

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Minh.** Nghiên cứu rối loạn xương, khoáng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 lọc máu chu kỳ. Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 4 2021.
2. **Nguyen Huu Dung and et al.** Measuring serum β 2-M to predict long-term mortality in hemodialysis patients using low-flux dialyzer reuse. Therapeutics and Clinical Risk Management 2019; p. 839-846.
3. **Mohammadreza Abdollahzadeh Estakhri and et al.** An investigation of the relationship between β 2-M and inflammatory factors (serum levels of CRP and albumin) and high-density lipoproteins (HDL) in emodialysis patients. Modern Medical Laboratory Journal 2018; (1), p. 17-22.
4. **David A. Jaques and Andrew Davenport.** Serum β 2-M as a predictor of residual kidney function in peritoneal dialysis patients. Journal of Nephrology 2021; 34(2), p. 473-481.
5. **Yamagata K. Semin Dial Kaneko S.** Hemodialysis-related amyloidosis: Is it still relevant? 2018; p. 31(6):612-618.
6. **Abediankenari S, Sedighi O, Omranifar B, Nephrourol Mon.** Association between plasma β 2-M level and cardiac performance in patients with chronic kidney disease 2014; (7(1):e23563).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHẨN THƯƠNG GAN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115 TP. HỒ CHÍ MINH

Đặng Vĩnh Hiệp¹, Phạm Thị Oanh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp ngày càng được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam. Về chấn thương gan, CLVT khẳng định được vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân chấn thương gan tại Bệnh viện Nhân dân 115. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương gan do chấn thương bụng kín được chụp CLVT và điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115, từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 51 bệnh nhân bị chấn thương gan, tại bệnh viện Nhân Dân 115, trong đó nam 70,6%; nữ 29,4%; tuổi trung bình $33,65 \pm 14,17$; TNGT chiếm 82,4%. Đặc điểm chấn thương gan trên cắt lớp vi tính: Độ III gặp nhiều nhất 33,3%; độ II: 25,5%; độ IV 19,9%; độ V: 17,6%. Dịch tự do trong ổ bụng là dấu gặp nhiều nhất 92,1%. 137 lượt hạ phân thủy bị tổn thương, trong đó hạ phân thủy VI, VII, VIII có tỉ lệ tổn thương tương đương (58,8-64,7%). Tổn thương gan trái có mức chấn thương nặng từ độ IV-V. Đối chiếu hình thái tổn thương gan với phân loại mức độ theo AAST, tỷ lệ rách gan: 7,8%; dập gan: 35,3%; rách - dập: 56,9%, trong đó độ V có tỉ lệ dập - rách gan cao nhất với 88,9%. Dấu hiệu tụ máu dưới bao gan 19,6%; tụ máu trong nhu mô 13,7%; thoát chất cản quang 11,8%; thoát chất tĩnh mạch 7,8%. Tổn thương tạng phối hợp 39,2%. **Kết luận:** Chụp CLVT có cản quang giúp xác định vị trí, phân độ tổn thương gan và các chấn thương liên quan một cách chính xác, cung cấp những thông tin quan trọng hỗ trợ trong quá

trình điều trị. **Từ khoá:** chấn thương bụng kín, chấn thương gan, dịch ổ bụng, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

RESEARCH FOR COMPUTER TOMOGRAPHY FEATURES OF HEPATIC TRAUMA AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY

Introduction: Computer tomography becoming to widen in Vietnam. From a hepatic trauma perspective, using CT confirms an important role in diagnostic and treatment's prediction. **Purpose:** Research for computer tomography features of hepatic trauma at 115 People's Hospital of Ho Chi Minh City. **Subjects and Method:** cross-sectional - retrospective study in 51 patients who admitted to 115 people's hospital from 01/2017 to 12/2018 with hepatic blunt, they were performed a computer tomography and treatment. **Results:** Through research on 51 patients with hepatic trauma at the People's Hospital 115, there are of 70.6% male; women 29.4%; Mean age 33.65 ± 14.17 ; traffic accidents caused represent 82.4%. Characteristics of hepatic injury on CT: grade III is the most common in 33.3%; Tier II in 25.5%; grade IV in 19.9%; Grade V in 17.6%. The presence of abdominal effusion is the most common sign in 92.1% of the case. There are 137 subsegments with damaged, among which subsegments VI, VII, and VIII had similar injury rates (58.8-64.7%). The left liver injuries have a severe injury level from level IV to level V. Comparing the morphology of liver injuries with the AAST classification, liver laceration rate in 7.8%; Liver contusion in 35.3%; laceration: 56.9%, of which grade V has the highest liver laceration rate at 88.9%. Signs of subcapsule hematoma was in 19.6%; parenchymal hematoma were in 13.7%; contrast leakage 11.8%; venous drainage 7.8%. Combined abdominal organic associated damage 39.2%. **Conclusion:** Contrast-enhanced CT helps to accurately determine the location and degree of trauma liver lesion, finding abdominal organ

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Đa khoa Hoàn Hảo Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: hiepdv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

associated injuries, bring some benefits interms of diagnostic and traeatment. **Keywords:** abdominal trauma, hepatic injury, abdominal effusion, computer tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan là tổn thương thường gặp trong chấn thương bụng kín, đứng hàng thứ hai sau chấn thương lách với tỷ lệ 15-20%, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu với tỷ lệ 10-15% [1]. Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp ngày càng được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam và khẳng định được vai trò quan trọng trong chẩn đoán chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương gan nói riêng. Chụp CLVT có độ nhạy lên đến 92% và độ đặc hiệu trên 95% trong đánh giá các tổn thương chấn thương gan. CLVT xác định được các tổn thương chảy máu hoạt động hay ổn định, đánh giá được mức độ tổn thương nhu mô, lượng giá mức độ chảy máu ổ bụng, đồng thời đánh giá thêm các tổn thương khác phối hợp trong ổ bụng, các dấu hiệu trên cực kì quan trọng trong việc xếp độ chấn thương gan theo phân độ chấn thương gan Hoa Kỳ năm 2018 (AAST 2018). CLVT cũng là phương tiện để theo dõi ở những bệnh nhân điều trị bảo tồn, giúp phát hiện các biến chứng như rò mật, chảy máu thứ phát. CLVT giúp chẩn đoán càng sớm, điều trị càng nhanh giúp bệnh nhân tránh các biến chứng nặng nề và giảm tỷ lệ tử vong.[2-4] Với những lợi điểm đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài về đặc điểm hình ảnh của chấn thương gan trên CLVT tại BV Nhân dân 115 TP Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương gan do chấn thương bụng kín được chụp CLVT và điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115, từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018 thỏa tiêu chí nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2(1-\alpha/2)p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: số đối tượng cần nghiên cứu

Z: trị số tới hạn của độ tin cậy. Ở độ tin cậy 95% thì $Z^2_{(1-\alpha/2)}=1,96$

$\alpha = 0,05$: là sai lầm loại I

p = 0,254 là tỷ lệ tổn thương gan theo Đăng Việt Dũng.

d = 0,1 là sai số cho phép, độ chính xác

mong muốn ở 90%

Áp dụng công thức:

$$n = [1,96 \times 0,254 \times (1 - 0,254)] / (0,1 \times 0,1) = 37,14$$

Vậy số lượng bệnh nhân ít nhất cần có là 38 bệnh nhân, kết quả chúng tôi thu được 51 bệnh nhân.

Các bước tiến hành nghiên cứu

* Bước 1: Thu thập hồ sơ bệnh án theo một mẫu thống nhất cho tất cả các đối tượng thỏa tiêu chí nghiên cứu.

* Bước 2: Thu thập số liệu từ các đối tượng được lựa chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm các nội dung về lâm sàng và hình ảnh CLVT.

* Bước 3: Xử lý và lưu giữ kết quả.

* Bước 4: Thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, phân tích đánh giá.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 51 bệnh nhân bị chấn thương gan, tại bệnh viện Nhân Dân 115. Chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi (năm)	Chung (n=51)		Nam (n=36)		Nữ (n=15)	
	n	%	n	%	n	%
≤ 20	8	15,7	6	16,7	2	13,3
21-30	14	27,5	13	36,1	1	6,7
31-40	16	31,4	9	25,0	7	46,7
41-50	8	15,7	6	16,7	2	13,3
≥ 51	5	9,8	2	5,6	3	20,0
Tuổi TB	33,65±14,17		30,92±10,82		40,20±18,89	
p	0,032					
Nhỏ nhất	15		16		15	
Lớn nhất	89		57		89	

Nhận xét: nam 70,6%; nữ 29,4%; tuổi trung bình 33,65±14,17.

3.2. Nguyên nhân chấn thương theo giới tính

Nguyên nhân	Nam (n=36)		Nữ (n=15)		Cộng (n=51)	
	n	%	n	%	n	%
Tai nạn giao thông	29	80,6	13	86,7	42	82,4
Tai nạn lao động	3	8,3	0	0	3	5,9
Tai nạn sinh hoạt	4	11,1	2	13,3	6	11,8

Nhận xét: Tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất với 42 trường hợp chiếm 82,4% số đối tượng nghiên cứu. tiếp theo là tai nạn sinh hoạt với 11,8% (06 trường hợp). Tai nạn lao động chỉ có 03 trường hợp chiếm 5,9%.

3.3. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của chấn thương gan trong chấn thương bụng kín

- Độ III gặp nhiều nhất 33,3%; độ II: 25,5%.; độ IV 19,9%; độ V: 17,6%.

- Dịch tự do trong ổ bụng là dấu gặp nhiều nhất 92,1%. 137 lượt hạ phân thủy bị tổn thương. Hạ phân thủy VI, VII, VIII có tỉ lệ tổn thương tương đương (58,8-64,7%). Tổn thương gan trái có mức chấn thương nặng từ độ IV-V. Trung bình có 2,69±1,14 HPT bị tổn thương.

- Rách gan: 7,8%; dập gan: 35,3%; rách – dập: 56,9%. Độ V có tỉ lệ dập – rách gan cao nhất với 88,9%.

- Dấu hiệu tụ máu dưới bao gan 19,6%; tụ máu trong nhu mô 13,7%; thoát chất cản quang 11,8%; thoát chất tĩnh mạch 7,8%. Tổn thương tạng phổi hợp 39,2%.

IV. BÀN LUẬN

Nam giới chiếm 70,6% với 36 trường hợp, nữ giới chiếm 29,4% với 15 trường hợp. Tỉ lệ nam/ nữ = 2,4. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,65±14,17 (năm), trong đó ở nam giới là 30,92±10,82 thấp hơn nữ giới 40,20±18,89 khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Đây là lứa tuổi trong độ tuổi lao động, vì vậy khi bị chấn thương sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sức lao động và tạo ra gánh nặng cho gia đình và xã hội. Kết quả nghiên cứu thu được TNGT chiếm tỉ lệ cao nhất với 42 trường hợp chiếm 82,4% số đối tượng nghiên cứu, tiếp theo là TNSH với 11,8% (06 trường hợp). Với tình hình tai nạn hiện nay các thương tổn trên cơ thể đều rất phức tạp do vận tốc cao, năng lượng lớn gây nên. Các tạng trong ổ bụng rất dễ bị tổn thương do thành bụng mềm, co giãn nên lực tác động hầu như còn nguyên vẹn lên các tạng.

Chụp CLVT là sự lựa chọn để đánh giá tổn thương gan đối với những bệnh nhân có huyết động ổn định [5]. Chụp CLVT có độ nhạy cao, đặc biệt trong việc xác định sự hiện diện của máu tụ trong gan hay vết rách gan và thể tích máu mất trong ổ bụng. Hơn nữa chụp CLVT xoắn ốc có tốc độ cao hay chụp CLVT đa lát cắt cho phép khảo sát nhanh, cung cấp nhiều thông tin hơn ngay cả những bệnh nhân huyết động không ổn định [4].

Theo kết quả nghiên cứu thu được trong tổng số 47 trường hợp có DTDOB chiếm 92,1% cho thấy DTDOB mức độ ít là 31 trường hợp chiếm 60,8%; DTDOB mức độ vừa là 12 trường hợp chiếm 23,5% và DTDOB mức độ nhiều chỉ có 4 trường hợp chiếm 7,8%. Có 4 trường hợp không có DTDOB chiếm 7,8%. Theo Becker C.D có 7/38 bệnh nhân không có dịch tự do ổ bụng [5]. Chúng tôi tiến hành đối chiếu mức độ DTDOB trên chụp CLVT với mức độ tổn thương gan cho kết quả trong 4 trường hợp DTDOB mức độ nhiều thì chấn thương gan độ III chiếm 2 trường

hợp (cả hai trường hợp này có chấn thương tạng khác kết hợp đó là chấn thương lách và thận) còn lại chia đều cho độ IV và V mỗi độ 01 trường hợp. 8/10 trường hợp độ IV có DTDOB (80%). 8/9 trường hợp độ V có DTDOB (88,9%). Có xu hướng độ chấn thương gan càng nặng thì lượng dịch tự do trong ổ bụng cũng ở mức độ nhiều.

Theo Matthes G., có sự liên quan giữa lượng dịch trong ổ bụng và mức độ tổn thương gan, dịch ổ bụng được coi là đại diện của mức độ tổn thương gan nghiêm trọng. Ở những trường hợp chấn thương gan độ IV trở lên có nhiều dịch ổ bụng trên phim cắt lớp vi tính thì nguy cơ điều trị bảo tồn không mổ thất bại càng cao [6,7]. Không có dịch ổ bụng có thể do gan tổn thương nhẹ hoặc trung bình, do chụp ở giai đoạn sớm hoặc do tổn thương nhu mô không phá vỡ bao gan. Như vậy không có dịch ổ bụng không có nghĩa là không có tổn thương tạng, việc định hướng chẩn đoán và chỉ định chụp CLVT không nên chỉ dựa vào DTDOB trên siêu âm mà phải dựa vào nhiều yếu tố như lâm sàng, xét nghiệm huyết đồ, men gan.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tổn thương cả hai thùy gan phải và trái. Tuy nhiên tần xuất tổn thương khác nhau. Khi đánh giá vị trí tổn thương theo HPT cho thấy HPT VI, VII và VIII có tần xuất tổn thương tương tự nhau. Hạ phân thủy I có tỉ lệ tổn thương thấp nhất 3,9% tuy nhiên khi có tổn thương HPT này thì thường mức độ tổn thương gan rất nặng (cả 2 trường hợp này có độ tổn thương IV và V). Thống kê cho thấy tần xuất các HPT tổn thương như sau: hạ phân thủy I: 2 (3,9%); hạ phân thủy II: 2 (3,9%); hạ phân thủy III: 4 (7,8%); Hạ phân thủy IV: 14 (27,5%); Hạ phân thủy V: 20 (39,2%); hạ phân thủy VI: 32 (62,7%); hạ phân thủy VII: 33 (64,7%); hạ phân thủy VIII: 30 (58,8%). Nếu làm một phép tính cộng theo số cơ học chúng tôi nhận thấy trong tổng số 137 lượt HPT gan bị tổn thương thì gan trái chỉ có 22 lượt HPT bị tổn thương chiếm tỉ lệ 16,1% trong khi đó gan phải có 115 lượt HPT bị tổn thương chiếm tỉ lệ 83,9%. Việc gan phải có tỉ lệ tổn thương cao hơn gan trái phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả [3-5-7]. Theo chúng tôi điều này có thể lý giải theo cơ chế chấn thương, do gan phải chiếm 80% thể tích của gan nằm sát thành bụng và phía ngoài nên dễ bị tổn thương khi có chấn thương nhất là các chấn thương do va đập.

Đi sâu vào tìm hiểu các kiểu kết hợp tổn thương các HPT ở đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: Hình thái kết hợp hạ phân thủy VI+VII và VI+VII+VIII có tỉ lệ tổn thương tương

đương nhau chiếm 13,7%. Tiếp đến là hạ phân thùy V+VI+VII+VIII với 11,8%. Thống kê tổng số hạ phân thùy bị tổn thương trên đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy trong 51 bệnh nhân thì chỉ có 7 bệnh nhân có tổn thương 01 HPT chiếm tỉ lệ 13,7%. Tổn thương ở 02 HPT chiếm tỉ lệ cao nhất với 33,3% (17/51 trường hợp). Tổn thương 3 HPT chiếm tỉ lệ 31,4% (16/51 trường hợp). Tổn thương 04 HPT chiếm tỉ lệ 15,7% (8/51 trường hợp). Tổn thương 05 HPT chiếm tỉ lệ 3,9% (2/51 trường hợp). Cả biệt có 01 trường hợp tổn thương tới 06 HPT cùng một lúc chiếm tỉ lệ gần 2,0% và trường hợp này đã không điều trị bảo tồn được phải chuyển phương pháp điều trị phẫu thuật.

Phân loại hình thái tổn thương trên chụp CLVT theo kết quả nghiên cứu tổn thương rách gan đơn thuần là 4 trường hợp chiếm 7,8%. Đập (vỡ) gan có 18 trường hợp chiếm 35,3%. Tổn thương kết hợp rách – đập 29 trường hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 56,9%. Khi khảo sát tần xuất xuất hiện dấu hiệu tổn thương trên CLVT chúng tôi ghi nhận dấu hiệu đập (vỡ) gan chiếm tỉ lệ cao trong số đối tượng nghiên cứu 92,2% (47 bệnh nhân), kế tiếp là dấu hiệu rách nhu mô gan với 64,7% (33 bệnh nhân). Có 13 bệnh nhân có dấu hiệu bờ gan mất liên tục với tỉ lệ 25,5%. Đập (vỡ) nhu mô có thể đơn độc hoặc phối hợp với tụ máu hay đường rách nhu mô, vì đụng đập và tụ máu nhu mô thường kết hợp với nhau nên nhiều tác giả coi tổn thương đụng đập và tụ máu là một dấu hiệu trên phim chụp cắt lớp vi tính [8]. Trong chấn thương gan độ IV, V, những đường vỡ lớn, sâu vào trong gan như đường vỡ rời phân thùy sau, đường vỡ bửa đôi gan phải - trái trên phim chụp cắt lớp vi tính thường vào vùng phân chia gan tương đối nghèo mạch máu nên có thể không gây chảy máu lớn do vậy không phải là yếu tố để chỉ định mổ nếu huyết động ổn định. Dấu hiệu đường vỡ có độ nhạy và giá trị dự báo dương tính cao > 90% thể hiện khả năng phát hiện và xác xuất có tổn thương gan cao khi có dấu hiệu này trên phim chụp cắt lớp vi tính. Độ đặc hiệu (60%) và giá trị dự báo âm tính thấp của dấu hiệu này do đường vỡ gan cũng như đụng đập và tụ máu nhu mô trên phim chụp cắt lớp vi tính có thể không thấy trong phẫu thuật nếu tổn thương nằm trong nhu mô mà bao gan không tổn thương.

Về kích thước của tổn thương trên chụp CLVT trong 33 trường hợp có vết rách gan thì kích thước dài nhất là 150 mm, ngắn nhất là 15 mm. Trung bình chiều dài vết rách là $75,21 \pm 27,80$ mm. Trong số những bệnh nhân có tổn thương đụng đập bao gồm 47 bệnh nhân

chúng tôi đo được kích thước ổ tổn thương trên chụp CLVT như sau: Chiều dài trung bình $74,36 \pm 25,10$ mm (10-150mm); Chiều rộng trung bình $61,82 \pm 21,44$ mm (20-130 mm).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các dấu hiệu tổn thương khác trên CLVT kết quả cho thấy không thấy dấu hiệu tổn thương động mạch và dấu hiệu tĩnh mạch chủ dưới đứt. Các dấu hiệu khác lần lượt xuất hiện với tần xuất như sau: tụ máu dưới bao 10 bệnh nhân (19,6%); tụ máu nhu mô 7 bệnh nhân (13,7%); thoát chất cản quang 6 bệnh nhân (11,8%); thoát chất tĩnh mạch 4 bệnh nhân (7,8%). Trên chụp CLVT cũng phát hiện được có 20 trường hợp có tổn thương tạng khác phối hợp (39,2%) tương tự như Nguyễn Hải Nam tụ máu dưới bao 18,7%; thoát thuốc thì động mạch 4,8% [9].

Tiến hành phân tích đối chiếu kết quả chẩn đoán chấn thương gan bằng siêu âm với chụp CLVT bước đầu chúng tôi nhận thấy trong 51 bệnh nhân được xác định chấn thương gan trên chụp CLVT thì chỉ có 42 bệnh nhân được phát có tổn thương trên siêu âm chiếm tỉ lệ 82,4% còn 9 bệnh nhân không phát hiện được tổn thương gan trên siêu âm chiếm tỉ lệ 17,6%. Trong 9 trường hợp siêu âm không phát hiện tổn thương thì trên chụp CLVT có 3 trường hợp rách gan (33,3%); đập vỡ gan 4 trường hợp (44,4%) và đập kết hợp với rách 2 trường hợp (22,2%). Phân tích sâu về tổn thương trên chụp CLVT của 42 trường hợp được phát hiện có tổn thương gan trên siêu âm chúng tôi thấy có 1 trường hợp rách gan chiếm 2,4%; 14 trường hợp đập gan chiếm tỉ lệ 33,3% và có 27 trường hợp có tổn thương kết hợp đập – rách gan chiếm tỉ lệ 64,3%. Như vậy từ kết quả trên cho thấy siêu âm có phần hạn chế trong chẩn đoán tổn thương rách gan đơn thuần. Tuy nhiên trong khuôn khổ của nghiên cứu này chúng tôi không bàn sâu về vấn đề này. Vấn đề này xin được bàn trong những nghiên cứu khác.

Đối chiếu hình thái tổn thương gan với phân loại mức độ theo AAST chúng tôi thu được kết quả chẩn đoán chấn thương gan do đập – rách gan thì độ V có tỉ lệ cao nhất với 88,9% tiếp theo độ IV là 70,0%; độ III là 64,7% và độ II là 23,1% không có trường hợp nào độ I. Với tổn thương đập gan thì độ I là 11,1%; độ II là 53,8%; độ III là 29,4%; độ IV là 30,0% và độ V là 11,1%. Riêng tổn thương rách gan chỉ có độ II và III với tỉ lệ lần lượt là 23,1% và 5,9%. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với y văn và các nghiên cứu trong và ngoài nước khi tổn thương càng phức tạp thì độ càng cao [2-4-6-9].

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT, đặc biệt là CLVT có cản quang giúp xác định vị trí, phân độ tổn thương gan và các chấn thương liên quan một cách chính xác, cung cấp những thông tin quan trọng hỗ trợ trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Matthes G, Stengel D, Seifert J, et al.** Blunt liver injuries in polytrauma: results from a cohort study with the regular use of whole-body helical computed tomography. *World J Surg* 2003; 27:1124 – 1130.
2. **Croce MA, Fabian TC, Menke PG, et al.** Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients: results of a prospective trial. *Ann Surg* 1995; 221:744 –755.
3. **Fang JF, Chen RJ, Wong YC, et al.** Pooling of contrast material on computed tomography mandates aggressive management of blunt hepatic injury. *Am J Surg* 1998; 176:315–319.
4. **D. Morell-Hofert, F. Primavesi, M. Fodor et al** (2020). "Validation of the Revised 2018 AAST-

- OIS Classification and the CT Severity Index for Prediction of Operative Management and Survival in Patients with Blunt Spleen and Liver Injuries", *Eur Radiol*. Vol. 30, No 12, pp: 6570–6581.
5. **Becker CD., Gal I., Baer HU., et al** (1996), "Blunt hepatic trauma in adults: correlation of CT injury grading with outcome", *Radiology*, 201(1):215-220.
 6. **Ochsner MG** (2001), "Factors of failure for nonoperative management of blunt liver and splenic injuries", *World J Surg*, 25(11):1393-6.
 7. **Matthes, G., Stengel, D., Seifert, J., et al** (2003), "Blunt Liver Injuries in Polytrauma: Results from a Cohort Study with the Regular Use of Whole-body Helical Computed Tomography", *World Journal of Surgery*, 27(10), 1124–1130
 8. **MacLean AA., Durso A., Cohn SM., et al** (2005), "A clinically relevant liver injury grading system by CT, preliminary report", *Emerg Radiol*, 2005 Dec;12(1-2):34-7.
 9. **Nguyễn Hải Nam** (2014), "Đổi chiều 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, Học viện Quân y.

RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ PHỦ LÝ

Trần Thị Phấn^{1,3}, Trịnh Phương Dung², Trương Văn Trụ¹,
Lại Thị Thanh Nga¹, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Thái Hồng Sơn¹,
Lê Thị Hòa², Trần Huy Du^{2,4}, Phạm Thị Thu Trang⁵, Đặng Thế Hưng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa một số chỉ số lipid máu (Cholesterol, Triglycerid) với một số yếu tố nguy cơ (tuổi, giới, BMI, huyết áp, kiểm soát glucose) ở người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Phủ Lý. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 343 mẫu bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Phủ Lý năm 2023, sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nồng độ trung bình của TC và TG lần lượt là 4,79 + 0,87 mmol/L và 2,66 + 2,39 mmol/L. Tỷ lệ rối loạn lipid chung là 70,8%, tăng TC là 27,7%, tăng TG

là 63,0%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có chỉ số BMI cao hơn rõ rệt so với những người có BMI bình thường, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ này ở bệnh nhân có HbA1c > 7,0 là 57,6%, cao hơn so với nhóm HbA1c < 7,0 là 42,4%, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số glucose máu lúc đói có mối tương quan đồng biến với các chỉ số TC và TG, với hệ số tương quan lần lượt là 0,144 và 0,232. Tương tự, HbA1c cũng có mối tương quan đồng biến với TC và TG, cùng hệ số tương quan là 0,119 và 0,166. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu trên người bệnh ĐTĐ type 2 có liên quan đến BMI. Xét nghiệm HbA1c và Glucose máu lúc đói có thể được sử dụng như một dấu ấn sinh học trong dự đoán rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 vì vậy theo dõi xét nghiệm HbA1c và sử dụng một cách hợp lý có thể kiểm soát glucose một cách hiệu quả. **Từ khóa:** ĐTĐ type 2, rối loạn lipid, yếu tố nguy cơ

¹Trung tâm y tế Phủ Lý

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y tế Công cộng

⁴Bệnh viện Y học Cổ truyền Hà Nam

⁵Bệnh viện Đa Liễu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phấn

Email: trananhhanh280185@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

SUMMARY

BLOOD LIPID DISORDERS AND SOME RISK FACTORS IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT PHU LY MEDICAL CENTER

Objective: To investigate the correlation between certain blood lipid levels (Cholesterol, Triglycerides) and various risk factors (age, gender,