

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2012-2014

Đoàn Duy Hùng \*, Đoàn Quốc Hưng \*\*

**TÓM TẮT:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản chấn thương ngực kín. Đa số chấn thương ngực kín được xử trí bằng dẫn lưu màng phổi, chỉ có một tỷ lệ nhỏ phải mở ngực. Nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội từ 1/2012 đến 12/2014 trên 113 bệnh nhân chấn thương ngực kín điều trị bằng phẫu thuật nhằm nêu một số nhận xét về đặc điểm triệu chứng, tổn thương và kết quả điều trị phẫu thuật các trường hợp chấn thương ngực kín. Tuổi trung bình  $46,6 \pm 16,9$ , nam giới 85%. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (60,2%). Thể bệnh chính là tràn máu tràn khí màng phổi (53,1%). Các tổn thương đi kèm như chấn thương sọ não (12,38%), chấn thương bụng kín (14,1%), xương khớp (30,1%). Phẫu thuật chủ yếu là dẫn lưu màng phổi (93%), chỉ có 7% phải mở ngực. Kết quả ghi nhận tốt (71,7%), trung bình (15,1%), xấu (3,5%), tử vong (8,8%), sai sót và biến chứng là 51,3%.

**SUMMARY:** Surgery is the basic treatment of blunt chest injury (BCI). Most of thoracic injuries are managed with simple maneuvers such as a tube thoracostomy, only a small number requires definitive operative repair. Our researches at Saint Paul Hospital of Ha Noi from January 2012 to December 2014 conducted on 113 blunt chest patients treated with surgical procedure, in order to note down some characteristics of symptoms, injuries and treatment results. The average age was  $46,6 \pm 16,9$ , male took up 85%. Types of BCI was oftenly caused by traffic accidents (60,2%). The main kind of BCI was hemopneumothorax (53,1%). Side injuries included brain injury (12,38%), abdominal trauma (14,1%), orthopedic trauma (30,1%). Conducted procedure was mostly chest drainage (93%), only 7% among cases required thoracotomy. Operative results included good signs (71,7%), average (15,1%), bad (3,5%), death (8,8%), complications(51,3%).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa ở mọi tuyến y tế và có tỉ lệ cao ở các bệnh viện tuyến tỉnh và thành phố [1],[7]. Các nguyên nhân của chấn thương ngực kín là tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt, đặc biệt nguyên

nhân do tai nạn giao thông ngày càng tăng theo thời gian [1],[2],[4], tổn thương nặng, nguy cơ tử vong cao. Chấn thương ngực kín gây nên những tổn thương giải phẫu ở lồng ngực dẫn đến những rối loạn sinh lý bệnh nhanh chóng trên cơ quan hô hấp và tuần hoàn, ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe và tính mạng của bệnh nhân, đòi hỏi phải được phát hiện và chẩn đoán nhanh, xử trí kịp thời, chính xác mới có thể cứu sống bệnh nhân, giảm tỉ lệ thương tật. Ngoài những trường hợp chấn thương ngực kín cần cấp cứu tức thì vẫn còn những trường hợp tổn thương phổi và màng phổi xuất hiện muộn cần được theo dõi, phát hiện và can thiệp, tránh bỏ sót. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Xanh Pôn, tuyến cuối về ngoại khoa của Sở y tế Hà Nội với mục tiêu nhận xét về đặc điểm triệu chứng, tổn thương và kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín giai đoạn 2012-2014.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân bị chấn thương ngực kín được phẫu thuật dẫn lưu màng phổi hay mở ngực tại bệnh viện Xanh Pôn-HN từ 01/2012 12/2014.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả, hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được xác định các chỉ tiêu nghiên cứu theo một mẫu nghiên cứu thống nhất, chú trọng các chỉ tiêu về triệu chứng lâm sàng, XQ lồng ngực, siêu âm màng phổi cấp cứu, phương pháp phẫu thuật và kết quả ban đầu. Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích và xử lý số liệu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 113 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với các đặc điểm như sau

#### 3.1. Đặc điểm dịch tễ

- Giới: Nam: 96 (85%), Nữ: 17 (15%), tỉ lệ Nam/Nữ là 5,64. Tuổi: từ 7 đến 81, trung bình  $46,6 \pm 16,9$

\* Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng

Ngày nhận bài: 18/06/2016 - Ngày Cho Phép Đăng: 18/08/2016

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

**Bảng 1: Tỷ lệ theo nhóm tuổi (nhóm tuổi theo WHO) (n=113)**

Nhóm tuổi	n (Bệnh nhân)	Tỷ lệ (%)
< 20	7	6.2
20 - 39	31	27.4
40 - 59	53	46.9
≥ 60	22	19.5
<b>Tổng</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

**Bảng 2: Nguyên nhân tai nạn (N=113)**

Nguyên nhân		n (Bệnh nhân)	Tỷ lệ (%)	Tổng	Tỷ lệ (%)
TN giao thông	Tự ngã xe máy	38	33,6	68	60,2
	Va chạm với PTGT khác	30	26,6		
Tai nạn lao động	Ngã cao	11	9,7	12	10,6
	Bị đè ép	1	0,9		
Tai nạn sinh hoạt	Bị ngã	23	20,4	33	29,2
	Bị đánh	10	8,9		
<b>Tổng</b>		<b>113</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

**Bảng 3: Tổn thương lồng ngực và tổn thương phổi hợp ở cơ quan khác (N=113)**

Tổn thương ngực	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)	
Đơn thuần	58	51,3	
Phổi hợp	Bụng	16	14,15
	Sọ não	14	12,38
	Xương khớp	34	30,08

**Bảng 4: Tổn thương giải phẫu của lồng ngực (n=113)**

Tổn thương	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Gãy xương sườn	96	80,5
Màng sườn di động	7	6,2
Vỡ cơ hoành	2	1,8

Rách phổi	2	1,8
Dập phổi	6	5,4
Tổn thương mạch máu lớn	3	2,7

**Bảng 5: Đặc điểm tổn thương khoang màng phổi (n=113)**

Tổn thương khoang màng phổi		n (bệnh nhân)	Tỷ lệ (%)	Tổng	Tỷ lệ (%)
TMMP	Bên phải	14	12,4	44	39,0
	Bên trái	25	22,1		
	Hai bên	5	4,4		
TKMP	Bên phải	7	6,2	9	7,9
	Bên trái	2	1,8		
	Hai bên	0	0		
	Bên phải	20	17,7	60	53,1
	Bên trái	28	24,8		
	Hai bên	12	10,6		

**Bảng 6: Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng (n=113)**

Đặc điểm triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Suy hô hấp	57	51,4
Sốc	17	15
Đau ngực	99	87,6
Khó thở	57	51,4
Bầm tím, tụ máu, xây xát da thành ngực	38	33,6
Điểm đau chói khi ấn thành ngực	79	69,9
Biến dạng lồng ngực	18	16,0
Màng sườn di động	7	6,2
Tràn khí dưới da	24	21,2
Rì rào phế nang giảm, mất	80	79,8
Gõ vang vùng cao	23	20,4
Gõ đục vùng thấp	29	25,7
Chọc dò màng phổi ra máu, khí	18	15,92

**Bảng 7: Hình ảnh tổn thương trên phim XQ ngực và siêu âm màng phổi (n=113)**

Hình ảnh tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Gãy xương sườn	96	84,9
Màng sườn di động	7	6,2
Vỡ cơ hoành	1	0,9
Tràn khí dưới da	24	21,2
Tràn máu màng phổi	38	33,6
Tràn khí màng phổi	9	7,9
Tràn máu tràn khí màng phổi	56	53,1
Siêu âm màng phổi có dịch	104	92,1

### 3.2. Xử trí

**Bảng 8: Đặc điểm chung phẫu thuật chấn thương ngực kín (n=113)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật	Dẫn lưu màng phổi	105	93
	Mở ngực	8	7
Thời gian từ khi vào viện tới khi phẫu thuật	<1h	24	21,2
	1h – 6h	31	27,4
	>6h – 24h	10	8,8
	>24h	48	42,5
Phẫu thuật phối hợp trên cơ quan khác	Bụng	16	14,1
	Sọ não và xương khớp	8	7,2

Nhận xét: Thời gian trung bình:  $38,8 \pm 4,8$  giờ, ngắn nhất là 0,18 giờ, dài nhất là 192 giờ.

**Bảng 9: Đặc điểm phẫu thuật dẫn lưu màng phổi (n=113)**

Đặc điểm		Số lượng BN	Tỷ lệ %
Chỉ định	Tràn máu màng phổi	44	38,9
	Tràn khí màng phổi	9	7,9
	Tràn máu tràn khí màng phổi	60	53,1
Thực hiện trong phòng mổ		54	47,7
Phẫu thuật viên chuyên khoa		69	61,1
Dẫn lưu màng phổi đơn thuần		96	84,9
Dẫn lưu màng phổi cấp cứu		64	56,6
Dẫn lưu màng phổi sau 24 giờ		49	43,3
Đặt 2 dẫn lưu vào một khoang màng phổi		5	4,4
Dẫn lưu khoang màng phổi hai bên		13	11,5

**Bảng 10: Đặc điểm phẫu thuật mở ngực cấp cứu (n=8)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ định	Tràn máu màng phổi	4	50
	Tràn máu màng tim	1	12,5
	Ổ chặn màng phổi	3	2,7
Phân loại	Sau dẫn lưu màng phổi	5	62,5
	Thì 2	3	37,5
Đường mổ	Khoang liên sườn 5	4	50
	Mở dọc xương ức	1	12,5
	Nội soi	3	37,5
Xử trí	Khâu phổi	3	37,5
	Cầm máu	4	50
	Dọn ổ chặn, bóc vỏ phổi	3	37,5
	Khâu cơ hoành	1	12,5

**Bảng 11 : Kết quả chung**

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	81	71,7
Trung bình	18	15,1
Xấu	4	3,5
Tử vong	10	8,8

**Bảng 12 : Sai sót và biến chứng của phẫu thuật dẫn lưu màng phổi (n=58)**

Sai sót và biến chứng	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán không đúng thể bệnh và chỉ định cách thức phẫu thuật không chính xác	1	1,72
Vị trí đặt dẫn lưu không đúng	1	1,72
Cỡ ống dẫn lưu không đúng	10	17,24
Dẫn lưu đặt không vào khoang màng phổi	1	1,72
Phát hiện muộn, bỏ sót tổn thương khoang màng phổi	11	18,96
Còn dịch, khí màng phổi sau rút dẫn lưu màng phổi	12	20,68
Xẹp phổi	4	6,89
Tịt ống dẫn lưu do cố định không chắc	5	8,62
Ống dẫn lưu đặt quá sâu (>16 cm)	3	5,17
Tràn dịch màng phổi tái phát sau rút dẫn lưu màng phổi	7	12,06
Ổ cặn màng phổi	3	5,17
Tổng sai sót và biến chứng chung	58	100

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tuổi và giới:** Chấn thương ngực kín xảy ra chủ yếu ở nam giới (85%), nam/nữ là 5,64. Tuổi trung bình của bệnh nhân  $46,67 \pm 16,97$  (7-81 tuổi). Lứa tuổi hay gặp nhất là 40-59 (46,93%). Như vậy số bệnh nhân ở độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ khá cao là 73,48% (bảng 1). Các số liệu này khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác [1],[6],[7],[8].

**4.2. Nguyên nhân tai nạn:** Có ba nhóm nguyên nhân gây ra chấn thương ngực kín là tai nạn giao thông (59,3%), tai nạn lao động (9,7%), và tai nạn sinh hoạt (31%), trong đó số bệnh nhân tự ngã xe máy là 33,6% và ngã tại nhà là 20,4%. Số liệu này cho thấy tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân cơ bản nhất, chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các nhóm tuổi. Tai nạn sinh hoạt cũng có tỷ lệ khá cao so với những nghiên cứu khác, chủ yếu gặp ở người cao tuổi, có thể giải thích là do tuổi thọ ngày càng cao cùng tiện nghi phức tạp của đời sống đô thị. Nhận xét này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Đặng Ngọc Hùng với các tỷ lệ tương ứng là 64,7%, 14,4% và 20,7% [6].

**4.3. Tổn thương giải phẫu:** Số BN chấn thương ngực kín đơn thuần chiếm tỷ lệ 51,3%, còn lại 48,7% có kèm chấn thương ở những cơ quan khác như bụng (14,2%), sọ não (12,4%), xương khớp (20,1%). Các tổn thương phối hợp khi thì nổi trội che lấp biểu hiện của chấn thương ngực nhưng cũng có khi kín đáo dễ bị bỏ sót dẫn tới những sai lầm đáng tiếc trong theo dõi và xử lý cấp cứu. Số liệu này của chúng tôi có cao hơn Đặng Ngọc Hùng có 8,6% tổn thương phối hợp [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có gãy xương sườn (89,5%), trong đó 6,2% có mảng sườn di động. Nhận xét này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước, tỷ lệ này của Đặng Ngọc Hùng là 93,5% [6], của J.Hugh Devitt là 67,3% [2], theo Liman mảng sườn di động là 17% [8].

**4.4. Tổn thương khoang màng phổi:** Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương khoang màng phổi, trong đó có 36,3 % gặp ở bên phải, 48,7% gặp ở bên trái, 15% tổn thương cả 2 bên. Có 39% là tràn

máu màng phổi, 7,9% là tràn khí màng phổi và 53,1% là tràn máu tràn khí màng phổi. Đáng lưu ý là có 19,5% tổn thương khoang màng phổi mà không có gãy xương sườn. Theo Đoàn Anh Tuấn có 5,3% số trường hợp không có gãy xương sườn nhưng có khí, máu trong khoang màng phổi [10]. Trong số 482 bệnh nhân chấn thương ngực kín của Liman có 6,7% có tổn thương màng phổi mà không có gãy xương sườn [8]. Theo Nguyễn Hữu Ước trên 411 bệnh nhân chấn thương ngực kín thì tràn máu màng phổi là 3,0%, tràn khí màng phổi là 9,2% và tràn máu tràn khí màng phổi là 80,8% [7]. Đáng chú ý là có 43,2% tổn thương khoang màng phổi không xuất hiện ngay sau chấn thương, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chưa rõ ràng nhưng bệnh nhân vẫn được nhập viện điều trị nội trú, theo dõi sát về lâm sàng, XQ ngực, siêu âm màng phổi trong những ngày sau để có chẩn đoán xác định và xử trí kịp thời, triệt để, tránh biến chứng mũ hay dày dính màng phổi.

**4.5. Tổn thương phổi hợp:** 14,1% số trường hợp có tổn thương bụng phổi hợp gồm vỡ gan (4,4%), vỡ lách (7,1%), rách mạc treo ruột (1,8%), vỡ ống tiêu hóa (2,7%) là những tổn thương nặng đe dọa tính mạng. Có 12,3% kèm chấn thương sọ não đều là những tổn thương không phải mổ. Chấn thương xương khớp phổi hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,1%, trong đó đa số là gãy xương đòn (15%), gãy xương bả vai (8,8%), gãy cột sống (2,7%) và gãy xương chi (5,3%), không phải là những tổn thương trầm trọng. Những tổn thương bụng phổi hợp với chấn thương ngực kín làm cho tình trạng bệnh nhân thêm phức tạp, đôi khi nổi bật che lấp các triệu chứng của chấn thương ngực, nếu không khám xét tỉ mỉ, toàn diện có thể bỏ sót chấn thương ngực kín. Có nhiều trường hợp phải mổ cấp cứu ngay do chấn thương bụng kín nặng, tổn thương khoang màng phổi chỉ có thể phát hiện bằng khám lâm sàng và chọc dò màng phổi (15,1%).

**4.6. Triệu chứng lâm sàng:** Triệu chứng toàn thân thường gặp là suy hô hấp (50%), chủ yếu là suy hô hấp nhẹ (40,7%). Hội chứng sốc gặp ở 15% số bệnh nhân, trong đó vừa là 3,5% và sốc nặng là

1,8%. Dấu hiệu cơ năng có đau ngực (87,6%), khó thở (50,4%) và ho ra máu (2,7%). Các dấu hiệu dễ quan sát thấy khi thăm khám là bầm tím, tụ máu, xây sát da thành ngực (33,6%), một bên ngực phồng lên hay xẹp xuống (16%), mảng sườn di động (6,2%). Triệu chứng đau chói khi ấn trên thành ngực là 69,9%, nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất là 70,8% và tràn khí dưới da là 21,2%. Các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với những nghiên cứu khác, riêng dấu hiệu tràn khí dưới da là cao hơn.

**4.7. Cận lâm sàng:** XQ ngực thẳng vẫn là chẩn đoán hình ảnh cơ bản nhất với 95,7% được chụp ngay khi bệnh nhân nhập viện, trong đó có 23,8% được chụp tại khoa hồi sức cấp cứu do tình trạng nặng đòi hỏi phải hồi sức tích cực ngay. Số liệu này theo Nguyễn Hữu Ước là 95,0% [7], theo Nguyễn Thế Hiệp là 91,5% [1], tương đương kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả trên XQ ngực cho thấy có 89,9% gãy xương sườn, trong đó có 5,8% gãy xương sườn cả hai bên ngực, mảng sườn là 6,2%, vỡ cơ hoành 0,9% và tràn khí dưới da là 21,2%. Các xương sườn hay bị gãy là xương sườn 6 (48,6%), xương sườn 7 (41,5%) và xương sườn 8 (30,1%). Số xương sườn gãy ở một bên ngực hay gặp nhất là 2 xương (15%), 3 xương (27,5%), 4 xương (15,9%), có 1,8% gãy tới 10 xương sườn ở một bên ngực. Kết quả này khá phù hợp với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước [6],[8]. Tổn thương khoang màng phổi trên phim Xquang ngực gồm có TMMP (33,6%), tràn khí màng phổi (9,6%), tràn khí tràn máu màng phổi (49,5%). Có 31,9% tổn thương khoang màng phổi phải, 46,9% tổn thương khoang màng phổi trái và 12,4% tổn thương cả hai bên. Có 42,3 % số trường hợp tổn thương khoang màng phổi xuất hiện sau 24 giờ. Vì vậy với những trường hợp triệu chứng lâm sàng và XQ ban đầu chưa rõ ràng thì việc khám xét và chụp XQ ngực sau 24 đến 48 giờ là nên làm, tránh bỏ sót tổn thương xuất hiện muộn. Toàn bộ bệnh nhân đều làm siêu âm màng phổi ngay khi vào viện. Tùy tình trạng bệnh nhân mà việc siêu âm được tiến hành tại phòng siêu âm (86,7%), tại khoa hồi sức cấp cứu (5,3%), hoặc ngay tại phòng mổ (2,7%). Có 46,9 % phát hiện

ngay có dịch màng phổi, trong đó 15% có dịch ở cả hai khoang màng phổi. Kết quả siêu âm màng phổi kết hợp với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và hình ảnh trên phim XQ ngực sẽ giúp chẩn đoán mức độ tổn thương khoang màng phổi và chỉ định phẫu thuật.

**4.8. Điều trị phẫu thuật:** Phẫu thuật dẫn lưu màng phổi là phẫu thuật chủ yếu với 93%, chỉ có 7% phải mở ngực. Số liệu này phù hợp với Nguyễn Hữu Ước với 88,9% dẫn lưu màng phổi, 11,1% mở ngực [7] và Nguyễn Thế Hiệp với 87,2% dẫn lưu màng phổi, 12,7% mở ngực. Có 42,5% bệnh nhân được dẫn lưu màng phổi sau 24 giờ là những trường hợp tràn máu- tràn khí màng phổi xuất hiện muộn. Về chỉ định dẫn lưu màng phổi có 38,4% do tràn máu màng phổi, 7,9% do tràn khí màng phổi và 53,1% do tràn máu tràn khí màng phổi. Chỉ 47,7% số bệnh nhân được dẫn lưu màng phổi tại phòng mổ, 61,1 % do bác sĩ chuyên khoa tim mạch-lồng ngực thực hiện, 84,9% dẫn lưu màng phổi đơn thuần và 15,1% dẫn lưu màng phổi phối hợp với các phẫu thuật khác. Có 4,4% đặt 2 dẫn lưu vào một khoang màng phổi và 11,5% dẫn lưu cả hai bên ngực. Có 5 trường hợp (4,4%) mở ngực được thực hiện trong cấp cứu với chỉ định tràn máu màng phổi không cầm và 3 trường hợp (2,7%) phẫu thuật nội soi ngực để xử trí ổ cặn màng phổi. Cả 5 trường hợp mở ngực cấp cứu đều thực hiện sau dẫn lưu màng phổi, được theo dõi sát, phát hiện và chỉ định mổ kịp thời.

**4.9. Các sai sót trong dẫn lưu màng phổi:** Các sai sót trong dẫn lưu màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật không chính xác dẫn đến thực hiện không chuẩn xác (0,9%), đặt dẫn lưu màng phổi sai vị trí (1,8%), sử dụng cỡ ống dẫn lưu không phù hợp (11,5%), ống dẫn lưu nằm ngoài khoang màng phổi (0,9%), tuột ống dẫn lưu do cố định ống dẫn lưu không tốt (4,4%), đặt ống dẫn lưu quá sâu gây đau cho bệnh nhân (2,7%). Trong quá trình chăm sóc dẫn lưu màng phổi có 10,6% còn dịch, khí trên phim chụp Xquang ngực kiểm tra, 6,2% tràn dịch màng phổi tái phát, 2,7% có ổ cặn màng phổi, 3,5% có xẹp phổi 0,9% mũ màng phổi. Đoàn Quốc Hưng

đã có hai nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức cũng đưa ra các sai sót và biến chứng như của chúng tôi với tỷ lệ tương đương [11],[12]. Các sai sót chủ yếu do các bác sĩ không chuyên khoa thực hiện trong quá trình trực cấp cứu. Mặc dù dẫn lưu màng phổi không phải là kỹ thuật chuyên sâu đòi hỏi trình độ cao, các phẫu thuật viên đều có thể thực hiện tốt nếu được đào tạo bài bản, nhưng với tỷ lệ sai sót như trên thì vấn đề trang bị lại kỹ năng dẫn lưu màng phổi cho các phẫu thuật viên không chuyên khoa vẫn nên được làm thường xuyên.

**4.10. Kết quả điều trị sớm:** Khi bệnh nhân xuất viện có 71,7% có kết quả tốt, 15,1% kết quả trung bình, 3,5% kết quả xấu và 8,8% tử vong. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác trong nước của Đoàn Anh Tuấn [10], của Nguyễn Huy Sơn [9]. Tuy nhiên so với kết quả của Nguyễn Hữu Ước với các tỷ lệ tốt là 89,9%, không tốt là 5,7% và tử vong là 4,4% thì thấy rõ năng lực của bệnh viện Việt Đức là rất cao trong việc tiếp nhận, điều trị cấp cứu cũng như chăm sóc bệnh nhân sau mổ [7]. Trong số bệnh nhân tử vong có 3,5% nguyên nhân do tổn thương nặng về lồng ngực, 5,3% có tổn thương ngực phối hợp với tổn thương bụng nặng có chảy máu trong ổ bụng gây sốc mất máu không hồi phục dù đã được mổ cấp cứu ngay khi vừa nhập viện. Tuy nhiên trong số bệnh nhân nặng vẫn có 3,5% bệnh nhân có tổn thương ngực bụng phối hợp sốc mất máu nặng vừa mở ngực vừa mở bụng để cầm máu vẫn có kết quả tốt. Điều đó nói lên rằng công tác tổ chức cấp cứu, sự phối hợp tốt giữa phẫu thuật và gây mê hồi sức cùng trang thiết bị tiên tiến có vai trò vô cùng quan trọng trong việc cứu sống bệnh nhân nặng và giảm tỷ lệ tử vong.

## V. KẾT LUẬN

Qua 113 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn giai đoạn 2012-2014 chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Chấn thương ngực kín gặp ở nam nhiều hơn nữ, chủ yếu ở lứa tuổi lao động (73,4%), số bệnh nhân cao tuổi cũng có tỷ lệ đáng kể (19,5%). Nguyên nhân phần lớn là do tai nạn giao thông

(59,3%). Chấn thương ngực kín có tổn thương phổi hợp ở các cơ quan khác là 48,7% với 14,5% là chấn thương bụng kín nặng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân. Triệu chứng lâm sàng đáng lưu ý là có 21,2% tràn khí dưới da. Đa số có gãy xương sườn (89,9%) và toàn bộ bệnh nhân có tràn máu - tràn khí khoang màng phổi. Có 15,1% phải kết hợp thăm khám lâm sàng và chọc dò màng phổi để chẩn đoán tổn thương màng phổi ở những bệnh nhân nặng đòi hỏi mổ cấp cứu ngay chưa kịp làm xét nghiệm cận lâm sàng.

- Phẫu thuật dẫn lưu màng phổi là phẫu thuật chủ yếu với 93%. Đa số bệnh nhân được dẫn lưu màng phổi ngay trong những giờ đầu nhập viện, có 43,3% dẫn lưu màng phổi muộn sau việc theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị bảo tồn giúp tránh bỏ sót tổn thương TMTKKMP. Tỷ lệ sai sót khi làm phẫu thuật dẫn lưu màng phổi (51,3%), chủ yếu ở những trường hợp do phẫu thuật viên không chuyên khoa thực hiện. Tỷ lệ mổ ngực cấp cứu là 4,4%, do tràn máu màng phổi không cầm. Kết quả điều trị tốt là 71,7%. Tỷ lệ tử vong là 8,8% do chấn thương ngực kín nặng hoặc có tổn thương phổi hợp trầm trọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hiệp, Lê Nữ Hòa Hiệp, Nguyễn Hoài Nam và cộng sự (2008). Kết quả điều trị chấn thương và vết thương ngực tại bệnh viện nhân dân Gia Định- TP.HCM. *Tạp chí y học Việt Nam*, 352, 483 – 490.
2. J. Hugh Devitt (1993). Blunt Chest Trauma: Anaesthesia, assessment and management. *Can J Anaesth*, 40, 29-39.
3. J. Wayne Meredith (2007). *Thoracic Trauma: When and How to Intervene*. *Surg Clin N Ann*, 87, 95-118.
4. Maurice Hood (1995). *Trauma to the chest, Surgery of the Chest*, Sabiston and Spencer, Chapter 14, 383-415.
5. Đặng Hanh Đệ (2006). Thái độ xử trí trong thương lồng ngực, *Cấp cứu ngoại khoa tim mạch – lồng ngực*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 7 – 20.
6. Đặng Ngọc Hùng và cộng sự (2006). Một số nhận xét về đặc điểm triệu chứng, sơ cứu và cấp cứu chấn thương ngực kín qua 139 trường hợp tại bệnh viện 103. *Tạp chí ngoại khoa*, 56 (6), 2 – 11.
7. Nguyễn Hữu Ước (2007). Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức từ 2004-2006. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 328, 402-413.
8. Liman. ST et al (2003). Chest injury due to blunt trauma. *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, 23, 374 – 378.
9. Nguyễn Huy Sơn (2001). *Nghiên cứu điều trị tràn máu màng phổi do chấn thương ngực bằng dẫn lưu màng phổi*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Đoàn Anh Tuấn (2001). *Nhận xét về chẩn đoán và xử trí tràn máu, khí màng phổi trong chấn thương ngực tại bệnh viện Xanh Pôn trong 5 năm từ 1995 – 1999*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
11. Đoàn Quốc Hưng (2007). Dẫn lưu khoang màng phổi chuẩn mực. *Tạp chí Ngoại khoa*(4), 45-52.
12. Đoàn Quốc Hưng (2010). Nhận xét quy trình chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi trên bệnh nhân chấn thương-vết thương ngực tại khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học thực hành* (9), 110-113.