

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GAN BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Huy Toàn*, Lê Anh Xuân*, Phạm Minh Tuấn*

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 32 bệnh nhân chấn thương gan được chẩn đoán vỡ gan và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ

tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 06 năm 2019. **Kết quả:** Nam 25 (78,1%), nữ 7 (21,9%); Tuổi trung bình của bệnh nhân: $34,03 \pm 10,29$ (17 – 57 tuổi); Tai nạn giao thông 65,6%; vỡ gan độ IV chiếm 53,6%; kỹ thuật xử trí: khâu gan 31,3%, cắt gan 46,9%, khâu + chèn gạc 12,5%, chèn gạc đơn thuần 9,4%, Dẫn lưu túi mật 43,7%; Tai biến trong và sau mổ: rò mật 3,1%, chảy máu 6,2%, suy gan sau mổ 3,1%, viêm phổi 12,5%, tử vong 12,5%. **Kết quả:** Tốt 68,8%, trung bình 15,6%, xấu 15,6%. **Kết luận:** Chấn thương gan là cấp cứu ngoại khoa, phẫu thuật điều trị vỡ gan chỉ định đối với những bệnh nhân không có chỉ định điều trị bảo tồn. Việc chỉ định kịp thời, đúng phương pháp đem lại hiệu quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: chấn thương gan, phẫu thuật chấn thương gan.

*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn

Email: Drhuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.3.2020

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2020

Ngày duyệt bài: 9.3.2020

SUMMARY**EVALUATING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BLUNT HEPATIC TRAUMA AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL**

Objectives: To evaluate the results of surgical treatment of blunt hepatic trauma at Nghe An General Friendship Hospital. **Methods:** This was a retrospective descriptive study which included 32 patients who were diagnosed with blunt hepatic trauma and underwent surgery from January 2014 to June 2019 at Nghe An General Friendship Hospital. **Results:** There was a total number of 37 patients with 25 males (78.1%) and 7 females (21.9%); the Average age of patients was: 34.03 ± 10.29 (17 - 57 years); Traffic accidents was 65.6%; Grade IV liver fracture accounted for 53.6%; management techniques were as following: liver suture 31.3%, liver suture 46.9%, suture + suture 12.5%, suture swabs 9.4%, gallbladder drainage 43.7%; Accidents during and after surgery were as following: leakage 3.1%, bleeding 6.2%, liver failure after surgery 3.1%, pneumonia 12.5%, death 12.5%; Result: good 68.8%, average 15.6%, bad 15.6%. **Conclusions:** Blunt hepatic trauma is an emergency surgical and with patients who do not have conservative treatment, the treatment is surgery. The timely appointment and the right method bring good results for these patients.

Keywords: Blunt hepatic trauma, liver trauma; liver surgery.

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 với tỷ lệ 15 - 20%. 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],[2].

Điều trị chấn thương gan bằng phương pháp bảo tồn hay phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Mức độ tổn thương gan, kinh nghiệm của bác sỹ, trang thiết bị hỗ trợ cho chẩn đoán trước trong và sau phẫu thuật. Điều trị vỡ gan bằng phẫu thuật ngày nay tỷ lệ đã giảm nhiều do có nhiều công trình nghiên cứu về điều trị bảo tồn không mổ cho kết quả thành công cao. Nếu như điều trị bảo tồn không mổ cho vỡ gan chấn thương có huyết động ổn định đã thu được sự đồng thuận rộng rãi thì lựa chọn phương pháp mổ cho chấn thương gan nặng, huyết động không ổn định vẫn còn bàn cãi. Nhiều kỹ thuật như: mở rộng khâu gan cầm máu mặt vỡ, khâu gan, cắt gan không điển hình, cắt gan theo giải phẫu, sử dụng chất cầm máu tại chỗ, chèn gạc quanh gan đã được sử dụng riêng rẽ hoặc phối hợp, dù vậy tỷ lệ tử vong do vỡ gan nặng vẫn còn cao (39,4-80%)[3],[4]. Với sự hoàn thiện

phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng, phương pháp khống chế cuống gan chọn lọc Takasaki, các phẫu thuật mạch máu, tiến bộ của gây mê hồi sức nên những tổn thương nặng của nhu mô gan, tĩnh mạch cửa (TMC), tĩnh mạch trên gan (TMTG), tĩnh mạch chủ dưới (TMCD) phần nào đã được giải quyết. Vì thế, diễn biến lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương gan đã có nhiều tiến bộ trong những năm gần đây [5].

Vấn đề phẫu thuật điều trị CT gan đã được đặt ra và được nghiên cứu áp dụng tại nhiều trung tâm trên thế giới. Tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong sự phát triển chung, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật điều trị CT gan tạo nên một bước ngoặt lớn trong thực hành điều trị. 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 CT gan, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An giai đoạn 2016-2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

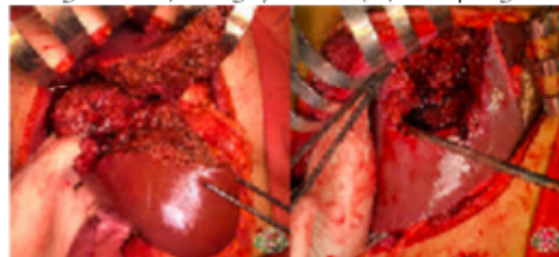
1. Đối tượng nghiên cứu Bao gồm 32 bệnh nhân chấn thương gan được chẩn đoán vỡ gan và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, thời gian vào viện từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 06 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các lứa tuổi, nam và nữ, không phân biệt nguyên nhân được chẩn đoán xác định có CT bụng kín có vỡ gan bằng siêu âm hoặc CLVT được phẫu thuật để điều trị vỡ gan.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Nghiên cứu hồi cứu mô tả.** Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án chung dựa trên các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, chỉ định điều trị.

- **Các chỉ số nghiên cứu:** tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, tổn thương phối hợp, biến chứng sau mổ, số ngày nằm viện, kết quả gần.



Hình 1. Hình thái gan vỡ
- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Giới và tuổi. Gồm 25 nam (78,1%), 7 nữ (21,9%); độ tuổi trung bình $34,03 \pm 10,29$ tuổi (17-57 tuổi).

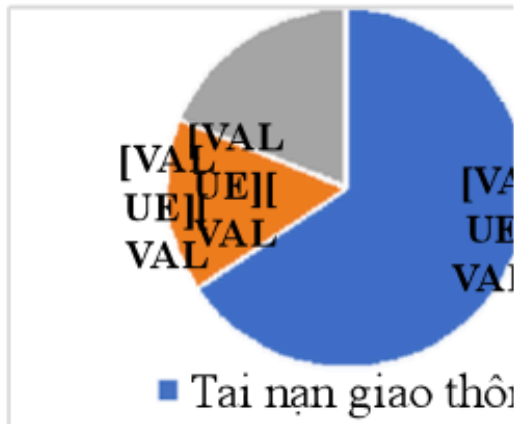
3.1.2. Đặc điểm nghề nghiệp

Bảng 3. 1. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Công nhân, viên chức	6	18,8
Học sinh, sinh viên	7	21,9
Lao động tự do, nông dân	17	53,1
Khác	2	6,2

Nhận xét: Tỷ lệ nghề nghiệp lao động tự do, nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 53,1%.

3.1.3. Nguyên nhân chấn thương



Biểu đồ 0.1. Nguyên nhân

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm huyết động

Bảng 3.2. Đặc điểm huyết động

Tình trạng mạch(lần/phút)	N	Tỷ lệ %
Nhanh nhỏ, khó bắt	11	34,4
> 120	11	34,4
90-120	8	25
< 90	2	6,2
Tổng	32	100
Tình trạng huyết áp (mmHg)	N	%
Không đo được	6	18,8
60-90	23	71,9
90-120	1	3,1
> 120	2	6,2
Tổng	32	100

Nhận xét: Tình trạng huyết áp tâm thu không đo được, HA 60-90 là 18,8% và 71,9%; Tình trạng mạch nhanh nhỏ và mạch trên 120 lần/phút là 68,8%.

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng

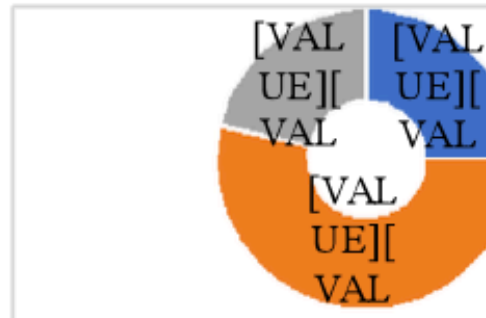
Lâm sàng	N	Tỷ lệ %
Da xanh, nhợt	30	93,8
Đau khu trú	14	43,7
Đau khắp bụng	18	56,2
Bụng chướng	29	90,6
Gõ đục vùng thấp	32	100
Cảm ứng phúc mạc	26	81,2
Phản ứng thành bụng	6	18,7

3.2.3. Kết quả CT scanner

Bảng 3. 4. Kết quả CT scanner

Dấu hiệu	CT scanner (n =28)	Tỷ lệ %
Dịch ổ bụng	28	100
Đường vỡ	26	92,8
Tụ máu nhu mô	28	100
Tụ máu dưới bao	28	100
Thoát thuốc cản quang, giả phình	16	57,1

Nhận xét: Dịch ổ bụng, tụ máu nhu mô, dưới bao xuất hiện 100%.



Biểu đồ 0.2. Phân độ vỡ gan

Nhận xét: Có 28 bệnh nhân được chụp CT scanner bụng, vỡ gan độ IV chiếm 53,6%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Tôn thương phối hợp

Bảng 3.5. Các tổn thương phối hợp

Tổn thương	N	%
Sọ não	13	40,6
Hàm mặt	4	12,5
Cột sống	3	9,3
Cơ hoành	2	6,2
Lách	8	25
Thận	4	12,5
Ngực	17	53,1
Dạ dày, ruột	2	6,2
Gãy xương, khớp chậu	5	15,6

Nhận xét: Tổn thương phối hợp Chấn thương sọ não và chấn thương ngực là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 40,6% và 53,1%.

3.3.2. Phương pháp xử lý

Bảng 3.6. Phương pháp xử lý

Phương pháp	N	%
Khâu gan	10	31,3
Cắt gan	15	46,9

Khâu + chèn gạc	4	12,5
Chèn gạc đơn thuần	3	9,4
Dẫn lưu túi mật	14	43,7

Nhận xét: Phương pháp cắt gan cầm máu chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%. Dẫn lưu túi 43,7%.

3.3.3. Biến chứng trong và sau mổ

Bảng 3.7. Biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng	N	%
Rò mật	1	3,1
Chảy máu	2	6,2
Suy gan sau mổ	1	3,1
Áp xe tồn dư	1	3,1
Viêm phổi	4	12,5
Tử vong	4*	12,5

Nhận xét: Có 4 bệnh nhân tử vong trong đó 3 bệnh nhân tử vong trong mổ do không cầm được máu, tổn thương gan diện rộng rách tĩnh mạch chủ dưới. 1 bệnh nhân tử vong sau 24h do đa chấn thương: chấn thương ngực nặng, sọ não.

3.3.4. Kết quả gần

Bảng 3.8. Kết quả gần

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	22	68,8
Trung bình	5	15,6
Xấu	5	15,6

Nhận xét: Bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 68,8%; trung bình và xấu chiếm 31,2%

3.3.5. Thời gian hậu phẫu. Thời gian hậu phẫu trung bình $16,1 \pm 8,2$ ngày, ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 37 ngày (không kể các trường hợp tử vong trong mổ)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong chấn thương gan nói chung và chấn thương bụng kín nói riêng, tỷ lệ nam giới thường cao hơn nữ giới. Theo các tác giả trong nước: Nguyễn Tiến Quyết trong 157 bệnh nhân chấn thương gan, nam: 118 chiếm 75,2%, nữ: 39 chiếm 24,8%. Trần Vĩnh Hùng trong 39 bệnh nhân chấn thương gan nam: 31 chiếm 79,5%, nữ: 8 chiếm 20,5%. Lê Lộc trong 108 bệnh nhân chấn thương gan, nam: 76 chiếm 70,4%, nữ 32 chiếm 29,6%. [7],[8].

Có 32 BN được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là $34,03 \pm 10,29$ tuổi, trẻ nhất là 17 tuổi, già nhất là 57 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên từ 15- 50 với tổng tỉ lệ 93,8 %, đây chính là lứa tuổi đang học tập và lao động của xã hội. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác: theo Trịnh Hồng Sơn, tỷ lệ nam giới chiếm 85%, tập trung nhiều ở lứa tuổi 20-50 (63,3%); theo Trần Bình Giang, tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1, tuổi trung bình là 28,9, đối tuổi 16-45 chiếm 78,7% [9], [1].

Trong nghiên cứu, nguyên nhân hàng đầu

gây ra CT gan là tai nạn giao thông chiếm 65,6% các loại tai nạn. So sánh kết quả này với các nghiên cứu khác về chấn thương gan: Trịnh Hồng Sơn tỷ lệ tai nạn giao thông là 63,3% (1990 – 1995), theo Dương Trọng Hiền tỷ lệ này là 69,9% (1996 – 1998), theo Trần Bình Giang là 74,5% (2004 - 2005). Ở các nước phát triển, điều kiện sinh hoạt và lao động được cải thiện tốt nên tỷ lệ tai nạn giao thông trong chấn thương gan càng cao. Như vậy, theo xu hướng phát triển này thì tai nạn giao thông không những là nguyên nhân hàng đầu mà tỷ lệ ngày càng gia tăng. Do vậy, đối tượng chấn thương hay gặp là độ tuổi đi học, lao động, gặp nhiều hơn ở nam giới do sử dụng nhiều phương tiện giao thông [9],[1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Theo Kozar, bệnh nhân có huyết động ổn định khi vào viện được định nghĩa huyết áp tối đa trên 90 mmHg và trong nghiên cứu của tác giả có 64/71 (90,14%) bệnh nhân có huyết áp tối đa trên 90 mmHg, còn lại 7/71 bệnh nhân (9,86%) có huyết áp tối đa dưới 90 mmHg.

Các tác giả đều cho rằng yếu tố mạch, huyết áp có giá trị phản ánh khá trung thành lượng máu mất trong ổ bụng. Theo Dương Trọng Hiền, nếu huyết áp tâm thu <60 mmHg tương đương lượng máu mất trên 1500 ml và tổn thương gan từ độ IV trở lên, với huyết áp <90 mmHg lượng máu mất trung bình 800ml và tổn thương gan từ độ III trở lên.

Trong nghiên cứu, các bệnh nhân đau vùng gan chiếm đa số với 43,7%, có 56,2% đau khắp bụng do tổn thương tạng phổi hợp hoặc do các tổn thương tại thành bụng. Các trường hợp có đau bụng vùng ngoài gan hoặc đau khắp bụng gây khó khăn trong việc chẩn đoán đầy đủ tổn thương từ ban đầu, các bệnh nhân cần được theo dõi sát sao hơn về triệu chứng đau nhằm phát hiện sớm những tổn thương nguy hiểm như vỡ tạng rỗng để kịp thời xử trí. Tuy nhiên đây là dấu hiệu chủ quan của người bệnh và có thể không đánh giá được nếu BN có chấn thương sọ não, tùy sống kèm theo.

Gần đây, CT ổ bụng đã trở nên phổ biến hơn và được chỉ định rộng rãi trong cấp cứu CT bụng nói chung và trong CT gan nói riêng, nghiên cứu của Trần Bình Giang (2004 – 2005) và trong nghiên cứu này, tất cả các BN CT gan huyết động ổn định đều được chụp CT bụng [1]. Phương tiện chẩn đoán này đã góp phần quan trọng làm thay đổi xu hướng điều trị CT gan từ mổ thường quy sang bảo tồn không mổ do khả năng chẩn đoán chính xác dịch ổ bụng, đo lường

dịch; cho thấy chính xác vị trí, mức độ, tính chất tổn thương giải phẫu; phát hiện các tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng và sau phúc mạc như tổn thương tụy, ống tiêu hóa..., cùng lâm sàng giúp loại trừ tổn thương phải mổ. CT scanner còn được sử dụng để chẩn đoán các biến chứng và cung cấp thông tin về quá trình hàn gắn tổn thương gan trong quá trình điều trị bảo tồn không mổ.

Kết quả chụp CT ổ bụng phát hiện: Dịch ổ bụng tụ máu nhu mô, tụ máu dưới bao đều có tỷ lệ 100%; thoát thuốc cản quang hay giả phình có 57,1%. Thoát thuốc cản quang thì ĐM là dấu hiệu đặc hiệu đối với tổn thương mạch máu đang chảy máu mạnh (chảy máu thể hoạt động), là dấu hiệu tiên lượng nguy cơ thất bại của điều trị bảo tồn không mổ, đòi hỏi can thiệp cầm máu sớm, kể cả khi huyết động ổn định và CT gan ở bất kỳ mức độ nào.

Các tỷ lệ này tương đối khác nhau ở các nghiên cứu một phần lý do chọn mẫu, chỉ định phẫu thuật mỗi nơi khác nhau tùy thuộc vào trình độ chuyên môn, khả năng hồi sức, máu và chế phẩm máu. Tại bệnh viện chúng tôi đã tiến hành điều trị bảo tồn cho các trường hợp chấn thương gan từ độ I đến độ IV và tỷ lệ thành công tương đối cao. Do đó, trong nghiên cứu này chỉ xuất hiện từ vỡ gan độ III trở lên không thể điều trị bảo tồn được [12].

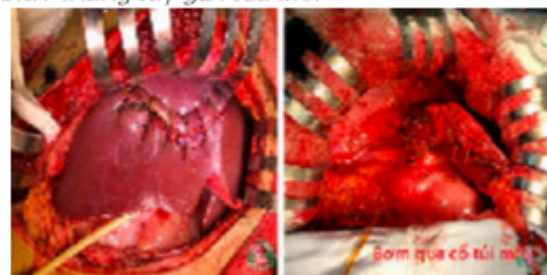
4.3. Kết quả phẫu thuật. Trong bảng 3.5 của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương phối hợp lần lượt là sọ não 40,6%, ngực 53,4%, lách 25%, chấn thương thân 12,5%, hàm mắt 12,4%.

Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác: Dương Trọng Hiền tổn thương ngực 40,9%, sọ não 26,5%, chi 14,5%, tổn thương phối hợp trong ổ bụng: lách 9,6%, tụ máu sau phúc mạc 25,13%, ruột là 13,5%. Trịnh Hồng Sơn tổn thương gan đơn thuần 44%, phối hợp 56%. Lồng ngực và các tạng trong ổ bụng bị tổn thương nhiều hơn chi và sọ não. Trần máu màng phổi, gãy xương sườn gặp nhiều nhất (67 lần), ruột (24 lần), cơ hoành (15 lần). Nguyễn Quốc Hùng, tổn thương gan đơn thuần chiếm 36,55%, phối hợp 63,55%, trong đó tổn thương ngực là 42,07%, tổn thương sọ não là 15,17%, chi 22,06%, tụ máu sau phúc mạc là 25,52%, sau đó là thân 14,48%, đại tràng và ruột non chiếm tỷ lệ 22,06%, lách 10,34%[9].

Như vậy tổn thương phối hợp trong chấn thương gan, với các tạng trong ổ bụng là tổn thương lách, ruột, thận. Với các tạng ngoài ổ bụng nhiều nhất là tổn thương ngực, sọ não. Theo đa số các tác giả mức độ tổn thương gan

tỷ lệ thuận với tổn thương phối hợp, tổn thương gan càng nặng, tổn thương phối hợp càng nhiều, tỷ lệ tử vong càng cao.

Chúng tôi xử trí vỡ gan bằng khâu gan chiếm tỷ lệ 31,3%, cắt gan 46,9%, khâu gan kèm chèn gạc 12,5%, chèn gạc 9,4%, dẫn lưu túi mật 42,7%. Theo các tác giả trong nước khác, Trịnh Hồng Sơn 67,17% bệnh nhân được khâu gan, chủ yếu với tổn thương độ II, III. 10 bệnh nhân (5%) đốt điện cầm máu, 5 lần cấp cường gan (2,6%), cắt gan 19,7% với tổn thương độ III, IV, không có trường hợp nào được thắt ĐM gan, 30 lần sử dụng chèn gạc sau khi khâu cầm máu hoặc cắt gan (15,2%)[9]. Nguyễn Quốc Hùng, có 16 bệnh nhân (12,21%) được đốt điện cầm máu, 71 bệnh nhân (54,69%) khâu cầm máu, 24 bệnh nhân (18,32%) cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng, 10 bệnh nhân (7,63%) cắt gan theo tổn thương, 6 bệnh nhân (4,58%) bệnh nhân tử vong trong mổ. Chúng tôi nhận thấy, tùy theo tình trạng chấn thương phối hợp của bệnh nhân, tình trạng chấn thương gan để đưa ra quyết định hợp lý để xử lý tổn thương. Những trường hợp bệnh nhân đa chấn thương nặng cần xử lý nhanh có thể chèn gạc cầm máu (Packing) sau khi bệnh nhân tình trạng ổn định sẽ phẫu thuật thì 2 hoặc khâu gan kèm chèn gạc. Để dự phòng rò mật trên bệnh nhân CTG, chúng tôi tiến hành dẫn lưu túi mật ra da cho những trường hợp tổn thương đường mật, sâu có nguy cơ tổn thương đường mật. Giải pháp cắt gan trong chấn thương gan cũng phụ thuộc vào trình độ kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong 15 ca cắt gan chúng tôi chủ yếu cắt gan theo thương tổn, bảo tồn tối đa nhu mô gan lành tránh biến chứng suy gan sau mổ. Bởi vì trong mổ chấn thương gan không thể tính thể tích gan còn lại như mổ kế hoạch nên nguy cơ nếu tổn thương gan lớn sẽ gây nên biến chứng suy gan sau mổ.



Hình 2. Xử lý tổn thương gan

Trong nghiên cứu chúng tôi, các biến chứng trong và sau mổ có: rò mật 3,1%; chảy máu 6,2%; suy gan sau mổ 3,1%; áp xe tồn dư 3,1%; viêm phổi 12,5%; tử vong 12,5%. Cụ thể,

trong 4 ca tử vong có 3 ca tử vong trong vòng 24h sau phẫu thuật bởi vì tổn thương gan diện rộng, tổn thương tĩnh mạch gan, tĩnh mạch chủ dưới không thể khắc phục. 1 ca tử vong sau 24h nguyên nhân do đa chấn thương phối hợp chấn thương sọ não, chấn thương ngực. Viêm phổi có 4 trường hợp, tất cả trường hợp này đều chấn thương ngực tràn máu màng phổi dập phổi, trong quá trình hậu phẫu xuất hiện viêm phổi nặng. Bệnh nhân đã được điều trị tích cực, có 2 trường hợp phải mở khí quản. Có 1 ca suy gan sau mổ sau đó được hồi sức tích cực lọc máu kết quả bệnh nhân ổn định.

4.4. Kết quả gần. Trong bảng 3.8 cho thấy kết quả tốt chiếm 68,8%, kết quả trung bình 15,6%, kết quả xấu (kể cả tử vong) 15,6%. Kết quả 1 số tác giả trong nước: Nguyễn Quốc Hùng, kết quả tốt đạt 64,82%, có biến chứng là 35,18%. Dương Trọng Hiền, tỷ lệ biến chứng là 29,98%. Trịnh Hồng Sơn, tỷ lệ biến chứng là 56,06%. Nguyễn Tiến Chấn kết quả tốt chiếm 66,7%, trung bình 20,8%, kết quả xấu chiếm 12,5[9].

V. KẾT LUẬN

Chấn thương gan là cấp cứu ngoại khoa, phẫu thuật điều trị vỡ gan chỉ định đối với những bệnh nhân không có chỉ định điều trị bảo tồn. Việc chỉ định kịp thời, đúng phương pháp đem lại hiệu quả tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang (2013)**, Chấn thương bụng, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, tr. 53-114.
2. **Tôn Thất Bách (2005)**, Thương tích gan do chấn thương và vết thương gan, Phẫu thuật gan mật, NXB Y học Hà Nội.
3. **Muhammad Saaiq, Niaz-ud-Din, Muhammad Zubair, Syed Aslam Shah (2013)**, "Presentation and outcome of surgically managed liver trauma: experience at a tertiary care teaching hospital", J Pak Med Assoc, 63(4), pp. 436-9
4. **Nguyễn Văn Hải (2007)**, "Kết quả điều trị vỡ gan chấn thương", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 11(1), tr. 127-133.
5. **K. Takasaki (1998)**, "Glissonean pedicle transection method for hepatic resection: a new concept of liver segmentation.", J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg., vol. 5, no. 3, pp. 286-91.
6. **Trịnh Văn Minh (1982)**, Những biến đổi giải phẫu của hệ tĩnh mạch cửa trong gan người dưới quan điểm phân thủy gan hiện đại, Luận án phó tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà nội.
7. **Nguyễn Tiến Quyết, Dương Trọng Hiền, Nguyễn Quang Nghĩa (2007)**, "Chấn thương gan, các yếu tố quyết định thái độ điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức", Tạp chí Ngoại khoa, 1, tr.34-44.
8. **Trần Vĩnh Hưng; Nguyễn Văn Nghĩa; Nguyễn Văn Phùng; Lê, Tông Khôi Việt, (2008)**, "Điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan do chấn thương bụng kín", Y học thực hành, số 1 tr.70-74
9. **Trịnh Hồng Sơn, Tôn Thất Bách và cộng sự (1999)**, Chấn thương và vết thương gan phân loại mức độ tổn thương, chẩn đoán và điều trị.(198 trường hợp trong 6 năm 1990-1995), Y học thực hành, 1: 40-46.