

Bài dịch:

Cắt gan như một phẫu thuật cứu sinh đối với chấn thương bụng kín

Tg: Eduardo C. Ayuste Jr. Siegfredo R. Paloyo. Allan Dante M. Concejero. Joel U. Macalino. Orlando O. Ocampo

Những điểm nổi bật

Gan là cơ quan thường xuyên bị tổn thương trong chấn thương bụng kín và vết thương thấu bụng;

Điều trị không phẫu thuật có thể thành công trong đa số các trường hợp;

Cắt gan theo giải phẫu hoặc không theo giải phẫu là một lựa chọn điều trị trong những trường hợp nhất định;

Thời điểm quyết định là tối quan trọng để điều trị phẫu thuật thành công đối với chấn thương bụng kín.

Tóm tắt

Gan là cơ quan thường bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín. Đã có những thay đổi to lớn trong điều trị chấn thương gan suốt bốn thập kỷ qua với ưu tiên hàng đầu là điều trị không phẫu thuật. Mặc dù cắt gan trong chấn thương là một lựa chọn đã được thiết lập và chấp nhận để điều trị triệt để, nhưng cũng ít khi thực hiện do nó kèm theo tỉ lệ biến chứng và tử vong, ít nhất là về khía cạnh lịch sử. Ở đây chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh nhân nam 24 tuổi, bị chấn thương bụng kín nên đã phải cắt gan phải sau nỗ lực ban đầu phẫu thuật kiểm soát tổn thương. Chúng tôi muốn nhấn mạnh rằng quyết định đưa ra sớm bởi một đội ngũ bác sĩ tận tâm cùng với sự hỗ trợ cần thiết của các dịch vụ hỗ trợ cũng như sự phối hợp giữa các bác sĩ chấn thương đã dẫn đến kết quả thành công trong trường hợp này. Trường hợp này là cơ hội để xem lại vai trò của cắt gan trong điều trị chấn thương gan phức tạp

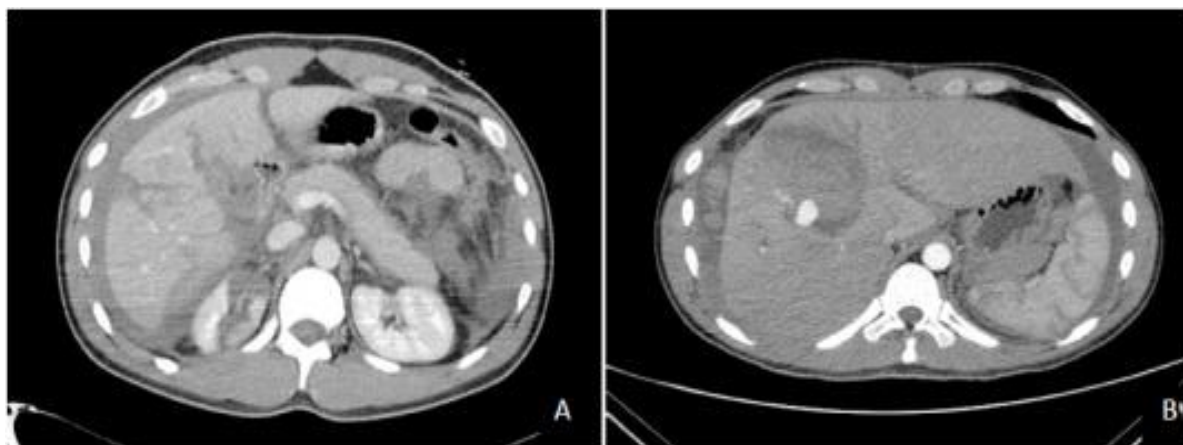
1. Giới thiệu

Gan là một tạng dễ bị tổn thương trong chấn thương bụng kín và vết thương thấu bụng, nói chung đối với nó cố gắng ban đầu là điều trị không phẫu thuật và thông thường nhất nó sẽ là một kế hoạch điều trị dứt khoát. Cắt gan do chấn thương rất hiếm, trong lịch sử nó có tỉ lệ tử vong cao và vì thế phẫu thuật này được cho là lỗi thời ở đa số các bệnh viện. Ở đây chúng tôi mô tả một trường hợp đã điều trị ở một trung tâm nghiên cứu chấn thương mở rộng, ở đó phương pháp phẫu thuật cho những trường hợp chọn lọc là ví dụ minh họa cho thấy rằng cắt gan có thể vẫn được dành cho những trường hợp không thể cầm được máu bằng phương pháp chèn gạc hoặc phẫu thuật kiểm soát tổn thương. Trường hợp này là một cơ hội để xem lại vai trò của cắt gan trong điều trị chấn

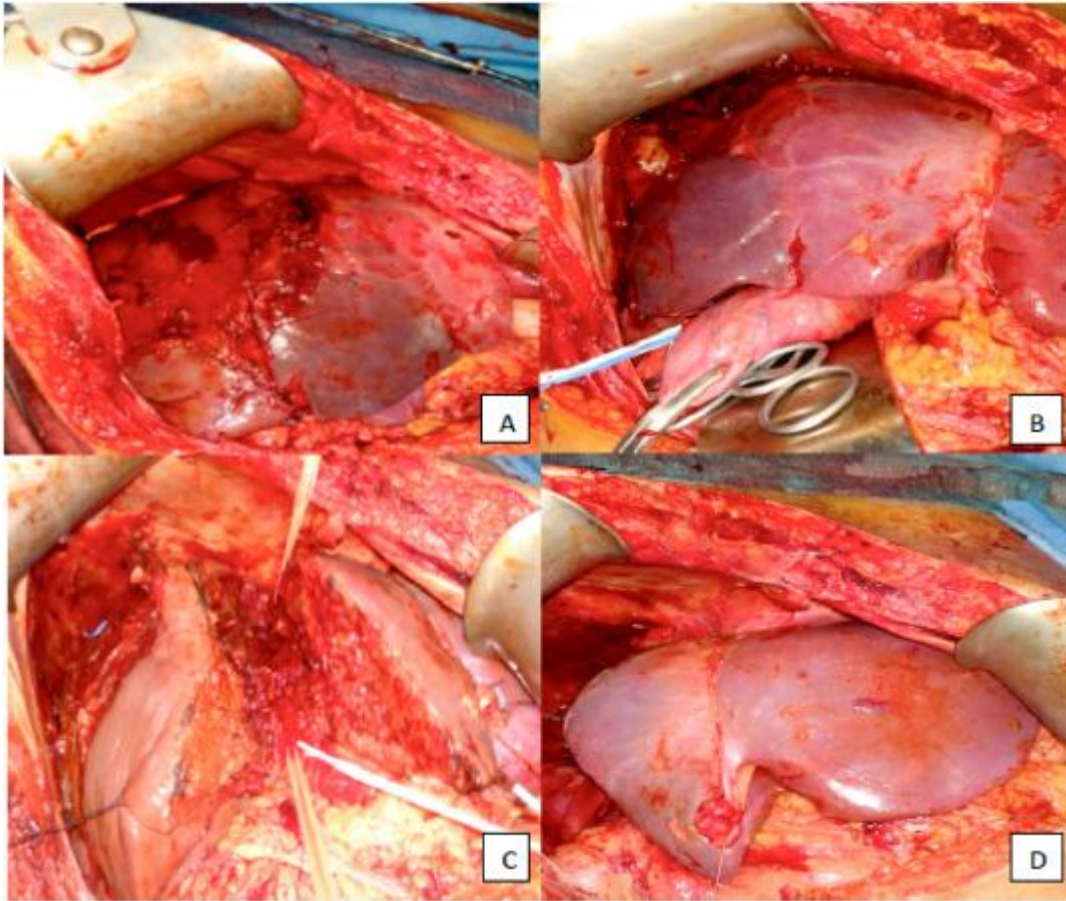
thương gan phức tạp. Báo cáo này được viết theo các tiêu chí SCARE hiện nay cho các báo cáo trường hợp [1].

2. Trường hợp

Một nam thanh niên 24 tuổi không có bệnh nền được tìm thấy trong một tai nạn xe máy trong khu nghỉ dưỡng trên đảo cách 1400km. Bệnh nhân được điều trị ban đầu tại một bệnh viện địa phương, ở đó người ta đã tiến hành phẫu thuật kiểm soát tổn thương (chèn gạc quanh gan, truyền máu, điều trị ICU) trước khi được chuyển bằng máy bay đến bệnh viện chúng tôi. FAST (focused Assessment with Sonography in Trauma) ban đầu thấy có dịch ở khoang gan thận trong khi đó CT ổ bụng trước đó cho thấy vết rách nhu mô gan ở các hạ phân thùy V, VI, VIII (mức độ IV theo phân độ AAST- American Association for the Surgery of Trauma) và vết rách thận phải (độ III theo phân độ AAST), có máu trong khoang phúc mạc (hình 1A và B). Bệnh nhân được tiếp nhận 2 tuần sau chấn thương, điểm GCS là 15, huyết áp (BP) 100/70, nhịp tim (HR) 70, 26 điểm theo thang điểm chấn thương nặng. Kế hoạch là tiếp tục điều trị ICU, tuy nhiên vào ngày thứ hai sau nhập viện, bệnh nhân xuất hiện tụt huyết áp, đau khắp bụng kèm theo có phản ứng, phải mổ bụng ngay và đã tiến hành cắt gan phải (hình 2A-D). Trong lúc mổ, ổ bụng có 1,5L máu, phát hiện thấy có một vết rách hình sao sâu 12cm ở gan liên quan đến các hạ phân thùy đã nêu trên, đường mật không tổn thương. Bệnh nhân hồi phục tốt, ra viện sau 12 ngày không có biến chứng gì. Sau một năm, bệnh nhân khỏe mạnh, quay lại công việc làm nhiếp ảnh gia môi trường.



Hình 1: Dấu hiệu trên CT cho thấy vết rách bao gan và nhu mô ở hạ phân thùy V, VI, VIII tạo thành khối máu tụ dưới bao ở mặt sau của thùy gan phải.



Hình 2: Dấu hiệu trong lúc mổ cho thấy mức độ của tổn thương ở thùy gan phải (A) và ranh giới với phần gan lành (B). Cắt gan bằng kỹ thuật bóp bằng ngón tay (C). Thùy gan còn lại sau khi cắt (D).

3. Bàn luận

Việc điều trị chấn thương gan kín đã có tiến bộ qua bốn thập kỷ gần đây. Kinh nghiệm trước đây với cắt gan do chấn thương đưa lại tỉ lệ tử vong cao (>50%) đã làm cho người ta phản đối phẫu thuật. Sự trỗi dậy của phương pháp chèn gạc quanh gan và sự xuất hiện nhiều các công cụ chẩn đoán cũng như điều trị hiện đại dẫn đến một quan điểm điều trị không phẫu thuật mới (NOM), có thể áp dụng thành công tới >80% các trường hợp [2]. Những cải tiến về hình ảnh của CT, lợi ích của XQ can thiệp như gây tắc mạch và nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có đặt Stent là những yếu tố góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong cho sự lựa chọn điều trị này. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng quá thiên về điều trị không phẫu thuật, đặc biệt là đối với các tổn thương gan nặng (độ IV- V theo phân độ AAST) có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng [3].

Guidelines gần đây khuyến cáo NOM như một lựa chọn điều trị cho tất cả các bệnh nhân chấn thương gan có huyết động ổn định không quan tâm tới mức độ nào của AAST trừ khi có các tổn thương khác bên trong cần phải mổ [3]. Ở các bệnh nhân được cho là đáp ứng tạm thời có tổn thương gan từ độ III- V theo phân loại AAST, NOM phải được cân nhắc trong những hoàn cảnh chọn lọc đảm bảo luôn có các phẫu thuật viên đã được đào tạo, phòng mổ, khoa hồi sức tích cực (ICU), tiếp cận được chụp mạch, các sản phẩm của máu, và ở

những nơi có hệ thống vận chuyển nhanh chóng những bệnh nhân như vậy đến nơi có điều kiện y tế trình độ cao hơn. Bệnh nhân của chúng tôi được chuyển bằng máy bay từ đảo về vì bệnh viện ở đó yếu về chụp mạch và điều kiện hồi sức, thiếu các phẫu thuật viên chuyên sâu cũng như các dịch vụ hỗ trợ. Việc phối hợp giữa hai bệnh viện, khả năng sẵn sàng vận chuyển bằng máy bay cũng có thể làm chậm trễ vận chuyển mà khi kết hợp tất cả các yếu tố lại với nhau, có thể làm cho việc điều trị ngoại khoa chưa được tối ưu. Trong vòng 48 giờ từ khi đến bệnh viện của chúng tôi, trong điều kiện của hồi sức tích cực, khi bệnh nhân không ổn định về huyết động chúng tôi đã phải thay đổi sang phương pháp điều trị phẫu thuật. Cắt gan theo giải phẫu (cắt gan phải) được tiến hành bởi một đội phẫu thuật viên chấn thương, gan mật và ghép gan. Đã có nhiều tổ chức hoại tử ở các hạ phân thùy gan bị tổn thương và hầu hết các chảy máu là từ nhu mô gan.

Qua nhiều năm, hiểu biết của chúng ta về giải phẫu và sinh lý của gan được nâng lên, những tiến bộ trong hồi sức cấp cứu và việc triển khai các kỹ thuật phẫu thuật ghép gan, thì việc cắt gan đã trở nên an toàn ở nhiều trung tâm trên thế giới. Mặc dù tỉ lệ tử vong do phẫu thuật đối với các chấn thương gan mức độ nặng vẫn còn cao trong y văn, một vài báo cáo đã kết luận rất khác ở các trung tâm có nhiều phẫu thuật viên về gan và phẫu thuật ghép gan có kinh nghiệm. Strong và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ tử vong sau cắt gan là 11,1% , với tỉ lệ biến chứng liên quan đến gan là 19%, ông đã nhấn mạnh việc sử dụng các phương pháp đơn giản để điều trị thành công các tổn thương trong khi nên cần cắt gan thì sẽ do một kỹ thuật chuyên sâu thực hiện [4]. Tsugawa và cộng sự báo cáo một loạt lớn gồm 100 bệnh nhân , với tỉ lệ tử vong là 24% [5]. Nghiên cứu này nhấn mạnh sự khác biệt trong cơ chế, mức độ tổn thương và các biến chứng giữa nhóm bệnh nhân trẻ và bệnh nhân cao tuổi, trong đó lưu ý rằng tỉ lệ sống cao trong số các bệnh nhân cao tuổi thì hỗ trợ cắt gan sẽ như một lựa chọn an toàn cho nhóm này. Gần đây nhất, Polanco và cộng sự báo cáo 56 bệnh nhân được cắt gan có tổn thương từ độ III đến độ V theo AAST, chủ yếu là do các chấn thương kín, có tỉ lệ tử vong là 9% và kết luận rằng cắt gan có thể được áp dụng ngay từ đầu hoặc là kế hoạch điều trị có trì hoãn [6]. Lợi ích của cắt gan ở chỗ nó nhằm vào chảy máu một cách hiệu quả nhất, loại bỏ các tổ chức đã hỏng, làm giảm tỉ lệ biến chứng liên quan đến dò mật, đặc biệt đối với các tổn thương gan phức tạp.

Một vài yếu tố liên quan đến cái chết và mức độ tổn thương gan là một tiên lượng tử vong rõ rệt. Dokleštic và cộng sự nghiên cứu 121 bệnh nhân chấn thương gan có mức độ tổn thương từ độ III đến độ V theo AAST cho thấy những trường hợp khi vào viện có độ tổn thương cao hơn, mức độ tăng men gan cao hơn, tụt huyết áp trầm trọng, điểm nặng của chấn thương cao hơn (ISS) và điểm hôn mê Glasgow thấp hơn [7]. Người ta cũng thấy rằng truyền máu nhiều hơn trong vòng 24 giờ đầu và kết luận chảy máu kéo dài, số lượng máu truyền cũng là những yếu tố tiên lượng nặng nề của tử vong có ý nghĩa thống kê ở chấn thương gan nặng. Uribe và cộng sự chứng minh thêm rằng bằng điểm chấn

thương cải tiến (RTS) thấp hơn và có các tổn thương trong ổ bụng kết hợp cũng là cũng là các yếu tố nguy hiểm không phụ thuộc vào kết quả [8].

Phương pháp chung của chúng tôi đối với chấn thương gan là cố gắng điều trị không mổ đối với các chấn thương kín không tính đến mức độ tổn thương nào. Chúng tôi sử dụng FAST để xem có dịch trong ổ bụng không và tiến hành chọc rửa khoang phúc mạc (DPL) để xem có tổn thương tạng rỗng hay không (như có dịch mật , dịch tiêu hóa, các mẫu thức ăn, nước tiểu hoặc vi khuẩn hay không). Huyết động không ổn định, có các dấu hiệu viêm phúc mạc, hoặc DPL dương tính sẽ chuyển đổi sang can thiệp phẫu thuật ngay. Gần đây, chúng tôi sắm thêm nhiều thiết bị y tế, các bác sĩ XQ can thiệp chuyên sâu ở những trường hợp tổn thương phức tạp. Nếu bệnh nhân cần phải mở bụng do chấn thương gan, thì cố gắng chèn gạc từ đầu và nếu bệnh nhân vẫn không ổn định, sẽ tiến hành kiểm soát tổn thương. Tuy nhiên, nếu gặp trường hợp chảy máu dai dẳng, sẽ phải có quyết định kịp thời để tiến hành cắt gan. Như đã thấy trong trường hợp này, cắt gan phải là cách kiểm soát chảy máu có hiệu quả nhất. Việc điều trị ban đầu, mặc dù không tối ưu, tuổi tác và yêu cầu truyền dịch tối thiểu có thể phải chấp nhận một phẫu thuật cắt gan lớn như vậy cho bệnh nhân. Mọi nỗ lực hồi sức ở ICU trong thời gian phẫu thuật, sự trợ giúp của gây mê cũng là rất quan trọng để tránh khởi tam chứng bao gồm mất máu nhiều, hạ thân nhiệt, toan hóa sẽ đưa đến rối loạn đông máu không hồi phục

Để kết luận, cắt gan theo giải phẫu hoặc không theo giải phẫu là một lựa chọn khả thi và an toàn đối với các tổn thương gan phức tạp do chấn thương. Việc quyết định sớm bởi một ekip phẫu thuật chuyên sâu, với sự hỗ trợ từ các dịch vụ hỗ trợ là rất cần thiết để có được kết quả tối ưu ở những trường hợp này.

Lào Cai, ngày 6/9/2022

Người dịch: Đinh Ngọc Dũng

Bài gốc

Hepatectomy as a Salvage procedure for blunt abdominal trauma: A case report

Author [links](#) [open](#) [overlay](#) [panel](#) Eduardo C.AyusteJr.^{ab}Siegfredo R.Paloyo^{ab}Allan Dante M.Concejero^{ab}Joel U.Macalino^{ab}Orlando O.Ocampo^{ab}