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. **Kirali 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[1], Trần Đức Quý[2], Dương Hoàng Hải[1], Phạm Cảnh Đức[2], Đặng Thanh Sơn[1]

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 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 khoá:*** 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

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 ruptureby blunt abdominal injury then got the nonoperative management (NOM) at Thai Nguyen National Hospital from January 1st, 2019 to June 30th 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%[1]. 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[1,2]. 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

[1]*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
[2]*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

thuốc ngày càng quan tâm đến việc điều trị bảo tồn không phẫu thuật vỡ lách do chấn thương bụng kín, đồng thời kết quả điều trị cải thiện rõ rệt[3]. Theo James[4], tỉ lệ điều trị bảo tồn thành công ở nhóm vỡ lách không có và có thoát thuốc động mạch lần lượt là 94% và 90%. Theo Trần Ngọc Dũng[2], tỉ lệ điều trị bảo tồn thành công là 93%. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là một cơ sở ngoại khoa lớn, cộng với sự phát triển của can thiệp mạch và hồi sức, tỉ lệ điều trị bảo tồn không phẫu thuật vỡ lách do chấn thương bụng kín tăng lên đáng kể trong những năm gần đây. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu tổng thể đánh giá kết quả phương pháp điều trị này, để ứng dụng một cách có hệ thống, có cơ sở khoa học và phát triển rộng rãi trong thực tế lâm sàng ngoại khoa. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau: *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.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân ở tất cả các lứa tuổi, không phân biệt giới.

Vỡ lách đơn thuần hoặc phối hợp với các tạng, cơ quan trong và/hoặc ngoài ổ bụng.

Chẩn đoán xác định bằng thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính.

Tất cả các mức độ vỡ lách, được đánh giá trên CLVT theo AAST (1994).

Chỉ định điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại thời điểm vào viện: Là bệnh nhân có tình trạng huyết động ổn định khi vào viện (được định nghĩa là huyết áp động mạch tâm thu ≥ 90mmHg) hoặc ổn định sau khi được hồi sức ban đầu trong 24 giờ (đáp ứng với bù dịch và/hoặc máu: 3000ml dịch tinh thể và/hoặc không quá 4 đơn vị máu trong 24 giờ).

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, biến số và chỉ số nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân vỡ lách nhưng được chỉ định phẫu thuật ổ bụng cấp cứu tại thời điểm vào viện vì các lí do khác như: thủng tạng rỗng, vỡ gan, vỡ thận,… (không tính mổ cấp cứu do tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng).

Các trường hợp bệnh nhân có chấn thương nặng phối hợp nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh (bao gồm: Chấn thương sọ não; chấn thương ngực; chấn thương lách, thận, tụy mà không điều trị bảo tồn được).

Bệnh nhân có lách bệnh lý như: u lách, áp xe lách, thalassemia…

Bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông hoặc có rối loạn đông máu.

Thời gian: Từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 đến 30 tháng 6 năm 2023.

Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Nghiên cứu này được tiến hành 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. Chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Chỉ số, biến số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới.

Đánh giá đáp ứng với hồi sức ban đầu: đáp ứng nhanh: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường; đáp ứng tạm thời: các dấu hiệu sinh tồn cải thiện tạm thời sau đó xuất hiện trở lại mạch nhanh, huyết áp giảm, nhịp thở nhanh (tính sau 24 giờ đầu vào viện); không đáp ứng: các dấu hiệu sinh tồn vẫn bất thường dù bệnh nhân đã được hồi sức tích cực.

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật: Thành công là những bệnh nhân được điều trị nội khoa và/hoặc kết hợp can thiệp mạch thành công; thất bại là những trường hợp phải chuyển phẫu thuật để thăm dò hoặc xử trí thương tổn trong ổ bụng.

Biến chứng sau mổ: tổn thương mạch lách (phát hiện trên CLVT có dấu hiệu thoát thuốc, giả phình), chảy máu tiến triển (tình trạng chảy máu vẫn xảy ra sau 24 giờ điều trị và trên CLVT không có dấu hiệu tổn thương mạch), vỡ lách thì 2, viêm phúc mạc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình 31,18 ± 14,9 tuổi, thấp nhất 4 tuổi, cao nhất 66 tuổi. Giới tính: nam chiếm 83,9%, nữ 16,1%. Tỷ lệ nam/nữ ~ 5/1.

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân theo giới tính

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
<16	6	9,7	2	3,2	8 (12,9)
16–55	44	71,0	5	8,1	49 (79,1)
>55	2	3,2	3	4,8	5 (8,0)
Tổng	52	83,9	10	16,1	62 (100)

Nhóm tuổi từ 16 – 55 chiếm chủ yếu (79,1%), trong đó 71,0% là nam giới.

3.2. Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả hồi sức ban đầu và mức độ mất máu trên lâm sàng

Mức độ mất máu	Kết quả hồi sức		Tổng
	Đáp ứng nhanh	Đáp ứng tạm thời	
I	36 (100,0%)	0 (0,0%)	36 (58,1%)
II	18 (94,7%)	1 (5,3%)	19 (30,6%)
III	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7 (11,3%)
Tổng	58 (93,5%)	4 (6,5%)	62 (100%)

Mất máu mức độ I, 100% trường hợp đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu, mất máu độ II có 94,7% đáp ứng nhanh, mất máu độ III có 42,9% trường hợp đáp ứng tạm thời.

Bảng 3. Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật theo PP điều trị

PP điều trị / Kết quả điều trị		Nội khoa	Nội khoa và can thiệp mạch	Tổng
Thành công		43(69,4%)	14(22,6%)	57(91,9%)
Thất bại	Do lách	03(4,8%)	1(1,6%)	04(6,5%)
	Tạng khác	01(1,6%)	0(0,0%)	01(1,6%)
Tổng		47(75,8%)	15(24,2%)	62(100%)

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.

Bảng 4. Biến chứng trong quá trình điều trị và phương pháp xử lý

Phương pháp xử lý / Biến chứng	Can thiệp mạch	PT mở	PT nội soi	Tổng
Chảy máu tiến triển	0	02	0	02
Tổn thương mạch lách	14	01	0	15
Vỡ lách thì 2	0	01	0	01
Viêm phúc mạc	0	0	01	01
Tổng	**14**	**04**	**01**	**19**

Tổn thương mạch lách (có thoát thuốc hoặc giả phình trên CLVT) chiếm nhiều nhất 15 BN, tất cả đều được can thiệp mạch nhưng có 1 trường hợp can thiệp thất bại phải chuyển phẫu thuật.

Chảy máu tiến triển xảy ra ở 02 BN, phải chuyển phẫu thuật mở do huyết áp tâm thu tiếp tục giảm sau 24 giờ cho dù đã hồi sức tích cực và trên CLVT không thấy hình ảnh tổn thương mạch.

Có 01 BN vỡ lách thì 2 sau 4 ngày điều trị, phải chuyển phẫu thuật vì huyết áp giảm. Có 01 trường hợp viêm phúc mạc nghi nghờ vỡ tạng rỗng, chuyển phẫu thuật nội soi thăm dò.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 62 bệnh nhân, vỡ lách gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, độ tuổi trung bình là 31,18 ± 14,9 tuổi, thấp nhất 4 tuổi, cao nhất 66 tuổi, trong đó nhóm tuổi 16 – 55 chiếm 79,1% (bảng 1). Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Danh Bảo Quốc[5], tuổi trung bình 35,75 ± 15,51 (16-84 tuổi), trong đó nhóm tuổi 16-55 chiếm tỉ lệ cao (88,1%); Trần Ngọc Dũng[2], tuổi trung bình 30,75±15,51 (4-92 tuổi), nhóm tuổi 15 – 55 cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (81,6%); Thomas Nijdam[6] tuổi trung bình là 31 (24-52); theo Pietro Fransvea[3] 37,01 ± 17,18. Trước đây điều trị bảo tồn không phẫu thuật vỡ lách do chấn thương bụng kín được chỉ định chủ yếu cho trẻ em. Ngày nay, các tác giả đều nhận định điều trị bảo tồn vỡ lách cần cân nhắc tới mọi khía cạnh thay vì chỉ quan tâm tới độ tuổi[4,5].

Giới: Theo hầu hết các nghiên cứu, vỡ lách do chấn thương bụng kín gặp chủ yếu ở nam giới. Trong nghiên cứu chúng tôi, nam giới chiếm 83,9%, nữ 16,1%, tỉ lệ nam/nữ ~ 5/1. Tương tự kết quả các tác giả như Trần Ngọc Dũng[2] (tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 77,3% và 22,7%), Thomas Nijdam[6] nam giới chiếm 75,6%,… Kết quả bảng 1 cho thấy nam giới ở nhóm tuổi lao động (16-55 tuổi) chiếm tỉ lệ cao (71,0%). Do vậy, vỡ lách do chấn thương bụng kín không được điều trị hiệu quả ảnh hưởng trực tiếp tới sức lao động của xã hội.

4.2. Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ứng dụng hồi sức tích cực theo hướng dẫn hồi sức chấn thương tích cực (ATLS) của Hội phẫu thuật viên chấn thương Mỹ dùng trong mất máu do chấn thương. Mục đích của hướng dẫn hồi sức này là nhanh chóng xác định được những tổn thương đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, phân loại bệnh nhân có huyết động ổn định hay ổn định sau khi được bù dịch và/hoặc máu, những bệnh nhân huyết động không ổn định để có chỉ định điều trị phù hợp.

Kết quả hồi sức ban đầu đáp ứng nhanh 93,5%, đáp ứng tạm thời 6,5%. Phân bố theo mức độ mất máu, mất máu mức độ I 100% trường hợp đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu, mất máu độ II có 94,7% đáp ứng nhanh, mất máu độ III có 42,9% trường hợp đáp ứng tạm thời, mức độ mất máu càng nặng thì tỉ lệ đáp ứng nhanh càng giảm. Theo Trần Ngọc Dũng[2], đáp ứng nhanh với hồi sức chiếm 96,8%, chỉ có 6/185 bệnh nhân đáp ứng tạm thời, tất cả được chỉ định điều trị không phẫu thuật. Theo Trần Văn Đáng[8], tác giả có 2/95 bệnh nhân có tụt huyết áp và đáp ứng trở lại với hồi sức nên được

chỉ định điều trị không mổ thành công. Để hồi sức tích cực thì bệnh nhân phải được truyền dịch và máu hợp lý. Theo nhiều tác giả lượng máu truyền không vượt quá 4 đơn vị trong 24 giờ ở người lớn và không quá 30ml/kg ở trẻ em. Tuy nhiên, thời gian và lượng máu truyền phụ thuộc và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, trong đó huyết động là quan trọng nhất, vì dù truyền máu bao nhiêu mà huyết động vẫn không ổn định, có nghĩa là tình trạng máu vẫn đang tiếp tục chảy, thậm chí tốc độ mất máu còn nhanh hơn lượng máu được bù. Vì vậy, cần phải nhanh chóng đưa ra quyết định mổ hay không mổ, không lên đợi phải đủ thời gian hay lượng máu truyền mới đưa ra quyết định, đánh mất cơ hội cứu sống bệnh nhân.

Điều trị không phẫu thuật vỡ lách đơn thuần hoặc phối hợp bao gồm điều trị nội khoa và nội khoa phối hợp với can thiệp mạch. Trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ định điều trị không phẫu thuật vỡ lách ở những bệnh nhân có huyết động ổn định, không phân biệt mức độ chấn thương, tuổi tác và có thể có chấn thương các tạng khác phối hợp, tuy nhiên phải loại trừ những trường hợp có tổn thương các tạng khác trong ổ bụng phải mổ, đặc biệt là tạng rỗng. Tỉ lệ điều trị bảo tồn không phẫu thuật thành công của chúng tôi là 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%. Tỉ lệ điều trị bảo tồn thành công theo Trần Văn Đáng[8], Trần Ngọc Dũng[2] và Danh Bảo Quốc[5] lần lượt là 95,78%, 93,0% và 97,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được theo dõi và điều trị theo phác đồ thống nhất, bệnh nhân được nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, dùng kháng sinh dự phòng, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 48 giờ đầu. Đồng thời, xác định đúng bệnh nhân có chỉ định điều trị bảo tồn không phẫu thuật, theo dõi và điều trị theo phác đồ thống nhất ở cơ sở có khả năng phẫu thuật, tỉ lệ điều trị bảo tồn thành công là tương đối cao qua các nghiên cứu.

Diễn biến trong quá trình điều trị: Dấu hiệu thoát thuốc cản quang hay giả phình trên cắt lớp vi tính không chỉ là dấu hiệu tiên lượng sự thất bại của điều trị không mổ chấn thương lách mà còn là dấu hiệu cân nhắc cho chỉ định can thiệp mạch hay phẫu thuật[3]. Tỷ lệ thành công chung của điều trị can thiệp mạch dao động từ 73% đến 97%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương mạch lách có 15 bệnh nhân, tất cả đều được can thiệp mạch, tỉ lệ thành công là 14/15 bệnh nhân (93,3%), có 1 trường hợp sau can thiệp chảy máu, huyết áp tâm thu tiếp tục giảm, phải chuyển phẫu thuật. Chảy máu tiến triển xảy ra ở 02 bệnh nhân, phải chuyển phẫu thuật mở do huyết áp tâm thu tiếp tục giảm sau 24 giờ cho dù đã hồi sức tích cực và trên CLVT không thấy hình ảnh tổn thương mạch. Có 01 BN vỡ lách thì 2 sau 4 ngày điều trị, phải chuyển phẫu thuật vì huyết áp giảm. Có 01 trường hợp viêm phúc mạc nghi nghờ vỡ tạng rỗng, chuyển phẫu thuật nội soi thăm dò. Tỉ lệ chuyển mổ theo Trần Ngọc Dũng[2] là 7,0% (13/185BN) nguyên nhân gồm 5 BN huyết áp tâm thu giảm, 2 BN vỡ lách thì 2, 5 BN nghi tổn thương tạng rỗng và 1 BN viêm phúc mạc. Theo Trần Văn Đáng[8] tỉ lệ chuyển mổ là 4,2% (4/95 BN), theo Danh Bảo Quốc[5] là 2,4%. Theo các tác giả, trong điều trị chấn thương lách, điều quan trọng nhất là cứu được tính mạng bệnh nhân và việc bảo tồn lách là thứ yếu. Điều trị không mổ chấn thương lách phải chuyển mổ không phải là thất bại của điều trị chấn thương lách, mà điều quan trọng là bệnh nhân phải được phát hiện sớm, chính xác những thương tổn cần phải mổ kịp thời trong quá trình điều trị không mổ[2,3,4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 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, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: Tuổi trung bình 31,18 ± 14,9 tuổi (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 (2 trường hợp chảy máu tiến triển, 1 trường hợp can thiệp mạch thất bại, 1 trường hợp vỡ lách thì 2, 1 trường hợp nghi thủng tạng rỗng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sarah Corn, Jared Reyes, Stephen D Helmer et al.** Outcomes following blunt traumatic splenic injury treated with conservative or operative management. Kansas journal of medicine, 12 (3), 83-90 (2019).
2. **Trần Ngọc Dũng.** 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, Đại học Y Hà Nội, (2019).
3. **Pietro Fransvea, Gianluca Costa, Giulia Massa et al.** Non-operative management of blunt splenic injury: is it really so extensively feasible? a critical appraisal of a single-center experience.

Pan African Medical Journal. 32 (1), 165-172 (2019).
4. **James M Haan, Grant V Bochicchio, N Kramer et al.** Nonoperative management of blunt splenic injury: a 5-year experience. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 58 (3), 492-498 (2005).
5. **Danh Bảo Quốc, Phạm Văn Năng.** 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 Trung ương Cần Thơ năm 2021 – 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 518 (2), 346-350 (2022).
6. **Thomas MP Nijdam, Roy Spijkerman, Lilian Hesselink et al.** Predictors of surgical management of high grade blunt splenic injuries in adult trauma patients: a 5-year retrospective cohort study from an academic level I trauma center. Patient safety in surgery, 14, 1-9 (2020).
7. **Chien-An Liao, Ling-Wei Kuo, Yu-Tung Wu et al.** Unstable hemodynamics is not always predictive of failed nonoperative management in blunt splenic injury. World journal of surgery, 44, 2985-2992 (2020).
8. **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, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện Quân y, (2010).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ BẰNG KÉO MÁY KÉO DÃN CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN CHỈNH HÌNH VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CẦN THƠ 2023

Nguyễn Dương Hanh[1], Trầm Văn Nhiều[1], Nguyễn Thị Mỹ Liên[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa cột sống cổ là sự hao mòn liên quan đến tuổi tác ở cột sống cổ, dẫn đến đau cổ, cứng cổ, giảm chức năng sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vật lý trị liệu-Phục hồi chức năng, đặc biệt là kéo dãn cột sống cổ bằng máy kết hợp với hồng ngoại, xoa bóp và các bài tập vận động cột sống cổ là một phương pháp điều trị bảo tồn hiệu quả, có khả năng giúp bệnh nhân cải thiện chức năng cột sống cổ. **Mục tiêu**: Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa cột sống bằng máy kéo dãn cột sống tại Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Cần Thơ 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu. Thử nghiệm lâm sàng theo chiều dọc có so sánh trước và sau điều trị 30 bệnh nhân. **Kết quả:** Sau khi điều trị, kết quả đau đánh giá theo thang điểm Likert với mức độ đau nhiều giảm từ 100% xuống 0%, đau ít 36,7% và đau vừa 63,3%. Ngoài ra, tầm vận động cột sống cổ cải thiện đáng kể với trung bình khoảng 0% giới hạn nhiều; chức năng sinh hoạt hằng ngày cải thiện đáng kể từ 83,3% ảnh hưởng nhiều xuống còn 0% và 16,7% ảnh hưởng trung bình tăng lên còn 50%, ảnh hưởng ít tăng từ 0% lên 50% ảnh hưởng trung; tỉ lệ phần trăm của kết điều trị chung mức khá tăng khoảng 63,3% và mức trung bình giảm 33,3%. **Kết luận:** Điều trị bằng máy kéo cột sống kết hợp với hồng ngoại, xoa bóp và các bài tập vận động cột sống cổ giúp cải thiện đau, gia tăng tầm vận động cột sống cổ, chức năng sinh hoạt hằng ngày và kết quả điều trị chung. ***Từ khóa:*** thoái hóa cột sống cổ, kéo dãn cột sống cổ bằng máy.

[1]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Dương Hanh
Email: ndhanh@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 5.3.2024

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF CERVICAL SPONDYLOSIS THROUGH CERVICAL TRACTION IN CAN THO ORTHOSIS AND REHABILITATION HOSPITAL IN 2023

Background: Cervical spondylosis is an age-related condition affecting the cervical spine, causing neck pain, stiffness, and reduced daily activities. Physical therapy, including cervical traction, infrared, massage, and exercises, is a conservative treatment method that can improve cervical functions. **Objectives:** to evaluate treatment results of cervical spondylosis with cervical traction in Can Tho orthosis and rehabilitation hospital in 2023. **Materials and Methods:** Prospective study. Clinical trials have compared before and after treatment in 30 cervical spondylosis patients. **Results** After treatment, pain levels decreased on a Likert scale, with severe pain decreasing from 100% to 0%, mild pain 36.7%, and moderate pain 63.3%. Cervical spine range of motion improved significantly, daily living functions improved from 83.3% to 0%, and overall good treatment results increased by 63.3%, while the average level decreased by 33.3%. **Conclusion**: Treatment with a traction machine in conjunction with infrared, massage, and cervical spine exercises reduces pain and improves cervical spine range of motion, daily living functions, and overall treatment outcomes. ***Keywords:*** Cervical spondylosis, cervical spinal traction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống cổ là hao mòn liên quan đến tuổi tác ở cột sống cổ có thể dẫn đến đau cổ, cứng cổ và các triệu chứng khác, giảm chức năng sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [5]. Vật lý trị liệu-Phục hồi chức năng là một phương pháp điều trị bảo tồnhiệu quả, có