

tự như vậy sự cải thiện về khả năng giao hợp cũng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối với 1 trường hợp BN không thể giao hợp được trước PT thì sau phẫu thuật đã giao hợp được nhưng vẫn cảm giác hơi khó, đây cũng là trường hợp có mức độ cong trước mổ nặng nhất trong nhóm nghiên cứu (90 độ). Sự cải thiện về độ cong và khả năng giao hợp dẫn đến tỉ lệ hài lòng với kết quả phẫu thuật cũng ở mức cao. Tỷ lệ rất hài lòng về phẫu thuật của chúng tôi chiếm 19,6%; tỷ lệ hài lòng là 73,6% và tỷ lệ không hài lòng chung là 6,8%. Với kết quả này tỷ lệ hài lòng chung về PT của chúng tôi (rất hài lòng + hài lòng) lên tới 93,2%. Thống kê nghiên cứu của một số tác giả trong nước và trên thế giới với thang đánh giá tương tự, tỉ lệ hài lòng từ 78-100% cũng phù hợp với các kết quả của nghiên cứu này [6].

Không có biến chứng nặng nào được ghi nhận trong quá trình theo dõi. Chỉ có 3% nhiễm trùng nhưng không cần phải phẫu thuật can thiệp làm sạch. Hai di chứng gặp nhiều nhất bao gồm ngắn DV (98,6%) so với trước PT (ngắn đi trung bình $1,4 \pm 0,3$ cm) và cộm nốt chỉ dưới da (47,14%). Đây cũng là vấn đề được nhiều tác giả thông báo [6],[9]. Tuy nhiên, cả ngắn DV và cộm nốt chỉ dưới da đều không làm ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ và chức năng của DV sau phẫu thuật. Dựa trên các nghiên cứu trước đó, NB đã được tiên lượng và giải thích kỹ về các vấn đề này từ trước khi phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Cong dương vật bẩm sinh là bệnh lý ít gặp, thường được phát hiện muộn sau tuổi trưởng

thành nhưng ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý và chức năng. Phẫu thuật Yachia là phương pháp phẫu thuật hiệu quả với tỷ lệ thành công và sự hài lòng sau phẫu thuật cao, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akbulut F., Akman T., Salabas E, et al (2014). Neurovascular bundle dissection for Nesbit procedure in congenital penile curvature patients: Medial or lateral? Asian Journal of Andrology, 16(3):442.
2. Ebbehøj J., Metz P (1987). Congenital penile angulation. British journal of urology, 60(3):264-266.
3. European association of urology guidelines for penile curvature. Summary of evidence for genital penile curvature (2023). <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/penile-curvature>.
4. Nesbit R. M (1995). Congenital curvature of phallus: Report of three case with description of corrective operation. J Urol, 93:230-232.
5. Yachia D (1990). Modified corpoplasty for the treatment of penile curvature. The journal of urology, 143(1): 80-82
6. Zachalski W., Krajka K., Matuszewsk M (2015). Evaluation of the treatment of congenital Penile Curvature including Psychosexual Assessment. The journal of sexual medicine, 12(8):1828-1835.
7. Nguyễn Quang và cộng sự (2019). Khảo sát kích thước dương vật của người Việt Nam trưởng thành. Tạp chí y dược học, Trường đại học Y Dược Huế tháng 11/2019/65-70.
8. Mayer M., Valzacchi G. R., Garretón A. S., et al, (2018). Satisfacción en pacientes con corrección de pene curvo congénito. Actas Urológicas Españolas, 42(6), 414-419
9. Nguyễn Văn Thảo (2015). Đánh giá kết quả phẫu thuật cong dương vật bẩm sinh bằng phương pháp Yachia tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT VỠ TÀ TRÀNG DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Quang Huy¹, Hồ Đặng Đăng Khoa¹,
Trần Văn Sóng¹, Phạm Thanh Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật vỡ tá tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu tất cả bệnh nhân vỡ tá tràng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2019 đến 9/2023. **Kết quả:** Có 16 bệnh nhân gồm 13 nam và 3 nữ, tuổi trung bình 47 (thay đổi từ 25 đến 88). Có 11

trường hợp do tai nạn giao thông và 5 trường hợp tai nạn lao động. Chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện tụ máu thành tá tràng (18,8%), vỡ tá tràng (6,3%), khí tự do ổ bụng và khí sau phúc mạc (81,3%), dịch tự do ổ bụng và dịch sau phúc mạc 81,3%. Tổn thương D1 12,5%, D2 62,5%, D3 12,5%, D4 6,3%, D3 và D4 có 1 trường hợp. Tổn thương độ I (0%), độ II (75%), độ III (12,5%), độ IV (6,3%), độ V (6,3%). 68,8% được khâu chỗ vỡ tá tràng, 12,5% cắt đoạn tá tràng, nối kiểu Roux, 6,3% khâu chỗ vỡ kèm đắp patch, 6,3% phẫu thuật cắt khối tá tụy. 93,8% được giải áp tá tràng. 50% biến chứng sau mổ: sốc nhiễm trùng nhiễm độc 25%, nhiễm trùng vết mổ 18,8%, bục miệng nối 6,3%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $10 \pm 6,77$ ngày. Tỷ lệ tử vong là 31,3%. **Kết**

¹Bệnh viện 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

luận: Vỡ tá tràng là thương tổn nặng, thường trong bệnh cảnh đa chấn thương. Phẫu thuật tương đối phức tạp thay đổi theo mức độ thương tổn.

Từ khóa: Chấn thương vỡ tá tràng, điều trị phẫu thuật, kết quả sớm

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL INJURIES

Aims: To evaluate early results of surgical treatment of duodenal injuries. **Subjects and methods:** Retrospective review of patients with duodenal injuries operated at 115 People's Hospital between January 2019 and September 2023. **Results:** There were 16 patients including 13 males and 3 females with the mean age of 47 years (range 25 – 88 years). 11 lesions due to traffic accidents and 5 due to occupational accidents. Computed tomography detect Computed tomography helps detected duodenal wall hematoma (18,8%), duodenal rupture (6,3%), free abdominal air and retroperitoneal air (81,3%), and free fluid abdominal cavity and retroperitoneal fluid 81,3%. Duodenal lesions D1 12,5%, D2 62,5%, D3 12,5%, D4 6,3%, D3 and D4 had 1 case. Grade I injury (0%), grade II (75%), grade III (12,5%), grade IV (6,3%), grade V (6,3%). 68,8% duodenal rupture repaired, 12,5% duodenal resection with Roux-en-Y anastomosis, 6,3% repaired with serosal patch technique, 6,3% Whipple's procedure. 93,8% duodenal de-compression. 50% postoperative complications: toxic septic shock 25%, surgical wound infection 18,8%, anastomotic leak 6,3%. The average post-operative hospital stay was 10 ± 6.77 days. The mortality rate is 31.3%. **Conclusions:** Duodenal injuries are very serious, often in the setting of polytrauma. Relatively complex surgery varies with the level of duodenal damage. **Keywords:** Duodenal injuries, surgical treatment, early results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tá tràng là bệnh lý ít gặp trong chấn thương bụng kín, chiếm khoảng 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 cao [1,2,3]. Việc chẩn đoán và điều trị bệnh đặc biệt là khâu xử trí ban đầu còn gặp nhiều khó khăn. Tá tràng nằm sau phúc mạc, vắt ngang cột sống nên lực làm vỡ tá tràng phải rất lớn, vì vậy tổn thương tá tràng thường đi kèm với tổn thương các tạng khác trong ổ bụng. Chính triệu chứng của các tổn thương đi kèm tại bụng hoặc ngoài bụng làm che lấp triệu chứng của tổn thương tá tràng như viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng, chấn thương sọ não... ngay cả khi tổn thương tá tràng đơn độc có khi cũng phải mất nhiều thời gian để dịch tá tràng chảy vào ổ bụng gây viêm phúc mạc thì triệu chứng mới rõ ràng. Với những lý do trên khiến

cho tổn thương tá tràng thường chỉ được phát hiện trong lúc mổ, thậm chí có thể bỏ sót tổn thương trong mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân vỡ tá tràng do chấn thương được phẫu thuật tại khoa Ngoại Tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2018 đến tháng 09/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện: có 16 trường hợp được chọn.

- Các số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo phần mềm SPSS 20.

2.3. Văn đề y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhân dân 115 số 2195/QĐ-BVND115 ký ngày 29 tháng 09 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2018 đến 09/2023 tại Bệnh viện Nhân dân 115, chúng tôi có nghiên cứu 16 trường hợp chấn thương tá tràng.

Nhóm tuổi thường gặp nhất là 25-34 tuổi (37,5%). Tuổi trung bình 47,19 (27-67) tuổi, thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 88 tuổi.

Tỉ lệ nam/nữ là 13/3. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (68,8%), toàn bộ là do tai nạn xe máy (100%), tai nạn lao động (31,3%).

Về tình trạng lúc nhập viện, sốc (mạch >100, huyết áp tối đa <100) chiếm 12,5%, huyết động bình thường (mạch <100 và huyết áp tối đa >100) chiếm 25%.

Tất cả bệnh nhân đều có tình trạng cấp cứu bụng: cảm ứng phúc mạc (6,3%), co cứng thành bụng (25%) và phản ứng thành bụng (68,8%).

Chỉ có 6/16 trường hợp chẩn đoán được tổn thương tá tràng trước mổ, 10/16 trường hợp không chẩn đoán được tổn thương tá tràng trước mổ.

Bảng 1. Thời điểm phẫu thuật sau chấn thương

Giờ	n	%
<12 giờ	8	50
12 – 24 giờ	4	25
> 24 giờ	4	25

Thời điểm phẫu thuật sau chấn thương trung bình là 17,66 ± 17,96 giờ. Thời điểm phẫu thuật sớm nhất là 3 giờ, muộn nhất là 64 giờ. Thời điểm chấn thương đến lúc phẫu thuật đa số là < 12 giờ, chiếm 50%.

Bảng 2. Dấu hiệu trên CCLĐT

Hình ảnh	n	%
Khí sau phúc mạc	5	31,3
Khí tự do ổ bụng	8	50

Dịch sau phúc mạc	5	31,3
Dịch tự do ổ bụng	8	50
Tụ máu thành tá tràng	3	18,8
Vỡ tá tràng	1	6,3
Ổ áp xe trong ổ bụng	0	0

Bảng 3. Vị trí tổn thương tá tràng

Vị trí tổn thương tá tràng	n	%
D1	2	12,5
D2	10	62,5
D3	2	12,5
D4	1	6,3
D3 và D4	1	6,3

Bảng 4. Phân độ tổn thương theo AAST

Phân độ	n	%
I	0	0
II	12	75
III	2	12,5
IV	1	6,3
V	1	6,3

Có 2 trường hợp tổn thương tá tràng đơn độc, 14 trường hợp có tổn thương kèm theo.

Bảng 5. Tổn thương ổ bụng kèm theo

Tổn thương	n	%
Ruột non	1	6,3
Đại tràng	5	31,3
Gan	4	25
Dạ dày	2	12,5
Tụy	3	18,8
Thận	2	12,5
Túi mật	2	12,5
Tĩnh mạch thận	1	6,3
Cơ hoành	1	6,3

Bảng 6. Thời điểm nằm viện sau mổ

Số ngày	n	%
< 8 ngày	8	50
8 – 14 ngày	3	18,75
> 14 ngày	4	25

Thời gian nằm viện trung bình là $10,0 \pm 6,77$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất sau mổ là 28 ngày. Đa số bệnh nhân sau mổ nằm viện < 8 ngày, chiếm 50%.

Bảng 7. Phương pháp phẫu thuật kèm phương pháp giải áp

		Phương pháp giải áp			Tổng
		Không	PP 2 ống	PP 3 ống	
Phương pháp phẫu thuật	Khâu chỗ vỡ tá tràng	0	3	8	11
	Cắt đoạn tá tràng, nối Roux	0	0	2	2
	Khâu chỗ vỡ, patch Roux	0	0	2	2
	Whipple	1	0	0	1
Tổng		1	3	12	16

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu được 16 bệnh nhân, có 6 trường hợp chẩn đoán được tổn thương tá tràng trước mổ (37,5%). Theo Nguyễn Văn Hương [3], 22 trường hợp chấn thương tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An thì chỉ có 22,7% chẩn đoán được trước mổ. Theo Nguyễn Tấn Cường [2] chia sẻ kinh nghiệm 35 năm điều trị vỡ tá tràng tại Bệnh viện Chờ Rầy, chẩn đoán được vỡ tá tràng trước mổ như sau năm 1992 là 0%, năm 2006 là 10,3%, năm 2014 là 21,6%, tác giả cho rằng khi số lượng bệnh nhân ngày càng tăng, bác sĩ càng tích lũy được nhiều kinh nghiệm, cộng thêm với việc sử dụng siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ngày càng phổ biến thì tỉ lệ chẩn đoán chính xác vỡ tá tràng ngày càng tăng. Bí quyết để chẩn đoán là phải biết nghi ngờ, có nghi ngờ mới có thể chú ý đến các triệu chứng dù là nhỏ nhất.

Tổn thương chỉ D2 tá tràng hay gặp nhất, chiếm 62,5%. Tổn thương chỉ D4 tá tràng ít gặp nhất, chiếm 6,3%. Tổn thương chỉ D1 cũng ít gặp, chiếm 12,5%. Chỉ có 1 trường hợp có tổn thương D3 và D4 chiếm 6,3%. Theo Nguyễn Tấn Cường [2], vị trí tổn thương thường gặp là D2 (71,7%), kế đến là D3 (30,6%), vị trí D1 (20,1%) và ít bị tổn thương nhất là D4 (8,5%). Vỡ tá tràng dưới Oddi có tỉ lệ biến chứng là 47,3%, vỡ tá tràng trên Oddi tỉ lệ biến chứng chỉ 31,1%. Theo Adkins [4] với 44 trường hợp chấn thương tá tràng thì tổn thương các đoạn D1, D2, D3, D4 lần lượt gặp với tỉ lệ là 22,7%, 36,4%, 29,5%, 11,4%. Như vậy vị trí D4 vẫn ít gặp nhất.

Theo Rathore [5], tổn thương tá tràng mức độ nhẹ (độ I, độ II) chiếm 44,3%, mức độ nặng (độ III, IV, V) chiếm 55,7%. Tổn thương tá tràng độ III hay gặp nhất, chiếm 33,3%. Theo Nguyễn Tấn Cường [2] với 195 trường hợp chấn thương tá tràng tại Bệnh viện Chờ Rầy thì tổn thương độ I,II,III,IV,V gặp tỉ lệ tương ứng như sau: 1,0%, 48,7%, 41,0%, 8,2%, 1,0%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cũng tương tự, tổn thương độ I, II, III, IV, V gặp tỉ lệ tương ứng là 0%, 75%, 12,5%, 6,3%, 6,3%. Có 2 trường hợp ghi nhận chỉ tổn thương tá tràng đơn độc, chiếm 12,5%. Tổn thương đại tràng kèm theo hay gặp nhất, chiếm 31,3%. Tổn thương dạ dày, túi mật, thận kèm theo cũng hay gặp với tỉ lệ bằng nhau là 12,5%. Theo Trịnh Văn Tuấn [6] với 74 trường hợp chấn thương tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thì chấn thương tá tràng gặp tổn thương kết hợp trong ổ bụng là gan hay gặp nhất, chiếm 18,9%, tổn thương đại tràng kèm theo hay gặp thứ 2, chiếm 14,9%, cũng không gặp tổn thương lách kết hợp. Tác giả

Nguyễn Tấn Cường [2] tổng kết được tổn thương tá tràng đơn thuần chiếm 49,7%, tổn thương khác kết hợp trong ổ bụng là 50,3%, trong đó thì gan là tạng tổn thương hay gặp nhất, chiếm 16,4%, đại tràng là tạng thứ hai hay gặp tổn thương kèm theo tá tràng, chiếm 11,8%, thứ ba là tụy, gặp ở 9,7%. Tác giả còn cho biết 49,6% vỡ tá tràng có kèm theo vỡ các tạng khác trong ổ bụng. Càng có nhiều tổn thương kèm theo thì biến chứng càng tăng. Trong các tổn thương nội tạng bụng kèm theo, chỉ thấy tổn thương gan, tụy dạ dày, đại tràng và ống mật chủ làm tăng tỉ lệ biến chứng một cách có ý nghĩa.

Chúng tôi phẫu thuật 16 trường hợp vỡ tá tràng, với 4 phương pháp được áp dụng tương ứng với mức độ tổn thương tá tràng. Chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương tá tràng độ I. Đối với tổn thương tá tràng nhẹ (độ I, II), 9 trường hợp được khâu lỗ vỡ tá tràng kèm giải áp khung tá tràng, 1 ca đoạn đoạn tá tràng, dạ dày kiểu túi cùng hóa tá tràng, 2 trường hợp khâu lại chỗ vỡ, lấy đoạn hồng tràng khâu đắp che phủ chỗ vỡ đã khâu (đắp patch). Đối với tổn thương nặng, chúng tôi có 2 trường hợp độ III được khâu lỗ thủng và giải áp khung tá tràng, 1 trường hợp độ IV được cắt đoạn dạ dày, cắt tá tràng, nối vị tràng kiểu Roux-en-Y, 1 trường hợp độ V được phẫu thuật cắt khối tá tụy (Whipple). Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Cường [2] so sánh kết quả của từng phương pháp dẫn lưu tá tràng như ống thông mũi dạ dày (ống Levin), nối vị tràng đơn thuần, ống thông trực tiếp đặt vào chỗ tá tràng, dẫn lưu tá tràng với 3 ống, triệt môn vị. Các phương pháp phẫu thuật cũng được phân tích như khâu đơn giản, cắt tá tràng, nối tá – hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y, túi thừa hóa tá tràng, cắt khối tá tụy. Tác giả cho rằng các tổn thương độ I-II có thể khâu chỉ cần khâu đơn giản và dẫn lưu giải áp tá tràng bằng ống thông mũi – dạ dày là đủ. Các tổn thương từ độ III trở lên thì phương pháp khâu đơn giản không an toàn, tỉ lệ bục, rò tăng lên 80%. Tử vong cao nếu áp dụng khâu đơn giản cho tổn thương tá tràng nặng. Phẫu thuật triệt để phức tạp được tiến hành ở những bệnh nhân tổn thương tá tràng nặng không làm tăng biến chứng và tử vong. Khi tổn thương độ IV là vỡ trên 75% khẩu kính tá tràng hoặc có tổn thương đoạn cuối OMC, thì việc khâu lại đơn thuần sẽ làm căng đường khâu và hẹp lòng tá tràng nên khả năng bục rò rất dễ dàng xảy ra. Velmahos [7] cho thấy các trường hợp độ I, II 87% được xử trí theo phương pháp phẫu thuật đơn giản,

trong khi các tổn thương độ III, IV có tới 69% cần phải phẫu thuật phức tạp. So sánh tỉ lệ biến chứng giữa hai nhóm phẫu thuật, tác giả cũng cho thấy các tổn thương độ III, IV nếu chỉ sử dụng những phẫu thuật đơn giản thì tỉ lệ bục rò cao hơn. Kline cũng khuyên nên làm phẫu thuật phức tạp cho những tổn thương độ IV.

Phẫu thuật Whipple (cắt khối tá tụy) chỉ nên dành cho tổn thương độ V, khi tổn thương tá tràng và tụy lan rộng, hoặc khi có tổn thương mạch máu khiến hoại tử tá tràng.

Biến chứng và tử vong của cắt khối tá tụy cao khi áp dụng cho bệnh nhân nặng, đa thương, do đó nên cân nhắc áp dụng các xử trí khác như: cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng, cắt tá tràng bảo tồn tụy, hoặc tiến hành xử trí nhiều thì.

Về các phương pháp giải áp tá tràng, chúng tôi áp dụng phương pháp 2 ống (1 ống dẫn lưu dạ dày, 1 mở hồng tràng nuôi ăn) cho 3 trường hợp, áp dụng phương pháp 3 ống (1 ống dẫn lưu mật, 1 ống dẫn lưu khung tá tràng, 1 mở hồng tràng nuôi ăn) cho 12 trường hợp còn lại. Một trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật Whipple nên không có giải áp tá tràng. Tác giả Nguyễn Tấn Cường [2] cho biết phương pháp đặt ống T dẫn lưu trực tiếp vào chỗ khâu tá tràng có biến chứng nhiều nhất (75%), cho dù mức độ tổn thương nặng hay nhẹ, Phương pháp khâu chỗ vỡ và nối vị tràng có tỉ lệ bục và rò khá cao (33,3%). Trong các phương pháp khâu và giải áp thì mở thông dạ dày hay hồng tràng ra da (1 đến 3 ống theo phương pháp Stone hay Fabian) cho kết quả tốt nhất (tỉ lệ bục và rò thấp). Khâu kèm theo mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng ra da hoặc cả hai có tỉ lệ bục rò 26%. Nên loại bỏ hẳn cách dẫn lưu ống T qua chỗ khâu tá tràng vì biến chứng quá cao, nhất là nếu tổn thương nằm ở đoạn thấp (tá tràng D2 dưới Oddi và tá tràng D3).

Phương pháp giải áp bằng cách đặt ống thông mũi dạ dày có những nhược điểm như: khẩu kính ống thông nhỏ nên dễ bị bít nghẹt, đường đi từ tá tràng lên đến mũi qua xa, nên khả năng thoát dịch kém. Ống thông mũi dạ dày được lưu lại ít nhất 5 – 7 ngày sau mổ cản trở khí đạo và làm ứ đọng đàm dãi tạo cho bệnh nhân cảm giác khó chịu. Hơn nữa, ống thông này được cố định không vững chắc nên dễ bị tụt ra ngoài. Chỉ cần đầu dưới của ống thông tụt lên khỏi môn vị là không có tác dụng giải áp cho tá tràng. Ống thông mũi dạ dày chỉ nên xem như là một phương tiện hỗ trợ cho các phương pháp giải áp khác, chứ không là phương pháp chủ lực trong việc giải áp cho khung tá tràng. Phẫu thuật nối vị tràng nhằm mục đích thoát lưu dịch dạ dày giảm

áp cho tá tràng. Tuy nhiên, trong những ngày đầu sau mổ tá tràng liệt nhu động, không đẩy nổi lượng dịch trong lòng tá tràng qua miệng nổi vị tràng. Một lượng lớn dịch mật, dịch tụy và một phần của dịch vị đi qua môn vị còn đọng lại ở tá tràng. Khi nổi vị tràng để quai tới quá dài (như khi nổi trước đại tràng ngang) làm cho tình trạng ứ đọng ở tá tràng càng nhiều, áp lực càng cao.

Phương pháp giải áp bằng mở thông dạ dày hoặc hồng tràng 1 – 3 ống có ưu điểm hơn so với đặt ống thông mũi dạ dày hay nổi vị tràng là: thứ nhất, ống dẫn lưu có đường kính lớn hơn (thường dùng ống Pezzer hoặc ống Malecot), đường đi từ tá tràng ra da ngắn hơn nên tháo lưu dễ hơn. Nếu chúng ta sử dụng 3 ống: 1 ống từ chỗ mổ thông dạ dày đi xuống, 1 ống từ chỗ mở thông hồng tràng đi lên và một ống mở hồng tràng đi xuống để nuôi ăn thì hiệu quả giảm áp rất tốt, bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa qua ống mổ hồng tràng nuôi ăn nên thuận lợi cho quá trình lành vết thương. Thứ hai, các ống dẫn lưu được cố định vững chắc vào thành bụng bằng chỉ khâu nên không sợ bị tụt ra và có thể cho hút liên tục. Thứ ba, các ống dẫn lưu này ít gây khó chịu cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến đường hô hấp và sự ăn uống nên bệnh nhân dễ chấp hơn. Biến chứng sau mổ chiếm 50%. Trong đó biến chứng hay gặp nhất là sốc nhiễm trùng nhiễm độc (25%), sau đó là nhiễm trùng vết mổ (18,8%), không có biến chứng 50%. Chúng tôi có 1 trường hợp bục miệng nổi vào ngày thứ 8 sau đó được mổ lại. Nguyễn Tấn Cường [2] với kinh nghiệm điều trị vỡ tá tràng tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỉ lệ biến chứng là 40,7%, trong đó 35,4% bục, rò. Theo tác giả Rathore [7] nghiên cứu 23 trường hợp chấn thương tá tràng năm 2007 thì thấy tỉ lệ biến chứng là 21,7%. Trong đó thì rò tá tràng chiếm 4,4%, áp xe tồn dư trong ổ bụng chiếm 8,8%, sốc nhiễm trùng nhiễm độc gặp 8,8%, bục vết mổ 8,8%. So với các tác giả nước ngoài, tỉ lệ biến chứng của các nghiên cứu trong nước cao hơn, điều này có thể do các nghiên cứu nước ngoài thường chỉ tập trung ghi nhận các biến chứng như: bục, rò tá tràng và áp xe tồn lưu. Từ đó cho thấy trong thời gian gần đây, mặc dù phương pháp xử trí và kinh nghiệm của phẫu thuật viên ngày càng tiến bộ, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng chưa được cải thiện (tỉ lệ bục, rò có giảm nhưng không nhiều).

Chúng tôi có 5 bệnh nhân tử vong chiếm tỉ lệ 31,3%. Theo Nguyễn Tấn Cường [2] tỉ lệ tử vong chiếm 14,3%, liên quan đến sốc khi vào viện và phẫu thuật cắt khối tá tụy, sốc nhiễm

trùng nhiễm độc. Theo Gao [8] tỉ lệ tử vong là 18,3%, trong đó thì đa số là tử vong do chảy máu không cầm được từ tổn thương gan nặng, hoặc tổn thương mạch máu (73%), chỉ 1% tử vong do nguyên nhân chỉ tại tá tràng (bục vết khâu tá tràng và sốc nhiễm trùng sau đó).

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tá tràng nên được nghi ngờ đến ở bệnh nhân chấn thương bụng kín với biểu hiện đau bụng thượng vị, nôn ói và khuyến cáo cần chụp cắt lớp vi tính. Trước một trường hợp vỡ tá tràng phức tạp đòi hỏi xác định những yếu tố như: mức độ tổn thương, tổn thương mật tụy đi kèm và các tổn thương khác trong ổ bụng.

Đối với những trường hợp chấn thương chỉ gây tụ máu dưới thanh mạc, tụ máu dưới niêm mạc hoặc rách thanh mạc, chưa gây thủng thì xử trí chỉ cần khâu thanh mạc bị rách hoặc lấy bỏ máu tụy nhưng không được làm thủng tá tràng. Khâu lỗ vỡ tá tràng < 1/2 đường kính kèm mở thông giảm áp bằng phương pháp 3 ống. Lỗ vỡ tá tràng > 1/2 đường kính thì khâu hoặc cắt đoạn, kèm đắp quai hồng tràng (patch) kiểu Roux-en-Y che chỗ khâu tá tràng. Vỡ nát khung tá tràng thì cắt khối tá tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thành Công, Đỗ Văn Sơn, Trần Hồng Vũ,** (2002). "Nhân 126 trường hợp tổn thương tạng rỗng dạ chấn thương và vết thương thấu bụng". Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học Hội Ngoại khoa Việt Nam, số tháng 05/2002, 94-99.
2. **Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Bá Nhuận, Võ Tân Long,** (2007). "Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 trường hợp chấn thương và vết thương tá tràng trong 27 năm tại Bệnh viện Chợ Rẫy". Y học TP. Hồ Chí Minh 8, 82-96.
3. **Nguyễn Văn Hương,** (2014). "Một số nhận xét về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu vỡ tá tràng do chấn thương bụng". Tạp chí Y học Thực hành 916, 11-15.
4. Adkins R.B., Jr., Keyser J.E., (1985). "Recent experiences with duodenal trauma". Am Surg 51, 121-131.
5. **Rathore M.A., Andrabi S.I., Najfi S.M. et al.,** (2007). "Injuries to the duodenum-- prognosis correlates with body Injury Severity Score: a prospective study". Int J Surg 5, 388-393.
6. **Trịnh Văn Tuấn,** (2008). "Nghiên cứu đánh giá tổn thương giải phẫu, các chỉ định và kỹ thuật xử trí chấn thương tá tụy". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Velmahos C.,** (2013). "Duodenum", Penetrating Trauma. (Springer, pp. 325- 333.)
8. **Gao J., Li H., Yang J. et al.,** (2023). "Surgical management of duodenal injury: experience from 92 cases". European Journal of Trauma and Emergency Surgery 49, 1367-1374.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG Ở TRẺ SƠ SINH SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TẠI KHOA NHI - SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Thạch Thị Ngọc Yến¹, Nguyễn Minh Phương², Trần Khánh Nga², Võ Thị Khánh Nguyệt², Nguyễn Trung Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non luôn phải đối mặt với rất nhiều yếu tố nguy cơ và biến chứng nặng, là nguyên nhân tử vong hàng thứ 2 ở trẻ em dưới 5 tuổi và là nguyên nhân trực tiếp quan trọng nhất gây tử vong trong tháng đầu sau sinh. **Mục tiêu:** 1) Xác định tỉ lệ các biến chứng liên quan đến trẻ sinh non ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần. 2) Khảo sát các can thiệp điều trị ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần. 3) Xác định tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 140 trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 02/2023 đến 03/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Giới tính nam chiếm 57,9%, tuổi thai trung bình $29,95 \pm 1,96$ tuần, cân nặng trung bình 1275 ± 358 g. Tỷ lệ các biến chứng liên quan đến sinh non: bệnh màng trong (93,6%), cơn ngưng thở (98,6%), viêm phổi bệnh viện (42,9%), nhiễm trùng sơ sinh sớm (28,6%), nhiễm trùng huyết muện (27,1%), PDA cần can thiệp điều trị bằng thuốc (23,6%), viêm ruột hoại tử từ độ II (20,0%), loạn sản phế quản phổi (17,1%), hạ đường huyết (15,0%), xuất huyết não (13,6%) và 7,1% ROP có chỉ định điều trị, 5,0% có xuất huyết phổi và có 2,1% tràn khí màng phổi. Tỷ lệ các can thiệp điều trị: Có 99,3% trẻ cần can thiệp hồi sức sau sinh, trong đó 90% can thiệp hồi sức bằng NCPAP, 94,3% cần điều trị bằng NCPAP và 21,4% thở máy trong thời gian điều trị, 35,7% bơm surfactant, 95,8% cần dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, 40% cần truyền hồng cầu lắng. Tỷ lệ thành công 87,2%, tử vong 7,1%, tỷ lệ tử vong của các nhóm tuổi thai sinh non < 26 tuần, 26 -< 28 tuần, 28 -< 30 tuần và 30 -< 32 tuần lần lượt là 55,6%, 0%, 5,0% và 4,3%. Tuổi sống thành công tuổi thai thấp nhất là 24,6 tuần, CNLS 680g. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong của trẻ: tuổi thai < 28 tuần OR = 4,08, KTC 95% = 1,09-15,25, p=0,041, CNLS < 1000g OR = 6,82, KTC 95% = 1,77-26,21, p=0,006, bệnh màng trong độ 3-4 OR = 4,78, KTC 95% = 1,17-19,48, p=0,034, nhiễm trùng huyết muện OR = 31,67, KTC 95% = 3,84-261,13, p<0,001, xuất huyết phổi OR = 60, KTC 95% = 9,27-388,51, p=0,001, viêm ruột hoại tử OR = 6,18, KTC 95% = 1,62-23,62, p=0,012 và xuất huyết não OR = 11,2, KTC 95% = 2,77-45,34, p=0,002. **Kết luận:** Tỷ lệ

sinh non nhập viện với chẩn đoán bệnh màng trong cao. Tỷ lệ các biến chứng liên quan đến sinh non như bệnh màng trong, viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng huyết cao. Tỷ lệ tử vong ở nhóm < 26 tuần còn cao. Yếu tố liên quan tử vong chủ yếu là tuổi thai < 28 tuần, CNLS < 1000g, bệnh màng trong độ 3-4, nhiễm trùng huyết muện, xuất huyết phổi, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não. **Từ khóa:** sinh non, sinh non và biến chứng, tử vong sinh non.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS AND FACTORS RELATED TO DEATH IN PREMATURE INFANTS UNDER 32 WEEKS AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC AND NONATONACIES OF CAN THO CITY OBSTRUCTIONS HOSPITAL IN 2023-2024

Background: Premature birth is consistently confronted with numerous risk factors and severe complications, ranking as the second leading cause of death in children under 5 years old and the foremost direct cause of mortality in the first month after birth. **Objectives:** 1) To determine the rate of complications associated with preterm birth in infants born at less than 32 weeks gestational age. 2) To survey the treatment interventions in infants born preterm at less than 32 weeks gestational age. 3) Determine the mortality rate and some factors related to death in premature infants born under 32 weeks. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 140 preterm infants born at less than 32 weeks gestational age at Can Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital from February 2023 to March 2024. **Results:** The rate of male was 57,9%, the average gestational age was $29,95 \pm 1,96$ weeks and the infant birth weight was 1275 ± 358 gram. The incidence of complications related to preterm infants: respiratory distress syndrome (93,6%), cơn ngưng thở (98,6%), late-onset pneumonia (42,9%), early neonatal infection (28,6%), late-onset sepsis (27,1%), PDA requires pharmacological intervention (23,6%), necrotising enterocolitis (20,0%), chronic lung disease (17,1%), hypoglycemia (15,0%), intraventricular haemorrhage (13,6%) and 7,1% ROP has treatment indications, 5,0% pulmonary hemorrhage and 2,1% pneumothorax. Treatment interventions: 99.3% of infants required postnatal resuscitation, with 90% receiving NCPAP resuscitation, 94.3% requiring NCPAP treatment, and 21.4% requiring mechanical ventilation during treatment, 35.7% received surfactant, 95.8% required total parenteral nutrition, and 40% required packed red blood cell transfusion, 95.8% required total parenteral nutrition, and 40% required packed red blood cell transfusion. The success rate 87.2%,

¹Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương,

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024