

ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TUY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trịnh Văn Tuấn¹, Trần Bình Giang²

¹Trường Đại học Y Hà Nội, ²Bệnh viện Việt Đức Hà Nội

Nghiên cứu chấn đoán, điều trị chấn thương tuy. Kết quả: 52 bệnh nhân bao gồm nam: 46 (88,5%), nữ: 6 (12%), tuổi trung bình $27,1 \pm 9,5$ (cao nhất 52, thấp nhất 8); nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông: 44 (84,6%), tai nạn sinh hoạt: 1 (1,9%), tai nạn lao động: 7 (13%). Chụp cắt lớp ổ bụng lúc nhập viện cho thấy: thương tổn tuy độ I: 14 (26,9%), độ II: 12 (23,1%), độ III: 17 (32,7%), độ IV: 6 (11,5%), độ V: 3 (5,8%). Chỉ định điều trị bảo tồn: 24 (46,2%), trong đó độ I: 13/24 (54,1%), độ II: 5/24 (20,8%), độ III: 4/24 (16,7%), độ IV: 2/24 (8,3%). Mổ cấp cứu: 28/52 (53,9%) trong đó độ I: 1/28 (3,6%), độ II: 7/28 (25%), độ III: 13/28 (46,4%), độ IV: 4/28 (14,3%), độ V: 3/28 (10,7%). Kết quả điều trị với nhóm bảo tồn: 20/24 (83,3%), chỉ định mổ: 4/24 (16,7%), với nhóm phẫu thuật: 26/28 (92,9%), biến chứng: 2/28 (7,1%). Không có tử vong cho cả hai nhóm. Số ngày điều trị trung bình: $5,6 \pm 3,1$ với nhóm bảo tồn, $11,7 \pm 7,8$ với nhóm điều trị phẫu thuật. Kết luận: điều trị chấn thương tuy đa số là bằng phẫu thuật nhưng cũng có thể điều trị được bằng bảo tồn không mổ. Điều trị bảo tồn trong một số loại thương tổn tuy dựa lại những kết quả khảo sát, tránh những can thiệp ngoại khoa không cần thiết.

Từ khóa: chấn thương tuy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tuy là thương tổn ít gặp trong chấn thương bụng kín do tuy nằm sâu trong ổ bụng, được bảo vệ ở phía trước và hai bên bởi khung sườn, ở phía sau bởi khối cơ lưng và cột sống thắt lưng. Tuy nhiên với những chấn thương mạnh và trực tiếp vào ổ bụng, tuy vẫn có thể bị tổn thương với nhiều mức độ khác nhau cùng với các tạng khác trong ổ bụng. Ở nước ta, những năm gần đây, với sự bùng nổ của các phương tiện giao thông và tốc độ đô thị hóa nhanh chóng, chấn thương bụng nói chung và chấn thương tuy nói riêng đang có chiều hướng gia tăng.

Chẩn đoán chấn thương tuy tương đối khó nếu chỉ dựa vào xét nghiệm amylase, chụp X quang bụng truyền thống hoặc siêu âm. Việc áp dụng các phương tiện chẩn đoán tiên tiến như: chụp cắt lớp điện toán, chụp cộng hưởng

từ và áp dụng phân độ tổn thương tuy theo hệ thống phân độ của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa kỳ (*The American Association for the Surgery of Trauma - AAST - 1990*) [1] giúp thầy thuốc có thể chẩn đoán sớm và chính xác các thương tổn tuy, qua đó định hướng cho việc chỉ định điều trị bảo tồn không mổ hoặc phẫu thuật. Xuất phát từ định hướng trên, chúng tôi tiến hành đề tài từ tháng 1/2006 đến tháng 12/2008 tại bệnh viện Việt Đức, nhằm mục tiêu: Nghiên cứu chấn đoán, chỉ định và đánh giá kết quả điều trị sớm chấn thương tuy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định chấn thương tuy qua chụp cắt lớp ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức từ 01/2006 đến 12/2008.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân chấn thương bụng kín ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính.

Chụp cắt lớp ổ bụng khi vào viện (trước mổ) ghi nhận có thương tổn tuy đơn thuần

Địa chỉ liên hệ: Trần Bình Giang, khoa Phẫu thuật cấp cứu tiêu hóa, bệnh viện Việt Đức.

Email: tbgiangvd@gmail.com

Ngày nhận: 24/04/2013

Ngày được chấp thuận: 20/6/2013

hoặc phối hợp với các thương tổn khác trên cơ thể.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp có vết thương bụng.

Bệnh nhân đã mổ chấn thương tụy ở tuyến trước.

Tai biến tụy do điều trị (cắt đuôi tụy khi cắt lách, chập ngược dòng ống tụy qua nội soi)

2. Phương pháp: mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu với các chỉ tiêu sau

- Tuổi, giới, thời gian từ lúc tai nạn đến khi vào viện
- Xét nghiệm hồng cầu
- Định lượng amylase máu đo bằng đơn vị quốc tế/lít (U/l) Amylase máu bình thường < 220 U/l
- Chụp cắt lớp ổ bụng qua độ phân độ thương tổn theo AAST
- Các thương tổn phối hợp
- Các phương pháp điều trị bảo tồn, phẫu thuật
- Các biến chứng và điều trị biến chứng
- Đánh giá kết quả điều trị, thời gian nằm viện

3. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện trực tiếp trên bệnh nhân nên các thông tin riêng về bệnh lặt trong hồ sơ bệnh án được gắn mã số để đảm bảo tính chính xác, được bảo mật, chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2006 đến tháng 12/2008 có 52 trường hợp chấn thương tụy được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Trong đó 46 nam (88,5%), 6 nữ (12%), tuổi trung bình $27,1 \pm 9,5$ (dao động từ 8 - 52 tuổi), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 15 - 45 tuổi. Nguyên nhân chấn thương tại nạn giao thông 44 (84,6%), tai nạn lao động 1 (1,9%), tai nạn sinh hoạt 7 (13,5%). Khám lúc vào viện, có sốc 13 (25%), phản ứng thành bụng 25 (50%), không rõ 12 (25%). Xét nghiệm hồng cầu < 2,5 triệu 21 trường hợp (42%), cần thiết phải hồi sức, xét nghiệm amylase tăng 37 trường hợp (71,1%). Chụp cắt lớp ổ bụng để phân loại thương tổn tụy theo AAST và chỉ định phương pháp điều trị xem trong bảng 1

Bảng 1. Độ tổn thương (AAST) và chỉ định điều trị qua chụp cắt lớp ổ bụng

Độ AAST	Mổ cấp cứu		Bảo tồn		Mổ sau theo dõi	
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%
I	1	1,9	13	25,0		
II	7	13,5	4	7,7	1	1,9
III	13	25,0	2	3,8	2	3,8
IV	4	7,7	1	1,9	1	1,9
V	3	5,8				
Cộng	28	53,9	20	38,4	4	7,6

Nhóm mổ cấp cứu và mổ sau theo dõi, thương tổn ở tụy gặp nhiều ở độ AAST nặng 19/28 (67,8%) và 3/4 (75%) Nhóm điều trị bảo tồn, thương tổn AAST nhẹ hơn 17/20 (85%)

Thương tổn phổi hợp với chấn thương tủy 27 trường hợp (54%) Nhóm mổ cấp cứu chủ yếu là do các thương tổn phổi hợp với các tạng trong ổ bụng 19/28 (67,8%), nhóm điều trị bảo tồn thương tổn phổi hợp ít hơn so với nhóm chỉ định mổ cấp cứu 8/20 (40%) Liên quan giữa thương tổn phổi hợp và mức độ thương tổn tủy xem trong bảng 2.

Bảng 2. Liên quan giữa AAST của tủy và thương tổn phổi hợp

Tổn thương phổi hợp		Độ AAST của tủy					Tổng
		I	II	III	IV	V	
Mổ cấp cứu	Gan			4	1		4
	Lách		2	6			8
	Thận	1	3	1			4
	Tạng rỗng		2	2		3	7
Bảo tồn	Gan	2			1		3
	Lách	2					2
	Thận	3					3
	Chấn thương so não	1					1
Mổ sau theo dõi	Gan		1		1		2
	Tràn máu màng phổi			1			1

Chấn thương phổi 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%) Như vậy, lách là cơ quan bị thương tổn nhiều nhất trong chấn thương tủy

Bảng 3. Chỉ định điều trị chấn thương tủy

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

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

Bảng 4. Liên quan giữa AAST và vị trí giải phẫu thương tổn tủy

Vị trí tổn thương		Phân độ AAST					Tổng
		I	II	III	IV	V	
Mổ cấp cứu	Đầu		1		3	3	7
	Eo			4	1		5
	Thân		6	8			14
	Đuôi	1		1			2
Bảo tồn	Đầu	3			1		4
	Eo			1			1
	Thân	1	4	1			6
	Đuôi	9					9
Mổ sau theo dõi	Đầu				1		1
	Eo		1				1
	Thân			2			2

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

Bảng 5. Liên quan giữa AAST và kỹ thuật mổ

Tổn thương phối hợp		ĐỘ AAST					Tổng
		I	II	III	IV	V	
Mổ cấp cứu	Khâu cầm máu	1	7				8
	Cắt thân đuôi			8	2		10
	Nối tủy ruột			5			5
	Cắt khối tá tụy				2	3	5
Mổ sau theo dõi	Khâu cầm máu		1				1
	Cắt thân đuôi			2			2
	Cắt khối tá tụy				1		1
Tổng		1	8	14	8		32

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 thương tổn độ IV ở đầu tụy, 3 thương tổn đầu tụy kết hợp với thương tổn nặng ở tá tràng.

Biến chứng sau mổ chỉ gặp 2 trường hợp (6,2%) trường hợp trong 2 nhóm chỉ định mổ, không có tử vong trong nghiên cứu. Thời gian nằm viện trung bình nhóm mổ cấp cứu $11,7 \pm 7,8$ ngày, nhóm bảo tồn $5,6 \pm 3,1$ ngày, nhóm chuyển mổ sau theo dõi $23,0 \pm 15,6$ ngày. 100% bệnh nhân khỏi ra viện trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

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. Năm 1868, Kleberg [2] lần đầu tiên mô tả một trường hợp vết thương bụng lõi tụy ra ngoài, được điều trị bằng thắt và cắt bỏ đuôi tụy thành công. Đến nay, chẩn đoán và điều trị chấn thương tụy đã có nhiều thay đổi.

Chẩn đoán: từ chỗ chỉ dựa vào dấu hiệu lâm sàng và sự trợ giúp của xét nghiệm amylase máu, X quang, siêu âm tới nay, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh công nghệ cao được áp dụng như chụp cắt lớp, cộng hưởng từ, chụp đường mật tụy ngược dòng qua nối sợi qua đó tiến hành phân độ thương tổn theo AAST đã làm thay đổi hoàn toàn chất lượng chẩn đoán chấn thương tụy. Về mặt điều trị từ chỗ thiên về chỉ định phẫu thuật như một vài nghiên cứu trước đây [2; 3], 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.

Nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 1/2006 tới 12/2008 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 viện không biến chứng, 4/52 (7,7%) điều trị bảo tồn không kết quả phải chỉ định mổ.

Nguyên nhân chấn thương: theo Asensio [3], Heimansohn [4] gặp chủ yếu là do vết thương hoà khí (Asensio 94%, Heimansohn 66,7%). Các tác giả này cho rằng những trường hợp do vết thương thường nặng vì tổn thương nhiều tạng và mất máu nhiều nên tỷ lệ tử vong rất cao. Ngược lại, chấn thương bụng kín dấu hiệu lâm sàng thường nghèo nàn, khó phát hiện nên thường xử trí muộn. Nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chủ yếu là chấn thương bụng kín do tai nạn giao thông (84,6%), dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện rất nghèo nàn, huyết động ít thay đổi do đó rất khó xác định.

Xét nghiệm huyết học: theo các tác giả [4; 5] hồng cầu, hematocrit, hemoglobin ít có giá trị trong chẩn đoán chấn thương bụng nói chung và chấn thương tụy nói riêng vì có hiện tượng cô đặc máu. Nhiều trường hợp có biểu hiện chảy máu trong ổ bụng, mạch và huyết áp thay đổi, thậm chí có sốc mà xét nghiệm huyết học lúc vào viện vẫn bình thường. Tuy nhiên xét nghiệm huyết học vẫn cần thiết để xác định mức độ mất máu và quyết định số lượng máu cần bồi phụ để ổn định huyết động. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hồng cầu giảm ($< 2,5 \text{ triệu/mm}^3$) chủ yếu trong nhóm chỉ định mổ cấp cứu và mổ sau theo dõi (32,6%)

vì nhóm này thường có thương tổn các tạng khác phối hợp với thương tổn tụy.

Xét nghiệm amylase máu tăng trong chẩn thương bụng là dấu hiệu tốt để nghĩ tới thương tổn tụy. Tuy nhiên amylase máu còn thấy tăng trong nhiều tổn thương khác ngoài tụy. Năm 1993, Boulanger và cộng sự [5] đã công bố một nghiên cứu rất lớn trên 4316 bệnh nhân chấn thương các loại được định lượng amylase khi nhập viện. Tác giả nhận thấy amylase máu tăng có ý nghĩa trong những thương tổn nặng như chấn thương sọ não, chấn thương là tụy, tạng rỗng và cả những trường hợp sốc chấn thương có tụt huyết áp kéo dài. Năm 1997, Takishima và cộng sự [6] thấy amylase máu tăng 83,6% trong 73 trường hợp chấn thương tụy. Nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có amylase máu tăng trong chấn thương tụy chủ yếu là nhóm có chỉ định phẫu thuật 85,7%, nhóm điều trị bảo tồn amylase máu chỉ tăng 55%.

Chụp cắt lớp ổ bụng là thăm dò hình ảnh tốt nhất trong chẩn đoán chấn thương bụng nói chung và chấn thương tụy nói riêng, là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán thương tổn các tạng đặc trong ổ bụng. Theo Brody JM [7] và cộng sự, chụp cắt lớp chẩn đoán được tới 97,8% bệnh nhân có chấn thương tụy. Với những máy chụp có độ phân giải cao, có thể cho phép nhìn thấy rõ thương tổn ở nhu mô tụy. Tuy nhiên để biết được có tổn thương ống tụy chính hay không thì chụp cắt lớp còn có hạn chế. Để khắc phục hạn chế này, các tác giả [2, 4, 8] đề nghị chụp cộng hưởng từ (IMR) hoặc chụp ngược dòng ống tụy qua nối soi (CPRE) để xác định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán và phân độ thương tổn AAST của tụy đều dựa vào chụp cắt lớp nên chưa xác định được chính xác thương tổn ở ống tụy chính. Do vậy, trong 24 trường hợp chỉ định điều trị bảo tồn, 2/4 trường hợp chỉ

định mổ sau một thời gian theo dõi do có thương tổn ống tụy (*1 đứt eo tụy chỉ định nối tụy ruột, 1 hoại tử ống mật chủ đoạn ở đầu tụy chỉ định cắt khối tá tụy*).

Điều trị chấn thương tụy: các tác giả cho rằng [2, 4, 5, 8] 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 bán phần có thể được tổ chức tụy bít lại nên khám lâm sàng những trường hợp này rất khó xác định. Tiến triển dẫn đến hai khả năng hình thành nang giả tụy hoặc viêm tụy hoại tử. Viêm tụy hoại tử có thể dẫn đến áp xe tụy hoặc rò tụy. Những biến chứng này thường ít khi phải chỉ định phẫu thuật cấp cứu mà thường trì hoãn sau một thời gian nhất 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. Tuy nhiên để điều trị bảo tồn, trên lâm sàng huyết động phải ổn định, không có dấu hiệu bất thường khi thăm khám bụng (cảm ứng phúc mạc, cơ cứng thành bụng...) [2, 4, 8]. Chúng tôi điều trị bảo tồn cho 24 trường hợp, trong đó có 18/24 (75%) độ I và II; 4/24 (16,7%) độ III, 2/24 (8,3%) độ IV.

Kết quả điều trị bảo tồn 24/52 (46,2%) trường hợp: 20/24 (83,3%) khỏi ra viện không biến chứng, thời gian nằm viện trung bình là $5,6 \pm 3,1$ ngày, 4/24 trường hợp (16,7%) chỉ định mổ sau theo dõi trung bình $14,5 \pm 12,5$ ngày, trong đó 2/4 trường hợp mổ vì thương tổn ở thân và gan, 2 trường hợp còn lại mổ vì thương tổn đứt ống tụy. Như vậy chỉ định điều trị bảo tồn thành công 83,3%, thất bại 16,7%.

Kết quả điều trị phẫu thuật 28/52 (53,8%)

lương hợp biến chứng sau phẫu thuật 2/28 (7,1%), ngày nằm viện trung bình $11,7 \pm 7,8$ ngày. Không có tử vong chung cho cả hai nhóm.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tụy là thương tổn ít gặp nhưng khó chẩn đoán trong chấn thương bụng kín. Nhờ sự trợ giúp của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp ổ bụng, thầy thuốc có thể xác định chính xác mức độ tổn thương ở tụy để đưa ra chỉ định điều trị hợp lý, dùng cho từng loại thương tổn, tránh được những chỉ định phẫu thuật không cần thiết góp phần giảm bớt biến chứng và tử vong.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn khoa Phẫu thuật cấp cứu bụng, bệnh viện Việt Đức đã giúp đỡ trong quá trình nghiên cứu và thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA et al (1990). *Organ injury scaling. II Pancreas, Duodenum, Small Bowel, Colon and Rectum* J Trauma. 30 (11), 1427 - 1429
2. Kleberg A, Culotta RJ et al (1956). *Traumatic injuries of the pancreas* Surgery.

40. 320.

3. Asensio JA, Petrone P, Gustavo R, Eric K, Demetrios D (2003). *Pancreaticoduodenectomy. A Rare Procedure for the Management of Complex Pancreaticoduodenal Injuries* - J Am Coll Surg 937 - 942

4. Heimansohn DA, David FC, McCarthy MC, Madura PB et al. (1990). *The role of pancreaticoduodenectomy in the management of traumatic injuries to the pancreas and duodenum*. Am Surgeon. 56, 511 - 514

5. Boulanger BR, Miltzman DP, Rosati C, Rodriguez A (1993). *The clinical significance of acute hyperamylasemia after blunt trauma*. Can J Surg 36, 63 - 69

6. Takishima T, Katshuhiko S, Mitsuhiro H et al (1997). *Serum Amylase level on admission in the diagnosis of blunt injury to the pancreas. Its significance and limitations* Ann Surg, 1997. Vol 226, no1, 70-76

7. Brody JM, Leighton DB, Murphy BL, Abbott GF et al (2000). *CT of Blunt Trauma Bowel and Mesenteric Injury Typical Findings and Pitfalls in Diagnosis*. Radio-Graphics; 20, 1525 - 1536

8. Charles Frey S., Tatsuo Araida (1993). *Trauma to the Pancreas and Duodenum*. Abdominal trauma, 2^e edition 2, 118 - 159

Summary

TREATMENT OF PANCREATIC TRAUMA IN VIET DUC HOSPITAL

The purpose of this study was to assess the results of pancreatic injury management. From January, 2000 to December, 2008 at the Viet Duc hospital, 52 patients with pancreatic injury were treated, with a ratio of 46 males (88.5%) and 6 females (12%); the average age is 27.1 ± 9.5 (ranges from 8 to 52 years old); the cause of injury was traffic accidents 44 cases (84.6%), labour 1 (1.9%), living 7 (13%). Abdominal computed tomography (CT) at admission revealed the pancreatic lesions of grade I AAST 14 (26.9%), grade II 12 (23.1%), grade III 17 (32.7%), grade IV 6 (11.5%); grade V 3 (5.8%). 24 cases (46.2%) were treated by the conservative method, in which were grade I 13/24 (54.1%), grade II 5/24 (20.8%), grade III 4/24 (16.7%); grade IV 2/24 (8.3%). Emergency surgery was performed in 28/52 (53.9%) including: grade I:

1/28 (3.6%), grade II. 7/28 (25%), grade III 13/28 (46.4%), grade IV 4/28 (14.3%), grade V 3/28 (10.7%). The results of treatment 2 cases with complication (7.1%) in the operated group, surgery was performed in 4 cases among the conservative group. The time of hospitalization averaged 5.6 ± 3.1 days with conservative treatment and 11.7 ± 7.8 days with surgical treatment. There was no mortality and all the patients were discharged from the hospital.

Keywords: pancreatic trauma