

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF DUODENAL TRAUMA IN CHILDREN

Vu Truong Nhan^{1,2,3*}

¹Children's Hospital 2 - 14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Faculty of Medicine, Nam Can Tho University - 168 Nguyen Van Cu, An Binh Ward, Can Tho City, Vietnam

³Pham Ngoc Thach University of Medicine - 02 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 28/08/2025; Accepted: 25/09/2025

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical and paraclinical characteristics, and treatment results of duodenal trauma in children at Children's Hospital 2.

Subjects and Methods: A retrospective case series study was conducted on 15 pediatric patients treated with duodenal trauma at General Surgery Department, Children's Hospital 2, from January 2014 to June 2024.

Results: 15 cases of duodenal trauma were identified: 14 cases of blunt duodenal injury and only 1 case of penetrating injury. Most are grade II duodenal lesions according to AAST. Computed tomography aided diagnosis in most cases of blunt duodenal injuries. 3 cases were successfully treated conservatively. 12 cases required surgical intervention: 7 cases were treated with simple duodenal perforation suture, 1 case of duodenal serosa incision to drain the hematoma, 2 cases were treated with Roux-en-Y duodenojejunostomy, 2 cases of duodenal hematoma were detected during surgery, the serosa was not incised to drain the hematoma but only a decompression tube was placed. All cases had duodenal decompression tube placed.

Conclusions: Duodenal trauma in children is a rare and complex injury. Most are due to blunt abdominal trauma and are grade II - AAST. Computed tomography plays an important role in supporting the diagnosis of duodenal trauma. Duodenal decompression tube placement in conservative treatment or surgical intervention helps achieve good treatment results.

Keywords: Duodenal trauma, American Association for the Surgery of Trauma (AAST).

*Corresponding author

Email: vutruongnhandr@hmu.edu.vn **Phone:** (+84) 909588815 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3340**



NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM

Vũ Trường Nhân^{1,2,3*}

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 - 14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Y, Trường Đại học Nam Cần Thơ - 168 Nguyễn Văn Cừ, P. An Bình, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 02 Đường Quang Trung, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/08/2025; Ngày duyệt đăng: 25/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp thực hiện trên 15 bệnh nhi được điều trị chấn thương tá tràng tại Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 2, từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2024.

Kết quả: 15 trường hợp chấn thương tá tràng: 14 trường hợp chấn thương bụng kín và chỉ 1 trường hợp bị vết thương do bạch khí. Đa số là tổn thương tá tràng độ II theo AAST. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán chấn thương tá tràng kín. 3 trường hợp được điều trị bảo tồn thành công. 12 trường hợp cần can thiệp phẫu thuật: 7 trường hợp được khâu lỗ thủng tá tràng đơn thuần, 1 trường hợp được xẻ thanh mạc tá tràng thoát máu tụ, 2 trường hợp được phẫu thuật làm quai hồng tràng Roux-en-Y, 2 trường hợp được phát hiện tụ máu thành tá tràng trong mổ nhưng không xẻ thanh mạc thoát máu tụ mà chỉ đặt thông giảm áp. Tất cả các trường hợp đều được đặt thông giảm áp cho tá tràng.

Kết luận: Chấn thương tá tràng ở trẻ em là một chấn thương hiếm gặp và phức tạp. Đa số do chấn thương bụng kín và ở mức độ II - AAST. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong hỗ trợ chẩn đoán chấn thương tá tràng. Đặt thông giảm áp cho tá tràng trong điều trị bảo tồn hay can thiệp phẫu thuật giúp đạt kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: Chấn thương tá tràng, Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tá tràng là tổn thương hiếm gặp ở trẻ em. Tỷ lệ chấn thương tá tràng chiếm dưới 1% các trường hợp chấn thương ở trẻ em và chiếm 2 - 10% các trường hợp chấn thương bụng kín. Chấn thương tá tràng ở trẻ em cơ chế chủ yếu do đụng dập. Chẩn đoán chấn thương tá tràng thường khó do là tạng nằm sau phúc mạc. Dấu hiệu và triệu chứng của chấn thương tá tràng thường không đặc hiệu. Ở trẻ em dấu hiệu và triệu chứng thường mơ hồ hoặc dễ bị bỏ qua bởi các chấn thương vùng khác, do đó khi có bất kì một dấu hiệu hoặc triệu chứng nào nghi ngờ chấn thương tá tràng thì phải loại trừ xem có chấn thương tá tràng không, bởi vì chấn thương tá tràng nếu chẩn đoán và can thiệp muộn hơn 24 giờ sau chấn thương sẽ làm gia tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng liên quan [1-2].

Chụp cắt lớp vi tính có tiềm năng quan trọng là kỹ

thuật toàn diện nhất để đánh giá chấn thương tá tràng. Tuy nhiên tỷ lệ bỏ sót chấn thương tá tràng trên chụp cắt lớp vi tính lên tới trên 27%. Quan sát hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cần thận kết hợp các dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm khác giúp giảm bỏ sót chấn thương tá tràng qua đó làm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng liên quan [3].

Điều trị chấn thương tá tràng dựa vào phân độ tổn thương tá tràng, tổn thương các tạng khác kèm theo và tình trạng ổn định của bệnh nhi. Phẫu thuật điều trị chấn thương tá tràng là một phẫu thuật phức tạp tùy thuộc vào sang thương và kinh nghiệm của phẫu thuật viên mà lựa chọn phương pháp phù hợp nhất nhưng mục tiêu chung của phẫu thuật là tái lập lưu thông đường tiêu hóa, giải áp lòng tá tràng, dẫn lưu ngoài và dinh dưỡng hỗ trợ. Chấn thương tá tràng nếu được chẩn đoán sớm và điều trị hợp lý theo

*Tác giả liên hệ

Email: vutruongnhandr@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 909588815 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3340>

mức độ sang thương sẽ làm giảm nguy cơ tử vong, biến chứng liên quan thông qua đó sẽ giảm thời gian nằm viện, tăng chất lượng cuộc sống và tăng hiệu quả kinh tế [4-6].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trường hợp chấn thương tá tràng được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp.

2.3. Cỡ mẫu:

Lấy trọn.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo kiểu thuận tiện.

2.5. Thu thập số liệu:

Những thông tin của bệnh nhi sẽ được thu thập bao gồm đặc điểm dân số nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ chấn thương tá tràng, thương tổn kèm theo, quá trình quản lý điều trị, các biến chứng sớm và muộn.

2.6. Phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Toàn bộ thông tin của bệnh nhi thu thập được từ bệnh án lưu trữ đều được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Đồng 2 chấp thuận thực hiện.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2014 đến 06/2024, có 15 bệnh nhi chấn thương tá tràng được điều trị tại Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tỷ lệ bệnh nhi nam và nữ tương tự nhau với 8 nam và 7 nữ. Tuổi của trẻ bị chấn thương trung bình là 8,8 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 15 tuổi.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Cơ chế và nguyên nhân chấn thương: 1 bệnh nhi (6,7%) bị thủng tá tràng do vết thương thấu bụng, 14 bệnh nhi (93,3%) còn lại do chấn thương bụng kín. Có 3 nhóm nguyên nhân gây tổn thương tá tràng: tai nạn giao thông cao nhất với 9 trường hợp (60%), tai nạn sinh hoạt với 4 trường hợp (26,7%) và không rõ với 2 trường hợp (13,3%). Hai trường hợp không rõ

nguyên nhân là 2 trẻ nhỏ dưới 3 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng: Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhi chấn thương tá tràng thường không đặc hiệu. Phần lớn vào viện với tình trạng đau bụng mơ hồ, vị trí đau cũng thay đổi tùy mỗi bệnh nhi.

Siêu âm: Siêu âm bụng là hình ảnh tiếp cận nhanh dễ sử dụng và có thể lặp lại nhiều lần. Trong nghiên cứu có 14/15 bệnh nhi được siêu âm đầu tiên và dịch tự do ổ bụng phát hiện ở 11 trường hợp.

Chụp cắt lớp vi tính: Trong 10 trường hợp được chụp cắt lớp vi tính bụng có cản quang, dấu hiệu dịch tự do ổ bụng gặp ở 100% trường hợp, 20% có dấu hiệu mất liên tục thành tá tràng, 20% có dày thành tá tràng, 10% có tụ máu thành tá tràng, 20% có dấu hiệu hơi ổ bụng và không có trường hợp nào có hơi sau phúc mạc, 10% bệnh nhân có dịch tự do sau phúc mạc.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	N	%
Giới		
Nam	8	53,3
Nữ	7	46,7
Nguyên nhân chấn thương		
Tai nạn giao thông	9	60,0
Tai nạn sinh hoạt	4	26,7
Không rõ	2	13,3
Cơ chế chấn thương		
Vết thương thấu bụng	1	6,7
Chấn thương bụng kín	14	93,3
Lâm sàng		
Đau bụng	15	100
Ói	7	46,7
Phản ứng thành bụng	9	60,0
Sốc	1	6,7
Hình ảnh học		
Siêu âm bụng	14	
Dịch ổ bụng	11	78,6
Hơi tự do ổ bụng	2	14,3
Tổn thương nhu mô tụy	7	50,0
Tụ máu, rách nhu mô gan	2	14,3

Đặc điểm	N	%
Chụp cắt lớp vi tính bụng	10	
Dịch tự do ổ bụng	10	100
Hơi tự do ổ bụng	2	20
Dày thành tá tràng	2	20
Mất liên tục thành tá tràng	2	20
Tụ máu thành tá tràng	1	10
Dịch tự do sau phúc mạc	1	10

3.2. Đặc điểm tổn thương tá tràng

Phân độ tổn thương tá tràng theo AAST: Đa số là tổn thương độ II với 7 trường hợp, chiếm 46,7%; tổn thương độ III với 4 trường hợp, chiếm 26,7%; và tổn thương độ IV với 1 trường hợp, chiếm 6,7%.

Vị trí tổn thương theo chiều dài tá tràng: Vị trí tổn thương thường gặp nhất là tá tràng D3 với 6 trường hợp (40%); tá tràng D2 với 5 trường hợp (33,3%); tá tràng D4 với 4 trường hợp (26,7%); và tá tràng D1 với 3 trường hợp (20%).

Tổn thương kết hợp trong ổ bụng: Tuy là tạng có tỉ lệ chấn thương kết hợp trong chấn thương tá tràng cao nhất (66,7%).

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương tá tràng

Đặc điểm	N	%
Mức độ tổn thương theo AAST		
Độ I	3	20,0
Độ II	7	46,7
Độ III	4	26,7
Độ IV	1	6,7
Vị trí tổn thương		
D1	3	20,0
D2	5	33,3
D3	6	40,0
D4	4	26,7
Tổn thương kết hợp		
Tụy	10	66,7
Ruột non	3	20,0
Đại tràng	2	13,3
Gan	2	13,3

3.3. Các phương pháp điều trị

3 trường hợp (20%) được điều trị nội khoa với chẩn đoán tụ máu thành tá tràng, đặt thông dạ dày giảm áp, bệnh nhi hồi phục tốt.

12 trường hợp can thiệp phẫu thuật: 7 trường hợp (58,3%) được phẫu thuật khâu đóng lỗ thủng tá tràng đơn thuần ở lần mổ đầu, trong đó có 1 trường hợp xì miệng nổi nên phải phẫu thuật lại làm quai Roux-En-Y. 1 trường hợp (8,3%) xẻ thanh mạc thoát máu tụ và khâu thanh mạc lại. 2 trường hợp (16,7%) được phẫu thuật đưa quai hồng tràng Roux-En-Y lên sửa chữa ở lần mổ đầu. 2 trường hợp (16,7%) phát hiện tụ máu thành tá tràng trong mổ nhưng không xẻ thanh mạc thoát máu tụ, chỉ đặt thông giảm áp.

Thời điểm phẫu thuật: 3 trường hợp (25%) được phẫu thuật trước 24 giờ từ lúc chấn thương; 9 trường hợp (75%) được phẫu thuật sau 24 giờ từ lúc chấn thương, trong đó 1 trường hợp được phẫu thuật trễ nhất là 7 ngày do tuyến trước bỏ sót thương tổn ở tá tràng.

Đặt thông giảm áp cho tá tràng: thông dạ dày (4 trường hợp), thông dạ dày + thông hồng tràng nuôi ăn (4 trường hợp), thông dạ dày + thông hồng tràng ngược dòng (1 trường hợp), thông dạ dày + thông hồng tràng ngược dòng + thông hồng tràng nuôi ăn (3 trường hợp)

3.4. Kết quả điều trị

3 trường hợp điều trị nội khoa không ghi nhận biến chứng nào. Trong số 12 bệnh nhi được phẫu thuật, có 8 trường hợp gặp biến chứng, chiếm tỷ lệ 66,7%. Biến chứng thường gặp là viêm tụy với 5 trường hợp (62,5%), nhiễm trùng vết mổ với 4 trường hợp (50%). Có 2 trường hợp cần phải được phẫu thuật lại gồm 1 trường hợp tắc ruột do lồng ruột do thông hồng tràng và 1 trường hợp viêm phúc mạc do xì miệng nổi. Số ngày nằm viện trung bình $26 \pm 20,3$ ngày, ít nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 92 ngày. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong nào trong nghiên cứu này.

4. BÀN LUẬN

Chấn thương tá tràng là một tổn thương hiếm gặp ở trẻ em, với tỷ lệ < 1% các chấn thương khác và chỉ chiếm khoảng từ 2 - 10% trường hợp trẻ chấn thương bụng nên tỷ lệ nam/nữ thường không được báo cáo [1,3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhi nam và bệnh nhi nữ chiếm tỷ lệ tương tự nhau. Độ tuổi trung bình khi bị chấn thương tá tràng trong kết quả của chúng tôi là 8,8 năm. Chúng tôi lưu ý đến 2 trường hợp trẻ nhỏ hơn 3 tuổi, vì theo các tác giả đây là độ tuổi có tỉ lệ cao nhất bị bạo hành đưa đến chấn thương. Một nghiên cứu đa trung tâm đã áp dụng nguyên tắc TEN-4-FACESp trên 2.100 trẻ có ít nhất một vết bầm trên người để xác định những trẻ bị bạo hành, nguyên tắc này có độ nhạy 96% và độ

đặc hiệu 87% và chỉ ra nhân viên y tế cần lưu ý các vết bầm ở thân, cổ và tai đối với những trẻ < 4 tuổi, cần đưa lên sự nghi ngờ về vấn đề bạo hành ở trẻ [7].

Theo các nghiên cứu ở người lớn, tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nhất gây chấn thương tá tràng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự, với nhóm nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm đa số. Chúng tôi đặc biệt chú ý đến nhóm bệnh nhi không rõ nguyên nhân và bệnh sử vì đồng thời 2 trẻ của nhóm này đều nhỏ hơn 3 tuổi, trong đó 1 trẻ < 2 tuổi, vỡ D2 độ III theo AAST, bầm máu cạnh sống lưng, đây là nhóm tuổi nguy cơ cao nhất của bạo hành trẻ em. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Nhi khoa Hoa Kỳ về đánh giá bạo hành thể chất trẻ em, cần phải đánh giá cẩn thận vấn đề bạo hành ở một trẻ chấn thương nghiêm trọng, như chấn thương tá tràng, mà bệnh nguyên không rõ ràng [6-8].

Đa số các trường hợp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có các triệu chứng không đặc hiệu sau chấn thương như đau bụng mơ hồ, phản ứng thành bụng không rõ, ói... dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán chính xác và kịp thời. Kết quả này tương tự kết quả của các tác giả khác là 90% trẻ nhập viện với những triệu chứng không đặc hiệu như đau bụng và nôn mửa [9-10].

Siêu âm bụng là cận lâm sàng quan trọng, dễ tiếp cận ban đầu, có thể thực hiện nhiều lần ở những bệnh nhi bị chấn thương bụng. Siêu âm có độ nhạy từ 81 - 90% và độ đặc hiệu từ 96 - 98% trong việc phát hiện dịch tự do hoặc tổn thương cơ quan trong ổ bụng sau chấn thương, tuy nhiên phương pháp này không đặc hiệu trong chẩn đoán vỡ tá tràng [4,6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 14 bệnh nhi được siêu âm bụng lúc nhập viện, chiếm 93,3%. Chúng tôi đã ghi nhận dấu hiệu của dịch tự do trong ổ bụng ở 11 trường hợp (78,6%), không phát hiện dịch sau phúc mạc, phát hiện hơi tự do trong 2 trường hợp (14,3%), và 1 trường hợp có khối hồi âm kém ở vùng tá tụy, nghi ngờ tổn thương tại đó.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và khi so sánh với kết quả của các tác giả khác cho thấy được hiệu quả của chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có cản quang trong chẩn đoán chấn thương tá tràng, cho phép phát hiện những dấu hiệu gợi ý cao tổn thương tá tràng như dịch và hơi sau phúc mạc. Ngoài ra những dấu hiệu liên quan trực tiếp như tụ máu hay mất liên tục thành tá tràng, dày thành tá tràng, dịch tự do ổ bụng cũng cung cấp thông tin quan trọng để đưa ra quyết định xử trí kịp thời [6-8]. Việc sử dụng phương pháp nội soi ổ bụng trong các trường hợp khó xác định chẩn đoán, mặc dù đã có kết quả chụp cắt lớp vi tính, cũng là một cách tiếp cận quan trọng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kết hợp các phương pháp chẩn đoán để đạt được độ chính xác cao nhất [8].

Vị trí tá tràng bị tổn thương thường gặp nhất trong

nhóm nghiên cứu của chúng tôi là ở D3 chiếm 40%, tiếp theo là D2 với 33,3%. Đa số trường hợp có mức độ tổn thương là độ II - AAST chiếm 46,7%, tiếp theo là tổn thương độ III - AAST với 26,7%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác ở người lớn và trẻ em. Nguyên nhân chính của các tổn thương này ở cả hai nhóm tuổi đều liên quan đến chấn thương bụng kín. Điều này không chỉ nhấn mạnh mức độ phổ biến của chấn thương ở các vị trí này mà còn cả sự cần thiết phải hiểu rõ các cơ chế gây chấn thương và áp dụng các biện pháp chẩn đoán cũng như can thiệp kịp thời để giảm thiểu các hậu quả nghiêm trọng có thể xảy ra do tổn thương tá tràng [1,6-7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, quá trình điều trị phẫu thuật cho tổn thương tá tràng trong phần lớn các trường hợp (75%) đã diễn ra sau 24 giờ kể từ thời điểm nhập viện, thời gian nằm viện trung bình là 26 ngày và dài nhất là 92 ngày. Nguyên nhân chính cho sự chậm trễ này là do các bệnh nhân thường được chuyển từ các cơ sở y tế tuyến dưới lên tuyến trên, hoặc tổn thương tá tràng ban đầu không được phát hiện trong lần phẫu thuật cấp cứu đầu tiên. Điều này làm kéo dài thời gian cho can thiệp phẫu thuật điều trị vỡ tá tràng. Khi chậm trễ trong can thiệp phẫu thuật, tình trạng viêm nhiễm trong ổ bụng hoặc sau phúc mạc trở nên nghiêm trọng hơn, làm cho mép vết thương phù nề và yếu đi, từ đó gia tăng nguy cơ bục rò sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm được phẫu thuật trước 24 giờ thường thấp hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật sau 24 giờ [10-12]. Như vậy, thời điểm can thiệp phẫu thuật là một yếu tố quan trọng trong việc xử lý các tổn thương tá tràng, với việc phẫu thuật sớm có thể giảm đáng kể tỉ lệ biến chứng và cải thiện kết quả điều trị.

Các phương pháp điều trị chấn thương tá tràng trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm điều trị không phẫu thuật với 3 trường hợp chiếm 20%, và điều trị ngoại khoa với 12 trường hợp chiếm 80%. Các trường hợp điều trị không phẫu thuật của chúng tôi được chẩn đoán tụ máu thành tá tràng trên chụp cắt lớp vi tính, được đặt thông dạ dày giảm áp cho tá tràng, bệnh nhi hồi phục tốt. Theo các tác giả, phương pháp điều trị bảo tồn không phẫu thuật thực hiện thành công đối với trường hợp máu tụ thành tá tràng, việc điều trị bao gồm hút tá tràng qua ống thông dạ dày, giảm tiết dạ dày với các thuốc kháng thụ thể H2, giảm tiết tụy ngoại tiết, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Tuy nhiên cần theo dõi cẩn thận vì trong các trường hợp tụ máu thành tá tràng có thể có thủng tá tràng kín đáo. Điều trị bảo tồn kéo dài khoảng 10 ngày đến 15 ngày, cần làm xét nghiệm amylase máu hàng ngày trong 8 ngày đầu, sau đó cách ngày, cũng cần chụp cắt lớp vi tính bụng có cản quang mỗi tuần một lần để đánh giá lại thương tổn [6,8]. Đa số các trường hợp điều trị ngoại khoa của chúng tôi được khâu tổn thương đơn thuần hoặc xẻ thoát máu tụ và khâu thanh mạc kết hợp với dùng thông giảm áp, không gặp phải biến chứng đáng kể cần can thiệp phẫu

thuật lại. Điều này chứng tỏ hiệu quả của phương pháp xử lý tổn thương đơn giản trong điều kiện cụ thể. Các tác giả cho rằng các tổn thương nhẹ như rách thanh mạc hoặc tụ máu nhỏ, việc khâu thanh mạc và loại bỏ máu tụ mà không làm thủng niêm mạc tá tràng là thích hợp. Trong trường hợp tụ máu lớn khiến lòng tá tràng bị hẹp, phương pháp nối tắt vị-tràng là cần thiết để phục hồi chức năng đường tiêu hóa [6,10-12]. Theo Luo, khoảng 60 - 80% các trường hợp vỡ tá tràng có thể được điều trị thành công mà không gây ra biến chứng nghiêm trọng bằng cách áp dụng phương pháp khâu đơn thuần kết hợp dẫn lưu để giảm áp lực trong tá tràng, đặc biệt là đối với các tổn thương cấp độ I - II theo phân loại của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST)[10].

Tất cả trường hợp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều dùng thông giảm áp, chủ yếu là thông dạ dày. Có 3 trường hợp giảm áp bằng 2 ống (thông dạ dày và mở hồng tràng ra da nuôi ăn), 3 trường hợp sử dụng phương pháp giảm áp 3 ống (thông dạ dày, thông hồng tràng ngược dòng và mở hồng tràng ra da nuôi ăn), 1 trường hợp dẫn lưu đầu dưới tá tràng đã đóng ở lần phẫu thuật đầu và 1 trường hợp dẫn lưu móm tá tràng đã đóng ở lần phẫu thuật thứ 4. Theo Pandit, so với phương pháp nối vị-tràng thì phương pháp sử dụng ba ống dẫn lưu có khả năng giảm áp lực hiệu quả hơn, nuôi ăn dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm hơn, qua đó giảm nguy cơ biến chứng và thúc đẩy quá trình hồi phục sau phẫu thuật [5]. Các tác giả khác cũng cho rằng việc giảm áp tá tràng bằng kỹ thuật ba ống giúp giảm nguy cơ rò, nuôi ăn qua đường ruột sớm, giảm stress, ngăn ngừa tổn thương tế bào oxy hóa và cải thiện đáp ứng miễn dịch [5,6,8]. Như vậy, việc mở hồng tràng được coi là hữu ích trong các trường hợp vỡ tá tràng từ độ III trở lên, khi mà các lợi ích của việc hỗ trợ dinh dưỡng và giảm áp có thể làm giảm đáng kể các biến chứng và cải thiện kết quả điều trị [9-12].

5. KẾT LUẬN

Chấn thương tá tràng ở trẻ em tuy không phải là thường gặp trong thực hành lâm sàng nhưng hậu quả gây ra thường nặng nề khi xảy ra, thường xảy ra do tai nạn giao thông hoặc các tai nạn sinh hoạt, với các triệu chứng không đặc hiệu như đau bụng và nôn mửa, dẫn đến việc khó chẩn đoán chính xác và kịp thời. Chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy cao trong việc phát hiện dịch tự do ổ bụng và các tổn thương của tá tràng. Đối với các trường hợp khó xác định chẩn đoán, mặc dù đã có kết quả chụp cắt lớp vi tính, phương pháp nội soi ổ bụng nên được sử dụng vừa chẩn đoán vừa điều trị. Phương pháp dùng thông giảm áp làm giảm đáng kể các biến chứng và cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gillory LA, Naik-Mathuria BJ. Pediatric abdominal trauma. Wesson D, Cooper A, Scher LT, et al, eds. Pediatric trauma: pathophysiology, diagnosis, and treatment. 2th ed. CRC Press; 2017:215-232:chap 18.
- [2] Goh B, Soundappan SSV. Traumatic duodenal injuries in children: a single-centre study. ANZ J Surg. 2021;91(1-2):95-99. doi:10.1111/ans.16502.
- [3] Ordoñez CA, Parra MW, Millán M, et al. Damage control in penetrating duodenal trauma: less is better - the sequel. Colomb Med (Cali). 2021;52(2):e4104509. doi:10.25100/cm.v52i2.4509.
- [4] Gong K, Guo S, Wang K. Diagnosis and treatment of duodenal injury and fistula. Chin J Dig Surg. 2017;20(3):266-269.
- [5] Pandit N, Yadav TN, Awale L, et al. Triple tubostomy and its outcome for blunt duodenal injury. Journal of Society of Surgeons of Nepal. 2019;22(1):12-17. doi:10.3126/jssn.v22i1.28710.
- [6] Ratnasekera A, Ferrada P. Traumatic Duodenal Injury: Current Management Update. Curr Surg Rep. 2020;8:6. doi:10.1007/s40137-020-00251-9.
- [7] Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
- [8] Ferrada P, Wolfe L, Duchesne J, et al. Management of duodenal trauma: A retrospective review from the Panamerican Trauma Society. J Trauma Acute Care Surg. 2019;86(3):392-396. doi:10.1097/ta.0000000000002157.
- [9] Gutierrez IM, Mooney DP. Operative blunt duodenal injury in children: a multi-institutional review. J Pediatr Surg. 2012;47(10):1833-6. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.04.013.
- [10] Luo Y, He X, Geng L, et al. Diagnosis and treatment of traumatic duodenal rupture in children. BMC Gastroenterology. 2022;22:61. doi.org/10.1186/s12876-022-02136-w.
- [11] Tô Mạnh Tuấn. Phẫu thuật điều trị chấn thương vỡ tá tràng ở trẻ em: nhân 2 trường hợp. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa. 2021;5(6):53-60.
- [12] Lai CC, Huang HC, Chen RJ. Combined stomach and duodenal perforating injury following blunt abdominal trauma: a case report and literature review. BMC Surg. 2020;20(1):217. doi:10.1186/s12893-020-00882-w.