

quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy ít có bằng chứng về mặt thống kê liên quan đến các đặc điểm của người bệnh hay người chăm sóc có những đáp ứng tốt hơn hay kém hơn với chương trình tư vấn [3].

V. KẾT LUẬN

Sau tư vấn, gánh nặng chăm sóc giảm từ 43,7 điểm xuống còn 28,7 điểm theo ZBI ($p < 0,05$). NCS lao động toàn thời gian có tỷ lệ cải thiện ZBI thấp hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Sự cải thiện ZBI có xu hướng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm NCS có thời gian chăm sóc trong ngày kéo dài và bệnh nhân SSTT giai đoạn vừa và nặng so với nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Alzheimer Report 2018** - The state of the art of dementia research: New frontiers. NEW

FRONTIERS, 48.

2. **Martin-Carrasco M., Martín M.F., Valero C.P. và cộng sự. (2009).** Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*, **24(5)**, 489–499.
3. **Marim C.M., Silva V., Taminato M. và cộng sự. (2013).** Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. *Rev Latino-Am Enfermagem*, **21(spe)**, 267–275.
4. **Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trọng Hưng, và Phạm Thăng (2016).** Gánh nặng chăm sóc bệnh nhân Alzheimer giai đoạn cuối và các yếu tố liên quan. *Tạp chí nghiên cứu y học*, **100(2)**, 148–155.
5. **Prince M., Brodaty H., Uwakwe R. và cộng sự. (2012).** Strain and its correlates among carers of people with dementia in low-income and middle-income countries. A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Int J Geriatr Psychiatry*, **27(7)**, 670–682.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VỠ BÀNG QUANG DO CHẤN THƯƠNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Văn Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ bàng quang do chấn thương tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2014 – 9/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 67 bệnh nhân vỡ bàng quang được điều trị tại bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,5 \pm 12,8$ tuổi; Bệnh nhân nam chiếm 82,1%, nữ chiếm 17,9%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 86,6%, tai nạn lao động 13,4%; Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân bị tai nạn đến khi vào viện là $4,08 \pm 1,34$ giờ; Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi được chẩn đoán là $3,02 \pm 1,14$ giờ; Sốc chấn thương chiếm 37,3%; Kết quả chụp X quang: Vỡ xương chậu 11,9%, có hơi trong ổ bụng 11,9%, có dịch ổ bụng 4,5%; Kết quả chụp cắt lớp vi tính: Tổn thương thành bàng quang 85,1%, thoát thuốc vào ổ bụng 43,3%, hình ảnh vỡ xương chậu 40,3%; Tạng tổn thương phối hợp: tổn thương gan chiếm 6%, thận 1,5%, lách 1,5%, đại tràng 9,0%, Xương chậu 40,3%.

Kết luận: Chấn thương vỡ bàng quang thường gặp ở độ tuổi lao động, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm đa số với tỷ lệ sốc chấn thương là 37,3% và vỡ xương chậu phối hợp là 40,3%

SUMMARY

RESEARCH CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BLADDER RUPTURE BY TRAUMA AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To study clinical and paraclinical characteristics of patients with bladder rupture due to trauma at Viet Duc hospital from January 2014 to September 2020. **Methods:** Descriptive cross – sectional study combining retrospective and prospective on 67 bladder rupture patients undergone treatment at Viet Duc hospital. **Results:** The mean age of the patients was 34.5 ± 12.8 years old; Male patient was 82.1%, female patient was 17.9%. Trauma caused of traffic accident was 86.6%, occupational accident was 13.4%; The average time from the patient's accident to hospital admission was 4.08 ± 1.34 hours; The mean time from patient admission to diagnosis was 3.02 ± 1.14 hours; Traumatic shock was 37.3%; X-ray results: Pelvic fracture was 11.9%, intra-abdominal air was 11.9%, intra-abdominal fluid was 4.5%; Computed tomography results: Bladder wall damage was 85.1%, intra-abdominal drainage was 43.3%, pelvic fracture was 40.3%; Combined organ damage: liver damage

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: Dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2021

Ngày duyệt bài: 5.7.2021

was 6% , kidney was 1.5%, spleen was 1.5%, colon was 9.0%, pelvis was 40.3%. **Conclusion:** Bladder rupture by trauma are common with patients in working age, the cause of traffic accident is the majority with the rate of traumatic shock is 37.3% and the combined pelvic fracture is 40.3%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang là tạng rỗng, khi không chứa nước tiểu nằm trong tiểu khung phía sau xương mu, trên đáy chậu. Bàng quang bị tổn thương khi có chấn thương mạnh gây vỡ xương chậu, mảnh xương chậu di lệch chọc thủng bàng quang gây vỡ bàng quang ngoài phúc mạc hoặc bàng quang bị vỡ trong phúc mạc sau một chấn thương vào vùng dưới rốn do bị đá, đâm vào bụng, ngã va đập bụng dưới rốn vào vật cứng hoặc vỡ do bị đè ép trong tình trạng căng đầy nước tiểu, vượt lên trên xương mu [1], [2].

Vỡ bàng quang do chấn thương là một cấp cứu ngoại khoa. Bệnh nhân bị vỡ bàng quang thường đến bệnh viện ở trong tình trạng đa chấn thương, có nhiều tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, chấn thương ngực bụng, gãy xương chậu, gãy xương đùi...[1], [2]. Vì vậy, các dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán vỡ bàng quang để bị lu mờ và hay bị bỏ qua, dẫn đến việc chẩn đoán vỡ bàng quang thường chậm và có thể bị bỏ sót tổn thương đặc biệt khi bệnh nhân trong tình trạng bị sốc nặng [1]. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ bàng quang do chấn thương được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014 – 2020*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm tất cả bệnh nhân bị vỡ bàng quang do chấn thương được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2014 - tháng 12/2020.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ bàng quang do chấn thương
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân vỡ bàng quang do chấn thương bụng kín đã được phẫu thuật ở tuyến khác.
- Bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc không do nguyên nhân chấn thương bụng kín
- Bệnh nhân rách bàng quang do tai biến khi phẫu thuật và làm thủ thuật.
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng
- Hồi cứu trên hồ sơ bệnh án từ tháng 1/2014 đến tháng 4/2020
- Tiến cứu trên bệnh nhân chẩn đoán và điều trị từ tháng 4/2019 đến 12/2019.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo phương pháp thuận tiện là tất cả các bệnh nhân đảm bảo đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ 1/1/2020 đến 1/9/2020.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi bệnh nhân: được tính từ khi vào viện trừ đi năm sinh và được chia ra các khoảng ≤ 30 tuổi, 31 - 50 tuổi, 51 - 70 tuổi và > 70 tuổi

- Giới: Nam và Nữ

- Nguyên nhân chấn thương vỡ bàng quang:

- + Do tai nạn lao động.
- + Do tai nạn giao thông.
- + Do tai nạn sinh hoạt.
- + Nguyên nhân trực tiếp.
- + Nguyên nhân gián tiếp.

- Thời gian từ khi tai nạn đến khi nhập viện: Khai thác qua bệnh nhân, người nhà bệnh nhân và chia ra các khoảng < 6 giờ, 6 - < 12 giờ và > 12 giờ.

- Thời gian chẩn đoán: được tính từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi được chẩn đoán và chia ra các khoảng < 3 giờ, 3 - < 6 giờ và > 6 giờ.

- Thời gian từ khi tai nạn đến khi được phẫu thuật: được tính từ khi bệnh nhân tai nạn đến khi được phẫu thuật và chia ra các khoảng < 6 giờ, 6 - < 12 giờ và > 12 giờ.

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, thủ thuật thông đái, nội soi chẩn đoán và giá trị của các triệu chứng này đối với chẩn đoán.

*Đặc điểm lâm sàng

- Ghi nhận các triệu chứng cơ năng:
+ Sốc: da và niêm mạc nhợt, tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh nông, mạch nhanh, nhỏ, trên 100 lần /1 phút, khó bắt, huyết áp hạ < 90 mmHg.

+ Đau bụng vùng trên xương mu sau tai nạn

+ Mất cảm giác buồn đi tiểu

+ Chỉ đái được vài giọt nước tiểu lẫn máu

+ Mót đi tiểu nhưng không đi được

+ Vỡ xương chậu: Khám xem khung chậu có gãy không, sờ xem có toác khớp mu không, có điểm đau chói không, ép nhẹ hai bên khung chậu có đau không.

+ Viêm phúc mạc
+ Không có cầu bàng quang
+ Thăm trực tràng túi cùng Douglas phòng và đau

+ Đái bình thường
- Khám các loại thương tổn khác: Sọ não, thần kinh; Hô hấp, lồng ngực; Tuần hoàn, mạch máu; Tiêu hoá, gan mật; Tiết niệu; Xương, chi và phần mềm

- Kết quả đặt sonde niệu đạo (Chỉ định thông đái khi không nghi ngờ đứt niệu đạo, điều kiện vô trùng, thầy thuốc có kỹ thuật, phải làm nhẹ nhàng, không được cố nếu khó) Phân tích kết quả đặt sonde niệu đạo:

+ Không đặt được sonde niệu đạo
+ Đặt được sonde niệu đạo nước tiểu có máu
+ Đặt được sonde niệu đạo nước tiểu trong

* Đặc điểm cận lâm sàng

- Kết quả chụp cắt lớp vi tính bàng quang (CT Cystography): Chỉ định khi điều kiện bệnh nhân cho phép. Chụp cắt lớp vi tính trước và sau tiêm thuốc cản quang có bơm khoảng 300ml thuốc cản quang ngược dòng vào bàng quang. Trong trường hợp nếu không đặt được thông đái cần chụp cắt lớp bàng quang thì muộn với các lớp cắt liên tục từ vòm hoành tới đáy chậu, bề dày lớp cắt 3-5mm khu trú vùng bàng quang, các vị trí khác cắt với bề dày 5-10mm. Chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán các tổn thương phối hợp trong và ngoài ổ bụng như gan, lách, thận, khung chậu...do lợi thế cùng một lần chụp. Phân tích kết quả:

+ Hình ảnh tổn thương bàng quang
+ Hình ảnh tổn thương tạng ổ bụng phối hợp.
+ Thuốc vào ổ bụng qua chỗ vỡ.
+ Thuốc vào khoang Retzius.
- Đánh giá thời điểm chẩn đoán
+ Chẩn đoán vỡ bàng quang trước mổ
+ Chẩn đoán vỡ bàng quang trong mổ
+ Chẩn đoán vỡ bàng quang muộn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2020 có 67 bệnh nhân chấn thương vỡ bàng quang được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,5 ± 12,8 tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 11 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Nhóm < 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3%

- Số lượng bệnh nhân nam là 55/67 bệnh nhân chiếm 82,1%, nữ 12/67 bệnh nhân chiếm

17,9%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 4,58/1.

- Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân bị tai nạn đến khi vào viện là 4,08 ± 1,34 giờ.

- Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi được chẩn đoán là 3,02 ± 1,14 giờ, ngắn nhất là 2 giờ và dài nhất là 10 giờ.

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương vỡ bàng quang

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	58	86,6
Tai nạn lao động	9	13,4
Tai nạn sinh hoạt	0	0
Tổng	67	100

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng chính khi vào viện

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốc chấn thương	25	37,3
Đau bụng trên xương mu	67	100
Mất cảm giác buồn đi tiểu	14	20,9
Mót tiểu nhưng không tiểu được	12	17,9
Vỡ xương chậu	22	32,8
Dấu hiệu viêm phúc mạc	2	3,0

- Kết quả đặt sonde niệu đạo: tất cả bệnh nhân đều đặt được sonde niệu đạo trong đó 100% nước tiểu có máu

- Kết quả xét nghiệm công thức máu cho thấy số lượng hồng cầu trung bình của 67 bệnh nhân nghiên cứu là 4,26 ± 0,78 T/l, Thấp nhất là 2,37 T/l và cao nhất là 6,68 T/l.

Bảng 3. Hình ảnh siêu âm của vỡ bàng quang

Hình ảnh siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương thành bàng quang	48	71,6
Máu cục trong bàng quang	27	40,3
Có dịch trong ổ bụng	53	79,1
Siêu âm chướng bụng khó đánh giá	15	22,4

Bảng 4. Kết quả chụp X quang

Kết quả chụp X quang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có vỡ xương chậu	8	11,9
Có hơi trong ổ bụng	8	11,9
Có dịch trong ổ bụng	3	4,5

Bảng 5. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của vỡ bàng quang

Kết quả chụp cắt lớp vi tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương thành bàng quang	57	85,1
Thoát thuốc vào ổ bụng	29	43,3
Hình ảnh vỡ xương chậu	27	40,3
Tổn thương tạng phối hợp	12	17,9

Bảng 6. Đặc điểm tạng tổn thương phối hợp

Tạng tổn thương phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gan	4	6,0
Lách	1	1,5
Thận	1	1,5
Đại tràng	6	9,0
Xương chậu	27	40,3
Tổng	39	58,3

IV. BÀN LUẬN**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

* **Đặc điểm về tuổi.** Trong tổng số 67 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm tuổi thường gặp là < 30 tuổi có 31/67 bệnh nhân (chiếm 46,3%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 41-50 tuổi 28/67 bệnh nhân (chiếm 41,8%) Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 34,5 ± 12,8 tuổi, thấp nhất là 11 tuổi và cao nhất là 68 tuổi.

Theo Nguyễn Hồng Thanh [6], Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 37,29 ± 12,91 tuổi, tuổi thấp nhất là 16 tuổi, tuổi cao nhất là 74 tuổi. Tuổi hay gặp vỡ bàng quang do chấn thương từ 21 đến 50 tuổi là 50 bệnh nhân chiếm 80,65%. Theo nghiên cứu của Trần Lê Linh Phương [4], tuổi trung bình trong nghiên cứu là 33,0 ± 9 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước về đặc điểm tuổi liên quan đến vỡ bàng quang và các tác giả đều thống nhất rằng vỡ bàng quang gặp ở hầu hết các lứa tuổi, tuy nhiên gặp nhiều ở lứa tuổi trẻ vì liên quan đến tai nạn, đặc biệt là tai nạn giao thông [4],[5].

* **Đặc điểm về giới.** Trong số 67 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 55/67 bệnh nhân nam (chiếm 82,1%) và 12/67 bệnh nhân nữ (chiếm 17,9%), tỷ lệ Nam/Nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,58/1. Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Trần Lê Linh Phương [2], Trong nghiên cứu 33 bệnh nhân, kết quả cho thấy có 32/33 là bệnh nhân Nam chiếm 97% và 1 bệnh nhân Nữ chiếm 3%. Theo Nguyễn Hồng Thanh [6], Vỡ bàng quang do chấn thương gặp nhiều ở nam chiếm 80,65%. Tỷ lệ nam / nữ trong nghiên cứu của tác giả là 4/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng. Vỡ bàng quang do chấn thương là một cấp cứu tiết niệu, hay

gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động. Bệnh nhân bị vỡ bàng quang thường xảy ra tình trạng sốc đa chấn thương, có nhiều thương tổn đi kèm. Bệnh cảnh toàn thân thường là sốc chấn thương, mất máu nhiều. Bệnh nhân nằm bất động, kêu đau vùng khung chậu và vùng bụng dưới. Bụng trướng và có các vết bầm tím vùng xương mu. Triệu chứng vỡ bàng quang, thường mờ nhạt vì bị các cơn đau vùng xương chậu che lấp, ngay cả khi có vỡ bàng quang trong phúc mạc. Các triệu chứng cơ năng thường gặp là đau vùng hạ vị sau chấn thương, buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp tiểu được 20-40ml nước tiểu đỏ lẫn máu. Tiểu tiện ra máu toàn bãi hoặc cuối bãi. Khi bàng quang vỡ vào ổ bụng: xuất hiện các triệu chứng bụng ngoại khoa như bệnh nhân đau khắp bụng, bụng trướng căng, phản ứng thành bụng (+), chọc thăm dò ổ bụng hút được nước tiểu lẫn máu. Thăm khám túi cùng Douglas phồng và đau trong trường hợp vỡ bàng quang trong phúc mạc. Triệu chứng của tổn thương kết hợp như vỡ xương chậu, chấn thương gãy xương khác, chấn thương sọ não....[1], [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 25/67 bệnh nhân có biểu hiện sốc khi nhập viện (chiếm 37,3%), đau bụng trên xương mu gặp 100% các trường hợp. 62/67 bệnh nhân khám không có cầu bàng quang (chiếm 92,5%). Có 14 bệnh nhân mất cảm giác đi tiểu (chiếm 20,9%) và 22 bệnh nhân có biểu hiện vỡ xương chậu trên lâm sàng (chiếm 32,8%)

Theo Nguyễn Hồng Thanh [6], kết quả nghiên cứu cho thấy sốc chiếm 40,32 %. Dấu hiệu thường gặp trong nghiên cứu là đau bụng vùng trên xương mu chiếm 96,77%. Không có cầu bàng quang chiếm 85,48%. Mót đi tiểu nhưng không tiểu được chiếm 56,45%. Chỉ đái được vài giọt nước tiểu lẫn máu chiếm 22,58%. Vỡ xương chậu chiếm 53,23%, và có 3 bệnh nhân chiếm 4,84% tiểu tiện bình thường

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước và các tác giả đều thống nhất rằng, trong chấn thương bàng quang sốc chấn thương là triệu chứng thường gặp và nghiêm trọng [4], [5]. Ngay sau khi bị chấn thương bệnh nhân có thể rơi vào tình trạng sốc với huyết áp xuống thấp, mạch mỗi lúc một nhanh nhỏ, mồ hôi lạnh toát, có thể dẫn tới tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời. Tình trạng sốc này thực sự không phụ thuộc nhiều vào mức độ vỡ bàng quang, mà phụ thuộc chính vào tổn thương kết hợp như: chấn thương sọ

não, chấn thương ngực, vỡ xương chậu, chấn thương bụng vỡ tạng đặc với tình trạng xuất huyết nội, gãy xương đùi, tổn thương mạch máu lớn v.v. (tình trạng đa chấn thương). Dấu hiệu của sốc chấn thương do đau đớn, mất máu, các thương tổn phối hợp dễ làm cho triệu chứng của vỡ bàng quang bị lu mờ, bị bỏ qua [3], [4].

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

***Đặc điểm trên phim chụp cắt lớp vi tính.** Tổn thương bàng quang gồm đưng dập, vỡ trong phúc mạc và ngoài phúc mạc. Ngoài hình ảnh thấy thoát thuốc trong hoặc ngoài phúc mạc giống chụp bàng quang ngược dòng, chụp cắt lớp vi tính còn cho thấy được hình ảnh thành bàng quang dày phù nề khi đưng dập bàng quang. Độ nhạy phát hiện tổn thương bàng quang đạt 95 – 100% [1], [2]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 57/67 bệnh nhân trên phim chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh tổn thương thành bàng quang (chiếm 85,1%), thoát thuốc vào ổ bụng có 9 bệnh nhân (chiếm 13,4%), hình ảnh vỡ xương chậu 29 bệnh nhân (chiếm 43,3%) và phát hiện 8 bệnh nhân có tổn thương tạng phối hợp (chiếm 11,9%). Theo Trần Xuân Thủy [4], 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, kết quả nghiên cứu cho thấy có 54,8% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương thành bàng quang (đường vỡ, thành không liên tục), 100% bệnh nhân có máu cục trong bàng quang, dịch quanh bàng quang, 100% có thoát thuốc vào ổ bụng.

Như vậy vai trò của chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán vỡ bàng quang là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cực kỳ quan trọng để chẩn đoán xác định vỡ bàng quang do chấn thương, dựa vào hình ảnh có thể phân loại vỡ bàng quang để áp dụng phương pháp điều trị. Kỹ thuật này là một tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh vỡ bàng quang do chấn thương, rút ngắn thời gian theo dõi và đưa ra chẩn đoán xác định với độ chính xác cao và còn phát hiện các thương tổn phối hợp. Với sự phổ biến của chụp cắt lớp trong chấn thương thì kỹ thuật chụp cắt lớp bàng quang có thể thay thế chụp bàng quang ngược dòng. Tuy nhiên các tác giả cũng lưu ý chỉ thực hiện chụp cắt lớp vi tính khi tình trạng toàn thân của bệnh nhân ổn định và kiểm soát được tình trạng sốc chấn thương [5], [6].

***Đặc điểm thương tổn của vỡ bàng quang.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước đường vỡ bàng quang trung bình là $4,2 \pm 1,01$ cm, ngắn nhất là 1 cm và dài nhất là 10cm, trong đó kích thước < 2 cm có 5 bệnh

nhân (chiếm 7,5%), kích thước từ 2-4 cm có 34 bệnh nhân (chiếm 50,7%) và 28 bệnh nhân có kích thước > 4 cm (chiếm 41,8%)

Theo Trần Lê Linh Phương [3], kết quả nghiên cứu cho thấy 90,9% bàng quang rách ở vùng chóp. Có 72,7% vết rách thẳng, có 13,6% vết rách hình chữ V, có 13,6% sang thương phức tạp (vết rách hình chữ Z, chữ T, chữ Y). Chiều dài vết rách từ 1,5-10 cm trong đó vết rách từ 5-8 cm chiếm 68,2%. Có 54,5% trường hợp đang chảy máu rỉ rả tại mép vết rách, có 2 trường hợp (4,5%) máu phun mạnh thành tia, trong đó phải chuyển mổ mở 1 trường hợp vì không xác định được vị trí chảy máu

Theo John Barnard [5], Trong nghiên cứu 44 bệnh nhân bị chấn thương vỡ bàng quang, Kết quả nghiên cứu cho thấy có 31 bệnh nhân bị tổn thương ngoài phúc mạc, và 13 bệnh nhân trong phúc mạc. Có 93% bị gãy xương chậu và 39% có thêm chấn thương tạng đặc.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương bàng quang là một cấp cứu ngoại khoa với độ tuổi thường gặp là 30 – 50 tuổi, Tỷ lệ sốc chấn thương gặp trong nghiên cứu chiếm 37,3. Kết quả chụp cắt lớp vi tính: Tổn thương thành bàng quang 85,1%, thoát thuốc vào ổ bụng 43,3%, hình ảnh vỡ xương chậu 40,3%, tổn thương tạng phối hợp 17,9%. Tạng tổn thương phối hợp: tổn thương gan chiếm 6%, thận 1,5%, lách 1,5%, đại tràng 9,0%, Xương chậu 40,3%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành (2010)**, "Chấn thương bàng quang" Cấp cứu ngoại khoa tập 2, Nhà Xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr 293 – 299
2. **Trần Lê Linh Phương, Lê Tuấn Anh (2009)**, "Điều trị chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng, kinh nghiệm qua 22 trường hợp", Tạp san Y Học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 13 - No 1, tr 28 – 32.
3. **Trần Lê Linh Phương (2003)**. "Chẩn đoán các thương tổn đường tiêu dưới phức tạp trong gãy xương chậu nặng", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 7 - No 1, tr 115 – 122.
4. **Trần Xuân Thủy (2019)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị vỡ bàng quang do chấn thương tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2014 - 2019", Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội
5. **John Barnard, Tyler Overholt, Ali Hajiran (2019)**. Traumatic Bladder Ruptures: A Ten-Year Review At A Level 1 Trauma Center. Advances In Urology Volume 2019, Article Id 2614586, 4 Pages.
6. **Nguyễn Hồng Thanh (2012)**, "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vỡ bàng quang do chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2008 – tháng 6/2012", Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học y Hà Nội