

CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG PHỐI HỢP TRONG CHẤN THƯƠNG THẬN

Khut Thoong*

Trần Văn Hình**

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả bệnh án 62 bệnh nhân (BN) chấn thương thận (kín), điều trị tại Bệnh viện 103 từ 2005 - 2009. Tuổi trung bình $34,7 \pm 14,2$, chấn thương thận trái 36 BN (58,1%), thận phải 26 BN (41,9%). Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốc chấn thương (20,96%), đau vùng thận (87,1%), đái máu (79%), khối cứng gò vùng mạn sườn thất lưng (19,4%); tổn thương phối hợp 25,8% (16/62 BN), trong đó 12/16 BN (75%) có sốc chấn thương. Các tổn thương phối hợp thường gặp là chấn thương bụng kín (14,5%), chấn thương ngực (9,7%), chấn thương chi thể (9,7%), chấn thương sọ não (3,2%); trong đó vỡ lách gặp 7 trường hợp (11,28%).

* Từ khóa: Chấn thương thận kín; Sốc chấn thương.

THE COMBINED INJURIES IN BLUNT RENAL TRAUMA

Khut Thoong

Tran Van Hinh

SUMMARY

The retrospective descriptive study was carried out on 62 patients with blunt renal trauma treated in 103 Hospital from 2005 to 2009. Mean age was 34.7 ± 14.2 (range 8 to 63). Left renal trauma was in 36 cases (58.1%) and right renal trauma in 26 cases (41.9%). The regular clinical signs were traumatic shock (20.96%), flank pain (87.1%), macroscopic hematuria (79%), loin mass (19.4%). Combined injuries were found in 25.8% of patients (16/62 patients) and traumatic shock revealed in 75% of cases (12/16 patients). They were abdominal trauma (14.5%), thoracic trauma (9.7%), traumatic extremity (9.7%), traumatic brain injury (3.2%); in which the splenic rupture was found in 7 cases (11.28%).

* Key words: Blunt renal trauma; Traumatic shock.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận (kín) chiếm khoảng 4 - 5% tổng số các chấn thương. Đây là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp trong cả thời bình và thời chiến. Rayen lần đầu tiên mô tả kỹ chấn thương thận vào năm 1835. Ngày nay, tỷ lệ chấn thương thận kín có xu

hướng gia tăng, tính chất tổn thương cũng phức tạp hơn do sự phát triển của giao thông vận tải và nền kinh tế công nghiệp.

Chấn thương thận là tổn thương nặng, tính chất này còn nặng nề hơn khi có các tổn thương phối hợp. Do đó, chẩn đoán kịp thời

* Học viện Quân y

** Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Tiến Bình

và chính xác bệnh lý chấn thương thận cũng như các tổn thương phối hợp, để có chiến lược cấp cứu và phương pháp điều trị tích cực là rất cần thiết.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- 62 BN chẩn đoán xác định chấn thương thận kín, được điều trị, chăm sóc và theo dõi tại Bệnh viện 103, từ 2005 - 2009.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không chọn những BN chấn thương thận đã tử vong phát hiện bệnh khi mổ tử thi.

- Xác định các tổn thương phối hợp dựa vào khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang, có phân tích so sánh.

- Kết hợp siêu âm, chụp thận thuốc tĩnh mạch (UIV) và chụp cắt lớp vi tính ở một số trường hợp để chẩn đoán và phân độ chấn thương.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm chung.

* Giới:

Nam: 45 (72,6%); nữ: 17 (27,4%). Tỷ lệ BN nam (72,6%) cao hơn nữ (27,4%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ này phù hợp với nhiều thống kê trong nước và trên thế giới. Đây là một đặc điểm của loại chấn thương này.

Tuổi trung bình $34,7 \pm 14,2$ (cao nhất 63, thấp nhất 8 tuổi). Chấn thương thận trái 36 BN (58,1%), cao hơn thận phải (26 BN = 41,9%), nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

2. Triệu chứng và các tổn thương phối hợp.

Bảng 1:

TRIỆU CHỨNG	SỐ LƯỢNG	TỶ LỆ (%)
Sốc chấn thương	13	20,96
Đau vùng thận	54	87,1
Đái máu	49	79
Khối cứng gò vùng mạng sườn thất lưng	12	19,4
Tổn thương phối hợp	16	25,8

- 13/62 BN (20,96%) vào viện có bệnh cảnh sốc chấn thương, với biểu hiện huyết áp tụt < 90 mmHg, mạch nhanh nhỏ, vã mồ hôi lạnh, ý thức u ám, trong đó:

+ 12 BN (92,3%) có tổn thương phối hợp, 4 BN có nhiều tổn thương phối hợp như vỡ tạng đặc hay gãy xương đùi gây mất máu nhiều. Sau khi được hồi sức bằng truyền dịch, truyền máu BN ổn dần. Cơ chế sốc ở đây là do BN mất nhiều máu và đau đớn.

+ 1 BN chỉ bị chấn thương mức độ nhẹ (độ 1), không có tổn thương phối hợp, (khi vào viện nước tiểu hồng nhạt sau đó trong ngay, siêu âm chỉ ít máu tụ dưới vỏ, trên chụp UIV các đài bể thận ngấm đẹp), không có tổn thương phối hợp. Nhưng ngay sau khi vào viện huyết áp tụt không đo được, BN được truyền dịch và máu, ngay sau đó BN ổn định. Điều đó giải thích cơ chế sốc ở trường hợp này là do đau đớn.

Tỷ lệ BN có sốc chấn thương cũng tương tự như Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca cho thấy tỷ lệ này dao động khoảng 25 - 30%.

- 12 BN (19,4%) có căng gò vùng mạng sườn thất lưng bên tổn thương, trong đó 1 BN tổn thương độ 5 (đứt cuống thận, thận vỡ làm nhiều mảnh tách rời nhau) có khối

căng gò vùng thất lượng rất lớn, lấn sang cả bên đối diện. Khi mổ thấy phúc mạc thành sau đẩy gò tới thành bụng trước.

Bản chất của khối căng gò vùng thất lượng bên chấn thương là máu và nước tiểu đọng khoang sau phúc mạc (do rách bề thận, rách bao thận và nhu mô dẫn đến máu và nước tiểu thoát ra đọng ở khoang sau phúc mạc). Theo dõi khối này trên siêu âm và lâm sàng giúp cho thầy thuốc tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị hợp lý. Nếu sau cấp cứu khối này càng phát triển to thêm, kèm theo huyết áp dao động có xu hướng tụt, chứng tỏ máu tiếp tục chảy, lúc đó chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

Bảng 2: Các tổn thương phối hợp.

CÁC TỔN THƯƠNG PHỐI HỢP	SỐ LƯỢNG	TỶ LỆ (%)
Chấn thương sọ não	2	3,2
Chấn thương ngực	6	9,7
Chấn thương bụng	9	14,5
Chấn thương chi thể và xương chậu	6	9,7
Tổng số phối hợp	16	25,8

- 12/16 BN (75%) có sốc chấn thương, thường gặp ở BN có 2 hay 3 tổn thương phối hợp.

- 4 BN không có sốc chấn thương, đều có tổn thương nhẹ như tràn máu nhẹ khoang màng phổi, gãy 2 xương cẳng chân, chấn động não.

- Tỷ lệ chấn thương bụng: 9/16 BN (42,6%), cao hơn các loại khác có ý nghĩa thống kê.

- 2 BN chấn thương sọ não đều ở thể chấn động não và có 2 tổn thương phối hợp.

- 6 BN chấn thương ngực gồm 3 BN tràn máu khoang màng phổi mức độ nhẹ, 3 BN gãy xương sườn.

- 6 BN tổn thương chi thể bao gồm: 1 BN gãy xương đùi, 1 BN gãy xương đùi và 2 xương cẳng tay, 2 BN gãy 2 xương cẳng chân, 2 BN gãy 2 xương cẳng tay và chấn thương xương chậu.

- 5 BN có 2 tổn thương phối hợp: chấn thương ngực gây tràn máu khoang màng phổi, vỡ hồi tràng.

3. Tổn thương phối hợp của bụng.

Vỡ lách: 6 BN (9,68%); vỡ lách + vỡ hồi tràng: 1 BN (1,6%); vỡ hồng tràng: 1 BN (1,6%); vỡ gan: 1 BN (1,6%).

9 BN có tổn thương bụng phối hợp đều có sốc chấn thương. Trong các tổn thương phối hợp trong ổ bụng, 7 BN vỡ lách, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại tổn thương phối hợp của bụng.

Trong 8 BN có tổn thương tạng đặc trong ổ bụng (7 BN vỡ lách, 1 BN vỡ gan), có hội chứng chảy máu trong rõ, nên tình trạng mất máu và sốc càng nặng giống như trường hợp tổn thương thận độ 5 đứt cuống thận.

2 BN vỡ ruột non gồm 1 BN vỡ hồng tràng và 1 BN vỡ hồi tràng.

4. Xử trí các tổn thương phối hợp.

2 BN chấn thương sọ não đều ở thể chấn động não, không có hôn mê. Chỉ cần điều trị nội khoa bằng bất động, chống phù não, sau đó BN ổn định.

- 6 BN chấn thương ngực, trong đó 3 BN gãy xương sườn chỉ cần băng cố định, 3 BN có tràn khí máu khoang màng phổi.

- 1 BN chọc hút khí máu khoang màng phổi.

- 2 BN dẫn lưu khí máu khoang màng phổi. Khi ra viện, cả 3 BN này chụp lại phim thấy phổi nở tốt. 6 BN chấn thương chi thể:

Trong ngày đầu khi tình trạng BN nặng, chỉ đặt nẹp bột hay cố định đơn giản sau vài ngày, khi tình trạng BN tạm ổn mới bỏ bột hoặc phẫu thuật kết xương tùy tình trạng tổn thương xương.

2 BN chấn thương khung chậu chỉ cần nằm bất động tư thế gác chân trên giá Braun, không cần cố định khung chậu.

- Đối với các tổn thương ổ bụng:

+ 1 BN vỡ gan phải, tiến hành khâu cầm máu nhu mô gan có kết quả tốt, do đường vỡ nông nên không cần dẫn lưu Kehr và dẫn lưu túi mật.

+ 7 BN vỡ lách, khâu cầm máu bảo tồn lách, 1 BN có kết quả tốt, 6 BN khác cắt lách do tổn thương nhu mô có đường rách lớn.

+ 2 BN vỡ ruột non, 1 BN khâu có kết quả, 1 BN vỡ hồi tràng nhỏ, không phát hiện được tổn thương trong phẫu thuật, sau mổ mới phát hiện được.

Khi phẫu thuật có các tổn thương phối hợp như vỡ tạng đặc trong phúc mạc, chúng ta nên ưu tiên xử lý các tổn thương vỡ tạng đặc trước để nhanh chóng cầm máu hồi sức chống sốc cho BN, sau đó mới quay lại xử lý tổn thương thận.

16 BN có các tổn thương phối hợp, 1/16 BN (6,2%) có tai biến trong xử trí tổn thương phối hợp, 1 BN tổn thương thận độ 5 (đứt cuống thận và thận vỡ làm nhiều mảnh) vỡ hồi tràng không phát hiện được trong phẫu thuật. Do đặc thù trong phẫu thuật khối máu tụ sau phúc mạc quá lớn, nghĩ tổn thương động mạch chủ, vì quá chú trọng xử lý mạch máu, nên khi kiểm tra không kỹ bỏ sót tổn thương. Sau mổ gây viêm phúc mạc muộn phải mổ lại đưa 2 đầu

hồi tràng ra ngoài. Cuối cùng BN tử vong do suy mòn suy kiệt.

KẾT LUẬN

Trong 62 BN chấn thương thận được cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện 103 từ 2005 -2009, 16 trường hợp (25,8%) có các tổn thương phối hợp. Trong các tổn thương phối hợp, tổn thương ổ bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (9 BN). 1/16 BN (6,2%) có tổn thương phối hợp bị tai biến trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Nguyễn Khải Ca. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chấn thương thận. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2001.
2. Vũ Nguyễn Khải Ca và CS. Chấn thương thận. Y học Việt Nam. 2001, 4, tr.58-163.
3. Nguyễn Bửu Triều, Lê Ngọc Từ, Vũ Nguyễn Khải Ca. Một số nhận xét về chẩn đoán và xử trí chấn thương thận. Ngoại khoa. 1995, 9, tr.271-276.
4. Hoàng Long. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bảo tồn chấn thương thận. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2009.
5. Baba.K et al. Clinica study on renal trauma. Hinyokika Kiyō. 2001, 47 (3), pp.159-162.
6. Nash.P.A, Carrol.P.R. Staging of renal trauma. J. Urol. 1996, pp.95-104.
7. Martin Garcia. B, et al. Epidemiologic stddy of the clinical features, diagnosis, and treatment of kidney trauma in Cantabria. Arch. Esp. Urol. 1995, 48 (5), pp.467-477.
8. Meng.M.V. et al. Renal trauma: indications and technique for surgical exploration. World J. Urol. 1999, 17 (2), pp.71-77.
9. Moller. C.M. et al. The rol of heamaturia in the diagnosis of blunt renal trauma. Scand.J. Urol-Nephrol. Suppl. 1995, 172, pp.99-101.

