

**BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

ĐẶNG THANH SƠN

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN KHÔNG PHẪU THUẬT
CHẤN THƯƠNG GAN DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN
TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC**

Chuyên ngành : Ngoại khoa

Mã số : NT 62.72.07.50

LUẬN VĂN BÁC SĨ NỘI TRÚ

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

1. GS TS Trịnh Hồng Sơn

2. TS Vũ Thị Hồng Anh

THÁI NGUYÊN – NĂM 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các số liệu, kết quả nghiên cứu ghi trong luận văn là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác.

Thái Nguyên, ngày 29 tháng 12 năm 2019

Tác giả luận văn

Đặng Thanh Sơn

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu, phòng Đào tạo, các thầy cô trong bộ môn Ngoại - Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên, Ban Giám đốc, tập thể các khoa ngoại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Ban Giám đốc cùng tập thể khoa U Bướu Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, tập thể khoa Ngoại bệnh viện trường Đại Học Y Khoa Đại Học Thái Nguyên đã dạy bảo, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập nội trú và nghiên cứu.

Xin cảm ơn tất cả các bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đã nhiệt tình hợp tác, cung cấp các thông tin cần thiết trong quá trình nghiên cứu. Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin cảm ơn chân thành tới GS. TS. Trịnh Hồng Sơn, Ts. Vũ Thị Hồng Anh. Thầy, cô đã tận tâm hướng dẫn tôi trong quá trình học tập, là người truyền nhiệt huyết và lòng yêu nghề, cũng như hướng dẫn tôi nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Xin cảm ơn bố mẹ và gia đình những người luôn bên tôi động viên, cảm ơn vợ luôn bên cạnh và tạo điều kiện thuận lợi nhất để tôi học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các bạn bè đồng nghiệp và các bạn nội trú đã giúp đỡ, động viên tôi trong quá trình học tập và hoàn thiện luận văn này.

Xin chân thành cảm ơn!

Thái Nguyên, ngày 29 tháng 12 năm 2019

Học viên

Đặng Thanh Sơn

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

- AAST : American Association for Surgical of Trauma
(Hiệp hội phẫu thuật chấn thương hoa kỳ)
- ALTS : Advanced trauma life support
(Hội sức chấn thương nâng cao)
- BN : Bệnh Nhân
- CLVT : Cắt lớp vi tính
- CT : Computed Tomography
- CTG : Chấn thương gan
- ERCP : Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography
(Nội soi mật tụy ngược dòng)
- HATĐ : Huyết áp tối đa
- Hb : Hemoglobin
(Huyết sắc tố)
- HCT : Hematocrit
- HPT : Hạ phân thùy
- HSBĐ : Hội sức ban đầu
- SL : Số lượng

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	ii
LỜI CẢM ƠN	iii
DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT	iv
MỤC LỤC	v
DANH MỤC BẢNG	vii
DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ	viii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Giải phẫu và sinh lý gan.....	3
1.2. Nghiên cứu trên Thế giới và Việt Nam về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân chấn thương gan được điều trị bảo tồn không phẫu thuật	10
1.3. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về điều trị chấn thương gan	15
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	24
2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	24
2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.....	32
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu.....	33
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	34
3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	34
3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	35
3.3. Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan	39
Chương 4. BÀN LUẬN	45
4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu	45
4.2. Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan	57

KẾT LUẬN	67
KHUYẾN NGHỊ	68
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
DANH SÁCH BỆNH NHÂN	
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU CHẤN THƯƠNG GAN	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu.....	34
Bảng 3.2. Mạch, huyết áp tối đa khi tới viện	35
Bảng 3.3. Các triệu chứng lâm sàng	35
Bảng 3.4. Xét nghiệm số lượng bạch cầu, ALT, AST	36
Bảng 3.5: Chỉ số: Hồng cầu, Hemoglobin khi vào viện	36
Bảng 3.6. Tổn thương của chấn gan ghi nhận trên siêu âm.....	37
Bảng 3.7. Tổn thương gan và tổn thương tạng đặc phổi hợp trên cắt lớp vi tính ổ bụng.....	37
Bảng 3.8. Phân độ chấn thương gan trên CLVT theo AAST	38
Bảng 3.9. Phân loại mức độ mất máu theo mức độ chấn thương gan	38
Bảng 3.10. Phân loại đáp ứng sau HSBD theo mức độ mất máu	39
Bảng 3.11. Mạch, huyết áp tối đa khi tới viện liên quan tới kết quả điều trị bảo tồn.....	39
Bảng 3.12. Phân loại kết quả điều trị bảo tồn theo mức độ đáp ứng sau hồi sức ban đầu.....	40
Bảng 3.13. Phân loại kết quả điều trị bảo tồn theo mức độ mất máu	40
Bảng 3.14. Phân loại kết quả điều trị bảo tồn theo mức độ chấn thương gan.....	41
Bảng 3.15. Thời gian nằm viện và độ chấn thương gan	41
Bảng 3.16. Thời gian nằm bất động và độ chấn thương gan	42
Bảng 3.17. Lượng máu truyền trong 24h đầu theo độ chấn thương gan	42
Bảng 3.18. Lượng dịch truyền trong 24h đầu theo độ chấn thương gan	43
Bảng 3.19. Các biến chứng theo độ chấn thương gan	43
Bảng 3.20. Phân loại kết quả gần theo mức độ chấn thương gan.....	44
Bảng 3.21. Phân loại kết quả gần theo mức độ mất máu.....	44

DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ

Hình 1.1: Mặt trên của gan.....	3
Hình 1.2: Tĩnh mạch trên gan	4
Hình 1.3: Phân chia thùy gan theo Tôn Thất Tùng.....	6
Hình 4.1: Hình ảnh máu tụ dưới bao gan phải.....	54
Hình 4.2 : Hình ảnh đụng dập, tụ máu nhu mô gan.....	55
Hình 4.3: Hình ảnh đường vỡ nhu mô gan	56
Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây chấn thương.....	34

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan thường gặp trong chấn thương bụng kín, chỉ sau chấn thương lách. Theo một số thông kê của các tác giả trong và ngoài nước, trong chấn thương bụng kín có từ 29 – 35% là chấn thương gan và từ 35 – 53% là chấn thương lách [1], [48].

Trước đây, khi các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng còn hạn chế, việc chẩn đoán chấn thương gan chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng như: Hoàn cảnh chấn thương; triệu chứng đau ngực phải, hạ sườn phải; vết xây xước da vùng ngực, hạ sườn phải; chọc dịch ổ bụng có máu;... [13], [34]. Hiện nay, nhờ sự phát triển của các phương tiện cận lâm sàng, đặc biệt là vai trò của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính không những giúp chẩn đoán sớm mà còn phân loại chính xác mức độ tổn thương gan, giúp thầy thuốc lâm sàng đưa ra hướng điều trị phù hợp [18], [27].

Trước năm 1972, quan điểm trong điều trị chấn thương gan là phẫu thuật, với các phương pháp chủ yếu như: Khâu gan, nhét meche cầm máu, cắt gan, Nhưng từ khi Jerome R. công bố điều trị thành công bảo tồn chấn thương gan trên 4 bệnh nhân nhi vào năm 1972, thì quan điểm của các phẫu thuật viên bắt đầu thay đổi [39]. Từ đó đến nay, điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan trên thế giới được áp dụng rộng rãi và điều trị thành công cả trên những chấn thương gan độ IV, V [2], [3], [26]. Tỷ lệ điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan có chiều hướng tăng lên, trong nghiên cứu của Abdallah (2017) tỷ lệ điều trị bảo tồn chấn thương gan thành công ở 85% các bệnh nhân, phẫu thuật điều trị chấn thương gan chỉ còn 15%; hay trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng tại bệnh viện Việt Đức (2012) tỷ lệ điều trị bảo tồn không phẫu thuật lên tới 84,4%, trong đó thành công đạt 93,5% và tỷ lệ tốt là 89% [3], [57].

Bệnh viện Việt Đức là trung tâm phẫu thuật lớn của cả nước, cũng là cơ sở đi đầu trong các cập nhật các kiến thức mới trong điều trị các bệnh lý ngoại khoa, cũng là nơi báo cáo những bệnh nhân điều trị bảo tồn thành công chấn thương gan đầu tiên [13]. Cùng với sự phát triển của can thiệp mạch, tiến bộ trong quan điểm hồi sức mất máu, tỷ lệ điều trị thành công chấn thương gan có nhiều thay đổi [3], [22], [57]. Hiện nay, chỉ định điều trị bảo tồn chấn thương gan được mở rộng tới những bệnh nhân chấn thương gan độ IV, V có huyết động ổn định và đem lại nhiều kết quả khả quan [3], [30], [44]. Nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan trong giai đoạn gần đây tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức”** với mục tiêu:

- 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chấn thương gan được điều trị bảo tồn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2017 – 2019.*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2017 – 2019.*