

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ QUỐC PHÒNG**

**HỌC VIỆN QUÂN Y**

**NGUYỄN HẢI NAM**

**ĐỐI CHIẾU LÂM SÀNG VỚI PHÂN LOẠI  
ĐỘ CHẤN THƯƠNG GAN BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH  
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ  
VỠ GAN CHẤN THƯƠNG**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2014**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

**HỌC VIỆN QUÂN Y**

**NGUYỄN HẢI NAM**

**ĐỐI CHIẾU LÂM SÀNG VỚI PHÂN LOẠI  
ĐỘ CHẤN THƯƠNG GAN BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH  
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ  
VỠ GAN CHẤN THƯƠNG**

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số: 62 72 01 25

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

*Người hướng dẫn khoa học:*

**PGS.TS. Nguyễn Tiên Quyết**

**PGS.TS Trịnh Hồng Sơn**

**HÀ NỘI - 2014**



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng nói chung và chấn thương gan nói riêng là một cấp cứu ngoại khoa ngày càng tăng cùng với sự phát triển của xã hội hiện đại, tốc độ đô thị hoá và sự gia tăng nhanh chóng của các phương tiện giao thông tốc độ cao. Chấn thương là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi và chiếm 3/4 nguyên nhân gây tử vong ở Mỹ và Châu Âu và 10% tử vong trong chấn thương là do tổn thương bụng. Theo Trần Bình Giang tỷ lệ chấn thương gan là 26,51% [4], theo Trịnh Hồng Sơn trong 6 năm (1990-2005) tỷ lệ chấn thương gan là 22,04% và tỷ lệ tử vong là 13,13%. Theo Poletti [129] và cộng sự trong 565 bệnh nhân chấn thương bụng kín thì có 230 bệnh nhân chấn thương gan (40,7%), theo các tác giả này tỷ lệ chấn thương gan đứng thứ hai sau chấn thương lách.

Trước đây phần lớn các trường hợp chẩn đoán chấn thương gan đều được chỉ định mổ [64],[81]. Phẫu thuật chấn thương gan là phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi sự hiểu biết sâu sắc về giải phẫu, sinh lý của gan, hồi sức, kỹ thuật mổ. Mặc dù vậy tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ còn khá cao. Theo Michael Bartels [33], David J. Gillet [82] tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ chấn thương gan trên 85%.

Ngày nay, nhờ những hiểu biết sâu sắc về giải phẫu, sinh lý, thương tổn giải phẫu, cơ chế chấn thương, tiếp đó là sự phát triển vượt bậc của khoa học kỹ thuật trong chẩn đoán hình ảnh với ứng dụng mang tính đột phá của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương bụng kín, cho phép xác định rõ mức độ tổn thương của gan, lượng máu trong ổ bụng cùng các tổn thương phối hợp, qua đó, làm thay đổi về cơ bản thái độ điều trị trong chấn thương gan. Thực tế điều trị bảo tồn trong chấn thương gan đã được thực hiện và áp dụng nhiều nơi trên thế giới cũng như ở Việt Nam với tỷ lệ

thành công cao. Bên cạnh đó những chấn thương gan phải điều trị phẫu thuật cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ, do tổn thương nặng, phức tạp không đáp ứng được với điều trị bảo tồn.

Tuy nhiên để đưa ra những chỉ định chính xác giúp thầy thuốc lâm sàng phân loại điều trị bệnh nhân chấn thương gan chưa có nghiên cứu nào so sánh đối chiếu lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính, đồng thời những đánh giá về kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương gan. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đối chiếu lâm sàng với phân loại độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị vỡ gan chấn thương”** với hai mục tiêu:

- 1. Đối chiếu lâm sàng với phân loại độ chấn thương gan đơn thuần bằng chụp cắt lớp vi tính.*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vỡ gan đơn thuần do chấn thương.*

# CHƯƠNG 1

## TỔNG QUAN

### 1.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU GAN

Gan là tạng đặc lớn nhất trong ổ bụng (khoảng 1.500 gr), giàu mạch máu, cấu trúc giải phẫu phức tạp (động mạch gan, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan, đường mật...) cho nên rất dễ bị tổn thương, tổn thương phức tạp, đe dọa tính mạng.



*Hình 1.1: Hình thể ngoài của gan*

\* Nguồn: Theo Frank Netter (1995) [15]

#### 1.1.1. Các phương tiện cố định gan

##### 1.1.1.1. Các dây chằng

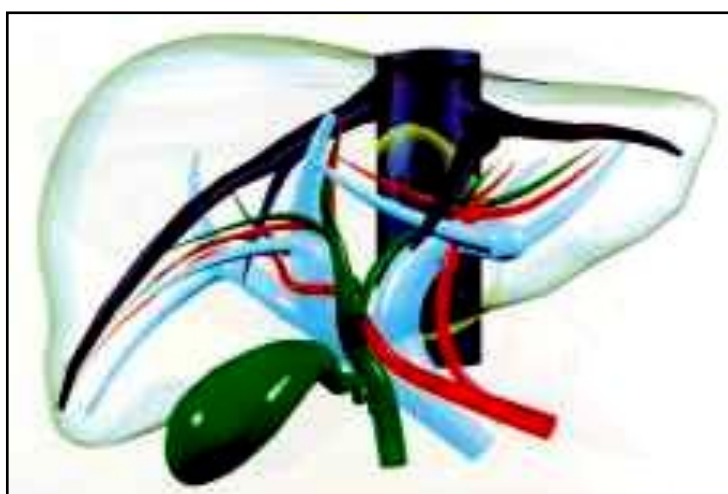
**a. Dây chằng tam giác phải và trái:** hình thành từ 2 lá của dây chằng vành dính vào cơ hoành. Bên phải thường ở hạ phân thùy VII, bên trái ở hạ phân thùy II[8], [14]. Ở những vị trí bám này cũng dễ bị xé rách bao gan, nhu mô theo cơ chế gián tiếp.

**b. Dây chằng tròn, mạc chằng liềm:** đây là phương tiện cố định gan với thành bụng trước, rất chắc chắn nên cũng là nơi dễ bị xé rách nhất. Nhẹ nhất là tụ máu nhỏ dưới bao dọc theo chỗ bám của mạc chằng liềm, rồi đến rách

bao Glisson chảy máu, nặng hơn là xé sâu vào nhu mô gan do nhu mô bị giăng khỏi chỗ bám.

**c. Các dây chằng khác:** ngoài các dây chằng đã nêu, nhiều khi có những dây chằng như gan-tá tràng, gan-đại tràng, các dính bất thường giữa gan và vòm hoành...khi bị chấn thương theo cơ chế gián tiếp các vị trí bám với gan cũng có có nguy cơ bị xé gây chảy máu.

#### ***1.1.1.2. Cuống gan và các thành phần cuống gan***



***Hình 1.2: Liên quan cuống gan, cuống gan phải, cuống gan trái***

*Nguồn: Theo Frank Netter (1995)[15]*

Cuống gan hay cuống Glisson gồm 3 thành phần: tĩnh mạch cửa (TMC), động mạch gan (ĐMG), đường mật. Các thành phần này đi cùng nhau, được bọc chung trong bao Glisson và phân chia trong gan gần như nhau gồm 2 cuống: cuống phải và cuống trái [155]:

**a. Cuống phải:** từ chỗ chia đôi ở rốn gan cuống chạy sang phải dài 1cm, khi đến đầu rãnh rốn trước mỏm đuôi thì chia làm 2: một chạy ngang sang phải cho phân thùy sau, 1 chạy thẳng lên trên cho phân thùy trước.

\* **Cuống phân thùy sau:** Cuống phân thùy sau tận cùng bởi 2 nhánh: 1 đi ra phía trước tới góc phải của gan cho hạ phân thùy VI, 1 đi ra phía sau tới bờ phải tĩnh mạch chủ dưới cho hạ phân thùy VII.

\* **Cuống phân thùy trước**: Cuống này lúc đầu đi thẳng lên trên, thẳng góc với mặt dưới gan, phân nhánh cho hạ phân thùy V rồi quặt ra sau tận cùng 2 nhánh cho hạ phân thùy VIII [14],[22].

**b. Cuống trái**: nằm trong rãnh rốn gan dài gấp 4 lần cuống phải, nó nằm mặt trước thùy Spiegel. Cuống trái có 3 nhóm nhánh bên: bờ phải của dây chằng tròn cho 2-5 nhánh vào hạ phân thùy IV, bờ trái cho hạ phân thùy III, sườn trái cho hpt II[22], [57].

Các nhánh tĩnh mạch cửa thành mỏng dễ bị rách khi giăng xé, khi bị đụng giập nhu mô gan.

Động mạch gan: cũng từ cuống gan phân chia trong gan trong khoảng cửa nhưng đàn hồi hơn tĩnh mạch nên ít tổn thương hơn. Các nhánh đường mật khi gan chấn thương khi bị giăng xé bị đứt, rách gây chảy mật trong ổ bụng, tụ dịch mật trong nhu mô gan nơi bị dập nát, hẹp đường mật muộn do xơ hóa. Túi mật có thể bị bong khỏi giường túi mật, đụng giập chảy máu hoặc vỡ.

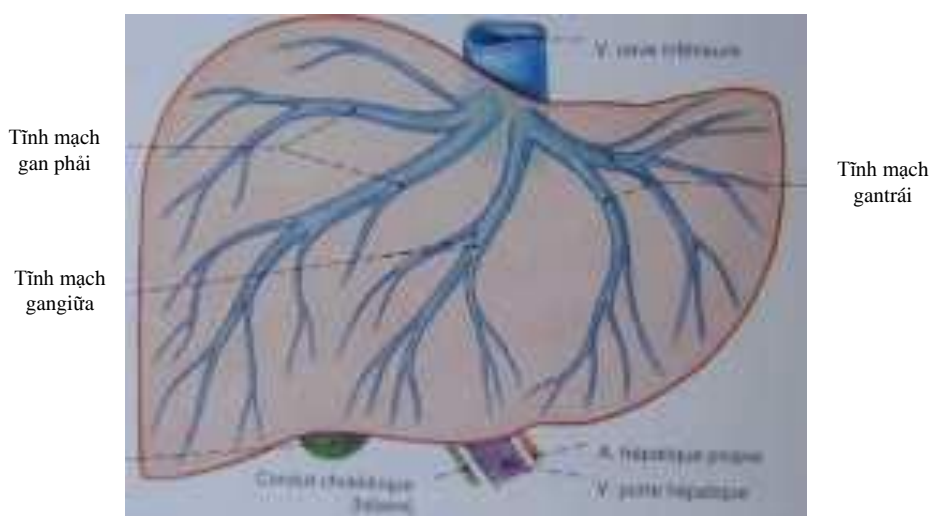
### **1.1.1.3. Tĩnh mạch gan**

**a. Tĩnh mạch gan giữa (TMGG)**: tĩnh mạch này bắt đầu từ 2 nhánh gồm nhánh hạ phân thùy V và phân thùy IV, nơi xuất phát của tĩnh mạch gan giữa ở trên và trước chỗ chia đôi tĩnh mạch cửa, có 2 nhánh bên: 1 ở hạ phân thùy VIII và 1 ở phân thùy IV. Như vậy tĩnh mạch gan giữa nhận máu của phân thùy IV, phân thùy trước và đổ vào tĩnh mạch chủ dưới[8], [14].

**b. Tĩnh mạch gan phải (TMGP)**: Đi từ bờ trước gan, gần góc phải và chạy theo đúng đường đi của khe bên phải để đổ vào tĩnh mạch chủ dưới thấp hơn 1-2cm so với chỗ đổ vào tĩnh mạch chủ dưới của tĩnh mạch gan giữa và tĩnh mạch gan trái. Tĩnh mạch gan phải nhận máu của phân thùy sau và phân thùy trước[8], [14].



**c. Tĩnh mạch gan trái (TMGT):** tĩnh mạch này được tạo nên do sự hợp lại của 3 tĩnh mạch: tĩnh mạch từ hạ phân thùy III, tĩnh mạch từ hạ phân thùy II, tĩnh mạch liên phân thùy nhận máu của thùy trái và phân thùy IV. Tĩnh mạch này rất ngắn 1-2cm đi trên thùy Spiegel để cùng tĩnh mạch gan giữa đổ vào thân chung. Thân chung này rất ngắn chỉ 5mm và đổ vào tĩnh mạch chủ dưới ở phía bên trái tĩnh mạch này[8], [14].



**Hình 1.3: Các tĩnh mạch gan phải, gan giữa, gan trái**

*Nguồn: Theo Frank Netter (1995)[15]*

**d. Tĩnh mạch Spiegel:** nhận trực tiếp máu của thùy Spiegel và vùng xung quanh gồm 2 nhóm: những tĩnh mạch nhỏ đổ thẳng vào tĩnh mạch chủ dưới bằng những lỗ rất nhỏ xếp xếp theo chiều dài của tĩnh mạch chủ dưới và những tĩnh mạch tương đối lớn và rất đều đặn [14].

**e. Tĩnh mạch gan phải phụ (tĩnh mạch Makuuchi):** là những tĩnh mạch nhỏ, dẫn máu trực tiếp từ các phần gan phải (V, VI, VII, VIII) đổ thẳng vào mặt bên tĩnh mạch chủ dưới [155].

Khi có chấn thương mạnh các chỗ đổ này có thể bị giằng xé gây rách chảy máu dữ dội.

### 1.1.2. Ứng dụng trong phẫu thuật cắt gan

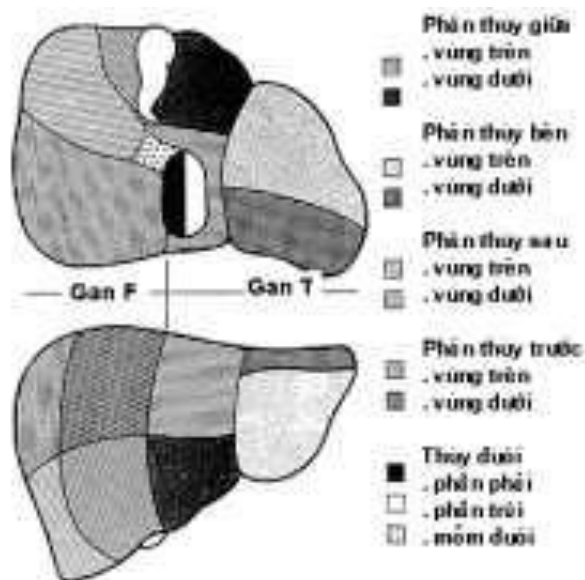
Năm 1951 Hjorstjo [88] đã phân gan thành 2 phần phải và trái ngăn cách nhau bởi khe chính, phần trái gồm 2 khu giữa và bên ngăn cách bởi khe rốn, khu bên lại được chia thành 2 phân thùy (lưng – bên, bụng – bên), phần phải được chia thành 3 phân thùy lưng đuôi, bụng đầu và trung gian.

Sau Hjorstjo nhiều tác giả khác nhau đã nghiên cứu về phân thùy gan, trong đó có 3 trường phái: Anh - Mỹ, Pháp và Việt Nam.

#### 1.1.2.1. Theo các tác giả Anh-Mỹ

Năm 1953, Healey và Schroy [86] qua nghiên cứu 100 tiêu bản ăn mòn đường mật trong gan đã chia gan thành 2 thùy bao gồm thùy phải và thùy trái ngăn cách nhau bởi khe gian thùy. Thùy phải lại được chia thành 2 phân thùy: trước và sau ngăn cách bởi khe phân thùy phải. Thùy trái được chia thành 2 phân thùy: giữa và bên ngăn cách nhau bởi khe phân thùy trái. Thùy đuôi gọi là phân thùy lưng. Mỗi phân thùy lại được chia thành 2 phần nhỏ hơn: trên và dưới. Phân thùy lưng được chia làm 3 phần: phải, trái và mấu đuôi.

Phân thùy gan theo đường mật của Healey và Schroy cũng được một số tác giả tán thành: Reifferscheid (1957), Zabroskaia (1964), Tôn Thất Tùng (Việt Nam).



**Hình 1.4: Phân chia gan theo Healey và Schroy**

Nguồn: Theo Healey và Schroy (1953) [86]