

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN NGỌC DŨNG

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ

**KHÔNG MỔ VỠ LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG
BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC**

Chuyên ngành : Ngoại Tiêu hóa

Mã số : 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. NGUYỄN ĐỨC TIẾN

2. PGS.TS. KIM VĂN VỤ

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng cấp Nhà trường

Họp tại: Trường Đại học Y Hà Nội

Vào hồi:.....giờ.....ngày.....tháng.....năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Hà Nội

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Vỡ lách là một thương tổn hay gặp trong chấn thương bụng kín. Tại nhiều nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam, vỡ lách luôn chiếm một tỷ lệ cao so với chấn thương các tạng khác trong ổ bụng. Tại Mỹ, theo báo cáo của Bjerke H.S và cộng sự, hàng năm có khoảng 1200 bệnh nhân bị chấn thương bụng kín được ghi nhận tại các trung tâm cấp cứu I, trong đó chấn thương lách chiếm 25%.

Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội là tốc độ đô thị hóa nhanh, giao thông phức tạp, tai nạn lao động và sinh hoạt nhiều. Đây là những điều kiện thuận lợi cho sự gia tăng tỷ lệ chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương lách nói riêng. Theo thống kê tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn từ 2001 - 2003, trong 132 trường hợp chấn thương bụng kín phải mổ vì tổn thương tạng đặc thì vỡ lách là nhiều nhất chiếm 31,8%. Tại Bình Dương, trong 2 năm 2006 - 2007, vỡ lách chiếm tỷ lệ 131/358 trường hợp chấn thương bụng kín tương ứng với 36,59%.

Trước đây, tất cả các trường hợp lách vỡ do chấn thương đều được phẫu thuật cắt bỏ, ngay cả khi chỉ là một thương tổn nhẹ. Tuy nhiên, đến giữa thế kỷ XX, việc bảo tồn lách do chấn thương đã được chú ý, đặc biệt sau phát hiện của King và Shumaker về tình trạng nhiễm khuẩn tối cấp gặp trên 5 trẻ em đã bị cắt lách mà ông gọi là “**Hội chứng nhiễm khuẩn tối cấp sau cắt lách**”, và sau đó là những hiểu biết ngày càng sâu hơn về chức năng của lách, đặc biệt là chức năng miễn dịch và thanh lọc máu của cơ thể, thì vấn đề bảo tồn lách mới được đặt ra một cách có hệ thống.

Trong những thập niên gần đây, điều trị bảo tồn lách đã có nhiều thay đổi, từ bảo tồn lách trong phẫu thuật đến bảo tồn không mổ. Năm 1968, Upadhyaya và Simpson thông báo 48 trường hợp điều trị vỡ lách không mổ thành công ở trẻ em. Từ đó, phương pháp này đã trở thành xu hướng điều trị chấn thương lách. Và ngày nay, cùng với sự phát triển của hội sức tích cực và chẩn đoán hình ảnh, điều trị không mổ chấn thương lách ngày càng được mở rộng và hiệu quả hơn, kết quả bảo tồn không mổ thành công lên đến trên 90%.

Tại Việt Nam, vấn đề điều trị bảo tồn lách vỡ được đặt ra từ những năm 80 của thế kỷ 20, với thông báo hai ca khâu lách của Nguyễn Lung và Đoàn Thanh Tùng, và sau đó là những nghiên cứu có hệ thống của Trần Bình Giang về phẫu thuật bảo tồn lách.

Những năm gần đây, điều trị không mổ chấn thương lách cũng được nhiều tác giả nghiên cứu, áp dụng ở một số cơ sở ngoại khoa lớn và đem lại những kết quả ban đầu rất khả quan như Phạm Văn Thuyên có tỷ lệ thành công là

98,4 %, Trần Ngọc Sơn là 89,3% hay Trần Văn Đáng là 95,78%. Tuy nhiên, làm thế nào để có thể áp dụng một cách có hệ thống, có cơ sở khoa học và phát triển rộng rãi kỹ thuật này trong thực tế lâm sàng ngoại khoa, đứng trước những vấn đề đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “**Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức**”. Với mục tiêu:

1. *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.*

2. Tính cấp thiết của luận án

Vỡ lách là một cấp cứu ngoại khoa và là một thương tổn hay gặp trong chấn thương bụng kín. Chức năng của lách đối với cơ thể đã được nhiều nghiên cứu chứng minh là rất quan trọng. Và điều trị không mổ đã trở thành xu hướng điều trị bảo tồn lách vỡ do chấn thương. Cùng với sự phát triển của hồi sức tích cực và chẩn đoán hình ảnh, điều trị không mổ chấn thương lách cũng có nhiều thay đổi, chỉ định được mở rộng ra, hiệu quả điều trị được nâng cao. Vì vậy, việc nghiên cứu điều trị không mổ chấn thương lách sao cho áp dụng được các phương tiện hiện đại, những tiến bộ của khoa học trong chẩn đoán và điều trị bảo tồn lách là vấn đề thời sự và cần thiết tại Việt Nam.

3. Những đóng góp của luận án

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức là một trong những cơ sở ngoại khoa lớn tại Việt Nam với đội ngũ thầy thuốc giỏi và trang thiết bị hiện đại, số lượng bệnh nhân lớn giúp đưa ra được một bức tranh toàn cảnh về chẩn đoán và điều trị không mổ chấn thương lách. Nghiên cứu cũng chứng minh được những yếu tố quan trọng mang tính quyết định và những yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị không mổ chấn thương lách, đồng thời nghiên cứu cho thấy vai trò của hồi sức tích cực và chẩn đoán hình ảnh trong việc nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị không mổ chấn thương lách.

4. Bố cục của luận án

Luận án có 137 trang, bao gồm: Đặt vấn đề: 02 trang; Chương 1-Tổng quan: 37 trang; Chương 2- Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: 16 trang; Chương 3 – Kết quả nghiên cứu: 34 trang; Chương 4 – Bàn luận: 45 trang; Kết luận: 02 trang; Kiến nghị: 01 trang. Kết quả luận án được trình bày trong 49 bảng, 09 biểu đồ và 39 hình. Luận án sử dụng 129 tài liệu tham khảo trong đó 23 tiếng Việt, 01 tiếng Pháp và 105 tiếng Anh.

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. Sơ lược giải phẫu đại thể lách

1.1.1. Vị trí

Lách nằm sâu trong ô dưới hoành trái, áp vào thận trái, nắp sau và bên trái dạ dày, trên một cái vòng tạo bởi góc đại tràng trái và dây chằng hoành đại tràng.

1.1.2. Hình thể ngoài

Mô tả cổ điển lách trông giống như một hạt cà phê, hình tháp ba mặt, đỉnh ở sau trên, đáy ở trước dưới.

1.2. Cấu tạo mô học

1.2.1. Vỏ lách

- Được cấu tạo bởi:

* **Áo thanh mạc.**

- Thanh mạc lách chính là lá phúc mạc bao bọc quanh lách chỉ trừ ở rốn lách và dính chặt vào lớp áo xơ của lách.

* **Áo xơ.**

- Đây là một lớp mô liên kết xơ bao bọc xung quanh lách.

- Từ mặt trong của lớp áo xơ này tách ra những lá mô liên kết gọi là các bè lách, tạo thành những vách ngăn ăn sâu vào mô lách, chia lách thành các tiểu thùy rồi tập trung lại ở rốn lách.

1.2.2. Nhu mô lách hay gọi là tủy lách.

Tủy lách có màu đỏ sẫm, tạo bởi một khung mô liên võng có chứa các tế bào máu, gồm hai phần: Tủy đỏ và tủy trắng.

1.3. Phân loại của Ủy ban chấn thương thuộc hội các nhà phẫu thuật Hoa Kỳ 1994

Năm 1994, AAST(American Association For The Surgery Of Trauma) đề xuất chia chấn thương lách thành 5 độ dựa vào thương tổn đưng dập tụ máu hay đường rách nhu mô, có thương tổn mạch máu lách hay không.

Độ 1:

- Tụ máu: dưới vỏ, không lan toả, dưới 10% bề mặt lách
- Rách nhu mô: rách vỏ lách, không chảy máu, sâu vào nhu mô dưới 1 cm.

Độ 2: • Tụ máu: dưới vỏ lách, không lan toả chiếm 10-50% bề mặt lách, tụ máu trong nhu mô lách nhỏ hơn 2 cm không lan toả.

• Rách nhu mô: rách vỏ lách chảy máu, sâu 1-3 cm không tổn thương mạch máu ở bề lách.

Độ 3: • Tụ máu: dưới vỏ lách rộng trên 50% bề mặt hoặc lan toả, vỏ máu tụ dưới vỏ lách có chảy máu, tụ máu trong nhu mô lách trên 2 cm hoặc lan toả.

- Rách nhu mô: Sâu trên 3 cm hoặc tổn thương mạch máu trong bề lách.

Độ 4: • Tụ máu: Vỡ máu tụ trong nhu mô có chảy máu.

• Rách nhu mô có tổn thương các mạch máu phân thùy hay mạch ở rốn lách làm một phần lách trên 25% không được cấp máu.

Độ 5: • Lách vỡ nát.

• Tổn thương đứt rời cuống lách.

1.4. Điều trị bảo tồn không mổ chấn thương lách

Kể từ sau phát hiện của King và Schumaker về tình trạng nhiễm khuẩn tối cấp của trẻ em sau cắt lách và thành công của Upadhyaya và Simpon khi điều trị bảo tồn lách không mổ cho 48 bệnh nhân bị vỡ lách do chấn thương. Vấn đề điều trị bảo tồn lách không mổ ngày càng được nghiên cứu và ứng dụng nhiều nơi trên thế giới. Tại Việt Nam, kỹ thuật này cũng đã được áp dụng tại một số cơ sở ngoại khoa lớn trong cả nước như tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Việt Đức, bệnh viện trung ương Huế hay bệnh viện Nhi Trung ương..

*** Hồi sức ban đầu**

Bù dịch, máu theo mức độ mất máu

*** Chỉ định của điều trị bảo tồn không mổ:**

- Theo nhiều tác giả, chỉ định đầu tiên là dựa vào tình trạng huyết động của bệnh nhân, huyết động phải ổn định hoặc nhanh chóng ổn định khi được hồi sức tích cực.

- Thứ hai là tình trạng bụng của bệnh, phải loại trừ các tổn thương phối hợp phải mổ trong ổ bụng nhất là tổn thương thủng tạng rỗng là một chỉ định mổ cấp cứu tuyệt đối.

- Chấn thương lách thường nằm trong bệnh cảnh của nhiều chấn thương phối hợp, vì vậy việc chẩn đoán, đánh giá mức độ nặng của các tổn thương phối hợp là hết sức cần thiết để tránh bỏ sót tổn thương, có thái độ xử trí thích hợp đặc biệt là khi có ý định bảo tồn không mổ chấn thương lách.

- Ngoài ra, tình trạng bệnh nhân phải tỉnh, tiếp xúc được. Bệnh nhân không có bệnh lý rối loạn đông máu hay đang dùng các thuốc chống đông.

*** Kỹ thuật điều trị bảo tồn không mổ:**

- Điều trị nội khoa: Theo dõi sát bệnh nhân

- Điều trị nội khoa phối hợp với can thiệp mạch những trường hợp tổn thương mạch lách và/hoặc chấn thương lách mức độ nặng: độ IV, V.

1.5. Tình hình nghiên cứu về điều trị chấn thương lách

1.5.1. Trên thế giới

Điều trị vỡ lách do chấn thương được nghiên cứu từ rất sớm. Tuy nhiên, những hiểu biết về giải phẫu và chức năng của lách còn hạn chế nên quan điểm về điều trị chấn thương lách cũng thay đổi và hoàn thiện theo sự tiến bộ của khoa học.

Trước đây, cắt lách toàn phần được coi là tiêu chuẩn khi điều trị vỡ lách do chấn thương và đó là quan điểm điều trị trong nhiều thế kỷ.

Đến năm 1881, Billroth đã ghi nhận trên tử thi một trường hợp lách đã lành một cách tự nhiên sau chấn thương. Năm 1927, Hamilton Bailey đã đặt câu hỏi: **“có cần thiết phải phẫu thuật cắt lách trong điều trị vỡ lách do chấn thương hay không?”**. Nhưng có lẽ quan điểm bảo tồn lách vẫn chưa được chú ý do còn những hiểu biết hạn chế về lách. Và cắt lách toàn phần vẫn là kỹ thuật được nhiều tác giả nghiên cứu và áp dụng.

Năm 1919, nghiên cứu của Morris và Bullock đã cho thấy có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn cao ở những người cắt lách. Cho đến năm 1952, King và Schumacker phát hiện ra hội chứng nhiễm khuẩn tối cấp sau cắt lách ở trẻ em. Từ đó việc bảo tồn lách đưa nghiên cứu nhiều hơn, bắt đầu từ bảo tồn trong phẫu thuật như khâu lách, cắt lách bán phần, cầm máu lách bằng lưới sinh học đến bảo tồn không mổ.

Theo Lucas, Wanborough là người đầu tiên khởi xướng điều trị không mổ chấn thương lách cho bệnh nhân nhi tại Bệnh viện nhi Toronto năm 1940.

Năm 1968, cũng tại Toronto, Upahaya và Simpson, đã điều trị không mổ thành công cho 48 bệnh nhi bị chấn thương lách.

Năm 1971, tiếp nối những thành công đó, Douglas và Simpson đã nghiên cứu điều trị không mổ thành công cho 25/32 bệnh nhân nhi bị vỡ lách do chấn thương và các tác giả đã nhận xét rằng: vỡ lách do chấn thương có thể tự cầm máu được ở hầu hết các trường hợp khi điều trị không mổ.

Từ những thành công ở trẻ em, điều trị không mổ dần dần được chỉ định cho người lớn với những chỉ định ban đầu còn hạn chế như: bệnh nhân có huyết động ổn định ngay từ đầu, chấn thương lách đơn thuần, mức độ chấn thương nhẹ (độ I, II và III), tuổi dưới 55.

Trong vài thập niên gần đây, cùng với sự phát triển của hội sức tích cực và chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là chụp và can thiệp mạch, điều trị không mổ chấn thương lách ngày càng được mở rộng chỉ định và hiệu quả điều trị cao hơn. Hội sức giúp cho cả những bệnh nhân có huyết động khi vào dao động, độ tuổi không còn giới hạn, chấn thương lách phối hợp vẫn có thể điều trị không mổ thành công, đặc biệt là mức độ tổn thương nặng (độ IV, V) và tổn thương mạch vẫn có thể điều trị không mổ thành công với sự trợ giúp của chẩn đoán hình ảnh. Và nhiều báo cáo cho kết quả thành công cao như Olthof và cộng sự khi tổng kết cho thấy kết quả thành công từ 78 – 98%.

Ngày nay, điều trị bảo tồn không mổ vỡ lách do chấn thương đã trở thành xu hướng điều trị được áp dụng rộng rãi và hệ thống trên thế giới.

1.5.2. Tại Việt Nam

Điều trị chấn thương lách tại Việt Nam cũng đi theo xu hướng của thế giới. Trước đây, tất cả các nghiên cứu về điều trị chấn thương lách đều đề cập đến cắt bỏ lách toàn bộ.

Năm 1942, Phạm Văn Hạp trình bày luận án về vỡ lách. Năm 1952, Nguyễn Hữu mô tả phân bố mạch máu theo kiểu nhánh tận, phân chia vùng cấp máu thành các thùy và phân thùy. Đến năm 1956, Nguyễn Hữu cắt lách bán phần thành công thực nghiệm trên chó, ông nhận thấy rằng nếu đi qua các vùng ranh giới giữa các phân thùy thì sự chảy máu rất ít và hoàn toàn có thể cầm máu tốt bằng các mũi chữ U, đây là nền tảng cho phẫu thuật bảo tồn lách. Việc cắt lách bán phần được thông báo đầu tiên ở Việt Nam bởi Nguyễn Lung và Đoàn Thanh Tùng có 2 trường hợp được thực hiện tại Bệnh viện Việt Tiệp.

Năm 1999, công trình nghiên cứu về phân bố mạch máu và cuống lách trên người Việt Nam của Nguyễn Xuân Thùy và Trần Bình Giang đã góp thêm cơ sở khoa học cho việc bảo tồn lách trong phẫu thuật

Năm 2001, nghiên cứu về phẫu thuật bảo tồn lách của Trần Bình Giang đã tạo cơ sở khoa học vững chắc và được áp dụng một cách có hệ thống cho điều trị chấn thương lách.

Trong những năm gần đây, điều trị không mổ chấn thương lách cũng đã được một số tác giả nghiên cứu và áp dụng tại một số bệnh viện lớn cho kết quả tốt như:

Nghiên cứu của Phạm Văn Thuyên năm 2008 và Phạm Vũ Hùng năm 2011 tại Bệnh viện Việt Đức đều cho kết quả thành công trên 95%.

Nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn và Nguyễn Thanh Liêm năm 2007 có 29 bệnh nhi chấn thương lách trong 98 bệnh nhân chấn thương tạng đặc được chỉ định điều trị không mổ tại Bệnh viện nhi trung ương.

Năm 2010, Trần Văn Đáng điều trị không mổ cho 95 bệnh nhân chấn thương lách tại Bệnh viện đa khoa Bình Dương cho kết quả thành công là 95,78%.

Năm 2010, nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng và cộng sự tại Bệnh viện Trương ương Huế cho 52 bệnh nhân chấn thương lách đã đi đến kết luận điều trị bảo tồn chấn thương lách cho kết quả tốt với các mức độ chấn thương từ độ I - độ III.

Năm 2014, Trần Bình Giang đã nghiên cứu và đưa ra quy trình điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân chấn thương lách được chẩn đoán và chỉ định điều trị không mổ trong 24 giờ đầu tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 01 tháng 01 năm 2014 đến 31 tháng 12 năm 2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các lứa tuổi, không phân biệt giới.
- Chấn thương lách đơn thuần hay phối hợp với trong và/hoặc ngoài ổ bụng.
- Chẩn đoán xác định bằng thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu, siêu âm và chụp CLVT.
- Đánh giá mức độ tổn thương lách và các tạng phối hợp trong ổ bụng bằng CLVT theo AAST (1994).
- Tình trạng huyết động ổn định khi vào viện (được định nghĩa là huyết áp động mạch tâm thu ≥ 90 mmHg) hoặc ổn định sau khi được hồi sức ban đầu trong 24 giờ (đáp ứng với bù dịch và/hoặc máu: 3000ml dịch tinh thể và/hoặc không quá 4 đơn vị máu trong 24 giờ).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chấn thương lách đơn thuần và/hoặc phối hợp trong ổ bụng được chỉ định mổ cấp cứu trong 24 giờ đầu vào viện (không tính mổ cấp cứu do tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng).
- Bệnh nhân có lách bệnh lý như: u lách, áp xe lách, thalassemia...
- Bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông hoặc có rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu mô tả có phân tích tiền cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức độ tin cậy tương đối cho một tỷ lệ (*) như sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\varepsilon^2 p}$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân cần cho nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số giới hạn tin cậy ứng với ước lượng tin cậy 95% (=1.96)

p: tỷ lệ chấn thương lách điều trị bảo tồn không mổ thành công trung bình là: 0,9

ε : tỷ lệ chính xác mong muốn (=0.05).

Thay vào công thức trên có:

$$n = \frac{1.96^2 * (1-0.9)}{0.05^2 * 0.9}$$

n = 171

(*) Trích dẫn theo *S.K. Lwanga và S. Lemeshow: Sample size determination in health studies, a practice manual. WHO, Geneva, 1991.*

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân chấn thương bụng kín khi vào viện được chẩn đoán và xử trí theo một phác đồ thống nhất.

2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn đều có mẫu bệnh án riêng với đầy đủ các thông số cần thiết.

Số liệu được làm sạch sau khi thu thập sẽ nhập vào máy tính theo bệnh án được số hoá và xử lý bằng phần mềm EPIDATA 3.1 với tệp “check” để hạn chế sai số trong quá trình nhập số liệu.

Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.0 sử dụng các thuật toán thông kê trong y học.

Các biến định lượng liên tục được mô tả dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. So sánh kiểm định kết quả của biến định lượng liên tục giữa hai nhóm bằng thuật toán kiểm định t- test Student (biến phân phối chuẩn) hoặc Mann - Whitney test (biến phân bố không chuẩn).

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Thống kê suy luận so sánh kết quả của các biến định tính bằng thuật toán kiểm định giá trị p qua test χ^2 hoặc fisher’s exact test tùy thuộc điều kiện về tần số mong đợi. Mô hình hồi qui logistic được sử dụng để tính giá trị Odds ratio (OR) và khoảng tin cậy (95%CI) của kết quả điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín.

Chọn mức sai số cho phép $\alpha = 0,05$, tương ứng với khoảng tin cậy là 95% và mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.2.5. 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.

Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt của Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ Giáo dục và Đào tạo quyết định. Nghiên cứu được Bệnh viện Việt Đức chấp nhận.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 185 bệnh nhân chấn thương lách được chỉ định điều trị không mổ trong số 221 chiếm 83,7% bệnh nhân bị chấn thương lách vào bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2016. Trong đó, có 172 bệnh nhân điều trị không mổ thành công, 13 bệnh nhân thất bại. Bệnh nhân bị biến chứng trong quá trình điều trị là 29 người và 156 bệnh nhân không có biến chứng.

3.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình cho cả nhóm nghiên cứu là: $30,75 \pm 15,51$, nhỏ nhất là 4 tuổi và cao nhất là 92 tuổi.

Bệnh nhân trong độ tuổi lao động chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 151/185 chiếm 81,6%.

3.1.2. Giới

Trong nghiên cứu có 143 nam (77,3%) và 42 nữ (22,7%).

3.2. Chẩn đoán

3.2.1. Lâm sàng

- *Huyết áp tâm thu (HATT) khi vào viện:*

Bảng 3.3: Huyết áp tâm thu khi vào viện và kết quả điều trị

HATT (mmHg)	Điều trị không mổ		Tổng	P(a, b)
	Thành công (a)	Thất bại (b)		
< 70	0 (0,0)	0 (0,0)	0	0,010*
70 - < 90	17 (77,3)	5 (22,7)	22	
≥ 90	155 (95,1)	8 (4,9)	163	
Tổng	172 (93,0)	13 (7,0)	185	

*: *kiểm định Fisher's exact test.*

Nhận xét: Bệnh nhân có huyết áp tâm thu khi vào viện ≥ 90 mmHg chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 163/185 bệnh nhân chiếm 88,1%.

Tỷ lệ điều trị không mổ thành công ở nhóm bệnh nhân có HATT khi vào ≥ 90 mmHg cao hơn nhóm có HATT khi vào 70 - < 90mmHg còn tỷ lệ thất bại lại thấp hơn với $p=0,01$.

Nguy cơ thất bại phải chuyển mổ của nhóm có HATT khi vào từ 70 - < 90 mmHg cao hơn so với nhóm có HATT khi vào ≥ 90 mmHg với OR (95%CI): 5,70 (1,67-19,39) và $p=0,01$.

- *Mức độ mất máu trên lâm sàng:*

Bảng 3.4: Mức độ mất máu trên lâm sàng và kết quả điều trị

Mức độ mất máu	Điều trị không mổ			P(a, b)
	Thành công (a)	Thất bại (b)	Tổng	
I	125 (94,7)	7 (5,3)	132	0,001*
II	38 (97,4)	1 (2,6)	39	
III	9 (64,3)	5 (35,7)	14	
IV	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
Tổng	172 (93,0)	13 (7,0)	185	

*: kiểm định Fisher's exact test.

Nhận xét: Những bệnh nhân mất máu trên lâm sàng mức độ nhẹ (độ I, II) chiếm phần lớn với 171/185 bệnh nhân chiếm 92,4%.

Tỷ lệ điều trị không mổ thành công của nhóm bệnh nhân mất máu mức độ nhẹ (độ I, II) cao hơn nhóm mất máu mức độ nặng (độ III) còn tỷ thất bại lại thấp hơn với $p=0,001$.

Nguy cơ thất bại phải chuyển mổ của nhóm mất máu mức độ III và II so với độ I có OR (95%IC) lần lượt là: 9,92 (2,62-37,59), $p=0,001$ và 0,47 (0,06-3,94), $p=0,486$.

3.2.2. Cận lâm sàng:

3.2.2.1. Kết quả chụp CLVT

- Dịch tự do ổ bụng:

Trong 185 bệnh nhân, trên CLVT có 17 (9,2%) bệnh nhân không có dịch tự do ổ bụng, 33 (17,8%) bệnh nhân có lượng dịch mức độ ít, 134 (72,4%) có lượng dịch mức độ trung bình và 1 (0,05%) có lượng dịch mức độ nhiều.

- Phân độ chấn thương lách:

Trong 185 bệnh nhân: Chấn thương lách độ I, II, III, và IV có kết quả tương ứng là: 6 (3,2%), 63 (34,1%), 90 (48,6%) và 26 (14,1%).

3.2.2.2. Kết quả chụp mạch

Bảng 3.20: Hình thái tổn thương mạch và kết quả điều trị

Hình thái	Điều trị không mổ		Tổng	P(a,b)
	Thành công (a)	Thất bại(b)		
Thoát thuốc	13 (92,9)	1 (7,1)	14 (100,0)	1,000
Giải phình	3 (100,0)	0 (0,00)	3 (100,0)	
Tổng	16 (94,1)	1(5,9)	17	

* Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công và thất bại giữa các hình thái tổn thương mạch lách.

3.2.3. Chẩn đoán tổn thương phối hợp

- Tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng:

Bảng 3.21: Tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng và kết quả điều trị chấn thương lách

Cơ quan phối hợp	Điều trị không mổ chấn thương lách					Tổng
	Thành công (n=172)		Tổng	Thất bại (n=13)		
	Không mổ	Mổ		Không mổ	Mổ	
Ngực	18 (81,8)	4 (18,2)	22	2 (100,0)	0 (0,0)	2
Sọ não	17 (100,0)	0 (0,0)	17	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Xương	14 (100,0)	0 (0,0)	14	2 (100,0)	0 (0,0)	2
Cột sống	7 (100,0)	0 (0,0)	7	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Hàm mặt	4 (100,0)	0 (0,0)	4	0 (0,0)	0 (0,0)	0

Nhận xét: Chấn thương phối hợp ngoài ổ bụng trong nghiên cứu bao gồm chấn thương ngực kín, sọ não, xương, cột sống và hàm mặt. Một bệnh nhân có thể có hơn một chấn thương phối hợp ngoài ổ bụng với chấn thương lách. Chấn thương phối hợp vẫn có thể mô cấp cứu khi có chỉ định và chấn thương lách vẫn được chỉ định điều trị không mổ.

- *Tổn thương phối hợp trong ổ bụng:*

Bảng 3.22: Tổn thương phối hợp trong ổ bụng

Tạng tổn thương	Điều trị không mổ	Mổ		Tổng
		Do lách	Do tạng khác	
Gan	1 (100,0)	0 (0,0)	0	1
Tụy	4 (100,0)	0 (0,0)	0	4
Thận	9 (100,0)	0 (0,0)	0	9
Thượng thận	2 (100,0)	0 (0,0)	0	2
Tạng rỗng	0	0	1(100,0)	1
Tổng	13	0	1	14

Nhận xét: Chấn thương lách có chấn thương tạng đặc phối hợp vẫn có thể điều trị không mổ đồng thời. Trong nghiên cứu có 14 bệnh nhân chấn thương lách có chấn thương phối hợp với các tạng khác trong ổ bụng, trong đó có 11 bệnh nhân chấn thương phối hợp với 1 tạng và 3 bệnh nhân chấn thương phối hợp với 2 tạng.

Trong những bệnh nhân có tổn thương phối hợp, có 1 bệnh nhân phải chuyển mổ vì viêm phúc mạc do vỡ túi mật khi điều trị nội khoa chấn thương lách sau hơn 24 giờ vào viện và tổn thương chỉ được phát hiện trong mổ.

Tất cả những bệnh nhân chấn thương lách có tổn thương tạng đặc phối hợp đều điều trị không mổ thành công.

3.3. Phương pháp điều trị

Bảng 3.27: Phương pháp và kết quả điều trị

Điều trị không mổ		Nội khoa	Nội khoa + Can thiệp mạch	Tổng
Thành công		156 (92,9)	16 (94,1)	172 (93,0)
Thất bại	Do lách	11 (6,5)	1 (5,9)	12 (6,5)
	Tạng khác	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,5)
Tổng		168 (90,8)	17 (9,2)	185

Nhận xét: Trong 185 bệnh nhân được chỉ định điều trị không mổ, có 168 bệnh nhân chiếm 90,8% bệnh nhân được điều trị nội khoa và 17 bệnh nhân chiếm 9,2% bệnh nhân điều trị nội khoa phối hợp với can thiệp mạch.

- *Biến chứng và phương pháp xử lý*

Bảng 3.31: Các biến chứng trong quá trình điều trị và phương pháp xử lý

Biến chứng/ Xử lý	Mở mở	Nội soi	Nội soi > Mở	Can thiệp mạch	n
Chảy máu tiếp diễn	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4
Tổn thương mạch lách	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,8)	16 (94,2)	17
Vỡ lách thì 2	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Tăng ALOB	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	5
Viêm PM	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1
Tổng	7 (24,2)	2 (6,8)	4 (13,8)	16 (55,2)	29

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng gặp trong nghiên cứu là 29/185 bệnh nhân chiếm 15,7%.

Tổn thương mạch lách chiếm nhiều nhất là 17 bệnh nhân, tất cả đều được can thiệp mạch nhưng có 1 bệnh nhân can thiệp thất bại phải chuyển mổ.

Tăng áp lực ổ bụng có 5 bệnh nhân, các bệnh nhân này đều có triệu chứng lâm sàng là bụng chướng tăng lên trong quá trình điều trị và phải chuyển mổ do nghi ngờ tổn thương tạng rỗng, 4 trong 5 bệnh nhân được chỉ định mổ nội soi thăm dò.

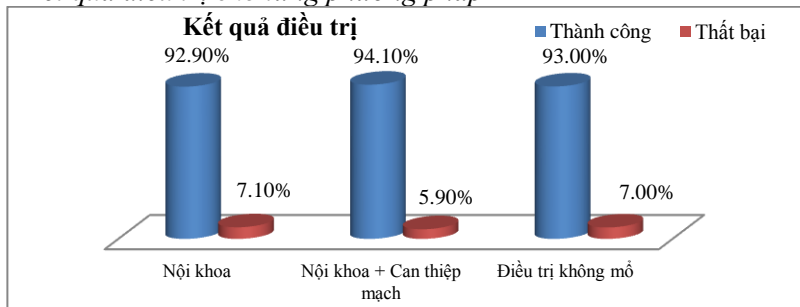
Chảy máu tiếp diễn có 4 bệnh nhân phải chuyển mổ do huyết áp tâm thu tiếp tục giảm cho dù đã được hồi sức tích cực trong 24 giờ vào viện và trên CVLT không thấy hình ảnh tổn thương mạch.

Có 1 bệnh nhân bị viêm phúc mạc do vỡ túi mật khi điều trị nội khoa chấn thương lách sau 24 giờ vào viện và tổn thương túi mật chỉ được phát hiện trong mổ.

Vỡ lách thì 2 có 2 bệnh nhân xảy ra sau ngày thứ 7 vào viện phải chuyển mổ vì huyết áp tâm thu giảm.

3.4. Kết quả điều trị sớm

- *Kết quả điều trị cho từng phương pháp*



Biểu đồ 3.8: Kết quả điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của điều trị nội khoa và nội khoa phối hợp với can thiệp mạch đều trên 90%, thành công chung cho cả nhóm nghiên cứu là 93,0%.

- Kết quả điều trị theo mức độ chấn thương lách:

Bảng 3.34: Kết quả điều trị theo mức độ chấn thương lách

Điều trị không mổ	Thành công	Thất bại	Tổng	p
Độ I	5 (83,3)	1 (16,7)	6	0,163*
Độ II	60 (95,2)	3 (4,8)	63	
Độ III	85 (94,4)	5 (5,6)	90	
Độ IV	22 (84,6)	4 (15,4)	26	
Tổng	172 (93,0)	13 (7,0)	185	

* Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Bệnh nhân chấn thương lách điều trị không mổ bị thất bại phải chuyển mổ có ở tất cả các mức độ chấn thương lách.

Tỷ lệ điều trị không mổ thành công ở các mức độ chấn thương lách đều trên 80%.

- Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là: $7,03 \pm 2,53$ ngày, bệnh nhân nằm ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 18 ngày.

Bảng 3.35: Thời gian nằm viện theo phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	n	Thời gian nằm viện trung bình	p
Nội khoa	156	$6,78 \pm 2,80$	0,0095*
Nội khoa + Can thiệp	16	$7,6 \pm 3,11$	
Chuyển mổ	13	$9,38 \pm 3,52$	
Tổng	185	$7,03 \pm 2,53$	

*: kiểm định qua Kruskal Wallis test

Nhận xét: Thời gian nằm viện của những bệnh nhân điều trị nội khoa đơn thuần ngắn nhất, tiếp đến lần lượt là những bệnh nhân điều trị nội phối hợp can thiệp mạch và chuyển mổ. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0095$.

3.5. Kết quả theo dõi sau khi ra viện

- Tình trạng sức khỏe khám lại sau khi ra viện

Bảng 3.37: Tình trạng sức khỏe khám lại sau ra viện

Kết quả xa	Số BN	%
Tốt	112	91,1
Trung bình	10	8,1
Xấu	1	0,8
Tử vong	0	0,0
Cộng	123	100,0

Nhận xét: Kết quả theo dõi sau 6 tháng thu được: 123/185 (66,5%) có được thông tin về tình trạng sức khỏe sau khi ra viện, trong đó 91,1% cho kết quả tốt, 8,1% cho kết quả trung bình, những bệnh nhân này đều phải thay đổi lao động, sinh hoạt do hậu quả của các tổn thương phối hợp với chấn thương lách như gãy chi, chấn thương cột sống hay chấn thương ngực và 0,8% cho kết quả xấu, bệnh nhân này mất khả năng lao động sau tai nạn vì có chấn thương lách và cột sống cổ phối hợp dẫn tới bị liệt hoàn toàn, không có bệnh nhân nào tử vong vì chấn thương lách.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi

Trước đây, nhiều tác giả vẫn giới hạn độ tuổi dưới 55 bởi vì các tác giả đều cho rằng tỷ lệ thất bại và tử vong cao đều liên quan đến những bệnh nhân chấn thương lách tuổi cao trên 55. Theo Godley và cộng sự cho rằng, tuổi trên 55 là chống chỉ định bảo tồn không mổ bởi trong nghiên cứu của tác giả có 91% bệnh nhân chấn thương lách điều trị không mổ thất bại có độ tuổi từ 55 trở lên. Ngày nay, nhiều tác giả thấy rằng, tuổi trên 55 không còn là yếu tố chống chỉ định cho điều trị không mổ chấn thương lách. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương lách gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau từ nhỏ nhất là 4 tuổi đến nhiều tuổi nhất là 92 tuổi, trong đó, tuổi từ 15-55 chiếm 82,1% (Biểu đồ 3.1).

4.1.2. Giới

Tương tự như nhiều nghiên cứu khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ với tỷ lệ lần lượt là 77,3% và 22,7% (Biểu đồ 3.2). Theo nghiên cứu của Margherita Cadeddu và cộng sự, tỷ lệ nam cao hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là 66,9% và 33,1%. Theo Trần Bình Giang, chấn thương lách chủ yếu gặp ở nam giới với 78,66% còn nữ chỉ có 26,34%.

4.2. Chẩn đoán

4.2.1. Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân

Chấn thương tạng đặc trong chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương lách nói riêng, theo nhiều tác giả, huyết động là dấu hiệu quan trọng nhất để đưa ra chỉ định mổ hay không mổ. Theo Eric H. Bradburn và Heidi L. Frankel, điều kiện đầu tiên và quan trọng nhất trong chỉ định điều trị không mổ chấn thương lách là tình trạng huyết động phải ổn định và loại trừ được tổn thương phối hợp trong ổ bụng phải mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân khi vào đều được đánh giá tình trạng huyết động thông qua mạch, huyết áp và phân loại mức độ

mất máu trên lâm sàng theo ATLS. Trong 185 bệnh nhân của chúng tôi, không có bệnh nhân nào khi vào có huyết áp tâm thu < 70 mmHg vì tất cả những bệnh nhân chấn thương lách trong nhóm này đều được chỉ định mổ cấp cứu. Bệnh nhân khi vào có huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 163/185 bệnh nhân, có 22/185 bệnh nhân có huyết áp tâm thu khi vào viện từ 70 - < 90 mmHg. Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm có huyết áp tâm thu khi vào từ 70 - < 90 mmHg được điều trị không mổ thành công là 77,3% thấp hơn nhóm bệnh nhân có huyết áp tâm thu khi vào ≥ 90 mmHg là 95,1%, nhưng ngược lại, tỷ lệ thất bại phải chuyển mổ của nhóm có huyết áp tâm thu khi vào từ 70 - < 90 mmHg lại cao hơn nhóm có huyết áp tâm thu khi vào ≥ 90 mmHg tương ứng 22,7% và 4,9% với $p = 0,01$ (Bảng 3.3). Đồng thời, nguy cơ thất bại phải chuyển mổ của nhóm có huyết áp tâm thu khi vào từ 70 - < 90 mmHg cao hơn so với nhóm có huyết áp tâm thu khi vào ≥ 90 mmHg với OR (95%CI): 5,7 (1,67-19,39), $p = 0,01$.

Sự khác biệt về huyết áp giữa những bệnh nhân chấn thương lách được điều trị không mổ thất bại và thành công được chứng minh qua nghiên cứu của Maged Rihan và cộng sự, huyết áp tâm thu khi vào trung bình ở nhóm bệnh nhân thất bại và thành công khác nhau có ý nghĩa với kết quả lần lượt là 89,7 mmHg và 110,8 mmHg.

Theo Hiệp hội các phẫu thuật viên của Mỹ (The American College of Surgeons Committee on Trauma), mức độ mất máu trong chấn thương chia ra là 4 mức độ, các mức độ này dựa vào một số dấu hiệu lâm sàng trong đó quan trọng nhất là tình trạng mạch và huyết áp của bệnh nhân để ước lượng lượng máu mất trên lâm sàng do chấn thương.

Theo Margherita Cadeddu và cộng sự, những bệnh nhân chấn thương lách phải mổ có mạch nhanh trên 100 lần/phút (mất máu độ III trở lên) chiếm tỷ lệ cao hơn những bệnh nhân không phải mổ lần lượt là 50.9% và 28.4% với $p = 0.001$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mất máu độ I chiếm nhiều nhất với 132/185 (71,4%), mất máu độ IV không có bệnh nhân nào. Tỷ lệ thất bại phải chuyển mổ ở nhóm mất máu nặng độ III là cao nhất với 35,7%, tiếp đến lần lượt ở các nhóm mất máu nhẹ độ I và độ II là 5,3% và 2,6%. Tỷ lệ điều trị không mổ thành công ở nhóm mất máu nhẹ độ I và II cao hơn nhóm mất máu nặng độ III với tỷ lệ lần lượt là 94,2%, 97,4% và 64,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ (Bảng 3.4).

Nguy cơ thất bại phải chuyển mổ của nhóm mất máu mức độ III và II so với độ I có OR (95%IC) lần lượt là: 9,92 (2,62-37,59), $p=0,001$ và 0,47 (0,06-3,94), $p=0,486$.

Theo Hiệp hội cấp cứu ngoại khoa thế giới (WSSES), những bệnh nhân

chấn thương lách mức độ nghiêm trọng (WSES độ IV) là những bệnh nhân chấn thương lách từ độ I đến độ V theo phân loại AAST mà có huyết động không ổn định (huyết áp tâm thu khi vào <90mmHg và mạch >100 lần/phút), còn nếu huyết động ổn định thì phân loại là WSES độ II, II và III. Điều này có nghĩa là ở các mức độ chấn thương lách theo AAST đều có các mức độ huyết áp tâm thu khi vào khác nhau trên hoặc dưới 90mmHg.

Và trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chấn thương lách ở các mức độ khác nhau theo phân loại của AAST đều có huyết áp tâm thu khi vào ở các mức độ khác nhau (Bảng 3.5).

4.2.2. Kết quả chụp CLVT

Theo WSES, CLVT có thuốc cản quang là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán chấn thương lách đơn thuần và phối hợp.

Và theo nhiều tác giả, CLVT giúp thay đổi chiến lược điều trị trong chấn thương bụng kín từ 6,4 - 16%.

- Dịch tự do ổ bụng:

Theo Andrew B Peitzman và cộng sự, lượng dịch tự do trong ổ bụng được chia làm 3 mức độ: ít, trung bình và nhiều tùy theo số lượng khoang trong ổ bụng có dịch.

Theo nhiều tác giả thì lượng dịch tự do trong ổ bụng có đóng vai trò trong việc tiên lượng chỉ định phẫu thuật chấn thương lách.

Tuy nhiên, cũng có những tác giả lại cho rằng, bản thân lượng dịch tự do trong ổ bụng không độc lập tiên lượng được bệnh nhân có phải mổ hay không. Theo Bee TK và cộng sự, lượng dịch tự do ổ bụng phụ thuộc vào bệnh nhân đến sớm hay muộn, hình thái tổn thương như thế nào và cho dù lượng dịch ổ bụng mức độ ít hay vừa mà huyết động không ổn định (mạch nhanh, huyết áp tâm thu giảm) thì chứng tỏ máu vẫn đang tiếp tục chảy, do đó, huyết động mới là yếu tố quyết định chỉ định điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9,2% bệnh nhân chụp CLVT không có dịch tự do ổ bụng, tất cả các bệnh nhân này đều điều trị không mổ thành công. Trên CLVT phát hiện 90,8% bệnh nhân có dịch tự do ổ bụng ở các mức độ khác nhau. Số bệnh nhân có mức độ dịch trung bình chiếm nhiều nhất với 134/185(72,4%) bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị thành công ở những bệnh nhân có lượng dịch ít và không có đều cao hơn những bệnh nhân có lượng dịch mức độ trung bình còn tỷ lệ thất bại phải chuyển mổ thì ngược lại với $p=0,207$ (Bảng 3.15).

Mức độ dịch tự do ổ bụng có thể có ở các mức độ chấn thương lách. Bản thân mức độ dịch tự do trong ổ bụng không phải là yếu tố độc lập quyết định chỉ định điều trị chấn thương lách, nhưng mức độ dịch kết hợp với mức độ chấn thương là hai yếu tố quan trọng giúp đưa ra chỉ định và tiên lượng kết quả

điều trị không mổ chấn thương lách.

- Phân loại chấn thương lách trên CLVT theo AAST:

Hiệp hội chấn thương Hoa Kỳ dựa trên những hình thái và kích thước tổn thương của lách trên CLVT để chia chấn thương lách ra làm 5 mức độ. Dựa vào mức độ chấn thương trên CLVT, thời gian đầu, theo nhiều tác giả chấn thương lách nên chỉ định không mổ cho những bệnh nhân có mức độ thấp I, II và III, bởi vì các tác giả cho rằng mức độ chấn thương lách càng cao thì tỷ lệ thất bại của điều trị không mổ càng cao. Tuy nhiên, theo McVay và cộng sự, tác giả kết luận rằng: điều trị không mổ là phương pháp an toàn, không phụ thuộc vào mức độ chấn thương trên CLVT mà phụ thuộc vào huyết động của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào chấn thương lách độ V, chấn thương lách độ II và III chiếm phần lớn với kết quả lần lượt là 63 (34,1%) và 90 (48,6%) . Tỷ lệ điều trị không mổ thành công ở các mức độ chấn thương đều trên 80% và không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công và thất bại phải chuyển mổ (Bảng 3.18).

Đồng quan điểm với nhiều tác giả, trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ chấn thương lách không quyết định chỉ định điều trị mà là yếu tố góp phần tiên lượng cho quá trình điều trị, mọi mức độ chấn thương đều có thể điều trị không mổ thành công nếu đảm bảo được sự ổn định về huyết động. Như vậy, phân loại theo AAST giúp đánh giá mức độ chấn thương lách trong tiên lượng điều trị nhưng chưa thể hiện rõ được mức độ nào thì chụp và can thiệp mạch, mức độ nào thì mổ cấp cứu?

Theo nhiều tác giả, chấn thương lách theo AAST mức độ nặng (IV, V) mà có huyết động ổn định vẫn có thể điều trị không mổ, ngược lại, nếu chấn thương lách mức độ nhẹ (I,II,III) mà huyết động không ổn định vẫn phải chỉ định mổ. Đây cũng là nhược điểm của phân loại theo AAST. Để khắc phục nhược điểm này, Hiệp hội cấp cứu ngoại khoa thế giới (World Society of Emergency Surgery: WSES) đã kết hợp hai yếu tố là tổn thương giải phẫu theo AAST và tình trạng huyết động để phân loại chấn thương lách thành 3 loại: Chấn thương lách mức độ nhẹ (WSES I), mức độ trung bình (WSES II và III) và mức độ nghiêm trọng (WSES IV).

Phân loại WESS:

Chấn thương lách mức độ nhẹ:

WSES I - Bệnh nhân chấn thương lách độ I và II theo AAST có huyết động ổn định.

Chấn thương lách mức độ trung bình:

WSES II - Bệnh nhân chấn thương lách độ III theo AAST và có huyết động ổn định.

WSES III - Bệnh nhân chấn thương lách độ IV và V theo AAST có huyết động ổn định.

Chấn thương lách mức độ nghiêm trọng:

WSES IV - Bao gồm tất cả bệnh nhân chấn thương lách từ độ I đến độ V theo AAST mà có huyết động không ổn định.

Dựa vào phân loại này thì chấn thương lách WSES IV được chỉ định mổ, còn WSES I, II và III thì chỉ định điều trị không mổ.

4.3. Điều trị

4.3.1. Phương pháp điều trị

Điều trị không mổ chấn thương lách đơn thuần và phối hợp bao gồm điều trị nội khoa và nội khoa phối hợp với can thiệp mạch.

4.3.1.1. Điều trị nội khoa:

Chỉ định đầu tiên cho điều trị không mổ là tình trạng huyết động phải ổn định hoặc ổn định sau hồi sức.

Theo Nicole A. Stassen và cộng sự, chỉ định điều trị không mổ chấn thương lách được chỉ định cho bệnh nhân chấn thương lách có huyết động ổn định, không phân biệt mức độ chấn thương, không phân biệt tuổi tác và có thể có cả chấn thương các tạng khác phối hợp. Cũng theo tác giả, chấn thương lách nên được điều trị tại những cơ sở và những phẫu thuật viên có khả năng theo dõi và đánh giá chính xác tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, đồng thời có thể thực hiện phẫu thuật cấp cứu ổ bụng khi cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 163/185 (88,1%) bệnh nhân có huyết động khi vào ổn định và 22/185 (11,9%) bệnh nhân khi vào có huyết động không ổn định được hồi sức tích cực và chỉ định điều trị không mổ (Bảng 3.3). Tất cả những bệnh nhân này đều được điều trị tại bệnh viện Việt Đức, là bệnh viện ngoại khoa lớn của Việt Nam có đầy đủ điều kiện cơ sở vật chất và con người cho việc điều trị chấn thương lách.

Điều kiện thứ hai là phải loại trừ được các tạng khác trong ổ bụng phải mổ, đặc biệt là tạng rỗng. Như vậy, bệnh nhân cần phải được theo dõi sát tình trạng lâm sàng cũng như làm các xét nghiệm cận lâm sàng khi cần thiết. Trong số những bệnh nhân phải chuyển mổ của chúng tôi, có 1 bệnh nhân bị vỡ túi mật và chỉ được phát hiện trong lúc mổ khi có tình trạng viêm phúc mạc sau chấn thương bụng kín hơn 24 giờ từ khi vào viện.

Ngoài ra, những bệnh nhân có bệnh lý về lách như u lách, lách to... và những bệnh nhân có rối loạn đông máu cần phải được loại trừ.

4.3.1.2. Điều trị nội phối hợp với can thiệp mạch:

Chấn thương lách có nhiều hình thái tổn thương khác nhau, trong đó, tổn thương mạch lách là hình thái mà theo nhiều tác giả có tỷ lệ thất bại cao khi chỉ định điều trị không mổ. Một số tác giả thông báo kết quả nghiên cứu còn cho rằng, nếu chấn thương lách chỉ điều trị bằng theo dõi đơn thuần, tỷ lệ thất bại lên đến 34%, và tỷ lệ này còn cao hơn ở những bệnh nhân chấn thương lách độ cao III, IV, V theo AAST.

Theo Nicole A. Stassen và cộng sự, chụp mạch và can thiệp mạch vừa là phương pháp hỗ trợ cho chẩn đoán đối với những bệnh nhân chấn thương lách có nguy cơ cao chảy máu muện, vừa là phương pháp điều trị những tổn thương mạch có thể chảy máu muện như nhồi máu lách, dò động tĩnh mạch, thoát thuốc lòng mạch...

Hiệu quả của chụp và can thiệp mạch đã được nhiều nghiên cứu chứng minh như vậy, nhưng phương pháp này cũng có những biến chứng và theo một số nghiên cứu tỷ lệ biến chứng sau nút mạch từ 6 - 20%. Và các biến chứng có thể gặp phải như chảy máu tái phát - tiếp tục thoát thuốc, áp xe lách, dịch chuyển vị trí coil, sốt hay tràn dịch màng phổi...

Trong 17 bệnh nhân được chụp và can thiệp mạch trong nghiên cứu của chúng tôi thì chúng tôi gặp 1 bệnh nhân bị chảy máu sau nút mạch.

Tỷ lệ thành công chung của điều trị can thiệp mạch dao động từ 73% đến 97%. Tỷ lệ thành công của những bệnh nhân nút mạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 94,1%.

Như vậy, chụp và can thiệp mạch đem lại nhiều lợi ích cho việc điều trị bảo tồn lách do chấn thương, nhưng nếu lạm dụng và chỉ định không phù hợp sẽ gây ra những hậu quả dẫn tới sự thất bại của điều trị không mô.

4.3.1.3. Chấn thương lách phối hợp

Chấn thương lách có thể là đơn thuần hay phối hợp với các tạng trong và/hoặc ngoài ổ bụng. Trong hoàn cảnh điều trị cấp cứu, mục tiêu trước hết là bảo toàn tính mạng cho bệnh nhân còn vấn đề chức năng được xếp thứ hai.

*** Tạng trong ổ bụng**

Theo nhiều tác giả, chấn thương lách vẫn có thể điều trị không mổ cùng với các chấn thương tạng đặc khác đồng thời nếu thỏa mãn được điều kiện về huyết động ổn định. Theo Trần Ngọc Sơn và cộng sự, điều trị không phẫu thuật là khả thi và an toàn cho các trường hợp trẻ bị chấn thương tạng đặc do chấn thương bụng kín có huyết động ổn định, với tỷ lệ thành công trên 90% ngay ở cả điều kiện Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân chấn thương lách có tổn thương phối hợp với các tạng khác trong ổ bụng, trong đó 13 bệnh nhân có tổn thương phối hợp là các tạng đặc bao gồm: chấn thương gan độ II, chấn thương thận độ II và III, chấn thương tụy độ II và đưng dập tuyến thượng thận đều được điều trị không mổ thành công, còn 1 bệnh nhân bị vỡ túi mật gây viêm phúc mạc phải chuyển mổ để cắt túi mật và cắt lách toàn bộ.

*** Tạng ngoài ổ bụng**

Hầu hết các nghiên cứu trước đây đều chỉ định điều trị không mổ chấn thương lách khi loại trừ được chấn thương khác ngoài ổ bụng đặc biệt là chấn thương sọ não. Theo W. Rappaport và cộng sự, khi nghiên cứu 160

bệnh nhân đa chấn thương có chấn thương lách đã đưa ra kết luận: chỉ điều trị không mổ chấn thương lách đơn thuần không có tổn thương phổi hợp khác. Nhưng ngược lại, theo nghiên cứu của Archer và Corburn MC thấy rằng: chấn thương phổi hợp ngoài ổ bụng không ảnh hưởng đến sự thất bại của điều trị không mổ chấn thương lách. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương phổi hợp với chấn thương lách bao gồm chấn thương ngực, sọ não, cột sống, gãy chi, vỡ xương chậu.

- *Chấn thương ngực:*

Chấn thương ngực trong chấn thương lách có thể chỉ điều trị nội hay phải mổ cấp cứu, trong khi đó, chấn thương lách vẫn có thể điều trị không mổ thành công. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 24 bệnh nhân chấn thương ngực kín, trong đó có 4 bệnh nhân phải mổ dẫn lưu màng phổi cấp cứu do tràn máu, tràn khí màng phổi nhiều, cả 4 bệnh nhân này đều được điều trị không mổ chấn thương lách thành công.

Như vậy, chấn thương lách có chấn thương ngực kín vẫn có thể điều trị không mổ thành công cho dù chấn thương ngực có phải mổ hay không nếu vẫn đảm bảo được huyết động ổn định.

- *Chấn thương sọ não, cột sống:*

Theo Keller và cộng sự, CTSN ảnh hưởng đến thái độ xử lý chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương lách nói riêng do tri giác bị giảm. Chính vì vậy mà các tác giả khuyên không nên điều trị không mổ chấn thương gan và/hoặc lách khi có CTSN phối hợp.

Nhưng theo nhiều tác giả khác, chấn thương lách phối hợp với CTSN hoàn toàn có thể điều trị không mổ thành công được bởi theo các tác giả, CTSN mà phải mổ bụng có thể có những diễn biến xấu hơn do tổn thương não thứ phát, do vậy, đây chính là những bệnh nhân được hưởng lợi nhiều nhất từ việc bảo tồn không mổ chấn thương gan và/hoặc lách.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân CTSN phối hợp với chấn thương lách đều được điều trị không mổ thành công.

Với chấn thương cột sống, việc thăm khám lâm sàng cũng sẽ gặp khó khăn khi bệnh nhân có liệt tủy, mất cảm giác, liệt ruột.. do vậy theo một số tác giả, nếu lâm sàng nghi ngờ hoặc không rõ tổn thương thì nên chủ động mổ nội soi thăm dò.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân chấn thương cột sống trong nhóm bệnh nhân điều trị không mổ thành công, không có bệnh nhân nào trong số này phải mổ cột sống cấp cứu, tuy nhiên, có 1 bệnh nhân bị liệt tủy do chấn thương cột sống cổ và để lại di chứng mất khả năng lao động.

- *Gãy xương lớn, xương chậu, hàm mặt:*

Theo một số tác giả, chấn thương gan và/hoặc lách có tổn thương phổi

hợp là các xương chi lớn, xương hàm mặt có thể mổ cấp cứu hoặc trì hoãn khi điều trị bảo tồn không mổ chân thương gan và/hoặc lách ổn định. Còn vỡ xương chậu mà huyết động ổn định cũng có thể điều trị không mổ cùng với chấn thương lách. Tuy nhiên, trở ngại trong điều trị không mổ chân thương gan và/hoặc lách khi có tổn thương các xương lớn là mất máu nhiều, đó đó khó xác định được mất máu do tổn thương xương hay do tổn thương lách, vì vậy, trong điều trị hồi sức phải giảm đau tốt, can thiệp cầm máu tổn thương phối hợp sớm để hạn chế và loại trừ nguồn chảy máu từ gan và/hoặc lách giúp việc điều trị không mổ lách có hiệu quả hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm bệnh nhân chấn thương lách điều trị không mổ thành công có 14 bệnh nhân gãy xương dài của chi và/hoặc xương chậu, không có bệnh nhân nào phải mổ cấp cứu gãy xương, bệnh nhân được mổ xương khi chấn thương lách đã ổn định.

Như vậy, trong chấn thương lách có tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng việc điều trị không mổ chấn thương lách hoàn toàn có thể thực hiện được kể cả khi cơ quan khác ngoài ổ bụng cần phải mổ cấp cứu nếu đảm bảo được sự ổn định về huyết động và loại trừ được các tổn thương khác trong ổ bụng cần phải mổ, đặc biệt là tạng rỗng.

4.3.1.4. Điều trị các biến chứng

Trong quá trình điều trị chấn thương lách, việc chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời các biến chứng giúp tăng tỷ lệ thành công của điều trị không mổ. Biến chứng có thể gặp ở các mức độ chấn thương lách, tuy nhiên, theo nhiều tác giả, tỷ lệ biến chứng, đặc biệt là tổn thương mạch và chảy máu muộn hay gặp ở chấn thương lách mức độ nặng độ IV, V lên đến trên 40%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân chấn thương lách độ IV có tỷ lệ biến chứng là 46,2% cao hơn các mức độ chấn thương I, II và III với $p < 0,0001$ (Bảng 3.32).

Điều trị không mổ chấn thương lách trong chấn thương bụng kín có thể có nhiều biến chứng cả do tổn thương lách và tổn thương các tạng phối hợp, điều quan trọng là phải theo dõi sát bệnh nhân cả trên lâm sàng và cận lâm sàng để phát hiện các biến chứng sớm và xử lý kịp thời tránh các hậu quả nặng nề có thể xảy ra cho bệnh nhân.

4.3.2. Kết quả điều trị

- Tỷ lệ thành công:

Điều trị không mổ trong nghiên cứu cứu của chúng tôi bao gồm điều trị nội khoa đơn thuần và nội khoa kết hợp với can thiệp mạch, qua 185 bệnh nhân được chỉ định điều trị không mổ có 168 bệnh nhân điều trị nội khoa đơn thuần thành công là 156 bệnh nhân chiếm 92,9% và 17 bệnh nhân điều trị nội khoa phối hợp với can thiệp mạch thành công 16 bệnh nhân

chiếm 94.1%, kết quả thành công của cả nhóm nghiên cứu là 172 bệnh nhân chiếm 93,0% (Bảng 3.27).

Theo Aman Baneree và cộng sự, trong 1255 bệnh nhân chấn thương lách được chỉ định điều trị không mổ có 97 (7.7%) bệnh nhân có phối hợp với can thiệp mạch và tỷ lệ thành công là 82%. Điều trị theo dõi kết hợp với can thiệp mạch giúp tỷ lệ điều trị không mổ trong nghiên cứu của Van der Vlies là 92%.

- *Thời gian nằm viện:*

Thời gian nằm viện trung bình của cả nhóm nghiên cứu là: $7,03 \pm 2,53$ ngày, bệnh nhân nằm ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 18 ngày.

Theo Margherita Cadeddu và cộng sự, thời gian nằm viện trung bình của những bệnh nhân chấn thương lách phải mổ dài hơn những bệnh nhân không mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) với thời gian lần lượt là 21 ngày (11- 45 ngày) và 14 (7- 31.5 ngày).

Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân thất bại phải chuyển mổ dài hơn có ý nghĩa so với những bệnh nhân điều trị không mổ thành công (Bảng 3.35).

4.3.3. Kết quả theo dõi sau khi ra viện

- *Các lợi ích của điều trị không mổ:*

Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng, sau cắt lách bệnh nhân có thể bị các biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, thậm chí tính mạng như huyết khối tĩnh mạch sâu và đặc biệt là hội chứng nhiễm khuẩn tối cấp sau cắt lách. Chính vì vậy, việc bảo tồn được lách giúp bệnh nhân tránh được những biến chứng như vậy.

Điều trị không mổ chấn thương lách không những làm thay đổi chiến lược điều trị có lợi cho bệnh nhân về mặt sức khỏe, phương pháp này còn đem lại nhiều lợi ích khác về kinh tế và xã hội.

Theo Fromiento C Sartorelli KH và cộng sự, điều trị không mổ chấn thương lách đem lại nhiều giá trị như chi phí cho điều trị thấp, bệnh nhân được ra viện sớm, tránh được mổ bụng không cần thiết, tránh được các biến chứng của phẫu thuật và giảm được lượng máu truyền trong quá trình điều trị cũng như giảm được tỷ lệ tử vong do chấn thương.

- *Theo dõi sau ra viện:*

Trong nghiên cứu: 123/185 (66,5%) bệnh nhân có được thông tin về tình trạng sức khỏe sau chấn thương lách do chấn thương bụng kín, trong đó 91,1% cho kết quả tốt, 8,1% cho kết quả trung bình và 0,8% cho kết quả xấu, bệnh nhân bị mất sức lao động do bị liệt vì chấn thương cột sống cổ phối hợp và không có bệnh nhân nào tử vong vì chấn thương lách.

Như vậy, nếu chỉ có chấn thương lách và được điều trị nội khoa thành công, bệnh nhân hoàn toàn có thể trở về cuộc sống lao động, sinh hoạt

binh thường, không để lại di chứng hay biến chứng gì. Điều này đã chứng minh được hiệu quả và lợi ích của phương pháp điều trị không mổ chấn thương lách.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 185 bệnh nhân chấn thương lách được chỉ định điều trị không mổ trong tổng số 221 bệnh nhân chấn thương lách (chiếm 83,7%) vào viện trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2016 tại Bệnh viện Việt Đức thu được những kết quả như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân vỡ lách trong chấn thương bụng kín

- *Đặc điểm chung:*

Lứa tuổi chấn thương lách hay gặp nhất từ 16-55 chiếm 81,6%, trung bình là $30,75 \pm 15,51$.

Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ với kết quả tương ứng là: 77,3% và 22,7%.

- *Triệu chứng toàn thân:*

Đa số bệnh nhân khi vào viện có huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg chiếm 88,1%.

Mất máu mức độ I trên lâm sàng chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 71,4%.

- *Triệu chứng cơ năng:* Bệnh nhân đau bụng vùng lách chiếm phần lớn với: 166 bệnh nhân tương ứng 89,7%.

- *Triệu chứng thực thể:*

Có 97 bệnh nhân chiếm 52,4% không có tổn thương thành bụng.

Tỷ lệ bệnh nhân không chướng bụng chiếm 56,2%.

Hầu hết bệnh nhân không có dấu hiệu thành bụng với 90,3%.

- *Xét nghiệm công thức máu:* Trên xét nghiệm, tỷ lệ bệnh nhân không thiếu máu chiếm nhiều nhất với 73/185 bệnh nhân tương ứng với 39,5%.

- *Siêu âm:* Lượng dịch tự do ổ bụng mức độ trung bình chiếm nhiều nhất với 58,9%.

- *Chụp CLVT:*

Hình thái tổn thương lách hay gặp nhất là đụn dập, tụ máu nhu mô với 62,7% và đường vỡ với 55,1%.

Chấn thương lách độ II và III chiếm phần lớn trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là: 34,1% và 48,6%.

- *Chụp mạch:* Có hai hình thái tổn thương mạch gặp trong nhóm nghiên cứu là thoát thuốc can quang trong nhu mô và giả phình động mạch chiếm 7,6% và 1,6%.

- *Tổn thương phối hợp:*

Ngoài ổ bụng: Chấn thương ngực kín và sọ não là tổn thương hay gặp chiếm tỷ lệ lần lượt là 12,9% và 9,2%

Trong ổ bụng: Chấn thương thận gặp nhiều nhất với 9 bệnh nhân chiếm 4,8%.

Độ nặng của chấn thương ở mức độ trung bình là nhiều nhất với 131 bệnh nhân chiếm 70,8%.

2. Kết quả điều trị và các yếu tố ảnh hưởng

Điều trị không mổ chấn thương lách là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công là 93,0%.

- *Kết quả điều trị theo từng phương pháp:*

Điều trị nội khoa đơn thuần thành công 92,9% và nội khoa phối hợp can thiệp mạch thành công 94,1%.

- *Kết quả điều trị theo mức độ chấn thương:*

Độ I: 83,3%; Độ II: 95,2%; Độ III: 94,4% và Độ IV: 84,6%.

- *Tình trạng sức khỏe khám lại sau ra viện:*

Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 91,1%; trung bình 8,1%; xấu 0,8% và tử vong 0,0%.

- *Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị:*

+ Huyết động là yếu tố quan trọng nhất quyết định chỉ định điều trị không mổ chấn thương lách

+ Những dấu hiệu có nguy cơ thất bại phải chuyển mổ cao trong điều trị chấn thương lách:

Dấu hiệu lâm sàng như: đau bụng vùng lách và ngoài vùng lách, chướng bụng vừa và căng, phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc.

Cận lâm sàng như: Lượng dịch tự do ổ bụng nhiều, mức độ chấn thương lách nặng (độ III, IV), tổn thương mạch lách.

+ Mức độ nặng của chấn thương (ISS): là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị không mổ chấn thương lách.

+ Can thiệp mạch là phương pháp làm tăng hiệu quả điều trị không mổ chấn thương lách.

KIẾN NGHỊ

- Chấn thương lách đơn thuần và/hoặc phối hợp được điều trị không mổ thành công nếu đảm bảo được ổn định về huyết động, tạng phối hợp ngoài ổ bụng vẫn được mổ cấp cứu nếu có chỉ định.

- Chụp và can thiệp mạch nên được chỉ định chặt chẽ, tránh lạm dụng để hạn chế biến chứng.

- Nếu nghi ngờ có tổn thương tạng rỗng phối hợp nên nội soi ổ bụng chẩn đoán và xử trí.

- Chấn thương lách nên điều trị tại cơ sở ngoại khoa để khi cần có thể mổ cấp cứu.

CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Trần Ngọc Dũng**, Trần Bình Giang, Nguyễn Ngọc Hùng, Nguyễn Đức Tiến, Kim Văn Vụ (2015). “Chấn thương lách: chỉ định và kết quả điều trị tại bệnh viện Việt Đức 2014-2015”. *Tạp chí Y học thực hành*, 989: 66-69.
2. **Trần Ngọc Dũng**, Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến, Kim Văn Vụ, Nguyễn Ngọc Hùng, Nguyễn Hoài Bắc (2017). “Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong chỉ định điều trị chấn thương lách tại bệnh viện Việt Đức 2014-2016”. *Tạp chí Y học thực hành*, 8(1005): 240-244.