

Chuyên 11: Ch n th ng t i t n i u

Phần 1: Chấn thương thận

1. Đại cương

- Thận là cơ quan nằm sâu sau phúc mạc, ở hố thắt lưng 2 bên, được bảo vệ bởi thành cơ và khung xương chắc chắn nên tỷ lệ lên không cao trong chấn thương nói chung nhưng lại chiếm tỷ lệ hàng đầu trong chấn thương hệ tiết niệu sinh dục.
- Khi tổn thương, đặc biệt có rách bao thận, máu, nước tiểu tràn ra các tổ chức xung quanh thận gây nhiễm độc, nhiễm khuẩn.
- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông sau đó đến tan nạn lao động, tai nạn sinh hoạt.

2. Cơ chế chấn thương:

* Cơ chế trực tiếp: gặp chủ yếu trong chấn thương thận. Do lực tác động trực tiếp từ các hướng vào vùng thận

* Cơ chế gián tiếp: hiếm gặp, do sự co rút đột ngột các khối cơ vùng thắt lưng hya tang áp lực đột ngột trong các động tác nâng cử tạ, nâng vác nặng, ngã cao ... Thường gặp trên BN có thận bệnh lý: thận đa nang, ứ nước do sỏi ...

3. Tổn thương giải phẫu bệnh

3.1. Theo Mc Aninch:

- Độ 1: đụng dập, bao thận và đường bài tiết còn nguyên vẹn
- Độ 2: dập thận nhẹ, dập nứt nhu mô vùng vỏ thận, chưa tổn thương sâu vào tủy thận và đường bài tiết.
- Độ 3: dập thận nặng, dập đứt nhu mô thận tới tủy thận và thông với đường bài tiết.
- Độ 4: vỡ thận, thận bị vỡ thành 2-3 hay nhiều mảnh.
- Độ 5: đứt cuống thận, tổn thương ĐM, TM thận 1 phần hoặc toàn bộ -> mất nuôi dưỡng thận

3.2. Phân độ theo Chatelain:

- Độ 1 (70-75%): đụng dập nhu mô thận dưới bao, thương tổn nhu mô nhẹ, nông, không vỡ bao thận, có thể tụ máu ít dưới bao.
- Độ 2 (15-20%): dập thận, dập nhu mô chủ yếu vùng vỏ kèm theo rách bao thận, có thể lan tới vùng tủy thông với đài bể thận gây đái máu, tụ máu quanh thận.
- Độ 3 (7-10%): vỡ thận: thận bị vỡ 2, 3 hay nhiều mảnh, chảy máu gây tụ máu lớn quanh thận sau phúc mạc. Cục thận vỡ có thể rời khỏi thận, không còn được tưới máu.

- Độ 4 (3-5%): đứt cuống thận, đứt hoàn toàn hay không hoàn toàn gây thiếu máu hoặc mất nuôi dưỡng nhu mô.

+ Đứt mạch: Tụ máu quanh thận, không đái máu

+ Đứt bể thận-NQ: ứ nước tiểu quanh thận gây viêm lan nước tiểu.

4. Lâm sàng

a. Cơ năng:

- Đau vùng thắt lưng và chướng bụng:

+ Đau: đau tức TL, mạn sườn. Lan lên góc sườn hoành hoặc hố chậu theo sự tiến triển của khối máu tụ. Đau tăng dần do khối máu tụ tăng và nước tiểu thấm ra cùng quanh thận.

+ Bụng chướng, nôn do máu tụ kích thích sau phúc mạc

- Đái máu toàn bãi: do thương tổn thông với đường bài tiết, theo dõi triệu chứng này có thể đánh giá được chấn thương thận

+ Đái máu đỏ tươi: chảy máu đang tiến triển

+ Đái máu đỏ sẫm: khả năng đã ngừng chảy

+ Không tương xứng với tổn thương vì còn khối máu tụ quanh thận hoặc máu cục bít niệu quản hoặc đứt hoàn toàn cuống thận.

+ có thể tái phát sau 1-2 h trong trường hợp nhu mô thận dập nát không thể tự liền.

b. Toàn thân:

- Tình trạng shock do mất máu, sốc do đau.

- Hội chứng thiếu máu

- Nếu Bn đến muộn có thể có HCNT.

c. Thực thể:

- Khối máu tụ vùng thắt lưng:

+ thắt lưng đầy, căng nề, đau.

+ sờ thấy co cứng thắt lưng.

+ chứng tỏ vỡ bao thận, chảy máu lan ra quanh thận.

+ tiến triển khối máu tụ đánh giá tiên lượng dập vỡ thận.

- Bầm tím vùng thắt lưng.

- Co cứng nửa bụng bên tổn thương

5. Cận lâm sàng

a. CTM:

- Hồng cầu, HB, Ht giảm tùy mức độ mất máu

- Bc có thể tăng, đa nhân trung tính tăng.

b. XN nước tiểu

- HC, BC niệu +++

- Protein niệu +

c. X quang:

* Chụp bụng không chuẩn bị: Bóng thận to hơn bình thường, không nhìn rõ bờ cơ thất lưng chậu, các quai ruột giãn đầy hơi.

* Chụp UIV

- Thận bên tổn thương:

+ Độ 1,2: Hình ảnh đọng thuốc cản quang tại vùng hố thận nhưng đường bài tiết bình thường.

+ Độ 3,4: thuốc cản quang tràn ra xung quanh hố thận do rách đài thận

+ Có thể không ngấm thuốc do đài bể thận đầy cục máu choán chỗ, tổn thương ĐM thận.

* Chụp ĐM thận: ít dùng, hình ảnh tắc mạch thận, bị cắt cụt ...

d. Siêu âm: Phương tiện CDHA hiệu quả, dễ làm, không xâm lấn, có thể làm nhiều lần

- Hình ảnh tụ máu dưới bao, quanh thận, trong thận, đường vỡ ...

* Chụp CLVT: Hình ảnh tổn thương đưng đập, đường vỡ, ổ tụ máu... Hiệu quả, chính xác nhưng đắt

6. Điều trị:

a. Điều trị bảo tồn

- Chỉ định: Độ 1,2, toàn trạng bệnh nhân ổn định, HC, Hb, Ht không giảm nhiều, Bn đái máu giảm dần, Khối máu tụ không tăng, chụp UIV thấy tổn thương thận rõ trên phim, hoặc ổ đọng thuốc dưới bao.

- Điều trị:

+ Nằm bất động tại giường.

+ Truyền dịch, máu.

+ Kháng sinh: cepha3+ aminoside

+ Lợi tiểu nhẹ: Lasix 10mg x 1-2 ống/24h

+ Giảm đau chườm lạnh vùng TL.

Sau 10 ngày chụp lại UIV để đánh giá.

b. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định mổ cấp cứu: đứt cuống thận, vỡ thận, có TT các tạng khác phối hợp

- CD can thiệp

+ Đập thận nặng, vỡ thận 1 cực, 1 phần thận không ngấm thuốc, thuốc cản quang tràn ra bao thận nhiều

+điều trị nội khoa thất bại, tình trạng xấu đi: đái máu tăng, đái máu tái diễn, khối máu tụ tăng,...

* Gây mê: NKQ và thuốc giãn cơ

* Phẫu thuật:

- Đường mổ sườn thất lưng kinh điển hay qua PM trực tiếp vào cuống thận: Kiểm tra đánh giá tổn thương để chọn phẫu thuật thích hợp.

- Khâu cầm máu nhu mô thận, lấy máu tụ quanh thận.

- Cắt thận bán phần một cực thận bị vỡ đứt rời.

- Cắt thận khi bỏ vỡ nát hay đứt cuống thận. Trước khi cắt thận chú ý chức năng thận bên đối diện.

Phần 2: Chấn thương niệu đạo trước

Niệu đạo trước ở nam giới gồm: NĐ dương vật, NĐ bìu, NĐ tầng sinh môn

1. Nguyên nhân, cơ chế chấn thương

Thường do lực tác động trực tiếp, tác động nhẹ, tổn thương đơn độc. Nguyên nhân

- Do chấn thương bên trong:

+ Đặt thông NĐ lạc đường

+ Đặt thông quá to và lưu lâu trong niệu đạo

- Do chấn thương từ bên ngoài

+ Ngã kiểu ngã ngựa

+ Ngã ngồi vào vật cứng

+ Đạp vật cứng vào tầng sinh môn.

Niệu đạo dương vật di động nên ít bị tổn thương trừ khi bị kẹp giữa 2 vật cứng hoặc bị bẻ khi đang cương.

2. Lâm sàng

2.1. Cơ năng:

- Tư thế ngã, chấn thương

- Sau ngã tự ngồi dậy được

- Đau vùng TSM

- Rỉ máu lỗ sáo hay đái máu đầu bãi

- Bí đái

- Sung phồng to vùng TSM, bìu và sốt

2.2 Toàn thân:

- Thay đổi không đáng kể nếu đến sớm

- Có HCNT khi có viêm lan nước tiểu.

2.3. Thực thể

- Có rỉ máu lỗ sáo

- Có thể có cầu bàng quang do bí đái

- - Tụ máu hình cánh bướm TSM: Máu tụ lỗ chỗ không đều, ấn đau chói và ra máu lỗ sáo trở lại

- Da TSM- bìu căng bóng, tím sẫm, hoại tử

3. Cận lâm sàng

- Chụp UIV thì bàng quang niệu đạo

- Chụp UPR

- BC tăng khi có sốt

4. Điều trị:

4.1. Còn đái được:

- Để nguyên
- Kháng sinh
- Thuốc cầm máu
- 1 tuần nong niệu đạo kiểm tra
- Nong NĐ tránh hẹp

4.2. Bí đái

- Mở cấp cứu.
- Dẫn lưu BQ trên xương mu
- Kháng sinh
- Sau 2 tuần mổ tái tạo niệu đạo

4.3. Ra máu nhiều, tụ máu TSM bìu lan rộng: Mở cấp cứu

- Lấy máu tụ TSM
- Cầm máu cột hang, cột xoắn
- Đặt nòng niệu đạo- bàng quang
- Xén mép NĐ, khâu ngang niệu đạo bằng chỉ tiêu.
- Dẫn lưu bàng quang

4.4. Viêm lan nước tiểu lan rộng TSM: Mở cấp cứu

- DL bàng quang
- Rạch rộng TSM, bìu
- Truyền kháng sinh liều cao
- Sau 3 tuần mổ lại tái tạo niệu đạo

5. Mổ tái tạo niệu đạo

*** Mổ TSM**

- Cắt lọc tổ chức dập nát đã rõ ràng (t/c xơ)
- Xén mép NĐ hoặc cắt NĐ
- Khâu mép niệu đạo trên ống nòng niệu đạo- bàng quang

* Hẹp niệu đạo hành hang: cắt NĐ hẹp nối tận- tận

6. Nong NĐ: tránh hẹp

- Nong định kỳ bằng que nong Béniqué

Phần 3: Chấn thương niệu đạo sau

1. Nguyên nhân, cơ chế:

- Thường do cơ chế gián tiếp, lực tác động mạnh, tổn thương phối hợp.
- Nguyên nhân: sau 1 va chạm rất mạnh vào vùng khung chậu làm gãy và di lệch các thành phần khung chậu gây giằng xé giữa tuyến tiền liệt cố định bởi xung mu và NĐ hành cố định bởi cân giữa TSM gây rách hay đứt đôi NĐ màng.

2. Lâm sàng

* *Cơ năng:*

- Sau chấn thương không ngồi dậy được
- Đau nhiều hạ vị
- Rỉ máu lỗ sáo
- Bí đái

* *Toàn thân:* Sốc do đau và mất máu

* *Thực thể:*

- Khung chậu biến dạng
- Tụ máu bầm tím hạ vị, nếp bẹn, TSM, cánh chậu
- Tụ máu hình vòng cung trước lỗ hậu môn
- ép khung chậu đau
- Thăm HM-TT ấn tay vào TTL đau, rỉ máu lỗ sáo trở lại.
- Phát hiện các TT phối hợp

3. Cận lâm sàng

- * CTM: HC, Hb, Ht giảm
- * Chụp khung chậu
- * Siêu âm phát hiện máu tụ quanh TLT
- * Chụp UPR khi BN đã thoát sốc
- * Các Xn phát hiện TT phối hợp: Chụp lồng ngực, xương chi, siêu âm bụng ...

4. Điều trị:

- *Đặt sonde niệu đạo?*

- *Dập, dứt NĐ đơn thuần*

+ Hồi sức chống sốc cho HA \geq 90mmHg

+ Lấy máu tụ khoang Retzius, chỉnh lại xương chậu

+ DL máu tụ quanh TLT lên trên xương mu. Nếu muộn khối máu tụ NK thì dẫn lưu kiểu Fullerton

- *Dập dứt niệu đạo phối hợp (có TT phối hợp)*

- + Hồi sức tích cực
- + Mở vào PM kiểm tra ổ bụng xử lý TT
- + Chỉnh lại xương chậu
- + Dẫn lưu máu tụ quanh TLT
- + Đặt nòng NĐ-BQ (làm thẳng hàng NĐ)
- **Cách giải quyết tái tạo niệu đạo sớm**
- + Sau 4-10 ngày qua gđoạn sóc
- + Chụp UPR ngày thứ 5.
- + Phẫu thuật:
 - . Mở TSM bóc tách NĐ hành đến NĐ màng
 - . Giải phóng TLT
 - . Khâu nối NĐ tận-tận
- **Cách giải quyết CT niệu đạo muộn**
- + Sau 14 ngày máu tụ đã tổ chức hóa khó bóc tách
- + Mở TSM giải phóng NĐ trước đến sát gốc búi
- + Mở đường trắng giữa trên mu, giải phóng TLT
- + Đặt Foley NĐ trước. Đính niệu đạo vào thông.
- + Đẩy NĐ trước lồng vào NĐ sau, bơm bóng
- + DL bàng quang
- **Nong niệu đạo tránh hẹp**