

Case Report

Primary Repair of Isolated Duodenal Rupture in Children:
Two Cases Report

To Manh Tuan, Tran Xuan Nam, Tran Hung, Nguyen Van Sang

¹ Vietnam National Children's Hospital, 18/879 La Thanh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 15 September 2021

Revised 22 September October 2021; 01 October 2021

Abstract

Objective: Traumatic duodenal rupture in children is a very rare disease, difficult to diagnose and treat due to the retroperitoneal location of the duodenum, increasing the risk of mortality and complications for the patient. We report 2 cases of children with isolated duodenal rupture due to trauma who underwent primary repair without diversion with good results.

Case 1: A 3-year-old female, who presented at local hospital with acute abdominal pain due to isolated duodenal rupture following trauma of the handle bar of motorcycle on the upper abdominal region. An exploratory laparotomy by the right paramedian incision was performed to close duodenal rupture at 23 hours after the impact. On the 3rd day after surgery, the child showed signs of severe sepsis then was transferred to our hospital. She was on ECMO and hemodialysis. Day 11th after the injury, there was bile leaking through the incision. The child underwent the second operation. A rupture of D3-4 portion of the duodenum revealed. No other injuries were found. We performed single layer duodejejunostomy. Complete oral feeding commenced 25 days postoperatively and the patient was released from hospital 39 days after surgery.

Case 2: A 2.5-year-old female was admitted to the hospital due to abdominal pain following a motorcycle accident. On admission, the child was alert, the temperature was 38 degrees, abdominal pain. Computed tomography of the abdomen was done, which revealed free fluid in the peritoneal cavity and localized free air in retroperitoneum around third part of duodenum, which was communicating with the lumen. She was resuscitated for shock and had laparotomy 17 hours after the impact. The isolated duodenum rupture at D2-D3, was managed by primary duodenal repair and drainage. After operation, she was stable and discharged after 28 days.

Conclusions: Duodenal rupture due to abdominal trauma is a rare injury in children. Timely diagnosis and treatment will help reduce the risk of complications. Computed tomography plays an important role in the diagnosis of duodenal rupture. Primary repair of the defect without diversion was good outcome.

Keywords: Abdominal injuries; Duodenal rupture; Trauma; Children.

* Corresponding author.

E-mail address: tuannhpsep2007@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i6.382>

Phẫu thuật điều trị chấn thương vỡ tá tràng ở trẻ em: nhân 2 trường hợp

Tô Mạnh Tuấn, Trần Xuân Nam, Trần Hùng, Nguyễn Văn Sáng

Bệnh viện Nhi Trung ương, 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 15 tháng 9 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 22 tháng 09 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 01 tháng 10 năm 2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Vỡ tá tràng do chấn thương ở trẻ em là bệnh rất hiếm gặp, việc chẩn đoán và điều trị sớm rất khó khăn do vị trí sâu phúc mạc của tá tràng, làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong cho trẻ. Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh vỡ tá tràng do chấn thương được phẫu thuật đóng tổn thương tá tràng có kết quả.

Ca bệnh 1: Trẻ nữ 3 tuổi, có đau bụng sau ngã đập bụng vào tay lái xe máy. Trẻ được chuyển đến bệnh viện địa phương, chụp cắt lớp vi tính cho hình ảnh vỡ tá tràng và phẫu thuật khâu vỡ tá tràng 23 giờ sau chấn thương, qua đường trắng bụng bên phải. Ngày 3 sau mổ, trẻ có biểu hiện nhiễm trùng tiến triển, được chuyển đến Bệnh viện Nhi Trung ương. Trẻ được lọc máu, đặt ECMO. Ngày 11 sau chấn thương có rò dịch tiêu hóa qua vết mổ. Trẻ được mổ lần 2, tổn thương vỡ rộng D3-4 tá tràng, được nối tá - hồi tràng. Sau mổ, tá tràng liền thì đầu và trẻ được ra viện sau mổ 39 ngày.

Ca bệnh 2: Trẻ nữ 2,5 tuổi, đến viện do ngã, tay lái xe máy đập vào bụng. Tình trạng khi vào viện trẻ tỉnh, có đau bụng vùng rốn, không nôn. Chụp cắt lớp vi tính bụng có dịch tự do ổ bụng, khí, dịch quanh D3 tá tràng. Trẻ có biểu hiện sốc, được hồi sức và phẫu thuật giờ 17 sau chấn thương. Tổn thương vỡ D2-D3 tá tràng, vết thương được khâu kín 1 lớp. Sau mổ, không có biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ là 28 ngày.

Kết luận: Vỡ tá tràng do chấn thương bụng là tổn thương hiếm gặp ở trẻ em. Phát hiện và xử trí kịp thời sẽ góp phần giảm nguy cơ biến chứng. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán vỡ tá tràng. Phẫu thuật khâu tổn thương tá tràng ở trẻ em cho kết quả phục hồi tốt.

Từ khóa: Chấn thương bụng; Vỡ tá tràng; Trẻ em.

I. Đặt vấn đề

Chấn thương tá tràng ở trẻ em là tổn thương hiếm gặp, chiếm 2-10% chấn thương bụng kín ở trẻ em [1-3]. Nguyên nhân gây chấn thương tá tràng ở trẻ em phần lớn xảy

ra do chấn thương bụng kín trong tai nạn giao thông, thể thao, chấn thương trực tiếp vào bụng vùng trên rốn hoặc do tình trạng bạo hành, trái ngược với nguyên nhân chấn thương tá tràng người lớn do vết thương xuyên thấu chiếm đa số (79%) [4-6].

Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của chấn thương vỡ tá tràng ở trẻ em khá đa dạng, phụ thuộc vào mức độ tổn thương và thời gian

* Tác giả liên hệ

E-mail address: tuannhpsep2007@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i6.382>

diễn biến, làm cho việc chẩn đoán, điều trị sớm trước 24 giờ để giảm thiểu biến chứng là thách thức cho các thầy thuốc vì nguy cơ biến chứng cũng như tử vong đến 30%. Biến chứng chấn thương vỡ tá tràng bao gồm nhiễm trùng huyết, áp xe ổ bụng, tắc tá tràng, viêm tụy tái diễn, rò tá tràng [3-5].

Mặt khác tá tràng vỡ do chấn thương có thể biểu hiện muộn sau chấn thương. Lai tại Đài loan, năm 2020 báo cáo ca bệnh chấn thương vỡ tá tràng sau khi đã mổ khâu vỡ dạ dày 2 ngày trước, cho thấy sự khó khăn trong chẩn đoán, điều trị chấn thương vỡ tá tràng [7].

Garside tại Anh (2018) mô tả ở trẻ trai 11 tuổi, bị chấn thương bụng trên phải, được khám, theo dõi ngay sau chấn thương. Ngày thứ ba, trẻ có đau bụng tăng, phẫu thuật thấy tổn thương rách 50% ống mật chủ và 75% tá tràng [8].

Điều trị phẫu thuật chấn thương vỡ tá tràng thường liên quan nhiều các kỹ thuật phức tạp như chuyển hướng, mở thông hồng tràng, nối vị tràng. Tuy nhiên, xu thế khâu phục hồi thương tổn gần đây cho thấy có hiệu quả ở trẻ em [4][9]. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp vỡ tá tràng do chấn thương bụng kín, được phẫu thuật qua đường mổ trắng giữa bụng, khâu tổn thương vỡ tá tràng có hiệu quả.

II. Ca bệnh

Ca bệnh 1

Phan T.B.K, nữ 3 tuổi, cân nặng 12,5kg (ID:170195812), tiền sử bình thường. Trẻ bị ngã đập bụng vào tay lái xe máy, sau ngã trẻ tỉnh, đau bụng vùng rốn tăng dần kèm nôn dịch tiêu hoá. Trẻ được cấp cứu, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng rồi được mổ chữa viêm phúc mạc do vỡ tá tràng 23 giờ sau chấn thương tại bệnh viện địa phương, qua đường mổ bụng trắng bên phải, khâu

phục vết rách tá tràng và dẫn lưu ổ bụng. Ngày thứ 3, trẻ có sốt liên tục, chướng bụng, đại tiện, trẻ được chuyển đến Bệnh viện Nhi Trung ương với tình trạng có sốc nhiễm trùng, suy đa tạng.

Điểm chấn thương (PTS- Pediatric trauma score): 16 điểm.

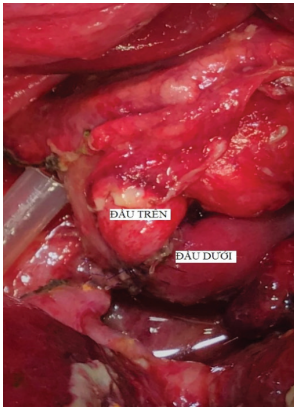
Xét nghiệm: Bạch cầu: 5 giga/l; CRP: 320,6 UI/l.

P-amylase: 183,5UI/l; Lipase: 68,4; GOT: 366,6 UI/l; GPT: 93,3 UI/l;

Siêu âm: Ổ bụng có thâm nhiễm viêm thành bụng 10mm, dịch ổ bụng 5mm. Dịch màng phổi 2 bên 20mm.

Trẻ được hồi sức lọc máu và ECMO 7 ngày, tình trạng nhiễm trùng, suy tạng ổn định, được rút lọc máu, ECMO. Ngày thứ 11 của bệnh, trẻ thở máy, bụng chướng tăng, dẫn lưu ổ bụng ra dịch mật, vết mổ trắng bụng bên phải viêm mủ. Trẻ được phẫu thuật lần 2 qua đường mổ bụng giữa trên – dưới rốn, qua phúc mạc thấy các quai ruột dính, có các ổ mủ, giả mạc ở vết mổ cũ, dưới gan, quanh tá tràng (150ml). Rò dịch mật từ tổn thương tá tràng cũ, tổn thương có hoại tử rộng, chiếm 80% chu vi D3 và D4 tá tràng, không có tổn thương tạng khác. Phẫu thuật cắt lọc tổn thương, đầu trên tá tràng dưới bóng Valter 2cm, đầu dưới được cắt dây chằng Treitz, nối tá – hồng tràng tận tận mũi rời 1 lớp với chỉ PDS 6/0, miệng nối không căng (Hình 1). Dẫn lưu ổ bụng, túi mật và làm sạch vết mổ cũ.

Sau mổ, trẻ tiếp tục thở máy 3 ngày, kháng sinh, nuôi dưỡng tĩnh mạch và có các ổ áp xe cạnh cột sống phải, thành bụng, mông phải được dẫn lưu. Trẻ được ăn đường miệng sau 25 ngày, ra viện sau mổ 39 ngày. Theo dõi sau mổ 3 năm (Hình 2), trẻ ăn uống bình thường, tăng cân (16kg).



Hình 1. Tá tràng sau khâu phục hồi



Hình 2. Khám lại sau mổ 3 năm

Ca bệnh 2

Nguyễn Nhật L, nữ, 25 tháng tuổi, cân nặng 13 kg (ID:210015665), tiền sử bình thường. Trẻ bị ngã từ xe máy, sau chấn thương trẻ tỉnh, đau bụng và nôn thức ăn. Trẻ được chuyển đến Bệnh viện Nhi Trung ương sau ngã 6 giờ. Tình trạng khi vào viện: trẻ tỉnh, da niêm mạc hồng, nhiệt độ 38 độ, không nôn, có vết bầm thương vị, đau vùng rốn, bụng chướng mềm, không có phản ứng.

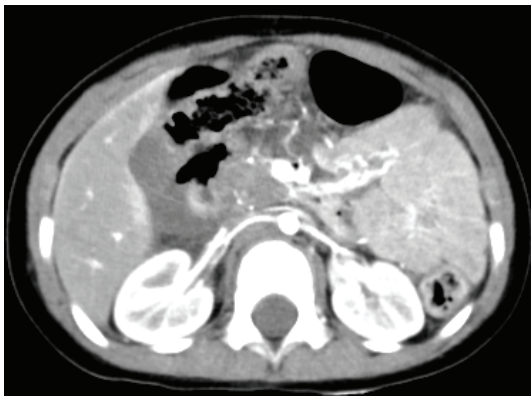
Điểm chấn thương (PTS- Pediatric trauma score): 16 điểm.

Xét nghiệm: Bạch cầu: 30 giga/l; CRP: 0,6 UI/l.

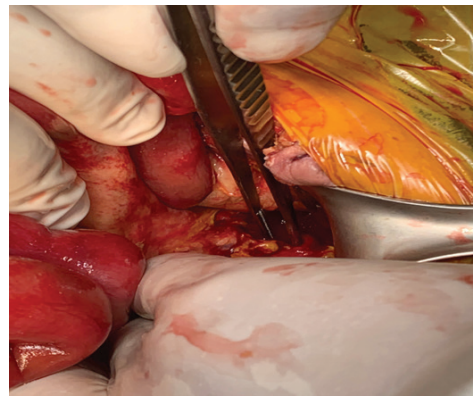
P-amylase: 183,5UI/l; Lipase: 611,8; GOT: 99,4 UI/l; GPT: 57,5 UI/l;

Siêu âm ổ bụng: Ổ bụng có các ổ dịch không đồng nhất.

Hình CLVT ổ bụng phát hiện 23mm dịch tự do ổ bụng, dịch quanh túi mật, có dịch – khí sau phúc mạc. Không phát hiện khí tự do trong ổ bụng.



Hình 3. Hình khí quanh tá tràng, sau phúc mạc bờ tá tràng nham nhở (mũi tên) ở phim CLVT



Hình 4. Diện vỡ tá tràng D2-D3, chiếm 75%.

Trẻ có biểu hiện sốc, được hồi sức và phẫu thuật giờ 17 sau chấn thương. Đường mổ bụng giữa trên rốn, ổ bụng có diện máu tụ từ góc hồi manh tràng đến đại tràng ngang kèm theo có

50ml dịch mật tự do trong ổ bụng. Thực hiện thủ thuật Kocher thấy diện vỡ chéo tá tràng D2 – D3 chiếm 75%, không có tổn thương bóng Valter và tổn thương khác. Phẫu thuật làm sạch diện vỡ tá tràng, khâu diện vỡ 1 lớp bằng chỉ PDS 6/0 không căng, dẫn lưu túi mật, dẫn lưu ổ bụng. Sau mổ trẻ thở máy, nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh. Trẻ được ăn qua sonde dạ dày ngày 5, ăn đường miệng ngày 10 sau phẫu thuật. Trẻ ra viện sau 28 ngày không có biến chứng. Khám lại sau 3 tháng, trẻ ăn bình thường, lên cân (14kg).

III. Bàn luận

Chấn thương tá tràng vỡ là bệnh rất hiếm gặp ở trẻ em, do vị trí giải phẫu tá tràng nằm sâu trong ổ bụng, nên thường có tổn thương phối hợp làm cho việc chẩn đoán, điều trị gặp nhiều khó khăn, làm tăng nguy cơ biến chứng và thời gian chăm sóc và tử vong [1][2][3][4].

Tỉ lệ mắc dưới 1% các bệnh nhân chấn thương hay 2% -10% trẻ bị chấn thương bụng kín. Độ tuổi trung bình thường gặp 8,35 ± 3,9 tuổi. Giới nam chiếm đa số (60%- 62%). Nguyên nhân gây vỡ tá tràng ở trẻ em chủ yếu do chấn thương trực tiếp vào vùng bụng trên khi bị tai nạn xe cơ giới (35%), tai nạn xe đạp (22%), do bạo hành chiếm 20% và tai nạn xe địa hình chiếm 12%. Trái ngược với nguyên nhân vỡ tá tràng của người trưởng thành, thường do vết thương xuyên thấu (79%-80%) [3][4][5].

Cơ chế vỡ tá tràng do chấn thương ở trẻ em phần lớn do chấn thương bụng kín tác động của lực trực tiếp vào thành bụng, chủ yếu là góc trên bên phải, đẩy tá tràng về phía cột sống cứng như tác động của vô lăng ô tô hoặc tay lái xe đạp, xe máy, gậy, hay lạm dụng. Ngoài ra, có một số do các vết thương hỏa khí hay dị vật tiêu hóa [3][4][5][6][7][8]. Hai ca bệnh của chúng tôi đều là nữ giới, bị tai nạn

ngã xe với tay lái đập vào bụng trên và không có tổn thương khác.

Triệu chứng lâm sàng trẻ có chấn thương vỡ tá tràng, tùy thuộc mức độ tổn thương có các triệu chứng như: nôn, nôn máu, đau thượng vị. Đau tăng khi kích thích phúc mạc và lan xuống vùng lưng thấp, một số có đau lưng. Ít gặp hơn là tình trạng viêm phúc mạc, hay chướng thượng vị với giảm hay mất tiếng nhu động ruột. Sốt, nhịp tim nhanh. Thăm trực tràng có thể có triệu chứng tràn khí sau phúc mạc lan xuống trước xương cụt, có thể có triệu chứng đau tinh hoàn và cương đau dương vật do kích thích sợi giao cảm theo đường mạch sinh dục ở bệnh nhân nam [1][5]. Tuy vậy, đau có cơ cứng thành bụng được thấy ở 20% bệnh nhân, biểu hiện sốc có 19% trẻ, triệu chứng lâm sàng có thể không có sớm ngay sau chấn thương ở 10% trẻ có chấn thương tá tràng [3].

Triệu chứng cận lâm sàng cho chấn thương vỡ tá tràng với hình chụp x quang bụng có thể thấy hơi tự do ổ bụng, chụp x quang với thuốc cản quang uống có thể cho thấy hình ảnh thuốc thoát ra ổ bụng hay sau phúc mạc. Hình CLVT có thể cho thấy hình máu tụ tá tràng, dịch sau phúc mạc, dịch tự do ổ bụng, khí ổ bụng, mức dịch khí ổ bụng và các tổn thương phối hợp. Nghiên cứu của Gutierrez năm 2012, với 54 bệnh nhân cho thấy dịch tự do ổ bụng 100%, khí tự do ổ bụng thấy 52%, thuốc cản quang uống thoát vào ổ bụng ở 18%, thành ruột dày ở 52% bệnh nhân [3]. Hình CLVT có thuốc cho hình ảnh chẩn đoán có độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 88% [8].

Siêu âm bụng có thể cho thấy hình ảnh dịch ổ bụng, khối máu tụ tá tràng, tổn thương tạng khác [2].

Vỡ tá tràng do chấn thương bụng kín thường có số bạch cầu, men tụy tăng ngay sau khi bị chấn thương [3][5].

Vỡ tá tràng do chấn thương ở trẻ có đến 75% có kèm theo tổn thương tạng khác, có đến 30% có đa chấn thương và chỉ có 25% có tổn thương tá tràng đơn thuần, làm khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị [4][5][8]. Hai ca bệnh của chúng tôi không có tổn thương phối hợp, đều có xuất hiện đau bụng sau chấn thương, xét nghiệm trong 12 giờ đầu có số bạch cầu, men tụy tăng. Một trẻ 25 tháng tuổi, có biến chứng sau mổ với nhiễm

trùng, suy đa tạng phải lọc máu, chạy ECMO sau mổ chữa lần đầu tại y tế cơ sở.

Tổn thương tá tràng do chấn thương có thể chỉ tụt máu hay vỡ hoàn toàn hay kèm theo tổn thương tụy, đường mật làm cho việc điều trị trở nên đa dạng. Phân độ chấn thương tá tràng của Moore năm 1990, dựa vào mức độ tổn thương lan rộng tới các lớp của tá tràng và tạng liên quan đã được ứng dụng rộng rãi, góp phần đưa ra chỉ định điều trị thích hợp (Bảng 1) [1].

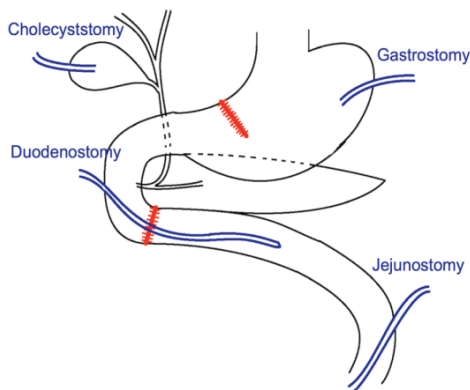
Bảng 1: Phân độ chấn thương tá tràng

Độ chấn thương	Loại chấn thương	Đặc điểm chấn thương
I	Tụ máu	Tụ máu 1 đoạn tá tràng
	Rách	Rách không hết chiều dày tá tràng, chưa thủng
II	Tụ máu	Tụ máu nhiều đoạn tá tràng
	Rách	Rách < 50 % chu vi tá tràng, đã thủng tá tràng
III	Rách	Rách 50-75% chu vi của D2 tá tràng
		Rách 50-100% một trong các đoạn D1, D3, D4
IV	Rách	Rách > 75% chu vi của D2 tá tràng
		Tổn thương bóng Valter hoặc phần xa của đường mật
V	Rách	Chấn thương nặng và tá tràng, đầu tụy
	Mạch máu	Tổn thương mạch máu tá tràng

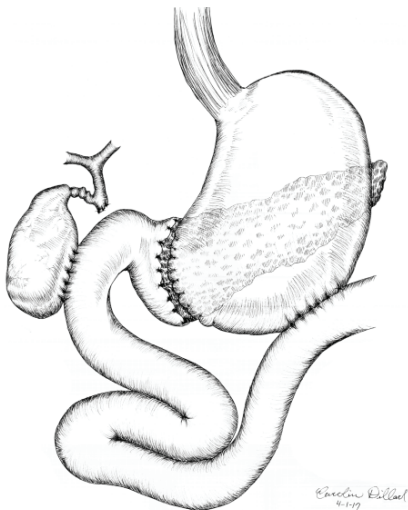
Tổn thương độ I, với khối máu tụ tá tràng chẩn đoán qua hình chụp CLVT, đa phần điều trị bảo tồn bằng đặt sonde dạ dày, nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch. Khi khối máu tụ lớn, gây chèn ép, nếu kéo dài thì can thiệp dẫn lưu khối máu tụ qua siêu âm hay phẫu thuật. Khối máu tụ chiếm khoảng 50% lòng tá tràng thì hầu như không cần can thiệp, nhưng khối chiếm >75% có thể cân nhắc nối dạ dày – hồng tràng để giảm ứ đọng qua tá tràng [3][4][5].

Thương tổn gây rách thủng tá tràng sẽ cần được can thiệp ngay và tùy theo mức độ tổn thương mà phẫu thuật viên cân nhắc kỹ thuật sử dụng. Tổn thương độ II, can thiệp đóng kín vết rách đảm bảo không bị căng,

co kéo với đường khâu ngang được ưa dùng. Tổn thương độ III, có thể đóng kín thì đầu khi không quá căng, hay dùng quai Roux-en-Y khi tổn thương lớn, khó khăn khi di chuyển đoạn 2 tá tràng. Tổn thương đoạn 1 – 2 tá tràng độ III có thể cắt bỏ hang vị và nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2 [5]. Phẫu thuật nội soi khâu vỡ tá tràng cũng được sử dụng, cân nhắc khi thời gian phát hiện sớm, ổ bụng tương đối sạch [10]. Phẫu thuật khâu vỡ tá tràng độ III phát hiện ngày thứ 2 sau khi mổ khâu vỡ dạ dày có sử dụng các mở thông (Dạ dày, túi mật, tá tràng, hồng tràng) cho kết quả tốt của tác giả Lai năm 2020 (Hình 5) [7].



Hình 5. Lược đồ phẫu thuật chấn thương vỡ dạ dày và tá tràng; Lai (2020) [7].



Hình 6. Cắt 1 phần khối tá tụy; Nối tụy-tá tràng; Nối mật - hồng tràng; Nối dạ dày-hồng tràng. Hyser 2019 [11];

Kato và cộng sự cũng báo cáo ca bệnh năm 2020, trẻ trai 3 tuổi bị bạo hành, có chấn thương đứt ngang tá tràng ở D3, dưới bóng Valter, phẫu thuật đóng đầu xa, nối đầu gần với hồng tràng theo Albert-Lambert cũng cho thêm một sự chọn lựa cho điều trị vỡ tá tràng ở trẻ [6].

Phẫu thuật chữa vỡ tá tràng độ IV khi đường mật và tụy không bị tổn thương thì có thể chỉ cần đóng kín tổn thương. Nếu có tổn thương ống mật, tụy thì phẫu thuật như độ V, bao gồm các kỹ thuật sử dụng quai Roux-

en-Y, hay phẫu thuật cắt khối tá tụy (Whipple). Cắt một phần khối tá tụy (Whipple cải biên) đã được Hyser và cộng sự báo cáo của năm 2019 khi phẫu thuật cho trẻ trai 18 tháng tuổi, có vỡ tá tràng và vỡ ngang thân tụy, được cắt bỏ đầu tụy và phần tá tràng, nối tá tràng và tụy còn lại, nối mật hồng tràng và nối dạ dày hồng tràng (Hình 6) [11].

Hai ca bệnh của chúng tôi đều là vỡ tá tràng độ III, rách 75-80% chu vi của tá tràng và không có tổn thương các tạng khác kèm theo. Chúng tôi sử dụng kỹ thuật khâu tổn thương (với ca bệnh thứ 2) trong 24 giờ đầu hoặc nối tá hồng tràng (với ca bệnh 1) có kèm theo dẫn lưu túi mật. Đặc biệt, ca bệnh thứ nhất đã được mổ khâu vỡ tá tràng tại cơ sở y tế khác, chúng tôi đã cắt lọc tổ chức dập nát làm miệng nối tá - hồng tràng ngày 11 sau chấn thương, đảm bảo miệng nối không bị căng, tưới máu tốt cho phép liền thì đầu không có rò.

Biến chứng ở bệnh nhân thứ nhất với tình trạng nhiễm trùng, suy đa phủ tạng sau khi được mổ chữa tại địa phương, phải lọc máu, chạy ECMO và có áp xe ổ bụng sau mổ lần 2 cho thấy nguy cơ cao của nhiễm trùng, nhiễm độc do khó khăn trong đánh giá liền vết thương tá tràng.

Thời gian được ăn đường miệng sau mổ phụ thuộc nhiều vào tổn thương, trong 2 ca bệnh của chúng tôi, ca 1 có biến chứng nhiễm trùng, được mổ lần 2 sau chấn thương 11 ngày, làm miệng nối tá- hồng tràng có thời gian ăn được đường miệng sau mổ 25 ngày, dài hơn so với ca bệnh 2 được mổ chữa trong 24 giờ sau chấn thương được ăn ngày 10 sau mổ. Gutierrez, tại Hoa kì khi mổ chữa chấn thương vỡ tá tràng cho trẻ em thì thời gian ăn được sau mổ trung bình 24,91 20,36 ngày [3].

Thời gian điều trị sau mổ ca bệnh thứ nhất kéo dài đến 39 ngày, liên quan nhiều đến tình

trạng can thiệp muộn, có nhiễm trùng nặng, áp xe trong ổ bụng, thành bụng, lưng là biến chứng thường gặp trong vỡ tá tràng, so với bệnh nhân thứ hai được ra viện sau 28 ngày khi được chẩn đoán và mổ sớm trong 24 giờ sau chấn thương. Thời gian nằm viện sau mổ vỡ tá tràng do chấn thương trung bình 32 ngày (6- 109 ngày) theo báo cáo của Clendenon năm 2004, trong đó biến chứng chiếm chỉ 29% với trẻ được mổ trước 24 giờ và chiếm 43% ở nhóm trẻ có mổ sau chấn thương 24 giờ. Các biến chứng thường gặp như viêm tụy, nhiễm trùng máu, bục vết khâu tá tràng, áp xe ổ bụng, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột... [1] [3].

IV. Kết luận

Vỡ tá tràng do chấn thương bụng là tổn thương hiếm gặp ở trẻ em. Phát hiện và xử trí kịp thời sẽ góp phần giảm nguy cơ biến chứng. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán vỡ tá tràng. Phẫu thuật khâu tổn thương tá tràng ở trẻ em cho kết quả phục hồi tốt.

Tài liệu tham khảo

- [1] Clendenon JN, Meyers RL, Nance ML et al. Management of Duodenal Injuries in Children. *J Pediatr Surg* 2004;39(6):964-968. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2004.02.032>
- [2] Hassan ME, Waly A, Lotfy WE. Duodenal Injury after Blunt Abdominal Trauma in Children: Experience with 22 Cases. *Annals of Pediatric Surgery* 2006;2(2):99-105.
- [3] Gutierrez IM, Mooney DP. Operative blunt duodenal injury in children: a multi-institutional review. *J Pediatr Surg* 2012;47(10):1833–1836. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.04.013>
- [4] Goh B, Soundappan SSV. Traumatic duodenal injuries in children: a single-centre study. *ANZ J Surg* 2021;91(1-2):95–99. <https://doi.org/10.1111/ans.16502>
- [5] Perisse JPCS, Rocha ALCMR, Coelho RL, et al. Duodenal Laceration Due to Blunt Trauma Caused by Horse Kick: A Case Report and Literature Review. *Am J Case Rep* 2020;21:e927461. <https://doi.org/10.12659/AJCR.927461>
- [6] Kato H, Mitani Y, Goda T et al. A case of pediatric duodenal transection caused by abuse successfully treated by duodenojejunostomy. *Acute Medicine & Surgery* 2020;7:e541
- [7] Lai CC, Huang HC, Chen RJ. Combined stomach and duodenal perforating injury following blunt abdominal trauma: a case report and literature review. *BMC Surgery* 2020;20:217. <https://doi.org/33008373:10.1186/s12893-020-00882-w>
- [8] Garside G, Khan O, Mukhtar Z et al. Paediatric duodenal injury complicated by common bile duct rupture due to blunt trauma: a multispecialist approach. *BMJ Case Rep* 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-225221>.
- [9] Telfah MM. Isolated duodenal rupture: primary repair without diversion; is it safe? Review of literature. *BMJ Case Rep* 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-215251>
- [10] Huang CL, Lee JY, Chang YT. Early laparoscopic repair for blunt duodenal perforation in an adolescent. *J Pediatr Surg* 2012;47: E11–E14.
- [11] Hyser E, Sahhar HS, Woollen C. Modified Whipple on an 18-month-old with traumatic pancreatic transection and duodenal rupture. *Trauma Case Reports* 2019;23: 100241. <https://doi.org/10.1016/j.tcr.2019.100241>