

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TRONG GIAI ĐOẠN 2013 - 2018

Đặng Việt Dũng*; Nguyễn Văn Tiệp*
Nguyễn Trọng Hòa*; Hồ Chí Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm tổn thương, lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Quân y 103. *Phương pháp:* nghiên cứu mô tả hồi cứu. *Kết quả:* từ tháng 01 - 2013 đến 05 - 2018 có 335 bệnh nhân chấn thương bụng kín. Tuổi trung bình $33,62 \pm 13,89$. Tỷ lệ nam/nữ = 3,9/1. Nguyên nhân do tai nạn giao thông 65,97%. Tử vong trong 24 giờ đầu hoặc sau phẫu thuật cấp cứu 5,67%; sốc lúc vào viện 9,85%; đa chấn thương 14,03%; chảy máu trong ổ bụng 62,38%; viêm phúc mạc 13,10%; có tổn thương phối hợp 27,76%. Cơ cấu tổn thương: tổn thương lách hay gặp nhất (49,3%); tổn thương gan 25,4%; hồng - hồi tràng 9,6%; thận 5,7%; tụy 3,3%; mạch máu 1,8%; tá tràng 0,9%; bàng quang 0,6%. Điều trị bảo tồn: dẫn lưu ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm 34,32%; bảo tồn không can thiệp 34,03%; điều trị bảo tồn tổn thương gan 85,9%; tổn thương lách 79,39%; tụy 45,5%. Điều trị phẫu thuật: phẫu thuật nội soi ổ bụng hỗ trợ 3,88%; phẫu thuật mở ổ bụng 27,76%; điều trị phẫu thuật cho 100% bệnh nhân tổn thương tạng rỗng. Thời gian nằm viện trung bình $8,6 \pm 4,3$ ngày. *Kết luận:* chấn thương bụng kín là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tỷ lệ tử vong cao do chấn thương phối hợp. Điều trị bảo tồn được chỉ định cho tổn thương tạng đặc, điều trị phẫu thuật được chỉ định cho tổn thương tạng rỗng.

* Từ khóa: Chấn thương bụng kín; Chẩn đoán; Điều trị; Cấp cứu ngoại khoa.

Diagnosis and Treatment of Blunt Abdominal Trauma at 103 Military Hospital from 2013 to 2018

Summary

Objectives: To study the clinical characteristics and treatment outcomes of patients with blunt abdominal trauma at 103 Military Hospital over 5 years. *Methods:* Descriptive retrospective and prospective study. *Results:* From 01 - 2013 to 05 - 2018, there were a total of 335 patients with blunt abdominal trauma, with an average age of 33.62 ± 13.89 . The male/female ratio was 3.9/1. Among 335 patients, traffic accidents accounted for 65.97%. Death within the first 24 hours or after emergency surgery occurred in 5.67% of cases, while 9.85% of patients went into shock in the hospital. 14.03% had multiple injuries, 62.38% intra-abdominal bleeding, 13.10% peritonitis and 27.76% had injury to 2 or more organs. Location of injury: Splenic lesions were most common (49.3%), followed by hepatic (25.4%), ileal (9.6%), renal (5.7%), pancreatic (3.3%), vascular (1.8%), duodenal (0.9%) and bladder (0.6%). 34.32% of cases received invasive ultrasound-guided, while 34.03% of cases were treated conservatively via pharmacological methods. In 2 groups,

* Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Tiệp (chiductam@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10/06/2018; Ngày phản biện đánh giá bài báo: 28/07/2018

Ngày bài báo được đăng: 02/08/2018

85.9% of patients with liver injury did not require surgical intervention, while that of splenic injury was 79.39%, and pancreatic injury 45.5%. For those who required surgical intervention, 3.88% was done laparoscopically and 27.76% via open surgery. All patients with perforated viscus received surgical treatment. Average hospital stay was 8.6 ± 4.3 days. Conclusion: Blunt abdominal trauma is a common surgical emergency with high mortality rates due to multiple organ injuries. Conservative treatment is indicated for solid organ damage, while surgical treatment is indicated for bowel lesions.

* *Keywords: Abdominal trauma; Diagnosis; Treatment; Surgical emergency.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín (CTBK) là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. CTBK chiếm 8 - 10% trong các chấn thương nói chung, trong đó nguyên nhân chấn thương chủ yếu (70 - 75%) do tai nạn giao thông [1, 5, 9]. Chảy máu trong ổ bụng, viêm phúc mạc, đa chấn thương, suy đa cơ quan là những nguyên nhân thường gặp dẫn đến tử vong ở trường hợp nặng. Xử trí sớm và kịp thời các tạng bị tổn thương sẽ cứu sống bệnh nhân (BN), giảm tỷ lệ tử vong. Ngày nay, với tiến bộ khoa học kỹ thuật, đã có nhiều phương tiện hiện đại để chẩn đoán sớm tổn thương sau chấn thương như siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính, chụp cắt lớp đa dãy, chụp cộng hưởng từ, nội soi ổ bụng chẩn đoán, chọc dò ổ bụng... Tổn thương trong CTBK được điều trị bảo tồn không phẫu thuật hoặc cần phải phẫu thuật để xử trí tổn thương.

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Tổng kết, đánh giá tình trạng chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01 - 2013 đến 05 - 2018.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 335 BN thu dung từ tháng 01 - 2013 đến 05 - 2018 tại Bệnh viện Quân y 103, được chẩn đoán xác định CTBK dựa vào đặc điểm lâm sàng,

hình ảnh X quang, hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng và tổn thương xác định trong mổ.

Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân gây chấn thương, tình trạng sốc chấn thương, chảy máu trong ổ bụng, viêm phúc mạc và tổn thương phối hợp đa chấn thương. Điều trị CTBK bằng phương pháp bảo tồn không phẫu thuật hoặc phẫu thuật cấp cứu. Số liệu được tập hợp, xử lý trên phần mềm Excel với thuật toán thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

335 BN CTBK đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

1. Đặc điểm BN và nguyên nhân chấn thương.

Tuổi trung bình $33,62 \pm 13,89$, nhỏ nhất 6 tuổi, cao nhất 75 tuổi, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 - 40 (55,8%), đây là nhóm tuổi lao động.

Nam: 267 BN (79,7%); nữ: 68 BN (20,3%), tỷ lệ nam/nữ: 3,9/1.

Nguyên nhân chấn thương: tai nạn giao thông: 221 BN (65,97%), đây là nguyên nhân phổ biến nhất trong CTBK; tai nạn sinh hoạt: 57 BN (17,01%); tai nạn lao động: 32 BN (9,55%); bị đánh: 25 BN (7,46%).

2. Đặc điểm tổn thương trong CTBK.

** Tình trạng BN lúc vào viện:*

- Về tử vong: 19 BN tử vong (5,67%), trong đó 13 BN tử vong trong 24 giờ đầu trong tình trạng sốc đa chấn thương, sốc mất máu do tổn thương đa cơ quan phức tạp: chảy máu trong ổ bụng kết hợp tràn máu - tràn khí khoang màng phổi, vỡ khung chậu phức tạp, chấn thương sọ não nặng, 6 BN tử vong sau phẫu thuật cấp cứu, cả 6 BN đều có tổn thương phối hợp nặng: 2 BN rách động mạch mạc treo tràng trên, 2 BN vỡ hồng tràng kết hợp với rách mạch máu mạc treo tiểu tràng (+) có tràn máu khoang màng phổi, 1 BN vỡ gan độ V và đứt động mạch thận, 1 BN vỡ lách kết hợp tràn máu khoang màng phổi, gãy khung chậu, rách cơ hoành.

- Về sốc: 33 BN sốc đều có chảy máu trong ổ bụng số lượng lớn, 27/33 BN sốc có đa chấn thương. Nguyên nhân sốc ở BN CTBK chủ yếu do 2 nguyên nhân chính là mất máu nhiều và đa chấn thương. Sốc chấn thương gặp chủ yếu ở vỡ tạng đặc, ít gặp hơn ở tổn thương tạng rỗng. Chỉ có 3/33 BN có tổn thương tạng rỗng bị sốc.

- Tổn thương phối hợp: 93 BN (27,76%) có tổn thương phối hợp nhiều cơ quan, có BN tổn thương cả 5 vùng cơ quan khác nhau như sọ não, ngực, bụng, chi, hàm mặt. Tỷ lệ tổn thương phối hợp cũng khá cao trong nghiên cứu của Trần Chánh Tín (2003) là 47,6% [6].

- Đa chấn thương: 47 BN đa chấn thương, tổn thương nặng ở 2 vùng cơ quan khác nhau, nguy cơ đe dọa chức năng sống. 38,3% BN tử vong do đa chấn thương; 57,4% BN có sốc do đa chấn thương.

- Chảy máu trong ổ bụng: 208 BN (62,38%), trong đó 82,68% do vỡ gan hoặc vỡ lách.

Tỷ lệ này cũng rất cao trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Long (2005) (83,5%) và Nguyễn Văn Hải (2007) (83,2%) [3, 4].

- Viêm phúc mạc: 44 BN (13,1%), nguyên nhân chủ yếu do tổn thương tạng rỗng: hồng tràng, tá tràng.

** Phân loại tổn thương:*

280 BN (83,58%) tổn thương vỡ tạng đặc; 37 BN (11,04%) vỡ tạng rỗng; chỉ 5 BN (1,50%) vỡ cả tạng đặc và tạng rỗng và 13 BN (3,88%) không có tổn thương tạng đặc và rỗng (vỡ tạng đặc là vỡ một trong các tạng: gan, lách, thận, tụy; vỡ tạng rỗng là tổn thương các tạng: dạ dày, tá tràng, hồng tràng, hồi tràng, đại tràng, trực tràng, bàng quang).

** Tổn thương phối hợp:*

38 BN (40,86%) bị chấn thương ngực; 15 BN (16,13%) chấn thương sọ não; 22 BN (23,66%) chấn thương chi thể và 18 BN (19,35%) gặp chấn thương khác.

** Tổn thương tạng trong CTBK:*

Tổn thương lách hay gặp nhất với 165 BN (49,3%), 85 BN (25,4%) tổn thương gan; 32 BN (9,6%) tổn thương tiểu tràng; 19 BN (5,7%) tổn thương thận; 11 BN (3,3%) tổn thương tụy; 7 BN (2,1%) tổn thương thành bụng; 6 BN (1,8%) tổn thương mạch máu; 4 BN (1,2%) tổn thương đại tràng; 3 BN (0,9%) tổn thương tá tràng; 2 BN (0,6%) tổn thương bàng quang và 1 BN (0,3) tổn thương dạ dày.

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng.

Lâm sàng Tổn thương	Sốc	Chảy máu trong ổ bụng	Viêm phúc mạc
Gan	11	56	0
Lách	9	118	0
Tụy	2	6	2
Tá tràng	1	0	3
Dạ dày	0	1	1
Đại tràng	0	0	4
Tiểu tràng	2	7	32
Thận	4	12	0
Bàng quang	0	2	2
Mạch máu	4	6	0
Thành bụng	0	0	0
Tổng số	33	208	44

Bảng 2: Phương pháp điều trị.

Phương pháp điều trị Tổn thương	Bảo tồn		Phẫu thuật		Tổng số
	Dẫn lưu ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm	Nội khoa không can thiệp	Nội soi hỗ trợ	Mở bụng	
Gan	32	41	0	12	85
Lách	75	56	6	28	165
Tụy	2	3	1	5	11
Tá tràng	0	0	0	3	3
Dạ dày	0	0	0	1	1
Đại tràng	0	0	0	4	4
Tiểu tràng	0	0	6	26	32
Thận	5	8	0	6	19
Bàng quang	0	0	0	2	2
Mạch máu	0	0	0	6	6
Thành bụng	1	6	0	0	7
Tổng số	115 (34,32%)	114 (34,03%)	13 (3,88%)	93 (27,76%)	335

Thời gian nằm viện trung bình $8,6 \pm 4,3$ ngày. Với một số tổn thương cụ thể: tổn thương lách $8,5 \pm 3,8$ ngày; tổn thương gan $9,1 \pm 4,6$ ngày; tổn thương hồng - hồi tràng $8,5 \pm 4,4$ ngày. Theo Nguyễn Hiếu Nhân, thời gian nằm viện trung bình $8,18 \pm 3,57$ ngày và điều trị phẫu thuật nằm viện lâu hơn so với bảo tồn không mổ [7].

Tổn thương tạng đối với CTBK thường gặp là tạng đặc (gan, lách), tạng rỗng gặp nhiều nhất vỡ ruột non. Vấn đề điều trị phẫu thuật không còn bàn cãi trong vỡ hoặc thủng tạng rỗng, chỉ định phẫu thuật là tuyệt đối. Đối với tạng đặc, vấn đề điều trị bảo tồn đã và đang được nhiều tác giả quan tâm [2, 4, 9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị bảo tồn tổn thương gan 85,9% và lách 79,39%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải (2007) [3], điều trị bảo tồn tổn thương gan 53,7%. Nghiên cứu của Roland A Hernandez (2010) [8], tỷ lệ bảo tồn không mổ lách 65%. Trong nghiên cứu này, điều trị bảo tồn cho các tổn thương nói chung chiếm 68,35%, chúng tôi áp dụng phương pháp dẫn lưu dịch ổ bụng dưới hướng dẫn siêu âm điều trị cho 115 BN (34,32%). Điều trị phẫu thuật được chỉ định cho 31,64% trường hợp CTBK. Với tổn thương lách, phẫu thuật chủ yếu là cắt lách, với tổn thương gan khâu cầm máu là phương pháp thường được áp dụng. Điều trị bảo tồn không áp dụng cho tổn thương tạng rỗng, 100% BN có tổn thương tạng rỗng được chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Chúng tôi áp dụng các phương pháp điều trị cho tổn thương tạng rỗng: khâu lỗ thủng,

cắt đoạn ruột (với tổn thương tiểu tràng) và làm hậu môn nhân tạo với tổn thương đại tràng. Việc áp dụng phẫu thuật nội soi để hỗ trợ chẩn đoán hoặc giải quyết tổn thương còn hạn chế, chỉ có 3,88% BN.

KẾT LUẬN

Chấn thương bụng kín là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông 65,97%. Tỷ lệ tử vong còn cao (5,67%). Biểu hiện lâm sàng: đa chấn thương 14,03%; chảy máu trong ổ bụng 62,38%; viêm phúc mạc 13,10%; có tổn thương phối hợp 27,76%.

Cơ cấu tổn thương: tổn thương lách hay gặp nhất (49,3%); tổn thương gan 25,4%; hồng - hồi tràng 9,6%; thận 5,7%; tụy 3,3%; mạch máu 1,8%; tá tràng 0,9%; bàng quang 0,6%.

Điều trị bảo tồn: dẫn lưu ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm 34,32%; bảo tồn không can thiệp 34,03%; điều trị bảo tồn tổn thương gan 85,9%; tổn thương lách 79,39%; tụy 45,5%.

Điều trị phẫu thuật: phẫu thuật nội soi ổ bụng hỗ trợ 3,88%; phẫu thuật mở ổ bụng 27,76%; điều trị phẫu thuật cho 100% BN tổn thương tạng rỗng.

Thời gian nằm viện trung bình $8,6 \pm 4,3$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2. *Trần Bình Giang, Nguyễn Xuân Thùy, Tôn Thất Bách.* Nghiên cứu kỹ thuật mổ bảo tồn trong điều trị vỡ lách do chấn thương. Ngoại khoa. 2003, 3, tr.31-37.

3. *Nguyễn Văn Hải, Đỗ Hải Kỳ.* Kết quả điều trị vỡ gan chấn thương. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2007, 14 (2), tr.101-105.

4. *Nguyễn Văn Long.* Vài nhận xét trong bảo tồn lách không mổ ở người trưởng thành. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2005, 9 (1), tr.72-78.

5. *Trịnh Hồng Sơn và CS.* 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). Tạp chí Y học Thực hành. 1999, 1, tr.40-46.

6. *Trần Chánh Tín và CS.* Chẩn đoán CTBK. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2003, 7 (1), tr.122-126.

7. *Trần Hiếu Nhân và CS.* Đặc điểm chấn thương bụng - vết thương thấu bụng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2014, 18 (1), tr.248-252.

8. *Hernandez R.A et al.* Abdominal trauma: Operative or nonoperative management. Emergency Surgery. Blackwell Publishing Ltd. 2010, pp.185-191.

9. *Peitzman A.B et al.* Blunt splenic injury in adults: Multi-institutional study of the Eastern Association for the surgery of trauma. J Trauma. 2000, 49 (2), pp.177-187, discussion 187-189.