

với người bình thường, đối với CD8 Zhu không thấy có sự khác biệt [3]. So sánh sự biến đổi số lượng TCD4 và TCD8 giữa trong và ngoài đợt bùng phát, chúng tôi thấy số lượng các tế bào này đều giảm hơn ở trong đợt bùng phát, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê và không tìm thấy mối liên quan số lượng trung bình TCD4 và CD8 với mức độ đợt bùng phát. Giảm số lượng CD4 có thể là điều có ý nghĩa để tiên lượng cho ĐBP ở bệnh nhân BPTNMT, hiện tượng giảm CD4 phản ánh khả năng đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, đã có xu hướng giảm thì khả năng nhiễm khuẩn trong đợt bùng phát là cao, tạo điều kiện cho bệnh diễn biến nặng. Còn hiện tượng CD8 giảm gặp nhiều hơn ở ĐBP mức độ trung bình. Đặc điểm này chúng tôi chưa tìm thấy trong các nghiên cứu khác, tuy nhiên có lẽ những đối tượng không bị ĐBP nặng thì khả năng đáp ứng miễn dịch còn tốt, làm tăng thu hút các tế bào viêm đến phổi để thực hiện quá trình đáp ứng miễn dịch tại chỗ, mà CD8 là một trong các tế bào đã được thấy tăng cao trong nhu phổi của bệnh nhân BPTNMT. Trong ĐBP số lượng TCD4 cao hơn ở thể xanh phị so với thể hồng thối có ý nghĩa thống kê, nhưng ngoài ĐBP số lượng 2 loại tế bào này không có sự khác biệt theo thể bệnh. Phải chăng những bệnh nhân thể xanh phị, sự gia tăng TCD4 làm tăng cường các cytokine IL-4, IL-5, thúc đẩy sản xuất IgE, có liên quan với hiện tượng tăng tính phản ứng phế quản, với biểu hiện triệu chứng lâm sàng thuộc hội chứng phế quản như khó thở rít, khạc nhiều đờm, phổi có nhiều ran phế quản. Nghiên cứu của chúng tôi không

thấy mối liên quan số lượng tế bào CD4 và CD8 với giai đoạn bệnh. Nghiên cứu của Toshihiro Shirai (2010) thấy rằng số lượng tế bào TCD8 không liên quan với chỉ số FEV₁, cũng như tỷ lệ FEV₁/FVC, ngược lại TCD4 lại có mối liên quan này, đặc biệt là với các tế bào TCD4 sản xuất IL-4 [2].

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu sự biến đổi số lượng tế bào TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi của 61 bệnh nhân BPTNMT ở trong và ngoài đợt bùng phát chúng tôi đưa ra kết luận sau:

1. Số lượng tế bào TCD4 và TCD8 trong máu ngoại vi của bệnh nhân BPTNMT thấp hơn so với người bình thường và không có sự khác biệt khi so sánh trong và ngoài đợt bùng phát. Tuy nhiên số lượng T CD4 thấp nhất ở nhóm có ĐBP mức độ nặng.

2. Trong đợt bùng phát số lượng tế bào T CD4 cao hơn ở thể xanh phị so với thể hồng thối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GOLD (2010), *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*.

2. Shirai T, Suda T (2010), "Correlation between peripheral blood T-cell profiles and clinical and inflammatory parameters in stable COPD." *Allergol Int*, 59 (1): 75-82.

3. Zhu X, Gadgil AS, Givelber R et al (2009), "Peripheral T cell functions correlate with the severity of chronic obstructive pulmonary disease", *J Immunol.*, 182 (5): 3270-3277.

ĐỐI CHIẾU LÂM SÀNG VỚI PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG GAN BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

NGUYỄN KHẮC ĐỨC

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đối chiếu lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính ở 166 bệnh nhân. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2009 đến 12/2014. Kết quả: 142 bệnh nhân điều trị bảo tồn (78,1%), 24 bệnh nhân (21,9%) được mổ cấp cứu. Độ tuổi hay gặp nhất từ 20 – 49 tuổi (75,3%), tuổi trung bình: 30 ± 0,96 tuổi. Chấn thương gan độ I (1,2%), độ II (18,1%), độ III (44%), độ IV (28,3%), độ V (8,4%), không có vỡ gan độ VI. Tần số mạch càng nhanh thì mức độ chấn thương gan càng nặng. Bụng càng chướng thì mức độ chấn thương gan càng nặng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Đức

Email: khacducmd@gmail.com

Ngày nhận: 15/6/2017

Ngày phân biện: 05/7/2017

Ngày duyệt bài: 27/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

và nguy cơ điều trị bảo tồn thất bại càng cao. Bệnh nhân mất máu càng nặng thì mức độ chấn thương gan càng trầm trọng. Men gan tăng tỷ lệ thuận với mức độ chấn thương gan. Tổn thương đưng dập, tụ máu (97%), đường vỡ gan (85,5%), thoát thuốc động mạch (4,8%). Kết luận: Chấn thương gan càng nặng thì lượng dịch phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính càng nhiều.

Từ khóa: chấn thương gan, chụp cắt lớp vi tính

SUMMARY

COMPARE CLINICAL SIGNS WITH LIVER TRAUMA GRADING BASED ON COMPUTED TOMOGRAPHY

Objective: this study was to analyze the clinical characterizes and grade of hepatic trauma based on CT scanner. Method: We retrospectively reviewed demographics of patients with documented hepatic injury from 1/2009 to 12/2011 at Viet Duc University Hospital. Results: A total of 166 patients were treated. Nonsurgery therapy used in 85.5% (142 patients) of

blunt injuries and 24 patients were cured by emergency operation (21.9%). The most common age range from 20 to 49 years (75.3%) with mean age was 30 ± 0.96 years. The demographic data of grade injury were grade I (1.2%), grade II (18.1%), grade III (44%), grade IV (28.3%), grade V (8.4%) and with out severity grade VI injury respectively. The more rapid pulse per minutes the more severity blunt hepatic trauma. The more blood loss the more heavy liver injury. The results of high transaminase in blood related with high degree of blunt liver trauma. On CT-scanner showing that ruptured intraparenchyma with hematoma, laceration of the liver and ruptured with active bleeding was 97%, 85.5% and 4.8% respectively. In conclusion: A large amount of fluid in abdominal cavity on CT-scanner related with severity grade of liver trauma.

Keywords: Liver trauma, computed tomography

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng nói chung và chấn thương gan nói riêng là một cấp cứu ngoại khoa ngày càng tăng cùng sự gia tăng nhanh chóng của các phương tiện giao thông tốc độ cao, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi và chiếm 3/4 nguyên nhân gây tử vong ở Mỹ và Châu Âu [1], [2]. Theo Trần Bình Giang tỷ lệ chấn thương gan là 26,51% [3], theo Trịnh Hồng Sơn trong 6 năm (1990-1995) tỷ lệ chấn thương gan là 22,04% và tỷ lệ tử vong là 13,13%. Theo Poletti và cộng sự trong 565 bệnh nhân chấn thương bụng kín thì có 230 bệnh nhân chấn thương gan (40,7%), theo các tác giả này tỷ lệ chấn thương gan đứng thứ hai sau chấn thương lách. Trước đây phần lớn các trường hợp chẩn đoán chấn thương gan đều được chỉ định mổ với tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ còn khá cao. Theo Gillet tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ chấn thương gan trên 85%. Chụp cắt lớp vi tính trong chấn thương bụng kín cho phép xác định mức độ tổn thương của gan, lượng máu trong ổ bụng cùng các tổn thương phối hợp, qua đó, làm thay đổi về cơ bản thái độ điều trị trong chấn thương gan. Điều trị bảo tồn trong chấn thương gan áp dụng nhiều nơi trên thế giới cũng như ở Việt Nam với tỷ lệ thành công cao [4] đặc biệt với những chấn thương nhẹ, huyết động ổn định và không viêm phúc mạc. Những tổn thương vỡ gan thoát thuốc thì động mạch có thể chỉ cần nút động mạch chọn lọc cầm máu tránh. Tuy nhiên cũng có những bệnh nhân với tổn thương phức tạp cần phải phẫu thuật. Để tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu đối chiếu tình trạng lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Vỡ gan đơn thuần do chấn thương được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức không phân biệt lứa tuổi, giới tính, được chụp cắt lớp vi tính và đánh giá mức độ tổn thương gan theo phân độ AAST (1994).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh lý gan

từ trước như u gan, xơ gan, sỏi mật, chấn thương gan nặng không kịp phẫu thuật, chấn thương gan có tổn thương phối hợp trong ổ bụng hay kết hợp ngoài ổ bụng

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Nghiên cứu mô tả

Cỡ mẫu là 75 bệnh nhân.

Các bước nghiên cứu:

Chẩn đoán và xử trí chấn thương gan theo một phác đồ thống nhất về chỉ định điều trị, đánh giá tổn thương gan trên phim chụp cắt lớp vi tính và trong mổ.

Đối chiếu độ chấn thương gan với các dấu hiệu lâm sàng: mạch, huyết áp, mất máu cấp, đau dưới sườn phải, xây sát thành bụng, bụng chướng, phản ứng thành bụng, men gan.

Xử lý số liệu theo chương trình SPSS 15.0. Các biến liên tục thể hiện dưới dạng trung bình. So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng thuật toán kiểm định Test-student. Các biến định tính, thứ tự, so sánh kết quả của các biến định tính bằng thuật toán kiểm định χ^2 .

2.2. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2009 đến 12/2014, tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi lựa chọn 166 bệnh nhân chấn thương gan được chụp cắt lớp vi tính, 142 bệnh nhân được điều trị bảo tồn (78,1%); 24 bệnh nhân (21,9%) được mổ cấp cứu. Độ tuổi hay gặp nhất từ 20 – 49 tuổi (75,3%), tuổi thấp nhất 4 tuổi, cao nhất 64 tuổi, tuổi trung bình: $30 \pm 0,96$ tuổi, bệnh nhân có chấn thương gan từ độ III trở lên là 81%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1.

Bảng 1. Đối chiếu độ chấn thương gan với huyết áp khi vào viện

Huyết áp tối đa (mmHg)	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Tổng
≤ 70	n 0 % 0,0	n 0 % 0,0	n 2 % 33,3	n 1 % 16,7	n 3 % 50,0	n 6 % 3,6
70 – 90	n 0 % 0,0	n 8 % 14,8	n 23 % 42,6	n 18 % 33,3	n 5 % 9,3	n 54 % 32,5
≥ 90	n 2 % 1,9	n 22 % 20,7	n 48 % 45,3	n 28 % 26,4	n 6 % 5,7	n 106 % 63,9
Tổng	n 2	n 30	n 73	n 47	n 14	n 166

$p = 0,129$

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trong tình trạng huyết áp > 90 mmHg (63,9%).

Bảng 2. Đối chiếu độ chấn thương gan với mạch khi vào viện

Mạch (Lần/phút)	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Tổng
≤ 90	n 2 % 2	n 20 % 20	n 48 % 49	n 23 % 23,5	n 5 % 5,1	n 98 % 59
90 – 120	n 0 % 0	n 10 % 16,9	n 24 % 40,7	n 20 % 33,9	n 5 % 8,5	n 59 % 35,6
≥ 120	n 0 % 0	n 0 % 0	n 1 % 11,2	n 4 % 44,4	n 4 % 44,4	n 9 % 5,4
Tổng	n 2	n 30	n 73	n 47	n 14	n 166

$p = 0,001$

Nhận xét: Mức độ chấn thương gan tăng dần theo mạch của bệnh nhân khi vào viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$, $K = 0,602$.

Bảng 3. Đối chiếu mức độ chấn thương gan với tình trạng bụng

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	p
Bụng chướng	0	14	67	46	14	0,15
Đau bụng dưới sườn phải	2	30	71	46	14	0,002
Xây sát dưới sườn phải	2	12	26	18	4	0,30
Cảm ứng phúc mạc	0	0	7	8	3	0,830
Gõ đục vùng thấp	0	1	25	18	5	0,854
Phản ứng thành bụng	2	15	52	38	13	0,223

Nhận xét: Tất cả các trường hợp bụng chướng đều chấn thương gan từ độ II trở lên (84,9%) và đau dưới sườn phải (98,2%).

Bảng 4. Đối chiếu mức độ chấn thương gan và tình trạng mất máu

	Không mất máu		Mất máu nhẹ		Mất máu trung bình		Mất máu nặng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ I	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Độ II	18	20,7	8	19,0	2	7,7	2	18,2
Độ III	43	49,4	21	50,0	7	26,9	2	18,2
Độ IV	21	24,1	9	21,4	15	57,7	2	18,2
Độ V	3	3,5	4	9,6	2	7,7	5	45,4
Tổng	87	52,4	42	25,3	26	15,7	11	6,6

Nhận xét: Mức độ mất máu càng nặng thì độ chấn thương gan càng tăng ($p=0,001$), tương quan mạnh với $K = 0,625$

Bảng 5. Đối chiếu mức độ chấn thương với nồng độ SGOT và SGPT

Giá trị (U/l)	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Tổng	
SGOT ₁	(n1)	(2)	(30)	(73)	(47)	(14)	(166)
$\bar{X} \pm SD$	193,5±92,6	346,0±385,8	600,1±783,1	1257,0±1476,6	907,1±550,1	762,2±1023,4	$p < 0,001$
SGPT ₁	(2)	(30)	(73)	(47)	(14)	(166)	$p < 0,001$
$\bar{X} \pm SD$	96,0±14,6	264,0±288,8	456,4±434,0	799,9±623,4	614,7±393,6	530,9±507,0	
SGOT ₂	(n2)	(2)	(24)	(55)	(42)	(13)	(136)
$\bar{X} \pm SD$	87,0±42,4	136,1±110,1	429,8±1184,5	614,1±811,8	481,2±936,8	762,2±1023,4	$p < 0,001$
SGPT ₂	(2)	(24)	(55)	(42)	(13)	(136)	$p < 0,001$
$\bar{X} \pm SD$	67,0±12,7	183,5±201,7	361,8±361,4	526,7±413,4	614,7±393,6	530,9±507,0	
SGOT ₃	(n3)	(1)	(11)	(31)	(25)	(11)	(79)
$\bar{X} \pm SD$	29,0	80,1±61,0	259,0±665,2	200,2±275,7	242,6±343,4	210,6±343,4	$p < 0,05$
SGPT ₃	(1)	(11)	(31)	(25)	(11)	(79)	$p < 0,05$
$\bar{X} \pm SD$	40,0	132,7±71,5	259,1±272,7	310,0±292,0	315,9±349,2	263,0±274,4	

Nhận xét: Mức độ tổn thương gan càng nặng thì chỉ số SGOT và SGPT khi vào viện càng cao.

Bảng 6. Đối chiếu mức độ chấn thương gan với lượng dịch ổ bụng

Dịch ổ bụng	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Tổng	
Không có	n	2	10	12	2	0	26
%	7,7	38,5	46,1	7,7	0,0	15,7	
Ít	n	0	9	20	5	2	36
%	0,0	25,0	55,6	13,9	5,5	27,7	
Trung bình	n	0	6	14	11	3	34
%	0,0	17,6	41,2	32,4	8,8	20,5	
Nhiều	n	0	5	27	29	9	70
%	0,0	7,1	38,6	41,4	12,9	42,1	
Tổng	2	30	73	47	14	166	

$p < 0,001$

Nhận xét: Lượng dịch ổ bụng phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính càng nhiều thì độ chấn thương gan càng nặng ($p < 0,001$)

Bảng 7. Đối chiếu mức độ chấn thương gan với các loại tổn thương gan

Tổn thương gan	Độ I		Độ II		Độ III		Độ IV		Độ V		p
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Đụng giập, tụ máu	2	1,2	30	18,6	69	42,9	46	28,6	14	8,7	0,002
Tụ máu dưới bao	0	0	2	6,5	14	45,2	12	38,7	3	9,6	0,849
Đường vỡ	2	1,4	29	20,4	66	46,5	38	26,8	7	4,9	<0,001

Nhận xét: Đụng dập, tụ máu nhu mô gan là tổn thương thường gặp nhất trong chấn thương gan với 161/166 lần (97%), có liên quan đến mức độ tổn thương gan ($p < 0,05$)

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, bệnh nhân có huyết động ổn định với huyết áp tối đa ≥ 90 mmHg khi đến viện chiếm 63,9%. Theo Trịnh Hồng Sơn nếu huyết áp tối

đa ≤ 70 mmHg tương đương với lượng máu mất trên 1500 ml và tổn thương gan từ độ IV trở lên, với huyết áp < 90 mmHg lượng máu mất trung bình 800 ml tổn thương gan từ độ III trở lên. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi cho thấy bệnh nhân có huyết áp ≤ 70 mmHg có tổn thương gan từ độ III trở lên và huyết áp tối đa < 90 mmHg tổn thương gan từ độ II trở lên. Theo tác giả Nguyễn Ngọc Hùng [9], có mối tương quan chặt chẽ giữa mạch và lượng máu mất thể hiện qua huyết áp tối đa. Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có mạch nhanh từ 90 – 120 l/phút là 35,6% nhiều hơn tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp tối đa từ 70-90 mmHg là 32,5%. Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ (thiếu máu độ I, II) có 158 bệnh nhân trong đó 11,4% số bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ chuyển mổ sau theo dõi. Thiếu máu độ III thì số bệnh nhân chuyển mổ sau theo dõi là 71,4% và đến thiếu máu độ IV thì 100% bệnh nhân chuyển mổ sau theo dõi. Dấu hiệu đau dưới sườn phải thường gặp nhất, số bệnh nhân chấn thương gan có dấu hiệu này là 163/166 trường hợp (98,2%). Nhóm bệnh nhân có bụng chướng chiếm 84,9%, chủ yếu bị chấn thương gan từ độ II trở lên. Số bệnh nhân bụng chướng ở chấn thương gan độ II là 14/30 bệnh nhân (46,7%), độ III là 67/73 bệnh nhân (91,8%), độ IV là 46/47 bệnh nhân (97,9%) và độ V là 14/14 bệnh nhân (100%). Mức độ chấn thương gan càng nặng thì bụng càng chướng căng và nguy cơ can thiệp phẫu thuật càng cao. Trong chấn thương gan, cùng với việc máu chảy vào trong ổ phúc mạc còn có dịch mật chảy vào ổ bụng từ những tổn thương các ống mật trong gan, dấu hiệu này càng rõ hơn khi lượng dịch mật chảy vào ổ bụng càng nhiều và thời gian càng lâu. Chúng tôi gặp 18 trường hợp có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc (10,8%), tất cả đều chấn thương gan từ độ III trở lên. Như vậy, những trường hợp chấn thương gan nặng có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc thì nên nghĩ tới có tổn thương đường mật kèm theo. So sánh kết quả của Nguyễn Tiến Quyết tỷ lệ này là 20,4%

Đối chiếu với mức độ chấn thương cho thấy 100% bệnh nhân vỡ gan độ I không có dấu hiệu mất máu, mất máu nhẹ hoặc không mất máu là 77,7%, mất máu trung bình (15,7%) thường gặp ở chấn thương gan độ III, IV với tỷ lệ 84,6%; mất máu nặng có tỷ lệ 6,6% với chấn thương gan độ IV, V là 9/11 trường hợp (81,8%). Trên lâm sàng có những trường hợp đến trong tình trạng sốc mất máu, mạch nhanh, huyết áp tụt, bụng nhiều dịch máu nhưng xét nghiệm hồng cầu, hemoglobine vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Với chấn thương gan từ độ III trở lên, việc theo dõi kết quả xét nghiệm công thức máu lần 2 là rất cần thiết để đánh giá mức độ mất máu nặng thêm. Những bệnh nhân chấn thương gan nặng, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm công thức máu không tương xứng, sau khi đã bù dịch đủ thì nên làm lại công thức máu cho bệnh nhân.

Kết quả xét nghiệm men gan SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) và SGPT (Serum Glutamic Pynivic Transaminase) cho thấy mức tăng men gan trung bình ở chấn thương gan độ I là $193,5 \pm 92,6$ và $96 \pm 14,6$, trong chấn thương gan độ III mức tăng SGOT và SGPT trung bình là $600,1 \pm$

$783,1$ và $456,4 \pm 434,0$, chấn thương gan độ V mức tăng men gan là $907,1 \pm 550,1$ và $614,7 \pm 393,6$. Giới hạn mức độ tăng men gan trong chẩn đoán mức độ chấn thương gan hiện nay chưa thống nhất. Bevan C.A [12] nghiên cứu 2 nhóm chấn thương bụng kín có và không có chấn thương gan với mức SGPT ≥ 104 U/l cho thấy độ nhạy là 96% và độ đặc hiệu là 80%, với mức SGPT ≥ 162 U/l thì độ nhạy là 90% và độ đặc hiệu là 88%; độ nhạy còn cao hơn nếu chỉ tính ở nhóm chấn thương gan nặng từ độ III trở lên, tới 100% với mức SGPT ≥ 104 U/l. Theo Matthes G [1] có sự liên quan giữa lượng dịch trong ổ bụng và mức độ tổn thương gan. Chấn thương gan độ IV trở lên có nhiều dịch ổ bụng trên phim cắt lớp vi tính thì khả năng bảo tồn thất bại càng cao. Không có dịch ổ bụng có thể do gan tổn thương nhẹ hoặc trung bình, do chụp ở giai đoạn sớm hoặc do tổn thương nhu mô không phá vỡ bao gan. Như vậy không có dịch ổ bụng không có nghĩa là không có tổn thương tạng, việc định hướng chẩn đoán và chỉ định chụp cắt lớp vi tính không nên chỉ dựa vào dịch ổ bụng trên siêu âm mà phải dựa vào nhiều yếu tố như lâm sàng, xét nghiệm men gan. Trịnh Hồng Sơn cũng thấy rằng gan phải hay bị tổn thương hơn gan trái, và trong gan phải thì phần thùy sau thường bị tổn thương nhiều hơn, điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm vị trí giải phẫu và cấu trúc của gan đã được giải thích trong cơ chế chấn thương gan. Tổn thương gan trái ít gặp nhưng thường sâu và phức tạp, trong các trường hợp chấn thương gan độ V phải mổ cấp cứu thì 50% tổn thương gan trái, 33% ở gan phải và 17% vỡ giữa 2 gan. Tổn thương gan hay gặp nhất trên phim chụp cắt lớp vi tính là đưng dập, tụ máu nhu mô gan với 161/166 bệnh nhân (97%). Đưng dập nhu mô là dấu hiệu hay gặp nhất trên phim chụp cắt lớp vi tính, tới gần 80% các trường hợp. Tổn thương tụ máu dưới bao gan xuất hiện ít hơn với 31/166 bệnh nhân (18,7%). Theo Trần Công Hoan dấu hiệu này có giá trị chẩn đoán cao với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 97%, giá trị chẩn đoán âm tính 100%. 8/166 bệnh nhân có dấu hiệu thoát thuốc thì động mạch (4,8%) trong đó 5 bệnh nhân được nút mạch cấp cứu, 3 trường hợp được mổ cấp cứu. Theo Misselbeck T.S [2] nút mạch cấp cứu phải tiến hành trên bệnh nhân có huyết động ổn định. Tác giả cho rằng nếu thoát thuốc vào khoang phúc mạc, phần lớn bệnh nhân sẽ nhanh chóng tụt huyết áp đòi hỏi phải mổ cấp cứu cầm máu, nếu chỉ thoát thuốc trong nhu mô gan vỡ thì vẫn có khả năng điều trị bảo tồn không mổ bằng cách theo dõi sát và chụp mạch cấp cứu nếu huyết động còn ổn. Đường vỡ gan được phát hiện ở 142/166 bệnh nhân (85,5%). Trong chấn thương gan độ IV, V, những đường vỡ lớn, sâu vào trong gan như đường vỡ rời phần thùy sau, đường vỡ bờ đôi gan phải và trái thường vào vùng phân chia gan nghèo mạch máu nên có thể không gây chảy máu lớn do vậy không phải là yếu tố để chỉ định mổ nếu huyết động ổn định [9]. Dấu hiệu đường vỡ có độ nhạy và giá trị dự báo dương tính cao $> 90\%$ và độ

đặc hiệu > 60% với giá trị dự báo âm tính thấp của dấu hiệu này do đường vỡ gan cũng như đưng dập và tụ máu nhu mô trên phim chụp cắt lớp vi tính có thể không thấy trong phẫu thuật nếu tổn thương nằm trong nhu mô mà bao gan không tổn thương.

KẾT LUẬN

63,9% bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính khi huyết áp tối đa trên 90 mmHg (trong đó chấn thương gan độ III, IV, V lần lượt là 45,3%, 26,4%, 5,7%). Bệnh nhân mạch nhanh trên 120 lần/phút (5,4%) thì chấn thương gan độ IV, V chiếm 88,8%. Dấu hiệu bụng chướng gặp ở 76,5% bệnh nhân thì chấn thương gan độ III (52,7%), độ IV (36,2%) và độ V (11%). Với bệnh nhân mất máu trung bình thì gặp chủ yếu là vỡ gan độ IV (57,7%), độ III (26,9%) và độ V (7,7%), trong khi đó bệnh nhân mất máu nặng gặp chủ yếu là vỡ gan độ IV, V (63,6%). SGOT và SGPT tăng tỷ lệ thuận với độ nặng của chấn thương gan. Chấn thương gan càng nặng thì lượng dịch đo trên phim cắt lớp vi tính càng nhiều, lượng dịch nhiều

chiếm 42,1% trong đó vỡ gan độ III (38,6%), độ IV (41,4%) và độ V là 12,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Matthes G., Stengel D., Seifert J., et al (2003).** Blunt liver injuries in polytrauma: results from a cohort study with the regular use of whole-body helical computed tomography. *World J Surg*, 27, 10, 1124-1130.

2. **Misselbeck T.S., Teicher E.J., Cipolle M.D., et al (2009).** Hepatic angioembolization in trauma patients: indications and complications. *J Trauma*, 67, 4, 769-773.

3. **Trần Bình Giang (2006).** Chỉ định và kết quả bước đầu điều trị không mổ chấn thương gan tại Bệnh viện Việt Đức 2004 – 2005. *Tạp chí Ngoại khoa*, 56, 97-104

4. **Nguyễn Ngọc Hùng, Lê Nhật Huy, Trần Bình Giang (2012).** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong chỉ định và điều trị mổ chấn thương gan. *Tạp chí Ngoại khoa*, 61, 1-2-3, 85 - 94

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG NGÂM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

TRẦN CAO BÌNH, VÕ THUYẾT HỒNG

Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kéo răng ngầm dựa trên hình ảnh phim Xquang thường quy (2D) và phim CT. Cone Beam (3D). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả trên 30 bệnh nhân được chụp phim 2D và phim 3D để chẩn đoán và điều trị nắn chỉnh răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 3/2012-12/2015. **Kết quả:** kéo răng ngầm trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng: Tốt : 70%; Khá có 20%; Trung bình: 10%. **Kết luận:** Phim 3D quyết định kế hoạch điều trị kéo răng ngầm trong nắn chỉnh răng, phim 2D hầu như không thể đưa ra được kế hoạch điều trị.

Từ khóa: Răng ngầm, phim 3D

SUMMARY

EVALUATION OF IMPACTED TEETH TREATMENT IN ORTHODONTICS AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO - STOMATOLOGY, HANOI

Objective: To evaluate the impacted teeth treatment in orthodontics based on projectional radiography (2D) and cone beam computed tomography (3D). **Subjects and methods:** prospective study; 30 patients were taken radiograph (2D film and 3D film) for orthodontic

Chịu trách nhiệm: Trần Cao Bình

Email: dr.binhnhos@gmail.com

Ngày nhận: 05/6/2017

Ngày phân biện: 28/6/2017

Ngày duyệt bài: 10/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

treatment at National Hospital of Odontology - Stomatology, Hanoi from March, 2012 to December, 2015. **Results:** The percentage of impacted teeth treatment results in orthodontics: very good (70%), good (20%), ordinary (10%). **Conclusions:** Linear and angular measurements on CBCT images were accurate and helped in locating the exact position of the impacted teeth making it convenient for the surgical exposure of impacted teeth. 2D system is likely not to be suitable for treatment planning.

Keywords: impacted teeth, 3D film

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình ảnh y học thường quy chỉ hiển thị được răng ngầm theo hai chiều (2D) trên dưới, gần xa của cấu trúc giải phẫu nhiều chiều của răng ngầm và hình ảnh thường bị phóng đại. Ngày nay nhờ phần mềm 3D trên máy CTCB không những xác định chính xác và gợi ý vị trí bộc lộ răng ngầm, mà còn cho biết các cấu trúc giải phẫu liên quan từ đó lập được kế hoạch điều trị kéo răng ngầm trong nắn chỉnh răng.

Trên thế giới đã có những nghiên cứu ứng dụng phần mềm 3D kéo răng ngầm trong nắn chỉnh. Nhưng ở Việt Nam có rất ít những nghiên cứu đánh giá kết quả ứng dụng phần mềm 3D kéo răng ngầm trong nắn chỉnh răng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chuyên đề này với mục tiêu sau: Đánh giá kết quả điều trị kéo răng ngầm trong nắn chỉnh răng có sử dụng phim 3D.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chụp phim thường quy 2D và phim CTCB ứng dụng phần mềm 3D để chẩn