

# Kết quả sớm sáu trường hợp phẫu thuật điều trị vỡ tá tràng bằng phương pháp nối tá hồng tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới

Hoàng Trung Thành, Nguyễn Đức Cường, Lê Mạnh Hà, Bùi Đức Thảo, Phan Lê Khanh

Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam- Cuba Đồng Hới

## Địa chỉ liên hệ:

Hoàng Trung Thành  
Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam -  
Cuba Đồng Hới  
Tiểu khu 10, P. Nam Ly, Tp. Đồng  
Hới, Quảng Bình  
Điện thoại: 0935313468  
Email: thanh surg2@gmail.com

**Ngày nhận bài: 29/11/2022**

**Ngày chấp nhận đăng:  
03/10/2023**

**Ngày xuất bản: 13/11/2023**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Chấn thương tá tràng là tổn thương ít gặp trong chấn thương bụng kín và vết thương bụng (3-5%), tuy nhiên biến chứng và tử vong cao, nhất là khi xử trí thì đầu thất bại. Hiện nay điều trị chấn thương tá tràng còn là vấn đề còn nhiều tranh luận. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng. Trong đó phương pháp nối tá hồng tràng mang lại kết quả tốt trong điều trị. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá độ an toàn, tính khả thi của phương pháp này.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 6 trường hợp vỡ tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cuba Đồng Hới từ tháng 10/2021 đến tháng 8/2022.

**Kết quả:** 6 trường hợp vỡ tá tràng do chấn thương bụng kín đều được điều trị phẫu thuật nối tá hồng tràng, 2 trường có biến chứng (1 nhiễm trùng vết mổ, 1 tắc ruột), không có trường hợp nào tử vong. Có 5 trường hợp chấn thương tá tràng độ III theo phân độ của Hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST). Không có biến chứng rò hay bục miệng nối.

**Kết luận:** Chấn thương vỡ tá tràng độ II-III được phẫu thuật sớm trong vòng 24h bằng phương pháp nối tá hồng tràng kết hợp giải áp có thể là phương pháp an toàn, khả thi và mang lại kết quả tốt trong điều trị vỡ tá tràng.

**Từ khóa:** vỡ tá tràng, vết thương tá tràng, nối tá hồng tràng, chấn thương bụng kín, vỡ tạng rỗng

# Surgical treatment of duodenal injuries by duodenojejunostomy at Vietnam-Cuba Friendship Hospital: A case series report and early results

Hoang Trung Thanh, Nguyen Duc Cuong Le Manh Ha, Nguyen Duc Cuong

Viet Nam – CuBa Dong Hoi Hospital

## Abstract

**Introduction:** Duodenal injuries are rare in blunt and penetrating abdominal trauma (3-5%). However, complications and mortalities remain high, especially when primary management fails. Currently, the treatment of duodenal injury is still a controversial issue. There are many surgical methods applied. In which duodenojejunostomy has brought satisfactory outcomes. Therefore, we conduct this study to evaluate the safety and feasibility of this method.

**Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study of 6 patients who had duodenal rupture due to blunt trauma from October 2021 to August 2022

**Results:** There were six cases of duodenal rupture due to blunt trauma, all were treated with duodenojejunostomy, and 2 cases had complications (one with surgical site infection and one with bowel obstruction). There was no mortality. Five cases were injured grade III according to the American Association for the Surgery of Trauma (AAST) classification. No post-operative complications of anastomosis were observed in this series.

**Conclusions:** Duodenojejunostomy with decompression procedure for grade II and III duodenal injuries, performed urgently within 24 hours, is safe, and feasible and well-tolerated.

**Keywords:** duodenal injuries, duodenojejunostomy, abdominal trauma, blunt trauma.

## Đặt vấn đề

Chấn thương tá tràng là tổn thương ít gặp trong chấn thương bụng kín và vết thương bụng (3-5%), Tuy nhiên, theo các báo cáo trong và ngoài nước, do tình hình tai nạn giao thông xảy ra thường xuyên như hiện nay thì số trường hợp chấn thương bụng kín nói chung và tổn thương tá tràng nói riêng đang có chiều hướng gia tăng, với tỷ lệ tử vong và biến chứng còn cao [1], [2], [6], nhất là khi xử trí thì đầu thất bại. Hiện nay điều trị chấn thương tá tràng còn là vấn đề còn nhiều tranh luận. Chấn thương tá tràng thường kèm các tạng khác với lực rất mạnh nên bệnh nhân

thường rất nặng nên đôi khi bị lu mờ bởi khác các triệu chứng bởi các chấn thương khác do vậy dễ bỏ sót hay phát hiện muộn thậm chí bỏ sót ngay trong mổ [1], [5]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng xử trí vỡ tá tràng nhiều mức độ khác nhau với thời gian phát hiện trước mổ khác nhau [1]. Chính vì vậy chúng tôi báo cáo kết quả 6 trường hợp vỡ tá tràng đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba Đồng Hới bằng phương pháp nối tá hồng tràng kết hợp với các phương pháp giải áp đã mang lại kết quả tốt sau điều trị ở bệnh nhân vỡ tá tràng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 6 bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị vỡ tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cuba Đồng Hới bằng phương pháp nối tá hồng tràng.

**Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian thực hiện từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

**Kết quả nghiên cứu**

Từ tháng 10/2021 đến tháng 8/2022 có 6 trường hợp chấn thương vỡ tá tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cuba Đồng Hới.

Độ tuổi trung bình của các người bệnh là 31,1 ± 14,1 tuổi, nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 47 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ. 1 trường hợp do vết thương thấu bụng còn lại đều do chấn thương bụng kín do tai nạn giao thông.

Thời gian từ lúc chấn thương đến khi phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều trước 8 giờ.

Không có trường hợp nào bị sốc, tất cả đều đau bụng và có phản ứng thành bụng, có 1 trường hợp sốt trước và sau mổ.

X-quang phát hiện được liềm hơi dưới cơ hoành phải 4/6 trường hợp, hơi sau phúc mạc 2/6 trường hợp.

Siêu âm phát hiện tất cả đều có dịch ổ bụng.

CT scan phát hiện hơi, dịch ổ bụng và vị trí vỡ.



Hình 1: Hơi quanh thận phải

Một ½ trường hợp chấn thương ở D2 trên oddi, 1 trường hợp chấn thương ở D1, 1 trường hợp ở D3, và 1 trường hợp ở d2 dưới oddi. 5/6 trường hợp tổn thương 1 vị trí, 1 trường hợp tổn thương 2 vị trí sát nhau.

Bảng 1: Phân độ chấn thương tá tràng theo AAST

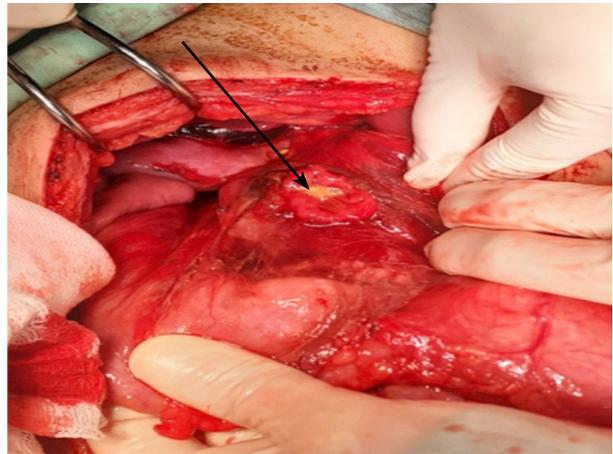
Độ	Mức độ tổn thương	Số bệnh nhân
Độ I	Tụ máu nhỏ ( 1 phần tá tràng), rách thanh cơ tá tràng	1
Độ II	Tụ máu rộng ( > 1 phần tá tràng), vỡ <50% khẩu kính tá tràng	0
Độ III	Vỡ 50-75% khẩu kính của DII, vỡ 100% khẩu kính của DI, DIII, DIV	5
Độ IV	Vỡ > 75% khẩu kính của DII, liên quan đến bóng Vater hoặc đoạn cuối OMC	0
Độ V	Hoại tử tá tràng (do tổn thương mạch máu nuôi), vỡ khối tá tụy phức tạp	0

Có 1 trường hợp chấn thương đụng giập thanh cơ tá tràng.

2 trường hợp vỡ đôi hoàn toàn tá tràng DII.

Còn lại 2 trường hợp vỡ tá tràng 50% -75% khẩu kính tá tràng.

Vị trí tổn thương: Có 1 trường hợp vỡ mặt sau tá tràng DIII, 1 trường hợp vỡ đôi còn lại đều vỡ mặt trước DII.



Hình 2: Vỡ tá tràng DII

Bảng 2: Các tổn thương đi kèm

Cơ quan tổn thương kèm	Số trường hợp
Dạ phổi	1
Gan	2
Thận	2
Đại tràng	3
Chấn thương ngoài ổ bụng	4
Tụy	2
Dạ dày	0
Đường mật	0

Hầu hết có chấn thương đi kèm. Có 1 trường hợp chấn thương đập dập phổi 2 bên phải dẫn lưu màng phổi 2 bên kèm hồi sức, thở máy các trường hợp khác các chấn thương phổi hợp đều được điều trị bảo tồn gồm: chấn thương gan ,tụy, thận phải, đại tràng góc gan đều là những chấn thương đụng giập. Các chấn thương ngoài ổ bụng như gãy xương sườn, chấn thương vùng mặt, đụng giập cơ thẳng bụng không can thiệp phẫu thuật.

**Chẩn đoán trước mổ**

Tất cả các trường hợp trước mổ đều được chẩn đoán vỡ tạng rỗng, có 2/6 trường hợp được chẩn đoán vỡ tá tràng.

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật và giải áp

Phương pháp phẫu thuật	Số ca thực hiện
Nối tá hồng tràng	6/6
Nối vị tràng	4/6
Khâu tịt môn vị	4/6
Dẫn lưu túi mật	2/6

Tất cả các ca đều được nối tá hồng tràng, 5/6 các ca nối tá hồng tràng có chân brown.

Có 4 trường hợp nối vị tràng + khâu tịt môn vị.

2 trường hợp không nối vị tràng và khâu tịt môn vị chúng tôi có dẫn lưu túi mật.

**Biến chứng sau phẫu thuật**

Tất cả trường hợp phẫu thuật không có ca nào tử vong.

Có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp bán tắc ruột do dính vào lại điều trị không phẫu thuật sau 1 tháng.

Có 2 trường hợp được chuyển lên tuyến trên: 1 trường hợp sốt sau phẫu thuật và 1 trường hợp đập phổi 2 bên có tràn dịch màng phổi chúng tôi theo dõi và tham khảo từ đồng nghiệp cả hai đều được điều trị bảo tồn hồi phục và xuất viện.

Thời gian nằm viện ngắn nhất 14 ngày dài nhất 40 ngày.

**Bàn luận**

Đặc điểm mẫu nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đang trong độ tuổi lao động với tuổi trung bình là

31,1 tuổi nên khả năng lành và phục hồi chức năng các thương tổn thường tốt. 5/6 số BN là nam giới. Trong nghiên cứu tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao 5/6 ca. Đây là tình hình chung của các nghiên cứu về tai nạn ở nước ta [1], [2].

Trong nghiên cứu này phần lớn nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông, đặc biệt là tai nạn xe máy nên tổn thương thường là đa chấn thương. Các hình thái tổn thương trong ổ bụng cũng đa dạng, nhiều tạng tổn thương với mức độ khác nhau.

Thời gian trung bình từ khi tai nạn tới bệnh viện trong nhóm nghiên cứu của tôi đều dưới 8h. Đó cũng sẽ là tiên lượng tốt trong điều trị của bệnh nhân vỡ tạng rỗng. Theo nhiều nghiên cứu thì thời gian phẫu thuật trước 24h giảm biến chứng và nguy cơ tử vong hơn so với nhóm phẫu thuật sau 24h. Thực tế lâm sàng thì khi mổ muộn quá trình viêm làm cho tá tràng bị vỡ phù nề, dày và giòn hơn nên việc khâu dễ bục và dò hơn.

Vị trí tổn thương tá tràng mặt sau với mặt trước thì mặt sau thường bị bỏ sót do dịch ra sau phúc mạc làm cho triệu chứng nghèo nàn khó phát hiện hơn. Trong 6 trường hợp chúng tôi phẫu thuật có 1 trường hợp vỡ ở mặt sau DIII, 1 trường hợp vỡ tá tràng nhưng 2 vị trí gần nhau. Theo chúng tôi để tránh bỏ sót tổn thương tá tràng nên làm thủ thuật Kocher lật mặt sau tá tràng trên và dưới tổn thương dù đã thấy rõ tổn thương thứ nhất, có thể di động đại tràng ngang góc gan kiểm tra DIII tránh bỏ sót thương tổn.

Tá tràng sau khi bị tổn thương thường liệt dẫn đến ứ đọng một lượng dịch rất lớn nên tổn thương phần thấp thường nguy cơ bục cao hơn vì vậy nếu tổn thương tá đặc biệt dưới như Vater trở xuống. Tuy nhiên cần nghiên cứu thêm về vấn đề này.

Trong các trường hợp chấn thương tá tràng của chúng tôi hầu hết là độ III, 1 trường hợp chấn thương độ I, không có trường hợp chấn thương nặng (độ IV hay độ V). Theo Nguyễn Tấn Cường và cộng sự [3], mức độ chấn thương của tá tràng liên quan đến biến chứng và tử vong.

Theo y văn thì trên 50% các trường hợp chấn thương tá tràng có kèm theo chấn thương 1 hoặc nhiều các tạng khác trong ổ bụng. Chấn thương các

tạng đặc biệt là các tạng có liên quan trực tiếp như tụy, ống mật chủ, dạ dày đã được báo cáo gia tăng nguy cơ biến chứng và tử vong [3].

Trong nghiên cứu chúng tôi tất cả đều có tạng chấn thương kèm. 1 trường hợp chấn thương kèm nhiều nhất là 4 tạng. Chấn thương ngoài ổ bụng gặp 1 trường hợp chấn thương đụng giập phổi có tràn dịch, tràn khí màng phổi xảy ra ngày thứ 3 sau mổ. Bệnh nhân được dẫn lưu màng phổi và hồi sức tích cực điều trị kéo dài hơn 1 tháng mới xuất viện do suy kiệt. Các trường hợp chấn thương kèm khác đều được điều trị bảo tồn thành công chưa thấy biến chứng xuất hiện sau mổ.

Vấn đề chẩn đoán vỡ tá tràng trước mổ thường được chẩn đoán như vỡ tạng rỗng, các triệu chứng liên quan đến viêm phúc mạc. Tuy nhiên nhiều trường hợp vẫn bỏ sót tổn thương. Chẩn đoán trước phẫu thuật vỡ tá tràng chủ yếu dựa vào CT scan ổ bụng chụp phim không chuẩn bị có thể thấy hơi vùng sau phúc mạc, viền quanh thận phải và cơ psoas phải. Trong nghiên cứu chúng tôi 3/6 trường hợp phát hiện hơi sau phúc mạc nghi vỡ tá tràng. Các trường hợp khác chúng tôi chẩn đoán vỡ tạng rỗng. Hiện nay có nhiều phương pháp phẫu thuật và giải áp trong vỡ tá tràng. Có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước nhưng hiện chưa thống nhất phương pháp nào hiệu quả.

Theo tác giả Nguyễn Tấn Cường và cộng sự thì với chấn thương độ I nếu khâu nối đơn thuần kèm đặt sonde dạ dày giải áp là đủ. Riêng chấn thương từ độ II thì việc chỉ khâu đơn thuần tỉ lệ bực xì dò lên tới 36,3%. Độ III thì tỉ lệ ấy là 80% [3].

Việc dẫn lưu trực tiếp qua chỗ khâu luôn tạo đường rò vì dịch đong vùng thấp nên chỗ dẫn lưu không lành được [4].

Phương pháp giải áp bằng mở thông dạ dày hoặc hồng tràng dẫn lưu 1-3 ống được sử dụng nhiều nhất hiện nay [5], [6], [7]. 1 ống từ chỗ mở thông dạ dày đi xuống, 1 ống từ chỗ mở thông hồng tràng đi lên và 1 ống từ chỗ mở thông hồng tràng đi xuống và bệnh nhân được nuôi dưỡng qua ống số 3 này. Phương pháp của Stone và Fabian có tỉ lệ xì dò 26% [8].

Theo Carilo [9] phương pháp túi thừa hóa tá tràng

và triệt môn vị thường áp dụng trong các trường hợp nặng tuy nhiên tỉ lệ xì dò vẫn còn rất cao, còn theo Nguyễn Tấn Cường [3] là 80% nên không được khuyến khích lắm.

Với những tổn đụng giập rộng, có thể có hoại tử trước đây thường được ưu tiên áp dụng việc khâu nối với hồng tràng kiểu Roux-en-Y tận bên, hay cắt bỏ đoạn tổn thương nối tận tận [10], [11]. Tuy nhiên tỉ lệ bực dò vẫn còn cao. Chúng tôi nhận thấy rằng nguyên nhân chính của việc này vẫn là do lượng dịch ứ đọng tại tá tràng quá nhiều sau chấn thương tá tràng bị liệt nên lượng lớn dịch này sẽ làm cho chỗ khâu căng, thiếu máu và sẽ bực [12]. Bởi vậy chúng tôi cố gắng dẫn lưu tối đa hạn chế lượng dịch qua chỗ vỡ. Trong tất cả 6 ca thực hiện chúng tôi đều nối tá hồng tràng kiểu omega. Việc nối tá hồng tràng ngoài việc lập lưu thông còn hỗ trợ giải áp tá tràng nhiều. 1 lượng lớn dịch sẽ vào quai hồng tràng điều này giúp tá tràng giảm được 1 phần áp lực do ứ đọng. Trong 6 ca này, 4 ca chúng tôi kết hợp khâu tịt môn vị và nối vị tràng mục đích giảm lượng dịch vị qua miệng nối qua đó góp phần giảm áp chỗ nối. 2 ca không thực hiện nối vị tràng và khâu tịt môn vị chúng tôi dẫn lưu túi mật, mục đích giảm lượng dịch mật qua chỗ nối. Tất cả các phương pháp nối và dẫn lưu đều phục vụ cho mục đích giảm áp. Kết quả là 6 bệnh nhân đều sống, không có ca nào bị bực dò. Có 1 ca bị nhiễm trùng vết mổ thành bụng được chăm sóc vết thương và dùng kháng sinh, bệnh nhân ổn định. 1 trường hợp bị bán tắc ruột do dính sau 1 tháng xuất viện được điều trị bảo tồn không cần phẫu thuật. 1 trường hợp nằm viện kéo dài do dập phổi phổi hợp phải dẫn lưu màng phổi và hỗ trợ bằng máy thở. Bệnh nhân nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài suy kiệt, phải điều trị 40 ngày mới xuất viện, đây là trường hợp nặng nhất trong 6 trường hợp trên, tuy nhiên cũng không có biến chứng xì dò đường tiêu hóa. 1 trường hợp sốt sau phẫu thuật được điều trị bảo tồn theo dõi thay kháng sinh, bệnh nhân sau đó cũng ổn định ra viện.

## Kết luận

Vỡ tá tràng do chấn thương thường ở độ tuổi lao động, giới nam, phần lớn là do tại nạn giao thông. Tỉ

lệ biến chứng và tử vong còn cao. Thời gian trước phẫu thuật càng ngắn càng giảm nguy cơ biến chứng và tử vong. Tổn thương phối hợp càng nhiều tỉ lệ biến chứng càng cao.

Phẫu thuật nối tá hồng tràng kèm giải áp bằng nối vị tràng, khâu tịt môn vị hoặc dẫn lưu túi mật là một lựa chọn phù hợp, khả thi cho trường hợp vỡ tá tràng từ độ I đến độ III.

Chúng tôi sẽ mở rộng nghiên cứu với thời gian nhiều hơn, số bệnh nhân lớn hơn, mức độ tổn thương đa dạng hơn để đánh giá triển vọng của phương pháp này.

### Lời cam đoan

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, thực hiện trong suốt thời gian từ 2021-2022. Các số liệu kết quả trong đề tài là trung thực và chưa được ai công bố trong các công trình khác.

### Tài Liệu Tham Khảo

1. Linh, P.V. and N.V. Liễu, Báo cáo một trường hợp chấn thương bụng kín gây vỡ tá tràng và đầu tụy tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế. *Tạp chí Y học thực hành*, 2006(536): p. 439-441.
2. Nghĩa, L.V., *Các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân vỡ tá tràng do chấn thương và vết thương thấu bụng*, in *Luận văn Thạc sĩ Y học*. 2004: Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

3. Cường, N.T. and N.B. Nhuận, *Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 chấn thương và vết thương5 tá tràng trong 27 năm tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2007. 11(1): p. 80-96.
4. A., A.J., F.D. V, and B.L. D., *Management of duodenal injuries*. *Curr Probl Surg*, 1993. 11: p. 1026-1092.
5. Ivatury, R.R., et al., *Duodenal Injuries: A Review*. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 2007. 33(3): p. 231-7.
6. A., R.M. and A.S.I. H, *Injuries to the duodenum – prognosis correlates with body Injury Severity Score: A prospectivestudy*. *International J Surg*, 2007. 5: p. 338-393.
7. B., B., O.B. A., and K. B, *Operative approach in traumatic injuries of the duodenum*. *Acta Chirurgica Belgica*, 2006. 106(4): p. 405-408.
8. Hải, N.M. and L.V. Trung, *Những sai lầm trong chẩn đoán và điều trị vỡ tá tràng: nhân 50 trường hợp*. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2004. 8(3): p. 88-93.
9. Bao, S.T. and S.M. Wang, *Diagnosis and treatment of 34 cases of blunt duodenal injuries*. *Chin J Traumatol*, 2007. 10(3): p. 177-9.
10. Sukhodolia, A.I., et al., [*Surgical treatment of duodenal injuries*]. *Khirurgiia (Mosk)*, 2014(7): p. 17-20.
11. Symeonidis, D., et al., *Surgical Repair of Iatrogenic Duodenal Injuries with a Roux-en-Y Duodenojejunostomy: A Physiology-oriented Approach*. *Chirurgia (Bucur)*, 2022. 117(3): p. 341-348.
12. Trung, T.H., *Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng biến chứng, tử vong trong chấn thương và vết thương tá tràng*. 2014, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. p. 1-109.