

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Assessment of results of non-operative management of liver rupture due to blunt abdominal trauma at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Văn Quỳnh*,
Nguyễn Thanh Tâm**

*Bệnh viện Quân y 175,
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2019. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 67 bệnh nhân võ gan do chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu, tiến cứu, mô tả không có nhóm chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $32,9 \pm 13,3$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,8, tai nạn giao thông là 80,6%. Các triệu chứng lâm sàng gồm: Đau bụng 100%, chướng bụng 46,3%, tổn thương thành bụng 35,8%, các tổn thương phối hợp gồm: Lồng ngực 29,9%, chi thể 19,4%, hàm mặt 10,4%, sọ não 1,5%, cột sống 1,5%, khung chậu 4,5%, lách 11,9%, thận và tuyến thượng thận 7,5%. Nồng độ men gan ALT và AST tương ứng là: $421,2 \pm 338,4$ U/l và $466,1 \pm 352,8$ U/l. Siêu âm phát hiện tổn thương nhu mô là 88,1%, dịch tự do trong ổ bụng là 79,1%. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện tổn thương nhu mô là 100%, dịch tự do trong ổ bụng là 76,1%, tổn thương thùy gan phải là 95,5%, tổn thương gan độ II-III là 92,5%, hình thái đưng dập- tụ máu trong nhu mô gan là 83,6%. Thời gian nằm viện trung bình là $10,1 \pm 5,2$ ngày. Có 18 bệnh nhân phải truyền từ 2 - 8 đơn vị khối hồng cầu (1 đơn vị là 250ml). Tỷ lệ biến chứng là 3%, 1 trường hợp rò mật, 1 trường hợp suy gan. Tỷ lệ điều trị thành công là 98,5%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn võ gan do chấn thương bụng kín là an toàn và khả thi. Tỷ lệ biến chứng thấp, tỷ lệ điều trị thành công cao và không có tử vong.

Từ khóa: Điều trị bảo tồn, chấn thương gan, chấn thương bụng kín.

Summary

Objective: To assess the result of non-operative management of blunt liver trauma at 108 Military Central Hospital from 7/2015 to 7/2019. **Subject and method:** 67 patients diagnosed with blunt liver trauma were managed non-operatively. The study was conducted descriptively, retrospectively and prospectively without a control group. **Result:** The mean age was 32.9 ± 13.3 years old, the male/female ratio was 1.8, the rate of traffic accident was 80.6%. Clinical symptoms included: Abdominal pain 100%, abdominal distension 46.3%, abdominal wall injury 35.8%, and associated injury including: Thoracic trauma 29.9%, extremity trauma 19.4%, maxillofacial trauma 10.4%, brain trauma 1.5%, spinal trauma 1.5%, pelvic trauma 4.5%, spleen 11.9%, kidney and adrenal gland 7.5%. Concentrations of liver enzymes ALT and AST were 421.2 ± 338.4 U/l and 466.1 ± 352.8 U/l, respectively. Ultrasound detected parenchymal injury at 88.1% and free intra-abdominal fluid at 79.1%. Computed tomography (CT) detected

Ngày nhận bài: 20/2/2021, ngày chấp nhận đăng: 07/3/2021

Người phản hồi: Nguyễn Thanh Tâm, Email: bstamb3a108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

parenchymal injury at 100%, free intra-abdominal fluid at 76.1%, lesions in right hepatic lobe at 95.5%, liver injury grade II-III at 92.5%, morphology contusion-parenchymal hematoma at 83.6%. The average length of hospital stay was 10.1 ± 5.2 days. 18 patients had received 2 to 8 units of red blood cells (250ml per unit) during the treatment period. The complication rate was 3%, in which there was one case of bile leakage and one case of hepatic failure. The overall success rate of non-operative management was 98.5%. *Conclusion:* Non-operative management of liver rupture due to blunt abdominal trauma is safe and feasible. The complication rate was low, the success rate was high (98.5%) and there was no mortality.

Keywords: Non-operative management, liver trauma, blunt abdominal trauma.

1. Đặt vấn đề

Vỡ gan do chấn thương bụng kín (CTBK) rất thường gặp, đứng thứ 2 sau vỡ lách và có xu hướng gia tăng. Nhiều năm trước đây vỡ gan do CTBK được xếp vào nhóm bệnh phải mổ cấp cứu để điều trị. Tuy nhiên, ngày nay điều trị bảo tồn vỡ gan do CTBK ngày càng được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Với phương pháp này không những chúng ta bảo tồn được gan của người bệnh mà còn tránh được cuộc mổ không cần thiết, cuộc mổ có thể khiến bệnh nhân (BN) nặng nề hơn. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, điều trị bảo tồn vỡ gan do CTBK đã được áp dụng trong nhiều năm qua nhưng vẫn chưa có đánh giá cụ thể về kết quả điều trị của phương pháp này. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan do CTBK tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2019.*

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu, tiến cứu, mô tả, không có nhóm chứng. Đối tượng gồm tất cả các bệnh nhân (BN) vỡ gan do CTBK được điều trị bảo tồn từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2019 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: Nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm tổn thương gan, các tổn thương phối hợp và kết quả điều trị. Chẩn đoán xác định vỡ gan dựa vào chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng. Phân độ vỡ gan theo Hội Phẫu

thuật Chấn thương Hoa Kỳ (American Association for the Surgery of Trauma- AAST) năm 1994.

Kết quả điều trị được chia thành 2 nhóm: Điều trị thành công: BN đủ tiêu chuẩn ra viện, không có biến chứng trong và sau quá trình điều trị. Điều trị thất bại: BN có biến chứng cần can thiệp ngoại khoa, hoặc can thiệp mạch hoặc tử vong trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn ra viện: BN hết đau bụng, không sốt, không vàng da, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp. Xét nghiệm (XN): Công thức máu, men gan trở về bình thường, siêu âm ổ bụng thấy tổn thương hấp thu tốt, không có áp xe.

Xử lý số liệu trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong thời gian từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2019 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chúng tôi tiếp nhận 67 BN bị vỡ gan do CTBK với các đặc điểm sau: Tuổi trung bình là $32,9 \pm 13,3$ (13 - 77 tuổi), độ tuổi bị vỡ gan nhiều nhất là 20 - 50 tuổi (46 BN tương ứng 68,7%). Nam giới là 43 BN (64,2%), nữ giới là 24 BN (35,8%), tỷ lệ nam/nữ là 1,8.

Nguyên nhân vỡ gan: Tai nạn giao thông 54 BN (80,6%), tai nạn sinh hoạt 10 BN (14,9%) và tai nạn lao động 3 BN (4,5%).

Huyết động ổn định lúc vào viện là 66 BN (98,5%).

Các triệu chứng lâm sàng gồm: Đau bụng 67 BN (100%), bụng chướng 31 BN (46,3%), tổn thương thành bụng 24 BN (35,8%).

Vỡ gan đơn thuần 34 BN (50,7%), vỡ gan có tổn thương phổi hợp 33 BN (49,3%). Các tổn thương phổi hợp gồm: Sọ não 1 BN (1,5%), hàm mắt 7 BN (10,4%), lồng ngực 20 BN (29,9%), cột sống 1 BN (1,5%), chi thể 13 BN (19,4%), khung chậu 3 BN (4,5%), lách 11,9%, thận và tuyến thượng thận 7,5%. Một số BN bị tổn thương đồng thời nhiều cơ quan.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Nồng độ men gan ALT và AST lúc vào viện tương ứng là: $421,2 \pm 338,4$ U/l; $466,1 \pm 352,8$ U/l. Siêu âm phát hiện tổn thương nhu mô gan ở 59 BN (88,1%), dịch tự do trong ổ bụng ở 53 BN (79,1%). Chụp CLVT phát hiện tổn thương nhu mô gan ở 67 BN (100%), dịch tự do ổ bụng ở 51 BN (76,1%).

Bảng 1. Vị trí tổn thương gan trên chụp CLVT

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Thùy phải	61	91,0
Thùy trái	3	4,5
Hai thùy	3	4,5
Tổng số	67	100

Nhận xét: Vị trí tổn thương gan hay gặp nhất là thùy phải với 64 BN chiếm 95,5% (gồm cả 3 BN tổn thương ở 2 thùy).

Bảng 2. Phân độ tổn thương gan trên chụp CLVT

Độ tổn thương gan	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
I	01	1,5
II	18	26,9
III	44	65,7
IV	04	6,0
Tổng	67	100

Nhận xét: Tổn thương gan độ II, III hay gặp nhất với 62 BN (92,5%).

Bảng 3. Hình thái tổn thương gan trên chụp CLVT

Hình thái tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Máu tụ dưới bao	41	61,2
Đụng giập và tụ máu trong nhu mô	56	83,6
Có đường vỡ	33	49,3

Có thoát thuốc cản quang	07	10,4
Giảm tỉ trọng quanh khoảng cửa	05	7,5

Nhận xét: Hình thái tổn thương gan hay gặp nhất là đụng giập và tụ máu trong nhu mô gan với 56 BN (83,6%), tiếp theo là máu tụ dưới bao với 41 BN (61,2%) và đường vỡ với 33 BN (49,3%). Nhiều BN có sự kết hợp các hình thái tổn thương gan.

3.3. Kết quả điều trị bảo tồn

Trong quá trình điều trị chúng tôi phải truyền khối hồng cầu và huyết tương tươi cho 18 BN. Cụ thể số lượng khối hồng cầu phải truyền trung bình là $240,3 \pm 470,8$ ml (500 - 2100ml) và số lượng huyết tương tươi phải truyền trung bình là $116,4 \pm 238,9$ ml (250 - 1000ml).

Có 2 BN xảy ra biến chứng (1 BN rò mật được can thiệp phẫu thuật: Cắt gan theo diện tổn thương, khâu vị trí rò mật, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng. Một BN suy chức năng gan được điều trị nội khoa tích cực, không phải can thiệp phẫu thuật. Cả 2 BN ổn định và ra viện an toàn).

Có 66 BN (98,5%) được điều trị bảo tồn thành công, chỉ có 1 BN (1,5%) điều trị bảo tồn thất bại. Thời gian nằm viện trung bình là $10,1 \pm 5,2$ ngày (4 - 29 ngày), không có tử vong.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là: $32,9 \pm 13,3$ (13 - 77 tuổi), trong đó độ tuổi 20 - 50 chiếm tỷ lệ cao nhất với 46 BN (68,7%). Nam giới là 43 BN (64,2%), nữ giới là 24 BN (35,8%), tỷ lệ nam/nữ là 1,8. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Cụ thể độ tuổi trung bình theo Nguyễn Ngọc Hùng là $30,4 \pm 13,6$, nam giới chiếm 72,9% [3] và theo Ngô Quang Duy là $31,2 \pm 15,6$, nam giới chiếm 68,9% [1]. Về nguyên gây CTBK, vỡ gan thì tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 80,6% (54 BN). Tỷ lệ này theo Nguyễn Ngọc Hùng là 77,7% [3], Ngô Quang Duy là

69,8% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác cho thấy tỷ lệ vỡ gan do CTBK cao nhất ở nhóm nam giới và trẻ tuổi [1], [3], [4]. Điều này là hợp lý vì đây là nhóm người hay sử dụng rượu, bia và tham gia nhiều nhất vào các hoạt động xã hội, lao động cũng như giao thông.

Tỷ lệ BN có huyết động ổn định chiếm tỉ lệ cao (98,5%) là do nhiều BN đã được sơ cứu và điều trị ở bệnh viện tuyến trước. Triệu chứng đau bụng chiếm tỉ lệ tuyệt đối 100% nhưng đây chỉ là dấu hiệu chủ quan của BN, không phải là yếu tố quyết định đánh giá mức độ tổn thương gan. Dấu hiệu bụng chướng là một trong những yếu tố xem xét để mổ cấp cứu BN chấn thương gan. Tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng như lồng ngực, chi thể... không ảnh hưởng đến chỉ định điều trị bảo tồn chấn thương gan, nhưng gây trở ngại cho quá trình điều trị bảo tồn vì khiến BN đau và mất máu nhiều hơn... làm kéo dài thời gian nằm viện.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả BN đều có tăng men gan. Cụ thể nồng độ men gan ALT và AST lúc vào viện tương ứng là: $421,2 \pm 338,4$ U/l; $466,1 \pm 352,8$ U/l. Men gan tăng cao có giá trị gợi ý chẩn đoán chấn thương gan khi triệu chứng lâm sàng không rõ, siêu âm không thấy tổn thương. Điều này giúp thầy thuốc quyết định chụp CLVT để xác chẩn hay chuyển BN lên tuyến trên để theo dõi và điều trị tiếp.

Vai trò của siêu âm trong phát hiện tổn thương gan cũng như tạng khác trong ổ bụng còn hạn chế vì nó phụ thuộc nhiều vào khả năng chuyên môn của người làm siêu âm. Ngoài ra siêu âm bị hạn chế khi ổ bụng chướng hơi. Khi siêu âm phát hiện dịch ổ bụng mà tổn thương gan không rõ ràng thì chụp CLVT là rất cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm phát hiện tổn thương nhu mô gan ở 59 BN (88,1%), dịch tự do trong ổ bụng ở 53 BN (79,1%).

Vai trò của chụp CLVT:

Về vị trí tổn thương: Tổn thương thùy gan phải chiếm 95,5% BN trong nghiên cứu của chúng tôi. Gan phải dễ bị tổn thương hơn gan trái, đặc biệt là phần thùy sau. Điều này được giải thích là do gan

phải có kích thước lớn và gần các xương sườn [4], [9]. Chính sự đè ép của xương sườn, cột sống và thành bụng sau dẫn đến sự tổn thương hạ phân thùy VI, VII, VIII (> 85%) [1].

Về phân độ tổn thương: Nghiên cứu cho thấy chấn thương gan độ II, III chiếm tỷ lệ 92,5%. Coccolini và cộng sự cho rằng hầu hết chấn thương gan là độ I, II, III [5]. Trong nghiên cứu của Afifi và cộng sự, tổn thương gan độ II là phổ biến nhất, sau đó là tổn thương độ I và độ III, hầu hết chấn thương gan là từ độ I đến độ III [6].

Về hình thái tổn thương: Kết quả nghiên cứu cho thấy dấu hiệu đưng dập- tụ máu trong nhu mô gặp nhiều nhất với tỷ lệ 83,6%, tiếp theo là tụ máu dưới bao (61,2%) và có đường vỡ gan (49,3%). Cũng theo nhiều tác giả khác, đưng dập- tụ máu trong nhu mô gan là dấu hiệu hay gặp nhất trên CLVT [2], [8]. Trong chấn thương gan độ IV, V, những đường vỡ lớn thường đi vào vùng phân chia gan tương đối nghèo mạch máu nên có thể không gây chảy máu lớn vì vậy không phải là yếu tố để quyết định mổ nếu huyết động ổn định [3].

Trong nghiên cứu có 7 BN thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang trên CT nhưng không tiến triển thêm trong quá trình theo dõi, 5 BN có dấu hiệu giảm tỉ trọng quanh khoảng của trên phim CLVT nhưng lâm sàng, huyết động vẫn ổn định. Tất cả các BN này đều được điều trị bảo tồn thành công.

4.3. Kết quả điều trị bảo tồn

Truyền máu: Có 18 BN phải truyền từ 2 - 8 đơn vị máu với số lượng khối hồng cầu và huyết tương tươi trung bình phải truyền tương ứng là $240,3 \pm 470,8$ ml (500 - 2100ml) và $116,4 \pm 238,9$ ml (250 - 1000ml). Phần lớn các BN phải truyền máu là do có tổn thương nặng phối hợp.

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình là $10,1 \pm 5,2$ ngày, tính cả ngày điều trị tổn thương phối hợp ở các khoa khác. Kết quả của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng là $8,8 \pm 5,3$ ngày [3] và nghiên cứu của Ngô Quang Duy là $6,35 \pm 3,13$ ngày [1]. Mức độ tổn thương gan càng lớn thì thời gian nằm viện càng dài. Nghiên cứu của A. Landau [7], Nguyễn Ngọc Hùng [3] cho thấy ngày nằm viện trung bình của

nhóm phải mổ dài hơn nhóm điều trị bảo tồn thành công [3], [7].

Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu có 4 BN tổn thương gan độ IV thì 3 BN ổn định trong suốt quá trình điều trị bảo tồn, 1 BN có biến chứng suy gan được điều trị nội khoa tích cực, không phải can thiệp phẫu thuật, BN ổn định ra viện. Tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công chiếm 98,5%. Tỷ lệ thất bại chỉ là 1,5%, không có tử vong. Kết quả của chúng tôi tốt hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng với tỷ lệ thành công là 93,5% [3] và của Ngô Quang Duy với tỷ lệ thành công là 90,5% [1]. Trong nghiên cứu của Coccolini và cộng sự, hầu hết chấn thương gan độ I, II, III đều được điều trị bảo tồn thành công [5]. Điều trị bảo tồn thành công đã đem lại nhiều lợi ích như: Chi phí nằm viện thấp, ra viện sớm, ít biến chứng trong ổ bụng, giảm tỷ lệ truyền máu, đặc biệt là tránh được cuộc mổ cho BN [4], [5], [6].

Biến chứng trong quá trình điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 BN bị biến chứng, chiếm tỷ lệ 3% (1 BN rò mật được phẫu thuật cắt gan theo diện tổn thương, khâu vị trí rò mật, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng. Một BN suy chức năng gan được điều trị nội khoa tích cực, không phải can thiệp phẫu thuật. Cả 2 BN ổn định và ra viện an toàn). Tỷ lệ biến chứng này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Ngô Quang Duy là 17,24% [1] và Nguyễn Ngọc Hùng là 10,96% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không có BN nào bị bỏ sót tổn thương hoặc chẩn đoán muộn phải phẫu thuật. Kết quả này là do nghiên cứu được thực hiện ở bệnh viện tuyến cuối, nơi có đội ngũ phẫu thuật viên có trình độ và kinh nghiệm, các phương tiện, trang thiết bị hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi hiện đại giúp chẩn đoán được chính xác hơn, chỉ định mổ kịp thời những trường hợp không có chỉ định điều trị bảo tồn.

5. Kết luận

Nghiên cứu 67 bệnh nhân vỡ gan do chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7/2015 đến tháng 7/2019 cho thấy đây là phương pháp điều trị an toàn, khả thi với tỷ lệ biến chứng thấp (3%), tỷ lệ điều trị thành công cao (98,5%) và không có tử vong.

Tài liệu tham khảo

1. Ngô Quang Duy, Nguyễn Văn Hải (2013) *Không mổ vỡ gan chấn thương*. Hội nghị Khoa học Công nghệ Bệnh viện Nhân dân Gia Định 2013.
2. Trần Bình Giang (2014) *Chấn thương bụng*. Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, Hà Nội.
3. Nguyễn Ngọc Hùng (2012) *Nghiên cứu điều trị bảo tồn chấn thương gan*. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Abdallah MT, Ahmed MA, Mostafa MS et al (2017) *Non operative management of isolated blunt liver trauma: A task of high skilled surgeons*. Journal of Surgery 5: 118-123.
5. Federico C, Giulia M, Fausto C et al (2015) *Liver trauma: WSES position paper*. World Journal of Emergency Surgery.
6. Ibrahim A, Sheraz A, El-Menyar A et al (2018) *Blunt liver trauma: A descriptive analysis from a level I trauma center*. BMC Surgery 42.
7. Landau A, van As AB, Numanoglu A et al (2006) *Liver injuries in children: The role of selective non-operative management*. International journal of the care of the injured 37: 66-71.
8. Sreeramulu PN, Venkatachalapathy TS, and Anantharaj (2012) *Blunt trauma liver-conservative or surgical management: A retrospective study*. Journal of Trauma & Treatment 1(8).
9. Taourel P, Vernhet H, Suau A et al (2007) *Vascular emergencies in liver trauma*. European Journal of Radiology 64: 73-82.