

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN CÓ GÂY NHIỀU XƯƠNG SƯỜN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đặng Công Hiếu*, Vũ Anh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau bằng phong bế khoang cạnh sống và kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn. **Đối tượng và phương pháp:** 73 bệnh nhân chấn thương ngực kín có gãy ít nhất 3 xương sườn một bên từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020 tại Khoa phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện quân y 103. Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 73 bệnh nhân 57 nam và 16 nữ, tuổi trung bình là 52,86; gãy từ 3 đến 5 xương chiếm chủ yếu (86,3%). Điểm VAS khi nghỉ và khi ho giảm, PaO₂ tăng có ý nghĩa sau thực hiện giảm đau cạnh sống (P<0,05). Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là dẫn lưu khoang màng phổi 85,3%, có 4 trường hợp được điều trị bằng kết xương sườn. Thời gian nằm viện trung bình 7,8 ngày. **Kết luận:** Điều trị chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn có sử dụng giảm đau cạnh sống cho hiệu quả tốt và an toàn.

Từ khóa: Chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn, giảm đau cạnh sống.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULT OF BLUNT CHEST TRAUMA WITH MULTIPLE RIB FRACTURES IN 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Research to evaluate clinical and subclinical symptoms, treatment results of patients with blunt chest trauma with multiple rib fractures. **Subjects and methods:** 73 patients with blunt chest trauma with fracture of at least 3 unilateral ribs from January 2018 to December 2020 at the Department of Thoracic Surgery, Military Hospital 103. Cross-sectional descriptive research. **Results:** 73 patients 57 men and 16 women, mean age 52.86; patients with 3 to 5 fractures, accounting for mainly (86.3%). VAS score at rest and when cough significantly decreased, PaO₂ significantly increased after paravertebral thoracic block (P <0.05). The main surgical method is tube thoracostomy (85.3%), with 4 cases being treated with rib fixation surgery. The average hospital stay was 7.8 days. **Conclusion:** It is good results and safe to use paravertebral thoracic block for treatment of blunt chest trauma with multiple rib fractures.

Keywords: Blunt chest trauma, Blunt chest trauma with multiple rib fractures.

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Công Hiếu

Email: dc.hieu94@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/2/2021

Ngày duyệt bài: 5/3/2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín là cấp cứu ngoại khoa hay gặp trên thực hành lâm sàng. Gãy xương sườn là tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương ngực kín chiếm từ 60 đến 80% [5]. Bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn thường có kèm theo tổn thương kết hợp trong khoang màng phổi như tràn máu khoang màng phổi, tràn khí khoang màng phổi, dập nhu mô phổi... Đau ngực là triệu chứng nổi bật thường gặp đối với bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn. Cho nên đối với bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn ngoài các phương pháp điều trị khác còn phải áp dụng các biện pháp giảm đau tốt cho bệnh nhân. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá đánh giá hiệu quả giảm đau bằng phong bế khoang cạnh sống và kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện quân y 103 từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020, từ đó rút kinh nghiệm và nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 73 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương ngực kín gãy ít nhất 3 xương sườn một bên được điều trị tại Khoa phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện quân y 103 từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều được hướng dẫn, giải thích thực hiện nghiên cứu. Xác định các chỉ tiêu nghiên cứu theo mẫu nghiên cứu thống nhất.

Kỹ thuật giảm đau khoang cạnh sống ngực được thực hiện dưới điều kiện vô khuẩn, bệnh nhân trong tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng, kỹ thuật được thực hiện theo quy trình của Eason và Wyatt [2]. Vị trí chọc kim ở bên tổn thương giữa vị trí gãy xương sườn, cách đường giữa 2-2,5cm. Gây tê tại vị trí chọc kim. Đâm kim vuông góc với mặt da cho tới khi gặp mòm ngang của thân đốt sống ngực, thường ở độ sâu từ 2-4cm. Sau đó lui kim khoảng 1 cm và tiến trượt qua bờ trên của mòm ngang, sử dụng kỹ thuật mất sức cản với không khí để xác định khoang cạnh sống, rút nòng kim, luồn catheter vào khoang cạnh sống 2-3cm. Rút kim, cố định catheter

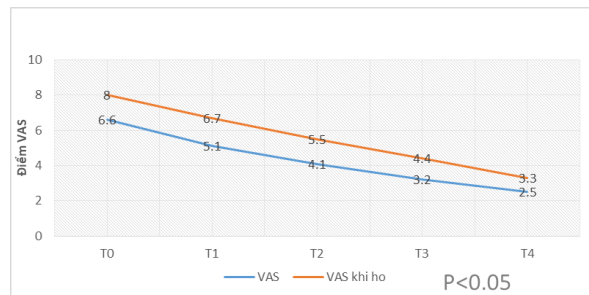
bằng opsite dọc theo cột sống ngực. Hút thử qua catheter để khẳng định không có máu hoặc dịch não tủy chảy ra. Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm ngửa. Tiêm chậm trên 3 phút liều khởi đầu 0,3 ml/kg dung dịch bupivacain 0,25% qua catheter. Tiếp theo truyền qua bơm tiêm điện dung dịch Bupivacain 0,125% với tốc độ 0,1ml/kg/h. Trong thời gian theo dõi giảm đau, tốc độ truyền vào khoang cạnh sống có thể tăng 1-2 ml/h cho tới liều truyền tối đa 0,2 ml/kg/h tùy thuộc vào mức độ đau của bệnh nhân; hoặc bolus 3-4 ml dung dịch thuốc bupivacain 0,125% nếu điểm VAS khi ho lớn hơn 4 hoặc khi bệnh nhân yêu cầu giảm đau thêm. Thời điểm lấy chỉ số nghiên cứu trước gây tê (T0), sau gây tê 30 phút (T1), 24 giờ (T2), 48 giờ (T3) và 72 giờ (T4). Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=73)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình		52,82 ±11,72	(27-92)
Giới	Nam	57	78,1

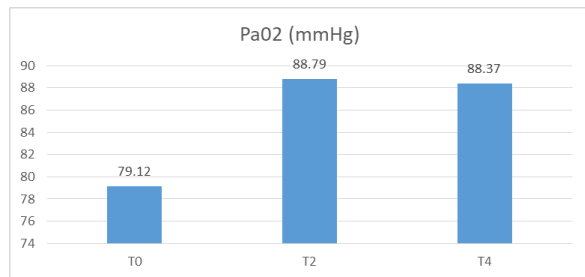
	Nữ	26	21,9
Bên tổn thương	Bên phải	24	32,9
	Bên trái	48	65,8
Số xương sườn gãy	Gãy 3-5 xương	63	86,3
	Gãy trên 5 xương	10	13,7
	Trung bình	4,1 ± 1,45	
Khoang màng phổi	Tràn máu	50	68,5
	Tràn khí	26	35,6
	Tràn máu + Tràn khí	19	26
Đập phổi		12	16,4



Biểu đồ 3.1. Đánh giá điểm VAS khi nghỉ và khi ho qua các thời điểm.

Bảng 3.2. Các chỉ tiêu đánh giá chức năng hô hấp tuần hoàn vào các thời điểm

Chỉ tiêu	To	T1	T2	T3	T4	P	
Mạch (Ck/p)	85±10,6	81,4±8,3	78,4±8,7	76±9	72,2±7,5	<0,05	
Huyết áp (mmhg)	Max	131,9±15,6	125,9±12,9	123±11,2	121,4±11,5	117,9±9,7	<0,05
	Min	82,1±8,9	77,8±9	74±8	72,6±8,5	69,6±8,3	<0,05
	TB	98,8±9,9	94±8,6	91,1±9	89,2±9	86,5±8,7	<0,05
Tần số thở (ck/p)	21,3±1,2	20,3±1	18,6±1	18,2±0,5	17,8±0,7	<0,05	
SpO2 (%)	95,7±2,2	96,9±1,7	98,3±1,6	99±1,5	99,6±0,9	<0,05	
IC (ml)	700,9 ±384,6	957,3 ±458,2	1141,4 ±477,9	1348,8 ±498,5	1576,2 ±444,5	<0,05	



Biểu đồ 3.2. Thay đổi PaO2 vào các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.3. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Điều trị bảo tồn đơn thuần	40	54,8	
Giảm đau cạnh sống	73	100	
Phẫu thuật	Dẫn lưu KMP đơn thuần	29	39,7

Kết xương sườn	4	5,5
Phẫu thuật lấy máu đông KMP	1	1,4

100% bệnh nhân được thực hiện giảm đau cạnh sống. Tỷ lệ bệnh nhân phải phẫu thuật chiếm 45,2%. Trong số bệnh nhân phải phẫu thuật thì dẫn lưu khoang màng phổi đơn thuần chiếm tỷ lệ lớn nhất (85,3%). 04 trường hợp phải phẫu thuật kết xương sườn, 01 trường hợp phẫu thuật lấy máu đông khoang màng phổi.

Bảng 3.4. Thời gian nằm viện

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân (n=73)	Tỷ lệ (%)
< 7	42	57,5
7 – 10	20	27,4
> 10	11	15,1
Thời gian nằm viện trung bình (Ngày) (±SD) (Min-Max): 7,82±4,4(2-30)		

IV. BÀN LUẬN

- **Đặc điểm chung của bệnh nhân:** Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi 73 bệnh nhân chấn thương ngực kín gây ít nhất 3 xương sườn một bên có tuổi trung bình là $52,82 \pm 11,72$ từ 27 đến 92 tuổi, chủ yếu trong độ tuổi lao động; nam chiếm 78,1%, nữ chiếm 21,9%. Tổn thương gặp ở bên trái nhiều hơn chiếm 65,8% trong khi bên phải chỉ chiếm 35,2%. Số lượng xương gãy từ 3 đến 5 chiếm chủ yếu 86,3%. Tràn máu khoang màng phổi 68,5%, tràn khí khoang màng phổi 35,6%, dập nhu mô phổi 16,4%. Gãy xương sườn là tổn thương hay gặp trong chấn thương ngực kín, số lượng xương sườn gãy tỷ lệ thuận với mức độ đau với bệnh nhân và tỷ lệ gặp các tổn thương kết hợp trong lồng ngực.

- Hiệu quả của phương pháp giảm đau cạnh sống: Các bệnh nhân nghiên cứu đều được giảm đau bằng phong bế khoang cạnh sống ngực. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm VAS sau khi thực hiện thủ thuật các thời điểm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước thực hiện thủ thuật với $P < 0,05$, ở T0 ($6,6 \pm 0,9$), T1 ($5,1 \pm 0,9$), T2 ($4,1 \pm 0,9$), T3 ($3,2 \pm 0,9$), T4 ($2,5 \pm 0,8$). Điểm VAS khi ho cũng giảm qua các thời điểm như điểm VAS khi nghỉ với $P < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Karmakar[5], của Ge Yeying[3]. Kết quả giảm đau thường được bệnh nhân cảm nhận rõ ràng nhất sau khi thực hiện, và hiệu quả này được duy trì trong suốt thời gian lưu catheter. Hiệu quả giảm đau tốt của kĩ thuật này giúp cho bệnh nhân hít thở dễ dàng, ho khạc tốt, thực hiện vật lí trị liệu hô hấp sớm dẫn đến cải thiện chức năng hô hấp bệnh nhân. Theo kết quả của chúng tôi các chỉ số SpO₂, tần số thở, thể tích hít vào tối đa (IC) đều cải thiện theo thời gian qua các thời điểm nghiên cứu với $P < 0,05$. Nghiên cứu của Ge Yeying[3] chứng minh sau khi giảm đau cạnh sống chức năng hô hấp của bệnh nhân được cải thiện với qua các chỉ số FVC, FEV₁/FVC, PEFr. Với chỉ số khí máu động mạch ở các thời điểm nghiên cứu thì PaO₂ ở thời điểm T2 và T4 giảm với thời điểm T0, còn PCO₂ thì qua các thời điểm đều không thay đổi, kết quả này tương tự như của tác giả Ge Yeying[3], của J. Gilbert và J. Hultm[4]. Giảm đau trong chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn rất quan trọng giúp tránh được các biến chứng nguy hiểm như viêm phổi, suy hô hấp từ đó cải thiện kết quả điều trị, giảm thời gian nằm viện. Giảm đau cạnh sống là phương pháp có hiệu quả, an toàn có thể thực hiện cho bệnh nhân chấn thương ngực kín gây

nhiều xương sườn[7].

- **Phương pháp điều trị và kết quả điều trị:** Tất cả bệnh nhân đều được giảm đau bằng giảm đau cạnh sống. Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật là 45,2%. Trong số đó dẫn lưu khoang màng phổi đơn thuần chiếm tỷ lệ lớn nhất (85,3%) tương tự như các nghiên cứu của Frank Chau-Feng Lin[6]. 04 trường hợp phẫu thuật kết xương sườn được chỉ định cho bệnh nhân gây nhiều xương sườn có biến dạng lồng ngực ảnh hưởng đến chức năng hô hấp của bệnh nhân. Sau phẫu thuật cho kết quả tốt về giảm đau, cải thiện chức năng hô hấp kết của này tương tự của Jian-Peng Zhang[8], của Eva-Corina Caragounis[1]. Có 01 trường hợp phẫu thuật nội soi khoang màng phổi lấy máu đông. Thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày, chủ yếu dưới 7 ngày chiếm 57,5%.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn hay gặp ở nam giới (78,1%), chủ yếu trong độ tuổi lao động. Số lượng xương sườn gãy chủ yếu từ 3 đến 5 xương chiếm 86,3%, thường đi kèm với tràn máu, tràn khí khoang màng phổi.

Giảm đau cạnh sống là một phương pháp có hiệu quả giảm đau rõ rệt đối với bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn, đồng thời có hiệu quả cải thiện chức năng hô hấp và tuần hoàn cho bệnh nhân. Phương pháp chủ yếu phẫu thuật chấn thương ngực kín là dẫn lưu khoang màng phổi chiếm (85,3%). Kết xương sườn là phương pháp hiệu quả chỉ định được cho bệnh nhân chấn thương ngực kín gây nhiều xương sườn có ảnh hưởng đến chức năng hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Caragounis E. C., Fagevik Olsen M., Pazooki D., et al. (2016), "Surgical treatment of multiple rib fractures and flail chest in trauma: a one-year follow-up study", *World J Emerg Surg*, 11, 27.
2. Eason MJ Wyatt R (1979), "Paravertebral thoracic block-a reappraisal", *Anaesthesia*; 34: 638 - 642.
3. Ge Yeying1 Yuan Liyong1, Chen Yuebo1,, Zhang Yu1 Ye Guangao1, Ma Weihu2 and, Liu Jun2 Zhao (2017), "Thoracic paravertebral block versus intravenous patient-controlled analgesia for pain treatment in patients with multiple rib fractures", *Journal of International Medical Research* 2017, Vol. 45(6) 2085–2091.
4. HULTM J. GILBERT J. (1989), "Thoracic paravertebral block a method of pain", *Acta Anaesthesiol Scand* 1989; 33: 142-145.
5. Karmakar M. K., Critchley L. A., Ho A. M., et al. (2003), "Continuous thoracic paravertebral infusion of bupivacaine for pain management in patients with multiple fractured ribs", *Chest*, 123(2), 424-31.

6. Lin Frank Chau-Feng, Li Ruet-Yun, Tung Yung-Wei, et al. (2016), "Morbidity, mortality, associated injuries, and management of traumatic rib fractures", Journal of the Chinese Medical Association, 79(6), 329-334.
7. Moore² Michelle Kim¹ & James E. (2020), "Chest Trauma: Current Recommendations for Rib

Fractures, Pneumothorax, and Other Injuries", Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020.

8. Zhang J. P., Sun L., Li W. Q., et al. (2019), "Surgical treatment of patients with severe non-flail chest rib fractures", World J Clin Cases, 7(22), 3718-3727.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC CẤP

Nông Hữu Thọ¹, Phạm Thọ Tuấn Anh², Nguyễn Hoàng Định²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa hội chứng ĐMC ngực cấp ở nhóm bệnh nhân được nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiền cứu, hàng loạt các trường hợp bệnh nhân có HCĐMC ngực cấp được điều trị ngoại khoa tại khoa phẫu thuật tim, bệnh viện Chợ Rẫy và khoa phẫu thuật tim mạch, bệnh viện Đại Học Y Dược trong thời gian từ tháng 9/2015 đến tháng 9/2018. **Kết quả:** Trong thời gian 3 năm (9/2015- 9/2018), chúng tôi thu thập được 102 trường hợp được chẩn đoán hội chứng ĐMC cấp. Sau khi được hội chẩn tim mạch, có 101 ca được điều trị phẫu thuật. Phân tầng được các tổn thương và xác định phạm vi can thiệp: thay ĐMC lên và quai: có tỷ lệ cao nhất (54,5%); thay ĐMC lên và bán quai: có tỷ lệ ít nhất (20,8%); xử trí thay 1 đoạn ĐMC đơn thuần là thường gặp (24,8%); trong đó chỉ có 6 TH được phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch. Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện là 22,7 % (23/101). Nguyên nhân tử vong sớm: thường gặp là viêm phổi và TBMMN. Biến chứng thường gặp nhất: TBMMN (25,7%), viêm phổi (37,6%). Kết quả trung hạn: thời gian theo dõi trung bình là 32,2 tháng. Ghi nhận: có 8 trường hợp mất dấu theo dõi và có thêm 7 TH tử vong trong suốt thời gian theo dõi. Tỷ lệ sống còn của nghiên cứu theo đồ thị Kaplan-Meier là: 69%. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật vẫn còn nhiều khó khăn và thử thách. Phạm vi xử trí tập trung đoạn lên và quai chiếm tỷ lệ cao. Thay ĐMC lên và quai (54,5%); thay ĐMC lên và bán quai (20,8%). Nhiều biến chứng sau mổ được ghi nhận với tỷ lệ khác nhau. Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện là 22,7%. Trong suốt thời gian theo dõi là 32,2 tháng, tỷ lệ sống còn theo đồ thị Kaplan- Meier là 69%.

Từ khóa: Hội chứng ĐMC cấp, Bóc tách ĐMC, Huyết khối tụ thành, Loét xuyên thành, phình ĐMC dọa vỡ.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF SURGICAL

¹Bệnh viện Quân y 175

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nông Hữu Thọ

Email: huuthomd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 9/2/2021

Ngày duyệt bài: 5/3/2021

TREATMENT FOR ACUTE AORTIC SYNDROME

Objectives: The aim of this study was to evaluate the operative treatment of the acute aortic syndrome. **Materials and methods:** A prospective descriptive study was conducted in a series of patients, suffering the acute aortic syndrome, in Cho Ray hospital and University Medical Center from September 2015 to September 2018. **Results:** There are 102 patients suffering AAS but 101 patients were performed surgery with a mean age of 46.3±21, 78 males (78.7%) and 23 females (23.2%). The early mortality of operative treatment of AAS were 22,7% (23/101). Etiology of death was as follows: low cardiac output (4/23); stroke, (5/23); hemorrhage, (2/23); sepsis, (2/23); and varied other causes (10/23). Plots of Kaplan-Meier estimates of survival of this group of patients are 69%. **Conclusion:** Operative mortality in this result of surgical treatment for AAS is similar to contemporary worldwide registry data. Rate of deaths after surgery for AAS are 22,7% (23/101), arising from postoperative stroke, hemorrhage, or cardiac dysfunction and pneumonia. Plots of Kaplan-Meier estimates of survival of this group of patients are 69%. A further understanding of the mechanisms of AAS in this population is needed.

Keywords: Acute aortic syndrome (AAS), aortic dissection (AD), aortic intramural hematoma (IMH), penetrating atherosclerotic ulcer (PAU), aortic aneurysmal rupture (AAR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ĐMC cấp là một khái niệm khá cập nhật trong giai đoạn hiện nay và được xếp vào nhóm bệnh cảnh cấp cứu của ĐMC ngực, bao gồm một số thể thường gặp như: bóc tách kinh điển (A.D), máu tụ trong thành (IMH), loét thủng xuyên thành (PAU) và phình ĐMC ngực dọa vỡ [1],[3]. Trong HS-PT tim, đây là nhóm bệnh cảnh nặng, diễn tiến nhanh và tỷ lệ tử vong khá cao nếu không được xử trí kịp thời [2]. Nếu không điều trị, tỷ lệ tử vong là 50% trong 48 giờ đầu, 80% trong 2 tuần đầu và 92% trong 1 năm. [5,7] Mặc dù đã có nhiều tiến bộ về chẩn đoán giúp phát hiện nhanh và xử trí sớm nhưng công tác điều trị HC ĐMC cấp hiện vẫn còn nhiều khó khăn và thử thách.