

# Đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận kín

## Evaluation of blunt renal trauma management

Trần Đức Dũng, Nghiêm Trung Hưng,  
Nguyễn Việt Hải, Trần Đức

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận kín. **Đối tượng và phương pháp:** 37 bệnh nhân bị chấn thương thận kín được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2014 đến tháng 6/2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** 37 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: Chấn thương thận nhẹ (độ 1 - 3) và chấn thương thận nặng (độ 4 - 5). Tỷ lệ điều trị bảo tồn thận thành công là: 89,2%, trong đó bảo tồn 100% bệnh nhân nhóm chấn thương nhẹ và 76,47% bệnh nhân nhóm chấn thương nặng. Điều trị nội khoa 64,9%, can thiệp mạch 2,7%, phẫu thuật 18,9%, cắt thận 10,8%, nội soi đặt stent JJ niệu quản 2,7%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn cho chấn thương thận kín với huyết động ổn định là an toàn, nguy cơ biến chứng thấp. Quyết định điều trị bảo tồn thận có can thiệp, phẫu thuật nên dựa vào huyết động, tình trạng mất máu và phân độ chấn thương.

**Từ khóa:** Chấn thương thận kín, điều trị bảo tồn, điều trị không phẫu thuật.

### Summary

**Objective:** To evaluate of blunt renal trauma management. **Subject and method:** A retrospective study in 37 patients with blunt renal trauma at 108 Military Central Hospital from October 2014 to June 2018. The patients were divided into two groups: Mild-grade renal trauma (grade 1 - 3) and high-grade renal trauma (grade 4 - 5). **Result:** The successful rate by conservative treatment was 89.2% (100% in mild and 76.47% in severe group). Nonoperative management was 64.9%, surgery was 18.9%, nephrectomy was 10.8%, angioembolization was 2.7% and insertion of retrograde stent (JJ) was 2.7%. **Conclusion:** Conservative management for hemodynamically stable patients with blunt renal trauma was safe with low risk of complications. Management decisions should consider hemodynamic status and visualization of active renal bleeding as well as injury grade in determining operative management.

**Keywords:** Blunt renal trauma, conservative treatment, nonoperative management.

### 1. Đặt vấn đề

Chấn thương thận (CTT) là bệnh lý thường gặp nhất trong chấn thương các cơ quan hệ tiết niệu, chiếm 10 - 15% trong tổng số chấn thương bụng kín [6], [8], có khoảng 25% là chấn thương thận nặng, là độ 4 và 5 [8]. Trước đây chấn thương thận nặng được điều trị bằng phẫu thuật, mà hầu hết là cắt

thận. Gần đây nhờ sự tiến bộ về hồi sức và can thiệp mạch, điều trị bảo tồn cho chấn thương thận nặng đã được mở rộng chỉ định, kể cả bệnh nhân có huyết động không ổn định và đang chảy máu [5], [6]. Hiện tại, y văn khuyến cáo điều trị không phẫu thuật như là chăm sóc chuẩn (standard care) cho tất cả chấn thương thận kín mức độ nhẹ (độ 1 - 3) và nhiều nghiên cứu cũng gia tăng sự đồng thuận quan điểm điều trị bảo tồn cho chấn thương thận nặng (độ 4 - 5) [5], [6], [9], [12].

Phân tích tổng hợp của 16 nghiên cứu, Santucci và Fisher chỉ ra khoảng 90% chấn thương thận kín

Ngày nhận bài: 05/11/2018, ngày chấp nhận đăng: 14/12/2018

Người phản hồi: Nguyễn Việt Hải

Email: viethainguyen108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

độ 4 có thể điều trị không phẫu thuật. Thậm chí chấn thương thận độ 5, bằng chứng điều trị không phẫu thuật có thể thành công cũng được báo cáo. Bởi vì chấn thương thận độ 4 và 5 ít gặp nên hầu hết những nghiên cứu thiếu cỡ mẫu thích hợp để có giá trị khuyến cáo và ý nghĩa thống kê không cao [11].

Hiện nay, xu hướng trong xử lý chấn thương thận kín tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 là điều trị bảo tồn thận bị chấn thương. Nhằm nâng cao

chất lượng điều trị cho bệnh nhân chấn thương thận, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn chấn thương thận kín.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu trên 37 bệnh nhân (BN) bị chấn thương thận kín được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2014 đến tháng 6/2018.

**Bảng 1. Phân độ CTT theo AAST 2011  
(Hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa kỳ - The American Association for the Surgery of Trauma) [3]**

| Độ  | Loại tổn thương thận                                                                                                 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | Đụng dập: Đái máu đại thể hoặc vi thể, thăm dò tiết niệu bình thường.                                                |
|     | Tụ máu: Dưới bao không lan rộng, không rách, vỡ nhu mô thận.                                                         |
| II  | Tụ máu quanh thận không lan rộng, khu trú sau phúc mạc.                                                              |
|     | Đường vỡ: Vỡ vùng vỏ thận sâu nhu mô < 1cm, không thoát nước tiểu.                                                   |
| III | Tụ máu: Quanh thận lan rộng sau phúc mạc làm thay đổi vị trí thận.                                                   |
|     | Đường vỡ: Vỡ vùng vỏ thận sâu nhu mô > 1cm, không thoát nước tiểu.                                                   |
| IV  | Đường vỡ nhu mô vùng vỏ lan rộng qua vùng tủy thận vào đường bài tiết và có thoát nước tiểu cản quang ra quanh thận. |
|     | Chấn thương động mạch hoặc tĩnh mạch nhánh.                                                                          |
|     | Vỡ bể thận - niệu quản hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.                                                               |
| V   | Rách, đứt rời hoặc tắc nghẽn động mạch hoặc tĩnh mạch thận chính.                                                    |

Chấn thương thận cả 2 bên với chấn thương từ độ 1 đến độ 3 sẽ xếp loại tăng 1 độ.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Các bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu ngoài bệnh viện, tử vong trước nhập viện.

Nghiên cứu đánh giá các đặc điểm chung (tuổi, giới...), các đặc điểm lâm sàng của chấn thương thận kín nặng (nguyên nhân, cơ chế chấn thương, huyết áp tâm thu lúc nhập viện, tần số tim lúc nhập viện), tiêu chí về cận lâm sàng (hồng cầu lúc nhập viện, hemoglobin lúc nhập viện, công thức bạch cầu lúc nhập viện) và tổn thương các tạng khác trong ổ bụng, đánh giá dịch tự do ổ bụng, sự thoát mạch hoặc thoát nước tiểu trên chẩn đoán hình ảnh. Đánh giá bệnh lý của thận chấn thương (giãn thận, sỏi thận...) và tiền sử nội khoa.

Đánh giá thái độ xử trí: Điều trị bảo tồn không phẫu thuật, điều trị bảo tồn có can thiệp phẫu thuật cấp cứu, trì hoãn hoặc cắt thận.

## 3. Kết quả

Một số đặc điểm chung: Nam: 27 bệnh nhân, chiếm 73%, tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $32,35 \pm 13,93$  tuổi (12 tuổi ÷ 60 tuổi).

Nguyên nhân chấn thương:

Tai nạn giao thông: 31 BN (83,8%).

Tai nạn sinh hoạt: 6 BN (16,2%).

Cơ chế chấn thương: Chấn thương trực tiếp - 100%.

Chấn thương thận kèm tổn thương tạng khác trong ổ bụng và cơ quan khác có 14 trường hợp.

Một số chỉ số huyết động và cận lâm sàng có ảnh hưởng đến chỉ định điều trị.

**Bảng 2. Một số chỉ số huyết động và cận lâm sàng**

| Đặc điểm            | TB $\pm$ SD                  |
|---------------------|------------------------------|
| HA tâm thu (mmHg)   | 113 $\pm$ 19,28 (80 - 154)   |
| Nhịp tim (lần/phút) | 96,57 $\pm$ 13,74 (78 - 128) |
| Hồng cầu (T/L)      | 4,47 $\pm$ 0,83              |
| Hemoglobin (g/L)    | 3,75 $\pm$ 0,69              |
| Bạch cầu (G/L)      | 15,5 $\pm$ 6,0               |
| Neu %               | 82,36 $\pm$ 8,25             |

TB: Trung bình, HA: Huyết áp.

Kết quả nghiên cứu thấy huyết áp tâm thu thấp nhất: 80mmHg, 01 bệnh nhân shock mất

Các tổn thương kết hợp:

**Bảng 3. Các tổn thương kết hợp với chấn thương thận kín**

| Tổn thương phối hợp                               | Bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Chấn thương gan                                   | 7         | 18,9      |
| Chấn thương lách                                  | 2         | 5,4       |
| Chấn thương sọ não                                | 2         | 5,4       |
| Chấn thương phổi                                  | 4         | 10,8      |
| Chấn thương hàm mặt                               | 3         | 8,1       |
| Chấn thương cơ quan khác: Xương sườn, cột sống... | 5         | 13,5      |
| Đứt niệu quản                                     | 1         | 2,7       |
| Sỏi thận, niệu quản                               | 2         | 5,4       |

Trong các tổn thương phối hợp, hay gặp nhất là tổn thương gan (18,9%), phổi (10,8%), trong đó chấn thương gan 100% được điều trị bảo tồn, có 1 bệnh nhân dẫn lưu màng phổi phải ngày thứ 2 do tràn máu màng phổi nặng.

Phương pháp điều trị chấn thương thận kín:

**Bảng 4. Phương pháp điều trị chấn thương thận kín**

| Phương pháp điều trị                 | Bệnh nhân | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Nội khoa                             | 24        | 64,9       |
| Can thiệp mạch                       | 1         | 2,7        |
| Phẫu thuật cấp cứu bảo tồn < 24 giờ  | 2         | 5,4        |
| Phẫu thuật trì hoãn bảo tồn > 24 giờ | 5         | 13,5       |
| Nội soi đặt stent JJ                 | 1         | 2,7        |
| Phẫu thuật cắt thận                  | 4         | 10,8       |
| <b>Tổng</b>                          | <b>37</b> | <b>100</b> |

máu, nhịp tim cao nhất là: 126 lần/ phút, chỉ số hồng cầu thấp nhất: 2,9T/L, Hb: 80g/L, và có 4 bệnh nhân phải truyền máu.

Mức độ chấn thương thận kín:

Chấn thương thận nhẹ (độ 1 ÷ độ 3): 20 bệnh nhân (54%). Nhóm chấn thương thận nhẹ: 100% điều trị nội khoa bảo tồn.

Chấn thương thận nặng (độ 4 ÷ độ 5): 17 bệnh nhân (46%). Nhóm chấn thương nặng, có 4 bệnh nhân (23,5%) cắt thận.

**Nhận xét:** Tỷ lệ điều trị nội khoa bảo tồn thận chiếm: 64,9%, điều trị bảo tồn có can thiệp mạch, nội soi phẫu thuật chiếm: 24,3%, cắt thận có 4 bệnh nhân chiếm: 10,8%.

Tỷ lệ được điều trị thành công bảo tồn thận là: 89,2%, trong đó 100% bệnh nhân thuộc nhóm chấn thương thận nhẹ và 76,47% nhóm chấn thương thận nặng.

#### 4. Bàn luận

Chấn thương thận chiếm tỷ lệ khoảng 10% trong tổng số chấn thương bụng kín, thường kèm theo các thương tổn phối hợp khác trong bệnh cảnh đa chấn thương. Vì vậy, cần phải dựa vào cả lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để xác định đúng chiến lược điều trị. Hiện nay, lợi ích của điều trị bảo tồn trong chấn thương thận nặng được các chuyên gia thừa nhận và nên ưu tiên điều trị ngay từ đầu cho tất cả bệnh nhân có huyết động ổn định dựa trên Hướng dẫn điều trị của Hội Nội khoa châu Âu (AEU) và Hội Nội khoa Hoa Kỳ (AUA) [10]. Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh điều trị bảo tồn trong chấn thương thận không làm nặng thêm các tổn thương ở thận cũng như không làm tăng tỷ lệ biến chứng trong chấn thương thận kín.

Một vấn đề luôn được đặt ra trong điều trị bảo tồn chấn thương thận là khi nào với loại tổn thương nào thì có chỉ định can thiệp. Quyết định liên quan đến điều trị chấn thương thận nặng phải cân nhắc giữa hai vấn đề lớn là gia tăng tỷ lệ cắt thận ở BN mổ cấp cứu so với can thiệp thận muộn và gia tăng tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân điều trị bảo tồn theo dõi.

Mục đích chính của điều trị nhằm cứu sống BN, bảo tồn chức năng thận đến mức có thể và giảm thiểu biến chứng. Tất cả chấn thương thận có huyết động ổn định từ đầu hoặc sau khi hồi sức tích cực theo phác đồ ATLS (Advanced Trauma Life Support) sẽ được chụp CT scan hệ tiết niệu. Trường hợp huyết động vẫn ổn định, mặc dù đã hồi sức, cần phải chỉ định mổ bụng cấp cứu trên cơ sở đánh giá bằng siêu âm. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi quyết định điều trị bảo tồn chấn thương thận dựa vào tình trạng huyết động của bệnh nhân và đáp ứng của hồi sức ban đầu. Tất cả các bệnh nhân

đều được điều trị bảo tồn ngay từ đầu với tất cả các độ chấn thương.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1, gần tương đương với nghiên cứu của Trần Thanh Phong là: 3,3/1 [2], còn của Cao Văn Trí có tỷ lệ nam/nữ là: 4,7/1 [1].

Tuổi trung bình BN:  $32,35 \pm 13,93$  ( $12 \div 60$  tuổi), tương đương với các nghiên cứu của Trần Quốc Hòa là:  $31,7 \pm 15,6$  ( $6 \div 79$  tuổi) [3] và Cao Văn Trí:  $31,7 \pm 13,9$  ( $15 \div 60$  tuổi) [1].

Nguyên nhân chấn thương thận của nghiên cứu này do tai nạn giao thông/ tai nạn sinh hoạt: 5,2/1, tương đương với Cao Văn Trí: 6/1 [1] và Trần Quốc Hòa là: 2,04/1 [3].

Đặc điểm về huyết động của nhóm nghiên cứu: Huyết áp tâm thu trung bình là:  $113 \pm 19,28$  ( $80 - 154$ ), nhịp tim trung bình là:  $96,57 \pm 13,74$  ( $78 \div 128$ ) mạch/ phút, hồng cầu:  $4,47 \pm 0,83$ T/L, Hb:  $3,75 \pm 0,69$ g/dl, trong đó có 01 bệnh nhân sốc mất máu, có 4 bệnh nhân phải truyền máu và có 4 bệnh nhân nhiễm khuẩn trước và sau phẫu thuật. Cao Văn Trí nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân không phẫu thuật ( $n = 33$ ): Huyết áp tâm thu trung bình là:  $124 \pm 127$  mmHg, mạch trung bình/ phút:  $100 \pm 22$  lần/ phút, hồng cầu:  $3,65 \pm 5,7$ T/L, Hb:  $12,6 \pm 1,9$  (g/dl), có 1 bệnh nhân nhiễm khuẩn niệu, 1 bệnh nhân mất máu phải cắt thận, tác giả này nghiên cứu trên 35 bệnh nhân có chấn thương thận nặng và chia làm 2 nhóm phẫu thuật và không phẫu thuật đã kết luận rằng: Huyết động giữa 2 nhóm có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê [1].

Nhóm chấn thương thận nhẹ: 100% điều trị bảo tồn thành công, nhóm này điều trị không phẫu thuật như là chăm sóc chuẩn, phù hợp với quan điểm của các nghiên cứu mới của Lanchon [5] và A Mingoli [7].

Nhóm chấn thương thận nặng ( $n = 17$ ) trong đó có 4 bệnh nhân cắt thận (23,53%), tỷ lệ điều trị thành công trong nhóm này là: 76,47% so với Cao Văn Trí ( $n = 35$ ) là 91,4%, Trần Thanh Phong ( $n = 116$ ) là: 95,7%, tỷ lệ thành công thấp hơn so với 2 tác giả trên là do trong 4 bệnh nhân cắt thận thì 1 bệnh nhân có chấn thương thận độ 4 kèm theo sỏi niệu

quần 1/3 dưới, 3 bệnh nhân còn lại chấn thương thận độ 4 - 5, đều mất máu nhiều và có bạch cầu cao: 19,5 - 22,8G/L, sốt cao dao động: 38 - 39°C và 4 bệnh nhân này đều có các chấn thương kết hợp đe dọa tính mạng.

Mặc dù, Y văn Thế giới đồng thuận nếu chảy máu đe dọa tính mạng bệnh nhân, cần phẫu thuật cấp cứu, tuy nhiên chỉ định điều trị cụ thể vẫn chưa rõ. Những nghiên cứu gần đây tranh luận chủ yếu về chỉ định phẫu thuật trên chấn thương thận nặng [5] [7].

Hardee và cộng sự, nghiên cứu hồi cứu 115 bệnh nhân có chấn thương thận độ 3 hoặc 4. Tỷ lệ can thiệp là 7%, chủ yếu là cắt thận và điều trị bảo tồn bằng phẫu thuật là chính. Máu đang chảy và khối máu tụ hông lưng lớn > 3,5cm là điều kiện để phẫu thuật cấp cứu [9]. Buckley, McAninch hồi cứu 153 bệnh nhân có chấn thương thận độ 4 (66 bệnh nhân chấn thương kín), có 103 bệnh nhân được phẫu thuật (26 bệnh nhân có chấn thương thận kín). Huyết động không ổn định và tình trạng chảy máu tiếp diễn là nguyên nhân chủ yếu phải tiến hành phẫu thuật cấp cứu [8].

Những nghiên cứu khác ủng hộ thành công trong bảo tồn chấn thương thận độ 5 ở những bệnh nhân huyết động ổn định. Altman nghiên cứu 13 bệnh nhân có chấn thương thận độ 5, trong đó có 6 trường hợp điều trị không phẫu thuật, thấy rằng, bệnh nhân điều trị không phẫu thuật nằm ở phòng hồi sức tích cực ít ngày hơn và kết luận: Chấn thương thận độ 5 có thể điều trị bảo tồn thành công nếu huyết động ổn định [4], Lanchon C (2016) báo cáo 151 trường hợp chấn thương thận nặng (124

trường hợp độ 4 và 27 trường hợp độ 5) thì điều trị bảo tồn thành công 110 trường hợp độ 4 (89%) và 14 (52%) tổn thương độ 5 [7]. Nghiên cứu của Van der Wilden và cộng sự cũng cho tỉ lệ thành công cao (92,2%) [12].

Hiện tại, điều trị bảo tồn chấn thương thận kín từ độ 1 đến độ 4 có huyết động ổn định có chứng cứ rõ ràng [6]. Tất cả các Hướng dẫn khuyến cáo chỉ nên can thiệp trên bệnh nhân có chấn thương thận khi huyết động không ổn định [6]. Hướng dẫn của Hội Nội khoa Mỹ (AUA) chủ trương điều trị không xâm lấn trên bệnh nhân có huyết động ổn định cho mọi mức độ chấn thương [4]. Hướng dẫn của Hội Nội khoa châu Âu (EAU) cũng ghi nhận huyết động không ổn định là một chỉ định cho điều trị xâm lấn mặc dù có tổn thương cuống thận hay không [9]. Trái lại, theo Hội Nội khoa Quốc tế (SIU), cần mở bụng thám sát khi chấn thương thận độ 5. Nhìn chung, theo Hướng dẫn của Hội Nội khoa Hoa Kỳ và châu Âu, tất cả bệnh nhân với huyết động ổn định được điều trị bảo tồn bất kể độ chấn thương. Bệnh nhân có huyết động ổn định thì được can thiệp mạch hoặc phẫu thuật điều trị bảo tồn bao gồm nghỉ ngơi tại giường, kháng sinh, giảm đau, truyền dịch, truyền máu nếu cần.

Tổn thương các tạng kết hợp với chấn thương thận qua nghiên cứu cho thấy: Tổn thương gan là cao nhất: 18,9%, có 1 bệnh nhân phải dẫn lưu màng phổi ngày thứ 2 do chảy máu màng phổi trái số lượng nhiều, Nghiên cứu của Cao Văn Trí có tổn thương gan là: 37,1% [1].



**Hình 1.** Phẫu thuật mở cấp cứu cắt thận bán phần cực dưới, khâu lại nhu mô thận, đặt stent JJ niệu quản.  
(Bệnh nhân nam 12 tuổi, chẩn đoán chấn thương thận trái độ 4)

Phẫu thuật cấp cứu < 24 giờ trong nghiên cứu là 2 bệnh nhân (5,4%), trong đó 1 bệnh nhân có chấn thương thận độ 5 phải cắt thận do sốc mất máu, 1 bệnh nhân bị chấn thương thận trái độ 4 (12 tuổi) được mổ cấp cứu bảo tồn thận (cắt thận trái bán phần cực dưới, khâu phục hồi nhu mô, đặt stent JJ). So với tác giả Trần Thanh Phong là 5 bệnh nhân (4,3%). Đây là 2 ca chấn thương rất nặng, có tổn thương kết hợp, hồi sức tích cực không hiệu quả, đe dọa tính mạng nên chúng tôi phải mổ cấp cứu để cứu bệnh nhân và giải quyết tổn thương kết hợp [2].

Phẫu thuật trì hoãn, can thiệp mạch > 24 giờ và Nội soi đặt stent niệu quản trong nghiên cứu này lần lượt là: 5/1/1 bệnh nhân, trong đó 5 bệnh nhân (13,5%) mổ cấp cứu trì hoãn do theo dõi huyết động xấu dần, có nhiễm khuẩn niệu, điều trị kháng sinh không hiệu quả, khối máu tụ lớn kèm theo thoát thuốc và tổn thương phổi hợp. Trên 5 bệnh nhân phải phẫu thuật này có 3 bệnh nhân phải cắt thận do thận vỡ nát, rách hết bao trắng, tổn thương mạch máu... 2 bệnh nhân lấy máu tụ, khâu phục hồi nhu mô, đặt stent JJ. (2,7%) bệnh nhân can thiệp nút mạch cực dưới do mất máu liên tục. 01/37 bệnh

nhân được nội soi đặt stent JJ do có rò niệu quản trong quá trình theo dõi bảo tồn chấn thương thận độ 4. Tác giả Nguyễn Thanh Phong có tỷ lệ phẫu thuật trì hoãn là 15,5%, chủ yếu là chấn thương thận trên thận bệnh lý, và can thiệp mạch là 21,5% [2], Cao Văn Trí là 12,1%, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so chúng tôi là do toàn bộ 116 bệnh nhân đều là chấn thương thận độ 4 - 5 [1].

6 bệnh nhân (16,2%) phải đặt stent JJ niệu quản (5 bệnh nhân đặt trong mổ, 1 bệnh nhân nội soi đặt stent JJ niệu quản trong điều trị bảo tồn) so với Nguyễn Thanh Phong là 9,5% [2], Cao Văn Trí là 3,0% [1]. Tất cả những bệnh nhân của chúng tôi có chỉ định đặt stent JJ hậu phẫu đều rất tốt. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ và dữ liệu nghiên cứu không thể áp dụng trên quần thể rộng hơn, có nhiều yếu tố nhiễu. Điều này do tính chất trong bệnh cảnh đa chấn thương, bệnh nhân bị tổn thương nhiều cơ quan nên ảnh hưởng không nhỏ tới chiến lược điều trị. Ở những bệnh nhân điều trị bảo tồn không phẫu thuật, nếu khối máu tụ ổn định và không lan rộng, mạch thận nguyên vẹn là yếu tố cầm máu.



**Hình 2.** Điều trị nội khoa bảo tồn, sau 2 năm kiểm tra lại, kết quả chức năng thận phải rất tốt.  
(Bệnh nhân nam 25 tuổi chẩn đoán chấn thương thận phải độ 4, chấn thương gan kết hợp)

## 5. Kết luận

Điều trị bảo tồn cho chấn thương thận kín với huyết động ổn định là an toàn, nguy cơ biến chứng thấp. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công chấn thương thận kín trong nghiên cứu này là: 89,2%.

Chấn thương nhẹ được điều trị bảo tồn thành công là 100% và chấn thương thận nặng là 76,47%.

Quyết định điều trị bảo tồn thận có can thiệp, phẫu thuật dựa vào huyết động, tình trạng mất máu và phân độ chấn thương.

Phẫu thuật cấp cứu trước 24 giờ là 5,4%. Phẫu thuật trì hoãn sau 24 giờ là 13,5% khi có huyết động xấu dần và biểu hiện nhiễm khuẩn niệu, khối máu tụ lớn tiến triển kèm theo thoát thuốc và có các tổn thương phổi hợp.

**Tài liệu tham khảo**

1. Cao Văn Trí (2017) *Đánh giá kết quả điều trị không phẫu thuật chấn thương thận nặng kín*. Tạp chí Y dược học, số đặc biệt, tr. 277-282, 8/2017.
2. Trần Thanh Phong (2017) *Nghiên cứu phương pháp điều trị bảo tồn thận chấn thương độ 4, 5*. Tạp chí Y dược học, số đặc biệt, tr. 93-97, 8/2017.
3. Trần Quốc Hòa (2018) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị chấn thương thận*. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Alman AL, Haas A, Dinchman KH, Spimak JP (2000) *Selective nonoperative management of blunt grade 5 renal injury*. J.Urol 164(1): 27-30.
5. Mingoli A, La Torre M, Migliori E (2017) *Operative and nonoperative management for renal trauma: Comparison of outcomes. A systematic review and meta-analysis*. Therapeutics and Clinical Risk Management Journals 13: 1127-1138.
6. Bryk DJ, Zhao LC (2016) *Guideline of guidelines: A review of urological trauma guidelines*. BJU Int 117(2): 226-234.
7. Lanchon C, Fiard G (2016) *High grade blunt renal trauma: Predictors of surgery and long-term outcomes of conservative management. A prospective single center study*. J. Urol 195(1): 106-111.
8. Buckley JC, Macanich JW (2006) *Selective management of isolated and nonisolated grade IV renal injuries*. J. Urol 176(6): 2498-2502.
9. Hardee MJ, Lowrance W, Brant WO, Person AP, Stevens MH, Myers JB (2013) *High grade renal injuries: Application of parkland hospital predictors of intervention for renal hemorrhage*. J. Urol 189(5): 1771-1776.
10. Morey AF, Brandes S, Dugi DD (2014) *Urotrauma: AUA guideline*. J. Urol 192(2): 327-335.
11. Santucci RA, Fisher MB (2005) *Literature increasingly supports expectant management of renal trauma- a systematic review*. J. Trauma 59(2): 493-503.
12. Wilden GM, Velmahos GC (2013) *Successful nonoperative management of the most severe blunt renal injuries*. JAMA surg 148(10): 924.