

tình trạng lo âu và trầm cảm².

Hạn chế nghiên cứu. Mặc dù nghiên cứu cung cấp thông tin giá trị, vẫn còn một số hạn chế như mẫu nghiên cứu chỉ giới hạn ở hai khoa của bệnh viện, chưa đại diện cho toàn bộ NB phẫu thuật. Ngoài ra, các yếu tố như mức độ hỗ trợ gia đình hay sự hài lòng về chất lượng chăm sóc chưa được phân tích đầy đủ, cần được xem xét trong các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ lo âu (39%) và trầm cảm (50,5%) ở NB trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2023 là đáng kể. Các yếu tố như giới tính nữ và tiền sử phẫu thuật làm tăng nguy cơ lo âu và trầm cảm. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp hỗ trợ tâm lý trước phẫu thuật để nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện trải nghiệm của NB, từ đó nghiên cứu đưa ra các khuyến nghị sau: (i) Tích hợp sàng lọc tâm lý trước phẫu thuật vào quy trình chăm sóc NB để phát hiện và can thiệp sớm; (ii) Thực hiện tư vấn tâm lý nhằm giảm bớt lo âu, trầm cảm, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao như NB nữ và người có tiền sử phẫu thuật; (iii) Đào tạo nhân viên y tế để nâng cao khả năng nhận diện và hỗ trợ tâm lý NB; và (iv) Tăng cường phối hợp với gia đình để hỗ trợ tinh thần cho NB trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Hoàng Yến, Nguyễn Thị Minh Hà.** Khảo sát tâm lý người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;516(1). doi:10.51298/vmj.v516i1.2999
2. **Lippold B, Tarkunde YR, Cheng AL, Hannon CP, Adelani MA, Calfee RP.** Depression and

Anxiety Screening Identifies Patients That may Benefit From Treatment Regardless of Existing Diagnoses. *Arthroplasty Today.* 2022;15:215-219.e1. doi:10.1016/j.artd.2022.01.032

3. **Đặng Văn Thạch, Tạ Văn Trâm.** Thực trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2018. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2018;22(6):121-121.
4. **Stern AF.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occup Med.* 2014;64(5):393-394. doi:10.1093/occmed/kqu024
5. **Minh PQ, Phương VH, Linh NT.** Khảo sát tình trạng lo âu, stress trước phẫu thuật ở người bệnh mổ phôi tại Khoa chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2020;10(134):85-91.
6. **Nguyễn Thị Huệ, Trần Thị Kim Oanh.** Đánh giá tâm lý người bệnh trước phẫu thuật chương trình tại khoa mắt bệnh viện quân y 7A. *Tạp Chí Được Thực Hành* 175. 2018;16:78-87.
7. **Bedaso A, Mekonnen N, Duko B.** Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2022;12(3):e058187. doi:10.1136/bmjopen-2021-058187
8. **Hằng LT, Dũng ĐV.** Thực trạng lo âu của người bệnh trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City năm 2022 và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;525(2). doi:10.51298/vmj.v525i2.5202
9. **Bekeris J, Wilson LA, Fiasconaro M, et al.** New Onset Depression and Anxiety After Spinal Fusion Surgery: Incidence and Risk Factors. *Spine.* 2020;45(16):1161-1169. doi:10.1097/BRS.0000000000003467
10. **Nguyễn Thị Huệ, Nguyễn Trần Thủy, Vũ Thy Cẩm.** Tình trạng lo âu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh phẫu thuật tim hở tại bệnh viện tim hà nội năm 2023. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam.* 2023;41:5-11. doi:10.47972/vjcts.v41i.860

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VỠ LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Đặng Khải Toàn¹, Hoàng Xuân Song¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Nhân dân 115. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả đặc điểm lâm sàng và cận

lâm sàng của 91 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín được điều trị từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Triệu chứng đau bụng vùng lách được ghi nhận ở 91,2% bệnh nhân, bệnh nhân có tình trạng chướng bụng chiếm 27,5%, Huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg chiếm 93,4%. Siêu âm phát hiện dịch ổ bụng ở 89,1% bệnh nhân, và CT chẩn đoán chính xác đường vỡ nhu mô trong 42,9% trường hợp, Vỡ lách độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng điển hình của vỡ lách bao gồm đau bụng, dịch ổ bụng trên siêu âm, và tổn thương nhu mô trên CT. Sự kết hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng là yếu tố cốt lõi để xác định hướng điều

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy
Email: huyphat.vn115@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025
Ngày duyệt bài: 24.3.2025

trị. **Từ khóa:** Vỡ lách, chấn thương bụng kín, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF SPLENIC RUPTURE IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA PATIENTS AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of splenic rupture in patients with blunt abdominal trauma at People's Hospital 115. **Methods:** A retrospective study describing clinical and paraclinical characteristics of 91 patients with splenic rupture due to blunt abdominal trauma treated from January 2021 to December 2023. **Results:** Left upper quadrant abdominal pain was observed in 91.2% of patients, abdominal distension in 27.5%, and systolic blood pressure ≥ 90 mmHg in 93.4%. Ultrasound detected intra-abdominal fluid in 89.1% of cases, and CT accurately identified parenchymal lacerations in 42.9%. Grade III splenic rupture was the most common (38.5%). **Conclusion:** Typical clinical and paraclinical features of splenic rupture include abdominal pain, intra-abdominal fluid on ultrasound, and parenchymal injuries on CT. Combining clinical and paraclinical findings is essential for determining appropriate treatment.

Keywords: Splenic rupture, blunt abdominal trauma, ultrasound, computed tomography (CT).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là cơ quan dễ bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín, chiếm 30–40% trường hợp tổn thương các tạng đặc [1]. Vỡ lách nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như sốc mất máu và tử vong. Việc nhận biết các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán sớm và quyết định phương pháp điều trị, đặc biệt trong điều trị bảo tồn. Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ lách, từ đó hỗ trợ nâng cao hiệu quả chẩn đoán và xử trí lâm sàng tại Bệnh viện Nhân dân 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, tiến hành trên các bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín được điều trị bảo tồn từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện Nhân dân 115.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vỡ lách qua lâm sàng hoặc hình ảnh học.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tổn thương đa tạng cần phẫu thuật cấp cứu hoặc không đủ dữ liệu y tế.

2.3. Xử lý số liệu.

Dữ liệu lâm sàng và cận

lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm triệu chứng lâm sàng, siêu âm, CT và xét nghiệm máu. Các số liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

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

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi trong nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số BN	Tỉ lệ %
>55	8	8.8
15-55	83	91.2
Tổng	91	100.0

Nhận xét: - Nhóm tuổi >55 chiếm 8.8%: Nhóm bệnh nhân trên 55 tuổi chiếm tỷ lệ thấp trong nghiên cứu (8.8%).

- 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

Bảng 2. Phân bố giới tính trong nghiên cứu

Giới tính	Số BN	Tỉ lệ %
Nam	78	85.7
Nữ	13	14.3
Tổng	91	100.0

Nhận xét: - Nam chiếm 85.7%: 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.

- Nữ chiếm 14.3%: Tỷ lệ nữ giới trong nhóm nghiên cứu chỉ chiếm một phần nhỏ (14.3%), điều này có thể phản ánh thực tế rằng nữ giới có ít khả năng bị chấn thương lách hơn trong các tình huống liên quan đến chấn thương bụng kín.

* Nguyên nhân chấn thương

Bảng 3. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ %
Tai nạn giao thông	74	81.3
Tai nạn lao động	11	12.1
Tai nạn sinh hoạt	6	6.6
Tổng	91	100.0

Nhận xét: - 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 4. Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi vào viện

Thời gian	Số BN	%
Trước 6 giờ	56	61.5
Từ ≥ 6 – 12 giờ	11	12.1
Từ ≥ 12 - 24 giờ	7	7.7
Từ ≥ 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.

*** Xử trí của tuyến trước**

Bảng 5. Xử trí của tuyến trước đối với các trường hợp chấn thương lách

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ %
Không xử trí	38	41.8
Sơ cứu	50	54.9
Theo dõi	3	3.3
Mổ cấp cứu	0	0
Tổng	91	100.0

Nhận xét: Bệnh nhân được sơ cứu ban đầu tại y tế cơ sở là 50 người chiếm 54.9% và 38 bệnh nhân chiếm 41.8% không được sơ cứu hoặc vào thẳng ngay bệnh viện.

*** Triệu chứng toàn thân**

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

- Huyết áp tâm thu (HATT) khi vào viện

Bảng 6. Huyết áp tâm thu khi vào viện

HATT	Số BN	Tỉ lệ %
<70	1	1.1
70-90	5	5.5
>90	85	93.4
Tổng	91	100,0

Nhận xét: 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 cơ năng**

Bảng 7. Triệu chứng cơ năng đau bụng

Vị trí đau bụng	Số BN	Tỉ lệ %
Vùng lách	83	91.2
Ngoài vùng lách	7	7.7
Không đau	1	1.1
Tổng	91	100.0

Nhận xét: Những bệnh nhân đau bụng vùng lách chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 83/91 bệnh nhân chiếm 91.2%.

*** Triệu chứng thực thể**

- Tổn thương thành bụng (xây sát da, đụng

dập, tụ máu thành bụng):

Bảng 8. 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%.

- Chướng bụng:

Bảng 9. Chướng bụng

Chướng bụng	Số BN	Tỉ lệ %
Không	66	72.5
Nhẹ	21	23.1
Vừa	4	4.4
Tổng	91	100.0

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân không chướng bụng chiếm tỷ lệ nhiều nhất 72.5% (66/91).

- Dấu hiệu thành bụng

Bảng 10. Dấu hiệu thành bụng

Dấu hiệu thành bụng	Số BN	Tỉ lệ %
Không	87	95.6
Vùng lách	3	3.3
Ngoài vùng lách	1	1.1
Tổng	91	100.0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu không có dấu hiệu thành bụng với 87/91 chiếm 95.6% bệnh nhân.

3.2. Cận lâm sàng

*** Mức độ thiếu máu trên xét nghiệm khi vào viện**

Bảng 11. Mức độ thiếu máu trên xét nghiệm khi vào viện

Mức độ thiếu máu	Số BN	Tỉ lệ %
Không (Hb >12)	54	59.3
Nhẹ (Hb 10-12)	27	29.7
Trung bình (Hb 8-10)	7	7.7
Nặng (Hb <8)	3	3.3
Tổng	91	100.0

Nhận xét: 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 12. Hình thái tổn thương lách trên siêu âm

Hình thái tổn thương lách	Số BN	Tỉ lệ %
Đụng giập, 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

Nhận xét: + Trên siêu âm có 24/91 bệnh nhân chiếm 26.4% các trường hợp không phát hiện tổn thương lách.

+ Tuy nhiên, một bệnh nhân có thể có nhiều hình thái cùng lúc được phát hiện.

*** 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.

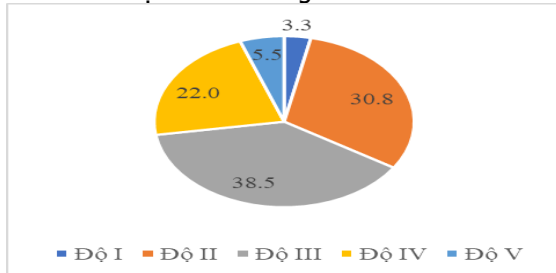
- Hình thái tổn thương lách:

Bảng 13. Hình thái tổn thương lách trên CLVT

Hình thái tổn thương lách	Số BN	Tỉ lệ %
Đường vỡ nhu mô	39	42.9
Đụng giập, 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:



Biểu đồ 1. Phân độ chấn thương lách

Nhận xét: 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

Bảng 14. Hình thái tổn thương mạch sau chụp DSA

Hình thái tổn thương mạch	Số BN	Tỉ lệ %
Giả phình mạch	1	0.06
Thoát thuốc cản quang	15	0.88
Không tổn thương	1	0.06

Tổng	17	100
------	----	-----

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

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], trong khi Trần Văn Đáng báo cáo tỷ lệ nam giới là 73,68% [4]. Ở phạm vi quốc tế, Olthof (2014) cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm 79% trong các trường hợp vỡ lách [5]. 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. Ví dụ, nghiên cứu của Davis et al. (2008) trên 449 bệnh nhân tại Mỹ cũng ghi nhận tỷ lệ đau bụng vùng lách là 92% [6]. 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%. Nghiên cứu của Catalano et al. (2006) cũng khẳng định giá trị của CT với độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 98% trong việc phát hiện tổn thương lách [7]. 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 Trần Văn Đáng (2010), trong đó tỷ lệ thành công điều trị bảo tồn giảm ở những bệnh nhân huyết động không ổn định [4]. 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 [8].

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].

V. KẾT LUẬN

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. Chụp CT đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và phân loại tổn thương. 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 kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518, (2).
4. **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, Học viện Quân Y, Luận án Tiến sĩ Y học.
5. **Dominique Catherine Olthof**, (2014), "Splenic injury diagnosis & splenic salvage after trauma".
6. **Victor W McCray, James W Davis, Deborah Lemaster et al**, (2008), "Observation for nonoperative management of the spleen: how long is long enough?", *Journal of Trauma Acute Care Surgery*, 65, (6), pp. 1354-1358.
7. **O Catalano, B Cusati, A Nunziata et al**, (2006), "Active abdominal bleeding: contrast-enhanced sonography", *Abdominal imaging*, 31, (1), pp 9-16.
8. **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.