HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. Đại cương

1.1. Nguyên nhân:

❖ ***Niệu đạo trước:***

- Chấn thương kín: tai nạn giao thông, té kiểu cưỡi ngựa, đập vật cứng vào tầng sinh môn.
- Quan hệ tình dục: gãy dương vật, dụng cụ kích dục vào lòng niệu đạo
- Vết thương: đạn bắn, bị đâm, chó cắn, cắt bỏ dương vật
- Dải co thắt niệu đạo trong điều trị tiểu không kiểm soát
- Tổn thương niệu đạo do điều trị (iatrogenic): dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo

❖ ***Niệu đạo sau:***

- Vỡ khung chậu
- Do điều trị: dụng cụ nội soi, đặt thông niệu đạo, nong niệu đạo, cắt tuyến tiền liệt tận căn.

❖ ***Niệu đạo nữ:***

- Đụng dập do quá trình chuyển dạ.
- Vỡ khung chậu nghiêm trọng kèm theo tổn thương cổ bàng quang và âm đạo.
- Do điều trị: đặt thông niệu đạo kéo dài, xạ trị vùng chậu, phẫu thuật cắt túi thừa niệu đạo, phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát.

1.2. Phân loại:

Bảng 1:*Phân loại chấn thương niệu đạo theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ*

Độ	Mô tả	Biểu hiện
I	Đụng dập	Chảy máu miệng niệu đạo Chụp niệu đạo bình thường
II	Kéo dãn	Niệu đạo bị kéo dãn nhưng không thoát thuốc cản quang ra ngoài khi chụp niệu đạo
III	Vỡ một phần	Thoát thuốc cản quang ra ngoài niệu đạo nhưng thuốc cản quang vẫn còn vào được bàng quang
IV	Vỡ hoàn toàn	Thoát thuốc cản quang ra ngoài tại vị trí tổn thương, thuốc cản quang không vào được bàng quang Chiều dài niệu đạo đứt xa < 2 cm
V	Vỡ hoàn toàn	Đứt niệu đạo hoàn toàn ≥ 2cm, hoặc tổn thương kéo dài đến tuyến tiền liệt hoặc âm đạo

a) Chẩn đoán

❖ **Lâm sàng**

BV BÌNH DÂN

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

1. Chảy máuở miệng niệu đạo
2. Máu ở âm hộ (ở nữ)
3. Tiểu máu
4. Tiểu đau
5. Tiểu khó hoặc bí tiểu
6. Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn
7. Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)

❖ **Cận lâm sàng**

1. Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
2. Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phối hợp chấn thương niệu đạo
3. CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
4. Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

Bảng 2:*Phân loại Goldman chấn thương niệu đạo dựa trên RUG*

Phân loại	**Mô tả**
Loại 1	Niệu đạo sau bị kéo dãn, nhưng còn nguyên vẹn
Loại 2	Rách niệu đạo tuyến tiền liệt - màng phía trên hoành niệu dục
Loại 3	Rách một phần hoặc toàn bộ niệu đạo trước và sau, với sự gián đoạn của hoành niệu dục
Loại 4	Chấn thương bàng quang kéo dài đến niệu đạo
Loại 4a	Chấn thương tại bàng quang gây thoát thuốc cản quang quanh niệu đạo tạo hình ảnh giống chấn thương niệu đạo sau
Loại 5	Chấn thương niệu đạo trước đơn thuần một phần hoặc hoàn toàn

BV BÌNH DÂN

b) Điều trị

❖ **Nguyên tắc điều trị:**

- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng
- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

❖ **Niệu đạo trước:**

➢ ***Chấn thương kín*:**

- ***Xử trí cấp cứu:*** tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.
- ***Điều trị tiếp theo:*** Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạoít nhất sau 3 tháng để đánh giá:
  - Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.
  - Hẹp nặng, đoạn hẹp< 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận – tận,
  - Hẹp nặng,đoạn hẹp ≥1cm: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vạt da có cuống (nối tận – tận sẽ bị cong dương vật).

➢ ***Vết thương:***

- ***Xử trí cấp cứu:***
  - Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.
  - Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.
  - Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.
- ***Điều trị tiếp theo:*** Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thì. Phẫu thuật lại sau ít nhất 3 tháng**.**

❖ **Niệu đạo sau:**

➢ ***Chấn thương:***

- ***Xử trí cấp cứu:***
  - Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.
  - Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phối hợp.
  - Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:
  - Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo
  - Mổ mở làm thẳng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cổ bàng quang và trực tràng
  - Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sớmkhông được chỉ định.
- ***Điều trị tiếp theo:***

BV BÌNH DÂN

- Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương:được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)
- Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)
- Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

➢ ***Vết thương:***

- ***Xử trí ban đầu:*** Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mổ mở nối niệu đạo nên được thực hiện
- ***Điều trị trì hoãn:*** Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn.

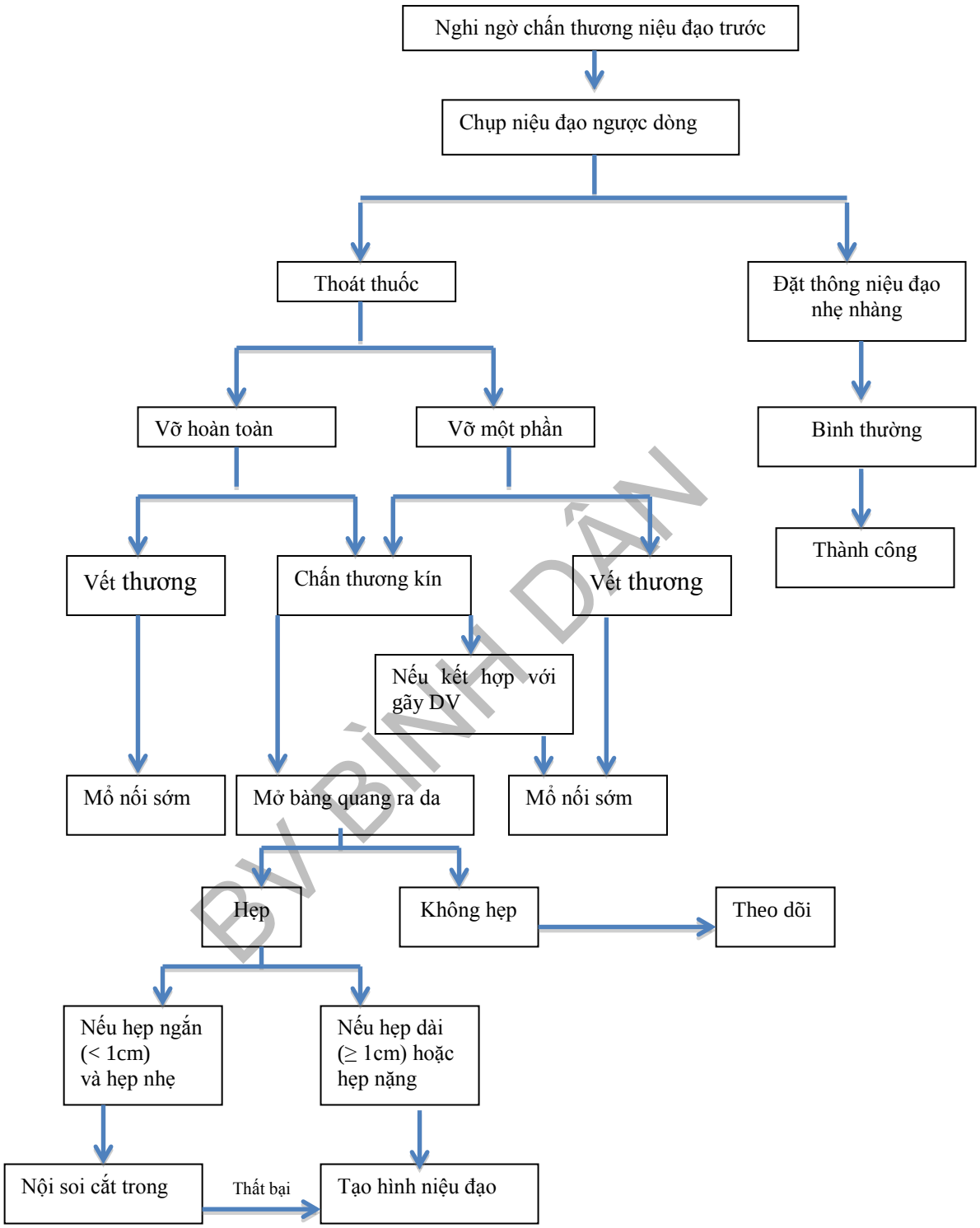
Bảng 3: *Chấn thương niệu đạo và hướng xử trí theo Hội Tiết niệu châu Âu*

Phân loại	Mô tả	Hướng xử trí
Loại 1	Tổn thương kéo dãn. Niệu đạo bị kéo dài mà không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Không cần điều trị
Loại 2	Đụng Dập. Chảy máu miệng niệu đạo nhưng không thoát thuốc cản quang trên phim niệu đạo	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 3	Vỡ một phần của niệu đạo trước hoặc sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc còn vào được bàng quang	Có thể được điều trị thận trọng với mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo
Loại 4	Vỡ hoàn toàn niệu đạo trước. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào niệu đạo sau và bàng quang	Sẽ cần điều trị mổmở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 5	Vỡ hoàn toàn niệu đạo sau. Thoát thuốc cản quang ở vị trí tổn thương nhưng thuốc không vào bàng quang	Sẽ cần điều trị mổmở hoặc nội soi, sớm hoặc trì hoãn.
Loại 6	Vỡ hoàn toàn hay một phần niệu đạo sau kết hợp với rách cổ bàng quanghay âm đạo	Yêu cầu phẫu thuật mở sớm

BV BÌNH DÂN

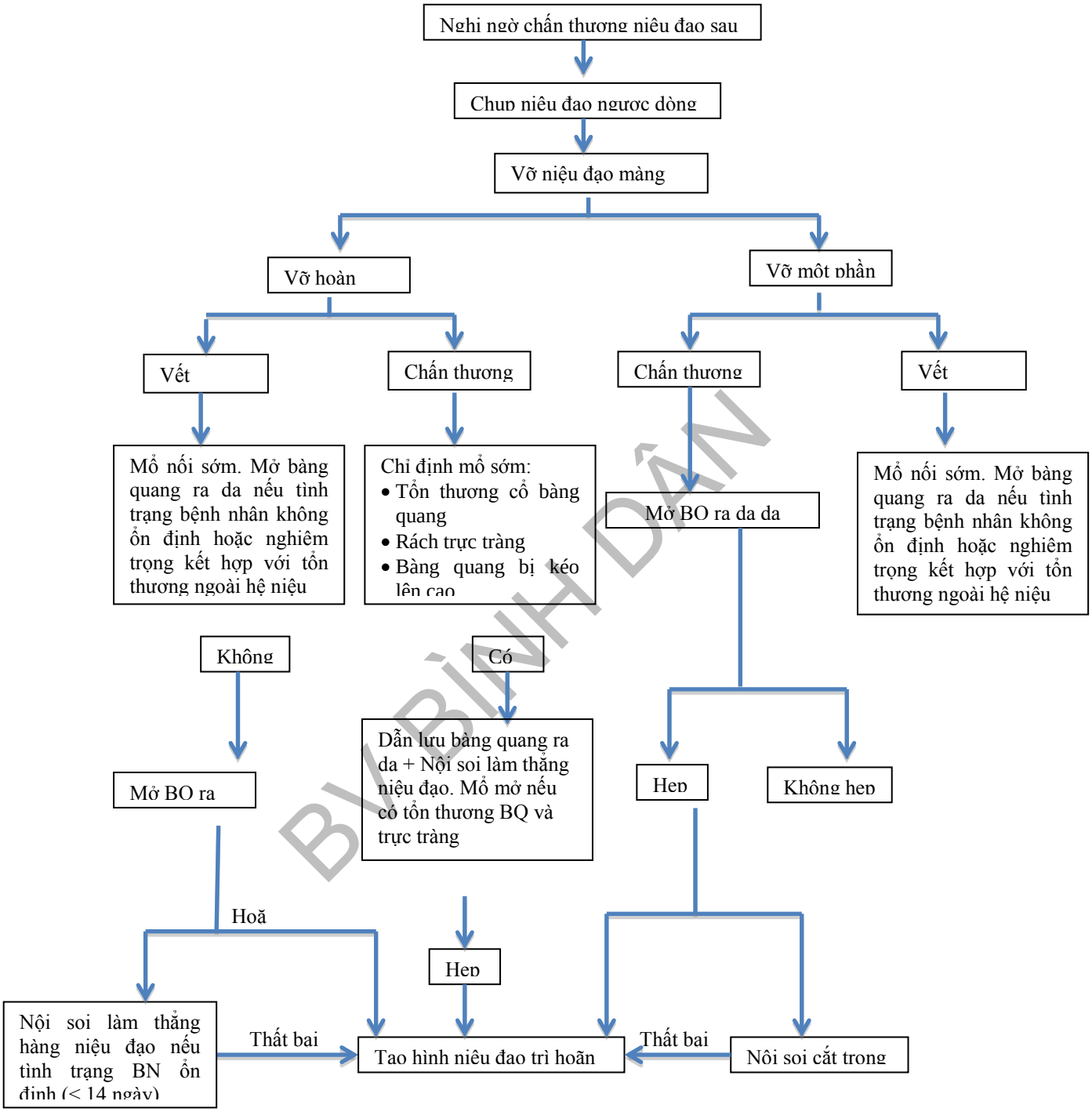
2.Các phác đồ xử trí:

Phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo trước theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2013):



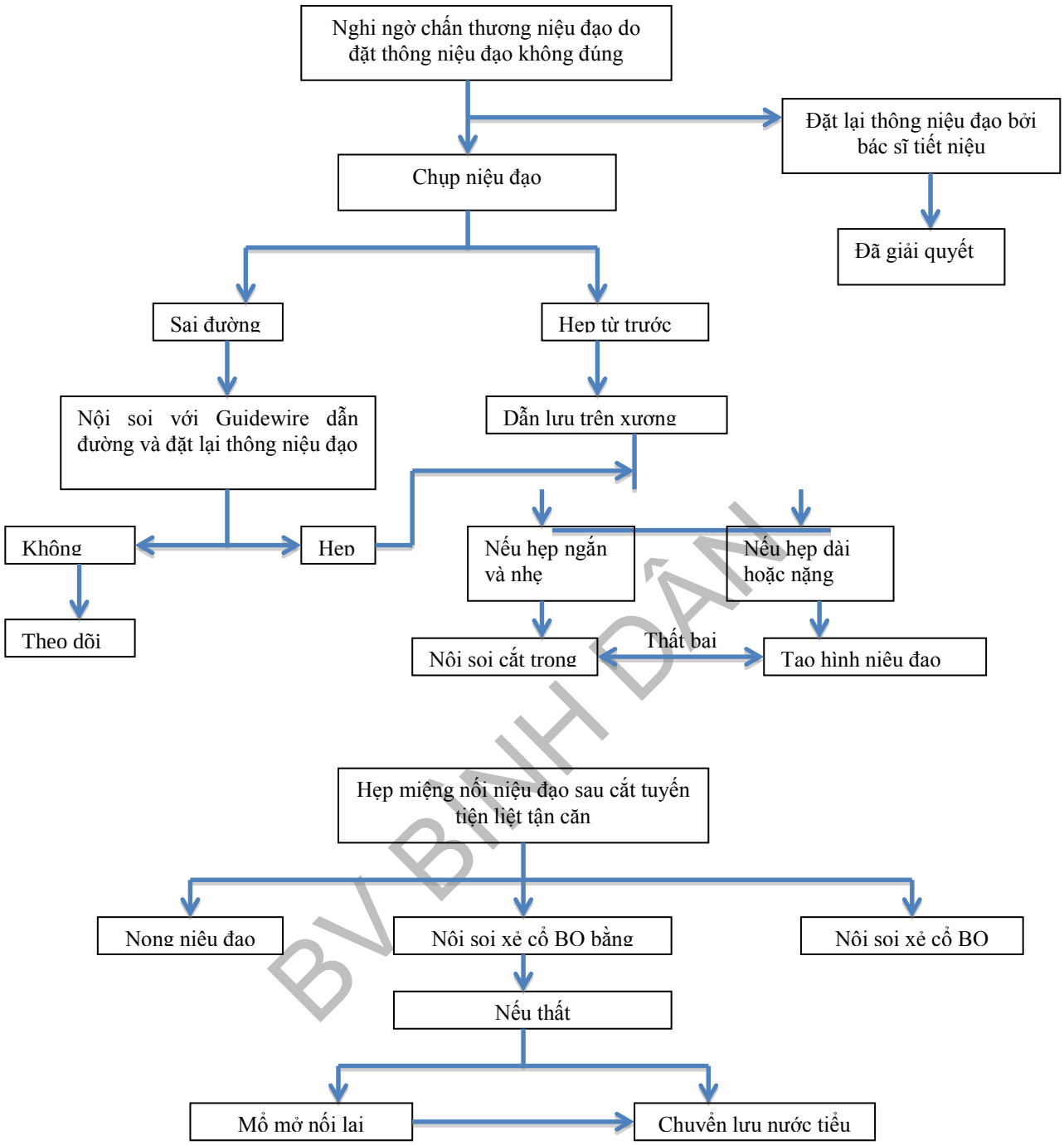
BV BÌNH DÂN

Phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo sau theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2013):



BV BÌNH DÂN

Phác đồ xử trí chấn thương niệu đạo do điều trị:



BV BÌNH DÂN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Ackerman AL, Blaivas J, Anger JT. Female Urethral Reconstruction.Curr Bladder Dysfunct Rep 2010; 5:225–232.*
2. *Goldman SM, Sandler CM, Corriere JN Jr, McGuire EJ. Blunt urethral trauma: a unified anatomical mechanical classification.J Urol 1997; 157: 85–89.*
3. *Martínez-Piñeiro L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN, Hohenfellner M.EAU guidelines on urological trauma.EurUrol 2010; vol 57,pp. 791– 803.*
4. *Summertom DJ, Djakovic N, Kitrey ND, Kuehhas F, Lumen N, Serafetinidis E.Urethral trauma. Guidelines on Urological Trauma.EAU Guidelines2013; 45-65.*