

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG TẠNG RỖNG TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN 103

Đặng Việt Dũng và CS*

TÓM TẮT

69 bệnh nhân (BN) (nam: 84,045%), tuổi trung bình $32,47 \pm 12,42$, nhóm tuổi 20 - 39 chiếm 65,22%, tổn thương tạng rỗng do chấn thương bụng kín được phẫu thuật tại Bệnh viện 103 từ 01 - 2005 đến 05 - 2010, kết quả cho thấy:

- Nguyên nhân do tai nạn giao thông 65,22%, tổn thương 1 tạng rỗng 71,01%; tổn thương tiểu tràng 66,67%, đại tràng 34,78%, tá tràng 10,14%, tạng rỗng với tạng khác 30,43%.

- Triệu chứng sốc 26,09%; nhiễm trùng 27,53%, đau bụng 91,3%; trướng bụng 43,47%; phản ứng cơ thành bụng: 85,57%; tiểu máu: 10,14%; bạch cầu tăng trên 10 G/l: 78,26%; siêu âm có định ổ bụng: 60,87%; X quang có liềm hơi 14,49%.

- Xử trí: khâu lỗ thủng 72,46%; cắt đoạn tiểu tràng 10,15%; hậu môn nhân tạo 2,9%. 7 BN tổn thương tá tràng xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

- Kết quả điều trị: tốt 76,81%; trung bình 15,94%; xấu 5,8%; tử vong 1 (1,45%). Ngày điều trị trung bình $15,54 \pm 9,98$. Biến chứng 8,67%.

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

DIAGNOSIS AND EVALUATION OF TREATMENT OF HOLLOW VISCERAL INJURY DUE TO ABDOMINAL TRAUMA AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

The study was conducted on 69 patients with (mean age of 32.47 ± 12.42 . 65.22% of patients in age of 20 - 39) hollow visceral injuries due to abdominal trauma, were treated at 103 Hospital from 01 - 2005 to 05 - 2010. The results showed:

- Injury by traffic accidents accounted 65.22%, 1 hollow visceral injury was 71.01% 66.67% accounted for small intestinal injury, colon 34.78%, duodenal 10.14%, combination between hollow visceral and other organs 30,43%.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: TS. Nguyễn Trường Giang

- Symptoms: 26.09% of patients had shock; infection: 27.53%, abdominal pain: 91.3%, abdominal distention: 43.47%; reaction abdominal wall: 85.57%; primary colors: 10.14%, increasing BC blood test on the 10G/L: 78.26%; 60.87% of patients had fluid on abdominal ultrasound; X-ray examined integrity in 14.49% of patients.

- Management: sewing their duodenal injury were treated depending on its level of injury.

- Result: Good 76.81%; average 15.94%, bad 5.8%, mortality 1 patients (1.45%). The mean days of treatment 15.54 ± 9.98 . Complication: 8.67%.

* Key words: Hollow visceral injury; Blunt abdominal trauma; Diagnosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín (CTBK) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây [2], nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.v.v.

Tổn thương tạng rỗng (TTTR) trong CTBK chiếm 22 - 48% trong các tạng bị tổn thương do 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 kết hợp khác như chấn thương sọ não (CTSN), vỡ khung gầy chậu, say rượu.v.v. làm mờ những triệu chứng tổn thương của ổ bụng, có thể bị bỏ sót, hoặc xử trí muộn [6, 9].

Những năm gần đây, nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, đặc biệt là siêu âm bụng chẩn đoán tại phòng cấp cứu (siêu âm có trọng tâm trong chấn thương, FAST: Focuse Assessment with Sonography for Trauma), ngày càng chuẩn mực tại nhiều trung tâm trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1, 5, 8, 10]. 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, giảm tỷ lệ mổ thăm dò, biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị [3]. Điều trị CTBK có tổn thương tạng rỗng đơn thuần được nêu thành những nguyên tắc kinh điển, tuy nhiên còn nhiều trường hợp khó khăn, như tổn thương nặng tá tràng, tỷ lệ biến chứng và tử vong còn cao, nhất là khi xử trí thì đầu thất bại [2, 6].

Mục tiêu nghiên cứu: *Nghiên cứu đặc điểm tổn thương, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa TTTR trong CTBK tại Bệnh viện 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

69 BN CTBK có TTTR được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện 103 từ tháng 01 - 2005 đến 5 - 2010.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Có CTBK, TTTR đơn thuần hoặc kết hợp các tạng khác trong hay ngoài ổ bụng.
- Được phẫu thuật xử trí tạng rỗng đơn thuần hoặc kết hợp tạng khác.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

* *Nội dung nghiên cứu:*

- + Đặc điểm chung BN: giới, tuổi.
- + Đặc điểm chấn thương: nguyên nhân, cơ chế, thời gian từ khi chấn thương đến khi vào viện và phẫu thuật, tổn thương các tạng ngoài ổ bụng.
- + Triệu chứng lâm sàng: toàn thân: sốc, nhiễm khuẩn.

Bụng: xây xát da thành bụng; bụng trướng; co cứng thành bụng; phản ứng thành bụng; gõ đục vùng thấp; gõ mất vùng đục trước gan.

+ Cận lâm sàng:

. Công thức máu: hồng cầu, HCT, hematocrite, bạch cầu, công thức bạch cầu.

. Siêu âm: dịch tự do, hơi tự do trong ổ bụng, hình ảnh tổn thương tạng. X quang: hình liềm hơi dưới cơ hoành.

. Chọc dò ổ bụng xác định tính chất dịch trong ổ bụng.

. Thông tiểu: tính chất nước tiểu.

. Nội soi chẩn đoán: vừa chẩn đoán, vừa có thể can thiệp điều trị khi lâm sàng không phát hiện thương tổn.

+ Chỉ định phẫu thuật:

. Lâm sàng: hội chứng viêm phúc mạc; hội chứng chảy máu trong.

. Cận lâm sàng: X quang: có liềm khí dưới cơ hoành; siêu âm: có dịch hoặc khí tự do trong ổ bụng; hình ảnh tổn thương tạng đặc; chọc dò ổ bụng thấy dịch.

+ Đánh giá tổn thương đại thể trong mổ:

. Tình trạng ổ bụng: dịch, giả mạc, bã thức ăn, máu, nước tiểu, phân, khí.

. Hình thái tổn thương tạng: số tạng tổn thương, mức độ tổn thương.

+ Các phương pháp phẫu thuật.

+ Đánh giá kết quả điều trị: thời gian điều trị; kết quả: tốt, trung bình, xấu; tai biến và biến chứng và tử vong.

* *Xử lý số liệu*: theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 15.0, MS Excel 8.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung.

Tuổi từ 16 - 70, trung bình $32,47 \pm 12,42$, nhóm tuổi 20 - 30 chiếm 42,03%, nam 84,06%.

Lê Tư Hoàng, Phạm Văn Lai [3, 4] có kết quả tương tự.

2. Đặc điểm về chấn thương.

- Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu, chiếm 75,36%.

- Cơ chế chấn thương: trực tiếp: 65,22%; gián tiếp: 10,14%, không rõ: 24,64%.

- Thời gian từ khi tai nạn đến khi nhập viện: < 6 giờ: 68,12%; > 24 giờ: 5,79%.

- Thời gian từ khi nhập viện đến khi được mổ: < 6 giờ: 56,52%; 6 - < 12 giờ: 15,94%; 12 - < 24 giờ: 15,94%; > 24 giờ: 11,6%.

- Nguyên nhân do tai nạn giao thông cao nhất [3, 4, 9].

3. Triệu chứng lâm sàng.

* *Sốc*: tỷ lệ sốc 26,09%, trong đó sốc độ 2 - 3: 14,5%. 17/18 BN (24,84%) sốc đa chấn thương: sọ não 5 BN, lồng ngực: 5 BN, gãy chi: 7 BN, gãy khung chậu: 4 BN, chảy máu trong: 10 BN, chỉ có 1 BN tổn thương tạng rỗng đơn thuần.

Nguyễn Tấn Cường gặp chấn thương kết hợp gãy chi thể 10,14%, chấn thương ngực kín 7,25% [2].

* *Hội chứng nhiễm trùng*: trên lâm sàng có biểu hiện sốt, môi khô, lưỡi bẩn: 29 BN (27,47%), nhưng 85,5% có biểu hiện bụng viêm phúc mạc, phù hợp với số BN có bạch cầu

tăng > 10 G/l (78,26%). Số BN có hội chứng nhiễm trùng chủ yếu ở BN đến muộn sau 24 giờ.

* *Triệu chứng tình trạng bụng:*

Đau bụng: 63 BN (91,30%); nôn: 10 BN (14,49%); bí trung, đại tiện: 20 BN (28,98%); trướng bụng: 30 BN (43,47%); xây xát da bụng: 33 BN (47,82%); phản ứng thành bụng: 59 BN (85,50%); co cứng thành bụng: 15 BN (21,73%); cảm ứng phúc mạc: 34 BN (49,27%); mất vùng đục trước gan: 3 BN (4,34%); gõ đục vùng thấp: 13 BN (18,84%); bí tiểu: 4 BN (5,79%); tiểu máu: 7 BN (10,14%).

Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất sau CTBK (91,30%); phù hợp với thăm khám có phản ứng cơ thành bụng 85,50%.

4. Triệu chứng cận lâm sàng.

* *Xét nghiệm máu:*

Bảng 1: Số lượng hồng cầu, hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct).

	HỒNG CẦU (10 ¹² /l)			Hb (g/l)			Hct (%)		
	<2,5	2,5-3,5	>3,5	<80	80-120	>120	<25	25-35	>35
n	2	9	58	2	25	42	6	22	41
%	2,90	13,04	84,06	3,90	36,23	60,87	8,70	31,88	59,42

15,94% BN có HC < 3,5 T/l là những BN có kết hợp gãy xương đùi, xương chậu, chảy máu trong ổ bụng, đứt mạch máu mạc treo, chấn thương vỡ gan, lách.

* *Hình ảnh X quang:*

Kết quả X quang bụng không chuẩn bị tư thế đứng: liềm hơi dưới cơ hoành: 10 BN (21,28%); không thấy bất thường: 37 BN (78,72%).

21,28% thấy liềm hơi (22 BN không được chụp do BN nặng hoặc lâm sàng, siêu âm đã rõ tổn thương tạng nên được chỉ định mổ cấp cứu).

* *Siêu âm bụng:* dịch trong ổ bụng: 42 BN (64,62%); trướng hơi các quai ruột: 6 BN (9,23%); không thấy bất thường: 17 BN (26,15%).

73,85% BN siêu âm lần đầu thấy tổn thương, siêu âm lại lần sau thấy có tổn thương thêm 15 BN (57/65 BN = 88,57%), (4 BN nặng chọc dò ổ bụng ra máu không đông, được mổ cấp cứu không siêu âm kịp).

* *Chọc dò ổ bụng:* có máu không đông: 22 BN (51,16%); dịch tiêu hóa: 9 BN (20,93%); nước tiểu: 1 BN (2,33%); không thấy bất thường: 11 BN (25,58%).

* *Nội soi chẩn đoán:* 3 BN trên lâm sàng có hội chứng viêm phúc mạc rõ sau 8 giờ bị chấn thương, nhưng siêu âm, X quang, chọc dò không phát hiện tổn thương, nội soi chẩn đoán thấy 1 thủng sau đại tràng lên, 2 thủng hồng tràng được bít lại.

5. Đánh giá các tổn thương trong mổ.

* *Tình trạng ổ bụng*: dịch, giả mạc: 36 BN (52,17%); máu: 19 BN (27,54%); dịch mật: 1 BN (1,45%); nước tiểu: 3 BN (4,35%); bã thức ăn, phân: 7 BN (10,14%); không có dịch, máu: 3 BN (4,35%). 36 BN ổ bụng có dịch (dịch máu nhiều nhất khoảng 4 lít, 2 BN có cả giun đũa trong ổ bụng do thủng ruột non).

* *Các hình thái tổn thương kết hợp*: tổn thương tạng rỗng đơn thuần: 47 BN (68,12%); tổn thương tạng rỗng + cơ quan ngoài ổ bụng: 12 BN (17,39%); tổn thương tạng rỗng + tạng khác trong ổ bụng: 1 BN (1,45%); tổn thương tạng rỗng + tạng khác trong ổ bụng + cơ quan ngoài ổ bụng: 9 BN (13,04%).

22 BN (31,88%) bị tổn thương kết hợp, trong đó 10 BN có 1 tổn thương kết hợp (14,49%), 12 BN (17,39%) có ≥ 2 tổn thương kết hợp, trong đó 2 BN có 5 tổn thương kết hợp cả trong và ngoài ổ bụng. Trong 47 BN tổn thương tạng rỗng đơn thuần: 1 tạng: 71,01%; 2 tạng: 24,64%; 3 tạng: 4,35%.

Bảng 2: Tổn thương giải phẫu bệnh đại thể.

TẠNG	n	%	GIẢI PHẪU BỆNH	n	%
Dạ dày	5	7,25	Rách thanh mạc cơ	2	2,90
			Thủng	3	5,79
Tá tràng	7	10,14	Độ I	2	2,90
			Độ II	1	1,45
			Độ III	4	5,79
Tiểu tràng	46	66,67	Hỗng tràng rách thanh mạc cơ	1	1,45
			Hỗng tràng thủng 1 lỗ	22	31,88
			Hỗng tràng nhiều lỗ	9	13,04
			Hỗng tràng đứt rời + dập nát	6	8,69
			Hồi tràng rách thanh mạc cơ	1	1,45
			Hồi tràng 1 lỗ	4	5,79
			Hồi tràng nhiều lỗ	1	1,45
			Thủng hồi tràng + hỗng tràng	2	2,90
Đại Tràng	24	34,78	Độ I	20	28,98
			Độ IV	3	4,35
			Độ V	1	1,45
Bàng quang	7	10,14	Độ III	1	1,45
			Độ IV	6	8,69
Túi mật	3	4,35	Rách túi mật	3	4,35
Mạc	16	23,19	Bầm dập, rách mạc treo tiểu tràng	9	13,05

treo		Bầm dập, rách mạc treo đại tràng	5	7,25
------	--	----------------------------------	---	------

Tiểu tràng là tạng tổn thương nhiều nhất (66,7%), 1 trường hợp thủng 5 lỗ ở cả hồi tràng và hồng tràng. Đại tràng là tạng tổn thương thứ 2 (34,78%). Tá tràng gặp 7 BN (10,14%).

6. Các phương pháp xử lý tổn thương.

Khâu lỗ thủng (dạ dày, tiểu tràng, mạc treo): 50 BN (72,46%); cắt đoạn, khâu nối: 7 BN (10,15%); hậu môn nhân tạo: 2 BN (2,90%); cắt túi mật: 2 BN (2,90%); khâu bàng quang + dẫn lưu trên xương mu: 7 BN (10,14%); không xử trí gì: 1 BN (1,45%).

* *Nhận xét về xử trí chung:*

- Phương pháp khâu lỗ thủng dạ dày và tiểu tràng chiếm nhiều nhất (72,46%).
- Đại tràng: 20/24 BN chỉ rách thanh mạc được khâu, 1 BN cắt nửa đại tràng phải, 2 BN làm hậu môn nhân tạo, 1 BN dẫn lưu lỗ thủng sau bị rò phải mổ lại làm hậu môn nhân tạo.
- Tá tràng: 2 BN độ I được khâu thanh mạc cơ; 1 BN độ II dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài kiểu Volker + nối vị tràng có miệng nối Brawn, 4 BN độ III: 1 BN tổn thương cả đầu tụy được cắt khối tá tụy, 1 BN rách DII nửa chu vi, khâu chỗ rách tá tràng với quai hồng tràng bên-bên kiểu Omega + nối vị tràng, thất môn vị, dẫn lưu Kehr (vì túi mật teo nhỏ), mở thông hồng tràng nuôi dưỡng; 2 BN khâu chỗ rách tá tràng DIII, dẫn lưu tá tràng chỗ lành ở DI kiểu Volker + nối vị tràng có miệng nối Brawn, thất môn vị + dẫn lưu túi mật, mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.

7. Kết quả điều trị.

* *Biến chứng sau mổ:*

Suy tuần hoàn, hô hấp: 1 BN (1,45%); áp xe trong ổ bụng: 2 BN (2,90%); xì rò miệng nối: 1 BN (1,45%); nhiễm khuẩn vết mổ: 9 BN (13,04%); bỏ sót tổn thương: 1 BN (1,45%); bán tắc ruột: 1 BN (1,45%).

* *Thời gian trung tiện:* trung bình $3,14 \pm 0,67$ ngày (n = 68, 1 BN tử vong), < 48 giờ: 16,18%; > 72 giờ: 30,88%.

* *Thời gian nằm viện:* trung bình $15,54 \pm 9,98$ ngày, từ 10 - 15 ngày: 43,48%; ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 61 ngày.

* *Kết quả điều trị chung:* tốt 76,81%; trung bình 15,94%; xấu 5,8%. Tử vong 1 BN (1,45%).

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 69 BN TTTR do CTBK được phẫu thuật tại Bệnh viện 103 từ 01 - 2005 đến 05 - 2010, rút ra kết luận:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán tổn thương tạng rỗng do CTBK.

- Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông 65,22%, tổn thương 1 tạng rỗng 71,01%; tổn thương tiểu tràng 66,67%, đại tràng 34,78%, tá tràng 10,14%, bàng quang, 10,14%, dạ dày 7,25%, túi mật 4,35%. Tổn thương tạng rỗng đơn thuần 68,12%, tạng rỗng kết hợp với tạng đặc trong ổ bụng 1,45%, kết hợp với cơ quan khác ngoài ổ bụng 17,39%, kết hợp cả tạng đặc trong ổ bụng và cơ quan ngoài ổ bụng 13,04%.

- Triệu chứng khi vào viện: 26,09% có sốc; 27,53% có hội chứng nhiễm trùng; đau bụng tăng dần: 91,3%; trướng bụng: 43,47%; phản ứng cơ thành bụng: 85,57%; tiểu máu: 10,14%; xét nghiệm máu bạch cầu tăng >10 G/L: 78,26%; siêu âm có định ổ bụng: 60,87%; X quang có liềm hơi dưới vòm hoành: 14,49%.

2. Phương pháp xử trí và đánh giá kết quả điều trị.

- Xử trí: khâu lỗ thủng dạ dày, tiểu tràng, rách mạc treo: 72,46%; cắt đoạn tiểu tràng: 10,15%; làm hậu môn nhân tạo: 2,9%; cắt túi mật: 2,9%; khâu và dẫn lưu bàng quang trên xương mu: 10,14%; 7 BN tổn thương tá tràng xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

- Kết quả chung: tốt 76,81%; trung bình 15,94%; xấu 5,8%; tử vong 1 BN (1,45%). Ngày nằm điều trị trung bình $15,54 \pm 9,98$ ngày. Biến chứng: rò miệng nối: 1,45%; áp xe tồn dư: 2,9%; bán tắc ruột: 1,45%; nhiễm khuẩn vết mổ: 13,04%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Chấn thương và vết thương bụng. http://sites.google.com/site/ngoai_khoalamsang_baigiang_3/home22223, 2005.

2. Nguyễn Tấn Cường, Bùi Văn Ninh, Nguyễn Bá Nhuận, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Đình Song Huy, Phạm Hữu Thiện Chí, Trần Chánh Tín, Lê Châu Hoàng Quốc Hưng. 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.HCM. 2007, tập 11, phụ bản số 1, tr.80-96.

3. Lê Tư Hoàng, Lê Nhật Huy, Đỗ Anh Tiến, Bùi Huy Mạnh, Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Thị Thanh Huyền, Trần Bình Giang, Đỗ Đức Ván. Vai trò của phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và thái độ xử trí CTBK tại Bệnh viện Việt Đức từ 8/2005 - 7/2006. Tạp chí ngoại khoa. 2006, tập 56, số 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, tập 34, số 11, tr.258-267.

5. Trịnh Thanh Mai. Đánh giá hiệu quả siêu âm bụng trong cấp cứu chấn thương bụng kín. <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/data/news/2007/4/4580/sienAmBung.htm>. 2005.

6. Văn Tấn và CS. Biến chứng và tử vong trong chấn thương tá tụy. Tạp chí Y học TP.HCM. 2004, tập 8, phụ bản số 3, tr.69-71.

7. Ủy ban An toàn giao thông Quốc gia. http://www.tin247.com/nam_2009_hon_11000_nguoibi_chet_do_tai_nan_giao_thong-1-21537666.html.

8. Ara J. Feinstein, MD, Mark G. McKenney, MD, Stephen M. Cohn, MD. 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.

9. Gustavo Pereira Fraga, Fernando Henrique Bergo de Souza e Silva, Nicolle Antunes de Almeida Jorge Carlos, Machado Curi Mario Mantovani. Blunt abdominal trauma with small bowel injury: are isolated lesions riskier than associated lesions?. Acta Cirúrgica Brasileira. 2008, Vol 23 (2), pp.192-196.

10. WHO. Injury prevention programs in Vietnam. ©World Health Organization Representative Office in Viet Nam. 2009.