

NHÂN TRƯỜNG HỢP DỊ DẠNG TĨNH MẠCH NIỆU ĐẠO: NGUYÊN NHÂN GÂY TIỂU MÁU ĐẠI THỂ TÁI DIỄN HIẾM GẶP

Vũ Thái Hoàng¹, Nguyễn Việt Cường¹, Nguyễn Văn Thủy¹

TÓM TẮT

Tiểu máu cùng với chảy máu niệu đạo là những triệu chứng đường tiểu dưới thường mang tính cấp cứu trong khám và chữa bệnh. Người thầy thuốc có thể bỏ sót một nguyên nhân khá ít gặp trong thực hành lâm sàng là dị dạng tĩnh mạch niệu đạo.

Qua 03 ca bệnh trên lâm sàng, có thể vì tính chất bệnh lý hiếm gặp, kèm theo do chưa có một phác đồ tiêu chuẩn trong việc tiếp cận và chẩn đoán tiểu máu nên các bệnh nhân đến với chúng tôi đã được khám và điều trị tại nhiều bệnh viện khác nhau nhưng kết quả đều chưa được như mong muốn.

Việc thăm khám và điều trị bệnh nhân tiểu máu cần quan tâm đến vấn đề dị dạng tĩnh mạch niệu đạo. Phương pháp điều trị đốt cầm máu bằng dụng cụ lưỡng cực tại Bệnh viện Quân Y 175 mang lại kết quả khá tốt, tái khám sau 6 tháng cả 3 bệnh nhân đều không còn triệu chứng.

Giãn tĩnh mạch vùng niệu đạo là một trong những nguyên nhân gây nên tiểu máu hoặc chảy máu niệu đạo sau hoạt động tình dục. Các thầy thuốc cần khai thác kỹ từ bệnh sử và việc thăm khám bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị. Phẫu thuật đốt cầm máu một cách cẩn thận các tĩnh mạch giãn là cách điều trị an toàn và hiệu quả nhất trong mọi trường hợp

Từ khóa: tiểu máu, chảy máu niệu đạo, cương dương vật, đốt cầm máu lưỡng cực.

CASES REPORT URETHRAL VENOUS MALFORMATION: AN UNUSUAL CAUSE OF RECURRENT GROSS HEMATURIA

ABSTRACT

Gross hematuria and bleeding per urethral are common emergency symptoms which in lower urinary tract symptoms. Clinical physicians may skip an unusual cause of those symptoms is urethral venous malformation.

¹Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Vũ Thái Hoàng (drhoangandro@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/10/2021, ngày phản biện: 01/11/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2021

We reported three cases in clinical practice. Due to the rarity of the disease and the lack of standardisation in the diagnosis and treatment, the patients had been examined in lots of hospitals so far, but the result is counterintuitive.

The diagnosis and treatment for the patients with gross hematuria necessitate clinical physicians pay attention to urethral venous malformation. Endoscopic bipolar electrocoagulation in 175 military hospital is a potential technique, at 6-month review, all three cases had symptom-free

Urethral venous malformation or engorged urethral veins is one of the reasons for gross hematuria or post-coitus urethral bleeding. The clinical physicians must focus on the patient's history and examine in detail before cure. Judicious 'spot-welding' and coagulation carefully of the engorged veins is a safe and effective treatment in all cases.

Keywords: gross hematuria, urethral bleeding, ejaculation, bipolar electrocoagulation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu máu là một thuật ngữ y khoa dùng để chỉ tình trạng của cơ thể khi thấy có tế bào hồng cầu xuất hiện trong nước tiểu, thường được phân thành 2 dạng là tiểu máu vi thể hoặc tiểu máu đại thể [1]. Mặc dù việc định nghĩa chính xác về tiểu máu vi thể vẫn còn được các chuyên gia tranh luận [2], tiểu máu đại thể dường như là một hiện tượng rất dễ nhận biết và cũng thường là than phiền chính của bệnh nhân khi đến khám bệnh.

Tiểu máu thường là triệu chứng chỉ điểm của rất nhiều nguyên nhân, trong khuôn khổ bài này, chúng tôi muốn đề cập đến một nguyên nhân khá ít gặp trên lâm sàng và rất dễ bị bỏ qua là do giãn vỡ tĩnh mạch niệu đạo, dẫn đến việc điều trị không triệt để và bệnh nhân có thể phải tái khám nhiều lần gây lãng phí thời gian, công sức của chính bệnh nhân cũng như hệ thống y tế. Việc thăm khám bệnh nhân đặc biệt là

bệnh sử đóng một vai trò rất quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán.

Trên cơ sở ấy, chúng tôi báo cáo về ca lâm sàng đã được phát hiện, điều trị và theo dõi tại Khoa ngoại tiết niệu - Bệnh viện Quân Y 175 với 2 mục tiêu: Mô tả các triệu chứng thường gây nhầm lẫn với các bệnh lý khác trên lâm sàng. Và chia sẻ kinh nghiệm điều trị dị dạng tĩnh mạch niệu đạo gây tiểu máu đại thể tái diễn.

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Các ca lâm sàng được mô tả đều được điều trị tại Khoa ngoại tiết niệu – Bệnh viện Quân Y 175, mặc dù được điều trị bởi các bác sĩ khác nhau, tuy nhiên đều được chẩn đoán và điều trị theo một phác đồ thống nhất. Các ca lâm sàng đều được thu thập thông tin và báo cáo một cách độc lập, so sánh với nhau.

2.1. Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nam, 51 tuổi, đến khám

vào năm 2020 với lý do đã điều trị tiểu máu và thỉnh thoảng thấy xuất tinh máu trong khoảng 15 năm, mặc dù đã đi khám và điều trị tại nhiều bệnh viện lớn, chuyên khoa nhưng vẫn còn tái diễn nhiều lần (3-4 lần/ năm).

Theo lời bệnh nhân, triệu chứng tiểu máu thường xuất hiện sau mỗi lần dương vật cương cứng (không phụ thuộc vào vấn đề quan hệ tình dục), thỉnh thoảng bắt gặp trường hợp xuất tinh ra máu. Lần đầu phát hiện tiểu máu là năm 18 tuổi, kèm theo sau đó 2-3 ngày có tiểu buốt, tiểu rất tuy nhiên sau đó tự hết nên không đi khám. Khoảng 10 năm sau đó, bệnh nhân đi khám vì những than phiền trên nhưng được chẩn đoán là theo dõi viêm bàng quang được kê đơn điều trị ngoại trú. Khoảng 3 năm sau, tái khám 3 lần với các triệu chứng kể trên nhưng với mức độ nặng hơn, thấy máu chảy từ niệu đạo, tiểu ra máu đỏ tươi lẫn máu cục. Bệnh nhân được siêu âm doppler dương vật, siêu âm hệ tiết niệu, và cả MRI(Magnetic Resonance Imaging) vùng chậu nhưng đều được trả kết quả bình thường. Khi đến khám tại bệnh viện quân y 175, Bệnh nhân được nội soi niệu đạo - bàng quang chẩn đoán thấy các tĩnh mạch vùng hành niệu đạo và vùng cổ bàng quang giãn to, phân nhánh bất thường. Sau đó được đốt cầm máu các điểm chảy máu, xử lý các tĩnh mạch giãn to một cách có chọn lọc, cẩn thận bằng dụng cụ nội soi lưỡng cực.

Tái khám sau 6 tháng, bệnh nhân không còn tình trạng tiểu máu và xuất tinh

máu khi cương lần đầu tiên sau 15 năm điều trị.

2.2. Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nam 43 tuổi với bệnh sử khoảng gần 7 năm tiểu ra máu kèm theo cục máu đông, sợ quan hệ tình dục.

Sau khi được hỏi kỹ về bệnh sử, nhận thấy tình trạng trên đều liên quan đến quan hệ tình dục hoặc khi dương vật cương. Bệnh nhân chưa từng can thiệp ngoại khoa cũng như chưa ghi nhận tiền sử chấn thương vùng chậu. Không ghi nhận thêm bất kì triệu chứng đường tiểu dưới nào khác. Bệnh nhân được nội soi niệu đạo -, bàng quang, xử lý các điểm chảy máu và tĩnh mạch bất thường vùng hành - niệu đạo, phía sau ụ núi bàng đốt cầm máu lưỡng cực.

Tính đến thời điểm hiện tại (8 tháng), không còn thấy triệu chứng, tâm lý thoải mái khi hoạt động tình dục.

2.3. Ca lâm sàng 3

Bệnh nhân nam 33 tuổi, nghề nghiệp hải quân, cách 5 năm sau khi diễn tập nặng, bệnh nhân sau khi quan hệ tình dục cùng vợ, xuất hiện chảy máu niệu đạo, không điều trị gì, thấy tự hết.

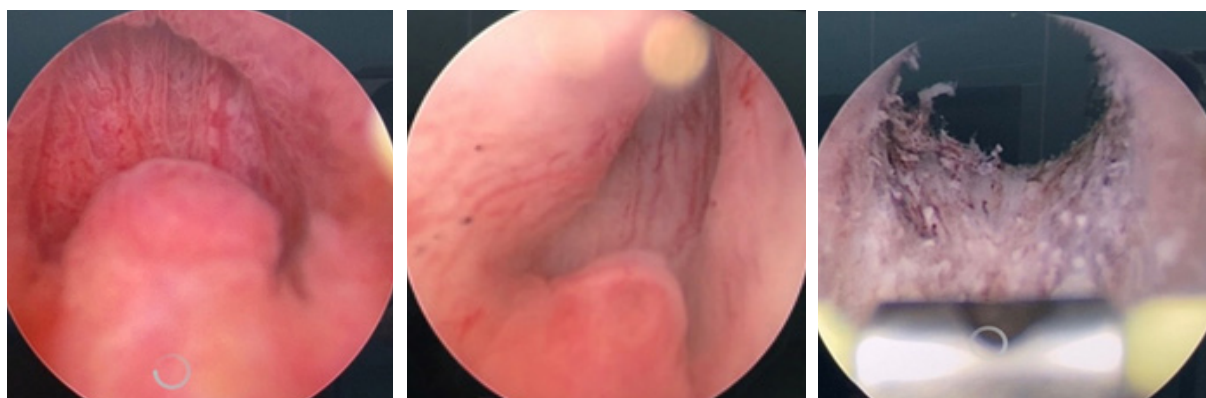
Sau lần ấy khoảng 3 tháng, lại thấy xuất hiện tình trạng trên, đi khám tại bệnh xá, làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (siêu âm hệ tiết niệu, siêu âm doppler dương vật, chụp CT(Computed tomography) hệ niệu) nhưng đều không tìm được nguyên nhân chảy máu. Sau đó, đi khám tại bệnh viện được chụp MRI vùng chậu, nội soi

niệu đạo - bàng quang chẩn đoán nhưng đều không tìm được nguyên nhân, mô tả hình ảnh bình thường. Khi đến khám tại bệnh viện 175, được làm các xét nghiệm cận lâm sàng, kể cả làm xét nghiệm phân tích 10 chỉ số nước tiểu và cận lắng nước tiểu, đều cho kết quả bình thường. Sau đó được hướng dẫn làm cương dương trước khi thực hiện thủ thuật soi niệu đạo – bàng quang. Khi bệnh nhân đã cương dương tối đa, tiến hành tiêm epinephrine 0,1% để

khử cương dương, tiến hành nội soi ngay. Khi nội soi nhận thấy các tĩnh mạch giãn lớn xung quanh niệu đạo, vùng hành niệu đạo thấy tĩnh mạch giãn kín đáo, dưới niêm.

6 tháng sau khi đốt cầm máu lưỡng cực các tĩnh mạch niệu đạo quanh niệu đạo và vùng hành niệu đạo, bệnh nhân không còn xuất hiện chảy máu niệu đạo sau khi quan hệ tình dục, tâm lý không còn căng thẳng, lo sợ khi quan hệ tình dục.

Bảng 1: Tóm tắt các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị



Hình 1. Tĩnh mạch niệu đạo giãn to, xung huyết nhiều Hình 2. tĩnh mạch giãn, rải rác có các điểm xuất huyết Hình 3. Sau thực hiện thủ thuật đốt cầm máu tĩnh mạch giãn

Ca lâm sàng 1	
Triệu chứng	Tiểu máu đại thể, tiểu buốt, tiểu rắt, xuất tinh ra máu, tiểu máu nặng lên sau khi quan hệ tình dục
Các xét nghiệm đánh giá	Nội soi niệu đạo – bàng quang, siêu âm doppler dương vật, siêu âm hệ tiết niệu, MRI vùng chậu
Điều trị	Đốt cầm máu tĩnh mạch giãn bằng dụng cụ lưỡng cực
Kết quả	Sau 6 tháng, không còn triệu chứng, tâm lý thoải mái
Thời gian để chẩn đoán và điều trị 15 năm	
Ca lâm sàng 2	

Triệu chứng	Tiểu máu kèm máu cục sau khi hoạt động tình dục, sợ quan hệ tình dục
Các xét nghiệm đánh giá	Nội soi niệu đạo – bàng quang
Điều trị	Đốt cầm máu tĩnh mạch giãn bằng dụng cụ lưỡng cực
Kết quả	Sau 8 tháng, không còn triệu chứng, tâm lý thoải mái, không còn sợ quan hệ tình dục
Thời gian để chẩn đoán và điều trị 07 năm	
Ca lâm sàng 3	
Triệu chứng	Chảy máu niệu đạo,
Các xét nghiệm đánh giá	Nội soi niệu đạo – bàng quang, siêu âm doppler dương vật, siêu âm hệ tiết niệu, MRI vùng chậu
Điều trị	Đốt cầm máu tĩnh mạch giãn bằng dụng cụ lưỡng cực
Kết quả	Sau 6 tháng, không còn triệu chứng, tâm lý thoải mái
Thời gian để chẩn đoán và điều trị 05 năm	

3. BÀN LUẬN

Tiểu máu hoặc chảy máu niệu đạo sau khi cương là một tình trạng ít gặp trong thực hành lâm sàng nếu không được khai thác bệnh sử một cách kỹ lưỡng [3], [4]. Giãn tĩnh mạch vùng niệu đạo là một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng trên, chiếm 4,6% trong số 174 nam giới tham gia nghiên cứu của Leary và Aguilo [5]. Tiếp theo là nghiên cứu của Papp với 122 bệnh nhân xuất tinh máu, nhận thấy nguyên nhân cơ bản là do giãn tĩnh mạch niệu đạo chiếm 4-7% [6]. Các báo cáo khác về chảy máu niệu đạo lượng nhiều do tĩnh mạch niệu đạo đều gắn liền với các bệnh lý vùng sinh dục hoặc dị dạng nặng vùng niệu đạo và cần can thiệp thủ thuật/ phẫu thuật cấp cứu [7], [8].

Một vài nguyên nhân gây chảy

máu niệu đạo hiếm gặp khác có thể kể đến như polyp niệu đạo [9], lạc nội mạc tiền liệt tuyến [10], u máu niệu đạo [11]. U máu niệu đạo được mô tả dưới dạng một khối u không cuống của mạch máu, nằm tách biệt hoàn toàn, thường xuất hiện cạnh vùng chóp của tiền liệt tuyến.[11]

Tiểu máu do giãn vỡ tĩnh mạch niệu đạo mà chúng tôi mô tả qua các ca lâm sàng ở trên, thường ít được ghi nhận trong y văn và hầu như rất ít khi được đề cập đến trong các giáo trình đào tạo bác sĩ đa khoa. Tiểu máu do giãn vỡ tĩnh mạch niệu đạo đơn thuần hay nằm trong bệnh cảnh của hội chứng Klippel – Trenauay – Weber (KTW) thường ít được đánh giá một cách toàn diện, tuy nhiên về việc điều trị về cơ bản đều giống nhau [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù rất muốn

khảo sát về nguy cơ mắc hội chứng KTW nhưng do yêu cầu của người bệnh và điều kiện vật chất còn gặp khó khăn nên chưa thực hiện được.

Việc cập nhật kiến thức liên tục cho thầy thuốc là một điều rất cần thiết, nhất là ở trong trường hợp này, việc nhận định và tìm hiểu về chảy máu niệu đạo / tiểu máu do dị dạng tĩnh mạch niệu đạo cần luôn được nghĩ đến vì chúng không dễ phát hiện được khi thăm khám bệnh nhân đơn thuần [3], [4], [7]. Trong một số trường hợp, việc ra y lệnh cho bệnh nhân cương dương ngay trước khi thực hiện thủ thuật nội soi niệu đạo – bàng quang có thể là cách tìm được nguyên nhân dễ dàng và thuận tiện cho cả bác sĩ và bệnh nhân. Tuy nhiên việc này cần được nghiên cứu thêm, với nhiều bệnh nhân và cơ sở y tế khác nhau. Giải phẫu của mạch máu niệu đạo và tiền liệt tuyến trên mỗi người bệnh là khác nhau, việc bỏ sót nhận định về dị dạng tĩnh mạch ở vùng này hoàn toàn có thể xảy ra nếu người thầy thuốc không có nhiều kinh nghiệm về vấn đề này. Đơn cử qua 3 trường hợp lâm sàng của chúng tôi; bệnh nhân thứ nhất được nội soi niệu đạo – bàng quang nhiều lần nhưng đều ghi nhận hình ảnh nội soi bình thường và chỉ khi đến Khoa Ngoại tiết niệu – Bệnh viện Quân Y 175 việc phải chịu đựng các triệu chứng như đã mô tả ở trên sau 15 năm mới chính thức được kết thúc. Ở bệnh nhân thứ 2, việc chẩn đoán được bệnh đã tiêu tốn 7 năm của bệnh nhân. Tương tự đối với bệnh nhân thứ 3, cũng phải mất 5 năm cho đến

khi phát hiện được bệnh và điều trị nguyên nhân theo phác đồ của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh rằng giãn vỡ tĩnh mạch niệu đạo là một nguyên nhân cần được nghĩ đến khi thăm khám bệnh nhân có tiểu máu/ chảy máu niệu đạo.

Tất cả các trường hợp điều trị ở trên chúng tôi đều sử dụng phương pháp đốt cầm máu tĩnh mạch bất thường bằng dụng cụ lưỡng cực vì các tĩnh mạch giãn thường tập trung ở xung quanh ụ núi, gần cơ thắt ngoài niệu đạo; tĩnh mạch giãn nhiều ở vùng hành niệu đạo. Việc sử dụng dụng cụ lưỡng cực, tác động lên bề mặt nông hơn các dụng cụ đơn cực truyền thống được sử dụng trong phẫu thuật cắt đốt tiền liệt tuyến qua đường niệu đạo nội soi (TURP) nên có thể tránh được một cách hiệu quả hơn các biến chứng như hẹp niệu đạo, tiểu són.

Mặc dù hiện nay, có nhiều loại laser được phát minh trong thực hành lâm sàng phẫu thuật niệu khoa [13], và có thể sẽ phù hợp với một số bệnh nhân có tình trạng tương tự vì tính chính xác của laser, khả năng tác động lên bề mặt nhỏ và tổn thương thường nông [14]. Ngoài ra có thể kể đến một số phương pháp như đốt cầm máu bằng dụng cụ nội soi đơn cực truyền thống hay sử dụng can thiệp nút mạch. Tuy nhiên, việc cân đối giữa hiệu quả của các phương pháp điều trị và giá thành của phẫu thuật cũng là một trong những điều kiện khi lựa chọn phương pháp thực hiện cho bệnh nhân.

Việc thực hiện thủ thuật soi niệu

đạo – bàng quang có thể được xem là tiêu chuẩn vàng khi chẩn đoán vỡ tĩnh mạch niệu đạo giãn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 3 bệnh nhân đều xuất viện và chưa gặp phải biến chứng gì trong thời gian theo dõi.

4. KẾT LUẬN

Giãn vỡ tĩnh mạch niệu đạo dị dạng là một trong những nguyên nhân hiếm gặp trong bệnh cảnh tiểu máu hoặc chảy máu niệu đạo thường liên quan đến yếu tố hoạt động tình dục, cần khai thác bệnh sử của bệnh nhân và thăm khám một cách kỹ càng.

Thực hiện thủ thuật nội soi niệu đạo – bàng quang để chẩn đoán có thể được coi là tiêu chuẩn “vàng” hiện nay nhằm phát hiện và chẩn đoán xác định bệnh. Các biện pháp cận lâm sàng khác như chụp MRI, CT hay thậm chí chụp mạch thường mang ý nghĩa giúp các thầy thuốc có thêm dữ liệu để chẩn đoán phân biệt với các mặt bệnh khác.

Cập nhật kiến thức cho các thầy thuốc là rất cần thiết, đặc biệt là các thầy thuốc chuyên khoa ngoại tiết niệu trong vấn đề thăm khám và điều trị tiểu máu hoặc chảy máu niệu đạo.

Có nhiều phương pháp xử lý tĩnh mạch dị dạng tuy nhiên cần chú ý việc phẫu thuật cần hết sức cẩn thận bất kể việc sử dụng phương pháp nào nhằm hạn chế tối đa các biến chứng có thể xảy ra. Ở đây chúng tôi khuyến khích sử dụng kỹ thuật nội soi niệu đạo – bàng quang và đốt cầm máu bằng dụng cụ lưỡng cực vì tính phổ biến, kỹ thuật đơn giản, hiệu quả cao và ít

gây biến chứng. Qua 3 ca lâm sàng, nhận thấy hiệu quả tốt trong việc đáp ứng điều trị, chưa nhận thấy các biến chứng khác như hẹp niệu đạo, rối loạn cơ vòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saleem M.O., Hamawy K., và Haddad L.M. (2021). Hematuria (Nursing). StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. Patel J.V., Chambers C.V., và Gomella L.G. (2008). Hematuria: etiology and evaluation for the primary care physician. *Can J Urol*, 15 Suppl 1, 54–61; discussion 62.
3. Cattolica E.V. (1982). Massive Hemospermia: A New Etiology and Simplified Treatment. *Journal of Urology*, 128(1), 151–152.
4. Redman J.F. và Young J.W. (1987). Massive post ejaculation hematuria. *Urology*, 30(1), 73.
5. Leary F.J. và Aguilo J.J. (1974). Clinical significance of hematospermia. *Mayo Clin Proc*, 49(11), 815–817.
6. Papp G.K., Kopa Z., Szabo F. và cộng sự. (2003). Aetiology of haemospermia. 4.
7. Arnold S.J., Goode R., và Ginsburg A. (1978). Photostudies of urethral varices “hemorrhoids”: A forgotten lesion. *Urology*, 11(1), 19–27.
8. Debing E., Vanhulle A., van Tussenbroek F. và cộng sự. (1998). Idiopathic aneurysm of the inferior vena cava as a cause of massive penile

bleeding. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 15(4), 365–368.

9. Tan M.O., Kordan Y., Deniz N. và cộng sự. (2003). Papillary adenoma of the prostatic urethra: Report of two cases. *Int J Urol*, 10(8), 459–462.

10. Congleton L., Thomason W.B., McMullan D.T. và cộng sự. (1989). Painless Hematuria and Urethral Discharge Secondary to Ectopic Prostate. *Journal of Urology*, 142(6), 1554–1555.

11. Regragui S., Slaoui A., Karmouni T. và cộng sự. (2016). Urethral

hemangioma: case report and review of the literature. *Pan Afr Med J*, 23.

12. Husmann D.A., Rathburn S.R., và Driscoll D.J. (2007). Klippel-Trenaunay Syndrome: Incidence and Treatment of Genitourinary Sequelae. *Journal of Urology*, 177(4), 1244–1249.

13. Pierre S.A. và Albala D.M. (2007). The future of lasers in urology. *World J Urol*, 25(3), 275–283.

14. Ponce de León J., Arce J., Gausa L. và cộng sự. (2008). Hemangioma of the Prostatic Urethra: Holmium Laser Treatment. *Urol Int*, 80(1), 108–110.