

# P HÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

## VIÊM RUỘT THỪA CẤP

### I. KHÁI NIỆM

Viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa thường gặp nhất [2]. Tại Pháp, tỷ lệ viêm ruột thừa cấp khoảng 40 đến 60 trường hợp trên 100.000 dân, tại Mỹ có khoảng 300.000 người được mổ cắt ruột thừa trong một năm, với tỷ lệ mắc cả đời là 7-14%. Ở Việt Nam tỷ lệ cắt ruột thừa viêm chiếm 40,5 - 49,8% tổng số các cấp cứu ổ bụng, tại bệnh viện Việt Đức là 53,38% phẫu thuật cấp cứu do bệnh lý cấp cứu vùng bụng[1,5].

Các mã ICD có thể áp dụng cho bệnh nhân viêm ruột thừa hoặc theo dõi

viêm ruột thừa:

STT	MÃ ICD-10	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	R10	Đau bụng vùng chậu
2	R10.0	Bụng cấp
3	R10.1	Đau bụng khu trú bụng trên
4	R10.2	Đau vùng chậu và đáy chậu
5	R10.3	Đau khu trú tại các vùng khác của bụng dưới
6	R10.4	Đau bụng không xác định và đau bụng khác
7	K 35	Viêm ruột thừa cấp
8	K35.8	Viêm ruột thừa cấp tính, khác và không đặc hiệu
9	K35.9	Viêm ruột thừa cấp – không đặc hiệu

### II. NGUYÊN NHÂN

\* Sự tắc trong lòng ruột thừa là nguyên nhân chủ yếu gây viêm ruột thừa. Quá trình diễn tiến bệnh chia làm 5 giai đoạn: (1) tắc lòng ruột thừa gây căng lòng ruột, (2) gây tiết T8-T10 thần kinh tạng dẫn đến đau bụng ở vùng thượng vị kéo dài từ 4-6 giờ, (3) áp lực trong lòng ruột tăng dẫn đến tăng áp lực trong lòng mạch ở thành ruột thừa đưa đến tắc nghẽn mạch máu và thiếu máu nuôi mô,(4) sự thiếu

máu nuôi dẫn đến phản ứng viêm và xâm nhập vi khuẩn vào thành ruột thừa,(5) phản ứng viêm và xâm nhập vi trùng xuyên qua thành ruột gây viêm phúc mạc thành và đau khu trú ở % dưới phải [1,2].

\* Tác nghẽn ở lòng ruột thừa (60%) do:

- Sỏi phân mà nhân của các hòn sỏi này là các sợi xo của dồ an, là giun dũa, giun kim, sán dây, là carcinoma, carcinoid.

- Cũng có thể là các hạch bạch huyết tăng sản to lên (nguyên phát hay thứ phát từ

một nguồn nhiễm, đặc biệt ở trẻ em).

- Tác nghẽn còn do chèn ép từ ngoài, xoắn vặn, bị gập.

- Thương tổn viêm có thể bắt đầu từ một chỗ loét niêm mạc.

\* Có khoảng 14 loại vi khuẩn gây viêm ruột thừa, đa phần là *Escherichia coli* và *Bacteroides fragilis*. Vì vậy, ngoài phẫu thuật cắt ruột thừa (mở hay nội soi) là điều trị chuẩn, sử dụng kháng sinh dự phòng để làm giảm tình trạng nhiễm

trùng vết mổ và áp xe trong ổ bụng với VRT cấp chưa có biến chứng và kháng sinh điều trị cho VRT cấp có biến chứng (hoại tử, áp xe RT, viêm phúc mạc RT) là cần thiết [1,2].

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Chẩn đoán xác định**

##### **1.1. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng:

+ Triệu chứng gợi ý: đau di chuyển từ thượng vị hay quanh rốn sang hố chậu phải, xuất hiện đau khu trú ở hố chậu phải, đau trước, sau đó nôn, bệnh nhân

thấy người mệt mỏi, sốt.

+ Triệu chứng không gợi ý: không đau ở hố chậu phải, có tiền sử đau trước đó (kể cả viêm ruột thừa tái phát cũng không nghi chẩn đoán cấp cứu cho bệnh nhân. [1,2,5]

- *Triệu chứng toàn thân*

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.

- *Triệu chứng thực thể*

+ Phản ứng thành bụng: khám nhẹ nhàng vùng hố chậu phải thấy co thành bụng vùng này căng hơn những vùng khác của ổ bụng. Càng ấn sâu xuống, cảm giác co cơ càng tăng, bệnh nhân đau phải nhăn mặt hay dãn tay thầy thuốc ra.

Triệu chứng ấn đau ở điểm Mc-Burney, ngoài ra một số điểm khác như điểm Lanz,

Clado là những dấu chứng ban đầu, sau đó diễn tiến qua có phản ứng dội, dễ kháng

thành bụng, co cứng thành bụng nhẹ và co cứng thành bụng dữ dội.

Dấu hiệu co thắt lưng chậu, dấu co bịt, Rovsing, tăng cảm giác da vùng bụng.

+ Tham trực tràng hay tham âm đạo ở phụ nữ thấy thành phải trực tràng hay bờ phải túi cùng âm đạo đau [1,5].

##### **1.2. Cận lâm sàng**

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:

Xét nghiệm huyết học: Công thức máu (bạch cầu tăng, bạch cầu da nhân trung tính trên 80%)

Siêu âm: hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm là ruột thừa ẩn không xếp với đường

kính > 6 mm, xung quanh có thể có thâm nhiễm mỡ. Ngoài ra là hình ảnh tang âm, thâm nhiễm mô xung quanh (dấu của phản ứng viêm) và ổ áp xe.

+ CT scan ổ bụng (tốt nhất là chụp có thuốc cản quang): chẩn đoán chính xác tình trạng viêm ruột thừa và dịch ổ bụng, đồng thời phân biệt được với các nguyên nhân khác.

MRI: thường được sử dụng cho các trường hợp VRT khó chẩn đoán ở thai phụ hay người chống chỉ định chụp CT Scan ổ bụng [1,5].

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:

+ Xét nghiệm huyết học: Prothrombin, APTT, máu chảy, HIV, HbsAg, HCV, nhóm máu.

+ Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin.

+ Xquang ngực thẳng

+ Xquang bụng không chuẩn bị

+ Các xét nghiệm khác: tùy trường hợp cụ thể chỉ định thêm cận lâm sàng như làm điện tim, siêu âm tim nếu có bệnh lý về tim mạch,... [5]

## **2. Chẩn đoán phân biệt**

### **2.1. Với các nguyên nhân khác trong ổ bụng**

Thủng ổ loét dạ dày tá tràng

Viêm túi mật cấp

Viêm tụy cấp

Viêm túi thừa meckel, viêm hạch mạc treo viêm ruột ở trẻ em

Viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang hoàng thể, xoắn u nang buồng trứng ở phụ nữ

U manh tràng và tắc ruột ở người già [1,5]

### **2.2. Các bệnh lý do tiết niệu**

Con đau quặn thận hay viêm đường tiết niệu

Viêm co dái chậu bên phải

### **2.3. Một số bệnh lý nội khoa**

Viêm thùy dưới phổi phải, một số trường hợp sốt virus có thể gây đau hố chậu phải

## **3. Chẩn đoán thể lâm sàng**

### **3.1. Thể theo vị trí**

- Viêm ruột thừa sau manh tràng

- Viêm ruột thừa quanh rễ mạc treo.

- Viêm ruột thừa dưới gan

- Viêm ruột thừa trong tiểu khung

### **3.2. Thể theo cơ địa**

#### **3.2.1. Viêm ruột thừa trẻ em**

Viêm ruột thừa ở lứa tuổi nhu nhi: rất hiếm gặp, chẩn đoán thường khó khăn, thường dễ muộn khi đã viêm phúc mạc

Viêm ruột thừa ở trẻ 2-5 tuổi: những triệu chứng như sốt, ỉa chảy nôn, trằn trọc quấy khóc, co chân bên phải gập vào bụng, bụng chướng la những dấu hiệu rất

hay gặp trong viêm ruột thừa. Tham trực tràng một cách nhẹ nhàng thấy thành phải trực tràng đau rất có giá trị chẩn đoán.

### **3.2.1. Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai**

Trong 6 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, triệu chứng viêm ruột thừa không có nhiều khác biệt so với phụ nữ bình thường. Trong 3 tháng cuối tử cung to đẩy mạnh tràng lên cao và xoay ngoài nên điểm đau của ruột thừa bị đẩy lên cao và lệch ra sau lưng.

### **3.2.3. Viêm ruột thừa ở người già**

Các triệu chứng đau chán ăn, buồn nôn, rất thường gặp ở người già nhưng ít rầm rộ hơn. Phản ứng thành bụng ở người già rất kín đáo, hay gặp chướng bụng, nhiều

trường hợp không có sốt.

## **3.3. Thể theo diễn biến**

### **3.3.1. Viêm ruột thừa dễ diễn biến nhanh**

Sau vài giờ đau đã dẫn tới viêm phúc mạc tức thì, loại viêm phúc mạc này dễ nhầm với viêm phúc mạc do thủng dạ dày.

### **3.3.2. Viêm ruột thừa thể hoại tử**

Bệnh nhân đau dữ dội, không nôn, ỉa chảy phân thối khắm, thiếu niệu hay vô niệu. Mặt xanh tái, đầu chi lạnh,; thân nhiệt thấp; thở nhanh nông, mạch nhanh nhỏ khó bắt.

Các triệu chứng thực thể mô hồ kín đáo: bụng không co cứng, phản ứng thành bụng không rõ ràng.

Khi mở bụng thấy dịch đen bẩn, ruột thừa vỡ từng mảng, mùi thối do tổ chức hoại tử.

### **3.3.3. Viêm ruột thừa thể nhiễm độc**

Bệnh cảnh lâm sàng: sốc nhiễm trùng, nhiễm độc do vi khuẩn Gr (-)

Dấu hiệu thực thể nghèo nàn, bụng xẹp hay trướng nhẹ, không bao giờ có co cứng, phản ứng thành bụng

Dấu hiệu toàn thân rầm rộ: mạch nhanh, huyết áp hạ, khó thở, tím tái, sốt nhẹ hoặc giảm nhiệt độ.

Mở lòng ruột thừa thấy niêm mạc ruột thừa hoại tử.

## **3.4. Các thể viêm ruột thừa khác**

### **3.4.1. Viêm ruột thừa trong túi thoát vị**

### **3.4.2. Viêm ruột thừa do giun chui vào ruột thừa**

### **3.1.3. Viêm ruột thừa do lao 3.1.4. Viêm ruột thừa do thương hàn**

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị**

Mở cấp cứu cắt ruột thừa [1,6].

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **2.1. Điều trị trước mổ**

- Thuốc kháng sinh: Sử dụng các kháng sinh có phổ tác dụng chủ yếu trên vi khuẩn Gram (-), có thể phải phối hợp với kháng sinh Metronidazole. Một số nhóm

thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3,

thể hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Metronidazole; Tinidazole;...

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thang bằng kiềm toan:

+ Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%; Natriclorid 0,9 %.

+ Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)

- Thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...

- Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có): thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc

hạ huyết áp; thuốc lợi tiêu;... [1,2,5]

## 2.2. Phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở cắt ruột thừa.

Nếu ổ bụng có dịch phải lấy dịch nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

Lấy ruột thừa làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

## 2.3. Điều trị sau mổ

\* Thuốc:

- Sử dụng kháng sinh: như phần 2.1. Khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thang bằng kiềm toan: như phần 2.1.

- Các dung dịch nuôi dưỡng đường tinh mạch (nếu người bệnh ăn uống kém hoặc

không an được). Các dung dịch nuôi dưỡng gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm,

mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...

- Sử dụng thuốc giảm đau: như phần 2.1.

- Các thuốc chống viêm: alphachymotripsin, lydosinat ...

- Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có): như phần 2.1.

\* Chế độ chăm sóc:

- Thay băng vết mổ.

- Chăm sóc ống dẫn lưu (nếu có).

- Vận động sớm sau mổ.

- Võ rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Cho ăn sớm sau 6 tiếng sau mổ, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên. Nuôi dưỡng đường tinh mạch: như phần 2.1.

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng bụng, vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn

lưu; đại tiện bình thường/rối loạn;...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan,

thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ [1,5].

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **1. Các biến chứng của viêm ruột thừa**

- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Áp xe ruột thừa
- Đám quánh ruột thừa

### **2. Biến chứng sau mổ [1,6]**

#### **2.1. Chảy máu sau mổ**

Chảy máu trong ổ bụng do mạch máu mạc treo ruột thừa bị tuột hoặc cầm máu không kỹ, do bóc tách manh tràng khỏi thành bụng, chảy máu từ mạc nối lớn, thành bụng,...

**2.2. Viêm phúc mạc sau mổ: do mủ lau chưa sạch hoặc bục gốc ruột thừa. Cần phải mổ lại sớm làm sạch ổ bụng hoặc xử trí gốc ruột thừa.**

#### **2.3. Rò manh tràng.**

**2.4. Tắc ruột sau mổ:** có thể xuất hiện sớm sau mổ hoặc xa nhiều năm sau mổ. Tắc ruột sớm thường liên quan đến ổ nhiễm khuẩn trong ổ bụng, tắc ruột xa sau mổ là do dây chằng hoặc dính ruột hình thành sau mổ.

**2.5. Abscess túi cùng Douglas:** Thường gặp sau mổ viêm phúc mạc, do lau bụng và dẫn lưu không tốt. Phát hiện được khoảng ngày thứ 5 sau mổ: Sốt, đau hạ vị kèm có các triệu chứng kích thích trực tràng hoặc bàng quang nhu mót rặn và ỉa nhiều lần ra mui nhày, dái rắt,...tham trực tràng thấy có khối phòng ở thành trước trực tràng càng đau, siêu âm giúp xác định khối absces.

Xử trí: Kháng sinh toàn thân, thụt nước ấm hậu môn,.. sau vài ngày sẽ trích tháo mủ ổ abscess qua đường trực tràng (trích dẫn lưu ngoài phúc mạc).

2.6. Nhiễm trùng vết mổ [2,3,4].

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Khi bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng, đặc biệt đau tại vùng bụng dưới bên phải cần đến khám ngay tại các cơ sở y tế có đủ năng lực chuyên môn để tránh bỏ

sốt viêm ruột thừa cấp dẫn đến áp xe ruột thừa, viêm phúc mạc ruột thừa.

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ Viêm ruột thừa cấp khi có đau bụng hố chậu phải kèm theo sốt, bạch cầu tăng. Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính có ruột thừa tăng kích thước.

## **VIII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, ăn uống được, đại tiểu tiện bình thường.

- Khám: bụng mềm, vết mổ khô, không có biến chứng sau mổ

- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện 01 tháng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh Học Ngoại dùng cho sau đại học, Tập 1 (Trường Đại học Y Hà Nội). Nhà

xuất bản Y học, Hà Nội – 2006, trang 171 – 187.

2. Viêm ruột thừa cấp, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nam 2018, Bệnh viện

Bình dân, trang 49.

3. Ninh Việt Khải, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2011), Tạp chí Y học thực hành (751) số 2/2011, trang 66, “Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa vỡ”.

4. Trần Hữu Vinh (2014). Nhận xét kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y học Thực Hành - Bộ Y Tế, số 2/2014, trang 70-73.

5. Đỗ Mạnh Toàn, Vu Ngọc Anh, Vu Công Định (2020), “Bước đầu đánh giá vai trò của các yếu tố trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện da khoa tỉnh Thái Bình nam 2020”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở

6. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa - Tài liệu hướng dẫn quy trình Phẫu thuật nội soi, Bộ y tế (2016), phần 2, trang 563.

## VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

### **I. KHÁI NIỆM**

Viêm phúc mạc ruột thừa là một biến chứng nặng, nguy hiểm và hay gặp của bệnh viêm ruột thừa cấp [4]. Tình trạng này xảy ra khi viêm ruột thừa không được phát hiện và điều trị sớm dẫn đến tình trạng vỡ mũ vào trong ổ bụng, làm viêm nhiễm khắp ổ bụng, sốc nhiễm trùng. [1,3]

Các mã ICD – 10 có thể áp dụng cho bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa:  
viêm ruột thừa:

STT	MÃ ICD-10	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	K35.0	Viêm ruột thừa có viêm phúc mạc toàn bộ
2	K35.2	Viêm ruột thừa cấp tính kèm theo viêm phúc mạc toàn
3	K35.3	Viêm ruột thừa cấp tính kèm viêm phúc mạc khu trú
4	K65.0	Viêm phúc mạc cấp
5	K65.8	Viêm phúc mạc khác

## II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm ruột thừa cấp không được phát hiện và xử lý kịp thời dẫn đến vỡ mũ vào ổ bụng.

- Áp xe ruột thừa vỡ mũ gây viêm phúc mạc thì 2. [1,2]

## III. CHẨN ĐOÁN:

### 1. Chẩn đoán xác định

#### 1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau bụng: thường là bắt đầu đau từ hố chậu phải sau đó lan khắp bụng.

Thời gian từ khi có dấu hiệu đau đầu tiên đến khi vào viện thường gặp nhất là trên

48h.

+ Ía lỏng: các trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa có thể có ía lỏng do ruột bị kích thích bởi dịch mũ.

+ Nôn: do liệt ruột

+ Khai thác tiền sử trong thời gian bị đau có thể bệnh nhân đã được điều trị ở tuyến dưới hoặc tự ý điều trị thuốc kháng sinh, giảm đau, chống viêm, men tiêu hóa nhưng không đỡ

- Triệu chứng toàn thân:

+ Dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: Sốt 37,5 - 38°C, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.

- Triệu chứng thực thể:

+ Bụng trướng nhẹ hoặc vừa

+ Có cảm ứng phúc mạc toàn ổ bụng

+ Vùng hố chậu phải có thể vẫn khám thấy phản ứng thành bụng mạnh hơn so với các vùng khác của ổ bụng

+ Có thể sờ thấy khối ở hố chậu phải với các trường hợp áp xe ruột thừa vỡ gây viêm phúc mạc thì 2.

+ Nghe có thể thấy nhu động ruột giảm hoặc mất. [1,2,3]

#### 1.2. Cận lâm sàng [1,2,5]

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:



+ Xét nghiệm huyết học: Công thức máu (bạch cầu tạng, bạch cầu da nhân trung tính tạng)

+ Siêu âm ổ bụng: hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm là ruột thừa ấn không xẹp với đường kính > 6 mm. Có thể thấy thành ruột thừa mất liên tục hoặc có sỏi phân trong lòng ruột thừa. Có thể thấy dịch tự do ổ bụng hoặc xung quanh ruột thừa.

+ CT scan ổ bụng (tốt nhất là chụp có thuốc cản quang): chẩn đoán chính xác tình trạng viêm ruột thừa và dịch ổ bụng, đồng thời phân biệt được với các nguyên nhân khác.

+ MRI: thường được sử dụng cho các trường hợp VRT khó chẩn đoán ở thai phụ hay người chống chỉ định chụp CT bụng (độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 98%).

+ Xét nghiệm vi sinh: xét nghiệm vi sinh dịch mủ ổ bụng trong quá trình phẫu thuật để khẳng định chính xác sự có mặt của vi khuẩn trong ổ phúc mạc đồng thời làm kháng sinh đồ để điều trị hậu phẫu.

### **- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:**

+ Xét nghiệm huyết học: Prothrombin, APTT, máu chảy, HIV, HbsAG, HCV, nhóm máu.

+ Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin.

+ Xquang ngực thẳng

+ Xquang bụng không chuẩn bị

++ Các xét nghiệm khác: tùy trường hợp cụ thể như làm điện tim, siêu âm tim nếu có bệnh lý về tim mạch,... [1,5]

## **2. Chẩn đoán phân biệt [1,2]**

### **2.1. Tình trạng viêm phúc mạc do nguyên nhân khác**

- Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng
- Viêm phúc mạc tiêu khùng do viêm phần phụ
- Viêm phúc mạc do viêm hoại tử túi thừa đại tràng, ruột non
- Viêm phúc mạc do thâm mật phúc mạc

### **2.2. Các bệnh lý khác không phải viêm phúc mạc**

- Viêm tụy cấp
- Tắc ruột co giới
- Liệt ruột co nang

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị**

- Mô cấp cứu càng sớm càng tốt.
- Vừa hồi sức vừa mổ với các trường hợp bệnh nhân có nhiễm trùng nhiễm độc nặng.[1,2]

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **2.1. Điều trị trước mổ**

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thang bằng kiểm toan:
  - + Các dung dịch: Glucose 5%, Natriclorid 0,9 %.
  - + Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)

+ Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào toàn trạng người bệnh, mạch huyết áp, áp lực TMTT và số lượng nước tiểu/giờ...

- Các thuốc kháng sinh: Sử dụng theo nguyên tắc kháng sinh phổ rộng, liều cao và phối hợp với kháng sinh Metronidazole. Một số nhóm thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Imipenem;..

- Sử dụng thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...

- Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có): thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc

hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu,..

- Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu để theo dõi nước tiểu. [1,2,5]

## **2.2. Phẫu thuật**

- Phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở cắt ruột thừa, lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu

(nếu cần).

- Lấy dịch ổ bụng hoặc giả mạc nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

- Lấy ruột thừa làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.[3,4]

## **2.3. Điều trị sau mổ**

\* Thuốc:

- Sử dụng kháng sinh: như phần 2.1. Khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thang bằng kiềm toan: như phần 2.1.

- Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (nếu người bệnh ăn uống kém hoặc

không ăn được). Các dung dịch nuôi dưỡng gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm,

mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...

\* Chế độ chăm sóc:

- Thay băng vết mổ.

- Chăm sóc ống dẫn lưu.

- Vận động sớm sau mổ.

- Vô rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Nhịn ăn trong những ngày đầu sau mổ đến khi có trung tiện, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên, sử dụng các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch ở trên.

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng bụng, vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn

lưu; đại tiện bình thường/rối loạn;...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ.

## **V. BIẾN CHỨNG [1,3,4,6]**

### **2.1. Chảy máu sau mổ**

Chảy máu trong ổ bụng do mạch máu mạc treo ruột thừa bị tuột hoặc cầm máu không kỹ, do bóc tách manh tràng khỏi thành bụng, chảy máu từ mạc nối lớn, thành bụng,...

**2.2. Viêm phúc mạc sau mổ:** do mổ lau chưa sạch hoặc bục gốc ruột thừa. Cần phải mổ lại sớm làm sạch ổ bụng hoặc xử trí gốc ruột thừa.

### **2.3. Rò manh tràng.**

**2.4. Tắc ruột sau mổ:** có thể xuất hiện sớm sau mổ hoặc xa nhiều năm sau mổ. Tắc ruột sớm thường liên quan đến ổ nhiễm khuẩn trong ổ bụng, tắc ruột xa sau mổ là do dây chằng hoặc dính ruột hình thành sau mổ.

**2.5. Abscess túi cùmg Douglas:** Thường gặp sau mổ viêm phúc mạc, do lau bụng và dẫn lưu không tốt. Phát hiện được quặng ngày thứ 5 sau mổ: Sốt, đau hạ vị kèm có các triệu chứng kích thích trực tràng hoặc bàng quang như mót rặn và đi nhiều lần ra mũi nhày, đái rắt,...thăm trực tràng thấy có khối phồng ở thành trước

trực tràng càng đau, siêu âm giúp xác định khối absces.

Xử trí: Kháng sinh toàn thân, thụt nước ấm hậu môn,.. sau vài ngày sẽ trích tháo mũ ổ abscess qua đường trực tràng (trích dẫn lưu ngoài phúc mạc).

### **2.6. Nhiễm trùng vết mổ**

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Khi bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng, đặc biệt đau tại vùng bụng dưới bên phải cần đến khám ngay tại các cơ sở y tế có đủ năng lực chuyên môn để tránh bỏ sót viêm ruột thừa cấp dẫn đến viêm phúc mạc ruột thừa.

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ viêm phúc mạc ruột thừa khi có hội chứng nhiễm trùng kết hợp với hội chứng viêm phúc mạc.

## **VIII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, an uống được, đại tiểu tiện bình thường.

- Khám: bụng mềm, vết mổ khô, không có biến chứng sau mổ

- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện 01 tháng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh Học Ngoại dùng cho sau đại học, Tập 1 (Trường Đại học Y Hà Nội). Nhà

xuất bản Y học, Hà Nội – 2006, trang 171 – 187.

2. Viêm ruột thừa cấp, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2018, Bệnh viện Bình dân, trang 49.

3. Ninh Việt Khải, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2011), Tạp chí Y học thực hành 751) số 2/2011, trang 66, “Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa vỡ”.

4. Trần Hữu Vinh (2014). Nhận xét kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong

điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y học Thực Hành - Bộ Y Tế, số 2/2014, trang 70-73.

5. Đỗ Mạnh Toàn, Vu Ngọc Anh, Vu Công Định (2020), “Bước đầu đánh giá vai trò của các yếu tố trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện da khoa tỉnh Thái Bình nam 2020”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở

6. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa - Tài liệu hướng dẫn quy trình Phẫu thuật nội soi, Bộ y tế (2016), phần 2, trang 563.

## ÁP - XE RUỘT THỪA

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Áp xe ruột thừa là hậu quả của ruột thừa vỡ mủ, được các cơ quan lân cận bao bọc lại thành ổ áp xe trong ổ bụng. [1,5]

- Các mã ICD – 10 có thể áp dụng cho bệnh nhân áp xe ruột thừa:

STT	MÃ ICD-10	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ƯNG
1	K35.1	Viêm ruột thừa cấp với áp xe phúc mạc
2	K35.3	Viêm ruột thừa cấp tính kèm viêm phúc mạc khu trú
3	K36	Viêm ruột thừa khác
4	K37	Viêm ruột thừa không đặc hiệu

### II. NGUYÊN NHÂN

Ruột thừa viêm mủ không được phát hiện và điều trị kịp thời và đúng cách.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### 1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Triệu chứng gợi ý: đau di chuyển từ thượng vị hay quanh rốn sang hố chậu phải; xuất hiện đau khu trú ở hố chậu phải, đau trước, sau đó nôn; bệnh nhân thấy

người mệt mỏi, sốt. Triệu chứng đau thường xuất hiện trước nhiều ngày.

+ *Triệu chứng không gợi ý: không đau ở hố chậu phải, có tiền sử đau trước đó.*

+ *Bệnh nhân có thể đã được điều trị thuốc kháng sinh hoặc/và chống viêm.*

- Triệu chứng toàn thân:

Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt 37,5 - 38°C, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.

- Triệu chứng thực thể:

+ Khám bụng có thể thấy bụng trướng ở các mức độ khác nhau

+ Phần lớn sờ thấy khối vùng hố chậu phải chắc, ấn đau, di động hạn chế.

+ Phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc tùy từng trường hợp. [1,2,5]

## **1.2. Cận lâm sàng**

Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:

+ Xét nghiệm huyết học: công thức máu.

+ Siêu âm ổ bụng: hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm là ruột thừa ấn không xẹp với đường kính > 6 mm. Ngoài ra là hình ảnh tạng âm, thâm nhiễm mỡ xung quanh (dấu của phản ứng viêm) và ổ áp xe.

+ CT scan ổ bụng (tốt nhất là chụp có thuốc cản quang): chẩn đoán chính xác tình trạng viêm ruột thừa và ổ áp xe, đồng thời phân biệt được với các nguyên nhân khác.

+ MRI: thường được sử dụng cho các trường hợp VRT khó chẩn đoán ở thai phụ hay người chống chỉ định chụp CT scan ổ bụng. Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:

+ Xét nghiệm huyết học: Prothrombin, APTT, máu chảy, Fibrinogen, HIV, HbsAG, HCV, nhóm máu.

+ Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin.

+ Xquang ngực thẳng.

+ Các xét nghiệm khác: tùy trường hợp cụ thể như làm điện tim, siêu âm tim nếu có bệnh lý về tim mạch; Xquang ổ bụng nếu nghi ngờ đau do nguyên nhân khác (sỏi niệu quản, tắc ruột),... [1,5]

## **2. Chẩn đoán phân biệt**

### **2.1. Với các nguyên nhân khác trong ổ bụng**

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng.

- Viêm túi mật cấp.

- Viêm tụy cấp.

- Viêm túi thừa manh tràng, viêm túi thừa meckel.

- Viêm ruột, viêm hạch mạc treo.

- Ở phụ nữ cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau: viêm phần phụ, chửa ngoài

tử cung vỡ, vỡ nang hoàng thể, xoắn u nang buồng trứng.

- U manh tràng và tắc ruột ở người già.

### **2.2. Các bệnh lý do tiết niệu**

- Còn đau quặn thận do sỏi thận, sỏi niệu quản; viêm đường tiết niệu.

- Viêm cơ đái chậu bên phải.

### **2.3. Một số bệnh lý nội khoa**

- Viêm thùy dưới phổi phải, một số trường hợp sốt virus có thể gây đau hố chậu phải.

- Viêm gan. [1,5]

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

## 1. Nguyên tắc điều trị

- Chủ yếu là điều trị nội khoa, mổ cắt ruột thừa khi bệnh nhân đau lại sau khi ra viện hoặc sau ra viện ít nhất 02 tháng.
- Mổ cấp cứu khi ổ áp xe có nguy cơ vỡ gây viêm phúc mạc; thất bại sau khi điều trị nội khoa hoặc thủ thuật.
- Đặt sone dạ dày nếu trướng bụng nhiều, nôn hoặc có nghi tổn thương kèm theo.
- Đặt sone tiểu nếu có bí tiểu hoặc cần theo dõi nước tiểu.
- Làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, kháng sinh đồ trong mổ. [1,2,5,6]

## 2. Điều trị cụ thể

### 2.1. Điều trị nội khoa

\* Chỉ định: khi viêm ruột thừa tạo đám quánh hoặc ổ áp xe kích thước dưới 05cm trong ổ bụng.

\* Thuốc:

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan:
  - + Các loại dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%; Natriclorid 0,9 %.
  - + Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)
- + Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào toàn trạng người bệnh, mạch huyết áp, áp lực TMTT và số lượng nước tiểu/giờ...
- Các thuốc kháng sinh: Sử dụng theo nguyên tắc dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao và phối hợp với kháng sinh Metronidazole. Một số nhóm thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Imipenem; nhóm Metronidazole; Tinidazole;...
- Sử dụng thuốc giảm đau, giãn cơ: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...
- Các thuốc chống viêm: alphachymotripsin, lydosinat ...
- Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có): thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu;...

\* Chế độ chăm sóc: vận động nhẹ nhàng.

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Nuôi dưỡng đường tinh mạch (nếu người bệnh ăn uống kém hoặc không ăn được). Các dung dịch nuôi dưỡng gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...
- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị:

- Lâm sàng: đau hố chậu phải tăng/giảm; sốt tăng/giảm; khối hố chậu phải to/nhỏ đi; đại tiện bình thường/rối loạn.
- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm ổ bụng; CT scan ổ bụng.[1,2,5,6]

## **2.2. Điều trị bằng thủ thuật**

\* Chỉ định:

- Khi ổ áp xe có kích thước trên 05cm, có dịch mủ, khí trên siêu âm hoặc CT scan.

- Điều trị kháng sinh không đáp ứng.

Chỉ định chọc hút hoặc dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CTscan

ổ bụng; lấy dịch ổ áp xe nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

\* Thuốc điều trị sau thủ thuật: như phần 2.1. Khi có kết quả kháng sinh đồ điều chỉnh thuốc kháng sinh theo kháng sinh đồ.

\* Chế độ chăm sóc:

+ Chăm sóc ống dẫn lưu hàng ngày: thay băng, bơm rửa,...

+ Vận động nhẹ nhàng.

\* Chế độ dinh dưỡng: như phần 2.1.

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá sau thủ thuật: như phần 2.1.

## **2.3. Điều trị ngoại khoa**

### **2.3.1. Phẫu thuật cắt ruột thừa**

\* Chỉ định:

- Khi ổ áp xe ruột thừa có kích thước trên 05 cm không có điều kiện để chọc hút/dẫn lưu hoặc thất bại sau khi chọc hút/dẫn lưu.

- Điều trị nội khoa, chọc hút điều trị không hiệu quả

- Áp xe ruột thừa vỡ, gây viêm phúc mạc thì 2.

- Sau khi điều trị áp xe hoặc đám quánh ruột thừa đã ổn định (sau điều trị ít nhất 02 tháng)

\* Kỹ thuật: Cắt ruột thừa bằng phương pháp mổ mở hoặc mổ nội soi; làm sạch ổ áp xe, dẫn lưu rộng rãi (nếu cần). Lấy dịch mủ nuôi cấy vi khuẩn; lấy ruột thừa làm xét nghiệm giải phẫu bệnh. [1,2,5]

### **2.3.2. Điều trị sau mổ**

\* Thuốc:

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan: như phần 2.1.

- Sử dụng kháng sinh: như phần 2.1. Khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Sử dụng thuốc giảm đau: như phần 2.1.

- Các thuốc chống viêm: alphachymotripsin, lydosinat ...

- Các thuốc điều trị bệnh lý phổi hợp (nếu có): như phần 2.1.

\* Chế độ chăm sóc:

- Thay băng vết mổ.

- Chăm sóc ống dẫn lưu.

- Vận động sớm sau mổ.

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Nuôi dưỡng đường tinh mạch: nhu phần 2.1.

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá sau mổ:

- Lâm sàng: có sốt không; vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn lưu; đại tiện bình

thường/rối loạn;...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ.

## V. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

### 1. Chảy máu sau mổ

2. **Abcess thành bụng** là biến chứng thường gặp nhất. Tỷ lệ tăng dần lên theo giai

đoạn bệnh, việc sử dụng kháng sinh dự phòng làm giảm tỷ lệ abcess thành bụng

3. **Viêm phúc mạc sau mổ**: nguyên nhân là mỗ ruột thừa, bục mỗ ruột thừa ít khi do tuột chỉ buộc mà chủ yếu là quá trình hoại tử do nhiễm khuẩn từ ruột thừa lan sang đáy manh tràng. Cần phải mổ lại sớm và hồi sức tích cực sau mổ.

4. **Viêm phúc mạc khu trú** (abcess trong ổ bụng): nguyên nhân là do bục gốc ruột thừa hoặc do lau mủ ổ bụng chưa sạch.

### 5. Rò manh tràng

6. **Tắc ruột sau mổ**: có thể xuất hiện sớm sau mổ hoặc xa nhiều nam sau mổ.

Tắc

ruột sớm thường liên quan đến ổ nhiễm khuẩn trong ổ bụng, tắc ruột xa sau mổ

do dây chằng hoặc dính ruột hình thành sau mổ.

7. **Abcess túi cùmg Douglas**: Thường gặp sau mổ viêm phúc mạc, do lau bụng và

dẫn lưu không tốt. Phát hiện được quãng ngày thứ 5 sau mổ: Sốt, đau hạ vị kèm có các triệu chứng kích thích trực tràng hoặc bàng quang nhu mót rặn và ỉa

nhiều lần ra mui nhày, dái rít,...tham trực tràng thấy có khối phòng ở thành trước trực

tràng căng đau, siêu âm giúp xác định khối abces.

Xử trí: Kháng sinh toàn thân, thật nước ấm hậu môn,.. sau vài ngày sẽ trích tháo

mủ ổ abcess qua đường trực tràng (trích dẫn lưu ngoài phúc mạc).[2,3,4,5]

## VI. PHÒNG BỆNH

- Khi có đau bụng nên đi khám để loại trừ viêm ruột thừa, tránh bỏ sót tổn

thương,

điều trị không đúng cách dẫn đến biến chứng viêm phúc mạc hoặc áp xe ruột

thừa

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Chẩn đoán xác định viêm phúc mạc ruột thừa thể khu trú khi có đau bụng hố

chậu phải kèm theo sốt. Qua tham khám hoặc siêu âm hoặc cắt lớp vi tính ổ

bụng

có khối vùng HCP.



## **VIII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

### **1. Người bệnh sau điều trị nội khoa**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, an uống được.
- Khám: bụng mềm, sờ thấy khối, ranh giới không rõ, ấn không đau.
- Siêu âm hoặc CT scan ổ bụng: không thấy hình ảnh ổ áp xe tại hố chậu phải.
- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện 01 tháng.

### **2. Người bệnh sau điều trị thủ thuật**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, an uống được.
- Khám: bụng mềm, sờ thấy khối nhỏ hoặc không rõ khối, ấn không đau.
- Siêu âm hoặc CT scan ổ bụng: không thấy hình ảnh ổ áp xe tại hố chậu phải.
- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện 01 tháng.

### **3. Người bệnh sau điều trị phẫu thuật**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, an uống được.
- Khám bụng: vết mổ liền tốt; không có các biến chứng sau mổ.
- Tái khám sau 1 tháng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh Học Ngoại dùng cho sau đại học, Tập 1 (Trường Đại học Y Hà Nội). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội – 2006.
2. Viêm ruột thừa cấp, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2018, Bệnh viện Bình dân, trang 49.
3. Ninh Việt Khải, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2011), Tạp chí Y học thực hành (751) số 2/2011, trang 66, “Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa vỡ”.
4. Trần Hữu Vinh (2014). Nhận xét kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y học Thực Hành - Bộ Y Tế
5. Điều trị áp xe ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng - Tài liệu hướng dẫn quy trình Phẫu thuật nội soi, Bộ y tế (2016), phần 2, trang 565.
6. Nguyễn Nam Hùng (2008), Nghiên cứu về chỉ định và điều trị nội khoa áp xe ruột thừa, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược Huế.

## SỎI TÚI MẬT VÀ BIẾN CHỨNG VIÊM TÚI MẬT

### **I. KHÁI NIỆM**

- Túi mật có nhiệm vụ lưu giữ mật - chất lỏng được sản xuất bởi gan gồm có nhiều

thành phần như: cholesterol, bilirubin (sắc tố mật) và muối mật...[2] Trong bữa ăn, túi mật co bóp để đưa dịch mật vào ruột non, hỗ trợ tiêu hóa chất béo.

- Sỏi túi mật được hình thành khi có sự lắng đọng, kết tụ của các thành phần trong

dịch mật, có kích thước dao động từ vài mm đến vài cm.

- Sỏi túi mật là bệnh thường gặp ở nước ta, chiếm tới khoảng 8 – 10% dân số [2]. Ban đầu, những triệu chứng của sỏi có thể rất mơ hồ và thường chỉ phát hiện tình cờ qua tham khám sức khỏe định kỳ, hoặc khi sỏi đã gây ra biến chứng

- Các mã ICD tương ứng sỏi túi mật:

STT	MÃ ICD-10	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	K80.0	Sỏi túi mật có viêm túi mật cấp
2	K80.1	Sỏi túi mật có viêm túi mật khác
3	K80.2	Sỏi túi mật không có viêm túi mật
4	K81.1	Viêm túi mật mạn
5	K81.0	Viêm túi mật cấp
6	K81.8	Viêm túi mật thể khác
7	K81.9	Viêm túi mật không đặc hiệu
8	K82	Bệnh khác của túi mật
9	K82.0	Tắc túi mật
10	K82.2	Thủng túi mật
11	K82.3	Dò túi mật

12	K82.4	Tích tụ Cholesterol ở túi mật
13	K82.8	Bệnh đặc hiệu khác của túi mật
14	K82.9	Bệnh của túi mật, không đặc hiệu

## II. NGUYÊN NHÂN

- Sỏi túi mật được hình thành chủ yếu từ sự kết tụ của cholesterol, do mất cân bằng của các thành phần có trong dịch mật. Ví dụ như khi lượng cholesterol ở trong dịch mật gia tăng quá mức, vượt quá khả năng hòa tan của muối mật hay khi lượng muối mật giảm đi sẽ dẫn tới hình thành sỏi cholesterol. [1], [2]
- Ngoài ra, còn có thể gặp sỏi sắc tố mật hình thành do sự kết tụ của bilirubin trong một số bệnh như thiếu máu hồng cầu liềm, xo gan...[2]

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

#### 1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
- + Đau vùng HSP, có khi không đau chỉ phát hiện bệnh tình cờ khi siêu âm ổ bụng
- + Có biểu hiện nhiễm trùng trong trường hợp có viêm túi mật như sốt, môi khô, lưỡi bẩn.
- + Không có biểu hiện vàng da, vàng mắt trừ trường hợp có bệnh lý kèm theo như sỏi OMC, viêm gan, xo gan, hoặc sỏi kẹt cổ túi mật.
- + Một số trường hợp có thể gây viêm tụy cấp do sỏi túi mật.
- Triệu chứng toàn thân
- Có thể không ảnh hưởng tới toàn thân hoặc ảnh hưởng rõ rệt trong trường hợp túi mật viêm, hoại tử. Bệnh nhân có triệu chứng sốt, sốt rét run, môi khô lưỡi bẩn.
- Triệu chứng thực thể
- + Tham khám bụng có thể bình thường đối với sỏi túi mật
- + Khi có viêm túi mật sẽ thấy túi mật to, đau.
- + Có phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải.
- + Nghiệm pháp Murphy (+).
- + Khi túi mật hoại tử có thể gây viêm phúc mạc.

#### 1.2. Cận lâm sàng

- **Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:**
- + Xét nghiệm huyết học: Công thức máu (bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính trên 80%)
- + Xét nghiệm sinh hóa: GOT, GPT, Bilirubin toàn phần, Billirubin trực tiếp (2).
- + Siêu âm ổ bụng: Thường siêu âm 2 lần với 2 bác sỹ siêu âm khác nhau trong trường hợp sỏi túi mật đơn thuần [1], [2].

+ Chụp CT-Scanner ổ bụng có tiêm thuốc cản quang: dùng trong trường hợp viêm

túi mật và các biến chứng của nó như: viêm tụy cấp; viêm phúc mạc mật; sỏi rơi xuống ống mật chủ; sỏi túi mật kèm theo sỏi ống mật chủ [1], [2].

+ Chụp MRI ổ bụng: dùng trong những trường hợp chụp CT -scanner ổ bụng không thấy tổn thương do sỏi không cản quang; do sỏi nhỏ ở túi mật rơi xuống phần thấp của ống mật chủ [1].

### **- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:**

+ Xét nghiệm huyết học: Prothrombin, APTT, Fibrinogen, máu chảy, HIV, HbsAg, HCV, nhóm máu, co cục máu.

+ Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, protein, albumin.

+ Xét nghiệm nước tiểu: 10 thông số

+ Xquang ngực thẳng

+ Điện tim

+ Các xét nghiệm khác: tùy trường hợp cụ thể chỉ định thêm cận lâm sàng như làm điện tim, siêu âm tim nếu có bệnh lý về tim mạch,...

## **2. Chẩn đoán phân biệt**

### **2.1. Với các nguyên nhân khác trong ổ bụng**

- Viêm tụy cấp.

- Con đau bụng do loét dạ dày – tá tràng: Nội soi dạ dày xác định chẩn đoán.

- Viêm ruột thừa: Khi có viêm túi mật ở người già để chẩn đoán nhầm.

- U gan: chụp CT ổ bụng xác định chẩn đoán.

### **2.2. Một số bệnh lý nội khoa**

- Con đau quặn gan

- Viêm thùy dưới phổi phải

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị**

- Nếu túi mật có sỏi không viêm hoặc viêm đến sớm thì phẫu thuật là phương pháp tối ưu để điều trị [1].

- Khi bệnh nhân có tình trạng viêm túi mật cấp xảy ra, cần phối hợp cùng lúc việc

điều trị nội khoa kèm theo việc phẫu thuật hoặc các thủ thuật nhằm ổn định tình trạng cấp tính cho bệnh nhân, việc lựa chọn phương pháp nào cần phối hợp tùy từng mức độ nặng của bệnh nhân. [1]

- Điều trị thủ thuật: Viêm túi mật cấp điều nội khoa không kết quả, trên nền bệnh nhân già yếu hoặc có bệnh mạn tính không thể phẫu thuật được.

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **2.1. Điều trị nội khoa**

\* Chỉ định:

- Viêm túi mật cấp không do sỏi.

- Viêm túi mật cấp do sỏi đến viện sau 72 giờ. [1]

- Viêm túi mật cấp do sỏi trên bệnh nhân già yếu kèm theo bệnh nội khoa nặng hoặc các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu có biến loạn nặng ảnh hưởng

đến cuộc mổ.

\* Thuốc:

- Thuốc kháng sinh: Sử dụng kháng sinh phổ rộng, liều cao và phối hợp với kháng

sinh Metronidazole [1]. Một số nhóm thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm

Betalactam;

nhóm

Metronidazole;

Tinidazole;...

- Các thuốc điều chỉnh tình trạng mắt nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan:

+ Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%; Natri clorid 0,9 %.

+ Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)

- Thuốc giảm đau, giãn cơ: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...

- Các thuốc giảm viêm: anphachymotrypsin, lydosynat,..

- Các thuốc bổ gan: Ornithine- L-Aspartate 5000mg, 10000mg; Glutathion 600mg, 900mg, 1200mg

- Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có): thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc

hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu;...

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (nếu người bệnh ăn uống kém hoặc

không ăn được). Các dung dịch nuôi dưỡng gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm,

mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh:

\* Chế độ chăm sóc:

- Vận động nhẹ nhàng.

- Vô rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị:

- Lâm sàng: có sốt không; đau bụng tăng/giảm; phản ứng thành bụng; túi mật to, đau; đại tiện bình thường/rối loạn;...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng tùy theo diễn biến của bệnh

nhân.

## **2.2. Điều trị ngoại khoa**

### **2.2.1. Phẫu thuật**

\* Chỉ định:

- Sỏi túi mật có triệu chứng hoặc không triệu chứng nhưng kích thước lớn.

- Sỏi túi mật có biến chứng viêm túi mật cấp đến viện trước 72 giờ hoặc sau khi được điều trị nội khoa ổn định [1].

- Sỏi túi mật có biến chứng viêm tụy cấp; viêm phúc mạc mật.

\* Kỹ thuật:

- Phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở cắt túi mật được lựa chọn điều trị (1). Nếu ổ bụng có dịch phải lấy dịch nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

- Lấy túi mật làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

### 2.2.2. Điều trị sau mổ

\* Thuốc:

- Thuốc kháng sinh: như trong phần 2.1; khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn sử dụng

kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Các thuốc khác như phần 2.1.

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Nhịn ăn trong những ngày đầu sau mổ đến khi có trung tiện, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên, sử dụng các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch như sau:

Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo

(albumin);...

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

\* Chế độ chăm sóc:

- Thay băng vết mổ.

- Chăm sóc ống dẫn lưu.

- Vận động sớm sau mổ.

- Võ rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng bụng, vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn

lưu; đại tiện bình thường/rối loạn;...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ.

### 2.3. Điều trị thủ thuật

\* Chỉ định: Viêm túi mật cấp do sỏi ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh phối hợp nặng

(như suy tim, bệnh phổi mãn tính nặng,...) không thể phẫu thuật được [1], [2].

\* Kỹ thuật:

- Dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT scans.

- Lấy dịch mật nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

\* Thuốc điều trị : như phần 2.1.

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng ổ bụng, dịch qua dẫn lưu; đại tiện bình thường/rối loạn;...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau dẫn lưu.

## **V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **1. Các tai biến trong mổ và xử trí**

- Tổn thương các thành phần ở cuống gan ( ống mật chủ, ống gan phải, động mạch

gan...). Xử trí: Khâu đường mật; khâu mạch máu; nối đường mật với ruột

- Tổn thương đại tràng ngang, tá tràng, dạ dày: Khâu phục hồi ống tiêu hóa và dẫn

lưu dưới gan.

### **2. Các biến chứng sau mổ và xử trí**

- Chảy máu sau mổ: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật. Xử trí: nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.

- Viêm phúc mạc do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính. Xử trí: mổ bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.

- Rò mật: nếu rò ít, đường mật thông thì điều trị nội khoa sẽ hết. Nếu tổn thương đường mật lớn, dịch mật rò nhiều phải mổ để khâu hoặc nối chỗ tổn thương với ống tiêu hóa.

- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật. Xử trí: điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị bằng kháng sinh mạnh, liều cao, tốt nhất theo kháng sinh đồ và truyền albumin, đạm, dịch, điện giải.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- An thức an dễ tiêu

- Tẩy giun định kỳ

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ

## **VII. TIÊU CHẨN RA VIỆN:**

### **1. Người bệnh sau điều trị thủ thuật**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, an uống được.

- Khám: bụng mềm, phản ứng thành bụng không có.

- Siêu âm hoặc CT scan ổ bụng: không thấy hình ảnh túi mật căng to, thành dày.

- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện ít nhất 01 tháng xét phẫu thuật.

### **2. Người bệnh sau điều trị phẫu thuật**

- Bệnh nhân ăn uống được, vết mổ liền tốt, không còn biến chứng sau phẫu thuật.

- Các chỉ số xét nghiệm trong giới hạn tương đối bình thường hoặc bình thường.

- Hẹn khám lại sau 01 tháng.

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định sỏi túi mật khi có đau bụng hạ sườn phải, có thể sốt, vàng da.

Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính có sỏi túi mật.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. PGS.TS.BS Phan Minh Trí “ Sỏi túi mật”, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa

bộ môn ngoại trường đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh, trang 286307,  
Nhà xuất bản Y học.

## UNG THƯ TRỰC TRÀNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư trực tràng là một bệnh thường gặp của đường tiêu hóa, đứng sau ung thư đại tràng. Bệnh gặp nhiều ở nam giới, tỷ lệ nam /nữ là 1,5, ít gặp ở người trẻ dưới 40 tuổi, gặp nhiều ở tuổi 45 và tăng dần lên theo lứa tuổi. [1].

Các mã ICD có thể sử dụng:

STT	Mã ICD	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	C19	U ác của nơi nối trực tràng- đại tràng Sigma
2	D01.2	Ung thư biểu mô tại chỗ của trực tràng
3	D37.5	U tân sinh chưa rõ tính chất của trực tràng

### II. NGUYÊN NHÂN - CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

#### 1. Yếu tố dinh dưỡng [2]

- Ung thư đại - trực tràng liên quan chặt chẽ với chế độ ăn nhiều thịt, mỡ động vật, ít chất xơ, thiếu các Vitamin A, B, C, E, thiếu canxi.

- Thực phẩm có chứa benzopyren, nitrosamin.... có khả năng gây ung thư.

#### 2. Các tổn thương tiền ung thư [2]

- Viêm đại trực tràng chảy máu

- Bệnh Crohn

- Polyp đại trực tràng

**3. Yếu tố di truyền [2]:** yếu tố di truyền có vai trò quan trọng trong sinh bệnh ung thư đại trực tràng, với gen sinh ung thư và các hội chứng di truyền:

- Hội chứng ung thư đại trực tràng di truyền không polyp (hội chứng Lynch)

- Bệnh đa polyp đại trực tràng gia đình (FAP)

- Hội chứng Peutz-Jeghers

- Hội chứng Gardner

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định[2]

##### 1.1. Lâm sàng

-. Triệu chứng cơ năng

+Rối loạn lưu thông ruột, táo bón hoặc ỉa chảy.

+Đi ngoài ra nhày máu là triệu chứng hay gặp nhất.

+Đau bụng: u đại tràng phải đau kiểu Koernig, u đại tràng trái đau kiểu tắc ruột, u đại tràng sigma đau hạ vị kèm đi ngoài nhiều lần.

+ Biểu chứng của u như bán tắc, tắc ruột, thủng u gây viêm phúc mạc.

+ Một số triệu chứng do di căn xa: tự sờ thấy hạch thượng đòn, chướng bụng.

-. Triệu chứng thực thể

+ Khám bụng: có thể sờ thấy u qua thành bụng. Bệnh nhân có thể tự sờ thấy u.

- Khám toàn thân để phát hiện di căn gan, hạch ngoại vi, dịch cổ trướng, di căn buồng trứng ở phụ nữ, giúp đánh giá mức độ tiến triển bệnh.



- Hạch thượng đòn (thường gặp bên trái)
- Thiếu máu
- Gầy sút: người bệnh có thể gầy sút 5-10kg trong vòng 2-4 tháng.
- Suy nhược: bệnh tiến triển lâu làm suy mòn.

## 1.2. Cận lâm sàng

### - Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:

- + Nội soi: Soi đại trực tràng ống mềm là phương pháp quan trọng để chẩn đoán ung thư đại tràng, cho biết vị trí, đặc điểm khối u và bẩm sinh thiết.
- + Chụp X-quang chụp bụng không chuẩn bị: được chỉ định trong cấp cứu hoặc khi có biến chứng tắc ruột hoặc thủng ruột.
- + Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương u đại trực tràng và di căn xa. Vai trò tương tự như siêu âm nhưng độ nhạy cao hơn.
- + Chụp cộng hưởng từ: có thể áp dụng trong chẩn đoán di căn gan và đánh giá tổn thương tại chỗ.
- + Siêu âm: được sử dụng đánh giá tổn thương tại gan và toàn bộ ổ bụng, tuy nhiên độ nhạy không bằng chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm qua nội trực tràng: là một phương pháp có giá trị để đánh giá mức xâm lấn ung thư trực tràng và di căn hạch mạc treo trực tràng.
- + Xét nghiệm giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán ung thư đại tràng: - Về mặt mô học 80% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến typ Liberkhuner, 10-20% là u dạng nhầy.

Mức độ biệt hóa của tế bào ung thư trong ung thư đại tràng được phân thành grade 1-4.

- Grade 1: biệt hóa tốt
- Grade 2: biệt hóa trung bình
- Grade 3: biệt hóa kém
- Grade 4: không biệt hóa

+ Xét nghiệm CEA, CA 19-9, phối hợp với các phương pháp khác để theo dõi và chẩn đoán ung thư tái phát, di căn sau điều trị.

+ Các xét nghiệm khác: CT lồng ngực, sọ não đánh giá di căn ung thư đại tràng.

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật.

+ Xét nghiệm huyết học: công thức máu, đông máu cơ bản, viêm gan b,c , HIV

+ Xét nghiệm hóa sinh máu: GOT, GPT, glucose, ure, creatinin, albumin, điện giải đồ...

+ Xét nghiệm sinh hóa nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu.

+ Điện tim

+ Chụp XQ ngực. đo thông khí hô hấp

+ Các xét nghiệm khác khi có các bệnh phối hợp.

## 2. Chẩn đoán phân biệt [1], [2]

- Bệnh Crohn
- Viêm loét đại trực tràng
- Lao manh tràng
- U lympho biểu hiện ở đại trực tràng
- GIST đại trực tràng
- Một số ung thư khác xâm lấn đại trực tràng

- Các khối u lành của đại trực tràng
- Ung thư ống hậu môn

### 3. Chẩn đoán giai đoạn [2]

Đánh giá giai đoạn theo hệ thống TNM (Union for International Cancer Control UICC/AJCC năm 2010)

#### 3.1. Khối u nguyên phát (T)

- Tx: không thể đánh giá khối u nguyên phát
- T0: không có bằng chứng về khối u nguyên phát
- Tis: ung thư tại chỗ
- T1: khối u đã xâm lấn lớp dưới niêm mạc
- T2: khối u xâm lấn lớp cơ
- T3: khối u xâm lấn quá lớp cơ vào lớp dưới thanh mạc hoặc đến vùng mô quanh đại tràng không được phủ phúc mạc.
- T4: khối u xâm lấn qua thanh mạc vào cơ quan hoặc cấu trúc kế cận và/thủng vào phúc mạc tạng.
- + T4a: U xâm lấn qua thanh mạc và thủng vào phúc mạc tạng
- + T4b: U xâm lấn cơ quan kế cận

#### 3.2. Hạch vùng

- Nx: không thể đánh giá được di căn hạch vùng
- N0: không có di căn hạch vùng
- N1: di căn 1 -3 hạch vùng
- + N1a: di căn 1 hạch
- + N1b: di căn 2-3 hạch
- + N1c: nhân lắng đọng dưới thanh mạc hoặc mạc treo hoặc vùng đại trực tràng không được phúc mạc che phủ và không có di căn hạch vùng.
- N2: di căn 4 hạch vùng hoặc nhiều hơn nữa.
- + N2a; di căn 4-6 hạch
- + N2b: di căn từ 7 hạch trở lên

#### 3.3. Di căn xa (M)

- M0: không có di căn xa
- M1: di căn xa
- + M1a: di căn xa chỉ ở một cơ quan
- + M1b: di căn từ 2 cơ quan/vùng hoặc di căn lan tràn phúc mạc.

### Bảng 1. Xếp giai đoạn theo TNM

Giai đoạn	T	N	M	Dukes
0	Tis	N0	M0	–
I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	A
IIA	T3	N0	M0	B
IIB	T4a	N0	M0	B
IIC	T4b	N0	M0	B
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C

	T1	N2a	M0	C
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C
	T2-T3	N2a	M0	C
	T1-T2	N2b	M0	C
IIIC	T4a	N2a	M0	C
	T3-T4a	N2b	M0	C
	T4b	N1-N2	M0	C
IVA	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1a	–
IVB	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1b	–

#### 4. Chẩn đoán biến chứng [1]

##### 4.1 Tắc ruột

- Biến chứng tắc ruột gặp khoảng 30% trong số bệnh nhân bị ung thư đại tràng. Ung thư ở bất kỳ một vị trí nào của đại tràng đều có thể gây tắc ruột, nhưng ung thư ở đại tràng bên trái thường bị biến chứng này nhiều hơn.

##### 4.2 Thủng

- Thủng khối ung thư là một biến chứng ít gặp, nhưng rất nặng vì bệnh nhân thường ở trong tình trạng viêm phúc mạc do nhiều loại vi khuẩn, trong đó chủ yếu là các vi khuẩn yếm khí.

##### 4.3 Áp xe quanh khối u

- Là biến chứng ít gặp, tỷ lệ bị khoảng 5 - 7%.

- Triệu chứng chính của bệnh là cơ hội chứng nhiễm khuẩn, đau tại khối u, thành bụng chỗ khối u thường phù nề và tấy đỏ, ấn đau.

- Chẩn đoán trước khi mổ thường khó. Thường hay chẩn đoán nhầm với các bệnh khác khi:

1. U ở manh tràng hay nhầm với áp xe ruột thừa.
2. U ở dưới bờ sườn phải hay nhầm với viêm túi mật hay đám quánh túi mật.
3. U ở đại tràng lên hay đại tràng xuống có thể nhầm với niêm tấy quanh thận phải hay trái.
4. U ở đại tràng xích ma ở phụ nữ có thể nhầm với áp xe phần phụ hay nang buồng trứng có mũ.

- Cách thức xử trí tùy theo vị trí của khối áp xe:

##### 4.4 Rò đại tràng

- Khối ung thư đại tràng có thể xâm lấn vào các tạng lân cận và có thể gây rò nội tạng như rò vào tá tràng, dạ dày, ruột non, bàng quang hoặc tử cung... Khối ung thư cũng có thể vỡ ra ngoài thành bụng gây rò phân. Tất cả các trường hợp rò đều phải xử trí làm mất đường rò và xử trí khối u đại tràng theo nguyên tắc chung.

##### 4.5 Chảy máu

- Chảy máu trong ung thư đại tràng phần nhiều là chảy rỉ rả, tiềm tàng, làm bệnh nhân thiếu máu. Chảy máu dữ dội do hoại tử khối ung thư gây tình trạng mất máu cấp là một biến chứng ít gặp.

## 4.6 Di căn

- Di căn trong ung thư đại tràng thường muộn. Di căn chủ yếu theo đường bạch huyết, ngoài ra có thể di căn theo đường máu và do sự tăng sinh trực tiếp của khối u đến các cơ quan lân cận.

- Di căn không phải là chống chỉ định mổ điều trị triệt để. Nếu tạng di căn có thể lấy bỏ được (một phần thủy gan, buồng trứng...) thì người ta có thể đồng thời cắt bỏ khối u đại tràng với cắt bỏ phần thủy gan hay buồng trứng... Nếu không có khả năng điều trị triệt để thì điều trị tạm thời bằng nối tắt (bypass) hay làm hậu môn nhân tạo.

1. Tùy thuộc vào thể trạng và điều kiện của bệnh nhân có thể cân nhắc lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp.

2. Chỉ sử dụng thuốc kháng EGFR trên bệnh nhân có tổn thương ung thư ở vị trí bên trái với RAS (wild type).

3. Liệu pháp miễn dịch chỉ sử dụng trên bệnh nhân MSI-H/dMMR

### 2. Điều trị cụ thể [2]

#### 2.1 Phẫu thuật ung thư đại tràng

##### 2.1.1 Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn

- Đảm bảo lấy hết tổ chức ung thư: bao gồm lấy rộng u nguyên phát và vét hạch vùng.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa

##### 2.1.2. Phẫu thuật polyp ung thư hóa: phụ thuộc vào giai đoạn của ung thư

- Cắt polyp ung thư nội soi đơn thuần: đối với ung thư giai đoạn sớm 0 (TisN0M0) hoặc 1 (T1N0M0).

- Trong trường hợp độ mô học thấp (G1, G2), không xâm lấn mạch bạch huyết (nguy cơ thấp), nguy cơ di căn hạch < 4%, phẫu thuật cắt rộng rãi sau cắt polyp R0 là không cần thiết.

- Trong các trường hợp nguy cơ cao (độ mô học >G2, xâm lấn tới lớp hạ niêm mạc, xâm lấn tĩnh mạch và mạch bạch huyết, diện cắt < 1mm hoặc các polyp không cuống xâm lấn, phẫu thuật cắt rộng cổ điển được chỉ định thậm chí sau diện cắt tại chỗ âm tính.

- Các khối u giai đoạn > T1N0 cần phẫu thuật cắt đại tràng và vét hạch.

- Các polyp có cuống ung thư hóa xâm nhập giới hạn ở đầu polyp và không có thêm bất cứ yếu tố nguy cơ cao nào có nguy cơ tối thiểu tái phát và do đó cho phép cắt polyp qua nội soi.

##### 2.1.3. Phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng theo giai đoạn

a) Giai đoạn sớm - giai đoạn 0 (TisN0M0), giai đoạn I (T1N0M0) không xâm nhập mạch máu, bạch huyết thần kinh

- Cắt polyp đơn thuần (như trên) hoặc cắt niêm mạc nội soi (Mucosectomy) nếu sm1/2, G1,2; hoặc cắt hình chêm lấy rộng tổn thương.

- Cắt đoạn đại tràng nối ngay nếu cắt rộng tổn thương không chắc chắn đã lấy hết tổn thương hoặc diện cắt (+).

b) Giai đoạn I (T1-2 N0M0) (Dukes A hoặc Dukes cải biên A & 1B): Phẫu thuật cắt đại tràng vét hạch điển hình tùy theo vị trí u nguyên phát (kỹ thuật như UT đại tràng giai đoạn II, III dưới đây).

c) Giai đoạn IIA,B (T3N0M0; T4a-bN0M0), III (bất kỳ T,N1-2M0): Phẫu thuật cắt đại tràng theo vị trí u nguyên phát (u đại tràng phải, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng trái (xuống), đại tràng sigma):

- Cắt đại tràng phải: Cắt đại tràng phải khi u ở đại tràng lên (chi thất, cắt nhánh phải của động mạch đại tràng phải trên) hoặc cắt đại tràng phải mở rộng khi u ở đại tràng góc gan (thắt, cắt động mạch đại tràng phải trên); thắt cắt động tĩnh mạch cùng tên mạch "hồi manh đại tràng phải, đại tràng phải" sát thân động tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Lấy tổ chức mỡ và phúc mạc thành cùng thân các động tĩnh mạch kê trên với đoạn đại tràng cắt bỏ cùng một khối (monoblock). Trước khi giải phóng đại tràng nên thắt đại tràng ngang ở dưới mức định cắt bỏ để phòng tê bào ung thư di chuyển xuống. Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối hồi đại tràng tận-tận hoặc tận-bên bằng tay hoặc bằng máy.

- Cắt đại tràng ngang: thắt, cắt động mạch đại tràng phải và trái trên sát nguyên ủy từ động mạch mạc treo tràng trên và dưới. Vết hạch cùng tổ chức mỡ và phúc mạc xung quanh, lấy chúng đi cùng với đại tràng ngang thành một khối.

Phục hồi hoặc tạo hình phúc mạc thành sau. Dẫn lưu chườm miệng nối.

Phẫu thuật không chạm u "no touch" không mang lại ưu thế hơn về sống còn toàn bộ và sống bệnh không tiến triển.

- Cắt đại tràng trái (xuống): thắt, cắt động mạch đại tràng trái giữa và nhánh trái của động mạch đại tràng trái trên. Vết hạch và mỡ xung quanh cùng phúc mạc lấy đi cùng một khối với đại tràng xuống (đại tràng trái).

- Cắt đại tràng sigma: cắt thắt động mạch mạc treo tràng dưới ngay sau chỗ cho nhánh động mạch đại tràng trái trên. Vết mỡ và hạch dọc theo động mạch mạc treo tràng dưới cho đến sát chỗ chia động mạch trực tràng trên (cuống trực tràng trên), lấy cùng đại tràng sigma thành một khối.

- Khoảng cách từ rìa u đến diện cắt 5cm với UT đại tràng thường không có vấn đề nhưng những vị trí đại tràng cố định khi u xâm lấn ra ngoài thành đại tràng khi đó đánh giá Ro là rất cần trọng. Số hạch vét được trong khi mổ quy định tối thiểu phải là 12 nếu không đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ sẽ không chính xác.

d) Giai đoạn IV (T bất kỳ, N bất kỳ, M1).

- Ung thư đại tràng di căn gan

+ Cắt gan là một lựa chọn đối với khối di căn có khả năng cắt được

+ Quyết định phẫu thuật cắt nhân di căn cần căn cứ vào vị trí giải phẫu, kích thước nhân di căn cũng như chức năng gan.

+ Chỉ cắt nhân di căn gan khi khối u nguyên phát có thể phẫu thuật triệt căn và không có di căn cơ quan khác. Có thể thực hiện cắt đại tràng, vét hạch và cắt nhân di căn gan cùng thì hoặc thì hai tùy thuộc vào mức độ phức tạp, bệnh kèm theo cũng như khả năng của phẫu thuật viên

+ Trong trường hợp di căn gan mà phần thể tích gan lành còn lại không đảm bảo, có thể cân nhắc nút nhánh tĩnh mạch cửa, gây phì đại phần gan lành để chuẩn bị cho việc cắt tổn thương di căn gan thì 2.

+ Trong một số trường hợp nhân di căn ở vị trí giải phẫu khó, có thể cân nhắc các biện pháp điều trị áp sát: tiêm cồn, áp lạnh, đốt sóng cao tần.

+ Tác ruột không cắt được u: làm hậu môn nhân tạo hoặc nối tắt.

- Ung thư đại tràng di căn phổi

- + Quyết định phẫu thuật cắt tổn thương di căn cần căn cứ vào vị trí giải phẫu, kích thước tổn thương di căn cũng như chức năng thông khí phổi.
  - + Chỉ cắt tổn thương di căn phổi khi khối u nguyên phát có thể phẫu thuật triệt căn và không có di căn cơ quan khác.
  - + Trong một số trường hợp nhân di căn ở vị trí giải phẫu khó, có thể cân nhắc các biện pháp điều trị áp sát.
  - Ung thư đại tràng di căn phổi/gan sau hóa trị
  - + Đánh giá khả năng cắt bỏ đối với những người bệnh ung thư đại tràng di căn gan hoặc phổi mà ban đầu không có khả năng cắt khối di căn sau 2 tháng hóa trị. Nếu có khả năng phẫu thuật thì tiến hành như trên.
  - + Đối với những trường hợp có khả năng cao phẫu thuật được sau hóa trị, khuyến cáo nên lựa chọn các phác đồ có tỷ lệ đáp ứng cao.
- e) Phẫu thuật ung thư đại tràng có biến chứng

- Tắc ruột do ung thư đại tràng
- + Cắt đại tràng triệt căn nối ngay một thì như mổ có chuẩn bị nếu tắc ruột do u đại tràng phải, u đại tràng góc gan (còn chỉ định phẫu thuật triệt căn) đến sớm.
- + Cắt đại tràng triệt căn như mổ có chuẩn bị nhưng theo kỹ thuật Hartmann nếu tắc ruột do ung thư đại tràng trái (kể cả đại tràng xuống và đại tràng sigma). Nhiều tác giả chủ trương mổ 2 thì: Thì 1 mổ tắc ruột bằng hậu môn nhân tạo kép (kiểu Mickulicz) và thăm dò ổ bụng chuẩn bị cho phẫu thuật thì 2. Thì 2, sau mổ tắc ruột 2 tuần tiến hành mổ ung thư đại tràng trái như mổ có chuẩn bị.
- + Cắt đại tràng làm hậu môn nhân tạo nếu ung thư đại tràng thủng gây viêm phúc mạc toàn thể. Có thể cắt đại tràng vét hạch đồng thời (nếu viêm phúc mạc sớm và toàn thân cho phép) làm hậu môn nhân tạo kép hoặc cắt và vét hạch thì 2 cùng với lập lại lưu thông tiêu hóa (nếu cho phép). Nếu ung thư đại tràng gây thủng chỉ gây áp xe quanh u có thể mổ như ung thư gây tắc ruột (tùy theo vị trí u).

- Ung thư vỡ gây chảy máu: hiếm gặp.
- + Nếu toàn trạng cho phép đồng thời phẫu thuật ung thư đại tràng (như trên) cắt đại tràng cầm máu và vét hạch.
- + Nếu toàn trạng không cho phép mổ cắt u cầm máu có thể làm tắc mạch bằng can thiệp mạch hoặc làm hậu môn nhân tạo và vấn đề cắt u và vét hạch phục hồi lưu thông tiêu hóa có thể làm thì 2.

#### f) Phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng di căn tái phát

- Di căn gan một ổ (sau điều trị cơ bản) ở các vị trí mà phẫu thuật có thể lấy rộng nhưng phải đảm bảo các cơ quan khác không có di căn.
- Di căn phổi một nhân đơn độc và không có di căn ở các cơ quan khác có thể mổ cắt phổi hình chêm, cắt hạ phân thùy hoặc phân thùy phổi.

#### **2.1.4 Điều trị trong thời gian hậu phẫu**

- Điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan
- + Các loại dung dịch đẳng trương và, dung dịch keo: Các loại dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%; Natriclorid 0,9 %.
- + Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)
- Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào toàn trạng người bệnh, mạch huyết áp, áp lực TMTT và số lượng nước tiểu/giờ...

- Dinh dưỡng sau mổ: Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...

- Thuốc kháng sinh: Sử dụng kháng sinh phổ rộng và phối hợp với kháng sinh Metronidazole. Một số nhóm thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Beta-lactam; nhóm Metronidazole; Tinidazole;...

- Thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...

- Một số thuốc kèm theo điều trị bệnh lý phối hợp: Lợi tiểu nếu có suy thận, hạ áp...

- Làm các xét nghiệm sau mổ để điều trị, theo dõi các tai biến, biến chứng:

6. Các xét nghiệm huyết học: công thức máu, đông máu trong trường hợp mất máu hoặc nghi ngờ chảy máu

7. Các xét nghiệm sinh hóa máu, đánh giá chức năng gan thận và tình trạng dinh dưỡng: Glucose, Ure, Creatinin, GOT, GPT, Protein toàn phần, Albumin, ĐGD... khi nghi ngờ có dấu hiệu biến loạn.

8. Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, Xquang, cắt lớp vi tính tùy thuộc tình trạng diễn biến hậu phẫu.

+ Xét nghiệm CEA

- Chế độ chăm sóc sau mổ:

9. Tại chỗ: thay băng vết mổ, dẫn lưu,

10. Toàn thân: vệ sinh cá nhân, động viên an ủi người bệnh...

11. Vận động sớm sau mổ

12. Vô rung

## **2.2. Xạ trị ung thư đại tràng**

- Xạ trị ít đặt ra đối với ung thư đại tràng

- Xạ trị trong một số trường hợp tổn thương di căn, xạ trị triệu chứng

a) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn gan:

- Xạ trị trong chọn lọc bằng hạt vi cầu phóng xạ

b) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn phổi: Chỉ định khi di căn ít ổ (1 ổ), không thể mổ được.

c) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn xương:

- Mục đích điều trị: chống đau.

d) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn não:

- Xạ phẫu bằng Gamma Knife, Cyber Knife: Chỉ định khi di căn não không quá 3 ổ, mỗi ổ không quá 3 cm. Nếu di căn 1 ổ thì đường kính không quá 5 cm.

- Liều (50%): 16-18Gy.

Chú ý: xạ trị di căn não cần phối hợp dùng thuốc chống phù não và corticoid.

## **2.3. Điều trị toàn thân ung thư đại tràng [2]**

### *2.3.1. Hóa trị hỗ trợ*

Chỉ định

- Cân nhắc hóa trị hỗ trợ cho giai đoạn II (T3N0M0) không có yếu tố nguy cơ cao nếu MSI-L hoặc MSS.
- Chỉ định hóa trị hỗ trợ từ giai đoạn II (có các yếu tố nguy cơ cao), III. Các yếu tố nguy cơ cao bao gồm
  - + Nhập viện do u gây tắc hoặc thủng
  - + Số hạch lấy được < 12 hạch
  - + Diện cắt dương tính
  - + Ung thư kém biệt hóa
  - + U xâm lấn mạch máu, bạch huyết hoặc thần kinh ngoại biên, mô bệnh học là loại ung thư kém biệt hóa.
- Hóa trị hỗ trợ nên được duy trì trong vòng 6 tháng.

### 2.3.2. Hóa trị kết hợp điều trị đích

Chỉ định: cho ung thư đại tràng di căn có hoặc không có khả năng cắt bỏ triệt căn, cho thấy cải thiện thời gian sống thêm khi phối hợp với hóa trị

Các thuốc điều trị đích:

- Bevacizumab.
- Cetuximab

### 2.3.3 Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát, di căn:

- Tham khảo lược đồ điều trị toàn thân ung thư đại trực tràng di căn bảng số 3.

## V. BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT [3]

- Trong cắt đại tràng phải: Có hai tai biến cần chú ý là tổn thương niệu quản phải và tá tràng.

13. Tổn thương niệu quản: thường hay gặp hơn do sự liên quan giải phẫu nhiễm vào niệu quản. Để đề phòng tổn thương niệu quản, trước khi giải phóng đại tràng khỏi thành bụng sau thì phải bóc lộ tìm niệu quản trước.

14. Tổn thương tá tràng: thường bị khi bóc tách giải phóng đại tràng góc gan và mạc treo của nó.

- Trong cắt nửa đại tràng trái: Trong phẫu thuật này, hai tai biến cần đề phòng là tổn thương niệu quản trái và lách.

15. Đề phòng tổn thương niệu quản khi bóc tách đại tràng thành bụng sau cần phải bóc lộ rõ niệu quản.

16. Tổn thương lách thường bị khi có viêm dính quanh lách. Khi giải phóng

17. đại tràng góc lách phải nhẹ nhàng, đặc biệt khi có hiện tượng dính của lách.

- Đề phòng bục chỉ miệng nối

Miệng nối ở đại tràng khó liền hơn nhiều so với miệng nối ở dạ dày và ruột non. Tỷ lệ viêm phúc mạc sau cắt nửa đại tràng phải là 5,8 - 14,6% và sau cắt nửa đại tràng trái là 4,6 - 11,6%. Theo Nguyễn Văn Vân (1979) và M.P. Pavlovsky (1984).

□ Nguyên nhân bục chỉ miệng nối thường do:

- Thiếu máu nuôi dưỡng ở miệng nối:

18. Đặc điểm của đại tràng là mạch máu nuôi dưỡng không tốt vì những mạch máu nuôi dưỡng đại tràng đều là những nhánh tận chạy thẳng góc vào đại tràng và tiếp nối rất ít với nhau ở trong đại tràng.



19. Để đảm bảo miệng nuôi được nuôi dưỡng tốt thì trước khi nối phải kiểm tra xem động mạch ở đầu đại tràng có bị dập không, mỏm cắt có hồng hào không và diện cắt đại tràng có chảy máu không; chỉ tiến hành nối sau khi kiểm tra thấy miệng nối đủ máu nuôi dưỡng.

- Miệng nối bị căng:

20. Miệng nối bị căng sẽ kéo hai đầu miệng nuôi ra xa và do đó làm bọc chỉ khâu nối. Trong cắt đại tràng trái chống căng ở miệng nối là một việc làm khó khăn.

21. Để miệng nối không bị căng phải giải phóng hai đầu đại tràng thật tốt, sau khi nối xong phải cố định hai đầu đại tràng vào phúc mạc thành bụng.

- Nhiễm khuẩn ở miệng nối:

2.2. Để chống nhiễm khuẩn ở miệng nối cần phải làm tốt những công việc ở thời kỳ trước mổ (làm sạch ruột, chế độ ăn uống và kháng sinh).

#### **VI. PHÒNG BỆNH [3]**

- Ăn nhiều rau, hạn chế thực phẩm từ thịt, hạn chế ăn đồ nướng rán
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ 06 tháng/lần
- Tầm soát các thành viên trong gia đình có hội chứng FAP, Lynch

#### **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ K đại tràng.

#### **VIII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, ăn uống được, đại tiểu tiện bình thường hoặc hậu môn nhân tạo thông tốt.
- Khám: bụng mềm, vết mổ khô, không có biến chứng sau mổ
- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện 01 tháng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Phạm Đức Huấn (2006). Bệnh học ngoại khoa sau đại học tập I, NXB Y Học - Hà Nội
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng, bộ y tế, 2018.
3. NCCN clinical practice guidelines in oncology: Colon and Rectal can cer. Version 3.2017

## UNG THƯ TRỰC TRÀNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư trực tràng là một bệnh thường gặp của đường tiêu hóa, đứng sau ung thư đại tràng. Bệnh gặp nhiều ở nam giới, tỷ lệ nam /nữ là 1,5, ít gặp ở người trẻ dưới 40 tuổi, gặp nhiều ở tuổi 45 và tăng dần lên theo lứa tuổi. [1].
- Các mã ICD có thể sử dụng

STT	MÃ ICD	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	C20	U ác của trực tràng
2	C19	U ác của nơi nối trực tràng- đại tràng Sigma
3	D01.2	Ung thư biểu mô tại chỗ của trực tràng
4	D37.5	U tân sinh chưa rõ tính chất của trực tràng

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 1. Các bệnh tiền ung thư[1]:

- Polip trực tràng nguy cơ ung thư hóa tăng lên theo số lượng, kích thước, mức độ loạn sản và thể mô học của polip, các polip dạng nhung mao có nguy cơ cao nhất.
- Bệnh viêm loét chảy máu đại trực tràng nguy cơ ung thư là 25% sau 20 năm tiến triển của bệnh
- Bệnh Crohn trực tràng: ít gặp ở Việt Nam

#### 2. Yếu tố di truyền[1]:

- Bệnh polip đại tràng là bệnh di truyền, có tỷ lệ ung thư hóa 100%

#### 3. Yếu tố môi trường[1]

- Chế độ ăn nhiều thịt và mỡ động vật làm tăng nguy cơ UTTT
- Ngược lại, chế độ ăn nhiều rau lại làm giảm nguy cơ UTTT

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định[1] [2][3][4]

##### 1.1 Lâm sàng

##### Các triệu chứng cơ năng

- Ỉa máu: ỉa máu tươi hoặc nhày máu dễ nhầm với ỉa máu do bệnh trĩ hoặc lỵ
- Rối loạn đại tiện nhẹ
- Có nhày hoặc có máu tươi trong phân, khuôn phân (lẹp, nhỏ như sợi bún) biến dạng, táo bón nặng lên trong thời gian ngắn, cảm giác mót rặn và nặng ở trực tràng là những dấu hiệu gợi ý của ung thư trực tràng.
- Thay đổi khuôn phân: khuôn phân nhỏ, dẹt hoặc long máng

##### Triệu chứng toàn thân

- Gầy, mệt mỏi, chán ăn, sốt kéo dài, thiếu máu mãn tính
- Giai đoạn muộn: suy kiệt, di căn gan, phúc mạc, phổi...

##### Thăm trực tràng

- Là thăm dò có giá trị đối với các tổn thương trực tràng, tuy nhiên cần thực hiện phối hợp với các thăm dò khác. Tổn thương ung thư là ổ loét có thành cao, đáy cứng, hoặc là u sùi, nhiều mũi, chân rộng, dễ chảy máu.
- Đánh giá mức độ lan rộng của ung thư, khám lâm sàng có thể tin cậy được với những ung thư có kích thước nhỏ. Về mặt lâm sàng có thể phân biệt được khối u còn khu trú ở thành trực tràng hay là đã lan rộng trong hơn 80% trường hợp.

## 1.2. Cận lâm sàng

### - Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định

+Chụp trực tràng có cản quang nhằm mục đích thăm dò toàn bộ trực tràng, đôi khi chụp với kỹ thuật đối quang kép. Có thể phát hiện từ 55-85% cho những ung thư giai đoạn Duckes A và Duckes B.

+Soi trực tràng: soi trực tràng kèm sinh thiết làm tổ chức học cho chẩn đoán chính xác nhất.

+Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)

+ Xác định vị trí, kích thước xâm lấn và di căn của ung trực tràng để chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

+Siêu âm

+ Có thể siêu âm đường bụng, tốt nhất là siêu âm qua tầng sinh môn hoặc siêu âm với đầu dò qua trực tràng xác định rõ được ung thư trực tràng.

+ Định lượng kháng nguyên ung thư: CEA, CA19-9.

+ Siêu âm nội soi : giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh rất tốt .

+ Xét nghiệm giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán ung thư trực tràng: Mức độ biệt hóa của tế bào ung thư trong ung thư trực tràng được phân thành grade 1-4.

. Grade 1: biệt hóa tốt

. Grade 2: biệt hóa trung bình

.Grade 3: biệt hóa kém

.Grade 4: không biệt hóa

### - Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:

+XN máu: Tổng phân tích tế bào máu, Đông máu (prothrombin, APTT, Fibrinogen), Co cục máu, HbsAg, anti HCV, anti HIV

+Sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin, a Uric, GOT, GPT, Bilirubin toàn phần, Billirubin trực tiếp, Protein toàn phần, Albumin, Cholesterol, Triglycerit, Điện giải đồ...

+SH nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu

+ Chụp Xquang tim phổi thẳng

+ Điện tim

+ Các xét nghiệm khác khi có bệnh kèm theo:...

## 2. Chẩn đoán phân biệt[1]

- Bệnh Crohn

- Viêm loét trực tràng

- Lao trực tràng

- U lympho biểu hiện ở đại trực tràng

- GIST trực tràng

- Một số ung thư khác xâm trực tràng
- Các khối u lành của trực tràng
- Trĩ, nứt kẽ hậu môn

### 3. Chẩn đoán giai đoạn[1][2][3]

Ngày nay, phân loại được áp dụng phổ biến nhất là phân loại theo TNM của American Joint Committee on Cancer (AJCC) and the International Union against Cancer (UICC).

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ

.T1: carcinoma xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc o T2: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ

- T3: carcinoma xâm lấn qua lớp cơ nhưng chưa qua lớp thanh mạc (hay xâm lấn vào mô quanh trực tràng phần ngoài phúc mạc)

- T4: carcinoma xâm lấn vào các tạng, cấu trúc lân cận hay thủng

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng o N1: di căn 1-3 hạch vùng

- N2: di căn 4 hạch vùng trở lên

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.

- M1: di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư đại trực tràng theo AJCC (bảng 1):

Giai đoạn	T	N	M	Dukes*	MAC**
0	is	0	0		
I	1	0	0	A	A
	2	0	0	A	B1
IIA	3	0	0	B	B2
IIB	4	0	0	B	B3
IIIA	1-2	1	0	C	C1
IIIB	3-4	1	0	C	C2/C3
IIIC	Bất kỳ	2	0	C	C1/ C2/C3
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1		D

(\*) Dukes: Phân loại theo Cuthbert Dukes

MAC: Cải biên của phân loại theo Astler-Coller

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị ( sơ đồ điều trị )

Sơ đồ 1: Nguyên tắc điều trị ung thư trực tràng[2]

Sơ đồ 2: Nguyên tắc điều trị ung thư trực tràng tái phát[2]

Sơ đồ 3: Nguyên tắc điều trị ung thư trực tràng có biến chứng[2]

## **2. Điều trị cụ thể**

### **2.1. Phẫu thuật ung thư trực tràng[2][3]**

#### **2.1.1. Kỹ thuật**

Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, chọn lựa phương pháp mổ phụ thuộc vào mức độ lan rộng và vị trí của khối u.

- U ở giai đoạn rất sớm (cT1sm1/2) nên được cắt rộng tại chỗ qua lớp cơ niêm thông qua nội soi đường hậu môn.
- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) chỉ định khi u ở trực tràng giữa và thấp.
- Cắt một phần mạc treo trực tràng là đủ khi phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng cao.
- Cắt cắt trực tràng qua đường bụng - tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) chỉ định khi khối u xâm lấn cơ thắt hoặc ở vị trí rất thấp không thể bảo tồn được cơ thắt.
- Phẫu thuật nội soi cho kết quả tương đương về ung thư học so với phẫu thuật mổ mở ở một số trung tâm phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm.

#### **2.1.2. Thời điểm phẫu thuật**

- Với xạ trị ngắn ngày, phẫu thuật nên được tiến hành sau xạ 2-4 ngày
- Với hóa xạ tiền phẫu, phẫu thuật nên được tiến hành sau 4-8 tuần.
- Với người bệnh trên 80 tuổi hoặc PS 3-4, phẫu thuật trì hoãn sau xạ ngắn ngày 8 tuần.

Mức độ phẫu thuật rộng rãi trong trường hợp đáp ứng toàn bộ sau xạ hoặc hóa xạ trị tiền phẫu, TME là kỹ thuật chuẩn mực.

#### **2.1.3. Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt[2][3]**

- Mục tiêu của phẫu thuật trực tràng là cố gắng bảo tồn cơ thắt tối đa. Với diện cắt dưới cách u 1cm, cơ thắt thường được bảo tồn. Hóa xạ tiền phẫu hoặc xạ trị tiền phẫu với thời gian dài có thể giúp giảm kích thước u, nhưng đối với u kích thước lớn, sau điều trị tiền phẫu, u đáp ứng tốt, có nên phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hay không vẫn là câu hỏi chưa được trả lời thỏa đáng. Phương pháp phẫu thuật này chỉ được tiến hành ở một số trung tâm phẫu thuật có kinh nghiệm.
- Phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư ở cả giai đoạn sớm và giai đoạn muộn. Ở giai đoạn rất sớm, sớm phẫu thuật có vai trò đơn trị liệu (cT1N0M0, pT1,2N0M0) ở những giai đoạn muộn hơn phẫu thuật là thành tố quan trọng trong các mô thức phối hợp đa mô thức điều trị ung thư trực tràng.

#### **2.1.4. Phẫu thuật theo các giai đoạn trên lâm sàng[2][3]**

- a) Phẫu thuật ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm: Cắt u qua hậu môn (TEM): ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm (cT1N0M0 hay cT1sm1/2) với G1,2. Người bệnh có nguy cơ phẫu thuật cao, nguy cơ gây mê hồi sức cao có thể làm TEM hoặc xạ áp xát khi G3,4 hay cT1sm2.
- b) Phẫu thuật ung thư trực tràng sớm; cắt đoạn trực tràng vét hạch (TME với ung thư trực tràng thấp và trung bình) chỉ định cho: cT1N0M0 (với sm2 hoặc G3,4; có xâm lấn mạch máu, bạch huyết, thần kinh); cT2N0M0.
- c) Phẫu thuật ung thư trực tràng M0
  - cT3N0M0 ung thư trực tràng thấp và trung bình sau hóa xạ trị đồng thời hoặc xạ trị ngắn ngày (5x5Gy).

- cT4N0M0 ung thư ở trực tràng cao có chỉ định phẫu thuật ngay hoặc sau hóa xạ trị đồng thời/xạ trị ngăn ngày như với cT3N0M0. U ở trực tràng cao chỉ cần cắt một phần mạc treo trực tràng.

Diện cắt cực dưới phải cách cực dưới khối u >2cm. TME phải đảm bảo thanh mạc trực tràng phần trong phúc mạc không bị rách, vỏ bọc mạc treo trực tràng thành bên và mặt sau phải nguyên vẹn. Số hạch cạnh trực tràng và trong mạc treo đếm được tối thiểu 12 hạch. Trong mọi trường hợp (pN+), diện cắt (+) đều phải được hóa-xạ bổ trợ. Trong khi mổ, nghi ngờ diện cắt nên làm sinh thiết tức thì nếu diện cắt (+) nên cắt tiếp cho đến khi (-) để đạt R0.

- Cắt cực trực tràng đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): T3,4N(bất kỳ)M0, T(bất kỳ)N(+)M0 với ung thư trực tràng thấp, khi rìa khối u chỉ cách mép hậu môn < 4cm. TME cố gắng bảo tồn thân kinh sinh dục và lấy rộng tổ chức phần mềm đáy chậu quanh khối u, có thể xạ trị tiền phẫu để đảm bảo R0.

d) Phẫu thuật ung thư trực tràng M1

- Nếu có khả năng phẫu thuật ngay: tiến hành phẫu thuật (điều trị tùy vị trí tổn thương u tái phát và mức độ xâm lấn. Nếu tái phát tại chỗ: có thể phẫu thuật cắt đoạn đại tràng, trực tràng hoặc phối hợp với hóa trị, xạ trị trước mổ.

- Cắt trực tràng vét hạch (TME) cắt nhân di căn nếu mổ được ngay: T1,2N0M1 (phôi/gan) sau đó hóa xạ trị bổ trợ; T3,4N(+)M1 (gan/phôi) có thể mổ được, hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật cắt trực tràng +TME sau đó hóa xạ trị bổ trợ. + Nếu không có khả năng phẫu thuật ngay nhưng có tiềm năng phẫu thuật sau hóa trị: tiến hành hóa trị, sau 3 đợt đánh giá lại và xét phẫu thuật.

- Nếu không còn khả năng phẫu thuật (di căn nhiều ổ, nhiều tạng): tiến hành hóa trị. Những bệnh nhân UTĐTT giai đoạn muộn, không còn chỉ định điều trị triệt căn, sử dụng hóa trị để điều trị triệu chứng chống đau, chống chèn ép nhằm cải thiện thêm chất lượng sống cho người bệnh. Trong một số trường hợp khối u lan rộng gây thủng, vỡ, tắc ruột... cần phẫu thuật để điều trị triệu chứng như nối tắt, làm hậu môn nhân tạo...

e) Phẫu thuật triệu chứng ung thư trực tràng

- Khi khối u xâm lấn rộng vùng tiểu khung, đáy chậu xâm lấn các bộ phận trong tiểu khung như bàng quang, niệu quản, âm đạo, tiền liệt tuyến hoặc di căn nhiều cơ quan, vị trí vị trí khi chẩn đoán phẫu thuật được chỉ như một biện pháp chăm sóc giảm nhẹ tích cực. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo kiểu Mickulizc đại tràng sigma và các phẫu thuật chăm sóc giảm nhẹ khác.

f) Điều trị sau mổ

□ - Điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan

- Các loại dung dịch đẳng trương và dung dịch keo:

+ Các loại dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%; Natriclorid 0,9 %.

+ Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)

- Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào toàn trạng người bệnh, mạch huyết áp, áp lực TMTT và số lượng nước tiểu/giờ...

- Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch sau mổ gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...
- Thuốc kháng sinh: Sử dụng kháng sinh phổ rộng và phối hợp với kháng sinh Metronidazole [1]. Một số nhóm thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Beta-lactam; nhóm Metronidazole; Tinidazole;...
- Thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...
- - Một số thuốc kèm theo điều trị bệnh lý phối hợp: Lợi tiểu nếu có suy thận, hạ áp...

- Làm các xét nghiệm sau mổ để điều trị, theo dõi các tai biến, biến chứng:
- + Các xét nghiệm huyết học: công thức máu, đông máu trong trường hợp mất máu hoặc nghi ngờ chảy máu + Các xét nghiệm sinh hóa máu, đánh giá chức năng gan thận và tình trạng dinh dưỡng: Glucose, Ure, Creatinin, GOT, GPT, Protein toàn phần, Albumin, ĐGD... khi nghi ngờ có dấu hiệu biến loạn.
- + Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, Xquang, cắt lớp vi tính tùy thuộc tình trạng diễn biến hậu phẫu.
- + Xét nghiệm CEA
- Chế độ chăm sóc sau mổ:
- + Tại chỗ: thay băng vết mổ, dẫn lưu,
- + Toàn thân: vệ sinh cá nhân, động viên an ủi người bệnh...
- + Vận động sớm sau mổ
- + Vỗ rung

## **2.2. Xạ trị ung thư trực tràng[2]**

### **2.2.1. Xạ trị tiền phẫu:**

Liều và phương thức xạ trị: có thể áp dụng 1 trong 2 cách

- Xạ trị trong thời gian ngắn (SCPRT: short course preoperative radiotherapy):
- Xạ dài ngày, trải liều (Long course):

### **2.2.2. Xạ trị hậu phẫu (Xạ trị bổ trợ):**

- Liều và phương thức xạ trị kết hợp:
- Áp dụng phương thức hóa xạ trị trải liều dài ngày.

### **2.2.3. Xạ trị tổn thương di căn:**

a) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn gan:

- Xạ trị trong chọn lọc bằng hạt vi cầu phóng xạ (Selective Internal Radiation Therapy)

b) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn phổi: Chỉ định khi di căn ít ổ (1 ổ), không thể mổ được.

c) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn xương:

- Mục đích điều trị: chống đau.

d) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn não:

- Xạ phẫu bằng Gamma Knife, Cyber Knife



Chú ý: xạ trị di căn não cần phối hợp dùng thuốc chống phù não và corticoid.

2.2.4. Xạ trị tạm thời, giảm nhẹ ung thư trực tràng:

- Chỉ định: Ung thư trực tràng không mổ được hoặc tái phát tại chỗ.

### **2.3. Điều trị hóa xạ trị toàn thân ung thư trực tràng[2][3]**

a) Tiền phẫu

- Xạ trị tiền phẫu

- Hóa trị tiền phẫu:

+ Các phác đồ hay sử dụng đều có 5 FU để làm tăng tính nhạy cảm của tế bào ung thư với xạ trị.

b) Hóa xạ trị bổ trợ - sau phẫu thuật

- Bệnh nhân có chỉ định hóa xạ tiền phẫu mà không được điều trị trước phẫu thuật nên được điều trị hóa xạ bổ trợ và hóa trị trong trường hợp.

+ Diện cắt dương tính

+ Biểu chứng thủng đại tràng

+ Nguy cơ tái phát tại chỗ cao ( $\geq$  pT3b và/hoặc N+)

- Điều trị bổ trợ nên kéo dài 6 tháng với phác đồ có capecitabine/5-FU kết hợp với xạ trị. Xạ đơn thuần bổ trợ sau mổ không được áp dụng.

- Xạ trị hậu phẫu: Tham khảo phần xạ trị hậu phẫu (mục 4.2.3.2. Xạ trị hậu phẫu, phần 4.2. Điều trị ung thư trực tràng).

- Hóa trị bổ trợ

+ Trái ngược với ung thư đại tràng, dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng trong ung thư trực tràng chứng minh vai trò hóa trị bổ trợ sau xạ trị tiền phẫu hoặc hóa xạ tiền phẫu và phẫu thuật còn hạn chế do số lượng người bệnh chưa đủ lớn và kết quả còn nhiều tranh cãi

+ Hóa trị bổ trợ được chỉ định cho UTĐTT giai đoạn II, III có yếu tố nguy cơ cao: tắc ruột, thủng, vỡ u, số lượng hạch vét được < 12 hạch, diện cắt dương tính, u xâm lấn mạch máu, bạch huyết hoặc thần kinh ngoại biên, mô bệnh học là loại ung thư kém biệt hóa.

c) Thời điểm cần hóa trị bổ trợ (khi nào cần hóa trị): Hóa trị bổ trợ nên được điều trị càng sớm càng tốt, sau mổ từ 4 tới 8 tuần. Không nên hóa trị khi chưa hồi phục sau phẫu thuật hoặc đang có biểu chứng hậu phẫu.

d) Thời gian hóa trị: Tổng thời gian điều trị nên kéo dài từ 5,5 - 6 tháng bao gồm cả điều trị tiền phẫu, phẫu thuật, bổ trợ. Nếu người bệnh đã được điều trị hóa xạ tiền phẫu, hóa trị bổ trợ nên kéo dài từ 4 - 4,5 tháng. Nếu người bệnh chưa điều trị tiền phẫu, điều trị bổ trợ nên kéo dài từ 5,5 - 6 tháng.

e) Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát di căn: Tham khảo “Lược đồ điều trị ung thư đại - trực tràng di căn không còn chỉ định phẫu thuật” - Sơ đồ số 3 trang 10, 11 và phần “Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát, di căn” trang 17 đến 24 của điều trị ung thư đại tràng trong tài liệu này.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG[2]**

### ***\*Rối loạn tiêu tiện***

Rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là một biến chứng thường gặp sau những can thiệp vào tiêu khung. Đặc biệt nó thường xuyên xảy ra ở những BN sau phẫu

thuật UT TT có kèm theo TME. Vấn đề này gặp trong 24-32% bệnh nhân sau phẫu thuật UT TT

\* **Giảm cảm giác vùng hậu môn:** Giống như rối loạn chức năng của cơ thắt trong HM, suy giảm cảm giác của HM có thể liên quan đến tổn thương thần kinh trong quá trình thực hiện TME. NC của Karanjia trên 232 BN, khả năng nhận biết từ hơi đến phân được cho là liên quan đến khoảng cách từ MN đến rìa hậu môn, tức là khoảng cách càng dài thì khả năng nhận biết phân càng tốt [90]. NC của Tomita chia các BN được thực hiện TME ra hai nhóm có biểu hiện mất tự chủ và nhóm không có, cho thấy tình trạng giảm cảm giác ống HM tại vị trí đường lược ở BN có biểu hiện không tự chủ.

\* **Giảm dung tích chứa và mức độ tuân thủ của trực tràng sau phẫu thuật.** Trực tràng bình thường có một dung tích chứa và sự tuân thủ cho phép lưu trữ đủ phân trước khi tống ra ngoài. Sau phẫu thuật TME, chỉ một đoạn ngắn trực tràng trên đường lược được giữ lại, rất ít để có thể đảm bảo chức năng của mình. Trong một NC trên 35 BN người Na-uy trải qua phẫu thuật TME, dung tích trực tràng giúp kích thích cho sự tống phân và dung tích trực tràng có thể chứa đựng tối đa bị giảm đáng kể sau phẫu thuật. Chiều dài phần trực tràng còn lại cũng được đo đạc, và kết quả cho thấy thể tích dung nạp tối đa ở BN có MN thấp thấp hơn nhiều khi so sánh với BM. Một vấn đề nữa, đó chính là khả năng kiểm soát sự tự chủ ở BN sau mổ UT TT giữa và đặc biệt là UT TT dưới, có phối hợp cắt cơ thắt trong hậu môn. Việc đánh giá mức độ mất tự chủ của BN sau mổ rất quan trọng, bởi nó liên quan đến tiên lượng cho BN trước mổ, chiến lược điều trị sau mổ.

\* **Chức năng sinh dục** ở BN nam, những rối loạn đó là: Rối loạn chức năng cương dương, rối loạn xuất tinh, bao gồm xuất tinh ngược dòng và mất/giảm khả năng xuất tinh. Ở nữ giới, những RL chức năng sinh dục bao gồm: giảm ham muốn tình dục, thay đổi sự tiết dịch nhờn cũng như cảm giác kích thích tình dục. Ngoài ra, những vấn đề không đặc hiệu liên quan như thay đổi tần xuất hoạt động tình dục, thiếu sự thích thú trong tình dục, thay đổi về ngoài cơ thể gặp ở cả nam và nữ sau phẫu thuật UT TT.

\* **Rò miệng nối đại trực tràng :** Rò MN sau phẫu thuật cắt đoạn trực tràng được xác định khi có sự thông thương giữa trong và ngoài lòng ruột do tổn thương hoàn toàn thành ruột tại vị trí MN đại trực tràng thấp hay ĐT – ÔHM. Do có ảnh hưởng lâm sàng tương tự, những vị trí rò khác như rò mỏm ruột (khâu tay hay sử dụng máy nối) cũng được xem là rò MN đại tràng. Ở apxe tiểu khung gần MN cũng được xem là rò MN. Tỷ lệ rò MN có thể lên đến 6 – 22%, thường gặp từ 10 – 13%.

## VI. PHÒNG BỆNH [1][2]

- Ăn nhiều rau, hạn chế thực phẩm từ thịt, hạn chế ăn đồ nướng rán
- Khám lâm sàng 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3 năm tiếp theo.
- Xét nghiệm CEA 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3-5 năm.
- CT ngực/bụng/tiểu khung 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6-12 tháng/lần đến 5 năm.

- Chụp PET/CT: khi nghi ngờ tái phát hoặc di căn với CEA tăng mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương.
- Nội soi đại trực tràng trong năm đầu nếu chưa được thực hiện ở lần thăm khám ban đầu để chẩn đoán (VD do có tắc ruột), sau đó 3- 5năm/lần cho đến năm 75 tuổi.
- Nội soi đại trực tràng sau 1 năm:
  - + Nếu u tuyến tiến triển, lặp lại sau 1 năm
  - + Nếu u tuyến không tiến triển, lặp lại sau 3 năm, sau đó 5 năm/lần.
- Tiên lượng:
  - +Tỷ lệ khỏi bệnh sau 5 năm là từ 40-60%. So với các ung thư đường tiêu hóa, ung thư đại tràng có tiên lượng tốt hơn và được coi là bệnh ưu tiên chữa khỏi.
  - +Tiên lượng phụ thuộc vào giai đoạn bệnh: tỷ lệ sống 5 năm - giai đoạn I >90%, giai đoạn II > 60%, giai đoạn III > 30% và giai đoạn IV < 5%.
  - + Một số yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến tiên lượng như: thể giải phẫu bệnh, độ mô học...

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ K trực tràng.

## **VIII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, không đau bụng, ăn uống được, đại tiểu tiện bình thường hoặc hậu môn nhân tạo thông tốt.
- Khám: bụng mềm, vết mổ khô, không có biến chứng sau mổ
- Tái khám khi đau hoặc sau ra viện 01 tháng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. .Phạm Đức Huấn (2006). Bệnh học ngoại khoa sau đại học tập I, NXB Y Học - Hà Nội 2006 tập 1, trang 317-325.
- 2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng, bộ y tế, 2018.
- 3.Quach Văn Kiên (2019) .*Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới*, Luận án tiến sĩ y học, Y Hà Nội.
- 4.Triệu chứng học ngoại khoa, Bộ môn ngoại, trường đại học y Hà Nội, nxb y học 2001

## **TẮC RUỘT CƠ GIỚI**

### **I. KHÁI NIỆM [2] , [3]**

- Tắc ruột là tình trạng bệnh lý mà sự lưu thông các chất trong lòng ruột bị giảm hoặc mất. Đây là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng.
- Tắc ruột có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi Tỉ lệ nam, nữ bị tắc ruột là ngang nhau.
- Các mã ICD có thể sử dụng

STT	MÃ ICD	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	K56	Liệt ruột và tắc ruột không có thoát vị
2	K56.0	Lồng ruột
3	K56.2	Xoắn ruột
4	K56.3	Liệt ruột do sỏi
5	K56.4	Nghẹt ruột khác
6	K56.5	Dính ruột [thành dải] có tắc nghẽn
7	K56.7	Liệt ruột, không đặc hiệu
8	K65.6	Tắc ruột khác và không xác định
9	K91.3	Tắc ruột sau mổ
10	P75	Tắc ruột phân xu trong bệnh xơ nang
11	K56.6	Tắc ruột khác và không xác định

## II. NGUYÊN NHÂN

- Tắc ruột cơ học có 3 nhóm:
- Do nguyên nhân trong lòng ruột : giun, bã thức ăn, sỏi phân...
- Do nguyên nhân ở thành ruột: các khối u lành hoặc ác tính, lồng ruột, lao ruột, bệnh crohn ruột, viêm ruột sau xạ trị, hẹp miệng nối ruột, hẹp ruột sau chấn thương...
- Do nguyên nhân từ ngoài thành ruột: dây chằng và dính rất thường gặp, các thoát vị thành bụng, thoát vị nội, xoắn ruột...

## III. CHẨN ĐOÁN 1. Chẩn đoán xác định [1], [2]

### 1.1 Lâm sàng

#### a. Cơ năng

- Đau bụng cơn
- Nôn
- Bí trung đại tiện

#### b. Toàn thân

- Sốt: dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải chưa rõ
- Muộn: bệnh nhân có thể ở trạng thái shock, sẽ có các dấu hiệu của mất nước và rối loạn nước điện giải, dấu hiệu nhiễm độc, suy thận
- Xoắn ruột: shock có thể xuất hiện ngay trong những giờ đầu của bệnh.

#### c. Thực thể

- Bụng chướng
- Dấu hiệu rắn bò
- Quai ruột nổi
- Dấu hiệu tiếng réo di chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột
- Sờ nắn có thể thấy nguyên nhân gây tắc ruột như khối thoát vị, khối u đại tràng, khối u ruột non, búi giun...

- Thăm trực tràng: có thể sờ thấy u trực tràng.

## **1.2 Cận lâm sàng**

- XN máu: Tổng phân tích tế bào máu, Đông máu ( prothrombin, APTT, Fibrinogen ), Co cục máu, HbsAg, anti HCV, anti HIV
- Sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin, a Uric, GOT, GPT, Bilirubin toàn phần, Billirubin trực tiếp, Protein toàn phần, Albumin, Gross, Maclagan, HDL, LDL, Cholesterol, Triglycerit, ĐGD,
- SH nước tiểu
- Xq tim phổi thẳng
- Điện tâm đồ( khi bn có tiền sử hoặc nghi có bệnh lý tim mạch)
- Chụp Xquang ổ bụng không chuẩn bị: thấy các quai ruột giãn, hình mức nước mức hơi, không có hơi tự do trong ổ bụng
- Siêu âm ổ bụng: thấy hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch do tắc ruột, dịch ổ bụng, có thể thấy nguyên nhân tắc ruột như khối u, khối lồng, búi giun
- Chụp CT-Scanner: chẩn đoán vị trí tắc ruột, tình trạng tổn thương của thành ruột và một số nguyên nhân gây tắc: do u, búi giun, bã thức ăn...

## **2. Chẩn đoán phân biệt: [1] , [2] , [3]**

### **2.1. Bệnh nội khoa:**

- Cơ đau quặn thận:
- Nhồi máu cơ tim:
- Cơ đau quặn gan
- Các bệnh nội khoa ít gặp khác như: cường tuyến cận giáp, rối loạn chuyển hóa porphyrin, nhiễm độc chì, giãn dạ dày cấp tính, một số thuốc gây liệt ruột, hạ K<sup>+</sup> máu

### **2.2 Bệnh ngoại khoa:**

- Các bệnh ngoại khoa có sốt của ổ bụng: tình trạng viêm phúc mạc gây liệt ruột
- Viêm tụy cấp
- Nhồi máu mạc treo ruột
- Vỡ phình động mạch chủ sau phúc mạc
- Tắc ruột do liệt ruột
- Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính: bụng chướng là chính, không đau bụng, không nôn, vẫn có thể trung tiện hoặc tiêu chảy

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc [1], [3]**

- Tất cả những bệnh nhân tắc ruột cơ giới đều có chỉ định phẫu thuật cấp cứu - Bệnh nhân tắc ruột nên được mổ sớm, trong vài giờ đầu, kéo dài thời gian hồi sức trước mổ quá lâu có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ.
- Bệnh nhân có chỉ định bảo tồn phải được theo dõi sát, thăm khám nhiều lần bằng lâm sàng, chụp x-quang ổ bụng không chuẩn bị.
- Chỉ định điều trị nội

### **2. Điều trị cụ thể [2], [3]**

#### **2.1 Hồi sức trước mổ**

- \* Điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan
- Các loại dung dịch đẳng trương và dung dịch keo:

- + Các loại dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%; Natriclorid 0,9%, Ringerlactat ...
- + Các chất điện giải (Kali, Calci, Magie...)
- Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào toàn trạng người bệnh, mạch huyết áp, áp lực TMTT và số lượng nước tiểu/giờ...
- Điều chỉnh sự thiếu hụt nước và điện giải dựa vào điện giải đồ
- \* Thuốc kháng sinh: Sử dụng kháng sinh phổ rộng, có thể phải phối hợp với kháng sinh Metronidazole. Một số nhóm thuốc kháng sinh thường được sử dụng: nhóm Cephalosporin thế hệ 1, thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Beta-lactam; nhóm Metronidazole; Tinidazole;...
- \* Thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...
- \* Một số thuốc kèm theo điều trị bệnh lý phối hợp: Lợi tiểu nếu có suy thận, hạ áp...
- \* Đặt sonde dạ dày
- \* Đặt sonde tiểu

## **2.2 Điều trị phẫu thuật**

### **2.2.1 Nguyên tắc**

- Đường mổ: đường mổ giữa trên và dưới rốn, một số trường hợp đặc biệt chỉ cần đường mổ nhỏ: làm HMNT phía trên u trong tá tràng do u đại tràng, thoát vị bẹn nghẹt, thoát vị đùi nghẹt...
- Tùy theo tình trạng bụng và nguyên nhân gây tắc có thể phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc mổ mở.
- Thăm dò tìm nguyên nhân tắc: vị trí và nguyên nhân gây tắc nằm ở chỗ nối giữa đoạn ruột phòng và đoạn xẹp.
- Xử lý nguyên nhân tắc : tùy theo nguyên nhân tắc mà có cách xử trí khác nhau. Ruột đã hoại tử thì cắt đoạn ruột đó và nối ngay nếu là ruột non, đưa hai đầu ra ngoài thành bụng nếu tắc ở đại tràng hoặc đã có tình trạng viêm phúc mạc
- Làm xẹp ruột

### **2.2.2 Phương pháp phẫu thuật [1], [2], [3]**

- \* Đối với các nguyên nhân gây tắc ở ruột non
- Do dây chằng, do dính: cắt dây chằng, gỡ dính
- Do xoắn ruột: nếu hoại tử thì phải cắt đoạn ruột đó và khâu nối ngay (không tháo xoắn). Nếu ruột chưa hoại tử thì tháo xoắn, phóng bế xylocain, đắp gạc ẩm
- Thoát vị nghẹt: giải phóng thoát vị, xử lý nội dung thoát vị (bảo tồn, cắt đoạn ruột), phục hồi thành bụng
- Với thoát vị nội: chỉ có thể chẩn đoán trong mổ, giải phóng nghẹt
- Lòng ruột cấp:
  - + Trẻ còn bú: chỉ định tháo lòng bằng hơi, thụt baryt hoặc thụt nước, đạt trên 90%.
  - + Mổ cấp cứu khi đến muộn, bụng chướng nhiều, tháo lòng không có kết quả. Mổ tháo lòng nếu ruột còn tốt, cắt đoạn ruột khi ruột đã hoại tử.

- + Ở người lớn: ít gặp và thường do u đại tràng và thể bán cấp: mổ cấp cứu nếu tắc ruột và xử trí như tắc do u đại tràng
  - Tắc do dị vật:
    - + Do giun ⑦ mở ruột lấy giun và khâu lại ruột
    - + Do bã thức ăn: phải kiểm tra toàn bộ từ dạ dày tới góc hồi manh tràng để tránh bỏ sót. Có thể mở ruột hoặc bóp nát đẩy xuống đại tràng
    - Do u ruột non: cắt đoạn ruột có u và nối ngay
    - Tắc ruột sau mổ: điều trị nội khoa trước, mổ cấp cứu khi có dấu hiệu nghẹt hoặc điều trị nội khoa thất bại
    - \* Đối với các nguyên nhân gây tắc ở đại tràng: [3]
    - Tắc ở đại tràng phải: u đại tràng, xoắn đại tràng phải → cắt đại tràng phải, nối ngay nếu tình trạng toàn thân và tình trạng ổ bụng cho phép.
    - + Dẫn lưu hồi tràng
    - + Nối tắt hồi tràng – đại tràng ngang khi u to xâm lấn và thể trạng bệnh nhân không có phép cắt nối U
    - Tắc do u đại tràng trái: cắt đại tràng có u, làm hậu môn nhân tạo, nối ruột ở thì sau.
    - Tắc ruột ở trực tràng: cắt đoạn ruột có u và làm HMNT
    - Xoắn đại tràng sigma:
      - + Sớm: đặt ống sonde hậu môn tháo xoắn
      - + Tháo xoắn thất bại hoặc tới muộn, ruột đã hoại tử thì cắt đại tràng làm HMNT, nối ruột ở thì hai
- ### 2.3 Điều trị sau mổ
- \* Tùy theo tổn thương và tình trạng toàn thân của bệnh nhân phải hồi sức tích cực.
  - \* Điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan:
    - Các loại dung dịch đẳng trương và, dung dịch keo (natriclorid 0,9%, glucose 5%, 10%, 20%...).
    - Các chất điện giải: kali, calci, ...
    - Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào toàn trạng người bệnh, mạch huyết áp, áp lực TMTT và số lượng nước tiểu/giờ...
  - \* Dinh dưỡng sau mổ: Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...
  - Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh)... khi bệnh nhân có trung tiện, toàn thân tốt lên...
  - \* Sử dụng kháng sinh: Như ở phần 2.1; nếu có kết quả nuôi cấy vi khuẩn sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
  - \* Các thuốc giảm đau: Như phần 2.1.
  - \* Một số thuốc kèm theo điều trị bệnh lý phối hợp: Lợi tiểu nếu có suy thận, hạ áp...
  - Làm các xét nghiệm sau mổ để điều trị, theo dõi các tai biến, biến chứng:

- + Các xét nghiệm huyết học: công thức máu, đông máu trong trường hợp mất máu hoặc nghi ngờ chảy máu
- + Các xét nghiệm sinh hóa máu, đánh giá chức năng gan thận và tình trạng dinh dưỡng: Glucose, Ure, Creatinin, GOT, GPT, Protein toàn phần, Albumin, ĐGD... khi nghi ngờ có dấu hiệu biến loạn.
- + Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, Xquang, cắt lớp vi tính tùy thuộc tình trạng diễn biến hậu phẫu.
- Chế độ chăm sóc sau mổ:
- + Tại chỗ: thay băng vết mổ, dẫn lưu,
- + Toàn thân: vệ sinh cá nhân, động viên an ủi người bệnh...
- + Vận động sớm sau mổ
- + Vô rung
- Chế độ dinh dưỡng
- \* Tiêu chuẩn ra viện
- Toàn thân: tỉnh táo, không sốt, huyết động ổn, ăn uống được,
- Tại chỗ: vết mổ liền tốt
- Tái khám sau 1 tháng.

## **V. BIẾN CHỨNG VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ [1], [2], [3]**

- \* Chảy máu sau mổ (chảy máu trong ổ bụng, chảy máu vết mổ): phẫu thuật lại cầm máu, khâu lại vết mổ.
- \* VPM sau mổ do bục, xì miệng nối đường khâu: phẫu thuật lại, xử lý nguyên nhân.
- \* Áp – xe tồn dư: điều trị kháng sinh mạnh, phối hợp, truyền dịch và điện giải
- \* Tắc ruột sớm sau mổ: thường phải phẫu thuật lại để giải quyết nguyên nhân
- \* Rò tiêu hóa:
  - Nếu không có viêm phúc mạc thì điều trị nội khoa bằng đặt sonde ổ bụng hút rửa liên tục.
  - Cho kháng sinh mạnh phối hợp.
  - Nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch: truyền albumin, đạm, mỡ, điện giải đến khi rò tiêu hóa liền.
- \* Nhiễm trùng vết mổ: tách vết mổ, chiếu đèn, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- \* Bục vết mổ: khâu lại vết mổ, dinh dưỡng đường tĩnh mạch bằng truyền albumin, đạm, mỡ.
- \* Xuyết huyết tiêu hóa sau mổ có thể xảy ra, hay gặp ở bệnh nhân trước, trong và sau mổ có shock..
- \* Viêm phổi, viêm đường niệu, loét tỳ đè do nằm lâu...

## **VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định dựa vào đau bụng, nôn, bí trung đại tiện, X quang và cắt lớp vi tính ổ bụng có hình ảnh mức nước, mức hơi hoặc có thể có dấu hiệu trụy mạch.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**



1. PGS.TS. Hà Văn Quyết (2006), “ Tắc ruột”, Bệnh học ngoại dành cho sau đại học, trang 188 – 198, Nhà xuất bản Y học 2006.
2. Lê Hùng, “Điều trị tắc ruột”, Bài giảng điều trị học ngoại khoa, trang 336 – 365, Nhà xuất bản Y học Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh 2007.
3. Lê Quang Nghĩa,” Điều trị tắc ruột”, Điều trị ngoại khoa tiêu hóa, trang 29-43, Nhà xuất bản Y học Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh 2007.

## THOÁT VỊ BỤNG

### I. KHÁI NIỆM

- Thoát vị bụng là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay một điểm yếu của thành bụng vùng trên nếp bẹn ra dưới da hay xuống bìu [1].
- Các mã icd có thể sử dụng

STT	MÃ ICD	TÊN CHẨN ĐOÁN TƯƠNG ỨNG
1	K40	Thoát vị bẹn
2	K40.0	Thoát vị bẹn hai bên, có tắc, không hoại tử
3	K40.1	Thoát vị bẹn hai bên, có hoại tử
4	K40.2	Thoát vị bẹn hai bên, không tắc hay hoại thư
5	K40.3	Thoát vị bẹn một bên hay không đặc hiệu, có tắc, không hoại tử
6	K40.4	Thoát vị bẹn một bên hay không đặc hiệu, có hoại tử
7	K40.9	Thoát vị bẹn một bên hay không đặc hiệu, không tắc hay hoại tử

### II. NGUYÊN NHÂN

- Thoát vị bẹn có thể là bệnh bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Về nguyên nhân, theo một số nghiên cứu cho rằng thoát vị bẹn ở trẻ em là do còn ống phúc tinh mạc; ở người lớn là do sự suy yếu của các lớp cân cơ – mạc của thành bụng vùng bẹn.
- Ngoài ra, còn có một số yếu tố thuận lợi gây ra thoát vị bẹn được đề cập đến:
  - + Ho nhiều.
  - + Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
  - + Táo bón.

+ U phì đại tuyến tiền liệt.

+ Bụng aciste

+ Phụ nữ có thai...[3]

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Chẩn đoán xác định [3]**

##### **1.1. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng

+ Hầu hết thoát vị bẹn không có triệu chứng gì cho đến khi bệnh nhân chợt phát hiện được một khối phồng ở vùng bẹn.

+ Đôi khi một số ít bệnh nhân có thể mô tả là bị đau và có khối phồng ra ở vùng bẹn khi nâng một vật nặng hay khi rặn.

+ Cũng có khi thoát vị bẹn được phát hiện trong lúc đi khám sức khỏe. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo hoặc bị đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp.

+ Cũng có bệnh nhân đến viện cấp cứu vì đau dữ dội vùng bẹn, nôn do biến chứng nghẹt.

+ Khi khối thoát vị lớn dần nó tạo cảm giác không thỏa mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc dùng tay đẩy nó vào.

- Triệu chứng toàn thân: thoát vị bẹn không biến chứng không ảnh hưởng đến toàn trạng. Các triệu chứng này nếu có trên bệnh nhân thì thường là do những bệnh khác đi kèm (u đại tràng, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, viêm phế quản mạn,...) có thể có hoặc không tạo yếu tố thuận lợi cho thoát vị xảy ra.

- Triệu chứng thực thể

Khám thoát vị tốt nhất ở tư thế đứng, sau đó chuyển qua nằm, bộc lộ toàn bộ vùng bẹn và bìu hai bên.

Khi nhìn có thể thấy một khối phồng ở bẹn, kích thước khác nhau, to lên khi ho hoặc rặn và biến mất cùng với tiếng ọc ọc khi bệnh nhân nằm.

Gõ lên túi phồng thấy trong nếu nội dung thoát vị là tạng rỗng và gõ đục nếu nội dung thoát vị là mạc nối.

Sờ nắn: trong trường hợp điển hình, sờ thấy khối phồng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng hoặc khi ho, rặn; ngược lại khi nằm hay dùng tay đẩy vào thì khối phồng này biến mất. Trong trường hợp thoát vị nhỏ có thể khó nhận thấy, khi đó có thể dùng ngón tay đội da bìu lên để sờ lỗ bẹn nông, nếu lỗ bẹn nông quá nhỏ không thể đưa tay vào ống bẹn thì rất khó xác định khối trôi ra cảm nhận được khi ho có thực sự là khối thoát vị hay không. Ngược lại lỗ bẹn nông quá rộng cũng không tự nó khẳng định là có thoát vị, cần phải sờ thấy khối đang chạy xuống ống bẹn khi ho hoặc rặn thì mới chắc chắn là có thoát vị bẹn.

Sự phân biệt giữa thoát vị bẹn gián tiếp và trực tiếp có thể dễ dàng nhưng đôi khi cũng có thể rất khó; trong thực tế sự phân biệt hai kiểu thoát vị này trước mổ thực ra không quan trọng vì cách tiếp cận phẫu thuật thì giống nhau và không phụ thuộc vào kiểu thoát vị.

- Thoát vị mà đi xuống tận bìu thì bao giờ cũng là gián tiếp.

- Thoát vị trực tiếp thường có dạng khối tròn, đối xứng, ở cạnh xương mu khi bệnh nhân ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa, trong khi đó khối thoát vị gián tiếp thường có dạng ê-líp và khó tự biến mất hơn.

- Nghiệm pháp chạm ngón: Dùng ngón tay trở đội da bìu ngược lên vào lỗ bẹn nông, ước lượng khẩu kính của nó. Tiếp đó quay áp mặt múp của ngón vào thành sau ống bẹn rồi bảo bệnh nhân ho hoặc rặn. Đón nhận cảm giác chạm túi thoát vị vào ngón tay, nếu ở đầu ngón là thoát vị bẹn gián tiếp, nếu ở mặt múp của ngón là thoát vị bẹn trực tiếp.

- Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu: khi dùng tay chẹn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, nếu là thoát vị bẹn gián tiếp thì khối thoát vị không xuống được nhưng khối thoát vị trực tiếp thì vẫn trôi ra được.

Sau khi khám xong bên có thoát vị, cần khám cả bên đối diện vì tỉ lệ thoát vị bẹn hai bên chiếm từ 10% đến 20% tổng số thoát vị bẹn.

## **1.2. Triệu chứng cận lâm sàng**

- **Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán xác định:**

+ Siêu âm vùng bẹn bìu: xác định có thoát vị hay không, đường kính lỗ thoát vị, nội dung thoát vị là mạc nối lớn, ruột,...

+ Chụp cắt lớp ổ bụng: xác định khối thoát vị ở vùng bẹn và nội dung bên trong khối thoát vị là ruột, mạc nối; phân biệt với các khối u khác ở vùng bẹn,...

- **Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật:**

+ Xét nghiệm huyết học: công thức máu, Prothrombin, APTT, máu chảy, Fibrinogen, HIV, HbsAG, HCV, nhóm máu, co cụm máu

+ Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin.

+ Xquang ngực thẳng.

+ Điện tim

+ Các xét nghiệm khác: tùy trường hợp cụ thể như làm điện tim, siêu âm tim nếu có bệnh lý về tim mạch; Xquang ổ bụng nếu nghi ngờ đau do nguyên nhân khác (sỏi niệu quản, tắc ruột),...

## **2. Chẩn đoán phân biệt [3]**

- Các bệnh lý khác của ống bẹn: u nang thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn (khối phòng cố định, không ấn xẹp được, siêu âm thấy chứa dịch).

- Các bệnh lý của tinh hoàn: u, viêm, xoắn tinh hoàn.

- Giãn tĩnh mạch thừng tinh: trong thoát vị nếu đẩy các tạng lên ổ bụng, dùng ngón tay bịt lỗ bẹn nông và bảo bệnh nhân đứng dậy sẽ không thấy thừng tinh to trở lại vì các tạng không sa xuống được. Nhưng nếu là giãn tĩnh mạch thừng tinh thì thấy thừng tinh vẫn to trở lại và vẫn có cảm giác như bó đũa do các tĩnh mạch giãn to gây nên.

- Các khối vùng bẹn như u mỡ, hạch, và có khi cả tinh hoàn lạc chỗ. Trong các trường hợp này có thể dùng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính xác định

## **3. Chẩn đoán biến chứng [3]**

Nếu không điều trị, thoát vị ngày càng to ra, dần dần chiếm hết cả bìu. Thoát vị càng to, việc phục hồi thành bụng càng khó, và dễ tái phát.

Một số biến chứng có thể gặp trong thoát vị bẹn, như:

**3.1. Thoát vị nghẹt:** khối thoát vị thường rất đau, không đẩy lên được. Dần dần sẽ xuất hiện bệnh cảnh tắc ruột và hoại tử ruột (do thiếu máu mạc treo). Khi

khám ấn cổ túi thoát vị rất đau. Các thoát vị Richter (ít gặp) cũng có thể bị nghẹt nhưng chẩn đoán trước mổ thường khó khăn do tắc ruột thường xảy ra muộn, trong khi vách ruột đã bị hoại tử do nghẹt.

**3.2. Thoát vị kẹt:** tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng, do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. to không đẩy lên được nhưng bệnh nhân không đau, không có dấu hiệu tắc ruột hoặc hoại tử ruột. Nguyên nhân thường do các tạng thoát vị dính với thành túi hoặc các quai ruột dính với nhau và với mạc nối.

**3.3. Chấn thương thoát vị:** gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Nguyên tắc điều trị [2]**

- Ngoại trừ đối với trẻ sơ sinh nên chờ một thời gian cho ống phúc tinh mạc có thể tự bít, thoát vị bẹn ở trẻ lớn và người lớn chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật.
- Mục đích phẫu thuật thoát vị vùng bẹn để:
  - + Loại bỏ bao thoát vị.
  - + Tạo hình thành bụng bằng sử dụng mô tự thân hay lưới nhân tạo.

##### **2. Điều trị cụ thể**

###### **2.1. Các phương pháp phẫu thuật [2],[4]**

###### **2.1.1. Các phương pháp tạo hình thành bụng sử dụng mô tự thân**

- Phương pháp Bassini.
- Phương pháp Ferguson.
- Phương pháp Shouldice
- Phương pháp McVay

###### **2.1.2. Các phương pháp tạo hình thành bụng sử dụng lưới nhân tạo**

- Phương pháp Lichtenstein.
- Phương pháp phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc (TAPP)
- Phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP)

###### **2.2. Điều trị sau mổ**

\* Thuốc:

- Các thuốc kháng sinh: thường sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 1, thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4; nhóm Quinolon; nhóm Beta-lactam; nhóm Metronidazole; Tinidazole;... trong trường hợp có nguy cơ nhiễm trùng nặng, nhất là ở bệnh nhân có đặt lưới nhân tạo cần sử dụng kháng sinh liều cao, phổ rộng phối hợp với Metronidazole.
- Sử dụng thuốc giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi, bệnh lý phối hợp của người bệnh,... Một số nhóm thuốc giảm đau có thể sử dụng: Dẫn xuất của Anilin (paracetamol); dẫn xuất của acid phenylacetic (Diclophenac); nhóm giảm đau trung ương (Morphine, Pethidin);...
- Các thuốc chống viêm: alphachymotripsin, lydosinat ...

- Các thuốc điều trị bệnh lý phổi hợp (nếu có): thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu;...

\* Chế độ chăm sóc:

- Thay băng vết mổ.
- Chăm sóc ống dẫn lưu (nếu có)
- Vận động nhẹ nhàng.

\* Chế độ dinh dưỡng:

- Các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (nếu người bệnh chưa được ăn hoặc ăn uống kém) gồm: Dung dịch chứa acid amin (Amigol); dung dịch chứa Lipid (Lipovenous); dung dịch 3 thành phần chứa đạm, mỡ, đường (Compilipid, Mg-Tan,...); dung dịch keo (albumin);...

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị:

- Lâm sàng: có sốt không; đau vùng bẹn đùi; bìu, tinh hoàn 2 bên đau/sung; vết mổ khô/nhiễm trùng; tiểu tiện và đại tiện.

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm ổ bụng, bẹn bìu; CT scan ổ bụng khi nghi ngờ các biến chứng sau mổ.

## **V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG [4]**

### **1. Bí tiểu**

- Nguyên nhân có thể liên quan đến thuốc gây tê, gây mê; đau sau mổ; truyền dịch;...

- Xử trí: chườm ấm vùng hạ vị, nếu không đi tiểu được phải đặt sonde tiểu.

### **2. Nhiễm trùng vết mổ**

- Lâm sàng: vết mổ tấy đỏ, có dịch đục hoặc dịch mủ

- Xử trí: cắt chỉ cách, cấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị bằng kháng sinh.

### **3. Đau vùng bẹn**

- Có thể đau cấp hoặc đau mãn tính (đau kéo dài trên 03 tháng sau phẫu thuật).

- Các loại đau:

+ Đau thực thể: do tổn thương dây chằng và cơ. Xử trí: dùng thuốc giảm đau, chống viêm Nosteroid, nghỉ ngơi.

+ Đau nội tạng do tổn thương đám rối thần kinh tự động hoặc đau do tổn thương trực tiếp dây thần kinh. Xử trí: có thể dùng thuốc giảm đau, chống viêm Nosteroid, tiêm thuốc giảm đau trực tiếp; nếu không đỡ phải can thiệp cắt dây thần kinh.

### **4. Tổn thương thừng tinh và tinh hoàn**

- Đau thừng tinh, tinh hoàn. Xử trí: nghỉ ngơi, nâng đỡ bìu, dùng thuốc giảm đau.

- Viêm tinh hoàn do thiếu máu hoặc teo tinh hoàn. Xử trí: nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau chống viêm Nosteroid.

- Tổn thương ống dẫn tinh: Xử trí: nối lại ống dẫn tinh.

### **5. Tụ dịch**

Tụ dịch vết mổ hoặc tụ dịch bìu. Xử trí: băng ép gạc ấm, sẽ tự hấp thu sau vài tuần.

## **6. Tụ máu**

Tụ máu có thể ở vết mổ, ở bìu, ở bao cơ thẳng bụng, sau phúc mạc. Xử trí: Nâng đỡ bìu, chườm ấm thường tự hết sau vài tuần; nếu tụ máu lớn cần kiểm tra có tổn thương bó mạch chậu, bó mạch bịt.

## **7. Tổn thương bàng quang**

Bàng quang có thể bị tổn thương trong khi phẫu thuật. Xử trí: khâu bàng quang và lưu sonde tiểu 01 – 02 tuần.

## **8. Tái phát.** Xử trí: phẫu thuật lại

**9. Các biến chứng liên quan đến sử dụng lưới:** dị ứng lưới, nhiễm trùng lưới; rò lưới vào cơ quan trong ổ bụng. Xử trí: mổ lấy lưới, xử lý rò.

## **10. Các tai biến, biến chứng liên quan phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn [5]**

- Các biến chứng liên quan đến bơm khí vào ổ bụng:

+ Biến chứng tim mạch: rối loạn nhịp tim, hạ huyết áp đột ngột do thay đổi tư thế.

+ Biến chứng hô hấp: ưu thán CO<sub>2</sub> và toan máu hô hấp do hấp thu CO<sub>2</sub>; tràn khí màng phổi, trung thất; phù phổi cấp.

+ Tắc mạch do khí.

- Tổn thương tạng: ruột non, đại tràng, bàng quang. Xử trí: khâu các tổn thương.

- Tổn thương mạch máu: nếu tổn thương bó mạch thượng vị dưới, xử trí bằng kẹp clip; mạch máu lớn như bó mạch chậu mổ mở để khâu, nối mạch.

- Tắc ruột: có thể do thoát vị qua lỗ trocar hoặc qua khe phúc mạc không được đóng kín. Xử trí: mổ giải phóng tắc.

## **VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Chẩn đoán xác định thoát vị bẹn dựa vào khám có khối vùng bẹn; Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính có hình ảnh thoát vị bẹn

## **VII. TIÊU CHUẨN RA VIỆN**

- Người bệnh tỉnh táo, không sốt, ăn uống được.

- Vết mổ liền tốt; không có các biến chứng sau mổ.

- Tái khám sau 1 tháng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Trinh Cơ (1976). Thoát vị bẹn. *Bệnh học ngoại khoa*, Tái bản lần 3, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tập 1, 1-346.

2. Nguyễn Đình Hối (2004). Điều trị thoát vị vùng bẹn – đùi. *Điều trị ngoại khoa tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh, 1-188.

3. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2003). Thoát vị thành bụng. *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh, 247 - 257.

4. Macho J.R. (2010). Inguinal Hernias. *Schwartz's Principles of Surgery*, ninth Edition, McGraw-Hill's Access Medicine, United States of America.

5. Trần Bình Giang (2013). Tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi. *Bài giảng phẫu thuật nội soi cơ bản*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 228-236.

## **Phần : PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU**

### **SỎI THẬN**

#### **I. KHÁI NIỆM**

Sỏi thận là một bệnh thường gặp và hay tái phát do sự kết thạch của một số thành phần trong nước tiểu ở đường tiết niệu trên, trong những điều kiện lý hóa nhất định. Sỏi gây tắc đường tiết niệu, gây nhiễm khuẩn và suy thận, gây nguy hại cho sức khỏe và tính mạng người bệnh [1].

#### **II. NGUYÊN NHÂN VÀ THÀNH PHẦN HÓA HỌC CỦA SỎI [1], [2]**

##### **1. Cơ chế hình thành sỏi thận**

Sỏi tiết niệu là hậu quả của những rối loạn các chất vô cơ và hữu cơ trong nước tiểu.

Sự hình thành sỏi còn phụ thuộc vào tình trạng giải phẫu của thận (như giãn đài bể thận, úr nước thận, các dị tật của thận và niệu quản v.v.) và sự chuyển hoá.

Cơ chế hình thành sỏi thận chưa được xác định rõ ràng, có nhiều giả thiết nhưng giả thiết được nhiều người chấp nhất là việc hình thành sỏi từ trong lòng của hệ tiết niệu. Sự hình thành sỏi trải qua nhiều giai đoạn: sự hình thành nhân sỏi, kết tụ các nhân sỏi, cố định sỏi ở một vị trí nhất định và từ đây sỏi cứ to dần lên.

##### **2. Nguyên nhân sinh bệnh sỏi thận**

Có nhiều nguyên nhân gây sỏi thận. Ngoài các yếu tố do ăn uống, sỏi thận có thể xuất hiện do những rối loạn chuyển hoá, các bệnh tiết niệu, bệnh đường ruột, rối loạn chức năng tiêu cầu thận, bệnh lý thần kinh hoặc do điều trị. Giảm bài tiết nước tiểu có thể do thói quen uống ít nước, mất nước do làm việc trong môi trường nóng hay do ỉa chảy kéo dài.

##### *- Tăng canxi niệu*

Tăng canxi niệu là khi lượng canxi trong nước tiểu > 300mg/24h ở nam và 250mg/24h ở nữ. Nguyên nhân gây tăng canxi niệu có thể là:

+ Tăng canxi niệu do hấp thụ: Kết quả của sự tăng hấp thụ này chỉ làm tăng canxi niệu mà không làm tăng canxi máu.

+ Tăng canxi niệu thứ phát sau khi ăn nhiều natri.

+ Tăng canxi niệu do tiêu huỷ: bệnh lý cường cận giáp.

+ Tăng canxi niệu tự phát: hay gặp ở các bệnh như u hạch lympho.

+ Ngoài ra, các bệnh như cường chức năng tuyến giáp, bệnh u hạt (sarcoidosis, tuberculosis ...) cũng có thể là nguyên nhân gây tăng canxi niệu.

*- Tăng oxalate niệu:* Bệnh lý xảy ra có thể do rối loạn về gen làm tăng quá trình tổng hợp oxalate tại gan và hội chứng ruột ngắn kém hấp thụ.

*- Tăng acid uric niệu:* Gặp trong bệnh goute, u tủy.

*- Tăng cystine niệu:* Bệnh có tính chất di truyền, tăng cystine niệu trên 200mg làm môi trường nước tiểu toan hoá tạo điều kiện hình thành sỏi cystine.

*- Tăng xanthine niệu:* Enzym xanthine oxydase tham gia chuyển hoá base purin thiếu enzym này làm cho hypoxanthine tăng cao trong nước tiểu tạo sự hình thành sỏi.

*- Một số nguyên nhân khác*

+ Giảm citrat niệu gây ra sỏi canxi oxalate.

+ Khi dùng nhiều các hormon giới tính.

### 3. Thành phần hóa học của sỏi

Có hơn 35 dạng tinh thể khác nhau của sỏi tiết niệu nhưng phần lớn trong số chúng là những tinh thể ít gặp. Chỉ khoảng 10 - 12 tinh thể là hay gặp trong cấu trúc của sỏi. các loại sỏi hay gặp:

- Calcium oxalate, Calcium photphat, Calcium carbonate.
- Magnesium và ammonium phosphate hay còn gọi là sỏi struvit, đây là sỏi kết hợp với nhiễm khuẩn. Dạng này kết hợp với dạng carbonat apatit tạo nên sỏi san hô.
- Acid uric và các dẫn xuất của purine.
- Sỏi cystine là biểu hiện của bệnh cystine niệu di truyền (0,5 - 1,5%).
- Một số thành phần sỏi được hình thành từ các thuốc như Tinh thể sulfonamide, tetracycline...
- Các mã icd có thể sử dụng

STT	Mã ICD	TÊN BỆNH
1	N20	Sỏi thận và niệu quản
2	N20.0	Sỏi thận
3	N20.2	Sỏi thận và sỏi niệu quản
4	N13.2	Thận ứ nước do sỏi thận và niệu quản gây tắc nghẽn

### 4. Phân loại sỏi thận

#### 4.1. Phân loại theo vị trí, số lượng sỏi

- Sỏi trước đài thận (Cachi ricci).
- Sỏi đài thận.
- Sỏi bể thận.
- Sỏi đài bể thận nhiều viên.
- Sỏi san hô: ít gây tắc cấp tính đường bài niệu. Gồm hai loại:
  - + Sỏi san hô thực thụ: Sỏi đúc khuôn toàn bộ theo hệ thống đài bể thận.
  - + Sỏi bán san hô: Là loại chỉ đúc khuôn một phần theo hệ thống đài bể thận hoặc giữa chúng có khớp.

#### 4.2. Phân loại của Mores và Boyce.W.H (1976).

Mô tả hình dạng, vị trí và kích thước sỏi theo 5 loại sau:

- Sỏi S1: Sỏi bể thận đơn thuần một viên.
- Sỏi S2: Sỏi bể thận kết hợp với nhiều viên nhỏ ở đài thận.
- Sỏi S3: Sỏi bể thận có một nhánh xuống đài giữa hoặc đài dưới.
- Sỏi S4: Sỏi bể thận có hai nhánh xuống đài giữa và đài trên hoặc dưới.
- Sỏi S5: Sỏi đúc khuôn cả bể thận và các nhóm đài.

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

#### 1.1. Triệu chứng lâm sàng [1], [2]

Triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, có khi diễn biến âm thầm như đau âm ỉ cảm giác tức nặng vùng thắt lưng nhưng có lúc biểu hiện lâm sàng rõ rệt. Điển hình nhất là cơn đau quặn thận, đau dữ dội xuất phát từ vùng thắt lưng rồi lan theo niệu quản xuống vùng bẹn và sinh dục, kèm theo đái rắt, đái buốt, đái ra máu, đái ra sỏi, đau gây chướng bụng, nôn, sỏi thận thường được phát hiện muộn,



không được điều trị kịp thời nên dẫn đến phá hủy nhu mô thận gây ra các biến chứng nặng như: ứ mủ, suy thận, thận mất chức năng, có thể gây tử vong.

## 1.2. Cận lâm sàng

### ***Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định***

\* Xét nghiệm nước tiểu:

- Tìm tế bào và vi trùng: Nước tiểu có nhiều hồng cầu, bạch cầu. Có thể tìm thấy vi trùng khi li tâm soi và nhuộm Gram khi có biến chứng nhiễm trùng. Cần cấy nước tiểu trong trường hợp nghi ngờ có nhiễm trùng
- Soi cặn lắng: Có thể tìm thấy tinh thể Oxalat, phosphate, calci
- pH nước tiểu: Khi có nhiễm trùng niệu, pH nước tiểu sẽ tăng > 6,5 vì vi trùng sẽ phân hủy Ure thành Amoniac. Khi pH dưới 5,5 có nhiều khả năng có sỏi Urat
- Protein niệu: Nhiễm trùng niệu chỉ khi có ít Protein niệu. Nếu có protein niệu phải thăm dò bệnh lý cầu thận

\* ***Chụp XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị:*** Nhằm chẩn đoán kích thước, hình thái, vị trí cũng như sơ bộ cấu trúc, thành phần của sỏi theo mức độ cản quang giảm dần, sỏi phosphate calci, sỏi oxalate calci và sau cùng là sỏi phosphate ammoniac magnesi (struvit), sỏi cystin, sỏi uric và xanthin ít cản quang, chụp nghiêng khi cần thiết để loại trừ sỏi mật, sỏi tụy, hạch vôi hoá.

\* ***Chụp niệu đồ tĩnh mạch:*** (UIV) cho thấy chức năng thận bị ảnh hưởng, hình thể thận, đài bể thận do sỏi gây tắc 1 phần hay toàn phần gây ứ nước thận với các mức độ khác nhau và có thể phát hiện các dị dạng bẩm sinh kèm theo, đánh giá chức năng bài tiết của thận có sỏi với bên đối diện và đánh giá ảnh hưởng của phẫu thuật lên chức năng bài tiết của thận có sỏi sau mổ. Phân loại chức năng bài tiết của thận dựa trên phim chụp NĐTM, theo Huỳnh Văn Nghĩa (2010).

- Chức năng bài tiết tốt: Thận bài tiết thuốc đầy đài bể thận và đoạn niệu quản trên, trên phim chụp 15 phút.
- Chức năng bài tiết trung bình: Thận bài tiết thuốc ra đài- bể thận trên phim chụp 30 phút.
- Chức năng bài tiết kém: Thuốc bài tiết xuống ít trên phim chụp 60 phút.
- Chức năng bài tiết xấu: Thận không ngấm thuốc hoặc không bài tiết trên phim chụp sau 90 phút.

\* ***Chụp cắt lớp vi tính (CLVT):*** Chụp cắt lớp vi tính có giá trị bằng tất cả các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác. Ngoài ra, CLVT còn phát hiện được những sỏi không cản quang, sỏi nhỏ hơn 4 mm mà UIV và Xquang tiết niệu thường khó phát hiện được.

- Phân độ ứ nước thận trên phim chụp CLVT: Theo Emilio Quaia chia làm 4 độ:
  - + Mức độ I: Thận to hơn bình thường, thận bài tiết thuốc sau 10 đến 15 phút. Đài bể thận giãn to hình trùy, nhu mô thận dày hơn 15mm.
  - + Mức độ II: Thận to 12x 10cm, thận giảm bài tiết thuốc (chậm sau 30 phút). Đài bể thận giãn hình chùy nhỏ (2cm), nhu mô thận dày 5- 10mm.

- + Mức độ III: Thận to rõ 15x 12cm, thận giảm bài tiết thuốc ở thì chậm sau 45 phút. Đái bết thận mờ hình quả bóng bàn (2cm), nhu mô mỏng 3- 5mm.
- + Mức độ IV: Thận to rõ rệt, chức năng giảm nhiều, không bài tiết thuốc sau 60 phút. Không thấy hình ảnh đái bết thận, nhu mô mỏng <3mm hoặc không đo được.

\* **Chụp niệu quản ngược dòng (UPR):** Chẩn đoán sỏi, các dị dạng, sự tắc nghẽn đái bết thận.

\* Siêu âm vùng bụng và thận

Cho phép xác định cả sỏi không cản quang, đánh giá mức độ giãn đái bết thận, độ dày còn lại của nhu mô thận, kích thước của sỏi. Theo Nguyễn Duy Huệ (2001) thận giãn được chia làm 4 độ.

- Độ I: Bể thận căng nước tiểu, đáy các đái thận giãn nhẹ. Chỉ số nhu mô/ bể thận (parenchyma- pelvis index) bình thường bằng 2/1 (PPI=2/1).
- Độ II: Các đái thận giãn ra và bể thận cũng giãn, độ dày nhu mô <15mm, chỉ số PPI= 1/1.
- Độ III: Bể thận giãn rõ và các đái thận giãn to, thận giãn to biểu hiện bằng một vùng nhiều dịch chiếm một phần hỏ thất lưng, các vùng này cách nhau bởi các vách ngăn không hoàn toàn, chỉ số PPI= 1/2.
- Độ IV: Đái bết thận giãn rất to, ranh giới bể thận đái thận không rõ ràng, nhu mô thận mỏng <3mm, chỉ số PPI= 1/3.

**Cận lâm sàng phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật.**

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, cục máu
- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV
- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.
- Tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu kháng sinh đồ
- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)

- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Con đau quặn thận với thủng dạ dày viêm đại tràng co thắt, viêm túi mật, viêm ruột thừa, viêm phần phụ...

Trong trường hợp, bụng chướng do liệt ruột chẩn đoán phân biệt với tắc ruột, viêm đại tràng...

## 3. Chẩn đoán biến chứng:

Các biến chứng thường gặp và nguy hiểm:

- Tắc nghẽn: Là biến chứng cấp tính nặng. Nếu tắc nghẽn hoàn toàn bể thận và niệu quản, bể thận sẽ giãn to và sau 6 tuần nhu mô thận có thể không hồi phục. Hậu quả của ứ nước là hủy hoại về cấu trúc dẫn đến sự hủy hoại về chức năng.
- Suy thận cấp: Suy thận cấp có thể do tình trạng tắc nghẽn nặng (hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn) cả 2 bên niệu quản

Suy thận cấp cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân chỉ có sỏi niệu quản 1 bên nhưng có phản xạ co mạch cả 2 bên gây vô niệu. Biểu hiện lâm sàng là vô niệu, Ure, Creatinin máu, K<sup>+</sup> máu tăng nhanh, toan máu chuyển hóa.

- Suy thận mạn: Do viêm bể thận mạn là hậu quả nặng nề nhất của sỏi thận, tiết niệu vì không có khả năng phục hồi do thận xơ hóa dần.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Nội khoa [1], [2]**

Chỉ định điều trị sỏi thận bằng nội khoa được áp dụng cho những trường hợp: sỏi nhỏ nằm ở bể thận hoặc trong đài thận chưa gây tắc nghẽn chưa gây biến chứng, ít đau đớn cho bệnh nhân, sỏi còn có nhiều khả năng di chuyển xuống bàng quang. Và cả những trường hợp sỏi thận mà không có điều kiện hay không có chỉ định can thiệp bằng các phương pháp khác.

Mục đích của điều trị nội khoa là phòng bệnh, tránh bệnh tái phát, ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh, làm tan hay đá ra những viên sỏi nhỏ. Các loại sỏi có thành phần hóa học khác nhau, cơ chế hình thành có thể là đối lập nhau do đó việc điều trị có thể đối lập nhau nếu không cẩn thận thì không những làm sỏi nhỏ đi mà còn làm sỏi to lên.

- Bệnh nhân cần uống nhiều nước >1,5 lít/ngày. Điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu đặc biệt ở những người có dị tật tiết niệu. Để tránh tái phát sỏi thận, bệnh nhân cần điều chỉnh chế độ ăn uống và sử dụng một số thuốc riêng biệt [40].

- Đối với sỏi canxi: Cần hạn chế thức ăn, nước uống có chứa nhiều canxi, điều này làm tăng hấp thụ ở ruột như sữa, canh xương... dẫn đến tăng canxi máu, nước tiểu làm tăng quá trình tạo sỏi. Ngoài ra có thể sử dụng các đồ uống làm toan hóa nước tiểu như sinh tố C, dấm, thuốc lợi niệu thiazid; không nên ăn mặn các chất chứa nhiều protein và oxalat.

- Đối với sỏi magnesium ammonium phosphate cần điều chỉnh pH nước tiểu để tránh kiềm với các thuốc và đồ uống như trên, sử dụng các kháng sinh tác dụng đến trực khuẩn gram âm (nhóm quinolon, aminosid).

- Đối với sỏi axit uric, cần hạn chế thức ăn chứa protein, tăng cường các loại rau củ quả. Thuốc được dùng là Hallopurinol tăng bài tiết axit uric qua nước tiểu, tăng pH nước tiểu bằng các thuốc như Bicarbonate sodium, lợi niệu Diamox, với những BN cao HA không sử dụng được Bicarbonate sodium có thể thay thế bằng Citrate postasium

- Đối với sỏi Cystein cần tăng pH nước tiểu với các thuốc như trên hoặc penicillamin.

- Điều trị cơ đau quặn thận do sỏi:

+ Giảm lượng nước vào (nước uống, dịch truyền) khi có cơn đau quặn thận.

+ Giảm đau: Sử dụng thuốc kháng viêm không Steroid có tác dụng tốt trong trường hợp này. Thuốc có thể sử dụng là Diclofenac (Elaria ống 75mg) tiêm bắp.

Trong trường hợp không có hiệu quả, cân nhắc sử dụng Pethidin -Hameln (Pethidin ống 100mg/2ml) hoặc Morphin.

Kết hợp thuốc giãn cơ trơn: Drotaverin (No-Spa ống 40mg)

- Trong trường hợp có nhiễm khuẩn tiết niệu, nếu có kết quả kháng sinh đồ, cần sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, chú ý chọn những loại kháng sinh có tác dụng trên vi khuẩn Gram âm như Cephalosporin thế hệ 3,4, Quinolone và Aminoglycoside thường được sử dụng nhiều, cần thay đổi liều lượng theo mức độ suy thận (nếu có) và tránh dùng Aminoglycoside khi suy thận

## **2. Điều trị ngoại khoa [1], [2]**

Điều trị ngoại khoa nhằm giải quyết những biến chứng sỏi thận gây ra nhằm phục hồi chức năng thận và trong cấp cứu kết hợp nội ngoại khoa để giải quyết những trường hợp vô niệu, nhiễm khuẩn huyết. Điều trị ngoại khoa bao gồm các phẫu thuật kinh điển và các phương pháp ít xâm lấn.

### **2.1. Các phẫu thuật kinh điển (mổ mở)**

- Lấy sỏi thận qua mổ bề thận.

- Phương pháp mở

rộng bề thận ngoài và trong xoang (Gil Vernet) có thể lấy sỏi to trong thận.

- Rạch nhu mô thận để lấy sỏi đài thận có khi cần thiết.

- Rạch nhu mô thận mở rộng lấy sỏi san hô lớn và nhiều viên là một phẫu thuật lớn, mức độ tổn thương nhu mô, nguy cơ chảy máu tăng.

- Cắt thận bán phần khi sỏi khu trú ở một cực. Cắt thận khi nhu mô còn lại không tác dụng, thận ứ mủ do sỏi mất hết chức năng.

- Ngày nay phẫu thuật mở đã bị thu hẹp ở các nước tiên tiến nhưng vẫn còn vị trí quan trọng ở các nước đang phát triển.

### **2.2. Các phương pháp ít xâm lấn**

#### ***Tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).***

Từ khi được ứng dụng trên lâm sàng năm 1980, phương pháp này đã phát triển nhanh chóng và trở thành một lựa chọn đáng tin cậy nhưng nó cũng có nhiều hạn chế.

\* Chỉ định (theo Tiselius H. G).

- Gánh nặng sỏi (stone burden).

+ Kích thước sỏi 2,5cm tính theo đường kính lớn nhất.

+ Thể tích sỏi 300mm

+ Số lượng sỏi 3 viên và tập trung ở 1 hoặc 2 vị trí trong hệ thống đài bể thận.

- Vị trí sỏi: bể thận, đài trên, đài giữa. Sỏi ở đài dưới thường cho kết quả kém.

Sỏi niệu quản trên.

- Các BN có bệnh kết hợp như tiểu đường, tăng huyết áp... cần được điều trị ổn định trước khi tán sỏi. Chỉ định tán sỏi thận trên BN có thận đơn độc cần phải thận trọng (đặt thông JJ trước tán, BN phải được theo dõi sát sau tán sỏi). Với những BN có sỏi thận, niệu quản 2 bên cùng nằm trong chỉ định ESWL chúng tôi chủ trương tán bên sỏi đang gây tắc nghẽn đường bài niệu trước, khi kết quả tốt sẽ chuyển sang tán bên còn lại.

\* Chống chỉ định:

- Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn đường niệu cấp tính: BN có thể có các triệu chứng sốt, tiểu buốt, tiểu gắt, tiểu đục, xét nghiệm công thức máu có số lượng bạch cầu tăng cao ( $> 10 \times 10^9/l$ ), bạch cầu niệu  $\geq (++)$ , cấy khuẩn nước tiểu phân lập được vi khuẩn với số lượng  $> 10^5$  vi khuẩn/ml (tiêu chuẩn quan trọng nhất).

**Tán sỏi nội soi ngược dòng (TSNSND).** (URS - Ureteroscopy).

Năm 1977 Goodman là người đầu tiên báo cáo tán sỏi thận ngược dòng.

Nội soi niệu quản điều trị được 10% số BN sỏi đường tiết niệu trên cần can thiệp (chủ yếu là sỏi niệu quản 1/3 dưới), với sự ra đời máy soi niệu quản mềm người ta có thể tán cả sỏi bể thận. Nhìn chung phương pháp này chủ yếu được áp dụng cho các trường hợp:

- Sỏi thận đường kính < 2cm.
- TSNCT thất bại hoặc chống chỉ định.
- Sỏi thận ở những người có hoàn cảnh như chuẩn bị ghép tạng, phi công, phụ nữ có thai, làm việc ở biên cương hải đảo...

**Phẫu thuật nội soi lấy sỏi trong hay ngoài phúc mạc.**

- Theo Guideline của hiệp hội tiết niệu Châu Âu năm 2015 về điều trị sỏi thận thì phương pháp điều trị này đang thu hẹp dần, là lựa chọn cho một số trường hợp hông thể áp dụng hoặc điều trị thất bại bằng các phương pháp TSNCT, TSTQD và tán sỏi NS ngược dòng

**Phương pháp phẫu thuật tán sỏi thận qua da (Percutaneous Nephrolithotomy)**

Đây là phương pháp can thiệp ít xâm lấn có thể giải quyết được hầu hết các loại sỏi. Theo hướng dẫn của hiệp hội tiết niệu Châu Âu năm 2015 thì phương pháp này được chỉ định rộng rãi với hầu hết các trường hợp sỏi ngoài trừ tuyệt đối các trường hợp có khối u ác tính hay nghi ngờ ở đường tiết niệu, đoạn thành bụng cần nông và tạo đường hầm, phụ nữ mang thai.

### **2.3. Điều trị cụ thể**

**Trước phẫu thuật**

\* **Kháng sinh.** Dùng theo kháng sinh đồ, nếu không có kháng sinh đồ dùng kháng sinh phổ rộng khi có nhiễm khuẩn

- Nhóm Beta-lactam:

+ Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)

+ Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)

+ Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)

+ Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)

+ Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)

+ Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)

+ Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)

+ Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

+ Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg ...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin (Amikacin 500mg...)

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

\* **Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicacbonat 14%, Natribicacbonat 4,2%, Ringerlactat

- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...

**\* Thuốc cầm máu.**

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)

- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

**\* Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500 mg...)

- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)

- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)

- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

**\* Thuốc giãn cơ.**

- Drotaverin (No-spa 40mg, Drotaverin 40mg, ...)

- Alverin citrate (Alverin 40 mg...)

**\* Các thuốc điều trị bệnh lý phổi hợp (nếu có):** thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu;...

**\* Đặt sonde bàng quang:** Theo dõi nước tiểu trong trường hợp suy thận cấp, đái máu.

**Sau phẫu thuật**

**\* Thuốc kháng sinh, giảm đau, cầm máu, truyền dịch** (như trên)

**\* Truyền máu và các chế phẩm của máu:** Trong trường hợp mất máu nhiều. Số lượng dựa vào lâm sàng, xét nghiệm.

**\* Chế độ chăm sóc:**

- Thay băng vết mổ.

- Chăm sóc ống dẫn lưu

- Vận động sớm sau mổ.

- Vô rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

**\* Chế độ dinh dưỡng:**

- Cho ăn sớm sau 6 tiếng sau mổ, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên.

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

**\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị**

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng bụng, vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn lưu; đại tiện bình thường/rối loạn; ...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ.

**V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sỏi thận nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm:

Giãn đài bể thận

Nhiễm khuẩn niệu

Suy thận cấp, suy thận mạn

## VI. PHÒNG BỆNH

Uống nhiều nước, ít nhất 2 lít nước mỗi ngày

Ăn ít muối, ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt

Ăn nhiều rau tươi

Thường xuyên kiểm tra sức khỏe định kỳ

Khám ngay khi có các triệu chứng: tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu máu, đau vùng thắt lưng, ...

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN

### 1. Tiêu chuẩn nhập viện

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng:

- Đau quặn thận, đau âm ỉ vùng thắt lưng
- Rối loạn tiểu tiện: Đái buốt, đái rắt, đái máu, đái mù
- Siêu âm, XQ, cắt lớp vi tính: Hình ảnh sỏi thận gây giãn đài, bể thận

### 2. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không đau thắt lưng - Huyết động ổn định
- Vết mổ liền tốt
- Tiểu tiện tốt, nước tiểu trong
- Bệnh kèm theo được điều trị ổn định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Mễ (2007), “Sỏi thận”, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, pp. 193-201

Lê Ngọc Từ (2006), “Sỏi tiết niệu”, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tập I, pp. 133-141.

## SỎI NIỆU QUẢN

### I. KHÁI NIỆM [3]

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

### II. NGUYÊN NHÂN [3]

Có 2 loại sỏi tiết niệu: Sỏi cơ thể (sỏi nguyên phát) và sỏi cơ quan (sỏi thứ phát). Sự rối loạn chuyển 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 niệu quản có nguồn gốc từ thận di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của niệu quản, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### 1.1. Lâm sàng [1], [2], [3]

###### *Triệu chứng cơ năng*

- Đau: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố: tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.
- Con đau quặn thận: đây là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh. Sỏi NQ thường gây ra cơn đau bão thận hơn sỏi thận vì: Sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi; NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận, bề thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiểu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).
- Đau do kích ứng: tiểu gắt, tiểu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích, phóng tinh đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậu, đoạn sát bàng quang.
- Tiểu máu: có thể vi thể hoặc đại thể.
- Tiểu đục: nước tiểu đục, có mủ là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều, nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.
- Vô niệu: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiểu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bế tắc đường tiểu được giải quyết, thận cũng sớm hồi phục.
- Triệu chứng suy thận mạn tính: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sinh bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ ...
- Những triệu chứng không điển hình: đôi khi sỏi NQ diễn tiến mơ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bế tắc đường tiểu cấp tính. Mỗi lưng là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng.

###### *Triệu chứng thực thể*

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

##### 1.2. Cận lâm sàng



## ✚ **Cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán xác định [1], [2], [3]**

### **- Tổng phân tích và cấy nước tiểu**

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

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

### **- Chụp X quang bộ niệu không chuẩn bị (KUB)**

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

### **- Siêu âm bụng**

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

### **- Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)**

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

Trong trường hợp ứ nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.

Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi.

Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ

vùng hó 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.

- **Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan):** Xác định sỏi và mức độ tắc nghẽn thận, niệu quản. CT- scan hiệu quả trong trường hợp sỏi niệu quản kém cản quang và chụp UIV không thấy hình ảnh của thận và vị trí niệu quản tắc nghẽn. Ngoài ra CT-scan còn đánh giá được chức năng thận.

✚ **Cận lâm sàng phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật.**

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu
- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV
- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.
- Tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu kháng sinh đồ
- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

## **2. Chẩn đoán phân biệt**

- Con đau quặn thận với thủng dạ dày viêm đại tràng co thắt, viêm túi mật, viêm ruột thừa, viêm phần phụ...
- Trong trường hợp, bụng chướng do liệt ruột chẩn đoán phân biệt với tắc ruột, viêm đại tràng...

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Điều trị nội khoa [1], [2]**

- Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi sỏi còn nhỏ, đường kính  $\leq 10$  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  $> 10$  mm, tỷ lệ tự đào thải khoảng 8%.
- Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh  $Ca_{2+}$  được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong 65% bệnh nhân dùng thuốc ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh  $Ca_{2+}$  nhiều hơn nhóm không dùng thuốc. Điều trị nội khoa không những làm tăng tỷ 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 (Floexy 0,4mg) là chất ức chế thụ thể adrenergic được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, alfuzosin (Xatral viên 10mg) cũng có hiệu quả tương đương

## **2. Điều trị bằng can thiệp ít xâm lấn. [1], [2], [3]**

### **2.1. Tán sỏi ngoài cơ thể**

Nhờ các sóng xung kích nhằm vào sỏi để phá vụn sỏi. Những mảnh sỏi này sẽ thoát ra ngoài theo đường tự nhiên. Để phát sóng xung kích, có 3 loại máy tán sỏi ngoài cơ thể bằng máy điện từ trường, máy thủy điện lực, máy áp suất điện. Chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể cho những sỏi niệu quản nhỏ dưới 1cm, ở vùng thắt lưng hay tiểu khung không có nhiễm khuẩn niệu, không có dị dạng và chít hẹp niệu quan, thận không bị ứ nước, ứ mủ. Không có bệnh kèm theo như bệnh về máu, gù vẹo cột sống, đang có thai, bệnh về mạch máu. Trong trường hợp sỏi niệu quản nằm sát thận có thể đẩy sỏi vào thận bằng ống thông niệu quản hay đặt ống thông JJ sau đó tán sỏi ngoài cơ thể, vì sỏi nằm trong thận sẽ dễ định vị hơn, dễ vỡ hơn do có khoảng không gian tiếp xúc với sóng xung. Điều trị bằng phương pháp này tỷ lệ thành công đạt khoảng 60 - 70%.

Biến chứng hiếm thường gọi là cơn đau quặn thận, tắc nghẽn niệu quản do sỏi di chuyển sau tán.

### **2.2. Tán sỏi nội soi niệu quản ngược dòng**

Chỉ định cho những sỏi niệu quản đoạn chậu hông hay tiểu khung.

Nhờ hệ thống camera và ống soi niệu quản bán cứng hay mềm mà đưa các máy tán sỏi theo đường tự nhiên lên niệu quản để tán sỏi bằng các công nghệ khác nhau như siêu âm, áp lực hơi, điện từ trường, laser. Sau tán vụn sỏi niệu quản xong, sỏi được hút ra hay gắp ra bằng dụng cụ hoặc rút ra bằng ống thông Domia. Kết hợp đặt ống thông niệu quản sau tán để tránh phù nề và dẫn lưu nước tiểu từ trên thận xuống.

Kết quả tán sỏi theo phương pháp này đạt tới 85%. Ngày nay do có những ống soi mềm nhỏ có thể tán được cả sỏi niệu quản đoạn thắt lưng và ngay cả trên thận.

Phương pháp này được ứng dụng nhiều trên thế giới vì không cần rạch da, tỷ lệ tử vong ít, biến chứng thường gặp là tổn thương niệu quản gây ra trong quá trình đưa ống soi lên niệu quản hay lấy những mảnh sỏi ra.

### **2.3. Lấy sỏi niệu quản bằng phương pháp nội soi ổ bụng xuyên hoặc ngoài (sau) phúc mạc**

Nhờ ứng dụng nội soi ổ bụng, qua các trocar có thể bóc tách niệu quản tìm vị trí sỏi, lấy sỏi niệu quản ra, đặt các ống thông niệu quản và khâu lại niệu quản thường qua ngã sau phúc mạc, ít khi qua ngã trong phúc mạc và thường ứng dụng lấy sỏi ở đoạn thắt lưng.

Tuy nhiên, để thực hiện kỹ thuật này đòi hỏi có những chỉ định chặt chẽ như sỏi niệu quản chỉ có một viên hoặc các viên phải nằm liền kề nhau, không có chít

hẹp niệu quản phía dưới, không có nhiễm khuẩn tiết niệu... cũng như đòi hỏi trình độ thành thạo về phẫu thuật nội soi của phẫu thuật viên.

## 2.4. Tán sỏi qua da

Chỉ định với sỏi 1/3 trên sát bề thận, hoặc sỏi niệu quản kết hợp sỏi thận. Tán sỏi qua da có 3 loại: đường hầm tiêu chuẩn, đường hầm nhỏ và đường hầm siêu nhỏ với năng lượng tán thủy điện lực, siêu âm, laser.

## 3. Điều trị bằng phẫu thuật kinh điển (mổ mở) [1], [2], [3]

Việc điều trị sỏi niệu quản bằng phẫu thuật đã có từ lâu cho dù ngày nay đã có nhiều kỹ thuật hiện đại nhưng nó vẫn còn tồn tại trong những chỉ định nhất định và tồn tại trong cả những cơ sở phẫu thuật mà chưa có thể triển khai được các kỹ thuật hiện đại.

Chỉ định phẫu thuật trong những trường hợp sỏi niệu quản kèm theo dị dạng đường tiết niệu (tách đôi niệu quản, giãn phình niệu quản), co chít hẹp niệu quản, có nhiễm khuẩn tiết niệu, vô niệu do sỏi niệu quản mà đặt ống thông niệu quản thất bại, sỏi niệu quản có kích thước lớn, quá cứng, sỏi niệu quản đã gây biến chứng như thận ứ nước, ứ mủ. Đôi khi sỏi niệu quản đã được điều trị bằng các phương pháp nội soi nhưng chưa đạt kết quả.

Tùy vị trí sỏi mà có đường rạch khác nhau, đường rạch thắt lưng, đường trắng giữa dưới rốn, đường bên cạnh cơ thẳng to. Sau khi lấy sỏi kết hợp kiểm tra sự lưu thông của niệu quản. Việc đặt ống dẫn lưu niệu quản hay dẫn lưu thận được cân nhắc cho từng trường hợp cũng như có kết hợp tạo hình lại niệu quản hay không.

Chỉ định phẫu thuật sỏi niệu quản ngày càng ít đi, tuy vẫn còn tồn tại. Những chỉ định này dần được thay thế bằng các phương pháp điều trị ít xâm hại.

## 4. Điều trị cụ thể

### 4.1. Trước phẫu thuật

\* **Kháng sinh.** Dùng theo kháng sinh đồ, nếu không có kháng sinh đồ dùng kháng sinh phổ rộng khi có nhiễm khuẩn

- Nhóm Beta-lactam:

+ Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)

+ Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)

+ Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)

+ Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)

+ Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)

+ Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)

+ Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)

+ Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

+ Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg ...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin (Amikacin 500mg...)

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

**\* Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicacbonat 14%, Natribicacbonat 4,2%, Ringerlactat
- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...

**\* Thuốc cầm máu.**

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)
- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

**\* Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500 mg...)
- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)
- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)
- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

**\* Thuốc giãn cơ.**

- Drotaverin (No-spa 40mg, Drotaverin 40mg, ...)
- Alverin citrate (Alverin 40 mg...)

**\* Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có):** thuốc điều trị đái tháo đường; thuốc hạ huyết áp; thuốc lợi tiểu;...

**\* Đặt sonde bàng quang:** Theo dõi nước tiểu trong trường hợp suy thận cấp, đái máu.

#### **4.2. Sau phẫu thuật**

**\* Thuốc kháng sinh, giảm đau, cầm máu, truyền dịch** (như trên)

**\* Truyền máu và các chế phẩm của máu:** Trong trường hợp mất máu nhiều. Số lượng dựa vào lâm sàng, xét nghiệm.

**\* Chế độ chăm sóc:**

- Thay băng vết mổ.
- Chăm sóc ống dẫn lưu
- Vận động sớm sau mổ.
- Vô rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

**\* Chế độ dinh dưỡng:**

- Cho ăn sớm sau 6 tiếng sau mổ, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên.
- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

**\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị**

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng bụng, vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn lưu; đại tiện bình thường/rối loạn; ...
- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ.

#### **V. BIẾN CHỨNG [1]**

Sỏi niệu quản dễ gây ra các biến chứng:

- Ở giai đoạn đầu, bệnh nhân thường có những đợt đau quặn thận, đái máu, đái buốt, đái dắt.

- Ở giai đoạn muộn: Do không được can thiệp gây ra:
- + Nhiễm khuẩn tiết niệu
- + Thận ứ nước
- + Thận xơ hoá, teo lại do nhiễm khuẩn
- + Thận ứ mủ
- + Suy thận cấp, suy thận mãn
- + Vô niệu

## **VI. PHÒNG BỆNH [3]**

- Chế độ ăn: Ăn nhiều rau, chất xơ, tránh tiêu thụ lượng lớn vitamin, hạn chế muối (4-5g/ngày), hạn chế protein động vật (0,8-1g/kg/ngày), lượng calci 1000-1200mg/ngày.

- Uống nước 2,5-3 lít/ngày, uống mỗi 2-4 giờ

- Lối sống: Hoạt động thể lực, cân bằng lượng nước mất. BMI 18-25 kg/m<sup>2</sup>

- Thường xuyên kiểm tra sức khỏe định kỳ

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN**

### **1. Tiêu chuẩn nhập viện**

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng:

- Đau quặn thận, đau âm ỉ vùng thắt lưng
- Rối loạn tiểu tiện: Đái buốt, đái rắt, đái máu, đái mủ
- Siêu âm, XQ, cắt lớp vi tính: Hình ảnh sỏi thận gây giãn đài, bể thận

### **2. Tiêu chuẩn ra viện**

- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không đau thắt lưng
- Mạch, Huyết áp ổn định
- Vết mổ liền tốt
- Tiểu tiện tốt, nước tiểu trong

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Mễ (2007), “Sỏi niệu quản”, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, pp. 202-207

2. Lê Ngọc Từ (2006), “Sỏi tiết niệu”, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tập I, pp. 133-141.

3. Vũ Lê Chuyên (2017), “Sỏi niệu quản”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị*, Bệnh viện Bình Dân, tập II, pp. 68-74.

## **BẢNG MÃ ICD**

<b>STT</b>	<b>Mã ICD</b>	<b>TÊN BỆNH</b>
<b>1</b>	N20	Sỏi thận và niệu quản
<b>2</b>	N20.0	Sỏi thận
<b>3</b>	N20.2	Sỏi thận và sỏi niệu quản
<b>4</b>	N13.2	Thận ứ nước do sỏi thận và niệu quản gây tắc nghẽn

## SỎI BÀNG QUANG

### **I. KHÁI NIỆM**

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 [3], [4].

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) [1]:

- 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

### **II. NGUYÊN NHÂN [1], [2].**

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 bàng quang).

Các nguyên nhân thường gặp là:

- Nam: tăng sinh tuyến tiền liệt
- Nữ: niệu đạo gặp xoắn 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 mắt phải khác cũng tạo điều kiện để tạo sỏi bàng quang như dị vật bàng quang, bàng quang thần kinh...

### 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.

##### 1.1. Lâm sàng [1], [2], [3], [4].

*\*Triệu chứng cơ năng*

- Tiểu rắt: lan đến vùng hội âm, vùng quai 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), tăng sinh tuyến tiền liệt (nam).
- Thăm dò bằng dụng cụ: thấy dấu hiệu chạm sỏi.
- Có cầu bàng quang nếu bí đái hoàn toàn.
- Có lỗ rò từ bàng quang ra thành bụng, tăng sinh môn hoặc âm đạo

*\*Tiền sử*

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

##### 1.2. Cận lâm sàng

*\*Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định [1], [3], [4].*

- *Siêu âm*: Xác định số lượng, kích thước sỏi bàng quang, kích thước tuyến tiền liệt, ứ nước đường tiết niệu trên.
- *Chụp XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị*: Xác định số lượng, kích thước sỏi; sỏi thận, niệu quản kèm theo
- *Chụp UIV*: Cần thiết khi nghi ngờ có biến chứng lên thận
- *Chụp cắt lớp vi tính (CT-scanner)*: Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán sỏi tiết niệu, đánh giá bất thường hệ niệu - *Nội soi bàng quang*: số lượng, vị trí, hình dáng sỏi; túi thừa bàng quang, bứu bàng quang, bất thường niệu đạo, tăng sinh tuyến tiền liệt.

*\*Cận lâm sàng giúp điều trị, tiên lượng, phẫu thuật*

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinin, điện giải đồ, GOT, GPT, Protein toàn phần, Albumin
- Miễn dịch: HIV, HCV, HBsAg
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu
- Tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu kháng sinh đồ



- Chụp XQ tim phổi, điện tim
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo khác.

## **2. Chẩn đoán phân biệt [1].**

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh gây bí đái, rối loạn tiểu tiện như: viêm bàng quang, xơ cứng cổ bàng quang, tăng sinh tuyến tiền liệt, chít hẹp niệu đạo...

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

Điều trị nhằm ba mục tiêu:

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

### **1. Điều trị nội khoa [1], [3].**

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

### **2. Ngoại khoa [1].**

- 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.

âm cho những sỏi có kích thước không quá 5cm.

- Lấy sỏi bàng quang qua da
- Mở mở lấy sỏi bàng quang: Chỉ định với các sỏi bàng quang kích thước lớn, có nhiễm khuẩn, có kèm các bệnh ở bàng quang, niệu đạo như: Túi thừa bàng quang, hẹp niệu đạo, ...

### **3. Điều trị biến chứng [1].**

- Sỏi gây ung thư bàng quang: điều trị ung thư bàng quang (phác đồ ung thư bàng quang)
- Bàng quang nhỏ vì hóa xơ: Phẫu thuật 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 suy thận và phẫu thuật lấy sỏi.
- Điều trị viêm bàng quang, viêm thận bể thận ngược chiều.

### **4. Điều trị căn nguyên [1].**

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

- Cắt túi thừa 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: nong niệu đạo hoặc phẫu thuật tạo hình niệu đạo
- Điều trị ung thư dương vật: Phẫu thuật cắt ung thư dương vật, nạo vét hạch, hóa chất, xạ trị (theo phác đồ điều trị ung thư dương vật).

### **5. Điều trị cụ thể**

#### **5.1. Trước phẫu thuật**

\* *Thăm khám và làm cận lâm sàng để chẩn đoán, điều trị*

\* *Kháng sinh.* Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp chưa có kháng sinh đồ có thể dùng kháng sinh phổ rộng:

- Nhóm Beta-lactam:

- + Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)
- + Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)
- + Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)
- + Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)
- + Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)
- + Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)
- + Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)
- + Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)
- + Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)
- Nhóm Quinolon
- + Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg...)
- + Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)
- Nhóm Aminoglycosid
- + Amikacin (Amikacin 500mg...)
- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)
- \* **Thuốc cầm máu.**
- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)
- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)
- \* **Giảm đau.**
- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500mg...)
- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)
- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)
- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)
- \* **Đặt sonde bàng quang, bơm rửa bàng quang.** Trong trường hợp bí đái, bàng quang có máu cục.

## 5.2. Sau phẫu thuật

- \* **Thuốc Kháng sinh, giảm đau, cầm máu** (như trên)
- \* **Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**
- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicacbonat 14%, Natribicacbonat 4,2%, Ringerlactat
- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...
- \* **Bơm rửa bàng quang**
- \* **Thay băng vết mổ**

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [1]

Sỏi bàng quang nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm có thể gây các biến chứng nguy hiểm:

- Viêm nhiễm nước tiểu: có sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu và có các tế bào mủ.
- Viêm bàng quang cấp tính, mạn tính.
- Bàng quang bé do xơ teo.
- Rò bàng quang.

- Viêm thận ngược dòng dẫn đến suy thận.
- Ung thư bàng quang

## VI. PHÒNG BỆNH

- Khám sức khỏe định kỳ. Chú ý các triệu chứng đường tiểu dưới: tiểu buốt, tiểu rắt...

- Chẩn đoán và điều trị sớm bệnh phì đại tuyến tiền liệt

- Uống đủ nước

## VII. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN, RA VIỆN

### 1. Tiêu chuẩn nhập viện

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng sau:

- Rối loạn tiểu tiện: Tiểu rắt, tiểu buốt, tiểu khó, bí tiểu

- Đái máu, nước tiểu đục mủ

- Siêu âm, XQ, UIV, cắt lớp vi tính: thấy hình ảnh sỏi bàng quang

### 2. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không nôn, ăn uống được

- Huyết động ổn định

- Vết mổ khô, nước tiểu trong

- Bệnh kèm theo được điều trị ổn định

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên (2017), *Sỏi bàng quang*, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, tập II, Bệnh viện Bình Dân.
2. Hoàng Long (2013), "Sỏi tiết niệu", *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tr. 203-213.
3. Nguyễn Mễ (2007), "Sỏi bàng quang", *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, tr. 208-2011.
4. Lê Ngọc Từ (2006), *Sỏi tiết niệu*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Nhà xuất bản y học, tập I.

STT	Mã ICD	TÊN BỆNH
1	N21.0	Sỏi bàng quang

## CÁC BỆNH NANG THẬN (NANG THẬN)

### I. KHÁI NIỆM [1]

Nang đơn thận là một hình thái bệnh lý lành tính hay gặp và đứng hàng thứ hai trong nhóm bệnh thận có nang. Nang đơn thận phát sinh và phát triển tại thận.

Hầu hết các nang thận được mọc lên từ tổ chức vỏ thận, do đó có thể nằm bất cứ chỗ nào ở vùng vỏ thận, có khi nằm cạnh bề thận. Có nhiều loại nang: nang đơn độc, nhiều nang đơn, nang chảy máu, nang áp xe ...

Nang đơn thận được định nghĩa là nang chỉ có ở một thùy thận, nằm riêng biệt, không thông với bề thận. Có thể một hoặc nhiều nang, ở một hoặc cả hai bên thận. Do tắc ống dẫn nước tiểu trong thận

Phân loại nang đơn thận

Theo số lượng nang:

+ Nang đơn độc).

+ Thận nhiều nang một bên hoặc hai bên

Theo vị trí nang:

+ Theo vị trí tương đối với nhóm đài thận: nang ở cực trên, ở giữa thận, nang cực dưới

+ Theo vị trí tương đối từ bờ ngoài vào rốn thận:

• Nang ở vùng chu vi thận.

• Nang ở nhu mô thận.

• Nang cạnh bề thận.

## II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân của nang đơn thận đến nay vẫn chưa được biết rõ. Có một số giả thuyết cho rằng: Có sự phá hủy cấu trúc của các ống thận hoặc thiếu máu cung cấp cho thận có thể là nguyên nhân gây nang thận. Túi thừa từ ống thận có thể tách ra tạo thành nang thận. Không thấy vai trò của gen trong hình thành và phát triển nang đơn thận.

- Bệnh thận đa nang có liên quan đến yếu tố di truyền

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

#### 1.1. Lâm sàng [1]

Nang đơn thận thường không gây các triệu chứng lâm sàng rầm rộ nên bệnh nhân không để ý. Phần lớn nang đơn thận được phát hiện tình cờ trên siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Dấu hiệu lâm sàng phụ thuộc vào các nang đó có gây nên chèn ép đài bề thận và làm ứ nước thận hay không. Một số ít trường hợp, nang thận được phát hiện khi đã vỡ do chấn thương.

Tuy vậy, nang đơn thận có thể gây triệu chứng:

+ Đau thắt lưng hoặc tức nặng vùng thắt lưng bên thận có nang là triệu chứng hay gặp khi kích thích nang lớn khiến bệnh nhân phải đi khám.

+ Tăng huyết áp: những nang thận có kích thước lớn, lại nằm ở vùng nhu mô thận làm choán chỗ một vùng thận gây ra thiếu máu tại vùng đó, dẫn đến tăng bài tiết Renin và làm tăng huyết áp thứ phát.

+ Thận to: khi nang thận quá to, có thể sờ thấy hoặc nhìn thấy một khối u ở bụng.

+ Triệu chứng về đường tiết niệu: đái buốt, đái rắt, đái khó, đái ra máu hoặc nước tiểu đục khi có biến chứng nhiễm khuẩn, sỏi tiết niệu hoặc K hóa...

#### 1.2. Cận lâm sàng

*\*Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định [1], [2]*

- *Siêu âm*: Siêu âm là kỹ thuật được lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán bệnh nang đơn thận. Nhờ có siêu âm mà nang thận ngày càng được phát hiện nhiều hơn, chẩn đoán xác định nang đơn thận chủ yếu dựa vào kỹ thuật siêu âm

- *Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV)*: Đánh giá đường bài xuất, hình thái đường dẫn niệu và mối tương quan với nang đơn thận

- *Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner)*: có giá trị cao trong việc xác định kích thước vị trí nang đơn thận và mối liên quan với chủ mô thận cùng tổn thương đi kèm. Chụp cắt lớp hệ tiết niệu có thuốc cản quang nang thận được đánh giá theo Bosniak

<b>BOSNIAK</b>	<b>Hình ảnh</b>	<b>Khả năng ác tính</b>	<b>Điều trị</b>
I	U nang đơn giản có thành mỏng như chân tóc không chứa vách ngăn, vôi hóa, hoặc các thành phần rắn. mật độ là nước trong Đơn vị Hounsfield và không ngấm thuốc khi tiêm thuốc tĩnh mạch	1,7%	Chỉ theo dõi
II	U nang có thể chứa một vài vách ngăn mỏng và các nốt vôi hóa hoặc thành nang hơi dày có thể là. Các tổn thương có mật độ giảm âm và đồng nhất < 3 cm (được gọi là u nang mật độ cao) không ngấm thuốc cản quang.	18,5	
IIF	U nang có thể chứa nhiều vách ngăn mỏng hoặc tối thiểu nhẵn dày lên của thành hoặc vách ngăn của họ. Tường hoặc vách ngăn của chúng có thể chứa vôi hóa có thể dày và có nốt, nhưng không thể đo lường được tăng cường độ tương phản là hiện tại. Những tổn thương này thường tốt. Hoàn toàn là dịch trong, đường kính $\geq 3$ cm	18,5	
III	Các khối nang thành dày lên không đều hoặc nhẵn thành hoặc vách ngăn trong	33	

	đó ngấm thuốc có thể thấy được khi tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch.		
--	--	--	--

***Cận lâm sàng giúp điều trị, tiên lượng, phẫu thuật:***

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu
- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV
- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.
- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng), XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

**2. Chẩn đoán phân biệt [1]**

- Thận đa nang:
  - + Bệnh di truyền theo kiểu gen trội (trong phả hệ gia đình nhiều người bị bệnh).
  - + Hai thận to do bị thay thế bởi nhiều nang.
  - + Kích thước nang to nhỏ không đều nhau. Có nang rất lớn (> 10cm) nhưng cũng có nang rất nhỏ (khoảng 0,5cm).
  - + Có thể kèm theo gan đa nang.

Cần CT HTN có thuốc cản quang để đánh giá tình trạng đa nang 2 thận và tổn thương kèm theo như nhiễm khuẩn hay xuất huyết nội nang.

- Nang thận mắc phải ở bệnh nhân suy thận mạn (Ure máu cao) hoặc chạy thận nhân tạo kéo dài.
- Giãn đài bể thận: có hình ảnh thông giữa các đài bể thận với nhau trên siêu âm hoặc trên phim chụp UIV, cắt lớp vi tính.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

Nguyên tắc điều trị

Can thiệp phẫu thuật thủ thuật khi có biến chứng như chảy máu, đau nhiều, đài máu hoặc nang thận lớn (Kích thước > 45mm) [1]

**1. Điều trị triệu chứng (nội khoa)**

- Đau thắt lưng và tức nặng vùng thắt lưng:
  - + Thuốc giảm đau.
    - Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500mg...)
    - Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)
    - Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)
    - Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)
  - + Thuốc giãn cơ: Drotaverin (No-spa 40mg, Drotaverin 40mg, ...)
- Tăng huyết áp: có thể cho thuốc hạ áp các nhóm (theo chuyên khoa tim mạch)
- Nhiễm trùng nội nang hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu (nếu có)  
Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nếu chưa có kháng sinh đồ dùng kháng sinh phổ rộng
- Nhóm Beta-lactam:

- + Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)
- + Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)
- + Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)
- + Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)
- + Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)
- + Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)
- + Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)
- + Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)
- + Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)
- Nhóm Quinolon
- + Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg...)
- + Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)
- Nhóm Aminoglycosid
- + Amikacin (Amikacin 500mg...)
- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

## **2. Điều trị ngoại khoa [1]**

### **2.1 Chọc hút dịch nang thận:**

Phương pháp chọc hút dịch nang thận qua da phối hợp bơm cồn tuyệt đối (Ethanol 95%) làm xơ hóa vỏ nang dưới hướng dẫn của siêu âm đã đem lại nhiều kết quả tốt.

### **2.2. Phẫu thuật cắt chỏm nang thận**

Nang có kích thước lớn > 45mm, có biến chứng gây đau tức khó chịu thì chỉ định phẫu thuật cắt chỏm nang thận là phương pháp điều trị tốt cho các bệnh nhân.

Phương pháp:

- Phẫu thuật cắt chỏm nang thận nội soi sau phúc mạc
- Phẫu thuật cắt chỏm nang thận nội soi xuyên phúc mạc
- Phẫu thuật mổ mở cắt chỏm nang thận: Trường hợp nang thận viêm dính tổ chức xung quanh, nang thận tái phát.

### **2.3. Điều trị cụ thể**

#### **2.3.1. Trước phẫu thuật**

- \* **Khám và làm cận lâm sàng để chẩn đoán và điều trị**
- \* **Kháng sinh:** Khi có nhiễm khuẩn (như trên)
- \* **Thuốc giãn cơ, giảm đau:** Khi bệnh nhân đau (như trên)
- \* **Thuốc cầm máu.** Trường hợp có biến chứng chảy máu nang thận
- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)

- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

\* **Các thuốc điều trị bệnh lý phối hợp (nếu có)**

#### **2.3.2. Sau phẫu thuật**

- \* **Thuốc kháng sinh, giảm đau, cầm máu** (như trên)
- \* **Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**
- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicarbonat 14%, Natribicarbonat 4,2%, Ringerlactat

- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...

**\* Chế độ chăm sóc:**

- Thay băng vết mổ.

- Chăm sóc ống dẫn lưu

- Vận động sớm sau mổ.

- Vô rung với các trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý hô hấp.

**\* Chế độ dinh dưỡng:**

- Cho ăn sớm sau 6 tiếng sau mổ, hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

- Ăn cháo, uống sữa, ăn cơm (tùy theo diễn biến của từng người bệnh).

**\* Các chỉ tiêu cần theo dõi, đánh giá trong quá trình điều trị**

- Lâm sàng: có sốt không; tình trạng bụng, vết mổ khô/nhiễm trùng; dịch qua dẫn lưu; đại tiện bình thường/rối loạn; ...

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm lại công thức máu; sinh hóa máu (chức năng gan, thận, đạm máu...); siêu âm hoặc chụp CT scan ổ bụng khi nghi ngờ biến chứng sau mổ.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [1]**

- Tắc đài bể thận do nang to chèn ép: cần làm XN UIV hoặc CT HTN đánh giá tổn thương và chỉ định phẫu thuật tạo hình đài bể thận nếu cần

- Viêm nhiễm đường tiết niệu hoặc tạo sỏi do tắc nghẽn cơ học: KS toàn thân kiểm soát nhiễm trùng và phẫu thuật giải quyết tắc nghẽn đường niệu

- Vỡ nang vào hệ thống đài bể thận gây đái máu thứ phát hoặc có thể vỡ ra ngoài bao thận gây đau dữ dội, nặng hơn có thể dẫn đến sốc mất máu (hiếm gặp). Cần làm CT HTN, UIV và XN CTM đánh giá tình trạng vỡ nang ngoài bao thận hoặc vỡ nang vào đài bể thận và mức độ mất máu để có thái độ phù hợp

- Chảy máu hoặc nhiễm trùng trong nang gây đau lưng dữ dội, kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn và các triệu chứng của đường tiết niệu và nước tiểu. Cần làm CT HTN, CTM đánh giá tình trạng xuất huyết, nhiễm khuẩn nội nang. Kế hoạch điều trị là KS toàn thân, giảm đau hạ sốt, bù dịch ĐGD... và phẫu thuật khi có chỉ định

- Nang thận có thể áp xe hoặc ung thư hóa (ít gặp). Cần theo dõi định kỳ 6 tháng-1 năm khi người bệnh có nang thận, Siêu âm là kỹ thuật được lựa chọn đây là phương pháp đơn giản an toàn để thực hiện hiệu quả cao.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Chưa có biện pháp phòng bệnh nang thận.

- Thường xuyên khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và theo dõi xử trí sớm các biến chứng.

## **VII. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN, RA VIỆN**

### **1. Tiêu chuẩn nhập viện**

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng:

- Đau nhiều vùng thắt lưng

- Rối loạn tiểu tiện: đái buốt, đái rắt, đái máu...

- Siêu âm, cắt lớp vi tính: Hình ảnh nang thận đơn độc kích thước > 45mm

### **2. Tiêu chuẩn ra viện**



- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không nôn, không còn đau thắt lưng, ăn uống được
- Mạch, HA ổn định
- Vết mổ khô, tiểu tiện tốt, nước tiểu trong.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang (2007), “Nang thận”, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, pp. 448-454.
2. Vũ Lê Chuyên (2017), “Bướu lành tính ở thận”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị* Bệnh viện Bình Dân, tập II, pp. 127-139.

### BẢNG MÃ ICD

Mã ICD	TÊN BỆNH
Q61	Các bệnh nang thận
Q61.0	Nang thận đơn bẩm sinh
Q61.8	Các loại bệnh nang thận khác
Q61.9	Bệnh nang thận không đặc hiệu
N28.1	Nang thận mắc phải
Q61	Các bệnh nang thận

## VẾT THƯƠNG THẬN (CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG THẬN)

### **I. KHÁI NIỆM [2]**

Chấn thương thận là chấn thương thường gặp nhất trong các chấn thương của hệ tiết niệu, thường đi kèm với chấn thương của các tạng trong ổ bụng như gan, lách..., trong bệnh cảnh đa chấn thương và hay gặp ở độ tuổi lao động, gặp ở nam nhiều hơn nữ. Nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt và thể thao.

Vết thương thận là một tổn thương cũng thường gặp, hay kèm với vết thương của các tạng trong ổ bụng, hay gặp ở nam giới. Nguyên nhân chủ yếu do dao đâm, ngoài ra còn do đạn bắn, tai nạn giao thông, lao động hay bị đá thương.

\* Định nghĩa:

- Chấn thương thận kín hay còn gọi là chấn thương thận là trường hợp thận bị tổn thương nhưng thành bụng hay thành lưng không bị thủng.
- Vết thương thận là trường hợp thận bị tổn thương có kèm theo vết thương xuyên thấu của thành bụng hay thành lưng.

### **II. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG[2], [5], [1], [3], [4].**

#### **1. Nguyên nhân của chấn thương thận:**

- Tai nạn giao thông: đây là nguyên nhân thường gặp nhất
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt
- Tai nạn thể thao

#### **2. Nguyên nhân của vết thương thận:**

- Vết thương do dao hay các vật nhọn đâm phải: thường gặp trong thời bình, do trả thù cá nhân hay do tai nạn.
- Vết thương do đạn bắn hay các mảnh vỡ do hỏa khí: hay gặp trong chiến tranh, thường kèm theo các thương tổn cơ quan khác.

### **3. Cơ chế chấn thương thận**

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%). Tỷ lệ nam nữ là 4:1.

#### *- Chấn thương thận kín*

Bụng, hông hay lưng gây ra trên 80% tất cả tổn thương thận. Nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông, té, tai nạn thể thao và bị tấn công hành hung. Tai nạn giao thông hoặc té cao có thể làm rách động mạch thận hoặc đứt hoàn toàn. Nếu sau chấn thương thận, có triệu chứng tiểu máu nhiều, và sốc, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn của thận rất cao (khoảng 20%).

#### *- Vết 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 ướt nước hoặc u thận làm cho thận dễ bị vỡ sau chấn thương.

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán xác định [1], [2], [5]**

#### **1.1. Bệnh sử:**

- Sau một chấn thương hay vết thương vào vùng hông lưng hoặc hạ sườn, hay những va chạm làm giảm tốc đột ngột như rơi từ độ cao, dừng đột ngột khi đang di chuyển tốc độ nhanh.
- Bệnh nhân có đau nhiều vùng thận hoặc đau khắp bụng nếu có thương tổn phối hợp.
- Tiểu máu.

#### **1.2. Lâm sàng:**

- Tiểu máu: toàn dòng, tiểu máu đại thể hoặc vi thể, đái máu đỏ đều trong cả 3 ly, trường hợp nặng có thể có máu cục bằng quang làm bệnh nhân đái khó, máu cục nhiều thăm khám có cầu bằng quang ở hạ vị, đôi khi không tiểu máu,
- Vết bằng vùng chấn thương, vết thương và hướng đi của vết thương (thầu bụng, thầu ngực).
- Hở thất lưng đầy và đau do sự hình thành của khối máu tụ quanh thận, đau lan dần ra xa chỗ bị chấn thương
- Phản ứng thành bụng ở nửa bụng bên bị chấn thương, bụng chướng hơi, vì có dấu hiệu phản ứng thành bụng và bụng chướng hơi nên ngày đầu khó có thể sờ thấy và đánh giá được khối máu tụ quanh thận, sờ nằng bụng nhẹ nhàng có thể

thấy 1 khối mềm, ranh giới không rõ rệt khu trú ở 1 bên hông và gõ đục nếu khối máu tụ lớn

Đề kháng khắp bụng khi kèm tổn thương cơ quan khác trong ổ bụng, các dấu hiệu xuất huyết nội, viêm phúc mạc.

- Trong những ngày sau, từ ngày thứ 3 trở đi khi phản ứng thành bụng đã đỡ có thể sờ thấy được khối máu tụ mềm và đau từ hố thận lan đến hoặc quá ngang đường trắng giữa. Đây là 1 dấu hiệu quan trọng để đánh giá mức độ nặng nhẹ của các thương tổn ở thận

\* Đái máu báo hiệu có thương tổn ở thận còn độ lớn khối máu tụ đánh giá mức độ nặng nhẹ của chấn thương

\* Toàn thân:

- Trong trường hợp nặng sẽ có dấu hiệu mất máu cấp, những biểu hiện của choáng như da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

Tiên lượng chấn thương thận của chấn thương thận phụ thuộc vào tình trạng diễn biến trong những giờ và những ngày tiếp theo sau khi vào viện

- Choáng có thể thoáng qua trong những giờ đầu sau chấn thương đây là choáng nguyên phát và nếu không có chảy máu trầm trọng thì choáng ổn định dần do cơ thể bù trừ, sau đó choáng có thể nặng thêm, huyết áp tụt, mạch nhanh dần, bệnh nhân trở nên nhợt nhạt thể hiện xuất huyết nội.

- Theo dõi các dấu hiệu ở bụng để phát hiện các tổn thương kèm theo như vỡ gan, vỡ lách, trong trường hợp này sẽ có triệu chứng co cứng khắp bụng và chọc dò ổ bụng sẽ có máu

### **1.3. Cận lâm sàng:**

\* ***Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định***

- Siêu âm: đánh giá thương tổn của thận, các thương tổn phối hợp, đánh giá thận đối bên và dùng theo dõi diễn tiến của chấn thương.

- XQ hệ niệu có cản quang (UIV): sử dụng khi không có CT scan hay chụp trên bàn mổ để kiểm tra thận đối bên trong tình huống mổ khẩn cấp mà không có phim CT scan trước đó.

- Cắt lớp vi tính (CT scan) bụng có cản quang: giúp chẩn đoán, phân độ chấn thương thận, phát hiện thương tổn phối hợp, đánh giá chức năng thận đối bên và theo dõi diễn tiến bệnh.

- Cộng hưởng từ (MRI): có giá trị giống CT scan, áp dụng cho bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang.

- Chụp mạch máu thận (DSA): khi nghi ngờ có tổn thương mạch máu thận, DSA còn giúp can thiệp nội mạch các trường hợp huyết khối mạch máu thận hoặc can thiệp làm thuyên tắc để cầm máu.

\* ***Cận lâm sàng phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật***

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu

- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, cục máu

- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV

- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.

- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

## **2. Chẩn đoán mức độ [2], [4]**

**\*Phân độ tổn thương theo Chatelain phân loại chấn thương thận kín thành 4 độ:**

- Độ 1: Chủ mô thận bị vỡ, vỏ bao thận còn nguyên vẹn gọi là vỡ thận giữa màng bao
- Độ 2: Chủ mô thận cùng vỡ với màng bao: Có khối máu tụ quanh thận
- Độ 3: Vỡ phức tạp ở chủ mô thận: thận bị vỡ làm nhiều mảnh, khối máu tụ lớn
- Độ 4: Thương tổn cuống thận:  
Thương tổn động mạch thận, mạch máu bị đứt hay thuyên tắc  
Thương tổn ở bể thận hay niệu quản

**\* Theo hiệp hội Nội khoa châu Âu (EAU) phân độ chấn thương thận gồm 5 độ:**

- *Phân độ 1:* Còn gọi là đụng dập thận, chỗ mô thận bị dập chưa vỡ. Thận còn nguyên vẹn, kèm theo máu tụ dưới vỏ bao và quanh thận.
- *Phân độ 2:* Gồm vỡ vỏ bao và chủ mô thận dưới 1cm. Tổn thương không ảnh hưởng tới đài, bể thận và phần tủy thận.
- *Phân độ 3:* Vỡ chủ mô thận trên 1cm, không có sự thoát nước tiểu ra ngoài
- *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.
- *Phân độ 5:* Gồm vỡ thận nhiều mảnh và tổn thương mạch máu thận lớn, đứt cuống thận

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Hướng điều trị [1], [2], [5]**

Mục đích của điều trị chấn thương, vết thương thận là:

- Cầm máu
- Bảo tồn thận chấn thương
- Tránh các biến chứng.

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **2.1. Điều trị nội khoa**

**\* Chỉ định: [2], [4]**

- Chủ yếu trong các trường hợp đụng giập thận nhẹ
- Chấn thương thận độ I, II, III, IV với huyết động ổn định
- Một số ít trường hợp chấn thương thận độ IV-V có huyết động ổn định, nhưng vẫn còn bàn cãi
- Vết thương thận đơn thuần độ I, II, III.

**\* Điều trị:**

Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động để cầm máu và phòng chảy máu tái phát.

✦ **Kháng sinh.** Dùng kháng sinh phổ rộng:

- Nhóm Beta-lactam:

+ Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)

+ Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)

+ Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)

+ Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)

+ Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)

+ Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)

+ Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)

+ Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

+ Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

\* **Bồi phụ khối lượng tuần hoàn.**

- Trong trường hợp mất máu nhiều cần truyền máu toàn phần hoặc khối hồng cầu, số lượng dựa vào đánh giá lâm sàng và xét nghiệm.

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Ringerlactat.

\* **Thuốc cầm máu.**

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml, ...)

- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

- Vitamin K1

\* **Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500mg...)

- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)

- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)

- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

\* **Đặt sonde bàng quang:** Theo dõi nước tiểu và bơm rửa bàng quang trong trường hợp có nhiều máu cục bàng quang.

Căn cứ điều kiện và diễn biến bệnh hoặc có phát sinh bệnh kết hợp lựa chọn các thuốc thay thế kèm theo hoặc theo hội chẩn

Theo dõi diễn tiến bệnh: theo dõi các dấu hiệu mất máu, nhiễm trùng, chức năng thận.

**2.2. Điều trị ngoại khoa [1], [2], [5], [4]**

\* **Phẫu thuật cấp cứu:**

- Chấn thương thận có huyết động không ổn định (sau khi đã truyền ít nhất 500ml máu)
- Tổn thương mạch máu thận chính trong thời gian “giờ vàng” (trước 8h)
- Chấn thương thận độ (IV-V) có máu cục động bàng quang, khối máu tụ quanh thận lớn, choáng nặng không hồi phục sau truyền máu, phản ứng thành bụng mạnh và lan rộng
- Có kèm thương tổn phối hợp, các trường hợp vết thương thận

**\* Phẫu thuật trì hoãn:**

- Chấn thương thận độ III-IV
- Những trường hợp chấn thương thận có khối máu tụ quanh thận trung bình, không lan đến quá đường ngang rốn nước tiểu đỏ nhưng không có máu đóng cục đọng lại trong bàng quang và sau khi truyền 500ml máu tình trạng bệnh nhân ổn định trở lại, trường hợp này cần theo dõi, làm thêm xét nghiệm cần thiết chuẩn bị mổ, nếu tình trạng đái máu kéo dài, thương tổn thận nặng, có hiện tượng thiếu máu do chảy máu kéo dài thì nên mổ ở thời điểm từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 14 sau chấn thương- đây là thời điểm mổ thuận lợi nhất vì khối máu tụ đã được tổ chức hóa bít chặt các mạch máu nhỏ, tĩnh mạch, chỉ còn chảy máu ở các mạch máu lớn, chủ mô dập nát đã phân định rõ so với các mô lành, thận chấn thương bớt phù nề, việc cắt lọc phần mô hoại tử và khâu phục hồi vùng mô lành có nhiều thuận lợi
- Chấn thương thận trên thận bệnh lý
- Các trường hợp điều trị nội khoa thất bại

**2.2.2. Các phương pháp can thiệp ngoại khoa**

- Lấy máu tụ, khâu cầm máu thận chấn thương: những thương tổn chảy máu không tự cầm, thận chấn thương có thể bảo tồn thì ta sẽ lấy hết máu tụ quanh thận, khâu cầm máu và phục hồi giải phẫu thận.
- Phục hồi, sửa chữa mạch máu thận: những thương tổn mạch máu lớn của thận nếu bệnh nhân đến sớm (trước 8h) ta có thể lấy huyết khối trong lòng mạch máu, tạo hình lại mạch máu thận hoặc ghép thận tự thân tùy vào mức độ thương tổn mạch máu
- Cắt thận bán phần hoặc toàn phần: những thương tổn đứt 1 cực thận thì ta có thể cắt thận bán phần, nếu thận vỡ nát không thể hồi phục thì cắt thận cầm máu.
- Những can thiệp ít xâm lấn: can thiệp nội mạch cầm máu trong chảy máu kéo dài, dẫn lưu máu tụ qua da khi có nhiễm trùng khối máu tụ, dẫn lưu trong (sonde JJ niệu quản) khi có nang giả niệu...

**2.2.3. Các điều trị khác trước và sau phẫu thuật (như mục 1.2 của điều trị nội khoa)**

**V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [2]**

**1. Biến chứng sớm:**

- Chảy máu kéo dài
- Nhiễm trùng khối máu tụ
- Nang giả niệu

**2. Biến chứng muộn:**

- Thận ú nước
- Tăng huyết áp

- Rò động-tĩnh mạch thận
- Tạo sỏi
- Viêm bể thận-thận

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Nghỉ ngơi, hạn chế làm việc nặng.
- Trong vòng 6 tháng đầu sau khi xuất viện, mỗi tháng bệnh nhân phải được theo dõi: hình ảnh học, phân tích nước tiểu, chức năng thận, huyết áp... để phát hiện các biến chứng muộn của chấn thương thận.

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN**

### **1. Tiêu chuẩn nhập viện**

- Chấn thương thận: độ II, III, IV, V.
- Chấn thương thận có kèm thương tổn phối hợp

- Vết thương thận: tất cả trường hợp vết thương thận đều phải nhập viện

### **2. Tiêu chuẩn ra viện**

Bệnh nhân điều trị chấn thương và vết thương thận, nếu diễn tiến thuận lợi: huyết động ổn định, hết tiểu máu, khối máu tụ nhỏ dần, không sốt, không dấu hiệu nhiễm trùng khối máu tụ, thương tổn phối hợp ổn định thì có thể cho bệnh nhân xuất viện.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Vũ Nguyễn Khải Ca (2006), "Chấn thương thận", *Cấp cứu ngoại khoa tiết niệu*, nhà xuất bản Y học, tr. 21-27.
2. Vũ Nguyễn Khải Ca và Hoàng Long (2007), "Chấn thương thận kín", *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, tr. 111-126.
3. Trần Đức Hòe (2007), "Vết thương thận", *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, tr. 127-133.
4. Hoàng Long (2013), "Chấn thương thận", *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tr. 214-227.
5. Lê Ngọc Từ (2006), "Chấn thương thận", *Bài giảng Bệnh học Ngoại khoa*, nhà xuất bản Y học, tr. 142-148.

## **BẢNG MÃ ICD**

<b>Mã ICD</b>	<b>TÊN BỆNH</b>
S37.0	Vết thương thận

## **U ÁC CỦA BÀNG QUANG (UNG THƯ BÀNG QUANG)**



## I. KHÁI NIỆM

- U bàng quang là loại u thường gặp nhất trong các loại u đường tiết niệu. Ở Việt Nam, u bàng quang ngày càng được phát hiện nhiều hơn. Bệnh thường gặp nhiều ở người lớn từ 40-70 tuổi (78%) và ở nam nhiều hơn ở nữ [4].

- U bàng quang có hai loại: lành tính và ác tính, tuy nhiên, u có xu hướng dễ trở thành ác tính. Do đó u bàng quang cần được chẩn đoán sớm, điều trị sớm, tích cực thì tiên lượng mới tốt.

- U bàng quang rất hay tái phát. Tỷ lệ tái phát khoảng 52-73% từ 3-15 năm, do đó chế độ theo dõi bệnh nhân có u bàng quang là chế độ theo dõi suốt đời [4].

## II. NGUYÊN NHÂN [2], [3], [4],

Những yếu tố sau đây được cho là có nhiều nguy cơ trong tác động hình thành ung thư bàng quang.

- Hút thuốc lá:

Hiện nay, hút thuốc lá được xem như là một nguyên nhân gây ung thư bàng quang ở người. Hút thuốc lá tăng nguy cơ mắc u bàng quang lên 2-5 lần. Hóa chất đặc hiệu gây ung thư trong thuốc lá chưa được xác định chính xác, mặc dù trong khói thuốc lá có chứa chất gây ung thư như nitrosamin và 2 naphthylamin.

- Môi trường làm việc:

Một số các hoá chất được xác định là có thể gây ung thư bàng quang: Các amin thơm, Aflatoxin, Polycyclic hydrocarbon, Benzidin, 1 - amino - 1 - naphthol, Các Heterocyclic amin, Các hợp chất N - nitrosamine, 2 - naphthylamin, 4 - aminobiphenyl.

Những hoá chất này thường gặp trong các ngành kỹ nghệ nhuộm, cao su, thuộc da, sơn, hoá chất... Hoá chất amin có thể vào cơ thể vào bằng đường mũi, mồm và qua da, từ đó các hoá chất theo đường máu tới gan và chuyển hoá thành ortho aminophenol dưới tác dụng của acid glucuronic, và được bài tiết qua thận xuống bàng quang. Tại đây men beta glucuronidase thủy phân orthoaminophenol để giải phóng orthophenol là chất có thể kích thích ung thư phát triển sau khi hấp thụ qua niêm mạc bàng quang.

- Thức ăn:

Cà phê: Được xem là một chất có thể gây ung thư bàng quang không thường xuyên và kém.

Đường saccharin: Đã được chứng minh gây ung thư trong thực nghiệm. Nước

uống có chlor: một vài nghiên cứu cho thấy rằng nước uống có chlor có nguy cơ tăng u bàng quang lên 1.6 đến 2.0 lần.

Ăn thức ăn nhiều mỡ và cholesterol có thể làm tăng tỷ lệ mắc ung thư bàng quang.

- Thuốc:

Người ta thấy ở những người sử dụng quá nhiều thuốc giảm đau có chứa phenacetin dễ có nguy cơ bị ung thư bàng quang. Cyclophosphamid cũng có thể gây ung thư bàng quang.

- Ký sinh trùng và các bệnh mạn tính:

Nhiều tác giả đã chứng minh ký sinh trùng Schistosomia hematobium là tỷ lệ mắc bệnh ung thư càng cao lên. Ung thư loại này 85% là tế bào thể gai, khác với thể thông thường là loại tế bào chuyển tiếp.

- *Các nhiễm trùng ở bàng quang*: được cho là có liên quan đến sự hình thành ung thư bàng quang. Ở những bệnh nhân bị liệt có đặt thông lâu dài, 2- 10% có thể hình thành ung thư bàng quang.

- *Gen P53*: được cho là gen có liên quan đến sự hình thành ung thư bàng quang.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định [2], [3]

Chẩn đoán UTBQ phải dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, tế bào học và giải phẫu bệnh học. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ có kết luận cuối cùng về giai đoạn UTBQ

##### 1.1. Triệu chứng lâm sàng.

- **Đái máu**: Là triệu chứng phổ biến nhất (90-95%). Đái máu toàn bãi hay cuối bãi. Xuất hiện đột ngột và cũng hết đột ngột. Đái máu không đau và có thể có máu cục kèm theo, đái máu thường hay tái phát. Đái máu nhiều lần là cho bệnh nhân thiếu máu.

- **Rối loạn tiểu tiện**: Thường xuất hiện khi có viêm nhiễm kèm theo, bệnh nhân có thể có đái buốt, đái rắt và đối với người cao tuổi có u xơ TLT, bệnh nhân đái khó và đái nhiều lần.

- **Triệu chứng khác**: Trường hợp u bàng quang tiến triển và lớn, bệnh nhân có thể có triệu chứng đau vùng hông do tắc nghẽn niệu quản, phù chi dưới, xuất hiện khối u ở vùng hạ vị, mất cân nặng, đau bụng hoặc đau xương.

- **Thăm trực tràng**: Khi u ở thể nông, thăm trực tràng không phát hiện gì, nhưng khi u ở thể sâu (pT2 trở lên) có thể thấy thành bàng quang cứng, không di động, hoặc sờ thấy khối u. Trong trường hợp u bàng quang, cần phải thăm trực tràng kết hợp (thăm khám âm đạo ở nữ giới) trong điều kiện có giảm đau, thậm chí gây mê.

##### 1.2. Cận lâm sàng [2], [3], [4]

**\*Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định ung thư bàng quang:**

- Xét nghiệm nước tiểu tìm tế bào

Xét nghiệm này có độ chính xác cao (95%) trong chẩn đoán ung thư có độ biệt hoá cao và ung thư insitu, nhưng ít có giá trị hơn trong chẩn đoán ung thư có độ biệt hoá thấp (độ chính xác 10-50%) lấy nước tiểu buổi sáng, quay ly tâm soi tế bào theo phương pháp Papanicolaou có thể phát hiện tế bào u. Nhiều khi phải làm nhiều lần.

- Đếm tế bào theo dòng

Phương pháp này cho phép đo được lượng AND của tế bào nhờ vào huỳnh quang, nghiên cứu được sự thay đổi số lượng AND tương ứng với số nhiễm sắc thể của tế bào chẩn đoán tế bào loạn sản hoặc hiện tượng mất kháng nguyên ABO của tế bào u.

- **Siêu âm** Qua siêu âm thành bụng hoặc qua trực tràng ta có thể thấy rõ hình ảnh khối u, và có thể phần nào đánh giá độ xâm lấn của u vào thành bàng quang. Kết quả chính xác tốt (80-90%).

- **Chụp UIV**, chụp bàng quang ngược dòng.

Chụp hệ tiết niệu cản quang tĩnh mạch (UIV) hoặc chụp bàng quang với thuốc cản quang có thể phát hiện hình ảnh khối u, hoặc độ cứng (không đối xứng) của thành bàng quang do khối u xâm lấn thành bàng quang kém mềm mại.

Ngoài ra có thể kiểm tra hình ảnh thận, niệu quản để phát hiện u ở thận hoặc niệu quản. Trường hợp này u bàng quang có thể là thứ phát của u thận.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner)

Có thể cho phép phát hiện được các khối u nhỏ, hoặc các hạch di căn của khối u ở xung quanh bàng quang.

- Soi bàng quang và sinh thiết làm giải phẫu bệnh

Là thủ thuật quan trọng giúp chẩn đoán chính xác u bàng quang và các giai đoạn phát triển của u, nhưng phải tiến hành trong điều kiện vô khuẩn và thận trọng.

Khi soi bàng quang cần đánh giá: Hình ảnh khối u, kích thước, vị trí, số lượng u. Sinh thiết để đánh giá độ phát triển của u. Việc sinh thiết được tiến hành theo các vị trí đã được qui định gọi là “định bản đồ bàng quang” (Bladder mapping).

✦ *Giải phẫu bệnh:*

➤ Đại thể

✓ *Ung thư biểu mô chuyển tiếp thể nhú:* Là những u nhú được tạo bởi nhiều lớp gấp nhú trong như những múi thùy, thanh mảnh và hợp nhất lại (hình dáng của các nếp gấp niêm mạc). Khối u có màu hồng nhạt, mật độ mềm, mủn và rất dễ chảy máu khi va chạm. Vì vậy khi soi bàng quang hoặc sinh thiết cần tránh thao tác mạnh và thô bạo gây chảy máu.

✓ *Ung thư biểu mô thể đặc:* Là những khối u đặc sù như hình súp lơ, màu trắng ngà, tuy chắc hơn thể nhú nhưng cũng mủn và dễ chảy máu. Trên bề mặt khối u có thể thấy tổ chức mủn hoại tử hoặc lắng đọng canxi gần giống như sỏi. Khi cắt khối u ra (hoặc cắt qua nội soi) thấy mật độ khối u chắc mịn, đôi khi thấy có hoại tử vùng trung tâm.

✓ *Ung thư tại chỗ (Carcinoma in situ):* là khối u nằm trong niêm mạc BQ. Loại này được nhìn thấy như một phần sẫm màu trên nền niêm mạc hồng khi soi, trên bề mặt khối u có thể thấy các tế bào hình ô bình thường của niêm mạc. Về mặt số lượng có thể là một u hoặc từ hai hay nhiều u, thậm chí khối u dày đặc cả lòng BQ. UTBQ có khoảng 70% là u nhú, 10% là u tại chỗ và 20% là u hỗn hợp.

➤ *Vi thể:* Các tế bào UTBQ đều xuất phát từ lớp tế bào biểu mô bình thường của BQ gồm:

✓ *Ung thư tế bào chuyển tiếp (Transition cell carcinoma-TTC):* Chiếm trên 90% UTBQ, biểu hiện bằng tăng số lớp tế bào biểu mô, có sự rối loạn trật tự sắp xếp các tế bào và mất tính phân cực. Tùy từng giai đoạn mà sự rối loạn về cấu trúc và hình thái tế bào học từ màng đáy tới bề mặt ở mức độ khác nhau.

Đặc trưng của các tế bào u loại này là: tế bào lớn, nhiều nhân, tỷ lệ nhân trên bào tương tăng bất màu đậm, nhiễm sắc thể kết thành khối và tăng hiện tượng phân bào.

✓ *Ung thư tế bào vảy (Squamous cell carcinoma)*: Đặc trưng của ung thư tế bào vảy là có các tế bào hóa sừng và các tế bào này tập hợp thành những hình đồng tâm giống như vảy ngọc trai. Ung thư tế bào vảy thường có sự biệt hóa tốt, rất hiếm di căn vùng hoặc di căn xa.

✓ *Ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma)*: Khác với ung thư biểu mô tuyến đường tiêu hóa, đây là ung thư thể tạo keo, thể tế bào hình nhẫn và phần lớn chế tiết ra chất nhày. Thể này thường biệt hóa kém và có nguy cơ phát triển xâm lấn rất cao.

#### **\*Các xét nghiệm phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật**

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu
- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV
- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.
- Tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu, KSD
- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

## **2. Chẩn đoán phân biệt [4]**

### **\*Viêm bàng quang**

Viêm bàng quang có thể gây đái máu, bệnh nhân có đái buốt, đái rắt. Có hội chứng nhiễm khuẩn. Thử nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu và soi bàng quang thấy hình ảnh viêm không có u.

### **\*Lao bàng quang hoặc lao đường tiết niệu**

Làm xét nghiệm BK trong nước tiểu. Chụp phim UIV có thể thấy loét lao đài thận, soi bàng quang không thấy u, thấy hình ảnh viêm lao, dung tích bàng quang bé.

### **\*Sỏi bàng quang.**

Siêu âm, CT scanner thấy hình ảnh sỏi bàng quang

### **\*U xơ tiền liệt tuyến, ung thư tuyến tiền liệt.**

Siêu âm có hình ảnh tăng sản tuyến tiền liệt. Xét nghiệm PSA toàn phần, Free PSA, Chụp MRI tuyến tiền liệt, thăm trực tràng, sinh thiết tuyến tiền liệt để xác định ung thư tuyến tiền liệt. Nội soi bàng quang để phân biệt u bàng quang và phần lồi của tuyến tiền liệt vào bàng quang.

### **\*Ung thư thận hay niệu quản.**

Đái máu thường toàn bãi và kéo dài, có thể đau vùng thắt lưng, trường hợp u thận lớn, có thể khám thấy thận lớn, cứng. Soi bàng quang để loại trừ u bàng quang đồng thời xác định vị trí chảy máu. Chụp UIV hoặc siêu âm, chụp cắt lớp vi tính phát hiện u.

## **3. Chẩn đoán giai đoạn [2], [3]**

### **\* Phân theo mức độ xâm lấn của khối u**

Theo TMN (phân độ năm 1997).

T: U ban đầu (primary tumor)  
Tx: Không xác định được u  
To: Không có bằng chứng của u ban đầu  
Ta: Ung thư thể nhú không xâm lấn (lớp niêm mạc)  
Tis: Ung thư in situ (u phẳng trong niêm mạc)  
T1: Khối u xâm lấn vào lớp màng đáy (Lamina propria)  
T2: U xâm lấn xuống lớp cơ  
T2a. U xâm lấn lớp cơ nông (nửa trong)  
T2b. U xâm lấn cơ sâu (nửa ngoài)  
T3: U xâm lấn tổ chức quanh bàng quang  
T3a. U nhỏ ở lớp mỡ quanh bàng quang  
T3b. Khối u lớn ngoài thành bàng quang.  
T4: U xâm lấn ra các cơ quan lân cận  
T4a. U xâm lấn vào tiền liệt tuyến, niệu quản hoặc âm đạo  
T4b. U xâm lấn vào thành chậu hông hay thành bụng  
N: Hạch vùng (Regional Lymph node)  
Nx: Không xác định được hạch vùng  
No: Không có di căn hạch vùng  
N1: Di căn tới 1 hạch vùng đường kính < 2cm  
N2: Di căn tới 1 hạch vùng đường kính từ 2-5cm hoặc nhiều hạch vùng không lớn hơn 5cm  
N3: Di căn 1 hạch vùng đường kính > 5cm hoặc tới nhiều hạch vùng.  
M: Di căn xa (Distant metastases)  
Mx: Không xác định được di căn xa  
Mo: Không có di căn xa  
M1: Có di căn xa.

#### ***\*Phân loại theo độ biệt hoá của tế bào***

- WHO (1973) và UICC (1997) chia độ biệt hóa tế bào UTBQ như sau:  
+ Grade 1 (độ mô học 1- G1): Là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp biệt hóa tốt, khoảng 0-25% tế bào không biệt hóa. Khối u gồm những nhú, biểu mô hơn 7 lớp tế bào, có sự xáo trộn nhẹ trật tự sắp xếp các tế bào từ màng đáy tới bề mặt, tỷ lệ nhân trên bào tương tăng ít và rất hiếm khi thấy nhân chia.  
+ Grade 2 (độ mô học 2- G2): Là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp biệt hóa vừa, khoảng 25-50% tế bào không biệt hóa. Khối u gồm những nhú có trục liên kết rộng, rối loạn trật tự sắp xếp các tế bào từ màng đáy tới bề mặt, mất dần tính phân cực tế bào, tỉ lệ nhân trên bào tương tăng cao và thường thấy nhân chia.  
+ Grade 3 (độ mô học 3- G3): Là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp kém biệt hóa hoặc không biệt hóa, có tới 50-100% tế bào không biệt hóa. Khối u có sự rối loạn rất lớn về trật tự cấu trúc tế bào cũng như tế bào học và mất hoàn toàn tính phân cực tế bào. Tế bào u đa dạng về hình thái, kích thước nhân, tỉ lệ nhân trên bào tương tăng rất cao và thấy nhiều nhân chia.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Hướng điều trị [1], [2], [3], [4].**

##### **1.1. Điều trị u nông (pTa-pT1)**

- **Cắt đốt nội soi:** Là phương pháp cơ bản đối với mọi loại ung thư bàng quang nông, nhằm mục đích lấy toàn bộ các khối u nhìn thấy được và đem làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý để có được chẩn đoán chính xác về mặt mô bệnh học (loại tế bào, mức độ biệt hóa, mức độ xâm lấn vào thành bàng quang của khối u). Khi phẫu thuật phải cắt xâm lấn khối u tới lớp cơ để lấy hết chân khối u.
- Đối với các khối u bàng quang nông thì chỉ phương pháp này thôi là đủ; tuy nhiên, 70% các trường hợp sẽ tái phát. Do đó, sau khi cắt đốt nội soi cần kết hợp thêm với hóa trị liệu hoặc miễn dịch trị liệu tại chỗ.
- + Cắt nội soi + hoá chất (Doxorubicin, Mytomicine C...).
- + Cắt nội soi + BCG: Liệu trình bơm BCG  
1 tuần 1 lần trong 6 tháng đầu sau khi cắt nội soi.  
15 ngày 1 lần trong 3 tháng tiếp theo.  
1 tháng 1 lần trong 15 tháng cuối.

## 1.2. Điều trị u xâm lấn

### + 1.2.1. Phẫu thuật

- **Cắt bàng quang bán phần:** Chỉ định đối với các trường hợp chắc chắn là u chỉ có một vị trí độc nhất ở phần đáy và thành bên của bàng quang.
- **Cắt bàng quang – TLT toàn bộ:** Đây là phẫu thuật ngày nay được ứng dụng rộng rãi để điều trị u bàng quang xâm lấn vì nó loại bỏ tận gốc mầm ung thư tại bàng quang. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật tương đối nặng nề do đó chỉ áp dụng ở những bệnh nhân có thể trạng tốt. Hai niệu quản sẽ được cắm vào đoạn hồi tràng biệt lập đưa ra ngoài thành bụng (phương pháp Bricker) hoặc cắm vào một bàng quang mới tạo hình từ ruột (Studer, Hautmann, Camey...).
- **Dẫn lưu niệu quản 2 bên ra da:** Chỉ định với các trường hợp bệnh nhân thể trạng kém không chịu đựng được phẫu thuật cắt bàng quang. **1.1.1. Điều trị bàng hoá chất toàn thân**

### + 1.2.2. Điều trị bằng tia xạ

Áp dụng đối với trường hợp ung thư đã di căn không có khả năng phẫu thuật. Một số hoá chất chống ung thư đã được sử dụng, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có hiệu quả cao và cũng chỉ áp dụng điều trị tạm thời.

## 2. Điều trị cụ thể.

### 2.1. Trước phẫu thuật.

\* **Khám và làm cận lâm sàng trước mổ.**

\* **Kháng sinh.** Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp chưa có kháng sinh đồ có thể dùng kháng sinh phổ rộng:

- Nhóm Beta-lactam:

- + Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)
- + Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)
- + Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)
- + Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)
- + Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)
- + Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)
- + Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)
- + Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

- + Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)
- Nhóm Quinolon
- + Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg ...)
- + Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)
- Nhóm Aminoglycosid
- + Amikacin (Amikacin 500mg...)
- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)
- \* **Truyền máu.** Trong trường hợp mất máu nhiều cần truyền máu toàn phần hoặc khối hồng cầu, số lượng dựa vào đánh giá lâm sàng và xét nghiệm.
- \* **Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**
- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicarbonat 14%, Natribicarbonat 4,2%, Ringerlactat
- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie...
- \* **Thuốc cầm máu.**
- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)
- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)
- \* **Giảm đau.** Tùy từng mức độ có thể dùng
- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500mg ...)
- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)
- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)
- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)
- \* **Đặt sonde bàng quang, bơm rửa bàng quang.** Trong trường hợp bí đái do bàng quang có nhiều máu cục.

## 2.2. Phẫu thuật:

Thực hiện theo chỉ định

## 2.3. Sau phẫu thuật

- \* **Làm cận lâm sàng sau mổ** (nếu có)
- \* **Kháng sinh, giảm đau, truyền dịch, truyền máu, cầm máu** (như mục 2.1)
- \* **Bơm rửa liên tục bàng quang**
- \* **Thay băng vết mổ**

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [2], [4].

- **Chảy máu:** Thường do khối u loét gây chảy máu nhiều.
- **Nhiễm khuẩn:** Nhiễm khuẩn bàng quang xảy ra do khối u bàng quang bị loét. Bệnh nhân đái máu, đái buốt và rất.
- **Bí tiểu:** Khi khối u ăn lan đến tam giác bàng quang, hoặc do u lớn làm bít tắc lỗ cổ bàng quang gây bí tiểu
- **Ứ nước thận:** Khi u chèn ép vào niệu quản, có thể làm ứ tắc nước tiểu ở niệu quản và thận. ứ nước có thể một bên hoặc cả 2 bên.

- **Thủng bàng quang hoặc các cơ quan lân cận:** Khối u phát triển ăn thủng bàng quang vào các tổ chức xung quanh: gây thủng vào trực tràng, đường sinh dục...

## VI. PHÒNG BỆNH [4].

Phòng tái phát và biến chứng bệnh nhân sau điều trị phẫu thuật cần được theo dõi và kiểm tra định kỳ siêu âm, soi bàng quang, tế bào nước tiểu tối thiểu 3 tháng/ lần. X quang phổi tối thiểu 1/2 năm lần. Nếu thấy bắt đầu tái phát, thì điều trị tiếp ngay.

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN

### 1. Tiêu chuẩn nhập viện

Bệnh nhân nhập viện khi có một trong các triệu chứng sau:

- Đái máu
- Rối loạn tiểu tiện, đau hạ vị, vùng hông nghi do u bàng quang
- Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp UIV, chụp bàng quang ngược dòng thấy hình ảnh u bàng quang hoặc nghi u bàng quang
- Nội soi bàng quang thấy hình ảnh u bàng quang
- Xét nghiệm nước tiểu phát hiện tế bào u.

### 2. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không nôn, ăn uống được.
- Huyết động ổn định
- Vết mổ liền tốt, nước tiểu trong
- Bệnh kèm theo ổn định

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên (2012), *Phẫu thuật cắt bàng quang*, Nhà xuất bản y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Đỗ Văn Dương (2018), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt ung thư bàng quang nông tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sỹ, Đại học y Hà Nội,
3. Đỗ Trường Thành (2007), *Ung Thư Bàng Quang*, Bệnh Học Tiết Niệu, Nhà xuất bản y học.
4. Lê Ngọc Từ (2006), *Ung thư bàng quang*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập II, Nhà xuất bản y học.

## BẢNG MÃ ICD

Mã ICD	TÊN BỆNH
C67	U ác của bàng quang
C67.0	U ác của tam giác bàng quang
C67.1	U ác của đáy bàng quang
C67.2	U ác của thành bên bàng quang
C67.3	U ác của thành trước bàng quang



C67.4	U ác của thành sau bàng quang
C67.5	U ác của cổ bàng quang
C67.7	U ác của dây treo bàng quang
C67.8	U ác với tổn thương chằng lãn của bàng quang
C67.9	U ác của bàng quang không xác định
C79.1	U ác thứ phát của bàng quang và cơ quan tiết niệu khác
D09.0	Ung thư biểu mô tại chỗ của bàng quang

## TĂNG SẢN XUẤT TUYẾN TIỀN LIỆT (TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT)

### **I. KHÁI NIỆM [3]**

- 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 thi 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.

## **II. NGUYÊN NHÂN**

### **1. Yếu tố nguy cơ [3]**

#### ***Một số yếu tố liên quan***

- **Tôn giáo:** Nghiên cứu của Morrison 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 testosterone máu và làm tăng độ thanh thải testosterone.

- **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 testosterone 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.

## **2. Nguyên nhân [3]**

- BPH bắt đầu phát sinh từ mô sợi quanh niệu đạo trên lồi tinh. Các tổ chức sợi này sẽ kết hợp với những mô tuyến thành những nhân xơ. Các nhân xơ sẽ phát triển dần và đẩy mô lành ra vùng chung quanh bướu. Giữa bướu và mô lành còn lại của TTL có một đường ranh giới rõ rệt, và mô lành trở thành vỏ bọc của bướu.

- Trong bướu có 3 loại tổ chức: Tổ chức sợi chiếm trung bình 60%, tổ chức tuyến và tổ chức cơ mỗi loại chiếm trung bình 20%. Tổ chức sợi càng nhiều thì bướu càng xơ cứng gây ra hiện tượng bế tắc càng cao.

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán xác định**

#### **1.1. Lâm sàng [1], [2], [3]**

Bản thân sự phì đại của tuyến tiền liệt không có triệu chứng gì, các triệu chứng mà u xơ tuyến tiền liệt gây ra là triệu chứng đi mượn của hệ tiết niệu. Vì niệu đạo tiền liệt chui trong tuyến tiền liệt, khi tuyến tiền liệt phì đại sẽ gây hẹp tắc niệu đạo.

- Các triệu chứng kích thích (do đáp ứng của bàng quang với chướng ngại vật): tiểu gấp, tiểu rất, tiểu đêm, tiểu rặn, tiểu són. Tiểu nhiều lần, lúc đầu ban đêm có thể gây mất ngủ về sau là tiểu nhiều lần ban ngày, cứ hai giờ phải đi tiểu một lần. Đi tiểu vội, không nhịn được, có khi són đái. Cơ bí đái xuất hiện sau uống nhiều rượu bia, ăn nhiều đồ béo.

- Các triệu chứng do chèn ép (khối phì đại chèn ép vào cổ bàng quang):

Tiểu khó, phải rặn tiểu, đứng lâu mới tiểu hết.

Tiểu không thành tia, dòng nước tiểu yếu, nhỏ giọt, có khi ra 2 tia.

Về sau tiểu rớt: nước tiểu rớt xuống mũi giày.

Tiểu xong vẫn còn cảm giác đi tiểu không hết.

- Các biến chứng:

Bí đái hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do còn nước tiểu tồn đọng trong bàng quang.

Đái đục và đái buốt khi có nhiễm khuẩn.

Nặng hơn có đái ra máu do sỏi bàng quang hay viêm nhiễm nặng ở bàng quang.

Giai đoạn muộn gây viêm thận - bể thận mạn, suy thận mạn.

- Triệu chứng thực thể: thăm trực tràng, bình thường sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ có hai thùy với rãnh ở giữa, mật độ mềm. Trong trường hợp u xơ tuyến tiền liệt thấy tuyến to, rãnh giữa đầy hoặc mất rãnh, mật độ tuyến chắc.

#### **1.2. Cận lâm sàng**

✦ **Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định [1], [2], [3]**

- Xét nghiệm PSA (prostate antigen): là xét nghiệm chọn lọc cho các bệnh nhân có nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt và các bệnh nhân trên 75 tuổi. Giá trị bình thường là 4ng/ml, 4- 10ng/ml thì nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, cần tiến hành sinh thiết, trên 10ng/ml nguy cơ ung thư cao, sinh thiết là bắt buộc. Trường hợp

cơ sở khám chữa bệnh không đủ khả năng sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng có thể chụp MRI tuyến tiền liệt để đánh giá khả năng ung thư tuyến tiền liệt.

- Siêu âm: qua thành bụng trên xương mu với đầu dò siêu âm thông thường hoặc siêu âm qua trực tràng cho hình ảnh trực tiếp hơn, có thể gắn dụng cụ sinh thiết. Qua siêu âm có thể đo đặc kích thước và ước lượng được trọng lượng của tuyến.

- Xét nghiệm niệu động học:

+ Đo lưu lượng nước tiểu: bình thường 16- 20ml/s, nếu 7- 15ml/s là đái khó, dưới 6ml/s là bí đái.

+ Đo lượng nước tiểu tồn dư: sau khi cho bệnh nhân đi tiểu xong đặt ống thông bàng quang thu lượng nước tiểu tồn dư (có thể trên 200ml).

✚ **Cận lâm sàng phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật.**

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu

- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu

- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV

- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.

- Tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu kháng sinh đồ

- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)

- Xét nghiệm giải phẫu bệnh: Sinh thiết tuyến tiền liệt hoặc mảnh cắt tuyến tiền liệt sau phẫu thuật

- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

## **2. Chẩn đoán phân biệt**

- **Ung thư tuyến tiền liệt:**

Thường ở người cao tuổi.

Tiểu khó, đái máu, giao hợp đau, xuất tinh ra máu.

Thăm trực tràng thấy tuyến tiền liệt có nhân đơn độc hoặc nhiều nhân lồi nhón cứng một bên mất cân đối hoặc cả hai bên hay cả tuyến tiền liệt cứng như đá dính vào sau xương mu.

PSA toàn phần tăng trong trường hợp ung thư tuyến tiền liệt. Free PSA/Total PSA được coi là công cụ hiệu quả trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt. Free PSA/Total PSA  $\leq 0,155$  có thể chẩn đoán ung thư bàng quang với độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 56,5%.

Chụp MRI tuyến tiền liệt thấy hình ảnh nhân ung thư tuyến tiền liệt và xâm lấn tổ chức xung quanh.

Sinh thiết cho kết quả chắc chắn

- **Viêm tuyến tiền liệt mạn:**

Thăm trực tràng thấy tuyến tiền liệt là 1 khối xơ có khi còn đau, dịch tiết tuyến tiền liệt đục mủ, PSA không tăng.

Điều trị kháng sinh nhóm quinolone: Pefracine 400mg - 2-4 ngày hay Noroxin 400mg trong 7-10 ngày có tác dụng tốt và theo dõi nồng độ PSA bình thường.

**- Xơ cứng cơ bàng quang:**

Có hội chứng kích thích, trong lượng tuyến tiền liệt dưới 30mg, nồng độ PSA bình thường.

Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng thấy hẹp cổ bàng quang.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị, đó là điều trị bảo tồn, điều trị can thiệp và điều trị bằng phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp điều trị nào thường được dựa vào thang điểm IPSS và lâm sàng như sau [1], [2], [3]

- IPSS 0-7đ (nhẹ): chỉ cần theo dõi.

- IPSS 8- 20đ (trung bình), lưu lượng dòng nước tiểu trên 10ml/s, thể tích nước tiểu tồn lưu trong bàng quang dưới 200ml: điều trị nội khoa.

- IPSS 21-35đ (nặng), lưu lượng dòng nước tiểu dưới 10ml/s, thể tích nước tiểu tồn lưu trong bàng quang trên 200ml: điều trị can thiệp hoặc phẫu thuật.

- Thang điểm IPSS (International prostate symptom score): Thang điểm quốc tế về triệu chứng tiền liệt tuyến.

Thang điểm gồm 7 câu hỏi:

Câu hỏi 1 : Trong vòng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần bạn cảm thấy khó khăn trì hoãn (hay không thể trì hoãn) việc đi tiểu?

Câu hỏi 2 : Trong vòng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần bạn có cảm giác tiểu không hết nước tiểu ngay sau khi vừa đi tiểu xong?

Câu hỏi 3 : Trong vòng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần bạn phải đi tiểu lại cách lần đi tiểu trước dưới 2 tiếng đồng hồ?

Câu hỏi 4 : Trong vòng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần bạn đang đi tiểu mà dòng nước tiểu bị gián đoạn, ngắt quãng nhiều lần?

Câu hỏi 5 : Trong vòng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần bạn thấy dòng nước tiểu chảy yếu?

Câu hỏi 6 : Trong vòng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần bạn phải rặn hoặc gắng sức mới có thể tiểu được?

Câu hỏi 7 : Trong vòng 1 tháng qua, bạn thường phải thức giấc bao nhiêu lần để đi tiểu, tính từ lúc đi ngủ đến lúc thức dậy buổi sáng?

Mỗi câu hỏi có 6 phương án trả lời tương ứng từ 0 điểm đến 5 điểm:

Không có lần nào = 0 điểm.

Hiếm khi = 1 điểm.

Đôi khi = 2 điểm.

Tương đối = 3 điểm.

Nhiều khi = 4 điểm.

Thường xuyên = 5 điểm.

Đánh giá kết quả:

Mức độ nhẹ: 0 - 7 điểm.

Mức độ vừa: 8 - 20 điểm.

Mức độ nặng: 21 - 35 điểm.

**1. Điều trị bảo tồn (nội khoa) [1], [3]**

Hiện nay có ba nhóm thuốc được sử dụng là thuốc kháng alpha 1 adrenergic, thuốc kháng androgen, các thuốc có nguồn gốc thực vật.

**\* Nhóm thuốc kháng alpha 1 adrenergic**

- Các biệt dược:

Alfuzosin (Xatral): mỗi viên chứa Alfuzosin hydrochloride 5mg hoặc 10mg.

Terazosin (Hytrin): mỗi viên nén chứa terazosin 1mg hoặc 2mg.

Doxazosin: viên nén hàm lượng 1mg, 2mg, 4mg, 8mg

Prazosin: viên nang 1mg, 2mg, 5 mg.

Tamsulosin: viên nén 0,4mg.

**\* Nhóm thuốc kháng androgen**

- Biệt dược:

Finasterid (Proscar): viên 1mg, 5mg.

Dutasteride (Avodart): viên nang 0,5mg.

**\* Các thuốc có nguồn gốc thực vật**

- Ở châu Âu có các thuốc Tadenan, Permixon, Protamol

Tadalafil viên 50mg là dịch chiết cây mận châu Phi *Pygeum africanum* có tác dụng chống tăng sinh ở nguyên bào sợi được kích thích bởi b-FGF (yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi tính kiềm).

Permixon viên 160mg là dịch chiết lipidosterol của cây *Serenoa repens* chứa acid béo tự do hoặc ester hoá (97%) và một phần chất không xà phòng hoá (3%). Thuốc có tác dụng cải thiện các rối loạn của tiểu tiện liên quan đến phì đại tiền liệt tuyến. Uống mỗi ngày 2 viên nang, vào bữa ăn.

- Ở Việt nam cao cây trinh nữ hoàng cung cũng có tác dụng làm giảm phát triển u xơ tuyến tiền liệt có thể làm nhỏ u xơ sau nhiều tháng điều trị. Biệt dược Nga phụ kháng mỗi ngày uống 2 lần mỗi lần 3 viên.

**2. Điều trị can thiệp [3]**

- Transurethral Microwave Thermotherapy (TUMT): vi sóng trị liệu.

- Kim đốt bằng dòng điện cao tần qua niệu đạo. Qua ống soi bàng quang, đặt kim vào tuyến tiền liệt, dùng dòng điện cao tần truyền qua chúng làm nóng lên 60 độ để phá hủy các mô tuyến.

- Đặt stent niệu đạo:

- Nút mạch tuyến tiền liệt

**3. Điều trị phẫu thuật [3]**

**3.1. Phẫu thuật nội soi**

- Nội soi cắt đốt qua đường niệu đạo bằng điện cao tần (đơn cực, lưỡng cực)

- Nội soi bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser Thulium, laser ánh sáng xanh (Greenlight laser).

- Nội soi bóc tuyến tiền liệt bằng laser Thulium, laser Holmium

- Xẻ rãnh tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo

**3.2. Phẫu thuật mở bóc u**

Phẫu thuật mở lấy bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt, đây là một phẫu thuật lớn, nặng nề, nguy cơ chảy máu cao.

**3.3. Dẫn lưu bàng quang trên xương mu**

Chỉ định trong trường hợp thể trạng bệnh nhân già yếu, bệnh nhân có hẹp niệu đạo.

## ✚ **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, nhiễm trùng niệu
- Hẹp niệu đạo
- Xơ hẹp cổ bàng quang
- Phóng tinh ngược dòng
- Rối loạn cương dương

### **4. Điều trị cụ thể**

#### **4.1. Trước phẫu thuật**

*\*Khám và làm cận lâm sàng để chẩn đoán và điều trị*

*\* Kháng sinh.* Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp chưa có kháng sinh đồ có thể dùng kháng sinh phổ rộng:

- Nhóm Beta-lactam:

- + Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)
- + Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)
- + Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)
- + Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)
- + Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)
- + Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)
- + Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)
- + Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)
- + Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin (Amikacin 500mg...)

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

*\* Thuốc cầm máu.* Trường hợp có đái máu

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)

- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

**\* Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500 mg...)
- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)
- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)
- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

**\* Đặt sonde bàng quang, bơm rửa bàng quang.** Trong trường hợp bí đái, bàng quang có máu cục.

**4.2. Sau phẫu thuật**

**\*Thuốc kháng sinh, cầm máu, giảm đau** (như trên)

**\* Truyền máu.** Trong trường hợp mất máu nhiều cần truyền máu toàn phần hoặc khối hồng cầu, số lượng dựa vào đánh giá lâm sàng và xét nghiệm.

**\* Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicacbonat 14%, Natribicacbonat 4,2%, Ringerlactat
- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...

**\*Bơm rửa bàng quang liên tục**

**\*Thay băng vết mổ**

**V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [1]**

- Bí đái hoàn toàn, hoặc bí đái không hoàn toàn do còn nước tiểu tồn đọng trong bàng quang.
- Nhiễm khuẩn niệu: đái đục, đái buốt, đái máu
- Sỏi bàng quang: do ứ đọng nước tiểu
- Suy thận do trào ngược nước tiểu
- Viêm tuyến tiền liệt, apxe tuyến tiền liệt

**VI. PHÒNG BỆNH [1]**

Có tính cách ngăn ngừa và phát hiện các giai đoạn tiến triển của bệnh:

- Cần ăn uống điều độ, tránh rượu và thuốc lá
- Có chế độ sinh hoạt và lao động hợp lý
- Tránh viêm nhiễm đường tiết niệu
- Chú ý điều trị các bệnh về tiêu hóa, đái tháo đường
- Nhiều trường hợp chỉ cần theo dõi và chờ đợi, chỉ điều trị khi có biến chứng.

**VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN**

**1. Tiêu chuẩn nhập viện**

- Rối loạn tiểu tiện mức độ vừa và nặng: Điểm IPS  $\geq 8$
- Bí đái, đái máu
- Siêu âm, MRI, CT scan: Kích thước tuyến tiền liệt  $\geq 30$  g, hoặc tuyến tiền liệt to kèm theo sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang, giãn thận niệu quản do trào ngược...

**2. Tiêu chuẩn ra viện**



- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không nôn, ăn uống được
- Mạch, HA ổn định
- Vết mổ khô, tiểu tiện tốt, nước tiểu trong

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bửu Triều, Lê Ngọc Từ (2007), “U phì đại lạnh tính tuyến tiền liệt”, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, pp.419-427
2. Lê Ngọc Từ (2006), “U phì đại lạnh tính tuyến tiền liệt”, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tập II, pp. 140-149.
3. Vũ Lê Chuyên (2017), “Tăng sản lạnh tính tuyến tiền liệt”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị*, Bệnh viện Bình Dân, tập II, pp. 178-190.

### BẢNG MÃ ICD

Mã ICD	TÊN BỆNH
N40	Tăng sản xuất tuyến tiền liệt

## U ÁC CỦA TUYẾN TIỀN LIỆT (UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT)

### I. KHÁI NIỆM [3]

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) rất hay gặp, thường xuất hiện ở nam giới trên 50 tuổi và tần suất mắc bệnh tăng lên với tuổi già. Đặc điểm của ung thư tuyến tiền liệt là chịu ảnh hưởng của nội tiết tố và phân lớn diễn biến tiềm tàng. Bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng và khả năng di căn khó dự đoán. Vì vậy cần phát hiện bệnh khi còn ở giai đoạn khu trú. Trong chẩn đoán bệnh khi thăm khám trực tràng nên kết hợp với siêu âm, định lượng kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt và sinh thiết u.

### II. NGUYÊN NHÂN [3]

Nguyên nhân của ung thư tuyến tiền liệt chưa rõ. Tuy nhiên các tác nhân sau đây được nêu lên:

- Sự phân bố bệnh khác nhau trên thế giới và sự xuất hiện với tần số cao trong một số gia đình cho phép nghĩ đến yếu tố di truyền.
- Ung thư tuyến tiền liệt chịu ảnh hưởng của androgen, và những người bị hoạn từ lúc còn bé không bao giờ bị bệnh. Cắt bỏ nguồn gốc androgen cũng là phương pháp hữu hiệu điều trị bệnh. Tuy u phì đại lạnh tính tuyến tiền liệt cũng chịu ảnh hưởng của androgen nhưng không thấy mối liên quan giữa hai bệnh.
- Chế độ ăn uống và ảnh hưởng của môi trường có tác động đến sự xuất hiện của ung thư tuyến tiền liệt.
- Vai trò của vi khuẩn, virus và yếu tố miễn dịch cũng được nêu lên, nhưng cần phải được chứng minh thêm.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### 1.1. Lâm sàng: [1], [2], [3]

❖ *Các triệu chứng tiết niệu ít gặp ở giai đoạn đầu và không đặc hiệu.*

- Đái khó, đái nhiều lần, đái vôi, có khi bí đái.
- Đái ra máu.
- Xuất tinh ra máu.
- Con đau quặn thận do u chèn ép lỗ niệu quản

✚ *Các dấu hiệu của sự lan tỏa ung thư*

- Đau xương vùng chậu hông, đau cột sống, gãy xương bệnh lý.
- Phù nề chi dưới do hạch vùng chậu chèn ép.
- Triệu chứng bán tắc ruột do chèn ép vùng trực tràng.
- Đau thần kinh tọa do chèn ép ở cột sống
- Suy sụp toàn thân.

✚ *Thăm trực tràng:* có thể phát hiện một nhân rắn chắc nằm trên một nền mô tuyến mềm mại. Nhưng cũng có khi toàn bộ tuyến tiền liệt là một khối rắn chắc như đá, lan rộng ra khỏi ranh giới của tuyến.

##### 1.2. Cận lâm sàng

✚ *Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định [2], [3]*

- *Xét nghiệm PSA:*

Sự phát hiện PSA đã mang lại một cuộc cách mạng trong chẩn đoán UTTTL. Nồng độ PSA được xem như là một biến độc lập và là một yếu tố dự báo UTTTL chính xác hơn so thăm khám trực tràng và siêu âm qua đường trực tràng. Tuy nhiên, nồng độ PSA có thể tăng trong trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt và một số bệnh lý không ác tính khác. Hiện nay nồng độ PSA để chẩn đoán UTTTL vẫn đang còn được bàn cãi. Tuy nhiên người ta thấy rằng nồng độ PSA càng cao, thì khả năng tồn tại UTTTL càng lớn. Bảng dưới đây cho tỷ lệ UTTTL liên quan đến PSA huyết thanh ở 2.950 nam giới có giá trị PSA < 4 ng/ml

Bảng 1. Nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt liên quan đến giá trị PSA thấp

Nồng độ PSA (ng/mL)	Nguy cơ UTTTL	Nguy cơ Gleason $\geq$ 7 UTTTL
0-0,5	6,6%	0,8%
0,6-1	10,1%	1,0%
1,1-2	17,0%	2,0%
2,1-3	23,9%	4,6%
3,1-4	26,9%	6,7%

Bảng trên thể hiện rõ ràng sự xuất hiện của UTTTL ngay cả ở mức PSA rất thấp. Sử dụng toán đồ có thể giúp giảm số lượng sinh thiết tuyến tiền liệt không cần thiết. Một số nghiên cứu ở Việt nam cũng cho rằng ngưỡng bình thường PSA của nam giới là  $\leq 4$  ng/ml.

**\*Tỉ lệ PSA tự do/toàn phần(f/t-PSA)**

Tỉ lệ PSA tự do/toàn phần là thông số được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng để phân biệt giữa tăng sinh lành tính và UTTTL. Tỉ lệ này được sử dụng trong trường hợp nồng độ PSA từ 4 đến 10 ng/mL và thăm khám trực tràng không có dấu hiệu nghi ngờ UTTTL. Trong một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm, người ta đã phát hiện UTTTL qua sinh thiết ở 56% nam giới với f/t PSA  $<0,10$ ; nhưng chỉ có 8% nam giới với f/t PSA  $>0,25$ . Do sự khác biệt về tỉ lệ phát hiện ung thư liên quan đến tỉ lệ f/t-PSA, cho nên sự chọn lựa giá trị để ứng dụng lâm sàng cũng khác nhau ở một số tác giả, và thay đổi từ 0,15 đến 0,25. Trên lâm sàng, phần lớn các tác giả nghi ngờ UTTTL khi tỉ lệ f/t-PSA  $<20\%$ .

**- Sinh thiết tuyến tiền liệt**

Sinh thiết là điểm mấu chốt của chẩn đoán xác định, thường được làm kết hợp mỗi khi có dấu hiệu bất thường khi thăm khám trực tràng, khi PSA cao trên 10ng/ml huyết thanh và trong một số trường hợp có nghi vấn khi siêu âm.

Kỹ thuật thông thường là dùng kim Vim Silverman để sinh thiết qua đường trực tràng hay qua tầng sinh môn. Một số tác giả dùng kim nhỏ Franzen chọc hút tế bào qua trực tràng và nhuộm bệnh phẩm theo phương pháp Papanicolaou. Hiện nay phương pháp đáng tin cậy nhất là dùng kim nhỏ lắp dụng cụ sinh thiết tự động Biopsy dưới hướng dẫn của siêu âm.

Tuy nhiên, kết quả dương tính mới có giá trị, khi kết quả âm tính, chưa thể loại trừ ung thư và cần tiếp tục theo dõi thêm.

**- Siêu âm qua trực tràng:** có thể giúp phát hiện những vùng giảm âm, đặc hiệu của ung thư tuyến tiền liệt, hoặc di căn vào túi tinh hoặc xâm lấn ra ngoài bao

tuyến. Trong mọi trường hợp, siêu âm hướng dẫn sinh thiết để phát hiện ung thư tuyến tiền liệt.

**- Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ hạt nhân:** được thực hiện trong khi cần kiểm tra ung thư còn khu trú hay xâm lấn ra khỏi bao vào các bộ phận xung quang.

**- Chụp nhập nháy hệ thống xương:** để phát hiện ung thư di căn vào xương.

✚ **Cận lâm sàng giúp tiên lượng, phẫu thuật và điều trị**

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu

- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu

- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV

- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.

- Tổng phân tích nước tiểu, nuôi cấy nước tiểu kháng sinh đồ
- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

## **2. Chẩn đoán phân biệt [1]**

- Trước khi thăm trực tràng: Cần loại trừ hẹp niệu đạo, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

- Sau khi thăm trực tràng: Cần loại trừ viêm tuyến tiền liệt do viêm, do lao, sỏi tuyến tiền liệt.

- PSA cao: Cần loại trừ các trường hợp gây PSA cao như: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt.

## **3. Chẩn đoán giai đoạn [3]**

### ***Phân loại ung thư tuyến tiền liệt theo TMN***

T - U nguyên phát

Tx - U nguyên phát không thể đánh giá

T0 - Không có bằng chứng của u nguyên phát

T1 - Về mặt lâm sàng u không thể sờ được cũng như không nhìn thấy qua hình ảnh

T1a - U phát hiện tình cờ về mô học ít hơn 5% của những mẫu được cắt T1b - U phát hiện tình cờ về mô học nhiều hơn 5% của những mẫu được cắt

T1c - U xác định bằng sinh thiết kim (ví dụ vì PSA cao)

T2 - U còn trong tuyến tiền liệt

T2a - U ít hơn 1/2 của 1 thùy

T2b - U chiếm hơn 1/2 của 1 thùy, và chỉ ở trong 1 thùy

T2c - U có cả ở 2 thùy

T3 - U xâm lấn khỏi vỏ bao tuyến tiền liệt.

T3a - U xâm lấn ngoài vỏ bao (một bên hay 2 bên)

T3b - U xâm lấn túi tinh

T4 - U dính hoặc xâm lấn vào cấu trúc xung quanh hơn là túi tinh: bàng quang, các cơ nâng hậu môn, và/hoặc thành chậu

N - Hạch vùng

NX - Không đánh giá được hạch vùng

N0 - Không có di căn hạch vùng

N1 - Có di căn hạch vùng

M -Di căn xa

MX - Không đánh giá được di căn xa

M0- Không có di căn xa

M1- Có di căn xa

M1a -Không có hạch vùng

M1b -Di căn xương

M1c - Di căn các bộ phận khác có hoặc không kèm ở xương

## **III. ĐIỀU TRỊ [2]**

### **1. Chiến lược điều trị ung thư tuyến tiền liệt**

## **1.1. Tiếp cận bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt**

Bước 1: Chẩn đoán ban đầu

- Khám lâm sàng: thăm khám hậu môn trực tràng.

- **PSA.**

- Điểm số Gleason (qua sinh thiết tuyến tiền liệt).

Bước 2: Ước tính thời gian sống còn

Ước tính thời gian sống còn của bệnh nhân ít hơn 5 năm và không có triệu chứng thì không xử trí gì thêm.

Nếu khả năng bệnh nhân sống hơn 5 năm hay hiện có triệu chứng thì phải xử trí thêm.

- Xạ hình xương khi: (T1 và PSA>20 ng/ml), hay (T2 và PSA>10 ng/ml), hay ( $\geq$  T3).

- CT-Scan hay MRI khi: ( $\geq$ T3) hay khi PSA  $\geq$ 10 ng/ml; dự đoán có hạch hơn 10% và khi xét nghiệm nghi có hạch thì phải sinh thiết.

Bước 3: Phân nhóm nguy cơ.

- Nguy cơ rất thấp: T1c và điểm Gleason  $\leq$  6 và PSA<10ng/ml và ít hơn 3 mẫu sinh thiết dương tính và tỉ trọng PSA <0,15ng/ml/g.

- Nguy cơ thấp: (T1 hay T2a) và (điểm Gleason  $\leq$ 6) và (PSA<10ng/ml).

- Nguy cơ trung bình: (T2b hay T2c) hay (điểm số Gleason = 7) hay (PSA trong khoảng 10-20 ng/ml).

- Nguy cơ cao: T3a hay điểm số Gleason từ 8-10 hay PSA>20ng/ml.

- Nguy cơ rất cao:  $\geq$  T3b hay N1 hay M1.

## **1.2. Chiến lược điều trị ung thư tuyến tiền liệt**

✚ **Trường hợp nguy cơ rất thấp và thấp**

**\*Ước lượng thời gian sống dưới 10 năm**

- Theo dõi bệnh nhân và điều trị triệu chứng tùy theo tình huống lâm sàng hoặc biến đổi về PSA.

**\*Ước lượng thời gian sống trên 10 năm**

- Theo dõi tích cực: PSA mỗi 6 tháng, sinh thiết mỗi 12 tháng.

- Xạ trị ngoài hay xạ trị áp sát.

- Cắt tuyến tiền liệt tận gốc: nếu khả năng di căn hạch hơn 20% thì nạo hạch rộng.

❖ **Trường hợp nguy cơ trung bình**

**Ước lượng thời gian sống dưới 10 năm**

- Theo dõi tích cực.

- Xạ trị triệt để phối hợp liệu pháp nội tiết ngắn ngày (hỗ trợ hay tân hỗ trợ).

**Ước lượng thời gian sống trên 10 năm**

- Cắt tuyến tiền liệt tận gốc + nạo hạch rộng nếu nguy cơ di căn hạch hơn 20%.

- Xạ trị triệt để phối hợp liệu pháp nội tiết ngắn ngày (hỗ trợ hay tân hỗ trợ).

- Điều trị nội tiết chỉ được xem như một lựa chọn tùy những tình huống hết sức cụ thể

✚ **Trường hợp nguy cơ cao**

- Xạ trị + liệu pháp nội tiết dài ngày trong 2 - 3 năm

- Cắt tuyến tiền liệt tận gốc + nạo hạch rộng.

#### ✚ **Trường hợp nguy cơ rất cao**

- Xử trí giống như trường hợp nguy cơ cao.

#### ✚ **Trường hợp di căn hạch đơn thuần**

- Liệu pháp nội tiết kéo dài.

- Xạ trị + liệu pháp nội tiết kéo dài.

#### ✚ **Trường hợp di căn xa**

- Liệu pháp nội tiết.

### **1.3. Chiến lược điều trị ung thư tuyến tiền liệt sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc**

Sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc (RP) thì PSA phải đạt đến mức gần triệt tiêu. Trong thực tế lâm sàng có thể gặp PSA sau mổ vẫn ở mức có thể xác định được hay sau một thời gian thì PSA xuất hiện và tăng dần.

Cần làm các xét nghiệm sau:

- **Xạ hình xương.**

- **CT-Scan/MRI/Siêu âm.**

- Sinh thiết chỗ nổi bàng quang niệu đạo.

Dựa vào kết quả có thể xác định:

Không có di căn xa:

- Xạ trị ± liệu pháp nội tiết.

- Có thể theo dõi đơn thuần tùy tình trạng bệnh nhân.

Có di căn xa:

- Liệu pháp nội tiết + xạ trị chỗ di căn (nếu được).

- Có thể theo dõi đơn thuần tùy tình trạng bệnh nhân.

Nếu đã áp dụng liệu pháp nội tiết đúng nhưng PSA vẫn tăng hay xuất hiện thêm nhiều ổ di căn thì phải xét đến trường hợp UTTTL kháng cắt tinh hoàn.

### **1.4. Chiến lược điều trị ung thư tuyến tiền liệt sau xạ trị**

Sau xạ trị bệnh nhân được theo dõi, nếu PSA tăng hay/và thăm trực tràng thấy có nhân cứng, thì xác định 2 trường hợp có thể gặp:

#### ✚ **Bệnh nhân không phải là đối tượng có thể điều trị tại chỗ**

- Có thể áp dụng liệu pháp nội tiết

- Theo dõi nếu điều kiện bệnh nhân không cho phép.

#### ✚ **Bệnh nhân có thể điều trị tại chỗ**

Khi ước lượng bệnh nhân có thể sống thêm hơn 10 năm và PSA <10 ng/ml, và giai đoạn lâm sàng là T1-T2; trước khi quyết định điều trị cần làm thêm xét nghiệm:

- Sinh thiết tuyến tiền liệt.

- CT-Scan/MRI/ Siêu âm qua trực tràng.

- **PSADT.**

- **Xạ hình xương.**

*\*Sinh thiết dương tính nhưng không có di căn xa, có thể*

- Cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

- **Xạ áp sát.**

- Theo dõi nếu điều kiện bệnh nhân không cho phép điều trị.

*\*Sinh thiết âm tính nhưng có di căn xa, có thể*

- Liệu pháp nội tiết.

- Thử nghiệm lâm sàng.
  - Theo dõi nếu điều kiện bệnh nhân không cho phép điều trị.
- Sau khi điều trị nội tiết nếu các ổ di căn xuất hiện thêm hay/và PSA tiếp tục tăng, thì cần xem xét tình trạng kháng cắt tinh hoàn.

### **1.5. Chiến lược điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn kháng cắt tinh hoàn**

Đa số bệnh nhân được điều trị UTTTL một thời gian sẽ đi đến giai đoạn kháng cắt tinh hoàn. Tiêu chuẩn chẩn đoán UTTTL kháng cắt tinh hoàn là:

- PSA tăng liên tục 3 lần và trên 2ng/ml; và/hoặc xuất hiện thêm các ổ di căn mới.
- Nồng độ testosterone huyết thanh < 50ng/dl.

Khi đã xác định UTTTL kháng cắt tinh hoàn thì bệnh nhân được phân ra 6 nhóm:

Nhóm 1: không triệu chứng, không di căn, tổng trạng tốt và chưa được hóa trị với Docetaxel.

- Tiếp tục dùng liệu pháp nội tiết cổ điển đồng vận LHRH và theo dõi.
- Có thể dùng kháng androgen cổ điển như Flutamide, Bicalutamide...
- Có thể dùng Ketoconazole + Corticoid.

Nhóm 2: không/ít triệu chứng, có di căn, tổng trạng tốt và chưa được hóa trị với Docetaxel.

- Điều trị với Abiraterone + prednisone, Docetaxel, Sipuleucel T, Ketoconazole + Corticoid.

Nhóm 3: có triệu chứng, có di căn, tổng trạng tốt và chưa được hóa trị với Docetaxel.

- Docetaxel là thuốc ưu tiên được chọn.
- Abiraterone + Prednisone là thuốc khuyến nên dùng.
- Các thuốc có thể lựa chọn dùng là Ketoconazole, Mitoxantrone, đồng vị phóng xạ.
- Không dùng Estramustine hay Sipuleucel trong nhóm bệnh nhân này.

Nhóm 4: có triệu chứng, có di căn, tổng trạng kém và chưa được hóa trị với Docetaxel.

- Có thể dùng Abiraterone + Prednisone.
- Nếu không thể dùng Abiraterone + Prednisone thì có thể dùng Ketoconazole + Corticoid hay dung đồng vị phóng xạ.

Có thể dùng Docetaxel nếu tổng trạng kém đơn thuần do ung thư gây ra

- Không dùng Sipuleucel cho nhóm bệnh nhân này.

Nhóm 5: có triệu chứng, có di căn, tổng trạng tốt và đã được hóa trị với Docetaxel.

- Abiraterone + Prednisone, Enzalutamide, Cabazitaxel là những lựa chọn chuẩn.
- Có thể dùng Ketoconazole + Corticoid nếu không thể dùng các thuốc trong nhóm chuẩn
- Có thể thử dùng lại Docetaxel.

Nhóm 6: có triệu chứng, có di căn, tổng trạng kém và đã được hóa trị với Docetaxel.

- Điều trị nâng đỡ là lựa chọn trong trường hợp này.

- Có thể điều trị với Abiraterone + Prednisone, Enzalutamide, Ketoconazole + Corticoid, đồng vị phóng xạ.

- Không nên hóa trị toàn thân cho nhóm bệnh nhân này.

Lưu ý: Trong các trường hợp nếu có di căn xương có thể dùng phối hợp với Denosumab hay zoledronic acid, và trong suốt quá trình điều trị nên giữ nồng độ testosterone ở mức < 50 ng/dl.

## **2. Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến tiền liệt**

### **2.1. Nguyên tắc phẫu thuật trong ung thư tuyến tiền liệt**

- Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, túi tinh và bóng của ống dẫn tinh.
- Nạo hạch chậu từ hạch chậu bịt đến vùng chia đôi động mạch chậu chung.
- Nạo hạch mở rộng: đến chỗ chia đôi động mạch chủ bụng.
- Bảo tồn bó mạch - thần kinh cương tối đa có thể.

### **2.2. Các phương pháp phẫu thuật**

Tên phẫu thuật là ‘cắt tuyến tiền liệt tận gốc’. Phẫu thuật này có nhiều loại và tên gọi: theo mổ mở hay mổ nội soi; theo đường tiếp cận tuyến tiền liệt qua phúc mạc, sau phúc mạc hay qua đường đáy chậu là:

- Phẫu thuật (mở) cắt tuyến tiền liệt tận gốc (RP).
- Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua đường đáy chậu (PRP).
- Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua phúc mạc (TRP).
- Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc qua đường sau phúc mạc (LRP).
- Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có hỗ trợ của rô-bốt (RaRP).

### **2.3. Chỉ định can thiệp phẫu thuật**

#### **✚ *Chỉ định phẫu thuật theo loại kỹ thuật và đường tiếp cận tuyến tiền liệt***

- Phẫu thuật mở hay nội soi có cùng chỉ định như nhau, việc quyết định phương pháp nào là tùy thuộc sự lựa chọn và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.
- Riêng với đường mổ qua vùng đáy chậu 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 là: không có di căn hạch, với các tiêu chuẩn kèm theo là PSA < 10ng/ml, Gleason < 7, tốt nhất là có sinh thiết hạch chậu âm tính.

#### **✚ *Chỉ định theo bệnh lý của ung thư tuyến liệt***

##### **\**Nguyên tắc của chỉ định phẫu thuật trong ung thư tuyến tiền liệt***

- Căn cứ vào giai đoạn tiến triển của ung thư theo hệ thống TNM (cập nhật hàng năm theo y học chứng cứ và đồng thuận quốc tế).
- Theo độ ác tính của tế bào UTTTL (loại adenocarcinoma) là điểm Gleason.
- Theo thời gian kỳ vọng sống thêm.
- Theo tình trạng của các bệnh kèm theo của người cao tuổi như: bệnh tim mạch, bệnh đái tháo đường, di chứng tai biến mạch máu, bệnh của hệ thần kinh...

##### **\**Các chỉ định phẫu thuật trong ung thư tuyến tiền liệt***

Chỉ định phẫu thuật điển hình

- Ung thư giai đoạn khu trú: T1-T2, Nx-N0, M0.
- Thời gian kỳ vọng sống thêm  $\geq 10$  năm.
- Không có bệnh kèm theo như: tim mạch, đái tháo đường, di chứng tại biến mạch máu não...



- 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  $\leq 8$ .**

- 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.

Chỉ định phẫu thuật theo các giai đoạn của bệnh

Giai đoạn T1a-T1b:

- UTTTL 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:

- Bảo tồn thần kinh cương 1 bên.

- Lựa chọn xạ trị cho bệnh nhân lớn tuổi có bệnh khác đi kèm như tim mạch, đái tháo đường.

Giai đoạn T3:

- T3a: với nguy cơ cao có thể phẫu thuật tận gốc. Cần nhắc điều trị hỗ trợ nội tiết. Ưu điểm của phẫu thuật so với xạ trị còn giúp đánh giá đúng giai đoạn và độ ác tính, từ đó thiết kế liệu pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật hiệu quả.

Khuyến cáo:

- 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 nên thực hiện phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc giai đoạn T3a tại những trung tâm có điều kiện.

Chỉ định nạo hạch chậu

Tiêu chuẩn 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).

Các kỹ thuật nạo hạch chậu:

- Nạo hạch chậu giới hạn: chỉ lấy hạch chậu - bịt (khoảng 8 đến 10 hạch).

- Nạo hạch chậu 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.

#### **2.4. Biện chứng phẫu thuật trong phẫu thuật ung thư tuyến tiền liệt**

##### **✦ Cắt tuyến tiền liệt tận gốc**

- Thùng trực tràng lúc mổ.

- Viêm phúc mạc do rò phân, rò nước tiểu vào ổ bụng.
- Rò phân sau mổ do thủng trực tràng (đường mổ sau phúc mạc, đường mổ qua đáy chậu).
- Rối loạn cương (liệt dương).
- Tiểu không kiểm soát.
- Hẹp cổ bàng quang.
- Rò nước tiểu ra vết mổ (đường mổ sau phúc mạc), rò nước tiểu vào ổ bụng (đường mổ trong phúc mạc).

#### ✦ **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.

### **3. Điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt**

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.

#### **3.1. Các dạng điều trị nội tiết**

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.

#### ❖ **Kháng nội tiết tố nam (kháng androgen)**

Steroid: Cyproterone acetate, Megesterone acetate, Medroxy-progesterone acetate. Cyproterone acetate thường được sử dụng nhất, liều 100 mg, 2 - 3 lần mỗi ngày. Kháng nội tiết tố 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 dùng: 1 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 libido, năng lực thể chất chung và mật độ khoáng trong xương.

#### ❖ **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 cắt tinh hoàn.
- 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 cắt tinh hoàn.

### **3.2. Chỉ định điều trị nội tiết**

Được xem là tiêu chuẩn vàng cho UTTTL giai đoạn tiến triển.

#### ❖ **Chỉ định chung**

Ung thư giai đoạn khu trú (T1a - T2c):

- Không nên áp dụng ‘kháng androgen đơn trị’ vì có dự hậu xấu hơn ‘theo dõi tích cực’.
- Trên nhóm nguy cơ cao, điều trị nội tiết trước-trong-sau xạ trị sẽ làm tăng thời gian sống còn toàn bộ.

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.
- Thời gian điều trị nội tiết kết hợp với xạ trị ngoài từ 3 năm trở lên cải thiện thời gian sống còn toàn bộ.

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.

#### ✚ **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).

❖ **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.

### **3.3. 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.

### **3.4. Các biến tấu trong điều trị nội tiết**

❖ **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.

✚ ***Điều trị phối hợp***

***\*Với cắt tuyến tiền liệt tận gốc***

- Tân hỗ trợ: Điều trị nội tiết trước cắt tuyến tiền liệt tận gốc 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 tỷ 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.

***\*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, Dijk-man 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).

### ❖ *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 thấp nhất (PSA 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.

#### **3.5. Theo dõi khi điều trị nội tiết**

- Việc theo dõi nên điều chỉnh cho phù hợp với từng bệnh nhân (tùy thuộc vào yếu tố tiên lượng, triệu chứng lâm sàng, phương thức điều trị).
- Nên đánh giá lại sau mỗi 3 - 6 tháng: triệu chứng, tác dụng phụ, khám trực tràng, đo lường PSA và Testosterone.
- Nếu áp dụng phương thức ‘điều trị ngắt quãng’, nên đánh giá lại sau mỗi 3 tháng.
- Khi chưa có di căn và đáp ứng tốt với điều trị nội tiết thì chỉ cần đánh giá lại sau 6 tháng.
- Nếu đã có di căn nên đánh giá lại sau mỗi 3-6 tháng: đo lường Hb, creatinin và alkaline phosphatase huyết thanh. Cần chú ý và phát hiện đến các dấu hiệu của chèn ép tủy.

#### **3.6. 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 tỷ 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 gốc 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 gốc mà phát hiện có di căn hạch, sẽ giúp tăng tỷ 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.

### **4. Điều trị ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh**

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một bệnh lý ác tính lệ thuộc nội tiết. Trong nhiều tình huống lâm sàng, điều trị nội tiết là biện pháp điều trị chính nhưng sau một thời gian đáp ứng bệnh có biểu hiện tiến triển và chuyển sang giai đoạn trên lâm sàng thường được gọi là “ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn”

(Castration-resist-ant prostate cancer - CRPC).

#### **4.1. Khái niệm ung thư tuyến tiền liệt kháng cắt tinh hoàn**

Bệnh nhân đang khi được điều trị bằng các biện pháp triệt androgen mà có các biểu hiện bệnh tiến triển (tăng PSA, tiến triển các tổn thương cũ, xuất hiện thêm

tổn thương mới) được xem là “kháng cắt tinh hoàn”. Khái niệm này được dùng thay thế khái niệm cũ “kháng nội tiết” hay “không lệ thuộc nội tiết” trước kia. Tình trạng UTTTL tiến triển đang khi điều trị nội tiết không có nghĩa là u không còn lệ thuộc hoàn toàn vào androgen hoặc không còn đáp ứng với các biện pháp điều trị kháng androgen kế tiếp nữa. Các cơ chế liên quan đến tình trạng “kháng cắt tinh hoàn” có thể do hoạt hóa thụ thể androgen của tế bào u, do sự tăng tạo androgen từ tế bào u để tự kích thích tăng trưởng chính nó (hiện tượng tự tiết) hoặc từ tế bào u lân cận (cận tiết). Dù với cơ chế nào thì sự tái lập và duy trì nồng độ androgen ở nồng độ thấp như khi cắt tinh hoàn vẫn có ý nghĩa kiểm soát được sự tăng trưởng của u.

Hiện vẫn chưa có sự thống nhất về định nghĩa thế nào là UTTTL kháng cắt tinh hoàn. Một vài nhóm đưa ra các khuyến cáo về tiêu chuẩn để xếp vào UTTTL kháng tinh hoàn như:

- Nồng độ testosterone trong huyết thanh  $< 50$  ng/dL hay  $< 1,7$  nmol/L.
- Tăng PSA trong 3 lần định lượng liên tiếp, cách nhau mỗi tuần, với hai lần tăng 50% so với giá trị cực tiểu,  $PSA > 2$  ng/mL.
- Ngưng kháng androgen ít nhất 4 tuần đối với flutamide và 6 tuần đối với bicalutamide.
- Tiến triển PSA mặc dù thay đổi điều trị nội tiết.

#### **4.2. Chiến lược xử trí**

Ung thư tuyến tiền liệt có bệnh sử tự nhiên kéo dài và ngay cả khi thất bại với điều trị nội tiết bước đầu, bệnh nhân vẫn có cơ hội sống dài và sống tốt bằng chiến lược điều trị:

- Nhiều bước kế tiếp với các thuốc khác nhau (nhiều bước).
- Kết hợp với các biện pháp điều trị đặc hiệu và nâng đỡ (đa mô thức).

Những tiến bộ mới trong thập niên qua đã cung cấp thêm nhiều chọn lựa điều trị nhưng vẫn chưa xác lập được trình tự tối ưu của sự phối hợp các chọn lựa điều trị này. Do vậy sự lựa chọn áp dụng phương thức và trình tự điều trị phải cân nhắc theo từng bệnh nhân với các tình huống lâm sàng đặc thù chính như:

- Có hoặc không có tổn thương di căn.
- Có hoặc không có triệu chứng lâm sàng.

#### **4.3. Các thuốc điều trị**

Các thuốc được phát triển và chấp thuận sử dụng trong tình huống UTTTL kháng cắt tinh hoàn có thể phân theo các nhóm:

- Thuốc nội tiết: abiraterone, enzalutamide.
- Thuốc gây độc tế bào: docetaxel, mitoxantrone, cabazitaxel.
- Thuốc nhóm kích thích miễn dịch: sipuleucel-T.
- Dược chất phóng xạ: Radium 233.
- Thuốc nhắm tổn thương hủy xương: zoledronic acid, denosumab.

#### **✦ Nhóm thuốc nội tiết**

Abiraterone:

Hai nghiên cứu pha III cho thấy phối hợp abiraterone/prednisone có hiệu quả tăng thời gian sống còn và cải thiện triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân đã hoặc chưa hóa trị trước với docetaxel. Nghiên cứu pha III COU-301 đã chứng minh abiraterone phối hợp với prednisone đã cải thiện thời gian sống còn so với nhóm

chứng (15,8 tháng so với 11,2 tháng, HR:0,74 95%CI 0,64-0,86 p<0,0001). Thời gian cho đến khi tiến triển trên X-Quang, giảm PSA, giảm đau cũng cải thiện rõ ở nhóm dùng abiraterone. Nghiên cứu COU-302 cũng cho kết quả lâm sàng tương tự. Thuốc dung nạp tốt; tác dụng phụ gồm giữ nước, giảm kali/máu, cao huyết áp. Lưu ý sử dụng corticoid đồng thời vì nguy cơ suy thượng thận. Thuốc được phê duyệt sử dụng cho bệnh nhân UTTTL kháng cắt tinh hoàn sau hoặc trước hóa trị với docetaxel. Hiện chưa có dữ kiện về hiệu quả của abiraterone sau khi đã dùng enzalutamide.

Enzalutamide:

Tác động trên nhiều vị trí của đường tổng hợp androgen: ngăn cản kết hợp androgen và thụ thể, ức chế chuyển vị và ngăn kết hợp với DNA của thụ thể androgen tại nhân tế bào. Nghiên cứu pha III AFFIRM cho thấy enzalutamide cải thiện sống còn hơn so với placebo (18,4 tháng so với 13,6 tháng, HR: 0,63) trên bệnh nhân tiến triển sau docetaxel. Một nghiên cứu pha III khác (PREVAIL) đánh giá hiệu quả của enzalutamide trên bệnh nhân chưa hóa trị trước cũng cho hiệu quả lâm sàng tương tự. Thuốc chống chỉ định cho bệnh nhân có tiền căn co giật dù tác dụng phụ này rất hiếm xảy ra (0,6%). Hiện cũng chưa có dữ kiện về hiệu quả của enzalutamide sau khi đã dùng abiraterone.

Một số phương pháp điều trị nội tiết khác:

- Các kháng androgen: có hiệu quả khi điều trị nội tiết bước đầu chỉ là cắt tinh hoàn đơn thuần. Có thể cân nhắc dùng sau hóa trị docetaxel nếu không còn chọn lựa điều trị nào khác. Các kháng androgen có thể chuyển đổi lẫn nhau vì ít kháng chéo, bao gồm: nhóm không phải steroid (flutamide, bicalutamide, và nilutamide) và nhóm steroid (cyproterone acetate).
- Ngưng kháng androgen khi bệnh nhân đang dùng thuốc mà có biểu hiện tiến triển bệnh có thể cải thiện triệu chứng lâm sàng trên 20% bệnh nhân đang điều trị nội tiết kết hợp (cắt tinh hoàn và kháng androgen).
- Ketaconazole: thuốc kháng nấm ức chế tổng hợp androgen tại thượng thận.
- **Glucocorticoid: prednisone, dexamethasone, hydrocortisone,...**
- **Estrogen, progesteron, DES...**

✚ **Nhóm thuốc gây độc tế bào (hóa trị)**

Hiện chỉ có các taxane được chứng tỏ là các thuốc gây độc tế bào có hiệu quả trên UTTTL kháng cắt tinh hoàn.

Docetaxel:

Nghiên cứu pha III TAX 327 ghi nhận docetaxel 75mg/m<sup>2</sup> mỗi 3 tuần phối hợp với prednisone 10mg/ngày có hiệu quả cải thiện thời gian sống còn hơn so với mitoxantrone/prednisone. Theo kết quả này, docetaxel/prednisone đã trở thành phối hợp tiêu chuẩn điều trị bước 1 UTTTL kháng cắt tinh hoàn.

Cabazitaxel:

Một dẫn xuất taxane tổng hợp mới cho thấy có hiệu quả tăng thời gian sống còn khi phối hợp với prednisone điều trị bệnh nhân tiến triển sau docetaxel. Trong một nghiên cứu pha III quy tụ 755 bệnh nhân, phối hợp car-bazitaxel 25mg/m<sup>2</sup> và prednisone cải thiện thời gian sống còn toàn bộ hơn 2,4 tháng so với mitoxantrone/prednisone (HR: 0,72). Tác dụng phụ chính là phản ứng tiêm truyền và độc tính tủy.

Mitoxantrone:

Thuốc gây độc tế bào đầu tiên được chấp thuận cho UTTTL di căn. Hiệu quả cải thiện triệu chứng lâm sàng. Hiện chỉ định thu hẹp cho những bệnh nhân có chỉ định hóa trị nhưng không dung nạp được taxane.

#### ❖ **Nhóm thuốc kích thích miễn dịch**

Sipuleucel-T: vaccin cấu tạo bởi các tế bào có nhánh tạo ra từ các bạch cầu đơn nhân chiết xuất từ máu ngoại biên được gây đáp ứng miễn dịch với PAP (prostatic acid phosphatase). Các tế bào có đáp ứng miễn dịch này được truyền trở lại bệnh nhân sau 3 ngày thu thập. Các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên ghi nhận sipuleucel-T tăng thời gian sống còn so với placebo trên bệnh nhân UTTTL di căn ít triệu chứng lâm sàng. Tác dụng phụ thường gặp chủ yếu là các phản ứng huyết thanh. Hiện không có số liệu về hiệu quả của sipuleucel-T trên bệnh nhân chỉ tiến triển PSA đơn thuần hay trên bệnh nhân di căn có nhiều triệu chứng lâm sàng. Sipuleucel-T không cải thiện rõ thời gian sống còn không bệnh tiến triển hay PSA do vậy rất khó khăn để đánh giá hiệu quả riêng trên từng bệnh nhân.

#### ✚ **Dược chất phóng xạ**

Radium-223 là một dược chất phóng xạ phát ra bức xạ alpha. Radium có ái lực mạnh với mô xương bị tổn thương. Tại đây hiện tượng phân rã phóng xạ tạo ra các bức xạ năng lượng cao trong phạm vi ngắn hơn rất nhiều so với các đồng vị phát bức xạ beta. Điều này giúp tránh độc tính trên tủy xương và các cơ quan lân cận. Một nghiên cứu pha III cho thấy radium 223 có tính dung nạp cao, cải thiện thời gian sống còn toàn bộ và làm chậm thời gian xuất hiện các biến chứng liên quan di căn xương (như đau xương, gãy xương bệnh lý, chèn ép tủy, phẫu thuật chỉnh hình...). Chỉ định chủ yếu điều trị triệu chứng cho bệnh nhân UTTTL di căn xương không có các tổn thương nội tạng quan trọng.

Các dược chất phóng xạ phát bức xạ beta khác: strontium-89, samarium-153,...

#### ✚ **Thuốc nhắm đích di căn xương**

Zoledronic acid: thuốc thuộc nhóm bisphosphonate, có hiệu quả giảm triệu chứng và tần suất các biến cố liên quan di căn xương.

Denosumab: một kháng thể đơn dòng người có tác dụng ức chế chất kết nối RANK, qua đó ức chế hoạt động hủy cốt bào. Một nghiên cứu pha III cho thấy denosumab có hiệu quả và tác dụng phụ hầu như tương đương với zoledronic acid.

- Bệnh nhân UTTTL kháng cắt tinh hoàn nên được tiếp tục duy trì ức chế androgen và nên được cân nhắc tiếp tục điều trị nội tiết bước sau; hóa trị được ưu tiên lựa chọn trong tình huống bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nội tiết bước đầu hoặc có nhiều triệu chứng nặng. Trường hợp bệnh tiến triển sau hóa trị docetaxel, có thể cân nhắc điều trị với abiraterone hay enzalutamide nếu các thuốc này chưa được dùng trước đó.

- Hóa trị với Docetaxel liệu trình mỗi 3 tuần nên được cân nhắc cho bệnh nhân UTTTL kháng cắt tinh hoàn có triệu chứng lâm sàng.

- Cabazitaxel hiệu quả hơn mitoxantrone trên bệnh nhân đã hóa trị với docetaxel



- Xạ trị ngoài nên được chỉ định cho bệnh nhân di căn xương số lượng ít có kèm đau (liều duy nhất 8 Gy có hiệu quả giảm đau tương đương với kỹ thuật đa phân liều).
- Bệnh nhân di căn xương có đau nên được cân nhắc điều trị nhắm đích di căn xương với các dược chất phóng xạ phát beta.
- Bệnh nhân di căn xương có nguy cơ biến chứng cao nên được sử dụng denosumab hoặc zoledronic acid, một nghiên cứu quy tụ nhiều bệnh nhân cho thấy denosumab làm chậm xuất hiện biến chứng liên quan di căn xương hơn zoledronic acid, tuy nhiên cả hai thuốc đều không cải thiện thời gian sống còn.
- Bệnh nhân di căn cột sống có đau lưng nên được chụp MRI khảo sát tình trạng chèn ép tủy sống chưa biểu hiện lâm sàng.
- Bệnh nhân có chứng cứ u chuyển dạng theo hướng thần kinh nội tiết nên được hóa trị hơn là điều trị nội tiết

## 5. Điều trị khác

\* **Kháng sinh.** Dùng theo kháng sinh đồ. Nếu chưa có kháng sinh đồ dung kháng sinh phổ rộng

- Nhóm Beta-lactam:

+ Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)

+ Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)

+ Cefotaxim (Tiafo 1g,...)

+ Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)

+ Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)

+ Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)

+ Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)

+ Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

+ Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, ...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

\* **Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicarbonat 14%, Natribicarbonat 4,2%, Ringerlactat

- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...

\* **Thuốc cầm máu.** Trong trường hợp chảy máu

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml..)

- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

\* **Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, ...)

- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)

- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)

- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

#### **IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [3]**

Sự tiến triển của ung thư tuyến tiền liệt thường tiến triển qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn phát sinh trong ung thư tuyến tiền liệt, tiềm tàng.
- Giai đoạn tiền lâm sàng với sự hình thành nhân ung thư chủ yếu ở vùng ngoại vi.
- Giai đoạn lâm sàng, với các biểu hiện lâm sàng rõ nét. Nhưng khả năng di căn rất lớn theo đường bạch huyết và đường tĩnh mạch

Vì ung thư tuyến tiền liệt tiến triển chậm, khả năng di căn lớn, đồng thời mức độ ác tính rất khác nhau, nên khó đánh giá tiên lượng:

- Độ xâm lấn và mức độ ác tính cao (thang điểm Gleason trên 7) thường có tiên lượng xấu
- Các yếu tố tiên lượng xấu khác là: khối u lớn trên 5 cm, định lượng PSA cao trên 50 ng/ml, PAP cao kèm theo các triệu chứng đau xương, chèn ép cổ bàng quang và niệu quản, tình trạng toàn thân kém, không còn đáp ứng với điều trị nội tiết tố.

Theo Stamey một người trên 50 tuổi, có khả năng nguy cơ 40% ung thư tuyến tiền liệt về tổ chức ở thể tiềm tàng, trong đó có 8% ung thư có biểu hiện lâm sàng và nguy cơ tử vong ung thư tuyến tiền liệt là 3%.

#### **V. PHÒNG BỆNH**

- Xây dựng chế độ ăn uống lành mạnh ít thịt đỏ và bổ sung nhiều chất xơ.
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ để tầm soát nguy cơ ung thư, đặc biệt thông qua xét nghiệm PSA để phát hiện sớm bệnh ở giai đoạn đầu khi hầu như triệu chứng là chưa có.
- Vận động thể dục thể thao hợp lý.

#### **VI. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN, RA VIỆN**

##### **1. Tiêu chuẩn nhập viện**

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng sau:

- Rối loạn tiểu tiện: đái khó, đái buốt, đái rắt, đái máu
- Xuất tinh ra máu, đau vùng tầng sinh môn nghi do ung thư tuyến tiền liệt
- Siêu âm thấy hình ảnh tuyến tiền liệt to, PSA tăng > 4ng/ml
- Chụp MRI thấy hình ảnh nghi ung thư tuyến tiền liệt

##### **2. Tiêu chuẩn ra viện**

- Bệnh nhân toàn trạng ổn định
- Tiểu tiện tốt, nước tiểu trong
- Vết mổ liền tốt

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bửu Triều (2007), “Ung thư tuyến tiền liệt”, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, pp.428-434
2. Vũ Lê Chuyên (2017), “Ung thư tuyến tiền liệt”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị*, Bệnh viện Bình Dân, tập II, pp. 159-177.
3. Nguyễn Bửu Triều (2006), “Ung thư tuyến tiền liệt”, *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tập II, pp. 171-179

## BẢNG MÃ ICD

Mã ICD	TÊN BỆNH
C61	U ác của tuyến tiền liệt
D07.5	Ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến tiền liệt
N42.3	Loạn sản tuyến tiền liệt

## TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN VÀ NÀNG MÀO TINH HOÀN (TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN)

### I. KHÁI NIỆM

Tràn dịch màng tinh hoàn là hiện tượng bệnh lý ứ nước giữa hai lá màng tinh hoàn (không bao hàm trường hợp tràn máu màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn hay chấn thương tinh hoàn)[2].

## **II. NGUYÊN NHÂN [2]**

### **1. Thứ phát**

Thứ phát là do phản ứng xuất tiết dịch từ màng tinh hoàn trong các bệnh viêm mào tinh hoàn-tinh hoàn bán cấp hay mạn tính. Lượng dịch thường ít, mỏng đọng ở đáy bìu hay lắng xung quanh tinh hoàn. Nhưng trường hợp tràn dịch nhiều, khó sờ nhận định tổn thương tinh hoàn, mào tinh hoàn.

- Tràn dịch màng tinh hoàn từ các bệnh mạn tính mào tinh hoàn, tinh hoàn; lượng dịch nhiều, nước trong hay màu vàng chanh thường gặp trong bệnh lao sinh dục, u tinh hoàn.

- Các bệnh lý do ký sinh trùng giun chỉ làm tắc ống bạch mạch tại chỗ gây tràn dịch màng tinh hoàn, nước đục do thoát dưỡng chấp - viêm bạch mạch.

- Các biến chứng của giãn tĩnh mạch hay sau khi điều trị thoát vị bẹn gây tăng áp lực tĩnh mạch có thể gây nên tràn dịch màng tinh hoàn nước trong, ít gặp.

### **2. Tiên phát**

Trong nhiều trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn hầu như không thấy rõ nguyên nhân. Một số tác giả giả thuyết có những ổ nhiễm khuẩn không đặc hiệu, điều trị đã che lấp các nguyên nhân mà không chứng minh được. Ngay cả các trường hợp lao không có triệu chứng, lao sinh dục đã điều trị đặc hiệu nhiều tràn dịch màng tinh hoàn vẫn xuất hiện. Có trường hợp tìm thấy tinh trùng trong nước màng tinh hoàn người ta cho rằng có nang mào tinh hoàn, thừng tinh...

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán xác định.**

Dựa chủ yếu vào lâm sàng, siêu âm tinh hoàn có giá trị chẩn đoán đặc hiệu.

#### **1.1. Lâm sàng: (Có thể có 1 hoặc cả 2 bên)[2].**

- Bìu to tăng dần, căng tức không đau

- Khó sờ nắn được tinh hoàn, mào tinh hoàn

- Không kẹp được màng tinh hoàn

- Soi đèn vào bìu: Phần dịch sáng hơn và phân biệt được với tinh hoàn, mào tinh có màu tối.

- Khám ống bẹn: lỗ bẹn bình thường

#### **1.2. Cận lâm sàng:**

*\*Cận lâm sàng giúp chẩn đoán [2]*

- *Siêu âm:* Tinh hoàn và mào tinh bình thường, được bao quanh là khối dịch đồng nhất, di động.

- *Xét nghiệm PCR dịch màng tinh hoàn:* xác định nguyên nhân khi nghi ngờ tràn dịch màng tinh hoàn do lao sinh dục, do ký sinh trùng.

**\*Các cận lâm sàng phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật:**

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu.
- Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV
- Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.
- Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)
- Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

**2. Chẩn đoán phân biệt [2]**

**\*Thoát vị bẹn**

- Ruột sa xuống bìu nhưng có thể dồn lên được
- Lỗ thoát vị rộng (đứt lợt ngón tay)
- Sờ thấy tinh hoàn, mào tinh hoàn bị đẩy xuống thấp
- Kẹp được màng tinh hoàn

**\*Khối u tinh hoàn, mào tinh hoàn**

- Sờ tinh hoàn, mào tinh hoàn là khối u to một cực hay toàn bộ, mật độ cứng chắc không đều.
- Có thể có tràn dịch máu màng tinh hoàn: Soi ánh sáng không xuyên qua được.

**\*Bìu to và đau**

Đau đột ngột dữ dội lan theo thừng tinh (đau ở hố chậu):

- Xoắn tinh hoàn: Siêu âm doppler mạch máu tinh hoàn thấy mất tính hiện mạch
- Thoát vị bẹn nghẹt: Siêu âm thấy nội dung khối thoát vị là mạc nối hoặc quai ruột. Khối thoát vị không đẩy lên được.
- Viêm tinh hoàn thể chảy máu, nhiều khi không rõ nguyên nhân và có chỉ định can thiệp ngoại khoa. Chẩn đoán phân biệt dựa vào lâm sàng và siêu âm doppler mạch máu tinh hoàn.

**3. Chẩn đoán thể bệnh [1], [2]**

- Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc. Tràn dịch màng tinh hoàn thường phối hợp với thoát vị bẹn hoặc tinh hoàn lạc chỗ gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ.
- Tràn dịch ống phúc tinh mạc - màng tinh hoàn do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn. Tràn dịch tạo thành hình hai túi, cực trên ứ đọng phình to ngay dưới da.
- Tràn dịch hình túi biệt lập do ống phúc tinh mạc tắc hai đầu, đoạn giữa ứ nước như nang tinh hoàn
- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú thành nang riêng lẻ thường gặp trong các trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn do lao, viêm dính màng tinh hoàn.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

- Điều trị ngoại khoa là chủ yếu, kết quả tốt khỏi tràn dịch màng tinh hoàn, trừ trường hợp trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ tràn dịch còn ống phúc tinh mạc, tràn dịch kiểu hai túi, có thể tiến triển hết tràn dịch, ống phúc tinh mạc teo dần [1].

- Người lớn tràn dịch màng tinh hoàn khối lượng ít dưới 100ml, thời kì viêm nhiễm tiềm tàng không rõ nguyên nhân, cần theo dõi sự tiến triển.

### **1. Hướng điều trị [2]**

- Mở màng tinh hoàn để dịch màng tinh hoàn thấm qua bạch mạch tổ chức kẽ.

- Cầm máu tốt mặt cắt và bao màng tinh hoàn.

\***Các phương pháp:** Mở trực tiếp qua đường bìu hay đường bẹn.

- Cắt lộn màng tinh hoàn.

- Cắt bớt lá thành màng tinh hoàn.

- Lộn xếp lá thành màng tinh hoàn (Phương pháp Lord)

- Ở trẻ em có phương pháp mở cửa sổ màng tinh hoàn (Ngô Đình Mạc, 1989)

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **2.1. Trước phẫu thuật**

- Thăm khám và làm xét nghiệm trước mổ

- Điều trị bệnh kèm theo (nếu có)

#### **2.2. Sau phẫu thuật**

\* **Kháng sinh.** Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp chưa có kháng sinh đồ có thể dùng kháng sinh phổ rộng:

- Nhóm Beta-lactam:

+ Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)

+ Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)

+ Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)

+ Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)

+ Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)

+ Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)

+ Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)

+ Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

+ Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg ...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin (Amikacin 500mg...)

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

\* **Thuốc điều chỉnh tình trạng mất nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan**

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%, Natribicarbonat 14%, Natribicarbonat 4,2%, Ringerlactat

- Các chất điện giải: Kali, Caici, Magie, ...

**\* Thuốc cầm máu.**

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)
- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

**\* Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500mg...)
- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)
- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)
- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

**\* Thay băng vết mổ**

**\* Theo dõi và xử trí tai biến sau phẫu thuật**

- Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu - dịch tụ và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.
- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe
- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại

**3. Tai biến [2].**

- Tụ máu sau mổ thường là cầm máu không kỹ, tụ máu có khi lớn phải can thiệp lại để cầm máu. Thường sử dụng đường khâu vắt mép cắt màng tinh hoàn và đặt ống dẫn lưu ra ở cực dưới bìu trong 24h.
- Màng tinh hoàn còn lại viêm dày phù nề trong một thời gian 1-3 tháng mới trở lại bình thường.
- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát hiếm gặp có thể có ổ tái tạo dịch mới, do tắc không lưu thông bạch mạch hay tĩnh mạch.

**V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tràn dịch màng tinh hoàn thường không gây nguy hiểm và thường không gây ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Tuy nhiên tràn dịch màng tinh hoàn có thể do các nguyên nhân tiềm ẩn khác từ tinh hoàn sẽ gây ra các biến chứng nghiêm trọng bao gồm:

- Viêm tinh hoàn hoặc ung thư tinh hoàn
- Thoát vị bẹn

**VI. PHÒNG BỆNH**

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ để phát hiện và điều trị sớm
- Tránh các chấn thương vùng bìu, điều trị tốt các viêm nhiễm vùng bìu

**VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN**

**1. Tiêu chuẩn nhập viện**

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng:

- Bìu to (1 hoặc cả 2 bên)
- Siêu âm có tràn dịch màng tinh hoàn

**2. Tiêu chuẩn ra viện**

- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không nôn, ăn uống được.
- Huyết động ổn định
- Vết mổ liền tốt, không có tụ máu bìu
- Bệnh kèm theo điều trị ổn định

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thanh Liêm (2002), "Các bệnh do tổn tại ống phúc tinh mạc", *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, tr. 124-137.
2. Lê Ngọc Từ (2007), *Tràn dịch màng tinh hoàn*, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản y học.

### **BẢNG MÃ ICD**

<b>Mã ICD</b>	<b>TÊN BỆNH</b>
N43	Tràn dịch màng tinh hoàn và nang mào tinh hoàn
N43.1	Tràn dịch màng tinh hoàn nhiễm khuẩn
N43.2	Tràn dịch màng tinh hoàn khác
N43.3	Tràn dịch màng tinh hoàn không đặc hiệu



## XOẢN TINH HOÀN

### **I. KHÁI NIỆM [1], [2]**

Xoắn tinh hoàn hay đúng hơn là xoắn thừng tinh cuống mạch là một cấp cứu ngoại khoa thường ít được quan tâm và dễ bỏ sót.

Chỉ có chẩn đoán và can thiệp sớm mới tránh được thiếu máu hoại tử mất tinh hoàn, cứu vẫn được chức năng sinh tinh, nội tiết của tinh hoàn.

### **II. NGUYÊN NHÂN [2]**

Xoắn tinh hoàn thường gặp ở trẻ nhỏ, tuổi dậy thì. Trẻ em sinh đôi, trẻ thứ 2 thường bị xoắn tinh hoàn (25-50%).

Cơ chế:

- Do cơ cơ bìu đột ngột và dữ dội nhưng thực tế chỉ xảy ra trên bệnh nhân có dị dạng giải phẫu:

- Màng tinh hoàn rộng, tinh hoàn di động dễ dàng như quả lắc.
  - Mạc treo tinh hoàn rộng, tinh hoàn dễ di động.
  - Thừng tinh dài, dây kéo tinh hoàn dài, hoặc thừng tinh ngắn, mạc treo tinh hoàn hẹp kéo ngược tinh hoàn lên.
  - Mào tinh hoàn tách rời không dính với tinh hoàn
- Không có xoắn tinh hoàn bình thường không có chấn động.
- Do rối loạn thần kinh thực vật gây nên hiện tượng co thắt mạch trước tiên, còn xoắn tinh hoàn chỉ là biến chứng.

### **✦ Tồn thương giải phẫu [1], [2]**

Theo thời gian và mức độ xoắn 1 vòng hay 2-3 vòng.

- Các thương tổn sớm có khả năng hồi phục tinh hoàn chỉ có cương tụ dữ dội các mao mạch, mạch máu nhỏ căng đỏ thẫm, màng tinh hoàn bị phù xuất huyết, hồng cầu thoát mạch tràn dịch màng tinh hoàn màu hồng.

Thương tổn muộn sau 6 giờ, tinh hoàn hoại tử chảy máu từng đám hay nhồi máu hoại tử lan rộng; tinh hoàn tím đen. Vì thế, các dòng tế bào sinh tinh, tế bào Leydig đã bị phá hủy phản ứng các mô kẽ.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng, siêu âm doppler mạch máu tinh hoàn

##### 1.1. Lâm sàng [1], [2]

Thể điển hình thường gặp ở trẻ lớn. Xoắn tinh hoàn thường xảy ra trong khi ngủ. Cũng có thể xảy ra sau một cử động quá mạnh và đột ngột.

- Cơ năng: đau bìu đột ngột, ban đêm bệnh nhân bất thức dậy, giờ bắt đầu có thể nhớ rõ, tính được. Đau dữ dội lan theo từng tinh, ống bẹn đến hố chậu kèm theo cảm giác buồn nôn hay nôn.

Đau liên tục không thành cơn nhưng mỗi lúc mỗi tăng, thực tế đau co thắt lại bệnh nhân rất sợ va chạm phải gấp đùi vào để bảo vệ nên khó khám. Dưới da bìu nổi lên một khối (tinh hoàn, mào tinh hoàn) co rút về phía bẹn, từng tinh đau.

- Thực thể:

Bìu to dần, da bìu còn đỏ thắm hay bầm tím.

Phù lan rộng sang cả bìu bên đối diện.

✦ Thời gian kéo dài, nhưng nếu dịu đi rồi để theo dõi là dễ bỏ quên.

- Một số trường hợp xoắn tinh hoàn tự tháo nhưng có thể tái diễn bất thường.

- Nguy hiểm nhất là mất triệu chứng báo động, giảm đau cũng là lúc tinh hoàn đã hỏng.

Bìu vẫn phù có tràn dịch màng tinh hoàn ít, có thể có phản ứng sốt, che lấp thương tổn tinh hoàn, màng tinh hoàn.

- Tiến triển: tinh hoàn teo dần, rất hiếm các trường hợp mưng mủ.

##### 1.2. Cận lâm sàng

✦ **Cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định.**

Siêu âm doppler mạch máu tinh hoàn: Thấy mất tín hiệu mạch tinh hoàn.

❖ **Cận lâm sàng phục vụ điều trị, tiên lượng, phẫu thuật**

Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, Fibrinogen, thời gian máu chảy, co cục máu

Miễn dịch: HBsAg, HCV, HIV

Sinh hóa máu: Glucose, ure, creatinine, GOT, GPT, ĐGD, Protein toàn phần, Albumin.

Điện tim, XQ tim phổi (ngực thẳng)

Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh kèm theo bệnh kèm theo khác

#### 2. Chẩn đoán phân biệt [1], [2]

- **Viêm mào tinh hoàn – tinh hoàn:** Triệu chứng cấp tinh thường hay lẫn lộn nhưng có khác biệt, bệnh khởi phát sốt, đau, rối loạn tiểu tiện (đái rắt, đái buốt). Đau khu trú ở tinh hoàn, mào tinh hoàn cũng lan lên hố chậu. Nếu nghi ngờ khó phân biệt xoắn tinh hoàn, can thiệp sớm cũng cần thiết.

- **Thoát vị bẹn nghẹt, viêm ruột thừa cấp thể tiểu khung:** Phân biệt theo triệu chứng lâm sàng và siêu âm Doppler mạch máu, đều có chỉ định can thiệp cấp cứu.

### **3. Chẩn đoán thể bệnh [1], [2]**

❖ Theo tiến triển:

- Bán cấp:

Đau vừa phải khu trú không rõ ràng, cảm giác tinh hoàn bị kéo căng.

Bìu phù ít, phản ứng tràn dịch màng tinh hoàn làm khó khám thương tổn bên trong. Tiến triển dần sẽ hoại tử.

Chẩn đoán khó thường dễ muộn, nhưng phẫu thuật dẫn uộn có thể vẫn giữ được tinh hoàn nếu xoắn tinh hoàn không hoàn toàn. Chẩn đoán khó kết hợp siêu âm Doppler mạch để xác định

- Thể tái diễn:

Đợt đau bìu xảy ra không dữ dội nhưng biết bìu căng trong 2-3 giờ rồi tự nhiên khỏi. Nhưng diễn biến vẫn có thể teo tinh hoàn. Nếu tái diễn, xoắn tinh hoàn cấp với các triệu chứng như trước hoặc dữ dội ồ ạt hơn.

❖ Theo tuổi:

Xoắn tinh hoàn ở trẻ sơ sinh có thể ngay sau khi đẻ. Khám phát hiện bìu to một bên hơi khác, da bìu phù căng. Các dấu hiệu khác kín đáo, không đau, thể trạng bình thường

Siêu âm Doppler mạch xác định thêm chẩn đoán

Ở trẻ còn bú: Đau, khóc thét, bỏ bú, nôn, bìu sưng to dần, 1 bên đỏ thẫm.

❖ Theo giải phẫu:

- Xoắn tinh hoàn lạc chỗ

- Xoắn các phần phụ:

Xoắn nang Morgani, cơ quan Girades, tắc mạch máu bất thường Haller

Bệnh nhân ít đau dữ dội, phù bìu nhanh. Sờ nắn ngoài tinh hoàn ra còn có nhân cứng đau, có tràn dịch màng tinh hoàn ít.

Chẩn đoán xác định có khi phải phẫu thuật để tránh bỏ sót, để muộn xoắn tinh hoàn

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị [2]**

Can thiệp phẫu thuật cấp cứu nhằm:

- Cứu vãn tinh hoàn trước 6 giờ

- Đề phòng tái phát

- Đề phòng kích thích xoắn tinh hoàn bên đối diện

+ Mổ sớm trước 3 giờ cứu tinh hoàn: Tháo xoắn

+ Gây mê toàn thể

+ Mổ đường ống bẹn hay bìu. Xác định chẩn đoán thể xoắn tinh hoàn đánh giá mức độ thương tổn tùy theo thời gian, mức độ và sự hồi phục, sau tháo xoắn

(đắp gạc ẩm, tiêm lidocaine 10% tại gốc bìu) chờ 10 phút, nếu tinh hoàn hồng trở lại, mạch đập rõ ràng nghĩa là có thể bảo tồn được. Nếu tinh hoàn tím đen mọng, tiết dịch lắng đọng, phải cắt bỏ tinh hoàn. Cắt bỏ là bắt buộc nếu tinh hoàn đã hoại tử.

+ Đề phòng tái phát: Đa số các tác giả khuyên nên cố định tinh hoàn 4 mũi (Chỉ không tiêu, tiêu chậm) 2 mặt tinh hoàn với cân cơ bìu.

Màng tinh hoàn có thể cắt hoặc lộn lại.

## **2. Điều trị cụ thể**

### **2.1. Trước phẫu thuật**

**\*Thăm khám, làm cận lâm sàng cấp cứu**

**\* Kháng sinh.** Lựa chọn một trong các loại kháng sinh

- Nhóm Beta-lactam:

+ Piperacillin (Zobacta 2,25g, ...)

+ Cefoxitin (Cefoxitin Panpharma 1g, Opixitin 1g...)

+ Cefotaxim (Tiafo 1g, ...)

+ Ceftriaxon (Ceftriaxon 1g, Triaxon 1g, ...)

+ Cefoperazol (Trikapezon 2g, Prazon 2g, ...)

+ Ceftazidim (ceftazidime 1g, ...)

+ Cefepim (Cefeme, Maxipime 1g, ...)

+ Imipenem (Imipenem-Cilastatin 1g, ...)

+ Meropenem (Meropenem Kabi, Tiepanem 1g, ...)

- Nhóm Quinolon

+ Ciprofloxacin (Ciprofloxacin Polpharma 400mg, Scanax 500mg...)

+ Levofloxacin (Tavanic 500mg, ...)

- Nhóm Aminoglycosid

+ Amikacin (Amikacin 500mg...)

- Fosmycin (Fosfomed 1g, ...)

**\* Giảm đau.**

- Paracetamol (Paracetamol Kabi 1g/100ml, Tatanol 500mg ...)

- Diclofenac (Elaria 75mg/3ml)

- Pethidin (Pethidin-hameh 100mg/2ml, ...)

- Morphin (Osaphine 10mg/ml, ...)

### **2.2. Sau phẫu thuật**

**\*Kháng sinh, giảm đau:** (như trên)

**\* Dịch truyền**

- Các dung dịch: Glucose 5%, glucose 10%, glucose 20%, Natriclorid 0,9%.

**\* Thuốc cầm máu.** (Nếu có chảy máu)

- Tranexamic Acid (Acido Tranexamico Bioindustria 500mg/5ml...)

- Ethamsylat (Cyclonamine 12,5% - 250mg/2ml, ...)

**\*Thay băng vết mổ**

## **V. BIẾN CHỨNG [2]**

- Khôi máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu - dịch tụ và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.
- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe

## VI. PHÒNG BỆNH

Tinh hoàn có thể xoay hoặc xoay tự do trong bìu là một đặc điểm di truyền, một số nam giới có và những người khác thì không. Cách duy nhất để ngăn ngừa xoắn tinh hoàn nếu có đặc điểm này là thông qua phẫu thuật để đính kèm cả hai tinh hoàn vào bên trong của bìu để không thể xoay tự do.

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, RA VIỆN

### 1. Tiêu chuẩn nhập viện

Bệnh nhân nhập viện khi có triệu chứng

- Sung đau bìu, tinh hoàn nghi do xoắn tinh hoàn.
- Siêu âm thấy hình ảnh mất tín hiệu mạch tinh hoàn, hoặc nghi ngờ xoắn tinh hoàn.

### 2. Tiêu chuẩn ra viện

- Bệnh nhân tỉnh, không sốt, không nôn, ăn uống được.
- Huyết động ổn định
- Vết mổ liền tốt, bìu hết sưng nề
- Bệnh kèm theo điều trị ổn định

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh (2006), "Xoắn tinh hoàn", Cấp cứu ngoại khoa tiết niệu, Nhà xuất bản y học, tr. 64-68.
2. Lê Ngọc Từ (2007), "Xoắn tinh hoàn", *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản y học, tr. 570-573.

## BẢNG MÃ ICD

Mã ICD	TÊN BỆNH
N44	Xoắn tinh hoàn

## **Phần : PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH – BỔNG**

### **GÂY LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI**

#### I. KHÁI NIỆM

Vùng liên máu chuyển (LMC) xương đùi là vùng giữa hai máu chuyển lớn và nhỏ, hoàn toàn là xương xốp. Phần đông các tác giả đồng ý nơi rộng vùng LMC xuống 2,5cm dưới máu chuyển nhỏ và 5cm dưới máu chuyển lớn. Tất cả đường gãy xương nằm trong vùng này được gọi là gãy liên máu chuyển xương đùi.

## II. NGUYÊN NHÂN

Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, chấn thương thể thao, tai nạn lao động

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng:

- Đau và mất cơ năng là điểm đặc trưng thường gặp
- Chân ngắn và xoay ngoài hoặc xoay trong nếu gãy có di lệch.
- Vùng gốc đùi sưng lớn, có vết bầm tím và đau chói.
- Có thể gây sốc do đau và mất máu.

### 2. Cận lâm sàng

X-quang khung chậu thẳng và khớp háng nghiêng để xác định chẩn đoán.

Những yếu tố cần xem xét là: góc cổ-thân, gãy vụn, tình trạng loãng xương thể hiện trên phim chụp.

Chụp CT- Scanner, CT-Scanner dựng hình 3D

Chụp phim CT-Scanner xác định được kích thước, số lượng mảnh vỡ và mức độ di lệch xương.

- Xét nghiệm dùng trong chẩn đoán các bệnh kèm theo và phục vụ phẫu thuật  
Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HBsAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác phục vụ điều trị

### 3. Phân loại gãy xương

Dựa vào XQ và CT- scanner, CT – scanner dựng hình 3D có nhiều cách phân loại khác nhau

Phân loại Evans:

Loại I : gãy 2 mảnh không di lệch.

- Loại II : gãy 2 mảnh có di lệch.

- Loại III : gãy 3 mảnh mất trụ chịu lực sau ngoài do mảnh gãy máu chuyển lớn di lệch.

- Loại IV : gãy 3 mảnh mất trụ chịu lực sau trong do di lệch mảnh gãy máu chuyển bé hoặc gãy cung cổ- thân.

- Loại V : gãy 4 mảnh mất trụ chịu lực sau ngoài và sau trong (kết hợp loại III và

IV )

- Loại R ( Reversed ) : Đường gãy từ máu chuyển bé hướng xuống dưới –ra ngoài (ngược với 5 loại trên: đường gãy từ máu chuyển bé hướng lên trên ra ngoài)

## III. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Mục tiêu:

- Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch... có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.

Phục hồi về giải phẫu và chức năng.

Tập vận động sớm.

### **3.2. Sơ cứu:**

- Bất động: Chúng ta có thể thực hiện 1 trong các phương pháp bất động như; Bó bột chống xoay, nẹp vải chống xoay với chân dang 150, gối gấp 100. Nẹp gỗ với tư thế 3 thanh.

- Giảm đau toàn thân.

- Bù dịch, khối lượng tuần hoàn, chống Shock cho người bệnh (nếu có)

### **3.3. Điều trị bảo tồn**

#### **3.3.1 Điều trị nội khoa**

Áp dụng cho tất cả các bệnh nhân gãy vùng máu chuyển xương đùi

- Thuốc SAT.

- Dùng kháng sinh :

Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.

Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim )

Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.

Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.

Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.

Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết

- Thuốc giảm đau, truyền dịch, trồng phù nề.

- Thuốc nâng cao thể trạng, chống loãng xương, kích thích liền xương.

- Thuốc chống thuyên tắc mạch (nếu cần)

- Khi có bệnh nội khoa phối hợp thì điều trị các thuốc phù hợp với từng bệnh:

Tăng huyết áp, tiểu đường...

#### **3.3.2 Điều trị thủ thuật**

Áp dụng cho bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật trong giai đoạn đợi phẫu thuật.

##### **3.3.2.1 Chỉ định**

- Bệnh nhân đang giai đoạn shock.

- Có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật.

- Có các bệnh lý mạn tính toàn thân (tiểu đường, huyết áp, nhiễm khuẩn...) giai đoạn chưa ổn định.

##### **3.3.2.2 Chống chỉ định**

Bệnh nhân không đồng ý can thiệp thủ thuật

##### **3.3.2.3. Phương pháp**

- Bó bột hoặc đeo nẹp chống xoay

- Xuyên đinh kéo liên tục

### **3.4. Điều trị phẫu thuật**

#### **3.4.1 Phương pháp kết xương**

##### **3.4.1.1 Chỉ định**

- Gãy liên máu chuyển xương đùi có đủ điều kiện phẫu thuật

### 3.4.1.2. Chống chỉ định

- Mắc bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
- Bệnh nhân trong giai đoạn Shock chấn thương.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

### 3.4.1.3 Phương pháp

- Kết hợp xương bằng nẹp vít dưới màn tăng sáng (C.Arm) .
- Phẫu thuật mổ mở KHX nẹp vít

### 3.4.2. Phẫu thuật thay khớp háng

Chỉ định trong một số trường hợp người cao tuổi.

Thay khớp háng bán phần loại chuôi dài.

- Kháng sinh: Dùng 1 trong các loại thuốc sau hay phối hợp 2 loại diệt vi trùng gram (+) hay gram (-).

- + Nhóm Aminoglycoside
- + Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III
- + Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase Inhibitors
- + Nhóm Quinolone
- + Nhóm Cloramphenicol
- + Nhóm Glycopeptide
- + Nhóm Imidazole
- + Nhóm Licosamide
- + Nhóm Penicillin
- + Nhóm Macrolide

- Thuốc giảm đau kháng viêm: dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

- + Thuốc giảm đau:

Acetaminophen

Paracetamol + Tramadol

Paracetamol + Codein

- + Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs

#### Nhóm acid Floctafenin

Nhóm acid Floctafeni

Nhóm Salicylates

Nhóm dẫn xuất acid Acetic

Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)

Nhóm dẫn xuất acid Fenamic (Fenamates)

Nhóm ức chế chọn lọc COX-2 (Coxibs)

#### Floctafenin

Aspirin (acid Acetylsalicylic), Diflunisal, Salsalate

Ibuprofen, Naproxen, Fenoprofen, Ketoprofen, Flurbiprofen, Oxaprozin, Loxoprofen

Indomethacin, Sulindac, Etodolac, Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone

Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam, Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam

Acid Mefenamic, acid Meclofanamic, acid Flufenamic, acid Tolfenamic

Celecoxib, Etoricoxib

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 viên x 3-4 lần/ngày (uống/ngậm dưới lưỡi)

- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

### 3.6 Chế độ dinh dưỡng và điều trị phục hồi chức năng:



- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng phù hợp, chế độ ăn đảm bảo năng lượng, giàu chất xơ, dễ tiêu hóa. Đối với BN có kèm theo bệnh nội khoa cần có chế độ ăn riêng phải có sự tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.

Tập vận động sớm chống biến chứng có thể xảy ra: loét, thuyên tắc mạch, cứng khớp...

- Kiểm tra thường xuyên bằng chân đoán hình ảnh và các xét nghiệm cần thiết.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

### **Biến chứng**

- Nhiễm trùng
- Vết thương khó lành,
- Không lành xương: tương đối hiếm.
- Còn di lệch,
- Viêm khớp sau chấn thương.
- Mất tầm vận động khớp háng
- Thoái hoá khớp háng

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

XQ : có gãy liên máu chuyển xương đùi.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 34 -36 )

2. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học 2013 ( trang 232-239)

### **BẢNG MÃ ICD**

<b>Mã ICD</b>	<b>TÊN BỆNH</b>
F72	Gãy liên máu chuyển

## GẤY THÂN XƯƠNG ĐÙI

### **I. KHÁI NIỆM**

Xương đùi là một trong những xương dài và lớn nhất cơ thể do vậy xương đùi có đặc điểm của xương dài và xương lớn

Tùy theo tuổi của bệnh nhân và vị trí gãy của xương đùi mà có nguyên nhân, triệu chứng, sơ cứu và phương pháp điều trị khác nhau.

Phân đoạn xương đùi; Được phân làm 3 đoạn:

Đầu trên xương đùi được giới hạn từ dưới máu chuyển nhỏ 5cm đến hết chỏm xương đùi

Thân xương đùi được giới hạn từ dưới máu chuyển nhỏ 5cm đến trên lồi cầu 5cm

Đầu dưới xương đùi là từ trên lồi cầu đùi 5 cm đến hết.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, chấn thương thể thao,

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán gãy thân xương đùi dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, tuy nhiên mỗi vị trí gãy có triệu chứng khác nhau:

Sau một chấn thương do tai nạn (TNGT, TNSH, TNLD...)

Triệu chứng toàn thân có thể có dấu hiệu Shock

Đau xương đùi tương ứng vị trí gãy.

Sưng nề, biến dạng đùi.

XQ xương đùi thẳng nghiêng có hình ảnh gãy xương là triệu chứng quan trọng trong chẩn đoán

#### **2.2 Cận lâm sàng**

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục

Công thức máu, nhóm máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HBsAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác để điều trị phù hợp

**2.2. Chẩn đoán hình thái:** Gãy kín, gãy hở, độ gãy hở.

**2.3. Chẩn đoán mức độ:** Vững, mất vững.

**2.4. Chẩn đoán nguyên nhân:** Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, bạo lực xung đột, gãy xương bệnh lý

**2.5. Chẩn đoán thời gian:** Thời gian từ thời điểm bị tổn thương đến viện giờ thứ mấy, ngày thứ mấy, tháng thứ mấy...

**2.6. Chẩn đoán tổn thương phối hợp:**

- Gãy xương phối hợp

- Các tổn thương phối hợp khác

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Sơ cứu:**

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu:

Chống Shock chấn thương;

Giảm đau toàn thân.

Bồi phụ khối lượng tuần hoàn

Bất động tạm thời

Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau như Morphin (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...

Nẹp cố định tạm thời Ngực-chậu-lưng chân bằng 3 nẹp gỗ; Nẹp phía ngoài và phía sau từ dưới nách đến bàn chân, nẹp mặt trong từ nếp nắn bẹn đến bàn chân.

Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu...

Làm các xét nghiệm và chụp chiếu X quang.

##### **2. Điều trị bảo tồn**

###### **2.1. Chỉ định**

Tùy theo vị trí, hình thái, mức độ gãy, thể trạng bệnh nhân.

Gãy vững

Trẻ em dưới 6 tuổi.

Trẻ em dưới 15 tuổi có thể điều trị bảo tồn được.

Người có bệnh mạn tính, già yếu không thể phẫu thuật được.

###### **2.2. Chống chỉ định**

- Gãy hở xương đùi

- Gãy xương có biến chứng mạch máu, thần kinh

- Gãy mất vững xương đùi ở trẻ lớn và người lớn.

###### **2.3. Phương pháp:**

- Bó bột hoặc đeo nẹp

- Xuyên đinh kéo liên tục.

##### **3. Điều trị ngoại khoa**

###### **3.1. Mục đích**

- Nắn chỉnh xương về hình dạng giải phẫu

- Kết xương vững chắc giúp tập vận động sớm.

###### **3.2. Chỉ định:**

- Gãy mất vững

- Gãy hở.

- Gãy xương có kèm theo biến chứng.

- Điều trị bảo tồn thất bại.

- Thể trạng và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng đủ điều kiện thực hiện cuộc phẫu thuật.

###### **3.3. Chống chỉ định:**

- Thể trạng không chịu được phẫu thuật.

###### **3.4. Phương pháp phẫu thuật**

###### **3.4.1. Kết xương bên trong**

Chỉ định: Trong trường hợp gãy kín xương đùi, gãy hở độ I, II đến sớm, khớp giả xương đùi.

Chống chỉ định:

Gãy hở đến muộn

Gãy kín trên bệnh nhân có viêm xương đùi

Gãy 1/3 trên thân xương đùi: Phẫu thuật Nẹp vít, nẹp khóa, Đinh nội tủy có chốt

Gãy 1/3 giữa thân xương đùi: (Phân loại theo AO)

- Độ I, II Phẫu thuật đinh nội tủy Kuntscher, đinh nội tủy có chốt, nẹp vít, nẹp khóa.

- Độ II, III Phẫu thuật đinh nội tủy có chốt, nẹp vít, nẹp khóa

Gãy 1/3 dưới thân xương đùi: Phẫu thuật Nẹp vít, Đinh nội tủy có chốt, nẹp khóa.

Các kỹ thuật mô bao gồm mô mở kết hợp xương hoặc mô kết hợp xương trên màn tăng sáng ( C-arm )

### **3.4.2. Kết xương bằng khung cố định ngoại vi**

Chỉ định:

- Gãy hở độ III

- Gãy hở do hỏa khí.

- Gãy hở độ I,II đến muộn.

- Gãy kín thân xương đùi trên bệnh nhân có viêm xương đùi.

### **3.4.3. KHẸ DƯỚI MÀN HÌNH TĂNG SÁNG ( C- arm) sử dụng nẹp vít hoặc đinh chốt**

#### **Điều trị nội khoa**

Chế độ thuốc

- Kháng sinh

Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.

Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim )

Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.

Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.

Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.

Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết

- Giảm đau

- Truyền dịch; bù nước điện giải, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

- Truyền máu, Huyết tương, dung dịch thay thế máu.

- Các loại thuốc chống phù nề, giúp nhaan liền xương.

- Thuốc điều trị các bệnh phối hợp theo chuyên khoa (nếu có)

Chế độ chăm sóc.

Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao, nẹp bất động.

Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày

Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.

Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.  
Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:

- Với thân xương tập tỳ sớm sau mổ khoảng 5 tuần.
- Với các gãy đầu xương tập tỳ sau 8 tuần

\* Chế độ dinh dưỡng

Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.

Tăng cường chất xơ

## **V. TIỀN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

### **Biến chứng**

- Nhiễm trùng
- Gãy kim Kirschner, vít, đứt chỉ thép, gãy lại.
- Không lành xương
- Còn di lệch,
- Viêm khớp sau chấn thương.
- Mất tâm vận động khớp
- Thoái hoá khớp gối.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

XQ : có gãy xương đùi

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

3. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 36 -39 )

4. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học năm 2013 ( trang 247-249)

### **BẢNG MÃ ICD**

<b>Mã ICD</b>	<b>TÊN BỆNH</b>

## GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

### **I. KHÁI NIỆM**

Là sự mất liên tục của xương bánh chè sau một chấn thương vùng gối, hay gặp nhất là gãy xương bánh chè do một lực tác động trực tiếp vào trước gối thường là gãy hở. Do lực tác động gián tiếp ít gặp hơn, là do gối co đột ngột chống lại nhóm cơ tứ đầu đùi đang co, thường là gãy kín.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, chấn thương thể thao,

### **III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

a. *Bệnh sử*: Đau cấp tính vùng trước gối, dữ dội, gối sưng, có thể kèm theo sưng nề phần mềm quanh khớp.

b. *Khám lâm sàng*

- Tình trạng da, phần mềm trước gối có vết thương, có thông vào ổ gãy không.
- Sờ xác định chỗ khuyết dưới các mảnh bánh chè gãy, điểm đau chói, tiếng lạo xạo, cử động bất thường.
- Khi gãy bánh chè di lệch nhiều bệnh nhân không thể duỗi chủ động gối được: cho bệnh nhân nằm ngửa, gối thẳng, nhấc cao gót không được.

#### **2. Cận lâm sàng**

- X-quang thường quy: phim thẳng, phim nghiêng, phim tiếp tuyến bánh chè. Cho chẩn đoán xác định gãy xương bánh chè, mức độ di lệch, phân loại gãy. Phim nghiêng thấy rõ nhất trường hợp gãy ngang, gãy nhiều mảnh.
- Bánh chè có dị tật hai mảnh: trên phim thẳng thấy một mảnh nhỏ có vỏ xương rõ, ở góc trên ngoài bánh chè dễ nhầm với gãy xương cực trên bánh chè, gặp ở 8% dân số, hầu như bị ở hai bên. Nên chụp phim thẳng bên đối diện để chẩn đoán loại trừ - Chụp tiếp tuyến bánh chè thấy rõ vị trí gãy trên rãnh ròng rọc ở đầu dưới xương đùi, gãy dọc xương bánh chè, gãy khuyết xương sụn bánh chè.
- Có thể chụp thêm CT Scan: ít khi cần thiết.

- Chụp cộng hưởng từ: có thể giúp xác định gãy bong cực dưới bánh chè, giúp chẩn đoán đứt gân tứ đầu, đứt gân bánh chè một phần khi khám lâm sàng và X-quang không giúp chẩn đoán được.

- Xét nghiệm cận lâm sàng khác

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Công thức máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

### 3. Phân độ

Cách phân loại đơn giản có ba kiểu:

- Gãy ngang thân bánh chè, gãy ngang cực trên, cực dưới.
- Gãy nhiều mảnh.
- Gãy dọc.

## VI. ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị bảo tồn

*a. Chỉ định - phương pháp điều trị:*

- Gãy kín, di lệch <3mm, cấp kênh mặt khớp <2mm.
- Gãy di lệch kèm bệnh nội khoa nặng, nhu cầu hoạt động ít.
- Phương pháp: đặt nẹp gôi 4-6 tuần; bệnh nhân không hợp tác tốt thì làm bột ống.

*b. Thuốc sử dụng*

- Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen

+ Paracetamol + Tramadol

+ Paracetamol + Codein

+ Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs ( dạng chích và uống)

Nhóm acid Floctafenic Floctafenin

Nhóm acid Floctafeni Aspirin (acid Acetylsalicylic),

Diflunisal, Salsalate

Nhóm Salicylates Ibuprofen, Naproxen,

Fenoprofen,

Ketoprofen,

Flurbiprofen,

Oxaprozin, Loxoprofen

Nhóm dẫn xuất acid Indomethacin,

Acetic Sulindac, Etodolac,

Ketorolac, Diclofenac,

Nabumetone

Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)	Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam, Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam
Nhóm dẫn xuất acid Feanamic (Fenamates)	Acid Mefenamic, acid Meclofanamic, acid Flufenamic, acid Tolfenamic
Nhóm ức chế chọn lọc COX-2 (Coxibs)	Celecoxib, Etoricoxib

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 viên x 3-4 lần/ngày (uống/ngậm dưới lưỡi)
- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

### **c. Theo dõi**

Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi; thời gian theo dõi tại nhà. Theo dõi chèn ép bột, nẹp.

### **d. Tái khám**

Theo dõi dấu hiệu lành xương dựa trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

**e. Tập phục hồi chức năng** chân bệnh, hoạt động trị liệu và tái tạo sức lao động cho người bệnh.

## **2. Điều trị phẫu thuật**

### **a. Chỉ định**

+ Gãy kín di lệch >3mm, cấp kênh mặt khớp >2mm.

+ Gãy hở.

\* Phương pháp:

- Nẹp ép: dùng kim Kirschner xuyên dọc trục hay bắt vít nẹp số 8 bằng chỉ thép, có thể tăng cường thêm vòng chỉ thép quanh bánh chè, đặc biệt đối với trường hợp gãy nát.

\* Phương pháp khác:

- Lấy bỏ một phần bánh chè: chỉ định một số gãy nát phạm khớp hay gãy nát cực trên hay cực dưới khó kết hợp xương. Lấy bỏ các mảnh nhỏ phân gãy nát, giữ lại phần gãy mảnh lớn, kết hợp xương lại như gãy ngang thân xương bánh chè.

Trường hợp gãy nát ở bờ bánh chè, mảnh xương nhỏ nên lấy bỏ để ngăn sinh chồi xương, phần dây chằng hay gân còn lại được khâu lại.

- Lấy bỏ toàn bộ xương bánh chè: trường hợp gãy nát nhiều và phạm khớp, kết hợp xương khó khăn, có thể lấy bỏ toàn bộ xương bánh chè là biện pháp xử lý tốt nhất. Sau đó tái tạo lại gân cho bộ máy duỗi: khâu trực tiếp gân gân có thể áp dụng được cho trường hợp vùng khuyết khoảng 3-4cm. Nếu khâu không được có thể tạo hình gân gân hình chữ V ngược.

Sau phẫu thuật bất động thêm bên ngoài bằng nẹp vải hay nẹp bột đùi bàn chân.

\* Vật tư tiêu hao:

- Gạc vô trùng cầm máu bằng vết thương loại lớn và nhỏ. Băng thun, nẹp vải hay bột bó.

- Kim Kirschner, chỉ thép bánh chè liền kim, vít xóp 4.0, vít vò 3.5.

### **b. Thuốc sử dụng**



- Kháng sinh: Dùng 1 trong các loại thuốc sau hay phối hợp 2 loại diệt vi trùng gram (+) hay gram (-).

+ Nhóm Aminoglycoside

+ Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III

+ Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase Inhibitors

+ Nhóm Quinolone

+ Nhóm Cloramphenicol

+ Nhóm Glycopeptide

+ Nhóm Imidazole

+ Nhóm Licosamide

+ Nhóm Penicillin

+ Nhóm Macrolide

- Thuốc giảm đau kháng viêm: dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

+ Thuốc giảm đau:

Acetaminophen

Paracetamol + Tramadol

Paracetamol + Codein

+ Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs ( dạng chích và uống)

<b>Nhóm acid Floctafenic</b>	<b>Floctafenin</b>
Nhóm acid Floctafeni	Aspirin (acid Acetylsalicylic), Diflunisal, Salsalate
Nhóm Salicylates	Ibuprofen, Naproxen, Fenoprofen, Ketoprofen, Flurbiprofen, Oxaprozin, Loxoprofen
Nhóm dẫn xuất acid Acetic	Indomethacin, Sulindac, Etodolac, Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone
Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)	Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam, Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam
Nhóm dẫn xuất acid Fenamic (Fenamates)	Acid Mefenamic, acid Meclofanamic, acid Flufenamic,

Nhóm ức chế chọn lọc COX-2 (Coxibs)  
acid Tolfenamic  
Celecoxib, Etoricoxib

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 viên x 3-4 lần/ngày (uống/ngậm dưới lưỡi)
- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

### Biến chứng

- Nhiễm trùng
- Gãy kim Kirschner, vít, đứt chỉ thép, gãy lại.
- Vết thương khó lành, hoại tử da trước bánh chè.
- Viêm túi hoạt dịch trước bánh chè do dụng cụ kích thích.
- Bánh chè lên cao: làm giới hạn gấp gối.
- Không lành xương: tương đối hiếm.
- Còn di lệch,
- Viêm khớp sau chấn thương.
- Mất tầm vận động khớp gối.
- Thoái hoá khớp gối.
- Bánh chè phì đại.

## VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

XQ : có gãy xương bánh chè

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

5. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 54 -60 )

6. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học năm 2013 ( trang 249-253)

### BẢNG MÃ ICD

Mã ICD	TÊN BỆNH

## GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

### **I. KHÁI NIỆM**

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay trên chỗ bám cơ ngực to đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay.

Chiếm 3% ,các loại gãy xương , hầu hết chấn thương năng lượng cao.

Tổn thương phối hợp: chấn thương vùng vai, khuỷu, xương cẳng tay,...

Tổn thương TK quay thường gặp trong gãy 1/3G-D thân xương cánh tay.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, chấn thương thể thao, tai nạn lao động.

### III. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Lâm sàng:

- Sung đau, biến dạng cánh tay.
- Chú ý các tổn thương kèm theo, đặc biệt gãy xương cẳng tay ở trẻ em.
- Khám đánh giá tổn thương TK quay.

#### 2. Cận lâm sàng

##### 2.1. X quang

XQ cánh tay thẳng nghiêng : gãy xương cánh tay

**2.2. MSCT 128 mạch máu:** Nếu nghi ngờ có tổn thương mạch, điện cơ kiểm tra TK quay.

**2.3. CT Scanner:** Trong các trường hợp tổn thương sụn khớp đầu trên hoặc đầu dưới xương cánh tay.

##### 2.4. Xét nghiệm

- XQ ngực thẳng
- Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin
- Công thức máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu
- Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)
- Xét nghiệm nước tiểu
- Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg
- Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Mục tiêu:

Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch... có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.

+ Phục hồi về giải phẫu và chức năng.

+ Tập vận động sớm.

**2. Bảo tồn:** Bó bột ngực vai cánh tay, bột chữ U nếu gãy không di lệch.

**3. Phẫu thuật:** KHX trên màn hình tăng sáng bằng đinh nội tủy, hoặc mổ mở KHX bằng nẹp vít, đinh nội tủy.

Chế độ thuốc

- Kháng sinh:

Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.

Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim).

Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.

Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.  
Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.  
Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết.

- Giảm đau.
- Truyền dịch; bù nước điện giải, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.
- Các loại thuốc chống phù nề, giúp nhanh liền xương.
- Thuốc điều trị các bệnh phối hợp theo chuyên khoa (nếu có).

## **2. Chế độ chăm sóc.**

- Sau mổ bệnh nhân treo tay tư thế cơ năng, nẹp bất động.
- XQ cánh tay thẳng – nghiêng kiểm tra sau mổ.
- Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.
- Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
- Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
- Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.
- Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân vận động sớm hay muộn.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

### **Biến chứng**

- Nhiễm trùng
- Gãy kim Kirschner, vít, nẹp, gãy lại xương
- Vết thương khó lành, hoại tử
- Không lành xương
- Còn di lệch,

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

XQ : có gãy xương cánh tay

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

7. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 207 -211 )
8. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học năm 2013 ( trang 212-214)

### **BẢNG MÃ ICD**

<b>Mã ICD</b>	<b>TÊN BỆNH</b>

# GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

## **I. KHÁI NIỆM**

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2cm. Thân xương quay tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương. Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới cổ đầu xa xương trụ. Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

## **II. NGUYÊN NHÂN**

Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, chấn thương thể thao, tai nạn lao động

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Lâm sàng:**

- Đau, sưng, cứng vùng cẳng tay.
- Biến dạng cẳng bàn tay.
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay.
- Đau chói vùng gãy xương.

### **2. Cận lâm sàng**

#### **2.1. X quang**

XQ cẳng tay thẳng nghiêng : có hình ảnh gãy xương

**2.2. MSCT 128 mạch máu:** nếu nghi ngờ có tổn thương mạch, điện cơ kiểm tra TK quay.

#### **2.3. Xét nghiệm**

- XQ ngực thẳng
- Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin
- Công thức máu, nhóm máu
- Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu
- X quang ngực thẳng
- Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)
- Xét nghiệm nước tiểu
- Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg
- Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Bảo tồn**

Bệnh nhân gãy không di lệch, lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa, gãy cành tươi trẻ em có thể nắn chỉnh được bằng bó bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90 trong 5-7 tuần

### **2. Phẫu thuật**

KHX trên màn hình tăng sáng bằng đinh nội tủy, hoặc mổ mở KHX bằng nẹp vít, đinh nội tủy

#### **2.1 Chế độ thuốc**

- Kháng sinh:  
Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.

Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim).

Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.

Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.

Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.

Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết.

- Giảm đau

- Truyền dịch; bù nước điện giải, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

- Các loại thuốc chống phù nề, giúp nhaan liền xương.

- Thuốc điều trị các bệnh phối hợp theo chuyên khoa (nếu có).

## **2.2 Chế độ chăm sóc.**

- Sau mổ bệnh nhân treo tay tư thế cơ năng, nẹp bất động.

- XQ cánh tay thẳng – nghiêng kiểm tra sau phẫu thuật.

- Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

- Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày

- Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.

- Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.

- Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân vận động sớm hay muộn.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

### **Biến chứng**

- Nhiễm trùng

- Gãy kim Kirschner, vít, đứt chỉ thép, gãy lại.

- Vết thương khó lành

- Không lành xương

- Còn di lệch,

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.



- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

XQ : có gãy thân 2 xương cẳng tay

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1.Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 224 -227 )

2.Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học năm 2013 ( trang 221-228)

## **GÃY MÂM CHÀY**

### **I. KHÁI NIỆM**

Gãy mâm chày là gãy vùng hành xương đùi của đầu trên xương chày phạm khớp.

Gãy mâm chày là thử thách cho người thầy thuốc vì có nhiều hình thức và nhiều khi cùng một loại gãy lại cho kết quả điều trị khác nhau. Mâm chày ngoài thường bị tổn thương (55-70%); tổn thương thường gặp là mặt khớp toác ra hoặc xẹp xuống một phần (trước, sau, giữa) hay toàn phần mâm chày. Hậu quả là khớp bị đau hay bị lỏng lẻo khi di chuyển (30%). Tổn thương dây chằng chéo thường kèm theo (20-30%) và da thường nổi bóng nước sau 1,2 ngày làm điều trị phẫu thuật khó khăn (phải chờ vết thương da tốt mà sau 3 tuần thì xương mâm chày đã dính khá nhiều).

Gãy mâm chày xảy ra nhiều ở nước ta do tai nạn giao thông; khớp gối vừa chịu lực nặng từ trên xuống vừa bị đụng từ phía bên làm xẹp hay tách mâm chày.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt , tai nạn lao động

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

Bệnh sử: cần khai thác cơ chế chấn thương giúp biết được hướng lực gây tổn thương giúp ích tiên lượng tổn thương phần mềm đi kèm. Ví dụ: lực tác động vào mặt ngoài gối làm gối vẹo ngoài có thể kèm theo tổn thương dây chằng bên trong của khớp gối. Trong khi đó hướng lực gây tổn thương làm gối duỗi quá mức thường kèm theo tổn thương dây chằng chéo và tổn thương mạch máu. Lực tác dụng dọc trục cẳng chân với khớp gối đang ở tư thế duỗi có thể làm tổn thương mặt sụn nhiều và phần mềm sưng nề nhiều.

Tuổi và chất lượng xương cũng ảnh hưởng xương gãy. Một bệnh nhân tuổi vị thành niên hệ xương chưa trưởng thành có kèm tổn thương sụn tiếp hợp. Ở người lớn tuổi, chất lượng xương kém thường kèm gãy nát.

Bệnh lý kèm theo: đái tháo đường, bệnh lý mạch máu, suy tim,...hay thói quen: hút thuốc lá, nghiện rượu đều ảnh hưởng đến sự lành xương và lành vết thương.

\* Khám lâm sàng:

- Cần khám tìm các dấu hiệu đe dọa tính mạng bệnh nhân hoặc đe dọa sự sống còn của chi bị tổn thương và xử trí ngay. Tỷ lệ tổn thương động mạch khoeo tăng kèm theo tổn thương khớp gối nặng cần được phát hiện và can thiệp phẫu thuật cấp cứu để cứu chi bị tổn thương.
- Cần lưu ý các vết thương quanh gối, sưng, biến dạng, mắt vững, tiếng lạo xạo.
- Bắt mạch mu và hoặc mạch chày sau, tình trạng sưng, căng của các khoang vùng cẳng chân để giúp phát hiện tổn thương mạch máu hay có biến chứng chèn ép khoang.
- Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo vùng mâm chày.
- Các dấu hiệu không chắc chắn: sưng, đau, bầm tím.
- Khám thần kinh về cảm giác và vận động, có thể khám lặp đi lặp lại nhiều lần để phát hiện tổn thương thần kinh đi kèm hay dấu hiệu thần kinh của chèn ép khoang.

## 2. Cận lâm sàng

- X-quang quy ước: tư thế thẳng trước sau, tư thế nghiêng vùng gối cho chẩn đoán gãy mâm chày.
- Chụp gối tư thế xoay trong hay xoay ngoài giúp thấy rõ hơn tổn thương sụn ở mặt trước hay mặt sau của mỗi mâm chày.
- Chụp CT: thấy rõ mức độ gãy nát, gãy lún thường không thấy rõ trên X-quang thường quy. Hình ảnh tái tạo không gian ba chiều càng giúp thấy rõ hình ảnh giải phẫu đại thể xương gãy.
- Chụp cộng hưởng từ MRI: hình ảnh MRI giúp thấy rõ hơn tổn thương phần mềm: sụn chêm, dây chằng.
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.
- Xét nghiệm cận lâm sàng khác

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Công thức máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

## 3. Phân độ

- SCHATZKER I: gãy tách mâm chày ngoài
- SCHATZKER II: gãy tách và lún mâm chày ngoài.
- SCHATZKER III: gãy lún mâm chày trung tâm.
- SCHATZKER IV: gãy tách mâm chày trong.
- SCHATZKER V: gãy tách và lún 2 mâm chày.
- SCHATZKER VI: gãy 2 mâm chày + những đường gãy kéo dài đến hành xương và cắt ngang trụ giữa.

## VI. ĐIỀU TRỊ

## 1. Điều trị bảo tồn

- Chỉ định: gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít, cấp kênh mặt khớp dưới 2mm.
- Nẹp bột dày đùi bàn chân, nẹp Zimmer.
- Nằm kê cao chân 3-7 ngày tại cơ sở y tế, theo dõi phát hiện tổn thương mạch máu sau gãy xương.
- Sau 7 ngày bó bột đùi bàn chân tư thế gối co 10°, rạch dọc bột.
- Hướng dẫn bệnh nhân: cách đi 2 nạng không chống chân đau, tập gồng cơ trong bột, tập vận động khớp hông.
- Sau 6 tuần bó bột Sarmiento tập đi chịu lực tăng dần, tập lấy tâm vận động khớp gối.
- Bỏ bột sau 12-16 tuần tùy thuộc dấu hiệu lành xương trên X-quang.
- Tái khám hàng tuần ít nhất trong 2 tuần đầu tiên: phát hiện tắc mạch khoeo muôn.
- Thuốc kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung calci, Vitamin.

## 2. Điều trị phẫu thuật

### a. Chỉ định

- Gãy hở
- Chèn ép khoang, tổn thương mạch máu thần kinh.
- Gãy di lệch mặt khớp >5mm.
- Trục xương di lệch >5°, hoặc có di lệch xoay.
- Đưa bệnh nhân sớm trở lại với đời sống xã hội.

### b. Phân loại và phương pháp phẫu thuật

- SCHATZKER I: gãy tách mâm chày ngoài, nắn kín dưới C-Arm hoặc mổ mở, KHX bằng vít xóp 6.5mm.
- SCHATZKER II: gãy tách và lún mâm chày ngoài: mổ nắn nâng mâm chày, KHX bằng nẹp khoá hoặc bằng nẹp vít ± ghép xương mào chậu.
- SCHATZKER III: gãy lún mâm chày trung tâm. Nâng mâm chày bằng: mổ mở, dưới C-Arm hoặc nội soi. Bắt buộc phải ghép xương: ghép xương tự thân, đồng loại hay xương nhân tạo, cố định bằng nẹp vít hay vít xóp.
- SCHATZKER IV: gãy tách mâm chày trong. Loại này hay kèm theo tổn thương mạch máu do mâm chày trong cứng hơn mâm chày ngoài nên đòi hỏi lực chấn thương mạnh. Mổ KHX bằng nẹp vít, nẹp khoá ± ghép xương, nếu có tổn thương mạch máu, phải mổ 1 chân ghép mạch máu.
- SCHATZKER V: gãy tách và lún 2 mâm chày. Do lực tác động mạnh và ổ gãy chảy máu quá nhiều nên rất dễ có tổn thương lóc da ngàm và chèn ép khoang đi kèm => Rạch giải ép, rút máu tụ trong khớp gối. Mổ KHX bằng khung cố định ngoài kiểu Ilizarov hay nẹp vít, nẹp khoá ± ghép xương.
- SCHATZKER VI: gãy 2 mâm chày + những đường gãy kéo dài đến hành xương và cắt ngang trụ giữa. Xử trí phần mềm như loại gãy SV. Mổ KHX ± ghép xương

Trong trường hợp gãy mâm chày có tổn thương động mạch khoeo thì không dùng cố định ngoài.

## IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Sẩn sọc vết thương, theo dõi nhiễm trùng vết thương sau mổ, kê cao chân gãy.

- Tập vận khớp gối, mục tiêu đạt ROM 120° sau 4 tuần.
- Tập đi không chống chân đau hoặc chống nhẹ chân đau trong 6-8 tuần.
- Ở tuần tuhs 8 cho chịu 1 phần sức nặng cơ thể.
- Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 12 tháng.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung Calci, vitamin.

\* Dụng cụ trang thiết bị:

- Máy nội soi, C-Arm.
- Khung bất động ngoài loại Ilizarov không cản quang.
- Nẹp khoá, nẹp nâng đỡ kèm vít theo nẹp, vít xóp 6.5.
- Chỉ khâu sụn chêm dây chằng khâu phần mềm, chỉ khâu mạch máu nếu phẫu thuật.
- Gạc vô trùng cầm máu băng vết thương loại lớn và nhỏ. Băng thun, nẹp vải hay bột bó.

\* Thuốc:

- Kháng sinh: Dùng 1 trong các loại thuốc sau hay phối hợp 2 loại diệt vi trùng gram (+) hay gram (-).

+ Nhóm Aminoglycoside.

+ Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III.

+ Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase inhibitors.

+ Nhóm Quinolone

+ Nhóm Cloramphenicol

+ Nhóm Imidazole

+ Nhóm Licosamide

+ Nhóm Penicillin

+ Nhóm Macrolide

- Thuốc giảm đau kháng viêm: dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

+ Thuốc giảm đau:

Acetaminophen

Paracetamol + Tramadol

Paracetamol + Codein

+ Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs ( dạng chích và uống)

Nhóm acid Floctafenic

Floctafenin

Nhóm acid Floctafeni

Aspirin (acid Acetylsalicylic),

Diflunisal, Salsalate

Nhóm Salicylates

Ibuprofrn, Naproxen, Fenoprofen,

Ketoprofen, Flurbiprofen, Oxaprozin,

Loxoprofen

Nhóm dẫn xuất acid Acetic

Indomethacin, Sulindac, Etodolac,

Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone

Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)

Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam,

Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam

Nhóm dẫn xuất acid Feanamic

Acid Mefenamic, acid Meclofanamic,

(Fenamates)

acid Flufenamic, acid Tolfenamic

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN NỘI TRÚ**

XQ : gãy mâm chày

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1.Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB

Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 46 -54 )

2.Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học 2013 ( trang 249-253)

## **GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN**

### **I. KHÁI NIỆM**

Gãy 2 xương cẳng chân là gãy dưới khớp gối 5cm và trên khớp cổ chân 5cm.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và chấn thương thể thao

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

- Đau, sưng nhiều vùng xương gãy.
- Mất cơ năng cẳng chân.
- Cẳng chân di lệch gập góc, ngắn hơn chân lành.
- Cẳng chân xoay ngoài đổ xuống giường.
- Sờ thấy thần kinh mạch máu và các tổn thương đi kèm như cột sống, sọ não, xương chậu.

#### **2. Cận lâm sàng**

- X-quang cẳng chân thẳng, nghiêng, lấy luôn khớp gối và khớp cổ chân.
- CT Scan.

- Xét nghiệm cận lâm sàng khác

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Công thức máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

## Phân loại

### 1. Theo tổn thương phần mềm.

**a. Gãy kín:** Ổ gãy không thông ra ngoài, chia làm 4 độ (theo Tscherme)

- Độ 0: Chấn thương gián tiếp, tổn thương phần mềm không đáng kể.
- Độ 1: Chấn thương trực tiếp, xây xát da.
- Độ 2: Dập cơ nhiều, nguy cơ chèn ép khoang.
- Độ 3: Lóc da ngàm rộng, dập cơ nhiều có khi tổn thương mạch máu và chèn ép khoang.

**b. Gãy hở:** 4 độ (theo Gustilo)

- Độ 1: Vết thương <1cm, tổn thương mô mềm nhẹ.
- Độ 2: Vết thương >1cm, dập cơ vừa phải, nguy cơ nhiễm trùng vừa phải.
- Độ 3: Vết thương >10cm, lóc da rộng, dập cơ nhiều, nguy cơ nhiễm trùng cao.
- + 3A: Đủ phần mềm che xương.
- + 3B: Không đủ phần mềm che xương.
- + 3C: Kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

### 2. Theo tổn thương xương.

Phân loại của OTA

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Sơ cứu ban đầu

- Nẹp bất động chi gãy.
- Lập đường truyền, phòng chống Shock do mất máu.
- Giảm đau bằng cách gậy tê ổ gãy hoặc thuốc giảm đau NSAIDs (Celecoxib, Ibuprofen, Meloxicam,...), Paracetamol truyền tĩnh mạch.

**2. Điều trị bảo tồn:** đối với gãy xương kín, đơn giản, ít di lệch.

- Bó bột đùi bàn chân, đi 2 nạng không chịu lực, 4-6 tuần.
- Thay bột Sarmiento đi nạng chịu lực 1 phần trong 2 tuần, sau đó chịu lực hoàn toàn.

. Thuốc giảm đau:

- + Acetaminophen
- + Acetaminophen + Codein (Effralgan Codein)
- + Acetaminophen + Tramadol (Ultracet)

. Thuốc kháng viêm NSADIS:

**Nhóm acid Floctafenic**

**Floctafenin**

Nhóm acid Floctafeni	Aspirin (acid Acetylsalicylic), Diflunisal, Salsalate
Nhóm Salicylates	Ibuprofen, Naproxen, Fenoprofen, Ketoprofen, Flurbiprofen, Oxaprozin, Loxoprofen
Nhóm dẫn xuất acid Acetic	Indomethacin, Sulindac, Etodolac, Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone
Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)	Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam, Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam
Nhóm dẫn xuất acid Femanic (Fenamates)	Acid Mefenamic, acid Meclofanamic, acid Flufenamic, acid Tolfenamic
Nhóm ức chế chọn lọc COX-2 (Coxibs)	Celecoxib, Etoricoxib

Thuốc tiêu máu bầm: Chymotrypsin (Alpha Choay): uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.

. Thuốc chống loãng xương: Alen, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

. Thuốc giãn cơ: Eperisone (Myonal), Torperisone (Mydocalm),...

- Sau mỗi tuần chụp X-quang theo dõi di lệch thứ phát trong 4 tuần đầu, sau đó chụp lại mỗi 4 tuần.

- Tập phục hồi chức năng.

- Theo dõi sự lành xương trên lâm sàng và X-quang trong 12-16 tháng.

(hình)

**3. Điều trị phẫu thuật :** đối với những trường hợp chỉ định phẫu thuật kết hợp xương

**a. Gãy kín:**

- Kháng sinh trước mổ: Cephalosporin I, II, III, Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase inhibitors.

- Đối với loại gãy đơn giản, vững đóng đinh nội tuỷ có chốt hoặc không chốt, nắn kín hoặc mở ổ gãy có kiểm tra C-Ấm.

- Đối với loại gãy nhiều mảnh, phức tạp mở ổ gãy, nắn cố định vững chắc bằng nẹp vít thường hoặc khoá, hoặc dùng nẹp khoá bắc cầu ổ gãy làm dưới C-Arm.

**b. Gãy hở**

- Sử dụng kháng sinh phổ rộng như Cephalosporin III: Ceftazidim (Fortum),...

Chích ngừa uốn ván, có thể phối hợp kháng sinh diệt khuẩn kỵ khí

Aminoglycosid (Gentamicin, Amikacin,...).

- Các nhóm kháng sinh có thể sử dụng:

+ Nhóm Aminoglycoside

+ Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III

+ Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase Inhibitors

+ Nhóm Quinolone

+ Nhóm Cloramphenicol

+ Nhóm Glycopeptide

+ Nhóm Imidazole

+ Nhóm Licosamide

+ Nhóm Penicillin

+ Nhóm Macrolide

- Mở cắt lọc sạch vết thương để hở da đối với vết thương rộng dập nát nhiều.

- Sau khi cắt lọc sạch có thể KHX bên trong bằng đinh nội tuỷ có chốt hoặc nẹp vít thường hoặc khoá (nẹp vít thân xương, đầu xương). Nếu vết thương tương đối sạch, mô mềm còn tốt, dẫn lưu vết thương.

- Đối với vết thương rộng nguy cơ nhiễm trùng cao, sau khi cắt lọc cần khâu che phủ xương, cố định ổ gãy bằng bất động ngoài (AO, Muller, Orthofix, Illizarvo,...).

- Vết thương mất da nhiều cần xoay vạt da để che phủ thì 2.

- Nếu có tổn thương thần kinh, mạch máu thì cần khâu nối phục hồi tuần hoàn cẳng chân.

#### **4. Điều trị ngoại trú sau phẫu thuật**

- Tiếp tục sử dụng kháng sinh 5-7 ngày, theo dõi tình trạng nhiễm trùng sau mổ.  
- Kháng viêm, chống phù nề, bổ sung Calci, Vitamin B, C giúp lành xương, vết thương sau mổ.

- Đi 2 nạng chịu lực 1 phần trong 4 tuần, chịu lực hoàn toàn sau 8 tuần.

- Chụp X-quang theo dõi lành xương, di lệch sau mổ mỗi 4 tuần, 18-24 tháng.

- Tập phục hồi chức năng sớm sau mổ.

#### **\* Vật tư tiêu hao**

- Găng tay, gạc vô trùng, Betadin, chỉ tan chậm, chỉ Nylon khâu da.

- C-Arm hỗ trợ trong mổ.

- Nẹp vít, nẹp khoá, đinh nội tuỷ, đinh nội tuỷ có chốt, bất động ngoài.

- Chỉ khâu mạch máu nếu có khâu nối mạch máu.

#### **5. Phục hồi chức năng**

Giúp phục hồi chức năng và tái tạo sức lao động.

### **V. TIỀN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

#### **1. Tổn thương mạch máu, thần kinh**

- Cần thăm khám kỹ mạch chày trước, chày sau, màu sắc chi.

- Khám vận động gấp duỗi cổ chân và ngón chân, cảm giác tê bì các ngón.

- Siêu âm mạch máu, chụp DSA nếu thấy nghi ngờ tổn thương.

- Đo EMG phát hiện tổn thương thần kinh chày, mào.

#### **2. Sock do đau, mất máu.**

#### **3. Chèn ép khoang**

### **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

### **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN NỘI TRÚ**

XQ : gãy xương cẳng chân

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**



1. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 133 -139 )
2. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học 2013 ( trang 253 – 259)

**GÂY MẮT CÁ CHÂN**

## I. KHÁI NIỆM

- Gãy hai mắt cá là gãy đầu dưới xương mác và máu trâm chày kèm đứt hoặc không dây chằng chày mác dưới.
- Gãy mắt cá ngoài + toác gọng chày mác.
- Gãy bờ sau mặt khớp chày sên của đầu dưới xương chày gọi là gãy mắt cá thứ ba.

## II NGUYÊN NHÂN

Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và chấn thương thể thao

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán

#### 1. Lâm sàng

- Đau, sưng nhiều vùng xương gãy.
- Mất cơ năng cổ chân.
- Cổ chân di lệch gập góc, ngắn hơn chân lành.
- Khám thần kinh mạch máu và các tổn thương đi kèm như cột sống, sọ não, xương chậu.

#### 2. Cận lâm sàng

- X-quang cổ chân thẳng, nghiêng, lấy luôn khớp gối và khớp cổ chân.
- CT Scan.
- Xét nghiệm cận lâm sàng khác

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Công thức máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

### 2. Phân loại theo Weber và Danis

**a. Loại A:** gãy 2 mắt cá dưới dây chằng chày mác (không tổn thương dây chằng chày mác dưới)

**b. Loại B:** gãy 2 mắt cá, trong đó mắt cá ngoài trên dây chằng mác dưới. Tổn thương dây chằng mác dưới và màng gian cốt.

### 3. Loại gãy 3 mắt cá của VOLKMANN (1952)

Là gãy bờ sau mặt khớp chày sên đầu dưới xương chày + gãy 2 mắt cá.

### 4. Gãy hở mắt cá

## IV. ĐIỀU TRỊ

### \* Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi cấu trúc giải phẫu mắt cá, đảm bảo độ vững chắc của gọng chày mác cổ chân.
- Đảm bảo xương lành tốt không nhiễm trùng.
- Phục hồi chức năng khớp cổ chân và toàn thân.

### 1. Sơ cứu

- Đau sưng biến dạng sau chấn thương vùng cổ chân cố định tạm chuyển bệnh viện.

- X-quang: xác định gãy xương mắt cá.

**2. Điều trị:** dựa vào phân loại trên.

**a. Gãy hở:** Cắt lọc - KHX

**a. Gãy hở:**

- **Loại A và B:** Nắn bột cứng bàn chân. X-quang kiểm tra tốt giữ bột 6-8 tuần. Tập vận động trong bột.

- X-quang sau nắn không tốt: Mở KHX.

- **Loại gãy 3 mắt cá:** diện tích khớp đầu dưới xương chày (theo diện trước sau). Lớn hơn 1/3 thì mở KHX.

\* **Các phương tiện KHX:** nẹp vít, vít xoắn, chỉ thép, kim Kirschner.

- X-quang kiểm tra sau nắn không tốt là khi:

+ Khe khớp không đều hoặc toác rộng gọng chày mác.

+ Kênh mặt khớp >3mm/

+ Chèn mảnh gãy trong khe khớp.

+ Chèn dây chằng, bao khớp vào ổ gãy không nắn sửa xương tốt được.

- Sử dụng kháng sinh phổ rộng như Cephalosporin III: Cefotaxim (Fortum),...

Chích ngừa uốn ván, có thể phối hợp kháng sinh diệt khuẩn kỵ khí

Aminoglycosid (Gentamicin, Amikacin,...).

- Các nhóm kháng sinh có thể sử dụng:

+ Nhóm Aminoglycoside

+ Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III

+ Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase Inhibitors

+ Nhóm Quinolone

+ Nhóm Cloramphenicol

+ Nhóm Glycopeptide

+ Nhóm Imidazole

+ Nhóm Lincosamide

+ Nhóm Penicillin

+ Nhóm Macrolide

. Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen

+ Acetaminophen + Codein (Efferalgan Codein)

+ Acetaminophen + Tramadol (Ultracet)

. Thuốc kháng viêm NSADIS:

**Nhóm acid Floctafenic**

Nhóm acid Floctafenic

Nhóm Salicylates

Nhóm dẫn xuất acid Acetic

Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)

**Floctafenin**

Aspirin (acid Acetylsalicylic), Diflunisal, Salsalate

Ibuprofen, Naproxen, Fenoprofen, Ketoprofen, Flurbiprofen, Oxaprozin, Loxoprofen

Indomethacin, Sulindac, Etodolac, Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone

Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam, Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam

Nhóm dẫn xuất acid Fenamic (Fenamates)	Acid Mefenamic, acid Meclofanamic, acid Flufenamic, acid Tolfenamic
Nhóm ức chế chọn lọc COX-2 (Coxibs)	Celecoxib, Etoricoxib

Thuốc tiêu máu bầm: Chymotrypsin (Alpha Choay): uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.

. Thuốc chống loãng xương: Alen, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

. Thuốc giãn cơ: Eperisone (Myonal), Torperisone (Mydocalm),...

- Mồ cắt lọc sạch vết thương để hở da đối với vết thương rộng dập nát nhiều.

- Sau khi cắt lọc sạch có thể KHX bên trong bằng đinh, nẹp, vít. Nếu vết thương tương đối sạch, mô mềm còn tốt, dẫn lưu vết thương.

- Đối với vết thương rộng nguy cơ nhiễm trùng cao, sau khi cắt lọc cần khâu che phủ xương, cố định ổ gãy bằng bất động ngoài (AO, Muller, Orthofix, Illizarvo,...).

- Vết thương mất da nhiều cần xoay vạt da để che phủ thì 2.

- Nếu có tổn thương thần kinh, mạch máu thì cần khâu nối phục hồi tuần hoàn.

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Theo dõi liên vết thương

Tập vận động trong bột - sau 4 tuần có thể đi chống chân chịu 1 phần sức nặng trong bột.

Tiếp tục tập vận động cổ chân sau khi bỏ bột.

Ca mổ KHX tập vận động cổ chân sớm.

## VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN NỘI TRÚ

XQ : gãy mắt cá chân

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

9. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 139 -142 )

10. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học năm 2013 ( trang 259-265)

## GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

### **I. KHÁI NIỆM**

Gãy cổ xương đùi là gãy phần cổ giải phẫu xương đùi, ổ gãy nằm trong bao khớp háng hay còn gọi là gãy nội khớp.

Lứa tuổi hay gặp nhất là ở người già, gãy thường lâu lành, có nhiều biến chứng.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và chấn thương thể thao

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng:**

Người bệnh sau khi có chấn thương vùng khớp háng do ngã, TNGT, TNLĐ...

##### **1.1 Triệu chứng cơ năng:**

- Hạn chế, bất lực vận động sau tai nạn, BN không thể đi lại được.
- Người bệnh kêu đau ở háng sau tai nạn.

##### **1.2 Triệu chứng thực thể:**

- Chân đau xoay ngoài và khi thay đổi tư thế, ngăn chi, gôi hơi gập, bàn chân đổ xuống mặt giường (khi gãy có di lệch).
- Ít khi có vết bầm vùng háng.
- Ấn đau chói vùng trước háng (ngay trước cổ xương đùi).
- Đau ở háng khi gõ dòn ở gót chân, xoay bàn chân.

##### **1.3 Triệu chứng toàn thân**

Có thể có các dấu hiệu của Shock chấn thương.

#### **2. Cận lâm sàng**

##### **2.1. X quang**

Chụp khung chậu thẳng lấy khớp háng hai bên, bên gãy chụp tư thế nghiêng X- Quang cổ xương đùi nghiêng:

- Tư thế: Kiểu chân ếch (Khi đầu đèn không xoay được) .
- Hình ảnh: Mất liên tục các bè xương và vỏ xương vùng cổ xương đùi

**2.2. CT Scanner** : Xác định được đường gãy, độ di lệch, mảnh vỡ và có ích trong chẩn đoán phân biệt gãy xương bệnh lý.

##### **2.3. CT-Scanner dựng hình 3D**

Trên phim này thể hiện được tình trạng khớp giả và mức độ tổn thương của xương.

**2.4 M.R.I**: Cho biết tình trạng hoại tử chỏm, cổ xương đùi.

**2.5 Xét nghiệm khác**

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Công thức máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác.

## **2.5. Chẩn đoán mức độ**

Dựa theo phân loại gãy cổ xương đùi chúng ta có được mức độ di lệch xương gãy giúp tiên lượng và chỉ định điều trị:

### **2.5.1.Theo Garden**

Dựa vào các tương quan hiện có của các thớ xương dọc. Nếu sự tương quan còn được duy trì, tức sự di lệch ít quan trọng và sự nuôi dưỡng chỏm sẽ tốt nhờ bao khớp còn nguyên vẹn. Tiên lượng sẽ tốt.

**Độ I:** Gãy không hoàn toàn hay còn gọi gãy dạng cài nhau, các bề xương phía dưới còn nguyên vẹn.

**Độ II:** Là gãy hoàn toàn nhưng không di lệch, X quang cho thấy một đường gãy đi ngang qua cổ xương đùi nhưng các bề xương còn giữ hướng thẳng nhưng bị lực ép giữa các xương gãy.

**Độ III:** Gãy hoàn toàn với di lệch một phần. Thường bị gãy chi và đầu ngoài vi xoay ngoài.

**Độ IV:** Gãy rất di lệch, đầu xương tự do trong ổ cối, chỗ gãy tiếp xúc với dây chằng tròn, các thớ xương song song nhưng tách rời ra. Chỏm sẽ đe dọa hoại tử.

### **2.5.2. Theo Pauwels**

**Pauwels I:** Đường gãy tạo với đường nằm ngang 1 góc tương đương 30 độ, dễ liền xương.

**Pauwels II:** Góc tạo nên do hướng gãy và đường chân trời là 30 đến 70 độ, tiên lượng liền xương khó.

**Pauwels III:** Góc tạo nên do hướng gãy và đường chân trời trên 70 độ, tiên lượng rất khó liền xương.

## **III. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Mục tiêu:**

Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch... có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.

+ Phục hồi về giải phẫu và chức năng.

+ Tập vận động sớm.

### **2. Sơ cứu:**

- Bất động: Chúng ta có thể thực hiện 1 trong các phương pháp bất động như;

Bó bột chống xoay, nẹp vải chống xoay với chân dang 150, gối gấp 100. Nẹp gối với tư thế 3 thanh.

- Giảm đau toàn thân.

- Bù dịch, khối lượng tuần hoàn, chống Shock cho người bệnh (nếu có)

### **3. Điều trị bảo tồn**

### 3.1. Chỉ định

- Gãy cổ xương đùi mức độ I, II theo Garden, mức I theo Pauwels.
- Bệnh nhân đang giai đoạn shock.
- Có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật
- Có các bệnh lý mạn tính toàn thân (tiểu đường, huyết áp, nhiễm khuẩn...) giai đoạn chưa ổn định.

### 3.2. Chống chỉ định

Bệnh nhân không đồng ý can thiệp thủ thuật

### 3.3. Phương pháp

#### 3.3.1. Điều trị bảo tồn

- Thuốc giảm đau:
  - + Acetaminophen
  - + Paracetamol + Tramadol
  - + Paracetamol + Codein
  - + Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs ( dạng chích và uống)

Nhóm acid Floctafenic	Floctafenin
Nhóm acid Floctafeni	Aspirin (acid Acetylsalicylic), Diflunisal, Salsalate
Nhóm Salicylates	Ibuprofen, Naproxen, Fenoprofen, Ketoprofen, Flurbiprofen, Oxaprozin, Loxoprofen
Nhóm dẫn xuất acid Acetic	Indomethacin, Sulindac, Etodolac, Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone
Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)	Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam, Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam
Nhóm dẫn xuất acid Fenamic (Fenamates)	Acid Mefenamic, acid Meclofanamic, acid Flufenamic, acid Tolfenamic
Nhóm ức chế chọn lọc COX-2 (Coxibs)	Celecoxib, Etoricoxib

Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 viên x 3-4 lần/ngày (uống/ngậm dưới lưỡi)

- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

### **3.3.2. Thủ thuật**

- Bó bột hoặc đeo nẹp chống xoay.
- Xuyên đinh kéo liên tục

### **3.4. Điều trị phẫu thuật**

#### **3.4.1 Phẫu thuật kết xương**

##### a) Chỉ định

- Gãy cổ xương đùi mức độ II, theo phân độ của Garden, mức độ II, III theo Pauwels.

##### b) Chống chỉ định

##### \* Tuyệt đối

- Gãy cổ xương đùi mức độ IV theo phân độ của Garden, mức độ III theo Pauwels

- Khớp giả, tiêu chỏm sau gãy xương

##### \* Trì hoãn

- Mặc bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
- Bệnh nhân trong giai đoạn Shock chấn thương.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

##### c) Phương pháp

- Kết hợp xương ngoài bao khớp, dưới màn tăng sáng (C.Arm) bằng vít hoặc nẹp vít

- Phẫu thuật mổ mở KHX

#### **3.4.2. Phẫu thuật thay khớp háng**

##### a) Chỉ định

- Gãy cổ xương đùi mức độ III, IV theo phân độ của Garden, mức độ II, III theo Pauwels.

- Chạm liền xương, khớp giả, tiêu cổ xương đùi.

- Gãy cổ xương đùi người lớn tuổi.

##### b) Chống chỉ định

- Gãy mới cổ xương đùi mức độ I,II theo phân độ của Garden, mức độ I theo Pauwels.

##### \* Chống chỉ định tương đối

- Giai đoạn Shock chấn thương.
- Đang mắc các bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định

Đang có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật

##### c) Phương pháp

Tùy theo tuổi, chất lượng xương, tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà quyết định thay khớp toàn phần hay bán phần.

Thay khớp háng bán phần có xi măng, hoặc không xi măng với bệnh nhân tuổi cao.

Người có chất lượng xương tốt thay khớp háng bán phần không xi măng.

Người bệnh có loãng xương: Thay khớp háng bán phần có xi măng.



Người trẻ chất lượng xương tốt thay khớp háng toàn phần không xi măng  
Thuốc :

- Kháng sinh: Dùng 1 trong các loại thuốc sau hay phối hợp 2 loại diệt vi trùng gram (+) hay gram (-).

+ Nhóm Aminoglycoside

+ Nhóm Cephalosporin thế hệ I, II, III

+ Nhóm Penicillin +  $\beta$ -Lactamase Inhibitors

+ Nhóm Quinolone

+ Nhóm Cloramphenicol

+ Nhóm Glycopeptide

+ Nhóm Imidazole

+ Nhóm Licosamide

+ Nhóm Penicillin

+ Nhóm Macrolide

- Thuốc giảm đau kháng viêm: dùng một trong các loại sau hay phối hợp:

+ Thuốc giảm đau:

Acetaminophen

Paracetamol + Tramadol

Paracetamol + Codein

+ Thuốc giảm đau kháng viêm NSAIDs ( dạng chích và uống)

**Nhóm acid Floctafenic**

**Floctafenin**

Nhóm acid Floctafeni

Aspirin (acid Acetylsalicylic),

Diflunisal, Salsalate

Nhóm Salicylates

Ibuprofen, Naproxen, Fenoprofen,

Ketoprofen, Flurbiprofen,

Oxaprozin, Loxoprofen

Nhóm dẫn xuất acid Acetic

Indomethacin, Sulindac, Etodolac,

Ketorolac, Diclofenac, Nabumetone

Nhóm dẫn xuất acid Enolic (Oxicam)

Piroxicam, Meloxicam, Tenoxicam,

Droxicam, Lornoxicam, Isoxicam

Nhóm dẫn xuất acid Fenamic

Acid Mefenamic, acid Meclofanamic,

(Fenamates)

acid Flufenamic, acid Tolfenamic

Nhóm ức chế chọn lọc COX-2

Celecoxib, Etoricoxib

(Coxibs)

- Giảm phù nề: Chymotrypsin (Alpha Choay): 2 viên x 3-4 lần/ngày (uống/ngậm dưới lưỡi)

- Thuốc chống loãng xương: Alendronate, Ibandronate, Risedronate, Xoledronic Acid, Denosumab, Raloxifene, Strontium Ranelate, Teriparatide, rPTH,...

### **3.5. Chế độ dinh dưỡng và điều trị phục hồi chức năng:**

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng phù hợp, chế độ ăn đảm bảo năng lượng, giàu chất xơ, dễ tiêu hóa. Đối với BN có kèm theo bệnh nội khoa cần có chế độ ăn riêng cần có sự tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.

- Tập vận động sớm chống biến chứng có thể xảy ra: loét, thuyên tắc mạch, cứng khớp...

- Kiểm tra thường xuyên bằng chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cần thiết

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sự lành vết thương, nhiễm trùng sau mổ.

Theo dõi lành xương trên lâm sàng và X-quang 6-12 tháng.

Giúp bệnh nhân phục hồi chức năng chân bệnh, tái tạo sức lao động.

### **Biến chứng**

- Nhiễm trùng
- Viêm khớp sau chấn thương.
- Mất tầm vận động khớp háng

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

XQ : có gãy cổ xương đùi

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

- 1.Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 32 -34 )
- 2.Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học 2013 ( trang 239-247)

## **TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG VÙNG GÓI**

### **I. KHÁI NIỆM**

Là tổn thương các dây chằng giữ vững khớp gối (dây chằng chéo trước, chéo sau và dây chằng bên), thông thường có kèm theo tổn thương bao khớp, đôi khi tổn thương cả sụn chêm và các cơ giữ vững khớp quanh gối.

### **II NGUYÊN NHÂN**

Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và chấn thương thể thao

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

Các dấu hiệu Lachman, ngăn kéo trước, bán trật xoay, ngăn kéo sau, dấu hiệu lõm ra sau, dấu bán trật xoay ngoài, dạng gối (valgus), khớp gối (varus).

#### **2. Cận lâm sàng**

- X-quang: khớp gối thẳng - nghiêng, khớp gối động (ngăn kéo trước - sau; dạng - chéo).
- Chụp cộng hưởng từ (MRI).
- Các cận lâm sàng khác: Doppler mạch máu, MSCT, DSA,... Sử dụng khi nghi ngờ có tổn thương mạch máu kèm theo.

- N- Xét nghiệm cận lâm sàng khác

Xét nghiệm sinh hóa: glucose, ure, creatinine, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin

Công thức máu, nhóm máu

Đông máu cơ bản: PT, APTT, máu chảy, Fibrinogen, co cục máu

X quang ngực thẳng

Điện tim (trong trường hợp có nghi ngờ bệnh lý tim mạch)

Xét nghiệm nước tiểu

Xét nghiệm miễn dịch : HIV, HCV, HbSAg

Tùy trường hợp cụ thể có thể có các chỉ định cận lâm sàng cụ thể khác ội soi: là bước cuối cùng xác định chẩn đoán và xử lý thương tổn.

### 3. Phân độ

Chia làm 3 độ:

- Tổn thương độ 1: chỉ rách một số tối thiểu các thớ sợi của dây chằng, xem như giãn dây chằng. Tổn thương giải phẫu không đáng kể.

- Tổn thương độ 2: rách nhiều thớ sợi của dây chằng hơn, xem như rách dây chằng. Đối với tổn thương độ 1 và độ 2 các dây chằng còn giữ sự liên tục và chưa gây tình trạng chên vênh k hóp.

- Tổn thương độ 3: dây chằng bị đứt hoàn toàn, mất sự liên tục và gây chên vênh khớp (nhẹ: <5mm; trung bình: 5-10mm; nặng: >10mm).

## VI. ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị bảo tồn

#### a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định: tổn thương độ 1 và độ 2, tổn thương độ 3 chờ lịch mổ.

- Phương pháp: chườm lạnh, nẹp Zimmer bất động gối duỗi 2-4 tuần, vật lý trị liệu.

#### b. Thuốc sử dụng:

- Actaminophen (Paracetamol) 0.5 uống 3-4 lần mỗi ngày.

- Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroids: chỉ định giảm đau, kháng viêm tạm thời đối với bệnh nhân. Nếu sử dụng nhóm thuốc này lâu dài phải theo dõi lâm sàng tác dụng phụ như loét dạ dày, tá tràng và các ảnh hưởng trên chức năng gan, thận,... Cần tiến hành xét nghiệm máu theo dõi chức năng gan, thận, định kỳ mỗi 3 tháng. Cần thận khi sử dụng đối với bệnh nhân có tiền căn tim mạch, hen phế quản.

. Naproxen 200-500mg, uống 2 lần mỗi ngày

. Ibuprofen 200-400 uống 4 lần mỗi ngày

. Diclofenac 50mg uống 3 lần mỗi ngày.

. Meloxicam 7.5mg uống 2 lần mỗi ngày

. Celecoxib 100-200mg uống 1 lần mỗi ngày

. Etoricoxib 60mg uống từ 1-2 lần mỗi ngày

- Nhóm thuốc giảm đau trung ương:

. Tramadol 50mg uống mỗi 6 giờ không quá 200mg mỗi ngày.

c. Theo dõi: tình trạng viêm - đau khớp gối, tầm độ khớp gối, độ lỏng - độ vững khớp gối.

d. Tái khám: theo hẹn,

## 2. Điều trị phẫu thuật

### 2.1. Chỉ định và phương pháp:

#### Phẫu thuật tái tạo dây chằng cho các tổn thương độ 3

- Thời điểm phẫu thuật: sau chấn thương >3 tuần.
- . Khi gôi hết sưng, hết viêm.
- . Trương lực cơ và tầm độ khớp gối trở về bình thường hoặc gần bình thường.
- . Thời điểm này có thể sớm hơn, khi có tổn thương sụn chêm gây kẹt khớp, bệnh nhân không thể tập co gối được.
- Chuẩn bị bệnh nhân:
  - . Giải thích rõ các đường mổ để lấy mảnh ghép.
  - . Khám đánh giá lại mức độ lỏng lẻo (chênh vênh) của khớp gối, tầm độ khớp, mức độ teo cơ; trương lực cơ (đo đạt và ghi số hồ sơ sánh bên lành).
  - . Chỉ số chức năng khớp gối: Lysholm, Terner, IKDC (ghi hồ sơ).
- Chuẩn bị trang bị và dụng cụ.
  - . Hệ thống cắt đốt nội soi khớp.
  - . Hệ thống cắt đốt nội soi (arthrocare).
  - . Dụng cụ và chỉ chuyên biệt khâu sụn chêm.
  - . Vít chốt cố định (Endo, XO, Retro,...), vít dây chằng chếp tự tiêu chẹn đường hầm.
  - . Kim Kirchner 2.4mm dùng để hướng dẫn khoan đường hầm.
- Mảnh ghép có thể sử dụng:
  - . Mảnh ghép tự thân (Autograft): gân cơ thon - bán gân, gân cơ mác dài, gân bánh chè,...
  - . Mảnh ghép đồng loại (Allograft): nếu có.
- Phương pháp tái tạo dây chằng qua nội soi: Bệnh nhân tuổi từ 16-50, khi sụn tiếp hợp đã hàn, khớp gối chưa thoái hoá.
- a. Dây chằng chéo trước (DCCT):*
  - Chỉ định:
    - . Đứt hoàn toàn DCCT.
    - . Đứt bán phần DCCT, nhưng gối mất vững hay bị sụn gối.
    - . Đứt bán phần DCCT, kèm rách sụn chêm gây kẹt khớp.
  - Kỹ thuật tái tạo DCCT 1 bó: bó trước - trong
    - . Sử dụng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu
    - + Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước - trong của DCCT vào mâm chày và mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi.
    - + Luồn mảnh ghép vào đường hầm rồi cố định phía đùi bằng 1 vít dây chằng chếp tự tiêu, phía chày cũng bằng 1 vít dây chằng chéo tự tiêu.
    - . Sử dụng 1 vít chốt cố định và 1 vít dây chằng chéo tự tiêu.
    - + Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước - trong của DCCT vào mâm chày và mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi.
    - + Luồn mảnh ghép vào đường hầm qua vòng treo gân để cố định phía đùi bằng vít chốt cố định.
    - + Căng và cố định mảnh ghép phía đường hầm chày bằng vít dây chằng chéo tự tiêu, tư thế gối gấp 20-30°.
    - . Sử dụng 2 vít chốt cố định (kỹ thuật all - inside)

+ Dùng vít chốt cố định ở cả đường hầm đùi và chày, ưu điểm là có thể thiết kế được mảnh ghép có đường kính lớn.

- Kỹ thuật tái tạo DCCT 2 bó: bó trước trong và bó sau ngoài.

. Sử dụng cho mỗi bó 1 vít chốt cố định và 1 vít dây chằng chéo tự tiêu.

*b. Dây chằng chéo sau (DCCS):*

- Chỉ định:

. Đứt hoàn toàn DCCS kèm mất vững khớp gối dai dẳng.

. Đứt DCCS, kèm rách sụn chêm gây kẹt khớp.

. Đứt DCCS đơn thuần, gối không mất vững thì có thể bảo tồn.

- Kỹ thuật tái tạo DCCS 1 bó: bó trước - ngoài

. Sử dụng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu

+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước - ngoài của DCCS vào mâm chày và mặt ngoài lồi cầu trong xương đùi.

+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm và cố định bằng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu ở cả đùi và chày.

. Sử dụng 1 vít chốt cố định và 1 vít dây chằng chéo tự tiêu

+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước - ngoài của DCCS vào mâm chày và mặt ngoài lồi cầu trong xương đùi.

+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm qua vòng treo gân để cố định phía đùi bằng vít chốt cố định.

+ Căng và cố định mảnh ghép phía đường hầm chày bằng vít dây chằng chéo tự tiêu, tư thế gối gấp 90°.

*c. Dây chằng bên trong (DCBT):*

- Chỉ định:

. Chênh vênh gối nặng, toác khe khớp trong khi khám >10mm.

. Đầu đứt của DCBT chèn khe khớp gối.

. Đứt DCBT kèm đứt DCCT.

. Chênh vênh gối nhẹ (<5mm), trung bình (5-10mm) có thể bảo tồn.

- Phương pháp mổ:

. Mổ mở khâu lại DCBT khi tổn thương <3 tuần.

. Mổ tái tạo lại DCBT khi tổn thương cũ sau 3 tuần.

*d. Dây chằng bên ngoài - góc sau ngoài:*

- Tổn thương hiếm gặp.

- Thường phối hợp với tổn thương DCCT, DCCS.

- Cần thiết mổ tái tạo lại phức hợp góc sau ngoài này.

*e. Vít tự tiêu hao:*

- Vít cố định (XO button -Livantec, Endo button - Smith nephew, Retro button – Stryker...)

- Vít dây chằng chéo tự tiêu các cỡ

- Lưỡi bào xương, lưỡi mài xương,

- Dây nước nội soi khớp

- Đầu đốt nội soi (Arthrocare)

- Bình dẫn lưu vết mổ: 1 cái

## **2.2. Hậu phẫu**

- Nẹp Zimmer bảo vệ tư thế gối duỗi.

- Rút dẫn lưu sau 24-48 giờ.
- Chườm lạnh.
- Tập gồng cơ, gấp duỗi cổ chân, nâng chân với nẹp.
- Đi nạng với nẹp bảo vệ, chịu lực nhẹ.
- Khi bệnh ổn định thì ra viện, hẹn tái khám và tập vật lý trị liệu theo lịch. Kết thúc điều trị 6-12 tháng, tùy đây chằng tổn thương.

### 2.3 .Thuốc sử dụng

- Sử dụng kháng sinh

Kháng sinh sử dụng trong phẫu thuật khớp gối

**Kháng sinh thường dùng đường tĩnh mạch**

**Lựa chọn thay thế trên người bị dị ứng  $\beta$ -lactamase**

		Clindamycin 0.6g/lọ x 2-3 lần/ngày
	Amoxillin + Clavulanic acid (Augmentin) 1.2 lg/lọ x 3 lần/ngày	Vancomycin 1g/100ml nước muối đẳng trương truyền trong 30 phút x 2 lần/ngày
Penicillin + $\beta$ -lactamase inhibitors		
		Thuốc Aminoglycoside như: -Gentamycin 80mg/1 lọ x 2 lần. Tiêm bắp -Amikacin 0.5g x1-2 lần tiêm bắp -Netilmicin 0.1g x 1-2 lần tiêm bắp
Ampicillin + Sulbactam lần/ngày	(Unasyn) 1.5g/lọ x 3 lần/ngày	
Cephalosporin I	Ví dụ: Cefazolon	Imipenam (Tienam) 0.5g 50mg/kg/24 giờ chia làm 2 lần pha trong nước muối đẳng trương truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.
Cephalosporin II Cephalosporin III	Ví dụ: Cefuroxime 750mg Ceftriaxone (Rocephin) 1g/lọ x 2 lần/ngày Ceftazidim 1g/lọ x lần/ngày	

### Bảng liều chi tiết sử dụng kháng sinh

Tên kháng sinh	Liều dùng trong 24h		Thời gian bán thải
	Người lớn	Trẻ em	
Ampicillin-sulbactam	3g (Ampicillin 2g sulbactam 1g)	50mg/kg (Ampicillin)	0.8 -1.3
Ampicillin	2g	50mg/kg	1-1.9
Aztreonam	2g	30mg/kg	1.3-2.4
Cefazolin	2g, 3g (đối với BN cân nặng $\geq 120$ kg)	30mg/kg	1.2-2.2
Cefuroxime	1.5g	50mg/kg	1-2
Cefotaxime	1g	50mg/kg	0.9-1.7
Cefoxitin	2g	40mg/kg	0.7-1.1
Cefotetan	2g	40mg/kg	2.8-4.6
Ceftriaxone	2g	50-75mg/kg	5.4-10.9
Ciprofloxacin	400mg	10mg/kg	3-7
Clindamycin	900mg	10mg/kg	2-4

Etapenem	1g	15mg/kg	3-5
Fluconazole	400mg	6mg/kg	30
Gentamicin	5mg/kg (tính trên cân nặng, sử dụng liều duy nhất trong ngày)	2.5mg/kg (liều tính dựa vào cân nặng)	2-3
Levofloxacin	500mg	10mg/kg	6-8
Metronidazole	500mg	15mg/kg	6-8
		Sơ sinh cân nặng < 1200g nên dùng liều duy nhất	
		7.5mg/kg	
Moxiflozacin	400mg	10mg/kg	8-15
Piperacillin-tazobactam	3.375g	3.375g	0.7-1.2
Vancomycin	15mg/kg	15mg/kg	4-8

Phẫu thuật tái tạo dây chằng khớp gối là loại mổ sạch còn gọi là loại I - phẫu thuật sạch. Thông thường tiêm trước rạch da từ 30-45 phút tùy phẫu thuật viên duy trì thêm sau mổ từ 5-7 ngày.

- Thuốc giảm đau:

. Acetaminophen (Paracetamol, Panadol, Efferalgan) 0.5 - 1gx1-3 lần/người.

. Ngày đầu hậu phẫu có thể trueyenf TM, sau đó dùng đường uống.

. Acetaminophen + Codein (Efferalgan Codein) 0.5-1gx1-3 lần/ngày.

. Acetaminophen + Tramadol (Ultracet) 1 viên x3-4 lần/ngày.

- Thuốc kháng viêm NSAIDs:

. Meloxicam (Mobic) 7.5mg 1 viên x 1-2 lần/ngày

Ngày đầu hậu phẫu có thể tiêm bắp.

. Piroxicam (Brexin, Felden,..) uống hoặc tiêm bắp 20mg mỗi ngày.

- Thuốc tiêu máu bầm:

. Chymotrypsin 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.

**2.4. Theo dõi:** các biến chứng sớm.

**2.5. Tái khám:** ra viện tái khám theo hẹn.

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Theo dõi vết mổ, tập vật lý trị liệu sau mổ

Theo dõi biến chứng :

1. Tổn thương mạch máu vùng khoeo.
2. Liệt do ga rô.
3. Tụ máu khớp gối.
4. Nhiễm trùng sớm và muộn.
5. Dị ứng dụng cụ.
6. Tuột mảnh ghép.
7. Dẫn mảnh ghép, mảnh ghép bị tiêu huỷ.

## VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN NỘI TRÚ**

MRI : có tổn thương dây chằng khớp gối

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Phác đồ điều trị của BV Chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh – NXB Giáo dục Việt Nam 2018 ( trang 100 -110 )
2. Phác đồ điều trị BV Chợ Rẫy Phần Ngoại khoa – Nhà xuất bản Y học năm 2013 ( trang 249 – 253)



**Phần : PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ**  
**THẦN KINH – CỘT SỐNG**  
**CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG**  
**(S06.7 – Tổn thương nội sọ có hôn mê kéo dài)**

## **I. KHÁI NIỆM**

Chấn thương sọ não nặng là một tổn thương mà có thang điểm Glasgow  $\leq 8$  điểm, tỉ lệ tử vong cao và để lại di chứng nặng nề[1].

## **II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG**

### **2.1. Nguyên nhân**

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt
- Các nguyên nhân khác gây chấn thương vào vùng đầu mặt: tai nạn thể thao, bị đánh...

### **2.2. Cơ chế chấn thương**

\* **Cơ chế đầu cố định:** trong trường hợp bị đánh vào đầu bằng vật cứng, tổn thương

xương sọ và não (giập não hay máu tụ...) ngay dưới chỗ bị đánh và tổn thương thường không phức tạp lắm. Ngoại trừ bệnh nhân bị đánh vào vùng gáy bệnh nhân có thể tử vong ngay sau chấn thương.

\* **Cơ chế đầu di động:** trong trường hợp bệnh nhân bị tai nạn giao thông hoặc ngã từ trên cao xuống ... tổn thương xương sọ và não thường nặng và phức tạp, khi ngã đầu chuyển động tăng tốc khi đầu chạm xuống đường bị chặn đứng lại và giảm tốc đột ngột nên hộp sọ biến dạng và thay đổi tức thì dẫn tới vỡ xương sọ.

## **III. TRIỆU CHỨNG [1], [3]**

### **3.1 Triệu chứng lâm sàng**

- Diễn biến lâm sàng tùy thuộc vào sự phát triển nhanh hay chậm của khối máu tụ, vị trí và những thương tổn nặng nề phối hợp lan tỏa của não.
- Vì là CTSN nặng nên đa số bệnh nhân đều giảm tri giác trầm trọng ngay sau tai nạn xảy ra, nạn nhân thường kích thích vật vã (thường có đập não, phù não kết hợp). Thang điểm Glasgow tụt xuống rất nhanh, xuất hiện những cơn co cứng mất vỏ, duỗi cứng mất não.
- Một số bệnh nhân lâm sàng cũng có khoảng tỉnh hay gập ở máu tụ ngoài màng cứng, khoảng tỉnh dài hay ngắn tùy thuộc vào diễn biến và thể tích của khối máu tụ.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú: Là dấu hiệu chỉ điểm vị trí khối choán chỗ trong hộp sọ biểu hiện:
  - + Giãn đồng tử một bên (cùng bên với khối máu tụ): Do chèn ép dây III
  - + Yếu, liệt nửa người: Đối diện với bên có khối máu tụ trong sọ.
- Dấu hiệu thần kinh thực vật: Có giá trị đánh giá tiên lượng bệnh, biểu hiện lâm sàng bằng dấu hiệu Cushing: mạch chậm, huyết áp tăng, nhịp thở tăng và tăng tiết đờm dãi - thân nhiệt tăng có thể tới 39-40oC do có sự chèn ép vùng thân não. Khi có dấu hiệu thực vật là biểu hiện của tình trạng nặng và muộn.

- Trong CTSN nặng ít khi gặp các loại máu tụ trong sọ đơn thuần mà thường kết hợp của nhiều loại máu tụ và các ổ dập não và phù não. Trong những trường hợp này các dấu hiệu lâm sàng thường xuất hiện sớm, diễn biến nhanh và tiên lượng cũng nặng nề hơn.

### **3.2 Triệu chứng cận lâm sàng**

**3.2.1 Xét nghiệm để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

#### ***Chỉ định xét nghiệm huyết học:***

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)
- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá), định nhóm máu RH (D)
- HbsAg, HCV, HIV

#### ***Chỉ định xét nghiệm đông máu:***

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động
- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động
- Thời gian máu chảy phương pháp Duke
- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

#### ***Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:***

- Glucose [Máu]
- Urê máu [Máu]
- Creatinin (máu)
- Albumin [Máu]
- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]
- AST (GOT) [Máu]
- ALT (GPT) [Máu]
- Protein [máu]

#### ***Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu***

- XN 10 thông số

\* **Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

**3.2.2 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:** [1], [3]

#### **\* X quang qui ước:**

Chụp X quang qui ước mục đích để phát hiện đường vỡ xương và hướng đi của đường vỡ. Nếu có đường vỡ xương sẽ là dấu hiệu chỉ điểm cho vị trí của khối máu tụ. Thường gặp đường vỡ xương vùng thái dương trong máu tụ ngoài màng cứng.

#### **\* Chụp CLVT**

Khảo sát trên hình ảnh chụp CLVT giúp đánh giá vị trí, khối lượng của máu tụ, máu tụ đơn thuần hay kết hợp, sự đè ép làm hẹp và xóa các bể dịch não-tủy thường đi kèm với tăng áp lực trong sọ, tính đồng nhất hoặc không của khối máu tụ, sự di lệch của đường giữa. Khi đường giữa di lệch trên 5mm thì đa số đã có tăng áp lực trong sọ cao trong giai đoạn sớm sau chấn thương. Ngược lại nếu

không có di lệch đường giữa thì cần phải đánh giá tình trạng thương tổn đối bên. Hình ảnh phù não, dập não, lún sọ

- Chỉ định chụp CLVT khi bệnh nhân nhập viện để đánh giá tổn thương ban đầu.
- Chỉ định chụp CLVT trong quá trình theo dõi khi tri giác của bệnh nhân giảm, các triệu chứng lâm sàng tăng và đánh giá trước khi ra viện.
- Chụp CLVT khi bệnh nhân tái khám để đánh giá kết quả điều trị, diễn biến của bệnh.

#### **IV. CHẨN ĐOÁN [1], [2], [5].**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cắt lớp vi tính

**\* Lâm sàng:**

- Có chấn thương vào đầu
- Bệnh nhân mê, Glasgow  $\leq 8$  điểm
- Dấu hiệu thần kinh khu trú: giãn đồng tử, liệt...
- Mạch chậm, huyết áp tăng.

**Cắt lớp vi tính sọ não:** ghi nhận hình ảnh tổn thương xương và/ hoặc là khối máu tụ, dập não, phù não...

#### **4.2 Chẩn đoán tổn thương**

- **Tổn thương tiên phát:** là tổn thương xuất hiện ngay sau khi lực chấn thương gây nên như vỡ, lún xương sọ, giập não, vỡ nền sọ. Tổn thương có thể ít hoặc nhiều, nông sâu tùy theo lực chấn thương, thậm chí tổn thương thân não tiên phát đây là tổn thương nặng và bệnh nhân thường tử vong sớm[1],[2].
- **Tổn thương não thứ phát:** tổn thương xuất hiện sau một thời gian chấn thương có thể tổn thương khu trú hay lan rộng, cũng có thể bao gồm cả tổn thương thân não thứ phát. Các tổn thương não thứ phát:

- + Phù não
- + Máu tụ ngoài màng cứng
- + Máu tụ dưới màng cứng
- + Máu tụ trong não

#### **4.3 Chẩn đoán phân biệt**

- + **Chấn động não:** Trên phim cắt lớp vi tính không ghi nhận tổn thương xương và/hoặc tổn thương nội sọ
- + **Tai biến mạch máu não:** Vỡ phình mạch, xuất huyết não do tăng huyết áp, dị dạng mạch não, nhồi máu não

#### **V. ĐIỀU TRỊ**

##### **5.1 Hướng điều trị**

**\* Điều trị nội khoa:** Giảm đau, an thần, chống phù não, dinh dưỡng não, kháng sinh chống nhiễm trùng, đảm bảo khối lượng tuần hoàn

**\* Điều trị phẫu thuật:** giải phóng chèn ép não

##### **5.2 Điều trị nội khoa**

###### **5.2.1 Hồi sức hô hấp - tuần hoàn**

- **Đảm bảo thông đường hô hấp:** hút sạch đờm dãi, chất nôn, dị vật ở miệng và đường thở, cho bệnh nhân thở oxy.
- **Đặt nội khí quản và tăng thông khí:** tất cả các bệnh nhân hôn mê có điểm Glasgow dưới 8 đều phải đặt nội khí quản. Lưu ý để tránh kích thích cho bệnh

nhân làm tăng áp lực trong sọ cần dùng an thần và giảm đau trước khi đặt nội khí quản.

- Giúp thở bằng thở máy: Các bệnh nhân có rối loạn nhịp thở hoặc suy hô hấp cần được giúp thở bằng máy. Thường để tần số nhịp thở là 12nhịp/phút. Thể tích khí lưu thông 15 ml/kg cân nặng. Duy trì PaO<sub>2</sub> trên 70mmHg và PaCO<sub>2</sub> = 30-35 mmHg.

- Duy trì huyết áp tối đa động mạch trên 90mmHg bằng hồi sức truyền dịch (Natriclorid 9‰) truyền máu, và giải quyết sớm các nguyên nhân chảy máu gây hạ huyết áp (không truyền glucoza 5% trong hồi sức CTSN)

- Đặt ICP đo áp lực nội, theo dõi và xử trí.

### **5.2.2 Điều trị khác**

#### **a. Điều trị chống phù não**

- Nằm đầu cao:30-45 độ, giữ đầu luôn thẳng

- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy

- An thần, giảm đau, giãn cơ

+ Morphin: 10 mg mỗi 4 giờ

+ Propofol:0,3-3mg/kg/giờ

+ Midazolam: 10mg mỗi 4giờ ( Phenolbaccital 0,1g tiêm TMC, Diazepam 10 mg Hoặc Aminazin 25mg, Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h)

- Giảm đau: Paracetamol 1 g x 4 chai / 24 giờ

- Manitol: Liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút

Duy trì:0,25-0,5g/kg mỗi6giờ

- Furosemid: 10-20mg / mỗi 6 giờ

#### **b. Dinh dưỡng:**

+ Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>0

+ Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định.

+ Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

#### **c. Thuốc dinh dưỡng thần kinh:**

+ Cereboly sine 10- 20ml TMC / 24h x4 tuần

+ Citicolin 1 -2 g TMC /24 h X 4 tuần

+ Nootropyl 12g TTM/24h hoặc 800mg x3 uống / 24h

+ Choline alioscerate 40mg, lv x2 lần/ ngày hay 1 ống X 2 lần/ ngày, tiêm mạch.

#### **d. Máu, chế phẩm máu và các dung dịch cao phân tử:**

- Máu, chế phẩm máu: Căn cứ vào xét nghiệm

- Dung dịch cao phân tử: HEAS Steril 6%, truyền tĩnh mạch duy trì huyết áp tối đa trên 90mmHg

#### **e. Điều trị dự phòng**

- Kháng sinh 7 đến 10 ngày: Tùy từng tổn thương có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm. Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân.

+ Cefadroxin x liều 1g đến 2g đường uống.

+ Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)

- + Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)
- + Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)
- Chống loét dạ dày: Esomeprazole 40mg, Pantoprazol 40mg, omeprazol 20mg /24 giờ
- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg X 3/ 24 giờ X 7 ngày

#### **f. Theo dõi Moritor ICP cho tất cả bệnh nhân:**

- Chấn thương sọ não nặng.
- Chụp CT sọ kiểm tra:
- + Sau 12-24 giờ
- + Hay khi tình trạng xấu đi
- + Hoặc trước khi cho xuất viện

### **5.3 Phẫu thuật**

#### **Chỉ định**

Tổn thương choán chỗ trong sọ gây chèn ép não: thường là dập não và máu tụ dưới màng cứng cấp tính, máu tụ trong não, phối hợp với phù não nhiều, bệnh nhân GCS từ 4 trở lên . Tụ máu ngoài màng cứng kèm theo dập não hoặc phù não, chảy máu màng mềm lan tỏa[1],[2],[4]

#### **Phương pháp vô cảm**

- Gây mê nội khí quản, chuẩn bị tối thiểu 2 đường truyền, trong đó có một đường vào tĩnh mạch trung ương, vì đường mổ và phẫu trường rộng, mất nhiều máu.

**Phương pháp mổ:** Tùy vào từng loại máu tụ và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân mà áp dụng một trong các phương pháp phẫu thuật dưới đây:

- Phẫu thuật 1: Phẫu thuật lấy máu tụ dưới màng cứng cấp tính
- Phẫu thuật 2: Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng nhiều vị trí trên lều và/hoặc dưới lều tiểu não
- Phẫu thuật 3: Phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng trên lều tiểu não
- Phẫu thuật 4: Phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trong chấn thương sọ não

**Điều trị sau mổ:** như điều trị nội khoa

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Đa số các trường hợp chấn thương sọ não nặng có tiên lượng nặng và tiến triển xấu, để lại nhiều di chứng và biến chứng dù điều trị nội khoa hay phẫu thuật:

\* **Biến chứng sớm:** Tử vong, biến chứng do nằm lâu( viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét tỳ đè...), nhiễm trùng vết mổ, viêm não màng não, dò dịch não tủy vết mổ...

#### **\* Biến chứng muộn**

- Đòi sống thực vật
- Di chứng thần kinh: yếu hoặc liệt chân tay
- Di chứng sau mổ: viêm rò, rò dịch não tủy sau mổ, , apces não, khuyết xương sọ...

**VII. PHÒNG BỆNH:** Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương vào vùng đầu

- Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe
- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

#### **- Lâm sàng:**

- + Có chấn thương vào vùng đầu
- + Hôn mê, Glasgow  $\leq 8$  điểm
- + Có thể có hoặc không kèm theo các triệu chứng: giãn đồng tử, liệt nửa người, mạch chậm, huyết áp tăng, suy hô hấp

#### **- Cận lâm sàng:**

- + Ctscanner sọ não: có hình ảnh tổn thương là khối máu tụ, dập não, phù não... -
- Phẫu thuật 2: Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng nhiều vị trí trên lều và/hoặc dưới lều tiểu não
- Phẫu thuật 3: Phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng trên lều tiểu não
- Phẫu thuật 4: Phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trong chấn thương sọ não

**Điều trị sau mổ:** như điều trị nội khoa

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Đa số các trường hợp chấn thương sọ não nặng có tiên lượng nặng và tiến triển xấu, để lại nhiều di chứng và biến chứng dù điều trị nội khoa hay phẫu thuật:

\* **Biến chứng sớm:** Tử vong, biến chứng do nằm lâu( viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét tỳ đè...), nhiễm trùng vết mổ, viêm não màng não, dò dịch não tủy vết mổ...

#### **\* Biến chứng muộn**

- Đời sống thực vật
- Di chứng thần kinh: yếu hoặc liệt chân tay
- Di chứng sau mổ: viêm rò, rò dịch não tủy sau mổ, , apces não, khuyết xương sọ...

**VII. PHÒNG BỆNH:** Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương vào vùng đầu

- Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe
- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

#### **- Lâm sàng:**

- + Có chấn thương vào vùng đầu
- + Hôn mê, Glasgow  $\leq 8$  điểm
- + Có thể có hoặc không kèm theo các triệu chứng: giãn đồng tử, liệt nửa người, mạch chậm, huyết áp tăng, suy hô hấp

#### **- Cận lâm sàng:**

- + Ctscanner sọ não: có hình ảnh tổn thương là khối máu tụ, dập não, phù não...

Lưu ý: Tiêu chuẩn nhập viện căn cứ chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân, một số trường hợp chụp phim cắt lớp vi tính không có tổn thương nhưng có triệu chứng lâm sàng vẫn phải nhập viện.

## 8.2 Tiêu chuẩn ra viện

Lâm sàng:

+ Thang điểm Glasgow: cải thiện hoặc không cải thiện ( đòi sống thực vật)

+ Huyết động: mạch, huyết áp ổn định

+ Hô hấp: Tự thở qua mũi hoặc qua canuyl khí quản.

- Cận lâm sàng:

+ CT scanner sọ não: Không xuất hiện các tổn thương mới thứ phát.

**IX. Mã ICD 10 áp dụng:** S06.7 – Tổn thương nội sọ có hôn mê kéo dài

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đồng Văn Hệ (2013), Phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp ở bệnh nhân chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 172-187
2. Đồng Văn Hệ (2013), Chấn thương sọ não nặng, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 58-70
3. Đồng Văn Hệ (2013), Chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 30-57
4. Quyết định số 200/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh

## TỔN THƯƠNG NỘI SỌ ( Bảng mã ICD 10 áp dụng phác đồ)

STT	ICD	Tên Bệnh
1	S06.1	Phù não chấn thương
2	S06.2	Tổn thương não lan tỏa
3	S06.3	Tổn thương ổ của não
4	S06.4	Chảy máu trên màng cứng
5	S06.5	Chảy máu dưới màng cứng
6	S06.6	Chảy máu dưới màng nhện chấn thương
7	S06.8	Tổn thương nội sọ khác
8	S02.8	Vỡ các xương khác ở sọ và mặt

### I. KHÁI NIỆM:

Tổn thương nội sọ là những chấn thương sọ não có tổn thương xương và các thành phần trong hộp sọ gây ra bởi các chấn thương vào vùng đầu và mặt[1].

### II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG:

#### 2.1. Nguyên nhân

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt

- Các nguyên nhân khác gây chấn thương vào vùng đầu mặt: tai nạn thể thao, bị đánh...

## **2.2. Cơ chế chấn thương**

\* **Cơ chế đầu cố định:** trong trường hợp bị đánh vào đầu bằng vật cứng, tổn thương

xương sọ và não (giập não hay máu tụ...) ngay dưới chỗ bị đánh và tổn thương thường không phức tạp lắm. Ngoại trừ bệnh nhân bị đánh vào vùng gáy bệnh nhân có thể tử vong ngay sau chấn thương.

\* **Cơ chế đầu di động:** trong trường hợp bệnh nhân bị tai nạn giao thông hoặc ngã từ trên cao xuống ... tổn thương xương sọ và não thường nặng và phức tạp, khi ngã đầu chuyển động tăng tốc khi đầu chạm xuống đường bị chặn đứng lại và giảm tốc đột ngột nên hộp sọ biến dạng và thay đổi tức thì dẫn tới vỡ xương sọ.

## **III. TRIỆU CHỨNG:**

### **3.1 Triệu chứng lâm sàng:**

- Tri giác: Đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow, tùy từng tổn thương mà điểm Glasgow cao hay thấp, điểm Glasgow càng thấp tiên lượng càng nặng và ngược lại.

- Nôn, buồn nôn khi thay đổi tư thế

- Rối loạn thần kinh thực vật: biểu hiện đau đầu buồn nôn và nôn, nôn nhiều khi thay đổi tư thế. Sắc mặt tái nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh...

- Đau đầu, chóng mặt thường xuất hiện và có thể kéo dài trong vài ngày hoặc vài tuần.

- Dấu hiệu thần kinh khu trú: Có thể giãn đồng tử cùng bên với bên tổn thương và yếu liệt 1/2 người đối diện với bên tổn thương.

### **3.2 Triệu chứng cận lâm sàng: [3].**

**3.2.1 XN để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

#### **Chỉ định xét nghiệm huyết học:**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)

- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá)

- HbsAg, HCV, HIV

#### **Chỉ định xét nghiệm đông máu:**

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động

- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động

- Thời gian máu chảy phương pháp Duke

- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

#### **Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:**

- Glucose [Máu]

- Urê máu [Máu]



- Creatinin (máu)
- Albumin [Máu]
- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]
- AST (GOT) [Máu]
- ALT (GPT) [Máu]
- Protein [máu]

### **Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu**

- XN 10 thông số

\* **Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

### **3.2.2 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:**

#### **\* X quang qui ước:**

Chụp X quang qui ước mục đích để phát hiện đường vỡ xương và hướng đi của đường vỡ. Nếu có đường vỡ xương sẽ là dấu hiệu chỉ điểm cho vị trí của khối máu tụ. Thường gặp đường vỡ xương vùng thái dương trong máu tụ ngoài màng cứng.

#### **\* Chụp CLVT**

Khảo sát trên hình ảnh chụp CLVT giúp đánh giá vị trí, khối lượng của máu tụ, máu tụ đơn thuần hay kết hợp, sự đè ép làm hẹp và xóa các bể dịch não-tủy thường đi kèm với tăng áp lực trong sọ, tính đồng nhất hoặc không của khối máu tụ, sự di lệch của đường giữa. Khi đường giữa di lệch trên 5mm thì đa số đã có tăng áp lực trong sọ cao trong giai đoạn sớm sau chấn thương. Ngược lại nếu không có di lệch đường giữa thì cần phải đánh giá tình trạng thương tổn đối bên. Hình ảnh phù não, dập não, lún sọ...

- Chỉ định chụp CLVT khi bệnh nhân nhập viện để đánh giá tổn thương ban đầu.
- Chỉ định chụp CLVT trong quá trình theo dõi khi tri giác của bệnh nhân giảm, các triệu chứng lâm sàng tăng và đánh giá trước khi ra viện.
- Chụp CLVT khi bệnh nhân tái khám để đánh giá kết quả điều trị, diễn biến của bệnh.

#### **Tổn thương trên phim chụp CLVT**

+ Máu tụ NMC: trên ảnh CLVT có đặc trưng là hình thấu kính 2 mặt lõm với tỷ trọng cao (trên 70 - 80 HU), đẩy đường giữa sàng bên và đè ép làm thay đổi hình dáng não thất.

+ Máu tụ DMC cấp tính: trên ảnh CLVT ở máu tụ DMC có đặc trưng là hình liềm với tỷ trọng trên 75 HU. Máu tụ DMC thường kèm theo giập não nên ngay dưới ổ máu tụ là vùng giảm tỷ trọng (do phù não) so với mô não lành, biểu hiện trên ảnh CLVT là hình tối.

+ Máu tụ DMC mạn tính: đó là ổ máu tụ đã dịch hoá có mật độ thuần nhất (homogens) và giảm tỷ trọng hoặc đồng tỷ trọng so với mô não lành. Hình ảnh gián tiếp của máu tụ DMC mạn tính trên ảnh CLVT là đẩy đường giữa và làm thay đổi hình dáng não thất bên.

+ Hình ảnh giập não: trên ảnh CLVT ở giập não chính là vùng giảm tỷ trọng so với mô não lành đồng thời có choán chỗ do phù não nên đẩy đường giữa sàng

bên, làm thay đổi hình dáng não thất (não thất bị thu nhỏ hoặc bị mất không nhìn thấy).

+ Nếu ổ giập não kèm chảy máu thì trên ảnh CLVT sẽ thấy những ổ nhỏ tăng tỷ trọng, đó là những ổ máu tụ to nhỏ khác nhau trên nền của vùng não phù và giảm tỷ trọng[1],[4],[5].

#### **IV. CHẨN ĐOÁN [1], [2], [5].**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cắt lớp vi tính

**\* Lâm sàng:**

- Có chấn thương vào đầu
- Tri giác: Điểm Glasgow giảm hoặc không giảm tùy tổn thương não
- Nôn, buồn nôn khi thay đổi tư thế
- Đau đầu, chóng mặt thường xuất hiện
- Dấu hiệu thần kinh khu trú: Có thể giãn đồng tử và/hoặc yếu liệt 1/2 người

**Cắt lớp vi tính sọ não:** ghi nhận hình ảnh tổn thương xương và/ hoặc là khối máu tụ, dập não, phù não...

#### **4.2 Chẩn đoán tổn thương**

- Tổn thương tiên phát: là tổn thương xuất hiện ngay sau khi lực chấn thương gây nên như vỡ, lún xương sọ, giập não, vỡ nền sọ. Tổn thương có thể ít hoặc nhiều, nông sâu tùy theo lực chấn thương, thậm chí tổn thương thân não tiên phát đây là tổn thương nặng và bệnh nhân thường tử vong sớm[1],[2].
- Tổn thương não thứ phát: tổn thương xuất hiện sau một thời gian chấn thương có thể tổn thương khu trú hay lan rộng, cũng có thể bao gồm cả tổn thương thân não thứ phát. Các tổn thương não thứ phát:

- + Phù não
- + Máu tụ ngoài màng cứng
- + Máu tụ dưới màng cứng
- + Máu tụ trong não

#### **4.3 Chẩn đoán phân biệt**

- + Chấn động não: Trên phim cắt lớp vi tính không ghi nhận tổn thương xương và/hoặc tổn thương nội sọ
- + Tai biến mạch máu não: Vỡ phình mạch, xuất huyết não do tăng huyết áp, dị dạng mạch não, nhồi máu não

#### **V. ĐIỀU TRỊ:**

##### **5.1 Hướng điều trị**

\* Điều trị nội khoa: Giảm đau, an thần, chống phù não, dinh dưỡng não, kháng sinh chống nhiễm trùng, đảm bảo khối lượng tuần hoàn

\* Điều trị phẫu thuật: giải phóng chèn ép não

##### **5.2 Điều trị nội khoa:**

Điều trị nội khoa mục đích là điều chỉnh các rối loạn, phòng ngừa các tổn thương thứ phát như phù não, rối loạn vận mạch đặc biệt là tăng áp lực nội sọ. Mức độ điều trị phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân.

##### **5.2.1 Hồi sức hô hấp - tuần hoàn**

- Nằm tại giường bất động từ 5 - 7 ngày hoặc lâu hơn, khi nào bệnh nhân đỡ đau đầu, hết chóng mặt và buồn nôn thì cho bệnh nhân ngồi dậy và tập đi lại.

- Tư thế đầu cao 25-30 độ, không để gập đầu hoặc nghẹo cổ.
- Đảm bảo hô hấp: là việc quan trọng trong việc làm giảm thiếu oxy não dẫn các rối loạn và làm giảm các tổn thương thứ phát và giảm ALNS.
- Loại bỏ dị vật đường thở (nếu có), hút máu đọng hoặc đờm dãi ở miệng, mũi, họng.
- Thở oxy qua masque hoặc sonde qua mũi.
- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản nếu cần khi bệnh nhân xấu đi.
- Đảm bảo hồi sức tuần hoàn duy trì HA tối đa trên 100 mmHg. nếu thiếu máu phải bù máu hoặc dịch (không nên truyền huyết thanh ngọt).
- Xử trí các tổn thương phối hợp, các tổn thương phối hợp làm cho CTSN nặng thêm.

### **5.2.2 Điều trị khác**

#### **a. Điều trị chống phù não**

- Nằm đầu cao: 30-45 độ, giữ đầu luôn thẳng
- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy nếu cần
- An thần, giảm đau, giãn cơ
- + Morphine: 10 mg mỗi 4 giờ
- + Propofol: 0,3-3mg/kg/giờ
- + Midazolam: 10mg mỗi 4 giờ ( Phenolbital 0,1g tiêm TMC, Diazepam 10 mg Hoặc Aminazin 25mg, Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h)
- Giảm đau: Paracetamol 1 g x 4 chai / 24 giờ
- Manitol:
- + Liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút
- Duy trì: 0,25-0,5g/kg mỗi 6 giờ
- Furosemid
- + 10-20mg / mỗi 6 giờ

#### **b. Dinh dưỡng:**

- + Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O
- + Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định.
- + Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

#### **c. Thuốc dinh dưỡng thần kinh:**

- + Cerebolyse 10- 20ml TMC / 24h x4 tuần
- + Citicolin 1 -2 g TMC /24 h X 4 tuần
- + Nootropyl 12g TTM/24h hoặc 800mg x3 uống / 24h
- + Choline alfoscerate 40mg, lv x2 lần/ ngày hay 1 ống X 2 lần/ ngày, tiêm mạch.

#### **d. Máu, chế phẩm máu và các dung dịch cao phân tử:**

- Máu, chế phẩm máu: Căn cứ vào xét nghiệm
- Dung dịch cao phân tử: HEAS Steril 6%, truyền tĩnh mạch duy trì huyết áp tối đa trên 90mmHg

#### **e. Điều trị dự phòng**

- Kháng sinh 7 đến 10 ngày: Tùy từng tổn thương có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm. Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân.
- + Cefadroxin x liều 1g đến 2g đường uống.

+ Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)

+ Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)

+ Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)

- Chống loét dạ dày: Esomepreazole 40mg, Pantoprazol 40mg, omeprazol 20mg /24 giờ

- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg X 3/ 24 giờ X 7 ngày

#### **f. Theo dõi Moritor ICP cho tất cả bệnh nhân:**

- Chấn thương sọ não nặng.

- Chụp CT sọ kiểm tra:

+ Sau 12-24 giờ

+ Hay khi tình trạng xấu đi

+ Hoặc trước khi cho xuất viện

### **5.3 Phẫu thuật**

#### **Chỉ định**

- Lún sọ: Lún quá 1 bản xương sọ (> 1 cm )

- Tổn thương choán chỗ trong sọ gây chèn ép não: thường là máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng cấp tính, dập não, máu tụ trong não, có thể phối hợp với phù não nhiều. Dấu hiệu của chèn ép não:

+ Não thất bị đè ép

+ Đường giữa bị đè đẩy sang bên đối diện.

#### **Phương pháp vô cảm**

- Gây mê nội khí quản, chuẩn bị tối thiểu 2 đường truyền, trong đó có một đường vào tĩnh mạch trung ương, vì đường mổ và phẫu trường rộng, mất nhiều máu.

**Phương pháp mổ:** Tùy vào từng loại máu tụ và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân mà áp dụng một trong các phương pháp phẫu thuật dưới đây:

- Phẫu thuật 1: Phẫu thuật lấy máu tụ dưới màng cứng cấp tính

- Phẫu thuật 2: Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng nhiều vị trí trên lều và/hoặc dưới lều tiểu não

- Phẫu thuật 3: Phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng trên lều tiểu não

- Phẫu thuật 4: Phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trong chấn thương sọ não

- Phẫu thuật 5: Phẫu thuật nâng xương lún hoặc găm bỏ xương lún

**Điều trị sau mổ:** như điều trị nội khoa

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG [1][2].**

Tổn thương nội sọ tùy mức độ và loại tổn thương khác nhau có tiến triển khác nhau, một số tổn thương để có thể lại những di chứng rất nặng nề.

- Những trường hợp tổn thương máu tụ, dập não nhỏ, không phải can thiệp phẫu thuật thường tiến triển tốt, ít để lại di chứng

- Những trường hợp lún sọ đơn thuần, hoặc máu tụ ngoài màng cứng được phẫu thuật sớm thường ít để lại di chứng nặng nề

- Đa số các trường hợp máu tụ dưới màng cứng, dập não hoặc nhiều tổn thương nội sọ phối hợp, có tiên lượng nặng và tiên triển xấu, để lại nhiều di chứng và biến chứng dù điều trị nội khoa hay phẫu thuật:

\* **Biến chứng sớm:** Tử vong, biến chứng do nằm lâu( viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét tỳ đè...), nhiễm trùng vết mổ, viêm não màng não, dò dịch não tủy vết mổ...

\* **Biến chứng muộn**

- Đời sống thực vật

- Di chứng thần kinh: yếu hoặc liệt chân tay

- Di chứng sau mổ: viêm rò, rò dịch não tủy sau mổ, áp-xe não, khuyết xương sọ...

**VII. PHÒNG BỆNH:** Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương vào vùng đầu

- Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe

- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất

**VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

**8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

- **Lâm sàng:**

+ Có chấn thương vào vùng đầu

+ Tri giác: GCS = 15 điểm hoặc giảm điểm Glasgow

+ Có thể có hoặc không kèm theo các triệu chứng: giãn đồng tử, liệt nửa người, mạch chậm, huyết áp tăng, suy hô hấp

- **Cận lâm sàng:** Ctscanner sọ não: có hình ảnh tổn thương là khối máu tụ, dập não, phù não...

**8.2 Tiêu chuẩn ra viện**

- Lâm sàng:

+ Thang điểm Glasgow: GCS = 15 điểm hoặc cải thiện điểm GCS so với khi nhập viện.

+ Huyết động: mạch, huyết áp ổn định

+ Hô hấp: Tự thở qua mũi hoặc qua canuyl khí quản.

- Cận lâm sàng:

+ CT scanner sọ não: Không xuất hiện các tổn thương mới thứ phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Văn Hệ (2013)**, Phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp ở bệnh nhân chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 172-187

2. **Đông Văn Hệ (2013)**, Chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 11-17

3. **Đông Văn Hệ (2013)**, Chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 30-57

4. Quyết định số 200/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh

5. Hướng dẫn Biên soạn Quy trình chuyên môn và Quy trình chuyên môn của 26 bệnh thường gặp, Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016

## CHẤN ĐỘNG NÃO (ICD 10: S06.0 – Chấn động)

### I. KHÁI NIỆM

Chấn động não, còn được gọi là chấn thương sọ não nhẹ, thường được định nghĩa là chấn thương đầu ảnh hưởng tạm thời đến hoạt động của não. Các triệu chứng có thể bao gồm mất ý thức tạm thời, mất trí nhớ ngắn hạn, đau đầu, buồn nôn, nôn[1].

### II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

#### 2.1. Nguyên nhân

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt
- Các nguyên nhân khác gây chấn thương vào vùng đầu mặt: tai nạn thể thao, bị đánh...

#### 2.2. Cơ chế chấn thương

\* **Cơ chế đầu cố định:** trong trường hợp bị đánh vào đầu bằng vật cứng, tổn thương

xương sọ và não (giập não hay máu tụ...) ngay dưới chỗ bị đánh và tổn thương thường không phức tạp lắm. Ngoại trừ bệnh nhân bị đánh vào vùng gáy bệnh nhân có thể tử vong ngay sau chấn thương.

\* **Cơ chế đầu di động:** trong trường hợp bệnh nhân bị tai nạn giao thông hoặc ngã từ trên cao xuống ... tổn thương xương sọ và não thường nặng và phức tạp, khi ngã đầu chuyển động tăng tốc khi đầu chạm xuống đường bị chặn đứng lại và giảm tốc đột ngột nên hộp sọ biến dạng và thay đổi tức thì dẫn tới vỡ xương sọ.

### III. TRIỆU CHỨNG [1][2]:

#### 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đánh giá tri giác bệnh nhân lúc vào dựa vào thang điểm Glasgow và hỏi hoàn cảnh xảy ra tai nạn đồng thời cơ chế của tai nạn cho phép xác định mức độ nặng hay nhẹ của tai nạn - Thời gian xảy ra tai nạn.

- Những biểu hiện xảy ra tai nạn như:

+ Mất tri giác ban đầu: Sau khi chấn thương vào đầu biểu hiện từ trạng thái choáng váng cho đến mất ý thức trong vòng vài chục giây đến vài phút.

+ Quên sự việc xảy ra trước, trong và sau tai nạn. Tùy theo mức độ chấn thương mà quên có thể xảy ra trong vài giờ, vài ngày thậm chí trong vài tuần.

+ Nôn, buồn nôn khi thay đổi tư thế như cho bệnh nhân ngồi dậy hoặc chuyển từ cang sàng giường, sắc mặt tái nhợt vã mồ hôi mạch nhanh.

+ Đau đầu từ mức độ đau bệnh nhân có thể chịu đựng được, đau bệnh nhân phải dùng thuốc mới chịu được, và đau bệnh nhân không chịu đựng được là hết kích thích dây dụa.

+ Có co giật hay không.

+ Diễn biến tri giác xấu đi hay tốt lên so với ngay sau khi tai nạn.

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú: Thường không xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú

### **3.2 Cận lâm sàng: [3]**

#### **3.2.1 XN để điều trị, theo dõi, tiên lượng:**

##### **Chỉ định xét nghiệm huyết học:**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)

- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá)

- HbsAg, HCV, HIV

##### **Chỉ định xét nghiệm đông máu:**

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động

- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động

- Thời gian máu chảy phương pháp Duke

- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

##### **Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:**

- Glucose [Máu]

- Urê máu [Máu]

- Creatinin (máu)

- Albumin [Máu]

- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]

- AST (GOT) [Máu]

- ALT (GPT) [Máu]

- Protein [máu]

##### **Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu**

- XN 10 thông số

\* *Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi*: Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

#### **3.3.2 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:**

##### **\* Chụp XQ hộp sọ quy ước:**

- Chụp XQ quy ước là xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản trong chấn động não, không ghi nhận tổn thương xương trên phim xq hộp sọ.

##### **\* Chụp CLVT sọ não**

- Chỉ định chụp CLVT khi bệnh nhân nhập viện để đánh giá tổn thương ban đầu.

- Chỉ định chụp CLVT trong quá trình theo dõi khi tri giác của bệnh nhân giảm, các triệu chứng lâm sàng tăng hoặc có thể được chụp để đánh giá trước khi ra viện.

- Chụp CLVT khi bệnh nhân tái khám để đánh giá kết quả điều trị, diễn biến của bệnh.

Tổn thương trên phim chụp CLVT: Trên phim cắt lớp vi tính không ghi nhận tổn thương xương và tổn thương nội sọ.

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cắt lớp vi tính

**\* Lâm sàng:**

- + Mất tri giác ban đầu
- + Quên sự việc xảy ra trước, trong và sau tai nạn.
- + Nôn, buồn nôn khi thay đổi tư thế
- + Đau đầu
- + Dấu hiệu thần kinh khu trú: Thường không xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú

**Cắt lớp vi tính sọ não:** không ghi nhận tổn thương xương và tổn thương nội sọ.

#### **4.2 Chẩn đoán phân biệt**

- + Tổn thương nội sọ: Trên phim cắt lớp vi tính ghi nhận tổn thương xương và/hoặc tổn thương nội sọ như: dập não, máu tụ, chảy máu não
- + Tai biến mạch máu não: Vỡ phình mạch, xuất huyết não do tăng huyết áp, dị dạng mạch não, nhồi máu não
- + Rối loạn tiền đình

**V. ĐIỀU TRỊ:** Tất cả các trường hợp chẩn đoán là chấn động não được chỉ định điều trị nội khoa [1].

#### **5.1 Hướng điều trị**

Giảm đau, an thần, chống phù não, dinh dưỡng não, kháng sinh chống nhiễm trùng...

##### **5.2.1 Hồi sức hô hấp - tuần hoàn**

- Nằm tại giường bất động từ 5 - 7 ngày hoặc lâu hơn, khi nào bệnh nhân đỡ đau đầu, hết chóng mặt và buồn nôn thì cho bệnh nhân ngồi dậy và tập đi lại.
- Tư thế đầu cao 25-30 độ, không để gập đầu hoặc ngheo cổ.
- Đảm bảo hô hấp: là việc quan trọng trong việc làm giảm thiếu oxy não dẫn các rối loạn và làm giảm các tổn thương thứ phát và giảm ALNS.
- Loại bỏ dị vật đường thở (nếu có), hút máu đọng hoặc đờm dãi ở miệng, mũi, họng.
- Thở oxy qua masque hoặc sonde qua mũi.
- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản nếu cần khi bệnh nhân diễn biến xấu đi.
- Đảm bảo hồi sức tuần hoàn duy trì HA tối đa trên 100 mmHg. nếu thiếu máu phải bù máu hoặc dịch (không nên truyền huyết thanh ngọt).
- Xử trí các tổn thương phối hợp, các tổn thương phối hợp làm cho CTSN nặng thêm.

##### **5.2.2 Điều trị khác**

###### **a. Điều trị chống phù não**

- Nằm đầu cao: 30-45 độ, giữ đầu luôn thẳng
- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy
- An thần, giảm đau, giãn cơ



- + Morphin: 10 mg mỗi 4 giờ
- + Propofol: 0,3-3mg/kg/giờ
- + Midazolam: 10mg mỗi 4giờ ( Phenolbaccital 0,1g tiêm TMC, Diazepam 10 mg Hoặc Aminazin 25mg, Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h)
- Giảm đau: Paracetamol 1 g x 4 chai / 24 giờ
- Manitol:
- + Liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút
- Duy trì: 0,25-0,5g/kg mỗi 6 giờ
- Furosemid
- + 10-20mg / mỗi 6 giờ

#### **b. Dinh dưỡng:**

- + Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O
- + Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định.
- + Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

#### **c. Thuốc dinh dưỡng thần kinh:**

- + Cerebolyline 10- 20ml TMC / 24h x4 tuần
- + Citicolin 1 -2 g TMC /24 h X 4 tuần
- + Nootropyl 12g TTM/24h hoặc 800mg x3 uống / 24h
- + Choline alioscerate 40mg, lv x2 lần/ ngày hay 1 ống X 2 lần/ ngày, tiêm mạch.

#### **d. Máu, chế phẩm máu và các dung dịch cao phân tử:**

- Máu, chế phẩm máu: Căn cứ vào xét nghiệm
- Dung dịch cao phân tử: HEAS Steril 6%, truyền tĩnh mạch duy trì huyết áp tối đa trên 90mmHg

#### **e. Điều trị dự phòng**

- Kháng sinh 7 đến 10 ngày: Tùy từng tổn thương có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm. Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân.
- + Cefadroxin x liều 1g đến 2g đường uống.
- + Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)
- + Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)
- + Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)
- Chống loét dạ dày: Esomepreazole 40mg, Pantoprazol 40mg, omeprazol 20mg /24 giờ
- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg X 3/ 24 giờ X 7 ngày

#### **\*Theo dõi**

- Theo dõi tri giác liên tục (bằng thang điểm Glasgow) nếu tri giác xấu đi hoặc xuất hiện thêm các dấu hiệu thần kinh khu trú thì phải xử trí ngay

- Kiểm tra bằng chụp CLVT sọ não nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện, tri giác xấu đi hoặc xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú để có can thiệp kịp thời.

- Các xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu, điện giải đồ có thể được làm thêm theo diễn biến bệnh để tiên lượng và điều trị

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tiến triển tốt: khỏi bệnh và không để lại di chứng.

- Tiến triển xấu: xuất hiện các biến chứng

+ Máu tụ nội sọ thứ phát

+ Hội chứng sau chấn động: đau đầu kéo dài, suy giảm trí nhớ và sự tập trung, lo âu, trầm cảm...

**VII. PHÒNG BỆNH:** Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương vào vùng đầu - Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe

- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

- **Lâm sàng:**

+ Có chấn thương vào vùng đầu

+ Tri giác: GCS = 15 điểm hoặc giảm điểm Glasgow

+ Triệu chứng: đau đầu, có thể chóng mặt, buồn nôn hoặc nôn.

- **Cận lâm sàng:**

+ Ctscanner sọ não: Không thấy tổn thương xương và nội sọ.

### **8.2 Tiêu chuẩn ra viện**

- **Lâm sàng:**

+ Thang điểm Glasgow: GCS = 15 điểm

+ Huyết động: mạch, huyết áp ổn định

+ Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau đầu, chóng mặt. Không buồn nôn và không nôn.

- **Cận lâm sàng:** Có thể được chụp CT scanner sọ não để kiểm tra

+ CT scanner sọ não: Không xuất hiện các tổn thương thứ phát.

**VI. MÃ ICD 10 ÁP DỤNG:** S06.0 – Chấn động

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1. Đồng Văn Hệ (2013)**, Chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 11-17

**2. Đồng Văn Hệ (2013)**, Chấn thương sọ não nguy cơ thấp, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 71-81

**3. Đồng Văn Hệ (2013)**, Chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 30-57

**4. Quyết định số 200/QĐ-BYT** ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh

5. Hướng dẫn Biên soạn Quy trình chuyên môn và Quy trình chuyên môn của 26 bệnh thường gặp, Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế

## VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

(ICD 10: S02.71 – Vỡ nhiều mảnh của xương sọ và xương mặt, vỡ hở)

### **I. KHÁI NIỆM:**

VTSN hở là vết thương làm rách da đầu, vỡ xương sọ, rách màng cứng làm khoang dưới nhện thông với môi trường bên ngoài[1].

### **II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG**

#### **2.1. Nguyên nhân**

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt
- Các nguyên nhân khác gây chấn thương vào vùng đầu mặt: tai nạn thể thao, bị đánh...

#### **2.2. Cơ chế chấn thương**

\* **Cơ chế đầu cố định:** trong trường hợp bị đánh vào đầu bằng vật cứng, tổn thương

xương sọ và não (giập não hay máu tụ...) ngay dưới chỗ bị đánh và tổn thương thường không phức tạp lắm. Ngoại trừ bệnh nhân bị đánh vào vùng gáy bệnh nhân có thể tử vong ngay sau chấn thương.

\* **Cơ chế đầu di động:** trong trường hợp bệnh nhân bị tai nạn giao thông hoặc ngã từ trên cao xuống ... tổn thương xương sọ và não thường nặng và phức tạp, khi ngã đầu chuyển động tăng tốc khi đầu chạm xuống đường bị chặn đứng lại và giảm tốc đột ngột nên hộp sọ biến dạng và thay đổi tức thì dẫn tới vỡ xương sọ.

### **III. TRIỆU CHỨNG:**

#### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

##### **a. VTSN đến sớm chưa bị nhiễm khuẩn (6h đầu)**

- Cơ năng: có thể đau đầu, chóng mặt, buồn nôn
- Toàn thân: ít thay đổi. Nếu dập não nhiều hay có máu tụ kèm theo (trường hợp lỗ VT nhỏ), BN hôn mê. Nếu VT rộng, mất nhiều máu, kèm theo đa chấn thương, BN có thể có sốc (mạch nhanh, HA tụt khó đo, chân tay lạnh, vô niệu)
- Thực thể:
- Tại chỗ:
  - Vết rách da đầu: sắc gọn hoặc nhám nhờ tùy theo tác nhân. Cần xác định vị trí ở bán cầu nào, kích thước, còn chảy máu hay đã cầm
  - Qua vết thương có nước não tủy hay tổ chức não lòi ra ko. Nếu là DNT thì thường là DNT lẫn máu, chảy liên tục, ko đông, loang như vết dầu trên gạch
  - Dấu hiệu TK: tùy thuộc vào vị trí của VT, mà BN có thể có các triệu chứng thần kinh khác nhau, hoặc có thể ko có triệu chứng TK nếu VT vào vùng vỏ não ít chức năng
- + Tri giác: khám và theo dõi theo thang điểm Glasgow (ko đánh giá với BN say rượu, tâm thần)
- + BN thường tỉnh, nếu kèm theo máu tụ (VTSN nhỏ), dập não nhiều, sốc (mất máu, đa chấn thương), BN có rối loạn tri giác
- + Bảng điểm G tổng 15 điểm, thấp nhất 3 điểm. Theo dõi nếu G giảm từ 2 điểm trở lên là phải nghi ngờ có khối chiếm chỗ (máu tụ) trong hộp sọ
- + Dấu hiệu TKKT: biểu hiện liệt nửa người, liệt 12 đôi dây TK sọ, giãn đồng tử, rối loạn ngôn ngữ... do thương tổn ban đầu vào các khu vực não phụ trách các chức năng trên. Nếu xuất hiện từ từ là biểu hiện có chèn ép trong sọ. Các dấu hiệu khác: babinski (+), Hoffmann (+) trong tổn thương bó tháp..
- Dấu hiệu TK thực vật: M, HA, nhịp thở, nhiệt độ đều bt trừ VTSN lớn kèm rối loạn tri giác
- + Tổn thương phối hợp: cần thăm khám toàn diện để phát hiện các tổn thương phối hợp, đa chấn thương[2],[3]

##### **b. VTSN đến muộn(24-48h): thường có dấu hiệu viêm màng não (do nhiễm khuẩn)**

- Cơ năng: đau đầu, nôn, có thể có rối loạn thị giác (nhìn mờ, nhìn đôi)
- Toàn thân: tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc. Sốt cao dao động, li bì hay vật

vã, môi khô, lưỡi bản, mạch nhanh. Có thể có sốc nhiễm trùng

- Thực thể:

- Tại chỗ

+ VT tấy đỏ có mũ hoặc dịch hôi chảy ra

+ Nấm não lò ra ngoài, biểu hiện: 1 khối mềm, có tổ chức não hoại tử và dị vật, lộ qua VT, được phủ bởi lớp giả mạc vàng xám

+ Dh thần kinh

+ Tri giác: dựa vào thang điểm Glasgow. Bn tỉnh hay ko phụ thuộc vào tổn thương lớn hay nhỏ. Tình trạng nhiễm trùng sẽ gây phù não và làm cho tri giác xấu đi

+ Dh TK khu trú: tùy vào vị trí tổn thương, có thể liệt nửa người, RL ngôn ngữ...xuất hiện từ đầu do dập não hoặc từ từ do chèn ép. Cũng có thể ko có triệu chứng TK nếu VT vào vùng não ít chức năng

+ Dh TK thực vật: sốt cao, rối loạn hô hấp, M nhanh, HA tụt

+ Có thể có cơn co giật động kinh

+ Dh viêm màng não mủ: sốt, đau đầu, nôn, cứng gáy, Kernig(+), vạch màng não(+)

+ Cơ quan khác: khám phát hiện tổn thương kèm theo

## **2. Triệu chứng cận lâm sàng[3]:**

**a. Xét nghiệm để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

### ***Chỉ định xét nghiệm huyết học:***

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)

- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá), định nhóm máu RH (D)

- HbsAg, HCV, HIV

### ***Chỉ định xét nghiệm đông máu:***

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động

- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động

- Thời gian máu chảy phương pháp Duke

- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

### ***Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:***

- Glucose [Máu]

- Urê máu [Máu]

- Creatinin (máu)

- Albumin [Máu]

- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]

- AST (GOT) [Máu]

- ALT (GPT) [Máu]

- Protein [máu]

### ***Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu***

- XN 10 thông số

\* **Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

\* **Chọc dò dịch não tủy:** chỉ chọc dò khi nghi ngờ VMN, áp xe não. CCD khi tăng áp lực nội sọ nhiều, mắc bệnh lý rối loạn đông máu, nhiễm trùng vùng chọc dò. Kết quả: DNT đục, áp lực tăng Sinh hóa: BC tăng, protein tăng, đường giảm, cấy có thể có vi khuẩn

#### **b. Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:**

\* **CLVT sọ não:** Hay sử dụng trong thực hành lâm sàng, giúp chẩn đoán, xác định vị trí thương tổn, các thương tổn khác kèm thêm để xử trí.

- Vỡ xương sọ, lún xương, dị vật trong tổ chức não, khí trong não
- Dập não chảy máu, phù não, khối máu tụ, áp xe. XĐ kích thước, vị trí, số lượng

\* **Chụp cộng hưởng từ:** chụp khi có biểu hiện của áp xe não.

\* **XQ sọ quy ước:** phát hiện đường vỡ xương sọ, lún sọ. Hiện nay ít làm

### **IV. CHẨN ĐOÁN [1], [2], [5].**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cắt lớp vi tính

#### **\* Lâm sàng:**

- Vết thương da đầu, có dịch chảy ra hoặc có tổ chức não tại vết thương
  - Vết thương da đầu, có lỗ vào, lỗ ra (do hỏa khí)
  - Vết thương da đầu, cắt lọc kiểm tra có DNT chảy ra hoặc tổ chức não lòi ra
- Cắt lớp vi tính sọ não:** hình ảnh dị vật trong sọ trên phim XQ hoặc CLVT, ghi nhận hình ảnh tổn thương xương và/ hoặc là khối máu tụ, dập não, phù não...

#### **4.2 Chẩn đoán thể lâm sàng**

- Vết thương sọ não thể điển hình: đầy đủ tổn thương da, xương sọ, màng cứng và tổ chức não
- Vết thương sọ não thể không điển hình: Chảy dịch não tủy ở tai, mũi sau chấn thương
- Vết thương sọ não qua xoang tĩnh mạch dọc trên
- Vết thương sọ não qua hội lưu Herophile
- Vết thương sọ não do hỏa khí

#### **4.3 Chẩn đoán phân biệt**

+ Chấn thương sọ não kín: Khoang dịch não tủy không thông với môi trường bên ngoài.

### **V. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Hướng điều trị:**

- Hồi sức tích cực
- Mở cấp cứu, tùy theo thương tổn mà có các biện pháp thích hợp

#### **2. Cụ thể:**

##### **a. Sơ cứu:**

- Phòng chống choáng cho bệnh nhân
- Thông thoáng đường thở (lấy dị vật, hút đờm dãi), hô hấp hỗ trợ (thở oxy, đặt nội khí quản, mở khí quản khi cần thiết). Thường khi Glasgow  $\leq 8$  điểm sẽ đặt nội khí quản
- Đặt các đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch, máu
- Thuốc chống trụy mạch nếu cần

- Xử trí tại chỗ vết thương:
- Cạo tóc quanh VT
- Cầm máu, sát khuẩn xung quanh VT bằng thuốc sát khuẩn nhẹ, sau đó băng vô khuẩn
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng, ngấm qua màng não, SAT, an thần nếu có kích thích
- Những việc cần tránh, ko làm:
- Ko thăm dò VT dù là dụng cụ vô khuẩn, vì đưa vi khuẩn từ ngoài vào trong
- Ko cho thuốc sát khuẩn lên tổ chức não vì làm tổn thương não
- Ko cho kháng sinh vào VT vì dễ gây động kinh
- Ko lấy tổ chức não, ko cố lấy dị vật

#### **b. Điều trị nội khoa:**

##### **Đối với những bệnh nhân tỉnh hoặc có rối loạn tri giác nhẹ.**

- Bệnh nhân phải được theo dõi sát tri giác.
- Nếu có biểu hiện kích thích phải dùng an thần, giảm đau.
- Nằm đầu cao 30 độ
- Chụp CT Scanner sơ kiểm tra sau 24-48 giờ.

##### **Đối với bệnh nhân hôn mê sâu từ đầu (Glasgow < 8 điểm)**

Nếu xử trí tốt sẽ tránh được những tổn thương thứ phát và làm giảm nguy cơ tử vong. Mục đích của điều trị là phòng ngừa thiếu máu não.

- Tư thế đầu cao 30 độ
- Tăng thông khí và hô hấp hỗ trợ, thở oxy
- Đặt nội khí quản, thở máy PaO<sub>2</sub>= 100mmHg và PaCO<sub>2</sub>= 35 mmHg.
- Duy trì huyết áp
- Theo dõi áp lực nội sọ (bình thường là 8-12mmHg) đảm bảo lưu lượng tưới máu não và chuyển hóa Oxy của tế bào não.

##### **\* Điều trị chống phù não**

- Nằm đầu cao:30-45 độ, giữ đầu luôn thẳng
- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy
- An thần, giảm đau, giãn cơ
- + Morphin: 10 mg mỗi 4 giờ
- + Propofol:0,3-3mg/kg/giờ
- + Midazolam: 10mg mỗi 4giờ ( Phenolbaccital 0,1g tiêm TMC, Diazepam 10 mg Hoặc Aminazin 25mg, Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h)
- Giảm đau: Paracetamol 1 g x 4 chai / 24 giờ
- Manitol:
- + Liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút
- Duy trì:0,25-0,5g/kg mỗi6giờ
- Furosemid
- + 10-20mg / mỗi 6 giờ

##### **\* Dinh dưỡng:**

- + Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O
- + Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định.
- + Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

**\* Thuốc dinh dưỡng thần kinh:**

- + Cerebolyline 10- 20ml TMC / 24h x4 tuần
- + Citicolin 1 -2 g TMC /24 h X 4 tuần
- + Nootropyl 12g TTM/24h hoặc 800mg x3 uống / 24h
- + Choline alioscerate 40mg, lv x2 lần/ ngày hay 1 ống X 2 lần/ ngày, tiêm mạch.

**\* Máu, chế phẩm máu và các dung dịch cao phân tử:**

- Máu, chế phẩm máu: Căn cứ vào xét nghiệm
- Dung dịch cao phân tử: HEAS Steril 6%, truyền tĩnh mạch duy trì huyết áp tối đa trên 90mmHg

**\* Điều trị dự phòng**

- Kháng sinh 7 đến 10 ngày: Tùy từng tổn thương có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm. Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân.
- + Cefadroxin x liều 1g đến 2g đường uống.
- + Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần (Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)
- + Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)
- + Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)
- Chống loét dạ dày: Esomepreazole 40mg, Pantoprazol 40mg, omeprazol 20mg /24 giờ
- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg X 3/ 24 giờ X 7 ngày

**\* Theo dõi Moritor ICP cho tất cả bệnh nhân:**

- Chấn thương sọ não nặng.
- Chụp CT sọ kiểm tra:
- + Sau 12-24 giờ
- + Hay khi tình trạng xấu đi
- + Hoặc trước khi cho xuất viện

**Điều trị sau mổ: như điều trị nội khoa**

- Kháng sinh các nhóm theo lâm sàng và kháng sinh đồ, dùng đơn độc hoặc kết hợp
- Giảm đau: Paracetamol 1g truyền tĩnh mạch, Diclofenac 75mg tiêm bắp
- Thuốc tăng tuần hoàn máu não, giảm sử dụng oxy tế bào não, tăng tính dẫn truyền thần kinh: Giúp cho tế bào não không bị phù nề và được nuôi dưỡng tốt hơn, tránh tổn thương thứ phát: Nimodipin, funarizin, Praxilen, Fonzilan .....
- An thần, các thuốc khác theo bệnh lý kết hợp
- Thay băng chăm sóc vết mổ, cấp độ chăm sóc theo mức độ nặng của bệnh nhân[3],[4].

**c. Điều trị phẫu thuật:**

- Vết thương sọ não đến sớm: mổ cấp cứu càng sớm càng tốt



- Vết thương sọ não muện: điều trị nội cho đến khi tình trạng bệnh nhân ổn định mới mổ [1],[4],[5]

## VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tùy tổn thương của vết thương sọ não nhiều hay ít, đến sớm hay đến muộn mà có tiên lượng và tiến triển khác nhau. Vết thương sọ não đến sớm, tổn thương ít tiên lượng tiến triển tốt hơn đến muộn, tổn thương nhiều.

\* **Biến chứng sớm:** Tử vong, biến chứng do nằm lâu( viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét tỳ đè...), nhiễm trùng vết mổ, viêm não màng não, dò dịch não tủy vết mổ...

### \* **Biến chứng muộn**

- Đời sống thực vật
- Di chứng thần kinh: yếu hoặc liệt chân tay
- Di chứng sau mổ: viêm rò, rò dịch não tủy sau mổ, áp-xe não, khuyết xương sọ...

**VII. PHÒNG BỆNH:** Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương vào vùng đầu

- Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe
- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất
- Khi bệnh nhân nhập viện: Thăm khám kỹ, tránh bỏ sót vết thương sọ não.

## VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN

### 8.1 Tiêu chuẩn nhập viện

#### - **Lâm sàng:**

+ Vết thương vùng đầu, có máu kèm dịch não tủy hoặc tổ chức não tại vết thương

+ Tri giác: GCS = 15 điểm hoặc giảm điểm Glasgow

+ Triệu chứng: đau đầu, có thể chóng mặt, buồn nôn hoặc nôn. Có thể xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú: giãn đồng tử, liệt nửa người

#### - **Cận lâm sàng:**

+ Ctscanner sọ não: Tổn thương xương sọ hoặc nội sọ: dập não, tụ máu dưới màng cứng, tụ máu ngoài màng cứng, dị vật trong hộp sọ ...

### 8.2 Tiêu chuẩn ra viện

#### - **Lâm sàng:**

+ Thang điểm Glasgow: GCS = 15 điểm hoặc cải thiện so với khi nhập viện

+ Vết mổ khô, không có viêm dò vết mổ

+ Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau đầu, chóng mặt. Có thể cải thiện các triệu chứng thần kinh khu trú.

- **Cận lâm sàng:** Có thể được chụp CT scanner sọ não để kiểm tra

+ CT scanner sọ não: Không xuất hiện các tổn thương thứ phát.

**VI. Mã ICD 10 áp dụng:** S02.71 – Vỡ nhiều mảnh của xương sọ và xương mặt, vỡ hở

**Tài liệu tham khảo**

- 1. Đồng Văn Hộ (2013)**, Phẫu thuật vết thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 159-171
- 2. Đồng Văn Hộ (2013)**, Chấn thương sọ não nặng, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 58-70
- 3. Đồng Văn Hộ (2013)**, Chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 30-57
- 4. Quyết định số 200/QĐ-BYT** ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh

## **KHUYẾT XƯƠNG SỌ** (ICD 10: T90.5 – Di chứng sau mổ chấn thương sọ não)

### **I. KHÁI NIỆM**

- Khuyết xương sọ là hậu quả của các phẫu thuật chấn thương, vết thương sọ não thời bình cũng như thời chiến và các bệnh lý ngoại khoa của não bộ.

### **II. NGUYÊN NHÂN KHUYẾT XƯƠNG SỌ**

Sau phẫu thuật giải tỏa não, phẫu thuật các loại máu tụ trong sọ, lún vỡ xương, vết thương sọ não, trong chấn thương sọ não. Ngoài ra, còn gặp ở các trường hợp sau phẫu thuật các bệnh lý khác trong hộp sọ: u não, áp-xe não, bệnh lý mạch máu não..., các u xương... [1].

### **III. TRIỆU CHỨNG [1][2]:**

#### **3.1. Triệu chứng lâm sàng**

\* Triệu chứng toàn thân: Có thể có hoặc không có di chứng do chấn thương sọ não để lại như đòi sống thực vật, yếu hoặc liệt...

\* Hội chứng giảm áp lực trong sọ khi thay đổi tư thế: đau đầu, chóng mặt, suy giảm ý thức...

\* Triệu chứng tại chỗ: Sẹo mổ cũ liền tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng hay viêm rò tại chỗ, vị trí khuyết sọ lõm so với xương sọ hiện có.

#### **3.2 Triệu chứng cận lâm sàng: [3]**

##### **3.2.1 XN để điều trị, theo dõi, tiên lượng:**

##### **Chỉ định xét nghiệm huyết học:**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)
- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá)
- HbsAg, HCV, HIV

##### **Chỉ định xét nghiệm đông máu:**

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động - Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động
- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động
- Thời gian máu chảy phương pháp Duke
- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

##### **Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:**

- Glucose [Máu]
- Urê máu [Máu]
- Creatinin (máu)
- Albumin [Máu]
- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]
- AST (GOT) [Máu]
- ALT (GPT) [Máu]
- Protein [máu]

##### **Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu**

- XN 10 thông số

\* **Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:** Tìm kiếm tổn thương bệnh lý ngực, bụng

### **3.3.2 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:**

\* **Chụp XQ hộp sọ quy ước:** Hiện nay ít dùng

\* **Chụp cắt lớp vi tính:** Tình trạng não và sọ khuyết

\* **Chụp cộng hưởng từ:** tình trạng não, đánh giá mức độ tổn thương não

## **IV. CHẨN ĐOÁN**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cắt lớp vi tính

\* **Lâm sàng:**

- Hội chứng giảm áp lực trong sọ khi thay đổi tư thế: đau đầu, chóng mặt, suy giảm ý thức...

- Triệu chứng tại chỗ: Sẹo mổ cũ liền tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng hay viêm rò tại chỗ, vị trí khuyết sọ lõm so với xương sọ hiện có **Cắt lớp vi tính**

**hoặc MRI sọ não:** Khuyết xương sọ

### **4.2 Chẩn đoán phân biệt**

+ Tiêu xương sọ trong các bệnh lý U xương sọ, U màng não, viêm xương sọ

## **V. ĐIỀU TRỊ:**

**5.1 Hướng điều trị:** Mổ ghép khuyết xương sọ.

### **5.2 Chỉ định phẫu thuật tạo hình khuyết sọ**

- Bệnh nhân phẫu thuật giải phóng chèn ép não do chấn thương sọ não nặng từ sau 3 tháng trở lên

- Sẹo phẫu thuật cũ liền tốt, không có biểu hiện nhiễm khuẩn tại chỗ

- Không có bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật

- Không có biểu hiện viêm xương trên phim xquang sọ

**Vật liệu ghép khuyết sọ:**

- Xương đồng loại.

- Xương tự thân: xương sườn, mào chậu, bản vollet sọ.

- Vật liệu nhân tạo như vật liệu tổ hợp carbon, xi măng sinh học tạo hình 3D

- Vật liệu kim loại: titan

- Các dụng cụ cố định: nẹp vít, Autopix ( ghim sọ)

### **5.3 Điều trị sau mổ**

**a. Điều trị chống phù não**

- Nằm đầu cao: 30-45 độ, giữ đầu luôn thẳng

- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy

- An thần, giảm đau, giãn cơ

+ Morphine: 10 mg mỗi 4 giờ

+ Propofol: 0,3-3mg/kg/giờ

+ Midazolam: 10mg mỗi 4giờ ( Phenolbaccital 0,1g tiêm TMC, Diazepam 10 mg Hoặc Aminazin 25mg, Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h)

- Giảm đau: Paracetamol 1 g x 4 chai / 24 giờ

- Manitol:

+ Liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút

Duy trì: 0,25-0,5g/kg mỗi 6 giờ

- Furosemid

+ 10-20mg / mỗi 6 giờ

**b. Dinh dưỡng:**

+ Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O

+ Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định.

+ Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

**c. Thuốc dinh dưỡng thần kinh:**

+ Cereboly sine 10- 20ml TMC / 24h x4 tuần

+ Citicolin 1 -2 g TMC /24 h X 4 tuần

+ Nootropyl 12g TTM/24h hoặc 800mg x3 uống / 24h

+ Choline alioscerate 40mg, lv x2 lần/ ngày hay 1 ống X 2 lần/ ngày, tiêm mạch.

**d. Máu, chế phẩm máu và các dung dịch cao phân tử:**

- Máu, chế phẩm máu: Căn cứ vào xét nghiệm

- Dung dịch cao phân tử: HEAS Steril 6%, truyền tĩnh mạch duy trì huyết áp tối đa trên 90mmHg

**e. Điều trị dự phòng**

- Kháng sinh 7 đến 10 ngày: Tùy từng tổn thương có thể dùng đường uống hoặc đường tiêm. Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân.

+ Cefadroxin x liều 1g đến 2g đường uống.

+ Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần (Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)

+ Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)

Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)

- Chống loét dạ dày: Esomepreazole 40mg, Pantoprazol 40mg, omeprazol 20mg /24 giờ

- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg X 3/ 24 giờ X 7 ngày

**\*Theo dõi**

- Theo dõi tri giác liên tục (bằng thang điểm Glasgow) nếu tri giác xấu đi hoặc xuất hiện thêm các dấu hiệu thần kinh khu trú thì phải xử trí ngay

- Kiểm tra bằng chụp CLVT sọ não nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện, tri giác xấu đi hoặc xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú để có can thiệp kịp thời.

- Các xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu, điện giải đồ có thể được làm thêm theo diễn biến bệnh để tiên lượng và điều trị

**VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tiến triển tốt: không xuất hiện các biến chứng sau mổ

- Tiến triển xấu: xuất hiện các biến chứng

+ Máu tụ nội sọ thứ phát

+ Nhiễm trùng sau mổ

+ Viêm tiêu xương sọ sau ghép, đào thải mảnh ghép nhân tạo.

**VII. PHÒNG BỆNH:** Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương sọ não

- Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe

- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất

- Khám định kỳ hoặc khi có bất thường để phát hiện các tổn thương U xương sọ, U màng não, viêm tiêu xương sọ.

**VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **5.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

- **Lâm sàng:**

+ Vị trí khuyết sọ lõm, đập theo mạch

+ Triệu chứng và hội chứng thần kinh do khuyết sọ đầu đầu, có thể chóng mặt khi thay đổi tư thế

- **Cận lâm sàng:**

+ Ctscanner sọ não: hình ảnh khuyết xương sọ

### **5.2 Tiêu chuẩn ra viện**

- **Lâm sàng:**

+ Thang điểm Glasgow: không giảm điểm so với khi nhập viện

+ Vết mổ: liền tốt, không có dấu hiệu viêm dò.

+ Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau đầu, chóng mặt. Có thể cải thiện các triệu chứng thần kinh khu trú.

- **Cận lâm sàng:** Có thể được chụp CT scanner sọ não để kiểm tra

+ CT scanner sọ não: Không xuất hiện các tổn thương thứ phát.

**IX. Mã ICD 10 áp dụng:** T90.5 – Di chứng sau mổ chấn thương sọ não

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Đông Văn Hệ (2013)**, Phẫu thuật tạo hình khuyết sọ, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 315-323

2. **Đông Văn Hệ (2013)**, Chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học. Tr 30-57

3. **Quyết định số 200/QĐ-BYT** ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh

4. Hướng dẫn Biên soạn Quy trình chuyên môn và Quy trình chuyên môn của 26 bệnh thường gặp, Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT

## TRƯỢT ĐÓT SỐNG THẮT LƯNG ICD 10: M43.0 - Trượt đốt sống

### **I. KHÁI NIỆM:**

Trượt đốt sống là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mỏm ngang và diện khớp phía trên. Trượt đốt sống là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng do sự mất vững của cột sống vùng thắt lưng cùng, chỉ định ngoại khoa được đặt ra khi các phương pháp điều trị nội khoa bảo tồn thất bại[1].

### **II. NGUYÊN NHÂN:**

Trượt đốt sống do nguyên nhân bẩm sinh, hở eo, khuyết eo cột sống  
Trượt đốt sống do mắc phải : gãy eo đốt sống, thoái hóa cột sống.

### **III. TRIỆU CHỨNG**

#### **3.1 Triệu chứng lâm sàng**

Trượt đốt sống có dấu hiệu của bệnh lý thoái hóa đĩa đệm, thoái hóa diện khớp, thoái hóa đốt sống, thoái hóa dây chằng...

##### **a. Hội chứng cột sống**

- Đau cột sống thắt lưng - cùng, đau liên quan tới vận động, gắng sức và thay đổi tư thế, nghỉ ngơi có giảm, đã điều trị không khỏi.
- Mất ưỡn cột sống thắt lưng kèm co cứng phản xạ các cơ cạnh cột sống thắt lưng.
- Tư thế chống đau của cột sống (cong vẹo cột sống hay tư thế ưỡn quá mức của cột sống).
- Có điểm đau cột sống và cạnh cột sống.
- Hạn chế tầm hoạt động của cột sống thắt lưng: Hạn chế động tác gập, duỗi, nghiêng, xoay cột sống thắt lưng.

##### **b. Hội chứng rễ**

- Đau lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh chi phối. khi bệnh nhân đi, nhất là đi xuống dốc, xuống cầu thang, hết đau khi cúi ra trước, khi dừng lại hoặc ngồi xuống. Đặc biệt có:

+ Dấu hiệu cách hồi thần kinh: Đau thắt lưng và đau rễ thần kinh xuất hiện khi bệnh nhân đi được một đoạn đường hoặc đứng lâu, đặc biệt khi xuống dốc, xuống cầu thang buộc bệnh nhân phải dừng lại. Tính chất đau bỏng rát, có thể kèm chuột rút, ngồi hoặc nằm đỡ đau hơn, đặc biệt khi hơi cúi nhẹ ra trước. Đau lại xuất hiện khi đi tiếp được một đoạn đường .

+ Rối loạn cảm giác: Giảm hoặc mất cảm giác kiểu rễ hoặc dị cảm ở da theo khu vực rễ thần kinh chi phối.

+ Teo cơ do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép. rối loạn cơ tròn.

+ Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

+ Rối loạn vận động: yếu, liệt

- Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

- Dấu hiệu về thực vật ở phía trên và phía dưới khu vực tổn thương: Màu sắc da, nhiệt độ da, sự tiết mồ hôi, rối loạn vận mạch.

**c. Dấu hiệu kích thích rễ:** Các dấu hiệu bấm chuông, dấu hiệu Lasègue thẳng, dấu hiệu Lasègue chéo, dấu hiệu Bonnet, điểm đau Valleix.

**d. Dấu hiệu tổn thương rễ:**

- Giảm hoặc mất cảm giác da ở vị trí rễ bị đau.

- Yếu hoặc liệt cơ.

- Giảm hoặc mất phản xạ gân xương, phản xạ da bìu, hậu môn.

- Rối loạn dinh dưỡng (teo cơ).

- Rối loạn thần kinh thực vật: Giảm nhiệt độ da, giảm tiết mồ hôi, rối loạn dinh dưỡng da.

- Rối loạn cơ tròn: Bí tiểu tiện, tiểu tiện không tự chủ trong trường hợp tổn thương S3, S4, S5, hiếm gặp

- Dấu hiệu về dinh dưỡng: Phát hiện teo cơ cục bộ hoặc teo cơ toàn bộ do tổn thương một hoặc nhiều rễ. Các biểu hiện loét, da khô, phù nề ở khu vực dưới nơi tổn thương[2],[3].

**e. Rối loạn cơ tròn:**

- Tiểu tiện khó: Bệnh nhân phải rặn nhiều, nước tiểu ra yếu, không thành tia bình thường, có khi nước tiểu nhỏ thành giọt.

- Mót tiểu không nhịn được

- Bí tiểu hoàn toàn: Bệnh nhân không đi tiểu được mặc dù trong bàng quang có chứa đầy nước tiểu phải đặt ống thông bàng quang.

- Đái dầm: Nước tiểu rỉ ra liên tục một cách thụ động do liệt cơ thắt bàng quang.

+ Đại tiện: Táo bón., Đại tiện không tự chủ[1],[2],[3].

### **3.2 Triệu chứng cận lâm sàng**

**a. Xét nghiệm để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

**Chỉ định xét nghiệm huyết học:**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)

- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá), định nhóm máu RH (D)

- HbsAg, HCV, HIV



### ***Chỉ định xét nghiệm đông máu:***

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động
- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động
- Thời gian máu chảy phương pháp Duke
- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

### ***Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:***

- Glucose [Máu]
- Urê máu [Máu]
- Creatinin (máu)
- Albumin [Máu]
- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]
- AST (GOT) [Máu]
- ALT (GPT) [Máu]
- Protein [máu]

### ***Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu***

- XN 10 thông số
- \* ***Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:*** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

### **b. Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:**

#### ***\* Chụp X quang quy ước***

- Ba tư thế: Thẳng, nghiêng và chéch 3/4: đánh giá đường cong sinh lý, khớp đốt sống, khoang gian đốt, kích thước lỗ tiếp hợp, mật độ xương và cấu trúc xương, các dị tật bẩm sinh

- Xquang (dynamic) chỉ ra dấu hiệu mất vững giữa gian đốt sống, với thương tổn nổi bật “dominant lesion” 4 thể mất vững gian đốt:

+ Mất vững gian đốt trượt thân đốt sống ra trước.

+ Mất vững gian đốt trượt đốt sống ra sau.

+ Tăng góc vận động (góc mất vững)

+ Trục xoay bất thường

#### ***\* Chụp cắt lớp vi tính (CLVT)***

- Chụp CLVT phát hiện chính xác với độ nhạy cao hơn x quang các chồi xương, phì đại diện khớp, thoái hóa dây chằng, khí trong đĩa đệm...

#### ***\* Chụp cộng hưởng từ cột sống (CHT)***

- Hình ảnh đốt sống bất thường trong mất vững cột sống: hình ảnh máu khớp phì đại, tình trạng thoái hóa đĩa đệm, hình ảnh của các tổ chức lân cận: Thân đốt sống, hình ảnh ống sống, các sừng trước, sừng sau, và một số cấu trúc khác là khối cơ, da và tổ chức dưới da.

\* ***Đo mật độ xương.*** Đánh giá mức độ loãng xương giúp đưa ra phương thức phẫu thuật thích hợp

## **IV. CHẨN ĐOÁN**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và phim chụp

**\* Lâm sàng:**

- Đau lưng
- Rối loạn cảm giác:
- Rối loạn vận động:
- Đau kiểu rễ
- Hội chứng đuôi ngựa

**X Quang + Cắt lớp vi tính + MRI:** Xác định vị trí tổn thương, mức độ tổn thương

**4.2. Chẩn đoán theo thể bệnh**

**a. Trượt đốt sống bẩm sinh**

- Dị tật đốt sống
- hở eo, khuyết eo

**b. Trượt sống mắc phải**

- Thoái hóa
- Phối hợp thoái hóa và bẩm sinh
- Gãy eo đốt sống

**4.3 Chẩn đoán phân biệt:** chủ yếu dựa vào các phim chụp để phân biệt với các bệnh sau

- + Thoát vị đĩa đệm đơn thuần, hẹp ống sống
- + U tủy, U rễ thần kinh
- + Trượt đốt sống
- + Suy van tĩnh mạch chi

**V. ĐIỀU TRỊ**

**5.1 Hướng điều trị**

- Thuốc: Chống viêm, giảm đau, giãn cơ, an thần...
- Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, châm cứu...

- Phẫu thuật cố định + giải phóng chèn ép khi điều trị nội khoa không hiệu quả

**5.2 Điều trị bảo tồn**

+ Bất động: Bệnh nhân được nằm ngửa trên ván cứng ở tư thế giảm đau nhất, thời gian 2 - 3 tuần,

+ Sử dụng thuốc: Các thuốc chống viêm giảm đau. Các thuốc an thần giãn cơ nhẹ và các vitamin nhóm B liều cao

+ Sử dụng liệu pháp corticoid trong trường hợp các thuốc giảm đau chống viêm thông thường điều trị không hiệu quả hoặc phong bế tại chỗ phối hợp với các thuốc tê.

+ Cố định ngoài: Sử dụng áo nẹp cột sống, Sau 3 – 6 tháng vận động bình thường.

**5.3 Điều trị ngoại khoa**

- Mục đích làm vững cột sống, giải phóng chèn ép rễ thần kinh

Chỉ định mổ:

- + Có biểu hiện chèn ép thần kinh mà điều trị nội khoa thất bại.
- + Có các yếu tố mất vững cột sống và thoái hóa các đốt liền kề.

## **a. Phương pháp phẫu thuật**

### **\* Phẫu thuật đường sau:**

- Cố định cột sống nẹp vít chân cung + mở cung sau giải ép thần kinh + ghép xương liên thân đốt sống ( Phẫu thuật TLIF)
- Cố định cột sống nẹp vít chân cung + mở cung sau giải ép thần kinh + ghép xương mỏm ngang( Phẫu thuật PLF)
- Phẫu thuật ít xâm lấn: Phẫu thuật bắt vít chân cung qua da + giải ép thần kinh và ghép xương liên thân đốt qua hệ thống ống nong hoặc hệ thống nội soi cột sống.( Phẫu thuật MID TLIF)[1],[2],[3].

### **\* Phẫu thuật đường trước bên**

- Phẫu thuật lấy đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt và cố định nẹp vít phía trước. ( Phẫu thuật ALIF)

## **b. Điều trị sau phẫu thuật:**

### **\* Nguyên tắc điều trị**

- Kháng sinh các nhóm theo lâm sàng và kháng sinh đồ, dùng đơn độc hoặc kết hợp
- Giảm đau, chống viêm, giãn cơ
- An thần, vitamin nhóm B liều cao
- Các thuốc khác theo bệnh lý kết hợp
- Thay băng chăm sóc vết mổ, cấp độ chăm sóc theo mức độ nặng của bệnh nhân
- Rút dẫn lưu nếu ra dưới 30ml trong vòng 48 tiếng, rút dẫn lưu, nằm bất động tại giường với tư thế đầu thấp, theo dõi sát, dự phòng và phát hiện sớm viêm màng não...
- Bệnh nhân vận động tại giường ngay sau mổ vận động theo hướng dẫn của bác sỹ.
- Khi ra viện: Dặn dò, thời gian khám lại, tư vấn tập phục hồi chức năng

### **\* Điều trị cụ thể**

#### **+ Giảm đau**

+ Paracetamol 1g x 03 lọ truyền tm 100 g/p chia S-C-T dùng 5 ngày, từ ngày thứ 6 có thể dùng paracetamol đường uống ( Paracetamol 0,5g x 6 viên/ngày)

+ Chống viêm NSAID: Diclofenac 75mg x 2 ống/ 24h, Piroxicam 20mg/1ml x 2 ống/ 24h. Có thể dùng trong 3 ngày đầu sau mổ.

+ Giảm đau, an thần: Dùng trong những trường hợp đau nặng: Morphin hydroclorid 10mg/1ml tiêm TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h. Dolacgan 100mg/2ml x 1 ống TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h.

+ **Kháng sinh** : Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân. Thời gian dùng kháng sinh sau mổ thường từ 7 – 10 ngày, có thể phải kéo dài hơn thời gian điều trị kháng sinh tùy tình trạng bệnh. Có thể dùng đơn độc một loại kháng sinh hoặc kết hợp từ 2 hay nhiều loại kháng sinh:

+ Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)

+ Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)

+ Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)

+ **Chống viêm**

- Chống viêm steroid: Methylprednisolon 40 mg x 02 ống tiêm TMC dùng 3-5 ngày

- Chống viêm NSAID: Thuốc ức chế COX – 2: Celecoxib 200mg( celebrex 200mg x 2 viên/ngày/ dùng 7- 10 ngày)

+ **Giãn cơ, an thần**

- Eperison Hydroclorid ( Myonal 50mg x 03 viên uống chia 3) Dùng 7-10 ngày.

- Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h dùng 5-7 ngày

+ **Chống loét dạ dày**

- Omeprazon 40 mg x 01 lọ Tiêm TMC ( OCiD 40 mg hoặc omeprazon 20 mg x 2 viên uống )

- Vitamin nhóm B liều cao ( Neutrivit 5000 x 01 ống Tiêm bắp) dùng 10 ngày

+ **Truyền máu** ( Trường hợp có chỉ định truyền máu hoặc chế phẩm ): Khối lượng máu truyền tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và xét nghiệm

- Máu toàn phần cùng nhóm,

- Khối hồng cầu

+ **Dinh dưỡng:**

+ Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O

+ Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định. Số lượng căn cứ vào xét nghiệm và tình trạng bệnh.

+ Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày[4],[5],[6][7].

**6. Đánh giá kết quả điều trị:** Trong quá trình điều trị, có thể chụp lại Xquang cột sống, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cột sống để đánh giá kết quả điều trị.

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tiến triển tốt: khỏi bệnh và ít để lại di chứng

- Tiến triển xấu: đối với các trường hợp tổn thương thần kinh nặng trước mổ, thường hồi phục kém hoặc không hồi phục để lại di chứng tàn phế.

## **VII. PHÒNG BỆNH:**

- Tuyên truyền tập thể dục, thể thao giảm thoái hóa

- Không sử dụng các chất kích thích: bia rượu, thuốc lá

- Khám bệnh và dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

- **Lâm sàng:**

+ Hội chứng cột sống: Có thể đau lưng, biến dạng cột sống

+ Hội chứng rễ thần kinh: Đau tê lan chân, đi cách hồi thần kinh

- **Cận lâm sàng:**

+ MRI cột sống thắt lưng: Hình ảnh hẹp ống sống thắt lưng

## 8.2 Tiêu chuẩn ra viện

### - Lâm sàng:

+ Vết mổ: liền tốt, không có dấu hiệu viêm dò.

+ Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau lưng, đau tê chân so với trước mổ

- **Cận lâm sàng:** Có thể được chụp XQuang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ cột sống thắt lưng để kiểm tra sau mổ: Nẹp vít đúng vị trí, rễ thần kinh được giải phóng chèn ép tốt.

**IX. Mã ICD 10 áp dụng:** M43.0 - Trượt đốt sống

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

**1.Phan Trọng Hậu (2002)**, “*Nghiên cứu chẩn đoán điều trị trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành*”, Luận án tiến sỹ y khoa, Học viện quân y.

**2.Quyết định số 5729/QĐ-BYT** ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Cột sống.

**3.Quyết định số 198/QĐ-BYT** ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật.

## I. KHÁI NIỆM

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng xơ, gây chèn ép ống sống hay rễ thần kinh, [1],[2].

## II. NGUYÊN NHÂN:

Nguyên nhân chính được biết đến là do quá trình thoái hoá đĩa đệm, hệ thống dây chằng và xương cột sống. Kèm theo các lực vi chấn thương tác động gây ra thoát vị đĩa đệm

Ngoài ra, thoát vị đĩa đệm còn được nhắc đến do nguyên nhân chấn thương đột ngột, cấp tính.

## III. TRIỆU CHỨNG

### 1. Đặc điểm lâm sàng

- Khởi đầu đau lưng, vài ngày vài tuần, hoặc đau đột ngột đau theo rễ thần kinh, thường khi đó đau lưng giảm. Đau tăng khi làm nặng, ho, nhảy mũi, rặn, giảm khi nghỉ ngơi hay khi gấp gối và cúi.
- Thường không dám vận động mạnh. Tuy nhiên, giữ quá lâu một tư thế (đứng, ngồi hay nằm) cũng gây ra đau, do đó cần phải thay đổi tư thế trong vài phút đến 10-20 phút.
- Triệu chứng bàng quang, như tiểu khó, tiểu gắt hay tiểu không hết, thường gặp trong những trường hợp nặng.

### 2. Thăm khám

#### 2.1 Dấu hiệu gợi ý chèn ép rễ thần kinh

- Triệu chứng rễ thần kinh: đau xuống chi dưới, yếu vận động chi dưới, thay đổi cảm giác theo khoanh cảm giác da, giảm phản xạ gân xương.
- Dấu hiệu căng rễ thần kinh dương tính (nghiệm pháp Lasègue +....).
- Đau khi ấn dọc đường đi của dây thần kinh.

#### 2.2 Dấu hiệu căng rễ thần kinh

**a. Nghiệm pháp Lasègue:** Bệnh nhân nằm ngửa, nâng chân từ từ trong tư thế duỗi gối cho đến khi đau xuất hiện (thường dưới 60 độ). Dương tính khi đau theo đường đi của dây thần kinh. Nghiệm pháp Lasègue nhạy với L5 và S1, rễ L4 ít nhạy hơn, những rễ thần kinh thắt lưng khác rất ít nhạy[3].

**b. Nghiệm pháp Cram,** nghiệm pháp căng đùi (nghiệm pháp Lasègue ngược), dấu hiệu Bowstring, nghiệm pháp duỗi gối khi ngồi ghé.

### 3. Cận lâm sàng:

#### 3.1 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:

**3.1.1 X quang:** Cần chụp tư thế cúi ngửa tối đa. Giúp phát hiện những bất thường bẩm sinh và hình ảnh thoái hóa. Có thể phát hiện hẹp lỗ liên hợp, trượt đốt sống hoặc hở eo đốt sống.

**3.1.2 MRI:** MRI được lựa chọn đầu tiên. Thuận lợi: Cung cấp thông tin tốt hơn ở bình diện đứng dọc, thấy rõ hình ảnh mô mềm, không xâm lấn và không bị nhiễu xạ. Chụp cộng hưởng từ là cần thiết giúp chẩn đoán xác định vị trí thoát vị, mức độ thoát vị, hẹp ống sống... từ kết quả đó giúp chỉ định chính xác điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

Nhược điểm: Đánh giá xương không tốt, đắt tiền, khó đọc kết quả ở trường hợp vẹo cột sống.

**3.1.3 CT cột sống thắt lưng - cùng:** CT có thể phát hiện phần lớn bệnh lý cột sống. Thuận lợi: hình ảnh xương rõ, tình trạng ống sống, không xâm lấn, bệnh nhân ngoại trú được, nhanh, rẻ. Bất lợi: không khảo sát bình diện đứng dọc, độ nhạy thấp.

**3.1.4 MyeloGram/CT:** độ nhạy 62% - 100% và đặc hiệu 83% -94%. Thuận lợi: cung cấp thông tin trên bình diện đứng dọc, đánh giá được chùm đuôi ngựa. Bất lợi: xâm lấn, bệnh nhân phải nằm viện, có thể có tác dụng phụ (đau đầu, buồn nôn, nôn, động kinh).

**3.1.5 Điện cơ:** Khi nghi ngờ bệnh lý khác (bệnh lý thần kinh cơ, bệnh lý tủy..) hoặc bệnh lý rễ chưa chắc chắn.

**3.2. Xét nghiệm để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

***Chỉ định xét nghiệm huyết học:***

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)
- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá), định nhóm máu RH (D)
- HbsAg, HCV, HIV

***Chỉ định xét nghiệm đông máu:***

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động
- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động
- Thời gian máu chảy phương pháp Duke
- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

***Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:***

- Glucose [Máu]
- Urê máu [Máu]
- Creatinin (máu)
- Albumin [Máu]
- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]
- AST (GOT) [Máu]
- ALT (GPT) [Máu]
- Protein [máu]

***Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu***

- XN 10 thông số

\* ***Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:*** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

## **IV. CHẨN ĐOÁN**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và phim chụp

\* **Lâm sàng:**

- Đau lưng : Có hoặc không
- Rối loạn cảm giác
- Rối loạn vận động

- Đau kiểu rễ
- Hội chứng đuôi ngựa

**X Quang + Cắt lớp vi tính + MRI:** Xác định vị trí tổn thương, mức độ tổn thương

#### **4.2. Chẩn đoán theo thể bệnh**

- Thoát vị đĩa đệm thể trung tâm
- Thoát vị đĩa đệm thể lệch bên
- Thoát vị đĩa đệm lỗ liên hợp
- Thoát vị đĩa đệm ngoài lỗ liên hợp

**4.3 Chẩn đoán phân biệt:** chủ yếu dựa vào các phim chụp để phân biệt với các bệnh sau

- + Hẹp ống sống
- + U tủy, U rễ thần kinh
- + Trượt đốt sống
- + Suy van tĩnh mạch chi

### **V. ĐIỀU TRỊ**

#### **5.1 Hướng điều trị**

- Thuốc: Chống viêm, giảm đau, giãn cơ, an thần...
- Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, châm cứu...
- Phẫu thuật giải phóng chèn ép khi điều trị nội khoa không hiệu quả

#### **5.2. Nội khoa bảo tồn**

- Thay đổi sinh hoạt: nghỉ tại giường 2 – 4 ngày khi đau theo rễ nhiều: Hạn chế khuân nặng, ngồi lâu, cúi ngựa hay vặn cột sống thắt lưng. Trong tháng đầu tập thể dục nhẹ nhàng giúp cơ thể giảm suy nhược, tập tăng dần mang lại kết quả tốt, chỉ ngưng tập khi đau.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophene hay NSAIDS đầu tiên. Giảm đau mạnh hơn (á phiện) khi đau dữ dội và không dùng quá 2-3 tuần.
- Thuốc giãn cơ: tác dụng chưa rõ, có thể tác dụng phụ (li bì, uể oải), dùng dưới 2- 3 tuần.
- Giáo dục cho bệnh nhân.
- Liệu pháp xoa bóp cột sống (Spinal manipulation therapy-SMT).
- Tiêm ngoài màng cứng: hiệu quả không rõ ràng.
- kết hợp giữa dùng thuốc và lý trị liệu thời gian trung bình 6 tuần nếu không hiệu quả thì xét phẫu thuật[1],[3].

#### **5.3. Điều trị ngoại khoa**

##### **a. Chỉ định**

- (1) Điều trị nội khoa trung bình 6 tuần không hiệu quả, đau tê không giảm.
- (2) “Phẫu thuật cấp cứu”: hội chứng chùm đuôi ngựa, khiếm khuyết vận động tiến triển, hay bệnh nhân đau không chịu được dù thuốc giảm đau mạnh.
- (3) Bệnh nhân không kiên nhẫn điều trị nội khoa.
- (4) khối thoát vị lớn chèn ép rễ thần kinh.

##### **b. Các phương pháp phẫu thuật**

- \* Phẫu thuật mổ mở lấy thoát vị đĩa đệm



\* Phẫu thuật ít xâm lấn: Sử dụng các phương tiện hỗ trợ để thực hiện phẫu thuật lấy thoát vị.

Các phương tiện hỗ trợ:

- Hệ thống nội soi cột sống
- Hệ thống ống nong ( khung Quarant)
- Hệ thống kính vi phẫu
- Hệ thống định vị Navigation
- Hệ thống cảnh báo thần kinh trong mổ

### **c. Điều trị hậu phẫu:**

#### **\* Nguyên tắc điều trị**

- Kháng sinh các nhóm theo lâm sàng và kháng sinh đồ, dùng đơn độc hoặc kết hợp - Giảm đau, chống viêm, giãn cơ
- An thần, vitamin nhóm B liều cao
- Các thuốc khác theo bệnh lý kết hợp
- Thay băng chăm sóc vết mổ, cấp độ chăm sóc theo mức độ nặng của bệnh nhân
- Rút dẫn lưu nếu ra dưới 30ml trong vòng 48 tiếng, rút dẫn lưu, nằm bất động tại giường với tư thế đầu thấp, theo dõi sát, dự phòng và phát hiện sớm viêm màng não...
- Bệnh nhân vận động tại giường ngay sau mổ vận động theo hướng dẫn của bác sỹ.
- Khi ra viện: Dặn dò, thời gian khám lại, tư vấn tập phục hồi chức năng

#### **\* Điều trị cụ thể**

##### **+ Giảm đau**

+ Paracetamol 1g x 03 lọ truyền tm 100 g/p chia S-C-T dùng 5 ngày, từ ngày thứ 6 có thể dùng paracetamol đường uống ( Paracetamol 0,5g x 6 viên/ngày)

+ Chống viêm NSAID: Diclofenac 75mg x 2 ống/ 24h, Piroxicam 20mg/1ml x 2 ống/ 24h. Có thể dùng trong 3 ngày đầu sau mổ.

+ Giảm đau, an thần: Dùng trong những trường hợp đau nặng: Morphin hydroclorid 10mg/1ml tiêm TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h. Dolacgan 100mg/2ml x 1 ống TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h.

+ **Kháng sinh** : Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân. Thời gian dùng kháng sinh sau mổ thường từ 7 – 10 ngày, có thể phải kéo dài hơn thời gian điều trị kháng sinh tùy tình trạng bệnh. Có thể dùng đơn độc một loại kháng sinh hoặc kết hợp từ 2 hay nhiều loại kháng sinh:

+ Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)

+ Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)

+ Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)

##### **+ Chống viêm**

- Chống viêm steroid: Methylprednisolon 40 mg x 02 ống tiêm TMC dùng 3-5 ngày

- Chống viêm NSAID: Thuốc ức chế COX – 2: Celecoxib 200mg( celebrex 200mg x 2 viên/ngày/ dùng 7- 10 ngày)

+ **Giãn cơ, an thần**

- Eperison Hydroclorid ( Myonal 50mg x 03 viên uống chia 3) Dùng 7-10 ngày.

- Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h dùng 5-7 ngày

+ **Chống loét dạ dày**

- Omeprazon 40 mg x 01 lọ Tiêm TMC ( OCiD 40 mg hoặc omeprazon 20 mg x 2 viên uống )

- Vitamin nhóm B liều cao ( Neutrivit 5000 x 01 ống Tiêm bắp) dùng 10 ngày

+ **Truyền máu** ( Trường hợp có chỉ định truyền máu hoặc chế phẩm ): Khối lượng máu truyền tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và xét nghiệm

- Máu toàn phần cùng nhóm,

- Khối hồng cầu

+ **Dinh dưỡng:**

+ Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O

+ Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định. Số lượng căn cứ vào xét nghiệm và tình trạng bệnh.

+ Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày[1],[3].

**6. Đánh giá kết quả điều trị:** Trong quá trình điều trị, có thể chụp lại Xquang cột sống, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cột sống để đánh giá kết quả điều trị.

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tiến triển tốt: khỏi bệnh và ít để lại di chứng

- Tiến triển xấu: đối với các trường hợp tổn thương thần kinh nặng trước mổ, thường hồi phục kém hoặc không hồi phục để lại di chứng tàn phế.

+ Biến chứng thường gặp: nhiễm trùng vết mổ nông hay sâu, khiếm khuyết vận động, thủng màng cứng, dò dịch não tủy, giả thoát vị màng tủy.

+ Biến chứng ít gặp: tổn thương rễ thần kinh, tổn thương cấu trúc trước than sống, thủng mạch máu lớn như động mạch chủ bụng, động mạch chậu chung hay tĩnh mạch lớn, có thể gây tử vong do mất máu.

+ Tái phát (cùng tầng hay cùng bên): 4% trong 10 năm[2],[3].

## **VII. PHÒNG BỆNH:**

- Tuyên truyền tập thể dục, thể thao giảm thoái hóa

- Không sử dụng các chất kích thích: bia rượu, thuốc lá

- Khám bệnh và dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

- **Lâm sàng:**

+ Hội chứng cột sống: Có thể đau lưng, biến dạng cột sống

+ Hội chứng rễ thần kinh: Đau tê lan chân theo đường đi của rễ thần kinh.

- **Cận lâm sàng:**

+ MRI cột sống thắt lưng: Hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh

## 8.2 Tiêu chuẩn ra viện

### - Lâm sàng:

+ Vết mổ: liền tốt, không có dấu hiệu viêm dò.

+ Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau lưng, đau tê chân so với trước mổ

- **Cận lâm sàng:** Có thể được chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ để kiểm tra sau mổ: hết thoát vị, rễ thần kinh được giải phóng chèn ép.

**IX. Mã ICD 10 áp dụng:** M51.2 – Thoát vị đĩa đệm đốt sống đặc hiệu khác

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Ngọc Sơn và cộng sự**, “Nghiên cứu ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy thoát vị đĩa đệm trong thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”. Luận án tiến sĩ y học. 2013.

2. **Quyết định số 5729/QĐ-BYT** ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Cột sống.

## CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC VÀ THẮT LƯNG

(ICD 10: M48.3 - Chấn thương cột sống)

### I. KHÁI NIỆM

Chấn thương cột sống là những tổn thương do lực chấn thương tác động vào cột sống, có thể gây tổn thương phần xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân cơ. Đoạn cột sống tiếp nối lồng-thắt lưng là đoạn gãy hay gặp với các thương tổn bệnh lý giải phẫu đa dạng; từ loại gãy vững, ít nguy cơ thương tổn thần kinh đến loại gãy không vững với thương tổn thần kinh nặng nề[1].

### II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG:

#### 2.1. Nguyên nhân

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt
- Các nguyên nhân khác gây chấn thương vào vùng cột sống: tai nạn thể thao, bị đánh...

#### 2.2. Cơ chế chấn thương

\* **Cơ chế chấn thương trực tiếp:** Lực chấn thương tác động trực tiếp vào vùng cột sống gây tổn thương. Ít gặp hơn

\* **Cơ chế chấn thương gián tiếp:** hay gặp hơn

- Gãy do dồn ép quá mức
- Gãy do gập quá mức
- Gãy do uốn quá mức
- Gãy do xoay quá mức

### III. TRIỆU CHỨNG

## 1. Khám cột sống

- Với sự trợ giúp của nhiều người, cho bệnh nhân nằm nghiêng để khám tìm vị trí tổn thương theo điểm đau, điểm gù.

## 2. Khám thần kinh

- Mục đích chính là xác định tâng thần kinh bị tổn thương cũng như mức độ liệt hoàn toàn hay liệt không hoàn toàn của tổn thương tủy.

### a. Xác định vị trí tổn thương tủy

- Tùy theo vị trí tổn thương tủy mà bệnh nhân có các rối loạn vận động khác nhau.

Khám sức cơ của cơ theo thang điểm vận động:

Điểm	Vận động
0	Không có cơ cơ khi cố gắng vận động
1	Có cơ cơ nhưng không phát sinh động tác
2	Vận động được chỉ trên mặt phẳng, không thắng được trọng lực chi
3	Thắng được trọng lực chi
4	Thắng được sức cản vừa
5	Vận động bình thường

- Khám các rối loạn cảm giác (theo sơ đồ phân vùng cảm giác) bằng kiểm tra cảm giác xúc giác, cảm giác đau. Ví dụ một số mốc cơ thể như: lưng 4 - ngang núm vú, lưng 6 - ngang mũi ức, lưng 10 - ngang rốn, lưng 12 - giữa nếp bẹn.

### b. Đánh giá mức độ tổn thương tủy

- Để xác định được chính xác mức độ tổn thương tủy phải chờ hết giai đoạn sốc tủy, thường kéo dài khoảng 48h trong đa số trường hợp. Phản xạ hành hang là phản xạ tủy sống xa nhất nên có trở lại sớm nhất, đánh dấu sự chấm dứt của giai đoạn sốc tủy. Phản xạ hành hang biểu hiện bằng cơ cơ vòng hậu môn khi bóp đầu dương vật (đàn ông) hoặc bóp đầu âm vật (đàn bà) hoặc kéo vào ống sonde tiểu. Vì vậy đeo găng khám trực tràng bằng ngón tay là một thì không thể thiếu trong lúc khám thần kinh tủy sống.

- Trên cơ sở khám vận động cảm giác, người ta phân loại tổn thương thần kinh theo Frankel[1]:

Loại	Chức năng
A	Liệt hoàn toàn: không còn bất cứ cảm giác hay vận động nào dưới thương tổn
B	Liệt không hoàn toàn: còn cảm giác nhưng mất vận động dưới thương tổn
C	Liệt không hoàn toàn: cảm giác còn, vận động giảm (cơ lực 2/5)
D	Liệt không hoàn toàn: cảm giác còn, vận động giảm (cơ lực 3/5-4/5)
E	Bình thường: Vận động và cảm giác bình thường

## 3. Cận lâm sàng

### 3.1 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra, phân loại

**3.1.1 X Quang:** Dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.

**3.1.2 Cắt lớp vi tính (CT Scanner) :** Đánh giá rất tốt tổn thương xương đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều. Theo phân loại của Denis.

**3.1.3 Cộng hưởng từ (MRI) :** Đánh giá tốt tổn thương dây chằng, đĩa đệm đặc biệt là tổn thương tủy.

**Phân loại gãy cột sống theo Denis[2],[3]:**

- Denis chia cột sống làm 3 cột:

+ Cột trước: nửa trước thân đốt sống, đĩa đệm và dây chằng dọc trước

+ Cột giữa: nửa sau thân đốt sống, đĩa đệm và dây chằng dọc sau.

+ Cột sau: toàn bộ cung sau, dây chằng vàng, bao khớp và các dây chằng liên gai.

Nếu tổn thương 2/3 cột hoặc tổn thương cột giữa, hoặc tổn thương cột sau được coi là mất vững.

- Có 4 loại gãy:

+ Loại 1: Gãy lún (compression)

+ Loại 2: Gãy lún, bung nhiều mảnh (burst fracture):

+ Loại 3: Gãy dây đai an toàn (seat - belt)

+ Loại 4: Gãy trật (fracture - dislocation)

**3.2. Xét nghiệm để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

**Chỉ định xét nghiệm huyết học:**

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)

- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên mã), định nhóm máu RH (D)

- HbsAg, HCV, HIV

**Chỉ định xét nghiệm đông máu:**

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động

- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động

- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động

- Thời gian máu chảy phương pháp Duke

- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

**Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:**

- Glucose [Máu]

- Urê máu [Máu]

- Creatinin (máu)

- Albumin [Máu]

- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]

- AST (GOT) [Máu]

- ALT (GPT) [Máu]

- Protein [máu]

**Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu**

- XN 10 thông số

\* **Xq ngực, siêu âm màng phổi:** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

**IV. CHẨN ĐOÁN**

#### **4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cắt lớp vi tính

\* **Lâm sàng:** Sau chấn thương xuất hiện các triệu chứng

+ Đau khu trú vùng cột sống ngực, thắt lưng

+ Co cứng khối cơ cạnh sống

+ Dấu hiệu tổn thương thần kinh : rối loạn vận động( yếu, liệt vận động 2 chi dưới), rối loạn cảm giác( tê bì, giảm hoặc mất cảm giác...). Đánh giá mức độ theo thang điểm Frankel

+ Rối loạn cơ tròn : Có hoặc không

+ Phản xạ hành hang, phản xạ cơ thắt hậu môn : còn hoặc mất

**X Quang + Cắt lớp vi tính + MRI:** Xác định vị trí đốt sống tổn thương, mức độ tổn thương tủy và hệ thống dây chằng

#### **4.2. Chẩn đoán theo thể bệnh**

##### **a. Dựa vào mức độ tổn thương xương**

+ Loại 1: Gãy lún (compression)

+ Loại 2: Gãy lún, bung nhiều mảnh (burst fracture):

+ Loại 3: Gãy dây đai an toàn (seat - belt)

+ Loại 4: Gãy trật (fracture - dislocation)

##### **b. Dựa vào mức độ tổn thương tủy**

+ Loại 1: Chấn thương cột sống có liệt tủy

+ Liệt tủy hoàn toàn

+ Liệt tủy không hoàn toàn

+ Loại 2: Chấn thương cột sống không liệt tủy

#### **4.3 Chẩn đoán phân biệt**

+ Xẹp đốt sống do loãng xương: Trên phim cắt lớp vi tính không ghi đường vỡ xương

+ Trượt đốt sống do thoái hóa: phân biệt với trật đốt sống do chấn thương

### **V. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Hướng điều trị**

- Thuốc chống phù tủy

- Nắn chỉnh + cố định thương tổn xương.

- Phòng các biến chứng của tổn thương tủy.

- Hồi phục chức năng.

#### **2. Sơ cứu**

- Bất động: Chú ý khi vận chuyển bệnh nhân, tư thế cột sống phải luôn nằm trên một “mặt phẳng” tránh tình trạng cột sống bị vặn làm tổn thương tủy nặng thêm. Cho bệnh nhân nằm ngửa trên ván cứng, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mặc áo cột sống.

- Phòng chống sốc: Dùng các thuốc giảm đau, truyền dịch kiểm soát tuần hoàn, duy trì huyết áp tâm thu từ 110 – 140 mmHg để đảm bảo lưu lượng tưới máu tủy. Cho thở oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chướng bụng, liệt ruột, đặt thông tiểu nếu có bí tiểu.

- Phát hiện các tổn thương ngực, bụng, sọ não, chấn thương chi thể... kèm theo[2],[3].

#### **3. Chống phù tủy**

- Thời gian cửa sổ: 8 giờ đầu.
- Thuốc: Methylprednisolone truyền tĩnh mạch 30 mg/kg/giờ đầu, sau đó truyền tĩnh mạch 5 mg/kg trong 23 giờ tiếp theo. Thuốc này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu và chảy máu dạ dày, vì vậy cần chú ý sử dụng thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày đi kèm.

#### **4. Điều trị bảo tồn**

- Chỉ định trong những trường hợp gãy vững, gãy không có tổn thương thần kinh, gãy ở những bệnh nhân quá yếu không chịu nổi phẫu thuật.
- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, kết hợp tập luyện cơ năng. Bó bột yếm, hoặc mặc áo áo cột sống có thể cho phép bệnh nhân ngồi dậy sớm.

##### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Giảm đau, chống viêm, giãn cơ
- An thần, vitamin nhóm B liều cao
- Các thuốc khác theo bệnh lý kết hợp
- Bệnh nhân vận động tại giường ngay sau mổ vận động theo hướng dẫn của bác sỹ.
- Khi ra viện: Dẫn dò, thời gian khám lại, tư vấn tập phục hồi chức năng

##### **b. Điều trị cụ thể**

###### **\* Giảm đau**

- Paracetamol 1g x 03 lọ truyền tm 100 g/p chia S-C-T dùng 5 ngày, từ ngày thứ 6 có thể dùng paracetamol đường uống ( Paracetamol 0,5g x 6 viên/ngày, chia 3 lần)

###### **\* Giãn cơ, an thần**

- Eperison Hydroclorid ( Myonal 50mg x 03 viên uống chia 3) Dùng 7-10 ngày.
- Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h dùng 5-7 ngày

###### **\* Chống loét dạ dày**

- Omeprazon 40 mg x 01 lọ Tiêm TMC ( OCiD 40 mg hoặc omeprazon 20 mg x 2 viên uống )
- Vitamin nhóm B liều cao ( Neutrivit 5000 x 01 ống Tiêm bắp) dùng 10 ngày

**\* Truyền máu** ( Trường hợp có chỉ định truyền máu hoặc chế phẩm ): Khối lượng máu truyền tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và xét nghiệm

- Máu toàn phần cùng nhóm,
- Khối hồng cầu

###### **\* Dinh dưỡng:**

- + Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O
- + Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định. Số lượng căn cứ vào xét nghiệm và tình trạng bệnh.
- + Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

#### **5. Điều trị phẫu thuật**

**a. Chỉ định:** Gãy cột sống mất vững, gãy có chèn ép thần kinh.

##### **b. Mục đích:**

- + Đưa cột sống về vị trí giải phẫu
- + Cố định vững cột sống

- + Giải phóng chèn ép thần kinh
- Việc lựa chọn phẫu thuật lõi trước, lõi sau hay phối hợp dựa vào dạng thương tổn, tình trạng thần kinh, kinh nghiệm phẫu thuật viên.
- + Phẫu thuật lõi sau: cắt bản sống giải ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.
- + Phẫu thuật lõi trước: cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vít lõi trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.
- + Phẫu thuật phối hợp: đối với những trường hợp vỡ thân đốt sống nặng có kèm gãy trật[1],[3].

### **c. Điều trị hậu phẫu**

#### **\* Nguyên tắc điều trị**

- Kháng sinh các nhóm theo lâm sàng và kháng sinh đồ, dùng đơn độc hoặc kết hợp
- Giảm đau, chống viêm, giãn cơ
- An thần, vitamin nhóm B liều cao
- Các thuốc khác theo bệnh lý kết hợp
- Thay băng chăm sóc vết mổ, cấp độ chăm sóc theo mức độ nặng của bệnh nhân
- Rút dẫn lưu nếu ra dưới 30ml trong vòng 48 tiếng, rút dẫn lưu, nằm bất động tại giường với tư thế đầu thấp, theo dõi sát, dự phòng và phát hiện sớm viêm màng não...
- Bệnh nhân vận động tại giường ngay sau mổ vận động theo hướng dẫn của bác sỹ.
- Khi ra viện: Dặn dò, thời gian khám lại, tư vấn tập phục hồi chức năng

#### **\* Điều trị cụ thể**

##### **- Giảm đau**

- + Paracetamol 1g x 03 lọ truyền tm 100 g/p chia S-C-T dùng 5 ngày, từ ngày thứ 6 có thể dùng paracetamol đường uống ( Paracetamol 0,5g x 6 viên/ngày)
- + Chống viêm NSAID: Diclofenac 75mg x 2 ống/ 24h, Piroxicam 20mg/1ml x 2 ống/ 24h. Có thể dùng trong 3 ngày đầu sau mổ.
- + Giảm đau, an thần: Dùng trong những trường hợp đau nặng: Morphin hydroclorid 10mg/1ml tiêm TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h. Dolacgan 100mg/2ml x 1 ống TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h.

**- Kháng sinh** : Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân. Thời gian dùng kháng sinh sau mổ thường từ 7 – 10 ngày, có thể phải kéo dài hơn thời gian điều trị kháng sinh tùy tình trạng bệnh. Có thể dùng đơn độc một loại kháng sinh hoặc kết hợp từ 2 hay nhiều loại kháng sinh:

- + Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)
- + Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)



+ Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)

- **Chống viêm**

- Chống viêm steroid: Methylprednisolon 40 mg x 02 ống tiêm TMC dùng 3-5 ngày

- Chống viêm NSAID: Thuốc ức chế COX – 2: Celecoxib 200mg( celebrex 200mg x 2 viên/ngày/ dùng 7- 10 ngày)

- **Giãn cơ, an thần**

- Eperison Hydroclorid ( Myonal 50mg x 03 viên uống chia 3) Dùng 7-10 ngày.

- Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h dùng 5-7 ngày

- **Chống loét dạ dày**

- Omeprazon 40 mg x 01 lọ Tiêm TMC ( OCiD 40 mg hoặc omeprazon 20 mg x 2 viên uống )

- Vitamin nhóm B liều cao ( Neutrivit 5000 x 01 ống Tiêm bắp) dùng 10 ngày

- **Truyền máu** ( Trường hợp có chỉ định truyền máu hoặc chế phẩm ): Khối lượng máu truyền tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và xét nghiệm

- Máu toàn phần cùng nhóm,

- Khối hồng cầu

- **Dinh dưỡng:**

+ Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O

+ Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định. Số lượng căn cứ vào xét nghiệm và tình trạng bệnh.

+ Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

## VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiến triển tốt: khỏi bệnh và ít để lại di chứng ở những trường hợp gãy vững, không liệt tủy.

- Tiến triển xấu: xuất hiện các biến chứng, di chứng sau quá trình điều trị.

Những trường hợp tổn thương tủy nặng thường hồi phục kém hoặc không hồi phục để lại di chứng tàn phế.

## VII. PHÒNG BỆNH: Phòng tránh các nguyên nhân gây chấn thương cột sống

- Phòng tránh tai nạn giao thông: Tuân thủ luật giao thông, không uống rượu bia khi lái xe

- Sử dụng các phương tiện phòng hộ khi tham gia giao thông và trong lao động sản xuất

## VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN

### 8.1 Tiêu chuẩn nhập viện

\* **Lâm sàng:**

+ Có chấn thương vùng cột sống

+ Tại chỗ: Đau + hạn chế vận động

+ Hội chứng thần kinh: Có hoặc không có biểu hiện tổn thương thần kinh

\* **Cận lâm sàng:**

+ XQuang + Ct scanner cột sống thất lưng: Hình ảnh gãy lún đốt sống

### 8.2 Tiêu chuẩn ra viện

\* **Lâm sàng:**

- **Nội khoa:** Các triệu chứng lâm sàng giảm so với khi vào viện.
  - **Ngoại khoa:**
    - + Vết mổ: liền tốt, không có dấu hiệu viêm dò.
    - + Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau lưng, các triệu chứng thần kinh so với trước mổ
    - \* **Cận lâm sàng:** Có thể được chụp Xquang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ để kiểm tra sau mổ: tình trạng nẹp vít đúng vị trí.
- IX. Mã ICD 10 áp dụng:** M48.3 - Chấn thương cột sống

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Nguyễn Văn Thạch** “Nghiên cứu điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực - thắt lưng không vững, không liệt tủy và liệt tủy không hoàn toàn bằng dụng cụ Moss Miami”. Luận án tiến sĩ y học. 2007.
2. **Quyết định số 5729/QĐ-BYT** ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Cột sống.
3. **Quyết định số 198/QĐ-BYT** ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Chấn thương chỉnh hình và Phẫu thuật Cột sống.

## LÚN XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG (ICD 10: M48.5 - Xẹp đốt sống chưa phân loại ở mục khác)

### **I. KHÁI NIỆM**

Xẹp đốt sống là tình trạng thân đốt sống bị xẹp, giảm chiều cao thân đốt sống, gây đau lưng dai dẳng, hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các di chứng như: gù vẹo cột sống, đau mạn tính kéo dài, thương tổn thần kinh[1].

### **II. NGUYÊN NHÂN:**

Xẹp thân đốt sống do loãng xương thường có liên quan với chấn thương nhẹ hoặc tiền sử gãy xương trước đó, hoặc thậm chí không có chấn thương kèm theo. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến xẹp đốt sống như loãng xương, ung thư di căn cột sống, u huyết quản thân đốt... trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là loãng xương.

Nguyên nhân do chấn thương: xẹp đốt sống sau 1 chấn thương nhẹ, hay gặp vùng ngực - thắt lưng

### **III. TRIỆU CHỨNG**

#### **3.1. Triệu chứng lâm sàng**

Xẹp thân đốt sống do loãng xương thường có liên quan với chấn thương nhẹ hoặc tiền sử gãy xương trước đó, hoặc thậm chí không có chấn thương kèm theo. Triệu chứng đau sâu ở giữa cột sống là triệu chứng cơ năng điển hình của xẹp thân đốt sống do loãng xương. Đau có thể xuất hiện ngay sau chấn thương hoặc khởi phát đột ngột và có thể kéo dài nhiều tháng.

Xẹp thân đốt sống cấp tính điển hình bởi nhạy cảm đau phía trên gai sau.

Nghiệm pháp vỗ lưng rất có giá trị trong việc xác định vị trí đau. Bệnh nhân nằm sấp hoặc ngồi với vùng lưng được bộc lộ rõ. Người thầy thuốc vỗ nhẹ dọc cột sống của người bệnh để phát hiện vị trí đau tương ứng đốt sống bị xẹp. Từ đó rút ra chẩn đoán sơ bộ vị trí đốt tổn thương và đưa ra chỉ định chụp phim hợp lý.

Ngoài ra, việc quan sát toàn bộ cột sống sẽ giúp phát hiện sự mất cân bằng dọc của cột sống, sự giảm chiều cao, vẹo cột sống, quá gù cột sống và trượt đốt sống. Với bệnh nhân bị tổn thương vùng bản lề ngực - thắt lưng, tìm kiếm nhạy cảm đau liên quan với xương sườn.

Những bệnh nhân xẹp thân đốt sống thường có hạn chế vận động do đau lưng. Có những bệnh nhân không thể ngồi, đứng dậy và đi lại được, đặc biệt là sau khi bị chấn thương cột sống. Điều này ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và được ghi nhận trong thang điểm đánh giá chức năng cơ thể và sức khỏe tâm thần.

Khám xét toàn diện về các triệu chứng thần kinh. Mặc dù các tổn thương thần kinh thường hiếm gặp (0.05%), rất nhiều bệnh nhân có biểu hiện của hẹp ống

sống hoặc bệnh lý thần kinh trước đó dẫn đến triệu chứng thần kinh nặng lên sau xẹp thân đốt sống.

Rối loạn đại tiện: thường do bệnh nhân đau quá, giảm nhu động ruột do nằm bất động lâu ngày trên giường bệnh hoặc do người bệnh xấu hổ. Những rối loạn này không giống với rối loạn cơ tròn do tổn thương thần kinh và thường mất đi sau khi điều trị giảm đau hiệu quả[3]

### **3.2 Triệu chứng cận lâm sàng**

#### **3.2.1 Xét nghiệm để chẩn đoán, theo dõi, kiểm tra:**

##### **\* Đo mật độ xương chẩn đoán loãng xương**

Từ năm 2002, các hội nghị quốc tế về LX đã thống nhất quan điểm chỉ có máy sử dụng tia X năng lượng kép được gọi là DEXA ( Dual-energy X-Ray absorptionmetry) mới có giá trị chẩn đoán. Tiêu chuẩn chẩn đoán LX của WHO dựa vào BMD (Bone Mineral Density) tính theo T-score (độ lệch chuẩn): là chỉ số MDX của cá thể đó so với MDX của nhóm người trẻ tuổi làm chuẩn:

**Mật độ xương bình thường:** khi  $T\text{-score} \geq -1$

**Giảm mật độ xương:** khi  $-1 > T\text{-score} > -2,5$

**Loãng xương khi:**  $T\text{-score} \leq -2,5$

**Loãng xương nặng:** khi  $T\text{-score} \leq -2,5$  và kèm gãy xương[4].

##### **\* Chụp X quang thường quy**

Dựa trên phim X Quang cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng có thể xác định được vị trí đốt sống tổn thương và hình thái gãy xương. Xẹp thân đốt sống được phân loại thành dưới nhóm là vỡ xẹp ở bờ trên đốt sống (đốt sống hình chêm) hoặc bờ dưới đốt sống (đốt sống hình chữ V) và xẹp cả hai bờ đốt sống (lõm 2 mặt). Sự gãy xương có thể dẫn đến lùn ép toàn bộ đốt sống (đốt sống phẳng). Hơn thế nữa, biến dạng xẹp lệch bên có thể làm mất cân xứng đốt sống trên mặt phẳng cắt đứng dọc. Ở cột sống thắt lưng thường gặp xẹp thân đốt sống loại lõm 2 mặt hoặc đốt sống hình cá tuyết. Ở vùng cột sống ngực lại hay gặp xẹp thân đốt sống hình chêm.

##### **\* Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner)**

Cắt lớp vi tính có độ nhạy cao hơn Xquang thường quy, có tác dụng khẳng định những tổn thương phát hiện trên phim Xquang, phát hiện những tổn thương nhỏ mà Xquang thường quy không phát hiện được.

Cắt lớp vi tính là phương pháp tốt nhất để đánh giá các tổn thương xương ở thân đốt và cung sau, cho phép đánh giá mức độ phá hủy tường sau thân đốt và tổn thương công sống. Thông qua phim CT scanner và đặc biệt là phim cắt lớp dựng hình 64 dãy, chúng ta có thể đánh giá một cách chi tiết hình thái tổn thương xương, phân loại tổn thương.

##### **\* Chụp cộng hưởng từ (MRI).**

Chụp cộng hưởng từ là phương pháp hiệu quả nhất giúp xác định vị trí đốt sống tổn thương, phản ánh tình trạng phù nề thân đốt sống. Đốt sống mới tổn thương sẽ biểu hiện bằng hình ảnh tăng tín hiệu thân đốt sống đó trên thì T2 và thì STIR, giảm tín hiệu trên thì T1. Sự tăng tín hiệu trên phim MRI, biểu hiện có sự chảy máu trong thân đốt sống, chứng minh đó là tổn thương mới, là nguyên nhân gây đau cho bệnh nhân và chỉ định bơm xi măng (hình 1.5). Trường hợp không có hình ảnh phù nề thân đốt đồng nghĩa với việc gãy xương đã lành và triệu

chứng đau trên lâm sàng là do nguyên nhân khác. Ngoài ra, MRI có thể giúp phân biệt giữa tổn thương ác tính với xẹp thân đốt sống do loãng xương, bao gồm cả tổn thương cuống sống và tổn thương phần mềm xung quanh.

**3.2.2 Xét nghiệm để điều trị, theo dõi, tiên lượng:** Có thể thực hiện một hoặc nhiều lần tùy theo diễn biến bệnh.

***Chỉ định xét nghiệm huyết học:***

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)
- Định nhóm máu hệ ABO (Kỹ thuật phiên đá), định nhóm máu RH (D)
- HbsAg, HCV, HIV

***Chỉ định xét nghiệm đông máu:***

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin) bằng máy tự động
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time), (Tên khác: TCK) bằng máy tự động
- Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss phương pháp trực tiếp, bằng máy tự động
- Thời gian máu chảy phương pháp Duke
- Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)

***Chỉ định xét nghiệm hóa sinh:***

- Glucose [Máu]
- Urê máu [Máu]
- Creatinin (máu)
- Albumin [Máu]
- Điện giải đồ (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) [Máu]
- AST (GOT) [Máu]
- ALT (GPT) [Máu]
- Protein [máu]

***Chỉ định xét nghiệm sinh hóa nước tiểu***

- XN 10 thông số

\* ***Xq ngực, siêu âm ổ bụng, màng phổi:*** Tìm kiếm tổn thương ngực, bụng phổi hợp

## **IV. CHẨN ĐOÁN**

**4.1 Chẩn đoán xác định:** Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và phim chụp

\* **Lâm sàng:**

- Triệu chứng đau sâu ở giữa cột sống
- Xẹp thân đốt sống cấp tính điển hình bởi nhạy cảm đau phía trên gai sau.
- Những bệnh nhân xẹp thân đốt sống thường có hạn chế vận động do đau lưng.
- Khám xét toàn diện về các triệu chứng thần kinh.
- Rối loạn đại tiểu tiện: thường do bệnh nhân đau quá

**X Quang + Cắt lớp vi tính + MRI:** Xác định vị trí tổn thương, mức độ tổn thương

**4.2 Chẩn đoán phân biệt:** chủ yếu dựa vào các phim chụp để phân biệt với các bệnh sau

- + Lún vỡ đốt sống do chấn thương
- + U xương cột sống

- + U di căn cột sống
- + Lao cột sống

## **V. ĐIỀU TRỊ**

### **5.1 Hướng điều trị**

- Bất động cột sống
- Thuốc: Chống viêm, giảm đau, giãn cơ, an thần...
- Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, châm cứu...
- Phẫu thuật khi có chỉ định

### **5.2. Điều trị nội khoa**

Trong giai đoạn đầu, bệnh nhân được cho thuốc giảm đau và áo nẹp cột sống. Khuyến cáo hạn chế hoạt động hoặc nghỉ ngơi tại giường hoặc tự cân đối. Với bệnh nhân loãng xương, việc nghỉ ngơi tại giường lại tăng nguy cơ mất xương 4%.

Sử dụng các thuốc chống loãng xương:

- Calcitonin xịt mũi và bisphosphonate là 2 thuốc đầu tay trong hiệu quả điều trị LX và có thể làm giảm đau do gãy xương. Calcitonin được sử dụng tiêm dưới da hay dưới dạng xịt vào mũi, giúp làm giảm quá trình hủy xương gây tiêu xương. Bisphosphonate có hiệu quả mạnh mẽ trong việc ngăn chặn tiêu xương và ngăn chặn xẹp thân đốt sống.
- Fosamax Plus uống hàng tuần, Aclasta 1 năm/ lần kéo dài ít nhất 3-5 năm mới giúp thay đổi chất lượng xương, phòng tránh nguy cơ gãy xương.
- Bổ sung canxi và Vitamin D (1200mg/ ngày) được ủng hộ bởi vì giúp cải thiện sức mạnh của xương[2],[3],[4].

### **5.3 Điều trị phẫu thuật**

#### **\* Chỉ định phẫu thuật**

- Lâm sàng: Đau vùng cột sống tương ứng đốt sống tổn thương, đau tăng khi tác động hoặc thay đổi tư thế
- Cận lâm sàng:

+ MRI: Hình ảnh phù tủy xương thân đốt sống

+ Mật độ xương: chẩn đoán xác định loãng xương T-score  $\leq -2,5$

#### **\* Các phương pháp phẫu thuật**

- Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít chân cung: vít nở, vít loãng xương
- Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít rồng lòng có bơm xi măng.
- Phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học: không bóng, có bóng, có lồng Titan[3],[4].

#### **\* Điều trị sau phẫu thuật**

##### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Kháng sinh các nhóm theo lâm sàng và kháng sinh đồ, dùng đơn độc hoặc kết hợp
- Giảm đau, chống viêm, giãn cơ
- An thần, vitamin nhóm B liều cao
- Các thuốc khác theo bệnh lý kết hợp
- Thay băng chăm sóc vết mổ, cấp độ chăm sóc theo mức độ nặng của bệnh nhân( số lần tùy thuộc tình trạng vết mổ)
- Bệnh nhân vận động tại giường ngay sau mổ theo hướng dẫn của bác sỹ.

- Khi ra viện: Dẫn dò, thời gian khám lại, tư vấn tập phục hồi chức năng

## **b. Điều trị cụ thể**

### **- Giảm đau**

+ Paracetamol 1g x 03 lọ truyền tm 100 g/p chia S-C-T dùng 5 ngày, từ ngày thứ 6 có thể dùng paracetamol đường uống ( Paracetamol 0,5g x 6 viên/ngày)

+ Chống viêm NSAID: Diclofenac 75mg x 2 ống/ 24h, Piroxicam 20mg/1ml x 2 ống/ 24h. Có thể dùng trong 3 ngày đầu sau mổ.

+ Giảm đau, an thần: Dùng trong những trường hợp đau nặng: Morphin hydroclorid 10mg/1ml tiêm TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h. Dolacgan 100mg/2ml x 1 ống TMC hoặc tiêm bắp mỗi 4h.

- **Kháng sinh** : Liều lượng kháng sinh dùng trong ngày có thể thay đổi tùy từng tổn thương, lứa tuổi và tình trạng bệnh của bệnh nhân. Thời gian dùng kháng sinh sau mổ thường từ 7 – 10 ngày, có thể phải kéo dài hơn thời gian điều trị kháng sinh tùy tình trạng bệnh. Có thể dùng đơn độc một loại kháng sinh hoặc kết hợp từ 2 hay nhiều loại kháng sinh:

+ Cephalosporin thế hệ 3: Ceftriaxon 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần ( Hoặc Tiafo 1 g x 02 - 04 lọ, Cefotiam 1 g x 02 - 04 lọ , Cefamandol 1 g x 02 - 04 lọ , Cefoperazol x 02 - 04 lọ...)

+ Penicillin phổ rộng: Piperacillin 1g x 02 - 04 lọ/ 24h tiêm TMC chia 2 lần, có thể sử dụng các chế phẩm Piperacillin kết hợp Tazobactam. ( hoặc Mezlocillin, Carbenicillin, Ticarcillin với liều dùng tương tự)

+ Có thể kết hợp với Metronidazon 0,5g x 02 túi truyền TM, Ciprofloxacin 0,5g x 02 túi , Ofloxacin 0,2 g x 02 lọ... hoặc dùng theo kháng sinh đồ)

### **\* Chống viêm**

- Chống viêm steroid: Methylprednisolon 40 mg x 02 ống tiêm TMC dùng 3-5 ngày

- Chống viêm NSAID: Thuốc ức chế COX – 2: Celecoxib 200mg( celebrex 200mg x 2 viên/ngày/ dùng 7- 10 ngày

### **\* Giảm cơ, an thần**

- Eperison Hydroclorid ( Myonal 50mg x 03 viên uống chia 3) Dùng 7-10 ngày.

- Seduxen 5mg x 02 viên uống 21h dùng 5-7 ngày

### **\* Chống loét dạ dày**

- Omeprazon 40 mg x 01 lọ Tiêm TMC ( OCiD 40 mg hoặc omeprazon 20 mg x 2 viên uống )

- Vitamin nhóm B liều cao ( Neutrivit 5000 x 01 ống Tiêm bắp) dùng 10 ngày

**\* Truyền máu** ( Trường hợp có chỉ định truyền máu hoặc chế phẩm ): Khối lượng máu truyền tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và xét nghiệm

- Máu toàn phần cùng nhóm

- Khối hồng cầu

### **\* Dinh dưỡng:**

+ Natriclorid 0,9% 1500ml / 24 giờ hoặc bù đủ dịch đảm bảo áp lực tĩnh mạch trung tâm trên 12 cmH<sub>2</sub>O

+ Đạm Amigold 500ml / 24 giờ. Albumin 10% khi có chỉ định. Số lượng căn cứ vào xét nghiệm và tình trạng bệnh.

+ Nuôi ăn qua đường miệng hoặc đường sonde dạ dày.

\* **Thuốc điều trị loãng xương:** Trong phần điều trị nội khoa

**6. Đánh giá kết quả điều trị:** Trong quá trình điều trị, có thể chụp lại Xquang cột sống, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cột sống để đánh giá kết quả điều trị.

## **VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tiến triển tốt: khỏi bệnh và ít để lại di chứng

- Tiến triển xấu: xuất hiện các biến chứng sau mổ

+ Biến chứng sớm: Nhiễm trùng vết mổ, xi măng tràn vào ống sống: yếu, liệt chân...

+ Biến chứng muộn: Đau lưng kéo dài, gù vẹo cột sống

## **VII. PHÒNG BỆNH:**

- Tuyên truyền tập thể dục, thể thao giảm thoái hóa

- Không sử dụng các chất kích thích: bia rượu, thuốc lá

- Khám bệnh và dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ

## **VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ RA VIỆN**

### **8.1 Tiêu chuẩn nhập viện**

- **Lâm sàng:**

+ Hội chứng cột sống: Đau lưng, biến dạng cột sống

+ Hội chứng rễ thần kinh: Có thể đau tê lan chân, đi cách hồi thần kinh

- **Cận lâm sàng:**

+ MRI cột sống thắt lưng: Hình ảnh phù tủy xương đốt sống

+ Loãng xương: T-score  $\leq$  -2,5

### **8.2 Tiêu chuẩn ra viện**

- **Lâm sàng:**

+ Vết mổ: liền tốt, không có dấu hiệu viêm dò.

+ Triệu chứng: cải thiện các triệu chứng đau lưng, đau tê chân so với trước mổ

- **Cận lâm sàng:** XQuang: Xi măng nằm đúng vị trí trong thân đốt sống

**IX. Mã ICD 10 áp dụng:** M48.5 - Xẹp đốt sống chưa phân loại ở mục khác

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Đỗ Mạnh Hùng (2017)**, “Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bom cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương”, Luận án tiến sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội.

2. **Quyết định số 5729/QĐ-BYT** ngày 21/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Cột sống.

3. **Quyết định số 198/QĐ-BYT** ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Chấn thương chỉnh hình và Phẫu thuật Cột sống.

4. **Vũ Thị Thanh Thủy(2012)**. Bệnh loãng xương , Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản y học T16- 34



## CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH CỦA MÔ MỀM VÀ MÔ LIÊN KẾT

**Các mã ICD tương ứng với bệnh “U lành phần mềm” có thể gặp:**

STT	Mã ICD 10	Bệnh tương ứng
1	D21	U lành khác của mô liên kết và mô mềm khác
2	D23	U lành khác của da
3	D24	U lành khác của vú
4	D17	U mỡ

### **I. KHÁI NIỆM**

Mô mềm dùng để chỉ các mô ngoài xương không phải biểu mô, có tác dụng liên kết, hỗ trợ hoặc bao bọc các cơ quan và cấu trúc khác trong cơ thể.

Mô liên kết là mô được sinh ra từ trung bì nằm hoàn toàn bên trong cơ thể và có chức năng đệm đỡ, liên kết các thành phần với nhau tạo hình cho cơ thể dự trữ và vận chuyển các chất dinh dưỡng cho các mô khác, bảo vệ cơ thể bằng thực bào và sinh kháng thể.

Khối u lành tính là những khối u không có khả năng xâm lấn hay xâm nhập vào các cơ quan hay tổ chức lân cận và không có khả năng thả tế bào của nó vào dòng máu tuần hoàn hay dòng bạch huyết để đi đến phát triển ở một hay nhiều cơ quan khác.

Phân loại khối u lành tính: có một số lượng lớn các khối u lành tính có thể phát triển trong các phần khác nhau của cơ thể, chúng được phân loại theo vị trí mà chúng phát triển, bao gồm:

U tuyến: phát triển trong các lớp mô mỏng được che phủ bởi các tuyến, cơ quan và những cấu trúc khác bên trong cơ thể.

U mỡ: phát triển từ các tế bào mỡ. Đây là loại u phổ biến nhất chúng thường xuất hiện ở lưng, cánh tay, cổ.

U cơ: phát triển trong cơ, thành mạch máu.

Nốt ruồi: là những u không ác tính phát triển trên da. Chúng rất thường gặp.

U xơ: phát triển từ mô xơ của bất kỳ cơ quan nào

Trong nhiều trường hợp những khối u lành tính cần được theo dõi cẩn thận chúng có thể chuyển thành ung thư sau một thời gian. Tất cả mọi người đều có thể xuất hiện khối u lành tính kể cả trẻ em. Tuy nhiên tỷ lệ phát triển thành khối u tăng theo tuổi ở người trưởng thành.

## **II. NGUYÊN NHÂN**

Hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân chính xác dẫn đến các khối u lành tính. Tuy nhiên, vẫn có thể lý giải một số yếu tố gây ra vấn đề này.

Bình thường, các tế bào cũ trong cơ thể sẽ chết đi và được thay thế bằng các tế bào mới khỏe mạnh. Khi các tế bào này hoạt động một cách bất thường, chúng sẽ phân chia và phát triển vượt quá mức cho phép, từ đó hình thành nên các khối u. Sự hình thành và phát triển của các khối u lành tính cũng tương tự như các khối ung thư. Tuy nhiên, các tế bào gây ung thư thường có xu hướng tấn công và lan sang các mô hoặc các bộ phận khác trong cơ thể.

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Lâm sàng**

#### ***1.1. Cơ năng***

Không phải tất cả khối u đều có triệu chứng cụ thể

- Tự sờ thấy khối u ở cánh tay, cẳng tay...

- Cảm thấy vướng khó hoạt động nếu khối u ở vị trí cạnh khớp cổ tay, cổ chân, cảm thấy đau tức nếu u chèn ép thần kinh

#### ***1.2. Toàn thân ít thay đổi thực thể***

- Khối u ở các phần mềm cơ thể, lồi lên gây biến dạng giải phẫu Khối u mềm hoặc chắc, di động, ấn gây cảm giác đau tức.

- Loại trừ khối phòng, giả phòng mạch máu nếu u nằm cạnh đường đi của mạch máu, thần kinh.

### **2. Cận lâm sàng**

Xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, sinh hóa máu, sinh hóa nước tiểu, đông máu cơ bản.

Điện tâm đồ.

Siêu âm phân mềm: xác định khối u có vỏ, ranh giới rõ với tổ chức xung quanh  
Siêu âm Doppler mạch để loại trừ cá khối phồng giả phồng mạch máu  
Chụp xquang, chụp CTscanner, chụp MRI: được chỉ định trong từng trường hợp cụ thể.

Chọc hút kim nhỏ khối u làm xét nghiệm tế bào học: hình ảnh tế bào thường lành tính.

Các xét nghiệm khác: Trong trường hợp bệnh nhân mắc các bệnh phối hợp (ví dụ bệnh tim mạch, nội tiết,..) cần làm thêm các xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu chuyên khoa

Sinh thiết tức thì: Bệnh phẩm trong / sau phẫu thuật được làm sinh thiết tức thì nếu PTV yêu cầu, làm mô bệnh học bệnh phẩm sau phẫu thuật để chẩn đoán xác định

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Hướng điều trị**

Không phải khối u lành tính nào cũng cần điều trị nếu khối u nhỏ và không gây bất kì triệu chứng gì thì có thể theo dõi thêm.

Trường hợp khối u gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ, chức năng, sẽ có chỉ định phẫu thuật.

##### **2. Điều trị cụ thể**

###### **2.1. Điều trị phẫu thuật**

Có thể gây tê tại chỗ, tê vùng, gây mê toàn thân. Phẫu thuật lấy hết tổ chức khối u, bảo tồn các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu. Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

###### **2.2. Điều trị hậu phẫu**

- Kháng sinh: dùng nhóm Quinolone, Beta lactam, Cephalosporin, hoặc một số kháng sinh phổ rộng khác...

- Giảm đau: Paracetamol,...

- Giảm phù nề: Alpha chymotripsyn, Lydosinat,...

- Các thuốc khác: Thuốc điều trị các bệnh kết hợp có liên quan trong quá trình điều trị.

- Trường hợp có nhiễm khuẩn vết mổ hoặc khối u bội nhiễm dùng kháng sinh toàn thân bằng một trong các kháng sinh sau: + Penicilin M (cloxacilin) 2g/ngày.

+ Amoxicilin-clavulanat.

• Trẻ em 80mg/kg/ngày chia 3 lần.

• Người lớn 1,5 - 2g/ngày chia 2 lần.

Roxithromycin viên 150mg:

+ Azithromycin 500mg ngày đầu tiên, sau đó 250mg/ngày x 4 ngày.

+ Pristinamycin:

+ Thời gian điều trị từ 7 - 10 ngày. [2 – trang 113;114]

• Trẻ em 5 - 8mg/kg/ngày chia 2 lần.

• Người lớn 2 viên/ngày chia 2 lần. 134

• Trẻ em 50mg/kg/ngày, chia 2 lần.

- Người lớn 2 - 3g/ngày, chia 2 lần. + Acid fucidic viên 250mg:
- Trẻ em liều 30 - 50mg/kg/ngày, chia 2 lần.
- Người lớn 1 - 1,5g/ngày, chia 2 lần.

### **2.3. Tiêu chuẩn ra viện**

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, toàn trạng ổn định, vết mổ khô. Có thể cắt chỉ trước khi ra viện hoặc hẹn ngày cắt chỉ sau khi ra viện.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **1. Tiến triển**

Tùy theo căn nguyên của khối u mà khối u có thể phát triển nhanh hay chậm.

Một số khối mô mềm ban đầu lành tính có thể chuyển thành khối u ác tính. Điều này thường được báo trước bằng sự gia tăng đột ngột về kích thước của một khối trước đó không hoặc chậm phát triển.

Nghiên cứu cho thấy rằng một khối ác tính nổi lên ở cánh tay hoặc chân thường có kích thước lớn hơn 5 cm và nằm sâu (thường ở cơ).

### **2. Biến chứng**

- Khối u lành tính thường phát triển âm thầm nên dễ bị bỏ qua khi thăm khám. Khi phát triển kích thước lớn hơn có thể gây mất thẩm mỹ, chèn ép các cơ quan xung quanh.

- Phần lớn các khối mô mềm không gây đau trừ khi chúng kích thích dây thần kinh gần đó, đây là lý do chính khiến nhiều khối không được chẩn đoán cho đến khi chúng đã phát triển đáng kể về kích thước.

- Các khối mô mềm có thể gây đổi màu da nếu lưu lượng máu đến khu vực đó tăng lên hoặc nếu các tĩnh mạch bị giãn, phồng, nhưng thông thường da xung quanh khối vẫn giữ được màu sắc bình thường.

- Tùy thuộc vào vị trí, một khối u mô mềm có thể ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân, do cản trở cơ học hoặc chèn ép thần kinh tại chỗ.

- Ảnh hưởng đến chức năng tình dục của bệnh nhân hoặc có thể ảnh hưởng đến các mối quan hệ xã hội.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Hạn chế tiêu thụ thịt chế biến và hun khói, thịt mỡ, thực phẩm nhiều đường, thực phẩm giàu tinh bột và thực phẩm có thêm màu sắc và chất bảo quản.

Tránh lạm dụng chất kích thích dưới bất kỳ hình thức nào - thuốc lá, rượu, thuốc kích thích, dược phẩm, v.v.

Duy trì chỉ số BMI khỏe mạnh và giữ cho bản thân hoạt động thể chất và không bị căng thẳng.

Bất kỳ khối u nào được phát hiện không rõ nguyên nhân đang phát triển đang phát triển nên được đánh giá bởi một chuyên gia. Bất kỳ trường hợp bong gân hoặc tụ máu nào kéo dài hơn sáu tuần đều cần được giám sát y tế bổ sung.

## **VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN NỘI TRÚ**

### **1. Bệnh nhân có triệu chứng cơ năng**

Tự sờ thấy khối u ở cánh tay, cẳng tay...

Cảm thấy vướng khó hoạt động nếu khối u ở vị trí cạnh khớp.

Cảm thấy đau tức nếu u chèn ép thần kinh

Khối u ở các phần mềm cơ thể, lớn lên gây biến dạng giải phẫu Khối u mềm hoặc chắc, di động, ấn gây cảm giác đau tức

Loại trừ khối phòng, giả phòng mạch máu nếu u nằm cạnh đường đi của mạch máu, thần kinh

## **2. Cận lâm sàng**

- Hình ảnh tế bào học nghi đến khối u ác tính hoặc khối u lành tính có chỉ định phẫu thuật.

- Chẩn đoán hình ảnh: Khối u có chỉ định phẫu thuật.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh Ung Bướu (2020) – Bộ Y tế. Nhà xuất bản Y học.

2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (2015) – Bộ Y Tế. Nhà xuất bản Y học. Số 708/QĐ-BYT.

3. Ung bướu học nội khoa (2004) – Nguyễn Chấn Hùng. Nhà xuất bản Y học.