

Điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức (2006-2008)

Non operative management of blunt hepatic trauma in Viet-Duc hospital (2006 – 2008)

NGUYỄN NGỌC HÙNG, LÊ NHẬT HUY, TRẦN BÌNH GIANG

Bệnh Viện Việt Đức

Summary

Objective: we evaluated the indications and efficacy of non operative management for patients with blunt hepatic injury. **Patients and methods:** from 1/2006 to 12/2008, of the 287 blunt hepatic trauma patients underwent nonoperative management at Viet Duc hospital, 228 patients with haemodynamic stable or restabilised after resuscitation, without combination injuries required laparotomy. **Result:** the successful rate of the procedure is 93.9%, the good rate is 93%, the complication rate is 7%, the laparotomy conversion is 6,5% but there are only 3,5% related hepatic injury, one case missed bowel injury (0.4%), so the successful rate is 95,6% if including only blunt hepatic trauma. **Conclusion:** non operative management of blunt hepatic injury is safe and effective technique applicable to hemodynamically stable patients who lack other indications for laparotomy and who can be adequately monitored.

Tóm tắt

Mục đích: nghiên cứu chỉ định điều trị không mổ chấn thương gan và kết quả bước đầu của phương pháp này tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2006 - 2008. Bệnh nhân và phương pháp: từ tháng 1 năm 2006 đến hết 12 năm 2008, 287 bệnh nhân chấn thương gan được điều trị tại bệnh viện Việt Đức, trong đó 228 (79,4%) có huyết động khi vào ổn định hoặc ổn định trở lại sau hồi sức ban đầu, loại trừ tổn thương tạng phối hợp phải mổ được chỉ định điều trị bảo tồn không mổ. **Kết quả:** tỷ lệ bảo tồn không mổ thành công 93,9%, kết quả tốt 93%, biến chứng 7%, tỷ lệ phải chuyển mổ là 6,5% nhưng chỉ có 3,5% liên quan đến chấn thương gan, 1 trường hợp sót tổn thương tạng rỗng chiếm 0,4%; nếu loại trừ các nguyên nhân ngoài gan thì tỷ lệ thành công là 95,6%. **Kết luận:** với điều kiện theo dõi sát tại bệnh viện Việt Đức, điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan là phương pháp an toàn, hiệu quả với những bệnh nhân có huyết động ổn định và không có chỉ định mổ bụng khác

Đặt vấn đề

Gan là tạng đặc lớn nhất cơ thể rất dễ bị tổn thương trong chấn thương bụng kín. Cho tới đầu những năm 90, chấn thương gan vẫn được quan niệm là một võ tạng đặc cần mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, vì vậy nhiều tổn thương đã tự cầm máu nhưng vẫn được can thiệp ngoại khoa. Gần đây, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hiện đại cũng như sự tiến bộ về hồi sức và điều trị, vấn đề bảo tồn không mổ trong chấn thương gan, kể cả những chấn thương lớn, đã được đặt ra và được nghiên cứu áp dụng tại nhiều trung tâm trên thế giới mang lại nhiều lợi ích lớn cho người bệnh và xã hội. Đề tài này được thực hiện nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu chỉ định điều trị chấn thương gan trong chấn thương bụng kín
2. Bước đầu đánh giá kết quả của phương pháp điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 287 trường hợp tổn thương gan kín được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ 1/1/2006 đến 31/12/2008.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nhóm điều trị không mổ

Xác định có chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính, phân loại mức độ tổn thương theo AAST 1994

Huyết động khi vào ổn định hoặc ổn định trở lại sau khi bù máu, dịch

Loại trừ tổn thương nội tạng phối hợp phải mổ

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đã được mổ ở cơ sở y tế khác trước khi chuyển đến.

Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tại gan như: u, áp xe, xơ gan, phẫu thuật gan.

Bệnh nhân đang dùng chống đông, bệnh toàn thân nặng phối hợp

Bệnh nhân có: suy tim, suy thận nặng; bệnh hệ thống...

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu theo phương pháp mô tả các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chấn thương gan kín tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2006 đến 12/2008.

Kết quả nghiên cứu

287 bệnh nhân: Giới: Nam: 214 (74,6%), nữ: 73 (25,4%)

Tuổi trung bình: 30 ± 13 nhỏ nhất 3 tuổi, lớn nhất 69 tuổi

Bảng 1: Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	n	%
Tai nạn giao thông	218	75.7
Tai nạn lao động	38	13.2
Tai nạn sinh hoạt	31	11.1
Tổng số	287	100

Bảng 2: Chỉ định điều trị

Điều trị	N	%
Chỉ định bảo tồn không mổ	228	79,4
Không mổ	214 (93,9%)	
Mổ sau theo dõi (TD)	14 (6,1%)	
Mổ cấp cứu	59	20,6
Do chấn thương gan	21 (35,6%)	
Do chấn thương tạng khác	38 (64,4%)	
Tổng	287	100

Bảng 3: Tình trạng huyết áp khi vào viện

Huyết áp tối đa	Chỉ định bảo tồn không mổ			Mổ	Tổng
	Không mổ	Mổ sau theo dõi	Tổng		
Không đo được	0	0	0	0	0
<70 mm Hg	1	0	1 (0,4%)	6 (10,2%)	7 (2,4%)
70-90 mm Hg	18	5	23 (10,1%)	23 (38,9%)	46 (16%)
>90 mmHg	195	9	204 (89,5%)	30 (50,9%)	234 (81,6%)
Tổng	214	14		59	287

So sánh giữa chỉ định mổ hay không mổ ở 2 nhóm: huyết áp tối đa lớn hơn 90 mmHg và huyết áp tối đa nhỏ hơn 90 mmHg có thể khẳng định ở nhóm huyết áp trên 90 mmHg tỉ lệ không mổ cao hơn nhóm huyết áp tối đa dưới 90 mmHg (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

Bảng 4: Tình trạng bụng khi vào viện

Bụng		Không mổ	Mổ sau TD	Mổ
Chướng	Không	89	2	3
	Chướng nhẹ	105	7	14
	Chướng vừa	17	4	23
	Chướng căng	3	1	19
Tổn thương thành bụng	Sây sát DSP	33	6	10
	Sây sát ngoài DSP	4	0	7

Bụng		Không mổ	Mổ sau TD	Mổ
Đau	Không đau	54	3	
	Đau DSP	150	7	7
	Đau ngoài DSP	10	4	25
Dấu hiệu thành bụng	Mềm	176	8	0
	Phản ứng DSP	35	4	15
	Có cứng DSP	1	0	4
	Phản ứng ngoài DSP	1	1	16
	Có cứng ngoài DSP	0	0	12
	Cảm ứng PM	1	1	2
	Khó đánh giá	0	0	10

Nhóm không đau, hoặc đau khu trú DSP có tỷ lệ ĐT bảo tồn và bảo tồn thành công 82.25 % cao hơn so với nhóm đau khắp bụng hoặc đau ngoài DSP (25.64%)

Tương tự với nhóm bụng không chướng hoặc chướng nhẹ tỷ lệ bảo tồn thành công 90% với

bụng chướng nhiều chỉ 29,8%

Tương tự với nhóm bụng mềm hoặc phản ứng khu trú DSP 81.27% và nhóm có dấu hiệu thành bụng khắp bụng hoặc ngoài DSP hoặc khó đánh giá là 52.9%

Bảng 5: Phân độ tổn thương theo AAST trên phim CT

Độ tổn thương	Chỉ định bảo tồn không mổ			Mổ cấp cứu	Tổng
	Không mổ	Mổ sau TD	Tổng		
I	2	0	2	1	3
II	68	3	71	6	77
III	101	7	108	8	116
IV	41	4	55	6	51
V	2	0	2	3	5
VI	0	0	0	0	0
Không chụp	0	0	0	35	35
Tổng	214	14		59	287

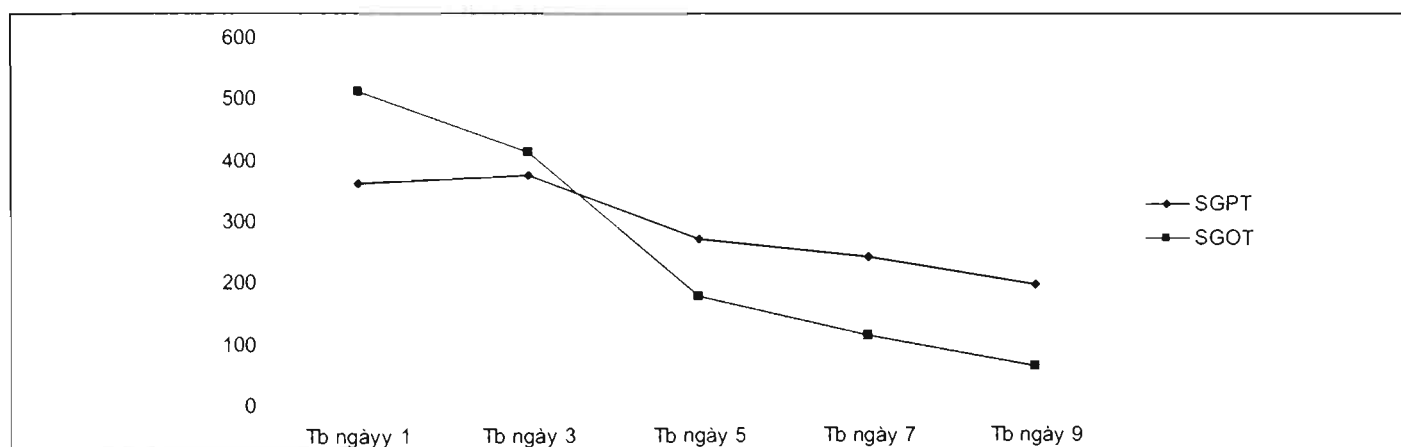
Bảng 6: Xét nghiệm công thức máu

Mức độ mất máu	Chỉ định bảo tồn không mổ			Mổ	Tổng
	Không mổ	Mổ sau TD	Tổng		
Không	124	6	130 (57%)	13 (22%)	143
Nhẹ	53	3	56 (24,6%)	15 (25,4%)	71
Trung bình	32	5	37 (16,2%)	19 (32,2%)	56
Nặng	5	0	5 (2,2%)	12 (20,4%)	17
Tổng	214	14		59	287

Nhóm không mổ: 81,6% không hoặc thiếu máu nhẹ

Trong nhóm mổ: chỉ 20,4% có thiếu máu rõ

So sánh chỉ định mổ hay không mổ giữa 2 nhóm thiếu máu nhẹ và thiếu máu rõ ngay khi vào viện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

**Biểu đồ 1: Diễn biến nồng độ men gan trong quá trình điều trị****Bảng 7: Kết quả điều trị không mổ**

Kết quả	N = 228			%
Tốt	212			93
Biến chứng	Không mổ (2)	Tràn mật – máu: 1 (CPRE - SE)		0,9
		Thoát thuốc cản quang: 1 (TAE)		
	Mổ (14)	Do CT gan (8)	Tổn thương đường mật: 3	3,5
			Chảy máu tiếp diễn: 4	
		Không do CT gan (6)	TALOB: 1	2,6
			Ruột non: 1	
			Thận: 1	
			Mổ thăm dò: 4 (TMSPM:1, CT gan đơn thuần:3)	

CPRE: chụp mật tụy ngược dòng, SI: cắt cơ thắt, TAE: nút mạch qua can thiệp nội mạch, TALOB: tăng áp lực ổ bụng, TMSPM: tụ máu sau phúc mạc

Bàn luận

1.Về dịch tễ: Nghiên cứu của chúng tôi với 287 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 30 ± 13 (3 – 69 tuổi). Theo Sherman [7], bệnh nhân chấn thương gan có độ tuổi từ 14 đến 71, tuổi trung bình $42,7 \pm 17,5$. Như vậy, chấn thương gan có thể gặp ở nhiều lứa tuổi cả người già và trẻ em, nhưng hay gặp nhất là tuổi thanh niên và người trưởng thành.

Về nguyên nhân chấn thương: tai nạn giao thông 125 trường hợp (75,7%) là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương gan.

2.Về mặt điều trị: Trước đây, đối với chấn thương gan, chỉ có một phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật. Các nhà phẫu thuật nhi là những người đầu tiên chứng minh rằng gan không những có khả năng tự cầm máu mà còn có khả năng tự lành khi bị chấn thương. Richie (1972) [6] đã thông báo 4 trường hợp bệnh nhi điều trị bảo tồn không mổ lần đầu tiên. Các nghiên cứu gần đây cho thấy 71% – 89% bệnh nhân chấn thương gan có chỉ định điều trị bảo tồn không mổ với tỷ lệ thành công 92,4%. Nghiên cứu của GC. Velhamos [8] với 55 trường hợp điều trị bảo tồn, tỷ lệ thành công là 85% nhưng nếu loại trừ các nguyên nhân ngoài gan thì tỷ lệ thành công là 100%. Almuhim [2] thống kê 63 bệnh nhân điều trị bảo tồn có tỷ lệ thành công 82,5% chuyển mổ 17,5%. Theo Trần Bình Giang [1] (bệnh viện Việt Đức, 2004-2005) tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ là 55,6%, trong đó tỷ lệ thành công là 94,9%, biến chứng 1,3%, chuyển mổ 3,8% vì những nguyên nhân không liên quan đến chấn thương gan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 228 BN (79,4%) được chỉ định không mổ thì có 204 BN(71,0%) có huyết áp khi vào ổn định ($>90\text{mmHg}$), cũng như các nghiên cứu khác, yếu

tố quan trọng trước tiên để quyết định thái độ điều trị tình là trạng huyết động. Những trường hợp vào viện trong tình trạng shock có tỷ lệ mổ rất cao, trong nghiên cứu của chúng tôi có 59 bệnh nhân mổ thì có 29(49%) bệnh huyết áp khi vào $<90\text{mmHg}$, nghiên cứu của John M [5] có 32% bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp tối đa dưới 90mmHg , những bệnh nhân trong nhóm này có tỷ lệ mổ cấp cứu ngay và tỷ lệ chết cao gấp đôi nhóm khác. Theo Beckingham [3] nếu sau khi truyền dịch mà bệnh nhân ổn định thì có thể theo dõi sát, làm các biện pháp chẩn đoán rồi quyết định. Nếu như truyền 2 lít dịch và 2 đơn vị máu mà huyết động vẫn không ổn định thì chứng tỏ máu vẫn đang chảy và cần phải mổ cấp cứu không trì hoãn.

Để quyết định bảo tồn không mổ, phải loại trừ được các tổn thương phối hợp trong ổ bụng nhất là tổn thương thủng tạng rỗng là một chỉ định mổ cấp cứu tuyệt đối. Trong nghiên cứu này, ở nhóm điều trị không mổ thành công, có tới 82,2% bụng mềm, còn lại có dấu hiệu thành bụng nhưng chỉ khu trú ở dưới sườn phải, 1 trường hợp có phản ứng thành bụng ở dưới sườn trái nhưng do có tổn thương thùy gan trái, thận trái. Ngược lại, trong nhóm bệnh nhân phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có tới 50,9% có dấu hiệu thành bụng ngoài dưới sườn phải hoặc khắp bụng. Tương tự với triệu chứng bụng chướng và đau, trong nhóm không mổ thành công, có 90,7% bụng không chướng hoặc chướng nhẹ; 95,3% không đau hoặc chỉ đau khu trú dưới sườn phải, trong nhóm phẫu thuật, có tới 71,2% trường hợp bụng chướng vừa hoặc chướng căng, 54,2% trường hợp đau ngoài vùng gan hoặc đau khắp bụng. Chúng tôi nhận thấy, việc loại trừ tổn thương tạng rỗng chủ yếu dựa vào lâm sàng, dấu hiệu khí tự do trong ổ bụng trên phim chụp không chuẩn bị hay trên phim chụp cắt lớp nếu không có cũng không thể loại trừ được tổn thương tạng rỗng, trong số 11 trường hợp mổ có vỡ tạng rỗng của chúng tôi, có 4 trường hợp không có khí tự do trong ổ bụng trên 7 trường hợp được chụp cắt lớp.

Việc chẩn đoán tổn thương gan đòi hỏi phải chính xác về mức độ và vị trí để đưa ra quyết định bảo tồn, vai trò của chụp cắt lớp vi tính là đặc biệt quan trọng. Ban đầu, bảo tồn không mổ chỉ được áp dụng với những tổn thương nhẹ độ I, II, tuy nhiên cho đến nay, sau nhiều nghiên cứu chúng tôi thống nhất với đa số các tác giả chỉ định không mổ có thể mở rộng tới độ IV. V nếu đáp ứng được các điều kiện về huyết động và tình trạng bụng, tuy nhiên cần theo dõi sát vì nguy cơ biến chứng và phải phẫu thuật cấp cứu của nhóm này cao. Thực tế nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tổn thương độ III gặp nhiều nhất, trong nhóm không mổ chiếm 47,2%, trong nhóm mổ cấp cứu vì chấn thương gan có tới 18/20 (90%) trường hợp là tổn thương độ IV - V; trong 6 bệnh nhân điều trị bảo tồn không mổ có biến chứng chảy máu hoặc biến chứng đường mật phải can thiệp, có 4 bệnh nhân (66,6%) chấn thương gan độ IV - V. Phân tích mức độ tổn thương dựa theo vị trí giải phẫu của gan chúng tôi nhận thấy hầu hết tổn thương trong nhóm điều trị bảo tồn không mổ nằm khu trú ở một thùy gan, chỉ có 5 trường hợp (2,3%) bệnh nhân có tổn thương ở cả hai thùy gan nhưng thương tổn chỉ ở độ II, III.

So với nghiên cứu trước giai đoạn 2004-2005 khi tất cả chấn thương gan điều trị bảo tồn không mổ đều là chấn thương gan đơn thuần không có thương tổn phối hợp trong ổ bụng, tới nay chúng tôi đã điều trị thành công nhiều trường hợp có tổn thương phối hợp trong và ngoài ổ bụng, kể cả những trường hợp phải mổ cấp cứu tổn thương khác như sọ não, xương, ngực.

Xét nghiệm men transaminase là một chỉ số quan trọng đánh giá mức độ tổn thương tế bào gan có giá trị theo dõi điều trị chấn thương gan không mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ tăng SGOT và SGPT đều cao hầu như tỷ lệ thuận với mức độ tổn thương gan trên phim chụp cắt lớp, trong quá trình điều trị giảm dần và trở về bình thường từ sau ngày thứ 7 sau chấn thương.

Về kết quả điều trị: Tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ thành công của chúng tôi là 93%, phù hợp với các tác giả khác có tỷ lệ thành công trên 80%, chỉ có 4,4% có biến chứng liên quan đến chấn thương gan, số còn lại tuy phải can thiệp phẫu thuật nhưng đều không phải can thiệp đến chấn thương gan. Trong các biến chứng liên quan đến chấn thương gan, biến chứng chảy máu và viêm phúc mạc mật gặp nhiều nhất, chiếm 70% các trường hợp. Để phát hiện kịp thời các biến chứng này, cần theo dõi sát lâm sàng và cận lâm sàng, nhất là với những tổn thương nguy cơ cao: vỡ gan độ IV - V vỡ gan trung tâm. Viêm phúc mạc mật thường do tổn thương các ống gan, xảy ra trong vòng 2-5 ngày sau chấn thương nhưng cũng có thể muộn hơn. Một số biến chứng khác theo nghiên cứu của chúng tôi cũng như của các tác giả khác ít thấy hơn: chúng tôi gặp 1 trường hợp dò mật - máu, một trường hợp thoát thuốc cản quang ra ngoài mạch máu trên phim chụp cắt lớp và một trường hợp tăng áp lực trong ổ bụng. Với các biến chứng khác về mạch máu như thoát thuốc cản quang (chảy máu thể hoạt động), giả phình động mạch, dò động tĩnh mạch trên gan, chụp mạch và nút mạch thường cho kết quả tốt [4]. Chúng tôi có 1 trường hợp thoát thuốc cản quang điều trị thành công bằng nút mạch.

Kết luận

Điều trị chấn thương gan đã có thay đổi quan điểm tại bệnh viện Việt Đức với tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ tăng từ 55,6% trong giai đoạn 2004-2005 đến 79,4% trong giai đoạn 2006-2008, đạt kết quả tốt trên 90% trường hợp, không có tử vong. Phương pháp này được chỉ định cho những trường hợp chấn thương gan có huyết động ổn định, không có tổn thương kèm theo phải mổ, không phụ thuộc vào mức độ tổn thương (theo AAST) với điều kiện theo dõi hết sức thận trọng tại cơ sở y tế có đầy đủ khả năng về con người và phương tiện. Bảo tồn không mổ là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả trong điều trị chấn

thương gan tại bệnh viện Việt Đức, cần được tiếp tục áp dụng và nghiên cứu hoàn thiện.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Bình Giang và các cộng sự. (2006), "Chỉ định và kết quả bước đầu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức 2004-20005" Tạp chí Ngoại khoa, 56, tr. 97-104.
2. A. S. Al-Mulhim và H. A. Mohammad (2003), "Non-operative management of blunt hepatic injury in multiply injured adult patients" Surgeon, 1(2), tr. 81-5.
3. I. J. Beckingham và J. E. Krige (2001), "ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system: Liver and pancreatic trauma" BMJ, 322(7289), tr. 783-5.
4. E.H. Carillo và các cộng sự. (1999), "Interventional techniques are useful adjuncts in nonoperative management of hepatic injuries", Journal of Trauma, 46, tr. 619-624.
5. John M. Scollay và các cộng sự. (2005), "Eleven Years of Liver Trauma: The Scottish Experience", World J. Surg. 29, tr. 744-749.
6. Jerome P. Riche và Eric W. Fonkalsrud (1972), "Subcapsular hematoma of the liver: Nonoperative management" Arch Surg. 104, tr. 781-784.
7. H. F. Sherman và các cộng sự. (1994), "Nonoperative management of blunt hepatic injuries: safe at any grade?", J Trauma, 37(4), tr. 616-21.
8. G. C. Velmahos và các cộng sự. (2003), "High success with nonoperative management of blunt hepatic trauma: the liver is a sturdy organ", Arch Surg. 138(5), tr. 475-80; discussion 480-1.