

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

**VỠ TÁ TRÀNG D2 Ở TRẺ EM
DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN
TẠI BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ**

BÁO CÁO VIÊN:

Bs CK II. Đặng Thanh Phú

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Võ tá tràng trong chấn thương bụng kín rất hiếm gặp (chiếm khoảng 2-5%),
- Tỷ lệ biến chứng cao (3,7-43,5%), thường do một chấn thương nặng^{1,4,7,9,10,12}.
- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn do vị trí giải phẫu của tá tràng vì vậy chẩn đoán và điều trị thường muộn dẫn đến tăng lệ tai biến, biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện^{1,2,3,6}.

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Hiện nay, nhờ có nhiều phương tiện cận lâm sàng hiện đại nên việc chẩn đoán thuận lợi hơn.
- Tuy nhiên việc điều trị còn nhiều quan điểm khác nhau.
- Đây là trường hợp vỡ tá tràng D2 ở trẻ em do chấn thương bụng kín đầu tiên được phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Quận Tân Phú.

Báo cáo bệnh án

- Bệnh nhân Đinh Duy T, nam 12 tuổi. đ/c: P. Bình Hưng Hòa, quận Bình Tân.
- Nhập viện với lý do vết thương bìu và chấn thương bụng kín do té cao.
- Bệnh nhân té trượt từ độ cao khoảng 3m theo tư thế đứng và đập thành bụng vào tay vịn cầu thang, người nhà thấy có vết thương da bìu và đau bụng nên nhập viện.

Báo cáo bệnh án

- Vào khoa cấp cứu (Sau tai nạn 2 giờ):
- + Vết thương rách da bìu (T).
- + Đau âm ỉ thượng vị và có vết bầm nhẹ nằm ngang vùng hạ sườn (P),
- + Bụng ấn đau nhẹ, cảm ứng phúc mạc (-)
- + CLS: Công thức máu: bình thường; siêu âm bụng: Chưa phát hiện bất thường.

Báo cáo bệnh án

- Tại khoa ngoại (sau tai nạn 3 giờ):

Bệnh nhân tỉnh táo, không sốt, đau bụng vùng thượng vị tăng lên, không nôn, 2 hố chậu mềm ấn đau nhẹ, cảm ứng phúc mạc (-).

- Khám lại sau 2 giờ:

CTM (lần 2): Bạch cầu tăng ($14,8 \times 10^9/l$),

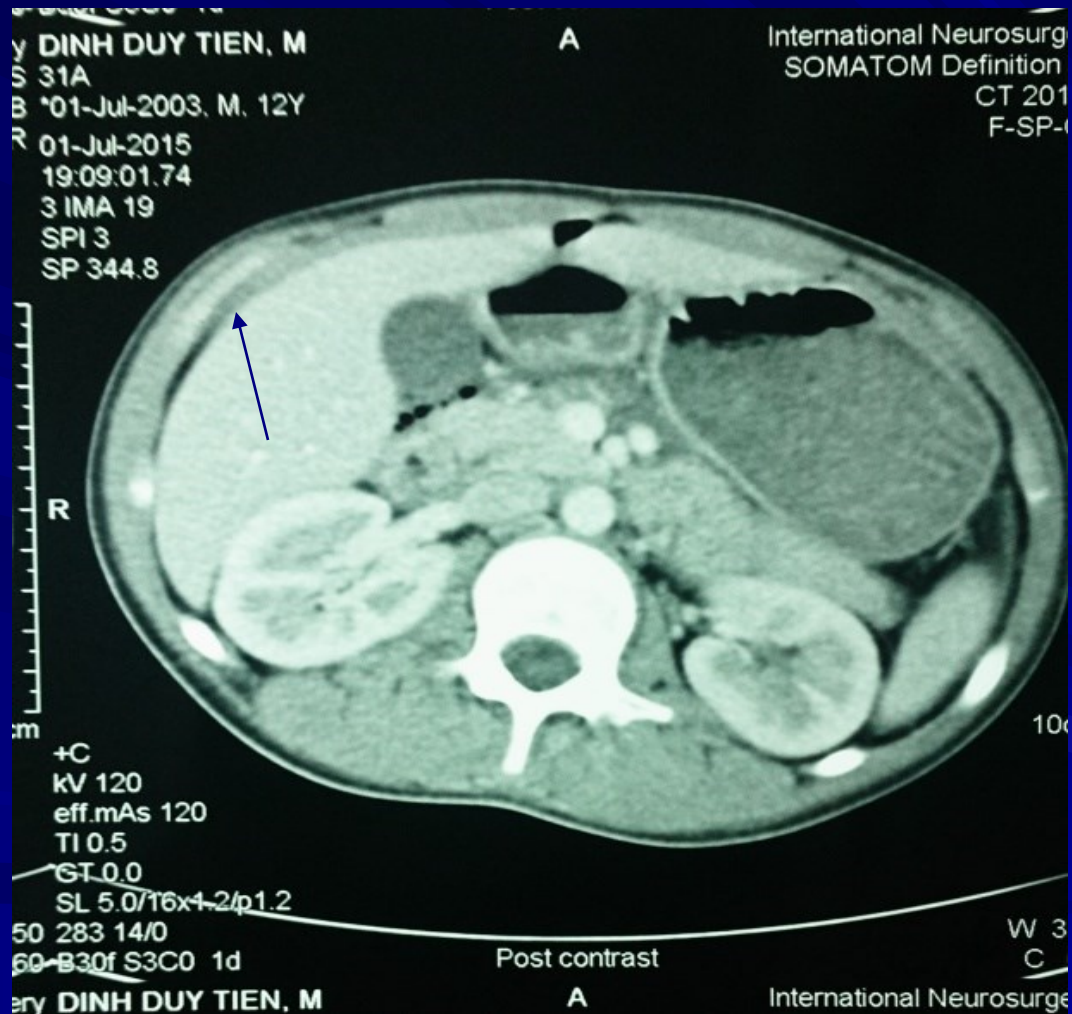
Amylase máu: 112 U/l.

XQ bụng đứng không chuẩn bị: Không thấy liềm hơi dưới cơ hoành.

Báo cáo bệnh án

- Khám lại sau 1 giờ 30 phút (sau tai nạn # 7 giờ):
- + Bệnh nhân tỉnh táo, không nôn, M: 90 l/p, HA: 110/70mmHg, nhiệt độ: 38⁰C.
- + Đau bụng tăng lên, đau khắp bụng, có phản ứng phúc mạc vùng thượng vị và ½ bụng (P).
- + CT Scanner ổ bụng có cản quang: Hình ảnh tụ khí dưới vòm hoành (P) vùng trước gan lớp mỏng và vài nốt khí ở khoảng cửa kèm ít dịch tự do trong ổ bụng, khả năng thủng tạng rỗng.

Báo cáo bệnh án



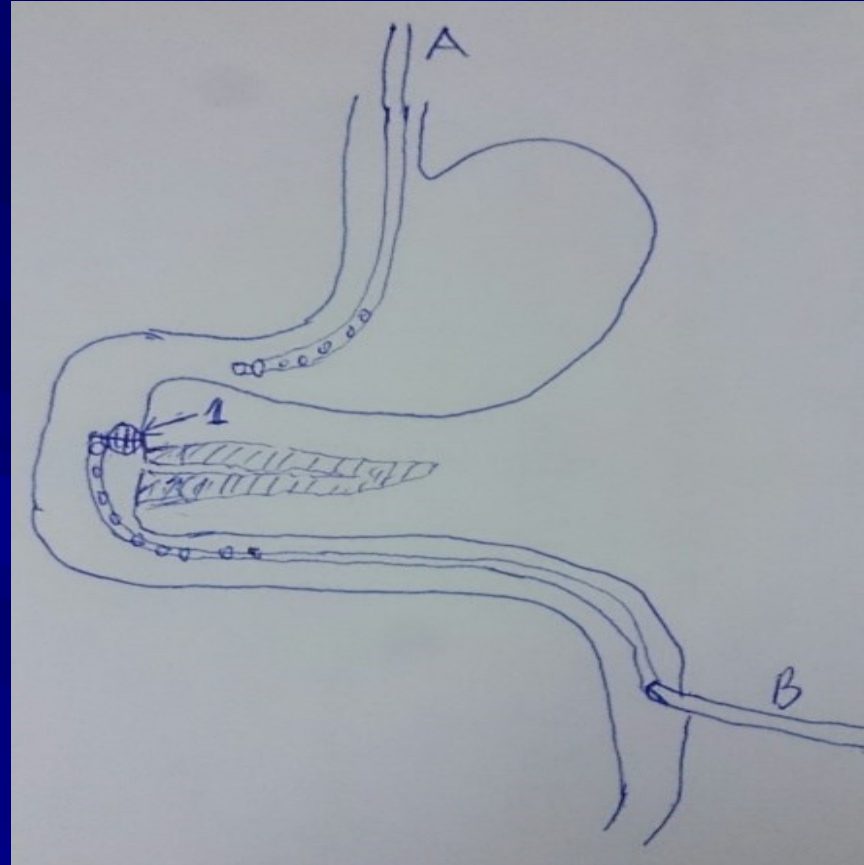
Báo cáo bệnh án

- Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu với chẩn đoán trước mổ: Viêm phúc mạc toàn thể do vỡ tạng rỗng.
- Mô tả tổn thương trong mổ: Vỡ tá tràng D2 mặt trước trong ngay trên cơ vòng Oddi, d# 1x1cm. Rách mạc reo đại tràng ngang. Tụy: phù nề nhẹ. Tụ máu đại tràng góc gan nhưng không thủng. Các tạng khác không thấy tổn thương

Báo cáo bệnh án

- Bóc tách, bộc lộ toàn bộ tá tràng không thấy tổn thương khác.
- Cắt lọc, khâu lại lỗ vỡ D2 tá tràng 2 lớp.
- Hạ góc Treitz, mở hông tràng đưa ống dẫn lưu ngược lên qua góc Treitz đến D2 tá tràng (ngay chỗ vỡ) ra da ở hông (T).
- Đặt sonde dạ dày hút liên tục.
- Đặt ống dẫn lưu găm gan (cạnh lỗ thủng) và ống dẫn lưu Douglas ra hông (P).

Báo cáo bệnh án



Báo cáo bệnh án

- Diễn biến hậu phẫu:

+ Dùng kháng sinh phổ rộng phổ hợp, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch 11 ngày.

+ Hút sonde Dạ dày liên tục 11 ngày.

+ HP 12: Rút sonde dạ dày và cho ăn cháo loãng, nước đường sau đó cho thức ăn đặc dần.

+ HP 13: Rút ống dẫn lưu trong lòng tá tràng.

+ HP 15: Bệnh nhân ổn định và xuất viện, không có tai biến và biến chứng sau mổ .

Báo cáo bệnh án



BÀN LUẬN

- Võ tá tràng do chấn thương bụng kín rất hiếm gặp chiếm khoảng 2-5% trong chấn thương bụng kín^{1,4,7,9}.
- Do vị trí giải phẫu tá tràng nằm sâu sau phúc mạc nên việc chẩn đoán rất khó và thường được chẩn đoán muộn hoặc bỏ sót chẩn đoán^{2,4,9,10}.
- Võ tá tràng thường do một chấn thương nặng và có nhiều tổn thương kèm theo^{7,9,11}

BÀN LUẬN

- Cũng đồng quan điểm với các tác giả khác: CT scanner ổ bụng có cản quang là **cận lâm sàng có giá trị nhất** trong chẩn đoán vỡ tá tràng^{1,2,4,8}.
- Trên bệnh nhân này, CT scanner ổ bụng có cản quang **không xác định được vỡ tá tràng** nhưng phát hiện được khí tự do dưới vòm hoành (P), dấu hiệu của vỡ tạng rỗng.
- Nhờ vậy bệnh nhân được phẫu thuật sớm (7 giờ sau chấn thương) với chẩn đoán trước mổ: **viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng**.

BÀN LUẬN

- Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Hải và cộng sự: **Tỉ lệ chẩn đoán chính xác vỡ tá tràng trước mổ thấp (14%)¹⁰**
- Tá tràng là nơi có áp lực rất cao, lưu lượng dịch qua tá tràng khoảng 5-10 lít/ ngày: dịch dạ dày, dịch mật và dịch tụy chứa nhiều men hủy hoại Protein nên việc khâu lỗ vỡ tá tràng đơn thuần sẽ khó lành và tỉ lệ bội nhiễm rất cao.
- Để phẫu thuật vỡ tá tràng thành công phải dẫn lưu giải áp tốt lưu lượng dịch và áp lực trong lòng tá tràng^{8,9,10,11,12}.

BÀN LUẬN

- Theo y văn, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị võ tá tràng dựa vào mức độ tổn thương tá tràng.
- Bệnh nhân này: võ tá tràng độ II (theo phân loại của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ).

BÀN LUẬN

- Theo y văn, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị võ tá tràng dựa vào mức độ tổn thương tá tràng.
- Bệnh nhân này: võ tá tràng độ II (theo phân loại của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ).

BÀN LUẬN

- Cắt lọc, khâu lại lỗ vỡ D2 tá tràng 2 lớp. Hạ góc Treitz, mở hông tràng đưa ống dẫn lưu ngược lên qua góc Treitz đến D2 tá tràng (ngay chỗ vỡ) ra da ở hông (T). Đặt sonde dạ dày hút liên tục. Đặt ống dẫn lưu găm gan (cạnh lỗ thủng) và ống dẫn lưu Douglas ra hông (P).
- Chúng tôi **không thực hiện mở thông hông tràng nuôi ăn** như một số tác giả khác và bệnh nhân được nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn 11 ngày

BÀN LUẬN

- Chúng tôi ghi nhận việc hút sonde dạ dày liên tục, hạ góc Treitz và ống dẫn lưu ngược qua lỗ mở hồng tràng đến chỗ vỡ D2 tá tràng làm giảm áp lực và dẫn lưu tốt lưu lượng dịch trong lòng tá tràng.
- Số lượng dịch hút được qua sonde dạ dày khoảng 100-200ml/24 giờ,
- Ống dẫn lưu tá tràng ra khoảng 100-500ml/ 24 giờ; lượng dịch ra ít trong 2 ngày đầu, sau đó tăng lên và giảm dần từ ngày hậu phẫu 7.

BÀN LUẬN

- Theo nghiên cứu của các tác giả khác; vỡ tá tràng thường kèm theo các **tổn thương phối hợp** khác với tỉ lệ cao (40-70%)^{7,9,11,12}.
- Trên bệnh nhân này, tổn thương phối hợp chỉ là rách mạc treo đại tràng ngang và phù nhẹ tụy nên không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

BÀN LUẬN

- Một số tác giả, Võ tá tràng có tỉ lệ tai biến, biến chứng rất cao, đặc biệt trong những trường hợp chẩn đoán muộn (**sau 24 giờ**), võ tá tràng nặng và bỏ sót tổn thương phải mổ lại^{4,7,9,10,11,12}.
- Bệnh nhân chúng tôi không có tai biến, biến chứng vì được chẩn đoán sớm (7 giờ sau chấn thương), mức độ tổn thương tá tràng nhẹ (độ II) và được phẫu thuật dẫn lưu giải áp tốt.

KẾT LUẬN

- Vỡ tá tràng rất hiếm gặp, thường được chẩn đoán muộn, có các tổn thương phối hợp và tỉ lệ biến chứng cao.
- CT Scanner ổ bụng có cản quang có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán sớm vỡ tá tràng và các tổn thương phối hợp, tuy nhiên còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của Bs đọc kết quả.
- Để phẫu thuật vỡ tá tràng thành công phải **dẫn lưu giải áp tốt lưu lượng dịch và áp lực trong lòng tá tràng.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cilik A, Altinli E, Onur E, et al (2006):** Case report “Isolated duodenal rupture due to blunt abdominal trauma”. *Indian J Crit Care Med. Vol 10(1): 44-46*
2. **Desai KM, Dorward IG, Minkes RK, Dillon PA (2003):** “Blunt duodenal injuries in children”. *The Journal of trauma. Vol 54(4): 640-645.*
3. **Gaines BA, Shultz BS, Morrison K, Ford HR (2004):** “Duodenal injuries in children: beware of child abuse”. *Journal of Pediatric Surgery. Vol 39(4): 600-602*
4. **Gutierrez IM, Mooney DP (2012):** “Operative blunt duodenal injury in children: a multi-institutional review”. *The Journal of trauma. Vol 47(10):1833-1836*
5. **Hemanga K Bhattacharjee, Mahesh C Misra, Subodh Kumar (2011):** Case report “Duodenal perforation following blunt abdominal trauma”. *Journal of Emergencies Trauma and Shock. Vol 4(4): 514517.*
6. **J. N. Clendenon, R. L. Meyers, M. L. Nance, E. R. Scaife (2004):** “Management of duodenal injuries in children”. *Journal of Pediatric Surgery. Vol 39(6): 964-968.*
7. **Mohamed E Hassan, Amira Waly, Wael E Lotfy (2006):** “Duodenal Injury after Blunt Abdominal Trauma in Children: Experience with 22 Cases”. *Annals of Pediatric Surgery. Vol 2(2): 99-10.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 8. Stefano Crippa, Massimo Falconi, Rossella Bettini, et al (2007): Case report**“Isolated Blunt Duodenal Trauma: Delayed Diagnosis and Favorable Outcome with “Quadruple Tube” Decompression”. *Journal of the Pancreas. Vol 8(5): 617-620.*
- 9. Nguyễn Văn Long, Võ Tấn Long, Nguyễn Văn Chính, et al (2004):** “ Vài nhận xét trong vỡ tá tràng nặng trong chấn thương”. *Y học TP. HCM. Tập 8(3):72-78.*
- 10. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Tôn Thất Bửu, et al (2004):** “ Những sai lầm trong chẩn đoán và điều trị vỡ tá tràng: Nhân 50 trường hợp”. *Y học TP. HCM. Tập 8(3): 88-93.*
- 11. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Bá Nhuận, Võ Tấn Long, et el (2007):**“ Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 chấn thương và vết thương tá tràng trong 27 năm tại Bệnh viện Chợ Rẫy”. *Y học TP. HC. Tập 11(1): 80-96.*
- 12. Nguyễn Tấn Cường (2016):** “Vỡ tá tràng chẩn đoán và điều trị”. *Nhà xuất bản Y học..*



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN