

được đã được can thiệp cắt ESD lần 2, rất may mắn kết quả GPB bệnh tổn thương chưa xầm lẫn sâu, kết quả kiểm tra lại những lần sau đó sẹo cắt liền hoàn toàn, không có tái phát. Giai đoạn sau 6 tháng có 39/64 (60%) bệnh nhân được nội soi đánh đại tràng kiểm tra, ở lần khám này chúng tôi không ghi nhận thêm trường hợp tái phát nào, 02 trường hợp còn viêm loét 3 tháng trước đó sẹo loét đã liền hoàn toàn.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cắt toàn khối là 100%, cắt hoàn toàn về mô bệnh học R0 59/64 (92,2%), diện cắt còn tổn thương (R1) 5/64(7,8%) ESD đơn thuần 58/64 (90,6%), Hybrid 6/64 (9,4%). thời gian can thiệp trung bình là  $93 \pm 70$  phút, phương pháp dự phòng chảy máu chính là nhiệt đông 54/64 (84,4%), kết hợp nhiệt đông + clip cầm máu 10/64 (15,6%), khếp diện cắt 8/64 (12,5%), tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật: 64/64 (100%), tai biến, biến chứng: 02/64(3,1%) thủng, can thiệp sớm, điều trị nội khoa, 04/64 (6,3%) biến chứng chảy máu số lượng ít, điều trị nội khoa, tỷ lệ tái phát; Sau 3 tháng 01/47 (2,1%) trường hợp tái phát, được can thiệp cắt ESD bổ sung thành công. Tóm lại Kỹ thuật ESD điều trị polyp đại trực tràng không cuống kích thước  $\geq 2$ cm đạt hiệu quả cao trong điều trị với tỷ lệ thành công, điều trị triệt căn

cao, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **Tanaka, S., et al.**, Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Dig Endosc, 2020. 32(2): p. 219-239.
3. **Park, J.H., et al.**, A Surveillance Endoscopy Strategy Based on Local Recurrence Rates after Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection. J Clin Med, 2021. 10(19).
4. **Sakamoto, H., et al.**, Pocket-creation method facilitates endoscopic submucosal dissection of colorectal laterally spreading tumors, non-granular type. Endosc Int Open, 2017. 5(2): p. E123-e129.
5. **Cecinato, P., et al.**, Underwater endoscopic submucosal dissection and hybrid endoscopic submucosal dissection as rescue therapy in difficult colorectal cases. Endosc Int Open, 2022. 10(9): p. E1225-e1232.
6. **Tanaka, S., et al.**, Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Dig Endosc, 2020. 32(2): p. 219-239.
7. **Yamada, M., et al.**, Long-term clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms in 423 cases: a retrospective study. Endoscopy, 2017. 49(3): p. 233-242.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẤN THƯƠNG TUYỆT ĐỘ III, IV Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Hồng Tuấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Việt Hoa<sup>1</sup>, Phạm Quang Hùng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) chấn thương tụy độ III, IV theo phân loại của AAST và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn của bệnh nhi chấn thương tụy tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 24 bệnh nhân chấn thương tụy độ III, IV trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) và được điều trị bảo tồn tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2018 tới tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 10,4 tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (95,9%), triệu chứng

lâm sàng chủ yếu là đau bụng (100%) và vết xây xước thành bụng (95,8%). Tổn thương tụy trên CLVT: eo tụy chiếm 41,7%, thân và đuôi tụy 48,3%, phân độ theo AAST: độ III có 14 bệnh nhân (58,3%), độ IV 41,7%. Kết quả điều trị bảo tồn: có 2 bệnh nhân phải phẫu thuật, không có bệnh nhân tử vong. Tỷ lệ điều trị thành công là 91,7% trong đó có 16 bệnh nhân (66,7%) hình thành nang giả tụy được dẫn lưu nang – dạ dày qua nội soi. Theo dõi xa: Bệnh nhân theo dõi xa nhất là 5 năm, gần nhất là 13 tháng. Tất cả các bệnh nhân đã ổn định, các xét nghiệm về bình thường. **Kết luận:** : Điều trị bảo tồn chấn thương tụy độ III, IV ở trẻ em có tính khả thi, tỷ lệ thành công cao tuy nhiên cần điều trị ở những nơi có điều kiện phẫu thuật cũng như can thiệp qua nội soi và chẩn đoán hình ảnh. **Từ khóa:** Chấn thương tụy, nang giả tụy, điều trị bảo tồn, dẫn lưu dưới siêu âm.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Email: hongtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

### SUMMARY

**RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF GRADE III, IV PANCREATIC INJURY IN CHILDREN AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL**

**Objectives:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with grade III and IV pancreatic trauma according to AAST classification and evaluate the results of conservative treatment pancreatic trauma in children at VietDuc University Hospital in the period 2018-2022. **Material and method:** Retrospective case series of 24 patients with grade III and IV pancreatic trauma on computed tomography (CT) and treated conservatively at the Department of Pediatric and Neonatal Surgery - Viet Duc university Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** The average age was 10,4 years old, the main cause: traffic accident (95,9%), clinical symptoms: abdominal pain (100%) and abdominal wall abrasions (95,8%). Pancreatic injuries on CT: pancreatic isthmus accounted for 41,7%, body and tail of pancreas 48,3%, AAST classification: 58,3% grade III, 41,7% grade IV. Conservative treatment results: 2 patients required surgery, no patient died. The successful treatment rate was 91,7%, of which 16 patients (66,7%) developed pancreatic pseudocysts and had cyst-gastric drainage via endoscopy. Long-term follow-up from 13 months to 5 years. All patients were stable, and all tests were normal. **Conclusion:** Conservative treatment of grade III and IV pancreatic injuries in children is feasible and has a high success rate, but treatment should be performed in places with surgical conditions as well as endoscopic intervention and radiological therapy.

**Keywords:** Pancreatic trauma, pancreatic pseudocyst, conservative treatment, ultrasound-guided drainage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy là tạng nằm sau phúc mạc do vậy chấn thương tụy là tổn thương là hiếm gặp và khó chẩn đoán trong chấn thương bụng kín. Chấn thương tụy ở trẻ em chiếm 3-12% trong tất cả các chấn thương bụng kín. Theo nhiều nghiên cứu thái độ xử trí chấn thương tụy ở trẻ em liên quan tới tổn thương ống tụy chính. Theo phân độ chấn thương tụy của hiệp hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (AAST - American Association for the Surgery of Trauma) thì những tổn thương từ độ III trở lên là có tổn thương vào ống tụy chính. Điều trị bảo tồn đối với chấn thương tụy độ I và II được chấp nhận rộng rãi, tuy nhiên đối với chấn thương tụy độ III, IV có nhiều tranh cãi.<sup>1</sup> Nhiều khuyến cáo cho rằng nên can thiệp phẫu thuật sớm để giảm tỷ lệ biến chứng cũng như nguy cơ tử vong. Tuy nhiên, năm 2011, Cigdem<sup>2</sup> báo cáo điều trị không phẫu thuật với chấn thương tụy ở trẻ em, tác giả cho rằng đối với chấn thương tụy độ III có thể hình thành nang giả tụy ở hơn ở 50% số trẻ và có thể được kiểm soát được mà không cần phẫu thuật. Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu báo cáo về vai trò của cắt lớp vi tính (CLVT), điều trị không mổ chấn thương tụy ở người lớn<sup>3,4</sup>, chưa có nghiên cứu nào về điều trị bảo tồn không mổ đối với

chấn thương tụy độ III, IV ở trẻ em.<sup>5</sup> Do đó, chiến lược quản lý tối ưu cho trẻ bị chấn thương tụy nhất là chấn thương tụy độ III trở lên vẫn chưa được thống nhất. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bảo tồn của bệnh nhi chấn thương tụy độ III, IV tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm các bệnh nhân có chấn thương tụy độ III, IV theo AAST trên CLVT hoặc cộng hưởng từ và được điều trị bảo tồn tại Khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu:** có tuổi nhỏ hơn 16, được chấn chấn thương bụng kín, chấn thương tụy độ III và được chỉ định điều trị bảo tồn, bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu, bố mẹ hoặc người giám hộ đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:** Các chấn thương tụy độ I, II trên CLVT, bệnh nhân mất thông tin liên lạc lại, hồ sơ không đầy đủ.

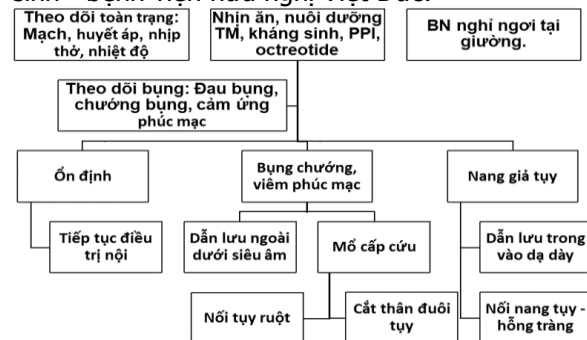
**\* Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh có theo dõi dọc.

**\* Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022.

**\* Cơ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

**\* Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**\* Sơ đồ theo dõi và xử lý bệnh nhi chấn thương tụy tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện hữu nghị Việt Đức:**



### Sơ đồ 1. Theo dõi và xử trí chấn thương tụy ở trẻ em

**2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:** - Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: tuổi, giới, tiền sử chấn thương, huyết động, tình trạng bụng, đặc điểm và phân độ chấn thương trên CLVT.

- Kết quả điều trị: thời gian điều trị, tình trạng cân nặng, các phương pháp điều trị bảo tồn, chuyển mổ.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi được sự đồng ý của bệnh nhân, bệnh viện hữu nghị Việt Đức, đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây, thông tin bệnh nhân được bảo mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022, tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh bệnh viện HN Việt Đức có 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong nghiên cứu.

Tuổi trung bình là 10,4 ± 3,4 (tuổi), tỉ lệ nam chiếm chủ yếu chiếm 79,1% BN. Nguyên nhân đa số do tai nạn giao thông 23/24 bệnh nhân (95,9%), tại nạn sinh hoạt (bị đánh) 4,1%.



**Hình 1. Vết bầm trên bụng (handle bar)**

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu sinh tồn khi vào viện**

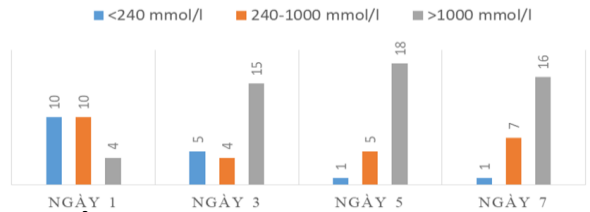
Triệu chứng lâm sàng	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mạch	<100 lần/phút	22 (91,7%)
	>100 lần/phút	2 (8,3%)
Huyết áp trung bình	<90 mmHg	20 (83,3%)
	>90 mmHg	4 (16,7%)
Nhiệt độ	>37.5	0 (0%)
	<37.5	24 (100%)
Nôn	19	79,2%
Đau bụng	24	100%
Xây sát thành bụng	23	95,8%
Phản ứng thành bụng	16	66,7%

Về vị trí tổn thương tụy trên CLVT: eo tụy có 10/24 BN chiếm 41,7%, thân và đuôi tụy có 14 BN (48,3%). Phân độ chấn thương tụy: độ III có 14 bệnh nhân (58,3%), độ IV có 10 bệnh nhân (41,7%).

Nồng độ Amylase máu tăng cao sau chấn thương. Xét nghiệm ngày thứ 3 thấy có 15/24 bệnh nhân có Amylase >1000 mmol/l, ngày thứ 7 có 16/24 bệnh nhân có Amylase >1000 mmol/l.

**Bảng 3. Kết quả theo dõi xa sau điều trị**

Lâm sàng và cận lâm sàng			1 tháng	2 tháng	3 tháng	4 tháng	5 tháng
Dẫn lưu trong vào dạ dày qua nội soi	Đau bụng	Có	15	8	0	0	0
		Không	1	8	16	16	16
	Nang giả tụy	Còn nang	3	0	0	0	0
		Không còn	13	16	0	0	0



**Biểu đồ 1. Diễn biến amylase máu ở BN chấn thương tụy**

Trong thời gian theo dõi điều trị tại viện: có 2 bệnh nhân (8,3%) tiến triển viêm phúc mạc toàn thể ở ngày thứ 3, được phẫu thuật đóng tụy đầu gần và nối tụy ruột đầu xa, có 6 bệnh nhân (25%) viêm phúc mạc được dẫn lưu nang ra ngoài cấp cứu, triệu chứng lâm sàng sau dẫn lưu ngoài giảm dần. Có 16 trường hợp (66,7%) lâm sàng ổn định dần, hình thành nang giả, thời gian dẫn lưu nang – dạ dày qua nội soi từ lúc chấn thương là 34,7 ± 17,9 ngày.

**Bảng 2. Kết quả gần điều trị**

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ (%)	Thời gian nằm viện	p
Viêm phúc mạc	2	8.3%	22	0,043
Dẫn lưu ra ngoài dưới siêu âm	6	25%	20,4 ± 13,7	
Nang giả tụy (dẫn lưu nang – dạ dày qua nội soi)	16	66.7%	16,5 ± 10,6	
Ổn định	0	0%		

Bệnh nhân đều được nuôi dưỡng tĩnh mạch trong những ngày đầu. Tất cả các bệnh nhân đều có gầy sút cân. Các trường hợp bệnh nhân phẫu thuật và dẫn lưu ngoài thì cân nặng giảm nhiều hơn các trường hợp hình thành nang giả.

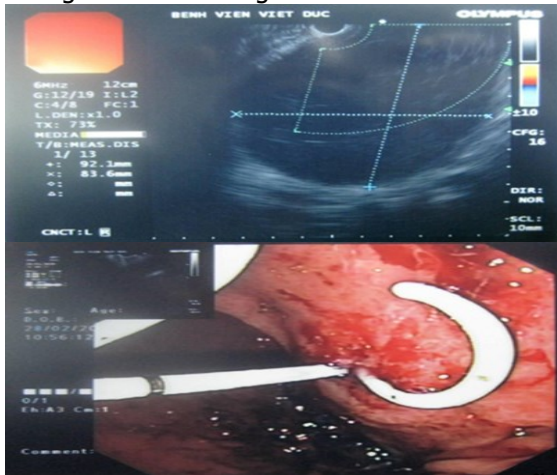


**Biểu đồ 2. Đánh giá cân nặng của bệnh nhân trong quá trình điều trị**

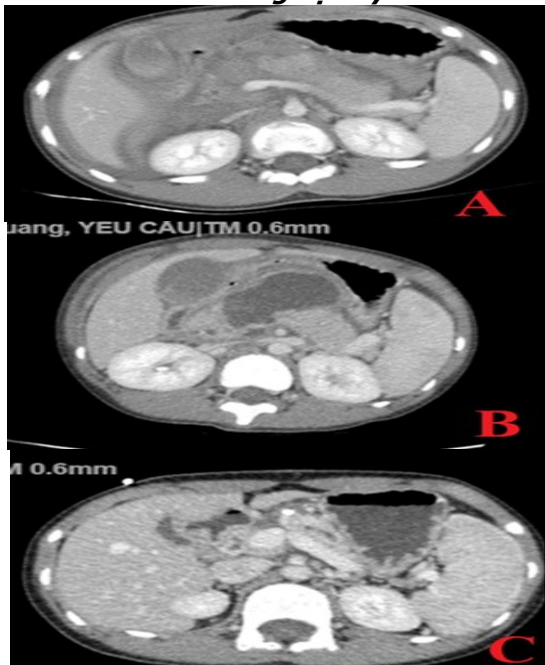
Theo dõi xa: Bệnh nhân theo dõi xa nhất là 5 năm, gần nhất là 13 tháng. Tất cả các bệnh nhân đã ổn định, các xét nghiệm về bình thường, không thấy bất thường trên siêu âm kiểm tra định kỳ.

	Nồng độ amylase máu	<240 mmol/l	15	16	0	0	0
		>240 mmol/l	1	0	0	0	0
<b>Dẫn lưu ngoài</b>	Đau bụng	Có	5	4	0	0	0
		Không	1	2	6	6	6
	Dẫn lưu tụy	Ồ dịch tồn dư	6	6	5	1	0
		Hết dịch	0	0	1	5	6
	Nồng độ amylase máu	<240 mmol/l	1	6	6	6	6
>240 mmol/l		5	0	0	0	0	

**Nhận xét:** Các triệu chứng của các bệnh nhân dẫn lưu nang giả tụy – dạ dày thường hết sau 2 tháng. Bệnh nhân dẫn lưu nang ra ngoài thường hết sau 6 tháng.



**Hình 2. Nang giả tụy trên siêu âm và dẫn lưu nang dạ dày**



**Hình 3. Hình ảnh cắt lớp vi tính**

A. khi vào viện, B. nang giả tụy hình thành sau 2 tháng, C. sau dẫn lưu trong 6 tháng

#### IV. BÀN LUẬN

Tụy là tạng nằm sau phúc mạc, ngang qua cột sống. Ở trẻ em chấn thương tụy đơn thuần cũng là tổn thương hiếm gặp, cơ chế tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông ghi đông xe đạp đập vào bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân có chấn thương cục bộ tai nạn vật cứng đập vào bụng trong đó chủ yếu 23/24 bệnh nhân tai nạn giao thông.

Về dấu hiệu sinh tồn có 22 bệnh nhân chiếm 91,7% có mạch dưới 100 lần/phút, 100% bệnh nhân không sốt (nhiệt độ <37,5%), Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào có tình trạng sốc chấn thương. Theo khuyến cáo của Krige<sup>6</sup> cũng như của Søreide<sup>1</sup> trong thang điểm đánh giá nguy cơ chấn thương tụy: tình trạng của bệnh nhân đặc biệt là tình trạng sốc chấn thương là yếu tố nguy cơ cao cả về biến chứng cũng như nguy cơ tử vong. Cigdem và cộng sự trong nghiên cứu của mình ủng hộ việc điều trị theo dõi đối với tất cả các phân độ chấn thương tụy trừ khi có sự mất ổn định về huyết động hoặc tổn thương liên quan tới tạng rỗng.<sup>2</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân sốc chấn thương, viêm phúc mạc đây là yếu tố điều kiện tiên quyết điều trị bảo tồn. Triệu chứng lâm sàng đau bụng (100%) kèm theo xây xát thành bụng (23%) gặp ở đa số bệnh nhân các triệu chứng khác như nôn (79,2%), phản ứng thành bụng (66,7%). Trong chấn thương tụy dấu hiệu lâm sàng sớm thường mơ hồ, vì vậy trong chấn thương bụng kín, dấu hiệu vết bầm trên bụng (handle bar) hoặc tiền sử chấn thương vật cứng đập vào bụng cần nghi ngờ chấn thương tuyến tụy tiềm ẩn.

Sau khi khám lâm sàng ban đầu và siêu âm các bệnh nhân được chụp CLVT ổ bụng và xét nghiệm máu đánh giá nồng độ amylase huyết thanh ở tất cả các bệnh nhân. Về nồng độ amylase huyết thanh (biểu đồ 1), nồng độ amylase máu tăng dần theo thời gian, tới ngày thứ 7 có 23/24 bệnh nhân có nồng độ amylase máu tăng trên 3 lần bình thường, trong đó có 16/24 trẻ có nồng độ amylase máu trên 1000 mmol/l. Trong nghiên cứu ở ngày thứ nhất có 10/24 bệnh nhân nồng độ amylase máu dưới 3

lần bình thường. Tăng amylase máu có thể tăng trong chấn thương các tạng khác do đó nồng độ amylase máu không đặc hiệu cho tổn thương tụy tuy nhiên phải đặt ra nghi ngờ chẩn đoán. Chụp CLVT là phương tiện chẩn đoán có độ nhạy và đặc hiệu cao cao từ đó phân loại mức độ chấn thương từ độ I-V theo phân độ của Hiệp hội chấn thương Hoa Kỳ(AAST) cũng như vị trí tổn thương từ đó tiên lượng trong quá trình điều trị bảo tồn.<sup>4</sup> Trong nghiên cứu tất cả các bệnh nhân được chụp CLVT xác định chính xác tổn thương, cũng như loại trừ các tổn thương phối hợp, có 10/24 BN (41,7%) bệnh nhân tổn thương eo tụy, còn lại 14 BN tổn thương thân và đuôi tụy.

Trong y văn việc điều trị chấn thương tụy có tổn thương ống tụy chính còn nhiều tranh cãi trong các chiến lược điều trị phẫu thuật cũng như không mổ. Năm 2013, Beres<sup>7</sup> ở bệnh viện Toronto đã báo cáo so sánh điều trị trong chấn thương tụy độ III trở lên ở nhóm phẫu thuật 15 BN và nhóm điều trị không mổ 24 BN cho thấy điều trị ở nhóm phẫu thuật có thời gian nằm viện ngắn hơn tuy nhiên có nhiều biến chứng như rò tụy sau phẫu thuật nhất là ở các bệnh nhân chấn thương dài ngày, ở nhóm bệnh nhân điều trị không mổ có tỉ lệ hình thành nang giả tụy cao, tuy nhiên có thể giải quyết qua nội soi can thiệp, tránh được việc cắt bỏ tụy.

Trong nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bảo tồn theo quy trình như sau: Bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, nhịn ăn, đặt sonde dạ dày trong những ngày đầu, liệu pháp kháng sinh, nuôi dưỡng tĩnh mạch, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn như: mạch, nhiệt độ, huyết áp. Dựa trên thăm khám lâm sàng, và tình trạng huyết động cũng như trên siêu âm và CLVT mà từ đó đưa ra các chỉ định phù hợp. Trong nghiên cứu có 2/24 (8,3%) trong quá trình điều trị mạch nhanh dẫn khám bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc được phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm lách, 6/24 BN tình trạng bụng đau tăng dần, có phản ứng thành bụng, CLVT có ổ dịch hậu cung mạc nối và douglar được dẫn lưu dịch dưới siêu âm. Còn lại có 16/24 BN tình trạng toàn thân ổn định, hình thành nang giả tụy sau 4-6 tuần sau chấn thương, các bệnh nhân này đều được can thiệp dẫn lưu nang vào mặt sau dạ dày qua nội soi tiêu hóa can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân phẫu thuật và dẫn lưu ra ngoài dưới siêu âm có thời gian nằm viện dài ngày hơn (22 và 20,4 ngày) so với các bệnh nhân hình thành nang giả tụy (16,5 ngày) nguyên nhân là do tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều điều trị bảo tồn, chỉ phẫu thuật khi huyết động không ổn định hoặc có biến chứng

viêm phúc mạc mà không phẫu thuật ngay lúc đầu khi có chẩn đoán.

Dinh dưỡng trong điều trị bảo tồn chấn thương tụy là vấn đề đáng quan tâm. Trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá qua sự giảm cân nặng ở các thời điểm cách nhau 7 ngày điều trị. Tất cả các bệnh nhân đều được nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch trong những ngày đầu. Thời điểm cho ăn trở lại phụ thuộc và tình trạng toàn thân, tình trạng bụng và cổ trung tiện trở lại. Thời gian cho ăn trở lại trung bình của nghiên cứu là 5,6 ngày dài hơn ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật. Tuy nhiên ban đầu khả năng ăn đường miệng không đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng, trẻ cần nuôi dưỡng tĩnh mạch hỗ trợ. Cân nặng ở các bệnh nhân trong tuần đầu tiên giảm tuy nhiên cân nặng được phục hồi sau khi trẻ ăn lại hoàn toàn khi triệu chứng lâm sàng cải thiện. Theo nghiên cứu của Ravi Kumar Garg<sup>8</sup> thời gian ăn trở lại trung bình là 3,7 ngày, thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch từ 3-5 ngày.

Theo dõi xa sau mổ nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn không cần can thiệp phẫu thuật hay dẫn lưu ra ngoài chúng tôi thấy rằng tất cả các bệnh nhân đều hình thành nang giả tụy sau chấn thương và được can thiệp dưới nội soi can thiệp sau 4-6 tuần mà không cần tới phẫu thuật. Theo Blaauw<sup>5</sup> năm 2008 cho rằng điều trị không phẫu thuật mặc dù có nguy cơ hình thành nang giả tụy cao tuy nhiên việc quản lí cũng như điều trị nang giả tụy ít khó khăn hơn phẫu thuật đặc biệt là nguy cơ rò tụy sau mổ. Theo y văn, sự xuất hiện nang giả tụy là yếu tố quan tâm chính khi điều trị bảo tồn chấn thương tụy, tuy nhiên việc xử lí nang qua can thiệp hay phẫu thuật phụ thuộc chủ yếu vào mức độ triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.<sup>9</sup> Trong nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng như đau bụng giảm sau can thiệp, theo dõi trên các xét nghiệm cận lâm sàng và siêu âm thấy nang giảm kích thước cũng như nồng độ amylase máu về bình thường sau khoảng 2 tháng. Ở nhóm bệnh nhân dẫn lưu ngoài, qua theo dõi trên siêu âm ổ dịch tồn dư ở hậu cung mạc nối giảm dần tuy nhiên thời gian rút dẫn lưu dài hơn, các triệu chứng đau bụng và xét nghiệm nồng độ amylase máu cũng cải thiện sau 1 tháng tương tự các bệnh nhân dẫn lưu trong vào dạ dày.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị không mổ chấn thương tụy tổn thương ống tụy chính ở trẻ em có thể điều trị bảo tồn thành công, có tính khả thi, tuy nhiên cần được áp dụng ở các cơ sở y tế có đủ điều kiện phẫu thuật cũng như can thiệp qua chẩn

đoán hình ảnh và nội soi tiêu hóa can thiệp. Biến chứng phổ biến nhất là nang giả tuy nhiên có thể xử lý qua nội soi can thiệp. Phẫu thuật đặt ra cho trường hợp bệnh nhân có huyết động không ổn định.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Søreide K, Weiser TG, Parks RW. Clinical update on management of pancreatic trauma. HPB (Oxford). 2018;20(12):1099-1108. doi: 10.1016/j.hpb.2018.05.009
2. Cigdem MK, Senturk S, Onen A, Siga M, Akay H, Otcu S. Nonoperative management of pancreatic injuries in pediatric patients. Surg Today. 2011; 41(5):655-659. doi:10.1007/s00595-010-4339-4
3. Trịnh Văn Tuấn, Trần Bình Giang. Điều trị chấn thương tụy tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2013;tập 83(số 3):108-115.
4. Trịnh Hồng Sơn, Trần Công Hoan, Bùi Văn Lệnh. Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương tụy (nhân hai trường hợp). Y học thực hành. 2002;6(424):61-63.
5. de Blaauw I, Winkelhorst JT, Rieu PN, et al. Pancreatic injury in children: good outcome of nonoperative treatment. J Pediatr Surg. 2008; 43(9): 1640-1643. doi: 10.1016/j.jpedsurg. 2008.03.061
6. Krige JEJ, Kotze UK, Setschedi M, Nicol AJ, Navsaria PH. Prognostic factors, morbidity and mortality in pancreatic trauma: a critical appraisal of 432 consecutive patients treated at a Level 1 Trauma Centre. Injury. 2015;46(5):830-836. doi:10.1016/j.injury.2015.01.032
7. Beres AL, Wales PW, Christison-Lagay ER, McClure ME, Fallat ME, Brindle ME. Non-operative management of high-grade pancreatic trauma: is it worth the wait? J Pediatr Surg. 2013; 48(5): 1060-1064. doi:10.1016/j.jpedsurg. 2013.02.027
8. Garg RK, Mahajan JK. Blunt Trauma Pancreas in Children: Is Non-Operative Management Appropriate for All Grades? Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2017;20(4):252-258. doi:10.5223/pghn.2017.20.4.252
9. Thái Nguyên Hưng. Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chấn thương thân dưới tụy. Tạp chí y học Việt Nam. 2022;521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4033

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN BA MẮT CÁ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đình Xuân Chương<sup>1</sup>, Dương Đình Toàn<sup>2,3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương (KHX) điều trị gãy kín ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang theo dõi dọc 34 bệnh nhân (BN) gãy ba mắt cá chân, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2022- 06/2024. **Kết quả:** Trong 34 BN, độ tuổi trung bình 53,5 ±13,2. Tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Một nửa số vào viện do tai nạn giao thông. Cơ chế sấp - xoay ngoài và sấp - khép (theo Lauge - Hansen) chiếm tỷ lệ lần lượt là 38,2% và 35,3%. Kiểu B theo phân loại AO hay gặp nhất (52,9%). Khoảng di lệch mắt cá sau (MCS) trước mổ trung bình 5,21 ± 4,31 mm. 67,7% trường hợp có tổn thương di lệch mộng chày mác (MCM). Chỉ số TFCS trước mổ trung bình 8,01 ± 3,06 mm. Tỷ lệ nhiễm khuẩn nông vết mổ là 5,9% (2 BN). Khoảng di lệch MCS sau mổ trung bình 0,650 ± 1,11 mm. Sau mổ 95,7% hết toác MCM. Chỉ số TFCS sau mổ trung bình 4,65 ± 0,75 mm. Đánh giá sau mổ 3 tháng trên 30 BN tái khám, điểm AOFAS trung bình 92,6 ± 5,78. **Kết**

**luận:** Phẫu thuật KHX điều trị gãy ba mắt cá chân là phương pháp hiệu quả, phục hồi tốt chức năng khớp cổ chân cho BN. **Từ khóa:** Gãy kín mắt cá chân, ba mắt cá chân, phẫu thuật kết hợp xương

**Viết tắt:** TFCS: Tibiofibular Clear Space - Khoảng trống chày mác; AOFAS: American Orthopaedic Foot and Ankle Society - Hội chính hình bàn chân và mắt cá Hoa Kỳ

#### SUMMARY

### OUTCOMES OF OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION (ORIF) FOR CLOSED TRIMALLEOLAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of open reduction and internal fixation surgery for closed trimalleolar fractures at Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional retrospective study of 34 patients with trimalleolar fractures at Viet Duc University Hospital from 01/2022 to 06/2024. **Results:** The mean age of the patients was 53.5 ± 13.2 years. The female-to-male ratio was 2:1. Half of the patients were admitted due to traffic accidents. The most common injury mechanisms were supination-external rotation and supination-adduction. The majority of fractures were classified as type B according to the AO classification. The mean pre-operative posterior malleolar displacement was 5.21 ± 4.31 mm. In 67.7% of cases, there was a tibiofibular syndesmosis injury. The mean pre-operative tibiofibular clear space was 8.01 ± 3.06 mm. The

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Xuân Chương

Email: bong.hong.tang.em.xch@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024