	TM	1-12 tuổi	5 mg/kg	1-3
Trimetoprim	Uống	1-12 tuổi	6 mg/kg	2
Nitrofurantoin	Uống	1-12 tuổi	3-5 mg/kg	2

- Thời gian điều trị NKĐTN đơn giản ở trẻ em thường phải kéo dài từ 5-7 ngày, còn đối với NKĐTN trầm trọng thường là 10-14 ngày

- Khi có nguy cơ viêm thận-bể thận cần điều trị phòng ngừa NKĐTN ở trẻ em bằng Nitrofurantoin, TMP, Cephalexin, hoặc Cefaclor.

5. Phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Các bước làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đặc biệt là đối với phụ nữ:

- Uống nhiều nước mỗi ngày
- Không nhịn tiểu mỗi khi buồn tiểu
- Mỗi khi đi tiểu hay đại tiện cần lau từ trước ra sau để tránh sự lây lan vi khuẩn từ hậu môn lên âm đạo và niệu đạo
- Đi tiểu ngay sau khi có quan hệ tình dục
- Tránh kích thích niêm mạc đường sinh dục như dùng các loại sản phẩm xịt thơm, vòi xịt...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU PHỨC TẠP

I. TÓM TẮT VÀ KHUYẾN CÁO

NKĐTN phức tạp là một bệnh nhiễm khuẩn liên quan đến một tình trạng chẳng hạn như bất thường về cấu trúc hoặc chức năng của đường tiết niệu-sinh dục, hoặc sự hiện diện của một bệnh nền làm suy giảm chức năng miễn dịch của cơ thể, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn hoặc thất bại điều trị.

Một loạt các vi khuẩn có thể gây NKĐTN phức tạp, phổ vi khuẩn rộng hơn nhiều so với NKĐTN đơn thuần và khả năng vi khuẩn đề kháng với kháng sinh là cao hơn, đặc biệt là trong NKĐTN phức tạp đã được điều trị trước đó.

Enterobacteriaceae là tác nhân gây bệnh chiếm ưu thế, *E. coli* là phổ biến nhất. Tuy nhiên, các vi khuẩn không lên men (vd. *P.aeruginosa*) và các cầu trùng Gram dương (vd. Staphylococci, enterococci) cũng có thể đóng vai trò quan trọng.

Điều trị gồm ba mục tiêu: xử trí bất thường đường tiết niệu, kháng sinh liệu pháp và chăm sóc hỗ trợ. Thường bệnh nhân cần phải nhập viện.Để tránh sự xuất hiện các chủng kháng thuốc, việc điều trị cần được chỉ dẫn bởi kết quả cấy nước tiểu.

Khi cần thiết điều trị theo kinh nghiệm, các kháng sinh có phổ kháng khuẩn cần bao phủ các tác nhân gây bệnh thường gặp nhất. Fluoroquinolone bài tiết chủ yếu qua thận, aminopenicillin kết hợp với một chất ức chế ß-lactamase (BLI), cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3a, hoặc trong trường hợp điều trị tiêm tĩnh mạch, aminoglycoside là lựa chọn thay thế.

Trong trường hợp điều trị ban đầu thất bại, hoặc trường hợp nhiễm khuẩn nghiêm trọng trên lâm sàng, một kháng sinh phổ rộng hơn cần được chọn và kháng sinh này cần có hoạt tính chống Pseudomonas, ví dụ như fluoroquinolone (nếu chưa được sử dụng trước đó), acylamino-penicillin (piperacillin) kết hợp với một BLI, cephalosporin thế hệ 3b, hoặc carbapenem (ertapenem, imipenem…), có hoặc không kết hợp với một aminoglycoside.

Thời gian điều trị thường là 7-14 ngày, đôi khi có thể kéo dài đến 21 ngày. Cần cấy nước tiểu 5-9 ngày sau khi hoàn tất điều trị và 4-6 tuần sau đó.

II. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Hai tiêu chí bắt buộc để xác định NKĐTN phức tạp: cấy nước tiểu dương tính kèm một hoặc nhiều yếu tố liệt kê trong Bảng 1.

Bảng 1: Các yếu tố gợi ý NKĐTN phức tạp

Sự hiện diện của một ống thông, stent hay nẹp (niệu đạo, niệu quản, thận) hoặc sử dụng ống thông niệu đạo bàng quang ngắt quảng
Lượng nước tiểu tồn lưu sau đi tiểu >100 ml
Bệnh lý tắc nghẽn từ nguyên nhân bất kỳ, ví dụ: tắc nghẽn đường ra bàng quang (bao gồm cả bàng quang thần kinh), sỏi và bướu
Trào ngược bàng quang-niệu quản hoặc bất thường chức năng khác
Thay đổi đường tiết niệu, như phẫu thuật tạo quai hoặc túi hồi tràng
Tổn thương biểu mô đường niệu do hoá trị hoặc xạ trị
NKĐTN quanh hoặc sau phẫu thuật
Suy thận, ghép thận, đái tháo đường và suy giảm miễn dịch

Trên lâm sàng, NKĐTN phức tạp được chia thành hai nhóm:

1. Bệnh nhân mà các yếu tố nguy cơ có thể được loại bỏ, ví dụ: lấy sỏi, rút bỏ các ống thông….

2. Bệnh nhân mà các yếu tố nguy cơ không thể loại bỏ hoặc không thể loại bỏ hoàn toàn, ví dụ: ống thông đặt vĩnh viễn, sỏi niệu tồn lưu sau điều trị hoặc bàng quang thần kinh.

1. Biểu hiện lâm sàng

NKĐTN phức tạp có thể có hoặc không kết hợp với các triệu chứng lâm sàng (khó tiểu, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, đau hông lưng, nhạy đau góc sườn-sống, đau trên xương mu và sốt). Triệu chứng lâm sàng có thể thay đổi từ viêm thận-bể thận cấp tắc nghẽn nghiêm trọng dọa nhiễm khuẩn huyết từ một NKĐTN sau phẫu thuật có liên quan đến ống thông.

Ngoài ra, các tình trạng bệnh lý khác như đái tháo đường và suy thận có thể liên quan với những bất thường tiết niệu, thường gặp trong NKĐTN phức tạp.

2. Cấy nước tiểu

Lượng vi khuẩn có ý nghĩa trong NKĐTN phức tạp được xác định bởi số lượng $\geq 10^5$ cfu/mL ở phụ nữ và $\geq 10^4$ cfu/mL ở nam giới, trong mẫu cấy nước tiểu giữa dòng.

Nếu mẫu nước tiểu được lấy trực tiếp từ ống thông, lượng vi khuẩn $\geq 10^4$ cfu/mL có thể xem là có liên quan.

Đối với bệnh nhân không có triệu chứng, cần có hai mẫu cấy nước tiểu liên tiếp (cách nhau ít nhất 24 giờ), kết quả ≥ 10^5 cfu / mL của cùng một loại vi khuẩn.

Gọi là tiểu mủ khi đếm được bạch cầu (BC) ≥ 10/quang trường x400 trên mẫu cặn lắng nước tiểu quay ly tâm hoặc trên 1mm^3 nước tiểu không ly tâm.

Phương pháp que nhúng cũng có thể được sử dụng để đánh giá một cách thường quy; gồm testesterase bạch cầu, hemoglobin và phản ứng nitrit.

III. VI SINH HỌC

1. Phổ kháng khuẩn và đề kháng kháng sinh

Bệnh nhân NKĐTN phức tạp, cả mắc phải cộng đồng và bệnh viện, có xu hướng nhiễm đa dạng vi khuẩn với tỉ lệ đề kháng kháng sinh cao và tỉ lệ điều trị thất bại cao nếu các bất thường đi kèm không được giải quyết.

Tuy nhiên, chỉ sự hiện diện của một chủng vi khuẩn kháng thuốc là không đủ để xác định NKĐTN phức tạp; bất thường về đường tiết niệu (giải phẫu hoặc chức năng) hoặc sự hiện diện của một bệnh tiềm ẩn đưa tới NKĐTN cũng cần thiết phải xét đến.

Một loạt các vi khuẩn có thể gây NKĐTN phức tạp, và đa dạng hơn nhiều so với NKĐTN đơn thuần, khả năng kháng thuốc là cao hơn (đặc biệt là NKĐTN phức tạp liên quan đến điều trị).

E. coli, Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, Serratia sp. và enterococci là các chủng thường gặp. Enterobacteriaceae chiếm ưu thế (60-75%) và *E. coli* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất, đặc biệt trong NKĐTN lần đầu; ngược lại, phổ vi khuẩn sẽ thay đổi theo thời gian và tùy theo bệnh viện.

2. NKĐTN phức tạp liên quan tới sỏi

Trong phân nhóm của NKĐTN phức tạp liên quan đến sỏi, *E. coli* và enterococci ít quan trọng; thay vào đó là tỉ lệ đáng kể của *Proteus* và *Pseudomonas sp*.

Đối với vi khuẩn sinh urease, Proteus, Providencia và Morganella sp, Corynebacterium urealyticum là chủ yếu, nhưng Klebsiella, Pseudomonas và Serratia sp. và tụ cầu trùng (cũng là vi khuẩn sinh urease) cũng chiếm một vai trò nhất định.

Trong số bệnh nhân có sỏi san hô, 88% có NKĐTN tại thời điểm chẩn đoán, và 82% bệnh nhân bị nhiễm bởi các vi khuẩn sinh urease. Men urease phân hủy urê thành khí carbon dioxide và amoniac; lượng amoniac trong nước tiểu gia tăng làm tổn thương lớp glycosaminoglycan, do đó làm tăng bám dính của vi khuẩn và làm tăng sự hình

thành tinh thể struvite. Tính gây bệnh của tụ cầu coagulase âm và streptococci không thuộc nhóm D đang còn tranh cãi

Trong một số trường hợp như sự hiện diện của sỏi hoặc vật lạ, staphylococci có thể là tác nhân gây bệnh. Ngược lại, staphylococci thường không phổ biến trong NKĐTN phức tạp (0 -11%)

3. NKĐTN phức tạp liên quan với ống thông

Trong NKĐTN liên quan đến ống thông, sự phân bố của vi khuẩn gây bệnh tương tự như trên, và sự tạo màng sinh học cần được nghĩ đến. Kháng sinh điều trị có thể chỉ hiệu quả trong giai đoạn đầu của nhiễm khuẩn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

Chiến lược điều trị NKĐTN phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của bệnh. Liệu pháp kháng sinh thích hợp và xử trí bất thường tiết niệu là bắt buộc. Nếu cần thiết, phải chăm sóc hỗ trợ. Nằm viện thường cần thiết tùy thuộc vào mức độ trầm trọng của bệnh.

2. Các vấn đề lâm sàng và chiến lược điều trị NKĐTN phức tạp

Việc điều trị kinh nghiệm nhiễm trùng niệu phức tạp và có biểu hiện triệu chứng đòi hỏi phải có kiến thức về các tác nhân gây bệnh và tình hình đề kháng kháng sinh tại chỗ cũng như đánh giá mức độ nghiêm trọng của tình trạng nhiễm khuẩn và các nguy cơ của bệnh nhân.Tình trạng khuẩn huyết (bacteremia) nên được xem xét ở bệnh nhân mức độ trung bình hoặc nặng; các thuốc có hiệu quả chống lại nhiễm khuẩn huyết nên được sử dụng.

Do nhiều bệnh nhân có chứng nitơ huyết trước thận và tổn thương thận tồn tại từ trước, nên tránh các thuốc có độc tính trên thận. Các thuốc thích hợp cho NKĐTN phức tạp từ trung bình đến nặng bao gồm fluoroquinolones (ciprofloxacin và levofloxacin), cephalosporin (ceftriaxone, ceftazidime, và cefipime), piperacilline/tazobactam, và carbapenems (ertapenem, imipenem, meropenem, và doripenem)

Tình trạng kháng quinolone của các vi khuẩn sinh ESBL đã được ghi nhận là gia tăng trong các báo cáo gần đây và gợi ý điều trị fluoroquinolones đối với vi khuẩn sinh ESBL là không đáng tin cậy ngay cả khi có kết quả là còn nhạy trên in vitro.

Tại Việt Nam, vi khuẩn thường gặp nhất trong NKĐTN là *E.coli* (42%), Enterococcus spp. (17%), Klebsiella spp. (12,8%), Pseudomonas spp. (8,2%) và Acinetobacter spp. (5,6%)

Trong nghiên cứu SMART, là một nghiên cứu theo dõi xu hướng đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn ổ bụng và NKĐTN phức tạp trên phạm vi toàn cầu, trong đó có 4 bệnh viện lớn của Việt Nam tham gia từ 2009 đến nay, cho thấy tỉ lệ *E. coli* và Klebsiella sinh ESBL là 38,6% và 28,9%, theo thứ tự. Tỉ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước, và một điều đáng quan tâm là tỉ lệ sinh ESBL của hai vi khuẩn này là tương đương nhau giữa nhiễm khuẩn mắc phải ở cộng đồng (50,4%) và mắc phải trong bệnh viện (49,6%).

3. Chọn lựa kháng sinh

Các báo cáo trong khu vực châu Á-Thái Bình Dương cho thấy một xu hướng gia tăng đề kháng đối với ampicillin, SMX-TMP, cephalosporin, và fluoroquinolones và tỉ lệ cao các chủng vi khuẩn *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh ESBL. Các thuốc như cephalosporin tiêm thế hệ 1, gentamicin, và nitrofurantoin uống được xem như thuốc đầu tay cho trường hợp bệnh nhẹ. Các fluoroquinolones không nên được sử dụng như là một lựa chọn hàng đầu cho điều trị theo kinh nghiệm NKĐTN phức tạp nặng ở một số nước trong khu vực Châu Á-Thái Bình Dương nói chung và ở Việt Nam nói riêng vì tỉ lệ cao kháng fluoroquinolone (> 20%), nhất là khi bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ khả năng nhiễm một vi khuẩn kháng thuốc, chẳng hạn như trước đây hoặc gần đây sử dụng fluoroquinolones. Nitrofurantoin và fosfomycin có tiện ích giới hạn trong NKĐTN phức tạp và nên được dành riêng là lựa chọn điều trị thay thế cho NKĐTN dưới phức tạp sau khi có kết quả cấy và kháng sinh đồ.

Điều trị theo kinh nghiệm cho NKĐTN phức tạp nặng có yếu tố nguy cơ nhiễm các vi khuẩn đề kháng nên bao gồm các kháng sinh phổ rộng như carbapenems (ertapenem, imipenem, meropenem, doripenem) và piperacilline/tazobactam.

Có thể sử dụng aminoglycoside, tigecycline, và polymyxins cho việc điều trị NKĐTN phức tạp nặng và vi khuẩn đa kháng khi các lựa chọn đầu tay được coi là không phù hợp hoặc bệnh nhân thất bại điều trị.

Fluconazole vẫn là thuốc được lựa chọn cho điều trị NKĐTN phức tạp do Candida sp.

Đối với điều trị NKĐTN phức tạp ở trẻ em, Amoxicillin và TMP-SMX là sự lựa chọn ít được chấp nhận do tỉ lệ gia tăng của vi khuẩn *E. coli* kháng thuốc. Các lựa chọn khác bao gồm amoxicillin-clavulanate hoặc cephalosporin. Phác đồ điều trị cho bệnh nhi nội trú có thể bao gồm cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3 có hoặc không có thêm một aminoglycoside như điều trị theo kinh nghiệm NKĐTN phức tạp. Đối với các bệnh nhi bị nhiễm khuẩn nặng (nghi nhiễm khuẩn huyết) hoặc nhiễm khuẩn có liên quan bệnh viện, một cephalosporin thế hệ thứ tư (cefepime) hoặc một carbapenem (ertapenem, imipenem, hoặc meropenem) được khuyến cáo.

4. Thời gian điều trị kháng sinh

- Đối với người lớn, thời gian điều trị cho NKĐTN phức tạp có thể từ 1 - 4 tuần dựa vào tình huống lâm sàng.

- Đối với trẻ em, điều trị NKĐTN phức tạp có sốt nên kéo dài từ 7 -14 ngày.

V. NKĐTN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Bệnh nhân đái tháo đường cần được nhuộm gram và cấy và nước tiểu trước khi điều trị và cấy nước tiểu sau điều trị. Dùng kháng sinh uống ít nhất 7-14 ngày được khuyến cáo với một kháng sinh đạt được nồng độ cao trong nước tiểu và các mô đường tiết niệu, ví dụ: fluoroquinolones, cotrimoxazole.

- Bệnh nhân đái tháo đường, những người có biểu hiện các dấu hiệu của nhiễm khuẩn huyết cần phải nhập viện. Cần chỉ định cấy nước tiểu trước khi bắt đầu điều trị cũng như cấy máu nếu bệnh nhân bị bệnh nặng. Nếu không đáp ứng với điều trị thích hợp trong vòng 48 đến 72 giờ cần X quang bụng, siêu âm thận hay CT-scan.

VI. NKĐTN Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN

- Hầu hết các loại thuốc kháng sinh có chỉ số điều trị rộng. Không cần điều chỉnh liều là cần thiết cho đến khi GFR <20 ml/phút, ngoại trừ kháng sinh có tiềm năng gây độc cho thận, ví dụ như aminoglycoside.

- Thuốc bị loại bỏ bằng cách lọc máu, do đó nên thực hiện thuốc sau khi lọc máu.

- Điều quan trọng cần lưu ý là thẩm phân phúc mạc và chạy thận nhân tạo lọc các loại kháng sinh ở mức nhất định, cho nên cần phải tránh hoặc sử dụng liều cao hơn nhiều.

- Sự kết hợp của thuốc lợi tiểu quai (ví dụ như furosemide) và cephalosporin gây độc thận.

- Nitrofurantoin và tetracycline bị chống chỉ định, nhưng doxycycline thì không.

Bảng 3: Độ lọc của kháng sinh khi chạy thận nhân tạo

Lọc qua	Lọc qua ít	Không lọc qua
Amoxycillin/ampicillin	Fluoroquinolones*	Amphotericin
Carbenicillin	Co-trimoxazole	Methicillin
Cephalosporins*	Erythromycin	Teicoplanin
Aminoglycosides*	Vancomycin	
Trimethoprim		
Metronidazole		
Aztreonam		
Fluconazole*		

** Thuốc được lọc qua thẩm phân phúc mạc*

VII. NKĐTN Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN

NKĐTN, phát triển trên ba tháng đầu tiên sau cấy ghép, bao gồm NKĐTN có dấu hiệu viêm - bể thận hoặc nhiễm khuẩn huyết nên được điều trị bằng tiêm kháng sinh phổ rộng cho đến khi kết quả cấy nước tiểu âm tính. Trị liệu có thể được chuyển sang thuốc uống theo kết quả cấy và sự nhạy cảm để hoàn thành 4 – 6 tuần.

Bệnh nhân ghép thận phát triển NKĐTN sau ba tháng đầu mà không có chứng cứ của nhiễm khuẩn huyết có thể được điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống trong 14 ngày (GR: C).

Đối với các bệnh nhân ghép thận, điều trị dự phòng với TMP/SMX (160/800 mg) hai lần mỗi ngày trong suốt thời gian nhập viện sau khi cấy ghép, sau đó một lần mỗi ngày khi xuất viện được khuyến cáo. Liều lượng của TMP/SMX phải được điều chỉnh theo chức năng thận. Thời gian dự phòng phải được ít nhất là 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013.

NHIỄM KHUẨN TRONG THÔNG NIỆU ĐẠO – BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Tổng quan

a. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông (CA-UTI : Catheter-associated Urinary Tract Infection) là nhiễm khuẩn xảy ra ở bệnh nhân đangcó ống thông trên đường tiết niệu hoặc đã được đặt ống thông trong vòng 48 giờ qua (hiện không còn ống thông)

Các tài liệu về ống thông đường tiết niệu đã công bố, sử dụng thuật ngữ khuẩn niệu liên quan đến ống thông (Catheter-associatedbacteriuria) mà không cung cấp thông tin về tỉ lệ của khuẩn niệu không triệu chứng liên quan đến ống thông (CA-ABU :Catheter-associated Asymtomatic Bacteriuria)và CA-UTI. Một số nghiên cứu sử dụng thuật ngữ CA-UTI khi đề cập đến CA-ABU hoặc CA-bacteriuria.

b. Dịch tễ, nguyên nhân

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông là nguyên nhân hàng đầu gây ra nhiễm khuẩn huyết thứ phát liên quan đến chăm sóc y tế. Khoảng 20% nhiễm khuẩn huyết bệnh viện xuất phát từ đường niệu, và tỉ lệ tử vong liên quan đến tình trạng này là khoảng 10%. Tỉ lệ khuẩn niệu liên quan đến đặt ống thông lưu là 3-8% mỗi ngày. Thời gian đặt ống thông có lẽ là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất cho sự phát triển của CA-UTI. Các ống thông trên đường tiết niệu gây nhiễu loạn cơ chế đề kháng của người bệnh và cung cấp đường vào dễ dàng cho các vi khuẩn xâm nhập bàng quang. NKĐTN liên quan đến ống thông thường có nhiều vi khuẩn và thường do các vi khuẩn đa kháng thuốc.

Đặt thông niệu đạo-bàng quang, gọi tắt là đặt thông niệu đạo là dạng chỉ định thông thường trong chăm sóc bệnh nhân, thường do điều dưỡng thực hiện theo y lệnh của bác sĩ. Trong những trường hợp khó đặt thì do bác sĩ chuyên khoa thực hiện. Điều dưỡng có thể giúp phòng ngừa CA-UTI bằng cách dùng kỹ thuật đặt thông vô khuẩn.

Hiện có nhiều hướng dẫn kỹ thuật thực hành về phòng ngừa và xử trí nhiễm khuẩn trong thông niệu đạo-bàng quang. Sự khác biệt là không nhiều về kỹ thuật, tất cả đều nhằm hạn chế các nguyên nhân gây NKĐTN là chính.

2. Khuyến cáo về nguyên tắc đặt thông niệu đạo

a. Điều kiện chung

- Thực hành đặt thông niệu đạo tốt phải theo nguyên tắc vô khuẩn của phẫu thuật.
- Kỹ thuật đặt thông niệu đạo tốt phải tôn trọng phác đồ thường quy.
- Cần có phác đồ chăm sóc ống thông niệu đạo.
- Nhân viên y tế phải tuân theo phác đồ vệ sinh bàn tay và phải dùng găng tay dùng 1 lần khi chăm sóc ống thông của bệnh nhân.

b. Đặt ống thông và chọn ống thông

- Phải đặt ống thông trong điều kiện vô khuẩn.
- Giảm chấn thương niệu đạo bằng cách dùng đủ chất bôi trơn và dùng ống thông càng nhỏ nếu có thể được.
- Ống thông tẩm nhuận thuốc kháng sinh có thể làm giảm nhiễm khuẩn không triệu chứng trong vòng 1 tuần lễ. Nhưng không có chứng cứ với NKĐTN có triệu chứng, vì thế không khuyến cáo dùng thường quy.
- Ống thông có chứa hợp kim bạc có thể làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn không triệu chứng, nhưng chỉ có ý nghĩa trong vòng dưới 1 tuần lễ. Có vài chứng cứ làm giảm nguy cơ NKĐTN có triệu chứng. Vì vậy có thể dùng trong một vài tình huống.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Chẩn đoán

a. Lâm sàng

Dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến CA-UTI có thể là khởi phát mới hoặc trầm trọng hơn các triệu chứng sốt, rùng mình, thay đổi vềtâm thần, khó ở hoặc hôn mê mà không có nguyên nhân xác định khác, đau hông lưng, căng tức góc sườn sống, tiểu máu cấp, khó chịu vùng hạ vị. Đối với những bệnh nhân đã được rút thông niệu đạo đó là các triệu chứng tiểu gắt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, đau hoặc căng tức hạ vị. Ở bệnh nhân được đặt thông niệu đạo, không nên sử dụng dấu hiệu nước tiểu đục hoặc có mùi hôi để phân biệt nhiễm khuẩn niệu liên quan đến ống thông niệu đạo và khuẩn niệu không triệu chứng liên quan đến ống thông (CA-ABU)

b. Cận lâm sàng

Chẩn đoán CA-UTI về mặt vi sinh được định nghĩa là $\geq 10^3$khúm vi khuẩn / ml của một hoặc nhiều loài vi khuẩn trong mẫu nước tiểu lấy qua thông niệu đạo hoặc trong

mẫu nước tiểu giữa dòng ở người bệnh đã rút ống thông niệu đạo trong vòng 48 giờ trước.

Ở bệnh nhân được đặt ống thông, tiểu mủ (pyuria : ≥10 bạch cầu/uL hoặc ≥ 10 bạch cầu/quang trường x400 trên mẫu cặn lắng nước tiểu quay ly tâm) không phải là chẩn đoán cho CA-UTI.

Không nên dùng sự hiện diện và mức độ tiểu mủ để phân biệt khuẩn niệu không triệu chứng liên quan đến ống thông (CA-ABU) và CA-UTI.

Tiểu mủ đi kèm với CA-ABU không phải là chỉ định cho điều trị kháng sinh. Sự vắng mặt của tiểu mủ ở bệnh nhân có triệu chứng gợi ý tìm chẩn đoán khác ngoài CA-UTI.

Không khuyến cáo cấy vi khuẩn thường quy ở bệnh nhân có thông niệu đạo không triệu chứng.

2. Điều trị

- Kháng sinh chỉ khuyến cáo chỉ định khi nhiễm khuẩn có triệu chứng.
- Nên thực hiện cấy nước tiểu, kháng sinh đồ trước khi bắt đầu điều trị kháng sinh đối với các trường hợp nghi ngờ CA-UTI do phổ rộng các vi khuẩn gây bệnh và tình trạng đề kháng kháng sinh gia tăng. Nên lấy nước tiểu từ ống thông mới đặt trước khi bắt đầu điều trị kháng sinh
- Thời gian điều trịkháng sinh được đề nghị là 7 ngày cho bệnh nhân CA-UTI có cải thiện triệu chứng nhanh chóng, và có thể đến 14 ngày cho những bệnh nhân có đáp ứng chậm, bất kể bệnh nhân vẫn được đặt catheter hay không. Điều trị 5 ngày bằng levofloxacin có thể được xem xét ở những bệnh nhân bị CA-UTI không bị bệnh nặng. Dữ liệu không đủ để đưa ra khuyến cáo cho các fluoroquinolones khác.
- Phác đồ kháng sinh ba ngày có thể được xem xét đối với phụ nữ ≤ 65 tuổi bị CA-UTI mà không có triệu chứng đường tiết niệu trên sau khi ống thông lưu đã được rút bỏ.
- Phụ nữ lớn tuổi cần được điều trị nếu tình trạng khuẩn niệu không tự mất đi sau rút bỏ thông niệu đạo.
- Nếu thông niệu đạo đặt quá 7 ngày, trong trường hợp CA-UTI có triệu chứng, nên cân nhắc việc thay hay rút bỏ thông niệu đạo trước khi bắt đầu cho kháng sinh.
- Nếu ống thông đã được đặt 2 tuần từ lúc khởi phát CA-UTI và vẫn cần đặt tiếp, cần thay ống thông để giúp nhanh chóng giải quyết các triệu chứng và giảm nguy cơ

CA-bacteriuria và CA-UTI tiếp theo. Nếu có thể ngưng ống thông, nên cấy mẫu nước tiểu giữa dòng trước khi bắt đầu điều trị kháng sinh để giúp hướng dẫn điều trị.

- Không khuyến cáo điều trị kháng sinh trên bệnh nhân khuẩn niệu không triệu chứng có ống thông niệu đạo trong thời gian đặt tại chỗ, trừ một vài tình huống đặc biệt là trước khi phẫu thuật do chấn thương hệ niệu (ví dụ cắt đốt nội soi bướu tuyến tiền liệt).

- Dùng kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm phải dựa vào tình trạng nhạy cảm của vi khuẩn tại địa phương.

- Sau khi có kết quả cấy, điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.

III. PHÒNG NGỪA VÀ THEO DÕI

1. Phòng ngừa

- Hệ thống ống thông phải luôn kín.

- Thời gian đặt ống thông phải tối thiểu.

- Chất sát khuẩn tại chỗ hoặc kháng sinh tại chỗ cho ống thông, niệu đạo hay miệng niệu đạo là không cần thiết.

- Không nên dùng kháng sinh phòng ngừa để ngăn ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông.

- Không khuyến cáo dùng kháng sinh kéo dài để ức chế nhiễm khuẩn.

- Đối với phẫu thuật không phải trên đường tiết niệu, nên rút bỏ thông niệu đạo sau khi mổ ngay trong ngày.

- Khoảng thời gian thay thông niệu đạo lưu phải tuỳ theo sự đáp ứng của bệnh nhân, nhưng phải trước khi ống thông có biểu hiện bị tắc. Không có chứng cứ về khoảng thời gian phải thay ống thông.

- Túi nước tiểu phải luôn luôn được giữ thấp dưới bàng quang và ống nối.

2. Theo dõi

- Tổng phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu thường quy sau khi điều trị thì không cần ở bệnh nhân không có triệu chứng

- Phải tầm soát ung thư bàng quang trong những trường hợp đặt thông niệu đạo từ 10 năm trở lên.

3. Các hệ thống dẫn lưu khác

- Có ít chứng cứ rằng đặt thông ngắt quảng sau mổ làm giảm khuẩn niệu so với đặt thông niệu đạo lưu.

- Ở một số bệnh nhân, chọn đặt thông trên xương mu, hệ thống thông condom hay đặt thông ngắt quãng thích hợp hơn là đặt thông niệu đạo lưu.

- Có ít chứng cứ khi đề nghị kháng sinh phòng ngừa trong đặt thông ngắt quãng nên không có khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội tiết niệu và thận học Việt Nam (2013), "Phòng ngừa và xử trí nhiễm khuẩn trong thông niệu đạo-bàng quang*",Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam*.

2. Bonkat G., Pickard R., Bartoletti R., Bruyère F., Geerlings S.E., et al. (2017), "*EAU guidelines on urological infections",*European Association of Urology.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT TỪ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

(UROSEPSIS)

I. GIỚI THIỆU

1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) được xem là nhiễm khuẩn khởi phát từ đường tiết niệu, sau đó vi khuẩn vào dòng máu gây ra những triệu chứng toàn thân. Nhiễm khuẩn huyết từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu cũng được định nghĩa bằng việc xác định kết quả của cấy máu và cấy nước tiểu có cùng một tác nhân gây bệnh.

Bệnh nhân NKH từ NKĐTN phải được chẩn đoán sớm, đặc biệt trong trường hợp NKĐTN phức tạp. Hiện nay ở nước ta, một số dòng vi khuẩn như *E. coli*, Klebsiella, Serratia sp., *P. aeruginosa*, Acinetobacter baumanii, đã đề kháng với quinolones và cephalosporin thế hệ 3, gây khó khăn và là thách thức cho điều trị. Về điều trị, cần có tiêu chuẩn chẩn đoán NKH được xác định cho bệnh nhân ở giai đoạn sớm của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, từ đó có thể điều trị ngay nhiễm khuẩn với các biện pháp thích hợp, theo dõi các rối loạn chức năng các cơ quan và các biến chứng khác.

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) gồm sốt hoặc hạ thân nhiệt, tăng bạch cầu hoặc giảm bạch cầu, nhịp tim nhanh, thở nhanh được xem là những biến cố đầu tiên của dòng thác suy đa cơ quan. Tử vong chung của nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn tăng lên có ý nghĩa mặc dù tiên lượng của nhiễm khuẩn huyết từ NKĐTN nói chung tốt hơn nhiễm khuẩn huyết từ những vị trí khác.

2. Các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ làm cho bệnh nhân có thể tiến triển đến NKH từ NKĐTN là viêm thận bể thận cấp, viêm bàng quang trên cơ địa suy giảm miễn dịch không giảm bạch cầu như người cao tuổi, đái tháo đường, lupus ban đỏ, nghiện rượu, xơ gan, đa u tủy, bệnh nhân suy giảm miễn dịch như ghép tạng, hóa trị liệu ung thư, điều trị với corticosteroids và nhiễm HIV-AIDS. NKH từ NKĐTN phụ thuộc vào các yếu tố tại chỗ như có bệnh thận trước đó, sỏi hệ niệu gây tắc nghẽn ở đường tiết niệu, bất thường về cấu trúc đường tiết niệu bẩm sinh, bàng quang thần kinh hoặc có can thiệp thủ thuật nội soi.

3. Các vi khuẩn thường gặp trong NKH từ NKDTN

Các vi sinh vật đến đường tiết niệu bằng nhiễm khuẩn ngược dòng, đường máu và đường bạch huyết. Khi vi khuẩn vào dòng máu, NKH được hình thành, nguy cơ nhiễm khuẩn máu tăng lên khi có nhiễm khuẩn đường tiết niệu nặng như viêm thận bể thận và viêm tuyến tiền liệt cấp do vi khuẩn và thuận lợi hơn khi có nghẽn tắc đường tiết niệu. NKH từ NKĐTN có thể mắc phải từ trong cộng đồng hoặc trong bệnh viện.

Bảng 1: NKH từ NKĐTN cấp: mắc phải từ cộng đồng hoặc trong bệnh viện

Loại NKĐTN và NKH mắc phải liên quan	NKH mắc phải từ cộng đồng	NKH mắc phải từ bệnh viện
Viêm thận-bể thận cấp (người bình thường/bất thường)	+	
Viêm bàng quang (người bình thường)	-	-
Viêm bàng quang (người giảm miễn dịch không giảm bạch cầu)	+	
Viên tuyến tiền liệt cấp (người bình thường/bất thường)	+	
Áp xe tuyến tiền liệt		
Thủ thuật dụng cụ trên đường tiết niệu (với nước tiểu nhiễm khuẩn)		+

a. Nhiễm khuẩn mắc phải trong cộng đồng

Nhiễm khuẩn mắc phải trong cộng đồng chỉ xảy ra trong một số trường hợp, ví dụ nhiễm khuẩn trên bệnh nhân giảm miễn dịch không giảm bạch cầu, có bệnh thận trước đó hoặc có bất thường về cấu trúc của đường tiết niệu.

Các vi sinh vật gây bệnh thường gặp được phân lập trong máu và nước tiểu của bệnh nhân NKH từ NKĐTN mắc phải trong cộng đồng như Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella, Enterococci (Streptococci nhóm D), Streptococci nhóm B.

Các yếu tố lâm sàng thuận lợi cho NKH từ NKĐTN xảy ra là viêm thận-bể thận cấp, viêm bàng quang trên những cơ địa giảm miễn dịch không giảm bạch cầu như đái tháo đường, bệnh lupus ban đỏ, nghiện rượu, đa u tủy, điều trị với corticosteroid..., bệnh nhân bị tắc nghẽn một bên hoặc một phần của đường niệu, có bệnh thận trước đó, hoặc có sỏi thận, bàng quang. NKH từ NKĐTN có thể tiến triển nặng đến sốc nhiễm khuẩn với đầy đủ các triệu chứng toàn thân và tụt huyết áp. Những bệnh nhân sốt có giảm bạch cầu (vd: bệnh nhân ung thư đang hóa trị) ít khi có nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc tiến

triển đến NKH từ NKĐTN. Khiếm khuyết miễn dịch liên quan đến bệnh ác tính và/hoặc hóa trị liệu không làm giảm tính chất bảo vệ của niêm mạc như tiết IgA bảo vệ cơ thể chống lại sự gắn kết của vi khuẩn vào tế bào thượng bì đường tiết niệu và NKĐTN.

b. Nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện

Thường xảy ra do đặt ống thông hoặc dụng cụ ở những bệnh nhân không giảm bạch cầu. Tình trạng khuẩn niệu (bacteriuria) liên quan đến đặt ống thông không gây hậu quả NKH từ NKĐTN trên người bình thường. Khuẩn niệu không gây hậu quả NKH trừ khi bệnh nhân có cấu trúc bất thường của đường tiết niệu-sinh dục như bất thường bẩm sinh của hệ thống thu thập nước tiểu, sỏi niệu, tắc nghẽn một bên hoặc hai bên do nguyên nhân bên trong hoặc bên ngoài. Những thủ thuật, dụng cụ ở đường tiết niệu trên bệnh nhân đang có NKĐTN có thể gây ra NKH nặng với các triệu chứng toàn thân và tụt huyết áp. NKH từ NKĐTN liên quan đến thủ thuật, dụng cụ có thể xảy ra trên những bệnh nhân bình thường hay bất thường về cấu trúc đường tiết niệu.

Những vi khuẩn liên quan đến nhiễm khuẩn mắc phải từ bệnh viện là các vi khuẩn gram âm hiếu khí hoặc Enterococci. Phần lớn tác nhân thường gặp là Escherichia coli, Klebsiella hoặc Enterococci, ít gặp hơn là Serratia, Enterobacter, Providencia, Citrobacter, Acinetobacter baumanii, Pseudomonas sp., Pseudomonas aeruginosa. Các tác nhân hiếm gặp hơn là Staphylococcus saprophyticus, coagulase negative Staphylococcus, MRSA…có thể gây bệnh ở đường tiết niệu liên quan đến thủ thuật ở đường tiết niệu-sinh dục.

Bảng 2: NKH từ NKĐTN và các thủ thuật với dụng cụ trên đường tiết niệu

Vi khuẩn	Khuẩn niệu	NKH	NKH xác định có liên quan đến thủ thuật với dụng cụ trên đường tiết niệu
Escherichia coli	1007	72	9
Proteus	301	11	6
Klebsiella pneumoniae	243	29	4
Pseudomonas aeruginosa	296	31	1
Serratia marcescens	166	8	1
Enterococcus	181	20	4
Enterobacter	150	23	3
Citrobacter	15	2	2
Các vi khuẩn khác	242	130	0
Tổng cộng	**2601**	**326**	**30**

Tình trạng	Số TH
Có bệnh đường tiết niệu đơn thuần trước đó	23
Có bệnh đường tiết niệu đơn thuần trước đó và đái tháo đường	4
Có bệnh đường tiết niệu đơn thuần trước đó và xơ gan	2
Có bệnh đường tiết niệu đơn thuần trước đó, đái tháo đường, xơ gan	1
Không có bệnh đường tiết niệu đơn thuần trước đó	0
Tổng cộng	**30**

4. Chẩn đoán lâm sàng

NKĐTN có thể biểu hiện bằng khuẩn niệu với triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, NKH, sốc nhiễm khuẩn phụ thuộc vào tình trạng nhiễm khuẩn khu trú hay lan rộng và thường gặp ở nam giới hơn là nữ giới. NKH được chẩn đoán khi có bằng chứng về lâm sàng của nhiễm khuẩn đi kèm với dấu hiệu của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) gồm sốt hoặc hạ thân nhiệt, tăng bạch cầu hoặc giảm bạch cầu, nhịp tim nhanh, thở nhanh được xem là những biến cố đầu tiên của dòng thác suy đa cơ quan. NKH nặng được xác định khi có triệu chứng của rối loạn chức năng các cơ quan, và sốc nhiễm khuẩn được xác định khi có tụt huyết áp đi kèm với thiếu oxy mô. NKH nặng, sốc nhiễm khuẩn là tình huống lâm sàng nặng với tỉ lệ tử vong từ 20-42% hoặc có thể cao hơn tùy điều kiện điều trị hồi sức của từng bệnh viện và tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị thích hợp sớm hay muộn. Phần lớn các trường hợp NKH nặng liên quan đến đường vào từ phổi (50%) hoặc từ ổ bụng (24%), liên quan đến đường tiết niệu chỉ khoảng 5%. Biểu hiện lâm sàng của NKH từ NKĐTN không khác với nhiễm khuẩn huyết từ nguồn lây ngoài đường tiết niệu sinh dục.

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng NKH và sốc nhiễm khuẩn

Rối loạn	Định nghĩa
Nhiễm khuẩn	Sự hiện diện của vi sinh vật ở vị trí bình thường vô khuẩn, thường có, nhưng không nhất thiết đi kèm với đáp ứng viêm của vật chủ.
Du khuẩn huyết	Vi khuẩn hiện diện trong máu xác định bằng kết quả cấy. Có thể thoáng qua.
Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS)	Đáp ứng với những thay đổi lớn của các tổn thương trên lâm sàng, có thể do nhiễm khuẩn như NKH nhưng có thể do căn nguyên không phải nhiễm khuẩn (vd: bỏng hoặc viêm tuỵ cấp) Đáp ứng toàn thân này thể hiện bằng 2 hoặc nhiều hơn các điều kiện sau: - Nhiệt độ >36°C - Nhịp tim >90 lần/phút - Nhịp thở >20 lần/phút hoặc $PaCO_2$<32mmHg (4.3kPa) dạng tế bào non chưa trưởng thành
NKH	Hoạt hoá tiến trình đáp ứng viêm do nguyên nhân nhiễm khuẩn
Hạ huyết áp	Huyết áp tâm thu <90mmHg từ trị số nền khi không có những nguyên nhân gây hạ huyết áp khác
NKH nặng	NKH với rối loạn chức năng các cơ quan, giảm tưới máu hoặc hạ huyết áp. Hạ huyết áp và bất thường của tưới máu có thể bao gồm nhưng không giới hạn với toan lactic, thiểu niệu hoặc thay đổi về tình trạng tinh thần cấp.
Sốc nhiễm khuẩn	NKH nặng với hạ huyết áp mặc dù đã hồi sức hoàn đủ dịch, có thể bao gồm nhưng không giới hạn toan lactic, thiểu niệu, hoặc thay thế về tình trạng tinh thần cấp
Sốc nhiễm khuẩn không đáp ứng	Sốc nhiễm khuẩn kéo dài >1giờ và không đáp ứng với bù dịch và can thiệp vận mạch

Tiếp cận chẩn đoán lâm sàng xác định những rối loạn hệ thống hoặc bất thường của đường tiết niệu, thuận lợi cho NKH. Một bệnh sử có bệnh thận trước đó, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái đi tái lại, vừa thực hiện thủ thuật, dụng cụ đường tiết niệu-sinh dục, bệnh sử sỏi thận, bàng quang, hoặc bệnh toàn thân (đái tháo đường, bệnh lupus ban đỏ hệ thống), chỉ ra nền tảng nhiễm khuẩn của bệnh nhân có thể có nguồn gốc từ đường tiết niệu gây NKH.

Bảng 4: Khuẩn niệu và NKH từ NKĐTN

Lâm sàng của khuẩn niệu	Các yếu tố của đường tiết niệu, sinh dục	Nguy cơ NKH từ NKĐTN	Tiếp cận thích hợp	Khuyến cáo
Đặt thông Foley ngắn hạn không tắc nghẽn	Bình thường	Thấp	Không dùngKS	Lấy bỏ ống thông càng sớm càng tốt, không dùng KS
Đặt thông Foley ngắn hạn hoặc dài hạn có tắc nghẽn	Bình thường	Cao	Điều trị tắc nghẽn	Điều trị KS TM/uống cho đến khi giải quyết được tắc nghẽn
Đặt thông Foley ngắn hạn hoặc dài hạn không tắc nghẽn trên bệnh nhân giảm miễn dịch không giảm bạch cầu Đái tháo đường, đa u tuỷ, corticosteroids hoặc xơ gan	Bình thường	Cao	Không đặt thông Foley nếu có thể	Phòng ngừa với kháng sinh thuốc
Không nhiễm khuẩn	Bình thường	Thấp	Không dùng KS	Điều trị KS kéo dài đối với tình trạng giảm miễn dịch
Nhiễm khuẩn	Bình thường	Cao	KS TM/uống	Trước hết điều trị KS TM/uống sau đó chuyển sang uống kéo dài đối với tình trạng giảm miễn dịch

5. Chẩn đoán phân biệt

Khám thực thể trong NKH từ NKĐTN không giúp ích nhiều trừ khi bệnh nhân có viêm thận-bể thận, cơn đau quặn thận do sỏi, hoặc có nghẽn tắc hoặc viêm tuyến tiền liệt. Tổng phân tích nước tiểu, nhuộm gram, cấy nước tiểu và cấy máu là những xét nghiệm cần làm để chẩn đoán xác định. Trong khi kết quả cấy máu chưa có, nhuộm gram nước tiểu có thể cho thông tin về vi sinh học tức thì liên quan đến nguyên nhân gây ra NKĐTN/NKH.

Bệnh nhân bị viêm thận-bể thận cấp với tiểu mủ và khuẩn niệu có đau vùng sườn cột sống. Viêm bàng quang gây ra NKH luôn có những rối loạn bệnh lý nền đã đề cập ở trên thuận lợi cho NKH từ NKĐTN và không có dấu khu trú khi thăm khám lâm sàng.

NKH từ NKĐTN mắc phải trong bệnh viện hướng tới nguyên nhân trực tiếp khi bệnh nhân vừa được thực hiện thủ thuật với dụng cụ niệu khoa vì có mối liên hệ thời gian giữa thủ thuật và khởi phát của NKH. Bệnh nhân điều trị ở khoa hồi sức cấp cứu có đặt ống thông Foley có khuẩn niệu, hầu như không bao giờ sốt trừ khi bệnh nhân có đái tháo đường, bệnh lupus đỏ hệ thống hoặc đang điều trị corticosteroids. Chẩn đoán hình ảnh học CT scan, cộng hưởng từ của bụng/đường tiết niệu-sinh dục có thể phát hiện tiến triển của nhiễm khuẩn trong ổ bụng là nguyên nhân gây sốt.

Bệnh nhân NKH từ NKĐTN mắc phải trong cộng đồng có thể có sỏi niệu hoặc bệnh của cấu trúc đường niệu, viêm tuyến tiền liệt cấp, ápxe tuyến tiền liệt hoặc viêm thận-bể thận cấp. Viêm thận-bể thận cấp được chẩn đoán khi nhiệt độ >39,5°C ở bệnh nhân có đau góc sườn cột sống với nguồn gốc từ thận, và kết quả tìm thấy vi khuẩn và bạch cầu trong nước tiểu. Trong viêm thận-bể thận cấp nhuộm gram cho chẩn đoán định hướng về vi sinh hướng dẫn cho việc lựa chọn kháng sinh. Nhuộm gram nước tiểu trong viêm thận bể thận cấp sẽ tìm thấy cầu trùng gram dương từng cặp/ chuỗi như streptococci nhóm B hoặc streptococci nhóm D. Nếu kết quả nhuộm gram nước tiểu là vi khuẩn gram âm trong viêm thận - bể thận cấp đó là các trực khuẩn gram âm hiếu khí, vì vi khuẩn gram âm yếm khí không gây ra nhiễm khuẩn niệu. Bệnh nhân bị viêm tuyến tiền liệt cấp thường không tiến triển đến NKH, nhưng NKH có thể để lại di chứng áp xe tuyến tiền liệt.

Chẩn đoán khó khăn ở bệnh nhân NKH không có dấu khu trú ápxe ở tuyến tiền liệt. Ở bệnh nhân có tiền sử viêm tuyến tiền liệt, lâm sàng có biểu hiện của NKH, cần xác định hoặc loại trừ áp xe tuyến tiền liệt. Siêu âm qua ngả trực tràng là cách chẩn đoán tốt nhất, và cần thiết có thể dẫn lưu ổ ápxe. Viêm mào tinh–tinh hoàn ở người lớn tuổi cũng đôi khi hiện diện cùng với NKH. Vi khuẩn gây bệnh thường là trực khuẩn gram âm hiếu khí, đặc biệt là *P. aeruginosa.*

6. Các dấu ấn sinh học hỗ trợ chẩn đoán

Hiện nay có nhiều dấu ấn sinh học (biomarkers) giúp hỗ trợ chẩn đoán xác định cũng như đánh giá tiên lượng và đáp ứng điều trị của tình trạng nhiễm khuẩn, NKH nặng

và sốc nhiễm khuẩn. Các dấu ấn thường sử dụng trên lâm sàng như đo nồng độ cytokine, CRP (C reactive proteine), lactate máu, procalcitonin.

Các cytokine bị tác động trong cơ chế bệnh sinh của hội chứng nhiễm trùng. Đây là những peptide tham gia vào việc gia tăng và kéo dài đáp ứng viêm của bệnh nhân. Các cytokine này được phóng thích từ một số tế bào khác nhau gồm có đơn bào, đại thực bào, và các tế bào nội mô trong đáp ứng với các nguồn kích thích viêm. Khi nó gắn kết với các thụ thể trên các tế bào khác, cytokine thay đổi tác động trong đáp ứng viêm. Sự cân bằng phức tạp giữa đáp ứng tiền viêm và kháng viêm bị thay đổi trong NKH nặng. Giai đoạn giảm miễn dịch theo sau cơ chế tiền viêm khởi đầu. Các cytokine khác bị tác động như các Interleukins (ILs), yếu tố hoại tử bướu TNFα, IL-1, IL-6 và IL-8 là các cytokines liên quan đến nhiễm khuẩn. NKH cho thấy hệ thống miễn dịch đã tổn thương nặng và không có khả năng loại bỏ các vi khuẩn hoặc không có khả năng điều hòa hoạt động quá mức của đáp ứng viêm hoặc cả hai. Những yếu tố di truyền thuận lợi là một khả năng giải thích của NKH trên những bệnh nhân nặng. Hiện nay cơ chế tổn thương các tạng và tử vong trên bệnh nhân chưa được hiểu biết hoàn toàn.

Procalcitonin là một propeptide của calcitonin nhưng không có hoạt tính nội tiết. Bình thường, mức procalcitonin thấp, không phát hiện được ở người bình thường khỏe mạnh. Trong quá trình nhiễm khuẩn toàn thân nặng (do vi khuẩn, ký sinh trùng, vi nấm) với những biểu hiện toàn thân, procalcitonin có thể tăng đến >100ng/mL. Ngược lại, trong quá trình nhiễm virus hoặc phản ứng viêm của các tác nhân không phải nhiễm khuẩn, procalcitonin chỉ tăng ở mức độ vừa hoặc không tăng. Vị trí chính xác sản sinh ra procalcitonin trong quá trình NKH chưa rõ. Theo dõi procalcitonin có thể có ích ở bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân tiến triển từ ổ nhiễm khuẩn. Mức procalcitonin cao hoặc gia tăng đột ngột ở những bệnh nhân này, phải nhanh chóng tìm kiếm ổ nhiễm khuẩn. Procalcitonin có thể có ích trong phân biệt nguyên nhân nhiễm khuẩn hoặc không nhiễm khuẩn của những trường hợp viêm nặng.

7. Điều trị kháng sinh

Sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở những bệnh nhân NKH từ NKĐTN mắc phải từ cộng đồng hoặc từ bệnh viện. Sốc nhiễm khuẩn có thể xảy ra trên bệnh NKĐTN phức tạp như ápxe quanh thận, hoại tử nhú thận, ápxe thận, tắc nghẽn, viêm thận-bể thận sinh hơi. Đây là một cấp cứu nội khoa đòi hỏi phải can thiệp ngay để ổn định tình trạng huyết động của bệnh nhân. Điều trị NKH từ NKĐTN

đòi hỏi phải phối hợp điều trị các nguyên nhân (vd: tắc nghẽn đường tiết niệu), điều trị hồi sức và kháng sinh thích hợp.

Bảng 5: NKH từ NKĐTN mắc phải từ cộng đồng –Tiếp cận điều trị

Hội chứng liên quan với NKH từ NKĐTN	Vi khuẩn	Nhuộm Gram nước tiểu	Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm
Viêm mào tinh-tinh hoàn cấp (ở người nam lớn tuổi)	P.aeruginosa	Vi khuẩn Gram âm	Impenem, Meropenem Amikacin Penicilin kháng Pseudomonas Cephalosporin thế hệ 3 kháng Pseudomonas Cefepim Aztreonam
Viêm mào tinh-tinh hoàn cấp (ở người nam lớn tuổi) Viêm tuyến tiền liệt cấp	C.trachomatis Coliform thường gặp Enterococcus nhóm D E.faecalis (VSE) E.faecium (VRE)	Không có vi khuẩn Vi khuẩn Gram âm Vi khuẩn Gram dương từng cặp, chuỗi	Quinolones * Doxycycline Quinolones* Ampicillin Vancomycin Imipenem, Meropenem Liezolid
Viêm thận-bể thận cấp	E.coli P.mirabilis K.pneumoniae	Vi khuẩn Gram âm	Imipenem, Meropenem Quinolones Aztreonam Aminoglycoside Cephalosporin thế hệ 3

**Levofloxacin hoặc ciprofloxacin*

VSE: Vancomycine susceptible enterococci. VRE: Vancomycine resistant enterococci

Điều trị kháng sinh trong NKH từ NKĐTN phụ thuộc vào tác nhân gây bệnh và những vấn đề liên quan, nhiễm khuẩn mắc phải từ cộng đồng hay mắc phải trong bệnh viện. Vi sinh vật gây bệnh trong NKH từ NKĐTN mắc phải từ cộng đồng là trực khuẩn gram âm hiếu khí hoặc cầu trùng gram dương như Streptococci nhóm B hoặc D. Nhuộm gram nước tiểu nhanh chóng giúp phân biệt giữa cầu trùng gram dương xếp từng cặp/chuỗi như Streptococci nhóm B hoặc D với trực khuẩn gram âm hiếu khí. Staphylococcus aureus, là cầu trùng gram dương xếp thành cụm hiếm khi là bệnh nguyên của đường tiết niệu. Staphylococcus saprophyticus là một bệnh nguyên của đường tiết

niệu nhưng thường không gây ra NKH từ NKĐTN. Việc điều trị kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm cần được tiến hành ngay. Trực khuẩn gram âm hiếu khí không là vấn đề lớn nếu là *E.coli*, Proteus, Klebsiella vì kháng sinh điều trị bao phủ sẽ được hướng đến kháng lại tất cả những bệnh nguyên đường tiết niệu mắc phải từ cộng đồng. Với NKH từ NKĐTN mắc phải từ cộng đồng, điều trị kháng sinh bao phủ tương tự ngoại trừ viêm mào tinh–tinh hoàn ở người lớn tuổi, được điều trị gồm cả các trực khuẩn gram âm như *P.aeruginosa* trong nhiễm trùng mắc phải từ bệnh viện. Bất kỳ trị liệu hiệu quả nào kháng lại Streptococci nhóm D cũng sẽ hiệu quả kháng lại Streptococci nhóm B.

NKH từ NKĐTN trong bệnh viện gây ra do trực khuẩn gram âm hiếu khí, trên cơ sở phết nhuộm gram hoặc kết quả cấy nước tiểu và cấy máu. Điều trị bao phủ phải hướng đến điều trị kháng lại *P.aeruginosa*, có thể phủ cả các bệnh nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện hiếu khí trừ Pseudomonas không phải aeruginosa. Nếu Pseudomonas không phải aeruginosa được phân lập từ nước tiểu hoặc máu, không nên điều trị nhóm aminoglycoside. Điều trị NKH từ NKĐTN do Pseudomonas không phải aeruginosa, kháng sinh chọn lựa nên là Co-trimoxazole hoặc một kháng sinh nhóm quinolone. Tuy nhiên trong tình hình hiện nay ở nước ta, các trực khuẩn Gram âm nói chung và các trực khuẩn Gram âm gây bệnh ở đường tiết niệu thường đã đề kháng cao với các cephalosporin thế hệ 3 và các quinolone, việc chọn kháng sinh thích hợp cần dựa trên cơ sở hệ sinh thái vi khuẩn và tình hình kháng kháng sinh của mỗi cơ sở điều trị.

Bảng 6: NKH từ NKĐTN mắc phải trong bệnh viện – Tiếp cận điều trị

Hội chứng liên quan với NKH từ NKĐTN	Vi khuẩn thường gặp	Nhuộm Gram nước tiểu	Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm
Sau thủ thuật với dụng cụ đường tiết niệu	P.aeruginosa Enterobacter sp. Serratia sp. Vi khuẩn Gr âm đa kháng thuốc P. aeruginosa K. pneumoniae Acinetobacter sp.	Vi khuẩn Gram âm	Imipenem, Meropenem Amikacin Cephalosporin thế hệ 3 Cefepim Aztreonam Colistin hoặc Polymixin B Tigecycline Ampicilline/sulbactam
Viêm thận – bể thận cấp	Enterrococcus nhóm D E.faecalis (VSE) E.faecium (VRE)	Vi khuẩn Gram dương từng cặp, chuỗi	Piperacilline/Tazobactam Imopenem, Meropenem Linezolid Quinupristin/dalfopristin
Khuẩn niệu ở người bình thường liên quan đến ống thông		Vi khuẩn Gram âm hoặc vi khuẩn Gram dương	Không điều trị kháng sinh
Khuẩn niệu ở người giảm miễn dịch liên quan đến ống thông	Streptococci nhóm B Streptococcus nhóm D E.faecalis (VSE) E.faecium (VRE)	Vi khuẩn Gram dương từng cặp, chuỗi	Piperacilline/Tazobactam Imopenem, Meropenem Linezolid Quinupristin/dalfopristin
Khuẩn niệu ở người giảm miễn dịch liên	Coliforms Vi khuẩn Gram âm đa kháng thuốc	Vi khuẩn Gram âm Vi khuẩn Gram dương	Piperacilline/Tazobactam Imopenem, Meropenem Fosfomycin

**Chỉ ở người có bất thường có tắc nghẽn niệu quản một bên hoặc 2 bên hoặc có bệnh thận trước đó hoặc trên cơ địa giảm miễn dịch không giảm bạch cầu (đái tháo đường, xơ gan, bệnh lupus ban đỏ, đa u tủy, đang điều trị corticosteroid).*

VSE: Vancomycine susceptible enterococci. VRE: Vancomycine resistant enterococci

8. Điều trị hỗ trợ

Ngoài việc điều trị đặc hiệu với kháng sinh, trị liệu cân bằng nước điện giải là một vấn đề mấu chốt trong chăm sóc bệnh nhân NKH, đặc biệt nếu có sốc nhiễm khuẩn. Việc sử dụng Human albumin vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Bồi hoàn thể tích máu với lượng dịch lớn và thuốc vận mạch có tác động lớn đến kết quả trị liệu. Những can thiệp sớm với các biện pháp thích hợp như duy trì sự tưới máu ở mô và chuyển vận oxy đầy

đủ bằng thiết lập việc điều trị dịch truyền, ổn định huyết áp động mạch và cung cấp đủ khả năng vận chuyển oxy có hiệu quả cao.

Hydrocortisone (còn tranh cãi về liều lượng) có lợi cho những bệnh nhân suy giảm tương đối chức năng của trục tuyến yên–vỏ thượng thận (adrenocortical test).

Kiểm soát chặt chẽ đường huyết với liều Insulin có thể đến 50 U/giờ có liên quan làm giảm tử vong. Những chứng cứ hiện nay không hỗ trợ cho việc sử dụng Protein C hoạt hóa tái tổ hợp (human recombinant activated protein C) ở người lớn và trẻ em bị NKH nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn.

9. Phòng ngừa NKH từ NKĐTN

- Cách ly những bệnh nhân bị nhiễm khuẩn với vi khuẩn đa kháng để tránh lây nhiễm chéo.
- Giảm số ngày nằm viện.
- Sử dụng thận trọng các kháng sinh để phòng ngừa và điều trị những nhiễm khuẩn đã có, tránh chọn lọc ra những dòng vi khuẩn kháng thuốc. Kháng sinh được chọn phải phù hợp với những vi khuẩn chiếm ưu thế trong sinh thái vi khuẩn của bệnh viện. Nhiễm khuẩn bệnh viện gia tăng với việc đặt thông niệu đạo - bàng quang và đặt stent niệu quản. Kháng sinh phòng ngừa không thể ngăn chặn việc tạo khúm khuẩn tại stent với tỉ lệ 100% cho những bệnh nhân đặt stent niệu quản vĩnh viễn và 70% với bệnh nhân đặt stent niệu quản tạm thời.
- Rút bỏ những ống thông càng sớm càng tốt tùy theo tình trạng lâm sàng.
- Dùng hệ thống dẫn lưu nước tiểu kín đúng cách, giảm thiểu làm hở và bảo đảm sự toàn vẹn của hệ thống này, ví dụ: lấy mẫu nước tiểu, đổ bỏ nước tiểu…
- Dùng phương pháp ít xâm lấn nhất để giải phóng tắc nghẽn cho đến khi bệnh nhân ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013.

NHIỄM KHUẨN NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Theo hội Hồi Sức Cấp Cứu và Chống Độc Việt Nam, cập nhật những phác đồ của thế giới, dựa trên các dữ liệu về y học chứng cứ. Mức độ tin cậy được đánh giá từ A(cao) đến B,C,D (thấp nhất) và mức độ khuyến cáo mạnh (1) hoặc yếu (2).

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng

- Nhiễm khuẩn gây tụt HA
- Tăng lactate máu
- Thiểu niệu (nước tiểu < 0,5 ml/kg/giờ)
- Tổn thương phổi cấp PaO2 / FiO2 < 250 nếu không có viêm phổi
- Tổn thương phổi cấp PaO2 / FiO2 < 200 nếu có viêm phổi kèm theo
- Creatinine > 2 mg/dL (hoặc 176,8µmol/ L)
- Bilirubine > 2 mg/dL (34,2µmol/L)
- Tiểu cầu < 100.000 µl/L
- Rối loạn đông máu (INR >1,5)

2. Hồi sức ban đầu và kiểm soát nhiễm khuẩn

a. Hồi sức ban đầu

Bắt đầu hồi sức ngay khi BN có dấu hiệu giảm tưới máu mô gây ra bởi nhiễm khuẩn nặng: HA tâm thu < 90mmHg hoặc giảm > 40 mmHg so với trước hoặc tăng lactate máu ≥ 4 mmol/L. Không chậm trễ việc điều trị trong lúc chờ chuyển đến khoa Hồi sức tích cực.

Mục tiêu hồi sức trong 6 giờ đầu (1C):

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) 8 – 12 mmHg
- HA động mạch trung bình ≥ 65mmHg
- Lượng nước tiểu ≥ 0,5 ml/kg/giờ
- Độ bão hoà oxy tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch chủ trên) ≥ 70% hoặc tĩnh mạch trộn ≥ 65% (1C)

Ở BN có tăng lactate máu, mục tiêu là đưa lactate máu về giá trị bình thường (2C).

b. Tầm soát nhiễm khuẩn và cải thiện kết quả điều trị

- Tầm soát nguy cơ nguy khuẩn nặng để phát hiện và điều trị sớm (1C).

c. Chẩn đoán

- Cấy máu trước khi sử dụng kháng sinh nhưng không làm chậm trễ (>45 phút) việc sử dụng kháng sinh (1C)

- Cấy ít nhất 2 mẫu máu (cả hiếu khí lẫn kỵ khí)

- Cấy máu mỗi lần lấy mẫu từ 2 vị trí: lấy qua đường tĩnh mạch và mẫu máu lấy từ catheter nội mạch nếu đã đặt > 48 giờ (1C)

- Tiến hành các kỹ thuật về chẩn đoán hình ảnh để xác định ổ nhiễm khuẩn và lấy mẫu bệnh phẩm từ ổ nhiễm khuẩn để cấy nếu an toàn (1C)

d. Liệu pháp kháng sinh

- Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong giờ đầu chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (1B) và nhiễm khuẩn nặng (1C)

- Kháng sinh phổ rộng: một hoặc nhiều kháng sinh theo kinh nghiệm diệt tác nhân vi khuẩn/ nấm và có khả năng xâm nhập tốt vào ổ nhiễm khuẩn (1B)

- Đánh giá liệu pháp kháng sinh mỗi ngày để xem xét khả năng xuống thang (1B).

- XN nồng độ procalcitonine và các biomarker tương tự để quyết định ngưng kháng sinh ở những BN không còn bằng chứng nhiễm trùng (2C).

- Phối hợp kháng sinh ở những BN giảm BC hạt có nhiễm khuẩn huyết (2B) và những BN đáp ứng kém với điều trị, hoặc nhiễm tác nhân đa kháng thuốc như Acinetobacter và pseudomonas spp (2B).

- Ở những BN nhiễm khuẩn nặng kèm suy hô hấp và sốc nhiễm khuẩn, phối hợp kháng bao gồm betalactam phổ rộng kết hợp với hoặc aminoglycoside hoặc fluoroquinolone trong trường hợp do Pseudomonas aeruginosa (2B).

- Đối với nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn do Streptococcus pneumonia nên phối hợp betalactam và macrolide (2B)

- Liệu pháp kháng sinh kết hợp theo kinh nghiệm không nên kéo dài quá 3 – 5 ngày. Nên xuống thang kháng sinh đơn trị liệu thích hợp khi có thể dựa trên kết quả cấy (2B).

- Thời gian điều trị kháng sinh trung bình từ 7 – 10 ngày; thời gian điều trị cần dài hơn trong trường hợp: đáp ứng lâm sàng chậm, hoặckhông dẫn lưu được ổ nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết do S. aureus, nhiễm nấm và virus, suy giảm miễn dịch, giảm BC hạt (2C).

- Ở BN nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn gây ra do virus, điều trị kháng virus cần khởi đầu càng sớm càng tốt (2C).

Kiểm soát ổ nhiễm khuẩn

- Ổ nhiễm khuẩn cần được chẩn đoán xác định hoặc loại trừ nhanh nhất có thể và can thiệp trong vòng 12 giờ đầu (1C).

- Khi can thiệp vào ổ nhiễm khuẩn nên lựa chọn phương pháp ít xâm lấn nhất.

- Nếu nguồn gốc nhiễm khuẩn có khả năng là catheter nội mạch nên rút bỏ ngay sau khi đặt lại bằng catheter mới.

Phòng ngừa nhiễm khuẩn

- Sát khuẩn miệng và sát khuẩn chọn lọc đường tiêu hoá để giảm tần suất viêm phổi liên quan đến thở máy (2B).

- Sát trùng hầu họng bằng chlorhexidine gluconate để giảm nguy cơ viêm phổi thở máy (2B).

Truyền dịch

- Dịch tinh thể được chọn lựa đầu tiên trong hồi sức BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (1B).

- Không nên sử dụng hydroxyethyl starches trong bù dịch cho BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (1B).

- Albumine được sử dụng để bù dịch cho BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn khi BN cần truyền một lượng quá lớn dịch tinh thể (2C).

- Test dịch ở BN giảm tưới máu mô và nghi ngờ giảm thể tích cần tối thiểu là 30 ml/kg dịch tinh thể (hoặc dịch albumin tương đương). Một số BN cần truyền dịch nhanh hơn và nhiều hơn (1C).

Thuốc vận mạch

- Mục tiêu sử dụng thuốc vận mạch để nâng HA trung bình ≥ 65 mmHg (1C).

- Norepinephrine (Noradrenaline) được lựa chọn đầu tiên (1B).

- Dùng thêm Epinephrine (Adrenaline) khi HA không duy trì được chỉ với norepinephrine (2B).

- Không sử dụng Dopamine liều thấp nhằm mục tiêu bảo vệ thận (1A).

3. Thuốc tăng co bóp cơ tim

- Sử dụng dobutamine truyền tĩnh mạch có thể lên tới 20 microgram/kg/ phút kết hợp với thuốc vận mạch trong trường hợp: rối loạn chức năng cơ tim gây tăng áp lực đổ đầy và giảm cung lượng tim, vẫn còn dấu hiệu của giảm tưới máu mô mặc dù đã truyền đủ dịch và đạt được mục tiêu HA trung bình (1C).

- Không sử dụng dobutamine để tăng cung lượng tim vượt quá mức bình thường (1B).

4. Corticosteroids

- Không sử dụng hydrocortisone đường tĩnh mạch để điều trị BN người lớn sốc nhiễm khuẩn nếu bù dịch và vận mạch có thể ổn định huyết động. Nếu huyết động không ổn định có thể sử dụng hydrocortisone đường tĩnh mạch 200mg/ ngày (2C).
- Không sử dụng test kích thích ACTH để xác định BN nào cần sử dụng hydrocortisone (2B).
- Giảm dần liều hydrocortisone khi đã ngưng thuốc vận mạch (2D).
- Corticosteroids không được dùng để điều trị nhiễm khuẩn nếu không có sốc (1D).
- Khi sử dụng hydrocortisone, nên truyền liên tục (2D).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn 2012. Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam.

2. Tiếp cận phác đồ HSCC " The Washington Manual of Critical Care 2ed " do PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh và PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn dịch tiếng Việt, ấn bản lần hai – 2012.

LAO NIỆU SINH DỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Dịch tễ học

Ở các nước phát triển, việc phát hiện ca lao mới và điều trị lao đã làm giảm tần suất khoảng 7,8% mỗi năm. Tỉ lệ này cộng với tỉ lệ giảm 5% thành tỉ lệ giảm mắc bệnh trên 12% mỗi năm [2,4,7]. Ngược lại, ở nhiều nước đang phát triển, khuynh hướng giảm bệnh rất thấp: tỉ lệ nhiễm lao vẫn ở khoảng 2,6%, cho thấy khuynh hướng tăng các ca mới. Trên toàn thế giới, lao niệu sinh dục chiếm 14% lao ngoài phổi, trong đó chỉ 20% ở người da trắng [2,4,7].

Việt Nam là một 7 quốc gia châu Á và là một trong 22 quốc gia trên thế giới phải đối diện với bệnh lao nghiêm trọng với nguy cơ nhiễm lao khoảng 2% năm, đứng thứ 14 trong 27 quốc gia có tỉ lệ lao đa kháng thuốc cao nhất. Tần suất lao mới khoảng 173/100 000 dân, tỉ lệ hiện mắc là 225/100000 dân. Tỉ lệ tử vong do lao là 23/100000 dân [3,10].

II. CHẨN ĐOÁN

1. Đặc điểm lâm sàng

- Tỉ lệ nam : nữ là 2 : 1. Hầu hết bệnh nhân ở nhóm tuổi 20-40 [2,4,7,9,14].
- Bệnh nhân thường có triệu chứng tiểu nhiều lần nặng dần, không đáp ứng với điều trị bằng kháng sinh thường. Triệu chứng tiểu gấp hiếm gặp hơn. Nước tiểu thường vô khuẩn và có một tỉ lệ lớn bệnh nhân có trên 20 tế bào mủ trên quang trường lớn. Có 20% bệnh nhân không có tế bào mủ trong nước tiểu. Bội nhiễm vi khuẩn thường chiếm 20% trường hợp, 90% do *E. coli* [2,4,6,7,18].
- Tiểu máu đại thể (10%) hay tiểu máu vi thể (50%). Đau quặn thận ít gặp. Xuất tinh máu là triệu chứng hiếm. Một số ít bệnh nhân chỉ có triệu chứng sưng đau tinh hoàn. Tam chứng mệt mỏi, sụt cân, chán ăn không bao giờ thấy ở giai đoạn sớm của bệnh.
- Viêm bàng quang tái phát là triệu chứng báo động. Nhiễm trùng do *E.coli* đáp ứng với kháng sinh thường nhưng tái phát nhiều lần thì cần phải loại trừ lao. Phải xét nghiệm nhiều lần vì *M. tuberculosis* rất khó phân lập từ nước tiểu khi bệnh nhân chỉ mới có những tổn thương nhỏ.

2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm tìm lao [2,4,6,7]

Phản ứng tuberculin (IDR)

- Phản ứng dương tính chỉ nói lên bệnh nhân đã bị nhiễm lao, không phải là bệnh lao tiến triển hay các triệu chứng là do bệnh lao.

- Tiêu chuẩn test tuberculin dương tính theo nhóm nguy cơ (theo CDC)

Vùng cứng ≥ 5 mm

- Người HIV dương tính
- Bệnh nhân có tiếp xúc với bệnh nhân lao gần đây.
- Tổn thương xơ hóa trên phim ngực nghĩ do lao trước kia.
- Bệnh nhân có ghép cơ quan hay suy giảm miễn dịch

(dùng liều tương đương receiving 15 mg prednisone /ngày trong một tháng hoặc hơn)

Vùng cứng ≥ 10 mm

- Người mới nhập cư từ các nước có tần suất lao cao.
- Người lạm dụng thuốc tiêm.
- Cư dân hoặc nhân viên cho nhóm nguy cơ cao: nhà tù, nhà dưỡng lão, trung tâm y tế, nhà cho người vô gia cư.
- Nhân viên phòng xét nghiệm Mycobacterium
- Người có các tình trạng lâm sàng sau: bệnh bụi phổi, đái tháo đường, suy thận mạn, một số bệnh huyết học (bệnh bạch huyết, lymphoma), bệnh ác tính khác (ung thư biểu mô đầu hoặc cổ và phổi), sụt cân ≥ 10% thể trọng lý tưởng, cắt dạ dày, nối tắt hỗng-hồi tràng.
- Trẻ em nhỏ hơn 4 tuổi hay nhũ nhi, trẻ em hay trẻ lớn có tiếp xúc với người lớn nguy cơ cao.

Vùng cứng ≥ 15 mm

- Bệnh nhân không có nguy cơ nhiễm lao.

b. Xét nghiệm nước tiểu

- Tổng phân tích nước tiểu: tìm hồng cầu, bạch cầu, pH, tỉ trọng nước tiểu.

- Cấy nước tiểu tìm vi trùng thường.

- Cặn Addis (hồng cầu, bạch cầu/phút) đánh giá tình trạng tiểu mủ. “Tiểu mủ vô khuẩn” là dấu hiệu cổ điển của lao niệu.

- Xét nghiệm nước tiểu tìm trực khuẩn lao để chẩn đoán lao niệu: cần phối hợp cả 3 phương pháp sau [11,14] để có kết quả chẩn đoán cao :

- Lấy 3 mẫu nước tiểu 3 ngày liên tiếp hứng trong 12 giờ nhuộm Ziehl-Neelsen tìm trực khuẩn kháng axít-cồn.

- Cấy nước tiểu trên môi trường Lowenstein-Jensen tìm M.tuberculosis, BCG, các mycobacterium nontuberculosis. Là xét nghiệm chẩn đoán chắc chắn lao niệu [2,4,6,7,18].

- Phản ứng PCR nước tiểu (Polymerase Chain Reaction): cho kết quả sau 24 giờ, độ nhạy: 74-91%; độ đặc hiệu: 95-100% [4,7,17,19]. Có 2 kỹ thuật: (1) phản ứng IS6110-PCR để tìm M. tuberculosis ; (2) phản ứng 16S rRNA gen-PCR: tìm các mycobacterium khác.

c. Xét nghiệm máu

- Công thức máu, tốc độ lắng máu, chức năng thận, điện giải đồ.

d. Triệu chứng X-quang [2,4,7]

X-quang không chuẩn bị

- Trên phim KUB có thể thấy dấu vôi hóa ở thận và đường tiểu dưới.

- X quang ngực và cột sống để loại trừ lao phổi cũ hay lao tiến triển và lao cột sống.

Chụp đường niệu nội tĩnh mạch (IVU, UIV)

- UIV liều cao hiện nay vẫn là tiêu chuẩn [2,4,7,11]. Có thể phối hợp với CT. Ngoài ra, UIV dưới màn huỳnh quang tăng sáng cho phép làm xét nghiệm động học niệu quản.

- Trên UIV có thể thấy thận mất chức năng hoặc tổn thương thận nặng. Viêm niệu quản biểu hiện bằng giãn niệu quản trên chỗ hẹp niệu quản–bàng quang hay niệu quản xơ hóa. Thì bàng quang cho thấy bàng quang nhỏ, co thắt hay bàng quang bất đối xứng.

b.3. Chụp bể thận ngược chiều (UPR)

Khi cần xác định chiều dài đoạn hẹp và mức độ tắc nghẽn và giãn nở niệu quản trên chỗ hẹp hoặc khi cần đặt thông niệu quản để lấy nước tiểu từng thận riêng rẽ làm xét nghiệm vi trùng học. Cần làm dưới màn huỳnh quang tăng sáng và làm xét nghiệm động học niệu quản [2,4,7,11].

Chụp bể thận xuôi chiều qua da

- Chỉ định trong trường hợp thận không phân tiết trên UIV hay để xem tình trạng đường xuất tiết trên chỗ hẹp hoặc có thể lấy nước tiểu từ bể thận gửi xét nghiệm vi trùng học [2,4,7,11].

Xét nghiệm đồng vị phóng xạ

- Xạ hình thận cho biết chức năng thận và bất thường chủ mô thận.

d. Siêu âm và CT

- Siêu âm để theo dõi một tổn thương thận phát hiện trên UIV trong quá trình điều trị (hang lao) [2,4,7].

- CT để khảo sát tổn thương nhu mô thận, quanh thận hay khi nghi ngờ có ung thư thận đi kèm [2,4,7]. CT đa lát cắt (MSCT) với kỹ thuật tái tạo hình ảnh rất có ích trong chẩn đoán các dạng biến thể đường tiểu [4,7,12,14].

e. e. Triệu chứng nội soi

Soi bàng quang

- Nội soi tìm những sang thương lao ở bàng quang (sang thương dạng hạt, dạng loét) và viêm lao miệng niệu quản, miệng niệu quản nở rộng. Dùng để đánh giá độ trầm trọng của bệnh và đáp ứng với hóa trị liệu lao.

- Vai trò của sinh thiết bàng quang còn bàn cãi. Chỉ sinh thiết khi có tổn thương dạng củ hay loét cách xa miệng niệu quản vì tổn thương này có thể là ung thư biểu mô phối hợp [2,4,7,14].

Soi niệu quản

- Nội soi niệu quản là chỉ định hiếm. Soi để khảo sát ảnh hưởng của bệnh lên niệu quản-bể thận hoặc để lấy mẫu nước tiểu thử vi trùng học.

III. ĐIỀU TRỊ

Có thể cho bệnh nhân nhập viện trong tháng đầu để bảo đảm bệnh nhân uống thuốc kháng lao đều đặn, sau đó sẽ theo dõi ngoại trú. Cần đánh giá chức năng gan của bệnh nhân. Nếu cần phẫu thuật thì mổ chương trình và cho bệnh nhân nhập viện tối thiểu 6 tuần sau khi bắt đầu điều trị tấn công.

Bác sĩ CK Tiết niệu nên là người theo dõi quá trình hóa trị lao. Nếu có vấn đề kháng thuốc thì cần hội chẩn bác sĩ CK Lao nhưng bác sĩ Tiết niệu phải chịu trách nhiệm cả quá trình điều trị của bệnh nhân, nếu không tổn thương thận hoặc đường xuất tiết không hồi phục có thể xảy ra [2,4,7,9,14]. Cần chú ý hiện tượng “xơ hóa do lành sẹo”

diễn tiến nhanh trong quá trình điều trị thuốc lao nhất là trong thời gian điều trị tấn công có thể dẫn đến bế tắc đường tiểu trên cấp tính và hủy hoại chức năng thận nhanh chóng [11,15].

Mục đích điều trị là: (1) Điều trị căn bệnh tiến triển (2) Làm cho bệnh nhân không còn khả năng lây nhiễm càng sớm càng tốt (3) Bảo tồn tối đa chức năng thận.

Cần theo dõi bệnh nhân 3, 6, 12 tháng sau khi ngưng thuốc. Trong mỗi lần khám, cần làm xét nghiện nước tiểu sáng sớm 3 ngày liên tục và làm UIV.

1. Các thuốc kháng lao [4,7,10]

Các thuốc kháng lao hàng đầu là INH, rifampicin, pyrazinamide, streptomycin, và ethambutol. Bốn thuốc đầu là diệt trùng. Hóa trị lao là điều trị đa kháng sinh nhằm làm giảm thời gian điều trị và làm giảm hiện tượng kháng thuốc. Từ khi có rifampicin và các thuốc kháng lao mới thời gian điều trị giảm còn 6 - 9 tháng.

CÁC THUỐC KHÁNG LAO THIẾT YẾU

Xếp loại	Thuốc	Tác dụng
Thuốc kháng lao chủ lực	Rifampicin (R) Isoniazid (H) Pyrazinamide (Z) Streptomycin (S)	Diệt khuẩn
Thuốc kháng lao thứ cấp	Ethambutol (E) Ethionamide Cycloserine	Kềm khuẩn
Các thuốc phụ	Kanamycin Thiocetazone (T hay TB1)	Kềm khuẩn

Cơ chế tác dụng/ kháng thuốc của các thuốc kháng lao thông dụng

Thuốc	Cơ chế tác dụng	Vị trí đột biến kháng thuốc (gen)
Isoniazid acid mycolic Men catalase-peroxidase	Ức chế tổng hợp	*inhA* (vùng điều hòa) (gen mycolic acid) *katG* (gen catalase-peroxidase)
Rifampin	Ức chế tổng hợp RNA	*β*-Subunit *rpoB* (gen polymerase) RNA
Pyrazinamide	Ức chế tổng hợp acid béo	*pncA*(gen pyrazinamidase)
Ethambutol	Ức chế tổng hợp thành tế bào (chẹn arabinosyl transferase)	*embB* (gen cho men arabinosyl transferase)
Streptomycin	Ức chế tổng hợp protein	*rpsL* (gen của protein S12 ribosome); gen16-S RNA của ribosome
Amikacin	Ức chế tổng hợp protein	gen16-S RNA của ribosome
Capreomycin	Ức chế tổng hợp thành tế bào	Không rõ
Quinolones	Ức chế cấu trúc DNA	*GyrA* (gen gyrase A)

Liều tối ưu của các thuốc kháng lao

Tên thuốc	Liều lượng hàng ngày (mg/kg)	Liều cách quãng	
		3 lần/ tuần (mg / kg)	2 lần / tuần (mg / kg)
Isoniazid	5 (4-6)	10 (8 – 12)	15 (13 - 17)
Rifampicin	10 (8 – 12)	10 (8 – 12)	10 (8 – 12)
Pyrazinamide	15 (20 – 30)	35 (30 – 40)	50 (40 – 60)
Ethambutol	15 (15 – 20)	30 (25 – 35)	45 (40 – 50)
Streptomycin	15 (12 – 18)	15 (12 – 18)	15 (12 – 18)

2. Phác đồ điều trị cho nhiễm khuẩn vi khuẩn nhạy cảm

Tử vong do lao ngày nay là không đáng kể nếu điều trị sớm và đúng cách, bệnh nhân uống thuốc đủ. Cần làm thử nghiệm độ nhạy cảm của mycobacterium với thuốc trên các chủng được phân lập, áp dụng điều trị quan sát trực tiếp (DOT) cho bệnh nhân [4,5,7,14].

Hóa trị lao là điều trị đa kháng sinh nhằm làm giảm thời gian điều trị và làm giảm khả năng vi khuẩn kháng thuốc. Thời gian điều trị trước đây từ 2 năm nay giảm còn 6–9 tháng từ khi có rifampicin và các thuốc kháng lao mới khác [2,4,7,9]. Phối hợp với

chương trình chống lao quốc gia để cấp thuốc lao, vừa theo dõi sát bệnh nhân, nhất là trong thời gian dùng liều tấn công [11,14].

Các cytokine hỗ trợ như interferon-γ, interleukin-2 (IL-2), yếu tố kích thích dòng đại thực bào-bạch cầu hạt, và IL-12, hoặc miễn dịch trị liệu bằng *M. vaccae* có thể làm giảm thời gian điều trị hơn nữa và chống kháng thuốc [4,7].

Khuyến cáo của Trung tâm phòng bệnh Hoa Kỳ (CDC) và Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ hiện tại là điều trị bệnh nhân lao niệu sinh dục với vi khuẩn nhạy cảm từ 6 đến 9 tháng [2,4,7] Ở bệnh nhân lao thận, sau 2 tuần điều trị sẽ không còn phân lập được *M. tuberculosis* trong nước tiểu. Phác đồ 6 tháng thường dùng R,H,Z với tỉ lệ có vi khuẩn tái phát là 1%. Điều trị với S,H,R,Z trong 2 tháng đầu, theo sau là H,R,Z hay H, R trong 4 tháng kế.

Nên uống thuốc liều duy nhất chung một lần vào buổi tối, có thể uống với sữa giúp bệnh nhân dung nạp thuốc tốt nhất. Nên dùng S trong thời gian điều trị tấn công khi có triệu chứng viêm bàng quang cấp nặng. Có thể dùng thêm Prednisolone, 20mg x 3 lần mỗi ngày dùng với 4 loại thuốc lao trong 4 tuần, giúp làm giảm viêm bàng quang cấp.

3. Lao đa kháng thuốc

Trong thập niên 1990, lao đa kháng thuốc (MDR) trở thành vấn đề y tế quan trọng đặc biệt trong đó có 1/3 các ca kháng với một hay nhiều loại thuốc. Sau này MDR giảm hẳn do chương trình DOT và nhiều yếu tố khác. Phác đồ điều trị lao MDR phải theo tình trạng nhạy cảm của vi khuẩn và tiếp tục trong 18 - 24 tháng hay 12 tháng sau khi cấy âm tính [2,4,6.7]

4. Phẫu thuật

Có nhiều phương pháp phẫu thuật đi cùng với phác đồ điều trị lao ngắn hạn. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong triết lý điều trị hiện đại lao niệu sinh dục, gồm phẫu thuật cắt bỏ và phẫu thuật tạo hình [2,4,7,914].

a. Cắt bỏ cơ quan/ mô

Cắt thận

Chỉ định cắt thận là: (1) Thận mất chức năng có hay không có vôi hóa; (2) Bệnh tiến triển trên toàn thể thận cùng với cao huyết áp và hẹp khúc nối bể thận-niệu quản; (3) Bướu thận phối hợp [2,4,7,14,16].

Xử trí thận lao bị mất chức năng là không bàn cãi và cắt thận là bắt buộc [2,4,6,7,14]. Thận mất chức năng do lao ngày nay không còn là chống chỉ định của cắt thận qua nội soi ổ bụng [13,14].

Cắt thận niệu quản

Hiếm khi được chỉ định, chỉ làm khi niệu quản bị tổn thương nặng cần cắt bỏ phần lớn niệu quản.

Cắt một phần thận

Có hai chỉ định : (1) Tổn thương khu trú ở cực thận có vôi hóa không đáp ứng sau 6 tuần hóa trị tấn công. (2) Một vùng vôi hóa lớn dần đe dọa phá hủy tồn bộ thận.

Dẫn lưu ap xe

Không dẫn lưu hở apxe vì ngày nay có thể dùng các kỹ thuật X quang ít xâm lấn để hút dịch apxe. Dịch hút ra có thể làm xét nghiệm vi trùng học. Nếu có vôi hóa nhiều ở thành áp xe thì nên cắt một phần thận.

Cắt bỏ mào tinh

Thám sát bìu với dự kiến cắt bỏ mào tinh vẫn còn cần thiết. Chỉ định chính là apxe bã đậu không đáp ứng với hóa trị. Chỉ định khác là một khối u chắc không đổi hay lớn dần mặc dù điều trị với kháng sinh thường hay hóa trị lao.

Nên mổ qua ngả bìu, bóc tách đuôi mào tinh trước, sau đó đến thân và đầu mào tinh. Cô lập ống dẫn tinh và đem ra ngả bẹn qua một đường rạch da riêng để tránh tạo apxe dưới da.

b. Phẫu thuật tạo hình

Hẹp niệu quản

Vị trí thường gặp là ở khúc nối niệu quản–bàng quang; cũng có thể hẹp ở khúc nối bể thận-niệu quản, hiếm khi ở niệu quản phần ba giữa. Rất ít khi hẹp toàn bộ niệu quản (thường thận đã tổn thương nặng nên không thể tạo hình niệu quản).

Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản

Rất ít gặp [4,7,11,15]. Nếu thận còn bài tiết trên UIV thì phải giải quyết bế tắc càng sớm càng tốt bằng đặt thông JJ từ ngả nội soi bàng quang. Nếu không đặt được thông JJ thì mở thận ra da qua da, qua đó bơm rửa bể thận với thuốc kháng lao. Theo dõi diễn tiến hẹp bằng siêu âm hay làm UIV với phim 25 phút mỗi tuần, nếu diễn tiến xấu thì cần phẫu thuật ngay. Phẫu thuật có thể cần sau khi rút thông JJ chụp UIV kiểm tra thấy hẹp không cải thiện.

Dùng kỹ thuật Hynes-Anderson hay Culp, khâu nối trên ống thông JJ làm nòng đặt tại chỗ trong 3 tuần. Nếu trước mổ chưa mở thận ra da thì lúc tạo hình phải mở bể thận ra da. Nếu lúc mổ có hiện tượng viêm niệu quản nhiều thì nên để thông JJ tại chỗ 5-6 tuần và trong thời gian này sẽ thực hiện bơm thuốc kháng lao tại chỗ.

Vai trò của cắt xẻ rộng bể thận qua nội soi là không rõ ràng.

Hẹp niệu quản đoạn giữa

Phương pháp điều trị tốt nhất là cắt xẻ niệu quản và đặt thông nòng kiểu Davis hay đặt thông JJ niệu quản tại chỗ ít nhất 6 tuần. Theo dõi bệnh nhân sát, chụp UIV kiểm tra mỗi 3 tháng, theo dõi ít nhất 12 tháng.

Hẹp niệu quản đoạn cuối

Có nhiều trường hợp hẹp là do phù nề và đáp ứng tốt với hóa trị lao [4,7,11,14]. Phác đồ điều trị là hóa trị lao trước, kiểm tra hàng tuần bằng UIV một phim 25 phút, theo dõi diễn tiến. Nếu sau 3 tuần tiến triển xấu hoặc không cải thiện thì dùng thêm corticosteroids. Chụp UIV kiểm tra hàng tuần, nếu không cải thiện sau 6 tuần sẽ mổ cắm lại niệu quản sau khi thử nong niệu quản nội soi thất bại. Trong thời gian này nên đặt thông JJ để đánh giá hiệu quả điều trị nội khoa [2,4,7,11].

Nếu có hẹp niệu quản khi bắt đầu điều trị kháng lao thì trong phác đồ điều trị kháng lao tránh dùng Streptomycin vì thuốc này có thể gây "xơ hóa do lành sẹo" diễn tiến nhanh gây bế tắc đường tiểu trên cấp tính hay hủy hoại chức năng thận nhanh chóng [11,14,15]

Vai trò của corticosteroids trong điều trị viêm hẹp niệu quản là không rõ ràng, các tác giả chủ yếu dùng corticosteroids trong điều trị triệu chứng viêm bàng quang cấp do lao với thời gian không quá 2 tháng vì sợ bệnh lao bùng phát toàn thân [2,4,7,12,14]

Nong niệu quản nội soi ít có số liệu trên loạt lớn bệnh nhân. Thường phải nong nhiều lần với gây mê, kết quả không cao: 36 - 64% [1,2,4,7,8,11] nên phương pháp này không được nhiều tác giả ủng hộ. Vô cảm bệnh nhân, nong bằng thông Braasch 8 Fr hay 2 thông niệu quản 5 Fr, hay bằng thông bong bóng. Lúc đầu nong lại cách mỗi 2 tuần, sau đó mỗi 1 đến 2 tháng cho đến khi đường tiểu trên ổn định. Cũng có thể nong niệu quản kết hợp với corticosteroids hệ thống hóa trước khi mổ tạo hình niệu quản [4,7,8], đặc biệt ở người trẻ.

Hầu hết hẹp niệu quản không dài quá 5 cm và bắt đầu ở đoạn nội thành bàng quang. Nên cắm lại niệu quản vào bàng quang. Nên áp dụng kỹ thuật chống ngược dòng khi có

thể, làm đường hầm dưới niêm mạc ít nhất 2 cm. Nên cắm lại niệu quản vào bàng quang ngả ngoài bàng quang vì có nhiều lợi điểm như thời gian mổ nhanh, kỹ thuật tương đối đơn giản, thời gian nằm viện ngắn [11,14].

Nếu đoạn hẹp dài hơn 5 cm, không thể cắm niệu quản trực tiếp vào bàng quang mà phải làm bàng quang cơ thăn hay phẫu thuật Boari. Dùng phẫu thuật Boari có thể cắm lại niệu quản sau khi cắt bỏ đoạn hẹp dài 14 – 15 cm.

Nếu hẹp nhiều trên một hay cả hai niệu quản, có thể khai khẩu niệu quản vào niệu quản và cắm lại niệu quản dài hơn vào bàng quang, dùng kỹ thuật chống ngược dòng. Nếu bàng quang tổn thương nặng thì có thể phải tạo hình làm rộng bàng quang bằng ruột.

Tạo hình làm rộng bàng quang

Các triệu chứng chính báo động cần tạo hình làm rộng bàng quang là tiểu nhiều lần cả ngày lẫn đêm không chịu đựng được, đi kèm với đau, tiểu gấp, tiểu máu. Chụp UIV thấy bàng quang nhỏ, co thắt, tăng trương lực và thường là không có nước tiểu tồn lưu. Soi bàng quang thấy niêm mạc bàng quang có vẻ "như nhung" và dung tích bàng quang < 100 mL.

Chỉ định tạo hình làm rộng bàng quang khi dung tích bàng quang 30 - 150 mL, làm bàng quang thay thế nối thẳng (orthotopic neobladder) khi dung tích bàng quang < 30 mL và dùng dạ dày khi có suy thận, dùng đại tràng sigma và hồi manh tràng khi cần cắm lại niệu quản vào bàng quang tân tạo. Tạo hình bàng quang bằng dạ dày thường áp dụng nhiều ở trẻ em, ở người suy thận nhiều, nhưng không cho thấy ưu thế hơn tạo hình bàng quang bằng đại tràng, manh tràng hay hồi tràng [2,4,7].

Bệnh nhân phải được điều trị ít nhất 4 tuần hóa trị tấn công trước khi mổ. Trước mổ cần đánh giá niệu dòng đồ. Nếu lưu lượng nước tiểu giảm thì ở bệnh nhân nữ sẽ xẻ cổ bàng quang qua nội soi ở 3 giờ và 9 giờ, ở nam sẽ cắt đốt nội soi cổ bàng quang 3-6 tuần trước khi mổ làm rộng bàng quang [2,4,7]. Cần giữ lại phần bàng quang lành càng nhiều càng tốt vì phần này có vai trò trong tống xuất nước tiểu. Có thể tạo hình bằng mổ mở hay qua nội soi ổ bụng [12,14].

Suy thận không phải là chống chỉ định. Không có chống chỉ định làm rộng bàng quang khi độ thanh thải creatinin ≥ 15 ml/phút. Nhiều bệnh nhân có cải thiện chức năng thận sau mổ. Chống chỉ định là: tiểu dầm, tiểu không kiểm soát, rối loạn tâm thần (chỉ định chuyển lưu nước tiểu).

c. Chuyển lưu nước tiểu

Có 3 chỉ định chuyển lưu nước tiểu vĩnh viễn : (1) Rối loạn hoặc thiểu năng tâm thần, (2) Tiểu dầm không do bàng quang nhỏ, (3) Tiểu nhiều lần ban ngày với tiểu không kiểm soát không đáp ứng với hóa trị lao hay nong cổ bàng quang. Chuyển lưu qua hồi tràng hay đại tràng với cắm lại niệu quản có chống ngược dòng.

Không nên cắm niệu quản vào đại tràng sigma vì thường gây tiểu không kiểm soát và có thể gây ung thư ở vị trí cắm niệu quản.

IV. KẾT LUẬN

Lao niệu sinh dục, cũng như các dạng lao ngoài phổi khác, được xếp thành lao nặng với các triệu chứng mơ hồ (Mức độ 3). Bác sĩ Tiết niệu cần biết nghi ngờ lao niệu khi bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu kéo dài mà không có nguyên nhân rõ ràng (Mức độ 4).

Chẩn đoán lao niệu sinh dục chủ yếu dựa vào xét nghiệm vi trùng trong nước tiểu. Trong điều kiện Việt Nam, nên phối hợp cả 3 xét nghiệm nhuộm trực tiếp, phản ứng PCR nước tiểu và cấy nước tiểu (3-5 mẫu nước tiểu liên tiếp) trong môi trường đặc hiệu tìm trực khuẩn lao.

Trong giai đoạn sớm của bệnh, thường trên phim UIV có thể thấy những thay đổi ở đài thận. Các tổn thương thận có thể là biến dạng đài thận, đài thận xơ hóa và tắc nghẽn hoàn toàn (đài thận bị cô lập), biến dạng nhiều đài thận, hay phá hủy đài thận hay chủ mô thận nặng. Trong trường hợp nặng, trên UIV có thể thấy biến dạng đài thận, hẹp niệu quản, hay xơ hóa bàng quang (Mức độ 4).

Điều trị nội khoa là điều trị bước một trong lao niệu sinh dục. Thời gian điều trị hiện nay giảm còn 6 tháng trong những trường hợp không phức tạp. Chỉ trong những trường hợp phức tạp (lao tái phát, bệnh nhân bị ức chế miễn dịch và HIV/Aids) mới cần điều trị 9 – 12 tháng (Cấp độ B).

Đặt stent niệu quản hay mở thận ra da qua da (PCN) sớm ở bệnh nhân hẹp niệu quản do lao có thể làm tăng tỉ lệ mổ tạo hình và làm giảm thận mất chức năng (Mức độ 2a). Trong các tình huống khác, bệnh nhân nên được điều trị bằng thuốc kháng lao ít nhất 4 tuần trước phẫu thuật (Mức độ 4).

Có thể dùng thông JJ cho tất cả các loại hẹp niệu quản cho nhiều mục đích như thông nòng sau khi nong, dẫn lưu nước tiểu trong tiến trình lành bệnh sau điều trị nội khoa hay phẫu thuật, và để đánh giá hiệu quả điều trị (Cấp độ B).

Cắt thận được khuyến cáo khi thận mất chức năng hòan toàn hay giảm nặng chức năng. (Cấp độ B). Cho dù nước tiểu bệnh nhân vô khuẩn sau hóa trị lao, 50% mẫu mô cắt thận cho thấy có lao tiền triển (Mức độ 3).

Có đến 50-75% bệnh nhân lao sinh dục có bất thường đường tiết niệu trên X quang (Mức độ 4). Do đó nên khảo sát đường tiết niệu của bệnh nhân lao khởi đầu ở mào tinh (Cấp độ B). Cần thám sát sớm nếu bệnh nhân nghi ngờ lao mào tinh hay lao tinh hoàn không đáp ứng nhanh với hóa trị lao (Cấp độ C).

Chẩn đoán viêm lao tuyến tiền liệt có thể do phát hiện tình cờ sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo qua mẫu mô bệnh học (Mức độ 3). Những bệnh nhân này nên được điều trị bằng thuốc kháng lao (Cấp độ C).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cos L.R., Cockett A.T. Genitourinary tuberculosis revisited.*Urology*. 1982 Aug; 2(2), pp. 111-7.

2. Çek M., Lenk S., Naber K.G., Bishop M. C., Johansen T.E.B., Botto H., Grabe M., Lobel B., Redorta J. P., Tenke P., EAU Guidelines for the management of genitourinary tuberculosis, *Eur Urol*, 2005, pp.353–62.

3. Đỗ Châu Giang, Tình hình bệnh lao trên thế giới và tại Việt Nam. Hội thảo công tác kháng lao quốc gia, bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TP HCM, 2004, tr.1-11.

4. Ghoneim I.A., Rabets J.C., Mawhorter S.D., Tuberculosis and other opportunistic infections of the genitourinary system.*Campbell - Walsh Urology, 10th Ed.* ISBN: 978-1-1460-6911-9, Copyright©2012, by Saunders, an imprint of Elsevier Inc, pp.468-494.

5. Lê Bá Tung, Điều trị bệnh lao và quản lý theo chiến lược « DOTS ». Phát hiện-chẩn đoán và quản lý điều trị trong chương trình kháng lao quốc gia, bệnh viện Lao và bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch TP HCM, 2001, tr. 28-43.

6. Lenk S., Yasuda M. Urinary tuberculosis, *Urogenital Infections*, Copyright © 2010 European Association of Urology (EAU) – International Consultation on Urological Diseases (ICUD). p.864.

7. McAleer S.J., Johnson C.W., Johnson Jr. W.D., Genitourinary Tuberculosis, in *Campbell-Walsh Urology:9thEd.*, Wein A.J., Editor. 2007, Elsevier Saunders: Philadelphia, Pa. ; Edinburgh. p. xxviii, 528 p.

8. Murphy D. M., Fallon B., Lane V., O'Flynn J. D., Tuberculous stricture of ureter, *Urology*, 1982, 20:382.

9. Ngô Gia Hy, Tổng quan về lao niệu sinh dục. *Thời sự Y dược học,2000*, Hội Y dược học TP Hồ Chí Minh, tr.68-72.

10. Nguyễn Ngọc Lan, Tình hình bệnh lao năm 2010. Tập huấn về bệnh Lao phổi-Lao ngoài phổi, bệnh viện Lao và Bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch TPHCM, năm 2010.

11. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Chẩn đoán, kết quả điều trị hẹp niệu quản do lao niệu sinh dục. *Luận án Tiến sĩ Y học, 2008*.

12. Nguyen Phuc Cam Hoang, Le Van Hieu Nhan, Tran Ngoc Khac Linh, Nguyen Viet Cuong, Vu Le Chuyen, Laparoscopic augmentation ileocystoplasty for tuberculous contracted bladder: report of 2 initial cases.. 17th FAUA Annual meeting, June 2009. *Congress book*, p.76.

13. Nguyen Phuc Cam Hoang. Are tuberculous nonfunctioning kidneys amenable to laparoscopic nephrectomy ? (Abstract), *Urology74 (Suppl. 4A)*, 30th Congress of the Société Internationale d'Urologie, Nov.2009.S189.

14. Nguyen Phuc Cam Hoang, Vu Le Chuyen. Genitourinary tuberculosis in a developing country (Vietnam): diagnosis and treatment, *Urogenital Infections*, Copyright © 2010 European Association of Urology (EAU) – International Consultation on Urological Diseases (ICUD), p.892.

15. Psihramis K. E., Donahoe P. K. Primary genitourinary tuberculosis: rapid progression and tissue destruction during treatment, *J Urol*, 1986, 135, pp.1033-6.

16. Tostain J., Gilloz A., Cancer developpé sur rein mastic tuberculeux. Une nouvelle observation. *Ann Urol*.,1982,16(4), pp.245-46.

17. Van Vollenhoven P., Heyns C. F., de Beer P. M., Whitaker P., van Helden P. D., Victor T. Polymerase chain reaction in the diagnosis of urinary tract tuberculosis, *Urol Res*, 1996,24,(2), pp.107-11.

18. Whitelaw A.C., Sturm W.A. Microbiological testing for Mycobacterium tuberculosis. *Tuberculosis: a comprehensive clinical reference*, 1st Ed., Sauders, 2009, pp.169-78.

19. Yazdani M., Shahidi S., Shirani M. Urinary Polymerase Chain Reaction for Diagnosis of Urogenital Tuberculosis. *Urology Journal*, 2007,Vol.5,(1), pp.46-9.

KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ TIẾT NIỆU

I. MỞ ĐẦU

1. Một số khái niệm

a. Kháng sinh dự phòng

Kháng sinh dự phòng (antibiotic prophylaxis) là việc sử dụng kháng sinh trước khi xảy ra nhiễm khuẩn nhằm mục đích ngăn ngừa hiện tượng này.

Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật là dùng kháng sinh trước phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tại vùng phẫu thuật và nhiễm khuẩn toàn thân. Sử dụng kháng sinh nhằm ngăn ngừa biến chứng nhiễm khuẩn.

Thời điểm tối ưu cho kháng sinh dự phòng là từ 1-2 giờ trước khi can thiệp. Thực tế, kháng sinh dự phòng bằng đường uống nên được dùng khoảng 1 giờ trước khi can thiệp. Kháng sinh dự phòng tiêm tĩnh mạch nên được dùng lúc bắt đầu gây mê. Những thời điểm này cho phép kháng sinh dự phòng đạt được một nồng độ đỉnh tại thời điểm nguy cơ cao nhất trong suốt quá trình can thiệp, và đạt nồng độ hiệu quả khoảng thời gian ngắn sau đó.

Trong đa số trường hợp, sử dụng kháng sinh dự phòng là một liều duy nhất hoặc ít nhất là ngưng trong vòng 24 giờ sau can thiệp.

b. Điều trị dự phòng

Điều trị dự phòng nhằm mục đích bảo vệ người bệnh khỏi một tác nhân gây bệnh trong trường hợp người bệnh có hoặc không có tiếp xúc với tác nhân gây bệnh đó.

2. Phân loại vết thương

a. Vết thương sạch

Là vết thương được thực hiện với những điều kiện vô khuẩn trong phòng mổ, không thông với đường hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu–sinh dục và xoang hầu–thanh quản. Vết thương sạch được khâu lần đầu và không cần dẫn lưu.

b. Vết thương sạch–nhiễm

Là vết thương thông với đường hô hấp, tiêu hóa, niệu–dục và xoang hầu-thanh quản được kiểm soát và không có nhiễm khuẩn bất thường.

c. Vết thương nhiễm

Là vết thương bị ô nhiễm nặng, vi khuẩn tăng sinh nhiều và xâm nhập vào mô. Những dấu hiệu viêm kinh điển (sưng, nóng, đỏ, đau) xuất hiện. Tiêu chuẩn của vết

thương nhiễm là: thay đổi tại chỗ của vết thương (hoại tử hoặc mưng mủ, viêm tấy tế bào); nhiễm độc toàn thân biểu hiện bằng lượng bạch cầu cao và tăng thân nhiệt…

d. Vết thương bẩn

Là vết thương là vết thương hở do chấn thương sau hơn 6 đến 8 tiếng. Nếu vết thương bẩn được điều trị đúng mức bằng cắt lọc và rửa sạch thì có thể khâu ngay lần đầu hoặc khâu trì hoãn mà không sợ nhiễm khuẩn. Vì vậy, vết thương bẩn có thể được xem là "vết thương sạch chờ đợi". những vết thương phẫu thuật có thông thương với bất kỳ phần nào của xoang hầu–thanh quản, đường hô hấp và đường tiêu hóa đều được xem là vết thương bẩn. Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa và các phẫu thuật ở vùng âm đạo nằm trong phân loại này.

II. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG TIẾT NIỆU

1. Thủ thuật can thiệp đường tiết niệu dưới

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh thay thế	Thời gian điều trị*
Rút dẫn lưu ngoài	Tiết niệu-sinh dục	Các yếu tố nguy cơ #, §	- Fluoroquinolone - TMP-SMX	-Aminoglycoside (Aztreonam¥)± Ampicillin -1st/2nd gen. Cephalosporin -Amoxacillin/ Clavulanate	≤ 24 giờ
Chụp bàng quang có cản quang, niệu động học, nội soi bàng quang-niệu quản đơn giản	Tiết niệu-sinh dục	Các yếu tố nguy cơ §	- Fluoroquinolone - TMP-SMX	-Aminoglycoside (Aztreonam¥)± Ampicillin -1st/2nd gen. Cephalosporin -Amoxacillin/ Clavulanate	≤ 24 giờ
Nội soi bàng quang-niệu quản có thao tác (manipulation)	Tiết niệu-sinh dục	Tất cả	- Fluoroquinolone - TMP-SMX	-Aminoglycoside (Aztreonam¥)± Ampicillin -1st/2nd gen. Cephalosporin	

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh thay thế	Thời gian điều trị*
				-Amoxacillin/ Clavulanate	
Brachytherapy hay Cryotherapy tuyến tiền liệt	Da	Chưa rõ	Cephalosporin thế hệ 1	-Clindamycin **	≤ 24 giờ
Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo	Đường tiêu hoá ††	Tất cả	- Fluoroquinolone - Cephalosporin thế hệ 1, thế hệ thứ 2	-Aminoglycoside (Aztreonam¥)+ Metronidazole or Clindamycin	

2. Thủ thuật can thiệp đường tiết niệu trên

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh được thay thế	Thời gia điều trị*
Tán sỏi ngoài cơ thể	Tiết niệu-sinh dục	Tất cả	- Fluoroquinolone - TMX-SMX	- Aminoglycoside (Aztreonam¥)+Ampicillin -Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Amoxacillin/Clavalanate	≤ 24 giờ
Lấy sỏi thận qua da	Tiết niệu, sinh dục và da	Tất cả	- Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 - Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Metronidazole or Clindamycin	-Apicillin/ Sulbactam -Fluoroquinolone	≤ 24 giờ
Nội soi niệu quản	Tiết niệu, sinh dục	Tất cả	- Fluoroquinolone - TMX-SMX	-Aminoglycoside (Aztreonam¥)+Ampicillin -Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 -Amoxacillin/Clavalanate	≤ 24 giờ

3. Phẫu thuật mở hay phẫu thuật nội soi

Phương pháp	Cơ quan	Chỉ định kháng sinh dự phòng	Lựa chọn kháng sinh dự phòng	Kháng sinh được thay thế	Thời gia điều trị*
Phẫu thuật ở vùng âm đạo (bao gồm cả phẫu thuật treo niệu đạo)	Tiết niệu-sinh dục, da và Strep nhóm B	Tất cả	- Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 - Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Metronidazole or Clindamycin	-Ampicillin/ Sulbactam - Fluoroquinolone	≤ 24 giờ
Không tiếp cận đường tiết niệu	Da	Khi có yếu tố nguy cơ	Cephalosporin thế hệ 1	- Clindacycin	1 liều duy nhất
Tiếp cận đường tiết niệu	Tiết niệu-sinh dục, da	Tất cả	- Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 - Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Metronidazole or Clindamycin	-Ampicillin/ Sulbactam - Fluoroquinolone	≤ 24 giờ
Liên quan đến đường ruột §§	Tiết niệu, sinh dục, da, đường ruột	Tất cả	- Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 - Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Metronidazole or Clindamycin	- Apicillin/ Sulbactam -Ticarcillin/ Clavulanate -Pipercillin/ Tazobactam - Fluoroquinolone	≤ 24 giờ
Liên quan đến các bộ phận giả	Tiết niệu, sinh dục, da	Tất cả	- Aminoglycoside (Aztreonam¥) + Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 hay Vancomycin	-Apicillin/ Sulbactam -Ticarcillin/ Clavulanate -Pipercillin/ Tazobactam	≤ 24 giờ

Chú thích:

* Các liệu pháp kháng sinh có thể được đề nghị tại thời điểm loại bỏ các ống thông dẫn lưu đường tiết niệu.

‡ Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân ảnh hưởng đến đáp ứng với nhiễm khuẩn phẫu thuật (tuổi, bất thường đường tiết niệu, dinh dưỡng kém, hút thuốc, sử dụng corticosteroid, suy giảm miễn dịch…)

¥ Aztreonam có thể được thay thế cho aminoglycoside ở bệnh nhân suy thận

¶ Hoặc toàn bộ quá trình cấy kháng sinh đồ (đó là điều trị, không điều trị dự phòng)

§ Nếu cấy nước tiểu cho thấy không có nhiễm khuẩn, điều trị dự phòng kháng khuẩn là không cần thiết

††Đường tiêu hóa: vi khuẩn đường ruột E. coli, Klebsiella sp., Enterobacter, Serratia sp., Proteus sp., Enterococcus, và Anaerobes.

** Clindamycin, hay aminoglycoside + metronidazole hay clindamycin được thay thế cho bệnh nhân dị ứng với penicillins và cephalosporins.

§§ Phẫu thuật liên quan đến đường ruột, chuẩn bị ruột với neomycin uống cộng với một trong hai erythromycin hoặc metronidazole.

4. Liều dùng của kháng sinh dự phòng

Fluoroquinolones	Levafloxacin: 500 mg PO liều dùng duy nhất Ceprofloxacin: 500 mg PO [q12h] Ofloxacin: 400 mg PO [q12h]
Aminoglycosides	Gentamicin: 5 mg/kg IV liều dùng duy nhất Tobramycin: 5 mg/kg IV liều dùng duy nhất Amikacin: 5 mg/kg IV liều dùng duy nhất
Cephalosporins thế hệ 1	Cephalexin: 500 mg PO [q6h] Cepharadine: 500 mg PO [q6h] Cefadroxil: 500 mg PO [q12h]
	Cefazolin: 1g IV [q8h]
Cephalosporins thế hệ 2	Cefaclor: 500 mg PO [q8h] Cefprozil: 500 mg PO [q12h] Cefuroxinme: 500 mg PO [q12h]
	Cefoxitin: 1-2 g IV [q8h]
Cephalosporins thế hệ 3 (không có thuốc trong danh sách)	Ceftizoxime: 1g IV [q8h] Ceftazidime: 1g IV [q12h] Ceftriaxone: 1-2 IV liều dùng duy nhất Cefotaxime: 1g IV [q8h]

Loại khác	Amoxicillin/clavulanate: 875 mg PO [q12h] Ampicillin: 1-2 g IV [q6h] Ampicillin/sulbactam: 1,5-3 g IV [q6h] Aztreonam: 1-2 g IV [q8h] Clindamycin: 600 mg IV [q8h] Erythromycin (cho chuẩn bị ruột): 1-2 g PO [variable] Metronidazole: 1 g IV [q12h]; (cho chuẩn bị ruột] 1-2 g PO [variable] Neomycin (cho chuẩn bị ruột): 1-2 g PO [variable] Pipercillin/tazobactam: 3,375 g IV [q6h] Ticarcillin/clavulanate: 3,1 g IV [q6h] Trimethoprim-sulfamethoxazone: 1double-strength tablet PO [q12h] Vancomycin: 1g IV [q12h]

Từ khóa: g: gram, h: hour, IV: intravenous (tiêm tĩnh mạch), kg: kilogram, mg: milligram, PO: orally (uống), q: every (mỗi).

5. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn trong bệnh lý sỏi tiết niệu

- Trong trường hợp có tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi, cần tiến hành cấy nước tiểu giữa dòng. Tuy nhiên cũng rất khó loại trừ NKĐTN. Chỉ có cấy sỏi hay nước tiểu lấy từ bể thận mới tiên đoán được nguy cơ nhiễm khuẩn huyết sau điều trị.
- Tán sỏi qua da (PCNL) nên là điều trị đầu tiên để lấy sỏi bể thận có nhiễm khuẩn.
- Sự phân hủy sỏi nhiễm khuẩn có thể dùng dung dịch axit nhưng phải cẩn thận vì có nhiều phản ứng phụ.
- Triệt tiêu tất cả các sỏi hay mảnh sỏi là cần thiết để tránh nhiễm khuẩn dai dẳng và NKĐTN tái phát.
- Kháng sinh trị liệu được khuyên dùng trong trường hợp sỏi nhiễm khuẩn trước và sau điều trị.
- Kháng sinh dự phòng trong trường hợp tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi nội soi ngược dòng đối với sỏi không nhiễm khuẩn ở niệu quản đoạn xa trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ.

- Kháng sinh trước phẫu thuật nên làm thường quy trong tán sỏi nội soi ngược dòng ở vị trí niệu quản đoạn gần hay sỏi nhiễm khuẩn, trong tán sỏi qua da hay mổ mở lấy sỏi.

- Điều trị ức chế kháng sinh liều thấp kéo dài và axit hóa nước tiểu để phòng ngừa nhiễm khuẩn của các loại sỏi có thể được xem xét, nhưng hiệu quả chưa được chứng minh rõ.

- Có thể dùng citrate như là chất phòng ngừa sỏi nhiễm khuẩn.

- Men ức chế urease để hạn chế thay đổi độ pH nước tiểu gây ra bởi vi khuẩn sản xuất urease có thể được xem xét, nhưng tác dụng phụ nghiêm trọng có thể xảy ra.

6. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn trong bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu

- Không có bằng chứng rõ ràng về lượng nước tiểu tồn lưu nhiều (PVR) dẫn đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu cho nên kháng sinh dự phòng không phải là chỉ định ở những bệnh nhân này.

- Ở nam giới có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTs) do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH) nguy cơ NKĐTN là rất thấp cho nên kháng sinh dự phòng không phải là chỉ định.

- NKĐTN tái phát hay dai dẳng do tắc nghẽn dòng ra bàng quang (BOO) và tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định can thiệp điều trị.

- Đối với bệnh nhân được điều trị cắt tuyến tiền liệt tận gốc thì NKĐTN cần được điều trị theo kết quả cấy nước tiểu. Kháng sinh dự phòng là cần thiết kể cả trong trường hợp cấy nước tiểu âm tính.

- Túi thừa bàng quang không phải lúc nào cũng cần điều trị phẫu thuật, nhưng trong trường hợp NKĐTN tái phát hay dai dẳng có tắc nghẽn dòng ra bàng quang (BOO) nên được điều trị.

- Túi thừa niệu đạo liên quan đến NKĐTN cần được điều trị cắt túi thừa.

- Sỏi bàng quang là kết quả hay là nguyên nhân của NKĐTN cần phải được điều trị. Sỏi bàng quang liên quan với tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt cần được điều trị tuyến tiền liệt và lấy sỏi.

- Hẹp niệu đạo ở nam giới làm tăng nguy cơ NKĐTN nên được điều trị nong niệu đạo, xẻ lạnh niệu đạo hay tạo hình niệu đạo.

- Rò niệu đạo ra da thường cần mở bàng quang ra da và tạo hình niệu đạo.

- Hẹp niệu đạo ở nữ rất hiếm và không có chứng cứ rõ ràng về điều trị nong niệu đạo trong trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới hay NKĐTN ở nữ giới.

- Trẻ sơ sinh và trẻ em có tắc nghẽn đường tiết niệu trên, kháng sinh phòng ngừa NKĐTN được khuyến cáo. Nhưng vai trò kháng sinh dự phòng ở người trưởng thành vẫn chưa rõ.

- Trong trường hợp tắc nghẽn đường tiết niệu trên có NKĐTN, kháng sinh điều trị phổ rộng kết hợp chuyển lưu nước tiểu (mở thận ra da hay đặt thông JJ niệu quản…) và phẫu thuật loại bỏ nguyên nhân gây tắc nghẽn để kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Dãn đài thận (hay túi thừa đài thận) thường không cần điều trị, nhưng những trường hợp có liên quan với NKĐTN tái phát hoặc hình thành sỏi nên điều trị bằng lấy sỏi qua da, tán sỏi ngược dòng, nội soi sau phúc mạc hay phẫu thuật mở. Mục đích là lấy sỏi, giải quyết túi thừa hay chuyển lưu nước tiểu.

- Hoại tử sinh hơi tại hệ thống đài bể thận hay chỉ tại chủ mô thận, và trong trường hợp khí lan xung quanh thận hay hố thận. Nếu không có yếu tố nguy cơ: giảm tiểu cầu, suy thận cấp chức năng suy giảm, rối loạn tri giác, hoặc sốc) có thể điều trị bằng thuốc kháng sinh và mở thận ra da hoặc thông niệu quản thay vì cắt thận cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013.

B. SỎI NIỆU

SỎI THẬN

1. DỊCH TỄ HỌC SỎI NIỆU

Ở Mỹ, hằng năm có hơn 400 000 bệnh nhân nhập viện vì sỏi niệu.Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 – 50.Nam có tỉ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ.Người da trắng nhiều hơn gấp 4-5 lần so với người da đen. Một người có tiền căn tiểu ra sỏi, 15% có khả năng tiểu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỉ lệ này là 30%. Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.

2. SỎI THẬN

a. Biểu hiện lâm sàng

Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khí sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau, nhiễm trùng, buồn nôn, ói mửa. Cơn đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Khoảng 25% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị sỏi niệu. Lúc đau thường kèm theo tiểu máu đại thể hay vi thể. Nếu quan sát kỹ cặn lắng trong nước tiểu có thể cho ta đoán được bản chất sỏi là loại nào.

b. Chẩn đoán lâm sàng

Trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu và chụp phim KUB.Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB.Sau đó là làm siêu âm thận.Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.

Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.

Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chồng lên các xương cột sống.Chụp phim nghiêng giúp ta phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch.Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan thì nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

c. Điều trị

Việc điều trị cơn đau quặn thận cấp phụ thuộc vào kích thước sỏi, vị trí, mức độ bế tắc và tổng trạng bệnh nhân.

Chỉ định các phương pháp điều trị

- Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu, hoặc mở thận ra da bằng cách chọc dò qua da.

- Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiểu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiểu ra sỏi chỉ khoảng 20%.

- Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ: (1) khúc nối bển thận niệu quản, (2) niệu quản bắt chéo động mạch chậu, (3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bàng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiểu ra hơn soi với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

Điều trị nội khoa

- Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gấy triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.

- Bệnh nhân được khuyên uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiểu, và phải hứng lấy sỏi để phân tích nếu tiểu ra sỏi.Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi.Thường sẽ tiểu ra sỏi sau 4-6 tuần.

Gắp sỏi qua nội soi

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại (5). Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gắp sỏi mù hoặc gấp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gắp 3 chấu hoặc dùng rọ để gắp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gắp sỏi ra. Tỉ lệ thành công 95%.

Tán sỏi ngoài cơ thể

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận (1), ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

Phẫu thật nội soi lấy sỏi

- Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bồn thận đơn giản (2).

Lấy sỏi thận qua da

- Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bồn thận (4).

Mổ hở lấy sỏi niệu quản

Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gắp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mổ mở lấy sỏi niệu quản.

3. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

- Nên uống nhiều nước, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.
- Ăn lạc, ít muối. Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.
- Nên ăn nhiều rau tươi.
- Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.
- Hạn chế thức ăn dễ tạo sỏi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.

2. Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatrophic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.

3. Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.

4. Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071.

Harmon et al., 1997. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32.

SỎI NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Sỏi niệu quản (NQ) sỏi được hình thành từ thận và di chuyển xuống NQ và dừng lại ở những vị trí hẹp tự nhiên của NQ. So với sỏi thận thì sỏi NQ chiếm tỉ lệ ít hơn và tương đối dễ định bệnh, dễ điều trị hơn nhưng sớm ảnh hưởng đến chức năng thận nếu bị bế tắc lâu ngày. Phần lớn sỏi có kích thước chiều ngang (so với NQ) nhỏ hơn 5 mm sẽ được tống xuất tự nhiên theo dòng nước tiểu.

2. Nguyên nhân sỏi NQ

Có hai loại sỏi tiết niệu: sỏi cơ thể (sỏi nguyên phát) và sỏi cơ quan (sỏi thứ phát). Sự rối loạn sinh hóa trong cơ thể sẽ sinh ra sỏi nguyên phát, sỏi thứ phát bắt nguồn từ những nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết dẫn đến ứ đọng nước tiểu.

Hầu hết sỏi NQ có nguồn gốc từ thận, di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của NQ, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

3. Diễn tiến của sỏi NQ

Khả năng sỏi từ thận di chuyển xuống bàng quang phụ thuộc vào 2 yếu tố: kích thước và vị trí của sỏi. Sỏi NQ đoạn xa dễ di chuyển xuống bàng quang hơn sỏi NQ đoạn giữa và NQ đoạn gần. Chiều ngang của viên sỏi là chỉ số quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự di chuyển của sỏi. Phần lớn sỏi niệu quản sẽ di chuyển xuống bàng quang trong vòng 4–6 tuần. Đối với sỏi 2–4 mm, 95% di chuyển xuống bàng quang trong vòng 31 đến 40 ngày. Tỉ lệ sỏi di chuyển tự nhiên phụ thuộc nhiều vào vị trí sỏi, lần lượt là 22%, 46%, 71% theo NQ đoạn gần, đoạn giữa và đoạn xa. Do đó, điều trị nội khoa chờ sỏi được tống xuất tự nhiên sẽ áp dụng với sỏi kích thước ≤ 5 mm, ngược lại cơ hội tống xuất tự nhiên đối với sỏi trên 5 mm rất thấp và can thiệp lấy sỏi chủ động cần được xem xét. Các vị trí sỏi dễ bị kẹt là khúc nối bể thận–niệu quản (10%), chỗ NQ bắt chéo bó mạch chậu (20%), đoạn NQ nội thành bàng quang (70%). Trong khi di chuyển, sỏi NQ gây ra các tổn thương cho NQ. Sự phù nề của niệu mạc xung quanh hòn sỏi tạo điều kiện cho sỏi bám vào niệu mạc, không thể di chuyển.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Đau: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố: tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.

- Cơn đau quặn thận: đây là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh. Sỏi NQ thường gây ra cơn đau bão thận hơn sỏi thận vì: i) sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi; ii) NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận, bể thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiểu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).

- Đau do kích ứng: tiểu gắt, tiểu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích, phóng tinh đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậu, đoạn sát bàng quang.

- Tiểu máu: có thể vi thể hoặc đại thể.

- Tiểu đục: nước tiểu đục, có mủ là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều, nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.

- Vô niệu: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiểu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bế tắc đường tiểu được giải quyết, thận cũng sớm hồi phục.

- Triệu chứng suy thận mạn tính: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sình bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ …

- Những triệu chứng không điển hình: đôi khi sỏi NQ diễn tiến mơ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bế tắc đường tiểu cấp tính. Mỏi lưng là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng.

Triệu chứng thực thể

- Thăm khám vùng bụng và hông lưng có thể phát hiện thận lớn với dấu hiệu chạm thận dương tính nếu thận bị ứ nước, đau vùng hông lưng nếu viêm quanh thận.
- Cảm giác đau được nhận biết khi thăm khám vùng hố chậu, cho phép gợi ý sỏi NQ đoạn giữa, đặc biệt khi có phản ứng viêm quanh NQ.
- Đau dưới sườn nhưng không co cứng thành bụng gặp trong sỏi NQ đoạn trên.

2. Cận lâm sàng

Tổng phân tích và cấy nước tiểu

- Hiện diện nhiều hồng cầu, có thể có bạch cầu và vi trùng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể gây albumin trong nước tiểu.
- Các loại vi khuẩn được phân lập từ nước tiểu chủ yếu là gram âm, bao gồm E. coli (38,3%), Proteus spp. (13,6%), Staphlococcus spp. (8,2%), Klebsiella spp. và Pseudomonas aeruginosa (5,5%).

Chụp X quang bộ niệu không chuẩn bị (KUB)

Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi, từ đó cho phép dự đoán khả năng đào thải tự nhiên của viên sỏi cũng như lựa chọn phác đồ điều trị. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB tương đối thấp, lần lượt từ 44 - 77% và 80 – 87%. KUB không phát hiện các loại sỏi không cản quang. Phim KUB chỉ có thể dự đoán khoảng 39 – 40% thành phần sỏi nên không thể sử dụng để phân tích thành phần sỏi trên lâm sàng.

Siêu âm bụng

Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận. Siêu âm cũng cho phép quan sát phần nào sỏi NQ, đặc biệt sỏi kém cản quang. Mặc dù rất hữu ích trong cấp cứu nhưng siêu âm mang tính định hướng nhiều hơn vì không mô tả được vị trí của sỏi và chức năng thận.

Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)

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

Trong trường hợp ứ nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn

không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.

Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi. Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ vùng hố chậu với những vết vôi hóa trong vùng này, trên phim chụp nghiêng vẫn thấy sỏi NQ nằm trên đường đi của NQ, trong khi các vết vôi hóa định vị bên ngoài.

Chụp NQ–bể thận ngược dòng (UPR)

Trong trường hợp các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) khác kể cả UIV chưa thể kết luận sỏi NQ, UPR trở nên cần thiết. Trước khi bơm chất cản quang, việc đưa ống thông lên chạm sỏi cũng là một yếu tố giúp chẩn đoán. Hình ảnh UPR cản quang cho thấy sỏi màu trắng nhạt giữa một màu trắng đậm, hoặc hình ảnh khuyết giữa NQ màu trắng đậm. Hình ảnh thuốc cản quang được bơm ngược theo ống thông NQ đến chỗ có sỏi sẽ bị dội xuống cho phép phát hiện vị trí sỏi NQ hoặc hẹp NQ.

UPR chỉ nên áp dụng khi thật cần thiết vì thủ thuật này có tính xâm hại và có thể đưa vi khuẩn từ niệu đạo lên đường tiểu trên. Ngày nay, CTscan đã thay thế kỹ thuật này.

Multislice CTScan (MSCT)

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

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán đau hông lưng cấp

1	**Phương tiện chẩn đoán**	**LE**	**GR**
1	CT không tiêm cản quang	1	A
1	UIV	Xét nghiệm chuẩn	
2	KUB + Siêu âm	2a	B

III. ĐIỀU TRỊ

1. Các phương pháp điều trị sỏi niệu quản

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

2. Điều trị cấp cứu

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

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

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

Các thuốc được sử dụng trong cơn đau quặn thận

Thứ tự ưu tiên	Thuốc	LE	GR
1	Diclofenac sodium	1b	A
1	Indomethacin Ibuprofen	1b	A
2	Hydromorphine hydrochloride Methamizol Pentazocine Tramadol	4	C

3. Điều trị nội khoa

Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi sỏi còn nhỏ, đường kính ≤ 5 mm, sỏi nhẵn, bờ rõ nét, chức năng thận và NQ bình thường, có khả năng theo dõi sát bệnh nhân. Phác đồ dựa trên nguyên tắc tạo điều kiện để sỏi di chuyển ra ngoài bằng cách giảm co thắt, giảm đau nếu BN trong cơn đau,

uống nhiều nước hoặc truyền nhiều dịch mặn, ngọt đẳng trương. Sỏi > 6 mm, tỉ lệ tự đào thải chỉ khỏang 8%.

Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong 65% bệnh nhân dùng thuốc ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} nhiều hơn nhóm không dùng thuốc. Điều trị nội khoa không những làm tăng tỉ lệ sỏi di chuyển xuống bàng quang mà còn giảm bớt thời gian di chuyển của sỏi và những cơn đau quặn thận. Thuốc giãn NQ như ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh Ca^{2+} còn làm tăng áp suất thủy tĩnh phía trên sỏi nên giúp sỏi di chuyển dễ dàng. Tác dụng phụ thường gặp là hạ huyết áp thoáng qua và mạch chậm khoảng 3,5% trường hợp.

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

4. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định can thiệp ngoại khoa

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

b. Sỏi NQ đoạn gần ≤ 1 cm

- Điều trị nội khoa đối với sỏi có đường kính chiều ngang < 7 mm. Nếu điều trị nội khoa 1 tháng sỏi không di chuyển phải can thiệp lấy sỏi chủ động như tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).
- Đối với sỏi có đường kính ngang > 7 mm đến ≤ 1 cm, TSNCT là lựa chọn đầu tiên. Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước ≤ 1 cm.

c. Sỏi NQ đoạn gần > 1 cm

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

- Mổ mở lấy sỏi.

❖ ***Sỏi NQ đoạn xa***

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

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

	LE	GR
Điều trị kháng sinh nên thực hiện trước khi can thiệp ở bệnh nhân có cấy nước tiểu (+), TPTNT có nhiễm trùng	3	B
Salicylate nên ngưng 10 ngày trước khi can thiệp thủ thuật	3	B
TSNCT và lấy sỏi qua da chống chỉ định ở phụ nữ có thai	4	C
TSNCT có thể thực hiện ở bệnh nhân có máy tạo nhịp	4	C

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

Vị trí sỏi	Không tắc nghẽn	Tắc nghẽn/có triệu chứng	LE	GR
NQ đoạn gần	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn giữa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn xa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C

7. Dự phòng sỏi tái phát

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matlaga B.R., Lingeman J.E. "Surgical management of upper urinary tract calculi". Campbell–Walsh's Urology, 10th ed., 2012.

2. Turk C., Knoll T., Petrik A.,Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz C., "Guidelines on urolithiasis". 2013.

SỎI BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Sỏi bàng quang là sỏi đường tiết niệu dưới thường gặp nhất. Chiếm tỉ lệ 5% sỏi tiết niệu và 1,5% bệnh tiết niệu phải nhập viện.

Theo Ngô Gia Hy:

- Sỏi bàng quang nguyên phát là sỏi từ thận rơi xuống bàng quang thông qua niệu quản.
- Sỏi bàng quang thứ phát là sỏi tăng trưởng ngay tại bàng quang.

Theo Benway B.M (Campbell 2015)

- Sỏi nguyên phát/địa phương: gặp ở trẻ em; sự hình thành sỏi không có các yếu tố bất thường chức năng, giải phẫu hay nhiễm khuẩn; tác động hình thành sỏi chủ yếu do các yếu tố dinh dưỡng và kinh tế xã hội.
- Sỏi thứ phát: thường gặp đàn ông lớn tuổi; kèm theo những bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, sỏi trưởng thành tại chỗ trong bàng quang hoặc từ nhân sỏi từ đường tiết niệu trên ; thành phần sỏi phụ thuộc nhiều vào quá trình bệnh học và có/không tình trạng nhiễm khuẩn

2. Yếu tố nguy cơ

Tắc nghẽn đường thoát bàng quang làm tống xuất nước tiểu và mảnh sỏi nhỏ không hoàn toàn là điều kiện thuận lợi hàng đầu để hình thành sỏi (45% – 79% bệnh nhân sỏi BQ.

Các nguyên nhân thường gặp là:

- Nam: tăng sinh tuyến tiền liệt
- Nữ: niệu đạo gập xoắn (kinking) do thoát vị bàng quang, sa sàn chậu
- Khác: hẹp niệu đạo, co thắt cổ bàng quang, túi thừa bàng quang không hoàn toàn

Các bệnh lý đường tiết niệu dưới mắc phải khác cũng tạo điều kiện để tạo sỏi bàng quang như dị vật bàng quang, bàng quang hỗn loạn thần kinh,…

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Tiểu gắt: lan đến vùng hội âm, vùng qui đầu, tinh hoàn, dương vật. Triệu chứng này giảm khi bất động, gia tăng khi đi tiểu.
- Tiểu nhiều lần, tiểu ngắt quãng, tia nước tiểu yếu.
- Tiểu ra máu: tiểu máu cuối dòng, xảy ra khi rặn tiểu hay khi sỏi di chuyển.
- Bí tiểu do sỏi kẹt niệu đạo.
- Tiểu không kiểm soát: Sỏi rơi vào niệu đạo nhưng không làm nghẽn hoàn toàn niệu đạo

Triệu chứng thực thể

- DRE, DVE: có thể sờ thấy sỏi (nữ), bướu tuyến tiền liệt (nam).
- Thăm dò bằng dụng cụ: thấy dấu hiệu chạm sỏi.

Tiền sử

- Thường ghi nhận có tiền căn bệnh lý đường tiểu dưới.

2. Cận lâm sàng

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định thường dựa trên hình ảnh học (siêu âm, KUB, MSCT), nội soi bàng quang thấy sỏi.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với sỏi đường tiết niệu dưới khác như sỏi niệu đạo, sỏi tuyến tiền liệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị

Nhằm ba mục tiêu:

- Điều trị sạch sỏi
- Điều trị căn nguyên
- Điều trị biến chứng

2. Điều trị nội khoa

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

3. Ngoại khoa

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

4. Điều trị biến chứng

- Sỏi gây ung thư bàng quang: điều trị ung thư bàng quang
- Bàng quang nhỏ vì hóa xơ: mở rộng bàng quang bằng ruột
- Nếu sỏi bàng quang gây suy thận: đặt Foley tại chỗ để tránh ứ đọng nước tiểu
- Điều trị viêm bàng quang, viêm thận bể thận ngược chiều.

5. Điều trị căn nguyên

Nếu có căn nguyên kèm theo phải điều trị để tránh tái phát

- Cắt túi ngách bàng quang
- Cắt bỏ mô xơ cổ bàng quang
- Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt
- Cắt bao qui đầu hẹp
- Điều trị hẹp niệu đạo
- Điều trị ung thư dương vật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1980), "Sỏi cơ quan niệu", Niệu Học tập I, Nhà xuất

2. bản Y học, tr. 50 – 146

3. Benway B.M. and Bhayani SB. (2015), "Lower Urinary Tract Calculi", *Campbell-Walsh Urology* 11th ed., Saunders. An Imprint of Elsivier, Philadenphia, Pennsylvania, pp. 1291-1299

4. KHAI-LINH V. HO and SEGURA JW. (2007), "Lowe Urinary Tract Calculi", *Campbell-Walsh Urology* 9th ed., Saunders. An Imprint of Elsivier., Philadenphia, pp. 1291-1299

5. Scapero HM. and Walsh DL., "Cystolithotomy", Hinman's Atlas of Urologic Surgery 3rd ed., Saunders. An Imprint of Elsivier, China, pp. 537 – 539

SỎI NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Ít gặp nhất trong các loại sỏi đường tiết niệu dưới, chiếm 0,3% sỏi niệu.

Được chia thành 2 loại:

- Sỏi nguyên phát: sỏi phát triển tại chỗ. Sỏi phát triển tại niệu đạo do sự kết tụ tại chỗ trên một vật lạ hoặc do ứ đọng nước tiểu như túi thừa niệu đạo. Sỏi loại này chủ yếu là sỏi Struvite, thường có kèm nhiễm khuẩn niệu.
- Sỏi thứ phát: sỏi di chuyển xuống từ bàng quang hay đường tiết niệu trên. Chiếm tỉ lệ lớn sỏi niệu đạo ở các nước kém phát triển. Những bệnh lý đường tiết niệu dưới là yếu tố nguy cơ ngăn chặn sự tống xuất sỏi như : tăng sinh tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, tiền sử can thiệp dụng cụ qua niệu đạo, tự làm tổn thương.

2. Nguyên nhân

Niệu đạo nam có 3 đoạn phình: hố thuyền ở đầu dương vật, đoạn niệu đạo ở hành dương vật và đoạn niệu đạo tuyến tiền liệt. Sỏi thường mắc kẹt ở những đoạn phình này và phát triển to dần đến khi bít hẳn lòng niệu đạo.

Niệu đạo nam có 4 đoạn hẹp tự nhiên: lỗ niệu đạo ngoài, đoạn niệu đạo trong vật xốp, đoạn niệu đạo màng, đoạn niệu đạo ở cổ bàng quang. Sỏi thường hay kẹt lại ở những đoạn này. Sỏi niệu đạo thường thấy ở phái nam hơn phái nữ vì niệu đạo nam dài hơn lại có đường cong và những nơi hẹp tự nhiên trên.

Vị trí thường gặp: 1/3 ở niệu đạo sau, 2/3 ở niệu đạo trước: xoang tuyến tiền liệt, niệu đạo hành, hố thuyền.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Hỗn loạn đi tiểu thường nặng hơn sỏi bàng quang mà chủ yếu là tiểu khó, tiểu buốt, tiểu nhiều lần hay tiểu ra máu.
- Cầu bàng quang nếu sỏi gây tắc nghẽn nặng.
- Áp xe và rò rỉ hội âm.
- Viêm thận ngược chiều.

Triệu chứng thực thể

- Ấn chẩn hậu môn có thể sờ thấy hòn sỏi kẹt trong niệu đạo trước, hay sờ dọc niệu đạo sẽ cảm nhận được sỏi.
- Thăm bằng ống thông sắt (Béniqué) sẽ cảm giác ống thông chạm vào sỏi

2. Cận lâm sàng

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Thường bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới cấp tính kèm KUB thấy sỏi niệu đạo.

2. Chẩn đoán phân biệt

Sỏi tuyến tiền liệt: nằm rải rác hai bên xương mu, nong niệu đạo không có cảm giác chạm sỏi. Bệnh thường đi đôi với tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hay viêm tuyến tiền liệt.

Phân hóa vôi trong trực tràng: ấn chẩn hậu môn thấy phân. Cho rửa ruột, chụp X – Quang vùng tiểu khung sẽ thấy mất hình ảnh hóa vôi

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

- Chỉ định dựa vào
    - Vị trí sỏi
    - Bất thường giải phẫu đi kèm

2. Ngoại khoa

Sỏi niệu đạo sau

- Đẩy sỏi vào bàng quang, sau đó nội soi bóp sỏi, tán sỏi tốt nhất thực hiện dưới hướng dẫn nội soi.
    - Thành công 66 - 86% (Verit,2006; Kamal,2004)
    - Nếu không thành công, mổ mở bàng quang lấy sỏi

Sỏi niệu đạo trước

- Gắp sỏi: sỏi ở miệng niệu đạo, trơn láng

- Không khuyến cáo nếu sỏi lớn, gai góc

Sỏi không lấy ra được dễ dàng

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1980), "Sỏi cơ quan niệu", Niệu Học tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 50 – 146

2. Benway B.M. and Bhayani SB. (2015), "Lowe Urinary Tract Calculi", *Campbell-Walsh Urology* 11th ed., Saunders. An Imprint of Elsivier., Philadenphia, Pennsylvania, pp. 1291-1299

C. BƯỚU NIỆU

BƯỚU TUYẾN THƯỢNG THẬN

I. GIỚI THIỆU

Tuyến thượng thận rất quan trọng trong cân bằng nội môi, các bệnh lý liên quan với một số hội chứng đã được biết đến nhiều. Sự hiểu biết của tuyến thượng thận bắt đầu từ năm 1805, lần đầu tiên Currier mô tả cấu trúc giải phẫu của tủy và vỏ thượng thận. Năm 1855, Addison mô tả những biểu hiện lâm sàng của suy thượng thận. Thomas Addison mô tả sự liên quan tăng huyết áp với khối u thượng thận vào năm 1886. Phác đồ điều trị bướu tế bào ưa Crom (pheochromocytoma) được mô tả đầu tiên tại Hoa Kỳ bởi Mayo gần như không thay đổi cho đến những năm 1960, khi Crout và cộng sự làm sáng tỏ chu trình sinh hóa và các nghiên cứu về catecholamine. Bướu tuyến thượng thận tình cờ phát hiện trong 2% trường hợp khám nghiệm tử thi, đây là một trong những tổn thương phổ biến nhất của u tuyến lành tính.

Tại Hoa Kỳ, u vỏ thượng thận phát hiện trong 2% các khám nghiệm tử thi, với tổn thương phổ biến nhất là một u tuyến lành tính. Tỉ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến thượng thận được ước tính là 01 trường hợp mỗi 1,7 triệu, và chiếm 0.02% của tất cả các bệnh ung thư.

II. PHÂN ĐỘ VÀ GIAI ĐOẠN

Hệ thống đánh giá giai đoạn khối u (TNM)

- T1 - khối u giới hạn ở tuyến thượng thận và nhỏ hơn 5 cm
- T2 - khối u giới hạn ở tuyến thượng thận và lớn hơn 5 cm
- T3 - khối u xâm lấn lớp mỡ quanh tuyến thượng thận
- T4 - khối u xâm lấn cơ quan lân cận

• Hạch

- N0 - hạch bạch huyết dương tính.
- N1 - hạch bạch huyết âm tính.

• Di căn

- M0 - Không có di căn
- M1 - di căn xa

Bảng định giai đoạn ung thư tuyến thượng thận theo giai đoạn TNM

- Giai đoạn I: T1, N0, M0
- Giai đoạn II: T2, N0, M0
- Giai đoạn III: T3, N0, M0 hoặc T1-2, N1, M0
- Giai đoạn IV: Bất kỳ T, N, M1, hoặc T3-4, N1, M0

III. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG THẬN

1. Cường Aldosterom nguyên phát

Mô tả lần đầu vào năm 1955 bởi Jerome Conn, điểm nổi bật cường aldosteron chính là tăng huyết áp, hạ kali máu, tăng Natri huyết, nước tiểu có nồng độ aldosterone cao, cũng như giảm hoạt động renin và kiềm chuyển hóa với tăng bài tiết kali niệu. Nguyên nhân phổ biến nhất của cường aldosterone là tăng sản thượng thận nguyên pháthoặc trong tăng sản thượng thận hai bên, hay thứ phát do ung thư biểu mô tuyến thượng thận. Phân biệt giữa các nguyên nhân bệnh rất quan trọng vì tiếp cận điều trị khác nhau. Nồng độ renin của bệnh nhân cần kiểm tra để loại trừ nguyên nhân gây cường aldosteron thứ phát, như do hẹp động mạch thận. Nồng độ renin tăng lên ở những người bị hẹp động mạch thận và giảm trong trường hợp bị cường aldosteron tiên phát. Bướu tuyến thượng thận lành tính, khoảng 60% tổn thương một bên (thường được điều trị bằng phẫu thuật), trong khi 40% là tổn thương hai bên được điều trị nội khoa với spironolactone, trừ khi có tăng tiết aldosterone được đánh dấu không đối xứng. Trong trường hợp này, tuyến chiếm ưu thế thường được cắt bỏ, nếu cả hai không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa bảo tồn. Triệu chúng của cường aldosteron tiên phát bao gồm tăng huyết áp, hạ kali máu, chứng tăng Natri huyết, nước tiểu và nồng độ aldosterone cao, cũng như giảm hoạt động renin và nhiễm kiềm với tăng bài tiết kali niệu.

2. Hội chứng Cushing

Chẩn đoán hội chứng Cushing được thực hiện dựa trên những thay đổi bất thường cortisol nước tiểu, huyết tương và nội tiết tố vỏ thượng thận (ACTH). Hội chứng xảy ra thường là do thần kinh trung ương, vùng dưới đồi, tuyến yên hoặc do tiết quá mức ACTH (bệnh Cushing), cường cortisol tiên phát thượng thận, hoặc tăng tiết ACTH do lạc chỗ. Biểu hiện lâm sàng gồm tăng huyết áp, mặt tròn như mặt trăng, vết hằn trên bụng, bướu

trâu, nhược cơ, vô kinh, giảm ham muốn tình dục, loãng xương, mệt mỏi, rậm lông, và béo phì.

3. Bướu tế bào ưa Crom

Những khối u này phát sinh từ các tế bào ưa crom của tủy thượng thận. Mười phần trăm các trường hợp có thể do yếu tố gia đình, và 10% có thể do cả hai hoặc tại các cơ quan ngoài thượng thận di căn. Nếu khối u phát sinh từ một cơ quan khác với thượng thận, nó được gọi là một bướu cận hạch. Những bướu cận hạch đã được báo cáo tại các cơ quan từ cổ xuống xương chậu. Trong khi bướu tế bào ưa crom theo "quy tắc của 10s," chỉ có 10% các trường hợp liên quan đến các khối u ác tính, 50% các trường hợp bướu cận hạch đã báo cáo là u ác tính. Bướu tế bào ưa Crom cũng có thể là một phần của hội chứng nội tiết như đa nội tiết tố (MEN) IIa, IIb MEN, bệnh von Hippel-Lindau, hoặc bệnh von Recklinghausen. Biểu hiện của các Bướu tế bào ưa Crom tùy vào thay đổi hoạt động các hóc môn tiết ra. Bướu tế bào ưa Crom thường phát triển ở người trẻ đến trung niên. Tam chứngcổ điển là đau đầu từng cơn, nhịp tim nhanh, vã mồ hôi. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất của bướu tế bào ưa Crom là tăng huyết áp. Người có tình trạng này có thể gặp cao huyết áp thường xuyên, cao huyết áp kịch phát, hoặc cao huyết áp duy trì với nhiều cơn kịch phát. Dấu hiệu phổ biến khác là hồi hộp, lo lắng, run rẩy, đau ngực, buồn nôn và nôn. Một số ít bệnh nhân này có bệnh lý tim mạch do tiết thường xuyên catecholamine. Triệu chứng suy giảm chức năng tim và suy tim sung huyết. Nói chung, bệnh lý tim mạch có thể ổn định khi sử dụng yếu tố chặn kháng-giao cảm và alpha-methylparatyrosine, một chất ức chế tổng hợp catecholamine.

4. Bướu nguyên bào thần kinh

Phát sinh từ nguyên bào thần kinh giao cảm và hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em. Bướu nguyên bào thần kinh xuất hiện là các khối u đặc nằm ngoài sọ và phổ biến nhất ở trẻ em, và khoảng 1/3 bướu nguyên bào thần kinh phát sinh từ tuyến thượng thận. Phẫu thuật bướu nguyên bào thần kinh là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán, giai đoạn, và điều trị trẻ bibướu nguyên bào thần kinh. Phẫu thuật là điều trị chọn lựa cho bệnh nhân ở giai đoạn I vàđầu giai đoạn II, với báo cáo sau 2 năm tỉ lệ sống 89%. Nghiên cứu này kết luận an toàn và tỉ lệ biến chứng thấp, thường ít hơn 10%. Khối u giai đoạn tiến triển thường đòi hỏi phải có sự kết hợp của phẫu thuật, hóa trị liệu, và / hoặc xạ trị.Bướu nguyên bào thần kinh phát sinh từ nguyên bào thần kinh giao cảm và hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em. Bướu nguyên bào thần kinh xuất hiện là các khối u đặc nằm ngoài sọ và phổ

biến nhất ở trẻ em, và khoảng một phần ba bướu nguyên bào thần kinh phát sinh từ tuyến thượng thận. Triệu chứng phát triển nhanh chóng do tăng trưởng khối bướu và trao đổi chất hoạt động; tuy nhiên phần lớn là do kích thươc bướu.

5. Bướu mỡ tủy bào (Myelolipoma)

Bướu mỡ tủy bào thượng thận là khối u lành tính hiếm gặp, chúa các tế bào mỡ và tế bào tạo máu. Đó là khối u không hoạt động nội tiết. Điển hình, chúng không có triệu chứng, nhưng một số trường hợp biểu hiện đau hông lưng hoặc đau bụng. Bướu mỡ tủy bào thượng thận thường có thể đươc xác định bằng chẩn đoán hình ảnh. Trên CT scan, bướu mỡ tủy bào có ranh giới rõ, và giảm đậm độ do hiện diện mô mỡ. Khi chẩn đoán chưa chắc chắn, thì sinh thiết kim qua hướng dẫn siêu âm có thể hữu ích. Bướu mỡ tủy bào là tổn thương lành tính không có hoạt động nội tiết tố, hầu hết các bác sĩ khuyên nên theo dõi trừ khi có triệu chứng hoặc khối u bắt đầu phát triển trong thời gian theo dõi.

6. Ung thư biểu mô tuyến thượng thận (Adrenocortical carcinoma)

Ung thư biểu mô tuyến thượng thận là một bệnh hiếm gặp với tiên lượng xấu. Lên đến 80% ung thư biểu mô tuyến thượng thận là có chức năng và tiết ra nhiều loạihormone. Như tên của nó, ung thư biểu mô tuyến thượng thận phát sinh từ vỏ. Vỏ thượng thận trong tạo thành 3 vùng riêng biệt: glomerulosa (lớp ngoài), fasciculata (giữa), và reticularis (lớp trong). Lần lượt 3 vùng tương ứng tiết aldosterone, cortisol, và sản xuất steroid giới tính. Các hóc môn phổ biến nhất là tiết glucosteroids, tiếp theo là nội tiết tố androgen, estradiol, cuối cùng aldosterone. Ung thư biểu mô tuyến thượng thận có thể được phân loại theo khả năng sản xuất hóc môn của tuyến thượng thận. Bệnh nhân có các triệu chứng như giảm cân, sốt và khó chịu. Lên đến 80% ung thư biểu mô tuyến thượng thận là có chức năng và sẽ có biểu hiện của hội chứng Cushing. Tăng nồng độ steroid giới tính có thể dẫn đến thiểu kinh, nam hóa, hoặc nữ hóa. Triệu chứng phổ biến nhất của ung thư biểu mô tuyến thượng thận là bướu phát hiện tình cờ. Lúc phát hiện bệnh, 19% có xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới và 32% có di căn.

7. Tổn thương di căn đến tuyến thượng thận

Bướu thượng thận phát sinh từ khối u ác tính di căn xa bao gồm, ung thư phổi, ung thư biểu mô tế bào thận, và bệnh lý ung thư vú. Nên được hội chẩn với các chuyên khoa chính của các tổn thương, bướu thượng thận di căn thường được cắt bỏ qua nội soi.

IV. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

1. Chỉ định mổ

Bướu tuyến thượng thận được chỉ định phẫu thuật cho tổn thương mới được phát hiện, người ta phải xác định xem có triệu chứng và nếu có dấu hiệu của bướu ác tính. Ngoại trừ bướu thượng thận cả hai bên, có thể được điều trị nội khoa với spironolactone, hầu hết bướu có triệu chứng nên được phẫu thuật cắt bỏ.

Dấu hiệu của khối u ác tính được dựa trên kích thước khối u, dấu hiệu X quang, và lịch sử của ung thư biểu mô.

- Kích thước khối u: Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng bướu thượng thận kích thước > 6 cm có tỉ lệ ác tính cao. Vì CT scan có xu hướng đánh giá thấp kích thước khối u hơn 20%, nên trên CT scan thường chọn kích thước thượng thận là 4 – 6 cm. Vì vậy, thượng thận > 4 – 6 cm trên CT scan được coi là có nguy cơ cao đối với ung thư và cần được phẫu thuật cắt bỏ.

- Dấu hiệu trên hình ảnh quang tuyến: ung thư biểu mô tuyến thượng thận và bướu tế bào ưa Crom đã được chứng minh là tăng tín hiệu trên MRI T2W. Nếu cường độ của tổn thương tuyến thượng thận liên quan đến gan hoặc lá lách trên hình ảnh MRI T2 dưới 80%, tổn thương có nhiều khả năng là một u tuyến vỏ thượng thận. CT phát hiện gợi ý của ung thư biểu mô tuyến thượng thận bao gồm các tổn thương có bờ không đều, không đồng nhất, và có mật độ cao trên hình ảnh không tiêm thuốc. Hoại tử và vôi hóa cũng thường gắn liền với ung thư biểu mô tuyến thượng thận. Hầu hết các u tuyến có mật độ mô mỡ phong phú và mật độ dưới 10 đơn vị Hounsfield. Hơn nữa, mật độ của u tuyến trên hình ảnh tương phản trì hoãn giảm ít nhất 60%, không giống như ung thư biểu mô tuyến thượng thận. SPETCT sử dụng metaiodobenzylguanidine (MIBG) và NP-59 (131-6-β-iodomethylnorcholesterol) có thể giúp phân biệtbướu tế bào ưa Crom và ung thư biểu mô tuyến.

- Tiền sử có ung thư: Bệnh nhân có tiền sử ung thư và bướu thượng thận mới được phát hiện thì 32 – 73% là do di căn đến. Ung thư di căn đến tuyến thượng thận phổ biến nhất là ung thư phổi, vú và thận. Sinh thiết tổn thương thượng thận thích hợp ở bệnh nhân có tiền sử ung thư. Nếu mẫu sinh thiết dương tính với di căn, quyết định về việc hóa tri liệu, có hoặc không có phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận, cần được

nghiên cứu thêm. Trong hầu hết các trường hợp di căn, phẫu thuật tuyến thượng thận sẽ không được chỉ định.

Chú ý chẩn đoán bướu thượng thận được phát hiện tình cờ ngày càng tăng, trong đó đề cập đến bướu thượng thận không triệu chứng lâm sàng được phát hiện với chẩn đoán hình ảnh thực hiện cho những trường hợp không liên quan đến bênh tiết niệu. Ước tính tỉ lệ phát hiện tình cờ bướu thượng thận dao động từ 0,1% -4,3%. Viện Y tế Quốc gia (NIH) hiện nay khuyến nghị những bệnh nhân này phải kiểm tra nội tiết tố, trong đó có kiểm tra dexamethasone qua đêm, metanephrine tự do trong huyết tương, và nghiên cứu về mức độ hoạt động renin aldosterone trong huyết tương. [4] Nói chung, bướu thượng thận phát hiện tình cờ có bất thường nội tiết tố tuyến thượng thận phải trải qua phẫu thuật. Bướu lớn hơn 6 cm có nguy cơ 25% ung thư, cần được điều trị bằng phẫu thuật.

Nếu bướu không có chức năng và không có dấu hiệu của bệnh ác tính (tức là,< 6 cm), bệnh nhân được tái khám theo dõi. MSCT mỗi 6 tháng và kiểm tra nội tiết hàng năm trong 4 năm. Nếu kích thước tăng hoặc ảnh hưởng đến chức năng nội tiết, cần được loại bỏ. Một số bác sĩ tin rằng nếu kích thước ổn định trên CT scan tại 3 và 12 tháng và không phải là bướu có triệu chứng, việc thường xuyên theo dõi là không cần thiết.

2. Chống chỉ định mổ

- Bệnh di căn giai đoạn tiến triển.

V. CẬN LÂM SÀNG

1. Huyết thanh

- Điện giải đồ
- Cortisol
- Androgen
- Metanephrine tự do (xét nghiệm nhạy nhất để chẩn đoán pheochromocytoma)

2. Nước tiểu

- Catecholamine/24h
- Metanephrine/ 24h (xét nghiệm đặc hiệu nhất để chẩn đoán pheochromocytoma)
- Cortisol tự do/ 24h
- 17-ketosteroids và 17-hydroxycorticosteroids

Nếu nghi ngờ pheochromocytoma, cần thực hiện test ức chế Clonidine hoặc test kích thích glucagon để xác định chẩn đoán.

3. Hình ảnh học

- CT scan là xét nghiệm hình ảnh tiêu chuẩn giúp chẩn đoán.
- MRI thường được chỉ định giúp phác họa tổn thương. Trong trường hợp ung thư vỏ thượng thận (adrenocortical carcinoma), bất kể kích thước hay bướu có chức năng hay không,nếu hình ảnh T2w trên MRI có tín hiệu tăng đệm độ, dấu hiệu này gợi ý rất có khả năng ác tính, và cần thiết phẫu thuật.
- Xạ hình nhân (nuclear scans) như MIBG scan hoặc NP-59 scan cũng có thể giúp phân biệt tổn thương lành tính hay ác tính. MIBG scan có thể giúp chẩn đoán pheochromocytomas bởi vì MIBG được hấp thu vào chu trình norepinephrine và biểu hiện chức năng. NP-59 được hấp tụ bởi vỏ thượng thận và những khối u tuyến. những khối choán chỗ, như u vỏ tuyến thượng thận (adrenocortical carcinoma),không bắt thuốc.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Hóa trị

Hóa trị phần lớn không thành công trong việc điều trị ung thư biểu mô tuyến thượng thận. Chất hóa trị liệu phổ biến nhất được sử dụng là mitotane. Trong một tổng kết từ 551 trường hợp ung thư tuyến thượng thận, mitotane giúp đáp ứng trong 35% bệnh nhân. Tuy nhiên, mitotane đến nay cho thấy không giúp gia tăng lợi ích sống còn[5].

2. Phẫu thuật

Nguyên tắc cơ bản cho tất cả các trượng hợp cắt bỏ tuyến thượng thận là hạn chế tối đa cầm nắm tuyến thượng thận, hoặc tách bệnh nhân ra khỏi khối u, bởi vì thượng thận là một cơ quan vô cùng mong manh. Kéo nhẹ nhàng có thể được thực hiện bằng cách sử dụng thận như cánh tay cầm (handle). Có thể áp dụng cách tiếp cận tiêu chuẩn, phía sau hoặc phía sau cải biên, hoặc phẫu thuật nội soi được sử dụng cho các khối u nhỏ. Với những khối u lớn hơn có thể cần tiếp cận theo ngả hông, xuyên bụng, hoặc ngực bụng, nhưng cũng có thể được cắt bỏ thành công với phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng. Tĩnh mạch thượng thận bên phải ngắn và đi vào phía sau IVC. Do đó, bướu tuyến thượng thận bên phải tốt nhất nên tiếp cận thông qua ngả sau hoặc ngả sau cải biên. Tuyến thượng thận trái nằm sát với cực trên của thận trái. Vì vậy, đối với bướu

tuyến thượng thận trái lớn, tiếp cận ngả hông lưng hoặc ngả ngực bụng giúp bọc lộ bướu tốt nhất. Hiện nay, phương pháp nội soi được coi là tiêu chuẩn để phẫu thuật tuyến thượng thận.

3. Điều trị nội tiết trước mổ

a. Cường tuyến thượng thận nguyên phát

Điều trị trước phẫu thuật cho cường aldosteron nguyên phát nhằm mục đích kiểm soát được huyết áp với spironolactone. Thông thường, tác nhân gây bệnh là một u tuyến đơn độc hoặc ung thư biểu mô vỏ tuyến thượng thận (unilateral adenoma or adrenocortical carcinoma).

b. Pheochromocytoma

Điều trị trước phẫu thuật pheochromocytoma là nhằm mục đích kiểm soát sự bài tiết catecholamine và tai biến tim mạch của nó. Tăng huyết áp thường được kiểm soát trước phẫu thuật với ức chế alpha-adrenergic. Bệnh nhân được dùng thuốc ức chế alpha-adrenergic với các thuốc như phenoxybenzamine cho tối thiểu là 2 tuần trước mổ, và họ duy trì tình trạng bổ sung nước cho cơ thể đầy đủ. Dùng thuốc chẹn beta trước phẫu thuật (ví dụ, propanolol) sau khi dùng alpha-blocker để giúp kiểm soát chứng loạn nhịp tim. Dùng alpha-blockers đầu tiên; nếu không, tình trạng tăng huyết áp có thể trầm trọng thêm. Hiện nay, một số trung tâm sử dụng thuốc chẹn kênh Calci tác dụng lâu dài (ví dụ, verapamil SR, nifedipine XL) như là đơn trị liệu trước phẫu thuật, giúp kiểm soát cả tăng huyết áp và loạn nhịp. Hầu hết các tác giả đề nghị trước phẫu thuật nên bổ sung dịch đầy đủ để ngăn chặn tình trạng tụt huyết áp nhanh chóng sau khi tình trạng tiết alpha-adrenergic được dừng lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. [Guideline] Grumbach MM, Biller BM, Braunstein GD, Campbell KK, Carney JA, Godley PA, et al. Management of the clinically inapparent adrenal mass ("incidentaloma"). Ann Intern Med. Mar 4 2003;138(5):424-9. [Medline].

2. Albala DM. Laparoscopic adrenalectomy. In: Marshall FF, ed. Textbook of Operative Urology. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1996:193.

3. Bloom LS, Libertino JA. Surgical management of Cushing's syndrome. Urol Clin North Am. Aug 1989;16(3):547-65. [Medline].

4. Caplan RH, Strutt PJ, Wickus GG. Subclinical hormone secretion by incidentally discovered adrenal masses. Arch Surg. Mar 1994;129(3):291-6. [Medline].

5. Chan JE, Meneghetti AT, Meloche RM, Panton ON. Prospective comparison of early and late experience with laparoscopic adrenalectomy. Am J Surg. May 2006;191(5):682-6. [Medline]. 5-minute clinical consult

UNG THƯ TẾ BÀO THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Ung thư biểu mô tế bào thận là tổn thương rắn phổ biến nhất trong thận và chiếm khoảng 90% của tất cả các khối u ác tính thận. Nó bao gồm các loại ung thư thận (RCC) khác nhau với mô bệnh học cụ thể và đặc tính di truyền [5]. Tỉ lệ người đàn ông so phụ nữ 1.5:1 của, chiếm tỉ lệ cao xuất hiện giữa 60 và 70 tuổi

2. Yếu tố nguy cơ

Một số yếu tố nguy cơ đã được xác định bao gồm cả béo phì, hút thuốc và cao huyết áp. Hút thuốc là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh nhân ung thư thận (RCC) (cấp các bằng chứng: 2a).

Khuyến cáo	**Mức độ khuyến cáo**
Phương pháp phòng chống cơ bản đối với ung thư thận là giới hạn thuốc lá và tránh beo phì	B

- Dự phòng hiệu quả nhất là tránh hút thuốc lá và béo phì.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

Khối u ở thận thường không gây triệu chứng và không có dấu hiệu chạm thận đến khi giai đoạn cuối của bệnh [1]. Gần đây, hơn 50% ung thư thận (RCC) được phát hiện tình cờ bằng hình ảnh học và các triệu chứng phức hợp [2-4] (mức chứng cứ: 2b). Tam chứng cổ điển: đau hông lưng, đái máu và chạm thận bây giờ là hiếm (6-10%) [5,6] (mức chứng cứ: 3).

Hội chứng cận ung thư được tìm thấy trong khoảng 30% bệnh nhân ung thư thận (Bảng1) (mức độ chứng cứ: 4). Một vài triệu chứng có liên quan đến di căn chẳng hạn như đau xương hoặc ho dai dẳng [1,7] (mức độ chứng cứ: 2b).

Bảng 1: Hội chứng cận ung thư phổ biến nhất

Tăng huyết áp
Xanh sao
Sụt cân
Sốt
Neuromyopathy
Amyloidosis
Tăng hồng cầu
Thiếu máu
Chức năng gan không bình thường
Tăng Ca^{2+}
Polycythaemia

a. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng chỉ có một vai trò hạn chế trong chẩn đoán ung thư thận (RCC). Tuy nhiên, những dấu hiệu sau đây nên bắt đầu tiến hành chẩn đóan hình ảnh học kiểm tra:

- Sờ thấy khối u ở bụng;
- Sờ thấy hạch cổ;
- Dãn tĩnh mạch tinh không giảm;
- Phù 2 bên, cho thấy có sự liên quan của tĩnh mạch.

b. Xét nghiệm

Các thông số xét nghiệm đánh giá phổ biến nhất là creatinine huyết thanh, GFR, hemoglobin, hồng cầu, phosphatase alkaline, LDH và canxi trong huyết thanh [1,8,9] (mức độ chứng cứ: 4).

Chức năng thận riêng biệt song phương nên được ước tính trong các tình huống sau đây [10-12] (mức độ chứng cứ: 2b):

- Khi chức năng thận là quan trọng trên lâm sàng, ví dụ như ở những bệnh nhân với thận đơn độc hoặc u thận 2 bên;
- Khi chức năng thận bị suy giảm, như được chỉ ra bằng cách tăng nồng độ của creatinine huyết thanh;

- Ở các bệnh nhân nguy cơ suy thậntrongtươnglaitừcácbệnh liên quan, ví dụ như bệnh tiểu đường,viêm bể thận mãn, bệnh renovascular, bệnh sỏi thận hoặc bệnh thận đa nang.

2. Chẩn đoán hình ảnh

Tất cả các loại bướu thận cần phải được chẩn đoán bằng siêu âm hay CT scan (mức độ chứng cứ:4). Phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phân định bướu và nang.

a. Present of enhancement (tăng tỷ trọng)

Đối với bướu đặc, tiêu chuẩn quang trọng nhất để xác định bướu ác là Present of enhancement (tăng tỷ trọng) [13] (mức độ chứng cứ: 3). Phương pháp cổ điển để chẩn đoán bướu thận là SA, CT scan, MRI. Hầu hết bướu thận điều có thể chuẩn đoán được bằng phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Contrast- enhanced US có thể dùng trong một số trường hợp đặc biệt (e.g suy thận mạn là chống chỉ định tương đối khi tiêm thuốc càn quang i-ốt và gadoli).

b. CT scan và MRI

CT scan và MRI dùng để đánh giá đặc điểm của bướu thận. Hình ảnh phải được chụp trước và sau khi tiêm thuốc cản quang để thấy được sự tăng tỷ trọng enhancement. Đối với phương pháp CT scan, sự gia tăng tỷ trọng enhancement được xác định bằng đơn vị Hounsfield (HU) và được đọc trước và sau khi tiêm chất cản quang. Nếu có sự thay đổi khoảng 20 HU có nghĩa là đã có sự tăng tỷ trong mạnh [17] (mức độ chứng cứ: 3). Để chẩn đoán tốt, hình ảnh phải được đánh giá từ pha thận, bởi vì ở pha này hình ảnh của bướu thận không tăng tỷ trọng so với các nhu mô thận khác.

CT scan bụng cho phép chẩn đoán ung thư thận và cung cấp thêm những thông tin sau:

- Chức năng và hình thái của thận đối diện [10] (mức độ chứng cứ:3);
- Mức độ xâm lấn của bướu thận;
- Xâm lấn tĩnh mạch;
- Khảo sát hạch tại vùng;
- Hiện trạng của tuyến thượng thận và gan (mức độ chứng cứ:3)

Abdominal contrast-enhanced CT angiography (Chụp CT scan có cản quang và dựng hình mạch máu) co ích trong vài trường hợp vì cho thấy hình ảnh hệ mạch của thận [18]. Nếu trong trường hợp hình ảnh CT scan không rõ ràng, MRI có thể giúp ích cung cấp thêm một vài thông tin:

- Tăng tỷ trọng của khối bướu;
- Mức độ xâm lấn của bướu ác tại vùng;
- Xác định mức độ xâm lấn hay huyết khối trong tĩnh mạch trong trường hợp hình ảnh CT scan không rõ[19-22] (mức độ chứng cứ:3).

MRI còn được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang, phụ nữ có thai mà không suy thận [23,24] (mức độ chứng cứ: 3). Đánh giá huyết khối còn có thể sử dụng phương pháp SA Doppler [25] (mức độ chứng cứ: 3).

c. Những phương tiện chẩn đoán khác

Chụp động mạch thận và chụp tĩnh mạch chủ dưới có nhiều giới hạn (mức độ chứng cứ: 3). Đối với bệnh nhân có dấu hiệu của suy thận, an isotope renogram và đánh giá chức năng thận cần được tiến hành để có hướng điều trị tối ưu, e.g. ta cần bảo tồn chức năng thận [10-12] (mức độ chứng cứ: 2a). Giá trị của phương pháp positron emission tomography PET trong chẩn đoán và theo dõi ung thư thận đang được xác định và gần đây PET không phải là tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh [26,27] (mức độ chứng cứ: 3).

d. Chẩn đoán ung thư thận di căn

CT scan ngực là phương pháp chẩn đoán xác định rõ ràng nhất trong di căn vùng ngực [25,28-34] (mức độ chứng cứ: 3). Tuy nhiên, X-quang ngực giúp chẩn đoán di căn vùng ngực ít rõ ràng nhất nhưng phải được tiến hành để xác định di căn (mức độ chứng cứ: 3). Di căn xương hay di căn não đều có triệu chứng nên Chụp CT scan để xác định di căn xương hay não không được tiến hành thường qui [35,36]. Tuy nhiên, các phương pháp xạ hình xương, CT scan não hay MRI não cần được chỉ định khi có dấu hiệu lâm sàng hay các xét nghiệm cận lâm sàng [37,39] (mức độ chứng cứ: 3).

e. Phân loại Bosniak trong nang thận

Phân loại Bosniak	Đặc điểm	Work-up
I	Một nang đơn giản với thành mỏng không vách ngăn, không có nốt vôi hóa hay không có thành phần đặc. Tỷ trọng dịch nang tương đương tỷ trọng của nước và không bắt thuốc cản quang	Lành tính
II	Một nang lành tính có thể có vài vách ngăn mỏng. Nốt vôi hóa có thể xuất hiện ở thành và vách ngăn. Uniformly high attenuation (thương tổn đồng nhất < 3cm). Có giới hạn rõ và không bắt thuốc cản quang.	Lành tính
IIIF	Những nang này có thể có nhiều vách ngăn mỏng. tăng sáng ít ở thành nang hay vách ngăn. Thành nang hay vách ngăn có mức độ dày tối thiểu. Nang có thể bị vôi hóa dạng nốt hay dày, nhưng không tăng đậm. Không có sự tăng đậm của mô mềm soft-tissue. Thương tổn trong thận > 3 cm, không tăng đậm độ, không tăng tỷ trọng. Thương tổn có giới hạn rõ.	Theo dõi. Tỉ lệ ác tính thấp
III	Các tổn thương này là khối nang không các định được, có thành dày bất thường, có vách ngăn, tăng tỷ trọng.	Phẫu thuật gay theo dõi. Độ ác tính > 50%
IV	Tổn thương nang ác tính có tăng tỷ trọng của mô mềm	Phẫu thuật được khuyến cáo. Ác tính

3. Sinh thiết thận

Sinh thiết khối u thận đang ngày càng được sử dụng trong chẩn đoán, trong giám sát theo dõi và trong điều trị cắt khối u (ablative therapies) [40 – 45]. (mức độ chứng cứ: 3). Trong mốt loạt nghiên cứu, sinh thiết giúp tăng độ chuyên và độ nhạy cảm với bướu ác tính [40-44], mặc dù cần lưu ý rằng 10-20% mẫu sinh thiết không có kết quả.

Sinh thiết nhằm mục đích cuối cùng để xác định bướu ác tính, loại, và độ của khối bướu thận. Sinh thiết thận qua da hiếm khi được chỉ định cho bướu thận lớn và co dự kiến sẽ cắt thận. Giá trị của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là rất cao nên kết quả sinh thiết âm tính không làm thay đổi hướng điều trị [45] (mức độ chứng cứ:3).

Sinh thiết cũng được chỉ định ở những bệnh nhân có di căn trước khi bắt đầu điều trị hệ thống [46] (mức độ chứng cứ: 3).

4. Chẩn đoán mô học

Việc chẩn đoán mô học trong ung thư thận (RCC) được thành lập sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u thận hoặc sau khi sinh thiết mẫu kiểm tra [40-42]. Hệ thống phân loại hạt nhân theo Fuhrman (độ 1, 2, 3 và 4) trong ung thư thận (RCC) [47,48] được chấp nhận nhiều nhất, và quan trọng là một yếu tố tiên lương độc lập trong ung thư thận (RCC) (mức độ chứng cứ: 3).

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) [49], phần lớn ung thư thận có 3 phân loại mô học chính:

- Tế bào sáng (clear cell) (cRCC, 80-90%)
- Tế bào nhú (papillary) (pRCC, khoảng 10-15%)
- Tế bào ưa chrôm (chromophobe) (chRCC, 4-5%) (mức độ chứng cứ: 3).

Những loại ung thư thận có thể được phân biệt bằng mô học và sự thay đổi di truyền phân tử (mức độ chứng cứ: 3) (Bảng 5). Ung thư tế bào nhú có thể được chia thành hai phân nhóm, loại 1 và loại 2 với bất lợi lâm sàng (Bảng 2) (50,51) (mức độ chứng cứ: 3).

Bảng 2: Phân loại ung thư thân theo mô học

Phân loại mô học	Phần trăm ung thư thận (RCC)	Mô tả mô học	Liên quan đến sự thay đổi di truyền phân tử
Tế bào sáng (cRCC)	80-90%	Chủ yếu của tế bào có bào tương sáng, mặc dù eosinophil chiếm ưu thế ở một số tế bào. Kiểu tăng trưởng của tế bào có dạng ống và nang	Được xác định bằng mất đoạn của nhánh ngăn và đột biến của gen VHL. Sự biến đổi khác là sự nhân đôi của nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 5 băng 2.2, đột biến mất nhánh dài nhiễm sắc thể 6, nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 8, nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 9 và nhánh dài nhiễm sắc thể số 14
Tế bào nhú (pRCC)	10-15%	Hầu hết bao gồm các tế bào nhỏ với rất ít tế bào chất, ưa bazơ, eosinophilic hoặc pail-staining thùng-nhuộm đặc điểm. Tăng trưởng tế bào dạng nhú chiếm ưu thế, mặc dù có thể có hình ống mao và rắn. Vùng hoại tử rất phổ biến. Ung thư tế bào nhú pRCC có thể chia thành hai phân nhóm khác nhau, loại 1 với tế bào nhỏ và bào tương nhạt và loại 2 với các tế bào lớn và tế bào chất ưu eosinophil, sau này có tiên lượng xấu hơn	Bất thường di truyền là thể tam bội ở nhánh dài nhiễm sắc thể thứ 3, nhiễm sắc thể số 7, 8, 12, 16, 17 và mất nhiễm sắc thể Y
Tế bào ưa chrôm (chRCC)	4-5%	Tế bào có pail hay hạt eosinophil bào tương. Tăng trưởng thường xảy ra trên những bảng rắn Growth usually occur in solid sheets	Các đặc tính di truyền là sự kết hợp mất nhiễm sắc thể 1, 2, 6, 10, 13, và 17

5. Kết luận

Tỉ lệ các khối u thận nhỏ và ngẫu nhiên đã tăng lên đáng kể trong hầu hết các nước, mặc dù một số lượng lớn bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng, như sờ chạm bướu, tiểu máu, triệu chứng cận ung thư, vàcác triệu chứng di căn (mức độ chứng cứ: 3). Chẩn đoán xác định giai đoạn ung thư thận bằng CT Scan ngực, bụng hay MRI là bắt buộc (mức độ chứng cứ: 3). CT ngực là cách tiếp cận nhạy cảm nhất trong di căn ngực. Xạ hình xương hay CT Scan não không được tiến hành thường qui đối với bệnh nhân không có triệu chứng. Gần đây, chỉ định sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA) để đánh giá và điều trị làm mất u ablative therapies đối với khối u nhỏ ngày càng tăng [40 –45] (mức độ chứng cứ: 3).

6. Khuyến cáo

Trong trường hợp bệnh nhân có một hay hơn một xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh, ung thư thận nên được nghi ngờ	**GR**
X-quang ngực đánh giá phổi có thể chấp nhận trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ thấp, nhưng CTscan ngực có độ nhạy cao hơn	**B**
CTscan bụng và MRI cần được thực hiện đối với những bệnh nhân ung thư thận để giúp phân loại TNM trước phẫu thuật	**A**
Đối với những bệnh nhân có nguy cơ di căng xương cao (tăng alkaline phosphatase hay đau nhức xương), ta cần phải đánh giá thêm bằng phương tiện chuẩn đoán hình ảnh	**A**
Đánh giá chức năng thận nên được thực hiện	**A**
Sinh thiết qua da luôn được chỉ định trước (before ablative- and systemic therapy without previous histopathology)	**B**
Sinh thiết qua da được gợi ý trong trường hợp có kế hoạch theo dõi	**B**

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị ung thư khu trú tại thận (RCC)

a. Cắt thận bán phần

Cắt thận bán phần đối với ung thư khu trú tại thận có kết quả như thận toàn phần [1-5]. Tuy nhiên, trong một số bệnh nhân ung thư khu trú tại thận (RCC), cắt thận bán phần không phù hợp vì:

- Khối u khu trú tại thận tiến triển;
- Cắt bán phần không khả thi khi khối u ở vị trí không thuận lợi;

▪ Sức khỏe chung của bệnh nhân suy giảm đáng kể.

Trong những tình huống này, cắt thận toàn phần là tiêu chẩn vàng, trong đó bao gồm việc loại bỏ của khối u trong thận. Hoàn thành cắt bỏ khối u bằng mổ mở [6,7] hoặc nội soi sau phúc mạc [8-13] mục tiêu để điều trị bệnh.

b. Các phương pháp khác được kết hợp

Cắt tuyến thượng thận toàn phần (adrenalectomy)

- Cắt tuyến thượng thận toàn phần (adrenalectomy) không được chỉ định trong các tình huống sau đây [14-22]:

▪ Đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật (CT, MRI) cho thấy tuyến thượng thận bình thường;

▪ Trong lúc phẫu thuật không thấy dấu hiệu di căn hạch tuyến thượng thận;

▪ Không có bằng chứng xâm lấn trực tiếp tuyến thượng thận bởi khối u cực trên lớn.

Nạo hạch bạch huyết

Nạo hạch rộng hay nạo toàn bộ hạch không kéo dài thêm thời gian sống còn của bệnh nhân sau khi được cắt thận toàn phần[23]. Như vậy, nhằm mục đích đánh giá giai đoạn, nạo hạch được tiến hành giới hạn ở vùng cuống thận. Trong trường hợp bệnh nhân sờ thấy hạch bạch huyết hoặc CT-phát hiện hạch bạch huyết, nạo hạch bạch huyết cần được thực hiện đểcó được thông tinđầy đủ để chẩn đoán giai đoạn.

Thuyên tắc mạch

Thuyên tắc mạch không có lợi trong điều trị trước khi cắt thận toàn phần thông thường [24-26]. Trong trường hợp bệnh nhân không thích hợp cho phẫu thuật, hoặc có biểu hiện bệnh không thể cắt u, thuyên tắc mạch có thể kiểm soát các triệu chứng như như tiểu máu đại thể hay đau hông lưng [27-31]. Thuyên tắc mạch trước khi cắt xương tăng mạch hoặc di căn cột sống có thể làm giảm mất máu trong thời gian mổ [32-34]. Ở những bệnh nhân có triệu chứng đau xương hay di căn cạnh cột sống thuyên tắc mạch có thể giúp giảm các triệu chứng [35].

Kết luận

Bệnh nhân với ung thư thận (RCC) giai đoạn sớm (T1) nên được điều trị phẫu thuật cắt thận bán phần, phẫu thuật cắt thận toàn phần không còn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị các trường hợp này[1-5](mức độ chứng cứ: 2b).

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến thượng thận thì không được khuyến cáo trong trường hợp trên CTscan không thấy bất thường của tuyến thượng thận và trong khi mổ không thấy sự di căn hay xâm lấn đến tuyến thượng thận đối với bướu lớn ở cực trên thận [14-22] (mức độ chứng cứ: 3).

Nạo hạch rộng không cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân và chỉ giới hạn trong chẩn đoán giai đoạn trong trường hợp hạch có thể sờ thấy hay hạch lớn [23] (mức độ chứng cứ: 1b).

Ung thư thận với huyết khối u có giai đoạn và mức độ cao (mức độ chứng cứ: 3).

RCCs với huyết khối u có một giai đoạn cao hơn và loại bệnh (mức chứng cứ: 2b). xa xôi và di căn hạch bạch huyết nút là gấp hai lần phổ biến ởnhững bệnh nhân này (mức chứng cứ: 3). Sự tiến triển sinh học của bệnh có ảnh hưởng lớn đến chẩn đoán lâm sàng hơn là sự di căn đến sọ của chối tĩnh mạch chủ dưới [36-40] (mức độ chứng cứ: 3).

Khuyến cáo

Khuyến cáo	Mức độ
Điều trị phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất đối với ung thư thận (RCC). Đối với ung thư thận giai đoạn T1, cắt thận bán phần nên được áp dụng. Nạo hạch mở rộng không giúp cải thiện thời gian sống còn và chỉ giới hạn cho các mục đích chẩn đoán giai đoạn	A
Phẫu thuật cắt toàn phần tuyến thượng thận không cần thiết trong hầu hết các bệnh nhân, trừ khi có khối ulớn ở cực trên thận và xâm lấn trực tiếp đến tuyến thượng thận hay khi tuyến thượng thận bình thường chưa thể được loại trừ.	B
Thuyên tắc mạch có hiệu quả trong trường hợp bệnh nhân không thích hợp để phẫu thuật và trong trường hợp tiểu máu ồ ạt hay đau hông lưng	C

c. Chỉ định trong phẫu thuật cắt thận bán phần

Tiêu chuẩn chỉ định trong phẫu thuật cắt thận bán phần được chia thành các nhóm sau:

- Tuyệt đối - thận đơn độc về chức năng và giải phẫu;
- Tương đối - chức năng thận đối bên có khả năng giảm (suy thận) trong tương lai;
- Lựa chọn – u nằm một bên thận, thận đối bên bình thường.

Chỉ định tương đối bao gồm các hình thức di truyền của ung thư thận (RCC), mà có nguy cơ cao phát triển ở thận đối bên.

Đối với chỉ định lựa chọn, phẫu thuật cắt thận bán phần cho các khối u giới hạn đường kính ở giai đoạn (T1a) cho tỉ lệ tái phát và thời gian sống còn được nghiên cứu như sau cắt thận toàn phần [1-5, 41, 42] (mức độ chứng cứ: 2b). Trong trường hợp u lớn hơn (giai đoạn T1b), cắt thận bán phần đã được chứng minh có lợi và an toàn ung thư trong những trường hợp được lựa chọn bệnh nhân cẩn thận [43-47].

d. Các biến chứng

- Tỉ lệ các biến chứng được theo dõi trong phẫu thuật cắt thận bán phần cao hơn nhưng vẫn còn chấp nhận được khi so sánh với cắt thận toàn phần [48] (mức độ chứng cứ: 1b).
- Cắt thận bán phần trong chỉ định tuyệt đối so với cắt thận bán phần lựa chọn có tỉ lệ biến chứng tăng và nguy cơ tái phát cao, có thể là do kích thước u lớn [49-51] (mức độ chứng cứ: 3).

e. Tiên lượng

- Ở bệnh nhân có u thận một bên mắc phải kích thước lên đến 4-5 cm và thận đối bên bình thường, chức năng thận lâu dài sẽ tốt hơn khi cắt thận bán phần so với cắt thận toàn phần [52].
- Có một chỉ định mạnh mẽ rằng, do bảo tồn chức năng thận tốt hơn, phẫu thuật cắt thận bán phần nhìn chung cải thiện sự sống còn khi so sánh với phẫu thuật cắt thận toàn phần [53-55] (mức độ chứng cứ: 3).
- Nếu khối u được cắt bỏ hoàn toàn, độ rộng của biên độ giới hạn phẫu thuật không tác động đến khả năng tái phát của u [56-58] (mức độ chứng cứ: 3).

f. Kết luận

- Phẫu thuật cắt thận bán phần có tỉ lệ biến chứng cao hơn một chút so với phẫu thuật cắt thận toàn phần.
- Tuy nhiên, phẫu thuật cắt thận bán phần là phương pháp an toàn từ quan điểm của ung thư học. Bất cứ khi nào khả thi về mặt kỹ thuật, phẫu thuật cắt thận bán phần được coi là tiêu chuẩn trong điều trị ung thư thận (RCC) giai đoạn T1a / b [1-5, 41-47].
- Về lâu dài, phẫu thuật cắt thận bán phần đạt kết quả tốt hơn trong bảo tồn chức năng thận, giảm tỉ lệ tử vong tổng thể và giảm tần số của các biến cố tim mạch [53-55].

g. Khuyến cáo

Khuyến cáo	Độ khuyến cáo
Bất cứ khi nào khả thi về mặt kỹ thuật, phẫu thuật cắt thận bán phần được coi là tiêu chuẩn trong điều trị bướu một bên thận có đường kính lên đến 7cm.	A
Sau phẫu thuật cắt thận bán phần, ta nên cắt thêm một khoảng bờ bướu ít nhất có thể để tránh tái phát.	B
Nguy cơ tái phát gia tăng khi khối u có kích thước lớn (> 7 cm) được điều trị bằng phẫu thuật cắt thận bán phần, hoặc khi có kết quả sinh thiết dương tính. Theo dõi nên được tăng cường trên những bệnh nhân này.	C

2. Phẫu thuật nội soi

Kể từ khi được giới thiệu, Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư thận (RCC) đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Cho dù thực hiện phẫu thuật nội soi trong phúc mạc hay phẫu thuật nội soi qua ổ bụng đều phải tuân thủ nguyên tắc như mổ mở trong điều trị ung thư.

a. Phẫu thuật nội soi cắt toàn phần thận

Phẫu thuật nội soi cắt toàn phần thận là tiêu chuẩn điều trị bướu thận từ giai đoạn T2 và những khối bướu thận nhỏ không thể điều trị được bằng phẫu thuật cắt thận bán phần (59 – 63). Kết quả nghiên cứu lâu dài cho thấy phẫu thuật nội soi cắt thận toàn phần có tỉ lệ sống còn tương đương với mổ mở cắt thận toàn phần [10,12,13,61,62,64-68].

Kết luận

- Phẫu thuật nội soi cắt thận toàn phần có một tỉ lệ bệnh thấp hơn so với phẫu thuật mổ mở, mặc dù điều này chỉ dựa trên một vài tiêu chuẩn nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống (69) (mức độ chứng cứ 3).
- Tỉ lệ tầm soát khối u xuất hiện tương đương cho giai đoạn T1-T2 [10,12,13,61,62,64-68] (mức độ chứng cứ: 3)

Khuyến cáo

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
• Phẫu thuật nội soi cắt thận toàn phần được khuyến cáo trong giai đoạn T2	B
• Phẫu thuật nội soi cắt thận toàn phần không nên thực hiện khi bướu ở giai đoạn T1 (nên chỉ định cắt thận bán phần)	B

b. Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần

Đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm và một số bệnh nhân thích hợp, phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có thể thay thế mổ mở cắt thận bán phần. Chỉ định cắt thận bán phần ưu thế trong khối u có kích thước nhỏ và peripheral renal tumour [4].

Trong quá trình phẫu thuật cắt thận bán thận soi, thời gian thiếu máu cục bộ thời gian dài hơn so với mổ mở cắt thận bán phần [4,70,71]. Chức năng thận lâu dài phụ thuộc vào thời hạn thiếu máu trong quá trình phẫu thuật [72].

Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có tỉ lệ biến chứng cao hơn so với mổ mở. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu theo dõi sau phẫu thuật thì kết quả tương tư giữa phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần và mổ mở cắt thận bán phần [4, 73, 74].

Trong trường hợp bệnh nhân có thận độc nhất, phẫu thuật nội soi cắt bán phần thân kéo dài thời gian thiếu máu nóng và tăng tỉ lệ biến chứng. Chạy thận nhân tạo có khả năng là cần thiết [4, 72, 75].

Cắt thận bán phần với hỗ trợ của robot

- Cắt thận bán phần với hỗ trợ của robot là một kỹ thuật lý tưởng mà vẫn còn trải qua đánh giá [76-80].

Kết luận

- Phẫu thuật cắt thận bán phần là kỹ thuật khả thi (mức chứng cứ: 2b).

Khuyến cáo

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Gần đây mổ mở cắt thận bán phần vẫn được coi là tiêu chuẩn	C
Phẫu thuật cắt bán phần thận nên được thực hiện do các phẫu thuật viên có kinh nghiệm	C
Mổ mở cắt thận bán phần nên được khuyến cáo cho những bệnh nhân có khối u trên thận độc nhất	C

3. Điều trị thay thế cho phương pháp phẫu thuật

a. Giám sát

- Ở những bệnh nhân có khối u nhỏ thì cần phải được giám sát, có vẻ như là không có tương quan giữa sự tiến triển của khối u tại vùng và tăng nguy cơ di căn. Cả hai kết quả ung thư học ngắn hạn và trung hạn chỉ ra rằng cần một chiến lược thích hợp để theo dõi khối u thận nhỏ, nếu cần thiết can thiệp điều trị khi khối u tiến triển [73,81,82].

b. Phương pháp tiếp cận qua da

Đề nghị lựa chọn thay thế điều trị phẫu thuật trong ung thư thận (RCC) bao gồm can thiệp qua da dưới hướng dẫn của hình ảnh học và kỹ thuật xâm lấn tối thiểu nhất, ví dụ: cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA: percutaneous radiofrequency ablation), cắt lạnh (cryoablation), cắt bướu bằng vi sóng, cắt bằng laser và bằng siêu âm có cường độ tập trung cao (HIFU: high-intensity focused ultrsound ablation) (mức độ chứng cứ: 2b).

Lợi thế của các kỹ thuật này bao gồm giảm tình trạng bệnh, bệnh nhân điều trị ngoại trú, và khả năng để điều trị những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao (mức độ chứng cứ: 2b).

Chỉ định cho các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, trong đó có cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA), là:

- Nhỏ, tình cờ phát hiện, tổn thương thận ở lớp vỏ ở bệnh nhân cao tuổi;
- Bệnh nhân khuynh hướng có yếu tố di truyền với nhiều u đang phát triển;
- Bệnh nhân có u ở 2 bên;
- Bệnh nhân có thận đơn độc và có nguy cơ cao mất hoàn toàn chức năng thận sau phẫu thuật cắt bỏ u (mức độ chứng cứ: 2b).

Chống chỉ định cho các kỹ thuật trên bao gồm:

- Thời gian sống còn < 1 năm;

▪ Nhiều di căn;

▪ Khả năng điều trị thành công thấp do kích thước hoặc vị trí của u. Nhìn chung, các u > 3 cm hoặc các u nằm ở rốn, gần niệu quản 1/3 trên hoặc gần hệ thống đài bể thận không được khuyến cáo đối với các kỹ thuật tiếp cận qua da.

Chống chỉ định tuyệt đối bao gồm:

▪ Bệnh máu khó đông;

▪ Sinh hiệu không ổn định, như nhiễm trùng huyết.

c. Cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation)

Trong tất cả các kỹ thuật có sẵn, cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cryoablation là những phương pháp tiếp cận được nghiên cứu nhiều nhất về cách thức tiến hành, tỉ lệ biến chứng và mức độ an toàn về ung thư học.

Trước khi tiếp cận, sinh thiết trước điều trị để làm rõ mô học của u thận nên được thực hiện. Các tài liệu cho thấy rằng bệnh lý không rõ trong một tỉ lệ lớn các bệnh nhân được điều trị cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) (40%) so với 25% ở những bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt lạnh (cryoablation).

So với cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da RFA, cắt lạnh (cryoablation) có nhiều khả năng được thực hiện phẫu thuật nội soi. Tiếp cận bằng phẫu thuật nội soi hiệu quả hơn nhưng có tỉ lệ biến chứng cao hơn. Cắt u lặp lại nên tiến hành phương pháp RFA. U tiến triển tại vùng cao hơn đáng kể với RFA. Tỉ lệ sống còn cho phương pháp cắt lạnh và RFA thấp hơn tỉ lệ sống còn trong các phương pháp phẫu thuật [83-86].

d. Kết luận

- Cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation) là những phương pháp tiếp cận xâm lấn tối thiểu để điều trị các u thận nhỏ với tài liệu theo dõi trung bình.
- Mặc dù hiệu quả ung thư học vẫn chưa được biết, tài liệu hiện hành khuyến cáo mạnh mẽ rằng cắt lạnh (cryoablation), khi thực hiện nội soi, kết quả phải điều trị lai và phát triển u tại vùng thấp hơn so với RFA (mức độ chứng cứ: 3).
- Đối với cả hai RFA và cắt lạnh (cryoablation), tỉ lệ tái phát cao hơn so với phẫu thuật cắt thận bán phần [83-86] (mức độ chứng cứ: 3).

e. Khuyến cáo

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Bệnh nhân có u thận nhỏ và/hay tình trạng bệnh lý không thích hợp để phẫu thuật nên xem xét phương pháp cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation)	A
Sinh thiết trước điều trị cần được xem như một tiêu chuẩn	C
Những kỹ thuật ít xâm hại và qua da như là cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA),cắt bằng laser, bằng siêu âm có cường độ tập trung cao(HIFU: high-intensity focused ultrsound ablation). Khi áp dụng kỹ thuật cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation) đòi hỏi phải có kinh nghiệm	B

4. Liệu pháp bổ trợ

Liệu pháp bổ trợ cải thiện thời gian sống còn của nhóm bệnh nhân được cắt thận toàn phần ở giai đoạn T3 cần được chứng minh thêm (mức độ chứng cứ: 1b) (87-91). Tiên lượng có thể xác định bệnh nhân có khả năng có lợi ích về lâm sàng từ liệu pháp bổ trợ.

Kết luận

Liệu pháp bổ trợ với cytokine không cải thiện sự sống còn sau khi cắt thận toàn phần (mức độ chứng cứ: 1b).

Khuyến cáo

Bên ngoài thử nghiệm lâm sàng, không có chỉ định về liệu pháp bổ trợ sau phẫu thuật (mức độ khuyến cáo A).

5. Phẫu thuật điều trị trong ung thư thận (RCC) di căn RCC (cắt thận toàn phần cùng khối u)

Cắt thận toàn phần cùng khối ucó giá trị khi phẫu thuật có thể cắt bỏ toàn bộ khối u. Đối với phần lớn các bệnh nhân có di căn, cắt thận toàn phần và khối u là để làm giảm nhẹ và điều trịcó hệ thống khác là cần thiết. Trong hai nghiên cứu ngẫu nhiên, so sánh cắt thận toàn phần kết hợp với liệu pháp miễn dịch so với chỉ áp dụng liệu pháp miễn dịch, tăng tỉ lệ sống còn được tìm thấy ở những bệnh nhân cắt thận toàn phần cùng khối u [92]. Cắt thận toàn phần trong trường hợp bệnh nhân có di căn được chỉ định cho bệnh

nhân thích hợp cho phẫu thuật và có thể trạng tốt [93]. Hiện nay, ít dữ liệu có giá trị về cytoreductive nephrectomy kết hợp với liệu pháp nhắm trúng đích.

Kết luận

Cắt thận toàn phần cùng với khối u kết hợp với interferon alpha (IFN-alpha) cải thiện sự sống còn của bệnh nhân ung thư thận (RCC) di căn và tình trạng bệnh tốt (mức độ chứng cứ: 1b).

Khuyến cáo

Cắt thận toàn phần cùng khối u được khuyến cáo cho các bệnh nhân ung thư thận (RCC) có di căn có tình trạng bệnh tốt khi kết hợp với IFN-alpha (mức độ khuyến cáo: A).

6. Phẫu thuật loại bỏ các khối di căn

Việc loại bỏ hoàn toàn các tổn thương di căn góp phần cải thiện tiên lượng lâm sàng. Điều trị miễn dịch, các tổn thương di căn đã được loại bỏ hoàn toàn hoặc tái phát tại một bên tại vùng, không góp vào một sự cải thiện chẩn đoán lâm sàng (mức độ chứng cứ: 2b) [93-97].

Kết luận

Vai trò loại bỏ khối di căn ở những bệnh nhân ung thư thận (RCC) để cải thiện tiên lượng lâm sàng (mức độ chứng cứ: 3). Do đó, khả năng di căn cần liên tục đánh giá lại, thậm chí cùng với một liệu pháp nhắm trúng đích hệ thống.

Khuyến cáo

Ở những bệnh nhân có di căn lan rộng đồng bộ, loại bỏ di căn nên được thực hiện tại vùng u đã được loại bỏ và những bệnh nhân có tình trạng bệnh tốt. Tiên lượng lâm sàng xấu hơn ở những bệnh nhân phẫu thuật cho di căn metachranous. Loại bỏ các khối di căn nên được thực hiện ở những bệnh nhân có tổn thương di căn còn sót lại và tổn thương di căn đã được loại bỏ trước đó đáp ứng điều trị miễn dịch và/hoặc số lượng hạn chế (tổn thương đơn độc) của di căn metachranous nhằm cải thiện tiên lượng của bệnh nhân (mức độ khuyến cáo B).

7. Xạ trị cho di căn trong ung thư thận (RCC)

Xạ trị có thể áp dụngcho các bệnh nhân lựa chọn có triệu chứng não không thể cắt bỏ hoặc tổn thương xương không đáp ứng với phương pháp điều trị hệ thống (98,99).

Kết luận

Xạ trị cho di căn trong ung thư thận (RCC) có thể giảm đáng kể các triệu chứng đau, ví dụ như tổn thương xương sống duy nhất (mức độ khuyến cáo: 2b).

Khuyến cáo

Trong những trường hợp cá nhân, xạ trị để điều trị di căn não (chiếu xạ toàn bộ não hoặc stereotactic cách tiếp cận) và các tổn thương xương có thể giúp cải thiện triệu chứng tùy thuộc vào giai đoạn di căn (mRCC) (mức độ khuyến cáo:B) (100.101).

IV. ĐIỀU TRỊ HỆ THỐNG ĐỐI VỚI UNG THƯ THẬN DI CĂN

1. Hóa trị

Ung thư thận (RCCs) phát triển từ ống lượn gần, họ có mức độ biểu hiện của nhiều loại thuốc kháng protein, P-glycoprotein, và do đó khả năng chống hầu hết các liệu pháp hóa trị. Hóa trị có hiệu quả chỉ khi 5-fluorouracil (5FU) được kết hợp với liệu pháp miễn dịch [1].

Kết luận

Chỉ khi 5FU kết hợp với liệu pháp miễn dịch thì dường như có hiệu quả ở những bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC) (mức độ chứng cứ: 3).

Khuyến cáo	**Mức độ khuyến cáo**
Đơn trị liệu hóa trị đơn độc không mang lại hiệu quả cho bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC)	B

2. Liệu pháp miễn dịch

a. Đơn trị liệu interferon-alpha (IFN-alpha) và kết hợp với bevacizumab

Trong các nghiên cứu ngẫu nhiên, IFN-alpha giúp cải thiện sự sống còn trong điều trị nội tiết tố ở những bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC) [2]. Interferonal pha tăng tỉ lệ lên 6-15%, cùng với sự sụt giảm 25% nguy cơ u tiến triển và sự sống còn kéo dài từ 3-5 tháng so với giả dược [3,4]. Tác động tích cực của IFN-alpha là đặc biệt quan trọng ở những bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC) với mô học tế bào sáng ràng, nguy cơ theo tiêu chuẩn của Motzer tiêu chuẩn và chỉ di căn phổi[4]. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên sắp hoàn thành, IFN-alpha cho thấy về mặt hiệu quả tương đương với sự kết hợp+IL2+5FU[5].

Một sự kết hợp của bevacizumab+IFN-alpha gần đâyđã chứng minhtỉ lệ đáp ứng tăng và thời gian sống còn tăng trong điều trị tuyến đầu đầu tay so với đơn trị liệu IFN-

alpha [6]. Tất cả các nghiên cứu ngẫu nhiên gần đây so sánh các thuốc anti-angiogenic trong điều trị đầu tay so vớiIFN-alpha đơn trị liệu đã chứng minh ưu thế cho cả haisunitinib, bevacizumab+IFN-alpha hoặctemsirolimus [6-9].

Bảng 4: MSKCC (Motzer) tiêu chuẩn để dự đoán sự sống còn của bệnh nhân với ung thư thận (RCC) tiên tiến, tùy thuộc vào sự hiện diện hay vắng mặt của 5 yếu tố nguy cơ khác nhau (3).

Yếu tố nguy cơ	Thời gian sử dụng
Tình trạng bệnh Karnofsky	<80
Thời điểm từ chẩn đoán đến điều trị bằng IFN-α	<12 tháng
Hemoglobin	< thấp hơn giới hạn dưới
Lactate dehydrogenase	> 1.5 x giới hạn trên
Ca^{2+}	> 10.0 mg/dL (2.4 mmol/L)

1 nguy cơ thấp, 0 yếu tố nguy cơ; trung gian, 1-2 yếu tố nguy cơ, yếu tố nguy cơ cao > 3 yếu tố nguy cơ.

b. Kết luận

- Interferon-alpha đơn trị liệu là không còn khuyến cáo như là điều trị tuyến đầu tiên cho mRCC (mức độ chứng cứ: 1b).
- Interferon-alpha đơn trị liệu vẫn có một vai trò trong những trường hợp nhất định (tình trạng bệnh tốt, ung thư tế bào sáng, di căn phổi) (mức độ chứng cứ: 2).

c. Interleukin-2

Interleukin-2 (IL-2) đã được sử dụng để điều trị ung thư thận di căn (mRCC) từ năm 1985 với tỉ lệ đáp ứng khác nhau từ 7-27% [9-11].

Ưu thế IL-2 không rõ ràng, nhưng thời gian dài (10 năm) đáp ứng hoàn toàn có đạt được với liều cao viên IL-2 [12]. Độc tính của IL-2 cao hơn đáng kể so với IFN-alpha. Chỉ có ung thư tế bào sáng đáp ứng miễn dịch. Interleukin-2 đã không được xác nhận ngẫu nhiên nghiên cứu so sánh với chăm sóc hỗ trợ tốt nhất [4].

d. Kết luận

- Interleukin-2 có nhiều tác dụng phụ hơn so với INF-alpha.
- Liều cao IL-2 đáp ứng hoàn toàn trong một mốt số giới hạn bệnh nhân.
- Interleukin-2 có thể được coi là đơn trị liệu ở bệnh nhân được lựa chọn với mức độ tiên lượng tốt.

e. Khuyến cáo

Khuyến cáo	Mức độ chứng cứ
Đơn trị liệu với IFN-alpha hoặc viên IL 2 liều cao chỉ có thể được khuyến cáo như là một lực chọn đầutiên điều trịcho ung thư thận di căn (mRCC) trong các trường hợp được lựa chọn với mô học là tế bào sáng và các yếu tố tiên lượng tốt	A
Bevacizumab+IFN-alpha có khuyến cáo như là điều trị đầu tiên trong bệnh nhân nguy cơ thấp và trung gian. Những bệnh nhân nhất định ung thư thận di căn (mRCC) thuộc nhóm nguy cơ cao và về mô học ung thư tế bào sáng thì có hiệu quả khi áp dụng liệu pháp miễn dịch với IL-2	B
Cytokine kết hợp, có hoặc không có hóa trị liệu thêm, không cải thiện sự sống còn tổng thể so với đơn trị liệu	A

3. Thuốc ức chế hình thành mạch (angiogenesis inhibitor)

Tiến bộ gần đây trong sinh học phân tử đã dẫn đến sự phát triển của một số chất lý tưởng trong điều trị ung thư thận di căn (mRCC)(Bảng 9).

Trong ung thư thận tế bào sáng mắc phải, tích lũy HIF dovon Hippel Landau (VHL) ngừng hoạt động, kết quả trong quá mức của VEGF và PDGF (yếu tố tăng trưởng tiểu cầu), cả hai đều thúc đẩy tân sinh mạch máu (13-15). Quá trình này góp phần đáng kể vào sự phát triển và tiến triển của ung thư thận (RCC). Hiện nay, một số thuốc nhắm trúng đích đã được phê duyệt cả ở Mỹ và ở châu Âu để điều trị ung thư thận di căn (mRCC):

- Sorafenib (Nexavar ®)
- Sunitinib (Sutent ®)
- Bevacizumab (Avastin ®) kết hợp với IFN-alpha
- Pazopanib (Votrient ®)
- Temsirolimus (Torisel ®)
- Everolimus (Afinitor ®).

Một số thuốc mới nhắm trúng mục tiêu tăng sinh mạch máu đang được nghiên cứu, cũng như sự kết hợp của các loại thuốc mới với nhau hoặc với các cytokine.

a. Sorafenib

Sorafenib là một thuốc dùng đường uống ức chế multikinase (multikinase inhibitor) chống lại Raf-1serine / threonine kinase, B-Raf, vascular endothelial growth factor receptor-2 (VEGFR-2), platelet-derived growth factor receptor (PDGFR), FMS-like tyrosine kinase 3 (FLT-3) and c-KIT. Thử nghiệm giai đoạn III so sánh sorafenib và giả dược sau khi thất bại điều trị liệu pháp miễn dịch hệ thống hay đối với trường hợp không thích hợp điều trị liệu pháp miễn. Các thử nghiệm báo cáo cải thiện thời gian sống còn 3 tháng khi dùng sorafenib [16]. Thời gian sống còn cải thiện ở những bệnh nhân điều trị sorafenib [17].

b. Sunitinib

Sunitinib là thuốc ức chế oxindol tyrosinekinase (TK). Thuốc ức chế chọn lọc PDGFR, VEGFR, c-KIT vàFLT-3 và có khả năng chống khối u và hoạt động chống tăng sinh mạch máu (angiogenic activity). Thử nghiệm giai đoạn II như đơn trị liệu thứ hai trong các bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC) chứng minh tỉ lệ đáp ứng một phần khoảng 34-40% và bệnh ổn định > 3 tháng ở 27-29% bệnh nhân [18].

Trong một thử nghiệm giai đoạn III gần đây của đơn trị liệu đầu tiên so sánh điều trị sunitinib với IF-Nalpha, sunitinib đạt được thời gian sống còn cao hơn so với IFN-alpha (11 vs 5 tháng, p<0,000001).

Kết quả gợi ý đơn trị liệu với IFN-alpha là kém hơnsosunitinib trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ thấp và trung bình (19). Nhìn chung thời gian sống còn là 26,4 và 21,8 tháng trong điều trị sunitinib và IFN-alpha, tương ứng (p = 0,05) (19). Ở những bệnh nhân chuyển từ IFN-alpha sang sunitinib (n =25) thời gian sống còn trung bình là 26,4 so với 20,0 tháng đối với sunitinib và IFN-alpha, tương ứng (p =0,03). Ở những bệnh nhân không nhận được bất kỳ điều trị ở các nghiên cứu trên, trung bình thời gian sống còn đạt 28,1 tháng ở nhóm sunitinib so với 14,1 tháng ở nhóm IFN-alpha (p =0,003).

c. Bevacizumab đơn trị liệu và bevacizumab + interferon-alpha

Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng humanised liên kết với các đồng dạng của VEGF-A. Bevacizumab, 10 mg / kg 2 tuần một lần, ở những bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp miễn dịch cho thấy sự gia tăng phản ứng tổng thể (10%) và thời gian sống còn so với giả dược (20). Trong thử nghiệm mù đôi giai đoạn III gần đây (n = 649) đối với mRCC so sánh bevacizumab + IFN-alpha với IFN-alpha đơn trị liệu [6]. Trung bình tổng thể đáp ứng được 31% trong bevacizumab + nhóm IFN-alpha so với 13% ở

nhóm IFN-alpha đơn trị liệu (p<0,0001). Thời gian sống còn trung bình tăng đáng kể từ 5,4 tháng với IFN-alpha 10,2 tháng đối với bevacizumab + IFN-alpha (p <0,0001), nhưng chỉ ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp và trung bình. Không có hiệu quả được thấy ở bệnh nhân có nguy cơ cao. Chưa có đủ dữ liệu về thời gian sống còn tổng thể.

d. Pazopanib

Pazopanib là thuốc uống ức chế hình thành mạch máu nhắm mục tiêu VEGFR, PDGFR, và c-KIT. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên đang được tiến hành của pazopanib so với giả dược trong điều trị bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC) và các bệnh nhân được điều trị cytokine, đã có một cải thiện đáng kể trong thời gian sống còn và đáp ứng của khối u (9,2-4,2 tháng) [20].

e. Mammalian target of ức chế rapamycin (mTOR)

Temsirolimus

Temsirolimus là thuốc Mammalian target of ức chế rapamycin (mTOR) (21). Bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư thận di căn (mRCC) được chọn ngẫu nhiên điều trị đầu tiên với temsirolimus hoặc đơn trị liệu IFN-alpha hoặc kết hợp. Trong nhóm temsirolimus, thời gian sống còn là 10,9tháng so với 7,3 tháng trong nhóm IFN-alpha (p<0,0069). Tuy nhiên, thời gian sống còn nói chung trong nhóm temsirolimus +IFN-alpha là không cải thiện [8].

Everolimus

Everolimus là thuốc ức chế mTOR đường uống. Giai đoạn nghiên cứu pha III gần đây so sánh everolimus cộng với hỗ trợ chăm sóc tốt nhất (BSC) với giả dược cộng với BSC trong những bệnh nhân đã thất bại trước đó điều trị chống VEGF-R. Trung bình thời gian sống còn là 4 tháng với everolimus so 1,9 tháng với giả dược (p <0.001) [13,22].

Bảng 4: 2010 Hiệp hội Niệu khoa Châu Âu (EAU) khuyến cáo dựa trên bằng chứng cho điều trị hệ thống đầu tiên và thứ hai trong ung thư thận di căn mRCC.

Điều trị	Nguy cơ hay trước điều trị	Thuốc được khuyến cáo
Điều trị đầu tiên	Nguy cơ thấp và trung bình	Sunitinib
		Bevacizumab+ IFN-alpha
		Pazopanib
	Nguy cơ cao	Temsirolimus
Điều trị thứ hai	Ưu tiên cytokine	Sorafenib
		Pazopanib
	Ưu tiên VEGFR	Everolimus
	Ưu tiên mTOR(-)	Thử nghiệm lâm sàng

f. Kết luận

	Mức độ chứng cứ
• Thuốc ức chế kinase Tyrosine (TKIs) làm tăng thời gian sống còn tiến triển hoặc thời gian sống còn tổng thể cả điều trị đầu tiên và thứ hai của mRCC	1b
• Sorafenib đã được chứng minh hiệu quả điều trị thứ hai sau khi thất bại điều trị cytokine hoặc bệnh nhân không thích hợp cho cytokine	1b
• Sunitinib là hiệu quả hơn so với IFN-alpha trong điều trị u có nguy cơ thấp và trung bình	1b
• Sự liên kết giữa bevacizumab và IFN-alpha có hiệu quả hơn so với IFN-alpha trong điều trị đơn độc các khối u có nguy cơ thấp và trung bình	1b
• Pazopanib là tốt hơn giả dược trong bệnh nhân mRCC và sau điều trị cytokine	1b
• Temsirolimus đơn trị liệu trong các bệnh nhân mRCC có nguy cơ cao hiệu quả hơn hơn so với IFN-alpha hoặc temsirolimus +IFN-alpha	1b
• Everolimus kéo dài thời gian sống còn tiến triển ở những bệnh nhân đã thất bại điều trị với TKIs	1b
• Vai trò của các loại thuốc mới vẫn còn đang được nghiên cứu phát triển và các nghiên cứu kết hợp đang được tiến hành. Đến hiện tại, không có số liệu cho thấy các chỉ định các thuốc mới có hiệu quả điều trị. Sự xuất hiện các thuốc mới hứa hẹn sẽ kéo dài thời gian sống còn trong mRCC. Tuy nhiên, sự hứa hẹn đó phải được cân đối độc tính của thuốc và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.	1b

g. Khuyến cáo điều trị hệ thống đối với ung thư thận di căn

Khuyến cáo điều trị hệ thống đối với ung thư thận di căn	Mức độ khuyến cáo
• Sunitinib được khuyến cáo như là thuốc điều trị đầu tiên ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp và trung bình	**A**
• Bevacizumab+IFN-alpha có khuyến cáo như là điều trị đầu tiên trong nguy cơ thấp và trung bình	**A**
• Sorafenib được khuyến cáo như là một thuốc điều trị thứ hai cho mRCC sau khi thất bại cytokine	**A**
• Pazopanib là khuyến cáo như là thuốc điều trị đầu tiên và sau khi thất bại cytokine	**A**
• Everolimus có thể được khuyến cáo như thuốc điều trị thứ hai sau khi thất bại của thuốc ức chế tyrosinekinase	**A**

V. THEO DÕI SAU CẮT THẬN TOÀN PHẦN HOẶC BÁN PHẦN HAY CÁC PHƯƠNG PHÁP LOẠI BƯỚU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THẬN (RCC)

1. Giới thiệu

Theo dõi sau khi điều trị cho RCC cho phép bác sĩ tiết niệu để giám sát hoặc xác định:

- Biến chứng sau phẫu thuật;
- Chức năng thận;
- Tái phát tại vùng sau khi cắt thận một phần hoặc điều trị loại bướu;
- Tái phát thận bên đối diện;
- Phát triển của di căn.

Nhiều bài báo cáo đã được công bố phương pháp và thời gian nghiên cứu. Không có sự thống nhất về vấn đề theo dõi sau khi điều trị ung thư thận RCC và trong thực tế không có bằng chứng chẩn đoán sớm hay muộn cải thiện thời gian sống còn tái phát. Tuy nhiên, theo dõi rất quan trọng nhằm nâng cao kiến thức của chúng ta về ung thư thận (RCC) và nên được thực hiện bởi các bác sĩ tiết niệu, nên ghi lại thời gian tái phát hoặc tiến triển di căn.

Biến chứng hậu phẫu và chức năng thận có thể dễ dàng đánh giá bằng cách kiểm tra tiền sử bệnh, và đo lường creatinine huyết thanh và eGFR. Lặp đi lặp lại theo dõi lâu dài của eGFR được chỉ định nếu chức năng thận bị suy yếu trước khi phẫu thuật hoặc suy giảm sau phẫu thuật. Chức năng thận [1,2] và sống còn không ung thư [3-5] có thể

ưu thế trong điều trị phẫu thuật cắt thận bán phần khi bướu ở giai đoạn T1 và 2[6] (mức độ chứng cứ: 3). Tỉ lệ u tái phát hiếm (2,9%), nhưng chẩn đoán sớm có lợi bởi vì việc điều trị hiệu quả nhất là phẫu thuật giảm bướu (cytoreductive) [7,8]. Tái phát trong bên thận đối diện cũng rất hiếm (1,2%) và có liên quan đến bờ giới hạn bướu (+), nhiều vị trí và mức độ [9] (mức độ chứng cứ: 3).

Lý do cho việc theo dõi là để xác định tái phát tại vùng hoặc di căn sớm. Điều này đặc biệt quan trọng với các phương pháp loại bướu, chẳng hạn như phương pháp cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation). Mặc dù tỉ lệ tái phát cao hơn phẫu thuật thông thường, bệnh nhân vẫn có thể được chữa khỏi bằng phương pháp cắt lạnh hoặc cắt bán phần thận (10) (mức độ chứng cứ: 3). Trong trường hợp di căn, phẫu thuật cắt rộng khối u được coi là tiêu chuẩn điều trị và cả trong trường thận đơn độc. Ngoài ra, trong các thử nghiệm lâm sàng, chẩn đoán sớm u tái phát có thể nâng cao hiệu quả của điều trị hệ thống nếu gánh nặng ung thư là thấp.

2. Những chỉ định cho bệnh nhân, và khi nào

Theo dõi bằng hình ảnh học cho tất cả các bệnh nhân là không cần thiết. Ví dụ, kết quả sau khi phẫu thuật là T1a, độ biệt hóa thấp, u hầu như luôn luôn tốt. Do đó cần có kế hoạch theo dõi hợp lý, có tính đến nguy cơ tái phát hoặc di căn phát triển. Mặc dù không có bằng chứngngẫunhiên tồn tại, có nhiều nghiên cứu lớn kiểm tra các yếu tố tiên lượng với thời gian theo dõi dài và kết luận có thể được rút ra [11-13] (mức độ chứng cứ: 4).

- Khi khả năng tái phát thấp, chụp X-quang ngực và siêu âm có là đủ. Tuy nhiên, độ nhạy của chụp X-quang đối với di căn là thấp và siêu âm có những hạn chế.
- Khi nguy cơ tái phát là trung bình hoặc cao, CT ngực và bụng nên được lựa chọn, mặc dù liều thuốc cản quang có thể ảnh hưởng đến tình trạng bệnh của bệnh nhân[14].

Tùy thuộc vào hiệu quả của các phương pháp điều trị, kế hoạch theo dõi cần nghiêm ngặt hơn, đặc biệt là có một tỉ lệ tái phát tại vùng cao sau khi áp dụng phương pháp cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation). Không có tranh cãi về thời gian theo dõi tối ưu. Một số người lập luận rằng theo dõi bằng hình ảnh sau 5 năm thì không có hiệu quả, tuy nhiên, di căn trễ có nhiều khả năng đơn độc và phải đánh giá và điều trị tích cực hơn. Ngoài ra, bệnh nhân có bướu phát triển trong thận

bên đối diện có thể được điều trị bằng phẫu thuật cắt thận bán phần khi phát hiện bướu còn nhỏ. Hơn nữa, đối với các khối bướu < 4cm, không có sự khác biệt giữa cắt thận một phần và cắt thận bán phần trong bướu tái phát trong suốt thời gian lên theo dõi [15] (mức độ chứng cứ: 3).

Một số tác giả: Kattan, Liebovich, UCLA và Karakiewicz (16-19) thiết kế hệ thống điểm và toán đồ (nomograms)để định lượng khả năng của phát triển bướu tái phát, di căn và tử vong. Các hệ thống này đã được so sánh và xác nhận (20) (mức độ chứng cứ: 2). Sử dụng các biến tiên lượng khác nhau, chế độ theo dõi dựa trên một số giai đoạn đã được đề xuất [21,22], nhưng không bao gồm các phương pháp loại bướu. Một toán đồ (nomograms) sau phẫu thuậtcó sẵncung cấp cho khả năng tái phát tự do tại 5 năm[23]. Gần đây nhất, một mô hình tiên lượng dựa trên tuổi, các triệu chứng và TNM đã được công bố và xác nhận [24] (mức độ chứng cứ: 3). Do đó cần một sự theo dõi bệnh nhân một cách logic sau khi điều trị cho ung thư thận (RCC) để không chỉ phát hiện nguy cơ cho bệnh nhân, mà còn hiệu quả của điều trị (Bảng 10).

3. Kết luận

Theo dõi sau điều trị ung thư thận (RCC) dựa vào các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân và phương pháp điều trị. Mục đích theo dõi là để phát hiện tái phát hoặc di căn trong khi bệnh nhân vẫn còn khả năng phẫu thuật có thể chữa được.

- Trong nhóm có nguy cơ thấp, việc áp dụng Ct scan có thể không thường xuyên (mức độ chứng cứ: 4).
- Trong nhóm có nguy cơ trung bình, theo dõi bằng Ct san vào thời điểm ngắt quãng giữa các lần tái khám theo toán đồ (nomogram). (mức độ chứng cứ: 4).
- Trong nhóm có nguy cơ cao, theo dõi bằng CT thường xuyên mỗi lần tái khám (mức độ chứng cứ: 4).

4. Khuyến cáo

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
• Cường độ theo dõi cho từng bệnh nhân nên được điều chỉnh theo nguy cơ tái phát khối u và phương pháp điều trị	C

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kovacs G, Akhtar M, Beckwith BJ, Bugert P, Cooper CS, Delahunt B, Eble JN, Fleming S, Ljungberg B, Medeiros LJ, Moch H, Reuter VE, Ritz E, Roos G, Schmidt D, Srigley JR, Storkel S, van den Berg E, Zbar B. The Heidelberg classification of renal cell tumours. J Pathol 1997;183(2):131-3

2. Levi F, Ferlay J, Galeone C, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe. BJU Int 2008 Apr;101(8):949-58.

3. Kovacs G, Akhtar M, Beckwith BJ, Bugert P, Cooper CS, Delahunt B, Eble JN, Fleming S, Ljungberg B, Medeiros LJ, Moch H, Reuter VE, Ritz E, Roos G, Schmidt D, Srigley JR, Storkel S, van den Berg E, Zbar B. The Heidelberg classification of renal cell tumours. J Pathol 1997;183(2):131-3.

4. International Agency for Research on cancer (IARC). WHO IARC monographs. Vol. 83, 2004. Available at: http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php [Accessed March 2010].

5. Weikert S, Boeing H, Pischon T, Weikert C, Olsen A, Tjonneland A, Overvad K, Becker N, Linseisen J, Trichopoulou A, Mountokalakis T, Trichopoulos D, Sieri S, Palli D, Vineis P, Panico S, Peeters PH, Bueno-de-Mesquita HB, Verschuren WM, Ljungberg B, Hallmans G, Berglund G, González CA, Dorronsoro M, Barricarte A, Tormo MJ, Allen N, Roddam A, Bingham S, Khaw KT, Rinaldi S, Ferrari P, Norat T, Riboli E. Blood pressure and risk of renal cell carcinoma in the European prospective investigation into cancer and nutrition. Am J Epidemiol 2008 Feb;167(4):438-46.

6. Patard JJ, Rodriguez A, Rioux-Leclercq N, Guille F, Lobel B. Prognostic significance of the mode of detection in renal tumours. BJU Int 2002;90(4):358-63.

7. Tsui KH, Shvarts O, Smith RB, Figlin R, de Kernion JB, Belldegrun A. Renal cell carcinoma: prognostic significance of incidentally detected tumors. J Urol 2001;163(2):426-30.

8. Bergstrom A, Hsieh CC, Lindblad P, et al. Obesity and renal cell cancer-a quantitative review. Br J Cancer 2001 Sep;85(7):984-90.

9. Patard JJ, Rodriguez A, Rioux-Leclercq N, et al. Prognostic significance of the mode of detection inrenal tumours. BJU Int 2002 Sep;90(4):358-63.

10. Kato M Suzuki T,Suzuki Y,etal.Natural history of small renal cell carcinoma: evaluation of growth rate, histological grade, cell proliferation and apoptosis. J Urol 2004 Sep;172(3):863-6.

11. Gong IH Hwang J, Choi DK,etal. Relationship among total kidney volume, renal function and age. J Urol 2012 Jan;187(1):344-9.

12. Ferda J, Hora M, Hes O, et al. Assessment of the kidney tumor vascular supply by two-phase MDCTangiography. Eur J Radiol 2007 May;62(2):295-301

13. Adey GS, Pedrosa I, Rofsky NM, et al. Lower limits of detection using magnetic resonance imaging forsolid components in cystic renal neoplasms. Urology 2008 Jan;71(1):47-51.

14. Janus CL, Mendelson DS. Comparison of MRI and CT for study of renal and perirenal masses.Crit Rev Diagn Imaging 1991;32(2):69-118.

15. Krestin GP, Gross-Fengels W, Marincek B. [The importance of magnetic resonance tomography in thediagnosis and staging of renal cell carcinoma.] Radiologe 1992;32(3):121-6. [Article in German]

16. Putra LG, Minor TX, Bolton DM, et al. Improved assessment of renal lesions in pregnancy withmagnetic resonance imaging. Urology 2009 Sep;74(3):535-9

17. Miles KA, London NJ, Lavelle JM, et al. “CT staging of renal carcinoma: a prospective comparison of three dynamic computed tomography techniques. Eur J Radiol 1991;13(1):37-42

18. Lim DJ, Carter MF. Computerized tomography in the preoperative staging for pulmonary metastases inpatients with renal cell carcinoma. J Urol 1993;150(4):1112-4

19. Marshall ME, Pearson T, Simpson W, et al. Low incidence of asymptomatic brain metastases inpatients with renal cell carcinoma. Urology 1990 Oct;36(4):300-2

20. Warren KS, McFarlane J. The Bosniak classification of renal cystic masses. BJU Int 2005May;95(7):939-42

21. Lebret T, Poulain JE, Molinie V, et al. Percutaneous core biopsy for renal masses: indications, accuracyand results. J Urol 2007 Oct;178(4 Pt 1):1184-8;discussion 1188

22. Schmidbauer J, Remzi M, Memarsadeghi M, et al. Diagnostic accuracy of computed tomographyguidedPercutaneous biopsy of renal masses. Eur Urol 2008 May;53(5):1003-11

23. Volpe A, Mattar K, Finelli A, et al. Contemporary results of percutaneous biopsy of 100 small renal masses: a single center experience. J Urol 2008 Dec;180(6):2333-7.

24. Wang R, Wolf JS Jr, Wood DP Jr, et al. Accuracy of percutaneous core biopsy in management of smallrenal masses. Urology 2009 Mar;73(3):586-90;discussion 590-1.

25. Veltri A, Garetto I, Tosetti I, et al. Diagnostic accuracy and clinical impact of imaging-guided needlebiopsy of renal masses. Retrospective analysis on 150 cases. Eur Radiol 2011 Feb;21(2):393-401.

26. Raz O, Mendlovic S, Shilo Y, Leibovici D, Sandbank J, Lindner A, Zisman A. Positive surgical margins with renal cell carcinoma have a limited influence on long-term oncological outcomes of nephron sparing surgery. Urology 2009 Nov 4.

27. Marszalek M, Meixl H, Polajnar M, Rauchenwald M, Jeschke K, Madersbacher S. Laparoscopic and open partial nephrectomy: a matched-pair comparison of 200 patients. Eur Urol 2009 May;55(5):1171-8.

28. Peycelon M, Hupertan V, Comperat E, Renard-Penna R, Vaessen C, Conort P, Bitker MO, Chartier-Kastler E, Richard F, Rouprêt M. Long-term outcomes after nephron sparing surgery for renal cell carcinoma larger than 4 cm. J Urol 2009 Jan;181(1):35-41.

29. Gill IS, Kavoussi LR, Lane BR, Blute ML, Babineau D, Colombo JR Jr, Frank I, Permpongkosol S, Weight CJ, Kaouk JH, Kattan MW, Novick AC. Comparison of 1,800 laparoscopic and open partial nephrectomies for single renal tumors. J Urol 2007 Jul;178(1):41-6.

30. Delakas D, Karyotis I, Daskalopoulos G, Terhorst B, Lymberopoulos S, Cranidis A. Nephronsparing surgery for localized renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney: a European three-center experience. Urology 2002 Dec;60(6):998-1002.

31. Tsui KH, Shvarts O, Smith RB, Figlin RA, deKernion JB, Belldegrun A. Prognostic indicators for renal cell carcinoma: a multivariate analysis of 643 patients using the revised 1997 TNM staging criteria. J Urol 2000 Apr;163(4):1090-5.

32. Javidan J, Stricker HJ, Tamboli P, Amin MB, Peabody JO, Deshpande A, Menon M, Amin MB. Prognostic significance of the 1997 TNM classification of renal cell carcinoma. J Urol 1999 Oct;162(4):1277-81.

33. Cadeddu JA, Ono Y, Clayman RV, Barrett PH, Janetschek G, Fentie DD, McDougall EM, Moore RG, Kinukawa T, Elbahnasy AM, Nelson JB, Kavoussi LR. Laparoscopic nephrectomy for renal cell cancer: evaluation of efficacy and safety: a multicenter experience. Urology 1998 Nov;52(5):773-7

34. Kuczyk M, Münch T, Machtens S, Bokemeyer C, Wefer A, Hartmann J, Kollmannsberger C, Kondo M, Jonas U. The need for routine adrenalectomy during surgical treatment for renal cell cancer: the Hannover experience. BJU Int 2002 Apr;89(6):517-22.

35. Blom JH, van Poppel H, Maréchal JM, Jacqmin D, Schröder FH, de Prijck L, Sylvester R; EORTC enitourinary Tract Cancer Group. Radical nephrectomy with and without lymph-node dissection: final results of European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) randomized phase 3 trial 30881. Eur Urol 2009 Jan;55(1):28-34.

36. May M, Brookman-Amissah S, Pflanz S, Roigas J, Hoschke B, Kendel F. Pre-operative renal arterial embolisation does not provide survival benefit in patients with radical nephrectomy for renal cell carcinoma. Br J Radiol 2009 Aug;82(981):724-31.

37. Baird AD, Woolfenden KA, Desmond AD, Fordham MV, Parsons KF. Outcome and survival with nonsurgical management of renal cell carcinoma. BJU Int 2003 May;91:600-2.

38. Maxwell NJ, Saleem Amer N, Rogers E, Kiely D, Sweeney P, Brady AP. Renal artery embolization in the palliative treatment of renal carcinoma. Br J Radiol 2007 Feb;80(950):96-102.

39. Kickuth R, Waldherr C, Hoppe H, Bonel HM, Ludwig K, Beck M, Triller J. Interventional management of hypervascular osseous metastasis: role of embolotherapy before orthopedic tumor resection and bone stabilization. AJR Am J Roentgenol 2008 Dec;191(6):W240-7.

40. Forauer AR, Kent E, Cwikiel W, Esper P, Redman B. Selective palliative transcatheter embolization ofbony metastases from renal cell carcinoma. Acta Oncol 2007;46(7):1012-18.

41. Martin GL, Castle EP, Martin AD, Desai PJ, Lallas CD, Ferrigni RG, Andrews PE. Outcomes of laparoscopic radical nephrectomy in the setting of vena caval and renal vein thrombus: seven-year experience. J Endourol 2008 Aug;22(8):1681-5.

42. Becker F, Siemer, S, Humke U, Hack M, Ziegler M, Stöckle M. Elective nephron-sparing surgery should become standard treatment for small unilateral renal cell carcinoma: long-term survival data of 216 patients. Eur Urol 2006 Feb;49(2):308-13.

43. Matin SF, Gill IS, Worley S, Novick AC. Outcome of laparoscopic radical and open partial nephrectomy for the sporadic 4 cm or less renal tumor with a normal contralateral kidney. J Urol 2002 Oct;168:1356-9; discussion 1359-60.

44. Leibovich BC, Blute ML, Cheville JC, Lohse CM, Weaver AL, Zincke H. Nephron sparing surgery for appropriately selected renal cell carcinoma between 4 and 7 cm results in outcome similar to radical nephrectomy. J Urol 2004 May;171(3):1066-70.

45. Thompson RH, Siddiqui S, Lohse CM, Leibovich BC, Russo P, Blute ML. Partial versus radical nephrectomy for 4 to 7 cm renal cortical tumors. J Urol 2009 Dec;182(6):2601-6.

46. Thompson RH, Frank I, Lohse CM, Saad IR, Fergany A, Zincke H, Leibovich BC, Blute ML, Novick AC. The impact of ischemia time during open nephron sparing surgery on solitary kidneys: a multiinstitutional study. J Urol 2007 Feb;177(2):471-6.

47. Pasticier G, Timsit MO, Badet L, De La Torre Abril L, Halila M, Fassi Fehri H, Colombel M, Martin X. Nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma: detailed analysis of complications over a 15-yearperiod. Eur Urol 2006 Mar;49(3):485-90.

48. Lane BR, Novick AC, Babineau D, Fergany AF, Kaouk JH, Gill IS. Comparison of laparoscopic and open partial nephrectomy for tumor in a solitary kidney. J Urol 2008 Mar;179(3):847-51; discussion 852.

49. McKiernan J, Simmons R, Katz J, Russo P. Natural history of chronic renal insufficiency after partial and radical nephrectomy. Urology 2002 Jun;59(6):816-20.

50. Thompson RH, Boorjian SA, Lohse CM, Leibovich BC, Kwon ED, Cheville JC, Blute ML. Radical nephrectomy for pT1a renal masses may be associated with decreased overall survival compared with partial nephrectomy. J Urol 2008 Feb;179(2):468-71; discussion 472-3.

51. Huang WC, Elkin EB, Levey AS, Jang TL, Russo P. Partial nephrectomy versus radical nephrectomy in patients with small renal tumors–is there a difference in mortality and cardiovascular outcomes? J Urol 2009 Jan;181(1):55-61; discussion 61-2.

52. Miller DC, Schonlau M, Litwin MS, Lai J, Saigal CS. Urologic Diseases in America Project. Renal and cardiovascular morbidity after partial or radical nephrectomy. Cancer 2008 Feb 1;112(3):511-20.

53. Chung SD, Huang KH, Lai MK, Huang CY, Pu YS, Yu HJ, Chueh SC. Long-term follow-up of handassisted laparoscopic radical nephrectomy for organ-confined renal cell carcinoma. Urology 2007 Apr;69:652-5.

54. Hemal AK, Kumar A, Gupta NP, Kumar R. Oncologic outcome of 132 cases of laparoscopic radical nephrectomy with intact specimen removal for T1-2N0M0 renal cell carcinoma. World J Urol 2007 Dec;25:619-26.

55. Burgess NA, Koo BC, Calvert RC, Hindmarsh A, Donaldson PJ, Rhodes M. Randomized trial of laparoscopic v open nephrectomy. J Endourol 2007 Jun;21:610-13.

56. Nambirajan T, Jeschke S, Al-Zahrani H, Vrabec G, Leeb K, Janetschek G. Prospective randomized controlled study: transperitoneal laparoscopic versus retroperitoneoscopic radical nephrectomy. Urology 2004 Nov;64(5):919-24.

57. Godoy G, Ramanathan V, Kanofsky JA, O'Malley RL, Tareen BU, Taneja SS, Stifelman MD. Effect of warm ischemia time during laparoscopic partial nephrectomy on early postoperative glomerular filtration rate. J Urol 2009 Jun;181(6):2438-43.

58. Lane BR, Babineau DC, Poggio ED, Weight CJ, Larson BT, Gill IS, Novick AC. Factors predicting renal functional outcome after partial nephrectomy. J Urol 2008 Dec;180(6):2363-8.

59. Abou Youssif T, Kassouf W, Steinberg J, Aprikian AG, Laplante MP, Tanguay S. Active surveillance for selected patients with renal masses: updated results with long-term follow-up. Cancer 2007 Sep 1;110(5):1010-14.

60. Gong EM, Orvieto MA, Zorn KC, Lucioni A, Steinberg GD, Shalhav AL. Comparison of laparoscopic and open partial nephrectomy in clinical T1a renal tumors. J Endourol 2008 May;22:953-7.

61. La Rochelle J, Shuch B, Riggs S, Liang LJ, Saadat A, Kabbinavar F, Pantuck A, Belldegrun A. Functional and oncological outcomes of partial nephrectomy of solitary kidneys. J Urol 2009 May;181(5):2037-42.

62. Kaouk JH, Goel RK. Single-port laparoscopic and robotic partial nephrectomy. Eur Urol 2009 May;55(5):1163-9.

63. Abouassaly R, Lane BR, Novick AC. Active surveillance of renal masses in elderly patients. J Urol 2008 Aug;180(2):505-8; discussion 508-9.

64. Hui GC, Tuncali K, Tatli S, Morrison PR, Silverman SG. Comparison of percutaneous and surgicalapproaches to renal tumor ablation: metaanalysis of effectiveness and complication rates. J Vasc Interv Radiol 2008 Sep;19(9):1311-20.

65. Flanigan RC, Mickisch G, Sylvester R, Tangen C, Van Poppel H, Crawford ED. Cytoreductive nephrectomy in patients with metastatic renal cancer: a combined analysis. J Urol 2004 Mar;171(3):1071-6.

66. Ljungberg B, Landberg G, Alamdari FI. Factors of importance for prediction of survival in patients with metastatic renal cell carcinoma, treated with or without nephrectomy. Scand J Urol Nephrol 2000 Aug;34(4):246-51.

67. Pongracz N, Zimmerman R, Kotz R. Orthopaedic management of bony metastases of renal cancer. Semin Surg Oncol 1988;4(2):139-42.

68. Tongaonkar HB, Kulkarni JN, Kamat MR. Solitary metastases from renal cell carcinoma: a review. J Surg Oncol 1992 Jan;49(1):45-8.

69. van der Poel HG, Roukema JA, Horenblas S, van Geel AN, Debruyne FM. Metastasectomy in renal cell carcinoma: A multicenter retrospective analysis. Eur Urol 1999;35(3):197-203.

70. Coppin C, Porzsolt F, Awa A, Kumpf J, Coldman A, Wilt T. Immunotherapy for advanced renal cell cancer. Cochrane Database Syst Rev 2005 Jan;(1):CD001425.

71. Gore ME, Griffin CL, Hancock B, Patel PM, Pyle L, Aitchison M, James N, Oliver RT, Mardiak J, Hussain T, Sylvester R, Parmar MK, Royston P, Mulders PF. Interferon alfa-2a versus combination therapy with interferon alfa-2a, interleukin-2, and fluorouracil in patients with untreated metastatic renal cell carcinoma (MRC RE04/EORTC GU 30012): an open-label randomised trial. Lancet 2010 Feb 20;375(9715):641-8.

72. Escudier B, Pluzanska A, Koralewski P, Ravaud A, Bracarda S, Szczylik C, Chevreau C, Filipek M, Melichar B, Bajetta E, Gorbunova V, Bay JO, Bodrogi I, Jagiello-Gruszfeld A, Moore N; AVOREN Trial investigators. Bevacizumab plus interferon alfa-2a for treatment of metastatic renal cell carcinoma: a randomised, double-blind phase III trial. Lancet 2007 Dec;370(9605):2103-11.

73. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Rixe O, Oudard S, Negrier S, Szczylik C, Kim ST, Chen I, Bycott PW, Baum CM, Figlin RA. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007 Jan;356(2):115-24.

74. Hudes G, Carducci M, Tomczak P, Dutcher J, Figlin R, Kapoor A, Staroslawska E, Sosman J, McDermott D, Bodrogi I, Kovacevic Z, Lesovoy V, Schmidt-Wolf IG, Barbarash O, Gokmen E, O'Toole T, Lustgarten S, Moore L, Motzer RJ; Global ARCC Trial. Temsirolimus, interferon alfa, or both for advanced renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007 May;356(22):2271-81.

75. Rosenberg SA, Lotze MT, Yang JC, Topalian SL, Chang A E, Schwartzentruber DJ, Aebersold P, Leitman S, Linehan WM, Seipp CA et al. Prospective randomized trial of high-dose interleukin-2 alone or in conjunction with lymphokine-activated killer cells for the treatment of patients with advanced cancer. J Natl Cancer Inst 1993 Apr;21(85):622-32.

76. Fyfe G, Fisher RI, Rosenberg SA, Sznol M, Parkinson DR, Louie AC. Results of treatment of 255 patients with metastatic renal cell carcinoma who received high-dose recombinant interleukin-2 therapy. J Clin Oncol 1995 Mar;13(3):688-96.

77. McDermott DF, Regan MM, Clark JI, Flaherty LE, Weiss GR, Logan TF, Kirkwood JM, Gordon MS, Sosman JA, Ernstoff MS, Tretter CP, Urba WJ, Smith, JW, Margolin KA, Mier JW, Gollob JA, Dutcher JP, Atkins MB. Randomized phase III trial of high-dose interleukin-2 versus subcutaneous interleukin-2 and interferon in patients with metastatic renal cell carcinoma. J Clin Oncol 2005 Jan;23(1):133-41.

78. Yang JC, Sherry RM, Steinberg SM, Topalian SL, Schwartzentruber DJ, Hwu P, Seipp CA, Rogers Freezer L, Morton KE, White DE, Liewehr DJ, Merino MJ, Rosenberg SA. Randomized study of high-dose and low-dose interleukin-2 in patients with metastatic renal cancer. J Clin Oncol 2003 Aug;21(16):3127-32.

79. Sternberg CN, Davis ID, Mardiak J, Szczylik C, Lee E, Wagstaff J, Barrios CH, Salman P, Gladkov OA, Kavina A, Zarbá JJ, Chen M, McCann L, Pandite L, Roychowdhury DF, Hawkins RE. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: results of a randomized phase iii trial. J Clin Oncol. 2010 Jan 25. [Epub ahead of print]

80. Larkin JM, Eisen T. Kinase inhibitors in the treatment of renal cell carcinoma. Crit Rev Oncol Hematol 2006 Dec;60(3):216-26.

81. Motzer RJ, Escudier B, Oudard S, Hutson TE, Porta C, Bracarda S, Grünwald V, Thompson JA, Figlin RA, Hollaender N, Urbanowitz G, Berg WJ, Kay A, Lebwohl D, Ravaud A; RECORD-1 Study Group. Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebocontrolled phase III trial. Lancet 2008 Aug;372(9637):449-56.

82. Pettus JA, Jang TL, Thompson RH, Yossepowitch O, Kagiwada M, Russo P. Effect of baseline glomerular filtration rate on survival in patients undergoing partial or radical nephrectomy for renal cortical tumors. Mayo Clin Proc 2008 Oct;83(10):1101-1106.

83. Snow DC, Bhayani SB. Chronic renal insufficiency after laparoscopic partial nephrectomy and radical nephrectomy for pathologic T1A lesions. J Endourol 2008 Feb;22(2):337-41.

84. Thompson RH, Boorjian SA, Lohse CM Liebovich BC, Kwon ED, Chelville JC, Blute ML. Radical nephrectomy for pT1a renal masses may be associated with decreased overall survival compared to partial nephrectomy. J Urol 2008 Feb;179(2):468-71; discussion 472-3.

85. Huang WC, Elkin EB, Levey AS, Jang TL, Russo P. Partial nephrectomy versus radical nephrectomy in patients with small renal tumors–is there a difference in mortality and cardiovascular outcomes? J Urol 2009 Jan;181(1):55-61; discussion 61-2.

86. Zini L, Perotte P, Capitanio U, Jeldres C, Shariat SF, Antebi E, Saad F, Patard JJ, Montorsi F, Karakiewicz PI. Radical versus partial nephrectomy: effect on overall and noncancer mortality.Cancer 2009 Apr;115(7):1465-71.

87. Jeldres C, Patard JJ, Capitano U, Perotte P, Suardi N, Crepel M, Ficarra V, Cindolo L, de la Taille A, Tostain J, Pfister C, Albouy B, Colombel M, Mejean A, Lang H, Jacqmin D, Bernhard JC, Ferriere JM, Bensalah K, Karakiewicz PI. Partial versus radical nephrectomy in patients with adverse clinical or pathologic characteristics. Urology 2009 Jun;73(6):1300-5.

88. Bruno JJ, Snyder ME, Motzer RJ, Russo P. Renal cell carcinoma local recurrences, jmpact of surgical treatment and concomitant metastasis on survival. BJU Int 2006 May;97(5):933-8.

89. Sandhu SS, Symes A, A'Hern R, Sohaib SA, Eisen T, Gore M, Christmas TJ. Surgical excision of isolated renal-bed recurrence after radical nephrectomy for renal cell carcinoma. BJU Int 2005 Mar;95(4):522-5.

90. Bani-Hani AH, Leibovich BC, Lohse CM, Cheville JC, Zincke H, Blute ML. Associations with contralateral recurrence following nephrectomy for renal cell carcinoma using a cohort of 2,352 patients. J Urol 2005 Feb;173(2);391-4.

91. Matin SF, Ahrar K, Cadeddu JA, Gervais DA, McGovern FJ, Zagoria RJ, Uzzo RG, Haaga J, Resnick MI, Kaouk J, Gill IS. Residual and recurrent disease following renal energy ablative therapy: a multiinstitutional study. J Urol 2006 Nov;176(5):1973-1977.

BƯỚU LÀNH TÍNH Ở THẬN

(Benign Renal Tumors)

I. NANG THẬN

Bệnh nang thận có thể gặp ở 50% dân số nhưng thường thầm lặng và được phát hiện tình cờ qua các xét nghiệm hình ảnh hoặc sau khi tử thiết.

Trong nghiên cứu bởi Terada và cộng sự (2008) 61 bệnh nhân có nang thận đơn giản và theo dõi trung bình 10 năm, các tác giả lưu ý rằng các nang tăng cả về kích thước và số lượng theo thời gian. Mức tăng trung bình là 1,9 mm mỗi năm. Điều thú vị là có hai nang phát triển thành ung thư trong quá trình nghiên cứu và không ghi nhận sự khác biệt về lâm sàng với các bướu lành tính khác. Các yếu tố nguy cơ cho sự phát triển của nang gồm: tuổi, nam giới, tăng huyết áp, suy thận (Terada và cộng sự , 2004).

Nang thận là tổn thương thận lành tính thường gặp nhất, chiếm hơn 70% các khối ở thận không có triệu chứng. Các nang có thể đơn độc hay nhiều nang, 1 bên hoặc 2 bên thận (Terada và cộng sự, 2002).

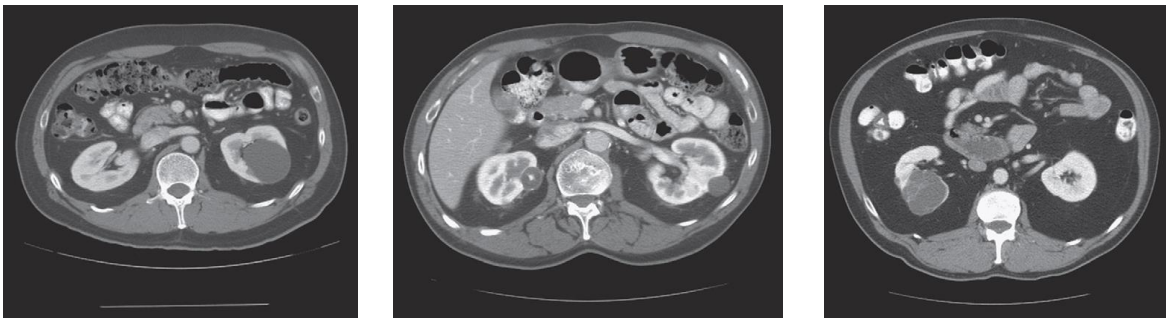
Nang thận có thể gây ra các triệu chứng như: đau hoặc cảm giác nặng vùng hông lưng, cao huyết áp, tiểu máu, nhiễm trùng, chèn ép gây bế tắc đường tiết niệu trên.

Nang thận có thể được khảo sát bằng siêu âm, CT hoặc MRI. Trên siêu âm, nang thận đơn giản có thành trơn láng, dịch bên trong không phản âm. Nếu có phản âm, vôi hóa, nốt, hoặc vách trong nang qua siêu âm là những nang phức tạp và cần được khảo sát bằng hình ảnh học có tiêm thuốc cản quang (Quaia et al, 2008 ; Eknoyan , 2009).

Phân loại Bosniak là phương pháp hữu ích nhất trong việc khảo sát các nang thận (Israel và Bosniak năm 2005; Warren và McFarlane, 2005). Nhìn chung, Bosniak type I, II, và IIF thường là lành tính, do đó không cần điều trị, cần theo dõi bằng hình ảnh học.

Phân loại Bosniak	Hình ảnh học	Tỉ lệ ung thư	Điều trị
I	Nang đơn giản, vách mỏng không vôi hóa, dịch trong nang mật độ nước, không bắt thuốc cản quang.	1.7%	Không điều trị, theo dõi
II	Có thể có vài vách mỏng và ít vôi hóa trên thành hoặc vách. Tổn thương đồng dạng <3cm (còn gọi là bướu nang mật độ cao) giới hạn rõ và bắt thuốc cản quang.	18.5%	Không điều trị, theo dõi
IIF	Có thể chứa nhiều nốt vôi hoá, vách mỏng, thành hoặc vách dày. Không bắt thuốc cản quang, bờ giới hạn rõ. Tổn thương ≥ 3 cm cũng được xếp vào loại này.	18.5%	Chụp lại để theo dõi kích thước
III	Thành và vách nang dày không đều, khó xác định. Tăng cản quang	33%	Cắt bỏ
IV	Nang gần như ác tính, gồm loại III + tăng cản quang mô mềm.	92.5%	Cắt bỏ

Vì loại III và IV nguy cơ ác tính cao nên cần được điều trị phẫu thuật cắt bỏ. Đại đa số bướu nang đơn giản thường không cần tiếp tục theo dõi hoặc điều trị (Eknoyan, 2009). Nang lành tính hiếm khi to lên gây đau hoặc tăng huyết áp (Porpiglia et al, 2009; Zerem et al, 2009). Triệu chứng này cũng có thể xảy ra do hậu quả của xuất huyết trong nang tự phát hoặc chấn thương làm vỡ nang (Hughes và cộng sự, 1995; Rainio et al, 2006; Ishikawa và cộng sự, 2008; Vaidyanathan và cộng sự, 2008). Đối với các trường hợp nang thận có kích thước lớn và có triệu chứng thì có chỉ định can thiệp bằng cách chọc hút nang thận dưới hướng dẫn siêu âm và chích xơ bằng ethnol 95 độ hoặc cắt bỏ chỏm nang qua phẫu thuật nội soi. Do nang gần với các cấu trúc quan trọng của thận , nên nội soi là phương pháp tiếp cận an toàn và hiệu quả (Okumura và cộng sự, 2003; Camargo và cộng sự, 2005).



A **B** **C**

Hình 1. A: nang thận Bosniak I. **B:** nang thận Bosniak II, có vôi hóa bên trong. **C:** nang thận Bosniak IIF, có vài vách mỏng trong nang (Copyright 2009, C.G. Wood.)

II. BƯỚU TUYẾN VỎ THẬN (RENAL CORTICAL ADENOMA)

Bướu tuyến vỏ thận vẫn còn là một đề tài tranh cãi trong tiết niệu. Tỉ lệ mắc bướu tuyến vỏ thận tăng theo độ tuổi và giới tính nam, và những khối bướu này cũng có liên quan đến nang thận ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (Leroy và cộng sự, 2001; Denton và cộng sự, 2002; Snyder et al, 2006; Ferda và cộng sự, 2007). Bướu thường nhỏ, nằm ở phần ngoài vỏ thận và có hình nhú về mô học. Phần lớn không có triệu chứng lâm sàng và chỉ được phát hiện lúc mổ tử thi hay trên thận được cắt bỏ vì nguyên nhân khác.Tỉ lệ mắc bướu tuyến vỏ thận trong khám nghiệm tử thi khoảng 7% đến 23% (Licht, 1995 ; Renshaw, 2002 ; Minor et al, 2003). Trước đó Bell (1950) nhận thấy qua giải phẫu tử thi thì các bướu dưới 3cm ít gây di căn, trong khi các bướu lớn hơn 3cm lại có di căn nhiều hơn.

Bướu tuyến vỏ thận có thể có mối liên quan sinh học với sự phát triển của RCC và có khả năng hoá ác.

Đại đa số bướu tuyến vỏ thận không triệu chứng, và thường không thể phát hiện qua hình ảnh học do kích thước nhỏ (<1 cm), và không cần điều trị thêm. Chẩn đoán bướu tuyến vỏ thận vẫn còn gây tranh cãi, nhiều người tin rằng tất cả chúng có nguồn gốc từ biểu mô thận đặc có tiềm năng ác tính, do đó cần điều trị (Renshaw, 2002).

III. BƯỚU TUYẾN TRUNG THẬN (METANEPHRIC ADENOMA):

Bướu tuyến trung thận mới được mô tả gần đây, là bướu lành tính hiếm mà hình ảnh học thường khó phân biệt được với RCC. Bướu thường được tìm thấy tình cờ, ở nữ, khoảng 50-60 tuổi.

Chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt bướu.

Hình 2.CT scan bướu tuyến trung thận của một bệnh nhân nữ trung niên

IV. ONCOCYTOMA

Oncocytoma thận là bướu lành tính thường gặp nhất xuất hiện như một khối tăng cản quang trên hình ảnh cắt ngang và được xem là RCC cho đến khi có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cắt bướu. Đây là một trong những thách thức trong chẩn đoán trước phẫu thuật cho các bác sĩ niệu khoa, chiếm 3% đến 7% bướu thận (Morra và Das, 1993). Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh nhiều gấp đôi nữ (2 : 1), bệnh thường xuất hiện sau 50 tuổi.

Oncocytoma thận thướng có một bao xơ bọc bên ngoài, ít khi xâm lấn bao thận, các đài bể thận hay mô quanh thận. bướu thường có màu vàng hay màu nâu nhạt, trung tâm có sẹo hình sao, và không có mô hoại tử. Oncocytoma ít khi xuất hiện trên cả hai thận.

Về mô học, oncocytoma biệt hóa bao gồm các tế bào biểu mô to, dồng đều, với bào tương ư eosin. Oncocytoma có nguồn gốc từ các ống thận xa, tương tự như chromophobe RCC, và có thể nằm trong hội chứng di truyền Birt-Hogg-Dube. Tuy nhiên, không có bằng chứng cho thấy oncocytoma chuyển thành ác tính.

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, bệnh nhân có biểu hiện đau vùng thắt lưng và tiểu máu khoảng 20% trường hợp. Nếu nghi ngờ Oncocytoma trước mổ, có thể sinh thiết bướu qua da nếu bướu ở vị trí thuận lợi. Cắt lạnh bướu không đáng tin cậy phân biệt oncocytoma và RCC, do đó không nên sử dụng để hướng dẫn phẫu thuật.

Hình 3. CT scan của bệnh nhân có oncocytoma thận 2 bên (Copyright 2009, S.F. Matin.)

V. BƯỚU CƠ MỠ MẠCH MÁU (ANGIOMYOLIPOMA)

Bướu mỡ - cơ – mạch (AML) thận là một khối bướu lành tính bao gồm mạch máu, các tế bào cơ trơn và tế bào mỡ. Mô mỡ chiếm tới 80% khối lượng. Phần lớn mô mỡ thuộc nhóm trưởng thành nên có trị số hấp thu âm tính trên chụp cắt lớp vi tính.

Bướu AML thận được xác định đầu tiên bởi Fischer 1911, tên hiện tại của nó đã được đưa ra bởi Morgan năm 1951.

Khác với các loại bướu xuất hiện lẻ tẻ, thể xơ củ (tuberous sclerosis) được Bourneville mô tả năm 1880, bao gồm các triệu chứng chậm phát triển trí tuệ, động kinh, bướu tuyến bã đậu ở mặt và bướu AML thận.

- **Về phân loại:**

AML là các khối bướu bao gồm những tế bào thượng bì ngoại vi mạch, nghĩa là các tế bào tìm thấy quanh các mạch máu nhỏ dính hoặc đi kèm với các tế bào biểu mô. Khối bướu loại này được biết đến như là PEComa, chính là loại khối bướu nhu mô mạc treo có liên quan đến các tế bào hình thành nên mô liên kết, hệ lympho và tim mạch.

Bướu AML thận từng được coi là một Hamartoma (các khối bướu lành tính bao gồm các tế bào nằm đúng vị trí nhưng hình thành các khối bướu do bị rối loạn tổ chức), hay Choristoma (là các khối bướu lành tính gồm các tế bào bình thường trong một vị trí khác thường).

- Có hai loại thể bệnh:

  - **Thể xơ củ chiếm 20% các AML thận, ở 1 thận hay 2 thận,** thường hay phát triển to và gây chảy máu.
  - Loại bướu xuất hiện lẻ tẻ, chiếm 80% các AML thận, có xu hướng xuất hiện muộn hơn ở người trưởng thành hoặc ở phụ nữ tuổi trung niên và ít gây biến chứng hơn.

- Có nhiều thụ thể của progesteron và estrogen được tìm thấy ở nhân tế bào cơ trơn của bướu.

- Trong phức hợp xơ củ có ***2 gen*** được tìm thấy là gen TSCl ***ở*** nhiễm sắc thể 9 và gen TSC2 ở nhiễm sắc thể 16, có sản xuất chất tuberin. Di truyền theo kiểu autosôm trội, nhưng lại xuất hiện bất thường, có thể là do các gen này là gen ức chế bướu.

Đặc điểm lâm sàng:

Tình huống phát hiện bướu thận là phần lớn phát hiện tình cờ bằng siêu âm vì bệnh nhân đi khám vì triệu chứng tiết niệu hay bệnh khác. Khi chẩn đoán một trường hợp bướu thận, đầu tiên nên nghĩ đến RCC.

Tương tự như ung thư tế bào thận (RCC), hầu hết các bướu AML thận được chẩn đoán một cách tình cờ.

Bệnh nhân đến khám thường là nữ, độ tuổi 40, có những triệu chứng sau:

- Đau bụng và thắt lưng (80%)
- Bướu thận to(50%),
- Tiểu ra máu (25%),
- Xuất huyết sau phúc mạc (30%)
- Tăng huyết áp (20%),
- Thiếu máu (20%),
- Suy thận (5%),
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (5%).
- Khi có hội chứng xơ cũ, bướu AML xuất hiện ở 1 hay 2 thận gây suy thận nếu bướu phát triển quá to.

Bướu AML thận nhỏ hơn 4cm thườngđược theo dỏi dè dặt, tuy nhiên bướu AMLlớn hơn 4cm có triệu chứng trong khoảng 82% các trường hợp và đòi hỏi can thiệp. Vấn đề thường gặp là đau bụng, sờ thấy khối bướu và chứng phình vỡ động mạchtự phát.

Triệu chứng của bướu AML thận xuất hiện khi bướu lớn, nhưng tập trung nhiều khi bướu > 4 cm. Có 82% bệnh nhân có bướu > 4 cm có triệu chứng, với 9% trường hợp sốc do xuất huyết bướu. Ngược lại, bệnh nhân có bướu nhỏ chỉ có 23 % là có triệu chứng.

Có thể sờ thấy khối bướu ở bụng khi khối bướu đã quá lớn. 87% có triệu chứng xuất huyết trong bướu hoặc xuất huyết sau phúc mạc lớn, trong đó xuất huyết sau phúc mạc là biến chứng quan trọng nhất của bướu AML thận chiếm 10 % bệnh nhân.

Nguyên nhân phổ biến nhất của xuất huyết sau phúc mạc tự phátlà bướu AML thận, tiếp theo là RCC. Trong giai đoạn mang thai sẽ làm gia tăng nguy cơ xuất huyết từ bướu AML thận.

Nếu mạch máu bị dãn rộng trong bướu AML thận vỡ ra, dẫn đến hậu quả xuất huyết vào khoang sau phúc mạc lớn, gây đau đột ngột kèm theo buồn nôn và nôn ói. Khi bệnh nhân đến nhập viện vào khoa cấp cứu thì có đến 20% trường hợp bị sốc.

Chẩn đoán cận lâm sàng

1. Siêu âm bụng tổng quát:

Phân biệt bướu AML thận và bướu RCC thận trên siêu âm:

- Chẩn đoán bướu AML thận dựa vào siêu âm có thể thường nhầm lẫn với bướu RCC thận lên đến 12% và tăng đến hơn 30% khi bướu nhỏ (<3 cm).
- So sánh các đặc điểm siêu âm của AML và RCC cho thấy một vành giảm cản âm và / hoặc trong nang gợi ý nhiều RCC, cản âm dày có bóng lưng trong 33% của AML và không có trong RCC.
- Tổn thương thận nhỏ (<3 cm) bướu AML thận có thể có bóng lưng (21%), nhưng không có trong bướu RCC thận. Bướu thận có cản âm dày với bóng lưng gợi ý nhiều đến AML, nhưng không phải là phương pháp có độ nhạy cao.
- Bướu AML thận có ít mỡ có các cản âm cùng đậm độ, đồng nhất trong bướu AML thận và không có trong bướu RCC thận.

2. CT scan bụng cản quang và không cản quang:

- Giúp phát hiện ra bướu thận hoặc các tổn thương nghi ngờ là bướu. Chụp CT bụng không cản quang trước, sau đó bơm thuốc cản quang, phim chụp sau 1 phút sẽ thấy rõ nhu mô thận, sau đó 10 phút chụp 1 phim.
- CT cho kết quả mô tả chi tiết và nhanh chóng cũng như cho phép đo kích thước chính xác. Song, nếu có tiêm thuốc cản quang để mô tả kỹ hơn cho tổn thương của bướu thì sẽ có nguy cơ nguy hiểm và gây độc cho thận.
- CT có thể đánh giá sự xâm lấn vùng của bướu và xâm lấn mạch máu (hay có hiện diện của chồi bướu trong tĩnh mạch), khi có hiện diện của thành phần mỡ

trong bướu có thể là bướu AML thận trong những trường hợp khó chẩn đoán bằng siêu âm.

- CT cũng cho phép phát hiện sự bất thường của thận đối diện hay không.

3. Chụp cộng hưởng từ (MRI):

MRI an toàn hơn CT nhưng nhiều bệnh nhân (đặc biệt trên các bệnh nhân có rối loạn hành vi và trên các bệnh nhân có tuberous sclerosis) đòi hỏi phải dùng thuốc an thần hoặc gây mê và vì thế scan không thể thực hiện nhanh chóng được.

MRI cũng được chỉ định khi nghi ngờ có chồi bướu trong tĩnh mạch, xác định xem nó ăn lan tới đâu (tĩnh mạch chủ hay tới tâm nhĩ phải), MRI cũng có thể thay thế CT để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bướu khi không thể thực hiện CT như dị ứng thuốc, suy thận.

Theo dõi và điều trị bướu AML thận

Hầu hết AML thận không phát triển thêm. Tuy nhiên, một số phát triển chậm, thường với tỉ lệ 5% mỗi năm tương đương 0,088 cm mỗi năm.

Một số bướu AML thận, đặc biệt là bướu lớn hơn 4 cm, có thể gây chảy máu nhiều và trầm trọng, có thể đe dọa tính mạng. Như vậy, dù bướu AML thận là lành tính, một số bướu có thể được chỉ định theo dõi hình ảnh học ngay cả khi không có triệu chứng.

Các điều trị bảo tồn thận với bướu AML thận nhỏ cần can thiệp

- Tắc mạch chọn lọc
- Cắt thận bán phần

- Thuyên tắc mạch chọn lọc lựa chọn cho các bệnh nhân có thể ảnh hưởng chức năng thận trong tương lai như:

- Bướu AML thận trong TSC bị bướu 2 bên
- Suy thận đã có từ trước
- Bướu AML thận lớn trên thận đơn độc
- Bệnh cấp cứu và có khả năng xuất huyết đe dọa tính mạng yêu cầu cắt thận

Mặc dù, tắc mạch chọn lọc ghi nhận thành công lâu dài trong các trường hợp nhưng có một tỉ lệ lớn bệnh nhân phải trải qua tắc mạch lặp đi lặp lại khi có xuất huyết bướu tái phát, đôi khi cần cắt thận bán phần.

Phương pháp điều trị xâm lấnnhư cắt bỏ khối bướu bằng đốt nhiệt cũng đã được sử dụng để điều trị bướu AML thận, nhưng thời gian theo dõi vẫn còn ngắn, đánh giá thành công vẫn còn kém và thời gian để tiếp tục theo dõi bằnghình ảnh học là không rõ.

Phương pháp điều trị xâm lấn này có thể có vai trò để điều trị bệnh nhân bướu AML thận có TSC hoặc bệnh nhân lớn tuổi với các bệnh đi kèm cần điều trị và không điều trị tắc mạch được.

- Chỉ định chính để can thiệp phẫu thuật điều trị, bao gồm:
  - Có triệu chứng đau
  - Xuất huyết khối bướu sau phúc mạc
  - Nghi ngờ ác tính.

Theo Hướng dẫn điều trị của Hội niệu khoa Châu Âu 2014 thì bướu AML thận xem xét điều trị (phẫu thuật, đốt nhiệt, tắc mạch chọn lọc) trong các trường hợp:

- Bướu lớn (ngưỡng đề nghị can thiệp không rõ, thường kích thước bướu >4 cm)
- Phụ nữ tuổi sinh đẻ dự định có thai
- Bệnh nhân đang theo dõi bướu AML và không có điều kiện can thiệp cấp cứu đầy đủ.

Đối với bướu AML thận nhỏ hơn 4 cm và không có triệu chứng, theo dõi với siêu âm mỗi 12 tháng.

Nếu khối bướu nhỏ hơn 4 cm và người bệnh có triệu chứng, có thể chọn kỹ thuật điều trị bằng làm tắc mạch chọn lọc hoặc cắt thận bán phần nhưng theo dõi thường được lựa chọn trong thực hành lâm sàng.

Đối với những khối bướu lớn ở những bệnh nhân không có triệu chứng, theo dõi với CT hoặc siêu âm bụng tổng quát được khuyến khích.

Bệnh nhân có triệu chứng với những khối bướu lớn hơn 4 cm, đặc biệt là những người có khối bướu đã bị xuất huyết, điều trị tắc mạch chọn lọc hoặc cắt thận bán phần thường được khuyến cáo.

VI. BƯỚU THẬN DẠNG NANG VÀ BƯỚU HỖN HỢP MÔ ĐỆM/BIỂU MÔ

(CYSTIC NEPHROMA AND MIXED EPITHELIAL/STROMAL TUMOR)

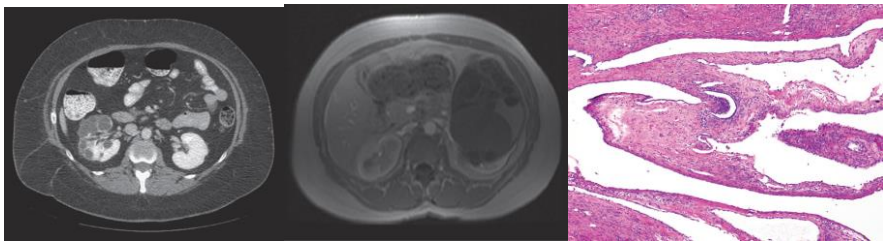
Mặc dù được WHO phân thành 2 loại bướu riêng biệt, bướu thận dạng nang và bướu hỗn hợp mô đệm/biểu mô là bướu lành tính có lâm sàng và hình ảnh học chồng chéo nhau. Các hormon giới tính có thể đóng vai trò trong sinh bệnh học của các tổn thương trên.

6.1. Bướu thận dạng nang

Bướu thận dạng nang là một tổn thương thận, với đỉnh tuổi 2-3 tuổi (chủ yếu ở nam giới), và 40-50 tuổi (nữ gấp 8 lần nam).

Khó phân biệt trên hình ảnh học giữa bướu thận dạng nang với bướu Wilms ở trẻ em và RCC ở người lớn (Vujanic và cộng sự, 2000).

Hầu hết bướu thận dạng nang trẻ em được cắt thận triệt để, trong khi ở người lớn cắt bán phần thận.



A B C

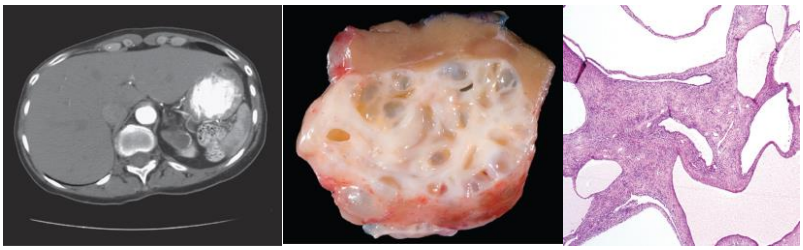
Hình 5. CT (**hình A**) và MRI (**hình B**) không giúp phân biệt với RCC hoặc bướu Wilms dạng nang. **Hình C**: các khoảng không gian trong nang được lót bởi biểu mô phẳng.

6.2. Bướu mô hỗn hợp đệm/biểu mô (MEST):

MEST là một bướu thận lành tính hiếm gặp với thành phần hỗn hợp biểu mô và trung mô. Tương tự như bướu thận dạng nang, MEST ưu thế ở nữ, khoảng 40 tuổi. Đa số bệnh nhân nữ có tiền căn sử dụng liệu pháp thay thế estrogen, và bệnh nhân nam duy nhất bị MEST do sử dụng kháng androgen điều trị ung thư tuyến tiền liệt (Adsay và cộng sự, 2000).

Hình ảnh của MEST là một khối nang thận phức tạp, thuộc Bosnia loại III IV, không thể phân biệt với RCC (Adsay và cộng sự, 2000).

Chẩn đoán MEST trước phẫu thuật cần được xem xét với phụ nữ quanh mãn kinh được điều trị nội tiết tố; Tuy nhiên, vì hình ảnh học không đáng tin cậy để phân biệt với RCC, nên phương pháp thích hợp với bệnh nhân là phẫu thuật.



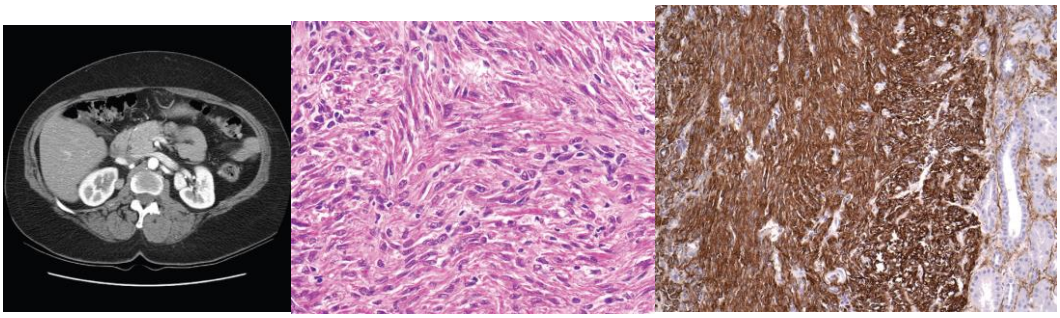
A B C

Hình 6. Hình A: CT scan không thể giúp phân biệt với RCC. **Hình B:** hình đại thể cắt một phần thận thấy nhiều nang kích thước khác nhau được ngăn cách bởi các vách dày màu trắng. **Hình C:** các nang được lót bởi các tế bào đầu đinh và mô đệm tế bào hình thoi.

7) Bướu cơ trơn:

Bướu cơ trơn rất hiếm, có thể phát sinh từ các tế bào cơ trơn bất cứ nơi nào dọc theo đường sinh dục (Tamboli và cộng sự, 2000). Ở thận thường phát sinh từ bao thận, nhưng bể thận và tĩnh mạch thận cũng có thể gặp (Wells và cộng sự, 1981; Steiner et al, 1990; O'Brien và cộng sự, 1992; Rao và cộng sự, 2001). Bướu cơ trơn chiếm khoảng 4,2% đến 5,2% khi khám nghiệm tử thi, nhưng chỉ chiếm khoảng 1,5% của tất cả các khối bướu lành tính thận điều trị phẫu thuật (Romero và cộng sự, 2005).

Khó phân biệt bướu cơ trơn và RCC trên hình ảnh học (Steiner et al, 1990; Derchi et al, 2008). Bướu lớn có thể phải cần cắt thận, nhưng với bướu ngoại biên nhỏ chỉ cần cắt một phần thận.



A B C

Hình 7. Hình A: CT scan cho thấy có một khối ở thận bắt nguồn từ bao thận. **Hình B:** Tế bào hình thoi đồng dạng, nhân hình điếu xì gà mỏng không có dị dạng nhân. **Hình C:** Hóa mô miễn dịch dương mạnh với SMA trong tế bào cơ trơn. Các ống thận bình thường bên phải âm tính với SMA.

8) Các bướu thận lành tính khác:

Các khối bướu lành tính hiếm có nguồn gốc từ các thành phần trung mô khác nhau của thận đã được mô tả bao gồm: bướu xơ, bướu mỡ, bướu bạch huyết, và bướu mạch máu (Ligato và cộng sự, 1999; Tamboli và cộng sự, 2000).

Hình ảnh học hiện tại không giúp phân biệt biệt các bướu lành tính với tổn thương thận ác tính, cần phải phẫu thuật làm giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán.

Bướu tiết renin là bướu lành tính của phức hợp cạnh cầu thận, là một nguyên nhân quan trọng nhưng hiếm gặp của tăng huyết áp thứ phát và hạ kali máu. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là tăng tiết renin: tăng huyết áp, hạ kali máu và các triệu chứng liên quan như đa niệu, đau cơ và đau đầu (Schonfeld et al, 1991; Rubenstein và cộng sự, 2002). Chẩn đoán dựa vào hội chứng cường aldosteron thứ phát, được xác định bằng định lượng renin trong tĩnh mạch thận. Điều trị bằng cách phẫu thuật cắt bướu rất có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kissane JM. The morphology of renal cystic disease. Cystic diseases of the kidneys. John Wiley.
2. Rubenstein CH, Hulbert JC, Pharand D et al. Laparoscopic ablation of symptomatic renal cysts. J Urol 1993.
3. Alan, Wein and MD PhD (Hon) (2012), "Benign Renal Tumors: Angiomyolipoma. ", *Campbell-Walsh Urology – 10th ed*, 51, pp. 1498-1501.
4. Badrinath R, Konety MD, MBA, et al. (2012), "*Renal Parenchymal Neoplasms"*, Smith & Tanagho's General Urology, 8 (22), pp. 330-349.
5. Bissler JJ and Henske EP (2010), "*Renal Manifestations of Tuberous Sclerosis Complex."*, Tuberous Sclerosis Complex: Genes, Clinical Features and Therapeutics. Wiley-VCH Verlag GmbH, pp. 321-325.
6. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, et al. (2004), "*World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics. Tumors of the urinary system and male genital organs"*, Lyon: IARC Press.
7. Forman HP Middleton WD, Melson GL, et al (1993), "*Hyperechoic renal cell carcinomas: increase in detection at US"*, Radiology, 188, pp. 431-434.
8. Jinzaki M, Stuart G., Silverman, et al. (2014), "*Renal angiomyolipoma: a radiological classification and update on recent developments in diagnosis and management"*, Abdomen Imaging.

9. Lane BR, Aydin H, Danforth TL, et al. (2008), "*Clinical correlates of renal angiomyolipoma subtypes in 209 patients: classic, fat poor, tuberous sclerosis associated and epithelioid"*, JUro, (180), pp. 836-843.
10. Ljungberg, Bensalah, Bex, et al. (2015), "*Guidelines on Renal Cell Carcinoma"*, European Association of Urology Guidelines 2015, pp. 31.
11. Nelson CP and Sanda MG (2002), "*Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma"*, J Urol, (168), pp. 1315–1325.
12. Oesterling JE, Fishman EK, Goldman SM, et al. (1986), "*The management of renal angiomyolipoma"*, J Urol (135), pp. 1121-1124.
13. Rimon U, Duvdevani M, Garniek A, et al. (2006), "*Large renal angiomyolipomas: digital subtraction angiographic grading and presentation with bleeding"*, Clin Radiol (61), pp. 520-526.
14. Sanjana Gupta, Gonzalo Correa and Mahmoud Al-Akraa (2012), "*Managing a massive renal angiomyolipoma"*, Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports, (3), pp. 27.
15. Seyam RM, Bissada NK, Kattan SA, et al. (2008), "*Changing trends in presentation, diagnosis and management of renal angiomyolipoma: comparison of sporadic and tuberous sclerosis complex- associated forms"*, Urology (72), pp. 1077-1082.
16. Siegel CL, Middleton WD, Teefey SA, et al. (1996), "*Angiomyolipoma and renal cell carcinoma: US differentiation"*, Radiology (198), pp. 789-793.

BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIỂU TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

a. Sơ lược nội dung

- Bướu niệu mạc đường tiểu trên (BNMĐTT) khá hiếm gặp: 5-10 % các trường hợp bướu của niệu mạc (4),(6).

- Bướu ở vị trí đài-bể thận nhiều gấp 2 lần ở niệu quản.17% trường hợp có bướu bàng quang phát hiện đồng thời (7).

- Tỉ lệ tái phát tại bàng quang: 22-47% (8)(9)(10). Tỉ lệ tái phát tại đường tiểu trên ở đối bên: 2-6% (11)(12).

- 60% BNMĐTT ở giai đoạn xâm lấn vào thời điểm chẩn đoán (13),(14).

- Xuất độ cao nhất trong độ tuổi 70-80. Nam mắc bệnh nhiều gấp 3 lần nữ (15),(16).

b. Phân loại

Phân loại TNM 2009	
T - Primary Tumor (Bướu nguyên phát)	
Tx	Không đánh giá được bướu nguyên phát
T0	Không có bằng chứng của bướu nguyên phát
Ta	Carcinoma dạng nhú, không xâm lấn
Tis	Carcinoma in situ
T1	Bướu xâm lấn mô liên kết dưới niệu mạc
T2	Bướu xâm lấn lớp cơ
T3	Bể thận: bướu xâm lấn quá lớp cơ đến mỡ quanh bể thận hoặc đến nhu mô thận Niệu quản: bướu xâm lấn quá lớp cơ đến mỡ quanh niệu quản
T4	Bướu xâm lấn cơ quan lân cận hoặc mỡ quanh thận
N - Regional lymph Nodes (Hạch vùng)	
Nx	Không đánh giá được hạch vùng
N0	Không di căn hạch vùng
N1	1 hạch di căn ≤2cm
N2	1 hạch di căn 2cm < ...≤5cm hoặc nhiều hạch ≤5cm
N3	Hạch > 5cm
M - Distant Metastasis (Di căn xa)	
M0	Không
M1	Có

2. Phân loại Grade mô học

- Theo WHO 1973:
  - G1: Biệt hoá tốt, độ ác thấp
  - G2: Biệt hoá vừa, độ ác trung bình
  - G3: Biệt hoá kém, độ ác cao
- Theo WHO 2004:
  - Tăng sinh niệu mạc dạng nhú, khả năng ác tính thấp
  - Carcinoma có độ ác thấp
  - Carcinoma có độ ác cao

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Chẩn đoán tình cờ hoặc có triệu chứng:

- Triệu chứng cơ năng
  - Tiểu máu: vi thể hoặc đại thể, chiếm 70-80% (40).
  - Đau hông lưng: 20-40%
- Triệu chứng thực thể
  - Khối u vùng hông lưng: 10-20% (41),(42).

2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh học, nội soi bàng quang, tế bào học nước tiểu và nội soi niệu quản chẩn đoán

a. Chẩn đoán hình ảnh

CT scan hệ niệu có cản quang

- Có độ chính xác cao nhất, thay thế UIV và siêu âm, được coi là xét nghiệm hình ảnh học đầu tay.
- Độ nhạy: 67% - 100%. Độ đặc hiệu: 93% - 99% (43),(45).

MRI

- Được chỉ định cho bệnh nhân không chụp được CT scan

b. Nội soi bàng quang và tế bào học nước tiểu

- Nội soi bàng quang giúp loại trừ bướu bàng quang phát hiện đồng thời.
- Tế bào học nước tiểu: cần lấy nước tiểu chọn lọc.

- Chụp niệu quản - bể thận ngược dòng (UPR): vẫn còn là lựa chọn để loại trừ bướu trong đường tiểu trên.

- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm tế bào học phải được thực hiện trước khi bơm thuốc cản quang chụp UPR

3. Chẩn đoán xác định

- Nội soi niệu quản chẩn đoán và sinh thiết bướu

4. Tiên lượng

Bướu xâm lấn thành cơ thường có tiên lượng xấu.Các yếu tố tiên lượng theo thứ tự quan trọng giảm dần: giai đoạn và grade mô học, carcinoma in situ đồng thời, tuổi, xâm lấn mạch bạch huyết, cấu trúc bướu, hoại tử bướu rộng, vị trí bướu, phái tính

5. Tổng kết tình hình trước mổ (bilan)

Khuyến cáo chẩn đoán BNMĐTT	GR
Tế bào học nước tiểu	A
Nội soi bàng quang	A
CT scan có cản quang hệ niệu	A
Nội soi niệu quản chẩn đoán và sinh thiết	C
Chụp UPR	C

III. ĐIỀU TRỊ

1. Bệnh khu trú

Cắt thận-niệu quản tận gốc

- Cắt thận-niệu quản và một phần bàng quang là tiêu chuẩn vàng trong điều trị BNMĐTT, bất kể vị trí của bướu trong đường tiểu trên.

- Những lưu ý cần phải đảm bảo khi thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS):

  - Tránh thương tổn thông thương vào đường niệu.
  - Tránh chạm dụng cụ phẫu thuật vào bướu.

Khuyến cáo điều trị cắt thận-niệu quản tận gốc	
Chỉ định	**GR**
Nghi ngờ bướu xâm lấn trên hình ảnh học	B
Bướu độ ác tính cao (tế bào học nước tiểu)	B
Nhiều bướu (chức năng 2 thận tốt)	B
Bướu lớn > 2cm dù không xâm lấn	B

Kỹ thuật mổ	
Mổ mở và PTNS có hiệu quả tương đương	B
Cắt bỏ một phần bàng quang là bắt buộc	A
Nạo hạch trong trường hợp bướu xâm lấn	C
Hoá trị bơm bàng quang sau mổ ngừa tái phát tại bàng quang	B

- PTNS phải được thực hiện trong một hệ thống kín và bệnh phẩm phải được đặt vào túi cách ly trước khi lấy ra ngoài.

- Thận và niệu quản phải được cắt bỏ cùng một phần bàng quang thành một khối (en-bloc).

- Bướu T3/T4 và/hoặc N+/M+ là chống chỉ định thực hiện PTNS.

Phẫu thuật bảo tồn

- Được xem xét trong những trường hợp đặc biệt
    - Bắt buộc: suy thận, thận độc nhất
    - Chọn lọc: giai đoạn bướu và độ mô học thấp

Khuyến cáo điều trị bảo tồn (bướu nguy cơ thấp)	
Chỉ định	**GR**
Bướu đơn độc	B
Kích thước nhỏ < 1cm	B
Độ ác tính thấp (tế bào học hoặc sinh thiết)	B
Không có bằng chứng bướu xâm lấn trên CT scan	B
Bệnh nhân tuân thủ việc theo dõi chặt chẻ	B
Kỹ thuật mổ	
Nên dùng laser nếu điều trị nội soi (endoscopy)	C
Máy soi mềm được ưa chuộng hơn máy soi cứng	C
Tiếp cận ngả qua da được lựa chọn trong trường hợp bướu nhỏ, grade thấp, bướu ở đài thận khó khăn nếu tiếp cận qua soi niệu quản ngược dòng	C
Cắt nối niệu quản tận-tận là lựa chọn đối với trường hợp bướu không xâm lấn, grade thấp, của niệu quản 1/3 trên và giữa, không thể lấy bỏ hoàn toàn qua phương pháp nội soi endoscopy	C
Cắt niệu quản đoạn xa và 1 phần bàng quang là lựa chọn trong trường hợp bướu không xâm lấn, grade thấp, ở niệu quản đoạn xa, không thể lấy bỏ hoàn toàn qua phương pháp nội soi endoscopy	C

Truyền BCG hoặc Mitomycin C vào đường niệu qua ngả mở thận ra da hoặc qua thông niệu quản có thể thực hiện sau điều trị bảo tồn.Tuy nhiên, lợi ích vẫn chưa được chứng minh.

2. Bệnh tiến triển

Cắt thận-niệu quản tận gốc không có lợi đối với bệnh đã di căn, nhưng có thể xem xét như phương pháp điều trị tạm bợ.

3. Theo dõi

Khuyến cáo	
Sau điều trị tận gốc, tối thiểu 5 năm	**GR**
Bướu không xâm lấn	
Nội soi BQ / Tế bào học nước tiểu ở 3 tháng, sau đó mỗi năm	C
CT scan mỗi năm	C
Bướu xâm lấn	
Nội soi BQ/ Tế bào học nước tiểu ở 3 tháng, sau đó mỗi năm	C
CT scan mỗi 6 tháng trong 2 năm , sau đó mỗi năm	C
Sau điều trị bảo tồn, tối thiểu 5 năm	
Tế bào học nước tiểu và CTscan ở 3 tháng, 6 tháng và mỗi năm sau đó	C
Nội soi BQ, nội soi niệu quản và tế bào học tại chỗ ở 3 tháng, 6 tháng, mỗi 6 tháng trong 2 năm và mỗi năm sau đó	C

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2011 update. Eur Urol 2011;59:584–94.

2. Ploeg M, Aben KK, Kiemeney LA. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. World J Urol 2009;27:289–93.

3. Cosentino M, Palou J, Gaya JM, et al. Upper urinary tract urothelial cell carcinoma: location as a predictive factor for concomitant bladder carcinoma. World J Urol 2013;31:141–5.

4. Xylinas E, Rink M, Margulis V, et al. Multifocal carcinoma in situ of the upper tract is associated with high risk of bladder cancer recurrence. Eur Urol 2012;61:1069–70.

5. Li W-M, Shen J-T, Li C-C, et al. Oncologic outcomes following three different approaches to the distal ureter and bladder cuff in nephroureterectomy for primary upper urinary tract urothelial carcinoma. Eur Urol 2010;57:963–9.

6. Margulis V, Shariat SF, Matin SF, et al. Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. Cancer 2009;115:1224–33.

7. Rink M, Robinson BD, Green DA, et al. Impact of histological variants on clinical outcomes of patients with upper urinary tract urothelial carcinoma. J Urol 2012;188:398–404.

8. Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours. Urological tumours, renal pelvis and ureter. ed.7. rev. New York, NY: Wiley-Blackwell; 2009. p. 258–61.

9. Roscigno M, Cha EK, Rink M, et al. International validation of the prognostic value of subclassification for AJCC stage pT3 upper tract urothelial carcinoma of the renal pelvis. BJU Int 2012;110: 674–81.

10. Inman BA, Tran VT, Fradet Y, et al. Carcinoma of the upper urinary tract: predictors of survival and competing causes of mortality. Cancer 2009;115:2853–62.

BƯỚU SAU PHÚC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

U sau phúc mạc hiếm gặp trên lâm sàng, chiếm tỉ lệ 0,2 – 0,6% tất cả các u, bao gồm u lành và u ác. Tỉ lệ u sau phúc mạc ác tính khoảng 80 – 85% trường hợp (trong số này 35% là sarcom). Tần suất u không khác nhau nhiều giữa nam và nữ, hầu hết xảy ra giữa 60 và 70 tuổi.

U sau phúc mạc còn gây nhiều thách thức trong điều trị vì bệnh nhân thường đến muộn và u thường nằm gần những cấu trúc quan trọng sống còn của cơ thể (đặc biệt là mạch máu) nên khó cắt bỏ.

2. Phân loại

U nguyên phát: hình thành từ mô sau phúc mạc.

U nguồn gôc trung phôi bì (75%)	
Nguồn gốc mô mỡ	Lipoma/liposarcoma
Nguồn gốc cơ trơn	Leiomyoma/leiomyosarcoma
Nguồn gốc mô liên kết	Firoma/firosarcoma
Nguồn gốc mô bạch huyết	Lymphangioma/lymphangiosarcoma
Nguồn gốc trung mô	Myxoma/myxisarcoma
Nguồn gốc mạch máu	Hemangioma/hemangiosarcoma/ hemangioperycitoma
Không rõ nguồn gốc	Xanthogranuloma
U nguồn gôc thần kinh (25%)	
Nguồn gốc thần kinh	Neurofibroma/Neurilemmoma/malignant Schwannoma
Nguồn gốc giao cảm	Ganglioneuroma/Ganglioneuroblastoma/Neuroblastoma
Nguồn gốc adreno – chromaffin	Cortical Carcinoma/Paraganglioma/Pheocromocytoma
U nguồn gốc dây sống hoặc phôi thai	
Nguồn gốc phôi thai	Teratoma lành tính hoặc ác tính
Nguồn gốc dây sống	Chordoma

U thứ phát

Theo tần suất	
Thường gặp	Cổ tử cung, đại tràng, tuyến tiền liệt, bàng quang
Ít gặp hơn	Tụy, buồng trứng, tử cung, dạ dày, vú, phổi, tinh hoàn

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- U lớn dần, thường không có triệu chứng, khi có triệu chứng khiến bệnh nhân đến khám bệnh thường là giai đoạn muộn. Những triệu chứng thường gặp như:
- Hội chứng cận ung thư:
  - Buồn nôn, nôn
  - Chán ăn, giảm cân
  - Khối u ở bụng (80%).
  - Những triệu chứng do u chèn ép:
  - Đau bụng, táo bón.
  - Nôn ra máu, trĩ.
  - Đau lưng, đau thần kinh tọa.
  - Đau quặn từng cơn: mặt dù u thường làm di lệch niệu quản và ống tiêu hóa nhưng hiếm khi xâm lấn vào niệu quản và ống tiêu hóa. Những triệu chứng của dạ dày – ruột và thận không thường gặp.
  - Bí tiểu, tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu máu.

b. Triệu chứng thực thể

- Những chuỗi hạch, tinh hoàn, tuần hoàn bàng hệ trong thành bụng, phù chi dưới, giãn tĩnh mạch tinh.

2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm

- Hạ đường huyết, tăng canxi máu, tăng ESR, α – fetoprotein, β – HCG (nghi ngờ ung thư tinh hoàn), catecholamin.

b. Chẩn đoán hình ảnh

- X quang ngực: di căn phổi

- X quang bụng: sự thay đổi vị trí của đường viền ngoài thận (displacement of the renal outline), xóa mờ ranh giới cơ psoas (obliteration of the psoas), cảm giác khối ở bụng (sensation of the mass).

- UIV: bế tắc hoặc thay đổi vị trí của niệu quản, vị trí thận bất thường, sự biến dạng của sỏi hoặc bể thận (distortion of stones or renal pelvis), hình ảnh chèn ép bàng quang.

- Siêu âm bụng: đánh giá bản chất u là rắn hay lỏng, liên quan với những cơ quan lân cận.

- CT scan:

  - Lipoma: mật độ mỡ đồng nhất.
  - Malignant fibrous histiocytoma: vôi hóa.
  - Neurofibroma: mật độ thấp đồng nhất.
  - Teratoma: thành phần hỗn hợp.
  - Paraganglioma: cạnh động mạch chủ.
  - Neuroblastoma: vôi hóa, u thường gặp ở trẻ em.
  - Leiomyosarcoma: vùng hoại tử rộng.
  - Liposarcoma: mật độ mỡ đồng nhất.
  - Hemangiopericytoma: nhiều mạch máu.

- Chụp động mạch: không còn được sử dụng nhiều.

- MRI: ngày càng quan trọng, luôn thực hiện trước sinh thiết. Hình ảnh "lightbulb" của pheochromocytoma vỏ thượng thận.

- PET: theo dõi những sang thương trao đổi chất mạnh (paraganglioma), tương quan với độ mô học, theo dõi đáp ứng điều trị.

c. Sinh thiết

- Sinh thiết bằng kim dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CT scan: giúp đánh giá mô học trước khi điều trị.

d. Nội soi chẩn đoán

- Nội soi ổ bụng hoặc nội soi sau phúc mạc.

e. Chẩn đoán xác định

Phân loại TNM (UICC, 2009)		
U nguyên phát	T_x	U nguyên phát không đánh giá được
	T_o	Không có u nguyên phát
	T_1	Khối u ≤ 5cm
	T_{1a}	Bướu nông
	T_{1b}	Bướu sâu
	T_2	Khối u ≥ 5cm
	T_{2a}	Bướu nông
	T_{2b}	Bướu sâu
	T_3	U xâm lấn đại thể: xương, mạch máu, thần kinh
Hạch vùng	N_x	Những hạch vùng chưa được đánh giá
	N_0	Chưa di căn hạch vùng
	N_1	Di căn hạch vùng
Di căn xa	M_x	Di căn xa chưa được đánh giá
	M_0	Chưa di căn xa
	M_1	Di căn xa

Phân độ mô học	
G_x	Chưa thể đánh giá mô học
G_1	Độ ác tính thấp
G_2	Độ ác tính trung bình
G_3	Độ ác tính cao

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật

Phẫu thuật là lựa chọn điều trị chính của u sau phúc mạc. Có thể sử dụng đường mổ giữa bụng, lưng, ngực bụng, đường Chervon…

Cắt u tận gốc: Phẫu thuật cắt u tận gốcthực hiện được khoảng 38 – 70% trường hợp, đôi khi phải chấp nhận tổn thương những cơ quan lân cận.Phẫu thuật được thực hiện bằng cách cắt thành một khối trọn vẹn khối u và những cơ quan tiếp giáp bị khối u bao lấy hoặc dính vào khối u dưới quan sát đại thể. Không cố gắng cắt trọn cơ quan mà chỉ cắt phần cơ quan dính vào khối u. Trong giai đoạn trước phẫu thuật, cả thầy thuốc và bệnh nhân phải nhận thức được khả năng phải cắt những cơ quan bị ảnh hưởng cùng một khối với u. Những cơ quan này có thể bao gồm cấu trúc mạch máu, thận cũng như

một phần cơ hoành, gan, dạ dày, túi mật, lách, tụy. Thống kê nhiều báo cáo cho thấy đến 68% phải cắt ít nhất một cơ quan tiếp giáp u để đạt được bờ rìa vết cắt âm tính.

Xu hướng chính hiện nay là hướng tới tạo hình mạch máu sau khi cắt những mạch máu lớn dính u trong nỗ lực đảm bảo rìa vết cắt không còn tế bào ung thư. Có vài báo cáo đánh giá cao vai trò của việc cắt trọn khối u sau phúc mạc bằng cách giữ lại một lớp vỏ mô lành bao quanh u và cố gắng giữ lại những cấu trúc quan trọng. Tuy nhiên còn nhiều tranh cãi về vấn đề này. Liệu việc cắt bỏ những cơ quan tiếp giáp có thể cắt (đại tràng, thận, cơ psoas) trong khi cố gắng giữ lại những cấu trúc quan trọng (tĩnh mạch chủ, động mạch chủ, động mạch mạc treo tràng, gan) có thành công trong việc cải thiện tỉ lệ sống còn?

Tái phát xảy ra trên phần lớn bệnh nhân, và là nguyên nhân của 75% tử vong liên quan đến sarcoma. Khả năng cắt bỏ trọn vẹn u phụ thuộc vào sinh học khối u (tumour biology), xâm lấn cơ quan lân cận và mạch máu, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, được điều trị ở trung tâm lớn. Tỉ lệ phải cắt bỏ những cơ quan nội tạng lân cận từ 34 – 93%, những cơ quan nội tạng thường phải cắt bỏ là đại tràng, thận, tụy, lách.

Điều trị u tái phát:Tỉ lệ u tái phát cao và là nguyên nhân chính của tử vong.CT scan được chỉ định khi xuất hiện triệu chứng mới hoặc sờ thấy khối trên khám lâm sàng.Phẫu thuật lại được chỉ định khi bệnh nhân xuất hiện nhiều triệu chứng đáng kể hoặc nếu chậm trễ sẽ làm phẫu thuật về sau khó khăn hơn.Tỉ lệ đạt được bờ rìa vết cắt không còn tế bào ung thư ít hơn lần phẫu thuật đầu tiên nhiều. Tuy nhiên vẫn nên phẫu thuật cắt u tái phát trên những bệnh nhân tái phát có triệu chứng vì làm giảm đau và cải thiện sống còn trên những bệnh nhân. Phẫu thuật giảm nhẹ (cắt không hoàn toàn u, để lại những phần không thể cắt bỏ) trong những u sarcoma tái phát có thể đặt ra để kiểm soát triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Biến chứng phẫu thuật: dò bạch huyết, tổn thương mạch máu lưng và cơ quan lân cận.

Kết quả phẫu thuật: Những báo cáo gần đây cho thấy cắt u tận gốc thực hiện được 60 – 80% do sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, chuẩn bị trước mổ và kỹ thuật mổ. Tỉ lệ sống còn trung bình sau 5 năm là 54% trong trường hợp cắt trọn u so với 17% trong trường hợp không cắt trọn u.

2. Xạ trị

Vì tỉ lệ tái phát tại chỗ cao, xạ trị bổ sung cho phẫu thuật khi vẫn sót u sau phẫu thuật nhằm giảm tỉ lệ tái phát. Xạ trị phối hợp phẫu thuật điều trị sarcoma đã trở thành tiêu chuẩn trong thực hành lâm sàng.

3. Hóa trị

Hóa trị là một phần quan trọng trong điều trị, hóa trị giúp cải thiện tỉ lệ sống còn. Hóa trị phối hợp đa trị liệu (*Adriamycin, Cyclophosphamide, Vincristine, Dacarbazine,Doxorubicin, Isophosphamide*).Kết quả tốt trong lymphoma và u tế bào mầm.

4. Tiên lượng

Các yếu tố tiên lượng tốt

- Chẩn đoán sớm.
- Cắt được trọn vẹn khối u.

Các yếu tố tiên lượng xấu

- Mô học: xâm lấn mạch máu, mật độ vi mạch cao, sự tăng nhanh của marker ung thư, đột biến gen p53.
- Kích thước.
- Độ biệt hóa.
- Rìa phẫu thuật còn tế bào ung thư.
- Hoại tử.
- Trên 50 tuổi.
- Nam giới.

Di căn xa thường hiếm (5%, đến phổi, gan, xương, não), nhưng thường xâm lấn cơ quan lân cận (60 – 70%).Tỉ lệ sống còn sau 5 năm thấp. Thời gian sống trung bình là 60 tháng sau cắt trọn vẹn u.

Tái phát tại chỗ của u nguyên phát khoảng 40 – 82% trường hợp(thường sau 15 – 44 tháng), đây là nguyên nhân hàng đầu của tử vong do ung thư.

Theo dõi: 2 – 3 năm đầu tiên với CT scan hoặc MRI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonvalot S, Rivoire M, Castaing M *et al*. Primary retroperitoneal sarcomas: multivariate analysis of surgical factors associated with local control.*J Clin Oncol* 2009; **27**: 31–37.

2. Clark MA, Fisher C, Judson I, Thomas JM. Soft-tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med* 2005; **353**: 701–711.

3. Dirk C Strauss, Andrew J Hayes, J Meirion Thomas. Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93: 275–280

4. Gronchi A, Lo Vullo S, Fiore M *et al*. Aggressive surgical policies in a retrospectively reviewed single-institution case series of retroperitoneal soft tissue sarcoma patients. *J Clin Oncol* 2009; **27**: 24–30.

5. Neuhaus SJ, Barry P, Clark MA *et al*. Surgical management of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg* 2005; **92**: 246–252.

6. Shibata D, Lewis JJ, Leung DH, Brennan MF. Is there a role for incomplete resection in the management of retroperitoneal liposarcomas? *J Am Coll Surg* 2001; **193**: 373–379.

7. Malkowicz SB. Retroperitoneal Tumors, *Campbell Walsh of urology*, 10th edition,pp: 1506 –1515.

8. Van Dalen T, Hoekstra HJ, van Geel AN *et al*. Locoregional recurrence of retroperitoneal soft tissue sarcoma: second chance of cure for selected patients. *Eur J Surg Oncol* 2001; **27**: 564–568.

BƯỚU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Phân loại TNM (2009)

T – Bướu nguyên phát

TX không đánh giá được

T0 không bướu

Ta carcinom khu trú ở niêm mạc

Tis (CIS) Carcinoma in situ: carcinom phẳng

T1 chân bướu đến lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.

T2 xâm lấn cơ

T2a xâm lấn lớp cơ nông (lớp trong)

T2b xâm lấn lớp cơ sâu (lớp ngoài)

T3 ra ngoài lớp cơ, ngoài bàng quang

T3a vi thể

T3b đại thể (khối u ngoài bàng quang)

T4 xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo, thành chậu

T4a xâm lấn tuyến tiền liệt, tử cung, âm đạo

T4b xâm lấn thành chậu

N – hạch bạch huyết

NX không đánh giá được

N0 chưa di căn hạch

N1 di căn 1 hạch tại vùng chậu (hạ vị, bịt, trước thiêng, chậu ngoài)

N2 di căn nhiều hạch tại vùng chậu (hạ vị, bịt, trước thiêng, chậu ngoài)

N3 di căn hạch quá vùng chậu

M – di căn cơ quan

MX không đánh giá được

M0 chưa di căn cơ quan khác

M1 có di căn cơ quan khác

Phân loại bướu chưa và đã xâm lấn cơ

Bướu chưa xâm lấn cơ (bướu nông): Ta, T1, CIS.

Bướu xâm lấn cơ (bướu không nông): T2, T3, T4.

2. Phân loại mô học WHO (1973 và 2004)

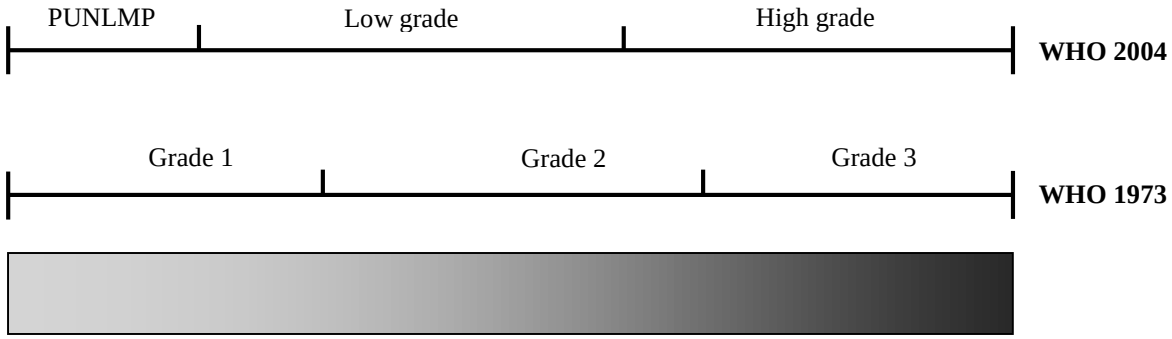
WHO 1973

- Bướu dạng gai niệu mạc
  - Grade 1: biệt hóa tốt
  - Grade 2: biệt hóa vừa
  - Grade 3: biệt hóa kém

WHO 2004

- Sang thương phẳng
  - Tăng sản
  - Phản ứng không điển hình
  - Dị sản niệu mạc
- Bướu phẳng: CIS (carcinom phẳng)
- Bướu dạng gai
  - Lành tính
  - Bướu dạng gai tiềm năng hóa ác thấp (PUNLMP, Papillary urothelial neoplasms of low malignant potential)
  - Carcinom niệu mạc dạng gai grade thấp
  - Carcinom niệu mạc dạng gai grade cao

So sánh 2 cách phân loại mô học WHO 2004 và WHO 1973

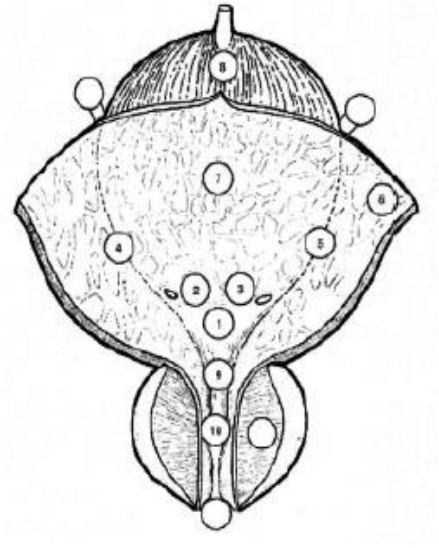


II. CHẨN ĐOÁN

Bệnh sử: Chú ý đến thói quen (hút thuốc) và nghề nghiệp. Khai thác tất cả các triệu chứng của đường tiết niệu dưới, chú ý đến triệu chứng tiểu máu.

- Siêu âm thận và bàng quang. CT scan, Xquang có cản quang (UIV) chỉ nên thực hiện trong môt số trường hợp chọn lọc (ví dụ: bướu ở vung tam giác bàng quang)
- Soi bàng quang thực hiện trong tất cả các trường hợp nếu có nghi ngờ đến bướu bàng quang

Khi soi bàng quang phải mô tả tất cả các bất thường thấy được. Nếu có bướu đại thể, cần ghi nhận vị trí, kích thước, số lượng, hình dạng. Nên vẽ lại sơ đồ: chú ý đến các vị trí như đỉnh, các mặt thành trước, thành sau, 2 thành bên, vùng tam giác, 2 lỗ niệu quản. cổ bàng quang, niệu đạo sau, tuyến tiền liệt.



Hình ảnh sơ đồ các vị trí cần ghi nhận

III. ĐIỀU TRỊ

1. BƯỚU CHƯA XÂM LẤN CƠ (BƯỚU NÔNG)

a. Cắt đốt nội soi (TURBT)

- Là phương pháp điều trị cơ bản đối với bướu chưa xâm lấn cơ
- Trước khi đặt máy: khi bệnh nhân đã được gây tê-mê, phải thăm khám kỹ bằng ấn chẩn 2 tay sau khi đã lấy hết nước tiểu ra khỏi bàng quang.
- Trước khi cắt đốt: quan sát từ niệu đạo vào đến trong bàng quang, tất cả các vị trí nghi ngờ, ghi nhận lại sơ đồ. Sinh thiết những vị trí nghi ngờ. Nên có máy soi huỳnh quang (fluorescence-guided-PDD) hoặc NBI (Narrow Band Image) để đánh dấu những vị trí nghi ngờ bướu.

- Đối với bướu có kích thước ≤ 1 cm, cắt đốt lấy bướu nguyên khối, có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm

- Đối với bướu có kích thước > 1 cm, có thể cắt đốt từng phần bướu, cần có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm

- Khi có bướu tại vùng tam giác và cổ bàng quang thì cần phải sinh thiết thêm tại niệu đạo sau.

- Nên có máy soi huỳnh quang (fluorescence-guided-PDD) hoặc NBI kiểm tra lại và hướng dẫn sinh thiết nếu thấy hoặc nghi ngờ có hiện diện của CIS

- Các mẫu bệnh phẩm phải để riêng biệt, đánh dấu các vị trí trên sơ đồ trước khi gửi thử GPB

- Cắt đốt lập lại lần 2:

Cắt đốt lần 2 thực hiện tại vị trí bướu nguyên phát, thời gian thực hiện là 2 – 6 tuần sau cắt đốt lần đầu. Chỉ định cắt đốt nội soi ung thư BQ lần 2:

- Không cắt hết bướu trong lần cắt đốt đầu tiên.
- Không có cơ BQ trong mẫu thử sau lần cắt đốt đầu tiên (ngoại trừ dạng bướu TaG1 hay CIS nguyên phát).
- Tất cả bướu T1.
- Tất cả bướu có độ ác cao (ngoại trừ CIS nguyên phát).

b. Phân nhóm nguy cơ

Nguy cơ thấp

- Tiên phát, một bướu, Ta, G1 (low grade), < 3 cm, không có hiện diện CIS

Nguy cơ trung bình

- Không thể sắp vào (ở giữa) 2 nhóm kia

Nguy cơ cao

- T1
- G3
- CIS
- Nhiều bướu và tái phát
- Ta G1G2 kích thước > 3 cm

Nguy cơ rất cao

- T1G3 kết hợp CIS, có nhiều bướu hay kích thước lớn > 3cm, bướu tái phát, ở vị trí niệu đạo sau

- Tái phát sau điều trị hỗ trợ bằng BCG

c. Điều trị hỗ trợ sau cắt đốt bướu

- Điều trị hỗ trợ phải dựa trên kết quả phân loại nhóm nguy cơ

- Hóa trị tại chỗ (thuốc bơm vào bàng quang) chu phẫu: nhóm nguy cơ thấp và trung bình, tốt nhất trong 6 giờ đầu. Chống chỉ định nếu thủng bàng quang hoặc không cầm màu tốt.

- Nhóm nguy cơ thấp: chỉ cần 1 lần hóa trị trong bàng quang duy nhất (chu phẫu).

- Nhóm nguy cơ trung bình: cần tiếp tục hóa trị tại chỗ mỗi tuần 1 lần, trong 6 – 8 lần liên tục bằng hóa chất .

- Nếu sử dụng BCG thì phải thực hiện tối thiểu 2 tuần sau cắt đốt và khi chắc chắn tổn thương tại bàng quang đã lành hẳn

- Nhóm nguy cơ cao: cần tiếp tục điều trị miễn dịch tại chỗ trong 1-3 năm bằng miễn dịch BCG.

- Chống chỉ định BCG: đang điều trị lao hệ tiết niệu hay lao tại các cơ quan khác. Đang nhiễm trùng hệ tiết niệu. Tiểu máu đại thể. Thể trạng kém.

- Hiện có thể sử dụng Doxorubicin, Epirubicin hay Mitomycin C trong hóa trị tại chỗ hỗ trợ điều trị bướu bàng quang. Có thể sử dụng nước cất hay NaCl 0,9% để pha thuốc. Chú ý đến nồng độ và pH dung dịch khi pha. Thời gian giữ thuốc trong bàng quang khoảng 2 giờ.

d. Cắt bàng quang tận gốc: nhóm nguy cơ rất cao

2. BƯỚU XÂM LẤN CƠ (BƯỚU SÂU)

a. Cắt bàng quang tận gốc

- Là phương pháp điều trị cơ bản

- Tùy thể trạng bệnh nhân, tuổi, tình trạng chức năng thận, đã từng mổ hay có bệnh lý trên hệ tiêu hóa không, và ý muốn chủ quan của bệnh nhân, thì sau cắt bàng quang có thể chọn lựa một trong các phương thức chuyển lưu nước tiểu sau :

b. Chuyển lưu nước tiểu không kiểm soát

- Đem 2 niệu quản ra da

- Ống hồi tràng hay ống đại tràng

c. Chuyển lưu nước tiểu có kiểm soát

- Túi hồi tràng, hồi-manh tràng, đại tràng có van chuyển lưu

- Bàng quang trực vị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babjuk M, Burger M, Zigeuner R, Shariat S, Rhijn BV, Comperat E, Sylvester R, Kaasinen E, Bohle A, Palou J, Roupret M (2014), "Guidelines on non – muscle invasive bladder cancer", *European Asociation of Urology*, pp. 4 – 42.

2. Berglund RK, Herr HW (2012), "Surgery for Bladder Cancer", *Campbell Walsh Urology*, 10th edition, 83, pp. 2375 – 2385.

3. Clark PE, Agarwal N, Biagioli MC, Eisenberger MA, Greenberg RE, Herr HW, Inman BA, Kuban DA, Kuzel TM (2013), " NCCN Guidelines for Bladder Cancer", *National Comprehensive Cancer Network*, Version 1.2013 Updates.

4. Jeong P, Ha YS, Cho IC, Yun SJ, Yoo ES, Kim IY, Choi YH, Moon SK, Kim WJ (2011), "Three – gene signature predicts disease progression of non – muscle invasive bladder cancer", *Oncology Letters*, 2, pp. 679 – 684.

5. Kobayashi H, Kikuchi E, Mikami S, Maeda T, Tanaka N, Miyajima A, Nakagawa K, Oya M (2014), "Long term follow – up in patients with initially diagnosed low grade Ta non – muscle invasive bladder tumors: tumor recurrence and worsening progression", *BMC Urology*, 14 (5). *doi:10.1186/1471–2490–14–5*.

6. Kramer MW, Abdelkawi IF, Wolters M, Bach T,Gross AJ, Nagele U,Merseburger AS(2014), "Current evidence for transurethral en bloc resection of non – muscle invasive bladder cancer", *information healthcare*,pp. 1 – 8.

UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

Trước hết cần phải phân biệt tầm soát ung thư và phát hiện sớm ung thư. Tầm soát là thực hiện các xét nghiệm và khám ở cộng đồng người có nguy cơ nhưng không có triệu chứng. Trong khi đó, phát hiện sớm ung thư là thực hiện trên từng cá nhân đơn lẻ. Tuy cả hai đều có chung mục đích là phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm và làm giảm tỉ lệ tử vong, nhưng tầm soát ung thư vì là thực hiện trên một quần thể đông nên sự tốn kém rất nhiều là không thể tránh khỏi. Vì vậy, tùy điều kiện kinh tế của quốc gia mà một số các xét nghiệm có thể bỏ qua cho một số đối tượng nào đó, và chấp nhận có khả năng bỏ sót một số trường hợp nhất định.

1. Những bất lợi trong việc tầm soát ung thư tuyến tiền liệt

Tuy có mục đích tốt nhưng việc tiến hành tầm soát ung thư tuyến tiền liệt cũng có những bất lợi rất lớn như:

- Chẩn đoán quá mức: đối với bệnh nhân không có bệnh nhưng phải tiến hành quá nhiều xét nghiệm tầm soát và một số xét nghiệm lại có tính xâm hại.
- Sai lệch về tần suất sống còn: trước khi thực hiện chương trình tầm soát, các trường hợp điều trị ung thư là các trường hợp có triệu chứng và tần suất sống còn là dựa trên các số liệu này. Khi tiến hành chương trình tầm soát chúng ta sẽ phát hiện những trường hợp rất sớm nên tần suất sống còn sẽ thay đổi nhất là trong trường hợp ung thư tuyến tiền liệt có đặc thù là có những trường hợp có diễn tiến rất tốt có thể tồn tại suốt cuộc đời bệnh nhân mà không gây triệu chứng, song song đó lại có những trường hợp diễn tiến tới tử vong nhanh chóng. Vì thế khi tiến hành tầm soát ung thư tuyến tiền liệt hàng loạt, chúng ta sẽ khám phá ra nhiều trường hợp ung thư thuộc loại chưa cần điều trị và sẽ có ảo tưởng là điều trị quá tiến bộ, tử suất của ung thư giảm nhiều so với trước.
- Sự sai lệch của các xét nghiệm chẩn đoán: cho đến nay, trong tầm soát ung thư tuyến tiền liệt chưa có xét nghiệm nào chính xác 100% về độ chuyên biệt cũng như độ tin cậy, vì vậy phải thực hiện nhiều xét nghiệm một lúc. Nhưng dù có tiến hành như vậy thì sự chính xác của kết quả cũng có giới hạn nhất định.
- Chi phí thực hiện chương trình tầm soát quá cao: không phải chỉ tốn phí tiến hành các xét nghiệm đơn thuần mà còn phải lưu ý đến nhiều phí khác như phí quảng cáo

trong cộng đồng về ích lợi của chương trình, phí giáo dục người dân ý thức được việc bảo vệ sức khỏe của mình cũng như phí điều trị tai biến, biến chứng.

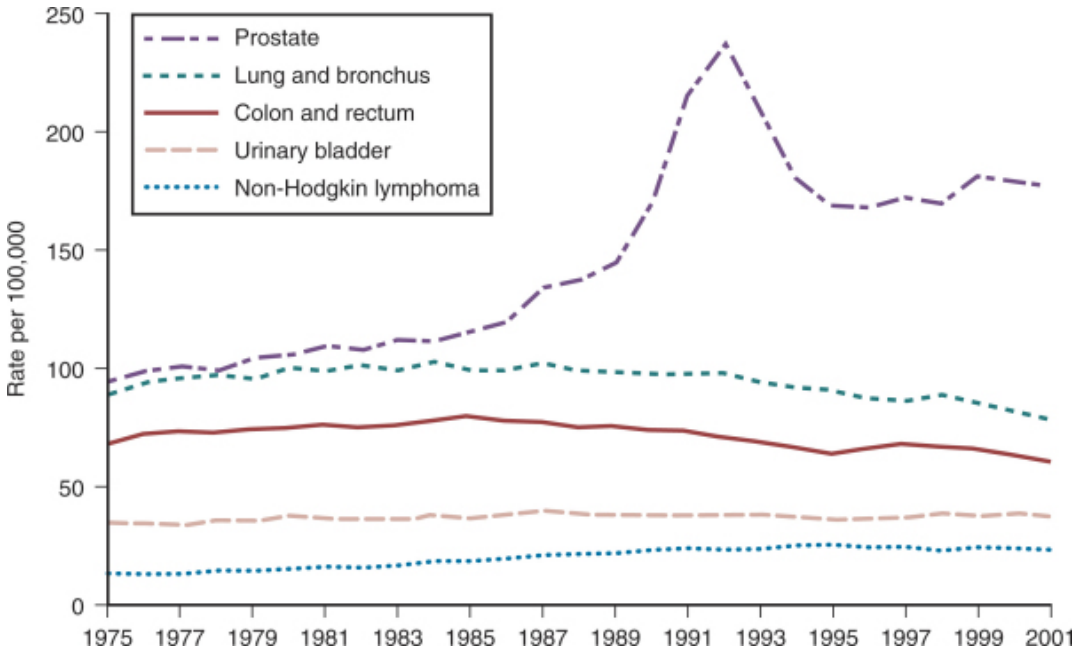
- Tần suất ung thư tuyến tiền liệt thay đổi theo từng quốc gia: ở Việt Nam lúc trước chưa có chương trình tầm soát nên kết quả có thể phản ánh trung thực.

- Ích lợi trong việc giảm tử suất chưa rõ ràng lắm: cần có thời gian theo dõi lâu dài để xác định lợi ích này. Tuy nhiên, kết quả ban đầu của một số chương trình nghiên cứu như Tyrol ở Áo cho thấy tử suất giảm 33%, các chương trình tầm soát ở Mỹ, Anh, Pháp cũng cho kết quả ban đầu đáng khích lệ.

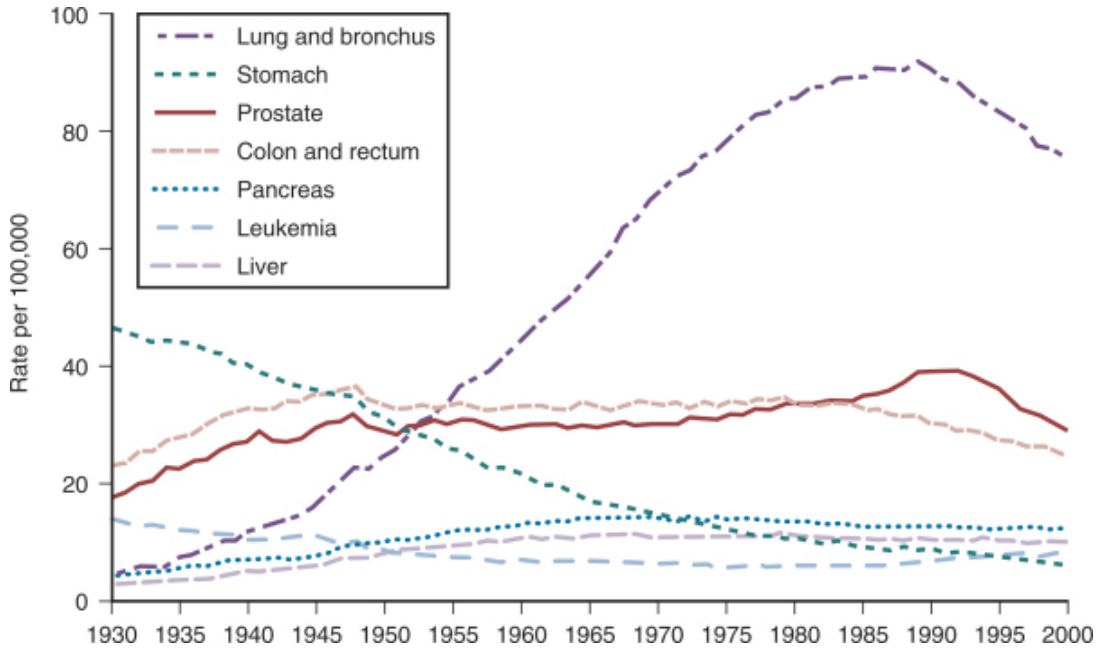
2. Dịch tễ học

- Bệnh đứng hàng thứ 4 trong các loại ung thư trên thế giới, tuy nhiên tần suất mắc bệnh khác nhau giữa các quốc gia và dân tộc. Tần suất KTLT ở người da đen cao hơn người da trắng và tương đối ít gặp ở người da vàng. Tần suất mắc bệnh thấp nhất ở châu Á (1,9/100.000-Trung Quốc) và cao nhất ở Bắc Mỹ và vùng Scandinavi, đặc biệt là ở người Mỹ da đen (272/100.000). Ở Mỹ, K TLT là ung thư hay gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong cao thứ 2 ở nam giới; nguy cơ mắc bệnh và nguy cơ tử vong trong đời ở người da trắng và da đen lần lượt là 17,6% và 2,8% so với 20,6% và 4,7%.

- Tỉ lệ tử vong cũng thay đổi nhiều giữa các quốc gia, cao nhất là Thụy Điển (23ca/100.000/năm), thấp nhất là châu Á với < 5ca/100.000/năm (Nhật, Singapore, Trung Quốc)



Hình 1: Tần suất mắc bệnh ung thư của đàn ông tại Hoa Kỳ 1975 - 2000



Hình 2: Tỉ lệ tử vong do ung thư ở đàn ông tại Hoa Kỳ 1930 - 2000

- Tại Việt Nam, K TLT là một trong mười ung thư có xuất độ cao nhất. Tuy xuất độ K TLT ở nước ta thấp hơn nhiều so với các nước phát triển, nhưng cùng theo đà phát triển kinh tế- xã hội như hiện nay thì tỉ lệ ung thư TLT ở Việt Nam cũng có chiều hướng gia tăng. Tỉ lệ chung cả nước giai đoạn 1995-1996 là 1,3-1,5/100.000 nhưng đến giai đoạn 2002 tỉ lệ này là 2,3-2,5/100.000

- Tuổi mắc bệnh: bệnh hiếm khi được chẩn đoán dưới 50 tuổi (chỉ chiếm 0,1% tổng số bệnh nhân), cao nhất ở tuổi 70-74

3. Nguyên nhân

Nguyên nhân của K TLT là không rõ, nhưng có nhiều yếu tố kết hợp được ghi nhận:

- Yếu tố gia đình và di truyền: nhiều chứng cứ về dịch tễ học cho thấy rằng K TLT có sự kết hợp yếu tố gia đình và di truyền, yếu tố nguy cơ tăng lên theo số lượng thành viên bị tác động, mức độ thân thuộc và độ tuổi khi bị bệnh. Đến nay có ít nhất 8 gen nhạy cảm với K TLT đã được báo cáo: Rnase L/HPC1, ELAC2/HPC2, SR-A/MSR1, CHEK2, BRCA2, PON1, OGG1, MIC1

- Yếu tố nội tiết: gần như tất cả các tế bào TLT đều biểu hiện phụ thuộc androgen ở mức độ nào đó, quan sát thấy rằng K TLT không xảy ra trên người bị hoạn

- Yếu tố hóa học: công nhân trong công nghiệp cao su, phân bón, dệt có tỉ lệ K TLT cao. Béo phì, chế độ ăn nhiều mỡ và hút thuốc lá cũng được ghi nhận có liên quan với K TLT

- Các yếu tố khác: so sánh có kiểm chứng, bệnh nhân K TLT được ghi nhận có đời sống tình dục mạnh hơn, nhiều bạn tình hơn và dường như đã từng bị bệnh lây truyền tình dục, mặc dù không có mối quan hệ nhân quả nào được chứng minh. Những nhận xét cho rằng cắt ống dẫn tinh dễ gây K TLT chưa đủ sức thuyết phục (Gieovannucci 1993, Dennis 2002)

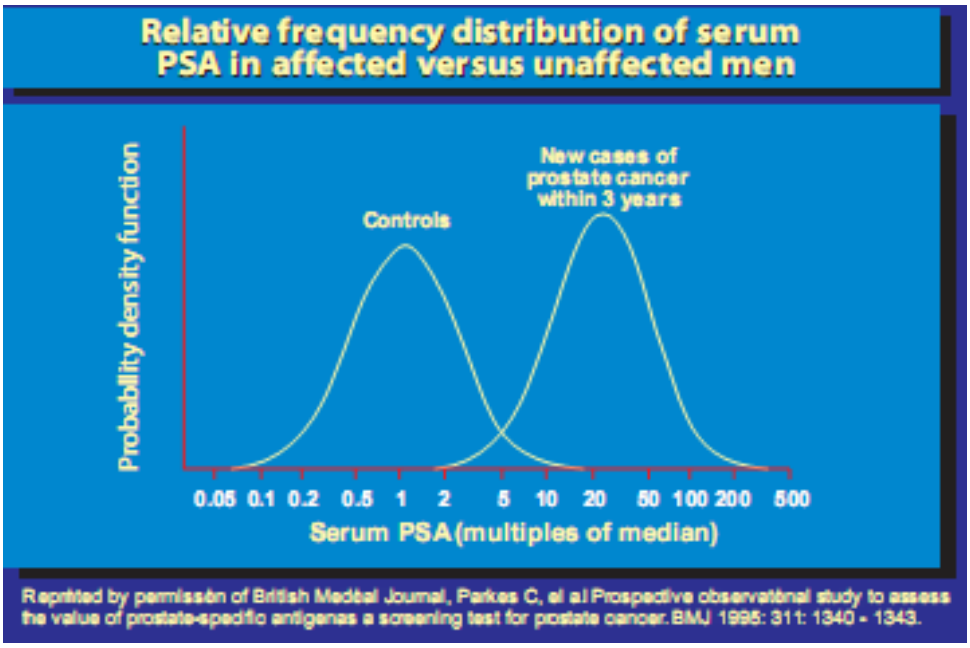
II. CHẨN ĐOÁN

1. Cách thức tầm soát ung thư tuyến tiền liệt

Cho tới hiện nay, các biện pháp để tầm soát ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu cũng dựa vào thăm khám trực tràng, đo nồng độ PSA và siêu âm qua ngả trực tràng.

- 1.1. Thăm khám trực tràng: thăm khám trực tràng có giá trị khi khối u ở vùng ngoại vi, thể tích khối u lớn hơn 0,2ml, giá trị tiên đoán chỉ khoảng 21-50% và các trường hợp chẩn đoán được thì đa số khối u đã xâm nhập ra khỏi vỏ bọc tuyến tiền liệt. Do đó, thăm khám trực tràng không thể sử dụng đơn độc trong tầm soát ung thư tuyến tiền liệt.

- 1.2. Đo nồng độ PSA: là một xét nghiệm có giá trị trong tầm soát và chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt, tuy nhiên PSA chỉ chuyên biệt cho cơ quan hơn là chuyên biệt cho bệnh lý ung thư tuyến tiền liệt. Ngoài ra, xét nghiệm PSA có nhược điểm rất lớn là không có ngưỡng xác định ung thư tuyến tiền liệt, có những trường hợp PSA rất cao nhưng không có ung thư và song song có những trường hợp ung thư được xác định với trị số PSA rất thấp. Do vậy, việc xác định với trị số nào của PSA thì bệnh nhân sẽ được tiến hành các xét nghiệm sâu hơn như sinh thiết tuyến tiền liệt là vấn đề tranh cãi tùy thuộc điều kiện của các quốc gia khác nhau.



Giá trị PSA	Nguy cơ bị ung thư TTL
0-0,5	6,6%
0,6-1	10,1%
1,1-2	17%
2,1-3	23,9%
3,1-4	26,9%

- Nhằm mục đích tăng độ nhạy và độ chuyên biệt của xét nghiệm PSA, một số các nhà nghiên cứu ngoại quốc đề nghị làm thêm các xét nghiệm chuyên sâu như đo vận tốc PSA, tỉ trọng PSA, tỉ lệ PSA tự do, PSA theo tuổi… Bước đầu các tác giả ghi nhận được một số kết luận có ý nghĩa là tỉ lệ người mắc ung thư tuyến tiền liệt tăng theo tuổi, giữa hai nhóm dưới 50 tuổi và trên 50 tuổi có sự tăng vọt; ngoài ra tỉ lệ PSA tự do trên PSA toàn phần nếu dưới 20% thì nghi ngờ ung thư nhiều hơn.

- Siêu âm tuyến tiền liệt qua ngả trực tràng và sinh thiết: hình ảnh khối u tuyến tiền liệt có thể là một khối echo kém hay khối echo dày, thậm chí không phân biệt được với mô tuyến xung quanh. Do đó, siêu âm không thể dùng như là một xét nghiệm chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt mà chỉ dùng để xác định có sang thương nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, và để định vị sinh thiết chính xác hơn. Ngoài ra, vì có những sang thương có cấu trúc giống mô tuyến bình thường nên phải sinh thiết nhiều vị trí khác nhau.

- Siêu âm qua ngả trực tràng kết hợp sinh thiết là một xét nghiệm có giá thành cao và là thủ thuật xâm nhập có thể có tai biến, biến chứng nên không thể là xét nghiệm thường qui. Các tác giả ngoại quốc đề nghị chỉ định của xét nghiệm này là: Khi khám phát hiện có nhân cứng, PSA có trị số lớn hơn 4 ng/ml là tiêu chuẩn kinh điển. Còn tại Canada, tiêu chuẩn là khi PSA lớn hơn 3 ng/ml đối với bệnh nhân trên 50 tuổi và trên 2,5 ng/ml nếu bệnh nhân nhỏ hơn 50 tuổi. Tại Áo, trị số PSA để chỉ định sinh thiết là từ 3,5 ng/ml trở lên còn tại Hà Lan vẫn áp dụng với trị số PSA từ 4 ng/ml trở lên.

2. Các chỉ định tầm soát ung thư tuyến tiền liệt tại Việt Nam:

Cần xác định các đặc thù tại Việt nam là:

- Việt Nam không phải là vùng nóng đối với ung thư tuyến tiền liệt trên bản đồ thế giới
- Kinh tế nước ta còn kém so với các nước Châu Âu và Bắc Mỹ.
- Ý thức tầm soát ung thư, bảo vệ sức khỏe của nhân dân ta còn chưa bằng nhân dân ở các nước phát triển.
- Lợi ích của tầm soát chưa có kết luận chắc chắn với theo dõi lâu dài
- Vì vậy, nên tiến hành tầm soát ở bệnh nhân hơn 50 tuổi, một độ tuổi có xuất độ cao, xét nghiệm chủ yếu là thăm khám trực tràng và làm xét nghiệm PSA toàn phần. Chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt khi phát hiện có nhân cứng, còn khi PSA lớn hơn 4ng/ml thì giải thích ích lợi và nguy cơ khi làm xét nghiệm. Không làm tầm soát ung thư mà là chẩn đoán sớm ung thư, tức là chỉ thực hiện trên từng cá thể riêng biệt chứ không tiến hành hàng loạt. Các xét nghiệm PSA tự do cũng rất đắt tiền, nên trong chương trình tầm soát cũng không nên thực hiện.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định phẫu thuật trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt

a. Tổng quan

- Nguyên tắc: Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, túi tinh và bóng của ống dẫn tinh
- Các phương pháp phẫu thuật:
  - Mổ mở (open surgery): qua đường sau xương mu (RRP) hoặc qua ngả hội âm (PRP)
  - Mổ nội soi (laparoscopy): Nội soi ổ bụng (LRP) hoặc ROBOT (RoRP)

- Phẫu thuật mở hay nội soi có cùng chỉ định như nhau, việc quyết định phương pháp nào là tùy thuộc sự lựa chọn của bác sĩ điều trị.

- Đường mổ qua hội âm nên được khuyến khích cho ung thư giai đoạn khu trú, vì cho kết quả tốt và đảm bảo thẩm mỹ. Tuy nhiên, khi lựa chọn đường mổ này cần phải xác định rõ không có di căn hạch (PSA<10ng/ ml, Gleason <7, tốt nhất là sinh thiết hạch chậu âm tính).

b. Chỉ định mổ

- Ung thư còn khu trú: T1-T2, Nx-N0, M0
- Thời gian kỳ vọng sống ≥ 10 năm
- Không có bệnh đi kèm như tim mạch, tiểu đường…
- Chưa di căn hạch (thực tế khoảng 2-4% bệnh nhân đã có di căn hạch chậu vẫn có thể được cắt tuyến tiền liệt tận gốc).
- Điểm Gleason ≤ 8
- PSA < 20 ng/ml (tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân có trị số PSA cao hơn con số này vẫn có thể mổ được)
- Cho bệnh nhân biết khả năng sẽ phải điều trị đa mô thức sau mổ

c. Chỉ định mổ theo từng giai đoạn của bệnh

Giai đoạn T1a-T1b

- T1a: ung thư ≤ 5% mô tuyến tiền liệt
- T1b: ung thư > 5% mô tuyến tiền liệt hoặc biệt hóa kém
- Ung thư tuyến tiền liệt phát hiện sau cắt đốt nội soi có thể tiếp tục xạ trị ngoài (không áp dụng brachytherapy)
- Bảo tồn thần kinh cương

Giai đoạn T1c:

- Chưa có biểu hiện lâm sàng
- Chẩn đoán dựa vào PSA tăng cao và kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt
- PIN cao: nên sinh thiết lại sau 3 đến 6 tháng
- Cắt tuyến tiền liệt tận gốc kèm bảo tồn thần kinh cương

Giai đoạn T2:

- T2a: có khả năng cắt tuyến tiền liệt tận gốc
- T2b: Ung thư chiếm hơn ½ thùy hoặc cả 2 thùy
- Bảo tồn thần kinh cương 1 bên

- Lựa chọn xạ trị cho bệnh nhân lớn tuổi có bệnh lý khác đi kèm như tim mạch, tiểu đường

Giai đoạn T3:

- T3a: xâm lấn vỏ bao tuyến tiền liệt
- T3b: xâm lấn túi tinh
- Giai đoạn T3 có nguy cơ tái phát cao, đã di căn hạch nên không được khuyến khích cắt tuyến tiền liệt tận gốc.
- Chỉ định chọn lọc cắt tuyến tiền liệt tận gốc với khối bướu nhỏ, không dính
- Lựa chọn tốt nhất: điều trị nội tiết kết hợp với xạ trị

d. Chỉ định nạo hạch chậu

- PSA < 10 ng/ml và điểm Gleason < 7 có ít nguy cơ di căn hạch thì không cần nạo hạch chậu
- Chỉ định nạo hạch chậu cho bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao (T3a, PSA>20 ng/ml hoặc Gleason > 8)
- Phương pháp:
  - Nạo hạch chậu giới hạn: chỉ lấy hạch chậu–bịt (khoảng 8-10 hạch)
  - Nạo mở rộng: lấy hạch vùng chậu-bịt lên đến động mạch chậu chung (khoảng 20 hạch)
  - Thông thường chỉ cần nạo giới hạn, không cần nạo mở rộng.

e. Biến chứng

Cắt tuyến tiền liệt tận gốc

- Rối loạn cương (liệt dương)
- Tiểu không kiểm soát
- Hẹp cổ bàng quang
- Rò nước tiểu

Nạo hạch chậu

- Tụ dịch bạch huyết
- Phù bạch huyết
- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu
- Thuyên tắc phổi

➔ Cần phải giải thích đầy đủ về các biến chứng cho bệnh nhân trước khi quyết định phẫu thuật.

IV. ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT

Định nghĩa phương pháp điều trị nội tiết: là dùng những thuốc chống lại sự hoạt động của androgen và sự tăng sinh của tuyến tiền liệt, bao gồm nội tiết tố và những chất không phải nội tiết tố.

1. Các dạng điều trị nội tiết

a. Cắt tinh hoàn

Ngoại khoa

Phẫu thuật cắt 2 tinh hoàn nhanh chóng làm giảm lượng testosterone trong máu xuống dưới 50 ng/dl. Chỉ trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật, nồng độ testosterone còn lại xuống dưới 10% so với trước mổ. Về mặt kỹ thuật, có thể cắt trọn 2 tinh hoàn hoặc để lại vỏ bao (cắt tinh hoàn dưới bao) vì lý do thẩm mỹ hoặc tâm lý.

Nội khoa

- *Estrogen:* thường dùng nhất là Diethylstilboestrol (DES), có tác dụng ức chế ngược trên trục nội tiết mạnh hơn testosterone. Liều tấn công là từ 5 mg trở lên mỗi ngày. Liều duy trì là 1 mg mỗi ngày. Tác dụng phụ trên hệ tim mạch giới hạn việc sử dụng.
- *Đồng vận LHRH:* tạo hiện tượng mất hoạt hóa thụ thể LHRH của tuyến yên. Trong một số ngày đầu, trong vòng 10 – 20 ngày, có thể gây nên hiện tượng bùng phát với sự gia tăng LH và testosterone trong máu. Các LHRH-a thường sử dụng là: Buserelin, Goserelin, Leuprorelin, Triptorelin.
- *Đối vận LHRH:* gắn kết và tranh chấp thụ thể với LHRH tuyến yên, có thể làm giảm trên 80% lượng LH trong 24 giờ đầu. Không gây nên hiện tượng bùng phát như LHRH-a. Abarelix là đối vận LHRH duy nhất được FDA Hoa Kỳ cấp phép, nhưng chỉ giới hạn cho những bệnh nhân bị ung thư di căn có triệu chứng mà không thể dùng được liệu pháp nào khác.

b. Kháng nội tiết tố nam (kháng androgen)

- ***Steroid:*** Cyproterone acetate, Megesterone acetate, Medroxyprogesterone acetate. Cyproterone acetate thường được sử dụng nhất, liều 100 mg, 2–3 lần mỗi ngày. Kháng nội tiết nam steroid có tác dụng kép: ức chế thụ thể androgen tại tuyến tiền liệt và ức chế ngược trên trục nội tiết. Tác dụng phụ cần chú ý trên hệ tim mạch và chức năng gan.

Không steroid

- Flutamide: 250 mg, 3 lần mỗi ngày
- Bicalutamide: kháng androgen không steroid mạnh nhất do khả năng gắn kết cao với thụ thể và có dung nạp tốt nhất. Liều: một lần trong ngày, 50 mg/ngày nếu là liệu pháp kết hợp và 150 mg/ngày nếu là đơn trị liệu.
- Nilutamide: liều: 1 lần trong ngày, 300 mg/ngày trong tháng đầu tiên và tiếp tục 150 mg/ngày trong những tháng sau.

Về mặt lý thuyết, sử dụng kháng androgen không steroid trong đơn trị liệu giúp cải thiện chất lượng sống và tuân thủ điều trị hơn cắt tinh hoàn vì không làm giảm lượng testosterone trong máu. Được cho là bảo tồn được ước muốn tình dục (libido), năng lực thể chất chung và mật độ khoáng trong xương.

c. Ức chế tổng hợp nội tiết nam

- Aminoglutethimide: liều 1000mg/ngày. Ức chế tổng hợp testosterone qua ức chế chuyển hóa cholesterol thành pregnenolone. Vì aminoglutethimide cũng ức chế tổng hợp aldosterone và cortisol nên hệ quả được xem như cắt thượng thận nội khoa. Hiện chỉ được sử dụng trong ung thư giai đoạn kháng nội tiết.
- Ketoconazol: liều 300 mg, 3 lần mỗi ngày. Ức chế tổng hợp testosterone và cả steroid thượng thận. Tương tự như đối với aminoglutethimide, hiện chỉ được sử dụng trong ung thư giai đoạn kháng nội tiết.

2. Chỉ định điều trị nội tiết

Được xem là tiêu chuẩn vàng cho ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tiến triển.

a. Chỉ định chung

- Ung thư giai đoạn tiến triển tại chỗ (T3, T4)

Chỉ định trên những bệnh nhân có triệu chứng, u lan rộng tại chỗ, nồng độ PSA cao (trên 25 ng/ml).

Sự kết hợp nội tiết với xạ trị cho kết quả tốt hơn là xạ trị đơn độc.

- Ung thư di căn (N+, M+)

Điều trị nội tiết là liệu pháp chuẩn, đặc biệt là đối với bệnh nhân đã có triệu chứng.

b. Chỉ định cắt tinh hoàn

- Tiến triển tại chỗ (T3,T4) có triệu chứng: cải thiện thời gian sống còn không ung thư (CFS: cancer-free survival)

- N+: kéo dài thời gian sống còn bệnh không tiến triển (PFS: progression-free survival), và ngay cả sống còn toàn bộ (OS: overall survival).

- M1 không triệu chứng: làm chậm diễn tiến bệnh sang giai đoạn có triệu chứng và ngăn ngừa các biến chứng do diễn tiến bệnh nặng.

- M1 có triệu chứng: thuyên giảm các triệu chứng và giảm nguy cơ dẫn đến các biến chứng nặng nề do bệnh tiến triển (chèn ép tủy, gãy xương bệnh lý, chèn ép niệu quản, di căn các cơ quan khác ngoài xương).

c. Chỉ định kháng androgen

- Liệu trình ngắn hạn: giảm nguy cơ đợt bùng phát PSA ở các bệnh nhân có ung thư di căn dự định điều trị bằng LHRH-A.

- Kháng androgen không steroid (bicalutamide): dùng đơn trị đầu tay thay cho cắt tinh hoàn ở bệnh nhân có ung thư tiến triển tại chỗ.

3. Chống chỉ định điều trị nội tiết

- Cắt tinh hoàn ngoại khoa: khi tâm lý không sẵn sàng cho phẫu thuật cắt 2 tinh hoàn.

- Estrogen: có bệnh tim mạch đi kèm.

- Đồng vận LHRH: ung thư di căn có nguy cơ bùng phát PSA cao, ví dụ: di căn xương.

- Kháng androgen: không được sử dụng như điều trị ban đầu cho ung thư khu trú và trên bệnh nhân có suy giảm chức năng gan.

4. Các biến tấu trong điều trị nội tiết

a. Đơn trị liệu

Thường là điều trị nội tiết đầu tay, áp dụng một trong 2 cách: cắt tinh hoàn (nội hay ngoại khoa) hoặc kháng androgen.

b. Điều trị phối hợp

- Với cắt tuyến tiền liệt tận căn

  ▪ Tân hỗ trợ: điều trị nội tiết trước cắt tuyến tiền liệt tận căn không được khuyến khích, không làm tăng dự hậu sống còn (Witjes 1997, Gleave 2003), ngoài ra còn làm việc xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ thêm khó khăn.

  ▪ Hỗ trợ: sau cắt tuyến tiền liệt, khi có hiện tượng tái phát sinh học thì việc điều trị nội tiết sớm được khuyến khích vì có hiệu quả.

- Với xạ trị

Kết quả của nhiều công trình (Bolla 2002, D'Amico 2002, Lawton 2003, Cook 2004) cho thấy sự phối hợp giữa điều trị nội tiết và xạ trị cho nhiều kết quả khả quan trên tỉ lệ sống còn toàn bộ, sống còn không diễn tiến bệnh và tử vong do ung thư, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

c. Ức chế androgen toàn phần/ tối đa (CAB/MAB)

Quan điểm kết hợp cắt tinh hoàn (nội hoặc ngoại khoa) và kháng androgen dựa trên lý luận là phải ức chế cả nguồn sản xuất androgen từ thượng thận vì có thể chỉ một lượng nhỏ androgen từ thượng thận cũng đủ kích thích tế bào ung thư phát triển. Có những công trình chứng tỏ sự kết hợp này có hiệu quả (Crawford 1989, Dijkman 1997, Denis 1998, Miyamoto và Chang 2000). Ngược lại, cũng có công trình cho thấy sự kết hợp này không đem lại lợi ích (Eisenberger 1988, Prostate Cancer Trialist' Collaborative Group 2000).

d. Ức chế androgen ngắt quãng & ức chế androgen liên tục

Có một số tác giả (Akakura 1993, Sato 1996) chủ trương điều trị ngắt quãng sẽ làm chậm xuất hiện tình trạng kháng nội tiết. Thêm nữa, cách thức điều trị này sẽ bớt tốn kém và giảm tác dụng phụ của suy giảm nội tiết nam.

Thời gian điều trị: mỗi đợt điều trị kéo dài từ 6-9 tháng, khi nào PSA xuống đến trị số thấp nhất có thể được thì ngưng dùng thuốc. Trong chu kỳ đầu thì PSA có thể xuống đến mức gần triệt tiêu (nadir), càng về sau thì càng khó đạt trị số nadir như lúc đầu. Kinh nghiệm cho thấy nếu PSA hạ xuống nhanh thì sẽ tăng trở lại chậm khi ngưng thuốc và ngược lại. Khi PSA tăng lại, thông thường từ 5-10 ng/ml thì có thể khởi sự đợt điều trị tiếp theo.

5. Một số điểm cần chú ý

- Sự đáp ứng ban đầu với điều trị nội tiết, nhanh hay chậm, có thể là điều kiện để cho thấy trước thời gian hiệu quả của phương thức trị liệu này dài hay ngắn.
- Việc áp dụng điều trị nội tiết ở những bệnh nhân có ung thư khu trú và nguy cơ thấp sẽ làm tăng tỉ lệ tử vong do tác dụng phụ (tử vong không do ung thư).
- Không nên điều trị nội tiết tân hỗ trợ trước phẫu thuật tận căn đối với ung thư khu trú trên lâm sàng.

- Kết hợp điều trị nội tiết với xạ trị giúp kéo dài thời gian sống còn.Điều trị nội tiết tức thì sau phẫu thuật tận căn mà phát hiện có di căn hạch, sẽ giúp tăng tỉ lệ sống còn toàn bộ.

- Điều trị nội tiết sớm tốt hơn điều trị trì hoãn ở bệnh nhân ung thư tiến triển, khi phát hiện tái phát sinh học hay di căn.

- Luôn nhớ khi điều trị nội tiết liên tục: các tác dụng phụ sẽ cùng tăng theo nếu kéo dài thời gian điều trị.

Xạ trị là một cách điều trị ung thư tuyến tiền liệt khi bướu còn tại chỗ, chưa di căn hạch hoặc di căn xa. Có thể dùng xạ trị cho bệnh nhân ở mọi độ tuổi, cho những trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật vì lý do bệnh lý hoặc cho những bệnh nhân không muốn phẫu thuật.

V. CHỈ ĐỊNH XẠ TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Những thông tin cần có trước khi điều trị bệnh nhân:

- Giai đoạn lâm sàng T, N, M
- Loại giải phẫu bệnh
- Độ ác tính (điểm Gleason)
- Nồng độ PSA/ huyết thanh
- Tuổi bệnh nhân và thời gian kỳ vọng sống thêm
- Các bệnh lý nội khoa đi kèm

Các yếu tố này giúp chúng ta quyết định chọn lựa phương pháp điều trị

2. Xếp nhóm nguy cơ (nguy cơ tái phát) cho bệnh nhân

- Nguy cơ thấp: T1-T2a và Gleason ≤ 6 và PSA < 10ng/ml
- Nguy cơ trung bình: T2b-T2c hoặc Gleason 7-8 hoặc PSA 10-20ng/ml
- Nguy cơ cao: T3a hoặc Gleason 9-10 hoặc PSA > 20ng/ml
- Nguy cơ rất cao: T3b-T4

3. Chỉ định xạ trị

a. Xạ trị triệt để

- Xạ trị triệt để là một chọn lựa điều trị khi bướu còn tại chỗ gồm các giai đoạn bướu T1, T2, T3, và một số trường hợp T4 (nếu bướu chưa lan rộng vào các cơ quan vùng chậu), N0, M0.

- Xạ trị có thể dùng để bổ túc vào nền bướu sau cắt tuyến tiền liệt, nếu diện cắt (+). (Lưu ý: nếu hạch chậu có di căn thì không xạ trị bổ túc mà chuyển sang dùng ức chế nội tiết).

b. Xạ trị tạm bợ

Dùng trong các tình huống sau đây:

- Xạ trị giảm đau ổ di căn xương (có thể kiểm soát đau đến 80%)
- Xạ trị giải ép tủy khi cột sống bị di căn

Tổng liều xạ trị giảm đau thường dùng là 30 Gy/ 10 lần, phân liều 3 Gy/ lần.

c. Xạ trị cứu vớt (salvage radiotherapy)

Nếu sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc mà:

- PSA/ huyết thanh không âm tính hoàn toàn, hoặc
- Khi theo dõi định kỳ sau phẫu thuật, có hiện tượng tái phát sinh học, PSA tăng dần sau 2 lần xét nghiệm (>0,2 ng/ml trong khoảng 3-6 tháng), và
- Nếu kết quả sinh thiết lại vùng nền tuyến tiền liệt (+) mà không có bằng chứng của di căn hạch, di căn xa, thì có thể cân nhắc xạ trị cứu vớt + ức chế nội tiết.

4. Thể tích và liều xạ trị triệt để

a. Kỹ thuật xạ trị ngoài

- Tốt nhất là xạ trị bằng máy gia tốc thẳng với mức năng lượng cao từ 15-25 MV.
- Máy Cobalt cũng có thể sử dụng được cho các bệnh nhân gầy ốm.
- Thường dùng 3-4 trường chiếu tập trung vào vùng bướu.
- Thể tích xạ gồm: bướu + tuyền tiền liệt, túi tinh ± xạ hạch chậu 2 bên
  - Nguy cơ thấp: tuyến tiền liệt ± túi tinh 70 – 75 Gy
  - Nguy cơ trung bình/ cao: tuyến tiền liệt ± túi tinh 75 – 80Gy ± thuốc ức chế nội tiết từ 6 tháng - 3 năm
  - Nguy cơ cao: xạ ph.ng ngừa thêm vào hạch chậu 45 – 50 Gy.
- Tổng liều xạ trị vào bướu: từ 70 – 80 Gy tùy vào nguy cơ, thời gian kỳ vọng sống thêm, thể trạng bệnh nhân, các bệnh nội khoa đi kèm. Phân liều xạ từ 1,8 Gy – 2Gy/ lần. Nếu tổng liều xạ > 75 Gy, cần có những phương tiện kiểm tra chính xác mô đích để khống chế biến chứng xạ trên bàng quang và trực tràng, như kỹ thuật xạ sát hợp mô đích IMRT, kiểm tra vị trí tuyến tiền liệt hàng ngày bằng siêu âm…
- Đối với bệnh nhân nguy cơ cao và rất cao, nên kết hợp xạ trị + ức chế nội tiết.

Ưu và nhược điểm của xạ trị ngoài

- Ưu điểm
  - Bệnh nhân không bị những tai biến liên quan đến phẫu thuật
  - Bệnh nhân ở các độ tuổi đều có thể xạ trị
  - Tỉ lệ tiểu không kiểm soát thấp (1,3%)
  - 50%-65% bệnh nhân duy trì được khả năng hoạt động tình dục nếu trước điều trị khả năng này bình thường
- Nhược điểm
  - Viêm bàng quang, tiểu máu (3%), xơ hẹp niệu đạo (4,4%)
  - Viêm trực tràng, viêm hậu môn… (2%)
  - Thời gian điều trị kéo dài 7- 8 tuần

b. Xạ trị trong

1. Phương pháp cắm lưu những hạt Iode 125 vào mô tuyến tiền liệt dành cho ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn sớm T1-T2a, nguy cơ thấp. Thủ thuật này được thực hiện một lần, dưới gây mê, với sự kết hợp chặt chẽ của các bác sĩ niệu khoa và bác sĩ xạ trị.

2. Phương pháp xạ trị trong với máy nạp nguồn sau suất liều cao, dùng để tăng cường liều vào bướu sau xạ trị ngoài. Nguồn đồng vị phóng xạ thường là Iridium 192.

(Hiện nay ở Việt Nam chưa thực hiện các kỹ thuật xạ trị trong này).

5. Xạ trị + ức chế nội tiết

- Đối với ung thư tuyến tiền liệt tiến triển tại chỗ (T3-T4), phương pháp kết hợp xạ trị + ức chế nội tiết cho kết quả tốt hơn xạ trị đơn thuần.
- Liệu pháp nội tiết gồm cắt 2 tinh hoàn hoặc dùng chất đồng vận-LHRH, thuốc kháng androgen, estrogen, progestogen…

6. Theo dõi sau xạ trị triệt để

Việc theo dõi gồm:

- Đo PSA mỗi 6 tháng trong 5 năm đầu, sau đó mỗi năm một lần
- Thăm khám trực tràng mỗi năm một lần.

Nếu PSA tăng ≥ 2 ng/ml so với trị số PSA thấp nhất từ sau xạ trị +/- ức chế nội tiết hoặc thăm trực tràng thấy bướu phát triển, cần đánh giá lại để xét điều trị cứu vớt.

7. Xử trí khi bệnh tái phát tại chỗ sau xạ trị

Cần đánh giá các yếu tố sau đây, để xét điều trị cứu vớt:

- Các điều kiện thuận lợi cho điều trị tại chỗ:
  - Giai đoạn bệnh ban đầu: T1-T2, Nx hoặc N0
  - Khả năng sống thêm dự kiến > 10 năm
  - PSA hiện tại < 10ng/ml
- Nếu thuận lợi, các bước tiến hành tiếp theo gồm:
  - Sinh thiết lại bướu
  - Làm xạ h.nh xương
  - Chụp CT/ MRI vùng chậu
- Nếu kết quả sinh thiết (+), bệnh còn tại chỗ, chưa di căn:
  - Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt cứu vớt
  - Hoặc điều trị nội tiết
  - Hoặc xạ trị trong

Lưu ý! Phẫu thuật cắt bướu tuyến tiền liệt tái phát sau xạ trị thường rất khó thực hiện do vùng tuyến tiền liệt đã bị xơ dính do tác dụng của bức xạ ion-hóa, nguy cơ biến chứng phẫu thuật rất cao.

- Nếu bệnh đã di căn hạch hoặc di căn xa, hoặc nếu bệnh nhân không đủ các điều kiện thuận lợi cho điều trị tại chỗ, thì theo dõi hoặc điều trị nội tiết.

Kết luận

Để việc xạ trị ung thư tuyến tiền liệt đạt hiệu quả tốt, cần đánh giá kỹ nguy cơ, thời gian kỳ vọng sống thêm, thể trạng và các bệnh lý đi kèm nhằm cân nhắc giữa lợi ích và biến chứng của việc điều trị. Ngoài mục tiêu kéo dài thêm thời gian sống còn, chất lượng sống của các bệnh nhân lớn tuổi rất đáng được quan tâm.

VI. ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Điều trị hóa chất trong ung thư tuyến tiền liệt không bao giờ là biện pháp điều trị bước đầu được lựa chọn v. loại ung thư này thường rất nhạy với nội tiết. Tuy nhiên vì tính chất không đồng nhất trong khối u nên độ nhạy của ung thư ở từng cá thể là rất khác nhau và luôn dẫn đến tình trạng kháng nội tiết mà cơ chế còn chưa rõ hoàn toàn nhưng đều có thái độ xử trí chung là có thể phải tiếp tục điều trị với hóa chất.

1. Mục đích của điều trị hóa chất trong ung thư tuyến tiền liệt kháng nội tiết

- Kéo dài thời gian sống còn: Khi ung thư kháng nội tiết có di căn nhỏ thì thời gian sống còn là từ 14-16 tháng; còn nếu có di căn nhiều thì thời gian sống còn chỉ khoảng 9-12 tháng nếu không có điều trị bổ túc.

- Trì hoãn diễn tiến bệnh: khi có kháng nội tiết nhưng chưa phát hiện di căn thì điều trị hóa chất sớm sẽ làm chậm diễn tiến đến di căn đại thể.

- Cải thiện chất lượng cuộc sống do làm giảm đau nhức do ung thư di căn gây ra: đây có lẽ là mục tiêu chính của điều trị hóa chất với các trường hợp ung thư kháng nội tiết.

2. Chỉ định

Điều trị hóa chất trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thường có nhiều tác dụng phụ, đắt tiền và hiệu quả không cao hơn nữa bệnh nhân trong giai đoạn này thường kiệt quệ cả về sức khỏe lẫn tài chính nên chỉ định điều trị cần phải đúng để bệnh nhân có thể hưởng lợi nhiều nhất. Các chỉ định cụ thể như sau:

- Ung thư tuyến tiền liệt kháng nội tiết rõ, đã điều trị với các phương pháp khác như kháng androgen ngoại vi, bỏ nguồn nội tiết nhưng vẫn tiến triển.

- PSA phải tăng sau 2 lần thử liên tiếp: đây là biện pháp bảo đảm tránh những sai số khi thử và ngoài ra người ta nhận thấy khi điều trị hóa chất mặc dù có hiệu quả nhưng cho tới hiện nay vẫn chưa có bằng chứng là điều trị sớm ngay khi có dấu hiệu kháng nội tiết sẽ tốt hơn điều trị trễ nên không cần phải quá vội tiến hành điều trị ngay.

- PSA phải lớn hơn 5 ng/ml: đây là tiêu chuẩn đề ra để dễ theo dõi kết quả của hóa trị với hóa chất.

3. Đánh giá kết quả điều trị với hóa chất

Trong các bướu phần mềm khác đa số người ta đánh giá hiệu quả điều trị bằng cách đo kích thước bướu trước và sau điều trị nhưng với ung thư tuyến tiền liệt thì phương pháp này không khả thi, ngoài ra trong các trường hợp có di căn xương thì theo dõi tình trạng di căn xương trước và sau điều trị cũng không cho kết quả trung thực nên đánh giá theo các tiêu chuẩn sau được đa số các chuyên gia chấp nhận

- Theo dõi PSA: vì lý do này mà trong chỉ định điều trị hóa chất có tiêu chuẩn PSA lớn hơn 5ng/ml. Theo các nghiên cứu của Kelly nếu PSA giảm hơn 50% sẽ cho kết

quả sống còn cao hơn nhóm chứng (25 tháng so với 8,6 tháng) và Smith cũng nhận thấy nếu PSA giảm hơn 50% trong thời gian hơn 8 tháng sẽ cho kết quả tốt hơn nhóm chứng (91 tuần so với 38 tuần)

- Đối với các trường hợp không có di căn xương thì có thể đánh giá theo tiêu chuẩn Recist bao gồm đo tổng chiều dài của các sang thương trước và sau điều trị bằng phương tiện hình ảnh học như CT, MRI.. nếu gọi là đáp ứng hoàn toàn khi các sang thương hoàn toàn biến mất, nếu giảm trên 30% là đáp ứng một phần, nếu tăng trên 20% là bệnh tiến triển.

- Nếu trong trường hợp ung thư tiến xa có triệu chứng thì đánh giá dựa vào triệu chứng cũng là một tiêu chuẩn có giá trị vì mục đích chính của điều trị bằng hóa chất là cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4. Điều trị với hóa chất

Khi nghiên cứu các mẫu bệnh phẩm ung thư tuyến tiền liệt người ta nhận thấy có sự thể hiện gen bcl-2 nhiều và gen này chịu trách nhiệm trong việc bảo vệ sự toàn vẹn của các vi ống chống lại sự chết có lập trình của các tế bào bướu khi có sự hiện diện của các chất ức chế androgennên điều trị bằng các chất tác dụng vào hệ thống vi ống có thể có hiệu quả và trên thực nghiệm khi điều trị với các Taxane là các chất chống bướu dựa vào cơ chế tác động trên vi ống có hiệu quả tốt. Theo các nghiên cứu tền cứu pha 3 về hiệu quả của hóa chất điều trị ung thư tuyến tiền liệt người ta nhận thấy có 2 phác đồ có hiệu quả nhất là:

- Docetaxel 75mg / m2 da ngày 1 với Prednisone 10mg/ngày cho chu kỳ 21 ngày
- Mitoxantron 12mg/m2 da ngày 1 với Prednisone 10mg/ngày cho chu kỳ 21 ngày. Tuy nhiên, người ta nhận thấy phác đồ Docetaxel có vẻ có hiệu quả hơn, thể hiện qua tỉ lệ PSA giảm hơn 50% so với 27% và thời gian trung bình làm chậm tiến triển kéo dài hơn là 6,3 tháng so với 3,2 tháng. Song song có nhiều phác đồ cũng đang được nghiên cứu nhưng ít thông dụng hơn, như điều trị đơn chất với Doxorubixin, Cisplatin, 5FU, Methotrexate, Cyclophosphamide, Estramustine, Vinblastine, Paclitaxel hay sử dụng các phác đồ phối hợp như Paclitaxel + Estramustine; Doxorubicine + cyclophosphamide; Docetaxel + Vinorelbine; Docetaxel + Capecitabine; Paclitaxel + Estramustine + Carboplatine…

Ngoài ra, khi điều trị với hóa chất cần chú . tác động hợp đồng của thuốc với các chất khác như biphosphonate, cũng như chú ý kết hợp điều trị đa mô thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt. Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam (VUNA) 2013.

TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (thuật ngữ khác: u xơ tuyến tiền liệt, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt) là một loại bướu lành tính thường gặp trong bệnh lý của hệ tiết niệu và thường xuất hiện ở nam giới lớn tuổi. Mặc dù có thể thấy tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt xuất hiện ở người trẻ < 30 tuổi, nhưng chủ yếu bướu bắt đầu ở tuổi 40 và tỉ lệ tăng nhanh theo tuổi. Theo nghiên cứu của Barry và cộng sự năm 1984 trên tử thiết những bệnh nhân chết vì mọi nguyên nhân đã thấy bướu xuất hiện ở tuổi 40 và tăng nhanh theo tuổi: 50% ở tuổi 60, 70% ở tuổi 70, 90% ở tuổi 90.

Ở nam giới trên 50 tuổi, khoảng 40,5% có triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS), 26,9% có tuyến tiền liệt lớn lành tính (BPE) và khoảng 17,3% có tình trạng dòng tiểu kém nghi ngờ có tình trạng tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (BPO). Từ tuổi 50 đến 80, thể tích tuyến tiền liệt có sự tăng lên đáng kể (24 lên 38ml) và tốc độ dòng tiểu giảm đi rõ (22,1 còn 13,7ml/s). Ở Việt nam hiện nay vẫn chưa có thống kê về tần suất mắc bệnh chung.

Một số khái niệm:

- Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH: Benign prostatic hyperplasia): Được chẩn đoán thông qua giải phẫu bệnh lý. Đặc trưng về phương diện giải phẫu bệnh lý là sự tăng sinh lành tính của tế bào cơ, tổ chức liên kết và/hoặc tế bào chuyển tiếp.
- Tuyến tiền liệt lớn lành tính (PBE: Benign prostatic enlargement): Tuyến tiền liệt của người trưởng thành khoảng 25ml. Gọi là tuyến tiền liệt lớn khi kích thước >25ml. Đo kích thước chính xác dựa vào siêu âm qua ngả trực tràng.
- Tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính (PBO: Benign protastic obstruction): Niệu đạo bị chèn ép bởi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hoặc do tuyến tiền liệt lớn lành tính.
- Triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS: Lower urinary tract symtoms): Bao gồm các triệu chứng của đường tiết niệu dưới do tình trạng kích thích bàng quang, tắc nghẽn ở niệu đạo, các triệu chứng xuất hiện sau khi đi tiểu.

- Tắc nghẽn đường tiết niệu dưới (BOO: bladder outlet obstruction): Xảy ra do tắc nghẽn cơ học đoạn từ cổ bàng quang đến miệng sáo.

2. Yếu tố nguy cơ

Một số yếu tố liên quan

- **Tôn giáo**: Nghiên cứu của Morrson 1978, Lytton 1968 cho thấy những người theo đạo Do Thái có tỉ lệ cao hơn bị BPH (gấp hơn 2 lần).

- **Yếu tố kinh tế xã hội**: chưa có bằng chứng thuyết phục về mối liên quan giữa thu nhập kinh tế với BPH. Giáo dục và tình trạng kinh tế xã hội không ảnh hưởng đến việc phản hồi các triệu chứng trong IPSS.

- **Hoạt động tình dục**: Ekman 1989 cho rằng tăng sản mô cơ sợi của tiền liệt tuyến là kết quả của hoạt động tình dục. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy không có mối liên hệ này. Nhưng có một điều thực tế rằng, khi tuổi càng cao suy giảm chức năng tình dục đặc biệt là có kèm theo rối loạn cương dương thì triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới càng xuất hiện nhiều.

- **Rượu và xơ gan**: Chưa có bằng chứng thuyết phục liên quan giữa xơ gan và nghiện rượu mặc dù người ta biết rượu làm giảm testosteron máu và làm tăng độ thanh thải testosteron.

- **Tăng huyết áp**: Do tuổi cao thường đi kèm với tăng huyết áp và triệu chứng của LUTS nên chưa có nghiên cứu chứng minh rõ ràng mối liên quan giữa BPH và tăng huyết áp.

- **Thuốc lá**: nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa thuốc lá và BPH, thuốc lá làm tăng nồng độ testosteron và estrogen trong máu.

- **Các yếu tố khác**: ít hoạt động thể lực, béo phì vùng bụng, BMI cao có liên quan đến BPH. Các loại thuốc chống trầm cảm, kháng histamin và giãn phế quản cũng làm tăng 2, 3 điểm trong IPSS.

3. Nguyên nhân

- BPH bắt đầu phát sinh từ mô sợi quanh niệu đạo trên lồi tinh. Các tổ chức sợi này sẽ kết hợp với những mô tuyến thành những nhân xơ. Các nhân xơ sẽ phát triển dần và đẩy mô lành ra vùng chung quanh bướu. Giữa bướu và mô lành còn lại của TTL có một đường ranh giới rõ rệt, và mô lành trở thành vỏ bọc của bướu.

- Trong bướu có 3 loại tổ chức: Tổ chức sợi chiếm trung bình 60%, tổ chức tuyến và tổ chức cơ mỗi loại chiếm trung bình 20%. Tổ chức sợi càng nhiều thì bướu càng sơ cứng gây ra hiện tượng bế tắc càng cao.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Có 2 đặc điểm:

- Bệnh phát triển rất chậm, kéo dài nhiều năm do đó bệnh nhân thích nghi dần, khó xác định được thời điểm khởi phát bệnh.
- Các rối loạn lúc tăng lúc giảm do ảnh hưởng của chế độ làm việc, ăn uống hay nghỉ ngơi, do đó khó đánh giá được tác dụng của thuốc khi điều trị.
- Các triệu chứng chủ quan gồm có hai nhóm chủ yếu:
- Triệu chứng bàng quang quá mẫn cảm: Bàng quang chống đối sẽ dễ bị kích thích hơn bình thường. Thể hiện qua 2 triệu chứng:
    - Đái gấp tức là khi mót đi tiểu bệnh nhân khó nhịn lại được
    - Đêm phải đi tiểu nhiều lần (từ 2 lần trở lên và loại bỏ các yếu tố khác gây tiểu nhiều lần về đêm).
- Triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới: Gồm tiểu khó và còn nước tiểu tồn lưu.
    - Tiểu khó: phải rặn mới khởi động tiểu được, tia nước tiểu yếu, tiểu làm nhiều giai đoạn.
    - Còn nước tiểu tồn lưu: tiểu xong có cảm giác tiểu chưa hết, phải đi tiểu lại trong vòng chưa đầy 2 giờ.

Năm 1992, Hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) thiết lập thang điểm dựa trên 7 triệu chứng than phiền kể trên gọi là International Prostate Symptom Score (IPSS). Sau này có bổ sung thêm 1 câu hỏi nữa dựa trên đánh giá của bệnh nhân về chất lượng cuộc sống (Quality of Life – QoL).

Bảng 1. Đánh giá triệu chứng tiền liệt tuyến theo thang điểm IPSS

Trong tháng vừa qua	Không lần nào	< 1/5 lần	< ½ lần	½ lần	> ½ lần	Gần như luôn luôn	Điểm
1. Đái không hết	0	1	2	3	4	5	
2. Đi đái lại < 2h	0	1	2	3	4	5	
3. Đái ngập ngừng	0	1	2	3	4	5	
4. Đái gấp	0	1	2	3	4	5	
5. Đái tia nhỏ	0	1	2	3	4	5	
6. Rặn mới đái được	0	1	2	3	4	5	
	Không	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
7. Đái đêm	0	1	2	3	4	5	
Tổng điểm							

Đánh giá: Tổng điểm
- 0 – 7: bình thường
- 8 – 19: trung bình
- > 20: nặng

Bảng 2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Chất lượng cuộc sống	Hoan nghênh	Tốt	Khá	Tạm	Khó chịu	Khổ	Khổ sở
Bạn cảm thấy như thế nào nếu như bạn phải sống hết quãng đời còn lại với những triệu chứng này?	0	1	2	3	4	5	6

Đánh giá triệu chứng chủ quan của bệnh nhân dựa trên thang điểm IPSS giúp định hướng chẩn đoán BPH. Các dấu hiệu trên có lúc tăng lúc giảm trên cùng một bệnh nhân ở những thời điểm khác nhau. Do đó để đánh giá được đầy đủ cần lấy điểm trung bình của 5 lần đi tiểu và theo dõi trong khoảng 1 tháng. Tuy nhiên, 7 triệu chứng kể trên hay còn gọi là triệu chứng của của đường tiểu dưới (LUTS) không chỉ đơn thuần là do BPH gây ra mà còn do một số nguyên nhân như: BPO, sỏi niệu đạo, bướu bàng quang, hẹp niệu đạo, viêm TTL, bàng quang thần kinh, nhiễm trùng niệu, dị vật đường niệu….

b. Triệu chứng thực thể

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

- Tiền sử: Chú ý khai thác kỹ các triệu chứng đường tiểu dưới trong tiền căn của BN.

2. Cận lâm sàng

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

- Xét nghiệm máu.

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

- Xét nghiệm định lượng PSA: theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam, không thực hiện sàng lọc nhưng chỉ định cho bệnh nhân nhập viện nghi do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. **i)**PSA < 2.5 ng/l, xét nghiệm kiểm tra 2 năm/lần; **ii)**PSA 2.5 - 4 ng/l, xét nghiệm kiểm tra mỗi năm/lần; **iii)**PSA 4-10 ng/l, thử tỉ lệ tự do/toàn phần. Nếu tỉ lệ < 20: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu tỉ lệ >20: theo dõi năm/lần; **iv)** PSA >10 ng/l, chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, nếu kết quả bình thường, xét nghiệm kiểm tra PSA 1 năm/lần.

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

- Siêu âm

  - Khảo sát tuyến tiền liệt qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng: khảo sát hình thái, tính chất, thể tích tuyến tiền liệt.
  - Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành bàng quang, giãn đường tiết niệu trên…
  - Đo thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Bình thường < 30ml. >100ml: có tình trạng tắc nghẽn có ý nghĩa.

Những xét nghiệm nên làm

- ***Đo lưu lượng dòng tiểu (uroflowmetry)***: bằng máy hoặc phương pháp thủ công để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu cực đại (Qmax), lượng nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu... Chỉ có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi lượng nước tiểu mỗi lần tiểu > 150ml. Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới:

  - Trung bình: Qmax 10-15ml/s.
  - Nặng: Qmax <10ml/s

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

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

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

2. Chẩn đoán phân biệt

Có 2 tình huống

- 1. Tuyến tiền liệt to lúc thăm khám trực tràng
    - Ung thư TTL: có nhân cứng, mất ranh giới, cần định lượng PSA, kiểm tra siêu âm (có vùng giảm âm, ranh giới bị phá hủy, túi tinh bị xâm lấn), chụp Xquang xương chậu, thắt lưng, sinh thiết vùng nghi vấn…
    - Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: bệnh nhân có tiền sử viêm TTL, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng TTL to, ấn đau, có chỗ cứng...
- 2. Tuyến tiền liệt bình thường
    - Hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang: thăm khám niệu đạo, chụp niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng, soi bàng quang…
    - Không có chướng ngại vật cần kiểm tra bàng quang thần kinh, ung thư bàng quang…

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

Theo dõi

- Chỉ định: cho bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ và vừa, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, bệnh nhân chưa có những than phiền về các triệu chứng trên. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.
- Các chỉ tiêu theo dõi: theo dõi định kỳ 6 - 12 tháng
    - Thăm khám để biết mức độ phàn nàn của BN về các triệu chứng đường tiết niệu dưới

▪ Đánh giá chỉ số IPSS và QoL

▪ Siêu âm đo kích thước tuyến tiền liệt, khảo sát hình thái hệ tiết niệu, đo thể tích nước tiểu tồn lưu

▪ Xét nghiệm nước tiểu

▪ Đo lưu lượng dòng tiểu (nếu cần thiết). Nếu các chỉ số trên có biến đổi theo hướng nặng dần thì cần chọn phương pháp điều trị thích hợp.

2. Điều trị nội khoa

a. Các thuốc

Các thuốc chẹn alpha

- ***Alfuzosin:*** liều 10mg x 1lần/ngày.

- ***Tamsulosin:*** Liều dùng 0,4mg/ngày, có thể tăng đến 0,8mg/ngày (1 lần) không cần điều chỉnh liều. Thuốc nên được uống 30 phút sau bữa ăn và cùng một thời điểm giữa các ngày, không được nghiền, nhai hay mở viên nang.

- ***Doxazosin:*** Liều dùng 1mg/ngày, có thể tăng đến 2-4mg và tối đa 8mg.

- ***Terazosin:*** Liều khởi đầu 1mg trước khi ngủ. Có thể tăng dần đến 5-10mg/ngày.

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

- ***Dutasteride:*** thuốc ức chế cả hai men 5-alpha reductase type I và II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 0,5 mg/ngày.

- ***Finasteride:*** thuốc ức chế men 5 alpha reductase type II, men này biến đổi testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Liều dùng 5mg/ngày.

Thuốc kháng muscarinic

- Các chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế của bàng quang là acetylcholine có thể kích thích thụ thể muscarinic (m-cholinoreceptors) trên bề mặt tế bào cơ trơn của cơ detrusor. Kháng thụ thể muscarinic sẽ làm giảm co thắt của bàng quang. Các loại thuốc được sử dụng hiện nay ở Việt Nam.

▪ Oxybutynin ER 2-3 lần x 5 mg

▪ Solifenacin: 1 lần x 5-10 mg

Thuốc đối kháng vassopressin - desmopressin

- Chỉ định cho bệnh nhân tiểu đêm do đa niệu ban đêm

- Thuốc chống lợi niệu hóc môn arginine vasopressin (AVP) có vai trò chủ đạo trong việc giữ nước trong cơ thể và kiểm soát sự sản sinh nước tiểu do gắn với thụ thể V2 trong ống góp của thận.

- Desmopressin: 1 lần x 0,1-0,4mg/uống trước khi đi ngủ

Thảo dược

- Một số các loại cây có tác dụng lên tuyến tiền liệt cũng đang được áp dụng trong điều trị ở nhiều nước, tuy nhiên cơ chế tác dụng cho đến nay vẫn chưa được rõ. Nguồn gốc dược thảo gồm: cây cọ lùn Nam Mỹ (serenoa repens), cây mận châu Phi (pygeum africanum), cỏ ngôi sao Nam Phi (hypoxis rooperi), cây thông, cây vân sam (pinus, picea), cây tầm ma (urtica dioica et urens), phấn hoa (secale cereale), hạt bầu bí (cucurbita pepo), hoa cây xương rồng (opuntia), cây trinh nữ hoàng cung (crinum latifolium)...

b. Chỉ định điều trị

- Thuốc chẹn alpha: được sử dụng ưu tiên cho những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình. Thuốc tác dụng sớm.

- Thuốc 5ARI: thuốc được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức đô tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml. 5ARI có thể làm giảm nguy cơ bí tiểu cấp và phẫu thuật. Thuốc có công dụng làm giảm kích thước tuyến tiền liệt và đạt hiệu quả lâm sàng tối đa bắt đầu từ tháng thứ 3.

- Phác đồ phối hợp 5ARI với thuốc chẹn alpha được chỉ định điều trị ưu tiên trong những trường hợp có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức độ tắc nghẽn trung bình trở lên, tuyến tiền liệt lớn > 40ml, Qmax giảm. Phác đổ phối hợp cũng có hiệu quả trong những trường hợp điều trị bằng thuốc chẹn alpha đơn thuần kém hiệu quả.

- Thuốc kháng muscarinic được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiết niệu dưới, mức đô tắc nghẽn trung bình đồng thời có triệu chứng của bàng quang nổi trội. Cần thận trọng đối với bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, chống chỉ định khi thể tích nước tiểu tồn lưu > 100ml.

- Phác đồ phối hợp thuốc kháng muscarinic với thuốc chẹn alpha có thể được sử dụng khi mỗi thuốc hiệu quả chưa cao.

- Thuốc đối kháng vasopressin - desmopressin được chỉ định cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có tiểu đêm do đa niệu ban đêm.

- Các thảo dược hiện nay chưa có khuyến cáo chỉ định một cách rõ ràng.

3. Ngoại khoa

a. Chỉ định

Chỉ định tuyệt đối

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.
- Có kèm sỏi bàng quang
- Tiểu máu tái diễn
- Bí tiểu cấp tái diễn
- Giãn niệu quản nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính
- Túi thừa bàng quang
- Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do tuyến tiền liệt lành tính

Chỉ định tương đối

- Điều trị nội khoa không hiệu quả

b. Cắt đốt nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Phương pháp này được thực hiện đầu tiên vào năm 1935, đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo. Dao cắt đơn cực, lưỡng cực, Laser.

- Chỉ định: những trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

c. Các thay đổi kỹ thuật nội soi qua niệu đạo

Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

- Chỉ định: thể tích tuyến tiền liệt < 30ml và không có thùy giữa lớn. Nên chỉ định cho bệnh nhân < 60 tuổi.

- Phương pháp này ít biến chứng hơn so với cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Cắt đốt tăng sinh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực

- Phương tiện: Dụng cụ cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Dao cắt lưỡng cực

- Chỉ định: như đối với cắt đốt nội soi bằng dao đơn cực.

- Ưu điểm: so với cắt đốt bằng dao đơn cực thì hiệu quả tức thời tốt hơn. Có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt.

Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Thulium, bốc hơi tuyến tiền liệt bằng laser Thulium

- Bộ dụng cụ gồm có: Màn hình nội soi, nguồn sáng. Máy nội soi hiệu, có hệ thống tưới rửa liên tục dưới áp suất thấp (đường nước vào và nước ra). Máy LASER Thulium. Một số dụng cụ khác: thông Foley, bơm thủy tinh súc rửa, bơm tiêm….

- Chỉ định: như đối với cắt đốt nội soi bằng dao đơn cực.

- Ưu điểm: có thể sử dụng nước muối sinh lý trong quá trình cắt đốt nên không sợ biến chứng rối loạn điện giải.

Mổ mở

- Phương pháp: sử dụng đường vào qua bàng quang hoặc đường sau xương mu bóc nhân tăng sinh tuyến tiền liệt.
- Chỉ định:
  - Bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới và có thể tích tuyến tiền liệt > 80ml, hoặc bướu tuyến tiền liệt nhưng có yếu tố cản trở không cắt đốt nội soi được
  - Bướu tuyến tiền liệt kèm túi thừa bàng quang có chỉ định cắt bỏ.
  - Phẫu thuật nội soi thất bại.
  - Sỏi bàng quang lớn.

Điều trị bằng nhiệt vi sóng qua niệu đạo (Transrethral Microwave Therapy-TUMT)

- Điều trị bằng nhiệt vi sóng dựa trên nguyên lý sử dụng bức xạ vi sóng phát ra từ một thiết bị an-ten đặt trong niệu đạo nhằm làm tăng nhiệt độ ở tuyến tiền liệt. Mô sẽ bị phá hủy khi nhiệt độ tăng lên trên ngưỡng gây độc tế bào (>45^0C).
- *C*hỉ định: Giống chỉ định của TUNA.

Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo (Transurethral Needle Ablation - TUNA)

- TUNA hoạt động trên nguyên tắc gây hoại tử bằng sự hoại tử đông ở vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.
- Chỉ định cho bệnh nhân không muốn điều trị bằng cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt với ưu thế làm giảm tỉ lệ phóng tinh ngược dòng.

Chú ý: Cần cảnh báo cho bệnh nhân về tỉ lệ phải điều trị lại cao và ít cải thiện về triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống. Phương pháp này không chỉ định cho bệnh nhân có kích thước tuyến tiền liệt lớn (>75ml).

Bóc tuyến tiền liệt bằng laser Holmium

- Sử dụng laser holmium: Yttrium-Aluminum-Garnet (Ho:YAG) với bước sóng 2140nm để bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt. Đây là loại laser rắn.
- Cắt tuyến tiền liệt nên chỉ định đối với tuyến <60ml.
- Bóc tuyến tiền liệt có thể áp dụng đối với tuyến lớn hơn.

Bốc hơi tuyến tiền liệt bằng laser ánh sáng xanh 532 nm ('Greenlight') laser

- Sự bốc hơi mô tuyến tiền liệt khi có sự tăng đột ngôt nhiệt độ trong mô từ 50^{o}C đến 100^{o}C nhờ năng lượng của laser.
- Chỉ định: Bóc hoặc cắt tuyến tiền liệt bằng laser được chỉ định như cắt đốt nôi soi qua niệu đạo.
- Nhược điểm: không có mẫu mô để làm giải phẫu bệnh lý.

4. Biến chứng

Các biến chứng của phẫu thuật có thể gặp

- Chảy máu
- Tổn thương cơ quan lân cận
- Hội chứng cắt đốt nội soi
- Tiểu không tự chủ
- Bí tiểu và nhiễm trùng niệu
- Hẹp niệu đạo
- Xơ hẹp cổ bàng quang
- Phóng tinh ngược dòng
- Rối loạn cương

5. Xử trí một số tình huống lâm sàng

Bí tiểu cấp do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

a. Thông niệu đạo- bàng quang

- Tiến hành đặt và lưu thông niệu đạo- bàng quang: dùng thông Foley 16-18Fr.
- Thuốc:
  - Kháng sinh: đường uống hoặc tiêm
  - Thuốc chẹn alpha
- Nghiệm pháp rút thông thử: cho rút thông Foley, thời gian rút dưới 3 ngày kể từ ngày đặt thông. Nếu bệnh nhân tiểu được, tiếp tục đánh giá để có thái độ xử trí tiếp. Nếu bệnh nhân không tiểu được, chọn lựa phương pháp điều trị ngoại khoa thích hợp.

b. Thông niệu đạo-bàng quang thất bại

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

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

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

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

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

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

- Mở thông bàng quang trên xương mu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA). Xuất bản năm 2013.

2. Chute CG, Panser LA, Girman CJ, Oesterling JE, Guess HA, Jacobsen SJ. The prevalence of prostatism: a population based survey of urinary symptoms. J Urol 1993; 150: 85-89.

3. Dahlstrand C, Walden M, Deirsson G, Pettersson S.Transurethral microwave thermotherapy versus transurethral resection for symptomatic benign prostatic obstruction: a prospective randomized study with a 2-year follow-up. Br J Urol 1995; 76: 614-618.

4. Oswald M, Schmidlin F, Jichilinski P et al.Combination of thermocoagulation and vaporisation using a Nd:YAG/KTP laser versus TURP in BPH treatment: preliminary results of a multicenter prospective randomized study. J Urol 1997; 157: 42A.

5. Schatzl G, Madersbacher S, Lang T, Marberger M.The early postoperative morbidity of transurethral resection of the prostate and of four minimally invasive treatment alternatives. J Urol 1997; 158: 105-110.

6. Barry MJ (2001), " *Evaluation of symptom and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia",* Urology,58 (Supplement 6A), pp.25-32.

7. Mc Connell J.D, Barry NJ, et al (1996) "*Clinical practice guideline of benign prostatic hyperplasia".* Edited by Public Health Service and Agency for Health Care

Policy and Research (AHCRP), Publication No 94-0582, number 8,1994, in Urology Medicine 96, National Library of Medicine USA.

8. Kirby R, Lepor(2007), "*Evaluation and nonsurgical management of Benign Prostatic Hyperplasia*",*Campbell-Walsh Ur*ology,Published by Saunder WB Company,Ninth Edition,Philadelphia,Volum III(87), pp.2766-2802.

9. Presti JC (2004)," *Neoplasms of the Prostate Gland", Smith's General Urology,*Published by the Mc Graw-Hill Companies,Sixteenth Edition, pp.367-385.

D. NIỆU NỮ - BÀNG QUANG THẦN KINH

RỐI LOẠN TÌNH DỤC NỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Rối loạn tình dục nữ thường chia làm 3 nhóm:
    - Rối loạn ham muốn/kích thích tình dục ở nữ (FSIAD)
    - Rối loạn cực khoái ở nữ
    - Rối loạn đau khi giao hợp: lo lắng, lo sợ, co thắt cơ bụng và cơ vùng chậu, đau âm đạo khi giao hợp

2. Yếu tố nguy cơ và nguyên nhân

- Tuổi
- Mãn kinh tự nhiên hay sau phẫu thuật, hóa trị, xạ trị
- Bệnh lý mạn tính như đái tháo đường type 2, bệnh mạch máu, bệnh thần kinh và bệnh lý ác tính
- Bệnh lý niệu nữ: sa sinh dục, tiểu không kiểm soát, bệnh lý cơ sàn chậu, đau vùng chậu mạn…
- Thuốc: thuốc ức chế serotonin, kháng estrogen như tamoxifen, ức chế aromatase, estrogen uống trong thuốc ngừa thai
- Yếu tố tâm lý như trầm cảm, lo lắng, tự ti về ngoại hình, bị lạm dụng tình dục
- Yếu tố văn hóa xã hội: mối quan hệ không tốt, bạn tình bị rối loạn tình dục, các giai đoạn căng thẳng trong đời sống và những thông tin về văn hóa, tín ngưỡng

II. CHẨN ĐOÁN

Phương pháp tốt nhất để chẩn đoán rối loạn tình dục nữ bằng mô hình sinh tâm lý bao gồm hỏi tiền căn tình dục và khám lâm sàng. Xét nghiệm cận lâm sàng thường không cần thiết để xác định nguyên nhân bệnh.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng: những câu hỏi quan trọng để đánh giá chức năng tình dục

- Bạn có đang hoạt động tình dục hay không? (với nam, nữ hay cả hai)
- Bạn có bất cứ mối quan tâm nào về sức khỏe tình dục không?
    - Đánh giá mức độ ham muốn/kích thích

▪ Khả năng đạt được kích thích tình dục (khô âm đạo, cảm giác có dòng máu hay nóng ở cơ quan sinh dục)

▪ Đánh giá khả năng đạt được cực khoái

- Bạn có bị đau cơ quan sinh dục? (đánh giá rối loạn đau khi giao hợp, hội chứng tiết niệu sinh dục khi mãn kinh, rối loạn cơ sàn chậu)

▪ Khô, nóng rát âm đạo

▪ Đau khi giao hợp

b. Triệu chứng thực thể

- Khám âm đạo, vùng chậu để đánh giá cơ quan sinh sản, tìm các điểm đau vùng chậu và cơ quan sinh dục, đánh giá tình trạng da của cơ quan sinh dục ngoài.

▪ Kiểm tra vùng âm hộ, môi lớn, môi nhỏ, âm vật, đánh giá sự tiết dịch và tái hấp thu của môi nhỏ

▪ Đánh giá miệng niệu đạo: tìm xem có u, hẹp hay sa niệu đạo, Q tip test

▪ Đánh giá tính chất của vách âm đạo, điểm G-spot, trương lực cơ hành hang và cơ nâng vùng chậu.

- Thực hiện pap smear để xác định những thay đổi ở cổ tử cung

- Khám thần kinh:

▪ Đánh giá phần cảm giác của 3 nhánh thần kinh thẹn: nhánh lưng âm vật (cảm giác vùng âm vật), nhánh tầng sinh môn (cảm giác vùng tầng sinh môn và môi lớn, môi bé), nhánh trực tràng dưới (cảm giác vùng da quanh hậu môn).

▪ Phản xạ cùng: phản xạ hành hang và phản xạ quanh hậu môn

2. Tiền căn

▪ Phẫu thuật vùng chậu trước đó (cắt tử cung, buồng trứng)

▪ Hóa trị hay xạ trị

▪ Thuốc

▪ Bệnh lý lây truyền qua đường tình dục

▪ Tình trạng sinh sản

▪ Sử dụng thuốc ngừa thai

3. Cận lâm sàng

▪ Giảm estrogen

▪ Tăng prolactin

▪ Suy giáp : TSH và fT4

- Xét nghiệm cận lâm sàng để phát hiện các bệnh lý mạn tính khác
- Đo chức năng cơ vùng chậu
- Áp lực đồ bàng quang
- Đánh giá chức năng cơ hậu môn

4. Chẩn đoán xác định

a. Rối loạn ham muốn/kích thích tình dục ở nữ: thiếu hoàn toàn hay giảm có ý nghĩa sự ham muốn hay kích thích tình dục ở nữ (theo DSM-5). Bệnh nhân nữ phải có 3 trong 6 triệu chứng sau và kéo dài ít nhất 6 tháng:

- Thiếu hoặc giảm ham muốn hoạt động tình dục
- Thiếu hoặc giảm suy nghĩ và sự ưa thích tình dục
- Không có hay giảm sự chủ động tình dục và không nhạy cảm khi được bạn tình kích thích.
- Không có hay giảm sự hứng thú hay hài lòng trong suốt các giai đoạn quan hệ tình dục
- Không có hay giảm ham muốn hay kích thích tình dục với đối với các kích thích tình dục bên trong và bên ngoài
- Không có hay giảm cảm giác của cơ quan sinh dục và các cơ quan khác của cơ thể trong quá trình hoạt động tình dục.

b. Rối loạn cực khoái ở nữ: chậm hay mất cảm giác cực khoái ở nữ kéo dài ít nhất 6 tháng

c. Rối loạn đau cơ quan sinh dục-vùng chậu khi giao hợp: bao gồm đau co thắt âm đạo và đau khi giao hợp. Triệu chứng kéo dài ít nhất 6 tháng. Và cần xác định đau khi bắt đầu giao hợp hay khi dương vật đã thâm nhập vào sâu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. **Điều trị tâm lý:** tư vấn các yếu tố ảnh hưởng đến ham muốn tình dục
   - Các bài tập xây dựng mối quan hệ (lên kế hoạch để tạo sự thân mật về sinh lý và cảm xúc)
   - Hướng dẫn bệnh nhân giao tiếp với nhau (gợi mở về nhu cầu và mối quan tâm về tình dục)
   - Thay đổi nhận thức về một số sai lầm về niềm tin (như trải nghiệm tốt về tình dục không luôn luôn kết thúc bằng việc đạt cực khoái)

- Huấn luyện trí tưởng tượng về tình dục

- Bài tập về tạo cảm giác:Là hành động vuốt ve và sờ nắn lẫn nhau của cặp vợ chồng như là cách biểu hiện ham muốn tình dục. Kỹ thuật này do Masters và Johnson đề ra, được coi như là liệu pháp cơ bản cho nhiều loại rối loạn chức năng tình dục. Những bài tập này giúp cho cặp vợ chồng tuy có hứng khởi với cơ thể của nhau nhưng lại không đạt được khoái cực.

- Bài tập sàn chậu: là những kỹ thuật nhằm tăng cường sức mạnh cho nhóm cơ cụt-vệ, nhóm cơ này đi từ xương vệ cho đến xương cụt. Tên của bài tập này mang tên của Armold Kegel, người thầy thuốc đã thiết kế bài tập. Mặc dù nhóm cơ cụt-vệ co bóp một cách không chủ ý khi có cực khoái nhưng nhóm cơ này cũng có thể luyện tập để co bóp một cách có chủ ý. Bài tập nhằm giúp các phụ nữ nâng cao trương lực cơ cụt-vệ khi bị nhão đi do thai nghén, lập lại sự kiểm soát tiểu tiện sau sinh đẻ. Nhiều phụ nữ tập bài này đã cho biết rằng họ thấy tăng cảm giác trong khi giao hợp cũng như tăng nhậy cảm ở khu vực âm đạo.

- Biofeedback với EMG bề mặt:
    - Hiệu quả trong tăng trương lực và đau cơ đáy chậu, kể cả đau tiền đình
    - Hết triệu chứng trong 6 tháng và kéo dài 3-5 năm

- Dụng cụ điều trị tiền đình EROS
    - Được FDA công nhận
    - Giúp làm tăng mạch máu tới tiền đình và môi lớn bằng cơ chế hút, và làm tăng độ ướt và cảm giác của âm đạo
    - Sử dụng 3 lần/tuần trong 3-5 phút

- Gel bôi trơn
    - Sử dụng cho phụ nữ mãn kinh có mô âm đạo mỏng và khô
    - Không nên sử dụng gel bôi trơn chứa dầu vì có thể làm thủng, hư bao cao su
    - Nên sử dụng gel bôi trơn chứa silicon

- Kem dưỡng ẩm cho âm đạo (Replens)
    - Chứa polycarbophil, tạo nên lớp màng dưỡng ẩm cho âm đạo, giảm tỉ lệ ngứa, rát hay co thắt âm đạo
    - Có thể thoa vào môi lớn, ngón tay hay dương vật
    - Sử dụng ít nhất cách 3 ngày, an toàn khi sử dụng hàng ngày

- Điều trị bằng laser CO2

▪ Hiệu quả giúp tái tạo mô liên kết và kích thích sản xuất collagen và sợi đàn hồi

▪ Sử dụng ở phụ nữ không thể điều trị bằng nội tiết tố

2. Điều trị bằng thuốc

- Androgen:
  - ▪ Sử dụng cho phụ nữ quanh tuổi mãn kinh
  - ▪ Có thể sử dụng dạng dán trên da
  - ▪ Chỉ mới được công nhận bởi hiệp hội thuốc châu âu.
- Estrogen/Tibolone
  - ▪ Sử dụng trong trường hợp rối loạn ham muốn do teo âm hộ, âm đạo ở phụ nữ mãn kinh
  - ▪ Nguy cơ tái phát ung thư vú và đột quỵ ở phụ nữ lớn tuổi
  - ▪ Chưa được FDA công nhận
- Flibanserin (Addyi)
  - ▪ Được FDA công nhận năm 2015 trong điều trị rối loạn ham muốn ở phụ nữ tiền mãn kinh
  - ▪ Là thuốc kháng serotonin đa chức năng
  - ▪ Sử dụng 1 viên/ngày
  - ▪ Tác dụng phụ: mệt mỏi, buồn ngủ, hạ huyết áp, chóng mặt
  - ▪ Ngưng thuốc nếu không cải thiện sau 8 tuần
- Bupropion (Wellbutrin)
  - ▪ Thuốc hoạt động lên hệ thần kinh trung ương không phải nội tiết
  - ▪ Thuốc ức chế hấp thu norepinephrine-dopamin
  - ▪ Sử dụng ở phụ nữ tiền mãn kinh
- Thuốc dãn mạch/ức chế PED-5
  - ▪ Điều trị ở phụ nữ tiền mãn kinh và hậu mãn kinh bị rối loạn kích thích mức độ nặng
  - ▪ Có hiệu quả hơn giả dược
- Amitryptyline (tại chỗ)
  - ▪ Tránh tác dụng phụ toàn thân: chóng mặt
  - ▪ Dạng kem 2%
  - ▪ Tác dụng cần nghiên cứu them

- Gabapentin (tại chỗ)
    - Tránh tác dụng phụ toàn thân: chóng mặt, táo bón, an thần
    - Có thể sử dụng liều thấp 2% hay liều cao 6%
    - Hiệu quả cao
- Lidocain (tại chỗ)
    - Dạng kem 5%
    - thoa vào vùng tiền đình 2 lần/ngày hoặc trước khi quan hệ tình dục
    - hiệu quả cao
- Botulinum A
    - Tiêm vào vùng tiền đình
    - Biến chứng rất hiếm: tụ máu, chảy máu, phản vệ, mất kiểm soát cơ vòng vùng chậu
    - Khuyến cáo sử dụng ở bệnh nhân có tăng trương lực cơ đáy chậu và đau âm hộ âm đạo

3. Ngoại khoa

a. PT cắt bỏ mô tiền đình

- Hiệu quả cao trong trường hợp đau tiền đình khi giao hợp
- Khuyến khích sử dụng dao lạnh, không sử dụng laser vì gây sẹo xấu và chậm lành vết thương
- Phẫu thuật bao gồm:
    - Rạch da hình lưỡi liềm vùng đáy chậu
    - Cắt bỏ niêm mạc tiền đình sau, vòng hymnal sau, kéo dài tới đường Hart
- Biến chứng: tụ máu, nhiễm trùng, chậm lành vết thương, tắc nghẽn tuyến Bartholin và tăng triệu chứng đau

b. Kích thích điện thần kinh qua da

- Hiệu quả cải thiện triệu chứng đau và chức năng tình dục sau 20 đợt điều trị

4. Biến chứng

- Giảm chất lượng cuộc sống
- Ảnh hưởng đến thần kinh như lo âu, trầm cảm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Waguih William IsHak (2017), The Textbook of Clinical Sexual Medicine, DOI 10.1007/978-3-319-52539-6

2. Mayo clinic staff (2016), Female sexual dysfunction, http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/basics/definition/con-20027721

3. Irwin Goldsteinet al (2010), Female Sexual Dysfunction, *Textbook of Female Urology and Gynecology*

4. Alan W. Shindelet al (2016), Sexual Function and Dysfunction in the Female, Campbell 2016

SA TẠNG CHẬU NỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng

Độ nặng triệu chứng của tạng sa không liên quan đến mức độ sa.

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

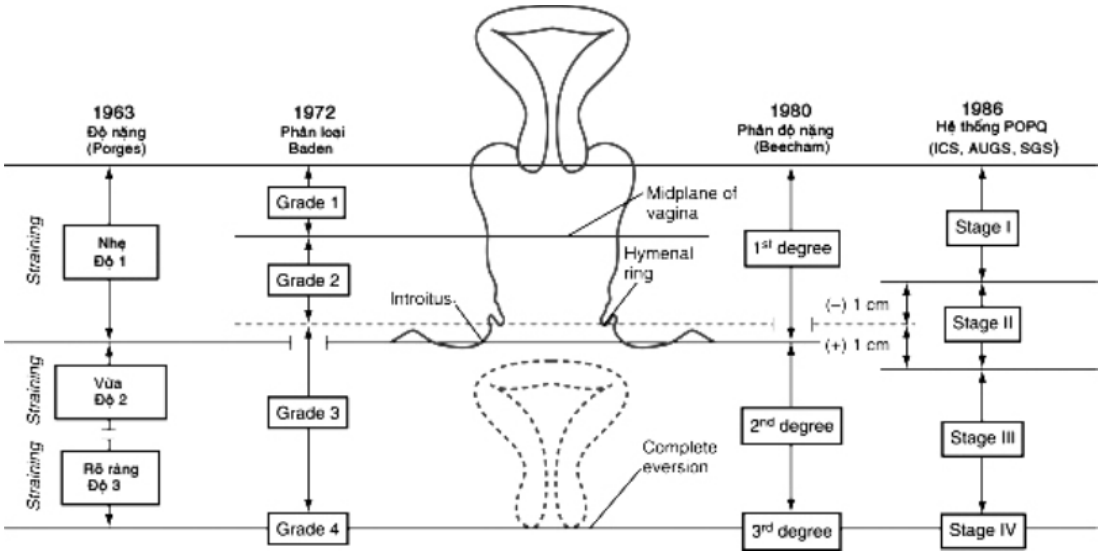
2. Triệu chứng thực thể

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

- Khám thần kinh: phản xạ hành hang, ghi nhận sự co thắt cơ thắt hậu môn, trương lực cơ sàn chậu…
- Khám âm đạo: đánh giá tình trạng teo mỏng, viêm loét niêm mạc âm đạo, sự mất nếp gấp âm đạo bất thường, xác định vị trí và kích thước cũng như mức độ tổn thương, những tổn thương nghi ngờ ác tính, khám thể sàn chậu, phối hợp vừa khám trực tràng cùng lúc với khám âm đạo.
- Đo và phân độ tạng sa theo thang điểm POP-Q.

III. PHÂN ĐỘ

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



IV. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

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

V. NIỆU ĐỘNG HỌC

Tiểu khó do sa tạng chậu thường có tốc độ dòng tiểu yếu, thời gian đạt Qmax chậm, thời gian đi tiểu kéo dài, dạng biểu đồ nhấp nhô hoặc có khi gián đoạn.

VI. ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT

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

2. Nâng đỡ cơ học

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

- Chỉ định:
  - Bệnh nhân không thích hợp cho phẫu thuật.
  - Bệnh nhân chờ phẫu thuật.
  - Bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

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

- **Biến chứng:** kích thích thành âm đạo, chảy máu, loét, đau, dò và thoát vị ruột.

- **Theo dõi:** tái khám lần đầu sau 1-2 tuần, sau đó tái khám mỗi 3-6 tháng.

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

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

VII. PHẪU THUẬT

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

Những yếu tố góp phần lựa chọn điều trị phẫu thuật sa tạng chậu
- Mức độ sa - Vị trí của tổn thương (location of defect). - Phẫu thuật âm đạo hay vùng chậu trước đây (prior vaginal or pelvic repairs) - Tiểu không kiểm soát kết hợp và tiềm ẩn - Rối loạn đường tiểu kết hợp - Chức năng tình dục - Mức độ vận động (level of activity) - Tình trạng đường tiểu trên - Tình trạng nội tiết - Tử cung còn hay đã cắt - Những bệnh kèm theo (medical comorbidities) - Những yếu tố gây tái phát: béo phì, bệnh phổi mãn tính, táo bón mãn tính…

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

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

Phẫu thuật Raz (four corner suspension)

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

- **Kỹ thuật**: Rạch hai đường chéo hoặc dạng chữ U ngược từ niệu đạo giữa về phần gần âm đạo. Bộc lộ mạc mu cổ vào khoang sau xương mu bằng cách mở mạc nội chậu. Mỗi bên khâu 3 mũi polypropylene, từng mũi khâu xuyên qua mô thành âm đạo 2-3

lần và đặt theo chiều ngang để tránh sẹo cạnh niệu đạo và bế tắc dòng tiểu. Mũi gần thì xuyên qua dây chằng cardinal và thành âm đạo để nâng đáy bàng quang.Mũi giữa ngang mức cổ bàng quang và mũi xa nang mức niệu đạo gần.

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

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

Phẫu thuật khâu gấp nếp đường giữa (anterior colporrhaphy)

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

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

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

Phẫu thuật tạo hình thành trước âm đạo ngả bụng (transabdominal paravaginal repair)

- Có thể thực hiện qua mổ mở hoặc nội soi

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

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

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

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

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

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

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

- **Biến chứng**: bí tiểu, lộ mảnh ghép.

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

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

- Ưu điểm của mảnh ghép tổng hợp là giảm chi phí và loại bỏ những mối quan tâm về lây nhiễm bệnh. Ngày nay mảnh ghép tổng hợp được khuyến cáo sử dụng nhất là polypropylene loại I, có đặc điểm đơn sợi, lỗ to (khoảng 75 micron) và trọng lượng nhẹ (36 g/m^2).

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

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

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

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

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

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

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

3. Phẫu thuật ngả âm đạo

Phẫu thuật Mccall (Mayo) culdoplasty

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

Phẫu thuật cố định âm đạo vào dây chằng cùng gai (sacrospinous ligament fixation)

- **Kỹ thuật**: Khâu 1-2 mũi chỉ không tan (hoặc tan chậm) xuyên lớp dưới niêm thành túi cùng sau âm đạo vào dây chằng cùng gai, trong gai chậu 2 khoát ngón tay, tránh

tổn thương dây thần kinh hông (sciatic nerve) và bó mạch thần kinh thẹn (pudendal nerve and vessel).

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

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

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

- Biến chứng: tổn thương niệu quản

Phẫu thuật tạo hình cơ nâng (levator myorrhaphy)

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

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

Phẫu thuật đóng âm đạo (colpocleisis)

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

- Kỹ thuật: Bệnh nhân nằm thế sản phụ khoa, rạch vòng tròn niêm mạc thành âm đạo ở mức đáy túi sa, gần vết tích màng trinh, bóc tách thành âm đạo và mạc bên dưới, khâu mạc ở thành trước và sau với nhau bằng chỉ tan (và với mạc nội chậu) để làm giảm khối sa.

4. Phẫu thuật ngả bụng

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

- Kỹ thuật: Mở phúc mạc thành sau từ mỏm nhô xương cùng đến túi cùng Douglas, bóc tách giữa trực tràng và thành sau âm đạo đến cơ nâng. Nếu có sa thành trước âm đạo thì mở phúc mạc và bóc tách giữa thành trước âm đạo và bàng quang. Dùng mesh

khâu lớp ngoài thành âm đạo, khâu mesh vào mỏm nhô bằng 1-2 mũi chỉ không tan vào mỏm nhô xương cùng, đóng lại phúc mạc thành sau.

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

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định âm đạo vào ụ nhô xương cùng bằng mesh qua ngả bụng (laparoscopic sacrocolpopexy)

- Phẫu thuật nội soi cũng thực hiện các bước như mổ mở, thường thực hiện thông qua 4 trocar. Kết quả của phẫu thuật nội soi có thể so sánh với mổ mở.

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

a. Sa ruột non (enterocele)

Phẫu thuật ngả âm đạo (vaginal repair)

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

Phẫu thuật ngả bụng (abdominal repair)

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

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

Phẫu thuật nội soi (laparoscopic repair)

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

6. Túi sa trực tràng (rectocele)

a. Phẫu thuật ngả âm đạo

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

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

Phẫu thuật sữa chữa ngay khiếm khuyết cụ thể (site specific repair)

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

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

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

b. Phẫu thuật ngả bụng (abdominal repair)

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

Phẫu thuật sa tạng chậu nên được cân nhắc chỉ định cho từng trường hợp bệnh nhân khác nhau. Trước khi điều trị cần xét đến nhiều khía cạnh: độ sa, vị trí sa, chất lượng mô, yếu tố nguy cơ, mục tiêu của bệnh nhân, tất cả đều được tính đến để mang lại sự hài lòng. Phẫu thuật điều trị sa tạng chậu là một thách thức, đòi hỏi sự hiểu biết thấu đáo về giải phẫu, sinh bệnh học, những ưu khuyết điểm cũng như biến chứng của từng kỹ thuật mổ. Mục tiêu cuối cùng của từng kỹ thuật mổ là phục hồi giải phẫu vùng chậu, phục hồi lại giải phẫu và chức năng cơ quan bị sa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David A. (2007), Female Urology, "*Treatment of Vaginal Wall Prolapse*", Humana Press Inc, pp: 280-296.

2. Jack CW. (2012), Urology, "*Vaginal and abdominal reconstructive surgery for pelvic organ prolapse*", 10th Edition, Saunders Elsevier Inc, pp: 2069-2114.

3. Jason P. (2008), Multidisciplinary Management of Female Pelvic Floor Disorders, "*Surgical Management: The Urologist's Approach*", Saunders Elsevier Inc, pp: 196-221.

4. Peggy A. (2008), Female Urology, "*Nonsurgical Treatment of Vaginal Prolapse: devices for prolapse and incontinence*", Saunders Elsevier Inc, pp: 603-608.

5. Sandip P, Matthew B (2007), Female Urology, "Evaluation and managementof anterior vaginal wall prolapse", Humana Press Inc, pp: 267-279.

RÒ NIỆU QUẢN – ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

Những yếu tố nguy cơ của rò niệu quản âm đạo gồm: lạc nội mạc tử cung, béo phì, bệnh lý viêm vùng chậu, cũng như xạ trị và ung thư vùng chậu.

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

Nguyên nhân rò niệu quản-âm đạo	
Phẫu thuật phụ khoa	Cắt tử cung ngả bụng Cắt tử cung ngả âm đạo Cắt tử cung tận gốc Mổ lấy thai Tạo hình thành trước âm đạo (anterior colporrhaphy)
Phẫu thuật vùng chậu khác	Phẫu thuật mạch máu Nâng đỡ cổ bàng quang sau xương mu Phẫu thuật đại tràng
Nguyên nhân khác	Ung thư tiến triển tại chỗ Xạ trị Bệnh lý viêm mạn: actinomycosis

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

▪ 1 – 2 ngày: tổn thương niệu quản trực tiếp (rỉ nước tiểu qua âm đạo ngay sau phẫu thuật).

▪ 1 tuần: hoại tử do chèn ép hoặc do khâu.

▪ 1 – 2 tuần: hoại tử do tổn thương mạch máu và thiếu máu nuôi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Đối với loại tổn thương trực tiếp: rỉ nước tiểu qua âm đạo ngay sau phẫu thuật, còn hay không còn sự đi tiểu bình thường.
- Đối với loại tổn thương hoại tử: đau hông lưng sau mổ với nôn, liệt ruột, sốt và tình trạng bất ổn này tiếp diễn đến khi lỗ rò được tạo ra.
- Đối với loại tổn thương mạch máu: lỗ rò xuất hiện sau 14 ngày với sốt và đau vùng chậu.

b. Triệu chứng thực thể

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

▪ Nếu tampon nhuộm xanh thì có thể rò bàng quang âm đạo hoặc rò niệu đạo âm đạo.

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

c. Tiền sử

- Thường có tiền sử phẫu thuật sản phụ khoa.

2. Cận lâm sàng

CTscan hoặc UIV: có sự bế tắc niệu quản, sự ứ nước đài bể thận kết hợp với giãn niệu quản. Những dấu hiệu này kết hợp với triệu chứng rỉ nước tiểu liên tục giúp nghĩ nhiều đến rò niệu quản âm đạo. Ngoài ra CT còn cho thấy áp xe và nang giả niệu vùng chậu.

Chụp bể thận niệu quản ngược chiều (UPR): cho thấy rò niệu quản âm đạo hoặc hình ảnh niệu quản mất liên tục cách lỗ niệu quản 2 – 4 cm.

Chụp âm đạo cản quang (vaginography): chỉ cho thấy rò khi áp lực được bơm đủ.

Chụp bàng quang cản quang lúc rặn tiểu (VCUG): phát hiện rò bàng quang âm đạo kèm theo.

3. Chẩn đoán xác định

III. ĐIỀU TRỊ

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

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

1. Điều trị bảo tồn

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

2. Phẫu thuật

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

Đối với niệu quản đoạn xa

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

- ***Cắm lại niệu quản vào bàng quang*** (*ureteroneocystostomy*): Nguyên tắc cắm lại niệu quản vào bàng quang là tạo một đường hầm chống trào ngược bàng quang niệu quản bằng cách tạo đường hầm dưới niêm mạc với chiều dài đường hầm ít nhất dài

hơn 3 lần đường kính niệu quản. Khâu niệu quản vào bàng quang theo lỗ niệu quản mới với chỉ tan 6-0 mũi rời và đặt stent niệu quản.

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

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

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

Đối với niệu quản đoạn giữa

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

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

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

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

Trên thực tế, hiếm khi phẫu thuật cắm lại niệu quản vào niệu quản đối diện, thay thế một phần niệu quản bằng hồi tràng, ghép thận tự thân được thực hiện. Trong trường

hợp thận bên đối diện bình thường, thận bên bệnh bị tổn thương nặng do nhiễm trùng và bế tắc thì cắt thận có thể là lựa chọn điều trị hiệu quả và nhanh chóng.

3. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu

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

- Tổng kết của Organ năm 2008 cho thấy kết quả của phẫu thuật nội soi cắm lại niệu quản vào bàng quang tương đương mổ mở.
- Năm 2009 Seideman báo cáo 45 trường hợp phẫu thuật nội soi cắm lại niệu quản vào bàng quang cho thấy tỉ lệ thành công 96%.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eric SR, (2012), "Urinary Tract Fistulae", *Campbell-Walsh Urology*, Saunders Elservier, Philadenphia, 10th edition, chapter 77, pp.2221–2261.

2. Richard A S, Leo R D (2012), "Upper urinary tract trauma", *Campbell-Walsh Urology*, Saunders Elservier, Philadenphia, 10th edition, chapter 42, pp.1169–1189.

3. Gerber GS, Schoenberg HW (1993), " Female urinary tract fistulae", *J Urol*, 149(2), pp. 229–236.

RÒ BÀNG QUANG - ÂM ĐẠO

Định nghĩa: Rò bàng quang – âm đạo (rò BQ-AĐ) (*vesicovaginal fistulae: VVF*) là bệnh lý rò thường gặp nhất trong tiết niệu.

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân VVF trên 75% là phẫu thuật phụ khoa, tiết niệu, và các phẫu thuật vùng chậu khác. Nguyên nhân phổ biến nhất là cắt tử cung, kế đến là phẫu thuật tổng quát vùng chậu, tạo hình thành trước âm đạo, sửa sa bàng quang, điều trị tiểu không kiểm soát hoặc các phẫu thuật vùng chậu khác.

Nguyên nhân gây rò bàng quang-âm đạo
Chấn thương Sau mổ Cắt tử cung ngả bụng Cắt tử cung ngả âm đạo Phẫu thuật chữa tiểu không kiểm soát Phẫu thuật chữa sa thành trước âm đạo Sinh thiết âm đạo Sinh thiết bàng quang, cắt đốt nội soi laser Phẫu thuật vùng chậu khác: mạch máu, trực tràng Chấn thương bên ngoài Xuyên thủng Gãy khung chậu Liên quan tình dục
Xạ trị
Bệnh lý ác tính tiến triển
Viêm, nhiễm trùng
Dị vật
Sản khoa Chuyển dạ kéo dài (obstructed labor) Rách do forcef Rách tử cung Mổ lấy thai tổn thương bàng quang
Bẩm sinh

2. Bệnh học

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

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

3. Chẩn đoán

3.1. Triệu chứng cơ năng

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

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

3.2. Triệu chứng thực thể

- Khám vùng chậu và khám âm đạo với mỏ vịt giúp đánh giá chính xác vị trí, kích thước, số lượng lỗrò. Soi âm đạo đôi lúc cần thiết trong giúp đánh giá chính xác đường rò. Rò BQ-AĐ sau mổ cắt tử cung thường xuất hiện ở dọc thành trước âm đạo ngang mỏm cụt. Quan sát và đánh giá bằng tay mô viêm xung quanh lỗrò là cần thiết vì giúp tiên lượng sự khó khăn của phẫu thuật khi điều trị.
- Giải phẫu âm đạo, độ sâu lỗrò, tạng sa kèm theo, sự teo âm đạo, kích thước ống âm đạo nên được đánh giá nhằm lựa chọn đường mổ tiếp cận khi phẫu thuật.
- Đánh giá những tổn thương, những bệnh kèm theo, những phẫu thuật đã được thực hiện ở vùng chậu và tầng sinh môn.
- Dye test (tampon test): giúp xác định và phân biệt rò BQ-AĐ, rò niệu quản âm đạo, rò niệu đạo âm đạo.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh học

- Soi bàng quang: Nên thực hiện ở bệnh nhân nghi ngờ VVF. Những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý ác tính, sinh thiết lỗrò nên được thực hiện để đánh sự tái phát của bệnh lý ác tính.
- X-quang bàng quang có cản quang (cystogram): Cho hình ảnh rò BQ-AĐ tốt nhất ở tư thế bên, thuốc cản quang thoát vào âm đạo.
- X-quang bàng quang lúc rặn tiểu (voiding cystourethrogram - VCUG): có thể cần thiết ở những bệnh nhân lỗ rò nhỏ.
- X-quang hệ niệu cản quang tiêm tĩnh mạch (IVU) hoặc X quang điện toán cắt lớp (CTscan): khoảng 12% rò BQ-AĐ có kết hợp tổn thương niệu quản hoặc rò niệu quản âm đạo vì vậy khảo sát đường tiểu trên là rất quan trọng.

4. *Điều trị*

4.1. Điều trị bảo tồn và xâm lấn tối thiểu

Mục tiêu của điều trịrò BQ-AĐ là sớm kết thúc sự rỉ nước tiểu cùng với hồi phục chức năng tình dục và tiểu tiện bình thường. Vì tác động thể chất và tinh thần của sự rỉ nước tiểu liên tục ở bệnh nhân rò BQ-AĐ rất nặng nề do sựẩm ướt, mùi hôi, nhiễm khuẩn âm đạo bàng quang và những khó chịu khác.

Thông bàng quang có thể giảm một số triệu chứng nhưng thường không khỏi hoàn toàn sự rỉ nước tiểu nhất là những trường hợp lỗrò lớn hoặc bàng quang tăng hoạt. Thông bàng quang cũng có thể làm tăng những triệu chứng đau vùng chậu và kích thích, cũng như luôn gợi nhớ bệnh nhân một kết quả xấu do thầy thuốc gây ra.

Bất kể những giới hạn kể trên, đặt thông niệu đạo và dung thuốc anticholinergic ít nhất 2 – 3 tuần nên được thực hiện ở những bệnh nhân mới chẩn đoán rò BQ-AĐ. Đường rò có thể tự lành, đặc biệt trên những bệnh nhân ngưng rỉ nước tiểu ngay sau khi đặt thông bàng quang và qua thăm khám thấy chưa biểu mô hóa (nonepithelialized) đường rò. Những lỗrò chưa lành sau đặt thông Foley 3 tuần hiếm khi tự lành nếu không can thiệp thêm.

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

4.2. Điều trị phẫu thuật

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

4.3. Một số vấn đề của phẫu thuật

Mổ ngay hoặc mổ trì hoãn ?

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

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

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

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

Đường mổ

So sánh đường mổ ngả bụng và ngả âm đạo		
Đường mổ	***Ngả bụng***	***Ngả âm đạo***
Thời gian trì hoãn	Trì hoãn 3 – 6 tháng	Có thể thực hiện ngay nếu không có nhiễm trùng và những biến chứng khác.
Bộc lộ	Lỗ rò nằm vùng tam giác và gần cổ bàng quang sẽ khó bộc lộ ngả bụng	Lỗ rò nằm cao ở mỏm cụt âm đạo sẽ khó bộc lộ

Vị trí của niệu quản so với lỗ rò	Lỗ rò gần lỗ niệu quản đôi khi đòi hỏi phải cắm lại niệu quản.	Cắm lại niệu quản có thể không cần thiết dù lỗ rò nằm gần lỗ niệu quản.
Chức năng tình dục	Không thay đổi trong sâu âm đạo	Nguy cơ làm ngắn âm đạo (kỹ thuật Latzko)
Vạt mô ghép	Mạc nối, phúc mạc, cơ thẳng bụng	Mỡ môi lớn, cơ mông, cơ may (gracilis)
Chỉ định tương đối	Lỗ rò lớn, lỗ rò cao, âm đạo hẹp, tiếp cận ngả âm đạo thất bại, bàng quang nhỏ cần tạo hình, cần cắm lại niệu quản, bệnh nhân không nằm tư thế sản phụ kho được.	Lỗ rò không phức tạp, nằm vị trí thấp.

Cắt bỏ hay không cắt bỏ đường rò

Kỹ thuật vá rò BQ-AĐ được miêu tả đầu tiên bởi Sim (1852) đòi hỏi cắt bỏ toàn bộ đường rò và mô sẹo nhằm tạo mép rìa đường rò có máu nuôi tốt. Ngày nay việc cắt bỏ đường rò không còn cần thiết nữa vì có thể làm rộng thêm lỗrò, khi cắt dùng đốt điện cầm máu sẽ thiếu máu nuôi, hơn nữa những trường hợp rò mạn tính sẽ có vòng mô sợi vững chắc ngoài đường rò đã biểu mô hóa giúp thuận lợi cho khâu vá rò.

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

Một số vấn đề khác

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

Đặt chỉ riêng thông niệu đạo sau mổ cũng đủ chuyển lưu nước tiểu. Một số tác giả khác thích mở bàng quang ra da nhằm giảm co thắt bàng quang. Tuy nhiên thông

thường nhất là đặt thông niệu đạo kèm mở bàng quang ra da vì tắc thông bàng quang duy nhất sẽ làm căng bàng quang và bung chỉ khâu.

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

Mổ ngả âm đạo:

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

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

Mổ ngả bụng

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

HỘI CHỨNG ĐAU BÀNG QUANG MẠN – VIÊM BÀNG QUANG KẼ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Hội chứng đau bàng quang mạn (BPS) là một chẩn đoán lâm sàng chủ yếu dựa trên những triệu chứng đau mạn tính từ bàng quang và/hoặc vùng chậu kết hợp với những triệu chứng tiểu gấp, tiểu lắt nhắt mà không xác định được nguyên nhân khác của những triệu chứng trên.

- Theo ICS, hội chứng đau bàng quang được định nghĩa là sự than phiền về đau vùng trên xương mu liên quan đến giai đoạn đổ đầy của bàng quang kèm theo các triệu chứng khác như tăng số lần đi tiểu ban ngày và ban đêm mà không có bằng chứng nhiễm trùng hay các bệnh lý khác.

- Viêm bàng quang kẽ: Theo ICS, bệnh nhân được chẩn đoán viêm bàng quang kẽ khi hội chứng đau bàng quang mạn có hình ảnh soi bàng quang và mô học điển hình của viêm bàng quang kẽ.

- Đau vùng chậu mạn tính: là tình trạng đau mạn tính kéo dài ở vùng chậu, xảy ra ở cả nam và nữ. Bệnh thường ảnh hưởng xấu đến nhận thức, hành vi, tình dục và cảm xúc cũng như gây ra các triệu chứng trên đường tiểu dưới, tiêu hóa, sàn chậu hay rối loạn chức năng tình dục. Đau vùng chậu mạn tính thường được phân loại thành nhóm đau vùng chậu do nguyên nhân đặc hiệu (nhiễm trùng, ung thư) và hội chứng đau vùng chậu mạn tính.

- Hội chứng đau vùng chậu mạn tính: là tình trạng đau vùng chậu mạn tính mà không có bằng chứng nhiễm trùng hay các bệnh lý khác gây đau vùng chậu.

2. Yếu tố nguy cơ

- Phụ nữ > 18 tuổi
- Pha hoàng thể trong chu kỳ kinh nguyệt
- Giảm khi có thai

3. Nguyên nhân: chưa rõ nguyên nhân gây bệnh

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Triệu chứng đường tiểu dưới:tiểu nhiều lần, tiểu gấp, đau bàng quangkéo dài trên 6 tháng
- Có thể có rối loạn chức năng tình dục
- Đánh giá mức độ đau và triệu chứng đường tiểu dưới bằng nhật ký đi tiểu để theo dõi hiệu quả điều trị
- Cơn đau có mối liên quan với giai đoạn đổ đầy và làm trống bàng quang.
- Sử dụng bảng câu hỏi PUF:
    - >10 điểm nghĩ nhiều đến chẩn đoán viêm bàng quang kẽ
    - >19 điểm gần như chắc chắn với chẩn đoán viêm bàng quang kẽ

b. Triệu chứng thực thể

Khám lâm sàng giúp loại trừ các bệnh lý có nguyên nhân khác gây đau bàng quang theo nhiều tư thế:

- Đứng: tật gù lưng, sẹo, thoát vị.
- Nằm ngửa: cử động khép dạng đùi, phát hiện các vùng tăng sắc tố
- Nữ: khám âm đạo, đánh giá các điểm đau vùng âm hộ, âm đạo, độ căng của bàng quang, niệu đạo, mức độ săn chắc của cơ nâng hậu môn, cơ sàn chậu
- Nam: khám trực tràng, đánh giá điểm đau vùng bìu sinh dục, độ căng của bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt, mức độ săn chắc của cơ nâng hậu môn, cơ sàn chậu, cơ bìu.

2. Tiền căn

- Phẫu thuật vùng chậu trước đó (cắt tử cung)
- Nhiễm trùng tiểu trước đó
- Bệnh lý bàng quang và tiết niệu
- Xạ trị vùng chậu trước đó
- Bệnh tự miễn (Hội chứng Sjogren,…)
- Hội chứng khác đi kèm (Đau xơ cơ, Hội chứng ruột kích thích, Đau đầu mạn tính)

3. Cận lâm sàng

a. Siêu âm:

- Để loại trừ các nguyên nhân khác gây đau bàng quang như sỏi bàng quang, sỏi niệu quản, u bàng quang, ung thư niệu đạo, âm đạo, tử cung và cổ tử cung

b. Xét nghiệm nước tiểu

- Tổng phân tích nước tiểu: Bạch cầu âm tính, Hồng cầu âm tính, không dấu hiệu nhiễm trùng
- Cấy nước tiểu: âm tính
- Tế bào học: tìm tình trạng tiểu máu vi thể ở bệnh nhân có nguy cơ ung thư cao như > 40 tuổi, hút thuốc lá

c. Nội soi bàng quang

- Dấu hiệu đặc trưng viêm bàng quang kẽ: Nốt xuất huyết hình cầu khi làm căng bàng quang bằng nước (50%) hay loét Hunner (<10%)
- Dấu hiệu loại trừ: túi thừa niệu đạo
- Sinh thiết bàng quang: tổn thương lớp GAG (glycosaminoglycan) của tế bào niệu mạc do cấu trúc dưới niêm phản ứng với NO trong nước tiểu, hiện diện masto bào sau khi nhuộm tryptase trong trường hợp viêm bàng quang kẽ.

d. Áp lực đồ bàng quang

- Tìm các dấu hiệu loại trừ như
  - Co thắt cơ bàng quang tự ý
  - Không có cảm giác mắc tiểu nhiều khi dung tích bàng quang đạt 150ml
  - Dung tích bàng quang > 350ml
- Không cần thực hiện thường quy

e. Test nhạy cảm Kali:

- Sử dụng 40ml nước và 40 ml dung dịch kali (20ml KCl 40 mEq/L trong 80ml nước)
- Thay đổi 2 điểm giữa test nước và test kali được xem như chẩn đoán xác định

4. Chẩn đoán xác định viêm bàng quang kẽ

- Khi có đủ 2 dấu hiệu: đau bàng quang hay tiểu gấp và loét Hunner hay nốt xuất huyết dạng cầu (≥10 nốt/1 phần tư bàng quang, hay các nốt này xuất hiện ≥ 3 phần tư diện tích bàng quang) sau khi làm căng bàng quang dưới gây mê.
- Không có các nguyên nhân gây bệnh khác

5. Chẩn đoán phân biệt

	Bệnh dễ gây nhầm lẫn	Phương tiện để loại trừ hay chẩn đoán
1	Ung thư và ung thư tại chỗ	Soi bàng quang và sinh thiết
2	Viêm bàng quang do: - Vi trùng đường ruột thông thường - Chlamydia trachomatis, Mycobacterium tuberculosis, - Nhiễm Herpes sinh dục, HPV	 - Cấy tìm vi trùng - Cấy trên môi trường đặc biệt hay cấy tìm lao - Khám lâm sang
3	Xạ trị	Bệnh sử
4	Hóa trị, bao gồm điều trị miễn dịch bằng cyclophosphamide	Bệnh sử
5	Điều trị kháng viêm với acid tiaprofenic	Bệnh sử
6	Tắc nghẽn cổ bàng quang hay bế tắc đường ra có liên quan đến thần kinh	Áp lực đồ bàng quang và siêu âm bụng
7	Sỏi bàng quang	Hình ảnh học hoặc soi bàng quang
8	Sỏi niệu quản chậu	Bệnh sử và/hoặc tiểu máu, hình ảnh học đường tiết niệu trên (CT, UIV)
9	Túi thừa niệu đạo	Bệnh sử và khám lâm sàng
10	Sa niệu sinh dục	Bệnh sử và khám lâm sàng
11	Lạc nội mạc tử cung	Bệnh sử và khám lâm sàng
12	Nấm âm đạo	Bệnh sử và khám lâm sàng
13	Ung thư cổ tử cung, buồng trứng, tử cung	Khám lâm sàng
14	Bí tiểu	Thể tích nước tiểu tồn lưu bằng siêu âm
15	Bàng quang kích thích	Bệnh sử và áp lực đồ bàng quang
16	Ung thư tuyến tiền liệt	Khám lâm sàng và PSA
17	Tắc nghẽn do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	Áp lực đồ bàng quang
18	Viêm tuyến tiền liệt do vi khuẩn	Bệnh sử và khám lâm sàng, cấy nước tiểu
19	Viêm tuyến tiền liệt không do vi khuẩn	Bệnh sử và khám lâm sàng, cấy nước tiểu
20	Chèn ép thần kinh thẹn	Bệnh sử và khám lâm sàng, phong bế thần kinh có thể giúp xác định chẩn đoán
21	Đau liên quan đến cơ sàn chậu	Bệnh sử và khám lâm sàng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

a. Giáo dục bệnh nhân

- Tư vấn và giải thích cho bệnh nhân về nguyên nhân gây đau để tránh lo lắng.
- Hướng dẫn bệnh nhân các phương pháp cá nhân để cải thiện điều trị.
- Thay đổi nồng độ và thể tích nước uống.
- Sử dụng các phương pháp chườm nóng, chườm lạnh bàng quang.
- Tránh các thức ăn gây kích thích bàng quang như cà phê, nước có vị chua.
- Tránh táo bón.
- Tập bàng quang để tránh tiểu gấp.

b. Vật lý trị liệu

- Điều trị đau cơ vùng chậu
    - Hướng dẫn bệnh nhân cách giãn cơ khi cơn đau bắt đầu
    - Tập duỗi cơ
- Tập sàn chậu

2. Điều trị nội khoa

- Pentosane polysulfate
- Amitriptyline/ Thuốc chống trầm cảm
- Thuốc kháng Histamin: thường là hydroxyzine, kháng H1
- Thuốc giảm đau: thuốc kháng viêm non-steroid, thuốc chống co thắt hoặc thuốc giảm đau trung ương cũng có tác dụng trong điều trị
- Misoprotol
- Cyclosporine

3. Điều trị tại chỗ trong bàng quang

- Heparin
- DMSO
- Nitrat bạc
- Botulinum toxin A
- Corticoisteroids

4. Ngoại khoa

a. Phẫu thuật làm căng bàng quang bằng nước

- Có tác dụng ngắn hạn
- Không sử dụng áp lực cao, thời gian dài
- Sử dụng áp lực 60-80 cm H20 trong 10 phút

b. Kích thích thần kinh cùng

- FDA chưa công nhận trong điều trị viêm bàng quang kẽ nhưng có chỉ định làm giảm tiểu gấp, tiểu nhiều lần
- Có thể sử dụng ở bệnh nhân viêm bàng quang kẽ kháng trị

c. Laser hoặc đốt điện

- Trong trường hợp có loét Hunner, sử dụng YAg laser 15-30 watt hay đốt điện để đốt các tổn thương
- Có thể lặp lại điều trị cho đến khi tổn thương hết hẳn

d. Mở rộng bàng quang bằng ruột hoặc chuyển lưu nước tiểu

- Chỉ định trong các trường hợp nặng

5. Biến chứng

- Giảm chất lượng cuộc sống
- Ảnh hưởng đến thần kinh như lo âu, trầm cảm

Thang điểm PUF (PELVIC PAIN and URGENCY/FRE

Stt	Câu hỏi	0	1	2	3	4	Điểm triệu chứng	Điểm ảnh hưởng
1	Số lần đi tiểu trong ngày	3-6	7-10	11-14	15-19	>20		
2	a. Số lần tiểu đêm	0	1	2	3	>4		
	b.Nếu phải thức dậy để tiểu, bạn có khó chịu không?	Không	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			
3	Bạn còn hoạt động tình dục không? Có Không							
4	a. Nếu còn hoạt động tình dục, bạn có bị đau hay có triệu chứng nào khác?	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			

Stt	Câu hỏi	0	1	2	3	4	Điểm triệu chứng	Điểm ảnh hưởng
	b.Nếu bị đau, bạn có tránh quan hệ tình dục không?	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			
5	Bạn có cơn đau liên quan đến bàng quang hay vùng chậu (âm đạo, âm hộ, hạ vị, niệu đạo, tầng sinh môn, dương vật, tinh hoàn hay bìu)	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			
6	a.Nếu đau, có thường xuyên không?	Không	Nhẹ	Trung bình	Nặng			
	b.Cơn đau có ảnh hưởng đến bạn	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			
7	Bạn có cảm thấy tiểu gấp sau khi đi tiểu	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			
8	a.Nếu có tiểu gấp, có thường xuyên không?	Không	Nhẹ	Trung bình	Nặng			
	b. Tiểu gấp có ảnh hưởng đến bạn	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn			
Tổng	Tổng điểm (điểm triệu chứng + điểm ảnh hưởng) Điểm triệu chứng: 1, 2a, 4a, 5, 6a, 7, 8a Điểm ảnh hưởng: 2b, 4b, 6b, 8b Tổng điểm từ 1-35							

Đánh giá:

- 0 – 4: điểm: 2% dương tính với test Kali
- 5 – 9: 55% điểm dương tính với test Kali
- 10 – 14: 74% điểm dương tính với test Kali
- 15 – 19: 76% điểm dương tính với test Kali
- Trên 20 điểm: 91% dương tính với test Kali

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D. Engeler et al (2017), Chronic Pelvic Pain, *EAU guidelines 2017*

2. Edward J Stanford and al (2010),Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis, *Textbook of Female Urology and Gynecology*, 518-534

3. Philip M. Hanno et al (2014), Diagnosis and Treatment Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome, *AUA guidelines 2014*

4. Philip M. Hanno et al (2016), Bladder Pain Syndrome (Interstitial Cystitis) and Related Disorders, Campbell 2016

BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

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

2. Xuất độ

- Ở châu Âu: báo cáo của Milsom (2001) ghi nhận xuất độ BQTH ở châu Âu khoảng 16,6% dân số, tức khoảng 22 triệu người thời điểm đó.
- Ở Mỹ: Steward (2003) báo cáo nghiên cứu NOBLE cho thấy khoảng 16,5% dân số tương đương 33 triệu người Mỹ mắc chứng BQTH, lưu ý rằng tỉ lệ ở nữ là 16,9% trong khi tỉ lệ ở nam cũng không kém với 16,0%.
- Gần đây hơn, nghiên cứu EPIC (2006) thực hiện ở 1 nước Bắc Mỹ (Canada) và 4 nước Châu Âu (Đức, Ý, Thụy Điển, Anh) cho thấy tỉ lệ BQTH của người lớn trong cộng đồng là 11,8%, trong đó 10,8% ở nam và 12,8% ở nữ.
- Ở châu Á: Báo cáo của Moorthy, Lapitan, Queck & cs (2004) ghi nhận tỉ lệ mắc OAB dường như khá cao: 29,9%.
- Ở Việt Nam: Nghiên cứu mới đây báo cáo tháng 8/2014 ở hội nghị thường niên VUNA do Vũ Lê Chuyên & cs (sau khi khảo sát > 2000 người lớn ≥ 18 tuổi) ghi nhận tỉ lệ mắc BQTH là 12,2%, trong đó nam giới là 9,89% và nữ giới là 14,58%. Nữ có tỉ lệ cao hơn nam với $p = 0,001 < 0,05$, theo phép kiểm Chi square.

II. CHẨN ĐOÁN BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

1. Lâm sàng

Công tác chẩn đoán BQTH cần bám sát theo định nghĩa nêu trên, trong đó triệu chứng "tiểu gấp" là không thể thiếu. BQTH được chẩn đoán khi có triệu chứng tiểu gấp kèm theo ít nhất một trong các triệu chứng còn lại. Điều quan trọng cần lưu ý là phải loại trừ nhiễm khuẩn niệu, các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc các tác nhân chuyển hóa kèm theo có thể gây nên các triệu chứng nêu trên. Các bước cơ bản đầu tiên để chẩn đoán BQTH như sau:

a. Hỏi bệnh

Hỏi các triệu chứng của BQTH:

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

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

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

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

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

b. Khai thác tiền sử bệnh

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

c. Khám bệnh

- Cần khám xem có hay không tình trạng dấu hiệu cầu bàng quang không, tình trạng sa hoặc teo âm đạo (thăm khám âm đạo), phì đại tuyến tiền liệt (thăm khám trực tràng), các dấu hiệu của bệnh lý thần kinh, hẹp da qui đầu hay hẹp miệng niệu đạo.
- Ở những bệnh nhân bị tiểu không kiểm soát (TKKS), cần phân biệt 3 loại chính: TKKS gấp, TKKS khi gắng sức và TKKS hỗn hợp. Việc phân biệt là thiết yếu, không những vì TKKS gấp là triệu chứng quan trọng trong chẩn đoán BQTH, mà còn ảnh hưởng đến thái độ xử trí (TKKS gắng sức được điều trị chủ yếu bằng ngoại khoa, trong khi TKKS gấp được điều trị chủ yếu bằng nội khoa).

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản ban đầu

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

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

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

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

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

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

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

III. ĐIỀU TRỊ BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

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

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

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

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

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

- *Hướng dẫn bệnh nhân viết "nhật ký đi tiểu".* Nhật ký đi tiểu là cơ sở dữ liệu để bác sĩ cũng như bệnh nhân nhận biết mức độ và dạng thức của OAB, hướng mục tiêu

điều trị nhằm làm giảm triệu chứng, và về sau giúp theo dõi sự tiến bộ và hiệu quả điều trị.

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

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

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

2. Các kỹ thuật tập luyện

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

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

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

3. Các biện pháp dùng thuốc

A. *Nhóm thuốc chủ yếu - kháng muscarinics*

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

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

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

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

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

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

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

B. Các thuốc không chủ yếu:

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

C. Thuốc mới Mirabegron:

Cơ chế tác động lên β3 adrenergic receptor trong cơ chóp bàng quang, có tác dụng dãn cơ và gia tăng dung tích bàng quang. Thuốc đã được FDA Hoa kỳ chấp thuận năm 2012 và NICE của Anh quốc chấp thuận năm 2013. Các tài liệu mới xếp Mirabegron là bước thứ 2 trong dung thuốc điều trị BQTH. Ở Việt Nam hiện chưa có thuốc mới này.

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

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

a. Tiêm OnabotulinumtoxinA vào bàng quang

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

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

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

b. Kích thích thần kinh cùng

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

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

c. Kích thích thần kinh chày

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

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

d. Mở rộng bàng quang bằng ruột

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

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

- Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột đã được áp dụng và báo cáo ở Việt Nam từ năm 1995, chủ yếu trên bàng quang thần kinh – là dạng nặng của BQTH, còn gọi là

Tăng hoạt cơ chóp tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh (*Neurogenic Detrusor Overactivity – NDO*).

5. Các biện pháp điều trị sau cùng

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

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

IV. KẾT LUẬN

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abrams P., Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmsten, U, et.al (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Neurourology and Urodynamics. 2002;21:167-178.

2. Anger JT, Weinberg A, Suttorp MJ, Litwin MS, Shekelle PG (2010). Outcomes of Intravesical Botulinum Toxin for Idiopathic Overactive Bladder Symptoms: A Systematic Review of the Literature. J Urol 183 (6): 2258–2264.

3. Nguyễn Văn Ân (2011). Điều trị bàng quang tăng hoạt vô căn bằng Botulinum toxin – Kinh nghiệm của bv Bình Dân TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Thực hành, 718 +719: 391-397.

4. Nguyễn Văn Ân, Đào Quang Oánh, Trần Văn Sáng (1997). Áp dụng phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột non trong điều trị bệnh lý bàng quang thần kinh. Tạp chí Y học TPHCM 1 (4) : 18-23.

5. Arnold J, McLeod N, Thani-Gasalam R, Rashid P (2012). Overactive Bladder-Management and treatment . Australian Family Physician 41 (11): 878-883.

6. Cerruto MA, Asimakopoulos AD, Artibani W, Del Popolo G, La Martina M, Carone R, Finazzi-Agrò E (2012). Insight into New Potential Targets for the Treatment of Overactive Bladder and Detrusor Overactivity. Urol Int 89:1–8.

7. Drake M, Abrams P (2012). Overactive Bladder, in Campbell-Walsh Urology, Saunders-ElServier, 10th edit, chap 66: 1947-1957.

8. Gaziev G, Topazio L, Iacovelli V, Asimakopoulos A, Di Santo A, Nunzio CD and Finazzi-Agrò E (2013). Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) efficacy in the treatment of lower urinary tract dysfunctions: a systematic review. BMC Urology13:61-72

9. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, Das AK, Foster Jr HE, Scarpero HM, (2012). Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults. AUA/SUFU Guideline.

10. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ (2001): How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. BJU International, Volume 87, Issue 9, pages 760–766.

11. Moorthy P, Lapitan MC, Quek P.C.L et al (2004). Prevalence of overactive bladder in Asian men: an epidemiological survey. BJU International 93: 528-531.

12. Stewart WF; Van Rooyen JB; Cundiff GW; Abrams P; Herzog AR; Corey R; Hunt TL; Wein AJ (2003): Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J Urol.; 20(6):327-36 (ISSN: 0724-4983)

13. Vasavada SP, Rackley RR (2012). Electrical Stimulation and Neuromodulation in Storage and Emptying Failure. in Campbell-Walsh Urology, Saunders-ElServier, 10th edit, chap 70: 2026-2046.

14. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract, 63 (8): 1177–1191.

BÀNG QUANG THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa và nguyên nhân

a. Định nghĩa

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

b. Nguyên nhân

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

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

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

2. Diễn tiến & sinh lý bệnh của BQTK

a. Giai đoạn sốc tủy

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

→ Mất các phản xạ chức năng của ĐTD: cơ bàng quang không co bóp, cơ thắt niệu đạo không hoạt động

→ Bí tiểu (bên cạnh các biểu hiện khác như liệt hạ chi, liệt tứ chi, liệt nửa người..)

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

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

b. Giai đoạn tiến triển

- Ảnh hưởng lên đường tiểu dưới:

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

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

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

- Ảnh hưởng lên đường tiểu trên:

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

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

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

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

II. CHẨN ĐOÁN

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

Lưu ý rằng trong y văn từ hơn 10 năm qua xuất hiện khái niệm ***BQTK không do TK*** *(Non-neurogenic Neurogenic Bladder).* Đây là những trường hợp có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng giống hệt như BQTK, kể cả rối loạn chức năng ĐTD, lẫn diễn tiến

sinh lý bệnh, tuy nhiên lại không xác định được nguồn gốc tổn thương TK gây ra tình trạng này.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Bệnh sử tự nhiên: sự khởi đầu của triệu chứng, sự thay đổi gần đây của triệu chứng, những triệu chứng của thoát vị đĩa đệm, tiểu đường, dùng rượu nhiều, herpes hậu môn sinh dục.
- Triệu chứng đường tiểu dưới: thời gian của các triệu chứng.
- Triệu chứng của đường tiêu hóa: không kiểm soát phân, mót rặn, táo bón mạn.
- Rối loạn chức năng tình dục: giảm ham muốn hoặc không thể giao hợp thứ phát do đau âm đạo hoặc khô âm đạo, rối loạn cương, rối loạn kích thích và cực khoái.

b. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá thần kinh: Trạng thái tâm thần, năng lực trí tuệ quá khứ và hiện tại, phản xạ hành hang.
- Những vấn đề chung: khả năng đi lại và tiến triển gần đây, khả năng tự đặt thông niệu đạo hay cần người nhà giúp, chức năng tay, đánh giá da vùng mông và hạ vị.
- Khám vùng chậu: khám phụ khoa, khám niệu đạo.

c. Tiền sử

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

2. Cận lâm sàng

a. Chẩn đoán hình ảnh

- Chẩn đoán hình ảnh đánh giá nguyên nhân bàng quang hỗn loạn thần kinh.
- Chẩn đoán hình ảnh đánh giá đường tiểu trên và dưới:
  - Bàng quang niệu đạo có cản quang: hình ảnh cây noel (Chritsmas tree), ngược dòng bàng quang niệu quản, túi thừa bàng quang.
  - Hệ niệu cản quang: đánh giá tắc nghẽn, bất thường đường tiểu trên, dò.

▪ Cắt lớp điện toán: cung cấp nhiều thông tin chính xác hơn, là lựa chọn thay thế cho siêu âm và chụp hệ niệu cản quang.

b. Niệu động học

Khám lâm sàng không thể là yếu tố tiên lượng đầy đủ, nên thực hiện các phép đo niệu động học để có chẩn đoán chính xác về mất cân bằng bàng quang cơ thắt niệu đạo. Các phép đo niệu động học cho phép đánh giá chức năng của đường tiểu dưới, nhận diện những chức năng bất thường của bàng quang và niệu đạo, định vị được cơ quan gây nên những bất thường: cơ bàng quang, cơ thắt trơn niệu đạo, cơ thắt vân niệu đạo, cảm giác bàng quang. Điều này đạt được bằng cách đánh giá chức năng bàng quang và niệu đạo trong giai đoạn chứa đựng và tống xuất thông qua đo áp lực cơ bàng quang, thể tích nước tiểu, tốc độ dòng tiểu, áp lực niệu đạo, điện cơ tầng sinh môn. Cuối cùng niệu động học cho phép phân loại rối loạn chứa đựng do bàng quang hay cơ thắt niệu đạo, rối loạn tống xuất do bàng quang hay cơ thắt niệu đạo.

3. Phân loại

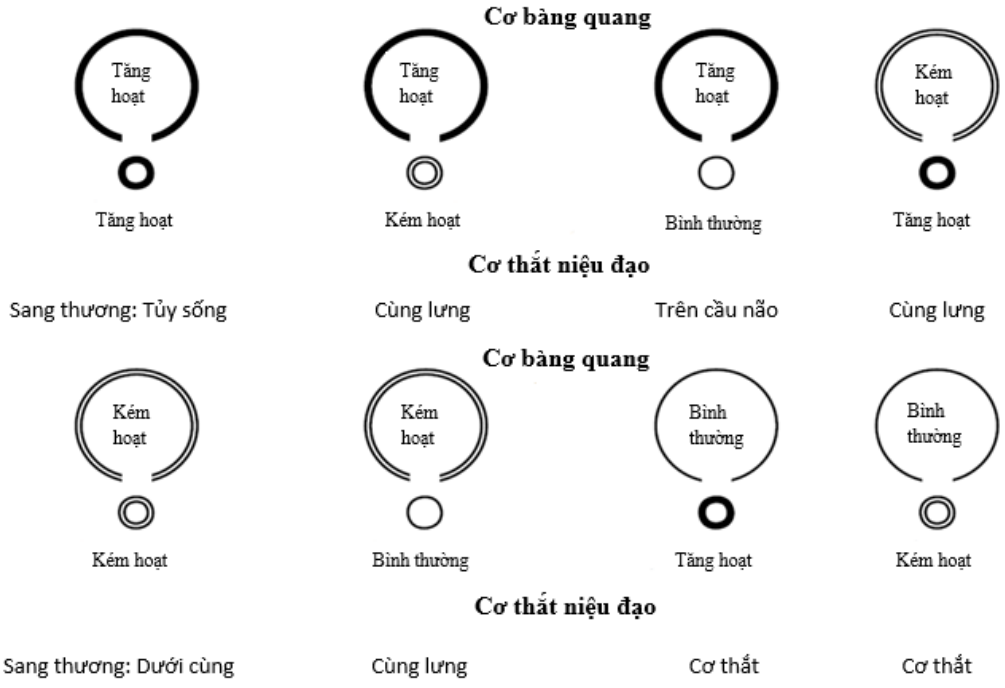
- Có quá nhiều nguyên nhân sinh ra BQTK, triệu chứng lâm sàng của BQTK thì rất đa dạng, diễn tiến bệnh lý và biến chứng của BQTK cũng rất phức tạp. Vì thế, việc phân loại bệnh lý BQTK là rất cần thiết nhằm định vị tổn thương thần kinh, đánh giá rối loạn chức năng ĐTD, thống nhất các thuật ngữ và định hướng xử trí.
- Có khá nhiều hệ thống phân loại BQTK, có loại dựa trên quan điểm thần kinh, có loại dựa trên đánh giá chức năng, có loại dựa trên niệu động học, có loại phối hợp… Cho đến nay có ít nhất là 6 đến 9 phân loại về BQTK, tuy nhiên có thể nói là chưa có phân loại nào thực sự hoàn hảo.

Phân loại Madersbacher

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

Bảng 1: Một số hệ thống phân loại mô tả rối loạn chức năng đi tiểu

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



Hình 1. Phân loại Madersbacher (1990)

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

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị

- Đảo ngược tiến trình bệnh lý bất cứ khi nào có thể,
- Giảm nhẹ các triệu chứng (đặc biệt là tiểu không kiểm soát) khi không thể đảo ngược,
- Bảo tồn chức năng thận.

2. Đối với các trường hợp tăng hoạt cơ chóp

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

Dùng thuốc:

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

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

Phương pháp ức chế ngược sinh học (biofeedback)

Có thể áp dụng tốt trên những bệnh nhân có thể di chuyển được và có thể phối hợp với dùng thuốc.

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

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

Kích thích điện

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dễ gây trào ngược bàng quang – niệu quản nên nhìn chung cần điều trị để tránh gây tổn hại lên đường tiểu trên, nhất là ở bệnh nhân nam. Có thể áp dụng thông tiểu sạch

cách quãng kết hợp dùng thuốc anticholinergics. Bệnh nhân liệt hạ chi có thể tự làm, Bệnh nhân liệt hạ chi có thể cũng được áp dụng nếu có người chăm sóc thực hiện giúp.

- ***Dùng thuốc:*** Một số thuốc đã được áp dụng như baclofen, dantrolene, diazepam, nhưng nhìn chung hiệu quả rất kém.

- ***Đặt thông niệu đạo lưu:*** để giải quyết bất đồng vận cơ thắt ngoài, nhưng về lâu dài sinh ra nhiều biến chứng như nhiễm trùng niệu, viêm loét hay hẹp niệu đạo …

- ***Xẻ cơ thắt ngoài:*** có thể đem lại hiệu quả giảm sự co thắt cơ thắt vân niệu đạo, nhưng có những biến chứng tiểu không kiểm soát, chảy máu, bất lực …, và 1/3 số trường hợp tái phát sau một thời gian cần xẻ lại.

5. Niệu đạo bất toàn

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

- ***Dùng thuốc*** làm tăng trương lực niệu đạo: *Pseudoephedrine hydrochloride*, 30 – 60mg, 4 lần mỗi ngày; Phenilpropanolamine hydrochloride, 50mg, 3 lần mỗi ngày. Nên cẩn thận khi dùng thuốc kích thích giao cảm trên những bệnh nhân lớn tuổi, cao huyết áp, tiểu đường, bệnh tim thiếu máu, tăng nhãn áp, hoặc bế tắc ĐTD do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

- ***Các phẫu thuật dây treo*** *(Sling procedures):* có thể áp dụng chọn lọc cho các trường hợp són tiểu nặng kể cả do BQTK. Dây treo có thể dùng Marlex, Goretex, Polypropylene, hay cân cơ thẳng bụng tự thân. Nhược điểm là có thể gây bí tiểu do điều chỉnh căng quá mức chống són tiểu, loét mòn niệu đạo do dây treo.

- ***Cơ thắt nhân tạo*** *(Artificial Urinary Sphincter)*: là phương pháp điều trị hữu hiệu các trường hợp són tiểu nặng do niệu đạo bất toàn, kể cả BQTK. Chống chỉ định cho những trường hợp bàng quang bất ổn định, bàng quang tăng co bóp, bàng quang kém dãn nở. Nhược điểm là thiết bị rất đắt tiền và chưa phổ biến ở Việt Nam, mặt khác cũng có biến chứng như hỏng hóc cơ học, di lệch vị trí, nhiễm trùng, loét niệu đạo …

TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

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

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

2. Yếu tố nguy cơ

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

3. Sinh lý bệnh

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Hỏi bệnh

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

Khi hỏi cần đánh giá các triệu chứng liên quan đến khả năng chứa đựng và tống xuất của bàng quang. Triệu chứng đánh giá khả năng chứa đựng bao gồm tiểu nhiều lần,

tiểu đêm, tiểu gấp và tiểu không kiểm soát. Triệu chứng đánh giá khả năng tống xuất bao gồm tiểu ngập ngừng, tiểu chậm, tiểu khó, cảm giác tiểu không hết, cần phải đi tiểu lại sau khi đi tiểu lại, nước tiểu rỉ ra sau khi đi tiểu.

b. Khai thác tiền sử bệnh

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

c. Khám bệnh

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

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

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

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

2. Cận lâm sàng

+ Các xét nghiệm cơ bản ban đầu

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

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

+ Các xét nghiệm được xem xét làm thêm khác

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

(b) Đo áp lực đồ bàng quang:

- Nhằm chẩn đoán tiểu không kiểm soát khi gắng sức đơn thuần và phức tạp (thể phối hợp).
- Đánh giá một cách khách quan mức độ trầm trọng của hiện tượng tiểu không kiểm soát khi gắng sức.
- Tìm ra được những chẩn đoán của các bất thường của hệ thần kinh phối hợp, có khả năng gây ra rối loạn về chức năng của bàng quang- cơ vòng.
- Có thể giúp xác định được một phần các rối loạn của cơ détrusor và các tắc nghẽn ở vùng cổ bàng quang- niệu đạo sau điều trị ngoại khoa các rối loạn thăng bằng vùng chậu hoặc các điều trị ngoại khoa khác ở vùng chậu.
- Có thể kiểm tra các rối loạn về độ giãn nở của bàng quang ở những bệnh nhân có tiền sử gợi ý: xạ trị vùng chậu, phẫu thuật rộng ở vùng chậu, bệnh nhân mang thông tiểu kéo dài.
- Có thể chẩn đoán các bế tắt đường tiểu dưới.
- Có thể chẩn đoán tình trạng suy yếu cơ vòng gây ra tiểu không kiểm soát khi gắng sức trầm trọng nhưng khám lâm sàng lại không có tăng dịch chuyển niệu đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thay đổi hành vi

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

- *Giáo dục cho bệnh nhân* hiểu thế nào là bàng quang có chức năng bình thường và thế nào là bất thường.
- Hướng dẫn bệnh nhân viết "nhật ký đi tiểu"

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

2. Các kỹ thuật tập luyện bàng quang

- Tập luyện bàng quang: bài tập Kegel

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

3. Dụng cụ nâng đỡ âm đạo (Pessary)

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

- Ưu điểm của dụng cụ âm đạo bao gồm:

  ▪ Chúng có khả năng áp dụng đối với phần lớn những BN tiểu không kiểm soát, có thể điều trị SUI đơn thuần và hỗn hợp , cũng như những TH có tăng động niệu đạo.

  ▪ Không cần làm những xét nghiệm chuyên biệt, chẳng hạn như urodynamics.

  ▪ Có thể được sử dụng để điều trị SUI tiềm ẩn khi kèm những bệnh lý khác

  ▪ Gây các phản ứng phụ nhẹ phụ thuộc vào viêm âm đạo thỉnh thoảng gây khó chịu nhẹ tại chỗ.

  ▪ Một số thiết bị có thể được sử dụng để điều trị sa tạng chậu và SUI.

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

4. Thuốc

a. Hormone

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

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

b. Ức chế α adrenergic

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

5. Phẫu thuật

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

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

b. Phẫu thuật treo niệu đạo sau xương mu

Ưu điểm: giải phẫu sau xương mu quen thuộc với nhiều nhà niệu học, phẫu thuật có thể bộc lộ tốt và tiếp cận được các thành phần giải phẫu quan trọng cho giải phẫu, và cơ hội để có thể sửa chữa các tình trạng bệnh lý thông qua đường rạch đó hoặc hơi nâng lên một chút. Khuyết điểm bao gồm: đường rạch lớn, nằm viện lâu, thời gian hồi phục lâu, và khó tiếp cận cũng như sửa chữa bệnh lý âm đạo thông qua đường rạch đó. 3 loại phẫu thuật treo sau xương mu hở chính là phẫu thuật Marshall-Marchetti-Krantz (MMK), Burch colposuspension và phẫu thuật chỉnh sửa xung quanh âm đạo (Richardson). Khi được sử dụng là phương pháp phẫu thuật nguyên phát hoặc thứ phát,

những thủ thuật này có tỉ lệ thành công lâu dài rất tốt, hơn 4 năm trên 80% sau phẫu thuật

c. Phẫu thuật treo niệu đạo giữa

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

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

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

Các biến chứng sau mổ:

- Tiểu khó sau mổ, đôi khi phải thông tiểu sạch cách quãng.
- Phẫu thuật qua ngả âm đạo có thể ảnh hưởng hoạt động tình dục.

Những chất làm phồng niệu đạo

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

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

IV. KẾT LUẬN

Hiện tại, có rất nhiều phương pháp điều trị tiểu không kiểm soát. Vì những rủi ro vốn có của các phẫu thuật, chi phí nằm viện, và thời gian hồi phục, các bác sĩ phẫu thuật tiếp tục thay đổi kỹ thuật để nâng cao hiệu quả, an toàn, và hiệu quả về chi phí, và xâm

lấn tối thiểu. Không có thủ tục hoặc can thiệp nào là tối ưu cho tất cả các bệnh nhân. Tùy theo mong muốn và nhu cầu của từng bệnh nhân để tối ưu hóa điều trị sau khi cân bằng nhiều yếu tố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abrams P., Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmsten, U, et.al (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Neurourology and Urodynamics. 2002;21:167-178.

2. Rezapour M, Ulmsten U (2001). "Tension-free vaginal tape (TVT) in women with recurrent stress urinary incontinence- a long-term follows up". *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct,* volume 12 Suppl 2, pp. S9-11

3. Rogers RG et al (2006). "Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study". *Am J Obstet Gynecol,* volume 195(5), pp. e1-4.

4. Roumegere T, Quackels T, Bollens R, et al (2005). "Trans-obturator vaginal tape (TOT) for female stress incontinence: one year follow-up in 120 patients". *Eur Urol,* (48), pp. 805-809.

5. Soulie M, Cuvillier X, Benaissa A, et al (2001). "The tension- free transvaginal tape procedure in the treatment of female urinary stress incontinence: a French prospective multicentre study". Eur Urol, (39), pp.709-714; discussion 715.

6. Sung VW et al (2007). "Comparison of retropubic vs transobturator approach to midurethral slings: a systematic review and meta- analysis". Am J Obstet Gynecol, volume 197(1), pp. 3-11.

7. Tsui KP et al (2005). "Complications of synthetic graft materials used in suburethral sling procedures". *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct,* volume 16(2), pp.165-167.

8. Ulmsten U, Petros P (1995). "Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence". *Scand J Urol Nephrol,* (29), pp. 75-82.

9. Van Geelen J.M, Doesburg W.H, Thomas C.M.G, and Martin C.B (1981). "Urodynamic studies in the normal menstrual cycle: the relationship between hormonal changes during the menstrual cycle and the urethral pressure profile". Am J. Obstet Gynecol ,141, pp. 384-392

E. CHẤN THƯƠNG

CHẤN THƯƠNG THẬN

I. CƠ CHẾ

Thận nằm cao ở vùng sau phúc mạc, thận được che chở tương đối an toàn bởi xương sườn, xương sống và cơ lưng. Tuy nhiên, chấn thương làm gãy xương sườn hoặc xương sống có thể gây tổn thương thận. Chấn thương thận xảy ra khoảng 50% trong tất cả chấn thương niệu dục và thường xảy ra ở lứa tuổi dưới 30 (trên 50%). Tỉ lệ nam nữ là 4:1.

1. Chấn thương thận kín

Bụng, hông hay lưng gây ra trên 80% tất cả tổn thương thận. Nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông, té, tai nạn thể thao và bị tấn công hành hung. Tai nạn giao thông hoặc té cao có thể làm rách động mạch thận hoặc đứt hoàn toàn.Nếu sau chấn thương thận, có triệu chứng tiểu máu nhiều, và sốc, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn của thận rất cao (khoảng 20%).

2. Vết thương thận

Phần lớn là do dao đâm và đạn. Khoảng 85% vết thương hở thường kèm theo tổn thương kết hợp ở những bộ phận khác trong bụng. Trẻ em dễ bị chấn thương thận hơn người lớn vì cơ lưng và xương sườn chưa phát triển đầy đủ và thận to hơn lúc trưởng thành. Ngoài ra thận trẻ em không được che chở tốt bởi mỡ quanh thận và cân Gerota là lớp đệm chống lại rất hữu hiệu trong chấn thương. Thận trướng nước hoặc bướu thận làm cho thận dễ bị vỡ sau chấn thương.

II. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG

1. Phân độ 1

Còn gọi là dập thận, chỗ mô thận bị dập chưa vỡ. Thận còn nguyên vẹn, kèm theo máu tụ dưới vỏ bao và quanh thận. Tổn thương trên gặp nhiều nhất trong chấn thương thận.

2. Phân độ 2

Gồm vỡ vỏ bao và chủ mô thận dưới 1cm. Tổn thương không ảnh hưởng tới đài, bể thận và phần tủy thận. Độ 1 và 2 được gọi là tổn thương nhỏ, nhẹ xảy ra trong 85% tất cả tổn thương thận.

3. Phân độ 3

Vỡ chủ mô thận trên 1cm.

4. Phân độ 4

Vết vỡ lớn ăn tới đài, bể thận gây ra rò nước tiểu. Tổn thương những mạch máu nhỏ được phân loại độ 4.

5. Phân độ 5

Gồm vỡ thận nhiều mảnh và tổn thương mạch máu thận lớn.

Chú ý:

Phân độ 3,4,5 được gọi là tổn thương lớn nặng.

Vỡ thận thường gặp trong 15% trường hợp chấn thương thận kín và 30% trong vết thương thận.

Tổn thương động mạch thận bao gồm tắc hoặc rách động mạch thận hoặc một trong những nhánh phụ.Thường xảy ra dưới 1% trong chấn thương thận kín và 10% trong vết thương thận.Thận không thể phục hồi sau 1 giờ mất nguồn máu cung cấp hoàn toàn và việc định bệnh tổn thương mạch máu thận rất khó.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn định

Bệnh nhân phải được mổ thăm dò ngay. Bác sĩ Tiết niệu thường được gọi vô phòng mổ để tham vấn sau khi bệnh nhân đã được mổ thám sát bởi bác sĩ tổng quát. Bác sĩ niệu phải đánh giá chức năng 2 thận. Điều này có thể thực hiện bằng chụp ngay trên bàn mổ 1 phim UIV hoặc MSCT scan (1). Nếu không thấy tổn thương thận không cần thám sát thận. Tổn thương lớn phải được mổ thám sát. Nếu thấy tổn thương nhỏ trên UIV hoặc MSCT scan kèm theo chảy máu sau phúc mạc thận phải được mổ thám sát và khâu lại.

2. Bệnh nhân có mạch và huyết áp ổn

- MSCT cần sử dụng như là xét nghiệm X quang ban đầu.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Tùy thuộc vào nguyên nhân và tình trạng nặng nhẹ của tổn thương (3).

1. Chấn thương thận kín

Khả năng chấn thương kín với mạch và huyết áp ổn, không tiểu máu xảy ra rất ít (2). Bệnh nhân với tiểu máu vi thể, mạch và huyết áp ổn ít có nguy cơ tổn thương thận, phải được theo dõi.

Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn hoặc tiểu máu có nhiều nguy cơ tổn thương thận và phải được chụp X quang. Bệnh nhân trên được theo dõi về triệu chứng chảy máu như thay đổi dấu hiệu sinh tồn và thể hiện hồng cầu thấp và sự lan rộng của khối máu tụ ở trong.

Bệnh nhân có thận vỡ hoặc tổn thương mạch máu thận cần được mổ khâu thận ngay và cắt thận cấp cứu. Điều trị dò nước tiểu trong chấn thương thận kín còn được bàn cãi: một số tác giả điều trị bảo tồn, một số khác thích mổ sớm. Kháng sinh thường được dùng đặc biệt nếu nước tiểu bị nhiễm trùng trong lúc tổn thương. Siêu âm cần được sử dụng để theo dõi sự thay đổi khối máu tụ. Nếu thấy có triệu chứng áp xe hoặc nhiễm trùng nang giả niệu bệnh nhân cần được dẫn lưu bằng mổ mở hoặc mở ra da. Cái lợi của thám sát sớm trên bệnh nhân rò nước tiểu là nằm viện ngắn và giảm triệu chứng nang giả niệu nhiễm trùng, tuy nhiên tỉ lệ mổ cắt thận rất cao trong lúc mổ thám sát.

2. Vết thương thận

Tất cả các viết thương thận do đạn hay do dao đâm cầm được mổ thám sát. Những bệnh nhân bị đau hay dao đâm và không tiểu máu, có UIV và MSCT bình thường có thể điều trị nội khoa.

Trong vết thương thận, bụng phải được thám sát để tìm những tổn thương kết hợp. Phương pháp điều trị vết thương thận gồm: kiểm soát cuốn thận, cầm máu, cắt lọc, khâu đài bể thận và dẫn lưu hữu hiệu. Trong trường hợp năng không thể điều trị như trên, cắt thận là giải pháp duy nhất, thường gặp khoản 10% bệnh nhân bị đâm và 40% bệnh nhân bị bắn.

V. THEO DÕI SAU CHẤN THƯƠNG

- Các biến chứng của tổn thương thận bao gồm chảy máu trễ, huyết áp cao, dò động tĩnh mạch, thận trương nước và mất chủ mô thận.
- Chảy máu trễ thường xảy ra 1 tháng sau tổn thương (4).
- Tiểu máu kéo dài có thể là triệu chứng của rò động tĩnh mạch hậu chấn thương, bệnh nhân cần được chụp động mạch thận.
- Trong 6 tháng đầu cần được theo dõi huyết áp.

- Sau 6 tháng cần làm Siêu âm, hoặc chụp MSCTđể theo dõi thương tổn ở thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretan Jr PN, McAninch JW, Federle MP, Jeffrey Jr RB (1986): Computerized tomographic staging of renal trauma: 85 consecutive cases. *J Urol;* 136:561-565.

2. Chandhoke PS, McAninch JW (1988): Detection and significance of microscopic hematuria in patients with blunt renal trauma. *J Urol*; 140:16-18.

3. Coburn M (2002): Damage control surgery for urologic trauma: An evolving management strategy. *J Urol*; 160:13.

4. Santucci RA, McAninch JW (2000): Diagnosis and management of renal trauma: Past, present and future. *J Am Coll Surg*; 191:443-451.

VỠ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn, dưới bệnh cảnh là một tình trạng vỡ tạng rỗng.

Tuy bàng quang là một tạng rỗng nhưng không giống như ống tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm bệnh học và lâm sàng riêng biệt.Việc điều trị cần phải tôn trọng các nguyên tắc của bệnh lý này.

1. Một số đặc điểm giải phẫu của bàng quang

Bàng quang là một tạng nằm dưới phúc mạc. Ở người trưởng thành và khi rỗng, bàng quang nằm hoàn toàn trong phần trước vùng chậu. Phía trước bàng quang là xương mu, phía sau là các tạng sinh dục và trực tràng, phía dưới là hoành chậu. Khi căng đầy bàng quang có hình cầu và nằm trong ổ bụng. Phần bàng quang được bao phủ bởi phúc mạc có một diện tích lớn hơn nhiều so với phần nằm dưới phúc mạc.

Mặt trước và mặt bên của bàng quang được khung chậu bảo vệ nên ít bị thương tổn. Vùng này chỉ bị thương tổn khi khung chậu gãy và mảnh xương sắc nhọn đâm thủng bàng quang (VBQNPM).

Vùng tam giác và mặt dưới của bàng quang được bảo vệ rất chắc chắn bởi hoành niệu dục, chỉ bị tổn thương trong trường hợp bị té ngồi trên một vật sắc nhọn, sanh khó hoặc do thủ thuật sản khoa.

Phần đỉnh bàng quang là phần yếu nhất. Đây là phần được bao bọc bởi phúc mạc và khi bàng quang căng đầy, nó nhô lên khỏi khớp mu nằm ngay ở hạ vị. Vì vậy, khi có chấn thương trực tiếp vào vùng hạ vị lúc bàng quang đầy nước tiểu, bàng quang sẽ bị toác phần này và nước tiểu sẽ tràn vào ổ phúc mạc.

2. Yếu tố nguy cơ

- Bàng quang căng chứa đầy nước tiểu.
- Bàng quang có sang thương sẵn có:
- Có tắc nghẽn vùng cổ bàng quang và niệu đạo.

3. Nguyên nhân

- Do chấn thương

- Do thầy thuốc
- Do bệnh lý: vỡ tự nhiên.

Bảng 1: Tỉ lệ chấn thương vỡ bàng quang do thầy thuốc

Thủ thuật hoặc phẫu thuật	Tỉ lệ (%)
Sản khoa	
Mổ bắt con	0.0016-0.94
Phụ khoa	
Nội soi ổ bụng triệt sản	0.02
Nội soi ổ bụng chẩn đoán	0.01
Nội soi ổ bụng cắt tử cung	0.05-0.66
Mổ cắt tử cung qua ngả âm đạo (bệnh lành tính)	0.6
Mổ cắt tử cung qua ngả bụng (bệnh lành tính)	0.9
Ngoại tổng quát	
Phẫu thuật trên ruột non hay đại tràng	0.12-0.14
Phẫu thuật trực tràng	0.27-0.41
Phẫu thuật trong ổ bụng làm sạch bướu	4.5
Niệu khoa	
Treo niệu đạo sau xương mu ở nam	8.0-50
Nội soi ổ bụng treo tử cung vào mỏm nhô	1.9
Phẫu thuật Burch	1.0-1.2
Phẫu thuật TOT	0-2.4
Phẫu thuật TVT	3.2-8.5
Đặt dải treo bằng mảnh ghép tự thân	2.8
Đặt lưới nâng đỡ qua ngả âm đạo	1.5-3.5
Phẫu thuật tạo hình thành trước âm đạo (điều trị sa bàng quang và sa trực tràng)	0.5
TURB	3.5-58
TURP	0.01

TURB :nội soi cắt đốt bàng quang qua ngả niệu đạo

TURP: nội soi cắt đốt tiền liệt tuyến qua ngả niệu đạo

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.

- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu. Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.

- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.

- Xuất huyết niệu đạo.

- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ở máu tụ hoặc vào phúc mạc.

b. Triệu chứng đặc hiệu

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas**.** Gõ đục hai bên hông**.** Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu.Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào.Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

- Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gẫy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ổ máu tụ. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mach nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với nhưng triệu chứng của gãy xương chậu.

2. Cận lâm sàng

a. Sinh hóa

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

b. Siêu Âm

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

c. X.quang

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

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

3. **Chẩn đoán xác định:** bằng chẩn đoán hình ảnh học (***cystography và CT cystography)***

Cần chẩn đoán mức độ thương tổn và các thương tổn kết hợp nếu có: vd: gãy khung chậu, chấn thương niệu đạo, trực tràng và các thương tổn kết hợp trong ổ bụng.

Bảng 2 - Phân loại vỡ bàng quang theo AAST (Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

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

4. Chẩn đoán phân biệt

Chấn thương thận.

Chấn thương niệu đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

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

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

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

Đây cũng là một lựa chọn điều trị cho **vỡ bàng quang trong phúc mạc không phức tạp** (sau TURB hoặc không phát hiện được trong quá trình mổ) nhưng với **điều kiện** không có ***viêm phúc mạc*** và ***tắc ruột***. Trong trường hợp điều trị bảo tồn này việc đặt một dẫn lưu trong phúc mạc được ủng hộ đặc biệt là những trường hợp vết rách bang quang lớn.

3. Ngoại khoa

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

a. Chấn thương kín không do thầy thuốc:

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

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

b. Vết thương không do thầy thuốc

Điều trị tiêu chuẩn là mổ cấp cứu: ***cắt lọc mô hoại tử*** và ***khâu bàng quang một thì***. Đường mổ nên đi đường giữa để quan sát thành bang quang và đầu xa của niệu quản. Vết thương đạn bắn thường có thương tổn kết hợp ở ruột và trực tràng nên cần chuyển lưu phân. Hầu hết vết thương đạn bắn có đầu vào và đầu ra của viên đạn do đó nên kiểm tra kĩ bàng quang xem có 2 vết thương hay không. Nên dùng kháng sinh trong trường hợp đạn và dao gây vết thương không được vô trùng.

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

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

d. Chấn thương bàng quang do thầy thuốc

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

Nếu tổn thương nếu không được phát hiện trong lúc mổ hoặc tổn thương bên trong bàng quang thì cần được chẩn đoán là vỡ bàng quang trong hay ngoài phúc mạc. Nếu **vỡ trong phúc mạc** thì điều trị tiêu chuẩn là phẫu thuật khâu lại chỗ vỡ, nếu vỡ trong phúc mạc sau TURB thì cần kiểm tra ruột đồng thời với khâu chỗ vỡ. Nếu **vỡ ngoài phúc mạc** có ***lỗ thủng lớn phức tạp*** có tụ dịch ngoài bang quang có triệu chứng mới cần can thiệp: dẫn lưu ổ tụ dịch kết hợp với khâu lỗ thùng hoặc không cần khâu.

4. Biến chứng

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

5. Theo dõi

Điều trị bảo tồn được theo dõi bằng cách ***khám lâm sàng*** và **chụp cystography**, thời gian chụp sau tổn thương từ 7-14 ngày tuỳ thuộc vào kích thước vết rách, ống dẫn

lưu được rút khi nước tiểu không còn thoát ra ngoài bàng quang, nếu nước tiểu còn thoát ra ngoài thì cần chụp cystography kiểm tra tiếp sau đó một thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1985), Vết thương bọng đái do hoả khí, Niệu học tập I, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.

2. Trần Lê Linh Phương (2003), Điều trị chấn thương đường niệu dưới phức tạp trong gãy khung chậu nặng, Luận án tiến sĩ y học.

3. Trần Văn Sáng (1998), Vỡ bàng quang, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61

4. Dương Quang Trí (2002), Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục, Niệu học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.

5. Lê Ngọc Từ (2003), Chấn thương bàng quang, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.

6. Allen F. Morey (2012), Genital and Lower Urinary Tract Trauma, Campbell – Wash Urology, 10th Edition, volumne 3, pp: 2507-2520.

7. Jack W.McAnich (2008), Injuries to the Genitourinary Tract, Smith's General Urology,17th Edition, The McGraw – Hill Compapies, pp: 278-296.

8. EAU guidelines on Urological Trauma 2016.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Nguyên nhân

Niệu đạo trước

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

Niệu đạo sau

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

Niệu đạo nữ

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

2. Phân loại

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

Độ	Mô tả	Biểu hiện
I	Đụng dập	Chảy máu miệng niệu đạo Chụp niệu đạo bình thường
II	Kéo dãn	Niệu đạo bị kéo dãn nhưng không thoát thuốc cản quang ra ngoài khi chụp niệu đạo
III	Vỡ một phần	Thoát thuốc cản quang ra ngoài niệu đạo nhưng thuốc cản quang vẫn còn vào được bàng quang
IV	Vỡ hoàn toàn	Thoát thuốc cản quang ra ngoài tại vị trí tổn thương, thuốc cản quang không vào được bàng quang Chiều dài niệu đạo đứt xa < 2 cm
V	Vỡ hoàn toàn	Đứt niệu đạo hoàn toàn ≥ 2cm, hoặc tổn thương kéo dài đến tuyến tiền liệt hoặc âm đạo

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng

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

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

2. Cận lâm sàng

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

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

Phân loại	Mô tả
Loại 1	Niệu đạo sau bị kéo dãn, nhưng còn nguyên vẹn
Loại 2	Rách niệu đạo tuyến tiền liệt - màng phía trên hoành niệu dục
Loại 3	Rách một phần hoặc toàn bộ niệu đạo trước và sau, với sự gián đoạn của hoành niệu dục
Loại 4	Chấn thương bàng quang kéo dài đến niệu đạo
Loại 4a	Chấn thương tại bàng quang gây thoát thuốc cản quang quanh niệu đạo tạo hình ảnh giống chấn thương niệu đạo sau
Loại 5	Chấn thương niệu đạo trước đơn thuần một phần hoặc hoàn toàn

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

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

2. Niệu đạo trước

a. Chấn thương kín

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

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

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

b. Vết thương

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

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

▪ Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.

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

3. Niệu đạo sau

a. Chấn thương

- Xử trí cấp cứu:

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

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

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

▪ Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo

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

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

- Điều trị tiếp theo

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

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

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

b. Vết thương

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

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

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

Phân loại	Mô tả	Hướng xử trí
Loại 1	Tổn thương kéo dãn. Niệu đạo bị kéo dài mà không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Không cần điều trị
Loại 2	Đụng Dập. Chảy máu miệng niệu đạo nhưng không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 3	Vỡ một phần của niệu đạo trước hoặc sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc còn vào được bàng quang	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 4	Vỡ hoàn toàn niệu đạo trước. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào niệu đạo sau và bàng quang	Sẽ cần điều trị mổmở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 5	Vỡ hoàn toàn niệu đạo sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào bàng quang	Sẽ cần điều trị mổmở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 6	Vỡ hoàn toàn hay một phần niệu đạo sau kết hợp với rách cổ bàng quanghay âm đạo	Yêu cầu phẫu thuật mở sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ackerman AL, Blaivas J, Anger JT. Female Urethral Reconstruction.Curr Bladder Dysfunct Rep 2010; 5:225–232.

2. Goldman SM, Sandler CM, Corriere JN Jr, McGuire EJ. Blunt urethral trauma: a unified anatomical mechanical classification.J Urol 1997; 157: 85–89.

3. Martínez-Pinẽiro L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN, Hohenfellner M.EAU guidelines on urological trauma.EurUrol 2010; vol 57,pp. 791– 803.

4. Summertom DJ, Djakovic N, Kitrey ND, Kuehhas F, Lumen N, Serafetinidis E.Urethral trauma. Guidelines on Urological Trauma.EAU Guidelines2013; 45-65.

F. HỖN HỢP

ĐAU QUẶN THẬN

Hướng dẫn điều trị sỏi niệu của Hội Tiết niệu châu Âu (phiên bản 3/2013) [6]

1. Chẩn đoán

Khuyến cáo	LE	GR
Chụp cắt lớp vi tính hệ niệu không cản quang (NCCT), chẩn đoán BN đau quặn thận do sỏi niệu	1a	A
Chụp hệ niệu có cản quang, như UIV hay chụp cắt lớp có cản quang được chỉ định khi cần điều trị sỏi thận	3	A

1.1. Chụp cắt lớp vi tính hệ niệu không cản quang: NCCT (non-contrast enhanced computed tomography) là chẩn đoán tiêu chuẩn vàng trong cơn đau quặn thận [6]

1.2. Siêu âm là bước CĐHA đầu tiên trước mọi tình trạng cấp cứu đau quặn thận [6]

So sánh siêu âm với chụp cắt lớp hệ niệu không cản quang (NCCT), cho thấysiêu âm có độ nhạy 70%, nhưng độ đặc hiệu 94,4% [3]. Sỏi có kích thước càng lớn thì siêu âm càng chẩn đoán chính xác. Siêu âm thuận lợi khi theo dõi diễn tiến sỏi thận và ít độc hại, do không bị phơi nhiễm tia xạ như chụp X quang cắt lớp. Siêu âm thận bên phải phát hiện sỏi thận dễ hơn bên trái, do so sánh được với cửa sổ âm từ gan [3].

1.3. KUB chỉ có ích khi phát hiện sỏi cản quang và so sánh giữa các lần theo dõi điều trị sỏi [6]

1.4. Chụp hệ niệu có cản quang (UIV) [1] Đánh giá chức năng thận. Khi chụp UIV thấy thận không bài tiết, không thấy hình ảnh đài bể thận thì không có nghĩa là thận đã mất chức năng. Cần phải chụp chậm hệ niệu cản quang sau 60 phút, sau 120 phút, hoặc tiêm lasix (furosemide) để kích thích thận hoạt động mới đánh giá đúng chức năng thận.

1.5. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác cho bệnh nhân cấp cứu sỏi niệu [6]

NƯỚC TIỂU	GR
Phân tích nước tiểu : BC, HC, Nitrite, pH	A
Cấy nước tiểu / soi tươi	A
MÁU	
Creatinin, acid uric, ion đồ, CRP	A

Công thức máu	A
Nếu có kế hoạch điều trị: chức năng đông máu như PTT và INR	A

2. Điều trị cấp cứu đau quặn thận [6]

Khuyến cáo điều trị giảm đau và dự phòng đau quặn thận tái phát

	LE	GR
Lựa chọn đầu tiên: khởi đầu với NSAID: diclofenac, indomethacin hoặc ibuprofen	1b	A
Lựa chọn thứ 2: hydromorphine, pentazocine và tramadol	4	C
Dùng α- blockers để giảm tái phát đau quặn thận	1a	A

Diclofenac có ảnh hưởng lên độ lọc cầu thận (GFR) ở bệnh nhân có giảm chức năng thận; nhưng không tác động gì khi bệnh nhân có chức năng thận bình thường (LE: 2a)

Khuyến cáo làm giảm tác động gây đau tái phát sau khi đã có cơn đau quặn thận.

Đau quặn thận có thể kèm sốt và rét run trong trường hợp có nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu khá nguy hiểm vì xảy ra trên thận đang bị ứ đọng nước tiểu và đe dọa trầm trọng chức năng thận phía trên sỏi. *Cần dùng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu [4] [5]*

3. Đối với sỏi niệu quản [6]

KHUYẾN CÁO	LE	GR
BN mới chẩn đoán có sỏi NQ < 10mm và chưa có chỉ định tích cực can thiệp lấysỏi, lựa chọn đầu tiên là theo dõi định kỳ	1a	A
Các BN này cần điều trị thuốc làm tống xuất sỏi trong khi theo dõi định kỳ	1a	A

4. Đối với sỏi thận [6]

KHUYẾN CÁO	GR
Sỏi thận nên được điều trị khi sỏi lớn, sỏi gây tắc nghẽn, sỏi kết hợp nhiễm khuẩn và sỏi gây đau cấp/ hoặc gây đau dai dẳng	**A**
Nếu chưa cần điều trị, sỏi thận đó cần được theo dõi định kỳ	A

5. Thuốc làm tống xuất sỏi (medical expulsive therapy- MET) [6]

	LE	GR
α- blockers được chỉ định		A
Không khuyến cáo α- blockers cho trẻ em và phụ nữ có thai do hạn chế số liệu trên nhóm dân số đặc trưng này		A
Các BN được chọn điều trị tống xuất sỏi tự nhiên cần được kiểm soát đau, không có bằng chứng lâm sàng nhiễm khuẩn niệu, và theo dõi chức năng thận		A
Theo dõi vị trí sỏi di chuyển hoặc độ ứ nước thận	4	A

1. Nếu điều trị nội làm giảm đau quặn thận không hiệu quả, can thiệp chuyển lưu nước tiểu như đặt thông niệu quản, mở thận ra da hoặc mổ lấy sỏi nên được tính đến [6]

2. Chẩn đoán nguyên nhân gây đau quặn thận có thể khó khăn và phức tạp, vì vậy chủ yếu không phải là chữa hết cơn đau quặn thận mà chính là tìm ra nguyên nhân và điều trị tận gốc [2]

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferrandino MN, Pietrow PK, Preminger GM (2012). Evaluation and Medical Management of Urinary Lithiasis, chapter 46, Section XI in Alan J. Wein (eds): Campbell-Walsh Urology,10th ed, pp. 1287-1323.

2. Ngô Gia Hy (1980). Cơn đau bão thận. Niệu học, tập I, NXB Y học, tr.331-339.

3. Kanno T, Kubota M, Sakamoto H, Nishiyama R, Okada T, Higashi Y, Yamada H (2014**).** The efficacy of ultrasonography for the detection of renal stone. Urology, 8/2014, Elsevier Inc;84(2):285-288.

4. Nguyễn Mễ (2003). Sỏi niệu quản. Bệnh học Tiết niệu, Hội tiết niệu - Thận học Việt Nam. NXB Y học, tr.244-248

5. Trần Văn Sáng (1998). Sỏi tiết niệu. Bài giảng bệnh học niệu khoa, NXB Mũi Cà Mau, tr.106-155

6. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Straub M, Seitz C (2017). European Association of Urology guidelines on urolithiasis. 2017.

THẬN LẠC CHỖ

(Renal ectopia - Ectopic kidney)

1.Định nghĩa

Thận lạc chỗ là một dị tật bẩm sinh trong đó một thận nằm bên dưới, phía trên, hoặc ở phía đối diện của vị trí bình thường của nó.

Tần suất bệnh trong dân số: 1/900, thận lạc chỗ trong khung chậu: 1/3000, thận lạc chỗ bắt chéo: 1/7000, thận lạc chỗ lồng ngực: 1/13000.

Khoảng 1/10 thận lạc chỗ được chẩn đoán.

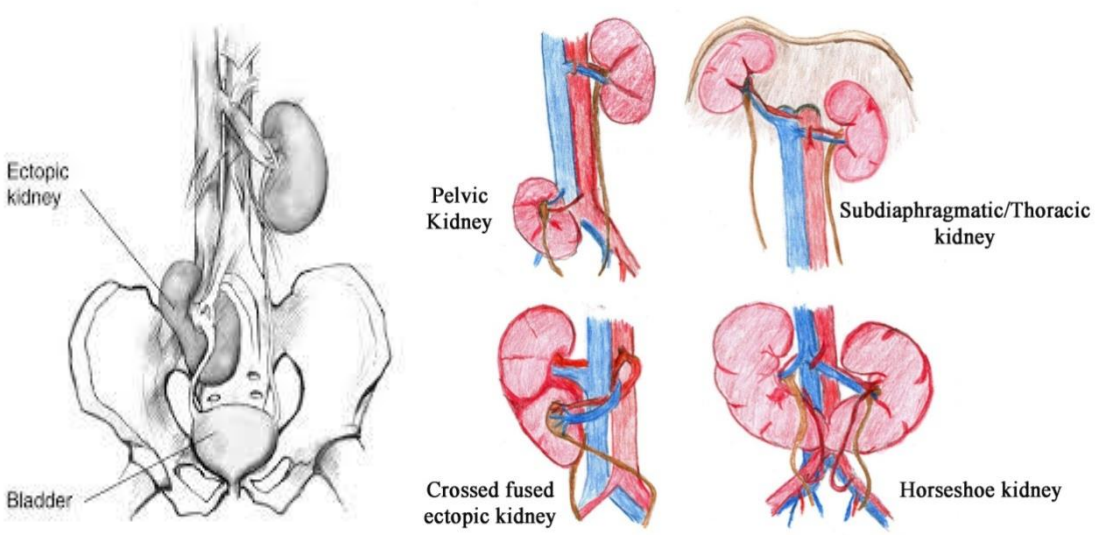
2.Bệnh học

Do bất thường quá trình di chuyển hướng lên và xoay của thận trong thời kỳ phôi thai mà thận lạc chỗ có thể nằm trong khung chậu, ngang mào chậu, thấp hơn vị trí bình thường hay cũng có thểcao hơn vịtrí bình thường hoặc chui vào lồng ngực. Hiếm khi một bệnh nhân có thận lạc chỗ 2 bên.

Đa số thận di chuyển về phía lồng ngực, nhưng thận bất thường có thể di chuyển qua bên đối diện, khi đó hai thận phát triển cùng bên và chủ mô thận có thểhòa chung. Đôi khi cũng có phân loại ra thận lạc chỗ đơn giản và thận lạc chỗbắt chéo.

Các yếu tố dẫn đến thận lạc chỗ:

- Nụ thận kém phát triển.
- Khiếm khuyết mô thận giữ vai trò giúp thận di chuyển đến vịtrí bình thường.
- Bất thường di truyền.
- Thai phụ người mẹ bị nhiễm hoặc tiếp xúc với thuốc hoặc hóa chất có hại.



3.Triệu chứng:

Thận lạc chỗ có thể không triệu chứng và hoạt động bình thường. Có thể được phát hiện tình cờ qua hình ảnh học, hay b ịchẩn đoán nhầm với khối u vùng chậu, u đại tràng hay khối áp xe ruột thừa.

Các biến chứng có thểcó:

- Đau bụng.
- Trào ngược bàng quang niệu quản, thận ứnước.
- Bếtắc gậy thận ứnước.
- Nhiễm trùng niệu, sốt.
- Sỏi tiết niệu
- Suy thận.
- Dễ bịchấn thương.

4.Chẩn đoán:

- Siêu âm: xem được vịtrí thận, mức độ ứ nước
- UIV: đánh giá hệ thống bài thiết, vị trí thận và chỗ bế tắc nếu có
- VCUG: đánh giá trào ngược.
- MSCT hay MRI.
- Xạhình thận.

5. Điều trị:

Thận lạc chỗ không gây triệu chứng và chức năng thận bình thường thì không can thiệp.

Phẫu thuật khi:

- Trào ngược bàng quang niệu quản gây thận ứ nước: Phẫu thuật cắm lại niệu quản.
- Thận lạc chỗ ứnước nhiễm trùng: giải quyết bế tắc, chuyển lưu nước tiểu.
- Thận ứ mủ, mất chức năng: xét chỉ định cắt thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bauer SB. Anomalies of the upper urinary tract. In: Wein A, ed. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2012: 3269–3271.

2. Emil A. Tanagho, MD. In Disorders Of The Kidneys. Ectopic kidney . Smith's general urology. 17th. The McGraw-Hill Companies; 2008; 515 -517

3. http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/kidney-disease/ectopic-kidney/Pages/facts.aspx

4. http://www.kidneyurology.org/Library/Kidney_Health/Ectopic_Kidney.php

5. http://www.UrologyHealth.orgExternal Link Disclaimer (American Urological Association Foundation)

6. http://www.docstoc.com/docs/476269/ECTOPIC-KIDNEY.

THẬN SA

(Nephroptosis - Floating Kidney - Renal ptosis)

1.Định nghĩa:

Thận sa là thận di chuyển xuống hơn 2 thân đốt sống (hay>5cm) khi thay đổi tư th ết ừnằm sang đứng thẳng. Thận sa có cuốn thận nằm ởv ịtrí bình thường.

Phân biệt thận lạc chỗ: thận lạc chỗ không thay đổi theo tư thế. Thận lạc chỗ có niệu quản ngắn hơn niệu quản thường và mạch máu cũng bất thường. Còn thận sa thì niệu quản và mạch máu bình thường.

2.Dịch tễ:

Bệnh này là bệnh hiếm. Có khoảng 10-20% thận sa có triệu chứng. Bệnh này thương gặp phụ nữ hơn nam 5-10/1 và bên phải chiếm 70% các trường hợp. Gần 64% các trường hợp có loạn sản cơ và sợi của động mạch cùng bên.

3. Nguyên nhân:

Nguyên nhân chưa được biết rõ. Thường gặp phụ nữ da trắng, gầy, hoạt động thểlực nhiều, giảm cân quá mức hay giảm cân đột ngột gây thiếu lớp mỡ quanh thận làm cho thận dễ di chuyển xuống dưới. Và trong bệnh lý này cuống thận cũng dài hơn bình thường.

Thận sa gây ra đau là do đột ngột thận ứ nước do gập góc niệu quản gần, hẹp lòng niệu quản do thiếu máu thận thoáng qua do kéo dài mạch máu thận, và/hoặc kích thích thần kinh tạng do căng rốn thận.

3.Triệu chứng:

- Cơ năng:
  - ▪ Đau góc sườn lưng, đau bụng vùng hố chậu phải khi bệnh nhân chuyển từ tư thếnằm sang đứng thẳng.
  - ▪ Thể hiện trầm trọng nhất của bệnh này là cơn Dietl, đặc trưng bằng cơ đau quặn thận dữ dội, buồn nôn, nôn, lạnh rung, nhịp tim nhanh.
  - ▪ Đau có thể giảm ngay tức khắc nếu thận di chuyển vềvịtrí bình thường của nó, nằm ngửa chân nâng cao, gối chạm ngực.

Vô niệu và tiểu máu thoáng qua hoặc đạm niệu do tắt nghẽn.

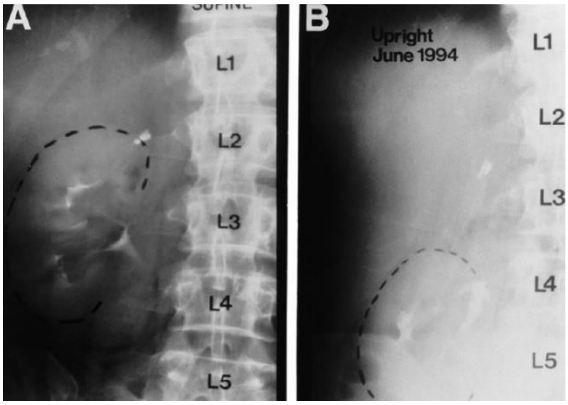
4.Chẩn đoán

- Tổng phân tích nước tiểu thấy có tiểu máu vi thể.

- Cấy nước tiểu thường âm tính.
- BUN, creatinin và điện giải thường bình thường.

Chẩn đoán hình ảnh học

Chụp UIV có th ểthấy thận di động hơn 2 thân đốt sống.



Hình ảnh thận di động trên UIV

Trong tư thế đứng có thể thấy hình ảnh thận ứ nước. Hay chụp x-quang niệu quản –bể thận ngược chiều thấy hình ảnh thận ứnước khi thay đổi tư thế bệnh nhân thì hết.

Chụp CT scan khi bệnh nhân nằm ngửa thì bình thường.

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Đau quặn thận do sỏi kết hợp.
- Sỏi túi mật bên phải.
- Tắc ruột từng hồi.
- Bệnh đại tràng co thắt.
- Tiểu máu.
- Viêm đài bể thận.
- Hội chứng tĩnh mạch buồng trứng.
- Hội chứng "Nutcracker" (chèn tĩnh mạch thận trái giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ).
- Nang buồg trứng và có khả năng nang bịvỡ.
- Viêm ruột thừa hay viêm túi thừa đại tràng mãn tính.

6.Điều trị:

Không có điều trị nội khoa, tuy nhiên có những phương pháp khác như là tăng cân, điều trị thuốc tiêu hóa, tập thể dục căng thành bụng, mang đai thành bụng, và nghỉ

ngơi trong tư thế nằm ngửa. Dùng phương tiện cố định bên ngoài là phương pháp hiệu quả nhất mà không cần phẫu thuật.

Thẩu thuật cố định thận (Nephropexy) vào vùng sau phúc mạc qua mổ hở hay phẫu thuật nội soi được thực hiệ nở thận sa gây triệu chứng. Vỏ thận được cố định vào cơ thắt lưng hay thành bụng sau bằng chỉ không tan, cân hay dãi cơ hay bằng mesh. Ngày nay ưu tiên PTNS sau phúc mạc hay qua ổbụng giúp bệnh nhân ít đau sau mổ và thời gian hậu phẫu ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bauer SB. Percutaneous Approaches to the Upper Urinary Tract Collecting System. In: Wein A, ed. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2012: 1325–1327.

2. Emil A. Tanagho, MD. In Disorders Of The Kidneys. Smith’s general urology. 17th. The McGraw-Hill Companies; 2008; 515 -517

3. http://emedicine.medscape.com/article/1458935-overview

4. http://www.healthhype.com/floating-kidney-nephroptosis.html

5. http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/nephroptosis

THẬN MÓNG NGỰA

1 ĐỊNH NGHĨA:

Thận móng ngựa là loại dị tật phổ biến nhất trong nhóm các bất thường do 2 thận hòa nhập vào nhau. Thận móng ngựa bao gồm hai quả thận hoạt động riêng biệt và kết nối lại ở cực dưới 2 thận bởi một eo nhu mô thận có chức năng hoặc chỉ là mô sợi băng ngang đường giữa của cơ thể. Thận móng ngựa thường nằm thấp hơn, xoay không bình thường, và bể thận thường nằm về phía trước của mỗi thận. [1]

2 DỊCH TỄ:

Thận móng ngựa xảy ra trong 1/400-800 ca sinh [1]. Xuất hiện ở nam giới gấp 2 lần ở nữ giới [2]. Không có yếu tố di truyền được biết có liên quan, mặc dù một số báo cáo ghi nhận thận móng ngựa xuất hiện ở cả 2 cá thể trong một cặp song sinh.

3 BỆNH HỌC:

Bản thân thận móng ngựa không gây triệu chứng. Tuy nhiên, bất thường giải phẫu học khiến thận móng ngựa dễ xuất hiện bệnh lý hơn so với thận bình thường. Việc cung cấp máu nhiều, hệ thống mạch máu bất thường, sự hiện diện của eo thận và bất thường của niệu quản cũng góp phần vào tỉ lệ ứ nước, hình thành sỏi, nhiễm khuẩn và ung thư cao hơn so với thận bình thường.

- Bệnh lý phổ biến nhất ở thận móng ngựa là tắc nghẽn khúc nối bể thận niệu quản (UPJ), xảy ra trong 35% bệnh nhân. Nó gây ra hầu hết các vấn đề. Tắc nghẽn là do niệu quản nối vào bể thận ở vị trí cao hơn bình thường nên chuyển lưu nước tiểu kém. Các niệu quản phải vượt qua eo nối 2 thận cũng có thể góp phần và sự tắc nghẽn. Dãn hệ thống đài bể thận không tắc nghẽn ở thận móng ngựa phải được phân biệt với sự giãn có tắc nghẽn bằng xạ hình thận.
- Sỏi niệu xuất hiện trong thận móng ngựa khoảng 20% bệnh nhân[1]. Sự hình thành sỏi được cho là do sự ứ trệ nước tiểu hoặc tắc nghẽn UPJ gây chướng nước và cản trở đường thoát của sỏi. Hướng của đài thận bất thường cũng làm suy yếu hệ thống dẫn lưu và dẫn đến ứ nước tiểu.
- Ứ trệ nước tiểu và sỏi niệu cũng khiến thận móng ngựa bị dễ bị nhiễm khuẩn tiết niệu và xảy ra ở 27-41% bệnh nhân [1]. Ngược dòng bàng quang niệu quản là một nguyên nhân của nhiễm khuẩn niệu ở thận móng ngựa.

- Một số bệnh ung thư thường gặp ở thận móng ngựa. Điều này được cho là do các yếu tố gây dị dạng bẩm sinh và sự nhạy cảm của thận móng ngựa đối với một số ung thư nhất định. Ung thư tế bào thận là loại ung thư thận phổ biến nhất ở thận móng ngựa, chiếm 45% các khối bướu [1, 2]. Tỉ lệ mắc ung thư tế bào thận ở thận móng ngựa là không khác với thận bình thường.

- Ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm 20% và sarcoma là 7% các khối bướu [1]. Nguy cơ tương đối của ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp trong thận móng ngựa tăng từ 3 đến 4 lần. Điều này được cho là do tắc nghẽn mãn tính, sỏi, hoặc nhiễm trùng ở thận.

- Tỉ lệ bướu Wilms và các khối bướu carcinoid cũng cao hơn trong thận móng ngựa. Bướu Wilms chiếm khoảng 28% các tổn thương ác tính. Nguy cơ tương đối của bướu Wilms tăng lên gấp 2 lần ở thận móng ngựa. Một nửa trong số này có bướu phát sinh từ eo nối hai thận.

4 TRIỆU CHỨNG

- Gần một phần ba số bệnh nhân có thận móng ngựa không có triệu chứng.

- Khám lâm sàng có thể cho thấy một khối chắc đường giữa bụng dưới, nằm phía trên cột sống (Eo thận móng ngựa) [1].

- Các triệu chứng thường là do tắc nghẽn, sỏi, hoặc nhiễm khuẩn niệu.

- Ở trẻ em, nhiễm khuẩn đường tiết niệu là triệu chứng phổ biến nhất. Triệu chứng lâm sàng của bệnh tương tự như trong một quả thận bình thường. Tuy nhiên, các triệu chứng có thể mơ hồ. Thay vì đau hông lưng, đau bụng, và các triệu chứng tiêu hóa như buồn nôn, đầy bụng và bụng chướng có thể chiếm ưu thế ở trẻ.

- Thận móng ngựa dễ bị ảnh hưởng bởi các chấn thương bụng vì nó không được bảo vệ bởi khung xương sườn và có thể bị nén hoặc vỡ trên nền cột sống thắt lưng bằng một áp lực lớn ở bụng. Điều này có thể xảy ra trong một vụ tai nạn xe hơi khi nạn nhân bị giữ lại bởi đai an toàn; thận móng ngựa khi đó bị nén giữa đai an toàn và cột sống.

- Dị tật cơ quan sinh dục tương đối phổ biến trong thận móng ngựa và xảy ra ở hai phần ba số bệnh nhân. Trào ngược bàng quang niệu quản hiện diện khoảng một nửa số bệnh nhân. Niệu quản đôi hiện diện trong 10%. Miệng niệu đạo đóng thấp hoặc tinh hoàn ẩn có mặt trong 4% nam giới. Tử cung hai sừng hoặc vách ngăn âm đạo hiện diện trong 7% nữ giới [1].

- Bệnh thận đa nang NST trội, cũng đã được tìm thấy trong thận móng ngựa, với 20 trường hợp được báo cáo trong y văn.

5 CẬN LÂM SÀNG:

Khi một quả thận móng ngựa được chẩn đoán hoặc nghi ngờ, xét nghiệm và hình ảnh học nên được thực hiện để đánh giá tình trạng của thận và để tìm các nguyên nhân có thể điều trị.

- Phân tích nước tiểu với nuôi cấy nước tiểu nên được thực hiện.
- Creatinin máu được khuyến cáo để xác định chức năng thận.
- Trong thận móng ngựa, trên phim X quang hệ niệu có thể thể thấy trục của hai thận song song với cột sống [1].
- Chụp hệ niệu có cản quang (IVP) và CT scan (CT scan bụng chậu có và không có chất cản quang) là xét nghiệm chẩn đoán ban đầu tốt nhất để xác định giải phẫu và chức năng thận. CT scan bụng chậu hoặc siêu âm thận là hữu ích để tầm soát sự hiện diện của các sỏi, bướu, hoặc ứ nước ở thận.
- Thận xoay bất toàn là một chẩn đoán phân biệt trên hình ảnh với thận móng ngựa [1]

Các xét nghiệm khác.

- Xạ hình thận với thuốc lợi tiểu đánh giá chức năng thận và hệ thống bài xuất.
- VCUG(voiding cystourethrography) để loại trừ đồng thời trào ngược bàng quang niệu quản. Đây là bệnh lý thường kết hợp với thận móng ngựa ở các bệnh nhân nhi.

6 ĐIỀU TRỊ

Mạch máu bất thường ở thận móng ngựa nên được cân nhắc cẩn trọng bởi các bác sĩ phẫu thuật khi lập kế hoạch phương pháp phẫu thuật. Các vết mổ bụng đường giữa giúp tiếp cận cho cả hai bên thận móng ngựa và hệ thống mạch máu bất thường.

BỆNH LÝ KHÚC NỐI BỂ THẬN NIỆU QUẢN

- Vì thận móng ngựa xoay bất thường, bể thận nằm phía trước thận nên phẫu thuật tạo hình UPJ không được khuyến cáo tiếp cận theo đường sau phúc mạc. Dù với các dụng cụ nội soi tốt thì phẫu thuật sau phúc mạc vẫn là một thử thách. Phẫu thuật bởi robot có thể là lựa chọn phù hợp cho phẫu thuật tạo hình UPJ sau phúc mạc.
- Tắc nghẽn UPJ thường được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản hoặc Phẫu thuật nối niệu quản với đài thận. Phẫu thuật nội soi ổ bụng và tạo hình bằng robot sử dụng hệ thống phẫu thuật da Vinci đã được thực hiện thành công [2]

- Phẫu thuật nội soi can thiệp từ bên trong niệu quản là một lựa chọn nhưng kết quả thấp hơn phẫu thuật mổ mở hoặc nội soi ổ bụng.

- Trong tắc nghẽn UPJ 2 bên, vết rạch đường giữa qua phúc mạc cho phép tiếp cận hai bên của thận móng ngựa và các mạch máu thận.

- Cắt eo thận nhằm tăng khả năng thoát lưu nước tiểu được khuyến cáo sau khi phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản vẫn là vấn đề gây tranh cãi. Cắt eo thận có liên quan với tăng nguy cơ xuất huyết, rò nước tiểu và nhồi máu thận. Ngoài ra, sau khi cắt eo thận các mạch máu bất thường của thận trở về vị trí ban đầu của chúng và có thể gây ra các bất thường khác. Do đó, cắt eo thận hiếm khi chỉ định kết hợp với tạo hình bể thận niệu quản [2].

SỎI NIỆU

- Sỏi thận trên thận móng ngựa có thể được điều trị bằng ESWL, nội soi, hoặc phẫu thuật mổ mở.

- Quyết định điều trị và chỉ định tương tự như đối với một quả thận bình thường.

- Sự hiện diện của bế tắc không được điều trị hoặc ứ nước gây giảm khả năng điều trị của ESWL. Nội soi ngược dòng bằng ống soi mềm có thể giúp tăng khả năng loại trừ sỏi khi kết hợp ESWL [3]. Ngoài ra, liệu pháp nội soi xuôi dòng điều trị thành công UPJ có thể được dùng để nới rộng niệu quản ở các bệnh nhân sau ESWL cũng đã được thực hiện. ESWL hoặc nội soi ngược dòng có thể được chỉ định cho các sỏi < 15 mm ở đài trên và bể thận [2]. Tỉ lệ tống sỏi 28% tới 80% (trung bình 58%) đã được ghi nhận với ESWL[2]. Hẹp khúc nối bể thận và khả năng tống xuất nước tiểu kém nên được loại trừ trước khi điều trị với ESWL.

- Khi bệnh nhân đồng thời có sỏi niệu và bệnh lý của UPJ, phẫu thuật nội soi ổ bụng nên được chỉ định để lấy sỏi và đồng thời tạo hình khúc nối bể thận niệu quản [2]

- Lấy sỏi qua da đã được sử dụng thành công trong điều trị sỏi thận tắc nghẽn khi bệnh nhân không thể được điều trị bằng ESWL hoặc nội soi ngược dòng. Đường vào ở đài thận trên có thể thuận lợi hơn [2]. Kim chọc dẫn đường đồng thời dưới hướng dẫn siêu âm, CT nên được cân nhắc nhưng đa số các trường hợp hình ảnh CT và MRI trước mổ là đủ để thực hiện lấy sỏi qua da[2]. CT và MRI thực hiện trước mổ nhằm phát hiện các trường hợp đại tràng nằm sau thận, các cấu trúc mạch máu bất thường, cấu trúc đài bể thận để lập kế hoạch chọc kim dẫn đường [2]

BƯỚU THẬN

- Chụp mạch máu thận rất cần phải thực hiện nhằm giúp tiếp cận mạch máu cung cấp máu cho bướu là bước đầu tiên quan trọng của cuộc mổ. Điều này ngăn chặn xuất huyết đáng kể trong quá trình bóc tách và cắt bướu. Trong phẫu thuật ung thư, eo thận thường cần phải được cắt để tiếp cận vào các khối bướu và hạch bạch huyết xung quanh.

PHẪU THUẬT PHÌNH ĐỘNG MẠCH Ở BỤNG

- Khía cạnh quan trọng nhất của sửa chữa phình động mạch kết hợp với thận móng ngựa là kiểm soát các dị dạng về giải phẫu động mạch thận thường gặp. Khả năng sống còn ở bệnh nhân được xác định dựa trên việc bảo tồn chức năng thận. Sự liên tục của động mạch thận có thể được thiết lập với các mảnh ghép mạch máu và ghép vào động mạch chủ. Thành công của can thiệp nội mạch cũng đã được báo cáo trong một số y văn.

GHÉP THẬN

- Thận móng ngựa có thể được sử dụng cho việc cấy ghép. Chúng có thể được ghép nguyên khối vào một người nhận hoặc có thể được chia ra và ghép cho hai cá nhân.
- Cắt eo thận có thể làm tăng nguy cơ rò nước tiểu sau mổ.
- Các quyết định cấy ghép một quả thận móng ngựa nguyên khối phụ thuộc vào hình thái thận, eo thận, giải phẫu mạch máu, cũng như tình trạng sức khỏe và chức năng của thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smith & Tanagho’s General Urology, Eighteenth Edition, 2012
2. Campbell-Walsh Urology, Eleventh Edition, 2016
3. The EAU Urolithiasis Guideline, EAU Guidelines, 2016

TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU THẬN MẮC PHẢI

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong thực hành lâm sàng tiết niệu, chảy máu thận do nguyên nhân mắc phải là biến cố thường gặp và đáng ngại, có thể biểu hiện bởi tình trạng tiểu máu đại thể hoặc chảy máu ra vùng quanh thận. Chảy máu thận do nguyên nhân mắc phải có thể xảy ra sau phẫu thuật lấy sỏi thận (mổ mở hoặc tán sỏi qua da), cắt thận một phần, cắt chỏm nang thận, sinh thiết thận, hoặc sau chấn thương - vết thương thận … Mức độ chảy máu tùy thuộc vào mạch máu bị tổn thương là động mạch hay tĩnh mạch, kích thước lớn hay nhỏ. Khác với tĩnh mạch là hầu hết các thương tổn này thường có khả năng tự cầm, chảy máu từ động mạch điều trị nội bảo tồn ít hiệu quả, lúc này cần chỉ định can thiệp để cầm máu.

Trước đây, do tính trầm trọng của mất máu, nếu điều trị nội bảo tồn không hiệu quả, để kiểm soát tình trạng chảy máu, đa số các trường hợp được chỉ định phẫu thuật cắt thận để cầm máu. Trong hơn 2 thập kỷ qua, với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và kỹ thuật ngày càng hoàn thiện, nút động mạch chọn lọc giúp điều trị hiệu quả đa số các trường hợp chảy máu do thương tổn mạch máu thận.

Chụp mạch DSA nhằm phát hiện vị trí chảy máu, đồng thời nút mạch cầm máu là phương pháp chẩn đoán và điều trị xâm nhập tối thiểu, không cần gây mê. Kỹ thuật này được thực hiện bằng ống thông, vi ống thông siêu chọn lọc vào nhánh động mạch gây chảy máu, sau đó gây tắc mạch bằng vật liệu nút mạch.

Phương pháp thuyên nút động mạch thận chọn lọc tỏ ra khá an toàn và hiệu quả trong việc kiểm soát chảy máu do các nguyên nhân mắc phải.

II. CHẨN ĐOÁN

- Các nguyên nhân mắc phải, bao gồm:
  - ▪ Tổn thương nhu mô thận do các tổn thương xuyên thấu, chẳng hạn do hỏa khí hay bạch khí.
  - ▪ Chấn thương (do ẩu đả, tai nạn lao động, tai nạn thể thao gây tổn thương thận do tác động trực tiếp vào vùng hông...) hay thương tổn do giảm tốc đột ngột như tai nạn xe cộ có tốc độ cao hoặc té từ trên cao xuống.
  - ▪ Tổn thương nhu mô thận do can thiệp y khoa: sau phẫu thuật lấy sỏi thận (mổ mở hay lấy sỏi thận qua da), mở thận ra da, cắt thận bán phần, sinh thiết

thận, tán sỏi thận ngoài cơ thể, nội soi niệu quản ngược dòng, sau can thiệp nội mạch...

Phương pháp tiếp cận BN bị tổn thương thận gần đây có nhiều thay đổi, đòi hỏi phải cập nhật thông tin thường xuyên. Hiện nay, phần lớn các trường hợp chảy máu do tổn thương nhu mô thận được điều trị nội bảo tồn, theo dõi và không phẫu thuật ngay cả trong trường hợp tổn thương thận nặng, thay thế cho xu hướng chủ trương phẫu thuật khâu thận tích cực trong quá khứ.

1. Lâm sàng

Chẩn đoán tổn thương thận bắt đầu với sự cảnh giác cao khi khám lâm sàng. Khai thác kỹ cơ chế gây tổn thương là nền tảng trong quá trình khám lâm sàng. Cần đặc biệt chú ý đến triệu chứng đau lưng hoặc đau bụng. Phân tích nước tiểu nên được thực hiện ở những bệnh nhân nghi ngờ có chấn thương thận. Tùy vào kết quả đánh giá ban đầu, có thể chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hoặc chỉ định phẫu thuật thám sát sau đó.

2. Cận lâm sàng

Tổng phân tích nước tiểu

- Có thể phát hiện tình trạng tiểu máu.
- Có trường hợp âm tính giả.

Công thức máu

Chỉ định theo dõi dung tích hồng cầu thường xuyên (serial Hct) giúp theo dõi tình trạng thiếu máu, bên cạnh theo dõi sát các dấu hiệu chảy máu trên lâm sàng.

Siêu Âm

Phát hiện tình trạng nhu mô thận, khối máu tụ quanh thận. Đồng thời phát hiện các thương tổn khác kèm theo: Dịch ổ bụng, các thương tổn tạng đặc trong ổ bụng…

IVP (chụp hệ niệu có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch)

Tất cả các trường hợp chấn thương - vết thương thận có rối loạn huyết động cần phẫu thuật thám sát cấp cứu nên được chụp trước 01 phim nhanh hệ niệu tĩnh mạch liều cao. Cụ thể, truyền nhanh 2mL/kg thuốc cản quang và chụp 01 phim X- quang bụng sau 10 phút, nên chụp trước phim bụng không sửa soạn.Để tiết kiệm thời gian, nên tiêm thuốc cản quang vào thời điểm hồi sức ban đầu. Cần hồi sức trước khi chuyển bệnh nhân vào phòng mổ cấp cứu nếu huyết động học không ổn định, sau đó mới chụp 01 phim chụp hệ niệu tĩnh mạch nhanh. IVP giúp xác định sự hiện diện 2 đơn vị thận có chức

năng, sự tồn tại và mức độ rò nước tiểu, đồng thời có thể phát hiện đường đi của vật gây thương tổn thận trong vết thương thận, bằng cách dùng 2 kẹp giấy kim loại đính ở vị trí vào và ra của vết thương giúp dự đoán khả năng tổn thương thận dựa vào đạn đạo trên phim X- quang với độ chính xác cao . Trong khi đó, khả năng đánh giá mức độ thương tổn có độ đặc hiệu và độ nhạy thấp. Khi hình ảnh IVP bất thường hoặc không rõ ràng, cần tiếp tục thăm dò và đánh giá thêm. Ở những bệnh nhân có huyết động ổn định, cần chụp CT scan giúp đánh giá thương tổn đầy đủ và chính xác hơn. Đối với bệnh nhân có huyết động không ổn định, những hình ảnh bất thường trên IVP cần thiết phải phẫu thuật thám sát.

CT- scan (Chụp cắt lớp vi tính)

CT scan có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong khảo sát tổn thương thận, tình trạng thoát nước tiểu, chảy máu hoạt động, phác thảo vùng thận nhồi máu, xác định kích thước - vị trí của khối máu tụ sau phúc mạc và các tổn thương trong ổ bụng phối hợp (lách, gan, tụy, và ruột). CT scan đã thay thế phần lớn chỉ định chụp IVP tiêu chuẩn và chụp động mạch thận. Trong trường hợp cấp cứu, CT scan hoàn toàn thay thế kỹ thuật chụp X - quang động mạch vì CT scancó khả năng phát hiện khá chính xác các thương tổn động mạch chính lẫn các động mạch thùy thận. Tuy nhiên, hiện nay X- quang động mạch được chỉ định trong những trường hợp chảy máu thứ phát hoặc có sự hình thành thương tổn động mạch, giúp can thiệp nút động mạch chọn lọc và cho kết quả tốt . Hình ảnh trên CT scanở trường hợp tắc động mạch thận và nhồi máu thận toàn bộ là hình ảnh nhu mô thận không bắt thuốc cản quang, hoặc dấu hiệu "bờ vỏ thận tăng sáng liên tục". Mặc dù dấu hiệu này đáng tin cậy để chẩn đoán tình trạng nhồi máu thận, nhưng chỉ xuất hiện sau tổn thương ít nhất 8 giờ.

Gần đây, CT scanxoắn ốc cắt lớp nhanh và dựng hình được sử dụng ngày càng nhiều. Thời gian khảo sát toàn bộ ổ bụng mất khoảng 10 phút. Trong khoảng 70-90" trước khi chụp, tiêm tĩnh mạch 150-180 ml thuốc cản quang với tốc độ 2 - 4 ml/ giây. Quá trình ghi hình CT scanxoắn ốc khá nhanh, thường < 2 phút. Trong 20"- 30" đầu là giai đoạn động mạch, ở thời điểm 40"- 70" là giai đoạn vỏ thận sớm. Hình ảnh giai đoạn động mạch giúp phát hiện các tổn thương động mạch thận, trong khi giai đoạn đầu vỏ thận hầu như không thể phát hiện hết các thương tổn nhu mô thận.

Vì vậy, để đánh giá đầy đủ và chính xác thương tổn của thận, ghi hình muộn là cần thiết. Ghi hình thận đồ ở thời điểm muộn hơn 80" giúp phát hiện các thương tổn nhu mô

và tĩnh mạch thận, trong khi chụp hình chậm (2 - 10 phút) giúp phát hiện tình trạng chảy máu và rò nước tiểu.

MRI (cộng hưởng từ)

Có khả năng phát hiện các thương tổn nhu mô và mạch máu thận. Tuy nhiên, MRI không phổ biến hơn CT scan và thời gian chụp cũng như đòi hỏi sự hợp tác của bệnh nhân là những trở ngại của phương pháp này. Chủ yếu thay thế CT scan trong trường hợp dị ứng thuốc cản quang, suy thận nặng hoặc chống chỉ định với tia X như khi có thai.

DSA (chụp mạch xóa nền)

Giúp đánh giá mức độ tổn thương thận, tuy nhiên, hiếm khi được chỉ định trong tình huống cấp cứu do mất nhiều thời gian và bệnh nhân đang bị chảy máu cần được chỉ định mở bụng cấp cứu. Hiện nay, chụp động mạch và nút mạch chọn lọc có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các thương tổn động mạch mắc phải gây mất máu nặng hoặc chảy máu thận kéo dài. Phương pháp này có ưu điểm là giúp chẩn đoán và cùng lúc điều trị các tổn thương mạch máu thận.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng có tình trạng chảy máu + bằng chứng trên CT mạch máu thận hoặc trên DSA.

- Chảy máu thận do thương tổn động mạch thận mắc phải

4. Chẩn đoán phân biệt

- Chảy máu thận do sỏi thận, dị tật bẩm sinh mạch máu thận.

5. Chỉ định chụp DSA và/ hoặc can thiệp nút mạch

Chảy máu thận do tổn thương thận mắc phải:

- Lâm sàng có biểu hiện tình trạng chảy máu sau phúc mạc hoặc tiểu máu.
- Và/ hoặc trên CT mạch máu/ DSA nghi ngờ có thương tổn động mạch thận mắc phải: giả phình động mạch, rò động - tĩnh mạch, rò động mạch – đài thận.

6. Chống chỉ định

- Dị ứng thuốc cản quang I-ốt
- Suy thận nặng (độ IV)
- Rối loạn đông máu nặng và mất kiểm soát (prothrombin <60%, INR > 1,5; số lượng tiểu cầu < 50 K/mL).

- Phụ nữ có thai

Các chống chỉ định trên có tính chất tương đối.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ can thiệp
- Bác sỹ phụ
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA)
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, máy in phim, hệ thống lưu trữ hình ảnh
- Bộ áo chì, tạp dề, che chắn tia X

3. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ
- Thuốc chống đông (Heparin)
- Thuốc trung hòa thuốc chống đông (protamine sulphate)
- Thuốc đối quang I-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc

4. Vật tư y tế thông thường

- Bơm tiêm 1; 3; 5; 10ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, áo, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ dụng cụ can thiệp vô trùng: dao, kéo, kẹp, 4 bát kim loại, khay quả đậu, khay đựng dụng cụ
- Bông, gạc, băng dính phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

5. Vật tư y tế đặc biệt

- Kim chọc động mạch
- Bộ ống vào lòng mạch 5-6F
- Dây dẫn tiêu chuẩn 0,035inch
- Ống thông chụp mạch 4-5F
- Vi ống thông 2-3F
- Vi dây dẫn 0,014-0,018inch
- Ống thông dẫn đường 6F
- Bộ dây nối chữ Y.

6. Vật liệu nút mạch

- Xốp sinh học (gelfoam)
- Hạt nhựa tổng hợp (PVA)
- Keo sinh học (Histoacryl, Onyx...)
- Vòng xoắn kim loại các cỡ (coils)

7. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Cần nhịn ăn, uống trước 6giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Tại phòng can thiệp: người bệnh nằm ngửa, lắp máy theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp, điện tâm đồ, SpO2.
- Sát trùng da sau đó phủ khăn phủ vô khuẩn có lỗ.
- Người bệnh kích thích: cần cho thuốc an thần.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở đường vào lòng mạch

- Gây tê tại chỗ, rạch da
- Dùng bộ kim chọc động mạch đùi chung phải
- Đặt ống vào lòng mạch thường quy

2. Chụp mạch đánh giá tổn thương

- Tiến hành chụp động mạch chủ bụng, động mạch thận thân bằng ống thông tiêu chuẩn.
- Chụp chọn lọc nhánh động mạch có tổn thương bằngvi ống thông

3. Can thiệp điều trị

- Dùng vi ống thông chọn lọc nhánh động mạch có tổn thương
- Tiến hành gây tắc mạch bằng các vật liệu phù hợp.

4. Đánh giá sau can thiệp

- Chụp mạch đánh giá tuần hoàn sau nút mạch.
- Đóng đường vào lòng mạch, kết thúc thủ thuật.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Vị trí chảy máu bị bít tắc hoàn toàn, không còn thoát thuốc ra ngoài lòng mạch. Các nhánh mạch lành còn nguyên vẹn, được bảo tồn.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu tại vị trí mở đường vào lòng mạch: băng ép cầm máu. Trong trường hợp tạo giả phình tại vị trí mở đường vào lòng mạch (ĐM đùi chung) thì nút mạch túi giả phình hoặc hội chẩn chuyên khoa mạch máu.
- Viêm ruột hoại tử: do tắc nhánh động mạch cấp máu cho ruột. Theo dõi điều trị nội khoa. Nếu phạm vị ruột hoại tử rộng, có nguy cơ thủng ruột thì hội chẩn ngoại tiêu hóa.
- Dị ứng thuốc đối quang: xem thêm quy trình "Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc cản quang" và " Quy trình chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ".

VII. PHỤ LỤC

Một số định nghĩa

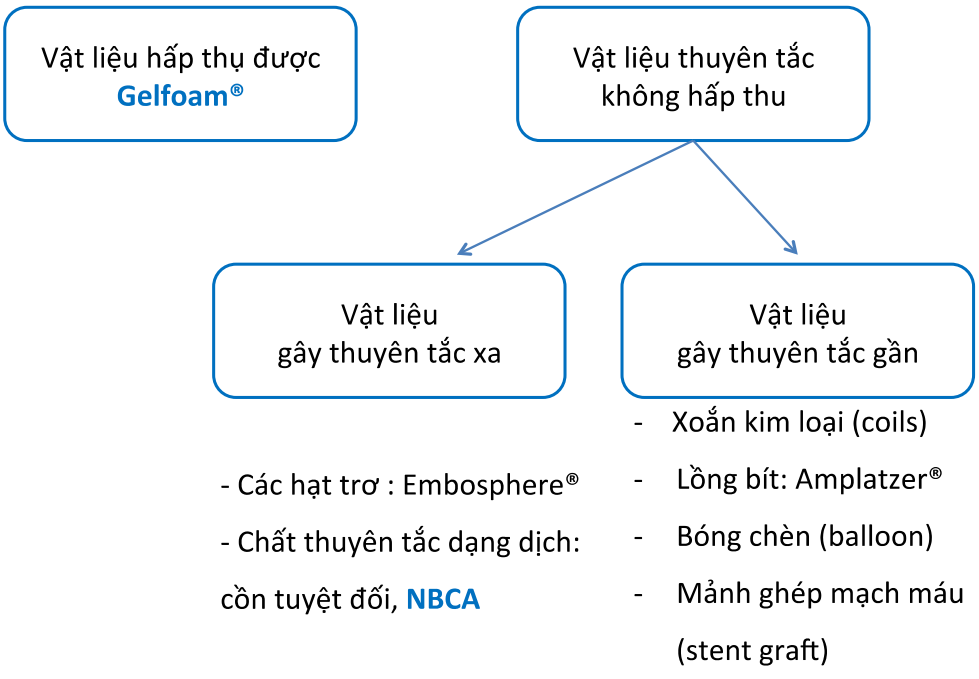
- **Thuyên tắc siêu chọn lọc** (**super selective embolization**): thuyên tắc chọn lọc một nhánh động mạch nhỏ, không làm ảnh hưởng tới chủ mô thận bình thường xung quanh, phần **nhu mô tổn thương < 10%** và không gây giảm chức năng thận có ý nghĩa về mặt lâm sàng

- **Thuyên tắc chọn lọc một phần** (**sub-selective embolization**): khả năng thuyên tắc chọn lọc nhánh động mạch **gây ra nhồi máu 10% tới 25%** vùng chủ mô thận bình thường

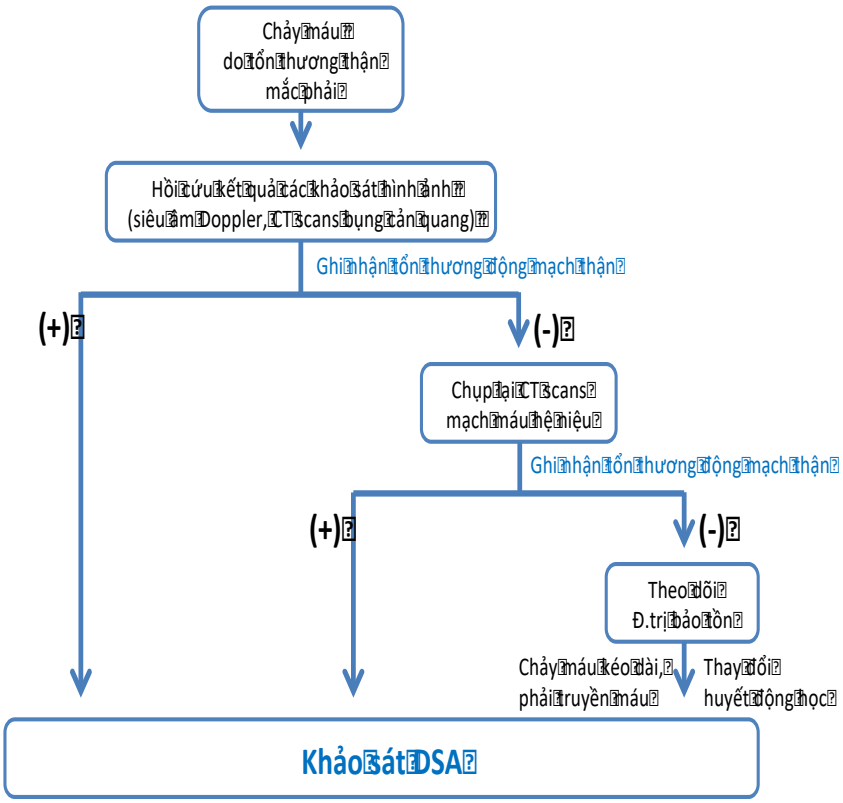
- **Biến chứng về kỹ thuật** (**technical complications**): thuyên tắc sai đích, tổn thương mạch máu do can thiệp hoặc chảy máu tại nơi chọc kim
- **Tai biến nặng** (**severe complication**): bóc tách mạch máu do ống thông, sốc thuốc cản quang, tử vong

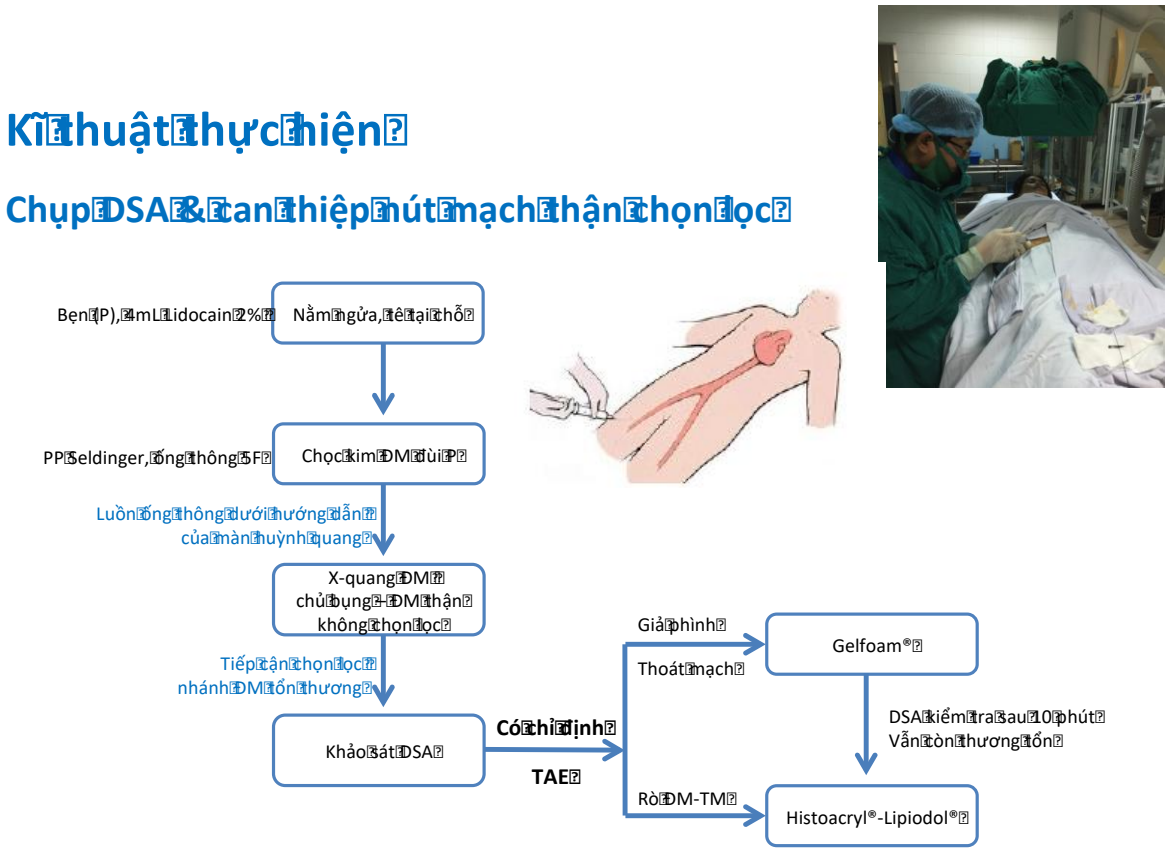
- **Thành công về mặt lâm sàng** (**clinical success**): tình trạng hết chảy máu (tiểu máu, chảy máu sau phúc mạc) và huyết động học ổn định
- **Thất bại về lâm sàng** (**clinical failure**): còn tiểu máu hoặc tiểu máu tái phát

Chất liệu thuyên tắc



Trình tự đánh giá bệnh nhân





TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định về việc ban hành tài liệu " Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp"(2013). Bộ Y Tế.

2. Đỗ Anh Toàn, Đặng Đình Hoan, Nguyễn Tuấn Vinh, Vĩnh Tuấn, Nguyễn Văn Ân, Vũ Lê Chuyên. (2009), Can thiệp nội mạch trong tiết niệu: Kết quả bước đầu qua 14 trường hợp tại bệnh viện Bình Dân. *YHTH*, tr.19-24.

3. Yamakado K, Nakatsuka A, Tanaka N, Takano K, Matsumura K, Takeda K. (2000), Transcatheter arterial embolization of ruptured pseudoaneurysms with coils and n-butyl cyanoacrylate. *Journal of vascular and interventional radiology : JVIR*, **11**(1), pp: 66-72.

4. Yanagi M, Kondo Y, Endo Y, Nishimura T, Mizunuma K, Arai M, et al. (2013), Role of transcatheter arterial embolization (TAE) for deep renal injury. *Nihon Hinyokika Gakkai zasshi The japanese journal of urology*, **104**(6), pp: 688-696.

5. Zeng G, Zhao Z, Wan S, Khadgi S, Long Y, Zhang Y, et al. (2013), Failure of initial renal arterial embolization for severe post-percutaneous nephrolithotomy

hemorrhage: a multicenter study of risk factors. *The Journal of urology,* **190**(6), pp:2133-2138.

6. Summerton DJ, Kitrey ND, Lumen N, Serafetinidis E, Djakovic N. (2012), EAU Guidelines on Iatrogenic Trauma. *European urology,* **62**(4), pp 628-639.

7. Takeuchi Y, Morishita H, Sato Y, Hamaguchi S, Sakamoto N, Tokue H, et al. (2014), Guidelines for the use of NBCA in vascular embolization devised by the Committee of Practice Guidelines of the Japanese Society of Interventional Radiology (CGJSIR), *Japanese journal of radiology,* **32**(8), pp:500-517.

8. Renal Trauma chapter. EAU 2017.

THẬN - NIỆU QUẢN ĐÔI

I. GIỚI THIỆU

Thận - niệu quản đôi là dị tật hay gặp nhất của đường tiết niệu trên, tỉ lệ khoảng 0.67%. Ở nhiều bệnh nhân, dị tật được phát hiện tình cờ, không triệu chúng và không cần điều trị. Nữ gặp nhiều hơn nam 3,4 lần, tỉ lệ giữa bên phải và bên trái không khác nhau, thận niệu quản đôi cả hai bên chiếm tỉ lệ 15% . Tiền sử gia đình khá rõ nét, tần suất bệnh nhân có anh chị em ruột hoặc bố mẹ cũng bị dị tật là 12,5%.

II. CÁC HÌNH THÁI THẬN - NIỆU QUẢN ĐÔI

Thận – niệu quản đôi hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, có thể gặp các hình thái sau:

- Niệu quản đôi hoàn toàn: hai niệu quản chạy từ hai bể thận khác nhau, hai lỗ niệu quản đổ vào hai vị trí khác nhau.
- Niệu quản đôi không hoàn toàn: hai niệu quản chạy từ hai bể thận khác nhau cùng đổ chung vào một lỗ niệu quản.
- Niệu quản chẻ đôi không hoàn toàn ngược chiều: niệu quản ở trên tách thành hai niệu quản riêng nhau ở phía dưới
- Niệu quản đôi hoàn toàn hoặc không hoàn toàn với một nhánh tận cùng thành túi cùng (nang niệu quản)

III. CÁC HÌNH THÁI BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP

- Trào ngược bàng quang – niệu quản: Thường gặp trào ngược từ bàng quang vào niệu quản dưới. Thường kết hợp với viêm thận bể thận ngược dòng, trào ngược vào niệu quản trên ít gặp hơn.
- Giãn lớn niệu quản: Niệu quản trên giãn lớn do đoạn chạy trong đường hầm dưới niêm mạc bàng quang quá dài và có tương quan bất thường với cơ vùng tam giác bàng quang hoặc cổ bàng quang
- Trào ngược niệu quản – niệu quản và ứ đọng ở vùng hợp lưu: Gặp trong trường hợp niệu quản đôi không hoàn toàn, do hiện tượng co bóp không đồng bộ và do áp lực trong nhánh niệu quản lúc nghỉ thấp hơn so với vùng hợp lưu và vùng niệu quản chung.
- Tắc phần nối bể thận – niệu quản: thường xảy ra ở bể thận và niệu quản dưới. Khi bể thận dưới không ngấm thuốc, chụp UIV dễ nhầm với U Wilms.

IV. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

- Không có triệu chứng đặc hiệu để chẩn đoán thận – niệu quản đôi.
  - Nhiễm trùng đường tiểu, tiểu khó, đau vùng trên xương mu hoặc thắt lưng cùng với chậm tăng trưởng là các biểu hiện thường gặp.
  - Són tiểu: thường gặp khi niệu quản trên lạc chỗ ngoài bàng quang
  - Viêm tinh hoàn hoặc viêm mào tinh hoàn cùng bên: niệu quản trên lạc chỗ vào ống dẫn tinh, túi tinh.
  - Giãn lớn niệu quản: khám thấy khối u ở bụng
  - Tiểu máu
  - Bí tiểu
  - Đau bụng

Cận lâm sàng

UIV: Có giá trị cao trong chẩn đoán thận - niệu quản đôi với hình ảnh trực tiếp hoặc gián tiếp. Hình ảnh gián tiếp có thể là: Bóng thận dài hơn bình thường ; Bể thận và đài thận dưới bị đẩy ra xa cột sống, xuống dưới, nằm ngang hơn so với bình thường (hình ảnh bông hoa rũ); Niệu quản dưới dài và uốn khúc, có khi bị đẩy lệch sang phía đối diện.

Siêu âm: Thấy được hai khối nhu mô thận và có thể thấy được bể thận và niệu quản tương ứng bị giãn.

Chụp bàng quang: đánh giá trào ngược.

CT scan: kỹ thuật hiện đại, giá trị cao trong chẩn đoán.

V. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định điều trị được đặt ra khi có biến chứng hoặc niệu quản đổ lạc chỗ ra ngoài bàng quang. Các phương pháp điều trị:

- Cắt bỏ phần tử thận trên cùng với niệu quản tương ứng khi thận trên không còn chức năng
- Cắt bỏ thận toàn bộ khi cả hai đơn vị thận không còn chức năng
- Các kỹ thuật bảo tồn: Khi bệnh được phát hiện sớm, đơn vị thận trên có chức năng tốt.
  - Nối niệu quản trên vào bể thận dưới
  - Nối niệu quản trên vào niệu quản dưới sát thành bàng quang

- Cắm lại cả hai niệu quản vào bàng quang

- Cắt phần đơn vị thận khi tổn thương nặng , chức năng kém. Giữ lại đơn vị thận còn lại.

- Nối bể thận trên vào bể thận dưới: khi niệu quản giãn nặng có trào ngược niệu quản

Điều trị thận - niệu quản đôi có nang niệu quản trong lòng bàng quang

- Kháng sinh: Nang niệu quản / thận - niệu quản đôi thường có nhiễm trùng đường tiểu rất sớm

- Phẫu thuật: Không có phát đồ chuẩn cho mọi trường hợp, lựa chọn phương án điều trị tùy vào tình huống cụ thể của bệnh nhân. Có thể lựa chọn các phương án đã nêu trên + xẽ nang niệu quản qua nội soi.

Các bước tiến hành

(Khi có bế tắc nhiễm trùng trên dòng, cần phải giải quyết khẩn cấp)

Thì 1: Xẽ nang niệu quản nội soi . Theo dõi lâm sàng, UIV, chụp bàng quang . Nếu lâm sàng tiến triển tốt , hết nang niệu quản, không có trào ngược bàng quang – niệu quản thì theo dõi tiếp.

Thì 2: Nếu có trào ngược

- Niệu quản còn lại bình thường + thận bên trào ngược còn chức năng: nối niệu quản có trào ngược - niệu quản bình thường.
- Mở bàng quang cắt nang niệu quản + cắm lại cả 2 niệu quản nếu có trào ngược vào cả 2 niệu quản (nếu thận còn chức năng).
- Với thận không còn chức năng (thận bị trào ngược): cắt thận và niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phẫu thuật tiết niệu trẻ em _ TS Nguyễn Thanh Liêm tr.22 nxb Hà Nội 2002.

2. Brian R. Matlaga, MD, MPH l James E. Lingeman, MD (2012), "Brian R. Matlaga, MD, MPH l James E. Lingeman, MD",*Campell-Walsh Urology,*10th edition, chapter 48.

3. http://bacsy.net.vn/Default.aspx?Mod=ViewArticles&ArticlesID=7275

4. http://www.urology-textbook.com/duplex-kidney.html

5. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842013000100013&script=sci_arttext&tlng=en

HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN-NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp khúc nối bể thận niệu quản là một bệnh lý thường gặp trong Tiết niệu. Khúc nối hẹp làm cho sự tống thoát nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản bị suy giảm đáng kể, dẫn đến tình trạng ứ nước ở thận và cuối cùng là suy chức năng thận nếu không được điều trị.

- Đa số trường hợp bệnh lý là bẩm sinh do nguyên nhân nội tại ở khúc nối. Thường gặp ở trẻ em nam hơn nữ. Bên thận bệnh lý thường là bên trái, hẹp khúc nối 2 bên có tỉ lệ 10-40%. Một số trường hợp bệnh lý do nguyên nhân mắc phải như sỏi niệu, bướu niệu mạc, hẹp do viêm hoặc do phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau hông lưng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu: là các triệu chứng thường gặp nhất
- Khối u vùng hông lưng: thường gặp ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi
- Tiểu máu đại thể / vi thể
- Các triệu chứng tiêu hóa: đầy hơi, nôn ói, …
- Các triệu chứng do urea huyết cao, nếu bệnh nhân đến ở giai đoạn trễ

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: có thể dùng để chẩn đoán sớm bệnh lý trong thai kỳ, giúp chẩn đoán phân biệt bệnh lý khúc nối gây thận ứ nước với thận đa nang.

- Niệu ký nội tĩnh mạch (UIV): trước đây là phương tiện chẩn đoán kinh điển trong bệnh lý khúc nối, tuy nhiên ngày nay ít được sử dụng ở các nước phát triển.

- Chụp X quang cắt lớp điện toán (CT scan): cung cấp thông tin chi tiết về mặt cấu trúc cũng như chức năng của thận bệnh lý, xác định vị trí bế tắc của niệu quản.

- Niệu ký niệu quản bể thận ngược chiều (UPR): giúp xác định vị trí và chiều dài của đoạn niệu quản hẹp.

- Xạ hình thận có furosemide: là phương tiện chẩn đoán rất cần thiết trong bệnh lý khúc nối, nhất là trong trường hợp thận kém phân tiết trên X quang đường tiết niệu.

- Nghiệm pháp Whitaker: ngày nay ít được sử dụng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

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

2. Điều trị phẫu thuật

a. Chỉ định phẫu thuật

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

b. Các phương pháp phẫu thuật

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

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

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

- Nguyên tắc: đường xẻ ở đoạn khúc nối hẹp phải qua hết chiều dày niệu quản, từ lòng niệu quản đến lớp mỡ quanh bể thận niệu quản. Một ống thông niệu quản được đặt lưu tại chỗ 4-6 tuần làm nòng cho mô khúc nối mọc tái tạo quanh ống.
- Các phương pháp: nội soi qua da, nội soi niệu quản ngược chiều, xẻ bằng bóng Acucise, nong khúc nối bằng bong bóng.

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

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

Cắt thận: **c**hỉ định khi thận ứ nước mất chức năng.

3. Hậu phẫu

- Rút thông tiểu sau 48 – 72 giờ nếu nước tiểu ra trong

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

4. Theo dõi

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carr MC, Casale P (2012), "Anomalies and Surgery of the Ureter in Children", *Campbell-Walsh Urology*, 10th ed. Elsevier Saunders, pp. 3212-35.

2. Nakada SY, Hsu THS (2012), "Management of Upper Urinary Tract Obstruction". *Campbell – Walsh Urology,* 10th Ed., Saunders Elsevier, Vol. 2, pp. 1122-68.

3. Ngô Gia Hy (1982), "Tật bẩm sinh: Thận nước", *Niệu học*, NXB. Y học TP Hồ Chí Minh, Tập II, tr. 248-249.

NANG NIỆU QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nang niệu quản là tình trạng dãn thành nang giả của đoạn niệu quản tận dưới niêm mạc bàng quang.

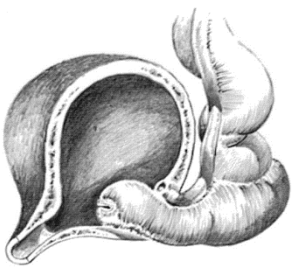
Bệnh có thể gặp bất kì tuổi nào, trẻ nữ gặp nhiều hơn nam, tỉ lệ nữ/nam là 3/1 – 6/1.Tỉ lệ mắc bệnh ước tính là 1/5000 – 1/12.000 trẻ vào viện (Husmann, 1999).

II. PHÂN LOẠI

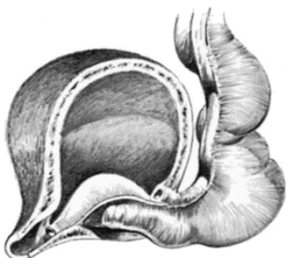
Nang niệu quản có thể nằm hoàn toàn trong lòng bàng quang hoặc có một phần trong bàng quang và một phân nằm ngoài bàng quang lan rộng về phía niệu đạo. Phân loại của Husmann (1999):

a. Nang niệu quản trên niệu quản đơn
b. Nang niệu quản trên thận - niệu quản đôi, nang niệu quản thuộc niệu quản dẫn lưu đài trên.
c. Nang niệu quản trong lòng bàng quang: nang nằm hoàn toàn trong lòng bàng quang, thường xuất hiện ở các trường hợp thận - niệu quản đơn.
d. Nang niệu quản lạc chỗ: nang có một phần nằm ở cổ bàng quang hoặc niệu đạo, thường xuất hiện ở các trường hợp thân niệu quản đôi, khi xuất hiện ở thận - niệu quản đơn thường là ở nam.
e. Nang niệu quản dạng manh tràng: là dạng đặc biệt của nang niệu quản lạc chỗ, miệng niệu quản nằm trong bàng quang nhưng môt phần nang lan rộng theo đường dưới niêm mạc xuống cổ bàng quang hoặc niệu đạo. Điều này có thể dãn đến tiểu không tự chủ hay tắc niêu đạo.

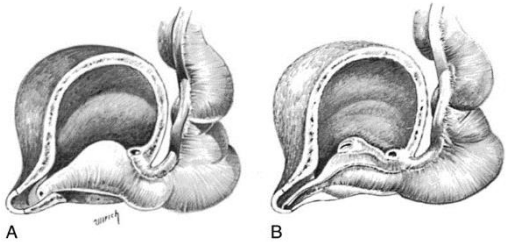
III. Lâm sàng



Nang niệu quản có miệng niệu quản hẹp



Nang niệu quản cơ thắt



A: Nang niệu quản cơ thắt và hẹp
B: Nang niệu quản dạng manh tràng

- Nhiễm khuẩn đường tiểu thường gặp.

- Rối loạn đi tiểu, tiểu đau, tiểu khó, tiểu máu hoặc tiểu tắc từng lúc. Tiểu dễ hay khó phụ thuộc vào tư thế.

- Tồn đọng nước tiểu sau khi tiểu.

- Bí tiểu: là triệu chứng hay gặp nhất ở trẻ nữ (Mollar, 1984). Ở trẻ sơ sinh, nổi bật nhất là cầu bàng quang do niệu đạo hay cổ bàng quang bị tắc.

- Tiểu không tự chủ (rỉ nước tiểu): có thể gặp khi nang to làm cổ bàng quang dãn rộng, cản trở chức năng bình thường của cơ thắt niệu đạo và/ hoặc do viêm bàng quang phối hợp.

- Nang niệu quản sa ra ngoài: hiếm gặp. Ở nam, khối sa không bao giờ vượt quá vách tiết niệu sinh dục, vì vậy chỉ gây tắc niệu đạo hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Ở nữ, khối nang có thể sa ra ngoài to hay nhỏ, màu hồng nhạt, nhẵn, đều và có thể có chỗ chảy máu.

IV. CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm: phát hiện nang có ranh giới rõ trong lòng bàng quang tiếp nối với một niệu quản dãn, hay thấy hình anh thận - niệu quản đôi và ứ nước phần cực trên thận.

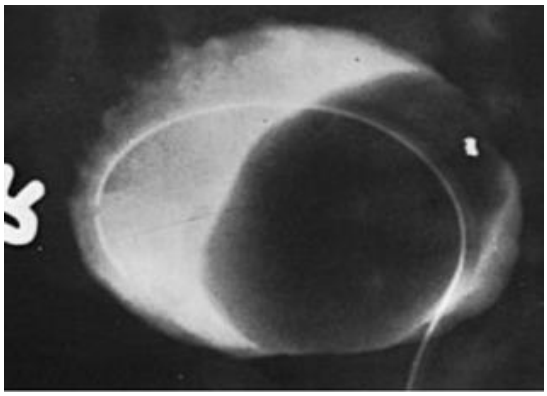
Chụp bàng quang - niệu đạo khi đi tiểu: có vùng khuyết hình tròn, bờ đều và nhẵn (phần không ngấm thuốc) của bàng quang, có thể thấy hình ảnh ngược dòng vào niệu quản, tình trạng cổ bàng quang và niệu đạo. Ngược dòng niệu quản cực dưới thận thường gặp (Feldman and Lome, 1981; Caldamone and Duckett, 1984), và chiếm khoảng 49% các ngược dòng (Pfister ,1998).

Chụp niệu đồ tĩnh mạch: phát hiện hệ thống thân- niệu quản đôi, chức năng thận, khi thuốc xuống bàng quang có thẻ thấy hình ảnh nang.

Chụp thận đồ bằng đồng vị phóng xạ: đánh giá chức năng thận chính xác.

CT scan hay MRI hệ niệu: cho phép thấy hình ảnh thận - niệu quản đôi, nang niệu quản.

Soi bàng quang: thấy hình ảnh trực tiếp nang niệu quản, tình trạng cổ bàng quang... Kết hợp bơm thuốc vào nang niệu quản chụp hình bể thận, niệu quản.



Hình chụp bàng quang nang niệu quản là khuyết tròn màu đen

Hình ngược dòng BQ-NQ

V. Điều trị

1. Điều trị nang niệu quản trên thận niệu quản đơn:

- Mục tiêu điều trị: bảo tồn thận khi thận còn chức năng, giải quyết tắc nghẽn nhưng không gây ngược dòng bàng quang niệu quản. Phẫu thuật cắt thận - niệu quản khi thận hoàn toàn mất chức năng.

- Xẻ nang niệu quản qua nội soi được sử dụng thay thế mổ mở cắt chỏm nang niệu quản:

  - Đây là biện pháp đơn giản, an toàn.
  - Nang niệu quản được rạch khoảng 2-3 mm ở phần thấp hoặc chọc thủng bằng điện cực từ 1-2 lỗ.Monfort (1985) đã cắt nang niệu quản cho các trường hợp sơ sinh và không thấy có ngược dòng sau mổ.Rich (1990) đã cắt nội soi từ phía bên thay vì cắt trung tâm, vì vậy đã tạo van chống ngược dòng.Gonzales (1992) đa số các trường hợp rạch u bằng nội soi sẽ giải quyết được vấn đề tắc nghẽn nước tiểu, làm chức năng thận cải thiện nhanh chóng, tình trạng nhiễm khuẩn sẽ giảm bớt hoặc hết.Husmann (1999) 90% bệnh nhân được điều trị thành công bằng nội soi.
  - Nếu ngược dòng bàng quang niệu quản vẫn còn tồn tại sau xẻ nang niệu quản nội soi: mổ cắm lại niệu quản bàng quang. Lúc này có nhiều thuận lợi vì niệu quản đã co hồi nhỏ hơn.
  - Sau xẻ nang NQ nội soi, chức năng thận kém không hồi phục, cần tiến hành cắt thận - niệu quản.

2. Điều trị nang niệu quản trong thận niệu quản đôi

- Mục đích điều trị: giải quyết các biến chứng cấp tính của nhiễm khuẩn niệu, tình trạng bế tắc nước tiểu, bảo tồn nhu mô thận có thể cứu được, ngăn chặn ngược dòng và trách các biến dạng của nền bàng quang và niệu đạo.

- Phương pháp phẫu thuật có nhiều lựa chọn, tuỳ theo các yếu tố sau:

(1) Kích thước và hình dáng của nang niệu quản

(2) Tình trạng nhu mô của cực trên thận (loạn sản, hay ứ nước)

(3) Tình trạng nhu mô của cực dưới thận (bảo tồn được hay không)

(4) Ngược dòng bàng quang phôi hợp và mức độ ngược dòng bàng quang.

(5) Tuổi của bệnh nhân và hình thái lâm sàng.

- Các hướng can thiệp: can thiệp và cả thận và bàng quang, chỉ can thiệp vào thận và niệu quản, chỉ can thiệp vào bàng quang.

- Các phương pháp phẫu thuật:

(1) Cắt thận: cắt thận toàn bộ tiến hành 5-10% các trường hợp nang niệu quản có kết hợp với niệu quản đôi vì toàn bộ thận mất chức năng do loạn sản, ứ nước hoặc viêm đài bể thận phối hợp (Woodward, 1997). Cắt bỏ niệu quản càng thấp càng tốt, nếu không có ngược dòng vào niệu quản thì để ngõ để thoát lưu nước tiểu làm xẹp nang.Kết hợp cắt chỏm nang niệu quản nếu nang quá to.

(2) Cắt đơn vị thận trên cùng với niệu quản.

(3) Nối bể thận với bể thận hoặc nối niệu quản với bể thận: là phương pháp điều trị bảo tồn chức năng cực thận trên.

(4) Cắm lại cả hai niệu quản sau khi cắt bỏ nang niệu quản: chỉ định cho các trường hợp đơn vị thận cực trên còn chức năng tốt và thương tổn giải phẫu không nặng. Phẫu thuật tốt nhất cho các bệnh nhân có ngược dòng niệu quản dưới nặng (Woodward, 1997). Sau khi cắt bỏ nang niệu quản, cắm lại 2 niệu quản theo kỹ thuật Cohen.

(5) Phẫu thuật sửa chữa toàn bộ: gồm cắt bỏ toàn bộ nang niệu quản, sửa lai cổ bàng quang và vùng tam giác bàng quang, và trồng lại niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch (2004), Disorders of the Ureter & Ureteropelvic Junction, Smith's General Urology, p560-575.

2. Richard N, Schulussel MD, Alan B Retik (2002),"Ectopic ureter, urterocele, and other anomalies of the ureter", In Walsh PC Campbell's Urology, WB Sauders, pp. 2007-2052.

3. Nguyễn Thanh Liêm (2002), " Túi sa niệu quản hay giãn niệu quản trong lòng bàng quang thành nang", Phẫu thuật tiết niệu trẻ em, NXB Y học Hà Nội, tr 94-109.

4. Trần Ngọc Sinh (2004), "Nang niệu quản", Sổ tay tiết niệu lâm sàng, NXB Y học, tr 94-105.

5. Trần Quán Anh (2003), " Niệu quản lạc chỗ", Bệnh học tiết niệu, NXB Y học Hà Nội, tr 608-620.

6. Trần Đức Hòe (2003), "Dị tật bẩm sinh hệ tiết niệu – sinh dục", Bệnh học tiết niệu, NXB Y học Hà Nội, tr 573-589.

VIÊM BÀNG QUANG CẤP

1. Chẩn đoán

Triệu chứng lâm sàng

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

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

Cấy nước tiểu ≥ 10^5 khúm vi khuẩn / ml

2. Phân loại

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

Viêm bàng quang tái phát

Viêm bàng quang ở phụ nữ mang thai

Viêm bàng quang không triệu chứng

3. Xử trí

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

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

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

Thuốc kháng sinh và liều sử dụng:

- Dùng liều duy nhất:

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

  Gatifloxacin 400mg 1 viên x 1 lần uống hoặc

  Fosfomycin 3gr 1gói x 1 lần uống.

- Dùng thuốc 3 ngày:

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

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

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

  Pefloxacin 400mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc

  Norfloxacin 40mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày hoặc

  Levofloxacin 250mg 1 viên x 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc

Cefixime 400mg 1 viên x 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc

Cefpodoxim 100mg 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày.

- Dùng 5 – 7 ngày:

Cefuroxim 250mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày hoặc

Amoxicillin-Acid Clavulanic 625mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày hoặc

Ampicillin – sulbactam 375mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày hoặc

Nitrofurantoin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

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

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

3.2. Viêm bàng quang tái phát

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

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

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

3.3. Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ mang thai

E.coli vẫn là vi khuẩn thường gặp.

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

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

Tránh dùng nhóm floroquinolone và TMP-SMX.

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

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

3.4. Khuẩn niệu không triệu chứng

Chỉ định điều trị cho các trường hợp sau:

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

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

TIỂU MÁU

1. Định nghĩa và phân loại

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

1.2.Có hai loại tiểu máu

-Tiểu máu đại thể: tiểu máu có thể nhìn thấy.

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

2. Triệu chứng

- Dấu hiệu nhìn thấy được: nước tiểu hồng, đỏ, có máu cục hoặc màu nước tiểu nâu sậm.

- Trong nhiều trường hợp, máu trong nước tiểu chỉ có thể nhìn thấy dưới kính hiển vi.

- Thể hiện triệu chứng bệnh gây ra tiểu máu (sỏi niệu, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, nhiễm khuẩn đường tiết niệu…)

3. Nguyên nhân

3.1.Nhiễm khuẩn đường tiết niệu

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

3.2. Nhiễm khuẩn ở thận

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

3.3. Sỏi niệu

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

3.4. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

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

3.5. Bệnh thận

- Viêm cầu thận diễn tiến

- Viêm thận mô kẽ

- Hội chứng thận hư

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

3.6. Ung thư

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

3.7. Rối loạn di truyền

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

3.8. Chấn thương thận

3.9. Thuốc

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

3.10. Tập thể dục, vận động nặng

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

4.Yếu tố nguy cơ

4.1. Tuổi

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

4.2. Giới tính

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

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

4.3. Nhiễm khuẩn gần đây

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

4.4. Tiền sử gia đình

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

4.5. Thuốc

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

4.6. Tập thể dục quá sức

4.7. Thói quen hoặc yếu tố nghề nghiệp

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

5. Cận lâm sàng

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

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

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

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

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

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

Nguyên nhân của chảy máu đường tiết niệu có thể không tìm thấy. Trong trường hợp đó, nên khuyên nên kiểm tra thường xuyên theo dõi, đặc biệt là nếu có yếu tố nguy

cơ ung thư bàng quang chẳng hạn như hút thuốc lá, tiếp xúc với chất độc môi trường và tiền sử liệu pháp dùng tia xạ.

6. Điều trị

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

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

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

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

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

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

7. Phòng ngừa

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

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

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

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình giảng dạy niệu khoa, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

TIỂU ĐÊM VÀ ĐA NIỆU VỀ ĐÊM

1. Định nghĩa

Tiểu đêm là nhu cầu phải thức dậy từ 2 lần trở lên và đi tiểu vào ban đêm, phân biệt với tiểu dầm khi bệnh nhân khi bệnh nhân đang ngủ

Đa niệu về đêm là trường hợp thể tích nước tiểu được tạo ra vào ban đêm quá nhiều nhưng thể tích nước tiểu 24 giờ trong giới hạn bình thường

Chúng ta thường gặp bệnh nhân tiểu đêm từ 2 lần trở lên và là nguyên nhân gây rối loạn giấc ngủ. Tiểu đêm làm tăng nguy cơ té ngả và chấn thương cho người lớn tuổi.

Nam giới tiểu đêm từ 2 lần trở lên có nguy cơ tử vong cao gấp 2 lần so với người bình thường, có thể có mối liên quan giữa tiểu đêm với bệnh lý nội tiết và tim mạch.

2. Tiếp cận bệnh nhân tiểu đêm

a. Tìm nguyên nhân gây tiểu đêm

BƯỚC 1: ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ NGUY CƠ

Sau khi hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, hỏi tiền căn nội khoa và ngoại khoa, thuốc đang dùng, chúng ta có thể xác định nguyên nhân gây tiểu đêm. Sau đó chúng ta đưa ra một số khuyến cáo cho bệnh nhân. Ngoài ra, chúng ta phải xác định và điều trị yếu tố nguy cơ.

Xác định yếu tố nguy cơ:

1. Do người bệnh quan tấm đến ung thư tuyến tiền liệt

2. Quá trình lão hóa: tiểu đêm thường gặp khi bệnh nhân lớn tuổi, quá trình lão hóa gây ra một số rối loạn:

- Rối loạn bài tiết ADH
- Mất nước tại thận: lão hóa gây giảm khả năng cô đặc nước tiểu của thận
- Bệnh thận gây mất muối
- Giảm đáp ứng của hệ renin-angiotensin-aldosterone
- Tăng hormone lợi niệu từ tâm nhĩ

3. Triệu chứng đường tiểu dưới

3.1. Bế tắc dòng ra từ bàng quang: gây tiểu nhiều lần và tiểu đêm, một phần là do bàng quang tăng hoạt, một phần do quá trình lão hóa đường tiết niệu. Các triệu chứng khác

bao gồm: tiểu khởi động chậm, tia nước tiểu yếu, cảm giác tiểu không hết, nhưng tiểu đêm lại là triệu chứng đơn độc thường nhất làm cho người bệnh đi gặp thầy thuốc. Tốc độ dòng nước tiểu giảm, áp lực tống xuất bàng quang tăng khi khảo sát niệu động học, hình ảnh hẹp niệu đạo khi khảo sát bằng hình ảnh. Tuy nhiên không phải các triệu chứng trên đây và tốc độ dòng nước tiểu giảm đều là hậu quả của bế tắc dòng ra từ bàng quang, bàng quang giảm trương lực cũng là nguyên nhân.

3.2. Bàng quang tăng hoạt: tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp, có hoặc không có triệu trứng tiểu không kiểm soát khẩn cấp. Khảo Sát niệu động học chứng minh bàng quang tăng hoạt vô căn.

3.3. Bí tiểu mạn tính: trong trường hợp này trong bàng quang có nước tiểu tồn lưu, tiểu nhiều lần và tiểu đêm là hậu quả của bàng quang bị giảm chức năng chứa đựng. Người bệnh tiểu một phần nước tiểu và chỉ mất một khoảng thời gian ngắn thì bàng quang đầy trở lại. Sau khi tiểu, chúng ta vẫn còn sờ được bàng quang.

3.4. Bệnh lý thần kinh: khi khám nên chú ýdáng đi, tư thế, sức cơ, giảm thị lực vì đôi lúc khó nhận ra. Nhiều bệnh nhân với bệnh lý đa xơ cứng và bệnh Parkinson, triệu chứng đường tiểu dưới là triệu chứng đầu tiên, sau đó triệu chứng thần kinh mới xuất hiện. Một số bệnh nhân mắc bệnh trên đáp ứng với Desmopressin làm giảm tiểu đêm. Người ngôi xe lăn thường có ứ đọng dịch ở chi dưới gây phù chi dưới, đêm đến khi họ nằm có hiện tượng huy động dịch ứ đọng vào tuần hoàn, làm tăng lưu lượng tuần hoàn, và gây đa niệu về đêm do tăng lượng máu đến thận. Một số bệnh nhân bị liệt nửa dưới cơ thể hoặc liệt tứ chi bị mất nhịp sinh học về bài tiết ADH. Nguyên cứu quan sát chứng minh đa niệu về đêm đáp ứng với desmopressin.

3.5. Bàng quang tăng phản xạ: thường gặp ở người cao tuổi. Biểu hiện bằng triệu chứng của bàng quang tăng hoạt và khó tiểu. Đánh giá bằng niệu động học cho thấy bàng quang co bóp kém và dấu hiệu bàng quang tăng hoạt. Thể tích nước tiểu tồn lưu tăng đáng kể.

3.6. Đau vùng trên xương mu và tiểu gắt: có thể là triệu chứng của viêm bàng quang. Nguyên nhân:

- Nhiễm trùng tiểu
- Viêm mạn tính
- Lao
- Bướu bàng quang hoặc sỏi bàng quang
- Sau xạ trị, viêm bàng quang do tia xạ dẫn đến xơ hóa bàng quang theo thời gian

- Hội chứng đau vùng chậu mạn tính: viêm bàng quang kẻ, lạc nội mạc tử cung, viêm tuyến tiền liệt mạn tính.

- Bệnh lý viêm lân cận: lạc nội mạc tử cung, viêm túi thừa đại tràng

3.7. Tiểu máu: có thể do bướu đường tiết niệu, do sỏi, hoặc do nhiễm trùng tiểu, và cần phải khảo sát thêm. Có thể tìm tế bào ung thư trong nước tiểu, cấy nước tiểu tìm vi trùng, các xét nghiệm về hình ảnh như chụp UIV, CT, soi bàng quang. Một số ít bệnh nhân tiểu máu kết hợp với tiểu đạm cần khám chuyên khoa về nội thận.

3.8. Bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp: làm cho áp lực đường thở tăng, tăng co thắt mạch máu ở phổi, làm tăng áp lực tâm nhỉ phải, làm cho thận thải nhiều muối và nước do tác dụng của hormone lợi niệu từ tâm nhỉ.

3.9. Thai kì: tiểu đêm thường gặp trong trong kì, đặc biệt trong tam cá nguyệt thứ nhất và thứ ba mà không rõ cơ chế. Có thể do sản phụ uống nhiều nước nên làm tăng thể tích nước tiểu, có thể do tử cung chứa thai đè lên bàng quang, có thể do thay đổi hormon thai kì.

3.10. Mãn kinh: tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp xảy ra sau khi mãn kinh do đường tiết niệu dưới teo lại. Bổ sung estrogen/progesterone có thể cải thiện triệu chứng cho một số bệnh nhân.

3.11. Nhiễm trùng tiểu tái phát: gây tiểu đêm từng đợt kết hợp với tiểu nhiều lần vào ban ngày, gây tiểu gắt, đau vùng trên xương mu. Giữa những đợt nhiễm trùng thì bệnh nhân không có triệu chứng. Khuẩn niệu hay gặp ở người cao tuổi, khi có triệu chứng thì nên cấy nước tiểu và làm kháng sinh đồ, giúp điều trị thích hợp. Nhiễm trùng tiểu do lao thường thứ phát sau lao phổi, lao hầu họng, lao hồi manh tràng, vi trùng lao theo dòng máu đến thận và sau đó đến bàng quang, dẫn đến viêm mạn tính và xơ hóa thành bàng quang, hậu quả gây giảm dung tích bàng quang gây tiểu đêm.

3.12.Suy tim và phù ngoại biên: ứ đọng dịch ở chi dưới khi bệnh nhân đứng hoặc ngồi, lượng dịch này được hấp thu vào tuần hoàn khi bệnh nhân ngủ nằm, làm tăng lượng máu đến thận, gây tiểu đêm và đa niệu về đêm.

3.13. Bệnh lý vùng chậu: sa cơ quan vùng chậu có thể không gây triệu chứng nhưng một số bệnh nhân cảm thấy khó chịu ở vùng chậu hoặc ở vùng tầng sinh môn. Bệnh nhân có thể tiểu nhiều lần, tiểu gấp, tiểu đêm, đau khi giao hợp. Khối u vùng chậu, bướu ở các cơ quan lận cận có thể gây tiểu nhiều lần.

3.14. Suy thận, bệnh thận mạn tính-hội chứng thận hư: hội chứng thận hư gây tiểu đạm dẫn đến lợi niệu thẩm thấu. Bệnh thận gây mất muối gây lợi niệu do tăng nồng độ chất điện giải trong nước tiểu. Bế tắc gây thận ứ nước gây rối loạn chức năng ống góp, làm giảm hấp thu muối và nước. Hiện tượng này thấy rõ nhất khi thận ứ nước mà thận đối bên đã giảm chức năng hoặc không có thận đối bên.

3.15. Rối loạn giấc ngủ: rối loạn giấc ngủ gây tiểu đêm, do đó xác định và chẩn đoán rối loạn giấc ngủ giúp phòng tránh can thiệp và điều trị không thích hợp cho người bệnh bị tiểu đêm, ví dụ giúp tránh cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Rối loạn giấc ngủ có thể do bệnh nhân lo âu, do rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ (ví dụ: ngưng thở lúc ngủ), do trầm cảm, do dùng thuốc ngủ, do uống rượu, do đau, do một số bệnh thần kinh, do tuổi cao, dĩ nhiên tiểu đêm cũng gây mất ngủ. Khi tiếp xúc với bệnh nhân chúng ta hỏi tiền sử rối loạn giấc ngủ và ngủ ngáy. Đo điện não đồ giúp chẩn đoán rối loạn giấc ngủ (REM và non-REM). Tiểu đêm là nguyên nhân gây té ngã cho người cao tuổi, gây gãy cổ xương đùi.

3.16. Ung thư: ung thư có thể gây hủy xương, làm tăng canxi niệu, gây lợi niệu do tăng độ thẩm thấu.

3.17. Thuốc gây tiểu đêm

Thuốc lợi tiểu, đặc biệt khi uống vào buổi tối

Uống nước vào buổi tối, đặc biệt là uống trà, hoặc cà phê, ca cao, chocolate, uống rượu.

Ngộ độc do dùng thuốc:

Lithium (gây lợi niệu do độc tính cho ống thận)

Theophylline (gây lợi niệu)

Phenytoin

Quá liều vitamin D hoặc thuốc có vitamin D gây tăng canxi niệu, hậu quả là lợi niệu thẩm thấu.

Thuốc phong bế kênh canxi

b. Khám lâm sàng

4.1.Tìm dấu hiệu phù ngoại biên và triệu chứng suy tim

4.2. Tìm cầu bàng quang, khối u vùng chậu và khối u ổ bụng

4.3. Khám thần kinh: nếu có triệu chứng thần kinh thì khám phản xạ lòng bàn chân để đánh giá rối loạn neuron vận động trên.

4.4. Khám vùng chậu:

- Viêm âm hộ, áp xe tuyến Bartholin,…
- Teo sinh dục niệu đạo sau mãn kinh
- Sa cơ quan vùng chậu
- Khám tuyến tiền liệt qua trực tràng bằng ngón tay

BƯỚC 2: XÉT NGHIỆM

1. Tổng phân tích nước tiểu

Tìm hồng cầu, bạch cầu, vi trùng, trụ niệu. Nếu (+) thì cấy nước tiểu để giúp điều trị phù hợp

Tuy nhiên ở bệnh nhân cao tuổi thường có khuẩn niệu không triệu chứng nên không cần thiết phải điều trị

Nếu có tiểu máu vi thể thì cần phải tầm soát loại trừ ung thư, khảo sát bệnh cầu thận

2. Xét nghiệm máu

Đường huyết, điện giải trong huyết thanh, nồng độ creatinine, nồng độ canxi máu

BƯỚC 3: NHẬT KÝ ĐI TIỂU

Người ta nhận thấy chỉ bằng thay đổi lối sống, thay đổi lượng nước uống, thay đổi thời điểm uống nước cũng có hiệu quả làm giảm số lần đi tiểu đêm. Không uống rượu, cà phê, một số loại nước uống khác trước khi đi ngủ cũng cho thấy làm giảm số lần tiểu đêm.

Date	Time AM/PM	Fluid Intake ml/oz.	Volume Voided ml/oz.	Accidents (urge/stress)		Date	Time AM/PM	Fluid Intake ml/oz.	Volume Voided ml/oz.	Accidents (urge/stress)

Nhật ký đi tiểu giúp phân chia tiểu đêm thành 3 loại:

1. Đa niệu toàn thể: khi thể tích nước tiểu 24 giờ trến 2.8 lít (trên 40 ml/kg/giờ) sau khi đánh giá nhật ký đi tiểu 3 ngày. Đa niệu toàn thể có thể gây ra do lợi niệu do thải

muối hoặc thải nước, làm bệnh nhân khát nhiều, uống nhiều. Uống nhiều, khát nhiều có thể do nguyên nhân tâm lý hoặc do thói quen.

1.1. Lợi niệu do thải nước: phân biệt lợi niệu do thải muối và do thải nước bằng cách đo độ thẩm thấu nước tiểu (độ thẩm thấu nước tiểu trến 1010 cho trường hợp lợi niệu do thải muối).

- Đái tháo nhạt trung ương: kiểm soát thăng bằng nước do các thụ thể thẩm thấu ở hạ đồi, khi cơ thể mất nước, áp lực thẩm thấu tăng, làm tăng bài tiết ADH, ADH tác động lên ống góp ở thận, gây tăng tái hấp thu nước. Cơ thể người bình thường có chu kỳ bài tiết ADH bình thường: ban đêm ít nước tiểu hơn so với ban ngày. Đái tháo nhạt còn do suy chức năng tuyến yên. Ở bệnh nhân bị liệt do chấn thương cột sống, chu kỳ bài tiết ADH bị rối loạn, cơ thể tạo ra nhiều nước tiểu vào ban đêm và rối loạn này đáp ứng với desmopressin và hạn chế dịch nhập. Tuy nhiên, bệnh nhân bất động có nồng độ canxi niệu cao do tăng huy động canxi từ xương vào máu và lọc vào nước tiểu cũng góp phần gây đa niệu.

- Đái tháo nhạt do thận: do ống góp thận không đáp ứng với ADH do bất thường các kênh vận chuyển nước, trường hợp này không đáp ứng với desmopressin. Đái tháo nhạt do thận xảy ra trong trường hợp thận ứ nước hai bên, do ống góp thận bị chèn ép và teo đi. Teo ống góp xảy ra trước khi xảy ra các rối loạn chức năng khác của cầu thận. Tái hấp thu nước và thải chất điện giải cũng bị ảnh hưởng.

- Đái tháo nhạt do uống nhiều: khát nhiều, gây uống nhiều nước, có thể do nguyên nhân tâm lý hay do thói quen. Uống nhiều nước làm cho cơ thể tạo ra một lượng lớn nước tiểu. Dễ bị ngộ độc nước. Cần phải tư vấn tâm lý và nội tiết cho bệnh nhân.

1.2. Lợi niệu thẩm thấu: Ở người bình thường, thể tích nước tiểu ban đêm được điều chỉnh một phần do bài tiết natri, kali, ure. Tuy nhiên, phần lớn natri, kali, ure được bài tiết vào ban ngày. Hơn nữa, nồng độ ADH ban đêm rất cao. Do đó, cơ thể sản xuất ít nước tiểu vào ban đêm.

1.3. Uống nhiều do nguyên nhân tâm lý: cần tư vấn tâm lý và tư vấn về nội tiết

3. Đa niệu về đêm

Người cao tuổi tạo ra nhiều nước tiểu hơn vào ban đêm và thể tích nước tiểu cho mỗi lần đi tiểu thấp hơn so với bình thường.

3. Dung tích bàng quang giảm

Nguyên nhân

3.1. Cơ detrusor tăng hoạt

Phát hiện lúc đo áp lực đồ bàng quang, cơ detrusor co bóp không ức chế trong thời gian đổ đầy, cơ bị kích thích khi bệnh nhân thay đổi tư thế hoặc khi ho. Cơ detrusor tăng hoạt xảy ra trong các tình huống sau đây:

Bế tắc dòng ra từ bàng quang

Vô căn

Bệnh lý thần kinh

Quá trình lão hóa (thường gây hội chứng giảm co thắt cơ detrusor)

3.2. Viêm bàng quang và/hoặc xơ hóa bàng quang

Thành bàng quang xơ cứng do viêm, do xơ hóa, do bướu, xem xét một số nguyên nhân sau đây

Sỏi bàng quang, bướu bàng quang

Xạ trị vùng chậu trước đây

Viêm mạn tính: ví dụ lao bàng quang

Hội chứng đau vùng chậu mạn tính

3.3. Các bệnh lý vùng chậu

Khối choán chỗ vùng chậu chèn ép bàng quang làm cho áp lực thành bàng quang gia tăng, người bệnh có cảm giác bàng quang đầy sớm, dẫn đến tiểu nhiều lần.

BƯỚC 4: ĐIỀU TRỊ TIỂU ĐÊM

Xử trí tiểu đêm dựa vào:

- Ý muốn bệnh nhân
- Ý kiến chuyên gia
- Dựa theo kinh nghiệm
- Thay đổi lối sống

Nếu có bế tắc dòng ra từ bàng quang và PSA bình thường, thì chúng ta thử điều trị bằng alpha blocker, thường có tác dụng. Nếu không có tác dụng, chúng ta khảo sát thêm, đo niệu dòng đồ. Bế tắc dòng ra khi áp lực tống xuất cao và tốc độ dòng nước tiểu giảm.

1. Giảm đa niệu về đêm

- Giảm lượng nước và loại nước uống vào cơ thể gần thời điểm đi ngủ sẽ giúp ích cho bệnh nhân
- Điều trị suy tim sung huyết

- Mang vớ ép hai chân để giảm ứ đọng dịch ở khoang thứ ba, kê cao chân vào ban ngày giúp cơ thể tái hấp thu dịch vào tuần hoàn.

- Dùng lợi tiểu ít nhất 6 giờ trước khi ngủ giúp cơ thể thải nước trước khi đi ngủ

2. Desmospressin

Desmopressin là chất đồng vận của vasopressin có tác dụng giống ADH nhưng không có tác dụng co mạch. Thuốc này được khuyến cáo điều trị tiểu dầm cho trẻ em, điều trị đa niệu về đêm cho người lớn khi không biết nguyên nhân.

Hiệu quả: làm giảm sản xuất nước tiểu vào ban đêm

Thận trọng

Desmopressin **không** nên chỉ định cho các trường hợp sau đây:

- Tuổi trên 65 vì nguy cơ hạ natri máu

- Người có tiền sử hạ natri máu (triệu chứng hạ natri máu bao gồm nhức đầu, buồn nôn, ói mửa, mệt mỏi, chóng mặt, tăng cân, thất điều).

- Bệnh nhân đang dùng thuốc lợi tiểu

- Suy thận hoặc suy gan: bởi vì trong tình huống này thời gian bán hủy của desmopressin kéo dài.

- Bệnh nhân uống nhiều do nguyên nhân tâm lý: vì làm tăng nguy cơ ngộ độc nước

- Tương tác thuốc

- Tránh dùng chung với thuốc kháng viêm non-streroid, thuốc chống trầm cảm bởi vì tăng nguy cơ giữ nước trong cơ thể

Theo dõi khi dùng:

- Hạ natri máu (dưới 130 mEq/l), nên đo natri máu trước khi điều trị, đo lại natri máu 3 ngày sau khi điều trị và khi thay đổi liều dùng.

3. Hỗ trợ giấc ngủ

- Tránh dùng chất kích thích: trà, rượu, cà phê
- Dùng thuốc giảm lo âu
- Điều trị ngưng thở lúc ngủ

4. Điều trị tăng hoạt động cơ detrusor

- Luyện tập bàng quang
- Dùng antimuscarinic (oxybutinin, tolterodine)

5. Điều trị viêm bàng quang

BÍ TIỂU CẤP

1. Định nghĩa

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

2. Nguyên nhân

a. Tắc nghẽn

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

b. Thuốc chẹn β cholinergic

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

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

e. Thần kinh

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

f. Sau xạ trị tại chỗ vùng chậu

g. Chấn thương bàng quang, vỡ niệu đạo…

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

i. Liên quan thai kỳ (tuần 16 trở đi)

3. Chẩn đoán

- Hỏi bệnh sử, thuốc uống, chấn thương, sau mổ, sau thủ thuật, xạ trị, có thai,…
- Thăm khám
- Thăm trực tràng để xác định bệnh lý tại tuyến tiền liệt : to, đau, cứng…
- Cầu bàng quang (+)
- Các dấu hiệu chấn thương như tụ máu hình cánh bướm hội âm, hai bên bẹn, hố chậu,…
- Máu rỉ ra ở lỗ sáo
- Thử máu, Hct, PSA,…
- Siêu âm tìm nguyên nhân
- Chụp KUB, MSCT

4. Điều trị

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

5. Điều trị cụ thể

a. Tắc nghẽn

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

b. Thuốc chẹn β cholinergic : đặt thông tiểu

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

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

e. Thần kinh

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

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

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

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

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

6. Phòng ngừa

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

G. NAM KHOA

VÔ SINH NAM

I. ĐỊNH NGHĨA

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới (WHO), một cặp vợ chồng sau khi lập gia đình một năm, không áp dụng bất kỳ biện pháp kế hoạch hoá gia đình mà không có con được xếp vào nhóm vô sinh.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), cứ 100 cặp vợ chồng vô sinh thì nguyên nhân do vợ là 40%, do chồng là 30%, do cả hai người đều có bệnh là 20% và 10% không rõ nguyên nhân.

II. NGUYÊN NHÂN VÔ SINH NAM

- Bẩm sinh: tinh hoàn ẩn, bất sản tinh hoàn, niệu đạo đóng thấp, niệu đạo đóng cao, không có ống dẫn tinh…
- Mắc phải: teo tinh hoàn sau quai bị, mất tinh hoàn sau chấn thương, sau tia xạ - hóa trị,
- Giãn tĩnh mạch tinh
- Phẫu thuật vùng chậu.
- Viêm tinh hoàn – mào tinh
- Đột biến số lượng nhiễm sắc thể hoặc vi mất đoạn nhiễm sắc thể….

III. PHÂN LOẠI VÔ SINH NAM

- Vô tinh dịch hay tinh dịch ít.
- Vô tinh: bế tắc và không bế tắc.
- Nhược tinh.
- Thiểu nhược quái tinh

IV. CHẨN ĐOÁN

- Khám lâm sàng: thể trạng chung của bệnh nhân, khám bộ phận sinh dục.
- Các xét nghiệm cần thực hiện:
    - Tinh dịch đồ: chú ý không quan hệ trước khi thực hiện 3 – 5 ngày
    - Xét nghiệm nội tiết: testosterone, FSH, LH, prolactin.
    - Siêu âm Doppler khảo sát bẹn bìu, siêu âm qua ngã trực tràng
    - Chụp cắt lớp điện toán

- Xét nghiệm di truyền

V. ĐIỀU TRỊ

Điều quan trọng nhất là thay đổi lối sống: không thuốc lá, không chất gây nghiện, cân bằng dinh dưỡng

1. Điều trị nội khoa

Dành cho các trường hợp tinh trùng yếu mà không rõ lý do. Biện pháp nội khoa thường dùng là các thuốc chống ôxy hóa như Vit E, Vit C, Vit A, L - Carnitin …. Clomiphene citrate liều thấp cũng là thuốc hay được sử dụng trong điều trị vô sinh nam. Thuốc cần được dùng trong khoảng 3-6 tháng.

2. Điều trị ngoại khoa tăng số lượng – chất lượng tinh trùng

- Tổ chức Y tế Thế giới báo cáo rằng giãn tĩnh mạch tinh được tìm thấy ở 25,4% của nam giới với tinh dịch bất thường và kết luận rằng giãn tĩnh mạch tinh rõ ràng liên quan đến suy giảm chức năng tinh hoàn và vô sinh.

- GTMT có liên quan đến chất lượng tinh dịch bị suy giảm và giảm chức năng tế bào Leydig. Tuy nhiên, phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mãch tinh cải thiện không chỉ khả năng sinh tinh mà còn chức năng tế bào Leydig. GTMT được công nhận là nguyên nhân gây ra vô sinh nam, phẫu thuật điều trị GTMT là phẫu thuật phổ biến nhất được thực hiện trong điều trị vô sinh nam

- Phương pháp phẫu thuật: vi phẫu thuật cột tĩnh mạch giãn vi phẫu ngã bẹn bìu.

- Tỷ lệ thành công: tỷ lệ tinh trùng cải thiện là 60%-70% và tỷ lệ có thai là 45%-50%

- Biến chứng: tụ máu bìu, nhiễm trùng vết mổ

3. Điều trị vô tinh bế tắc

- Vô tinh do triệt sản: phẫu thuật khâu nối tận tận ống dẫn tinh dưới kính hiển vi phẫu thuật - Tỷ lệ có tinh trùng sau phẫu thuật nối ODT là 99,5% và tỷ lệ có thai từ 54% - 64%.

- Vô tinh do tắc đuôi mào tinh: nối ống dẫn tinh vào mào tinh vi phẫu dưới kính hiển vi phẫu thuật - Tỷ lệ có tinh trùng sau phẫu thuật nối ODT là 80% và tỷ lệ có thai khoảng 40% - 50%

- Vô tinh do bất sản ống dẫn tinh: có thể trích tinh trùng mào tinh để thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

- Phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn qua nội soi hay mổ hở, tạo hình niệu đạo dương vật với các trường hợp niệu đạo đóng thấp hay hay niệu đạo đóng cao.

- Lưu trữ tinh trùng hoặc mô tinh hoàn trong các trường hợp chuẩn bị hóa trị hay xạ trị các bệnh lý ung thư

- Vi phẫu tích mô tinh hoàn (Micro TESE) tìm tinh trùng trong tinh hoàn ở những trường hợp vô tinh teo tinh hoàn.

UNG THƯ TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Tần suất

Ung thư tình hoàn là loại ung thư thường gặp ở nam giới từ 15-35 tuổi, chiếm 1-2% trong toàn bộ tăng sinh ác tính ở nam, nhưng gây ra 12% tử vong đối với mọi ung thư trong bệnh nhân nam ở độ tuổi 20-35. Khoảng 5% ung thư tế bào mầm xuất phát ngoài vị trí tinh hoàn, đặc biệt là ở trung thất và khoang sau phúc mạc.

2. Nguyên nhân

- Có nhiều yếu tố nguy cơ gây ung thư tinh hoàn nhưng nguyên nhân chính xác vẫn không biết được.
- Các yếu tố nguy cơ:
  - Tinh hoàn ẩn;
  - Ung thư tinh hoàn đã điều trị trước;
  - Yếu tố di truyền;
  - Tiền sử gia đình có người bị ung thư tinh hoàn;
  - Vô sinh;
  - Môi trường tiếp xúc.

3. Bệnh học và phân loại

Bảng phân loại ung thư tinh hoàn

<table>
<tr><td rowspan="11">Ung thư tế bào mầm (95%)</td><td rowspan="3">Seminoma (30-40%)</td><td>Cổ điển (80%)</td><td></td></tr>
<tr><td>Thoái biến (10%)</td><td>-----</td></tr>
<tr><td>Sinh tinh (10%)</td><td>-----</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Non Seminoma (60-70%)</td><td rowspan="2">Phôi</td><td>Người lớn</td></tr>
<tr><td>Trẻ em (ung thư túi Yolk)</td></tr>
<tr><td>Teratocarcinoma</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">Teratoma</td><td>Trưởng thành</td></tr>
<tr><td>Chưa trưởng thành</td></tr>
<tr><td>Cancerice</td></tr>
<tr><td>Post-chimiotherapie</td></tr>
<tr><td>Choriocarcinoma</td><td></td></tr>
</table>

Ung thư không tế bào mầm (5%)	Ung thư Mô đệm	Tế bào Leydig	
		Tế bào Sertoli	
		Tế bào hạt	
	Ung thư thứ phát	Lymphoma/Leikemia	
		Tuyến tiền liệt	
		Melanoma	
		Phổi	

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Ung thư tinh hoàn thường là một khối u trong bìu không triệu chứng. Tất cả các bướu được phát hiện từ tinh hoàn cần được xem là ung thư cho đến khi có chứng minh ngược lại.

1. Lâm sàng

- Đau bìu là triệu chứng thường gặp nhất (20%), triệu chứng toàn thân do di căn (10%), khối u vùng bụng, nữ hóa tuyến vú (5 – 7%).
- Khám bìu có thể thấy được khối u, 10% trường hợp có tràn dịch tinh mạc làm che lấp khối u qua động tác khám.
- Các triệu chứng khác có thể phát hiện được là hạch to (hạch thượng đòn), đau lưng do u sau phúc mạc (11%), triệu chứng ở phổi do u vùng trung thất.

2. Cận lâm sàng

a. Hình ảnh học

- Siêu âm được thực hiện thường qui khi lâm sàng nghi ngờ có khối u tinh hoàn, giúp xác định lại tính chất khối u và kiểm tra tình hoàn còn lại. Độ nhạy phát hiện khối u là 100%. Siêu âm còn giúp phân biệt u tinh hoàn với u mào tinh, nang mào tinh, tràn dịch tinh mạc, xoắn thừng tinh, thoát vị bẹn…. Siêu âm xác định tính chất các hạch và khối u vùng bụng.
- CT bụng: đánh gia giai đoạn trước mổ và truy tìm di căn, là phương tiện tốt để phát hiện hạch di căn > 2cm, dương tính giả ít gặp. CT ngực được thực hiện ở những bệnh nhân nghi cờ có di căn phổi mà X-quang phổi bình thường. X-quang phổi là đủ để loại trừ di căn phổi nếu CT bụng âm tính.
- MRI có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95 – 100% nhưng giá thành cao nên không được thực hiện thường quy trong chẩn đoán.

b. Huyết thanh chẩn đoán

- AFP: là một glycoprotein được sản xuất bởi túi Yolk, gan và ống tiêu hóa. AFP không tăng trong bướu Seminoma hay Choriocarcinoma đơn thuần. Vì thời gian bán hủy của AFP là 5 ngày nên khi nồng độ AFP còn cao kéo dài hơn 4 tần sau cắt tinh hoàn chứng tỏ có di căn. Dương tính giả gặp trong: Ung thư gan, viêm gan, ung thư phế quản, ung thư dạ dày hay tụy…

- HCG: là một glycoprotein được sản xuất bởi lớp hợp bào nuôi. Nồng độ β-hCG tăng cao trong 100% trường hợp Choriocarcinoma, bướu Seminoma đơn thuần chỉ sản xuất một lượng thấp β-hCG do đó khi β-hCG tăng cao chứng tỏ có sự phối hợp với Teratoma hay choriocarcinoma. Thời gian bán hủy của β-hCG là 24-36 giờ, nên β-hCG còn cao sau cắt tinh hoàn 7 ngày chứng tỏ có di căn.

- LDH (Lactate Dehydrogenase): tăng cao trong Seminoma giai đoạn trễ và ung thư Non Seminoma. LDH có ích trong theo dõi kết quả điều trị khi AFP hay β-hCG không tặng hoặc đã trở về bình thường.

- Phosphatase kiềm: được phát hiện trong 65% seminoma. Là chất đánh dấu nhạy cảm nhất cho ung thư Seminoma có di căn và cho sự tái phát.

Mô học	**β-hCG tăng (% số trường hợp)**	**AFP tăng (%)**
Seminoma đơn thuần	10% (<1000ng/ml) +	0% -
Phôi	60%	70% ++
Choriocarcinoma	100% +++	0% -
Teratocarcinoma	*60%*	*60%*
Teratoma	*25%*	*40%*

3. Di căn hạch

Từ sự phân bố hệ bạch huyết sau phúc mạc ta có thể dư đoán các hạch di căn trong ung thư tinh hoàn. Hạch chậu và hạch trên rốn thường bị xâm lấn mà không phải từ hạch nguyên phát. Lan truyền theo đường máu đến phổi có thể gặp trong choriocarcinoma hay những bệnh nhân có hạch rất to.

4. Giai đoạn

Phân giai đoạn theo Guidelines EAU 2014 (UICC, 2009, 7th ed. [57]) và phân giai đoạn theo Memorial Sloan-Kettering cho ung thư tinh hoàn.

pT	**Bướu nguyên phát**		**GĐ**
	pTX	Bướu nguyên phát không được đánh giá	
	pT0	Không có bằng chứng bướu nguyên phát	
	pTis	Carcinoma in situ	**A**
	pT1	Bướu giới hạn trong tinh hoàn và mào tinh không xâm lấn mạch máu và bạch mạch: có thể xâm lấn bao trắng nhưng không xâm lấn bao tinh mạc.	**A**
	pT2	Bướu giới hạn trong tinh hoàn và mào tinh có xâm lấn mạch máu và bạch mạch; hoặc bướu xâm lấn bao trắng và đến bao tinh mạc.	
	pT3	Bướu xâm lấn thừng tinh có hoặc không xâm lấn mạch máu, bạch mạch.	
	pT4	Bướu xâm lấn bìu có hoặc không xâm lấn mạch máu, bạch mạch.	
N	**Hạch vùng qua lâm sàng**		
	NX	Hạch vùng không được đánh giá	
	N0	Không di căn hạch vùng	
	N1	Một hoặc nhiều hạch vùng có kích thước <2cm	
	N2	Một hoặc nhiều hạch vùng có kích thước 2-5cm	
	N3	Hạch vùng lớn nhất >5cm	
pN			
	pNX	Hạch vùng không được đánh giá	
	pN0	Không di căn hạch vùng	
	pN1	Một hoặc nhiều hạch vùng có kích thước <2cm, <=5 hạch dương tính.	**B1**
	pN2	Một hoặc nhiều hạch vùng có kích thước 2-5cm,>5 hạch dương tính	**B2**
	pN3	Hạch vùng lớn nhất >5cm	**B3**
M	**Di căn xa**		
	MX	Di căn xa không được đánh giá	
	M0	Không di căn xa	
	M1	Di căn xa	
	M1a	Di căn phổi hoặc di căn hạch khác hạch vùng	**C**
	M1b	Di căn nơi khác	**C**
S	**Chỉ dấu ung thư huyết thanh**		
	Sx	Chỉ dấu ung thư không có hoặc không được làm	
	S0	Chỉ dấu ung thư trong giới hạnh bình thường	
		LDH(U/L) hCG(mIU/mL) AFP(ng/mL)	
	S1	<1,5xN và <5.000 và <1.000	
	S2	1,5-10xN hoặc 5.000-50.000 hoặc 1.000-10.000	
	S3	>10xN hoặc >50.000 hoặc >10.000	

III. ĐIỀU TRỊ

1. Bướu tinh hoàn

Cắt bỏ tinh hoàn thận gốc qua ngã bẹn được chỉ định trong hầu hết các trường hợp như là thủ thuật đầu tiên, ngay cả khi có di căn xa. Tinh hoàn được lấy qua ngã bẹn, thừng tinh được kẹp trước khi lôi tinh hoàn ra. Nếu đã xác định ung thư tình hoàn ta phải cắt tinh hoàn theo đường bẹn cao, cột và cắt thừng tinh ngang tại lổ bẹn nông. Nếu chẩn đoán chưa rõ ràng thì nên thám sát qua ngả bìu kèm sinh thiết tức thì khối bướu (cắt lạnh) sẽ cho kết quả giải phẫu bệnh ngay giúp ta giữ hay cắt tinh hoàn. Sinh thiết bằng kim không nên làm vì tế bào ung thư có thể lan tràn theo hệ bạch huyết của da bìu.

2. Bướu ngoài tuyến sinh dục

Đối với Seminoma ngoài tuyến sinh dục nguyên phát xạ trị được chọn lựa đầu tiên. Đối với bướu không phải Seminoma thì hóa trị được thực hiện đầu tiên kèm + phẫu thuật cắt bỏ bướu sót.

3. Điều trị sau cắt tinh hoàn

a. Seminoma

Đặc biệt nhạy với xạ trị, xạ trị ngoài là phương pháp điều trị chính sau khi cắt bỏ tinh hoàn trong những bướu có thể tích thấp.

Giai đoạn A

Xạ trị ngoài dự phòng vào khoang sau phúc mạc cùng bên (hạch chậu và cạnh động mạch chủ dưới hoành) với liều 25-30Gy đem lại tỉ lê thành công cao trên 90%. Tái phát sau xạ trị khoang sau phúc mạc khoảng 4% và thường nằm ngoài vùng được xạ trị.

Giai đoạn B1 và B2

Giống giai đoạn A với liều bổ sung 10-15 Gy vào vị trí có hạch. Nếu những vùng động mạch thấp và vùng chậu bị di căn trên CT thì hạnh chậu đối bên phải được xạ trị. 10-20% bệnh nhân Seminoma giai đoạn B1 mà tái phát xảy ra ở tên hoành đáp ứng tốt với hóa trị.

Giai đoạn B3 và C

Xạ trị thường không hiệu quả, và hóa trị phối hợp được lựa chọn đầu tiên.

b. Bướu tế bào mầm không seminoma

Giai đoạn A

- Nạo hạch sau phúc mạc: Khoảng 25% bệnh nhân được xếp gia đoạn A được đánh giá thấp hơn thực tế. Tỉ lệ hết bệnh trong những bệnh nhân thuộc giai đoạn A sau nạo hạch sau phúc mạc là 90%. Với những bệnh nhân tái phát 90% sẽ được phát hiện trong 2 năm đầu (thường tại ngực) và đáp ứng tốt với hóa trị. Tỉ lệ khỏi bệnh 100% có thể đạt được. Nạo hạch giúp định giai đoạn tốt hơn giúp việc theo dõi sau mổ dễ dàng hơn. Nếu đảm bảo tốt kỹ thuật nạo hạch + bảo tồn thần kinh sẽ tránh được các biến chứng, giảm tỉ lệ rối loạn xuất tinh.

- Theo dõi bảo tồn: Đa phần các trung tâm khuyến cao theo dõi sau cắt tinh hoàn thì an toàn và hiệu quả cho bướu tế bào mầm không Seminoma giai đoạn A và thường 75% bệnh nhân từ chối phẫu thuật nạo hạch sau phúc mạc khi được tư vấn. Nếu bệnh phẩm tinh hoàn có yếu tố nguy cơ cao (có thành phần phôi, xâm lấn mạch máu, bạch mạch, câm lấn bao trắng, mào tinh, không có thành phần của túi Yolk) thì không nên bảo tồn.

Giai đoạn B1 và B2

Nạo hạch được thực hiện thường quy để đánh giá chính xác lại gia đoạn. 90% bệnh nhân có thể hết bệnh sau nạo hạch. Trong những bệnh tái phát được phát hiện sớm 95% đáp ứng tốt với hoá trị 2-4 chu kỳ. Tái phát tronng giai đoạn B sau nạo hạch mà không hóa trí khoảng 50% so với 2% có hóa trị 2-4 chu kỳ.

Giai đoạn B3 và C

Trong giai đoạn này hóa tri được chọn lựa trước. Công thức trị liệu dựa tên Platinum đạt hiệu quả hết bệnh khoản 80%. Nếu hạch còn tồn tại sau hóa trị thì phẫu thuật nên thực hiện để xác định lại mô học bướu và nên tiếp tục hóa trị lại sau mổ.

Theo dõi định kỳ: (Guideline AEU 2014)

Bướu không seminoma stage I				
	Năm đầu	***Năm 2***	***Năm 3-5***	***Năm 6-10***
Khám lâm sàng	4 lần	4 lần	1 lần/năm	1 lần/năm
Dấu chỉ huyết thanh	4 lần	4 lần	1 lần/năm	1 lần/năm
X-quang phổi	2 lần	2 lần		
CT bụng chậu	2 lần (tháng 3,12)			

Bướu không seminoma stage I: có nạo hạch sau PM hoặc có hóa trị				
	Năm đầu	***Năm 2***	***Năm 3-5***	***Năm 6-10***
Khám lâm sàng	4 lần	4 lần	1 lần/năm	1 lần/năm

Dấu chỉ huyết thanh	4 lần	4 lần	1 lần/năm	1 lần/năm
X-quang phổi	2 lần	2 lần		
CT bụng chậu	1 lần	1 lần		

Bướu seminoma stage I: sau Cắt tinh hoàn, xạ trị hoặc hóa trị				
	Năm đầu	***Năm 2***	***Năm 3***	***Năm 4-5***
Khám lâm sàng	3 lần	3 lần	1 lần	1 lần/năm
Dấu chỉ huyết thanh	3 lần	3 lần	1 lần	1 lần/năm
X-quang phổi	2 lần	2 lần		
CT bụng chậu	2 lần	2 lần		

Bướu không seminoma và Seminoma gia đoạn tiến triển				
	Năm đầu	***Năm 2***	***Năm 3-5***	***Về sau***
Khám lâm sàng	4 lần	4 lần	2 lần/năm	1 lần/năm
Dấu chỉ huyết thanh	4 lần	4 lần	2 lần/năm	1 lần/năm
X-quang phổi	4 lần	4 lần	2 lần/năm	1 lần/năm
CT bụng chậu	2 lần	2 lần	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ
CT ngực	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ
CT não	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ	Khi nghi ngờ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jerome P, Richie, Graeme S, Steele. Neoplasms of the Testis.*"Campbell-Walsh Urology, 9th Ed.*". Saunders Elsevier 2007.

2. Nguyễn Bửu Triều. Ung thư tinh hoàn. *Bệnh Học Tiết Niệu*. Nhà xuất bản Y học. 2007.

3. E. Solsona, F. Algaba, S. Horenblas, G. Pizzocaro, T. Windahl. Guidelines on Testis Cancer 2008.

4. Joseph C.Presti. Genital tumors. "Smith 's General Urology". McGraw Hill company 2004. p.386–399.

UNG THƯ DƯƠNG VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Tần suất

Ung thư dương vật đặc biệt hiếm gặp tại Hoa Kỳ, chỉ chiếm khoảng 0,5% u ác tính nam hay 1-2 trường hợp trên 100 000 dân. Tần suất cao hơn 10-20 lần tại các nước kém phát triển. Bệnh thường gặp ở tuổi 50-70.

2. Nguyên nhân

Carcinoma dương vật gần như không bao giờ gặp ở người cắt da qui đầu, đưa tới giả thuyết là kích thích kéo dài có thể là yếu tố sinh ung. Nguyên nhân virút HPV cũng được ghi nhận vì tần suất ung thư dương vật cao hơn ở bệnh nhân mà bạn tình bị ung thư cổ tử cung

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

- Trong số những khối u ác tính của dương vật, thường gặp nhất là carcinoma tế bào vảy dương vật (*squamous cell carcinoma* - SCC), chiếm trên 95% trường hợp. SCC dương vật có thể xuất hiện ở bất kỳ vùng nào của dương vật.
- Chẩn đoán SCC dựa vào khám lâm sàng, hình ảnh học (siêu âm, CT Scan, MRI), và sinh thiết.

1. Lâm sàng

- Trong hầu hết các trường hợp, triệu chứng sớm nhất là ngứa hoặc cảm giác rát bỏng dưới da quy đầu, và vết loét ở quy đầu hoặc bao quy đầu. Những sang thương này nếu không được chữa trị sẽ phát triển thành khối hoặc nốt.
- Theo thời gian, khối u sẽ phá hủy quy đầu và bao quy đầu và xâm lấn vào thể hang.
- Khi xâm lấn vào niệu đạo, tắc nghẽn và tạo rò sẽ xảy ra.
- Có thể sờ thấy hạch bẹn khi chẩn đoán trong khoảng 50% trường hợp, 50% là hạch ung thư, số hạch còn lại là hạch viêm thứ phát do nhiễm trùng ở khối u.

2. Cận lâm sàng

- **Hình ảnh học:** được thực hiện để chẩn đoán phân giai đoạn phát triển của u chính xác và để theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị, bao gồm: siêu âm, CT scanning, MRI và sinh thiết sang thương.

- **Sinh thiết**: sinh thiết sang thương dương vật cần thiết để chẩn đoán xác định và để đánh giá grade mô học và sự xâm lấn của khối u. Sinh thiết thường bao gồm một mảnh cắt hình ellip cách bờ của sang thương khoảng 1cm.

3. Phân độ mô học

Trên vi thể, SCC có thể có những đặc tính mô học khác nhau tuỳ thuộc vào mức độ biệt hóa.

Broders đã mô tả một phân loại gồm 4 nhóm dựa vào mức độ biến dạng và biệt hóa tế bào. **Grade của SCC theo hệ thống phân độ của Broder như sau:**

Grade I	- Các tế bào biệt hóa tốt sừng hóa - Cầu nối gian bào nhô lên - Hạt keratin
Grade II – III	- Biến dạng nhân nhiều hơn - Gia tăng hoạt động phân bào nguyên phân - Ít các hạt keratin hơn
Grade IV	- Nhân đa dạng rõ rệt - Vô số phân bào nguyên phân - Hoại tử - Xâm lấn hạch và quanh thần kinh - Không hạt keratin - Xâm lấn sâu

4. Phân giai đoạn

Khảo sát về grade mô học và sự thâm nhiễm hoặc xâm lấn của mô sâu bên dưới hoặc mô xung quanh giúp ta có kế hoạch điều trị thích hợp.

Hiên nay bảng phân giai đoạn đang đươc sử dụng là bảng phân giai đoạn của Jackson và hệ thống TNM u, hạch, di căn (tumor, nodes, metastases - TNM system) (Union Internationale Contre le Cancer) (Das, 1992; Vapnek, 1992).

Phân độ Jackson về SCC dương vật

- Stage I: khối u giới hạn ở quy đầu và bao quy đầu
- Stage II: xâm lấn vào thân và thể hang, không có hạch và không có di căn
- Stage III: U còn ranh giới rõ ở dương vật; di căn hạch bẹn có thể phẫu thuật
- Stage IV: u dính vào cấu trúc bên dưới, hạch bẹn không có khả năng phẫu thuật và/hoặc có di căn xa một hoặc nhiều nơi.

Hệ thống phân độ TMN của SCC dương vật

- U:
  - TX: không xác định rõ
  - T0: không có dấu chứng của u nguyên phát
  - Tis: carcinoma in situ (Bowen disease, erythroplasia of Queyrat)
  - Ta: Verrucous carcinoma không xấm lấn
  - T1: U xâm lấn vào mô liên kết dưới biểu mô, có kích thước bé hơn 2cm ở nông
  - T2: U xâm lấn đến thể hang hoặc thể xốp, có kích thước lớn hơn 2cm và bé hơn 5cm đã có xâm lấn tối thiểu.
  - T3: U xâm lấn vào niệu đạo hoặc tiền liệt tuyến
  - T4: U xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh
- Hạch:
  - NX: không xác định
  - N0: không có dấu chứng di căn hạch vùng
  - N1: 1 hạch bẹn nông
  - N2: nhiểu hạch hoặc hạcch bẹn 2 bên
  - N3: Hạch bẹn sâu hoặc hạch chậu một bên hoặc 2 bên
- Di căn:
  - MX: không rõ
  - M0: không dấu chứng di căn
  - M1: di căn xa
  - M1a: di căn tiềm ẩn (sinh hóa và/hoặc xét nghiệm khác)
  - M1b: di căn một chỗ ở một cơ quan
  - M1c: di căn nhiều chỗ ở một cơ quan
  - M1d: di căn nhiều cơ quan

Bảng 1: Xếp giai đoạn theo TNM (AJCC, American Joint Committee on Cancer)

(từ Fleming ID, Cooper JS, Henson DE: Cancer Staging manual, Philadelphia, JB Lippincolt, 1997)

Các nhóm giai đoạn			
Stage 1	Tis	N0	M0
	Ta	N0	M0
Stage II	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
Stage III	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N0	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Sage IV	T4	Bất kỳ N	M0
	Bất kỳ T	N3	M0
	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1

III. ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị SCC dương vật thay đổi theo giai đoạn lâm sàng. Việc điều trị bao gồm liệu pháp xạ trị, liệu pháp dùng thuốc và phẫu thuật, đơn trị liệu hoặc phối hợp.

1. Điều trị không phẫu thuật

- Liệu pháp xạ trị: xạ trị ngoài với kỹ thuật tạo khuôn, thích hợp cho những sang thương nhô ra ngoài, nông và nhỏ ở bệnh nhân trẻ, cho phép điều trị bảo tồn chức năng sinh dục với tỷ lệ khỏi bệnh cao.
- Liệu pháp dùng thuốc bao gồm hóa trị tại chỗ và hóa trị toàn thân:
  - *Hóa trị tạm thờ*i áp dụng cho tái phát tại chỗ và di căn xa khi những phương thức điều trị khác thất bại.
  - *Liệu pháp hóa trị kết hợp hỗ trợ* có thể sử dụng để giảm tỷ lệ di căn ở những bệnh nhân có di căn hạch sau khi cắt bỏ hạch.
  - *Liệu pháp hóa trị tân hỗ trợ kết hợp* có thể áp dụng có những khối u xâm lấn tại chỗ (stage T3 – T4) hoặc để kiềm hãm phát triển của hạch vùng (stage N3) để làm giảm kích thước khối u trước khi phẫu thuật cắt bỏ.

2. Điều trị ngoại khoa

Phương pháp phẫu thuật bao gồm cắt bỏ tại chỗ, cắt quy đầu, cắt bao quy đầu, cắt dương vật bán phần, cắt dương vật toàn phần và cắt bỏ cơ quan sinh dục. Ba phương pháp cuối cùng có thể tiến hành cùng với nạo hạch (Kroon, 2005).

a. Cắt bỏ tại chỗ

Với những sang thương nông ở quy đầu hoặc ở thân dương vật (<2cm) có thể được điều trị với phương pháp cắt rộng, cắt rộng bờ 2 cm so với mép sang thương. Mẫu mô sinh thiết đủ rộng và đủ sâu khi tiến hành phẫu thuật phải được thực hiện.

b. Cắt bao quy đầu

Carcinoma nhỏ ở đầu xa của quy đầu không xâm lấn sâu có thể điều trị với cắt rộng quy đầu xa 2cm kể từ bờ. Nếu cắt không đủ, tỷ lệ tái phát tại chỗ cao (40%).

c. Cắt quy đầu và cắt dương vật

Cắt quy đầu được thực hiện đối với verrucous carcinoma giới hạn ở quy đầu (Hatzichristou, 2001; Davis, 2001), trái lại cắt dương vật bán phần là phẫu thuật được chọn lựa đối với những khối u (SCC hoặc verrucous carcinoma) ở stage thấp (stage I, T1 – T2) chiếm hầu hết quy đầu hoặc 1/3 đầu xa dương vật (Das, 1992). Cắt dương vật toàn phần cần thiết trong những trường hợp sang thương ở gần gốc dương vật hoặc khi khối u đã ở giai đoạn tiến triển (stages II-III, T3-T4) (Das, 1992).

Thủ thuật tái tạo giúp cho việc bảo tồn chức năng và hình dạng của dương vật có thể chấp nhận được (Mazza, 2001). Thủ thuật cắt lọc tiết kiệm bảo tồn SCC dương vật đang được nghiên cứu (Pietrzak, 2004; de Fonseca, 2003).

d. Cắt bỏ cơ quan sinh dục

Cắt dương vật cộng với cắt bìu, 2 tinh hoàn rộng thành một khối cùng với thành bụng nạo hạch 2 bên bắt buộc đối với những khối u đã thâm nhiễm đến gốc dương vật (Das, 1992).

e. Nạo hạch

Do tỷ lệ cao của hạch viêm phản ứng nên phẫu thuật cắt bỏ hạch chỉ đặt ra khi hạch to và không đáp ứng với điều trị kháng sinh đủ liều (4 – 6 tuần kháng sinh uống).

Điều trị theo dõi được áp dụng đối với những bệnh nhân không béo phệ, nhóm bệnh nhân này có thể đánh giá lâm sàng chính xác và nhóm bệnh nhân có thể tuân thủ chế độ điều trị cao. Những bệnh nhân này nên có hạch bẹn không sờ thấy và u xâm lấn nông (<2cm). Những bệnh nhân với khối u xâm lấn sâu (stage T2 hoặc cao hơn) và biệt

hóa kém được xem là có nguy cơ cao, đặc biệt là khối u ở gần gốc dương vật và có xâm lấn mạch máu trên mô học. Những bệnh nhân này nên được nạo hạch dự phòng

Sinh thiết hạch canh gác 2 bên hoặc sinh thiết hút bằng kim qua da có thể được thực hiện khi theo dõi.

3. Theo dõi bệnh nhân

a. Săn sóc bệnh nhân ngoại trú

- Nếu bệnh nhân nạo hạch lympho dự phòng, theo dõi kỹ hạch vùng bẹn trong 3 năm. Lịch khám được khuyến cáo như sau: hàng tháng trong năm đầu, mỗi 6 tháng trong năm thứ hai, mỗi năm trong năm thứ ba và thứ tư, sau đó mỗi 5 năm.
- Những bệnh nhân được chẩn đoán sớm và ở giai đoạn thuận lợi có thể theo dõi ít chặt chẽ hơn, ngoại trừ những thủ thuật bảo tồn được tiến hành trong quá trình điều trị.

b. Phòng ngừa

- Cắt quy đầu ở trẻ nhỏ là phương pháp giúp cho việc vệ sinh sinh dục được tốt.
- Trong tương lai việc phòng bệnh bao gồm cả việc giáo dục bệnh nhân nhân biết được vai trò của những yếu tố tiền ung bao gồm sự nhiễm HPV và sinh bệnh học của bệnh.

c. Biến chứng

- Các biến chứng thường gặp của SCC dương vật và verrucous carcinoma bao gồm loét, chảy máu và nhiễm trùng thứ phát.
- Hẹp niệu đạo và rò có thể xảy ra do sự thẩm nhuận của khối u và sự phá hủy mô sâu bên dưới

4. Tiên lượng

- Nếu không có di căn hạch bẹn, SCC xâm lấn ở quy đầu và ở phần xa của thân dương vật được cắt bán phần đầy đủ có thời gian sống lâu dài là 70 - 80%.
- Những bệnh nhân đã có di căn hạch, 40–50% có thể chữa với việc nạo hạch, trong khi đó những bệnh nhân không được chữa trị thường chết trong 2–3 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Curtis A. Pettaway, Donald F. Lynch Jr, John W. Davis. Tumors of the Penis.*"Campbell-Walsh Urology, 9th Ed.*". Saunders Elsevier 2007.

2. Nguyễn Bửu Triều. Ung thư dương vật. *Bệnh Học Tiết Niệu*. Nhà xuất bản Y học. 2007.

3. E. Solsona, F. Algaba, S. Horenblas, G. Pizzocaro, T. Windahl. Guidelines on Penile Cancer 2008.

4. Joseph C.Presti. Genital tumors. "Smith 's General Urology". McGraw Hill company 2004. p.386–399.

GÃY DƯƠNG VẬT

- Gãy dương vật là cấp cứu tiết niệu – nam khoa.

1. Nguyên nhân

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

2. Thương tổn

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

3. Triệu chứng

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

4. Cận lâm sàng

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

5. Điều trị

- Không có chỉ định điều trị nội khoa vì máu sẽ theo vết rách thể hang lan xuống bìu, tầng sinh môn gây biến chứng nhiễm trùng, dò niệu đạo, cong dương vật, rối loạn cương.
- Cần phẫu thuật sớm để khâu bao trắng thể hang.
- Nếu có tổn thương niệu đạo: khâu nối niệu đạo

6. Biến chứng

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. J Urol 2000 Aug;164(2):364-6.

2. Haas CA, Brown SL, Spirnak JP. Penile fracture and testicular rupture. World J Urol 1999 Apr;17(2):101-6.

3. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, et al. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. J Urol 1983 Nov;130(5):917-9.

4. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury. J Urol 1992 Feb;147(2):466-8.

5. Mydlo JH, Hayyeri M, Macchia RJ. Urethrography and cavernosography imaging in a small series of penile fractures: a comparison with surgical findings.Urology 1998 Apr;51(4):616-9.

6. Lee SH, Bak CW, Choi MH, et al. Trauma to male genital organs: a 10-year review of 156 patients, including 118 treated by surgery. BJU Int 2008 Jan;101(2):211-5.

XOẮN DÂY TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

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

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

2. Yếu tố nguy cơ

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

3. Nguyên nhân

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

4. Tần suất

8,6 /100000 trẻ nam từ 10 – 19 tuổi, lứa tuổi thường gặp nhiều 12 – 16 tuổi, xoắn dây tinh bên trái chiếm ưu thế và rất hiếm gặp xoắn dây tinh hai bên.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

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

2. Cận lâm sàng

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

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

2. Phẫu thuật

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

3. Biến chứng

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

4. Tiên lượng

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arun S. (2011), "History and physical examination findings predictive of testicular torsion: An attempt to promote clinical diagnosis by house staff", *Journal of Pediatric Urology* vol. 7, pp. 470 – 474

2. Phạm Đăng Diệu (2003), "Cơ quan sinh dục nam", Giải phẫu ngực – bụng, NXB Y Học, tr. 388 – 398.

3. Fawzi A. (2005), "The acute scrotum: A review of 40 Cases", *Medical principal practice*, vol. 14, pp. 177 – 181

4. Lane .P (2016), "Management of Abnormalities of the external genitalia", *Campbell's urology*, W.B. saunders Company, 11th edi., chapter 146, pp. 3388.

5. John M. (2007), "Current management of the acute scrotum"**,** *Seminars in Pediatric Surgery*, vol. 16, pp. 58 – 63

6. Marcel D. (2013), "Torsion of spermatic cord in children: A review", *Journal of Pediatric Urology*, vol. 9, pp. 259 – 266

7. Matthias W. (2010), "Color Doppler sonography reliably identifies testicular torsion in boys", *Pediatric Urology*, vol. 75, pp. 1170 - 1174

8. Nguyễn Thành Như (2013), "Xoắn tinh hoàn", Nam khoa lâm sàng, NXB Tổng Hợp.

9. Nguyễn Quang Quyền (2001), "Cơ quan sinh dục nam", Bài giảng giải phẫu học, NXB Y Học, tập 2, tr. 245 – 250.

10. Tali B. (2010), "Clinical predictors for testicular torsion as seen in the pediatric ED", *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 28, pp. 786 – 789

11. Tekgul S. (2017), "Acute scrotum in children", *Guidelines on paediatric urology*, pp. 17 - 20

CHẤN THƯƠNG BÌU – TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

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

2. Yếu tố nguy cơ

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

3. Phân độ chấn thương tinh hoàn

Theo AAST 2010

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Buồn nôn
- Choáng

b. Triệu chứng thực thể

- Một bên bìu sưng, đau, bầm máu
- Tinh hoàn khó sờ thấy do tình trạng tụ máu
- Cần đánh giá tổn thương niệu đạo nếu bệnh nhân có tiểu máu và chảy máu miệng sáo
- Không có sự tương xứng giữa mức độ tụ máu bìu và chấn thương tinh hoàn

2. Cận lâm sàng

a. Siêu âm Doppler

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

b. Siêu âm Colour Doppler-duplex

- Có thể cung cấp nhiều thông tin hơn về cấu trúc tinh hoàn.

c. CT hoặc MRI có thể được dùng

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

III. ĐIỀU TRỊ

1. Tinh hoàn chuyển chỗ

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

2. Tụ máu tinh hoàn

- Nên phẫu thuật khi khối máu tụ lớn hơn 1/3 kích thước tinh hoàn (EAU 2016)
- Khi khối máu tụ quá lớn thì khả năng điều trị bảo tồn thường thất bại và cần phẫu thuật và nếu> 3 ngày có tỷ lệ phẫu thuật cắt tinh hoàn cao hơn nhóm phẫu thuật từ sớm.
- Các bệnh nhân điều trị bảo tồn có thể cần can thiệp lại nếu bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng và đau không giảm.

3. Vỡ tinh hoàn

- Nếu không thể loại trừ phẫu thuật thám sát cần thực hiện (EAU 2016)
- Phẫu thuật gồm các bước: phãu thuật lấy máu tụ tinh hoàn và căt các ống sinh tinh hoại tử. Khâu bao trắng tinh hoàn bằng chỉ tan

4. Tụ máu bìu

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

5. Xoắn dây tinh

- Phẫu thuật tháo xoắn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marekovic Z, Derezic D, Krhen I, et al. Urogenital war injuries. Mil Med 1997 May;162(5):346-8

2. Monga M, Hellstrom WJ. Testicular Trauma. Adolesc Med 1996 Feb;7(1):141-148.

3. Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genitalia trauma: a 30-year single institution experience. J Urology 2008 Jul;180(1):192-5

4. Haas CA, Brown SL, Spirnak JP. Penile fracture and testicular rupture. World J Urol 1999 Apr;17(2): 101-6

5. Shefi S, Mor Y, Dotan ZA, et al. Traumatic testicular dislocation: a case report and review of published reports. Urology 1999 Oct;54(4):744.

6. Pollen JJ, Funckes C. Traumatic dislocation of the testes. J Trauma 1982 Mar;22(3):247-9.

7. Cass AS, Luxenberg M. Testicular injuries. Urology 1991 Jun;37(6):528-30.

8. Wasko R, Goldstein AG. Traumatic rupture of the testicle. J Urol 1966 May;95(5):721-3.

9. Mulhall JP, Gabram SG, Jacobs LM. Emergency management of blunt testicular trauma. Acad Emerg Med 1995 Jul;2(7):639-43.

10. Martinez-Piñeiro L Jr, Cerezo E, Cozar JM, et al. Value of testicular ultrasound in the evaluation of blunt scrotal trauma without haematocele. Br J Urol 1992 Mar;69(3):286-90.

11. Altarac S. Management of 53 cases of testicular trauma. Eur Urol 1994;25(2):119-23.

12. Cass AS, Luxenberg M. Value of early operation in blunt testicular contusion with hematocele. J Urol 1988 Apr;139 (4):746-7.

RỐI LOẠN CƯƠNG

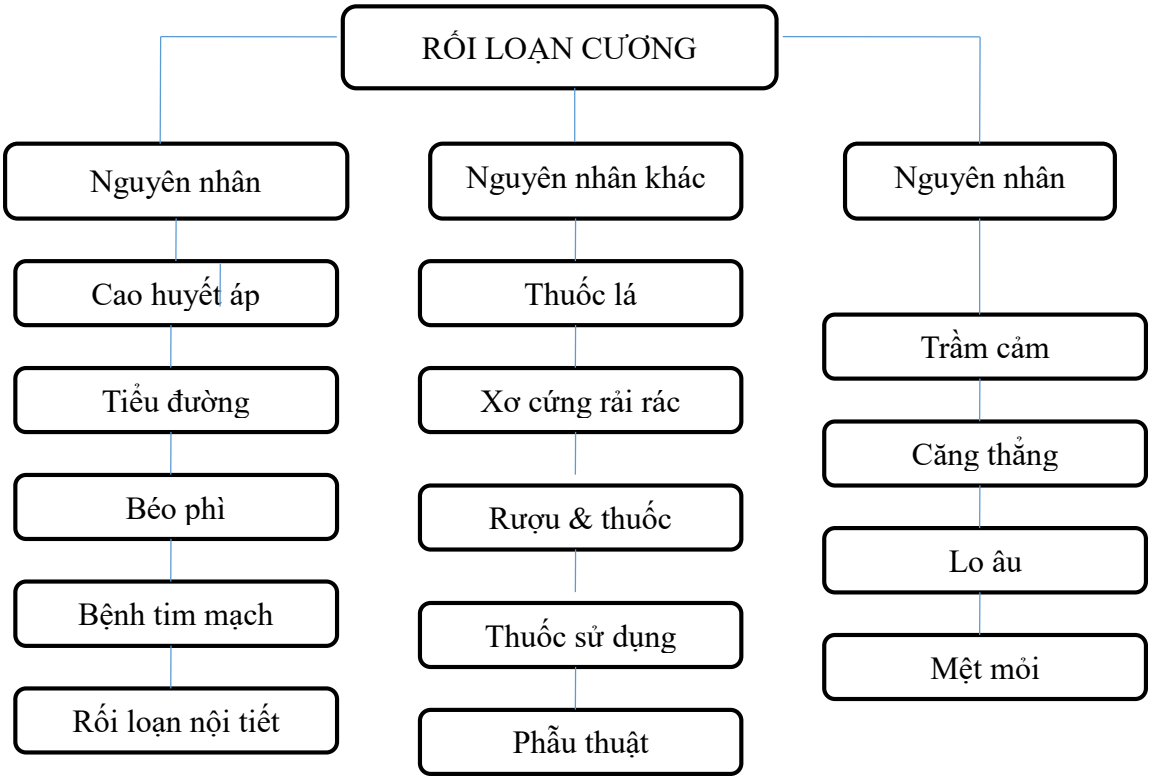
I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn cương là tình trạng mất khả năng đạt được và duy trì sự cương cứng của dương vật đủ để thoả mãn giao hợp.

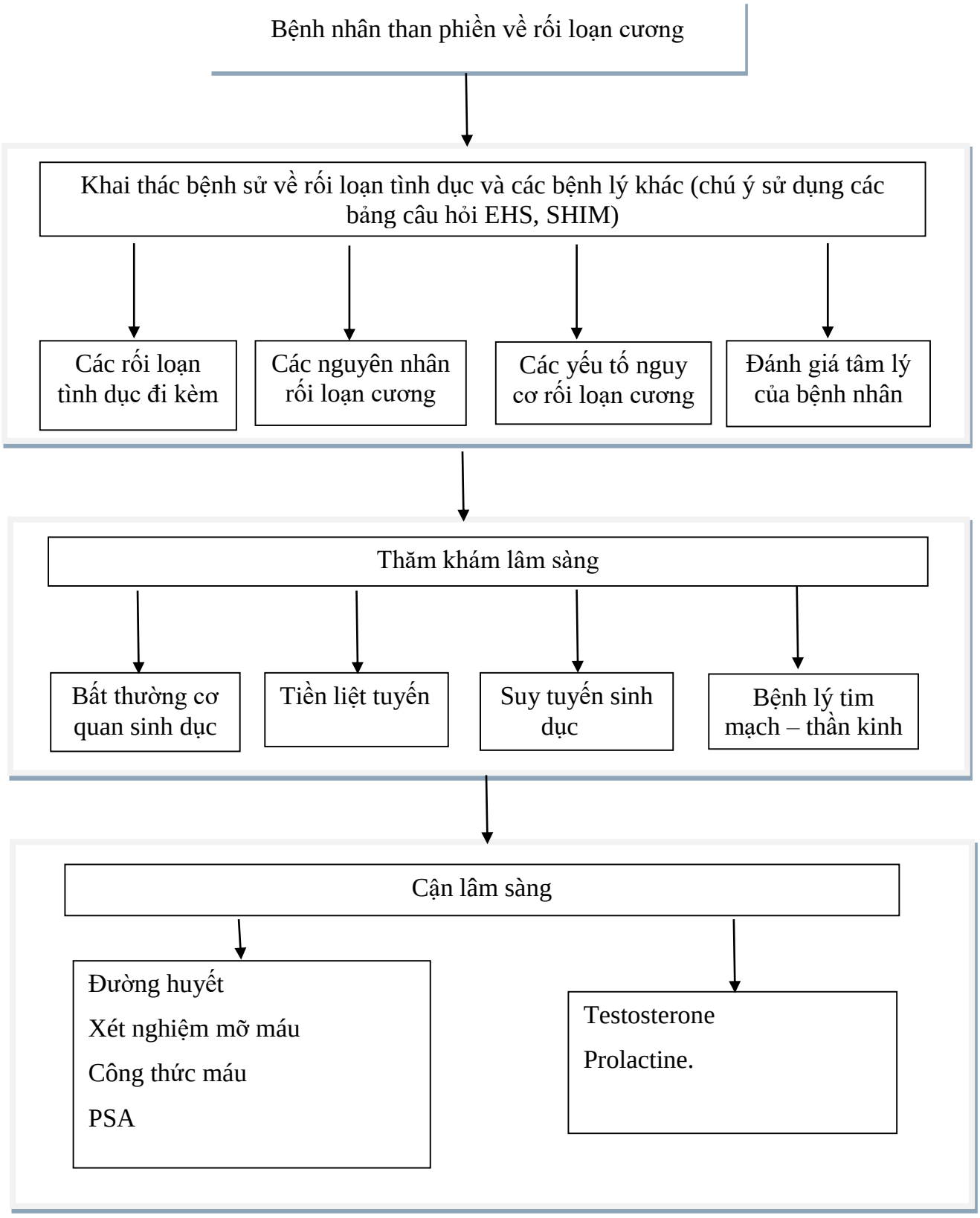
II. DỊCH TỄ HỌC

Trong nghiên cứu của MMAS (Massachusetts Male Aging Study), trong độ tuổi từ 40 đến 70, tỉ lệ rối loạn cương hoàn toàn tăng 5.1% lên 15%, rối loạn cương trung bình tăng từ 17% lên 34%, và rối loạn cương nhẹ vẫn giữ khoảng 17%.

III. NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN CƯƠNG



IV. SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN



V. Điều trị

Mục tiêu điều trị rối loạn cương: xác định nghuyên nhân và điều trị các nguyên nhân có thể điều trị. Rối loạn cương luôn kèm theo các yếu tố nguy cơ, lối sống, các thuốc đang sử dụng của bệnh nhân và các bệnh lý toàn thân

- Điều trị rối loạn cương theo các bước sau:

A – Thay đổi lối sống của bệnh nhân và loại bỏ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân.

B – Điều trị với thuốc hoặc phẫu thuật

Bước số 1

Thuốc ức chế men PDE5

Tham số	Sildenafil 100mg	Tadalafil 20mg	Vardenafil 20mg	Avanafil 200mg
C max	560 mg / L	378 mg / L	18,7 mg / L	5,2 mg / L
T max (trung bình)	0,8-1 giờ	2 giờ	0,9 giờ	0,5-0,75 giờ
T1 / 2	2,6-3,7 giờ	17,5 giờ	3,9 giờ	6-17 giờ
AUC	1685 µg.h / L	8066 µg.h / L	56,8 µg.h / L	11,6 µg.h / L
Gắn với protein	96%	94%	94%	99%
Khả dụng sinh học	41%	NA	15%	8-10%

Tác dụng phụ thuốc ức chế PDE5

Tác dụng phụ	**Sildenafil**	**Tadalafil**	**Vardenafil**	**Avanafil 200mg**
Đau đầu	12,8%	14,5%	16%	9,3%
Nóng phừng mặt	10,4%	4,1%	12%	3,7%
Chứng khó tiêu	4,6%	12,3%	4%	
Nghẹt mũi	1.1%	4,3%	10%	1,9%
chóng mặt	1,2%	2,3%	2%	0,6%
Tầm nhìn bất thường	1,9%		<2%	
Đau lưng		6,5%		<2%
Chứng nhứt gân		5,7%		<2%

Cần lưu ý phối hợp thuốc ức chế PDE5 với các thuốc sau:

- Nitrate
  - Các nhóm thuốc nitrate (nitroglycerine, isosorbide mononitrate, isosorbite dinitrate) đươợc sử dụng trong điều trị đau thắt ngực, nếu sử dụng đồng thời nhóm thuốc ức chế PDE5 sẽ gây tác dụng tụt huyết áp nghiêm trọng có thể gây tử vong.

- Ức chế alpha : Hầu hết các thuốc ức chế PDE5 đều có tương tác với nhóm thuốc ức chế thụ thể alpha và gây hạ huyết áp tư thế.

- Sildenafil: cẩn trọng khi dùng với nhóm thuốc ức chế thụ thể alpha (đặc biệt daazosin), hạ huyết áp được ghi nhận xảy ra trong vòng 4 giờ sau khi điều trị với thuốc ức chế thụ thể alpha.

- Vardenafil: sử dụng sau khi bệnh nhân đã ổn định huyết áp khi điều trị thuốc ức chế thụ thể alpha.

- Tadalafil: không nên sử dụng khi bệnh nhân sử dụng doxazocin nhưng có thể kết hợp với tamsulosin 0.4mg

- Điều chỉnh liều: với các thuốc chuyển hóa qua CYP34A (ketoconazole, itraconazole, erythromycin, clarithromycin, ritonavir, saquinavir) có thể ức chế chuyển hóa của thuốc ức chế men PDE5. Sử dụng đồng thời sẽ làm tăng nồng độ thuốc ức chế PDE5 trong máu, khuyến cáo nên sử dụng liều thấp.

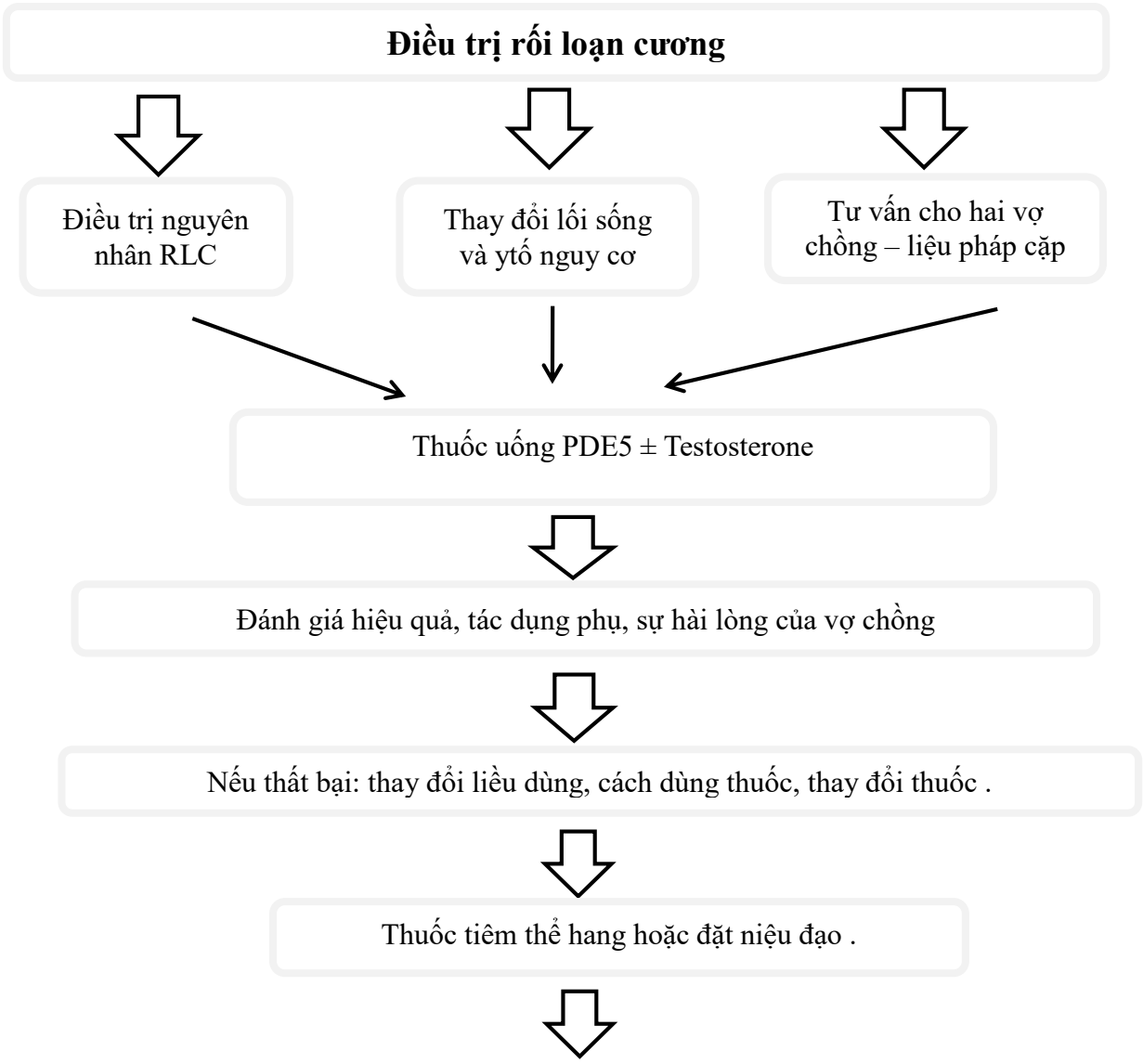
Bước 2: Thuốc tiêm thể hang hay đặt niệu đạo, dụng cụ ống hút chân không:

- Hiện nay không còn phổ biến

Bước 3: Phẫu thuật tái tạo mạch máu dương vật

- Cột TM lưng dương vật không được khuyến cáo
- Nối ĐMTVD-ĐM thể hang trong bất thường cấu trúc hoặc tắc ĐM thể hang.

Bước 4: Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghanem HM, Salonia A, Martin-Morales A. SOP: Physical Examination and Laboratory Testing for Men with Erectile Dysfunction. J Sex Med. 2012 Apr 23.

2. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al; Sildenafil Study Group. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. 1998. J Urol 2002 Feb;167(2 Pt 2):1197-203.

3. Gupta BP, Murad MH, Clifton MM, et al. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2011 Nov 14;171(20):1797-803.

4. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. J Sex Med 2004 Jul;1(1):49-57.

5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999 Feb;281(6):537-44.

6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the NationalHealth and Social Life Survey. Int J Impot Res 1999 Sep;11(Suppl 1):S60-4.

7. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med 2004 Jul;1(1):6-23.

8. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. J Urol 1987 May;137(5):829-36.

9. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, et al. Guidelines on Erectile Dysfunction. Eur Urol 2002 Jan 41(1):1-5.

CONG DƯƠNG VẬT BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Cong dương vật bẩm sinh là sự phát triển mất cân đối của bao trắng thể hang gây cong dương vật khi ở trạng thái cương và không kèm theo các bất thường của niệu đạo. Cong dương vật có thể biểu hiện (cong lên, cong xuống, cong sang bên hoặc xoay).

2. Tần suất

Cong dương vật bẩm sinh là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ nhỏ hơn 1%. Trong đó các tác giả khác thì cong dương vật không có kèm theo hypospadias chiếm tỷ lệ khoảng 4- 10%.

3. Nguyên nhân

Hiện nay vẫn chưa có bằng chứng nguyên nhân gây ra cong dương vật. Một số tác giả báo cáo cong dương vật gây ra do sự giãn, phân rời các sợi collagen hay sự xơ hóa của cấu trúc bao trắng thể hang

4. Phân loại: theo Devine

- Nhóm 1, 2, 3: không kèm miệng niệu đạo đóng thấp
- Nhóm 4: CDVBS
- Nhóm 5: có miệng niệu đạo đóng thấp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, lý do khám và những than phiền của bệnh nhân như: giao hợp khó, đau, không thể giao hợp hoặc bạn tình than đau, ảnh hưởng tâm lý, ảnh hưởng thẩm mỹ, chụp hình lúc dương vật cương là dữ liệu quan trọng để chẩn đoán và đánh giá cong dương vật.
- Bệnh nhân được các bác sĩ hướng dẫn chụp hình để xác định độ đúng cong khác nhau như sang trái, phải, lên, xuống, kết hợp xoay.

b. Triệu chứng thực thể

- Độ cong của dương vật thường sẽ được bệnh nhân mô tả cho chúng ta, tuy nhiên đây không phải là tiêu chuẩn để chẩn đoán. Do vậy chúng ta phải xác định độ cong dương vật chụp hình dương vật khi cương để đánh giá độ cong.

- Ngoài ra, khi thăm khám lâm sàng chúng ta có thể dùng thước đo độ để xác định độ cong sau khi xác định trục chính của dương vật (đoạn gần) và trục bị cong (đoạn xa).

c. Tiền sử

- Chấn thương, phẫu thuật vùng dương vật để loại trừ cong DV mắc phải

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Dopler dương vật để loại trừ các bệnh lý mắc phải (Peyronie)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định phẫu thuật

Theo Hội Niệu Khoa Châu Âu đưa ra các chỉ định điều trị trong bệnh cong dương vật bẩm sinh và Peyronie:

- Dương vật cong ≥ 30 độ.
- Rối loạn chức năng tình dục: cương đau, giao hợp khó, đau, không thể giao hợp hoặc bạn tình than đau.
- Ảnh hưởng tâm lý.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.

2. Nguyên tắc phẫu thuật

Trong điều trị cong dương vật được tiến hành theo một trong các nguyên tắc sau:

- Làm ngắn bên dài: (khâu gấp, Nesbit, Yachia)
- Làm dài bên ngắn: mảnh ghép
- Thực hiện cả hai nguyên tắc trên: vừa làm ngắn bên dài vừa làm dài bên ngắn.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng sớm

- Phù nề, tụ máu DV
- Rối loạn cảm giác
- Đau DV khi cương
- Cộm nốt chỉ
- Đau khi quan hệ

2. Biến chứng muộn

- Ngắn dương vật
- Rối loạn cương

- Cong tái phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Như, Mai Bá Tiến Dũng, Phạm Hữu Đương, Dương Văn Hải (2008), "Kích thước dương vật trung bình ở người Việt Nam trưởng thành", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản số 1: 326-329.

2. Andrews H, Al-Akraa M, Pryor JP (1999), "The Nesbit operation for congenital curvature of the penis", *International Journal of Impotence Research*, 11: 1191-1122.

3. Baskin LS and Lue TF (1998), "The correction of congenital penile curvature in young men", *British Journal of Urology*, 81: 895–899.

4. Ghanem H, Shamloul RM (2008), "Incisional corporoplasty for the correction of congenital penile curvature: a review of two suturing techniques", *International Journal of Impotence Research*, 20: 222-225.

5. Giammusso B, Burrello M, Branchina A, Nicolosi F, Motta M. "Modified corporoplasty for ventral penile curvature: description of the technique and initial results" J Urol. 2004 Mar;171(3):1209-11.

6. Kelâmi A (1987), "Congenital Penile Deviation and its Treatment with the Nesbit - Kelami Technique", *Britsh Journal of Urology*, 60: 261-263.

7. Lue TF (2007), "Physiology of Penile Erection and Pathophysiology of Erectile Dysfunction", *Campbell - Walsh Urology*, 9th Ed, Saunders Elsevier, Philadelphia: 718-736.

8. Montag S, Palmer LS. Abnormalities of penile curvature: chordee and penile torsion. ScientificWorldJournal 2011 Jul;11:1470-8.

9. Nesbit RM (1965), "Congenital curvature of phallus: Report of 3 cases with description of corrective operation", *J Urol*, 93: 230-232.

10. Yachia D, Beyar M, Aridogan IA, et al. The incidence of congenital penile curvature. J Urol 1993 Nov;150(5 Pt 1):1478-9.

11. Yachia D (2007), "Diagnosing congenital and acquired penile curvatures", *Text Atlas of Penile Surgery*, Informa Healthcare, London: 41-44.

CƯƠNG DƯƠNG VẬT KÉO DÀI

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. PHÂN LOẠI

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

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

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

III. NGUYÊN NHÂN

- Bệnh huyết học (bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia, bệnh bạch cầu, đa u tủy, *Hb Olmsted* (beta 141 Leu-->Arg), thuyên tắc mỡ trong khi truyền dịch dinh dưỡng, chạy thận nhân tạo, thiếu dehydrogenase glucose-6-phosphate, đột biến yếu tố V Leiden)
- Nhiễm trùng (độc tố qua trung gian) (bọ cạp chích, nhện cắn, bệnh dại, sốt rét)
- Rối loạn chuyển hóa (ví dụ amyloidosis, bệnh Fabry, gout)
- Rối loạn thần kinh (ví dụ bệnh giang mai, chấn thương tủy sống, hội chứng equina cauda, bệnh thần kinh tự chủ, Thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, tai biến mạch máu não, u não, gây tê tủy sống)
- Bệnh ác tính (di căn hoặc xâm lấn) (ung thư các cơ quan nhưtuyến tiền liệt, niệu đạo, tinh hoàn, bàng quang, trực tràng, phổi, thận)
- Chấn thương dương vật (tạo đường dó động tĩnh mạch gây cương đau dương vật lưu lượng cao high-flow priapism), thận nhân tạo, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch, kết hợp chấn thương vùng chậu

Thuốc

- Thuốc kích thích cương dương vật (papaverine, phentolamine, prostaglandin E1 / alprostadil, nhóm thuốc tiêm vào thể hang gây cương)
- Đối kháng thụ thể Alpha-adrenergic (ví dụ: prazosin, terazosin, doxazosin, tamsulosin)
- Thuốc chống lo âu (hydroxyzine)
- Thuốc chống đông máu (heparin, warfarin)
- Thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần (ví dụ: trazodone, bupropion, fluoxetine, sertraline, lithium, clozapine, risperidone, olanzapine, chlorpromazine, thiorizadine, phenothiazin)
- Thuốc hạ huyết áp (ví dụ hydralazine, guanethidine, propranolol)
- Kích thích tố (ví dụ: gonadotropin-releasing hormone, testosterone)
- Thuốc giải trí (ví dụ: rượu, cần sa, cocaine,)

IV. CHẨN ĐOÁN

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

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

V. CẬN LÂM SÀNG

- Bao gồm xét nghiệm máu, bạch cầu, giảm tiểu cầu và chức năng đông máu để đánh giá thiếu máu và phát hiện bất thường huyết học
- Phân tích khí máu là điều cần thiết để phân biệt giữa cương dương vật thể thiếu máu cục bộ và nhóm còn lại.
- Các xét nghiệm cụ thể để chẩn đoán thiếu máu hồng cầu hình liềm, hoặc bệnh lý hemoglobin khác (ví dụ: điện di hemoglobin) hoặc xét nghiệm nước tiểu và các xét nghiệm độc chất trong máu khi có nghi ngờ sử dụng các loại thuốc hướng thần kinh.

- Siêu âm Doppler dương vật và đáy chậu được khuyên dùng và có thể phân biệt cương dương vật thể thiếu máu và thể động mạch thay thế hoặc bổ sung cho phân tích khí máu.

- Vai trò của MRI trong đánh giá chẩn đoán cương dương vật đang còn tranh cãi. Trong cương dương vật thể động mạch, vai trò của nó bị giới hạn vì các thông nối động tĩnh mạch có thể không dễ dàng phát hiện.

- Chụp mạch máu vùnghội âm chọn lọc có thể tiết lộ đặc trưng các tổn thương động mạch thể hang trong cương dương vật thể động mạch. Tuy nhiên, do sự xâm lấn nên thường được thực hiện trong qua trình thuyên tắc thông nối động tĩnh mạch.

VI. ĐIỀU TRỊ

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

1. Chọc hút và tưới rửa thể hang

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

2. Điều trị nâng đỡ

Bao gồm giảm đau, ủ ấm hay ủ lạnh. Ketamine tiêm tĩnh mạch có thể gây ra ảo giác ,các thuốc hạ huyết áp và thuốc chống đông có thể sử dụng trong những trường hợp đặc biệt. Ketamine có thể thành công trong việc gây xìu ở 50% các trường hợp tới sớm. Nếu có bệnh tiềm ẩn là nguyên nhân gây cương đau dương vật phải điều trị bệnh đó ngay lập tức.

- **Bệnh hồng cầu hình liềm** phải điều trị bù nước,kiềm hóa và truyền máu để tăng nồng độ Hb >10 mg/dl .Như vậy sẽ làm giảm tình trạng toan hóa trong thể hang .Nếu

bệnh nhân có cương đau dương vật từng đợt có thể điều trị bằng chích leuprolide acetate (chất đồng vận LHRH) mỗi tháng một lần.

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

3. Điều trị phẫu thuật

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

  - Thủ thuật **Winter** là một phương pháp đơn giản và an toàn bao gồm việc tạo ra một đường dò giữa qui đầu và thể hang bằng kim sinh thiết. hoặc dao mổ. Thủ thuật tạo ra đường dò tạm thời và có thể thực hiện ngay tại giường với vô cảm tại chỗ. Kết quả rất thay đổi vì đường dò thường tự đóng sớm
  - Phẫu thuật **Al- Ghorab:** tạo ra một cầu nối giữa qui đầu và thể hang.

Điều trị cương dương vật thể động mạch

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

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1. El-Bahnasawy, M. S., Dawood, A., and Farouk, A. Low-flow priapism: risk factors for erectile dysfunction. BJU Int, 89: 285, 2002.

2. 2. Spycher, M. A. and Hauri, D. The ultrastructure of erectile tissue in priapism. J Urol, 135: 142, 1986.

3. 3. Broderick, G. A. and Harkaway, R. Pharmacologic erection: time-dependent changes in the corporal environment. Int J Impot Res, 6: 9, 1994.

4. 4. Hoffman, B. "Catecholamines, sympathomimetic drugs, and adrenergic receptor antagonists". In: Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics.

Edited by J. G. Hardman, L. E. Limbird, and A. G. Gilman. New York: McGraw-Hill Professional Publishing, chapter 10 pp 215-268, 2001.

5. 5. Nitahara, K.S., and Lue T.F. Priapism. In: Glenn's Urologic Surgery. S. D. Graham, Jr., J. F. Glen, and C. C. Carson. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

6. 6. Hinman F. Jr., Donley S., and Stempen P.H. Atlas of Urologic Surgery Second Editon. Philadelphia: WB Saunders, section 6, pp 177-228, 1998.

7. 7. Kulmala, R. V., Lehtonen, T. A., Lindholm, T. S., and Tammela, T. L. Permanent open shunt as a reason for impotence or reduced potency after surgical treatment of priapism in 26 patients. Int J Impot Res, 7: 175, 1995.

8. 8. Ochoa Urdangarain, O. and Hermida Perez, J. A. [Priapism. Our experience]. Arch Esp Urol, 51: 269, 1998.

9. 9. Kandel, G. L., Bender, L. I., and Grove, J. S. Pulmonary embolism: a complication of corpus-saphenous shunt for priapism. J Urol, 99: 196, 1968.

10. 10. Lowe, F. C. and Jarow, J. P. Placebo-controlled study of oral terbutaline and pseudoephedrine in management of prostaglandin E1-induced prolonged erections. Urology, 42: 51, 1993.

11. 11. Seftel, A. D., Haas, C. A., Brown, S. L., Herbener, T. E., Sands, M., and Lipuma, J. High flow priapism complicating veno-occlusive priapism: pathophysiology of recurrent idiopathic priapism? J Urol, 159: 1300, 1998.

12. 12. Matson, S., Herndon, C. D. A., and Honig, S. C. Pathophysiology of "low flow" priapism: Intermediate phase- evidence of "high flow" defined with duplex ultrasound. Int J Impot Res, 11: S27, 1999.

13. 13. Bastuba, M. D., Saenz de Tejada, I., Dinlenc, C. Z., Sarazen, A., Krane, R. J., and Goldstein, I. Arterial priapism: diagnosis, treatment and long-term followup. J Urol, 151: 1231, 1994.

14. 14. Steers, W. D. and Selby, J. B. Jr. Use of methylene blue and selective embolization of the pudendal artery for high flow priapism refractory to medical and surgical treatments. J Urol, 146: 1361, 1991.

15. 15. Gbadoe, A. D., Assimadi, J. K., and Segbena, Y. A. Short period of administration of diethylstilbestrol in stuttering priapism in sickle cell anemia. Am J Hematol, 69: 297, 2002.

16. 16. Virag, R., Bachir, D., Lee, K., and Galacteros, F. Preventive treatment of priapism in sickle cell disease with oral and self-administered intracavernous injection of etilefrine. Urology, 47: 777, 1996.

17. 17. Dahm, P., Rao, D. S., and Donatucci, C. F. Antiandrogens in the treatment of priapism. Urology, 59: 138, 2002.

18. 18. Levine, L. A. and Guss, S. P. Gonadotropin-releasing hormone analogues in the treatment of sickle cell anemia-associated priapism. J Urol, 150: 475, 1993.

19. 19. Serjeant, G. R., de Ceulaer, K., and Maude, G. H. Stilboestrol and stuttering priapism in homozygous sickle-cell disease. Lancet, 2: 1274, 1985.

20. 20. Steinberg, J. and Eyre, R. C. Management of recurrent priapism with epinephrine self- injection and gonadotropin-releasing hormone analogue. J Urol, 153: 152, 1995.

21. 21. Rourke, K.F., Fischler, A.H., and Jordan, G.H. Treatment of recurrent idiopathic priapism. J Urol, 168: 2552, 2002.

22. 22. Gupta, S., Salimpour, P., Saenz de Tejada, I., Daley, J., Gholami, S., Daller, M., et. al. A possible mechanism for alteration of human erectile function by digoxin: inhibition of corpus cavernosum sodium/potassium adenosine triphosphatase activity. J Urol, 159: 1529, 1998.

23. 23. Ahmed, I. and Shaikh, N. A. Treatment of intermittent idiopathic priapism with oral terbutaline. Br J Urol, 80: 341, 1997.

24. 24. Gbadoe, A. D., Atakouma, Y., Kusiaku, K., and Assimadi, J. K. Management of sickle cell priapism with etilefrine. Arch Dis Child, 85: 52, 2001.

25. 25. Van Driel, M. F. Joosten E. A. and Mensink H. J. Intracorporeal self-injection with epinephrine as treatment for idiopathic recurrent priapism. Eur Urol, 17: 95, 1990.

RỐI LOẠN XUẤT TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn xuất tinh được chia làm 4 loại lâm sàng chính: xuất tinh sớm *(premature ejaculation (PE))*, xuất tinh muộn (*delayed ejaculation)*, xuất tinh ngược dòng (*retrograde ejaculation)* và không xuất tinh (*anejaculation/anorgasmia)*. Xuất tinh sớm chiếm phần lớn và sẽ được trình bày trong một phác đồ điều trị xuất tinh sớm

- **Xuất tinh ngược dòng:** tinh dịch trào ngược vào bàng quang do khiếm khuyết cơ chế đóng cổ bàng quang lúc xuất tinh. Trong xuất tinh ngược dòng người bệnh vẫn đạt được khoái cảm cực độ vì vẫn có cảm giác phóng tinh.
- **Xuất tinh muộn:** sự chậm trễ đạt được khoái cảm tột độ trong suốt thời gian giao hợp. Cuộc giao hợp trở thành quá ngưỡng kích thích.
- **Không xuất tinh:** không có khả năng đạt được khoái cảm (không có khả năng phóng tinh trong khi hoạt động tình dục vẫn bình thường với độ cương cứng dương vật tốt) mặc dù mộng tinh vẫn có thể xảy ra.

II. DỊCH TỄ HỌC

Ở Anh nghiên cứu trên 12.815 đàn ông 50-80 tuổi, 46% có rối loạn xuất tinh. Xuất tinh muộn và không xuất tinh chiếm 2.5% ở nhưng bệnh nhân có vấn đề về tình dục. Ở những nam giới độ tuổi hoạt động tình dục, xuất tinh muộn chiếm 4%.

Xuất tinh ngược dòng chiếm 75% ở những bệnh nhân có cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo.

III. XUẤT TINH NGƯỢC DÒNG

1. Định nghĩa

Xuất tinh ngược dòng: tinh dịch trào ngược vào bàng quang do khiếm khuyết cơ chế đóng cổ bàng quang lúc xuất tinh. Trong xuất tinh ngược dòng người bệnh vẫn đạt được khoái cảm cực độ vì vẫn có cảm giác phóng tinh.

2. Nguyên nhân

Do thương tổn gây nhiễm loạn các sợi thần kinh giao cảm trung gian vùng cổ bàng quang và vùng cơ thắt tiền liệt tuyến. Thương tổn gây nhiễm loạn này có thể do rối loạn thần kinh hoặc do tác nhân một số biệt dược.

Nguyên nhân thường gặp:

Mất chức năng dẫn truyền thần kinh giao cảm

- Đái tháo đường, chấn thương
- Phẫu thuật: cắt bỏ đại tràng, cắt tiền liệt tuyến toàn phần, cắt thần kinh giao cảm hai bên, cắt thành động mạch chủ bụng và một số phẫu thuật vùng tiểu khung khác…
- Hiện nay nhiều phát hiện gợi ý rằng dây thần kinh hạ vị là đường dẫn truyền duy nhất các tín hiệu để đóng cổ bàng quang trong thời điểm xuất tinh. Thương tổn dây thần kinh này cũng có thể gây ra xuất tinh ngược dòng.

Suy yếu chức năng hoạt động vùng cổ bàng quang

- Bất cứ phẫu thuật nào gây sẹo vùng cổ bàng quang đều làm suy yếu chức năng hoạt động của cổ bàng quang dẫn đến xuất ngược dòng: phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến qua nội soi niệu đạo.

Xuất tinh ngược dòng do thuốc

- Một số thuốc có tác dụng chẹn giao cảm hoặc cắt đứt giao cảm có thể gây ra xuất tinh ngược dòng vì cổ bàng quang ko đủ độ co thắt để khép kín: Guanethidine, Nethyldope, Phenoxybenzamine, Prazosin, Bethanidine, Hexamethonium

IV. XUẤT TINH MUỘN

1. Định nghĩa

- Xuất tinh muộn: sự chậm trễ đạt được khoái cảm tột độ trong suốt thời gian giao hợp. Cuộc giao hợp trở thành quá ngưỡng kích thích.

2. Nguyên nhân

Tâm lý

- Ám ảnh, mặc cảm tự ty, lo âu, mâu thuẫn gia đình.
- *Mất nhạy cảm vùng dương vật*
- Bệnh thần kinh cảm giác hay phẫu thuật phá hủy thần kinh cảm giác vùng dương vật.
- *Ảnh hưởng hóa chất*
- Nghiện rượu, nghiện ma túy làm giảm quá trình hưng phấn tình dục.

V. KHÔNG XUẤT TINH

1. Định nghĩa

Không xuất tinh: không có khả năng đạt được khoái cảm (không có khả năng phóng tinh trong khi hoạt động tình dục vẫn bình thường với độ cương cứng dương vật tốt) mặc dù mộng tinh vẫn có thể xảy ra.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân tâm lý

- Lo lắng, sợ có thai, quan hệ gia đình, sự gò ép bởi các phong tục tạp quá!

Nguyên nhân thực thể

- Suy giảm khả năng phóng tinh chủ yếu là bệnh rối loạn thần kinh.
  - Chấn thương cột sống gây liệt hai chi dưới hoặc liệt tứ chi.
  - Một số bệnh gây chít hẹp vùng niệu đạo tuyến tiền liệt hoặc hẹp cổ túi tinh.
  - Phẫu thuật nội soi gây biến chứng chít hẹp vùng cơ quan phóng tinh hoặc thương tổn hệ thần kinh giao cảm.

VI. ĐIỀU TRỊ

Xác định nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân là mang lại hiệu quả cao nhất. Có một số phương pháp điều trị như:

- Dùng thuốc làm tăng quá trình hưng phấn thần kinh, ngược lại với điều trị xuất tinh sớm.
- Phong bế thần kinh đuôi ngựa nhằm diều chỉnh sự cân bằng giữa thần kinh giao cảm và phó giao cảm.
- Giải quyết các nguyên nhân tâm lý.
- Điều trị phẫu thuật đặt máy phát xung kích thích hoặc tạo hình chỗ tắc…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tom F. Lue (2004), *"*Male Sexual Dysfunction*"*, Smith' General Urology, the McGraw-Hill companies, 15th Edition.

2. Tom F. Lue (2007), "Evaluation and Nonsurgical Management of Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation*"*, Campbell - Walsh Urology 9th edition, W.B Saunders Company– USA.

3. Hossein Sadeghi-Nejad and Robert D. Oates (2004), “Male Reproductive Dysfunction“, Manual of Urology: Diagnosis and Therapy 2nd edition, Williams & Wilkins

4. Jeffrey P. Wolters (2006), “Current Concepts in Ejaculatory Dysfunction”, Vol. 8 Suppl. 4 2006 Reviews in Urology.

5. David J. Ralph and Kevan R. Wylie (2005), “Ejaculatory disorders and sexual function”, 2005 BJU International.

6. AUA Guideline on the Management of Premature Ejaculation 2014

XUẤT TINH SỚM

I. ĐỊNH NGHĨA

Theo định nghĩa của Tổ chức Y học Giới tính Thế giới (2014): Xuất tinh sớm là tình trạng rối loạn xuất tinh của nam giới với ba đặc trưng như sau:

- Luôn luôn hoặc gần như luôn luôn xuất tinh trong vòng **1 phút** hoặc sớm hơn kể từ khi đưa dương vật vào âm đạo

và

- Không có hoặc gần như không có khả năng **kiểm soát** xuất tinh

và

- Dẫn đến **ảnh hưởng tâm lý** như tự ti, căng thẳng, bực bội và né tránh quan hệ tình dục.

Những lưu ý:

- Thời gian có vấn đề xuất tinh sớm trên 6 tháng.
- Không có rối loạn tâm lý, bệnh toàn thân và nhiễm trùng niệu.
- Yếu tố môi trường ổn định.
- Không áp dụng cho quan hệ đồng tính.

II. Tần suất

Theo nghiên cứu của Lindau ST và cs tại Mỹ (2007): tần xuất xuất tinh sớm ở nam giới khoảng 27%

Khảo sát tại Châu Á- Thái Bình Dương 03/2009- 04/2009 : tần xuất xuất tinh sớm khoảng 20%.

Tần suất xuất tinh sớm ở nam giới nói chung khoảng 20%- 30%. Tỉ lệ cao nhất ở nam giới từ 18- 59 tuổi là 31%

III. Phân loại

Xuất tinh sớm được phân ra 2 loại: nguyên phát và thứ phát

- *Nguyên phát:* Xuất tinh sớm xuất hiện ngay từ lần quan hệ tình dục đầu tiên trong đời và gần như luôn luôn xảy ra mỗi khi quan hệ tình dục.
- *Thứ phát:* Xuất tinh sớm thứ phát xuất hiện từ từ hoặc đột ngột trên nam giới đang có tình trạng xuất tinh bình thường. Thời gian xuất tinh thường không quá ngắn như xuất tinh sớm nguyên phát.

IV. Chẩn đoán

1. Các công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm trên thế giới

PEDT gồm 5 câu hỏi ngắn đã được chứng thực giúp xác định những trường hợp có vấn đề về kiểm soát xuất tinh

1. Khi quan hệ, việc trì hoãn xuất tinh đối với Anh là khó hay dễ, ở mức nào?

Hoàn toàn không có gì khó khăn	Chỉ hơi khó khăn một tí	Khá khó	Rất khó	Cực kì khó
0	1	2	3	4

2. Trong vòng 6 tháng qua, khi quan hệ, những lần Anh bị xuất tinh sớm là nhiều hay ít, như thế nào?

Gần như không bao giờ hoặc không bao giờ	Ít hơn một nửa số lần quan hệ	Khoảng một nửa số lần quan hệ	Nhiều hơn một nửa số lần quan hệ 75%	Gần như thường xuyên hoặc luôn bị
0	1	2	3	4

3. Có bao giờ khi quan hệ, chỉ với rất ít kích thích cũng khiến Anh bị xuất tinh không?

Gần như không bao giờ hoặc không bao giờ	Ít hơn một nửa số lần quan hệ	Khoảng một nửa số lần quan hệ	Nhiều hơn một nửa số lần quan hệ 75%	Gần như thường xuyên hoặc luôn bị
0	1	2	3	4

4. Anh có thấy thất vọng vì bị xuất tinh trước khi Anh muốn không?

Hoàn toàn không	Hơi có	Có	Rất nhiều	Cực kỳ nhiều
0	1	2	3	4

5. Liệu Anh có lo lắng rằng thời gian xuất tinh của Anh sẽ khiến Vợ/ Bạn gái cảm thấy chưa được thỏa mãn hay không?

Hoàn toàn không lo lắng	Hơi lo lắng	Có lo lắng	Rất lo lắng	Cực kỳ lo lắng
0	1	2	3	4

- Tổng điểm ≤ 8: không bị xuất tinh sớm.
- Tổng điểm 9 đến 10: có nguy cơ bị xuất tinh sớm
- Tổng điểm ≥ 11: chắc chắn bị xuất tinh sớm

2. Hướng dẫn chẩn đoán xuất tinh sớm

a. Hỏi chung về bệnh sử

- Tiền sử tình dục:
  - Mối quan hệ và vấn đề xảy ra khi bắt đầu có đời sống tình dục.
  - Đã từng có vấn đề về xuất tinh sớm từ trước?
  - Với ai?
  - Số bạn tình?
  - Trong hoàn cảnh nào?

▪ Tiền sử có hay thủ dâm không?

- Tiền sử bệnh: các tình trạng y tế khác đã từng được chẩn đoán (tâm thần,…). Lưu ý các tên thuốc và thời gian sử dụng của các thuốc hiện nay đang sử dụng hoặc mới được sử dụng gần đây.

b. Khám lâm sàng

- Khám thực thể
- Khám bộ phận sinh dục ngoài, thăm khám trực tràng.
- Khám toàn thân.

c. Xét nghiệm

- Các xét nghiệm cận lâm sàng ít giá trị cho chẩn đoán xuất tinh sớm.
- Những xét nghiệm thường quy hoặc tâm thần kinh không được khuyến cáo. Chỉ nên thực hiện khi có những phát hiện bất thường khi khám lâm sàng hoặc bệnh sử có liên quan đến một số bệnh như: đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, tăng prolactin máu, suy tuyến sinh dục khởi phát muộn, rối loạn cương, viêm tuyến tiền liệt,...

V. Điều Trị

1. Các phương pháp không dùng thuốc

Phương pháp "ngừng – bắt đầu"

Bạn tình kích thích dương vật cho đến khi người nam cảm thấy sự thôi thúc xuất tinh. Lúc đó người nam sẽ ra hiệu cho đối tác của mình dừng lại, đợi cho cảm giác vượt qua và sau đó kích thích trở lại.

Kỹ thuật "bấm qui đầu"

Tương tự nhưng bạn tình sẽ bấm mạnh vào qui đầu ngay trước khi xuất tinh cho đến khi người nam mất cảm giác thôi thúc.

Cả hai thủ thuật này thường được áp dụng trong một chu kỳ ba lần dừng trước khi tiến tới cực khoái.

Thủ dâm trước khi quan hệ tình dục

Phương pháp này có thể áp dụng đối những người trẻ tuổi. Sau thủ dâm, dương vật sẽ giảm sự nhạy cảm dẫn đến chậm xuất tinh hơn.

Liệu pháp tâm lý

Các yếu tố tâm lý liên quan đến xuất tinh sớm cần được giải quyết trong điều trị.

Liệu pháp hành vi-tâm lý có thể có hiệu quả nhất khi được sử dụng "tăng cường" cho điều trị thuốc

2. Các thuốc điều trị xuất tinh sớm

a. Dapoxetine

- Dapoxetin là một thuốc thuộc nhóm ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc với tác dụng nhanh. Dapoxetin được hấp thu nhanh, đạt nồng độ đỉnh 72 phút sau khi uống và được bài tiết nhanh chóng.

- Liều khuyến cáo là 30mg, sử dụng trước khi quan hệ 1-3 giờ. Có thế tăng liều đến 60mg. Một số tác dụng phụ thường gặp gồm buồn nôn, chóng mặt, tiêu chảy và nhức đầu. Tuy nhiên chỉ một số ít bệnh nhân phải ngưng thuộc do các tác dụng phụ này. Hạ huyết áp tư thế là tác dụng phụ nặng nhất của thuốc tuy nhiên tỉ lệ hiếm gặp.

- Dapoxetine khi sử dụng chung với một thuốc nhóm ức chế PDE5 có thể được dung nạp tốt, an toàn.

b. Các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) và clomipramine

- Một số thuốc chống trầm cảm hiện nay được sử dụng trong điều trị xuất tinh sớm nhưng không được phê duyệt chính thức bao gồm:

Thuốc ức chế tái hấp thu không chọn lọc

- Clomipramin 25-50mg. ngày hoặc 4-24 giờ trước khi giao hợp

Thuốc ức chế hấp thu chọn lọc serotonin

- Fluoxetin 5-20mg/ ngày.
- Paroxetin 10, 20, 40 mg/ ngày hoặc 20mg 3-4 giờ trước giao hợp.
- Sertraline 25-200 mg/ngày hoặc 50mg 4-8 giờ trước khi giao hợp.
- Citalopram 20, 40 mg
- Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs) được sử dụng để điều trị các rối loạn tâm thể, nhưng lại có tác dụng làm chậm xuất tinh và do đó được sử dụng rộng rãi như là các thuốc ngoài danh mục cho điều trị xuất tinh sớm.

c. Thuốc gây tê tại chỗ

- Một số loại thuốc gây tê tại chỗ làm giảm cảm giác của vùng qui đầu dẫn đến chậm xuất tinh bao gồm:

- Kem lidocain 2,5%, kem Emla hoặc prilocain 2,5% dùng 20-30 phút trước khi giao hợp. Chú ý sử dụng kem bôi lâu dài có thể gây mất khả năng cương do mất cảm giác dương vật. Nên sử dụng bao cao su để tránh khuếch tán thuốc vào âm đạo

d. Tramadol

- Người ta nhận thấy Tramadol có một tác dụng làm chậm sự xuất tinh.
- Tramadol được hấp thu dễ dàng sau khi uống và có thời gian nồng độ giảm 1/2 trong 5-7 giờ. Đối với mục đích giảm đau, tramadol có thể được dùng từ 3 đến 4 lần mỗi ngày viên 50-100 mg. Các tác dụng phụ được báo cáo ở liều sử dụng cho giảm đau (lên đến 400 mg mỗi ngày) bao gồm táo bón, buồn ngủ và khô miệng. Cơ quan Quản lý Dược và thực phẩm Mỹ cảnh báo về nguy cơ gây nghiện và gây khó thở của Tramadol .

e. Thuốc khác - Thuốc nhóm ức chế phospho-diesterase type 5

- Một số nghiên cứu cho thấy chỉ có sildenafil có hiệu quả trong điều trị. Mặc dù có thể thời gian giao hợp chưa được cải thiện đáng kể, tuy nhiên sildenafil tăng sự tự tin, tăng khả năng kiểm soát xuất tinh và thỏa mãn tình dục, giảm lo lắng và giảm thời gian phục hồi để dương vật có thể cương cứng tiếp sau khi xuất tinh.
- Vai trò của thuốc ức chế PDE5 ở bệnh nhân xuất tinh sớm không kèm rối loạn cương dương chưa rõ.

f. Phẫu thuật

- Không được khuyến cáo trong điều trị xuất tinh sớm**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rosenberg MT, Sadovsky R. Identification and diagnosis of premature ejaculation. Int J Clin Pract 2007 Jun;61(6):903-8.

2. MALE SEXUAL DYSFUNCTION - UPDATE MARCH 2013 2. Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998. Updated

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2000.

4. International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th edn. Geneva: World Health Organization, 1994.

5. McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. J Sex Med 2004 Jul;1(1):58-65.

6. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J Sex Med 2008

7. Balon R, Segraves RT, Clayton A. Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. Am J Psychiatry 2007 Feb;164(2):198-200.

8. Waldinger MD, Schweitzer DH. The DSM-IV-TR is an inadequate diagnostic tool for premature ejaculation. J Sex Med 2007 May;4(3):822-3.

9. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSMV. J Sex Med 2008 May;5(5):1079-87.

10. Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part I-validity of DSM-IV-TR. J Sex Med 2006 Jul;3(4):682-92.

11. Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II-proposals for DSM-V and ICD- 11. J Sex Med 2006 Jul;3(4):693-705.

GIÃN TĨNH MẠCH TINH TRONG VÔ SINH

Giãn tĩnh mạch tinh là một bệnh lý thường gặp liên quan với các vấn đề sau trong Nam khoa:

- Tinh hoàn kém phát triển
- Triệu chứng đau và khó chịu ở bìu
- Vô sinh nam
- Suy sinh dục

I. PHÂN ĐỘ

Phân độ sau đây của giãn tĩnh mạch tinh thường phổ biến trên lâm sàng:

- Dưới lâm sàng: không sờ thấy khi nghỉ ngơi hay trong khi làm nghiệm pháp Valsava nhưng có thể phát hiện qua các xét nghiệm đặc biệt (như siêu âm Doppler).
- Độ 1: sờ thấy trong khi làm nghiệm pháp Valsava
- Độ 2: sờ thấy khi nghỉ ngơi nhưng không nhìn thấy
- Độ 3: nhìn thấy và sờ thấy khi nghỉ ngơi

II. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh dựa trên thăm khám lâm sàng và nên được khẳng định trên siêu âm kết hợp với phân tích Doppler màu.
- Ở các trung tâm điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng thuyên tắc xuôi dòng hoặc ngược dòng, chẩn đoán còn dựa trên X quang.

1. Đánh giá cơ bản

a. Giãn tĩnh mạch tinh và sinh sản

- Giãn tĩnh mạch tinh là tình trạng bất thường hiện diện trong 11.7% nam giới trưởng thành và 25.4% ở nam giới có tinh dịch đồ bất thường.
- Mối liên quan xác định giữa giãn tĩnh mạch tinh và giảm khả năng sinh sản không rõ nhưng một phân tích tổng quan gần đây cho thấy sự cải thiện tinh dịch đồ được ghi nhận sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh. Cột tĩnh mạch tinh có thể làm hồi phục quá trình tổn thương DNA tinh trùng.

b. Phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh

- Phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh đã được tranh luận trong suốt nhiều thập kỷ qua. Một phân tích tổng quan nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng và nghiên cứu quan sát cho thấy phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh có hiệu quả trong cải thiện các thông

số tinh dịch đồ ở các trường hợp có bất thường tinh dịch đồ, nhưng chỉ ở các trường hợp độ giãn tĩnh mạch tinh ghi nhận trên lâm sàng.

- Trong các nghiên cứu ngẫu nhiên, phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh ở nam giới với độ giãn dưới lâm sàng cho thấy không có hiệu quả trong việc tăng khả năng có thai tự nhiên. Tương tự vậy, trong những nghiên cứu ngẫu nhiên khác trên các nam giới có tinh dịch đồ bình thường, không ghi nhận lợi ích của việc cột tĩnh mạch tinh so với nhóm quan sát.
- Một tổng quan Cochrane từ 2013 kết luận rằng có bằng chứng ủng hộ việc cột tĩnh mạch tinh trên các cặp vợ chồng mà nguyên nhân vô sinh chưa ghi nhận rõ ràng sẽ cải thiện khả năng có con của họ. Trong một phân tích các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng khác kết luận rằng cột tĩnh mạch tinh sẽ cải thiện tinh trùng yếu so với nhóm quan sát 2.39 lần.

2. Cột tĩnh mạch tinh dự phòng

Ở nam giới trưởng thành có giãn tĩnh mạch tinh, các nghiên cứu ghi nhận nguy cơ điều trị quá tay vì hầu hết các trường hợp này có khả năng có con bình thường về sau.

Điều trị dự phòng giãn tĩnh mạch tinh chỉ nên xem xét ở các trường hợp tinh hoàn kém phát triển so với bên còn lại qua thăm khám lâm sàng và các trường hợp chất lượng tinh dịch đồ bị ảnh hưởng nặng.

III. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh. Các bằng chứng cho thấy cột tĩnh mạch tinh vi phẫu là phương pháp hiệu quả nhất trong số các kỹ thuật cột tĩnh mạch tinh.

Cột tĩnh mạch tinh vi phẫu có tỉ lệ biến chứng ít hơn và tái phát ít hơn so với các phương pháp phẫu thuật khác. Tuy nhiên phương pháp này cần đòi hỏi các phẫu thuật viên được đào tạo qua lớp vi phẫu.

Các phương pháp phẫu thuật khác hiện nay vẫn còn là lựa chọn thay đổi dù tỉ lệ tái phát cũng như tràn dịch tinh mạc sau mổ có thể xảy ra.

Các khuyến cáo điều trị hiện nay

(1) Điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở nam giới trưởng thành với bằng chứng tinh hoàn kém phát triển sau khi thăm khám lâm sàng nên được khuyến cáo.

(2) Không điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở các trường hợp vô sinh nam có tinh dịch đồ bình thường và các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh dưới lâm sàng.

(3) Điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở các nam giới có độ giãn tĩnh mạch ghi nhận trên lâm sàng, tinh trùng yếu và các trường hợp không giải thích được nguyên nhân gây vô sinh ở các cặp vợ chồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pryor JL, Howards SS. Varicocele. Urol Clin North Am 1987;14:499

2. Goldstein M: Surgical management of male infertility and other scrotal dis order. In Walsh PC et al Eds, Campbell's Urology, W.B Saunders (2002): 1532-1587.

3. Gianpiero D Palermo, Queenie V Neri, Takumi Takeuchi, Simon J Hong, Zev Rosenwaks. Textbook of Assisted ReproductiveTechnologies 2009, 3rd edition, p171-p180.

4. AUA and ASRM. Report on varicocele and infertility. April, 2001