

tuân thủ chưa tốt là 19,6%<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật đạt mức tốt chiếm tỉ lệ 81,3%. Các bước chuẩn bị tốt bao gồm: Điều dưỡng thăm hỏi nhằm tìm hiểu tâm lý trước phẫu thuật, điều dưỡng giải thích và thông báo thời gian phẫu thuật; Hướng dẫn và thực hiện vệ sinh cá nhân trước phẫu thuật; Hướng dẫn người bệnh tháo trang sức, răng giả; Chuẩn bị hồ sơ đầy đủ, công tác bàn giao người bệnh; Xác nhận bác sĩ đã đánh dấu vị trí phẫu thuật. Tuy nhiên còn một số bước vẫn còn thực hiện chưa tốt bao gồm: hướng dẫn gặp bác sĩ gây mê để được khai thác tiền sử dị ứng; hướng dẫn đầy đủ nhịn ăn, uống trước phẫu thuật; đo lại dấu hiệu sinh tồn.

## TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. **Hoàng Đắc Đức** (2020). Thực trạng tâm lý người bệnh trước phẫu thuật tại Khoa Tai - Mũi - Họng, Bệnh viện Quân y 110. Tạp Chí Dược Lâm Sàng, 15, 252-258
2. **Bộ Y Tế** (2014). Tài liệu đào tạo An toàn người bệnh.
3. **Nguyễn Quang Huy** (2020). Thực Trạng Thực Hiện Quy Trình Chuẩn Bị Trước Phẫu Thuật Có Kế Hoạch và Một Số Yếu Tố Ảnh Hưởng Của Nhân

Viên y Tế Tại Bệnh Viện Đa Khoa Phương Đông Năm 2020. Luận văn Thạc sĩ QL BV, Đại học Y tế công cộng,

4. **Phạm Văn Hiến, Trần Thị Thảo, Phạm Hồng Thành, Vương Thị Mai Phương** (2016). Thực trạng chuẩn bị người bệnh trước mổ có kế hoạch tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí tháng 6 đến tháng 7 năm 2016. Tài Liệu Hội Nghị Khoa Học Điều Dưỡng Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức,
5. **Nguyễn Thị Ngọc Dung** (2018). Thực Trạng Điều Dưỡng Chuẩn Bị Người Bệnh Trước Phẫu Thuật Theo Kế Hoạch và Các Yếu Tố Ảnh Hưởng Tại Bệnh Viện Đa Khoa Đức Giang Năm 2018. Luận văn Thạc sĩ QL BV, Đại học Y tế công cộng,
6. **Nguyễn Thị Lan, Trương Thu Hương** (2020). Thực trạng điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2020. Hội Nghị Khoa Học Điều Dưỡng Bệnh Viện Quân 354 Lần Thứ V,
7. **Abdulaziz M Saleen, Jessica K Paulus, Melina C Vassiliou, et al** (2015). Initial assessment of patient handoff in accredited general surgery residency programs in the United States and Canada: a cross-sectional survey. Canadian Journal of Surgery, 58(4), 269
8. **Phạm Thanh Huyền** Đánh Giá Kiến Thức và Mức Độ Tuân Thủ Của Điều Dưỡng Trong Công Tác Chuẩn Bị Người Bệnh Trước Phẫu Thuật Theo Kế Hoạch Tại Bệnh Viện ĐK Đức Giang. Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội

## MÔ TẢ LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG GAN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Tô Quốc Việt<sup>1</sup>, Hồ Huỳnh Uy Tài<sup>2</sup>, Hồ Văn Bình<sup>1</sup>,  
Lữ Trúc Huy<sup>1</sup>, Trương Huỳnh Lâm<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Trân<sup>1</sup>, Lý Minh Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả lâm sàng và cận lâm sàng người bệnh điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 39 bệnh nhân điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 04/2020 đến 4/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Trong nghiên cứu nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, độ tuổi trung bình là 35,7 tuổi. Nguyên nhân chính dẫn đến chấn thương là do tai nạn giao thông 94,8%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng, thường đi kèm với chảy máu nhẹ đến trung bình. Phân loại chấn thương theo AAST mức độ III chiếm nhiều nhất là 53,8%. Các yếu tố có liên

quan đến mức độ tổn thương gan là mức độ mất máu, men gan và dịch ổ bụng. **Kết luận:** Qua nghiên cứu trên 39 bệnh nhân chấn thương gan cho thấy tất cả vào viện tình trạng đau bụng, mất máu từ nhẹ đến trung bình, men gan tăng, phân độ chấn thương theo AAST-2018 độ III là chủ yếu.

**Từ khoá:** điều trị bảo tồn, chấn thương gan.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LIVER INJURY TREATED CONSERVATIVELY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Clinical and paraclinical outcomes of patients with conservative treatment for traumatic liver rupture in blunt abdominal trauma at Can Tho City General Hospital. **Subject and method:** Descriptive cross-sectional, 39 patient of non-operative management of blunt liver trauma at Can Tho General Hospital from 4/2020 to 4/2024. **Result:** In a study, men were more commonly affected than women with an average age of 35.7 years. The main cause of trauma was traffic accidents 94.8%. The most common symptom is abdominal pain, often

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Huỳnh Uy Tài

Email: bacsith@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024

accompanied by mild to moderate bleeding. According to the AAST classification, Grade III injuries were the most common 53.8%. Factors associated with the extent of liver injury were blood loss, liver enzymes and intra-abdominal fluid. **Conclusion:** A study of 39 patients with liver trauma found that all patients presented with abdominal pain and mild to moderate blood loss. Liver enzymes were elevated in all patients, and the majority had AAST-2018 grade III injuries. **Keywords:** Non-operative management, Blunt liver trauma.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chấn thương gan (CTG) là thể lâm sàng đứng hàng thứ hai, chiếm 15-22% trong chấn thương bụng kín (CTBK) và 13-35% trong vết thương thấu bụng (1). Trong nghiên cứu năm 2018 của Ibrahim Afifi và các cộng sự, tại một trung tâm chấn thương cấp I cho thấy tỷ lệ CTG chiếm 38% các trường hợp nhập viện vì CTBK (2). Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đa dạng tùy thuộc vào mức độ chấn thương gan vì vậy cần thực hiện thêm các nghiên cứu để có nguồn y văn giúp các bác sĩ trong chẩn đoán và điều trị. Tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể cho vấn đề này, chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ*

2. *Xác định mức độ tổn thương gan và các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ tổn thương gan ở bệnh nhân vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 39 bệnh nhân điều trị bảo tồn vỡ gan trong CTBK tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 4 năm 2024.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu hồ sơ

**2.3. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của người bệnh**

- Tuổi: Độ tuổi trung bình 35,7 ± 12,5; Tuổi thấp nhất là 18, tuổi cao nhất là 59 tuổi.

- Giới tính: Có 25 nam chiếm tỷ lệ 64,1%, còn lại 14 nữ chiếm 35,9 %, tỷ lệ nam/nữ = 1,8.

- Nghề nghiệp: Đa số là nông dân 28,2%; công nhân và làm thuê có cùng 23,1%; sinh viên chiếm 12,8%; 7,7% là cán bộ công chức và buôn bán chiếm thấp nhất là 5,1%.

**Bảng 1. Tình trạng trước khi vào viện**

Đặc điểm	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
<b>Lý do vào viện</b>		
Tai nạn giao thông	37	94,8
Tai nạn sinh hoạt	1	2,6
Tai nạn lao động	1	2,6
<b>Thời gian từ khi gặp chấn thương đến khi nhập viện</b>		
< 6 giờ	19	48,7
6 giờ - 24 giờ	16	41
> 24 giờ	4	10,3
<b>Sơ cứu trước khi nhập viện</b>		
Có	21	53,8
Không	18	46,2

Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất 37/39 BN (94,8%). Cơ chế chấn thương chủ yếu là trực tiếp chiếm đến 92,3%. Có 89,7% trường hợp đến bệnh viện trong vòng 6 đến 24 giờ sau khi gặp tai nạn. Cùng với đó 53,8% được sơ cứu tại các cơ sở tuyến dưới.

**3.2. Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 2. Tình trạng huyết động khi mới vào viện**

Huyết động	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)	
Mạch (lần/phút)	< 100	24	61,5
	> 100	15	38,5
Huyết áp tâm thu (mmHg)	< 70	0	0
	70 - 90	3	7,7
	> 90	36	92,3

**Bảng 3. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)	
Đau bụng	39	100	
Đau vùng gan	27	69,2	
Đau ngoài vùng gan	12	30,8	
Khó thở	5	12,8	
Bí trung/đại tiện	4	10,3	
Theo dõi triệu chứng đau sau 24h	Giảm đau	21	53,9
	Không thay đổi	16	41
	Xấu đi	2	5,1

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng. Đau bụng như là một dấu hiệu hằng định trong nghiên cứu của chúng tôi. Qua theo dõi sau 24 giờ, 21BN (53,9%) có giảm đau và 2 BN (5,1%) chuyển biến đau nhiều hơn.

**Bảng 4. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)	
Dấu hiệu thành bụng	8	20,5	
Gõ đục vùng thấp	10	25,6	
Xây sát, tổn thương thành bụng	Vùng gan	7	17,9
	Ngoài vùng gan	11	28,2

**Bảng 5. Chấn thương phối hợp**

Chấn thương phối hợp	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Chấn	3	7,7
Gãy xương sườn		

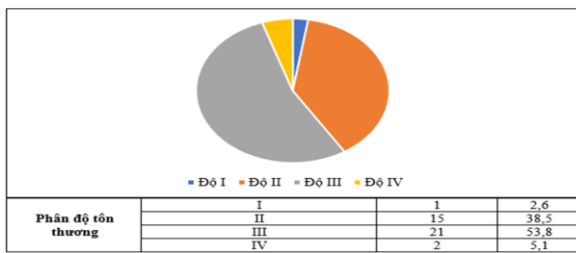
thương ngực	Đụng dập phổi	1	2,6
	Gãy xương đòn	2	5,1
Chấn thương bụng	Lách	4	10,3
	Thận	4	10,3
	Đại tràng	1	2,6
Xương	Gãy xương chi	1	7,5
	Hàm mặt	0	0
	Cột sống	2	5,1

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 6. Đặc điểm hình ảnh học chụp cắt lớp vi tính**

Tổn thương		Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)	
Lượng dịch	Không dịch	4	10,3	
	Lượng ít	16	41	
	Lượng trung bình	19	48,7	
Hình thái	Tụ máu dưới bao	24	61,5	
	Đụng dập, tụ máu nhu mô	32	82,1	
	Đường vỡ	18	46,2	
	Thoát thuốc cản quang	1	2,6	
Phân độ tổn thương	I	1	2,6	
	II	15	38,5	
	III	21	53,8	
	IV	2	5,1	
Vị trí	Thùy trái	I	0	0
		II	1	2,6
		III	1	2,6
		IV	6	15,4
	Thùy phải	V	8	20,5
		VI	11	28,2
		VII	20	51,3
		VIII	5	12,8
Cả hai thùy		4	10,3	

Dịch tự do ổ bụng chiếm đa số 35/39 trường hợp. Phần lớn là dịch ổ bụng lượng trung bình chiếm 48,7%. Vị trí thường gặp nhất là thùy phải, trong đó hạ phân thùy VII chiếm đa số với 51,3%.



**Biểu đồ 1. Phân độ tổn thương gan theo AAST**

**3.4. Các yếu tố liên quan đến mức độ tổn thương gan**

**Bảng 7. Liên quan mức độ tổn thương gan và mức độ mất máu**

Mức độ mất máu	Mức độ tổn thương gan				Tổng	p*
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Nhẹ	1	11	14	0	26	0,03
Trung bình	0	4	6	0	10	
Nặng	0	0	1	2	3	

*\*Kiểm định Fisher's exact test*

Đa số các trường hợp tổn thương có mất máu từ trung bình đến nặng tập trung nhiều ở tổn thương độ III và IV, cùng với đó mối liên quan giữa mức độ tổn thương và mức độ mất máu có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**3.5. Xét nghiệm men gan**

**Bảng 8. Liên quan mức độ tổn thương gan và men gan**

Mức độ	AST		ALT	
	Trung bình	p*	Trung bình	p*
Độ I	136	0,03	177	0,037
Độ II	306,5		298,5	
Độ III	442,8		447,1	
Độ IV	593,5		664	

*\*Kiểm định Spearman*

Trong nghiên cứu này tất cả các trường hợp có mức độ tổn thương càng nặng thì men gan càng tăng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 9. Liên quan mức độ tổn thương và dịch ổ bụng**

Mức độ	Mức độ dịch ổ bụng			Tổng	p*
	Không dịch	Lượng ít	Lượng trung bình		
Độ I	1	0	0	1	0,002
Độ II	3	9	3	15	
Độ III	0	7	14	21	
Độ IV	0	0	2	2	
Tổng	4	16	19	39	

*\*Kiểm định Fisher's exact test*

Dịch ổ bụng xuất hiện từ lượng ít đến trung bình tập trung ở độ III với 53,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nhóm nghiên cứu, độ tuổi trung bình là  $35,7 \pm 12,5$  tuổi, kết quả này tương tự các tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy (3) độ tuổi trung bình là  $33,5 \pm 14$ . Tỷ lệ nam giới nhập viện vì chấn thương gan nhiều hơn nữ giới, cụ thể tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới 1,8 lần. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu 37 trường hợp chiếm 94,8%, cách xa các trường hợp còn lại. Nghề chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu là nông dân với tỷ lệ là 28,2%, tiếp đó lần lượt là công nhân và làm thuê có cùng 23,1%, buôn bán chiếm thấp nhất là 5,1%. Cơ chế chấn thương hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là trực tiếp chiếm 92,3%.

Tỷ lệ nam giới gặp chấn thương gan cao hơn nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu do tai nạn giao thông. Giải thích cho điều này có thể là do nam giới tham gia giao thông nhiều hơn, có hành vi lái xe mạo hiểm hơn và thường

sử dụng rượu bia hoặc chất kích thích trước khi lái xe. Bên cạnh đó, nam giới cũng đóng vai trò chủ lực trong lực lượng lao động dẫn đến nguy cơ gặp phải các tai nạn cao hơn nữ giới. Chúng tôi thấy 53,8% người bệnh được sơ cứu trước khi nhập viện, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng (4) là 82,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết BN có mạch <100 lần/phút là 24 BN (61,5%), huyết áp tối đa ổn định  $\geq 90$  mmHg khi vừa vào viện chiếm 92,3% và 7,7% huyết áp không ổn định giao động từ 70 - 90 mmHg, không có trường hợp nào < 70 mmHg, các trường hợp không ổn định này đều được hồi sức tích cực và đáp ứng cải thiện nên được chỉ định điều trị bảo tồn không mổ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quỳnh (5) huyết áp ở 66 BN  $\geq 90$ mmHg là 98,5%. Các tác giả đa số đều ủng hộ quan điểm huyết áp tối đa có mối liên hệ chặt chẽ với nhịp mạch và lượng máu mất, cùng đó 2 yếu tố mạch và huyết áp có giá trị chẩn đoán lượng máu mất vào ổ bụng.

Nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều có triệu chứng đau bụng, trong đó đau khu trú tại vùng gan chiếm đa số với 69,2%, 30,8% các trường hợp đau khắp bụng do tổn thương phổi hợp hoặc có tổn thương thành bụng. Theo nghiên cứu của Lê Anh Xuân (6) đau bụng chiếm 96,7%. Tuy nhiên CTG là loại chấn thương thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương vì vậy đây chỉ là những dấu hiệu chủ quan của người bệnh và khó đánh giá nếu BN có nhiều chấn thương phối hợp khác. Bên cạnh đó các triệu chứng thực thể như tổn thương đụng dập, tụ máu, xây sát ở thành bụng cũng góp phần gợi ý chấn thương gan. Kết quả của chúng tôi thấy được có 17,9% các trường hợp có tổn thương xây sát vùng gan, 29,2% ở vùng ngoài gan.

Trong đó bệnh nhân có 66,7% trường hợp không mất máu hoặc mất máu mức độ nhẹ, 10 BN (25,6%) mức độ trung bình và 3 BN (7,7%) có mất máu nặng, trong đó 2 trường hợp sau bảo tồn chuyển mổ, 1 trường hợp điều trị bảo tồn không mổ thành công. Tỷ lệ này cũng tương tự kết quả của Nguyễn Ngọc Hùng (4) không mất máu và mất máu nhẹ 74,5%, trung bình 19,5% nặng 5,9%. Kiểm nghiệm mối liên quan giữa mức độ tổn thương và mức độ mất máu cho thấy đa số các trường hợp tổn thương có mất máu từ trung bình đến nặng tập trung nhiều ở tổn thương độ III và IV, có ý nghĩa thống kê ( $p=0,03$ ).

Đối chiếu với mức độ vỡ gan cho thấy mức tăng men gan trung bình ở chấn thương gan độ II là 306,5 và 298,5; trong chấn thương gan độ

III mức tăng AST và ALT trung bình là 442,8 và 447,1; chấn thương gan độ IV mức tăng men gan là 593,5 và 664. Cả hai men gan đều tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của chấn thương gan, qua kiểm định tương quan sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Kết quả trên cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Tiến Biên (7) chấn thương gan độ II là 362,7 và 268,2; trong chấn thương gan độ III mức tăng AST và ALT trung bình là 425,9 và 382,6; chấn thương gan độ IV mức tăng men gan là 654 và 401,8.

Siêu âm được ưu tiên sử dụng như phương pháp chẩn đoán hình ảnh ban đầu do khả năng phát hiện dịch tự do trong ổ bụng và hỗ trợ tìm kiếm các tổn thương nhu mô gan. Vì là cận lâm sàng có giá thành rẻ cùng với đó là tính chất thuận lợi nhanh chóng, người bệnh có thể được siêu âm tại giường bệnh và giúp hạn chế di chuyển cũng góp phần giảm biến chứng trong bệnh cảnh CTG. Theo nghiên cứu của tác giả Zachariah (8), siêu âm có độ nhạy trong chẩn đoán chấn thương gan dao động từ 75–93,8% và độ đặc hiệu cao từ 97–100%. Tỷ lệ phát hiện dịch ổ bụng trong nghiên cứu là 87,2%.

Chụp CLVT được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị CTG giúp chuyển đổi chiến lược điều trị trong suốt hơn 20 năm gần đây, việc chỉ định bảo tồn không mổ CTG phụ thuộc rất nhiều vào đánh giá qua cận lâm sàng này. Phim chụp CLVT cho phép đánh giá lượng dịch ổ bụng, phát hiện CTG, xác định vị trí, phân độ tổn thương gan và chẩn đoán các tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng. Hầu hết các bệnh nhân nghi ngờ CTG vào viện với huyết động ổn định hoặc sau khi đã hồi sức trở lại ổn định đều được chụp CLVT để giúp đánh giá và phân loại mức độ nặng.

Dịch tự do ổ bụng chiếm đa số 35/39 trường hợp, dịch ổ bụng lượng trung bình chiếm đa số với 48,7%. Chúng tôi nhận thấy mức độ tổn thương càng nặng thì tỷ lệ thuận với lượng dịch ổ bụng càng nhiều, dịch ổ bụng xuất hiện từ lượng ít đến trung bình tập trung ở độ III với 53,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,002$ ).

Về vị trí chấn thương gặp ở thùy phải chiếm 74,4%, tiếp đến là thùy trái với 15,4%, tổn thương cả hai thùy chiếm 10,%. Tổn thương theo hạ phân thùy trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tổn thương thùy phải gồm hạ phân thùy VII chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,3% các trường hợp, theo sau đó là hạ phân thùy VI và V lần lượt là 28,2% và 20,5%. Tổn thương ở thùy trái ghi nhận 15,4% ở thùy IV, 2 trường hợp hạ phân thùy II và III chiếm 5,2%, chúng tôi không ghi nhận trường hợp độ I nào. Tổn thương ở cả

2 thùy chiếm 10,3%.

Về phân độ tổn thương gan theo AAST 2018 của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ chia làm 5 mức độ, ở nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp bảo tồn ở phân độ V. Chúng tôi nhận thấy xu hướng tỷ lệ mức độ chấn thương tập trung ở độ II (38,5%) và III (53,8%) chiếm tỷ lệ cao. Đánh giá hình thái tổn thương qua phim cắt lớp vi tính đa số trường hợp hay gặp nhất là đưng dập và tụ máu nhu mô gan 82,1% cùng với đó là tụ máu dưới bao chiếm 61,5%, 46,2% với đường vỡ gan, nhiều bệnh nhân có phối hợp các hình thái tổn thương gan.

## V. KẾT LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, độ tuổi trung bình là 35,7 ± 12,5 tuổi. Nguyên nhân chính dẫn đến chấn thương là do tai nạn giao thông 94,8%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng, thường đi kèm với chảy máu nhẹ đến trung bình. Tất cả bệnh nhân vỡ gan nhập viện đều có men gan tăng, mức độ tăng cao phụ thuộc vào mức độ tổn thương gan. Phân loại chấn thương theo AAST, chấn thương ở mức độ III là chủ yếu chiếm, sau đó là độ II. Tổn thương ở thùy phải chiếm đa số, trong đó hạ phân thùy VII gặp nhiều nhất. Tổn thương phối hợp gặp nhiều nhất ở chấn thương ngực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công (2021), "Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hoá", Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.
2. Ibrahim Afifi, Sheraz Abayazeed, Ayman El-Menyar, et al (2018), "Blunt liver trauma: a descriptive analysis from a level I trauma center", BMC Surgery, 18, (1), pp. 42.
3. Nguyễn Quang Huy (2022), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương gan được điều trị bảo tồn", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 517, (Số 1).
4. Nguyễn Ngọc Hùng (2012), Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Quỳnh và cộng sự (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Tập 16, (Số đặc biệt 4).
6. Lê Anh Xuân và cộng sự (2019), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn 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).
7. Phạm Tiến Biên, Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn (2020), "Nghiên cứu chẩn đoán chấn thương gan tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Tập 14, (Số 3).
8. Sanoop Zachariah, Vergis Paul, Kocheril Mathews (2017), "Hepatic transaminases as predictors of liver injury in abdominal trauma", International Surgery Journal, 5, 181.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN ASPERGILLUS PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Phúc<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huân<sup>1</sup>,  
Đặng Văn Toàn<sup>1</sup>, Đỗ Thị Hằng<sup>1</sup>, Vũ Đình Phú<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 (COVID-19-associated pulmonary Aspergillosis- CAPA) và tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 65 bệnh nhân bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 có thở máy tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022, thu thập về các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và đánh giá các yếu tố tiên

lượng tử vong. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19 là 23,4% trong tổng số những bệnh nhân COVID-19 có thở máy, với tỷ lệ tử vong 64,6%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,9 tuổi, có 42 bệnh nhân có mắc một bệnh nền trở lên chiếm 64,6%, trong đó tăng huyết áp 28 (43,1%) bệnh nhân và đái tháo đường là 11 (16,9%) bệnh nhân. Các chủng được xác định là Aspergillus fumigatus 58 trường hợp chiếm 89,2% và Aspergillus flavus 07 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,8%. Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong là bệnh nhân có bệnh nền mạn tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh nhân tại thời điểm điều trị CAPA có sốc nhiễm khuẩn, giảm bạch cầu lympho máu dưới 1,0 G/l, giảm tiểu cầu máu dưới 150 G/l, cần hỗ trợ FiO<sub>2</sub> ≥60% trên máy thở và điểm SOFA ≥7. Yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong là bệnh nhân có bệnh nền mạn tính và có sốc nhiễm khuẩn ở thời điểm bắt đầu điều trị CAPA.

**Từ khóa:** COVID-19, Aspergillosis phổi liên quan đến COVID-19-CAPA.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Phú

Email: vudinhphu07@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024