

# CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN VÀ VẾT THƯƠNG NGỰC

PGS.TS. Nguyễn Công Minh

Chấn thương (CT) ngực thường nằm chung trong bệnh cảnh đa thương như chấn thương sọ não, chấn thương bụng...kèm theo hôn mê hoặc sốc nặng, dễ bị bỏ sót.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu của CT ngực kín. Dao đâm và đạn bắn là nguyên nhân thường gặp trong vết thương (VT) thấu ngực.

## VỚI BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

Chú ý khai thác kỹ bệnh sử và cơ chế chấn thương. Thời gian từ khi bị thương cho đến khi đến viện.

**TRONG VT THẤU NGỰC**, nếu có VT ngực hở (nghe và thấy tiếng phi phò nơi vết thương). Phải tiến hành cắt lọc và khâu kín vết thương ngực hở ngay (biến VT ngực hở thành VT ngực kín) tránh nguy cơ tràn khí màng phổi nặng, dễ tử vong.

## CÁC THỂ LÂM SÀNG ĐÒI HỎI PHẢI XỬ LÝ TỐI KHẨN

**Tắc nghẽn khí đạo** là nguyên nhân tử vong nhanh nhất sau khi bị thương. Phải thông thoáng khí đạo trong mọi giai đoạn hồi sức và chuyển thương, cố gắng tối đa, kèm theo cố định cầm để đầu họng được thông thoáng. Nếu chưa được tốt thì nên đặt nội khí quản với ống  $\geq 8$  mm. Nếu nghi ngờ có tổn thương cột sống cổ, nên đặt nội khí quản qua mũi với ống nhỏ hơn, qua thám sát của ống soi mềm. Nếu khó thở mà dụng cụ không có sẵn, mở khí quản để rút ngắn đường thở.

**Tràn khí màng phổi áp lực**

**Tràn khí màng phổi hở**

**Mảng sườn di động thể nặng**

**Tràn máu màng phổi nặng**

## 1. TỔN THƯƠNG THÀNH NGỰC

### GÂY SƯỜN ĐƠN THUẦN

#### • Chú ý:

- Gãy sườn ở trẻ em thường khó phát hiện trên X quang ngực (do xương sườn trẻ đàn hồi tốt), nhưng phải theo dõi các thương tổn nặng bên trong.
- Gãy sườn 1, 2, 3 thường có tổn thương các mạch máu lớn kèm theo, nên chụp CT scan, MRI hoặc chụp mạch đồ nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu. Phải theo dõi sát.
- Gãy sườn 11, 12 thường kèm theo tổn thương lách hoặc thận trái (nếu bên trái); và tổn thương gan hoặc thận phải (nếu bên phải).

#### • Xử trí gãy sườn:

- Vật lý hô hấp như thông thoáng khí đạo, ho khạc và thuốc long đàm, nhất là với bệnh nhân cao tuổi.
- Chỉ dùng thuốc giảm đau dạng chích hoặc uống. Chú ý theo dõi tổn thương kết hợp và phối hợp khi sử dụng thuốc giảm đau.

- Không nên băng keo thun bản rộng như quá khứ đã dùng, hầu tránh loét da và gây hội chứng bó ngực.

### **MĂNG SƯỜN DI ĐỘNG**

Khí gây 2 chỗ trên 1 sườn và gây nhiều sườn liên tiếp.

- Với 1 cơ chế chấn thương ngực kín trực tiếp, cực mạnh.

- Cởi bỏ hết áo ra, dưới ánh sáng có thể thấy “hình ảnh chuyển động đảo nghịch” của màng sườn di động, còn gọi là hô hấp đảo nghịch

- X quang chỉ đóng vai trò tham khảo và đánh giá đập phổi đi kèm. Tất cả màng sườn di động đều có đập phổi kèm theo.

- Tiên lượng nặng: nếu gây cung trước-bên với diện tích di động > 15 cm và biên độ di động > 1,5 cm hoặc tổn thương đập > 1/3 một bên phổi. Chú ý: suy hô hấp, tử vong cao.

Xử trí:

- Chỉ cần giảm đau, giúp thở hoặc phong bế TK liên sườn. Chỉ định thở máy với áp lực dương cuối thời kỳ thở ra (PEEP) khi nhịp thở trên 40 lần/ phút kèm theo áp suất phần trong máu (PO<sub>2</sub>) < 60 mm Hg. Chú ý vật lý hô hấp hầu tránh viêm phổi, nhiễm trùng phổi.

- Không nên dùng băng keo thun bản to và các phương pháp mổ kết hợp xương đều không hiệu quả.

## **2. TỔN THƯƠNG PHỔI-MÀNG PHỔI**

**TRÀN KHÍ DƯỚI DA (TKDD):** 12% - 25% các trường hợp CT ngực.

- Trong hầu hết các trường hợp đều do TKMP hoặc tràn khí trung thất. Nguyên nhân: •DLMP mà lỗ ống nằm trong thành ngực, sau mỡ khí quản, nhưng ít hơn.

- Trong một số trường hợp CT ngực kín, không có gãy sườn, không có đập phổi, nhưng sờ thấy “lép lép” dưới da là do chấn thương dập thành ngực khiến cho khoảng trống mô mềm bị tách ra, mô lỏng lẻo bị trượt lên nhau... tạo nên hiện tượng trên.

Tràn khí dưới da được chẩn đoán dễ dàng qua khám sờ thấy tiếng lép lép dưới da và trên X quang ngực. Trong trường hợp TKDD nhiều, lan rộng cả bên ngực sẽ che mờ các thương tổn phổi-màng phổi bên dưới (cả trên X quang lẫn trên lâm sàng).

-Xử trí: phải tìm ra nguyên nhân của tràn khí dưới da và chú ý hút hệ thống DLMP hiệu quả sẽ giảm TKDD.

### **TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI (TKMP)**

Thường gặp trong CT ngực kín hoặc VT ngực gây rách thành ngực, rách phổi hoặc vỡ rách các phế nang, tổn thương khí-phế quản.

● Dựa trên hình ảnh học, chia là TKMP lượng nhẹ, vừa và nặng.

● Để đánh giá tình trạng nặng, chia TKMP ra làm 3 loại:

-TKMP đơn thuần (simple pneumothorax);

-TKMP hở: đang còn phì phò (open pneumothorax).

-TKMP có chèn ép cấp hay còn gọi là TKMP áp lực (tension pneumothorax):

TKMP có van gây xẹp phổi và suy hô hấp. Nguyên nhân thường là TKMP hở có van. \*Gọi là “van trong” nếu khí thoát ra 1 chiều, từ chỗ rách của nhánh khí-phế quản, bên trong phổi. \*Gọi là “van ngoài”, nếu khí thoát ra 1 chiều, từ chỗ hở của thành ngực, khiến trung thất dễ bị đẩy lệch sang bên đối diện, dễ tử vong... TKMP bên phải thường

từ vong cao hơn TKMP bên (T), vì khả năng chèn ép hồi lưu tĩnh mạch, dễ gây ngưng tim đột ngột.

- Có thể có tràn khí dưới da và tràn khí trung thất kết hợp: chú ý, phải loại trừ tổn thương khí phế-quản.

- Dấu hiệu đẩy lệch trung thất sang bên đối diện, kèm theo triệu chứng suy hô hấp cấp. Thường gặp trong TKMP nặng, thì nên đặt dẫn lưu khẩn cấp và hút hệ thống dẫn lưu màng phổi liên tục dưới áp lực từ 15-20 cm H<sub>2</sub>O, mà không cần chờ đợi X quang.

• Xử trí:

- Với TKMP áp lực: chọc hút khẩn cấp cứu mạng và đặt dẫn lưu tại phòng cấp cứu.

- Với TKMP lượng ít: theo dõi.

- Với TKMP lượng vừa trở lên: đặt dẫn lưu màng phổi ở liên sườn từ 4-6, đường nách giữa, tốt nhất là hút liên tục hoặc cách quãng.

### TRÀN MÁU MÀNG PHỔI (TMMP)

• Nguyên nhân thông thường là do rách phổi, rách động mạch liên sườn. Các trường hợp nặng như: tổn thương động mạch vú trong, các mạch máu lớn hoặc tổn thương các buồng tim.

• Chẩn đoán dựa vào tổng trạng và lượng máu mất trong khoang màng phổi, thường chia làm 3 mức độ (lượng ít, lượng vừa và lượng nhiều).

- X quang ngực thẳng tư thế đứng chỉ có thể cho thấy mờ gốc sườn hoành nếu lượng máu mất vào trong khoang màng phổi 200-300ml. Trái lại trên X quang ngực thẳng tư thế nằm, bóng mờ mỏng lan đều cả 1 bên ngực khó thấy được hiện tượng dịch nếu lượng máu mất vào khoang màng phổi dưới 1 lít. Nếu TMMP nặng, trung thất có thể bị đẩy lệch sang bên đối diện.

• Người ta dựa vào TMMP ổn định, TMMP tiến triển hoặc TMMP đông để quyết định can thiệp nội soi hoặc phải mổ ngực cấp cứu.

- Tràn máu màng phổi tiếp diễn (continuous hemothorax, continued intrapleural bleeding): là TMMP mà nguyên nhân chảy máu chưa được kiểm soát, máu vẫn còn tiếp tục chảy (nhiều hoặc ít). Chiếm tỷ lệ từ 8-15%.

- Tràn máu màng phổi cũ, ổn định (stabilized hemothorax): máu chảy vào khoang màng phổi, nhưng đã tự cầm hoặc có khuynh hướng ổn định, không tiếp tục chảy nữa. Đây là đặc điểm TMMP của đa số các chấn thương ngực kín và 1 phần lớn trong vết thương thấu ngực (85%).

- Tràn máu màng phổi đông (clotted hemothorax): là tình trạng máu chảy ra rồi đông lại, đóng bánh trong khoang màng phổi (8-10% các trường hợp).

• Xử trí: - Đa số các trường hợp, chỉ cần đặt dẫn lưu màng phổi là đủ.

- Chỉ định mở ngực hoặc PT nội soi khi TMMP tiếp diễn hoặc TMMP đông.

**Chỉ định mở ngực khẩn cấp** khi: Trong vòng 15 phút đầu sau vết thương thấu ngực kèm theo mờ hết 1 bên ngực (xác định qua siêu âm hoặc X quang)

**Chỉ định mở ngực hoặc mổ nội soi cấp cứu** khi:

- Máu ra bình dẫn lưu > 300 ml trong giờ đầu và liên tiếp chảy trong 3 giờ liền (sau khi ước lượng trừ lượng máu cũ).

- Máu chảy ra theo ống dẫn lưu > 1000 ml trong 24 giờ và vẫn còn tiếp diễn.

### DẬP PHỔI

- Gặp trong chấn thương ngực mạnh, thường kèm theo gãy sườn.

- Biểu hiện lâm sàng rõ ràng nhất là triệu chứng ho ra máu và nghe được ran nổ nơi tổn thương.

- X quang chẩn đoán tốt nhất: đập phổi có hình ảnh những đám mờ phế nang không rõ nét, hoặc hình ảnh đồng đặc lan tỏa, tại nơi chấn thương.

### **TỤ MÁU NHU MÔ PHỔI**

- Thường gặp trong vết thương thấu ngực hoặc chấn thương ngực kín mạnh.

- Lâm sàng thường kèm theo khó thở nhiều hoặc ít.

- Trên X quang: bóng mờ với bờ viền rõ. Tuy nhiên tụ máu nhu mô phổi thường kèm theo đập phổi. Và khi đó triệu chứng đập phổi sẽ chiếm ưu thế, trừ phi tụ máu quá lớn.

**ĐIỀU TRỊ:** Cả đập phổi và tụ máu nhu mô phổi đều được điều trị bảo tồn: kháng sinh, giảm đau và vật lý hô hấp-thông thoáng khí đạo.

Chỉ định thở máy hỗ trợ khi có dấu hiệu suy hô hấp và giúp thở dự phòng nếu trên 1/3 một bên phế trường bị đập trên X quang phổi trong 6 giờ đầu.

### **3. TỔN THƯƠNG CÁC CƠ QUAN TRUNG THẤT-CƠ HOÀNH TRẦN KHÍ TRUNG THẤT**

Thường gặp trong chấn thương khí áp (barotrauma) trong các trường hợp giúp thở máy với áp lực dương. Trong các trường hợp chấn thương thủng vỡ khí-phế quản.

Trên lâm sàng, tràn khí trung thất tự phát thường rõ hơn trong chấn thương. Bệnh nhân đột ngột đau vùng sau xương ức và trước tim, lan ra sau lưng, lên cổ hoặc lên vai và lan ra cánh tay. Đau tăng lên mỗi khi ho, nuốt, khi hít sâu hoặc lúc nằm nghiêng. Bệnh nhân sẽ dễ chịu khi thở nông và ngồi ngả người về phía trước. 15% các trường hợp có đau bụng và 50% kèm theo khó thở.

Thường phát hiện trên X quang. Trên phim ngực thẳng, vết khí mỏng uốn bọc ngoài bóng tim, quanh quai động mạch chủ hoặc động mạch phổi. Trên phim chụp nằm, tràn khí trung thất dễ nhầm với TKMP trước-trong và khí trong màng bao tim. Trên phim ngực tư thế đứng khí trong TKMP thường lên cao trong khoang màng phổi và khoang màng ngoài tim; nhưng với tràn khí trung thất, khí thường tụ lại tại khoảng kẽ, chỗ có nguyên nhân gây ra.

Trên CT Scan biểu hiện rõ nét nhất.

**TRẦN MÁU TRUNG THẤT** do tổn thương các mạch máu lớn. Nếu nhiều sẽ gây ra chèn ép trung thất cấp (mediastinal tamponade): Triệu chứng tương tự như chèn ép tim cấp nhưng diễn tiến chậm hơn và thường trầm trọng hơn, do phát hiện trễ. Chẩn đoán chính xác phải nhờ đến siêu âm, CT Scan MRI hoặc mạch dò.

### **TỔN THƯƠNG KHÍ PHẾ QUẢN**

Thường gặp trong chấn thương ngực kín nặng như xe cán ngang người. Phế quản bên phải gần chỗ chia hai thường bị ép giữa xương ức và cột sống, bị xé toác ra. Hoặc rách ngang khí quản.

- Triệu chứng thường gặp: tràn khí trung thất và vùng cổ sâu hoặc TKMP lượng nhiều. Ho ra máu, tràn khí màng phổi và tràn khí dưới da, bệnh nhân thường có triệu chứng suy hô hấp.

- Chẩn đoán xác định tổn thương khí quản chỉ dựa vào kết quả nội soi khí phế quản. Nên xử trí sớm, sự chậm trễ sẽ gây chít hẹp dẫn đến xẹp phổi, nhiễm trùng ... và sau cùng nhu mô bị tiêu hủy, sau này phải cắt phổi.

- Xử trí: Với VT nhỏ: điều trị bảo tồn và theo dõi. Nếu VT to nên mở tại chỗ hoặc mở ngực khâu lại VT, tránh hiện tượng mô hạt mọc lấp bít hẹp khí quản.

### **TỔN THƯƠNG THỰC QUẢN**

Gây ra viêm trung thất cấp, nặng, dễ tử vong nếu can thiệp trễ, sau 48 giờ, hoặc gây ra tràn mủ màng phổi nặng. Chẩn đoán dựa vào cơ chế chấn thương, kết hợp với nội soi thực quản, chụp thưa quản cản quang và CT Can sau khi uống dung dịch cản quang.

Xử trí:

- Với tổn thương vùng cổ: mở cổ đường dọc trước cơ ức-đòn-chũm thám sát và khâu lại sớm và nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày.

- Với thực quản ngực: nếu phát hiện sớm, nên mở ngực khâu lại vết thương, dẫn lưu kỹ, tưới rửa 3 ngày sau mổ và mở dạ dày nuôi ăn. Nếu muộn (viêm mủ trung thất) mở ngực lấy hết mô hoại tử, rửa sạch tưới rửa nhiều ngày và mở dạ dày nuôi ăn.

### **HC PURTSCHER (HC ngạt thở do chấn thương hay HC chèn ép tĩnh mạch chủ trên cấp)**

- Do chèn ép ngực kéo dài từ 2-10 phút, hoặc do dẫm đạp lên nhau trong các cuộc tháo chạy hoảng loạn.

- Dấu hiệu tím sẫm vùng đầu mặt cổ, do chèn ép tĩnh mạch chủ trên cấp tính.

- Chỉ cần hồi sức và oxy liệu pháp (thở oxy 3 lít / phút) là đủ.

- Chú ý tổn thương kết hợp (ở lồng ngực) và phổi hợp (nhất là chấn thương sọ não.

. v. . v. .) là nguyên nhân chính gây tử vong.

### **VẾT THƯƠNG TIM**

- Khi lỗ vào của VT nằm trong vùng định vị của tim. Hoặc hướng VT đi xuyên ngang qua vùng tim.

- TC ngạt thở nặng, mặt nạn nhân tím sẫm lại, tĩnh mạch cổ phồng, dấu mạch nghịch, nghe tiếng tim xa xăm kèm theo huyết áp tuột (HC.chèn ép tim cấp)...

- Chụp X quang thường khó xác định, có khi thấy bóng tim hình bầu nước. Soi dưới màng huyết quang thấy bóng tim to đập yếu hoặc không đập.

- ECG thường không kịp làm trong cấp cứu vì nạn nhân dễ chết nhanh trong tình trạng chèn ép tim cấp (cardiac tamponade) do chảy máu trong màng ngoài tim; hoặc chảy máu ồ ạt ra các khoang lân cận (gây ra HC sốc mất máu cấp).

- ECHO tim làm ngay tại phòng cấp cứu là điều kiện tốt nhất để chẩn đoán chèn ép tim cấp (tamponade), hoặc xác định có máu trong màng ngoài tim, hầu có chỉ định mổ kịp thời, cứu sống bệnh nhân.

- Chọc dò màng ngoài tim là động tác hết sức quan trọng để chẩn đoán tràn máu màng tim và qua đó hút máu ra để giải phóng tamponade trong lúc chờ đợi mở ngực để khâu lại vết thương tim.

### **VẾT THƯƠNG THÙNG HOÀNH (vết thương ngực bụng)**

• Nếu vết thương từ vú đến ngang rốn (chiếm tỷ lệ 80 %).

• Dấu gián tiếp:

- Nếu vết thương chột vùng ngực mà lại có HC xuất huyết nội ở bụng hoặc HC viêm phúc mạc.

- Hoặc vết thương ở vùng bụng mà lại có HC tràn máu hoặc tràn khí màng phổi.

- Trên X quang ngực thẳng, nghiêng: thấy hình ảnh mất liên tục của vòm hoành. Bóng hoành nâng cao.

Xử trí:

- Giai đoạn cấp (trong 48 giờ): mở bụng hoặc phẫu thuật nội soi để khâu hoành.

- Giai đoạn chuyển tiếp (48 giờ-2 tuần lễ): mở ngực khâu hoành và xử lý tổn thương kết hợp.

- Giai đoạn trễ (sau 2 tuần): chỉ có mở ngực gỡ dính mới có thể khâu hoành. Trong các trường hợp lỗ rách hoành to, có thể ghép bằng màng bao tim hoặc màng cân cơ thành ngực hoặc dùng chất tơ nhân tạo như plastic mech, Dracron, Teflon) để phục hồi cơ hoành.

### **VỠ HOÀNH DO CHẤN THƯƠNG KÍN**

- Với cơ chế chấn thương nặng, như té cao, xe đụng trực tiếp hoặc xe cán ngang vùng ngực-bụng hoặc vùng bụng trên.

- Trên X quang ngực thẳng có thấy được hình ảnh **thoát vị hoành**: \*Sự mất liên tục của viền hoành; \*Sự nâng cao của cơ hoành; \*Bóng hơi bất thường (của dạ dày) trên vùng ngực.

- Xử trí: đại đa số nằm trong bệnh cảnh đa thương nặng. Ngoài hồi sức chống sốc, hầu hết phải mở bụng khâu hoành và xử lý các tổn thương kết hợp.

### **KẾT LUẬN**

Chấn thương ngực là 1 thương tổn thường gặp trong chấn thương, có tỷ lệ tử vong cao, chiếm ¼ số tử vong do chấn thương mà chỉ cần xử trí ban đầu đúng đắn thì chúng ta có nhiều khả năng cứu sống nạn nhân. Vấn đề quan trọng đối với một thầy thuốc ngoại khoa là phải khám kỹ nạn nhân. Đặc biệt là phải khám lại nhiều lần và theo dõi sát những trường hợp nặng (kết hợp với các phương tiện cận lâm sàng như X quang ngực, CT Scan hoặc khảo sát mạch đồ, định lượng khí máu động mạch. . . ) hầu tránh bỏ sót những tổn thương bên trong lồng ngực.