

## VỠ TIM: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG

*Hán Văn Hòa\*, Dương Xuân Phương\*, Trương Văn Hải\**

### TÓM TẮT

Chúng tôi phân tích một ca bệnh hiếm gặp tại Đơn vị phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Người bệnh Đinh Quốc T. số bệnh án 462391 được chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời, điều trị thành công chấn thương vỡ nhĩ phải. Chẩn đoán và điều trị vỡ tim khó khăn hơn vết thương tim nhưng vẫn có thể cứu sống người bệnh nếu kịp thời.

**Từ khóa:** *chấn thương tim*

### SUMMARY

#### CARDIORRHESIS: REPORT OF ONE SUCCESSFULL CASE

1 Division of Cardiothoracicvascular surgery, Phu Tho General Hospital

We applied the case study with a specific case observed at the Division of Cardiothoracicvascular surgery, Phu Tho General Hospital. The patient named Dinh Quoc T, number of clinical record of 462391 was diagnosed and had an appropriate and successful cardiothoracic surgery to rescue the broken right atrium. The diagnosis and treatment of cardiorrhesis is much more difficulty than those of cardiac injuries. However, the patient can still be rescued if the surgery is implemented in due time.

**Key words:** *cardiorrhesis*

### I. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Người bệnh Đinh Quốc T., nam 57 tuổi, ở Nga Hoàng – Yên Lập – Phú Thọ, vào Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ lúc 16h10 ngày 02/ 10/ 2017.

**Bệnh sử:**

Người bệnh bị tai nạn giao thông khoảng 12h00, ngày 02/10/2017. Sau tai nạn bất tỉnh,

được đưa vào Trung tâm Y tế Yên Lập trong tình trạng: lơ mơ, sung nề thái dương trái, rách da cẳng chân, rỉ máu, mạch 110 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg. Người bệnh được chuyển Bệnh viện tỉnh với chẩn đoán sốc chấn thương, theo dõi chấn thương sọ não.

Vào viện lúc 16h10 người bệnh trong tình trạng lơ mơ, glasgow 13 điểm, không liệt, đồng tử 2 bên đều, phản xạ ánh sáng tốt, da xanh, nhợt, đau nhiều ngực trái, khó thở liên tục, phổi trái giảm thông khí ở đáy, bụng mềm đều, vết thương 1/3 trên cẳng chân trái rỉ máu, mạch 108 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg.

*Cận lâm sàng*

Chụp CLVT: Ngực: hình tràn dịch màng ngoài tim dày 16mm, gãy cung bên xương sườn 7,8,9 trái, vỡ xương ức.

Bụng: hình gan to, bờ đều, nhu mô gan hạ phân thùy VI có đám giảm tỷ trọng 50 \* 52 mm, không tụ máu dưới bao, ít dịch ổ bụng, không khí tự do.

Siêu âm tim: dịch màng ngoài tim nhiều, thành sau thất trái 1,1 cm, thành trước thất phải 0,9cm, thành bên thất phải 0,7cm, thành bên thất trái 0,6 cm, thành bên nhĩ phải 0,7 cm, vùng mỏm 2,7 cm, dạng dịch máu loãng và máu cục. EF 67%, van ĐMC dày vừa, hở nhẹ, chênh áp tối đa 32mmHg, Dd 40.

Điện tim nhịp nhanh xoang, block nhánh phải không hoàn toàn.

Xét nghiệm: HC 3.95 T/ L, Hb 113 g/l

\* 1 Đơn vị phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Người chịu trách nhiệm khoa học: BS Trương Văn Hải

Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018

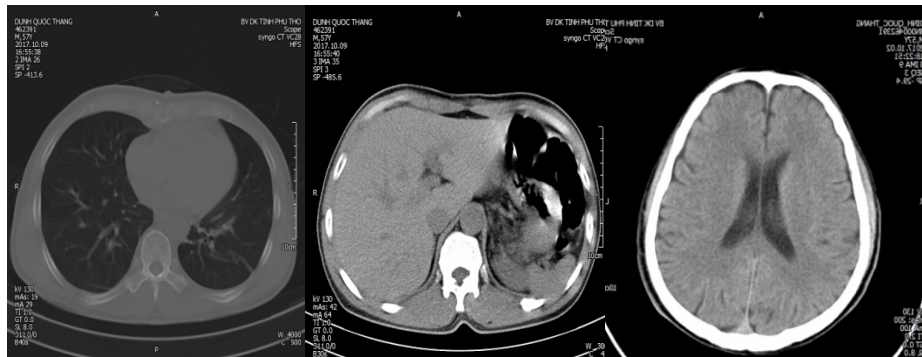
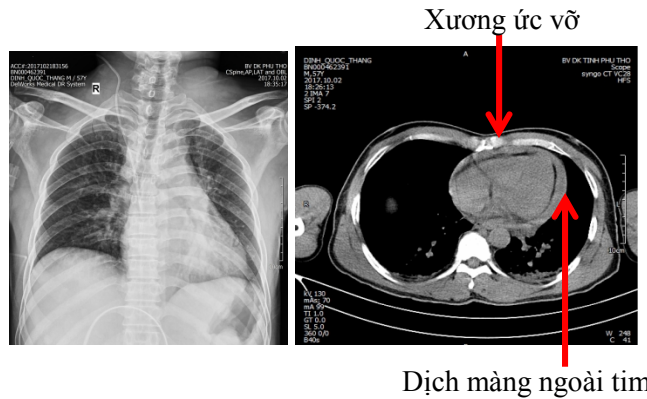
Phản Biện Khoa học: GS.TS. Bùi Đức Phú

PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

Đến 17h, sau khi đi thực hiện cận lâm sàng xuất hiện suy tuần hoàn, mạch 120 lần/phút, huyết áp 50/20 mmHg, SPO<sub>2</sub> 97%, đo CVP qua catheter tĩnh mạch trung tâm +30cmH<sub>2</sub>O, huyết áp động mạch xâm lấn 50/20 mmHg, sau khi vận mạch dùng Dobutamin liều 7Mcg/kg/phút tăng

lên 20 Mcg/kg/phút, Noradrenalin 0,5 Mcg/kg/phút, Morphin 0,01 mg, tiêm 2 ống, tổng lượng máu truyền 1000 ml khối hồng cầu, 450 ml plasma huyết áp lên 110/80 mmHg.

Chẩn đoán: sốc chấn thương, chèn ép tim cấp, nghi vỡ tim.



**Hình ảnh trước phẫu thuật**

Phẫu thuật cấp cứu lúc 21h00 (sau 9 tiếng bị tai nạn) ngày 2/10/2017.

**Trình tự phẫu thuật:**

Mở đường giữa ngực, kiểm tra thấy vỡ bản xương ức đoạn 1/3 giữa không di lệch, màng tim căng, tím, mở màng tim có nhiều máu loãng và máu cục phun áp lực, lấy miếng màng tim chuẩn bị sẵn sàng khâu nhu mô tim. Lấy được 200 gram máu cục và 300ml dịch máu, kiểm tra tổn thương vỡ nhĩ phải, đoạn xát vách trần nhĩ, kích thước 5mm, được máu cục bịt lại, cầm máu. Khâu tổn thương mũi chữ x bằng chỉ Prolen 6/0, kiểm tra cầm máu tốt. Rửa khoang màng tim bằng dung dịch Natriclorid 0,9% ấm, kiểm tra bề mặt tim

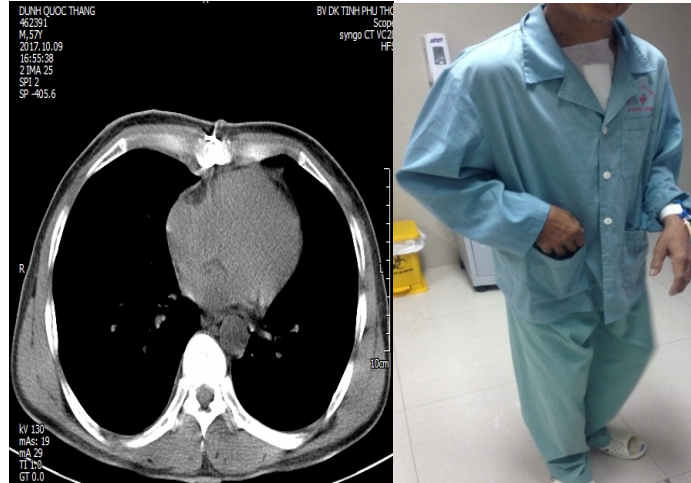
không bám tím, tụ máu, động mạch chủ, tĩnh mạch chủ không tổn thương. Đặt dẫn lưu màng tim và sau xương ức, đóng màng tim, xương ức, đóng thành ngực, cuộc mổ kết thúc lúc 23h.

**Diễn biến hậu phẫu:**

Sau mổ 4 tiếng cắt Noradrenalin, duy trì Dobutamin 3,3 Mcg/kg/phút. Các xét nghiệm sau mổ không tình trạng thiếu máu, không suy gan, suy thận, men tim: ProBNP 100,5, Troponin T 6.335, huyết động ổn, dẫn lưu 100 ml dịch, sau mổ 10 giờ 3/10 rút ống nội khí quản. Sau mổ 19 tiếng, người bệnh xuất hiện kích thích, run tay, chân, vã mồ hôi, nghi đến hội chứng cai rượu và điều trị theo phác đồ chống hội chứng cai.

Người bệnh được duy trì điều trị 2 loại kháng sinh Ceftezol 3g/ngày và Metronidazol 1g/ngày trong 7 ngày, Spironolacton 25 mg, 2 viên/ngày, Panagin, Lovenox 40mg/ngày và giảm

đau Paracetamol ngoài ra dùng thêm Vitamin B1, Haloperidol, Glucose. Rút dẫn lưu sau 2 ngày, ra viện sau 9 ngày.



**Hình ảnh sau mổ: màng tim hết dịch, người bệnh ổn định**

Siêu âm sau mổ chức năng tim tốt EF 49%, 3 mm dịch thành sau thất trái và ít dịch KMP 2 bên. Theo dõi sau mổ 1 tháng, 3 tháng người bệnh hoàn toàn ổn định, không thiếu máu cơ tim cục bộ.

## II. BÀN LUẬN

### *Chẩn đoán vỡ tim?*

Chấn thương tim kín là những tổn thương tim, không thông với môi trường ngoài thành ngực, bao gồm tổn thương màng tim, thành cơ tim, động mạch, tĩnh mạch vành, dây chằng, cột cơ, van tim. Tổn thương có thể đung dập hoặc vỡ thành cơ tim gây tràn máu màng ngoài tim. Chẩn đoán chấn thương tim, vỡ tim khó khăn hơn vết thương tim nhất là trong tình huống không nhiều dịch màng ngoài tim [1]. Trong vết thương tim, thường tại tuyến cơ sở đã nghĩ ngay đến khi có vết thương vùng ngực, đặc biệt vùng tam giác nguy hiểm. Chấn thương tim, đa số người bệnh đa số trong bệnh cảnh đa chấn thương, chấn thương sọ não, tụ máu nội sọ ảnh hưởng tri giác hoặc vỡ tạng đặc, sốc mất máu hay gãy xương sườn, tràn máu khoang màng phổi, gãy xương đùi, chậu... , các triệu chứng tổn thương tim bị che lấp hoặc không được đề cập tới. Người bệnh của chúng tôi trong bệnh cảnh đa chấn thương, chẩn đoán ban đầu là sốc nghi chấn thương sọ

não vì có lơ mơ, sung nề thái dương. Ngay cả khi ban đầu vào khoa cấp cứu bệnh viện tỉnh, cũng chưa nghĩ đến tổn thương tim. Một điểm khác trong vết thương tim, hầu hết sốc mất máu, suy tuần hoàn, ép tim cấp còn chấn thương tim nếu không vỡ thành tim thì dấu hiệu ép tim cấp ít khi có. Người bệnh của chúng tôi vào viện chưa sốc, sau khi đi chụp cắt lớp xuất hiện sốc ép tim cấp. Hồi cứu lại, khả năng trong quá trình di chuyển đã bong cục máu đông làm chảy máu thứ phát. Trong một số trường hợp người bệnh nặng, sốc mất máu cấp, chẩn đoán chấn thương tim hay các mạch máu lớn còn khó khăn hơn hoặc chẩn đoán đưa ra sau mổ ngực cấp cứu vì dẫn lưu khoang màng phổi nhiều máu. Nghiên cứu trường hợp vỡ động mạch chủ ngực xuống năm 2004 tại Bệnh viện Thống nhất cho thấy, sau dẫn lưu 2 bên ra nhiều máu, nghĩ đến tổn thương mạch lớn trong ngực, siêu âm tim tại giường và chụp cắt lớp có thuốc có hình tụ máu trung thất quanh động mạch chủ mới được chẩn đoán vỡ động mạch chủ ngực do chấn thương ngực kín [2].

Dấu hiệu bầm tím tại vùng ức thường xuất hiện muộn, điểm đau chói ngay vùng ức cũng không thường xuyên khi không gãy xương ức hoặc người bệnh lơ mơ, hôn mê. Tam chứng BECK cũng không rõ cho đến khi suy tuần hoàn, ép tim cấp. Nghiên cứu 98 trường hợp chấn thương ngực nặng, có chỉ định mở ngực của Lê Diên Thịnh tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định và Chợ Rẫy chỉ 7 trường hợp ép tim cấp [3]. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam với 10/18 trường hợp vết thương tim ép tim cấp. Một phương pháp được đánh giá hiệu quả là mở cửa sổ màng tim dưới xương ức, đặc biệt vết thương thấu tim ần. Tuy nhiên, việc thực hiện cũng hết sức cân nhắc vì yếu tố nhiễm khuẩn[1]. Vì vậy, yêu cầu đặt ra đối với bác sỹ lâm sàng là khám toàn diện đối với đa chấn thương và chấn thương ngực, đặc biệt lưu ý đau vùng ngực trước kèm theo hội chứng thiếu máu cấp tính, tiếng tim mờ. Theo Đỗ Kim Quế, chấn thương tim hay gặp ở những trường hợp gãy xương ức, gãy xương sườn cao[1]. Giá trị chụp cắt lớp là tổn thương xương ức, dịch màng ngoài tim, siêu âm tim có dịch màng ngoài tim dạng tổ chức không đồng nhất là 2 phương pháp cận lâm sàng rất giá trị chẩn đoán xác định. 13/18 trường hợp trong nghiên cứu của Vũ Minh Giang [1] chỉ định siêu âm tim đều xác định có máu khoang màng ngoài tim. Người bệnh của chúng tôi được chẩn đoán sau khi có đủ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Truy tìm mạch, sốc mất máu cấp, dịch màng ngoài tim, vỡ xương ức. Khi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) trên 20 Cm H<sub>2</sub>O chứng tỏ chèn ép tim cấp, tuy nhiên không phải là triệu chứng hay gặp. 1 trường hợp nghiên cứu của Vũ Minh Giang [1] bị chấn thương tim, CVP là +20 Cm H<sub>2</sub>O. Do đó, cần kết hợp nhiều yếu tố để chẩn đoán xác định.

Chỉ định và phương pháp phẫu thuật chấn thương tim đặt ra khi nào?

Chọc hút màng ngoài tim để lấy máu ra là phương pháp điều trị không phẫu thuật đối với vết thương tim được Riolanus đề xuất. Dupuytren là

người đầu tiên thực hiện kỹ thuật này, tuy nhiên người bệnh tử vong sau vài giờ. Năm 1829, Larey (bác sỹ phẫu thuật của Napoleon) thực hiện thành công chọc hút dịch giải ép tim và phương pháp này được chấp nhận trong chiến tranh thế giới thứ 2. Tuy nhiên các nghiên cứu sau đó đều cho thấy, phẫu thuật khâu vết thương tim hiệu quả hơn nhiều so với chọc hút đơn thuần. Trần Công Khanh cho rằng chỉ chọc hút bớt máu màng ngoài tim, giảm áp tạm thời, sớm can thiệp phẫu thuật. Nghiên cứu 8 trường hợp tổn thương tim của Lê Diên Thịnh có 1 trường hợp vỡ nhĩ phải và có ép tim cấp.

Nghiên cứu 18 trường hợp chấn thương và vết thương tim trong 5 năm tại Bệnh viện Bình Dương của Vũ Minh Giang [1] có 4 trường hợp chấn thương vỡ tim. Các trường hợp này đều được mở ngực và khâu vết thương. Các trường hợp đều cho thấy cơ tim dập và mủn nát khó khâu. Bên cạnh tổn thương tim thì vỡ eo, động mạch chủ xuống, động mạch lớn gần tim cũng cần đề cập tới trong chấn thương ngực nặng, sốc mất máu. Nghiên cứu của Lê Diên Thịnh [3] có 2 trường hợp tổn thương động mạch chủ và 1 trường hợp thân động mạch cánh tay đầu. Trần Quyết Tiến [4] phẫu thuật 10 trường hợp cấp cứu vỡ hoặc phình bóc tách động mạch chủ tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2002. Người bệnh của chúng tôi may mắn không tổn thương động mạch chủ và các mạch khác.

Mở ngực do chấn thương, vết thương ngực, đường mổ để thực hiện là đường ngực trước – bên, giải quyết phần lớn các tổn thương ở tim, phổi, cơ hoành. Đặc biệt vết thương ngực hay ngực – bụng. Đường xẻ dọc giữa xương ức chúng tôi thực hiện do chúng tôi xác định chấn thương tim, bộc lộ triệt để các vị trí tổn thương và trong điều kiện khách quan phòng mổ của chúng tôi là phòng mổ tim, đủ thiết bị cửa xương ức. Một yếu tố khác nữa là phòng trong tình huống phải chạy tim phổi nhân tạo, tránh bị động khi có tình huống xấu. Nguyễn Hoài Nam nghiên cứu cho thấy, chỉ định mở ngực trước – bên trái cho 17/18

trường hợp mở ngực cấp cứu, 1 trường hợp cưa xương ức. Theo Nguyễn Hữu Ước, nên mở ngực trước bên thăm dò và có thể mở ngang qua xương ức để xử lý vỡ tim. Nhìn chung, hầu hết các tác giả quan điểm vết thương tim nên được xử lý tại chỗ, vết thương ngực bên nào thì mở ngực bên đó và vỡ tim nên mổ dọc xương ức [1].

Xử trí tổn thương tại tim do vết thương và chấn thương, vỡ tim gần như nhau. Vấn đề kiểm soát chảy máu và xử trí thương tổn tùy vào vị trí mà cách khâu khác nhau. Trong tình huống máu ồ ạt, bịt vị trí thủng bằng ngón tay hoặc sonde foley, đặc biệt vị trí tâm thất. Vị trí động mạch hoặc tâm nhĩ thì clamp cầm máu. Trong tình huống khó khăn có thể clamp tĩnh mạch chủ trên và dưới hạn chế máu về tim trong 3 phút. Khâu mũi rời hoặc chữ X tùy kích thước và vị trí, lưu ý tránh tổn thương động mạch vành. Truyền máu và hồi sức tích cực, có thể xoa bóp trực tiếp tim hỗ trợ tăng phân số tổng máu. Trong chấn thương tim, vị trí hay tổn thương là thành nhĩ hoặc tiểu nhĩ phải hoặc trái là nơi thành tim mỏng, yếu. Trong 4 trường hợp chấn thương tim tại Bệnh viện Bình Dương được nghiên cứu, 1 trường hợp vỡ tiểu nhĩ phải, 1 vỡ tiểu nhĩ trái, 2 trường hợp nhĩ phải [1]. Người bệnh của chúng tôi tổn thương vách trần nhĩ phải, kích thước 5 mm, tại vị trí áp lực máu không cao và tổn thương nhỏ nên chúng tôi bịt ngón tay cầm máu tạm thời, khâu trực tiếp có độn miếng màng tim. Phương pháp này khá hiệu quả được thực hiện trong các trường hợp tại Bệnh viện Bình Dương theo nghiên cứu của Vũ Minh Giang [1]. Yếu tố thuận lợi cho người bệnh của chúng tôi, ngoài tổn thương trên, cơ tim không bị đung dập nhiều và không tổn thương động mạch. Vũ Minh Giang [1] ghi nhận, 4 trường hợp chấn thương tim, do cơ tim bầm dập nhiều, việc khâu vết thương và hồi sức nặng nề hơn do đó 1 trường hợp vỡ tim, chết

ngày thứ 2 sau phẫu thuật, 3 trường hợp khác ngày thứ 4 mới ổn định.

Sau mổ người bệnh biểu hiện hội chứng cai rượu, tuy nhiên, chúng tôi điều trị tích cực và đúng phác đồ, do đó sớm cắt được vận mạch và hồi phục nhanh. Do điều kiện phòng mổ tốt nên mặc dù cưa xương ức nhưng người bệnh của chúng tôi không nhiễm trùng.

### III. KẾT LUẬN

Đa chấn thương, chấn thương ngực có hội chứng mất máu cấp cần chú ý chấn thương tim và các mạch máu lớn gần tim. Chẩn đoán chấn thương tim khó khăn, chụp cắt lớp vi tính, siêu âm tại giường rất giá trị xác định. Đường mở ngực trước – bên áp dụng cấp cứu tại cơ sở đa khoa. Mở dọc giữa xương ức xử trí triệt để các vị trí tổn thương tim và mạch. Việc xử lý cấp cứu thành công đòi hỏi sự tổ chức khẩn trương của cấp cứu, chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức và truyền máu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Minh Giang, Lý Văn Quảng. *Điều trị phẫu thuật vết thương tim và vỡ tim do chấn thương tại Bệnh viện đa khoa Bình Dương*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2004. số 8. tr: 433 - 438.
2. Chung Giang Đông, Đỗ Kim Quế. *Nhân một trường hợp vỡ động mạch chủ ngực do chấn thương ngực kín*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2005. số 9. Tr: 82 - 86.
3. Lê Diên Thịnh, Nguyễn Hoài Nam. *Nghiên cứu chỉ định mở ngực cấp cứu trong chấn thương ngực*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2004. số 8. tr: 231- 239.
4. Trần Quyết Tiến, *Một vài nhận xét về tử vong trong cấp cứu vết thương và chấn thương tim tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/1987 đến 6/2000*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2001. số 5. Tr: 32 - 37.