

## NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN 198

Nguyễn Văn Xuyên\*; Trần Minh Đạo\*\*

### TÓM TẮT

Từ 1 - 1998 đến 12 - 2010, 67 bệnh nhân (BN) bao gồm: nam: 45 BN (67,16%); nữ: 22 BN (32,84%); tuổi cao nhất: 71, nhỏ nhất: 15, trung bình: 48,12 tuổi được điều trị bảo tồn lách do chấn thương bụng kín tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện 198. Tổn thương lách độ I: 17,91%, độ II: 40,29%; độ III: 23,89%; độ IV: 17,9%; độ V: 0%. Phương pháp điều trị: không mổ: 12 BN (17,91%); cắt cực trên: 5,97%; cắt cực dưới: 20,89%; khâu lách đơn thuần: 37 BN (55,23%). Kết quả: tốt: 95,53%; biến chứng: 2,98%; tử vong: 1,49%.

\* Từ khoá: Chấn thương bụng kín; Bảo tồn lách.

## STUDY ON INDICATION AND RESULTS MANAGEMENT OF BLUNT SPLENIC INJURY AT 198 HOSPITAL

### SUMMARY

From 1 - 1998 to 12 - 2010, there were 67 cases of blunt splenic injury, men: 45 patients (67.16%); women: 22 patients (32.84 %) were treated at 198 Hospital. The maximal age 71; minimal age:15; mean age: 48.12%; stage I: 17.91%; II: 40.29%; III: 23.89%; IV: 17.91% V: 0. Method treatments: nonoperative management: 17.91%; upper splenectomy: 5.97%; lower splenectomy: 20.89%; to suture splenic: 55.23%. Results: good: 95.53%; complication: 2.98%; death: 1.49%.

\* Key words: Blunt splenic injury; Splenic conservation.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là một tạng có cấu trúc rất dễ vỡ, chỉ cần một tác động mạnh vào hạ sườn trái cũng có thể gây tổn thương lách. Trong thời gian tương đối dài, khi đã chẩn đoán vỡ lách thì quyết định mổ và cắt bỏ lách là kỹ thuật bắt buộc [1, 4, 5]. Khoảng 20 năm gần đây, với những hiểu biết mới về chức năng của lách cùng với sự phát triển nhanh

của kỹ thuật chẩn đoán ít sang chấn và phẫu thuật nội soi (PTNS) nên việc nghiên cứu bảo tồn lách trong chấn thương đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước quan tâm [1, 2, 3, 4, 6, 7]. Tại Bệnh viện 198, từ năm 1998, chúng tôi tiến hành nghiên cứu bảo tồn lách trong chấn thương bằng nội khoa và kỹ thuật khâu lách, qua đây rút ra một số nhận xét về chỉ định và kết quả của kỹ thuật này.

\*\* Bệnh viện 198

\* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: TS. Nguyễn Trường Giang

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

107 bệnh nhân (BN) chấn thương vỡ lách được điều trị tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện 198, từ 1 - 1998 đến 12 - 2010.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

+ Không có tiền sử bệnh lý về lách, về rối loạn đông máu.

+ Không có rối loạn đông máu.

+ Không có tổn thương các tạng khác mà bắt buộc phải phẫu thuật.

- Phân độ vỡ lách theo tiêu chuẩn AAST (Hiệp hội Chấn thương Hoa Kỳ).

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Tuổi, giới.

- Tổng số 107 BN bị chấn thương vỡ lách, phẫu thuật cắt bỏ lách: 50 BN (46,73%); phẫu thuật khâu lách bảo tồn: 45 BN (42,05%); bảo tồn không mổ: 12 BN (11,22%).

- Trong 67 BN được điều trị bảo tồn: nam 45 BN (67,16%); nữ 22 BN (32,84%). Tuổi trung bình 48,12 (từ 15 - 71 tuổi).

### 2. Nguyên nhân vỡ lách.

Tai nạn giao thông: 38 BN (56,72%); tai nạn lao động: 21 BN (31,34%); tai nạn sinh hoạt: 8 BN (11,94%).

Tổn thương vỡ lách có chỉ định điều trị bảo tồn và khâu lách gặp trong các loại hình tai nạn, trong đó tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (56,72%).

### 3. Phân độ tổn thương lách.

Độ I: 12 BN (17,91%); độ II: 27 BN (40,29%); độ III: 16 BN (23,89%); độ IV: 12 BN (17,91%); độ V: 0 BN.

Tổn thương lách độ II có tỷ lệ bảo tồn và khâu lách cao nhất (40,29%).

### 4. Vị trí đường vỡ ở lách.

Cực trên: 19 BN (28,36%); rốn lách: 8 BN (11,94%); cực dưới: 40 BN (59,70%).

Tổn thương cực dưới của lách có chỉ định bảo tồn và khâu lách nhiều nhất (59,70%)

### 5. Phương pháp phẫu thuật bảo tồn lách.

Cắt cực trên: 4 BN (5,97%); cắt cực dưới: 14 BN (20,89%); khâu lách đơn thuần: 37 BN (55,23%); không mổ: 12 BN (17,91%).

Khâu lách đơn thuần là kỹ thuật bảo tồn lách chiếm tỷ lệ lớn nhất (55,23%).

### 6. Kết quả sau mổ.

Tốt: 64 BN (95,53%); biến chứng: 2 BN (2,98%); tử vong: 1 BN (1,49%).

2 trường hợp có biến chứng tắc ruột sớm sau mổ, phải mổ lại để giải quyết tình trạng tắc ruột, 1 trường hợp tử vong do tắc mạch mạc treo ruột non.

## BÀN LUẬN

### 1. Vấn đề điều trị nội khoa bảo tồn lách không mổ.

Trước đây, cắt lách là chỉ định tuyệt đối khi đã chẩn đoán vỡ lách do chấn thương [9]. Tuy nhiên, khoảng 20 năm trở lại đây, việc điều trị nội khoa bảo tồn lách không mổ đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu và cho kết quả rất tốt. Khái niệm bảo tồn lách, theo chúng tôi có thể do 4 yếu tố:

- Nguy cơ nhiễm trùng rất cao ở những người bị cắt lách, đặc biệt ở người trẻ tuổi.
- Hiểu biết rõ hơn về cấu trúc giải phẫu của lách.
- Các phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm hơn về kỹ thuật bảo tồn lách.
- Sự phát triển nhanh của các phương tiện chẩn đoán và điều trị.

Do đó, rất nhiều báo cáo về phương pháp bảo tồn không mổ với kết quả đáng khích lệ, Nguyễn Quang Anh và CS (2007) [1] cho biết có tới 72,41% điều trị bảo tồn không mổ, còn theo Nguyễn Văn Long [6] thì bảo tồn không mổ và khâu lách chỉ có 30,95%. Kết quả của chúng tôi cho thấy: bảo tồn không mổ chỉ có 11,22%, mổ khâu lách và cắt bán phần: 42,05%. Tuy nhiên, muốn bảo tồn không mổ tốt, đòi hỏi phải theo dõi BN trên lâm sàng và siêu âm một cách chặt chẽ. Longo W.E. [12] gặp 24% BN vỡ lách bảo tồn không mổ, tác giả đưa ra một quy trình theo dõi như sau: đặt monitoring theo dõi, thăm khám tình trạng bụng, đặt sonde dạ dày, theo dõi hematocrit, siêu âm tại giường.

Chúng tôi cho rằng, việc theo dõi sát tình trạng BN, đặc biệt là mạch, huyết áp và siêu âm có ý nghĩa quyết định trong việc có nên điều trị bảo tồn hay không, chỉ định phẫu thuật chỉ nên đặt ra khi: huyết động không ổn định, có dấu hiệu chảy máu tiếp diễn và hình ảnh siêu âm thay đổi lượng dịch trong ổ bụng. Hiệp hội Chấn thương Hoa Kỳ đưa ra chỉ định bảo tồn dựa trên cơ sở phân độ vỡ lách như sau:

- Độ I và II nhẹ: điều trị nội khoa bảo tồn không mổ.
- Độ II nặng độ III: phẫu thuật khâu lách.
- Độ IV: phẫu thuật cắt lách bán phần.
- Độ V: phẫu thuật cắt lách.

Về cơ bản, chúng tôi cũng thực hiện theo chỉ định này, tuy nhiên việc đặt vấn đề cắt bán phần lách, hay khâu lách lại hoàn toàn phụ thuộc vào trình độ phẫu thuật viên và mức độ tổn thương lách trong mổ, nhận xét này phù hợp với một số tác giả khác [10].

### 2. Vấn đề chỉ định khâu lách bảo tồn.

Phương pháp khâu lách bảo tồn trong chấn thương bụng kín đã được áp dụng ở nước ta khoảng 10 - 20 năm nay, tuy vậy đứng trước một BN chấn thương bụng kín có chẩn đoán là vỡ lách được chỉ định mổ, mà trước mổ đặt vấn đề khâu lách bảo tồn là một việc làm rất khó khăn. Chỉ định khâu lách là đường hướng cho mọi trường hợp vỡ lách, còn từng trường hợp cụ thể phải căn cứ vào tình trạng chung của BN, mức độ tổn thương, trình độ của phẫu thuật viên và khả năng theo dõi sau mổ, trong đó, chúng tôi đặc biệt chú trọng đến tổn thương đường vỡ của lách. Theo kinh nghiệm: việc đầu tiên muốn xử trí khâu bảo tồn hay cắt bán phần lách thì việc bộc lộ lách khỏi các dây chằng, làm cho lách di động là chìa khóa thành công, tiếp đó: nếu tổn thương ở cực trên hoặc cực dưới của lách, việc khâu bảo tồn không có gì khó khăn, nhất là cực dưới, còn nếu gặp tổn thương mà trong khi mổ nhận thấy khó có thể khâu bảo tồn được thì nên cắt bỏ phần tổ chức giập nát và khâu ép rộng bằng chỉ vincril 1/0 hoặc 2/0, có thể trám mạc nối và khâu để giữ cho tổ chức của lách khỏi bị rách rộng hơn. Cắt

bỏ một phần cực trên hay cực dưới của lách không ảnh hưởng đến việc cấp máu cho lách, vì theo một số tác giả [5, 8]: động mạch lách có phân chia rất rõ cho 2 thùy với 2 nhánh riêng biệt, tỷ lệ từ 85 - 88%. Còn nếu tổn thương ở cuống lách (trừ trường hợp dập nát toàn bộ cuống lách) phải cắt bỏ lách, còn vết thương gọn, nên mạnh dạn cố gắng khâu lách bảo tồn, nhận xét này phù hợp với các tác giả khác trong và ngoài nước [3, 4, 6, 7, 9, 10].

Một vấn đề đáng quan tâm là sau khi khâu bảo tồn lách nên đặt dẫn lưu để theo dõi, mặc dù hiện nay có nhiều phương tiện theo dõi hiện đại, nhưng đặt dẫn lưu vẫn vô cùng cần thiết, vì chỉ cần thấy một ít máu tươi chảy qua dẫn lưu ở hố lách là phải cảnh giác với thất bại của khâu lách bảo tồn.

### 3. Về kết quả khâu lách bảo tồn.

Nhìn chung, kết quả bảo tồn lách trong chấn thương bụng kín rất khả quan, làm thay đổi quan điểm cắt lách triệt để trong chấn thương lách. Trần Bình Giang [4] và CS gặp 22 trường hợp khâu lách bảo tồn đầu tiên, không có biến chứng và tử vong. Nguyễn Văn Long [6] với 30,95% bảo tồn lách có kết quả tốt, chỉ 1 trường hợp biến chứng và 1 trường hợp tử vong, trong khi đó Kaseje N. [11] điều trị cho 170 BN vỡ lách, có 50% được điều trị bảo tồn, 9,41% khâu lách, tỷ lệ thất bại trong khâu lách: 12,5%. Kết quả của chúng tôi: tốt: 95,53%, biến chứng tắc ruột sớm sau mổ: 2,98%; tử vong: 1 BN do tắc mạch toàn bộ tiểu tràng. Một số tác giả khác [1, 3, 4] cũng có kết quả tương tự.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 67 trường hợp phẫu thuật khâu bảo tồn lách do chấn thương, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Điều trị bảo tồn không mổ cho trường hợp vỡ lách do chấn thương, nên chỉ định thận trọng với những BN sau:

- + Vào viện trong tình trạng huyết động học ổn định và được theo dõi liên tục.
- + Lâm sàng cải thiện dần.
- + Siêu âm lượng dịch không thay đổi.
- + Phân độ tổn thương lách: độ I, hoặc II, nhẹ.

- Việc chỉ định khâu lách do chấn thương tùy thuộc vào tổn thương tại chỗ, trình độ phẫu thuật viên và khả năng theo dõi sau mổ. Kỹ thuật khâu lách bảo đảm tính an toàn, giữ được chức năng của lách. Khi tổn thương các cực của lách, có thể cắt lách bán phần.

- Kết quả sớm sau mổ, tốt: 95,53%; biến chứng tắc ruột sớm: 2,98%; tử vong sau mổ: 1 BN do tắc mạch tiểu tràng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Anh, Trương Mậu Anh, Phạm Ngọc Thạch, Trần Vinh Hậu. Điều trị bảo tồn chấn thương lách tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Y học TP. HCM. 2007.

2. Trần Văn Đáng, Văn Tấn. Phẫu thuật bảo tồn vỡ lách do chấn thương tại Bệnh viện tỉnh Bình Dương, nhân 46 trường hợp. Ngoại khoa. 5 - 2002, tr.103-107.

3. Huỳnh Giới. Điều trị bảo tồn không mổ chấn thương lách ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quang Ngãi. Y học thực hành. 2006.

4. *Trần Bình Giang, Vũ Mạnh, Hoàng Công Đắc, Tôn Thất Bách.* Điều trị bảo tồn võ lách do chấn thương trong 5 năm tại Bệnh viện Việt Đức. Hội nghị Khoa học Chuyên ngành Ngoại khoa. 12 - 1996, tr.29-30.

5. *Lê Văn Kính.* Điều trị chấn thương lách ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng - Đồng Nai. Ngoại khoa. 5 - 2002, tr.100-102.

6. *Nguyễn Văn Long, Nguyễn Thế Hiệp, Nguyễn Bá Nhuận.* Kết quả điều trị võ lách trong chấn thương bụng kín ở người lớn. Y học TP. HCM. 2002, 6 (3), tr.149-154.

7. *Nguyễn Thị Thanh Phương.* Nhận xét 13 trường hợp điều trị bảo tồn lách trong võ lách chấn thương tại Bệnh viện Bà Rịa. Hội nghị Ngoại khoa. 1999, 1, tr.192-195.

8. *Nguyễn Xuân Thuỳ, Trần Bình Giang.* Sự phân chia mạch lách (động mạch và tĩnh mạch) trong cuống lách. Ngoại khoa. 1999, 1, tr.24-28.

9. *Trương Công Trung.* Chấn thương bụng kín. Bài giảng Ngoại khoa. NXB Y học. 1986, 1 (3), tr.153-160.

10. *Castaneda-Zuniga W.R., Hammerschmidt D.E., Sanchez R., Amplatz K.* Nosurgical splenectomy. AJR Am J Roentgenol. 1977, Nov, 129, pp.805-811.

11. *Kaseje N., Agarwal S., Bruch M.* Short-term outcome of splenectomy avoidance in trauma patients. Amer J Surg. 1996, pp.213-217.