

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NÚT MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG THẬN CÓ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH

Evaluation of transarterial embolization outcomes in the treatment of renal trauma with arterial injuries

Dương Đức Hùng, Lê Thanh Dũng*, Trần Quang Lộc**

*Phạm Ngọc Linh**, Hoàng Đức Thắng**, Thân Văn Sỹ**

SUMMARY

Objective: This study aims to analyze the clinical, laboratory, and imaging characteristics of patients with renal trauma who underwent transarterial embolization. Additionally, it evaluates the outcomes of embolization in the management of renal trauma.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 77 patients with renal trauma who underwent embolization at Viet Duc University Hospital from January 2021 to January 2025.

Results: Flank and lumbar pain were the most common symptoms, occurring in 84.5% of cases. Upon hospital admission, 81% of patients were hemodynamically stable. According to the 2019 World Society of Emergency Surgery (WSES) classification, 17 (22.1%) cases were classified as grade II, 46 (59.7%) as grade III, and 14 (18.2%) as grade IV. Among the 36 patients requiring blood transfusion before intervention, the mean transfused volume was 3.2 ± 2.9 units. The technical success rate after the first embolization attempt was 96.1%, while the clinical success rate was 89.6%. Two patients (2.6%) required repeat embolization, and six patients (7.8%) underwent nephrectomy after embolization. The average hospital stay was 13.7 ± 10.6 days. Common minor complications included post-embolization fever (1.3%) and hematuria (7.8%). One patient (1.3%) died.

Conclusion: Transarterial embolization is a safe and effective treatment for renal trauma, achieving high success rates in non-surgical treatment of renal trauma. The 2019 WSES classification system aids in guiding treatment strategies.

Keywords: Renal trauma; Renal artery injury; Angioembolization.

* Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

**Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận chiếm khoảng 1-5% trong số tất cả các trường hợp chấn thương và chiếm 8-10% trong chấn thương bụng kín, đứng thứ 3 sau chấn thương gan và lách [1], [2].

Tỷ lệ tử vong phụ thuộc rất nhiều vào mức độ chấn thương, chấn thương đi kèm và can thiệp xử lý. Trong khi phần lớn các chấn thương thận có thể được xử trí bảo tồn, thì khoảng 10% cần nút mạch, 5% cần cắt bỏ thận [3]. Xử trí tình trạng mất máu do tổn thương mạch máu trong chấn thương thận là rất quan trọng, vì đây là một biến chứng nặng, có thể dẫn đến tử vong nếu không được xử trí cấp cứu kịp thời.

Hiện nay trên thế giới có 2 hệ thống phân độ chấn thương thận được sử dụng rộng rãi là phân độ của AAST 2018 dựa theo mức độ tổn thương nhu mô, tổn thương mạch máu thận và phân độ của WSES 2019 bổ sung thêm tình trạng huyết động là yếu tố quan trọng để định hướng xử trí. Trong đó, huyết động ổn định sẽ được điều trị bảo tồn [4]. Can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật nút động mạch là một phương pháp điều trị hiệu quả tỷ lệ thành công ban đầu khoảng 80-100% đối với bệnh nhân ổn định về mặt huyết động tổn thương thận độ III đến V theo AAST [5].

Điều trị can thiệp nút mạch trong chấn thương thận kín hiện được áp dụng rộng rãi ở Bệnh viện Việt Đức từ nhiều năm nay, tuy nhiên chưa có một báo cáo với số lượng bệnh nhân đủ lớn và áp dụng phân loại WSES trong chẩn đoán và xử trí. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này để đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nút động mạch thận trong điều trị bảo tồn chấn thương thận và xác định cách quản lý tối ưu cho bệnh nhân chấn thương thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 77 BN được chẩn đoán chấn thương thận có tổn thương động mạch được nút mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Lấy toàn bộ mẫu thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Các bệnh nhân chấn thương thận với dấu hiệu tổn thương động mạch thận trên cắt lớp vi tính (CLVT) có chỉ định can thiệp nội mạch mạch thận cầm máu

- Hồ sơ có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Các trường hợp chảy máu có sốc không đáp ứng sau hồi sức

- Bệnh nhân được chụp mạch số hóa xóa nền nhưng không thấy tổn thương hoặc không được can thiệp nút mạch

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu, suy thận nặng, có tình trạng nhiễm khuẩn chưa được kiểm soát.

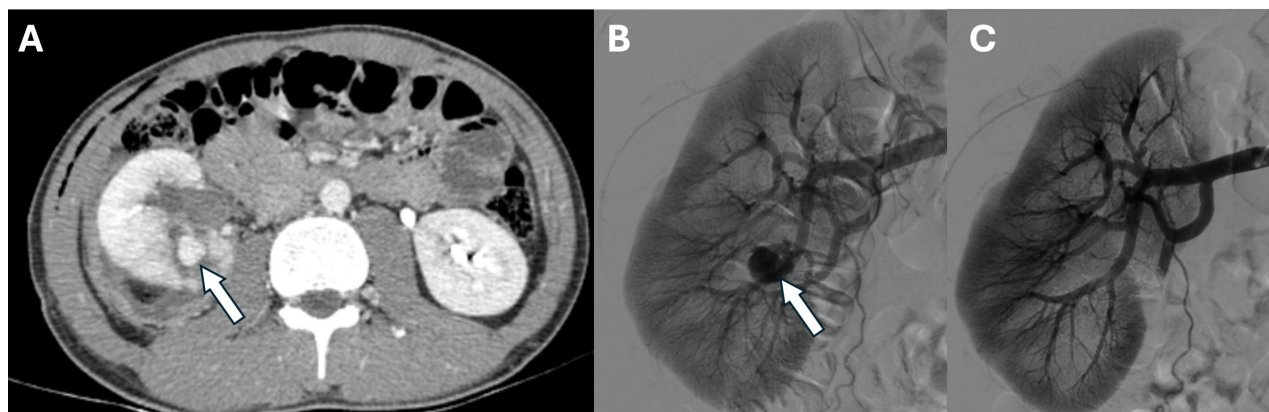
** Phương tiện nghiên cứu:*

Máy chụp CLVT 16 dãy Siemens và GE, máy chụp số hóa xóa nền Philips (Hà Lan),

Dụng cụ can thiệp: các ống thông 5F (Cobra, Yashiro: Terumo), ống thông 1,7-2,7F (progreat: Terumo), vật liệu nút mạch: keo histoacryl, lipiodol, fibred coil (Boston), microguidewire 0.016-0.018”.

** Kỹ thuật:*

Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%. Chọc và đặt sheath 5F vào ĐM đùi phải/trái theo phương pháp Seldinger, có thể sử dụng dưới hướng dẫn siêu âm trong nếu cần thiết. Chụp động mạch chủ bụng bằng Pigtail 5F, sau đó, chụp chọn lọc động mạch thận bên tổn thương bằng Cobra 5F (Hình 1). Nhánh mạch tổn thương được chọn lọc vì ống thông 1,7-2,7F. Các tổn thương (thoát thuốc, giả phình, thông động tĩnh mạch) sau đó được nút tắc bằng các vật liệu thích hợp (keo sinh học (NBCA), coils, spongel...). Chụp động mạch thận bằng cobra 5F sau khi nút mạch để đảm bảo loại bỏ hết tổn thương.



Hình 1. Bệnh nhân nam 36 tuổi, chấn thương thận phải (AAST độ III, WSES II). (A) CLVT cho thấy đường vỡ nhu mô kèm ổ giả phình động mạch thận phải ĐK 6mm.

(B) Chụp mạch xóa nền cho thấy ổ giả phình động mạch từ nhánh động mạch sau bể, tương ứng trên CLVT. (C) Chụp kiểm tra sau nút thấy tổn thương đã được loại bỏ hoàn toàn bằng hỗn hợp keo sinh học (NBCA:Lipiodol tỷ lệ 1:3).

3. Phương pháp thu thập số liệu

Tất cả những người bệnh được chẩn đoán và điều trị chấn thương thận trong thời gian nghiên cứu nếu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sẽ được ghi nhận thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

Các chỉ tiêu và nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, tình trạng huyết động, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, chướng bụng, tiểu máu), vị trí đau (vùng thắt lưng, ngoài vùng thắt lưng), các tổn thương phối hợp.

- Đặc điểm CLVT: phân độ theo Hiệp hội phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (The American Association for the Surgery of Trauma - AAST) năm 2018, các hình thái chấn thương mạch (chảy máu hoạt động, giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch).

- Đặc điểm chụp mạch: chảy máu hoạt động, giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch.

- Phân độ WSES, theo dõi sau điều trị nút mạch (tỷ lệ thành công, biến chứng, phẫu thuật sau can thiệp).
- Kết quả can thiệp, các biến chứng (nếu có) cũng được thống kê.

4. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán mô tả trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher chính xác để xác định mối liên hệ giữa các biến, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được phê duyệt bởi Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội (mã số CS.23.04) và được chấp thuận cho triển khai bởi Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mọi thông tin cá nhân được mã hóa và giữ bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2025, có 77 bệnh nhân chấn thương thận được can thiệp nút mạch thận cầm máu số hoá xóa nền. Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=77)

Đặc điểm chung		Giá trị
Tuổi	Trung bình	39,9 ± 19,03
Giới	Nam	64 (83,1%)
	Nữ	13 (16,9%)
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	53 (68,8%)
	Tai nạn lao động	5 (6,5%)
	Tai nạn sinh hoạt	19 (24,7%)
Thời gian từ lúc chấn thương tới khi nút mạch	≤ 24 giờ	54 (70,1%)
	24 giờ	23 (29,9%)
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung bình	13,7 ± 10,6

N = 77

Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chấn thương thận được mô tả ở bảng 2. 14 trường hợp (18,2%) huyết động không ổn định. 45 trường hợp (58,5%) có tổn thương tạng phối hợp. Trong số 36 trường hợp phải truyền máu (46,8%) trước can thiệp, số lượng máu trung bình phải truyền 1127,78 ± 1029,18 ml.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chấn thương thận

Đặc điểm lâm sàng		Giá trị (%)
Huyết động	Ổn định	63 (81,8%)
	Không ổn định	14 (18,2%)
Dấu hiệu lâm sàng	Đau hông lưng	65 (84, 4%)
	Đái máu đại thể	51 (66,2%)
Thận tổn thương	Thận phải	38 (49,4%)
	Thận trái	39 (50,6%)
Tổn thương phối hợp	Đường bài xuất	9 (11,7%)
	Chấn thương tạng đặc	26 (33,8%)
	Chấn thương tạng rỗng	3 (3,9%)
	Chấn thương sọ não	1 (1,3%)
	Chấn thương ngực kín	6 (7,8%)
	Phối hợp nhiều tổn thương	9 (11,7%)
Lượng máu truyền trung bình (ml)	1127,78 ± 1029,18	

N = 77

Về đặc điểm hình ảnh, theo phân loại theo AAST 2018, các bệnh nhân được phân độ độ III trở lên, trong đó 6 BN được phân độ V (7,9%), độ III và IV là 92,1%. Về các tổn thương mạch máu có 37 trường hợp giả phình

mạch, 26 BN chảy máu thể hoạt động, 4 trường hợp thông động-tĩnh mạch, có 9 trường hợp tổn thương phổi hợp (thông động-tĩnh mạch + tổn thương khác).

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương thận

Đặc điểm hình ảnh		Giá trị
Tổn thương động mạch	Chảy máu hoạt động	26 (33,8%)
	Giả phình động mạch	37 (48,1%)
	Thông động tĩnh mạch	4 (5,2%)
	Tổn thương phối hợp	10 (13,0%)
AAST 2018	Độ III	22 (28,6%)
	Độ IV	49 (63,6%)
	Độ V	6 (7,8%)

N = 77

Vật liệu sử dụng phổ biến là keo sinh học 70 trường hợp (90,9%). 75 bệnh nhân (97,4%) được loại bỏ các tổn thương sau 1 lần can thiệp. Phần lớn (92,2%) các bệnh nhân hết đái máu trong vòng 7 ngày sau can thiệp.

chứng sau nút mạch (bao gồm: sốt, tăng huyết áp, tăng bạch cầu, đau vùng nút mạch) có 13 trường hợp (16,9%), 3 trường hợp (3,9%) có thiếu máu thận do tắc mạch không chủ đích.

Về biến chứng sau nút mạch: hay gặp nhất là hội

Bảng 4. Kết quả điều trị chấn thương thận bằng nút mạch

Kết quả điều trị		Giá trị
Vật liệu nút mạch	Histoacryl	70 (90,9%)
	Coil	3 (3,9%)
	Hỗn hợp	4 (5,2%)
Thành công về kỹ thuật		74 (96,1%)
Thời gian hết đái máu	≤ 7 ngày	71 (92,2%)
	> 7 ngày	6 (7,8%)
Biến chứng	Hội chứng sau nút mạch	13 (16,9%)
	Thiếu máu thận ngoài mục tiêu	3 (3,9%)

Sau can thiệp nút mạch lần đầu, 2 trường hợp (2,6%) phát hiện tổn thương mạch trên CLVT và được nút mạch lần 2. 6 bệnh nhân chuyển phẫu thuật sau can

thiệp, chủ yếu nằm ở nhóm WSES độ IV, trong đó có 1 trường hợp sốc do đa chấn thương dẫn tới suy đa phủ tạng và tử vong (1,3%).

Bảng 5. Kết quả điều trị và phân loại AAST-WSES 2019

WSES	II	III	IV	Tổng (%)
Nút mạch lần 2	0 (0%)	2 (4,3%)	0 (0%)	2 (2,6%)
Phẫu thuật cắt thận	0 (0%)	1 (2,2%)	5 (35,7%)	6 (7,8%)
Bảo tồn	17 (100%)	43 (93,4%)	9 (64,3%)	69 (89,6%)
Tổng (%)	17 (22,1)	46 (59,7%)	14 (18,2%)	77

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, trên thế giới nói chung, Việt Nam nói riêng, điều trị bảo tồn chấn thương thận trở thành xu hướng chính, trong đó vai trò nút mạch cầm máu rất quan trọng vì đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu và tính hiệu quả của phương pháp này. Nguyên tắc và thái độ điều trị bảo tồn không mổ chấn thương thận: đáp ứng với điều trị hồi sức ban đầu. Thái độ đối với bệnh nhân cấp cứu chấn thương thận là nhanh chóng làm các biện pháp điều trị hồi sức và chống sốc. Bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi được đánh giá tình trạng huyết động khi vào viện theo hướng dẫn của WSES-2019. Tình trạng huyết động không ổn định khi (1) huyết áp tâm thu khi nhập viện <90mmHg với bằng chứng co mạch da (lạnh, ẩm, giảm đổ đầy mao mạch), thay đổi ý thức và hoặc khó thở, và/hoặc (2) huyết áp tâm thu >90mmHg nhưng đang cần truyền bolus dịch hoặc sử dụng thuốc vận mạch, và/hoặc (3) bệnh nhân được truyền ít nhất 4-6 đơn vị hồng cầu trong vòng 24 giờ đầu [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 trường hợp (18,2%) khi nhập viện trong tình trạng huyết động không ổn định, sau khi hồi sức tích cực bệnh nhân huyết động được đánh giá lại, tất cả đều đáp ứng sau hồi sức trước khi lên bàn can thiệp (huyết áp tâm thu $\geq$ 100mmHg, mạch <100 lần/phút). Những bệnh nhân chấn thương thận trong nghiên cứu thường đi kèm với tổn thương phối hợp, có tới 45 trường hợp (58,4%) có thương tổn ở cơ quan khác, trong đó hay gặp nhất là chấn thương gan, chiếm 28,9%. Quyết định thực hiện nút mạch hay phẫu thuật thường dựa trên sự hiện diện của các chấn thương đi kèm, tình trạng huyết động và mức độ tổn thương. Những trường hợp có tình trạng huyết động không ổn định, đa chấn thương cần mổ bụng cấp cứu tìm nguyên nhân chảy máu và đôi khi phải cắt thận để cầm máu. Tuy nhiên, với những trường hợp đa chấn

thương, khi các tổn thương chảy máu khác đã được kiểm soát trong phẫu thuật, tổn thương thận còn đi kèm có thể điều trị bằng chụp mạch và nút mạch sau khi BN ổn định nhằm bảo tồn nhu mô thận.

CLVT có tiêm thuốc cản quang được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán chấn thương thận giúp đánh giá chính xác các tổn thương thận như thoát thuốc cản quang thì động mạch, giả phình hay dị dạng thông động tĩnh mạch trong thận; các thông tin về tổn thương nhu mô thận như đường vỡ, ổ đọng dập nhu mô, tụ máu trong nhu mô, tụ máu dưới bao, tình trạng của các tạng khác trong ổ bụng. Tổn thương mạch máu đã có thể phát hiện được trên phim chụp CLVT đa dãy với độ đặc hiệu từ 85,5-87,0% [6], trong đó có 37/77 trường hợp (48,1%) tổn thương giả phình, 26/77 trường hợp (33,8%) thoát thuốc, 4/77 trường hợp (5,2%) thông động tĩnh mạch và 10/77 trường hợp (13,0%) tổn thương phối hợp. CLVT cũng có vai trò rất quan trọng trong theo dõi sau chấn thương, tuy nhiên chỉ chỉ định khi có biến chứng rõ ràng hoặc nghi ngờ hoặc có những thay đổi lâm sàng đáng kể [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 27 trường hợp (35,1%) được chụp lại CLVT sau nút mạch, trong đó có 2 (7,4%) trường hợp vẫn còn tổn thương mạch.

Trong số 77 bệnh nhân được nút mạch, tất cả đều được phát hiện tổn thương động mạch thận trên CLVT, được chụp mạch và nút mạch. Vật liệu nút mạch được chúng tôi sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là keo Histoacryl. Histoacryl là một vật liệu nút mạch rẻ tiền, ít độc và có tác dụng tắc mạch vĩnh viễn, tuy nhiên hạn chế của loại vật liệu này là sự di chuyển không mong muốn của vật liệu gây tắc những mạch không chủ đích. Hỗn hợp Histoacryl và Lipiodol thường được trộn ở nồng độ 1:3 cho hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu,

tỷ lệ 1:2 cho những chấn thương có dòng chảy nhanh hơn [8]. Nhược điểm của keo là khó kiểm soát dòng chảy, nút mạch sai đích có thể gây hoại tử mô thận không tổn thương, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là tuyến đầu trong cấp cứu chấn thương với kinh nghiệm sử dụng keo nút mạch trong rất nhiều trường hợp, nên có 70/77 trường hợp (90,9%) sử dụng Histoacryl để nút mạch trong nghiên cứu. Sử dụng keo trong những trường hợp có tổn thương thông động tĩnh mạch cần được cân nhắc vì có nguy cơ gây tắc động mạch phổi, khi đó Coil sẽ được sử dụng kết hợp nhằm đảm bảo hiệu quả và tránh biến chứng. Có 3 trường hợp sử dụng Coil (3,9%) và 4 trường hợp (5,2%) sử dụng hỗn hợp Coil + keo Histoacryl. Về việc sử dụng vật liệu trong nghiên cứu có sự khác biệt so với các tác giả khác trên thế giới và trong nước. Theo nghiên cứu Alawarraky, Coil được sử dụng ở 23/45 bệnh nhân (51,1%), keo Histoacryl ở 15/45 bệnh nhân (45%) và hạt PVA ở 7 bệnh nhân (15,6%), không có sự khác biệt về thành công lâm sàng giữa các nhóm [9].

Đối với nhóm bệnh nhân có huyết động ổn định theo WSES, có 17/17 trường hợp (100%) WSES II và 43/46 trường hợp (93,4%) WSES III được nút mạch thành công ngay thì đầu. Trong các trường hợp WSES III can thiệp thì đầu thất bại có 2/46 trường hợp (4,3%) cần nút mạch lần 2 và 1 trường hợp duy nhất (2,2%) cần phẫu thuật cắt thận đơn thuần, tuy nhiên bệnh nhân này có tiền sử suy thận và thận tổn thương đã mất chức năng sau đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có huyết động không ổn định khi nhập viện (WSES IV) sau khi được hồi sức ban đầu và can thiệp nút mạch chọn lọc có 9/14 trường hợp (64,3%) ghi nhận bảo tồn chức năng thận sau thủ thuật, 5/14 trường hợp còn lại (35,7%) được phẫu thuật cắt thận, trong đó 1 trường hợp có rách thanh cơ đại tràng xuống được khâu chỗ rách sau đó kiểm tra thận trái thấy vỡ đôi 2 nửa tím đen không còn khả năng bảo tồn và 4 trường hợp tụ máu sau phúc mạc do chấn thương thận AAST độ V. Điều này cho thấy phương pháp nút mạch có tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật ngay lần đầu tiên cao hơn ở các nhóm bệnh nhân có huyết động ổn định bất kể mức độ tổn thương thận (WSES II, III), trong khi tỷ lệ thành công ở những bệnh nhân huyết động

không ổn định (WSES IV) là thấp và thường yêu cầu phẫu thuật cắt thận ngay sau đó. Trước đây, phân độ theo AAST với những chấn thương thận độ IV, V chỉ định can thiệp nút mạch cầm máu hay phẫu thuật còn chưa được thống nhất. Trong nghiên cứu của Giovanni, tỷ lệ nút mạch thành công đối với chấn thương thận độ V theo AAST là 73%, tuy nhiên tỷ lệ này còn có thể thấp hơn nữa nếu chúng ta phân thành tổn thương động mạch thận chính và vỡ thận, đối với những tổn thương động mạch thận chính tỷ lệ thành công có thể rất thấp vì thuyên tắc sẽ không có tình chọn lọc. Hiện nay việc lựa chọn quản lý nhóm bệnh nhân này mới chỉ dựa trên biểu hiện lâm sàng [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 66/77 BN (85,7%) được nút mạch thành công ở lần can thiệp đầu tiên, kết quả này phù hợp với nghiên cứu khác trên thế giới.

Đánh giá về hiệu quả lâm sàng, khi nút mạch thành công, thường nước tiểu sẽ nhạt dần và chuyển màu nâu đen của máu cũ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 71/77 trường hợp (92,2%) hết đái máu trong vòng 7 ngày sau can thiệp. Có 6/77 trường hợp còn đái máu kéo dài trên 7 ngày, nước tiểu không đỡ đỏ thể hiện vẫn còn máu mới, đều được chúng tôi tiến hành chụp CLVT kiểm tra và phát hiện có 2 trường hợp vẫn còn tổn thương, sau đó được nút mạch lần 2 thành công, bệnh nhân này hết đái máu sau 3 ngày. Thời gian hết đái máu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả trong nước và trên thế giới. Theo Phan Nhật Anh thời gian hết đái máu trong vòng 7 ngày chiếm 25/26 trường hợp (96,2%), thời gian hết đái máu sau 7 ngày là 1/26 trường hợp (5%) được nút mạch lần 2 thành công [1].

Hội chứng sau nút mạch bao gồm buồn nôn, nôn, sốt và đau bụng là thường gặp sau can thiệp. Tăng huyết áp thoáng qua sau nút mạch cũng là dấu hiệu thường gặp và có thể kéo dài tới 24 giờ do kích hoạt hệ thống Renin-Angiotensin, có thể kéo dài nếu thuyên tắc dẫn đến thiếu máu cục bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/77 (2,6%) bệnh nhân có biểu hiện suy thận, tuy nhiên các bệnh nhân này đều có tiền sử bệnh thận mạn. Tất cả bệnh nhân sau can thiệp đều có triệu chứng đau, khả năng chịu đựng đau khác nhau tùy từng bệnh

nhân. Đa số trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng giảm đau nhẹ bằng truyền paracetamol 1g (liều trung bình 4-6g/ngày). Đau vùng thận bên can thiệp thường dữ dội nhất ở ngày đầu sau can thiệp, sẽ giảm dần ở ngày thứ 2 và thứ 3. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào được ghi nhận đau quá 3 ngày. Chỉ duy nhất 1 trường hợp có sốt sau can thiệp được ghi nhận, triệu chứng này cũng giảm dần vào ngày thứ 2-3 sau nút. Chúng tôi không gặp các biến chứng sớm như: chảy máu vị trí đường vào can thiệp thường ở bên phải, tắc mạch chi, hay các biến chứng nặng như tắc mạch phổi, lóc tách động mạch, thủng mạch... Biến chứng xa như nhồi máu thận, áp xe thận thường được phát hiện bằng cắt lớp vi tính và xét nghiệm sinh hóa máu. Có 1/77 (1,3%) bệnh nhân phải phẫu thuật nội soi lấy máu tụ quanh thận và 2/77 (2,6%) bệnh nhân phải dẫn lưu máu tụ khoang sau phúc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anh P. N, Thiện D. Đ, Hùng N. D, và Dũng L. T, “Hiệu quả điều trị can thiệp nội mạch tổn thương động mạch thận do chấn thương”, *Tạp Chí Điện Quang Học Hạt Nhân Việt Nam*, số p.h 15, Art. số p.h 15, tháng 7 2022.
2. T. Ząbkowski, R. Skiba, M. Saracen, và H. Zieliński, “Analysis of Renal Trauma in Adult Patients: A 6-Year Own Experiences of Trauma Center”, *Urol. J*, vol 12 (4), 2276–2279, September 2015.
3. T. A. Smith, A. Eastaway, D. Hartt, và K. B. Quencer, “Endovascular embolization in renal trauma: a narrative review”, *Ann. Translate. Med*, vol 9(14), 1198, July 2021.
4. F. Coccolini và c.s., “Kidney and uro-trauma: WSES-AAST guidelines”, *World J. Emerg. Surg*, vol 14(1), 54, December 2019.
5. T. Sugihara và c.s., “Management trends, angioembolization performance and multiorgan injury indicators of renal trauma from Japanese administrative claims database”, *Int. J. Urol*, vol 19(6), 559–563, 2012.
6. X. Shen và c.s., “The application of deep learning in abdominal trauma diagnosis by CT imaging”, *World J. Emerg. Surg*, vol 19(1), 17, May 2024.
7. S. P. McCombie và c.s., “The conservative management of renal trauma: a literature review and practical clinical guideline from Australia and New Zealand”, *BJU Int*, vol 114(S1), 13–21, 2014.
8. J. E. Lopera, “Embolization in Trauma: Review of Basic Principles and Techniques”, *Semin. Interv. Radiol*, vol 38, 18–33, April 2021.
9. M. S. Alwarraky, M. M. Abdallah, và M. S. Elgharbawy, “Clinical outcome and safety of selective renal artery embolization using permanent occlusive agents for acute renal bleeding”, *Egypt. J. Radiol. Nucl. Med*, vol 51(1), p205, October 2020.
10. Liguori và c.s., “The role of angioembolization in the management of blunt renal injuries: a systematic review”, *BMC Urol*, vol 21(1), 104, August 2021.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy can thiệp nội mạch là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị các tổn thương động mạch trong chấn thương thận. Phân loại chấn thương thận theo WSES năm 2019 giúp định hướng lựa chọn phương pháp điều trị. Cần các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, so sánh với các phương pháp điều trị khác để thấy rõ vai trò của can thiệp nội mạch trong điều trị chấn thương thận.

Lời cảm ơn

Đề tài này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, mã số đề tài CS.23.04. Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc, Ban lãnh đạo các Trung tâm, Khoa, Phòng của Trường Đại học Y Dược và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tạo điều kiện và hỗ trợ tôi nghiên cứu hoàn thành nghiên cứu.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của nhóm bệnh nhân chấn thương thận được điều trị bằng can thiệp nội mạch. Đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị chấn thương thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân chấn thương thận được nút mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2025.

Kết quả: Đau bụng vùng hông lưng là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 84,5%, 81% số bệnh nhân có tình trạng huyết động ổn định khi vào viện. Theo phân độ của Hội phẫu thuật cấp cứu thể giới (World Society of Emergency Surgery - WSES) năm 2019, gồm có 17 (22,1%) độ II, 46 (59,7%) độ III và 14 (18,2%). Trong số 36 bệnh nhân cần truyền máu trước can thiệp, lượng máu trung bình là $3,2 \pm 2,9$ đơn vị. Thành công về mặt kỹ thuật sau lần nút mạch đầu tiên đạt 96,1%. Tỷ lệ thành công về lâm sàng ở lần nút mạch đầu tiên đạt 89,6%, có 2 (2,6%) nút mạch lần hai và 6 (7,8%) cắt thận sau nút mạch. Thời gian nằm viện trung bình là $13,7 \pm 10,6$ ngày. Các biến chứng nhẹ thường gặp như sốt hoặc tiểu máu sau can thiệp (tương ứng 1,3% và 7,8%), 1 bệnh nhân (1,3%) tử vong.

Kết luận: Nút mạch trong điều trị chấn thương thận là phương pháp điều trị an toàn, đạt tỷ lệ thành công cao trong điều trị bảo tồn chấn thương thận. Phân loại chấn thương thận theo WSES năm 2019 giúp định hướng phương pháp điều trị.

Từ khóa: Chấn thương thận; tổn thương động mạch thận; nút mạch.

Người liên hệ: Thân Văn Sỹ. Email: sy.hmu0915@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/03/2025. Ngày nhận phản biện: 11/03/2025. Ngày chấp nhận đăng 21/03/2025