

**ĐẶC ĐIỂM THƯƠNG TỔN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Trần Hiếu Nhân*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: thnhan@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương bụng kín (CTBK) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm dân số trẻ, những tổn thương do CTBK còn làm gia tăng chi phí điều trị và phục hồi chức năng cho gia đình và xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ tổn thương các tạng ở bệnh nhân chấn thương bụng kín được điều trị phẫu thuật và kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân chấn thương bụng kín. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 100 bệnh nhân chấn thương bụng kín có tổn thương tạng, được điều trị phẫu thuật (bao gồm mổ mở, mổ nội soi hoặc mổ nội soi chuyển mổ mở) tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 8 năm 2019. Một số dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật đều được ghi lại và đánh giá. **Kết quả:** Có tổng cộng 150 tổn thương tạng ở 100 bệnh nhân, trong đó lách và gan chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương tạng đặc. Ruột non chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương ở tạng rỗng. Phẫu thuật nội soi thực hiện thành công ở 23 bệnh nhân, chuyển mổ mở 38 bệnh nhân. Biến chứng xảy ra ở 11 bệnh nhân, trong đó nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện trung bình là: $10,42 \pm 4,23$ ngày (1-30 ngày). Có 4 bệnh nhân tử vong, trong đó 1 bệnh nhân tử vong trong ngày sau phẫu thuật do sốc nặng không hồi phục. **Kết luận:** Chấn thương bụng kín là tổn thương nặng, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông. Tổn thương tạng rỗng ở những BN được điều trị phẫu thuật cao hơn tạng đặc. CT scan, siêu âm giúp nhiều trong đánh giá bệnh nhân để quyết định phương thức điều trị. Tử vong vẫn còn cao, thường do tình trạng nặng của thương tổn do chấn thương gây ra.

Từ khóa: Chấn thương bụng kín, điều trị phẫu thuật.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS AND OUTCOME OF TREATMENT OF BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Tran Hieu Nhan

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Blunt abdominal trauma is the leading cause of death in the young population, blunt abdominal trauma increases the cost of treatment and rehabilitation for the family and society.

Objectives: To determine the rate of visceral organ injury and outcome of treatment of blunt abdominal trauma. **Materials and methods:** A retrospective study was conducted on 100 cases of blunt abdominal trauma with surgical management from August 2015 to August 2019. **Results:** There were 100 cases included 150 visceral organs injured. Liver and spleen were the most commonly injured of solid viscera. Small intestine was the most commonly injured of hollow viscera. Twenty - three patients underwent therapeutic laparoscopy and thirty-eight patients were converted to therapeutic laparotomy. There were 11 complications, surgical site infection was the most common complication. The mean of hospital stay was 10.42 ± 4.23 days (1-30 days). Four patients died. **Conclusions:** Blunt abdominal trauma was severe injury caused by traffic accident. Hollow organs were commonly injured than solid organs. CT-scan and ultrasound were useful in diagnosis and management. Mortality is usually caused by severe and complex injuries.

Keywords: blunt abdominal trauma, surgical management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín (CTBK) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm dân số trẻ [12]. Ngoài ra, những tổn thương do CTBK còn làm tăng chi phí điều trị và phục hồi chức năng cho gia đình và xã hội [12]. Tử vong vì mất máu, nhiễm trùng ổ bụng và suy đa cơ quan sẽ rất cao nếu các thương tổn không được chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời [3]. Việc chẩn đoán sớm có thể khó khăn do các triệu chứng ở vùng bụng bị che lấp [2]. Mặt khác vấn đề điều trị có thể khó khăn vì những thương tổn phối hợp. Điều này cũng góp phần đe dọa tính mạng người bệnh [2] [3].

Năm 2012, Khru Vũ Lâm [11] nghiên cứu 57 BN vỡ lách được điều trị bảo tồn bằng khâu lách hoặc cắt bán phần với kết quả tốt chiếm 98.2%. Morsi Mohamed và cộng sự (2015) [13], báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật nội soi trong điều trị tổn thương tạng do CTBK với kết quả tốt. Năm 2017, Viktor Justin [14] và cộng sự đã áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị chấn thương bụng kín với kết quả khả quan.

Vùng đồng bằng sông Cửu Long chưa có nhiều nghiên cứu về CTBK, để có cái nhìn rõ hơn về thực trạng này, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm thương tổn và kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ”** với hai mục tiêu sau.

1. Xác định tỷ lệ tổn thương các tạng ở bệnh nhân chấn thương bụng kín được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.
2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân 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

- **Đối tượng:** Tất cả những bệnh nhân chấn thương bụng kín, nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân chấn thương bụng kín có tổn thương tạng, được điều trị phẫu thuật (bao gồm mổ mở, mổ nội soi hoặc mổ nội soi chuyển mổ mở) tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chấn thương bụng kín không có tổn thương tạng, hoặc những trường hợp chấn thương bụng kín có tổn thương tạng nhưng điều trị bảo tồn không mổ hoặc tử vong tại khoa cấp cứu.

Bệnh nhân <15 tuổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Số lượng bệnh nhân được tính theo công thức $n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$

Chọn $\alpha=0,05$ thì $z_{1-\alpha/2}^2 = 3,8416$

Theo nghiên cứu của Lê Tư Hoàng [6], trong 120 bệnh nhân chấn thương bụng kín thì tỷ lệ có tổn thương tạng phải can thiệp là gần 52% ($p=0,52$), chọn sai số khoảng 10% ($e=0,1$). Thay vào công thức trên ta có $n \approx 95,88$. Nghiên cứu này thu thập được 100 bệnh nhân.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Xác định tỷ lệ tổn thương các tạng ở bệnh nhân chấn thương bụng kín được điều trị phẫu thuật.

Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân chấn thương bụng kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 100 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 08/2015-08/2019 thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình: $40,5 \pm 15,9$ tuổi (16- 86 tuổi). Tuổi thường gặp từ 20-39 tuổi (54 %). Nam chiếm 83%, nữ 17%.

Bảng 1: Nguyên nhân tai nạn

Nguyên nhân tai nạn	Số BN	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	74	74
Tai nạn sinh hoạt	19	19
Tai nạn lao động	2	2
Ấu dả	3	3
Té cao	2	2
TỔNG SỐ	100	100

Nhận xét: Nguyên nhân tổn thương: chủ yếu do tai nạn giao thông (74%) và tai nạn sinh hoạt (19%).

Bảng 2: Biểu hiện khi vào viện

Dấu hiệu	Sốc	Không sốc	HC viêm phúc mạc	HC xuất huyết nội
Số bệnh nhân	42	58	69	47
Tỷ lệ	42%	58%	69%	47%

Nhận xét: Tình trạng khi vào viện: Trong 100 bệnh nhân thì có 42 bệnh nhân có sốc khi vào viện, 47 hội chứng xuất huyết nội, 69 hội chứng viêm phúc mạc.

Chấn thương phối hợp:

Bảng 3: Chấn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chấn thương chỉnh hình	10	10
Chấn thương ngực	10	10
Chấn thương sọ não	6	6
Tổng số	26	26%

Nhận xét: Có 26 bệnh nhân có chấn thương phối hợp chiếm 26%.

Siêu âm bụng và CT scan:

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương trên siêu âm và CT scan

Đặc điểm tổn thương	Siêu âm	CT scan
	Số BN và tỷ lệ	Số BN và tỷ lệ
Dịch ổ bụng	96 (96%)	93 (91%)
Tổn thương gan	21 (21%)	35 (34.3%)
Tổn thương lách	28 (28%)	43 (42.1%)
Tổn thương thận	5 (5%)	7 (6.9%)
Tổn thương tụy	2 (2%)	
Tổng số bệnh nhân	100 BN	

Nhận xét: 100 bệnh nhân đều được siêu âm bụng, 97 bệnh nhân chụp CT scan.

Tổn thương tạng:

Bảng 5: Tỷ lệ tổn thương tạng

Tạng tổn thương	Số thương tổn	Tỷ lệ %
Lách	31	31
Gan	23	23
Tụy	6	6
Dạ dày	1	1
Ruột non	61	61
Đại tràng	8	8
Thận, bàng quang, mạch máu	8	8
Mạc nối, mạc treo	12	12
Tổng	150 (N=100)	

Nhận xét: có 150 tổn thương tạng ở 100 bệnh nhân, trong đó lách và gan chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương tạng đặc. Ruột non chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương ở tạng rỗng.

Phương pháp điều trị phẫu thuật:

Bảng 6: Phương pháp điều trị phẫu thuật

Phương pháp	Số BN	Tỷ lệ %
Mổ mở	38	38
Mổ nội soi	24	24
Nội soi chuyển mổ mở	38	38
TỔNG	100	

Nhận xét: phẫu thuật nội soi thành công ở 24 BN, mổ mở 38 BN.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, CTBK thường gặp ở độ tuổi trưởng thành, với độ tuổi trung bình là 40.5 ± 15.9 tuổi. tuổi thường gặp từ 20-39 tuổi (54%), Lê Tư Hoàng với 120 BN trong nghiên cứu của mình cũng có 55% BN trong độ tuổi từ 21-40 tuổi [1]

Tác giả Yisar Said Salaam (2017), độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của mình là $26,65 \pm 4,49$ trong đó gặp nhiều cũng là độ tuổi từ 19 – 39 [8]
CTBK gặp ở nam nhiều hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 83% BN nam và 17% BN nữ.

Tỷ lệ này cũng tương đồng trong nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân [4]. Lê Tư Hoàng (2009), trong 120 BN CTBK có tỷ lệ: nam 73.3% (88 BN) và nữ 26.7% (32 BN) [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân do tai nạn giao thông gặp ở 74/100 (74%). Girish M Umare (2018) cũng đồng tình với kết quả này [7]

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu này: 42/110 BN có sốc chiếm tỷ lệ 42%. Trong đó, sốc nhẹ 24 BN (24%), sốc vừa 14 BN (10%) và sốc nặng 4 BN (4%).

Nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) ở 101 BN CTBK thì có 10.9% biểu hiện sốc khi vào viện [4]. Nghiên cứu của Lê Tư Hoàng (2009) [1] cũng có tỷ lệ sốc khi vào viện là 17%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (20/120 BN). Điều này có lẽ là do sự khác nhau về tiêu chuẩn chọn bệnh.

Các triệu chứng của HC xuất huyết nội (47%) và HC viêm phúc mạc (69%) trong nghiên cứu này, chứng tỏ có sự vượt trội về tổn thương tạng rỗng ở những BN CTBK phải can thiệp bằng phẫu thuật. Kết quả này có cao hơn trong nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) với tỷ lệ xuất huyết nội là 31.7% và viêm phúc mạc là 9.9% [4]. Có lẽ do đặc điểm BN khác nhau...

Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân được siêu âm bụng cấp cứu.

Giá trị đầu tiên lớn nhất của siêu âm là phát hiện dịch ổ bụng. Dịch ổ bụng ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là 96%.

Có 97 BN được chụp CT scan bụng. Chúng tôi ghi nhận: tổn thương gan 23,7% (23/97 BN được chụp CT scan), lách 29,9%, thận 3%.

Solanki HJ và cộng sự (2018) [9] cho rằng CT scan rất cần thiết để quyết định phương thức điều trị “bảo tồn không mổ” hay “phẫu thuật” ở những BN có tổn thương tạng đặc với tình trạng huyết động học ổn định

Về khả năng của CT scan trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng: Chen PT và cộng sự (2018) [5], Dario và cộng sự (2017) [6], Ho TH và cộng sự (2014) [11] đều cho rằng hơn hẳn siêu âm hay X quang kinh điển.

4.3 Kết quả điều trị

Có tổng cộng 150 tổn thương tạng ở 100 bệnh nhân, 26 bệnh nhân có chấn thương phối hợp, trong đó lách và gan chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương tạng đặc. Ruột non chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương ở tạng rỗng. (bảng 5). Phẫu thuật nội soi thực hiện thành công ở 23 bệnh nhân, chuyển mổ mở 38 bệnh nhân. Nghiên cứu của Zafar và cộng sự (2015) có tỷ lệ chuyển từ nội soi sang mổ mở là 20.2% [10].

Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân được can thiệp thành công bằng phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện tương đối ngắn, hồi phục sớm hơn các bệnh nhân mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình là: $10,42 \pm 4,23$ ngày (1-30 ngày). Có 4 bệnh nhân tử vong (4%) cao hơn nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) [4], trong đó 1 bệnh nhân tử vong trong ngày sau phẫu thuật do sốc nặng không hồi phục.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương bụng kín là tổn thương nặng, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông. Tổn thương tạng rỗng ở những BN được điều trị phẫu thuật cao hơn tạng đặc. Các cận lâm sàng hình ảnh học như CT scan, siêu âm giúp nhiều trong đánh giá bệnh nhân để quyết định phương thức điều trị. Tử vong vẫn còn cao, thường do tình trạng nặng của thương tổn do chấn thương gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Thiện Chí, Phan Dương, Nguyễn Minh Hải, Bùi Văn Ninh (2004), “Tổng quan về chấn đoán và kết quả điều trị chấn thương và vết thương tá – tụy”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 8(3), tr 1-8.
2. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Phước Hưng (2015), “Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị cấp cứu chấn thương và vết thương bụng”, *Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, (5), tr 74-83.
3. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Bá Nhuận, Võ Tấn Long và cs (2007), “Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 trường hợp chấn thương và vết thương tá tràng trong 27 năm tại BV Chợ Rẫy”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 11(1), tr 80-96.
4. Nguyễn Ngọc Diệp (2017), “Kết quả điều trị phẫu thuật vỡ gan chấn thương”, *Luận án chuyên khoa cấp II*, Trường ĐHYD TP. Hồ Chí Minh.
5. Dương Trọng Hiền, Trần Bình Giang (2013), “Thăm dò ổ bụng bằng nội soi trong cấp cứu bụng ngoại khoa”, *Bài giảng phẫu thuật nội soi cơ bản*, Nhà xuất bản Y học, tr 129-138.
6. Lê Tư Hoàng (2009), “Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín”, *Luận án tiến sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Tư Hoàng, Phạm Trung Hiếu (2016), “Chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín ở bệnh nhân có chấn thương sọ não”, *Hội nghị khoa học ngoại khoa và phẫu thuật nội soi toàn quốc 2016*, tr 71.
8. Nguyễn Ngọc Hùng, Lê Nhật Huy, Trần Bình Giang (2012), “Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong chỉ định và điều trị không mổ chấn thương gan”, *Ngoại khoa số đặc biệt 1,2,3/2012-Hội nghị Khoa học Ngoại khoa toàn quốc lần thứ 14*, tr 85-95.
9. Phạm Vũ Hùng, Nguyễn Đức Tiến và cs (2012), “Nghiên cứu chỉ định điều trị bảo tồn không mổ vỡ lách do chấn thương tại Bệnh viện Việt-Đức (2006-2011)”, *Ngoại khoa số đặc biệt 1,2,3/2012-Hội nghị Khoa học Ngoại khoa toàn quốc lần thứ 14*, tr 56-63.
10. Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Văn Liễu, Đoàn Thị Phương Lý (2009), “Đặc điểm hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính trên 66 bệnh nhân tổn thương tạng đặc do chấn thương bụng kín”, *Y học thực hành*, 682 - 683, Bộ Y tế, tr 204-208.
11. Khuru Vũ Lâm (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân độ vỡ lách và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật bảo tồn lách do chấn thương tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Luận án chuyên khoa cấp II*, Trường ĐHYD Cần Thơ.
12. Abri B, Shams-Vahdati S, et al, (2016), “Blunt abdominal trauma and organ damage and its prognosis”, *J Anal Res Clin Med*, 4(4), pp 228-232.
13. Morsi Mohamed, Wael Mansy, Yahia Zakaria (2015), “Use of laparoscopy in the management of abdominal trauma: a center experience”, *Egyptian J Surgery*, pp 11-16.

14. Viktor Justin, Abe Fingerhut, Selman Uranues, (2017), “Laparoscopy in Blunt Abdominal Trauma: for Whom? When? and Why?”, *Curr Trauma Rep*, 3, pp 43–50.
(Ngày nhận bài: 12/09/2021 – Ngày duyệt đăng: 25/11/2021)
-