

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluation of results of non-operative management of spleen rupture due to blunt abdominal trauma at 108 Military Central Hospital

Vũ Văn Quang, Lê Văn Thành, Nguyễn Hoàng Ngọc Anh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ lách trong chấn thương bụng kín. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu và mô tả không có nhóm chứng các trường hợp vỡ lách trong chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn, từ tháng 06 năm 2015 đến tháng 01 năm 2021, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Có 161 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín nhập viện, trong đó: 142 (88,2%) bệnh nhân được điều trị bảo tồn và 19 (11,8%) bệnh nhân phải mổ cắt lách cấp cứu. Tuổi trung bình là $37,42 \pm 14,83$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3,3; tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra vỡ lách (73,95%). Các triệu chứng lâm sàng: Đau bụng (100%), chướng bụng (73,24%), sờ sát thành bụng (58,45%) và cảm ứng phúc mạc (13,38%); tổn thương phổi hợp hay gặp nhất là chấn thương ngực kín (12,97%). Siêu âm: Dịch ổ bụng (92,96%), tổn thương nhu mô (69,01%). Chụp cắt lớp vi tính: Dịch ổ bụng (96,48%), vị trí đường vỡ lách (78,87%), tụ máu trong lách (53,52%), tụ máu dưới bao (10,56%) và thoát chất cản quang (2,82%); vỡ lách độ II và III chiếm phần lớn với tỷ lệ lần lượt là: 26,76% và 59,86%. Điều trị bảo tồn thành công: 140 (98,59%) bệnh nhân và 02 (1,41%) bệnh nhân thất bại phải chuyển mổ cắt lách. Tỷ lệ bệnh nhân cần truyền máu (29,58%). Thời gian nằm viện trung bình: $8,47 \pm 3,97$ ngày. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương bụng kín là an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: Chấn thương bụng kín, vỡ lách, điều trị bảo tồn.

Summary

Objective: To evaluate the results of non-operative management of blunt spleen trauma. **Subject and method:** This study was conducted descriptively, retrospective, and prospectively without a control group of the cases who non-operative management of blunt spleen trauma from June 2015 to January 2021 at 108 Military Central Hospital. **Result:** A total of 161 patients were admitted with blunt spleen trauma; 142 were treated with non-operative management and 19 with emergency splenectomy. The mean age was 37.42 ± 14.83 years old, the male/female ratio was 3.3, a traffic accident was the main cause of spleen rupture (73.95%). Clinical symptoms: Abdominal pain (100%), abdominal distention (73.24%), abdominal wall injury (58.45%), and peritoneal tenderness (13.38%); the most common associated injury was blunt chest trauma (12.97%). Ultrasound: Fluid abdomen (92.96%), parenchymal lesions (69.01%). Computed

Ngày nhận bài: 17/9/2021, ngày chấp nhận đăng: 01/10/2021

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

tomography: Abdominal fluid (96.48%), location of splenic rupture (78.87%), intrasplenic hematoma (53.52%), subcapsular hematoma (10.56%), and contrast blush (2.82%), grade II and III splenic rupture accounted for the majority with rates of 26.76% and 59.86%, respectively. Successful non-operative management: 140 (98.59%) patients and 02 (1.41%) patients failed had to switch to splenectomy. The proportion of patients requiring blood transfusion (29.58%). The average length of hospital stay was 8.47 ± 3.97 days. *Conclusion:* Non-operative management of splenic rupture due to blunt abdominal trauma is safe and effective with a high success rate.

Keywords: Blunt abdominal trauma, spleen rupture, non-operative management.

1. Đặt vấn đề

Vỡ lách là một tổn thương hay gặp trong chấn thương bụng kín, chiếm khoảng 42% và nguyên nhân thường do tai nạn giao thông; tuy nhiên, cũng có thể do ngã, các hoạt động liên quan đến thể thao hoặc bị hành hung. Tại Mỹ, hàng năm có khoảng 40.000 BN bị vỡ lách và 10 - 15% trong số đó được phẫu thuật cắt lách, nguyên nhân chủ yếu do sốc mất máu và chảy máu tiếp diễn [1], [2].

Trước đây, phẫu thuật cắt lách được coi là tiêu chuẩn vàng để điều trị cho tất cả các trường hợp vỡ lách ngay cả khi chỉ là một tổn thương nhẹ [1]. Hiện nay, điều trị bảo tồn vỡ lách ngày càng được áp dụng rộng rãi với tỷ lệ thành công lên đến trên 90% do những hiểu biết ngày càng sâu hơn về chức năng của lách, sự tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, hồi sức và can thiệp mạch [1], [2], [3].

Tại Việt Nam, điều trị bảo tồn vỡ lách cũng được nhiều tác giả nghiên cứu, áp dụng ở những cơ sở ngoại khoa lớn và đem lại những kết quả tốt như Trần Ngọc Dũng có tỷ lệ thành công là 92,6% [4], Trần Văn Đáng là 95,78% [5].

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã tiến hành điều trị bảo tồn vỡ lách từ rất sớm. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu cơ bản nào được báo cáo; vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả những bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín được chẩn đoán và chỉ định điều trị bảo tồn, từ tháng 06 năm 2015 đến tháng 01 năm 2021 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu, mô tả không có nhóm chứng

Chỉ định điều trị bảo tồn

Huyết động: Ổn định từ khi nhập viện hoặc ổn định sau hồi sức.

Mức độ vỡ lách: Độ I đến độ IV.

Vỡ lách đơn thuần hoặc phối hợp với các tạng trong và/hoặc ngoài ổ bụng.

Không phát hiện tổn thương tạng ổ bụng phối hợp phải mổ.

Chỉ định chụp mạch: Vỡ lách độ III, IV theo phân loại của Hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (American Association for Surgery of Trauma - AAST), có hình ảnh thoát thuốc cản quang hoặc lượng dịch ổ bụng mức độ nhiều trên cắt lớp vi tính (CLVT) ở những bệnh nhân huyết động ổn định.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, tổn thương kết hợp, lâm sàng, cận lâm sàng, phân độ vỡ lách, kết quả điều trị bảo tồn, tỷ lệ truyền máu và thời gian nằm viện.

Chẩn đoán xác định vỡ lách dựa vào CLVT. Phân độ vỡ lách theo Hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST) năm 1994 [6].

Kết quả điều trị được chia thành hai nhóm thành công và thất bại.

Thành công: Là các bệnh nhân vỡ lách đơn thuần và/hoặc phối hợp được chỉ định điều trị bảo tồn bằng nội khoa và/hoặc kết hợp với can thiệp mạch thành công, không phải mổ để thăm dò và/hoặc xử lý tổn thương trong ổ bụng.

Thất bại: Là các bệnh nhân vỡ lách đơn thuần và/hoặc phối hợp được chỉ định điều trị bảo tồn bằng nội khoa và/hoặc kết hợp với can thiệp mạch phải chuyển mổ cắt lách hoặc để thăm dò và/hoặc xử lý tổn thương trong ổ bụng.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)	37,42 ± 14,83 (12 - 73)
Giới, n (%)	
Nam	109 (76,76)
Nữ	33 (24,24)
Nguyên nhân chấn thương, n (%)	
Tai nạn giao thông	105 (73,95)
Tai nạn sinh hoạt	27 (19,01)
Tai nạn lao động	10 (7,04)
Tổn thương phối hợp, n (%)	
Tạng trong ổ bụng	69 (48,56)
Tạng ngoài ổ bụng	22 (15,48)
	47 (33,08)

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân (BN): 37,42 ± 14,83 tuổi, nam chiếm đa số (76,76%), tai nạn giao thông là nguyên nhân chính của vỡ lách (73,95%), tổn thương phối hợp (48,56%).

3.2. Lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng toàn thân

Tất cả các bệnh nhân nhập viện cho thấy: 57,04% BN có chỉ số mạch ở giới hạn bình thường, 26,76% BN mạch từ 90 - 110 lần/phút và 16,20% BN có mạch > 100 lần/phút. Không có trường hợp nào huyết áp tâm thu khi < 60mmHg, 91,55% BN có huyết áp tâm thu > 90mmHg, 8,45% BN có huyết áp tâm thu từ 60 - 90mmHg.

3.2.2. Lâm sàng

Bảng 2. Lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	Số BN (n = 142)	Tỷ lệ %
-------------------	-----------------	---------

Sây sát thành bụng	83	58,45
Chướng bụng	104	73,24
Cảm ứng phúc mạc	19	13,38
Đau bụng	142	100

Nhận xét: Thống kê cho thấy tất cả bệnh nhân đều có đau bụng (100%), chướng bụng (73,24%), sây sát thành bụng (58,45%) và cảm ứng phúc mạc (13,38%).

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Xét nghiệm máu

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng hồng cầu trung bình: $4,22 \pm 0,68$ (2,23 - 6,05) T/l, huyết sắc tố trung bình: $123,67 \pm 19,44$ (59,0 - 160,0) g/l, dung tích hồng cầu trung bình: $37,2 \pm 5,49$ (18,6 - 47,3) % khi nhập viện.

3.3.2. Siêu âm

Bảng 3. Siêu âm

Kết quả siêu âm	Số BN (n = 142)	Tỷ lệ (%)
Dịch tự do trong ổ bụng	132	92,96
Đường vỡ	13	9,15
Máu tụ trong lách	34	23,94
Dập lách	51	35,92

Nhận xét: Kết quả cho thấy 92,96% BN có dịch ổ bụng, 35,92% BN có hình ảnh dập lách, 23,94% BN có khối máu tụ trong lách và 9,15% BN thấy đường vỡ lách.

3.3.3. Cắt lớp vi tính

Bảng 4. Các tổn thương lách trên CLVT

Kết quả CLVT	Số BN (n = 142)	Tỷ lệ %
Dịch ổ bụng	137	96,48
Máu tụ trong lách	76	53,52
Tụ máu dưới bao	15	10,56
Dập lách	58	40,84
Vị trí đường vỡ	112	78,87
Thoát chất cản quang	4	2,82

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy 96,48% BN có dịch ổ bụng, 78,87% BN thấy vị trí đường vỡ lách và chỉ có 2,82% BN có thoát chất cản quang.

Bảng 5. Phân độ vỡ lách trên chụp CLVT

Phân độ vỡ lách	Số BN (n = 142)	Tỷ lệ %
Độ I	7	4,93

Độ II	38	26,76
Độ III	85	59,86
Độ IV	12	8,45
Tổng	142	100

Nhận xét: Thống kê cho thấy độ III hay gặp nhất (59,86%), tiếp theo là độ II (26,76%), độ I (4,93%) và độ IV (8,45%).

3.4. Kết quả điều trị

3.4.1. Kết quả điều trị theo mức độ tổn thương lách

Bảng 6. Kết quả theo mức độ tổn thương lách

Phân độ	Số BN (n)	Thành công		Thất bại	
		Số BN (n)	Tỷ lệ %	Số BN (n)	Tỷ lệ %
I	7	7	100	0	0
II	38	38	100	0	0
III	85	84	98,82	1	1,18
IV	12	11	91,67	1	8,33
Cộng	142	140	98,59	2	1,41

Nhận xét: Kết quả cho thấy: Điều trị thành công bảo tồn (98,59%), tỷ lệ thành công độ I (100%), độ II (100%), độ III (98,82%), độ IV (91,67%). Tỷ lệ thất bại (1,41%).

3.4.2. Truyền máu

Thống kê cho thấy có tới 42 (29,58%) BN cần phải truyền máu, lượng máu trung bình truyền: $855,95 \pm 440,09$ ml; trong đó số lượng bệnh nhân truyền máu nhiều nhất là độ III với 30/85 BN, độ IV: 5/12 BN, độ II: 6/38 BN và độ I là 1/7 BN.

3.4.3. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình: $8,47 \pm 3,07$ ngày, dài nhất: 23 ngày và ngắn nhất: 3 ngày; trong đó thời gian nằm viện dài ngày chủ yếu nhóm vỡ lách độ III và độ IV lần lượt: $8,91 \pm 3,18$ và $8,17 \pm 2,37$ ngày.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu, vỡ lách gặp ở bệnh nhân với nhiều lứa tuổi khác nhau từ nhỏ nhất là 12 tuổi đến nhiều tuổi nhất là 73 tuổi, tuổi trung bình là $37,42 \pm 14,83$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 3,3:1, nguyên nhân vỡ lách đứng đầu là tai nạn giao thông (73,95%), điều này phù hợp với nhiều thống kê trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

Tác giả Trần Ngọc Dũng [4], nghiên cứu 185 BN điều trị bảo tồn lách cho thấy: Tuổi trung bình: $30,75 \pm 15,51$ tuổi, nhỏ nhất là 4 tuổi và cao nhất là 92 tuổi. Nam chiếm đa số (77,3%), tai nạn giao thông gặp nhiều nhất (62%).

Theo báo cáo của Jabbour [7], điều trị bảo tồn cho 191 BN vỡ lách cho thấy: Tuổi trung bình: 29 tuổi; nam chiếm tới 85,9%, tai nạn giao thông (70,5%).

Vỡ lách do nhiều nguyên nhân gây ra. Do đó, vỡ lách có thể là đơn thuần hoặc phối hợp với các tạng khác. Nghiên cứu cho thấy: Có 48,56% BN vỡ lách có tổn thương phối hợp và gặp nhiều nhất là chấn thương ngực (19,72%). Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng [4] cũng cho

thấy, tổn thương phối hợp hay gặp nhất chấn thương ngực (12,97%) và sọ não (9,19%). Tác giả Teuben [8], 83,54% BN có tổn thương kết hợp và phổ biến nhất là chấn thương ngực (43,04%).

Theo các nghiên cứu, nếu có tổn thương tạng đặc khác trong ổ bụng ngoài vỡ lách mà có tổn thương mạch thì vẫn có thể phối hợp với chụp và can thiệp mạch của tạng đó để làm tăng hiệu quả của điều trị bảo tồn; còn với tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng việc điều trị bảo tồn lách có thể thực hiện được ngay cả khi cơ quan khác ngoài ổ bụng cần phải mổ cấp cứu nếu huyết động ổn định [2], [3].

4.2. Lâm sàng

Huyết động là dấu hiệu quan trọng nhất để bác sĩ đưa ra chỉ định mổ hay không mổ trong vỡ lách. Nghiên cứu cho thấy: 57,04% BN nhập viện có mạch ở giới hạn bình thường và 16,20% BN có mạch > 100 lần/phút, không có trường hợp nào huyết áp tâm thu khi nhập viện < 60mmHg, 91,55% BN có huyết áp tâm thu > 90mmHg.

Theo báo cáo của Trần Văn Đáng [5]: 71,57% BN có chỉ số mạch ở giới hạn bình thường và 86,31% BN có huyết áp tâm thu > 90mmHg. Nghiên cứu 124 BN vỡ lách tác giả Coccolini [9] cho thấy: Mạch trung bình lúc vào viện: $90,27 \pm 20,27$ lần/phút, huyết áp trung bình: $113,91 \pm 25,00$ mmHg.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có đau bụng (100%), đau hạ sườn trái chiếm đa số (83,09%), chướng bụng (73,24%), sờ sát thành bụng (58,45%), cảm ứng phúc mạc (13,38%). Theo Trần Văn Đáng [5]: 100% BN có đau bụng, trong đó thường gặp nhất là đau hạ sườn trái (63,15%), cảm ứng phúc mạc (20%) và sờ sát thành bụng (26,31%).

Dấu hiệu thành bụng như: Phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc và co cứng thành bụng, được coi là những dấu hiệu bụng ngoại khoa mà cần được đánh giá nhiều lần và theo dõi sát để tránh bỏ sót tổn thương [3], [4].

4.3. Cận lâm sàng

4.3.1. Xét nghiệm máu

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng hồng cầu trung bình: $4,22 \pm 0,68$ T/l, số lượng hồng cầu > 4T/l chiếm đa số với 69,01%; huyết sắc tố trung bình: $123,67 \pm 19,44$ g/l, 61,97% BN có lượng huyết sắc tố > 120g/l; dung tích hồng cầu trung bình: $37,2 \pm 5,49\%$, 85,92% BN có dung tích hồng cầu > 30%.

Nghiên cứu của Trần Văn Đáng [5], cho thấy số lượng hồng cầu trong máu ngoại vi > 4T/l chiếm đa số với 78,96% BN; 57,78% BN có Hb > 120g/l, 75,78% BN có dung tích hồng cầu > 30%.

Tác giả Coccolini [9] tổng kết 124 BN được điều trị bảo tồn vỡ lách cho thấy: Hb trung bình khi đến viện: $125,3 \pm 25,3$ g/l.

Như vậy, mức độ thiếu máu trên xét nghiệm không phụ thuộc hoàn toàn vào tình tạng vỡ lách, mà nó còn phụ thuộc vào tổn thương kết hợp, bệnh nhân đến sớm hay muộn, có được sơ cứu hay không, hình thái tổn thương ra sao..., do đó cần phải làm lại công thức máu khi bệnh nhân đã được bù đủ dịch hoặc phải làm lại khi thấy mức độ mất máu trên xét nghiệm không tương xứng với lâm sàng.

4.3.2. Siêu âm

Siêu âm được coi như là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có tính chất tầm soát ban đầu đặc biệt cho những bệnh nhân đa chấn thương hoặc cho những trường hợp có rối loạn huyết động nặng, nhằm định hướng nguồn gốc mất máu là trong ổ bụng hay không [1], [2]. Nghiên cứu sử dụng siêu âm cho tất cả các trường hợp để tầm soát vỡ lách ngay từ lúc nhập viện, các trường hợp có biểu hiện sốc thì siêu âm tại giường. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 92,96% BN có dịch tự do trong ổ bụng, 35,92% BN có hình ảnh dập lách, 23,94% BN có khối máu tụ trong lách và 9,15% BN thấy đường vỡ lách.

Thống kê của Trần Văn Đáng [5]: Dịch tự do trong ổ bụng chiếm tỷ lệ 94,73%, khối máu tụ trong lách (21,05%); dập lách (4,21%); giả phình động mạch lách trên siêu âm Doppler màu

(07,36%); thấy được đường vỡ lách trên siêu âm (5,26%).

Giá trị của siêu âm khi xác định dịch tự do ổ bụng có ý nghĩa rất lớn với bác sĩ lâm sàng; siêu âm kết hợp với tình trạng huyết động giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra chỉ định phù hợp [1], [3].

4.3.3. Cắt lớp vi tính

Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán vỡ lách đơn thuần và phối hợp trong chấn thương bụng kín. Kết quả nghiên cứu cho thấy 96,48% BN có dịch ổ bụng, 78,87% BN thấy vị trí đường vỡ lách, 53,52% tụ máu trong lách, 40,84% BN dập lách, 10,56% tụ máu dưới bao và chỉ có 2,82% BN có thoát chất cản quang.

Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng [4]: 90,8% BN chụp CLVT có dịch tự do ổ bụng. Tổn thương đưng dập, tụ máu trong nhu mô là nhiều nhất (62,7%), tiếp đến là đường vỡ (55,14%) và hình ảnh thoát thuốc cản quang (7,57%).

Theo các nghiên cứu, hình ảnh chụp CLVT chẩn đoán vỡ lách thì các dấu hiệu tổn thương mạch lách như: Thoát thuốc cản quang, nhồi máu động mạch, giả phình động mạch hay thông động - tĩnh mạch lách đặc biệt là hình ảnh thoát thuốc cản quang là dấu hiệu điển hình của chảy máu đang hoạt động và là dấu hiệu tiên lượng nguy cơ thất bại của điều trị bảo tồn và đòi hỏi phải can thiệp sớm ngay khi huyết động ổn định và ở bất kỳ mức độ chấn thương lách nào [1], [2].

Mức độ dịch tự do ổ bụng có xu hướng tăng dần theo tình trạng tổn thương lách, tuy nhiên còn phụ thuộc vào yếu tố thời gian, hình thái tổn thương. Bản thân mức độ dịch tự do trong ổ bụng không phải là yếu tố độc lập quyết định chỉ định điều trị vỡ lách, nhưng mức độ dịch kết hợp với tình trạng tổn thương là hai yếu tố quan trọng giúp đưa ra chỉ định và tiên lượng kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách.

Phân độ vỡ lách trong nghiên cứu dựa theo phân loại của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (1994) [6]. Nghiên cứu cho thấy vỡ lách

độ III hay gặp nhất (59,86%), độ I (4,93%), độ II (26,76%), và độ IV (8,45%). Tác giả Trần Ngọc Dũng [4]: Vỡ lách độ II và III chiếm phần lớn với kết quả lần lượt là: 34,1% và 48,6%.

Trong nghiên cứu của Tugnoli [10] thấy: Vỡ lách độ I (18,4%), độ II (25,9%), độ III (27%), độ IV (22,2%), độ V (6,5%).

Mức độ vỡ lách không quyết định chỉ định điều trị mà là yếu tố góp phần tiên lượng trong quá trình điều trị, mọi mức độ chấn thương đều có thể điều trị bảo tồn thành công nếu huyết động ổn định. Vỡ lách theo AAST mức độ nặng (IV, V) mà có huyết động ổn định vẫn có thể điều trị bảo tồn; ngược lại, nếu vỡ lách mức độ nhẹ (I, II, III) mà huyết động không ổn định thì vẫn phải mổ [1], [2], [3].

4.4. Kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách

Thành công

Huyết động ổn định như một yếu tố cốt lõi để điều trị bảo tồn thành công. Nhưng đây không phải là chỉ số duy nhất mà còn phụ thuộc nhiều yếu tố khác như: Tuổi của bệnh nhân, tình trạng tổn thương lách, số lượng dịch ổ bụng, tổn thương tạng đặc đồng thời và tổn thương mạch máu lách.

Điều trị bảo tồn trong nghiên cứu bao gồm nội khoa đơn thuần và nội khoa kết hợp với can thiệp mạch, qua 142 BN được chỉ định điều trị bảo tồn có 134 BN điều trị nội khoa đơn thuần và điều trị nội khoa phối hợp với can thiệp mạch thành công 6 BN chiếm 98,59%; trong đó tỷ lệ thành công độ I: 7/7 (100%) BN, độ II: 38/38 (100%) BN, độ III: 84/85 (98,82%) BN, độ IV: 11/12 (91,67%) BN.

Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng [4], bao gồm 185 BN được chỉ định điều trị bảo tồn có 168 BN điều trị nội khoa đơn thuần và 17 BN điều trị nội khoa phối hợp với can thiệp mạch, kết quả thành công: 172 (93,0%) BN, trong đó: Độ I: 5/6 (83,3%) BN, độ II: 60/63 (95,2%) BN, độ III: 85/90 (94,4%) BN, độ IV: 22/26 (84,6%) BN.

Nghiên cứu của Jabbour [7] điều trị bảo tồn lách cho 146 BN, trong đó có 142 BN điều trị nội khoa đơn thuần và 3 BN điều trị nội khoa kết hợp

với can thiệp mạch, cho thấy tỷ lệ thành công: 99,5%. Thống kê của Tugnoli [10] thấy tỷ lệ thành công: 95,83%.

Các nghiên cứu cho thấy: Can thiệp mạch giúp tăng tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bảo tồn cũng như tỷ lệ thành công vỡ lách. Các trung tâm có tỷ lệ can thiệp mạch cao (được định nghĩa là $\geq 10\%$ số BN vỡ lách) có tỷ lệ bảo tồn lách cao hơn đáng kể và ít thất bại hơn, sự khác biệt rõ rệt nhất đối với vỡ lách độ III và IV [2], [3].

Theo Zarzaur [2]: Bất thường mạch máu lách có thể là thoát chất cản quang, giả phình mạch, hoặc thông động tĩnh mạch, có liên quan đến việc tăng tỷ lệ thất bại trong xử trí bảo tồn; các báo cáo cho thấy tỷ lệ thất bại cao hơn từ 11% đến 40% so với những bệnh nhân không có bất thường mạch máu. Do vậy, hầu hết các chuyên gia đồng ý rằng thuyên tắc động mạch lách được chỉ định cho bệnh nhân bị tổn thương lách mà có bất thường mạch máu khi chụp CLVT lúc vào viện.

Thất bại

Theo các nghiên cứu bệnh nhân vỡ lách điều trị bảo tồn bị thất bại phải chuyển mổ gấp ở tất cả các mức độ. Tuy nhiên, phần lớn gặp ở những bệnh nhân có mức độ vỡ lách nặng (III, IV). Theo tác giả Maung [1], tỷ lệ thất bại điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín dao động từ 6 - 20%; phụ thuộc vào tuổi, tình trạng nặng của chấn thương, mức độ tổn thương lách, và quan trọng nhất là sự phù hợp của việc lựa chọn bệnh nhân để điều trị bảo tồn.

Nghiên cứu cho thấy có 2/142 (1,41%) BN điều trị bảo tồn thất bại phải chuyển mổ cấp cứu cắt lách. Trong đó, 01 BN vỡ lách độ IV được điều trị bảo tồn đến ngày thứ 3 có biểu hiện mạch nhanh, huyết áp thấp, đau bụng tăng lên, bụng chướng, xét nghiệm công thức máu giảm; 01 BN vỡ lách độ III được điều trị bảo tồn đến ngày thứ 10 đau bụng dữ dội, có dấu hiệu chảy máu mạch nhanh, huyết áp tụt, đã được mổ cấp cứu cắt lách do vỡ lách thì 2.

Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng [4], có 13/185 (7,02%) BN điều trị bảo tồn thất bại phải chuyển mổ bao gồm: Độ I (1/6 BN), độ II (3/63 BN), độ III (5/85 BN), độ IV (4/22 BN). Tác giả Tugnoli [10] với 216 BN được điều trị bảo tồn thì có 9 (4,17%) BN thất bại phải chuyển mổ cấp cứu cắt lách, trong đó: Độ II (1,33%), độ III (6,56%), độ IV (13,63%), độ V (25%).

4.5. Truyền máu

Trong quá trình điều trị, việc truyền máu để cân bằng lại huyết động cũng như các yếu tố đông máu. Tuy nhiên, thời gian và lượng máu truyền phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, trong đó huyết động là quan trọng nhất. Nghiên cứu cho thấy có tới 29,6% BN cần phải truyền máu, lượng máu trung bình truyền: $855,95 \pm 440,09\text{ml}$; trong đó số lượng BN truyền máu nhiều nhất là độ III: 30/85 BN. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Dũng [4] với 22,2% BN phải truyền máu, lượng máu truyền: $622,0 \pm 716,1\text{ml}$ và ít hơn so với tác giả Jabbour [7] với 48,4% BN phải truyền máu và lượng máu truyền trung bình là 4 đơn vị máu.

4.6. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện hoàn toàn phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, mức độ vỡ lách, tổn thương kết hợp. Nghiên cứu cho thấy: Thời gian nằm viện trung bình: $8,47 \pm 3,07$ ngày; trong đó thời gian nằm viện dài chủ yếu nhóm độ III ($8,91 \pm 3,18$ ngày), độ IV ($8,17 \pm 2,37$ ngày), trong khi nhóm độ I và II ngắn hơn lần lượt là: $7,71 \pm 3,45$ ngày và $7,73 \pm 2,86$ ngày. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Tugnoli [10] (6,9 ngày), và ngắn hơn của tác giả Trần Văn Đáng [5] (13 ngày).

5. Kết luận

Nghiên cứu 142 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cho thấy đây là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công cao (98,59%) và không có tử vong.

Tài liệu tham khảo

1. Maung AA, Kaplan JL (2021) *Management of splenic injury in the adult trauma patient*. www.uptodate.com.
2. Zarzaur BL, Rozycki GS (2017) *An update on nonoperative management of the spleen in adults*. Trauma Surg Acute Care Open 2: 1-7.
3. Roy P, Mukherjee R, Parik M (2018) *Splenic trauma in the twenty-first century: Changing trends in management*. Ann R Coll Surg Engl 100: 650-656.
4. Trần Ngọc Dũng (2019) *Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức*. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Văn Đáng (2010) *Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
6. AAST injury scaling and scoring system (2002). *Spleen injury scale*. Table 7 (1994).
7. Jabbour G, Al-Hassani A, El-Menyar A, Abdelrahman H, Peralta R, Ellabib M, Al-Jogol H, Asim M, Al-Thani H (2017) *Clinical and radiological presentations and management of blunt splenic trauma: A Single Tertiary Hospital Experience*. Med Sci Monit 23: 3383-3392.
8. Teuben MP, Spijkerman R, Blokhuis TJ, Pfeifer R, Teuber H, et al (2018) *Safety of selective nonoperative management for blunt splenic trauma: The impact of concomitant injuries*. Patient Safety in Surgery 12: 32.
9. Coccolini F, Fugazzola P, Morganti L et al (2019) *The World Society of Emergency Surgery (WSES) spleen trauma classification: A useful tool in the management of splenic trauma*. World Journal of Emergency Surgery 14: 30.
10. Tugnoli G, Bianchi E, Biscardi et al (2015) *Nonoperative management of blunt splenic injury in adults: There is (still) a long way to go. The results of the Bologna-Maggiore Hospital trauma center experience and development of a clinical algorithm*. Surg Today 45: 1210-1217.