

OUTCOMES OF GRADE IV-V KIDNEY TRAUMA AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Vo Van Minh^{1*}, Nguyen Van Linh¹, Le Nguyen Vu^{1,2}

¹Faculty of Urology Surgery, Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem ward, Hanoi

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

Received: 22/12/2025

Revised: 30/12/2025; Accepted: 25/02/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment outcomes of severe kidney trauma (grade IV-V).

Subjects and methods: A retrospective study of 117 patients with grade IV-V kidney trauma who were diagnosed, treated, monitored, and underwent either vascular intervention or surgery from January 2020 to March 2024. Collected parameters included age, gender, cause of kidney trauma, time from injury to hospital admission, patient condition at admission, classification of kidney trauma (isolated kidney trauma, combined trauma, trauma in pathological kidneys), biochemical and hematological tests, ultrasound findings, and classification of kidney trauma severity on CT imaging according to the 2018 AAST grading system. Clinical diagnostic forms of kidney trauma included pseudoaneurysm, arteriovenous fistula, infected or abscessed retroperitoneal hematoma-urinary extravasation. Short-term (postoperative) and long-term (3 months post-treatment) outcomes were evaluated.

Results: The mean age of the study group was 33.6 ± 16.6 years, with the most commonly affected age group being 50-59 years (26.5%). The male-to-female ratio was 4.6/1. Blunt abdominal trauma combined with kidney trauma was the most common cause (42.7%), followed by blunt chest trauma (23.1%). A total of 31 patients (26.5%) had associated injuries involving 2 organs. Angioembolization and interventional methods accounted for a high percentage (53.8%), with isolated embolization being the most common approach (37.6%), followed by embolization combined with JJ stent and laparoscopy remove hematoma-urinary (6.8%). Among the 117 patients with grade IV and V kidney trauma, the highest proportion of patients had good treatment outcomes at discharge (40.1%), while 36.8% had moderate outcomes, and 23.1% had fair outcomes. Among 87 patients who returned for follow-up, 2 cases (2.3%) developed kidney atrophy as a late complication, but no other long-term complications such as hypertension or renal failure were recorded.

Conclusion: The rate of kidney trauma cases managed with conservative treatment has been increasing, even for Grade IV and, in some cases, Grade V injuries.

Keywords: Kidney trauma, renal angioembolization.

*Corresponding author

Email: vovanminh.1987@gmail.com Phone: (+84) 904834636 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4476>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG THẬN ĐỘ IV-V TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Võ Văn Minh^{1*}, Nguyễn Văn Linh¹, Lê Nguyễn Vũ^{1,2}

¹Khoa Phẫu thuật tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Hà Nội
²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 30/12/2025; Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận nặng (độ IV-V).

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu 117 bệnh nhân chấn thương thận độ IV-V được chẩn đoán, điều trị, theo dõi và can thiệp mạch hoặc phẫu thuật từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2024. Các thông số về tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương thận, thời gian từ lúc chấn thương đến khi nhập viện, tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện, phân loại chấn thương thận (chấn thương thận đơn thuần, chấn thương thận phối hợp, chấn thương thận trên thận bệnh lý), xét nghiệm sinh hóa, huyết học, siêu âm, phân độ tổn thương chấn thương thận trên cắt lớp vi tính theo AAST (2018). Chẩn đoán các thể lâm sàng của chấn thương thận: giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch, khối máu tụ-nước tiểu sau phúc mạc nhiễm trùng hoặc apxe hóa. Đánh giá kết quả điều trị gần (hậu phẫu) và xa sau 3 tháng.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,6 \pm 16,6$; nhóm tuổi hay gặp chấn thương thận nhất là từ 50-59 tuổi (26,5%). Tỷ lệ nam/nữ là 4,6/1. Chấn thương bụng kín kết hợp với chấn thương thận gặp nhiều nhất (42,7%), tiếp đến là chấn thương ngực kín (23,1%). Có 31 trường hợp có tổn thương phổi hợp 2 cơ quan (26,5%). Phương pháp nút mạch và can thiệp chiếm tỉ lệ cao (53,8%), trong đó phương pháp nút mạch đơn thuần được sử dụng nhiều nhất (37,6%); tiếp đến là nút mạch kết hợp đặt thông JJ và nội soi làm sạch máu tụ sau 1 tuần (6,8%). Trong số 117 bệnh nhân chấn thương thận độ IV-V, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt lúc ra viện chiếm tỷ lệ cao nhất (40,1%), bệnh nhân đạt kết quả trung bình chiếm 36,8%, bệnh nhân đạt kết quả khá chiếm tỷ lệ thấp nhất (23,1%). Trong tổng số 87 bệnh nhân khám lại, có 2 bệnh nhân có biến chứng, di chứng xa sau khi khám lại là teo thận chiếm 2,3%, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng, di chứng khác (tăng huyết áp, suy thận).

Kết luận: Tỷ lệ chấn thương thận được điều trị bảo tồn ngày càng tăng, kể cả chấn thương thận độ IV, thậm chí một số trường hợp độ V.

Từ khóa: Chấn thương thận nặng, nút mạch can thiệp thận.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận bao gồm tổn thương mạch máu, nhu mô thận và đường bài tiết đều gây ảnh hưởng đến chức năng thận [1]. Trước đây, chẩn đoán và phân loại mức độ chấn thương thận (CTT) chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng và chụp hệ tiết niệu có thuốc cản quang, điều trị CTT chủ yếu bằng phẫu thuật mổ cấp cứu truyền thống giống như chấn thương các tạng đặc khác với tỷ lệ phải cắt bỏ thận rất cao bởi không chẩn đoán được chính xác mức độ tổn thương tạng và phẫu thuật mổ mở điều trị CTT là một can thiệp phức tạp, nhiều biến chứng, di chứng [2-3].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị bảo tồn CTT với xu hướng thống nhất là cố gắng bảo tồn tối đa hình thái và chức năng thận bị chấn thương, gồm có điều trị nội khoa đơn thuần, can thiệp mạch và nội soi tiết niệu đặt thông JJ. Điều trị bảo tồn theo dõi đạt tỷ lệ thành công cao với CTT độ I-III, nhưng quan điểm lựa chọn phương pháp điều trị

tốt và tối ưu nhất cho CTT nặng độ IV-V vẫn còn đang gây tranh cãi và có nhiều vấn đề được đặt ra trong thực tiễn lâm sàng hiện nay về chỉ định điều trị CTT nặng độ IV-V tại Việt Nam ra sao? và kết quả theo dõi gần và xa sau điều trị như thế nào? Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu kết quả điều trị CTT độ IV-V tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhằm đánh giá kết quả điều trị CTT nặng độ IV-V.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân CTT độ IV-V theo phân loại tổn thương của Hiệp hội Phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (AAST) 2018 [8], được chẩn đoán, điều trị, theo dõi và phẫu thuật can thiệp mạch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2024.

*Tác giả liên hệ

Email: vovanminh.1987@gmail.com Điện thoại: (+84) 904834636 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4476>

- Tiêu chuẩn loại trừ: tổn thương, CTT bởi các thủ thuật điều trị gây nên.

Theo các tiêu chuẩn trên, chúng tôi lựa chọn được 117 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Tuổi, giới, nguyên nhân CTT, thời gian từ lúc CTT đến khi nhập viện, tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện, phân loại CTT (CTT đơn thuần, CTT phối hợp, CTT trên thận bệnh lý), xét nghiệm sinh hóa, huyết học, siêu âm, phân độ tổn thương CTT trên cắt lớp vi tính theo AAST (2018). Chẩn đoán các thể lâm sàng của CTT: giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch, khối máu tụ-nước tiểu sau phúc mạc nhiễm trùng hoặc apxe hóa.

- Kết quả điều trị sớm (gần) được tính từ lúc nhập viện đến thời điểm bệnh nhân xuất viện. Kết quả điều trị bằng can thiệp mạch bao gồm: các chỉ định can thiệp mạch trong điều trị bảo tồn không mổ CTT. Kết quả thực hiện kỹ thuật nút mạch thành công: thực hiện nút mạch thành công, hết triệu chứng chảy máu hoạt động trên DSA. Nút mạch thất bại: còn chảy máu thể hoạt động trên DSA hay lâm sàng và xét nghiệm không cải thiện tình trạng chảy máu, phải mổ mở. Kết quả điều trị phối hợp: đặt thông JJ và mức độ CTT. Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng: đánh giá thay đổi kích thước khối máu tụ quanh thận trên siêu âm. Các biến chứng: nhiễm khuẩn niệu, apxe ổ dịch máu quanh thận. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm máu và nước tiểu.

- Kết quả điều trị xa: là kết quả từ sau 3 tháng trở lên tính từ lúc bị chấn thương. Hình thái và chức năng thận bị chấn thương trên phim chụp MSCT ở nhóm CTT nặng. Chỉ định chụp MSCT đánh giá chức năng bài tiết và hình thái của thận bị chấn thương với những trường hợp CTT nặng (độ IV và độ V). Các biến chứng của bệnh nhân CTT được điều trị bảo tồn.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và phân tích trên phần mềm SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n = 117)

Nhóm tuổi	Giới				Tổng	
	Nữ		Nam			
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
< 20 tuổi	4	3,4	22	18,8	26	22,2
20-29 tuổi	3	2,6	20	17,1	23	19,7
30-39 tuổi	4	3,4	9	7,7	13	11,1
40-49 tuổi	5	4,3	8	6,8	13	11,1
50-59 tuổi	5	4,3	26	22,2	31	26,5
≥ 60 tuổi	0	0	11	9,4	11	9,4
Cộng	21	17,9	96	82,1	117	100

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,6 \pm 16,6$. Nhóm tuổi hay gặp CTT nhất là từ 50-59 tuổi, chiếm 26,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 4,6/1.

Bảng 2. Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi vào viện (n = 117)

Thời gian từ khi chấn thương tới khi vào viện	n	Tỷ lệ (%)
< 6 giờ	47	40,2
6-12 giờ	30	25,6
> 12-24 giờ	16	13,7
> 24-48 giờ	13	11,1
> 48 giờ	11	9,4

Có 40,2% bệnh nhân được nhập viện trước 6 giờ kể từ khi gặp tai nạn. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện muộn sau 24 giờ là 20,5%.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng chính của đối tượng (n = 117)

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)
Sốc do đa chấn thương	29	24,8
Đau thắt lưng	85	72,6
Đái máu đại thể	89	76,1
Có khối vùng mạn sườn thắt lưng	79	67,5

Triệu chứng thường gặp nhất là đái máu (76,1%) và đau thắt lưng (72,6%), tỷ lệ có khối vùng mạn sườn thắt lưng là 67,5%.

Bảng 4. Các dấu hiệu CTT trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy (n = 117)

Các dấu hiệu CTT		n	Tỷ lệ (%)
Tổn thương mạch máu (n = 79)	Chảy máu thể hoạt động	41	35,0
	Chảy máu thể hoạt động có rách bề thận	1	0,9
	Giả phình	23	19,7
	Giả phình có tổn thương đường bài xuất	1	0,9
	Thông động tĩnh mạch	1	0,9
	Chảy máu tĩnh mạch thận	1	0,9
	Huyết khối động mạch thận	10	8,5
	Huyết khối động mạch, tĩnh mạch thận	1	0,9
Tổn thương nhu mô và đường bài xuất (n = 38)	Tổn thương dạng nhồi/thiếu máu cực thận	7	6,0
	Vỡ thận có tổn thương đường bài xuất	4	3,4
	Vỡ thận nhiều mảnh	27	23,1

Trong 117 bệnh nhân CTT độ IV và độ V, tổn thương mạch máu chiếm tỷ lệ cao (67,5%), trong đó chảy máu thể hoạt động chiếm 35%; tổn thương nhu mô và đường bài xuất chiếm tỷ lệ thấp (32,5%), trong đó vỡ thận nhiều mảnh chiếm 23,1%.

Bảng 5. Xử trí CTT (n = 117)

Phương pháp điều trị		n	Tỷ lệ (%)
Nút mạch và can thiệp (n = 63)	Nút mạch	44	37,6
	Nút mạch + dẫn lưu viêm tấy sau 5 ngày	1	0,85
	Nút mạch + cắt thận trong 24 giờ	2	1,7
	Nút mạch + đặt thông JJ qua nội soi sau 24 giờ	6	5,1
	Nút mạch + đặt thông JJ qua nội soi sau 24 giờ + dẫn lưu máu tụ	2	1,7
	Nút mạch + nội soi làm sạch sau 1 tuần	8	6,8
Các phương pháp điều trị khác (n = 54)	Ghép thận tự thân	3	2,6
	Cắt thận	23	19,7
	Khâu bảo tồn thận và đường bài xuất	5	4,3
	Không can thiệp trong cấp cứu và đặt thông JJ thì hai	17	14,4
	Không can thiệp thận do huyết khối động mạch thận trên bệnh nhân đến muộn trên 8 giờ	6	5,1

Trong 117 bệnh nhân CTT thận độ IV và độ V, phương pháp nút mạch và can thiệp chiếm tỉ lệ cao (53,8%), trong đó phương pháp nút mạch đơn thuần được sử dụng nhiều nhất (37,6%); tiếp đến là nút mạch kết hợp đặt thông JJ (6,8%), nút mạch kết hợp nội soi làm sạch máu tụ (6,8%).

Kết quả theo dõi gần sau điều trị CTT: trong số 117 bệnh nhân CTT độ IV-V, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt lúc ra viện chiếm tỷ lệ cao nhất (40,1%), tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả trung bình chiếm 36,8%, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả khá chiếm tỷ lệ thấp nhất (23,1%).

Kết quả theo dõi xa sau điều trị CTT: hầu hết bệnh nhân đến tái khám sau ≥ 3 tháng (87 bệnh nhân = 74,4%). Trong tổng số 87 bệnh nhân khám lại, 2 bệnh nhân có biến chứng, di chứng xa sau khi khám lại là teo thận chiếm 2,3%; không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng, di chứng khác (tăng huyết áp, suy thận).

4. BÀN LUẬN

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trước năm 2000 điều trị CTT bằng phẫu thuật mở chiếm 42,2%, trong đó tỷ lệ bảo tồn thận chỉ đạt 45,97% [2]. Giai đoạn từ năm 2000-2007, cùng với việc ứng dụng rộng rãi chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán chính xác mức độ CTT thì phẫu thuật mở tuy vẫn chiếm 43,3% nhưng tỷ lệ bảo tồn thận bằng phẫu thuật đã đạt tới 83,6% [4]; và giai đoạn 2008-2010 xu hướng điều trị nội khoa bảo tồn thận chấn thương chiếm ưu thế (74,6%) với tỷ lệ thành công đạt tới 95,6% [4]. Điều trị bảo tồn theo dõi đạt tỷ lệ thành công cao với CTT độ I-III, nhưng quan điểm lựa chọn phương pháp điều trị tốt và tối ưu nhất cho

chấn thương thận nặng độ IV-V vẫn còn đang gây tranh cãi. Các tổn thương gặp phải là nhồi máu động mạch thận hoặc tổn thương chỗ nối bàng quang-niệu quản. Trong một số nghiên cứu khác, các tổn thương thường gặp là rách vỡ bể thận, đứt đoạn nối bàng quang-niệu quản hoặc đứt cuống thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân được nhập viện trong 24 giờ đầu kể từ lúc bị chấn thương (bảng 2), chiếm 79,5%, trong đó có 40,2% bệnh nhân được nhập viện trước 6 giờ kể từ khi gặp tai nạn, tuy nhiên vẫn có 9,4% bệnh nhân nhập viện muộn sau 48 giờ. Lý do bệnh nhân đến viện muộn là do chuyển từ bệnh viện tuyến dưới lên Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Điều này cũng lý giải tình trạng sốc xuất hiện chủ yếu ở nhóm bệnh nhân đến viện sớm, cụ thể tỷ lệ sốc gặp ở nhóm vào viện trước 6 giờ là 42,6%, cao hơn nhóm vào viện sau 6 giờ kể từ lúc bị chấn thương (20%) và sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 4). Thời gian từ lúc bị chấn thương tới lúc nhập viện sớm trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Trung Kiên (2021) cho thấy đa số bệnh nhân được nhập viện trong 24 giờ đầu kể từ lúc bị chấn thương (71,1%) và 16,7% bệnh nhân đến viện sau 48 giờ [5]. Năm 2019, Coccolini F và cộng sự đã đề xuất phân loại CTT theo WSES, cách hướng dẫn quản lý CTT và chấn thương tiết niệu [6].

Bảng 6. Phân loại CTT theo WSES (Nguồn: Coccolini F và cộng sự, 2019)

Mức độ	Cấp độ WSES	AAST	Tình trạng huyết động
Nhẹ	WSES cấp I	I-II	Ổn định
Trung bình	WSES cấp II	III hoặc tổn thương mạch máu đoạn nhỏ	Ổn định
Nghiêm trọng	WSES cấp III	IV-V hoặc bất kỳ tổn thương nhu mô nào kèm bóc tách/tác nghẽn mạch máu chính	Ổn định
	WSES cấp IV	Bất kỳ	Không ổn định

Hình ảnh CTT độ IV với các tổn thương thận là đường vỡ lớn lan vào đường bài tiết, có thể kèm theo mất cấp máu cho nhu mô thận. Khi đường vỡ lan rộng vào đường bài tiết của thận sẽ xuất hiện thoát nước tiểu cản quang ở lớp cắt thì muộn. Một số trường hợp, tổn thương của đường bài tiết bị bịt kín bởi máu tụ nên có thể không đánh giá được. Tỷ lệ bệnh nhân CTT độ IV được điều trị bảo tồn không mổ ngày càng tăng. Phân loại CTT theo AAST là một yếu tố quan trọng kết hợp với mức độ tụ máu sau phúc mạc, tình trạng huyết động, diễn biến các dấu hiệu lâm sàng, đau thắt lưng, bụng chướng và lượng máu mất là cơ sở để quyết định can thiệp hay điều trị nội khoa đơn thuần [5]. Do đó cần kết hợp phân loại CTT theo WSES và AAST khi đưa ra chỉ định điều trị.

Về các dấu hiệu tổn thương thận trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy của bệnh nhân CTT độ IV: trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình ảnh tổn thương mạch máu chiếm tỷ lệ cao (70,5%), trong đó chảy máu thể hoạt động chiếm tỉ lệ cao nhất (35%), tiếp đến là giả phình (19,7%), giả phình có tổn thương đường bài xuất tương đương với chảy máu thể hoạt động có rách bể thận và thông động tĩnh mạch (đều chiếm 0,9%); hình ảnh tổn thương nhu mô

và đường bài xuất chiếm tỉ lệ thấp (29,5%), trong đó vỡ thận nhiều mảnh chiếm tỉ lệ cao nhất (23,1%), tiếp đến là tổn thương dạng nhồi, thiếu máu cực thận (6%) và tỷ lệ vỡ thận có tổn thương đường bài xuất chiếm 3,4% (bảng 4). Baghdanian A.H và cộng sự (2017) nghiên cứu về vai trò của MSCT trong tiên lượng kết quả điều trị CTT [7]. Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán rất ý nghĩa giúp phân loại chính xác tổn thương thận chấn thương tới 90,8%, phân độ CTT theo AAST là yếu tố dự báo quan trọng nhất trong điều trị với 56,8% CTT độ IV và 100% CTT độ V được chỉ định phẫu thuật cấp cứu [7].

Về điều trị: can thiệp nút mạch thận trong chảy máu do tổn thương động mạch thận là kỹ thuật gây tắc chọn lọc hoặc siêu chọn lọc nhánh động mạch thận bị tổn thương. Phương pháp nút mạch và can thiệp chiếm tỉ lệ cao (66,3%), trong đó phương pháp nút mạch đơn thuần được sử dụng nhiều nhất (37,6%); tiếp đến là nút mạch kết hợp đặt thông JJ và làm sạch khối máu tụ chiếm 6,8%, các trường hợp này đều thành công về kỹ thuật và không phải chuyển mổ. Các phương pháp điều trị khác chiếm tỉ lệ thấp (33,7%), trong đó hay gặp là những bệnh nhân không can thiệp trong cấp cứu và đặt thông JJ thì hai (14,4%), tiếp đến là cắt thận chiếm 19,7% và khâu bảo tồn thận và đường bài xuất chiếm 4,3%. Nghiên cứu của Ramaswamy R.S và cộng sự (2016) cho thấy nút mạch chọn lọc giúp giảm tỉ lệ cắt thận lên đến 78% và 83% ở các trường hợp CTT độ IV và độ V [8]. Đối với CTT độ V có tổn thương mạch máu, hiệu quả điều trị của phương pháp nút mạch thận rất khác nhau giữa các nghiên cứu, có thể do mức độ phức tạp của tổn thương thận. Jonathan S.G (2016) cho rằng bên cạnh những chỉ định rõ ràng thì CTT độ V cũng có chỉ định nút mạch chọn lọc [9]. Những kết quả đó cho thấy những CTT nặng, thậm chí độ V, có tổn thương mạch máu cũng có thể được điều trị bảo tồn bằng can thiệp nội mạch. Các trường hợp tổn thương dạng nhồi máu thận đến sớm 8-10 giờ chúng tôi tiến hành ghép thận tự thân với lý do huyết khối gây tắc hoàn toàn động mạch thận có thể diễn biến dần dần theo thời gian từ khi chấn thương đến lúc hình thành cục máu đông và tắc hẳn cấp máu cho thận có thể kéo dài vài giờ nên thời gian thực tế thận thiếu máu sẽ khoảng 5-6 giờ, điều này tạo cơ hội cho việc tái lập tuần hoàn thận. Tuy vậy kết quả sau mổ khó đánh giá do bệnh nhân vẫn còn hai bên thận. Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân đến tái khám sau ≥ 3 tháng (87 bệnh nhân, chiếm 74,4%), trong đó 2 bệnh nhân có biến chứng, di chứng xa sau khi khám lại là teo thận chiếm 2,3%, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng, di

chứng khác (tăng huyết áp, suy thận). Trong tổng số 87 bệnh nhân khám lại của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả theo dõi xa tốt là 97,7% và trung bình là 2,3%.

5. KẾT LUẬN

- Điều trị bảo tồn CTT là xu thế mới, trong đó tiến bộ trong can thiệp mạch đã giúp cho nhiều bệnh nhân giữ được thận mà không phải cắt bỏ thận như trước đây; tỷ lệ thành công trong điều trị bảo tồn, không phải cắt thận chiếm tới 87,7%.
- CTT độ IV-V là chấn thương nặng, cần phối hợp nhiều phương pháp điều trị phối hợp: nút mạch chọn lọc, đặt thông JJ, làm sạch máu tụ...

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Chiron P, Hornez E, Boddaert G et al. Grade IV renal trauma management. A revision of the AAST Eur J trauma emerg surg renal injury grading scale is mandatory, 2016, 42 (2): 237-241.
- [2] Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Đỗ Trường Thành. Chấn thương thận kín nhân 190 trường hợp tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 2001, 258 (4): 158-165.
- [3] Davis K.A, Lawrence Reed I.I, Santaniello J, Abodeely A. Predictors of the need for nephrectomy after renal trauma. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 2006, 60 (1): 164-170.
- [4] Hoàng Long. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bảo tồn chấn thương thận. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [5] Ngô Trung Kiên. Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn chấn thương thận. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 2021.
- [6] Coccolini F, Moore E.E, Kluger Y, Biffl W. Kidney and uro-trauma: WSES-AAST guidelines. World Journal of Emergency Surgery, 2019, 14: 1-25.
- [7] Baghdanian A.H, Baghdanian A.A, Armetta A et al. Utility of MDCT findings in predicting patient management outcomes in renal trauma. Emerg Radiol, 2017, 24 (3): 263-272.
- [8] Ramaswamy R.S, Darcy M.D. Arterial Embolization for the treatment of renal masses and traumatic renal injuries. Tech Vasc Interv Radiol, 2016, 19 (1): 203-210.
- [9] Jonathan S.G. Transcatheter embolization for the treatment of renal trauma. Procedural Dictations in Image-Guided Intervention, 2016, 23 (8): 463-466.