

Nghiên cứu chẩn đoán chấn thương gan tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc

Diagnosis of liver trauma in Northern mountain hospitals

Phạm Tiến Biên*,
Nguyễn Hoàng Diệu**,
Trịnh Hồng Sơn***

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên,
**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình,
***Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tình hình chẩn đoán chấn thương gan tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả 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 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2013. **Kết quả:** Có 124 bệnh nhân, chủ yếu trong độ tuổi lao động 16 - 45 (82,3%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây ra chấn thương gan (61,2%). Chỉ định siêu âm trong 96,2% trường hợp được phẫu thuật và phát hiện được 98,7% dịch ổ bụng và 76% tổn thương gan. **Kết luận:** Chẩn đoán chấn thương gan tại các tỉnh miền núi phía Bắc cần kết hợp khám lâm sàng và cận lâm sàng trong đó siêu âm đóng vai trò quan trọng.

Từ khóa: Chấn thương gan, siêu âm.

Summary

Objective: Evaluating the diagnosis of liver trauma in Northern mountain hospitals. **Subject and method:** Descriptive study, all cases of patients who diagnosed with liver trauma in some Northern mountain hospitals between January 2010 and December 2013 were reviewed. **Result:** There were 124 patients: Most of patients were man in the working age 15 - 45. The main cause of liver trauma was traffic accident. Ultrasound were performed in 96.2% surgical patients to diagnose liver trauma and detected 98.7% abdominal fluid, 76% liver trauma. **Conclusion:** Diagnosis of liver trauma in Northern mountain hospitals required a combination of clinical and subclinical examination in which ultrasound played an important role.

Keywords: Liver trauma, ultrasound.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, do sự phát triển đô thị hóa và sự gia tăng các phương tiện giao thông, dẫn đến tỷ lệ tai nạn giao thông tăng đột biến trong đó có chấn thương gan [4], . Các tỉnh miền núi phía Bắc với địa

bàn rộng, có nhiều dân tộc khác nhau sinh sống, kinh tế chưa phát triển, nhiều khó khăn cùng với phong tục tập quán lạc hậu, giao thông đi lại không thuận lợi... Ngoài ra, tình hình y tế còn nhiều bất cập: Thiếu nhân lực cũng như trang thiết bị dẫn đến những hạn chế trong chẩn đoán chấn thương gan [6]. 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

Ngày nhận bài: 22/4/2019, ngày chấp nhận đăng: 02/5/2019

Người phản hồi: Phạm Tiến Biên,

Email: bienpham1102@gmail.com - BV Đa khoa tỉnh Điện Biên

bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tính hình chấn đoán chấn thương gan tại các tỉnh miền núi phía Bắc.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả những trường hợp bệnh nhân chấn thương gan được điều trị tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc, trong thời gian từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 12 năm 2013.

2.2. Phương pháp

Phương pháp tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, giới.

Lâm sàng: Tri giác (tỉnh, lơ mơ, hôn mê), mạch, huyết áp, đau bụng.

Cận lâm sàng: Sinh hóa máu, siêu âm, chụp CT (so sánh tổn thương gan trên siêu âm, chụp CT và thực tế khi mổ).

Phân độ chấn thương gan theo AAST (American Association of Surgery and Trauma) (1994) [10]:

Độ 1. Tụ máu dưới bao < 10% diện tích bề mặt gan, rách nhu mô gan sâu < 1cm.

Độ 2. Tụ máu dưới bao 10 - 50% diện tích bề mặt gan hoặc tụ máu trong nhu mô < 10cm. Rách nhu mô gan sâu 1 - 3cm, dài dưới 10cm.

Độ 3. Tụ máu dưới bao > 50% diện tích bề mặt gan hoặc đang tăng lên. Vỡ tụ máu trong nhu mô hoặc dưới bao. Tụ máu trong nhu mô > 10cm hoặc đang tăng lên. Rách nhu mô sâu > 3cm.

Độ 4. Rách nhu mô gan liên quan đến 25 - 75% thùy gan hoặc 1 - 3 hạ phân thùy ở 1 thùy gan.

Độ 5. Rách nhu mô liên quan đến > 75% thùy gan hoặc > 3 hạ phân thùy ở 1 thùy gan. Tổn thương rách tĩnh mạch gan.

Độ 6. Đứt rời gan.

Tổn thương phổi hợp.

Điều trị: Bảo tồn, phẫu thuật.

3. Kết quả

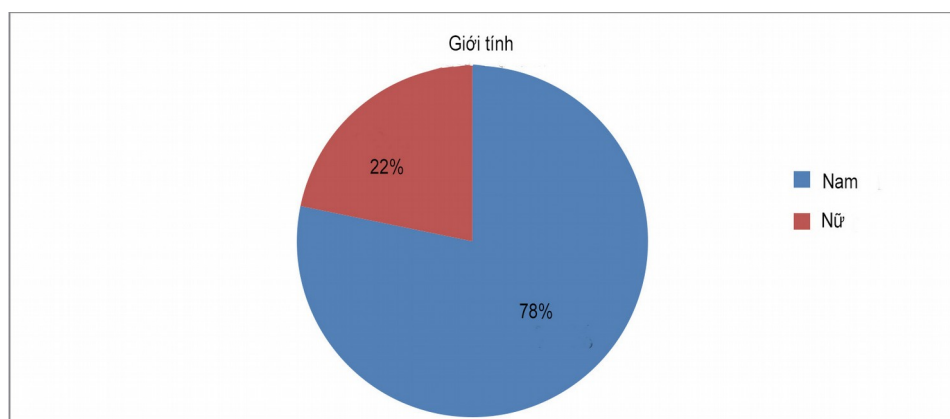
Từ 01/2010 tới tháng 12/2013, có 124 bệnh nhân chấn thương gan tới điều trị tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi

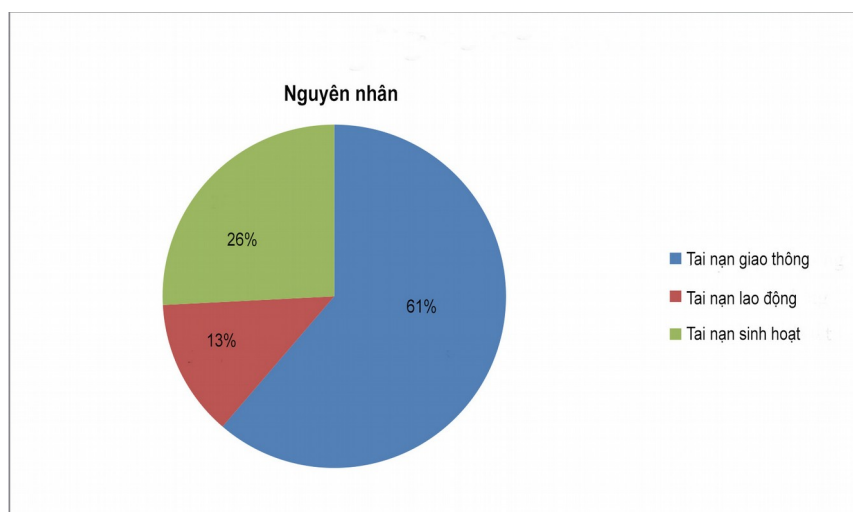
Nhóm tuổi	Số bệnh nhân n (%)
≤ 15	15 (12,1)
> 15 - 25	57 (46,0)
> 25 - 35	28 (22,6)
> 35 - 45	17 (13,7)
> 45 - 55	5 (4,0)
> 55 - 65	2 (1,6)
Trung bình (Nhỏ nhất - Lớn nhất)	25,74 ± 11,36 (2 - 62)

Nhận xét: Các bệnh nhân bị chấn thương gan chủ yếu trong độ tuổi lao động từ 16 - 45 (82,3%).



Biểu đồ 1. Đặc điểm giới tính của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu là nam giới: 78%.

**Biểu đồ 2. Nguyên nhân gây chấn thương gan ở nhóm nghiên cứu**

Nhận xét: Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông: 61%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 124)	Tỷ lệ %
Shock	47	37,9
Bụng chướng	104	83,9
Đau bụng	123	99,2

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất trong chấn thương gan (99,2%).

Bảng 3. Xét nghiệm GOT-GPT

Men gan	Độ II (n = 35)	Độ III (n = 45)	Độ IV (n = 38)	Độ V (n = 6)	p
SGOT (UI/L)	362,7 ± 282,9	425,9 ± 312,0	654,0 ± 499,4	401,8 ± 225,4	0,006
SGPT (UI/L)	268,2 ± 180,3	382,6 ± 245,0	486,9 ± 350,8	352,8 ± 215,1	0,008

Nhận xét: Men gan trung bình của các bệnh nhân chấn thương gan ở mức cao. Men gan trung bình tăng dần từ độ II đến độ IV.

Bảng 4. So sánh kết quả siêu âm và phẫu thuật

Kết quả	Siêu âm n (%)	Phẫu thuật n (%)
Dịch ổ bụng	74 (98,7)	75 (100)
Tổn thương gan	57 (76,0)	75 (100)
Tụ máu dưới bao	4 (5,3)	0 (0)
Đụng dập nhu mô	36 (48,0)	10 (13,3)
Đường vỡ	17 (22,7)	65 (86,7)

Tổn thương lách	13 (17,3)	9 (12,0)
Tổn thương tụy	1 (1,3)	4 (5,3)
Tổn thương thận	4 (5,3)	6 (8,0)

Nhận xét: 78 bệnh nhân phẫu thuật có 3 bệnh nhân không làm siêu âm. Siêu âm phát hiện được 98,7% bệnh nhân có dịch ổ bụng và 76,0% có tổn thương gan. Khi phẫu thuật thấy 100% bệnh nhân có dịch ổ bụng và tổn thương gan.

Bảng 5. So sánh chụp cắt lớp vi tính và phẫu thuật

Kết quả	Chụp CT, n (%)	Phẫu thuật, n (%)
Dịch ổ bụng	14 (93,3)	15 (100)
Tổng số tổn thương gan được phát hiện	14 (93,3)	15 (100)
Tụ máu dưới bao	1 (6,7)	0 (0)
Đụng dập nhu mô	5 (33,3)	2 (13,3)
Đường vỡ	8 (53,3)	13 (86,7)
Tổn thương lách	1 (6,7)	1 (6,7)
Tổn thương tụy	1 (6,7)	1 (6,7)
Tổn thương thận	1 (6,7)	2 (13,3)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân phẫu thuật có 15 bệnh nhân được chụp CT, kết quả phát hiện: 93,3% bệnh nhân có dịch ổ bụng và 93,3% tổn thương gan. Khi phẫu thuật thấy 100% bệnh nhân có dịch ổ bụng và tổn thương gan.

Bảng 6. Phân độ chấn thương gan và điều trị

Điều trị Phân độ	Bảo tồn không mổ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n = 46)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 78)	Tỷ lệ %
Độ II	26	56,5	9	11,5
Độ III	19	41,3	26	33,3
Độ IV	1	2,2	37	47,4
Độ V	0	0,0	6	7,7
p	<0,001			

Nhận xét: 46 bệnh nhân điều trị bảo tồn: 37,1% trong đó chủ yếu là các bệnh nhân chấn thương gan độ II (56,5%). Nhóm bệnh nhân phải phẫu thuật chiếm 62,9% trong đó chủ yếu là chấn thương gan độ IV (47,4%).

4. Bàn luận

Nghiên cứu cho thấy 124 bệnh chấn thương gan được chẩn đoán và điều trị tại các bệnh viện đa khoa tỉnh Biên giới và miền núi phía Bắc, từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2013.

Kết quả cho thấy: Bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 3,6/1 (Bảng 1). Độ tuổi trung bình 25,7, lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 16 đến

25: 46,0% (Bảng 1). Hầu hết các bệnh nhân bị chấn thương gan độ III và IV (Bảng 6) kết quả thu được qua thống kê tương tự như nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [6], Scollay JM [9].

Nghiên cứu cho thấy nguyên nhân dẫn đến chấn thương gan chủ yếu là do tai nạn giao thông (61%), tiếp sau là tai nạn sinh hoạt (26%) và thấp nhất là tai nạn lao động (13%) (Bảng 2), kết quả thu được qua nghiên cứu tương tự thống kê của Nguyễn Quốc Hùng [2], Kozar [7].

Thống kê cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có bụng chướng chiếm 83,9%, đau bụng chiếm 99,2% (Bảng 2). Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Quyết [5] cho thấy đa số bệnh nhân đau bụng vùng dưới sườn phải khi

chấn thương gan nặng, dấu hiệu này bị mờ nhạt khi chấn thương thành bụng nhiều. Tình trạng bụng chướng cũng tăng lên rõ rệt theo mức độ chấn thương gan, chấn thương gan độ II, III, thường bụng chướng nhẹ và chấn thương gan độ V đa phần bụng chướng căng. Theo Nguyễn Ngọc Hùng, có tới 83,3% trường hợp bụng chướng vừa hoặc chướng căng, sự khác biệt về dấu hiệu bụng chướng có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm mổ cấp cứu và bảo tồn không mổ, do đó bụng chướng là 1 trong những yếu tố tiên lượng nguy cơ phải mổ cấp cứu [1].

Khi gan bị tổn thương trong chấn thương bụng kín, dẫn tới hiện tượng hủy hoại tế bào gan, men gan SGOT và SGPT tăng. Kết quả Bảng 3 về xét nghiệm men gan SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) và SGPT (Serum Glutamic Pynivic Transaminase) cho thấy mức tăng men gan trung bình ở chấn thương gan độ II là $362,7 \pm 282,9$ (UI/L) và $268,2 \pm 180,3$ (UI/L); trong chấn thương gan độ III mức tăng SGOT và SGPT trung bình là $425,9 \pm 312,0$ (UI/L) và $382,6 \pm 245,0$ (UI/L); chấn thương gan độ IV mức tăng men gan là $654,0 \pm 499,4$ (UI/L) và $486,9 \pm 350,8$ (UI/L) cho thấy có mối tương quan giữa men gan với mức độ chấn thương gan.

Siêu âm được thực hiện ngay khi bệnh nhân vào viện để xác định có chấn thương bụng và tìm dịch tự do trong ổ bụng. Siêu âm giúp xác định vị trí, tính chất tổn thương gan và tạng khác phối hợp, chủ yếu mang tính chất sàng lọc với biểu hiện tụ máu dưới bao, đường vỡ, đụng dập nhu mô, tụ dịch máu quanh gan. Nghiên cứu cho thấy ở nhóm phẫu thuật kết quả siêu âm phát hiện được 98,7% bệnh nhân có dịch ổ bụng và 76,0% tổn thương gan trong đó có 5,3% tụ máu dưới bao, 17,3% tổn thương lách, 1,3% tổn thương tụy, 5,3% tổn thương thận. So sánh khi mổ nhận thấy 100% bệnh nhân có dịch ổ bụng, tổn thương gan và không có trường hợp nào chỉ tụ máu dưới bao đơn thuần, 12,0% tổn thương lách, 5,3% tổn thương tụy, 8,0% tổn thương thận (Bảng 4). Trong khi siêu âm nếu phát hiện có dịch ổ bụng được coi như có tổn thương trong ổ bụng, do vậy tìm tổn thương tạng gây tràn dịch ổ bụng là mục tiêu tiếp theo của siêu âm để định hướng cho chẩn đoán và điều trị.

Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán chấn thương bụng kín được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, tại các bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc còn rất hạn chế do nhiều nơi chưa được trang bị máy, mặt khác giá thành của chụp cắt lớp vi tính còn cao. Kết quả của chụp cắt lớp vi tính rất hữu ích cho chẩn đoán, theo dõi và điều trị chấn thương gan. Chụp cắt lớp vi tính giúp xác định vị trí, phân độ tổn thương gan theo AAST và các tổn thương liên quan một cách chính xác. Kết quả nghiên cứu ở Bảng 5 cho thấy nhóm bệnh nhân chấn thương gan phải phẫu thuật chỉ có 15 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính nói lên những khó khăn trong chẩn đoán chấn thương gan tại các bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc. Thống kê cho thấy chụp cắt lớp vi tính phát hiện được 93,3% bệnh nhân có dịch ổ bụng và 93,3% tổn thương gan trong đó có 6,7% tụ máu dưới bao, 6,7% tổn thương lách, 6,7% tổn thương tụy, 6,7% tổn thương thận. So sánh khi phẫu thuật thấy 100% bệnh nhân có dịch ổ bụng, tổn thương gan, không có trường hợp nào chỉ tụ máu dưới bao đơn thuần, 6,7% tổn thương lách, 6,7% tổn thương tụy, 13,3% tổn thương thận. Kết quả thu được thấy tương tự với thống kê của Nguyễn Hải Nam, Miele [3], [8].

Kết quả Bảng 6 cho thấy điều trị bảo tồn thành công cho 37,1% các trường hợp, trong đó chủ yếu là các bệnh nhân chấn thương gan độ II. Nhóm bệnh nhân phải phẫu thuật chiếm 62,9% trong đó chủ yếu là chấn thương gan độ IV.

5. Kết luận

Nghiên cứu 124 bệnh nhân chấn thương gan tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc từ năm 2010 - 2013, cho thấy:

Chấn thương gan gặp nhiều ở nam giới hơn nữ giới với tỷ lệ 3,59/1, thường gặp ở lứa tuổi lao động 16 - 45 (83,3%). Nguyên nhân chấn thương gan đứng đầu là tai nạn giao thông, chiếm 61,3%.

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh chủ yếu, phát hiện được 98,7% bệnh nhân có dịch ổ bụng và 74,7% tổn thương gan trong đó có 5,3% tụ máu dưới bao. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện được 93,3% bệnh nhân có dịch ổ bụng và 93,3% tổn thương gan trong đó có 6,7% tụ máu dưới bao.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Ngọc Hùng (2012) *Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan*. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 50-120.
2. Nguyễn Quốc Hùng (2002) *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tổn thương gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/1999 - 8/2001*. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 35-56.
3. Nguyễn Hải Nam và Trịnh Hồng Sơn (2012) *Đối chiếu lâm sàng với phân loại độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị vỡ gan chấn thương*. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 30-56.
4. Nguyễn Thanh Long và Trịnh Hồng Sơn (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, tr. 40-48.
5. Nguyễn Tiến 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.
6. 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.
7. Kozar RA (2006) *Risk factors for hepatic morbidity following nonoperative management: Multicenter study*. Arch Surg: 451-459.
8. Miele V (2002) *Hemoretroperitoneum associated with liver bare area injuries: CT evaluation*. Eur Radiol: 765-769.
9. Scollay JM (2005) *Eleven years of liver trauma: The Scottish experience*. World J Surg: 744-749.
10. Moosa Zargar (2010) *Liver trauma: Operative and non-operative management*. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health: 96-107.