

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2020), Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)
2. Bệnh viện huyết học - truyền máu trung ương (2020), Quy trình dự phòng và kiểm soát bệnh viêm phổi cấp do chủng virus corona (nCoV), Công văn, ngày 21 tháng 2 năm 2020.
3. F. Alsultan S. Bashir, M. Iqbal, N. Alabdulkarim, K. Alammari and et al (2021), "Healthcare workers' knowledge and attitudes towards COVID-19 in Saudi Arabia", European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 25, p. 1060-1069.
4. Modi P D, Nair G and et al Uppe A (2020), "COVID-19 Awareness Among Healthcare Students and Professionals in Mumbai Metropolitan Region: A QuestionnaireBased Survey", Cureus. 12 (4), p. 1-18
5. Lê Minh Đạt, Kiều Thị Hoa và cộng sự Nguyễn Thị Minh Thúy (2020), "Kiến thức, thái độ của sinh viên đại học y hà nội đối với covid-19, năm 2020: Một khảo sát nhanh trực tuyến", Tạp chí Y học dự phòng. Tập 30, số 3, tr. 18-26.
6. Getahun Fetansa, Belachew Etana and et al Tadesse Tolossa (2020), "Knowledge, attitude, and practice of health professionals in Ethiopia toward COVID-19 prevention at early phase", SAGE Open Medicine. 9, p. 1-9.
7. Yudong Shi, Juan Wang and et al Yating Yang (2020), "Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19", Brain, Behavior, & Immunity - Health.
8. Muzimkhulu Zungu Saiendhra Vasudevan Moodley, Molebogeng Malotle, et al (2021), "A health worker knowledge, attitudes and practices survey of SARS-CoV-2 infection prevention and control in South Africa", BMC Infectious Diseases. 21: 138, p. 1-9

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Hoàng Minh Nhữ¹, Phạm Tuấn Đạt¹,
Trương Công Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang 48 trường hợp Qua nghiên cứu có 48 trường hợp vỡ lách do chấn thương bụng kín tại BVĐK tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019-5/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình $40,73 \pm 18,93$; Nguyên nhân hay gặp là do TTGT 79,2%; 100% phát hiện tổn thương lách trên CCLVT, máu tụ trong nhu mô và dưới bao lách 83,3%; 77,1% bảo tồn nội khoa thành công, 10,4% bảo tồn nội

khoa phối hợp can thiệp mạch, 4,1% điều trị nội khoa thất bại phải mổ cắt lách, 98,4% mổ cấp cứu; 5/6 trường hợp cắt lách do tổn thương vỡ nát lách, 1/6 do tổn thương cuống lách.

Kết luận: Vỡ lách do chấn thương bụng kín được điều trị nội khoa thành công 77,1%, điều trị nội khoa và can thiệp mạch thành công 10,4%, điều trị nội khoa thất bại 4,1%, mổ cấp cứu 8,4%. 100% ra viện kết quả tốt, không có trường hợp nào phải can thiệp lại, phải mổ lại hay tử vong, tỷ lệ biến chứng 2,1%.

Từ khóa: Vỡ lách do chấn thương bụng kín, điều trị vỡ lách.

ABSTRACT

ASSESSMENT THE RESULT OF TREATMENT RUPTURED SPLEEN IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Người chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Nhữ

Email: minhnhuytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/11/2021

Ngày phản biện: 25/11/2021

Ngày duyệt bài: 08/12/2021

Purpose: Assessment the result of treatment ruptured spleen in blunt abdominal trauma at Thai Binh provincial general Hospital.

Methodology: Between January 2019 and May 2021, there were 48 occurrences of ruptured spleen in blunt abdominal trauma at Thai Binh Provincial General Hospital.

Results: Average age 40.73 ± 18.93 . The most common cause is traffic accidents (79.2%); 100% of ruptured spleen were detected on CT scan, intraparenchymal and subsplenic hematoma (83.3%); 77.1% of successful medical preservation, 10.4% of medical conservation combined with vascular intervention, 4.1% of failed medical treatment required splenectomy, 9.4% of emergency surgery; 5/6 cases of splenectomy due to broken spleen, 1/6 cases due to damage to the splenic stalk.

Conclusion: Medical treatment was efficient 77.1% of cases, medical treatment and vascular intervention were successful 10.4% of cases, medical treatment failed 4.1% of cases, and emergency surgery was used 8.4% of case to treat spleen rupture caused by traumatic abdominal trauma. There were no patients that needed re-intervention, re-operation, or death, and the complication rate was only 2.1%.

Key word: ruptured spleen, blunt abdominal trauma, treatment of ruptured spleen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là tạng đặc, có vỏ bao, dễ bị tổn thương nhất trong những chấn thương bụng kín. Theo các nghiên cứu 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. Tỷ lệ vỡ lách trong chấn thương bụng kín phải mổ vì tổn thương tạng đặc thì vỡ lách là nhiều nhất chiếm 31,8% - 49,3% [1]. Chẩn đoán vỡ lách trước đây chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cơ chế chấn thương, thủ thuật chọc dò ổ bụng. Ngày nay nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và chụp mạch máu đã cho phép đánh giá nhanh chóng, tương đối chính xác mức độ tổn thương lách, mức độ và diễn biến của chảy máu trong, tình trạng của các cơ quan khác trong ổ bụng nên thái độ xử trí tổn thương lách đã có nhiều thay đổi với hàng loạt nghiên cứu về chỉ định và phương pháp điều trị: bảo tồn không mổ, bảo tồn trong mổ, hay cắt bỏ lách [2], [3].

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 không lớn. Tuy nhiên, đến giữa thế kỷ XX, việc bảo tồn lách do chấn thương đã được chú ý. Những năm gần đây, điều trị không mổ chấn thương lách hoặc mổ để bảo tồn lách cũng được nhiều tác giả nghiên cứu và áp dụng ở một số cơ sở ngoại khoa lớn đã đem lại những kết quả ban đầu rất khả quan có tỷ lệ thành công cao [1], [4].

Tại Thái Bình, trước đây việc chẩn đoán và điều trị vỡ lách gặp nhiều khó khăn do thiếu các trang thiết bị, hiện nay BVĐK tỉnh đã áp dụng nhiều phương pháp để chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là điều trị bảo tồn không mổ hoặc bảo tồn lách bằng nút mạch. Tuy nhiên, việc áp dụng một cách có hệ thống, có cơ sở khoa học và phát triển rộng rãi kỹ thuật này trong điều trị ngoại khoa là vấn đề cần nghiên cứu tổng kết, đề tài này nhằm “Đánh giá kết quả điều trị vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2021”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

48 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là vỡ lách đơn thuần hoặc phối hợp với các tạng, cơ quan trong ổ bụng do chấn thương bụng kín.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Vỡ lách do vết thương thấu bụng; vỡ lách có tiền sử bệnh liên quan; vỡ lách do tai biến trong hoặc sau các thủ thuật; chấn thương có nghi ngờ tổn thương lách chưa kịp phẫu thuật đã tử vong.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích hồi cứu và tiến cứu.

+ Cách chọn mẫu: Thuận tiện, gồm toàn bộ bệnh nhân đáp ứng theo tiêu chuẩn lựa chọn.

+ Các bước tiến hành:

BN vào viện được thăm khám, chẩn đoán, đánh giá tình trạng ban đầu.

- Đánh giá đáp ứng với hồi sức ban đầu.

- Đánh giá mức độ chấn thương lách bằng chụp CLVT.

- Chẩn đoán các tổn thương phối hợp trong ổ bụng dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

- Điều trị phẫu thuật chỉ định cho các bệnh nhân có shock mất máu nặng đe dọa tính mạng; vỡ lách độ IV hoặc độ III nhưng rối loạn huyết động; nghi ngờ có tổn thương phối hợp trong ổ bụng cần phải mổ; các trường hợp điều trị nội khoa thất bại.

+ Lựa chọn bệnh nhân không mổ, điều trị nội khoa bảo tồn: BN có huyết động ổn định, chấn thương lách đơn thuần, không có tổn thương tạng khác trong ổ bụng phải mổ. Trường hợp chấn thương lách có chỉ định bảo tồn không mổ, các tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng vẫn được

mổ cấp cứu nếu có chỉ định, tổn thương lách tiếp tục được theo dõi trong và sau mổ.

+ Các kỹ thuật xử trí lách chấn thương

- Bảo tồn bằng điều trị nội khoa theo dõi

- Bảo tồn bằng can thiệp nút mạch.

- Đốt điện cầm máu diện säch vỡ

- Khâu cầm máu lách

- Cắt bán phần lách

- Cắt toàn bộ lách

2.3 Xử lý số liệu

Sau khi thu thập số liệu sẽ nhập vào máy tính và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 sử dụng các thuật toán thống kê trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- **Độ tuổi:** Trung bình là $40,73 \pm 18,93$ tuổi (11 - 82 tuổi); nhóm từ 20 - 39 tuổi chiếm 39,6%;

- **Giới:** Tỷ lệ nam/nữ là 3/1

- **Nguyên nhân:** Tai nạn giao thông là nguyên nhân hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 79,2%, tai nạn sinh hoạt 8,3% , bị đánh 6,2%, các nguyên nhân khác ít hơn.

- **Thời gian nhập viện:** Đa số bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ (56,2%), sau 6 đến 12 giờ 14,6%, sau 12 giờ đến 24 giờ 18,8%, trước 1 giờ 10,4%

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Tình trạng lúc vào viện: 87,5% BN vào viện trong tình trạng ổn định, 12,5% vào viện trong tình trạng shock giảm thể tích được hồi sức tích cực.

+ Triệu chứng lâm sàng: 100% đau bụng, 70,8% chướng bụng, 68,8% có phản ứng thành bụng, 18,8% có vết xây xát trên thành bụng.

+ Mức độ thiếu máu trên lâm sàng: Độ I 70,8%, độ II 20,8%, độ III 6,3%, độ IV 2,1%

+ Triệu chứng cận lâm sàng

- XN CTM: 14,6% không thiếu máu, 39,6% thiếu máu nhẹ, 33,3% thiếu máu trung bình, 12,5% thiếu máu nặng.

- Siêu âm ổ bụng: 12,5% thấy đường vỡ lách, 20,8% dập nhu mô lách, 66,75 có máu tụ trong nhu mô hoặc dưới bao lách.

- Chụp CLVT: Thấy đường vỡ lách 18,8%, dập nhu mô lách 66,7%, 83,3% có tổn thương máu tụ trong nhu mô hoặc dưới bao lách. Tổn thương lách độ I 12,5%, độ II 18,8%, độ III 47,9%, độ IV 20,8%. Tổn thương phối hợp gan 02 trường hợp, 01 trường hợp vỡ ruột.

Chụp X quang có: 45,8% có các tổn thương phối hợp gồm tổn thương chi, sọ não, ngực, 54,2% không phát hiện tổn thương.

3.3 Kết quả điều trị

+ **Chỉ định điều trị:** Mổ cấp cứu 8,4%, điều trị nội bảo tồn 91,6%

+ Phương pháp điều trị cụ thể

Bảng 1. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số BN (n = 48)	%
Mổ cấp cứu	4	8,4
Bảo tồn nội khoa	37	77,1
Bảo tồn nội khoa phối hợp can thiệp mạch	5	10,4
Mổ vì điều trị nội không kết quả	2	4,1
Tổng	48	100

Điều trị bằng phương pháp bảo tồn nội khoa chiếm đa số 77,1%, bảo tồn nội khoa phối hợp với can thiệp mạch 10,4%, mổ cấp cứu 8,4% và có 4,1% phải mổ vì điều trị nội khoa thất bại

Bảng 2. Tổn thương lách trong mổ

Tình trạng tổn thương lách	Số BN (n = 6)	%
Vỡ nát lách	5	83,33
Rốn lách	1	16,67
Tổng	6	100,0

Trong 6 BN phải mổ có 83,3% là tổn thương vỡ nát lách, 16,7% vỡ rốn lách

+ Kết quả xử trí tổn thương trong mổ

- 6 trường hợp phẫu thuật đều phải điều trị cắt lách do lách đã vỡ nát hoặc rách rốn lách, không thể khâu cầm máu.

- Trong mổ phát hiện có 2 bệnh nhân vỡ gan, 1 bệnh nhân vỡ ruột: Đối với tổn thương gan được điều trị khâu cầm máu nhu mô gan 1 trường hợp, không can thiệp 1 trường hợp (do tổn thương đụng dập nhu mô, bao gan còn nguyên vẹn). Đối với 1 trường hợp vỡ ruột được cắt đoạn ruột và khâu nối phục hồi lưu thông tiêu hóa.

+ Biến chứng: Đối với điều trị bảo tồn đơn thuần có 2 trường hợp (4,2%) điều trị bảo tồn thất bại, bệnh nhân tiếp tục rối loạn về huyết động và được chỉ định điều trị phẫu thuật. Nhóm điều trị nút mạch cầm máu không có trường hợp nào gặp biến chứng phải can thiệp lại hoặc chuyển mổ cắt lách. Nhóm điều trị phẫu thuật có 1 trường hợp (2,1%) gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định.

+ Thời gian điều trị

Bảng 3. Thời gian điều trị

Phương pháp điều trị	Thời gian nằm viện	Nhỏ nhất	Lớn nhất	p
Bảo tồn nội khoa (n = 37)	12,5 ± 3,5	7	18	0,451
Bảo tồn nội khoa phối hợp can thiệp mạch (n= 5)	11,5 ± 5,4	8	16	
Mổ cấp cứu (n = 6)	9,5 ± 5,2	9	14	
Chung	11,4 ± 2,3	7	18	

Thời gian điều trị trung bình là 11,4 ± 2,3. Thời gian điều trị ở nhóm mổ cấp cứu ngắn nhất, nhóm điều trị theo dõi bảo tồn là dài nhất. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

+ Kết quả điều trị: Điều trị nội khoa thành công 77,1%, điều trị nội khoa và can thiệp mạch thành công 10,4%, điều trị nội khoa thất bại 4,1%, mổ cấp cứu 8,4%. 100% ra viện kết quả tốt, không có trường hợp nào phải can thiệp lại, phải mổ lại hay tử vong, tỷ lệ biến chứng 2,1%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nguyên nhân gây chấn thương: Cũng như nhiều tác giả khác, nguyên nhân chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương lách nói riêng đứng đầu là tai nạn giao thông. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân được chia thành 4 nhóm với tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao và tai nạn sinh hoạt, trong đó, tai nạn giao thông chiếm nhiều nhất với 79,2%. Đa số BN được đưa vào viện cấp cứu trong vòng < 12 giờ chiếm tỷ lệ 81,2%. Chấn thương lách nói riêng và chấn thương bụng kín nói chung, yếu tố thời gian và việc sơ cứu ban đầu rất quan trọng, nó góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị thành công cho bệnh nhân.

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ **Tình trạng huyết động lúc vào viện:** Theo nhiều tác giả, huyết động là dấu hiệu quan trọng nhất để bác sĩ đưa ra chỉ định mổ hay không mổ. Maged Rihan và cộng sự [5] khi nghiên cứu về 512 bệnh nhân chấn thương gan và/hoặc lách đã đưa ra kết luận rằng: huyết động là yếu tố quan trọng nhất khi chỉ định điều trị không mổ và bệnh nhân chuyển mổ phụ thuộc vào sự thay đổi của huyết động và tổn thương trong bụng phối hợp. Trong nghiên cứu này có 87,5% BN vào viện trong tình trạng ổn định, 12,5% vào viện trong tình trạng shock giảm thể tích được hồi sức tích cực.

+ **Mức độ thiếu máu trên lâm sàng:** Theo Hiệp hội các phẫu thuật viên của Mỹ 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. Nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN có mức độ mất máu mức độ nhẹ chiếm 70,8%, chỉ có 8,4% mất máu ở độ III và IV.

+ **Tình trạng bụng:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 100% BN đau bụng, 70,8% chướng bụng, 68,8% có phản ứng thành bụng, 18,8% có vết xây xát trên thành bụng. Cũng tương tự như các nghiên cứu khác đây là những dấu hiệu lâm sàng gợi ý chẩn đoán vỡ lách do chấn thương. Theo Margherita và cộng sự thì phản ứng thành bụng là 1 trong 3 dấu hiệu thường gặp khi phải chuyển mổ bệnh nhân chấn thương lách.

+ **Siêu âm ổ bụng:** Siêu âm có thể phát hiện tổn thương lách với những hình ảnh trực tiếp như: hình đục dập, tụ máu dưới bao hay nhu mô, đường vỡ. Tuy nhiên, theo nhiều tác giả thì độ

nhạy phát hiện tổn thương gan, lách thấp hơn khả năng phát hiện dịch tự do ổ bụng [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân phát hiện tổn thương trên siêu âm. Hình ảnh tụ máu dưới bao lách hoặc trong nhu mô phát hiện nhiều nhất với 32/48 (66,7%) bệnh nhân.

+ **Chụp cắt lớp vi tính:** CLVT giúp đánh giá tốt hơn mức độ chấn thương lách, lượng dịch - máu tự do trong ổ bụng và tổn thương phối hợp. Các yếu tố này đều có vai trò quan trọng trong chỉ định mổ hay không mổ chấn thương lách. Theo nhiều tác giả, CLVT giúp thay đổi chiến lược điều trị trong chấn thương bụng kín từ 6,4 - 16% [6],[7].

Kết quả điều trị

+ **Chỉ định điều trị:** Việc chẩn đoán chấn thương bụng kín hiện nay đã có nhiều thuận lợi do điều kiện các trang thiết bị ngày càng hiện đại đặc biệt khi có tổn thương tạng đặc, tại BVĐK tỉnh Thái Bình cũng đã trang bị nhiều kỹ thuật hiện đại để phục vụ cho chẩn đoán và điều trị. Thông qua kết quả cận lâm sàng góp phần chỉ định điều trị, trong nghiên cứu này có 8,4% BN được chỉ định mổ cấp cứu, 91,6% được chỉ định điều trị nội khoa theo dõi.

+ **Phương pháp điều trị cụ thể:** Ngày nay, điều trị bảo tồn không mổ chấn thương lách trở thành xu hướng được lựa chọn cho bệnh nhân chấn thương lách có huyết động ổn định hoặc ổn định sau hồi sức. Bệnh nhân được điều trị bằng theo dõi tích cực bao gồm theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, theo dõi sự thay đổi công thức máu, thăm khám lâm sàng thường xuyên và chụp CLVT hay siêu âm khi cần thiết. Cũng với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, những trường hợp tổn thương mạch lách được phát hiện và nút mạch, từ đó giúp tăng tỷ lệ của điều trị không mổ. Ngoài chấn thương lách đơn thuần, chấn thương lách phối hợp trong và ngoài bụng vẫn có thể điều trị không mổ khi thỏa mãn các điều kiện của chỉ định điều trị không mổ [8]. Theo Eric H. Bradburn và Heidi L. Frankel [4], bệnh nhân chấn thương lách độ I và II có thể không cần theo dõi đặc biệt, còn chấn thương lách độ III trở lên cần phải theo dõi sát tại các đơn vị ICU. Sau 48 giờ nếu huyết động ổn định và Hematocrite không giảm có thể cho bệnh nhân ăn uống được. Trong nghiên cứu của chúng tôi điều trị bằng phương pháp bảo tồn nội khoa chiếm đa số 77,1%, bảo tồn nội khoa phối hợp với can thiệp mạch 10,4%, mổ cấp cứu 8,4% và có 4,1% phải mổ vì điều trị nội khoa thất bại.

+ Tồn thương lách trong mổ: Trong nghiên cứu có 4 trường hợp được chỉ định đưa thẳng nhà mổ để mổ cấp cứu. Các trường hợp này khi mổ ra tổn thương là chấn thương lách độ IV, lách vỡ nát không còn khả năng khâu bảo tồn, đồng thời ổ bụng ngập máu đông nên được chỉ định mổ cắt bỏ lách tổn thương. Cả 4 trường hợp này sau phẫu thuật đều ổn định, không xảy ra tai biến, biến chứng phẫu thuật. Trong 44 bệnh nhân được theo dõi điều trị nội khoa có 2 trường hợp được theo dõi trong 24h nhưng huyết động không ổn định, bệnh nhân có biểu hiện đau bụng tăng và chướng bụng, mạch nhanh dần và huyết áp chậm dần. Sau một thời gian theo dõi và điều trị nội khoa, truyền máu, bồi phụ khối lượng tuần hoàn nhưng tình trạng huyết động bệnh nhân vẫn biến thiên liên tục, được chỉ định mổ cấp cứu. Kết quả mổ cấp cứu cho thấy 2 trường hợp này lách đụng dập vỡ nát nhiều, chảy máu không cầm và được chỉ định cắt toàn bộ lách.

+ Thời gian điều trị: Theo nghiên cứu của Maged Rihan và cộng sự [5], thời gian điều trị không mổ chấn thương lách dao động từ 3 tới 14 ngày.

Kết quả của chúng tôi ngắn hơn một số nghiên cứu khác bởi trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn những bệnh nhân chấn thương lách độ thấp sau khi tạm ổn định được chuyển về tuyến địa phương điều trị tiếp nên thời gian thực sự nằm viện bao gồm cả thời gian nằm ở tuyến cơ sở mà trong nghiên cứu này không thống kê được.

Như vậy thời gian điều trị hoàn toàn phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, vào tổn thương phổi hợp, nếu bệnh chấn thương lách mức độ thấp mà có biến chứng phải can thiệp vẫn có thể phải theo dõi dài ngày, nhưng nếu phát hiện sớm và can thiệp kịp thời thì thời gian nằm viện để ổn định cũng tương tự như những bệnh nhân chấn thương lách khác kể cả mức độ cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Vỡ lách do chấn thương bụng kín được điều trị nội khoa thành công 77,1%, điều trị nội khoa và can thiệp mạch thành công 10,4%, điều trị nội khoa thất bại 4,1%, mổ cấp cứu 8,4%. 100% ra viện kết quả tốt, không có trường hợp nào phải can thiệp lại, phải mổ lại hay tử vong, tỷ lệ biến chứng 2,1%. Việc chẩn đoán và điều trị vỡ lách do chấn thương bụng kín ngày nay đã có nhiều tiến bộ, dựa vào giá trị của CLS giúp cho việc theo dõi và điều trị bảo tồn lách có nhiều hiệu quả đáng khích lệ. Tại BVĐK tỉnh Thái Bình nhiều kỹ thuật để điều trị bảo tồn

lách. Đối với tổn thương lách độ I, II và III, không có dấu hiệu cấp cứu bụng ngoại khoa và dấu hiệu sinh tồn ổn định có chỉ định điều trị theo dõi không mổ tỷ lệ 77,1%. Trong quá trình theo dõi điều trị nội khoa, truyền máu, bồi phụ khối lượng tuần hoàn nhưng tình trạng huyết động bệnh nhân vẫn biến thiên liên tục, được chỉ định mổ cấp cứu, tỷ lệ 4,1%. Những trường hợp chấn thương lách độ IV, chụp CLVT thấy ổ thoát thuốc lớn, tuy nhiên huyết động bệnh nhân ổn định, vì thế được chỉ định nút mạch cầm máu, tỷ lệ 10,4%. Với những trường hợp vỡ lách độ IV hoặc có vỡ các tạng khác nặng hơn mà có các chỉ số sinh tồn không ổn định, có dấu hiệu bụng ngoại khoa nên có chỉ định mổ để cầm máu bảo tồn lách hoặc cắt lách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang (2014).** Chấn thương bụng kín, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, 185 - 211
2. **Trần Văn Đáng (2010).** Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y
3. **Cadeddu M., Garnett A., Al-Anezi K. et al (2006).** Management of spleen injuries in the adult trauma population: a ten-year experience. Canadian Journal of Surgery, 49(6), 386-390.
4. **Eric H. B. and Heidi L. F. (2010).** Diagnosis And Management of Splenic Trauma. The Journal of Lancaster General Hospital, 5(4), 124-128.
5. **Maged Rihan M.D., Nader Makram M.D. and George A.N. (2010).** Evaluation of Non-operative Management (NOM) In Blunt Splenic and Liver Injuries in Adults: A PROSPECTIVE STUDY. Kasr El Aini Journal of Surgery, 11(3), 97-104.
6. **Đỗ Sơn Hà, Đỗ Sơn Hải, Đặng Việt Dũng và cộng sự (2014).** Nhận xét kết quả điều trị bảo tồn không mổ vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện 103, Tạp chí Y Dược học quân sự số, 3. 128-133.
7. **Trần Ngọc Dũng (2019).** Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Phạm Văn Năng (2013).** Kết quả phẫu thuật bảo tồn vỡ lách do chấn thương, Tạp chí Y học Thực hành (874) số 6.