

Ở thử nghiệm thứ hai, cao toàn phần và các cao phân đoạn của hoa Đậu biếc thể hiện mức độ kháng viêm in vitro khác nhau, với giá trị IC₅₀ dao động trong khoảng từ thấp nhất ở cao ethyl acetat (3,02 ± 0,09 mg/mL) đến cao nhất ở cao phân đoạn nước (11,07 ± 1,45 mg/mL). Tác dụng kháng viêm trên hoa Đậu biếc chủ yếu là do thành phần flavonoid là anthocyanin và flavonol. Điều này được thể hiện trong thí nghiệm của Bang và cộng sự [8] khi thực hiện trên mô hình gây viêm do lipopolysaccharid gây ra ở các tế bào đại thực bào RAW 264.7. Kết quả chỉ ra quercetin glycosid và ternatin anthocyanin từ cánh hoa Clitoria ternatea L. có khả năng ngăn chặn sản xuất quá mức các chất gây viêm từ các đại thực bào, điều này giúp hạn chế các triệu chứng viêm và hạn chế được các tổn thương mô trong các bệnh viêm mãn tính. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng giữa hoạt tính chống oxy hóa và kháng viêm có mối liên quan với nhau. Những hợp chất giàu hoạt tính chống oxy hóa cũng sẽ có khả năng kháng viêm mạnh. Do đó, việc đánh giá tác động chống oxy hóa và kháng viêm của hoa Đậu biếc cũng góp phần cung cấp thêm vào dữ liệu khoa học của dược liệu Đậu biếc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá được khả năng chống oxy hóa và kháng viêm in vitro của cao toàn phần và các cao phân đoạn hoa Đậu biếc (Clitoria ternatea L.). Trong đó, cao ethyl acetat có tác động cao nhất với IC₅₀ trong thử nghiệm chống oxy hóa là 19,51 ± 1,14 µg/mL (IC₅₀ của

acid ascorbic 7,98 ± 0,46 µg/mL) và IC₅₀ trong thử nghiệm kháng viêm là 3,02 ± 0,09 mg/mL (IC₅₀ của diclofenac natri 1,28 ± 0,02 mg/mL).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Chi.** Từ điển cây thuốc Việt Nam. Tập 1. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2012:883-885.
2. **Nguyễn Hồng Nhung.** Nghiên cứu thành phần hóa học hướng tác dụng chống oxy hóa của lá và thân cây Đậu biếc. Luận văn Thạc sĩ Dược học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2020.
3. **Mahmad N, Taha RM, Othman R, et al.** Anthocyanin as potential source for antimicrobial activity in Clitoria ternatea L. and Dioscorea alata L. Pigment and Resin Technology. 2018; 47(6): 490-495.
4. **Kumar SB, Bhat KI.** In-vitro cytotoxic activity studies of Clitoria ternatea Linn flower extracts. International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research. 2011;6(2):120-121.
5. **Rajamanickam M, Kalaivanan P, Sivaqnanam I.** Evaluation of anti-oxidant and anti-diabetic activity of flower extract of Clitoria ternatea L. Journal of Applied Pharmaceutical Science. 2015; 5(8):131-138.
6. **Yesmin S, Paul A, Naz T, et al.** Membrane stabilization as a mechanism of the anti-inflammatory activity of ethanol root extract of Choi (Piper chaba). Clinical Phytoscience. 2020; 6(1):1-10.
7. **Kim SM, Lim ST.** Enhanced antioxidant activity of rice bran extract by carbohydrase treatment. Journal of Cereal Science. 2016;68:116-121.
8. **Nair V, Banu WY, Schreckinger E, et al.** Protective role of ternatin anthocyanins and quercetin glycosides from Butterfly pea (Clitoria ternatea Leguminosae) blue flower petals against lipopolysaccharide (LPS)-induced inflammation in macrophage cells. Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2015;63(28):6355-6365.

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ CHẨN THƯƠNG GAN THEO AAST 2018

Hoàng Đình Âu¹, Doãn Văn Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu 39 bệnh nhân chấn thương gan (CTG) được chụp CLVT, được phân độ CTG và điều trị tại bệnh viện E và Việt Đức từ 4/2021 đến 03/2022. **Kết quả:** tuổi trung bình 35,8 ± 12,3. Độ tuổi hay gặp từ 16 – 65, chiếm 94,9%. Tỷ lệ nam/nữ 3,3/1. Tỷ lệ phát

hiện dịch ổ bụng trên CLVT là 89,7%. Tổn thương gan thường gặp nhất trên CLVT là tụ máu, đưng giập nhu mô gan chiếm 84,6%, đường vỡ nhu mô chiếm 69,2%, tụ máu dưới bao là 25,6%. Dấu hiệu thoát thuốc thì động mạch chiếm 5,1%. Gan phải tổn thương nhiều hơn gan trái với tỷ lệ 2,4/1. 30,8% trường hợp không ghi nhận tổn thương phổi hợp. Tổn thương phổi hợp tuyến thượng thận hay gặp nhất 28,2%. Phân độ CTG theo AAST 2018: CTG độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 35,9%; tiếp theo là độ II (25,6%); độ I chiếm tỷ lệ thấp (15,4%). **Kết luận:** CLVT đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và phân độ CTG giúp lâm sàng đưa ra phương án điều trị tối ưu nhất. **Từ khóa:** chấn thương gan, cắt lớp vi tính, phân độ AAST 2018

¹Bệnh viện đại học Y Hà Nội

²Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

SUMMARY

ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND GRADING OF LIVER INJURY ACCORDING TO AAST 2018

Study of 39 patients with liver injury, computed tomography, graded liver injury and treated at hospital E and Viet Duc hospital from April 2021 to March 2022. **Result:** Mean age 35.8 ± 12.3 . The most common age group is from 16 to 65, accounting for 94.9%. The male/female ratio is 3.3/1. The detection rate of intra-abdominal fluid on CT was 89.7%. The most common signs of liver injury on CT were hematoma, contusion of the liver parenchyma accounted for 84.6%, parenchymal rupture line accounted for 69.2%, subcapsular hematoma was 25.6%. The sign of drug drainage is the artery accounted for 5.1%. The right liver was damaged more than the left liver with a ratio of 2.4/1. 30.8% of cases did not record associated lesions. Injury to the adrenal gland is the most common 28.2%. Classification of liver injury according to AAST 2018: Grade III liver injury accounted for the highest rate of 35.9%; followed by grade II (25.6%); Grade I accounted for a low rate (15.4%). **Conclusion:** CT plays a very important role in the diagnosis and grading of liver injury, helping the clinician to offer the most optimal treatment plan.

Keywords: liver injury, computed tomography, AAST grade 2018.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan là tạng đặc dễ bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín, chiếm từ 29 – 35% chỉ sau chấn thương lách [1]. Trước đây, việc chẩn đoán và định hướng xử trí những tổn thương trong ổ bụng gặp nhiều khó khăn đặc biệt ở những trường hợp tổn thương gan với triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không rõ rệt thì việc chẩn đoán càng khó khăn và rất dễ bỏ sót. Nhiều trường hợp chấn thương gan (CTG) trước đây được xử trí bằng phẫu thuật mở ổ bụng thăm dò. Phẫu thuật CTG là phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi sự hiểu biết sâu về giải phẫu, sinh lý của gan, hồi sức, kỹ thuật mổ. Mặc dù vậy tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ còn khá cao [2]. Ngày nay, nhờ những hiểu biết về giải phẫu, sinh lý, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật trong CĐHA, chụp CLVT trở thành phương pháp CĐHA vô cùng hiệu quả trong chẩn đoán CTG, cho phép chẩn đoán xác định CTG, phân độ tổn thương gan, đánh giá tổn thương phối hợp, là cơ sở quyết định lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp [3]. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *đánh giá vai trò của CLVT trong chẩn đoán và phân độ chấn thương gan theo AAST 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chụp CLVT với chẩn đoán chấn thương gan

- Được điều trị tại Bệnh viện E và Việt Đức.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ được lưu trữ tại kho lưu hồ sơ của Bệnh viện.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý gan từ trước, chấn thương chỉ là yếu tố thuận lợi làm vỡ gan.

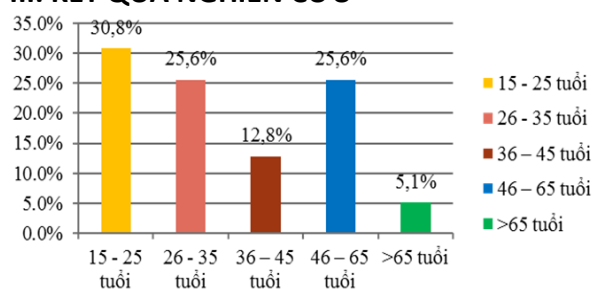
2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.

+ Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện E và Việt Đức trong thời gian từ 04/2021 đến 03/2022. Cỡ mẫu tính được: 39.

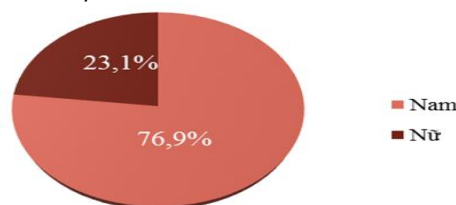
2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS.20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân chấn thương gan theo nhóm tuổi

Nhận xét: tuổi trung bình $35,8 \pm 12,3$; thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 75 tuổi. Độ tuổi từ 15 – 65 chiếm 94,9 %.



Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân chấn thương gan theo giới tính

Nhận xét: nam chiếm 76,9%; nữ chiếm 23,1%; tỉ lệ nam/nữ là: 3,3/1

Bảng 1. Vị trí tổn thương trên CLVT

HPT gan bị tổn thương	Số tổn thương	%
I	3	3,5
II	7	82
III	5	5,9
IV	10	11,8

V	13	15,3
VI	15	17,6
VII	17	20,0
VIII	15	17,6
Tổng	85	100%

Nhận xét: tổn thương ở gan phải hay gặp hơn gan trái với tỷ lệ 2,4/1, HPT VII hay gặp nhất (20%).

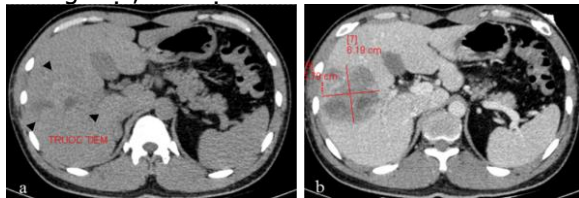


Hình 1: Chẩn thương gan độ III. Tụ máu dưới bao dày 7mm (mũi tên trắng). Đường vỡ kèm tụ máu trong nhu mô HPT VII (mũi tên đen), Nguyễn Thị T. 60t; MBA: 2113618

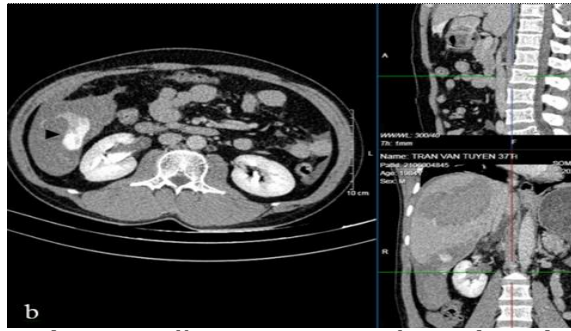
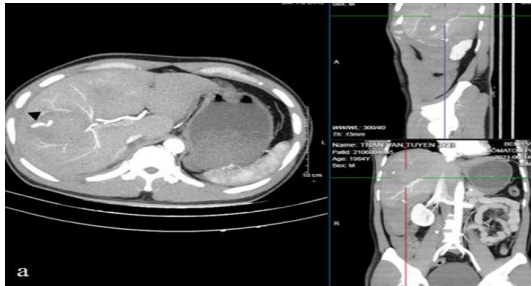
Bảng 2. Hình ảnh chẩn thương gan trên CLVT

Tổn thương gan	Số bệnh nhân	%
Dịch tự do ổ bụng	35	89,7
Đụng giập, tụ máu nhu mô gan	33	84,6
Tụ máu dưới bao gan	10	25,6
Đường vỡ nhu mô gan	27	69,2
Ổ thoát thuốc động mạch	2	5,1

Nhận xét: Đụng giập, tụ máu trong nhu mô gan hay gặp nhất chiếm 84,6%. Chỉ có 5,1% có hình ảnh ổ thoát thuốc động mạch trên phim CLVT, không có trường hợp nào tổn thương đường mật, túi mật.



Hình 2: Chẩn thương gan độ III, tổn thương dạng đụng giập nhu mô gan HPT VII- VIII trước tiêm: (a) và sau tiêm thuốc cản quang (b), Đặng Mạnh T. 34t; MBA: 2118010

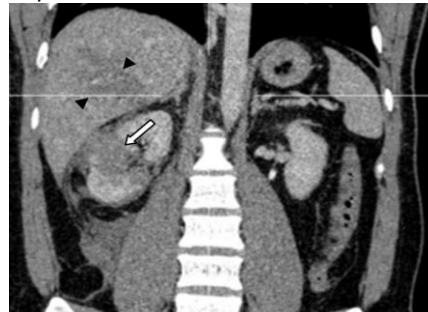


Hình 3: Chẩn thương gan độ IV có thoát thuốc (đầu mũi tên): thoát thuốc thì ĐM (a); thuốc thoát nhiều hơn ở thì muộn (b); Trần Văn T. 37t; MBA 008434845

Bảng 3. Các tổn thương phối hợp thấy trên phim CLVT

Tổn thương phổi hợp	Số bệnh nhân	%	
Có tổn thương phổi hợp	Gãy xương sườn	2	5,1
	Tuyến thượng thận	11	28,2
	Thận	8	20,5
	Phổi	9	23,1
	Lách	4	10,3
Tụy	2	5,1	
Không có tổn thương phổi hợp	12	30,8	

Nhận xét: 30,8% không ghi nhận tổn thương phổi hợp. Tổn thương tuyến thượng thận chiếm 28,2%.



Hình 4: Chẩn thương gan độ III (đầu mũi tên), chẩn thương thận phải độ III (mũi tên); Hà Văn C. 19t; MBA 2205930

Bảng 4. Phân độ chẩn thương gan theo AAST 2018.

Phân độ chẩn thương gan	Số bệnh nhân	%
Độ I	6	15,4
Độ II	10	25,6
Độ III	14	35,9
Độ IV	9	23,1
Tổng	39	100

Nhận xét: Độ III gặp nhiều nhất chiếm 35,9%; độ I chiếm tỷ lệ thấp nhất (15,4%); không gặp trường hợp nào độ V.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: tuổi trung bình $35,8 \pm 12,3$ tuổi, nhỏ nhất 16, lớn nhất 75. Độ tuổi từ 15 – 65 chiếm 94,9%. Nguyễn Ngọc Hùng cho rằng độ tuổi trung bình $30,38 \pm 13,39$, độ tuổi 16 – 45 chiếm 74,9% [4]. Trịnh Hồng Sơn cũng ghi nhận độ tuổi trung bình $30,01 \pm 0,96$, độ tuổi hay gặp nhất từ 10 đến 39 tuổi chiếm 75,9%, thấp nhất 4 tuổi và cao nhất 64 tuổi [5]. Ngô Quang Duy cho rằng tuổi trung bình 31,17 (lớn nhất 82, nhỏ nhất 16 tuổi [6]). Khác biệt này có thể khác nhau về địa điểm, đối tượng và số lượng đối tượng nghiên cứu.

Giới tính: nam chiếm 76,9%; nữ 23,1%, tỷ lệ nam/nữ là 3,3/1. Trịnh Hồng Sơn cũng cho rằng nam chiếm 72,9%, nữ 27,1%; tỷ lệ nam/nữ là 2,69/1 [5]. Nghiên cứu của Ngô Quang Duy với 116 trường hợp CTG được điều trị tại BV nhân dân Gia Định, tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1 [6] khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi.

Dịch tự do ổ bụng: trong nghiên cứu của chúng tôi, dịch tự do ổ bụng là dấu hiệu hay gặp nhất chiếm 89,7%. Theo Nguyễn Ngọc Hùng tỷ lệ dịch ổ bụng chiếm 90% [4]. Đặng Thanh Sơn cũng ghi nhận 17,3% không có dịch tự do ổ bụng và 100% bệnh nhân này được điều trị bảo tồn không phẫu thuật thành công [7]. Trịnh Hồng Sơn cho rằng có 15,7% không có dịch ổ bụng trên phim CLVT, trong đó chấn thương gan độ I, II, III chiếm 92,3% [5]. Không có dịch ổ bụng có thể do gan tổn thương nhẹ hoặc trung bình, do chập ở giai đoạn sớm hoặc do tổn thương nhu mô không phá vỡ bao gan. Như vậy không có dịch ổ bụng không có nghĩa là không có tổn thương tạng.

Vị trí tổn thương gan trên phim chụp cắt lớp vi tính. Chúng tôi thấy gan phải hay gặp tổn thương hơn gan trái với tỷ lệ 2,8/1, phân thùy sau hay gặp hơn với 53,3%, nơi gan được cố định với thành bụng bởi dây chằng vành và dây chằng tam giác, HPT VII hay gặp nhất chiếm 20% phù hợp với Trịnh Hồng Sơn, phù hợp với đặc điểm vị trí giải phẫu và cấu trúc của gan trong cơ chế CTG.

Đụng giập, tụ máu trong nhu mô gan: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trường hợp ghi nhận có tổn thương gan qua chụp CLVT ổ bụng. Dấu hiệu đụng giập nhu mô là dấu hiệu hay gặp nhất trên phim chụp CLVT, ổ đụng giập là các ổ giảm tỷ trọng so với nhu mô gan lành. Vùng nhu mô gan đụng giập có tỷ trọng trước tiêm từ 31–69 HU, sau tiêm thuốc cản quang có những vùng không ngấm thuốc và vùng ngấm thuốc tỷ trọng từ 44 – 80 HU. Đụng giập nhu mô

có thể đơn độc hoặc phối hợp với tụ máu hay đường vỡ nhu mô.

Hình ảnh khối máu tụ thể cấp tính thường tăng tỷ trọng tự nhiên trước tiêm thuốc, sau tiêm thuốc cản quang không ngấm thuốc và có viền giảm tỷ trọng xung quanh. Đụng giập và tụ máu trong nhu mô thường phối hợp với nhau nên được coi là một dấu hiệu trên CLVT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương đụng giập, tụ máu trong nhu mô gan là dạng tổn thương hay gặp nhất chiếm 84,6%.

Theo Nguyễn Ngọc Hùng, dấu hiệu đụng giập nhu mô gan gặp ở nhóm BN điều trị bảo tồn không mổ nhiều hơn nhóm mổ cấp cứu, có giá trị cao với độ nhạy 91,6%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự báo dương tính và âm tính đều 100% [4]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn là 97,0% [5]. Theo Đặng Thanh Sơn đây cũng là dấu hiệu CTG gặp nhiều nhất với 66% [7].

Đường vỡ nhu mô gan: Trên phim CLVT có tiêm thuốc cản quang đường vỡ nhu mô được thể hiện rõ ràng hơn bằng những hình ảnh đường giảm tỷ trọng trước tiêm, sau tiêm không ngấm thuốc. Dấu hiệu này thường khó phát hiện trên siêu âm, trên CLVT dấu hiệu này phân biệt rõ ràng với dấu hiệu đụng giập nhu mô. Tuy nhiên hai dấu hiệu này thường phối hợp với nhau. Trong nghiên cứu này, đường vỡ gan chiếm tỷ lệ 69,2% là dấu hiệu thường gặp thứ hai sau đụng giập, tụ máu trong nhu mô. Đường vỡ gan gặp nhiều trong CTG độ IV, những đường vỡ lớn, sâu vào trong gan hay gặp ở phân thùy sau, hay ở giữa gan phải và gan trái, thường vào vùng phân chia gan tương đối nghèo mạch máu nên có thể không gây chảy máu lớn.

Theo Đặng Thanh Sơn, dấu hiệu đường vỡ nhu mô chiếm 24,7 %, đứng thứ 3 sau dấu hiệu đụng giập nhu mô [7]. Nếu đường vỡ lan đến vùng cửa gan thường kèm theo tổn thương đường mật có thể dẫn đến viêm phúc mạc mật hoặc hình thành ổ tụ dịch mật. Nguyễn Ngọc Hùng nghiên cứu trên 7 trường hợp điều trị bảo tồn không mổ có biến chứng đường mật đều là vỡ gan trung tâm [4].

Tụ máu dưới bao gan: Đây là tổn thương nhu mô gan vị trí dưới bao gan, gây chảy máu nhưng không làm rách bao gan. Khối máu tụ tăng kích thước và đè đẩy vào nhu mô gan lành. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương tụ máu dưới bao gan xuất hiện ít hơn với tỷ lệ 25,6% và chủ yếu gặp trong các tổn thương gan độ I theo AAST. Theo Trịnh Hồng Sơn tỷ lệ này là 18,7% [5], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể do sự cải tiến

của máy chụp CLVT hiện nay so với các nghiên cứu trước đó.

Thoát thuốc cản quang: Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu thoát thuốc động mạch chiếm tỷ lệ 5,1 %. Đây là một dấu hiệu rất có ý nghĩa, bởi một tổn thương đang chảy máu thì chỉ định can thiệp cần phải được đặt ra, có thể bằng phẫu thuật hoặc bằng can thiệp nút mạch. Các trường hợp của chúng tôi có tổn thương gan độ IV và được chỉ định chụp mạch và nút mạch cấp cứu. Theo Trịnh Hồng Sơn 4,8% trường hợp CTG có dấu hiệu này, tác giả cho rằng có thể tiên lượng được khả năng phải mổ hay có thể can thiệp mạch máu được trước khi lâm sàng diễn biến xấu đi: thoát thuốc vào khoang phúc mạc cho thấy đang chảy máu lớn, phần lớn bệnh nhân sẽ nhanh chóng tụt huyết áp đòi hỏi phải mổ cấp cứu cầm máu; nếu chỉ thoát thuốc trong nhu mô gan vỡ thì vẫn có khả năng điều trị bảo tồn không mổ bằng cách theo dõi sát và chụp mạch cấp cứu nếu huyết động còn ổn định [5].

Tổn thương đường mật, túi mật. Hiếm gặp trong CTG, theo nhiều tác giả tỷ lệ chấn thương túi mật là từ 2 – 8%, và thường là tổn thương phối hợp với CTG, tá tràng, tụy. Trên CLVT có hình ảnh tụ máu giương túi mật và trong túi mật, túi mật xẹp, thành túi mật dày không đều, có máu cục trong túi mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có tổn thương đường mật, túi mật.

Tổn thương phổi hợp. TNGT là nguyên nhân chính của CTG, tùy thuộc cơ chế chấn thương mà các có các thương tổn phối hợp khác nhau kèm theo. CLVT rất có giá trị trong chẩn đoán các tổn thương tạng đặc trong ổ bụng, đặc biệt trong các trường hợp chấn thương bụng kín. Nghiên cứu của chúng tôi có 69,2% ghi nhận có tổn thương phối hợp, nhiều nhất là tổn thương tuyến thượng thận chiếm 28,2%, tiếp theo là tổn thương phổi 23,1%, chấn thương thận gặp 20,5%, chấn thương lách 10,3%, ngoài ra còn có chấn thương tụy hay gãy xương sườn phối hợp. Theo Đặng Thanh Sơn chấn thương tuyến thượng thận phải gặp nhiều nhất với 12,7% các trường hợp, chấn thương thận phải là 6,7%, chấn thương lách 2,7%, chấn thương tụy 2% [7].

Phân độ chấn thương gan theo AAST 2018 trên CLVT. Phân độ tổn thương trên CLVT có ý nghĩa trong đánh giá mức độ CTG, căn cứ vào phân độ chấn thương sẽ chỉ định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật. Đã có những hệ thống phân loại tổn thương khác nhau được đưa ra như phân loại của Moore năm 1979 và phân loại của Mirvis năm 1989. Năm 1994, Moore và Hội Pẫu

Thuật Chấn Thương Mỹ (American Association for the Surgery of Trauma - AAST) đã chia tổn thương gan thành 6 độ. Phân độ này được cập nhật năm 2018, là hệ thống được sử dụng rộng rãi trong CTG. Bản cập nhật kết hợp chấn thương mạch máu, là tiêu chí hình ảnh cho CTG.

Bảng 5: Phân độ chấn thương gan theo AAST 2018 [8]

Độ I	Tụ máu dưới bao gan <10% diện tích bề mặt hay vết rách hình bao, độ sâu nhu mô < 1cm.
Độ II	Tụ máu dưới bao gan 10–50% diện tích bề mặt, tụ máu trong nhu mô đường kính < 10cm hoặc rách nhu mô sâu 1-3cm, dài < 10 cm.
Độ III	Tụ máu dưới bao > 50% diện tích bề mặt của tụ máu dưới bao hoặc nhu mô bị vỡ, tụ máu trong nhu mô > 10cm hay lan rộng hoặc rách nhu mô sâu > 3cm. Tổn thương mạch máu với chảy máu được giới hạn trong nhu mô gan.
Độ IV	Rách tách rời nhu mô 25 – 75% trong 1 thùy gan hay 1- 3 phân thùy trong 1 thùy gan (Couinaud). Tổn thương mạch máu, chảy máu từ nhu mô gan vào khoang phúc mạc.
Độ V	Rách tách rời nhu mô > 75% trong 1 thùy gan. Tổn thương tĩnh mạch trên gan hay tĩnh mạch chủ dưới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CTG độ III hay gặp nhất chiếm 35,9%; tiếp theo là độ II 25,6%; độ IV 23,1%; độ I 15,4%, không gặp trường hợp nào CTG độ V. Trịnh Hồng Sơn cũng ghi nhận CTG độ III gặp nhiều nhất với 44% trường hợp, 28,3 % CTG độ IV, 18,1% CTG độ II, 8,1% CTG độ V và 1,2% CTG độ I [5]. Ngô Quang Duy cho rằng 88,05% CTG mức độ nhẹ (độ I, II, III), độ IV 0,44% và độ V chiếm 1,51% [6].

Đa số tác giả ghi nhận CLVT là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và phân độ chấn thương gan, giúp chuyển đổi chiến lược điều trị từ phẫu thuật xử trí tổn thương sang điều trị bảo tồn không mổ với các trường hợp huyết động ổn định.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình 35,8 ± 12,3. Độ tuổi hay gặp từ 16 – 65, chiếm 94,9 %. Tỷ lệ nam/nữ 3,3/1. Tỷ lệ phát hiện dịch tự do ổ bụng trên CLVT là 89,7%. Tổn thương gan thường gặp nhất trên CLVT là tụ máu, đưng giập nhu mô gan chiếm 84,6%, đường vỡ nhu mô chiếm 69,2%, tụ máu dưới bao là 25,6%. Dấu hiệu thoát thuốc thì động mạch chiếm 5,1%. Gan phải tổn thương

nhều hơn gan trái với tỷ lệ 2,4/1. 30,8% trường hợp không ghi nhận tổn thương phổi hợp trên CLVT. Tổn thương phổi hợp tuyến thượng thận hay gặp nhất 28,2%.

Phân độ CTG theo AAST 2018: CTG độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 35,9%; tiếp theo là độ II (25,6%); độ I chiếm tỷ lệ thấp (15,4%).

CLVT đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và phân độ CTG giúp lâm sàng đưa ra phương pháp điều trị tối ưu nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. Mehta, S. Babu, K. Venugopal (2014), "An Experience with Blunt Abdominal Trauma: Evaluation, Management and Outcome", Clin Pract. Vol. 4, No 2, p. 599.
2. F. Coccolini, R. Coimbra, C. Ordonez et al. (2020), "Liver trauma: WSES 2020 guidelines", World J Emerg Surg. Vol. 15, No 1, p. 24.
3. Lê Nhật Huy, Nguyễn Ngọc Hùng, Trần Bình Giang (2011), "Điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức", Tạp chí Y học thực

hành (778), tr. 23-26.

4. Nguyễn Ngọc Hùng (2012), "Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan", tạp chí y học thực hành, tr. 65-70.
5. Trình Hồng Sơn và Nguyễn Hải Nam (2014), "Đổi chiều lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vỡ gan chấn thương", Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y, tr. 50-80.
6. Ngô Quang Duy và Nguyễn Văn Hải (2013), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ vỡ gan chấn thương", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 166-169.
7. Đặng Thanh Sơn (2019), "Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức", Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Thái Nguyên.
8. D. Morell-Hofert, F. Primavesi, M. Fodor et al (2020). "Validation of the Revised 2018 AAST-OIS Classification and the CT Severity Index for Prediction of Operative Management and Survival in Patients with Blunt Spleen and Liver Injuries", Eur Radiol. Vol. 30, No 12, pp: 6570-6581.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI CẤP CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

Thái Nguyên Hưng¹, Trương Đức Tuấn², Phan Văn Linh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): NC hồi cứu trên 25 BN được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật cấp cứu với mục tiêu 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm túi mật cấp. 2. Đánh giá kết quả PTNS cấp cứu cắt túi mật. - **Đối tượng và phương pháp NC:** Tất cả những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán là viêm túi mật cấp (VTMC), được PTNS cắt túi mật cấp cứu tại BV Đại Học Y HN. + Tiêu chuẩn loại trừ: BN được chẩn đoán hoặc có kết quả GPB là ung thư túi mật. + Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. - **Kết quả NC:** Có 25 BN đủ tiêu chuẩn, Tuổi TB là 51,4±14,3, tỷ lệ nam/nữ 2:1. Triệu chứng lâm sàng (LS): 100% đau dưới sườn phải (DSP), 100% sốt >38 độ, túi mật căng to 72,0%, DSP phản ứng 84,0%, Murphy(+) 64%; 72% có BC > 10.000/mm³. Siêu âm bụng 88,0% sỏi túi mật, 12% không sỏi, thành túi mật dày 68,0%, sỏi kẹt cổ túi mật 48,0%, dịch quanh túi mật 64,0%. PTNS cấp cứu 100%, PTNS thành công 76%, chuyển mổ mở 24%. Nguyên nhân chuyển mổ do chảy máu 33,3%, tổn thương đường mật 16,7%, phù nề, hoại tử, apxe gây

biến dạng giải phẫu 50,0%. Thời gian mổ TB= 68,4±22,6 (từ 28-125 phút). Thời gian hậu phẫu TB: 5,02 ± 2,36 ngày (từ 2-35 ngày). Không có BN tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng và chảy máu chân trocar 24% (6BN). - **Kết luận:** +Viêm túi mật cấp chiếm tỷ lệ 10,0% trong bệnh lý túi mật được PTNS cắt túi mật (25/248 BN), 88,0% viêm túi mật do sỏi, 12,0% viêm túi mật không do sỏi. +100% các BN được PTNS cắt túi mật cấp cứu. PTNS thành công 76,0%, chuyển mổ mở 24,0%. + Nguyên nhân chuyển mổ mở chủ yếu do chảy máu không cầm được qua PTNS 2/6 BN (33,3%), tổn thương OMC 16,6%, viêm dính, phù nề, apxe, hoại tử gây biến dạng giải phẫu 3/6 BN (50,0%). + Thời gian mổ TB: Thời gian mổ TB=68,4±22,6 phút (từ 28-125 phút). Thời gian hậu phẫu TB: 5,02±2,36 ngày (từ 2-35 ngày). + Không có BN tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng hay chảy máu chân trocar 6/25 BN (24%).

SUMMARY

THE RESULT OF URGENT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

Study aims: + Evaluation of clinical feature of acute cholecystitis. +Result of urgent laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. - **Patient and method:** + Restrospective study. + Time: 2008-2011. - **Result:** There were 25 patients, mean age was 51,4±14,3; Sex ratio female/male was 2:1. Clinical finding were abdominal pain in all patient, (right upper quadrant pain), fever (more than 38°) in 100%, gallbladder distention in 72,0%, Murphy's sign positive in

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện 19-8

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023