

Chuyên đề 14: Chấn thương - vết thương ngực

PHẦN 1: CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

Chấn thương ngực kín là những chấn thương do một vật tù đập mạnh vào lồng ngực gây tổn thương ở thành ngực hoặc các cơ quan trong lồng ngực nhưng không làm rách da và các tổ chức phần mềm bao quanh lồng ngực.

I. Giải phẫu bệnh:

1. *Tổn thương thành ngực:*

+ Gãy sườn: Là một tổn thương hay gặp trong chấn thương ngực kín. có hai cơ chế chủ yếu

- Gãy trực tiếp: Do lực chấn thương tác động trực tiếp vào xương nên các đầu gãy thường chọc vào trong.

- Gãy gián tiếp: Do lồng ngực bị ép giữa hai bản cứng nên các đầu xương gãy thường hướng từ trong ra ngoài, các đầu gãy thường nham nhỏ. Nơi hay gãy nhất là cung sau và cung nách. Mặc dù lồng ngực luôn di động, nhưng chỗ gãy không bao giờ tạo thành khớp giả mà bao giờ cũng liền xương với một can xương phì đại.

2. *Thương tổn các mạch máu của thành ngực:*

Hay gặp nhất là thương tổn bó mạch liên sườn ở ngay cạnh ổ gãy, hoặc có thể tổn thương mạch máu ở mặt trong thành ngực (mạch vú trong, các mạch nối giữa các mạch máu liên sườn)

3. *Tổn thương phổi:*

+ Vỡ phổi: Có thể vỡ nông ngay trên bề mặt phổi (hay gặp) hoặc có thể vỡ phía trong của phổi (ít gặp song rất nặng) Vỡ phổi là do tăng áp lực đột ngột trong đường hô hấp hoặc đôi khi do những đầu xương chọc vào. phổi

+ Chảy máu trong phổi: có hai loại

- Chảy máu lan toả: do thương tổn nhiều mạch máu nhỏ, ở cả hai bên phổi.

- Chảy máu thành khối: thường tạo thành nang máu giả.

+ Xẹp phổi: Ngoài nguyên nhân gây chèn ép từ bên ngoài lên đường hô hấp, còn có các nguyên nhân khác như rách hay vỡ phế quản, ứ đờm rãi, ứ dịch đường hô hấp, xẹp phổi do phản xạ

4. *Thương tổn đường hô hấp:*

+ thương tổn phế quản gốc: hay gặp nhất. thường có hai hình thái vỡ phế quản hay gặp: vỡ ngang và vỡ dọc.

+ thương tổn khí quản: ít gặp hơn.

+ Thương tổn phế quản nhỏ: có thể gây ra tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi, tràn khí khoang kẽ, tràn khí dưới da...

5. Thương tổn các cơ quan khác trong lồng ngực.

+ Thương tổn tim: Vỡ thành tim là nặng nhất, chiếm 34% số chấn thương tim, ngoài ra còn có thể gặp rách hay vỡ vách tim, van tim (nhất là van động mạch chủ)

+ Thương tổn màng tim: ít gặp

+ Thương tổn các mạch máu lớn: Rách các mạch máu của tiểu tuần hoàn. Rách các mạch máu của đại tuần hoàn, nhất là động mạch chủ (hay gặp ở vùng eo động mạch chủ)

+ Thương tổn cơ hoành: hay gặp tổn thương vòm hoành bên trái (86%). Thường là sau khi rách, các tạng trong ổ bụng bị hút lên ngực gây ra thoát vị cơ hoành.

+ Vỡ thực quản: Hiếm gặp, thường gặp ở đoạn 1/3 dưới. Vỡ thực quản thường gây tình trạng viêm tế bào lan toả ở trung thất, tiên lượng rất nặng.

+ Vỡ ống ngực: thường hay bị bên phải, gây tràn dưỡng chấp màng phổi

+ thương tổn thần kinh trong ngực: ít gặp.

II. Tràn máu tràn khí màng phổi: Biểu hiện cả HC TKMP ở phần trên lồng ngực và HC TDMP ở phần dưới lồng ngực.

- Đau ngực, khó thở

- Lồng ngực bên TT vồng cao, các khoang liên sườn giãn, tràn khí dưới da.

- Tam chứng Galliard: rung thanh giảm, gõ vang, rì rào phế nang giảm

- HC 3 giảm: rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ đục

- Chọc hút khoang màng phổi có khí và máu

- XQ: + Hình vệt sáng giữa phổi, nhu mô phổi co về phía rốn phổi

+ Mờ đáy phổi, đường cong Damoiseau

III. Điều trị tràn khí - tràn máu khoang phế mạc

1. Điều trị tràn máu phế mạc: Khi có tràn máu phế mạc cần rút máu sớm ra khỏi khoang phế mạc bằng chọc hút hoặc dẫn lưu nhằm làm cho phổi nở ra sát thành ngực và hạn chế nhiễm khuẩn. Chọc hút khoang màng phổi vừa là biện pháp chẩn đoán, vừa là biện pháp điều trị. Nguyên tắc chọc hút và dẫn lưu màng phổi là: sớm, triệt để, kín, một chiều, vô trùng tuyệt đối.

- Chọc hút: Là biện pháp điều trị đơn giản, dễ làm nhưng phải theo dõi chặt chẽ và phải làm nhiều lần mới có thể làm cho phổi nở ra sát thành ngực. Tiến hành gây tê tại chỗ bằng novocain 1%, thường chọc ở đường nách giữa (nơi thành ngực mỏng nhất), sau khi xác định mức dịch bằng gõ hoặc bằng X quang thì chọc ở dưới mức dịch khoảng 1 - 2 khe liên sườn. Dùng kim cỡ lớn 18/10 - 20/10 mm dài 6 - 10 cm có đầu vát ngắn.

- Dẫn lưu máu khoang màng phổi: Là biện pháp triệt để hơn, có thể làm cho phổi nở ra sát thành ngực nhanh hơn, và qua ống dẫn lưu có thể theo dõi tiến

triển của chảy máu, nhưng đòi hỏi phải làm ở những cơ sở điều trị có điều kiện vô khuẩn, có máy hút liên tục.

*Kỹ thuật: chọn ống dẫn lưu cỡ đủ to, không quá mềm. thường dùng ống Argyle 28 - 32Fr (3Fr= 1mm đường kính). Sau khi gây tê, rạch da và đặt ống dẫn lưu qua trocar hoặc qua kìm Kocher để đưa ống vào khoang màng phổi. Khâu cố định ống dẫn lưu vào da thành ngực sau khi đã khâu kín mép da hai bên ống dẫn lưu. Vị trí dẫn lưu thường ở liên sườn 6 trên đường nách giữa.

*Săn sóc ống dẫn lưu: nối ống dẫn lưu vào bình kín và máy hút liên tục với áp lực từ - 20 đến - 40 cm nước. Nếu dẫn lưu theo phương pháp siphông thì chai hứng dịch phải đặt thấp hơn mức của lồng ngực từ 60cm đến 1m để tránh hiện tượng trào ngược dịch, máu từ lọ chứa dịch vào khoang màng phổi khi bệnh nhân ho hoặc rặn mạnh làm cho áp lực âm tính của khoang màng phổi tăng lên đột ngột.. ở đầu ra của ống dẫn lưu cần gắn một chiếc van làm bằng một mẩu đầu găng cao su có khóa ở đầu. Có thể dùng van dẫn lưu một chiều của Heimlich. Thời gian đặt ống dẫn lưu khoảng 48 giờ.

2. Điều trị tràn khí phế mạc:

Tiến hành chọc hút khoang màng phổi thường dễ dàng, dùng một kim chọc vào khoang liên sườn 2 - 3 đường giữa đòn. Nếu khí tái lập nhanh thì nên dẫn lưu màng phổi và hút liên tục. Nếu dẫn lưu màng phổi không có hiệu quả thì cần mở ngực để khâu lỗ rò phế quản

PHẦN 2: VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ

VT ngực hở là VT làm rách lá thành của khoang màng phổi làm khoang MF thông với MT bên ngoài.

Là 1 cấp cứu ngoại khoa thường gặp ảnh hưởng trực tiếp đến TH –HH. Vì vậy việc sơ cứu nhằm thăng bằng rối loạn TH- HH là rất quan trọng.

1.Chẩn đoán:**a. Cơ năng:**

Đau ngực và khó thở sau tai nạn, rất nặng nếu vết thương ngực còn đang hở.

b. Toàn thân:

Có thể có shock mất máu nặng: nếu kèm đứt bó mạch liên sườn hoặc mạch máu lớn của phổi.

Một số trường hợp có suy hô hấp nặng: nếu vết thương còn đang hở, đặc biệt trong trường hợp VTNH rộng.

c. Tại chỗ:

Vết thương:

- Đa số (> 95%) là vết thương nằm trên thành ngực, tuy nhiên có thể từ bồng nên hay từ ngực xuống (do tai nạn hoặc đạn bắn).
- Vết thương thường nhỏ vài cm, một số trường hợp vết thương lớn > 10 cm (dao, mã tấu chém, tai nạn).
- Vết thương có thể tự bịt kín (nhỏ), được sơ cứu băng kín hoặc khâu kín ⇔ thường có dấu hiệu tràn khí dưới da quanh vết thương.
- Vết thương có thể còn đang hở (mơi bị đâm, vết thương rộng) ⇔ có dấu hiệu phì phò máu khí qua vết thương.

Các dấu hiệu tràn máu – tràn khí khoang màng phổi:

- Biến dạng lồng ngực.
- Biên độ hô hấp giảm ở bên tổn thương.
- Phập phồng cánh mũi.
- Co kéo các cơ hô hấp ở cổ, ngực.
- Thường thở nhanh nông > 25 lần/phút.
- Gõ thấy vang hơn ở vùng cao - đục hơn ở vùng thấp.
- Nghe rì rào phế nang phổi giảm hoặc mất.
- Chọc hút màng phổi: ra máu ở thấp, khí ở cao.

d. Dấu hiệu cận lâm sàng:

Xquang lồng ngực:

Thấy hình ảnh tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.

Có thể thấy hình ảnh gãy xương sườn ⇔ lưu ý có vết thương bó mạch thân kinh liên sườn.

Xét nghiệm máu thấy thiếu máu nếu đứt bó mạch liên sườn hay các mạch máu lớn khác, và bạch cầu thường tăng.

Nhìn chung trên lâm sàng thường thấy 2 dạng bệnh chính, tương ứng với VTNH còn đang hở hay đã được bịt kín:

VTNH còn đang hở: cơ năng, toàn thân và lồng ngực thấy biểu hiện một tình trạng suy hô hấp + 1 vết thương trên thành ngực còn đang phì phò máu và khí.

VTNH đã được bịt kín: hội chứng tràn máu – tràn khí màng phổi + 1 vết thương thành ngực.

2. Điều trị:

a. Sơ cứu:

- Nhanh chóng chuyển vết thương ngực hở thành vết thương ngực kín:
- Nếu vết thương nhỏ: bịt kín bằng băng ép với 1 lớp gạc dày.
- Nếu vết thương lớn: phải khâu da tạm thời nếu có điều kiện.
- Nếu vết thương rất lớn: nút Depage.
- Làm thông thoáng đường hô hấp, thở O₂.
- Hồi sức, truyền dịch nếu có shock mất máu.
- Kháng sinh, giảm đau, giảm ho, phòng uốn ván.
- Sớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ.

b. Điều trị phẫu thuật:

- Chủ yếu gồm: dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi và cầm máu – khâu kín vết thương.
- Vô cảm: thương gây tê tại chỗ, phải gây mê nội khí quản khi vết thương lớn hay cần thăm dò vết thương (trường hợp nghi vết thương ngực – bụng ...).

Phẫu thuật:

- Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua khoang liên sườn V – nách giữa.
- Cầm máu vết thương thành ngực và khâu kín vết thương theo từng lớp.

Chỉ định mở ngực:

- Nếu dẫn lưu ra ngay > 1000 ml máu/thời gian từ khi bị thương tới khi mổ < 6 giờ.
- Nếu theo dõi dẫn lưu thấy ra > 200 ml/giờ x 2 – 3 giờ liền.
- Mục đích: mở ngực để lấy máu cục khoang màng phổi, và cầm máu thương tổn mạch máu lớn (thường là bó mạch liên sườn, mạch vú trong, đôi khi mạch phổi).
- Đường mở ngực thường đi qua khoang liên sườn V, trên nguyên tắc càng gần vết thương càng tốt.

- Chú ý kỹ thuật khâu thắt bó mạch liên sườn qua xương sườn. Nên khó tiếp cận vết thương mạch liên sườn với đường mổ ngực thông thường, có thể mở rộng chính vết thương ngực để thắt mạch cầm máu.

c. Điều trị sau mổ:

- Săn sóc dẫn lưu màng phổi, có gắng rút vào 48 – 72 giờ sau mổ.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập lý liệu pháp sớm sau mổ.
- Kháng sinh (3 – 5 ngày), giảm đau, ho long đờm, giảm viêm.
- Ăn uống nâng cao thể trạng. Bù máu nếu thiếu.

Theo dõi biến chứng:

- Nhiễm trùng vết mổ và vết thương: cắt chỉ da sớm, thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Xẹp phổi: tích cực làm lý liệu pháp.