

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2742

KẾT QUẢ SỚM CỦA 33 TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Nhật Huy^{1,2}, Du Thị Ngọc Thu², Trương Minh Khoa¹*

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 21310410141@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/5/2024

Ngày phản biện: 03/7/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương thận là bệnh lý thường gặp nhất trong chấn thương hệ thống đường tiết niệu. Đánh giá lâm sàng toàn diện, kết hợp siêu âm, chụp cắt lớp vi tính phân loại mức độ tổn thương thận, cùng các cận lâm sàng đặc hiệu khác cho phép các nhà lâm sàng mạnh dạn có quyết định điều trị bảo tồn chấn thương thận kín nhiều hơn ngay cả chấn thương nặng với hiệu quả cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn trong chấn thương thận kín. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt case theo quy trình tiếp cận đã được khuyến cáo. Sau khi đánh giá ban đầu và hồi sức, 33 bệnh nhân chấn thương thận kín có huyết động ổn định sẽ được làm xét nghiệm; siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để đánh giá mức độ tổn thương thận và tổn thương toàn thân phối hợp khác. Theo dõi và đánh giá tiến triển các dấu hiệu lâm sàng. Chỉ định can thiệp khi biểu hiện lâm sàng xấu đi. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị nội khoa bảo tồn thận chiếm: 81,9%, điều trị bảo tồn có can thiệp mạch chiếm: 12%, cắt thận có 2 bệnh nhân chiếm: 6,1% do diễn biến lâm sàng xấu đi. Tỷ lệ được điều trị thành công bảo tồn thận là: 93,9%. mặc dù chấn thương thận nặng độ IV chiếm tới 18,2%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn cho chấn thương thận kín với huyết động ổn định là an toàn, nguy cơ biến chứng thấp. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công chấn thương thận kín cao. Quyết định điều trị bảo tồn thận có can thiệp, phẫu thuật dựa vào huyết động, tình trạng mất máu và phân độ chấn thương.

Từ khóa: Chấn thương thận, Điều trị bảo tồn trong chấn thương thận kín, chấn thương hệ thống đường tiết niệu.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF 33 CASES OF CONSERVATIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH OBSTRUCTION RENAL INJURY AT CAN THO CITY

Nguyen Nhat Huy^{1,2}, Du Thi Ngoc Thu², Trương Minh Khoa¹*

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Renal injury is the most common pathology in trauma to the urinary tract system. Comprehensive clinical assessment, combining abdomen ultrasound scan, computed tomography to classify the extent of renal damage, and other specific clinical tests allow clinicians to boldly make decisions on conservative treatment of renal injuries more than ever, even severe injury, with high efficiency. **Objective:** To study on clinical, para-clinical characteristics and to evaluate the results of conservative treatment for renal injury. **Materials and methods:** Describe a series of cases according to the recommended approach. After initial assessment and resuscitation, 33 hemodynamically stable renal injury patients will have blood analysis; do abdomen ultrasound scan

and computed tomography scan to evaluate the extent of renal injury and other combined body damages. Monitor and evaluate progression of clinical signs. Indicate intervention when clinical manifestations gotten worse. **Results:** The rate of conservative treatment to preserve the kidney was 81.9%, conservative treatment with vascular intervention was 12%, nephrectomy with 2 patients was 6.1% due to worse clinical progression. The rate of successful kidney preservation treatment was 93.9%. Although grade IV severe renal injury accounted for 18.2%. **Conclusion:** Conservative treatment for renal injury with stable hemodynamics is safe, with low risk of complications. The rate of successful conservative treatment of renal injury is high. The decision had conservative treatment for renal injury with intervention or surgery is based on hemodynamics, blood loss and injury grading.

Keywords: Renal injury, Conservative treatment for renal injury, trauma to the urinary tract system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận (CTT) là bệnh lý thường gặp nhất trong chấn thương các cơ quan tiết niệu và chiếm 8% - 10% chấn thương vùng bụng và chiếm khoảng 1% - 5% trong tất cả các chấn thương. 80% - 90% CTT là do va chạm trực tiếp. Những năm gần đây, tỷ lệ CTT tại Việt Nam có xu hướng ngày càng gia tăng về số lượng và mức độ nặng liên quan đến sự phát triển kinh tế và giao thông đô thị [1].

Đánh giá lâm sàng toàn diện, kết hợp siêu âm, chụp cắt lớp vi tính phân loại mức độ tổn thương thận, cùng các cận lâm sàng đặc hiệu khác cho phép các nhà lâm sàng mạnh dạn có quyết định điều trị bảo tồn chấn thương thận kín nhiều hơn ngay cả chấn thương nặng với hiệu quả tới 54 - 67%. Xu hướng điều trị bảo tồn ngày càng tăng khi tình trạng huyết động ổn định. Quyết định điều trị CTT nặng phải cân nhắc giữa hai vấn đề lớn là gia tăng tỷ lệ cắt thận ở bệnh nhân mổ ngay so với can thiệp muộn và sự gia tăng tỷ lệ biến chứng khi điều trị bảo tồn theo dõi [2].

Ở Việt Nam nói chung và thành phố Cần Thơ nói riêng, CTT là bệnh lý thường gặp nhất trong chấn thương các cơ quan tiết niệu và đồng thời cũng có nhiều kỹ thuật đa dạng trong điều trị CTT được thực hiện. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đầy đủ về điều trị bảo tồn không mổ CTT. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn trong chấn thương thận kín.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

33 Bệnh nhân được chẩn đoán CTT, tại 2 Bệnh viện của thành phố Cần Thơ (Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ) trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán CTT, tổn thương thận được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính, bao gồm cả chấn thương trên thận bình thường và bệnh lý, CTT đơn thuần và phối hợp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** CTT do vết thương xuyên hoá khí, hung khí, các tổn thương do can thiệp thủ thuật điều trị gây nên và CTT đã được mổ ở tuyến trước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả hàng loạt case theo quy trình tiếp cận đã được khuyến cáo của American Association for the Surgery of Trauma (AAST) năm 2018 [3]. Sau khi đánh giá ban đầu và hồi sức, tất cả bệnh nhân CTT có huyết động ổn định sẽ được làm xét nghiệm; siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để đánh giá mức độ tổn thương thận và tổn thương toàn thân phối hợp khác. Bệnh nhân CTT đi kèm chấn thương bụng phối hợp sẽ được sàng lọc tổn

thương cần mổ cấp cứu ngay, còn lại sẽ được chẩn đoán mức độ CTT theo phân loại của AAST [3] và được xem xét chỉ định điều trị bảo tồn.

Chỉ định điều trị bảo tồn theo dõi tất cả các CTT kín đơn thuần hay phối hợp có tình trạng huyết động ổn định được theo dõi tại giường, điều trị kháng sinh, truyền dịch, xét nghiệm máu. Theo dõi mạch, huyết áp 1 giờ/lần, tiến triển của các dấu hiệu lâm sàng: Đái máu, độ lớn của máu tụ, sốt. Đánh giá tiến triển CTT bằng chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính.

Đưa ra chỉ định can thiệp sớm trên cơ sở theo dõi tiến triển của các biểu hiện lâm sàng, mức độ mất máu qua xét nghiệm và diễn biến tổn thương qua chẩn đoán hình ảnh. Chỉ định can thiệp khi biểu hiện lâm sàng xấu đi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

33 bệnh nhân CTT bao gồm 31 bệnh nhân điều trị bảo tồn theo dõi và 2 bệnh nhân điều trị phẫu thuật. 100% CTT được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính. CTT gặp chủ yếu ở nam (81,8%). Tỷ lệ nam gấp 4,5 lần nữ. Tuổi trung bình là $35,5 \pm 15,80$ (18 - 56 tuổi). Tuổi thường gặp 20 – 35 tuổi chiếm 70,5%. Thời gian từ sau tai nạn đến khi cấp cứu trung bình $15,48 \pm 10,22$ giờ (1 - 96 giờ). Nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 75%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng điển hình: Đái máu chiếm 100%. Đau thắt lưng – bụng chướng gặp ở 97%. Tụ máu hố thắt lưng 87,8%. CTT trái 54,5%. CT do cơ chế trực tiếp là 100%. CTT phối hợp 15,1%. CTT bệnh lý gặp 6%.

Đặc điểm cận lâm sàng về chẩn đoán hình ảnh: 100% CTT điều trị nội bảo tồn được chụp cắt lớp vi tính gồm: 0 CTT độ I (0%), 2 độ II (6,1%). 23 độ III (69,7%), 6 độ IV (18,2%), 2 độ V (6,1%).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 1. Phân độ CTT ban đầu liên quan với phương pháp điều trị

Phân độ chấn thương thận khi vào viện	Phương pháp điều trị			Tổng
	Nội bảo tồn	Can thiệp mạch	Mổ trị hoãn	
Độ I	0	0	0	0
Độ II	2 (6,1%)	0	0	2 (6,1%)
Độ III	23 (69,7%)	0	0	23 (69,7%)
Độ IV	2 (6,1%)	4 (12%)	0	6 (18,2%)
Độ V	0	0	2 (6,1%)	2 (6,1%)
Tổng	27 (81,9%)	4 (12%)	2 (6,1%)	33 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị nội khoa bảo tồn thận chiếm: 81,9%, điều trị bảo tồn có can thiệp mạch chiếm: 12%, cắt thận có 2 bệnh nhân chiếm: 6,1%. Trong số các trường hợp CTT độ IV, phải can thiệp mạch 4/6 ca chiếm tỉ lệ 66%, Ở 2 trường hợp CTT độ V, tỷ lệ phẫu thuật là 100%. Vậy tỷ lệ được điều trị thành công bảo tồn thận là: 93,9%.

Bảng 2. Tiến triển giảm dần của các triệu chứng lâm sàng (n = 31)

Triệu chứng lâm sàng	Thời gian theo dõi			
	Ngày thứ 1	Ngày thứ 3	Ngày thứ 5	Ngày thứ 7
Đái máu	31	21	10	3
Đau thắt lưng	29	20	12	9

Triệu chứng lâm sàng	Thời gian theo dõi			
	Ngày thứ 1	Ngày thứ 3	Ngày thứ 5	Ngày thứ 7
Tụ máu thất lưng	26	24	15	8
Phản ứng, co cứng thất lưng	15	5	2	2

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng đều giảm dần. Đái máu thoái lui nhanh nhất trong khi dấu hiệu đau thất lưng còn tồn tại ở 27% bệnh nhân sau điều trị nội bảo tồn 1 tuần.

Bảng 3. Hai trường hợp CTT độ V diễn biến xấu đi trong quá trình điều trị bảo tồn (n=2)

Diễn tiến – biến chứng	Tần suất (n=2)		Xử trí
	n	%	
Sốc tụt huyết áp	1	50	Chỉ định mổ cấp cứu (độ V)
Tụ máu hông lưng tăng	1	50	Chỉ định mổ cấp cứu (độ V)

Nhận xét: 2 trong số 33 bệnh nhân diễn tiến xấu đi đều là chấn thương độ V. Một bệnh nhân sốc tụt huyết áp sau 1 ngày điều trị, bệnh nhân còn lại sau điều trị bảo tồn 9 ngày, được chụp CT lại lần 2 thì thấy khối máu tụ thất lưng to lên về kích thước, mặc dù thông tiểu vàng trong (MSCT ghi nhận thận không bắt thuốc cản quang, sau cắt thận bệnh nhân sức ổn). Điều trị nội bảo tồn thành công đạt tỷ lệ 93,9% với 4 bệnh nhân (12%) được can thiệp thêm nút mạch chọn lọc. Có 2 CTT (2 độ V) diễn biến lâm sàng xấu đi nên được mổ cấp cứu sau vào viện 24 giờ chiếm 6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá mức độ CTT qua biểu hiện lâm sàng

CTT thường chiếm một tỷ lệ khoảng 10% trong tổng số chấn thương bụng kín, thường kèm theo các thương tổn phối hợp khác trong bệnh cảnh đa chấn thương. Vì vậy, chúng ta cần phải dựa vào cả thăm khám lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh để xác định đúng chiến lược để điều trị. Ngày nay, lợi ích của điều trị bảo tồn trong CTT nặng được các chuyên gia thừa nhận và nên ưu tiên điều trị ngay từ đầu cho tất cả bệnh nhân có huyết động ổn định dựa trên Hướng dẫn điều trị của Hội Nội khoa châu Âu (AEU) và Hội Nội khoa Hoa Kỳ (AUA) [4]. Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh việc điều trị bảo tồn trong CTT không làm nặng thêm các tổn thương ở thận cũng như không làm tăng tỷ lệ biến chứng trong CTT kín.

Một vấn đề luôn được đặt ra trong điều trị bảo tồn CTT là khi nào với loại tổn thương nào thì có chỉ định can thiệp. Quyết định liên quan đến điều trị CTT nặng phải cân nhắc giữa hai vấn đề lớn là gia tăng tỷ lệ cắt thận ở BN mổ cấp cứu so với can thiệp thận muộn và gia tăng tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân điều trị bảo tồn theo dõi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nam/nữ: 4,5/1, gần tương đương với nguyên cứu của Cao Văn Trí có tỷ lệ nam/nữ là: 4,7/1 [5]; còn của Trần Thanh Phong là 3,3/1 [6].

Tuổi trung bình BN: $35,5 \pm 15,8$ (18 - 56 tuổi), tương đương với các nghiên cứu của Trần Quốc Hòa là $31,7 + 15,6$ (6 - 79 tuổi) [7] và Cao Văn Trí: $31,7 + 13,9$ (15 - 60 tuổi) [5].

Đái máu đại thể gặp 100% không tương xứng với mức độ nặng của CTT. Mức độ đái giảm đi nhanh chóng (còn 3 trên tổng số 31 bệnh nhân sau 7 ngày điều trị) cho dù CTT thận độ cao hay thấp. Dấu hiệu hồ thất lưng đầy đau chiếm 87,8% có giá trị đánh giá mức độ tụ máu sau phúc mạc và theo dõi diễn biến CTT. Tất cả CTT có huyết động ổn định từ đầu sẽ được chụp CT scan hệ tiết niệu. Trong nguyên cứu chúng tôi dấu hiệu hồ thất lưng đầy và đau là một dấu hiệu gợi ý tình trạng nặng hơn của bệnh nhân với tụ máu sau phúc mạc tăng dần.

4.2. Chẩn đoán hình ảnh phân loại chấn thương thận

Chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang đánh giá tổn thương nhu mô thận với độ chính xác cao 93,9%. Quan trọng nhất là cắt lớp vi tính phát hiện được chấn thương cuống thận nặng cần phải can thiệp sớm trong khi biểu hiện lâm sàng nghèo nàn.

Nghiên cứu có 6 bệnh nhân CTT độ IV, trong đó có 4 bệnh nhân có thoát thuốc cản quang được điều trị bảo tồn bằng nút mạch thận chọn lọc đạt kết quả tốt. Phân loại CTT theo AAST là một yếu tố quan trọng kết hợp với mức độ tụ máu sau phúc mạc, tình trạng huyết động và lượng máu truyền là cơ sở để chỉ định can thiệp phẫu thuật hay theo dõi bảo tồn những CTT nặng độ IV. Trong nguyên cứu cả 6/6 bệnh nhân CTT độ IV được điều trị bảo tồn thận thành công.

Bên cạnh đó, còn có 2 bệnh nhân CTT độ V. Tổn thương vỡ thận nặng nhiều đường, vỡ nát thận thành nhiều mảnh phân thùy mất nuôi dưỡng dứt cuống mạch thận gây tụ máu sau phúc mạc lan rộng. Trong nghiên cứu cả 2 bệnh nhân CTT độ V được chẩn đoán bằng chụp CLVT với giá trị chẩn đoán chính xác là 100%. Nhận xét trong mổ cho thấy 2 tổn thương này đều vỡ thận nặng nhiều đường, vỡ nát thận thành nhiều mảnh phân thùy mất nuôi dưỡng dứt cuống mạch thận gây tụ máu sau phúc mạc lan rộng như được mô tả trên CLVT.

4.3 Đánh giá kết quả gần điều trị bảo tồn chấn thương thận kín.

Hardee và cộng sự, nghiên cứu hồi cứu 115 bệnh nhân có CTT độ III hoặc IV. Tỷ lệ can thiệp là 7%, chủ yếu là cắt thận và điều trị bảo tồn bằng phẫu thuật là chính. Máu đang chảy khối máu tụ hông lưng lớn > 3,5cm là điều kiện để phẫu thuật cấp cứu [8]. Một số báo cáo trong nước cho thấy tỷ lệ cắt thận để cầm máu trong phẫu thuật điều trị CTT khá cao. Chu Văn Nhuận và cs. (2000) [9] ghi nhận là 34,69% (17/49 trường hợp CTT được can thiệp phẫu thuật).

Xu hướng hiện nay là điều trị CTT độ nặng bằng những phương pháp ít xâm hại hơn. Hầu hết các nhà thực hành lâm sàng ủng hộ điều trị theo dõi cho những trường hợp huyết động học ổn định mà không có tình trạng chảy máu hoạt động giúp hạn chế tối đa chỉ định phẫu thuật thám sát ở giai đoạn cấp tính. Ở những trường hợp CTT độ III, IV điều trị nội khoa bảo tồn có hỗ trợ bằng nút mạch thận có thể giảm thiểu số trường hợp phải phẫu thuật thám sát vốn rất phức tạp và giúp bảo tồn tối đa nhu mô thận; tuy nhiên với cách tiếp cận này có thể cần can thiệp nút mạch nhiều lần. Hiệu quả điều trị của phương pháp nút mạch thận chọn lọc cho những bệnh nhân chấn thương độ V khá mâu thuẫn, với các số liệu thay đổi từ thành công hoàn toàn tới thất bại hoàn toàn. Sự khác biệt này có thể phản ánh mức độ đa dạng của tổn thương độ V, vì vậy một số tác giả đề nghị tổn thương thận độ V chỉ nên bao gồm tổn thương rốn thận, mà lúc này phẫu thuật sẽ là lựa chọn thích hợp nhất. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật mức độ chọn lọc và siêu chọn lọc trong nhóm chấn thương – vết thương thận của Đỗ Anh Toàn đạt 95,6% [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân được chỉ định can thiệp mạch và cả 4 đều cho kết quả thành công.

Những nghiên cứu khác ủng hộ thành công trong bảo tồn CTT độ V ở những bệnh nhân huyết động ổn định. Lancon C (2016) báo cáo 151 trường hợp CTT nặng trường hợp độ IV và 27 trường hợp độ V thì điều trị bảo tồn thành công 110 trường hợp độ IV (89%) và 14 (52%) tổn thương độ V [11]. Nghiên cứu của Van der Wilden và cộng sự cũng cho tỉ lệ thành công cao (92,2%) [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 bệnh nhân CTT độ V đều điều trị bảo tồn thất bại và phải phẫu thuật cấp cứu trì hoãn, sau can thiệp sức khỏe bệnh nhân ổn định. So sánh với Sherwan Khoschnau (2020) đã chỉ ra CTT độ cao ở bệnh nhân huyết động ổn định có thể được điều trị bảo tồn đạt kết quả tốt với tỉ lệ 93% [13].

Hiện tại, điều trị bảo tồn CTT kín từ độ I đến độ IV có huyết động ổn định có chứng cứ rõ ràng. Tất cả các Hướng dẫn khuyến cáo chỉ nên can thiệp trên bệnh nhân có CTT khi huyết động không ổn định [14]. Hướng dẫn của Hội Nội khoa Hoa Kỳ (AUA) chủ trương điều trị không xâm lấn trên bệnh nhân có huyết động ổn định cho mọi mức độ chấn thương. Hướng dẫn của Hội Nội khoa châu Âu (EAU) cũng ghi nhận huyết động không ổn định là một chỉ định cho điều trị xâm lấn mặc dù có tổn thương cường thận hay không [8]. Nhìn chung, theo Hướng dẫn của Hội Nội khoa Hoa Kỳ và Châu Âu, tất cả bệnh nhân với huyết động ổn định được điều trị bảo tồn bất kể độ chấn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị nội khoa bảo tồn không mổ thành công ở 31/33 bệnh nhân đạt tỷ lệ 93,9%, tương đương với các nghiên cứu của Hoàng Long 91,1% [15] hoặc Trần Đức Dũng là 89,2%. [16]

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn cho chấn thương thận kín với huyết động ổn định là an toàn, nguy cơ biến chứng thấp. Lâm sàng và cận lâm sàng đóng vai trò lớn gợi ý hướng điều trị và can thiệp sớm. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công chấn thương thận kín trong nghiên cứu này là 93,2%; mặc dù chấn thương thận nặng độ IV chiếm tới 18,2%. Có 6,1% chấn thương thận điều trị bảo tồn được chỉ định mổ cấp cứu do diễn biến lâm sàng xấu đi. Quyết định điều trị bảo tồn thận hay phẫu thuật dựa vào huyết động, tình trạng mất máu và phân độ chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Nguyễn Khải Ca và Hoàng Long. Chấn thương thận kín, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, 2007. 111 – 126.
2. Hagiwara A., Sakaki S., Goto H et al. The Role of Interventional Radiology in the Management of Blunt Renal Injury: A Practical Protocol. *The Journal of Trauma*. 2001. 51, 526 – 531, DOI: 10.1097/00005373-200109000-00017.
3. Sorena Keihani. Contemporary management of high-grade renal trauma: Results from the American Association for the Surgery of Trauma Genitourinary Trauma study. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2018. 84(3), 418-425. DOI: 10.1097/TA.0000000000002572
4. Morey AF, Brandes S, Dugi DD. Urotrauma: AUA guideline. *J. Urol*. 2014. 192(2), 327-335, DOI: 10.1016/j.juro.2014.05.004
5. Cao Văn Trí, Trương Quang Bình, Bùi Chín, Nguyễn Minh Tuấn, Nguyễn Duy Khánh, Đỗ Văn Hiếu. Đánh giá kết quả điều trị không phẫu thuật chấn thương thận kín nặng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2017. số đặc biệt tháng 8/2017, 277 - 282.
6. Trần Thanh Phong. Nghiên cứu phương pháp điều trị bảo tồn thận chấn thương độ 4. *Tạp chí Y dược học*. 2017. số đặc biệt, 93-97, 8/2017.
7. Trần Quốc Hòa. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị chấn thương thận. Luận văn Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2018.
8. Hardee MJ, Lowrance W, Brant WO, Person AP, Stevens MH, Myers JB. High grade renal injuries: Application of parkland hospital predictors of intervention for renal hemorrhage. *J. Urol*. 2013. 189(5), 1771-1776, DOI: 10.1016/j.juro.2012.11.172.
9. Chu Văn Nhuận. Chỉ định điều trị chấn thương thận, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2000. 45-46.
10. Đỗ Anh Toàn. Điều trị chảy máu chấn thương thận bằng thuyên tắc mạch chọn lọc, *Tạp chí Y học thực hành*. 2017. Số 6 (1044), 2017, 37-39.
11. Lanchon C, Fiard G. High grade blunt renal trauma: Predictors of surgery and long-term outcomes of conservative management. A prospective single center study. *J. Urol*. 2016. 195(1), 106-111, DOI: 10.1016/j.juro.2015.07.100.

- Wilden GM, Velmahos GC. Successful nonoperative management of the most severe blunt renal injuries. *JAMA surg.* 2013. 148(10), 924, DOI:10.1001/jamasurg.2013.2747.
- Sherwan Khoschnau. Traumatic Kidney Injury: An Observational Descriptive Study. *Urologia Internationalis.* 2020. 104(1-2), 148-155. DOI: 10.1159/000504895.
- Bryk DJ, Zhao LC. Guideline of guidelines: A review of urological trauma guidelines. *BJU Int.* 2016. 117(2), 226-234, DOI: 10.1111/bju.13040
- Hoàng Long. Điều trị bảo tồn không mổ chấn thương thận. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2012. 80(3), 27-35, <https://doi.org/10.52852/tencyh.v80i3.1634>.
- Trần Đức Dũng, Đánh giá kết quả điều trị chấn thương thận kín. *Tạp chí y dược lâm sàng.* 2019. tập 14 số 1/2019, 105-111.

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2836

**NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
ĐẾN TRẺ SƠ SINH NHẸ CÂN THEO BIỂU ĐỘ INTERGROWTH-21
Ở THAI 34-40 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Lê Thị Thùy An^{1}, Lưu Thị Thanh Đào¹, Nguyễn Thái Hoàng²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

**Email: 21310510192@student.ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 25/5/2024

Ngày phản biện: 25/7/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai thường gặp nhiều biến cố bất lợi trong quá trình mang thai, ngay sau sinh và trong suốt quá trình phát triển thể chất và nhận thức. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai để xây dựng kế hoạch chăm sóc thai kỳ thích hợp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai theo biểu đồ Intergrowth-21 ở thai 34-40 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 1270 thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ có tuổi thai 34-40 tuần từ 10/2022 đến 04/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai theo Intergrowth-21 là 10,6%. Một số yếu tố có liên quan đến trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai là thai phụ có trình độ học vấn dưới bậc trung học cơ sở (OR = 5,18; KTC 95%: 1,68 - 15,98), thai phụ có rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ (OR = 3,06; KTC 95%: 1,68 - 5,58), thai phụ có BMI trước mang thai dưới 18,5 kg/m² (OR = 2,90; KTC 95%: 1,93 - 4,35) và thai phụ tăng cân dưới mức khuyến nghị trong thai kỳ (OR = 1,98; KTC 95%: 1,36 - 2,88). **Kết luận:** Tình trạng dinh dưỡng, trình độ học vấn của bà mẹ và bệnh lý rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ làm tăng nguy cơ sinh trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai.

Từ khóa: Sơ sinh nhẹ cân, Intergrowth-21, BPV 10th.