ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỘ MÔN - TRUNG TÂM NGOẠI DÃ CHIẾN, BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thế Anh[1], Lê Văn Hải[1], Lê Việt Anh[1]*

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí cấp cứu chấn thương ngực kín (CTNK). ***Phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 224 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định có CTNK, được cấp cứu, điều trị tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến (BM-TT NDC), Bệnh viện Quân y (BVQY) 103 từ tháng 5/2024 - 11/2024. ***Kết quả:*** Tuổi trung bình là 47,33, nam giới chiếm 78,57%, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (TNGT) (70,98%). Đặc điểm lâm sàng đau ngực và gãy xương sườn gặp ở tất cả các BN (100%). Tổn thương phổi - màng phổi chiếm 70,98%; trong đó có tràn máu màng phổi (37,05%), đụng giập nhu mô phổi (18,75%), tràn khí, tràn máu kết hợp (11,16%), tràn khí khoang màng phổi đơn thuần (4,02%). Có 63,39% BN phải nhập viện điều trị, 8/224 BN phải dẫn lưu khoang màng phổi cấp cứu. ***Kết luận:*** Nguyên nhân thường gặp là TNGT, đau ngực là triệu chứng thường gặp, gãy xương sườn là tổn thương chủ yếu hay gặp nhất, gần 2/3 (63,39%) BN cần nhập viện điều trị.

Từ khóa: Chấn thương ngực kín; Ngoại Dã chiến; Bệnh viện Quân y 103.

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EMERGENCY TREATMENT OF CLOSED CHEST TRAUMA AT THE FIELD SURGERY CENTER, MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To assess some clinical, paraclinical characteristics and emergency treatment of closed chest trauma. ***Methods:*** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 224 patients diagnosed with closed chest trauma,

[1]Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

[*]Tác giả liên hệ: Lê Việt Anh (dr.levietanh@gmail.com)

Ngày nhận bài: 09/12/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 19/02/2025

http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i3.1128

given first aid, and treated at the Field Surgery Center, Military Hospital 103, from May 2024 to November 2024. ***Results:*** The average age was 47.33, 78.57% were male, the main cause was traffic accidents (70.98%). Chest pain and rib fractures were found in all patients (100%), lung-pleural injuries accounted for 70.98%, including hemothorax (37.05%), lung parenchyma contusion (18.75%), combined pneumothorax and hemothorax (11.16%), and pneumothorax (4.02%). 63.39% of patients were hospitalized, 8/224 patients required emergency chest drainage. ***Conclusion:*** The common cause is traffic accidents, chest pain is a common symptom, rib fracture is the most common injury, and nearly 2/3 (63.39%) of patients need to be hospitalized for treatment.

Keywords: Closed chest trauma; Field surgery; Military Hospital 103.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín là chấn thương do vật tù đập vào thành ngực gây nên các thương tổn ở thành ngực hoặc các cơ quan trong lồng ngực nhưng không làm rách da và các tổ chức phần mềm của thành ngực. Nguyên nhân thường gặp nhất trong CTNK là TNGT (70,6%), tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (TNSH) (23,5%), ít gặp hơn là tai nạn lao động (TNLĐ) với 5,9% [1]. Những năm gần đây, dù đã có những tiến bộ trong vận chuyển, hồi sức cấp cứu, phương pháp phẫu thuật cùng với sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán và điều trị như siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, chụp mạch chọn lọc, phẫu thuật nội soi, máy thở, tuần hoàn ngoài cơ thể nhưng tỷ lệ tử vong trong CTNK vẫn còn cao.

Tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 đã tiếp nhận nhiều BN CTNK đòi hỏi việc xử trí, cấp cứu thật sự khẩn trương, toàn diện, nhanh chóng, chính xác, giảm thiểu thấp nhất nguy hiểm cho BN. Để tìm hiểu đặc điểm và tình hình xử trí cấp cứu CTNK, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí cấp cứu chấn thương ngực kín tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 224 BN được chẩn đoán xác định CTNK được cấp cứu, điều trị tại BM-TT NDC, BVQY 103 từ tháng 5 - 11/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán CTNK bằng lâm sàng, chụp X-quang lồng ngực quy ước hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVTLN), có hoặc không có tổn thương kết hợp ở cơ quan khác, được cấp cứu, điều trị tại BM-TT NDC, BVQY103.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN tử vong tại khoa cấp cứu, ngoại viện; BN không đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

* *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

+ Đặc điểm chung: Tuổi: < 18 tuổi, 18 - 60 tuổi, > 60 tuổi; giới tính: Nam và nữ; nguyên nhân gây chấn thương: TNGT, TNLĐ, TNSH, tai nạn khác...

+ Đặc điểm lâm sàng: Cơ năng (đau ngực, khó thở, ho ra máu…); thực thể (tràn khí dưới da, lồng ngực biến dạng, hội chứng ba giảm, tam chứng Galliard…).

+ Đặc điểm tổn thương trong CTNK: Vị trí thương tổn (bên phải, bên trái, hai bên); các tổn thương (gãy xương sườn, tràn máu, tràn khí khoang màng phổi…)

- Nhận xét tình hình xử trí CTNK:

+ Dẫn lưu màng phổi cấp cứu: Tràn máu, tràn khí KMP hai bên mức độ vừa hoặc nặng, gây suy thở (tần số thở > 30 chu kỳ/phút, SpO_2 < 90%).

+ Điều trị ngoại trú: Chưa có tràn máu, tràn khí KMP hoặc tràn máu, tràn khí KMP mức độ ít, BN không muốn nhập viện điều trị.

+ Nhập viện điều trị: Gãy từ 3 xương sườn trở lên hoặc có tràn máu, tràn khí KMP.

* *Xử lý số liệu:* Bằng chương trình SPSS 24.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Căn cứ Quyết định số 2404/QĐ-HVQY, ngày 25/6/2024 "Về việc giao nhiệm vụ chủ nhiệm đề tài khoa học và công nghệ cấp Học viện năm 2024 - 2025". Số liệu được chỉ huy BM-TT NDC và BVQY 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng CTNK

** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:*

Bảng 1. Tỷ lệ theo nhóm tuổi, giới tính.

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng, n (%)
< 18	6	2	8 (3,57)
18 - 60	127	34	161 (71,88)
> 60	43	12	55 (24,55)
Tổng, n (%)	176 (78,57)	48 (21,43)	224

Qua nghiên cứu cho thấy, BN CTNK trong độ tuổi 18 - 60 chiếm ưu thế (71,88%). CTNK gặp ở BN nam cao hơn BN nữ khi chiếm đến 78,57%. Theo nghiên cứu của Trần Minh Đức tại BVQY 103 trong 8 năm (10/1987 - 7/1995) với 70 BN, tỷ lệ BN nam chiếm 90% trong khi BN nữ là 10% và độ tuổi phổ biến từ 16 - 69 [2]. CTNK thường xảy ra ở nhóm đối tượng trong độ tuổi lao động và nam giới, những người đóng góp vai trò chủ đạo trong hoạt động lao động sản xuất và các hoạt động xã hội khác, do vậy dễ có nguy cơ dẫn đến CTNK hơn.

Bảng 2. Nguyên nhân CTNK.

Nguyên nhân	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	159	70,98
Tai nạn lao động	24	10,71
Tai nạn sinh hoạt	29	12,95
Nguyên nhân khác	12	5,36

Nguyên nhân chủ yếu do TNGT chiếm 70,98%, tiếp theo là TNSH với 12,95% và TNLĐ với 10,71%, các nguyên nhân khác như xung đột xã hội chiếm 5,36% (*Bảng 2*). Theo tác giả Trần Minh Đức thì nguyên nhân lần lượt là: TNGT (49%), TNSH (12%), TNLĐ (38%) và nguyên nhân khác là 1% [2]. Theo tác giả Frank Hildeband nghiên cứu ở Đức trên 188 BN có 69,1% do TNGT, ở Anh trên 181 BN có 77,3% [3]. Sự phù hợp giữa nghiên cứu này với các nghiên cứu đã nêu cho thấy trong xã hội hiện đại ngày nay, TNGT là nguyên nhân hàng đầu của CTNK.

** Đặc điểm lâm sàng và thương tổn:*

Bảng 3. Một số triệu chứng lâm sàng.

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Đau ngực	224	100
	Khó thở	68	30,36
	Ho ra máu	2	0,89
Triệu chứng thực thể	Hội chứng ba giảm	92	41,07
	Tràn khí dưới da	31	13,84
	Biến dạng lồng ngực	28	12,5
	Tam chứng Galliard	23	10,27

Chúng tôi ghi nhận 100% BN đều có triệu chứng đau ngực, 30,36% có cảm giác khó thở; trong khi đó, chỉ có 2/224 (0,89%) trường hợp có triệu chứng ho ra máu, là những trường hợp có dập phổi. Theo tác giả Phạm Đoàn Ngọc Tuân và CS nghiên cứu trên 83 BN CTNK có 97,59% BN có triệu chứng đau ngực và 32,53% có cảm giác khó thở [4]. Như vậy, có thể thấy đau ngực và khó thở là những triệu chứng cơ năng hay gặp và gợi ý đến CTNK.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng ba giảm và tràn khí dưới da lần lượt là 41,07% và 13,84%, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Đoàn Ngọc Tuân và CS (38,55% và 14,46%) [4]. Tam chứng Galliard chiếm 10,27%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoài Phương (15%) [5]. Đặc biệt có 12,5% có triệu chứng biến dạng lồng ngực, là những BN có tổn thương gãy nhiều xương sườn gây biến dạng lồng ngực.

Bảng 4. Vị trí tổn thương trong CTNK.

Vị trí tổn thương	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bên trái	131	58,48
Bên phải	67	29,91
Hai bên	26	11,61

Vị trí tổn thương trong CTNK gặp ở bên trái (58,48%) nhiều hơn bên phải (29,91%), chỉ có 11,61% bị cả 2 bên; có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Đoàn Ngọc Tuân và CS (65,06% bên trái, 26,51% bên phải và 8,43% cả 2 bên) [4].

Bảng 5. Các tổn thương trong CTNK.

Tổn thương	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy xương sườn	224	100
Tràn khí khoang màng phổi	9	4,02
Tràn máu khoang màng phổi	83	37,05
Đụng giập nhu mô phổi	42	18,75
Tràn máu, tràn khí kết hợp	25	11,16

Ở bảng 5, 100% BN có gãy xương sườn. Phù hợp với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Công Minh có 142/182 (78%) gãy xương sườn đơn thuần [6]; Trần Việt Dương thấy có 51/64 (79,7%) gãy xương sườn đơn thuần [7].

Các tổn thương khoang màng phổi chiếm 52,23%, trong đó, TM KMP chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,05%, TK KMP chỉ gặp 4,02%, TM-TK KMP là 11,16%, có 18,75% đụng giập nhu mô phổi. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Công Hiếu (2021) với 42,5% TM KMP, 26% TM-TK KMP kết hợp, 9,5% TK KMP và 16,4% dập phổi [8]. Như vây, tỷ lệ tổn thương TM KMP hay gặp hơn tổn thương TK KMP ở BN CTNK.

Bảng 6. Đặc điểm số lượng xương sườn gãy.

Số lượng sườn gãy	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1 - 2 sườn	48	21,43
3 - 6 sườn	144	64,29
≥ 7 sườn	32	14,28
Tổng	224	100

Tổn thương gãy từ 3 - 6 xương sườn chiếm tỷ lệ lớn nhất (64,29%).

** Đặc điểm cận lâm sàng:*

Tất cả các BN vào khám đều được chụp phim X-quang lồng ngực để chẩn đoán, và kết hợp phim CLVTLN để xác định tổn thương. 8/224 trường hợp chọc dò màng phổi đều là những trường hợp dẫn lưu khoang màng phổi cấp cứu. 100% BN có

kết quả chụp X-quang ngực với mục đích chẩn đoán, các kết quả chụp có thể tại BVQY 103 hoặc từ tuyến trước, trong đó, 85,71% trường hợp có thể xác định chẩn đoán chỉ dựa trên phim chụp X-quang, 14,29% trường hợp không xác định được hết tổn thương mà phải dựa trên các phương pháp khác, chủ yếu là chụp CLVTLN. Có thể thấy, chụp X-quang là xét nghiệm có giá trị chẩn đoán đa số các trường hợp CTNK. Chụp CLVTLN giúp chẩn đoán xác định khi X-quang không xác định hết tổn thương.

2. Phương pháp xử trí CTNK

Bảng 7. Phương pháp xử trí.

Phương pháp xử trí	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Dẫn lưu màng phổi cấp cứu	8	3,57
Nhập viện điều trị	142	63,39
Điều trị ngoại trú	74	33,04

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8/224 (3,57%) trường hợp đặt dẫn lưu khoang màng phổi cấp cứu, đây là những BN CTNK có TM-TK KMP hai bên mức độ vừa và nặng. Chúng tôi đều chọc dò màng phổi trước khi đặt dẫn lưu màng phổi. Có 33,04% BN được kê đơn thuốc, giảm đau, hướng dẫn về nhà theo dõi. Đây đều là những BN CTNK chưa có TM, TK KMP hoặc có TM, TK KMP mức độ ít, chưa cần phải nhập viện hay can thiệp. Có 63,39% BN được chỉ định nhập viện điều trị. Có thể thấy tỷ lệ BN CTNK cần nhập viện điều trị chiếm tỷ lệ khá cao, mặc dù không phải tất cả BN nhập viện đều phải can thiệp phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 224 BN CTNK được cấp cứu, xử trí tại BM-TT NDC, BVQY103 cho thấy: Nguyên nhân thường gặp là TNGT, đau ngực là triệu chứng thường gặp, gãy xương sườn là tổn thương chủ yếu hay gặp nhất, gần 2/3 (63,39%) BN cần nhập viện điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước và CS. Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2004 - 2006. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2006; 328:402-413.

2. Trần Minh Đức. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị 70 trường hợp

chấn thương ngực kín tại B12-BV103 từ tháng 10/1987 - tháng 07/1995. *Tạp chí YHQS số 3*. 1997.

3. Frank Hilderbrand, Peter V. Giannoudis, Martini van Griensven, Mark C Bellamy. Management of polytraumatized patient with associated blunt chest trauma: A comparison of two European countries, Injury, *Int.J. Case Injured.* 2005; 36:293-302.

4. Phạm Đoàn Ngọc Tuân và CS. Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023; 59:100-109.

5. Nguyễn Văn Hoài Phương, Phạm Văn Lình. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2014 - 2015. *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*. 2015.

6. Nguyễn Công Minh. Dập phổi trong chấn thương ngực kín và các yếu tố tiên lượng nặng. *Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, Chuyên đề Ngoại Lồng ngực và Tim mạch.* 2003; 7(1).

7. Trần Việt Dương. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có tràn máu, tràn khí khoang màng phổi tại Bệnh viện Quân y 103. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.* 2009.

8. Đặng Công Hiếu, Vũ Anh Hải. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có gãy nhiều xương sườn tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 500(2).