

kinh giữa, trụ trong giới hạn bình thường. Trong 10 bệnh nhân làm được test kích thích lặp lại ngày 1 có 10,00% bệnh nhân có test kích thích lặp lại dương tính, 30,00% bệnh nhân có nghi ngờ dương tính (Bảng 6), điều này phù hợp với cơ chế gây tổn thương thần kinh của nọc rắn cạp nia, tác động lên synap thần kinh cơ, ít tác động lên dẫn truyền dọc sợi trục của dây thần kinh.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị rắn cạp nia cần bao gồm các dấu hiệu liệt thần kinh sọ, thần kinh vận động ngoại vi: sụp mí (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%), giảm phản xạ gân xương ghi nhận ở 17 (89,5%) bệnh nhân.

Điện cơ trong ngày đầu của bệnh nhân bị rắn cạp nia cần bước đầu cho thấy phát hiện tổn thương synap thần kinh cơ, phù hợp với cơ chế của alpha neurotoxin và beta-neurotoxin có trong nọc độc của rắn cạp nia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí

ngộ độc, Ban hành kèm theo Quyết định số 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ Y tế, Hà Nội.

2. Nguyễn Naoc Hiền (2017). Nhiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện cơ ở bệnh nhân liệt cơ do rắn độc cắn, luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
3. Patikorn C, Blessmann J, Nwe MT, et al. (2022) Estimating economic and disease burden of snakebite in ASEAN countries using a decision analytic model. PLoS Negl Trop Dis 16(9): e0010775. [https://doi.org/ 10.1371/ journal.pntd.0010775](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010775)
4. Trevett A. J., Laloo D. G., Nwokolo N. C., et al. (1995), Electrophysiological findings in patients envenomed following the bite of a Papuan taipan (Oxyuranus scutellatus canni). Trans R Soc Trop Med Hyg, 89(4), pp. 415-417.
5. Panduranga P., Sangle S.A., Mane A.A., et al. (2015), Comparative study of electrophysiological changes in snake bites. Neurol India, 63(3), pp. 378-381.
6. Warrel David A. (2010), Guidelines for the management of snake-bites, WHO Library cataloguing-in-publication data, India.
7. Hung H.T., Hojer J., and Du N.T. (2009), Clinical features of 60 consecutive ICU-treated patients envenomed by Bungarus multicinctus. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 40(3), pp. 518-524.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Nguyễn Văn Tiến*, Danh Sơn*, Ngô Văn Dũng*, Nguyễn Hữu Huy*, Trần Quốc Vĩ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch bảo tồn lách trong chấn thương bụng kín. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca các trường hợp chấn thương lách điều trị bằng phương pháp can thiệp mạch tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai. **Kết quả nghiên cứu:** 23 bệnh nhân (BN) chấn thương lách được chụp mạch và can thiệp mạch tại Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ tháng 09 – 2019 đến tháng 12 - 2022. Tất cả 23 BN (100%) được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch không còn chảy máu trên phim chụp mạch, không phải chuyển mổ mở để cầm máu sau can thiệp. Tuy nhiên, 01 ca tử vong do chấn thương kết hợp nặng. Các xét nghiệm sau can thiệp không thấy dấu hiệu của chảy máu tiếp tục sau can thiệp. **Kết luận:**

Đây là một phương pháp hiệu quả, cần được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng và tính khả thi cao vì có kỹ thuật tương đồng với phương pháp nút mạch gan.

Từ khóa: chấn thương lách, nút mạch, điều trị bảo tồn

SUMMARY

RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF BLUNT SPLEEN INJURY AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of endovascular intervention to avoid splenectomy in blunt abdominal trauma. **Methods:** Description of a series of cases of spleen injury treated by endovascular intervention at Dong Nai General Hospital. **Research results:** 23 patients with splenic injury underwent angiography and transarterial embolization of splenic artery at Dong Nai General Hospital from September 2019 to December 2022. All 23 patients (100%) were treated successfully by endovascular intervention method, no bleeding was recorded on postoperative angiogram, no conversion to open surgery required. Early mortality was 4,3% (1 patient) due to severe concomitant traumas.

*Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiến

Email: drngvantien@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023

Conclusion: This is an effective and feasible method that should be widely applied in regional hospital to ameliorate the prognostic of patients

Keywords: Spleen injury, transarterial embolization, conservative treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ lách là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất trong những chấn thương bụng kín; vỡ lách gây chảy máu trong ổ bụng, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời dễ dẫn đến tử vong. Trong những thập niên gần đây, điều trị bảo tồn lách đã có nhiều thay đổi, từ bảo tồn lách trong phẫu thuật đến bảo tồn không mổ. Năm 1968, Upadhyaya và Simpson thông báo 48 trường hợp điều trị vỡ lách không mổ thành công ở trẻ em. Từ đó, phương pháp này đã trở thành xu hướng điều trị chấn thương lách. Và ngày nay, cùng với sự phát triển của hồi sức tích cực và chẩn đoán hình ảnh, điều trị không mổ chấn thương lách ngày càng được mở rộng và hiệu quả hơn, kết quả bảo tồn không mổ thành công lên đến trên 90%^[8].

Thuyên tắc động mạch lách điều trị vỡ lách chấn thương được báo cáo lần đầu tiên bởi Sclafani và cộng sự năm 1995, từ đó cho đến nay phương pháp này được chấp nhận như một phương thức điều trị bảo tồn không phẫu thuật đối với vỡ lách. Phương pháp thuyên tắc động mạch lách được khuyến sử dụng trong chấn thương vỡ lách độ III trở lên, có dấu thoát mạch trên hình ảnh học, tràn máu trong khoang phúc mạc lượng trung bình và có dấu hiệu chảy máu tiếp diễn. Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai là một trong số các trung tâm có áp dụng can thiệp nội mạch trong điều trị, trong đó có thuyên tắc động mạch lách điều trị vỡ lách chấn thương và đã điều trị thành công nhiều trường hợp trong những năm gần đây. Do đó, để hiểu rõ hơn giá trị cũng như tính an toàn của phương pháp này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương" tại Bệnh Viện Đa Khoa Đồng Nai với những mục tiêu chính sau:

1. *Xác định tỷ lệ thành công điều trị vỡ lách chấn thương bằng phương pháp thuyên tắc động mạch lách.*

2. *Xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng của phương pháp thuyên tắc động mạch lách trong điều trị bảo tồn vỡ lách chấn thương.*

3. *Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến thành công của phương pháp thuyên tắc động mạch lách trong điều trị bảo tồn vỡ lách chấn thương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân chấn thương lách được chẩn đoán và chỉ định điều trị bằng phương pháp nút mạch tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai trong thời gian từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tất cả các lứa tuổi, không phân biệt giới.

Chấn thương lách đơn thuần hay phối hợp với các tạng, cơ quan trong và/hoặc ngoài ổ bụng.

Chẩn đoán xác định bằng thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu, siêu âm và chụp CLVT.

Đánh giá mức độ tổn thương lách và các tạng phối hợp trong ổ bụng bằng CLVT theo AAST (1994).^[2]

Tình trạng huyết động ổn định khi vào viện (được định nghĩa là huyết áp động mạch tâm thu ≥ 90 mmHg) hoặc ổn định sau khi được hồi sức ban đầu trong 24 giờ (đáp ứng với bù dịch và/hoặc máu: 3000ml dịch tinh thể và/hoặc không quá 4 đơn vị máu trong 24 giờ).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chấn thương lách đơn thuần và/hoặc phối hợp trong ổ bụng được chỉ định mổ cấp cứu trong 24 giờ đầu vào viện (không tính mổ cấp cứu do tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng).

Bệnh nhân có lách bệnh lý như: u lách, áp xe lách, thalassemia...

Bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông hoặc có rối loạn đông máu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu toàn bộ.

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CLVT hai dãy đầu 256 lát cắt, máy DSA siemens, các ống thông 5F, ống thông 2,7 F, vật liệu nút mạch: spongel, keo histoacryl, vi hạt nhựa, lipiodol

Kỹ thuật: Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%, chọc động mạch đùi phải hoặc trái theo phương pháp Seldinger với catheter 5F. Luồn ống sonde 5F, chụp tổng thể động mạch chủ bụng, sau đó, tùy theo tạng tổn thương mà tiến hành chụp chọn lọc từng động mạch. Trong chấn thương lách, tiến hành chụp động mạch thân tạng. Dùng ống thông 2,7 F chọn lọc vào nhánh tổn thương (thoát thuốc, giả phình, thông động tĩnh mạch), chụp kiểm tra lại để đánh giá chính xác tổn thương. Sau đó, dùng các vật liệu để nút mạch, tùy thương tổn mà sử dụng những vật liệu khác nhau. Đa số trường hợp sử dụng vật liệu keo sinh học histoacryl trộn với lipiodol theo tỷ lệ 1:3 hoặc 1:4, ngoài ra, coil là một vật liệu rất tốt, tuy nhiên giá thành cao. Chụp kiểm tra động mạch lách sau nút mạch.



Hình 1: Thực Hiện thủ thuật tại phòng DSA bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai



Hình 2: Hình ảnh chụp mạch trước và sau can thiệp

Phân tích và xử lý số liệu:

Thu thập số liệu bằng phần mềm Excel
Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022, 23 bệnh nhân (19 nam = 82,6%; 4 nữ = 17,4%) được chẩn đoán vỡ lách do chấn thương được điều trị bằng phương pháp nút mạch thành công, không còn chảy máu trên phim chụp mạch là 100%, trong đó có 1 BN tử vong sau can thiệp 24h do bệnh nặng phổi hợp kèm theo (chấn thương sọ não, gãy đa cung sườn, dập phổi, gãy kín khung chậu) chiếm 4,3%.

BN trẻ nhất 16 tuổi, lớn nhất 63 tuổi. Độ tuổi trung bình: 31,9 ± 12,8 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (69,6%), tai nạn lao động (13%), tai nạn sinh hoạt (13%), đã thương 1 ca chiếm (4,4%).

Bảng 1: Các nguyên nhân chấn thương lách

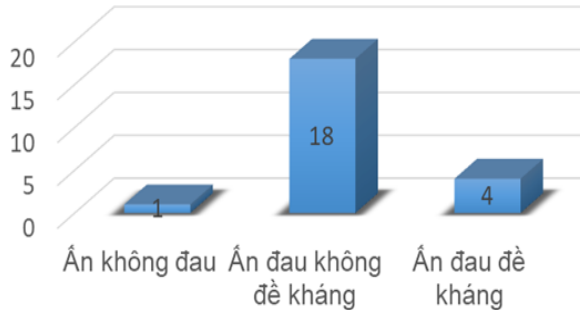
Nguyên nhân	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	16	69,6
Tai nạn lao động	3	13
Tai nạn sinh hoạt	3	13
Đã thương	1	4,4

Tình trạng bụng không đề kháng 18 BN chiếm 78%, dấu đề kháng chiếm 22%:

Bảng 2: Dịch ổ bụng trên chụp cắt lớp vi tính.

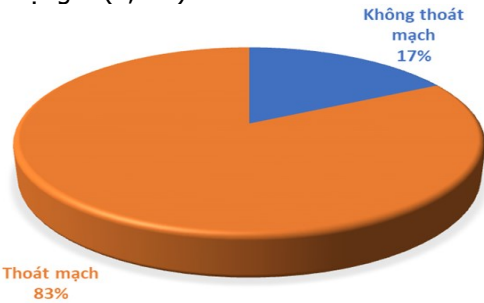
Dịch ổ bụng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Ít	1	4,4
Trung bình	16	69,6
Nhiều	6	26

MSCT có dấu thoát mạch rõ 19 ca chiếm 82,7%, 3 BN khi chụp trước can thiệp thoát mạch không rõ tại DSA chiếm 13%, 1 BN (4,3%) không đánh giá được trên MSCT không thuốc và chụp DSA tổn thương khả năng tự cầm.



Biểu đồ 1: Tình trạng bụng khi nhập viện

Dịch ổ bụng lượng trung bình 16 BN chiếm 69,6%, 6 BN dịch lượng nhiều chiếm 26%, 1 BN dịch lượng ít (4,4%).



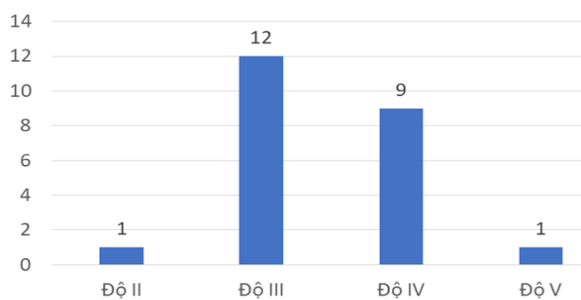
Biểu đồ 2: Dấu hiệu thoát mạch trên chụp cắt lớp vi tính.

Các tổn thương đi kèm gồm vùng đầu mặt chiếm 5,6%, lồng ngực chiếm 37,6%, tổn thương gan, thận, tụy chiếm 24,3%, không tổn thương kết hợp chiếm 48,6%, CT chi, cột sống, khung chậu chiếm 10,8%.

Bảng 3: Tổn thương kết hợp trong chấn thương lách

Tổn thương	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tổn thương lách đơn thuần	11	47,8
Tổn thương đầu mặt	2	8,7
Tổn thương vùng lồng ngực	4	17,4
Tổn thương ổ bụng (gan, thận, tụy)	3	13
Gãy xương, cột sống, chậu, chi	2	8,7
Đa tổn thương (>2 vùng cơ quan ngoài lách)	1	4,4

Mức độ vỡ lách độ III và độ IV chiếm tỷ lệ nhiều nhất, lần lượt là 52% và 39%, tỷ lệ vỡ lách độ II và V thấp nhất với 4,4%.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ mức độ vỡ lách
Bảng 4: Lượng máu truyền

Lượng máu truyền	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Không truyền	8	34,8
Không quá 700ml	13	56,5
Trên 700ml	2	8,7

Kết quả gần: tất cả BN được nút mạch thành công, trên hình ảnh chụp mạch, các tổn thương mạch loại bỏ hoàn toàn, không BN nào phải chuyển nút mạch lần 2. Trong đó 22/23 BN khỏi bệnh được xuất viện, chiếm tỉ lệ 95,6%, 1 BN tử vong chu phẫu do bệnh phổi hợp nặng nề chiếm 4,4%.

Thời gian nằm viện trung bình $10,14 \pm 3,23$ ngày.

Số lượng máu trung bình phải truyền $2 \pm 1,08$ đơn vị.

Tỷ lệ không cần truyền máu chiếm 34,8%, truyền không quá 700ml chiếm 56,5%, truyền trên 700ml chiếm 8,7%.

Về biến chứng của nút mạch: đau hạ sườn trái, sốt, đau vị trí chọc được điều trị hết trong tuần đầu sau can thiệp. Không ghi nhận trường hợp nào biến chứng nghiêm trọng phải can thiệp điều trị đặc biệt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 23 bệnh nhân, độ tuổi trung bình: $31,9 \pm 12,8$ tuổi, nam chiếm đa số 82,6% so với nữ chiếm 17,4%. Vậy đa số bệnh nhân vỡ lách do chấn thương được tuyên tặc động mạch lách xảy ra ở độ tuổi lao động và chủ yếu là nam giới, so với nghiên cứu của Trần Văn Đáng và Phạm Văn Thuyền thấy hay gặp ở nhóm từ 16 đến 30 tuổi và tuổi trung bình $29,44 \pm 10,05$ tuổi^[4, 7]. Theo Magherita cadeddu và cộng sự, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39^[1]; Melissa Powell và cộng sự, tuổi trung bình là $35,8 \pm 17$. Theo nghiên cứu của Margherita Cadeddu và cộng sự, tỷ lệ nam cao hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là 66,9% và 33,1%. Theo Trần Bình Giang, chấn thương lách chủ yếu gặp ở nam giới với 78,66%

còn nữ chícó 26,34%^[6]. Hay theo Trần Văn Đáng, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 73,68% và nữ chiếm 26,32%^[4].

Nguyên nhân chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là tai nạn giao thông với 66,7%, là nguyên nhân chủ yếu gây nên chấn thương bụng kín nói chung và chấn thương vỡ lách nói riêng. Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng, nguyên nhân được chia thành 3 nhóm với tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt, trong đó, tai nạn giao thông chiếm nhiều nhất với 62%^[5]. Theo Melissa Powell và cộng sự, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm phần lớn trong nghiên cứu, trong đó tai nạn ô tô chiếm 66,9%, xe máy chiếm 8,8% và xe đạp chiếm 1,4%, phần còn lại là do đánh nhau, chơi thể thao, tai nạn sinh hoạt. Còn Theo Andrew B Peitzman và cộng sự, 81,3% bệnh nhân chấn thương lách là do tai nạn giao thông^[3].

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có đau bụng với 14 BN không đề kháng chiếm 78%, so với Trần Văn Đáng^[4], Phan Minh Trí 100% đau bụng trái và dấu hiệu Kehr chiếm 63,2%^[8].

Dịch ổ bụng lượng trung bình 13 BN chiếm 69,7%, dịch lượng nhiều chiếm 26%. Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng, trên CLVT phát hiện 90,8% bệnh nhân có dịch tự do ổ bụng ở các mức độ khác nhau. Số bệnh nhân có mức độ dịch trung bình chiếm nhiều nhất với 134/185 (72,4%) bệnh nhân. Theo Andrew B Peitzman và cộng sự, lượng dịch tự do trong ổ bụng có mối quan hệ với mức độ chấn thương lách, chấn thương độ I và II đa số có lượng dịch tự do mức độ ít (60,3% với độ I và 42,7 với mức độ II). Độ III có xu hướng lượng dịch tự do nhiều hơn, mức độ ít: 23,5%, mức độ trung bình: 36,3% và mức độ nhiều: 40,2%. Độ IV và V lượng dịch mức độ ít có rất ít (4,7% cho độ IV và 3,0% cho độ V). Ngược lại, 74,4% chấn thương lách độ IV và 86,6% độ V là có lượng dịch mức độ nhiều. Mức độ dịch tự do ổ bụng có thể có ở các mức độ chấn thương lách. Bản thân mức độ dịch tự do trong ổ bụng không phải là yếu tố độc lập quyết định chỉ định điều trị chấn thương lách, nhưng mức độ dịch kết hợp với mức độ chấn thương là hai yếu tố quan trọng giúp đưa ra chỉ định và tiên lượng kết quả điều trị không mổ chấn thương lách.

Các tổn thương đi kèm gồm vùng đầu mặt chiếm 8,7%, lồng ngực chiếm 17,4%, tổn thương gan, thận, tụy chiếm 13%, không tổn thương kết hợp chiếm 47,8%, CT chi, cột sống, khung chậu chiếm 13%. Có thể thấy tổn thương lồng ngực đi kèm hay gặp nhất trong chấn

thương bụng gây vỡ lách do đó cần chú ý trong tiếp cận BN ban đầu, tránh bỏ sót tổn thương. Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng, bệnh nhân bị chấn thương ngực kín phối hợp với chấn thương lách gặp nhiều nhất với 24/185 (12,9%) bệnh nhân. Theo một số nghiên cứu khác, trong chấn thương bụng kín, tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng gặp từ 51,4 đến 92,5% các trường hợp; tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng hay gặp nhất là chấn thương ngực (36,5% -80,9%), sau đó là tổn thương xương lớn (26,9%-66%), CTSN (26,98% -55,7%), chấn thương hàm mặt (7,9%) và chấn thương cột sống ít gặp nhất với tỷ lệ 4,76%.

MSCT có dấu thoát mạch rõ 19 ca chiếm 82,6 %, 3 BN khi chụp trước can thiệp thoát mạch không rõ tại DSA chiếm 13%, 1 BN (4,3%) không đánh giá được trên MSCT không thuốc và chụp DSA tổn thương khả năng tự cầm. Như vậy, cho thấy số ca can thiệp có dấu thoát mạch trên MSCT bằng cản quang chiếm đa số, những trường hợp không rõ thoát mạch trên DSA có thể do thời gian can thiệp xa thời điểm chụp chẩn đoán, chỉ còn dấu gián tiếp là khối máu tụ bao quanh lách.

Phân loại theo AAST, 12 BN trong nhóm độ III chiếm 52,2% và 9 BN trong nhóm độ IV chiếm 39,1%, và 1 BN độ V chiếm 4,3%. Đa số bệnh nhân được can thiệp tắc mạch lách với phân độ vỡ lách cao (chấn thương lách mức độ trung bình trở lên theo WSES).

Tỷ lệ không cần truyền máu chiếm 34,8 %, truyền không quá 700ml chiếm 56,5%, truyền trên 700ml chiếm 8,7%. Bệnh nhân chảy máu hầu hết lượng trung bình nên lượng máu truyền không nhiều so với PT cắt lách hoặc bảo tồn không can thiệp.

Bệnh nhân được can thiệp hầu hết không có biến chứng nghiêm trọng nào, thường gặp là sưng đau chỗ chọc dò, sốt đơn thuần, không ghi nhận ca áp xe hay nhiễm trùng nặng sau can thiệp, trong đó đa số bệnh nhân tuổi lao động và không có bệnh nền nặng kèm theo.

Kết quả cầm máu của phương pháp can thiệp mạch, chúng tôi thành công 23/23BN, không BN nào phải mổ mở để cầm máu, không có BN phải nút mạch lần 2, đạt kết quả tốt. Chỉ 1 trường hợp BN bị đa chấn thương gồm CT sọ não xuất huyết dưới nhện, gãy đa cung sườn có dập phổi, gãy kín khung chậu, tụ máu sau phúc mạc, BN được MSCT toàn thân nhưng không cản quang nghi vỡ lách có dập đuôi tụy (khó phân độ vì không chụp cản quang), chụp tại DSA nghi vỡ lách độ V (vỡ nát, không rõ điểm thoát mạch,

khối máu tụ quanh lách và khó phân biệt máu tụ phúc phúc mạc), quyết định can thiệp tắc mạch đầu gần ĐM lách ngăn chặn chảy máu tiếp diễn, hậu phẫu BN thở máy, sinh hiệu không ổn định, siêu âm kiểm tra dịch ổ bụng không tăng, nhưng máu tụ sau phúc mạc lan rộng nghi từ gãy khung chậu.

Các biến chứng muộn hiện tại sau thời gian theo dõi chúng tôi chưa ghi nhận. Nhưng cỡ mẫu chúng tôi còn ít và thời gian theo dõi chưa dài, cần thêm thời gian để đánh giá chính xác hơn

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch hiện tại là một phương pháp điều trị hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp, giảm thời gian nằm viện và số lượng máu phải truyền, giúp bệnh nhân tránh được cuộc phẫu thuật chưa cần thiết. Đặc biệt, đem lại nhiều lợi ích cho bệnh ở tuyến tỉnh có thể tiếp cận được phương pháp điều trị tốt nhất. Kỹ thuật này có thể thực hiện an toàn và hiệu quả tại Bệnh Viện Đa Khoa Đồng Nai, tính khả thi cao vì trang bị và kỹ thuật tương đồng với tắc mạch gan đang thực hiện tại bệnh viện. TAE trở thành xu hướng trên thế giới trong điều trị không mổ các trường hợp chấn thương tạng đặc, giúp các phẫu thuật có thêm một lựa chọn để tối ưu hóa phương án điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Cadeddu, A. Garnett, K. Al-Anezi, et al. (2006)**, Management of spleen injuries in the adult trauma population: a ten-year experience, *Can J Surg*, số 49(6), tr. 386-90.
2. **F. Coccolini, G. Montori, F. Catena, et al. (2017)**, Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients, *World J Emerg Surg*, số 12, tr. 40.
3. **A. B. Peitzman, B. Heil, L. Rivera, et al. (2000)**, Blunt splenic injury in adults: Multi-institutional Study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma, *J Trauma*, số 49(2), tr. 177-87; discussion 187-9.
4. **Trần Văn Đăng (2010)**, Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, Học viện quân y.
5. **Trần Ngọc Dũng (2019)**, Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội.
6. **Trần Bình Giang (2001)**, Nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn trong điều trị vỡ lách chấn thương tại bệnh viện Việt Đức, Đại Học Y Hà Nội.
7. **Phạm Văn Truyền (2008)**, Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách do chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2006-2007, Luận Văn Thạc Sĩ, Đại học Y Hà Nội.
8. **Phan Minh Trí (2020)**, Chấn thương lách, in *Bệnh học ngoại khoa tiêu hoáNXB Y Học*. tr. 121-137.