

cervical lesions in adults: prevalence and occlusal aspects", J Am Dent Assoc, 136(12), pp. 1694-1700.

8. **Teixeira DNR, Zeola LF, Machado AC, Gomes RR, Souza PG, Mendes DC, Soares PV** (2018),

"Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: a cross-sectional study", J Dent, 76, pp. 93-97.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG LÁCH

Lê Thanh Dũng¹, Lê Xuân Khôi², Nguyễn Văn Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nút động mạch lách trong điều trị chấn thương lách. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 49 bệnh nhân chấn thương lách được điều trị bảo tồn bằng nút mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 2 năm 2019. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân chấn thương lách có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn trái (67,3%) và huyết động ổn định khi vào viện (83,7%). Trên x quang bụng không chuẩn bị, dấu hiệu hay gặp nhất là mở vùng thấp ổ bụng và bóng lách to (tương ứng 76,9% và 53,8%). Dịch tự do ổ bụng và đưng dập nhu mô là dấu hiệu được ghi nhận nhiều nhất (tương ứng 87,8% và 63,3%) trên siêu âm. Theo phân độ của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (AAST) năm 1994, gồm có: 1 (2,1%) độ I, 7 (14,7%) độ II, 20 (41,6%) độ III, 20 (41,6%) độ IV. Tỷ lệ thành công ở lần nút mạch đầu tiên đạt 95,9%. Trong số 22 bệnh nhân phải truyền máu, lượng máu truyền trung bình là 1,28 ± 2,02 đơn vị. Thời gian nằm viện trung bình là 10,8 ± 6,7 ngày. Các biến chứng nhẹ thường gặp như sốt hoặc đau vùng lách (tương ứng 28,6% và 20,4%), không có bệnh nhân nào có biến chứng nặng cần xử trí. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT-Multislice Computer Tomography) là thăm khám hình ảnh có giá trị nhất trong chẩn đoán chấn thương lách. Nút động mạch lách là phương pháp điều trị an toàn, đạt tỷ lệ thành công cao trong điều trị bảo tồn chấn thương lách.

Từ khóa: chấn thương lách, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh, nút mạch

Viết tắt: ASST: American Association for the Surgery of Trauma; MSCT: Multislice Computer Tomography

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, IMAGING FINDINGS AND RESULTS OF EMBOLIZATION IN

¹Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hồng Ngọc

³Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

TREATMENT OF BLUNT SPLENIC INJURY

Purpose: To describe clinical features, imaging findings and evaluate the results of embolization in treatment of blunt splenic injury. **Object and Method:** Descriptive study in 49 patients with blunt splenic injury admitted to Viet Duc Hospital were conservative management by embolization from January 2017 to February 2019. **Results:** Most of patients with blunt splenic injury have left upper quadrant pain (67,3%) and hemodynamically stable (83,7%) on admission. On plain abdominal x ray, two most common findings are peritoneum effusion and enlarging spleen (76.9% and 53.8%). On sonography, hemoperitoneum and intraparenchymal laceration are the most common findings (87.8% and 63.3%). According to grading of the American Association of Trauma Surgeons (AAST), including: 1(2.1%) grade I, 7(14.7%) grade II, 20(41.6%) grade III, 20 (41.6%) grade IV. Primary clinical success rate was 95.9%. Among 22 patients who required blood transfusion, the average amount of blood transfusion was 1.28 ± 2.02 units. The mean hospital stay was 10.8±6.7 days. Fever and pain in splenic area are common minor complications (28.6 and 20.4), no patient has major complications required treatment. **Conclusion:** MSCT is the best diagnostic imaging method in diagnosis blunt splenic injury. Splenic artery embolization is a safe treatment with a high success rate in conservative management of blunt splenic injury.

Keywords: Blunt splenic injury, clinical features, imaging findings, embolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương lách là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong chấn thương bụng kín[1]. Để chẩn đoán, bên cạnh các phương pháp thăm khám cổ điển như x quang bụng không chuẩn bị và siêu âm ổ bụng, MSCT có cản quang hiện vẫn là tiêu chuẩn vàng, cho phép xác định mức độ chấn thương lách cũng như các tổn thương phối hợp một cách chính xác [2].

Cùng với những tiến bộ trong chẩn đoán, việc quản lý điều trị cho từng mức độ chấn thương lách cũng ngày càng được tối ưu hóa. Những nghiên cứu gần đây cho thấy, điều trị bảo tồn không phẫu thuật đã đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân chấn thương và đang dần trở

thành phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu với những trường hợp chấn thương lách có huyết động ổn định. Trong đó, nút tắc động mạch lách mở ra hướng điều trị mới với nhiều hiệu quả tích cực, tăng tỉ lệ bảo tồn lách [1, 3]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm góp phần khẳng định thêm vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh nói chung, đặc biệt là MSCT cũng như đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nút động mạch lách trong điều trị bảo tồn chấn thương lách.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 49 bệnh nhân chấn thương lách được điều trị bằng nút mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 - 2/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trên MSCT có dấu hiệu chấn thương mạch máu và được chụp mạch/nút động mạch lách
- Huyết động ổn định khi vào viện hoặc sau hồi sức ban đầu
- Hồ sơ có đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chụp MSCT tại cơ sở khác hoặc chụp không cản quang hoặc không đủ cả hai thì động mạch và tĩnh mạch cửa
- Thời gian chấn thương cách xa thời điểm nhập viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Tất cả những người bệnh được chẩn đoán và điều trị chấn thương lách trong thời gian nghiên cứu nếu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sẽ được ghi nhận thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

Các chỉ tiêu và nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng: Tuổi, nhóm tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, tình trạng huyết động, triệu chứng lâm sàng (sây sát thành bụng, đau bụng, chướng bụng, cảm ứng phúc mạc), vị trí đau (vùng lách, ngoài vùng lách), các tổn thương phối hợp.

- Đặc điểm x quang: Bóng mờ lách to ra, dạ dày và đại tràng bị đè đẩy, mờ vùng thấp ổ bụng, vòm hoành trái bị đẩy lên cao, gãy các xương sườn cuối trái.

- Đặc điểm siêu âm: tụ máu dưới bao, đường vỡ lách, tụ máu trong nhu mô, đưng dập nhu mô, dịch ổ bụng

- Đặc điểm MSCT: Phân độ theo AAST-1994

(I-V), các hình thái chấn thương mạch (chảy máu hoạt động, giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch).

- Đặc điểm chụp mạch: Chảy máu hoạt động, giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán mô tả tính trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định khi bình phương hoặc kiểm định Fisher chính xác để xác định mối liên hệ giữa các biến, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 2/2019, 49 bệnh nhân chấn thương lách phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu với đặc điểm như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Giá trị	
Nhóm tuổi	<20	6(12,3%)
	20-29	12(24,5%)
	30-39	8(16,3%)
	40-49	11(22,4%)
	50-59	6(12,3%)
	≥60	6(12,3%)
Giới	Nam	40(81,6%)
	Nữ	9(18,4%)
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	39(79,6%)
	Tai nạn lao động	7(14,3%)
	Tai nạn sinh hoạt	3(6,1%)
Thời gian can thiệp	≤24 giờ	44(89,8%)
	>24 giờ	5(10,2%)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chấn thương lách

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị	
Huyết động	Ổn định	41(83,7%)
	Không ổn định	8(16,3%)
Dấu hiệu lâm sàng	Đau bụng	40(81,6%)
	Chướng bụng	25(51%)
	Cảm ứng phúc mạc	9(18,4%)
	Sây sát da thành bụng	6(12,2%)
Vị trí đau (n=40)	Vùng lách	33(82,5%)
	Ngoài vùng lách	7(17,5%)
Tổn thương phối hợp	Không có tổn thương phối hợp	13(26,5%)
	Sọ não	13(26,5%)
	Hàm mặt	4(8,2%)
	Ngực	18(36,7%)
	Gãy xương	10(20,4%)
	Tạng khác trong ổ bụng	9(18,4%)

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh chẩn

thương lách

Đặc điểm hình ảnh		Giá trị
X quang bụng (n=13)	Bóng lách to	7(53,8%)
	Dạ dày và đại tràng bị đè đẩy	2(15,4%)
	Mờ vùng thấp ổ bụng	10(76,9%)
	Vòm hoành trái lên cao	2(15,4%)
	Gãy các xương sườn cuối trái	5(38,5%)
Siêu âm ổ bụng (n=49)	Tụ máu dưới bao	0(0%)
	Đường vỡ lách	2 (4,1%)
	Tụ máu trong nhu mô	0(0%)
	Đụng dập nhu mô	31(63,3%)
	Dịch ổ bụng	43(87,8%)
MSCT ổ bụng (n=48)	Độ I	1(2,1%)
	Độ II	7(14,7%)
	Độ III	20(41,6%)
	Độ IV	20(41,6%)
	Độ V	0(0%)
Chụp mạch (n=49)	Chảy máu hoạt động	19(38,9%)
	Giả phình động mạch	16(32,7%)
	Thông động tĩnh mạch	3(6,1%)
	Chảy máu hoạt động và giả phình động mạch	6(12,2%)
	Chảy máu hoạt động và thông động tĩnh mạch	2(4,0%)
	Giả phình động mạch và thông động tĩnh mạch	3(6,1%)

Bảng 4. Kỹ thuật nút động mạch lách

Nút động mạch lách		Giá trị
Đường vào	Động mạch đùi phải	45(91,8%)
	Động mạch đùi trái	3(6,1%)
	Động mạch cánh tay phải	1(2,1%)
Vật liệu nút mạch	Spongel	5(10,2%)
	Hystoacryl	39(79,6%)
	Coil	4(8,2%)
	Hạt Embozen	1(2%)
Loại vật liệu	Vĩnh viễn	44(89,8%)
	Tạm thời	5(10,2%)

Bảng 5. Kết quả điều trị chấn thương lách bằng nút mạch

Kết quả điều trị		Giá trị
Nút mạch lần 1	Thành công	47(95,9%)
	Thất bại	2(4,1%)
Tình trạng dịch ổ bụng trên siêu âm sau nút (n=29)	Giảm hoặc hết	23(79,3%)
	Không thay đổi	6(20,7%)
	Tăng lên	0(0%)
Đánh giá kết quả nút mạch bằng MSCT ổ bụng (n=21)	Thành công	19(90,5%)
	Thất bại	2(9,5%)
Truyền máu	Có	22(44,9%)
	Không	27(55,1%)

Đơn vị máu cần truyền (n=22)	< 2	8(36,4%)
	2-3	4(18,2%)
	> 3	10(45,4%)
Thời gian nằm viện (ngày)	≤ 7	22(44,9%)
	> 7	27(55,1%)
Biến chứng hay gặp	Sốt	10(20,4%)
	Đau vùng lách	14(28,6%)

IV. BÀN LUẬN

Cũng như nhiều nghiên cứu về chấn thương lách đã công bố, phần lớn người bệnh là trẻ tuổi, do đó việc bảo tồn lách rất cần thiết bởi quãng đời còn lại của họ sẽ phải gắn liền với kháng sinh và nguy cơ nhiễm trùng nếu như không còn lách [1, 4]. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (79,6%), cũng vì thế trong bệnh cảnh chấn thương lách chúng tôi thấy phần lớn bệnh nhân có thêm tổn thương ở ít nhất một cơ quan khác ngoài ổ bụng (73,5%). Ngoài ra, chúng tôi cũng phát hiện 9 trường hợp (18,4%) có tổn thương tạng trong ổ bụng kèm theo. Nghiên cứu của Jabbour (2017) cũng cho thấy, phần lớn bệnh nhân chấn thương lách có tổn thương nhiều cơ quan khác ngoài ổ bụng như chấn thương ngực, sọ não, hàm mặt, xương chậu, cột sống[4].

Phẫu thuật ổ bụng cấp cứu cắt lách hiện vẫn là cách thức xử trí chuẩn mực cho những bệnh nhân chấn thương lách có huyết động không ổn định khi vào viện mà không đáp ứng với hồi sức ban đầu[1]. Trái lại, những bệnh nhân có huyết động ổn định khi vào viện hoặc sau hồi sức bằng bù dịch, máu thì điều trị bảo tồn luôn được ưu tiên. Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân chấn thương lách nhập viện trong trạng thái huyết động ổn định (83,7%), số còn lại huyết áp tâm thu lúc vào thấp (70-90mmHg) nhưng sau đó đáp ứng với hồi sức cấp cứu ban đầu và huyết động ổn định trước khi nút mạch. Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy, triệu chứng lâm sàng hay gặp của bệnh nhân chấn thương lách bao gồm: Đau bụng vùng lách, chướng bụng, cảm ứng phúc mạc[5]. Cũng lưu ý rằng, khám lâm sàng đôi khi kém tin cậy trong trường hợp người bệnh trong trạng thái kích thích, sợ hãi hoặc có các chấn thương nặng vùng khác kèm theo làm người bệnh ít quan tâm đến vùng bụng.

Trên x quang bụng, một số dấu hiệu gợi ý chấn thương lách mà chúng tôi quan sát thấy như: dạ dày và đại tràng bị đè đẩy, vòm hoành trái lên cao, gãy các xương sườn cuối trái. Tuy nhiên, những dấu hiệu này thiếu cả độ nhạy và độ đặc hiệu trong phát hiện tổn thương tạng, hơn nữa trong nhiều trường hợp người bệnh

không thể đứng khi chụp nên ngay cả dấu hiệu mờ vùng thấp ổ bụng phản ánh tình trạng tràn máu phúc mạc cũng rất khó khăn. Vì vậy, hiện còn tranh cãi về việc liệu chụp x quang bụng có cần thiết được thực hiện như một phần của thăm khám ban đầu ở những bệnh nhân chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương lách nói riêng [2].

Tất cả 49 bệnh nhân chấn thương lách đều được thực hiện siêu âm ổ bụng khi vào viện, dấu hiệu tràn dịch ổ bụng được thấy ở hầu hết các trường hợp (chiếm 87,7%). Các dấu hiệu trực tiếp của chấn thương nhu mô lách chỉ quan sát thấy ở khoảng 1/3 các trường hợp. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Siniluoto[6]. Như vậy, tràn dịch ổ bụng là dấu hiệu hay gặp và có vai trò quan trọng, với độ nhạy cao của dấu hiệu sẽ giúp nhà siêu âm tìm kiếm các dấu hiệu chỉ điểm của tổn thương như dấu hiệu cục máu đông hay các dấu hiệu tổn thương nhu mô lách.

Tại thời điểm nghiên cứu, chúng tôi vẫn áp dụng phân độ chấn thương lách theo AAST-1994, một phân loại được sử dụng phổ biến tại Việt Nam. Áp dụng phân loại này, phần lớn bệnh nhân có mức độ chấn thương III và IV (41,6% độ III và 41,6% độ IV). Còn lại 8 trường hợp (1 độ I và 7 độ II) và 1 trường hợp do chấn thương cách xa thời điểm được chụp cắt lớp vi tính nên đặc điểm hình ảnh đã thay đổi nhiều, không còn rõ ràng kiểu và mức độ tổn thương nên chúng tôi không sử dụng hình ảnh để phân độ. Tuy nhiên, trên MSCT chúng tôi phát hiện thấy có 01 trường hợp độ I, 3 trường hợp độ III có tổn thương giả phình động mạch, 04 trường hợp độ II có chảy máu thể hoạt động, nếu chỉ áp dụng theo phân độ thì bệnh nhân được coi là chấn thương mức độ nhẹ (I-III) và được chỉ định điều trị bằng theo dõi bảo tồn và điều đó sẽ tiềm ẩn nguy cơ thất bại do không được can thiệp cầm máu. Điều này cho thấy hạn chế của phân loại AAST-1994 khi chưa kết hợp các chấn thương mạch máu với chấn thương nhu mô trong phân độ chấn thương. Tuy nhiên, nếu theo phiên bản cập nhật AAST-2018, cả 8 trường hợp nói trên sẽ có phân độ cao hơn (độ IV trở lên), khi đó thuộc phân độ mức độ nặng, từ đó người bệnh sẽ được theo dõi tại đơn vị điều trị tích cực, được tiến hành nút mạch cầm máu kịp thời.

Trên phim chụp mạch, 49/49(100%) các trường hợp đều được phát hiện có ít nhất một hình thái tổn thương mạch, trong tổng số 60 tổn thương được phát hiện. Về giải phẫu, không có bệnh nhân nào có giải phẫu động mạch lách bất

thường, điều này rất quan trọng bởi lẽ giúp cho bác sỹ điện quan can thiệp dễ dàng hơn khi thực hiện kỹ thuật nút mạch, kết quả 100% các trường hợp đều được tiến hành nút chọn lọc mà không gặp khó khăn nào. Chảy máu thể hoạt động là hình thái chấn thương mạch hay gặp nhất (chiếm 38,9%), tiếp đến là giả phình động mạch (chiếm 32,7%) và thông động tĩnh mạch (chiếm 6,1%). Số còn lại (11 trường hợp) có cả hai hình thái chấn thương mạch (4-12,2%). Nghiên cứu của Monaco (2011) cũng cho thấy chảy máu thể hoạt động là hình thái hay gặp nhất, chiếm 64,3%[7].

Đối chiếu với chụp mạch chúng tôi thấy MSCT cho phép xác định tổn thương mạch ở tất cả các trường hợp, và sự phù hợp trong xác định hình thái tổn thương mạch của phương pháp thăm khám này với chụp mạch ở 39/49(79,6%) các trường hợp. Marmery (2007) cũng cho thấy sự phù hợp giữa cắt lớp vi tính và chụp mạch đạt 83%[8]. Điều này thêm bằng chứng khẳng định cắt lớp vi tính là thăm khám hình ảnh ít xâm lấn và có giá trị nhất cho những bệnh nhân chấn thương lách có huyết động ổn định [8].

Về kết quả nút mạch, do tất cả bệnh nhân có huyết động ổn định khi nút mạch nên lựa chọn của chúng tôi là tiến hành nút chọn lọc các nhánh tổn thương, phương pháp này giúp bảo tồn nhu mô lách tối đa và hạn chế được biến chứng di trú vật liệu nút mạch. Tỷ lệ nút mạch thành công sau nút mạch lần đầu đạt 95,9%. Một trường hợp phải nút mạch lần 2, bệnh nhân này được nút lần thứ nhất nhằm gây tắc ổ giả phình động mạch lách trong nhu mô. MSCT sau can thiệp mới bộc lộ thêm ổ giả phình lớn vùng rốn lách, sau đó bệnh nhân được nút thành công ở lần can thiệp thứ 2. Một trường hợp nữa thất bại sau nút mạch lần 1 và sau đó phải chuyển phẫu thuật do sau nút mạch tình trạng bệnh nhân không ổn định, bụng chướng, ấn đau khắp bụng. MSCT kiểm tra lại thấy có bóng khí nhỏ rãnh thành đại tràng trái và còn ổ chảy máu ở nhu mô cực dưới lách. Kết quả phẫu thuật cho thấy bệnh nhân có ổ đọng dập hồi tràng. Điều này cho thấy, việc theo dõi chặt chẽ bệnh nhân sau nút mạch cũng như chỉ định thực hiện MSCT sau nút là bắt buộc với những trường hợp nghi ngờ nút mạch thất bại [4]. Yang K và cộng sự nghiên cứu lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương lách trẻ em cũng cho thấy kết quả bảo tồn không mổ thành công tới 100% [5].

Trong số các đối tượng nghiên cứu, có 22/49 bệnh nhân phải truyền máu. Lượng máu truyền trung bình trong của nhóm bệnh nhân phải

truyền máu là $1,28 \pm 2,02$ đơn vị. Số ngày nằm viện trung bình là $10,8 \pm 6,7$ ngày (3-36 ngày). Nghiên cứu của Jabbour G và cộng sự (2017) cho thấy thời gian nằm viện trung bình của các mức độ nặng là 7 ngày [4]. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân chấn thương lách được nút mạch, hầu hết có phân độ chấn thương III-IV (chiếm 83,2%) còn đối tượng nghiên cứu của tác giả bao gồm cả bệnh nhân không có tổn thương mạch nên thời gian nằm viện cũng ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu lâm sàng và x quang bụng trong chấn thương lách nghèo nàn và không đặc hiệu, do đó không cho phép loại trừ chấn thương lách khi không thấy những dấu hiệu này. Siêu âm có độ nhạy cao giúp phát hiện dịch tự do ổ bụng. Phân độ AAST-1994 không phản ánh đầy đủ các hình thái chấn thương mạch cũng như mức độ chấn thương mạch trong chấn thương lách. Can thiệp gây tắc động mạch lách có vai trò quan trọng góp phần làm tăng tỷ lệ thành công của điều trị bảo tồn chấn thương lách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ruhnke, H., et al., Non-operative management of blunt splenic trauma: The role of splenic artery embolization depending on the severity of parenchymal injury. *European Journal of Radiology*, 2021. 137.
2. de Schepper, A.M., *Medical imaging of the spleen*. 2000: Springer Science & Business Media.
3. Teuben, M.P.J., et al., Safety of selective nonoperative management for blunt splenic trauma: the impact of concomitant injuries. *Patient Safety in Surgery*, 2018. 12(1): p. 32.
4. Jabbour, G., et al., Clinical and radiological presentations and management of blunt splenic trauma: a single tertiary hospital experience. 2017. 23: p. 3383.
5. Yang, K., et al., Clinical features and outcomes of blunt splenic injury in children: A retrospective study in a single institution in China. 2017. 96(51).
6. Siniluoto, T., et al., Ultrasonography in traumatic splenic rupture. 1992. 46(6): p. 391-396.
7. Monaco, D., et al., The role of arterial embolization in blunt splenic injury. 2011. 116(3): p. 454-465.
8. Marmery, H., et al., Optimization of Selection for Nonoperative Management of Blunt Splenic Injury: Comparison of MDCT Grading Systems. *American Journal of Roentgenology*, 2007. 189(6): p. 1421-1427.

HIỆU CỦA CỦA KHÍ DUNG NATRICLORID 3% TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ DƯỚI 2 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thúy Giang¹, Nguyễn Tiến Dũng²,
Nguyễn Hữu Hiếu², Trần Văn Bàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp khí dung natriclorid 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ dưới 2 tuổi tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, 441 bệnh nhân dưới 2 tuổi, được chẩn đoán viêm tiểu phế quản cấp, cả hai nhóm được khí dung 3 lần/ngày, mỗi lần 4ml. Nhóm NC khí dung natriclorid 3%, nhóm chứng khí dung natriclorid 0,9%. Các trẻ được điều trị các triệu chứng khác theo tình trạng lâm sàng. **Kết quả:** Số trẻ dưới 12 tháng ở cả hai nhóm chiếm 80%. Tần số thở, tần số tim và SpO₂ sau khí dung của cả hai nhóm đều có mức giảm so với lúc vào ($p < 0,05$). Điểm MCBS trung bình của hai nhóm đều ở mức thấp với mức trung bình của nhóm NC là $1,45 \pm 0,69$ thấp hơn so với nhóm Chứng là $1,52 \pm 0,67$. với $p < 0,05$.

Khò khè ngày thứ 3 64,49% ở nhóm NC và 72,7% ở nhóm chứng. Ngày thứ 5 ở nhóm NC là 19,2% và nhóm chứng là 24,5%. ($p > 0,05$) Rút lõm lồng ngực ở ngày thứ 5 của nhóm NC là 2,89% và nhóm chứng là 3,6% với $p < 0,05$. **Kết luận:** Nhóm khí dung natri clorid 3% có mức cải thiện điểm MCBS nhiều hơn so với nhóm khí dung natri clorid 0,9%. Các triệu chứng khò khè, rút lõm lồng ngực, ran rít có mức giảm nhiều hơn ở nhóm khí dung natriclorid 3%.

Từ khóa: Viêm tiểu phế quản cấp, khí dung natri clorid 3%.

SUMMARY

EFFICACY OF 3% HYPERTONIC SALINE NEBULIZER IN ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN UNDER 2 YEARS OLD AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of 3% sodium chloride aerosol method in the treatment of acute bronchiolitis in children under 2 years old at Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study, 441 patients under 2 years old, diagnosed with acute bronchiolitis, both groups were nebulized 3 times/day, 4ml each time. The NC group nebulized 3% sodium chloride, the

¹Bệnh viện Hồng Ngọc

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Giang

Email: thuygiang999@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023