

nội soi tái tạo DCCT cho thấy có 81 - 82% bệnh nhân quay lại chơi được 1 môn thể thao bất kỳ, trong đó có 63 - 65% chơi được môn thể thao cường độ mạnh trước lúc chấn thương và 44 - 55% chơi được các môn thể thao đối kháng.

Do điều kiện hạn chế nên chúng tôi mới chỉ dừng lại đánh giá ở một thời điểm theo dõi xa. Nghiên cứu của Kostogiannis đánh giá bằng thang điểm Lysholm sau 15 năm thấy tỷ lệ tốt và rất tốt vẫn chiếm tới 77,8%, tuy nhiên thấp hơn ở thời điểm 1 năm và 3 năm (tương ứng là 95,2% và 92,1%). Do đó, kết quả ở đánh giá của chúng tôi có thể đánh giá là tốt, tuy nhiên cần tiếp tục theo dõi lâu dài hơn để có thể đánh giá hiệu quả thực sự của phương pháp phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân sau nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật tất cả bên trong sử dụng mảnh ghép gân cơ Hamstring tự thân 6 năm, cho thấy hầu hết bệnh nhân vững gối Lachman độ I, II (98,46%), 7,69% có triệu chứng tê tại vị trí lấy gân. 20% bệnh nhân có biểu hiện thoái hóa gối trên phim X- quang. Điểm Lysholm trung bình là 95,09, chỉ có 1 bệnh nhân điểm Lysholm đạt điểm rất kém 62 do bị chấn thương lại trong quá trình sinh hoạt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fu, F.H., et al.,** Primary anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction: a preliminary 2-year prospective study. *Am J Sports*

*Med*, 2008. 36(7): p. 1263-74.

2. **Renstrom, P., et al.,** Non-contact ACL injuries in female athletes: an International Olympic Committee current concepts statement. 2008. 42(6): p. 394-412.
3. **Bhimani, R., et al.,** Transportal versus all-inside techniques of anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review. 2021. 16(1): p. 1-19.
4. **Trần Quốc, L.,** Nghiên cứu giải phẫu và đổi chiều trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong. 2018.
5. **Biau, D.J., et al.,** ACL reconstruction: a meta-analysis of functional scores. 2007. 458: p. 180-187.
6. **Khánh, N.M.,** Kết quả bước đầu nội soi tái tạo DCCT với kỹ thuật tất cả bên trong. *Tạp trí y học Việt Nam* tháng 10 – số 1. , 2015: p. 136–140.
7. **Zaffagnini, S., et al.,** Prospective and randomized evaluation of ACL reconstruction with three techniques: a clinical and radiographic evaluation at 5 years follow-up. 2006. 14: p. 1060-1069.
8. **Ibrahim, S.A.-R., et al.,** Clinical evaluation of arthroscopically assisted anterior cruciate ligament reconstruction: patellar tendon versus gracilis and semitendinosus autograft. 2005. 21(4): p. 412-417.
9. **Karikis, I., et al.,** Comparison of anatomic double-and single-bundle techniques for anterior cruciate ligament reconstruction using hamstring tendon autografts: a prospective randomized study with 5-year clinical and radiographic follow-up. 2016. 44(5): p. 1225-1236.
10. **Ferretti, A., et al.,** A medium to long-term follow-up of ACL reconstruction using double gracilis and semitendinosus grafts. 2011. 19: p. 473-478.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY VAN HAI LÁ SINH HỌC TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Kiên<sup>1</sup>, Nguyễn Sinh Hiền<sup>1</sup>,  
Phạm Hữu Lư<sup>2</sup>, Nguyễn Minh Ngọc<sup>1</sup>

trước mổ là 9,32±5,09, sau mổ là 4,99±1,99, tại thời điểm khám lại là 5,06±1,87. Có 52,6% bệnh nhân được thay van số 27 và 26,3% bệnh nhân được thay van số 29. Tỷ lệ tử vong sớm là 0%. Tỷ lệ thoái hóa van là 2%. Tỷ lệ tử vong muộn là 8,1%.

**Từ khóa:** Thay van hai lá sinh học, Bệnh viện Tim Hà Nội

## SUMMARY

### RESULTS OF MITRAL VALVE REPLACEMENT USING A BIOPROTHESIS VALE IN HANOI HEART HOSPITAL

In the period from 1/2015 to 12/2020 with a total of 57 patients, who underwent bioprosthetic mitral valve replacement surgery at Hanoi Heart Hospital. The mean age was 68,65±8,54. The male/female ratio was approximately 1/2. All patients came to the

## TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu mổ tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá sinh học tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong giai đoạn 2015 – 2020. Tuổi trung bình 68,65±8,54. Tỷ lệ nam/nữ ~ 1/2. Tất cả bệnh nhân vào viện vì triệu chứng khó thở, tỉ lệ NYHA II và III chiếm 93%. Nhịp tim chủ yếu là rung nhĩ chiếm 71,9%. Chênh áp van hai lá trung bình

<sup>1</sup>Bệnh viện Tim Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: xuankiena3bvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

hospital because of difficulty breathing, NYHA II and III rates account for 93%. The main heart rhythm was atrial fibrillation, accounting for 71.9%. 52.6% of patients received size 27 valve replacement and 26,3% of patients received size 29 valve replacement. Early mortality (death within 30 days after surgery) was 0%. Rate of valve degeneration was 2%. Late mortality was 8,1%. **Keywords:** Replacement using a bioprosthesis, Hanoi Heart Hospital.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh van hai lá (VHL) là bệnh lý van tim hay gặp nhất, chủ yếu gồm các bệnh van tim mắc phải – chiếm khoảng 40%<sup>1</sup>, do nhiều nguyên nhân khác nhau như: thấp tim, thoái hóa, viêm nội tâm mạc. Bệnh lý VHL bao gồm ba thể bệnh chính: Hẹp van hai lá (HHL), hở van hai lá (HoHL) hoặc hẹp hở van hai lá phối hợp (HHL). Điều trị bệnh VHL bao gồm: điều trị nội khoa, tim mạch can thiệp và điều trị ngoại khoa. Trong đó điều trị ngoại khoa phẫu thuật thay van hai lá nhân tạo có tính chất triệt để hơn vì can thiệp trực tiếp vào van hai lá.

Có hai loại van nhân tạo là van cơ học và van sinh học. Van cơ học có ưu điểm là độ bền cao tuy nhiên phải dùng thuốc chống đông máu cả đời và tỉ lệ tai biến và biến chứng liên quan đến dùng thuốc chống đông còn cao. Van sinh học có ưu điểm là không phải dùng thuốc chống đông kéo dài, tuy nhiên khuyết điểm là sự thoái hóa cấu trúc van. Thống kê 10 năm sau phẫu thuật thay van sinh học, tỉ lệ thoái hóa khoảng 30%<sup>2</sup>. Chỉ định thay van hai lá sinh học thường được lựa chọn trên những bệnh nhân có độ tuổi ≥ 65, bệnh nhân là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, bệnh nhân không thể theo dõi tác dụng của thuốc chống đông tốt. Tuy đã có nhiều báo cáo trên thế giới về chỉ định và hiệu quả của phẫu thuật thay van hai lá sinh học nhưng cần có những nghiên cứu cụ thể đánh giá mức độ hiệu quả của phương pháp này tại Việt Nam. Việc nghiên cứu về kết quả của phẫu thuật thay van hai lá sinh học là cần thiết để đưa ra những phân tích về ưu điểm và nhược điểm của loại van sinh học này. Từ đó, đưa ra những quyết định lựa chọn loại van tốt nhất phù hợp cho từng bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm để mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm và trung hạn của phẫu thuật thay van hai lá sinh học tại Bệnh viện Tim Hà Nội, gian đoạn 2015 – 2020.

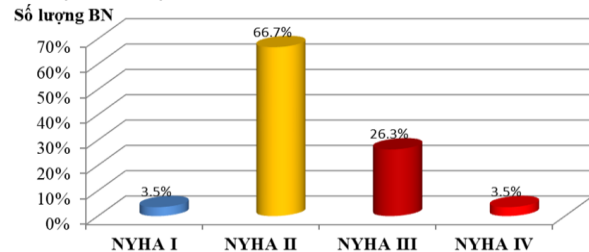
**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy số liệu hồi cứu từ 01/2015 đến 12/2020. Liên hệ khám lại

vào 06/2023. Các BN được lựa chọn là những bệnh nhân được thay VHL sinh học có hoặc không kết hợp với tạo hình VBL tại Bệnh viện tim Hà Nội trong thời gian từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2020. Số liệu được thu thập dựa theo bệnh án mẫu. Tính trị số trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến liên tục. Tính tần số và tỷ lệ phần trăm (%) cho các biến rời rạc. Số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm chung trước mổ:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 68,65±8,54. Nghiên cứu chia làm 3 nhóm tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm nhiều nhất là ≥65 chiếm 91,2%. Bệnh nhân là nữ chiếm đa số (68.4%), tỉ lệ bệnh nhân Nam/Nữ ~ 1/2.



**Biểu đồ 1.1. Mức độ suy tim theo NYHA (N=57)**

**Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ:** Mức độ suy tim của bệnh nhân khi vào viện chủ yếu là mức độ NYHA II và NYHA III chiếm tổng số 93%. Nhịp tim của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đa phần là rung nhĩ.

**Bảng 3.1: Chỉ số siêu âm tim trước mổ**

Chỉ số siêu âm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{X} \pm SD$	N
Đường kính nhĩ trái (mm)	31	89	54,17±10,79	57
Đường kính Dd (mm)	32	66	46,30±7,27	57
Đường kính Ds (mm)	18	46	29,63±6,22	57
Phân suất tổng máu EF (%)	38	85	64,73±10,15	57
Đường kính thất phải	13	38	22,84±5,19	57
ALDMP tâm thu (mmHg)	18	132	48,30±22,21	57
Diện tích lỗ van	0.3	2.01	0,86±0,33	51
Chênh áp VHL tâm thu (mmHg)	7	42	17,41±7,43	57
Chênh áp VHL trung bình (mmHg)	3	28	9,32±5,09	57

**Kết quả trong mổ:** Tỷ lệ bệnh nhân có huyết khối trong nhĩ trái chiếm 22,8%. 77,2%

bệnh nhân cắt van hai lá có bảo tồn dây chằng lá sau, cỡ van hay được sử dụng nhất là 27 chiếm 52,6% và 29 chiếm 26,3%.

Có 28,05% bệnh nhân được sửa van ba lá theo phương pháp đặt vòng van, 28,05% bệnh nhân được sửa van ba lá theo phương pháp Devega.

**Kết quả sớm sau mổ:**

**Bảng 3.2: So sánh chỉ số siêu âm tim trước và sớm sau mổ**

Chỉ số siêu âm	Trước mổ $\bar{X} \pm SD$	Sau mổ $\bar{X} \pm SD$	p	n
Đường kính NT (mm)	54,17±10,79	45,65±8,55	<0,05	57
Dd (mm)	46,30±7,27	43,58±6,71	<0,05	57
Ds (mm)	29,63±6,22	28,69±6,02		57
EF (%)	64,73±10,15	63,81±9,12		57
Đường kính thất phải (mm)	22,84±5,19	21,92±4,16	<0,05	57
ALĐMP tâm thu (mmHg)	48,30±22,21	29,42±9,76	<0,05	57
Chênh áp qua VHL tâm thu	17,41±7,43	11,49±4,50	<0,05	57
Chênh áp qua VHL trung bình	9,32±5,09	4,99±1,99	<0,05	57

Sau mổ có 8,8% bệnh nhân hở van ba lá 2/4 và 91,2% bệnh nhân hở van ba lá 1/4. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân phải mổ lại do chảy máu từ vết mổ chiếm tỉ lệ 1,8%.

**Kết quả trung hạn sau mổ:** Qua thu thập số liệu sau mổ chúng tôi lấy được dữ liệu của 49 bệnh nhân, 4 bệnh nhân tử vong và 4 bệnh nhân mất liên lạc. Thời gian theo dõi từ 3 đến 7 năm.

Tình trạng khó thở được cải thiện rõ rệt sau mổ. Trước mổ bệnh nhân NYHA II và III chiếm 93%, sau mổ bệnh nhân chủ yếu khó thở ở mức NYHA I chiếm 96%. Nhịp tim chủ yếu vẫn là rung nhĩ chiếm 65,3%.

**Bảng 3.3: So sánh ghép đôi chênh áp trung bình qua VHL**

	Trước mổ $\bar{X} \pm SD$	Sau mổ $\bar{X} \pm SD$	Khám lại $\bar{X} \pm SD$	n	p
Chênh áp VHL trung bình (mmHg)	9,56±5,26	5,18±2,03	5,06±1,87	49	>0,05

Có 59,2% bệnh nhân phải dùng thuốc chống đông sau mổ. Tỉ lệ tử vong muộn trong nghiên cứu là 8,16%. Trong đó có 2 bệnh nhân tử vong do tai biến mạch máu não, 1 bệnh nhân tử vong do mắc Covid-19, và 1 bệnh nhân tử vong do K phổi.

**IV. BÀN LUẬN**

**Lâm sàng và cận lâm sàng:** Nghiên cứu

của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 68,65±8,54. Tỷ lệ bệnh nhân Nam/Nữ ~ 1/2. Trong đó nhóm tuổi chiếm nhiều nhất là ≥65 chiếm 91,2%. Trong đó 3 bệnh nhân trong nhóm tuổi ≤50 thì 1 bệnh nhân là nữ có nhu cầu sinh con, 1 bệnh nhân đã từng thay van cơ học nhưng điều trị thuốc chống đông không thường xuyên, 1 bệnh nhân là người vùng cao không có khả năng sử dụng đều và theo dõi liều chống đông. Kết quả này cũng phù hợp với chỉ định của thay van hai lá sinh học.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Đào Duy Hiếu<sup>3</sup> với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66,8±8,5 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 1,75. Nghiên cứu của Dror B. Leviner<sup>4</sup> và cộng sự trên 257 bệnh nhân thay van hai lá sinh học trong 15 năm có độ tuổi trung bình là 63,0±4,9.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân vào viện với lý do khó thở. Theo biểu đồ 3.4 bệnh nhân khi vào viện chủ yếu là mức độ NYHA II và NYHA III chiếm tổng số 93. Kết quả này cũng tương tự như những nghiên cứu trước đó của Nguyễn Hữu Đức<sup>5</sup> là 97,9%. Gábor Veres<sup>6</sup> và cộng sự chỉ có 1,2% bệnh nhân đến khám có mức độ khó thở NYHA I. Nhịp tim của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa phần là rung nhĩ chiếm 71,9. Kết quả trên có thể giải thích là do đa số bệnh nhân thường có tâm lý ngại phẫu thuật, lựa chọn điều trị nội khoa tối đa đến khi triệu chứng lâm sàng khiến họ khó chịu bắt buộc phải phẫu thuật.

Về bệnh lý van hai lá, hay gặp nhất là HHoHL chiếm 84,2%, HoHL chiếm 8,8%. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có đường kính nhĩ trái trung bình 54,17±10,79 mm. Đường kính nhĩ trái trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Ước và Hoàng Trọng Hải<sup>7</sup> là 51,1 ± 9,7. Đo chênh áp trung bình qua van của 57 bệnh nhân thấy phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm HHoHL có mức độ hẹp van từ vừa đến nặng chiếm 86%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29,8% bệnh nhân hở van ba lá 3/4 và 1,75% bệnh nhân hở van ba lá 4/4 cần phải sửa van kết hợp trong mổ, có 40,4% bệnh nhân hở van ba lá 2/4 cần cân nhắc việc sửa van trong mổ.

**Kết quả trong mổ:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có huyết khối trong nhĩ trái chiếm 22,8%.

Khâu chân tiểu nhĩ trái là một thủ thuật cần thiết trong mổ đối với những bệnh nhân có huyết khối nhĩ trái, nhĩ trái giãn lớn và rung nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 bệnh nhân khâu

chân tiểu nhĩ trái chiếm 42,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 77,2% bệnh nhân cắt van hai lá có bảo tồn dây chằng lá sau. Cắt toàn bộ lá sau chỉ những trường hợp vô hóa van nhiều không bảo tồn được.

Trong số 57 bệnh nhân thay van hai lá sinh học, cỡ van hay được sử dụng nhất là 27 chiếm 52,6% và 29 chiếm 26,3%. Nghiên cứu của Tomonobu Abe<sup>8</sup> trên 76 bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá sinh học cũng có kết quả tương tự với cỡ van hay được sử dụng nhất là 27 chiếm 51,3% và cỡ van 29 chiếm 26,3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28,05% bệnh nhân được sửa van ba lá theo phương pháp đặt vòng van, 28,05% bệnh nhân được sửa van ba lá theo phương pháp Devega. Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là  $106.67 \pm 43.92$ , nhanh nhất là 45 phút, chậm nhất là 239 phút. Thời gian cặp động mạch chủ ngắn nhất là 31 phút, dài nhất là 146 phút. Có sự dao động lớn giữa các bệnh nhân là do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những nhóm bệnh nhân phẫu thuật thay van hai lá sinh học qua đường mổ xương ức, bệnh nhân mổ lại và bệnh nhân mổ qua đường phẫu thuật ít xâm lấn.

**Kết quả sau mổ:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 57 bệnh nhân siêu âm sau mổ đều cho kết quả hoạt động van hai lá sinh học tốt, không có trường hợp nào bị hở cạnh van.

Chênh áp tâm thu sau mổ là  $11,49 \pm 4,50$ , chênh áp trung bình qua van hai lá sinh học sau mổ là  $4,99 \pm 1,99$ . Kết quả này so với trước mổ đều có thay đổi rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Đường kính nhĩ trái trung bình trước mổ là  $54,17 \pm 10,79$ , kết quả sau mổ là  $45,65 \pm 8,55$ . Áp lực động mạch phổi tâm thu trước mổ là  $48,30 \pm 22,21$ , sau mổ là  $29,42 \pm 9,76$ . Sau mổ mức độ hở van ba lá chủ yếu là 1/4 chiếm 91,2%, chỉ có 8,8% bệnh nhân còn lại có mức hở van ba lá 2/4. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân có biến chứng phải mổ lại do chảy máu xương ức chiếm tỷ lệ 1,8%.

Tỷ lệ tử vong sớm bao gồm những bệnh nhân tử vong tại bệnh viện và trong khoảng 30 ngày sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào tử vong sớm. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với một số tác giả khác như Kaan Kirali<sup>9</sup> là 4,4%, Nguyễn Hồng Hạnh<sup>10</sup> là 1,8%.

**Kết quả trung hạn:** Sự cải thiện về mức độ suy tim theo phân loại NYHA được cải thiện rõ rệt. Sau mổ chỉ có 4% bệnh nhân suy tim ở mức độ NYHA II và III.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rung

nhĩ trước mổ và sau mổ chiếm tỷ lệ còn cao tương ứng là 71,9% và 65,3%.

Tỷ lệ bệnh nhân phải dùng thuốc chống đông trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn khá cao chiếm 59,2%. Với những bệnh nhân thay van hai lá sinh học có nguy cơ cao bao gồm: Rung nhĩ, tiền sử huyết khối tắc mạch, giảm chức năng thất trái, tình trạng tăng đông chúng tôi thường duy trì sintrom để ngăn ngừa nguy cơ huyết khối.

Kết quả siêu âm tim van hai lá nhân tạo hoạt động tốt, nhĩ trái, Dd, ALDMP đều giảm so với trước mổ ở mức có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp bị thoái hóa van hai lá sinh học do vô hóa van chiếm 2%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp tử vong muộn chiếm 8,1%. Trong đó 2 bệnh nhân tử vong do tai biến mạch máu não trong cùng 1 năm với phẫu thuật thay van, đây là một trong các biến cố tử vong có liên quan đến van nhân tạo. Hai bệnh nhân còn lại là tử vong do nguyên nhân khác không liên quan đến van nhân tạo.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả khả quan của phẫu thuật thay van hai lá sinh học nhất là đối với những bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên. Xử lý được triệt để bệnh lý van hai lá, cải thiện triệu chứng lâm sàng, các chỉ số về kích thước buồng tim và chức năng tim hồi phục gần về mức bình thường. Giảm được nguy cơ phải sử dụng thuốc chống đông, từ đó làm giảm các nguy cơ bị tai biến khi sử dụng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim Mạch Học Việt Nam.** Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn. 2010.
2. **Jamieson WR, Lewis CT, Sakwa MP, et al.** St Jude Medical Epic porcine bioprosthesis: results of the regulatory evaluation. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2011;141(6):1449-1454.e1442.
3. **Đào Duy Hiếu.** Kết quả phẫu thuật thay van hai lá bằng van nhân tạo sinh học tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2022; Tập 17 - Số 8/2022.
4. **Leviner DB, Zafir B, Saliba W, Stein N, Shiran A, Sharoni E.** Biological or mechanical mitral valve replacement in patients 50-70 years of age-a propensity-adjusted analysis. European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery. 2022;62(2).
5. **Nguyễn Hữu Đức.** Kết quả lâm sàng, siêu âm tim ngắn hạn và trung hạn sau thay van hai lá sinh học. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; tập 529, số 2:17.
6. **Veres G, Benke K, Stengl R, et al.** Long-Term

- Outcomes Stratified by Age in Patients with a Mechanical versus Biological Mitral Valve Replacement. *Journal of cardiovascular development and disease*. 2022;9(10).
7. **Nguyễn Hữu Ước, Hoàng Trọng Hải.** Kết quả phẫu thuật thay van hai lá và van động mạch chủ bằng van nhân tạo sinh học tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2019;Số 86 (2019):70.
  8. **Abe T, Ito H, Mutsuga M, et al.** The long-term results and changing patterns of biological valves at the mitral position in contemporary practice in Japan. *Nagoya journal of medical science*. 2016;78(4):369-376.
  9. **Kiralı K, Güler M, Tuncer A, et al.** Fifteen-year clinical experience with the biocor porcine bioprostheses in the mitral position. *The Annals of thoracic surgery*. 2001;71(3):811-815.
  10. **Nguyễn Hồng Hạnh.** Nghiên cứu biến đổi lâm sàng, huyết động trước và sau phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học loại Saint Jude Master: Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y; 2012.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN KHÔNG PHẪU THUẬT VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Duy Hưng<sup>1</sup>, Trần Đức Quý<sup>2</sup>, Dương Hoàng Hải<sup>1</sup>,  
Phạm Cảnh Đức<sup>2</sup>, Đặng Thanh Sơn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Lách là cơ quan thường bị tổn thương nhất trong 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 sốc mất máu và tử vong. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ lách do chấn thương bụng kín và được điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 đến 30 tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 31,18 ± 14,9 (4 - 66 tuổi); nhóm từ 16 - 55 tuổi chiếm 79,1%. Nam giới 83,9%, tỉ lệ nam/nữ ~ 5/1. Đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu 93,5%, đáp ứng tạm thời 6,5%. Tỉ lệ điều trị bảo tồn không phẫu thuật thành công 91,9%, trong đó 14 trường hợp được can thiệp mạch phối hợp chiếm 24,6%. Có 5 trường hợp thất bại phải chuyển phẫu thuật chiếm 8,1%. **Kết luận:** Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật vỡ lách do chấn thương bụng kín có tỉ lệ thành công cao nếu đảm bảo được về huyết động ổn định và loại trừ tổn thương tạng khác trong bụng phải phẫu thuật. **Từ khóa:** Vỡ lách, điều trị bảo tồn không phẫu thuật.

### SUMMARY

#### RESULTS OF NON-OPERATIVE MANAGEMENT OF SPLENIC RUPTURE BY BLUNT ABDOMINAL INJURY AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hưng

Email: ndhungtwtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

**Background:** The spleen is the most frequently ruptured organ in abdominal trauma. A ruptured spleen causes intra-abdominal bleeding. Without proper diagnosis and treatment for this condition, it can lead to hemorrhage shock and even death. **Objectives:** To evaluate the results of nonoperative management (NOM) of blunt splenic by blunt abdominal injury at Thai Nguyen National Hospital. **Methods:** Prospective, cross-sectional study was carried out on 62 patients who were diagnosed with the splenic rupture by blunt abdominal injury then got the nonoperative management (NOM) at Thai Nguyen National Hospital from January 1<sup>st</sup>, 2019 to June 30<sup>th</sup> 2023. **Results:** The average age was 31.18 ± 14.9 (4 - 66), age group from 16 to 55 was 79.1%. The sample size was 83.9 % male; the male/female ratio was 5/1. Stable responder with fluid challenge was 93.5%; transient responder was 6.5%. The success rate of NOM was 91.9%; 14 patients who had an angioembolization accounted for 24.6%. There were 5 cases of failure-NOM which accounted for 8.1%. **Conclusion:** The results of non-operative management of splenic rupture by blunt abdominal injury had a high success rate. However, it is necessary to ensure good resuscitation monitoring conditions and evaluate to rule out damage to other organs in the abdomen that require surgery.

**Keywords:** splenic rupture; non-operative management (NOM).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là cơ quan thường bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín, chiếm khoảng 32%<sup>1</sup>. Vỡ lách gây chảy máu trong ổ bụng, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời dễ dẫn đến sốc mất máu và tử vong<sup>1,2</sup>. Ngày nay, cùng với sự hiểu biết về vai trò của lách đặc biệt với hệ thống miễn dịch và sự phát triển của y học, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, phương tiện hồi sức tích cực,... đã giúp cho người thầy