

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

HỌC VIỆN QUÂN Y

TRẦN VĂN ĐÁNG

**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**

CHUYÊN NGÀNH: NGOẠI TIÊU HÓA
MÃ SỐ: 62 72 07 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2010

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS. Văn Tần.
2. PGS.TS. Nguyễn Văn Xuyên.

Phản biện 1 : GS.TS. Hà Văn Quyết

Phản biện 2 : PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích

Phản biện 3 : PGS.TS. Trịnh Hồng Sơn

Luận án đã được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp trường, họp tại Học viện quân Y vào hồi: 08 giờ ngày 02 tháng 10 năm 2010.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia.
2. Thư viện Học viện Quân y.

DANH MỤC NHỮNG CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Trần Văn Đáng, Vũ Minh Giang, Nguyễn Kim Du, Ngô Dũng Nghĩa (2000),** “Phẫu thuật bảo tồn điều trị vỡ lách do chấn thương”, *Kỷ yếu Hội nghị ngoại khoa toàn quốc*, tr. 70.
- 2. Trần Văn Đáng, Văn Tần (2002),** “Phẫu thuật bảo tồn vỡ lách do chấn thương tại bệnh viện tỉnh Bình Dương. Nhân 46 trường hợp”, *Kỷ yếu hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần thứ XII*, tr. 103-105.
- 3. Trần Văn Đáng, Vũ Minh Giang (2002),** “Điều trị không phẫu thuật vỡ lách do chấn thương tại bệnh viện tỉnh Bình Dương: Kết quả bước đầu”, *Y học TP. HCM*, 6(2), tr. 195.
- 4. Trần Văn Đáng, Văn Tần (2007),** “Vai trò của phẫu thuật bảo tồn trong điều trị vỡ lách do chấn thương tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương”, *Y học thực hành*,(5), tr. 82-84.
- 5. Trần Văn Đáng, Văn Tần, Nguyễn Văn Xuyên, Nguyễn Văn Tính, Ngô Minh Nhựt (2008),** “Phình giả động mạch lách sau chấn thương lách. 5 trường hợp tại bệnh viện tỉnh Bình Dương trên bệnh nhân điều trị bằng phương pháp theo dõi bảo tồn”, *Y học thực hành*, (1), tr. 33-34.

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tính cấp thiết của đề tài:

Lách là tạng đặc, có vỏ bao, dễ bị tổn thương nhất trong những chấn thương bụng kín; vỡ lách gây chảy máu trong ổ bụng, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

Phẫu thuật cắt lách toàn phần để cầm máu là phẫu thuật đã được áp dụng từ khá lâu. Kể từ khi Reigner báo cáo ca cắt lách đầu tiên để điều trị vỡ lách do chấn thương bụng kín (VLDCTBK) vào năm 1892, phương pháp này đã trở thành tiêu chuẩn cho việc điều trị VLDCTBK trên thế giới và vẫn còn sử dụng cho đến nay.

Ngày nay, nhiều công trình nghiên cứu về cấu trúc mạch máu cuống lách, cấu trúc của các thùy, phân thùy trong lách; chức năng của lách đối với cơ thể, đặc biệt là đối với hệ thống miễn dịch, đã được công bố; cũng như sự ra đời của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT), sự phát triển mạnh mẽ của ngành phẫu thuật, gây mê - hồi sức... đã giúp cho người thầy thuốc ngày càng quan tâm đến việc điều trị bảo tồn lách trong VLDCTBK.

Năm 1968, Upahyaya và Simpson, ở bệnh viện nhi Toronto Canada, báo cáo 12 trường hợp vỡ lách ở trẻ em được điều trị bằng phương pháp bảo tồn không mổ trong loạt 52 trường hợp vỡ lách ở trẻ em. Năm 1973, Singer đã đưa ra nhiều báo cáo nhấn mạnh tầm quan trọng của lách đối với hệ thống miễn dịch của cơ thể và nguy cơ nhiễm khuẩn cao ở trẻ em và người lớn sau khi cắt bỏ lách. Những báo cáo gần đây cho thấy tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn ở trẻ em sau cắt lách là 1 - 2% ở trẻ em, trong đó tử vong của biến chứng này là 50% - 80%. Tại Việt Nam, điều trị bảo tồn VLDCTBK đã bắt đầu từ những năm cuối của thập niên 80 thế kỷ thứ XX.

Việc nghiên cứu áp dụng điều trị bảo tồn không mổ (ĐTBTKM) VLDCTBK, nhằm duy trì chức năng lách và có thể tránh cho bệnh nhân bị VLDCTBK một cuộc phẫu thuật không cần thiết, cũng như góp phần vào việc điều trị VLDCTBK tại Việt Nam là vấn đề cần quan tâm.

2. Mục tiêu của đề tài:

- 2.1- Nghiên cứu chỉ định điều trị bảo tồn không mổ VLDCTBK.
- 2.2- Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ VLDCTBK tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

3. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của đề tài:

Cắt bỏ lách để điều trị VLDCTBK đã được áp dụng từ khá lâu trong lịch sử Y khoa. Kể từ khi Reigner báo cáo ca cắt lách đầu tiên để điều trị VLDCTBK vào năm 1892, phương pháp này đã trở thành tiêu chuẩn cho việc điều trị VLDCTBK trên thế giới và vẫn còn sử dụng cho đến nay. Việc bảo vệ chức năng miễn dịch của lách cho cơ thể cũng như tránh cho người bệnh khỏi một cuộc mổ không cần thiết, là cơ sở khoa học và thực tiễn cho phương pháp ĐTBTKM, đã giúp cho phương pháp này ngày càng được quan tâm và phát triển.

Tại Việt Nam, trong thời gian gần đây đã có những báo cáo về điều trị bảo tồn VLDCTBK như: Vũ Mạnh, bệnh viện Việt Đức (1992); Trần Thành Trai, bệnh viện Nhi Đồng I (1994); Lê Thương, bệnh viện Khánh Hòa (1994); Lê Văn Kính, bệnh viện Nhi Đồng Nai (1995); Nguyễn Thị Thanh Phương, bệnh viện Bà Rịa-Vũng Tàu (1998), Nguyễn Văn Long bệnh viện Chợ Rẫy (2001); Trần Bình Giang, bệnh viện Việt Đức (2001); Phạm Ngọc Lai, bệnh viện Nhân dân Gia Định (2001), Trần Văn Đáng, bệnh viện Bình Dương (2003); Trần Ngọc Sơn, bệnh viện Nhi trung ương (2008)... Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có công trình nào nghiên cứu về chỉ định và kết quả ĐTBTKM vỡ lách do chấn thương một cách có hệ thống được công bố. Trong thực tế, ĐTBTKM là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng, trên những bệnh nhân VLDCTBK được chọn lựa phù hợp. Có thể thực hiện tốt tại các trung tâm Y tế từ tuyến tỉnh trở lên.

4. Cấu trúc của luận án.

Luận án được trình bày trong 127 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục). Luận án được chia thành 6 phần:

- + Đặt vấn đề: 3 trang.
- + Chương 1 : Tổng quan tài liệu 39 trang.
- + Chương 2 : Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 20 trang.
- + Chương 3 : Kết quả nghiên cứu 33 trang.
- + Chương 4 : Bàn luận 32 trang.
- + Kết luận : 2 trang.

Luận án gồm 44 bảng, 3 biểu đồ, 1 sơ đồ, 37 ảnh. Sử dụng 134 tài liệu tham khảo, trong đó có 28 tài liệu tiếng Việt, 98 tài liệu tiếng Anh, 8 tài liệu tiếng Pháp. Phụ lục gồm 6 hình minh họa, danh sách 95 bệnh nhân

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.

1.1. CHẨN ĐOÁN VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN.

1.1.1. Biểu hiện lâm sàng.

Tùy thuộc vào mức độ chảy máu trong ổ bụng, những thương tổn khác kèm theo và thời gian từ lúc tổn thương cho đến lúc khám bệnh; hầu hết có biểu hiện với nhịp tim nhanh và tụt huyết áp, đau vùng hạ sườn trái và lan lên vai trái (dấu hiệu Kehr), gõ đục vùng hạ sườn trái và có thể khám thấy một khối choán chỗ ở đây. Dấu sây sát da vùng hạ sườn trái, ngực trái do tổn thương phần mềm hoặc gãy xương sườn cũng thường khám thấy.

1.1.2. Xét nghiệm máu.

Không có xét nghiệm máu chuyên biệt nào để chẩn đoán VLDCTBK; lượng huyết sắc tố giảm, dung tích hồng cầu giảm và số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng là các dấu hiệu gợi ý vỡ lách.

1.1.3. Chọc rửa ổ bụng.

Độ nhạy 97%, độ chuyên 95%, độ chính xác 95%. Tuy nhiên, chọc rửa ổ bụng không cho phép chẩn đoán chính xác cơ quan nào trong ổ bụng bị tổn thương, cũng như ngày nay thái độ tiếp cận chấn thương bụng theo hướng bảo tồn và ít sang chấn nên kỹ thuật này hiện nay ít được dùng trong chẩn đoán VLDCTBK.

1.1.4. Nội soi chẩn đoán. Ít được dùng để chẩn đoán VLDCTBK.

1.1.5. Chẩn đoán hình ảnh.

1.1.5.1. X quang: ít có giá trị trong chẩn đoán vỡ lách do chấn thương.

1.1.5.2. Siêu âm: hình ảnh tổn thương lách trên siêu âm thường nhận thấy như *rách lách, khối máu tụ trong lách hoặc dưới vỏ bao, dập lách, dịch quanh lách, phình giả động mạch lách sau chấn thương.*

1.1.5.3. Chụp cắt lớp vi tính (CT): nhiều báo cáo cho thấy *độ nhạy của CT trong chẩn đoán chấn thương lách thay đổi từ 96% đến 100 %.* Hiện nay, *hình ảnh vỡ lách trên CT được xem như là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán VLDCTBK.*

1.1.5.4. Chụp hình động mạch lách chọn lọc: cho thấy các dấu hiệu trực tiếp hoặc gián tiếp về tổn thương lách trong chấn thương.

1.1.5.5. Cộng hưởng từ hạt nhân (MRI): là phương tiện chẩn đoán

hình ảnh rất hiện đại, nhưng hiện nay MRI không được chọn lựa trong chẩn đoán VLDCTBK.

1.2. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ.

1.2.1 Phương pháp điều trị bảo tồn không mổ.

- Chỉ định:

+ Chỉ định đầu tiên và tuyệt đối là huyết áp của bệnh nhân phải ổn định.

+ Không có tổn thương các cơ quan khác trong ổ bụng mà đòi hỏi phải phẫu thuật để giải quyết.

+ Không có các bệnh về máu biểu hiện trên lâm sàng hoặc qua các xét nghiệm tầm soát.

+ Không có chấn thương sọ não nặng hoặc những chấn thương phức tạp khác kèm theo.

1.2.2. Phẫu thuật.

- Chỉ định: bệnh nhân không có chỉ định điều trị bằng phương pháp bảo tồn không mổ sẽ nhanh chóng chuyển qua phẫu thuật.

+ Cắt bỏ lách: bệnh nhân vẫn còn đang sốc kèm theo chấn thương nặng khác đe dọa đến tính mạng, những tổn thương ngoài lách khác mà tiên lượng có thể chảy máu sau phẫu thuật như: gãy xương chậu, gãy xương dài...

+ Phẫu thuật bảo tồn: vỡ lách độ I: khâu, ép gạc cầm máu, đốt điện cầm máu, đắp chất liệu cầm máu, nếu đã ngưng chảy máu thì không cần làm gì cả; vỡ lách độ II: có thể áp dụng thành công như với độ I; vỡ độ II, III, IV ở nhiều vị trí, sử dụng Mesh để bao lách rồi khâu cầm máu.

1.2.3. Điều trị vỡ lách qua phẫu thuật nội soi ổ bụng. Dùng phẫu thuật nội soi để điều trị VLDCTBK đã được thực hiện ở vài nơi, nhưng vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào có hệ thống được công bố.

1.2.4. Gây tắc mạch qua chụp hình động mạch lách. Gây tắc mạch lách để cầm máu qua chụp hình động mạch lách là một kỹ thuật tốt, giúp giảm khả năng cắt bỏ lách trong điều trị VLDCTBK.

1.2.5. Ghép lách tự thân. Việc ghép lách tự thân sau phẫu thuật cắt bỏ lách nhằm duy trì phần nào chức năng quan trọng về miễn dịch của lách đang được thực hiện ở nhiều nơi nhưng vẫn còn nhiều tranh cãi.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

Bệnh nhân VLDCTBK (phân loại bệnh tật theo ICD-9), nhập vào điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương từ ngày 01/01/2006 đến ngày 31/12/2007.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Vỡ lách đơn thuần do chấn thương bụng kín; có huyết động học ổn định; vỡ lách từ độ I đến độ IV; ISS \leq 30; nhỏ hơn 55 tuổi.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.2.1. **Loại hình nghiên cứu:** Tiến cứu, cắt dọc và không đối chứng.

2.2.2. **Cỡ mẫu:** $N \approx 80$.

2.3. CÁC CHỈ TIÊU NGHIÊN CỨU.

2.3.1. **Chẩn đoán xác định:** nhập viện vì bị chấn thương bụng kín. Có hình ảnh vỡ lách trên phim CT.

2.3.2. **Các chỉ tiêu nghiên cứu.**

2.3.2.1. **Đặc điểm lâm sàng:** nguyên nhân chấn thương; các dấu hiệu lâm sàng.

2.3.2.2. **Cận lâm sàng:** Xét nghiệm huyết học, X quang, siêu âm, CT.

2.3.2.3. **Kết quả điều trị:** ISS, mức độ tổn thương, các yếu tố nguy cơ, theo dõi, thời gian nằm viện, truyền máu, biến chứng.

2.4. TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU.

2.4.1. **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu này được thực hiện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

2.4.2. **Các trang thiết bị cần cho chẩn đoán và điều trị.**

2.4.2.1. **Máy chụp cắt lớp vi tính:** Máy Somatom Emotion, xoắn ốc 1 lát cắt. Sản xuất tại công ty Siemens, , năm 2005.

2.4.2.2. **Máy siêu âm màu 4 chiều:** Hiệu Aloka prosound – SSD 4000-Plus. Sản xuất tại Nhật Bản năm 2006.

2.4.2.4. **Máy theo dõi bệnh nhân:** Hiệu Bedside Monitor-Model: BSM- 2301K, Series No: 10590, Power input 70VA. Sản xuất năm 2004 tại Nhật Bản.

2.4.3. **Nhân sự tham gia nghiên cứu.** Cộng sự là các bác sĩ chuyên khoa ngoại, cấp cứu hồi sức và chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh. Tham

vấn chuyên môn là GS Văn Tần (chủ nhiệm khoa ngoại bụng, trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh).

2.4.4. Quy trình nghiên cứu.

2.4.4.1. 24 giờ đầu từ khi nhập viện: tiếp nhận và lưu bệnh tại khoa cấp cứu hồi sức, ghi nhận dấu hiệu sinh tồn, khám lâm sàng tổng thể, ghi nhận và đánh giá tổn thương toàn thân, nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc mất máu trên lâm sàng (nhịp tim ≥ 110 lần/phút, huyết áp tối đa ≤ 90 mmHg) thì tiến hành hồi sức tích cực để nhanh chóng ổn định tình trạng huyết động; kết luận là huyết động không ổn định khi giảm tốc độ truyền dịch thì huyết áp tụt và mạch nhanh trở lại. Các trường hợp khi vào viện có biểu hiện sốc nhưng nhanh chóng ổn định sau khi hồi sức thì được chọn vào nhóm nghiên cứu, trong vòng 24 giờ nếu có biểu hiện tái sốc thì chuyển mổ cấp cứu. Làm các xét nghiệm máu: công thức HC, BC, Hct, Hb để đánh giá tình trạng mất máu; siêu âm tại giường để tìm dịch tự do trong ổ bụng, tổn thương lách, tổn thương các tạng đặc khác; nếu tình trạng huyết động ổn định thì chụp CT có cản quang. Đánh giá mức độ vỡ lách, đánh giá độ nặng của chấn thương toàn thân (điểm ISS).

+ Xác định bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu: là những bệnh nhân có vỡ lách đơn thuần do chấn thương bụng kín, có huyết động học ổn định; không có phản ứng thành bụng; vỡ lách từ độ I đến độ IV; ISS ≤ 30 , nhỏ hơn 55 tuổi.

Bệnh nhân nằm tuyệt đối trên giường, nơi dễ quan sát; đặt đường truyền tĩnh mạch để nuôi ăn hoặc hồi sức khi cần thiết, thông tiểu lưu, thông dạ dày. Theo dõi nhịp tim và huyết áp mỗi giờ, khi cần thiết thì theo dõi bằng máy Monitor. Bác sĩ chuyên khoa sẽ khám mỗi 30 phút, 60 phút hoặc khi cần thiết, chủ yếu là theo dõi diễn tiến của các dấu hiệu lâm sàng, đặc biệt là đau bụng và chướng bụng để kịp thời phát hiện các diễn tiến không thuận lợi cũng như phát hiện sớm những thương tổn khác trong ổ bụng kèm theo. Nếu có phản ứng thành bụng, bụng chướng tăng dần, thân nhiệt tăng, thì phải chuyển nhanh qua phẫu thuật.

Thuốc: kháng sinh dự phòng, transamine, vitamin C, vitamin K.

2.4.4.2. Ngày thứ 2 đến ngày thứ 3: bệnh nhân được chuyển về phòng chăm sóc đặc biệt của khoa ngoại, nằm tuyệt đối trên giường, khám

lâm sàng và theo dõi dấu hiệu sinh tồn mỗi 2 giờ, 6 giờ và khi cần thiết; nuôi ăn bằng đường miệng, đo Hct và Hb để đánh giá tình trạng chảy máu và mất máu, qua đó có thái độ xử lý kịp thời.

2.4.4.3. Ngày thứ 4 đến ngày thứ 12: khám lâm sàng và theo dõi sinh hiệu mỗi ngày và khi cần thiết, bệnh nhân đi lại trong phòng và không được hoạt động gắng sức. Ngày thứ 12, 13, nếu bệnh nhân có huyết động ổn định, bụng hết chướng, hết đau, thì xuất viện; tái khám 1 tuần, 3 tuần và 6 tuần sau xuất viện, chụp CT vào lần tái khám thứ 3 (nếu có điều kiện), nếu thấy tổn thương lách đã ổn định thì bệnh nhân được phép lao động bình thường nhưng tránh lao động gắng sức trong 3 tháng, tái khám khi có dấu hiệu bất thường.

2.4.5. Đánh giá kết quả.

- Kết quả trong thời gian nằm viện: *từ ngày thứ hai sau khi nhập viện cho đến khi xuất viện bệnh nhân không phải mổ bụng vì bất kỳ lý do nào có liên quan đến kỹ thuật điều trị: chảy máu do vỡ khối máu tụ trong lách, tụ máu dưới bao, phình giả động mạch lách, thông động tĩnh mạch, áp xe lách; thì coi như điều trị có kết quả.*

- Kết quả trong vòng 6 tuần sau khi ra viện: nếu bệnh nhân buộc phải nhập viện để xử lý bằng phẫu thuật như: vỡ lách thì hai, đe dọa vỡ lách thì hai, áp xe lách, phình giả động mạch lách có đường kính $\geq 2\text{cm}$, thông động tĩnh mạch...thì coi như là một trường hợp thất bại.

2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU.

2.5.1. Thống kê thu thập số liệu: kết quả ghi nhận trong bệnh án mẫu được xác nhận của bác sĩ điều trị và lãnh đạo bệnh viện.

2.5.2. Phương pháp xử lý số liệu: dữ liệu từ bệnh án mẫu được nhập vào máy vi tính, xử lý theo các thuật toán thông kê theo chương trình Stata 10.0.

2.5.3. Đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu khoa học đã được hội đồng chấm luận án nghiên cứu sinh của Học viện Quân Y duyệt thông qua. Các đối tượng nghiên cứu được thông báo, giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin về cá nhân và bệnh tật được giữ bí mật. Các chi phí về phim CT, siêu âm, xét nghiệm máu được miễn phí.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 2 năm 2006 – 2007, có 358 trường hợp chấn thương bụng kín được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. Các tạng đặc như lách, gan, thận bị tổn thương nhiều nhất, trong đó tổn thương lách là cao nhất với 131 trường hợp, chiếm tỷ lệ 36,59%.

Có 95 trường hợp đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu ĐTBTKM, chiếm tỷ lệ 72,51%. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây:

3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA NHÓM BỆNH NGHIÊN CỨU.

3.1.1. Tuổi. Tuổi trung bình: 24 ± 8 (7; 52). Nhóm tuổi từ 21-30 chiếm đa số.

3.1.2. Giới. Nam giới chiếm đa số với 70 trường hợp, chiếm tỷ lệ 73,68%; nữ giới có 25 trường hợp, chiếm tỷ lệ 26,32%.

3.1.3. Nguyên nhân chấn thương. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra chấn thương lách chiếm tỷ lệ 64,21%, kế đến là tai nạn sinh hoạt chiếm 22,11%.

3.2. CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG.

3.2.1. Dấu hiệu sinh tồn.

3.2.1.1. Mạch: khi nhập viện, đa số bệnh nhân được chọn nghiên cứu ĐTBTKM, có chỉ số mạch trong giới hạn bình thường ($p < 0,01$).

Bảng 3.1: Mạch.

Mạch (lần/phút)	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
= 0	00	00
< 90	68	71,57
90 - 110	26	27,36
> 110	01	01,05
Cộng	95	100

3.2.1.2. Huyết áp:

Chỉ số trung bình của huyết áp tâm thu là $108,6 \pm 23,3$ mmHg. Có 02 trường hợp có chỉ số huyết áp tâm thu đo được thấp hơn 70 mmHg, 86,31% có huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg, 11,58% có huyết áp tâm thu từ 70 đến < 90 mmHg. Đa số các trường hợp ĐTBTKM có huyết áp ổn định ($p < 0,001$).

3.2.2. Các dấu hiệu lâm sàng.

Bảng 3.2: Dấu hiệu lâm sàng.

Dấu hiệu lâm sàng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Sây sát thành bụng	25	26,31
Chướng bụng	34	35,78
Cảm ứng phúc mạc	19	20
Đau bụng	95	100

Bảng 3.3: Vị trí đau bụng.

Vị trí đau bụng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Nửa bụng trái	21	22,11
Hạ vị	01	01,05
Hạ sườn trái	60	63,15
Khắp bụng	07	07,36
Thượng vị	06	06,32
Cộng	95	100

Dấu hiệu đau hạ sườn trái chiếm đa số có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Cận lâm sàng.

3.2.3.1. Hồng cầu: trung bình là $4,34 \pm 0,6$ triệu/ml (2,28; 5,79 triệu/ml).

Đa số các trường hợp không có biểu hiện giảm đáng kể số lượng hồng cầu trong máu ngoại vi ($p < 0,001$).

3.2.3.2. Bạch cầu: trung bình là 13.660 ± 5.330 /ml. (24.000/ml; 5.400/ml).

Đa số các trường hợp có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi ($p < 0,001$).

3.2.3.3. Dung tích hồng cầu: trung bình là $34,23\% \pm 5,54$ (44,7%; 21%). Đa số có biểu hiện giảm dung tích hồng cầu ở mức độ nhẹ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

3.2.3.4. Huyết sắc tố:

Bảng 3.4: Huyết sắc tố.

Hb (g/l)	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
≤ 9	05	5,26
(9 -10]	07	7,36
(10 -12]	30	31,57
> 12	53	57,78
Cộng	95	100

3.2.3.5. Siêu âm:

Biểu hiện dịch tự do trong ổ bụng trên siêu âm ở hầu hết các bệnh nhân VLDCTBK có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Bảng 3.5: Siêu âm.

Kết quả siêu âm	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Dịch tự do trong ổ bụng	90	94,73
Đường vỡ	05	05,26
Máu tụ trong lách	20	21,05
Dập lách	04	04,21
Phình giả động mạch lách	05	05,26

3.2.3.6. Chụp cắt lớp vi tính:

Bảng 3.6: Các tổn thương lách trên chụp cắt lớp vi tính.

Kết quả CT	Số trường hợp				Tổng	Tỷ lệ (%)
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
- Dịch ổ bụng	05	57	27	03	92	96,84
- Máu tụ trong lách	13	23	17	0	53	55,79
- Tụ máu dưới bao	03	04	05	0	12	12,63
- Dập lách	08	17	07	0	32	33,68
- Vị trí đường vỡ	06	23	34	03	66	69,47
- Thoát chất cản quang	00	00	07	02	09	09,47

- Dịch tự do trong ổ bụng: dịch tự do trong ổ bụng trong VLDCTBK thường gặp trên phim CT ($p < 0,001$).

Bảng 3.7: Lượng dịch tự do trong ổ bụng.

Lượng dịch tự do trong ổ bụng	Số trường hợp				Tổng	Tỷ lệ (%)
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV		
Nhiều			06	03	09	09,47
Vừa		20	21		41	43,15
Ít	05	37			42	44,21
Không có	03				03	03,15
Cộng	08	57	27	03	95	100

- Vị trí đường vỡ lách thường thấy trên CT có ý nghĩa với $p < 0,01$.

Bảng 3.8: Vị trí đường vỡ lách.

Vị trí	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Bờ dưới	3	4.54
Bờ trên	3	4.54
Cực dưới	5	7.57
Cực trên	6	9.10
Mặt hoành	27	40.91
Mặt hoành – Bờ dưới	1	1.50
Mặt hoành – Cực dưới	2	3.00
Mặt dạ dày	10	15.15
Phức tạp (<i>nhiều vị trí</i>)	9	13.63
Cộng	66	100

Bảng 3.9: Tổn thương phối hợp trên lách.

Thương tổn phối hợp	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Đường vỡ + tụ máu trong lách	16	16,84
Đường vỡ + dập lách	07	07,36
Dập lách + tụ máu trong lách	04	04,21
Dập lách + tụ máu dưới bao	03	03,15
Đường vỡ + dập lách + tụ máu trong lách	04	04,21
Cộng	34	35,78

3.3.4. Phân độ vỡ lách. Vỡ lách độ I và độ II chiếm đa số các trường hợp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.10: Phân độ vỡ lách.

Phân độ vỡ lách	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Độ I	08	08,42
Độ II	57	60,00
Độ III	27	28,42
Độ IV	03	03,15
Cộng	95	100

3.3.5. ISS và tổn thương phổi hợp.

3.3.5.1. ISS (Injured severity score):

Bảng 3.11: ISS.

ISS	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
1 – 8	35	36,84
9 – 15	53	55,78
16 – 24	04	04,22
25 – 30	03	03,16
Cộng	95	100

ISS trung bình là 11,86 (2, 30). Đa số các trường hợp có ISS < 15 ($p < 0,001$). 4 trường hợp thất bại có ISS là : 17, 27, 30, 30.

3.3.5.2. Tổn thương phổi hợp: 100% trường hợp không có tổn thương phổi hợp trong ổ bụng. Tổn thương phổi hợp các cơ quan ngoài ổ bụng có 12 trường hợp, chiếm tỷ lệ 12,63%, bao gồm: chấn thương sọ não 4 trường hợp, 7 trường hợp tổn thương phần mềm, 1 trường hợp có chấn thương ngực.

3.4. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

3.4.1. Dấu hiệu sinh tồn. Đa số các trường hợp có dấu hiệu sinh tồn ổn định có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.12: Dấu hiệu sinh tồn trong 24 giờ đầu khi nhập viện.

Dấu hiệu sinh tồn (24 giờ đầu)	Biến động		Ổn định	
	Số ca	Tỷ lệ (%)	Số ca	Tỷ lệ (%)
Mạch	17	17,89	78	82,11
Huyết áp	19	20	76	80
Nhịp thở	17	17,89	78	82,11
Thân nhiệt	3	3,15	92	91,85

Bảng 3.13: Dấu hiệu sinh tồn từ ngày thứ 2 đến khi ra viện.

Dấu hiệu sinh tồn (sau 24 giờ)	Biến động		Ổn định	
	Số ca	Tỷ lệ (%)	Số ca	Tỷ lệ (%)
Mạch	3	3,12	92	96,84
Huyết áp	5	5,27	90	94,73
Nhịp thở	3	3,12	92	96,84
Thân nhiệt	4	4,22	91	95,78

3.4.2. Lâm sàng và cận lâm sàng:

Thống kê cho thấy các dấu hiệu đau bụng, cảm ứng phúc mạc và chướng bụng giảm dần một cách tự nhiên kể từ ngày thứ 2. Dấu cảm ứng phúc mạc giảm dần và hết hẳn vào ngày thứ 5. Chướng bụng giảm mạnh từ ngày thứ 2 đến thứ 4. Đau bụng giảm dần theo thời gian nằm viện, có 8 trường hợp khi xuất viện vẫn còn đau nhẹ vùng hạ sườn trái.

Hct trung bình khi nhập viện là 34,73%, trong thời gian nằm viện là 36,38%

3.4.3. Kết quả theo mức độ tổn thương:

Có sự tương quan giữa tỷ lệ thành công của ĐTBTKM với mức độ tổn thương lách ($p < 0,05$); tỷ lệ thành công cao tương ứng với mức độ tổn thương nhẹ ($r = 0,804$).

Bảng 3.14: Kết quả theo mức độ tổn thương.

Phân độ	Số trường hợp	Thành công		Thất bại	
		n	%	n	%
I	8	8	100	0	0
II	57	57	100	0	0
III	27	26	96,3	1	3,70
IV	3	0	0	3	100
Cộng	95	91	95,78	4	4,22

3.4.3. Kết quả theo ISS:

Bảng 3.15: Kết quả theo ISS.

ISS	Số trường hợp	Thành công		Thất bại	
		n	%	n	%
≤ 8	35	35	100	0	0
9-15	53	53	100	0	0
16-24	04	03	75	01	25
25-30	03	00	00	03	100
Cộng	95	91	95,78	4	04,22

Tỷ lệ thành công của ĐTBTKM cao có ý nghĩa trên những bệnh nhân có ISS ≤ 15 ($p < 0,05$); có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ tổn thương toàn thân và tỷ lệ thành công của ĐTBTKM ($r = 0,701$).

3.4.4. Các yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng đến kết quả điều trị:

Bảng 3.16: Một yếu tố nguy cơ.

Một yếu tố nguy cơ	Số trường hợp	Tỷ lệ thất bại
- Vỡ lách độ III, IV.	13	00%
- ISS > 15.	02	00%
- Dò chất cản quang ra khỏi lòng mạch máu.	03	00%
- Dịch ổ bụng lượng nhiều.	05	00%
Cộng	23	00%

Bảng 3.17: Hai yếu tố nguy cơ.

Hai yếu tố nguy cơ	Số trường hợp	Tỷ lệ thất bại
- ISS > 15 + vỡ lách độ III, IV.	03	33,33%
Dịch ổ bụng lượng nhiều + vỡ lách độ III, IV.	01	00%
- Vỡ lách độ III, IV + thoát chất cản quang ra khỏi lòng mạch máu.	06	00%
Cộng	10	10%

Bảng 3.18: Ba yếu tố nguy cơ.

Ba yếu tố nguy cơ	Số trường hợp	Tỷ lệ thất bại
- ISS > 15 + vỡ lách độ III, IV + dịch ổ bụng lượng nhiều.	01	100%
- ISS > 15 + vỡ lách độ III, IV + thoát chất cản quang ra khỏi lòng mạch máu.	01	100%
- Dịch ổ bụng lượng nhiều + vỡ lách độ III, IV + thoát chất cản quang ra khỏi lòng mạch máu.	01	00%
Cộng	03	66,66%

Tỷ lệ thất bại tăng cao khi có kết hợp nhiều yếu tố nguy cơ trên cùng một bệnh nhân có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); có mối liên quan giữa tỷ lệ thất bại của ĐTBTKM và số lượng các yếu tố nguy cơ có trên bệnh nhân ($r = 0,927$).

3.4.5. Truyền máu: trung bình 66ml/trường hợp; 7,3% có nhu cầu truyền máu.

Bảng 3.19: Truyền máu.

Phân độ vỡ lách	Số trường hợp	Lượng máu truyền (ml)
Độ I	01	500
Độ II	03	2.250
Độ III	02	2.000
Độ IV	01	1.500
Cộng	07	6.250

3.4.6. Thuốc: không có thuốc điều trị đặc hiệu dùng trong ĐTBTKM.

3.4.7. Thời gian nằm viện: trung bình là 13 ngày, (26 ngày; 6 ngày).

Sự khác biệt về thời gian nằm viện ở những mức độ vỡ lách khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có sự tương quan giữa thời gian nằm viện và mức độ tổn thương lách ($r = 0,985$).

3.4.8. Kết quả sau khi ra viện: chưa ghi nhận trường hợp nào có biến chứng phải mổ trong thời gian tái khám sau ra viện.

3.4.9. Kết quả chung. ĐTBTKM là 95 trường hợp, chiếm tỷ lệ 78,51%, thành công là 91/95 trường hợp chiếm tỷ lệ 95,78%, 04 trường thất bại chiếm tỷ lệ 04,21%. Không có tử vong.

Dựa vào diễn tiến trong thời gian nằm viện, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị theo các mức độ tốt, trung bình, thất bại, như sau:

Bảng 3.20: Kết quả điều trị.

Kết quả điều trị	Thất bại		Trung bình		Tốt		Cộng (n)
	n	%	n	%	n	%	
Vỡ lách độ I	00	00	02	25	06	75	08
Vỡ lách độ II	00	00	25	43,8	32	56,1	57
Vỡ lách độ III	01	3,7	14	51,8	12	44,4	27
Vỡ lách độ IV	03	100	00	00	00	00	03
Cộng	04	4,2	41	43,1	50	52,7	95

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. SỐ LIỆU CHUNG.

4.1.1. Xuất độ vỡ lách do chấn thương bụng kín.

Vỡ lách là thương tổn hàng đầu trong chấn thương bụng kín với số lượng ngày càng tăng cùng với các chấn thương khác. Thống kê cho thấy: trong 2 năm 2006 – 2007 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, vỡ lách chiếm vị trí đầu tiên với 131/358 trường hợp nhập viện vì chấn thương bụng kín (CTBK) chiếm tỷ lệ 36,59%, chấn thương gan là 23,74%, chấn thương thận là 14,80%. Trong thống kê của Trần Bình Giang tại bv Việt Đức từ 1997 đến 1999 có 1141 trường hợp CTBK trong đó vỡ lách chiếm 225 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Lê Trung Hải và cs, vỡ lách chiếm hàng thứ hai sau vỡ gan. Theo H.scott có đến 25% bn CTBK là chấn thương lách. Trong một nghiên cứu của Rutledge trong 5 năm cho thấy: chấn thương lách chiếm số lượng cao nhất và tăng theo thời gian.

4.1.2. Khuynh hướng và kết quả điều trị VLDCTBK hiện nay.

Kỹ nguyên mới của điều trị VLDCTBK, bắt đầu kể từ khi Reigner báo cáo trường hợp cắt lách đầu tiên để điều trị VLDCTBK thành công vào năm 1892, nhanh chóng phương pháp này đã trở thành tiêu chuẩn để điều trị VLDCTBK trên thế giới. Phương pháp ĐTBTKM để điều trị VLDCTBK ở trẻ em đã được báo cáo bởi Upadhyaya vào năm 1968. Ngày nay phương pháp ĐTBTKM được xem như là phương pháp được chọn lựa ưu tiên cho những bệnh nhân VLDCTBK có huyết động ổn định. Nghiên cứu của Morell DG: điều trị VLDCTBK có thể nói là đã trải qua 3 giai đoạn: giai đoạn I (1965-1974) cắt lách là duy nhất; giai đoạn II (1975-1984) cắt lách là chính, thỉnh thoảng có ĐTBTKM và khâu lách, giai đoạn III (1985-1994) 3 kỹ thuật được thực hiện gần như bằng nhau. Tỷ lệ tử vong không thay đổi trong 3 thời kỳ. Tỷ lệ bảo tồn lách ngày càng gia tăng. Trong báo cáo của Hayan Abdulrahman Bismar, 57,8% ĐTBTKM, 12,04% phẫu thuật bảo tồn (PTBT), cắt lách là 30,12%; tỷ lệ thành công của ĐTBTKM là 91,6%. Theo Shackfort và Molin, tỷ lệ ĐTBTKM là 68% ở người lớn; theo Hội Phẫu Thuật Chấn Thương Phương Tây (Eastern

Association For The Surgery of Trauma), tỷ lệ ĐTBTKM là 83% ở người lớn, còn ở trẻ em là 96%. Tập hợp các số liệu điều trị VLDCTBK trong 5 năm từ 1988-1993 ở 157 bệnh viện ở vùng North Carolina Hoa Kỳ, Rutledge cho thấy: tỷ lệ ĐTBTKM tăng từ 34% lên 46%.

Trước năm 2000, tại bv tỉnh Bình Dương đã cắt lách thường qui cho tất cả các trường hợp VLDCTBK nhập viện. Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện trong 2 năm từ 2000 đến 2001 tại Bình Dương là 135 trường hợp, trong đó cắt lách là 28/135 (20,74%), khâu lách và cắt lách bán phần là 53/135 (39,25%), ĐTBTKM là 54/135 (40%). Trong nghiên cứu này tỷ lệ ĐTBTKM là 78,51% với tỷ lệ thành công là 95,78%, chưa có tử vong.

4.2. TÌNH TRẠNG BỆNH NHÂN KHI NHẬP VIỆN.

4.2.1. Tuổi và giới. Theo Trần Bình Giang, tỷ lệ nam/nữ tại bv Việt Đức là 2/1, Lê Trung Hải và Đặng Ngọc Hùng là 50/16, Chadwick là 104/23. Theo Rutledge, nam là 67,4%; Hayan Abdulrahman Bismar là 72/11, tuổi trung bình là 23.5; theo Christine, tuổi trung bình là 32.2±1.0 tuổi. Thống kê của chúng tôi là 70/25. Tuổi trung bình là 24 ± 8.

4.2.2. Nguyên nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu của chấn thương lách, chiếm tỷ lệ 64,21%, điều này phù hợp với nhiều thống kê trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

4.2.3. Huyết động. Huyết động học ổn định là yếu tố cơ bản và là yêu cầu đầu tiên của phương pháp ĐTBTKM vỡ lách do chấn thương bụng kín. Theo Thomas J. Esposito, có đến 30% vỡ lách có biểu hiện sốc mất máu trên lâm sàng; thống kê của Clancy là 40%, trong đó nhóm cắt là 65%; khâu lách là 17%, ĐTBTKM là 11%; Gustav ghi nhận 20% VLDCTBK có biểu hiện sốc, trong đó nhóm chọn ĐTBTKM có sốc là 10%. Thống kê của chúng tôi cho thấy có 13/95 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13,68% biểu hiện sốc mất mất máu.

4.2.4. Lâm sàng.

Thống kê trong bảng 3.3 cho thấy: 100% có đau bụng, trong đó thường gặp nhất là đau vùng hạ sườn trái với 60/95 trường hợp, chiếm tỷ lệ 63,15%; 21/95 trường hợp đau nửa bụng trái; 07/95 đau khắp

bụng; còn lại là đau thượng vị chiếm tỷ lệ 06,32% và hạ vị là 1,05%. 35,78% trường hợp có chướng bụng và 20% có cảm ứng phúc mạc (do thành bụng bị kích thích trực tiếp bởi chấn thương hoặc máu trong xoang bụng) 26,31% có dấu sây sát thành bụng.

4.2.5. Cận lâm sàng.

4.2.5.1. Xét nghiệm máu:

Kết quả xét nghiệm máu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu mất máu không rõ rệt, trong khi đó bạch cầu tăng cao một cách có ý nghĩa trong hầu hết các trường hợp ($p < 0,001$). Theo Seymour I. Schartz, chỉ số bạch cầu trong máu ngoại vi trên bệnh nhân bị chấn thương bụng kín nếu lớn hơn 15.000/ml là có chảy máu trầm trọng trong ổ bụng.

4.2.5.2. Siêu âm bụng:

Theo McKenny's: siêu âm xác định dịch tự do trong ổ bụng có độ nhạy thay đổi từ 81% đến 88%, độ đặc hiệu là 99%. Theo Steven R. Klepac, mục tiêu chính của siêu âm trong chấn thương lách là tìm dịch tự do trong ổ bụng. Theo thống kê trong bảng 3.5 chúng tôi ghi nhận kết quả như sau: dịch tự do trong ổ bụng là 90/95 trường hợp, chiếm tỷ lệ 94,73%; khối máu tụ trong lách là 20/95 các trường hợp chiếm tỷ lệ 21,05%; 4/95 trường hợp ghi nhận *dập lách*, 5/95 trường hợp có *phình giả động mạch lách* trên siêu âm Doppler màu, *đường vỡ lách* là 5/95 trường hợp.

4.2.5.3. Chụp cắt lớp vi tính (CT):

Hiện nay *hình ảnh vỡ lách trên CT được xem như là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán VLDCTBK*. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chụp CT cho tất cả 95 trường hợp và *hình ảnh vỡ lách ghi nhận được trên CT là cơ sở cho chẩn đoán vỡ lách cho tất cả các trường hợp*; hình ảnh dịch tự do trong ổ bụng không kèm theo tổn thương lách thấy được trên CT không được xem là vỡ lách.

Kết quả ghi nhận như sau: 95/95 trường hợp thấy được hình ảnh vỡ lách trên phim CT với những hình thái tổn thương khác nhau như sau: tụ máu trong lách là 53/95 trường hợp (55,79%). Tụ máu dưới bao là 12/95 trường hợp (12,63%). Dập nhu mô là 32/95 trường hợp (33,68%). Vị trí đường vỡ là 66/95 trường hợp (69,47%). Dịch ổ bụng là 90/95 (94,73%) trường hợp tổn thương lách có kèm dịch tự do trong ổ bụng. Theo Vũ Thu Giang, kết quả vỡ lách trên CT: đường vỡ

84,4%, dập lách 67,2%, tụ máu trong lách 25%, thoát chất cản quang ra ngoài mạch máu 2,5%, dịch trong ổ bụng 97,5%. CT có độ nhạy và độ chính xác hơn 90%. Theo Thomas J Esposito, CT phát hiện 98% dịch tự do trong ổ bụng, 85% máu tụ quanh lách, 71% đường vỡ. Theo Steven, *độ nhạy và độ chính xác của CT để chẩn đoán vỡ lách gần đến 100%*.

- **CT và phân độ tổn thương.** Phân độ tổn thương lách dễ dàng thực hiện qua hình ảnh ghi nhận trên phim CT. Kết quả ghi nhận như sau: 92/95 trường hợp, chiếm tỷ lệ 96,82% có tổn thương từ độ I đến độ III; 3/95 trường hợp độ IV. Theo báo cáo của HL. Patcher, có đến 95% tổn thương lách trong nhóm ĐTBTKM là độ I đến độ III. Trong một nghiên cứu 39 trường hợp ĐTBTKM vỡ lách do chấn thương của Gustav Norrman như sau: vỡ lách độ I là 19%; độ II là 33%; độ III là 33%; độ IV là 8%; độ V là 7%.

- **CT và chỉ định điều trị.** Nhiều tác giả đã cho rằng không thể căn cứ vào mức độ tổn thương trên CT để làm căn cứ duy nhất cho chỉ định điều trị VLDCTBK. Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa vào nhiều yếu tố khác nhau như: dấu hiệu lâm sàng, tổn thương phối hợp, hình ảnh tổn thương trên phim CT, trong đó huyết động ổn định là tiêu chuẩn đầu tiên cho chỉ định điều trị. Thống kê trong bảng 3.20 cho thấy 100% các trường hợp vỡ lách độ I, độ II và 96,30% các trường hợp độ III đã thành công với phương pháp ĐTBTKM. 100% tổn thương độ IV bị thất bại.

- **Hình ảnh thoát dịch cản quang ra khỏi lòng mạch trên phim CT có cản quang.** Trong nghiên cứu của H. L Pacher có 2 trường hợp có hình ảnh này, trong đó 1 trường hợp điều trị thất bại; theo ML Gavant, tần suất thất bại của ĐTBTKM tăng rõ rệt nếu có hình ảnh phình giả động mạch lách hoặc thoát chất cản quang ra khỏi lòng mạch máu trên phim CT. Theo Lawson, những dấu hiệu thoát dịch cản quang ra khỏi lòng mạch máu trên phim CT có cản quang có thể giúp tiên đoán được khả năng vỡ lách chậm.

- **CT để theo dõi bệnh.** Theo Dulchavsky, thời gian lành vết thương lách cũng đã được nghiên cứu trên thực nghiệm là khoảng 6 tuần từ lúc bị thương, nên không cần thiết dùng CT như là một tiêu chuẩn để xác định xem bệnh nhân này có thể tham gia các hoạt động thể thao hay chưa.

4.2.6. Chỉ định điều trị.

Tùy thuộc vào các yếu tố như sau:

- Tình trạng huyết động học:

Hiện nay, nhiều tác giả trên thế giới đã công nhận rằng: các bệnh nhân VLDCTBK có huyết động ổn định là ưu tiên lựa chọn cho ĐTBTKM, điều này đã kích lệ mở rộng chỉ định điều trị cho những bệnh nhân bị tổn thương lách ở mức độ nặng hơn như tổn thương độ IV và độ V. Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết động ổn định là tiêu chí đầu tiên cho chọn lựa vào ĐTBTKM.

- Mức độ tổn thương lách trên CT:

Hình ảnh tổn thương lách trên phim CT giúp chúng ta đánh giá mức độ tổn thương lách khá tốt, qua đó có thái độ xử trí thích hợp, tổn thương lách từ độ I tới độ III nếu có huyết động ổn định thông thường là thích hợp cho ĐTBTKM, cần thận trọng với các tổn thương độ IV và độ V. Trong báo cáo của H.L Patcher về 96 trường hợp ĐTBTKM có 14% độ I; 53% độ II; 29% độ III; 4% độ IV; 1% độ V. Theo M. Gonzalez, tần suất thất bại của ĐTBTKM tăng lên cùng với mức độ tổn thương lách một cách có ý nghĩa: độ I là 0%, độ II là 22.6%, độ III là 27.6% và độ IV là 40%, ($p < 0.01$).

Trong 95 trường hợp của chúng tôi gồm: 8/95 (8,42%) trường hợp độ I; 57/95 (60%) độ II; 27/95 (28,42%) độ III; 3/95 (3,12%) độ IV. Có 4/95 (4,21%) trường hợp thất bại phải chuyển sang phẫu thuật, bao gồm: 01 trường hợp độ III và 3 trường hợp độ IV. *Qua kết quả của nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy: tổn thương lách độ I, II và độ III là thích hợp nhất cho ĐTBTKM, với tỷ lệ thành công rất cao ($P < 0,001$).*

- ISS: Theo Powell, có tới 88% thất bại của ĐTBTKM có ISS > 15, ngược lại trong báo cáo của H.L. Patcher về 20 trường hợp thất bại của ĐTBTKM chỉ có 2 trường hợp có ISS >15. Theo Shurr, ISS > 30 tỷ lệ thành công là 80%. Theo R. Aseervatham, ISS của nhóm ĐTBTKM nhỏ hơn nhóm phẫu thuật. Trong 95 trường hợp ĐTBTKM của chúng tôi có ISS trung bình là 11,86 (2; 30); 88/95 trường hợp chiếm tỷ lệ 92,63% có ISS < 15; 4/95 trường hợp (4,2%) có ISS từ 16 - 24; 3 trường hợp (3,2%) từ 25 - 30. Tỷ lệ thành công của ĐTBTKM cao có ý nghĩa trên những bệnh nhân có ISS ≤ 15 ($p < 0,01$); có sự tương quan

chặt chẽ giữa mức độ tổn thương toàn thân và tỷ lệ thành công của ĐTBTKM ($r = 0,701$).

- *Tuổi của bệnh nhân*: theo Brasel, trên 55 tuổi và tình trạng thần kinh không bình thường không có liên quan tới kết quả của ĐTBTKM, mà mức độ tổn thương lách mới ảnh hưởng đến sự thành công của ĐTBTKM. Báo cáo của Barone: tỷ lệ thành công của ĐTBTKM ở người trên 55 tuổi là 83% và không có tử vong trong nhóm tuổi này liên quan đến kỹ thuật điều trị. Theo Godley, lớn hơn 55 tuổi là chống chỉ định của ĐTBTKM; theo Lisa, lớn hơn 55 tuổi, vỡ lách độ III, IV, ISS > 25, liên hệ có ý nghĩa với thất bại của ĐTBTKM; Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân trong nhóm ĐTBTKM có tuổi đời từ 52 trở xuống.

4.2.7. Vấn đề truyền máu và bổ sót thương tổn trong ổ bụng.

Theo Y văn, thông thường khi Hematocrite giảm $\geq 20\%$ so với chỉ số bình thường hoặc có dấu hiệu đang chảy máu nặng thì có chỉ định truyền máu. Trong nghiên cứu của Hayan Abdulrahman Bismar: 100% bệnh nhân nhóm phẫu thuật có truyền máu, trung bình là 3,7 đv/bn; nhóm ĐTBTKM có 37%, trung bình là 0,8 đv/bn. Theo Shapiro, nhu cầu truyền máu trong nhóm ĐTBTKM thấp hơn 3 lần so với nhóm phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 7/95 trường hợp ĐTBTKM có truyền máu chiếm tỷ lệ 7,36%, tổng lượng máu đã truyền là 6250 ml (250ml; 1500 ml), trong đó có 01 trường hợp thất bại truyền 1500ml máu.

Nguy cơ bổ sót thương tổn trong ổ bụng trong nhóm ĐTBTKM cũng là vấn đề được quan tâm; nghiên cứu 112 trường hợp ĐTBTKM của Cogbill, chỉ có một trường hợp bổ sót thương tổn trong ổ bụng, chiếm tỷ lệ 0,91%; báo cáo của H.L Pachter là 0%, Hayan Abdulrahman Bismar là 0%; và trong báo cáo của Archer không thấy có bổ sót thương tổn trong ổ bụng ở nhóm bệnh nhân có suy giảm tâm thần trong nhóm ĐTBTKM. Tổng hợp các nghiên cứu của nhiều tác giả, Gustav cho thấy tần suất này là < 1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bổ sót thương tổn trong ổ bụng.

4.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

4.3.1. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

Theo Smith, chỉ số thành công của ĐTBTKM có thể đạt đến 93% nếu áp dụng tiêu chuẩn: tuổi < 55, có huyết động ổn định, vỡ lách ≤ độ III theo phân độ vỡ lách của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa kỳ. Theo các báo cáo gần đây của nhiều tác giả các yếu tố có thể làm tăng tần suất thất bại của ĐTBTKM bao gồm: vỡ lách độ IV, độ V; ISS > 15; máu trong ổ bụng lượng nhiều; có hình ảnh thoát chất cản quang ra khỏi lòng mạch máu trên phim CT có cản quang; suy giảm trạng thái tâm thần (chỉ số Glasgow ≤ 14); bệnh nhân lớn hơn 55 tuổi. Các yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu này được chúng tôi ghi nhận trong bảng 3.16, 3.17 và 3.18 như sau: có 23 trường hợp có 01 yếu tố, tỷ lệ thất bại là 00%. 10 trường hợp có 02 yếu tố, tỷ lệ thất bại là 10%; 03 trường hợp có 03 yếu tố nguy cơ, tỷ lệ thất bại là 66,66%. Tỷ lệ thất bại tăng tương ứng với có nhiều yếu tố nguy cơ có ý nghĩa ($p < 0,01$).

4.3.2. Kết quả điều trị.

Bảng 4.1: Kết quả điều trị vỡ lách do chấn thương bụng kín của một số tác giả;

Tác giả	Số ca	CL*	PTBT	ĐTBTKM	Thành công ĐTBTKM
H.L Patcher (1998)	190	29%	17%	65%	98%
H. A. Bismar (2007)	83	30,1%	10,8%	57,8%	91,7%
Smith J.S. (1996)	166	42,1%	10,8%	47%	97%
A Yahoubi N.(2007)	320	48,7%	10%	41,2%	76,6%
Trần Văn Đáng (2003)	135	20,7%	39,2%	40%	98%
Trần Văn Đáng (2009)	131	23,6%	3,8%	72,51%	95,78%

* CL: cắt lách; PTBT: phẫu thuật bảo tồn.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã thu được kết quả như sau: 95/131 trường hợp ĐTBTKM chiếm tỷ lệ 72,51%, có 91/95 trường hợp điều trị thành công, chiếm tỷ lệ 95,79%. Chưa ghi nhận trường hợp nào có biến chứng phải mổ trong thời gian tái khám sau ra viện.

- So sánh với kết quả trung bình của các tác giả trên thế giới nêu trong bảng 4.1 với kết quả của chúng tôi, như sau:

+ Tỷ lệ ĐTBTKM/vỡ lách: 52,75% và 75,51%; kết quả nghiên cứu này cao hơn ($p < 0,01$).

+ Tỷ lệ thành công của ĐTBTKM: 90,67% và 95,78%; kết quả nghiên cứu này không khác ($p > 0,05$).

4.3.3. Thời gian nằm viện.

Thời gian nằm viện của bệnh nhân tùy thuộc vào mức độ tổn thương lách và tổn thương toàn thân, nhiều báo cáo khác nhau cho thấy thời gian nằm viện trung bình có khác nhau, tuy nhiên các báo cáo này đều cho thấy rằng thời gian nằm viện của nhóm ĐTBTKM thường ngắn hơn nhóm phẫu thuật. So sánh này chỉ có tính tương đối vì bệnh nhân trong nhóm phẫu thuật thường nặng hơn nhóm ĐTBTKM. Báo cáo của Hayan Abdulrahman Bismar cho thấy thời gian nằm viện trung bình của nhóm ĐTBTKM là 11,2 ngày so với 18,6 ngày của nhóm phẫu thuật, thống kê của chúng tôi cho thấy ĐTBTKM có thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. Vỡ lách độ I có thời gian nằm viện trung bình là 11,8 ngày; độ II là 12,98 ngày; độ III là 13,61 ngày.

4.3.4. Biến chứng.

Theo Orlando Goletti MD, biến chứng muộn thường gặp của vỡ lách là áp xe lách và phình giả động mạch lách; phình giả động mạch lách dễ đưa đến vỡ lách thì hai; có khoảng 15% đến 30% vỡ lách thì hai xảy ra vào hai tuần đầu sau chấn thương. Hiraide A. đã mô tả một trường hợp tiến triển của khối máu tụ trong lách thành phình giả động mạch lách ở một bệnh nhân 12 tuổi đã vỡ lách thì hai vào ngày thứ 7 sau chấn thương và cho rằng phình giả động mạch lách có thể là nguyên nhân gây vỡ lách thì hai. Theo Kristoffersen K.W., thường gặp nhất là đau hạ sườn trái kéo dài cho đến 4 tuần kể từ lúc chấn thương, tỷ lệ biến chứng muộn đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật là rất thấp (nang giả lách 1 trường hợp = 0,44%). Theo dõi bằng siêu âm Doppler màu chúng tôi phát hiện 5/95 trường hợp có phình giả động mạch lách, chiếm tỷ lệ 5,26%, trong đó có 2 trường hợp chuyển mổ cắt lách.

KẾT LUẬN

1. Chỉ định điều trị bảo tồn không mổ vỡ lách do chấn thương bụng kín.

Kết quả điều trị bảo tồn không mổ trên 95 bệnh nhân VLDCTBK tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, chúng tôi nhận thấy *điều trị bảo tồn không mổ VLDCTBK có thể thực hiện an toàn và tỷ lệ thành công cao trên những bệnh nhân có các điều kiện như sau:*

VLDCTBK đơn thuần. Huyết động ổn định. Vỡ lách độ I tới độ III. $ISS \leq 15$. Truyền máu ≤ 4 đơn vị thì giữ được huyết áp ổn định. Không có tổn thương tạng khác trong ổ bụng kèm theo cần phải giải quyết bằng phẫu thuật.

2. Kết quả điều trị bảo tồn không mổ vỡ lách do chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Kết quả điều trị bảo tồn không mổ trên 95 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương từ 01/01/2006 đến 31/12/2007, như sau:

Tuổi trung bình 24 ± 8 ; tỷ lệ nam/nữ là 70/25; nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 64,21%. 86,31% có huyết động ổn định ngay từ khi nhập viện, 23,29% ổn định sau khi hồi sức trong 24 giờ đầu; 63,15% bệnh nhân có đau vùng hạ sườn trái; Hb trung bình là 12,29 g/l. Vỡ lách độ I là 8,42%, tỷ lệ thành công 100%; độ II là 60%, thành công 100%; độ III là 28,42%, thành công 96,3%; độ IV là 3,12%, thành công là 0%. ISS trung bình là 11,86, $ISS \leq 15$ có 92,63% tỷ lệ thành công là 100%, từ 16 – 30 là 7,37% tỷ lệ thành công là 42,85%. Có nhu cầu truyền máu để hồi sức là 7,3% với lượng trung bình là 66ml/trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. Tỷ lệ ĐTBTKM so với số vỡ lách nhập viện là 72,51%, điều trị thành công là 95,78%, 4 trường hợp thất bại chuyển sang cắt lách chiếm tỷ lệ 4,22%, chưa ghi nhận tử vong cũng như những biến chứng trầm trọng liên quan đến kỹ thuật điều trị.

Điều trị bảo tồn không mổ VLDCTBK là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, có tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng, trên những đối tượng bệnh nhân được chọn lựa phù hợp. Trong điều kiện hiện tại ở Việt Nam, kỹ thuật này có thể tiến hành thành công với mức độ an toàn cao tại các cơ sở Y tế từ tuyến tỉnh trở lên nhưng người bệnh phải được chăm sóc tốt và theo dõi thật chặt chẽ, để phát hiện và xử lý kịp thời những diễn biến bất lợi có thể xảy ra.