

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI VỠ BÀNG QUANG

1. Đại cương

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn, dưới bệnh cảnh là một tình trạng vỡ tạng rỗng.

Tụy bàng quang là một tạng rỗng nhưng không giống như ống tiêu hóa. Vỡ bàng quang có những đặc điểm bệnh học và lâm sàng riêng biệt. Việc điều trị cần phải tôn trọng các nguyên tắc của bệnh lý này.

Tổn thương bàng quang xảy ra thường nhất là do lực từ bên ngoài tác động vào và thường kết hợp với gãy xương chậu, rất phức tạp.

2. Nguyên Nhân:

Do vị trí giải phẫu của bàng quang được bảo vệ bởi xương chậu nên hiếm khi bị tổn thương. Tuy nhiên, bàng quang và niệu đạo thường hay bị tổn thương khi xương chậu bị vỡ hoặc chấn thương nặng vùng bụng dưới có thể gây vỡ bàng quang lúc bàng quang đang căng đầy nước tiểu. Có 4 trường hợp chấn thương kín gây vỡ bàng quang:

2.1. Chấn thương lúc bàng quang căng đầy

Đây là trường hợp thông thường nhất, thường gặp ở những bệnh nhân uống nhiều rượu bia rồi bị té ngã hay tai nạn lúc bàng quang căng đầy. Ngoài ra còn có những trường hợp do trâu bò húc hay tai nạn giao thông. Khi bàng quang căng đầy, thành bàng quang rất mỏng và sức ép bên trong bị tăng cao đột ngột khi có chấn thương, lúc này mặt sau bàng quang là điểm yếu nhất, các thương tổn thường tập trung ở đây.

2.2. Bàng quang phải chịu một sức căng quá độ do mất cảm giác

Sự mất cảm giác có thể xảy ra do tê, gây mê. Trường hợp này hay xảy ra trong soi bàng quang, soi niệu quản hoặc những phẫu thuật lớn, kéo dài mà không được đặt thông tiểu. Sự mất cảm giác có thể do thương tổn thần kinh như đứt tuỷ sống, bệnh nhân hôn mê.

2.3. Bàng quang bị xé rách hay đâm thủng

Trường hợp này xảy ra trong chấn thương gây gãy xương chậu hay toác rộng khớp mu. Mảnh xương nhọn có thể đâm thủng bàng quang hoặc sự di lệch của vách mặt trước bàng quang qua các dây chằng chậu mu.

2.4. Bàng quang có điểm yếu từ trước

Bàng quang có túi ngách hay các cột hõm xảy ra trong trường hợp bàng quang chống đối lâu ngày, hoặc bàng quang có vết loét do viêm nhiễm hay ung thư.

Trong trường hợp này, một chấn thương nhẹ cũng có thể gây vỡ bàng quang mà người ta không tìm thấy được nguyên nhân nên được gọi là vỡ bàng quang tự nhiên.

Vỡ bàng quang có thể xảy ra trong phẫu thuật can thiệp. Trong phẫu thuật nội soi phụ khoa. Ngoài ra còn có thể xảy ra ở những phẫu thuật vùng chậu bẹn, sa sinh dục, phẫu thuật qua ngã niệu đạo.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng:

a) Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.
- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu. Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.
- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.
- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ở máu tụ hoặc vào phúc mạc.

b) Triệu chứng đặc hiệu

➤ Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào. Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

➤ Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gãy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ở máu tụ. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mach nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với những triệu chứng của gãy xương chậu.

3.2.Cận lâm sàng:

a) *Siêu âm*: Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch.Ngoài ra có thể thấy những tổn thương đi kèm.

b) *X.Quang*:

- ❖ Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột
- ❖ UCR:
 - Vỡ bàng quang trong phúc mạc:Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy:Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu.Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.
 - Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang.Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.
 - Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liềm hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.

c) *CT Scan*: CT Scan cũng có vai trò nhất định đối với những trường hợp cần khảo sát những thương tổn kèm theo trong ổ bụng bằng CT Scan.

4. Điều trị

Phác đồ xử trí những bệnh nhân gãy xương chậu nghi vỡ bàng quang hoặc niệu đạo

Điều trị bao gồm:Hồi sức chống choáng, kháng sinh và phẫu thuật.

Tùy theo tổn thương của bàng quang và của các cơ quan khác đi kèm mà có cách giải quyết cụ thể riêng cho từng trường hợp.

4.1.Tổn thương đụng dập

Những tổn thương này không đòi hỏi điều trị đặc hiệu.

4.2.Vỡ bàng quang trong phúc mạc

Cần phải mổ cấp cứu, thám sát ổ bụng tìm những tổn thương phối hợp.Mổ theo đường giữa dưới rốn vào khoang phúc mạc thấy nước tiểu có lẫn máu, khâu lỗ thủng bằng chỉ Chromic bằng các mũi rời. Mở bàng quang ra da, đặt ống dẫn lưu ở túi cùng Douglas. Ngày nay còn có thể phẫu thuật nội soi khâu lỗ vỡ bàng quang.

Một số tác giả không mở bàng quang ra da mà đặt thông tiểu. Tuy nhiên một phân tích của Volpe và cộng sự (1999) kết luận rằng mở bàng quang ra da và đặt thông tiểu kết quả tốt như nhau.

4.3.Vỡ bàng quang dưới phúc mạc

Rạch da đường giữa dưới rốn vào khoang Retzius, hút sạch máu và nước tiểu. Khâu lại vết rách bằng chromic mở bàng quang ra da. Nếu khoang mô liên kết quanh bàng quang đã bị viêm tấy nặng cần phải dẫn lưu thật tốt theo phương pháp Fullerton hay Buyansky.

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc có thể được điều trị bảo tồn bằng đặt thông tiểu. Tuy nhiên chống chỉ định điều trị bảo tồn trong trường hợp mảnh xương gãy đâm vào bàng quang. Xương chậu gãy hở và rách trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng cao nếu điều trị bảo tồn.

Mặc dù hầu hết các tác giả tán thành điều trị không phẫu thuật của vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, tuy nhiên cũng có nhiều quan điểm bất đồng.

4.4. Vỡ bàng quang phối hợp phức tạp

- Khẩn trương hồi sức và chẩn đoán đầy đủ các thương tổn
- Tiến hành mổ sớm khi tình trạng bệnh nhân cho phép.
- Chỉ thực hiện các phẫu thuật cần thiết nhưng hữu hiệu với mục tiêu là cứu sống bệnh nhân và tạo điều kiện thuận lợi cho các phẫu thuật tạo hình về sau, chủ yếu là tránh tình trạng nhiễm trùng trong chậu hông bé.
- Dẫn lưu máu tụ ở vị trí thấp nhất
- Làm hậu môn nhân tạo để chuyển lưu phân trong trường hợp có vết thương trực tràng.
- Khâu vết rách bàng quang và mỡ bàng quang ra da. Cố định xương chậu gãy và giải quyết các vết thương phần mềm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Sáng (1998), *Vỡ bàng quang, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61*
2. Lê Ngọc Từ (2003), *Chấn thương bàng quang, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.*
3. Ngô Gia Hy (1985), *Vết thương bọng đái do hoá khí, Niệu học tập I, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.*
4. Trần Lê Linh Phương (2003), *Điều trị chấn thương đường niệu dưới phức tạp trong gãy khung chậu nặng, Luận án tiến sĩ y học.*
5. Dương Quang Trí (2002), *Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục, Niệu học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.*
6. Jack W. McAnich (2008), *Injuries to the Genitourinary Tract, Smith's General Urology, 17th Edition, The McGraw – Hill Compapies, pp: 278-296.*
7. Allen F. Morey (2012), *Genital and Lower Urinary Tract Trauma, Campbell – Wash Urology, 10th Edition, volume 3, pp: 2507-2520.*