

## Chấn thương ngực - TS Ng Hoàng Bình

Chấn thương ngực bao gồm vt ngực và chấn thương ngực kín

Chấn thương ngực kín thường là chấn thương bên ngoài, không đường vào khoang lồng ngực

Giải phẫu: Da, thành ngực, khung xương, đến màng phổi, phổi, cơ quan trung thất, tim

--> Khi chấn thương VT ngực cần nhớ là tỉ lệ tử vong chiếm khá nhiều trong chấn thương.

Thực tế là: hay thấy, khi thấy CT ngực, vt ngực thì xử lý: khám toàn diện ABC để giữ cho bệnh nhân ổn định rồi đánh giá tiếp. Trong hoàn cảnh cấp cứu, hiện tại Siêu âm nhanh đánh giá vị trí khu trú (FAST), sau này ra đời, đa chấn thương ngực vô thì SA vô gần như là XQ rồi. Đặt đầu dò trọng điểm là đánh giá toàn diện. Rẻ tiền, dễ làm, ai cũng làm được

Khám lâm sàng: A, B, C, D, E

1. Gãy xương sườn: tại sao? Khi gãy  $\geq 6$  XS trở lên, đặc biệt lớn tuổi thì tử vong cao lên. Cần chú ý tổn thương cơ quan bên trong như tim, màng phổi, ... khi tiếp cận CT ngực, nghi ngờ gãy xương sườn thì làm sao Dx?

Dấu hiệu chắc hoặc không chắc gãy xương: ví dụ biến dạng lồng ngực - mảng sườn di động, lạo xạo, ... còn không chắc chắn có 1 dấu hiệu là ấn đau. Trong gãy xương sườn mà đi ấn đau là bệnh nhân vô shock luôn á.

Khi có dấu hiệu đó: muốn Dx xác định là XQ

Khi có hình ảnh XQ chẩn đoán dễ dàng: dấu hiệu gãy, mất liên tục

Khi dx ra được rồi Rx ra sao? Bất động, nắn lại, cố định. Ngay

xương gãy xương sườn chỉ là giảm đau vì xương sườn đi theo khung ít khi nào bó bột + băng keo qua xương gãy (mũi ức vs cột sống rồi băng keo dính để cố định XS gãy). Hiện nay bỏ cố định xương sườn luôn. Người ta sử dụng những nẹp. Tập thở cho bn

Mảnh sườn di động: 2 điểm trên 1 xương và gãy nhiều hơn 2 xương. Khi gãy, hô hấp đảo ngược --> đè vô phổi làm giảm v trao đổi khí. Nếu mảnh lớn + đau tổn thương phổi --> SHH. Khi hít vào vô trong, thở ra đi ra ngoài. Cái chính hô hấp đảo ngược là chủ yếu ảnh hưởng V lưu thông --> SHH và đau xẹp phổi

Trên ls mảng sườn di động rất dễ Dx. Hít vào có khoảng lồng ngực lõm xuống. => XQ + sơ cứu: tạm thời băng ép giữ ko cho hô hấp đảo ngược đi ra nữa, vừa giảm đau vừa giảm lưu lượng khí lưu thông. Có những nơi ko thể khx sườn thì đt băng thở máy (gọi là cố định bên trong), nếu nơi bv có đk thì tốt nhất là mổ ra kết hợp xương.

Dập phổi: thường gãy xương sườn sẽ kéo theo dập phổi. Tổn thương pn, xuất tiết, làm dịch ra lòng pn, như phù phổi á. BN sẽ suy hô hấp. Trên ls dx dựa vào tiền căn, bệnh sử chấn thương. Do đó trên LS có SHH, nghe phổi có ran ẩm. BN chấn thương + ran ẩm --> dập phổi. --> Chỉ định xq, CT thấy tổn thương thâm nhiễm 2 bên. Nếu là VP là sốt nhiễm trùng. Dx dập phổi thì ko mổ, chỉ bù dịch, giảm đau, nếu ổn thì tậ pvaajt lý, ko ổn thì thở máy. Thường sau 7d sẽ hết, nếu mà có thể xài corticoid hiệu quả 3-4 ngày hết. Nhưng tác dụng tại sao Cor giảm dập phổi thì ko chứng minh đc, chỉ ls hay xài thôi.

TKMP: LS có 2 giảm 1 tăng. TKDD. Nếu nhiều thì bn SHH. Đnsah giá hô hấp

Dx dựa XQ => Dxxđ; dựa khoảng vô mạch trên xq, tăng sáng hơn. Dx xác định tràn khí màng phổi, mức độ như thế nào, tại sao?

Rx lượng vừa trở lên: bắt buộc đặt dẫn lưu cho thoát khí ra. Vậy khi nào vừa nhiều? Vượt qua 2/3 trong vòm hoành là nhiều

Tràn máu: xem \$mất máu trên ls, học shock chấn thương mất máu là biết rồi đó. Và màng phổi có hội chứng ba giảm. Dxxđ = chọc dò ra máu không đông --> chẩn đoán xác định tràn máu màng phổi. Phải dx mức độ tràn khí ra sao. Nếu mờ góc sườn hoành thôi, trung bình thì tới xương bả vai. Vừa trung bình thì phải dẫn lưu. Lưu ý chỉ dẫn lưu khi cần thiết. Nguyên tắc chảy máu phải cầm máu. Tại sao chảy máu khoang màng phổi ko cầm mà dẫn lưu? Áp lực ĐMP thấp, áp lực TH cao. Áp lực ĐMP bt 20-25, lên 40 là cao. NN 80% là do nhu mô phổi, ống dẫn lưu như chất kích thích viêm thải ra để tự lành.

Tuy nhiên khi tổn thương chấn thương ngực, có thể tổn thương từ đm liên sườn, hoặc VT tim thì khi đó dẫn lưu lúc đầu để giải quyết hô hấp cho bn, sau đó nếu diễn biến tiếp tục thì khi mổ ra cột mm đó lại.

VT tim: Khi bn có VT vùng trước tim (là giữa đường trung đòn 2 bên, dưới là mũi ức): \$Sốc mất máu, \$Chèn ép tim, Tam chứng Beck => phải chỉ định mổ

Chấn thương tim: dễ bỏ sót. Vd thấy bầm trước ngực. Đặc điểm là HA tụt, truyền dịch ko đáp ứng. HA < 80

SA mọi điểm ko XH ổ bụng, ko tràn dịch màng phổi, coi chugnwf chấn thương tim. Khi đó làm bn tụt HA ko lý giải đc. Tn thương tim thường là tn thương nhĩ. Nhất là nhĩ P, khi 2

tm về thì nhĩ p căng lên, áp lực ở đó thấp, khi vỡ ra thì cầm lại  
đc nen vô viện mà cầm đc. + SA có dịch =>Vỡ nhĩ, vỡ tiểu nhĩ.  
Bắt buộc phẫu thuật

Tổn thương mm lớn: xưa giờ vô chỉ có chết thôi. Những TH  
chấn thương mm lớn thì vào bv . Nếu \$mất máu thì cứu và  
hồi sức khó, ko thể nào đánh giá = ct scan.  
HA tụt, sắp chết thì mổ mù.

Một trong những chỉ định mở ngực là tổn thương khí phế  
quản. Khi rách khí PQ lớn thì có đặt dẫn lưu thì khí vẫn tiếp  
tục ra. Đặc biệt bn té trên cao, phổi rớt xuống, phổi tung lên  
làm đứt gốc, rớt phổi ra. Khi vào viện sẽ khó thở, shh, ho ra  
máu. XQ thấy tràn khí màng phổi. Khác ở chỗ  
\$ phổi rơi: nhìn rốn phổi 2 bên tương đối cân nhau, ko lệch  
lắm trng khi tổn thương khí phế quản thì rốn phổi tụt xuống  
T) =>đứt ra rồi rớt xuống  
Dx xác định dựa vào NỘI SOI PHẾ QUẢN. Nếu ko đc hì nội ó  
theo  
Rx chỉ có mổ

Tổn thương thực quản. Khó chẩn đoán, biết thôi. Đôi khi sốt  
NT, đặt dẫn lưu màng phổi có thức ăn. Thường bn vô chỉ thấy  
dấu hiệu tràn khí dưới da, biểu hiện sốt, NT, viêm đường hô  
hấp, nghi thì chụp ct lên. Thường trong trung thất ko mực  
nước hơi, có là coi chừng thủng thực quản, u, ... Thực tế để  
dx tổn thương thực quản chỉ có bs kinh nghiệm khi nghi ngờ  
thôi. Chứ đa phần thấy food ra thì chỉ định soi TQ đc nhưng  
khi chưa dẫn lưu màng phổi thì nội soi sẽ bơm khí trong nội  
soi sẽ ép phổi, gây nguy cơ. PT khác là XQ, trừ khi bn sốc  
nhiễm trùng nặng quá nên chụp ko đc. Tốt nhất là chụp cản  
quan tan trong nước (ko phải barryt)

Nhiều người ói --> sau đó đau vỡ thực quản: hỏi tiền căn ói, đi nhậu, sốt sốt. DMP chọc ra đục thì dẫn lưu. Trước 24h dx đc xử trí sẽ tốt hơn sau 24h.

Nguyên tắc dẫn lưu: dẫn lưu, làm sạch áp xe rồi khâu lại

Thoát vị hoành: đôi khi dx lầm, để lâu bị shock nt, khó thở. Nghe đc khó thở, âm phế bào giảm 3 giảm, nghe nhu động ruột là lí thuyết thôi.

CLS: cái mình giúp xác định đc là bóng hơi dạ dày (đôi khi cơ hoành liệt thì dâng lên cao), tube levin trong lồng ngực  
Chụp CT thấy tổn thương ruột trên đó chắn chắn, nhưng ko 100% là thoát vị, có thể ngoài ra cơ hoành lên cao --> có thể cần NS ổ bụng tuy nhiên khi đó ls ko rầm rộ

Với 1 chấn thương + khso thở + XQ thì có thể dx. Nếu còn nghi thì ns lồng ngực, nội soi ổ bụng

Tóm lại: với bn chấn thương thì nhớ dùng xử trí ABC trước và nhớ siêu âm FAST phát hiện dịch màng tim để xử lý liền. Khi điều trị thì tùy trh đánh giá nội khoa hay ngoại khoa.