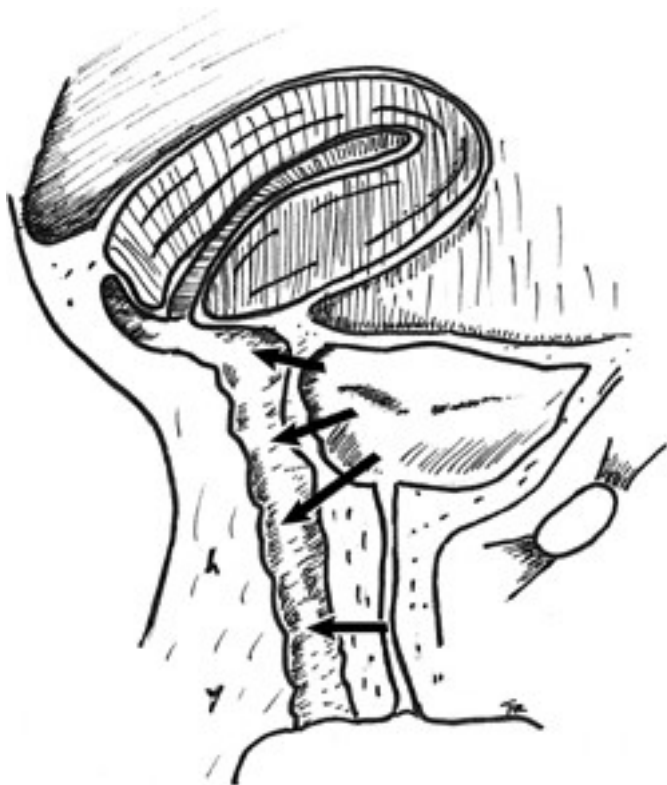


Bs Huỳnh Quốc Hải

Phân loại các trường hợp rò tiết niệu-sinh dục (RTN-SD) là do phẫu thuật phẩu khoa, đặc biệt là các trường hợp cắt tỉu cung qua đường bàng, các thủ thuật phẩu niệu, xạ trị, hoặc các biến chứng sau khoa. Ở các nước đang phát triển nơi tiếp cận chăm sóc y tế vẫn còn hạn chế, thì chuyển đổi đường tiết niệu từ trước hay chuyển đổi kéo dài vẫn còn là một nguyên nhân thường gặp nhất của tổn thương niệu đạo và bàng quang. Rò có triệu chứng thường có liên quan đến nguyên nhân, vị trí và kích thước của nó. Có nhiều ý kiến khác nhau về thời điểm phẫu thuật, đường phẫu thuật. Tuy nhiên việc sửa chữa rò thành công hay không tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, và cách chọn kỹ thuật mổ phù hợp.



Vị trí các đường rò bàng quang âm đực

Nguồn: <http://www.glowm.com/resources/glowm/graphics/figures/v1/0900/001f.jpg>

BẢN NGUYÊN VÀ DỊCH THUẬT HỒ C:

Theo báo cáo tổng kết 15 năm tại Bệnh viện Mayo, tổng số có 303 phụ nữ bị rò tiết niệu-sinh dục (RTNSD) và trong đó có 280 người được chẩn đoán phẫu thuật. Với 190 bệnh nhân có rò bàng quang âm đạo (RBQAD), có đến 145 (82%) là do nguyên nhân phẫu thuật phụ khoa; 19 người (11%) là do các thủ thuật sản khoa; 13 (7%) do sau điểu trị các bệnh lý ác tính; và 5 (3%) là do chấn thương. Tổng cộng vậy, Goodwin và Scardino cũng tìm thấy 74% trường hợp là do nguyên nhân bệnh lý phụ khoa; 14% do bệnh lý tiết niệu; và 12% do xạ trị gây nên.

Vấn hoá và giải phẫu cũng phản ánh thêm sự khác biệt và bệnh nguyên của RTNSD. Như tại Anh, Kelly cho rằng 95% của RTNSD là do các nguyên nhân không phẫu sản khoa. Trong khi đó, tại Nigeria, nguyên nhân do chửa ngoài tử cung chiếm 98%. Tại các nước đang phát triển, các chấn thương sản khoa là nguyên nhân hàng đầu của RTNSD. Hậu quả là do chửa ngoài tử cung kéo dài và ngoài tử cung gây ra hoại tử do áp lực. Hẹp âm môn thứ phát do cắt âm vật, bất thường xạ trị đầu chậu trong chửa ngoài tử cung, hẹp khung chậu, dinh dưỡng kém cũng gây ra các rối loạn chửa ngoài tử cung. RTNSD có thể do sử dụng forceps giúp sinh không đúng cách, các dụng cụ dùng để nạo gắp thai lưu, hoặc do nạo hút thai.

Tại các nước có điểu kiện chăm sóc sản khoa tốt hơn, nguyên nhân chính của RTNSD là do chấn thương trong phẫu thuật phụ khoa hoặc nội khoa. Các yếu tố nguy cơ có thể được báo nhậ là tiền sử xạ trị vùng chậu, mổ sanh, lồng nội mạc tử cung, phẫu thuật vùng chậu, bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, đái tháo đường, nhiễm trùng tái diễn, bệnh lý mạch máu, và lồng ngực thu hẹp. Như bệnh nhân đã mổ cắt tử cung ngã bệnh là đặc biệt nguy cơ. Mặc dù tần suất RTNSD sau mổ cắt tử cung là xấp xỉ 1/1300. Một nghiên cứu khác gồm 17 trường hợp hậu phẫu dò sau mổ cắt tử cung trong 15 năm theo dõi tại Dublin, nguy cơ rò là 1/605 đối với cắt tử cung ngã bệnh và 1/571 đối với cắt tử cung ngã âm đạo, và 1/81 với cắt tử cung triệt để. Theo một tổng kết tại Phấn Lan và với nghiên cứu này của Harki-Siren, trong 62.379 ca phẫu thuật cắt tử cung thì có 142 trường hợp bệnh tiến triển thặng dư niệu. Tỷ lệ tiến triển thặng dư bàng quang là 1,3/1000 ca cắt tử cung. Tỷ lệ RTNSD là 1/1200; 1/455 sau mổ nội soi cắt tử cung, 1/958 sau cắt tử cung ngã bệnh, và 1/5636 sau mổ cắt tử cung ngã âm đạo. So với mổ hở, mổ nội soi gây tiến triển thặng dư niệu quưn gấp 7 lần.

Cơ chế hình thành RTNSD sau mổ cắt tử cung có thể do niệu yếu tố, nhưng nguyên nhân thực sự vẫn còn chưa được hiểu rõ. Nhưng ta cho rằng bóc tách bàng quang trong cắt tử cung có thể là nguy cơ làm gia tăng RTNSD. Việc nhận biết tiến triển thặng dư ngay trong mổ sẽ làm tốn kém khâu tiến triển thành công đến 98,4%. Tiến triển thặng dư bàng quang và RTNSD được cho là bệnh chuyển của phẫu thuật điểu trị sỏi niệu. Các chấn thương sỏi niệu hậu phẫu được cho là nguyên nhân của nhiễm trùng và rò mảnh ghép. Theo Kobashi, trong 2 năm theo dõi, 34 phụ nữ cần phẫu thuật để lấy mảnh ghép ra và trong đó có 6 người bị dò niệu đạo-âm đạo.

Các triệu chứng hấp rò do xảy ra trong ung thư cổ tử cung hay các bệnh ác tính của vùng chậu. Tuy nhiên ngày nay tại bệnh này cũng ít gặp do kế hoạch chuẩn bị cho bệnh nhân rất tốt.

TRIệu U CHẨN NG LÂM SÀNG CỦA MỘT ĐƯỜNG RÒ:

Triệu u chẩn đoán gặp nhất là rò nước tiểu liên tục trong âm đạo. Khi RTNSD xảy ra sau một phẫu thuật phụ khoa, thì rò nước tiểu sẽ xảy ra vào 10 ngày đầu sau mổ và ít phổ biến hơn là từ ngày 10 đến ngày 20 sau mổ. Trong triệu chứng hấp rò sau mổ cổ tử cung, khi phát triển chẩn đoán và việc chẩn đoán sớm có thể bị chậm do tình trạng phù nề mô mềm cổ tử cung. Vị trí và kích thước của lỗ dò có thể như hàng đờn nước rò. Với rò nhỏ, bệnh nhân có thể vẫn đi tiểu với lượng nước bình thường. Còn với các lỗ rò lớn, bệnh nhân không thể nào đi tiểu bình thường được. Triệu chứng có các triệu chứng như kích thích âm đạo, âm môn, bệnh nhân cảm thấy có mùi khai khó chịu. Nước tiểu có ure trong âm đạo bị chuyển đổi bởi các chủng vi khuẩn trong âm đạo, pH âm đạo trở nên kiềm hoá, tạo ra các tinh thể phosphate màu xám trong âm đạo và âm hộ. Chẩn đoán rò tiểu làm cho bệnh nhân mất cảm, tránh giao hợp, trầm cảm, tự ti và mất ngủ.

ĐÁNH GIÁ MỘT TRIỆU CHỨNG HẤP RÒ BẰNG QUANG ÂM ĐẠO:

-Hội chẩn sớm và khám lâm sàng bằng mắt trực tiếp có ánh sáng rõ ràng và trực tiếp khám thích hợp. Triệu chứng hấp chảy nước tiểu qua âm đạo niệu và không thể đi tiểu thành dòng sẽ gợi ý đường rò lớn, và ngược lại.

-Đặt âm đạo cần xét nghiệm đo nồng độ urea để khẳng định chắc đó là nước tiểu chứ không phải dịch bàng quang hay dịch bàng.

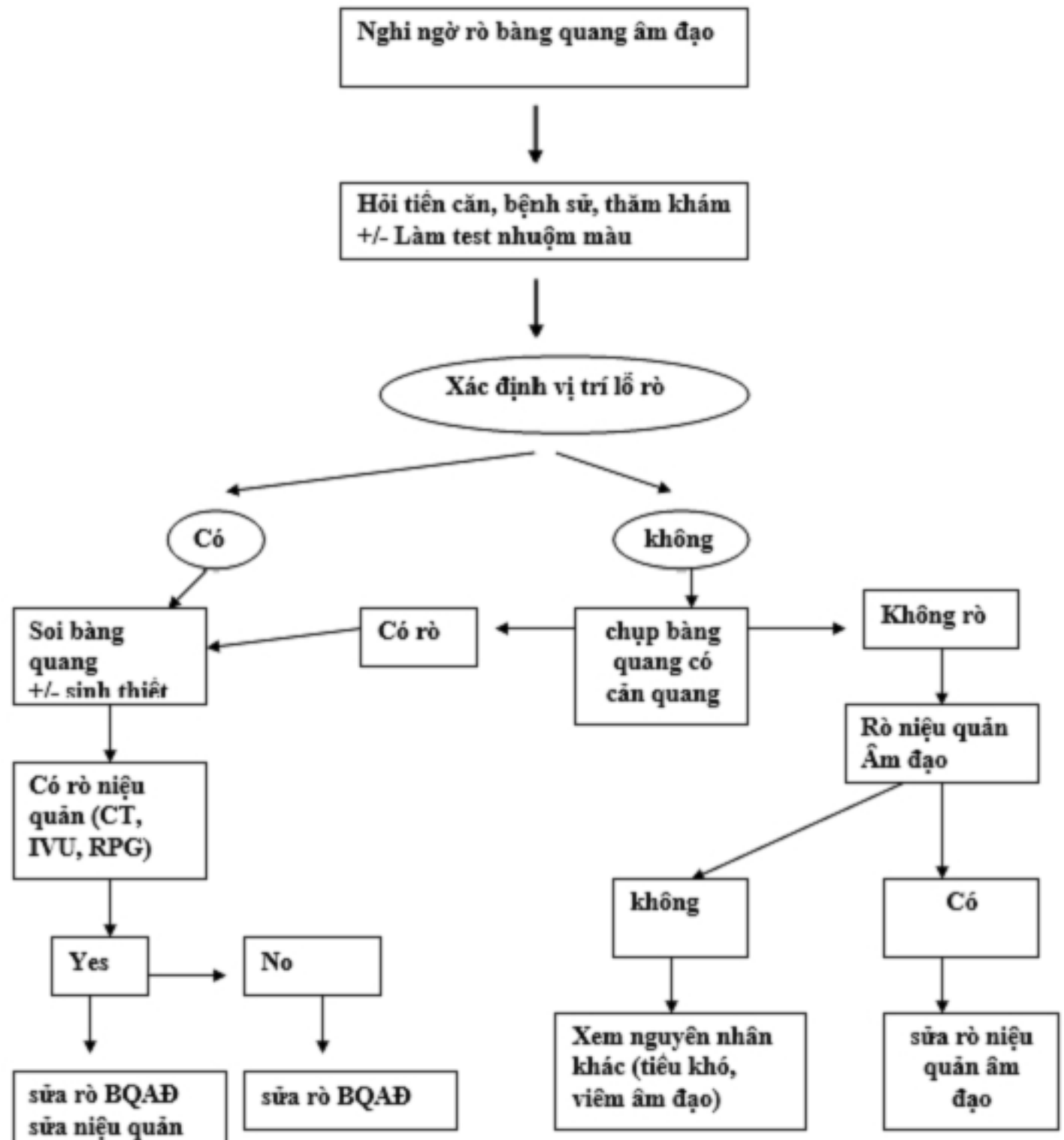
- Phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu có thể phát hiện nhiễm trùng kèm theo.

- Chụp UIV có thể giúp định vị lỗ rò, đánh giá giải phẫu niệu quản, và chức năng thận. Rò âm đạo trong và sau đi tiểu gợi ý nghĩ đến rò niệu đạo âm đạo.

- Dòng chảy trong âm đạo có màu sắc xác định đặc trưng và trí rò. Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, đặt đầu taster sonde niệu đạo và đặt mắt vào âm đạo để quan sát. Trong trường hợp hẹp lỗ rò rỗng, nước tiểu sẽ xuất hiện ngay trong âm đạo.

Thử nghiệm nhuộm xanh methylene vào bàng quang với ba cốc bông đặt trong âm đạo. Nếu rò bàng quang-âm đạo thì cốc bông thứ 2 và thứ 3 xanh, cốc ngoài cùng có màu xanh không có giá trị. Nếu rò niệu quản-âm đạo thì cốc bông không có màu xanh. Trước khi tiến hành phẫu thuật, cần tiến hành soi bàng quang, chú ý quan sát cốc bàng quang, lỗ niệu quản và niệu đạo. Xem xét vị trí chính xác của lỗ rò thông quan với lỗ niệu quản, kích thước và những nguyên nhân tiềm ẩn cần phải xác định. Nếu soi bàng quang với dụng cụ ch, cần phải thận trọng, phải chèn âm đạo bằng ngón cái để hạn chế mắt đặt qua âm đạo.

THÁI ĐỘ XÉT TRÍ RÒ BÀNG QUANG ÂM ĐẠO:



PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RÒ TIỂU NIỆU SINH DỤC: HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH

