

Bài dịch:

Báo cáo ca bệnh: Vết thương xuyên thấu cổ do một thanh thép xoắn

Tóm tắt:

Cơ sở lý luận: Vết thương xuyên thấu cổ có tỉ lệ tử vong khoảng 3-6% , kèm theo nhiều biến chứng nguy hiểm, chủ yếu do đây là nơi tập trung nhiều cấu trúc sống xong lại không có xương che chở .

Thông tin lên quan bệnh nhân:

Bệnh nhân nam, 55 tuổi , bị một thanh thép xoắn đâm vào cổ, sát tuyến nước bọt mang tai, do ngã từ tầng 2 của một tòa nhà.

Chẩn đoán: Vết thương xuyên thấu vùng cổ

Xử trí: Gây mê toàn thân tại phòng mổ cấp cứu, mở khí quản dự phòng và phẫu thuật thăm dò vùng cổ

Kết quả: Đã lấy bỏ dị vật thành công và không có biến chứng

Bài học kinh nghiệm:

Chúng tôi cho rằng chụp cắt lớp vi tính và dựng hình ảnh ba chiều là một phương pháp khả thi để loại trừ tổn thương mạch máu lớn cho các bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu, không có đủ điều kiện để chụp mạch cắt lớp vi tính (CTA). Sử dụng ống dẫn lưu ngược trong việc lấy bỏ các dị vật sắc , thô ráp khi đã bộc lộ rõ dị vật và đường đi của nó là một lựa chọn hợp lý

1. Đặt vấn đề:

Cổ là khu vực dễ bị tổn thương , vì ở đây tập trung nhiều cấu trúc sống quan trọng , lại không có xương che chở ngoại trừ các đốt sống cổ. Tỉ lệ của vết thương xuyên thấu cổ từ 5-10% và tỉ lệ tử vong từ 3-6%, chủ yếu chết do tổn thương các mạch máu, gây mất máu nhiều. Việc điều trị vết thương xuyên thấu cổ cũng đã thay đổi từ bắt buộc phẫu thuật thăm dò sang phẫu thuật có chọn lọc. Phẫu thuật có chọn lọc ở các bệnh nhân bị vết thương xuyên thấu cổ dựa vào thăm khám thực thể và các nghiên cứu chẩn đoán lựa chọn đã được các bác sĩ ủng hộ rộng rãi.

Đối với điều trị ban đầu các bệnh nhân bị vết thương xuyên thấu cổ, ưu tiên thứ nhất là đảm bảo thông khí tốt và duy trì tuần hoàn theo hướng dẫn của **cấp cứu chấn thương nâng cao** (ATLS). Điều trị chọn lọc an toàn và khả thi ở các bệnh nhân có huyết động ổn định, khám thực thể và các thăm dò bổ trợ không thấy có biểu hiện tổn thương các cấu trúc quan trọng . Cổ được phân chia làm ba vùng: Vùng I,nằm giữa xương đòn/xương ức và sụn nhẫn, tính cả lồi vào lồng ngực. Vùng III, từ góc của hàm dưới đến nền xương sọ. Vùng II, nằm giữa vùng II và vùng III . Hiện nay, các vết thương xuyên thấu vùng cổ chủ yếu do đâm chọc,

chiếm khoảng 70%. Các tổn thương vùng II hay gặp nhất ở cả trẻ em và người lớn. Đối với các bệnh nhân có huyết động và hô hấp ổn định, trước hết phải thực hiện các thăm dò để chẩn đoán. Nếu thông khí không đảm bảo, phải tiến hành ngay đặt ống nội khí quản qua đường miệng hoặc phải mở khí quản cấp cứu.

Ở đây, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 55 tuổi bị vết thương xuyên thấu cổ, nhập viện với một thanh thép xoắn trôi ra hai bên cổ. Thanh thép xoắn này đã chọc vào bờ trước của cơ ức đòn chũm trái ngang mức xương móng, xuyên hơi chệch vùng hầu họng, gây ra vết thương bên phải ở chỗ tiếp giáp bờ trước của cơ ức đòn chũm và bờ dưới của cơ nhị thân, đi ra ở dưới mỏm chũm bên phải. Dị vật đã được lấy bỏ thành công không có biến chứng gì.

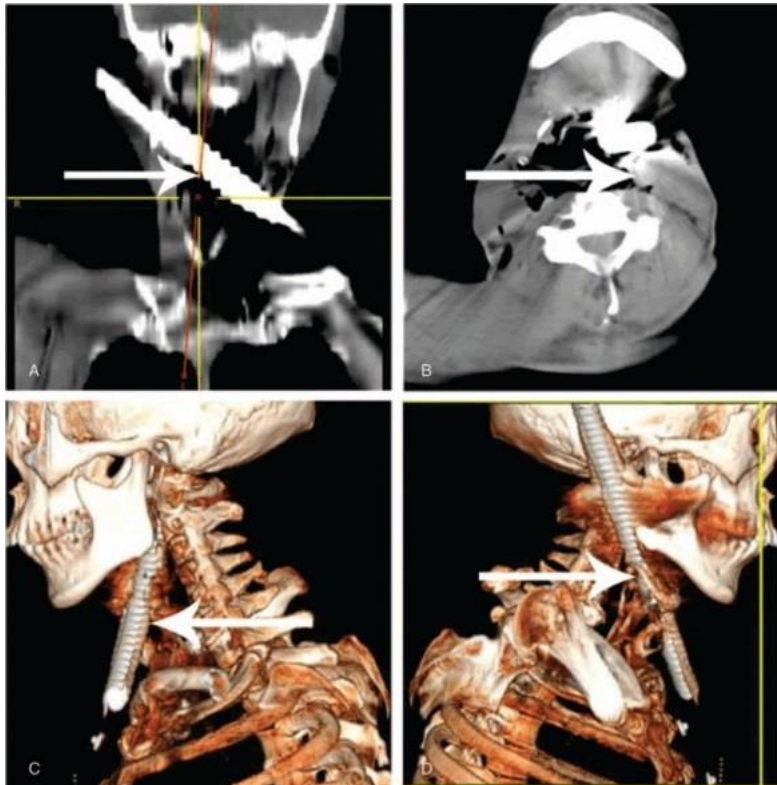


A rebar protruding from both sides of the neck. (A) The rebar entered into the anterior border of the left sternocleidomastoid muscle at the level of the hyoid bone. (B) The rebar exited below the right mastoid process (arrow).

2. Báo cáo ca bệnh

Một công nhân xây dựng đến khoa cấp cứu với thanh cốt thép có đường kính 14mm (thép xoắn) trôi ra hai bên cổ. Dị vật đi vào bên trái cổ ở vùng II, xuyên ngang và đi ra ở vùng III bên cổ phải. Bệnh nhân này bị ngã từ tầng hai trước đó 3 giờ và được nhân viên y tế mang vào. Lúc vào, bệnh nhân tỉnh, lâm sàng ổn định, chảy ít máu từ vết thương, không chảy máu từ miệng và mũi, không có dấu hiệu suy hô hấp. Thăm khám thấy bệnh nhân có nuốt đau, nhưng không có dấu hiệu bất thường về thần kinh, không có tụ máu lan tỏa và khó nuốt. Các dấu hiệu sinh tồn ban đầu: Nhiệt độ 98,2°F, nhịp tim 78 lần / phút, huyết áp 95/60mmHg, nhịp thở 20 lần/ phút, và độ bão hòa O₂ 100%

Trên phim CT cho thấy dị vật kim loại dài , đi vào từ bên cổ trái, đâm chéo ngang họng hầu, và đi ra bên phải vùng hàm mặt. Có một ít khí trên đường đi của vết thương, ở nền cổ hai bên, hố thượng đòn, và ở trung thất. Không thấy có khối máu tụ. Nghi ngờ có gãy xương móng. Vỏ xương sọ ở bờ trước của mỏm ngang bên phải có vẻ không liên tục (Phim CT sau mổ cho thấy không có dấu vết gì). Phần còn lại của xương sọ không có dấu vết gì trên phim CT.



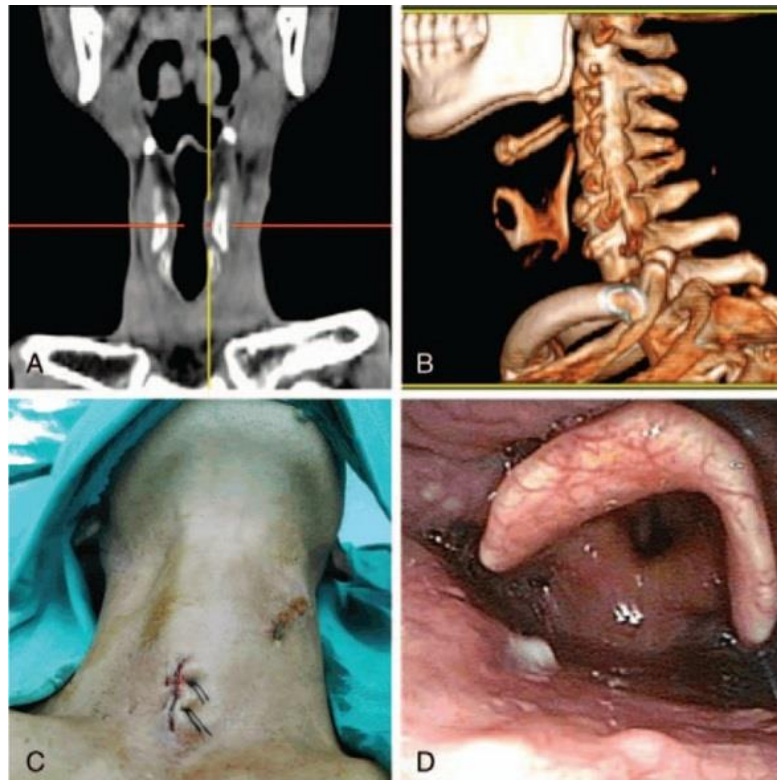
Computed tomography (CT) and three-dimensional reconstruction of the CT images of neck. (A) CT showed a rod-shaped metallic foreign body protruding from both sides of the neck and the foreign body headed diagonally across the oropharynx. (B) CT showed the relationship between major vessels (arrow) and the rebar. (C and D) Three-dimensional reconstruction of the CT images showed the track of metallic foreign body, and that it passed through the hyoid bone region (arrow). CT=computed tomography.

Tại phòng mổ cấp cứu, gây mê toàn thân, mở khí quản dự phòng, thăm dò vùng cổ, cuối cùng đã lấy bỏ thanh thép xoắn thành công. Trong lúc mổ, chúng tôi mở rộng vết thương, thăm dò toàn bộ dị vật và đường đi của nó. Trong mổ phát hiện thấy: Vết thương xuyên ngang từ bên trái thủng sang bên phải như đã trình bày ở trên. Dị vật đi qua khoang họng hầu, tổn thương mảnh trái của sụn giáp , rách sâu niêm mạc họng hầu cả hai bên và cơ thất hầu trên. Tổn thương rách bao cảnh trái, nhưng không tổn thương mạch máu đốt sống cổ bên trái và thần kinh trong bao. Bên phải dị vật xuyên vào tuyến nước bọt mang tai, gây rách màng của

tuyến , nhưng không tổn thương ống tuyến. Không thấy tổn thương bao cảnh bên phải . Thăm khám kỹ ở bên trái còn phát hiện thấy thanh thép xuyên vùng sau họng hầu , thần kinh thanh quản trên rời ra và phù nề. Chúng tôi lắp khít một ống dẫn lưu ngực trên thanh thép xoắn trong lúc mổ và lấy bỏ dị vật thành công. Rửa vết thương bằng hydrogen peroxide, povidone iodine và nước muối sinh lý, Khâu lại màng tuyến nước bọt mang tai , cắt lọc vết thương rồi khâu từng lớp. Chúng tôi đặt 2 ống dẫn lưu và ống nuôi dưỡng liên tục 14 ngày. Ngày thứ ba sau mổ thấy có ít mủ bên phía cổ phải. Tiến hành cắt một số mủ chỉ và tách vết thương, dẫn lưu mủ ứ đọng, rửa vết thương bằng hydrogen peroxide , sau đó rửa bằng nước muối sinh lý và đặt dẫn lưu trước khi băng ép . Thăm khám sau 3 ngày không thấy có mủ , vết thương lành dần. Bệnh nhân được chuyển vào phòng mổ ngày thứ 16 để đóng kín vết mổ khí quản, không thấy khó thở. Bệnh nhân ra viện ngày thứ 20 sau mổ. Thăm khám sau 12 tháng, không thấy có hậu quả gì của chấn thương.



The foreign object was ultimately removed successfully. A chest tube was fitted over the rebar (arrow).



Postoperative images. (A) Postoperative CT showed the neck was unremarkable. (B) Three-dimensional reconstruction of the CT images showed the bone of neck was normal and that there was no foreign body residue remains. (C) The tracheotomy fistula was closed at postoperative day 16. (D) Electronic laryngoscope of pharyngeal cavity at postoperative day 20. CT=computed tomography.

3. Bàn luận

Vì là một kỹ thuật có thể tiến hành nhanh chóng, chính xác, không xâm lấn, không phụ thuộc phẫu thuật, lặp lại được, CTA có thể cung cấp thông tin về mạch máu, cấu trúc xương, đường thở và đường tiêu hóa để đánh giá toàn diện các vết thương xuyên thấu cổ. Ở trường hợp bệnh nhân này, lúc vào khoa huyết động ổn định, không chảy máu, không có cục máu đông, không có dấu hiệu khối tụ máu ở cổ trên hình ảnh CT, được chuyển vào phòng mổ cấp cứu do lo ngại bất cứ một tác động nào tới thanh thép xoắn đều có thể gây tổn thương đến các tổ chức xung quanh. Hình ảnh CT không loại trừ hoàn toàn tổn thương mạch máu, do huyết áp thấp, bị cục máu đông và tổ chức mềm xung quanh ép lại, hoặc do dị vật làm tắc, có thể che lấp tổn thương mạch. Các phẫu thuật viên mạch máu và bác sĩ chẩn đoán hình ảnh can thiệp đã chuẩn bị sẵn sàng để tiến hành nếu có chảy máu trong khi rút bỏ dị vật. Đã không có mạch nào tổn thương trên hình ảnh, không có huyết áp thấp, không có chảy máu nhiều ở mọi giai đoạn của phẫu thuật, nhưng việc phẫu thuật mở không được khuyến khích vì CT hạn chế trong việc loại trừ các tổn thương mạch. Với khả năng chụp mạch trong trường hợp thương tích do vật bằng

kim loại gây ra, trước khi mổ, chụp CTA là cần thiết đối với các bệnh nhân ổn định để xem mạch máu đốt sống cổ có tổn thương không. CT và dựng hình ảnh 3 chiều có thể là phương pháp khả thi để loại trừ tổn thương các mạch lớn trên cơ sở thăm khám thực thể cẩn thận đối với các bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu, không đủ điều kiện để chụp CTA, chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc chụp XQ. CT có thể loại trừ tổn thương trực tiếp mạch máu nếu dị vật kim loại nằm xa các mạch máu quan trọng, đồng thời CT và các hình ảnh 3 chiều có thể nhận thấy khối máu tụ rộng và chỉ rõ đường đi của dị vật kim loại, khi dị vật kim loại nằm sát gần mạch máu, như vậy nó là một chỉ dẫn tốt cho bác sĩ

Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân có thanh sắt trôi ra hai bên cổ nhưng không có dấu hiệu của gãy đốt sống cổ hoặc tổn thương thần kinh khu trú, không cần thiết phải bất động cột sống cổ vì nó làm cho ta khó nhận biết được máu tụ lan rộng, tổn thương đường thở hoặc các triệu chứng khác. Thày thuốc khuyên bệnh nhân không nên lắc đầu vì thanh sắt có thể gây ra tổn thương thứ phát.

Chúng tôi đã lắp vừa khít một ống dẫn lưu ngực vào thanh sắt sau khi làm rõ nó cũng như đường đi của nó để đề phòng tổn thương thứ phát đến tổ chức xung quanh, đặc biệt là các mạch máu trong khi phẫu thuật. Tuy vậy, phải hết sức cẩn thận vì nó có thể cào xước vào các mạch máu và dây thần kinh xung quanh. Chúng tôi khuyến cáo việc dùng ống dẫn lưu ngực là một lựa chọn cho việc lấy bỏ các dị vật trong trường hợp dị vật sắc hoặc thô ráp (Như dị vật có hình xoắn này) sau khi đã làm rõ dị vật cũng như đường đi của nó.

Vào ngày thứ ba sau mổ, thấy có một ít mủ ở phía cổ bên phải, có thể do tổn thương màng tuyến nước bọt mang tai gây ra. Sau khi điều trị như đã trình bày ở trên, vết thương lành dần. Cuối cùng, chúng tôi khuyến cáo phải khâu ống tuyến, đặt dẫn lưu, băng ép đối với các tổn thương tuyến nước bọt mang tai do chấn thương. Nếu không có tổn thương đến ống tuyến nước bọt, dẫn lưu ở vùng này sẽ là một lựa chọn tốt hơn mũi khâu ổ xung

4. Kết luận

Mặc dù vết thương xuyên thấu cổ tương đối hiếm, nhưng thày thuốc cần nắm vững giải phẫu vùng này và làm chủ các bước điều trị ban đầu. CTA được khuyến cáo là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt đối với các bệnh nhân bị vết thương xuyên thấu cổ có huyết động ổn định. CT và dựng ảnh ba chiều cũng có thể là căn cứ tốt cho bác sĩ loại trừ tổn thương các mạch máu lớn. Nên tiến hành chẩn đoán hình ảnh sau mổ để khẳng định không còn sót dị vật ở vết thương. Sử dụng ống dẫn lưu ngực là một lựa chọn tốt để rút bỏ dị vật trong những trường hợp dị vật sắc hoặc thô ráp (Như dị vật có hình xoắn). Đối với chấn thương tuyến nước bọt mang tai thì phải khâu ống tuyến và đặt dẫn lưu. Khuyến cáo nên nhét gạc theo thông lệ vào bên trái của vết thương đi qua xoang sau khi rút bỏ dị vật. Các vết thương vào họng hầu có thể điều trị không phẫu thuật bằng kháng sinh và ống nuôi dưỡng mũi dạ dày trong khoảng 2 tuần ở các trường hợp có dò họng hầu.

Tất cả các bệnh nhân phải được theo dõi ít nhất 3 tháng để dự phòng xảy ra giả phồng động mạch cảnh.

Lào Cai, 15/6/2022

Người dịch: Đinh Ngọc Dũng

Bài gốc:

Yan Wang, MD, Yu Sun, PhD, Tao Zhou, PhD, Guo-hui Lui, PhD, Xiao-meng Zhang, PhD, Jian-xin Yue, MD, Bang-hua Liu, PhD, Chen-zhang Yang, PhD, Weijia Kong, PhD and Yan-jun wang, PhD

Published online 2018 Apr 20. Doi: 10.1097/MD. 0000000000010468

PMCID: PMC 5916684/ PMID: 29668621