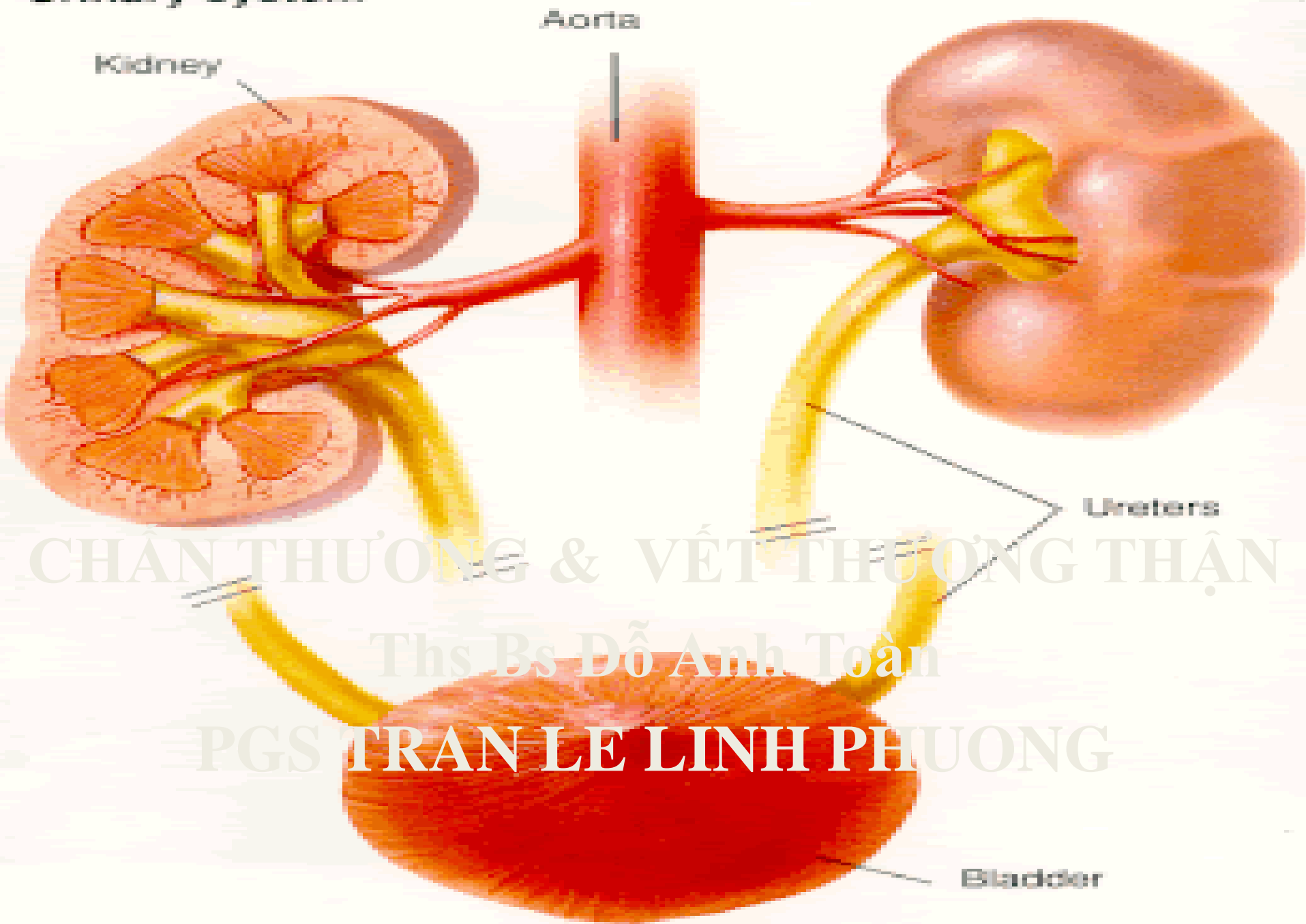


# Urinary system



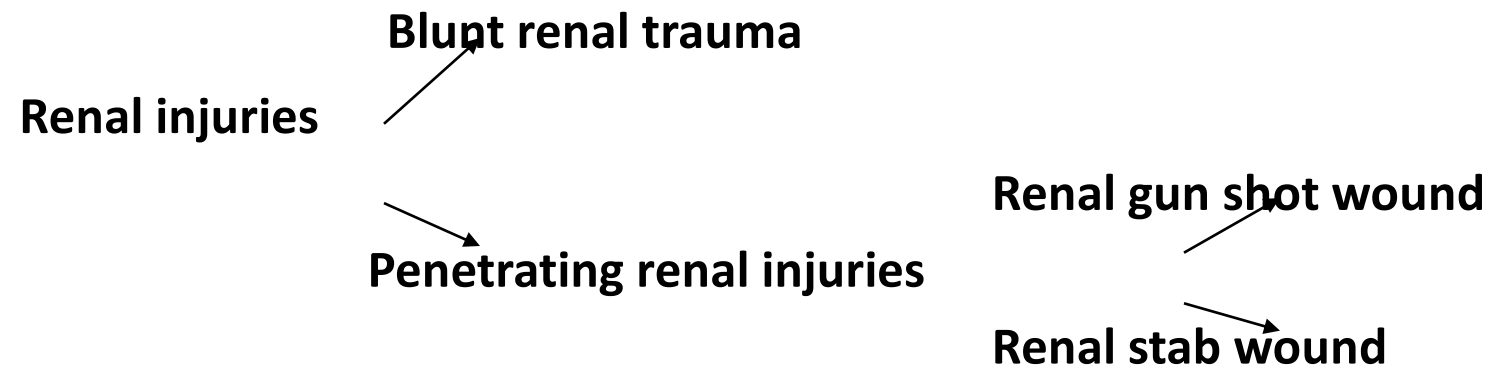
CHÂN THƯƠNG & VẾT THƯƠNG THẬN

Ths Bs Đỗ Anh Toàn

PGS TRAN LE LINH PHUONG

Bladder

# ĐẠI CƯƠNG





# LỊCH SỬ

- Galien (TK 2): bệnh án đầu tiên về CTT
- 1835, Paré, Rayer đã mô tả bệnh cảnh đầy đủ của CTT kín.
- 1888, Rawdon: điều trị cắt thận
- Giữa TK 20: điều trị bảo tồn đặt ra.

# CƠ CHẾ

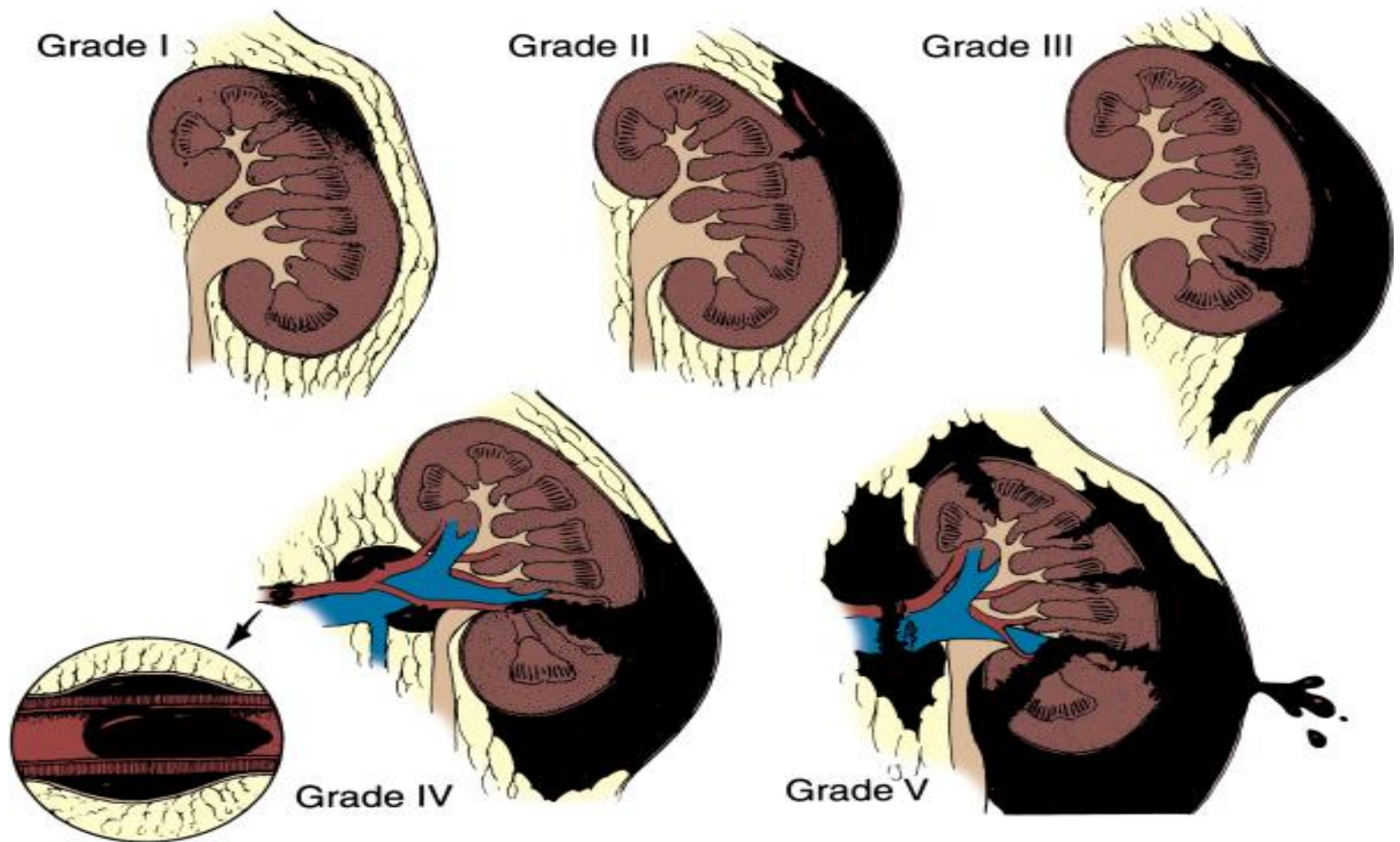
- CTT + sự dịch chuyển bất thường của cơ thể.
- Tai nạn xe cộ, ngã, tiếp xúc trực tiếp với vật tác động từ ngoài.
- CT đụng giập đẩy thận chống lại lồng ngực, vào CS or đụng vào bánh lái xe, đập vào bảng điều khiển xe hơi,... - > dập nát, bóc tách, rách chủ mô.
- CT do bị đâm đá trực tiếp vào bụng hoặc hông lưng.
- Sự dịch chuyển đột ngột cơ thể có thể kéo căng ĐM thận và làm rách lớp intima-> bóc tách dưới lớp intima và gây huyết khối ĐM. Trẻ con dễ bị đứt khúc nội niệu quản – bể thận sau một chấn thương dịch chuyển và căng duỗi quá mức.

# CƠ CHẾ (tt)

**Theo GS Trần Văn Sáng: 2 loại**

- 1- CT trực tiếp:** vùng hông lưng từ sau ra trước xương sườn 11,12 có thể gãy
- 2- CT gián tiếp:** thường ít gặp hơn, bệnh nhân bị té từ trên cao, thận bị sức nặng của nó kéo từ trên xuống một cách đột ngột

# PHÂN LOẠI



Theo AAST

# CHẨN ĐOÁN

**Khả năng CTT nên đặt ra ở mọi BN có bệnh sử CT bất kỳ hoặc có bệnh sử hoặc khám thực thể có/không tiểu máu:**

- **CT mạnh, trực tiếp vào hông lưng.**
- **TNLĐ hoặc ngã trên cao xuống.**
- **VT đâm vào hông lưng, vùng ngực dưới hoặc bụng trên, gãy xương sườn ở thấp.**



# LÂM SÀNG

## 1. Triệu chứng toàn thân:

- Tri giác -> tỉnh táo -> Glasgow score
- Dấu hiệu sinh tồn -> Shock ? -> thái độ xử trí cấp cứu
- Tiên lượng shock có hồi phục? - > BN được vào phòng mổ ngay

# LÂM SÀNG

## a./ Đa CT:

- Sọ não
- Chấn thương chính hình: gãy xương chậu, xương đùi ...> mất máu nặng
- Ngực, bụng : gãy xương sườn, vỡ gan, lách, R.non kèm theo.
- T.R : -> túi cùng Douglas - > xuất huyết ở bụng ? ...
- Tiền sử : bệnh thận trước đó ; thận ứ nước, độc nhất, bướu -> dễ vỡ thận

## b./ Đái ra máu : 3 ly

## c./ Khối máu tụ : hố thắt lưng đầy và đau.

Khối máu tụ to đến ngang hay quá rốn, độ lớn -> độ nặng

## d./ Phản ứng thành bụng ở nửa bụng bên bị chấn thương, kèm bụng chướng hơi do phản ứng FM

# CẬN LÂM SÀNG

**1. Nước tiểu**

**2. Phim X-quang bụng**

**3. Siêu âm (cần thiết trong cấp cứu)**

**4. Chụp UIV**

**5. CT scan**

**6. Chụp động mạch thận**

# ĐIỀU TRỊ

## 1. Chỉ định PT:

- Chảy máu không kiểm soát được
- Tổn thương mạch máu thận
- Tổn thương chủ mô thận nặng (non viable parenchyma)
- Major urinary extravasation

# ĐIỀU TRỊ (tt)

## 2. Kỹ thuật mổ:

- Đường giữa, thám sát, kiểm soát chỗ đang chảy máu.
- Bộc lộ và kiểm soát MM trước khi mổ Gerota.
- Rạch mở sau phúc mạc, song song với TM mạc treo tràng dưới.
- Bộc lộ TM. TM được di động và nâng lên để bộc lộ ĐM.
- Đặt vessel loop qua ĐM để có thể kẹp cầm máu tạm, nhanh chóng.  
Di động ĐT khỏi mặt trước cân Gerota,
- Mô thận CT cắt lấy ra để mặt cắt sắc gọn.
- Khâu lại đài bể thận chỉ tan.
- Khâu lại chủ mô, mỡ quanh thận hoặc mỡ mạc nối lớn khâu dính ghép vào bao thận.
- Hầu hết thận vỡ nát cần phải cắt thận cầm máu.

# SĂN SÓC HẬU PHẪU

- Nằm nghỉ tại giường đến khi nước tiểu trong và theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi Hct và creatinine máu.
- Dẫn lưu hông lưng được rút sau vài ngày khi không thấy chảy máu hoặc xì nước tiểu.
- Xét nghiệm chức năng thận trước khi XV

# BIẾN CHỨNG

- **Chảy máu thứ phát**
- **Máu tụ**
- **Áp xe**
- **Urinoma sau chấn thương thận.**
- **CHA**





# LỊCH SỬ

- Vasilev: những thương binh chết ở mặt trận có 2.5% có VTT
- Dounevsky: tỉ lệ tử vong tuyến đầu do VTT 37,5%, kèm các VT phối hợp 62,5%
- Trong CT chống Mỹ ở VN, viện quân Y 108: 23 trường hợp VTT
- Chiến tranh biên giới Tây Nam ghi nhận 88 trường hợp VTT

# CƠ CHẾ

- Trong thời bình, VTT thường do đâm chém.
- Trong CT, chủ yếu do VT hoả khí: bom, đạn
- Đặc điểm VT tùy thuộc: đạn thẳng hay mảnh, gần hoặc xa chỗ bắn hoặc nổ, tốc độ đi nhanh hay yếu, v.v...
- Có khi đường đi VT lại quanh co, không nhất thiết là một đường thẳng.

# LÂM SÀNG

**1.Đái máu**

**2.Máu tụ quanh thận**

**3.Rỉ nước tiểu qua VT**

**1 trong 3 dấu hiệu -> VTT**

# LÂM SÀNG

## 1.Đái máu

- Không đái máu không loại trừ là không có thương tổn ở thận.
- Đái máu kéo dài, mức độ nhiều ít không nói lên thương tổn nặng nhẹ ở thận, mà phải chú ý đái ra máu có dẫn đến thiếu máu, mạch nhanh, yếu làm tụt huyết áp.

# LÂM SÀNG

## 3. Máu tụ quanh thận

- dấu hiệu khẳng định có tổn thương thận, nhưng rất ít gặp trong các giờ đầu khi bị thương (22% VTT).
- Nghi có VTT, phải chú ý đường đi của VT. Nếu lỗ vào ở vùng thắt lưng, khả năng là có tổn thương thận.

# LÂM SÀNG

## 4. Khám bụng

**Khi có các VT phối hợp ở bụng thì hình ảnh ls nổi bật là VPM, các dấu hiệu thương tổn ở thận sẽ ít được chú ý.**

## 5. Khám hô hấp

**Phát hiện tràn máu, tràn khí màng phổi**

# CẬN LÂM SÀNG

**1. Nước tiểu**

**2. Phim X-quang bụng phát hiện**

**3. Chụp UIV liều cao**

**4. CT scan**

**5. Chụp động mạch thận**

**6. Siêu âm (cần thiết trong cấp cứu)**

# ĐIỀU TRỊ

## 1. Điều trị bảo tồn:

- Bị VT đơn độc nhẹ ở thận, không có thương tổn nhiều tổ chức, sức khỏe toàn thân tốt, đái ra máu nhẹ.
- Có máu tụ quanh thận, hình thành các ổ máu mủ nước tiểu, đái ra máu nhiều lần, thì phải can thiệp phẫu thuật ngay.
- Nếu đái máu đại thể kéo dài 10 – 12 ngày cần có chỉ định can thiệp để kiểm tra thận và chỉ khi mổ ra mới quyết định nên làm gì t/theo.



# ĐIỀU TRỊ

## 2. Điều trị ngoại khoa:

Đường bụng qua phúc mạc.

Trong trường hợp cần thiết phải đi qua đường ngực, bụng.

# ĐIỀU TRỊ

## a. Chỉ định cắt thận:

nhu mô thận bị giập nát nhiều, nhu mô thận bị rách làm thủng bể thận, giập nát ở một cực của thận, có nhiều đường nứt rạn vào rốn thận, đi về phía các mạch máu lớn ở thận có thương tổn các mạch máu lớn ở thận.

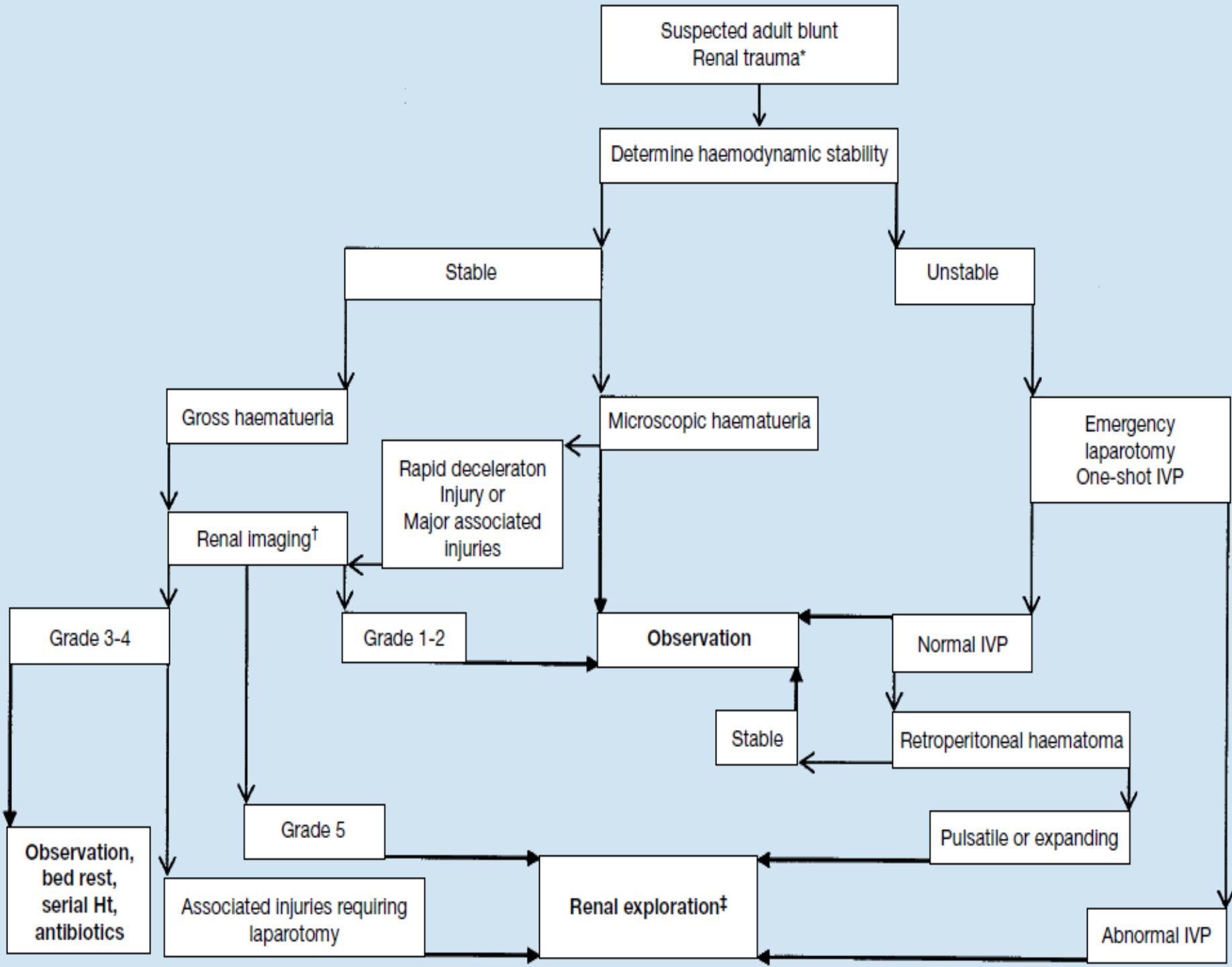
# ĐIỀU TRỊ

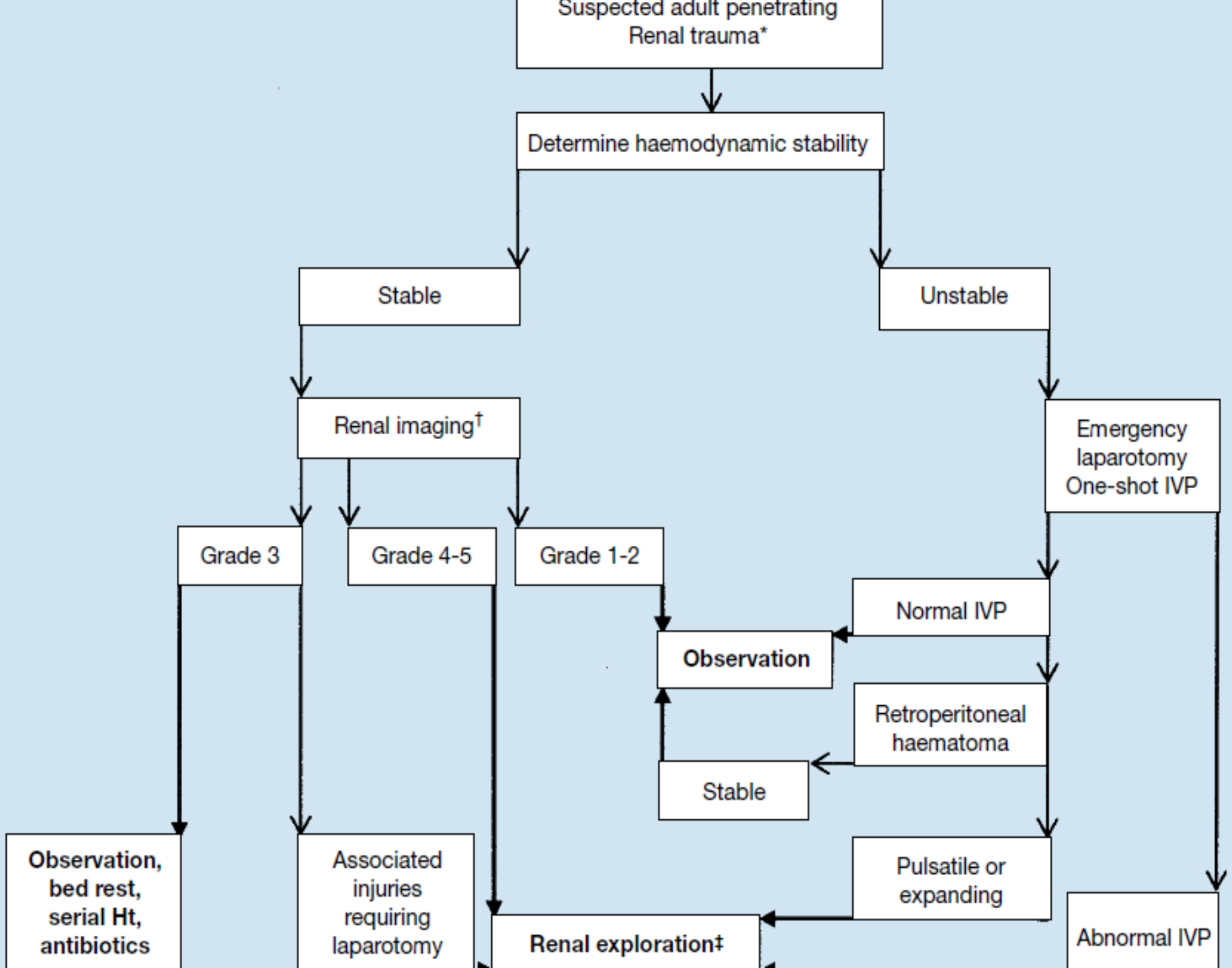
## **b. Chỉ định PT bảo tồn (khâu vết rách hoặc cắt thận bán phần).**

Bao thận bị rách, các tổ chức nhu mô, các cực thận bị tổn thương. Trong phẫu thuật còn phải lấy bỏ dị vật, các mảnh kim khí và máu cục, phải tiết kiệm khi cắt bỏ nhu mô thận bị giập nát, cầm máu thật tốt.

# BIẾN CHỨNG và DI CHỨNG

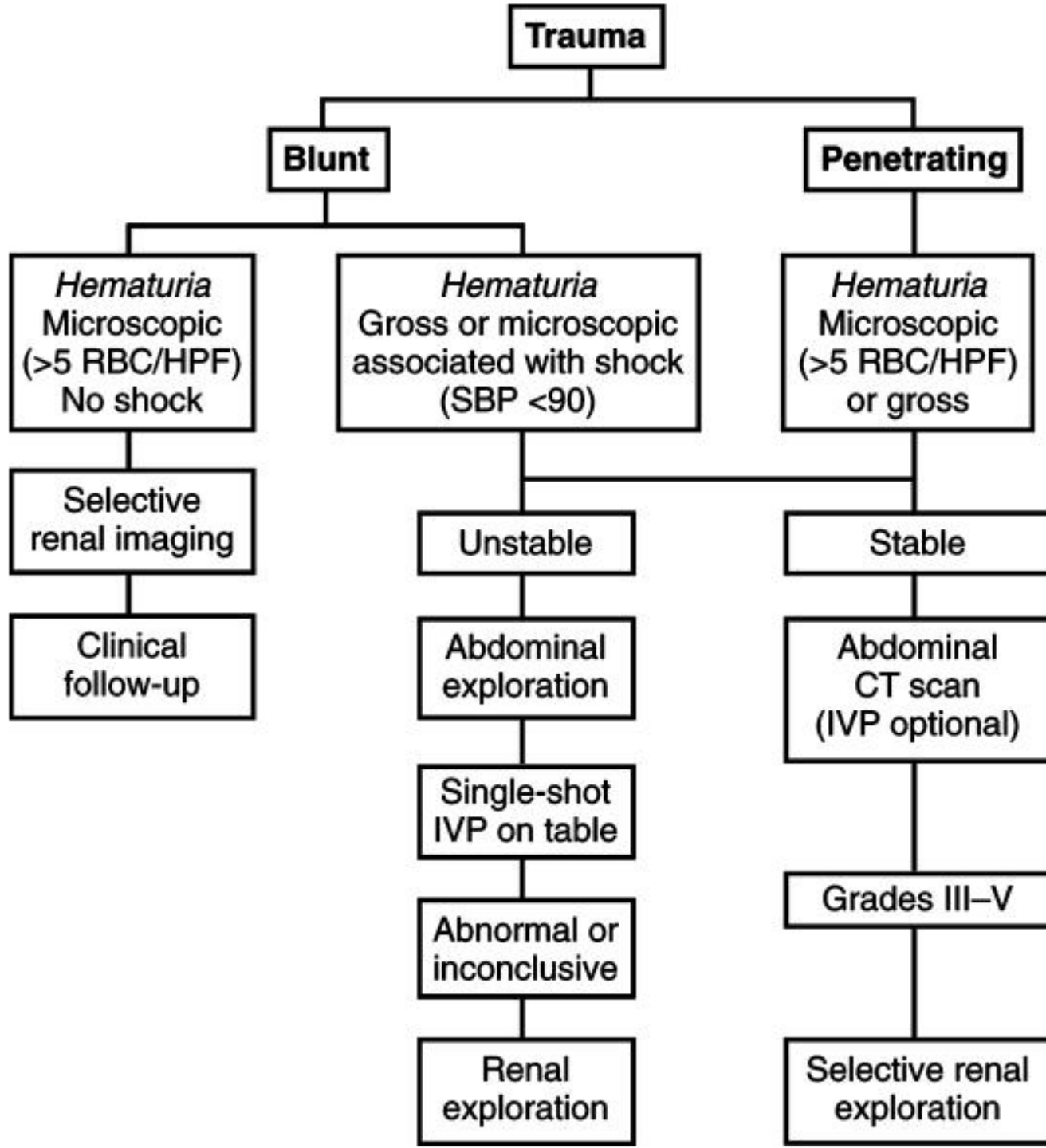
- Nhiễm khuẩn
- Rò NT
- Sỏi thận
- CHA



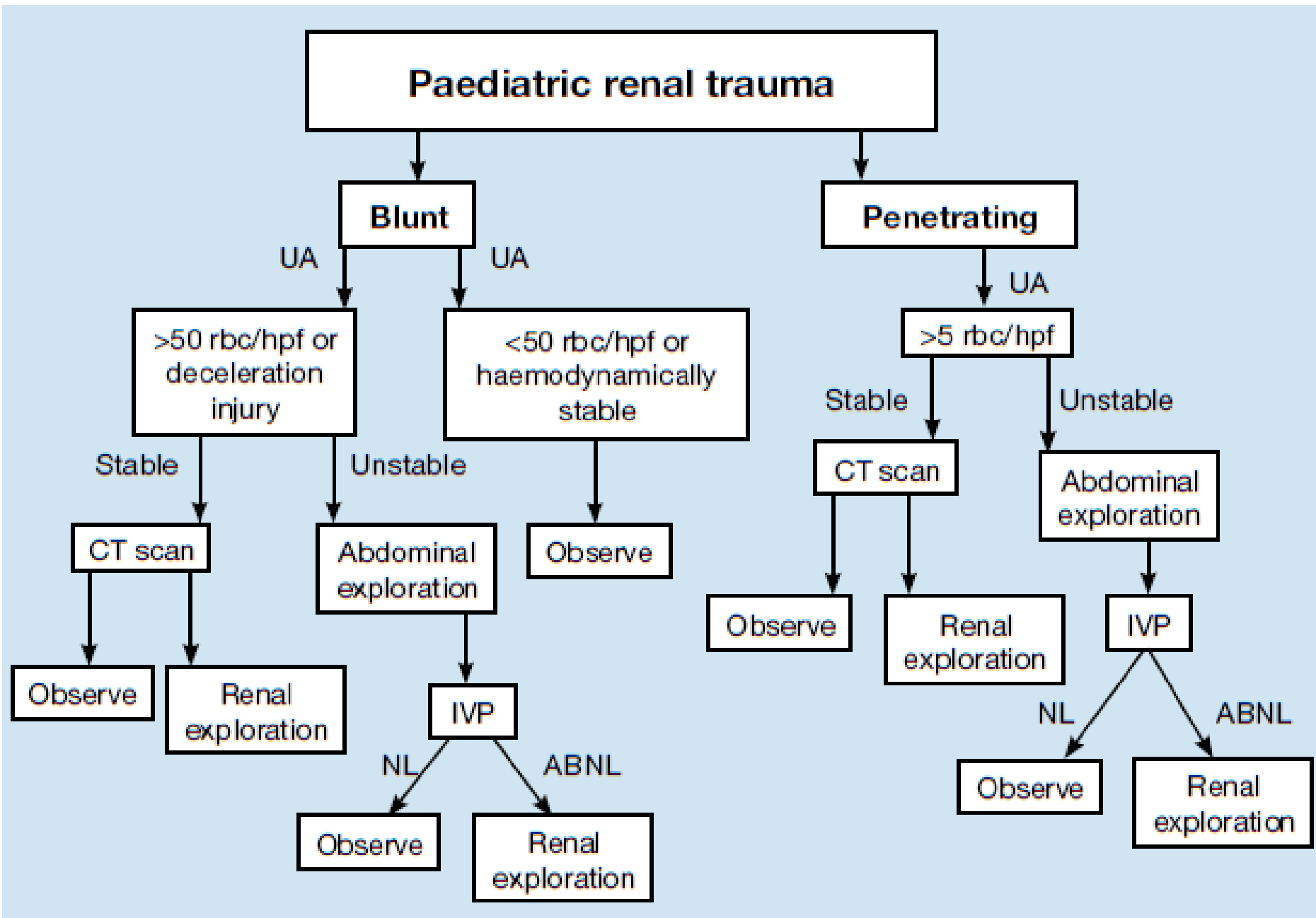


*XIN CẢM ƠN!*









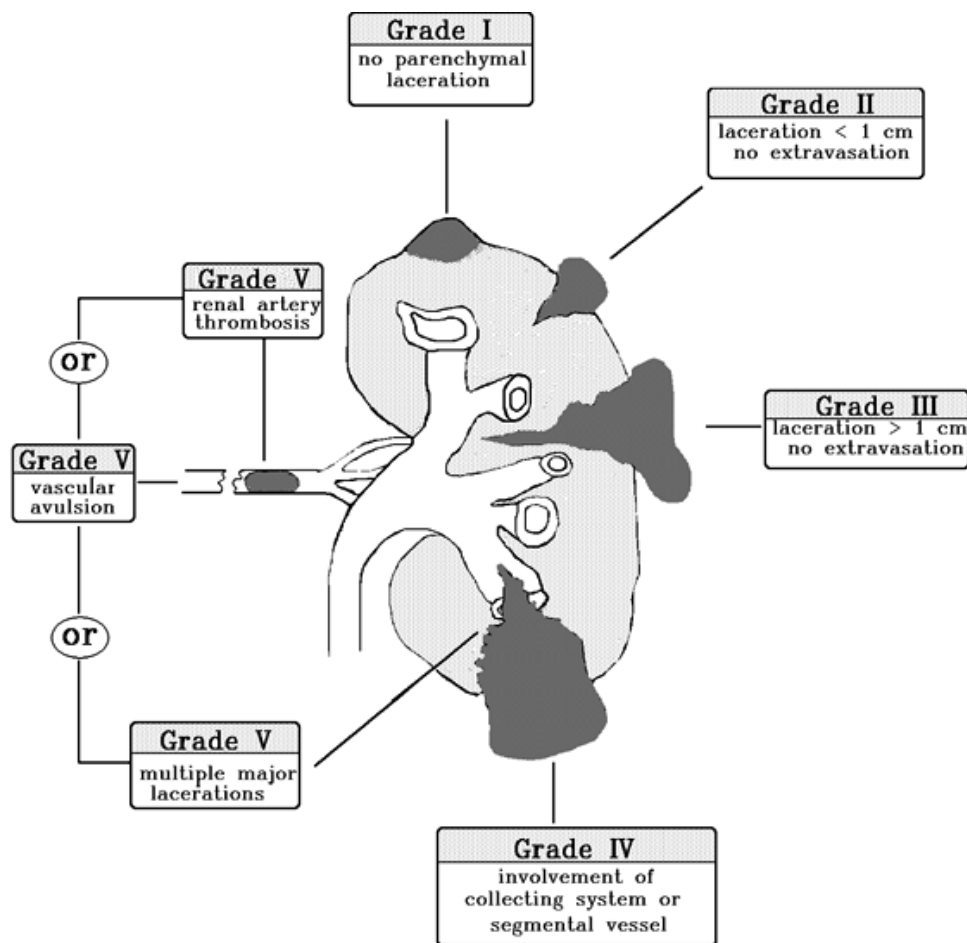
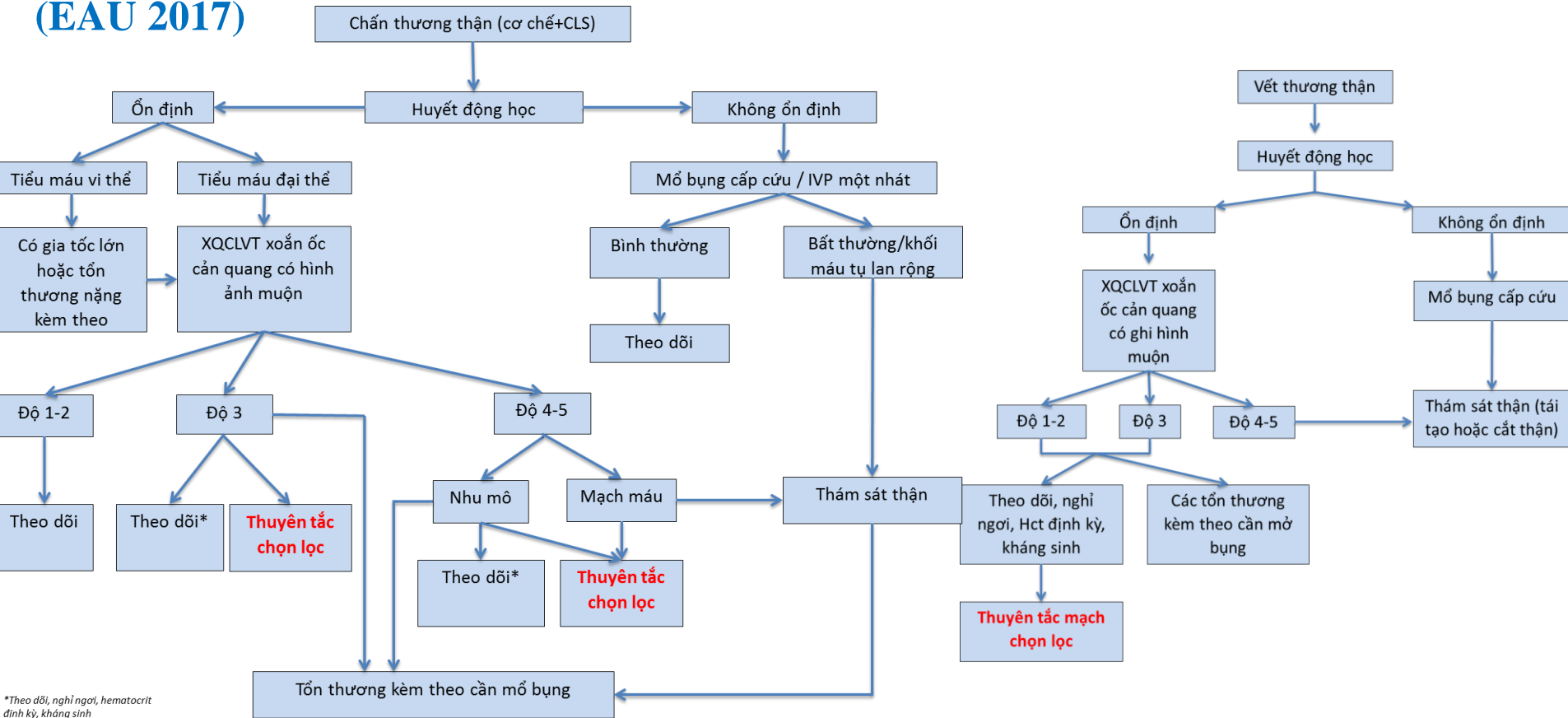
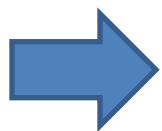


Fig. 11.1. Classification of renal injury. (Classification system from Moore et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma* 1989;29:1664.)

# Tiếp cận chảy máu thận do chấn thương & vết thương (EAU 2017)



\*Theo dõi, nghỉ ngơi, hematocrit định kỳ, kháng sinh



## Khẳng định vai trò quan trọng