

NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP VỠ TÁ TRÀNG DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN AN GIANG

Lê Huy Cường và Trần Nguyễn Quang Trung

Khoa Ngoại tổng quát, BV An Giang

TÓM TẮT

Vỡ tá tràng là một bệnh lý ít gặp trong chấn thương bụng kín với tỷ lệ khoảng 3-5%. Việc chẩn đoán và điều trị bệnh, đặc biệt là khâu xử trí ban đầu còn gặp nhiều khó khăn dẫn đến tỷ lệ biến chứng sau mổ (17,6-46,6%) và tỷ lệ tử vong vẫn còn rất cao (trên 20%). Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công bệnh nhân vỡ tá tràng tại Khoa Ngoại Tổng Hợp – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

ABSTRACT

Duodenal rupture is a rare injury, with the rate of 3-5% in abdominal injury. The diagnosis and treatment, especially in the initial stage were difficult. Therefore, postoperative complication rates (17,6-46,6%) and mortality rates were still very high (over 20%). We discuss one case of duodenal rupture in a young patient who had successfully treated at the department of general surgery - An Giang General Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tá tràng là bệnh lý ít gặp trong chấn thương bụng kín, chiếm khoảng 3-5%. Tuy nhiên, theo các báo cáo trong và ngoài nước, do tình hình tai nạn giao thông xảy ra thường xuyên như hiện nay thì số trường hợp chấn thương bụng kín nói chung và tổn thương tá tràng nói riêng đang có chiều hướng gia tăng, với tỷ lệ tử vong và biến chứng cao [1,3,7].

Việc chẩn đoán và điều trị bệnh đặc biệt là khâu xử trí ban đầu còn gặp nhiều khó khăn. Tá tràng nằm sau phúc mạc, vắt ngang cột sống nên lực làm vỡ tá tràng phải rất lớn, vì vậy tổn thương tá tràng thường đi kèm với tổn thương các tạng khác trong ổ bụng. Chính triệu chứng của các tổn thương đi kèm tại bụng hoặc ngoài bụng làm che lấp triệu chứng của tổn thương tá tràng như viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng, chấn thương sọ não... ngay cả khi tổn thương tá tràng đơn độc có khi cũng phải mất nhiều thời gian để dịch tá tràng chảy vào ổ bụng gây viêm phúc mạc thì triệu chứng mới rõ

ràng. Với những lý do trên khiến cho tổn thương tá tràng thường chỉ được phát hiện trong lúc mổ, thậm chí có thể bỏ sót tổn thương trong mổ [6].

Đây là trường hợp chấn thương bụng kín gây vỡ D3 tá tràng chúng tôi gặp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Đoàn Ngọc T. Nam, 39 tuổi, dân tộc: Kinh, nghề nghiệp: làm thuê, vào viện vì đau bụng sau tai nạn giao thông,

Bệnh sử: Bệnh khởi phát cách nhập viện khoảng 1 giờ, Bệnh nhân đang lái ghe, bị trượt té, tay lái của chiếc ghe đập vào bụng vùng thượng vị, sau tai nạn bệnh nhân bị đau bụng liên tục, tăng dần, không nôn ói. Bệnh nhân chưa được xử trí gì chuyển nhập viện Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Tiền sử: a) Bản thân: không ghi nhận bệnh lý Nội-Ngoại khoa trước đây.

b) Gia đình: không ghi nhận bất thường.

Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt M: 90 l/ph, t°: 37°C, HA:100/60mmHg, NT: 22 l/ph. Da niêm hồng, tổng trạng trung bình. Tim đều, tần số 90 lần/phút, phổi trong. *Bụng để kháng khắp bụng.*

Kết quả cận lâm sàng: **CTM:** BC: 18.4 K/uL, N%: 77,5%, L%: 16,9% HC: 4,52 M/uL, Hb: 13,4 g/dL, Hct: 44,7%, TC: 261 K/uL. **TQ:** 15,3 giây, **TCK:** 27,6 giây.

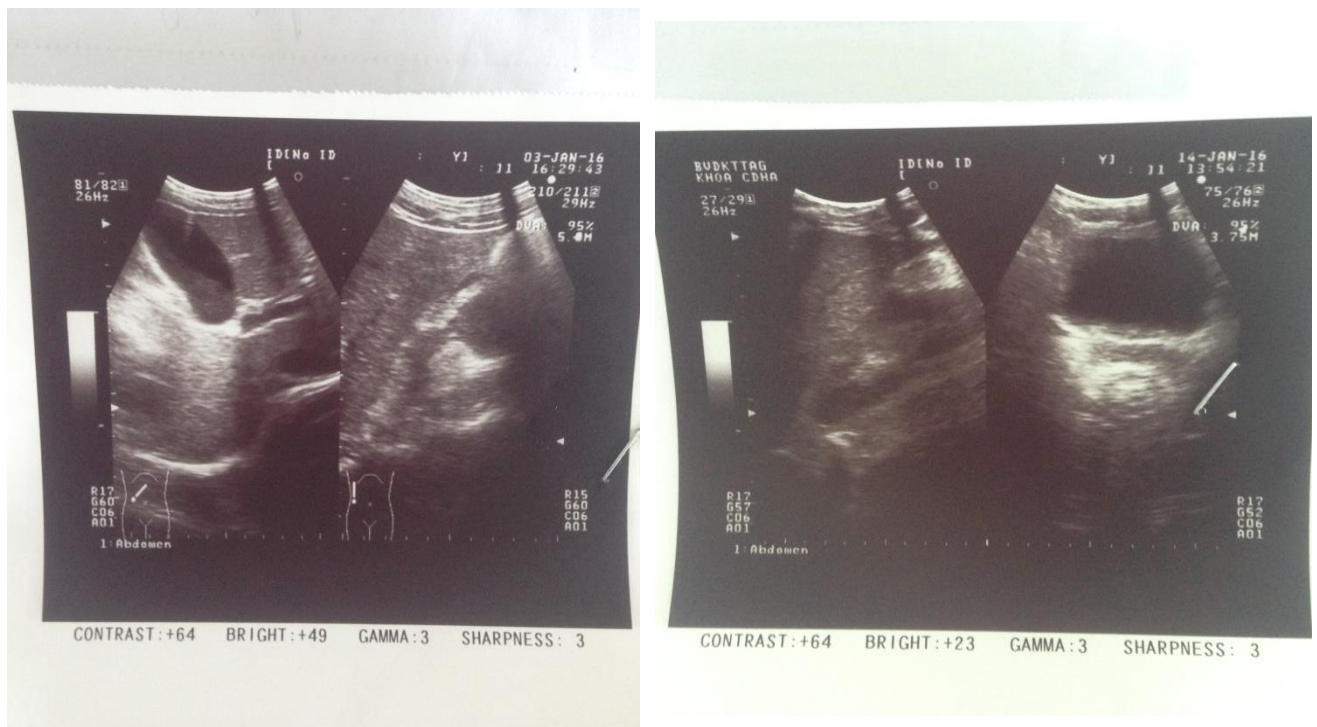
Sinh hóa máu: Ure, creatinin: trong giới hạn bình thường. Glucose: 7,12 mmol/l, AST: 52,3 U/L, ALT: 32,5 U/L. Na⁺: 141 mmol/l, K⁺: 3,07 mmol/l, Cl⁻: 99,2 mmol/L.

X quang tim phổi: bình thường.

X quang bụng đứng không chuẩn bị: *không ghi nhận được hình ảnh bụng ngoại khoa.*

ECG : nhịp xoang tần số khoảng 90 lần/phút.

Siêu âm bụng tổng quát: dịch khoang Morrison lượng ít.



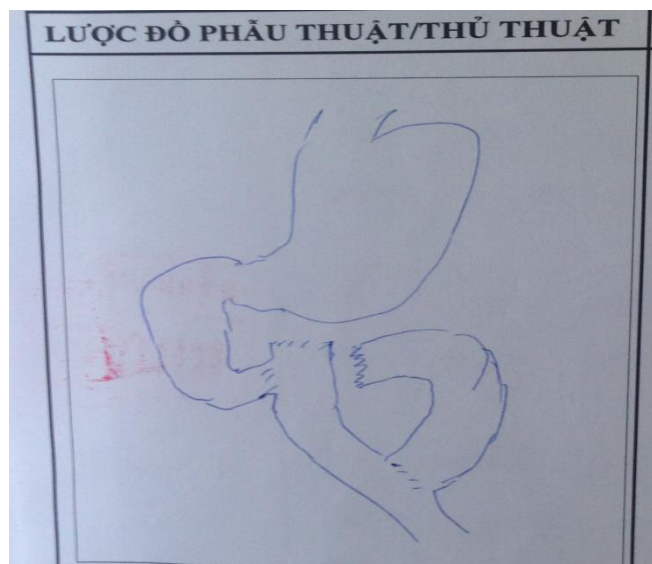
Bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật cấp cứu lúc 20h05p ngày 03/01/2016 (sau nhập viện 4 giờ) với chẩn đoán trước mổ: **Viêm phúc mạc toàn thể do vỡ tạng rỗng/Chấn thương bụng kín do TNGT + Hạ K⁺ máu.**

Phương pháp phẫu thuật: Nối tá-hỗng tràng theo phương pháp Roux-en-Y, rửa bụng, DL Dưới gan, DL Douglas.

Tường Trình Phẫu Thuật:

Rạch da đường giữa trên dưới rốn khoảng 15cm. Vào ổ bụng có máu loãng, đen, thám sát thấy phúc mạc thành sau bên (P) và trung tâm tẩm nhuận máu đen, lẫn dịch mật và thức ăn. Thám sát khung tá tràng thấy vỡ hoàn toàn D3. Các cơ quan khác không phát hiện bệnh lý.

XỬ TRÍ: Đóng đầu dưới chỗ vỡ tá tràng. Nối đầu trên chỗ vỡ tá tràng với hỗng tràng theo phương pháp Roux-en-Y. Rửa bụng sạch. Đặt dẫn lưu Douglas và dưới gan. Đóng bụng 2 lớp.



Chẩn đoán sau mổ: **Viêm phúc mạc toàn thể do vỡ D3 tá tràng độ III/ CTBK do TNGT.**

Diễn tiến hậu phẫu ổn định, sau mổ chúng tôi hút dịch ngắt quãng qua sonde dạ dày 5 lần/ngày, bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Ngày hậu phẫu thứ 7 chúng tôi rút sonde dạ dày và cho ăn. BN xuất viện ngày HP thứ 10.

BÀN LUẬN

Tổn thương tá tràng được biết đến từ thập niên 20 của thế kỷ XIX. Gần 100 năm sau, vấn đề chẩn đoán sớm để có hướng xử trí triệt để vẫn không có cải thiện đáng kể [4]. Cho đến những thập kỷ gần đây, nhờ vào sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật và y học, đặc biệt là những phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, CT-Scanner, MRI...giúp cho việc phát hiện bệnh được sớm hơn. Nhưng vấn đề điều trị, do tính chất phức tạp của thương tổn nên tỷ lệ biến chứng sau mổ cũng như tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. Theo Trần Hiếu Trung (2014), tỷ lệ biến chứng sau mổ chiếm 46,6% , tỷ lệ tử vong 12,8% [6].

Tỷ lệ chẩn đoán chính xác vỡ tá tràng trước mổ vẫn còn thấp, theo Nguyễn Minh Hải (2004) chẩn đoán trước mổ vỡ tá tràng chỉ đặt ra ở 7/47 ca (14,9%), dấu

hiệu liền hơi dưới hoành gấp ở 4/24 ca, hình ảnh hơi sau phúc mạc và quanh thận (P) chỉ 2/23 bệnh nhân (8,6%) [3]. Trên bệnh nhân của chúng tôi, cũng không có hình ảnh liền hơi dưới hoành và hơi tự do sau phúc mạc, do đó chỉ định phẫu thuật của chúng tôi hoàn toàn dựa vào triệu chứng lâm sàng với bệnh cảnh viêm phúc mạc sau chấn thương và chẩn đoán vỡ tá tràng đã được xác định trong mổ. Theo Nguyễn Tấn Cường (2014), vỡ tá tràng (đặc biệt là vỡ mặt sau) không chỉ khó khăn trong chẩn đoán mà còn dễ bị bỏ sót ngay cả khi đã mở bụng nếu phẫu thuật viên không có kinh nghiệm phẫu thuật vùng tá tụy [2]. Nếu chúng ta không làm thủ thuật Kocher để lật toàn bộ khối tá tụy thì dễ bị bỏ sót tổn thương vùng này.

Về điều trị, theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (AAST) [1], bảng phân độ của Moore và Cogbill (1990) được sử dụng để phân độ các thương tổn tá tràng, theo đó chỉ định điều trị phẫu thuật tùy thuộc vào độ nặng thương tổn và thời gian từ lúc bị tai nạn đến khi phẫu thuật.

+ *Thương tổn nhẹ (độ I, II)*: chẩn đoán và phẫu thuật trước 6 giờ với khâu kín thương tổn tá tràng đem lại kết quả tốt. Sau 6 giờ, nguy cơ bọc rò tăng lên, đòi hỏi phải làm thêm các thủ thuật giải áp tá tràng qua ống thông mũi - dạ dày qua môn vị, hoặc đặt ống hút qua mở thông hồng tràng hay mở thông tá tràng.

+ *Thương tổn độ III*: Khâu tá tràng + loại trừ môn vị + nối vị tràng hoặc nối tá - hồng tràng kiểu Roux-en-Y.

+ *Thương tổn độ IV*: (bao gồm cả thương tổn bóng Vater và đoạn cuối ống mật chủ) rất khó sửa chữa. Có thể khâu tá tràng, khâu ống mật chủ với dẫn lưu ống T đặt qua nhú Vater hoặc nối ống mật chủ với hồng tràng nếu có thể được. Nếu không thể sửa chữa được thương tổn ở ống mật chủ, có thể cột thắt lại và nối mật ruột trong lần mổ sau.

+ *Thương tổn độ V*: cắt khối tá tụy (phẫu thuật Whipple).

Do đó, trên bệnh nhân vỡ tá tràng độ III này, chúng tôi nối tá-hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y đồng thời hút dịch giải áp qua sonde mũi dạ dày là phù hợp. Chúng tôi không áp dụng phương pháp khâu tá tràng + nối vị tràng do nối vị tràng làm tình trạng ứ đọng dịch ở khung tá tràng càng tăng lên trong khi vẫn còn một phần dịch dạ dày chảy vào quai đến dễ dẫn tới bọc chỗ khâu tá tràng, nhất là khi nối vị tràng

trước mạc treo đại tràng ngang thì tình trạng ứ đọng càng nhiều do quai đến dài. Một số tác giả khuyên nên loại trừ môn vị khi nối vị tràng và cũng cho kết quả tốt ở nhiều nghiên cứu [3,6]. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, khi thực hiện phương pháp này nếu có bục tổn thương tá tràng thì rất khó khăn cho xử trí lần sau.

Vấn đề chăm sóc sau mổ, khi đặt ống hút và giải áp dạ dày không phải lúc nào cũng có hiệu quả, nên hút ngắt quãng và áp lực thấp kết hợp bù đủ dịch, dinh dưỡng và điện giải cho bệnh nhân. Trong nhiều nghiên cứu, đối với những trường hợp vỡ tá tràng phức tạp, mổ lại nhiều lần, nên đặt ống nuôi ăn ở hồng tràng và nuôi ăn sớm bằng đường tiêu hóa sau mổ sẽ giúp khả năng miễn dịch của bệnh nhân tốt hơn so với nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch [3,6].

Biến chứng sau mổ không xảy ra ở bệnh nhân này, bệnh nhân diễn tiến hậu phẫu ổn định và xuất viện vào ngày HP thứ 10. Đối với các nghiên cứu trong và ngoài nước, biến chứng sau mổ vỡ tá tràng xảy ra với tỷ lệ khá cao, từ 17,6% đến 46,6% [2,3,7,8,9]. Các biến chứng có thể xảy ra gồm:

- a. Rò tá tràng: là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật khâu tổn thương tá tràng, thường xảy ra từ hậu phẫu ngày thứ 5 đến 10. Tỷ lệ rò tá tràng trong nghiên cứu của tác giả nước ngoài dao động từ 4-7%, đối với các tác giả Việt Nam có tỷ lệ lớn hơn. Nguyễn Tấn Cường 15,9%, Lê Văn Nghĩa 16,67%. Điều trị bảo tồn thường đạt hiệu quả trong đa số trường hợp.
- b. Bục chỗ khâu miệng nối gây viêm phúc mạc hoặc áp xe khoang sau phúc mạc: đây là biến chứng nặng, gây tử vong trong phần lớn các trường hợp chấn thương và vết thương tá tràng. Xử trí phẫu thuật đối với viêm phúc mạc do bục đường khâu tá tràng là làm sạch ổ bụng, khâu lại vết thương tá tràng, đôi khi kèm theo loại trừ môn vị. Áp xe khoang sau phúc mạc thường được dẫn lưu qua ngã thành bụng trước. Nghiên cứu gần đây của Trần Hiếu Trung (2014), tỷ lệ bục chỗ khâu miệng nối là 28,4%, khi so sánh với các nghiên cứu trong nước ở giai đoạn trước, Nguyễn Tấn Cường từ năm 1980 đến năm 2006, với 195 trường hợp, tỉ lệ biến chứng là 40,7% (35,4% bục, rò) và Lê Văn Nghĩa với 60 trường hợp tổn thương tá tràng từ năm 1999 đến năm 2003, 40% có biến chứng (31,7% bục, rò). Từ đó cho thấy trong thời gian gần đây, mặc dù phương pháp xử trí và kinh nghiệm của phẫu

thuật viên ngày càng tiến bộ, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng rò bực chưa được cải thiện (có giảm nhưng không nhiều).

- c. Viêm tụy cấp sau mổ: nguyên nhân là do sau chấn thương hoặc phẫu thuật vùng tá tụy. Theo Asensio [7], tỉ lệ viêm tụy cấp chiếm khoảng 2,5% – 14,9% sau mổ chấn thương và vết thương tá tràng.
- d. Tắc tá tràng sau mổ: Xảy ra khoảng 5 – 8% [6], nhất là khi tổn thương tá tràng rộng mà chỉ khâu đơn thuần. Xử trí: lưu ống sonde dạ dày trên 10 ngày khi có biểu hiện tắc tá tràng, nếu không cải thiện phải chụp X quang dạ dày tá tràng với chất cản quang tan trong nước để xác định mức độ tắc nghẽn. Tiếp tục điều trị nội khoa ít nhất 3 – 4 tuần đối với bán tắc và ít nhất một tuần đối với tắc hoàn toàn. Nếu vẫn không cải thiện thì có chỉ định phẫu thuật lại.

KẾT LUẬN

Việc điều trị thành công 1 bệnh lý ít gặp như vỡ tá tràng đó là nhờ khai thác cẩn thận cơ chế chấn thương, thăm khám lâm sàng cẩn thận và chỉ định can thiệp phẫu thuật kịp thời. Khi các kết quả cận lâm sàng trên bệnh nhân này không rõ ràng thì kinh nghiệm lâm sàng của Bác sĩ ngoại khoa có vai trò quyết định chẩn đoán. Nguyễn Tấn Cường nhận định: bí quyết chẩn đoán là phải biết nghi ngờ vỡ tá tràng, có nghi ngờ mới có thể chú ý đến các triệu chứng dù là nhỏ nhất.

Về điều trị, quan trọng nhất là phải dẫn lưu tốt dịch trong khung tá tràng. Đối với tổn thương phức tạp như vỡ tá tràng độ III, dẫn lưu trong bằng miệng nối Roux en Y kết hợp hút dịch ngắt quãng qua sonde dạ dày đã cho kết quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy. Phác đồ điều trị: phần Ngoại khoa. Năm 2013. Nhà xuất bản y học.
2. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Bá Nhuận (2007). Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 chấn thương và vết thương tá tràng trong 27 năm tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 11 (1). 80-96.
3. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung (2004). Những sai lầm trong chẩn đoán và điều trị vỡ tá tràng: nhân 50 trường hợp. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 8 (3). 88-93.
4. Phạm Văn Linh, Nguyễn Văn Liễu (2006). Báo cáo một trường hợp chấn thương bụng kín gây vỡ tá tràng và đầu tụy tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế. *Tạp chí Y học thực hành*. Số 536. 439-441.
5. Lê Văn Nghĩa (2004), *Các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân vỡ tá tràng do chấn thương và vết thương thấu bụng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
6. Trần Hiếu Trung (2014). *Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng biến chứng, tử vong trong chấn thương và vết thương tá tràng*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 1-109.
7. Asensio J. A., Feliciano D. V., Britt L. D.(1993). “Management of duodenal injuries”. *Curr Probl Surg*. 11. 1026-1092.
8. Bozkurt B., Ozdemir B. A., Kocer B (2006). “Operative approach in traumatic injuries of the duodenum”. *Acta Chirurgica Belgica*. 106(4). 405-408.
9. Rathore M. A., Abrabi S. I. H (2007). “Injuries to the duodenum – prognosis correlates with body Injury Severity Score: A prospectivestudy”. *International J Surg*. 5. 338-393.