

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG MỔ VỠ TẠNG ĐẶC TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC 2006-2008

Trần Bình Giang*

TÓM TẮT:

Điều trị vỡ tạng đặc trong chấn thương bụng kín có nhiều thay đổi gần đây. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bảo tồn không mổ tổn thương tạng đặc trong chấn thương bụng. **Từ liệu và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 737 trường hợp điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2006-12/2008. **Kết quả:** điều trị bảo tồn chấn thương tạng đặc chiếm 68,2%, mổ 31,8%. Chấn thương gan 287, bảo tồn 79,4% với tỷ lệ thành công 93%, lách 281 trường hợp, bảo tồn 55,5%, thành công 98%, thận 167, bảo tồn 74,3% thành công 91,1%, tụy 52 ca bảo tồn 46,2%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn chấn thương tạng đặc đã được thực an toàn, thành công với tỷ lệ cao tại bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY:

RESULTS OF NONOPERATIVE TREATMENT FOR SOLID ORGAN INJURY IN ABDOMINAL TRAUMA AT VIETDUC HOSPITAL 2006-2008

Policy of treatment for rupture of solid organ in abdominal trauma has been change recently. The purpose of this study was to evaluate results of non-operative treatment of solid organ trauma. **Patients and method:** prospective cohort study with 737 abdominal trauma cases treated at Vietduc university hospital form 1/2006 to 12/2008. **Results:** 68,2% solid organ injury treated conservatively, 31,8% surgically. There are 287 hepatic injury with 79,4% medical treatment, taux of success was 93%. The data for spleen injury was 281, 55,5%, 98%, for kidney: 167, 74,3%, 91,1% and 46,2% cases of pancreatic injury weres treated medicaly. **Conclusion:** conservative treatment of solid organ injury is a safe and efficase method for treatment of solid organ injury in abdominal trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chấn thương bụng kín là loại thương tổn đang tăng nhanh về số lượng, phức tạp về mức độ do các loại tai nạn gia tăng, đặc biệt là tai nạn giao thông. Thống kê tại bệnh viện Việt Đức trong 3 năm (2001-2003) có 1220 trường hợp khám cấp cứu chấn thương bụng kín, 55,2% trong số đó có từ 2 tổn thương trở lên. Chấn thương bụng trong hoàn cảnh đa chấn thương là một khó khăn trong chẩn đoán và xử trí đối với các nhà ngoại khoa. Về mặt điều trị, nếu tất cả

các trường hợp tổn thương tạng rỗng do chấn thương đều được chỉ định mổ thì với những trường hợp tổn thương tạng đặc, thái độ xử trí gần đây đã có nhiều thay đổi [1,2,4,6]. Trước đây, tất cả các trường hợp chấn thương bụng kín chấn đoán có tổn thương tạng đều được chỉ định mổ. Ngày nay, với sự hiểu biết ngày càng rõ ràng hơn về chức năng sinh lý của các cơ quan chấn thương cùng với việc áp dụng những tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính... nên quan điểm điều trị bảo tồn không mổ ngày càng được chấp nhận rộng rãi trong chỉ định điều trị chấn thương tạng đặc trên thế giới. Ở Việt Nam hiện nay, nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là kết hợp với sự theo dõi chặt chẽ tình trạng lâm sàng nên số bệnh nhân có tổn thương tạng đặc trong chấn thương bụng kín được điều trị nội bảo tồn ngày một tăng. Do vậy, nghiên cứu đánh giá việc chẩn đoán, theo dõi, điều trị bảo tồn không mổ các trường hợp tổn thương tạng đặc trong chấn thương bụng kín là hết sức cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân chấn thương bụng kín được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2006 đến tháng 12/2008. Tổn thương tạng đặc trong nghiên cứu này được định nghĩa là tổn thương của gan, lách, thận, tụy.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những trường hợp chấn thương bụng kín được chẩn đoán trên lâm sàng, siêu âm, chụp bụng không chuẩn bị, chụp cắt lớp vi tính (CLVT).

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân chấn thương tạng đặc vào nhóm điều trị bảo tồn không mổ:

- Tình trạng huyết động ổn định từ đầu hoặc sau hồi sức ban đầu đáp ứng với bù dịch, máu trong vòng 2 giờ từ khi vào viện (2000ml dịch tinh thể, 2 đơn vị máu).

- Chẩn đoán xác định có chấn thương tạng đặc, phân độ tổn thương dựa trên phim chụp CLVT theo AAST.

- Loại trừ tổn thương tạng khác phải mổ (tạng rỗng...), (không kể phẫu thuật do tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng).

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân chấn thương tạng vào nhóm mổ cấp cứu:

Shock mất máu, huyết động không ổn định dù đã bù máu, dịch. Có tổn thương tạng phối hợp phải mổ. Chấn thương tụy có tổn thương ống tụy chính.

Tiêu chuẩn loại trừ: những trường hợp vết thương thấu bụng, những trường hợp đã mổ ở các bệnh viện tuyến trước vì thương tổn tạng đặc do chấn thương bụng kín.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu theo phương pháp mô tả.

Điều trị bảo tồn không mổ.

Chấn thương độ I, II: theo dõi tại bệnh phòng (hoặc tại phòng cấp cứu nếu có mất máu rõ).

Chấn thương độ III trở lên: Theo dõi sát tại phòng hồi sức, cấp cứu 24 - 48h: huyết động theo dõi 30 phút/ lần, hồng cầu, hematocrit mỗi 6h (ghi phiếu theo dõi). Khi ổn định, có thể theo dõi tại bệnh phòng:

Chỉ định mổ trong các trường hợp:

- Chảy máu tiếp diễn, tái phát điều trị nội không kết quả, Xuất hiện các dấu hiệu viêm phúc mạc

- Tiêu chuẩn ra viện:

Lâm sàng: hết đau, không sốt, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp, tiểu tiện bình thường. Cận lâm sàng: trở về bình thường; siêu âm: tổn thương tiến triển tốt, dịch hóa; CLVT: với những trường hợp chấn thương nặng - có thoát thuốc cản quang đã được nút mạch: tổn thương tiến triển tốt, dịch hóa, không còn thoát thuốc.

- Theo dõi sau ra viện:

Nghỉ học, làm việc 1 tuần (độ I, II), 2 tuần (độ III trở lên), Nghỉ học giáo dục thể chất 6 tuần

Không chơi thể thao, lao động nặng: - độ I,

II: 6 tuần, độ III trở lên: 3 tháng

Khám lại ngay nếu có biểu hiện biến chứng: đau, sốt, vàng, đại máu...

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê

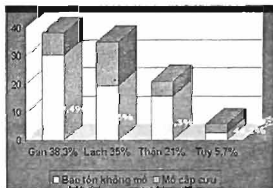
y học với phần mềm SPSS 13.0 và sử dụng chỉ số Kappa để đánh giá độ tương hợp kết quả của 2 phương pháp xét nghiệm. Khoảng tin cậy của trị số Kappa được lấy ở mức >80%.

- So sánh các tỷ lệ bằng Test X², kiểm định các trung bình bằng Test T Student, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

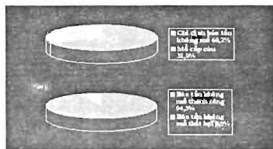
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Từ tháng 1/2006 đến 12/2008, có 1055 bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương bụng kín trong đó 737 trường hợp chấn thương tạng đặc theo dõi và điều trị tại bệnh viện Việt đức Hà Nội.

Phân bố tạng tổn thương và tỷ lệ chi định bảo tồn không mổ.



Biểu đồ 1: phân bố tổn thương



Biểu đồ 2. Chỉ định điều trị và kết quả chung
Chấn thương gan: Tổng số bệnh nhân: 287,
Giới: Nam: 214 (74,6%), nữ: 73 (25,4%)

Bảng 3.40: 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%)	
Vì chấn thương gan	4 (1,7%)	
Vì lý do khác	10 (4,4%)	
Mổ cấp cứu	59	20,6
Do chấn thương gan	21 (35,6%)	
Do chấn thương tạng khác	38 (64,4%)	
Tổng	59	100

Kết quả điều trị không mổ Trong 228 bệnh nhân điều trị bảo tồn không mổ 212 trường hợp có kết quả tốt chiếm 93%, 2 trường hợp phải can thiệp ít xâm lấn (0,9%), 14 trường hợp phải mổ sau theo dõi trong đó do tổn thương gan tiến triển xấu đi là 8 (3,5%) và 6 mổ vì lý do ngoài gan (2,6%).

3.1. Chấn thương lách

281 bệnh nhân chấn thương lách, nam: 217 chiếm 77,2%, nữ: 64 chiếm

22,9%; tuổi trung bình: $29,5 \pm 12,9$ trong đó nam là: $27,9 \pm 11,2$, nữ: $34,6 \pm 16,5$ ($p = 0.001$); độ tuổi từ 7 tới 77 tuổi.

Về điều trị: 125 trường hợp mổ cấp cứu ngay từ đầu chiếm 44,5%. 156 bệnh nhân chiếm 55,5% được điều trị bảo tồn không mổ, trong số này có 3 trường hợp sau khi theo dõi được chuyển mổ cấp cứu do tổn thương lách chảy máu thì hai 1,1%. Như vậy tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công chiếm 98 %.

3.2. Chấn thương thận:

167 bệnh nhân CTT gặp chủ yếu ở nam giới 138/167 chiếm 82,6%. Tỷ lệ nam gấp 4,75 lần nữ. Tuổi trung bình là $32,68 \pm 15,80$ (từ 5 đến

84 tuổi). Tuổi thường gặp từ 16 đến 45 tuổi chiếm tỷ lệ 70,5%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 16 đến 25 chiếm tỷ lệ 34,7%.

124/167 CTT được chỉ định điều trị nội bào tồn theo dõi khi vào có tỷ lệ 74,3%. 11 trường hợp chỉ định mổ cấp cứu tri hoãn sau khi điều trị bảo tồn chiếm tỷ lệ 6,6%. Như vậy có 113 bệnh nhân điều trị bảo tồn theo dõi và 54 bệnh nhân điều trị phẫu thuật.

Điều trị nội bào tồn thành công 113/124 BN đạt tỷ lệ 91,1% với 7 BN (6,2%) can thiệp thêm bằng nút mạch chọn lọc đạt kết quả tốt. Tỷ lệ chuyển mổ cấp cứu là 8,9% do diễn biến xấu đi. Thời gian nằm viện trung bình là $6,43 \pm 4,00$ ngày (1 - 30 ngày).

Theo dõi xa sau điều trị bảo tồn thực hiện được ở 92/113 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 81,4% với thời gian theo dõi trung bình $18,40 \pm 10,25$ tháng (6 - 45 tháng). Không có bệnh nhân nào phải vào viện lại hoặc chỉ định can thiệp thêm. Chưa có bệnh nhân nào có biểu hiện huyết áp cao, ứ nước thận hoặc suy thận sau chấn thương trong quá trình theo dõi xa.

3.3. Chấn thương tụy

Bảng 3.2: Chỉ định điều trị

Chỉ định điều trị		N	%	Cộng
Mổ cấp cứu	Mổ do tạng khác	22	42,1	28 (53,8%)
	Mổ do tụy	6	11,5	
Bảo tồn	Tụy phối hợp	8	15,4	20 (38,5%)
	Tụy đơn thuần	12	23,1	
Mổ sau theo dõi	Mổ do tạng khác	2	3,8	4 (7,7%)
	Mổ do tụy	2	3,8	
Cộng		52	100	

Chỉ định mổ cấp cứu do chấn thương tụy chỉ chiếm 6/52 (11,5%) trong toàn mẫu nghiên cứu. Nếu gộp cả nhóm chỉ định mổ sau theo dõi thì thương tổn tụy phải chỉ định mổ là 8/52 (15,4%).

Vị trí tổn thương ở tụy chủ yếu là ở thân và đuôi 33/52 (63,5%), tiếp đến là đầu 12/52 (23,1%). Thương tổn ở eo tụy chỉ chiếm 7/52 (13,5%).

Điều trị phẫu thuật chiếm 32/52 (61,5%) chung cho cả nhóm mổ cấp cứu và mổ sau theo dõi. Phẫu thuật được làm nhiều nhất là cắt bỏ 18/32 (56,2%), trong đó cắt thân đuôi 12/32 (37,5%) và cắt khối tá tụy 6/32 (18,7%). Phẫu thuật bảo tồn chiếm 14/52 (26,9%), trong đó khâu cầm máu 9/32 (28,1%) và nối tụy ruột 5/32 (15,6%). Đối với phẫu thuật cắt khối tá tụy (6 trường hợp): 3 trường hợp độ IV ở đầu tụy, 3 thương tổn đầu tụy kết hợp với thương tổn nặng

ở tá tràng. Chẩn đoán trong nhóm mổ cấp cứu chủ yếu là do các thương tổn phối hợp ngoài tụy 19/28 (67,8%). Nhóm điều trị bảo tồn thương tổn phối hợp ít hơn thương tổn tại tụy 8/20 (40%).

Chấn thương phối hợp với lách 10/52 (19,2%), gan 9/52 (17,3%), thận 7/52 (13,5%), tạng rỗng (gồm cả tá tràng) 7/52 (13,5%).

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Điều trị chấn thương gan

Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết áp khi vào viện dưới 90 mmHg có 102 trường hợp, trong đó có 58 trường hợp (25,3% trong nhóm bảo tồn không mổ) có chỉ định bảo tồn không mổ do huyết động ổn định trở lại sau hồi sức ban đầu,, huyết áp từ 90 trở lên có 186 trường hợp, trong đó có chỉ định bảo tồn không mổ 179 ca

chiếm tỷ lệ 96,2%. Theo Beckingham và cộng sự 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 3 lít dịch hoặc 4 đơn vị máu mà huyết động không ổn định thì chứng tỏ máu vẫn đang chảy và cần phải mổ cấp cứu không trì hoãn nữa. Croce [6] lấy kết quả huyết động sau khi bệnh nhân đã được bù đủ dịch thấy ở những bệnh nhân này tỷ lệ bảo tồn thành công lên đến 73,5%.

Thứ hai là phải loại trừ được các tổn thương phổi hợp trong ổ bụng nhất là tổn thương thủng tạng rỗng là một chỉ định mổ cấp cứu tuyệt đối. 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. Trong trường hợp lâm sàng không rõ, khó loại trừ, nội soi ổ bụng chẩn đoán là một phương án cần tính đến.

Việc phân độ tổn thương gan trên phim chụp cắt lớp dựa trên bảng phân độ chấn thương của hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (AAST) cũng là một yếu tố quan trọng góp phần quyết định chỉ định điều trị. Ban đầu, bảo tồn huyết mô 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 bảo tồn không mổ có thể mở rộng tới độ 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.

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%. Trong các biến chứng liên quan đến chấn thương gan, biến chứng chảy máu và viêm phúc mạc mắt 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 để phát hiện và xử lý sớm.

Như vậy, 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 trong trên 90% trường hợp, không có tử vong.

4.2. Điều trị chấn thương lách

Điều trị bảo tồn không mổ đối với chấn thương lách ngày càng được chấp nhận rộng rãi. Để điều trị bảo tồn không mổ thì điều đầu tiên là huyết động của bệnh nhân phải ổn định trong đó huyết áp khi bệnh nhân tới viện có vai trò tiên lượng rất lớn. Trong kết quả nghiên cứu này chúng tôi thấy có 76,2% bệnh nhân có huyết áp ổn định khi tới viện và 54,4% bệnh nhân được điều trị bảo tồn không mổ, khi bệnh nhân có sốc nguy cơ phải phẫu thuật cấp cứu tăng 1,45 lần. Trong nghiên cứu trước đây của chúng tôi [1] tỷ lệ bệnh nhân có huyết động ổn định là 73%. Croce [6] nghiên cứu trên 136 bệnh nhân có 112 bệnh nhân tới viện có huyết động ổn định chiếm 82%. Kết quả theo Boone [5] nghiên cứu trên 128 bệnh nhân có 66 trường hợp có huyết động ổn định chiếm 51,6%.

Khi có các dấu hiệu đau khắp bụng, cơ cứng thành bụng hay chướng bụng thì nguy cơ bệnh nhân phải phẫu thuật tăng từ 3,2 lần tới 6 lần. Khi bệnh nhân có kèm chấn thương ngực thì nguy cơ phải mở bụng tăng 2,25 lần, bệnh nhân có chấn thương sọ não nguy cơ phải mở bụng tăng 2,6 lần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phân độ tổn thương trên CT có chấn thương lách độ 1 và độ 2 không có tổn thương phổi hợp đều được bảo tồn không mổ, một nửa số bệnh nhân có chấn thương lách độ 3 được điều trị bảo tồn không mổ. Hai phần ba số bệnh nhân chấn thương lách độ 4 được điều trị bảo tồn không mổ. Khi trên CT phát hiện thấy lượng dịch trong ổ bụng nhiều bệnh nhân có nguy cơ phải phẫu thuật tăng lên 1,8 lần. Điều này cho thấy giá trị quyết định thái độ điều trị của chụp cắt lớp khá lớn và ngày nay trở thành tiêu chuẩn vàng của điều trị bảo tồn chấn thương lách.

Trong nghiên cứu này 156 bệnh nhân chiếm 54,4% được điều trị bảo tồn không mổ, trong số này có 3 trường hợp sau khi theo dõi được chuyển mổ cấp cứu do tổn thương lách chảy máu thì hai. Như vậy tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công chiếm 98%, tương tự kết quả của các tác giả khác như Pachter và Uranus.

4.3. Điều trị chấn thương thận

CTT kin phần lớn là nhẹ độ I đến III và có đến 80 - 85% CTT có thể điều trị nội bào tồn.

McAninch [7] nhận thấy CTT nặng độ V chỉ gặp trong 5.4% các trường hợp. Năm 1998, El Khader đã báo cáo điều trị bảo tồn thành công 100 CTT độ I - III trên tổng số 150 CTT điều trị trong 10 năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định điều trị bảo tồn theo dõi CTT chiếm tỷ lệ 74.3%. Có 100% CTT độ I, 79.4% CTT độ II và 76.7% CTT độ III được điều trị bảo tồn theo dõi. CTT độ IV chiếm 32.3% chẩn đoán phân độ ban đầu. Tỷ lệ điều trị bảo tồn theo dõi là 32/54 BN chiếm 59.3%. 70.6% CTT độ IV có tổn thương phổi hợp và có sức khi vào viện. Tất cả CTT độ V đều được chỉ định mổ.

CTT thận bệnh lý chiếm tỷ lệ 13.8% với 78.2% nguyên nhân là ứ nước do sỏi thận và niệu quản. Còn lại là các nguyên nhân do dị tật bẩm sinh làm thận tăng kích thước hoặc ở các vị trí bất thường nên dễ bị chấn thương. Chỉ định điều trị phẫu thuật CTT bệnh lý thường rộng rãi và sớm hơn nhằm mục đích bảo tồn thận chân thương đồng thời điều trị nguyên nhân bệnh lý. Tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ CTT bệnh lý trong nghiên cứu là 15/23 trường hợp chiếm 65.2% chủ yếu là do nguyên nhân sỏi thận niệu quản chưa gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng thận và 2 trường hợp thận đa nang.

Những hoàn cảnh chỉ định mổ cấp cứu bao gồm: 70.6% CTT độ IV điều trị phẫu thuật được chỉ định mổ trước 24 giờ gồm 1 vì CTT nặng, 7 do sốc đa chấn CT, 3 do CT bụng phối hợp và 1 CTT bệnh lý.

Chỉ định mổ cấp cứu trước 24 giờ trong tất cả 18 CTT phối hợp với tổn thương nặng toàn thân gây sốc chiếm tỷ lệ 33.3%. Lý do chỉ định mổ chính là vì tổn thương nặng các tạng trong ổ bụng trong 100% trường hợp.

Cần thiếp phẫu thuật được chỉ định khi có diễn biến lâm sàng xấu đi do biến chứng của khối máu tụ - nước tiểu sau phúc mạc ảnh hưởng đến khả năng bảo tồn thận và đe dọa tính mạng.

Điều trị bảo tồn thành công liên quan đến các biến chứng do vỡ đường bài tiết của thận và đây là tính chất riêng biệt của CTT. Thoát nước tiểu ra ngoài kéo dài và hình thành khối tụ nước tiểu sau phúc mạc do rách đường bài tiết là biến chứng thường gặp nhất của điều trị theo dõi CTT với tỷ lệ là 13 - 16%. Cần thiếp hỗ trợ cần thiết trong khoảng 7.4% trường hợp và tránh được phẫu thuật mở có thể dẫn đến mất nhu mô thận. [5,7]. Thoát nước tiểu tồn tại kéo dài từ mảnh vỡ và diện vỡ thận có thể được lấy bỏ chọn lọc bằng

cách gây tắc mạch kết hợp với dẫn lưu khối tụ nước tiểu, phương pháp điều trị ít xâm hại này đã được chứng minh là có kết quả lâm sàng ngừng thoát nước tiểu và có thể áp dụng xen kẽ với điều trị phẫu thuật. Matthews báo cáo 31 CTT kín có thoát nước tiểu thì 27 (87%) hàn gần tự nhiên, 4 được đặt ống thông niệu quản và không cần can thiệp mổ. Russell báo cáo nhóm chọn lọc 15 CTT trẻ em độ IV gồm 5 cần can thiệp hỗ trợ (3 đặt ống thông niệu quản, 2 dẫn lưu tụ dịch qua da) để làm tiêu khối tụ nước tiểu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị nội bảo tồn không mổ thành công ở 113/124 BN đạt tỷ lệ 91.1%. Tỷ lệ thành công điều trị bảo tồn không phẫu thuật của nhiều tác giả là từ 84 - 89%.

Chảy máu tái phát là biến chứng sớm thường gặp và nặng nhất trong 4 tuần đầu sau CTT phần lớn nguyên nhân là do thông ĐMT hoặc giả phình ĐMT do chấn thương gây chảy máu vào hệ thống đài bể thận và vùng quanh thận. Biến chứng này gặp ở 13-18% bệnh nhân có đường vỡ sâu vùng vỏ do CTT kín độ III, IV được theo dõi điều trị bảo tồn. Các biến chứng khác bao gồm tổn thương gây tụ nước tiểu, do hoặc viêm phúc mạc do nước tiểu.

4.4. Chấn thương tụy

Chấn thương tụy là thương tổn ít gặp trong chấn thương bụng do vị trí giải phẫu đặc biệt của nó là nằm sâu trong ổ bụng. Về mặt điều trị, từ chỗ thiên về chỉ định phẫu thuật như một vài nghiên cứu trước đây, tới nay chỉ định điều trị bảo tồn không mổ đang được áp dụng rộng rãi. Điều trị phẫu thuật chỉ còn được đặt ra trong những trường hợp chấn thương tụy nặng có tổn thương ống tụy chính, có sốc mất máu không thể hồi sức hoặc trên bệnh nhân đa chấn thương. Các tác giả cho rằng [2] quan trọng nhất là phải xác định xem ống tụy chính có thương tổn hoặc không, thương tổn đứt ống tụy hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Nếu đứt hoàn toàn ống tụy, cho dù là ở đầu, ở thân hoặc đuôi thì chỉ định mổ là cần thiết vì nếu không sẽ dẫn đến viêm phúc mạc do dịch tụy chảy thẳng vào ổ bụng. Trường hợp ống tụy đứt bản phần có thể được tổ chức tụy bit lại nên khám lâm sàng những trường hợp này rất khó xác định. Nếu ống tụy chính không tổn thương thì điều trị bảo tồn là chỉ định nên lựa chọn, thường tương ứng với thương tổn độ I và II AAST. Nghiên cứu của chúng tôi có 52 trường hợp chấn thương tụy được chẩn đoán và phân độ qua chụp cắt lớp. Chỉ định điều trị bảo tồn không mổ 24 trường hợp (46.2%) trong đó

20/52 (38.5%) khỏi ra viên không biến chứng; 4/52 (7.7%) điều trị bảo tồn không kết quả phải chỉ định mổ.

Kết quả điều trị phẫu thuật 28/52 (53.8%) trường hợp: biến chứng sau phẫu thuật 2/28 (7.1%), ngày nằm viện trung bình 11.7 ± 7.8 ngày. Không có tử vong chung cho cả hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Trần Bình Giang và cộng sự** (2006): Chỉ định và kết quả bước đầu điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức 2004-2005. Tạp chí Ngoại khoa 56: 97-104.
2. **Trần Văn Hinh** (2006): Đặc điểm chấn thương thận qua 54 trường hợp. Ngoại khoa 6-2006, 66-71.
3. **Lê Tư Hoàng, Trần Bình Giang và cộng sự:** Vai trò của phẫu thuật nội soi trong chấn đoán, thái độ

xử trí chấn thương bụng kín tại bệnh viện Việt Đức từ 8/2005-7/2006. Ngoại khoa 1-2007, 1-8.

4. **Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca và cs:** Phẫu thuật bảo tồn chấn thương thận kín trong cấp cứu nhân 102 trường hợp mổ tại bệnh viện Việt Đức từ 9/2003 đến 8/2006. Ngoại khoa 6-2006, 38-51.
5. **Boone, D.C., et al.:** Evolution of management of major hepatic trauma: identification of patterns of injury. J Trauma, 1995. 39(2): p. 344-50.
6. **Croce, M.A., et al.:** Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients. Results of a prospective trial. Ann Surg, 1995. 221(6): p. 744-53; discussion 753
7. **McAninch J.W., Carroll P.R., Klosterman P.W., et al** (1991): Renal reconstruction after injury. The Journal of Urology, 145, pp. 932 - 939.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Nguyễn Văn Tuyên*

TÓM TẮT:

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư cổ tử cung bằng phương pháp phẫu thuật triệt căn. **Đối tượng nghiên cứu:** 82 BN, UTCTC giai đoạn IB1, U < 2 cm. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu. **Kết quả:** 82 BN UTCTC điều trị bằng phương pháp phẫu thuật triệt căn wertheim type III cho kết quả: không có BN bị dò tiết niệu, không có tử vong do phẫu thuật. Biến chứng sớm hay gặp là bí đái sau mổ 26,8% BN. Biến chứng muộn tiết niệu, tiểu hoá không gặp ở 86,58% BN phẫu thuật đơn thuần; ở những BN điều trị xa trị sau mổ có 2/11BN (18,2%) có biến chứng độ 2-chảy máu trực tràng. Thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, tỷ lệ sống thêm 5 năm không bệnh là 92,7%, toàn bộ là 93,4%, tỷ lệ tái phát, di căn là 2,4% (2/82BN). Phương pháp còn có những ưu điểm: thời gian điều trị ngắn hơn các phương pháp khác, có thể bảo tồn buồng trứng ở phụ nữ trẻ, theo dõi sau điều trị dễ dàng hơn.

SUMMARY:

RESULTS OF CERVICAL CANCER TREATMENT BY RADICAL SURGERY

Objects: Evaluating the results of treatment of cervical cancer by radical hysterectomy + pelvic lymph node dissection type III (wertheim type III).

Subjects: 82 patients were diagnosed cervical cancer in stages IB1, mass under 2cm. **Methods:** describe, prospective. **Results:** 82 cervical cancer patients that had been treated by wertheim type III have results: No patients had fistular bladder. No patients had been died by therapy. Short-term complication had often occurred in 26,8% patients dysuria by surgery. 86,58% patients with simply surgery had not been a long-term dygestive and urothelial complication. 2/11 patients with radiotherapy adjuvant had rectal bleeding. With an average of 24 months monitoring, 5 years overall survival were 93,4%. Disease free survival were 92,7%. The rate of recurrence and metastasis disease was 2,4% (2/82 patients). The method also has the advantages: the treatment time is shorter than other methods and can preserve the ovaries in young women, and the easiness to follow up.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư thường gặp ở phụ nữ, chiếm khoảng 12% của tất cả các ung thư ở nữ giới [2]. Tại Việt Nam: Miền Bắc UTCTC đứng thứ 3 trong các ung thư ở phụ nữ với 7,7 trường hợp mắc mỗi năm/100.000 dân. Tại thành phố Hồ Chí Minh, UTCTC là ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ với tỷ lệ 35/100.000 dân [1].

* Bệnh viện K