

Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Nguyễn Huy Toàn, Lê Anh Xuân, Trần Văn Thông, Phạm Minh Tuấn

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Từ khóa:

Chấn thương gan, phẫu thuật chấn thương gan.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Huy Toàn,

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Km 5, Đại lộ Lê nin, Nghi Phú - TP

Vinh - Nghệ An

Điện thoại: 0946 254 777

Email: Drhuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29/9/2020

Ngày duyệt: 13/10/2020

Ngày chấp nhận đăng:

23/10/2020

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 37 người bệnh chấn thương gan được chẩn đoán vỡ gan và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 04 năm 2020.

Kết quả: Nam 30 (81,1%), nữ 07 (18,9%); tuổi trung bình của người bệnh: $32,32 \pm 11,053$ tuổi (7 - 57 tuổi); tai nạn giao thông 67,6%; vỡ gan độ IV chiếm 54,6%; kỹ thuật kiểm soát cuống gan chọn lọc kết hợp với kiểm soát cuống gan toàn bộ 75,7%; kỹ thuật xử trí: khâu gan 32,4%, cắt gan 48,6%, khâu + chèn gạc 10,8%, chèn gạc đơn thuần 8,1%, dẫn lưu túi mật 51,4%; tai biến trong và sau mổ: rò mật 2,7%, chảy máu 5,4%, suy gan sau mổ 2,7%, viêm phổi 10,8%, tử vong 10,8%. Kết quả: Tốt 68,8%, trung bình 15,6%, xấu 15,6%.

Kết luận: Chấn thương gan là cấp cứu ngoại khoa, phẫu thuật điều trị vỡ gan chỉ định đối với những người bệnh không có chỉ định điều trị bảo tồn. Việc chỉ định kịp thời, đúng phương pháp đem lại hiệu quả tốt cho người bệnh.

Results of blunt hepatic trauma surgery at Nghe An General Friendship Hospital

Nguyen Huy Toan, Le Anh Xuan, Tran Van Thong, Pham Minh Tuan

Nghe An General Friendship Hospital

Abstract

Introduction: To evaluate the results of surgical treatment of blunt hepatic trauma at Nghe An General Friendship Hospital.

Materials and Methods: This was a retrospective descriptive study which included 37 patients who were diagnosed with blunt hepatic trauma and underwent surgery from January 2014 to April 2020 at Nghe An General Friendship Hospital.

Results: There were 30 males (81.1%) and 7 females (21.9%). The mean age of the patients was 32.32 ± 11.053 (ranged from 7 to 57). Traffic accident accounted for 67.6% and grade IV liver injury contributed 54.6%. The selective combined with complete Glissonean pedicle management technique was carried out in 75.7% of the patients. The treatment methods included suture (32.4%), hepatectomy (48.6%), suture with gauze packing (10.8%), gauze packing only (8.1%) and gallbladder drainage (51.4%). The intra- and post-operative complications consisted of biliary fistula (2.7%), bleeding (5.4%), post-operative liver failure (2.7%), pneumonia (10.8%) and mortality (10.8%). The results were as following: Good 68.8%, Average (15.6%) and Bad (15.6%).

Conclusions: Blunt hepatic trauma is an emergency surgical and with patients who do not have conservative treatment, the treatment is surgery. The timely appointment and the right method bring good results for these patients.

Keywords: Blunt hepatic trauma, liver trauma; liver surgery.

Đặt vấn đề

Chấn thương (CT) gan chiếm tỷ lệ lớn trong CT bụng kín nói chung, chỉ đứng thứ hai sau CT lách với tỷ lệ 15 - 20% [1], [2].

Nhiều kỹ thuật như: mở rộng khâu gan cầm máu mặt võ, khâu gan, cắt gan không điển hình, cắt gan theo giải phẫu, sử dụng chất cầm máu tại chỗ, chèn gạc quanh gan đã được sử dụng riêng rẽ hoặc phối hợp, dù vậy tỷ lệ tử vong do vỡ gan nặng vẫn còn cao (39,4 - 80%) [3], [4]. Với sự hoàn thiện phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng, phương pháp không chế cuống gan chọn lọc Takasaki, các phẫu thuật mạch máu. Vì thế, diễn biến lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương gan đã có nhiều tiến bộ trong những năm gần đây [5].

Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong sự phát triển chung, chúng tôi đã phẫu thuật điều trị CT gan tạo nên một bước ngoặt lớn trong thực hành điều trị. Nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gan bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 37 người bệnh chấn thương gan được chẩn đoán vỡ gan và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa

Nghệ An, thời gian lấy mẫu nghiên cứu từ tháng 01 năm 2016 đến hết tháng 4 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các lứa tuổi, nam và nữ, không phân biệt nguyên nhân được chẩn đoán xác định có CT bụng kín có vỡ gan bằng siêu âm hoặc cắt lớp vi tính (CLVT) được phẫu thuật để điều trị vỡ gan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh bị vỡ gan do ung thư, vết thương gan.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án chung dựa trên các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, chỉ định điều trị.

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới tính nguyên nhân tai nạn, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, tổn thương phối hợp, biến chứng sau mổ, số ngày nằm viện, kết quả gần.

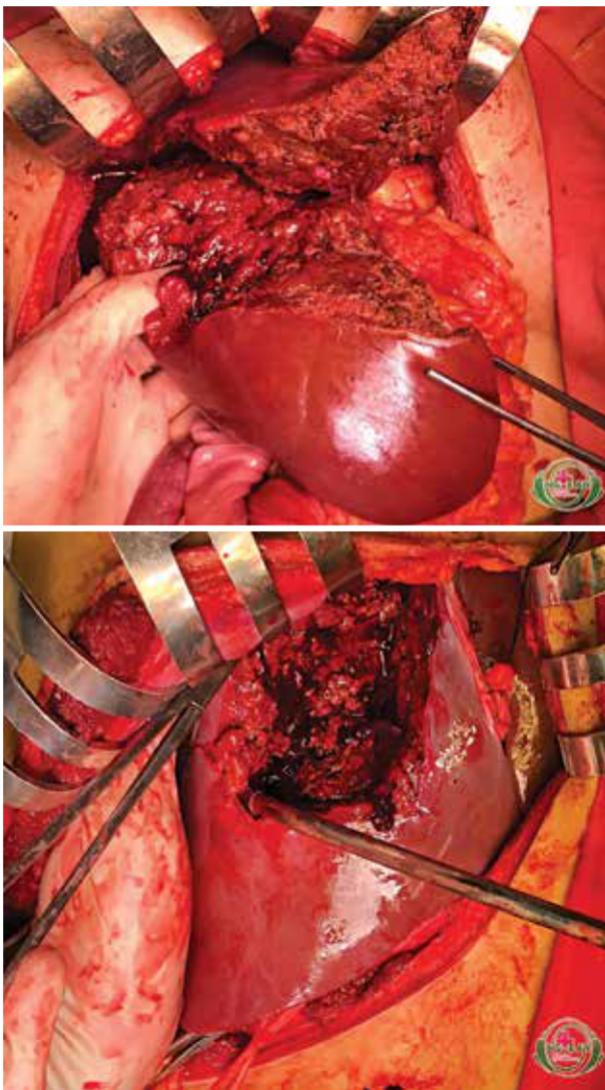
Đánh giá kết quả:

Tốt: không có di chứng, biến chứng, không giảm khả năng lao động.

Trung bình: có biến chứng phải can thiệp hoặc phải thay đổi nếp sinh hoạt, học tập, giảm khả năng lao động hoặc chuyển nghề khác.

Xấu: có biến chứng phải can thiệp, mất khả năng lao động do CT gan.

Từ vong: chết do di chứng hoặc biến chứng của CT gan, không bao gồm chết do các nguyên nhân khác



Hình 1: Hình thái gan vỡ

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

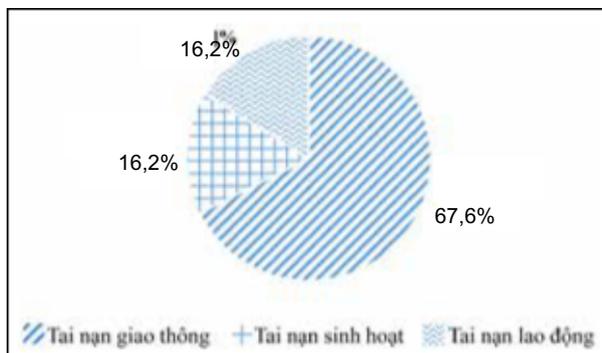
Kết quả nghiên cứu

Qua nghiên cứu 37 người bệnh CT gan được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, thời gian tháng 01 năm 2016 đến tháng 4 năm 2020 chúng tôi có được kết quả sau:

Đặc điểm chung

Giới và tuổi

Gồm 30 nam (81,1%), 07 nữ (18,9%); độ tuổi trung bình 32,32 ± 11,053 tuổi (7 - 57 tuổi) 3.1.3. Nguyên nhân chấn thương



Biểu đồ 1: Nguyên nhân

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	N	Tỷ lệ %
Da xanh, nhợt	35	94,6
Đau khu trú	17	45,9
Đau khắp bụng	20	54
Bụng chướng	31	83,8
Gõ đục vùng thấp	37	100
Cảm ứng phúc mạc	30	81,1
Phản ứng thành bụng	6	16,2

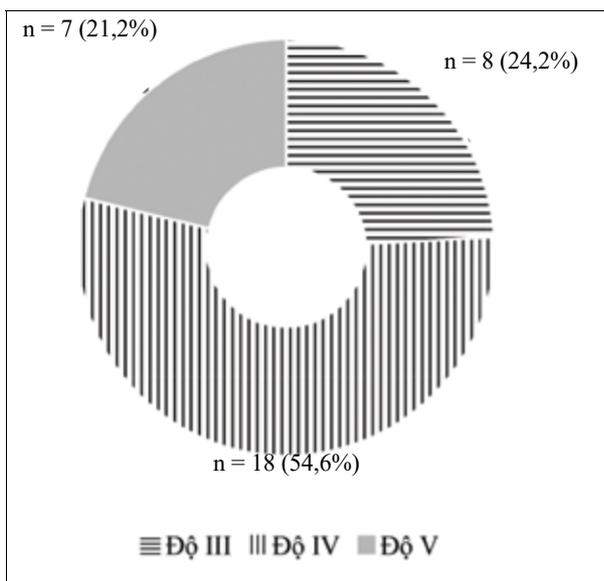
Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm ban đầu

Hồng cầu N (T/l)	%	Hb(g/l)	N	%	Hct(%)	N	%	
> 3	17	45,9	> 90	19	51,4	> 35	5	13,5
2,5-3	12	32,4	60-90	14	37,8	30-35	6	16,2
< 2,5	8	21,6	< 60	4	10,8	< 30	26	70,3
Tổng	37	100	Tổng	37	100	Tổng	37	100

Chỉ số SGPT (U/L)	N	%
40 - 100	6	16,2
> 100	31	83,8
Tổng	37	100

Chỉ số SGOT (U/L)	N	%
40 - 100	7	18,9
> 100	30	81,1



Biểu đồ 2: Phân độ vỡ gan

Nhận xét: Có 33 người bệnh được chụp CT scanner bụng, vỡ gan độ IV chiếm 54,6%.

Kết quả phẫu thuật
Tổn thương phối hợp

Bảng 3: Các tổn thương phối hợp

Tổn thương	N	%
Sọ não	14	37,8
Hàm mặt	4	10,8
Cột sống	3	8,1
Cơ hoành	2	5,4
Lách	8	21,6
Thận	4	10,8
Ngực	20	54,1
Dạ dày, ruột	2	5,4
Gãy xương, khung chậu	5	13,5

Nhận xét: Tổn thương phối hợp chấn thương sọ não và chấn thương ngực là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,8% và 54,1%.

Phương pháp xử lý

Bảng 4: Phương pháp xử lý

Kiểu kiểm soát cuồng	N	%
Gan phải đơn thuần	7	18,9
Gan trái đơn thuần	2	5,4
Gan phải (trái) kết hợp toàn bộ	27	75,7
Phương pháp xử lý	N	%
Khâu gan	12	32,4
Cắt gan	18	48,6
Khâu + chèn gạc	4	10,8
Chèn gạc đơn thuần	3	8,1
Dẫn lưu túi mật	19	51,4

Nhận xét: Không chế cuồng gan toàn bộ kết hợp với kiểm soát cuồng chọn lọc phải hoặc trái chiếm tỉ lệ cao nhất 75,7%.

Biến chứng trong và sau mổ

Bảng 5: Biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng	N	%
Rò mật	1	2,7
Chảy máu	2	5,4
Suy gan sau mổ	1	2,7
Áp xe tồn dư	1	2,7
Viêm phổi	4	10,8
Tử vong	4*	10,8

Nhận xét: Có 04 người bệnh tử vong trong đó 03 người bệnh tử vong trong mổ do không cầm được máu, tổn thương gan diện rộng rách tĩnh mạch chủ dưới. 01 người bệnh tử vong sau 24h do đa chấn thương: chấn thương ngực nặng, sọ não.

Kết quả gần

Bảng 6: Kết quả gần

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	27	73
Trung bình	5	13,5
Xấu	5	13,5

Nhận xét: Người bệnh đạt kết quả tốt chiếm 73%; trung bình và xấu chiếm 27%

Thời gian hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu trung bình 15,9 ± 8,1 ngày, ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 37 ngày (không kể các trường hợp tử vong trong mổ)

Bàn luận

Nghệ An là tỉnh có dân số đông thứ 4 cả nước, vị trí địa lý cách xa 2 trung tâm y khoa lớn của Việt Nam là Hà Nội và Huế hơn 300km. Do đó, trong cấp cứu chấn thương bụng nói chung và chấn thương vỡ gan nói riêng khó có thể chuyên người bệnh lên tuyến trên vì không đảm bảo an toàn. Trong những năm gần đây, bệnh viện của chúng tôi cũng đã triển khai điều trị bảo tồn không mổ thành công cho nhiều người bệnh chấn thương gan nặng [7], kết hợp với can thiệp nút động mạch gan. Nhưng có những trường hợp bảo tồn thất bại hoặc tổn thương tạng phối hợp cần phải mở bụng để cầm máu.

Chỉ định phẫu thuật trong chấn thương gan [1,] [8]:

Huyết động không ổn định sau hồi sức ban đầu.

Chỉ định khác cho phẫu thuật ổ bụng (ví dụ: vỡ tạng rỗng gây viêm phúc mạc...).

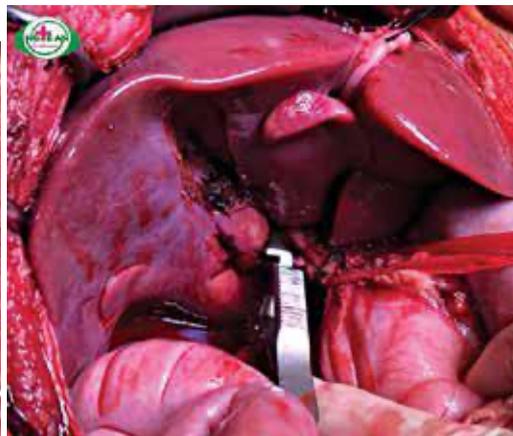
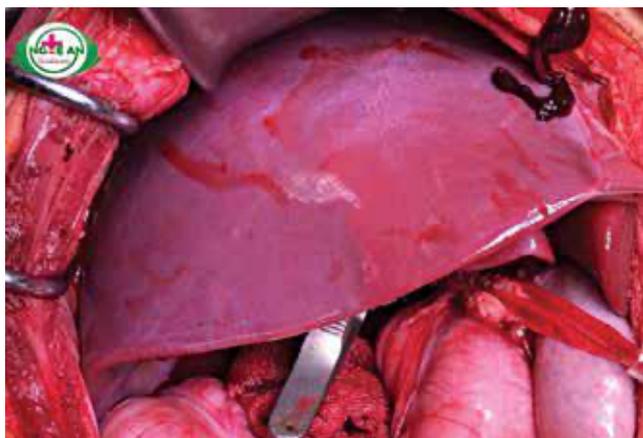
Không có cơ sở vật chất, phương tiện kỹ thuật, con người, máu... để theo dõi, đánh giá lâm sàng hàng loạt, hoặc sẵn có các phương tiện và nhân viên để truyền tắc gan hoặc thăm dò khẩn cấp ổ bụng nếu cần.

Có rất nhiều phương thức cầm máu gan trong phẫu thuật như: Kiểm soát ban đầu chảy máu được thực hiện với nén thủ công, thủ thuật Pringle (Pringle maneuver) hoặc chèn gạc quanh gan (Packing). Có thể kiểm soát chảy máu từ nhẹ đến vừa phải từ nhu mô bằng cách sử dụng các thuốc cầm máu tại chỗ, cầm máu bằng dao điện và thắt các nhu mô. Đối với các chấn thương nặng hơn, có thể cần đến các kỹ thuật khâu gan hoặc thắt động mạch gan hoặc cắt gan cầm máu [8].

Các kỹ thuật tiếp cận cuống gan để kiểm soát lượng máu vào gan trong chấn thương gan:

a. *Thắt toàn bộ cuống gan* (Thủ thuật Pringle) kỹ thuật này giúp kiểm soát chảy máu nhanh trong chấn thương gan nhưng làm thiếu máu toàn bộ gan để lâu gây biến chứng suy gan sau mổ [6].

b. *Kỹ thuật kẹp nửa cuống gan phải hoặc gan trái* (biến thể của phương pháp kiểm soát cuống gan theo Takasaki). Kỹ thuật này không chế không hoàn toàn lượng máu vào gan và không xác định được ranh giới giải phẫu của các phân thùy gan bên phải nhưng có thể thao tác nhanh, hạn chế mất máu trong chấn thương gan.



Hình 2: Kiểm soát nửa gan phải

c. Kỹ thuật phẫu tích ngoài gan để thắt riêng động mạch và tĩnh mạch cửa của nửa bên gan (Kỹ thuật Lortat-Jacob). Hạn chế của kỹ thuật này là có nhiều biến đổi cấu trúc giải phẫu của các thành phần cuống gan, dễ tổn thương các cấu trúc của phần gan bảo tồn, thời gian mổ kéo dài, tăng nguy cơ ascite bụng sau mổ, không thể xác định ranh giới phân thùy hay hạ phân thùy bên phải. Kỹ thuật này không phù hợp trong mổ chấn thương gan [9].

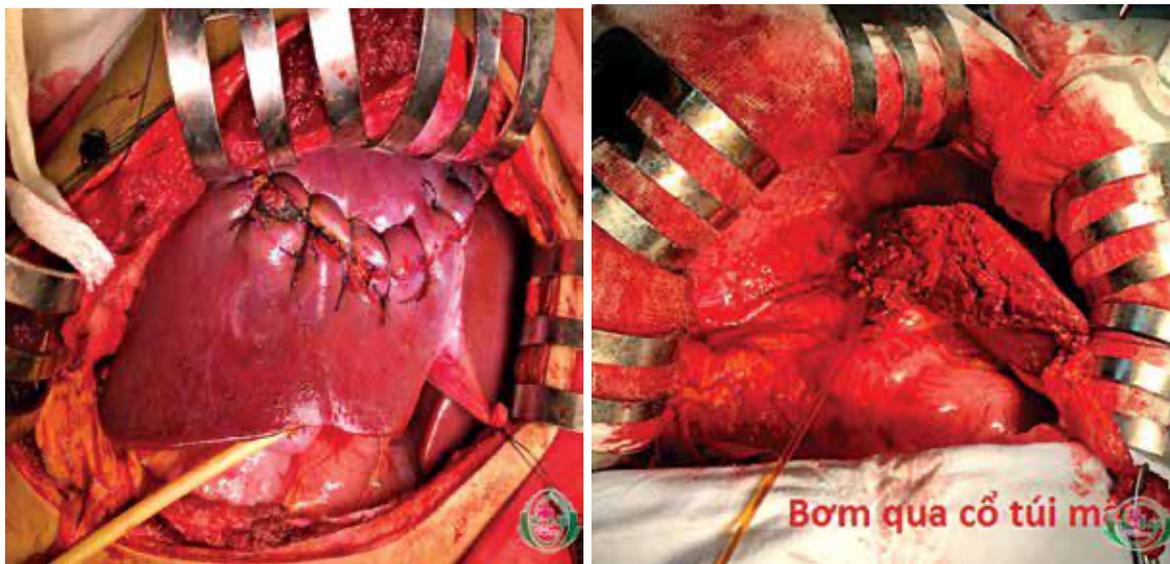
Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng phần lớn phối hợp giữa (a) và (b) 75,7%. Ban đầu, sử dụng kỹ thuật kiểm soát toàn bộ cuống gan để cầm máu sau đó phẫu tích bộc lộ rốn gan tìm nhánh có gan bị thương tổn và dùng Bull-dog 25mm kẹp vào. Sau đó thả kẹp toàn bộ cuống gan. Phương pháp này giúp cầm máu phần gan vỡ mà vẫn tưới máu vùng gan không vỡ, hạn chế suy gan sau mổ.

Kết quả phẫu thuật

Chúng tôi xử trí vỡ gan bằng khâu gan chiếm tỷ lệ 32,4%, cắt gan 48,6%, khâu gan kèm chèn gạc 10,8%, chèn gạc 8,1%, dẫn lưu túi mật 51,4%. Theo các tác giả trong nước khác, Trịnh Hồng Sơn 67,17% người bệnh được khâu gan, chủ yếu với tổn thương độ II, III. 10 người bệnh (5%) đốt điện

cầm máu, 5 lần cặp cuống gan (2,6%), cắt gan 19,7% với tổn thương độ III, IV, không có trường hợp nào được thắt ĐM gan, 30 lần sử dụng chèn gạc sau khi khâu cầm máu hoặc cắt gan (15,2%)

[10]. Chúng tôi nhận thấy, tùy theo tình trạng chấn thương phối hợp của người bệnh, tình trạng chấn thương gan để đưa ra quyết định hợp lý để xử lý tổn thương. Những trường hợp người bệnh đa chấn thương nặng cần xử lý nhanh có thể chèn gạc cầm máu (Packing) sau khi người bệnh tình trạng ổn định sẽ phẫu thuật thì 2 hoặc khâu gan kèm chèn gạc [11]. Để dự phòng rò mật trên người bệnh CTG, chúng tôi tiến hành dẫn lưu túi mật ra da cho những thương tổn gan diện rộng, sâu có nguy cơ tổn thương đường mật. Trong nghiên cứu này có 51,4% dẫn lưu túi mật ra da. Giải pháp cắt gan trong chấn thương gan cũng phụ thuộc vào trình độ kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong 18 ca cắt gan chúng tôi chủ yếu cắt gan theo thương tổn, bảo tồn tối đa nhu mô gan lành tránh biến chứng suy gan sau mổ. Bởi vì trong mổ chấn thương gan không thể tính thể tích gan còn lại như mổ kế hoạch nên nguy cơ nếu tổn thương gan lớn sẽ gây nên biến chứng suy gan sau mổ.



Hình 3: Xử lý tổn thương gan

Trong nghiên cứu chúng tôi, các biến chứng trong và sau mổ có: rò mật 2,7%; chảy máu 5,4%; suy gan sau mổ 2,7%; áp xe tồn dư 2,7%; viêm phổi 10,8%; tử vong 10,8%. Cụ thể, có 01 ca bị rò mật sau mổ hậu phẫu ngày thứ 3 qua dẫn lưu dưới gan, chúng tôi quyết định làm thủ thuật ERCP cắt cơ vòng Oddi sau 10 ngày tình trạng dịch mật ra qua dẫn lưu ít dần và hết sau 2 tuần. Trong 04 ca tử vong có 03 ca tử vong trong vòng 24h sau phẫu thuật bởi vì tổn thương gan diện rộng, tổn thương tĩnh mạch gan, tĩnh mạch chủ dưới không thể khắc phục. 01 ca tử vong sau 24h nguyên nhân do đa chấn thương phối hợp chấn thương sọ não, chấn thương ngực. Viêm phổi có 04 trường hợp, tất cả trường hợp này đều chấn thương ngực tràn máu màng phổi dập phổi, trong quá trình hậu phẫu xuất hiện viêm phổi nặng. Người bệnh đã được điều trị tích cực, có 02 trường hợp phải mở khí quản. Có 01 ca suy gan sau mổ sau đó được hồi sức tích cực lọc máu kết quả người bệnh ổn định.

Kết luận

Chấn thương gan là cấp cứu ngoại khoa, phẫu thuật điều trị vỡ gan chỉ định đối với những người bệnh không có chỉ định điều trị bảo tồn. Việc chỉ định kịp thời, đúng phương pháp đem lại hiệu quả tốt cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Bình Giang (2013), *Chấn thương bụng*, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, tr. 53-114.

2. Tôn Thất Bách (2005), *Thương tích gan do chấn thương và vết thương gan, Phẫu thuật gan mật*, NXB Y học Hà Nội.
3. Muhammad Saaiq, Niaz-ud-Din, Muhammad Zubair, Syed Aslam Shah (2013), "Presentation and outcome of surgically managed liver trauma: experience at a tertiary care teaching hospital", *J Pak Med Assoc*, 63(4), pp. 436-9
4. Nguyễn Văn Hải (2007), "Kết quả điều trị vỡ gan chấn thương", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 11(1), tr. 127-133.
5. K. Takasaki (1998), "Glissonean pedicle transection method for hepatic resection: a new concept of liver segmentation.," *J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg.*, vol. 5, no. 3, pp. 286-91.
6. Pringle JH. (1908), "V. Notes on the Arrest of Hepatic Hemorrhage Due to Trauma", *Ann Surg*; 48: 541-9.
7. Lê Anh Xuân, Nguyễn Huy Toàn và cộng sự (2019), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn nội khoa vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An", *Tạp chí y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, số 53, tr 22-27.
8. Ashley Britton Christmas, David G Jacobs, (2020) "Management of hepatic trauma in adults", <https://www.uptodate.com/contents/management-of-hepatic-trauma-in-adults>, updated: Jan 02, 2020.
9. Kiyoshi H and Norihro K (2009). Surgical Treatment of Hepatocellular Carcinoma. *Surg Today*, 39: 833-843
10. Trịnh Hồng Sơn, Tôn Thất Bách và cộng sự (1999), 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), *Y học thực hành*, 1: 40-46.
11. Ahmed, N., & Vernick, J. (2011). Management of liver trauma in adults. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 4(1), 114. doi:10.4103/0974-2700.76846.