

- Thrombocytopenia in COVID-19 Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis", Archives of academic emergency medicine. 8, p. e75.
3. **Berni Andrea, Malandrino Danilo, Corona Giovanni, et al. (2021)**, "Serum sodium alterations in SARS CoV-2 (COVID-19) infection: impact on patient outcome", European Journal of Endocrinology. 185(1), pp. 137-144.
 4. **Dinesh Anant, Mallick Taha, Arreglado Tatiana M., et al. (2021)**, "Outcomes of COVID-19 Admissions in the New York City Public Health System and Variations by Hospitals and Boroughs During the Initial Pandemic Response", Frontiers in Public Health. 9.
 5. **Illg Z., Muller G., Mueller M., et al. (2021)**, "Analysis of absolute lymphocyte count in patients with COVID-19", Am J Emerg Med. 46, pp. 16-19
 6. **Ippolito D., Maino C., Pecorelli A., et al. (2020)**, "Chest X-ray features of SARS-CoV-2 in the emergency department: a multicenter experience from northern Italian hospitals", Respir Med. 170, p. 106036
 7. **Lan Fen, Zhu Chen, Jin Rui, et al. (2021)**, "Clinical characteristics of COVID-19 patients with complications: implications for management", Therapeutic Advances in Chronic Disease. 12, p. 20406223211041924.
 8. **World Health Organization (2020)**, World Health Organization Declares COVID-19 a 'Pandemic.', accessed, from <https://time.com/5791661/who-coronavirus-pandemic-declaration/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CHẤN THƯƠNG GAN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Nguyễn Quang Huy*, Đặng Khải Toàn*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 140 bệnh nhân chấn thương gan được cấp cứu và điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020. Chấn thương gan trong chấn thương bụng kín thường gặp ở độ tuổi 21–49. Độ tuổi trung bình là 33,5. Số bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Đau bụng là triệu chứng cơ năng hằng định nhất. Mất máu thường ở mức độ nhẹ đến trung bình. Tất cả các trường hợp bệnh nhân vỡ gan nhập viện đều có men gan tăng, mức độ tổn thương gan càng nặng thì men gan càng cao. Về vị trí tổn thương gan trên chụp cắt lớp vi tính, phần lớn tổn thương vị trí gan phải, tổn thương hạ phân thùy VI chiếm tỷ lệ cao nhất. Đối với thùy gan trái, tổn thương hạ phân thùy IV thường gặp nhất. Về mức độ tổn thương theo AAST thì độ III thường gặp nhất.

Từ khóa: Chấn thương gan, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị bảo tồn

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LIVER INJURY TREATED CONSERVATIVELY

Through a study of 140 patients with liver injury who were treated conservatively at 115 People's Hospital from January 2016 to December 2020. Liver injury in blunt abdominal trauma is common at the age of 21–49. The average age is 33.5. Male patients are more common than female. The main cause is traffic accidents. Abdominal pain is the most constant

physical symptom. Blood loss is usually mild to moderate. All cases of liver rupture patients admitted to the hospital have elevated liver enzymes, the more severe the liver damage, the higher the liver enzymes. Regarding the location of liver damage on computed tomography, most of the lesions were located in the right liver, with the highest percentage of lower segment VI lesions. For the left lobe of the liver, segment IV lesions are most common. Regarding the level of damage according to AAST, grade III is the most common.

Keywords: Liver injury, clinical, subclinical characteristics treatment conservatively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, chấn thương sẽ là nguyên nhân đứng hàng đầu hoặc hàng thứ hai trở thành gánh nặng tử vong hằng năm trên toàn thế giới. Trong chấn thương bụng kín thì chấn thương gan là một trong những chấn thương thường gặp đứng hàng thứ hai sau chấn thương lách (chiếm 15%–20%) [1].

Trước đây chấn thương gan chủ yếu được can thiệp bằng phẫu thuật để kiểm soát chảy máu và ngăn ngừa các biến chứng đường mật. Tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật còn khá cao đôi khi phẫu thuật còn làm nặng thêm tình trạng bệnh. Theo Michael Bartels và David J. Gillet [2] tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật chấn thương gan trên 85%, không những vậy thời gian nằm viện còn kéo dài và gia tăng chi phí điều trị.

Trong những thập niên gần đây quan điểm điều trị chấn thương gan đã bắt đầu có sự thay đổi [2], các nghiên cứu cho thấy khoảng 50% – 80% các trường hợp chấn thương gan ngừng

*Bệnh viện Nhân dân 115, TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy
 Email: huyphat.vn115@gmail.com
 Ngày nhận bài: 27/5/2022
 Ngày phản biện khoa học: 18/6/2022
 Ngày duyệt bài: 5/7/2022

chảy máu một cách tự nhiên [3]. Vì vậy, điều trị không phẫu thuật chấn thương gan trong chấn thương bụng kín ngày càng được chỉ định rộng rãi. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy 71% - 94% bệnh nhân chấn thương gan có thể được điều trị bảo tồn với tỷ lệ thành công ghi nhận lên đến 85%–94% [2],[3].

Công trình nghiên cứu của chúng tôi có mục tiêu xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chấn thương gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Nhân dân 115, TPHCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu: Tiến cứu
- Loại hình nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương gan đơn thuần do chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn không phẫu thuật từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020.
- Tất cả dữ liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: Tuổi trung bình là 33,5, tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 89.
- Giới tính: có 100 bệnh nhân nam (tỷ lệ 71,4%) và có 40 bệnh nhân nữ (tỷ lệ 28,6%), tỷ lệ nam/nữ = 2,5
- Nguyên nhân chấn thương

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương (n=140)

Lý do vào viện	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	114	81,4
Tai nạn lao động	14	10
Tai nạn sinh hoạt	12	8,6
Tổng số	140	100%

- Cơ chế chấn thương. Hầu hết các trường hợp chấn thương gan với cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm tỷ lệ 95,7%. Cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm tỷ lệ 4,3%.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tình trạng huyết động khi nhập viện

Bảng 2. Tình trạng huyết động khi nhập viện

Huyết động		Số BN (n = 140)	Tỷ lệ (%)
Mạch (lần/phút)	< 100	125	89,3
	100–120	13	9,3
	120–140	2	1,4
	≥ 140	0	0
Huyết áp tối đa (mmHg)	< 70	2	1,4
	70–90	10	7,1
	≥ 90	128	91,4

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng (n = 140)

Triệu chứng cơ năng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sốt	14	10,0
Khó thở	5	3,6
Đau ngực	45	32,1
Đau bụng	140	100
Bí trung/đại tiện	17	12,1
Chướng bụng	48	34,3

Đau bụng là triệu chứng cơ năng hằng định nhất, trong thu thập của chúng tôi, đau bụng chiếm tỷ lệ 100% các trường hợp bao gồm đau vị trí hạ sườn phải, đau ngoài vùng gan và đau khắp bụng.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 4. Triệu chứng thực thể (n = 140)

Thực thể		Số BN	Tỷ lệ (%)
Cảm ứng phúc mạc		50	35,7
Phản ứng thành bụng		84	60
Cổ cứng thành bụng		6	4,3
Gõ đục vùng thấp		25	17,9
Dấu hiệu thành bụng khi theo dõi	Không đổi	99	70,7
	Nặng hơn	6	4,3
	Giảm	35	25
Mất nhu động ruột		20	14,3
Vàng da		4	2,9
Xây sát		32	22,9

Biểu hiện phản ứng thành bụng là triệu chứng thực thể thường gặp nhất trên lâm sàng chiếm 60%, cảm ứng phúc mạc chiếm 35,7%.

Bảng 5. Các chấn thương phối hợp

Loại chấn thương phối hợp	Số BN	Tỷ lệ (%)
Chấn thương sọ não	11	7,9
Chấn thương ngực	46	32,9
Chấn thương khung chậu	06	4,3
Chấn thương chi	21	15,0

Chấn thương ngực là chấn thương phối hợp thường gặp nhất trong thu thập của chúng tôi chiếm 32,9%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Mức độ mất máu cấp ở thời điểm nhập viện. Hầu hết bệnh nhân mất máu cấp mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 92,8%. Chỉ có 02 trường hợp mất máu cấp mức độ nặng, trong đó 01 trường hợp điều trị bảo tồn đơn thuần, 01 trường hợp cần can thiệp nút mạch. Có 08 trường hợp mất máu cấp mức độ trung bình, tất cả đều được điều trị bảo tồn đơn thuần.

3.2.2. Xét nghiệm sinh hóa. Chỉ số AST thấp nhất: 27,5 U/l, cao nhất 2129 U/l, trung bình toàn nhóm: 443,6 ± 427,8. Chỉ số ALT thấp nhất: 59U/l, cao nhất 1204 U/l, trung bình toàn nhóm: 548,2 ± 580. Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng

tăng men gan.

3.2.3. Siêu âm bụng tổng quát

Bảng 6. Đặc điểm hình ảnh học siêu âm

Siêu âm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Dịch máu ổ bụng	Ít	70	50,0
	Vừa	24	17,1
	Nhiều	6	4,3
	Không có	40	28,6
Vị trí tổn thương	Không xác định	28	20,0
	Gan phải	103	73,6
	Gan trái	1	0,7
	Gan phải + Gan trái	5	3,6
Tổng thương tạng khác		18	12,9

Siêu âm phát hiện tổn thương gan trong 109/140 trường hợp chiếm tỷ lệ 77,8 %.

3.2.4. Chụp cắt lớp vi tính

Bảng 7. Đặc điểm hình ảnh học CT-scan bụng

Đặc điểm hình ảnh học CT-scan bụng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Dịch máu	Ít	67	47,9
	Vừa	34	24,3
	Nhiều	20	14,3
	Không có	19	13,6
Tổn thương	Tụ máu dưới bao	06	4,3
	Tụ máu nhu mô	17	12,1
	Dập vỡ gan	117	83,6
	Dấu thoát mạch	21	15,0
Vị trí tổn thương	Gan phải	103	73,6
	Gan trái	17	12,1
	Hai bên	20	14,3
Phân độ CTG	Độ II	36	25,8
	Độ III	58	41,4
	Độ IV	45	32,1
	Độ V	01	0,7
	Tổn thương tạng khác	48	34,3

Dịch ổ bụng là phát hiện thường gặp nhất có trong 121/140 trường hợp chiếm 86,5%, phần lớn là dịch ổ bụng lượng ít chiếm 47,9%, lượng vừa 24,3%, lượng nhiều là 14,3%.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình là $33,5 \pm 14$, thấp nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 89 tuổi. Kết quả này tương tự các nghiên cứu của những tác giả khác. Nghiên cứu của Ngô Quang Duy [4] độ tuổi trung bình là 28,9. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến chấn thương gan chiếm 81,4% các trường hợp, tiếp đến là tai nạn lao động chiếm 10% và thấp nhất là tai nạn sinh hoạt chiếm 8,6%. Trong đó, hầu hết cơ chế chấn thương là trực tiếp với tỷ lệ 95,8%, cơ chế chấn thương gián tiếp chỉ gặp trong 4,2% trường hợp.

Mức độ tổn thương gan nặng cũng gặp nhiều hơn ở nhóm nguyên nhân do tai nạn giao thông. Như vậy, chấn thương gan thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động, cơ chế tổn thương thường là hỗn hợp, các hình thái tổn thương thường đa dạng, phức tạp và có nhiều tổn thương kèm theo.

Các tác giả đều cho rằng yếu tố mạch, huyết áp có giá trị trong chẩn đoán lượng máu mất trong ổ bụng^[5]. Khi tiếp cận ban đầu với bệnh nhân chấn thương gan, tình trạng huyết động không ổn định khi huyết áp tối đa < 90mmHg, mạch > 120 lần/phút kèm thay đổi kiểu thở, mất ý thức và da lạnh thì thường phải can thiệp phẫu thuật. Như vậy, tình trạng huyết động khi bệnh nhân vào viện, nhất là huyết áp tối đa, có vai trò tiên lượng rất lớn và là yếu tố quan trọng nhất để giúp cho các phẫu thuật viên có thái độ điều trị thích hợp. Mức độ mất máu được xếp thành 4 cấp độ theo ATLS (Advanced Trauma Life Support). Mất máu nhẹ độ I và độ II chiếm đa số với 308/346 (89%) bệnh nhân. Mất máu nặng độ III có 40% phải mổ cấp cứu, 45% phải chuyển mổ và 15% điều trị bảo tồn thành công. Tất cả các trường hợp mất máu độ IV đều phải mổ cấp cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau bụng là triệu chứng hằng định nhất, gặp trong 100% trường hợp, trong đó dấu hiệu đau khu trú hạ sườn phải là thường gặp nhất chiếm 85,5%, đau khắp bụng là 6,8%. Dấu hiệu thành bụng: dấu hiệu thành bụng gặp trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: đờ kháng thành bụng, cảm ứng phúc mạc và co cứng thành bụng. Trong đó đờ kháng thành bụng là dấu hiệu thường gặp với 60%, cảm ứng phúc mạc gặp trong 35,7%, và co cứng thành bụng gặp trong 4,3%. Gõ đục vùng thấp: khi ổ bụng có dịch, máu sẽ đọng lại vùng thấp, nếu bệnh nhân vỡ gan trong ổ bụng không có nhiều dịch thì cần đặt bệnh nhân nằm nghiêng. Trong chấn thương gan đặt bệnh nhân nằm nghiêng bên phải, như vậy, máu trong ổ bụng không kích thích phúc mạc nhiều, các cơ thành bụng không co cứng nên gõ đục vùng thấp sẽ có giá trị trong chẩn đoán. Có 25/140 trường hợp bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có dấu hiệu gõ đục vùng thấp, chiếm tỷ lệ 17,9% trong đó chấn thương gan độ II (20%), độ III (32%) và độ IV (48%). Qua đó cho thấy đa số bệnh nhân chấn thương gan đều có những dấu hiệu chỉ điểm như: đau dưới hạ sườn phải, xây sát hạ sườn phải, các dấu hiệu thành bụng, chướng bụng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận men gan khi mới vào viện ở chấn thương gan độ

II trung vị AST là 197 và ALT là 185 (U/L), ở chẩn thương gan độ III trung vị AST là 273 và ALT là 269 (U/L), ở chẩn thương gan độ IV trung vị AST là 546 và ALT là 593 (U/L), AST (GTNN 41 – GTLN 2129), ALT (GTNN 53 – GTLN 3218). Khi nghiên cứu về mối liên quan giữa men gan và mức độ chẩn thương gan, chúng tôi nhận thấy mức độ men gan (AST, ALT) tăng tỷ lệ thuận với mức độ tổn thương gan. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Với ưu điểm là xét nghiệm không xâm lấn, dễ định lượng, giá rẻ, cho kết quả nhanh, men gan được đánh giá như chất chỉ điểm trong võ gan. Theo Zachariah (2017)^[6], khi nghiên cứu về transaminase trong dự đoán sự hiện diện và mức độ tổn thương gan sau chẩn thương bụng tại Ấn Độ đã đi đến kết luận như sau: khi AST > 112U/L và ALT > 120U/L cần nghĩ đến võ gan.

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất lớn trong việc chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán mức độ tổn thương giúp định hướng điều trị. Tác giả Zachariah đã ghi nhận vai trò của siêu âm trong chẩn thương gan cho thấy độ nhạy từ 75–93,8% và độ đặc hiệu là 97–100%^[6]. Trong chẩn thương gan, dịch ổ bụng là dấu hiệu gián tiếp cho thấy có tổn thương, trong nghiên cứu của chúng tôi, dịch ổ bụng được phát hiện trên siêu âm 100/140 trường hợp chiếm tỷ lệ 71,4%, độ nhạy là 78,5%, trong đó dịch ổ bụng được ghi nhận trong 23/39 trường hợp chẩn thương gan độ II, chiếm tỷ lệ 59%, ghi nhận trong 38/55 trường hợp chẩn thương gan độ III, chiếm tỷ lệ 69%, ghi nhận trong 38/45 trường hợp chẩn thương gan độ IV, chiếm 84,4%.

Từ năm 1998, các trung tâm chẩn thương lớn trên thế giới đã dựa vào các tiêu chuẩn đánh giá tổn thương gan trên hình chụp CLVT để hướng dẫn điều trị. Ngày nay vai trò của cắt lớp vi tính ngày càng được đánh giá cao hơn khi nó trở thành “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán chẩn thương gan, bởi nó cho phép đánh giá chính xác mức độ tổn thương để quyết định phương thức điều trị^[7]. Theo tác giả W. Yoon, chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy là 99% và độ đặc hiệu là 97% trong chẩn đoán chẩn thương gan. Dịch tự do ổ bụng gặp trong 86,4% trường hợp, trong nghiên cứu của chúng tôi, dịch ổ bụng lượng nhiều ở chẩn thương gan độ IV gặp trong 11/44 trường hợp chiếm 25%, trong chẩn thương gan độ III là 9/49 trường hợp chiếm tỷ lệ 18,4% và không có trường hợp nào chẩn thương gan độ II có dịch ổ bụng lượng nhiều.

Về vị trí tổn thương gan, qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phần lớn tổn thương gan gặp

ở vị trí gan phải với 73,6%, gan trái 12,1%, cả hai thùy gan chiếm 14,3%. Trong tổn thương thùy gan phải, tổn thương hạ phân thùy VI ghi nhận 83 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất (59%), hạ phân thùy VII ghi nhận 72 trường hợp (51,4%), hạ phân thùy VIII ghi nhận 69 trường hợp (49%), hạ phân thùy V là 56 trường hợp (40%). Đối với thùy gan trái, tỷ lệ tổn thương hạ phân thùy II, III, IV tương ứng là 4,3%, 7,15%, 19,3% (06, 10, 27 trường hợp). Chỉ 05/140 trường hợp có tổn thương thùy đuôi chiếm tỷ lệ 3,6% nhưng tất cả đều không đơn độc mà do vỡ gan trung tâm lan tới.

Về hình thái tổn thương gan, chúng tôi ghi nhận tổn thương dạng dập vỡ nhu mô gan là tổn thương hay gặp nhất trên phim chụp cắt lớp vi tính với 117/140 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,6%, tụ máu dưới bao gan và tụ máu nhu mô gan lần lượt gặp trong 06 và 17 trường hợp chiếm tỷ lệ tương ứng 4,3% và 12,1%.

Về dấu hiệu thoát mạch, ghi nhận 21/140 bệnh nhân có dấu hiệu thoát thuốc thì động mạch chiếm tỷ lệ 15%, 19/21 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định chụp mạch và nút mạch cấp cứu thành công, không có trường hợp phải chỉ định mổ cấp cứu.

Về mức độ tổn thương gan theo Hiệp hội phẫu thuật chẩn thương Hoa Kỳ (AAST) dựa trên hình thái và kích thước tổn thương gan trên CLVT để chia chẩn thương gan ra làm 6 mức độ. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tổn thương gan độ III là thường gặp nhất, có 58 trường hợp (39,3%), độ IV có 45 trường hợp (32,1%), độ II có 36 trường hợp (27,9%). Chỉ có 01 trường hợp tổn thương gan độ V (0,7%).

V. KẾT LUẬN

Chẩn thương gan trong chẩn thương bụng kín thường gặp ở độ tuổi 21–49. Độ tuổi trung bình là 33,5. Số bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông.

Đau bụng là triệu chứng cơ năng hằng định nhất. Mất máu thường ở mức độ nhẹ đến trung bình.

Tất cả các trường hợp bệnh nhân võ gan nhập viện đều có men gan tăng, mức độ tổn thương gan càng nặng thì men gan càng cao

Về vị trí tổn thương gan trên chụp cắt lớp vi tính, phần lớn tổn thương vị trí gan phải, tổn thương hạ phân thùy VI chiếm tỷ lệ cao nhất. Đối với thùy gan trái, tổn thương hạ phân thùy IV thường gặp nhất. Về mức độ tổn thương theo AAST thì độ III thường gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M.S. Martin & J.W. Meredith (2017),

- "Management of acute trauma", Sabiston Textbook Of Surgery, pp.437.
2. **Boese C. K.(2015)**, "Nonoperative management of blunt hepatic trauma: A systematic review", J Trauma Acute Care Surg,79(4), 654–60.
 3. **Barbier L. (2018)**, "Can we refine the management of blunt liver trauma?", J Visc Surg, 803(1), 1–7.
 4. **Ngô Quang Duy (2013)**, "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ vỡ gan chấn thương", Y Học TP. Hồ Chí Minh,6(17), tr.166–170.
 5. **Coccolini F., et al.(2016)**, "WSES classification and guidelines for liver trauma", World J Emerg Surg,11(1), 50.
 6. **Zachariah S. K., et al.(2017)**, "Hepatic transaminases as predictors of liver injury in abdominal trauma", 2017,5(1), pp.6.
 7. **Radwan M. M. & Abu-Zidan F. M.(2006)**, "Focussed Assessment Sonograph Trauma (FAST) and CLVT in blunt abdominal trauma: surgeon's perspective", Afr Health Sci,6(3), 187–90.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU THẬN CẤP ĐƯỢC PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC PHÚ QUỐC NĂM 2022

Mai Xuân Đạt*, Vũ Đức Định*

TÓM TẮT

Chúng tôi xin trình bày 1 ca lâm sàng nhồi máu thận tại vinmec Phú Quốc. Bệnh nhân nữ 74 tiền sử có tăng huyết áp, suy tim, rung nhĩ vào viện vì đau bụng quanh rốn và hông lưng trái không điển hình. Bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối bán phần động mạch thận trái lan một phần vào động mạch chủ bụng đoạn ngang mức. Bệnh nhân sau đó được dùng kháng đông, chuyển đến bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang, bệnh nhân sau đó được can thiệp đặt 1 stent phủ thuốc ở động mạch thận trái, duy trì kháng đông, kháng tiểu cầu kép. Sau 2 tuần bệnh nhân được quay lại tái khám với tình trạng chức năng thận tương đối khả quan. Qua ca lâm sàng này chúng tôi muốn nhấn mạnh được tầm quan trọng của phán đoán lâm sàng trong chẩn đoán các ca bệnh hiếm gặp như nhồi máu thận và mang lại cơ hội điều trị đúng phác đồ, giảm thiểu tổn thương thận cho người bệnh.

SUMMARY

CLINICAL CASE OF RENAL INFARCTION AT VINMEC PHU QUOC INTERNATIONAL

We present a clinical case of renal infarction at Vinmec Phu Quoc international hospital. A 74-year-old female patient with a history of hypertension, heart failure, and atrial fibrillation was admitted to the hospital because of abdominal pain around the navel and left flank pain. The patient was diagnosed with a partial thrombosis of the left renal artery with partial extension into the abdominal aorta. The patient was then given anticoagulation, transferred to Kien Giang Province General Hospital, and then underwent intervention to place a drug-eluting stent in the left renal artery, maintaining anticoagulation and dual antiplatelet therapy. After 2 weeks, the patient was re-examined with relatively good kidney function.

*Bệnh viện ĐKQT Vinmec Phú Quốc
 Chiu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định
 Email: drvuducdinh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 31/5/2022
 Ngày phản biện khoa học: 24/6/2022
 Ngày duyệt bài: 9/7/2022

Through this clinical case, we want to emphasize the importance of clinical judgment in the diagnosis of rare cases such as renal infarction and provide the opportunity for correct treatment, minimizing kidney damage for patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu thận là bệnh lý rất hiếm gặp, chỉ chiếm 0,007% bệnh nhân tới khám cấp cứu [1]. Chẩn đoán thường khó khăn, chậm trễ do biểu hiện lâm sàng của nhồi máu thận thường không điển hình, rất dễ nhầm lẫn với các bệnh lý thông thường khác. Tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán nhồi máu thận là chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang, đây là biện pháp thăm dò có chi phí cao, không phải cơ sở y tế nào cũng sẵn có, do vậy càng làm khó khăn hơn cho việc chẩn đoán sớm nhồi máu thận. Qua ca lâm sàng này chúng tôi muốn nhấn mạnh tầm quan trọng của phán đoán lâm sàng, nhồi máu thận chỉ chẩn đoán được khi ta nghĩ đến nó.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 74 tuổi có tiền sử tăng huyết áp, suy tim rung nhĩ 5 năm nay, điều trị thuốc không đều. Hơn 1 năm nay bệnh nhân không duy trì thuốc chống đông. Cách nhập viện 3 ngày bệnh nhân xuất hiện đau bụng âm ỉ quanh rốn và hông lưng trái, chán ăn, táo bón, không sốt, không nôn vào khám cấp cứu. Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện: Bệnh nhân tỉnh táo, không sốt, đau bụng âm ỉ quanh rốn và hông lưng trái, khám bụng mềm, không có phản ứng thành bụng, điện tim có hình ảnh rung nhĩ tần số thất 78 lần/phút HA 180/100 mmHg, spO2 97%. Bệnh nhân sau đó được chỉ định xét nghiệm máu, siêu âm ổ bụng.

2.1. Cận lâm sàng thời điểm vào viện

	Kết quả	Khoảng tham
--	---------	-------------