

CHẤN THƯƠNG NGỰC

TS BS NGUYỄN HOÀNG BÌNH

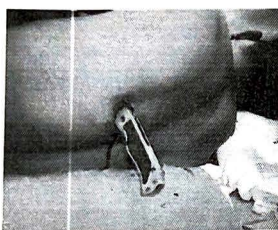
CHẤN THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU

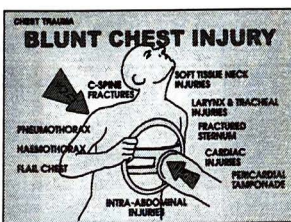
- Chẩn đoán các tổn thương trong chấn thương – vết thương ngực
- Trình bày được những nguyên tắc cơ bản trong xử trí chấn thương ngực

CHẤN THƯƠNG NGỰC

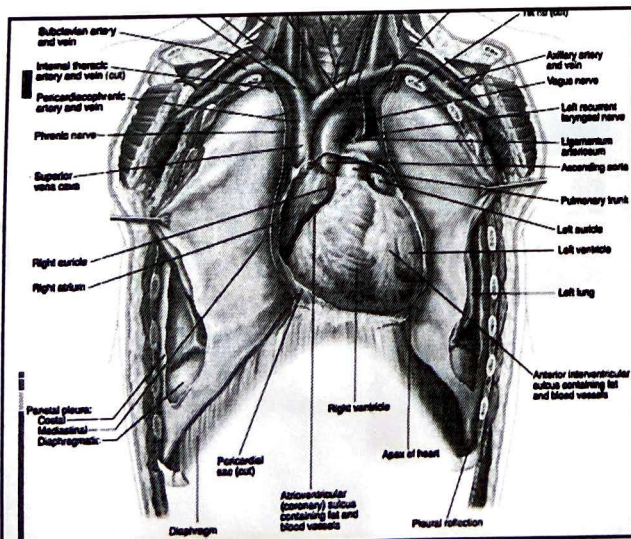
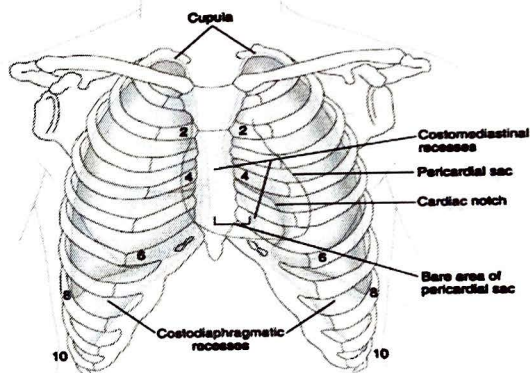
VẾT THƯƠNG NGỰC



CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN



GIẢI PHẪU



CHẤN THƯƠNG NGỰC

- 20% BN chấn thương.
- Cấp cứu ban đầu: Kiểm soát đường thở, hô hấp, tuần hoàn (ABC)
- Khám LS: khám tổng quát quan sát lồng ngực, nhịp thở, vị trí tổn thương, vị trí KQ, TM cổ nổi, nghe phế âm, tim
- CLS: ECG, X quang phổi, Siêu âm CC, Huyết động ổn định: CT scans, chụp ĐM, chụp thực quản/ soi thực quản, KQ

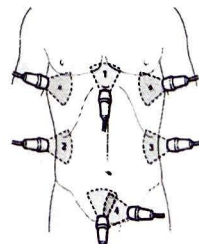


Figure 7-3
The extended focused assessment for the thoracic evaluation of trauma patient (E-FAST) examination, using four standard viewing ports: right upper quadrant (RUQ), left upper quadrant (LUQ), pericardial (P), and the subclavian veins of the left and right hemithoraces (SCLV). (From Kumar SS, Kozlowski M, Davenport C, Piller KU, Roser MP, Lernermark U. Radiographics 2008;28(1):225-42.)

GÃY XƯƠNG SƯỜN

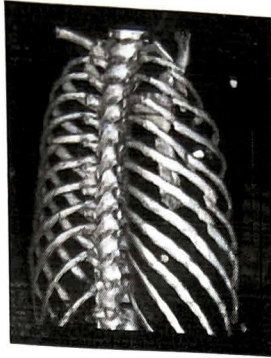
Gãy xương sườn

Nguy cơ tử vong: gãy nhiều xương (> 6 xương), lớn tuổi. Viêm phổi, dập phổi, thở máy

- CD: TCLS: đau
CLS: X quang, CT Scans
- Điều trị:
Giảm đau, VLT
Cố định xương sườn gãy

Gãy xương ức, x bả vai

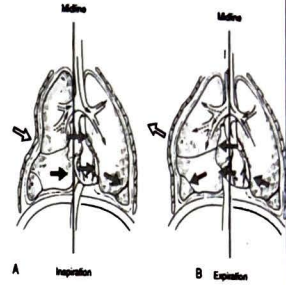
Tổn thương nặng đi kèm: DMC ngực, tim, phổi.



MÀNG SƯỜN DI ĐỘNG

Màng sườn di động

- ĐN: gãy 2 điểm trên một xương sườn, gãy > 2 x sườn
- LS: hô hấp đảo ngược (lắc lư trung thất)
- Điều trị: giảm đau, VLT
Cố định xương sườn gãy:
Tạm thời: băng ép
Vĩnh viễn: kết hợp xương sườn bằng nẹp kim loại
Thở máy áp lực dương
ĐT Dập phổi đi kèm



DẬP PHỔI

Nguyên nhân:

Tác động trực tiếp, vết thương thấu phổi. TE ít bị hơn người lớn

Tổn thương:

Phá hủy chủ mô phổi, xuất huyết phế nang, tự hết sau 7 ngày

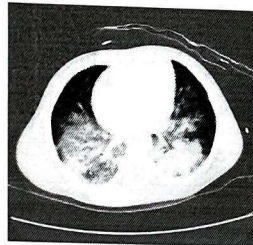
Chẩn đoán

LS: suy hô hấp (nặng trong 24-48 giờ đầu), ran ẩm

CLS: X quang, CT

Điều trị:

Bù dịch, giảm đau, theo dõi huyết động, thở máy, pulmonary toilet.



TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

- Thường gặp trong Chấn thương kín

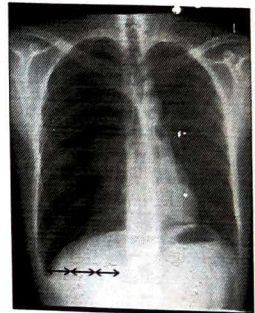
Chẩn đoán

- LS: Hai giảm, một tăng.
Tràn khí dưới da, lệch KQ
- CLS: X quang
CT Scans

Điều trị

- TKMP lượng ít: theo dõi (1/3 phế trường)
- TKMP lượng vừa, nhiều: Dẫn lưu khoang MP (>1/3 phế trường)

- Thẻ đặc biệt: TKMP áp lực



TRÀN MÁU MÀNG PHỔI

- Tổn thương thường gặp, 85% tự cầm

Chẩn đoán

- LS: Hội chứng 3 giảm
Hội chứng sốc mất máu
- CLS: X quang; CT scans: chẩn đoán nguyên nhân, siêu âm
- Chọc dò ra máu không đông

Điều trị

Nội khoa (lượng ít)
Dẫn lưu khoang màng phổi (lượng vừa, nhiều)
Phẫu thuật mở ngực



CHỈ ĐỊNH MỞ NGỰC

- 85% dẫn lưu khoang MP, 15% mở ngực

Chỉ định mở ngực

- Dẫn lưu ra > 1 500 mL
- Máu mất tiếp diễn (>200-300 mL/h trong 4 h)
- Tràn máu MP, máu đông sau dẫn lưu MP
- Tràn khí MP dù khi liên tục
- Tổn thương thực quản
- Tổn thương cơ hoành



VẾT THƯƠNG TIM

Chẩn đoán

Vết thương vùng trước tim "cardiac box"

Hội chứng sốc mất máu

Hội chứng chèn ép tim

Tam chứng Beck: tụt huyết áp, tiếng tim mờ, TM cổ nổi

Siêu âm tim, X quang phổi

Điều trị

Hồi sức

Chọc giải ép

Phẫu thuật, khâu vết thương tim



CHẤN THƯƠNG TIM

- Nguyên nhân: lực tác động mạnh: tay lái...

Chẩn đoán

LS: Tam chứng Beck

Loạn nhịp tim

Âm thổi tâm thu

CLS: điện tâm đồ, siêu âm tim

CT Scans khi ổn định

Men tim thay đổi

Điều trị

Theo dõi

Phẫu thuật



TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU LỚN

Vết thương: 90%

Chẩn đoán

vị trí vết thương, khối máu tụ lớn, H/c sốc mất máu

X quang phổi: trung thất mở rộng, mờ quai ĐMC, gãy X sườn 1,2, đẩy lệch KQ-PQ. tràn máu MP

Huyết động ổn định: CT scans, siêu âm mạch máu.

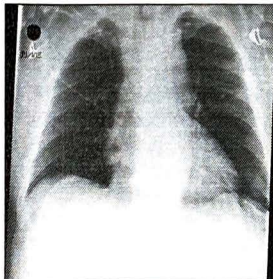
Điều trị

Hồi sức tích cực

PT: lựa chọn đường mổ phụ thuộc thương tổn

PT với máy tim phổi nhân tạo

Cần thiết nối mạch



TỔN THƯƠNG KHÍ PHẾ QUẢN

Tổn thương đe dọa cuộc sống, 2.5 - 3.2%

Chấn thương kín (80%) 2.5 cm gần carina

Chẩn đoán

LS: tràn khí dưới da, TKMP ra khí ODL liên tục, ho ra máu.

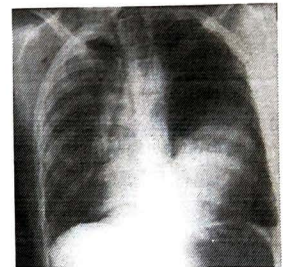
CLS: X quang, CT Scans ngực

Nội soi PQ chẩn đoán

Điều trị

Xử trí cấp cứu: dẫn lưu MP, hồi sức

Phẫu thuật



TỔN THƯƠNG THỰC QUẢN

- Hiếm gặp sau vết thương hay chấn thương

Chẩn đoán

LS: tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi, sốt kéo dài > 24 h KRNN

CLS: chụp thực quản cản quang. Soi thực quản khi nghi ngờ

Điều trị

Phẫu thuật: vị trí tổn thương

Sốt: khâu thực quản

Muộn (> 12 h): tưới rửa dẫn lưu MP



TỔN THƯƠNG CƠ HOÀNH

- Chấn thương hay vết thương. Bền T thường gặp

Chẩn đoán

LS: khó thở, nghe như động ruột

CLS: X quang: bóng hơi dạ dày, ruột hay tube Levine trong lồng ngực

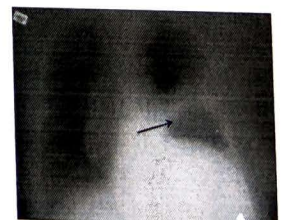
CT Scans:

Nội soi lồng ngực

Nội soi ổ bụng

Điều trị

Phẫu thuật đường bụng khâu lại



TÓM TẮT

- 20% chấn thương. Tổn thương cơ thành ngực, xương, màng phổi, tạng (tim, phổi, KQ, Thực quản, mạch máu lớn), cơ hoành

Chẩn đoán

- LS: triệu chứng ảnh hưởng hô hấp và suy tuần hoàn: khó thở, nhịp nhanh, đau khi sờ. Vết thương, tụ máu, tràn khí dưới da, phế âm giảm, tiếng tim mờ, đẩy lệch KQ, TM cổ nổi, mất mạch quay, sốc, liệt 2 chi dưới.

CLS

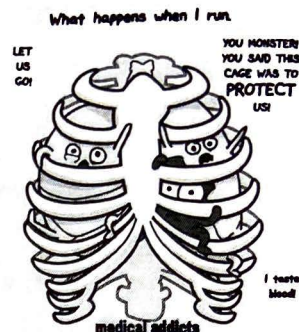
X quang: gãy xương, TMMP, TKMP, nghi ngờ tổn thương trung thất.

Siêu âm (FAST): dịch màng tim

CT cans, soi KQ, Thực quản, chụp thực quản

Điều trị

- ABC, chẩn đoán nhanh, can thiệp PT kịp thời



CHÚC CÁC BẠN MỘT NGÀY VUI VẺ

KHÁM LÂM SÀNG

- Đánh giá và xử trí tình trạng cấp cứu

A: (Airways) bảo đảm thông thoáng khí đạo, cẩn thận với tổn thương cột sống cổ, gây ngưng thở đột ngột hoặc liệt tứ chi.

B: (Breathings) bảo đảm sự trao đổi khí, giải quyết tổn thương đường hô hấp dưới (TKMP...), thở oxy, thở máy.

C: (Cardiac & Circulation) *giải phóng tamponade, chuyển nhanh đến nơi có điều kiện can thiệp sớm. *Cầm máu ngay, càng sớm càng tốt *Bảo đảm tốt bồi phụ đủ lượng dịch tuần hoàn

D: (Disability) Khám xét, đánh giá tình trạng chết não, tránh hồi sức cách phung phí, tốn kém.

E: (Exposure) (cởi bỏ áo quần hoàn toàn): khám toàn diện, hầu tránh bỏ sót các thương tổn khác trên người của nạn nhân.

CHỈ ĐỊNH MỞ NGỰC

TABLE 2-1: Indications for Thoracotomy

Penetrating injury with cardiac arrest

Immediate output of >1500 cm³ of blood from the chest tube insertion

Ongoing blood loss (>200–300 cm³ of blood per hour over 4 h)

Persistent hemothorax despite adequate chest tube placement

Ongoing massive air leak

Evidence of esophageal injury

Evidence of diaphragmatic injury

Large chest wall defect requiring reconstruction