

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG TẠNG RỖNG TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Văn Tiệp\*; Đặng Việt Dũng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nhận xét đặc điểm tổn thương tạng rỗng do chấn thương bụng kín và kết quả điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu, mô tả lâm sàng trên 44 bệnh nhân tổn thương tạng rỗng được phẫu thuật trong năm 2013 - 2018. **Kết quả:** tuổi trung bình  $38,54 \pm 12,40$ , nam 81,8%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông 70,5%, tổn thương hông - hồi tràng 75,0%, đại tràng 9,1%, tá tràng 9,1%, bàng quang 4,5%, dạ dày 2,3%. Triệu chứng khi vào viện: 20,5% có sốc, viêm phúc mạc 93,2%, đa chấn thương 18,2%, chảy máu trong ổ bụng 36,4%, tổn thương phối hợp 41%. Siêu âm ổ bụng phát hiện dịch ổ bụng 70,46%, X quang thấy liềm hơi dưới vòm hoành 36,36%, cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện tổn thương dịch hoặc khí 83,33%. Xử trí: 70,5% BN được phẫu thuật cấp cứu trước 12 giờ, khâu phục hồi tổn thương 84,1%, cắt đoạn ruột 13,6%, làm hậu môn nhân tạo 2,3%. Kết quả chung: tốt 79,6%, trung bình 14,4%, xấu 6%, tử vong 4,5%. Ngày nằm điều trị trung bình  $11,23 \pm 5,43$  ngày. Biến chứng nhiễm khuẩn thường gặp, trong đó nhiễm khuẩn vết mổ 6,8%. **Kết luận:** tổn thương tạng rỗng trong chấn thương bụng kín thường do tai nạn giao thông, hình thái tổn thương và xử trí đa dạng. Biến chứng sau mổ thường liên quan tới nhiễm trùng.

\* Từ khóa: Chấn thương bụng kín; Tổn thương tạng rỗng; Chẩn đoán; Điều trị.

### **Diagnosis and Treatment of Traumatic Bowel at 103 Military Hospital**

#### **Summary**

**Objectives:** To review diagnosis and treatment of traumatic bowel at the 103 Military Hospital. **Subjects and methods:** Clinical, descriptive and retrospective study on 44 traumatic bowel patients who underwent operation from 2013 to 2018. **Results:** Average age  $38.54 \pm 12.40$ , male: 81.8%, traffic accident causes: 70.5%. Injury at small intestine, colon, duodenum, bladder and stomach accounted for 75.0%, 9.1%, 9.1%, 4.5% and 2.3%, respectively. Clinical symptoms: Shock: 20.5%, 36.4% intra-abdominal bleeding, 93.2% peritonitis and 18.2% had injury to 2 or more organs, 41.0% had multiple injuries. Free fluid abdominal ultrasound 70.46%; pneumoperitoneal sight in plain X-ray film: 36.36%, free fluid or air abdominal CT 83.3%. **Surgical methods:** 70.5% of patients had emergency surgery before 12 hours. sewing bowel 84.1%, partial resection 13.6%, colostomy 2.3%. **Treatment results:** Good 79.6%, moderate 14.4%, bad 6.0%, average postoperative hospital stay  $11.23 \pm 5.43$  days. Infectious complication was common with related wound accounted for 6.8%. **Conclusions:** Bowel injury in traumatic abdomen was often caused by traffic accident. Grade of injury and surgical treatment were variable. Infection often related to postoperative complications.

\* **Keywords:** Abdominal trauma; Bowel injury; Diagnosis; Treatment.

\* Bệnh viện Quân y 103

**Người phản hồi (Corresponding):** Nguyễn Văn Tiệp ([chiductam@gmail.com](mailto:chiductam@gmail.com))

**Ngày nhận bài:** 10/06/2018; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 25/07/2018

**Ngày bài báo được đăng:** 02/08/2018

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín (CTBK) là cấp cứu ngoại khoa thường gặp, có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây [1]. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động... Tổn thương tạng rỗng (TTTR) chiếm 22 - 48% các tạng bị tổn thương trong CTBK [4]. Việc chẩn đoán chính xác tổn thương trong CTBK gặp không ít khó khăn, nhất là khi nạn nhân trong tình trạng đa chấn thương, với nhiều tổn thương phối hợp khác như chấn thương sọ não, vỡ khung chậu... làm lu mờ các triệu chứng tổn thương của ổ bụng nên có thể bị bỏ sót, hoặc xử trí muộn [5, 8]. Những năm gần đây, nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, đặc biệt việc áp dụng siêu âm bụng chẩn đoán tại phòng cấp cứu ngày càng trở nên phổ biến tại nhiều trung tâm trên thế giới cũng như tại Việt Nam [7, 9]. Việc áp dụng nội soi trong chẩn đoán và xử trí tổn thương tạng nói chung, tạng rỗng nói riêng do CTBK bước đầu đạt kết quả tốt, giúp giảm tỷ lệ mổ thăm dò, biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị [3]. Điều trị CTBK có TTTR đơn thuần được nêu thành những nguyên tắc kinh điển, tuy nhiên còn nhiều trường hợp rất khó khăn, việc điều trị tổn thương nặng tá tràng là vấn đề phức tạp, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao, nhất là xử trí thì đầu thất bại [1, 5]. Để góp phần làm rõ thêm về tình hình TTTR được thu dung và kết quả điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, báo cáo này nhằm mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm*

*lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị TTTR trong CTBK tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2013 - 2018.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 44 bệnh nhân (BN) thu dung từ tháng 01 - 2013 đến 05 - 2018 tại Bệnh viện Quân y 103, được chẩn đoán xác định là TTTR do CTBK dựa vào lâm sàng, hình ảnh X quang, hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng và tổn thương xác định trong mổ. Số liệu được tập hợp, xử lý trên phần mềm Epi. info và Excel với các thuật toán thống kê.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm BN và nguyên nhân chấn thương.

Tuổi trung bình:  $38,54 \pm 12,40$ , nhỏ nhất 16 tuổi, cao nhất 63 tuổi, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 - 50 (72,7%), đây là nhóm tuổi lao động.

Nam: 36 BN (81,8%), nữ: 8 BN (18,2%), tỷ lệ nam/nữ: 4,5/1.

Nguyên nhân chấn thương: nguyên nhân hay gặp nhất là do tai nạn giao thông: 31 BN (70,5%), tai nạn sinh hoạt: 4 BN (9,1%), tai nạn lao động: 7 BN (15,9%), bị đánh: 2 BN (4,5%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến trong CTBK, phù hợp với nghiên cứu của Lê Tư Hoàng, Phạm Văn Lai [3, 4].

### 2. Đặc điểm tổn thương trong CTBK.

\* *Tình trạng BN lúc vào viện:*

Sốc: 9 BN; đa chấn thương: 8 BN (18,2%), tổn thương phối hợp nhiều cơ quan: 18 BN (41%), chảy máu trong ổ bụng:

16 BN (36,4%), viêm phúc mạc: 41 BN (93,2%). Đa phần BN có sốc do đau và chảy máu trong ổ bụng, nguyên nhân do rách các mạch máu mạc treo hay vỡ tạng đặc như gan, lách kết hợp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Việt Dũng (22,35%) [2]. Tổn thương kết hợp: ngực 22,22%, sọ não 22,22%, chi thể 16,67% và các tổn thương khác. Kết quả trên cao hơn của Nguyễn Tấn Cường: chấn thương bụng có kết hợp gãy chi thể 10,14%, chấn thương ngực kín 7,25% [1]. Hầu hết BN TTTR có biểu hiện viêm phúc mạc trên lâm sàng. Hội chứng viêm phúc mạc cũng là tiêu chuẩn quan trọng để chỉ định mổ cấp cứu cho BN TTTR trong CTBK. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Việt Dũng là 92,94% [2].

\* Thời gian từ khi đến viện đến khi được phẫu thuật cấp cứu:

≤ 6 giờ: 23 BN (52,3%), từ 6 - 12 giờ: 8 BN (18,2%), từ 12 - 24 giờ: 8 BN (18,2%), > 24 giờ: 5 BN (11,3%). Đa số BN được phẫu thuật sớm, 70,5% BN được phẫu thuật cấp cứu sớm trước 12 giờ để xử trí tổn thương, trong đó có tới 52,3% BN được phẫu thuật cấp cứu sớm trước 6 giờ đầu.

\* Tổn thương tạng trong CTBK:

Tổn thương hồng - hồi tràng hay gặp nhất (33 BN = 75%), tiếp theo là tổn thương tá tràng (4 BN = 9,1%), đại tràng (4 BN = 9,1%), bàng quang (2 BN = 4,5%), dạ dày (1 BN = 2,3%).

Bảng 1: Siêu âm ổ bụng.

Siêu âm ổ bụng Tổn thương	Có dịch trong ổ bụng	Quai ruột giãn	Không có tổn thương	Tổng số
Hồng - hồi tràng	24	5	4	33
Tá tràng	2	1	1	4
Dạ dày	1	0	0	1
Đại tràng	2	1	1	4
Bàng quang	2	0	0	2
Tổng số	31 (70,46%)	7 (15,90%)	6 (13,64%)	44

38/44 BN (86,36%) được siêu âm chẩn đoán CTBK, đây là một lợi thế quan trọng nhờ trang bị máy siêu âm tại Khoa Ngoại Bụng và Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103. Hình ảnh thường gặp nhất là dịch ổ bụng, tiếp theo là trương hơi các quai ruột (7 BN = 15,9%), chỉ 6 BN không thấy bất thường khi tiến hành siêu âm bụng. Giá trị của siêu âm cũng được Ara J Feinstein, Đặng Việt Dũng khẳng định [2, 7].

*Bảng 2: X quang ổ bụng không chuẩn bị.*

<b>X quang ổ bụng</b> <b>Tổn thương</b>	<b>Có liềm hơi dưới vòm hoành</b>	<b>Không có liềm hơi dưới vòm hoành</b>	<b>Tổng số</b>
Hồng - hồi tràng	5	11	16
Tá tràng	2	1	3
Dạ dày	1	0	1
Đại tràng	0	2	2
Bàng quang	0	0	0
Tổng số	8 (36,36%)	14 (63,64%)	22

X quang ổ bụng không chuẩn bị là phương tiện thường dùng để xác định TTTR: 22 BN được chụp X quang ổ bụng không chuẩn bị. 63,64% BN không có liềm hơi trên X quang ổ bụng không chuẩn bị. Cho thấy chẩn đoán TTTR trên X quang ổ bụng thường quy với độ nhạy không cao. Tuy nhiên, độ đặc hiệu của X quang trong chẩn đoán TTTR rất cao. Nếu trên X quang ổ bụng không chuẩn bị có liềm hơi dưới vòm hoành thì có TTTR.

*Bảng 3: Cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng.*

<b>CLVT</b> <b>Tổn thương</b>	<b>Có khí trong ổ bụng</b>	<b>Có dịch trong ổ bụng</b>	<b>Có khí + dịch trong ổ bụng</b>	<b>Không phát hiện tổn thương</b>	<b>Tổng số</b>
Hồng - hồi tràng	1	6	1	2	10
Tá tràng	0	2	1	0	3
Dạ dày	0	0	1	0	1
Đại tràng		1	0	1	2
Bàng quang	0	2	0	0	2
Tổng số	1 (5,55%)	11 (61,11%)	3 (16,67%)	3 (16,67%)	18

18 BN chụp CLVT ổ bụng, trong đó 15 BN (83,33%) được phát hiện có tổn thương trong ổ bụng, 2 dấu hiệu hay gặp là có khí tự do và dịch ổ bụng, tỷ lệ không phát hiện tổn thương trên CLVT chỉ 16,67%, do nhiều BN vào viện với biểu hiện lâm sàng viêm phúc mạc rõ, có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

*\* Chọc dò ổ bụng:*

Có máu không đông: 6 BN (13,6%), dịch tiêu hóa: 12 BN (27,2%), nước tiểu: 2 BN (4,5%), không thấy bất thường: 15 BN (34,17%). Chọc dò ổ bụng là phương pháp chẩn đoán có giá trị cao.

*\* Nội soi chẩn đoán:*

9 BN trên lâm sàng có hội chứng viêm phúc mạc rõ sau chấn thương, nhưng siêu âm, X quang, chọc dò phát hiện tổn thương không rõ ràng, nội soi chẩn đoán thấy 7 BN thủng hồng tràng được bít lại, 2 BN có tổn thương tá tràng. Nội soi ổ bụng rất có ý nghĩa trong chẩn đoán CTBK có nghi ngờ TTTR trên lâm sàng. Lê Tư Hoàng (2006) cũng khẳng định giá trị chẩn đoán và xử trí TTTR do CTBK khi lâm sàng không điển hình [3].

*\* Tổn thương trong mổ:*

- Hồng - hồi tràng (33 BN): tổn thương hay gặp là dạng tổn thương lỗ thủng hoặc vỡ quanh chu vi, tổn thương bầm dập một đoạn hồng - hồi tràng ít gặp hơn, cụ thể:

+ Thủng hồng - hồi tràng (đường kính lỗ thủng  $\leq 1$  cm): 12 BN (36,4%).

+ Vỡ hồng tràng (đường kính  $< 1/2$  chu vi hồng - hồi tràng): 12 BN (36,4%).

+ Vỡ hồng - hồi tràng (đường kính  $> 1/2$  chu vi hồng - hồi tràng): 3 BN (9%).

+ Dập nát một đoạn hoặc có nhiều lỗ thủng trên một đoạn hồng - hồi tràng: 5 BN (15,2%).

+ Rách thanh mạc cơ hồng - hồi tràng: 1 BN (3%).

- Tá tràng: cả 4 BN đều thủng tá tràng (đường kính lỗ thủng khoảng 1 cm).

- Đại tràng (4 BN): 2 BN rách thanh mạc cơ và rách mạc treo đại tràng, 2 BN này được chỉ định mổ do có biểu hiện chảy máu trong ổ bụng nhiều, không phải do tình trạng viêm phúc mạc, khi kiểm soát tổn thương trong mổ thấy rách mạc

treo và rách thanh mạc cơ đại tràng, 1 BN vỡ đại tràng Sigma, 1 BN dập một đoạn và vỡ một nửa bên trái đại tràng ngang.

- Dạ dày (1 BN): BN bị vỡ vùng phình vị lớn lan xuống thân dạ dày. Khai thác bệnh sử biết BN này ăn liên hoan, sau đó bị tai nạn, dạ dày bị vỡ trong tình trạng đầy thức ăn bên trong.

- Bàn quang (2 BN): cả 2 BN đều bị vỡ bàn quang trong phúc mạc.

- Tình trạng ổ bụng: dịch, giả mạc: 38 BN (86,36%); máu: 16 BN (36,4%); nước tiểu: 2 BN (4,5%); bã thức ăn, phân: 6 BN (13,6%).

**3. Phương pháp xử trí tổn thương.**

Khâu phục hồi tổn thương: 37/44 BN (84,1%), cắt đoạn ruột: 6/44 BN (13,6%), làm hậu môn nhân tạo 1/44 BN (2,3%), cụ thể:

- Tổn thương hồng - hồi tràng (33 BN): 1 BN được phẫu thuật nội soi để xử trí tổn thương, 6 BN được phẫu thuật nội soi thăm dò trước mổ sau chuyển mổ mở. 7 BN tổn thương thủng tiểu tràng được bọc lại quai ruột và mạc nối.

- Khâu phục hồi tổn thương hồng - hồi tràng: 28/33 BN (84,8%).

- Cắt đoạn tổn thương hồng - hồi tràng: 5/33 BN (15,2%).

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi để xử trí tổn thương và nội soi thăm dò tổn thương còn thấp, chủ yếu vẫn là mổ mở, do một phần kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tuy nhiên, vẫn phải khẳng định ưu điểm của mổ mở là hạn chế bỏ sót tổn thương.

- Tổn thương tá tràng (4 BN): 2 BN nội soi thăm dò tổn thương trước mổ, sau đó chuyển mổ mở. Cả 4 BN đều được khâu kín lỗ thủng tá tràng, nối vị tràng, đóng lỗ môn vị, dẫn lưu tá tràng giảm áp, mở thông hồng tràng nuôi dưỡng. 1 BN làm thêm dẫn lưu túi mật.

- Tổn thương dạ dày (1 BN): được khâu kín dạ dày có sử dụng stapler.

- Tổn thương đại tràng (4 BN): 2 BN khâu phục hồi thanh mạc cơ đại tràng, 1 BN thủng đại tràng Sigma được làm hậu môn nhân tạo tại chỗ tổn thương, 1 BN rách mạc treo đại tràng ngang và vỡ đại tràng ngang gần góc lách đã cắt nửa đại tràng trái cao làm hậu môn nhân tạo đại tràng ngang.

- Tổn thương bàng quang: 2 BN vỡ bàng quang được khâu phục hồi lại, kèm theo dẫn lưu bàng quang trên xương mu.

\* *Biến chứng sau mổ:*

- Tử vong: 2 BN (4,5%), nguyên nhân do tổn thương kết hợp có tràn máu khoang màng phổi cùng tổn thương khung chậu.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: 3 BN (6,8%), sau thay băng hàng ngày, khâu da thì hai, BN ổn định.

- Kết quả chung: tốt 79,6%, trung bình 14,4%, xấu 6%.

\* *Thời gian nằm viện trung bình:* 11,23 ± 5,43 ngày.

### **KẾT LUẬN**

Nghiên cứu 44 BN TTTR trong CTBK, tuổi trung bình 38,54 ± 12,40, nam 81,8%. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 70,5%. Tổn thương tiểu tràng

75,0%, đại tràng 9,1%, tá tràng 9,1%, bàng quang 4,5%, dạ dày 2,3%. Triệu chứng khi vào viện: 20,5% có sốc, viêm phúc mạc 93,2%, đa chấn thương 18,2%, chảy máu trong ổ bụng 36,4%, tổn thương phối hợp 41%. Siêu âm ổ bụng phát hiện dịch ổ bụng 70,46%, X quang thấy liềm hơi dưới vòm hoành 36,36%, CLVT ổ bụng phát hiện tổn thương dịch hoặc khí 83,33%. Xử trí: 70,5% BN được phẫu thuật cấp cứu trước 12 giờ. Khâu phục hồi tổn thương 84,1%, cắt đoạn ruột 13,6%, làm hậu môn nhân tạo 2,3%. Kết quả chung: tốt 79,6%, trung bình 14,4%, xấu 6%, tử vong 4,5%. Ngày nằm điều trị trung bình 11,23 ± 5,43 ngày. Biến chứng nhiễm khuẩn thường gặp, trong đó nhiễm khuẩn vết mổ 6,8%. Tóm lại, TTTR trong CTBK đa dạng, phức tạp, tổn thương hồng - hồi tràng là chủ yếu. Chẩn đoán và xử trí sớm, đúng phương pháp cho kết quả điều trị tốt.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Tấn Cường, Bùi Văn Ninh, Nguyễn Bá Nhuận và CS. Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 chấn thương và vết thương tá tràng trong 27 năm tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2007, 11 (1), tr.80-96.

2. Đặng Việt Dũng, Lê Thanh Sơn. Chẩn đoán và điều trị TTTR trong CTBK tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2010 - 2015. Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2015, 9, tr.161-167.

3. Lê Tư Hoàng, Lê Nhật Huy, Đỗ Anh Tiến và CS. Vai trò của phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và thái độ xử trí CTBK tại Bệnh viện Việt Đức từ 8 - 2005 đến 7 - 2006. Tạp chí Ngoại khoa. 2006, 56 (4), tr.2-8.

4. *Phạm Văn Lai, Hoàng Hữu Tạo.* Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chấn thương bụng ở Khoa Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 2002 - 2003. Tạp chí Y học Việt Nam. 2004, 34 (11), tr.258-267.

5. *Văn Tần và CS.* Biến chứng và tử vong trong chấn thương tá tụy. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2004, 8 (3), tr.69-71.

6. Ủy ban An toàn Giao thông Quốc gia. 2009. [http://www.tin247.com/nam\\_2009\\_hon\\_11000\\_nguoi\\_bi\\_chet\\_do\\_tai\\_nan\\_giao\\_thong\\_1-2-1537666.html](http://www.tin247.com/nam_2009_hon_11000_nguoi_bi_chet_do_tai_nan_giao_thong_1-2-1537666.html).

7. *Ara J Feinstein, Mark G McKenney, Stephen M Cohn.* Evaluating an ultrasound

algorithm for patients with blunt abdominal trauma. Ryder Trauma Center. Department of Surgery University of Miami School of Medicine, Miami, FL1800 NW 10th Ave. Suite 215, Miami, FL 33136. 2004.

8. *Gustavo Pereira Fraga, Fernando Henrique Bergo de Souza e Silva, Nicolle Antunes de Almeida Jorge Carlos.* Blunt abdominal trauma with small bowel injury: Are isolated lesions riskier than associated lesions?. Acta Cirurgica Brasileira. 2008, 23 (2), pp.192-196.

9. *WHO.* Injury prevention programs in Vietnam. World Health Organization Representative Office in Vietnam. 2009.