

VGB và dự phòng cho cộng đồng là khả thi và cần làm sớm. Nghiên cứu cho thấy áp dụng mô hình SWOT trong đánh giá nhu cầu đơn giản, nhanh, phù hợp và có giá trị cung cấp bằng chứng tốt trong đánh giá ban đầu chuẩn bị can thiệp cũng như trong công tác quản lý y tế. Áp dụng mô hình SWOT có thể ứng dụng cho đánh giá nhu cầu đối với các vấn đề sức khỏe khác trong bệnh viện và cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nhu cầu được tư vấn của người bệnh vào điều trị tại khoa là 95,7%. Trong đó tỉ lệ người bệnh có nhu cầu tư vấn dinh dưỡng là 91,8%, cách phòng bệnh là 90%, đường lây bệnh là 70,1%, về xét nghiệm là 57,6%, về tiêm phòng vắc xin là 45% và về điều trị là 40,7%. Thuận lợi và cơ hội nhiều hơn khó khăn và thách thức nếu triển khai tư vấn VGB. Mô hình SWOT đơn giản, phù hợp trong đánh giá nhu cầu và xây dựng mô hình can thiệp phòng chống VGB và có thể ứng dụng cho đánh giá nhu cầu các chương trình y tế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2014)**. Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30/12/2014 ban hành Hướng dẫn chẩn đoán,

- điều trị bệnh viêm gan vi rút B. Bộ Y tế 2014
- Bộ Y tế (2015)**. Quyết định số 739/QĐ-BYT ngày 05/3/2015 về việc ban hành Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 - 2019. Bộ Y tế 2015.
 - Bệnh viện Chợ Rẫy (2016)**. Kế hoạch số 06A/KH-BVCR, Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện Chợ Rẫy năm 2015 đến năm 2020. Bệnh viện Chợ Rẫy 2016.
 - Dương Thị Bình Minh (2013)**. Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu nghị. Tạp chí Y học thực hành. 2013; 876, số 7/2013, tr. 125-129
 - Alan Hoi Lun Yau et al (2016)**. Hepatitis B Awareness and Knowledge in Asian Communities in British Columbia, Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2016; Mar, Article ID 4278724. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/cjgh/2016/4278724/>
 - Van Wijngaarden JD, Scholten GR, van Wijk KP (2012)**. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. The International journal of health planning and management. 2012;27(1):34-49.
 - WHO (2021)** Hepatitis B. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (truy cập 15/9/2021).
 - WHO (2012)**. Prevention and Control of Viral hepatitis Infection: Framework for Global Action, World Health Organization, Geneva, 2012.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG MUỘN CHẨN THƯƠNG GAN

Thái Nguyên Hưng*

TÓM TẮT

Chẩn thương gan (CTG) là một chẩn thương nặng chiếm tỷ lệ cao trong chẩn thương bụng kín. Điều trị CTG hiện nay chủ yếu là điều trị bảo tồn (> 80,0%). Tuy nhiên đối với những trường hợp CTG nặng (độ IV, độ V), tổn thương có kích thước lớn, tổn thương nhiều vị trí hoặc có tổn thương đường mật... diễn biến sau điều trị nội khoa hoặc sau phẫu thuật bảo tồn hay can thiệp cấp cứu CTG (nút mạch cấp cứu cầm máu) vẫn thường xảy ra các biến chứng như chảy máu tái diễn, viêm phúc mạc mật, rò mật, khối tụ dịch mật (bilome), apxe hay hoại tử tế bào gan, tăng áp lực ổ bụng (TALOB)...Tuy nhiên việc xử trí những biến chứng trên còn gặp nhiều khó khăn. Lựa chọn giữa can thiệp dưới hướng dẫn của siêu âm (SA), hoặc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính, hay phẫu thuật nội soi ổ bụng (PTNS) hay mổ mở hoặc can thiệp nội soi ngược dòng và stent đường mật vẫn còn cần xem xét và nghiên

cứu nhiều. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị các biến chứng muộn sau phẫu thuật bảo tồn hay điều trị nội CTG. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán CTG, có biến chứng (sau điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật bảo tồn CTG) được điều trị và hoặc phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, BV Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả nghiên cứu:** Từ năm 2011 tới năm 2017 có 14 bệnh nhân biến chứng muộn của CTG được điều trị tại khoa cấp cứu bụng, bệnh viện Việt Đức bao gồm: Nam 11 (78,6%), nữ 3 (21,4%), tuổi trung bình: 34,4. Thời gian xuất hiện biến chứng từ 72h đến 10 ngày chiếm 71,4%, sau 10 ngày chiếm 21,4 %, từ 24-48h có 1 bệnh nhân (7,2%). Có 5/14 trường hợp biến chứng xảy ra sau mổ bụng cấp cứu (35,7%) và 6/14 trường hợp sau nút mạch gan cấp cứu (42,6%). Tổn thương gan phải đơn thuần là 6 bệnh nhân (42,9%); gan trái là 1 (7,1%) gan phải và gan trái là 7 bệnh nhân (50,0%). CTG độ IV chiếm 11/14 (78,6%), CTG độ V chiếm 2/14 (14,3%) và độ III có 1 bệnh nhân (7,1%). Kết quả điều trị: Không có bệnh nhân nào tử vong, biến chứng sau mổ có 1 bệnh nhân apxe tồn dư sau mổ cắt gan trái được chọc hút dưới siêu âm, 1 bệnh nhân rò mật sau mổ cắt gan phải mở rộng. **Kết luận:** Các biến

**Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng
Email: Thainguyenhung70@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.11.2021
Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022
Ngày duyệt bài: 21.01.2022

chứng muộn của điều trị bảo tồn CTG thường xuất hiện vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 10 (71,4%), hoặc >10 ngày (21,4%). Các biến chứng có thể xuất hiện sau mổ hoặc sau nút mạch khi mạch, huyết áp đã ổn định. Các biến chứng có thể xuất hiện riêng rẽ hoặc phối hợp: Viêm phúc mạc mật, rò mật, tăng áp lực ổ bụng, chảy máu tái diễn, bilome. Đối với TALOB: chọc hút dưới siêu âm cho kết quả tốt. Với viêm phúc mạc mật: PTNS hút rửa ổ bụng, dẫn lưu cho kết quả khá tốt. Đối với rò mật: Có thể chọc hút dưới siêu âm, PTNS hút rửa ổ bụng, hay chụp đường mật ngược dòng kết hợp với cắt cơ ODDI và đặt stent đường mật cho kết quả tốt.

SUMMARY

THE RESULT OF LATE COMPLICATION TREATMENT OF BLUNT HEPATIC INJURY

The proportion of conservative treatment of liver injury is more than 80,0% up to now and the late complications post conservative surgery and conservative treatment of hepatic injury such as: Persistent bleeding, bile fistula, bile peritonitis, hepatic necrosis, bilome, intra abdominal compartment syndrome (IACS) happen with high proportion. However the method of treatment those complications still remain unclear. We therefore conduct our retrospective study from 2011-2016 in urgent Department, Viet Duc Hospital to evaluate the diagnosis and treatment methods of late complications of hepatic injury. **Material and method** retrospective study. **The result:** From 2011-2017 at Viet Duc Hospital in Ha Noi, there were 14 patients who had late complications of blunt hepatic injury: 11 male (78,6%), 3 female (21,4%). The mean age: 34,4 (range 21-53). The complication happened at the duration of third day post injury to the ten day was 71,4%, more than ten day post injury was 21,1%, and from 1st-3rd day was 7,2%. There were 5 patients who had complications post conservative urgent surgery (only suture for hepatic hemostasis), 6 patients had emergency hepatic embolization. Result treatment: There were no death post treatment, the complications: 1 had abscesses post left hepatectomy (drainage by ultrasound) and 1 had bile fistulas post extended right hepatectomy. **Conclusion:** The late complications post hepatic injury often happen in the duration of the day 3rd-10nd (71,4%), more than 10 day: 21,4%. The complications may happen after hepatic embolization for hemostasis or conservative surgery (suture for hemostasis). The complication may come alone or combination: Bile peritonitis, bile fistulas, liver necrosis, bilome, persistent bleeding, intraabdominal compartment syndrome. Bile peritonitis: Laparoscopic surgery for drainage and lavage had good results. Bile fistulas: We can drain bile under ultrasound or perform laparoscopic surgery for diagnosis and lavage-drainage. In case the bile fistulas remains, sphincterotomy endoscopic and common bile duct stent are the good choice. Intraabdominal compartment syndrome: Drainage by ultrasound guide had good result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan (CTG) là một chấn thương

nặng chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương bụng kín. Điều trị CTG hiện nay chủ yếu là điều trị bảo tồn (> 80,0%). Tuy nhiên đối với những trường hợp CTG nặng (độ IV, độ V), tổn thương có kích thước lớn, tổn thương nhiều vị trí hoặc có tổn thương đường mật... diễn biến sau điều trị nội khoa hoặc sau phẫu thuật bảo tồn hay can thiệp cấp cứu CTG (nút mạch cấp cứu cầm máu) vẫn thường xảy ra các biến chứng như chảy máu tái diễn, viêm phúc mạc mật, rò mật, khối tụ dịch mật (bilome), apxe hay hoại tử tế bào gan, tăng áp lực ổ bụng (TALOB)... Tuy nhiên việc xử trí những biến chứng trên còn gặp nhiều khó khăn. Lựa chọn giữa can thiệp dưới hướng dẫn của siêu âm (SA), hoặc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính, hay phẫu thuật nội soi ổ bụng hay mổ mở hoặc can thiệp nội soi ngược dòng và stent đường mật vẫn còn cần xem xét và nghiên cứu nhiều. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị các biến chứng muộn sau phẫu thuật bảo tồn hay điều trị nội CTG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán CTG, có biến chứng (sau điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật bảo tồn CTG) được điều trị và hoặc phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, BV Việt Đức.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân được chẩn đoán CTG (có chụp CLVT).
- Xuất hiện biến chứng muộn trong quá trình điều trị bảo tồn CTG: Chảy máu tái diễn, chảy máu đường mật, viêm phúc mạc (VFM) mật, rò mật, TALOB....

- Xuất hiện các biến chứng muộn sau mổ cấp cứu khâu cầm máu bảo tồn chấn thương gan.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân (BN) không được chụp CLVT ổ bụng để chẩn đoán CTG.

- Các biến chứng sau mổ cắt gan do chấn thương

2.2. Phương pháp nghiên cứu

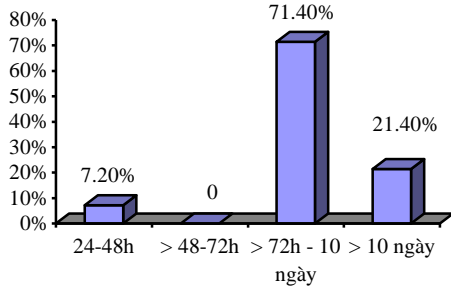
- Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.
- Chỉ tiêu nghiên cứu: Bao gồm tuổi, giới, tình trạng lúc nhập viện, các thăm dò hoặc can thiệp: Xét nghiệm máu, sinh hóa, SA bụng, chụp CLVT ổ bụng, mổ mở hay nội soi, can thiệp trong và sau mổ. kết quả điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 4/2011 đến 2/2017 có 14 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu bao gồm: 11 nam (78,6%), 3 nữ (21,4%), tuổi từ 21-53, tuổi

TB: 34.4.

Nguyên nhân chấn thương: TN giao thông: 8 (57,1%) TN lao động: 4 (28,6%), TN sinh hoạt: 2 (14,3%).



Biểu đồ 1. Thời gian xuất hiện biến chứng
Biểu hiện lâm sàng:

Bảng 1: Các biểu hiện toàn thân

Mạch	<100	100-130	> 130
n	8	4	2
HA	80-90	>90	
n	3	11	
Nhiệt độ	Không sốt	Sốt >= 38	
n	8	6	
Sp O2	< 90%	>= 90%	
n	6	8	

Bảng 2: Tiền sử

Tiền sử	Có (%)	Không (%)	n
Đã mổ bụng cấp cứu	5	9	14
Đã nút mạch cấp cứu	6	8	14

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Có (%)	Không (%)
Đau bụng	12(85,7)	2(14,3)
Chướng bụng	11(78,6)	3(11,4)
Cảm ứng phúc mạc	5(35,7)	9(64,3)
Phản ứng thành bụng	5(35,7)	9(64,3)

Bảng 4: Số lượng hồng cầu

Hồng cầu (triệu)	n	%
< 2	1	7,1
2 - 2,5	2	14,3
2,5 - 3	4	28,6
> 3	7	50,0
n	14	100,0

Bảng 5: Huyết sắc tố

Huyết sắc tố (g/l)	n	%
< 80	4	28,6
80-100	3	21,4
>100	7	50,0
n	14	100,0

Bảng 6: Hematocrit

Hematocrit (%)	n	%
<20	2	14,3
20 - 25	3	21,4

> 25 - 30	3	21,4
> 30	6	42,9
n	14	100,0

Xét nghiệm sinh hóa
- Bilirubine: bệnh nhân (BN) có bilirubin bình thường, 7 BN bilirubine tăng.

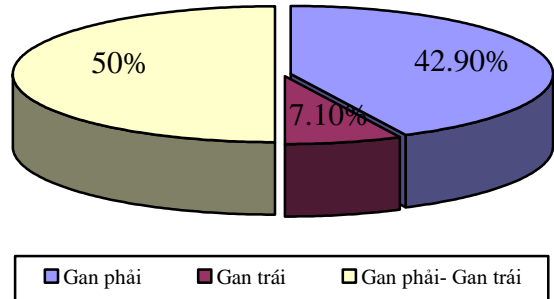
- Men gan:

+ GOT Tăng: 12 BN, GOT: BT 2BN

+ GPT Tăng: 12BN, GOT BT: 2 BN

Bảng 7: Kết quả chụp CLVT

Vị trí tổn thương gan (theo CLVT)	n	%
Gan phải	6	42,9
Gan trái	1	7,1
Gan phải - gan trái	7	50,0
n	14	100,0

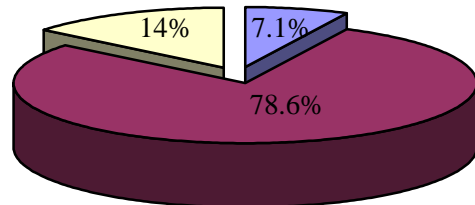


Biểu đồ 2: Vị trí tổn thương gan theo CLVT
Hình ảnh CT gan độ IV:



PHẠM VĂN TR., 24 tuổi, chấn thương gan độ IV.

Bảng 8: Phân độ CT gan theo chụp CLVT



Biểu đồ 3: Phân độ chấn thương gan
Xử trí: Mổ -can thiệp

Bảng 9: Xử trí - Can thiệp

Xử trí/ chẩn đoán	Viêm FM mật	Rò mật	Rò mật-TALOB	Rò mật-HTTB Gan	TALOB	Chảy máu tái diễn
Mổ NS: hút rửa OB-DL	2				1	
Mổ mở, làm sạch, DL	1					
Mổ mở: cắt gan trái-DL		1				
Chọc hút d SA		2	1	1	2	
Chọc hút DSA-mổ mở			1			
Chọc hút DSA-ERCP-stent			1			
Mổ cắt gan F						1

Kết quả:

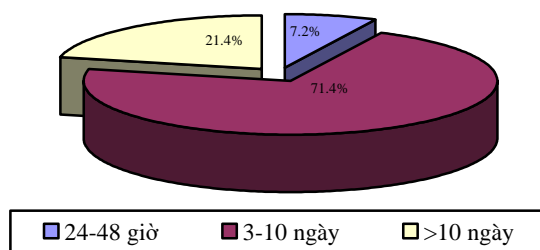
- Không có trường hợp nào tử vong.
- 1 trường hợp apxe tồn dư sau mổ cắt gan trái do rò mật: trường hợp này được chọc hút dưới SA sau đó ra viện.
- 1 trường hợp rò mật kéo dài sau mổ VFM mật: Bệnh nhân này đã được cắt gan phải mở rộng, chỉ còn rò mật số lượng ít.

IV. BÀN LUẬN

Cho tới nay, điều trị bảo tồn CT gan đã trở thành chuẩn vàng. Hầu hết các tác giả đều cho rằng điều trị bảo tồn CT gan có tỷ lệ thành công > 80% [1,3,4]. Nguyên nhân hàng đầu CT gan là tai nạn giao thông [72,0%], tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao là 12% và 5% [5].

Điều trị bảo tồn CTG chỉ được đặt ra trong điều kiện chặt chẽ ở các trung tâm ngoại khoa và hồi sức ngoại khoa với monitoring theo dõi sát, thăm khám liên tục, có khả năng truyền máu với số lượng lớn, có thể tiến hành can thiệp điện quang (chụp mạch máu và nút mạch cấp cứu) và có thể mổ bụng cấp cứu khẩn cấp. Tuy nhiên điều trị bảo tồn CT gan cũng nảy sinh nhiều biến chứng muộn của CT gan.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 10/14 bệnh nhân (71,4%) các biến chứng xuất hiện từ 3-10 ngày. Đặc biệt có 3 trường hợp biến chứng xuất hiện > 10 ngày (21,4%), chỉ có 1 bệnh nhân xuất hiện biến chứng trong khoảng 24h-48h (7,2%)

**Biểu đồ 4: Thời gian xuất hiện biến chứng**

Nguyên nhân xảy ra tai nạn phần lớn do tai nạn giao thông: 8/14 trường hợp (57,1%) sau đó là tai nạn lao động 4/14 (28,6%), rồi đến tai nạn

sinh hoạt (2/14) chiếm 14,3%.

Đa số BN đã được xử trí cấp cứu và có mạch huyết áp khá ổn định, bao gồm mổ cấp cứu khâu cầm máu gan, chèn gạc: 5/9 trường hợp (55,6%). Có 6/14 trường hợp (42,9%) đã được nút mạch cấp cứu. Có tới 13/14 trường hợp là CT gan độ IV - V (92,9 %), trong đó có 11 bệnh nhân CTG độ IV, có 2 trường hợp CT gan độ V, chỉ có 1 bệnh nhân CTG độ III.

Mặt khác, số liệu cũng cho thấy có tới 50,0% các trường hợp có tổn thương gan phải và trái, chỉ có 1 BN có tổn thương gan trái đơn thuần, còn lại là CT gan phải.

Trong quá trình theo dõi, chúng tôi nhận thấy có 12/14 các trường hợp xuất hiện đau bụng (85,7%) chướng bụng 11/14 các trường hợp (78,6%). Đặc biệt theo dõi lâm sàng cho thấy có 6/14 trường hợp (42,9%) xuất hiện suy hô hấp thở nhanh nông và bão hòa oxy giảm thấp < 90%. Các trường hợp này không có tổn thương ở phổi và lồng ngực và sau khi thở máy hô hấp trở lại bình thường, bão hòa oxy trở lại 99-100%. Các trường hợp này được chẩn đoán là tăng áp lực ổ bụng (TALOB) và được chỉ định chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm (5/6 trường hợp) cho kết quả tốt, áp lực ổ bụng giảm, bệnh nhân bỏ được máy thở. Trường hợp còn lại nghi ngờ có tổn thương tạng phổi hợp nên chỉ định nội soi thăm dò, hút rửa ổ bụng và dẫn lưu cho kết quả tốt, bệnh nhân hết suy hô hấp.

Tăng áp lực ổ bụng được Kron và cộng sự mô tả lần đầu tiên [9]. TALOB được hiệp hội thế giới về hội chứng TALOB định nghĩa khi ALOB =>12 cm nước (tương đương với áp lực đo trong bàng quang > 20cm nước, kết hợp với suy tạng).

TALOB là hậu quả của phẫu thuật kinh điển điều trị CT gan do chèn gạc cầm máu hoặc đóng bụng quá căng (đóng bụng dưới áp lực để cầm máu gan) [6]. Đối với điều trị bảo tồn CT gan. TALOB có nhiều nguyên nhân: Chảy máu tái diễn trong ổ bụng hay sau phúc mạc (có thể không chảy mật vào ổ bụng), thiếu máu tương đối, truyền dịch quá nhiều hay phù tạng.

Biểu hiện lâm sàng đầu tiên của TALOB là: Bụng chướng, thở nhanh và thiếu niệu và dẫn tới hậu quả là thiếu máu do giảm lượng máu tới động mạch gan và tĩnh mạch cửa, giảm lượng máu tới thận, giảm sức co cơ hoành và giảm hô hấp, theo Letoublon, hội chứng TALOB chiếm 1,6% trong điều trị bảo tồn CT gan [5]. Kozar mô tả 1,3% bệnh nhân có hội chứng TALOB trong 230 trường hợp CT gan độ III tới độ V. Tỷ lệ tử vong theo các tác giả là từ 25-75%[8].

Chỉ định giảm áp được đặt ra khi điều trị nội khoa không cải thiện (Giảm áp và làm xẹp ống tiêu hóa trên và dưới), bù dịch vào hợp lý. Mở bụng giảm áp thường hạn chế chỉ định và thường đóng bụng 2 thì.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 trường hợp TALOB thì: 3 BN có TALOB đơn thuần sau CT gan.

+ 2 BN tăng áp lực ổ bụng do chảy máu tái diễn được chọc hút dưới SA để giảm áp

+ 1 BN được PTNS hút rửa OB và dẫn lưu do nghi ngờ TALOB phổi hợp với chảy mật nhiều trong ổ bụng, tuy nhiên kết quả mổ chủ yếu là chảy máu trong ổ bụng tái diễn gây tăng áp lực OB.

3 trường hợp còn lại BN có TALOB và rò mật:

+ 1BN được chọc hút dưới SA cho kết quả tốt, TALOB và rò mật giảm dần và hết.

+ Một trường hợp rò mật và TALOB được chọc hút dưới SA nhưng dịch mật ra nhiều sau đó được chụp đường mật ngược dòng phát hiện vị trí rò mật phân thùy sau, sau đó cắt cơ oddi và đặt stent rò mật giảm dần.

+ Trường hợp thứ 3 đã được chọc hút dưới SA sau đó số lượng dịch mật không giảm, chụp CLVT thấy tổn thương gan ở HPT II và HPT VI tương ứng với 2 ổ tụ dịch mật dưới gan trái và phải, BN này được chỉ định cắt thùy trái nhưng sau mổ, ổ tụ dịch mật HPT VI không đỡ, phải luồn sond qua vết mổ dẫn lưu dịch mật ra ngoài sau đó dịch mật rò ra ít dần.

Như vậy trong 6 BN có hội chứng TALOB có tới 3 BN rò mật trong đó 1 trường hợp chỉ định cắt gan, trường hợp còn lại phải cắt cơ ODDi và đặt Stent.

Về thời gian chỉ định tiến hành giảm áp OB, nhiều tác giả cho rằng giảm áp trong 24 h đầu có tỷ lệ sống cao hơn so với giảm áp ở 48h [8].

Chỉ định mổ nội soi là phương pháp tốt nhất để rửa bụng và dẫn lưu dịch máu và dịch mật có thể khu trú hay lan tỏa vào khoảng ngày thứ 2 hoặc ngày thứ 4 sau CT là ngày gan bắt đầu liền sẹo bằng tổ chức fibrine, với tỷ lệ thành công của phẫu thuật > 90% [7,8]. Mặt khác mổ NS cho phép can thiệp ít sang chấn, cho phép thực hiện các kỹ thuật như khâu cầm máu, dùng keo

sinh học, cắt túi mật nếu có vỡ hoại tử túi mật.

Các biến chứng viêm phúc mạc mật - Rò mật: f

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 3 trường hợp viêm phúc mạc (VFM) mật sau CT gan trong đó có 2 trường hợp được PTNS hút rửa OB và dẫn lưu cho kết quả tốt. Chỉ có 1 trường hợp mổ mở do bụng chướng quá không mổ được NS.

Biến chứng VFM mật thường diễn ra muộn và hiếm khi do thủng túi mật hay có tổn thương tá tràng. Các tác giả đều cho rằng đối với VFM mật sau CT gan chỉ cần đơn thuần rửa bụng và dẫn lưu cho kết quả tốt.

Số liệu cho thấy có 7 trường hợp rò mật trong đó chỉ có 3 trường hợp rò mật đơn thuần. Có 2 BN được chọc hút - dẫn lưu dưới SA dịch mật ra ngoài với số lượng giảm dần. Tuy nhiên 1 trong hai trường hợp này rò mật sau mổ cắt HPTIV và dẫn lưu túi mật sau chọc hút dưới SA và buộc dẫn lưu túi mật thì rò mật 2000ml/24h. Trường hợp này được mổ cắt túi mật và dẫn lưu ống mật chủ sau đó hết rò mật.

+ 3 trường hợp rò mật phổi hợp với TALOB đã trình bày ở phần TALOB.

+ 1 trường hợp rò mật phổi hợp với hoại tử tế bào gan: Trường hợp này đã được mổ khâu gan và chèn gạc > 3 ngày. Sau đó xuất hiện ổ hoại tử tế bào gan và rò mật dưới hoành phải 80mm x 120 mm được tách vết mổ luồn sond ra nhiều dịch mật và tổ chức hoại tử, sau đó rò mật giảm dần.

Chúng tôi chỉ có 1 bn chảy máu tái diễn sau CT 1 tuần đã được nút mạch, sau đó bệnh nhân diễn biến nặng, huyết áp dao động thấp, mạch 130 l/ph, hồng cầu: 1.9 triệu, hematocrit 17%, huyết sắc tố 3,7g/l. mặc dù đã truyền nhiều máu. CLVT cho thấy CT gan phải HPT VI,VII,VIII. Mở bụng có gần 3000ml máu, vỡ gan phải, tụ máu dưới bao lớn, mổ cắt HPT VI, VII, VIII và 1 phần HPTV, chèn gạc cho kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Các biến chứng muộn của điều trị bảo tồn CTG thường xuất hiện vào ngày thứ 3- ngày thứ 10 (71,4%), hoặc >10 ngày (21,4%). Các biến chứng có thể xuất hiện sau mổ hoặc sau nút mạch khi mạch, huyết áp đã ổn định. Các biến chứng có thể xuất hiện riêng rẽ hoặc phối hợp: Viêm phúc mạc mật, rò mật, tăng áp lực ổ bụng, chảy máu tái diễn, bilome. Đối với TALOB: chọc hút dưới siêu âm cho kết quả tốt. Với viêm phúc mạc mật: PTSN hút rửa ổ bụng, dẫn lưu cho kết quả khá tốt. Đối với rò mật: Có thể chọc hút dưới siêu âm, PTNS hút rửa ổ bụng, hay chụp đường mật ngược dòng kết hợp với cắt cơ Oddi và đặt stent đường mật cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Croce MA, Fabrice TC, Menke PG et al:** Non operative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients: results of prospective trial. *Ann Surg* 1995; 221:744-53.
2. **Pruvot FR et al:** Traumatisme graves du foie: à la recherche de critères décisionnel pour le choix du traitement non opératoire. *Ann Chir* 2005; 130: 70-80.
3. **Velmahos G, Toutouzas KG, Radin R et al.** Non operative treatment of blunt injury to solid abdominal organs: a prospective study. *Arch Surg* 2003;138: 844-51.
4. **Pachter HL, Knudson MM, Esrig B, et al.** Status of non operative management of blunt hepatic injuries in 1995: a multicenter experience with 404 patients. *J Trauma* 1996; 40: 31-8.
5. **Letoublon C, Castaing D.** Les traumatismes fermes du foie. Monographie de l'Association française de chirurgie. Paris: Arnette blackwell; 1996.
6. **Chen RJ, Fang JF, Chen MF.** Intra abdominal pressure monitoring as a guideline in the non-operative management of the blunt hepatic trauma. *J trauma* 2001; 51(1): 44-50.
7. **Kron il, Harman PK, Nolan SP.** The measurement of intraabdominal pressure as acriterion for abdominal re-exploration. *Ann Surg* 1984; 199(1): 28-30.
8. **Balogh Z, Mckinley BA, Holcom JB, et al.** Both primary and secondary abdominal compartment syndrome can be predicted early and harbingers of multiple organ failure. *J Trauma* 2003; 54: 848-61.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ NỘI NĂM 2016-2017

Nguyễn Thị Thanh Tú*, Nguyễn Thị Thanh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue điều trị tại khoa Nội tổng hợp – bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2016 và 2017. **Đối tượng:** Tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán là sốt xuất huyết Dengue tại khoa Nội tổng hợp – bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội từ 01/01/2016 đến 31/12/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. **Kết quả:** 100% bệnh nhân có sốt, sốt cao > 39°C hay gặp nhất chiếm 59,6%, tỷ lệ bệnh nhân sốt từ 4-7 ngày chiếm 65,5%. Biểu hiện xuất huyết gặp ở 84,4% số bệnh nhân, trong đó vị trí hay gặp là xuất huyết dưới da (81,4%), xuất huyết niêm mạc (32,6%) và xuất huyết nội tạng (17,4%). Sốt xuất huyết Dengue gặp nhiều nhất (62,4%), sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo (35,5%) và sốt xuất huyết Dengue nặng (2,1%). **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả được một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, sốt xuất huyết Dengue.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF THE DENGUE HEMORRHAGIC FEVER AT HANOI GENERAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2016 – 2017

Objective: Survey clinical characteristics of dengue patients Treating dengue at the Department of

General Internal Medicine - Hanoi General Hospital of Traditional Medicine in 2016 and 2017. **Subjects:** All patient records The case of the patient tested was Dengue hemorrhagic fever at the Department of General Internal Medicine - Hanoi General Hospital of Traditional Medicine from January 1, 2016 to December 31, 2017. **Methods:** Descriptive cross-sectional study, retrospective. **Results:** 100% of the patients had fever with the high temperature over 39°C most commonly accounted for 59.6%. The rate of the patients with fever from 4 to 7 days was accounted for 65.5%. Hemorrhagic manifestations were found in 84.4% of the patients, in which the common location were subcutaneous hemorrhage (81.4%), mucosal hemorrhage (32.6%) and internal hemorrhage (17. 4%). Dengue hemorrhagic fever was the most common (62.4%), Dengue hemorrhagic fever with warning signs (35.5%) and severe Dengue hemorrhagic fever (2.1%). **Conclusion:** The study described is some clinical characteristics of patients with dengue bleeding at Hanoi General Hospital of Traditional Medicine.

Keywords: clinical feature, Dengue hemorrhagic fever.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, bệnh ngày càng có xu hướng gia tăng, đặc biệt năm 2009 đã xảy ra vụ dịch SXHD lớn trong phạm vi toàn quốc [2]. Sự chuyển dịch dân cư kết hợp với hiện tượng đô thị hóa quá mức cùng với sự thay đổi lối sống đã làm tăng các nơi trú ẩn của véc tơ truyền bệnh khiến tình hình dịch bệnh ngày càng trầm trọng. Bệnh cảnh lâm sàng của SXHD rất phức tạp và đa dạng, từ sốt đơn thuần đến SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo và SXHD nặng [1],[8]. Các

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022