

PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN KHÔNG PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG LÁCH ĐỘ III - V

Nguyễn Văn Thắng^{1,2}, Lê Thanh Dũng^{3,4}

Hồ Xuân Tuấn⁵ và Phạm Hồng Đức^{1,6,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁵Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

⁶Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Mục đích nhằm tìm hiểu các yếu tố tiên lượng và nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương lách độ III - V. Nghiên cứu mô tả phân tích 249 bệnh nhân chấn thương lách độ III - V trên MDCT, được điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 1/2018 đến tháng 9/2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy 243/249 (97,6%) trường hợp được điều trị bảo tồn thành công bằng nội khoa và can thiệp mạch. Phân tích đơn biến cho thấy thể tích máu truyền và mức độ chấn thương lách là hai yếu tố dự báo thất bại của điều trị bảo tồn chấn thương lách ($p < 0,05$). Ngược lại, các yếu tố quan trọng khác như tuổi, phối hợp chấn thương tạng bụng và/hoặc sọ não không phải là những chống chỉ định của điều trị bảo tồn chấn thương lách ($p > 0,05$). Phân tích hồi quy đa biến chỉ ra mức độ chấn thương lách là yếu tố duy nhất dự báo thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật ($p < 0,05$). Như vậy, xác định các yếu tố dự đoán và các yếu tố rủi ro dựa trên một kế hoạch chuẩn hóa có thể sẽ làm tăng thành công của điều trị bảo tồn này.

Từ khoá: Điều trị bảo tồn không phẫu thuật, chấn thương lách kín, tổn thương lách.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật ổ bụng cấp cứu cắt lách hiện vẫn được coi là cách thức xử trí chuẩn mực cho những bệnh nhân chấn thương lách mức độ nặng có huyết động không ổn định. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều nghiên cứu ủng hộ cho việc bảo tồn không phẫu thuật nhằm tránh mổ bụng không cần thiết, tối đa hóa tỷ lệ bảo tồn lách cũng như giảm thời gian nằm viện.¹⁻⁴

Bảo tồn lách sau chấn thương vô cùng quan trọng bởi lẽ phần lớn người bệnh là những

người còn trẻ, quãng đời dài còn lại sẽ phải gắn liền với kháng sinh và nguy cơ nhiễm trùng nếu như không còn lách.^{5,6} Chấn thương lách mức độ nhẹ (I, II) thường được điều trị bảo tồn dựa trên mức độ tổn thương giải phẫu ít của nhu mô lách, nhưng chấn thương mức độ vừa và nặng (III - V) thì việc áp dụng điều trị bảo tồn vẫn còn nhiều tranh cãi.⁷ Do đó, đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện với mục đích nhằm xác định chính xác các tiêu chí cho việc lựa chọn bệnh nhân chính xác nhất.

Các tiêu chí thường được các nhà điều trị ủng hộ áp dụng để điều trị bảo tồn là tình trạng huyết động ổn định và không có tổn thương tạng khác trong ổ bụng cần phẫu thuật. Tuy nhiên, chấn thương lách thường trong bệnh

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Đức

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamhongduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 21/06/2023

Ngày được chấp nhận: 16/07/2023

cảnh đa chấn thương, nên các tổn thương của lách cần được đánh giá như một phần của đánh giá tổng thể các vùng trên cơ thể người bệnh. Trước những vấn đề đó, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu nhằm xác định các yếu tố tiên lượng liên quan đến kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương lách độ III - V để việc bảo tồn đạt hiệu quả nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu mô tả phân tích, gồm 249 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương lách, được chụp MDCT ổ bụng có tiêm cản quang tĩnh mạch có thu nhận hai pha động mạch và pha tĩnh mạch cửa, kết quả MDCT có chấn thương lách độ III - V, được điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 9/2022. Tất cả các bệnh nhân đều có hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu. Chúng tôi không đưa và nghiên cứu các trường hợp sau: Chụp MDCT không đủ hai pha động mạch và tĩnh mạch cửa, thời điểm nhập viện quá 30 ngày sau khi bị chấn thương, xin về hoặc chuyển viện khác điều trị, và đã được xử trí phẫu thuật ổ bụng tại tuyến trước.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả phân tích. Các số liệu cần thu thập nghiên cứu bao gồm:

- Các đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian vào viện, nguyên nhân chấn thương, cơ chế chấn thương.

- Các thông tin lâm sàng: mạch, huyết áp, nhịp thở, điểm Glasgow.

- Các chỉ số xét nghiệm công thức máu, sinh hóa và đông máu.

- Phân độ chấn thương lách theo AAST-OIS 2018 gồm: *Độ I* - Máu tụ dưới bao dưới 10% diện tích bề mặt lách; rách nhu mô sâu dưới 1cm; rách bao. *Độ II* - Máu tụ dưới bao 10 -

50% diện tích bề mặt lách; máu tụ trong nhu mô đường kính dưới 5cm; rách nhu mô sâu 1 - 3cm nhưng vẫn tôn trọng mạch máu. *Độ III* - Máu tụ dưới bao trên 50% diện tích bề mặt lách; máu tụ trong nhu mô đường kính trên 5cm; rách nhu mô sâu trên 3cm. *Độ IV* - Bất kỳ tổn thương nào có đi kèm tổn thương mạch máu như giả phình hay thông động tĩnh mạch hoặc chảy máu hoạt động còn giới hạn trong bao lách, hoặc tổn thương rách sâu có tổn thương mạch máu, giảm tưới máu trên 25% thể tích lách. *Độ V* - Bất kỳ tổn thương nào có kèm chảy máu hoạt động vào trong ổ bụng, hoặc lách vỡ nát.

- Kết quả điều trị bảo tồn chấn thương lách bằng theo dõi bảo tồn hoặc can thiệp mạch: thành công (cải thiện tình trạng lâm sàng, ổn định đến khi ra viện), thất bại (có bằng chứng chảy máu tái diễn, đòi hỏi can thiệp mạch hoặc phẫu thuật).

Quy trình xử trí chấn thương lách

Nghiên cứu được thực hiện theo quy trình cấp cứu và xử trí người bệnh chấn thương lách tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Theo đó, những người bệnh có huyết động không ổn định mặc dù đã hồi sức tích cực, hoặc có tổn thương tạng ổ bụng phối hợp cần phẫu thuật sẽ được tiến hành phẫu thuật ổ bụng cấp cứu. Số còn lại sẽ được chụp MDCT có cản quang. Với chấn thương mức độ nhẹ (I - II), người bệnh sẽ được điều trị nội (truyền dịch, máu, kháng sinh dự phòng) và theo dõi tại bệnh phòng. Nếu có dấu hiệu tổn thương mạch trên MDCT (AAST-OIS IV - V) sẽ được xem xét chụp và nút mạch tổn thương. Chấn thương độ III trở lên nếu không có tổn thương mạch trên MDCT sẽ được theo dõi bảo tồn tại phòng chăm sóc đặc biệt, nếu có dấu hiệu chảy máu tiếp diễn sẽ được chụp lại MDCT, nếu xuất hiện tổn thương mạch sẽ tiến hành chụp và nút mạch cầm máu. Riêng các trường hợp chấn thương độ III (không có dấu hiệu tổn thương mạch) nhưng có các yếu tố

nguy cơ theo dõi bảo tồn thất bại như có bệnh lý máu, xơ gan, đang điều trị bằng thuốc chống đông cũng sẽ được cân nhắc chỉ định chụp và nút mạch cầm máu. Sau nút mạch, người bệnh sẽ tiếp tục được điều trị nội và theo dõi tại phòng chăm sóc đặc biệt nhằm phát hiện chảy máu tái diễn và các biến chứng.

Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu thống kê được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được tính bằng số lượng (n), tỷ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được tính theo trung bình (\bar{x}), độ lệch chuẩn (s). Sử dụng kiểm định khi bình phương hoặc kiểm định Fisher chính xác để xác định mối liên hệ giữa các biến phân loại, kiểm định Mann-Whitney được sử dụng để so sánh sự khác biệt trung bình giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để đánh giá mối liên hệ giữa biến độc lập với biến phụ thuộc là biến nhị phân. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

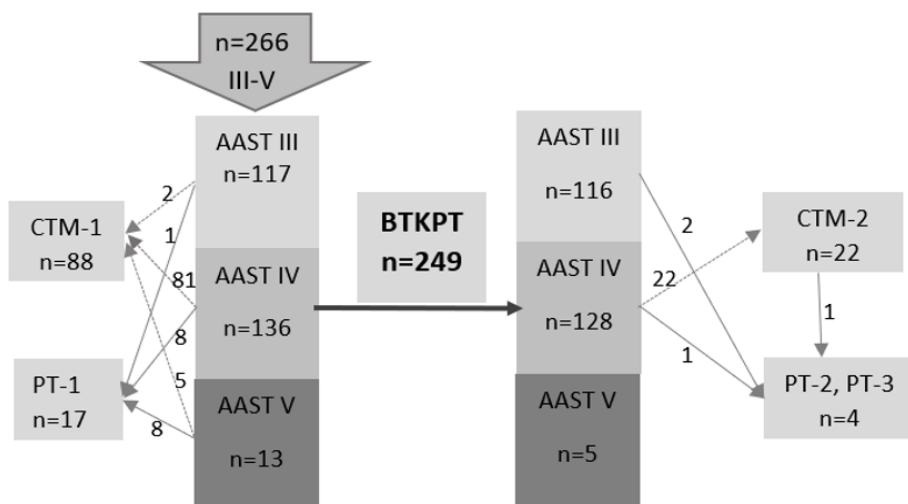
3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của

Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học (IRB) Trường Đại học Y Hà Nội, số 633/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 26 tháng 4 năm 2022.

III. KẾT QUẢ

Trong 266 bệnh nhân chấn thương lách độ III - V khi vào viện, chỉ có 17/266 (6,4%) bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách. Số còn lại, 249 bệnh nhân được điều trị bảo tồn không phẫu thuật, bao gồm 117 (44%) trường hợp độ III, 136 (51,1%) trường hợp độ IV và 13 (4,9%) trường hợp độ V. Trong đó, có 88 (35,3%) bệnh nhân được điều trị ban đầu là can thiệp mạch (2 trường hợp độ III, 81 trường hợp độ IV và 5 trường hợp độ V). Sau điều trị ban đầu, có 22 trường hợp độ IV được điều trị nội phải can thiệp can thiệp mạch do chảy máu tiếp diễn, 2 trường hợp độ III và 1 trường hợp độ IV được chuyển phẫu thuật cắt lách do xuất hiện tình trạng sốc mất máu. Thêm vào đó, một trường hợp phải chuyển phẫu thuật sau điều trị nội và can thiệp mạch thất bại (Hình 1).



Hình 1. Mô hình quản lý điều trị bệnh nhân chấn thương lách độ III - V theo phân loại AAST OIS-2018. CTM-1: Điều trị ban đầu bằng can thiệp mạch. PT-1: Điều trị ban đầu bằng phẫu thuật. BTKPT: Điều trị bảo tồn không phẫu thuật. CTM-2: Can thiệp mạch khi điều trị ban đầu thất bại. PT-2: Điều trị phẫu thuật khi điều trị ban đầu thất bại. PT-3: Điều trị phẫu thuật khi điều trị ban đầu và điều trị lần hai đều thất bại

Trong 249 bệnh nhân điều trị bảo tồn không phẫu thuật, tuổi trung bình của những bệnh nhân được can thiệp mạch ($41,4 \pm 16,7$) so với tuổi trung bình của những bệnh nhân được theo dõi bảo tồn ($30,4 \pm 15,8$) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về các thông số huyết động (mạch, huyết áp tâm thu và tâm trương) và điểm Glasgow giữa hai nhóm bệnh nhân này. Phần lớn bệnh nhân được can thiệp mạch có phân độ chấn thương

lách độ IV (81/88, chiếm 92%). Trong số những bệnh nhân chấn thương lách độ IV, chỉ có 22/128 (17,2%) trường hợp không có dấu hiệu tổn thương mạch (chảy máu hoạt động, hoặc giả phình động mạch, hoặc thông động tĩnh mạch) trên MDCT ổ bụng. Những trường hợp thất bại chủ yếu thuộc nhóm điều trị nội và là chấn thương lách độ III (23/24, chiếm 95,8%), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp nội mạch ($p < 0,05$) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân chấn thương lách độ III - V

	Điều trị nội	Can thiệp	p
n (%)	161 (64,7)	88 (35,3)	
Nữ/nam	33/128	21/67	
Tuổi (năm, TB \pm SD)	$30,4 \pm 15,8$	$41,4 \pm 16,7$	$< 0,001$
Mạch (nhịp/phút, TB \pm SD)	$91,5 \pm 14,5$	$93,0 \pm 14,9$	0,438
Huyết áp tâm thu (mmHg, TB \pm SD)	$111,3 \pm 16,8$	$114,7 \pm 23,7$	0,197
Huyết áp tâm trương (mmHg, TB \pm SD)	$69,1 \pm 11,3$	$71,1 \pm 13,7$	0,233
Điểm Glasgow (TB \pm SD)	$14,0 \pm 2,2$	$14,1 \pm 2,2$	0,932
Huyết động không ổn định: n, (%)	7 (4,3)	8 (9,1)	0,134
AAST-OIS 2018			
Độ III (n = 116, %)	114 (98,3)	2 (1,7)	
Độ IV (n = 128, %)	47 (36,7)	81 (63,3)	
Có tổn thương mạch	25 (23,6)	81 (76,4)	
Không tổn thương mạch	22 (100)	0 (0)	
Độ V (n = 5, %)	0 (0)	5 (100)	
Thời gian điều trị (ngày, TB \pm SD)	$13,0 \pm 10,1$	$12,8 \pm 8,6$	0,853
Thất bại (%)	23 (14,3)	1 (1,1)	0,001

Phân tích đơn biến cho thấy, yếu tố tuổi, giới, tình trạng huyết động, chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, các yếu tố đông máu, thời gian từ khi chấn thương đến khi vào viện, thậm chí chấn thương sọ não hoặc chấn thương các tạng khác trong ổ bụng kèm theo cũng không phải là yếu tố chỉ điểm cho thành công hay

thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật. Tuy nhiên, thể tích máu cần truyền trung bình 1398ml (khoảng 4 đơn vị), chấn thương lách mức độ IV - V là những yếu tố dự báo cho thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương lách (Bảng 2).

Bảng 2. Phân tích đơn biến các yếu tố dự đoán thất bại điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương lách độ III - V

	Thành công	Thất bại	p
n	225	24	
Tuổi (năm)	34,5 ± 17,3	32,4 ± 13,1	0,564
Nam (%)	128 (79,5)	67 (76,1)	0,915
Huyết áp tâm thu (mmHg)	112,7 ± 20,0	110,8 ± 14,9	0,665
Mạch (lần/phút)	92,2 ± 14,6	90,2 ± 15,1	0,522
Điểm Glasgow	14,0 ± 2,2	14,3 ± 1,8	0,571
Bạch cầu (G/L)	18,2 ± 7,6	16,4 ± 7,6	0,268
Tiểu cầu (G/L)	222,3 ± 86,0	254,5 ± 154,0	0,114
Hemoglobin (g/L)	114,4 ± 23,3	120,3 ± 20,4	0,233
Hematocrit (L/L)	33,6 ± 6,7	35,6 ± 5,8	0,162
Glucose (mmol/l)	8,2 ± 3,3	7,2 ± 2,3	0,152
PT (%)	84,4 ± 16,3	85,7 ± 19,0	0,719
PTT (s)	28,0 ± 6,3	28,6 ± 5,1	0,653
INR	0,90 ± 0,2	0,97 ± 0,2	0,545
Thời gian chụp MDCT (giờ)	4,8 ± 13,5	10,7 ± 37,8	0,111
Thời gian vào viện (ngày)	2,0 ± 2,9	3,2 ± 4,8	0,072
Tổn thương tạng bụng khác (%)	90/225 (40)	9/24 (37,5)	0,831
Chấn thương sọ não (%)	62/225 (27,6)	4/24 (16,7)	0,389
AAST-OIS 2018 (độ III - V)	3,5 ± 0,5	3,8 ± 0,4	0,007
Số ngày nằm viện (ngày)	12,7 ± 9,3	15,1 ± 11,6	0,238
Thể tích máu truyền (ml)	792,7 ± 1300	1398 ± 1860	0,040

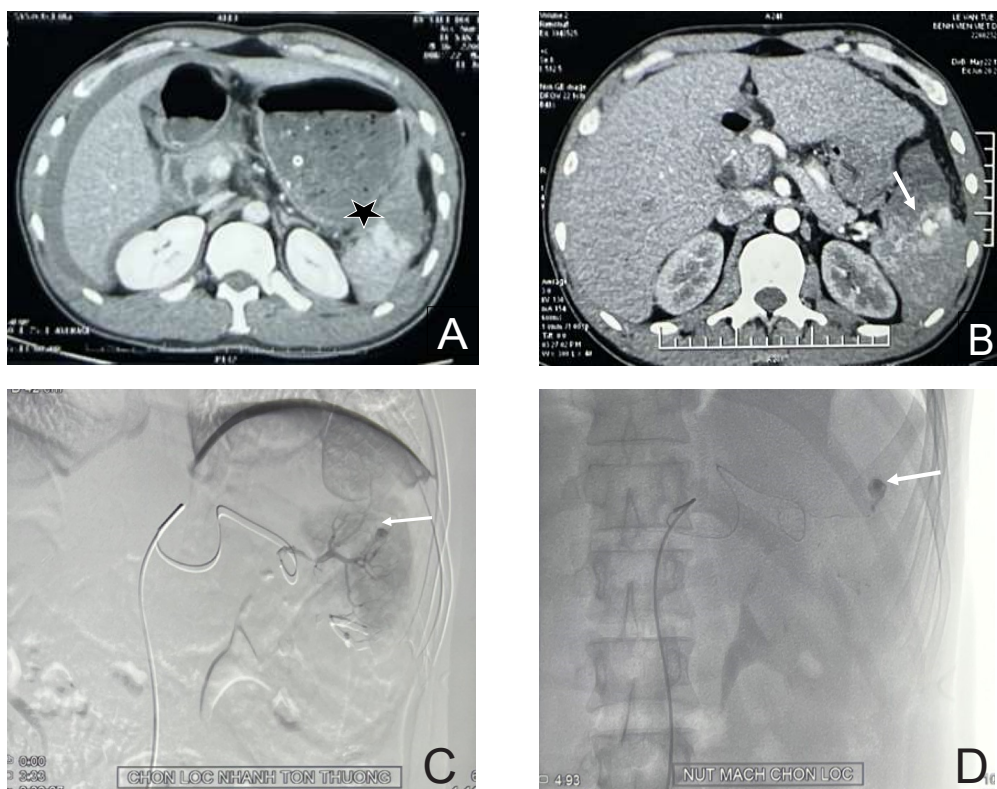
Phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có mức độ nặng của chấn thương lách là yếu tố dự đoán độc lập và duy nhất có ý nghĩa đối với

việc dự đoán thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương lách (Bảng 3).

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố dự đoán thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật

	Tỷ số odds (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Huyết áp tâm thu	1,001	0,978 - 1,024	0,946
Điểm Glasgow	0,874	0,665 - 1,148	0,332

	Tỷ số odds (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Chấn thương sọ não	1,608	0,569 - 4,545	0,370
AAST-OIS 2018	0,160	0,061 - 0,420	0,000
Thể tích máu truyền	0,999	0,999 - 1,000	0,000



Hình 2. Nam 36 tuổi, va chạm với ô tô khi đi bộ. MDCT ổ bụng khi vào viện được chẩn đoán chấn thương nhu mô lách độ IV (AAST-2018), nhiều dịch máu trong ổ bụng, không có điểm chảy máu hoạt động (hình A, dấu sao) và được theo dõi bảo tồn. Sau 9 ngày điều trị, bệnh nhân xuất hiện chướng bụng, đau vùng lách. Chụp MDCT ổ bụng lần 2 xác định chấn thương lách độ IV (AAST-2018) kèm ổ giả phình động mạch trong nhu mô kích thước khoảng 10mm (B, mũi tên) và được can thiệp mạch. Chụp động mạch lách chọn lọc khẳng định ổ giả phình này (C, mũi tên) tiến hành gây tắc siêu chọn lọc nhánh tổn thương bằng hỗn hợp keo histoacryl và lipiodol với tỷ lệ 1:3 (D, mũi tên). Chụp kiểm tra cho thấy bảo tồn được các nhánh mạch lành

IV. BÀN LUẬN

Hơn nửa thập kỷ trước, phẫu thuật cắt lách là phương pháp điều trị tiêu chuẩn chấn thương lách. Nhờ những hiểu biết ngày càng rõ ràng về giải phẫu, chức năng của lách, đặc biệt là vai

trò miễn dịch của lách đã cho thấy sự cần thiết của bảo tồn lách sau chấn thương. Chính lẽ đó, ngày càng có nhiều quan điểm ủng hộ cho việc bảo tồn lách thay cho việc chỉ định phẫu thuật

cắt lách một cách rộng rãi như trước đây. Chúng tôi có 249 người bệnh chấn thương lách III - V được điều trị ban đầu bằng bảo tồn không phẫu thuật. Trong số đó, nhóm 1 có 88 trường hợp được can thiệp mạch và nhóm 2 có 161 bệnh nhân được điều trị nội khoa theo dõi bảo tồn. Trong nhóm 2 này, có 22 trường hợp xuất hiện dấu hiệu mất máu tái diễn, bụng chướng tăng dần và xuất hiện tổn thương mạch trên MDCT ổ bụng lần hai nên được can thiệp mạch cầm máu lần 2, có 3 trường hợp phải chuyển phẫu thuật cắt lách vì sốc mất máu. Một trường hợp được chỉ định cắt lách sau khi can thiệp mạch lần hai không thành công. Như vậy, xét theo chỉ định điều trị ban đầu, có 225/249 trường hợp được bảo tồn không phẫu thuật thành công, chiếm 90,4%. Sau đó thêm 18 trường hợp được can thiệp mạch giúp bảo tồn lách thành công nâng tổng số bảo tồn lách thành công lên 243 trường hợp, chiếm 97,6%. Những nghiên cứu được công bố gần đây cũng cho thấy, với sự hỗ trợ của can thiệp nội mạch, tỷ lệ bảo tồn lách thành công lên đến 100%.^{3,4}

Điều trị bảo tồn không phẫu thuật đối với chấn thương lách đã được chứng minh là một phương pháp điều trị hiệu quả. Các tiêu chí để lựa chọn bệnh nhân điều trị bảo tồn không phẫu thuật được ủng hộ và thống nhất là huyết động ổn định và không có các tổn thương tạng ổ bụng khác cần phẫu thuật cấp cứu.⁸ Trong số 266 trường hợp chấn thương lách độ III - V trên MDCT khi vào viện, có 17 trường hợp có chỉ định phẫu thuật cấp cứu ngay khi chẩn đoán chấn thương lách được xác nhận, bao gồm: 11 trường hợp chấn thương độ IV - V có sốc mất máu cần phẫu thuật cắt lách để cầm máu, ba trường hợp có dấu hiệu vỡ tá tràng, hai trường hợp nghi ngờ tổn thương ống tiêu hóa kèm theo và một trường hợp bệnh nhân bụng chướng căng, chấn thương lách độ IV không có chỉ định nút mạch. Mười bảy trường

hợp này chúng tôi không đưa vào nghiên cứu vì bệnh nhân hoặc bị cắt lách trong quá trình phẫu thuật, hoặc phẫu thuật viên không tiến hành bất cứ thủ thuật nào vào lách với mục đích bảo tồn do vết thương lách đã tự cầm máu. Đặc biệt, có hai trường hợp nhập viện với chấn thương lách độ III, có dấu hiệu chảy máu tiếp diễn kèm bệnh lý nền là xơ gan. Hai trường hợp này chúng tôi quyết định can thiệp theo kinh nghiệm và cầm máu thành công, trong đó một trường hợp phải can thiệp nút mạch lần hai vì chảy máu lại sau nút mạch lần đầu năm ngày. Như vậy, ngoài những trường hợp có dấu hiệu tổn thương mạch được xem xét can thiệp mạch sớm thì những trường hợp chấn thương lách mặc dù không tổn thương mạch trên MDCT nhưng có các yếu tố nguy cơ bảo tồn thất bại cũng cần được xem xét can thiệp cầm máu kịp thời.

Điều trị bảo tồn không phẫu thuật trước đây không được khuyến cáo cho bệnh nhân chấn thương lách từ 55 tuổi trở lên, tuy nhiên ở nghiên cứu này của chúng tôi thấy yếu tố tuổi không thực sự là chống chỉ định của điều trị bảo tồn chấn thương lách, kể cả chấn thương mức độ nặng.⁹ Ở một nghiên cứu khác của chúng tôi, khi đánh giá kết quả điều trị 50 bệnh nhân được can thiệp mạch bảo tồn chấn thương lách chúng tôi cũng thấy rằng yếu tố tuổi cao không phải là chống chỉ định cũng như liên quan đến thất bại của điều trị bảo tồn chấn thương lách.⁴

Ngoài những trường hợp có chấn thương tạng ổ bụng ngoài lách cần phẫu thuật mở bụng cấp cứu, trong số 99 trường hợp có tổn thương ít nhất một trong các tạng như gan, thận, tụy, tuyến thượng thận được điều trị bảo tồn không mổ chỉ có 9 trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, không có sự khác biệt về tỷ lệ thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật giữa nhóm có tổn thương tạng ổ bụng phối hợp và nhóm không có tổn thương tạng ổ bụng phối hợp ($p > 0,05$). Nghiên cứu cũng cho thấy kể cả chấn thương

sọ não nặng phải phẫu thuật vẫn có thể bảo tồn lách không phẫu thuật thành công. Mặt khác, những bệnh nhân điều trị bảo tồn thất bại được truyền thể tích máu nhiều hơn và chấn thương lách mức độ nặng hơn so với nhóm được điều trị bảo tồn lách thành công (1398ml so với 793ml; 3,8 so với 3,5; $p < 0,01$). Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy, nhu cầu truyền máu cao hơn, mức độ chấn thương nặng hơn của lách là yếu tố quan trọng để dự báo cho thất bại của điều trị bằng theo dõi bảo tồn.^{8,10}

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn không phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho những trường hợp chấn thương lách mức độ III - V có huyết động ổn định và không có tổn thương tạng ổ bụng phối hợp cần phẫu thuật cấp cứu. Yếu tố tuổi, có tổn thương tạng ổ bụng, có hay không phối hợp với chấn thương sọ não không được coi là chống chỉ định, đồng thời cũng không là yếu tố dự đoán thất bại của điều trị bảo tồn chấn thương lách. Đáng lưu ý, mức độ nặng của chấn thương lách trên MDCT là yếu tố duy nhất để dự đoán thất bại của điều trị bảo tồn không phẫu thuật.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp khoa Chẩn đoán hình ảnh và phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Xung đột lợi ích và tài chính: Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Teuben MPJ, Spijkerman R, Blokhuis TJ, et al. Safety of selective nonoperative management for blunt splenic trauma: the impact of concomitant injuries. *Patient Safety in Surgery*. 2018/11/27 2018;12(1):32. doi:10.1186/s13037-018-0179-8

2. Ruhnke H, Jehs B, Schwarz F, 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;137doi:10.1016/j.ejrad.2021.109578

3. Miller PR, Chang MC, Hoth JJ, et al. Prospective trial of angiography and embolization for all grade III to V blunt splenic injuries: nonoperative management success rate is significantly improved. *J Am Coll Surg*. 2014 Apr;218(4):644-8. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2014.01.040.

4. Nguyen VT, Pham HD, Phan Nguyen Thanh V, et al. Splenic Artery Embolization in Conservative Management of Blunt Splenic Injury Graded by 2018 AAST-OIS: Results from a Hospital in Vietnam. *International journal of general medicine*. 2023;16:1695-1703. doi:10.2147/ijgm.S409267

5. King H, Shumacker HB, Jr. Splenic studies. I. Susceptibility to infection after splenectomy performed in infancy. *Ann Surg*. 1952;136(2):239-242. doi:10.1097/00000658-195208000-00006

6. Yiannoullou P, Hall C, Newton K, et al. A review of the management of blunt splenic trauma in England and Wales: have regional trauma networks influenced management strategies and outcomes? *Ann R Coll Surg Engl*. 2017;99(1):63-69. doi:10.1308/rcsann.2016.0325

7. Meira Júnior JD, Menegozzo CAM, Rocha MC, et al. Non-operative management of blunt splenic trauma: evolution, results and controversies. *Rev Col Bras Cir*. 2021 May 7;48:e20202777. doi: 10.1590/0100-6991e-20202777.

8. Böyük A, Gümüş M, Önder A, et al. Splenic injuries: factors affecting the outcome of non-operative management. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2012 Jun;38(3):269-74. doi:10.1

007/s00068-011-0156-8.

9. Godley CD, Warren RL, Sheridan RL, et al. Nonoperative management of blunt splenic injury in adults: age over 55 years as a powerful indicator for failure. *J Am Coll Surg*.1996 Aug;183(2):133-9.

10. Bankhead-Kendall B, Teixeira P, Musonza T, et al. Risk Factors for Failure of Splenic Angioembolization: A Multicenter Study of Level I Trauma Centers. *Journal of Surgical Research*. 2021;257:227-231. doi:10.1016/j.jss.2020.07.058

Summary

ANALYSIS OF PREDICTORS RELATED TO THE OUTCOME OF CONSERVATIVE NON-OPERATIVE MANAGEMENT OF GRADE III-V BLUNT SPLENIC TRAUMA

The purpose of this study is to understand the predictors and risk factors affecting the outcome of conservative nonsurgical treatment of splenic trauma. This is a descriptive study of 249 patients with grade III - V splenic injury on MDCT, who were treated at Viet Duc Friendship Hospital from January 2018 to September 2022. The results showed that 243/249 cases (97.6%) were successfully managed conservatively by medical and endovascular treatment. Univariate analysis showed that transfusion volume and degree of splenic injury were two predictors of failure of conservative treatment of splenic injury ($p < 0.05$). In contrast, other important factors such as age, co-morbidity of abdominal and/or cranial trauma were not contraindications to conservative treatment of splenic injury ($p > 0.05$). Binary logistic regression analysis showed that the degree of splenic injury was the only predictor of failure of conservative nonoperative treatment ($p < 0.05$). As such, identifying predictors and risk factors based on a standardized plan will likely increase the success of this conservative management.

Keywords: Conservative nonoperative treatment, blunt splenic trauma, splenic injury.