

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG

PHẠM VĂN NĂNG - Trường ĐHYD Cần Thơ
KHUU VŨ LÂM - BVĐK TW Cần Thơ

TÓM TẮT

Có 57 trường hợp (TH) vỡ lách do chấn thương từ độ II đến độ IV được phẫu thuật bảo tồn trong 5 năm (2007-2012) tại BV ĐK TW Cần Thơ. Các phương pháp phẫu thuật bảo tồn gồm có khâu lách 50 trường hợp (87,7%) cho vỡ lách độ II và độ III và cắt lách bán phần 7 trường hợp (12,3%) cho 3 TH vỡ lách độ III và 4 TH vỡ lách độ IV. Phẫu thuật bảo tồn thành công 98,2% và 1,8% có biến chứng chảy máu tái phát phải mổ lại cắt lách. Không có trường hợp tử vong. Kết luận: Đối với vỡ lách độ II-IV, khi chỉ định chính xác, phẫu thuật bảo tồn lách gồm khâu lách và cắt lách bán phần là an toàn và cho kết quả tốt.

SUMMARY

There were 57 patients who had splenic rupture with grade II-IV underwent salvage surgery within 5 years between 2007 and 2012. Fifty patients (87.7%) who had grade II and III rupture underwent simple suture and the remainder, 7 cases (12.3%) with grade III (3 cases) and grade IV (4 cases) underwent partial splenectomy. Good outcome was seen in 98.2% and morbidity was 1.8% i.e. reoperated splenectomy to control bleeding. No mortality was recorded. In conclusion, grade II-IV splenic rupture with appropriate patient selection, salvage surgery (suture and partial splenectomy) was safe with good outcome.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là tạng thường bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín [1-3]. Trong thời bình tổn thương lách chiếm tỷ lệ khoảng 20% trong tổng số chấn thương bụng kín và thường có kèm các thương tổn phối hợp khác trong một bệnh cảnh đa chấn thương. Trước đây phương pháp điều trị an toàn duy nhất của vỡ lách là phẫu thuật cắt lách. Những năm gần đây, khi biết lách giữ một vai trò quan trọng trong hệ thống miễn dịch đặc biệt kể từ khi King và Shumacker phát hiện hội chứng nhiễm khuẩn nặng sau cắt lách và những vấn đề bất lợi về miễn dịch khi không có lách gây ra. Từ đó việc bảo tồn lách vỡ do chấn thương với nhiều kỹ thuật khác nhau từ theo dõi không mổ đến mổ bảo tồn được đặt ra.

Tại BV ĐK Trung Ương Cần Thơ mỗi năm tiếp nhận khoảng 60 trường hợp vỡ lách do chấn thương và việc điều trị bảo tồn lách bước đầu đã được thực hiện. Nghiên cứu này đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn lách vỡ do chấn thương tại BVĐK Trung Ương Cần Thơ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ lách do chấn thương và được phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ 6/2007 đến 5/2012.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả những bệnh nhân (BN) tuổi từ 16 đến 55. Trong quá trình phẫu thuật bụng thấy vỡ lách độ II, III và IV.

Tiêu chuẩn loại trừ: Vỡ lách gây xuất huyết nội có sốc kéo dài và có nguy cơ đe dọa tử vong, vỡ lách độ I, V, vỡ lách trên người có lách bệnh lý, bệnh máu không đông và vỡ lách đã được phẫu thuật bảo tồn thất bại

2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu kết hợp hồi cứu cắt ngang, mô tả.

Các phương pháp phẫu thuật bảo tồn

- Phẫu thuật mổ: khi bệnh nhân vỡ lách có sốc mà hồi sức tích cực HA tâm thu vẫn >90mmHg hoặc lên >90mmHg nhưng sau đó tụt nhanh trở lại, bụng chướng căng, Hct giảm nhanh và siêu âm dịch ổ bụng tăng nhanh.

- Chọn một trong 2 phương pháp bảo tồn là khâu lách hoặc cắt lách bán phần

- Đánh giá sức khỏe người bệnh ngay sau khi ra viện và khi tái khám.

- Bệnh nhân được theo dõi qua siêu âm và tái khám 3 lần: theo thứ tự sau xuất viện 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0 for windows.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung.

Tuổi: Tuổi gặp nhiều nhất: 16-30=36 TH (63,2%), tuổi trung bình: 29,44±10,05.

Giới: nam: 46 TH (80,7%), nữ: 11 TH (19,3%), tỉ lệ nam/ nữ: 4,2/1.

Nghề nghiệp: Học sinh: 1 TH (1,8%), công nhân viên: 8 TH (14%), làm ruộng: 28 TH (49,1%), buôn bán: 5 TH (8,8%) và nghề khác (xe ôm, làm mướn, không nghề): 15 TH (26,3%).

Nơi cư trú: Thành phố: 10 Trường hợp (17,5%), nông thôn: 46 TH (80,7%) và miền núi: 1 TH (1,8%)

Nguyên nhân gây chấn thương

Tai nạn giao thông chiếm đa số có 37 trường hợp (chiếm 64,9%), tiếp theo là bị đánh: có 12 trường hợp (21%), kể đến tai nạn lao động 5 TH (8,8%) và đứng cuối cùng là tai nạn sinh hoạt 3 TH (5,3%).

Cơ chế chấn thương: Trực tiếp: 57 TH (100%) và gián tiếp: 0 (0%)

Thời gian từ khi xảy ra tai nạn đến khi vào viện

Trước 6 giờ có 38 TH (66,7%), từ 6-24 giờ: 12 TH (21%) và sau 24 giờ: 7 TH (12,3%). Thời gian bệnh nhân đến bệnh viện nhanh nhất là 30 phút và chậm nhất 10 ngày. Đa số bệnh nhân đến bệnh viện trước 6 giờ.

2. Đặc điểm lâm sàng.

Tình trạng lúc vào viện.

+ Dấu hiệu sinh tồn

Bệnh nhân có mạch >90 lần/ phút có 49 TH (86%), có mạch <90 lần/ phút có 8 TH (14%). Bệnh nhân có huyết áp tâm thu <70 mmHg có 2 TH (3,5%), có huyết áp tâm thu 70-90 mmHg có 15 TH (26,3%) và có huyết áp tâm thu >90 mmHg có 40 TH (70,2%)

+ Triệu chứng lâm sàng

Nhận thấy đau bụng xảy ra ở 100% số bệnh nhân. Đau nửa bụng trái, dấu hiệu phản ứng thành bụng, dấu hiệu Kehr (63,2% các TH) kèm trầy xước và bầm tím hạ sườn trái.

+ Tổn thương phổi hợp:

Các tổn thương cần phối hợp xử lý trong lúc mổ

Có 8 ca có tổn thương phổi hợp phải xử lý cùng lúc với vỡ lách, bao gồm: vỡ gan chiếm nhiều nhất 3/8 (37,5%), vỡ ruột non 2/8 (25%), còn lại vỡ thận, vỡ cơ hoành và vỡ mạc treo ruột non mỗi loại 1 TH.

Tổn thương phát hiện trước mổ ngoài ổ bụng cần phối hợp xử lý cùng lúc mổ

Có 6 ca có tổn thương ngoài xoang bụng cần phối hợp xử lý cùng lúc, đó là gãy xương cẳng chân (2 TH) và vỡ mâm chày, gãy xương đùi, gãy xương chậu và gãy xương cẳng tay, mỗi loại 1 TH.

Các tổn thương phổi hợp không cần phải mổ: gồm gãy xương đòn (2 ca), gãy xương sườn (3 ca), chấn thương thận (2 ca) và xuất huyết dưới nhện, giập não và gãy xương bả vai, mỗi loại 1 TH.

Phân bố tổn thương phổi hợp như sau:

Số bệnh nhân tổn thương phổi hợp chiếm 16/57 (28,1%), trong đó: 9 TH (15,8%) kèm một tổn thương phổi hợp và tổn thương hai và ba cơ quan phổi hợp theo thứ tự là 6 TH (10,5%), 1 TH (1,8%).

3. Cận lâm sàng.

Chỉ số huyết học: Có 30 TH, Hct 32% (52,6%) và Hb < 11,5g/dl có 35 TH (61,4%).

Siêu âm bụng: Trong tất cả 57 BN được phẫu thuật bảo tồn, siêu âm ghi nhận (100%) có dịch trong ổ phúc mạc từ lượng ít đến nhiều, trong đó lượng dịch từ trung bình đến nhiều chiếm 53/57 (93%). Dịch + tổn thương lách được siêu âm phát hiện trên cùng một người bệnh 51/57 (89,5%) và dịch đơn thuần, không thấy tổn thương lách 6/57 (10,5%).

- Siêu âm ghi nhận có tổn thương lách 51/57 (89,5%): trong đó có tổn thương nhu mô lách, tụ máu dưới bao và gián đoạn bao lách.

- Siêu âm ghi nhận tổn thương cực dưới 26 trường hợp chiếm 51%, cực trên: 8 ca (15,7%), vùng rốn: 15 ca (29,4%) và hơn một cực 2 (3,9%).

Bảng 1. Vị trí tổn thương lách qua siêu âm trước mổ và trong mổ

Vị trí tổn thương	Siêu âm trước mổ (n)	Ghi nhận trong mổ (n)	Siêu âm chính xác vị trí (%)
Cực trên	8	7	87,5%
Vùng rốn	15	12	80%
Cực dưới	26	23	88,5%
Khác (2 cực)	2	2	100%
Tổng cộng	51	44	86,3%

Siêu âm phát hiện chính xác vị trí tổn thương cực trên 87,5%, vùng rốn 80%, cực dưới 88,5% và 2 cực 100%.

Chụp CT scan bụng có thuốc cản quang

Có 11/57 trường hợp được chụp CT scan bụng, chiếm 19,3%. Trong 11 TH này, có 7 TH (63,6%) độ III và 4 TH (36,4%) vỡ lách độ II. Trong 7 trường hợp CT scan đọc độ III, khi mổ phát hiện có 1 TH độ II (14,3%).

4. Chẩn đoán trước mổ.

Trong 57 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn vỡ lách, ghi nhận chẩn đoán trước mổ như sau: vỡ lách: 51 (89,5%), xuất huyết nội: 4 (7%) và viêm phúc mạc: 2 (3,5%)

5. Thương tổn trong lúc mổ.

Phân độ thương tổn lách trong mổ

Phân độ thương tổn lách trong mổ dựa theo hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ:

- Vỡ độ II chiếm đa số 34 TH (59,7%), độ III 19 TH (33,3%) và độ IV chỉ có 4 trường hợp chiếm 7%.

Tình trạng chảy máu từ tổn thương lách

Bảng 2. Liên quan giữa độ tổn thương và tình trạng chảy máu

Tình trạng chảy máu	Độ tổn thương			Tổng cộng	p
	II (%)	III (%)	IV (%)		
Rỉ rả	23 (67,6)	14 (73,7)	0 (0)	37 (65)	< 0,001
Thành tia	2 (5,9)	4 (21,1)	4 (100)	10 (17,5)	
Ngưng chảy	9 (26,5)	1 (5,3)	0 (0)	10 (17,5)	
Tổng cộng	34 (100)	19 (100)	4 (100)	57 (100)	

Phép kiểm Chi bình phương cho thấy có mối liên quan giữa độ tổn thương và tình trạng chảy máu (p<0,001). Chảy thành tia gặp nhiều trong vỡ lách độ III và độ IV.

Máu trong phúc mạc: Theo phân độ của Chayla (2012) [47].

- Lượng máu trung bình trong ổ phúc mạc: 1013,16±394,1 ml, ít nhất là 400ml và nhiều nhất là 2000ml. Có 47 TH (82,4%) lượng máu trong ổ phúc mạc từ 501 ml đến 1500 ml.

6. Kết quả phẫu thuật bảo tồn.

Nghiên cứu này có 53 bệnh nhân được phẫu thuật mở ngay từ đầu và có 4 BN được phẫu thuật nội soi sau đó chuyển sang mổ mở 2 TH độ III chảy máu nhiều, 2 TH còn lại độ II chảy máu rỉ rả xử lý qua nội soi bằng cách khâu có đệm Surgicel thành công. Đánh giá kết quả dựa vào tiêu chuẩn đánh giá kết quả có bổ sung [3].

Bảng 3. Liên quan giữa độ tổn thương và phương pháp xử trí

Độ	Phương pháp phẫu thuật bảo tồn	Số bệnh nhân (%)	Tốt (%)	Trung bình (%)	Xấu (%)
II	Khâu lách	34 (59,6)	34 (59,6)	0	0
III	Khâu lách	16 (28,1)	15 (26,3)	0	1(1,8)
	Cắt lách bán phần	3 (5,3)	3 (5,3)	0	0
IV	Cắt bán phần lách	4 (7)	4 (7)	0	0
Tổng cộng		57 (100)	56 (98,2)	0	1(1,8)

- Khâu lách 50 TH (87,7%) bệnh nhân gồm độ II và độ III.

- Cắt lách bán phần 7 TH (12,3%) gồm 3 bệnh nhân độ III (có dập nát cực trên hay cực dưới nhiều) và 4 bệnh nhân độ IV.

Dẫn lưu ổ bụng: 100% BN được dẫn lưu hố lách và để theo dõi từ 1-5 ngày.

Thời gian mổ: Trung bình: 73,25±13,31 phút, từ 50 - 100 phút.

Truyền máu: Có 38/57 bệnh nhân được truyền máu, từ 250 ml 2100ml.

Sử dụng kháng sinh: Tất cả BN đều được sử dụng kháng sinh phổ rộng từ 6 đến 8 ngày.

Thời gian nằm viện: Từ 5-12 ngày, trung bình: 7,49 ± 1,33 ngày.

Biến chứng: Có 1/57 trường hợp bị chảy máu tái phát sau khâu bảo tồn 6 ngày, chiếm tỉ lệ 1,8%. Khi mổ lại thấy các mối chỉ khâu bục ra do khối máu tụ trong nhu mô tiếp tục lan rộng. Sau mổ lần hai, bệnh nhân khỏe và được xuất viện sau 12 ngày điều trị.

7. Đánh giá kết quả điều trị.

Có 49/57 trường hợp được xem như vỡ lách đơn thuần (vì có 8 TH chỉ kèm gãy: xương đòn, xương sườn, xương cẳng chân hoặc xương cẳng tay) và có 8 TH vỡ lách kèm tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

Đối với tổn thương lách đơn thuần có 48/49 TH (98%) có kết quả tốt và xấu 1/49 TH chiếm 2%. Trường hợp xấu là do chảy máu lại sau khâu bảo tồn, BN được mổ lại cắt lách toàn bộ. Có 8 TH tổn thương lách kèm các tạng trong ổ bụng, kết quả tốt 100%.

BÀN LUẬN

1. Nguyên nhân gây chấn thương:

Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu, chiếm 64,9%, tương đương với các tác giả trong và ngoài nước. Đa số BN được đưa vào BV ĐK TW Cần Thơ trước 6 giờ, có 38 trường hợp chiếm tỉ lệ 66,7%. Tỉ lệ này cũng giống với các nghiên cứu khác. BN đa số là nam, trẻ tuổi, sống ở vùng nông thôn, lao động chân tay. Đây là vấn đề cần chú ý và có thể giảm thiểu và phòng tránh được.

2. Tình trạng huyết động và dấu hiệu lâm sàng

Mạch nhanh ≥ 90 lần/phút chiếm 86% (trong đó mạch > 100 lần/phút có đến 35,5%), huyết áp giảm, huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg chiếm 29,8% tổng số bệnh nhân. Tình trạng huyết động ở nghiên cứu này cũng tương tự như những nghiên cứu [1], [6].

100% BN có đau bụng cùng với các dấu hiệu trầy xước hạ sườn trái (61,4%), phản ứng thành bụng (91,2%) và dấu hiệu Kehr (63,2%) xảy ra cũng tương đương các nghiên cứu [6]. Đây là những dấu hiệu lâm sàng gợi ý chẩn đoán vỡ lách do chấn thương.

3. Tổn thương phối hợp

Trong nghiên cứu này có 24 tổn thương phối hợp trên 16 bệnh nhân. Tất cả các trường hợp tổn thương phối hợp diễn biến tốt trong quá trình điều trị, không có trường hợp nào có biến chứng và cũng chưa thấy làm ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật bảo tồn lách. Điều này cũng phù hợp với các tác giả [2].

Tổn thương phối hợp của nghiên cứu chúng tôi tương đương với các tác giả [1], [9]. Nhưng thấp hơn

so với tác giả Nguyễn Văn Long, có thể do BV Chợ Rẫy nhiều bệnh nặng và bệnh phối hợp hơn.

4. Cận lâm sàng.

Các chỉ số huyết học

Dung tích hồng cầu (Hct) và hemoglobin (Hb) khi mới vào viện chưa thay đổi nhiều, ngay cả khi có mạch nhanh – huyết áp tụt mà Hct và Hb vẫn chưa thay đổi. Trong quá trình theo dõi kết hợp với lâm sàng, Hct và Hb được xem như yếu tố chỉ điểm tình trạng đang chảy máu. Khi Hct, Hb tiếp tục giảm được xem là một trong những tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật [1].

Trong nghiên cứu này ghi nhận Hct thấp nhất 19% và cao nhất 45%. Bệnh nhân Thái Kim Đ 43 tuổi (bệnh án số 10) có Hct = 45% và bệnh nhân Trần Văn C 31 tuổi (bệnh án số 56) có Hct = 19%.

Bảng 6 cho thấy có 30 trường hợp Hct $\geq 32\%$ chiếm 52,6% và Hb < 11,5g/dl có 35 (61,4%). Điều này nói lên phần lớn bệnh nhân trước khi chỉ định phẫu thuật có mất máu từ trung bình đến nặng.

Siêu âm bụng

Trong 57 trường hợp siêu âm trước mổ, chỉ có 16 (28%) làm siêu âm đánh giá phân độ dựa theo AAST (so với trong mổ chính xác 14/16 đạt 87,5%; 2 trường hợp còn lại siêu âm ghi nhận độ II nhưng khi mổ phát hiện độ III).

Như vậy với nghiên cứu này siêu âm phát hiện lượng dịch trong chấn thương lách là 100% (phù hợp mức độ 94,7%). Còn đối với tổn thương lách siêu âm phát hiện phù hợp 89,5%. Với kết quả trên có thể tin tưởng rằng siêu âm đáng tin cậy để phát hiện vỡ lách do chấn thương. Tuy nhiên, nếu siêu âm chưa phát hiện tổn thương lách cũng không được loại trừ [3, 9].

Chụp CT scan bụng

Trong nghiên cứu này việc chụp CT scan có giới hạn, do bệnh thường nặng, có sốc, sinh hiệu không ổn định và có lâm sàng kết hợp với siêu âm quá rõ ràng. Ngoài ra còn do thói quen phẫu thuật viên cũng như hoàn cảnh kinh tế của người bệnh. Hình ảnh CT scan với thuốc cản quang tĩnh mạch ngày nay được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán- phân độ vỡ lách: tổn thương được bộc lộ rõ ở thì động mạch giúp phát hiện đường vỡ, khối máu tụ nhu mô và mức độ phân phối máu cho mô tổn thương. Tuy nhiên, nhiều tác giả còn thống nhất quan điểm, CT scan có ý nghĩa trong việc phân loại bệnh nhân tổn thương lách, chứ không phải là yếu tố quyết định có mổ hay không.

Trong nghiên cứu này CT scan chính xác 10/11 (90,9%). Tuy nhiên, việc chụp CT scan còn ít, để đánh giá chính xác hơn về vai trò của CT scan trong chấn thương lách chúng tôi cần có số liệu chụp nhiều hơn.

5. Chẩn đoán trước mổ.

Hiện nay, việc chẩn đoán vỡ lách do chấn thương có nhiều thuận lợi do điều kiện trang thiết bị bệnh viện ngày càng phát triển như: có nhiều máy siêu âm, máy CT scan, các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị vỡ lách. Tuy nhiên, do BV ĐK TW Cần Thơ là BV tuyến sau của vùng, nên BN chuyển đến thường nặng và có kèm thương tổn phối

hợp làm cho việc chẩn đoán đôi lúc gặp khó khăn. Trong 57 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn vỡ lách do chấn thương, chúng tôi ghi nhận chẩn đoán trước mổ như sau: vỡ lách: (89,5%), xuất huyết nội (7%) và viêm phúc mạc (3,5%).

Nghiên cứu này cho thấy chẩn đoán trước mổ có vỡ lách chính xác 89,5%, còn lại chẩn đoán xuất huyết nội và viêm phúc mạc là do siêu âm trước mổ không phát hiện tổn thương lách, CT scan không được chụp do bệnh nặng hoặc thói quen phẫu thuật viên khi thấy có xuất huyết nội hay viêm phúc mạc thì chỉ định phẫu thuật ngay.

6. Thương tổn lúc mổ.

Phân độ thương tổn lách trong mổ dựa theo hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (1994), ghi nhận các độ tổn thương lách trong mổ như sau: vỡ lách độ II có 34 trường hợp chiếm tỉ lệ 59,7%, vỡ lách độ III có 19 TH (33,3%) và vỡ lách độ IV có 4 TH (7%). Tỉ lệ này cũng tương tự như các nghiên cứu trong và ngoài nước [1].

Mức độ chảy máu từ thương tổn được ghi nhận trong lúc mổ, bảng 2 cho thấy các mức độ chảy máu: rỉ rả có 37 trường hợp chiếm tỉ lệ (65%), thành tia có 10 TH (17,5%), ngưng chảy 10 TH (17,5%). Nghiên cứu này ghi nhận 10 trường hợp máu ngưng chảy chiếm tỉ lệ 17,5%, theo ghi nhận của tác giả Phan Trần Đức [2] có 1 (7,7%) ngưng chảy máu trong lúc mổ, còn tác giả Trần Văn Đáng tỉ lệ ngưng chảy từ thương tổn lách là 15,1% [1]. Vỡ độ IV có 4/57 trường hợp, trong đó đều chảy thành tia, còn độ III có 19/57 TH, trong đó có 4 chảy thành tia chiếm 21,1% và độ II có 34/57 TH, trong đó có 2 chảy thành tia chiếm 5,9%. Như vậy máu chảy thành tia xảy ra ở độ III và IV cao hơn nhiều so với độ II, phù hợp với các nghiên cứu [9].

7. Phẫu thuật bảo tồn.

Nghiên cứu này có 53 bệnh nhân được phẫu thuật mổ ngay từ đầu và có 4 BN được mổ nội soi sau đó chuyển mổ mở 2 TH vỡ lách độ III do thấy máu chảy nhiều và khả năng xử lý qua nội soi không an toàn. Còn 2 trường hợp vỡ lách độ II máu chảy rỉ rả xử lý qua nội soi bằng cách khâu có đệm Surgicel thành công.

Phẫu thuật nội soi

Qua nội soi ổ bụng có thể phát hiện những thương tổn mà siêu âm và CT scan bụng không phát hiện được và cũng xác định được thương tổn lách còn chảy máu hay không. Đồng thời qua đó lấy máu cục, hút máu loãng đọng trong ổ phúc mạc, xử lý thương tổn như: khâu – đốt cầm máu – đắp Surgicel và đặt dẫn lưu hố lách để theo dõi. Những bệnh nhân này phẫu thuật viên an tâm và bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn so với nhóm bảo tồn không mổ [4], [5], [9], [10].

Chúng tôi có 4 trường hợp (2 độ II và 2 độ III) mổ nội soi, nhưng khi vào ổ bụng thấy máu chảy nhiều từ tổn thương lách nên quyết định chuyển mổ mở 2 trường hợp. Điều này cũng tương tự những nghiên cứu khác.

Phẫu thuật mở

Thực hiện khâu mũi rời với chỉ Vicryl 1.0 liền kim, chữ U hoặc chữ U có tăng cường thêm mũi X (chữ U chiếm đa số) đối với những TH sau khi khâu mũi U thấy còn chảy máu. Khâu lách (87,7%) cho độ II và độ III, cắt lách bán phần (12,3%) cho độ III và IV.

Một TH khâu lách thất bại phải mổ lại cắt lách chiếm 1,8%. Nguyễn Văn Xuyên, Trần Bình Giang, Shackford... có kết quả khâu thành công 100%. Trong TH thất bại trên, chúng tôi nhận thấy: khi khâu cột ép hai mép đường vỡ lách, không nên khâu trên nền có máu tụ dưới bao nhiều và không cột chỉ quá chặt, sẽ tránh được rách nhu mô và bao lách về sau.

8. Thời gian nằm viện.

Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện ngắn nhất 5 ngày và dài nhất là 12 ngày. Thời gian nằm viện trung bình: $7,61 \pm 1,67$ ngày.

Không có sự khác nhau về thời gian nằm viện giữa các độ tổn thương ($p > 0,05$), thời gian nằm viện trung bình tương tự các tác giả [9].

9. Biến chứng.

Có 1/57 TH biến chứng chiếm tỉ lệ 1,8%. Đó là bệnh nhân Lê Văn T. 21 tuổi vỡ lách độ III, sau khâu lách bảo tồn ngày 6. Khi mổ lại thấy các mối chỉ khâu bục ra do xiết chỉ quá chặt đứt bao lách và nhu mô, cùng lúc đó khối máu tụ trong nhu mô tiếp tục chảy lan rộng. Tỉ lệ biến chứng ở nghiên cứu này tương đương với các tác giả Trần Văn Đáng (2007): 1,8%; Nguyễn Văn Xuyên: 2,9%; Feliciano: 1,3%; Pachter: 2% [1]. Nhưng thấp hơn Nguyễn Văn Long: 5%. Sự khác biệt này có thể do số liệu của chúng tôi ít hơn và bệnh nhân có tổn thương phổi hợp của nghiên cứu này cũng nhẹ hơn.

10. Kết quả điều trị

Kết quả khi xuất viện

Kết quả điều trị thành công tổn thương lách đơn thuần trong nghiên cứu này là 98%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước (dao động từ 95,5% đến 100%), [1-8]. Không có trường hợp tử vong.

Theo dõi bệnh nhân: Có 91,1% BN tái khám sau 1 tuần, 50% tái khám sau 1 tháng và 44,6% tái khám sau 3 tháng. Tất cả bệnh nhân đến tái khám đều có kết quả tốt, không có trường hợp nào phiền hà đau nhiều hay đau kéo dài hạ sườn trái, cũng như biến chứng áp xe hoặc tạo nang máu trong lách. Các hình ảnh siêu âm khi tái khám cho thấy một vùng Echo dày (mô xơ) hoặc không còn thấy tổn thương ở nhu mô nữa, điều này cũng phù hợp với thời gian lành sẹo của lách theo các tác giả [1, 3].

KẾT LUẬN

Đối với vỡ lách độ II-IV, khi chỉ định chính xác, phẫu thuật bảo tồn lách gồm khâu lách và cắt lách bán phần là an toàn và cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Đáng, Văn Tần (2007), "Vai trò của phẫu thuật bảo tồn trong điều trị vỡ lách do chấn thương tại BV Đa Khoa Tỉnh Bình Dương", *Tạp chí Y học*, 5, tr.82 - 84.
2. Phan Trần Đức (2003), *Điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương ở trẻ em*, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐHYD TP Hồ Chí Minh.

3. Trần Bình Giang, Nguyễn Xuân Thùy, Tôn Thất Bách (2003), "Nghiên cứu kỹ thuật mổ bảo tồn trong điều trị vỡ lách do chấn thương", *Ngoại khoa*, 3, tr. 31 - 37.

4. Nguyễn Văn Long (2005), "Vài nhận xét trong điều trị bảo tồn lách không mổ ở người trưởng thành", *Y học TP HCM*, 9(1), tr.72 - 78.

5. Phạm Đăng Nhật (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tổn thương lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh Viện Trung Ương Huế*, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐHYD Huế.

6. Lương Ngọc Trung (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn không*

phẫu thuật chấn thương lách do chấn thương bụng kín, Luận văn thạc sĩ y học, ĐHYD Huế.

7. Peitzman A.B., et al. (2000), "Blunt splenic injury in adults: Multi-institutional Study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma", *J Trauma*, 49(2), pp.177-87; discussion 187-9.

8. Nguyễn Văn Long (2001), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt một phần lách trong vỡ lách do vết thương và chấn thương bụng kín", *Báo cáo hội nghị KHKT tại ĐHYD TP HCM*, 4, tr.41 - 45.