

1. **Trịnh Hồng Sơn.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận Văn Tiến Sĩ Học Trường Đại Học Hà Nội 2001.
2. **Võ Duy Long.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III. Luận Văn Tiến Sĩ Học Trường Đại Học Dược Thành Phố Hồ Chí Minh 2017.
3. **Liu F, Huang C, Xu Z, et al.** Morbidity and Mortality of Laparoscopic vs Open Total Gastrectomy for Clinical Stage I Gastric Cancer: The CLASS02 Multicenter Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2020;6(10):1590-1597. doi:10.1001/jamaoncol.2020.3152
4. **Ramos MFKP, Pereira MA, Dias AR, Ribeiro U, Zilberstein B, Nahas SC.** Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric cancer in a western center: a propensity score-matched analysis. *Updat Surg.* 2021;73(5):1867-1877. doi:10.1007/s13304-021-01097-1
5. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
6. **Yu J, Huang C, Sun Y, et al.** Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321(20):1983-1992. doi:10.1001/jama.2019.5359
7. **Zhao B, Lu H, Luo R, et al.** Different clinicopathologic features and prognostic significance of signet ring cell histology in early and locally advanced gastric cancer patients. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2021;45(1):101454. doi:10.1016/j.clinre.2020.05.006
8. **van der Veen A, Brenkman HJF, Seesing MFJ, et al.** Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Cancer (LOGICA): A Multicenter Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2021;39(9):978-989. doi:10.1200/JCO.20.01540
9. **Feng X, Chen X, Ye Z, et al.** Laparoscopic Versus Open Total Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Multicenter, Propensity Score-Matched Cohort Study in China. *Front Oncol.* 2021;11:780398. doi:10.3389/fonc.2021.780398

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Đặng Khải Toàn¹,
Hoàng Xuân Song¹, Trần Thị Thu Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ lách trong chấn thương bụng kín, kết quả sớm của điều trị bảo tồn vỡ lách và các yếu tố huyết động, lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 91 bệnh nhân trong tổng số 136 bệnh nhân bị vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Nhân dân 115 trong giai đoạn tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Có 136 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín nhập viện, trong đó 91 (66.9%) bệnh nhân được điều trị bảo tồn. Tuổi trung bình là 37.31±14.88, tỉ lệ nam/nữ là 6. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra vỡ lách (81.3%). Các triệu chứng lâm sàng như: Đau bụng (98.9%), chướng bụng (27.5%). Siêu âm: Dịch ổ bụng (92.96%), tổn thương nhu mô (59.3%). Chụp cắt lớp vi tính: Dịch ổ bụng (97.8%), vị trí đường vỡ lách (42.9%), đứt dập – tụ máu nhu mô (38.4%) và thoát chất cản quang (14.3%); vỡ lách độ II và III chiếm phần lớn với tỷ lệ lần lượt là: 30.8% và 38.5%. 87.9% bệnh nhân đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu. Tỷ lệ bệnh nhân cần truyền máu (8.8%). Điều trị

bảo tồn thành công: 88 (96.7%) bệnh nhân và 03 (3.3%) bệnh nhân thất bại phải chuyển mổ cắt lách. Thời gian nằm viện trung bình: 5.92 ± 4.83 ngày. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín là phương pháp hiệu quả và an toàn, giúp giảm nguy cơ phẫu thuật và các biến chứng hậu phẫu. **Từ khóa:** Điều trị bảo tồn vỡ lách, chấn thương bụng kín, Bệnh viện Nhân dân 115.

SUMMARY

EVALUATING THE EARLY OUTCOMES OF NON-OPERATIVE MANAGEMENT FOR SPLENIC RUPTURE IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objectives: To assess the clinical and subclinical characteristics of patients with splenic rupture in blunt abdominal trauma. To evaluate the early outcomes of NOM for splenic rupture and analyze factors related to hemodynamics, clinical features, and subclinical findings that influence treatment outcomes. **Subjects and methods:** A descriptive study was conducted on 91 out of 136 patients with splenic rupture due to blunt abdominal trauma treated at People's Hospital 115 between January 2021 and December 2023. **Results:** A total of 136 patients with splenic rupture due to blunt abdominal trauma were admitted, of which 91 (66.9%) were managed non-operatively. The average age was 37.31 ± 14.88 years, and the male-to-female ratio was 6:1. Traffic accidents were the primary cause of splenic rupture (81.3%). Clinical

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

symptoms included abdominal pain (98.9%) and abdominal distension (27.5%). Ultrasound findings revealed intra-abdominal fluid (92.96%) and parenchymal injury (59.3%). CT scans showed intra-abdominal fluid (97.8%), splenic rupture site (42.9%), parenchymal contusion or hematoma (38.4%), and contrast extravasation (14.3%). Most ruptures were classified as Grade II (30.8%) and Grade III (38.5%). A total of 87.9% of patients responded quickly to initial resuscitation, and 8.8% required blood transfusions. NOM was successful in 88 patients (96.7%), while 3 patients (3.3%) required conversion to splenectomy. The average hospital stay was 5.92 ± 4.83 days. **Conclusion:** Non-operative management of splenic rupture in blunt abdominal trauma is an effective and safe approach, reducing the need for surgery and postoperative complications. **Keywords:** Non-operative management of splenic rupture, blunt abdominal trauma, People's Hospital 115.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là cơ quan dễ bị tổn thương trong chấn thương bụng kín, chiếm khoảng 32% các trường hợp [1]. Vỡ lách gây nguy cơ chảy máu nghiêm trọng, sốc mất máu và tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trước đây, phẫu thuật cắt lách được coi là tiêu chuẩn trong điều trị các ca chấn thương lách dù là nhẹ, dẫn đến nhiều biến chứng hậu phẫu. Sự phát triển trong chẩn đoán hình ảnh, hồi sức và can thiệp mạch đã thúc đẩy xu hướng điều trị bảo tồn không phẫu thuật (NOM) [1], [2]. Nghiên cứu này tập trung đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Nhân dân 115, từ đó rút ra các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bảo tồn, với các mục tiêu:

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ lách trong chấn thương bụng kín.
- Đánh giá kết quả sớm của phương pháp điều trị bảo tồn cho vỡ lách và các yếu tố liên quan II.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 91 bệnh nhân bị vỡ lách do chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Đối tượng và tiêu chí lựa chọn. Trong tổng số 136 bệnh nhân bị vỡ lách, 91 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn điều trị bảo tồn. Các dữ liệu được ghi nhận bao gồm nhân khẩu học, nguyên nhân chấn thương, triệu chứng lâm sàng, kết quả siêu âm và CLVT.

2.3. Thu thập dữ liệu. Dữ liệu được thu thập về triệu chứng lâm sàng (đau bụng, chướng bụng), kết quả siêu âm (dịch ổ bụng, tổn thương

nhu mô), chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp mạch máu (DSA)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương lách

3.1.1. Lâm sàng

*Tuổi. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 37.31 ± 14.88 .

Nhóm tuổi 15-55 chiếm 91.2%: Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu (91.2%) thuộc nhóm tuổi từ 15 đến 55, cho thấy đây là nhóm bệnh nhân chủ yếu trong nghiên cứu.

*Giới tính. Nam chiếm 85.7%, Nữ chiếm 14.3%: Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối trong nghiên cứu (85.7%) cho thấy rằng chấn thương lách (đặc biệt là chấn thương bụng kín) chủ yếu xảy ra ở nam giới.

* Nguyên nhân chấn thương

- Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất: 81.3% bệnh nhân trong nghiên cứu bị chấn thương lách do tai nạn giao thông, một tỷ lệ rất cao so với các nguyên nhân khác.

- Tai nạn trong sinh hoạt chiếm 12.1%: Đây là nguyên nhân thứ hai dẫn đến chấn thương lách trong nghiên cứu.

- Tai nạn lao động chiếm 6.6%: Tai nạn lao động, mặc dù ít gặp hơn so với các nguyên nhân khác, vẫn chiếm một tỷ lệ đáng chú ý trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

* Thời gian từ khi chấn thương đến khi vào viện

Bảng 1. Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi vào viện

Thời gian	Số BN	%
Trước 6 giờ	56	61.5
Từ $\geq 6 - 12$ giờ	11	12.1
Từ $\geq 12 - 24$ giờ	7	7.7
Từ $\geq 24 - 48$ giờ	9	9.9
Sau ≥ 48 giờ	8	8.8
Tổng	91	100

Nhận xét: Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ chiếm phần lớn với tỷ lệ 73.6%, có 9.9% bệnh nhân đến viện sau 48 giờ.

* Triệu chứng toàn thân

- Mạch khi vào viện: Trung bình là 88.52 ± 14.424 , chậm nhất là 56, nhanh nhất là 132

- Huyết áp tâm thu (HATT) khi vào viện: Bệnh nhân có huyết áp tâm thu khi vào viện ≥ 90 mmHg chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 85/91 bệnh nhân chiếm 93.4%.

* Triệu chứng thực thể

- Tổn thương thành bụng (xây sát da, đụng dập, tụ máu thành bụng):

Bảng 2. Tổn thương thành bụng

Tổn thương thành bụng	Số BN	Tỉ lệ %
Vùng lách	50	54.9
Ngoài vùng lách	5	5.5
Không	36	39.6
Tổng	91	100.0

Nhận xét: Có 55/91 bệnh nhân chấn thương lách có tổn thương thành bụng chiếm 60.4%.

3.1.2. Cận lâm sàng

* Mức độ thiếu máu trên xét nghiệm khi vào viện. Xét nghiệm công thức máu khi vào viện cho thấy mức độ không thiếu máu chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong nghiên cứu với 54/91 bệnh nhân chiếm 59.3%.

* Kết quả siêu âm

- Dịch tự do ổ bụng. Trong 91 bệnh nhân có 10 (10.9%) bệnh nhân không có dịch tự do ổ bụng trên siêu âm, số bệnh nhân có lượng dịch mức độ ít là: 43(47.2%), trung bình là: 30 (33.0%) và nhiều là: 8 (8.9%). Siêu âm phát hiện 89.1% bệnh nhân có dịch ổ bụng.

- Hình thái tổn thương lách:

Bảng 3. Hình thái tổn thương lách trên siêu âm

Hình thái tổn thương lách	Số BN	Tỉ lệ %
Đụng dập, tụ máu nhu mô	54	59.3
Tụ máu dưới bao	11	12.1
Đường vỡ nhu mô	2	2.2
Khác	24	26.4
Tổng	91	100.0

* Kết quả chụp CLVT

- Dịch tự do ổ bụng: Trong 91 bệnh nhân, trên CLVT có 2 (2.2%) bệnh nhân không có dịch tự do ổ bụng, 19 (20.9%) bệnh nhân có lượng dịch mức độ ít, 57 (62.6%) có lượng dịch mức độ trung bình và 13 (14.3%) có lượng dịch mức độ nhiều.

- Hình thái tổn thương lách:

Bảng 4. Hình thái tổn thương lách trên CLVT

Hình thái tổn thương lách	Số BN	Tỉ lệ %
Đường vỡ nhu mô	39	42.9
Đụng dập, tụ máu nhu mô	35	38.5
Tổn thương mạch lách	13	14.3
Tụ máu dưới bao	4	4.4
Tổng	91	100.0

Nhận xét: Hình thái tổn thương lách hay gặp trong nghiên cứu là đường vỡ và đụng dập, tụ máu trong nhu mô với số lượng lần lượt là 39/91 và 35/91 tương ứng với 42.9% và 38.5%.

- Phân độ chấn thương lách

+ Chấn thương lách độ I, II, III, IV và V có kết quả tương ứng là: 3 (3.3%), 28 (30.8%), 35 (38.5%), 20 (22.0%), và 5 (5.5%)

+ Chấn thương lách độ II và độ II chiếm phần lớn trong nghiên cứu.

* Kết quả chụp mạch DSA

Hình thái thoát thuốc trong nhu mô là hình thái hay gặp nhất 15/17 (88%)

3.2. Kết quả sớm của điều trị chấn thương lách và các yếu tố liên quan

3.2.1. Siêu âm và kết quả điều trị

Bảng 5. Dịch tự do ổ bụng trên siêu âm và kết quả điều trị

Lượng dịch	Điều trị không mổ		Tổng	p(a,b)
	Thành công (a)	Thất bại (b)		
Không có	10(100)	0 (0)	10 (10.9)	0.254*
Ít	41 (95.3)	2 (4.7)	43 (47.2)	
Trung bình	30 (100)	0 (0)	30 (33.0)	
Nhiều	7 (87.5)	1 (12.5)	8 (8.9)	
Tổng	88 (96.7)	3 (3.3)	91	

*Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Trong 91 bệnh nhân có 10 (10.9%) bệnh nhân không có dịch tự do ổ bụng trên siêu âm, số bệnh nhân có lượng dịch mức độ ít là: 43(47.2%), trung bình là: 30 (33.0%) và nhiều là: 8 (8.9%).

Nguy cơ thất bại phải chuyển mổ của nhóm bệnh nhân có lượng dịch tự do trong ổ bụng mức độ nhiều so với mức độ ít với OR (95%IC) là: 2.92, p=0.254

3.2.2. CT Scan và kết quả điều trị

Hình thái tổn thương lách trên CT scan và kết quả điều trị

Bảng 6. Hình thái tổn thương lách trên CT scan và kết quả điều trị

Hình thái tổn thương	Điều trị không mổ		Tổng	p(a,b)
	Thành công (a)	Thất bại (b)		
Đụng dập, tụ máu nhu mô	35 (100)	0 (0)	35 (38.4)	0.006*
Đường vỡ nhu mô	39 (44.3)	0 (0)	39 (42.9)	
Tổn thương mạch lách	10 (76.9)	3 (23.1)	13 (14.3)	
Tụ máu dưới bao	4 (100)	0 (0)	4 (4.4)	
Tổng	88 (96.7)	3 (3.3)	91	

*Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Hình thái tổn thương lách hay gặp trong nghiên cứu là đường vỡ và đụng dập, tụ máu trong nhu mô với số lượng lần lượt là 39/91 và 35/91 tương ứng với 42.9% và 38.5%.

Tỷ lệ điều trị thành công và thất bại giữa các hình thái tổn thương khác nhau có ý nghĩa thống kê p<0.05).

- Phân độ tổn thương lách
 + Chấn thương lách độ I, II, III, IV và V có kết quả tương ứng là: 3 (3.3%), 28 (30.8%), 35 (38.5%), 20 (22.0%), và 5 (5.5%)
 + Chấn thương lách độ II và độ III chiếm phần lớn trong nghiên cứu.
 + Những bệnh nhân thất bại chuyển mổ đều nằm trong số những bệnh nhân chấn thương lách mức độ nặng (III và V) với 3/40 chiếm 7.5%. Tỷ lệ thất bại trong điều trị không mổ chấn thương lách tăng tỉ lệ với phân độ chấn thương ($p < 0.05$).

3.2.3. Kết quả điều trị sớm. Tỷ lệ thành công của điều trị nội khoa là 100% và nội khoa phối hợp với can thiệp mạch đều trên 82.4%, thành công chung cho cả nhóm nghiên cứu là 96,7%

3.2.4. Biến chứng và phương pháp xử lý. Trong nghiên cứu, có 17/91 trường hợp phải can thiệp DSA, trong đó 3 ca có biến chứng chảy máu tiếp diễn, tình trạng bụng chướng căng, đau tăng nên chuyển mổ hở 3/3 trường hợp. Tỷ lệ biến chứng gặp trong nghiên cứu là 3/91 bệnh nhân (3.3%).

3.2.5. Xử lý tổn thương lách ở những bệnh nhân chuyển mổ. Các bệnh nhân chấn thương lách phải chuyển mổ đều mổ mở, 3/3 bệnh nhân mổ mở cắt lách toàn phần.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy vỡ lách do chấn thương bụng kín thường xảy ra ở độ tuổi lao động, với độ tuổi trung bình là $37,31 \pm 14,88$. Nhóm tuổi từ 15 đến 55 chiếm đến 91,2%, trong khi nhóm trên 55 tuổi chỉ chiếm 8,8%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Cụ thể, Trần Ngọc Dũng (2019) nghiên cứu trên 168 bệnh nhân cũng cho thấy độ tuổi trung bình là 34,7 tuổi [2]. Danh Bảo Quốc (2022) ghi nhận rằng nhóm tuổi từ 21 đến 55 chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp chấn thương lách [3]. Điều này có thể giải thích do nhóm tuổi này thường tham gia nhiều hoạt động xã hội, giao thông và lao động, làm tăng nguy cơ chấn thương.

Giới tính nam chiếm ưu thế rõ rệt, với tỷ lệ 85,7%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 14,3%. Tỷ lệ này phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Trần Ngọc Dũng ghi nhận tỷ lệ nam nữ lần lượt là 77,3% và 22,7% [2]. Ở phạm vi quốc tế, Olthof (2014) cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm 79% trong các trường hợp vỡ lách [4]. Điều này phản ánh thực tế rằng nam giới có nguy cơ cao hơn trong việc gặp các

tình huống chấn thương, đặc biệt là tai nạn giao thông hoặc lao động nặng.

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu trong nghiên cứu này là do tai nạn giao thông (81,3%), tiếp theo là tai nạn lao động (12,1%) và tai nạn sinh hoạt (6,6%). Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Trần Ngọc Dũng cũng ghi nhận rằng tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương bụng kín [2]. Sự gia tăng nhanh chóng của các phương tiện giao thông và mật độ giao thông cao ở các đô thị lớn như TP.HCM góp phần làm tăng nguy cơ này. Điều này cho thấy cần có các biện pháp can thiệp cộng đồng để giảm thiểu tai nạn giao thông, đồng thời nâng cao nhận thức về an toàn lao động.

Triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất trong nghiên cứu là đau bụng vùng lách, chiếm 91,2%. Đây là dấu hiệu lâm sàng quan trọng, phù hợp với các nghiên cứu khác. Triệu chứng này giúp định hướng sớm chẩn đoán vỡ lách, đặc biệt ở những bệnh nhân chấn thương bụng kín. Tuy nhiên, đau bụng vùng lách không phải lúc nào cũng đặc hiệu, và một số bệnh nhân có thể có triệu chứng mơ hồ hoặc đau ở vùng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 7,7% bệnh nhân có đau bụng ngoài vùng lách và 1,1% không có triệu chứng đau bụng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kết hợp chẩn đoán hình ảnh để xác định chính xác tổn thương.

Triệu chứng chướng bụng cũng được ghi nhận ở 27,5% bệnh nhân, cho thấy tình trạng dịch ổ bụng hoặc tổn thương nội tạng nghiêm trọng. Tuy nhiên, không phải tất cả bệnh nhân vỡ lách đều có chướng bụng rõ rệt, đặc biệt ở giai đoạn đầu. Do đó, việc đánh giá lâm sàng cần thận trọng và kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng để tránh bỏ sót chẩn đoán.

Về cận lâm sàng, siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán ban đầu vỡ lách. Trong nghiên cứu này, siêu âm phát hiện dịch ổ bụng ở 89.1% bệnh nhân, với các mức độ khác nhau. Tuy nhiên, siêu âm có giới hạn trong việc đánh giá tổn thương nhu mô lách. Kết quả của chúng tôi cho thấy, 26,4% trường hợp không phát hiện tổn thương lách trên siêu âm. Điều này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả rằng siêu âm có độ nhạy thấp hơn trong việc phát hiện tổn thương nhu mô lách so với CT. Do đó, siêu âm thường được sử dụng như công cụ sàng lọc ban đầu, và cần thực hiện CT để đánh giá chi tiết hơn.

Chụp CT được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán chấn thương lách. Trong nghiên cứu này, CT phát hiện đường vỡ nhu mô ở 42,9%

bệnh nhân và tụ máu dưới bao ở 4,4%. Ngoài ra, CT còn giúp phát hiện tổn thương mạch máu, với tỷ lệ 14,3%. Phân độ tổn thương theo hệ thống AAST thông qua CT giúp định hướng xử trí lâm sàng, đặc biệt là quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

Điều trị bảo tồn đang ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ sự tiến bộ của các kỹ thuật hồi sức và can thiệp mạch. Trong nghiên cứu này, 93,4% bệnh nhân có huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg khi vào viện, và tỷ lệ thành công của điều trị bảo tồn ở nhóm này rất cao. Ngược lại, ở nhóm bệnh nhân có huyết áp tâm thu dưới 90mmHg, tỷ lệ thất bại của điều trị bảo tồn tăng lên đáng kể. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Smith et al. (2018) cũng cho thấy rằng bệnh nhân có huyết áp ổn định khi vào viện có khả năng điều trị bảo tồn thành công cao hơn [5].

Ngoài ra, kỹ thuật chụp mạch DSA ngày càng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và can thiệp điều trị. Trong nghiên cứu này, 88% bệnh nhân chụp DSA phát hiện tổn thương mạch máu dạng thoát thuốc cản quang. Can thiệp nút mạch giúp kiểm soát chảy máu hiệu quả mà không cần phẫu thuật cắt lách, giảm nguy cơ biến chứng và bảo tồn chức năng miễn dịch của lách [1].

4.1. Vai trò của siêu âm và CT scan trong chẩn đoán và xử trí chấn thương lách. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán nhanh và dễ tiếp cận, đặc biệt trong môi trường cấp cứu. Trong nghiên cứu này, siêu âm phát hiện dịch ổ bụng ở 89.1% bệnh nhân, phù hợp với báo cáo của Lã Văn Tuấn (94%) [6] và Trần Ngọc Dũng (82.6%) [2]. Siêu âm còn giúp phát hiện tổn thương nhu mô lách ở mức độ trung bình và nặng, cung cấp thông tin giá trị cho quyết định xử trí ban đầu. Tuy nhiên, hạn chế của siêu âm là phụ thuộc vào kinh nghiệm của người thực hiện, khó đánh giá chi tiết các tổn thương phức tạp hoặc phối hợp.

CT scan là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao, đặc biệt trong việc đánh giá tổn thương lách theo thang AAST. Trong nghiên cứu này, tổn thương lách độ II và III chiếm lần lượt 30,8% và 38,5%, cho phép điều trị bảo tồn với tỷ lệ thành công cao. Ngoài ra, CT scan phát hiện các yếu tố tiên lượng thất bại như thoát chất cản quang (14,3%) hoặc tổn thương nhu mô sâu, giúp phân loại rõ ràng bệnh nhân cần chuyển hướng điều trị can thiệp hoặc phẫu thuật. Theo Alisherovich[7], CT giúp phân tầng tổn thương và định hướng xử trí hiệu quả, với tỷ lệ thành công NOM đạt 93,3%. Một nghiên cứu của Federico C. và cs [8] cho thấy CT scan cung

cấp dữ liệu chính xác về mức độ tổn thương, tình trạng chảy máu và phối hợp tổn thương, làm cơ sở cho các quyết định lâm sàng.

4.2. Vai trò của chụp mạch (DSA) và can thiệp nút mạch. DSA là phương tiện hỗ trợ đắc lực cho xử trí chấn thương lách phức tạp, đặc biệt trong các trường hợp tổn thương độ III-IV hoặc có dấu hiệu tổn thương mạch máu. Trong nghiên cứu này, 94.1% bệnh nhân có dấu hiệu thoát chất cản quang hoặc giả phình động mạch trên DSA, trong đó tất cả đều được xử trí bằng nút mạch thành công, tránh được phẫu thuật.

Theo Federico C. và cs [8], nút mạch được khuyến cáo như một phương pháp an toàn và hiệu quả, đặc biệt khi kết hợp với hồi sức tích cực. Bên cạnh đó, nút mạch còn giúp giảm nguy cơ thất bại điều trị bảo tồn ở các trường hợp có tổn thương mạch máu hoặc xuất huyết nặng. Trong báo cáo của Trần Ngọc Dũng [2], nút mạch giúp tăng tỷ lệ thành công từ 92,9% lên gần 97%, giảm rõ rệt tỷ lệ phải chuyển mổ cắt lách.

4.3. Tỷ lệ thành công và các yếu tố tiên lượng. Tỷ lệ thành công NOM đạt 96,7%, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế (90–97%) và cao hơn một số nghiên cứu trong nước. Lã Văn Tuấn (80,7%) [6] và Vũ Văn Quang (88,2%) [9] đã chỉ ra rằng sự thành công của NOM phụ thuộc lớn vào điều kiện cơ sở y tế và khả năng tiếp cận với các phương tiện chẩn đoán và can thiệp hiện đại.

Các yếu tố tiên lượng chính trong nghiên cứu bao gồm:

- Tổn thương lách độ I-III: Đây là nhóm tổn thương có mức độ phá hủy nhu mô giới hạn, phù hợp với NOM, có nguy cơ thất bại điều trị thấp, đặc biệt nếu không có dấu hiệu tổn thương mạch máu.

- Tổn thương mạch máu: Những trường hợp có tổn thương mạch máu được xử trí bằng nút mạch đã cải thiện rõ rệt kết quả điều trị, tránh được nguy cơ chuyển mổ.

4.4. Lợi ích của điều trị bảo tồn so với phẫu thuật. Điều trị bảo tồn mang lại nhiều lợi ích so với cắt lách, đặc biệt trong việc duy trì chức năng miễn dịch. Theo Trần Ngọc Dũng [2], điều trị bảo tồn giúp giảm các biến chứng nhiễm trùng sau cắt lách, bao gồm hội chứng OPSI (Overwhelming Post Splenectomy Infection), thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ tuổi.

4.5. So sánh với các nghiên cứu quốc tế. Các báo cáo từ WSES [11] và AAST đều khẳng định điều trị bảo tồn là tiêu chuẩn trong chấn thương lách, đặc biệt với sự hỗ trợ của chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Nghiên cứu của Alisherovich và cộng sự [7] ghi nhận tỷ lệ thành

công NOM đạt 93,3%, tương đồng với kết quả nghiên cứu này (96,7%)

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn vỡ lách có thể đạt hiệu quả cao (96,7%) nếu được chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng điển hình của vỡ lách trong chấn thương bụng kín bao gồm đau bụng vùng lách, chướng bụng và phát hiện dịch ổ bụng trên siêu âm. Siêu âm, CT scan, DSA có vai trò quan trọng trong xác định mức độ tổn thương và hỗ trợ quyết định điều trị. Nghiên cứu nhấn mạnh tính khả thi và hiệu quả của NOM, giảm thiểu biến chứng và nhu cầu phẫu thuật trong chấn thương lách. Việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và cận lâm sàng giúp tối ưu hóa điều trị, đặc biệt trong quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarah Corn, Jared Reyes, Stephen D Helmer et al, (2019), "Outcomes following blunt traumatic splenic injury treated with conservative or operative management", Kansas journal of medicine, 12, (3), pp. 83.
2. Trần Ngọc Dũng, (2019), Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội, Luận án Tiến sĩ Y học.
3. Danh Bảo Quốc, Phạm Văn Năng, (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và

4. Dominique Catherine Olthof, (2014), "Splenic injury diagnosis & splenic salvage after trauma",
5. Stella R Smith, Louise Morris, Stephen Spreadborough et al, (2018), "Management of blunt splenic injury in a UK major trauma centre and predicting the failure of non-operative management: a retrospective, cross-sectional study", European Journal of Trauma Emergency Surgery, 44, pp. 397-406.
6. Lê Văn Tuấn, Lê Huy Lưu, Nguyễn Việt Thành, (2022), "Có thể điều trị an toàn không mổ cho vỡ lách chấn thương được không?", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 26,
7. Umedov Khushvaqt Alisherovich, Shomurodov Hamza Rashidovich, Khursanov Yokubjon Erkin Ugli, (2023), "Our experience in conservative treatment of spleen injury in closed abdominal trauma", Research Focus, 2, (1), pp. 319-325.
8. Federico Coccolini, Giulia Montori, Fausto Catena et al, (2017), "Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients", World Journal of Emergency Surgery, 12, pp. 1-26.
9. Vũ Văn Quang, Nguyễn Hoàng Ngọc Anh, (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy,

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI

Nguyễn Thành Công¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Kiều Văn Bức¹,
Phan Thị Như Ý¹, Siu Thìn¹, Nguyễn Thị Thanh Lan¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh thường gặp ở người lớn tuổi, tỷ lệ tử vong còn cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân lớn tuổi VPMPCD điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên vào viện được chẩn đoán VPMPCD theo hướng dẫn của Bộ Y tế, tại khoa Lão, khoa Hồi sức tích cực chống độc từ

5/2024-10/2024. **Kết quả:** Có 65 bệnh nhân có độ tuổi 76 (tứ phân vị: 66 – 85 tuổi), nam chiếm 60%. Bệnh nhân khi nhập viện có tiền sử mắc 2 bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%), trong đó thường gặp là tăng huyết áp (78,5%). Ho, khạc đàm là hai triệu chứng lâm sàng thường gặp. Tổn thương phế quản phổi hai bên trên phim X quang phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,2%). Cấy máu (24,6%), cấy máu dương tính 62,5%, các chủng vi khuẩn gặp trong cấy máu *Proteus Mirabilis* (30%), tiếp đến *Pseudomonas aeruginosae* (20%), *Klebsiella pneumoniae* (20%), *Burkholderia cepacia* (20%). Số ngày điều trị trung vị là 10 (tứ phân vị: 7 – 18 ngày). Kết quả điều trị ra viện 86,2%, tử vong 13,8%. Yếu tố liên quan đến tử vong bệnh nhân VPMPCD: bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân ≥ 2 điểm (RR = 1,27, 95% CI: 1,08-1,48; P=0,02), tổn thương trên phim X quang tim phổi (RR = 1,29, 95% CI: 1,09-1,53; P=0,01), cấy máu

¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Công

Email: drcongl@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025