

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arlinda Ruco, et al (2015)**, "Evaluation of a clinical risk index for advanced colorectal neoplasia among a North American population of screening age", *BMC gastroenterology*, 15 pp. 162-162.
2. **Duc Trong Quach, et al (2018)**, "Asia-Pacific Colorectal Screening score: A useful tool to stratify risk for colorectal advanced neoplasms in Vietnamese patients with irritable bowel syndrome", *J Gastroenterol Hepatol*, 33 (1), pp. 150-155.
3. **J. Hammer, et al (2004)**, "Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia", *Gut*, 53 (5), pp. 666-672.
4. **Khay-Guan Yeoh, et al (2011)**, "The Asia-Pacific Colorectal Screening score: a validated tool that stratifies risk for colorectal advanced neoplasia in asymptomatic Asian subjects", *Gut*, 60 (9), pp. 1236.
5. **Mukesh Sharma Paudel, et al (2018)**, "Prevalence of Organic Colonic Lesions by Colonoscopy in Patients Fulfilling ROME IV Criteria of Irritable Bowel Syndrome", *JNMA J Nepal Med Assoc*, 56 (209), pp. 487-492.
6. **Purav Patel, et al (2015)**, "Prevalence of organic disease at colonoscopy in patients with symptoms compatible with irritable bowel syndrome: cross-sectional survey", *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 50 (7), pp. 816-823.
7. **Rebecca M. Lovell, Alexander C. Ford (2012)**, "Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 10 (7), pp. 712-721.e4.
8. **W. E. Whitehead, et al (2006)**, "Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome", *Aliment Pharmacol Ther*, 24 (1), pp. 137-46.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẨN THƯƠNG GAN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

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. Điều trị bảo tồn chấn thương gan trong nghiên cứu của chúng tôi là phương pháp điều trị an toàn với tỷ lệ thành công là 96,4%, không có trường hợp nào tử vong. Tỷ lệ bảo tồn thành công đối với vỡ gan độ II là 100%, độ III thành công đạt tỷ lệ 96,5% và ở độ IV là 91,1%. Kết quả điều trị bảo tồn: Tốt chiếm tỷ lệ 95,7%; 01 trường hợp kết quả trung bình do biến chứng rò mật phải đặt dẫn lưu ổ bụng và sau đó phải can thiệp ERCP dẫn lưu dịch mật (0,7%); 05 trường hợp kết quả xấu phải chuyển mổ (3,6%).

**Từ khóa:** Chấn thương gan, điều trị bảo tồn.

## SUMMARY

### RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF LIVER INJURY AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Through a study of 140 patients with liver injury who received emergency care and non-surgical conservative treatment at 115 People's Hospital from January 2016 to December 2020. Conservative treatment of liver injury in our study is a safe treatment with a success rate of 96.4%, with no deaths. The rate of successful preservation for grade II liver rupture is 100%, success rate for grade III is 96.5% and in grade IV is 91.1%. Result of conservative treatment: Good accounted for 95.7%;

\*Bệnh viện Nhân dân 115, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 21/6/2022

Ngày duyệt bài: 10/7/2022

01 case with average results due to complications of biliary fistula requiring abdominal drainage and then ERCP intervention to drain bile (0.7%); 05 cases of bad results required surgery (3.6%).

**Keywords:** Liver injury, conservative treatment.

## 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 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 đánh giá kết quả điều trị bảo tồn chấn thương gan trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện Nhân dân 115.

## 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. Phương pháp điều trị

**Bảng 1. Phương pháp điều trị chung và kết quả**

Phương pháp điều trị chung	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bảo tồn đơn thuần	116	82,9
Bảo tồn + DSA	18	12,9
Bảo tồn + PTNS	03	2,1
Bảo tồn + Phẫu thuật mở	02	1,4
Bảo tồn + DSA + Dẫn lưu	01	0,7

Số trường hợp được điều trị bảo tồn thành công là 135, chiếm tỷ lệ 96,4.

**Bảng 2. Phương pháp điều trị cụ thể và kết quả**

Phương pháp	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Truyền máu	29	20,7	
Nút mạch cầm máu	Thực hiện	19	13,6
	Thành công (n = 19)	19	100
ERCP dẫn lưu mật	STENT/cắt cơ vòng	01	0,7
	ERCP thành công (n=1)	01	100
PTNS	Làm sạch ổ bụng	02	1,4
	Xử trí tổn thương	01	0,7
	Thành công (n = 3)	03	100
	Khâu gan	01	0,7
PT mở	Làm sạch ổ bụng	01	0,7
	Thành công (n = 2)	02	100

### 3.2. Biến chứng

**Bảng 3. Các biến chứng và xử trí**

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Chảy máu tiếp diễn (Có)	01	0,7	
	Phẫu thuật nội soi	0	0
Xử trí	Phẫu thuật mở	01	0,7
	Rò mật	01	0,7
Xử trí	Chọc dẫn lưu	01	0,7
	Phẫu thuật	0	0

Viêm phúc mạc mật	01	0,7	
Xử trí	Phẫu thuật nội soi	01	0,7

Biến chứng chung của điều trị bảo tồn chấn thương gan trong thu thập của chúng tôi xảy ra trong 03 trường hợp, chiếm tỷ lệ 2,1% bao gồm các biến chứng như: chảy máu tiếp diễn, rò mật, viêm phúc mạc mật, đều chiếm tỷ lệ là 0,7%.

### 3.3. Kết quả điều trị bảo tồn chấn thương gan

**Bảng 4. Nhận xét kết quả sớm điều trị bảo tồn chấn thương gan**

Kết quả (n = 140)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	134	95,7
Trung bình	01	0,7
Xấu	05	3,6

Trong 140 bệnh nhân được chỉ định điều trị bảo tồn, hầu hết bệnh nhân đều đạt được kết quả tốt, cụ thể có 134 trường hợp đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 95,7%

### 3.4. Thời gian nằm viện

**Bảng 5. Liên quan giữa thời gian nằm viện và mức độ tổn thương**

Mức độ chấn thương gan	Thời gian điều trị	p*
II	6,8 ± 3,8	0,324
III	8,2 ± 5,7	
IV	8,6 ± 4,0	
<b>Tổng</b>	<b>7,9 ± 4,7</b>	

\*Kiểm định ANOV

Số ngày nằm viện trung bình trong mẫu nghiên cứu là 7,9 ± 4,7, chúng tôi nhận thấy mức độ chấn thương gan càng cao thì số ngày nằm viện càng kéo dài.

**Bảng 6. Liên quan giữa thời gian nằm viện và phương pháp điều trị**

Phương pháp điều trị	Thời gian điều trị	p*
Bảo tồn đơn thuần	7,2 ± 4,2	<0,001
Bảo tồn + DSA	10,3 ± 5,5	
Bảo tồn + PTNS	13,3 ± 4,0	
Bảo tồn + Phẫu thuật mở	17,0 ± 9,9	
Bảo tồn + DSA + Dẫn lưu	15 ± 0	
<b>Tổng</b>	<b>7,9 ± 4,7</b>	

\*Kiểm định ANOVA

Thời gian nằm viện ngắn nhất gặp ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp bảo tồn đơn thuần bằng nội khoa và theo dõi, thời gian điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân này là 7,2 ± 4,2.

### 3.5. Xem xét một số yếu tố liên quan kết quả điều trị

**3.5.1. Liên quan giữa hình ảnh trên cắt lớp vi tính với kết quả điều trị**

**Bảng 7. Liên quan giữa hình thái tổn thương gan trên cắt lớp vi tính và kết quả điều trị**

Tổn thương trên clvt	Kết quả chung		Tổng	p&
	Thành công	Thất bại		
Tụ máu dưới bao	06 (100)	0 (0)	06 (100)	1,000
Tụ máu nhu mô	17 (100)	0 (0)	17 (100)	
Dập vỡ gan	112 (95,7)	05 (4,3)	117 (100)	
<b>Tổng</b>	<b>135 (96,4)</b>	<b>05 (3,6)</b>	<b>140 (100)</b>	

& Kiểm định Fisher's exact test

Tỷ lệ điều trị thành công và thất bại giữa các hình thái tổn thương khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 8. Liên quan giữa mức độ tổn thương gan trên cắt lớp vi tính và kết quả điều trị**

Phân Độ Chấn thương	Kết quả chung		Tổng	p&
	Thành công	Thất bại		
II	36 (100)	0 (0)	36 (100)	0,149
III	56 (96,5)	02 (3,5)	58 (100)	
IV	42 (93,3)	03 (6,7)	45 (100)	
V	01 (100)	0 (0)	01 (100)	
<b>Tổng</b>	<b>135 (96,4)</b>	<b>05 (3,6)</b>	<b>140 (100)</b>	

& Kiểm định Fisher's exact test

Tỷ lệ điều trị thành công ở các mức độ chấn thương gan đều từ 93,3% trở lên. Riêng trong chấn thương gan độ II, với 36 bệnh nhân, tỷ lệ điều trị thành công đạt 100%. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công có xu hướng giảm dần ở chấn thương gan độ III (96,5%) độ IV (93,3%).

**3.5.1. Liên quan giữa phân độ chấn thương gan với các phương pháp điều trị**

**Bảng 9. Liên quan giữa phân độ chấn thương gan với phương pháp điều trị**

Phân độ chấn thương gan	Bảo tồn đơn thuần Số trường hợp (TL%)	Phối hợp điều trị khác Số trường hợp (TL%)	p&
Độ II	36 (100)	0	<0,001
Độ III	50 (86,2)	8 (13,8)	
Độ IV	30 (66,7)	15 (33,3)	
Độ V	0 (0)	1 (100)	

& Kiểm định Fisher's exact test

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng mức độ tổn thương gan càng lớn thì tỷ lệ thành công của điều trị bảo tồn đơn thuần càng giảm (P <0,001) và mức độ tổn thương gan càng lớn thì tỷ lệ phải phối hợp với phương pháp điều trị khác càng tăng.

**IV. BÀN LUẬN**

Điều trị bảo tồn đã được chỉ định với mọi lứa tuổi, nhiều tác giả nhận thấy rằng 60–80% tổn thương gan có thể tự cầm máu và 20–67% cuộc phẫu thuật thám sát diễn ra thực chất không cần làm gì thêm để điều trị do tỷ lệ chảy máu tái phát trong vỡ gan trên bệnh nhân có huyết động ổn định là rất hiếm<sup>[4]</sup>. Đến 1985, Trunkey là người đầu tiên đưa ra tiêu chuẩn điều trị bảo tồn chấn thương gan, từ đó trong các nghiên cứu về sau, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bảo tồn tăng lên rất nhiều<sup>[5]</sup>.

Trong mẫu nghiên cứu này chúng tôi theo dõi trong 140 trường hợp chấn thương gan điều trị bảo tồn được tiến hành như sau: bệnh nhân được nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường tránh gắng sức hoặc thay đổi tư thế, được theo dõi sát trong vòng 48 giờ và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Chúng tôi theo dõi sự thay đổi các chỉ tiêu: huyết động, tình trạng bụng, công thức máu, men gan giúp đánh giá và tiên lượng bệnh. Kết quả cho thấy tỷ lệ chỉ định bảo tồn thành công trong 135/140 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 96,4%. Trong đó tỷ lệ điều trị bảo tồn đơn thuần ở chấn thương gan độ II đạt 100%, ở chấn thương gan độ III là 86,2%, chấn thương gan độ IV cũng cho kết quả tương đối cao trong điều trị bảo tồn đơn thuần với tỷ lệ 66,7%. Chỉ 6/58 trường hợp chấn thương gan phân độ III cần can thiệp nút mạch (10,3%), trong khi đó 13/45 bệnh nhân chấn thương gan độ IV cần can thiệp nút mạch cầm máu thành công trong mẫu nghiên cứu này đạt 100% các trường hợp. 05 trường hợp cần dùng điều trị bảo tồn để chuyển sang phẫu thuật, 01 trường hợp có biến chứng rò mật phải chọc dẫn lưu ổ bụng kèm can thiệp ERCP đặt stent để giải áp đường mật. Trong nhóm nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Theo Piper GL, hầu hết những tổn thương vỡ gan đôi III trở xuống đều được điều trị bảo tồn thành công trong khi 2/3 tổn thương từ độ IV trở lên cần phải phẫu thuật<sup>[6]</sup>. Theo nghiên cứu của Bunyami Ozogul<sup>[7]</sup> tiến hành từ năm 2002 đến 2012 trên 80 bệnh nhân chấn thương gan được điều trị bảo tồn cho kết quả với tỷ lệ thành công là 96,2% (trong đó có 21,2% bệnh nhân vỡ gan độ III–IV điều trị bảo tồn thành công), có 03 trường hợp rách lách và thủng ruột non, huyết động suy giảm nên phải ngừng điều trị bảo tồn để chuyển mổ.

Về mặt cận lâm sàng, qua theo dõi công thức máu sau 24 giờ tiếp theo chúng tôi ghi nhận, hầu

hết các trường hợp có Hb ổn định hoặc cải thiện chiếm tỷ lệ 80%, và tương ứng với tình trạng huyết động ổn định, triệu chứng đau bụng trên lâm sàng, không có trường hợp nào bệnh nhân phải chuyển mổ, 28 trường hợp ghi nhận có Hb tiếp tục giảm, những trường hợp này được chúng tôi theo dõi sát, 27/28 bệnh nhân có Hb cải thiện, chỉ duy nhất 1 bệnh nhân có tình trạng Hb tiếp tục giảm cần phải phẫu thuật cầm máu.

Về phương tiện hình ảnh theo dõi trong quá trình điều trị bảo tồn thì cắt lớp vi tính được xem là tiêu chuẩn vàng nhằm tránh bỏ sót các thương tổn khác trong ổ bụng, giúp giảm tỷ lệ điều trị bảo tồn thất bại cũng như giảm biến chứng và tử vong. Việc theo dõi điều trị bảo tồn bằng CLVT bụng đã có nhiều báo cáo: chụp lại CLVT bụng khi bệnh diễn tiến không đáp ứng điều trị bảo tồn hoặc 7–10 ngày sau chấn thương cho những trường hợp vỡ gan từ IV trở lên để đánh giá lại các biến chứng rò mật, chảy máu đường mật... Và không cần chụp CLVT bụng ở vỡ gan mức độ I – II – III (AAST), chỉ cần theo dõi lại bằng siêu âm. Tác giả Navaro đã đưa ra kết luận rằng siêu âm và CLVT không mang đến thông tin có ích nếu bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng hay nói cách khác khi lâm sàng ổn định thì việc theo dõi thường quy bằng chẩn đoán hình ảnh là không cần thiết. Theo Parks NA, thời gian theo dõi chỉ dựa trên các tiêu chí lâm sàng. Bệnh nhân bị chấn thương gan có thể được xuất viện an toàn, tình trạng bụng bình thường và hemoglobin ổn định bất kể mức độ thương tích [8].

## V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn chấn thương gan trong

ngiên cứu của chúng tôi là phương pháp điều trị an toàn với tỷ lệ thành công là 96,4%, không có trường hợp nào tử vong. Tỷ lệ bảo tồn thành công đối với vỡ gan độ II là 100%, độ III thành công đạt tỷ lệ 96,5% và ở độ IV là 91,1%.

### Kết quả điều trị bảo tồn:

- Tốt chiếm tỷ lệ 95,7%,
- 01 trường hợp kết quả trung bình do biến chứng rò mật phải đặt dẫn lưu ổ bụng và sau đó phải can thiệp ERCP dẫn lưu dịch mật (0,7%),
- 05 trường hợp kết quả xấu phải chuyển mổ (3,6%).

## 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. **Zago T. M., et al.(2013)**, "Hepatic trauma: a 21-year experience", Rev Col Bras Cir,40(4), 318–22.
5. **Li M., et al.(2014)**, "Non-operative management of isolated liver trauma",Hepatobiliary Pancreat Dis Int,13(5), 545–50.
6. **Piper G. L. & Peitzman A. B.(2010)**, "Current management of hepatic trauma",Surg Clin North Am,90(4), 775–85.
7. **Ozogul B., et al.(2014)**, "Non-operative management (NOM) of blunt hepatic trauma: 80 cases", Ulus Travma Acil Cerrahi Derg,20(2), pp.97–100.
8. **Parks N. A., et al.(2011)**, "Observation for nonoperative management of blunt liver injuries: how long is long enough?", J Trauma,70(3), 626–9.

## RÁCH ĐỘNG MẠCH CHẬU GỐC TRONG PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP

Phạm Trọng Thoan<sup>1</sup>, Trần Huy Hùng<sup>1</sup>

Được phẫu thuật cắt một phần cung sau L4 bên trái, lấy đĩa đệm thoát vị và một phần thân đĩa. Sau khi lấy bỏ đĩa đệm thì thấy máu trào lên nhẹ - liên tục, tiến hành cầm máu các diện cắt, mạch máu vùng ngách rễ thần kinh. Đặt dẫn lưu và đóng vết mổ theo lớp. Sau đó bệnh nhân cảm thấy đau đầu, chóng mặt, buồn nôn nhiều, rồi ngất đi. Kiểm tra siêu âm ổ bụng thì nghi ngờ máu chảy vào ổ bụng. Monitoring thấy mạch nhanh, huyết áp tụt dần, không đáp ứng với các thuốc vận mạch. Tiến hành hồi sức cấp cứu, chuyển bệnh nhân sang phòng can thiệp mạch. Chụp mạch phát hiện rách động mạch chậu gốc trái, đã tiến hành bịt lỗ rách bằng stent, sau can thiệp về khoa hồi sức tích cực điều trị tiếp. **Kết quả:** Sau một tuần được ra viện

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phẫu thuật điều trị rách động mạch chậu gốc do tai biến trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, thể trạng to khỏe, vào viện với chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L4-5 trung tâm lệch trái.

\*Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hùng

Email: hungth.ss@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 22/6/2022

Ngày duyệt bài: 8/7/2022