

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

Treatment 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 điều trị 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 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

Objective: Evaluating the treatment 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 from January 2010 to December 2013 were reviewed. **Result:** There were 124 patients: Most of patients were man (78%). The main cause of liver trauma was traffic accident (61.2%). Nonoperative 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 nooperative treatment.

Keywords: Liver trauma, treatment.

1. 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], [5]. 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

Ngày nhận bài: 24/4/2019, ngày chấp nhận đăng: 02/5/2019

Người phản hồi: Phạm Tiến Biên,

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

bệnh nhân phải phẫu thuật cũng như tử vong do chấn thương gan [9]. 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 điều trị chấn thương gan tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

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.

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%).

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

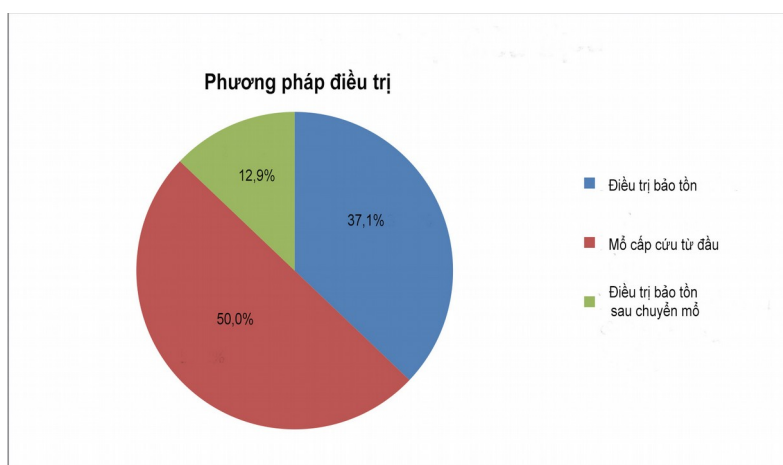
Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc.

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).

**Biểu đồ 1. Phương pháp điều trị**

Nhận xét: Chỉ định điều trị bảo tồn 50%, 46 (37,1%) trường hợp điều trị bảo tồn thành công, 78 (62,9%) trường hợp điều trị phẫu thuật, trong đó 16 (12,9%) được điều trị bảo tồn sau đó chuyển mổ.

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%).

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

Phương pháp xử lý tổn thương gan	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Tổng
Đốt điện cầm máu	2	0	1	0	3
Khâu gan	7	25	35	5	72
Khâu gan có miếng đệm	0	0	0	1	1
Cắt gan tổn thương	0	0	5	1	6
Cắt gan theo giải phẫu	0	0	0	2	2
Chèn gạc	0	0	13	3	16

Nhận xét: Khâu gan là phương pháp can thiệp chủ yếu trong phẫu thuật (73/76 bệnh nhân) được thực hiện nhiều ở chấn thương gan độ III, IV, V. Cắt gan theo tổn thương được thực hiện ở chấn thương gan độ IV, V (6/78). Cắt gan theo giải phẫu được thực hiện ở chấn thương gan độ V (2/78). Các bệnh nhân được chèn gạc đều là các bệnh nhân chấn thương gan độ IV, V (16/78).

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
Viêm hoại tử tạng sinh môn	1	1,3

Nhận xét: Các biến chứng đều xảy ra ở nhóm phẫu thuật trong đó biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 11,5%, tiếp theo là chảy máu sau mổ chiếm 7,7%, suy đa tạng và suy gan đều chiếm 2,6%, các biến chứng viêm phổi, tràn dịch màng phổi, suy hô hấp, suy thận cấp và viêm hoại tử tạng sinh môn đều chiếm 1,3%.

Bảng 5. Kết quả điều trị

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%.

4. Bàn luận

Nghiên cứu thu được 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 1 năm 2010 đến tháng 12 năm 2013. Bệnh nhân là nam giới gặp nhiều hơn: Tỷ lệ nam/nữ là 3,6/1. Kết quả chúng tôi tương tự như thống kê của Trịnh Hồng Sơn [3], Scollay JM [10].

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 nghiên cứu tương tự như nghiên cứu của Kozar [7].

Trước đây điều trị chấn thương gan thường phải mổ khi xác định có máu trong ổ bụng. Ngày nay, với những tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, theo dõi bệnh nhân, gây mê hồi sức, kỹ thuật mổ cũng như can thiệp nội mạch,... đã làm giảm tỷ lệ phẫu thuật cũng như tử vong do chấn thương gan. 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 [5]. Tỷ lệ bệnh nhân chấn thương gan được điều trị bảo tồn không mổ có xu hướng tăng dần theo thời gian. Lucas [8] 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% [5], [9].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn về điều trị chấn thương gan tại các tỉnh miền núi phía Bắc năm 2009 cho thấy có 40 bệnh nhân chấn thương gan, chỉ có 1 (2,5%) trường hợp được chỉ định điều trị bảo tồn. Tác giả nhận xét do quy trình điều trị chưa thống nhất, nhiều biến chứng sau mổ cho thấy nguyên nhân không những do lỗi kỹ thuật mà còn do chỉ định mổ chưa phù hợp [3].

Kết quả 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].

Khi tiến hành phẫu thuật 78 bệnh nhân, ghi nhận được tỷ lệ các bệnh nhân chấn thương gan độ IV là cao nhất chiếm 47,5%, tiếp đó là tỷ lệ chấn thương gan độ III chiếm 33,3%, tỷ lệ chấn thương gan độ II là 11,5% và chấn thương gan độ V là 7,7%. Không ghi nhận được trường hợp nào chấn thương gan độ I khi mổ.

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

Khi phẫu thuật các phẫu thuật viên sử dụng nhiều kĩ thuật khác nhau tùy theo từng loại tổn thương gan. Đốt điện cầm máu cho 3,8% trường hợp vỡ gan độ II, kỹ thuật này rất có tác dụng với những trường hợp rách bao gan và tổn thương nhỏ ở nhu mô. Tỷ lệ đốt điện cầm máu qua thống kê thấp hơn của Trịnh Hồng Sơn (5%) và nghiên cứu của Nguyễn Tiến Quyết (9%) [3].

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. Chỉ định cắt gan khi tổn thương rộng phân thùy hoặc một thùy gan, kèm theo tổn thương cuống của tương ứng hoặc tĩnh mạch gan mà không có khả năng khâu phục hồi bảo tồn gan. 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].

Chèn gạc là phương pháp tạm thời để chờ mổ lại cầm máu thực thụ trong những chấn thương gan nặng độ IV, V, bệnh nhân mất máu nhiều, tình trạng nặng. 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, chờ huyết động ổn định để chuyển khẩn cấp bệnh nhân lên những cơ sở điều trị chuyên khoa. Sử dụng các cuộn gạc tròn hoặc các tấm gạc lớn chèn vào phía mặt ngoài gan chứ không chèn vào đường vỡ gan vì như vậy sẽ gây tổn thương sâu, rộng thêm dẫn tới tình trạng chảy máu nặng hơn. Trong nghiên cứu có 16 (20,5%) bệnh nhân được chèn gạc khi mổ.

Kết quả nghiên cứu 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% [6], [7], [9], [10].

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% [6], [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn điều trị phẫu thuật cho các trường hợp vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thấy kết quả tốt 66,7%, trung bình 20,8%, kém 12,5% [1].

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:

Tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ thành công 37,1%, tỷ lệ mổ: 62,9% (trong đó 12,9% 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%, suy đa tạng và suy gan đều gặp: 2,6%; viêm phổi, suy thận cấp, tràn dịch màng phổi, suy hô hấp đều chiếm tỷ lệ 1,3%.

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 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.
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. Trịnh Hồng Sơn (2012) *Nghiên cứu ứng dụng quy trình chẩn đoán và điều trị một số bệnh ngoại khoa đường tiêu hóa thường gặp cho các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc*. Đề tài Khoa học công nghệ độc lập cấp nhà nước. Mã số ĐTDL.2009G/49.
5. Swift C and Garner JP (2012) *Non-operative management of liver trauma*. J R Army Med Corps 158(2): 85-95.
6. Christmas AB (2005) *Selective management of blunt hepatic injuries including nonoperative management is a safe and effective strategy*. Surgery: 606-612.
7. Kozar RA (2006) *Risk factors for hepatic morbidity following nonoperative management: Multicenter study*. Arch Surg: 451-459.
8. Lucas CE (2000) *Changing times and the treatment of liver injury*. Am Surg: 337-341.
9. Greta LP (2010) *Current management of hepatic trauma*. Surg Clin N Am: 775-785.
10. Scollay JM (2005) *Eleven years of liver trauma: The Scottish experience*. World J Surg: 744-749.