

Nghiên cứu kết quả điều trị chấn thương thận nặng (độ IV và V) tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Study on the results of management of severe kidney injury (grades IV and V) at cho Ray Hospital

Thái Kinh Luân^{1,2}, Nguyễn Quốc Bảo¹
và Ngô Xuân Thái^{1,2}

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
²Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận nặng (độ IV và V) tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 221 bệnh nhân chấn thương thận nặng (độ IV và V) được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022. Các biến số được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, kết quả chụp cắt lớp vi tính, phương pháp điều trị và tỷ lệ biến chứng sớm. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 14. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới (83,7%), với tuổi trung bình $34,66 \pm 13,93$. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu (78,3%). Chấn thương thận độ IV chiếm 90,95% và độ V chiếm 9,05%. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công ở độ IV cao hơn đáng kể so với độ V (64,18% so với 40%). Ngược lại, tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu ở độ V cao hơn nhiều so với độ IV (35% so với 2,99%), hầu hết đều dẫn đến cắt thận. Tỷ lệ biến chứng sớm là 24,88%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn mang lại hiệu quả cao ở những bệnh nhân chấn thương thận nặng có huyết động ổn định. Các can thiệp ít xâm lấn đóng vai trò quan trọng trong việc bảo tồn thận. Phẫu thuật cấp cứu vẫn là lựa chọn hàng đầu cho các trường hợp chảy máu đe dọa tính mạng.

Từ khóa: chấn thương thận nặng, điều trị bảo tồn, nút mạch thận, cắt thận, chấn thương tiết niệu

Summary

Objective: Evaluation of the outcomes of managing severe renal trauma (Grade IV and V) at Cho Ray Hospital. **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study on 221 patients with severe renal trauma (Grade IV-V) who were managed at Cho Ray Hospital from January 2019 to December 2022. Variables collected included clinical characteristics, CT scan results, management methods, and rates of early complications. Data was analyzed using Stata 14 software. **Result:** Most patients were male (83.7%), with a mean age of 34.66 ± 13.93 years. Traffic accidents were the main cause (78.3%). Grade IV renal trauma accounted for 90.95% of cases, while Grade V accounted for 9.05%. The success rate of non-operative management was significantly higher in Grade IV compared to Grade V injuries (64.18% vs. 40%). Conversely, the rate of emergency surgery was greater in Grade V than in Grade IV patients (35% vs. 2.99%), with most cases resulting in nephrectomy. The overall rate of early complications was 24.88%. **Conclusion:** Non-operative management is highly effective in hemodynamically stable patients with severe renal trauma. Minimally invasive interventions play a crucial role in kidney preservation. Emergency surgery remains the primary option for life-threatening hemorrhage.

Ngày nhận bài: 03/11/2025, ngày chấp nhận đăng: 11/12/2025

* Tác giả liên hệ: thaikinhluan@ump.edu.vn - Bệnh viện Chợ Rẫy

Keywords: severe renal trauma, non-operative management, angioembolization, nephrectomy, urologic trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận (CTT) là một trong những cấp cứu tiết niệu thường gặp nhất, chiếm khoảng 5% trong tổng số các loại chấn thương¹. Tại Việt Nam và nhiều quốc gia trên thế giới, chấn thương thận chủ yếu xảy ra ở nam giới trẻ tuổi và tai nạn giao thông (TNGT) là nguyên nhân hàng đầu¹⁻⁵. Phân độ chấn thương thận theo Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST) năm 2018 được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và hướng dẫn xử trí ban đầu, đặc biệt là dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có cản quang¹.

Với sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và các kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn, chiến lược điều trị chấn thương thận đã có sự chuyển dịch mạnh mẽ. Điều trị không phẫu thuật (non-operative), đặc biệt là điều trị bảo tồn, ngày càng trở nên phổ biến và mang lại hiệu quả cao trong thực hành lâm sàng tại các trung tâm lớn, giúp làm giảm đáng kể tỷ lệ phẫu thuật thám sát và cắt thận.

Đối với chấn thương thận nặng (độ IV và V theo phân độ AAST), việc điều trị vẫn còn nhiều thách thức và là chủ đề tranh luận. Mặc dù điều trị phẫu thuật cấp cứu vẫn là lựa chọn bắt buộc cho những trường hợp (TH) huyết động không ổn định, nhưng với những bệnh nhân huyết động ổn định, điều trị bảo tồn có thể được chỉ định ngay cả ở chấn thương thận độ V.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về hiệu quả và kết quả điều trị chấn thương thận nặng theo các chiến lược hiện đại, đặc biệt là chiến lược bảo tồn và can thiệp ít xâm lấn, còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích và đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận nặng (độ IV và V) tại Bệnh viện Chợ Rẫy, một trong những trung tâm chấn thương lớn nhất khu vực phía Nam. Mục tiêu nghiên cứu là cung cấp cơ sở dữ liệu thực tế về hiệu quả của các phương pháp điều trị, từ đó góp phần hoàn thiện hơn phác đồ điều trị chấn thương thận nặng tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các TH chấn thương thận nặng (độ IV và V) được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân bị chấn thương thận kín độ IV và V theo phân độ của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST) năm 2018.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các TH vết thương xuyên thấu thận hoặc những TH đã được phẫu thuật thám sát thận từ tuyến trước được loại khỏi mẫu nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu: dữ liệu của các bệnh nhân được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm các nhóm biến số chính sau:

Đặc điểm lâm sàng và chấn thương:

Biến nhân khẩu học: Tuổi, giới tính.

Đặc điểm chấn thương: Nguyên nhân chấn thương (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt...), tình trạng đau hông lưng, tiểu máu đại thể, choáng (huyết áp tâm thu < 90mmHg).

Huyết động không ổn định: Khi huyết áp tâm thu < 90mmHg với bằng chứng về da, co mạch, rối loạn ý thức và/ hoặc khó thở hoặc huyết áp tâm thu > 90mmHg nhưng cần truyền máu hơn 3 đơn vị hồng cầu lắng trong vòng 24 giờ đầu tiên và/hoặc thuốc vận mạch.

Phân độ chấn thương: Mức độ chấn thương thận theo AAST 2018 (độ IV hoặc độ V).

Các tổn thương phối hợp: Có đa chấn thương hay không, các tổn thương tạng trong ổ bụng phối hợp (gan, lách...).

Đặc điểm điều trị:

Loại điều trị: Điều trị bảo tồn, nút mạch thận, phẫu thuật (phẫu thuật cấp cứu, phẫu thuật trì hoãn), can thiệp thủ thuật (đặt sonde JJ, dẫn lưu).

Kết quả điều trị: Tỷ lệ thành công của điều trị bảo tồn, tỷ lệ cắt thận.

Các can thiệp khác: Tỷ lệ truyền máu.

Biến số kết cục:

Thời gian nằm viện (ngày).

Tỷ lệ biến chứng sớm (< 30 ngày sau chấn thương): rò nước tiểu, chảy máu tái phát, giả phình động mạch, áp xe thận, nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Xử lý số liệu và phân tích thống kê số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 14. Thống kê mô tả: các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (n, %). Thống kê phân tích:

So sánh đặc điểm giữa hai nhóm chấn thương thận độ IV và độ V.

Sử dụng phép kiểm T-Test để so sánh các biến định lượng có phân phối chuẩn.

Sử dụng phép kiểm Chi-square (χ^2) để so sánh các biến định tính.

Hội đồng đạo đức: nghiên cứu đã được xét duyệt và chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, quyết định số 214/HĐĐĐ - ĐHYD ngày 20/02/2023.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022 có 221 TH được chẩn đoán và điều trị CTT nặng (độ IV và V).

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đa số bệnh nhân là nam giới, chiếm 83,71% (185/221). Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $34,66 \pm 13,93$ tuổi. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông, chiếm 78,28% (173/221). Đa chấn thương chiếm tỷ lệ cao với 71,95% (159/221). Các đặc điểm lâm sàng chi tiết được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (n, %)
Tuổi trung bình	$34,66 \pm 13,93$
Nam	185 (83,71)

Nguyên nhân chấn thương

TNGT	173 (78,28)
TNLD	23 (10,41)
TNSH	10 (4,52)
Thể thao	3 (1,36)
Bạo lực	1 (0,45)
Không rõ	11 (4,98)
Đau hông lưng	214 (96,83)
Tiểu máu đại thể	159 (71,90)
Choáng	64 (28,96)
Đa chấn thương	159 (71,95)
Thận bệnh lý	25 (11,31)

Bảng 2. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Giá trị (n, %)
Truyền máu	106 (47,96)
Thời gian nằm viện (ngày)	$6,95 \pm 5,43$
Điều trị bảo tồn**	137 (62)
Nút mạch thận	41 (18,55)
Điều trị bảo tồn có can thiệp đặt JJ / Mono J	12 (5,43)
PT thám sát thận cấp cứu	13 (5,88)
PT trì hoãn	18 (8,14)
Biến chứng sớm	55 (24,88)

Ghi chú: **Điều trị bảo tồn gồm kháng sinh, giảm đau, thuốc cầm máu, nghỉ ngơi tại giường, truyền máu nếu có chỉ định.

Phân loại và kết quả điều trị theo phân độ AAST

Trong tổng số 221 TH, có 201 TH chấn thương thận độ IV (90,95%) và 20 TH chấn thương thận độ V (9,05%). Tỷ lệ này cho thấy chấn thương độ IV phổ biến hơn nhiều so với độ V tại cơ sở nghiên cứu.

So sánh đặc điểm lâm sàng (Bảng 3): Tuổi trung bình của bệnh nhân chấn thương độ V thấp hơn đáng kể so với độ IV ($27,80 \pm 12,96$ so với $35,34 \pm 13,87$; $p = 0,021$). Tỷ lệ phối hợp tổn thương ổ bụng, đặc biệt là tổn thương lách, cao hơn đáng kể ở chấn thương độ V (75% so với 37,81%; $p = 0,001$).

Bảng 3. So sánh đặc điểm lâm sàng của chấn thương thận độ IV và V

Đặc điểm	Giá trị (n, %)		Giá trị p
	Độ IV (n, %)	Độ V (n, %)	
Số trường hợp	201	20	
Tuổi trung bình	35,34 ± 13,87	27,80 ± 12,96	0,021
Nam	168 (83,58)	17 (85)	0,87
Nguyên nhân chấn thương			
Tai nạn giao thông	155 (77,11)	18 (90)	0,719
Tai nạn lao động	21 (10,45)	2 (10)	
Tai nạn sinh hoạt	10 (4,98)	-	
Thể thao	3 (1,49)	-	
Bạo lực	1 (0,50)	-	
Không rõ	11 (5,47)	-	
Đau hông lưng	196 (97,51)	18 (90)	0,067
Tiểu máu đại thể	146 (72,64)	12 (60)	0,285
Choáng	55 (27,36)	9 (45)	0,097
Đa chấn thương	143 (71,14)	16 (80)	0,401
Phổi hợp tổn thương ổ bụng	76 (37,81)	15 (75)	0,001
Gan	38 (18,91)	2 (10)	0,324
Lách	33 (16,42)	10 (50)	<0,001
Thận bệnh lý	25 (12,44)	0	0,094

Phép kiểm Chi Square và Phép kiểm T-Test

So sánh đặc điểm điều trị (Bảng 4): Bệnh nhân chấn thương độ V có thời gian nằm viện dài hơn ($11 \pm 9,84$ ngày so với $6,55 \pm 4,64$ ngày; $p < 0,001$) và tỷ lệ truyền máu cao hơn (70% so với 45,77%; $p = 0,039$).

Bảng 4. So sánh đặc điểm điều trị của chấn thương thận độ IV và V

Phương pháp điều trị	Giá trị (n, %)		Giá trị p
	Độ IV (n, %)	Độ V (n, %)	
Số trường hợp	201	20	
Truyền máu	92 (45,77)	14 (70)	0,039
Thời gian nằm viện (ngày)	6,55 ± 4,64	11 ± 9,84	<0,001
Điều trị bảo tồn**	120 (64,18)	8 (40)	<0,001
Nút mạch thận	38 (18,91)	3 (15)	
Điều trị bảo tồn có can thiệp đặt JJ / Mono J	12 (5,97)	0	
PT thám sát thận cấp cứu	6 (2,99)	7 (35)	<0,001
Cắt thận cấp cứu	3 (1,49)	7 (35)	<0,001
PT trì hoãn	16 (7,96)	2 (10)	0,685
Cắt thận trì hoãn	3 (1,49)	1 (5)	0,763
Biến chứng sớm	50 (24,9)	5 (25)	0,814

Phép kiểm Chi Square và Phép kiểm T-Test

Ghi chú: **Điều trị bảo tồn gồm kháng sinh, giảm đau, thuốc cầm máu, nghỉ ngơi tại giường, truyền máu nếu có chỉ định.

Chiến lược điều trị: tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công ở chấn thương độ IV cao hơn đáng kể so với độ V (64,18% so với 40%; $p < 0,001$). Ngược lại, tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu ở chấn thương độ V cao hơn nhiều so với độ IV (35% so với 2,99%; $p < 0,001$). Cả 7 TH phẫu thuật cấp cứu ở chấn thương độ V đều dẫn đến cắt thận.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng và nguyên nhân chấn thương

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chấn thương thận nặng tại Bệnh viện Chợ Rẫy chủ yếu gặp ở nam giới trẻ tuổi (tuổi trung bình $34,66 \pm 13,93$) và nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông (78,3%). Phát hiện này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam.^{2,4,5} Tác giả Wright³ (2006) phân tích từ ngân hàng dữ liệu chấn thương quốc gia Hoa Kỳ cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm đa số (66%). Dữ liệu của Sarang⁴ (2021) tại Ấn Độ cũng cho thấy tỷ lệ TNGT chiếm 80,4%. Điều này phản ánh đặc điểm của quần thể dễ gặp các chấn thương nặng ở các quốc gia đang phát triển.

Vai trò của điều trị bảo tồn và can thiệp ít xâm lấn

Điều trị không phẫu thuật đối với các TH chấn thương ổ bụng nói chung đang dần trở nên phổ biến mặc dù có thể rất khó khăn và yêu cầu kinh nghiệm cũng như khả năng can thiệp nút mạch thận (DSA), bác sĩ tiết niệu cũng đang áp dụng phương pháp này đối với CTT nặng với kết quả đầy hứa hẹn về mặt bảo tồn thận.² Điều kiện tiên quyết của điều trị không phẫu thuật là huyết động ổn định (không đáp ứng hoặc đáp ứng thoáng qua với hồi sức ban đầu) nên được phẫu thuật thám sát và có thể cắt thận nếu không thể phẫu thuật tái tạo thận.^{1,6}

Điều trị bảo tồn

Các TH CTT nặng thường có huyết động không ổn định hơn so với CTT nhẹ hoặc có các tổn thương các cơ quan tiêu hóa nghiêm trọng cần phải phẫu thuật thám sát ổ bụng làm cho việc điều trị có nhiều thách thức hơn. Tất nhiên, việc điều trị bảo tồn CTT nặng làm tăng thời gian điều trị và có thể làm tăng tỷ lệ biến chứng như rò nước tiểu, chảy máu tái phát muộn, giả phình động mạch, tăng huyết áp, suy thận, nhiễm khuẩn. Do đó, các phương pháp can thiệp ít xâm hại như nút mạch thận (DSA), nội soi đặt thông niệu quản, dẫn lưu ra da có ý nghĩa quan trọng rất lớn.²

Bảng 5. So sánh kết quả điều trị bảo tồn với các tác giả

Tác giả	Năm	Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công (%)	
		IV	V
Shoobridge ⁷	2013	91	44
Bjurling ⁸	2017	61	33
Werner ⁹	2021	59	50
Chúng tôi	2023	64	40

Một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm của van der Wilden gồm 206 TH CTT nặng. Đầu tiên, 154 TH được điều trị không PT nhưng sau đó có 12 TH PT trì hoãn. Trong 142 TH điều trị bảo tồn thành công có 46 TH biến chứng liên quan tới thận gồm tiểu máu, nang giả niệu, suy thận, nhiễm khuẩn đường tiết niệu và áp xe. Kết quả, nhờ can thiệp thủ thuật ít

xâm hại đã giúp bảo tồn thận đến 76,2% và 90,3% ở những TH được điều trị CTT không phẫu thuật.¹⁰ Nghiên cứu Elashry cũng cho thấy những kết quả tương tự đối với CTT nặng, nghiên cứu gồm 57 TH CTT độ IV và 15 TH CTT độ V. Trong đó, điều trị không PT đã thành công ở 51 TH (48 TH độ IV và 3 TH độ V). Những BN trong nhóm điều trị bảo tồn có

tỷ lệ truyền máu thấp hơn đáng kể, thời gian nằm viện ngắn hơn, ít biến chứng hơn. Kết quả nghiên cứu cũng ủng hộ việc điều trị bảo tồn các TH CTT độ IV và một số TH CTT độ V do vỡ nát nhu mô thận có tình trạng huyết động ổn định.¹¹

Can thiệp nút mạch thận

Việc điều trị bảo tồn CTT là không khả thi ở những tâm trung không có đơn vị can thiệp DSA. Mặc dù chưa có tiêu chuẩn xác định cần phải can thiệp DSA, nhưng có dấu chảy máu hoạt động, giả phình động mạch hoặc rò động tĩnh mạch thận là những chỉ định lâm sàng thường gặp.¹ Ngoài ra, có dữ liệu cho thấy DSA nút mạch thận chọn lọc là phương pháp được lựa chọn trong TH tổn thương thận chảy máu dai dẳng. Trong khoảng hai thập kỷ qua, sự tiến bộ của hình ảnh học và hoàn thiện của phương pháp can thiệp mạch đã giúp điều trị hiệu quả đa số các TH chảy máu do tổn thương mạch máu thận.¹² Phương pháp nút mạch thận chọn lọc khá an toàn và hiệu quả trong việc kiểm soát chảy máu do tổn thương động mạch thận, nghiên cứu của Ramaswamy¹³ (2016) cho thấy nút mạch chọn lọc giúp giảm tỷ lệ cắt thận lên tới 78% và 83% ở các TH CTT độ IV và V.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ can thiệp nút mạch thành công cho CTT độ IV là 93% và độ V là 80% và chỉ áp dụng đối với các TH có huyết động ổn định hoặc huyết động đáp ứng với hồi sức ban đầu.

Phẫu thuật cấp cứu

Chỉ định PT cấp cứu trong 24 giờ đầu rất quan trọng. Đối với BN có huyết động không ổn định, nếu việc kiểm soát tổn thương thận trong tình huống nguy kịch không phải là một lựa chọn, cắt thận được chỉ định ngay lập tức khi mạng sống BN bị đe dọa nếu cố gắng PT tái tạo thận.¹⁴ Theo Hội tiết niệu Châu Âu việc đánh giá cắt thận hay bảo tồn thận tùy thuộc vào đánh giá trong PT, ngoài ra PT tái tạo mạch máu thận thường có hiệu quả rất kém, chỉ nên được xem xét khi CTT trên thận độc nhất hoặc CTT 2 bên.¹

Việc cố gắng PT tái tạo thận ở những BN huyết động không ổn định là một thách thức về kỹ thuật và rủi ro cao hơn so với cắt thận, và hiện chưa có hướng dẫn cụ thể nào đưa ra khuyến cáo khi nào

khâu chủ mô thận hay cắt một phần thận để thay thế cho PT cắt thận trong những TH này. Theo Wright (2005) phân tích dữ liệu quốc gia tại Hoa Kỳ giữa 289 TH CTT bị cắt thận và 6603 TH CTT không cắt thận, nhận thấy rằng PT thám sát thận thường dẫn tới cắt thận. Yếu tố tiên lượng nguy cơ cắt thận quan trọng nhất là độ nặng của CTT và phối hợp tổn thương ổ bụng nặng kèm theo.³

Về chỉ định PT cấp cứu: nhiều nghiên cứu đều có chỉ định PT cấp cứu là do huyết động không ổn định 100%,^{4,5} ngoài ra còn do phối hợp tổn thương tạng trong ổ bụng (lách, gan). Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định PT cấp cứu vì huyết động không ổn định từ thận hoặc huyết động không ổn định và trong lúc PT thám sát thấy khối máu tụ sau phúc mạc không ổn định chiếm đa số, tuy nhiên có 2 TH huyết động ổn định chỉ định PT vì tổn thương khúc nối bể thận niệu quản.

Tỷ lệ cắt thận khi có chỉ định PT cấp cứu là khá cao và hầu hết dẫn đến cắt thận đặc biệt là CTT độ V.^{4,5} Về chỉ định cắt thận cấp cứu: cần lưu ý rằng mục tiêu của PT cấp cứu ở BN huyết động không ổn định đe dọa tính mạng BN là cứu sống bệnh nhân.¹⁴ PT tái tạo thận nên được xem xét khi đã kiểm soát được tình trạng chảy máu và phần nhu mô thận còn lại thích hợp để PT tái tạo.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi: tất cả các TH CTT độ V đều được cắt thận cầm máu (100%). 3/6 TH (50%) CTT độ IV được cắt thận, trong đó: 1 TH CTT độ IV trên BN có rối loạn đông máu do van tim cơ học có sử dụng thuốc kháng đông, kèm tổn thương đại tràng. 1 TH hạ huyết áp trong PT dù đang truyền máu, chảy máu từ thận không kiểm soát được và đe dọa tính mạng. 1 TH thận vỡ đứt rời hoàn toàn thành hai mảnh, chỗ vỡ nằm ngay sát trên động mạch thận phải, không thể PT tái tạo thận. 3/6 TH CTT độ IV còn lại PT khâu thận hoặc khâu bể thận. Do đó, chúng tôi nhận thấy rằng, đối với CTT độ IV nên đặt ra chỉ định PT tái tạo thận khi tình trạng chảy máu đã được kiểm soát vì khả năng bảo tồn thận là khá cao; còn đối với CTT độ V tỷ lệ cắt thận cao không phải đơn thuần vì tổn thương nhu mô hay cuống thận không thể PT tái tạo được mà thực tế cắt thận vì thận đã thiếu máu nuôi hoại tử và sự an toàn PT trên CTT nặng trong bệnh

cảnh đa chấn thương nặng. Vì vậy, cắt thận cấp cứu cần được cân nhắc trong từng tình huống cụ thể, phụ thuộc vào đánh giá tình trạng BN, mức độ nặng của đa chấn thương, mức độ nặng của CTT, lợi ích của việc cố gắng bảo tồn thận và tính mạng của BN và mục tiêu bảo tồn thận là thứ yếu sau khi đảm bảo an toàn tính mạng cho BN.

Phẫu thuật trì hoãn

Trước đây, các biến chứng của CTT từng được chỉ định PT thì ngày nay đã được điều trị bằng các phương pháp ít xâm hại thành công, ví dụ chảy máu tái phát được can thiệp nút mạch, áp xe quanh thận được dẫn lưu qua da, nang giả niệu được dẫn lưu qua da và đặt thông niệu quản^{1,6} và nên xem xét PT khi phương pháp điều trị ít xâm hại ban đầu thất bại.¹⁵ Nang giả niệu nhiễm khuẩn hoặc áp xe quanh thận được điều trị thành công với dẫn lưu qua da với kết quả tốt, một báo cáo trên 100 BN có biến chứng áp xe sau chấn thương, tụ máu nhiễm khuẩn, nang giả niệu nhiễm khuẩn thì có tới 85% được điều trị thành công bằng dẫn lưu, vì thế tránh được cuộc PT.¹⁶ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có nhiều lý do chỉ định PT trì hoãn, trong đó phổ biến nhất là chảy máu thận kéo dài, nhiễm khuẩn khối máu tụ, chấn thương thận trên thận bệnh lý.

Nghiên cứu của chúng tôi có 1 TH CTT độ V (thận vỡ nát) được điều trị bảo tồn đến ngày thứ 3 sau chấn thương có tình trạng chảy máu kéo dài và huyết động không ổn định nên được chỉ định PT trì hoãn, trong PT đánh giá thận vỡ không thể khâu phục hồi được nên cắt thận để cầm máu. Và có 3 TH CTT độ IV (thận vỡ làm đôi đến rốn thận) nhiễm khuẩn khối máu tụ và được PT cắt thận. Như vậy các TH cắt thận trì hoãn trong nghiên cứu của chúng tôi đều do thận vỡ không thể PT tái tạo thận, hoặc để giải quyết triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng sau này. Vì vậy, chúng tôi thấy rằng ở những TH huyết động ổn định được chỉ định PT trì hoãn vì chảy máu thận kéo dài, biến chứng nhiễm khuẩn,... nên đặt ra vấn đề PT tái tạo thận, chỉ cắt thận trì hoãn khi tổn thương quá lớn không còn khâu bảo tồn được hoặc thận thiếu máu nuôi đã hoại tử để giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn và biến chứng về sau. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng, cắt thận trì hoãn không phải là

lựa chọn đầu tiên trong điều trị CTT. Mục đích điều trị là cố gắng bảo tồn chức năng thận khi có thể. Cắt thận chỉ nên được cân nhắc khi các phương pháp điều trị khác đã thất bại hoặc khi tổn thương thận gây đe dọa đến tính mạng của BN.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, do đó, dữ liệu có thể không hoàn chỉnh và khó kiểm soát hết các biến số. Thứ hai, cỡ mẫu của chấn thương thận độ V còn nhỏ (20 TH), có thể chưa phản ánh đầy đủ tình hình chung và làm giảm khả năng khái quát hóa kết quả. Tuy nhiên, với số lượng bệnh nhân chấn thương thận nặng lớn, các phát hiện của chúng tôi vẫn mang ý nghĩa lâm sàng và đóng góp vào cơ sở dữ liệu về chấn thương thận tại Việt Nam.

Ý nghĩa lâm sàng: Những kết quả này khẳng định rằng điều trị bảo tồn, đặc biệt khi có hỗ trợ của các can thiệp ít xâm lấn, là chiến lược an toàn và hiệu quả cho chấn thương thận nặng có huyết động ổn định. Tuy nhiên, bác sĩ lâm sàng cần theo dõi huyết động bệnh nhân và luôn sẵn sàng phẫu thuật cấp cứu khi cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chấn thương thận nặng (độ IV và độ V) chủ yếu xảy ra ở nam giới trẻ tuổi do tai nạn giao thông. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công là 62%, nút mạch thận 18,5%, có can thiệp thủ thuật dẫn lưu 5,4%. Tỷ lệ phẫu thuật thám sát thận cấp cứu là 5,8%, phẫu thuật trì hoãn 8,1%. Tỷ lệ cắt thận cấp cứu đối với CTT độ IV và độ V lần lượt là 1,4% và 35%. Tỷ lệ biến chứng sớm là 24,9%

Các can thiệp ít xâm hại giúp nâng cao tỷ lệ bảo tồn thận. Phẫu thuật cấp cứu vẫn là chỉ định quan trọng hàng đầu trong các TH chảy máu không kiểm soát, đe dọa tính mạng, và hầu hết các TH này đều dẫn đến phẫu thuật cắt thận. Tuy nhiên, việc chỉ định phẫu thuật trì hoãn hợp lý có thể giúp tăng khả năng bảo tồn thận.

Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ, lựa chọn phương pháp điều trị cá thể hóa và áp dụng các kỹ thuật can thiệp

hiện đại để tối ưu hóa kết quả điều trị và bảo tồn chức năng thận ở bệnh nhân chấn thương thận nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ND Kitrey FCJ, Hallscheidt P, Serafetinidis E, Sharma DM, Waterloos M (2023) EAU Guidelines on Urological Trauma. European Association of Urology: 6 - 14.
2. Glykas I, Fragkoulis C, Paizis T, Papadopoulos G, Stathouros G, Ntoumas K (2021) *Conservative management of grade 4 and 5 renal injuries: A high-volume trauma center experience*. Urologia 88(4): 287-291. doi:10.1177/03915603211022293
3. Wright JL, Nathens AB, Rivara FP, Wessells H (2006) *Renal and extrarenal predictors of nephrectomy from the national trauma data bank*. The Journal of urology 175(3): 970-975.
4. Sarang B, Raykar N, Gadgil A et al (2021) *Outcomes of Renal Trauma in Indian Urban Tertiary Healthcare Centres: A Multicentre Cohort Study*. World J Surg 45(12): 3567-3574. doi:10.1007/s00268-021-06293-z
5. Trần Thanh Phong (2011) *Kết quả điều trị không phẫu thuật chấn thương thận kín nặng tại bệnh viện nhân dân 115*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 15 (1): 184-189.
6. Morey AF BS, Dugi DD (2020) *Urotrauma*. AUA guidelines 192: 327
7. Shoobridge JJ, Bultitude MF, Koukounaras J, Martin KE, Royce PL, Corcoran NM (2013) *A 9-year experience of renal injury at an Australian level 1 trauma centre*. BJU international 112: 53-60.
8. Bjurlin MA, Fantus RJ, Fantus RJ, Villines D (2017) *Comparison of nonoperative and surgical management of renal trauma: can we predict when nonoperative management fails?* Journal of Trauma Acute Care Surgery 82(2): 356-361.
9. Werner Z, Haffar A, Bacharach E, Knight-Davis J, Hajiran A, Luchey A (2022) *Implementation of a Standardized Renal Trauma Protocol at a Level 1 Trauma Center: 7-Year Protocol and 10-Year Institutional Review*. Research Reports in Urology:79-85.
10. Van der Wilden GM, Velmahos GC, D'Andrea KJ, et al (2013) *Successful nonoperative management of the most severe blunt renal injuries: A multicenter study of the research consortium of New England Centers for Trauma*. JAMA surgery 148(10):924-931.
11. Elashry OM, Dessouky BA (2009) *Conservative management of major blunt renal trauma with extravasation: A viable option?* European Journal of Trauma Emergency Surgery 35(2): 115-123.
12. Veeratterapillay R, Fuge O, Haslam P, Harding C, Thorpe A (2017) *Renal trauma*. Journal of Clinical Urology 10(4): 379-390.
13. Ramaswamy RS, Darcy MD (2016) *Arterial embolization for the treatment of renal masses and traumatic renal injuries*. Techniques in vascular interventional radiology 19(3): 203-210.
14. Steven B (2020) *Brandes JRE. Upper Urinary Tract Trauma*. In: W.Partin A, ed. Campbell Walsh Wein Urology. 12 ed. Elsevier Health Sciences:1982-1992:chap Chapter 90.
15. Lanchon C, Fiard G, Arnoux V et al (2016) *High grade blunt renal trauma: predictors of surgery and long-term outcomes of conservative management*. A prospective single center study. The Journal of urology 195(1): 106-111.
16. Santucci R, Wessells H, Bartsch G et al (2004) *Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee*. BJU international 93(7): 937-954.