

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GAN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC

Phạm Tiến Biên¹, Nguyễn Hoàng Diệu², Trịnh Hồng Sơn³

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu: Đánh giá tình hình điều trị chấn thương gan tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu quan sát mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu tất cả những trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương gan tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc, trong thời gian từ tháng 11 năm 2009 đến tháng 5 năm 2013. **Kết quả:** có 124 bệnh nhân, chủ yếu là nam (78%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây ra chấn thương gan (61,2%). Chỉ định điều trị bảo tồn 50% trong đó có 16 bệnh nhân chuyển mổ (12,9%). Kỹ thuật chủ yếu được sử dụng trong phẫu thuật là khâu gan (93,6%). Tỷ lệ biến chứng sau mổ gặp 33,3%. **Kết luận:** Điều trị chấn thương gan tại các tỉnh miền núi phía Bắc đạt kết quả tốt, tỷ lệ điều trị bảo tồn cao, biến chứng sau mổ giảm.

Từ khóa: Chấn thương gan, điều trị.

SUMMARY

TREATMENT OF LIVER TRAUMA IN NORTHERN MOUNTAIN HOSPITALS

Objective: Evaluating the treatment of liver trauma in some Northern mountain hospitals. **Subjects and methods:** Observational describing retrospective combined prospective studies all cases of patients who diagnosed with liver trauma in Northern mountain hospitals between November 2009 and May 2013 were reviewed. **Results:** There were 124 patients: Most of patients were man (78%). The main cause of liver trauma was traffic accident (61,2%). Non operative treatment was succeeded in 37,1%,

nonoperative treatment was failed in 12,9%. Emergency operative treatment was performed in 50%. The main technique used in surgery was liver suture (93.6%). The rate of postoperative complications accounted for 33.3%. **Conclusion:** Treatment of liver injury in the Northern mountainous provinces has had many positive changes with high rate of successful nonoperative treatment.

Key words: Liver trauma, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan là một chấn thương tạng đặc rất hay gặp trong chấn thương bụng kín chiếm tỷ lệ 15 – 20%[4]. Cùng với sự phát triển đô thị thì các tai nạn do sinh hoạt, lao động và sự gia tăng mật độ cùng với tốc độ của các phương tiện giao thông thì bệnh nhân bị chấn thương gan tăng lên rõ rệt cả về số lượng lẫn mức độ tổn thương.

Hiện nay, với những tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, theo dõi bệnh nhân, gây mê hồi sức, kỹ thuật mổ, can thiệp nội mạch đã làm giảm tỷ lệ bệnh nhân phải phẫu thuật cũng như tử vong do chấn thương gan[8]. Xu hướng điều trị bảo tồn không phẫu thuật đối với những bệnh nhân chấn thương gan độ I, II, III có huyết động ổn định ngày càng tăng và đạt được những kết quả tốt.

Những thống kê về chấn thương gan tại các tỉnh miền núi phía Bắc, cho thấy chưa có sự thống nhất trong chẩn đoán cũng như chỉ định điều trị giữa các bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm điều trị chấn thương gan tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Tất cả 124 bệnh nhân chấn thương gan được điều trị tại các Bệnh viện Đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc, trong thời gian từ

¹Bệnh viện ĐK tỉnh Điện Biên

²Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình

³Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tiến Biên

Email: bienpham1102@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/1/2020

Ngày phản biện khoa học: 31/1/2020

Ngày duyệt bài: 20/2/2020

tháng 11/2009 đến tháng 5/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu: quan sát mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương

Điều trị: Bảo tồn (tỷ lệ thành công), phẫu thuật

Kết quả: Tốt (không có biến chứng), trung bình (có biến chứng), xấu (tử vong).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung	Số bệnh nhân(n=124)	Tỷ lệ %
Giới tính: Nam	97	78,2
Nữ	27	21,8
Nguyên nhân chấn thương		
Tai nạn giao thông	76	61,3
Tai nạn lao động	16	12,9
Tai nạn sinh hoạt	32	25,8
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)	25,74 ± 11,36(2-62)	

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân chấn thương gan là nam giới chiếm 78,2%. Nguyên nhân gây chấn thương gan chủ yếu là do tai nạn giao thông (61,3%).

Bảng 3. Phương pháp xử lý tổn thương theo mức độ vỡ gan

Phương pháp xử lý tổn thương gan	Mức độ vỡ					Tổng n (%)
	Độ II n (%)	Độ III n (%)	Độ IV n (%)	Độ V n (%)		
Đốt điện cầm máu	2(2,5)	0(0)	1(1,3)	0(0)	3(3,8)	
Khâu gan	7(8,9)	25(32,1)	35(44,9)	5(6,4)	72(92,3)	
Khâu gan có miếng đệm	0(0)	0(0)	0(0)	1(1,3)	1(1,3)	
Cắt gan tổn thương	0(0)	0(0)	5(6,4)	1(1,3)	6(7,7)	
Cắt gan theo giải phẫu	0(0)	0(0)	0(0)	2(2,5)	2(2,5)	
Chèn gạc	0(0)	0(0)	13(16,7)	3(3,8)	16(20,5)	

Nhận xét: Xử trí tổn thương chủ yếu là khâu gan 72/78 bệnh nhân (92,3%).

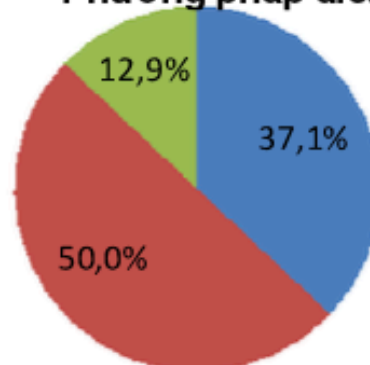
Bảng 4. Biến chứng của nhóm nghiên cứu

Biến chứng	Nhóm phẫu thuật	
	Số bệnh nhân(n=78)	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn vết mổ	9	11,5
Chảy máu sau mổ	6	7,7
Suy đa tạng	2	2,6
Viêm phổi	1	1,3
Tràn dịch màng phổi	1	1,3
Suy hô hấp	1	1,3
Suy thận cấp	1	1,3
Suy gan	2	2,6

Nhận xét: Biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 11,5%.

Bảng 5. Kết quả điều trị

Phương pháp điều trị



Biểu đồ 1. Phương pháp điều trị

Nhận xét: Chỉ định điều trị bảo tồn 50%, 46 (37,1%) trường hợp điều trị thành công.

Bảng 2. Phân độ vỡ gan trong mổ

Phân độ vỡ gan trong mổ	Số bệnh nhân(n = 78)	Tỷ lệ %
Độ II	9	11,5
Độ III	26	33,3
Độ IV	37	47,5
Độ V	6	7,7

Nhận xét: Trong mổ ghi nhận vỡ gan độ IV chiếm (47,5%)

Kết quả điều trị	Nhóm phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n=78)	Tỷ lệ %
Tốt	53	67,9
Trung bình	21	26,9
Xấu	4	5,2

Nhận xét: Kết quả tốt đạt 67,9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 124 bệnh nhân chấn thương gan được chẩn đoán và điều trị tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc từ tháng 11 năm 2009 đến tháng 5 năm 2013. Bệnh nhân là nam giới gấp nhiều hơn: tỷ lệ nam/nữ là 3,6/1. Kết quả thu được thấy tương tự thống kê của Trịnh Hồng Sơn [3].

Kết quả Bảng 1 cho thấy nguyên nhân dẫn đến chấn thương gan chủ yếu là do tai nạn giao thông (61,3%), tiếp sau là tai nạn sinh hoạt (25,8%) và thấp nhất là tai nạn lao động (12,9%). Kết quả thu được giống như nghiên cứu của Kozar [6].

Xu hướng điều trị bảo tồn không phẫu thuật đối với những bệnh nhân chấn thương gan độ I, II, III có huyết động ổn định ngày càng tăng và đạt được những kết quả tốt [4]. Tỷ lệ bệnh nhân chấn thương gan được điều trị bảo tồn không mổ có xu hướng tăng dần theo thời gian. Lucas [7] theo dõi trong 30 năm, tỷ lệ không mổ những năm 1969 - 1970 là 0%, tăng lên 31% vào những năm 1997 - 1998. Tuy nhiên, phải có điều kiện theo dõi liên tục về lâm sàng cũng như cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính) và ở cơ sở có khả năng phẫu thuật và hồi sức tốt. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy khoảng 70 - 90% chấn thương gan được điều trị bảo tồn với kết quả thành công 85 - 94% [4], [8].

Kết quả ở Biểu đồ 1 cho thấy đa số bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, chiếm 62,9%, trong đó 16 (12,9%) trường hợp do điều trị bảo tồn thất bại phải chuyển mổ, có 46 (37,1%) bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công. Thống kê cho thấy điều trị chấn thương gan tại các tỉnh miền núi phía Bắc đã có những thay đổi về xu hướng điều trị bảo tồn so với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [3].

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy các phương pháp xử lý tổn thương theo mức độ vỡ gan.

Khâu gan vỡ được thực hiện ở 93,6% trường hợp. Vùng ngoại vi của gan không có các mạch lớn, nhưng nhiều mạch nhỏ dễ tổn thương. Vì vậy, khi khâu xong không nên buộc chỉ chặt quá, một số trường hợp cần phải khâu và buộc trên đệm bằng spongel hoặc mạc nối. Nghiên cứu có 1 trường hợp sau khi khâu dùng mạc nối đệm sau đó buộc chỉ, những trường hợp còn lại đều khâu trực tiếp gan thấy cầm máu tốt. Trịnh Hồng Sơn xử trí tổn thương gan trong mổ bằng khâu gan vỡ là chủ yếu (84,4%) [3].

Cắt gan thường được sử dụng cho những tổn thương gan phức tạp không cầm máu được bằng khâu đơn thuần. Trong nghiên cứu có 8 trường hợp bệnh nhân được cắt gan với các thương tổn gan độ IV, độ V, 6 bệnh nhân (7,7%) cắt gan theo tổn thương và 2 bệnh nhân (1,6%) cắt gan theo giải phẫu cắt gan. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn về xử trí chấn thương gan chỉ thực hiện cắt gan ở 4 bệnh nhân (10,4%) [3].

Tại các bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc,

những chấn thương gan nặng vẫn là thách thức rất lớn giữa việc phải có chiến thuật hợp lý trong khoảng thời gian ngắn nhằm cứu được bệnh nhân đang chảy máu. Trong hoàn cảnh này, phẫu thuật viên nên chèn gạc cầm máu. Trong nghiên cứu có 16 (20,5%) bệnh nhân được chèn gạc khi mổ.

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy biến chứng đều xảy ra ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật trong đó có 9 (11,5%) bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ, 2 (2,6%) bệnh nhân suy đa tạng, 1 (1,3%) bệnh nhân viêm phổi, 1 (1,3%) bệnh nhân suy thận cấp, 1 (1,3%) bệnh nhân tràn dịch màng phổi, 1 (1,3%) bệnh nhân suy hô hấp; 2 (2,6%) bệnh nhân suy gan. Thống kê của Nguyễn Văn Sơn gặp: Biến chứng sau mổ 33,3%, trong đó chảy máu (4,2%), tràn dịch màng phổi (4,2%), nhiễm khuẩn vết mổ (16,7%), viêm phổi (8,3%) [1]. Nghiên cứu của tác giả nước ngoài cho thấy tỷ lệ biến chứng sau điều trị chấn thương gan khoảng 29 - 34,5% [5], [6], [8].

Chảy máu trong ổ bụng sau mổ là một biến chứng nặng, gây những biến đổi toàn thân lớn, thậm chí sốc mất máu và đe dọa tử vong. Nghiên cứu cho thấy 6 (7,7%) bệnh nhân chảy máu sau mổ, trong đó 5 trường hợp chấn thương gan độ IV và 1 trường hợp chấn thương gan độ III.

Nghiên cứu cho thấy 46 bệnh nhân điều trị bảo tồn và 53 bệnh nhân nhóm phẫu thuật đạt kết quả tốt. Kết quả chung: Tốt: 99 (79,8%) bệnh nhân, trung bình: 21 (16,9%) bệnh nhân và xấu: 4 (3,2%) bệnh nhân (Biểu đồ 1 và Bảng 5). Thống kê của Kozar RA và cộng sự cũng như một số tác giả nước ngoài về điều trị chấn thương gan thấy kết quả tốt đạt khoảng 90 - 94,7% [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 124 bệnh nhân chấn thương gan tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc từ 11 năm 2009 đến tháng 5 năm 2013, cho thấy:

Tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ thành công 37,1%, tỷ lệ mổ: 62,9% (trong đó 12,9% trường hợp là sau điều trị bảo tồn). Kết quả tốt: 79,8%, trung bình: 26,9%, xấu: 5,2%. Biến chứng đều xảy ra ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật: nhiễm khuẩn vết mổ: 11,5%, chảy máu sau mổ: 7,7%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Sơn và Đặng Minh Kim (2018) Kết quả điều trị phẫu thuật vỡ gan do chấn thương bụng kín tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Ngoại khoa Việt Nam, 68(1), tr. 49-53.
2. Nguyễn Tiên Quyết (2007) Chấn thương gan - Các yếu tố quyết định thái độ điều trị tại bệnh viện

- Hữu nghị Việt Đức. Ngoại khoa, tr. 34-43.
3. **Trịnh Hồng Sơn (2012)** Nghiên cứu tình hình chẩn đoán và điều trị chấn thương gan tại các bệnh viện đa khoa tỉnh biên giới, miền núi phía bắc trong 6 tháng đầu năm 2009. Y học thực hành, tr. 82-89.
 4. **Swift C and Garner JP (2012)** Non-Operative Management of Liver Trauma. J R Army Med Corps 158(2): 85-95.
 5. **Christmas AB (2005)** Selective management of blunt hepatic injuries including nonoperative management is a safe and effective strategy. Surgery: 606-612.
 6. **Kozar RA (2006)** Risk factors for hepatic morbidity following nonoperative management: multicenter study. Arch Surg; 451-459.
 7. **Lucas CE (2000)** Changing times and the treatment of liver injury. Am Surg; 337-341.
 8. **Greta LP (2010)** Current Management of Hepatic Trauma. Surg Clin N Am: 775-785.