

VẾT THƯƠNG THẤU NGỰC

1. Định nghĩa:

Vết thương gọi là thấu ngực khi có thủng lá màng phổi thành. Tác nhân gây thương tích có thể là hoá khí hay bạch khí. Tùy mức độ xuyên thấu, kích thước, vận tốc di chuyển của vật gây thương tích mà tổn thương một hay nhiều cơ quan và ở những mức độ khác nhau.

2. Vết thương phổi-màng phổi:

Hay gặp nhất trong vết thương ngực. Chia làm 3 loại: Trần khí màng phổi kín, hở và có van.

2.1 Trần khí màng phổi kín:

- Khi vết thương được bít kín ngay bằng tổ chức xung quanh, khoang ngực không bị thông thương với bên ngoài.
- Lâm sàng có nhiều mức độ: đau ngực, khó thở, suy hô hấp, sốt ...
- X-Quang: xác định lượng khí ít hay nhiều, tụ máu trong nhu mô phổi ...

2.2. Trần khí màng phổi mở:

- Khi vết thương làm hở thành ngực, khoang ngực thông thương tự do với bên ngoài.
- Vết thương hở nhỏ: đầu phì phò, khó thở.
- Vết thương hở rộng: khi lớn hơn 3cm, hở trên 2/3 đường kính khí quản, sẽ gây hô hấp đảo chiều và lác lư trung thất., nhanh chóng suy hô hấp và rối loạn tuần hoàn.
- X-Quang: có thể kèm tràn máu màng phổi.

2.3. Trần khí màng phổi van:

- Vết thương thành ngực hoạt động như 1 cái van, không khí từ ngoài vào mà không ra được, chỉ theo 1 chiều, làm áp lực tăng nhanh chóng gây chèn ép tim và các cuống mạch, phổi...
- Khó thở nặng, vật vã, tím tái, sốt.
- Bên tràn khí âm phế bào giảm, gõ vang, tĩnh mạch cổ nổi, tràn khí dưới da
- X-quang: Tràn khí màng phổi có thể kèm tràn máu, khí quản bị đẩy lệch, có thể có tràn khí trung thất.

2.4. Tràn máu màng phổi:

- Hội chứng thường gặp nhất trong vết thương thấu ngực. Nguyên nhân có thể là từ thành ngực hoặc do những cơ quan bên trong.
- Lâm sàng tùy thuộc vào mức độ mất máu.
- Đau ngực, khó thở, sốt, ho ra máu khi có tổn thương thông vào đường thở.
- Hội chứng ba giảm bên có tràn máu, có thể kèm tràn khí màng phổi.
- Tĩnh mạch cổ nổi khi có chèn ép trung thất, chèn ép tim.

- Cận lâm sàng: Xquang ngực xác định lượng dịch trong khoang màng phổi, chọc dò xác định máu trong khoang màng phổi. Tùy tổn thương phổi hợp mà có chỉ định làm CT Scan, MRI...

3. Vết thương tim: Cần cấp cứu khẩn cấp

- Khai thác bệnh sử, tư thế bệnh nhân và đặc điểm của vật gây thương tích cũng giúp cho hướng chẩn đoán.
- Vị trí vết thương trên thành ngực là một yếu tố nghi ngờ có tổn thương ở tim: trong tam giác Kocher hoặc tứ diện giải phẫu của tim. Vết thương sau lưng tới, thượng vị, hoặc bên phải ...
- Lâm sàng: hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp (Tam chứng Beck).
- Cận lâm sàng:
 - Chụp Xquang ngực thẳng: bóng tim hình giọt nước.
 - Siêu âm tim có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhưng chỉ có thể làm khi huyết động còn ổn định.
 - Điện tim: cho thấy giảm điện thế của QRS khi tim bị chèn ép...

4. Vết thương các mạch máu lớn trong lồng ngực:

- Là vết thương của các mạch máu thuộc cuống tim, cuống phổi và các nhánh chính của chúng... Cần cấp cứu khẩn cấp như một vết thương tim.
 - Vết thương ngực, khó thở, đau, máu chảy ra ngoài hoặc vào trong lồng ngực.
 - Sốc mất máu.
 - Đôi khi có chèn ép tim cấp do máu chảy vào khoang màng tim.
 - Cận lâm sàng:
- Chụp Xquang ngực thẳng cho thấy trung thất trên giãn rộng trên 8cm hoặc tỉ lệ tim/ngực lớn hơn 0,28.
- Nếu huyết động ổn định: dùng siêu âm chẩn đoán, chụp động mạch, CT Scan, MRI là những phương tiện chẩn đoán chính xác nơi tổn thương.

5. Vết thương khí quản ngực và phế quản: Không bao gồm khí quản cổ

- Tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi và tràn khí dưới da.
- Khó thở nặng, ho và có thể ho ra máu.
- Đặc biệt dẫn lưu khí được hút dưới áp lực và trong nhiều giờ mà phổi không nở.
- Cận lâm sàng: Chụp XQuang ngực cho thấy tràn khí, tràn máu màng phổi và xẹp phổi, CT Scan đa lớp cắt có dạng hình có thể phát hiện được vị trí thủng khí –phế quản, nội soi mềm là phương tiện chẩn đoán xác định.

6.Vết thương thực quản ngực:

Là loại tổn thương ít gặp do vị trí cơ quan nằm sâu trong trung thất sau.

- Lúc đầu triệu chứng mờ nhạt nhưng khi vào giai đoạn viêm tấy sẽ có đau ngực nhiều, khó thở, không dám nuốt, mạch nhanh, nhiễm trùng tiến triển có thể có nhiễm trùng huyết.
- Nếu lỗ thủng ở vùng 1/3 dưới: đau ở đầu dưới xương ức, thượng vị.
- Nếu thực quản và khí quản bị tổn thương cùng lúc gây rò khí-thực quản: khi ăn hoặc uống là ho sặc sụa, khạc ra thức ăn đồ uống. Nếu lỗ rò nhỏ sẽ không có triệu chứng này.
- Cận lâm sàng: XQuang ngực: thường có tràn khí trung thất ở ngay trên cơ hoành, có thể có tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi.
- Chẩn đoán xác định bằng chụp thực quản có cản quang hoặc soi thực quản.

7.Vết thương ngực-bụng:

Là loại vết thương có thủng cơ hoành.

- Vị trí vết thương và tìm hiểu hướng đi của vật gây thương tích giúp chẩn đoán.
- Sốc là thường gặp, đau ngực, khó thở, ho khạc ra máu, tràn khí hoặc máu màng phổi.
- Triệu chứng của vết thương bụng: Đau bụng, xuất huyết trong ổ bụng, viêm phúc mạc...
- Thoát vị các tạng ở bụng lên ngực gây rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng, nhanh chóng.
- Cận lâm sàng: XQuang ngực, Xquang bụng không hoặc có chất cản quang, siêu âm và CT Scan là những phương tiện chẩn đoán hiệu quả.
- Nội soi ổ bụng.

8.Nguyên tắc điều trị:

Nguyên tắc điều trị nói chung không khác trong điều trị cấp cứu ngoại khoa chấn thương ngực kín.

8.1.Vết thương ngực hở rộng:

- Ở tuyến sơ cứu dùng băng, gạc tẩm Vaseline đắp kín lỗ hổng rồi băng lại và bên ngoài dán băng kéo kín không để không khí lọt qua và chuyển ngay về tuyến điều trị chuyên khoa.
- Nguyên tắc là phải khâu kín thành ngực, nếu khăn cấp chỉ cần khâu da trước.
- Kỹ thuật mổ: có thể dùng kỹ thuật chuyển vật cơ, khâu treo cơ hoành hoặc dùng mảnh ghép nhân tạo. Phối hợp kiểm tra những cơ quan trong khoang ngực khi mở ngực do vết thương ngực hở rộng.

8.2.Mở ngực cấp cứu:

- Khi chẩn đoán có vết thương tim, vết thương mạch máu lớn trong lồng ngực, vết thương ngực hở rộng, vết thương ngực gây tràn khí có van.
- Rách khí-phế quản: tốt nhất là được xử trí trong vòng 24 giờ đầu sau khi bị thương.
- Vết thương thủng cơ hoành nếu chưa có chỉ định mở ngực thì thông thường mở bụng để kiểm tra tổn thương trong khoang bụng và khâu cơ hoành qua đường mở bụng.

8.3.Vết thương thủng thực quản đến muộn:

- Đã nhiễm trùng rõ, viêm tấy, tụ mủ. Mục đích lúc này không phải là khâu trực tiếp mà mở ngực loại bỏ mô hoại tử, ổ nhiễm trùng, rửa liên tục bằng nước sinh lý có pha Betadine.
- Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch và qua sonde dạ dày, đặt sonde mũi thực quản để tránh không cho nước bọt chảy qua chỗ vết thương và yêu cầu bệnh nhân khạc ra không nuốt nước bọt.
- Khi hết nhiễm trùng trung thất, bệnh nhân ổn định mổ tạo hình thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Chấn Thương Ngực*, Nguyễn Công Minh, NXB y học 2005.
2. *ACS surgery: injuries to the chest*, Edward H. Kincaid, MD and J. Wayne Meredith, MD, F.A.C.S, 2004
3. *General Thoracic Surgery 7th*, 2009 Lippincott Williams & Wilkins, thoracic trauma, section XII
4. *Thoracic Trauma: When And How To Intervene*, J.Wayne Meredith. MD and J Jason Hoth, MD, Surgycal Clinics of North American, 2007