

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ GAN DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Đức Quý¹, Đặng Minh Kim^{2*}, Nguyễn Văn Chung³

¹Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên, ²Trung tâm Y tế huyện Bắc Sơn, Lạng Sơn

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 71 bệnh nhân (BN) được điều trị chấn thương gan tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2012 -12/2016; Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 71 BN (58 nam chiếm 81,7% và 13 nữ chiếm 18,3%). Tuổi trung bình $31,56 \pm 12,49$. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 83,1%. 55 BN được điều trị bảo tồn (chiếm 77,46%), điều trị thành công cho 49 BN (chiếm 89,1%), không thành công 06 BN (chiếm 10,9%); Thời gian nằm viện trung bình là $10,44 \pm 5,39$ ngày; Kết quả: tốt 80%, trung bình 9,1%, xấu 10,9%; Biến chứng 14,55%. 16 BN được điều trị phẫu thuật (chiếm 22,54%): tốt 56,2%, trung bình 25%, xấu 18,8%; Thời gian nằm viện trung bình $16,94 \pm 10,77$ ngày; Biến chứng sau điều trị phẫu thuật 43,75%. **Kết luận:** Chấn thương gan là một cấp cứu ngoại khoa, cần phải hồi sức tích cực, theo dõi sát, chỉ định điều trị kịp thời, đúng phương pháp sẽ giảm biến chứng và chi phí điều trị.

Từ khóa: Chấn thương bụng kín, điều trị chấn thương gan, điều trị phẫu thuật chấn thương gan, điều trị bảo tồn chấn thương gan, biến chứng.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ gan là hình thái lâm sàng hay gặp trong chấn thương bụng kín trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đứng thứ hai sau chấn thương lách, với tỷ lệ 15 - 20% [3], [4]. Nguyên nhân gây chấn thương gan chủ yếu do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt [3]. Tổn thương gan ở nhiều mức độ từ đụng dập nhu mô gan, bao gan, tổn thương đường mật, động mạch, tĩnh mạch ở cuống Glisson đến các tổn thương của tĩnh mạch trên gan và tĩnh mạch chủ dưới sau gan [2].

Ngày nay, với sự phát triển và ứng dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đã phân loại và đánh giá mức độ thương tổn giải phẫu trong chấn thương gan chính xác hơn, là cơ sở quyết định lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp [3], [6].

Điều trị vỡ gan bằng phương pháp bảo tồn hay phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Mức độ tổn thương, kinh nghiệm của bác sĩ, trang thiết bị hỗ trợ cho chẩn đoán và hồi sức trước, trong và sau phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp điều trị vỡ gan do chấn

thương bụng kín phù hợp với từng trường hợp sẽ giảm được biến chứng cũng như chi phí kinh tế cho gia đình người bệnh và xã hội.

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã áp dụng điều trị vỡ gan do chấn thương bụng kín bằng phương pháp bảo tồn và phẫu thuật. Để đánh giá kết quả điều trị vỡ gan và ưu nhược điểm của phương pháp điều trị, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả điều trị vỡ gan do chấn thương bụng kín tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

71 BN được chẩn đoán xác định và điều trị vỡ gan do chấn thương bụng kín, theo phân độ của AAST (1995), tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2012 -12/2016. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu toàn bộ. Chỉ tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị vỡ gan tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2012 đến 12/2016. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu hồ sơ thống nhất và xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học thông thường.

* Tel: 0949 281366; Email: dangminhkim@gmail.com

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

	Đặc điểm chung	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	58	81,7
	Nữ	13	18,3
Nghề nghiệp	Công nhân, viên chức (CNVC)	13	18,3
	Học sinh, sinh viên (HS,SV)	10	14,1
	Làm ruộng, lao động tự do (LR, LĐTĐ)	46	64,8
	Khác	2	2,8
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông (TNGT)	59	83,1
	Tai nạn sinh hoạt, lao động (TNSH)	12	16,9
Tuổi trung bình	31,56 ± 12,49		

Nhận xét: 58 nam (81,7%), 13 nữ (18,3%). LR, LĐTĐ 46 BN (64,8%); CN,VC 18,3%; HSSV 14,1%; TNGT 59 BN (83,1%); Tuổi trung bình 31,56 ± 12,49.

Bảng 2. Chỉ định điều trị theo phân độ tổn thương gan AAST (1995)

Chỉ định điều trị Phân độ tổn thương gan trên CT	Điều trị bảo tồn						Điều trị phẫu thuật	
	Thành công		Thất bại		Số BN bảo tồn		Số lượng	Tỷ lệ %
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Độ I	13	23,64	0	0	13	23,64	0	0
Độ II	13	23,64	0	0	13	23,64	03	18,75
Độ III	20	36,36	03	5,45	23	41,8	02	12,50
Độ IV	03	5,45	03	5,45	06	5,45	07	43,75
Độ V	0	0	0	0	0	0	03	18,75
Không chụp	0	0	0	0	0	0	01	6,25
Tổng	49	89,09	06	10,9	55	100	16	100

Nhận xét: Điều trị bảo tồn thành công 49/55BN (89,09%), thất bại 06/55BN (10,9%); 13/13BN độ I thành công; Độ II 13/13BN thành công; Độ III 20/23BN (86,95%) thành công, thất bại 03/23 (13,04%); Độ IV thành công 03/06BN và 03/06BN thất bại. Phẫu thuật 16/71BN (22,54%), (Độ II 18,75%; Độ III 12,5%; Độ IV 43,75%; Độ V 18,75%).

Bảng 3. Đánh giá mức độ chảy máu, tổn thương phối hợp ở nhóm phẫu thuật

Tình trạng chảy máu do vỡ gan khi phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Đã cầm máu	01	6,25
Chảy rỉ	13	81,25
Chảy ồ ạt	02	12,50
Tổng	16	100,0
Tổn thương phối hợp khi phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Không tổn thương	09	56,25
Tổn thương lách	02	12,5
Tổn thương thận	01	6,25
Tổn thương ruột	01	6,25
Tổn thương lách và cơ hoành	01	6,25
Tổn thương lách, cơ hoành và ruột	01	6,25
Tổn thương tụy	01	6,25
Tổng	16	100

Nhận xét: Khi phẫu thuật máu đã cầm 01BN (6,25%); Chảy rỉ 13BN (81,25%); Chảy ồ ạt 02BN (12,5%). Tổn thương phối hợp phát hiện trong mổ: Lách 02BN (12,5%); Thận 01BN (6,25%);

Ruột 01BN (6,25%); Lách và cơ hoành 01BN (6,25%); Lách, cơ hoành và ruột 01BN (6,25%); Tụy 01BN (6,25%).

Bảng 4. Phương pháp xử trí gan vỡ và tổn thương phối hợp trong phẫu thuật

Phương pháp xử trí tổn thương gan	Số lượng	Tỷ lệ %
Khâu gan	14	87,5
Cắt gan theo tổn thương	01	6,25
Không xử trí (máu đã cầm)	01	6,25
Tổng	16	100,0
Phương pháp xử lý tổn thương phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
Khâu thân	01	6,2
Khâu lách và khâu cơ hoành	01	6,2
Cắt lách, khâu cơ hoành và khâu ruột	01	6,2
Khâu ruột	01	6,2
Cắt lách	01	6,2
Không cần xử trí	10	62,5
Khâu lách	01	6,2
Tổng	16	100,0

Nhận xét: Xử trí khâu gan 14BN (87,5%). Xử trí tổn thương phối hợp mỗi kỹ thuật có 01 BN:

Bảng 5. Biến chứng sau điều trị

Phương pháp điều trị	Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Điều trị bảo tồn	Không biến chứng	47	85,45
	Biến chứng	08	14,55
	Tổng	55	100,0
Điều trị phẫu thuật	Không biến chứng	09	56,25
	Biến chứng	07	43,75
	Tổng	16	100,0

Nhận xét: Nhóm điều trị bảo tồn: Biến chứng 14,55%. Nhóm điều trị phẫu thuật: Biến chứng 43,75%

Bảng 6. Kết quả điều trị vỡ gan do chấn thương bụng

PP điều trị	Điều trị bảo tồn		Điều trị phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Kết quả				
Tốt	44	80,0	09	56,2
Trung bình	05	9,1	04	25,0
Xấu	06	10,9	03	18,8
Tổng	55	100,0	16	100,0
Thời gian nằm viện TB	10,44 ± 5,39 ngày		16,94 ± 10,77 ngày	

Nhận xét: Điều trị bảo tồn: Tốt 44BN (80%); Trung bình 05BN (9,1%); Xấu 06BN (10,9%). Điều trị phẫu thuật: Tốt 09BN (56,2%); Trung bình 04BN (25%); Xấu 03BN (18,8%).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu 71 bệnh nhân điều trị vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chúng tôi thấy tuổi trung bình $31,56 \pm 12,49$; Bệnh nhân nam 58 (81,7%), nữ 13 (18,3%); Làm ruộng và lao động tự do 64,8%; Công nhân, viên chức 18,3%; Học sinh sinh viên 14,1%; nghề khác

2,8%; Tai nạn giao thông chiếm 83,1%. Điều này khá rõ với thực tế, vì độ tuổi hay gặp thuộc nhóm tuổi lao động của xã hội, dễ xảy ra tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt và lao động mà nam giới tham gia nhiều. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng (2011) [3] cũng cho các kết quả: TNGT 75,7%, Tuổi trung bình $42,2 \pm 17,5$. Tác giả Lê Lộc (2006) [4] tuổi trung bình 28,5, TNGT 57,4%.

Nhóm điều trị bảo tồn có 55/71 BN (77,47%), chúng tôi nhận thấy hồi sức ban đầu để duy trì huyết động bằng truyền dịch và theo dõi: Mạch, huyết áp, tình trạng bụng, có 49/55 BN (89,1%) thành công, trong đó: Độ I 13/13 BN thành công (100%); Độ II 13/13 BN thành công (100%); Độ III thành công 20/23 BN (86,95%); Độ IV 06 BN, thành công 03. Các BN đã được duy trì huyết động ổn định với số lượng dịch truyền trong 24 giờ đầu từ 1000 ml đến 3000 ml. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng (2011) [3], tỷ lệ thành công 93%, thất bại 7% và tác giả nhận thấy các trường hợp nếu theo dõi điều trị truyền trên 2000 ml dịch và 2 đơn vị máu huyết động không ổn định thì chúng tỏ máu vẫn đang chảy và cần can thiệp phẫu thuật. Tác giả Lê Lộc (2006) [4], tỷ lệ thành công 94,1% và thất bại 5,9%. Theo các tác giả với chấn thương gan độ III và độ IV phải theo dõi sát tại phòng hồi sức từ 24–48 giờ: Theo dõi cụ thể: Mạch, huyết áp 30 phút/lần; Theo dõi số lượng hồng cầu, hematocrit sau khi hồi sức truyền dịch và truyền máu.

Điều trị phẫu thuật có 16/71 BN (22,54%): Theo tác giả Trần Bình Giang (2013) [2], chỉ định mổ trong chấn thương gan: Sốc, đa chấn thương, huyết động không ổn định dù truyền dịch, máu; Tổn thương tạng khác chảy máu; viêm phúc mạc. 16 BN phẫu thuật có độ vỡ gan từ độ II đến độ V: Độ II có 03 BN (18,8%) có tổn thương phối hợp, biểu hiện lâm sàng khi vào viện có các triệu chứng như đau bụng nhiều, đau tăng dần, bụng chướng. Độ III có 02 BN (12,5%) trong đó có 01 BN khi đến viện có biểu hiện tràn máu ổ bụng nhiều, 01 BN có tổn thương lách phối hợp; Độ IV 08 BN (50%) và độ V 03 BN (18,8%) có chỉ định phẫu thuật từ đầu do lâm sàng và cận lâm sàng có mất máu nhiều. Theo chúng tôi cần xây dựng phác đồ theo dõi điều trị bảo tồn vỡ gan cũng như quy trình theo dõi và chỉ định mổ hoặc áp dụng phẫu thuật nội soi thăm dò để tránh cuộc phẫu thuật không đáng có cho bệnh nhân. Xử trí tổn thương gan: Khâu gan 14 BN (87,5%); Cắt gan theo tổn thương

01 BN. Xử trí tổn thương phối hợp: Khâu thận; Khâu lách và khâu cơ hoành; Cắt lách, khâu cơ hoành và khâu ruột; Khâu ruột; Cắt lách; Khâu lách.

Kết quả điều trị bảo tồn: Tốt 44 BN (80%) điều trị khỏi ra viện, không có biến chứng trong suốt thời gian điều trị; Trung bình 05 BN (9,1%) trong quá trình điều trị các bệnh nhân có diễn biến đau bụng, sốt, men gan tăng, trào ngược dạ dày, tuy nhiên điều trị nội khoa ổn định ra viện; Xấu 06 BN (10,9%) trong đó (độ III 03 BN, độ IV 03 BN), theo dõi điều trị: Truyền dịch trên 2000 ml và 04 BN được truyền từ 2 đơn vị máu với thời gian theo dõi từ 5 giờ đến 30 giờ (BN theo dõi ít nhất 5 giờ, nhiều nhất 30 giờ). Theo chúng tôi 4/6 BN chỉ định mổ là phù hợp: Vì trong quá trình theo dõi có 1 BN viêm phúc mạc (mổ nội soi thăm dò viêm phúc mạc mật), 02 BN chảy máu tiếp diễn (đau bụng, bụng chướng, huyết áp và mạch không ổn định, siêu âm hoặc chụp CLVT nhiều dịch tự do ổ bụng và tăng hơn lúc vào), 01 BN tổn thương lách phối hợp. Còn 02 BN theo chúng tôi chỉ định mổ chưa phù hợp vì: 01 BN vỡ gan độ III theo dõi 5 giờ truyền 2500 ml dịch, chưa truyền máu, thời điểm chỉ định mổ: Đau bụng, bụng chướng, huyết áp 95/70 mmHg và chưa có nhận định khác, khi mổ trong ổ bụng có 500 ml máu và truyền 500 ml máu sau mổ. 01 BN vỡ gan độ IV theo dõi 9 giờ, thời điểm chỉ định mổ BN đau bụng, siêu âm ổ bụng có nhiều dịch, huyết động ổn định, trong ổ ổ bụng 500 ml máu và không cần truyền máu sau mổ.

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng (2011) [3] kết quả tốt 93%, biến chứng 7%. Tác giả Lê Lộc (2006) [4] cho kết quả tốt 80%, trung bình 14,1%. Trịnh Hồng Sơn, Lê Thành Trung, Trần Đức Quý (2011) [5] kết quả tốt 74,1%, có biến chứng 11,1%, thất bại chuyển mổ 14,8%; Thời gian nằm viện $10,44 \pm 5,39$ ngày. Kết quả điều trị phẫu thuật 16 BN: Tốt 09 BN (56,2%) điều trị diễn biến ổn định, không có biến chứng; Trung bình 04 BN (25%) trong đó: 02 BN nhiễm trùng vết mổ,

01 BN tràn dịch khoang màng phổi, 01 BN suy hô hấp sau mổ do tắc ống nội khí quản. Tuy nhiên tất cả đều được điều trị ổn định và ra viện; Xấu 03 BN (18,8%) (chuyên viện Việt Đức 02 BN do nhiễm trùng vết mổ điều trị kéo dài và mổ lại 01 BN do chảy máu sau mổ tại vị trí gan tổn thương độ V ở HPT VI, VII dập nát nhiều, lần 1 xử trí khâu nhưng máu vẫn rỉ, lần 2 mổ cách lần 1 16 ngày, sau mổ điều trị ổn định). Thời gian nằm viện $16,94 \pm 10,77$ ngày.

KẾT LUẬN

Chấn thương gan là một cấp cứu ngoại khoa, cần phải hồi sức tích cực, theo dõi sát, chỉ định kịp thời và lựa chọn phương pháp điều trị đúng thì kết quả thành công cao. Kết quả nghiên cứu điều trị bảo tồn: Tốt 80%; Trung bình 9,1%; Xấu 10,9%. Điều trị phẫu thuật: Tốt 56,2%; Trung bình 25%; Xấu 18,8%.

SUMMARY

THE RESULT OF OPERATIVE AND NON-OPERATIVE MANAGEMENT OF BLUNT HEPATIC TRAUMA IN THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Tran Duc Quy¹, Dang Minh Kim^{2*}, Nguyen Van Chung³

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy,

²Bac Son District Center of Medicine, ³Thai Nguyen Central Hospital

Objective: To evaluate the result of operative and non-operative management of blunt hepatic trauma in Thai Nguyen Central Hospital. **Method:** There were 71 patients with blunt hepatic trauma in Thai Nguyen Central Hospital were retrospectively and also prospectively evaluated from January 2012 to December 2016. **Results:** There were 58 males (81.7%) and of whom only 13 females (18.3%) in total 71 patients. The road traffic accident was the major cause estimated 83.1%. Their mean age was 31.56 ± 12.49 . About 78.9% of them were managed non-operatively with successful rate was 87.5%. The mean of hospital stay in Non-operative group was 9.0 ± 5.46 days compared 12.5 ± 9.69 days in operative group. Complications occurs in Non-operative group was 12.5% versus 31.8% in operative group. Regarding in the outcome of treatment, about 76.8% of patients documented at the good level, 10.7% moderate level, and the poor level was 12.5% in nonoperative group. Those levels was respectively 68.2%, 18.2%, and 13.6% in operative group. **Conclusion:** Liver trauma is a severe injury in abdominal injuries, therefore timely diagnosis and rational approach is needed. Selecting a proper method on treatment is the important decision in order to decrease the complication and reduce cost, as well as.

Keywords: Blunt addominal injury, hepatic traumatic management, operative management of blunt hepatic trauma, non-operative management of blunt hepatic trauma, complication

Ngày nhận bài: 25/4/2017; Ngày phản biện: 12/5/2017; Ngày duyệt đăng: 31/7/2017

* Tel: 0949 281366; Email: dangminhkim@gmail.com

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Thất Bách, Trần Bình Giang, Nguyễn Duy Huệ (2005), *Phẫu thuật gan mật*, Tập 1, Nxb Y học.
2. Trần Bình Giang (2013), *Chấn Thương bụng*, Nxb Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.
3. Nguyễn Ngọc Hùng, Lê Nhật Huy, Trần Bình Giang (2011), "Điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức", *Tạp chí Y học thực hành*, 778(8), tr. 23-26.
4. Lê Lộc (2006), "Thái độ xử trí và kết quả điều trị chấn thương gan", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số đặc biệt, tr. 345 - 356.
5. Trịnh Hồng Sơn, Lê Thành Trung, Trần Đức Quý (2011), "Điều trị bảo tồn chấn thương gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 787(10), tr. 45-49.
6. Hommes Martijn, Navsaria Pradeep H., Schipper Inger B. et all (2015), "Management of blunt liver trauma in 134 severely injured patients", *Injury*, 46(5), pp. 837-842.
7. Moore Ernest E., Cogbill Thomas H., Malangoni Mark A. et al (1996), "Scaling system for organ specific injuries", *Current Opinion in Critical Care*, 2(6), pp. 450-462.