

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG GAN ĐƠN THUẦN CÓ KHÍ TỰ DO TRONG Ổ BỤNG

Nguyễn Văn Quỳnh¹, Nguyễn Văn Mạnh¹, Nguyễn Đức Hải²

TÓM TẮT

Khí tự do ổ bụng trong chấn thương bụng kín xuất hiện khi có tổn thương vỡ tạng rỗng, hay gặp nhất là vỡ ruột non, đại tràng... triệu chứng lâm sàng tại chỗ thường có dấu hiệu bụng ngoại khoa điển hình, chỉ định mổ cấp cứu là tuyệt đối, tùy tình hình mà có phương án xử trí tổn thương thích hợp. Trong chấn thương bụng kín vỡ tạng đặc đơn thuần, khí tự do ổ bụng gần như không xuất hiện.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp chấn thương bụng kín vỡ gan đơn thuần, xuất hiện khí tự do trong ổ bụng ngày thứ 3 sau chấn thương.

Từ khóa: khí tự do ổ bụng; chấn thương gan.

A CASE OF MERE BLUNT LIVER TRAUMA WITH PNEUMOPERITONEUM

ABSTRACT

Pneumoperitoneum in blunt abdominal trauma occurs when there is a ruptured lesion of the hollow organ, or most commonly with rupture of the small intestine and colon... Typical clinical symptoms often show surgical abdominal signs, indicating for absolute surgery, depending on the situation that there is an appropriate management plan. In blunt abdominal trauma, only rupture of solid organs, abdominal free air is almost absent.

We reported a case of only liver rupture after blunt abdominal trauma and pneumoperitoneum appeared on the 3rd day after injury.

Key word: pneumoperitoneum; liver trauma.

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Quỳnh (quynh44ahvqy@gmail.com)

Ngày nhận bài: 12/11/2022, ngày phản biện: 13/11/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2023

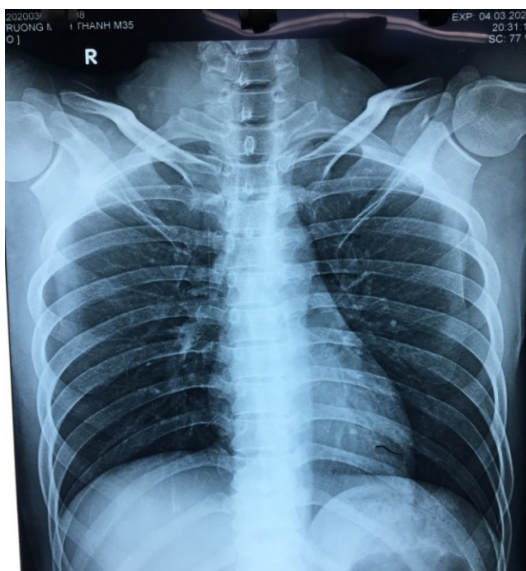
1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khí tự do ổ bụng trong chấn thương bụng kín thường xuất hiện khi có tổn thương vỡ tạng rỗng, hay gặp nhất là vỡ ruột non, đại tràng... triệu chứng lâm sàng tại chỗ thường có dấu hiệu bụng ngoại khoa rõ ràng như co cứng thành bụng, phản ứng cơ thành bụng lan tỏa, cảm ứng phúc mạc dương tính, trên Xquang có hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành. Trong chấn thương bụng kín vỡ tạng đặc, có khí tự do ổ bụng gợi ý đến trường hợp có tổn thương tạng rỗng kết hợp, đòi hỏi phải chỉ định phẫu thuật cấp cứu, tuy nhiên vẫn có 1 tỉ lệ nhỏ xuất hiện khí tự do ổ bụng nhưng không có tổn thương tạng rỗng kèm theo khiến cho cuộc mổ không giải quyết được vấn đề mà đôi khi làm nặng thêm tình trạng bệnh. Trường hợp của chúng tôi là chấn thương bụng kín vỡ gan đơn thuần, ngày thứ 3 sau chấn thương có xuất hiện khí tự do trong

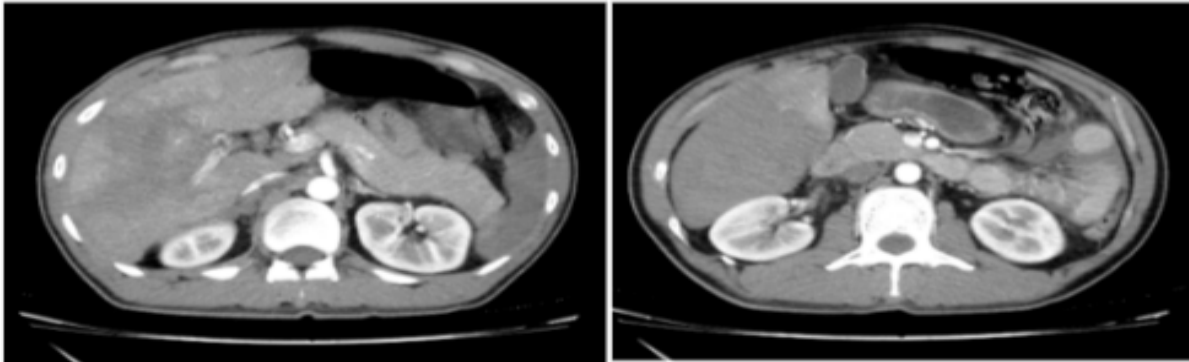
nhu mô gan và ổ bụng.

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 35 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện giờ thứ 2 vì đau bụng vùng hạ sườn, mạn sườn phải sau tai nạn giao thông trong tình trạng: tỉnh, tiếp xúc tốt, không sốt, mạch 64 lần/phút, huyết áp 105/70mmHg. Khám: bụng chướng nhẹ, có vết xây sát vùng mạn sườn phải, ấn đau hạ sườn, mạn sườn phải, phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc không rõ (dấu hiệu bụng ngoại khoa không rõ). Cận lâm sàng: Bạch cầu 14,5 G/L, NEU 69,7%, SGOT 439U/L, SGPT 287U/L; Xquang: gãy cung bên xương sườn 6-9 bên trái, không có tràn dịch - tràn khí khoang màng phổi 2 bên, không có hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành; Cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVT): tổn thương gan phải độ IV theo AAST, dịch tự do ổ bụng mức độ vừa.



Hình 1: Xquang ngực thẳng lúc vào viện không có hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành 2 bên



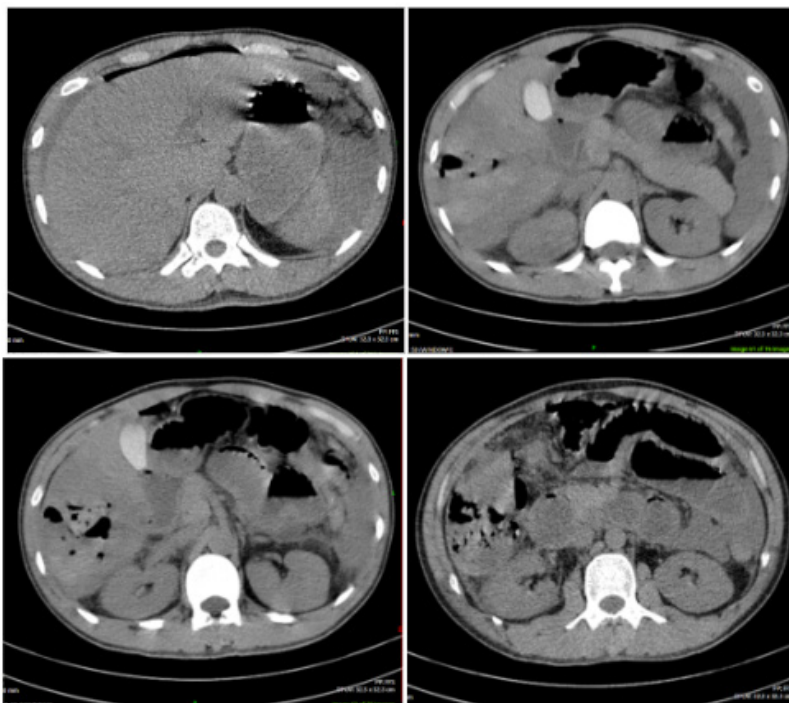
Hình 2: CLVT ổ bụng lúc vào viện không có hình ảnh khí tự do trong nhu mô gan và ổ bụng

Quá trình theo dõi, bệnh nhân xuất hiện khó thở nhẹ, sinh hiệu vẫn ổn định, bụng chướng nhiều hơn, nghi ngờ có dấu hiệu bụng ngoại khoa, xét nghiệm lại ngày thứ 3 sau tai nạn: Xquang: hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành 2 bên; CLVT: nhiều bóng khí tự do trong nhu mô gan và mặt trên gan, tràn máu khoang màng phổi 2 bên mức độ ít. Quyết định phẫu thuật: rạch

da đường trắng giữa trên dưới rốn 15cm, vào ổ bụng có 1,5 lít dịch máu cũ, không có dịch tiêu hóa, tổn thương gan HPT VI gan đã cầm máu, kiểm tra dạ dày, toàn bộ ruột non, đại tràng không có tổn thương, quyết định đóng bụng với 3 dẫn lưu: 1 dưới gan, 1 hố lách và 1 douglas. Hậu phẫu ổn định, bệnh nhân rút dẫn lưu ngày thứ 7 và ra viện ngày thứ 10 sau mổ.



Hình 3: Xquang ngực thẳng ghi nhận hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành 2 bên ngày thứ 3 sau tai nạn



Hình 4: CLVT ổ bụng ngày thứ 3 sau tai nạn có hình ảnh khí tự do trong nhu mô gan và mặt trên gan

3. BÀN LUẬN

Tràn khí tự do ổ bụng sau chấn thương bụng kín là chỉ điểm một cấp cứu bụng ngoại khoa gây nên bởi vỡ tạng rỗng, có thể tới 90% các trường hợp, yêu cầu phải được phẫu thuật cấp cứu ngay lập tức [1], [2], [3].

Những trường hợp có khí tự do ổ bụng nhưng không gây ra bởi tổn thương vỡ tạng rỗng thì được gọi là tràn khí tự do phát sau chấn thương, tuy nhiên rất hiếm gặp, có thể gặp trong một số trường hợp có tràn khí ngực, tràn khí trung thất, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... kèm theo. Điều này được giải thích là do những nguyên

nhân này có thể khiến cho không khí đi qua vòm hoành và những khiếm khuyết cực nhỏ của màng phổi hay đi qua trung thất dọc theo những mô liên kết mạch máu, đi sau phúc mạc và sau đó vỡ vào khoang phúc mạc [1]. Những trường hợp này có thể điều trị bảo tồn thành công mà không cần can thiệp phẫu thuật [4], tuy nhiên rất khó khăn để có thể đưa ra quyết định này.

Nếu không có những nguyên nhân trên, sự suy đoán khí tự do ổ bụng có thể là hậu quả của những lỗ thủng rất nhỏ thành ruột, cái mà nhanh chóng bị bịt kín và không để lại triệu chứng lâm sàng rõ ràng [1]. Tuy nhiên xét về cơ chế chấn thương thì điều này không hoàn toàn hợp lý, vì

chấn thương bụng kín thường gây ra tổn thương lớn mà hay gọi là vỡ tạng rỗng hơn là những lỗ thủng rất nhỏ.

Trong trường hợp của chúng tôi, khí tự do không chỉ xuất hiện trong ổ bụng, mà còn xuất hiện trong cả nhu mô gan và có thông thương với bên ngoài, điều này có thể khiến chúng ta nghĩ đến trường hợp tràn khí tự do đường mật – pneumobilia, tức là có sự thông thương giữa ống tiêu hóa và đường mật. Thông thường, khí tự do đường mật xuất hiện sau các can thiệp vào đường mật như phẫu thuật đường mật, nối mật ruột, nội soi mật tụy ngược dòng hay cơ thắt Oddi yếu, một số trường hợp khác như nhiễm trùng đường mật, áp xe gan, rò mật ruột, tắc ruột cao... tuy nhiên rất hiếm gặp trong chấn thương bụng kín [5], [6], [7]. Cơ thắt Oddi có thể chống đỡ được áp lực tới 60 cmH₂O, do đó trong điều kiện bình thường không khí không đi ngược vào trong đường mật được. Trong một số trường hợp chấn thương bụng kín, áp lực trong ổ bụng lớn hơn 60 cmH₂O có thể khiến không khí đi ngược lại vào trong đường mật, gây ra tràn khí đường mật thứ phát [7], [8]. Tuy nhiên, nếu là tràn khí tự do đường mật do chấn thương, thì khí tự do phải xuất hiện trong đường mật ngay lập tức ngay sau tai nạn, còn trong trường hợp của chúng tôi, đến ngày thứ 3 khí ở trong đường mật mới xuất hiện, điều đó cũng rất khó giải thích về mặt cơ chế.

Bởi vì có một tỉ lệ nhất định tràn

khí tự phát trong ổ bụng cũng như tràn khí đường mật sau chấn thương, do đó trong một số trường hợp chỉ định mổ là rất khó khăn, đôi khi cuộc mổ không giải quyết được vấn đề mà lại làm nặng thêm tình trạng người bệnh. Vì vậy, trước khi quyết định mổ chúng ta nên thăm khám lâm sàng cẩn thận, xem các dấu hiệu bụng ngoại khoa có thật sự rõ ràng chưa, trên phim CLVT có nghi ngờ có tổn thương ống tiêu hóa hay không, nếu có thì chúng ta nên phẫu thuật. Với sự phát triển của y học hiện nay, đa số các trường hợp chấn thương bụng kín nghi vỡ tạng rỗng có thể được chỉ định phẫu thuật nội soi thăm dò, tùy theo tình hình tổn thương mà có thái độ xử trí phù hợp. Điều đó làm giảm nhẹ tính chất của một cuộc mổ, giúp bệnh nhân sau mổ hồi phục nhanh hơn, ra viện sớm hơn, giảm chi phí điều trị.

4. KẾT LUẬN

Trong chấn thương bụng kín vỡ gan, khí tự do xuất hiện thường là chỉ điểm của tổn thương tạng rỗng phối hợp. Tuy nhiên trong một số trường hợp đó tràn khí tự phát sau chấn thương hay hiếm gặp hơn nữa là tràn khí tự do đường mật sau chấn thương, những trường hợp này rất khó cho các bác sĩ lâm sàng trong việc chỉ định phẫu thuật. Ngày nay, với sự phát triển của y học, phẫu thuật nội soi ổ bụng thám sát trong những trường hợp chưa chắc chắn hoặc còn nghi ngờ tổn thương là giải pháp tốt nhất để tránh bỏ sót tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mesut Yur, Mehmet Şirik, and Cengiz Ömer Özdemir (2017) Pneumoperitoneum Without Pneumothorax After Blunt Trauma. *Kafkas J Med Sci*, 7(3):255-258.
2. Michail Pitiakoudis, Petros Zezos, Anastasia Oikonomou, et al. (2011) Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum presenting as an acute abdomen: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 5(866).
3. Isaac Howley, Shea C Gregg, Daithi S Heffernan, et al. (2010) Peritoneal free air due to evacuation of pneumobilia in blunt abdominal trauma. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4):412-415.
4. Ryo Tanaka, Hitoshi Kameyama, Masayuki Nagahashi, et al. (2015) Conservative treatment of idiopathic spontaneous pneumoperitoneum in a bedridden patient: a case report. *Surgical Case Reports*, 1(69).
5. İsmail Okan, Servet Tali, Zeki Özsoy, et al. (2016) The development of pneumobilia after blunt trauma. *Ulus Cerrahi Derg*, 32(224-225).
6. Fahrettin YILDIZ, Sacit ÇOBAN, Alpaslan TERZİ, et al. (2011) An uncommon cause of pneumobilia: blunt abdominal trauma. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 17(4):363-364.
7. Hadrien Fourneau and Charlotte Grandjean (2019) Pneumobilia Caused by Blunt Abdominal Trauma. *Journal of the Belgian Society of Radiology*, 103(1):2.
8. Mohan Marulaiah, Harsha B M, Swaroop S, et al. (2015). A rare case of pneumobilia with pneumoperitoneum following paediatric blunt abdominal trauma. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*.