

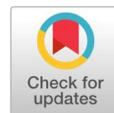


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 28(12):85-92

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.12.11>



Nguyên nhân, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị ở bệnh nhân chấn thương thận tại bệnh viện Chợ Rẫy

Ngô Xuân Thái^{1,2,*}, Nguyễn Quốc Bảo¹

¹Bộ môn Tiết niệu học, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chấn thương thận là một cấp cứu tiết niệu thường gặp, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, nơi tai nạn giao thông do xe gắn máy chiếm tỷ lệ cao. Trong những năm gần đây, sự tiến bộ của các phương pháp điều trị bảo tồn, bao gồm can thiệp nút mạch và hồi sức nội khoa, đã góp phần đáng kể vào việc giảm nhu cầu phẫu thuật và cắt bỏ thận.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị của bệnh nhân chấn thương thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 686 bệnh nhân chấn thương thận kín được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2022. Loại trừ các trường hợp vết thương xuyên thấu hoặc đã được mổ thám sát thận từ tuyến trước. Các biến số được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, phân độ tổn thương theo AAST 2018, kết quả chụp cắt lớp vi tính, và phương pháp điều trị. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

Kết quả: Đa số bệnh nhân là nam giới (83%), tuổi trung bình $38,04 \pm 14,34$. Tai nạn giao thông, đặc biệt do xe gắn máy, là nguyên nhân chủ yếu (76,4%). Chấn thương thận độ III và IV chiếm tỷ lệ cao nhất (33,2% và 29,3%). Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính, với các dấu hiệu thường gặp là tụ máu quanh thận (76,7%) và vỡ nhu mô thận (53,9%). Điều trị bảo tồn thành công ở 81,8% trường hợp, bao gồm cả nhiều trường hợp chấn thương nặng. Nút mạch được thực hiện ở 9,0% bệnh nhân. Phẫu thuật được chỉ định cho các trường hợp huyết động không ổn định hoặc có thận bệnh lý đi kèm.

Kết luận: Chấn thương thận chủ yếu xảy ra ở nam giới trẻ tuổi do tai nạn giao thông. Điều trị bảo tồn mang lại hiệu quả cao, kể cả ở các trường hợp chấn thương nặng độ IV-V nếu bệnh nhân ổn định huyết động. Kỹ thuật nút mạch chọn lọc ngày càng đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát chảy máu. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn cần thiết trong một số trường hợp đặc biệt.

Từ khóa: chấn thương thận; điều trị bảo tồn; nút mạch chọn lọc; phẫu thuật tiết niệu; phẫu thuật cắt thận

Ngày nhận bài: 25-08-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 26-11-2025 / Ngày đăng bài: 01-12-2025

*Tác giả liên hệ: Ngô Xuân Thái. Bộ môn Tiết niệu học, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: ngoxuathai@ump.edu.vn

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

ETIOLOGY, IMAGING FINDINGS, AND TREATMENT OUTCOMES IN RENAL TRAUMA PATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

Ngo Xuan Thai, Nguyen Quoc Bao

Background: Renal trauma is a common urological emergency, especially in developing countries where motorcycle-related accidents are prevalent. In recent years, advances in non-operative management, including interventional radiology and intensive care, have significantly reduced the need for surgery and nephrectomy.

Objectives: To evaluate the clinical characteristics, imaging findings, and treatment outcomes of patients with renal trauma managed at Cho Ray Hospital.

Methods: We conducted a retrospective descriptive study of 686 patients with blunt renal trauma treated at Cho Ray Hospital from January 2019 to December 2022. Patients with penetrating injuries or prior renal exploration were excluded. Clinical features, imaging results, injury grading (AAST 2018), and treatment modalities were analyzed. Data were processed using SPSS 20.

Results: The majority of patients were male (83%) with a mean age of 38.04 ± 14.34 years. Road traffic accidents, particularly involving motorcycles, were the leading cause (76.4%). Grade III and IV injuries were most common (33.2% and 29.3%, respectively). Computed tomography was performed in all cases, with perirenal hematoma (76.7%) and renal parenchymal laceration (53.9%) being the most frequent findings. Non-operative management was successful in 81.8% of cases, including many high-grade injuries. Angioembolization was performed in 9.0% of patients, while surgery was reserved for hemodynamically unstable cases or those with underlying renal abnormalities.

Conclusions: Renal trauma predominantly affects young males in traffic-related accidents. Conservative management is highly effective even for severe injuries (grade IV–V) when hemodynamic stability is maintained. Selective angioembolization has significantly reduced the need for surgery. However, surgical intervention remains crucial in certain high-risk or complex cases.

Keywords: renal trauma; non-operative management; angioembolization; urological surgery; nephrectomy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận (CTT) là tình trạng cấp cứu tiết niệu thường gặp và có xu hướng gia tăng tại các nước phát triển và đang phát triển. Điều trị chấn thương thận trải qua nhiều giai đoạn với các phương pháp điều trị khác nhau, việc áp dụng can thiệp nút mạch và hồi sức nội khoa ngày càng hoàn thiện đã giúp giảm tỷ lệ chỉ định phẫu thuật (PT) và cắt thận. Do đó, việc nghiên cứu về tình hình điều trị CTT trong bối cảnh phát triển của các phương pháp điều trị ít xâm hại trong những năm gần đây là cần thiết.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp (TH) chấn thương thận được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp vết thương xuyên thấu thận hoặc những trường hợp đã được mổ thám sát thận từ tuyến trước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, được thu nhận liên tiếp trong thời gian nghiên cứu.

Tổng cỡ mẫu thu được là $n = 686$.

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu

Danh sách bệnh nhân được trích xuất từ hệ thống lưu trữ hồ sơ bệnh án của bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian nghiên cứu. Các trường hợp đủ tiêu chuẩn được hồi cứu dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu được ghi nhận các biến số đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán, điều trị.

Chụp cắt lớp vi tính: là cận lâm sàng hình ảnh học để chẩn đoán và phân độ chấn thương thận. Phân độ chấn thương theo Hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ 2018 (AAST 2018).

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Nhập số liệu vào máy vi tính và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022 có 686 TH được chẩn đoán và điều trị CTT tại bệnh viện Chợ Rẫy. Độ tuổi trung bình: $38,04 \pm 14,34$. Nam giới: 571/686 TH (83%). Tỷ lệ nam:nữ là 5:1.

3.1. Nguyên nhân

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương thận (n=686)

Nguyên nhân	Số TH	Tỷ lệ (%)
Xe máy (TNGT)	433	76,4
Xe cơ giới (TNGT)	22	3,9

Nguyên nhân	Số TH	Tỷ lệ (%)
Đi bộ (TNGT)	9	1,6
Xe đạp (TNGT)	4	0,7
Té, ngã (TNLĐ, TNSH)	78	13,8
Thể thao	5	0,9
Bạo lực	6	1,0
Nguyên nhân khác (TNLĐ, TNSH)	10	1,7
Không ghi nhận	119	-
Tổng	686	100

TNGT: tai nạn giao thông; TNLĐ: tai nạn lao động; TNSH: tai nạn sinh hoạt; Tỷ lệ (%) được tính dựa trên tổng số 567 TH ghi nhận được nguyên nhân CTT

3.2. Thận bị chấn thương

Tỷ lệ CTT trái/phải: 1,05 (348/332). Có 6/686 TH (0,9%) chấn thương thận 2 bên và tất cả các TH này điều trị bảo tồn thành công.

3.3. Đa chấn thương

Có 515/686 TH (75,1%) phối hợp đa chấn thương. Chấn thương sọ não 109 TH (16%), đầu mặt 119 TH (17%), lồng ngực 261 TH (38%), cơ quan tiêu hóa 287 TH (42%), cơ quan tiết niệu khác 28 TH (4%), xương khớp 254 TH (37%).

3.4. Đặc điểm lâm sàng

Có 587/686 TH (85,6%) nhập viện trong vòng 24-48h sau chấn thương (CTT ngày 1 và 2). Các đặc điểm lâm sàng ghi nhận trong Bảng 2.

3.5. Choáng

Có 148 TH có choáng (do chấn thương và mất máu) được ghi nhận trong cả quá trình bệnh. Tỷ lệ choáng là 148/686 TH (21,6%).

3.6. Bệnh lý của thận bị chấn thương

Có 58/686 TH (8,5%) CTT trên thận bệnh lý. Trong 58 TH trên có sỏi đường tiết niệu 23 TH (37,9%), nang thận 9 TH (15,5%), hẹp niệu quản 9 TH (15,5%), thận đa nang 8 TH (13,8%), thận độc nhất 4 TH (6,9%), thận móng ngựa 2 TH (3,4%), thận lạc chỗ 1 TH (1,7%), suy thận mạn không kèm bệnh thận khác 2 TH (3,4%).

3.7. Chụp cắt lớp vi tính

Tất cả BN trong mẫu nghiên cứu đều được chụp cắt lớp vi

tính (CLVT) (Bảng 3).

(*) Có ghi nhận: có

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chấn thương thận nhập viện sớm (n=587)

Triệu chứng lâm sàng sớm	Số TH	Tỷ lệ (%)
Đau hông lưng	Có	524
	Không	30
	Không ghi nhận	33
Tiểu máu đại thể	Có	333
	Không	172
	Không ghi nhận	82
Sờ khối hông lưng	Có ghi nhận	19
	Không ghi nhận	568
Hố thắt lưng đầy	Có ghi nhận*	12
	Không ghi nhận	575
Tụ máu hông lưng	Có ghi nhận*	40
	Không ghi nhận	547
Đau bụng	Có	154
	Không	400
	Không ghi nhận	51
Chướng bụng	Có	50
	Không	537
Phản ứng thành bụng	Có ghi nhận*	15
	Không ghi nhận	545
Da niêm nhạt	Có	146
	Không	437
	Không ghi nhận	4

Bảng 3. Những dấu hiệu tổn thương thận trên chụp cắt lớp vi tính (n=686)

Dấu hiệu trên CT scan	Số TH	Tỷ lệ (%)
Tụ máu quanh thận	526	76,7
Đường vỡ thận chưa lan tới hệ thống thu thập	370	53,9
Đụng dập - tụ máu nhu mô thận	358	52,2
Đường vỡ thận lan tới hệ thống thu thập	70	10,2
Thoát cản quang ra ngoài hệ thống thu thập thì muộn	45	6,6
Nhồi máu thận	64	9,3
Thận vỡ nát	13	1,9
Tổn thương cuống thận	3	0,4
Dấu chảy máu hoạt động	63	9,2
Giải phình mạch máu thận	28	4,1

3.8. Phân độ chấn thương thận

Tất cả bệnh nhân (BN) đều được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) để phân độ CTT (Bảng 4).

Bảng 4. Phân độ chấn thương thận (n=686)

Phân độ	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	69	10,1
Độ II	168	24,5
Độ III	228	33,2
Độ IV	201	29,3
Độ V	20	2,9

3.9. Điều trị chấn thương thận

Bảng 5. Điều trị chấn thương thận theo phân độ chấn thương (n=686)

Độ	Điều trị CTT không PT, n (%)			Điều trị PT, n (%)		Tổng n (%)
	Bảo tồn*	Double J/ Mono J	Nút mạch	PT cấp cứu	PT trì hoãn	
I	67 (97,1)	2 (2,9)	-	-	-	69 (100)
II	166 (98,9)	-	-	-	2 (1,1)	168 (100)
III	191 (83,8)	2 (0,9)	21 (9,2)	-	14 (6,1)	228 (100)
IV	129 (64,2)	12 (6,0)	38 (18,9)	6 (3,0)	16 (8,0)	201 (100)
V	8 (40,0)	-	3 (15,0)	7 (35,0)	2 (10,0)	20 (100)
Tổng	561 (81,8)	16 (2,3)	62 (9,0)	13 (1,9)	34 (5,0)	686 (100)

(*) Bao gồm 23 TH được PT mở bụng không thám sát thận

4. BÀN LUẬN

4.1. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân thường gặp của CTT ở các quốc gia trên thế giới có sự thay đổi: ở các quốc gia phát triển, nguyên nhân CTT chủ yếu là tai nạn xe cơ giới (chủ yếu xe ô tô), té ngã và

tai nạn thể thao, trong khi ở các quốc gia chưa phát triển và đang phát triển, nguyên nhân CTT là tai nạn giao thông, bạo lực thể chất và té ngã [1]. Hoàn cảnh CTT thường gặp ở các quốc gia trên thế giới và các trung tâm tại Việt Nam tương đồng với nhau, nổi bật là tai nạn giao thông với tỷ lệ ghi nhận tại Việt Nam từ 60,5 - 78,5% kể đến là tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt [2,3].

Bảng 6. Nguyên nhân chấn thương thận (n=686)

Tác giả	Địa điểm	n	Nguyên nhân chấn thương (%)						
			Xe ô tô	Xe máy	Đi bộ	Xe đạp	Té ngã	Bạo lực	Thể thao
Shoobridge JJ [4] (2013)	Úc	338	61	5	9	-	11	1,5	-
Broska JCA [5] (2016)	Brazil	45	17	61	-	9	13	-	-
Maibom SL [6] (2019)	Đan Mạch	99	22	-	7	20	27	4	11
Chúng tôi (2023)	BV Chợ Rẫy	686	3,9	76,4	1,6	0,7	13,8	1,0	0,9

4.2. Điều trị chấn thương thận độ I và II

Điều trị CTT độ nhẹ bằng điều trị bảo tồn đã được thống nhất qua nhiều y văn và hướng dẫn điều trị [7-10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 TH CTT độ I có tiền căn thận bệnh lý và có thận ứ nước, biến chứng nhiễm khuẩn được nội soi đặt thông Double J hoặc mở thận ra da. Có 2 TH CTT độ II có tiền căn thận bệnh lý được can thiệp PT, cả 2 TH này đều có biểu hiện lâm sàng đau hông lưng nhiều. Ngoại trừ 1 TH cắt thận do thận mất chức năng, 3 TH còn lại tiếp tục theo dõi ổn định và xuất viện sau đó.

Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận có 9 TH CTT độ II kèm chấn thương cơ quan tiêu hóa được PT mở bụng cấp cứu nhưng không thám sát thận vì khối máu tụ sau phúc mạc không đập theo nhịp mạch và không lan rộng, theo dõi không có TH nào cần phải can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật trì hoãn.

Do đó, đối với CTT độ I và II đơn thuần hay không phải thận bệnh lý thì điều trị bảo tồn gần như tuyệt đối (100%).

4.3. Điều trị chấn thương thận độ III và IV

Theo hướng dẫn của Hội tiết niệu châu Âu, bệnh nhân CTT độ III-IV có huyết động ổn định được chỉ định điều trị bảo tồn, có thể can thiệp ít xâm hại gồm nội soi tiết niệu đặt thông niệu quản hoặc chụp khảo sát DSA và nút mạch thận khi có chỉ định [8]. Sự phát triển của hình ảnh học và hoàn thiện kỹ thuật can thiệp ít xâm hại đã làm giảm tỷ lệ PT.

Về chỉ định điều trị bảo tồn: đa phần CTT độ III-IV trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị bảo tồn gồm nghỉ ngơi

tại giường, kháng sinh và thuốc tranexamic acid. Điều trị bảo tồn phải truyền máu chiếm 23,5% TH, do đó việc theo dõi sinh hiệu và đánh giá lại xét nghiệm huyết học là cần thiết trong quá trình điều trị. Nếu có bằng chứng về chảy máu kéo dài, khối máu tụ to ra nên khảo sát lặp lại hình ảnh học và khảo sát DSA và nút mạch thận khi có chỉ định. Ngoài ra, trong nhóm điều trị bảo tồn có 13 TH được phẫu thuật thám sát ổ bụng nhưng không thám sát thận, trong quá trình theo dõi không phải can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật trì hoãn.

Bảng 7. Phương pháp điều trị chấn thương thận độ III và độ IV (n=429)

Phương pháp điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Bảo tồn không truyền máu	219	51,0
Bảo tồn có truyền máu	101	23,5
Thủ thuật tiết niệu*	14	3,3
Nút mạch	59	13,8
PT cắt thận cấp cứu	3	0,7
PT cắt thận trì hoãn	3	0,7
PT bảo tồn thận	30	7,0
Tổng	429	100

(*) Gồm nội soi đặt thông niệu quản hoặc dẫn lưu ra da bằng Mono J

Về chỉ định can thiệp thủ thuật tiết niệu ít xâm hại (nội soi đặt thông niệu quản hoặc dẫn lưu ra da bằng Mono J): đa phần các TH CTT có hình ảnh thoát nước tiểu có thể hấp thụ tự nhiên mà không cần phải can thiệp. Chỉ định can thiệp thủ thuật tiết niệu khi nghi ngờ có biến chứng như nang giả niệu có triệu chứng, sốt, đau hông lưng tăng, liệt ruột, nhiễm khuẩn

[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 TH sau khi được điều trị bảo tồn ban đầu, trong quá trình theo dõi được can thiệp thủ thuật tiết niệu vì biến chứng gồm nhiễm khuẩn khối máu tụ (1 TH), thận ứ nước nhiễm khuẩn (1 TH), nang giả niệu có triệu chứng (12 TH). Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận có 4/65 TH sau can thiệp nút mạch được can thiệp thủ thuật tiết niệu hỗ trợ gồm 1 TH nhiễm khuẩn huyết do nhiễm khuẩn khối máu tụ, 3 TH nang giả niệu có triệu chứng.

Về can thiệp nút mạch thận: có tới 59/429 TH (13,8%) CTT độ III và IV có tổn thương mạch máu gồm dấu xuất huyết đang hoạt động, giả phình động mạch được can thiệp nút mạch thận thành công đã giúp làm giảm tỷ lệ PT không cần thiết. Tác giả Colaco M phân tích dữ liệu hệ thống quốc gia Hoa Kỳ và Canada từ năm 2002 đến năm 2012 cho thấy tỷ lệ can thiệp nút mạch có xu hướng gia tăng trong điều trị CTT đã giúp giảm tỷ lệ PT từ 32,9% còn 10,2% và tỷ lệ cắt thận từ 8,2% còn 2,1% [11]. Hiện nay, vẫn chưa có tiêu chuẩn đồng thuận để xác định khi nào một TH chảy máu thận cần phải can thiệp nút mạch. Nhìn chung, khi có tình trạng chảy máu thận và có những dấu hiệu phát hiện trên phim CLVT giúp chỉ định nút mạch gồm hình ảnh dấu hiệu chảy máu đang hoạt động, rò động – tĩnh mạch hoặc giả phình động mạch thận. Một phân tích tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ thành công trong điều trị CTT bằng nút mạch tới 92% ở độ III-IV [12].

Về chỉ định PT cấp cứu và cắt thận cấp cứu: chỉ định tuyệt đối khi huyết động không ổn định hoặc đáp ứng thoáng qua với hồi sức ban đầu [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 6 TH CTT độ IV được chỉ định PT cấp cứu và cắt thận 3 TH (50%) vì huyết động không ổn định. Tỷ lệ cắt thận cấp cứu khi có chỉ định PT với CTT độ IV4 từ 0-50%, do đó việc PT tái tạo thận đối với CTT độ III và độ IV là hoàn toàn khả thi và nên cân nhắc sau khi đã kiểm soát được tình trạng chảy máu [13-15].

Về chỉ định PT trì hoãn và cắt thận trì hoãn: chỉ nên đặt ra khi điều trị không PT thất bại vì đa phần biến chứng của CTT có thể điều trị hiệu quả với can thiệp ít xâm hại hoặc để giải quyết nguyên nhân thận bệnh lý [16-20]. Nghiên cứu chúng tôi 33/429 TH (7,3%) được PT trì hoãn và tỷ lệ cắt thận trì hoãn khi PT là 3/33 TH (9,1%). Có những báo cáo trong nước cho thấy tỷ lệ cắt thận trì hoãn đối với CTT độ III-IV là 0%; vì vậy nên cố gắng PT tái tạo thận ở những TH này [13,21].

4.4. Điều trị chấn thương thận độ V

CTT độ V thường nhập viện với tình trạng huyết động

không ổn định và kết hợp đa chấn thương, vì vậy tỷ lệ PT thám sát cao hơn và thường dẫn đến cắt thận. Theo hướng dẫn của Hội tiết niệu Châu Âu, thận vỡ nát có huyết động ổn định được chỉ định điều trị bảo tồn, CTT mạch máu thận độ V có huyết động không ổn định là một chỉ định PT thám sát. Tác giả Lachon C báo cáo tỷ lệ điều trị CTT không PT thành công đối với CTT độ V là 50% [22], Keihani S nghiên cứu 13 BN CTT độ V [23], 6 TH thận vỡ nát có huyết động ổn định được chỉ định điều trị bảo tồn thành công (100%), và có 7 TH CTT độ V huyết động không ổn định hoặc chỉ định PT thám sát ổ bụng đều dẫn đến cắt thận (100%), trong đó có 5 TH tổn thương cuống thận, vì vậy tác giả nhận thấy điều trị bảo tồn khả thi ở những BN có huyết động ổn định khi nhập viện và không có tổn thương cuống thận trên CLVT [23].

Bảng 8. Điều trị chấn thương thận độ V

	Tổn thương cuống thận (n=5)	Thận vỡ nát (n=15)
Choáng (n,%)	4 (80)	5 (33)
Phối hợp tổn thương ổ bụng (n,%)	4 (80)	11 (73)
Truyền máu (n,%)	5 (100)	9 (60)
Bảo tồn (n,%)	-	8 (53)
Nút mạch (n,%)	-	3 (20)
Cắt thận cấp cứu (n,%)	5 (100)	2 (13)
Cắt thận trì hoãn (n,%)	-	1 (7)
Cắt một phần thận trì hoãn (n,%)	-	1 (7)

Về xử trí tổn thương cuống thận: trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 5 TH có tổn thương cuống thận, 4 TH được chỉ định PT cấp cứu thám sát ổ bụng, trong PT đánh giá khối máu tụ sau phúc mạc không ổn định và 1 TH chỉ định vì chảy máu từ thận đe dọa tính mạng. Tất cả 5 TH (100%) đều cắt thận cấp cứu không phải vì chảy máu không kiểm soát được mà đa phần vì lúc phát hiện thận đã hoại tử 3 TH (60%), và thận vỡ phức tạp ở 2 TH (40%) không thể tái tạo thận trong khi BN vừa trải qua một khoảng thời gian dài đề hồi sức và xử trí tổn thương các tạng trong ổ bụng. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu đã báo cáo trước đây và chúng tôi nhận thấy rằng giới hạn của cỡ mẫu chúng tôi là không có TH CTT mạch máu thận độ V được điều trị bảo tồn để so sánh với nhóm được PT [13,15].

Về xử trí thận vỡ nát: các TH thận vỡ nát có huyết động ổn định hoặc huyết động không ổn định được hồi sức ban đầu, và can thiệp nút mạch khi có chỉ định. Chỉ những TH chảy

máu thận không đáp ứng với hồi sức hoặc trong lúc PT thám sát ổ bụng ghi nhận khối máu tụ sau phúc mạc không ổn định thì được chỉ định PT, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tới 8 TH (53%) được điều trị bảo tồn thành công, 3 TH nút mạch thận (1 TH nút mạch tắc hoàn toàn động mạch thận), 2 TH PT cấp cứu (cắt thận cấp cứu 100%) và 2 TH PT trì hoãn (cắt thận trì hoãn 50%). Khi so sánh với tác giả Trần Thanh Phong nếu chỉ xét trên 25 TH CTT độ V thì tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công CTT độ V của tác giả chỉ chiếm 24%, PT cấp cứu chiếm 30% và cắt thận cấp cứu 100%, PT trì hoãn chiếm 66% và cắt thận trì hoãn 5/10 TH (50%). Vì vậy, chúng tôi thấy rằng điều trị bảo tồn ở những TH thận vỡ nát là khả thi và nên được chỉ định khi tình trạng huyết động BN ổn định.

5. KẾT LUẬN

Chấn thương thận thường gặp ở nam giới trẻ và nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông xe gắn máy. Điều trị bảo tồn chấn thương thận là chỉ định chính cho tất cả các CTT mức độ nhẹ và cho phần lớn CTT nặng (độ IV–V) có huyết động ổn định. Chụp mạch máu thận và nút mạch thận chọn lọc ngày càng hoàn thiện đã giúp điều trị hiệu quả đa số các trường hợp chảy máu do tổn thương mạch máu thận cho tất cả mức độ chấn thương thận với tỷ lệ thành công cao. Phẫu thuật vẫn đóng một vai trò nhất định đối với CTT độ nặng hoặc CTT trên thận bệnh lý.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Quốc Bảo

<https://orcid.org/0009-0007-9273-2522>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Ngô Xuân Thái

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Quốc Bảo

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Quốc Bảo

Giám sát nghiên cứu: Ngô Xuân Thái

Nhập dữ liệu: Nguyễn Quốc Bảo

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Quốc Bảo

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Quốc Bảo

Viết bản thảo đầu tiên: Ngô Xuân Thái, Nguyễn Quốc Bảo

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Ngô Xuân Thái

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 214/HĐĐĐ - ĐHYD ngày 20/02/2023.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wessells H, Horie S, Gómez RG. A Clinical Guide to Urologic Emergencies. Wiley Online Library. 2021.
2. Tô Quyền, Lê Việt Hùng. Chẩn đoán và điều trị chấn thương thận kín. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2009;13(6):156 - 161.
3. Nguyễn Tân Cương. Vai trò của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và hướng dẫn điều trị chấn thương thận. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2005.
4. Shoobridge JJ, Bultitude MF, Koukounaras J, Martin KE, Royce PL, Corcoran NM. A 9-year experience of renal injury at an Australian level 1 trauma centre. BJU International. 2013;112:53-60.
5. Broska JCA, Linhares ADC, Luz AM, et al. Profile of renal trauma victims treated at a university hospital in Curitiba. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2016;43:341-347.
6. Maibom SL, Holm ML, Rasmussen NK, Germer U, Joensen UN. Renal trauma: a 6-year retrospective review from a level 1 trauma center in Denmark. Scandinavian Journal of Urology. 2019;53(6):398-402.
7. Morey AF BS, Dugi DD. Urotrauma. AUA Guidelines. 2020;192: 327.
8. N.D. Kitrey FC-J, P. Hallscheidt, E. Serafetinidis, D.M.

- Sharma, M. Waterloos. EAU Guidelines on Urological Trauma. European Association of Urology. 2023;6 - 14.
9. Steven B. Brandes JRE. Upper Urinary Tract Trauma. . In: W.Partin A, ed. Campbell Walsh Wein Urology. 12 ed. Elsevier Health Sciences; Chapter 90. 2020:1982-1992:chap.
10. Trần Văn Sáng, Trần Ngọc Sinh. Chấn thương và vết thương thận. Bài giảng bệnh học niệu khoa. Nhà xuất bản Phương Đông. 2011.
11. Colaco M, Navarrete RA, MacDonald SM, Stitzel JD, Terlecki RP. Nationwide procedural trends for renal trauma management. *Annals of Surgery*. 2019;269(2):367-369.
12. Liguori G, Rebez G, Larcher A, et al. The role of angioembolization in the management of blunt renal injuries: a systematic review. *BMC Urology*. 2021;21(1):1-8.
13. Trần Thanh Phong. Vai trò của nội khoa trong điều trị và theo dõi chấn thương thận kín. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2006.
14. Shariat SF, Jenkins A, Roehrborn CG, Karam JA, Stage KH, Karakiewicz PI. Features and outcomes of patients with grade IV renal injury. *BJU International*. 2008;102(6):728-733.
15. Trần Hữu Vinh. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai từ 2010 đến 2012. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014;18(1):253-258.
16. Santucci R, Wessells H, Bartsch G, et al. Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee. *BJU International*. 2004;93(7):937-954.
17. Wright JL, Nathens AB, Rivara FP, Wessells H. Renal and extrarenal predictors of nephrectomy from the national trauma data bank. *The Journal of Urology*. 2006;175(3):970-975.
18. Nguyễn Hoài Phan. Kết quả chẩn đoán và xử trí chấn thương trên thận bệnh lý. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2016.
19. Saadi A, Maatougui J, Hermi A, et al. Management of blunt renal trauma on pre-existing diseased kidneys: a cross-sectional study. *Annals of Medicine Surgery*. 2023;85(6):2432.
20. Schmidlin FR, Iselin CE, Naimi A, et al. The higher injury risk of abnormal kidneys in blunt renal trauma. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. 1998;32(6):388-92.
21. Trần Thanh Phong. 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*. 2011;15(1):184-189.
22. Lanchon C, Fiard G, Arnoux V, et al. High grade blunt renal trauma: predictors of surgery and long-term outcomes of conservative management. A prospective single center study. *The Journal of Urology*. 2016;195(1):106-111.
23. Keihani S, Xu Y, Presson AP, et al. Contemporary management of high-grade renal trauma: Results from the American Association for the Surgery of Trauma Genitourinary Trauma study. *Journal of Trauma Acute Care Surgery*. 2018;84(3):418-425.