

RESULTS OF SPLENECTOMY FOR BLUNT SPLENIC INJURY AT MILITARY HOSPITAL 103

Nguyen Huu Van¹, Pham Manh Cuong², Lai Ba Thanh², Ho Chi Thanh^{2*}

¹Military Medical University - No160 Phung Hung, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

³Military Hospital 103 - No 261 Phung Hung, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

Received 15/06/2023

Revised 21/07/2023; Accepted 15/08/2023

ABSTRACT

Objective: Splenic rupture is a common injury in blunt abdominal trauma, which often appear in multiple trauma. The disease is usually severe with high mortality risk.

Aim: Study the results of splenectomy to treat splenic rupture due to trauma.

Subjects and methods: A prospective and cross-sectional study on 58 of blunt splenic patients undergoing splenectomy at Military Hospital 103 from January 2019 to June 2023.

Results: Studied 58 patients with splenic rupture underwent splenectomy, emergency surgical indication was 41.4%; Grade III, Grade IV, grade V of splenic injury was 3.4%; 77.6%; 18.9%. Pancreas was the most combined injured organ with 25.9% while left kidney rupture was 3.4% and jejunal rupture was 1.7%. Postoperative complications encountered 20.68%, of which pancreatic fistula, residual abscess, deep vein thrombosis was 13.8%; 1.7%; 1.7%. The good postoperative outcome was 86.2%, the average was 8.6%, 3 patients had severe development and death was 5.2%. There were significant relationship between treatment results, surgical indications and combined intra-abdominal injuries with $p < 0.05$.

Conclusion: Immediate emergency and emergency splenectomy were 41.4% and 58.6%, good postoperative results was 86.2%. Blunt abdominal trauma with splenic rupture often damages the combined organs such as pancreas, kidney and jejunum, requiring early diagnosis and prompt surgery to reduce the risk of complications.

Keywords: Blunt splenic injury, abdominal trauma, splenectomy.

*Corresponding author

Email address: hochithanhbv103@gmail.com

Phone number: (+84) 979 769 469

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i5.766>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT LÁCH ĐIỀU TRỊ VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Hữu Văn¹, Phạm Mạnh Cường², Lại Bá Thành², Hồ Chí Thanh^{2*}

¹Học Viện Quân y - 160 Phùng Hưng, Phúc La, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam
²Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, Phúc La, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15 tháng 06 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 07 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 08 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương vỡ lách là tổn thương hay gặp trong chấn thương bụng kín, thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương, bệnh diễn biến nặng và nguy cơ tử vong cao.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt lách điều trị vỡ lách do chấn thương.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu, 58 bệnh nhân chấn thương bụng kín vỡ lách được phẫu thuật cắt lách tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2019 đến 6/2023.

Kết quả: Nghiên cứu 58 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương được phẫu thuật cắt lách, chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp là 41,4%; tổn thương lách độ III là 3,4%; độ IV là 77,6% và độ V là 18,9%. Tổn thương kết hợp trong ổ bụng hay gặp nhất là tụy là 25,9%, vỡ thận trái là 3,4% và vỡ hồng tràng là 1,7%. Biến chứng sau mổ gặp 20,68% trong đó rò tụy 13,8%, áp xe tồn dư 1,7% và huyết khối tĩnh mạch sâu 1,7%. Kết quả sau mổ tốt là 86,2%, trung bình là 8,6%, xấu 3 bệnh nhân diễn biến nặng và tử vong là 5,2%. Có liên quan giữa kết quả điều trị với chỉ định phẫu thuật và tổn thương phối hợp trong ổ bụng có ý nghĩa với $p < 0,05$

Kết luận: Mổ cắt lách cấp cứu khẩn cấp là 41,4%, cấp cứu là 58,6%, kết quả sau mổ hồi phục tốt là 86,2%. Chấn thương bụng kín vỡ lách thường gặp tổn thương kết hợp trong ổ bụng là tụy, thận và hồng tràng, cần chẩn đoán sớm và chỉ định mổ kịp thời để giảm nguy cơ biến chứng.

Từ khóa: Cắt lách chấn thương, chấn thương bụng kín, vỡ lách.

*Tác giả liên hệ
Email: hochithanhbv103@gmail.com
Điện thoại: (+84) 979 769 469
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i5.766>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ lách là tổn thương hay gặp trong chấn thương bụng kín (CTBK), bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, nguy cơ dẫn đến sốc và tử vong cao [1]. Nghiên cứu của Fransvea P và cộng sự, chấn thương lách chiếm 41.2% trong CTBK, tỷ lệ điều trị bảo tồn là 39,7%, điều trị bảo tồn thất bại gặp 15% và tỷ lệ tử vong chung là 19,1% [2]. Theo hướng dẫn của hội phẫu thuật cấp cứu thế giới WSES (*World Society of Emergency Surgery*), chỉ điều trị bảo tồn ở những bệnh nhân huyết động ổn định, tại trung tâm y tế lớn và phải được kiểm soát bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang [3]. Tại Việt Nam, tình trạng CTBK do tai nạn giao thông khá phổ biến, tổn thương lách thường gặp, phẫu thuật cắt lách cấp cứu phải rất khẩn trương để cứu sống tính mạng bệnh nhân [4]. Do vậy nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt lách cấp cứu trong chấn thương chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt lách điều trị vỡ lách do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2019 đến 6/2023.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* *Đối tượng nghiên cứu*

- 58 bệnh nhân CTBK vỡ lách được phẫu thuật cắt lách tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2023 thỏa mãn các điều kiện sau:

- Được chẩn đoán xác định vỡ lách do chấn thương dựa vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, xác định trong mổ và được phẫu thuật cắt lách, có giải phẫu bệnh là tổn thương lách do chấn thương.

- Có đầy đủ hồ sơ và thông tin, bệnh án, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Loại trừ những bệnh nhân có lách bệnh lý, có các bệnh lý nền gây rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc

chống đông.

* *Phương pháp nghiên cứu*

- Mô tả tiền cứu.

* *Thu thập số liệu.*

- Các chỉ tiêu, thông số được ghi chép theo bệnh án thống nhất từ lúc nhập viện đến thời điểm phẫu thuật.

- Phân độ vỡ lách đánh giá theo Hội Phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (American Association for the Surgery of Trauma -AAST) [5]. Thời điểm chỉ định phẫu thuật, điều trị sau mổ, tai biến và biến chứng sau mổ, các chỉ tiêu được ghi chép theo mẫu thống nhất.

- Đánh giá kết quả theo Trần Bình Giang gồm các mức độ tốt, trung bình và xấu [6]:

+ Tốt: Không có biến chứng, ra viện sức khỏe hồi phục không ảnh hưởng tới khả năng lao động.

+ Trung bình: Có biến chứng nhưng được điều trị nội khoa, ra viện đem dẫn lưu và theo dõi tại nhà, hẹn tái khám để rút dẫn lưu, các di chứng do chấn thương nhẹ không ảnh hưởng tới sức khỏe.

+ Xấu: Chảy máu, nặng phải mổ lại để xử lý, tử vong hoặc bệnh nặng gia đình xin về do các nguyên nhân khác.

* *Phương pháp xử lý số liệu.*

- Xử lý số liệu với phần mềm SPSS 22.0.

* *Đạo đức nghiên cứu:*

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y học của Bệnh viện Quân y 103.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp là 24 ca chiếm 41,4%, mổ cấp cứu là 58,6%

- Thời gian phẫu thuật TB là $79,9 \pm 24,8$ phút (30-150 phút)

Bảng 1. Phân độ vỡ lách và tổn thương tạng kết hợp trong ổ bụng

Độ vỡ lách	n	%
Độ III	2	3,4
Độ IV	45	77,6
Độ V	11	18,9
Cộng	58	100
Tổn thương tạng kết hợp trong ổ bụng và xử trí	n	%
<i>Gan trái độ II</i>	1	1,7
<i>Thận (T) độ 5, cắt thận trái</i>	2	3,4
<i>Tụy (độ 1,2 đuôi tụy)</i>	15	25,9
<i>Cơ hoành trái</i>	1	1,7
<i>Vỡ hồng tràng, khâu phục hồi</i>	1	1,7
<i>Cơ lưng trái</i>	1	1,7
<i>Không</i>	37	1,7
Cộng	58	100

Nhận xét: Tổn thương lách độ IV cao nhất là 77,6%

Tổn thương đuôi tụy độ 1,2 là 25,9%, bảo tồn dẫn lưu vùng đuôi tụy.

Tổn thương vỡ hồng tràng 1,7%, khâu phục hồi hồng tràng.

Tổn thương thận độ 5, cắt thận trái là 3,4%.

Bảng 2: Kết quả điều trị

Hồi phục sớm	TB ± SD	Min-Max
<i>Thở máy tại ICU (ca)</i>	8	16%
<i>Trung tiện (n=55)</i>	3,1± 0,58	2 - 5
<i>Ăn nhẹ (n=55)</i>	3,1± 0,58	2 - 5
<i>Ngày điều trị TB (n=55)</i>	12,0 ±7,4	5 - 50
<i>Rút dẫn lưu (n=52)</i>	7,1±3,04	4 - 25
Biến chứng	n	%
<i>Rò tụy</i>	7	12,1
<i>Áp xe tồn dư</i>	1	1,7
<i>Huyết khối tĩnh mạch</i>	1	1,7
Không biến chứng	46	79,3
Tử vong	3	5,2
Cộng	58	100



Hồi phục sớm	TB ± SD	Min-Max
Kết quả điều trị	n	%
Tốt	50	86,2
Trung bình	5	8,6
Xấu	3	5,2
Cộng	58	100

Nhận xét: Tính triệu chứng hồi phục sớm ở 55 ca

Bảng 3: Chỉ định phẫu thuật với kết quả

Kết quả \ Chỉ định mổ	n	Cấp cứu khẩn cấp	Cấp cứu	p
Tốt	50	18	32	0,042
Trung bình	5	3	2	
Xấu	3	3	0	
Cộng	58	24	34	

Nhận xét: Chỉ định mổ liên quan đến kết quả điều trị với $p < 0,05$

Bảng 4: Tổn thương trong ổ bụng với kết quả

Kết quả \ Tổn thương	n	Lách đơn thuần	Tổn thương kết hợp	p
Tốt	50	35	15	0,006
Trung bình	5	0	5	
Xấu	3	2	1	
Cộng	58	37	21	

Nhận xét: Tổn thương kết hợp trong ổ bụng liên quan đến kết quả điều trị với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

* Chỉ định phẫu thuật và độ tổn thương lách

Chỉ định phẫu thuật là quyết định của bác sĩ có cần mổ cấp cứu hay không, cấp cứu tối khẩn cấp hay khẩn cấp? Theo WSES, chỉ định phẫu thuật phụ thuộc vào tình trạng huyết động, tình trạng ổ bụng và toàn thân. Chấn thương bụng kín vỡ lách có các chỉ định mổ cấp cứu tối khẩn cấp, cấp cứu khẩn cấp và cấp cứu. McIntyre

L.K. và cộng sự đánh giá 2.243 ca chấn thương lách, mổ khẩn cấp được tính trước 4 giờ và mổ cấp cứu là sau 4 giờ, kết quả có 27% cần can thiệp khẩn cấp [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy mổ cấp cứu khẩn cấp là 41,4%, mổ cấp cứu là 58,6%. Tỷ lệ mổ cấp cứu khẩn cấp của chúng tôi cao hơn McIntyre L.K., có thể do chúng tôi chia chỉ định theo mức độ nặng của người bệnh để có thái độ xử trí cho phù hợp. Cũng theo nghiên cứu của McIntyre L.K., bệnh nhân hôn mê với thang điểm Glasgow và các chấn thương kết hợp khác không liên quan đến chỉ định mổ cấp cứu, bệnh nhân trên 55 tuổi, tổn thương lách độ III, IV có nguy cơ thất bại cao khi điều trị bảo tồn [7].

Theo WSES khuyến cáo tổn thương lách độ I, II điều trị bảo tồn, độ III cần theo dõi sát, can thiệp nút mạch, độ IV-V chỉ định phẫu thuật [3]. Kết quả nghiên cứu chúng, tổn thương lách độ III có 2 trường hợp (3,4%), độ IV cao nhất là 45 bệnh nhân chiếm 77,6% và độ V là 11 trường hợp chiếm 18,9% (bảng 1). Theo Trần Bình Giang nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức năm 2001, chỉ định phẫu thuật được đặt ra cho tất cả những trường hợp chẩn đoán vỡ lách, kết quả tổn thương lách độ I, II, III, IV, lần lượt là 10,98%, 18,29%, 49,39%, 21,34%, không có độ V [6]. Trong 164 ca phẫu thuật, tỷ lệ mổ bảo tồn là 38,41% và cắt lách là 61,59%. Theo Lee J.T. và cs nghiên cứu 1.373 ca chấn thương lách, tổn thương lách theo AAST độ I, II, III, IV, và V tương ứng là 15,8%; 22,7%; 23,7%; 13,2% và 4,7%; không đánh giá là 19,9% [8].

* Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $79,9 \pm 24,8$ phút, nhanh nhất là 30 phút, lâu nhất là 150 phút. Những trường hợp vỡ lách đơn thuần sau khi vào bụng, khám trương không chế cuống lách và cắt lách thuận lợi thường không mất nhiều thời gian. Theo Trần Bình Giang, chiều dài cuống lách TB 2,5cm, thuận lợi cho phẫu thuật thắt động mạch lách bảo tồn và cắt lách, thời gian phẫu thuật cắt lách TB là 105,69 phút [6].

Tổn thương trong ổ bụng và thái độ xử trí rất quan trọng trong CTBK. Nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương lách đơn thuần và phẫu thuật cắt lách là 63,9%. Các tổn thương kết hợp cơ quan khác là 36,1% trong đó tổn thương tụy gặp nhiều nhất là 25,9% chỉ ở mức độ I, II, tiến hành khâu cầm máu và dẫn lưu. Tổn thương gan 3,4% đụng đập nhu mô gan trái độ II không phải xử trí, vỡ thận trái độ V là 3,4% thực hiện cắt thận trái. Vỡ hồng tràng là 1,7% thực hiện khâu phục hồi hồng tràng (bảng 1). Kết quả trên phù hợp với Trần Bình Giang, vỡ lách đơn thuần là 65,51%, chấn thương tụy là 7,32%, theo tác giả vỡ lách trong bệnh cảnh đa chấn thương, thái độ xử trí là ưu tiên cứu sống tính mạng người bệnh [6]. Lê Tư Hoàng nghiên cứu 120 bệnh nhân CTBK, tỷ lệ tổn thương 1 tạng là 68,5% trong đó hồng hồi tràng gặp nhiều nhất, sau đó đến gan và lách [9].

* Kết quả điều trị

Sau mổ có 8 bệnh nhân (13,8%) phải thở máy tại ICU do tổn thương kết hợp sọ não và chấn thương ngực. Kết quả hồi phục sớm, thời gian trung tiện và cho ăn nhẹ trung bình là $3,1 \pm 0,58$ ngày, nhanh nhất là 2 ngày, muộn nhất là 5 ngày, rút dẫn lưu trung bình 7,1 ngày,

ngày nằm điều trị trung bình 12 ngày (bảng 2). Chúng tôi nhận thấy trường hợp có tổn thương tụy đề phòng rò tụy cần để dẫn lưu ổ lách muộn hơn. Những trường hợp nằm lâu thường kết hợp tổn thương các cơ quan khác ngoài ổ bụng như sọ não, lồng ngực và chi thể. Trần Ngọc Dũng ngày điều trị là 7,6 ngày do nghiên cứu nhóm điều trị bảo tồn [4]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Lê Tư Hoàng ở nhóm bệnh nhân mổ mở, thời gian trung tiện là 65,8 giờ sau mổ [9].

Biến chứng sau mổ gặp 9 ca (15,5%) gồm rò tụy 7 ca, áp xe tồn dư 1 ca, huyết khối tĩnh mạch 1 ca (bảng 2). Từ vòng 3 trường hợp do bệnh cảnh đa chấn thương trong đó nặng là chấn thương sọ não 2 và 1 ca sóc đa chấn thương không hồi phục. Theo Trần Bình Giang, phẫu thuật cắt lách do chấn thương 101 ca, biến chứng gặp 16,83% trong đó rò tụy gặp 1%, có 7/164 ca tử vong chiếm 4,26%, tất cả đều do các nguyên nhân ngoài lách [6]. Mader M và cs nghiên cứu 328 ca chấn thương lách kết hợp sọ não được chỉ định cắt lách sớm, tuy nhiên tỷ lệ tử vong là 20,7%, tác giả nhận thấy bệnh nhân chấn thương lách kết hợp sọ não có diềm nghiêm trọng và nguy cơ tử vong cao hơn [10]. Arnol P. và cs nghiên cứu 278 ca phẫu thuật cắt lách do chấn thương, tỷ lệ rò tụy là 5% trong đó nhóm dùng stapler là 9,5% và nhóm chỉ buộc khâu đơn thuần là 3,5% [11].

Đánh giá kết quả điều trị tốt là 50 bệnh nhân chiếm 86,2%, trung bình là 5 ca (8,6%), có 01 ca còn di chứng do chấn thương sọ não, 01 áp xe tồn dư ổ lách, 3 rò tụy đem dẫn lưu ra viện, rút dẫn lưu sau 02 tuần. Kết quả xấu có 3 bệnh nhân chiếm 5,2%, là 3 ca tử vong đều do nguyên nhân ngoài ổ bụng (bảng 2). Theo Trần Bình Giang, riêng ở nhóm cắt lách kết quả tốt là 79,21%, vừa là 13,86%, xấu và tử vong là 6,93%, 4 trường hợp tử vong đều do nguyên nhân ngoài lách [6].

* Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chúng tôi thấy chỉ định phẫu thuật có liên quan tới kết quả với $p < 0,05$ ($p=0,042$), (bảng 3). Những bệnh nhân được chỉ định mổ khẩn cấp trong tình trạng sốc, nặng do tổn thương nhiều cơ quan do vậy nhiều nguy cơ hơn. Đánh giá các tổn thương trong ổ bụng với kết quả điều trị (bảng 4) thấy tổn thương lách đơn thuần có kết quả tốt hơn có tổn thương phối hợp, tổn thương phối hợp trong ổ bụng chủ yếu là tụy và biến chứng rò tụy là chủ yếu làm ảnh hưởng chung đến kết quả điều trị. Theo McIntyre L.K. và cs nghiên cứu 610 ca được phẫu thuật cắt lách hoặc nút mạch thấy thang điểm Glasgow hay

các tổn thương kết hợp không đủ cơ sở dự đoán được thất bại [7].

5. KẾT LUẬN

Mổ cắt lách cấp cứu khẩn cấp là 41,4%, cấp cứu là 58,6%, kết quả sau mổ hồi phục tốt là 86,2%, tổn thương kết hợp trong ổ bụng có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Chấn thương bụng kín vỡ lách thường có tổn thương kết hợp trong ổ bụng là tụy, thận, hồng tràng, cần chẩn đoán sớm và chỉ định mổ kịp thời để giảm nguy cơ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Girard E, Abba J, Cristiano N et al., Management of splenic and pancreatic trauma, *J Visc Surg*, 153(4), 45-60, 2016.
- [2] Fransvea P, Costa G, Massa G, et al., Non-operative management of blunt splenic injury: is it really so extensively feasible? a critical appraisal of a single-center experience, *Pan Afr Med J*, 32, 2019.
- [3] Coccolini F, Montori G, Catena F, et al., Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients, *World J Emerg Surg*, 12, 40, 2017.
- [4] 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, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [5] Kozar RA, Crandall M, Shanmuganathan K et al., Organ injury scaling 2018 update: Spleen, liver, and kidney, *J Trauma Acute Care Surg*. 85(6), 1119-1122, 2018.
- [6] Trần Bình Giang, Nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn điều trị vỡ lách do chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2001.
- [7] McIntyre L K, Schiff M, Jurkovich GJ, Failure of nonoperative management of splenic injuries: causes and consequences, *Arch Surg*, 140(6), 2005.
- [8] Lee JT, Slade E, Uyeda J et al., American Society of Emergency Radiology Multicenter Blunt Splenic Trauma Study: CT and Clinical Findings, 299(1), 122-130, 2021.
- [9] Lê Tư Hoàng, Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội, 2009.
- [10] Mader MM, Lefering R, Westphal M et al., Traumatic brain injury with concomitant injury to the spleen: characteristics and mortality of a high-risk trauma cohort from the TraumaRegister DGU®, *Eur J Trauma Emerg Surg*, 48(6), 4451-4459, 2022.
- [11] Arnold P, Belchos J, Meagher A et al., Postoperative Pancreatic Fistula Following Traumatic Splenectomy: A Morbid and Costly Complication, *J Surg Res*, 280,35-43, 2022.