

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI CHẤN THƯƠNG THẬN

1. Cơ chế:

Thận nằm cao ở vùng sau phúc mạc, thận được che chở tương đối an toàn bởi xương sườn, xương sống và cơ lưng. Tuy nhiên, chấn thương làm gãy xương sườn hoặc xương sống có thể gây tổn thương thận. Chấn thương thận xảy ra khoảng 50% trong tất cả chấn thương niệu dục và thường xảy ra ở lứa tuổi dưới 30 (trên 50%). Tỷ lệ nam nữ là 4:1.

1.1. Chấn thương thận kín

Bụng, hông hay lưng gây ra trên 80% tất cả tổn thương thận. Nguyên nhân gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông, té, tai nạn thể thao và bị tấn công hành hung. Tai nạn giao thông hoặc té cao có thể làm rách động mạch thận hoặc đứt hoàn toàn. Nếu sau chấn thương thận, có triệu chứng tiểu máu nhiều, và sốc, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn của thận rất cao (khoảng 20%).

1.2. Chấn thương thận hở

Phần lớn là do dao đâm và đạn. Khoảng 85% vết thương hở thường kèm theo tổn thương kết hợp ở những bộ phận khác trong bụng. Trẻ em dễ bị chấn thương thận hơn người lớn vì cơ lưng và xương sườn chưa phát triển đầy đủ và thận to hơn lúc trưởng thành. Ngoài ra thận trẻ em không được che chở tốt bởi mỡ quanh thận và cân Gerota là lớp đệm chống lại rất hữu hiệu trong chấn thương. Thận trưởng nước hoặc bứu thận làm cho thận dễ bị vỡ sau chấn thương.

2. Phân loại tổn thương.

2.1. Độ 1.

Còn gọi là dập thận, chỗ mô thận bị dập chưa vỡ. Thận còn nguyên vẹn, kèm theo máu tụ dưới vỏ bao và quanh thận. Tổn thương trên gặp nhiều nhất trong chấn thương thận.

2.2. Độ 2.

Gồm vỡ vỏ bao và chủ mô thận dưới 1cm. Tổn thương không ảnh hưởng tới đài, bể thận và phần tủy thận. Độ 1 và 2 được gọi là tổn thương nhỏ, nhẹ xảy ra trong 85% tất cả tổn thương thận.

2.3. Độ 3.

Vỡ chủ mô thận trên 1cm.

2.4. Độ 4.

Vết vỡ lớn ăn tới đài, bể thận gây ra dò nước tiểu. Tổn thương những mạch máu nhỏ được phân loại độ 4.

2.5. Độ 5.

Gồm vỡ thận nhiều mảnh và tổn thương mạch máu thận lớn.

✦ Độ 3,4,5 được gọi là tổn thương lớn nặng. Vỡ thận thường gặp trong 15% trường hợp chấn thương thận kín và 30% trong vết thương thận. Tổn thương động mạch thận bao gồm tắc hoặc rách động mạch thận hoặc một trong những nhánh phụ. Thường xảy ra dưới 1% trong

chấn thương thận kín và 10% trong vết thương thận. Thận không thể phục hồi sau 1 giờ mất nguồn máu cung cấp hoàn toàn và việc định bệnh tổn thương mạch máu thận rất khó.

3. Định bệnh.

3.1. Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn định

Phải được mổ thăm dò ngay. Bác sĩ niệu thường được gọi vào phòng mổ để tham vấn sau khi bệnh nhân đã được mổ thám sát bởi bác sĩ tổng quát. Bác sĩ niệu phải đánh giá chức năng 2 thận. Điều này có thể thực hiện bằng chụp ngay trên bàn mổ 1 phim UIV hoặc MSCT scan (1). Nếu không thấy tổn thương thận không cần thám sát thận. Tổn thương lớn phải được mổ thám sát. Nếu thấy tổn thương nhỏ trên UIV hoặc MSCT scan kèm theo chảy máu sau phúc mạc thận phải được mổ thám sát và khâu lại.

3.2. Bệnh nhân có mạch và huyết áp ổn.

MSCT cần sử dụng như là xét nghiệm X quang ban đầu.

4. Điều trị.

Tùy thuộc vào nguyên nhân và tình trạng nặng nhẹ của tổn thương (3).

4.1. Chấn thương kín.

Khả năng chấn thương kín với mạch và huyết áp ổn, không tiểu máu xảy ra rất ít (2). Bệnh nhân với tiểu máu vi thể, mạch và huyết áp ổn ít có nguy cơ tổn thương thận, phải được theo dõi.

Bệnh nhân với mạch và huyết áp không ổn hoặc tiểu máu có nhiều nguy cơ tổn thương thận và phải được chụp X quang. Bệnh nhân trên được theo dõi về triệu chứng chảy máu như thay đổi dấu hiệu sinh tồn và thể hiện hồng cầu thấp và sự lan rộng của khối máu tụ ở trong.

Bệnh nhân có thận vỡ hoặc tổn thương mạch máu thận cần được mổ khâu thận ngay và cắt thận cấp cứu. Điều trị dò nước tiểu trong chấn thương thận kín còn được bàn cãi: một số tác giả điều trị bảo tồn, một số khác thích mổ sớm. Kháng sinh thường được dùng đặc biệt nếu nước tiểu bị nhiễm trùng trong lúc tổn thương. Siêu âm cần được sử dụng để theo dõi sự thay đổi khối máu tụ. Nếu thấy có triệu chứng áp xe hoặc nhiễm trùng nang giả niệu bệnh nhân cần được dẫn lưu bằng mổ mở hoặc mổ ra da. Cái lợi của thám sát sớm trên bệnh nhân dò nước tiểu là nằm viện ngắn và giảm triệu chứng nang giả niệu nhiễm trùng, tuy nhiên tỉ lệ mổ cắt thận rất cao trong lúc mổ thám sát.

4.2. Vết thương thận.

Tất cả các vết thương thận do đạn hay do dao đâm cần được mổ thám sát. Những bệnh nhân bị đau hay dao đâm và không tiểu máu, có UIV và MSCT bình thường có thể điều trị nội khoa.

Trong vết thương thận, bụng phải được thám sát để tìm những tổn thương kết hợp. Phương pháp điều trị vết thương thận gồm: kiểm soát cuộn thận, cầm máu, cắt lọc, khâu đài bể

thận và dẫn lưu hữu hiệu. Trong trường hợp nặng không thể điều trị như trên, cắt thận là giải pháp duy nhất, thường gặp khoản 10% bệnh nhân bị đâm và 40% bệnh nhân bị bắn.

5. Theo dõi sau chấn thương:

Các biến chứng của tổn thương thận bao gồm chảy máu trễ, huyết áp cao, dò động tĩnh mạch, thận trương nước và mất chủ mô thận. Chảy máu trễ thường xảy ra 1 tháng sau tổn thương (4). Tiểu máu kéo dài có thể là triệu chứng của dò động tĩnh mạch hậu chấn thương, bệnh nhân cần được chụp động mạch thận. Trong 6 tháng đầu cần được theo dõi huyết áp. Sau 6 tháng cần làm Siêu âm, hoặc chụp MSCT để theo dõi thương tổn ở thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bretan Jr PN, McAninch JW, Federle MP, Jeffrey Jr RB: Computerized tomographic staging of renal trauma: 85 consecutive cases. *J Urol* 1986; 136:561-565.
2. Chandhoke PS, McAninch JW: Detection and significance of microscopic hematuria in patients with blunt renal trauma. *J Urol* 1988; 140:16-18.
3. Coburn M: Damage control surgery for urologic trauma: An evolving management strategy. *J Urol* 2002; 160:13.
4. Santucci RA, McAninch JW: Diagnosis and management of renal trauma: Past, present and future. *J Am Coll Surg* 2000; 191:443-451.