

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÕ GAN TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lê Anh Xuân¹, Nguyễn Huy Toàn¹, Nguyễn Văn Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 155 bệnh nhân chấn thương gan được nhập viện và điều trị bảo tồn từ 10/2014 đến 4/2017.

Kết quả nghiên cứu: 39 nữ (25,2%), 116 nam (74,8%); độ tuổi TB: $35 \pm 12,8$ (10-92) tuổi; 90,3% đau vùng gan chiếm, 94,2% đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu; siêu âm, CT có dịch ổ bụng là 86,5% và 89%; tổn thương phân thùy sau chiếm 55,7%, chấn thương độ III, độ IV bảo tồn kết quả tốt 98,4%, 86,8%, bảo tồn nội khoa thành công chiếm tỷ lệ cao 98,1%.

Kết luận: Điều trị bảo tồn võ gan trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, hiệu quả, được thực hiện ở cơ sở y tế có khả năng hồi sức và phẫu thuật gan.

Từ khóa: điều trị bảo tồn, chấn thương gan

ABSTRACT

RESULTS OF NON-OPERATIVE MANAGEMENT FOR BLUNT LIVE TRAUMA AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Le Anh Xuan¹, Nguyen Huy Toan¹, Nguyen Van Huong¹

Objective: To evaluate the results of non-operative management for blunt live trauma at Nghe An General Friendship hospital.

Subject and method: A retrospective-descriptive study on 155 patients with blunt liver trauma hospitalized who were selected initially for non – operative management from 10/2014 to 4/2017 at Nghe An general friendship hospital.

Result: including 116 males and 39 females with the mean age was 35 ± 12.8 years (range 10-92 years); 90.3% abdominal pain in the liver; 94.2% respond quickly to initial resuscitation; abdominal fluid on ultrasound, CT 86.5%, 89%; posterior segment is damaged 55.7%; Grade 3 and 4 had good results 98.4%, 86.8%; Successful rate of non – operative management was 98.1%.

Conclusion: Non-operative management for blunt live trauma is safe, effective and performed in medical facilities capable of resuscitation and liver surgery

Key words: Non-operative management, Blunt liver trauma.

1. BV Hữu nghị ĐK Nghệ An

- Ngày nhận bài (Received): 25/4/2019; Ngày phản biện (Revised): 3/6/2019;

- Ngày đăng bài (Accepted): 17/6/2019

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Huy Toàn

- Email: drhuytoan@yahoo.com; SĐT: 0946 254 777

Bệnh viện Trung ương Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương (CT) gan chiếm tỷ lệ lớn trong CT bụng kín nói chung, chỉ đứng thứ hai sau CT lách. Ngày nay, CT bụng kín trên thế giới cũng như ở Việt Nam có xu hướng gia tăng do tốc độ đô thị hóa cùng sự phát triển của các phương tiện giao thông cũng như tình hình giao thông phức tạp, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt ngày càng nhiều [1].

Nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, việc phân loại và đánh giá mức độ thương tổn lâm sàng - giải phẫu trong CT gan được chính xác hơn, tạo cơ sở để quyết định các phương pháp điều trị thích hợp không những cứu sống tính mạng người bệnh mà còn bảo tồn được gan bị chấn thương, tránh được những cuộc mổ không cần thiết nhiều khi làm nặng thêm tình trạng bệnh [2]. Tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, cũng trong sự phát triển chung, chúng tôi đã bắt đầu thực hiện việc chọn lọc BN CT gan để điều trị bảo tồn không mổ tạo nên một bước ngoặt lớn trong thực hành điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 10/2014-6/2017, chúng tôi có 155 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh gồm: Có 39 nữ (25,2%), 116 nam (74,8%), độ tuổi TB: $35 \pm 12,8$ (10-92) tuổi.

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Không	Có		
		Vùng gan		Ngoài vùng gan
Đau	5	140		10
Tổn thương thành bụng	124	18		13
Dấu hiệu thành bụng (*)	116	24		15
Chướng bụng	89	Nhẹ	Vừa	Cặng
		45	21	0

(*) Các dấu hiệu thành bụng bao gồm: co cứng thành bụng, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc.

Bảng 2: Mức độ thiếu máu và đáp ứng ban đầu

Đáp ứng với hồi sức ban đầu	Mức độ mất máu				Tổng
	1	2	3	4	
Đáp ứng nhanh	121	25	0	0	146 (94,2%)
Đáp ứng tạm	0	6	3	0	9 (5,8%)
Không đáp ứng	0	0	0	0	0
Tổng	121 (78,1%)	31 (20%)	3 (1,9%)	0	155

Trước tình hình CT gan ngày càng gia tăng đòi hỏi phải có một chiến lược chẩn đoán, xử trí thích hợp và với mong muốn góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và kết quả điều trị bảo tồn không mổ CT gan. Chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 155 BN CT gan được chẩn đoán và điều trị bảo tồn tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu mô tả qua hồ sơ bệnh án trên phiếu điều tra có sẵn.

- Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ thương tổn, kết quả bảo tồn, thời gian nằm viện.

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan trong chấn thương bụng kín...

Bảng 3: Mức độ thiếu máu theo xét nghiệm công thức máu

Mức độ thiếu máu	n	%
Không	86	55,5
Nhẹ	53	34,2
Trung bình	11	7,1
Nặng	5	3,2

Thiếu máu từ nhẹ tới nặng 44,5%.

Bảng 4: Các tổn thương phát hiện trên siêu âm ổ bụng

Tổn thương		n	%
Dịch ổ bụng	Không có	21	13,5
	Ít	52	33,5
	Trung bình	43	27,8
	Nhiều	39	25,2
Tổn thương gan	Tụ máu dưới bao	18	11,6
	Đụng dập, tụ máu nhu mô	132	85,2
	Đường vỡ	32	20,6
	Không phát hiện tổn thương	7	4,5
Tổn thương phối hợp	Lách	7	4,5
	Thận	11	7,1
	Tụy	1	0,6
	Tạng rỗng	0	0

Bảng 5: Các tổn thương phát hiện trên phim CLVT ổ bụng

Tổn thương		n	%
Dịch ổ bụng	Không có	17	11,0
	Ít	63	40,6
	Trung bình	40	25,8
	Nhiều	35	22,6
Tổn thương gan	Tụ máu dưới bao	21	9,6
	Đụng dập, tụ máu nhu mô	143	65,6
	Đường vỡ	52	23,9
	Thiếu máu nhu mô	0	0
	Thoát thuốc cản quang	2	0,1
Tổn thương phối hợp	Lách	11	7,1
	Thận	16	10,3
	Tụy	2	1,3
	Tạng rỗng	0	0

Bảng 6: Mức độ chấn thương gan và kết quả điều trị

Mức độ chấn thương gan	Kết quả			Tổng
	Tốt	Biến chứng	Chuyển mổ	
I	7	0	0	7
II	44	0	0	44
III	63	01	0	64
IV	33	03	02	38
V	01	0	01	2

Bảng 7: Kết quả điều trị bảo tồn không mổ

Kết quả	Biến chứng	N	%	
Thành công	Tốt – không biến chứng	148	95,5	
	Biến chứng	Mạch máu	0	0
		Ổ tụ dịch mật	2	1,3
		Tràn mật-máu	0	0
		Khối tụ máu lớn dưới bao	2	1,3
Chuyển mổ	Do gan	Chảy máu muộn	2	1,3
		Tổn thương đường mật	0	0
		TALOB	0	0
	Không do gan	Vỡ tạng rỗng	1	0,6
		Khác	0	0

Số bệnh nhân điều trị bảo tồn nội khoa thành công chiếm tỷ lệ cao 98,1%, trong đó 2,6 % BN có biến chứng và tiếp tục điều trị nội khoa hoặc can thiệp tối thiểu cho kết quả tốt.

Có 3 BN chuyển mổ, trong đó có 2 trường hợp nguyên nhân tại gan, 1 trường hợp vỡ ruột non có biểu hiện lâm sàng của viêm phúc mạc.

Bảng 8: Số ngày nằm viện trung bình

Mức độ chấn thương gan	Số ngày nằm viện trung bình
I	6 ± 4,1
II	7 ± 3,6
III	9 ± 5,7
IV	11 ± 6,1
V	18 ± 5,3

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, nam giới gặp nhiều hơn với tỷ lệ 74,8%, nữ giới là 25,2%; độ tuổi gặp nhiều nhất là 16-55 tuổi chiếm 127/155 trường hợp, tuổi trung bình là 35 ± 12,8 tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác: theo Trịnh Hồng Sơn [3], tỷ lệ nam giới chiếm 85%, tập trung nhiều ở lứa tuổi 20-50 (63,3%); theo Trần Bình Giang [1], tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1, tuổi trung bình là 28,9, đội tuổi 16-45 chiếm 78,7%.

CT gan thường có dấu hiệu lâm sàng gợi ý: đau, xây sát, đục đập thành bụng, phản ứng thành bụng vùng gan, bụng chướng. Tuy nhiên chỉ dựa vào dấu hiệu lâm sàng không đủ để khẳng định có CT gan, mức độ tổn thương cũng như các tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng nhưng có thể giúp nghĩ đến hoặc loại trừ tổn thương tạng rỗng phối hợp là một chỉ định mổ cấp cứu tuyệt đối.

Trong nghiên cứu, có 94,2% đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu, 5,8 % có đáp ứng tạm với hồi sức

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan trong chấn thương bụng kín...

ban đầu, không có trường hợp nào không đáp ứng. Tất cả các trường hợp mất máu độ 1 có đáp ứng tốt với hồi sức ban đầu. Các trường hợp mất máu độ 2 tất cả đều có đáp ứng với hồi sức ban đầu, trong đó 25/31 BN (80,6%) đáp ứng tốt. Mất máu độ 3 có 3 trường hợp và đều đáp ứng tạm với hồi sức ban đầu, trong đó có 2/3 BN phải chuyển mổ vì chảy máu tiếp diễn, huyết động xấu đi.

Nghiên cứu cả số phải mổ cấp cứu của Nguyễn Ngọc Hùng [4] cho thấy nhóm đáp ứng nhanh với truyền dịch BN không có nguy cơ phải mổ cấp cứu vì mất máu; nhóm sốc nặng, không đáp ứng với hồi sức ban đầu 100% phải mổ cấp cứu; nhóm đáp ứng tạm thời, phải duy trì bù máu, dịch để đảm bảo huyết động thì 26,7% (8/30 BN) phải mổ cấp cứu. Như vậy, hồi sức ban đầu đóng vai trò rất quan trọng trong việc quyết định thái độ xử trí.

Phát hiện dịch ổ bụng là giá trị lớn nhất của siêu âm trong CT bụng kín, là dấu hiệu gián tiếp rất quan trọng vì nhiều khi đó là dấu hiệu duy nhất phát hiện được. Theo Phạm Minh Thông [5], trong CT gan, lách các dấu hiệu gián tiếp như dịch Douglas có độ nhạy rất cao 92,9%; dịch dưới hoành, dịch cạnh rãnh đại tràng tuy độ nhạy không cao nhưng lại có độ đặc hiệu tuyệt đối; dấu hiệu gián tiếp của CT gan hay gặp nhất là dịch quanh gan gặp ở 76,9% các trường hợp, dịch dưới bao gan chỉ gặp trong 19,2% trường hợp và giá trị chẩn đoán không cao; độ nhạy chung của các dấu hiệu gián tiếp trong CT gan là 92,3%. Theo Federle [6], chẩn đoán dịch ổ bụng dựa vào CLVT chỉ có 01 trường hợp âm tính giả, 02 trường hợp dương tính giả trên tổng số 300 BN CT bụng. Khác với CT lách, đại đa số (98,6%) có dịch ổ bụng [5], trong CT gan, nghiên cứu của Federle [6] có 12/17 trường hợp không có dịch trong ổ bụng. Trong nhóm nghiên cứu, 100% bệnh nhân không

có dịch ổ bụng trên CLVT đều được điều trị bảo tồn không mổ thành công. Không có dịch ổ bụng có thể giải thích do tổn thương ở mức độ nhẹ hoặc trung bình, do chụp ở giai đoạn sớm hoặc do tổn thương nhu mô không phá vỡ bao gan.

Tỷ lệ bảo tồn không mổ thành công 98,1% (152/155); kết quả tốt đạt 85,5% (148/155). Số biến chứng được can thiệp ít xâm lấn là 4, phải chuyển mổ là 3; như vậy, tỷ lệ biến chứng là 4,5% (7/155), tỷ lệ biến chứng phải mổ là 42,9% (3/7) - tỷ lệ này theo nghiên cứu của Kozar [7]20 là 34%. Tỷ lệ chuyển mổ (bảo tồn không mổ thất bại) là 1,9% (3/155) trong đó 1,3% do CT gan, 0,6% không do CT gan; do vậy, nếu chỉ tính số chuyển mổ do gan là không mổ thất bại thì tỷ lệ tổn thương gan không phải can thiệp phẫu thuật là 98,7% (153/155BN). Không có tử vong trong thời gian nằm viện trong nhóm nghiên cứu.

Cho dù biến chứng đa phần xuất hiện ở CT gan nặng thì phần lớn những trường hợp này vẫn không phải can thiệp phẫu thuật. Gần đây, sự phát triển của các phương pháp can thiệp ít xâm lấn như can thiệp nội mạch, nội soi can thiệp, dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm, CLVT trong điều trị các biến chứng của CT gan và đặc biệt là có sự phối hợp của các biện pháp này khi cần thiết đã giúp BN tránh được những cuộc phẫu thuật khó khăn, nặng nề và làm tăng tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ CT gan [8].

Trong nghiên cứu này, 2 BN có khối máu tụ lớn dưới bao gan phải, được điều trị dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm sau 20 ngày nhập viện, BN được lưu dẫn lưu, kiểm tra lại sau 3 tuần và rút dẫn lưu; 2 BN có ổ tụ dịch mật được điều trị bằng kháng sinh, lâm sàng ổn định, kiểm tra lại sau 1 tháng không còn thấy ổ tụ dịch mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Bình Giang và các cộng sự. (2006), “Chỉ định và kết quả bước đầu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan tại Bệnh viện Việt Đức 2004-2005”, *Tạp chí Ngoại khoa*, 56, tr. 97-104.
2. Trần Bình Giang (2013), *Chấn thương gan*, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.

Bệnh viện Trung ương Huế

3. Trịnh Hồng Sơn và các cộng sự (1996), “Chấn thương và vết thương gan: phân loại mức độ tổn thương, chẩn đoán và điều trị”, *Y học thực hành*, 1, tr. 40-46.
4. Nguyễn Ngọc Hùng, Lê Nhật Huy và Trần Bình Giang (2012), “Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong chỉ định và điều trị không mổ chấn thương gan”, *Tạp chí Ngoại khoa*, 61(1-2-3), tr. 85-94.
5. Phạm Minh Thông (1998), *Nghiên cứu giá trị siêu âm trong chẩn đoán vỡ gan, lách do chấn thương*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. M. P. Federle and R. B. Jeffrey, Jr. (1983), “*Hemoperitoneum studied by computed tomography*”, *Radiology*. 148(1), pp. 187-92.
7. R. A. Kozar et al. (2006), “*Risk factors for hepatic morbidity following nonoperative management: multicenter study*”, *Arch Surg*. 141(5), pp. 451-8; discussion 458-9.
8. Croce MA et al (1995), *Nonoperative management of blunt hepatic trauma is of choice for hemodynamically stable patient. Result prospective trial*. *Ann Surg* 212(2), pp744-755.