vị trí ngoài bàng quang chủ yếu chỉ có típ mô học thông thường và có một tỷ lệ nhỏ là típ mô học khác, kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong số 158 trường hợp trong nghiên cứu, giai đoạn khối u chưa xâm nhập cơ gồm 59 TH (37,3%), trong đó tại thận, niệu quản có tỷ lệ thấp với lần lượt có 14 TH (28%) gồm 8 TH ở giai đoạn pTa và 6 TH ở giai đoạn pT1và tại bàng quang chiếm tỷ lệ cao hơn gồm 42 TH (42,4%). Trong khi đó giai đoạn xâm nhập cơ tăng cao ở nhóm vị trí u tại thận, niệu quản và không tăng hay tăng không đáng kể ở ở bàng quang với p=0,013<0,05. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng và cs [6] với 46 TH thì trong đó có 10 TH (21,7%) ở giai đoạn không xâm nhập cơ. Điều này cũng được lý giải bởi các khối u được phẫu thuật thường ở giai đoạn muộn hơn so với các mẫu nội soi hay khó phát hiện và khi phát hiện được thường ở giai đoạn xâm lấn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 158 trường hợp UTBMTN được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u thấy vị trí hay gặp nhất là bàng quang với 62,7%, thận chiếm 31,6%, niệu quản chiếm 5,7% và không gặp trường hợp nào tại niệu đạo. Trong tất cả các vị trí thì các trường hợp u xâm nhập chiếm 82,2%, độ mô học cao chiếm 89,2%, u không xâm nhập chiếm 17,8% và độ mô học thấp chỉ chiếm 10,8%. Tỷ lệ các khối u xâm nhập cơ tại thận chiếm 72,0% và niệu quản chiếm 66,7% là cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tại bàng quang chiếm 57,6% với p=0,013<0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Xuân.** (2020), "Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch CK20, P53, Ki67 trong ung thư biểu mô nhú đường niệu", luận văn thạc sỹ Y học, đại học Y Hà Nội.,vol. pp.
2. **Nguyễn Phúc Cương, Nguyễn Sỹ Lánh, and Nguyễn Phương Hồng** (2002), "Nghiên cứu hình ảnh giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đài bể thận", Báo cáo khoa học tại bệnh viện Việt Đức- Hà Nội,vol. pp.
3. **Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM et al.** (2016), "WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs. 4th Edition.World Health Organization", International Agency for Research on Cancer (IARC),vol. 8, pp.
4. **Amin MB and Edge SB** (2017), "AJCC cancer staging manual", American: Springer,vol. pp.
5. **Bertz S, Otto W, Denzinger S et al.** (2014), "Combination of CK20 and Ki-67 immunostaining analysis predicts recurrence, progression, and cancer-specific survival in pT1 urothelial bladder cancer", European urology,vol. 65(1), pp. 218-226.
6. **Nguyễn Văn Hưng and Nguyễn Thị Hồng Điệp** (2010), "Nghiên cứu mô bệnh học, một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô tiết niệu", Tạp chí Y học thực hành,vol. 4, pp. 714.
7. **Trịnh Tiên Phong and Nguyễn Vượng** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh u biểu mô đường niệu của bàng quang", Luận văn thạc sĩ Y học. Hà Nội,vol. pp.
8. **Koyuncuer A** (2017), "Histopathologic Evolution of Urothelial Carcinoma Recurrence in Transurethral Resection of the Urinary Bladder: 35 Consecutive Cases And Literature Review", Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP,vol. 18(2), pp. 459.
9. **Hoke GP, Stone BA, Klein L et al.** (1999), "The influence of gender on incidence and outcome of patients with bladder cancer in Harlem", journal of the National Medical Association,vol. 91(3), pp. 144.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VỠ EO TỤY

Thái Nguyên Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1.Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vỡ eo tụy. 2.Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị vỡ eo tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Nghiên cứu mô tả hồi cứu. + Tất cả những bệnh nhân (BN),không phân biệt tuổi,giới,được chẩn đoán vỡ eo tụy, được phẫu thuật và/hoặc điều trị tai BV Việt đức. + Thời gian: Từ năm 2012 đến năm 2017. **Kết quả nghiên cứu:** Có 24 bệnh nhân vỡ eo tụy được đưa vào NC bao gồm: 23 nam (95,8%), nữ 1 (4,2%), tuổi trung bình 30,2 (từ 8 - 68), nguyên nhân vỡ eo tụy do tai nạn giao thông 16 BN (66,7%), tại nạn lao động 1 BN (4,1%), tai nạn sinh hoạt 7 BN (29,2%). Khám lâm sàng: 100% các bệnh nhân đều đau bụng, đau thượng vị 62,5%, đau dưới sườn trái 33,3%, đau dưới sườn phải 16,7%, đau hố chậu phải 4,1%, đau khắp bụng 33,3%, bụng chướng 83,3%. Xét nghiệm bạch cầu (BC) > 10.000/mm^3 79,2%. Có 95,8% amylase máu tăng. Siêu âm phát hiện vỡ tụy 9/24 BN (37,5%), chụp cắt lớp vi tính (CLVT) phát hiện vỡ tụy 100% trong đó vỡ eo tụy đơn thuần là 70,8% còn lại

[1]*Bệnh viện K Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng
Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023
Ngày duyệt bài: 28.3.2023

là vỡ eo tụy phối hợp với vỡ thân, đuôi tụy. Mổ cấp cứu 66,7%, mổ phiên 12,5%, điều trị nội 20,8%. Mổ khâu diện vỡ đầu tụy nối thân, đuôi tụy ruột 57,9%, cắt eo thân đuôi tụy 15,8%, nối nang giả tụy-dạ dày 15,8%, còn lại là khâu cầm máu, làm sạch, dẫn lưu (2 bệnh nhân). Kết quả 84,2% hậu phẫu bình thường, ra viện, 1 BN apxe tồn dư chọc hút dưới siêu âm, 1 BN rò tụy (tiến triển thành nang tụy) mổ lại nối nang tụy dạ dày, 1 BN rò tụy giảm dần. **Kết luận:** - Vỡ eo tụy thường xảy ra do vật cứng tác động mạnh vào vùng thượng vị: Tai nạn sinh hoạt (đá bóng bị gối đập vào, thợ mộc - gỗ đập vào khi bào), do bạo lực (bị đánh) hoặc tai nạn giao thông (ghi đông xe đạp, xe máy...). - Nam giới trẻ tuổi chiếm tỷ lệ vỡ eo tụy cao: 23/24 trường hợp (95,8%), tuổi TB: 30,2, nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất là 68 tuổi. - Biểu hiện lâm sàng thường kín đáo: BN thường có mạch. HA ổn định, không sốt, đau bụng thượng vị 15/24 BN (62,5%), đau DST 8/24 BN (33,3%), đau khắp bụng 8/24 BN (33,3%), bụng chướng 20/24 BN (83,3%), cảm ứng phúc mạc: 8/24 BN (33,3%), Phản ứng thành bụng: 10/24 BN (41,7%). - Số lượng BC tăng >10.000/mm3 19/24 BN (79,2%), Amylase máu tăng: 23/24 BN (95,8%). - Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: + Siêu âm: Dịch ổ bụng: 21/24 BN (87,5%), Dịch HCMN: 11/24 BN (45,8%), đường vỡ tụy: 9/24 BN (37,5%). + Chụp CLVT: Dịch ổ bụng 23/24 BN (95,8%), dịch HCMN 23/24 BN (95,8%), đường vỡ eo tụy: 24/24 (100,0%). + Tổn thương qua chụp CLVT: Vỡ eo tụy đơn thuần: 17/24 BN (70,5%), vỡ eo tụy phối hợp với vỡ thân-đuôi tụy: 7/24 BN (29,5%). - Các phương pháp xử trí: + Mổ cấp cứu: 16/24 BN (66,7%). + Mổ phiên: 3/24 BN (12,5%). + Điều tri nội: 5/24 BN (20,8%). + Các phương pháp mổ: Mổ khâu diện vỡ đầu tụy, nối thân-đuôi tụy-ruột cho kết quả tốt 11/19 BN (57,9%), hoặc cắt eo thân, đuôi tụy nếu tổn thương đụng dập, phẩn thân, đuôi tụy còn lại ngắn (< 6 cm): 3/19 BN (15,8%). Mổ làm sạch, dẫn lưu sẽ gây rò tụy kéo dài. + Điều trị nội khoa: Một số trường hợp tổn thương eo tụy có thể theo dõi và điều trị nội khoa: 5/24 BN (20,8%).

SUMMARY

EVALUATION THE RESULT OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BLUNT PANCREATIC NECK INJURY

Study aim: We reported our retrospective study aim at evaluating the clinical feature of blunt pancreatic neck injury and the result of its surgical and medical treatment. **Patient and method:** Restrospective study. + Time From 2012 to 2017. **Result:** There were 24 patients of blunt pancreatic neck injury were observed, male 23 patients (95,8%), female 1 patient (4,2%), the mean age: 30,2. The reason for pancreatic injury: traffic acident: 66,7%, labour accident: 4,1%, other: 29,2%. Clinic feature: abdominal pain: 100%, elevation of amylasemie: 95,8%. Ultrasonography only detected 37,5% pancreatic injury. Abdominal CTscan detected 100% of pancreatic injury. 66,7% of the patients were performed emergency operation, 12,5% were elective operation, observation and medical treatment were 20,8%. The surgical procedure included: 57,9% were sutured the proximal stump of pancreatic head and anastomosis pancreatico-jejunostomy of the distal stump (Roux en Y). 15,8% were peformed left pancreatectomy, 15,8% were performed pancretico-gastrostomy anastomosis of the pseudocyst of pancreas, 2 patients were performed drainage and necrosectomy. The complications: 1 had abscesses (Drainage under ultrasound), 2 had pancreatic fistulas (one had other operation pancreatic psuedocyst gastrostomy 3 months later, the other: the pancreatic fistulas stopped spontaneously by mediacal treatment). **Conclusion:** Blunt pancreatic neck injury are serious lesion due to traffic accident 66,7%, labour accident 4,1% and other accident 29,2%. The main symptoms were abdominal pain, raise of white cell and amylasemie. Computerzied tomography is the good choise for the diagnosis of blunt pancreatic injury (high precision). Abdominal surgery was the principal method for its treatment included: Left pancreatectomy, suture of the proximal pancreatic stump and anastomosis pancreatico-jejunostomy (the distal stump) or external drainage and pancreatic necrosectomy. We had no death post operation. The complications were mainly pancreatic fistulas with low proportion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy là một tạng nằm sâu trong hậu cung mạc nối (HCMN), nằm vắt ngang qua cột sống thắt lưng do vậy chấn thương tụy, nhất là chấn thương eo tụy thường xảy ra sau lực tác động mạnh vào vùng thượng vị.

Vỡ eo tụy thường có biểu hiện lâm sàng kín đáo nên thường được phát hiện muộn.

Thái độ xử trí vỡ eo tụy còn chưa thống nhất, bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vỡ eo tụy.

+ Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị vỡ eo tụy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán vỡ eo tụy, được phẫu thuật và/hoặc điều trị tại bệnh viện Việt-Đức từ 2012-2017.

- Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2012 - 2017 đã có 24 bệnh nhân vỡ eo tụy đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu trong đó: Nam: 23 bệnh nhân: chiếm 95,8%.

Nữ: 1 bệnh nhân chiếm 4,2%.

- Tuổi trung bình: 30,2. nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất 68 tuổi.

- Nguyên nhân vỡ tụy:

Nguyên nhân tai nạn	n	%
Tai nạn giao thông	16	66,7
Tai nạn lao động	1	4,1

Tai nạn sinh hoạt	7	29,2
Tổng	**24**	**100,0**

- Triệu chứng toàn thân:

+ Mạch:

Mạch (l/ph)	**n**	**%**
Bình thường	8	33,3
Từ 90-100	14	58,3
> 100	2	8,4
n	24	100,0

+ Huyết áp: 24 bệnh nhân trên đều có HA khi vào viện trong giới hạn bình thường.

+ Nhiệt độ:

Nhiệt độ	**n**	**%**
Không sốt	16	66,7
<= 38 độ	6	25,0
> 38 độ	2	8,3
Tổng	**24**	**100,0**

- Triệu chứng lâm sàng: 100% các trường hợp CT tụy đều đau bụng, vị trí đau bụng như sau:

+ Vị trí đau bụng:

Vị trí đau bụng	**n**	**%**
Đau thượng vị	15	62,5 (15/24)
Đau dưới sườn trái	8	33,3 (8/24)
Đau dưới sườn phải	4	16,7 (4/24)
Đau hố chậu phải	1	4,1 (1/24)
Đau khắp bụng	8	33,3 (8/24)

+ Bụng chướng: có 20/24 (83,3%). có 4/24 (16,7%) bụng không chướng.

+ Các triệu chứng thực thể:

Triệu chứng	**n**	**%**
Cảm ứng phúc mạc	8	33,3
Phản ứng thành bụng	10	41,7
Co cứng thành bụng	5	20,8

- Xét nghiệm cận lâm sàng:

+ Máu:

- Hồng Cầu: có 1 BN hồng cầu < 2,5tr. Số 23/24 (95,8%) có chỉ số HC > 3tr.

- Huyết sắc tố: 2bn huyết sắc tố (Hb) < 8 g, 22/24 (91,7%) có Hb > 10 g/l.

- Hematocrit: có 2bn hematocrit <25%. còn lại 22/24 (91,7%) có hematocrit >30%.

- Bạch cầu: 19/24 trường hợp (79,2%) BC>10.000, 3/24 (12,5%), BC: 8000-10000, 2 bn BC<8000 (8,3%)

+Amylase: 23/24 bn có amylase máu tăng (95,8%), chỉ có 1bn amylase máu trong giới hạn BT.

- Kết quả Siêu âm (SA): SA được thực hiện 100% các trường hợp.

+ Tổn thương phát hiện qua SA:

Tổn thương	**n**	**%**
Dịch ổ bụng	21	87,5
Dịch hậu cung mạc nối	11	45,8
Đường vỡ tụy	9	37,5

+ Vị trí đường vỡ qua SA: 9 bệnh nhân được phát hiện vỡ tụy qua SA (37,5%).

Vị trí đường võ tụy	**n**	**%**
Vỡ eo tụy	4	44,4
Vỡ Thân tụy	2	22,2
Vỡ eo-thân tụy	2	22,2
Vỡ eo-thân đuôi tụy	1	11,2

- Chụp cắt lớp vi tính (CLVT): Chụp CLVT được thực hiện 100% các trường hợp.

+ Tổn thương xác định qua chụp CLVT:

Tổn thương qua chụp CLVT	**Có tổn thương**	**Không tổn thương**
Dịch ổ bụng	23 (23/24=95,8%)	1
Dịch HCMN	23 (23/24=95,8%)	1
Đường vỡ tụy	24 (24/24=100%)	0

+ Vị trí đường vỡ tụy qua chụp CLVT:

Vị trí đường vỡ tụy	**n**	**%**
Vỡ eo tụy	17	70,8
Vỡ thân tụy	1	4,24
Vỡ eo-thân tụy	3	12,5
Vỡ eo-thân-duôi tụy	1	4,2
Vỡ thân-duôi tụy	2	8,3
n	24	100

+ Các trường vỡ thân đuôi tụy trên chụp CLVT đối chiếu với phẫu thuật đều là vỡ eo tụy

- Xử trí:

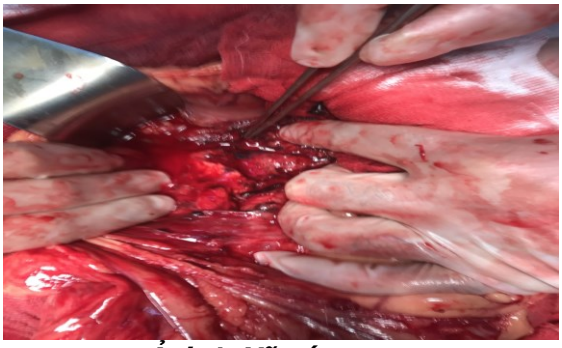
+ Mổ cấp cứu: 16/24 (66,7%)

+ Mổ phiên: 3/24 (12,5%)

+ Điều trị nội khoa: 5/24 (20,8)

- Tổn thương trong mổ:

Tổn thương trong mổ	**n**	**%**
Vỡ eo tụy	13	68,4
Vỡ eo tụy-Nang giả tụy	3	15,8
Vỡ eo-thân tụy	1	5,2
Vỡ eo-thân -đuôi tụy	2	10,6
n	19	100,0



Ảnh 1: Vỡ nát eo tụy

- Phương pháp mổ:

Phương pháp mổ	**n**	**%**
Cắt eo-thân-đuôi tụy	3	15,8
Khâu đầu tụy-nối thân đuôi tụy-ruột	11	57,9

Làm sạch-dẫn lưu	1	5,25
Khâu cầm máu-DL	1	5,25
Nối nang tụy -dạ dày	3	15,8
n	19	100,0

- Kết quả mổ: + Hậu phẫu bình thường, ra viện: 16/19 (84,2%)

+ 1 bn apxe tồn dư, chọc hút dưới SA.

+ 1 bn rò tụy sau 3 tháng mổ lại nối nang tụy dạ dày.

+ 1 bn rò tụy giảm dần.

IV. BÀN LUẬN

Tụy là tạng nằm sâu sau phúc mạc và nằm vắt ngang qua cột sống bởi vậy chấn thương tụy thường là chấn thương rất mạnh ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang với tần suất không lớn.

Nghiên cứu nguyên nhân vỡ eo tụy chúng tôi thấy thường là do vật cứng va đập vào vùng thượng vị:

Nếu là tai nan giao thông thường là do ghi đông xe đạp, xe máy tác động vào vùng thượng vị (16/24 chiếm 66,7%).

Một trường hợp do thợ mộc bị gỗ bào đập vào vùng thượng vị.

Các trường hợp tai nạn sinh hoạt thường do đá bóng bị đầu gối đập vào thành bụng hoặc bị đánh (8/24).

Phần lớn các trường hợp chấn thương eo tụy là nam giới chiếm 95,8% (23/24). Như vậy cùng với nguyên nhân vỡ eo tụy, nam giới thường là những người có cường độ hoạt động, thể thao, lao động nặng và thường bị vỡ tụy.

Các triệu chứng toàn thân cho thấy đa số bệnh nhân có mạch, huyết áp ổn định, dấu hiệu nhiễm trùng kín đáo, chỉ sốt nhẹ < 38 độ, chỉ có 2 bệnh nhân sốt >38 độ.

Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng cao >10.000 lại chiếm tỷ lệ cao: 19/24 (79,2%).

100% các trường hợp đều có đau bụng trong đó chủ yếu là đau thượng vị và DST, tuy nhiên có tới 10/24 (41,7%) khám thấy co cứng thành bụng.

Mặt khác có tới 23/24 trường hợp xét nghiệm thấy amylase tăng cao, chỉ có 1 bệnh nhân có amylase bình thường.

Siêu âm chỉ xác định được chủ yếu là dịch ổ bụng (87,5%), dịch HCMN có tỷ lệ phát hiện qua SA thấp (45,8%), đường vỡ tụy có tỷ lệ phát hiện qua SA khá thấp 9/24 (37,5%).

Như vậy cùng với triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, xét nghiệm không cho giá trị đặc hiệu thì SA cũng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị chẩn đoán khá thấp. Bởi vậy sau chấn thương nếu bệnh nhân đau thượng vị và/hoặc HST, có amylase tăng, SA có dịch ổ bụng, dịch HCMN là những dấu hiệu có giá trị để chỉ định các phương pháp thăm dò phát hiện thêm tổn thương tụy.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy tổn thương tụy có biểu hiện lâm sàng khá kín đáo, có nhiều bệnh nhân không có biểu hiện lâm sang cho tới 5 ngày sau chấn thương. [6,7]

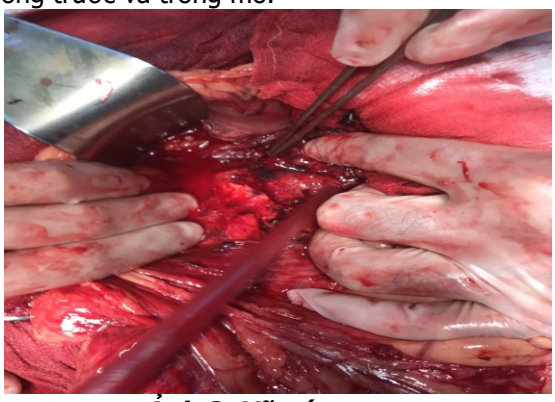
Giá trị chẩn đoán chấn thương tụy qua SA của nghiên cứu này cũng tương đương với nghiên cứu của Đậu Đình Luận, Thái Nguyên Hưng (Y học thực hành), trong đó SA chỉ phát hiện 4/11 (36,4%) vỡ tụy tụy nhiên SA phát hiện tới 9/11 trường hợp có dịch ổ bụng là dấu hiệu rất quan trọng để chỉ định chụp CLVT.

Trong 24 bệnh nhân của số liệu nghiên cứu được chỉ định chụp CLVT, có tới 23 trường hợp có dịch ổ bụng và HCMN, 100% các trường hợp này có tổn thương tụy.

Tuy nhiên chỉ có 16/24 trường hợp được mổ cấp cứu vì vỡ tụy, 3 trường hợp có tổn thương vỡ eo tụy trên chụp CLVT nhưng triệu chứng lâm sàng giảm dần, hết đau bụng, không sốt, ăn uống bình thường, tiến triển thành nang giả tụy được chỉ định mổ sau để nối với dạ dày.

Năm trường hợp còn lại có triệu chứng giảm dần trên lâm sàng, chỉ có 1 trường hợp tiến triển thành nang tụy nhỏ không có chỉ định mổ, các trường hợp khác hết đau và ra viện.

Đối chiếu với phẫu thuật, chụp CLVT có giá trị chẩn đoán cao các trường hợp vỡ eo tụy, tuy nhiên, đối với tổn thương Wirsung, nhiều tác giả đề xuất chụp cộng hưởng từ hay mật tụy ngược dòng trước và trong mổ.



Ảnh 2: Vỡ nát eo tụy

Các nghiên cứu gần đây cho thấy [10],[11] chụp mật tụy ngược dòng ERCP có tỷ lệ âm tính giả cao và có thể làm nặng thêm tổn thương đụng đập tụy, bởi vậy với những tổn thương tụy ở mức độ nhẹ chỉ cần theo dõi, muốn đánh giá tổn thương ống tụy nên chụp IRM [10],[11].

Trong mổ, Heisch và CS đề xuất các tiêu chuẩn sau để chẩn đoán tổn thương ống tụy:

+ Tổn thương phát hiện trực tiếp qua thăm dò trong mổ.

+ Đứt đôi tụy.

+ Vỡ > 50% khẩu kính tụy.

+ Thủng tụy trung tâm

+ Vùng đụng dập nặng.

Tuy nhiên nghiên cứu gần đây cho thấy có tới 42,0% vỡ tụy không được chẩn đoán ở lần mổ đầu tiên[11].

Mặt khác các nghiên cứu cũng cho thấy có tới 60-80% các trường hợp vỡ tụy được phát hiện khi mở bụng do viêm phúc mạc hay chảy máu trong ổ bụng [1,8], và tổn thương tụy thường để sót khi thăm dò ổ bụng không đầy đủ.[9]

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp vỡ eo tuy được chụp CLVT có đường vỡ rõ vùng eo tụy, tuy nhiên trong mổ phẫu thuật viên chỉ dẫn lưu HCMN, kết quả cho thấy 1 BN rò tụy 3-4 tháng sau đó khu trú thành nang được mổ nối với dạ dày. Trường hợp còn lại rò tụy kéo dài và suy kiệt sau đó tử vong sau 5 tháng và nhiều đợt điều trị rò tụy vì sốc phản vệ khi điều trị kháng sinh.

Như vậy với những BN vỡ eo tụy đã được chỉ định mổ, xử trí trong mổ cần giải quyết tổn thương triệt để. Các trường hợp vỡ eo tụy đã được mổ nối tụy ruột, khâu đầu tụy (mổ thì đầu) đều cho kết quả về lâm sàng tốt, không có trường hợp nào phải mổ lại.

Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng của chấn thương tụy, theo Patton [1] và cộng sự có 4 yếu tố liên quan:

+ Có tổn thương ống tụy. [3],[4].

+ Có tổn thương vùng đầu tụy (ống tụy, đường mật, tá tràng)[4,5].

+ Tổn thương phối hợp trong ổ bụng [2].

+ Chẩn đoán chậm: tỷ lệ tử vong tăng từ 40-60% nếu vỡ tụy được chẩn đoán chậm hơn 4 ngày [3].

Nghiên cứu của Patton cũng cho thấy tỷ lệ tử vong khoảng 3,0% nếu tổn thương tụy đơn thuần, tỷ lệ này tăng lên tới 40% nếu có 4 tạng trong ổ bụng có tổn thương.

Số liệu của chúng tôi cho thấy chỉ 6/24 (25,0%) các trường hợp có tổn thương phối hợp trong đó tổn thương tạng đặc là 4 (CT gan 3 BN, CT lách 1 BN), có 2 trường hợp vỡ ruột.

Kết quả phẫu thuật cho thấy các bệnh nhân vỡ eo tụy nếu thân đuôi tụy còn dài· 6cm, không bị dập nát, bệnh nhân còn trẻ hay tuổi nhỏ, mổ khâu diện vỡ đầu tụy, nối thân đuôi tụy-ruột cho kết quả tốt. (11/19 trường hợp trong nghiên cứu này được mổ theo phương pháp này).

Nếu tổn thương eo-thân đuôi tụy đụng dập hay dập nát, vùng tụy lành ngắn, bệnh nhân lớn tuổi, cắt eo-thân đuôi tụy cho kết quả tốt.

Hai trường hợp rò tụy kéo dài do tổn thương không được xử trí triệt để, chỉ được dẫn lưu nên dẫn đến rò tụy, phải mổ lại.

Có 4 bệnh nhân vỡ eo tụy điều trị nội tiến triển thành nang giả tụy mổ nối với dạ dày cho kết quả tốt, hậu phẫu nhẹ nhàng. Những bệnh nhân này tuy chụp CLVT cho thấy tổn thương vỡ eo tụy nhưng về lâm sàng các triệu chứng cải thiện, đau bụng giảm, không sốt, ăn được.

Có tới 5 bệnh nhân có chụp CLVT cho thấy vỡ eo tụy nhưng trong quá trình theo dõi không có hoặc có rất ít biểu hiện lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm kiểm tra không có biểu hiện gì đặc biệt, những bệnh nhân này chúng tôi chỉ theo dõi và điều trị nội. Tuy nhiên những bệnh nhân này nên chỉ định chụp IRM hay ERCP để đánh giá ống tụy.

V. KẾT LUẬN

- Vỡ eo tụy thường xảy ra do vật cứng tác động mạnh vào vùng thượng vị: Tai nạn sinh hoạt (đá bóng bị gối đập vào, thợ mộc - gỗ đập vào khi bào), do bạo lực (bị đánh) hoặc tai nạn giao thông (ghi đông xe đạp, xe máy...).

- Nam giới trẻ tuổi chiếm tỷ lệ vỡ eo tụy cao: 23/24 BN (95,8%), tuổi TB: 30,2, nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất là 68 tuổi.

- Biểu hiện lâm sàng thường kín đáo: BN có mạch. HA ổn định, không sốt, đau bụng thượng vị 15/24 BN (62,5%), đau DST 8/24 BN (33,3%), đau khắp bụng 8/24 BN (33,3%), bụng chướng 20/24 BN (83,3%), cảm ứng phúc mạc: 8/24 BN (33,3%), Phản ứng thành bụng: 10/24 BN (41,7%).

- Số lượng bạch cầu tăng >10.000/mm3: 19/24 BN (79,2%), Amylase máu tăng: 23/24 BN (95,8%).

- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm: Dịch ổ bụng: 21/24 BN (87,5%), Dịch HCMN: 11/24 BN (45,8%), đường vỡ tụy: 9/24 BN (37,5%).

+ Chụp CLVT: Dịch ổ bụng 23/24 BN (95,8%), dịch HCMN 23/24 BN (95,8%), đường vỡ eo tụy: 24/24 BN (100,0%).

+ Tổn thương qua chụp CLVT: Vỡ eo tụy đơn thuần: 17/24 BN (70,5%), vỡ eo tụy phối hợp với vỡ thân-đuôi tụy: 7/24 BN (29,5%).

- Các phương pháp xử trí: + Mổ cấp cứu: 16/24 BN (66,7%).

+ Mổ phiên: 3/24 BN (12,5%)

+ Điều tri nội: 5/24 BN (20,8%).

+ Các phương pháp mổ:Mổ khâu diện vỡ đầu tụy, nối thân-đuôi tụy-ruột cho kết quả tốt 11/19 BN (57,9%), hoặc cắt eo thân, đuôi tụy nếu tổn thương đụng dập, phần thân, đuôi tụy còn lại ngắn (<6 cm): 3/19 BN (15,8%).Phẫu thuật nối nang giả tụy - dạ dày 3/19 BN (15,8%, mổ muộn, khi đã thành nang giả tụy). Mổ làm sạch, dẫn lưu sẽ gây rò tụy kéo dài.

+ Điều trị nội khoa: Một số trường hợp tổn thương eo tụy có thể theo dõi và điều trị nội khoa: 5/24 BN (20,8%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patton JH et al.** Pancreatic trauma: A simplified management guideline. J Trauma 1997; 43: 243-41.
2. **Northup WF, Simmons RL.** Pancreatic trauma: A review. Surgery 1972;71: 27-43.
3. **Jurkovich GJ, Carrico CJ:** Pancreatic trauma. Surg Clin North Am 1990; 70: 575-93.
4. **Heitsch RC.** Delineation of critical factors in the treatment of pancreatic injuries. Surgery 1976; 80: 539-9.
5. **Karl HW.** Mortality and morbidity of pancreatic injury. Am J Surgery 1977;134: 549-54.
6. **Bracey DW.** Complete rupture of pancreas. Br J Surg 1961; 48: 575.
7. **Jordan GL.** Traumatic transection of the pancreas. South Med J, 1968; 62: 90-3.
8. **Chambon JP.** La tomodensitometrie de l'abdomen dans 8 cas de traumatisme pancreatique. Ann Chir 1990; 44: 575-80.
9. **Campell J.** The management of pancreatic and pancreaticoduodenal injuries. Br J Surg 1980; 87: 845-.
10. **Nirula.R, Velmahos GC.** Magnetic resonance cholangiopanreatography in pancreatic trauma: A new diagnostic modality? J trauma 1999; 47: 585-7.
11. **Wind P, Tiret E.** Contribution of endoscopic retrograde pancreatography in management of complications following distal pancreatic trauma. Ann Surg 1999; 65: 777-83.
12. **Takehara Y.** Can MRCP replace ERCP? J magn reson imaging 1998;8:517-34.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM KHUẨN KHỚP

Hoàng Đình Âu[1], Vương Thu Hà[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của sinh thiết màng hoạt dịch (MHD) trong chẩn đoán nhiễm khuẩn (NK) khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm. Sau đó, nhóm bệnh nhân NK khớp sẽ được đối chiếu giữa kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng nhằm xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của phương pháp này. **Kết quả:** Từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022, có 43 bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD tại bệnh viện Đại học Y Hà nội. Trong số này, có 18 bệnh nhân có NK khớp (bao gồm cả NK sinh mủ và lao). Đối chiếu với chẩn đoán cuối cùng, sinh thiết MHD có giá trị chẩn đoán đúng đối với NK khớp là 94.4%. **Kết luận:** Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao đối với NK khớp trong trường hợp các phương pháp khác chưa rõ ràng.

Từ khóa: Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm, nhiễm khuẩn khớp, màng hoạt dịch khớp.

SUMMARY

ULTRASOUND IMAGE CHARACTERISTICS AND VALUE OF GUIDED ULTRASOUND SYNOVIAL BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SYNOVIAL JOIN INFECTION

Purposes: To evaluate the ultrasound image characteristics and the value of guided ultrasound synovial biopsy in the diagnosis of synovial join infection. **Matherial and Method:** The cross sectional descriptive study on the patients who had the indication and underwent the guided ultrasound synovial biopsy. Then, the synovial join infection was compared between the biopsy results and the final diagnosis to evaluate the accurate diagnosis of this method. **Results:** From 09/2020 to 10/2022, forty three patients who had the indication and underwent the guided ultrasound synovial biopsy at Hanoi Medical University Hospital. Among them, eighteen patient who were diagnosed synovial joint infection (bacteria and tuberculosis included) then compared between the biopsy results and the final diagnosis.The accurate of guided ultrasound synovial biopsy for the diagnosis of synovial joint infection were 94.4%. **Conclusion:** The guided ultrasound synovial biopsy had the high value for the diagnosis of synovial joint infection when the other methods could not provide the clear diagnosis.

Keywords: guided ultrasound synovial biopsy, synovial joint infection, synovial joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng hoạt dịch (MHD) là lớp màng lót bên trong bao khớp hoạt dịch. Hầu hết các bệnh lý của khớp như nhiễm khuẩn, thoái hóa, viêm

[1]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu
Email: hoangdinhau@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023
Ngày duyệt bài: 24.3.2023