**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG THẬN**

**1. ĐẠI CƯƠNG:**

- Chấn thương thận là chấn thương thường gặp nhất trong các chấn thương của hệ tiết niệu, thường đi kèm với chấn thương của các tạng trong ổ bụng như gan, lách..., trong bệnh cảnh đa chấn thương và hay gặp ở độ tuổi lao động, gặp ở nam nhiều hơn nữ.Nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt và thể thao.

- Vết thương thận là một tổn thương cũng thường gặp, hay kèm với vết thương của các tạng trong ổ bụng, hay gặp ở nam giới. Nguyên nhân chủ yếu do dao đâm,ngoài ra còn do đạn bắn, tai nạn giao thông, lao động hay bị đả thương.

**1.1 Định nghĩa:**

- Chấn thương thận kín hay còn gọi là chấn thương thận là trường hợp thận bị tổn thương nhưng thành bụng hay thành lưng không bị thủng.

- Vết thương thận là trường hợp thận bị tổn thương có kèm theo vết thương xuyên thấu của thành bụng hay thành lưng.

**1.2 Nguyên nhân:**

**1.2.1 Nguyên nhân của chấn thương thận:**

- Tai nạn giao thông: đây là nguyên nhân thường gặp nhất

- Tai nạn lao động

- Tai nạn sinh hoạt

- Tai nạn thể thao

**1.2.2 Nguyên nhân của vết thương thận:**

- Vết thương do dao hay các vật nhọn đâm phải: thường gặp trong thời bình, do trả thù cá nhân hay do tai nạn.

- Vết thương do đạn bắn hay các mảnh vỡ do hỏa khí: hay gặp trong chiến tranh, thường kèm theo các thương tổn cơ quan khác.

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:**

**2.1 Bệnh sử:**

- Sau một chấn thương hay vết thương vào vùng hông lưng hoặc hạ sườn, hay những va chạm làm giảm tốc đột ngột như rơi từ độ cao, dừng đột ngột khi đang di chuyển tốc độ nhanh.

- Bệnh nhân có đau nhiều vùng thận hoặc đau khắp bụng nếu có thương tổn phối hợp.

- Tiểu máu.

**2.2 Khám lâm sàng:**

- Tiểu máu: toàn dòng, tiểu máu đại thể hoặc vi thể,đôi khi không tiểu máu.

- Vết bầm vùng chấn thương, vết thương và hướng đi của vết thương ( thấu bụng? thấu ngực?).

- Hố thắt lưng đầy và đau do sự hình thành của khối máu tụ quanh thận.

- Phản ứng thành bụng ở nửa bụng bên bị chấn thương.Đề kháng khắp bụng khi kèm tổn thương cơ quan khác trong ổ bụng, các dấu hiệu xuất huyết nội, viêm phúc mạc.

- Trong trường hợp nặng sẽ có dấu hiệu mất máu cấp, những biểu hiện của choáng như da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

**2.3 Cận lâm sàng:**

- Nhóm máu,tổng phân tích tế bào máu để theo dõi tình trạng mất máu (làm nhiều lần).

- Chức năng đông máu: TS,TC,TQ, TCK,Fibrinogen...

- Chức năng thận: BUN, Creatinine để đánh giá chức năng 2 thận.

- Siêu âm: đánh giá thương tổn của thận, các thương tổn phối hợp, đánh giá thận đối bên và dùng theo dõi diễn tiến của chấn thương.

- XQ hệ niệu có cản quang (UIV) : sử dụng khi không có CT scan hay chụp trên bàn mổ để kiểm tra thận đối bên trong tình huống mổ khẩn cấp mà không có phim CT scan trước đó.

- CT scan bụng có cản quang: giúp chẩn đoán, phân độ chấn thương thận, phát hiện thương tổn phối hợp, đánh giá chức năng thận đối bên và theo dõi diễn tiến bệnh.

- Cộng hưởng từ (MRI): có giá trị giống CT scan, áp dụng cho bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang.

- Chụp mạch máu thận (DSA): khi nghi ngờ có tổn thương mạch máu thận, DSA còn giúp can thiệp nội mạch các trường hợp huyết khối mạch máu thận hoặc can thiệp làm thuyên tắc để cầm máu.

**3.CHẨN ĐOÁN:**

**3.1 Chẩn đoán chấn thương, vết thương thận:**

Bệnh nhân vào viện với bệnh sử chấn thương hoặc vết thương vùng hông lưng, tiểu máu và hình ảnh trên CT scan có tổn thương thận với các mức độ khác nhau.

3.2 Chẩn đoán nguyên nhân: khai thác bệnh sử, thường là tai nạn giao thông, tai nạn lao động, đả thương.....

3.3 Chẩn đoán phân độ chấn thương thận: dựa vào hình ảnh CT scan, phân độ chấn thương thận theo bảng phân độ của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa kỳ (AAsT).

Bảng phân độ chấn thương- vết thương thận (AAST)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phân độ | Loại thương tổn | Tổn thương giải phẫu bệnh ( trên CT scan) |
| I | Đụng dập | Chủ mô thận bị đụng dập nhưng chưa vỡ, thận còn nguyên vẹn |
| Máu tụ | Máu tụ dưới bao thận |
| II | Máu tụ | Máu tụ quanh thận, không lan rộng |
| Vỡ thận | Vỡ chủ mô vùng vỏ thận < 1cm |
| III | Vỡ thận | Vỡ chủ mô vùng vỏ thận > 1cm nhưng không thông với hệ thống đài bể thận |
| IV | Vỡ thận | Vỡ chủ mô thận lan rộng từ vùng vỏ thận, tủy thận. thông vào hệ thống đài bể thận |
| Mạch máu | Huyết khối động mạch thận chính, tổn thương rách động mạch hay tĩnh mạch thùy thận. |
| V | Vỡ thận | Thận vỡ nhiều mảnh |
| Mạch máu | Tổn thương đứt cuống thận hay tổn thương rách mạch máu chính của thận trong vết thương xuyên thấu |

**3.4 Chẩn đoán các biến chứng chấn thương, vết thương thận:**

**3.4.1 Biến chứng sớm:**

**- Chảy máu kéo dài**

- Nhiễm trùng khối máu tụ

- Nang giả niệu

**3.4.2 Biến chứng muộn:**

- Thận ứ nước

- Tăng huyết áp

- Dò động-tĩnh mạch thận

- Tạo sỏi

- Viêm bể thận-thận

**4. ĐIỀU TRỊ:**

\* Mục đích của điều trị chấn thương, vết thương thận là:

• Cầm máu

• Bảo tồn thận chấn thương

• Tránh các biến chứng.

**4.1 Điều trị nội khoa:**

**4.1.1 Chỉ Định:**

- Chấn thương thận độ I, II, III, IV với huyết động ổn định.

- Một số ít trường hợp chấn thương thận độ \* có huyết động ổn định, nhưng vẫn còn bàn cãi

- Vết thương thận đơn thuần độ I, II, III.

**4.1.2 Nội dung điều trị nội khoa:**

- Nghỉ ngơi tại giường: hạn chế vận động để cầm máu và chảy máu tái phát.

- Bồi hoàn thể tích dịch tuần hoàn: truyền máu nếu mất máu, bù dịch đẳng trương như Lactate Ringer, nước muối sinh lí.

- Thuốc giảm đau: paracetamol truyền tĩnh mạch hoặc uống, ngày 1-3g

- Thuốc cầm máu: acid tranexamic, ngày 1-2g. dùng đường tiêm hay đường uống. Vitamin K1: ngày 10-20mg tiêm bắp.

- Kháng sinh phổ rộng phòng ngừa: Dùng kháng sinh khi tổn thương thận thông vào hệ thống đài bể thận, vết thương hở hay có đặt sonde niệu đạo...

Thường dùng kháng sinh phổ rộng như Cephalosporine thế hệ thứ 3, trung bình ngày dùng 2g, đường tĩnh mạch. Thời gian dùng tùy vào diễn tiến lâm sàng.

- Theo dõi diễn tiến bệnh: theo dõi các dấu hiệu mất máu, nhiễm trùng, chức năng thận.

**4.2 Điều Trị Ngoại Khoa:**

**4.2.1 Chỉ định:**

**4.2.1.1Phẫu thuật cấp cứu:**

- Chấn thương thận có huyết động không ổn định ( sau khi đã truyền ít nhất 500ml máu)

- Tổn thương mạch máu thận chính trong thời gian “giờ vàng” (trước 8h)

- Có kèm thương tổn phối hợp, các trường hợp vết thương thận

**4.2.1.2 Phẫu thuật trì hoãn:**

-Chấn thương thận độ \*

- Chấn thương thận trên thận bệnh lý

- Các trường hợp điều trị nội khoa thất bại

**4.2.2 Nội dung của điều trị ngoại khoa:**

- Lấy máu tụ, khâu cầm máu thận chấn thương: những thương tổn chảy máu không tự cầm, thận chấn thương có thể bảo tồn thì ta sẽ lấy hết máu tụ quanh thận, khâu cầm máu và phục hồi giải phẫu thận.

- Phục hồi, sữa chữa mạch máu thận: những thương tổn mạch máu lớn của thận nếu bệnh nhân đến sớm ( trước 8h) ta có thể lấy huyết khối trong lòng mạch máu, tạo hình lại mạch máu thận hoặc ghép thận tự thân tùy vào mức độ thương tổn mạch máu

- Cắt thận bán phần hoặc toàn phần: những thương tổn đứt 1 cực thận thì ta có thể cắt thận bán phần, nếu thận vỡ nát không thể hồi phục thì cắt thận cầm máu.

- Những can thiệp ít xâm lấn: can thiêp nội mạch cầm máu trong chảy máu kéo dài, dẫn lưu máu tụ qua da khi có nhiễm trùng khối máu tụ, dẫn lưu trong (sonde JJ niệu quản) khi có nang giả niệu...

**5. THEO DÕI-TÁI KHÁM**

**5.1 Tiêu chuẩn nhập viện:**

Với chấn thương thận :độ III, IV, \* hay chấn thương có kèm thương tổn phối hợp, bệnh nhân nên được nhập viện để điều trị và theo dõi.

Với vết thương thận : nhập viện.

**5.2 Tiêu chuẩn xuất viện:**

Bệnh nhân điều trị chấn thương và vết thương thận, nếu diễn tiến thuận lợi: huyết động ổn định, hết tiểu máu, khối máu tụ nhỏ dần, không sốt, không dấu hiệu nhiễm trùng khối máu tụ, thương tổn phối hợp ổn định thì có thể cho bệnh nhân xuất viện.

**5.3Theo dõi, tái khám:**

Nghỉ ngơi,hạn chế làm việc nặng.

Trong vòng 3 tháng đầu sau khi xuất viện, mỗi tháng bệnh nhân phải được theo dõi: hình ảnh học, phân tích nước tiểu, chức năng thận, huyết áp...để phát hiện các biến chứng muộn của chấn thương thận