

## **CHẤN THƯƠNG CƠ QUAN SINH DỤC NAM**

Chấn thương cơ quan sinh dục được ghi nhận ở cả hai giới và trong tất cả các nhóm tuổi. Thống kê các chấn thương hệ sinh dục-tiết niệu, 1/3 đến 2/3 trường hợp liên quan đến cơ quan sinh dục bên ngoài. Chấn thương bộ phận sinh dục là phổ biến hơn ở nam giới (đặc biệt là từ 15 đến 40 tuổi) hơn ở phụ nữ. Sự khác biệt về giải phẫu học, nguyên nhân: tai nạn giao thông, tham gia hoạt động thể dục thể thao, tội phạm bạo lực và chiến tranh.

Chấn thương cơ quan sinh dục được chia làm hai nhóm: Chấn thương bộ phận sinh dục thường do vết thương không xuyên thấu (80% trường hợp) và chấn thương sinh dục-tiết niệu với vết thương xuyên thấu chiếm 20%

### **1. Vết thương do đạn bắn**

Ở những bệnh nhân với vết thương do đạn bắn vào bộ phận sinh dục một số thông tin bổ sung sẽ có ích - đặc biệt là phạm vi đạn bắn, loại vũ khí. Đạn bắn với tốc độ cao sẽ tạo ra một năng lượng rất lớn tạo nên chấn thương do sự phá hủy cấu trúc.

### **2. Vết thương do cắn cắn**

#### **2.1. Động vật**

Mặc dù bị động vật cắn là phổ biến, nhưng vết thương do động vật cắn cơ quan sinh dục ngoài là rất hiếm. Vết thương thường nhẹ, nhưng có nguy cơ nhiễm trùng vết thương. Tác nhân vi khuẩn phổ biến nhất của chó cắn là *Pasturella Multicida*, chiếm đến 50% các trường hợp. Ngoài ra *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga canimorsus* *Veillonella parvula*, *Bacteroides* và *Fusobacterium spp.*

Kháng sinh lựa chọn đầu tiên là penicillin - amoxiclavulanic tiếp theo doxycycline, Cephalosporine hoặc Erythromycine trong 10-14 ngày. Sau khi bắt kỳ vết cắn động vật, người ta phải xem xét khả năng của bệnh dại. Trong trường hợp bệnh dại có mặt tại địa phương, tiêm chủng phải được đưa ra để ngăn chặn đe dọa tính mạng.

#### **2.2. Vết thương cắn do con người**

Con người cắn ít gặp hơn nhưng cần được xem xét đặc biệt là trong nhóm có nguy cơ cao. Các bệnh do virus có thể xảy ra như viêm gan siêu vi B, HIV .

### **3. Chấn thương dương vật**

#### **3.1. Chấn thương dương vật**

Chấn thương đung dập dương vật thường không gây rách bao trắng thể hang. Trong những trường hợp này, chỉ thấy tụ máu dưới da với nguyên vẹn bao trắng thể hang.

#### **3.2. Gãy dương vật**

Đây là kết quả chấn thương dương vật khi cương cứng trong quá trình quan hệ tình dục, thủ dâm, lăn xuống giường (hiếm khi). Gãy dương vật là do vỡ bao trắng thể hang và có hiện tượng tụ máu dưới da và tổn thương của thể xốp, niệu đạo 10-22 % trường hợp.

Độ dày của bao trắng thể hang trong tình trạng trạng thái bình thường khoảng 2 mm và khi cương cứng chỉ còn 0,25 – 0,5mm, và do đó dễ bị tổn thương do chấn thương. Bệnh nhân gãy dương vật có nghe được tiếng âm thanh đột ngột và sau đó dương vật xù. Sung nẻ dương vật tại chỗ hoàn toàn bộ dương vật do tụ máu. Chảy máu có thể lan tỏa khắp các lớp cân bao phủ toàn bộ dương vật và lan đến bọng hay bìu nếu cân Buck cũng bị vỡ.

Khám lâm sàng: dương vật sung nẻ tụ máu, có thể sờ thấy điểm không liên tục bao trắng.

Cận lâm sàng: siêu âm Doppler, MRI có thể xác định vị trí vết rách của bao trắng thể hang. Nếu có nghi ngờ đồng thời chấn thương niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng có thể được thực hiện.

### **Điều trị**

Tụ máu dưới da, mà không rách bao trắng thể hang thì không chỉ định can thiệp phẫu thuật .

Trong trường hợp này, thuốc giảm đau không steroid được khuyến cáo sử dụng.

Trong gãy dương vật, can thiệp phẫu thuật với khâu bao trắng thể hang bằng cách sử dụng chỉ khâu tự tiêu. Theo dõi hậu phẫu, ghi nhận các biến chứng: nhiễm trùng vết mổ là 9 %, rối loạn cương là 1,3%

Điều trị bảo tồn gãy dương vật: không nên thực hiện. Điều trị bảo tồn sẽ làm tăng các biến chứng như áp xe dương vật, bỏ qua giai đoạn thám niệu đạo nếu có tổn thương, cong dương vật, và tụ máu diễn tiến trầm trọng Biến chứng muộn sau khi điều trị bảo tồn là xơ hóa và biến dạng dương vật 35% và rối loạn cương lên đến 62 %.

### **3.3. Vết thương xuyên thủng dương vật**

Vết thương xuyên thủng dương vật hiếm khi được nhìn thấy trong thời bình. Hầu hết các trường hợp có liên quan đến nhiều người bị thương. Các nguyên nhân của chấn thương dương vật do là súng / dao chấn thương, động vật hay con người cắn, tự gây ra cắt hoặc bị cắt dương vật.

- Nếu vết thương nông, diện tích nhỏ và không tổn thương bao trắng thể hang: không can thiệp phẫu thuật, chăm sóc tại chỗ vết thương.
- Các tổn thương nặng hơn nhưng vẫn chưa gây tổn thương bao trắng thể hang: xoay vạt da hoặc ghép da mỏng.
- Tổn thương nặng có tổn mất một phần bao trắng thể hang: có thể sử dụng mảnh ghép tự thân (từ tĩnh mạch hiển tự thân hoặc da đã khử bì), và dùng vạt da che phủ dương vật. Nếu chấn thương niệu đạo đồng thời bị nghi ngờ, cần thực hiện chụp niệu đạo ngược dòng là cần thiết.

### **3.4. Mất đoạn dương vật:**

Cần tiến hành nối ghép dương vật nếu thời gian từ khi bị tổn thương đến khi phẫu thuật trong vòng 24 giờ.

**Xử trí phần dương vật bị cắt:** dương vật bị cắt đứt nên được rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô trùng, được bọc trong gạc ngâm nước muối sinh lý, đồng thời đặt trong một túi vô trùng và ngâm trong nước đá. Dương vật không phải tiếp xúc trực tiếp với nước đá.

**Xử trí cấp cứu:** băng áp lực hoặc garô nên được đặt tại gốc dương vật để ngăn ngừa mất máu quá nhiều.

**Phẫu thuật nối ghép dương vật:** nối thể hang và thể hang, nội niệu đạo tận tận và nối động mạch – tĩnh mạch – thần kinh lưng dương vật dưới kính hiển vi.

Nếu không nối được đoạn dương vật bị cắt, chúng ta có thể xử lý như đóng mồm cụt dương vật và tiến hành tạo hình dương vật sau khi hậu phẫu ổn định.

#### **4. Chấn thương bìu**

##### **4.1. Chấn thương bìu với vết thương không xuyên thấu**

Chấn thương vào bìu với vết thương không xuyên thấu có thể tổn thương đụng dập tại tinh hoàn, tụ máu tại tinh hoàn, vỡ tinh hoàn hoặc tụ máu bìu.

##### **Tụ máu tinh hoàn:**

Tụ máu tụ tinh hoàn nhỏ: khi thể tích tinh hoàn bị chấn thương có thể tích nhỏ hơn 3 lần thể tích tinh hoàn không bị chấn thương. Điều trị: kháng viêm, giảm đau, không có chỉ định phẫu thuật.

Tụ máu tinh hoàn với kích thước lớn: chỉ định phẫu thuật trì hoãn (sau 3 ngày từ khi có chấn thương). Nếu can thiệp phẫu thuật sớm: tỷ lệ cắt tinh hoàn trên 90% trường hợp.

##### **Vỡ tinh hoàn**

Vỡ tinh hoàn được ghi nhận khoảng 50% các trường hợp chấn thương bìu trực tiếp với vết thương không xuyên thấu.

Vỡ tinh hoàn xảy ra khi có chấn thương với áp lực cao, tinh hoàn bị ép giữa lực tác động với xương mu, và bao trắng tinh hoàn bị vỡ.

- Triệu chứng: có thể gặp khi vỡ tinh hoàn: đau, buồn nôn, nôn, và đôi khi ngất xỉu. Bìu sưng nề, bầm tím. Tinh hoàn bị chấn thương có thể khó sờ nắn.
- Cận lâm sàng: siêu âm với độ phân giải cao được thực hiện để xác định tổn thương khu trú trong tinh hoàn, tụ máu hoặc vỡ
- Chỉ định phẫu thuật đối với các trường hợp vỡ tinh hoàn: lấy máu tụ, khâu bao trắng tinh hoàn. Tuy nhiên với những trường hợp chấn thương tinh hoàn vỡ dập nát toàn bộ tinh hoàn hay tổn thương cuống mạch máu tinh hoàn thì chỉ định cắt tinh hoàn là cần thiết.

##### **4.2. Chấn thương bìu với vết thương xuyên thấu**

- Chấn thương bìu với vết thương xuyên thấu thì bắt buộc phải phẫu thuật thăm dò và xử trí.

- Nếu vết thương tổn thương thừng tinh và ống dẫn tinh, phẫu thuật nối ống dẫn tinh tận tận vi phẫu nên thực hiện
- Nếu có tổn thương bao trắng tinh hoàn: khâu bao trắng tinh hoàn, nếu mất bao trắng diện tích lớn thì có thể xử dụng bao tinh mạc để phục hồi tinh hoàn.
- Nếu bệnh nhân bị tổn thương nặng tinh hoàn thì chỉ định cắt tinh hoàn là cần thiết.
- Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo và dự phòng uốn ván là bắt buộc.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bertini JE Jr, Corriere JN Jr. *The etiology and management of genital injuries. J Trauma* 1988 Aug;28(8):1278-81.
2. Lewis KT, Stiles M. *Management of cat and dog bites. Am Fam Physician* 1995 Aug;52(2):479-85,489- 90.
3. McAninch JW, Kahn RI, Jeffrey RB, et al. *Major traumatic and septic genital injuries. J Trauma* 1984 Apr;24(4):291-8.
4. Monga M, Hellstrom WJ. *Testicular Trauma. Adolesc Med* 1996 Feb;7(1):141-148.
5. Mulhall JP, Gabram SG, Jacobs LM. *Emergency management of blunt testicular trauma. Acad Emerg Med* 1995 Jul;2(7):639-43.
6. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, et al. *Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. J Urol* 1983 Nov;130(5):917-