

3%, đáp ứng 1 phần là 61%⁶. Theo tác giả Zhou C. cũng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 83%, trong đó 2% BN có đáp ứng hoàn toàn và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao chiếm 96%⁷.

Khi phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ đáp ứng và vị trí di căn, số lượng cơ quan di căn ta thấy vị trí di căn gan và số lượng cơ quan di căn có liên quan với tỷ lệ đáp ứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi đánh giá tỷ lệ đáp ứng với một số yếu tố như: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, loại đột biến gen, tình trạng nổi ban da ta thấy nhóm bệnh nhân có tình trạng nổi ban da có tỷ lệ đáp ứng cao hơn nhóm không có tác dụng phụ này và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$, các yếu tố khác chưa tìm thấy sự khác biệt. Phân tích tổng hợp gồm 24 nghiên cứu về mối liên quan giữa độc tính nổi ban da và tỷ lệ đáp ứng của thuốc TKIs thế hệ 1 ở bệnh nhân UTPKTBN có đột biến EGFR cho thấy tỷ lệ đáp ứng ở nhóm nổi ban da là 42% cao hơn nhóm không nổi ban da là 7% với $p < 0,00001$ ⁸.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn có đột biến EGFR có tuổi mắc bệnh trung bình là $61,9 \pm 11,5$; tỷ lệ nữ/nam là 1,96/1. Thể trạng chủ yếu ECOG 0-1 (78,4%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau ngực và ho khan chiếm 79,7% và 59,5%. Tỷ lệ di căn 1 cơ quan chiếm 55,4%, trong đó có 51,4% di căn xương, 43,2% di căn màng phổi và 25,7% di căn não. Thời gian đến khi thất bại điều trị với erlotinib trung bình là $13,8 \pm 8,7$ tháng. Điều trị erlotinib bước 1 đem lại đáp ứng điều trị cao với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 75,7% và kiểm soát bệnh đạt 90,5%. Số lượng cơ quan di căn, vị trí di căn gan và tình

trạng nổi ban da là yếu tố liên quan đến tỷ lệ đáp ứng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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):209-249.
2. **Bộ Y tế** (2020). Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Ung Bướu. Nhà xuất bản Y học; trang 867.
3. **Nguyễn Hoài Nga, Bùi Diệu, Trần Văn Thuận, và CS** (2014). Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi nguyên phát chẩn đoán điều trị tại bệnh viện K trong 10 năm từ 2001 đến 2010. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* Số 2, 7.
4. **Lê Thu Hà** (2017). Đánh giá hiệu quả thuốc erlotinib trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn muộn. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Thanh Hoa, Nguyễn Văn Tài** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị erlotinib bước một trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR thường gặp tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam.* tập 497, tháng 12, số chuyên đề ung thư, 220-229.
6. **Rosell R, Carcereny E, Gervais R, et al.** Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2012;13(3):239-246.
7. **Zhou C, Wu YL, Chen G, et al.** Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 2011;12(8):735-742.
8. **Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Lonati V, Barni S.** Relationship between skin rash and outcome in non-small-cell lung cancer patients treated with anti-EGFR tyrosine kinase inhibitors: a literature-based meta-analysis of 24 trials. *Lung Cancer.* 2012;78(1):8-15.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY CHẨN THƯƠNG GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đình Minh¹, Nguyễn Thu Thảo²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdt24@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây (CLVT) chẩn thương gan (CTG) tại bệnh viện Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân (BN) chẩn thương gan được chụp CLVT tại Bệnh viện Việt Đức trong tháng 3 và tháng 4/2023. **Kết quả:** gồm 95 BN (75 nam). Tuổi trung bình là $36,2 \pm 15,95$ tuổi (từ 10 tuổi đến 73 tuổi). Nguyên nhân do tai nạn giao thông là hay gặp nhất chiếm 78% (74/95 BN). Trên CLVT, tổn thương hay gặp là đưng dập nhu mô gan với 71,6% (68/95 BN) trong đó ổ đưng dập nhỏ <25% thùy gan

là hay gặp nhất, chiếm 54,7%. Đường rách nhu mô gan là 60% (57/95 BN) với đường rách >3cm là hay gặp, chiếm 42,1%. Theo AAST 2018, mức độ CTG hay gặp là độ III và độ II tương ứng là 40% (38 BN) và 35% (33 BN). Chấn thương phổi hợp hay gặp trong CTG là chấn thương ngực với 61,1% (58/95 BN), chấn thương sọ não 41,1% (39 BN) và chấn thương thượng thận 32,6% (31 BN). **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dãy là thăm khám tin cậy để phát hiện các tổn thương gan và các tổn thương phối hợp trong CTG.

Từ khóa: chấn thương gan, AAST, tai nạn giao thông, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

MSCT IMAGING CHARACTERISTICS OF LIVER TRAUMA AT VIETDUC HOSPITAL

Objectives: study the imaging characteristics of MSCT liver trauma at Viet Duc Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients with liver trauma who underwent MSCT at Viet Duc Hospital in March and April 2023. **Results:** The study included 95 patients (75 males) with a mean age of 36.2 ± 15.95 years (ranging from 10 to 73 years). Traffic accidents were the most common cause, accounting for 78% (74/95) of cases. The most frequent injury on MSCT was parenchymal contusion with 71.6% (68/95) of patients, with small contusions involving <25% of hepatic segment being the most common, accounting for 54.7% of cases. Parenchymal lacerations were present in 60% (57/95) of patients, with lacerations >3cm being the most common, accounting for 42.1% of cases. According to AAST 2018, the common grades were grade III (40%, 38 patients) and grade II (35%, 33 patients). Associated injuries in liver trauma were chest trauma in 61.1% (58/95) of patients, head trauma in 41.1% (39 patients), and adrenal trauma in 32.6% (31 patients). **Conclusion:** MSCT is a reliable examination for detecting liver injuries and associated injuries in liver trauma.

Keywords: liver trauma, AAST, traffic accidents, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan là tạng thường bị chấn thương trong chấn thương bụng kín. Tỷ lệ chấn thương gan (CTG) ở các trường hợp đa chấn thương khoảng 1%-8%. Tuy nhiên, tỷ lệ CTG lên đến 25% ở các trường hợp

chấn thương bụng kín được chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Tỷ lệ tử vong do chấn thương gan là từ 4,1%-11,7% [1]. Điều trị CTG theo xu hướng đa nguyên tắc bao gồm ngoại khoa, can thiệp mạch và hồi sức cấp cứu [2]. Điều trị bảo tồn CTG ngày càng chiếm ưu thế ở các trường hợp có huyết động ổn định. Cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) là phương thức chẩn đoán góp phần xác định CTG và ra quyết định điều trị. CLVT giúp đánh giá tổn thương gan, phát hiện tổn thương nhu mô và mạch máu, phân độ chấn thương và

phát hiện các tổn thương phối hợp như ngực, sọ não, lách, thận hay ống tiêu hóa. Hình ảnh CLVT cho phép phân độ CTG dựa trên bảng phân độ của Hiệp hội chấn thương Hoa Kỳ (AAST-2018). Bệnh viện Việt Đức là bệnh viện ngoại khoa, do đó, các trường hợp CTG thường được cấp cứu tại đây. Chẩn đoán CTG thường được dựa trên chụp CLVT. Phát hiện chính xác các dấu hiệu tổn thương trên CLVT giúp các bác sĩ đánh giá mức độ chấn thương một cách chính xác hơn. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này, do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm hình ảnh CTG trên chụp CLVT" tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân (BN) bị chấn thương bụng kín được khám và chẩn đoán tại Bệnh viện Việt Đức trong tháng 3 và tháng 4 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN có tiền sử chấn thương, tất cả các độ tuổi, không phân biệt giới tính, được chụp CLVT ổ bụng chẩn đoán CTG, được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** không đưa vào nghiên cứu các trường hợp như: chất lượng hình ảnh CLVT không đạt yêu cầu do bệnh nhân dầy da, không hợp tác; không thấy tổn thương gan hoặc các trường hợp được chụp CLVT hay đã điều trị ở bệnh viện khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CLVT 16 dãy và 64 dãy của hãng GE, máy chụp CLVT 16 dãy của hãng Siemens có phần mềm dựng ảnh và đo đạc. Phần mềm lưu trữ hình ảnh PACS (infinit- Korea). Phiếu nghiên cứu.

Quy trình chụp CLVT ổ bụng: bệnh nhân được hướng dẫn nằm trên bàn chụp, chân vào trước. Chụp các lát cắt không tiêm thuốc khu trú từ vòm hoành đến bờ dưới xương mu. Độ dày lớp cắt 0,625mm trên máy CLVT 64 dãy và 1,25mm trên máy CLVT 16 dãy, mở cửa sổ khí và phần mềm. Chụp các lát cắt sau tiêm cản quang tĩnh mạch liều 1-1,5 ml/kg ở thì động mạch (25-30 giây) và thì tĩnh mạch cửa (60-70 giây), độ dài và độ dày lớp cắt tương tự thì trước tiêm. Tái tạo hình ảnh và đo đạc trên 2D, dựng hình MIP, MPR và VR, theo mặt phẳng axial, coronal và sagittal. Chụp các lát cắt thì muộn (sau 5 phút) đối với một số trường hợp nghi ngờ tổn thương đường bài xuất tiết niệu.

Các biến số nghiên cứu:

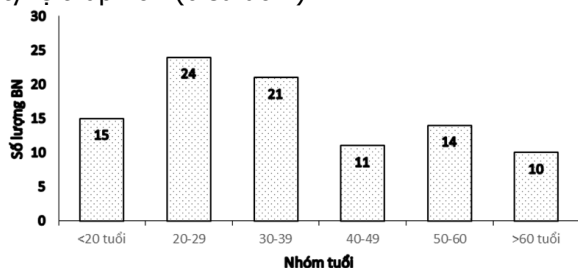
Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn

Đặc điểm hình ảnh CLVT trong CTG: vị trí tổn thương (phân chia: gan phải, gan trái, cả hai bên), hình thái tổn thương (tụ máu dưới bao, tụ máu nhu mô, rách nhu mô, đưng dập, tổn thương mạch), mức độ chấn thương (phân chia 5 mức độ theo AAST 2018), chấn thương phối hợp (sọ não, lồng ngực, khung chậu, cột sống, lách, thận, ruột).

Thông kê và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

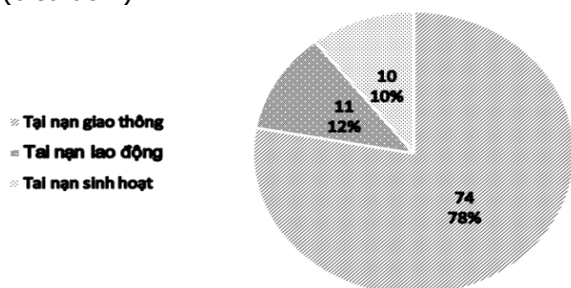
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 95 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu có 75 nam (78,9%) và 20 nữ (21,1%), tỷ lệ nam : nữ là 3,75:1. Các BN trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $36,2 \pm 15,95$ tuổi (thấp nhất là 10 tuổi và cao nhất là 73). Độ tuổi hay gặp nhất là 20 -29 tuổi với 24/95 (25,3%) BN, tiếp theo là nhóm tuổi 30-39 với 21/95BN, chiếm 22,1%. Các nhóm tuổi còn lại có tỷ lệ thấp hơn (biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Phân bố chấn thương gan theo lứa tuổi (n=95)

Nguyên nhân CTG do tai nạn giao thông là 74/95BN, chiếm 78%, do tai nạn lao động là 11(12%) và tai nạn sinh hoạt là 10 (10%) BN (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Nguyên nhân tai nạn trong chấn thương gan (n = 95)

Trong CTG có 57/95 (60%) chấn thương gan phải; 16 (16,8%) chấn thương gan trái và 22 (23,2%) chấn thương gan trái và phải.

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh CTG trên CLVT (n = 95)

Đặc điểm tổn thương		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đưng dập nhu mô	<25% thùy gan	52	54,7
	25-75% thùy gan	15	15,8
	>75% thùy gan	1	1,1
Đường rách nhu mô	> 3 cm	40	42,1
	1-3 cm	14	14,7
	< 1 cm	3	3,2
Tụ máu nhu mô gan	< 10 cm	16	16,8
	≥ 10cm	3	3,2
Tụ máu dưới bao gan	>10% diện tích	9	9,5
	≤ 10% diện tích	9	9,5
Tổn thương mạch máu		3	3,2

Các dạng tổn thương trong CTG hay gặp là đưng dập nhu mô là 68/95 (71,6%) BN, đường rách nhu mô là 57/95 (60%). Các tổn thương khác ít gặp hơn là tụ máu trong nhu mô 19/95(20%), tụ máu dưới bao 18/95 (19%) và tổn thương mạch máu ít gặp nhất là 3/95 (3,2%).

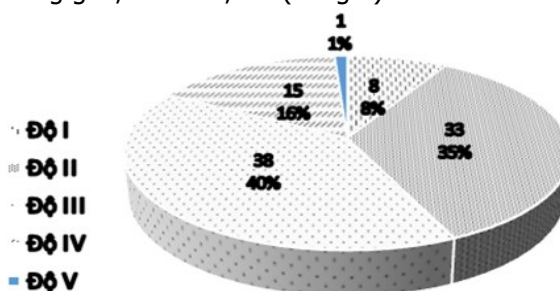
Kích thước ổ đưng dập nhu mô nhỏ (<25% thùy gan) là hay gặp nhất với 52/95 (54,7%). Đưng dập trung bình (25-75% thùy gan) là 15 BN (15,8%), có 1 trường hợp đưng dập gan rộng (>75% thùy gan).

Đường rách nhu mô > 3cm hay gặp nhất với 40/95BN (42,1%), đường rách từ 1-3cm là 14 BN (14,7%) và <1cm là 3 BN (3,2%).

19 BN có tụ máu trong nhu mô, chiếm 20%, trong đó hay gặp hơn là tụ máu <10cm với 16 BN (16,8%) và ≥ 10cm là 3 BN (3,2%).

18 BN có tụ máu dưới bao gan chiếm 19%, trong đó kích thước tụ máu dưới bao gan >10% diện tích bề mặt <10% diện tích đều là 9 BN (9,5%).

Có 3 trường hợp có tổn thương mạch máu trong gan, chiếm 3,2% (bảng 1)



Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân độ CTG theo AAST 2018

Mức độ chấn thương gan, theo AAST 2018, hay gặp nhất là độ III và độ II với 38/95 (40%) BN và 33/95 (35%). Chấn thương độ IV và độ I ít gặp hơn, tương ứng là 15 (16%) và 7 (8%) BN. Loại chấn thương độ V ít gặp nhất với 1 trường hợp (1,1%) (biểu đồ 3).

Bảng 2. Tỷ lệ chấn thương phối hợp trong CTG trên CLVT

Chấn thương phối hợp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sọ não	39	41,1
Lồng ngực	58	61,1
Thương thân	31	32,6
Thận	17	17,9
Lách	12	12,6
Ruột	6	6,3
Khung chậu	21	22,1
Cột sống	21	22,1

Chấn thương gan thường kết hợp với chấn thương tạng khác. Chấn thương phối hợp hay gặp nhất là chấn thương ngực với 58/95 BN (61,1%), chấn thương sọ não là 39 BN (41,1%), chấn thương thượng thận 31 BN (32,6%), ít gặp hơn là chấn thương khung chậu và cột sống với tỷ lệ bằng nhau là 21 BN (22,1%). Chấn thương thận, chấn thương lách và chấn thương ruột ít gặp hơn với BN tương ứng là 17 (17,9%), 12 (12,6%) và 6 (6,3%) (bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

Cắt lớp vi tính đa dãy là thăm khám phổ biến trong chấn thương bụng kín nói chung và CTG nói riêng. CLVT có thể phát hiện vị trí thương tổn, các dạng tổn thương như đường rách, đưng dập, tụ máu... từ đó có khả năng xác định chính xác mức độ CTG. Bên cạnh đó, CLVT còn có thể phát hiện tổn thương các tạng phối hợp trong CTG.

Theo nghiên cứu của Hoàng Đình Âu và cộng sự thì tuổi trung bình của CTG là $35,8 \pm 12,3$, độ tuổi hay gặp nhất là 16 – 65, chiếm 94,9%. Tỷ lệ nam/nữ trong CTG là 3,3/1 [3]. Nghiên cứu của Đặng Vĩnh Hiệp cho thấy tuổi trung bình là $33,6 \pm 14,17$ tuổi. Nam chiếm 70,6%; nữ chiếm 29,4% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các BN là $36,2 \pm 15,95$ tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là từ 20 đến 39 tuổi, chiếm 47,4%. Tỷ lệ nam chiếm 78,9% và nữ là 21,1%. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trước đây. Đây là độ tuổi có nhiều hoạt động trong xã hội nên gia tăng nguy cơ bị CTG khi bị tai nạn. Mặt khác, nam giới thường đảm nhiệm lao động nặng và điều khiển phương tiện giao thông tốc độ cao nên có nguy cơ bị tan nạn cao hơn nữ.

Nguyên nhân CTG chúng tôi gặp chủ yếu là tai nạn giao thông, chiếm 78%. Tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt ít gặp hơn với tỷ lệ tương ứng là 12% và 10%. Kết quả nghiên cứu của Đặng Vĩnh Hiệp cũng cho thấy tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,4% [4]. Nghiên cứu

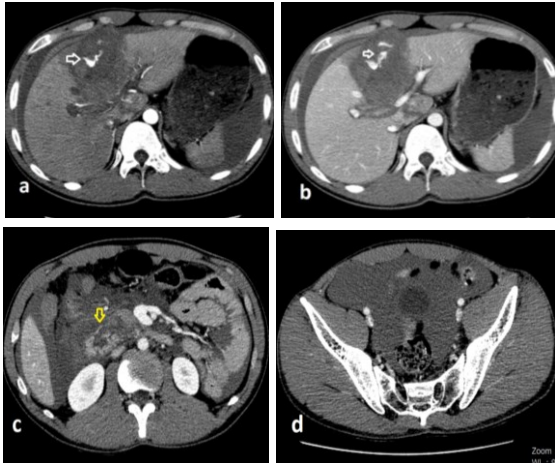
của Nguyễn Quang Huy và cộng sự cũng cho thấy tai nạn giao thông chiếm 81,4% [5]. Tai nạn giao thông thường xảy ra khi ở tốc độ cao nên có nguy cơ gây chấn thương bụng kín, đặc biệt là chấn thương các tạng đặc như gan, lách, thận... Giao thông hỗn hợp, ý thức tham gia giao thông chưa cao, hệ thống đường giao thông chưa hoàn thiện là các đặc điểm góp phần gia tăng tai nạn giao thông ở nước ta.

Mặc dù CTG có thể được phát hiện và chẩn đoán dựa trên các yếu tố lâm sàng, xét nghiệm hay siêu âm. Tuy nhiên, khả năng chẩn đoán kết hợp của các phương pháp này là còn thấp với độ nhạy 50% - 85% và độ đặc hiệu là 86% - 91% [6]. Chấn thương gan có thể được chẩn đoán chính xác dựa trên hình ảnh CLVT sau tiêm thuốc đối quang. Các tổn thương trên hình ảnh thường gặp là rách nhu mô gan, tụ máu trong nhu mô hoặc dưới bao gan, chảy máu hoạt động, tổn thương các tĩnh mạch cạnh gan, phù nề quanh khoảng cửa và xẹp tĩnh mạch chủ dưới [1].

Chúng tôi gặp 60% chấn thương gan phải và 16,8% chấn thương gan trái, chỉ 23,2% chấn thương gan trái và phải. Theo Hoàng Đình Âu và cộng sự, gan phải bị chấn thương nhiều hơn gan trái với tỷ lệ 2,4/1 [3]. Gan phải có kích thước to và trọng lượng cao hơn gan trái, do vậy, khả năng bị chấn thương nhiều hơn.

Theo các nghiên cứu trước đây, dấu hiệu đưng dập nhu mô gan là hay gặp nhất với tỷ lệ 83,6% [5]. Nghiên cứu của Hoàng Đình Âu và cộng sự cũng cho thấy tụ máu, đưng dập nhu mô gan là dấu hiệu hay gặp, chiếm 84,6%, đường vỡ nhu mô chiếm 69,2%, tụ máu dưới bao là 25,6%. Dấu hiệu thoát thuốc thì động mạch là 5,1% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đưng dập nhu mô gan chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,6%, tiếp đến là rách nhu mô là 60%. Các tổn thương ít gặp hơn bao gồm tụ máu trong nhu mô (20%), tụ máu dưới bao (19%) và tổn thương mạch máu (3,2%). Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nhận định trước đây.

Đưng dập nhu mô gan thường có kèm theo đường rách nhu mô. Chúng tôi gặp 42,1% đường rách rộng >3cm. Rách nhu mô là dạng tổn thương CTG hay gặp, biểu hiện là đường giảm tỷ trọng không đều trên hình ảnh CLVT sau tiêm đối quang. Đường rách nông khi < 3cm và sâu khi >3cm. Rách sâu đến vùng sau trên gan là vùng không bị che phủ bởi bao gan nên gây tụ máu quanh tĩnh mạch chủ, thượng thận. Rách lan đến các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan thường gây tổn thương đường mật gây rò mật [1].



Hình 1. Bệnh nhân nam 21 tuổi, chấn thương gan phải độ IV

Hình ảnh ổ bụng đập đường rách nhu mô HPT IV (a) có tổn thương mạch gây thoát thuốc cản quang thì động mạch (hình mũi tên) và tăng lên ở thì tĩnh mạch (b). Kèm theo chấn thương đầu tụy tá tràng (c) và nhiều dịch máu tự do ổ bụng (d).

Tụ máu dưới bao là hình ảnh ổ dịch hình thấu kính nằm giữa nhu mô và bao gan gây đè đẩy nhu mô gan lân cận. Tụ máu trong nhu mô hay đập dập là vùng giảm tỷ trọng sau tiêm thuốc cản quang ranh giới không rõ, bờ không đều nằm trong nhu mô gan. ổ tụ máu mới có thể tăng tỉ trọng trước tiêm so với nhu mô gan lành [1]. Chúng tôi gặp 20% trường hợp có tụ máu trong nhu mô gan và thường có kích thước <10cm. Tụ máu dưới bao là 19% trong đó 50% trường hợp khối máu tụ lớn >10% diện tích bề mặt gan. Tụ máu trong CTG có thể gây sốc mất máu, chèn ép nhu mô gan lành, nguy cơ gây vỡ gan chảy máu thì muộn hoặc áp xe hóa nên cần phải được theo dõi chặt chẽ trên lâm sàng và hình ảnh.

Chấn thương gan có tổn thương mạch máu gây chảy máu thể hoạt động. Chảy máu hoạt động được phát hiện ở thì chụp động mạch sau tiêm thuốc cản quang với biểu hiện là khu vực tăng tỉ trọng khu trú do thoát thuốc cản quang từ lòng động mạch ra vùng lân cận khi có tổn thương thành mạch[1]. Theo Lada LE và cộng sự thì các trường hợp CTG có tổn thương mạch máu sẽ có thời gian nằm viện dài hơn 3 ngày và nguy cơ tắc mạch tăng 40,3 lần [7]. Chúng tôi gặp 3 trường hợp có tổn thương mạch máu trong gan, chiếm 3,2%. Tất cả các trường hợp này đều được điều trị nút mạch thành công.

Chấn thương gan thường được phân độ theo AAST (Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ) với bản cập nhật năm 2018. Nghiên cứu của

Hoàng Đình Âu và cộng sự cho thấy chấn thương gan độ III là hay gặp nhất với 35,9% và độ II là 25,6% [3]. Tác giả Nguyễn Quang Huy và cộng sự cũng cho rằng CTG độ III là hay gặp nhất[5]. Theo tác giả Đặng Vĩnh Hiệp, tổn thương gan độ I, II hay III thường được chỉ định điều trị bảo tồn thành công 100%, độ IV là 90% và độ V là 22,2%. Phẫu thuật hay can thiệp mạch được chỉ định điều trị cho các tổn thương độ IV và V. Tác giả chỉ gặp 1 trường hợp CTG độ III phải phẫu thuật do tổn thương rách túi mật[4]. Theo Lada LE và cộng sự thì các BN chấn thương gan nặng độ IV, V sẽ có nguy cơ điều trị bảo tồn thất bại tăng 3,2 lần và tắc mạch tăng 14,3 lần so với các mức độ nhẹ hơn [7]. Chúng tôi gặp CTGn độ III và II với tỷ lệ tương ứng là 40% và 35%. Chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp CTG độ V được điều trị phẫu thuật. Như vậy, các trường hợp CTG nhẹ, độ I và II, đôi khi người bệnh không đến khám cấp cứu do vậy không được chẩn đoán và điều trị nên thường không được chụp CLVT, do đó, tỷ lệ trong nghiên cứu chưa thể hiện hoàn toàn được tỷ lệ mắc trong cộng đồng.

Gan là tạng nằm dưới hoành nên CTG thường có tổn thương phối hợp các tạng lân cận như thận, thượng thận, lách, tụy, ruột... Hoàng Đình Âu gặp 69,2% có tổn thương phối hợp trong CTG, trong đó tổn thương tuyến thượng thận là hay gặp nhất với 28,2% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phối hợp chấn thương ngực là hay gặp nhất với 61,1%, chấn thương sọ não là 41,1%, chấn thương thượng thận 32,6%, ít gặp hơn là chấn thương khung chậu và cột sống với tỷ lệ tương ứng là 22,1%. Chấn thương thận, chấn thương lách và chấn thương ruột ít gặp hơn với BN tương ứng là 17,9%, 12,6% và 6,3%. Chấn thương phối hợp có thể làm tình trạng bệnh nhân nặng hơn và lu mờ các triệu chứng lâm sàng của CTG. Do vậy, cần phải thăm khám một cách tổng thể bằng lâm sàng và hình ảnh để tránh bỏ sót thương tổn trong trường hợp bệnh nhân bị chấn thương đa tạng.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh hay gặp của CTG trên chụp CLVT là đập dập nhu mô, rách nhu mô và tụ máu giúp phân độ tổn thương và đưa ra phương hướng điều trị phù hợp. Bên cạnh đó, các tổn thương phối hợp trong CTG như chấn thương ngực, sọ não, thượng thận, khung chậu, cột sống... dễ dàng được phát hiện trên chụp CLVT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yoon W., Jeong Y. Y., Kim J. K. et al. (2005). CT in Blunt Liver Trauma. *RadioGraphics*, 25(1), 87-104.

2. **Coccolini F., Coimbra R., Ordonez C. et al.** (2020). Liver trauma: WSES 2020 guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 24.
3. **Hoàng Đình Âu và Doãn Văn Ngọc.** (2023). Vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và phân độ chấn thương gan theo AAST 2018. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524(2).
4. **Đặng Vĩnh Hiệp.** (2021). Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và điều trị bảo tồn chấn thương gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501(2).
5. **Nguyễn Quang Huy và Nguyễn Khải Toàn.** (2022). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương gan được điều trị bảo tồn. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 517(1).
6. **Newton M. V. và Subramanya S. G.** (2023). Predicting and grading liver injury in the absence of computed tomographic imaging. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(2).
7. **Lada N. E., Gupta A., Anderson S. W. et al.** (2021). Liver trauma: hepatic vascular injury on computed tomography as a predictor of patient outcome. *European Radiology*, 31(5), 3375-3382.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI THẦN KINH Ở NGƯỜI BỆNH SAU CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN THEO THANG ĐIỂM CPC TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thị Cẩm Ly¹, Nguyễn Hữu Tân², Nguyễn Thị Mai Thơ¹,
Đặng Ngọc Anh², Dương Duy Quang¹, Vũ Tiến Quang¹, Vũ Phi Hùng¹,
Đỗ Lưu Gia Huy¹, Nguyễn Thu Uyên¹, Nguyễn Gia Lộc³,
Phạm Công Trường⁴, Nguyễn Hải Âu⁵, Nguyễn Xuân Anh⁶

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phục hồi thần kinh ở người bệnh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn theo thang điểm CPC tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả nghiên cứu:** Có 45 người bệnh ngừng tuần hoàn được đưa vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là $(55,6 \pm 21,1)$, người bệnh nam giới chiếm 77,8%. Thời gian từ lúc NTH đến lúc được hồi sức tim phổi trung bình là $16,2 \pm 11,3$ và đến tại Khoa Cấp cứu trung bình là $23,5 \pm 10$. Kết quả hồi sinh tim phổi thành công tại Khoa Cấp cứu là 42,2%. Kết quả đánh giá thần kinh theo thang điểm CPC tại thời điểm ra viện có 13,3% (6/45) phục hồi chức năng thần kinh ở mức tốt (CPC 1-2 điểm). Sau ra viện 30 ngày có 19 bệnh nhân còn sống sót, trong đó chức năng thần kinh phục hồi tốt là 36,8% (7/19). **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh được tái lập tuần hoàn là 42,2% nhưng chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ người bệnh khi ra viện có kết cục thần kinh tốt (13,3%).

Từ khóa: Ngừng tuần hoàn, thang điểm CPC, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF NEUROLOGICAL RECOVERY IN PATIENTS AFTER CARDIOPULMONARY RESUSCITATION FOLLOWING CARDIAC ARREST USING THE CPC SCALE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the effectiveness of neurological recovery in patients following cardiopulmonary resuscitation (CPR) using CPC scale (Cerebral Performance Category) at the Emergency Department of Nghe An General Friendship Hospital. **Study design:** Descriptive cross-sectional analysis. **Results:** Among the 45 patients included in the study, the average age was $(55,6 \pm 21,1)$, with higher rate (77,8%) belongs to male. The average time from cardiac arrest to initiation of CPR was $16,2 \pm 11,3$ minutes, and the average duration of CPR at the Emergency Department was $23,5 \pm 10$ minutes. The percentage of patients with revascularization was 42,2%. The results of neurological outcome using CPC scale at hospital discharge showed 13,3% (6/45) of patients with good functional recovery (CPC 1-2 points). At 30 days post-discharge, 19 patients survived, with 36,8% (7/19) showing good neurological recovery. **Conclusion:** The outcome of successful cardiac arrest at the Emergency Department was 42.2%, but only a very small proportion of patients had favorable neurological outcomes at the time of hospital discharge (13,3%).

Keywords: Circulatory arrest, CPC score, Nghe An General Friendship Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn hay còn gọi là ngừng tim,

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

³Trường Đại học Y dược Hải Phòng

⁴Trường Đại học Y dược Thái Bình

⁵Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

⁶Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cẩm Ly

Email: drnguyenly1999@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023