



CHẤN THƯƠNG – VẾT THƯƠNG THẬN

Đối tượng: SV Y4

Thời gian: 01 tiết

Ths Bs Đỗ Anh Toàn
Bm Tiết Niệu Học
ĐHYD TP. HCM



CHẤN THƯƠNG THẬN



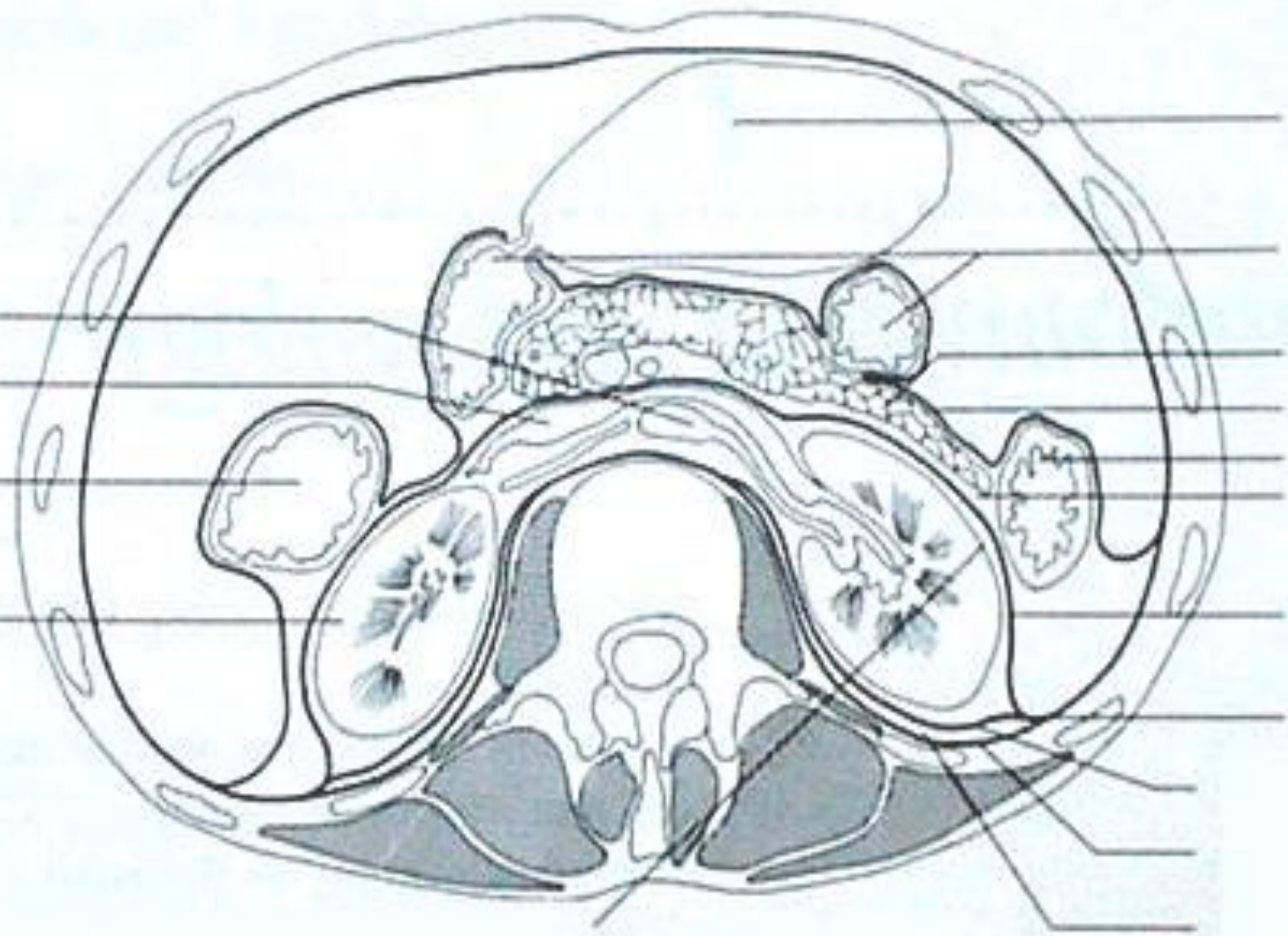
MỤC TIÊU

1. **Biết chẩn đoán và xử trí cấp cứu một trường hợp chấn thương thận nặng**
2. **Biết cách phân loại mức độ chấn thương thận theo thương tổn giải phẫu bệnh**



GIỚI THIỆU

- Chấn thương thận: Thận bị thương tổn nhưng thành bụng và thành lưng không bị thương tổn
- Nam: Nữ = 3:1
- 3 – 5% / tất cả chấn thương
- Thường gặp nhất /CT cơ quan niệu dục





NGUYÊN NHÂN

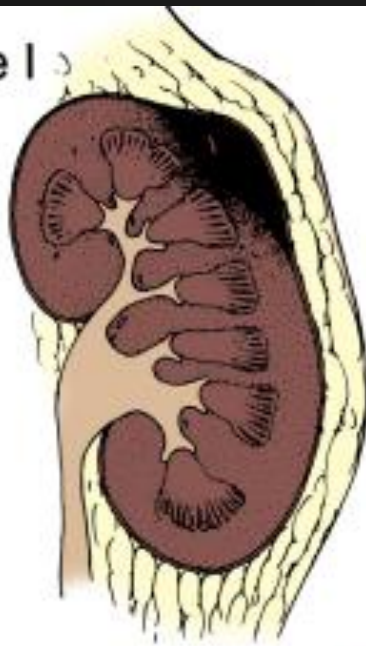
- Trực tiếp: chấn thương từ trước hoặc từ sau tới
- Gián tiếp: té từ trên cao. Áp lực gây nên bởi máu và nước tiểu bên trong thận tạo nên một lực từ bên trong ra ngược chiều với lực của chấn thương từ ngoài vào: chủ mô thận bị dập nát giữa 2 lực này.



Phân loại (AAST)

Độ 1	Đụng dập thận hoặc khối máu tụ dưới vỏ bao, không rách nhu mô thận
Độ 2	Khối máu tụ quanh thận không lan rộng, Vết rách nhu mô vùng vỏ thận <1cm Không thoát NT ra ngoài thận
Độ 3	Rách nhu mô vùng vỏ thận >1cm, không thoát NT ra ngoài thận
Độ 4	Rách nhu mô từ vỏ thận đến tủy và thương tổn hệ thống đài bể thận, có thoát nước tiểu ra ngoài thận. Hoặc tổn thương tĩnh mạch, động mạch phân thùy thận
Độ 5	Thận vỡ làm nhiều mảnh hoặc tổn thương cuống thận

Grade I



Grade II



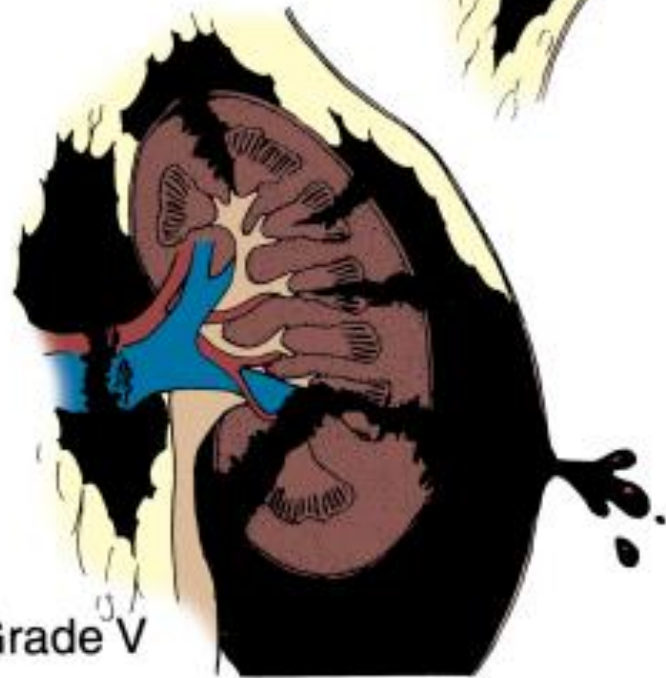
Grade III



Grade IV



Grade V





- ◆ Chấn thương nhẹ (85% TH): chủ mô thận bị đụng dập, có khối máu tụ dưới vỏ bao, có thể có vết rách chủ mô ngấn.
- ◆ Chấn thương nặng (khoảng 15% TH): vết rách chủ mô kéo dài từ vỏ đến vùng tủy thận, có thể sâu vào hệ thống đài bể thận gây thoát NT ra ngoài. Có thể hiện diện nhiều vết rách.
- ◆ Tổn thương mạch máu thận (1% TH):
 - đứt cuống thận
 - huyết khối đm thận → Nếu mổ trễ > 8 giờ, thận sẽ không giữ lại được.



CHẨN ĐOÁN

- Cơ chế chấn thương
- Tiểu máu
- Hố thắt lưng đầy, đau và đề kháng nửa bụng bên bị chấn thương, sờ thấy khối máu tụ quanh thận là các dấu hiệu chấn thương thận nặng
- Choáng



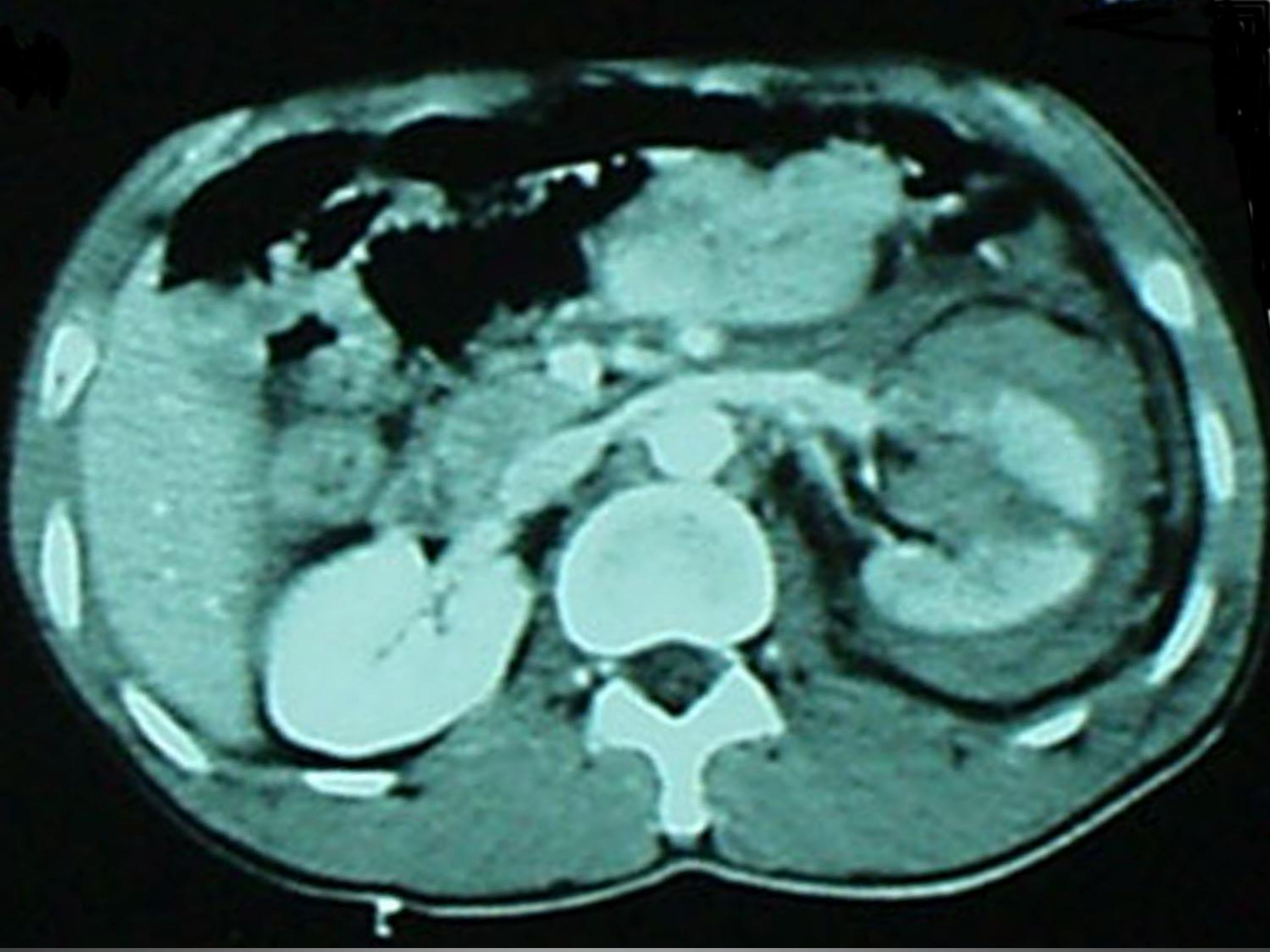
CẬN LÂM SÀNG

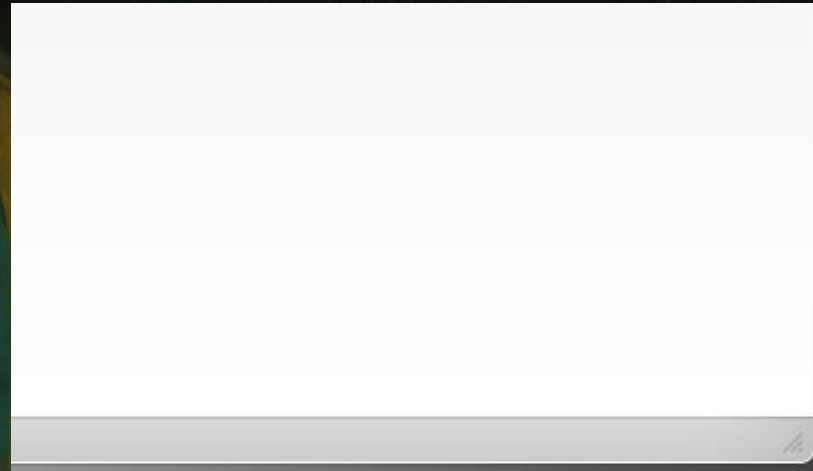
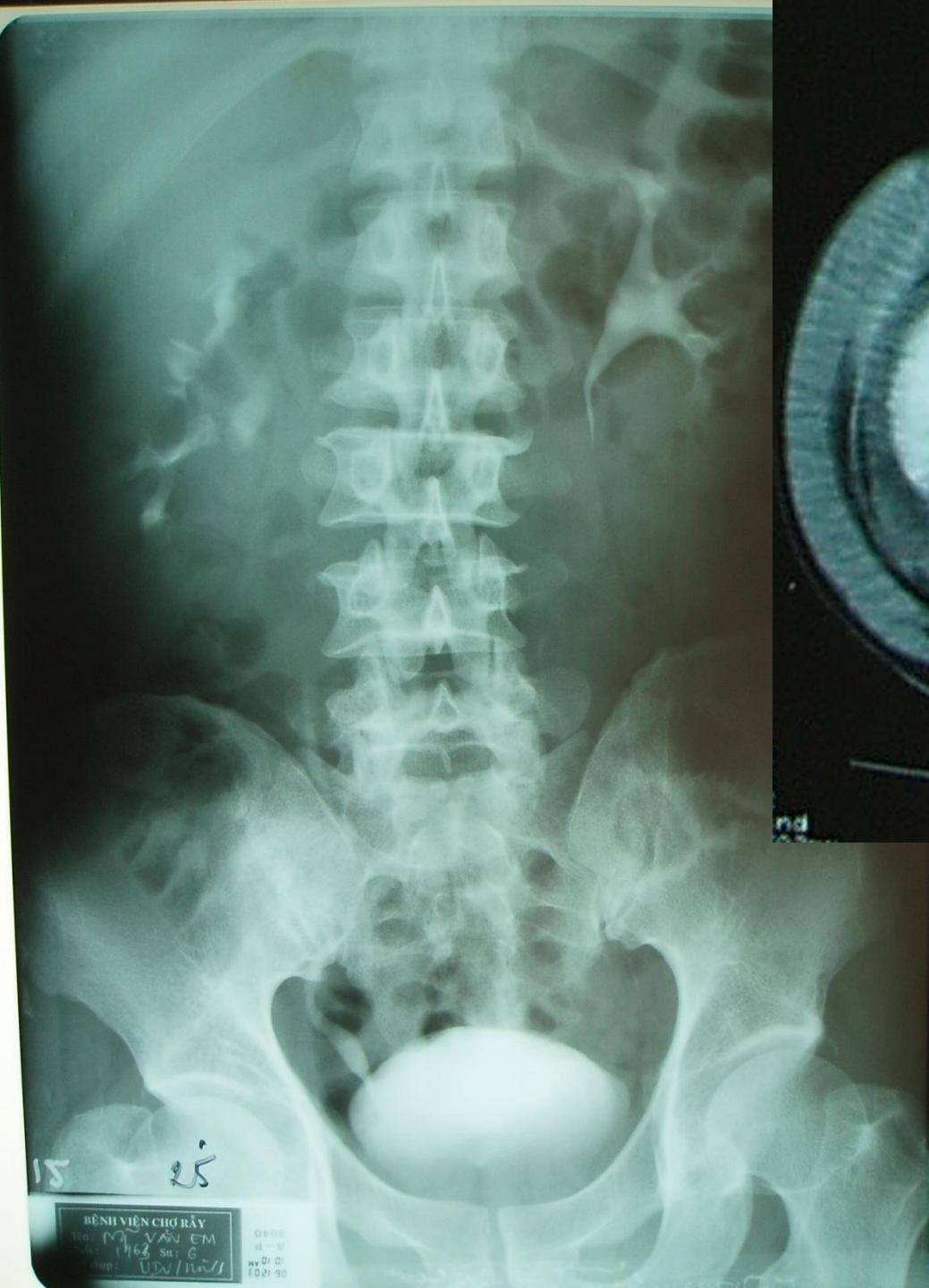
- TPTNT
- CTM
- BUN-CRE/HUYẾT THANH

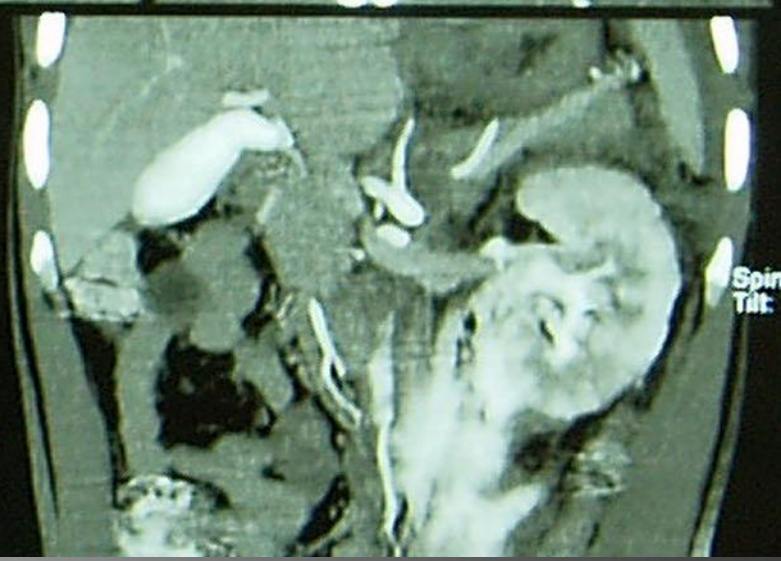
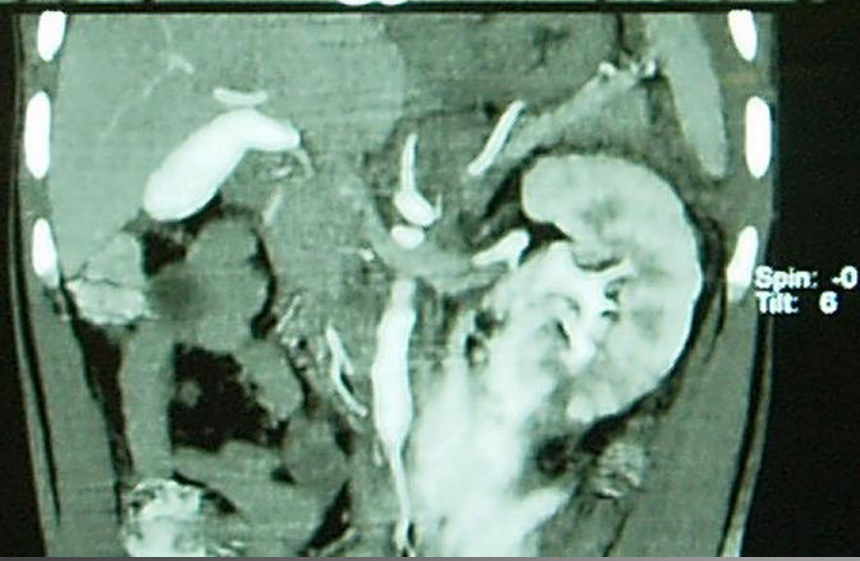
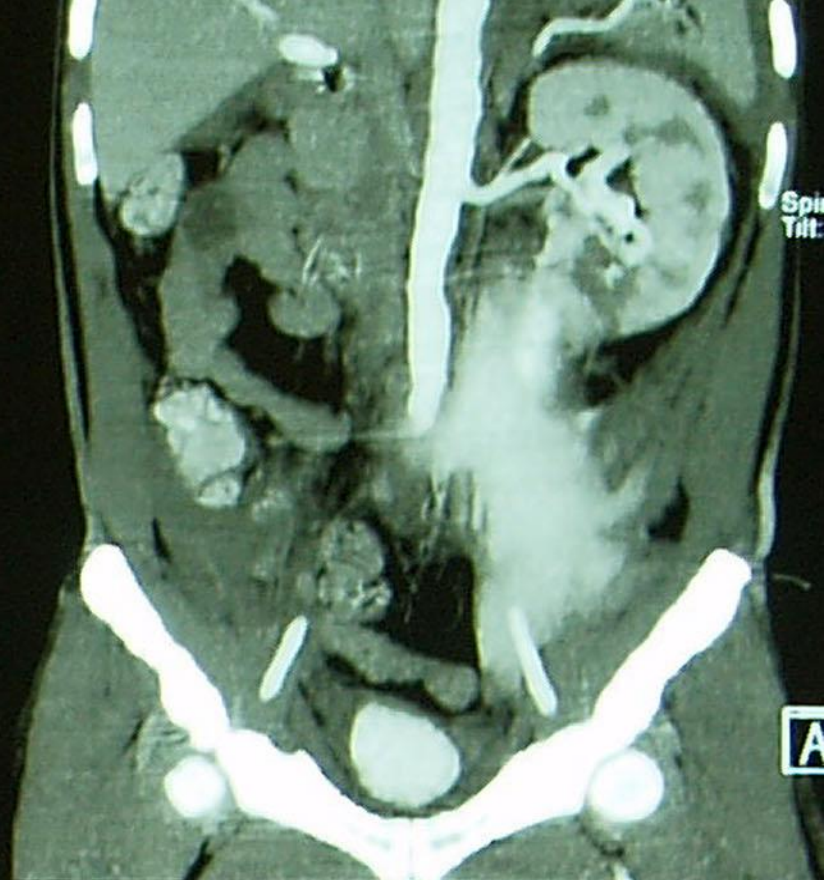


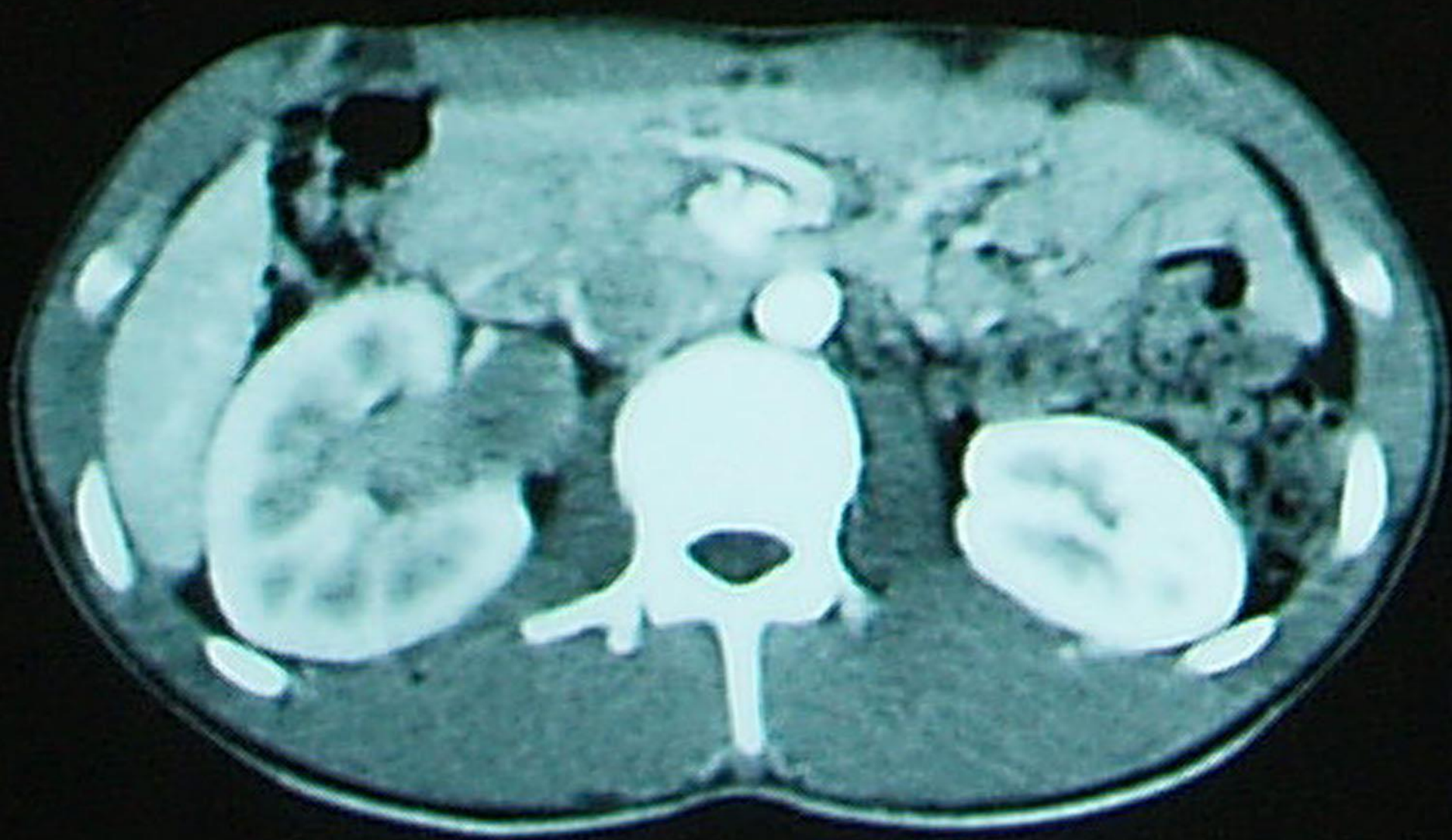
HÌNH ẢNH

- Siêu âm bụng, Siêu âm Doppler
- KUB
- UIV: không ép NQ
- CT scan có cản quang
- Chụp động mạch thận









RA 15
3
214.0

30
90
5
0.0
1.0712-0
-2/0
L350



Late Artery Phase

W
C

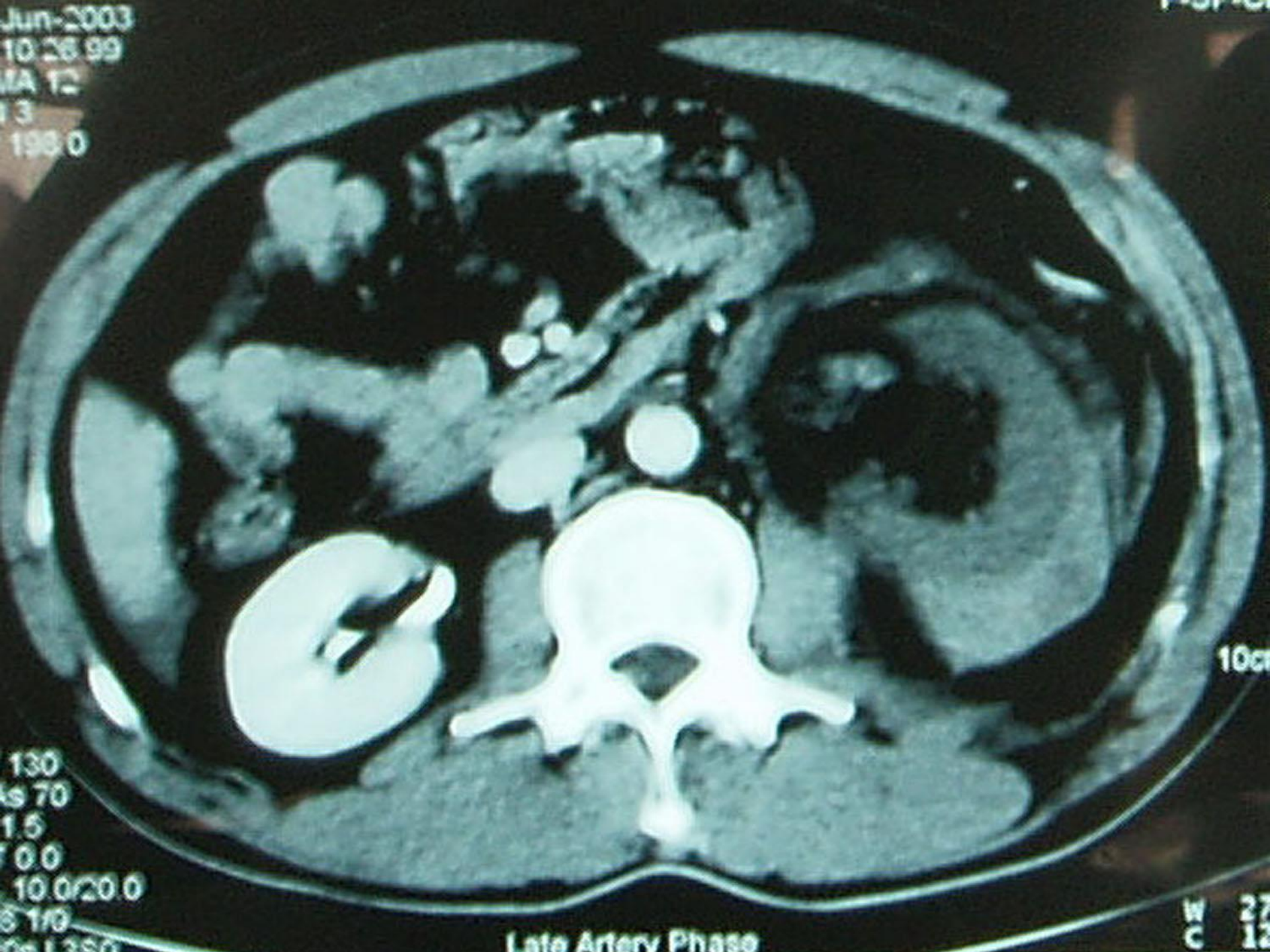
Jun-2003
10:28:59
MA 12
13
199.0

130
kV 70
1.5
0.0
10.0/20.0
5 1/0
1350

10cm

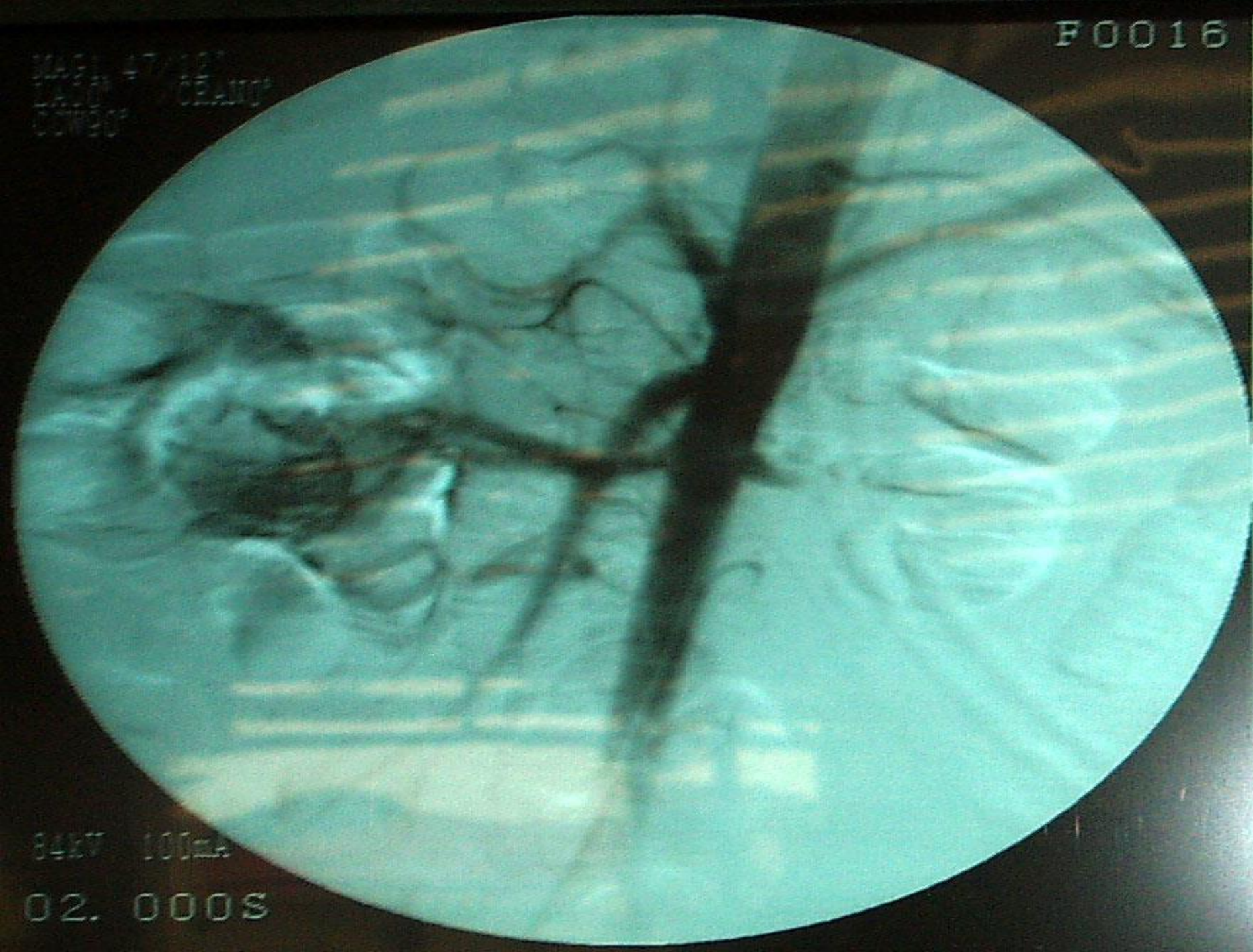
W 27
C 12

Late Artery Phase



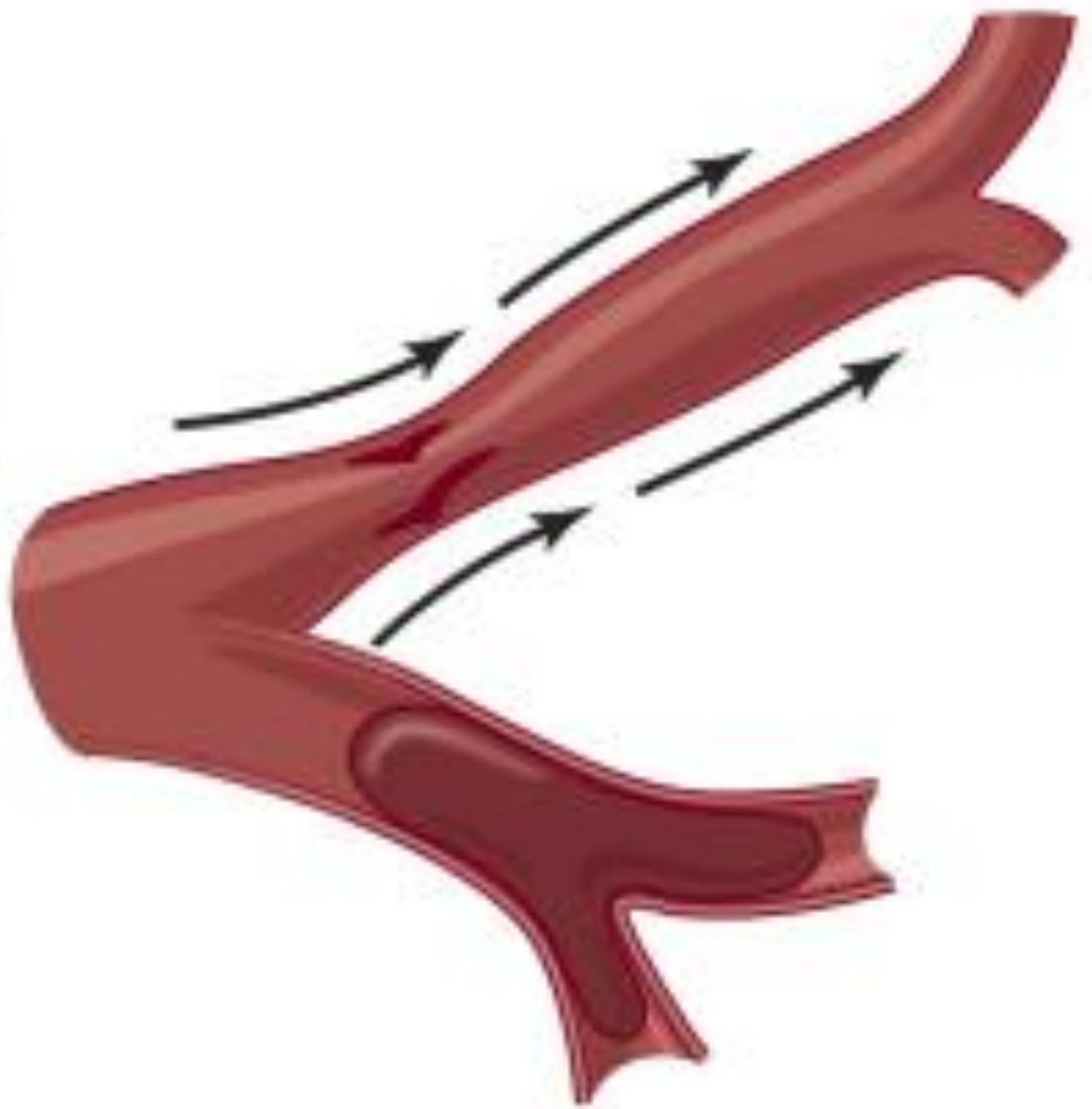
F0016

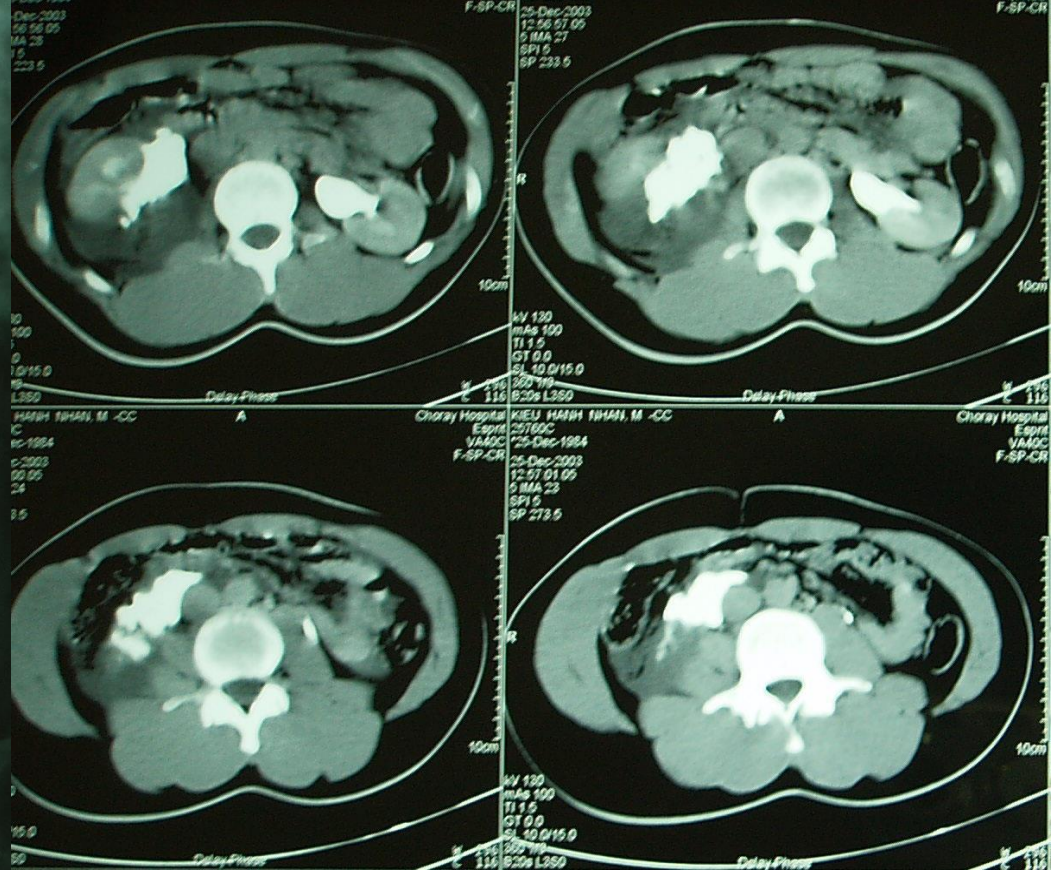
MAG 47/12°
LAT 0° CRANO°
CON 90°



84KV 100MA

02. 000S





P
13

BỆNH VIỆN CHỢ RẨ

Tên: KIEM THANH NHAN

Tuổi: 55 Tuổi: 55

KT chụp: 05/12/2003

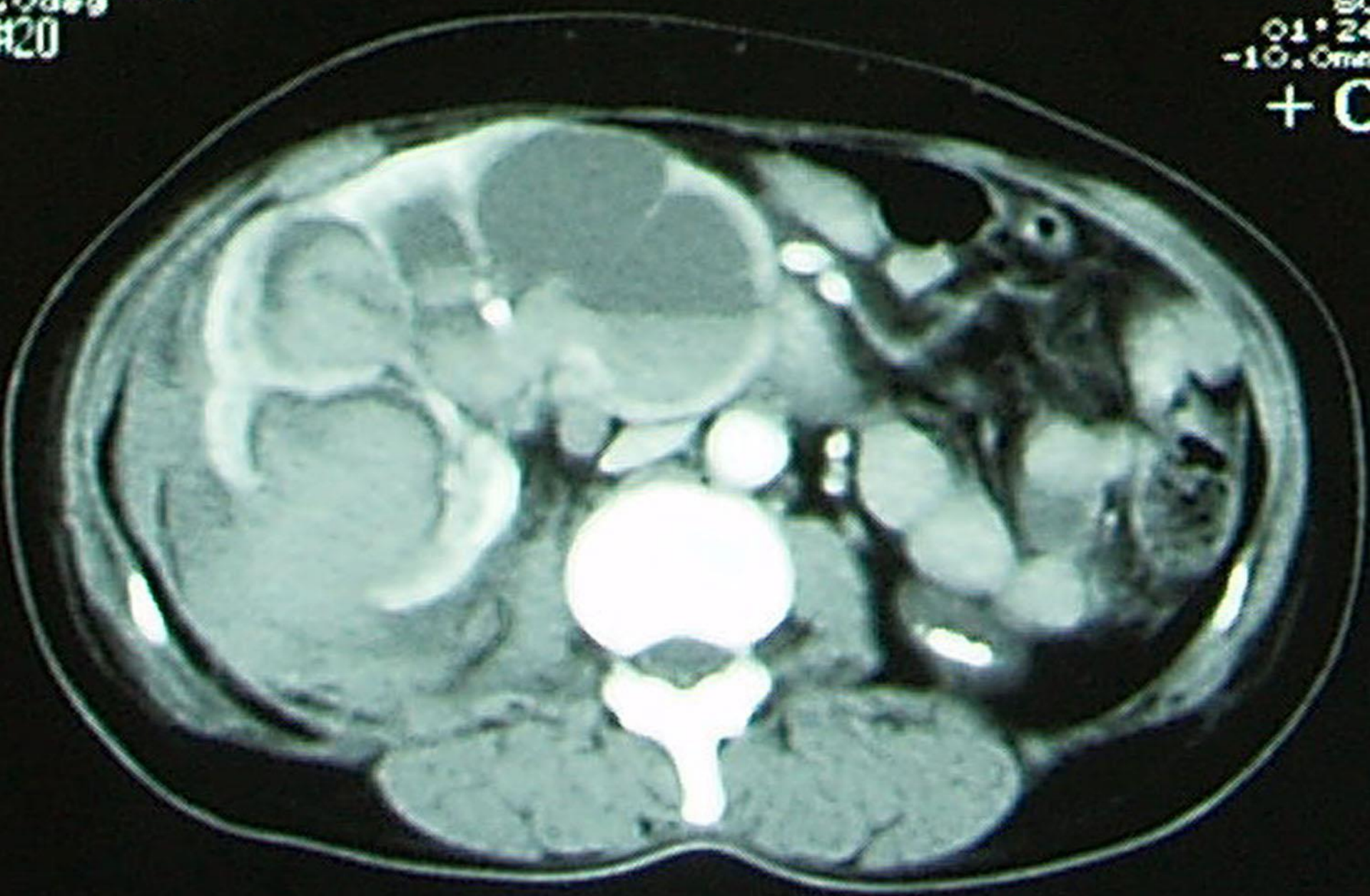
0900

d - v

NY 5h11

501
-223.5mm
.0deg
#20

1.04 10.0
130m
80
01:24
-10.0mm
+ C



HI
FZ



Diễn tiến

- Thuận lợi: CT nhẹ sẽ tự khỏi. 2– 3% chảy máu thứ phát.
- Bất lợi: LS nặng thêm: đái máu nhiều, máu cục/BQ, khối máu tụ quanh thận lan rộng, phản ứng thành bụng nặng thêm và lan rộng hết nửa bụng bên bị chấn thương, huyết động học không ổn định.
- Diễn tiến kéo dài (không nhẹ nhưng cũng chưa cần can thiệp cấp cứu): tiểu máu kéo dài và có thể diễn biến theo hai cách:
 - (1) ổn định dần trong những ngày kế tiếp
 - (2) tiếp tục tiểu máu phải mổ cấp cứu trì hoãn



Điều trị bảo tồn

Theo McAninch:

- 98% trường hợp chấn thương thận không cần điều trị ngoại khoa.
- Nằm nghỉ tuyệt đối, hồi sức, dùng thuốc kháng sinh và cầm máu.



Điều trị ngoại khoa

Chỉ định tuyệt đối phải mổ thám sát thận:

- Có dấu hiệu thận đang chảy máu
- Khối máu tụ quanh thận lan rộng
- Sờ thấy khối máu tụ quanh thận đập theo nhịp mạch



Điều trị ngoại khoa



Chỉ định tương đối mổ thám sát thận:

- Thoát NT ra ngoài: 87% TH có thể điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ tổn thương đm phân thùy thận (CT scan không quan sát thấy rõ hình ảnh của một vùng chủ mô thận tương ứng với 1 phân thùy thận, khoảng 20% TH do tổn thương một mạch máu phân thùy).
- Tổn thương chủ mô thận ảnh hưởng đến > 20% diện tích nhu mô thận.

Điều trị ngoại khoa



- Lấy máu cục và dẫn lưu ổ máu tụ
- Khâu cột các mạch máu còn đang chảy
- Khâu lại chủ mô thận 2 lớp: lớp trong lấy phần đài thận kết hợp với chủ mô thận lân cận; lớp ngoài mũi khâu lấy gần hết chiều dày của chủ mô thận và khâu mũi rời.
- Khâu lại niệu quản, bể thận nếu có tổn thương → đặt thông dẫn lưu trong NQ.

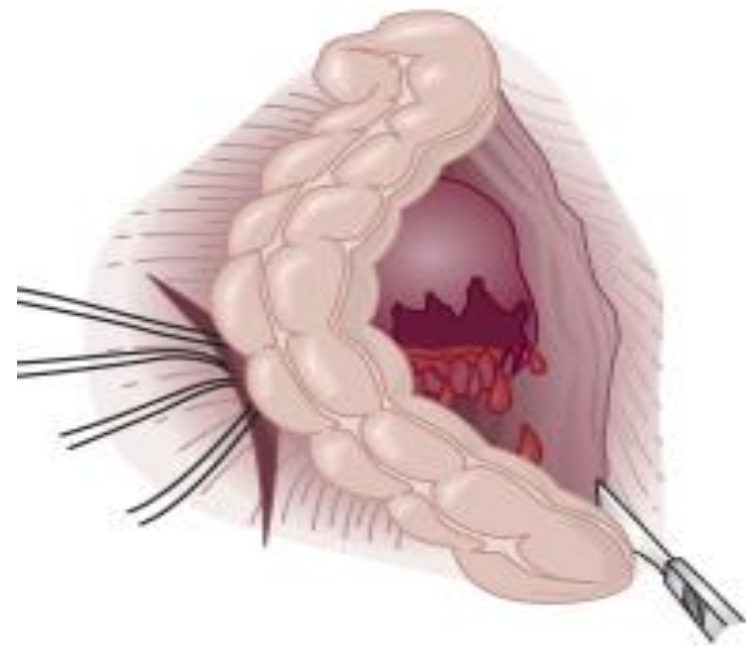
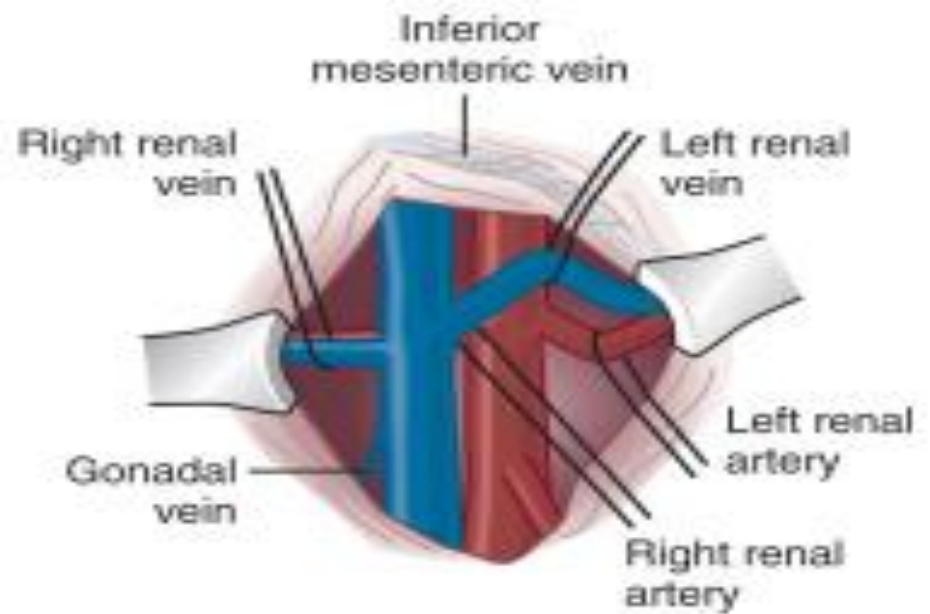
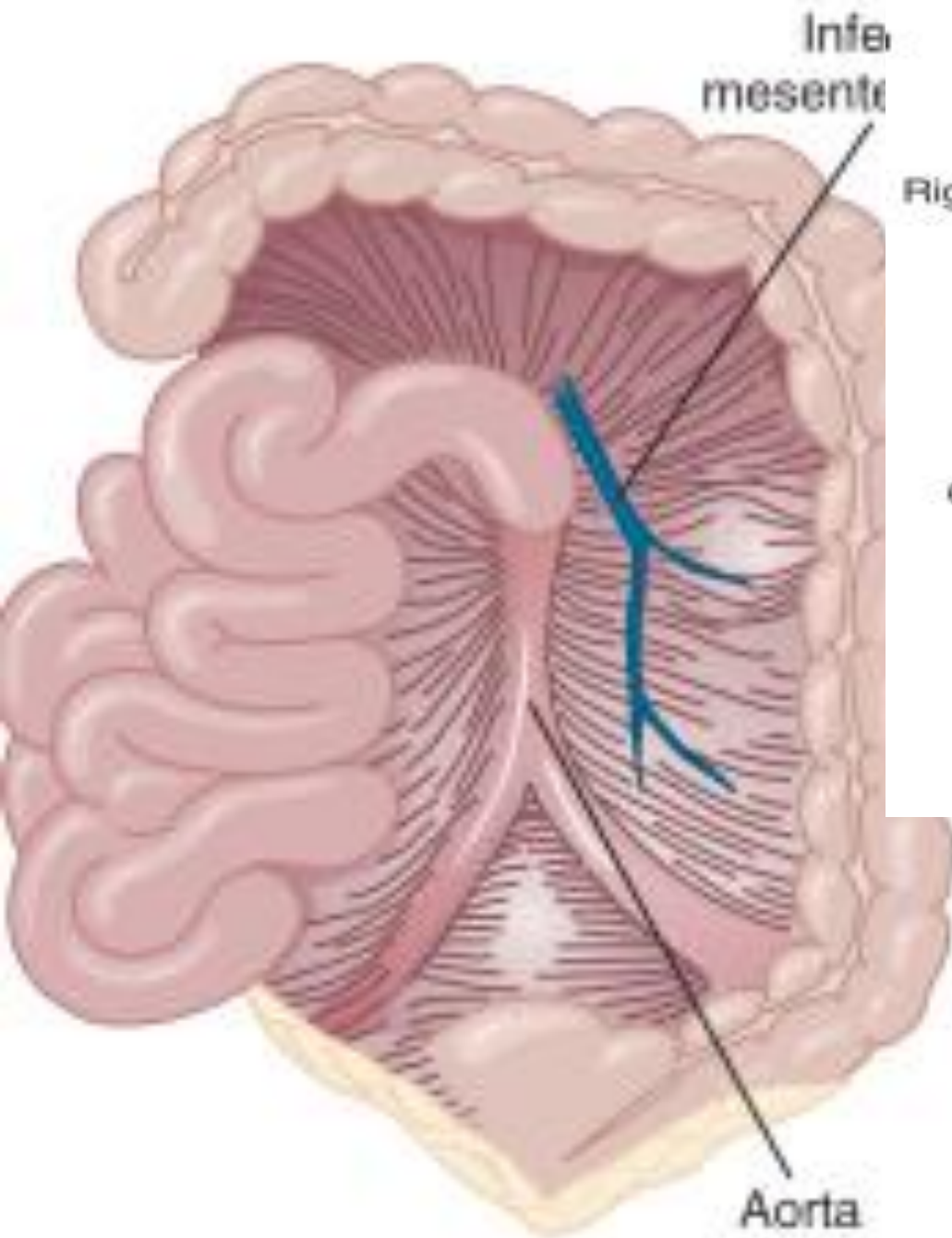
Điều trị ngoại khoa



- Lấy máu cục và dẫn lưu ổ máu tụ
- Khâu cột các mạch máu còn đang chảy
- Khâu lại chủ mô thận 2 lớp: lớp trong lấy phần đài thận kết hợp với chủ mô thận lân cận; lớp ngoài mũi khâu lấy gần hết chiều dày của chủ mô thận và khâu mũi rời.
- Khâu lại niệu quản, bể thận nếu có tổn thương → đặt thông dẫn lưu trong NQ.

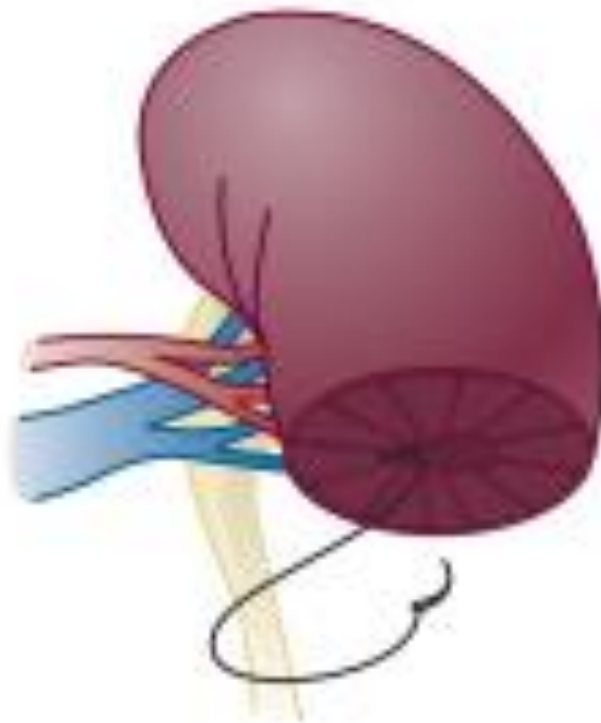
Điều trị ngoại khoa

- Lấy máu cục và dẫn lưu ổ máu tụ
- Khâu cột các mạch máu còn đang chảy
- Khâu lại chủ mô thận 2 lớp: lớp trong lấy phần đài thận kết hợp với chủ mô thận lân cận; lớp ngoài mũi khâu lấy gần hết chiều dày của chủ mô thận và khâu mũi rời.
- Khâu lại niệu quản, bể thận nếu có tổn thương → đặt thông dẫn lưu trong NQ.
- Cắt thận bán phần nếu có một cực thận bị dập nát
- Cắt bỏ thận: chỉ định khi Bn đang shock mất máu do chảy máu từ thương tổn của thận (23% TH) hoặc khi thận bị dập nát không còn bảo tồn được (77% TH)
- Khi bị đứt đm thận, nếu đến sớm và thận có thể phục hồi được → khâu lại đm thận.
- Nếu có huyết khối đm thận: cắt và nối bằng đm hạ vị hoặc đm lách. (THA sau mổ 43%).

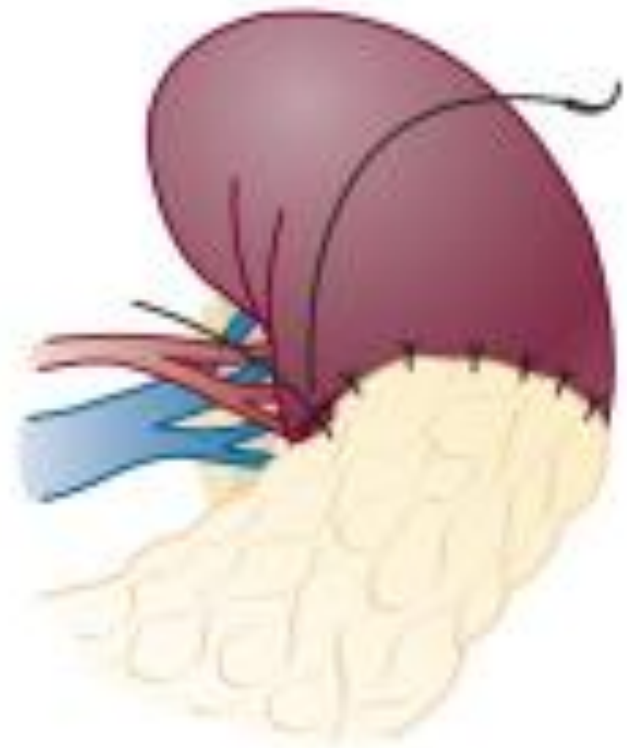




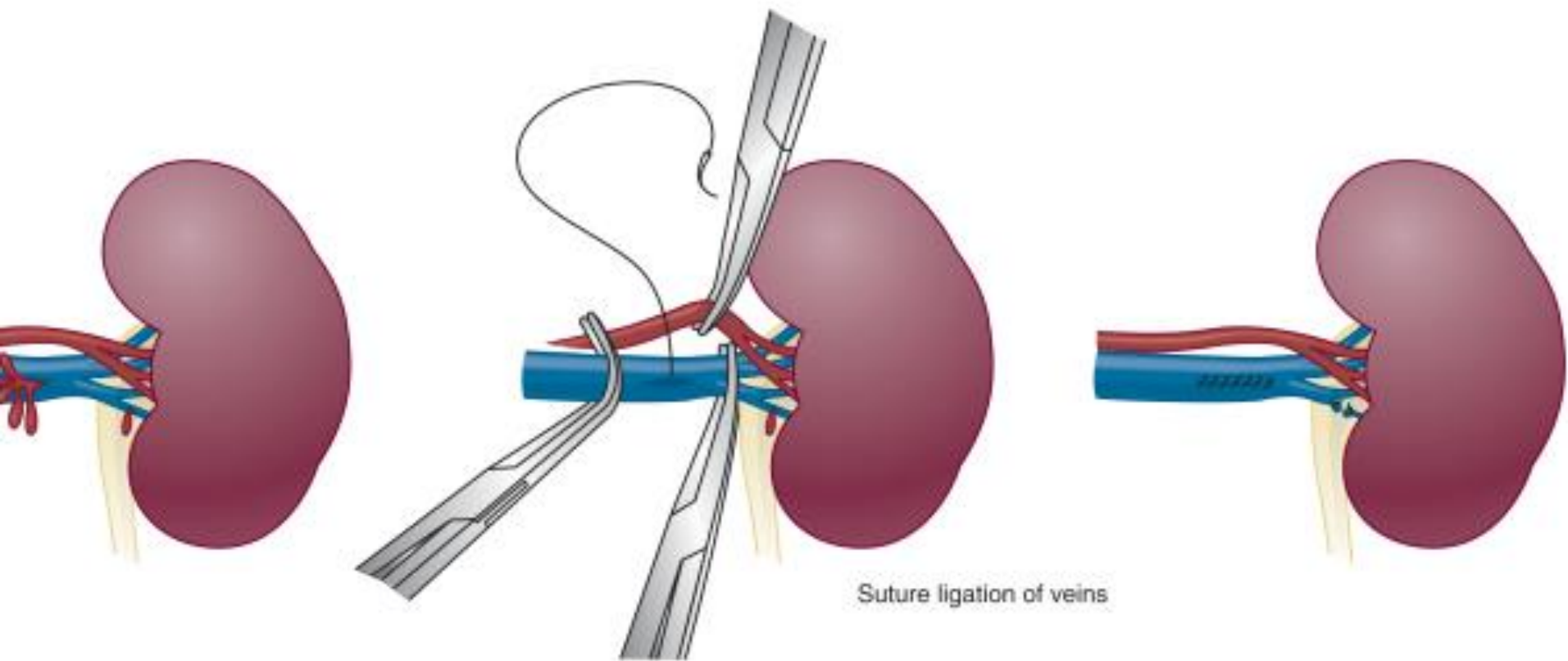
B Partial polar nephrectomy



C Collecting system closure



D Omental pedicle flap



Current Indications for Operative Management of Blunt Renal Trauma

- *Absolute*

- Grade V pedicle injury (nephrectomy)
- Exsanguinating injury (nephrectomy or renorrhaphy)

- *Relative*

- Persistent renal bleeding >2 units day
- Extracapsular urine extravasation WITH devascularized parenchymal segment
- Incomplete staging
 - Only with large hematoma AND abnormal intraoperative “one-shot IVP”
- Associated enteric/pancreatic injury

Reasonable Conclusion: BLUNT

- All blunt Grade I-II injuries can be treated nonoperatively
- Most/all Grade II-IV injuries can be treated nonoperatively
 - Even McAninch would agree
- Grade V? Not enough data (n=14) but promising “proof of principle” for aggressive nonoperative treatment
- Think twice in cases of colon/pancreatic injury, or devitalized segment plus leakage

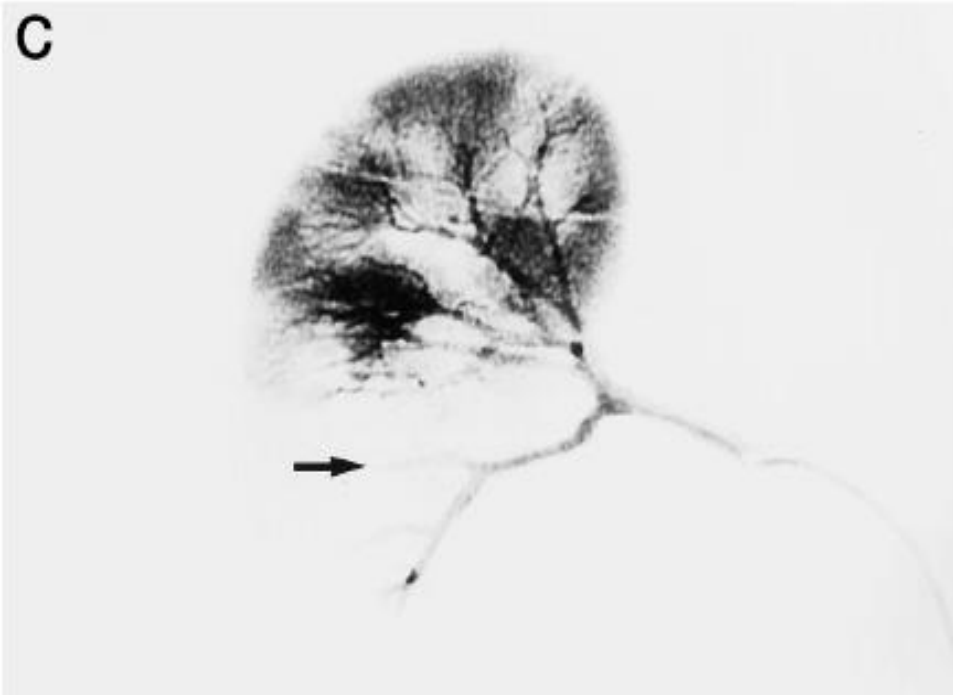
Biến chứng sau điều trị



- Xi nước tiểu ra ngoài thận: Đa số sẽ tự khỏi. Có thể điều trị = đặt JJ NQ
- Chảy máu muộn: thường xảy ra trong vòng 21 ngày. N/nhân: phình giả đm (psuedoaneurysm) hoặc rò đm- tm (AVF) → Có thể điều trị nội khoa bảo tồn. Chảy máu kéo dài: DSA +/- thuyên tắc.
- Abcess quanh thận: là hậu quả của urinoma nhiễm trùng → chọc dẫn lưu qua da.

A



A**B****C****D**

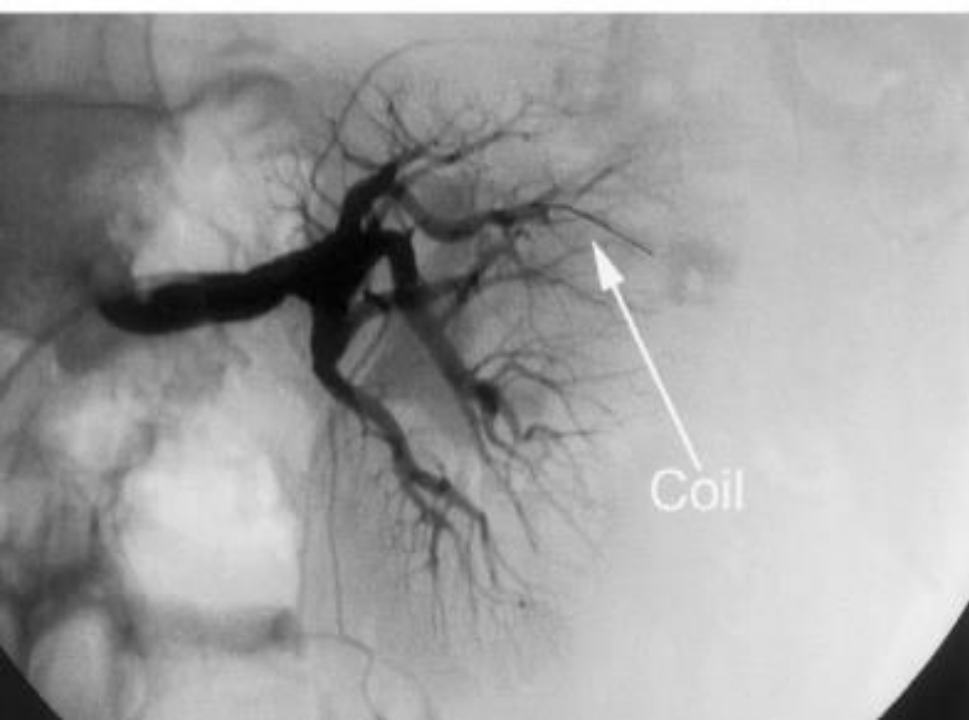
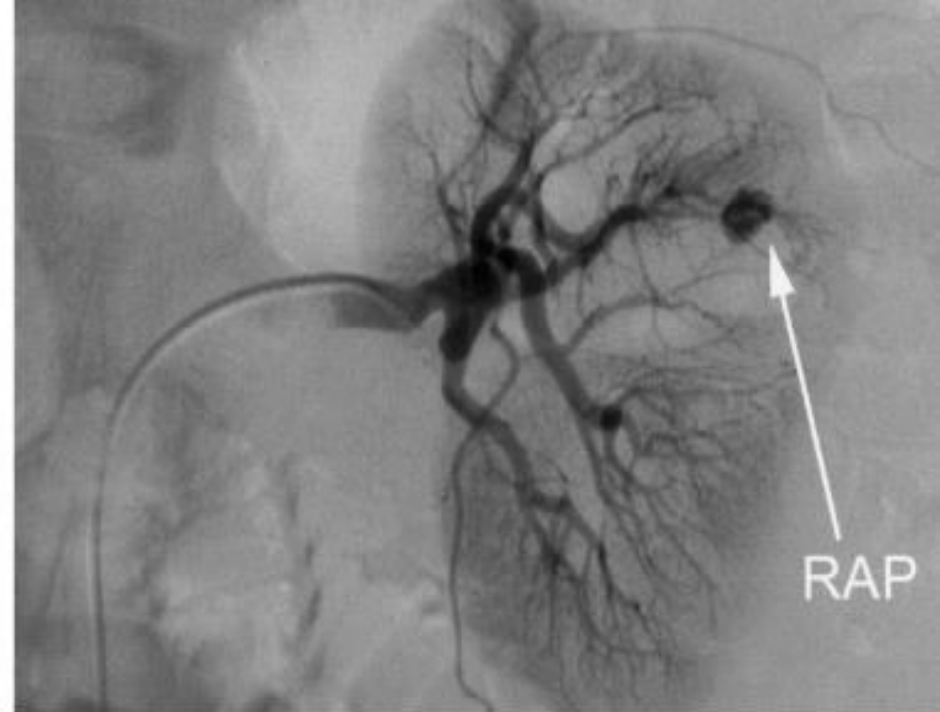




Figure 1a. Scanner au temps artériel : volumineux anévrisme d'hyper débit.



Figure 1b. Reconstruction scanographique coronale : volumineux anévrisme d'hyper débit associé une tumeur tissulaire appendue au pôle inférieur du rein.





Figure 1e. Obturation sélective de l'artère rénale droite par une sonde à ballonnet.



Figure 1f. Amas de "coils" obturant la F.A.V et comblant à hyper débit.



The end!